

原 病 學 各 論

— 亞爾茂聯斯の講義録 — (第33編)

On Particular Pathology

— A Lecture on Ermerins — (33)

松陰 宏*¹ 近藤 陽一*² 松陰 崇*³ 松陰 金子*⁴

【要 約】 明治9 (1876) 年1月に、大阪で発行された、オランダ医師エルメレンス (Christian Jacob Ermerins: 亞爾茂聯斯または越尔茂噠斯と記す, 1841-1879) による講義録 (日講記聞), 『原病學各論 卷十』の原文の一部を紹介し, その全現代語訳文と解説とを加え, 現代医学と比較検討した。また, 一部では, 歴史の変遷, 時代背景についても言及した。

本編では, 『原病學各論 卷十』の中の「泌尿器病篇」, 「第一 腎藏諸病」の中段の部分の「貌麗篤病」の中の「第三 蔓延性腎炎」, 「第四 腎澱粉變性」と, 最後の部分の「腎藏萎縮」について記載する。疾患の病態生理, 症候論の部分は, かなり詳細に記されているが, まだ, 炎症の概念が確立されていない。また, 治療法では, 内科的対症療法がその主流であって, 使用される薬剤も限られているが, 症状によって, その投与方法に工夫が認められている。

本講義録は, わが国近代医学のあけぼのの時代の, 医学の教科書として使用されていたものである。

【キーワード】 明治初期医学書, 蘭醫エルメレンス, 貌麗篤病, 腎藏萎縮

第44章 原病學各論卷十 泌尿器諸病 (つづき)

明治9 (1876) 年1月に、大阪で発行された、オランダ医師エルメレンス (Christian Jacob Ermerins: 亞爾茂聯斯または越尔茂噠斯と記す, 1841-1879) による講義録 (日講記聞) の『原病學各論 卷十』には, 「泌尿器病篇」の「第一 腎藏諸病」のうち, 「腎外被炎」, 「貌麗篤病」および「腎藏萎縮」が収められていて, その中の「貌麗篤病」は, 「第一 虚性腎充血」, 「第二 加答流性腎炎」, 「第三 蔓延性腎炎」および「第四 腎澱粉變性」に分類されて記載されている。

本章では, 「貌麗篤病」の中の「第三 蔓延性腎炎」

および「第四 腎澱粉變性」と「腎藏萎縮」について記載する。

ここに, その全原文と現代語訳文とを併記し, それらの解説を加え, また, 一部では, 歴史的考察も追加する (図1)¹⁾。

第一 腎藏諸病 (つづき)

(口) 貌麗篤病 (つづき)

「第三 蔓延性腎炎」

蔓延性腎炎ハ即チ眞ノ貌麗篤病ニシテ、之レヲ三

*¹ Hiroshi MATSUKAGE: 三重県立看護大学

*² Yoichi KONDO: 山野美容芸術短期大学

*³ Takashi MATSUKAGE: 東海大学附属病院内科

*⁴ Kinko MATSUKAGE: 元東京女子医科大学

期ニ區別ス。

第一期ヲ充血期トス。此期ニ於テハ、其腎稍々増大シ、多量ノ血液ヲ含蓄シテ暗赤色ヲ呈ス。而シテ其組織軟化シテ、表面ニハ怒張セル血管ヲ顯シ、其外膜ハ剝離シ易ク、之レヲ縦斷スルニ皮様質ハ殊ニ腫脹シ、『マルピキ』體ハ隆起シテ赤色ヲ呈シ、肉眼ト雖モ容易ク之レヲ辨シ得ヘシ。但シ紆回細尿管ノ内皮胞ハ著キ變常ナシト雖モ、或症ニ於テハ處々ニ脂肪變性ヲ起スル有リ。又直行細尿管中ニハ圓柱狀纖維質ヲ含ミ、其内皮胞ハ變常セス。充血最モ甚キ者ニ在テハ、『マルピキ』體中ノ紆回セル細尿管破裂シテ、細尿管中ニ出血ヲ來タスル有リ。

第二期ニ於テハ、充血稍減シテ滲出液從テ生シ、此滲出液ハ内皮胞中ニ於テ殊ニ多ク、之レカ為ニ膨脹シテ溷濁ヲ呈シ、且ツ其膨脹ニ由テ皮様質中ノ血管ニ壓迫ヲ受ケ、其部貧血ト為テ灰白色ニ變ス。但シ此期ニ至レハ、腎藏必ス増大シ、時トモハ常形ノ二倍ト為リ、之レヲ縦斷スルニ、

其皮様質ハ貧血ノ為ニ灰白色ヲ呈スレモ、尖圓體ハ充血シテ赤色ト為リ、紆回細尿管ハ大ニ膨脹シ、直行細尿管中ニハ、許多ノ剝脫死壞セル内皮胞ヲ含蓄ス。

第三期ニ至レハ、脂肪ニ變性セシ内皮胞、尿ニ從テ多量ニ排泄シ、其細尿管萎縮シテ腎藏著ク縮小ス。故ニ此期ヲ萎縮期ト稱ス。盖シ此萎縮ハ腎藏ノ全部ニ發スルニ非ラス、必ス數小部ニ局發スルカ故ニ、其部ノミハ縮小スレモ、他部ハ猶膨大シ、其腎藏ヲシテ不正ナル凹凸面ヲ呈セシム。且ツ各細尿管ノ間ニハ、稠密ナル結締組織ヲ増加シ、漸々收縮スルカ故ニ、其腎藏縮小スルノミナラス、兼テ實質ヲシテ硬固ナラシメ、其外膜ハ固著シテ剝離シ難ク、之レヲ截開スレハ、皮様質ニ於テ其變化殊ニ著明ナリ。之レヲ顯微鏡ニ照視スルニ、内皮胞ハ全ク脂肪ニ變性シ、『マルピキ』體モ亦必ス縮小ス。若シ此症ニ罹レル腎藏ヲ解剖スレハ、同時ニ三期ヲ併發スル者間々之レ有リ。即チ一部ニ充血ヲ發シ、

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|------------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------|--------------|----------------------|------------------------|-----------------------|------------------------|------------------------|-------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------|
| 錦葵煎ノ類ヲ與フ可シ、古列刺或ハ室扶斯ニ由 | ラ發スル者ニハ、別ニ其治ヲ施スヲ要セス、何ト | ナレハ其本病ノ危険ニメ專ラ其治ヲ施サ、ル | ヲ得サルカ故ニ他治ニ暇ナク、且ツ假令ヒ之レ | ヲ治セザルモ、本病ノ回復スルヲ從テ自ラ治ス | ル者ナレハナリ、但シ古列刺ニ由テ發スル者ニ | ハ三鞭酒或ハ炭酸水ヲ與ヘテ腎ノ分泌ヲ促シ、 | 且ツ洋氈纏包法或ハ乾布摩擦法ヲ施シテ皮膚 | ノ運營ヲ喚起スルニ宜シ、 | 第三蔓延性腎炎ハ即チ真ノ貌麗篤病ニメ之レ | ヲ三期ニ區別ス、第一期ヲ充血期トス、此期ニ於 | テハ其腎稍々増大シ、多量ノ血液ヲ含蓄シテ暗 | 赤色ヲ呈ス、而シテ其組織軟化シテ表面ニハ怒張 | セル血管ヲ顯シ、其外膜ハ剝離シ易ク、之レヲ縦 | 斷スルニ皮様質ハ殊ニ腫脹シ、『マルピキ』體ハ隆 | 起シテ赤色ヲ呈シ、肉眼ト雖モ容易ク之レヲ辨 | シ得ヘシ、但シ紆回細尿管ノ内皮胞ハ著キ變常 | ナシト雖モ、或症ニ於テハ處々ニ脂肪變性ヲ起 | スル有リ、又直行細尿管中ニハ圓柱狀纖維質ヲ | 含ミ、其内皮胞ハ變常セス、充血最モ甚キ者ニ在 |
|-----------------------|------------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------|--------------|----------------------|------------------------|-----------------------|------------------------|------------------------|-------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------|

図1 貌麗篤病 (第三 蔓延性腎炎)

一部ニ脂肪變性ヲ起シ、一部ニ萎縮ヲ發スル者はレナリ。但シ順次ニ經過シテ第三期ニ至ル者殆ト少ナク、多クハ第二期ニ於テ死スルヲ常トス。」

『第三 蔓延性腎炎』

蔓延性腎炎は、即ち真のブライト病であつて、これを3期に分ける。

第1期はうっ血期である。この期では、その腎やや腫大して、多量の血液を含み暗赤色を呈する。そして、その組織は軟化して、表面には怒張した血管が見られ、その腎被膜は剥離しやすく、これを縦断すると皮質は殊に腫脹し、『マルピギー小体』は隆起して赤色を呈し、肉眼でも容易にこれを識別出来る。ただし、迂回尿管の上皮細胞は、正常に比べて著しい変化がないが、ある症例では、ところどころで壊死を起こすことがある。また、直行尿管内には円柱状線維質を含み、その上皮細胞には変化がない。うっ血が最も甚だしい場合には、『マルピギー小体』中の迂回する尿管は破裂して、尿管中に出血を来すことがある。

第2期では、うっ血はやや減少するにつれて、浸出液が増えて、この浸出液は上皮細胞中に殊に多く、この為には腫脹して混濁し、その上、その膨張によって皮質中の血管が圧迫を受け、その部分が貧血となって灰白色に変わる。ただし、この期になれば腎臓は必ず腫大し、時には正常の2倍となつて、これを縦断すれば、その皮質は貧血の為に灰白色を呈するが、腎錐体はうっ血して赤色となり、迂回尿管は大きく膨張し、直行尿管内には、多くの壊死・剥離した上皮細胞が認められる。

第3期になると、壊死に陥った上皮細胞が尿中に多量に排泄され、その尿管は萎縮して、腎臓は著しく縮小する。従つて、この期を萎縮期という。一般に、この萎縮は腎臓の全部に起こるのではなく、必ず、局所性に少数部分に起こるので、その部分だけは縮小するが、他の部分はおも腫大して、その腎臓は不整な凹凸面を見せる。その上、各尿管の間には、密度の高い結合織が増加してだんだん収縮する為には、その腎臓は縮小するだけでなく併せて實質が硬固となつて、その被膜は固着して剥離し難く、これを切開すると、殊に皮質で変化が強い。これを顕微鏡で観察すると、上皮細胞は完全に壊死に陥つて、『マルピギー小体』も

また必ず縮小している。もし、この疾患に罹つた腎臓を解剖して見れば、同時に三つの期を併発するものが、時々認められる。即ち、一部にうっ血があり、一部に脂肪變性があり、一部に萎縮を來したものがこれである。ただし、順次に經過して、第3期になつてくるものは非常に少なく、多くは、第2期に於いて死亡するのが普通である。」

『原因』

第一皮膚ノ胃寒、即チ衣服ノ湿潤、及ヒ諸他ノ冷湿ニ感スルニ由ル。故ニ寒地ニ於テハ殊ニ多ク、荷蘭ノ如キハ浣婦、舟子、漁夫等ノ之レニ罹ル者多シ。

第二鋭烈ナル飲料ヲ過用スルニ由ル。是レ直ニ腎臓ヲ刺戟スルノ致ス所ニモ、垂ル個兒ヲ飲メハ利尿頻數ナルヲ以テ徵ス可シ。

第三間歇熱ニ繼發スル1有り。蓋シ頑固ナル間歇熱ニモ、規尼涅及ヒ砒石ヲ與フルモ寸功ナク、遂ニ貧血ニ陥リ水腫ヲ發シテ死スル者ハ、貌麗篤病ヲ發スルニ由ル者トス。

第四猩紅疹ハ腎臓病ヲ誘發スル1多シ。但シ加答流症ヲ發スル1尤モ多ク、貌麗篤病ハ之レニ次ク。貌麗篤病ヲ發スル者ハ、恐クハ猩紅疹ヲ誤治スルニ由テ然ルナラン。

第五燐及ヒ砒石ノ中毒ニ由ル者アリ。

第六膿性腎炎及ヒ腎加答流ヲ發スル者ト同一ノ原因ニモ、尤モ劇シケレハ貌麗篤病ヲ發スル1有り。喩ヘハ膀胱加答流、尿道狭窄、攝護腺肥大等ニ因スル者ノ如シ。」

『原因』

第一、皮膚が寒さにさらされること、即ち、衣服が濡れているとか、その他、冷たさや湿気を感じることによる。従つて、寒い地方では特に多く、オランダの場合には、洗濯をする女性、船頭、漁師などが、この疾患に罹ることが多い。

第二、刺激の強い飲み物を飲み過ぎることによる。これは、直接、腎臓を刺激するもので、アルコールを飲めば、排尿が頻回となることで理解できるであろう。

第三、間欠熱に続発することがある。一般に、治り難い間欠熱で、キニーネおよび砒石を投与しても少しも効果なく、ついに貧血に陥り、水腫を來して死亡す

るものは、ブライト病を発症したからであるとする。

第四、猩紅熱は腎臓病を誘発することが多い。ただし、カタル性腎炎を起こすことが最も多く、ブライト病がそれに次ぐ。ブライト病を起こすのは、おそらく、猩紅熱の治療を誤ったことによるものであろう。

第五、リンおよび砒石の中毒によるものがある。

第六、化膿性腎炎およびカタル性腎炎を起こすと同一の原因であって、最も激しい場合には、ブライト病を起こすことがある。例えば、膀胱カタル、尿道狭窄、前立腺肥大などに起因するものなどである。」

ここで、「荷蘭」は『オランダ』の当て字である²⁾。また、「浣婦（カンブ）」は『洗濯をする女性』、「舟子（シュウシ）」は『船頭』を意味する³⁾。「砒石」は、天然に存在する鶏冠石などに含まれる硫化砒素(As₂S₃)のことで、透明性のある淡黄色の結晶であり、これは、銀や鉛を採掘する時に、同時に産出することが多いといわれていて、石黄、雄黄などと呼ばれる場合もある^{4, 5)}。

『症候』

此病ヲ急性ト慢性トニ區別ス。急性症ハ胃寒ニ由ル者アリ。或ハ熱性發疹病殊ニ猩紅疹ノ後ニ發スル者アリ。其症タルヤ初メニ惡寒戰慄シ、次ニ發熱ノ體温甚タ亢盛シ、煩渴、不安、皮膚乾燥、食機缺損シ、腎部ノ知覺敏捷ニシテ、之レヲ按スレハ疼痛甚シク、利尿頻數ナレド、其量極メテ少ナク、之レヲ檢スルニ赤色ヲ呈シ、多量ノ蛋白質ヲ含有シテ、其異重大ニ増加ス。若シ此尿ヲ硝子管中ニ靜定スレハ、管底ニ沈堡ヲ生シ、之レヲ顕微鏡ニ照視スレハ、圓柱狀纖維質及ヒ内皮胞、其他血球及ヒ多量ノ尿酸塩ヲ含ム。但シ其血球ハ遊離スル者アリ、或ハ内皮胞ノ外圍ニ附着スル者アリ。且ツ蛋白質ヲ有スルニ甚タ多量ナルカ故ニ、一滴ノ硝酸ヲ加ヘ、之レヲ酒精燈上ニ熱スレハ、其尿凝結シテ殆ト煮熟セル蛋白ノ如シ。而シテ此患者ハ顔面、四肢、若クハ全身ニ水腫ヲ發スル者トス。若シ其經過ノ幸ナル者ニ在テハ、大ニ發汗シテ熱度漸々減退シ、尿ノ分泌モ亦増加シテ、水腫從テ消散ス。但シ其輕快ヲ覺ルニ從テ、尿中ノ血球先ツ消去シ、次ニ蛋白質及ヒ圓柱狀纖維質、内皮胞ノ量漸ク減却ス。此蛋白質ノ全ク消滅スルニ至ルハ、

尋常數週ヲ費ス者ニシテ、或ル症ニ在テハ、一旦消滅スルモ數日ノ後再ヒ顯ハルルニ有リ。故ニ久シキヲ經ルノ際、尿中毫モ蛋白質ヲ見ス、水腫全ク消散シ、外貌自ラ健態ニ復スルニ非サレハ、此病ノ全治ヲ確定スル能ハス。不幸ナル症ニ在テハ、尿ノ分泌殆ト止ミ、二十四時ノ間、僅ニ一食匙許ノ尿ヲ利スル而已。然ルニハ、腦水腫ヲ發シテ昏睡ニ陥リ、劇キ搐掣ヲ發スルニ恰モ癲癇ニ於ルカ如ク、此搐掣屢々反復シテ遂ニ死ニ至ル。又或ハ聲隙水腫、肺炎、若クハ胸膜炎ヲ發シテ死スルニ有リ。或ル症ニ在テハ、諸症稍輕快ヲ覺フト雖モ、全ク回復スルニ至ラス、其尿中ニハ、猶蛋白質及ヒ圓柱狀物ヲ含ミ、横臥スレハ、顔面ニ水腫ヲ發シ、佇立スレハ、足附ニ水腫ヲ發シテ、其症遂ニ慢性ニ轉スルニ有リ。」

『症候』

この病態を、急性症と慢性症とに分類する。急性症は寒冒によるものがある。あるいは、発熱性発疹性疾患、特に猩紅熱の後に発症するものがある。その症状は、初めに悪寒戦慄があつて、次に発熱して体温は非常に上昇し、口渴、不安、皮膚乾燥、食欲不振を來し、腎部の知覚過敏があつて圧痛が強く、尿意は頻数であるが尿量は極めて少なく、それを観察・検査すると、赤色で多量の蛋白質を含み、その比重は増加する。もし、この尿をガラス管に注いで静置すれば、管底に沈殿物を認め、これを顕微鏡で観察すると、円柱状の線維質および上皮細胞、その他、赤血球および多量の尿酸塩を認める。ただし、赤血球には遊離したものもあり、上皮細胞のまわりに付着したものもある。その上、蛋白質が多量にあるので、一滴の硝酸を加え、これをアルコール・ランプの上で加熱すれば、その尿は凝固してほとんど煮立てた蛋白の様になる。そして、この患者は、顔面、四肢あるいは全身に水腫を發症するものである。もし、その経過が幸いな場合には、大量に發汗して熱もだんだん下がって、尿量も増加し、從つて水腫は消退する。ただし、輕快を自覺するに從つて、尿中の赤血球がまず消失し、次に蛋白質と円柱狀線維質、上皮細胞の量がだんだん減少する。この蛋白質が全く消滅するようになるには、普通、數週間かかるもので、症例によっては、一旦消滅しても、數日後に

再び検出されることがある。従って、長期化した場合には、尿中に少しも蛋白質を認めず、水腫が全く消失して、外見上も、自然に健康体に戻っているものでなければ、この疾患の全治を確定することは出来ない。不幸な症例では、尿の排泄がほとんど停止し、24時間で、わずかに茶さじ1杯ほどの尿を出すだけである。その様な時には、脳水腫を来して昏睡に陥り、激しい痙攣を発症するのは、あたかもテンカンの場合の様で、この痙攣はしばしば反復して、ついには死亡することになる。また、声門水腫、肺炎あるいは胸膜炎を起こして死亡することがある。ある症例では、諸症状がやや軽快したと自覚しても、完全に回復しないで、その尿中になお蛋白質および円柱状物を認め、横臥すれば顔面に水腫を来し、長時間立っていれば足の甲の部分に水腫を来して、それはついに慢性症に移行することがある。」

ここで、「消区（ショウボウ）」は『消亡（消失の意味）』を指し、「佇立（チョリツ）」は『長時間立っている状態』を意味する。また、「足附（ソクフ）」は『足の甲の部分』を指す。また、ここで、「數日ノ後再ヒ顯ハルヽル1有リ」は、『數日ノ後再ヒ顯ハルヽ1有リ』の誤植であろう^{3, 6)}。

「慢性症ハ急性症ヨリ轉スル者アリ。或ハ初起ヨリ毫モ急性症ヲ發セサル者アリ。然ル者ニ於テハ、患者自ラ發病ノ時期ヲ悟ラス。其際間々他病即チ肺炎、氣管支炎、若クハ腸加答流ニ罹テ其治ヲ乞ヒ、醫其尿ヲ検査シ、蛋白質ノ混スルヲ見ル1有レハ、始テ診知スル1ヲ得ルナリ。但シ此患者ハ漸ク全身違和ヲ覺ヘ、殊ニ消化機ノ妨碍ヲ生ス。喩ヘハ舌上汚苔、食機缺損、悪心、便秘等ノ如シ。且ツ身體倦怠シテ腰痛ヲ訴ヘ、遂ニ顔面殊ニ下眼瞼、或ハ足附、陰囊等ニ水腫ヲ發シ、貧血ノ為ニ皮膚蒼白色ヲ呈シ、加之粘膜ノ感動大ニ敏捷ト為テ、氣管加答流、或ハ腸加答流ニ罹リ易ク、又胸腔、腹腔及ヒ心囊内ニ、多量ノ漿液ヲ滲漏シ、又利尿ハ常ニ頻數ニシテ、夜間モ穩眠スル能ハス。然レモ利スル所ノ尿量ハ甚タ少ナク、其中ニ多量ノ蛋白質ヲ含ムカ故ニ、通利ノ時大ニ泡沫ヲ生シ、若シ此尿ニ硝酸少許ヲ加ヘテ熱スレハ、試験管中ニ於テ全ク凝結ス、此ノ如ク尿中ニ多量ノ蛋白質ヲ含

ム所以ノ者ハ、『マルピキ』體中ニ於テ血壓ノ増盛スルト、細尿管中ニ於テ尿ノ流通怠慢ナルトニ歸ス。顯微鏡ヲ以テ其尿ヲ照檢スレハ、多量ノ内皮胞ヲ含ミ、其胞圓柱状ヲ為ス者アリ、或ハ遊離スル者アリ。蓋シ此病ノ初期ニ在テハ、尿中ニ混出スル所ノ内皮胞、變常スル者少ナシト雖モ、終期ニ至レハ脂肪ニ變性シテ、胞中ニ粒状或ハ滴状ノ濁ヲ呈シ、固有ノ核ヲ辨スル能ハス。故ニ此顯微鏡検査ニ由テ、其病ノ新舊ヲトスルニ足レリ。其他許多ノ圓柱状纖維質及ヒ血球ヲ混シ、尿素、尿酸、燐酸塩、及ヒ食塩ノ量ハ著シク減少ス。或症ニ在テハ、一回水腫ヲ發スルノ後、諸症荏苒持久シ、漸々貧血ト為テ生力虚耗シ、遂ニ氣管支炎、胸膜炎、或ハ腸加答流等ヲ兼發シテ死ニ歸スル者アリ。又或症ニ在テハ、漿膜腔即チ胸腔或ハ心囊内等ノ滲出物大ニ増加シテ、之レカ為ニ呼吸困難ト為リ、遂ニ肺水腫ヲ發シテ斃ルヽ1有リ。或ハ脳水腫ヲ發シテ頓ニ五官ノ妨碍ヲ來タシ、視官ヲ妨クル1殊ニ甚シクメ視力減乏シ、或ハ全ク失明スル1有リ。之レニ繼テ嘔吐、搐搦及ヒ人事不省ヲ發シ、多クハ二三時間ニ斃ル。或ハ下肢或ハ陰部ノ皮膚ニ、羅斯状ノ炎ヲ發シテ甚シク腫脹シ、其部終ニ壞疽ニ變シ、速ニ下肢ニ蔓延シテ、虚脱ノ為ニ死スル1有リ。若シ經過シテ第三期ニ至レハ、其腎藏必ス萎縮ス。然レモ多クハ第二期ノ際ニ死スルヲ以テ、第三期ノ者ヲ實驗スル1甚タ罕レナリ。且ツ其症候モ亦第二期症ニ異ナル1無キカ故ニ、其患者ノ生存スル時ニ當テハ、腎藏已ニ萎縮ニ罹レルヤ否ヤヲ鑒別スル1能ハサル者トス。」

「慢性症は急性症から移行するものがある。あるいは、初期から少しも急性症を認めない慢性症もある。その様なもの場合には、患者は、自分で発病の時期がわからない。その場合、しばしば他の疾患、即ち肺炎、氣管支炎あるいは腸カタルに罹って、その治療に来て、医師がその尿を検査して、蛋白質が陽性であることがわかれば、初めて診断することが出来るのである。ただし、この患者は、だんだん全身違和感を自覚し、殊に消化機能の障害を来す。例えば、舌上汚苔、食欲不振、悪心、便秘などである。その上、身体倦怠感があつ

て腰痛を訴え、遂に、顔面殊に下眼瞼あるいは足の甲、陰囊などに水腫を来し、貧血のために皮膚は蒼白色を呈し、これに加えて、粘膜が非常に敏感となって、気管カタルあるいは腸カタルに罹りやすく、また、胸腔、腹腔および心嚢腔に多量の漿液を容れ、また、利尿は頻数となるのが普通で、夜間も安眠することが出来ない。しかし、排泄される尿量は非常に少なく、その中に多量の蛋白質を含んでいるので、排尿の時に泡沫を多く作り、もし、この尿に硝酸を少量加えて熱すれば、試験管中にで完全に凝結する。この様に、尿中に多量の蛋白質を含む理由には、マルビギー小体内での血圧が上昇すると、尿細管中の尿の流通が遅延することによる。顕微鏡でその尿を観察すると、多量の上皮細胞を含み、その細胞は円柱状物を形成するものがあり、あるいは遊離するものがある。一般に、この疾患の初期には、尿中に排泄される上皮細胞は変性するものは少ないが、終期になれば、変性・壊死に陥り、細胞質内は顆粒状から滴状の混濁が認められ、固有の細胞核を識別できなくなる。従って、この顕微鏡検査によって、この病態の新旧を占うことが出来る。その他、多くの円柱状線維質および赤血球を混じ、尿素、尿酸、リン酸塩および食塩の量は大きく減少する。ある症例では、一度水腫を発生した後に、諸症状は長い間続き、だんだん貧血となって体力は消耗し、遂に気管支炎、胸膜炎、あるいは腸カタルなどを併発して、死に至るものがある。また、症例によっては、漿膜腔、即ち胸腔あるいは心嚢腔内に、浸出液が非常に増加して、これによって呼吸困難となり、遂に肺水腫を来して死亡することがある。あるいは、脳水腫を発症して、急に五感の障害を来し、視覚を障害する場合は特に強くて視力が減退し、あるいは、完全に失明する場合もある。これに続いて、嘔吐、全身痙攣、および意識消失を来し、多くは2、3時間で死亡する。あるいは、下肢または陰部の皮膚に、発疹形成性の炎症を起こして大きく腫脹し、終いにはその部分は壊疽になって、これが下肢全体に広がって、ショックのために死亡することがある。もし、時間が経って第3期になれば、その腎臓は必ず萎縮する。しかし、多くの場合は、第2期の時に死亡するので、第3期のものを見ることは、非常にまれである。そして、その症候もまた、第2期のものと違いがないので、その患者が生存する場合には、腎臓が自然に萎縮したものかどうかを鑑別することは

出来ないものである。』

『預後』

此病ノ初期ニ於テ、攝生治法其宜キニ適スレハ、治スル者鮮カラスト雖モ、既ニ數月ニ瀰リ第二期ニ轉シテ細尿管ノ多部壞崩セル者ニ在テハ、治ニ就ク者アルヲ無シ。

『治法』

第一期ノ際ニ在テハ、専ラ防炎法ヲ施ス可シ。即チ其人平素強壯ニシテ、腎炎ノ為ニ發熱シ、腰部ニ劇痛ヲ覺ヘ、尿中ニ血液ヲ混スル者ニハ、腰部ニ血角ヲ反復シテ施シ、幼年ノ者ニ在テハ、蝟鍼ヲ貼スルニ宜シ。但シ虚弱家ニハ血角ニ代フルニ乾角ヲ以テス可シ。而シテ其食物ハ刺戟性ノ品ヲ禁シテ、稀薄米粥汁、蔬菜、菓物、若クハ乳汁等ヲ撰用シ、飲料ニハ冷水ノミヲ與ヘ、發熱、疼痛及ヒ血尿ノ全ク止ムルニ至ル迄ハ、牛肉、魚類、鶏卵、葡萄酒等ヲ禁ス可シ。芫菁膏モ亦腎臟ヲ刺戟スルノ害アルヲ以テ、之レヲ腰部ニ貼スルハ宜キ所ニアラス。己ムヲ得サル者ニハ、腰部ニ芥子泥ヲ貼シ、或ハ貫線法ヲ施ス可シ。又初期ノ内服藥ハ腸ニ誘導スルノ品ヲ用ルヲ良トス。故ニ泄瀉ヲ兼サル者ニハ、旃那浸、苦水、或ハ大黃ニ葯刺巴ヲ伍スル者等ヲ用ユ可シ。又皮膚ノ機能ヲ催進スルハ、此治法ニ於テ緊要ノ一事タリ。何トナレハ發汗愈々多ケレハ尿ノ分泌愈々減シ、之レヲ以テ腎ノ機能ヲ休止セシムレハナリ。而シテ發汗療法中殊ニ温浴法ヲ施スヲ妙トス。其法初ハ大抵三十五度（攝氏）ノ温湯ニ浴セシメ、漸々其中ニ熱湯ヲ加ヘテ四十度或ハ四十四五度ニ至ラシメ、入浴スル1半時間、出浴後直ニ毛布（フラスル）ヲ以テ全身ヲ被覆スル1二三時、淋漓トシテ發汗セシム可シ。但シ此浴法ハ體力強壯ノ人ニ非サレハ施ス可カラス。若シ虚弱ノ人ニ之レヲ施セハ、愈々衰弱ヲ促カス者トス。總テ此患者ハ遽ニ皮膚ヲ冷ス1有レハ、腎ニ充血ヲ發シ易キカ故ニ、時季ノ寒温ニ拘ハラズ、常ニ毛布ノ襦衣ヲ着セシメ、初期ノ際ハ、内服ニ王水里母奈埜、加密列浸、若クハ陀弗兒散ヲ與ヘ、己ニ水腫ヲ發スル者ニハ、醋酸加里（一日ノ量ヲ半ヲトス）、或ハ實芩答里斯末（毎服一氏一日四回）ヲ與フ可

シ。若シ第二期ニ轉スルキハ、瀉血法ヲ施スモ効ナキ而巳ナラス、反テ水腫ヲ増加スルノ弊アリ。何トナレハ、瀉血法ハ血液ヲ稀薄ナラシムルニ由ル。故ニ腰痛アル者ニハ、時々乾角ヲ施ス可シ。且ツ此期ニ於テハ、務メテ榮養機能ヲ復良スルヲ要ス。是レ絶ヘス蛋白質ヲ失ヒ、生力漸々虚耗スレハナリ。而シテ此病ハ未タ特効藥ト稱ス可キ者アラサルカ故ニ、妄リニ諸多ノ藥劑ヲ過用シ、消化機ヲ抑遏ス可カラス。唯宜シク有力ノ滋養食餌、即チ牛肉、魚類、鶏卵、乳汁等ヲ與ヘ、身體ヲ温護シ、開豁氣中ニ於テ適宜ノ運動ヲ命シ、寒冷卑濕ノ地ヲ避ケテ、暖和高燥ノ處ニ移住セシム可シ。而シテ刺戟藥ヲ禁シ、收斂藥ヲ與フ可シ。之レニ由テ多クハ尿中ノ蛋白質ヲ減スル者トス。即チ單寧（一ろ）、蘆薈（一匁）ニ蘆根越幾斯（適量）ヲ和シテ、百二十九丸ト為シ、毎服四丸一日三回、或ハ没食子酸（毎服三氏乃至五氏一日三回）、或ハ鉛糖（毎服一氏一日三回）ヲ與ヘ、其他刺戟尼亞、吉納、槲皮煎ノ類モ亦可ナリ。然レモ、消化不良ヲ兼ル者ハ、此等ノ收斂藥ヲ與フ可カラス。宜シク制酸藥ニ苦味藥ヲ伍用ス可シ。喩ヘハ麻偏涅失亜若クハ蠟蛄石ニ番木鱉越幾斯ヲ伍シ與ヘ、或ハ幾那皮煎ニ番木鱉丁幾ヲ加ヘ用ユ可シ。或ハ硝酸里母奈垵ヲ與フルモ亦良ナリ。下利ヲ發スル者ニハ、阿芙蓉ニ鉛糖、單寧、阿仙藥、若クハ格綸撲ヲ伍用ス可シ。又時トメハ、頑固ノ嘔吐ヲ發スル一有リ。然ル者ニハ、莫尔非涅ニ硝酸蒼鉛ヲ伍用シ、功ナキ者ニハ、氷丸ヲ與ヘ、或ハ結列屋曹篤（一二滴）ヲ老利尔水ニ和シ與ヘ、胃部ニ韃布ヲ貼ス可シ。又貧血ヲ治スルニハ、銹劑即チ塩酸鐵丁幾（半ろ乃至一ろヲ一日量トス）、醋酸鐵丁幾、乳酸鐵、枸橼酸銹、若クハ銹劑ニ規尼涅ヲ加フル者等ヲ用ユ可シ。若シ以上ノ諸劑ヲ用ユルモ、其症輕快ヲ覺ヘス、水腫猶漸次ニ増加スル者ニハ、利尿劑或ハ下劑ヲ投メ水腫ヲ抑制セサル可カラス。然レモ此劑ハ消化機ヲ妨碍シ、大ニ衰弱ヲ促スノ弊アルカ故ニ、己ムヲ得サルニ非サレハ用ユ可カラス。利尿劑ハ植物性ノ者ヲ尤モ良トス。喩ヘハ海葱ニ實芩答里斯ヲ伍シ用ユルカ如シ。其方海葱根、實芩答里斯（各一匁）ニ蘇甘没扱謨（十五氏）

ヲ加ヘテ二十九丸ト為シ、毎服一丸一日三回乃至五回、又杜松子浸（八ろ）ニ醋酸剝篤耶斯（一ろ）或ハ醋酸安母尼亞（一ろ）ヲ加ヘ用ヒ、或ハ硝石（一ろ）ニ酒石英（半ろ）若クハ酒石酸蓬砂（半ろ）ヲ伍用シ、兼テ白葡萄酒若クハ罷爛地ヲ水ニ和シ與フ可シ。又下劑ニハ格碌董篤若クハ藤黃ヲ用ルニ宜シ。即チ格碌董篤（二ろ）ヲ煎出シテ六ろノ液ヲ取り、一日四回一食匙、格碌董篤丁幾ハ一日三回二十滴、藤黃ハ一氏ヲ一丸ト為シ一日三回一丸乃至數丸。或ハ酒石英（一ろ）、藤黃（三氏乃至九氏）ヲ研和シテ三包ト為シ、一日三回一包。或ハ越刺の瑠謨（六分氏一乃至四分氏一）ヲ頓服セシムル一有リ。此藥ハ下泄ノ功著シト雖モ、コレカ為ニ嘔吐ヲ發スル者多シ。以上ノ如キ利尿、下泄ノ諸劑モ亦功ナク、水腫愈々増加シ、強ク緊張シテ壞疽ニ陥ント欲スル者ニ於テハ、皮膚ノ數處ヲ淺ク截開シテ、以テ緊張ヲ防ク一有リ。此截開ハ互ニ近接セシム可カラス。然ラサレハ反テ壞疽ヲ促カスノ害アリ。之レヲ施ス後ハ、石炭酸水或ハ格魯兒水ヲ以テ時々創口ヲ洗滌ス可シ。但シ可及的壓搾繃帶ヲ施シ、且ツ其部ヲ擡舉シテ其緊張ヲ防キ、截開法ハ妄リニ施サ、ルヲ良トス。下肢ニ於テハ殊ニ然リ。」

『予後』

この疾患の初期には、食事節制療法が適切であって、治癒するものも少なくないが、既に数カ月を經過して、第2期に入ると、尿細管が広範囲で崩壊したもので、治癒に向かうものはない。

『治療法』

第1期の場合には、もっぱら、抗炎症療法を施行しなさい。即ち、その人が、普段、強壯であって腎炎のために発熱し、腰部に激痛を自覚し、尿中に血液を混じるものには、腰部に血角を反復して施行し、幼年者の場合には、蝟鍼を当てるのがよい。ただし、虚弱者には、血角の代わりに乾角を施さなければならない。そして、その食べ物は、刺激性のあるものを禁止して、薄い米粥汁、野菜、果物、又は乳汁などを選んで用い、飲料には冷水だけを与え、発熱、疼痛および血尿が完全になくなる迄は、牛肉、魚類、鶏卵、ぶどう酒などを禁止しなさい。カンタリス膏もまた、腎臓を刺激す

る害があるので、これを腰部に貼るのはよろしくない。やむを得ない場合には腰部に芥子泥を貼り、あるいは貫線法を行いなさい。また、初期の内服薬は、腸に誘導するものがよろしい。従って、下痢を併発していないものには、センナ浸、苦水、あるいは大黄にヤラツパを混ぜたものなどを使用しなさい。また、皮膚の機能を亢進させるには、この治療法に於いて重要なことでもある。何故ならば、発汗が多ければ多いほど、尿の分泌は減少し、これによって腎の機能を休ませることが出来るからである。そして、発汗療法の中では、特に温浴法を行うのがよいものである。その方法は、初めはおよそ35度（セッシン：℃）の温湯に入れ、だんだんその中に熱湯を加えて40度あるいは44～45度に上げ、入浴すること30分、出浴後は直ぐに毛布（フランネル）で全身を2～3時間おおい、汗がしたたるようにしなさい。ただし、この温浴法は、体力が強壮の人でなければ行つてはならない。もし、虚弱な人にこれを行うと、だんだん衰弱を促進させるものである。一般に、この患者は、急に皮膚を冷やすことがあれば、腎にうっ血を来しやすいので、時節の寒温にかかわらず、常に毛布に肌着を着せ、初期には、内服として王水リモナーデ、カミツレ浸、あるいはドーフル散を与え、水腫を来した者には、酢酸カリウム（1日の量を1/2ドラムとする）、あるいはジギタリス末（毎服1グリーン、1日4回）を投与しなさい。もし、第2期に入った場合には、瀉血法を行うのは、効果がないだけでなく、かえって水腫を増強する弊害がある。何故ならば、瀉血法は血液を希薄にさせるからである。従って、腰痛がある者には、時々乾角を施行しなさい。その上、この時期では、栄養状態を改善するのに努力する必要がある。これは、絶えず蛋白質を失い、生力がだんだん消耗するからである。そして、この疾患は、未だ特効薬と言うべきものがない為に、みだりに諸種多種の薬剤を使用して、消化器機能を抑えてはならない。ただ、効果的な栄養食餌、即ち牛肉、魚類、鶏卵、乳汁などを与えて、身体を温護し、空気の良い場所で適当な運動をさせ、寒冷多湿の所を避けて、暖和乾燥の所に移住させるのが良い。そして、刺激薬を止めて、収斂薬を与えなさい。これによって、多くの場合には、尿中の蛋白質は減少するものである。即ち、タンニン（1ドラム）、アロエ（1匁）にアシの根エキス（適量）を混和して120丸とし、毎服4丸を1日3回、あるい

は没食子酸（毎服3グリーンから5グリーン、1日3回）、あるいは鉛糖（毎服1グリーン、1日3回）を投与し、その他ラタニア、キナ、槲皮煎の類も又良い。しかし、消化不良を併発する者は、これらの収斂薬を与えてはならない。上手に制酸薬に苦味薬を配合しなさい。例えば、マグネシア或いはらっこ石に番木鱉チンキを配合して投与し、あるいはキナ皮煎に番木鱉チンキを加えて使用しなさい。また、硝酸リモナーデを投与するのもよろしい。下痢を発症した者には、阿芙蓉に鉛糖、タンニン、阿仙薬、あるいはコロポを配合して使用しなさい。また、時には、頑固な嘔吐を起こすことがある。その様な者には、モルヒネに硝酸ピスマスを配合したものを使用し、効果がなければ水丸を与え、あるいはクレオソート（1、2滴）をロウレル水に混ぜて与え、胃部にパップを貼りなさい。また、貧血を治すには、鉄剤即ち塩酸鉄チンキ（1/2ドラムから1ドラムを1日量とする）、酢酸鉄チンキ、乳酸鉄、クエン酸鉄、あるいは鉄剤にキニーネを加えたものなどを使用しなさい。もし、以上の諸剤を使用しても、その症状が軽快せず、なお水腫がだんだん増強する者には、利尿剤あるいは下剤を投与して、水腫を抑制しなければならない。しかし、それらの薬剤は消化機能を障害し、大いに衰弱を促進させる弊害があるので、やむを得ない場合でなければ使用してはならない。利尿剤は植物性のものが最も良い。例えば、海葱にジギタリスを配合して使用するなどである。その処方は、海葱根、ジギタリス（各1匁）に、スカンモニウム（15グリーン）を加えて20丸を作り、毎服1丸、1日3回から5回投与し、また、杜松子浸（8オンス）に、酢酸ポタシウム（1ドラム）或いは酢酸アンモニウム（1ドラム）を加えて使用し、あるいは硝石（1ドラム）に酒石英（1/2オンス）もしくは酒石酸蓬砂（1/2オンス）を配合して使用し、併せて、白ぶどう酒か罷爛地を水に混ぜて与えなさい。また、下剤には、コロキントもしくは藤黄を使用するのがよろしい。即ち、コロキント（2ドラム）を煎出して、6オンスの液を採り、1日4回、1食匙ずつとし、コロキントチンキは1日3回、20滴ずつとし、藤黄は1ドラムを1丸にして、1日3回1丸から数丸ずつとし、あるいは、酒石英（1ドラム）、藤黄（3グリーンから9グリーン）を研和して3包を作り、1日3回1包ずつ与える。あるいは、エラテリウム（1/6グリーン

から1/4グリーン)を頓服させることもある。この薬は瀉下効果が著しいが、この為嘔吐を起こす者が多い。瀉下の諸剤も又効果がなくて、水腫がだんだん増強し、皮膚が強く緊張して壊疽に陥る傾向のものには、数カ所を浅く切開して、それによって緊張を防ぐことがある。この切開創は、互いに接近させてはならない。そうしないと、かえって壊疽を促進させてしまう弊害がある。これを実施した後は、石炭酸水あるいはクロール水で、時々創口を洗浄しなさい。ただし、なるべく圧搾包帯を使用して、また、その部分をつり上げて緊張を防いで、切開法はみだりに施行しない方がよい。下肢の場合には特にそうである。

ここで、「血角」、「蝟鍼」、「乾角」は、いずれも、『局所性吸引装置(すいだま等)』を指し、血液、膿液、浮腫液などを体外に排出する器具(装置)を指す⁷⁾。また、「芥子泥」は十字花科植物の『アブラナ(Brassica)』の種子から採れる油脂で、シニグリン($\text{KC}_{10}\text{H}_{16}\text{NO}_9\text{S}_2 \cdot \text{H}_2\text{O}$)などの配糖体を含み、皮膚刺激薬、鎮痛薬として利用される⁴⁾。また、「苦水」は『苦扁桃水(Aqua amygdalae amarae)』を指し、これは、苦扁桃油1mlに水1,000mlを加えたものである。苦扁桃油はバラ科植物の『苦扁桃(Prunus amygdala)』の種子から採れるもので、アミグダリン($\text{C}_6\text{H}_5\text{CH}(\text{CN}) \cdot \text{C}_{12}\text{H}_{21}\text{O}_{10}$)、マンデル酸($\text{C}_7\text{H}_7\text{OCOOH}$)などを含む。苦味性健胃剤、尿路消毒剤として利用された⁴⁾。「大黄」はタデ科の植物の『ダイオウ(Rheum palmatum)』を指し、その根茎には、センノシド($\text{C}_{21}\text{H}_{20}\text{O}_{10}$)、エモジン($\text{C}_{15}\text{H}_{10}\text{O}_5$)、ラタンニン($\text{C}_{10}\text{H}_{13}\text{O}_3\text{N}$)などが含まれ、瀉下剤、抗炎症剤として利用される⁸⁾。

また、「フラシル」は『フランネル(Flannel)』のことで、これは、紡毛糸で荒く織ったやわらかい布を指し、『ネル』ともいう。「襯衣」は『ねまき、シャツ(下着)』を指す。「淋漓」は『たらたら、だらだらと、多量の汗がしたたり落ちる様』である。「開豁氣中ニ於テ」とは『空気のよく通る場所で』の意味である。

また、「挖弗兒散」は『ドーフル散』の当て字である。これは、イギリスの内科医のThomas Dover(1660-1742)が、発汗剤として、アヘン末100g、トコン細末100g、乳糖または硫酸カリウム細末800gからなる散剤を考案して使用したことから始まる。感冒、腸カタルなどに使用された。阿片吐根散ともいう⁹⁾。また、「蘆根」はイネ科植物の『アシ(ヨシ:Phragmites

communis)』の根茎で、アスパラギン($\text{C}_4\text{H}_5\text{O}_3(\text{NH}_2)_2$)など、蛋白質を含み、利尿剤、解熱剤として使用された。「鉛糖」は『Sugar of lead』を指し、これは、『酢酸鉛:Pb(CH_3COO) $_2 \cdot 3\text{H}_2\text{O}$]の白色結晶物で、その1~2%溶液は強い収斂作用がある。「吉納」は『キナ(Cinchona)』の当て字で、『幾那』を当てる場合もある^{10, 11, 12)}。また、「蝨蛄石」は『らっこ石』を指し、これはザリガニの胃の中に来る結石で、炭酸カルシウム、りん酸カルシウム、キチン質を含み、胃酸中和剤として使用された。シーボルト(Philipp Franz Balthasar von Siebold:1796-1866)が好んで使用したといわれる¹³⁾。また、「番木鱉(バンモクベツ)」はフジウツギ科植物の『ホミカ(Strychnos nuxvomica)』の成熟種子を指し、これには、ストリキニン($\text{C}_{21}\text{H}_{22}\text{N}_2\text{O}_2$)、ブルシン($\text{C}_{23}\text{H}_{28}\text{N}_2\text{O}_4$)、ボミシン($\text{C}_{22}\text{H}_{24}\text{N}_2\text{O}_4$)などのアルカロイドが含まれ、苦味健胃薬、鎮痛薬として利用される。現在、中枢神経興奮剤の硝酸ストリキニーネの製造原料にもなっている¹⁴⁾。

また、「王水里母奈埤」は『王水リモナーデ』の当て字で、これは、王水5ml、単シロップ80mlに水適量を混合したものである。王水は濃硝酸1に濃塩酸3の割合で混合したものである。同様に、「硝酸里母奈埤」は、『硝酸リモナーデ』の当て字であり、希硝酸5ml、単シロップ80mlに水適量を混合したものである。「リモナーデ(Limonade:Lemonade)」は『レモン水』を意味し、解熱剤として使用された¹¹⁾。

また、「阿芙蓉」は『アヘン(Opium)』のことで、これは、ケシ科植物の『ケシ(Papaver somniferum)』の未熟果皮から採れる液汁を乾燥したものである。これには、モルヒネ($\text{C}_{17}\text{H}_{18}\text{NO}_3 \cdot \text{H}_2\text{O}$)、コデイン($\text{C}_{18}\text{H}_{21}\text{NO}_3$)、テバイン($\text{C}_{19}\text{H}_{23}\text{NO}_3$)、パパベリン($\text{C}_{20}\text{H}_{21}\text{NO}_4$)、ナルコチン($\text{C}_{22}\text{H}_{23}\text{NO}_7$)、ナルセイン($\text{C}_{23}\text{H}_{27}\text{NO}_8 \cdot 3\text{H}_2\text{O}$)などが含まれ、中枢神経刺激薬、鎮痛薬、麻酔薬などとして利用される¹⁵⁾。また、「阿仙薬」はアカネ科植物の『カギカズラ(Uncaria Gambir)』を指し、これはタンニン酸を含み、収斂剤として使用される。「格綸撲」はツヅラフジ科植物の『コロombo(Jateorrhiza calumbo)』の根を乾燥したもので、コロンビン($\text{C}_{21}\text{H}_{24}\text{O}_7$)、ヤトロジン($\text{C}_{20}\text{H}_{21}\text{O}_5$)などを含み、苦味性健胃薬として使用された。「硝酸蒼鉛」は『硝酸ビスマス:Bi(NO_3) $_2 \cdot 5\text{H}_2\text{O}$]』を指し、これは腸管壁に吸着して保護層を作るため、水分の吸

収を抑制して下痢を起こす作用がある¹⁶⁻¹⁸⁾。

また、「結列屋曹篤」は『クレオソート (Creosote)』の当て字で、これは木タールを乾留して得られる、石炭酸 (C₆H₅OH)、クレゾール (C₇H₇OH)、グアヤコール (C₇H₅O₂) を主成分とする混合物であり、消毒薬、防腐剤などとして利用される^{19, 20)}。また、「老利尔水」は『ロウレル水』で、これは、バラ科植物の『セイヨウバクチノキ (Prunus laurocerasus)』の葉を煎じた液を指す。佐薬として使用された。「枸橼酸鉄」は『クエン酸鉄 (Ferrum citricum)』を指し、鉄剤として貧血治療に用いられた^{4, 21)}。

「蘇甘没扱謨」は『スカンモニウム (Scammonium)』の当て字で、これは、ヒルガオ科植物の『スカモニア (Convolvulus scammonia)』の根のアルコールエキスで、スカモニン (C₃₅H₅₆O₁₆) を含み、瀉下剤として利用された。「蓬砂」は『硼砂 (ほう砂, Borax)』を指す。これは、ほう酸ナトリウム (Na₂B₄O₇·10H₂O) を99%以上含む物質であり、消毒、防腐剤として使用される。また、「格魯児水」は『クロール水 (Aqua

chlorata)』の当て字で、これは0.4~0.5%の塩素を含む水を指し、防腐・消毒に使用された^{22, 23)}。

「越刺的瑠謨」は、ウリ科植物の『エラテリウム (Ecballium elaterium)』の当て字で、これはニガウリの一で、その未熟果実から得られる漿液を乾燥させたものは強力な駆水性下剤である²²⁾。

『第四 腎澱粉變性』

腎藏ニ於テモ亦肝及ヒ脾ニ於ルカ如ク、其組織ニ澱粉變性ヲ發スル1有リ。之レニ沃顛ヲ注ケハ青色ニ變スル1澱粉ニ異ナラス。蓋シ此變性ハ先ツ小血管、殊ニ『マルピキ』體中ノ小動脈壁ニ發シ、漸々大ナル動脈及ヒ毛細管ニ累及シテ、其壁ニ肥厚ヲ來タシ、管内狭窄シテ遂ニ全ク閉鎖スルニ至リ、之レカ為ニ細尿管ノ内皮胞ハ血液ヲ受容スル1能ハス、以テ脂肪變性ヲ來タス1、眞ノ貌麗篤病ニ於ルカ如シ。然ルキハ、内皮胞中ニ脂肪粒ヲ充填シテ、全ク固有ノ形状ヲ失フ者トス。又或症ニ於テハ、細尿管壁及ヒ

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|------------------------|------------------------|-----------------------|----------------------|------------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|
| 加シ、強ク緊張シテ壞疽ニ陥ント欲スル者ニ於 | テハ、皮膚ノ數處ヲ淺ク截開シテ、以テ緊張ヲ防 | ク1有リ、此截開ハ互ニ近接セシム可カラズ、然 | ラサレハ反テ壞疽ヲ促カスノ害アリ、之レヲ施 | ス後ハ石炭酸水或ハ格魯児水ヲ以テ時々創口 | ヲ洗滌ス可シ、但シ可及的壓搾繃帶ヲ施シ、且ツ | 其部ヲ擡舉シテ其緊張ヲ防キ、截開法ハ要リニ | 施サ、ルヲ良トス、下肢ニ於テハ殊ニ然リ、 | 第四腎澱粉變性 腎藏ニ於テモ亦肝及ヒ脾ニ於 | ルカ如ク其組織ニ澱粉變性ヲ發スル1有リ、之 | レニ沃顛ヲ注ケハ青色ニ變スル1澱粉ニ異ナ | ラス、蓋シ此變性ハ先ツ小血管殊ニマルピキ體 | 中ノ小動脈壁ニ發シ、漸々大ナル動脈及ヒ毛細 | 管ニ累及シテ、其壁ニ肥厚ヲ來タシ、管内狭窄シ | テ遂ニ全ク閉鎖スルニ至リ、之レカ為ニ細尿管 | ノ内皮胞ハ血液ヲ受容スル1能ハス、以テ脂肪 | 變性ヲ來タス1、眞ノ貌麗篤病ニ於ルカ如シ、然 | ルキハ内皮胞中ニ脂肪粒ヲ充填シテ全ク固有 | ノ形状ヲ失フ者トス、又或症ニ於テハ細尿管壁 | 及ヒ其内皮胞ニ澱粉變性ヲ發シテ肥厚スル1 |
|-----------------------|------------------------|------------------------|-----------------------|----------------------|------------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|

図2 貌麗篤病 (第四 腎澱粉變性)

其内皮胞ニ澱粉變性ヲ發シテ、肥厚スル1アリ。總テ此症ニ罹レル腎臟ハ著シク増大シ、皮様質部ニ於テハ殊ニ甚シ。若シ之レヲ截テ薄片ト為シ、顯微鏡下ニ照檢スレハ、『マルピキ』體中ノ血管大ニ肥厚スルヲ見ル。而メ之レニ少量ノ沃顛ヲ注ケハ赤色ヲ顯ハシ、更ニ少量ノ硫酸ヲ注ケハ其赤色變シテ紫色或ハ青色ト為ル。』

「『第四 腎澱粉變性』

腎臟に於いても、肝および脾の場合のように、その組織にデンプン變性を起こすことがある。これにヨードを注げば、青色に変化するものは、デンプンと異ならない。一般に、この變性はまず小血管、特に『マルピギー小体』中の小動脈壁に發生し、だんだん大型の動脈及び毛細血管に波及して、その壁の肥厚を來し、管腔が狭窄して、遂に完全に閉塞するまでになり、その為、尿細管の上皮細胞は血液を受け取ることが出来なくなるので、壊死を來すのは眞のブライト病の場合と同様である。その様な時は、上皮細胞内に、脂肪顆粒が充滿し、本来の形状を全く失うものである。また、ある症例では、尿細管壁および上皮細胞にデンプン變性が起り、肥厚することがある。一般に、本症に罹った腎臟は、大きく腫大して、皮質部に於いては、特に甚だしい。もし、これを切除し薄片を作製して顯微鏡で觀察すると、『マルピギー小体』内の血管は大きく肥厚しているのが認められる。そして、これに少量の硫酸を注げば、その赤色は紫色あるいは青色に変わる。』

この項は『デンプン變性』についての記載である。これは、1845年、ウィルヒョウ (Rudolf Ludwig Karl Virchow: 1821-1902, ドイツ病理学者) によって提唱された病的變化で、細胞・組織の變性・沈着状態の一つであるが、古典的には、その沈着物質は、ヨード反応が陽性であった為、『デンプン又はデンプン様物質』と考えられた。現在、この物質は『アミロイド (Amyloid)』と呼ばれ、コンゴー・レッド染色で淡赤色に染まり、それを偏光顯微鏡で觀察すると緑色の螢光を發するので、蛋白質の變性したもの (異常蛋白) と考えられている。種々の疾患や加齢の場合などで、全身の細胞・組織に広く認められる物質である²⁴⁾。

「『原因』

此症ハ健康ノ人ニ發スル1無ク、多クハ肺勞、

黴毒、間歇熱ノ後、或ハ骨瘍、骨疽 (殊ニ膝關節ノ骨疽) ノ為ニ久シク膿ヲ排泄スル者ニ發シ、且ツ腎臟ノミニ特發セス、肝、脾、及ヒ腸粘膜ニモ併發スル者トス。

「『症候』

症候ハ眞ノ貌麗篤病ニ異ナル1無シ。即チ尿中ニ蛋白質ヲ混シ、貧血及ヒ水腫ヲ來タシ、其尿ヲ顯微鏡下ニ照檢スレハ、圓柱状内皮胞ノ存スルヲ見ル。

「『診断』

此症ヲ診断スルニハ、其患者ノ平素健康ナルヤ否ヤヲ訊問セサル可カラス。何トナレハ健康ナル人ニメ頓ニ此病ヲ發スル1無ク、多クハ黴毒、肺勞、若クハ骨疽等ニ罹レル人ニ發スル者ナレハナリ。故ニ健康ナル人、其尿中ニ頓ニ蛋白質ヲ混スル1有レハ、貌麗篤病タルヲ知り、久シク他病ヲ患ヘシ人ニ於テ、尿中ニ蛋白質ヲ混スレハ、此症タルヲ確定ス可シ。其他貌麗篤病ニ於テハ、其尿稀薄ニメ蒼白色ナレハ、此症ニ於テハ、暗褐色ヲ呈スルヲ常トス。

「『預後』

預後ハ必ス不良ニメ、治ニ就ク者アル1無シ。

「『治法』

治法ハ大抵貌麗篤病ニ異ナラス。宜シク滋養食餌ヲ與ヘ、兼テ肝油、幾那皮、若クハ鐵劑ヲ撰用シ、黴毒ニ罹レル者ニハ沃度加里ヲ用ユ可シ。』

「『原因』

この疾患は、健康の人に起こることはなく、多くは、慢性肺疾患、梅毒、間欠熱の後、あるいは、骨瘍、骨疽 (特に股関節の骨疽) によって、長期間、膿を排泄する者に発症し、また、腎臟だけに起こらないで、肝、脾、及び腸粘膜にも併発するものである。

「『症候』

症候は、眞のブライト病と違いはない。即ち、尿中に蛋白質の排出を認め、貧血および水腫を來し、その尿を顯微鏡で觀察すると、円柱状の上皮細胞の塊が存在するのが認められる。

「『診断』

この疾患を診断するには、その患者が普段、健康であるかどうかを問診しなければならない。何故ならば、健康な人に、突然、この疾患が発症することはなく、

多くは、梅毒、肺疾患、骨疽などに罹患した人に、発症するものであるからである。従って、健康な人が、その尿中に、突然、蛋白質が混出することがあれば、ブライト病であることを考え、長期間、他の疾患に罹患している人で、尿中に蛋白質を混じる場合には、本疾患であることを確定しなさい。その他、ブライト病の場合には、その尿は希薄であって蒼白色であるが、本疾患の場合には、暗褐色を呈するのが普通である。

『予後』

予後は、必ず不良であって、治癒に向かう者はない。

『治療法』

治療法は、ブライト病の場合と大きな違いはない。滋養のある食餌を与えて、あわせて、肝油、キナ皮、あるいは鉄剤を選んで用い、梅毒に罹っているものには、ヨードカリを使用しなさい。」

ここで、「黴毒」は『梅毒』の旧名であり、「沃度加里」は『ヨードカリ (KI)』の当て字である^{25, 26)}。

(八) 腎藏萎縮

「此症ハ細尿管間ノ結締織増殖シテ漸々収縮スルカ為ニ發スル者ニテ、腎ノ表面ニ凹凸ヲ呈シ、甚キハ深キ截痕ヲ生スル者アリ（即チ肝藏萎縮ノ条下ニ論スル所ノ肝藏ニ於ルカ如シ）。且ツ其外膜ハ皮様質ニ固着シテ剥離シ難ク、腎組織ハ硬結シテ皮様質ハ殊ニ縮蹙シ、末期ニ至リテハ、其腎減小シテ、甚キハ常容ノ三分一ト為ル者アリ。或ハ結締織収縮ノ為ニ、血管壁及ヒ細尿管壁ニ壓迫ヲ受ケテ、内皮胞ノ滋養ヲ遏絶シ、遂ニ脂肪變性ヲ發シテ、漸々剥脱シ、尿ニ從テ排泄ス。其排泄スルヤ、固有ノ形状ヲ存スル者アリ、或ハ圓柱状ヲ為ス者アリ。而シテ此病ハ腎ノ全部ニ蔓延スル有リ、或ハ其一部ノミニ止マル者アリ。往古ハ、此腎藏萎縮ヲ以テ、貌麗篤病ノ末期ト為セリ。或症ニ於テハ、此説ノ信據ス可キカ如キ者アリト雖モ、貌麗篤病ナル者ハ、多クハ第二期ノ際ニ死スルカ故ニ、腎藏ノ萎縮ヲ發セシ者ヲ實驗スルニ甚タ少ナク、加之必ス他病ノ為ニ發スル者ニテ、其症候モ亦全ク貌麗篤病ニ同シカラス。」

「この疾患は、尿細管間の結合組織が増加して、だん

だん収縮する為に起こるものであって、腎臓の表面に凹凸を形成し、甚だしい場合には、深い切痕陥凹を作るものもある（即ち、肝臓萎縮の項に記載した、肝臓の場合と同様である）。また、その被膜は皮質に固着して剥離し難く、腎組織は硬化して、特に皮質は萎縮し、末期になるとその腎臓は縮小して、甚だしい時には、普通の大きさの3分の1になるものもある。その上、結合組織の収縮の為に、血管壁及び尿細管壁が圧迫を受けて、上皮細胞は栄養が枯渇し、遂に、脂肪變性に陥ってだんだん剥離し、尿と共に排泄される。その排泄物は固有の形態を保つものもあり、あるいは円柱状を呈するものもある。そして、この疾患は腎臓全体に広がることもあり、或いは一部だけにとどまることもある。古くは、この腎臓萎縮を、ブライト病の末期としていた。症例によっては、この説が信頼できるような場合もあるが、ブライト病と言うのは、第2期の時に死亡するケースが多いので、腎臓の萎縮を発現したものを実際に見ることは非常に少なく、その上、この疾患は必ず別の疾患から起こるものなので、その症候も又、ブライト病と全く同じではない。」

ここで、「縮蹙（シュクシュク）」は、「縮」も「蹙」も『ちぢまる、せまくなる』を意味する語である。また、「信據」は『信頼』の意味である²⁷⁾。

『原因』

原因ハ著明ナラス。過酒、痛風、癩麻質私等ヨリ來ルノ説アレモ、果シテ然ルヤ否ヤヲ知ラス。

『症候』

此患者多クハ其身ノ腎藏病ニ罹レルヲ悟ラス、常ニ他患ニ就テ醫治ヲ乞ヒ、其醫偶然尿中ノ蛋白質ヲ檢出シテ此病タルヲ知り得ル者トス。且ツ此病ノ經過ハ甚タ緩慢ニテ、數年ノ後始テ諸症候ヲ發現シ、彼貌麗篤病ノ如ク、速ニ水腫ヲ發スルニ無シ。又此病ニ於テハ、其尿量減少セス、反テ増加スル者多キカ故ニ、動モスレハ密尿病ト誤認スルニ有リ。又貌麗篤病ニ於テハ、尿ノ異重増加スレモ、此病ニ在テハ、其異重大ニ減シ、混出スル所ノ蛋白質モ亦貌麗篤病ニ於ルカ如ク多カラス。又血液ノ混スルニ無ク、且ツ圓柱状ノ内皮胞及ヒ纖維質ヲ含マス、時トモハ水腫ノ發スルニ有レモ、決シテ劇甚ナルニ至ラス。其患者多クハ頭痛、眩暈、心悸亢盛ヲ發シ、

四肢ニ痺麻質私痛ヲ覺ヘ、時トメハ消化不良ニ罹リ、兼テ嘔吐ヲ發シ、利尿頻數ニメ、夜間ハ殊ニ甚シ。其他ハ異常ヲ覺ヘスト雖モ、頓ニ視力ノ妨碍ヲ發シ、檢眼鏡ヲ以テ其眼ヲ檢スルニ、盲點周圍ノ網膜ニ無數ノ白斑ヲ生スルヲ見ル。是レ網膜上ニ漿液ノ滲漏スルニ由ル者トス。若シ之レアルヲ見ハ、則チ腎藏萎縮ノ症ニメ、其尿中ニ蛋白質アルヲ確證スルニ足レリ。盖シ眼中ニ此白斑ヲ生スルハ、其病既ニ増悪スルノ兆ニメ、數日ヲ出テス、劇キ搐搦ヲ發シテ死スルヲ常トス（予曾テ荷蘭ニ於テ一患者ノ頓ニ視力乏弱ト為リシ者ヲ診シ、其眼ヲ檢スルニ網膜上ニ白斑ヲ生セルヲ見ル。之レニ由テ腎藏萎縮ノ劇症タルヲ知り、其親戚ニ告クルニ、不日ニ搐搦ヲ發メ死ス可キヲ以テセシニ、果メ其言ノ如シ）。或症ニ於テハ、眼ニ異常ナク頓ニ輕微ナル卒中状ノ症ヲ發シ、暫時ノ間ニ再回發作シテ死スル者アリ。又此病ニ於テハ、大抵心藏左室ノ肥大ヲ兼發ス、然ル所以ノ理ハ許多ノ細尿管

壊崩シテ、血中ノ水分ヲ攝收スル能ハス。之レニ由テ血中ノ水分漸々増加シテ、動脈中ノ血壓自ラ強ク、左室ノ收縮、其壓ニ勝タサルヲ得サル故ナリ。心藏己ニ肥大スレハ、動脈壁ノ緊張從テ強キカ故ニ、其患者ノ脉搏必ス硬且ツ大ト為ル。之レヲ以テ此脉搏ノミニ就テ直ニ腎藏萎縮タルヲ察ス可キ一有リ。故ニ四肢ニ痺麻質私痛ヲ發シ、且ツ其脈ノ硬大ナル者ニ於テハ、宜ク其尿ヲ檢ス可シ。但シ心藏肥大ヲ發スレハ、水腫ヲ來タス一反テ少ナシ。何トナレハ、動脈中ノ血壓増盛スルニ由テ、猶残留スル所ノ細尿管ヨリ尿ヲ分泌シ得レハナリ。然レモ、其血壓増盛ノ為ニ、腦出血（即チ卒中）ヲ發メ死スル者甚タ多シ。」

『原因』

原因ははっきり解っていない。過飲酒、痛風、リウマチなどに続発するという説があるが、はたして、本当かどうかわからない。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|------------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|------------------------|----------------------|------|---------------------|--------------------------|-----------------------|----------------------|-------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 尿ニ從テ排泄ス、其排泄スルヤ固有ノ形状ヲ存 | 養ヲ遏絶シ、遂ニ脂肪變性ヲ發シテ、漸々剥脱シ | 管壁及ヒ細尿管壁ニ壓迫ヲ受ケテ内皮胞ノ滋 | 三合一ト為ル者アリ、或ハ無締織收縮ノ為ニ血 | 變シ、末期ニ至テハ其腎减小シテ甚キハ常容ノ | 剥離シ難ク、腎組織ハ硬結シテ皮様質ハ殊ニ縮 | 於ルカ如シ、且ツ其外膜ハ皮様質ニ固著シテ | 甚キハ深キ截痕ヲ生スル者アリ、即チ肝藏萎縮 | ルカ為ニ發スル者ニメ、腎ノ表面ニ凹凸ヲ呈レ、 | 此症ハ細尿管間ノ締締織増殖シテ漸々收縮ス | 腎藏萎縮 | 黴毒ニ罹レル者ニハ沃度加里ヲ用ユ可シ、 | 餌ヲ與ヘ、兼テ肝油、發那皮、若クハ鐵劑ヲ採用シ、 | 治法ハ大抵貌麗篤病ニ異ナラス、宜シク滋養食 | 預後ハ必ス不良ニメ治ニ就ク者アル一無シ、 | 褐色ヲ呈スルヲ常トス、 | ハ其尿稀薄ニメ蒼白色ナレバ、此症ニ於テハ暗 | ハ此症タルヲ確定ス可シ、其他貌麗篤病ニ於テ | 他病ヲ患ヘシ人ニ於テ、尿中ニ蛋白質ヲ混スレ | ヲ混スル一有レハ貌麗篤病タルヲ知り、久シク |
|-----------------------|------------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|------------------------|----------------------|------|---------------------|--------------------------|-----------------------|----------------------|-------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|

図3 腎藏萎縮

『症候』

この患者の多くは、自分が腎臓病に罹っているのがわからない。普通、別の疾患で医師の治療を受けて、偶然、その医師が尿中の蛋白質を見つけて、この疾患であることが判明するものである。また、この疾患の経過は非常に緩慢であり、数年後にはじめて諸症状を発現し、あのブライト病の様に早期に水腫を発症するものはない。また、この疾患では、尿量が減少しないで、かえって増加するものが多い為に、ともすれば、糖尿病と誤認することがある。また、ブライト病の場合には、その比重は増加するが、この疾患では、その比重は大きく減少し、混出される蛋白質も又、ブライト病の場合の様に多くはない。また、血液が混入することはなく、その上、円柱状の上皮細胞および線維質を含まない。時には、水腫を来すことがあるが、決して重症にはならない。その患者の多くは、頭痛、めまい、心悸亢進を来し、四肢にリウマチ様疼痛を自覚し、時には消化不良になり、併せて嘔吐し、頻尿となり特に夜間に多い。その他には、異常を自覚しないが、突然視力障害を来し、検眼鏡（眼底鏡）でその眼を検査すると、視神経円板周囲の網膜に、無数の白斑があるのを認める。これは、網膜上に漿液が浸出することによるものである。もし、これがあるのを認めたとすれば、即ち、腎臓萎縮の症候の一つであって、その尿中に蛋白質が存在するのを確認するのに十分なものである。一般に、眼の中にこの白斑ができるのは、その疾患が既に増悪している徴候であって、数日以内に激しい痙攣を起こして死亡するのが普通である（私は、以前、オランダで、突然視力乏弱を起こした一患者を診て、その眼を検査したところ、網膜上に白斑が発生しているのを認めた。これによって、腎臓萎縮の劇症であることがわかり、その親族にそれを告知したが、そのうちに痙攣を起こして死亡してしまったのは、その言葉の通りの結果になった様である）。症例によっては、眼に異常がなく、突然軽微な卒中様の症状を起こし、しばらくしてから、再発作を起こして死亡する者がある。また、この疾患に於いては、大抵、心臓の左室肥大を併発する。その理由は、多くの尿細管が崩壊して、血中の水分を吸収することが出来なくなり、血中の水分がだんだん増加し、動脈中の血圧が自然に上昇し、左室の収縮がその圧に勝たなければならなくなるので、それが起こるのである。心臓が肥大するに従って、動

脈壁の緊張は強くなるので、その患者の脈拍は必ず強く大きくなる。これがあるので、この脈拍だけで、直に腎臓萎縮であることを察知できる場合がある。従って、四肢にリウマチ痛があり、その脈拍が強く大きい者の場合には、その尿を検査しなさい。ただし、心臓肥大が起これば、水腫を来すことはかえって少ない。何故ならば、動脈中の血圧が上昇するので、残存した尿管から尿を排出できるからである。しかし、その血圧上昇の為に、脳出血（即ち卒中）を起こして死亡するものは非常に多い。』

この項で出てくる「盲点（モウテン）」は、網膜上にある『視神経円板（Discus nervi optici；旧名 視神経乳頭）』を指している。ここは、網膜内に視神経が入り込む部位で、網膜の中でも光覚器、色覚器の無い部分である。フランスの物理学者、マリオット（Edme Mariotte：1620-1684）が、眼底部の盲点を証明する実験を行ったので、マリオット盲点（Mariotte's blind spot）とも呼ばれる。頭蓋内圧亢進状態では、この部周辺に、うっ血・水腫を認めること（いわゆるうっ血乳頭）が多い。また、「卒中」の語は、『突然起こる臓器・組織内出血』を指し、脳だけでなく、腎、副腎などに起こることもある^{28, 29)}。

『『預後』

預後ハ甚タ不良ニシテ、未タ曾テ治ニ就キシ者ヲ實驗セス。但シ治セサルモ久シク生存シ、終ニ卒中ヲ以テ斃ル、者トス（予モ亦曾テ一患者ノ此症ニ罹リ六七年ヲ經テ死ニ就キシ者ヲ目撃セリ）。

『『治法』

總テ刺戟性ノ飲食、殊ニ亜爾個児性ノ飲料ヲ嚴禁シ、有力ノ滋養品即チ鶏卵、牛乳、及ヒ牛肉ヲ與ヘテ、消亡スル所ノ蛋白質ヲ補給スルヲ要旨トス。但シ萎縮ヲ抑制ス可キ藥劑ハ、未タ之レ有ルヲ聞カス。唯患者ノ生力ヲ維持スル為ニ、貌麗篤病ニ於ルカ如ク、收斂藥（即チ單寧ノ類）及ヒ鍍劑ヲ用ユ可シ。若シ尿量減少スル者ニハ、緩下劑或ハ利尿劑ヲ與ヘ、且ツ温浴及ヒ温覆ニ由テ、皮膚ノ機能ヲ催進シ、頭部ノ充血甚シキ者ニハ、耳後ニ蝟鍼ヲ貼シ、兼テ下劑ヲ投スルニ宜シク、搐搦ヲ發スル者ニハ、強下劑ヲ用テ腸ニ誘導ス可シ。總テ此病ニ罹レル者ハ、暖地

ニ移住セシメ、身體ヲ温護シテ、皮膚ノ機能ヲ
催進スルヲ緊要トス。

日講記聞 原病學各論 卷十 終」

『予後』

予後は非常に不良であって、未だかつて治癒した者を見たことがない。ただし、治療しなくても、長期間生存し、終わりに卒中によって死亡するものである(私も又、以前に、この疾患に罹った一患者が、6、7年を経過して死亡した例を見たことがある)。

『治療法』

一般に、刺激性のある飲食物、特にアルコール性の飲料を厳禁し、有力な栄養品、即ち、鶏卵、牛乳、及び牛肉を食べさせ、消耗する蛋白質を補給するのが主要である。ただし、未だ萎縮を抑える薬剤が有るとは聞いていない。ただ、患者の生力を維持する為に、ブライト病の場合と同様に、収斂薬(即ちタンニンの類)および鉄剤を使用しなさい。もし、尿量が減少する場合には、緩下剤あるいは利尿剤を与え、また、温浴および温覆によって、皮膚の機能を促進し、頭部のうっ血が強い者には、耳の後に蝟鍼を貼り、併せて下剤を投与するのがよく、痙攣を起こす者には、強い下剤を使用して、腸に誘導しなさい。一般に、この疾患に罹った者には、皮膚の機能を促進することが重要である。

日講記聞 原病學各論 卷十 終」

本編では、腎臓萎縮について記載されていて、その本態は『線維化』にあるとしている。

腎臓萎縮の発生は、初めに腎実質細胞の壊死・脱落があつて、その修復に『肉芽組織』が動員される。この組織は、『線維芽細胞と新生した毛細血管からなる赤い肉様の顆粒状組織』と定義されていて、欠損部分を補おうとして、間質から出現するものである。線維芽細胞は増殖・発育して、膠原線維を形成(線維化)しながら壊死・欠損部分を補って行く。その過程で、毛細血管から多くの栄養素と酸素を受け取り増殖する。時間が経過すると、形成された線維は収縮をはじめ、残った実質細胞をも含めて、締め付けることとなり、臓器・組織全体の萎縮が起こってくる。収縮・硬化した線維は、白色化し、弾力性が失われ、もちろん、正常の機能はない。膠原線維が固まった状態を癬痕(き

ずあと)という。

この肉芽組織は、細胞壊死が起こるほとんど全ての異常・病的状態で局所に出現し、炎症、創傷(骨折を含む)、異物浸入(沈着を含む)、循環障害や栄養障害による細胞壊死(梗塞を含む)など、多くの場合に、修復機転として働くものであり、自然治癒能力の一つとして、誰もが持っているものでもある。ほとんどの病気の治癒は、この癬痕によってなされるが、しかし、細胞の壊死を起こした原因、状態によっては、この肉芽組織が過剰に増殖して、過剰な癬痕を形成することがある。これをケロイド(Keloid)と呼ぶ。

「原病學各論 卷十」の内容は、腎臓疾患であるが、「卷一」から「卷九」迄とは、やや趣を異にしている。それは、解剖・生理学的、病理学的記載が特に多いことである。はじめの部分では、詳細な肉眼のおよび顕微鏡的に観察した腎解剖・組織図を挿入していて、それらはかなり正確なものでもある(第31編)。これまでに、「卷一」から「卷九」までに、呼吸器、循環器、消化器などの諸臓器の疾患が記載されてきたが、腸内寄生虫の部分を除いて、図を用いた解説は少なかった。腎臓の部分は、エルメレンスが特に興味を持った部分であったのかも知れない^{30, 31)}。

【参考文献】

- 1) 越尔蔑噠斯：原病學各論，卷十(高橋正純 譯)，大阪公立病院蔵板，大阪，1876。
- 2) 宛字外来語事典編集委員会：宛字外来語事典，p.203，柏書房，東京，1998。
- 3) 簡野道明：字源，p.122，p.1089，p.1895，北辰館，東京，1923。
- 4) 加藤勝治：医学英和大辞典，p.77，p.132，p.229，p.1265，南山堂，東京，1976。
- 5) 新村 出：言林，p.1907，全国書房，京都，1953。
- 6) 松陰 宏，他：原病學各論(亞爾蔑聯斯の講義録)，第1編，三重県立看護大学紀要，第1巻，p.59-70，1997。
- 7) 日本医学史学会，編：図録日本医学史料集成，第三巻，p.20，三一書房，東京，1978。

- 8) 富山医科薬科大学和漢薬研究所, 編: 和漢薬の事典, p.187-189, 朝倉書店, 東京, 2002.
- 9) 加藤勝治: 医学英和大辞典, p.481, 南山堂, 東京, 1976.
- 10) 富山医科薬科大学和漢薬研究所, 編: 和漢薬の事典, p.6-7, 朝倉書店, 東京, 2002.
- 11) 加藤勝治: 医学英和大辞典, p.871, p.892, 南山堂, 東京, 1976.
- 12) 松陰 宏, 他: 原病學各論 (亞爾蔑聯斯の講義録), 第31編, 三重県立看護大学紀要, 第10巻, 投稿中, 2006.
- 13) 長崎大学薬学部編: 出島のくすり, p.155-182, 九州大学出版会, 福岡, 2000.
- 14) 富山医科薬科大学和漢薬研究所, 編: 和漢薬の事典, p.283-285, 朝倉書店, 東京, 2002.
- 15) 樫村清徳, 纂: 新纂藥物學, 卷之五, p.1-10, 格致學舎版, 東京, 1877.
- 16) 原 三郎: 薬理學入門, p.192, p.261, 南山堂, 東京, 1959.
- 17) 富山医科薬科大学和漢薬研究所, 編: 和漢薬の事典, p.104, 朝倉書店, 東京, 2002.
- 18) 加藤勝治: 医学英和大辞典, p.630, 南山堂, 東京, 1976.
- 19) 加藤勝治: 医学英和大辞典, p.384-385, 南山堂, 東京, 1976.
- 20) 宛字外来語事典編集委員会: 宛字外来語事典, p.118, 柏書房, 東京, 1998.
- 21) 樫村清徳, 纂: 新纂藥物學, 卷之六, p.6-8, 格致學舎版, 東京, 1877.
- 22) 加藤勝治: 医学英和大辞典, p.1384, p.495, 南山堂, 東京, 1976.
- 23) 原 三郎: 薬理學入門, p.240-242, 南山堂, 東京, 1959.
- 24) 最新医学大辞典編集委員会, 編: 最新医学大辞典, p.40, 医歯薬出版, 東京, 2005.
- 25) 亞爾蔑聯斯: 原病學通論, 卷之六 (安藤正胤 譯), p.34, 三友舎版, 大阪, 1874.
- 26) 宛字外来語事典編集委員会: 宛字外来語事典, p.70, 柏書房, 東京, 1998.
- 27) 簡野道明: 字源, p.1902, p.788, 北辰館, 東京, 1923.
- 28) 金子丑之助: 日本人体解剖学, 第二巻, p.306-312, 南山堂, 東京, 1963.
- 29) 加藤勝治: 医学英和大辞典, p.936, 南山堂, 東京, 1976.
- 30) 越尔蔑噠斯: 原病學各論, 卷一 (三瀬諸淵 譯), 大阪公立病院蔵板, 大阪, 1876.
- 31) 越尔蔑噠斯: 原病學各論, 卷九 (高橋正純 譯), 大阪公立病院蔵板, 大阪, 1876.