

4) Der vorliegende Fall erlitt eine Entzündung an den mesenterialen Lymphknoten, obschon die primären Infektionsherde gar nicht oder aber kaum feststellen liessen. Man rechnet diesen Fall im allgemeinen den selbständigen Erkrankungen zu und bezeichnet ihn als die Lymphadenitis mesenterialis.

5) Die Entstehungsursache diesen Falles ist noch nicht sichergestellt.

6) Diese Erkrankung tritt je nach dem Entzündungsgrad der befallenen Lymphknoten, der Lokalisation und dem Umfang des Leidens zwar graduell verschieden auf, der Schmerz im Leib, das Fieber und die Leukozytose jedoch bleiben nie aus. Differentialdiagnostisch ist es darum nicht immer leicht, diese Erkrankung gegen die Appendizitis abzugrenzen. Der Befund der Laparotomie, die frühzeitig ausgeführt werden muss, ist von eminenter Wichtigkeit. Es ist besonders davór zu warnen, dass man die Schonung der Inzisionsbereite und die Abkürzung der Operationsdauer für das Beste hält. Es kann sonst vorkommen, die in Rede stehende Krankheit, welche im Fall von Leibschmerz einmal in den Kreis der Berücksichtigung gezogen werden muss, leicht übersehen zu werden

(Autoreferat)

75.

616.831.9-0.02.4

最近14箇年間ノ結核性腦膜炎ノ入院患者 52例ノ統計的臨牀觀察

岡山醫科大學北山内科教室(主任北山加一郎教授)

副手 醫學士 山路 谷 典

副手 醫學士 吉 良 良 吉

[昭和17年2月27日受稿]

第1章 緒 言

結核性腦膜炎ノ年少者=多キハ言ヲ俟タズ、Oppenheim¹⁾ハ2-5歳ノ幼兒=多シト述べ、本邦=於テモ、小兒=於ケル統計的臨牀觀察ハ極メテ多キモ成人=於ケル結核性腦膜炎ノ統計的臨牀觀察比較的少ク、三浦-橋本兩氏ノ32例²⁾、關氏ノ100例³⁾、山岸ノ24例⁴⁾、佐山-抑橋ノ33例⁵⁾、

安田ノ20例⁶⁾、旭ノ27例⁷⁾、野間ノ23例⁸⁾、稻田(進)教授ノ25例⁹⁾、落合、中村兩氏ノ30例¹⁰⁾、佐々教授、田中ノ42例¹¹⁾等アルモ關氏ノ夫レヲ除キテハ材料數少ナク何レモ50例=充タズ、依ツテ余等ハ大正15年ヨリ昭和14年=至ル柿沼-北山内科=於ケル結核性腦膜炎52例ヲ蒐集シタルニヨツテ統計的觀察ヲ試ミントス。

第2章

第1節 季節

Secker¹²⁾ハ8—9月=最モ多ク Koch¹³⁾ハ冬ノ初メ=増シ4月=最高=達スト述ベ Halliday¹⁴⁾, Redlich¹⁵⁾, De Villa u. Genoese¹⁶⁾, Engel¹⁷⁾春=多シトシ, Stelling¹⁸⁾ハ同ジク春季4月=最モ多ク次=8月トナシ, Orosz¹⁹⁾モ亦3, 4, 5月ノ春期頻發ストシ, Huebschmann²⁰⁾モ4月=多ク10月=少シトナス. Schatter²¹⁾ハ特=黑人デハ夏ハ多ク歐州人=ハ春=多シトシ人種の觀察ヲ挿入セリ. 然レドモ氣候風土ノ異ナル歐米ト本邦=於テハ自ラコノ關係ヲ異=スベク本邦例=見レバ關

氏ハ夏秋=多ク7月=頂點=達ストシ, 稻田(進)氏モ亦6, 7, 8月=多シトス. 落合-中村兩氏ハ春=多ク佐々教授田中氏モ春夏=多ク冬=少シト記述ス. 即チ諸家=ヨリテ多少ノ差アレドモ夏最モ多ク冬期最モ少ナキ傾向ヲ察知スルヲ得ベシ.

余等ノ多カラザル資料=ミルモ7—9月ノ間最高ヲ辿リ夏ヨリ晩夏=及ビ冬期ノ12月—2月ノ間=最低ヲ示ス傾向ヲ觀察スルヲ得ベシ. 而シテ其ノ原因=關シ佐々教授ハ急激ナ氣候ノ變化殊=我國ノ如ク炎暑ノ烈シキ夏期=ハ日射病其ノ他一般生活機能ノ減退等モ其ノ成因=關係アランカト言及ス(第1表).

第1表 季節別

季節	春			夏			秋			冬		
	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月
例數	4	1	4	2	9	8	9	9	2	2	0	2
合計	9			19			20			4		
%	17.3			36.5			38.8			7.6		

第2節 發生頻度

諸家ノ統計ヲミル=本症發生頻度ノ具現標準ヲ異=シ其ノ率モ亦隨ツテ相當ノ開キアリ. 例ヘバ旭氏=ヨレバ, 内科的結核性疾患ヨリ發生頻度ハ0.8%, 呼吸器疾患ヨリノ發生ハ1.8%, 野間=ヨレバ呼吸器疾患ノ0.8%, Bidert²²⁾ハ結核患者ノ8%, 安田ハ同6.5%, 山岸=ヨレバ1年間入院患者平均數ノ0.32%, 結核性入院患者ノ0.7%, 三浦-橋本兩氏=ヨレバ他ノ内科的結核性疾患ノ數=比較シテ30%トシ, Steinmeier²³⁾ハ15歳以上デハ結核患者ノ5.63%ナリトス.

次=全腦膜炎疾患=對スル比率ハ關氏ノ70.8%ノ小兒腦膜炎=對スル比ハ I. E. Holt²⁴⁾ノ7.0%, C. H. Dunnノ42%²⁵⁾, 松田ノ80%²⁶⁾, 大氣ノ60%²⁷⁾ナリ.

余等ノ統計=ヨレバ, 全入院患者數ノ0.62%, 肺結核患者數ノ4.1%, 肋膜炎並=腹膜炎患者數ノ

7.2%全腦膜炎患者數ノ56.5%ナリ(第2, 3表).

第2表 入院年度別ニヨル頻度

入院年度	入院患者總數	肺結核患者數	肋膜炎並=腹膜炎患者數	結核性腦膜炎患者數
大正15年	833	70	60	1
昭和2年	793	99	77	0
3年	500	65	58	0
4年	651	103	57	1
5年	573	109	47	1
6年	498	104	37	3
7年	475	86	39	4
8年	492	89	44	3
9年	668	105	49	3
10年	484	65	40	2
11年	406	73	41	8
12年	597	97	34	7
13年	745	95	68	6
14年	622	103	68	13
合計	8337	1263	719	52

第 3 表 各種腦膜炎ノ比率

病 類	例 數	%
結核性腦膜炎	52	56.5
漿液性腦膜炎	17	18.4
流行性腦脊髄膜炎	7	7.6
化膿性腦膜炎	4	4.3
出血性硬腦膜炎	3	3.2
急性脊髄脊髄膜炎	3	3.2
肥厚性頸髄膜炎	2	2.1
微毒性脊髄脊髄膜炎	2	2.1
原因不明ノ腦膜炎	2	2.1
計	92	

第 3 節 年齢別及ビ性別

Oppenheim¹⁾ハ 2—14 歳=多ク 15—35 歳少カラズ 40 歳以上ハ甚稀ナリト述べ、Stelling¹⁸⁾=依レバ大人 1=對シテ小兒 8ノ割、Huebschmann²⁰⁾=ヨレバ 10 歳ヲ限界トシテ其ノ上下ノ數ノ比ハ 169:130、Secker¹²⁾=ヨレバ 19:17、Steinmeier²³⁾ 15 歳以上ト夫レ以下トノ比ハ 63:69、Hübschmann²⁰⁾ハ 11—30 武ト夫レ以上トノ比ハ 80:89、Fischer²³⁾ 14—30 歳=於テ 14 歳以上ノ 48%ヲ占ムト言フ。

本邦統計ノ好發年齢=關シテハ旭氏ハ 23—24 歳、佐々ハ 10—20 歳、關氏ハ 15—29 歳 81%、就中 24 歳以下ノモノ最モ多ク、三浦-橋本ハ 20—25 歳、山岸ハ 15—25 歳、稻田(進)教授=ヨルト 11—20 歳=多ク、落合=ヨレバ 15 歳以下 33.3%、16 歳以上ノ者 66.7%ナリ。斯クノ如クシテ一般的=ミレバ小兒ヲ除キテハ概シテ青年期=多ク老年=少キハ一般ノ定説ナリ。今例外的ナル最高年齢ハ Fischer 78 歳²³⁾、Jagnet 68 歳²⁰⁾、Secker 60 歳、Hübschmann, 80 歳迄ト言ヒ、三浦-橋本兩氏 47 歳、關 51 歳、山岸 46 歳、佐々-田中 52 歳、稻田 63 歳、落合-中村 46 歳ナリ。余等ノ統計=ヨレバ 15—20 歳最モ多ク、最高年齢ハ 61 歳=シテ概ネ先人ノ所見ト一致セリ。

性別=關シテハ Fischer ハ男對女ハ 67:33、

Jagnet ハ 4:3、Secker 1:2、三浦-橋本=ヨレバ女性=多ク、關ハ男對女 56:49、山岸 14:10、稻田 16:9、佐々-田中ハ 22:20、余等ノ統計=ヨレバ女性=多ク、24:28 ナレド一般當科=テハ女性患者多キ=モ基クナルベシ(第 4 表)。

第 4 表 年齢別及ビ性別

年 齡	男	女	計	%
14 以下	1	2	3	5.7
15—20	7	13	20	38.8
21—25	4	5	9	17.3
26—30	0	5	5	9.6
31—35	3	3	6	11.5
36—40	1	0	1	1.9
41—45	2	0	2	3.8
46—50	2	0	2	3.8
51—55	1	0	1	1.9
56—60	2	0	2	3.8
61—65	1	0	1	1.9
計	24	28	52	

第 4 節 家族歴

Secker =ヨレバ、家族歴=結核性疾患アルモノ 36 例中 8 例(22%)、Koch 23%、De Vilia e. G. Goenese 結核遺傳(喘息、慢性氣管枝炎ヲ合ム) 72%、E. Myers³⁰⁾ 25% =於テ之ヲ説明ス。

本邦資料=テハ加藤³¹⁾ 33.9%、窪田-村田³²⁾ 55% 松田 33.3%、山岸 17.8%、三浦-橋本 34.2%、關 20%、落合-中村 16.7%、余等ノ統計=ヨレバ 52 例中 6 例 11.5% =シテ諸家ノ數字ノ最低位ヲ占ムルモ既往歴ノ調査ノ如キ事實極メテ不明瞭ナルタメ斷言スルヲ得ズ。

第 5 節 既往症及ビ合併症

本症ハ原發性ナルコト極メテ稀ニシテ、多クハ他部臟器就中肺乃至肺門淋巴腺結核=續發スルモノ多ク、又誘因トシテ急性傳染病、頭部外傷等舉ゲラル。依テ患者ノ既往症中主トシテ結核性疾患ヲ探求スレバ、三浦-橋本ハ 32 例中 14 例(43.6%) 關ハ 43%、山岸 20%、落合-中村ハ 16.7% =結核性疾患ヲ認メタリ。就中肺結核肋膜炎最モ多シ。

余等ノ例ニテモ 17.3% 上述ノ諸氏ト同様肺結核肋膜炎最モ多クノ點モ殆ド本邦文獻成績ト符合アリセリ。旭氏ニヨレバ他ノ結核性疾患ニ續發スルモノ、96.3%ノ多キニ達スト言フ。

今原發竈ニヨリ細別シテ之ヲ調査センニ結核性腦膜炎ハ第1ニ粟粒結核ニ隨伴シテ發生ス。其ノ發生率ハ検査方法ノ如何ニヨリテ著シク異ナリ、最モ正確ナルハ病理解剖ナリ。

例ヘバ Hartwich³³⁾ハ病理解剖ニ於テ 15 歳以上テ 109 例ノ結核性腦膜炎中 46 例(42%), Heubner³⁴⁾ハ小兒結核性腦膜炎 26 例ニ於テ多少トモ全部認メ、Westemann³⁵⁾ハ 56 例中 45 例(80%)ニ之ヲ證セリ。次ニ臨牀上ヨリ安田氏ハ 20 例中 9 例(45%), Secker ハ 20 歳以上ニ於テ 12 例中 2 例(17%), 關ハ 100 例中 6 例(6%), 佐々-田中ハ 42 例中 19 例(45%)ニシテ、余等ノ例ニ於テハ臨牀上竝ニ剖検ヲナセル粟粒結核各々 1 例ヲ認メタルノミナルモ、肺ノレ線撮影ノナキモノ多キタメ實際ハ之ヨリ大ナルベシ。

次ニ肋膜炎ヨリ本症ノ續發スル頻度ハ病理解剖上 Artamonoff³⁶⁾ハ 218 例中 99 例(45%), 余等ノ症例中、既往症ニ於テハ、52 例中 3 例(5.7%), 合併症ニ於テハ、肋膜炎ノミノ合併ハナキモ、肋膜炎ニ他ノ結核疾患ヲ合併スルモノ 52 例中 10 例(19.2%)ヲ占メタリ。勿論合併ト原因ハ別個タルニエ、之ヲ以テ之以上云々スルヲ得ズ。

肺結核ヨリ生ズル頻度ハ剖檢上 Aratamonoff ハ粟粒結核ヲ含メテ 218 例中 177 例、臨牀上肺結核ノ合併乃至夫レニ續發セリト思ハルモノ安田ノ 20 例中 16 例(80%), 三浦-橋本ノ 32 例中 16 例(50%), 佐々-田中 42 例中 37 例(88%), 關ノ 100 例中 17 例(17%), 山岸ノ 24 例中 6 例(25%), 落合-中村ハ 30 例中 14 例(46.7%)ニシテ、余等ノ材料中既往症ニ於テ 52 例中 4 例(7.6%), 合併症トシテハ、肺結核ノミ 7 例、肺結核ニ他ノ結核性疾患ヲ合併スルモノ 11 例ヲ認メタリ。

又 Aratamonoff ハ病理解剖所見ヨリ腸間膜淋

巴結核ヨリノ頻度ノ高率(218 例中 111 例)ヲ擧ゲ強調セルモ諸氏ノ臨牀ノ統計並ニ全等ノ統計ニ於テハ之ヲ認メズ。

Wilke³⁷⁾ハ剖檢ニ於テ 25 例中 23 例、扁桃腺ニ粟粒結核アリタリト強調ス。余等ニ於テ勿論組織學的検査ニ非ザルヲ以テ明言シ得ザレドモ夫レヲ主訴トスルモノ乃至扁桃腺炎ヲ示シタルモノナシ(第 5 表)。

第 5 表 結核性疾患ノ既往及合併症

病 名	既往症	合併症
肺 結 核	4	7
肋 膜 炎	3	0
肋 膜 炎、肺 結 核	0	4
肋 腹 膜 炎 肺 腸 結 核	0	1
肋 腹 膜 炎	0	1
腹 膜 炎 肺 結 核	0	2
肋 膜 心 囊 炎	0	1
肺結核肋腹膜炎「腰椎カリエス」結核性膀胱炎	0	1
結核性副睪丸炎	1	0
肋膜炎「胸骨カリエス」	0	1
粟 粒 結 核	0	2
痔 瘻	1	0
肋 腹 膜 炎 肺 結 核	0	1
計	9	21

斯ノ如クニシテ、余等ノ統計上他ノ著明ナル結核性病竈ヲ證明セシモノ 52 例中 21 例ニシテ、其ノ他 2 例ニ於テ肺炎部ニ僅少ノ水泡音ヲ聽キシノミ他ノ 29 例ハ一見健康状態ヨリ結核性腦膜炎ヲ發生セリ。勿論コノ健康トミエルモノモ尙ホ胸部レ線ノ所見ヲ全例ニ於テ調査シタラシメハ尙ホ掲上ノ率ヨリ幾分高率ニ肺炎患ヲ證明シ得タラン。モ本症患者ノレ線撮影數値ニ 9 例ナリ。

關谷-田中兩氏³⁸⁾ノ小兒材料ニヨレバ肺レ線所見陽性 125 例中 106 例(84.2%), 變化別ニヨレバ肺門淋巴腺腫大 49 例(39.2%), 肺斑理増強 36 例(28.8%), 粟粒結核 33 例(26.4%), 肺門陰影増強 28 例(22.4%), 肋膜變化 12 例(9.6%), 肺野變化 24 例(19.2%)其ノ中初感染病竈 9 例及ビ「エビツ

ベルクローゼ」5 例ヲ認メ、石灰化竈 2 例 (1.6%)ニシテ初感染及ビ之ニ引續ク所見ヲ有スルニ發スル傾向大ナリトシ特ニ好發年齡ハ淋巴腫大ナル腫瘤狀肥大ヲ見ル者多キ事ヲ強調セリ。

松浦氏³⁹⁾ノ小兒材料ニヨレバ 42 例中粟粒結核 15 例、肺門氣管枝腺結核 31、肺浸潤傷ヲ呈セルモノ 10、右上葉ノ浸潤最多ク、肋膜總計 8、滲出性 3、葉間膜炎 5ニシテ線陰性ノモノ 1 例ナリ。兩氏ノ小兒性ノ例ニヨレバ肺門淋巴腫肥大、粟粒結核最多シ。

安田⁶⁾ノ成人ノ 18 例ニヨレバ粟粒結核 9 例、兩葉上或ハ下部ニ增殖性滲出性ノ陰影アルモノ 4 例、肺門部陰影増大肋膜肥厚セルモノ 3 例、早期浸潤 1 例、橫隔膜運動ノ制限竝ニ肺門部附近ニ限局性撒布結核分布 1 例ニシテ、粟粒結核斷然多シ。

余等ノ 9 例ニヨレバ、兩側上葉部ニ滲出性增殖性陰影ヲ認メシモノ 4 例、兩側性血行性播種竝ニ兩側性癒着性肋膜炎ヲ認メシモノ 2 例、兩側肺尖部陳舊性ノ慢性結核性陰影ヲ認メシモノ 1 例、兩側肺尖部ニ微ニ增殖性ノ陰影ヲ認メシモノ 1 例ナリキ。

誘因トシテハ外傷、精神過勞、急性傳染病、身體過勞ガ舉グラレ佐々教授ニヨレバ外傷ノ時ニ大

ナル役割ヲ演ズルコトアリ。之ハ恐ラク外傷ニヨリ今迄休止性ナリシ結核病竈ヨリ菌ガ血行ニ移行シ腦膜ヘノ感染ガ誘起サレ或ハ一方血中浮遊中ノ菌ハ頭部外傷ヨリ腦膜ヘノ感染ガ促進セラレル爲ナラント。余等ノ症例ニ於テハ 1 例モ之等ヲ認メズ唯 2 例ニ於テ激シキ過勞 1 例ニ於テ出産之ヲ誘發セリト覺シキ例ニ遭遇セリ。

第 6 節 經過日數

三浦-橋本兩氏、稻田教授、佐々-田中、落合-中村、關等ニヨレバ、2-3 週最多ク、余等ノ症例ニ於テモ同様ナリ、旭ハ 5 日ガ最多ク平均 9.3 日、野間 17 日ナリ (第 6 表)。

最長日數ニ關シテハ Flatau⁴⁰⁾ノ 9 箇月、相澤⁴¹⁾ 3 例中 21 箇月 2 例、13 箇月 1 例ノ報告アルモ之ハ異例ニ屬スルモノニシテ、三浦-橋本ノ 41 日間、稻田教授ノ 30 日間、落合-中村 36-40 日間、關ノ 53 日間、佐々-田中ノ 6-7 週間、安田ノ 1 箇月半高橋ノ 49 日間、余等ノ統計ニヨレバ 52 日間ニシテ其ノ報告⁴²⁾ハ他ノ論文ニテ發表スル筈ナリ。之ニ反シ最短日數ハ佐々-田中ノ 7 日間以内、關ノ 10-14 日間以内、野間ノ 10 日間以内、三浦-橋本ノ 7 日間、余等ハ 5 日間以内 2 例ヲ認メタリ。

第 6 表 經過日數

日 數	1-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51以上	計
例 數	2	3	7	17	15	2	2	0	1	2	1	52
%	3.8	5.7	15.3	30.7	28.8	3.8	3.8	0	1.9	3.8	1.9	

第 7 節 初期症候

1) 發熱：原因不明ノ持續の高熱ヲ以テ初マル場合極メテ多シトハ周知ノコトニシテ落合-中村氏ニヨレバ 76.7%、三浦-橋本 49.8%、村田⁴³⁾ 8% 余等 96.1%ニシテ之ヲ認ム。

2) 頭痛：結核性腦膜炎ノ初發症狀トシテ重要ナル症候ノ一ツニシテ三浦-橋本 55.8%、落合-中村 70.0%、佐々-田中 84%、稻田 92%、野間 100% 余等ハ 92.3%ニシテ之ヲ認メタリ。

3) 嘔吐：落合-中村 30.7%、佐々-田中 55% 三浦-橋本 24.8%、稻田 72%、村田 44%、余等ノ症例ニテハ 38% 占メオレリ。

4) 食思不振：最モ一般の症候ノ一ツニシテ落合-中村 73.3%、三浦-橋本 21.7%、關 91%、野間 100%、余等 84.6% ナリ。然レドモ Seitz⁴⁶⁾ノ記載ノ如ク食慾佳良ナル例アリ。

5) 精神異常興奮：森本⁴⁶⁾ハ神經衰弱、性格異常ノ前驅症候ヲ擧ゲ以テ之等ヲ強調セリ。落合-

中村 20%, 三浦-橋本 3.1%, 余等 = ヨレバ 82.6% = 多少 = 抱ラズ之ヲ認メタリ (第 7 表).

第 7 表 初 發 症 狀

		例 數	%
發 熱		50	96.1
頭 痛		48	92.3
嘔 吐		40	88.4
食 慾 不 振		44	84.6
精 神 異 常 興 奮		43	82.6
睡 眠 不 良		43	82.6
便 祕		42	80.7
全 身 倦 怠		29	55.7
惡 寒		25	48.0
麻 痺		25	48.0
惡 寒		18	34.6
腰 痛 關 節 痛		8	15.3
視 力 障 碍		4	7.6
下 痢		4	7.6
嗜 眠		3	5.7
嗜 痰 咳 嗽 暈		2	3.8
眩 暈		1	1.9

第 8 節 他 覺 症 候

1) 呼吸: Matte⁴⁷⁾ = ヨレバ 死前 = 著ルシキ呼吸數ノ増加或ハ減少スル場合アリト注意ス。山岸 11 例中 8 例, 關ハ 84% 増加ヲ見タリ。減少ハ之 = 反シ少ク, 關ハ 2% = 認メ, Chyne-Stokes 氏呼吸出現率 Reinhold⁴⁸⁾ ハ 20%, 關ハ 6% ナリ。余等ノ統計 = ヨレバ 52 例中 42 例 (80.7%) 末期 = 増加シ, 5 例 (9.6%) 減少シ, 5 例 (9.6%) 増減ヲ認メザリキ。Chyne-Stokes 氏呼吸ハ 52 例中 3 例 (5.7%) 何レモ死ノ直前 = 認メタリ。

2) 體溫: Dennig⁴⁹⁾, Reinhold⁴⁸⁾, Loeb⁵⁰⁾ 等ハ結核性腦膜炎 = 於ケル體溫ノ動搖性ヲ強調セリ關ハ發熱 100% 中稽留型 61%, 弛張型 51%, 不全型 34%, 落合-中村ハ稽留型 43.3%, 弛張型 16.7%, 不全型 26.7%, 不詳 18.3%, 山岸ハ熱型甚ダ動搖シ易キモノ 66% トセリ。

併シ本症 = ハ一定ノ體溫型ヲ示スモノ少ク時期 = ヨリテ多クハ不定ナルヲ以テ熱型 = ヨリテ其ノ

%ヲ判然ト區別スルハ極メテ至難ナリ。然レドモ其ノ間比較的稽留 = 近キモノ或ハ間歇 = 近キモノヲ示セバ次ノ如シ。

入院中熱發ヲ見ザリシモノ 2 例, 稽留型 10 例 (20%), 弛張型 20 例 (40%), 間歇型 5 例 (10%) 不全型 15 例 (30%)

末期 = 於テ殊 = 死亡前異常ナル高熱及ビ反對 = 甚シキ低熱ヲ示ス事多キハ周知ノ事項 = シテ最高溫度 Secker 42.1°C Reinhold 43.7°C 最低溫度 Dennig 35.4°C Secker 33.2°C Romberg⁵¹⁾ 33°C Gynändinger⁵²⁾ 28.6°C ヲ記載セリ。

余等ノ症例 = 於テハ末期上昇 27 例 (56.9%) 下降セシモノ 10 例 (19.2%) 變動ナカリシモノ 15 例 (28.8%) 最高溫度 41.2°C 最低溫度 35.8°C 認メタリ

第 8 表 體 溫 別

體 溫	例 數	%
稽 留 型	10	20
弛 張 型	20	40
間 歇 型	5	10
不 全 型	15	30
末 期 上 昇	27	51.9
末 期 下 降	10	19.2
末 期 不 變	15	28.8

3) 脈搏: 本症ノ初期 = ハ腦壓亢進ノ爲徐脈ヲ, 末期 = 於テハ頻脈ヲ示ス, 落合-中村 20%, 野間 50%, 關 46%, 安田 35%, 余等ハ 11% = 初期ノ徐脈ヲ認メ, 死亡前ノ頻脈ハ野間 100%, 關 86%, 山岸 100%, Secker 61%, 余等ハ 84.6% = 證明シ, 却ツテ脈搏減少セシモノ 5.7% アリタリ。次 = 頻脈發現ヨリ死亡迄山岸平均 3 日最長 8 日, 余等ノ例ヲ見ル = 3 日後一番多ク, 次 = 1 日後, 4 日後ノ順序 = シテ最長 8 日平均 4.5 日最長 1 日 = シテ野間ノ 5-7 日最モ多シトノ事實 = 略ボ一致ス。

脈搏數 = 關シテハ Secker 最多最少數 225-45, 山岸 165-70, 關 192-50, 余等ノ例 = ヨレバ 190-45 ナリ (第 9, 10 表)。

第 9 表 死亡前脈搏數

死亡前脈搏數	例數	%
80—90	3	5.7
91—100	3	5.7
101—110	3	5.7
111—120	7	13.4
121—130	3	5.7
131—140	15	28.8
141—150	5	9.6
151—160	3	5.7
161—170	2	3.8
171—180	2	3.8
181—190	1	1.9
計	52	

第 10 表 死亡前脈搏増減並ニ日數

死亡前脈搏	例數	%
脈搏増加	44	84.6
脈搏減少	3	5.7
脈搏増減ナキモノ	5	9.6
額脈出現ヨリ死亡日數	15	28.8
同 1 日	3	5.7
同 2 日	18	34.6
同 3 日	4	7.6
同 4 日	0	0
同 5 日	3	5.7
同 6 日	0	0
同 7 日	1	1.9
同 8 日		

4) 腦壓亢進並ニ腦膜刺激諸症狀：意識濁濁ハ程度ノ差コソアレ全例ニ於テ認メ、中 50 例ハ末期ニ完全意識濁濁ヲ呈シ他ノ 2 例中 1 例ハ末期ニ極メテ輕度ノ意識濁濁ヲ呈シタルニ過ギズ又他ノ 1 例ハ經過中ニ輕度ノ譫妄狀態ヲ呈セルニ留マレリ。完全意識濁濁ヨリ死亡迄ノ日數ハ中途退院 5 例及ビ輕度ノ意識濁濁ヲ除キ 46 例ニ就キ見レバ 1 日以内 13 例、2 日以内 22 例、3—5 日以内 11 例ヲ認メタリ。佐々田中ニヨレバ昏睡 34 例中滿 1 日以内 14 例、2 日以内 16 例、3—5 日以内 4 例ナリトシ略ボー一致シ豫後判定ニ參考トナル。意識障碍ハカク必發狀ニテ關、三浦、橋本、落合、中村等

モ全例ニ於テ認メタリ。サレド野間ニヨレバ意識不明 80% トシ 20% ハ之ヲ招來セザルモノアリキ。次ニ他ノ症候トシテ野間ハ頭痛 100%、嘔吐 85%、Secker 頭痛 64%、項部強直 64%、落合ニ中村、頭痛 70%、項部強直 100%、ケ氏症候 100%、三浦、橋本ハ頭痛 50%、項部強直 94%、ケ氏症候 25%、嘔吐 37.5% トシ山岸ハ頭痛 95.8%、項部強直 62.5%、ケ氏症候 62.5%、嘔吐 62.5%、關ニ依レバ頭痛 97%、項部強直 99%、ケ氏症候 98%、嘔吐 88%、稻田教授モ頭痛 92%、項部強直 100%、ケ氏症候 84%、嘔吐 76%、安田ハ頭痛 85%、項部強直 90%、ケ氏症候 60%、嘔吐 70% トス。余等ノ症例ニ於テハ初期頭痛ヲ訴ヘシモノ 52 例中 48 例(92.3%) 經過中ニ於テハ 50 例(96.1%)、項部強直初期ニ於テハ 59 例中 39 例(75%) 全經過中ニ於テ 47 例(90.3%)、ケ氏症候初期ニ於テ 19 例(36.5%) 經過中ニ於テ 41 例(78.8%)、嘔吐初期ニ於テ 46 例(88.4%) 經過中ニ於テ 49 例(94.2%) ヲ認メタリ。

第 11 表 各症狀ノ出現率

	例數	%
意識濁濁	52	100
頭痛	50	96.1
嘔吐	49	94.2
項部強直	47	90.3
ケルニツヒ氏現象	41	78.8
不安	43	82.6
譫妄	29	53.8
腹部陷沒	19	36.5
腹部膨陸	5	9.6
牙關緊張	5	9.6
轉々反側	13	25.0
知覺過敏	7	13.4
肝臟肥大	4	7.6
癱瘓	2	3.8
吃逆	1	1.9
脾臟肥大	0	0
軋軋牙閉	0	0
尿管閉	16	30.7
尿管失禁	36	69.2
便言失禁	10	19.2
言語障碍	4	7.6

由之觀之, 意識濁濁, 頭痛ハ最重要ナル症候ニシテ次ニ嘔吐, 項部強直, ケ氏症候ノ順序ナリ(第11表).

5) 膀胱, 直腸障碍: 關ハ尿閉或ハ尿失禁ヲ全例ニ認メ, 尿閉100例中28例, 失禁43例, 兩者ヲ認メタルモノ29例. 3例ニ於テ意識鮮明ノ際ニ尿閉ヲ認メタリトシ, 落合-中村ハ尿閉50%, 尿失禁70%, 便失禁モ意識濁濁ノ際ニ落合-中村ハ10%認メタリ.

余等ノ例ニ於テモ尿閉, 尿失禁ヲ經驗セリ. 而シテ意識障碍ト概ネ合併シテ出現スルモトキニハ意識明瞭ニテ尿閉乃至失禁ノ來ルコトアリテソレハ多クハヤガテ意識濁濁ニ移行スルモ稀ニハ始終意識濁濁セズシテ尙ホ且排尿障碍ノ起ル場合アリテ所謂 Spinal Form ト看做スベキモノアリ.

尿閉初期意識明瞭ノ際1例, 經過中意識濁濁ノ際15例, 尿失禁初期意識明瞭ノ際8例, 經過中ニ於テ意識濁濁ノ際28例ヲ認メ, 便失禁初期意識鮮明ノ際2例, 末期意識濁濁ノ際8例認メタリ.

膀胱, 直腸障碍出現ヨリ死亡迄ノ日數ハ3日以内15例, 6日以内23例, 9日以内7例, 12日以内2例ナリキ.

6) 眼症候: 腦神經ノ中眼神經ノ侵サル事ハ最も多シト稱セラレ, Uthoff⁵³⁾ハ外眼筋神經麻痺30例中外旋神經麻痺40%, 動眼神經麻痺18%, 眼瞼下垂10%ヲ舉ゲタリ. 又 Secker 31例中眼球震盪症3例, 眼瞼下垂12例ヲ舉ゲタリ. 山岸ハ蓋明24例中1例, 眼瞼下垂3例, 左右瞳孔不同2例, 斜視複視2例, 關ハ100例ノ材料中24例, 眼瞼下垂19例, 眼球震盪症3例, 共同偏視2例, 瞳孔散大15例, 縮小19例, 不正圓17例トシ, 落合-中村内斜視3.3%, 複視10%, 左右瞳孔不同53.3%, 散症13.3%, 縮瞳3.3%, 形態不在26.7%, 反應遲鈍83.3%, 反應消失80%トセリ. 稻田教授ノ統計デハ對光反應遲鈍17例中11例, 左右瞳孔不同7例, 斜視4例, 眼球震盪1例, 散瞳1例, 縮小1例ヲ見タリ.

余等ノ統計ニヨレバ初期瞳孔不同25例, 對光反應遲鈍40例ヲ見, 共同偏視1例ヲ認メタルモ末期ニ於テハ瞳孔不同30例, 瞳孔散大12例, 瞳孔縮小10例ヲ認メタリ(第12表).

第12表 眼症候ノ出現率

	例數	%
羞明	1	1.9
眼瞼下垂	2	3.8
共同偏視	1	1.9
瞳孔不同	25	48.0
瞳孔縮小	1	1.9
瞳孔散大	2	3.8
對光反應遲鈍	40	76.9
對光反應消失	7	13.4
斜視二重視	4	7.6
眼球震盪	3	5.7

7) 運動障碍: Reinhold ノ53例中28例半側性麻痺, 3例上搏半側麻痺, 5例顔面神經麻痺, 4例偏癱ヲ伴ハザル失語症ヲアゲ, Secker 23例中10例ニ於テ過性ノ一部分強直性痙攣, 一部分ハ間代性痙攣ヲ認メタリ. 關ノ100例デハ中, 全身痙攣8例, 四肢限局性痙攣2例, 偏癱4例, 四肢ノ單癱7例, 顔面神經麻痺6例, 「アテトーゼ」2例アリ, 落合-中村ノ例デハ四肢強直6.7%, 牙關緊張10.0%, 全身痙攣6.7%, 安田氏ハ舞蹈病運動15%, 嚥下障碍15%, 顔面神經麻痺15%, 「アテトーゼ」5%ヲ記載セリ. 特ニ三浦⁵⁴⁾ハ初期ニ片癱失語症ヲ以テ初マリシ結核性腦膜炎ノ1例ヲ報告シ, 沓掛⁵⁵⁾ハ半身不隨ヲ伴ヒタル結核性腦膜炎ノ3例ヲ詳記セリ.

本症ニ於ケル本來ノ病理學的病變トシテハ軟膜殊ニ腦底ノ結核性變化ナルモ詳細ニ檢討スレバ軟膜ニ近キ腦套ノ病變ハ勿論腦實質ノ變性乃至血管性ノ變化モ認メラレ從ツテ往々「アテトーゼ」ヲ舞蹈病様運動モ看取セラル.

今余等ノ症例ニ於テ其ノ經過中筋肉強直9例, 「アテトーゼ」様運動3例, 舞蹈様痙攣4例, 四肢麻痺3例, 顔面神經麻痺2例, 言語障碍4例ヲミ

シモ失語症ハ 1 例モ認メザリキ (第 13 表)。

又三浦-橋本ハ言語障碍ノ發現率ヲ 16%ニミ、
中一時性ノ失語症例ヲ剖見セシニ言語運動中樞ニハ著明ナル傷害ナク只其ノ附近ノ軟腦膜ノ多少ノ潤濁ト血管ニ沿フ粟粒結核ヲ發見セリト。岡氏⁵⁶⁾ハ本症ニ往々一過性ノ失語症襲來スルモ、舌下神經麻痺ノ構音障碍ハ極メテ稀ナリト敘述ス。

第 13 表 運動障碍並ニ反射出現率

ノ	例 數	%
膝蓋 腿 反 射 正 常	23	44.2
膝蓋 腿 反 射 亢 進	15	28.8
膝蓋 腿 反 射 減 弱	9	17.3
膝蓋 腿 反 射 消 失	5	9.6
足 搖 搦	2	3.8
ベビンスキー 氏 現 象	1	1.9
膝 蓋 搖 搦	1	1.9
筋 肉 強 直	9	17.3
「アフトーゼ様」運 動	3	5.7
舞 踏 樣 痙 攣	4	7.6
四 肢 麻 痺	3	5.7
ブルヂンスキー	1	1.9
顔 面 神 經 麻 痺	2	3.8
腿 跳 動	2	3.8

8) 反射: Fischer²⁸⁾, Czareowski⁶⁷⁾, Leiber⁶⁸⁾ 諸氏ハ腿反射ハ一般ニ亢進セル場合多シト言フ。病的反射トシテ山岸ノ調査ニヨレバ Babinski 氏現象 (以下 B 氏現象) 24 例中 7 例, 膝蓋搖搦 10 例, 關氏ハ膝蓋腿反射亢進 48%, 減弱 19%, 消失 10%, B 氏現象 15%, 膝蓋搖搦 2%, 足搖搦 19% アリシトナシ, 落合-中村ハ膝蓋腿反射亢進 53.5% 減弱 10%, 消失 56.7%, B 氏現象 26.7%, 足搖搦 6.7% トス。安田ニ B 氏現象 20 例中 12 例, 膝蓋腿反射亢進同 9 例, 足搖搦同ジク 6 例, 膝蓋腿反射減弱 3 例ナリトシ, 三浦-橋本兩氏ハ膝蓋腿反射亢進 15%, B 氏現象 28% ナリシト言フ。

余等ノ例ニヨレバ, 入院時膝蓋腿反射正常ナルモノ最モ多ク 52 例中 23 例 (44.2%), 亢進 15 例 (28.8%), 減弱 9 例 (17.3%), 消失 5 例 (9.6%) ニシテ B 氏現象ヲ僅ニ 1 例 (1.9%) 膝蓋搖搦ヲ 2 例

(3.8%) = 又 rudzinski 氏現象 1 例 (1.9%), 腿跳動ヲ 2 例 (3.8%) = 認メタルモ, 末期ニ於テハ膝蓋腿反射減弱 52 例中 32 例 (61.5%), 消失 15 例 (28.8%) 正常 5 例 (9.6%) ヲ呈セリ。

9) 血液像: 由來本症ノ血液像中白血球數ニ就テハ Bostrom⁵⁹⁾ 正常又ハ輕度増加ストシ, Herz⁵⁰⁾ ハ無意味ナリト述ベ, Naegeli⁶¹⁾ 正常, Mathes⁶²⁾ 減少ストシ, Secker ハ之ニ反シ増加スル場合多シトナシ 40200 ナリシ例ヲ記載セリ。落合-中村 90.9% 増多, 山岸ハ 13 例中 7 例増加, 最高 20000, 關ハ 28 例中 17 例増多, 稻田教授 11 例中 7 例増加, 最高 24250 ナリキトシテ, 増加例多シ。

余等ノ例ヲ病週順ニ見レバ, 第 1 週ニ於テ増加 (8000 以上) 16 例中 8 例, 正常 3 例, 減少 (6000 以下) 5 例ヲ見, 第 2 週ニ於テハ増加 25 例中 11 例, 正常 8 例, 減少 6 例, 第 3 週ニ於テハ 8 例中 4 例増加, 正常 3 例, 減少 1 例, 第 4 週 2 例ハ悉ク正常範圍ニ止リ, 第 5 週ノ 1 例中 1 例モ正常ナキ。リ而シテ最高 16500 最低 3600 ノ値ヲ示セリ。

白血球百分率: Heisser⁶³⁾ ハ初期ニ大單核球ノ増加ストシ, Randolph⁶⁴⁾ ハ經過ノ緩急ニ應ジ 9 例ニ就キ急性ノモノニハ多核白血球數増加ヲ, 慢性ノモノニハ淋巴球増加ヲ招來ストセリ。Secker ハ單ニ 17 例中 13 例ニ多核白血球ノ増多ヲ, 末期ニ於テ 2 例淋巴球増加ヲ認メタリト。Naegeli モ時期ニヨル差ヲミトメ, 極期ニ於テハ中性嗜好細胞ノ著明ノ増加ト, 淋巴球, 「エオジン嗜好」細胞ノ減少ヲ認メルト言フ。關氏ハ 72% = 中性嗜好白血球増加, 淋巴球ハ 92.1% = 於テ 20% 以下減少, 「エオジン嗜好」細胞 71.4% = 於テ 1% 以下ノ減少ヲ示セリ。山岸 13 例全例ニ於テ多少共中性嗜好細胞増加アリテ, 3 例 (23%) 淋巴球ノ稍々増加稻田教授 83.3% 中性嗜好細胞増加ヲ認メタリ。

吾々ノ例ニ基キテ觀察セバ, 第 1 週ノ 16 材料中, 中性嗜好細胞 70% 以上ノ増加 11 例ニ對シ,

第14表 白血球數竝ニ百分率

白血球數

病數	週	I	II	III	IV	V
3001—4000	0	1	0	0	0	0
4001—5000	2	0	0	0	0	0
5001—6000	3	5	1	0	0	0
6001—7000	2	5	2	0	1	0
7001—8000	1	3	1	1	0	0
8001—9000	3	4	2	1	0	0
9001—10000	2	2	1	0	0	0
10001—11000	2	1	0	0	0	0
11001—12000	1	3	0	0	0	0
12001—13000	0	1	0	0	0	0
13001—16000	0	0	0	0	0	0
16001—17000	0	0	1	0	0	0

中性嗜好細胞

病%	週	I	II	III	IV	V
40.1—50	0	0	0	0	0	1
50.1—60	1	1	1	0	0	0
60.1—70	4	7	0	0	0	0
70.1—80	6	7	4	1	0	0
80.1—90	5	10	3	1	0	0

淋巴球

1—10	2	2	1	0	0
10.1—20	4	10	4	2	0
20.1—30	8	11	2	0	1
30.1—40	1	2	1	0	0

大單核細胞及ビ移行型

0—3	8	10	3	2	0
3.1—6	6	13	4	0	0
6.1—9	2	2	1	0	1

「エオジン嗜好」細胞

0	11	15	2	1	0
0.5—3	4	10	5	1	1
3.1—6	0	0	0	0	0
6.1—9	1	0	1	0	0

正常4例, 60%以下ノ減少僅ニ1例ニシテ中性嗜好性細胞ノ増加スルモノ多ク, 之ニ反シ, 淋巴球増加(30%以上)ハ僅ニ1例ニトドマリ, 正常8例, 減少6例(20%以下)ナリキ。「エオジン嗜好」性細胞モ正常4例消失11例ニシテ減少スルモノ多シ。大單核細胞及ビ移行型増加(6%以上)2例, 正常6例, 減少8例(3%以下)ニシテ尠クモ増加ノ傾向ナク, 鹽基性細胞1例ヲ認メタリ。

第2週ニ於テモ25材料中, 中性嗜好細胞増加17, 正常7, 減少1例ニシテ依然1週ト同ジク次ニ淋巴球ハ増加2, 正常11, 減少12ニシテ著シキ減少ノモノ多ク, 「エオジン細胞」モ亦減少ノモノ多ク, 正常10ニ對シ消失15, 増加例ナク, 大單核竝ニ移行型モ増加2, 正常13, 減少10例ニシテ同様減少ノ傾キアリ。

第3週ニ互ル8材料中, 中性嗜好細胞増加7例, 正常ナルモノナク, 減少1例, 淋巴球増加1, 正常2, 減少5ニシテ中性嗜好細胞ノ増加壓倒ノ多數ヲ占メ, 其ノ他「エオジン増加」1(寄生蟲卵ヲ有ス), 正常5, 消失2, 大單核竝ニ移行型増加1, 正常4, 減少3ナリ。

第4週ニ入りテハ材料尠ク僅ニ2例ニシテ, 中性嗜好細胞増加ト正常ノモノ各々1例ニテ相半ベシ, 淋巴球減少2例, 「エオジン」正常1例, 減少1例, 大單核竝ニ移行型減少2例ナリ。

第5週マデ遷延セル1例ニテハ中性嗜好細胞減少, 淋巴球正常, 「エオジン嗜好」細胞正常, 獨リ大單核竝ニ移行型ノミ増加ヲ示ス(第14圖)。

血色素量及ビ赤血球ニ就テ檢討セバ一般ニ貧血ヲ伴フモノアルモ高度ナラズ。

由之觀之, 第1, 第2週ニ於テハ白血球ハ増加シ, ウチ中性嗜好細胞ノ率ハ増加シ, 淋巴球ハ減少シ, 「エオジン嗜好」細胞モ減少乃至消失スルモノ多ク而シテ一般ニカカル血液像ハ急性經過ノモノニ多ク認メラル。

第 15 表 血色素量及ピ赤血球數

血 色 素 量					
病 週	I	II	III	IV	V
21—40	2	0	0	0	0
41—60	0	3	0	0	0
61—80	6	11	1	0	0
81—100	8	8	6	2	1
100以上	0	1	1	0	0

赤 血 球 數					
病 週	I	II	III	IV	V
101—200萬	1	0	0	0	0
201—300萬	1	0	1	0	0
301—400萬	3	8	0	0	0
401—500萬	10	12	5	2	1
500萬以上	1	5	2	0	0

10) 尿所見： 松田,窪田-村田兩氏Bostroemハ屢々蛋白尿ヲ見ルト言ヒ,本邦ニ於テモ關ノ100例中 25 例, 落合-中村モ 60%之ヲ認メタリ.

余等ノ症例ニ於テ「ズルフォサルチール酸」, 煮沸, ヘルレル輪環試験何レモ陽性ナルモノ 52 例中 19 例, 「ズルホサルチール」試験ノ弱陽性ノモノ 7 例アリタリ. 尿中蛋白ハ他ノ疾患, 就中高年者ニオイテ往々發病前ヨリ陽性ナルモノアルヲ以テ單ニ1回ノ検査ニテハ本症ト直接關係アリヤ否ヤハ斷定シ得ズ. 又尿路結核ノ合併ニヨリテモ招來スルハ多言ヲ俟タズ例ヘバ余等ノ 1 例ハ腎臟結核ヲ有セリ.

Monatanario⁶⁵⁾, Frew n. Garrod⁶⁶⁾, 松田, 村田-窪木等ハ糖尿ヲ來スコトアリト敘述セルモカカル事ハ稀有ニ屬シ, 余等ノ觀察中之ヲ 1 例モ認メザリキ.

關氏ニヨレバ「チイアツオ反應」陽性ナリシモノ 5%, 三浦-橋本 31.3%, 落合-中村 26.7% ナリトイフ, 余等ノ症例ニ於テ 52 例中 5 例ニ認メタリ. 尙ホ「ウロピリン」3 例, 「クロピリノーゲン」5 例ニ陽性, 「インヂカン」陽性ナルモノ 3 例ヲ認メタ

リ(第 16 表).

第 16 表 尿

	例 數	%
蛋 白 (十)	19	36.5
蛋 白 (士)	7	13.4
「チイアツオ」	5	9.6
「ウロピリン」	3	5.7
「ウロピリノーゲン」	5	9.6
「インヂカン」	3	5.7
「グメリン」	0	0

11) 「チフス」並ニ微毒疾患トノ關係： 結核性腦膜炎ノ初期ニ於テ, 稽留熱, 徐脈, 頭痛, 白血球減少等ノ諸症狀出デ腦膜刺戟症狀タルケルニツヒ氏現象, 項部強直ナキ場合「チフス性」疾患ト誤診セル場合アルハ周知ノ事ニシテ, 假リニ彼上ノ腦脊髄症狀アリトスルモ「チフス性メニギスムス」乃至稀ナレド「チフス菌」ニヨル腦脊髄膜炎ニヨルコトアルヲ以テソノ鑑別困難ナリ. 況ンヤ尿中「チイアツオ反應」及「ビグイダール氏反應」陽性ナル場合ニハ益々「チフス」ト誤認セララルル尠カラズ. 余等ノ症例中ウ氏反應 100 倍以上陽性ナルモノ「腸チフス」5 例, 「バラチフス B」6 例ヲ見, 殊ニ 1 例ニ於テ「バラチフス B」ニ 1000 倍迄又「チフス」ニ 500 倍迄陽性ナル例アリテ, 剖檢ニヨリ結核性腦膜炎ナリシモノアリ. 其ノ詳細ハ教室和田-藤井-那須 3 氏⁶⁷⁾ニヨリ報告セラレタリ.

次ニ血液ワツセルマン氏反應ノ陽性ナル場合微毒性腦脊髄膜炎トノ鑑別ニ困難ナルコトアリ. 余等ノ例中血液中陽性ナリシモノ 1 例又他ノ 1 例ニ於テ腦脊液, 血液共ニ中等度陽性ナリシモノ剖檢上結核性腦膜炎ニシテ微毒所見ヲ認メザリシモノ 1 例アリタリ. 今其ノ症例ヲ略記スレバ

症例 患者 全〇正 土工 男子 31 歳

家族歴中妹肺結核ニテ死亡, 既往症トシテ患者幼時ヨリ壯健著患ヲ知ラズ.

現病歴 昭和 13 年 7 月 19 日平常仕事ヨリ歸宅後頭痛ヲ覺ニ, 翌日更ニ甚シク 3 日間仕事ヲ休ミ

シニ稍々輕快セルヲ以テ再び仕事ヲ始メシモ頭痛再發某醫ノ診察ヲウケシ處熱發 38°C 頭痛依然去ラズ 8月8日朝方ヨリ譫妄狀態ニナリ着物ヲムシリ取ラントシリ日ヨリ尿失禁, 便秘起リ翌日當科ニ入院セリ。嘔吐ナシ。

現症 體格中等, 榮養佳良, 脈搏頻數, 緊張良, 呼吸正常, 譫妄狀, 瞳孔兩側擴大, 右側左側ヨリ大, 對光反應左側消失, 胸腹部著變ナク, 項部強直, ケ氏現象陽性, アヒレス腱反射及ビ膝蓋腱反射弱陽性, 血液像, 血色素量 88%, 赤血球數 464 萬, 白血球數 7300 (中性嗜好細胞 80%, 淋巴球 20%, 「エオジン嗜好」細胞, 大單核球及ビ移行型 0%)。腰推穿刺横臥位ニテ壓 300 終壓 70 mm (10 cc 攝取) 「キサントクロミー」アリ細胞數 320, ノンネアベルト氏第 1 相反應, バンヂー氏反應強陽性, 結核菌陰性, 微毒ワ氏反應ハ血液トモニ(+)。

11/8 (24 日目) 頭痛甚シク, 頭部左右ニ振リ項部強直, ケ氏現象ヨリ著明, 知覺過敏アリ。

13/8 尿閉, 昏睡狀態トナリ, 對光反應兩側トモニ消失, 脈搏頻數微弱トナリ翌日鬼籍ニ入ル。

病理解剖の診斷: 左側心室肥大, 脾臟萎縮, 肺氣腫, 大動脈内膜脂肪變性, 結核性腦膜炎, 肺結核。

12) 腦脊髄液所見: (第 17 表)

本症ノ症狀中最重要ナルモノハ腦脊髄液所見ナルハ言フマタズ。

a) 液壓: 一般ニ液壓著ルシク昂進スルヲ常トス。最高値ハ Fischer ノ 600 mm, 稻田ノ 640 mm アリ。Secker ノ 32 例中 29 例壓上昇シ, 山岸ハ 200—400 mm 最も多ク最高 600 mm 以上, 最低 120 mm, 關最高 780 mm, 最低 90 mm, 大部分 200—400 mm ナリトセリ。

佐々-田中 150—300 mm 最も多ク, 600 mm 以上 2 例, 余等ノ被檢者 52 例中 156 回ノ検査成績ニ於テ 200 mm 以上 141 回 (90.3%) ヲ占メ, ウチ 600 mm 以上 26 回 (16.6%), 却ツテ低壓 100 mm

以下ノモノ 3 回 (1.9%) アリキ。

b) 「グロブリン反應」: Secker ハ 23 例中 21 例, 落合-中村ハ全例ニノンネアベルト氏第 1 相反應 並ニバンヂー氏反應何レモ陽性, 佐々-田中ハ 128 回ノ検査中ノンネアベルト氏第 1 相反應陰性ノモノ 2 回, バンヂー氏反應弱陽性ノモノ 1 回, 他ハ何レモ陽性, 稻田教授ハ 25 例中ノンネアベルト氏第 1 相反應陰性ノモノ 1 例ニシテ他ハ何レモ陽性ナリキ。

余等ハ 52 例中 156 回ノ検査成績中ノンネアベルト氏第 1 相反應陰性僅ニ 3 回, バンヂー氏反應何レモ陽性ナリキ。

c) 細胞數: Secker ハ 2000/3 稀ナラズト述べ, 佐々ハ 50—30 最も多ク 100 以上ノモノ 1 例, 關氏ニヨレバ大部分 100—500 間ニシテ最高 1023, 最低 10 以下 3 例, 稻田教授最高 625, 山岸 251 以上 1 例, 50—100 最も多シト言ヒ, 余等ノ症例ニ於テハ 15—200 最も多ク最高 500 1 回, 10 以下 3 回認メタリキ。其ノ種類ニ就テハ Wedemeyer⁶⁸⁾ノ調査ニヨレバ 8 人ノ結核性腦膜炎ノ腦脊髄液ニ於テ初期ハ淋巴球ノ増加ヲ見ルモ惡化ノ一路ヲ辿ルト共ニ中性嗜好白血球ノ分葉型ノ増加ヲ強調セリ。

d) 結核菌證明率: 先人ノ數字ハ區々ナリ, 率ニ検査法ノ粗密ト検査回数ノ多少ニヨルハ言フ俟タズ。例ヘバ落合-中村, Lenhartz⁶⁹⁾, Stadelmann⁷⁰⁾等ハ 100%, 野間, Slawky-Manicantide⁷¹⁾ Frühringer⁷²⁾, 田邊⁷³⁾, 李炳南⁷⁴⁾, 稻田ノ諸氏ハ 80—90% ノ間ニアリ。

80% 以下ノモノニテハ佐山-柳橋ノ 51.4%, 培養ニヨレバ 85.1% トナリテ證明率増加スルト述べ。Krause⁷⁵⁾ 50—70%, 大氣 59%, 四熊-橋本氏⁷⁶⁾, 26.8%, 動物試驗 62.5%, 松浦⁷⁷⁾ 54%, 關 37.9%, 山岸 32%, Secker 19%, Habel 8%⁷⁸⁾, 須藤⁷⁹⁾ 7%, Hübner⁸⁰⁾, Biecken⁸¹⁾ 兩氏陰性ノ如ク諸家ニヨリテ種々ナリ。敎室ノ成績 30 例 90 回ノ検査成績中 23 回陽性 (25.5%) ニシテ其ノ檢出ハ何レモ末

期ニ屬セリ。然レドモ更ニ入念ニ検査セバコノ%ノ増加スルヤ必セリ。

第 17 表 腦脊髄液所見

		回数	%
外 観	水 様 無 色	125	80.1
	「キサントクロミー」	41	26.2
	微 濁	85	54.4
「ゴ グロ ブリン 反 應」	ノンネーアベルト氏 第 1 相 反 應	3	1.9
	同 (十)	86	55.1
	同 (卅)	67	42.9
	パンチー氏反應(十)	91	58.9
	同 (卅)	65	41.6
	蜘蛛膜様凝固物	85	54.4
	結核菌檢出	23/90	25.5
歴	11—100	3	1.9
	101—200	12	7.6
	201—300	34	21.7
	301—400	42	26.9
	401—500	37	23.7
	501—600	13	8.3
	601—700	13	8.3

細 胞 數	回 數	%
10以下	3	1.9
11—50	15	9.6
51—100	26	16.6
101—150	35	22.4
151—200	49	31.4
201—250	18	11.5
251—300	7	4.4
301—350	6	3.8
351—400	5	3.2
401—450	1	0.6
451—500	1	0.6

e) 「金ゾール反應」乳脂反應、高田荒氏反應：結核性腦膜炎 11 例ニ於テ、ランゲ氏「金ゾール反應」ヲ檢セシニ、大體ニ於テ腦膜炎型ヲ示セシモノ 6 例、痲痺性癱瘓型 5 例ヲ認メタリ。Blank u. Röstemeier⁸²⁾ハ 10 例中 3 例「金ゾール反應」陰性ナリト述ベ本反應腦膜炎型ハ結核性腦膜炎ニ特有

ナル反應ニアラズト。考察ス。乳脂反應 9 例中痲痺性癱瘓型ヲ示セシモノ 6 例、不定型 3 例ヲ示セリ。高田荒氏反應 10 例中赤變セシモノ 9 例變化ヲ認メザリシモノ 1 例ナリキ。

13) 豫後：絶對的死ノ轉歸ヲトルモノト考ヘラレシモ最近治癒セル報告續出ス。今其ノ例ヲ舉グレバ久崎⁸³⁾、江波⁸⁴⁾、飯島⁸⁵⁾、真田⁸⁶⁾、野中⁸⁷⁾、殿文絃—保田兩氏⁸⁸⁾、清水⁸⁹⁾、柴田⁹⁰⁾、須藤⁷⁹⁾、後藤⁹¹⁾ノ例アリ。外國ノ例ニ於テハ Henkel⁹²⁾、Barth⁹³⁾、Gross⁹⁴⁾、Riebold⁹⁵⁾、Stark⁹⁶⁾、Thomalla⁹⁷⁾、Bacigelo⁹⁸⁾、Hochstetle⁹⁹⁾、Rumpfel¹⁰⁰⁾、Archangeslsky¹⁰¹⁾、Victor Gorlitzer¹⁰²⁾ノ例アリ。

治療法トシテハ野中、Riebold ハ之反覆腰椎穿刺ヲ強調シ、Victor Gorlitzer ハ「2 鹽化マンガ」ヲ直腸内ニ注腸シ 8 例中 7 例ニ於テ治癒セリト報ジ飯島ハ 2 鹽化「マンガ」ヲ腰椎管内ニ注入セシニ 3 例中 1 例治癒ヲ認メタルモ教室ニ於テハ同法ニヨル治癒例未ダナシ。江波ハ腰椎管内「ツベルクリン」注入ニヨル、真田ハ「ヘサチラミン」高張葡萄糖「オムナジ」ノ注射ニヨル治癒例ヲ記載セリ。

西野教授¹⁰³⁾ハ治癒例ノ機轉ニ關シ「輕度ノ血行撒布ヲ被ツタ場合ニハ腦膜ニ或ル數マデ粟粒結節ヲ作り。從ツテ或ル程度ノ腦膜炎症狀ヲ表シ、腦脊髄液中菌陽性ヲ示スケレドモ腦膜全部ニ互ル所ノ結核性彌蔓性腦膜炎ヲ起スニ到ラズ唯若干ノ孤立結節ヲ作りテ治癒ニ赴クナラン」ト推論セリ。併シ本症ハ未ダ特異ノ治療法ナク安田、旭、野中ハ 100%ノ死亡率ヲ記載シ余等ノ症例ニ於テモ 52 例中死亡セルモノ 47 例中途退院セルモノ 5 例ニシテ未ダ確實ナル本症ニシテ治癒セシモノヲ見ズ。

第 3 章 總 括

1) 大正 15 年ヨリ昭和 14 年ニ至ル 14 年間我教室ヘ收容セシ成人結核性腦膜炎 52 例ニ就キ凡ユル觀點ヨリ統計的觀察ヲ下シ尙ホ諸家ノ文獻ト對

比シテ之ニ檢テヲ與ヘタリ。其ノ要旨次ノ如シ。

a) 季節別ニ發病率ヲ見ルニ歐米ニ於テハ主トシテ春期ニ多キモ本邦ニ於テハ主トシテ春ヨリ夏ニカケテ多ク余ノ材料ニツイテモ亦7, 9, 10月ニ最モ多シ。

b) 發生頻度ハ諸家ニヨリ差アリ, 被檢材料其ノ他ノ事情ニヨルベク余ノ材料デハ全入院患者數ノ0.62%, 肺結核患者數ノ4.1%, 肋膜炎並ニ腹膜炎患者數ノ7.2%ニシテヤヤ多ク全腦膜炎疾患數ノ56.5%ヲ示シ腦膜炎患ノ主要部門ヲ占ム。

c) 年齢別並ニ性別ニ於テハ概ネ先入ノ指示ト同ジク15—20歳最モ多シ。但シ最高年齢61歳ナルアリ。男對女ノ比ハ24:28ナレドモ一般區々ナリ。

d) 家族歴ニ於ケル結核性疾患ハ11.5%ニシテ先蹤ノ率ト比較スレバ稍々低シ。

e) 結核性疾患, 既往症ニ於テ17.3%, 肺結核, 肋膜炎最モ多ク, 合併症トシテモ, 肋膜炎, 肺結核最モ多ク, 52例中29例一見健康狀態ヨリ發生セリ。

f) 誘因ハ最多數ニ探求シ得ザリシモ2例ニ於テ過勞, 1例ニ於テ出産誘發セリト考ヘルモノミタリ。

g) 全経過日數2—3週最モ多ク, 最長日數52日, 最短5日ナリ。

h) 初發症狀トシテ發熱96.1%, 頭痛92.3%, 嘔吐88.4%, 食思不振84.6%, 精神異常興奮82.6%ヲ算セリ。

i) 呼吸ハ末期ニ増加アルモノ多ク80.7%概ネ然リ, 9.6%却ツテ減少。又Chyne-Stokes氏呼吸ヲ5.7%認メタリ。

j) 體溫ノ統計ニテハ, 入院中熱發ヲ見ナカツタモノ2例, 他ノ50例ノ熱型ハ稽留型20%, 弛張型40%, 間歇型10%, 不全型30%, 末期上昇51.9%, 末期下降19.2%, 變動ナカリシモノ28.9%最高溫度41.3°C, 最低溫度35.8°Cナリ。

k) 脈搏初期徐脈ヲ認メシモノ11%, 死亡前

頻脈84.6%, 同脈搏減少5.7%, 而シテ頻脈襲來ヨリ死亡ニ至ル日數3日後一番多シ。

l) 腦膜炎症候トシテハ意識濁濁100%, 完全意識濁濁ヨリ死亡迄ノ日數2日以内最モ多ク, 次イデ1日以内ナリ。頭痛ハ初期ニ92.3%, 経過中ニ於テ96.1%, 項部強直ハ初期ニ於テ75%, 経過中90.3%, ケ氏症候ハ初期36.5%, 経過中ニ於テ78.8%, 嘔吐ハ初期88.4%, 経過中ニ於テ94.2%ナリ。

m) 膀胱直腸障碍ハ全例ニ於テ認メ, 必ズシモ意識ノ障碍ト併行セズ。

n) 眼症狀トシテ, 初期瞳孔不同25例, 對光反應遲鈍40例, 共同偏視1例, 瞳孔縮小, 瞳孔下垂極メテ少カリキ。

o) 運動障碍中筋肉強直17.3%, 「アテトーゼ」様運動5.7%, 舞踏様痙攣7.6%, 顔面神經麻痺3.8%, 言語障碍7.6%, 四肢麻痺5.7%ニ認メラレタリ。

p) 反射, 入院時膝蓋髓反射正常44.2%, 充進25%, 減弱17.3%, 消失9.6%ニシテ, バビンスキー氏現象, 膝蓋搐搦何レモ1例(1.9%), 足搐搦2例(3.8%)認メタルニ過ギズ。

q) 血液像, 病週順ニ之ヲ見レバ, 白血球數ハ第1週ニ於テハ16例中8例増加, 正常3例, 減少5例, 第2週ニ於テハ25例中増加11例, 正常8例, 減少6例, 第3週ニ於テハ8例中4例増加, 正常3例減少1例, 第4週ニ於テハ2例中増加ナク, 正常2例, 第5週1例正常ニシテ急性ノ経過ヲトルモノニ増加ノ傾向多シ。

白血球百分率ヲ見レバ, 第1週中性嗜好細胞増加16例中11例, 正常4例, 減少1例。淋巴球ハ其ノ逆増加1例正常8例減少6例, 「エオジン嗜好」細胞5例中増加1例(寄生蟲卵アリ), 正常4例, 消失11例, 大單核細胞及ビ移行型増加2例正常6例減少8例鹽基性細胞1例ナリ。第2週中性嗜好細胞25例中増加24例正常1例。淋巴球ハ増加2例正常11例, 減少12例。「エオジン嗜好」細胞正

常 10 例, 消失 15 例。大單核並 = 移行型増加 2 例, 正常 13 例, 減少 10 例ナリ。第 3 週中性嗜好細胞 8 例中増加 7 例, 減少 1 例。淋巴球増加 1 例, 正常 2 例, 減少 5 例。「エオジン」増加 1 例(寄生蟲卵ヲ有ス), 正常 5 例, 消失 2 例, 大單核並 = 移行型増加 1 例正常 4 例減少 3 例ナリ。第 4 週 = 至リテ生存スルモノ 2 例中中性嗜好細胞増加 1 例, 正常 1 例, 淋巴球減少 2 例, 「エオジン」正常 1 例, 減少 1 例。大單核並 = 移行型減少 2 例ナリ。第 5 週迄觀察ノ 1 例ハ中性嗜好細胞減少淋巴球正常「エオジン嗜好」細胞正常大單核移行型増加ヲ認メ鏡上ノモノト趣ヲ異ニセリ。

r) 尿蛋白陽性ナルモノ 52 例中 19 例弱陽性 7 例糖尿ハ認メザリキ。

g) ウイダール氏反應 100 倍以上陽性ナルモノ「腸チフス」5 例, 「バラチフス B」6 例, 1 例ニ於テ「バラチフス B」1000 倍迄陽性, 「チフス」500 倍陽性ヲ呈シ, 剖見ニ於テ結核性腦膜炎ナル事ヲ發見セリ。

又 微毒ワ氏反應 血液並 = 腦脊髄液(廿)陽性ヲ呈

シ, 剖見ニ於テ結核性腦膜炎ナリシ 1 例ヲ詳敘セリ。

t) 腦脊髄液ノ壓 = 就キ, 余等ノ被檢者 52 例中 156 回ノ検査ニ於テ 200—400 mm 最モ多ク, 最高 600 mm 以上 13 回, 最低 100 mm 以下 3 回ナリ。

ノンネアペルト 第 1 相反應陰性僅 = 3 回, パンヂー氏反應 何レモ陽性ニシテ, 細胞數ハ 151—200 最モ多ク, 最高 500 1 回, 10 以下 3 回, 結核菌證明率ハ (30 例, 90 回ノ検査ニ於テ 23 回陽性) 25.5% ナリキ。

「金ゾール反應」檢セシニ 11 例中 6 例腦膜炎型麻痺性癡呆型 5 例。脂腦反應 9 例中麻痺性癡呆型 6 例, 不定型 3 例, 高田荒氏反應 10 例中 9 例, 赤變, 陰性 1 例ヲ認メタリ。

u) 豫後死亡セシモノ 47 例, 中途退院シテ不明ノモノ 5 例ナリキ。

撰筆スルニ臨ミ, 終始御懇篤ナル御指導ヲ賜リ且御校閲ノ勞ヲ忝ノウセル恩師北山教授ニ對シ滿腔ノ謝意ヲ捧グ。

主要文獻

1) *Oppenheim*, zit nach *Steinmeier*. 2) 三浦, 橋本, 醫事新聞, 第 1002 號, 大正 7 年. 3) 關, 慶應醫學, 第 18 卷, 953 頁, 昭和 13 年. 4) 山岸, 十全會雜誌, 第 44 卷, 920 頁, 昭和 14 年. 5) 佐山, 柳橋, 東北醫學會雜誌, 第 23 卷, 第 6 號, 674 頁, 昭和 14 年. 6) 安田, 治療及ビ處方, 第 217 號, 592 頁, 昭和 13 年. 7) 旭, 海軍軍醫會雜誌, 第 24 卷, 第 6 號, 567 頁, 昭和 10 年. 8) 野間, 海軍軍醫會雜誌, 第 24 卷, 第 6 號, 567 頁, 昭和 10 年. 9) 稻田, 診療ト經驗, 第 3 卷, 第 23 號, 939 頁, 昭和 14 年. 10) 落合, 中村, 臨牀ノ日本, 第 8 卷, 第 77 號, 343 頁, 昭和 15 年. 11) 佐々, 田中, 大阪醫事新誌, 第 10 卷, 第 9 號, 927 頁, 昭和 14 年. 12) *Secker*, Beitr. Klin. Tbk. Bd. 50. S. 408. 13) *Koch*, zit nach *Secker*. 14) *Halliday*, Zbl. f. ges. Neurol. u. Psych. 43. S. 787, 1926. 15) *Redlich*, Wien. med. Wsch. Nr. 41, S. 2257. 1908. 16) *De Villa u. Genoese*, Zbl. f. ges. Neurol. u. Psych. 39. S. 138, 1925. 17) *Engel*, zit, nach. *Seki*. 18) *Stelling*, Arch. f. Kinderheilk. Bd. 70, S. 187, 1921. 19) *Orosz*, Beiträge Z. Klinik d. Tbk. S. 79, H. 2, 1932. 20)

Hübschmann, Münch. med. Wsch. Nr. 48. S. 1654. 1922. 21) *Schatter*, Zit. nach *Sasa*. 22) *Bidert*, zit. nach. *Secker*. 23) *Steinmeier*, Virchow arch. S. 452, Bd. 216, 1914. 24) *Holt*, Amerc. Journ. dis. child. Vol. 1, p. 26, 1911. 25) *Dunn*, Amerc. Journ. dis. child. vol. LI. p. 95, 1911. 26) 松田, 兒科雜誌, 第 374 號, 昭和 6 年. 27) 大氣, 兒科雜誌, 第 44 卷, 第 11 號, 1775 頁, 昭和 13 年. 28) *Fischer*, Münch. med. Wsch. Nr. 20, S. 1061, 1910. 29) *Jaquet*, Deut. med. Wsch. Nr. 10, S. 449, 1910. 30) *Myers*, Amerc. Journ. dis. child. vol. 9. p. 427, 1915. 31) 加藤, 日本傳染病學會雜誌, 第 4 卷, 昭和 5 年. 32) 窪田, 村田, 乳兒雜誌, 第 5 卷, 第 2 號, 215 頁, 昭和 4 年. 33) *Hartwich*, Virchow Bd. 237, S. 1916. 34) *Heubner*, zit. nach. *Secker*. 35) *Westemann*, ebenda. 36) *Artamonoff*, ebenda. 37) *Wilke*, ebenda. 38) 關谷, 田中, 結核, 第 17 卷, 488 頁, 昭和 14 年. 39) 松浦, 滿洲醫學雜誌, 第 22 卷, 第 1 號, 171 頁, 昭和 10 年. 40) *Flatdu*, Zbl. f. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 52, S. 205, 1929. 41) 相

- 澤, 結核, 第14卷, 第5號, 452頁, 昭和11年. 42) 高橋, 東京醫事新誌, 第3090號, 1805頁, 昭和13年. 43) 山路, 近刊. 44) 村田, 東西醫學, 第3卷, 第3號, 289頁, 昭和11年. 45) *Seitz*, zit. nach Bumke. 46) 森本, 結核ノ臨牀, 第2卷, 第9號, 1207頁, 昭和14年. 47) *Matte*, nach Bumke. 48) *Reinhold*, Deut. Arch. f. Klin. Nr. 47, S. 423, 1891. 49) *Dennig*, Münch. med. Wsch. Nr. 49, S. 983, 1894. 50) *Loeb*, Deut. Arch. f. klin. Med. S. 443, 1884. 51) *Romberg*, ebenda. 52) *Gynändinger*, zit. nach Secker. 53) *Uthoff*, zit. nach Ebenda. 54) 三浦, 診断ト治療, 第21卷, 第11號, 1649頁, 昭和9年. 55) 杵搦, 海軍軍醫會雜誌, 第23卷, 第3號, 189頁, 昭和9年. 56) 岡, 臨牀醫學, 第22卷, 560頁, 昭和9年. 57) *Czarnowski*, zit. nach Bumke. 58) *Leiber*, ebenda. 59) *Boström*, ebenda. 60) *Herz*, ebenda. 61) *Naegeli*, Blutkrankheiten u. Blutdiagnostik, 1931. 62) *Mathes*, Lehrbuch d. differential Diagnose innerer Krankheiten, 1937. 63) *Heissen*, med. Klin. Nr. 2, S. 1301, 1925. 64) *Randolph*, Amer. rev. tbc. Bd. 65, p. 57, 1927. 65) *Monatari*, Zbl. f. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 29, S. 339, 1922. 66) *Frew* u. *Garrod*, Deut. med. Wsch. Bd. 1, 1913. 67) 和田, 那須, 藤井; 精神神經學雜誌, 第45卷, 第5號, 236頁, 昭和16年. 68) *H. Wedemeyer*, Klin. Wsch. Nr. 24, S. 853, 1935. 69) *Lenhartz*, Münch. med. Wsch.-Nr. 8, 167, 1896. 70) *Stedmann*, Berlin. klin. Wsch. Nr. 27, S. 581, 1925. 71) *Slawky-Manicantide*, Berlin. klin. Wsch. Nr. 18, S. 392, 1898. 72) *Frühringer*, Berlin. klin. Wsch. Jg. 32, S. 272, 1895. 73) 田邊, 兒科雜誌, 第389號, 2022頁, 昭和7年. 74) 季, 城大小兒科雜誌, 第3號, 163頁, 昭和9年. 75) *Krause*, Deut. med. Wsch. Nr. 41, S. 1913, 1912. 76) 四熊, 橋本, 兒科雜誌, 第426號, 1718頁, 昭和10年. 77) 松浦, 滿洲醫學雜誌, 第21卷, 第3號, 361頁, 昭和9年. 78) *Habel*, Deut. med. Wsch. Nr. 42, S. 674, 1896. 79) 須藤, 海軍軍醫會雜誌, 第15卷, 第5號, 197頁, 大正15年. 80) *Hübner*, Berlin. klin. Wsch. Nr. 13, S. 289, 1895. 81) *Riecken*, Deut. Arch. f. Klin. Med. Bd. 56, S. 1, 1896. 82) *Blank* u. *Restemeier*, zit. nach Takada Liqordiagnostik. 1927. 83) 久崎, 好生館醫事研究會雜誌, 第44卷, 121頁, 昭和13年. 84) 江波, 實驗醫報, 第227號, 1458頁, 昭和8年. 85) 飯島, 治療學雜誌, 第9卷, 第8號, 1007頁, 昭和14年. 86) 奥田, 名古屋醫學會雜誌, 第47卷, 第5號, 1127頁, 昭和13年. 87) 野中, 東京醫事新誌, 第3174號, 438頁, 昭和15年. 88) 嚴, 保田, 兒科雜誌, 第43卷, 第7號, 1130頁, 昭和12年. 89) 清水, 結核, 第14卷, 第10號, 1066頁, 昭和11年. 90) 柴田, 東北醫學雜誌, 補冊, 50, 昭和10年. 91) 後藤, 兒科雜誌, 第153號, 79頁, 大正2年. 92) *Henkel*, Münch. med. Wsch. Jg. 47, S. 799, 1900. 93) *Barth*, Münch. med. Wsch. Nr. 21, S. 877, 1902. 94) *Gross*, Berlin. klin. Wsch. Nr. 36, S. 776, 1902. 95) *Riebold*, Münch. med. Wsch. Jg. 53, S. 1709, 1906. 96) *Stark*, Lehrbuch der Nervenkrankh. von Kurschmann 1909. 97) *Thomalla*, Berlin. klin. Wsch. Nr. 24, S. 565, 1902. 98) *Bacigalupo*, Münch. med. Wsch. Nr. 7, S. 222, 1915. 99) *Hochstette*, Deut. med. Wsch. Nr. 12, S. 554, 1912. 100) *Rumpfel*, Deut. med. Wsch. Nr. 48, S. 2021, 1907. 101) *Archngelsky*, Münch. med. Wsch. Nr. 32, S. 1705, 1906. 102) *Victor*, Med. Klin. Nr. 10, S. 334, 1938. 103) 西野, 重要ナル疾患ノ豫後, 764頁, 昭和14年.

Aus der Inneren Kitayama-Klinik der Medizinischen Universität Okayama

(Direktor: Prof. Dr. K. Kitayama).

Klinisch-statistische Beobachtungen der Meningitis tuberculosa der letzten 14 Jahre bei 52 in die Klinik aufgenommenen Patienten.

Von

Dr. Tanisuke Yamaji und Dr. Ryōkiti Kira.

Eingegangen am 26. Februar 1941.

Die Verf. haben bei Patienten, die im Laufe der letzten 14 Jahre vom 1925 bis zum 1939 in unsere Klinik aufgenommen wurden, an der Meningitis tuberculosa adutorum statistische Beobachtungen angestellt und erhielten folgende Ergebnisse ;

Der Ausbruch der Krankheit erfolgte meistens von Sommer auf Herbst. Die Erkrankungshäufigkeit betrug 0,62 % der gesamten, im Laufe der 14 Jahre in unsere Klinik eingelieferten Kranken. Unter den Lungen tuberkulösen dieser gesamten Kranken hatte sie ihren Anteil von 4,1 %. Bei Pleuritis und Peritonitis machte sie 7,2 % dieser beiden Krankheiten aus. Zu beachten ist es, dass die Meningitis tuberculosa unter den verschiedenen Formen der in unserer Klinik während der 14 Jahre behandelten Meningitiden an Frequenz die erste Stelle einnahm, indem sie sich bei 56,5 % dieser mannigfaltigen feststellen liess.

Am meisten waren die jüngeren Leute von 15 + 20 Lebensjahren befallen ; das höchste Alter fiel auf 61 Jahre. Das männliche Geschlecht yerhielt sich zum weiblichen wie 24 : 28.

In der familiären Anamnese wurde tuberkulöse Erkrankung bei 11,5 % der Patienten nachgewiesen. Die früheve Anamnese wies bei 17,3 % der Kranken tuberkulöse Erkrankung sehr deutlich auf. Unter den Komplikationen waren auf der ersten Stelle Tuberkulose und Pleuritis zu nennen.

Veranlassende Momente liessen sich in den weitaus meisten Fällen nicht feststellen ; in 2 der gesamten Fälle aber schien eine Überanstrengung, in einem Fall die Geburt die Ursache zu sein.

Die Krankheitsdauer streckte sich, gerade wie viele Autoren angeben, in den meisten Fällen auf 2 - 3 Wochen ; 52 Tage waren die längste, 5 Tage die kürzeste.

Als Initialsymptome stellten sich bei 96,1 % der Patienten Temperatursteigerungen ein, bei 92,3 % der Patienten Kopfschmerzen, bei 88,4 % Erbrechen, bei 84,6 % Appetitmangel, bei 82,6 % ausgesprochene psychische Symptome. Alle diese Symptome sind frühdiagnostisch besonders wichtig. Nackenstarre und Kernigsches Zeichen traten bei je 85 % und 36,5 % der Patienten auf, im Verlauf der Krankheit aber wurden die beiden Bilder an Häufigkeit gesteigert und traten endlich bei je 90,3 % und 78,8 % der Patienten auf.

Im Endstadium wurde in den meisten Fällen Tachypnoe beobachtet.

Die Fieberkurve war von Fall zu Fall verschieden : Febris continua zeigte sich bei 20 %, Febris remittens bei 50 %, Febris intermittens bei 10 %, das übrige 30 % gehörte keinem dieser Fieber typen. Ausserdem fanden sich 2 Fälle ohne Fieber.

Beadykardie kam im Frühstadium in verhältnismässig wenigen Fällen vor und wurde nur bei 11 % der Patienten beobachtet, während in den meisten Fällen ante exitum Tachykardie auftrat, eine Erscheinung, die einen Stützpunkt für die Vorhersage des Todestages liefert, da die weitaus meisten Fälle der Tachykardie durchschnittlich am 3. Tage gestorben waren.

Die Bewusstseinsstrübung stellte sich bei 100 % der Patienten ein, ihr folgte dann das Koma, welches die meisten Fälle inuerhalb von 2 Tagen zum Tode führte und darum eben-

fälls einen sicheren Faktor für die Ahnung des Todestages bildet.

Die Blasenmastdarmstörung trat früher oder später in allen Fällen auf, ihr Nachweis hat zwar einen wichtigen diagnostischen Wert, ging aber mit der Bewusstseinstörung nicht einher.

Was die Augenzpmpptome anbetrifft, so wurde in den früheren Stadien Anisokorie in 25 und träge Lichtreaktion in 40 der gesamten Fälle festgestellt. Sehr selten waren dagegen *Deviatio conjuguee*, Myosis und Ptose des Augeulides.

Bezüglich der Motilität bei 17,3%, athetotische Bewegung bei 5,7%, choreatische Bewegung bei 7,6%, Facialislähmung bei 3,8% Sprachstörung bei 7,6%, Extremitätenlähmung bei 5,7%. Der Patellarsehnenreflex war in den früheren Stadien meistens normal, im Endstadium aber in vielen Fällen herabgesetzt.

Die Fälle von relativ raschem Verlauf boten das Blutbild einer Leukozytose und einer Zunahme der neutrophilen Leukozyten dar, auch der Schwund der eosinophilen Leukozyten wurde beobachtet.

Als Harnbefunde liessen sich Albuminurie bei 36,5% und positive Diazoreaktion bei 9,6% der Patienten feststellen.

Die Widalsche Reaktion fiel in mehr als 100 fachen Verdünnungen gegen die Typhusbazillen in 5 Fällen, gegen Paratyphus-B-Bazillen in 6 Fällen positiv.

Auffälligerweise beobachteten die Verf. einen Fall, in dem die Sektion ergab, dass es sich um Meningealtuberkulose handelte, obschon die Wassermannsche Reaktion auf das Blut und die Cerebrospinalflüssigkeit vor dem Tode positiv ausgefallen war.

Der Druck der Cerebrospinalflüssigkeit (bei 52 Patienten insgesamt 156 mal erprobt) betrug in den meisten Fällen 209 - 400 mm; unter den Globulinreaktionen verlief die I Phase der Nonne-Apeltschen Reaktion in allen Fällen bis auf 3 positiv, die Pandysche Reaktion verhielt sich in den sämtlichen Fällen ebenfalls positiv. Die Zahl der Zellen wies in den meisten Fällen 151 - 200 auf. Die Tuberkelbazillen liessen sich bei 25,5% der 30 Fälle, bei denen die Untersuchung diesbezüglich 90 mal vorgenommen wurde, nachweisen.

Viels Fälle zeigten sich durch eine Verschiebung der Goldsolkurve als dem Meningealtypus gehörig; in bezug auf die Mastixreaktion waren sie dem Typus von progressiver Paralyse zuzurechnen; bei Anstellung der Takada-Araschen Reaktion gehörten sie wiederum dem Meningealtypus zu.

Die Prognose war in 47 von 52 Fällen schon während des Aufenthaltes in der Klinik letal; in den übrigen 5 Fällen war sie unbekannt, da die Kranken die Klinik bereits verlassen hatten.

(Autoreferat)