

被虐待児症候群について

昭和48年
医事新報掲載共著論文
リンク・転載原則不可

はじめに

わが国の児童憲章には、「すべての児童は家庭で正しい愛情と知識と技術をもつて育てられ、家庭に恵まれない児童には、これにかわる環境が与えられる」、さらに「すべての児童は適当な栄養と住居と被服が与えられ、また疾病と災害からまもられる」と記されており、また児童福祉法により、小児保健や児童福祉に対する国民、国および公的機関の責任が述べられている。

しかし、最近親がわが子を虐待、遺棄、時には殺害するといった異常な事件が新聞などのマスコミでたびたび報道され、社会に衝撃を与えている。

欧米では約一〇年以前から、主として小児科医により小児に対する虐待問題が提起され、学会でもしばしば議論された。今田(Buttered Child Syndrome) 今田(Buttered Child Syndrome) (被虐待児童候群) として小児科

学の成書(2)に記載されているにもかかわらず、わが国においては医学的に検討された報告はきわめて少ない。

最近当教室において、一例の典型的な被虐待児症候群の死亡例を経験し、今後わが国においても多発することが予想され、しかも本症候群の死に至らない症例を含めると膨大な数にのぼると推測されることから、自験例の提示とともに諸外国の文献を紹介し、臨床医家の参考に供したい。

一、 歴 史

小児の虐待が医学的に注目されたのは、一九四六年の Catey の論文(3)が最初とされている。しかし、彼の報告した慢性硬膜下出血と四肢の多発骨折の合併小児例が、虐待に基因すること、を当時洞察し得なかつた。一九五三年 Silverman(4) は Catey の報告と類似した所見を有する症例を経験し、

硬膜下血腫と四肢骨異常の合併は、反復して受けた外傷の結果であると推測した。数年後 Woolley と Evans(5) はこの外傷が事故によるものでなく、他から受けた虐待によるものと考え、虐待したと思われる両親の社会的背景や精神面にはじめて注目した。

その後、米国内において年間数例の報告がみられるのみで、特別な注意は払われなかつたが、一九六一年、米国小児科学会シンポジウムで、小児の虐待例を国家的な規模で調査することが決定され、七一の病院と七十七人の地方検事がこれに参画した。その成績は翌一九六二年、Kemp(6) により報告され、年間七四九例の症例を発見し、両親または養い親などの保護者から、重篤な虐待を受けた子供の臨床像を Bartered Child Syndrome と名づけた。

Kemp(6) の発表は、この方面への関心をたかめ、一九六二年以降一九六八年までに米国をはじめ、英国、フランス、スウェーデン、デンマークなどで相次いで医学論文が発表され、各国の実態が明らかにされた。わが国においても多年にわたり存在してきたと思われるが、一九六〇年代の後半から新聞紙上に被虐待例が散見され次第に数を増してきたが、医学論文としては一九七一年、佐竹(7)が「小児の虐待」と題して紹介しているほか、医学領域における検討は皆無といえる。ま、わわわ

の経験した二症例を簡単に記載する。

二、 症 例

症例一、一歳八カ月、女児

昭和四五年 月 日、全身けいれんを主訴として当院急患室に来院。母親よりの病歴聴取によると、約一月前より患児は夜間眠らず易刺激性となり、次第にやせてきた。しかしその間食事もとり、発熱、下痢などもないため放置していたが、来院一週前より歩行がふらつき、転びやすくなつたという。来院当日午後一時半風呂からあがつた後、急に全身の強直性けいれんが現われ、持続するため夜七時半来院した。理学的には体重七・五kg(標準一〇・〇kg)と、るいそう著しく、皮膚蒼白、意識喪失し、呼吸不整、瞳孔は両側散大、対光反射消失、腱反射両側亢進、腹壁反射は消失し、体表は図の如く、全身に点状出血および多数の小癬痕および火傷痕などの外傷にみられる所見が認められた。

検査所見としては、赤血球数二五六万、血色素八・〇%と貧血があり、両側眼底にはうつ血乳頭、放射状出血斑、滲出性白斑がみられ、髄液は、圧亢進(四八〇mmH₂O)、血性であった。

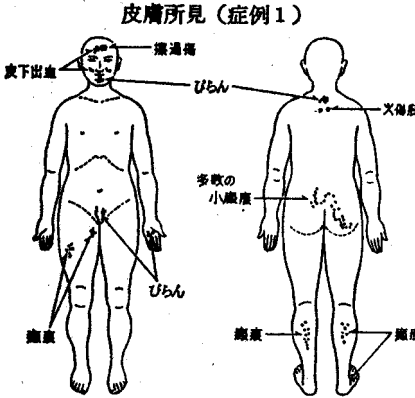
直ちに入院させ、チアノーゼ、無呼吸発作に対しハード呼吸を開始、輸液なども施行したが全身状態改善せず、第四病日に死亡した。

本症の家庭環境は、父(三〇歳)トラック運転手、母(三歳)無職とともに再婚、患児は父の連れ子であった。母親は連日患児に交をすえたり、投打折檻を加えていたが父親は気付いていない。食事制限し、少

量を与えるのみであったが、帰宅の遅い父親は気付いていなかった。なお、来院当日母親が患児を柱にぶつけていたことが後日判明した。

病理解剖所見：イ、強度のいそつ、口外傷性神膜下および髄膜出血、ハ、口腔胃十二指腸のびらん、大腸・盲腸の出血、ニ、下垂体・胸腺・甲状腺の変性萎縮、副腎皮質細胞・脾臓・高血細胞の増加・増生があり、これらの諸変化は、長期間の虐待と密接に関係していると思われる。

症例。〇〇、七ヶ月、男児。
昭和四十七年 月 日午後七時、急患として来院した。母親よりの病歴聴取によると患児は同日午前九時、乳幼児用車椅子からタタミの上に落ち、一〇〜三〇分後くたりにしていたが、意識は明瞭で嘔吐、けいれんは無かった。その後ミルクを飲まず、夕方四時頃右手にけいれんが出現し、意識も消失していたよつであるが放置していた。しかし様子がおかしいので、近医を訪れた



皮膚所見 (症例1)

ところ、死亡しているよつだが、一度診察してほしいとの依頼で来院した。

初診時、患児はすでに呼吸停止、心音聴取不能であり、皮膚には左前額部に軽度の擦傷があるほか異常なく、栄養状態も良好であった。左眼底には放射状出血斑があり、髄液は血性を呈した。死因は頭蓋内出血によるものと診断した。

本症の家庭環境は、父(四〇歳)配管工(母三〇歳)無職、ともに再婚であるが、患児は一人の息子であった。死因に不明な点があるため、父親より話を聞くと、母親は日頃から子供を嫌い、息子であるにもかかわらず、近所には自分の子供ではないと言つて、母親としての愛情をほとんどなかつたことであつた。当口は患児がよく泣くため、タタミに投げつけたところ、意識不明になつたと告白した。母親の育つた環境は複雑で、問題があつたよつであるが、詳細は不明である。なお、保健所では出生後半年を経過しても出生届が出ておらず、一度も保健所を訪問しなかつたため、とくにチェックしてしなかつたことよつであつた。

現在年少向が虐待により重篤な傷害を受けた状態の Kempe の症例に於ける Battered Child Syndrome との記載は、そのよつだが Parent-Infant Trauma Syndrome (PTIS) Syndrome of the Abandoned Small Children Parental Maltreatment of Children Physical Abuse of Children

などの名称が用いられている。

小児の虐待 Battered Child Syndrome (以下 BCS と略す) を定義しているよつはかなり困難で、単なる事故から生じたものと鑑別し得ない場合もある。一般的には、両親がなんらの理由も無く子供に暴力をふるい、身体的傷害を加えたり、食物を与えず、衣類も着たまま放置しておくなどの母性の喪失、児の養育放棄といえるよつである。

頻度については、かなりの数が家庭内に隠されている疑いがあり、実態をつかむよつは困難である。Kempe⁹⁾によれば、デンバーおよびニューヨークでは毎年一〇万につき一七五〜三二二人の発生の報告があり、推定上出生一〇〇人につき六人は虐待を受けると述べ、また、外傷で救急外来を受診する三歳以下の小児の一〇〜一五%は本症であると報告し、Ehman¹⁰⁾は一病院で年間一〇六人の虐待と思われる

表1 年間新発症例(ピッツバーグ小児病院)

症例	No
フェニールケトン尿症	11
ウィルムス腫瘍	6
神経芽細胞腫	7
嚢胞性腭線維種(3歳以下)	11
白血病(0~16歳)	25
虐待、または虐待の疑い	41
身体的発育不良	37

(文献9)より引用)

症例を経験している。

表1は、米国の規模模倣小児科における年間入院主要疾患名と例数であるが、現在米国においていかに BCS が小児科臨床に主要な位置を占めているかを如実に示している。その他、英国、フランス、スウェーデンなどのヨーロッパ諸国でもわれわれの想像を超えた頻度で存在していると推定される。

Wald¹¹⁾ (True-Baker¹²⁾) は、六歳以下の小児で突然死亡した二三八五人の剖検中、八九人(六・四%)が虐待によるものであつたと報告し、原因不明の死亡として片付けられる可能性を示唆している。

四 症 状

BCS の症状はすべて反復して受けた傷害の結果生じたもので、比較的軽症のものから死亡に結びつく重篤な変化まで、表の如く多彩である。一般には、虐待によりかなり重篤な状態に至るまで放置され、よつにもならなくなつた段階で、急患として医師を訪れる症例が多い。

典型的な症例では、外見上のいそつ強度で栄養、発育は遅延しており、顔貌は無欲状が、逆においえによる緊張状態がみられ、精神発達障害の存在を疑われる。

直接的な傷害による変化としてよつともよくみられるものは皮膚症状であ

り、不潔、皮下出血、血腫、擦過傷、裂傷、創傷などが混在し、四肢よりも躯幹や背部に集中して見られる。

その他熱傷も重要な皮膚所見であり、Holter & Friedman (13) は、重篤な熱傷を受けた三例の小児のうち一

〇例は受傷前に家庭内に心理的社会的な問題が潜在しており、うち二例は虐待による故意のものであったと述べており、特有なものとしてタバコの火による火傷をあげている。四肢には骨折、脱臼、打撲によると思われる軟部組織の腫脹がみられ、同時に運動障害が存在する。なお、骨折は多発性であり、古くからBCS診断上特徴的所見であるが、この点に関しては診断の項で述べる。頭髪は一部引抜かれていることがあり、このため帽状腱膜下出血が生じた例の報告(14)もある。

頭部では、致死的なものとして硬膜下血腫がしばしば認められ、大泉門の膨隆、頭囲の急速な拡大、嘔吐、けいれん、昏睡などの神経症状が現われ、網膜出血もみられる。眼科的所見も診断の項で述べる如く重要であり、とくに眼底出血など広汎な眼内出血を生じ、視力障害を永久に残すことが多い。特異なものとして、睡眠中中毒死の例が報告されている(10)。

胸部では肋骨骨折、胸腔内出血がみられる。腹部損傷は硬膜下出血と並んでしばしば致死的な結果をもたらす。

表2 被虐待児症候群の臨床所見

部位	臨床所見
全身	発育不良
皮膚	点状出血、皮下溢血、擦過傷、血腫 表皮剥脱、裂傷、膿胞、熱傷、火傷
軀幹 胸部 腹部	肋骨骨折、胸腔内出血 胃腸管損傷、胃腸管破裂、ショック状態 肝・腎・脾破裂、腸間膜断裂 後腹膜腔血腫形成
四肢	軟部組織腫脹、骨折、脱臼、運動障害
眼	眼球内出血(網膜出血)、白内障、視力障害
中枢神経	硬膜下血腫、脳挫傷、脳震盪、脳出血 脳圧亢進症状、意識障害、けいれん

Touloukian (5) は腹部内臓損傷により死亡した五例のBCSを報告し、十一指腸、空腸、膀胱、腸間膜の傷害頻度が高いとしている。その他腎、肝臓、腎臓破裂でショック状態となる場合もあつた。

五、診断および鑑別診断

症状の項で述べた如く、患児の全身状態、顔貌、多彩な皮膚所見などで容易にBCSの疑いはもてるが、両親または保護者はしばしば自分の犯した行為を認めず、単なる事故によるものと主張するため、診断を下すことが難しく場合が多い。

Elmer (16) は被虐待児を選出するクライテリアとして
(一)骨のレントゲン検査で種々の時期の骨折が多発してみられ、(二)傷害症状を裏付ける疾病が見当たらない、(三)殴打したり虐待したことがあるか、または傷害症状発生を満足に説明する既応がないという三条件をあげている。

A、骨折

Caffey (3) はこのBCSに關して線所見を報告して以来、とくに四肢骨折はBCS診断上重要な所見であり、その特徴はCaffey (3)、Silverman (4) が

骨、肋骨などが報告されているがBCSの全例に骨折が存在するわけではなく、Ehlin (10) の五〇例のBCS中骨折は二二例にみられ、長骨骨折一四例、頭蓋骨骨折八例、他部位の骨折六例、多発性骨折は五例であった。骨折が存在しても外見上正常にみえる場合もあり、また外傷後早期のX線像には変化が現われていない場合もあり、二、三週間隔で全身骨のX線検査を反復する配慮が必要である(17)。

B、神経学的所見

前述した如く、神経症状としては一才以下では硬膜下出血が生じやすく、大泉門の膨隆、けいれん、昏睡、眼筋麻痺などがみられる。Barb (18) は両側対称性の著明な腱反射亢進と筋緊張亢進を示し、広汎な神経病変と鑑別困難な症例で、短時日での神経病変が消失した本症を経験し、またBakwin (19) は、筋緊張は低下しているが腱反射が正常な同様症例を報告している。その他姿勢の異常、常同運動がみられた例(20)もあり、これらはいずれも驚愕、恐怖などの過剰なストレスにより一時的に生じた運動ノイロンの機能異常から発症したものと推定されている。

いずれにしても、説明のつかぬ神経学的所見を有する小児では、必ず入院による経過観察がBCSを含めた疾病の正確な早期診断への道となる。

表 3 鑑別診断

1. 損傷	皮膚 感染：膿痂疹、膿皮症 出血傾向：血小板減少性紫斑病 その他の血液疾患
	骨折：壊血病、先天梅毒、骨髄炎、 骨形成不全症、特発骨折、先天 性骨脆弱症、Ehlers-Danlos症候群
2. 神経症状	硬膜下血腫：髄膜炎、その他のけいれん性 疾患、脳症
3. 身体発育不良	：吸収不全症候群（Celiac症候群 その他）、代謝異常疾患、 内分泌疾患、その他

C、眼科的所見

硬膜下出血、あるいは眼部の打撲などによる急激な頭蓋内および眼内静脈圧上昇は、網膜前部、網膜部出血や水晶体亜脱臼を結果することがある。その他眼底所見として、網膜静脈の著しい拡張、視神経萎縮、うっ血乳頭や雪だるま状の網膜浸出物書などがみられる。後遺症として Munshin (22) は BCS 患児の 29 例中 11 例、Harcourt (23) は 11 例中 8 例と、きわめて高頻度で視力障害を永久に残したと報告し、本症における眼科的精査の重要性を強調している。

D、鑑別診断

小児の虐待は発見が遅れることによ

り、さらに回復して傷害を受けるため予後は不良となる。したがって、早期発見、早期対策を講じなければならぬが、臨床上他の疾患との鑑別が困難な例もかなりあり、生後四カ月より三歳半まで、虐待と行われずに一〇回以上も反復入院加療を受けた報告 (24) もある。したがって、単なる事故との鑑別がもつても肝要である。

Gregg (42) は一四六の自験例から病歴による両者の鑑別は困難であるが、虐待例は一般により重篤な傷害を示し後遺症も重く、その他発育遅延の有無、患児の態度、家庭状況などが鑑別より (43) になると述べている。その他鑑別すべきものとしては、表 3 に示す如く、種々の骨疾患、代謝異常疾患、内分泌疾患、血液疾患、中枢神経疾患、Ehlers-Danlos Syndrome の如く多岐にわたり、全身骨の X 線検査を初め、出血傾向の有無、代謝異常の有無の検査を必要とする場合がある。

六、社会的および

精神的背景 (本
症発生の誘因)

小児の虐待を診断し、対処する場合その家庭環境や社会的背景を考慮する必要がある。とくに虐待する親の精神構造が古くから注目されているが、虐待を受ける子供の側にも問題となるべきものが存在する。

A 子供について

虐待を受ける子供の年齢は、多くが三歳以下であり、自ら抵抗し得ない幼若な小児である。

Ehlin (44) の五〇例の経験例でも二歳以下が過半数を占め、しかも五例は生後六カ月以下の乳児である。実に比し継子に本症が多いことは勿論だが、親の証言による虐待誘発因子としては、子供が非常に神経質であること、呼吸器感染、中耳炎などの急性疾患により、不機嫌に泣き続けることや夜尿症などがあげられている。

その他、児になんらかの身体的欠陥を有するものに多いが、比較的報告が多いものとして未熟児がある。Einar (45) の報告 (46) に引き続き Klein (42) は五例の被虐待児中一一例 (二三・五%) が低出生体重児であったと述べており、長期にわたる母子の隔離が母性喪失、虐待に結びつく可能性を指摘している。未熟児に関しては、その他未熟児を生む社会的経済的基盤にも注意する必要がある。

B 親について

一般に貧困な下層階級に属する家庭で起こりやすく、両親のアルコール中毒や犯罪歴を有するものなどがあげられているが、Kampe (9) の四四〇例より両親の社会階層、貧富、人種、信条、宗教、教育レベルなどには密接な相関はないと述べている。

BCS の親に対する心理学的検討は Wooler (47) 以来精神医学的に行なわれており、通常分裂気質、ヒステリー、強迫衝動的な性格異常 (48) など、社会的に不適合な素因があり、自分自身不幸な子供時代を経験したものが多く、最近、スエデンで親の精神分析を行ない、五つのグループに分けた興味ある結果 (27) が報告されている。

第一群は、折檻が小児を襲ける正しい手段と信じて虐待する場合で、両親も子供時代に同じように厳格な教育を受けていることが多く、被害者は年長児で、一般に、重篤な傷害は受けていない (襲けともいえる)。第二群は社会の下層階級に属し、家庭環境が悪くアルコール中毒や低知能で犯罪歴のあるもの、第三群は急性アルコール中毒によるもの、第四群は偏執反応やつ病など精神病を有するもの、第五群は特異な性格異常者で、表面的には正常な知識階級に属し一般社会に適応しているようにみえるが、感情的、精神的には未熟で、虐待行為に自分自身は気付かず、自分は子供を愛していると信じているもので、母親が多く、とくにこのグループを虐待親症候群と名付け対策困難なグループとして注目しているものである。前記五群中第一群が最も多く、とくに、第一と第五群に虐待が反復する可能性が強いと述べている。

Ｃ、最近の多発傾向について

最近わが国で BCS が増加しつつあり、今後ますます多発する様相を呈しているが、その要因として幾つかの事項が考えられる。神性、獣性の二面性を併せ持つ人間の根源にまで遡ることとは、著者らの能力を越えるものであるが、最近の急激な社会環境の変化すなわち物質文明の急速な進歩あるいは不均衡が、価値観の変革を主軸としてヒトの精神構造に大きな変貌をもたらしたことは否定し得ない。また弱者への虐待は生物発生以来基底に流れる宿命であり、はじめに引用した児童憲章や児童福祉法は弱者に対する人間の智慧ではあるが、裏かえしにいえは根源的な倫理観への不信でもある。形而上学的論議は差し控えて、具体的な問題にふれてみたい。

社会はあらゆる面で機械化され、人間性がスポイルされる。世相はスピーディに変化し、人間は常に緊張を余儀無くされ、ストレスは充満し、また自己の欲望のままに奔放に生きよとする風潮が流行しつつある。ある母親は「明日の自分の生命が分らないのに、子供にまでかまってもやれない」とまでいっている。

高度経済成長とともに、近年わが国においても家族構成が大家族性から大幅に核家族化へと変化し、日中は母親と子供のみで生活しており、育児知識

は汎濫しても若い母親が相談する相手が身近にいないこと、また虐待が発生しても他に気付いたり、監視する者がいないことなども、本症発生の大きな要因となっている。

その他、Edhin (10) も述べている如く、BCS では保護者が母親のみであったり、両親が別居や離婚、あるいは内縁関係にあるといった婚姻関係が多い。

最近の傾向として、同様な結びつきや、婚姻年齢の低下による未熟な親の増加なども、考慮すべき問題である。

七、対策と治療

小児の虐待はその多彩な症状より、小児科医のみならず、外科（とくに脳外科）、整形外科、眼科、耳鼻科、精神科医、さらには看護婦、保健婦、医療社会事業担当者（ソーシャル・ケースワーカー）など各方面より発見される機会があり、したがってすべての医療担当者がまず本症の存在を熟知することから、治療対策は始まる。

Kempe (28) は、その豊富な経験から本症の治療方針について詳細に記載しているが、それを要約すると、次の如くなる。

- A、一般的治療
- イ、BCS が疑われる時には、まず入院せよ。
- ロ、入院後直ちに内科的、外科的治療を開始し、とくに整形外科、脳神経外科、神経科などの協力を得ること。

ハ、必要と思われる臨床検査を行ない、とくに全身骨の線検査、出血傾向の有無を調べ、皮膚に変化がある時は写真をとり、保存しておくこと。

ニ、両親と毎日連絡をとり、その際尋問、告発、対決などは避けるよう配慮する。

ホ、両親に診断を述べ、一四時間以内に児童福祉事務所知らせよ。

ヘ、両親は、七十二時間以内に精神科医、病院の医療社会事業担当者と面接をする。

ト、精神科医、医療社会事業担当者、小児科医、保健婦、児童福祉事務所員は入院三日以内に会話をもち、症例の検討と長期計画を練る。

チ、児童福祉事務所の承認により患児を退院させ、以後患児を保護監督するための乳母院、児童相談所、その他の盲信施設へ収容する。

リ、小児科医は退院後も長期にわたる患児の経過を観察し、知能や身体的発育に注意する。

又、児童福祉所は、精神的社会的問題の経過観察とその解決を計ること。両親の家庭訪問、精神療法の検討も行う。

B、精神療法

心理指導員による精神療法を親に行なう。家庭訪問、集団精神療法や、母親に子供から解放された時間を与えることも有効である。

Ｃ、法的にみた治療の側面

イ、保護、監督の審理裁判所は、夫婦のカウンセリングの必要性や家庭内の改革の実行を要請する。

ロ、居住場所究極の目的は、患児が正常な家庭生活に戻ることであり、現実には虐待の繰返しを防ぐため、多くは保護、育成してくれる一般家庭に置く。

ハ、警察の介入警察による逮捕尋問などは、両親を救つ障害となるため、これらは児童裁判所、福祉事務所のサービス部門に委ねる。

以上が米国内における BCS の対策治療の現況と思われるが、いまだ本症が十分に検討されていないわが国で、そのまま実行するには、種々の問題がある。第一に医師が本症を疑う場合、躊躇せず公的機関に報告できるには法的なバックアップが必要であるが、わが国ではそれが無い。ちなみに米国内では一九六二年以来、連邦政府および州法律により、医師が本症に遭遇した際には報告の義務があるが、報告したことから生じる一切の責任から法的に護られていない(29)。

第二に、児童福祉施設および機関がいまだ充実しており、また活用されていない現状である。わが国において虐待に限らず児童憲章、児童福祉法に

明示されている児童の福祉を全するために、さらに諸施設の整備、昭和三九年制定された母子福祉法、母子保健法にもられた種々の福祉対策の運用が早急に望まれる。

なお、米国において BCS に対する法律の制定後も依然として医師による本症報告が少なく、十分に活用されていないことが Silver 29) により報告されている。医師自ら本症の重要性を認識しておらず、また面倒なことに係りたくない気持の潜在がつかかわれ、自覚しなければならぬが、一方対処する公的機関の施設やその処置に不信感があることも否めない。

本症の治療に当りては、患児の傷害部に対する早期の処置とともに、親の健全な育児への自覚を促すことがきわめて重要である。最初から尋問、告発や、非難的態度で接することは避け、理解ある対応が必要である。また、早期発見による虐待の反復を防止するためには、入院により親から隔離し、退院後も親から離して経過観察する。問題があると思われる家庭には、児童福祉機関により定期的な家庭訪問を行ない、小児を監督することも親のよき相談相手となることが虐待の発生防止に不可欠である。

八 予 後

虐待の程度および期間により、死亡

率、後遺症発生率は異なっており、報告者(26)(3)によりかなりの開きがみられるが、一般に BCS の五、一〇%が死亡し、三〇、七〇%が恒久的な脳障害を残すとされている。

とくに、硬膜下出血、内臓損傷が生じた場合は致命的である。その他、Elmer(16)は身体的発育遅延、知能低下、情緒障害、言語発達遅延などの医学的・心理学的に重要な欠陥が残存すると述べており、本症の予後はきわめて憂慮すべきものであることがうかがえる。

おわりに

Seeman(32)も嘆いている如く、本症にまつわる問題は医学的あるいは法的なものであるよりも、社会的なものであり、究極のところ親の責任自覚の欠如にある。しかし、小児科医をはじめ、医療担当者、早期に本症を発見し、親から一時的に隔離治療に当りるとともに、公的機関がこれに対応できる態勢を整えることが目下の急務であり、本症発生の背後に横たわる社会的問題の解決を計ることは、多方面の理解と協力が必要である。

最後に、日常診療に従事する医師として、最近著者らの経験した一症例を通じて、病歴と現症が合致せず、治療を受けずにかなり重篤な状態になるまで放置されて、しかも、家庭内に問題

があると思われる症例に遭遇した際には、本症を疑う必要があることを強調したい。

(追記) 本文脱稿後 MacRae (33) により、カナダの小児病院における BCS の実態が報告された。それによると一九七〇年前期までに八八例、死亡率一〇%であり、その後は四四例と短期間に症例数は増加しているが死亡例はないといふ。種々の問題はあるが、早期に適切な対策を講じたものと思われ、今さらながらわが国の立ち遅れが痛感される。

(文 献)

- 1) 佐竹良夫：小児科診療，34：213，昭46.
- 2) Caffey, J. : Pediatric X-ray Diagnosis (Vol. 2), 6th ed. Year Book Medical Publishers, P. 1132, 1972.
- 3) Kempe, C. H. : Arch. Dis. Childhood, 46 : 28, 1971.
- 4) Ebbin, A. J., Gollub, M. H., Stein, A. M and Wilson M. G. : Amer. J. Dis. Child, 118:660, 1969.
- 5) Trube-Becker, E. : Medizinische Klinik, 66 : 58, 1971.
- 6) Sussman, S.J. : J. Pediat., 72:99, 1968.
- 7) Holter, J. C., Friedman S. B., Child Abuse: Pediatrics. 42 : 128, 1969.
- 8) Hamlin, H. JAMA. 204 : 339, 1968
- 9) Touloukian, A. J. : Pediatrics, 42 : 642, 1968.
- 10) Elmer, E. and Gregg, G. S. : ibid., 40 : 596, 1967.
- 11) Helfer, R. E. and Pollack, C. B. : Advances in Pediatrics, 15 : 9, 1968.
- 12) Baron, M. A., Bejar, R.L. and Sheaff, P. J. : Pediatrics, 45 : 1003, 1970.
- 13) Bakwin, H. : J. Pediat., 35 : 512, 1949.
- 14) Krieger, L. and Sargent, D. A. : ibid., 70:332, 1967.
- 15) Gilkes, M. J. and Mann, T. P. : Lancet, ni II :468, 1967.
- 16) Mushin, A. S. : Brit. Med. J., 3 : 402, 1971.
- 17) Harcourt, B. and Hopkins, D. : ibid., 3 : 398, 1971.
- 18) Kottgen, U. Greinacher, I, and Hofmann, S. : Z. Kinderheilk., 6 : 384, 1968.
- 19) Gregg, G.S. and Elmer, E., Pediatrics. 44 : 434, 1969.
- 20) Klein, M. and Stern, L. : Amer. J. Dis. Child., 122 : 15, 1971.
- 21) Vesterdal, J. : The battered child syndrome. ANALES-NESTLE, No. 27. Ed. by the NESTLE Scientific Services, 5, 1972.
- 22) Kempe, C. H., Silver, H. K. and O'Brien, D. : Current Pediatric Diagnosis and Treatment, 2nd ed., Lange Medical Publications, 764, 1972.
- 23) Silver, L. B., Barton M. and Dublin. C. C. : JAMA, 199 : 101, 1967.
- 24) Sanders, R. W. : Pediatrics, 50 : 853, 1972.

- 1) Nelson, W. E., Vaughan, V. C., and McKay, R. J. (Ed.) : Textbook of Pediatrics. 9th ed., W. B. Saunders Com., Philadelphia, P. 1362, 1969.
- 2) Barnett, H. L., and Einhorn, A. H. (Ed.) : Pediatrics, 15th ed., Butterworths. London Appleton-Century-Crofts, 556, 1711, 1972.
- 3) Caffey, J. : Amer. J. Roentgenol., 56 : 163, 1946.
- 4) Silverman, F. : ibid., 69 : 413, 1953.
- 5) Wooley, P. V. Jr. and Evans, W. A. Jr. : JAMA, 158 : 539, 1955.
- 6) Kempe, C. H., Silverman F. N., Steele, B. F., et al. : ibid., 181 : 17, 1962.