

### 3. 週期性嘔吐症 Periodisches Erbrechen.\*

(Rekurrierendes Erbrechen mit Azetonämie)

發作性に來る激烈なる嘔吐で、發作の期間は短かい時には2-3日、長い時でも5-6日で、各發作の間隔は數週のこともあり、又數ヶ月乃至數年のこともある。突然に現はれ、又卒如として去るのが其特徴である。年齢は2-10年に多い。而して思春期頃以後には全く止み、再び發現することはない。初めての發作の現はれるのは大體2-4年頃である。中流以上の家庭に多く、家族的に數人の同胞に見ることが稀でない。

**症候。**嘔吐發作は、それ迄全く健康であつた小兒に突然起ることもあるが、又1-2日の前驅症とも見るべき、不機嫌、倦怠、食慾不振等を伴ふこともあり、或は消化不良症狀を伴つて現はれることもあり、又感冒に伴つて始まることもある。嘔吐は忽ち激しくなり、回数も甚だ多く(一日數回乃至數十回)、嘔氣又は不快感強く、時に腹痛を訴へ、食慾全く缺乏し、唯湯を頻に訴へるが、水を飲んでも直ぐ吐くので、年長兒では水を飲むことさへも欲せず、一般状態甚だ犯され、全く弱りきつて見える。吐物には、初め食餌残渣を混するも、間もなく水様物になり、胆汁、粘液等を混じ、血液を混することも少なくない(Kaffeesatz)。舌苔は著明のこともあるが、全くないこともあり、體温も不定で、時に發熱を伴ふが、平熱のことも多い。便は多くは秘結するが、往々消化不良便を出すこともある。脈搏甚だ頻數或は細小になり、意識は障礙な

\* 此外 Acetonämisches Erbrechen, zyklisches Erbrechen, persistierendes Erbrechen 等とも云ふ。自家中毒症と云ふものも亦同一疾患と信ずる。週期性嘔吐なる名稱の不適當なることに就ては最近色々の議論があり、發作性嘔吐症とすべしとする説もある。著者は寧ろ本症を自家中毒症と呼びたいが、猶ほ暫らく従來の記載に従ふ。

きを普通とするも、重症にあつては瀉瀉し、又は昏睡に陥り、痙攣を起すやうなことも決して稀有ではない。

こう云ふ状態が2-3日乃至5-6日續いた後、又割合に急に嘔吐發作止み、それと共に一般状態も速やかに恢復し、元氣もよく、食慾も良好になり、忘れたやうに治癒するのが特徴であり、且つ普通である。昏睡より引き續き死亡することは少ない。此の如き發作は數週乃至數ヶ月の間隔を以て度々繰返す。

本症の特徴とする處は、激しい嘔吐發作の外に、アセトンの排出著明となることで、發作中は呼氣にアセトン臭(果實様)を發し、尿のアセトン反應も著明になる。此現象は發作中に最も多いが、嘔吐の起る前、つまり前驅期に於ても既に存すると云はれる。然し發作が止むと間もなく消失する。

**原因及び病理。**原因として神經質 (Neuropathie) が重視され、神經過敏、植物神經系異常等が考へられ、又誘因として精神感動、疲勞等も擧げられるが、未だ明かでない。過食其他食餌過誤、感冒等が誘因となることもあるが、全くそう云ふ誘因を認め得ない場合も少なくない。又發作の起る數日以前から食慾が一時的に亢進するやうな例もある。こう云ふ小兒は食餌に好惡の激しきこと多く、鶏卵を非常に好む者が往々ある。

本態不明であるが、肝臟の機能並に含水炭素代謝の障礙と密接の關係あるものと一般に認められる。急激に食餌中の含水炭素を制限して人工的に本症の發作を起させ得たと云ふ實驗もある。即ち含水炭素代謝障礙の結果、二次的に脂肪代謝が障礙され、アチドージスを來すためではあるまいかと云はれてゐるが、然し何故に含水炭素代謝障礙を生じたかの理由は不明である。呼氣並に尿のアセトン排出は、嘔吐の結果でなくて却

て其原因となるものであるとも云はれる。又ある食物(特に卵の如き)に対する特異質 (Idiosynkrasie) に因るとも云ひ、又 Allergie 或は Anaphylaxie であると云ふ説もある。

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

診断。繰返して嘔吐發作を見るのが特有であるが、第一回の發作に於て診断を確定することは難い。然し2—4歳の小兒で突然激しい嘔吐が始まり、呼氣にアセトン臭があり、尿のアセトン反應著明な場合には、先づ本症を疑ふ必要がある。腦膜炎、盲腸炎などとはアセトンの有無で區別が出来、急性消化不良症又は急性胃腸加答兒とは、下痢のない或は軽い點で鑑別されるが、前記の如く初めての發作の場合は簡單には行かぬ。

豫後。一般に佳良。思春期に至れば自然に治癒するを普通とするも、必ずしも常に然らず、死の轉歸をとることもある。

療法。安靜にし、胃部に氷嚢を當て、若くは腹痛激しい時には腹部を温める。下劑は嘔吐を誘發する危険があるから與へぬ。初めの1—2日間は饑餓療法を行ひ、渴を醫する程度に薄い番茶、冷水又は砂糖水或はサイダー等を少量宛度々與へ、果汁を與へるのもよい。然し嘔吐激しい場合には、それだけでは水分缺乏を補ふことが出来ぬので、生理的食鹽水、Ringer氏液、殊に近來は屢々葡萄糖液(5—10%)の皮下注入、若くは直腸内點滴を行ふ。インシュリン葡萄糖併用療法も試みられる。

饑餓療法後の食餌としては、含水炭素の多いものがよい(病理参照)と云はれるが、脂肪少なく、蛋白質の餘り多くないものならば、稀釋牛乳、脱脂乳、重湯、葛湯等いづれでもよく、患兒の嗜好に任

せてよい。量は勿論嘔吐、食慾の如何によつて加減すべきであるが、初めは少量(30—50cc. 位)を試み、漸次増量する。然し輕症では食慾に應じて、かなり速かに食パン、粥等を與へてもよい。

藥劑では、嘔吐に對しアトロピンを用ふること多きも、著効はない。アチドージスに對する意味で重曹水(1—2%)を與へることもあるが、効果疑はしく、最近には砂糖水がよいとも云ふ。ルミナル其他の鎮靜劑は多少効果があり、激しい腹痛には阿片丁幾も時に用ゐられる。發作間歇時(Intervall)には、食餌はなるべく含水炭素、野菜果實を多くし、肉、鶏卵、脂肪多きもの等の多食を避くべしと云はるるも、然し餘り効果ありとは思ひぬ。

#### 附。自家中毒症

乳兒期を過ぎた幼兒乃至學童に來り、急性に且つ發作的に反覆する疾患であつて、多くは突然に強い倦怠違和を訴ひ、次で頻回の嘔吐を發し、吐物には屢々珈琲残渣様物を混ざる。嗜眠至乃意識障礙を伴ひ、時として痙攣を起すことあり、脈搏頻數、一般狀態屢々重篤の觀を呈するも、多くは約一週間以内の経過を以て恢復する。但し豫後必ずしも常に佳良とは限らぬ。便は概して秘結するも、時には下痢に傾くことあり。體温多くは正常、病初には尿アセトン反應著明、原因として神經質、體質異常、特異質等が考へられ、誘因として精神的乃至肉體的興奮又は感冒等が數へられ、家族的に現はれ又は屢々繰返す傾向あることを特徴とする。

本症は伊東氏(大正3年)により報告され、歐米小兒科書には記載なく、我國獨特の小兒疾患と考へられ、週周期性(又は發作性)嘔吐症とは全く別種の見做されてゐるが、著者は之等兩者を全く同一疾患と信ずるものである。又血液吐瀉症なる名稱を以て呼ばれた疾患が、自家中毒症と同一物たることは既に明瞭である。而して本症の療法は週周期性嘔吐症に於けると同様である。\*

\* 最近太田、泉田兩氏によれば、自家中毒症の本態は Vitamin B 缺乏症であると。而して本症の特徴の一つは著明なる低血糖を示すことであり、此點を以て週周期性嘔吐症と區別し得ると云ふことであるが、果して然るや否やは猶明かでない。

## B. 神経性及び機能的胃腸疾患

Nervöse u. funktionelle Magendarmkrankheiten.

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

乳兒に来る頑固にして頻回の吐乳を主徴とするもので、既に生後2-3週頃から始まることが多く、大多数は人乳栄養児に見られる。

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

**原因及び病理。**神経質の乳兒に多いと云はれるが原因は不明である。幽門部括約筋(Sphincter)の興奮性異常亢進のために、反射的に、痙攣性に収縮して、十二指腸への食餌移行を妨げるためと看做される。病理解剖上、幽門部筋肉の肥厚を證明することが多く、稀には3-4cmの長さの、軟骨様に硬い腫瘍を形成することもある。其肥厚は該部の痙攣的収縮の結果、二次的に生じたものとも云はれるが、此點も明瞭でない。

**診断。**頑固な吐乳に注意するのであるが、幼ない乳兒は、正常でも屢々吐乳(溢乳 Milchspeien)をし、軽度の消化不良でも一層吐乳を見るから、それ等と區別しなければならぬ。吐物に胆汁を混することなく、下痢の缺如すること、食慾不振を伴はぬこと等は診断上重要である。

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

**療法。**栄養に富める濃厚なる食餌を、嘔吐せぬやうに少量づつ、度々與へるのが根本原則であるが、量は嘔吐を誘發せぬ限り、多くする方がよい。例へば人乳ならば、一回5-10分間位宛、2-3時間毎に與へるとか、或は搾つて30-50-100cc. 宛與へると云ふやうにし。牛乳ならば、糖(殊に滋養糖)添加を多くし、穀粉を加へ、又は蛋白乳或はガラクトサン添加乳などを與へる。脂肪は餘り多くない方がよい。食パン、粥等は出来るだけ早く與へる、つまり離乳を早くするがよい。胃部に温罨法を施し、又は胃洗滌を行ふこともある。

藥劑としてはアトロピンの内服が昔から行はれるが、近來は寧ろルミナル、パパペリン、ヴェロナル等の鎮靜劑が用ゐられ、然かもかなり大量に應用される。外科的に肥厚幽門部筋肉を切る法もあるが、一般には行はれぬ。

## 5. 習慣性嘔吐 Habituelles Erbrechen.

乳兒の吐乳症で、生後間もなくから始まることがある。輕ければ別段障碍を伴はぬが、吐乳激しければ羸瘦を來す。幽門狭窄症に甚だ類似するも、胃部に蠕動を見ることなく、便は秘結せず却つて下痢性粘液便のことが多い。原因としては神経性素

質,又は滲出性素質などが考へられる。豫後佳良。

療法。吐くからと云つて、食餌を制限することは利益がなく、却て害を及ぼすことが多い。濃厚食餌は本症でもやはり効果がある。牛乳に穀粉を加へて粥状にしたものなども用ゐられる。脂肪は餘り多くない方がよい(幽門狹窄症参照)。

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

#### 6. 神経性嘔吐 Nervöses Erbrechen.

神経質の兒童に見る嘔吐で、興奮した時、嫌ひな食物を強いられた時、意に満たぬ時、汚ないものを見た時等に突然誘發される。學童では、早朝登校時に起る事が屢々ある。又咽頭部が甚だ過敏であるために起ることもある。嘔吐は食事(Mahlzeit)とは關係なく、又殆んど何等の苦痛を伴ふことなく、一般状態には障礙のないのが普通である。診斷上では、胃加答兒と區別する必要がある。胃下垂、胃擴張、胃弛緩等は小兒には比較的稀有であり、且つそれ等にはそれぞれの症狀がある。

療法。一般強壯法を行ひ、暗示療法を試みる。

#### 7. 神経性食慾缺乏 Nervöse Anorexie.

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

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

療法としては、先づ原因と思はれる點を除くことが肝要であるが、肉類を少なくして野菜、果實等を多くし、なるべく變化多き食餌を與へる。又一時的に食餌を大いに制限して見るのも一法である。規則正しい生活は最も大切であるが、神経質の家族、兩親から一時遠ざけることも効果がある。

#### 8. 常習便秘 Habituelle Obstipation.

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

1. 人乳榮養兒の便秘は、第一に乳汁不足によることが多いが、又乳は充分であるが、腸の吸収作用が甚だ良く、残渣を残すことが少ないために因ることもある。然しそれ等いづれの原因でもなく、唯腸蠕動が少ないためのこともあり、殊に灌腸又は坐薬濫用の結果として來るものが甚だ多い。従つて乳汁不足のものは、牛乳で補なひ、然らざる場合には腸蠕動を促がす物、例へばマルツ汁エキス、水飴などを與へる。4—5ヶ月以上の乳兒では、なるべく早く離乳を始めるがよい。軽いものは果汁で奏效することもある。灌腸、坐薬はなるべく慎むがよい。

2. 牛乳榮養兒は、人乳榮養兒よりも便秘に傾き易いが、其原因の多くは含水炭素、殊に蔗糖添加の不足に基因する。従つて

先づ蔗糖添加量を増すことが第一に必要であるが、それで効なき時にはマルツ汁エキス等を與へ、或は果汁を與へる。早く離乳をする方がよいことも前者と同様である。

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

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

### 9. 食道乃至噴門痙攣症

#### Oesophagospasmus und Cardiospasmus.

時々食後直ちに嘔吐し、乃至は嚥下困難を起すが、然らざる場合は全く嚥下困難のないことを特徴とする。神經質の乳兒殊に幼兒に屢々見られる。

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

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

噴門部に多い。

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

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

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

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

**症候。**頑固なる食慾缺乏、蒼白、頭痛、腹痛、噯氣(Aufstossen)及び嘔吐等を主徴とする。急性症に於ては殊に激しく嘔吐し、饑餓並に水分缺乏による一般症狀が著明である。かくして患兒は漸次羸瘦し、倦怠を訴へ、胃部膨滿著しく、振水音(Plätschgeräusch)を聴く。便は秘結に傾くを常とするも、時として消化不良便を出すこともある。胃内容物採取を試みるに、正常小兒にあつては食餌攝取後3-4時間にして空腹となるに反し、本症では5-6-7時間後に於ても猶ほ著明の殘渣物を見る。胃内に空氣を送入して打診するに、胃大彎は正常に於ては臍上2-3cm迄であるが、本症では臍高よりも下部に達することがある。X線検査によれば、バリウム粥はすべて胃底最下部に貯溜する。

**診断及び豫後。**急性症は屢々急性消化不良と混同され、慢性症は神經性胃障碍と誤られ易い。適當の治療を行ひば比較的速かに治癒するも、然らざる場合は豫後疑はしい。年長兒乃至大人の

胃アトニーは屢々乳兒期に其端を發すると云ふ。

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

### 11. 胃下垂症 Gastroptose.

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

### 12. 義膜性腸炎 Enteritis membranacea.

(粘液疝痛 Colica mucosa, 粘液性大腸カタル Colitis mucosa)

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

**療法。**發作時には腹部温罨法を施し、アトロピン劑、ルミナル等を與ひ、食餌は含水炭素を主とする。間歇時に於ても蛋白質は制限する方がよい。其他神経質に對する治療を行ふ。

### 13. 再發性臍痛 Rezidivierende Nabelkoliken.

發作性に來る激しき腹痛で、多くは臍部に發するが、稀に上腹部又は右側下腹部に起ることもある。食餌其他誘因と思はれるものなく、遊戯又は散歩或は食事中等に突然に起り、數分乃至1—2時間に及び、激しい時には冷汗を流して苦悶し又は嘔吐を起すこともあるが、又忽然として消失すると云ふ。疝痛發作は屢々反覆するが、何等器質的疾患乃至病的所見を認め得ず、且つ暗示により多

くは輕快するを特徴とする。3—4歳以後の神経質小兒に主として來り、常習便秘に傾くものが多い。小兒は屢々腹痛を訴へ、然かも其多くは臍部に現はれるものであるから、診斷上他の器質的疾患との鑑別に注意を要す。

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

### C. 腸通過障碍及位置異常

Passagestörungen und Lageanomalien des Darms.

### 14. ヒルシスブルグ氏病

Hirschsprungsche Krankheit (Megacolon congenitum)

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

**症候。**頑固なる便秘と、高度の腹部膨滿を主徴とする。便秘は生後間もなく始まり、胎便の排出さい充分でないことか多く、其後も引き續き秘結するが、時として一時的に下痢があつて又再び便秘することもある。然し嘔吐を起すことは少ないが、稀には腸閉塞症状を示すことがある。腹部膨滿(鼓腸)は甚だ高度に達し、身體の大部分は腹部であると云ふ程にもなる。腹壁を通して擴張した大腸を認め、又は蠕動を見得ることが多い。羸瘦はするが、食慾は必ずしも不良でない。尿にインヂカン陽性のことが多い。

**原因及び病理。**先天性大腸巨大(Megacolon cong.)に因するこ

ともあるが、それよりも多いのは、S字状部が長きに過ぎるため、屈曲(knicken)して活栓様(Klappe)になり、其結果として糞便、瓦斯等の蓄積を來し、二次的に擴張肥大を生ずることである。又稀には大腸下部の麻痺のために糞便蓄積を來す結果と見られることもある。

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

**療法。** 糞便及び瓦斯の蓄積を防ぐのが第一で、其ためには灌腸、洗腸、腸マッサージ等が試みられるが、餘り效がない。留置カテーテル(Verweilkatheter)も屢々用ゐられる。食餌は榮養に富み、残渣を生ずることの少ない物がよい。外科手術によることもある。

### 15. 腸閉塞症 Ileus.

小兒に來るものは主として腸重疊(Intussusception, Intussuszeption)であつて、其他の型のものは稀有であり、然かも其大多數は廻盲部重疊(Intussuszeption ileocecalis)である。本症は小兒殊に乳兒に多く、腸閉塞症の半數は乳兒であり、約 $\frac{1}{4}$ は思春期迄の小兒で、残りの $\frac{1}{4}$ が大人であるとさへ云はれる。急性、悪急性、慢性などに區別されるが、急性のものが多い。

**症候。** 突然に激しい腹痛、嘔吐、嘔吐を以て始まり、發作性に起る。吐物は初めは胃内容物であるが、激しい時には遂に糞便様にもなる。便は間もなく粘液血便となるも、其量は至つて少な

い。又全く便秘することもあり、又裏急後重を訴へることもある。一般症候は、閉塞の起つた部位又は程度の如何によつて異なるが、激しい時には脈搏頻數、皮膚蒼白、四肢厥冷、無慾狀となり、一見直ちに重篤なるを思はせるが、時として腹痛間歇時には、割合平氣であることもある。熱はない。

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

**原因。** 腸蠕動亢進に因ると云はれるが、明らかな原因を認め得ることは少ない。

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

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

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

## 附。慢性腸重疊症 Chronische Invagination.

症状が著しくないために、診断は一層難しく、消化不良症又は大腸炎と誤り易い。

## 16. 先天性腸閉塞症 Angeborener Darmverschluss.

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

## 17. 脱腸 Hernien

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

臍脱腸 Nabelhernia。に就ては新生児疾患の章で述べた。

横隔膜脱腸 Hernia diaphragmatica。稀有ではあるが横隔膜の間隙から、腹部臓器 (腸胃時として肝等) が胸廓内に脱出することがある。多くは左側で、先天的に存することもあり、生後間もなく生ずることもある。症状甚だ不定、X線検査などで偶然發見されることが多い。主なる症状とも云ふべきは左側胸部に著しき鼓音を示し、呼吸音を缺き、心臓濁音が不明か或は右方に押され、且つ腹部陥没すること等であるが、幼少乳児では發作性に無呼吸状態に陥ることがある。豫後不良。\*

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

## 18. 直腸ポリープ Mastdarmpolyp.

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

外科的切除を要する。

## 19. 肛門裂傷 Fissura ani.

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

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

## 20. 脱肛及び直腸脱 Prolaps ani et recti.

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

療法。患兒に膝肘位をとらせ、油を侵した綿等を以て還納する。其後で肛門に絆創膏を貼り、腹臥位をとらせる法も試みられる。便秘を除くこと、遊戯中肛門部に努責の加はらぬやうに注意すること等の注意が肝要である。單寧酸坐薬も用ゐられ、又外科手術も行はれる。



## D. 其他の胃腸疾患

### 21. 胃及び十二指腸潰瘍

Magen- und Duodenalgeschwür.

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

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

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

### 22. 蟲様突起炎 Appendicitis.

従來小兒に稀有な疾患とされてゐたが、新しい統計では小兒の例が漸次多くなり、決して従來考へられた程少ないものではないと云はれる。但し乳児には稀で、年齢の長づるにつれて多くなることは確かであるが、乳幼児の本症が診断困難であることも、其罹患数の現はれに關係するのである。症状は腹痛、嘔吐、廻腹部疼痛乃至腫瘍、發熱等すべて大人に於けると同様であるが、乳幼児では其訴へが不定であるために診断困難である。

## 23. 腸結核 Darmtuberkulose.

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

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

## E. 腹膜疾患 Erkrankungen des Bauchfells.

### 24. 化膿性腹膜炎 Eitrige Peritonitis.

乳兒、殊に初生兒の化膿性腹膜炎は、敗血症に伴ひ、決して少なくないのであるが、症状不定で、特有なる點に乏しく、腹部膨隆、嘔吐、急激なる衰弱等があつても、他の原因によるものと誤り易いために、年長兒の腹膜炎に比して、實際上の意義が少ない。

年長兒の急性腹膜炎には、蟲様突起炎、肺炎菌性、連鎖狀球菌性、淋菌性等があり、其他腸チフス、赤痢、腸結核、十二指腸潰瘍、腸閉塞等に基因するものもあり、又轉移性のものもある。蟲様突起炎は年少兒には稀で、長づるにつれて漸次多くなるが、其診断は決して容易ではないから、従つて其れに因る腹膜炎の診断も簡單でない。肺炎菌性のものは肺炎、肋膜炎等に續發することもあるが、全くそう云ふ原病の氣付かれぬこともある。連鎖狀球菌性のものは、敗血症の結果として來ることが多く、淋菌性のものは主として女兒に見られる。

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

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

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

#### 25. 結核性腹膜炎 Tuberkulöse Peritonitis.

4—5歳以上の小兒に多く、血行によつて肺から來ることもあり、又腸から直ちに腹膜を侵すこともある。腸からの時は、腸壁に存する原發病竈(Primäraffekt)から、漿液膜又は腸間膜淋巴腺に及び、其處から直接に腹膜を侵すものと云はれる。本症には**滲出型**(exsudative Form)と**癒着型**(adhäsive knotige Form)との二つがある。滲出型は、腹膜に無数の粟粒結節(Miliartuberkeln)を生ずるも、乾酪變性をせず、却て肉芽様(Granulation)に止まり、或は退行性に傾き、多量の漿液性分泌物を生ずるものである。反之癒着型では乾酪變性(Verkäsung)に傾き、分泌物を生ずることが少なく、腹膜大網等に稍々硬い浸潤を生じ、進んでは結節の乾酪變性、石灰化又は結締織増殖のために、硬い塊狀物又は索狀硬結を作り、或は腸癒着を生ずる。

**症候。**發病は極めて徐々であつて、倦怠、輕き腹痛又は壓痛、輕熱、食慾不振等で始まる。其後次第に腹部膨隆を來すやうにな

ると、腹壁緊張し、抵抗を觸れ、壓痛を訴へる。滲出型では腹水を證明し、癒着型では塊狀物又は索狀硬結を觸れ得るのであるが、之等兩型は劃然と區別されるよりは、寧ろ兩者混合して、唯いづれかが著明であると云ふに過ぎぬことが多い。肝、脾腫大は多くは輕度であり、且つ腹壁緊張のため觸れ難くなる。かくして漸次羸瘦するも、初期には榮養佳良のこともある。下痢、嘔吐等は不定である。

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

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

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

特別のものはない。開腹術は現在は餘り行はれぬが、滲出型で、經濟的理由などのため、長い治療に堪えぬと云ふ場合には試みてもよい。

## F. 肝臓及び脾臓疾患

### Leber- und Pankreaserkrankungen.

#### 26. 加答兒性黃疸 Icterus catarrhalis.\*

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

#### 27. 其他の黃疸 Andere Formen des Ikterus.

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

**溶血性黃疸**(Haemolytischer Ikterus)は、家族的に來り、主として小兒に見られるものであるが、其數は少ない。肝、脾腫大、黃疸、貧血を主徴

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

とし、尿には膽汁色素の證明されぬことが普通である。特有な點は、赤血球抵抗減弱の著しいことである(血液疾患……溶血性貧血參照)。敗血症に因する黃疸は、乳兒には割合に多い。

#### 28. 肝硬變症 Leberzirrhose.

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

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

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

#### 29. 肝臓腫瘍 Lebertumoren.

癌腫、肉腫、嚢腫、エキノコックス等を見ることありと云はれるが稀有である。

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

#### 30. 先天性膽道閉塞症 Angeborener Gallengangsverschluss.

**輸膽管**(Ductus choledochus)の缺如、閉塞又は部分的閉塞を見ることがある。症狀は閉塞の程度によつて多少異なるも、全閉塞があつても、膽汁は膽嚢又は特別に生じた嚢腫(Zyste)中に蓄溜して、黃疸を示さぬ事もあるが、普通は黃疸を呈し、肝臓腫大硬變する。膽汁嚢腫は、往々にして非常に大となり、腹腔の大部分を充たすことがあ

る。尿及び便の色調は、閉塞程度に應じて變化を示す。豫後不良で、數週乃至9—10ヶ月で斃れるが、時として數年の生命を保つこともある。新生兒重症黃疸には、本症に因るものもある。腎臟囊腫と鑑別を要する。

### 31. 膵臟疾患 Pankreaserkrankungen.

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

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

### G. 腸寄生蟲 Darmparasiten.

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

### 32. 蛔蟲症 Ascariasis (Ascaridiasis)

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

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

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

療法。サントニン、マクニン<sup>\*</sup>等が普通用ゐられる。

### 33. 蟯蟲症 Oxyuriasis.

蟯蟲(Oxyuris vermicularis)の成熟卵は野菜果實又は其他の食物

\* Santonin の用量は、一回 1—4 年では 0.01—0.015 位、5—15 年で 0.02—0.03 位である。一日一回宛 2—3 日用ゐる。後で下劑を與へることもあるが、必ずしも必要ではない。マクニンは、2—3 年では一回量 0.3—0.4 位、以後は 0.5—1.0 位を用ゐる。

に附着して経口的に侵入し、胃又は十二指腸に於て脱殻したる後、結腸又は直腸部に占居する。感染上重要なことは自家感染 (Selbstinfektion) で、肛門に産卵せる卵子が、指殊に爪の間に附着し (肛門部を搔くために) て、再び口に入り、循環して果のないことである。腸内に産卵された卵が、其のまま其處で發育して仔蟲一成蟲となること (腸内感染) は絶対にないと云はれる。

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

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

**療法。** 自家感染を起し易いために、根治は容易でない。患兒の手指殊に爪の間を清潔にし、毎日入浴させて肛門部を洗ひ、搔かぬやう注意し、殊に夜間は手袋をはめて寝かすがよい。サントニン、マクニン、ブトラン等の驅蟲劑も用ゐられるが、根治には

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

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

非常の努力を要し、然かも痒症以外に障碍があまりないので、普通には姑息療法として、就寝前の灌腸又は洗腸が行はれる。それには醋酸礬土液 (1—2%) が屢々用ゐられるが、石鹼水 (混濁する程度) が最も簡單である。即ち之等の液 500—1000 cc. を用ゐて、就寝前充分に排便をさせるのである。肛門部には、アネステジン軟膏 (5—10%)、白降汞軟膏 (2—5%)、灰白軟膏等を用ゐる。

#### 34. 十二指腸蟲症 Anchylostomiasis.

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

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

#### 35. 縲 蟲 Bandwürmer.

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

**症候** は甚だ不定で、腹部不快感、食慾不振、稀には著しく亢進、嘔氣又は嘔吐、頭痛、羸瘦、貧血等である。**診断** には成蟲を見るか、卵子の證明を要する。**療法** としては、綿馬エキス、ヒルマロン油、石榴根皮、コソ花等の驅蟲劑が用ゐられるが、驅蟲實施は一定の方法に従つて行はねばならぬ。

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

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

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

**療法。**アンチモン劑殊に吐酒石が有效なりと。又鹽酸エメチンも用ゐられると。

## H. 口腔及び食道疾患

Krankheiten der Mundhöhle u. des Oesophagus.

37. 口内炎 *Stomatitis*.

**原因。**機械的、化學的又は溫熱刺戟或は局所の細菌感染に因つて起ることもあるが、大多數は他の疾病に伴つて發し、殊に乳兒榮養障礙、急性傳染病(麻疹、猩紅熱、チフス等)、感冒、肺炎等に併發することが多い。

**症候。**病型によつてそれぞれ異なるも、一般的症候としては、口腔粘膜の發赤、腫脹と共に、口唇に皸裂を生じ、唾液分泌多く、口

臭あり、發熱を見ることもあり、局所淋巴腺腫脹を伴ふこともある。最も苦痛とする處は、疼痛のために食餌攝取が妨げられることで、幼小なる者程甚しく、一般状態が侵され易い。

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

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

**Bednarsche Aphthen**と稱するものは、上記の如きものが硬口蓋の翼狀鈎(Hamulus pterygoideus)に一致して、對稱的(symmetrisch)に生じたものを云ふ。之れは口内清拭を餘り強くやりすぎたための機械的刺戟で生じたものである。

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

(4) 潰瘍性口内炎 *Stomatitis ulcerosa*。生齒以後殊に5—6年以後の小兒に多い。齒齦殊に臼齒の部分から始まるを普通とし、初めは發赤腫脹であるが、出血し易く、やがて變色して遂に潰瘍を作り、齒がぐらぐらし又は抜けることがある。著しき口臭(惡

臭、顎下腺腫大に伴つて、著明なる一般症状を示し、食餌摂取は甚だしく妨げられる。豫後はそれほど不良ではなく、1—2週で漸次治癒に傾くことが多いが、衰弱せる小児では死の轉歸をとることも少なくない。紡錘状桿菌 (Bac. fusiforme) とスピロヘータ (Spirochäten) とが病原菌と看做されるが、主要原因は急性傳染病 (殊に麻疹肺炎等による衰弱である)。

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

### 38. 口角潰瘍 Mundwinkelgeschwür (Faulecken)

幼児に甚だ多い。原因不明であるが細菌に因るものであらう。キッス等で傳染することもある。

症状に就ては云ふ程のことなく、唯局所が不快であり、口を開く時痛い位のものであるが、屢々長い間治癒せず、又は再發することがある。20%乳酸 (Milchsäure)、鹽化鐵液 (Eisenchlorid)、硝酸銀

棒 (Lapis) 等を一日1—2回宛、數日間使用すれば大概治る。又沃度丁幾を綿にひたして塗布するもよい。

### 39. 鰐口瘡 Soor.

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

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

### 40. 水瘡 Noma.

急性傳染病、殊に麻疹、チフス、デフテリー、赤痢等の経過中に來ることがあるが、幸にして稀有である。頬部粘膜、殊に小白齒に當る部分から帶黄褐色の浸潤が始まり、直ちに周圍に擴がり、且つ暗褐色又は黑色に變じ壞疽に陥る。更に深部に及び頬部筋肉、皮膚ともに破壊し、口腔露出し、遂に顎骨の壞死をも來すものである。経過極めて迅速、2—3日で此のやうな状態になり、豫後は全く不良。治癒することは稀有に屬する。一般状態甚だしく侵され、心臟衰

弱で斃れる。外科手術を施すを普通とするも、近來はサルバルサンが賞用される。

#### 41. 生齒異常 Anomalien der Zahnung.

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

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

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

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

#### 42. 舌疾患 Krankheiten der Zunge.

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

##### 附。リガ・フェーデ氏病 Riga-Fedesche Krankheit.

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

症候。初め白色濁濁せる小隆起が舌繫帶上に主じ、徐々に或は速かに増大して直徑1cm 或は以上の圓形丘狀隆起となり、中央部

に潰瘍を生じ、帯黄白色の義膜に被はれ、潰瘍の周圍は堤防狀に隆起す。口臭なく、疼痛もなく、一般狀態の犯されることもないが、時として哺乳困難を來すと云ふ。療法として沃度丁幾、3% 石炭酸水或は硝酸銀棒で腐蝕するがよいと。

#### 43. 食道疾患 Krankheiten des Oesophagus.

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

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

(3) 痙攣性食道狭窄症(spastische Oesophagusstenose)。既述。



## VII. 呼吸器疾患

## Krankheiten der Respirationsorgane.

## 1. アンギナ Angina.\*

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

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

**症候。**急に始まり、發熱、惡寒、頭痛、倦怠、咽頭痛などを以て來り、嘔吐、下痢等を伴ふことがある。顎下腺、頸腺等の腫脹、疼痛を併發することも少なくない。時として聲が嘎れ、喘鳴を發することもある。扁桃腺の状態によつて色々の病型に區別する。

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

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

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

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

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

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

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

療法。安靜にし、栄養に注意することが第一であるが、頸部に冷罨法を行ひ、含嗽等をさせる。發汗療法は屢々效があるが、必ずしも必要ではない。咽頭部塗布薬は乳兒、幼兒では餘り行ふを要せぬ。

(5) 潰瘍膜様アングナ Angina ulcero-membranosa (Angina Plaut-Vincentii)

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

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

療法。他のアングナと同様であるが、Salvarsan 溶液の塗布、砂糖の撒布、又は單舍利別の塗布等も效があるとのことである。

2. 扁桃腺肥大 Mandelhyperplasie.

扁桃腺(Gaumenmandel, Tonsilla palatina)は、初生兒では咽頭凹所(Nische)に隠れ、口蓋弓(Gaumenbogen)の外に現はれるこは殆んどない。其後は次第に増大して満1年頃には殆んど大多數に於て口蓋弓外に之れを見ることが出来るが、猶ほ至つて小さく、僅かに現はれる位の程度である。更に年齢の長づるにつれて漸次増大し、學童では口蓋弓外0.5-0.7cm位に達してゐるのが、殆んど普通である。而して10年頃には最大に達し、其後は漸次退行縮小(physiologische Involution)し、16-17年以上に至れば再び口蓋弓内に全く隠れる。

扁桃腺の生理的増殖並に退行が、前述の如くであることは、扁桃腺肥大症の診断並にそれに對する治療上、大いに考慮を要する問題であつて、乳幼兒に於ては兎も角、學童以後に於ては、扁桃腺が多

少大きくとも、必ずしも病的肥大とは限らぬのである。従つて扁桃腺切除術(Tonsillektomie)の適應を定める場合には、此點に留意しなければならぬ。又猩紅熱、デフテリ-、アングナ等にて急性腫大を來した場合には、それ等が治癒した後に、尚ほ長く肥大を残すや否やを檢する必要がある。

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

3. 腺様増殖症 Adenoide Vegetation.

(Hypertrophie der Rachenonsille)

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

症状は、咽頭部狭窄のために鼻呼吸が妨げられ、殊に睡眠中又は身體的努力をする場合に著しく、患兒は口を開いて眠り、鼾をかき、睡眠が妨げられ、時として夜驚症(Pavor nocturnus)を起すことがある。又鼻聲になり、上氣道の炎症を起し易く、咳嗽に惱み又は頭痛、難聴等を訴へる。最も持有なのは其顔貌であつて、常に口を開け、上唇を前方に突き出し、顔は一體に長く殊に上顎が突出するために、顎が尖り、齒列が不整になる。そんな風で一見弛緩した、痴鈍様の顔貌(Facies adenoidea)を示すやうになる。顔貌からして一見痴鈍には見えるが、智力障礙が實際にあるわけではなく、學業成績が不良な原因は、主として難聴或は睡眠障礙に因ると看做される。

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

4. 咽後膿瘍 Retropharyngealabszess.

後咽頭部淋巴腺は、鼻咽頭炎に伴つて屢々炎症を起すも、其部位

が甚だ見難いので、單なる炎症は臨牀上の意義が少ないが、唯、膿瘍だけは大きい意義がある。本症は乳幼児に主として見られ、年長児に来ることは稀である。

**症状。**咽頭部狭窄による症状、即ち嚥下、呼吸の困難を主徴とするもので、嚥下困難乃至疼痛のために、乳児は充分に哺乳するを得ず、呼吸も著しく妨げられ、咳嗽多く、斯く又は呼吸時雑音を生じ、著しい喘鳴を呈し、患児は頭を後方に反らせ、甚だしい時は窒息様發作を起しチアノーゼを示す。熱は必ずしも高くはない。咽頭部を仔細に視ると、其後壁又は側壁に半球形の隆起を見得ることがあるが、必ずしも容易でない。觸診上、即ち指を咽頭部に深く挿入して、軟かき又は緊張せる腫瘍を觸れることが多い。

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

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

### 5. 頸部淋巴腺炎 Lymphadenitis colli.

**急性淋巴腺炎。**鼻咽頭、扁桃腺等の炎症、感冒等に因つて起るが、特に注意すべきは猩紅熱、デフテリーである。之等では、腫脹疼痛、發熱を示し、自然に輕快し治癒することもあり、又化膿することもある。急性炎を起す部位は、主として頸腺(Zervikaldrüsen)及び頸下腺(Submaxillardrüsen)である。前者は胸鎖乳嚢筋の後側にあり、主として後咽頭部疾患又は扁桃腺炎に基因し、後者は主として扁桃腺炎から来る。殊に猩紅熱、デフテリー等の場合に著しい。療法としては、局部にイヒチオール等の塗布、醋酸礬土水、硼酸水、鉛糖水等の冷罨法、氷で冷却すること等が行はれる。化膿した場合は切開を要すること勿論である。

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

等は頸腺又は頸下腺腫大を生ずる。之等はすべて個々分離せるやや硬いもので、疼痛少なく、化膿することは稀である。一般に怖れられてゐる**結核性淋巴腺炎**は、頸腺の腫大せる小兒の非常に多い割合から云ふと、餘程少ないもので、大多數は非結核性である。小兒に於て結核性淋巴腺炎として注意すべきものは、鎖骨上窩腺(Supraclaviculardrüsen)の腫大、並に側胸部腺(seitliche Thorakaldrüsen)の腫脹である。血液疾患に於ける頸腺腫大は勿論前述のものとは別個のものである。

### 6. 鼻咽頭炎 Nasopharyngitis.

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

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

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

療法。寒冷を防ぎ、暖かく保ち、鼻カタルに對して蒸氣吸入は屢々效がある。咽頭痛、咳嗽等には頸部の温濕布がよい。鼻孔の糜爛又は痂皮にはサリチール酸ワゼリン、Wilson氏軟膏等を用ゐる。鼻閉塞で呼吸、哺乳障碍のある時には、千倍アドレナリンと、1%コカイン液を同量に混じたるもの、1滴宛1日2-3回鼻腔内に滴下して奏效することがある。

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

#### 7. 先天性喘鳴 Stridor congenitus.

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

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

類症鑑別。喉頭の乳嘴腫(Papillome)は小兒に比較的多く、先天性に存して慢性喘鳴の因をなすことがあるが、嘔聲を伴ふ點は先天性喘鳴と異なる。又屢々症状漸次増悪する。結核又は微毒に因る嘔聲を伴ふ狭窄症状は少ない。

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

療法。特別の療法なし。一般強壯療法を試みる。

#### 8. 急性喉頭炎 Laryngitis acuta.

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

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

咽頭部を視るに、發赤、腫脹があり、殊に多少浮腫様に腫脹してゐることが多い。發熱は伴はぬか、或はあつても輕熱に過ぎぬ。

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

来ぬ。菌検査は勿論必要である。無熱であるか又は軽熱に過ぎぬ場合は喉頭炎に近い。

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

経過は簡單で、間もなく治癒するが、時を経て再び三度び繰返す傾向がある。

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

#### 9. 化膿性喉頭炎 Laryngitis phlegmonosa.

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

#### 10. 氣道内異物 Fremdkörper in den Luftwegen.

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

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

#### 11. 氣管及び氣管枝炎 Tracheobronchitis u. Bronchitis.

##### (1) 急性氣管枝炎 Bronchitis acuta od. Tracheobronchitis acuta.

感冒 (Erkältung) 又は流行感冒 (Grippe) に伴ふこと最も多いことは、鼻咽頭炎と同様である。大抵は氣管氣管枝炎として來る。症状は大人に於けると同じく、茲に詳述するを要せぬ。豫後は、年長兒では大人と同様に佳良であるが、乳幼兒では屢々氣管枝肺炎に移行する危険があるので、臥床安靜を守らせて用心しなければならぬ。又消化不良を併發し易いから、食餌に對する注意が肝要である。乳幼兒では下熱劑又は祛痰劑は效果少なく、且つ食慾を害し易いから、寧ろ用ゐぬ方がよく、リモナーデ、消化劑等を與へ、主として看護を專一にする。激しい咳嗽に對し、磷酸コデインは屢々苦痛を除く效がある。胸部溫濕布は咳嗽發作を緩和する效があるが、蒸氣吸入は、乳幼兒では、患兒に苦痛を與へることが多いだけで、其效果は疑はしい。

##### (2) 慢性氣管枝炎 Bronchitis chronica.

急性症から屢々移行し、殊に虛弱兒、滲出性素質の小兒などに多く、時として數ヶ月に亘ることがある。診斷上結核性疾患の有無、百日咳等に注意する必要がある。療法としては一般強壯法を第一とし、日光空氣を充分ならしめる。人工太陽燈照射は注意して行へば效があり、轉地療法 (山地又は海岸) は最も良い。藥劑としては強壯劑を主とするが、沃度ナトリウム等も試みられる。

##### (3) 喘息様氣管枝炎 Bronchitis asthmatica (asthmatische Bronchitis)

氣管枝喘息(Asthma bronchiale)は乳児には稀有であつて、4-5年以後になつて初めて見られるを常とし、且つ家族的に現はれることが多いが。喘息様氣管支炎は乳児に屢々見られ、然かも喘息との遺傳的關係はなく、且つ年齢長するにつれて自然に消失するのが普通である。

**症候。**中等度の喘鳴、呼吸困難及び咳嗽頻發を特徴とする慢性氣管支炎であつて、聽診上多數の乾性並に水泡性ラッセルを聽き、時として肺氣腫の狀を呈することがあり、且つ屢々苦悶狀を示すこと恰も喘息の如くであるが、喀痰中に Charcot-Leyden 氏結晶、Curschmann 氏螺旋體等を證明することがない。血液にエオジン嗜好細胞増多を見ることがある(缺如することもある)が、これは體質(滲出性素質等)上から來たもので、本症に特有の像ではない。多くは滲出性素質、神經質又は虛弱乳児に來り、經過甚だ頑固で、屢々再發し、仲々治癒せぬものである。

**診斷。**症狀から云へば喘息と明瞭に區別することは難いが、本症は氣管支炎の經過中に喘息様の状態が發するもので、必ず前驅的に氣管支炎がある。従つて秋冬等、氣管支炎の多い時期に一致する。又喀痰の所見が喘息とは異なる。

**療法。**新鮮なる空氣と充分なる日光、一般強壯法を最も肝要とする。轉地殊に山地へ移ることは極めて良い。藥劑としては沃度ナトリウム、カルシウム劑などが用ゐられるが、効果は少ない。アドレナリン、アトロピンの注射、エフェドリンの内服等も、喘息發作に對するやうには奏效せぬ。

## 12. 氣管枝喘息 Asthma bronchiale.

喘息は乳児に見ることは殆んどなく、4-5年以上になつて現は

れるを普通とする(喘息様氣管支炎參照)。遺傳的關係を有するのが一般である。

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

**發作**は大抵突然で、夜間に來ることが多く、甚だしい呼吸困難を訴へ臥牀に堪えず跪坐し又は起立し、不安に襲はれる。呼吸は促進せずして却て延長し、非常の努力を要し、殊に呼氣が困難になり(expiratorische Dyspnoe)、咽喉がゼーゼー(Schnurren)、ヒューヒュー(Pfeifen)鳴る。呼吸音は之等の雜音に妨げられて、弱くなり又はよく聽へぬ。咳嗽は發作時には極めて少ないが、呼吸困難が去る頃から多くなつて、少量粘稠の喀痰を出す。喀痰の特徴及び血液のエオジン嗜好細胞増多等は御承知の通りである。こう云ふ風に定型的の發作は喘息様氣管支炎とは大いに異なる筈ではあるが、小兒では必ずしも劃然と區別が出來ず、鑑別困難のことが少なくない。**療法**としてアドレナリン、ヒポヒジン、アトロピン等の注射、沃度ナトリウムの内服等を試みることも大人と同じい。

## 13. 氣管枝肺炎 Bronchopneumonie.

(加答性肺炎 Katarrh. Pneumonie.

小葉性肺炎 Lobulärpneumonie)

感冒等に基因することは氣管支炎等と同じく、乳児、幼兒に甚だ多いが、年長兒には比較的少ない。毛細氣管支炎(kapilläre Bronchitis)と區別して記載されるのが普通であるが、臨牀上之等を明らかに區別し得ることは殆んど不可能である。<sup>\*</sup>百日咳又

\* 毛細氣管支炎では、有響性羅音、氣管枝音、濁音等が缺如するのであるが、肺炎でも之等の理學的症狀が不明のことが少なくない(解剖上立派な肺炎であるに係らず)ので、單にそれ等の點だけで肺炎を否定することは出來ぬ。此意味に於て毛細氣管支炎なる名稱は臨牀上必要がないと信じ、本書ではそれを省いた。

は麻疹に併發した肺炎は、理學的症狀輕度であるに係らず、一般状態重篤のことが多く、豫後も不良である\*。

**症候。** 高熱(多くは弛張熱)、咳嗽、呼吸促進を以て來り、呼吸数は60-100 或はそれ以上にも及ぶことがあり、それに伴つて鼻翼呼吸(Nasenflügelatmen)、心窩部(Epigastrium)助間、胸骨上窩(Jugulum)等の吸氣時陷凹を示し、呻吟、チアノーゼ、脈搏頻數、四肢端厥冷等を來し、一見重篤になる。呼吸促進著しい時は、極めて表在性になることがあり、無慾狀或は嗜眠狀となり、甚だしい時は意識瀾濁を來すこともある。虛弱乳兒では無熱のこともある。

**理學的症狀。** 多數のラッセル殊に小水泡音、捻髮音乃至有響性囉音を聴き、呼吸音鋭く(verschärft)乃至は氣管枝音(Bronchialatmen)となり、氣管枝聲(Bronchophonie)も著明になる。打診音短縮(kurz)、輕濁音乃至輕度の鼓音を伴ふ濁音(tympanitisch gedämpft)等を證明し得ることが多いが、時として極めて不明或は打診上全く所見のないことも決して少なくない。而して之等の所見は背部下方、又は肩胛間部に現はれることが多い。X線像では播種性(disseminiert)又は境界不明の薄い陰影を認める。

**診断。** 理學的症狀著明の場合には容易であるが、前述の如く必ずしも常に著明とは限らず、打診上に全く所見なく、氣管枝音、氣管枝聲等を證明し得ざるやうな時には、診断困難である。聴打診上、氣管枝炎の症狀だけしか認められぬ場合でも、呼吸促進甚だしく、鼻翼呼吸等を認め得る時、即ち一般症狀重篤な場合には、肺炎を考ふべきである。反之、濁音著明であるならば、たと

\* 氣管枝肺炎は、氣管枝炎が増悪移行したものと、昔から考へられてゐるが、近來は、之等兩者は別個のものであつて、肺炎は初めから肺炎として始まり、氣管枝炎は何處までも氣管枝炎として終始し、肺炎に移行せぬと云ふ説もあるが、まだ一般には承認されぬ。

へ氣管枝音、有響囉音等が立派に證明されても、肋膜滲出物(特に膿胸)を疑ひ、試験穿刺を試みるがよい。又呼吸が甚だしく表在性である時は、聴診上の所見不明のことがあるから、年長兒では深呼吸をさせ、乳兒ならば泣かせて聴診する必要がある。

肋膜炎との鑑別は決して甚だ容易とは云はれず、殊に氣管枝聲、聲音震顫等を十分に檢し得ぬ場合には、輕々に鑑別が出来ぬ。(勿論肺炎でも、多少必ず肋膜に炎症が波及してゐるからでもあるが)。麻疹、百日咳に續發したものは初期には一般に理學的症狀が少ない。結核との區別は大體、發病經過等によるが、之とて容易とは云はれぬ。

**豫後。** 病竈の大小、年齢の長幼に關係し、幼少の者ほど豫後不良であり、又榮養障礙兒も不良である。病竈の大小及び豫後の良否を單に理學的症狀だけで定めるのは早計であらう。麻疹、百日咳に續發したものは豫後不良なことが多い。

**療法。** 消化し易く榮養に富める食餌を與へ看護に努めることが第一である。看護上では、空氣の汚染せぬやう、安靜を妨げぬやうにすることが最も肝要で、餘りに種々様々の理學的療法を頻繁に行ふことは、安靜を害する結果を生じ易いから、其度合をよく考慮し、角を矯めて牛を殺すの弊に陥らぬやう注意しなければならぬ。此意味に於て、胸部の濕布などを頻回に行ふことは一考を要し、蒸氣吸入などは肺炎に對しては何等の効果もない\*。反之、胸部に芥子纏絡(濕布)を施すことは病初には效がある(一日1回、稀に2回)。呼吸促進、チアノーゼ等に對して酸素吸入

\* 吸入は咽頭炎乃至喉頭炎には、有效であるが、肺炎に對しては作用せぬ。唯肺炎でも咽頭炎等を伴ふからと云ふ意味で行ふならば別であるが、安靜を害ふと云ふ缺點を伴ふ(殊に乳兒では)から餘り多く行つてはならぬ。濕布は咳嗽刺激を緩和する效はあるが、肺炎そのものに對して効果を期待することは出来ぬ。

は缺くべからざるものであらう。温度を適當にし、室内をやや温暖に保つことは必要ではあるが、其ために空を閉め切り、看護人が不快に感ずる程にすることは、有害無益である。空氣の清淨に注意し、快適の温度竝に湿度に止める方が遙かに良い。

藥劑は重症なる場合の強心劑以外に、特效あるものはない。祛痰劑は食慾を害する恐があるから、慎み、消化劑を與へる方が寧ろ有利である。苦痛、不安等があり、睡眠が障碍される場合に、鎮靜劑、催眠劑を與へて安靜にすることは常に必要である。

#### 14. クルップ性肺炎 Kruppöse Pneumonie.

(大葉性肺炎 Lobärpneumonie,

纖維索性肺炎 Fibrinöse Pneumonie)

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

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

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

診斷。初期、理學的症候の著明でない時は容易でなく、弛張熱を示す時には一層迷はされる。喀痰、尿チアゾ反應等はあまり當にならず、咳嗽、呼吸促進も信を置くに足らぬ。屢々腹痛を訴へることがあるので盲腸炎等と誤ることもあり、弛張熱で所見少ない時には、腦膜炎、チフス、中耳炎等を疑はせることもある。X線像を検すれば容易に確診される。腋窩部の聽打診に注意する必要がある。

豫後。一般に佳良で、5-9日位で分利下熱して治癒するが、年長となるにつれて豫後樂觀を許さぬやうになる。續發症として屢々膿胸を來すことがあり、又經過中に化膿性(肺炎菌性)腦膜炎を起して死亡することもある。

療法。安靜を第一とし、胸部に温濕布を施し又は患部に氷嚢を付けることもある。食餌は消化し易いものならば何でもよい。解熱劑は通常用ゐない。キニーネ劑、オプトヒン、オムナチン等が用ゐられることもあるが、是非必要と云ふほどではない。

#### 15. 慢性肺炎 Chronische Pneumonie.

氣管枝肺炎又はクルップ性肺炎共に、屢々其治癒が遷延し數ヶ月、稀には年餘に亙つて浸潤が存在することがある。感冒性



肺炎、麻疹又は百日咳肺炎等に殊に見られる。此場合肺炎病竈には間質性結締組織の増殖を見、又多くの場合肋膜肥厚乃至癒着を伴ふ。

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

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

**豫後。** 屢々不良、又氣管枝擴張症を生ずることがある。

**療法。** 榮養状態を佳良ならしめることが最も必要である。轉地も良い。

#### 16. 氣管枝擴張症 Bronchiectasie.

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

**症候。** 激しき咳嗽に伴つて多量の粘液膿様又は水様にして惡臭のある、然かも靜置すれば上、中、下三層に分れる喀痰を出すことが特徴である。聽診上多數の大中有響性水泡音、氣管枝音が限局性に存在し、下葉では時に廣汎に互ることがある。打診上輕濁音を認めることもあり、又空洞症狀を示すこともある。多くの場合輕いチアノーゼ、顔面毛細血管擴張を伴ひ、鼓桴狀指(Trommelschlägelfinger)

を呈することがある。熱は比較的少ない。X線像で所々に斑紋狀又は瀰蔓性陰影があり、其中に蜂窩狀又は圓柱狀の空洞像を見る。肋膜癒着を證明することが多い。

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

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

#### 17. 其他の肺疾患

##### (1) 肺膨脹不全 Atelektase der Lungen.

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

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

##### (2) 肺氣腫 Lungenemphysem.

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

##### (3) 肺水腫 Lungenödem.

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

するも、小児では明瞭でない。

**療法。** 強心劑殊にカンフル、カフェーン劑等を主とする。

(4) 特發性氣胸 Spontanpneumothorax.

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

18. 肋膜炎 Pleuritis.\*

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

**症候。** 發熱、咳嗽、胸痛、呼吸障碍等を以て來り、濁音があり、呼吸音微弱、聲音震顫減弱すること等、大人と同様である。又 Grocco-Rauchfuss 氏三角、Damoiseau 氏線等を證明し、左側の時には Traube 氏半月部の消失すること等があるが、幼兒ではあまり著明でない。肋膜摩擦音は初期又は滲出液吸収期に於て聴取される。

肺葉間肋膜炎 (interlobäre Pleuritis) は、臨牀的に確診すること難く、X線によつて初めて決定される。縦隔竇肋膜炎 (Mediastinal-

\* Seröse Pleuritis の意味である。eitrige Pleuritis (膿胸) は別に述べる

pleuritis) は稀有であり、且つ診断は一層困難である。肺炎、殊にクルップ性肺炎では大抵、肋膜も共に侵され、少量の滲出物を生ずるも、間もなく之は吸収されるを常とする。

**診断及び豫後。** 滲出液の多いものは診断容易であるが、その少ないもの、又は癒着あるものは慢性肺炎と誤り易い。豫後はそれ程不良ではない。

**療法。** 安靜を守らせ、胸痛又は咳嗽に對して胸部温濕布を施し、感冒性(又は rheumatisch) のものにサリチール劑を投與すること等、大人と同様。穿刺は多量の滲出物により、壓迫症状のある場合に行ひ、餘り早期に過ぎぬ方がよい。

19. 膿胸 Empyema thoracis.

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

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

**症候。** 肺炎に伴ふ場合には、早期に既に發することもあるが、暫らく後に漸次來ることが多い。クルップ性肺炎では屢々、分利後3-4日間無熱に過ぎた後、再び發熱と共に膿液を生ずることがある。自覺症状は肋膜炎と同様であるが、呼吸困難、顔面蒼白等はそれよりも遙かに強い。胸部所見として、濁音は極めて高度 (Schenkelton) で、聴診上呼吸音減弱することもあり、又、然らず

して却て鋭く、氣管枝音、氣管枝聲、多數の有響性囉音を聴くことも多い。之れは肺炎が猶ほ存在してゐるためである (syn- od. metapneumonisches Empyem)。

**診断及び豫後。**膿性なりや否やは穿刺によらなければならぬが、既往歴並に局部所見で容易に見當はつく。肺炎が膿胸に移行したか否かは濁音、呼吸音等の程度でわかる。膿液少量な時は自然に吸収されて治癒することもあるが、大抵は排膿處置を行はなければならず、豫後は従つて佳良とは云はれぬ。肺炎菌に因るものは豫後比較的良く、連鎖状球菌等によるものは一般に不良である。

**療法。**肺炎が猶ほ存在するならば、共に對する手當を要するも、膿胸そのもの對しては、排膿處置を主眼とする。排膿法としては反覆穿刺法、Bülow氏排膿法(Heberdränage)、肋骨切除術(Thorakotomie mit Rippenresektion)等があるが、幼兒には主として前二法を應用し、肋骨切除は主に年長兒に試みる。又單純穿刺後レミヂン溶液にて洗滌し、更に同溶液を注入する法を反覆すること (Gralka氏法)を賞用する人もある。\*

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

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

## VIII. 慢性傳染病

### Chronische Infektionskrankheiten.

#### A. 小兒の結核 Kindertuberkulose.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

第一期結核では、主として肺門部(Hilus)の淋巴腺を侵し、肺門又は氣管枝腺結核(Hilus- od. Bronchialdrüsentuberkulose)として現はれるが、やや進む時は其周圍又は下肺葉にも及ぶものである。第二期のものは、結核性腦膜炎、粟粒結核、初期肺結核等であるが、頸腺結核、結核性腹膜炎、腸結核、Skrofulose等も之れに屬する。之等の中、小兒に最も多く、且つ重要なのは氣管枝腺結核である。

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

結核に對する免疫性は結核菌感染によつてのみ發生するもので、従つて結核に感染したことがあり、然かもそれに打勝つた者は、結核に感染したことの無い者よりも、新たな結核感染に對して防禦力を有するものである。然し此免疫性は、他の急性傳染病、例へば麻疹、痘瘡等に對するものと異なり、甚だ不確實(labil)なもので、色々の原因によつて(小兒では殊に麻疹、百日咳等)變化し、免疫力の減退を來し易いために、新らしく再感染を起し、或は一旦治癒的に見えたものも、再燃することが多い。

### 2. ツベルクリン反應 Tuberkulinreaktion.

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

有無又は程度を検することが、即ちツベルクリン反応である。

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

#### (1) ツベルクリン反応検査法 Tuberkulinprüfung.

Tuberkulin 反応には局所反応 (lokale Reaktion)、病竈反応 (Herdreaktion) 及び全身反応 (allg. Reaktion) の三つがある。局所反応とは應用局所に於ける發赤腫脹であり。病竈反応とは結核病竈例へば肺結核病竈などの一時的増悪症状であり。全身反応とは發熱、違和等の症状を云ふのである。小兒科に於て用ゐられるのは、主として局所反応である。

検査方法には種々あるが、小兒科で一般に用ゐられるのは、Pirquet 氏皮膚反応及び Mantoux 氏皮内反応の二法で、就中後者が最も確實なるものとして廣く應用される。<sup>\*\*</sup>

(1) Pirquet 氏皮膚反応 (kutane Reaktion)。前膊内側の皮膚を酒精又はエーテルで清拭し、約 4—5cm の間隔をおいて二個處に Alttuberkulin を滴下し、Pirquet の接種針 (Impfbohrer) で先づ此等二個處の中央部 (Tuberkulin のない部) を表皮を搔抓する程度に錐もみをなし (之は對照である) 次に Tuberkulin 小滴内に行ふ。

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

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

而して 24 時間 (時として 48 時間) 後に該部を検し直徑 0.5cm 以上の紅色丘疹が生じたものを陽性とする。強陽性、陽性、弱陽性乃至陰性等に區分するのは、其反應程度の如何による。強陽性の場合には往々丘疹上に水疱形成を見ることがある。異常反應としては、丘疹が無色であるか又は變色せる時は之を惡液質性反應 (kachektische Reaktion)。2—3 日後に至つて初めて反應の現はれるを遲鈍反應 (torpide Reaktion) と云ふ。

(2) Mantoux 氏皮内反應 (intrakutane Reaktion)。0.1% 乃至 1.0% の Alttuberkulin 液 0.1—0.95cc を皮内 (主として前膊) に注射する法で、反應陽性な場合には 24 時間以内に、直徑 0.5cm 以上の發赤、浸潤を有する丘疹を生ずる。反應の程度、異常反應等前者と同様である。本法では先づ 0.1% のもの 0.1cc (0.1mg) を試み、陰性に終つた場合に、1.0% 液 0.05cc (0.5mg) で試み、更に 0.1cc (1.0mg) で試みると云ふやうにするのである。<sup>\*</sup>

#### (2) ツベルクリン反應の臨牀的意義

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

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

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

抗毒素性抗体生成が障碍され不十分である場合、例へば粟粒結核、結核性脳膜炎の末期、麻疹又はクルツブ性肺炎を合併せる結核等の場合である。従つて陰性の場合には、更に繰返して検査する必要がある。普通には先づ Pirquet 氏法を試みて陰性なる時、数日の間隔をおいて Mantoux 氏法を試み、尚ほ陰性の場合には、結核を略々除外し得るものと看做される。

### 3. 氣管枝腺結核 Bronchialdrüsentuberkulose.

#### (肺門腺結核 Hilusdrüsentuberkulose)

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

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

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

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

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

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

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

#### 4. 粟粒結核 Miliartuberkulose.

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

**症候。**發熱(弛張型)、咳嗽、呼吸困難、チアノーゼ等を以て來り。肺には單なる水泡性囉音を聽く位に過ぎず、又全く所見のないこともある。従つて呼吸困難、チアノーゼ等著しいにも係らず、肺炎所見の缺如する場合には、本症を疑つて見る必要がある。脾腫、白血球減少、尿チアゾ反應等の點でチフスと混同されることがある。腦膜炎症狀が著明のこともある。経過は2—6週位とされてゐるが、大多數は約3週位で死亡する。時として慢性の経過をとることもある。

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

#### 5. 肺結核 Lungentuberkulose.

年長兒では大人と同様であるが、慢性となり空洞形成等を來すことの少ないことは既に述べた。

乳、幼兒肺結核では、浸潤がかなり廣汎に互つても、咳嗽至つて少なく、熱も著明でなく、一般症狀が割合軽度で、X線像と一致せぬことが少なくない。呼吸音も却て微弱となり、肋膜炎を思はせることもあるが、一般には氣管枝音、有響性ラッセル等を聽くが、時としてラッセルが殆んどない場合もある。喀痰中の結核菌證明は、乳兒では困難で、且つ證明されぬこともあり、咯血を見ることは稀である。ツベルクリン反應は常に陽性に現はれる。

#### 6. 基結核性浸潤 Epituberkulöse Infiltration.

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

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

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

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

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

### 7. スクロフローゼ(腺病) Skrofulose.\*

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

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

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

フローゼとならずに、却て第二期結核としての普通の症状を示すものであると云はれる。

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

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

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

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

### 8. 其他の結核性疾患

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

#### (1) 淋巴腺結核 Lymphdrüsentuberkulose.

肺門腺以外では主に頸腺 (Halsdrüsen)、腸間膜腺 (Mesenterialdrüsen) 等が侵される。頸腺結核は通常慢性に始まり、大小様々、硬くして孤立することもあるが、多くは腺塊を作り且つ周囲と癒著し、疼痛を缺く。後漸次軟化し、破潰して瘻管を作ることが多い。小兒は非結



核性の頸腺腫脹を來すことが甚だ多いので、其鑑別に注意を要する(頸部淋巴腺炎参照)。

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

### (2) 腎臓結核 Nierentuberkulose.

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

### (3) 皮膚結核 Hauttuberkulose.

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

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

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

び外轉運動が妨げられる。結核性膝關節炎(Gonitis)は殆んど常に片側であつて、漿液性滲出液の蓄溜を生ずる。風刺症(Spina ventosa)は指趾骨のカリエスであつて、該部の肥大を生じ屢々數本に現けられる。先天微毒兒に於ても屢々之れに類似の症状を示すことがある。足及び手關節の結核は小児には少ない。

### (5) フリクテーン Phlyktaene.

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

## 9. 小兒結核の一般豫防法並に治療法

### Prophylaxe und Therapie d. Kindertuberkulose.

(1) 豫防法。結核豫防の第一は先づ感染を防ぐことで、小兒殊に乳幼兒に於て此事は最も重要である。其ためには結核者より遠ざかることは勿論、住居、生活状態等にも深甚の注意を要する。能働免疫法(aktive Immunisierung)としての結核豫防接種法の中、現今最も信頼し得べきものは Calmette-Guérin 兩氏の B.C.G. (Bovovaccines Calmette et Guérin)である。此ものは牛型結核菌を十數年間培養移植したもので、毒性が全くないと。此新鮮なる生菌浮游液を牛乳に混じて、生後10日以内の乳兒に三回經口的に與へ、之によつて結核に對する免疫性を獲得すると云ふのであ

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

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

る。\* 其他結核死菌を用ふる法、結核菌産生物 (Alttuberkulin) を接種する法等もあるが、免疫成生疑はしいと云はれる。

(2) 一般療法。栄養を第一とするが、其目的には燃價に就て注意するのみならず蛋白質、殊に脂肪並にビタミンの供給を十分にしなければならぬ。鶏卵、バター、牛乳等は此目的に適合するが、新鮮なる果實、野菜等も勿論缺くべからざるものである。肝油は殊によい(一日量乳児には5—10g、年長兒20—30g位)。含水炭素は餘り多過ぎぬ方がよいとされ、殊に甘味強きものの多量は避けるがよいと。無食鹽療法 (Gerson-Sauerbruch-Hermannsdorfer 三氏法) は、狼瘡の如きものを除いては小兒には一般に行はれず、殊に食慾を害ふ恐れがある。

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

轉地療法は、高熱のある、又は重症なるものを除いては、常に有效である。轉地の場處としては山地、海岸ともに良いが、一般に海岸又は低地住居者は山地へ、反對のものは海岸がよい。大都會住居者は兩者いづれでもよいが、あまり雜沓する場處は悪る

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

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

い。但し滲出性素質で濕疹等に傾く者は山地がよい。

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

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

特殊療法としてはツベルクリン療法があり、種々の法式があるが、小兒結核には餘り行はれぬ。

## B. 先天性微毒 Lues congenita (Erbsyphilis)

小兒微毒の殆んど全部が先天微毒で、後天性に傳染したものは極めて一小部分を占めるに過ぎない。従つて茲には先天性のものだけを述べる。

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

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

### 1. 乳兒梅毒 Säuglingssyphilis.

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

症候。主要症狀は粘膜、皮膚、骨等の變化、竝に脾肝腫大である。

(1) 梅毒性鼻炎 Coryza syphilitica。粘膜症狀の主なもの、頑固なる鼻閉塞を以て始まるのが多いが、時として漿液血性分泌物を出すこともある。出生後間もなく始まることもあり、又1

ヶ月位後に起ることもある。之は鼻粘膜の腫脹に因り、殊に後鼻腔に著しく、分泌物は少ない。

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

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

a) 廣汎性皮膚浸潤(diffuse Hautinfiltration)の最も著しく現はれる部位は顔面、手掌、足趾であつて、該部が肥厚し、弾力性なく、緊張する。顔面では殊に口唇、鼻翼等に著明で、皸裂(Rhagade)を生じ、線狀の癩痕を残すことがある。頭部には靜脈怒張著しく、脱毛を來すことが多い。手掌、足趾は硬く緊張し又は光つてゐる。尙ほ臀部、股間部等の皮膚が糜爛し(Intertrigo)、腋窩、頸、耳後或は其他の部分も糜爛し、又は濕疹を生じ易い。

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

斑紋丘疹(maculo-papulöses Syphilid)は四肢、殊に下肢伸側に好んで發し、軀幹には少ない。小豆大乃至一錢銅貨大、略々圓形の發疹で、初めは薔薇色であるが、後には黄褐色又は淡褐色になる。而して後漸次落屑を生じ、又は平滑にして光澤のある斑紋、或は色素沈着を残すことがある。之は出生時に存することはなく、

數週以後に初めて現はれるものである。

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

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

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

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

豫後。榮養佳良にして、治療の時期の早いもの程豫後が良い。又兩親の黴毒が感染後間もない場合には豫後不良で、感染後年月を経たものは割合に子供の症狀が軽い。

## 2. 先天性黴毒の再發 Rezidiv d. Kongenitalsyphilis.

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

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

## 3. 遲發性黴毒 Spätsyphilis (Lues cong. tarda)

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

症候。第三期症狀を以て來り、護膜腫、骨膜炎、Hutchinson 氏三主徴 (Trias) を主とする。護膜腫は脛骨、頭蓋、胸骨等、並に軟口蓋粘膜炎、皮膚、肝臟等の臓器にも生ずる。骨膜炎は脛骨に最も多く來り、肥厚腫大して紡錘形に觸知し得ることが多い (hyperplasierende Diaphysenperiostitis)。Hutchinson 氏三主徴と稱するは、角膜實質炎 (Keratitis parenchymatosa)、聾 (Taubheit) 及び Hutchinson 氏齒であるが、

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

鞍鼻も亦屢々伴ふ。其他智力障碍、癲癇様發作等の腦症狀を伴ふこともある。

#### 4. 其他の先天微毒性病變

(1) 内臓。肝臓腫大は間質性汎發性炎(diffuse Hepatitis)によるが、黄疸を起すことは極めて少ない。但し新生兒に於ける慢性黄疸は屢々微毒性である。胃腸壁に汎發性又は限局性浸潤を生ずることは屢々あるが、其ために起る症狀は至つて少ない。微毒性腎臓炎は乳兒に多く、年長兒には稀である。尿中蛋白、圓錐、血球等を證明し、又は浮腫を生ずることもあるが、之等は驅微療法によつて多くは輕快する。肺に於ては間質性肺炎(interstitielle Pneumonie)を起し、微毒乳兒の多數が之れによつて死亡すると云はれるも、臨牀的に診斷することは容易でない。肺ゴム腫は稀有である。

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

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

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

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

#### 5. 先天性微毒の療法 Therapie d. Erbsyphilis.

サルバルサン(Salvarsan)水銀劑、蒼鉛劑、沃度劑等を用ゐること大人と同様であるが、前二者が主として用ゐられる。

1. サルバルサン療法。用量はネオサルバルサンで、體重1斤につき0.015—0.02g.の割合で用ゐるのが普通であるが、\* 第一回注射の時、殊に虚弱乳兒では用心のため、0.005—0.01g.位から始め漸次増量する方がよい。用法は通常1週1回、濃厚注射として靜脈内(頸頸部等)に行ふが良いが、靜脈注射の出來ぬ時は筋肉内(臀筋)に行ふ。注射はワ氏反應陰性になる迄續けるので、少なくとも4—5回以上を要する。近來はこれを直腸内に注入する人もある。ミオサルバルサン(Myosalvarsan)は筋肉又は皮下注射用に作つたもので、其用量は體重1斤につき初めは0.005g.次で0.01g.とし、更に多少の増量をする。但し第一回注射の時用心して少量(0.005—0.02g. pro dosi 位)から始める必要は前者と同様である。注射の間隔は3—5日を普通とする。\*\*

内服用サルバルサンとしてはスピロチード(Spirocid)、オラルチード(Oralcid)等がある。之等は一日量0.125—0.25g. (1/2錠—1錠)位から始め、7—10日間連用した後數日休み。次に1/2錠の増量をなしかくして漸次増量して一日量1.0g. (4錠)位に至るがよいと云はれる。\*\*\*

2. 水銀療法。之には内服、注射、塗擦の三法がある。乳兒で

\* Neosalvarsanの用量は、現今ではもつと多い方がよいとされ、體重一斤につき0.03g.を用ゐるがよいとも云ふ(0.04g.を用ゐる人もある)。乳兒は大人よりも著しき大量に堪え得ると云ふことである。

\*\* Myosalvarsanの用量もNeosalvarsanと同様でよいとも云はれる。

\*\*\* Spirocid療法は單獨に行はるるを普通とし、甘汞、黃色沃度汞等の内服又はSalvarsan或は蒼鉛劑注射と併行してはならぬと(Bayer 會社説明書)。

は主に黄色沃度汞又は甘汞の内服(一日量 0.01—0.02g.)を行ふが、又ノバズロール(Novasuro),サリルガン(Salyrgan)\* 等の注射を行ふこともある。塗擦療法は年長兒殊に遅發性黴毒に多く用ゐられ、用量は體重 1 斤につき 0.1g. の水銀軟膏を、型の如く胸、腹、上背、下背、下肢、上肢の順に 6 日間塗擦し 7 日目に休んで入浴し、之を繰返すのである。

3. 蒼鉛劑 (Bismogenol, Spirobismol, Bismuto-yatren 等は筋肉内に注射されるが、餘り廣くは用ゐられぬ。\*\*)沃度加里は遅發性黴毒に用ゐるを普通とする。\*\*\*

其他營養に注意することは極めて重要で、營養佳良なる者は豫後が良く、不良なるものは之に反するから、乳兒では是非母乳を與へる必要がある。

### C. 癩 Lepra.

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

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

\* Salyrgan の用量は、乳兒では一日量として最小 0.1cc. より最大 pro Kg. 0.1 cc. を、年長兒では 1.0—1.5cc. を臀筋内に注射すると。

\*\* 蒼鉛劑の用量は、純蒼鉛として體重 1kg. につき約 4mg. とする。而して諸種蒼鉛劑の蒼鉛含有量は大概 6—11% であると。

\*\*\*沃度加里又は沃度ナトリウムを用ゐる、用量は一日量として 3—5 年の者には 0.5—0.75g. 6—11 年の者には 1.0—1.5g. 12—16 年には 1.5—2.0g. とするがよいと (Heubner)。又筋肉内注射用のもの(例へば Jodipin)もあるが、まだ一般的でない。沃度療法は Neosalvarsan, 水銀療法等と併用するをよしとす。

## IX. 急性傳染病

### Akute Infektionskrankheiten.

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

#### 年齢的素因 Altersdisposition.

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

此事實は免疫性と關係するもので、生後 6 ヶ月以内に少ないのは、先天的に種々の急性傳染病に對して免疫性を有するため、即ち母胎内に於て母體から、之等の免疫物質を貰つて生れて來るためである。然るに生後時日を経るにつれて、此先天性免疫性は(受働免疫であるから)漸次減少し、半年乃至 1 年後には甚だ僅微になるので、其頃から漸次罹患することが多くなる。尤も此性質は母乳營養と、人工營養とで多少異なり、前者は後者よりも幾分罹患率が少ないが、それは免疫物質が幾分母乳によつて乳兒に移行するためと看做される(總論、乳汁の條参照)。百日咳が乳兒を甚だ侵し易い理由は明らかでない。

年齢的に罹患率の異なる原因としては、以上の他尙ほ感染機會(Infektionsgelegenheit)が大いに關係する。即ち乳兒は常に母の保護の下にあつて、感染機會は未だ少ないが、生長するにつれ塵埃を口に入れ、又は外出するため、殊に幼稚園、小學校等に入る時は、

他人に接する事が多くなる爲に、感染の機会も従つて多くなる。百日咳、猩紅熱、水痘等は、主に幼稚園や小學校で感染する。

又急性傳染病が小兒に甚だ多く、大人に少ないことは、之等疾患の大多數が、一度罹患すると、長年月間の免疫性を獲得することが主な理由である。麻疹の如きは一度の罹患によつて生涯免疫性となり、二度と罹ることは稀有である。猩紅熱、百日咳なども、二度罹ることは殆んどない。チフテリーの免疫性は比較的短期間で、餘り長年月繼續せぬらしい。

尚ほ種々の疾患に対する感受性は、個人的に相違があつて、同じ傳染病に對して、同じ條件の下にあつても、或人は罹り、他の者は罹らぬと云ふことがある。又疾患の種類によつて、之に對する感受性がそれぞれ異なる。例へば麻疹の如きは、殆んど凡ての人々が一度は必ず罹るものであるが、其他の傳染病はそれほどではない。此關係を示す一例として、麻疹に對しては95%。猩紅熱に對しては40%。チフテリーでは10-15%の人々が罹患するとも云はれてゐる。

罹患數と年齢との關係

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

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

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

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

年 齡	0-1	1-2	2-5	5-10	10-20	20-30
猩 紅 熱	27	52	45	19	5.9	0.6
麻 疹	319	435	73	13	1.8	0.2
チフテリー	138	401	277	77	15.8	0.7
百 日 咳	674	295	38	3.9	0.2	0

1. 猩紅熱 Scharlach (Scarlatina)

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

原因。病原菌に就ては尚ほ多少異論はあるが、溶血性連鎖狀球菌(haemolytische Streptokokken)に因るものと一般に看做されてゐる(Dick, 1924)\*。侵入門は主として咽喉であらう。傳染力

\* 所謂猩紅熱連鎖狀球菌は、猩紅熱患者だけでなく、健康人又は他のアンギナ等の場合にも、咽頭部に證明されることが少なくないので、猩紅熱に果して特有のものか否かに、疑をおく人もある。然し該菌によつて猩紅熱を發し得ることは、實驗的に證明されてゐる。又該菌毒素による反應が猩紅熱と、特殊の關係のあること、及び其毒素の注射により猩紅熱に對する免疫性を得ることも、明らかであるらしい。

(Kontagiosität)は、發病第一日から、落屑期を通じて有するものと考へられるが、最も傳染力の強いのは發病初期である。接觸傳染(Kontaktinfektion)を普通とするが、健康人、衣服、器具等を介して間接に傳染することもあると云はれる。病原菌は抵抗力甚だ強く、人體外に於ても數ヶ月以上も生存し得ると云ふ。

症候。潛伏期は不定であるが、3-7日を普通とする。前驅症狀を伴はずに突然發熱、咽頭痛等を以て始まり、間もなく發疹を生ずる。發疹期(急性期)と、落屑期(恢復期)とに區別される。

(1) 發疹期 (Stadium des Exantheims)。突然高熱、咽頭痛を以て始まり、屢々嘔吐を伴ふことがある。發疹は發熱と同時に現はれることもあり、又1-2日位遅れて現はれることもある。細かい鮮紅色の發疹で、其數は極めて多く、一見恰かも廣汎性發赤(diffuse Rötung)の如き觀がある。其出現の順序は頸、軀幹を第一とし、四肢之に次ぐを普通とし、顔面には極めて少なく、殊に鼻口の周圍には發疹を生ずることなく、頰部の潮紅と對照して、頤部を底邊とした三角形の蒼白部(circumorale Blässe)を見る。發疹は2日位で最高に達し、4-5日で漸次消褪し、熱は3-4日乃至7-8日續いて漸次下降する。

アングイナは必發症狀で、咽頭、扁桃腺の發赤腫脹が著しく、黃白色のペラージを生ずることが屢々ある(Scharlachangina)。顎下腺も同時に腫脹し、壓痛を訴へる。舌は初めは厚い苔を被るが、2-3日後には苔が去つて、鮮紅色となり、乳頭(Papilla)腫大して所謂莓狀舌(Himbeerzunge, Katzenzunge od. Scharlachzunge)を呈する。一般症狀は、熱又はアングイナの強い時には著しく侵される。

血液像は特有で、白血球增多、殊にエオジン嗜好細胞增多が著明になる(Eosinophilieは發病2-3日から初まり、1週の終り頃最も

著明)。尿にはウロビリノーゲン及びウロビリノーゲン量が増加する(5-6日頃最高)ことが特有である。

(2) 落屑期 (Abschuppungsstadium)。發病約2週頃、即ち下熱後に皮膚の落屑が始まる。之は發疹の生じた部位に起るものであつて、先づ毛囊周圍に糠様に始まるが、次で膜様(lamellös)となり、殊に手掌、足趾に著明で、厚く大きく皮が剥ける。落屑の全く終るまでには、その始つてから2-3週はかかる。

異常型として發疹を缺くもの(Scarlatina sine exantheate)落屑を缺くもの(Scharlach ohne Abschuppung)等もあるが、然し之等は稀である。

合併症。急性期に於て顎下腺、頸腺等の腫脹甚だしく、遂に化膿することもあり、又壞疽性アングイナを發して敗血症様になることもあるが、最も屢々注意を惹くものはヂフテリー様義膜(Scharlachdiphtheroid)であつて、屢々ヂフテリーと誤られる。但しヂフテリーを合併することも稀ではない。中耳炎は急性期でも又下熱後に於ても屢々併發する。ロイマチス様症狀(Scharlachrheumatoid)も同様である。以上のやうに色々の合併症があるが、恢復期に發する最も恐るべきものは腎炎である。

猩紅熱腎炎(Scharlachnephritis)は、2週の終りより3週にかけて現はれる。其頻度は流行の性質にもより、又安靜如何にも關係するが大體10-50%と云はれ、急性出血性腎炎であることが特有である。大抵は2-3-5週位で治癒するが、時として慢性に移行し又は尿毒症を起すこともある。

豫後。流行の性質によつて大いに異なり、死亡率は0.5-30%の間を動搖すると云はれるが、我國のものは幸にして一般に佳良である(朝鮮、滿洲では著しく不良)。之は勿論合併症の如何に



も関係するが、初めから重い中毒症を呈するもの(Scarlatina fulminans) 壞疽性アンギナを併發するもの等は不良である。

**診断。** 麻疹との鑑別が最も必要である(麻疹参照)。發疹の性質、口周囲の蒼白部、アンギナ、莓狀舌等に注意すれば診断困難ではないが、診断助法として Rumpel-Leede 氏現象、並に消褪現象を検すれば一層確實である。Rumpel-Leede 氏現象とは、上膊をゴム紐等で緊縛して鬱血を起させる時、數分後に、それより下部に點狀皮下出血を生ずることである。但し之は猩紅熱のみに特有と云ふわけではない。消褪現象 (Schlutz-Charltonsche Auslöschphänomen) とは、0.5—1.0cc. の健康大人血清又は猩紅熱恢復期血清を、發疹部の皮内(intracutan) に注射すると、猩紅熱では、注射部位及び其周囲が、發疹消褪して蒼白となることであつて、此現象は猩紅熱に特有のものである。

若し發疹が既に消失した後に、或は極めて輕症に就て診断を下すには、アンギナ、莓狀舌等の症狀の外に、血液像 (Leucocytose u. Eosinophilie) 並に尿ウロビリルン反應を検するがよい、但し落屑を俟つて初めて診断確定するやうなこともある。

**療法。** 早期に隔離することは、豫防上最も必要である。隔離の期間は、落屑の終る迄とされてゐる。

治療上最も重要なことは、安靜臥床であつて、有熱期は勿論、下熱後にも必要で、發病 3 週位は靜臥を要し、極めて輕症と雖も 2 週以内に起してはならぬ。これは腎炎豫防のためで、腎炎が 2-3 週に發すること、安靜を守らぬ時に起り易いこと、並に急性期症狀の輕重と腎炎併發の危険とは、必ずしも平行せぬためである。食餌は急性期には流動乃至半流動食とするがよいが、食慾ある場合には、決して嚴重にするを要せぬ。食餌を嚴格にして

も腎炎豫防の助けにはならぬ。口腔を清潔に保ち、アンギナ、顎下腺腫脹に對しては、頸部に氷嚢又は冷濕布を行ふ。

猩紅熱連鎖狀球菌血清の注射(20-30cc)は、高熱乃至一般症狀に對しては有效であるが、腎炎其他の合併症に對してはあまり效がない。ヂフテリー併發の場合には、勿論ヂフテリー血清の注射を要する。

腎炎を起した時は、食餌を制限して、それに対する療法を行ふ。恢復期に入つてからも、尿検査は常に必要である。

#### 附 チック氏反應(Dick's Test)

溶血性連鎖球菌培養より得た毒素を、Dick 氏標準に従つて稀釋し、其 0.1 cc を皮内 (intracutan) に注射す。陽性の時には、4-6 時間で局所に發赤腫脹が始まり、18-34 時間で最高に達する。

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

## 2. 麻疹 Masern (Morbilli)

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

**原因。** 病原菌は尙ほ不明であるが、患兒の鼻、眼、咽頭等の分泌物中又は血液中に存し、侵入門は氣道である。病原體は極めて發散し易く (flüchtig)、従つて非常に傳染し易いが、抵抗力は弱く、

人體外では速かに死滅するので、第三者又は器物を介して傳染することは極めて少ない。傳染力は發疹の出る頃が最も盛んであるが、まだ發疹の出ない前驅期でも既に傳染の危険がある。而して下熱後約1週位経れば、傳染力著しく減弱し、2週後には最早傳染の恐れがないと云はれる。

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

(1) 前驅期又はカタル期(Prodromalstadium od. katarrh. Stadium)。3-4日間であつて、上氣道炎及び結膜炎の症狀、即ち發熱、咳嗽、鼻汁増加、嘔(Niesen)、羞明(Lichtscheu)等を呈す。皮膚發疹はまだ現はれぬが、口腔粘膜には既に特有の發疹、即ち Koplik 氏斑及び粘膜疹を示してゐる。コップリク氏斑は頰部粘膜の臼齒に近い部分に生ずる、粟粒大の小さい白點で、紅暈(roter Hof)で囲まれ、其數は2-3個から20-30個にも及ぶことがある。粘膜疹(Enanthem)は、軟口蓋部に生ずる暗紅色の斑點で、皮膚發疹に似たものである。之等の二症狀は麻疹に特有のもので、之によつて早期診斷が出来るが、發疹期に至れば通常消失する。

(2) 發疹期(Stadium des Exanthems)。

前驅期の熱は3-4日で一旦やや下降した後、再び上昇し、それと共に特有の發疹が現はれ、同時にカタル症狀は一層著明になる。發疹は初め帽針頭乃至豌豆大であるが、漸次融合して不規則形になるも、相互間には健康皮膚部を残す。色は初めは薔薇色、後には暗紅色になる。發疹出現の順序は、先づ顔面、耳後、項部等に始まり、次で軀幹、四肢に及ぶ。出始めてから2-3日で頂上に達し、以後漸次褪せし、跡に暗褐色の色素沈着を残す。此時期は熱最も高く、一般症狀も著しく、尿にチアゾ反應陽性。血液像は白血

球減少(Leucopenie)し核左方移動あり、殊に淋巴球減少並にエオジン嗜好細胞著しく減少する。但し下熱後恢復期に於ては却て白血球增多(Leucocytose)を示す。

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

合併症。氣管枝炎を伴ふことは極めて多く、又肺炎になることも少なくない。麻疹で死亡するものの多くは肺炎によるもので、其豫後は甚だ不良である。ヂフテリーを伴ふことも屢々あるが、多くは恢復期であつて、急性期に喉頭狹窄様の症狀を呈するものは、急性喉頭炎(假性クルツブ)が多い。

結核との關係は甚だ密接で、麻疹に續發して結核となり、又はそれまで潛伏性に経過してゐた結核が活動性になることが少なくない。

豫後。流行の性質によつて異なるも、幼少な者ほど豫後重篤である。乳兒は罹患することが少ないが、一旦傳染し且つ肺炎を併發すれば甚だ重篤になり易い。死亡率は5-7-13-37%等色々の報告がある。合併症の恐るべきは肺炎。續發症としては結核である。

診斷。前驅期に Koplik 氏斑、粘膜疹、結膜炎等を見ることは大いに役立つ。發疹を見れば診斷容易である。鑑別すべきものとして、風疹(Rubeola)はカタル症狀及び Koplik 氏斑を缺き。血清疹とは既往暦で區別される。猩紅熱との鑑別は次表の通り。

麻疹と猩紅熱との鑑別

	麻 疹	猩 紅 熱
發疹の外観	斑點様、不規則形で、發疹間に健常皮膚を容易に見得る。	細かい小點が密生して、一見廣汎性發赤の觀がある。
發疹の部位	顔面に多く、加ふるに結膜炎、鼻炎等のために、顔付きが汚くなる。	顔面は潮紅するだけであり、然かも口の周圍部が蒼白に見える。
前驅症狀	著しいカタル症狀を経て、發疹が現はれる。	前驅症狀なく、突然に高熱と共に發疹が現はれる。
口腔粘膜	Koplik 氏斑、及び粘膜疹を認める(但し前驅期に於て)。	強いアノギナ、莓狀舌等を認める。
落 屑	ないか、又は糠様の細かいものに過ぎぬ。	著明な、膜様の落屑を來す。
血液像	Leucopenie (就中淋巴球の減少) Eosinophile Zellen 減少。	Leucocytose (殊に多核白血球増多) Eosinophilie。
尿	Diazo (+)	Urobilin, Urobilinogen 増加。

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

健康大人血清も大量(30cc.以上)を用ゐれば效があるが、前者には遠く及ばぬ。免疫動物血清(猿、羊等)には確實なものがない。

療法。臥床安靜を守らせ、暖かく保つて、\*\* 合併症又は續發症

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

の起るを防ぐことが第一に必要である。口内及び眼の衛生に注意し、氣管枝炎があれば其手当をし、高熱あれば氷枕を用ゐ、合併症に對しそれぞれの治療を施すことは勿論である。食餌は有熱時には流動乃至半流動食がよい。下熱し元氣恢復しても、7-10日以前に起床させてはいけない。少しく起床を急いだ爲めに、豫後障礙を來すことが少なくないから、下熱遷延する場合には特に安靜に留意しなければなぬ。

恢復期血清又は、大人血清乃至血液の注射は多少効果がる。

3. 風 疹 Röteln (Rubeola)

發疹は麻疹に類するも、其程度は極めて軽く、數も少なく、カタル症狀を伴はぬものである。幼兒乃至學童に來り、麻疹の流行に伴ふことがあり、軽い麻疹と誤られ易いが、餘り多いものではない。至つて軽いので臨牀上麻疹と誤る外は、餘り重要でない。病原不明であるが、永い免疫性を獲得する。

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

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

淡紅色、小點狀(猩紅熱様)の發疹が顔、軀幹に生じ、次で四肢に及ぶ。

1-2日間軽熱あることもあり、又は無熱である。経過は軽く、結膜炎、アンギナ等あるも軽度である。病原不明。診断は困難で、軽い猩紅熱、風疹等との區別は容易でなく、流行でもないと判然とわからぬものらしい。餘程稀なものであらう。

### 5. 傳染性紅斑 Erythema infectiosum

#### (第五病 fünfte Krankheit)

顔面殊に頬部に、稍々隆起せる、蕁麻疹様の大なる紅斑を生じ、融合して周邊鋸齒状を呈し、多少の浸潤並に熱感を伴ふ。次で上、下肢伸側にも生ずるが、軀幹には稀有である。此發疹は4-10日位で漸次消褪し、色素沈著を残すことがあるが、落屑を來さぬ。左右均整に現はれるのが特有である。

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

### 6. 突發性發疹 Exanthema subitum.

#### (三日熱發疹 Dreitagefiebersanther)

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

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

### 7. 痘瘡 Pocken (Variola)

2-3日間高熱、頭痛、腰痛等の前驅症状を経て全身に發疹し、次

で水疱より膿疱に變じ、痂皮を作り屢々癩痕を残すもので、天然痘とも稱せられる。一度本病を経過する時は終生免疫を得、又種痘によつて豫防することが出来る。

**原因。**病原體は猶ほ明らかでないが、昭和七年三田村、田宮氏等により所謂 Guarnieri 氏小體が病原體であるとの説が發表された。<sup>\*</sup>主として觸接傳染をなす。病原體は病初には鼻咽喉分泌物中に存し、前驅期に於て既に傳染するが、以後痂皮脱落する迄其傳染力を失はず、發病より5-6週に亘ると云ふ。

**症候。**潛伏期は10-13日。経過により前驅期、發疹期、化膿期等を區別する。前驅期に於ては突然高熱を發し、惡寒戰慄を伴ひ、鼻咽頭炎、結膜等炎を發し、頭痛殊に激しき腰痛を訴へる。此時期に往々前驅發疹(Initial exanthem)を生ずる。麻疹様又は猩紅熱様で、好發部位は臍部を底邊とし、股部に及ぶ三角形(Schenkel-dreieck)又は腋三角部(Oberarmdreieck)等である。此ものは通常1-2日で消失し、次で體温は一旦下降し、固有の發疹期に入る。

發疹期は此下熱頃から始まり、時期により發斑期、丘疹期、水疱期、膿疱期、結痂期、落屑期等に區別される。發疹は帽針頭大紅色、やや隆起せる斑として始まり、先づ顔面に、次で胸部四肢に及び、1-2日にして増大して豌豆大の丘疹となり、次で水疱に變じ中央陷凹す、所謂痘瘡臍窩(Pockennabel)である。之等の發疹は正圓形をなし、大きき同じく、大小不同なく、且つ左右相對に現はれるを規則とする。かくして發病8-9日で化膿期に入り、體温の再度上昇と共に膿疱に變じ、其周圍に紅暈を生じ、浮腫性となり、瘰

<sup>\*</sup>發疹内容液を家兎角膜等に接種し、5-6日後に該部組織を鏡檢すれば、上皮細胞中に略々圓い小體を認める、之を Guarnierische Körperchen と稱す。其意義に就てはこれ迄、細胞内に浸入した牛痘病原體に對する細胞の特異性反應産物と見做された(Prowazek 氏)ものである。

痒を訴へる。發病 11—12 日頃には漸次乾燥し結痂し、熱も下降する。痂皮は 1—2 週で脱落し後に癩痕を残す。血液には白血球殊に淋巴球の増多を認む。

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

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

**診断及び豫後。** 流行時定型的なものは容易であるが、然らざる場合殊に假痘の診断は簡單でなく、就中水痘との鑑別に留意を要す(水痘参照)。死亡率は未種痘者で約 46%、既種痘者では 7% 位であると。

**療法。** 對症療法だけである。

## 8. 種痘 Vakzination (Kuhpockenimpfung)

牛を通過して毒性を減じた痘瘡病原體(Pockenvirus)を皮膚に接種し、極く軽い痘瘡を起させて、免疫性を得させることで、1796 年英醫 Edward Jenner によつて發見創始された法である\*。

**1. 種痘術式 Impftechnik.** 上膊外側を酒精、エーテル又は石炭酸水等にて清拭し、漿盤上で能く攪拌混和した痘苗を接種針 (Impfanzette) に附着し、2—3 cm 位の間隔を以て 4—6 個所に塗布し、其部に淺く十字切 (Kreuzschnitt) 又は單線切 (Linienchnitt) を行ひ、

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

更に種痘針の平面を以て痘苗を擦入するを要す。切創は僅かに紅痕を生じ又は血がニジム位の程度がよく、出血する程にしてはならぬ。部位並に接種数は、第一期種痘は右上膊に 4—6 切、第二期には左上膊に 6 切とすることになつてゐるが、近來は大腿外側に行ふこともある。

**2. 時期。** 第一期種痘は出生翌年の六月迄に行ふ規則になつてゐるが、5—10 ヶ月頃が適當であらう。第二期種痘は數へ年 10 歳と定めてあるが、必要あれば何時行つてもよい。但し二回目善感であつても、定期前二年以上であれば、十歳には再び第二期種痘を施さねばならぬ。

**3. 種痘経過 Verlauf.** 接種後 2—3 日間は特別のことはないが、3 日目頃から共部位發赤し、やがて丘疹となり、7 日目頃から水疱を作り、紅暈で圍まれる。水疱内容は初め漿液性であるが、間もなく膿様になり、頂點が凹む。10—11 日目頃から次第に乾燥して、痂皮を作り 20 日前後で痂皮が落ちて癩痕を残す。一般症状としては 7—10 日、即ち膿疱形成時に多少の發熱を見、不機嫌になり、局所淋巴腺腫脹を見ることがある。

**4. 種痘後の注意**として特別のものはない。入浴は接種翌日から 4—5 日迄は差支がないが、局所を洗ひ又は擦つてはならぬ。水疱形成後は、痂皮が硬くなる迄入浴せぬ方がよい。局所は清潔に保ちさへすれば、繃帯を施す必要はないが、痒感があり搔爬する恐れのある場合は、綿を付けて軽く繃帯してもよい。もし膿が付いて綿が膠着したならば、鋏で周圍を切り取つて、膠着したものは其まま放置するがよい。潰瘍が生じたならば、アイロール、オルトフォルム等の撒布、又は硼酸軟膏等を用ゐる。

**5. 結果の判定。** 第一期では、上記の膿疱 2 顆以上を生じた

ものを善感とする。1個又は発生なきものは不善感で、更にやり直しを要する。第二期では、接種の日から3日以後に於て、1顆以上の小結節又は水疱を生じたものを善感とする。第二期不善感の場合には、翌年十二月迄に更に行はねばならぬ。

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

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

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

9. 種痘障碍 Impfschaden。

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

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

に此ことが起れば、痘瘡性濕疹 (Ekzema vaccinatum) になる。

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

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

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

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

### 9. 水痘 Wasserpocken od. Windpocken (Varicellae)

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

原因。病原菌も侵入門も不明であるが、接觸傳染によることは明らかである。傳染力極めて激しく、家族内に一人發生する時は、他の幼ない同胞も殆んど免れることが出来ぬ。殊に發疹の初期に著しく、水疱乾燥すれば傳染力は減弱する。

症候。潜伏期は14日を普通とするが、17—19日のこともある。前驅症狀を缺き、輕熱と共に發疹が現はれる。發疹は初め薔薇疹 (Roseola) 様の小紅點として始まるが、間もなく丘疹となり、次で水疱になる。内容物は澄明で、帽針頭大乃至豌豆大になる。水疱は發生後1—2日で乾燥して、黒褐色の痂皮を作るが、發疹が一

度に現はれず、2—3日間續いて發生するので、痂皮を生じたものと、水疱性のものとが同時に存在することになる。部位には一定の順序なく、全身(毛髮部迄)に生ずる。皮膚のみならず、粘膜にも生ずるが、跡に癩痕を残すことはない。

發熱は病初には軽度にあるが、高熱にはならぬ。一般症狀も至つて少なく、不機嫌、軽度の痒感位である。経過は發疹出現から、全く痂皮を生じて治癒する迄1週位である。

**療法。** 特別の必要はない。癢痒強ければ石炭酸亞鉛華リメント(Carbolzinkliniment)等を用ゐる。

**診断。** 痘瘡と水痘との鑑別。

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

但し以上の相違は、程度の問題で、重い水痘と、軽い痘瘡殊に假痘とは、其鑑別容易でない。例へば假痘に於ては發疹も少なく且つ膿疱を作らぬことが多いが、之れに對して水痘でも往々にして、軽度の化膿を生ずることもあるために、兩者の鑑別は一層困難になる。實際其發疹だけに就て、水痘と痘瘡とを明らかに

區別する方法がないのであるから、従つて疑はしい場合、殊に痘瘡流行時には、診断確定する迄之れを隔離する必要がある。

### 10. チフテリ - Diphtherie (Diphtheria)

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

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

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

(1) **咽頭チフテリ - Rachendiphtherie.** 咽頭發赤、扁桃腺腫脹して白色の義膜(Belag)を生ずる。此義膜は下唇と密着して、容易に剝離せぬ。更に扁桃腺から周圍に擴がり、懸壅垂、口蓋帆等にも及び、時として扁桃腺が壞疽に陥ることもある。顎下腺の腫脹、疼痛等を伴ふのが普通である。

一般症狀としては高熱、呼吸促迫又は困難等があり、鼻聲になることが多い。

(2) **喉頭チフテリ - Kehlkopfdiphtherie (Krupp).** 咽頭チフテリより移行し、又は初めから喉頭に發することも多い。喘鳴

(Stridor),呼吸困難が主要症状で,吸氣時に胸骨上窩(Jugulum),心窩部(Epigastrium)が著しく陥没し,患児は著しき不安を感じ,嗄聲(Heiserkeit)著しく,往々無聲(Aphonic)となり,甚だしければ冷汗を流し,チアノーゼが現はれる。但しそれほど重くない時は,犬吠様咳嗽,軽度の喘鳴,嗄聲位のことも多い。咽頭部に白苔を見ることがあるが,又全く白苔の認められぬことも少なくない(勿論喉頭部には義膜があるのだが,普通の咽頭視診では見えない)。

一般症状は前者よりも一層重篤である。チフテリー義膜の形成は,喉頭から進んで気管乃至気管枝に及ぶことが少ない。狭窄症状は其程度に應じて強くなり,極めて危険の多いものである。

(3) 鼻チフテリー Nasendiphtherie。乳児に多い型で,咽頭チフテリーに伴ふこともあるが,乳児では單獨に来ることが少ない。單獨の場合には軽熱か,或は無熱のことが多く,鼻汁が漿液血性となり,或は鼻孔糜爛し又は痂皮を作ることがある。一般症状殆んど缺如することが多いために,長い間氣付かずにゐることが少なくない。

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

合併症及び續發症。氣管枝炎乃至肺炎を併發することは屢々あるが,これは特有のものではない。チフテリーに特有のものは,心臓,腎臓及び神経系の障碍である。

(1) 心臓障碍。チフテリー菌毒素は,屢々心筋並に迷走神経を侵し,心臓麻痺を起して突然斃れることがある(diphtherischer Herztod)。此障碍は早期(2週以内)に來ることと,遅れて(4—8週)發することとある。早期心筋炎(Frühmyokarditis)では,心臓擴張,

收縮期雜音等を生じ,又は心音極めて微弱となることもあり,脈搏細少甚だ不安定で,初め遅脈,後に頻數不整になる。一般状態も侵されて衰弱,蒼白,食思缺損を來す。肝臓の疼痛性腫大,嘔吐,血壓下降等は危険の徴である。遲發性心筋炎(Spätmyokarditis)は前者よりは稀であるが,4—8週頃に起るので油斷をし易い。突然思ひもかけず死亡することもあると云はれるが,然し多くは食思不振,蒼白,頻脈又は蛋白尿等の症状を伴ふものである。

(2) ネフローゼ(Nephrose)。發病2—3日頃から蛋白尿乃至圓錐を見ることがあるが,赤血球を見ることは少ない。但し此ものは比較的早く治癒し,慢性に陥ることは稀である。

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

診断。一般に容易。咽頭チフテリーでは義膜を認め,喉頭チフテリーでは犬吠様咳嗽,喘鳴乃至呼吸困難を目標とするも,鼻其他のものは幾分曖昧である。疑はしい時には勿論細菌検査



に俟たねばならぬが、症状著しければ先づ血清注射を行ふがよい。喉頭炎、腺窩性アンギナとの鑑別は其の條参照のこと。

**豫後。**血清注射の時期及び用量の如何と、大いに關係があり、早期に充分の量を注射すれば、割合に佳良である。喉頭チフテリーは、他のものよりも一般に危険が多く、咽頭チフテリーでも、壞疽性に陥るものは最も重篤である。心臓障碍に對しては常に深甚の注意を要する。チフテリー後麻痺の豫後は割合に良く、自然に治癒することが少なくない。

病竈の菌消失には、大多數は(約 $\frac{3}{4}$ )3週位であるが、長く消失せずして持続排菌者(Dauerausscheider)となることもあり、往々にして數ヶ月に及ぶことがある。又患者周囲の健康者にも、鼻、咽頭に菌を有する者(Bazillenträger)が少なくない。

**豫防法。**チフテリー毒素抗毒素Toxin-Antitoxinによつて能働免疫(aktive Immunität)を獲得さす法(1912, Behring)は歐米には行はれるが、我國では餘り行はれぬ。近來は寧ろRamon氏Anatoxin(1924)注射による能働免疫が推賞されてゐる。即ち2—3週の間隔を置き第1回0.2—0.3, 第2回0.5, 第3回0.7—1.0cc.のAnatoxin(即ちフォルモワクテン)を3回皮下に注射する法である。\*アナトキシンによる免疫發生は、Schick氏反應(後述)より見れば、施行後6ヶ月で最高に達し大部分(90—95%)はSchick氏反應陰性になり、1年乃至數年其免疫性は持続するといふことである。

**治療。**隔離、安靜を旨とし、對症的に口腔清潔、頸部氷嚢又は濕

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

布、強心劑、食餌等に注意する外に、最も重要なことは血清療法である。

血清は普通筋肉内に注射し、なるべく早期に、然かも充分な分量を一度に用ゐることが極めて肝要である。用量に關しては、體重を顧慮して定める人もあるが、一般には體重に關係なく、病症の輕重によつて定める。近來はなるべく大量を用ゐるが良いとされ、極めて輕症でも3,000單位以下を用ゐることは稀で、普通には5,000單位、重症ならば8,000—10,000單位、時としてはそれ以上を用ゐることも屢々ある。\*

壞疽に陥るやうな悪性チフテリーには、殊に大量を要するが、最近には血清と共にサルバルサン注射が推賞される。

喉頭チフテリーで、呼吸困難著しく、チアノーゼを呈し、苦悶甚だしく、窒息の危険ある時は、氣管切開(Tracheotomie)又は喉頭挿管術(Intubation)を行ふ必要がある。

チフテリー後麻痺に對しては、血清の大量を注射すべしと云ふも効果確實ではない。硝酸ストリヒニン注射が屢々行れ、又最近にはホルモワクテン注射が有效との説もある。

永續排菌者又は保菌者に對しては、硝酸銀水、沃度丁幾、プロタールゴール、過酸化水素水、ゲンチアナ紫溶液、トリパフラビン液等を塗布し、過酸化水素水で屢々含嗽させる等の法、或はX線、人工太陽燈、日光光線等で咽頭を照射する法等が行はれるが、効果確實のものはない。外氣療法、又は扁桃腺肥大のあるものには其

\* 20,000—50,000—100,000—200,000單位、極端な例では500,000單位を用ゐたと云ふ報告もあるが、實際はそうむやみに大量を用ゐてもそれだけの効果はない。我國のチフテリー血清は、1.0cc.中500免疫單位を含んでゐるから、100,000單位ならば200cc.になる。

豫防の意味で血清注射をするならば500—1,000單位で充分であると云はれる。

切除等が比較的有效とも云はれる。

附. シック氏反應 (Schick's Test)

デフテリー毒素の少量を皮内(intracutan)に注射して生ずる反應を検し、デフテリーに對する免疫性の有無を定める方法である。量は體重 250 g. のモルモット最小致死量の $\frac{1}{100}$ を、0.1—0.2 cc. の生理的食鹽水で薄めて、前膊屈側に行ふ。反應陽性の場合には24時間以内に、1.5—2.5 cm の直徑を有する發赤及び浸潤を生ずる。該反應陽性なのは抗毒素が全く缺如するか、或は不充分でデフテリーに對して防禦力のないこと、即ち罹患の危險あることを示し、陰性の者は充分の免疫力あることを示す。\*

附. 血清病 Serumkrankheit.

血清注射によつて起る症狀の中、最も主なものは發疹 (Serum-exanthem) で、蕁麻疹様又は麻疹様、甚だしい痒感を伴ふことが特有である。これは免疫血清でも正常血清 (Normalserum) でも同様で、異種蛋白に對する過敏症である (人血清では起らぬ)。血清病の發現及び経過は、初回注射と反覆注射とによつて異なるが、用量の多いほど、又血清の新らしいほど症狀が著しい。

1. 初回注射では、注射後7—12日で、突然に發熱、發疹が現はれる。發疹は先づ注射部位に、次で全身に及び、同時に關節痛、浮腫、

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

淋巴腺腫大等を伴ふことがあり、血液には白血球減少がある。之等の症狀は數日續いて自然に消失する。

2. 再度注射 (Reinjektion) の場合には、前回注射との間隔如何によつて、現はれる時期が異なる。

(1) 前回注射後1週以内では、何等特別の症狀を示さぬ。

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

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

豫防法。初回注射では普通、豫防的處置の必要もなく、又發現を豫防する法もない。問題は再注射に際して過敏症ショックを起すか否かにある。此事は幸にして稀であるが、然し萬一に備へるために、先づ0.5—1.0 cc. を皮下に注射し、3—4時間待つて反應なければ、殘餘を注射する (Besredka 氏法) ののであるが、若し0.5 cc. を試みて注射部位に發赤明瞭に現はれたならば、更に0.5 cc. を反覆試みて、反應なきに至つて殘餘を用ゐる。此問題は最近殊に注意され、0.1 cc. から先づ試みる方がよいとも云はれる。\*

療法。過敏症ショック以外には危険はなく、早きは1日、遅きも5—6日で自然に消失するが、痒感甚だしき時には、石炭酸亞鉛華糊膏 (Carbolzinkliniment) 1%メンタ酒精の塗布、アドレナリン注射、エフェドリン内服、ヒポヒジン又はピツイトリン等の注射、或はカルシウム靜脈内注射等が行はれる。關節痛に對しては温

\* 過敏症ショックを起すことは稀有とされたが、實はそれほど稀なものでもないらしく、時としては初回注射で起る (先天性) ことさへあるから、注意する方がよい。

又は冷巻法を施す。

### 11. 百日咳 Keuchhusten (Pertussis)

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

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

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

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

(2) **痙攣期** Krampf Stadium。咳嗽発作は漸次激しくなり、遂に特有なる痙攣性咳嗽発作になる。此発作に際しては、短かい咳嗽が多数引き続いて発するため、吸氣を営む暇がなく、其ために顔面潮紅し、チアノーゼを示し、眼球突出し甚だしく苦悶をする。此の如き長い呼氣性咳嗽の後で、一度に深い吸氣を営み、其時にヒューと云ふ笛聲 (pfeifender Ton) を發する。之は狭窄した喉頭部を空氣が通るため、これを Reprise と云ふ。此やうなことを再三繰返した後、粘稠半透明の喀痰を喀出して発作が止む。発作時に嘔吐を起すことが多いが、発作の止むと共に患児は安靜に

なり、平常の如くに遊戯をする。發作の長さは2—3分で、回数は一日數十回にも及び、殊に夜間に頻發する。此の如き發作が頻發するために、顔面浮腫様 (gedunsen) になり、結膜充血又は出血を來すことがあり、又齒のある小兒では舌繫帶 (Frenulum) に小潰瘍を生ずることがある。而して此時期は3—6週を普通とするも、時として數ヶ月に及ぶことがある。合併症がなければ胸部所見を缺くか、又は軽度に過ぎず、熱も大抵はない。

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

**合併症。** 氣管枝炎乃至肺炎が主で、殊に百日咳肺炎は豫後重篤である。激しい咳嗽發作のために多少の肺擴張は常に伴ふのであるが、甚だしい時は氣管枝擴張症を起すこともある。結核との關係は麻疹に次で密接であり、潜伏結核が活動性になり、或は新らしく結核に感染し易い。腦症候を來すことは比較的稀ではあるが、往々にして四肢の強直性麻痺、痙攣、昏睡等を來すことがある。之等は腦出血によることが多い。

**豫後。** 年齢幼少の者ほど不良である、之れ呼吸停止、痙攣、肺炎等を起す危険が多いからである。経過が長いため衰弱、羸瘦を來すことが多く、又結核と密接の關係がある。

**診断。** カタル期に確診することは難いが、痙攣期に入れば甚だ容易である。早期診断上注意すべき點は、氣管枝炎、アングナ等の所見がないに係らず、咳嗽甚だ激しいこと。咳嗽が夜間殊に睡眠中に多いこと。顔面浮腫狀。咳嗽發作の終りに粘稠半透明の喀痰を出すこと等である。初期に於て既に白血球增多

を示すことは診断上役立つ。百日咳菌は初期既に多数に咽頭部に存するも、其證明がチフテリー菌の如く容易でないために、日常臨牀に應用し難い。

**豫防法。** 恢復期血清を用ゐる法はあまり一般的でない。正常大人血清を用ゐる法もあり、20—40 cc. を1—3回注射すれば有效と云ふ人もあるが、普通に行はれるは百日咳ワクチン注射で、年齢に應じた量を5—6回行ふ。隔離は最も肝要。

**療法。** 食餌は嘔吐を顧慮して、消化し易いものを、少量宛度々與へるがよい。合併症なき時は、日光及び空氣に注意するだけで特別の療法を施す必要はない。多少でも發作を軽くし、経過を短かくする目的で、種々の治療法があるが、いづれも著效を期し難い。ワクチン注射は早期に施せば效があるが、盛期以後では疑はしい。1—2日の間隔を以て5—6回行ふ。エーテル療法も屢々試みられる、殊に就寝前に用ゐれば、夜間の發作を軽減する利益がある。多くはオリーブ油等と混ぜたものを注腸する法が行はれる。人工太陽燈、X線照射等も試みられるが効果は疑はしく、寧ろ外氣療法に及ばぬ。藥劑には神經の過敏性を減ずる意味で、臭素劑、ルミナール又は燐酸コデイン、エフェドリン等が用ゐられるが、之にも信頼は出來ぬ。寧ろ消化劑を與へて食慾を擁護し、自然治癒を待つ方がよい。

## 12. 赤痢 Dysenterie od. Ruhr (Dysenterie)

粘液膿様血便を排出し、強い裏急後重(Tenosmus)を作ふことが特徴で、1—3年の小兒に多いが、決して小兒に特有と云ふ次第ではなく、症狀、経過等の點は大人に於けると大差がない。唯、小兒では治療中に饑餓(Inanition)に陥り易く、且つ幼兒は豫後の重い

ことが多いからして、注意を要する。夏期に多いが、他の時季にも相當にある。免疫關係は著明でなく、數回罹患することがある。永續排菌者、保菌者は少ない。(但し茲に云ふものは細菌赤痢の意味で、アメーバ赤痢のことではない。アメーバ赤痢は小兒には稀である)。病理解剖的には大腸下部、殊に直腸粘膜の濾胞性又は義膜性炎で、粘膜の充血、腫脹、潰瘍形成を來す。

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

**症候。** 突然發熱、腹痛、下痢を以て始まり、口渴、食思不振を伴ふ。糞便は初め粘液便、後には粘液膿様血便となり、一種精液様臭を放ち、甚だ頻回で且つ裏急後重及び痙痛(Kolik)を伴ひ、左側下腹部に壓痛ある索狀物を觸れる……等の點は大人に於けると同様であるが、小兒では屢々嘔氣、嘔吐(時として珈琲残渣様物)、不安又は無慾狀或は昏睡に陥り、痙攣を來し、心臟衰弱等、所謂中毒症狀を呈し易い。つまり小兒は重症に陥り易い。

合併症には口内炎等の外に特殊のものはないが、治療中に羸瘦著しく、衰弱著明になることが屢々ある。

**豫後。** 普通のもは數日乃至數週で治癒するが、劇症では24—48時間以内に死亡することも少なくない。一般に乳兒は豫

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

後不良になり易い。

**診断。** 症状殊に糞便の性質から容易であるが、菌検査は常に必要である。病初尚ほ定型的の便を見ない時期には他と誤ることがある。單なる大腸炎 (Kolitits) では、粘液血便には屢々なるが、膿様には通常ならぬ。但し此點だけで鑑別は出来ぬ。

**豫防法。** 乾燥赤痢菌より作つた所謂内服ワクチンを用ゐて経口的免疫を得しむる法が最近一般に試みられる\*。

**療法。** 安静と食餌療法とを第一とする。病初には先づ腸内容排除を試むべきで、それには蓖麻子油を與へ、灌腸又は洗腸を行ふのであるが、それ等は決して頻回に行ふ必要はなく、蓖麻子油は1回(時に2回)に止め、洗腸もなるべく發病初期だけとする方がよい。腹痛乃至裏急後重に對しては温罨法又は灰爐を用ゐ、口渴に對しては嘔吐のない限りは水を與へる。劇症、重症には強心劑、葡萄糖液又は Ringer 氏液等の皮下注入を行ひ、不安苦悶乃至興奮、痙攣等には抱水クロラール、ルミナル、パピナル、其他の鎮靜劑を與へ、激しい腹痛に對しては阿片丁幾を投與することもある。收斂劑は急性期には一般に之を禁ずるも、下熱後又は食慾恢復後は用ゐるも妨げがない。

**食餌** は、初めは症状の輕重に應じ 12—24 時間位の饑餓療法(消化不良症参照)を行つた後、牛乳、重湯、スープ、果汁等を與へ、進んで粥、食パン、卵等に及ぶのであるが、之等は食慾及び嗜好の如何、又

\* 赤痢菌は毒力大で局所反應が強いために、注射による豫防接種には適さぬ。内服ワクチンの應用は、経口的に與へて腸管細胞を免疫して生菌の透過を防止せんとする、所謂局所免疫である。此ワクチンは、數種の赤痢菌の乾燥死滅せるものから作る。警視廳製のもの乾燥菌量 10 mg. 宛 3 日間連用するものである。内服ワクチンは赤チフス、バラチフス等にも應用されるが、それには牛膽汁を共に用ゐるもので所謂 Bilivaccine である。

は嘔氣、嘔吐の有無等に従つて、量及び種類を擇ぶのであつて、嘔吐のある時は稀釋牛乳又は脱脂乳の少量 (30—50—70 cc.) から始めるが、嘔吐なき時は全乳で差支がない。粥又は食パンの如きものも、食慾佳良ならば、便の性質尚ほ多少悪るく、又回数幾分多くとも與へ試みるがよい。食餌療法で最も肝要なことは饑餓に陥らさぬ注意である。最近には林檎粥療法とて、急性期に數日間、林檎の磨つたものだけを與へる法も行はれる。

### 附、疫 痢

疫痢と稱するものを獨立した疾患と見るべきか、又は赤痢の劇症型と考へるべきかに就ては尚ほ多少議論があるが、現今一般には劇症赤痢が、特殊の症候群を示したものに過ぎぬと看做される。實際其大多數に於て赤痢菌が證明される。體質異常(例へば胸腺淋巴體質)と關係すると云はれるが、明瞭ではない。3—6年の小兒に主として見られることが特色である。

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

疫痢乃至赤痢に於ける劇烈なる腦症状の成因に就て、從來多くは漠然と細菌毒素による中毒作用と見做されたが、箕田氏は腦血管攣縮によるものと説明し、其根據として疫痢等に於ける腦神經細胞の重篤なる變化が、瀰蔓性でなく、却て散在性、選擇的である事實を擧げた。

従つて其療法としてはアトロピン及び安那加の注射、抱水クロラールの注腸が合理的なりと云ふ。

珈琲残渣様である。こう云ふ風で、初めから著明の心臓衰弱を伴ひ、24—48時間以内に斃れることが甚だ多いが(死亡率30—50%)此時期を過ぎれば、恢復は割合に早いのを特徴とする。

**療法。**重症赤痢の時と同様であるが、又疫痢血清(主として大原菌より作れる)を用ゐる人もあり、輸血或は葡萄糖インシュリン併用療法等も試みられる。又肘静脈を露出して、Ringer液、葡萄糖液を少量(20cc.)宛反覆注射する法が近來試みられる(石橋氏法)。痙攣、不安、苦悶等に對し鎮靜劑は常に必要である。

### 13. 腸チフス Typhus abdominalis.

乳兒には稀、幼兒にも至つて少なく、5—6年以上から漸次多くなる。年長兒では大人に於けると同様であるが、乳兒では症狀は一般に軽く且つ不定であるが、別段小兒に特有と云ふ點はない。

**症候。**定型的のものは大人の如く著明の發熱を以て始まるが、多くは不定で、食思缺損、不機嫌、睡眠障碍等を訴へる。年長兒では頭痛を伴ふことが多いが、譫語を發することは少ない。發熱は最も重要な症狀で、時としては熱以外に殆んど所見のないことが少なくない。熱型も幼兒では決して一定せず、弛張性のこともあり、又はあまり高熱を示さぬこともある。幼兒の脾臓は正常でも屢々觸知し得るので、脾腫があつても果してチフスのためか否かを決し難いことがあり、又薔薇疹(Roseola)も、小兒が屢々類似の發疹を生じ易いので、多少鑑別困難を免れぬ。幼兒では又發病當時、不消化乃至下痢便を出すことが少なくない。白血球減少、尿チアゾ反應陽性等は大人と同様である。

**バラチフス**は、乳幼兒では、下痢嘔吐等の胃腸症狀を示すこと

が多いと云はれる。

**診断。**他に見るべき所見なくして、高熱が長く続く時は、一應疑を置く必要があるが、乳幼兒では兎角看過され易い。菌検査、Widal氏反應、チアゾ反應、白血球減少等を檢する必要は、大人に於けると同様である\*。

鑑別すべきものとしては肺門腺結核、クルブ性肺炎殊に中心性肺炎、粟粒結核、敗血症、盲腸炎等が擧げられる。

**豫後及び療法。**大人に比し遙かに豫後佳良。療法として特別のことはない。

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

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

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

**豫後及び療法。**豫後良、化膿することは殆んどないが、合併症として睾丸炎を起し、延いては睾丸萎縮を來すことがある。但し多くは思春期以後に限られる。同じ意味で卵巣又は乳腺の炎症を伴ふこともある。療法としては、安靜を守らせ、局所に冷

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

又は温濕布を施し、口内清潔に注意する位でよろしい。

### 15. 流行感冒 Grippe.

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

**原因。**病原菌に就ては猶ほ不明の點が多い。インフルエンザ桿菌、肺炎菌、連鎖状球菌、加答兒性球菌等が擧げられるが、大流行性のものを除いた普通の場合は、恐らく單一菌乃至は特殊の菌によるものではないらしい。

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

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

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

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

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

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

#### 附. 慢性ロイマチス Chronische Rheumatismus.

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

### 17. 鼠咬症 Rattenbisskrankheit.

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

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

## 18. 丹毒 Erysipel od. Rotlauf.

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

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

**診断**は容易であるが,急性顔面濕疹,蜂窩織炎等と鑑別を要することもある。豫後は幼若乳兒,虛弱兒を除いては一般に大人よりも良い。**療法**としては局所に亞鉛華オレフ油, Ichthyolvacelin等の塗布。醋酸礬土液,硼酸水, Rivanol液等の罨法。<sup>\*</sup>人工太陽燈照射(強度に)X線照射(1/3紅斑量位),ワクチン或は血清等も用ゐられる。

## 19. 敗血症 Sepsis

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

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

**診断**を確定するには,血液中より菌を證明する必要があるが,これが仲々容易でない。嘔吐,下痢等から消化不良症と誤り,皮下出血から紫斑病等と混同され,合併症として起れる心内膜炎又は心嚢炎を原病と誤ることもある。豫後一般に不良。療法は主に對

<sup>\*</sup> 罨法液は室温のものがよい。昔は此上に水囊を當てるのが實用されたが,之は絶対禁忌で却て有害である。濕布は硬く絞つたガーゼを,なるべく厚く重ねることが必要である。濕布交換は 1—2 時間毎とすると(佐谷有吉氏)。

症的であるが,トリパフラビン,ヤトレン等の注射,輸血等が試みられる。

## 20. 其他の急性傳染病

## (1) アメーバ赤痢 Amöben-Dysenterie.

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

粘液血便,裏急後重等を主徴とし,左下腹部に壓痛ある索狀物を觸れる。急性,慢性及び潜伏型に區別され,急性型は發熱を伴ひ,症狀一般に顯著である。糞便よりアメーバ又は嚢子(Zyste)を證明することは診断上肝要である。豫後一般に佳良。療法としては對症的の他に,特殊療法としてエメチン(Emetin)の注射,又はヤトレン,リバノール等が用ゐられる。

## (2) 黃疸出血性スピロヘータ病(ワイル氏病) Spirochaetosis ictero-haemorrhagica (Weilsche Krankheit)

高熱,筋痛,黃疸及び出血傾向を主徴とし,本邦各地に存在し,濕潤にして野鼠の多い土地に多く,水を介して皮膚又は口から傳染する。スピロヘータは患者の尿又は血液中に證明される(暗視野檢在)。小兒には稀有。

約1週の潜伏期を経て突然發熱し,頭痛,筋痛(殊に腓腸筋)胃腸障礙,眼球結膜の充血等を生じ,尿量減少し,蛋白を證明する。黃疸は發病6—7日頃に始まり,頗る高度に達し,皮下又は粘膜下に出血斑を生ずる。肝脾腫脹,不眠,譫語等を起す。診断上血液又は尿よりスピロヘータを證明すれば最も確實であるが,之は必ずしも容易でない故に,血液又は尿沈渣を海狸に接種して病原體の檢出を行ふもよい。豫後疑はし。特殊療法として免疫血清を用ゐる。

## (3) マラリア Malaria.

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



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

#### (4) 破傷風 Tetanus.

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

#### (5) 狂犬病 Lyssa (Menschliche Wutkrankheit)

病原體は不明であるが、腦脊髄と大なる親和力がある。罹患動物(犬)の唾液中に病原體が存する。潜伏期は平均30—60日を普通とするも、時に10—15日位のこともあり、又稀には1年に及ぶこともある。経過を分つて憂鬱期(Stadium melancholicum)發揚期又は恐水期(Excitationsstadium)及び麻痺期の三とする。特有なる症狀は咽頭及呼吸筋の痙攣による液體の嚥下困難、不安苦悶躁狂、唾液分泌激増等である。豫後極めて不良。本症の發病を防ぐためには、咬傷を受けた時は直ちに狂犬病豫防接種を行はねばならぬ。其効果は殆んど確實である。

#### (6) デング熱 Dengue.

熱帶地方に起り、一種の昆蟲の咬刺により感染する。本邦では沖繩、臺灣等に流行する。潜伏期約3日。突發發熱と共に關節痛、腰痛、頭痛等を訴へる。熱は3—4日で一旦下熱し、其後1—2日で再び發熱し、同時に手掌、足趾又は四肢に淡紅色斑點様の發疹が生じ、

著しき搔痒を伴ふ。全経過は7—8日を普通とす。血液像は淋巴球比較的増多を伴ふ白血球減少を示す。豫後佳良。療法對症的。

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

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

#### (8) スチル氏病 Stillsche Krankheit.

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

#### (9) 回歸熱 Febris recurrens (Rückfallfieber)

病原は一種のスピロヘータである。2—10日の潜伏期後突然、悪寒、戦慄、痙攣等を以て發熱し、軽度の黄疸、脾腫等を伴ふ。熱は3—7日で分利性に下降し、著しき發汗を生ず。次で約1週後に又同様な熱發作を反覆する。血液又は尿中からスピロヘータを證明すれば確診される。療法としてはネオサルバルサン注射等が試みられる。

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

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

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

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

## (12) コレラ Cholera asiatica.

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

## (13) ペスト Pest.

ペスト菌による。本邦には稀有。潜伏期2—3日位。高熱、頭痛、嘔吐、衄血及び下痢等を以て突然始まり、中毒症狀が強い。次で脾腫大、鼠蹊部、腋窩部乃至頸部淋巴腺の疼痛性腫脹甚だ著しく、次で之等の淋巴腺炎は間もなく軟化し破開する。又皮膚には屢々發疹乃至皮下出血を生ずる。豫後甚だ不良、多くは數日で死亡する。療法は對症的のみ。

## 傳染病の届出に就て。

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

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

## X. 神經系疾患

## Krankheiten des Nervensystems.

## A. 器質的疾患 Organische Erkrankungen.

## 1. 乳兒鉛中毒症及び鉛毒性腦膜炎

## Bleivergiftung und Bleimeningitis des Säuglings.

明治三十三年弘田氏\*により、生齒期に於ける人乳榮養兒に見らるる一種の腦膜炎(sogenaunte Meningitis)として初めて記載され。大正十二年平井氏\*\*により、鉛中毒に基因するものなることが證明されたものである。原因は含鉛白粉、含鉛撒布藥又は含鉛色素を用ゐた、或は鉛製の玩具等による。夏期に多い。

生齒期乳兒に主として見られる理由は鉛中毒症狀を發する迄に相當長い時日を要するため、夏に多いのは消化不良症により誘發されること、並に其症狀が消化不良症に類するためである。但し本症が鉛中毒に因ることが明かになつて以來、單に腦膜炎症狀を呈するもののみならず、未だ腦膜炎症狀を示さぬ、即ち早期に於けるものをも、容易に診斷される様になつたので、寧ろ慢性鉛中毒症と總稱する方が當を得た名稱であらうが、症狀の進んだものは鉛毒性腦膜炎と云つてゐる。

症候。早期症狀は嘔吐、消化不良様便(綠便乃至粘液便)、不機嫌、過敏(reizbar)、蒼白となり、次で腱反射亢進、大顛門の膨隆緊張及び搏動を示す。嘔吐は一日數回のことが多いが、極めて頑固で、之を主訴として醫師を訪ふのが普通である。

\* 乳兒脚氣參照(前出)\*\* 醫學博士平井龍太郎、京都帝大小兒科教授一名譽教授。

症状進行する時は、不安又は嗜眠状となり、又は昏睡に陥り、項部強直、Kernig氏症状、痙攣等、脳膜炎症状を呈する。發熱を缺き又は輕熱に過ぎぬを普通とするも、時として高熱を伴ふこともある。

其他本症に特有なる症状は、齒根部の黒變(Bleisaum)、爪甲の淡黒色、赤血球内に鹽基性顆粒の出現及び網織狀物質(Substantia reticulofilamentosa)の多數出現等であるが、尙ほ血清が黄色調を呈し、尿にウロビリルン、ウロビリノーゲンが増加し、時としてヘマトポルヒリン(Haematoporphyrin)を排出することもある。腦脊髄液は高壓を示し、多くは透明であるが、グロブリン及びアルブミンの増加、淋巴球増多(Pleocytose)を示し、往々にして黄色調を帯びることがある。

経過及び豫後。死の轉歸をとることもあるが、早期に治療を施せば治癒し得るが経過は長い。脳膜炎症状著明なものでも、全く治癒することもあるが、精神發育障碍、視力或は聽力障碍を残すことも少なくない。四肢の麻痺を残すことは稀である。

病理解剖。腦及び腦膜變化は至つて少なく、僅かに充血或は浮腫を認める位に過ぎぬが、腦及び肝、腎、腸等には明かに鉛を證明し得る\*。

診断。早期のもの又は不全型は困難が多いが、白粉、撒布藥、玩具等の鉛の有無を確認すること、齒根の黒變、爪甲の黒染等を檢することが必要である。皮膚又は爪甲の簡単な鉛證明法としては、硫化水素水又は硫化ナトリウム濃厚溶液を塗布して、黒變するや否やを檢することである。疑はしい場合には腦脊髄液、血

\* 臓器の鉛含有量を百萬分の數で示せば、腦 0.7—11.7。肝 12—18。腎 5.3。腸 2.2 等と云ふ報告がある。

液像等を檢する。又X線像上、本患兒の長骨々端に特異の帶狀陰影を見ることがある。此陰影は鉛中毒により増殖せる骨梁(Trabekel)並に鉛沈着によるものならんと\*。

療法。含鉛化粧品又は玩具を禁ずることが第一。母體内に吸收された鉛は、乳汁中に排出されるから、母乳を廢して、牛乳に代へる。牛乳には石灰分が多いので、治療上一層有效であるが、消化不良症を起さぬやう注意しなければならぬ。カルシウムは遊離状態にある鉛をして、骨質内に沈着させる作用があると云はれ、其意味で牛乳の外、カルシウム劑を投與する。痙攣に對しては腰椎穿刺を反覆施行し、又は硫酸マグネシウム、次亞硫酸曹達(ヂスメタリンの如き)或はカルシウムの靜脈内注射又は葡萄糖カルシウム劑(カルチコール、サンカール等の)筋肉内注射、或はウレタン注腸等を行ひ、或は抱水クロラール、ルミナール等を與へる。

## 2. 結核性腦膜炎 Meningitis tuberculosa.

肺門腺結核から血行傳播によつて發するを常とするも、肺結核、骨、關節其他の結核等も勿論土臺になり得る。然しそれまで外觀上全く健康と思はれる者に、突然起ることも少なくなく、又全身の粟粒結核の一症状として來ることもある。麻疹、百日咳は誘因となると云はれる。2—5年の幼兒に最も多い。

病理解剖上の變化は腦底部に著明で、血管に沿ふて多數の小結節を形成する。

\* 含鉛白粉檢査法。白粉水溶液に醋酸を滴下し濾過したものに、硫化水素又は硫化アンモン或は硫化ナトリウム(黒色沈澱)。クローム酸加里(黄色)。沃度加里(黄色)。稀硫酸(白色)等による反應を檢する。

症候。不機嫌、過敏、頭痛等の不定症状で始まり、次で痙攣、昏睡等に陥り、遂に死亡するもので、其時期によつて次の三期に區別する。

(1) 初期 *Beginnendes Stadium*。不機嫌、食思不振、頭痛、過敏等を以て徐々に始まり、軽熱を伴ひ、やや進むと嘔吐を發する。便は年長兒では秘結に傾くが、乳兒では下痢することがある。期間は1-2週である。

(2) 刺戟期 *Reizstadium*。頭痛、嘔吐等が一層激しく、不眠、切齒或は叫喚を伴ひ、知覺過敏が著しく、身體に觸れらるるを嫌ひ、光線、音響等に對して甚だ過敏になる。運動性刺戟症状としては四肢の強直、項部強直、腱反射亢進、Kernig氏症状、Brudzinsky氏症状等が現はれ。意識は漸次濁濁し、精神朦朧、嗜眠乃至昏睡に陥り、遂に全身の痙攣を起し、角弓反張(*Opisthotonus*)を示すやうになる。此時期には斜視、瞳孔不同、對光反射減弱、眼瞼下垂等も現はれ、腹部は陥没し、乳兒では大類門の膨隆、緊張、搏動等が著明になる。熱は初期よりも高く、高熱となることもあり、腦壓亢進によつて遲脈の現はれることもある。

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

腦脊髄液は壓亢進し、水様透明又は極めて輕濁を示し、放置すれば蜘蛛網様凝塊を生じ、アルブミン及びグロブリン量増加し、糖量は減少し、淋巴球増加(*Pleocytose*)を示し、精細に檢索すれば結核菌を證明し得ることが多い。

経過及び豫後。経過は一定せぬが、大抵3-4週。豫後は絶対に不良である。

診断。初期には困難であるが、頭痛、嘔吐、知覺過敏、反射亢進、項部強直、輕熱、瞳孔の對光反射遲鈍等は大いに參考になる。腦脊髄液檢査、ツベルクリン反應等は診斷上缺くべからざるものである。乳幼兒では初期には消化不良症と、年長兒では腸チフス等と鑑別する必要がある。

療法。全く無力であるが、苦痛を除くためには、なるべく刺戟を避け(光、音其他の)、腦壓の高い時には腰椎穿刺を反覆する。鎮靜劑も常に必要である。

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

化膿性腦膜炎の一種で、Weichselbaum氏腦脊髄膜炎球菌(*Meningococcus intracellularis*)を病原菌とする。主に散在性(*sporadisch*)に來るが、時として流行を見ることがある。侵入門は鼻咽頭であらう。保菌者が少なくない。小兒殊に幼兒を侵すことが多い。

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

症候。潛伏期は短かく、大抵2-3日である。多くは突然高熱、激しき頭痛、嘔吐、項部強直等を以て始まるが、時として亞急性、稀れには慢性に發病することもある。項部強直は殊に著明で、他の腦膜炎よりも激しく、強い角弓反張(*Opisthotonus*)を示すことがある。其他知覺過敏、腱反射亢進、Kernig氏症状、痙攣、乳兒では大類門の膨隆、緊張、搏動を呈すること等は、他の腦膜炎と同様であるが、意識障碍、昏睡等に陥ることは比較的少ない。

経過及び豫後。経過は不定で、非常に急激の経過をとり、數日

で斃れることもあるが、大多数は数週繼續して、一進一退するを常とする。死亡率は30—60%と云はれ、幸に治癒しても後に智力障碍、言語障碍等を残すことが少なくない。

**診断。** 高熱激しい項部強直などが突然に起ることが、結核性脳膜炎との鑑別になるが、診断を確定するためには脳脊髄液検査によらなければならぬ。

脳脊髄液は壓高く、常に濁濁し、鏡檢すれば多数の多核白血球があり、白血球内にグラム陰性の双球菌を證明する。該菌は屢々血球外にも存することがあり、稀には濁濁軽度の事もある。

**療法。** 安静を旨とし、刺戟を避け、食餌に注意し、頭痛、痙攣等に對して氷嚢鎮靜劑又は腰椎穿刺を反覆すること等、他の脳膜炎と同様である。藥劑にはウロトロピンの内服、激痛に對してアミノピリン、フェナセチン等が有効と云はれる。

血清療法として、腰椎穿刺で液を採つた後へ、脳脊髄膜炎球菌血清を注射するか、或は筋肉内に注射する。用量は10—20cc.宛とし、毎日又は隔日に連用する。

#### 4. 其他の脳膜炎 Andere Meningitiden.

##### (1) 化膿性脳膜炎 Eitrige Meningitis.

流行性脳脊髄膜炎以外には、肺炎双球菌に因るものが最も多いが、其他インフルエンザ菌、連鎖状球菌、葡萄状球菌、チフス菌等に因るものもある。孰れも原病竈があつて、二次的に脳膜を侵すものである。

**症候。** 原病の如何によつて發病の工合は幾らか異なるも、高熱、頭痛、嘔吐、痙攣、項部強直、瞳孔反射減弱、昏睡其他急性脳膜炎と

しての症候を示す。脳脊髄液は勿論濁濁し、壓高く、多核白血球多数に存し、多くは病原菌が證明される。経過は概して急速、數日で斃れることが多く、豫後極めて不良である。幸にして治癒しても後に種々の障碍を残すを普通とする。

**療法。** 脳膜炎に對する一般療法以外に特殊のことはないが、腰椎穿刺の反覆施行、肺炎菌血清、連鎖状球菌血清等それぞれ病原に應ずる血清も用ゐられる。

##### (2) 漿液性脳膜炎 Seröse Meningitis.

肺炎、百日咳、インフルエンザ、麻疹其他の急性傳染病、又は急性消化不良症等に基因して、二次的に發するを普通とする。同一病原菌で、或る時は化膿性となり、ある時は漿液性となるのは、該菌の毒力 (Virulenz) 如何によるもので、毒力の強い時は化膿性脳膜炎を發し、毒力が弱い時、或は脳膜に侵入する菌が少ない時、又は毒素に因つて發する時は漿液性脳膜炎となるものと看做される。結核性脳膜炎は其一例である。又毒素は必ずしも細菌毒素とは限らず、化學的毒物でもよい、鉛毒性脳膜炎は其代表者であらう。乳兒に見ることが多い。

**症候。** 發熱、嘔吐、痙攣其他の症候が突然に始まり、速かに斃れることもあり、又反對に徐々と來り慢性に経過するものもあると云ふやうに、發病経過とも色々であるが、項部強直、四肢強直、腱反射亢進、瞳孔反應減弱、痙攣等は殆んど毎常現はれ、殊に乳兒では大顔門の膨隆緊張等が見られる。脳脊髄液は壓高く、水様透明ではあるが、蛋白量増加し、靜置すれば屢々蜘蛛網様纖維素凝塊を生ずる。鏡檢すれば、少數の淋巴球乃至多核白血球を認め、少數の菌を認め得ることが多い。豫後は化膿性脳膜炎よりは

佳良であるが、發病數日で斃れる者も少なくない。治癒後に障礙を残すこともあり、又全く残さずに治ることもある。

**療法。** 原病を治療することは常に必要である。其他は一般腦膜炎の療法に従ふ。

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

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

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

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

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

**療法。** \*顛門穿刺乃至腰椎穿刺を反覆し、出血を防ぐ意味でグラチン液、筋肉内注射其他の止血劑注射等が行はれる。

#### (2) 外硬腦膜炎 Pachymeningitis externa.

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

\* 前掲(1-4 迄)の腦膜炎は、軟腦膜炎 (Leptomeningitis) である。

#### (3) 腦靜脈竇血栓症 Sinusthrombose.

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

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

### 6. 慢性腦水腫 Hydrocephalus chronicus.\*

頭の非常に大きくなる病氣であつて、普通には擴張した腦室 (Hirnventrikel) 内に、多量の非炎症性液の蓄溜による (Hydrocephalus internus) ものを意味する。而して此液蓄溜は、腦脊髄液の分泌作用と吸収作用との不平衡に因るものである。

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

**症候。** 頭が非常に大きいことが特徴で、其ために顔が著しく小さく、丁度頂點を顎にした三角形を呈する。大顛門のみならず、小顛門、骨縫合ともに擴大し隆起して、頭蓋内壓亢進を思はせ

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

る。頭髮は頗る粗鬆になり、靜脈怒張し、鼻根扁平となり、眼球は屢々下方に押され、瞳孔散大し、反應減弱し、斜視又は眼球震盪を見ることがある。智力障害著しく言語不能、痴呆等になり、運動障害は下肢に多く現はれ、麻痺又は痙攣を起すことがある。食慾は餘り害されぬが、栄養状態は甚だ悪いのが普通である。

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

**診断。**一般に容易であるが、早期にはそう簡單でない。殊に早産兒又は羸瘦した乳兒は、一般に頭が身體に比較して大なるため、本症と誤られることがあるから、頭圍を測定して年齢との關係を考へなければならぬ。佝僂病兒の頭も大きい、大顛門が膨隆緊張することなく、又進行性でない。

**療法。**驅微療法は、先天微毒性のものには勿論、ワ氏反應陰性の場合にも試みる方がよい。腰椎穿刺を反覆することは、腦膜炎に基因するものには屢々效がある。症状著明で、大顛門開大せる者では、腦室刺戟も屢々行はれる。

## 7. 先天性發育障碍 Angeborene Entwicklungshemmung.

### (1) 小頭症 Microcephalie.

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

### (2) 尖塔頭 Turmschädel.

顛頂部並に後頭部が急傾斜 (steil) で、前額部が突出した、一種特有の頭蓋を云ひ、縫合部凸起することがあり、大顛門部が特に凸出する。所謂尖頭 (Spitzschädel) の一種で、頭圍は必ずしも小でない。佝僂

病に伴ふことがあると。視力障碍、眼球突出、アデノイド等を屢々併發するを特有とする。智力は勿論害される。

### (3) 脊椎破裂 Spina bifida.

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

**潜在性脊椎破裂 Spina bifida occulta.** 脊椎破裂はあるが、腫瘍を現はさぬものを云ひ、常に腰部に限られ、其處が多少隆起し、殊に異常の毛髮發生を示し、時としては瘰癧形成を示すことがある。確診には X 線検査を要するのが普通である。症状として、兩側下肢殊に足に輕度の疼痛、知覺異常乃至麻痺を見ることがあり、又内臓足 (Klumpfuß) を來すことがあると云ふ。又直腸膀胱障碍を伴ひ夜尿症、尿失禁 (Harnträufeln, Inkontinenz) の因となることがあると。

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

### (1) 腦腫瘍 Hirntumor.

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

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

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

### (2) 腦膿瘍 Hirnabszess.

化膿菌 (連鎖状球菌、葡萄状球菌、肺炎菌、腦膜炎菌、綠膿菌等) によつ

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

### 9. 流行性腦炎 Encephalitis epidemica.

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

**原因。**病原體に就て多數の報告があるが、未だ不明である。他の急性傳染病に繼發する所謂傳染後腦炎 (postinfektiöse Encephalitis) と稱するものは本症とは別種のものである。

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

(1) 嗜眠型 (lethargische Form)。嗜眠性腦炎に相當し、嗜眠、眼瞼下垂及び複視を三主徴とする。嗜眠は殊に著明で、呼び覺ます

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

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

時は正確に應答し又は動作するが、間もなく再び深い眠に陥る。瞳孔左右不同、顔面神經麻痺、アタキシー、震顫、項部強直、Kernig 氏症状等を伴ふこともあるが比較的稀有、發熱を以て來ることもあり、又全く無熱のこともある。頭痛、倦怠、嘔吐等の一般症状を示すが、痙攣、昏睡等に陥ることは殆んどない。

(2) 興奮痙攣型 (irritativ-hyperkinetische Form)。嗜眠型以外の大多數を含み、本邦の所謂夏期腦炎の多くは之れに屬す。高熱、意識濁濁、痙攣等を以て始まる。殊に意識障碍は初めより著明で、直ちに昏睡に陥り 1—2 日乃至數日、時として死に至る迄繼續する。又小舞蹈病乃至アテトーゼ様搖擗を伴ひ、眼球上竄或は一方に片倚り、脈搏頻數、呼吸促迫不整となる。項部強直、Kernig 氏症状、腱反射亢進等は不定であり、全く缺如することもある。

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

**診断。**腦膜炎との鑑別が最も困難であるが、意識障碍殊に昏睡が發病當初から著明なこと、殊に突如として昏睡に陥ることは腦膜炎では少ない。又項部強直、腱反射亢進、Kernig 氏症状等が意識障碍に較べて輕度であり、或は缺如することも大いに参考になる。嗜眠型では三主徴に注意すれば區別し得る。腦脊髄液は、本症では透明なるを普通とするも、蛋白質増加し、淋巴球增多 (Pleocytose) 稀には多核白血球增多して輕濁を生ずることもあるから、之れだけでは鑑別し得ぬこともある。夏期に來る時は腸性の發熱痙攣殊に疫痢と混同されることが往々あるが、糞便、嘔吐其他の中毒症状に注意すれば區別は容易である。

**病理解剖。**肉眼的には腦の著しき水腫及び充血を見鏡檢上



脳實質内の血管周囲浸潤(perivascular Infiltration)を特有とす。此變化は脳皮質のみならず其他各處に見られ、殊に嗜眠性腦炎に於ては視神經床(Thalamus)及び其附近が侵されると云ふことである。

**経過及び豫後。** 急激なる症状の下に比較的速かに死亡するか、然らざる場合には數日乃至數週で輕快乃至治癒するが、病竈の如何によつては強直性麻痺、言語障碍、舞踏病様運動、震顫、運動失調症(Ataxie)等を残すことが多い。智力障碍も残るのが普通であるが、必ずしもそうとは限らぬ。又急性症状去り恢復期に入つてから頑固なる不眠、不安狂躁等に陥り、數ヶ月に亙り、遂に智力、性格等が全く變化することもある。又一旦全く治癒した如くに見えて、數ヶ月後に至り此の如き後胎症を發することもある。此他パーキンソニスムス(Parkinsonismus)を來し、稀には生殖器萎縮性肥胖症(Dystrophia adiposogenitalis)を發することもある。

死亡率は流行により異なり15—50%であると。

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

後胎症としてのパーキンソニスムスに對して近來スコポラミン、ヒヨスチン、ハルミン(Harmin)アトロピン等が應用される。\*

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

## 10. 續發性腦炎 Postinfektiöse Encephalitis.

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

**種痘腦炎 Vakzinationsencephalitis (Encephalitis postvaccinalis).** 種痘施行後 9—14 日の潜伏期を経て突然發熱、頭痛、嘔吐等を以て始まり、次で意識障碍、昏睡、痙攣等を起し、腦脊髄液は壓高く、少許の淋巴球増多を示すことがある。而して此ものは第一回種痘の場合に多いと云ふ。豫後不良、約33%の死亡率を示し、治癒しても大多數は後胎症を残すと。療法としては腰椎穿刺、恢復期血清注射等が試みられる。原因としては種痘病原體(Vakzinivirus)が腦を直接侵したものと考へられる。本症では該病原體を腦脊髄液中に證明されると。

## 11. 腦性小兒麻痺 Zerebrale Kinderlähmung.

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

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

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

**症候。**

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

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

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

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

四肢、殊に下肢の強直麻痺を主徴とするもので、上肢には多少の強直があつたとしても軽度である。著明な場合には、乳兒期に於て既に、高度の四肢強直を認め得ることもあるが、軽いものでは歩行の始まる頃になつて、初めて氣付くことが多い。特異なる症狀は、起立時に上腿が内轉し、兩脚が膝部で互に交叉し、足は外縁で床に觸れ、歩行不能であることである。斜視、眼球震盪を呈することはあるが、舞蹈病乃至アテトーゼ様運動等を伴はず、癲癇發作、智力障礙等も缺如するを普通とする。但し以上は主に Little 氏病の症狀であつて、後天性に腦疾患に基因した場合には、幾分之れと異なる症狀を示す (腦炎参照)。

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

**豫後。**麻痺は進行性でなく、漸次輕快することが少なくない。殊に Little 氏病に然り。但し癲癇發作、智力障礙を來すものは不良である。

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

## 12. 脊髄性小兒麻痺 Spinale Kinderlähmung.

(Heine-Medinsche Krankheit od. Poliomyelitis anterior acuta)

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

**原因。**病原菌は Flexner 野口兩氏によれば、極めて微細なる球體 (kleinste globoide Körperchen) であつて、罹患脊髄又は鼻腔中に存すると云はれ、侵入門は鼻咽頭を主とし、散在性に發生するのが常であるが、稀には大流行を來すことがある。\* 一度の罹患により永續免疫性を残す。夏季に多いと云ふ。

**病理解剖。**脊髄前角灰白質を主とし、殊に腰髄及び頸髄の膨大部を侵すことが多いが、時として廣汎に互ることがあり、又は延髄乃至腦皮質を侵すこともある。病竈の變化は、肉眼的には前角内の散在性出血であるが、顯微鏡的には圓形細胞浸潤、浮腫、

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

神經節細胞變性等が認められる。猶ほ後角 (Hinterhorn) も亦幾分か侵されてゐるのが普通である。

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

麻痺は初期にはやや廣汎に互ることがあるが、間もなく縮小して、一定部位に限局する。部位は四肢、殊に下肢に最も多いが、稀には腹筋、腰筋又は頸筋の麻痺を見ることもある。皮膚の知覺障碍は缺如するのであるが、初期には知覺過敏を伴ふことがあるも、數日で消失する。麻痺は弛緩性 (schlaff) で、腱反射消失又は減弱し、電氣反應も減弱する。腦脊髄液は病初には高壓、透明蛋白質増加、軽度の淋巴球増多を見る。

**経過。**上記の麻痺は、早きは數週乃至數月で漸次輕快して治癒することもあるが、それは割合に少數で、大多數は其後も尙ほ永續麻痺を残す。それに伴つて麻痺せる部分は萎縮し、冷たく、長きに及べば常に變性反應 (Entartungsreaktion) を示すやうになり、又發育障碍のため、上肢又は下肢の短縮を來すことがある。弛緩麻痺ではあるが、時として麻痺の軽度なる拮抗筋に却て痙縮 (Kontraktur) を來し、尖足 (Spitzfuss) 又は内翻足 (Klumpfuß) 等を生ずることがある。

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

(1) Landry 氏麻痺 (aufsteigende Form)。麻痺が下部(下肢)から始まり、速かに上行して軀幹、上肢に及び、遂に横隔膜の麻痺を來し

て斃れることがある。年長児に多い。

(2) 延髄乃至脳橋型 (bulbäre u. pontine Form)。顔面神経、眼筋、舌下神経、迷走神経等が侵されるために、嚥下、呼吸、言語等の障害を來すもの。

(3) 脳炎型 (encephalitische od. zerebrale Form)。脳皮質を侵して急性脳炎として現はれ、後に脳性麻痺を残す。或は脳膜炎様症状を呈することもある (meningeale Form)。

診断。鑑別を要するものとしては

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

(2) チフテリー後麻痺は、徐々に發し、好んで口蓋帆を侵す。

(3) 分娩麻痺とは既往歴乃至發病の様子で區別される。

(4) 進行性筋萎縮症は、兩側對稱性に來り進行性である。

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

豫後。散在性に發するものでは、Landry 氏麻痺又は延髄型乃至腦型以外、即ち普通のものでは死亡することは少ない。永續麻痺の豫後に就ては、4—5月を経るも尙ほ輕快する傾向のない場合は、完全に恢復することは先づ不可能である。變性反應を呈したものは勿論、恢復は至難である。

療法。病初には安靜を第一とし、刺戟を避けるがよい(1—2週)。ウロトロピンの大量を初期に與ふれば效ありと云はれる。恢復期血清も早期ならば有效と云はれ、免疫性動物血清 (Pettit 氏) も試みられるが、餘り期待を置けぬ。永續麻痺に對してはマッサージ、入浴、電氣 (Faradisation) 等を施し、なるべく自働乃至他働運動

を行つて萎縮を防ぐことが肝要である。藥劑としてストリキニン、沃度加里等も試みられるが效果疑はしい。

### 13. 進行性筋萎縮症 Progressive Muskelatrophie.

原因不明であるが、先天性乃至遺傳性の疾患と看做される。

#### (1) Dystrophia musculorum progressiva.

一定の筋系統に來る萎縮並に變性に因るもので、純粹なる筋疾患と看做されるが、最近には植物神経系障碍に基因するとも云はれる(吳建教授)。萎縮せる筋肉は、脂肪及び結締組織増殖のために、増量し、肥大したやうに見えることが多い (Pseudohypertrophie)。5—6年以後の小兒に主として見られる。

症候。歩行障碍を以て徐々に始まり、蹣跚として歩み (watschelnder od. tänzelnder Gang)、脊椎前彎著しく、一種獨特の狀を呈し、又階段を昇ることが困難になり、坐位から立ち上るには、手の助けを藉りる。又頗る表情に乏しく、肩胛骨が屢々翼狀に離れてゐることが多い。萎縮筋の部位は、上記症状に相當して腓腸筋に最も著しく、上肢では三角筋 (Deltoideus)、棘下筋 (Infraspinatus)、三頭膊筋 (Triceps) 等に、又は脊筋、腰筋、臀筋等も侵される。腱反射は保持され、知覺障碍、纖維性搐搦 (fibrilläre Zuckung) 等は缺如する。

療法。概ね無力であるが、近來アドレナリン又はピロカルピンの反覆注射が試みられる。経過は徐々ではあるが、豫後不良である。

#### (2) Frühinfantile spinale progressive Muskelatrophie.

生後一年以内に發するもので、下肢の萎縮を以て始まり、次で脊、項、肩及び上肢筋に及び、更に小手筋から腹筋、肋間筋を侵し、遂に顔

面筋の萎縮を來す。之等の萎縮筋には纖維性抽搐(fibrilläre Zuckung)を認め、腱反射消失し、電気反應も減弱する。假性肥大を伴ふことはない。

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

### (3) Progressive neurale Muskelatrophie (Peronealtypus)

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

## 14. 遺傳的退行變性疾患

### Heredodegenerative Erkrankungen.

#### (1) 家族性黒内障性痴呆 Familiäre amaurotische Idiotie.

歐米では、ユダヤ系の小兒に主として來ると云はれるが、本邦では極めて稀有のものらしい。發病は大概2年頃で、それまで全く健康であつた小兒が、漸次ボンヤリして來、視力が衰へて、遂に全く盲になる。のみならず聽力其他の精神機能もすべて漸次減退して、遂に痴呆となり、筋力も次第に萎縮麻痺して、全身弛緩し、殆んど運動を行なはぬやうになるが、腱反射は屢々充進すると。眼底變化は特有で、黄斑部(Macula lutea)は限局性灰白色に變じ、中心窩(Fovea centralis)に暗赤色の斑點を生ずる。青年型(juvenile Form)と稱する、10—16年頃に始まるものもあると云ふことである。

#### (2) 遺傳性運動失調症 Hereditäre Ataxie (Friedreichsche Kr.)

4—7年頃から徐々に發するもので、靜止時並に運動時の運動失調(statische u. lokomotorische Ataxie)、膝蓋腱反射消失、眼球震盪及び拇趾を伸展したる内翻足等を特徴とする。靜止時に於ても頭、四肢等を常に揺り動かし、歩行は頗る蹣跚たるものがある。智力障礙を伴ふことはあるが、知覺異常を見ることはない。

Pierre Marie 氏小腦性運動失調症(Héréd-ataxie cérébelleuse)なるものでは、歩行蹣跚は一層甚だしく、膝蓋腱反射は消失せずして却て充進することがあり、屢々斜視、眼瞼下垂、視神經萎縮等を伴ふと云ふ。

#### (3) 遺傳性痙攣性脊髓性麻痺 Hereditäre spastische Spinalparalyse.

歩行障礙即ち下肢の強直による痙攣性歩行を主徴とし、腱反射充進、Babinski 氏現象、Oppenheim 氏現象等陽性となるも、知覺障礙を伴はず、多くは下肢に、時として上肢にも來る。年長兒に來り、極めて徐々ではあるが幾分進行性がある。病理解剖的には脊髓に於ける錐體側索道の變性を主とし、加之小腦側索道及び Goll 氏索の變性をも幾分伴ふとのこと。

之に類似の症狀に加ふるに智力乃至言語障礙、眼球震盪、震顫、運動失調、視神經萎縮等の腦症狀を伴ふ、家族性進行性腦性麻痺(Familiäre progressive cerebrale Diplegie)と稱するものもある。

#### (4) 筋萎縮性側索硬化症 Amyotrophische Lateralsklerose.

錐體道と脊髓前角細胞との變性に因て起る。從つて筋強直に伴つて種々の筋萎縮を生ずる。殊に指趾の小筋肉を侵す故に、手及び足は一種特有の形をとる。又腦神經をも侵し、舌の萎縮等を生ずることもある。小兒には稀有。

#### (5) 進行性核變性 Progressive Kerndegeneration.

主として眼筋神經、腦橋及び延髓等の神經核が侵される。原因は傳染性疾患又は中毒等によると。侵される部位によつて症狀異なるも、前記各部引き續いて侵されるを普通とし、言語、嚥下、呼吸等の障礙を主徴とし、流涎、顔面神經麻痺等を伴ふこともあり(Progressive Bulbärparalyse)、又眼瞼下垂を主徴とするものもある(Progressive Ophthalmoplegie)、豫後概して不良。

#### (6) 筋無力性假性麻痺 Myasthenia gravis pseudoparalytica (myasthenische Paralyse)

筋肉の疲勞が極めて著しきことを特徴とし、部位は先づ眼筋より(眼瞼下垂、複視等)腦神經部に至り(表情減少、言語嚥下障礙)次で項

部より他部に及ぶ。安静時には筋力普通であるが、運動を繰返さず時は間もなく疲勞を生じ、遂に運動不能に陥る。電氣刺戟に對する反應に於ても亦同様なる關係を示す。豫後不良。

(7) 先天性筋無力症 Myotonia congenita.

全身の筋弛緩著しく、乳兒は殆んど自ら身體を動かすことを得ず、四肢弛緩伸展し、腱反射減弱乃至消失、電氣反應も減退する。但し頸筋、腦神經、横隔膜は侵されず。原因不明であるが、脊髓前角の先天性發育不全によると。極めて徐々に輕快することもあるが、多くは合併症で斃れる。

(8) 先天性筋緊張症 Myotonia congenita (Thomsen 氏病)

一種の筋緊張即ち何か運動を始やうとする際に抵抗を感じ、咀嚼には始められぬことを特徴とする。筋肉は幾分肥大するが、他動的運動には抵抗を感じることなく、腱反射も正常である。筋緊張性反應(myotonische Reaktion)と稱する。器械的又は電氣的刺戟に應じた筋收縮状態が數秒間持續することも特有である。交感神経系又は間腦(Zwischenhirn)の發育不全に因ると云はれるが、尙ほ不明である。

(9) 寒冷麻痺 Kältelähmung.

寒冷の作用により運動不能並に筋強直に陥り、暖める時は間もなく恢復する疾患であつて、極めて稀有。原因不明、多くは家族的に起り、症狀は生後間もなくより現はれる。

(10) 發作性麻痺 Paroxysmale Lähmung (Periodische Lähmung, Myoplegia periodica)

發作性に二三筋群乃至下肢、稀には全身の麻痺を起し、短かきは數時間、長きは一週に亙る。言語、嚥下の困難を伴ふことはあるが、呼吸、横隔膜の侵されることはない。麻痺は弛緩性で、腱反射減弱乃至消失するが、知覺障礙は起らぬ。發作間隔は不定、冬期に多く、寒冷作用と關係するらしい。又運動不足、多食、興奮過勞等も誘因となると。家族的遺傳的に來り、小兒期より現はれる。原因とし

て自家中毒、中腦(Mittelhirn)の障礙、内分泌異常等色々の説があるが未だ不明。療法としてプローム、沃度、ストリキニン、アトロピン、ピロカルピン、又はインシュリン等が用ゐられる。

15. 錐體道外内因的疾患

Extrapyramidale endogene Erkrankungen.

(1) 肝臟レンズ核變性 Hepatolentikuläre Degeneration.

肝臟の特殊の病變即ち多房性又は粗大結節性肝硬變、及び角膜に於ける綠色沈着輪(grüne Hornhautsaum)とを共通なる症狀とし、之れに種々の腦脊髄症狀の加はりたるもので、Wilson 氏病、假性硬化症及びトルジオンスヂストニーの三者に區別する。

Wilson 氏病(Progressive lentikuläre Degeneration)は一見パーキンソニスムスに類似し、表情に乏しく、顔面筋緊張亢進し、四肢緊張し運動緩慢、震顫乃至精神異常の症狀を認む。家族的に現はれ、解剖的にはレンズ核(Linsenkern)殊に被殻(Putamen)の變性を認む。

假性硬化症 Pseudosklerose (Westphal-Strümpell 氏病)では、パーキンソニスムス症候群の外に癲癇様發作、精神異常乃至薄弱を伴ふ。病理解剖上線狀體(Corpus striatum)視丘、腦橋及び齒狀核(Nucleus dentatus)等に變性を認むと。

トルジオンスヂストニー Torsionsdystonie (Progressive Torsionsspasmus, Torsionsneurose, Dystonia musculorum deformans) 運動殊に歩行時に軀幹、四肢又は臀部に筋緊張を伴ふ一種の捻轉様運動を現はし、且つ著しき脊柱前彎を示す一種特別の症狀を呈すと。智力障礙を普通伴はぬが、末期には精神障礙を生ず。恐らく線狀體の變性に基くものならんと。小兒期に於て發現し徐々に進行する。

(2) 進行性兩側性アテトーゼ Progressive bilaterale Athetose.

極めて徐々に進行する兩側アテトーゼ様運動を主徴とする稀有なる疾患で、主に腦外套(Pallium)の變性によると。尙ほ之れに類似の解剖的所見を呈するものに Hallervorden-Spatz 氏病なるものがあり、家族的に來り、小兒期より徐々に進行する智力減退、四肢の強直及び舞蹈病乃至アテトーゼ様運動を示すものであると。

(3) 家族性進行性慢性舞蹈病 Chorea chronica progressiva familiaris (Huntingtonsche Chorea)

思春期頃に發する舞蹈病様運動を主徴とし、智力障害を伴ふ。線狀體の變性に因ると。

(4) 家族性青年性震顫麻痺 Paralysis agitans juvenilis familiaris (Parkinson 氏病)

震顫運動障碍(Propulsion, Retropulsion, Lateropulsion 等)並に表情減少、流涎等を主徴とし、智力障害を伴はぬことがある。本症は從來小兒に見ることなしとされたが、必ずしも然らず、乳兒期に於て既に現はれたものもあると云ふ。主として線狀體の變性による。

(5) 家族性間代性筋痙攣症 Familiäre Myoklonie (Myoklonus-epilepsie)

各處の筋束(Muskelbündel)に發する電撃性の不規則なる搐搦を示すもので、多くは年長兒期に始まり、顫動發作が先行する。部位は項部、肩胛部に始まり四肢に至る。興奮又は運動により増強し睡眠中と雖も起ることがある。主として齒狀核の變性に因ると。

### 16. 外傷性腦脊髓疾患

#### Traumatische Erkrankungen d. Gehirns u. Rückenmarks.

(1) 腦震盪 Commotio cerebri.

頭部に外傷を受けることが多い割合には腦震盪を起すことは小兒に少ない。其症狀は大人に於けると同様に意識消失、嘔吐、脈搏緩徐等であり、又打撃症狀去つた後に幻覺(Hallucination)又は譫語(Delirien)を來し、或は一時的失語症(Aphasia)又は尿閉を生ずることもある。療法としては絶対安静を守らせ、頭部に氷嚢を用ひ、心臓に注意することである。

診斷上頭蓋殊に頭蓋底骨折並に腦膜出血の有無に注意を要す。外傷より症狀發生迄の間隔長き時、又は症狀が持続する時は、單なる腦震盪ではないと思はなければならぬ。

(2) 腦脊髓出血 Hirn- und Rückenmarksblutungen.

分娩外傷による腦出血及び其後胎症に就ては既に述べた(新生兒疾患及び腦性小兒麻痺參照)。其後に於ける外傷性出血の症狀は、略々腦震盪に於けるものに類似するが、其他に眼球上竇、搐搦乃至痙攣等の運動性刺戟症狀、又は麻痺症狀を伴ひ、持続的であり且つ出血病竈に應ずる後胎症を残す。

脊髓出血では其部位乃至程度に應じて偏癱又は截癱の症狀を示す。

### 17. 脊髓疾患 Erkrankungen des Rückenmarks.

(1) 脊髓炎 Myelitis.

Heine-Medin 氏病(Poliomyelitis ant. acut.)に就ては既に述べた。截斷性脊髓炎(Querschnittmyelitis)は小兒には稀有。脊椎カリエスに因する壓迫性脊髓は往々見られる。症狀は壓迫部位乃至程度に相當して弛緩麻痺を來し、それより下方には強直麻痺を現はす。例へば腰髓炎では下肢の弛緩麻痺、胸髓炎では下肢の強直麻痺、頸髓炎では上肢の弛緩麻痺に伴つて下肢の強直麻痺及びBabinski氏現象陽性を示す。其他常に知覺障碍、膀胱直腸障碍等を伴ひ、且つ屢々壓迫部位乃至脊髓截斷面(Segment)に相當せる部位に神經痛様の疼痛を訴へることがある。

(2) 脊髓癆 Tabes dorsalis.

先天微毒の年長兒に來ることがあるが稀有。瞳孔不同、對光反射消失、切刺様疼痛、視神經萎縮、膝蓋腱並にアヒレス腱反射消失等を主徴とするも、Romberg氏現象は屢々陰性である。尿失禁(Incontinentia urinae)は往々夜尿症の形で現はれると。

(3) 脊髓腫瘍 Rückenmarkstumoren.

小兒には結核結節(Tuberkel)及びグリオーム(Gliom)が生ずることがあり、又肉腫(Sarkom)神經腫(Neurom)等を見ることがありと云ふも稀有。症狀は壓迫性脊髓炎に類する。

## 18. 末梢神経疾患

Erkrankungen des peripheren Nervensystems.

## (1) 神経麻痺 Periphere Lähmungen.

純運動性脳神経以外の末梢神経疾患では、脊髄損傷に因るものと異なり、運動障碍の他に知覚障碍を伴ひ、其程度に應じて電気興奮性減弱し、局所栄養に障碍を生じ且つ腱反射乃至骨膜反射減弱するを常とす。

a. 顔面神経麻痺 Facialislähmung. 先天性乃至分娩外傷によるものは既に述べた(新生児疾患参照)。幼児では耳疾殊に結核性耳疾に基因することが多いが、年長児では大人と同様感冒に因るを普通とする。又 Heine-Medin 氏病によることもある。

末梢性麻痺では患側の顔半面が弛緩し、唇鼻溝消失、閉眼不十分、額皺消失し、笑ひ又は泣く時には口角が健側に歪み、症状は一層著明となる。

b. 四肢の麻痺 Extremitätenlähmungen. 分娩傷害によるもの(Entbindungslähmung)ヂフテリー後麻痺等は各々の章で述べたが、之等は疼痛を伴はぬものであるから、もし疼痛ある場合、殊に上肢の疼痛性麻痺ある時には、關節部殊に橈骨々頭の不全脱臼等を考慮する必要がある。先天微毒乳児に見る Parrot 氏假性麻痺、發作性麻痺、筋無力症等に就ては各の章を見られたい。

## (2) 神経痛 Neuralgien.

幼児には稀有、唯學童期以後に於て時として三叉神経痛を見ることがあると。感冒に因ることが多いが、眼調節機能異常、アデノイド、慢性鼻疾患等にも注意を要す。

## (3) 多發神経炎 Polyneuritis.

脚氣に伴ふことは周知の處である。毒素による代表的のものはヂフテリー後麻痺であるが、其他の傳染病(チフス、猩紅熱、百日咳、流行感冒、ロイマチス或は流行性耳下腺炎等)に基因することもあり、或は鉛又は砒素中毒等も挙げられる。但し小兒に於てはヂフテリーに因る以外のものは稀有である。

下肢を侵すこと多く、上肢は割合に少なく、麻痺は常に兩側性である。知覚異常(Paraesthesia)又は知覚鈍麻を伴ふが、疼痛を訴へることは稀である。腱反射は減弱乃至消失する。

## (4) 帶狀ヘルペス Herpes zoster.

ある一定の神経根又は脊髄節(Rückenmarkssegment)の分布區域に相當して多數のヘルペス(小丘疹乃至小水疱)の群生するもので、常に扁側である。發生の初期には、其部位に神経痛様の疼痛を訴へることが多い。

原因は脊髄神経節乃至神経根(Spinalganglien bzw. -wurzeln)の傳染性疾患によるを普通と見做され、又は砒素、サルバルサン、蒼鉛等の中毒により生ずることもあると。角膜に来るもの(Herpes zoster ophthalmicus)は小兒には稀有。療法は對症的。

## B. 機能的疾患 Funktionelle Erkrankungen.

## 19. 癲 癇 Epilepsie.

癲癇は小兒期に甚だ多いが、其症状は大人のそれと殆んど同様である。一般に癲癇と稱するものの中には、症候性癲癇(symptomatische Epilepsie)と、眞性癲癇(genuine Epilepsie)との二つがある。前者は脳の器質的障碍に因るもので、小兒では腦性小兒麻痺の一症状として現はれることが多い。又腦病變が皮質のある部位に限局された場合には、所謂腦皮質癲癇又は Jackson 氏癲癇(Rindenepilepsie od. Jacksonsche Epilepsie)として、四肢のある限局した部位又は半身にのみ痙攣發作を生じ、意識濁濁を伴はぬものもあるが、之れ等は本來の癲癇とは區別すべきもので、本章に述べるものは眞性癲癇のことである。

眞性癲癇(genuine Epilepsie)の原因としては、遺傳的關係が最も重きをなしてゐる。本症は其發作の工合からして、大發作(grosse



Anfälle), 小発作 (kleine Anfälle od. Petit mal), 癲癇均等症 (psychische Aequivalent) の三者に區別される。

(1) 大癲癇發作 (grosse epileptische Anfälle)。突然に全身痙攣を起し、意識濁濁、チアノーゼ、瞳孔散大、強直等を呈す。痙攣は初め強直性 (tonisch)、次で間代性 (klonisch) となり、口から泡を出し、尿又は糞便を漏らすことがある。此發作は十數秒乃至數分に及んで漸次緩解し、睡眠に陥つて止むを常とする。發作間隔は數日、數月、數年等種々であるが、時として連続的に頻回に繰返すことがある (Status epilepticus)。前兆 (Aura) は小兒には割合に少ない。

(2) 小発作 (kleine Anfälle od. Petit mal)。小兒に多く、突然に極く短時間の失神状態、眩暈様發作又はボンヤリすると云ふ程度のもので、其時に患兒は蒼白になり、又は表情が變り、話を途切らせ、又は手にした物を落す等のことをやるが、間もなく舊に復して遊戯等を續ける。又時としては點頭乃至旋頭痙攣などを呈することもあり (Epilepsia nutans)、又は突然轉倒し或は驅け出す等の事もある。

(3) 癲癇均等症 (psychische Aequivalent)。一時的に精神朦朧又は狂躁狀に陥り、興奮し、怒責して、四圍の状態を理解せず、異常の行動を行ふのであるが、小兒殊に幼兒には稀である。

豫後。治癒することもあり得るが、多くは漸次智力障碍乃至性格の變化を來し、理解力に乏しく、怒り易く、利己的に傾く。豫後から云ふと、發作開始の遅いもの、回数少ないもの、及び早く適當の治療を受けたものは、多少佳良である。

診斷。乳幼兒では痙攣を起すことが甚だ多いので、それが果して發熱、胃腸障碍、中毒症狀或は其他の原因によつて起つたものでないか否かは、常に注意して鑑別する必要がある。殊に痙

攣性素質の幼兒では、感冒、驚ろき、怒り、便秘、蛔蟲等の如き、極めて軽度の刺激でさへも、痙攣を起し易いので、それ等との區別は容易でない。乳幼兒に癲癇様發作が現はれても、既往歴又は其後の経過等を十分に考慮した上でなければ、癲癇の診斷は下せない。反對に點頭痙攣、チック病又は單なる失神發作等は、屢々癲癇の一症狀となるから、注意して區別しなければならぬ。

ヒステリー性痙攣は、意識濁濁乃至記憶乏失を伴はず、精神的感動により容易に影響され、且つ甚だ神経質である點、及び發作のために外傷をうけることなく、瞳孔反射存在すること等によつて鑑別されるが、必ずしも常に容易ではない。

療法。食餌は刺激性少なき、植物性のものがよく、食鹽を少なくし、且つ過食を避け、便秘を防ぐことが肝要である。酒類は嚴禁である。ワ氏反應陽性ならば驅黴療法を行ふ。眼の屈折異常 (Refraktionsanomalie) あらば、之を補正する必要がある。

藥劑としては昔から臭素劑 (Na, K., od. Ammon. bromati) が最も賞用され、其大量 (2—3年でも一日 5—6g. 位、年長兒には 8g. 位) を連用するのであるが、其際食鹽を制限するがよい。ルミナルも屢々用ゐられる。Status epilepticus に対しては抱水クロラル等が用ゐられるが、一時的饑餓を施すことも效がある。輕症では登校は差支がないが、過勞はすべて避けなければならぬ。

## 20. テタニー Tetanie.

(痙攣素質 Spasmophilie od. Spasmophile Diathese)\*

\* 痙攣素質 (Spasmophilie) と云ふ名稱は、テタニーと同意義で殊に潜伏性のものであるが、テタニー以外の小兒の痙攣、殊に神經質兒に見るもの、或は所謂特發性痙攣と稱するものと甚だ紛はしいので、寧ろ用ゐぬ方がよいと思ふ。

末梢神経の平流電気(galvanisch)並に機械的刺戟に対する興奮性が過敏状態にあり、従つて屢々痙攣を起し易い者である。本症を痙攣症状の存否によつて潜伏性と顕現性とに二つに區別するが、刺戟過敏状態にあることは兩者共通である。佝僂病と密接の關係を有し、佝僂病小兒は屢々テタニーを起すことは從來より云はれたが、最近ヴィタミンDの發見以來一層兩者の關係緊密となり、テタニーも亦ヴィタミンD缺乏症中に編入する人が多い。歐米には佝僂病と相並んで甚だ多かつたのであるが、近來は佝僂病豫防並に治療法の進歩に伴つて、テタニーは著しく減少したと云ふ。我國には昔から稀有とされてゐる。

**原因及び病理。** 遺傳的關係も重視されるが、更に重大なことは、生活状態の悪るいことで、佝僂病と同様に、新鮮なる空氣、殊に日光の不足が重大因子になつてゐるらしい。肝油、紫外線乃至ヴィタミンDが有效なことは佝僂病と同様であるが。然し血液化學の見地から見れば、兩者は明らかに異なつてゐる。即ち本症では、血液中のカルシウム量が減少し、磷は却て増加を示してゐる(佝僂病では石灰量は殆んど減少せず、磷が著しく減少する)。又尿には磷酸鹽及びアンモニア排出減少し、幾分アルカロージス(Alkalosis)に傾く(佝僂病では反對に Acidosis に傾く)。

人工榮養兒に殆んど限られ、母乳榮養兒に見ることは殆んどない。年齢は6—14ヶ月に最も多く、3—4ヶ月以内の乳兒には稀有、2年以上にも比較的少ないことも特徴とされる。季節は春季に最も多い。

**症候。** 痙攣症状を現はすか否かによつて顕現性テタニー及び潜伏性テタニーの兩者に區別する。即ち潜伏性テタニーは痙攣症状を現在示してはゐないが、極めてそれを起し易い状態

にあるものである。

#### A. 潜伏性テタニー Latente Tetanie.

平流電気に対する過敏反應としては、肘窩部の正中神経刺戟點に於て陰極開放時搖搦(KÖZ)は常に5ミリアンペア以下の電流にて起る(Erb氏現象)(正常兒は5Miliampère以上を要す)。機械的刺戟興奮現象として、頰部で顔面神経幹を輕打すれば、顔面筋の搖搦を生じ(Facialisphänomen od. Chvostek氏徵候)腓骨小頭のやや下方に於て下腿外側を輕打すれば、足外縁を舉上し足を外轉(Abduktion)する(Peroneusphänomen)、又同じ意味に於て上膊伸側に於て中央よりやや下方を輕打すると、手の脊屈を示す(Radialisphänomen)。又上膊をゴム紐で締め或は指で二頭膊筋溝(Sulcus bicipitalis)を壓迫すれば、手に強直痙攣を起して所謂産科醫手(Geburtshelferhand)を呈する(Trousseau氏現象)。以上が痙攣素質としてすべてに共通する特有な症状であるが、然し之等の中 Trousseau氏現象は屢々缺如し、顔面神経現象は不確實のことがある。

#### B. 顕現性テタニー Manifeste Tetanie.

上述潜伏性テタニー症状に加ふるに、色々の痙攣症状を發するものであつて、其痙攣の起り方により次の三者に區分する。但し之等は單獨に現はれることも、又合併して來ることもある。

##### (1) 聲門痙攣 Stimmritzenkrampf (Laryngospasmus od. Glottiskrampf)

輕いものでは、笑ひ又は泣く等の興奮時に、一種の笛聲(tönende od. juchzende Inspiration)ある吸氣をするだけであるが。重い時には突然呼吸が止まり、蒼白となつて頭を垂れ、呼吸をしようとするも出來ず、眼球突出し、チアノーゼを呈し、冷汗を出して遂に昏睡に陥り、四肢をダラリとして、一見窒息死に陥つたやうになるが。暫らくして著しい笛聲と共に深い吸氣を行ひ、漸次普通の呼吸を營むやうになるも、數分間は尙ほ不安、倦怠狀を示すが、間もなく平常の状態に復する。但し時としては此呼吸停止發作中に、心臟麻痺で斃れ

ることもある。此のやうな發作は、一日十數回以上に及ぶことがあり、興奮によつて誘發される。乳兒に多い。

### (2) 痙攣(急痙) Konvulsion (Eklampsie)

意識濁濁を伴つた癲癇様發作で、全身痙攣のこともあり又は局限性のこともある。持続時間は  $\frac{1}{2}$ —2 分位を常とし、屢々發熱を伴ふ。此發作も乳兒に多く、殊に消化障礙の経過中に屢々發する。癲癇との區別は發作だけでは不可能で、其後の経過(長づるにつれて治癒する)並に刺戟興奮性を檢せねばならぬ。

### (3) テタニー痙攣 Tetaniekrämpfe (Karpopedalspasmen)

特異なる手の強直痙攣で、指を伸したまま掌に寄せ、手關節で屈指 (Geburtshelferstellung)、足も亦同じやうな状態にする。此發作は通常數時間續き、疼痛を伴ひ、屢々手足背に浮腫を生ずるが、意識は普通明瞭である。但し痙攣の程度は色々で、軽い時には單に四肢を曲げて強直させる位のこともある (Arthrogryposis) が、稀には此状態が數日乃至數週持續することがあり (persistente Tetanie)、又本發作中に聲門痙攣乃至全身痙攣を起し、或は心臓死を來すこともある。

豫後。痙攣素質其ものは仲々消失せぬが、上記の發作は適當なる治療で治癒し、長するにつれて起らぬやうになる。然し其後も神経質となり、智力障礙等を殘すことがあるが、約  $\frac{1}{3}$  は全く治癒すると云ふ。夏期に發作の起ることは割合に少ない。

診斷。癲癇との區別は容易でない。又乳幼兒では、電氣及び機械的刺戟過敏性を示すことなしに、發熱、消化障礙、細菌毒素等のために、痙攣を起すことが多いが、それ等の大部分は本病とは全く別種のものである。兎に角我國には少ないらしい。

療法。人乳を最良とし、新鮮なる空氣、充分なる日光に浴せしめることが第一で、其他肝油殊に鱗肝油、人工太陽燈、Vitamin D 等、すべて佝僂病の療法に準ずる。又カルシウム劑の大量 (5—6 g pro die) を與へる。聲門痙攣、急痙等の如き危急なる場合には、下劑を與へ、灌腸等を反覆し、又は抱水クロラル、ウレタン等を投與し、硫酸マグネシヤの注射或は腰椎穿刺等を行ふ。

## 21. 特發性痙攣 Idiopathische Krämpfe.

乳幼兒の痙攣には原因全く不明のものが少なくない。軽度の興奮乃至驚愕、輕熱又は胃腸障礙等によつて誘發されることもあり、又何等誘因と認むべきものなくして痙攣或は失神状態に陥ることがあり、然かも此の如き發作は屢々繰返される。而して之等の多くは電氣的乃至機械的刺戟に對する末梢神經興奮性正常なるを以て、テタニー乃至痙攣素質によるものでないことは明らかである。癲癇との鑑別は容易でなく、若くは數年の経過を俟つて初めて明らかになることもある。

乳幼兒は元來大人に較べて極めて痙攣を起し易い性質を有するが、それは小兒の腦が未熟にして整調されぬ爲であつて、所謂生理的痙攣豫備状態 (physiologische Krampfbereitschaft) とも見做される。従つて極めて軽度なる内的又は外的刺戟によつても痙攣を起すのであつて、夜驚症の如きも其一種である。之等は小兒が生長し、腦が發達する時は自然に治癒する。

## 22. 小舞蹈病 Chorea minor.

舞蹈病様運動 (choreatische Bewegung) を主とし、精神的變化を伴ふ一種の機能的疾患で、幼兒には少なく、學童に最も多い。神経質的遺傳關係も考へられるが、精神的ショック (過勞、驚愕、心痛等) が誘因となることは確かである。關節ロイマチスとの關係も重視され、關節痛又は心内膜炎等を伴ふことがある點からして、本症はロイマチス性疾患とも看做されるが、病原菌は不明である。此點からして近來は腦器質的疾患とも考へられ、病理解剖的變化は明らかでないが、錐體道外の神經中樞又は神經路、就中線狀體 (Striatum) が最も高度に侵されるものならんとも云はれる。

症候。舞蹈病運動とは、均衡を缺いた個々筋肉群の發作性不隨意搐搦であつて、身體各部に起る。患兒は常に不安で然かも身體の何處かを動かしてゐる。例へば肩を搖り、腕を動かし、手を開いたり屈けたり引き付けたり、頭を動かし、顔を歪めたり、脚を動かしたり、絶えず發作的に繰返す。其ために書字其他の手技が甚だ拙劣になり、歩行困難を起して轉倒し易くなり、言語障礙も現はれる。此動作は興奮又は注意を集注すると、一層激しくなるが、睡眠中は止むを常とする(但し、稀には睡眠中に著しいこともあるChorea nocturna)。精神症狀としては、不機嫌、過敏、怒り易く、精神の集中を缺き、學業は劣つて來る。

以上の如き特有なる症狀の外に、筋緊張減退し、四肢弛緩して起立不能に陥ることもあるが、膝蓋腱反射は通常減弱を示さぬ。又背位に於て深吸氣時に腹部膨隆せずして却て陥凹することがあり(Czerny氏症狀)又膝蓋腱を輕打する時、下肢が伸展したまま數秒間強直位を保つこともある(Gordon氏反射)。心臟症狀としては不整脈、雜音等を認めることがあり、稀には扁側性舞蹈病(Hemichorea)なるものもある。

豫後。發病は割合に速かであるが、經過は緩慢で、治癒までには數週乃至數月を要し、再發することも稀でない。死亡することは少ないが(約1—3%)、其場合には敗血症性心内膜炎に因ると云はれる。

診斷。特有の症狀から容易であるが、他に原病があつて(腦疾患)來たものでないか(symptomatische Chorea)否かは、常に區別しなければならぬ(殊にHemichoreaの場合)。又眞似をしたため起ることもあるから(Chorea hysterica)それにも注意を要する。

療法。安靜を第一とし、學校を休ませ、すべての刺戟を避け、温

浴等を行ふ。重症では臥牀安靜を要し、嚥下障礙の起ることがあるから、食餌には常に注意を要する。藥劑には鎮靜劑、砒素劑(Liq. Fowlerii)等が用ゐられ、最近ではニルバノールを賞用する人が多い。サルバルサン注射も屢々奏效し、又エーテル注腸も效ありと。サリチール劑は效がない。

### 23. ノイローゼ Neurosen.

#### (1) チツク症 Tic-Krankheit.\*

常に同一の筋領域に來る痙攣性不隨意運動を云ふ。例へば一種特有なる痙攣様顔面搐搦(顔を歪め、眼をパチパチし、額に皺を寄せ、口を歪めて齒をむき出す等々)、又は頭を振り、肩を搖り、手を握り、或は飛び上る等の如き發作的運動を繰返すものである。之等の不隨意運動は大抵、以前に其局所に何か異常刺戟があつたために起つたものであるが、其等の刺戟が消失した後まで、習慣的に持續せるもので、意識的に一時は多少抑制することが出来るが、長く續かず、一生懸命になると却て起ると云ふ様な性質がある。但し近來は線狀體(Striatum)附近に病變のあるためと云ふ説もある。癲癇小發作に於けるもの、又は點頭痙攣に類似して劃然と區別し得ぬものもある。小舞蹈病との鑑別として、チツク症では毎常共同筋が有目的に攣縮するが、小舞蹈病では個々の筋群が目的なく不隨意的に攣縮し、又其運動も本症の如く瞬間的でなく、速度も比較的緩徐である。

暗示療法を試み、砒素劑、鎮靜劑等も用ゐられる。

\* Tic convulsif と稱するものは、主として顔面筋痙攣を意味し、Tic général は廣汎に亙つて起つたものを云ふのであるが、いづれも殆んど同意味に用ゐられる。Maladie de tics などと云ふのも同様である。

## (2) 憤怒痙攣 Wutkrampf (Respiratorischer Affektkrampf)

興奮時殊に憤怒時に、突然呼吸停止を起して失神する疾患で、2—5年の神経質児に多い。発作時には、深い吸氣の後で呼吸を止め、眼球上竄、全身痙攣、チアノーゼ、昏睡に陥るもので、発作持続時間は10数秒である。発作は痙攣性素質に於ける聲門痙攣に類似するも、電氣的及び機械的刺戟に對する過敏現象を缺く。豫後は佳良で、長づるにつれ自然に治癒する。

**療法。** 発作は大抵自然に緩解するから、頭、顔等に冷水を注ぐ必要は先づない。環境を變換させる意味で、家族から一時遠ざけることは良い。藥劑はブローム等が用ゐられる。

## (3) 夜驚症 Pavor nocturnus.

睡眠中に突然眼を覺まし、不安又は恐怖に襲はれ、泣き叫び又は駆け廻つて、兩親の言葉にも耳を藉さぬが、暫らくして鎮靜して再び眠る。発作中は周囲を認識せず、又翌朝之を記憶することがなく、且つ毎夜之を繰返すことが多い。2—8年位の神経質又は虚弱児に見られ、精神的感動、興奮は誘因になり、就床前の飽食、膀胱充満、腸寄生蟲等も誘因となる。又慢性鼻炎或は扁桃腺肥大等に因る呼吸困難に因することも多いと云ふ。癲癇均等症 (psychische Aequivalent) に類する處があるが、夜間睡眠中にのみ突然起る點が異なり、且つ豫後は佳良である。

**療法。** 原病と思はれるものあらば其治療をなし、夜間の過食を避け、排尿に注意し、且つ精神感動を起さず如き談話、繪本又は讀物等を禁じ、ブローム劑を用ひるが、効果あるは催眠劑を2—3日に互つて就寢前に投與することである。

## (4) 點頭痙攣 Spasmus nutans und rotatorius.

頭を前後又は左右に、痙攣様に動かすもので、4—5ヶ月以後2—3年頃までの幼兒に見られ、數週、數月或はそれ以上も續き屢々眼球震盪を伴ふ。此發作は癲癇小發作に於けるものに餘程類似して居り、又實際癲癇の一症狀であることが少なくない。又佝僂病と大いに關係があり、空氣、日光の缺乏が原因となると見る人もある。痴呆兒には屢々該發作を伴ふことがある。

佝僂病に對する療法を施して效あることがあると云はれ、臭素劑其の他の鎮靜劑等も用ゐられる。

## 24. 神經質症 Neuropathie (nervöses Kind)

原因としては内因的(先天的)と外因的(後天性)との二つの因子が認められる。外因的原因の中最も重大なことは環境の影響であつて家庭、周圍、都會の躁音等が著しい影響を及ぼす。

**症狀。** 神經質の乳兒は、異常に驚ろき易く、眠りが淺く、且つ屢々不安狀で落付かず、輾轉反側し、足をバタバタし、指を吸つて潰瘍を作ることがあり、時として筋強直狀となることがある。又習慣性に嘔吐し、便は屢々粘液を混じ、不消化便になり、顔色蒼白、理由なく泣き叫ぶことがあり、又失神に陥ることもある。

幼兒では、下痢することは少ないが、異常に過敏であつて、怒り又は叫び、家庭内の暴君となり易い。食餌の好惡が激しく、氣に入らぬ食物、又は不快の物を見て嘔吐を起すことがあり、利己的である。身體上では、血管運動神經系が過敏であるために、脈搏、血壓等が不定で、皮膚は蒼白となり、皮膚紋劃症 (Dermographismus) 著明、體溫一般に高く、數ヶ月間原因不明の微熱 (37.2—37.5°C 位

迄)を見ることがある(體質性高体温 konstitutionelle Hyperthermie)。此高体温を示す者は、淋巴組織の増殖する時期、即ち 4—10 年に多いと。腱反射は一般に亢進するも、ときとして著しく減弱する。

長づるに及んでも皮膚蒼白(貧血にあらず)多くは著明、學童に於ては屢々頭痛を訴へ、殊に早朝から存することがある。食慾不振、胃部膨滿、便秘又は嘔吐を伴ひ、殊に嘔吐は毎早朝に生じ、(神経性嘔吐)、原因不明の腹痛發作(反覆性臍痛を訴へることが多い。睡眠障碍は尙ほ續き、夜眠りに入る事難く、朝起きることを嫌ふ、のみならず夜驚症、夜尿症等を屢々伴ふ。精神機能も悪く、疲勞し易く、注意力散漫である。

豫防及び療法。適當なる教育と健全なる周囲とが最も必要で、之を除いては良法がない。健全なる小兒と遊ぶことは甚だ必要で、其意味に於て幼稚園、小學校などは、幾分矯正に役立つ。戶外で遊ばせることは大いに良い(Waldschule od. Ferienkolonie)。食餌は植物性のものが良く、野菜、果實を多くし、牛乳、肉、鶏卵等は多過ぎぬ方がよい。水治療法乃至強固法は、適當に行へば效があるが、無理に強いてはならぬ。暗示療法は大いに良い、其意味からして醫師に對する信頼は極めて重要である。

## 25. ヒステリー Hysterie.

小兒のヒステリーは、一般に考へられてゐるよりも多い。年齢は、多少なりとも自己意識の生ずる頃、即ち 2—3 年からであるが、普通は學童に多く、男女別は大人の如く明瞭でない。原因として神経質(Neuropathie)の存することもあるが、決して之は重大ではなくて、純然たる四圍の影響(Milieuschädigung)に因るものが多い。

即ち精神的激動、例へば驚怖、不安、悲嘆等を認め得るを一般とするも、又器質的疾患によることもあり、例之感冒で臥牀した結果として起立歩行不能に陥り、或は喉頭炎からして無聲症を發すると、云ふやうな例である。又前述せる Neurose なども一種のヒステリーと見るべく、模倣によつて舞踏病様運動(Chorea hysterica)、震顫或は吃音を生ずる如きも亦、本症の一種であらう。

症候。極めて多種多様で一定せず、殊に所謂ヒステリー特徴(hysterische Stigmata)と稱する、壓又は痛點、知覺消失帶乃至視野の縮小等は、小兒には稀有であるために、勢ひ其他の不定症狀から判斷しなければならぬ。而して其症候たるや、場合によつてそれぞれ異なり、一括して述べることは難いが、然し其症狀或は動作、態度等が普通でなく、一種異常の感を與へる點は、すべてに共通である。顔貌多くは煽情的(leidenschaftlich)であるが、時には反對に茫然自失、或は痴愚様に見えることもある。屢々見られる症狀は、頭痛、呼吸困難、鼓腸、不眠、不安、驚怖發作、強迫觀念、幻想、狂暴發作、或は歩行乃至運動障碍等であるが、癡癲發作、失神發作、又はカタレプシー發作(Katalepsie)等は、女兒に往々見ることがあり、稀には起立歩行不能(Astasie u. Abasie)等を生ずることもある。智力障碍は一般に認められぬが、性格は大いに變化し、憂鬱、狂騷、多辯、又は無言等色々の状態を現はす。

診斷。器質的疾患の有無に對して、深甚の注意を拂ふ必要がある。それ等の症狀が、原病に因るものでないことが明らかで。然かも暗示、又は四圍の状況によつて、容易に影響され、或は發作を誘發し得る時は、略々確實である。

療法。安靜を旨とし、原因と思はれるすべての刺戟を避けることが第一であり、其目的で家族から一時隔離し、又は入院させ

ることは大いに效がある。患兒に對し、四圍の注意を集中することは、發作を誘發し易いから、なるべく無關心の態度をとるがよい。治療的處置としては、暗示療法を主とするので、醫師に對する信頼が極めて必要であり、醫師の如何によつて、治癒機轉に大なる影響がある。従つて信用せる醫師の施す方法ならば、種類、方法の何たるを問はぬ。

## 26. 精神薄弱(低能) Schwachsinn.

(魯鈍 Debilität, 痴愚 Imbezillität, 白痴 Idiotie).

魯鈍、痴愚及び白痴の別は、單に程度の問題に過ぎず、精神機能發育の途中にあつて、尙ほ充分ならざる幼兒期以前に、之等を劃然と區別することは不可能に屬する。

器質的腦疾患、例之腦炎、腦膜炎、腦水腫、其他腦性小兒麻痺を來すものは、すべて低能の原因となり得る。實際低能兒には、屢々腱反射亢進、四肢強直又は弛緩、頭蓋變形等の症狀を伴ふことが少なくない。又粘液水腫、生殖器萎縮性肥胖症、其他の内分泌性疾患により、低能となることもあり、反之、以上の如き後天性疾患に因ることなく、先天性に低能である者も少なくない。先天性には、分娩外傷、酒精中毒又は黴毒等に基因することが多く、又精神病體質、所謂變質性の體質も原因になるが、又全く何等原因と思はれるものの認められぬ場合もある。腦に器質的變化のある者は別として、然らずと思はれる者でも、精密なる組織學的檢索によれば、腦皮質の發育障礙が認められる。

症候。身體的には、頭蓋及び顔面の變形又は不整、耳殼の畸形、生殖器異常 (Kryptorchismus の如き)、斜視、其他の所謂變質性徵候 (Degenerationszeichen) を認めることが少なくない。乳兒期に於て

は、身體の運動機能、例へば頭の据はり、起坐、起立、歩行等が一般に遅れ、言語は殊に遅延し、且つ不明瞭で、癲癇様發作を起すことがあり、痛覺は一般に鈍い。

白痴には遲鈍型 (torpide Idiotic) と、運動型 (agile od. versatile Idiotic) との二つがある。前者は周圍に對し全く反應なく、終日床中にボンヤリとして、動かずにゐるが、後者は反對に、絶えず體を動かし、床上に輾轉し、年長兒では常に動き廻つて、一時も靜止せぬ。身體の發育は、何等の障礙を受けぬ者と、著しく障礙され、強直又は弛緩狀になるものがある。精神機能障礙は云ふ迄もなく、又屢々手淫に耽るものがある(次章參照)。

診斷。乳兒期に診斷することは容易でないが、顔貌並に動作に注意することは極めて肝要である。母又は家族と他人とを識別せず、全く人見知りをする事なく、玩具等に對して興味を持たぬ者は疑はしい。やや長じて言語の甚だ遅れるもの、自分の物と他人の物との區別の出來ぬもの等も、甚だ怪しい。又終日ボンヤリしてゐる者、反對に寸時も靜止せぬ乳兒、或は頭の甚だ小さい者、大顛門の閉鎖が早すぎるもの等も疑ふべきである。診斷を確定し、又は程度を決めるには、一定の法式に従つて智能検査を試みなければならぬ。

療法。粘液水腫に因するものは、治療可能であるが、其他は無爲である。年長兒には低能兒教育を施さねばならぬ。

## 27. 手 淫 Onanie.

幼兒が陰部殊に陰莖を玩ぶことは必ずしも手淫ではない。小兒の手淫は既に2—3歳に始まることもあり、殊に精神薄弱兒又は神經質兒に多い。蟻蟲、外陰部又は肛門部濕疹等は誘因と

なり得る。

幼児の手淫は甚だ多種多様である。例へば床上に伏臥し外陰部を床に押し付け、四肢を強直させ或は軽度の角弓反張 (Opisthotonus) をなし、又は下肢を曲げて下腹部を壓迫し、或は兩脚を交叉壓迫し、若しくは机、チャブ臺其他角のある部分に外陰部を押し付ける等の動作をなし、其發作時には全く精神を集中して他を顧みず、無理に之を止めやうとすると怒り出す、と云ふ如きものが多い。年齢の長づるにつれて手を用ゐることが多く、且つ漸次密かに行ふやうになる。

本症の害は幼児に於ては、幾分神經過敏になる位の程度であるが、長ずにつれ秘密に行ふやうになれば、多少自責の念を生じ且つ睡眠障礙を來し易いために、精神的に多少の障礙を生じ、學業成績も劣り、又は神經過敏となり或は陰鬱になることが多い。

小兒手淫に關して最も重大なる考慮を要することは、其結果でなくて却て其原因である。即ち此の如き小兒は低能者、白痴、精神病的素因を有することが多いから、患兒の智力乃至精神状態に異常なきや否やに就て、深甚の注意を拂はなければならぬ。

従つて治療法を講ずる場合には、上記の點を大いに考慮する必要がある。誘因ある場合には勿論それを除かねばならぬ。一般療法としては氣分を轉換させることが最も肝要で、殊に幼児では常に其態度に注意し、發作の起りかけた時には直ちに注意力を他に轉向させ、自然に止めるやうにすることである。叱責しても仲々治るものではない。年長兒には充分の運動をさせ、就床後直ちに眠れるやうに努め、排尿に注意して膀胱の充滿を避け、又は夜間の過食を慎まなければならぬ。唯徒らに叱責し又は説諭することは、小兒をして却て其事に注意を向ける結

果を來し易いだけで効果はないから、寧ろ無關心を装ふ方がよいのである。轉地其他一般強壯法を行ふことは有效である。

## 28. フェール氏病 Feersche Krankheit.

(Akrodyne, Vegetative Neurose d. Kleinkindes, Pink disease)

不機嫌、睡眠不安、食思缺乏、羸瘦等の一般障礙に伴つて高度の發汗、皮膚殊に手足の表皮剝離、癢痒、四肢末端の厥冷潮紅乃至チアノーゼ、筋肉弛緩等を主徴とする一種の疾患で、主として6ヶ月乃至4年頃迄の乳幼兒に來る。冬より春にかけて多いと。之等の症狀中最も特有なことは皮膚症狀であつて、發汗甚だしいため多數の汗疹を生じ、就中手掌足趾は常に濕潤且つ厥冷、屢々發赤潮紅し、表皮に著明なる剝離 (Desquamation) を生ずること恰かも猩紅熱の如し。又四肢軀幹等に屢々麻疹乃至蕁麻疹様紅斑を生ずることがある。癢痒甚だしく且つ時として發作性腹痛を訴へることがある。發病は極めて徐々、患兒は漸次羸瘦し、元氣なく、歩行起立困難となり、震顫を生じ、脈搏頻數、血壓亢進を見るやうになる。發熱を伴はぬを普通とする。

**原因及び病理。**原因不明。植物神経系の機能障礙に因るものと一般に見做される。最近に於ては一種の傳染性疾患ならんとも云はれるが尙ほ明らかでない。

**豫後。**経過緩慢、1-3ヶ月位で極期に達し、次で漸次輕快するが、全経過は通常4-6ヶ月である。死亡率5-10%。死因多くは氣管枝肺炎、敗血症等なりと。

**療法。**皮膚の清潔並に榮養に注意し、感冒乃至肺炎に罹らぬやう注意を要す。アトロピンの内服は效ありと。又乳酸カルシウムも用ゐられ、人工太陽燈照射も賞用される。皮膚癢痒に對してカンフル丁幾の塗布又は樟腦硼酸末等量混和物を撒布するもよい。微温浴乃至カミツレ浴、亞鉛華滑石末撒布も試みられる。



## XI. 血液疾患並に出血性素質 Blutkrankheiten und Blutungsbereitschaft.

### A. 貧血 Anaemie.

貧血とは血液量の減少の意味であるが、臨牀上の判断では赤血球減少(Oligozytose), 及び血色素減少(Oligochromämie)を示すものを云ふ。一般症状としては、皮膚、粘膜の蒼白を主徴とするが、それに伴つて頭痛、不眠、食欲欠損、體力薄弱、活氣に乏しく、心悸亢進等を示し、時として便秘、嘔吐を訴へ、著明なる時には、心臓濁音界の擴大、心臓雑音等を認め、又は肝脾腫大を來すことがある。但し必ずしもそう云ふ症状があるとは限らず、單に貧血と云ふ以外に何等の症状を伴はぬ場合もある。

小兒は大人に較べて、甚だ貧血を起し易い。と云ふのは小兒が發育の途中にあるために、一般の組織、臟器などが、盛んに發育すると共に、造血臟器(主として骨髓)も亦旺盛なる發育を營む必要があるので、従つて刺戟に對して極めて感じ易く、影響を受け易い。従つて大人では、何等害を及ぼさぬやうな原因でも、小兒では障礙を及ぼし、貧血を起し易いのである。例へば食餌性貧血などは、其適例であらう。

貧血の種類は種々雑多で、其分類も人によつて異なるが、最も理論的と思はれ、且つ近來採用されてゐるものは、次の分類法である(Pfaundler氏による)。

#### 1. 一次的の造血機能障礙に因る貧血。

- a. 先天性或は早期の造血機能減退によるもの。  
早産兒滲出性素質、佝僂病等の貧血が之に屬する。體質性

貧血と稱するものと、略々同意義である。

- b. 食餌性貧血 alimentäre Anaemie.  
離乳不適當、又は其他食餌の關係で起るもの。
- c. 細民貧血又は學校貧血 Proletarieranämie u. Schulanämie.  
生活状態の不良、例へば狭い室に多數群居し、又は換氣、日光、濕度、溫度等の關係が、非衛生的なために起る貧血で、乳幼兒に見るものは、佝僂病とも關係がある。住居の非衛生的なためのみでなく、不潔にすることも大なる原因になる。
- d. 萎黃病 Chlorose.  
思春期以後の婦人に多いと云ふことで、過勞、非衛生的生活が誘因となると云はれるが、我國には稀有で、殊に小兒科には關係が少くない。

#### 2. 失血性貧血。

外傷による出血の外に、胃腸出血(潰瘍、十二指腸蟲等)、痔出血等に因る貧血の意味で、最も簡單である。

#### 3. 溶血性貧血(又は毒素性貧血)。

- a. 血管内で溶血作用を起すもの。  
發作性血色素尿症(Paroxysmale Hämoglobinurie)(後述)
- b. 其他の血液毒素による貧血。  
鉛、水銀、砒素等。腸寄生蟲(絛蟲、蛔蟲等)毒素。及び細菌性毒素、例へば結核、微毒、化膿性疾患、腎盂炎、其他傳染病に基因する貧血が之に屬する。
- c. 其他原因不明のもの。  
惡性貧血(erniziose Anämie)、再生不能性貧血(aplastische Anämie)、Jaksch-Hayem氏貧血等が主なるものであるが、其他山羊乳貧血(Ziegenmilchanämie)、溶血性黃疸貧血(haemolytischer Ikterus mit Anämie)、Banti氏病等も此中に屬するものであらう。不明の貧血ではあるが、最も問題になり、且つ興味のあるは此等のものである\*。

\* 此の如く貧血には多數の種類があるが、之等の中(1)に屬する滲出性素質、佝僂病等に因るものは、其等の章に述べてあり。早産兒の貧血は特別に云ふ必要なく、又食餌性貧血の中にも述べてあり。細民、學校貧血及萎黃病は、簡單に分類中に記載してある。それ故本編にては其他の主なるものだけを述べる。

### 1. 食餌性貧血 Alimentäre Anämie.

離乳期殊に滿一年前後になつて、それまで全く貧血がなく、健康であつた乳兒が、何等原因と思はれる疾病なく、且つ元氣はあまり變りがないに係らず、何時とはなしに漸次貧血することは、日常屢見る處である。そう云ふ貧血の大多數は、原因が全く食餌其ものに存するものと看做され、これを食餌性貧血と稱する。而して此の如き貧血を來す食餌の關係は何であるかと云ふに、饑餓乃至單なる食餌不足だけでは、決して著明なる貧血を起すものでないことは、痙攣性幽門狹窄症に貧血の起らぬ點からしても判るであらう。

**原因。** 然らば何故に此の如き貧血を生ずるのであるか。乳汁の鐵含有量が極めて僅微であることは、既に營養の章で述べた通り、人乳中の鐵量だけでは、乳兒の造血作用、殊に血色素生成に必要なだけの鐵を供給し得ぬのであるが、牛乳に至つては一層不足である(人乳の $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{4}$ )。此ことが食餌性貧血の主なる原因となつてゐるのである。

乳兒は、出生時に、母體からかなり多量の鐵分を貰つて生れるもので、其鐵分は主として肝臟中に貯藏され、生後半年位迄の間は、乳汁中の鐵不足を、此肝臟の貯藏鐵 (Eisendepots) によつて補つてゐるのであるが、生後7—8ヶ月以後、即ち離乳期に達する頃には、貯藏鐵の大部分を消費し盡すために、其後の生活に於ては、食餌から必要だけの鐵を補供せぬと、赤血球殊に血色素生成に障礙を及ぼし、其結果として貧血を來すのである。早産兒が貧血に傾き易いのは、出生時に於ける肝臟貯藏鐵の量が少ないことも一原因である。

但し食餌性貧血の原因を、單に鐵不足にのみ歸することは勿論出來ないのであつて、其他にも、血色素生成に必要な缺くべからざる物質の乳汁中に缺乏せることも考へなければならぬ。それ等の要素として銅、ヒスチヂン(Histidin)、ピロール屬(Pyrrolartige Gruppe)等が擧げられてゐるが、まだ明らかではない。カルシウム其他の鹽類、ビタミン殊にC等も、勿論關係があらう。

**診斷。** 離乳不適當、又は其他食餌の關係から起るもので、他に特殊の原因を認められぬものを云ふのである。早産兒貧血の一部は之れに屬するも、全部ではなく、先天的の造血機能不全に因るものもあり、又滲出性素質、佝僂病等に於ける貧血(所謂體質性貧血)等は、幾分之れと異なる。又細民貧血或は學校貧血等と稱するものも、之れとは區別すべきものである。本症の血液像は、血色素量が異常に少ない(60—50%、或は以下)ことを特有とし、赤血球数は餘り著明の減少を示さぬ。

**療法。** 適當の時期に離乳を行ひ、鐵其他の鹽類、ビタミン等に富める食餌を與へることが第一である(離乳の章参照)。離乳期に與へ得る食物中で、鐵含有量の比較的多いものは、卵黃、果實(就中林檎)、野菜(ホーレン草、馬鈴薯、人參、トマト、豆類等)、玄米(主に重湯又は穀粉として)等である。\* 鐵劑(還元鐵、炭酸鐵、乳酸鐵、或はブルトローゼ、フェラトローゼ等)の効果は昔から云はれてゐるが、近來は鐵と共に銅(硫酸銅)を併用する法が行はれる。\*\*

\* 食品中の鐵含有量(乾燥物質 100 g. 中の鐵量を mg. で示す)。卵黃 10.4—23.9。ホーレン草 32.7—39.1。林檎 13.2。馬鈴薯 6.4。豆 6—8。米 1.7—1.9。小麥 5.5。乾燥人乳 2.3—3.1。

\*\* 食餌性貧血に對して鐵劑のみを用ゐるよりも、銅(硫酸銅……鐵の約 $\frac{1}{10}$ 量)を加へる方が有利なことを初めて認めたのは Steenbock 氏(1928)であると。其作用は多分 Hb の生成に對し觸媒として働くものならんと。

肝臓療法(Lebertherapie)は本症のみならず、すべての貧血、殊に悪性貧血に對して賞用される。此法は既に16—17年前にCzerny氏が貧血小兒に對し肝臓食を試みたことに始まるらしいが、一般的に應用され、且つ多數の肝臓製劑が出たのは數年前のことである。肝臓食療法は、仔牛又は鳥の肝臓を煮て磨りつぶし、粥状とし或はスープ様にして與へるのであつて、用量は乳兒には一日量20—30g、幼兒には其3—5倍とし、3—5週續けるのであるが、嗜好上困難に遭遇することがあるので、其缺點を除く目的で、肝臓を乾燥粉末とし、或は有效成分を抽出したもの(Leberextrakt)等が、最近多數に製出されてゐる。\*

肝臓療法の根據は、肝臓中の鐵含有量が重視されるが、\*\*其他にも赤血球及び血色素を構成するに必要な基質、又は骨髓の赤血球新生機能を旺盛ならしめる物質が含まれ、或は多量のビタミン(A、C、就中B)を含むためとも云はれる。又肝臓中に造血ホルモンがあると云ふ説もあるが、尙ほ明瞭でない。

#### 附。山羊乳貧血 Ziegenmilchanämie.

山羊乳によつて榮養された乳、幼兒に見る一種の食餌性貧血であるが、之れは食餌成分の缺乏と云ふよりも、寧ろ一種の毒素性貧血と看做すべきもので、山羊乳の脂酸、油酸、ヒヨレスチリンエステル等が有害であるためと云はれる。

\* 肝製劑にはHepatrat, Hepatpurin, Hepatogen, Hepatpion, Leberextrakt, Ferripan, ヘパチン, ヘパン, ヘパトゼ, ヘリパン, パンリパー, 理研レパー等々。

\*\* 犢生肝 100g. 中には 8.2mg. の鐵が含まれ、丁度人乳の約4—5立中の鐵量に相當すると。

## 2. ヤックシ、ハイエム氏貧血

Jaksch-Hayemsche Anämie.

(假性白血病性貧血

Anaemia pseudoleucaemica infantum)

生後6ヶ月乃至2—3年の幼兒に主として來るもので、高度の貧血と共に、著しい白血球増多を示し、肝、脾腫大を伴ふ疾患である。主として人工榮養兒に見られ、下層階級に多く、佝僂病と關係があると云はれる。\*

症候。皮膚蒼白、衰弱、食慾不振、頭痛、嘔吐、其他の貧血症狀が著しく、加ふるに肝臓、殊に脾臓の著明なる腫大を示すのが大體の症狀である。血液像は、赤血球數並に血色素量が著しく減少すると共に、多數の大赤血球(Megalocyten)、有核赤血球(Normoblasten u. Megaloblasten)が現はれ、大小不同(Anisocytose)、多染性(Polychromasie)等を示し、血色素係數(Färbeindex)は屢々1より大なることがある。白血球は常に増多し(Leucocytose、時として2—3萬に及ぶ)、時として單核細胞(Monozyten)の著しい増加を見ることがあるが、骨髓細胞(Myelocyten)乃至骨髓母細胞(Myeloblasten)の出現は比較的少ない。

診斷。白血病とは、血液像に於て、骨髓細胞又は骨髓母細胞、或は幼若型淋巴球が比較的乃至甚だ少ない點で區別され。悪性貧血は、血色素係數に於ては類似するも、白血球増多なく却て減少する點で異なり、且つ此ものは小兒期には稀有である。再生

\* 本症の物質代謝障礙は、佝僂病のそれに類似し、血液中の磷酸鹽含有量が著しく減少してゐると云ふことである。

不能性貧血は、幼若型赤血球の甚だ少ない點が異なる。

食餌性貧血との區別は多少曖昧であつて、兩者は程度の問題に過ぎず、本症も廣義の食餌性貧血に屬せしむべきものであると云ふ説もある。

豫後。治療によつてよく治癒し得るものであるが、合併症(胃腸障碍、肺炎等)によつて斃れることも多い。

療法。食餌としては新鮮なる野菜、果實等を多くし、殊にビタミンに富めるものを與へ、鐵劑又は砒素劑を投與し、日光又は人工太陽燈照射を試みるが、肝臟療法は殊に効果ありと云はれる(食餌性貧血の療法参照)。

### 3. 再生不能性貧血 Aplastische Anämie.

(Aregeneratorische Anämie)

多くは學童、稀れに幼児に見られる高度にして進行性の貧血で、血液再生機能、殊に骨髓の造血機能が甚だしく減退することを特徴とする。血液像では赤血球(白血球も)が著しく減少するのみならず、大赤血球、有核赤血球等の幼若型が甚だ少なく(又は缺如し)且つ大小不同 (Anisozytose) 等も殆んど示さぬ。血色素量は甚だ低下するも、血色素係数は1に近く、血小板 (Blutplättchen) も著しく減少する。其他食慾不振、頭痛、嘔吐等を發し、出血性素質を來し、屢々發熱を伴ふ。肝、脾腫大は軽度である。

豫後は不良で、早きは數週、遅くも數月乃至1年位で斃れるのが普通である。療法としては一般貧血療法を行ふのであるが、輸血を反覆することは多少効果ありと云ふ。診斷は血液像による外はない。

## 4. 其他の貧血

### (1) 惡性貧血 Perniziöse Anämie.

大赤血球 (Megalozyten, Megaloblasten) の多數に現はれるのが特徴である。血色素量は赤血球數と共に著しく減少するが、血色素係数は常に1以上である。白血球減少 (Leucopenie mit relativen Lymphocytose) し、血小板減少 (Thrombopenie)。血清は Hämatin 増量のため暗黄色を帯び、血液凝固が甚だ遅延し、従つて出血性素質を示す。

小兒には稀有。豫後極めて不良であるが、充分なる鐵療法、肝臟療法又は反覆輸血を行ふ時は、幾分效があると。

### (2) 家族性溶血性貧血 Familiäre hämolytische Anämie.\*

赤血球の抵抗が著しく減弱することが特徴である。\*\*幼児に既に著明に現はれることもあるが、學童期の方が著しい。貧血、黃疸、脾腫の三つを主徴とし、自覺症狀割合に少なく、時として黃疸全く缺如することもある。本症では溶血發作 (hämolytische Krise) を起すことがあるが、精神感動、寒氣、過勞等が其誘因になると云はれる。

尿には Bilirubin を全く含まぬか、若くは溶血發作時に痕跡を有する位に過ぎぬが、反之 Urobilin 及び Urobilinogen は甚だ多く、そのために尿は暗褐色を呈する。糞便の色は濃い黄褐色になるが、それは膽汁色素が甚だ多いためである。貧血の程度は色々で、それと共に赤血球數も區々である。溶血發作の後では、赤血球新生が旺盛となり、従つて有核赤血球が多くなり、且つ網織狀物質 (Substantia reticulo-filamentosa) も増加する。

豫後は生命に對しては割合に危険が少ないが、治癒は不能である。療法としては、肝臟療法、鐵療法、輸血等が行はれる。溶血發作を止めるために、脾摘出手術を試みることもありと云ふ。

### (3) バンチ氏病 Morbus Bantii.

腹水、黃疸、肝臟腫大(後に萎縮)及び貧血を主徴とする一種の症候

\* Hämolytischer Ikterus (溶血性黃疸), Hämolytische Anämie mit Ikterus 等と云ふものは、之れと同じものである。

\*\* 正常なる赤血球抵抗は 0.42-0.48 % 食鹽水に相當するが、本症にあつては 0.52-0.72 % に於て既に溶血を起すと。

群で、5年以上の者に見られると云ふ。

#### 4. 假性貧血 Scheinanämie.

外觀上、皮膚、粘膜の蒼白(貧血)を示すも、實は赤血球乃至血色素に殆んど異常のないものを云ふ。原因としては、表皮(Epidermis)の透過性が少ないこと、又は皮膚血管、殊に毛細管の發育不全のために、皮膚の血液が少ないこと。或は皮膚血管の攣縮(Angiospasmus cutis)等が考へられる(神経質の小兒に之れは多い)。又、身長が急激に増加する時期(7-8歳頃及び14-15歳頃)には、心臓機能が之れに伴はずして、一時的に貧血を呈することもある(生長性蒼白 Wachstumsblässe)。學童に見る蒼白には屢々これがある。傳染性疾患又は、心臓疾患の恢復期等に見る皮膚蒼白も、屢々血液分布の不平均に因ることがある。

#### B. 白血病 Leukämie.

白血病は、白血球成生系統の疾患で、不明なる原因によつて、それ等の組織増殖を來し、流血中に白血球の比較的増多を來し、殊に幼若、未熟型が著しく増加するものであつて、白血球の絶對數増加は必ずしも問ふ處ではない。

主として増加する白血球の種類によつて淋巴性(lymphatisch)及び骨髓性(myeloisch)の二つに分類し、且つ其發現乃至經過によつて急性及び慢性に區別するが、此區別は屢々明瞭を缺き、中間型とも云ふべきものも多い。小兒にも亦屢々見られるが、兩者の頻度に就ては、淋巴性の方が遙かに多いとされる。

#### 6. 淋巴性白血病 Lymphatische Leukämie.

(Leukämische Lymphadenosen od. Lymphozytomatose)

幼兒に比較的多いが、乳兒にも見ることがあり、大多數は急性に經過し、死の轉歸をとる者が多い。一般症狀としては、發熱、倦

怠、四肢乃至骨痛、頭痛、嘔吐、下痢、意識障礙、浮腫等を呈し、皮下乃至粘膜出血を生じ、頸部、頸下部其他の淋巴腺又は扁桃腺等の腫大を來すが、肝、脾の腫脹は割合に高度でない。尿には屢々蛋白乃至圓錐が現はれる。

**血液像。**白血球、殊に淋巴球の絶對的及び比較的増加が著しく、幼若型(Lymphoblasten)乃至大淋巴球(grosse Lymphozyten)、若くは多核型(Riederform)等が多數に現はれるが、時として普通大の淋巴球のみが、大部分を占めることもある。幼若白血球(骨髓性)も多少は現はれる。尙ほ赤血球及び血色素は減少し、大小不同乃至異型(Poikilozytose, Anisozytose)、多染性、鹽基性顆粒、有核赤血球、大赤血球の出現等、すべて貧血の像を伴ふ。

**病理解剖的**には、淋巴腺、扁桃腺、脾臓、舌乃至腸濾胞其他の淋巴組織がすべて増殖する外、肝臓、腎臓及び骨髓等の中にまでも淋巴性浸潤を來す。

**豫後不良。**早きは數週、遅きも數ヶ月で斃れるのが多い。診斷は血液所見による。

**療法。**レントゲン照射、輸血、砒素劑等を試みるが、多くは効果がない。

#### 7. 骨髓性白血病 Myeloische Leukämie.

(Leukämische Myelose od. Myelozytomatose)

幼兒には少なく、年長兒に多い。發病乃至經過は急性のこともあるが、大多數は慢性である。従つて茲には主に慢性の症狀を述べる。

**一般症狀**は、徐々として來る脾腫(Milztumor)を主とし、漸次腫大して硬い、平滑なる、或は多少凹凸のある、著しく大なる脾腫を觸

れ、肝臓も亦多くは腫大する。初めは外觀上栄養佳良であるが、次第に羸瘦加はり、蒼白、倦怠、呼吸困難、心悸亢進、頭痛等が現はれ、視力及び聴力障害を伴ふこともある。尿には蛋白、圓錐等が現はれ、又尿酸の排泄増加し、淋巴腺腫脹もやがて起る。

**血液所見。**白血球增多極めて著明となり、10—50萬に及ぶことがある。其大多數は骨髓性の白血球(Leucozyten)よりなり、殊に骨髓細胞(Myelozysten)乃至幼若型の白血球が多く、更に骨髓母細胞(Myeloblasten)も多數に出現する。赤血球數及び血色素量減少し、貧血像を呈することは、淋巴性のものと同じい。

**病理解剖上には、脾臓の増殖肥大の外に、骨髓中に骨髓細胞及び骨髓母細胞が著しく増加する。**

**診断。**血液所見による。但し其病初に於ては、他の貧血性疾患、殊に Jaksch-Hayem 氏貧血等と區別し難いこともある。豫後は不良で、3—5年の経過で多くは死亡する。

**療法。**レントゲン照射は屢々應用され、一時的には脾腫著しく縮少し、血液所見も著明なる恢復を見ることが多いが、結局は死を免れず、且つレントゲン治療後、輕快状態中往々にして急變を來すことがある。ベンゾール、砒素劑等は、奏效が遅いけれども、急變を來すことのない利益があると云はれるが、然し結局は駄目らしい。

### 8. 綠色腫 Chlorom.

前記白血病の一種ではあるが、其白血病性細胞増殖部が、灰綠色 (graugrün) 又は黄色を呈する性質からして、特に綠色腫と稱するのであるが、尚ほ一つの特色は、其部位が頭蓋骨殊に眼窩部、顛部、頰部等の扁平骨に好發することである。但し稀には軀幹

骨又は皮膚等にも發することがある。

**症状**は部位の如何によつて異なるべきも、眼窩、顛部等に多いので、普通は眼球突出し、眼窩周囲又は顛部が腫脹隆起し、然かも多くは左右對稱的(symmetrisch)に來るために、一種獨特の顔貌を示すものである。小兒より青年期に多い。

本症が白血病であることは既に述べたが、其性質から見れば淋巴性のものと、骨髓性のものとの兩者があり、従つて血液所見に於ても、あるものは淋巴性白血病であり、他のものは骨髓性白血病である。

**経過。**多くは急性、豫後不良である。**療法**は白血病に従ふ。

### 9. 白血病類似疾患\*

淋巴腺腫大の著しい點は白血病に幾らか類するも、組織學的にも、又血液所見に於ても全くそれと異なるものであるが、習慣に従つて茲に記載する。

#### (1) 淋巴肉腫症 Lymphsarkomatose.

淋巴組織を侵す肉腫様疾患で、初めは限局性であるが、漸次蔓延して諸處に轉移(Metastase)を生ずる悪性腫瘍である。小兒に多いと云ふ。

最も多いのは從隔竇(Mediastinum)から發するもので、其處の淋巴腺が腫大するために、呼吸困難、胸内苦悶、咳嗽發作、顔面浮腫等

\* 假性白血病(Pseudoleukaemie)と云はれるものは、組織學的變化、臨牀上の症状、経過等が、白血病と全く同様であつて、唯、血液中に白血球增多を缺くものを云ひ、それには淋巴性、骨髓性等がある(それぞれの、幼若型細胞が現はれる)と云ふことであるが、著者は之等に就て全く知る處なく、又實際には餘り必要がないと思ふので、本書には省略した。

の壓迫症候を呈し、打診上濁音を示し、X線上陰影を現はす。其他頸部其他の淋巴腺を侵すこともあるが、肝脾は侵されぬを普通とする。

血液像は、長く略々正常のことがある。淋巴腺腫大にも係らず、淋巴球増加を見ることはないが、白血球は増加することがある。貧血は著しい。\*

## (2) 悪性淋巴肉芽腫 Lymphogranulomatose.

慢性炎症によつて發した、淋巴腺の肉芽腫であつて、壞疽に陥る傾向があるが、淋巴性増殖を來すことなく、肝脾等も餘り侵されぬ。原因としては、一部分は結核及び黴毒と關係するが、他の一部は悪性肉芽腫で、Hodgkin氏病などとも云はれる。

好發部位は頸部及び縦隔竇であるが、腋窩腺、腸間膜腺等も侵される。多くは頸腺腫脹から始まり、頸部に大なる、軟かい、葡萄状をなした腫瘍群を生ずる。縦隔竇に來れば、壓迫症候を呈すること淋巴肉腫症と同様である。進んでは全身の淋巴腺に及び、漸次衰弱し、惡液質(Kachexie)に陥つて斃れることが多い。肝、脾の腫大、皮膚粘膜に淋巴様増殖を生ずること等は、白血病の如くである。

血液所見は、淋巴腺腫大にも係らず、淋巴球減少を示し、エオジン嗜好細胞増多及び軽度の白血球増多を示す。

## 10. アグラヌロチーゼ Agranulozytose.

高熱を以て始まり、扁桃腺其他咽頭、口腔粘膜の壞疽性炎症を起し、軽度の頸腺腫脹時として肝脾腫大、黄疸等を伴ひ、一般状態著しく障碍され重篤の症候を示す。更に最も特有なることは、高度の

\* Myelosarkomatose と云ふべきものは、小兒に發することはないそうである。

白血球減少(多くは1,000以下に)と共に、中性嗜好白血球の著しき減少を來すことである。赤血球、血色素に變化なく、従つて貧血を起さず、血小板數も殆んど正常、皮膚出血を示すこともない。大人女子に主として來り、小兒には稀有。

原因不明。経過極めて短かく、數日乃至10日位で大多數は死亡する。療法としてレントゲン照射、輸血等が試みられるが、效果疑はしい。

## C. 出血性素質 Häorrhagische Diathesen.

(Blutungsbereitschaft)

出血性素質と茲で云ふのは、決して一樣の疾患ではなく、原因及び病理ともに種々異なつてはゐるが、唯、甚だ出血し易い(常に、或は一時的に)傾向を有する點に於て一致するものである。之れに屬するものは、血友病の外に、ウェルホーフ氏病(Morbus maculosus Werlhofii)、單純性及びロイマチス性紫斑病(Purpura simplex u. rheumatica, Schoenlein)、及び腹性紫斑病(Purpura abdominalis, Henoch)等と昔から呼ばれてゐた疾患である。Barlow氏病は、以前は此中に編入されてゐたが、現在ではビタミン缺乏症とされ、貧血、白血病、又は敗血症に於ても、出血性素質を現はすことは既に述べた通りであるが、それ等は單に症候の一つに過ぎぬのであつて、本來の出血性素質ではない。

出血性素質の各症を、臨牀上劃然と區別することは難事であるが、現今明瞭になつてゐる點は、血友病では血液凝固が著しく障碍されること。ウェルホーフ氏病と稱するものでは血小板減少が著明であること。他のSchoenlein-Henoch氏紫斑病では殆んど血液變化を認められず、恐らく血管異常から來る出血であらうと云はれる點等である。従つて之等の診斷に際しては、血

液像検査のみならず、寧ろ他の血液凝固、出血時間、血管異常等を検索する必要がある。それ等の點を簡単に記すならば、

(1) 出血時間 *Blutungszeit*。測定には、耳朶を刺傷して出血させ、30秒毎に吸取紙に受けて血斑を作り、それが漸次縮小して全く止血する迄の時間によつて定める(最初の血斑の大きさが、1—2cm. の直径を有するやうにする)。其時間は2—3分を正常とするが、重症貧血、紫斑病等では10—20分に及ぶことがある。

(2) 血液凝固時間 *Gerinnungszeit*。を測定するには普通、ホールオブジェクトグラスに、一度煮沸し冷却した蒸留水の一滴を置き、之れに血液の一滴を加へ、清浄な細い硝子棒で充分混和し、後30秒毎に硝子棒で攪拌し、纖維素の初めて析出される迄の時間を測る(ビルケル氏法)。正常血液は25°Cで、5—5.5分にて凝固する。血友病では1時間以上を要することがある。

凝固時間と出血時間とは必ずしも一致せず。出血時間は延長するも、凝固時間は延長せぬこともあるが、出血時間が普通で、凝固時間だけが延長することはない。

(3) 血管壁抵抗を測る簡単な法は、Rumpel-Leede氏法である。即ち、上膊をゴム紐等で緊縛して、それより下部に皮下點狀出血の現はれる程度で検する。時間は10分間位まで試みなければならぬ(猩紅熱の章参照)。

(4) 血小板数の計算 *Blutplättchenzählung*。耳朶を清拭し、乾いた處に14%硫酸マグネシア液の一小滴を置き、其液を通して刺針で傷を付けて得た血液を、細い硝子棒で、血液と硫酸マグネシア液とを充分に混和して載物硝子に塗布し、固定染色標本を作り(長時間染色するを要す)、Okularblendeを用ゐて視野を縮小させ、1視野に20—30個の赤血球を視る様にし、標本を移動しつつ赤血球と血小板とを數へ。赤血球1000に對する血小板數を測定し、それから血液1c.m.中の赤血球に對する血小板數を算出するのである(Fonio氏法)。本法によれば、正常數は130,000—350,000(平均234,000)であると。

## 11. 紫斑病 *Purpuraerkrankungen*.

症候。倦怠、頭痛、食慾不振、ロイマチス様疼痛、發熱、嘔氣、又は下痢等の一般症候を以て突如として始まり、之に伴つて皮膚又は

粘膜に出血斑を生ずるのが特徴である。出血斑は本症に最も重要な症候で、初めは四肢、殊に下腿伸側に現はれ、次で軀幹に及ぶが、顔、頭等には比較的稀である。又口唇、鼻、口腔、齒齦結膜、咽頭等の粘膜、及び胃腸、腎等の内臓にも出血を來すことがある。

出血斑の大きさは、帽針頭乃至豌豆大のものが多いが、時として銅貨大或はそれ以上にも及ぶことがある。初めは紅色を呈するも、間もなく青色乃至褐色になり、漸次褪色する。稀には蕁麻疹様の發疹として現はれ、血斑に移行することもあり、又は血液性水疱を作ることもある。出血は屢々外傷又は軽度の外傷によつて生ずる。

原因不明であるが、細菌感染によるとも云はれ、又新陳代謝障礙に基く自家中毒であるとも看做される。

分類。出血斑の分布、全身症候の強弱等により、臨牀上種々の症型に分類さる。従來はウェルホーフ氏病又は出血性紫斑病 (*Morbus maculosus Werlhofii* od. *Purpura haemorrhagica*)、單純性紫斑病 (*Purpura simplex*)、ロイマチス性紫斑病 (*Purpura rheumatica*)、腹性又はヘノッフ氏紫斑病 (*Purpura abdominalis Henochii*)、電撃性紫斑病 (*Purpura fulminans*) 等に區分されたが、之等の分類は誠に曖昧であつて、判然とせぬため、及び最近の血液學の進歩からして、現今では臨牀上の症候には餘り顧慮せず、血液所見からして、次の三者に區別する法が行はれる (*Morawitz u. Opitz* 兩氏)。

1. 特發性血小板減少症 *Essentielle Thrombopenie*.
2. 特發性血管性紫斑病 *Essentielle vasogene Purpura*.
3. 症候性紫斑病 *Symptomatische Purpuraformen*.



(1) 特發性(又は眞性)血小板減少症 Essentielle  
Thrombopenie.

從來ウェルホーフ氏病 (Morbus maculosus Werlhofii) 又は出血性紫斑病 (Purpura haemorrhagica) と稱せられたものであつて、孰れの年齢にも來るが、年長兒にやや多い。

皮膚、殊に粘膜出血を生ずることが多い。出血斑は小點狀のもの他に、斑狀 (flächhaft) のものを生じ、大小不同で然かも左右不平均 (asymmetrisch) のことが多いが、出血斑は血管性のものに比し一般に少ない。粘膜出血は特有で、鼻、口腔、陰部、稀には腸又は腎より多量に出血して生命を脅かすことがあるが、腹痛を起すことは殆んどなく、關節の侵されることもない。

血液所見。血小板が著しく減少し (Thrombopenie), 35,000—30,000 或は以下になるが、凝固時間は正常である。出血時間は延長し、Rumpel-Leede 氏現象も陽性に現はれる。

経過及び豫後。経過は急性のもの、再發し易いもの、及び慢性のもの等あり、生命の危険は比較的少ないが、稀には多量の出血或は腦出血で斃れることもある。症状消褪しても、血小板減少が果して治癒し得るや否やは疑はしい。

療法。脾臓摘出によつて出血傾向が去り、血小板増加を見ることがあるが、多くは一時的に過ぎぬと云はれ。X線照射、砒素劑の投與等も試みられるが、効果は期待し難く、多くは對症的に、血小板製劑其他の止血劑の注射、輸血等が行はれるに過ぎぬ。

(2) 特發性(又は眞性)血管性紫斑病 Essentielle  
vasogene Purpura.

本症は又、血小板非減少性紫斑病 (athrombopenische Purpura) 又は

Schoenlein-Henoch 氏紫斑病とも云はれ、舊名 Purpura rheumatica 又は Purpura abdominalis 等と呼ばれたものが之れに屬する。年長兒から思春期に多く、女兒にやや多いと云ふ。

突然に皮膚出血を生ずることは前者と同様であるが、粘膜出血は比較的少なく、且つそれによつて生命を脅かすことは稀である。出血斑は、普通やや大なる斑點狀をなし、左右對稱的に現はれ、主に四肢に生ずる。又出血を來さずして蕁麻疹様乃至丘疹様の發疹を生じ、又は浮腫を發することもある。皮膚出血、腹痛及び關節痛を本症の三主徴 (Trias) と云はれるが、必ずしも然らずである。關節痛は此中でも割合に多く、關節腫脹又は滲出液を證明することもあるが、全く腫脹のないこともあり、大抵兩側に現はれる。腹痛はそれより少ないが、時として疝痛發作があり、嘔吐、下痢を伴ひ、往々にして血性便を排出し、又は尿に血液、圓錐、蛋白等を見ることもある。熱は缺如することが多く、一般症状も大抵は軽度である。

血液所見。正常なるを常とし、血小板減少なく、凝固時間も尋常、出血時間の延長も認められぬ。

本症は血管壁抵抗の減弱に因するもので、出血は毛細血管透過性の異常亢進のためと看做されるが、Rumpel-Leede 氏現象は必ずしも陽性と限らぬ。原因に就ては毛細血管毒 (Kapillarengift) が考へられ、腸内から發生するものと看做す人があるが、血管神經の影響も勿論關係するものと思はれる。

経過及び豫後。出血發作は屢々再發することがあるが、豫後は一般に佳良で、多くは自然に治癒する。

療法。出血多い時にコアグレン、クラウデン其他の止血的臟器製劑を用ゐることは勿論、カルシウムの靜脈内注射、又は經口

的大量投與、ゲラチン等も試みられ、人工太陽燈照射は効果ありと云はれる。又蛋白體 (Proteinkörper) 注射療法を試みることもある。關節痛等に対しては安靜、濕布等を行ひ、腹痛に対してはアトロピンが屢々用ゐられる。

### (3) 症候性紫斑病 Symptomatische Purpura.

他の疾患、例へば白血病、貧血、或は種々の傳染病、又は Barlow 氏病、其他の營養障礙等に基因して出血性素質を生じ、紫斑病の症狀を呈するものを云ふのであつて、之れに血小板減少性、及び血管性の二つがある。

a. 症候性血小板減少症 Symptomatische Thrombopenie. 血小板減少は、紫斑病のみならず、種々の疾患によつても起る。就中白血病、貧血、殊に再生不能性乃至悪性貧血、或は悪性淋巴肉芽腫等に隨伴して現はれ、細菌毒素、例へばチフス、チフテリー、痘瘡、水痘等に基因して生ずることもあり、又は X 線、ラチウム照射等の過度なる場合などにも起る。臨牀上の症狀は特發性のものと同様であるが、皮膚出血を主とし、粘膜出血は少ない。

b. 症候性血管性紫斑病 Symptomatische vasogene Purpura. 之れの代表的のものは Barlow 氏病であるが、ビタミン C の缺乏のみならず、他の營養障礙に因ても生ずることがある。血栓生成 (Thrombose) 又は、血管壁の器質的障礙によつて來るものは、出血性素質とは幾分異なるもの (Scheindiathese 假性素質) であるが、小兒には屢々細菌性栓塞 (Bakterienembolie) によつて身體諸處に皮下出血を生ずることがあり、殊に球菌感染 (Staphylo-, Strepto-, Gono-, Meningokokken 等) によつて起ることがあると云はれる。

附. 電撃性紫斑病 Purpura fulminans.

非常に急激に経過して斃れるものを云ひ、皮膚出血は甚だ著明にして廣汎に亘り、屢々血性水疱を作るが、粘膜出血は少ない。本症は單一のものではなくて、血小板減少症乃至は血管性紫斑病などと區別が出來ず、大抵兩方共著しい障礙をうけたものと思はれる。原因又は病理も一樣ではないらしく、猩紅熱、チフテリー又は水痘等に併發することがあると云ふことである。

### 12. 血友病 Hämophilie.

前述の出血性素質はすべて後天的のものであつたが、血友病はそれ等と全く異なり、先天性の遺傳的疾患であつて、多くは數代に亘つて遺傳關係を證明し得る。遺傳は常に女子によつて傳へられるが、疾病の現はれるのは男子に限られ、女子に發病することはないとされる。症候上特徴とする處は、極めて出血し易いこと、及び血液凝固時間が著しく延長することである。

症候。出血傾向は、出生時既に臍帶出血に於て見ることあり、又乳齒發生時或は種痘時に發見されることもあるが、大多數は生後 1 年以後に至つて現はれる。但し時として 8—12 年に至つて初めて發することもある。一般に小さい傷面からの出血が止まり難く、齒又は鼻等からの出血に最も苦しみ、同時に皮下にも廣い出血を來すが、筋肉内、骨膜下等には少ない。關節出血は、歩行、顛倒等に因つて屢々起り、關節の腫脹を來す。胃腸出血は乳幼兒には稀有。腎又は膀胱出血は思春期以後に多いと云はれる。自然出血 (Spontanblutung) と思はれるものも、多くは極めて軽度の外傷によるものである。一般症狀としては蒼白、無氣力等の外に、嘔氣、心悸亢進、耳鳴又は口臭等を呈する。

血液所見。血液凝固時間の延長が最も特有で、屢々正常値の 10—20 倍に延長することがある。\* 其他の所見は時期により多少動搖があり、多量の出血後には勿論貧血像を示すが、然らざる時には形態的には全く正常と變りがなく、血小板も減少せぬ。血液凝固遲延を來す理由は、血管内被細胞、血球殊に血小板中に含まれる Thrombokinae 又は、プラズマ中に存する Prothrombin (Proserozym) の減少によるとも云はれるが、未だ明らかでない。病理解剖的には何等特

\* 血液凝固時間は、正常にては 5—10 分であるが、血友病に於ては 30 分乃至 1 時間以上に及ぶ。

殊の所見がない。

**豫後。** 本病は思春期に於て最も著明に現はれ、30歳後に至れば著しく軽くなるを普通とするも、血液凝固障碍は一生消失せぬ。従つて大量の出血で斃れることは、若い時に多い。

**療法。** 原因的療法は全くなく、單に對症的に行ふだけである。外傷を避けることが第一に必要であるが、出血に對しては、其局所を壓迫、タンポン又は結紮を試み、又新鮮人血清、臟器壓搾汁又は抽出劑(Koagulen, Kluden等)をタンポンに浸して壓迫し、或はアドレナリン等を併用する。局部的處置の外、止血の目的にゲラチン、カルシウム劑、血清、コアグレン、クラウデン等の注射又は輸血等を試み、或は高張食鹽水の靜脈注射をなすこともある。

## XII. 心臟疾患

### Krankheiten des Herzens.

**小兒の心臟雜音 (Herzgeräusche)** に関しては、2—3歳位迄のものは先づ先天性心臟病に因るものと看做して差支がないが、其後に於けるものは、器質的のものか或は偶發性のものかを區別しなければならぬ。殊に學童期に於ては偶發性雜音 (akzidentelle Geräusche) が甚だ多いので、心臟聽診に際して注意を要する。偶發性雜音は一般に收縮期雜音 (systolisch) で、軟性氣息性 (weich u. hauchend) の性質を有し、肺動脈孔部に聽こえるのが普通であつて、心臟濁音界は正常である。此ものは肺動脈孔 (Ostium) の狭い割合にしては、肺動脈が比較的大なるためとも云はれるが、其生因は明らかでない。恐らく此年齢に於て心臟と肺並に身體發育の割合が、一時的に不平均になるためであらう。興奮又は運動によつて増強し、又は現はれることがある。尙ほ此外、器質的雜音のみならず、機能的雜音が存することは云ふ迄もない (急性傳染病或は其他の疾患、又は心臟擴張等)。

**不整脈 (Arythmie)** は、乳幼兒では呼吸性のもの以外にも屢々見られ、殊に睡眠中に明瞭になる。年長兒では、呼吸性不整脈 (吸氣時に頻數且つ小、呼氣時に減少) はかなり多い。傳染病の恢復期に不整脈を生ずることが屢々あるが、大多數は意に介する必要がない。唯、チフテリーに於てのみは大いに注意を要する。

**徐脈 (Bradykardie)** は、乳兒の慢性營養障碍、殊に羸瘦著しい時に多く現はれ、又結核性腦膜炎の初期に現はれることがある。之れもチフテリーに於ては大なる注意を要する。

肺動脈第二音(II Pulmonalton)は、乳幼児では一般に亢進状を呈し、長年児でも神経質の者は屢々亢進してゐる。肺動脈第二音が分離(spalten)することは、健康小児に於ても、興奮、號泣、努責等によつて起ることが少なくない。

靜脈性雜音は主として貧血性の年長児に於て見られ、獨樂音(Nonnensausen)の他に、胸骨の兩側殊に右側、大動脈孔に當る部位に、軽度の、持続的の雜音を聴くことがある。

### 1. 先天性心臟病 Angeborene Herzfehler.

先天性發育異常(Bildungsanomalien)を原因とするものが多いが、其他母胎内に於ける心臟又は大血管の炎症によるものもある。瓣膜障碍として最も多いのは肺動脈孔狹窄(Pulmonalstenose)であるが、Botallo氏管の開存、心室隔壁の缺損等も屢々見られる。然かも之等種々の障碍は必ずしも單獨ではなく、互に合併することが多いので、診斷に當つて各型を判然と區別することは一般に困難であつて、單に「先天性心臟病」と呼ぶ外に仕方のない場合が少なくない。

一般症候。心臟雜音は最も重要な症候で、殆んどすべてに於て甚だ著明であるが、稀には不明瞭又は缺如することもないわけではない(心室隔壁缺損、又は肺動脈狹窄が甚だしく高度なる時)。年長児に偶發性雜音を聴くことが多い點は既に述べた。心臟濁音界擴大は、チアノーゼある場合には大概認められる。

チアノーゼも屢々見られるものであるが、時として全く缺如することも少なくない(心室隔壁缺損、Botallo氏管開存等)。著明なる場合には生後直ちに現はれるが、1—2年後に現はれることもあり、又平常時には單に皮膚蒼白位であるが、號泣、努責などの

時にのみ發することもある。鼓桴狀指(Trommelschlägelfinger)はチアノーゼの著しい場合に伴ふことが多い。呼吸促迫も大抵チアノーゼに隨伴する。浮腫を見ることは少ない。

身體乃至精神發育の遲延も亦重要な症候である。

豫後。極めて色々で、生後間もなく死亡することもあり、反對に殆んど健康上障碍を及ぼさぬやうなものもある。死亡原因は心臟衰弱又は合併症である。

療法。養護に注意し、保温を充分にし、感冒に罹らぬやう、又は急性傳染病其他すべての疾病に罹らぬやう努力する外に方法がない。

#### (1) 心室隔壁缺損 Defekt des Septum ventriculorum.

比較的多いもので、著しい收縮期雜音を心臟部のすべて、殊に胸骨左側の第三肋間に聴く。背部にも傳達するが、頸動脈に傳はることはない。缺損孔が極めて小さい時は、肺動脈第二音の強調を生ずることがあり、反對に缺損孔が餘り大に過ぎる時は却て雜音が聴こえぬこともある。

チアノーゼ缺如し、身體發育も害されず、又一般症候も殆んど認められず、偶然に發見されることがある。

診斷。肺動脈孔狹窄とは、チアノーゼなく、肺動脈第二音亢進ある點で區別するが、之等は屢々合併する\*。

#### (2) ボタリー氏管開存 Offenbleiben des Ductus arteriosus Botalli.

著明なる收縮期雜音を、主として肺動脈孔部附近に聴き、肺動脈第二音は亢進する(大動脈壓が肺動脈瓣に及ぶため)。而して雜音は大動脈乃至頸動脈に傳達され(左方に強い)、且つ背部にも

\* 卵圓孔(Foramen ovale)の開存は屢々あるが、大抵何等の症候を示さず、且つ障碍を伴はぬ。

及ぶ。年長兒に於ては時として、胸骨左縁第一第二肋間に振顫(Schwirren)を觸れることがある。チアノーゼは大抵缺如する。

診断。他のものと合併することが多く、確診は難い。

### (3) 肺動脈狭窄 Pulmonalstenose.

先天性心臓病の中で最も多い型で、12歳まで生存した先天性心臓病患兒の約 $\frac{1}{2}$ は本症であると云ふ。此狭窄の大多數は動脈孔(Ostium)に存し、動脈そのものの狭窄は稀である。本病も多くは前二者と合併するので、肺動脈孔の狭窄にも係らず、Botallo氏管開存のあるときは、大動脈より肺動脈に血液が送られ。心室隔壁缺損の場合には、左心室の血液は直ちに右心室に溢れるために、割合に長く生命に危険を及ぼさぬことが多い。

症候。收縮期雑音が肺動脈孔部(胸骨左縁第二肋間)に著しく、肺動脈第二音は減弱し又は消失する。第一音も亦雑音に蔽はれて聞き得ぬこともあり、狭窄高度なる場合には、雑音は却て缺如することもある。雑音は背部でもよく聞き得、心臓濁音界は擴大する。チアノーゼ多くは著明であり、年長兒には屢々鼓桴状指を見る。乳幼兒には失神發作(Ohnmacht)、窒息發作等を起すことがあり、又呼吸促迫、眩暈等を見ることがある。

呼吸器疾患、肺結核等で斃れることが少なくない。

### (4) 大動脈狭窄 Aortenstenose.

此ものは餘程稀であるが、高度の狭窄では長く生命を維持することは出来ぬ。收縮期雑音を胸骨右縁にて第二肋間に聞き、頸動脈に傳達著しい。大動脈第二音減弱又は消失し、心尖搏動は増強且つ擴大する。

### (5) 大血管轉位 Transposition der großen Gefäße.

大動脈が右心室より、肺動脈が左心室から出るもので、心臓は大球状(große Kugelherz)となり、雑音なく、高度のチアノーゼがあり、胸骨

左側の第二音が著しく亢進する。多くは間もなく死亡する。

(6) 其他、三尖瓣狭窄又は閉鎖不全(Trikuspidalstenose od.-insuffizienz)、及び僧帽瓣障礙(Mitralfehler)も極めて稀有には見られることがあると云ふ。

## 2. 急性心臓内膜炎 Akute Endokarditis.

5—6歳以前には稀有、年齢長づるにつれ多くなるが、10—15歳頃に最も多い。

原因。急性ロイマチスに因すること多く、小舞蹈病に繼發することがある。其他猩紅熱、チフテリー、アングナ、肺炎、感冒、丹毒、結核等も數へられる。病原菌としては連鎖状、葡萄状乃至肺炎球菌、チフス菌、大腸菌、淋菌等が挙げられるが、明らかでない。

症候。ロイマチス、アングナ其他の疾患に繼發するを常とするので、初はそれ等原病の症状に蔽はれるが、やがて倦怠、蒼白、悪心、呼吸促迫等の症状を來し、輕熱を伴ひ、心悸亢進、胸内苦悶を訴へ、呼吸促迫し、時として胸痛がある。

理學的症候、即ち主として瓣膜病症状は、初は明らかでないが、次第に著明になり、心尖搏動強盛し、著明の雑音を聴く。雑音はザーザー(blasend)するのが多く、大概收縮期性で、心尖部に著明であるが、肺動脈部にも聴える。最も屢々侵される部位は僧帽瓣(Mitralis)で、大動脈孔其他の侵されることは割合に少ない。心室の擴張肥大は、打診上にもX線上にも、初期には不明のことが多いが、後には之を認め得るやうになる。

経過及び豫後。経過は様々で、心臓麻痺で斃れる者も、又全く治癒する者もあるが、多くは慢性瓣膜病に移行する。悪性のもの(例へば Endocarditis ulcerosa)は、重症チフス様又は敗血症様症状を起して、1—3週で死亡する者もある。

**診断。**年長児には偶發性雑音を生ずることが多いので、有熱性疾患に於て心臓雑音を聴取しても、本症とは限らず、確診を得るためには暫らくの経過を俟たねばならぬ。心嚢性雑音は耳に近く聴え、且つ心音と時間的關係なく、割合に限局性で、然かも體位變更によつて影響されると云はれるが、心臓内膜炎性雑音との區別は必ずしも容易でない。

**療法。**臥牀安靜を第一とし、心悸亢進又は高熱ある時には氷嚢を心臓部に置く。不安、苦悶等に對しては磷酸コデイン、パントポン、パピナル等と與へ、重症に對し強心劑を要することは勿論である。サリチル劑は豫防の意味にも、又初期治療に於ても屢々用ゐられる。

食餌は少量宛度々與へ、一時に多量と與へてはならぬ。水分量もなるべく制限する方がよい。

**附。遷延性心臓内膜炎 Endocarditis lenta.**

年長児に見るもので、初めから徐々に來り、熱も至つて少なく、雑音も長く缺如することがあるが、貧血、脾腫、栓塞生成 (Embolie) を生ずることがある。綠色連鎖狀球菌 (Streptococcus viridans) に因ることが多いが、其他の菌によるものもあると云ふ。

### 3. 慢性心臓内膜炎及び後天性心臓瓣膜病

Chronische Endokarditis und erworbene Herzklappenfehler.

主として急性心臓内膜炎に繼發し、從つて急性ロイマチスが原因となることが多いが、稀には結核等のために原發性に發することもある。5—6歳以後に來るを普通とする。僧帽瓣障礙、殊に其閉鎖不全が最も多く、大動脈瓣障礙の十數倍に及ぶと云はれる。

**症候。**大多數は長い間潛伏性に経過し、偶然の機會に發見され、又は多少疲勞し易く、時々頭痛、軽い眩暈、鼻血等を訴へる位の不定症狀を伴ふこともある。

#### (1) 僧帽瓣閉鎖不全 Mitralinsuffizienz.

心尖搏動強盛となり、幾分外方に移ることが多いが、濁音の擴大することは少なく、或は軽度である。

雑音は甚だ著明で、粗く且つ鋭く、收縮期雑音が心尖部に最も強く聴え、第一音はそれに蔽はれて不明瞭になる。肺動脈第二音の亢進並に右心室の擴張は割合少ない。

代償機能障礙を起す時は、肝腫大、チアノーゼ、呼吸困難、氣管枝炎、末梢靜脈の擴張、浮腫等を生じ、心臓は著しく殊に右方に擴大する。

#### (2) 僧帽瓣狹窄 Mitralstenose.

擴張期雑音 (diastolisch) を心尖部に聴き、肺動脈第二音が亢進し、或は時として分離し、脈搏は大抵小である。X線像では、左方中央心臓弧線 (Herzbogen) が著しく擴大する。

(3) **其他**大動脈孔では閉鎖不全を生ずるを常とし、胸骨右側第二肋間に擴張期雑音を聴く。屢々大動脈狹窄を伴ふことがあり、症狀多くは著しい。三尖瓣閉鎖不全 (Trikuspidalinsuffizienz) は、僧帽瓣障礙の代償不能の際、心臓擴張に伴つて現はれることがあるが、稀有である。

**経過及び豫後。**豫後は様々であるが、小兒では一般に大人よりも佳良で、代償障礙を起すことは少ないが、一旦代償機能に障礙を起す時は、大人より速く斃れる。

**診断。**偶發性雑音又は、先天性心臓病との區別は仲々容易でない。2—3歳以前の者は、すべて先天性と考へて差支のないこ

とは既に述べたが、年長児に遭遇したものが、果して先天性でないか否かは簡単には判らぬ。僧帽瓣障碍は先天性のものには稀有であるが、心室隔壁缺損の症状は甚だ僧帽瓣閉鎖不全のそれに類似してゐる。既往歴は極めて肝要である。

**療法。** 身體的激動を避け、酒、珈琲、茶等を制限し、攝生に注意する外、普通の場合には必要がない。代償機能障碍に對しては急性症のやうに治療をする。

#### 4. 急性心囊炎 Akute Perikarditis.

新生児では敗血症から來ることがあり、主として連鎖状球菌による化膿性のものであるが、5—7歳迄の者には、肺又は肋膜炎等から繼發する化膿性のものが多く、従つて肺炎菌が多く見られる。其後長ずるにつれて次第に漿液性のものが増し、ロイマチス又は結核に因ることが多くなる。即ち此關係は肋膜炎に於けると同様である。

**症候。** 發熱、呼吸困難、胸痛又は苦悶、脈搏頻數、蒼白乃至チアノーゼ、浮腫等の一般症状と共に、心囊性摩擦音 (perikardiales Reibegeräusch) を聴き、心臓濁音界擴大を認める。此雜音は耳に近く聴え、心音との時間的關係なく、割合に限局性で然かも體位變更によつて影響されると云はれるが、滲出液が多量になれば却て消失する。濁音界擴大は、頂點を上方に向けた三角形を呈し、心肝角(Herzleberwinkel)消失する。心尖搏動の下部に著明の濁音時として Traube 氏半月腔までも充たす濁音を生ずることは、診斷上肝要である。心尖搏動は、心臓左界よりも著しく内方にあり、大量の滲出液にも係らず屢々長く認め得られることがある。

**経過及び豫後。** 滲出液は數週にして吸収されて治癒するこ

ともあるが、反對に増悪して數週で斃れることもあり、化膿性のものは殊に不良である。滲出液吸収されても、其後に癒著を残すことが多い。結核性のものは吸収されることが少ない。

**診斷。** 心臓濁音が三角形をなし、肺肝角の消失、心尖搏動下部に著明の濁音あること、及び濁音部が漸次擴大すること等は診斷上重要である。X線像にて、著大なる、然かも搏動を示さぬ、且つ肺肝角消失せる陰影を認めることも必要である。\*

**療法。** 安靜を第一とし、軀幹をやや高位に保ち、食餌は多きに過ぎぬやう、水分量も制限する方がよい。ロイマチス性のものにはサリチール劑を與へ、熱ある時は氷嚢を心臓部に置き、不安、苦悶に對しては鎮靜劑を與へる。心臓衰弱に對しデギタリス、カフェン、カンフル等を用ゐることは云ふ迄もない。漿液性滲出物多い時には心囊穿刺を行ふ。\*\*

#### 5. 慢性心囊炎及び心囊癒着

##### Chronische Perikarditis und Perikardialverwachsung.

心囊炎が慢性に経過する時は、大概心囊癒着を生ずる。7—10歳頃には決し稀でない。ロイマチスを原因とすることが多いが、結核も亦密接の關係がある。

**症候。** 潜在性(latent)に経過することも屢々あり、又然らざる場合でも、多くは瓣膜病等と合併するために、症状不明となり、或は心室擴張肥大が著明となるために、滲出物と誤ることがある。

\* 心囊炎のX線像は必ずしも三角形を呈するとは限らず、又心肝角は鋭角にはなるが然し消失せぬことも少なくない。又心音必ずしも微弱とは限らぬ。

\*\* 心囊穿刺法。(1)胸骨左縁でV或はVI肋間を垂直に穿刺する。此際豫め試験穿刺により深さ又は癒着の有無を検するを要す。(2)左乳腺外にてV-VI肋間を撰ぶ、此際針尖は垂直か或は幾分内上方に向ける。

肋膜と癒著するときは、心臓収縮期に心尖部の陥凹を見ることもある。心尖搏動は普通著しい。X線透視で、心臓搏動の少ないことは大いに参考になる。

一般症状は、羸瘦、蒼白、呼吸促迫、脈搏頻數、衰弱等である。又屢々著明なる肝臓腫大を來し、脾腫、腹水等を伴ふことがあるが、之れ所謂、心囊炎性假性肝硬變(perikarditische Pseudoleberzirrhose)である。此ものは殊に結核性の場合に多く、年長兒に於ては之れに基因して、多發漿液性炎症(Polyserositis)を起すことが少なくない(消化器系疾患の中、肝硬變症参照)。

**診断及び豫後。** 診断は困難、豫後は不良である。

**療法。** 心臓衰弱に對して對症的に行ふ以外に良法はない。

## 6. 心筋炎 Myokarditis.

急性心筋炎は、急性傳染病、就中チフテリー、猩紅熱、敗血症等の症状として起るのが普通であるが、百日咳、チフス等に伴ふこともあり、又急性ロイマチスに因することもある。原發性に生ずることは極めて少ない。慢性心筋炎は小兒には稀有である。

**急性心筋炎(akute Myokarditis)。** 心力減退、脈搏頻數細小、又は徐脈等が重要な症状である。一般に急性傳染病(殊にチフテリー)の経過中に脈搏が悪くなることは、心力減退の徴候であるが、それ等の大多數は中毒性血管神經障碍のために起るものであつて、心筋そのものには障碍のないことが多い。蒼白、嘔吐、不安、呼吸困難等も亦同様である。

心筋炎では、心尖搏動及び心音共に微弱となること多く、肝臓屢々腫大し疼痛を伴ひ、血壓下降するも、浮腫を伴ふことは小兒には少ない。チフテリーに併發するものが最も特有ではある

が、猩紅熱にも屢々見られ、脈搏異常に多く、或は少なく、又は恢復期に於て異常の徐脈を來し、或は一時的の雜音を生ずることがある。腸チフスに併發することは小兒には稀である。

**慢性心筋炎(chronische Myokarditis)。** も亦急性傳染病、就中チフテリーに基因することがある。頻脈及び不整細小脈を見る外、時として徐脈を呈し、心臓擴張を生ずることもある。

**診断及び豫後。** 原病の急性期に於ては、中毒性血管神經障碍による症状と區別することが困難であるが、原病の症状緩解した後には必ずしも困難でない。豫後に就ては深甚の注意を要し、殊にチフテリーに併發したものでは、突然に心臓麻痺を起すことがある。

**療法。** 安靜を第一とし、すべての激動乃至興奮を避けなければならぬ。例へば號泣させるとか、嫌がる咽頭を見るとか云ふことをも避ける方がよい。食餌並に水分は多すぎぬをよしとし、なるべく下熱劑も禁じ、熱に對しては氷を用ゐる。

本症の循環障碍に對してチグタリス劑は効果が少ないから、蒼白、チアノーゼ、呼吸困難等に對し直ちに作用する強心劑を與へる方がよい。安息香酸ソーダカフエーン及びカンフルが最も屢々用ゐられる。前者は水溶液として内服又は注射とし、後者は皮下注射とし、必要に應じて一日5—6回施行する。最近はヴィタカンフル(Vitacampher)が賞用される。

血管運動神經麻痺(Vasomotorenlähmung)に對しては、ストリキニーネが好んで用ゐられるが、アドレナリンも亦試みられる。又ストリキニーネとヒポヒジン(Hypophysin)とを併用する人もある。



## 7. 循環機能衰弱 Kreislaufschwäche.

### (1) 急性循環衰弱 Akute Kreislaufschwäche.

虚脱(Collaps)又はショック(Shock)と稱せらるるものは、各種の傳染性疾患及び中毒等によつて起ると共に、驚愕又は激痛等の刺激によつて反射的にも生ずる。此際患兒は蒼白となり、脈搏頻數細小にして緊張少なく、觸知し難く、呼吸促迫且つ表在性となる。心音は屢々低音となり、血壓下降し、遂に意識障碍され、瞳孔散大するに至る。腹部は多く膨滿し且つ温く感ずるも、四肢は厥冷となる。此の如き虚脱状態にて死亡することもあり、或は適當なる處置によつて間もなく恢復する。

之れの生因は主として中樞性の血管神經障碍であつて、心臟自身によるものではないとされる。即ち血液分布状態の急激なる變化により、主として腹部内臓部に血液貯溜し、腦及び末梢部に著しき貧血を生ずるためである。即ち此場合にあつては、心臟機能はたとへ正常であつても、心臟收縮によつて送り出さるべき血液量が缺乏するので、充分に其機能を果し得ない結果であると考へられる。

**療法。**末梢部の急激なる貧血を除くことを主眼とし、なるべく速かに暖めるやうにするがよい。藥劑としては安息香酸ソーダカフェーン、アドレナリン、カンフル等が用ゐられる。呼吸困難ある時はロベリン又は炭酸瓦斯を加へたる酸素の吸入等も試みられる。葡萄糖液或は Ringer 氏液の少量を靜脈内に注射することは、心臟内液體量を充分ならしめ、従つて心臟機能を好轉せしむるものと思はれる。

### (2) 慢性心臟衰弱乃至代償不全 Chronische Herzschwäche und Dekompensation.

主として心臟收縮機能障碍に因つて起るものであつて、療法としてはチギタリス劑を第一とする。例へば一日量として3年以下の幼兒には0.1g., 5—10年の者には0.2—0.3g., のチギタリス葉浸を與へ。又はチギタリス葉末を一回量0.02g.宛3回、或は0.04—0.06g.宛3回を上記の年齢に應じて投與し、3—5日連用して幸に呼吸困難減少し、利尿増加し又は徐脈を生じた場合には中止する。急を要する場合にはストロファンチン (Strophantin) の注射を試みる。其他のチギタリス劑例へばチギフォルリン、チガーレン、チギタミン等は胃を障碍すること少なく且つ注射し得る點に於て便利であるが、効果は不確實である。

之等強心劑の他絶對安靜を守らせ、心臟部に氷嚢を置き、鎮靜劑(必要によりてはモルヒネをも)を投與する必要もある。

## XIII. 泌尿生殖器系疾患

## Krankheiten der Urogenitalorgane.

## 1. 急性出血性腎炎 Akute hämorrhagische Nephritis.

(急性汎發性糸球體腎炎)

Akute diffuse Glomerulonephritis)

血尿,中等度の蛋白尿,尿量減少を來し。次で血液中の殘餘窒素増加,血壓上昇を伴ひ。遂には尿毒症を起す危険があり,且つ屢々浮腫を呈する腎臟疾患である。

本症には全く糸球體 (Glomerulus) だけの侵されるものもあるが,比較的少なく,大多數は糸球體のみならず,細尿管 (Tubulus) 及び支持組織 (Stütz- od. interstitielle Gewebe) も多少は侵され (akute diffuse glomerulo-tubulo-interstitielle Mischform), 小兒期に於ける腎疾患の大部分はこれである。

腎臟機能障害としては,殆んどすべての機能に障害が起り得るが,初期には特に水分排泄が障害されるので,尿の比重は常に高い。食鹽排泄は純糸球體性であるならば,餘り障害をうけぬが,細尿管の變化を伴ふ場合には,大いに減少する。含窒素物(蛋白等)の排泄は,多くは障害され,殊に重症に於ては障害著明となり,それに伴つて血液殘餘窒素の増量を來す。

**原因。** アンギナ,感冒,膿痂疹 (Impetigo), 中耳炎等に因することが多いが,骨髓炎,丹毒,其他連鎖狀球菌感染等も屢々原因となり,又時として齶齒,肺炎,氣管枝炎,水痘等によることもある。猩紅熱は,殊に出血性腎炎の原因として重要である(猩紅熱參照)。

**症候。** 輕重又は症型の如何によつて色々であるが,多くは血尿,乏尿又は尿意頻數,蒼白,倦怠,食慾不振,或は浮腫等を訴へて來る。尿所見として,蛋白増加,圓嚙殊に顆粒圓嚙,赤血球,白血球等を認める。

輕症では殆んど病訴なく,浮腫も缺如し,檢尿によつて偶然發見することもある。中等症では蒼白,食慾不振等に伴つて,脛骨部又は顔面に輕度の浮腫を生ずる位の自覺症狀を訴へ,尿が汚穢暗褐色(又は Fleischwasserfarbe)となり,尿中蛋白量はやや多く,3-5-10% に及び,尿量減少し,比重増加するが,血壓上昇は輕度に過ぎぬ。

重症では,浮腫を缺くこともあり,又高度の浮腫を呈することもあり,腹痛(腎臟莖膜の緊張),頭痛,嘔吐又は下痢を伴ひ,屢々口渴を訴へる。尿は暗褐色乃至血色を呈し,尿量減少著しく,一日量 200-100-50 cc. 或は無尿となることも稀でない。蛋白量はやはり 3-5-10% 位であるが,血壓亢進は著しい。熱は不定である。尿毒症を發する危険は,殊に浮腫のない場合に多い。

**経過及び豫後。** 輕症は數日乃至 2-3 週で治癒し。中等症は 2-3 週で輕快するも,全く治癒するには尙ほ暫らくかかり。感冒等によつて再發することがあり,又は慢性に移行することもある。重症では尿毒症を起して,1 乃至數週で斃れることもあるが,無尿が數日も續くやうなものでも,よく治癒し得ることがある。一般に小兒の出血性腎炎は,適當の治療を行へば豫後は比較的佳良である。

**診斷。** 尿所見による。ネフローゼとの區別は次章に述べる。  
**療法。** 臥牀安靜を嚴守させ,原病を治療することが第一で,利尿劑としては醋剝,ヂウレチン,テオチン,カフェーン等が用ゐられ

るが、病初には寧ろ之等の使用を避ける方がよい。チギタリス劑、カンフル等は、心臓障碍のある場合に用ゐる。

**食餌。**蛋白質及び食鹽は、初期には特に制限する必要があり、水分も餘り多くない方がよい。此意味に於て、多量の牛乳を與へることは避くべきであるが、然し牛乳は割合に無刺激性であるから、多きに過ぎなければ差支がない。人乳は害がない。食餌は主として含水炭素並に脂肪性のものとすべきであるが、食慾及び食鹽減量の關係からして、そう簡單に行かぬ。野菜果實等は適當の食物であり、殊に果實又は果實汁等は病初から與へてよろしい。野菜中でも、芋類(甘藷、里芋、馬鈴薯等)は大いに良いが、多くは食鹽を要するので、一寸困る點がある。粥、オートミール等は何等害がない。脂肪としては、バタ(無鹽)、卵黄等がよい。

重症の場合には、糖食餌(Zuckerdiät nach v. Noorden)を行ふことがある。それは最初の日又は二日間、砂糖液だけを與へる法であるが、砂糖の量は、年齢に應じて一日100—300 g. 位とするがよいと云はれる。

以上の如き療法を何時まで行ふかは、簡單には述べられぬけれども、大體、浮腫が去り、肉眼的血尿なく、蛋白尿も著しく減少(1.0%以下)したが、離床によつて幾分尿所見増す位の程度になれば前記の食餌の外に肉類を加へ。更に尿所見全く去り、又は僅微の硝子様圓壻痕跡の蛋白尿等はあるが、離床するも變化なきに至つて初めて漸次普通食に移行する。\*

\* 初期には、砂糖、甘い果實又は果汁、麥粉、米、無鹽バタ等を原料とした食餌を與へ、牛乳は極く少なくし、全身症狀減退し來り、利尿が開き始めたならば、上記のもの外に、牛乳、卵黄を加へ、同時に馬鈴薯、甘藷、ホーレン草、花キャベツ等の野菜、及び食鹽少なきパンを加へ、食鹽も少量を加へる(其量は大人で、食鹽ならば一日2g. 醬油ならば一日10cc. 位迄)と。(佐々廉平氏著書より)

## 2. ネフローゼ Nephrose.

浮腫及び蒼白を主徴とし、尿には蛋白甚だ多く、初めは多數の圓壻があるが、後には少なく、屢々リポイドを認めるが、血尿を缺き、且つ血壓亢進を伴はぬことを特徴とする。浮腫は皮膚のみならず、體腔滲出液を生じ、又免疫性減退が著明に起る。

本症では、主として細尿管上皮細胞が侵され、間質(Stützgewebe)及び糸球體に變化のないこともあり、又多少障碍のあることもある。乳兒にやや多く、年長兒には稀有とされる。

機能上では、食鹽及び水分の排泄障碍が主で、蛋白乃至含窒素物排泄は減退せぬことが特有である。従つて蛋白尿は甚だ著明であるが、血液中の血漿蛋白は著しく減少する。其ために食鹽並に水分を、血液中に保持する作用乏しく、其結果としてそれ等を組織中に移行させ、浮腫を増すことになる云ふ。

**原因。**不明のことが甚だ多いが、チフテリー、黴毒、結核、肺炎菌、其他の慢性化膿等によることもあり、又テール劑、水銀、サリチール劑、蒼鉛、サルバルサン等の毒物に因することもあると。

**症候。**蒼白と浮腫とが主な症狀である。皮膚は屢々蠟様蒼白で、浮腫は初めは顔面に、次で全身に、更に體腔にも及ぶ。體腔滲出液は乳汁様(lipoidhaltig)を呈することがあるが、蛋白量は少なく、心臓並に血壓には異常のないのが普通である。食慾、機嫌等は甚だ害され、嘔吐、下痢又は氣管枝炎を伴ふことがある。

尿は汚穢暗褐色を呈し、尿量著しく減少し、比重は頗る高く(1030—1050)、尿酸鹽を屢々析出する。蛋白量極めて高く、10—20—30%或はそれ以上に及び、上皮細胞、白血球並に色々の圓壻を初期には多數に見。後には脂肪變性細胞及び二重屈折性のリポイ

ドを見るに至る。赤血球缺如することは診断上重要である。

**経過。** 乳児には時として比較的速かに治癒するものがあると云はれるが、大多数は慢性で、數月乃至數年に及ぶのが通常である。然し適當の治療によつて、浮腫が去り、食慾恢復するためには、それほど長くかからず、暫らくして外觀上普通になるが、浮腫性傾向は容易に去らず、輕微の原因で再發することが多い。尿沈渣は間もなく減少するが、蛋白尿は極めて頑固である。

**豫後。** 免疫性減退のために、細菌感染を來し易く、肺炎、腹膜炎、丹毒等を併發して斃れることが少なくないが、尿毒症を起すことは純ネフローゼでは稀有である。全く治癒することもあり、又屢々慢性に移行する。

**診断。** 檢尿によつて、他の浮腫とは容易に區別が出来る。急性出血性腎炎との鑑別には、血尿のないことが最も重要であるが、リポイド又は脂肪變性細胞等の出現する時、血壓亢進のないこと等も役立つ。

**療法。** 浮腫を除くことに先づ努力しなければならぬが、病盛期には仲々容易でない。利尿劑としては醋剝、硝酸カリウム、テオブロミン劑(Diuretin, Teotin, Teofilin)、尿素等が一般に用ゐられ。殊に頑固のものに對し尿素の大量(10-30 g. pro die)を投與することは効果があると云はれる。水銀劑 (Novasurol, Salyrgan 等)の注射も往々用ゐられる。\* 安靜の嚴守は云ふ迄もない。

著明の腹水等に對しては、穿刺を行ふがよいが、高度の浮腫に對し皮膚を穿刺して挿管(Kanüle)を挿入することは細菌感染を誘發する危険があるから注意を要する。

\* 水銀劑を利尿の目的に注射する場合、豫め鹽化アンモニウムの内服をさせると(Acidosis を起さず)効果増進す(大人一日量 6-10 g)と云ふことである。

**食餌。** 水分及び食鹽の制限を主とし、殊に初期には嚴重にする必要がある。水分量は、尿量位迄とし、飲料は水、サイダー、薄茶、果汁等何でもよい。食物は含水炭素、脂肪は差支がない。蛋白質は純ネフローゼであるならば、あまり制限する必要がないのみならず、蛋白排泄が甚だ多いので、却て適當に與へる必要がある。鶏卵は煮て與へれば差支なく、魚肉も煮たものならばよいが、食鹽との關係を顧慮しなければならぬ。豆腐は適當な食物である。唯肉類は其中の抽出性物質が多少腎を刺戟するが、それもさほど著しくはないと云ふことである。

但し食鹽及び水の制限も、慢性浮腫に於ては餘り嚴重に過ぎては却て害を生じ易いから、適當に加減するがよい。\*

### 3. 小兒の慢性腎臟病

Chronische Nephropathie d. Kinder.

(小兒腎炎 Pädonephritis)

急性出血性腎炎が慢性に移行し、頑固なる経過をとることは小兒では割合に少ない。ネフローゼは、多くは慢性の経過をとるが、純ネフローゼは甚だ稀であつて、頑固にして然かも重症に傾くものは、多くは絲毬體障を伴ふものであるが、之れとても割合に少なく、萎縮腎に移行することも稀有とされる。

小兒慢性腎炎の大多数は、所謂小兒腎炎と稱するもので、學童期に最も多く、経過は甚だ頑固であるが、至つて良性(gutartig)で、自覺症狀も極めて少なく、豫後も佳良であることを特徴とする。

\* 調味料としての食鹽を長く制限することは、食慾缺乏を起し易いので甚だ困難であるから、其代用品として屢々無鹽醬油が用ゐられる。これは食鹽の代りに林檎酸ナトリウムを含むものである。醬油の食鹽含有量は通常 20%であると。