

# 活動性結核ヲ伴フ竝ニ之ヲ伴ハザル甲狀腺肥大 症ニ於ケル血糖竝ニ血清沃度酸値ニ就テ

## 附 慢性微熱ニ對スル臨牀的考察

(昭和16年7月22日受領)

大阪帝國大學醫學部第三內科學教室及ビ微生物病研究所竹尾結核研究部(主任 今村教授)

醫學士 池 内 兵 一 郎

(本論文ノ要旨ハ第18回日本結核病學會總會及ビ第14回近畿結核集團會ノ席上報告セリ)

### 内容目次

第一章 緒 言	第五項 各甲狀腺腫ノ頻度ニ就テ
第二章 試験方法	第三節 甲狀腺肥大者ノ血糖竝ニ血清沃度酸値ニ就テ
第三章 試験成績竝ニ考察	第一項 血糖量ニ就テ
第一節 甲狀腺腫ノ分類ニ就テ	第二項 血清沃度酸値ニ就テ
第二節 甲狀腺肥大者ノ臨牀的竝ニ統計的觀察	第四節 慢性微熱ニ對スル臨牀的考察
第一項 性別及ビ年齢トノ關係	第四章 總括竝ニ摘要
第二項 住居、職業、營養狀態トノ關係	參考文獻
第三項 主訴(殊ニ微熱)ニ就テ	
第四項 合併症(殊ニ結核性疾患)ニ就テ	

### 第一章 緒 言

輓近、內分泌學ノ進展ニ伴ヒ、內分泌ガ生活機轉ヲ統制調節スル有力ナル因子タルハ周知ノ事實ナリ。殊ニ甲狀腺ハ諸種內分泌臟器中最モ重要ナルモノノ一トシテ其ノ新陳代謝ニ及ボス影響モ亦大ナリ。古來甲狀腺腫ト結核トノ間ニハ特種ノ關係アリト思惟セラレ、<sup>(1)</sup>Cassan ハ結核家族ニ於テ甲狀腺腫患者ガ結核感染ヲ免レタルヲ報ジ、<sup>(2)</sup>Hamburger、<sup>(3)</sup>Rokitansky、<sup>(4)</sup>Virchow、<sup>(5)</sup>Virty & Giraud 等モ甲狀腺腫患者ガ結核ニ對シテ免疫性ヲ有シ、從ツテ結核ニ犯サル、事少ナシト云ヘリ。他面結核ノ初期ニ於ケル症狀ガ甲狀腺機能亢進症ニ類似シ、且屢々該腺ノ腫脹ヲ觀ル事アルハ<sup>(6)</sup>Betz、<sup>(7)</sup>Bialo-

kur、<sup>(8)</sup>v. Brandenstein、<sup>(9)</sup>Saathof 等ノ認ムル處ニシテ甲狀腺ノ機能亢進ハ結核ニ對シテ有效ナル防禦作用ヲ營ムモノニシテ結核感染竝ニ蔓延ヲ抑壓スルトノ見解ヲ持シ、<sup>(10)</sup>Kallós u. Kentzler、<sup>(11)</sup>Webb、<sup>(12)</sup>G. Schröder、<sup>(13)</sup>Gilbert & Ryder 等ハ甲狀腺物質ヲ以テ結核ニ對スル治療的效果ヲ期待セルモ、<sup>(14)</sup>Ferrannini、<sup>(15)</sup>Coluland、<sup>(16)</sup>Lambea 等ハ却ツテ増惡の影響アリト反駁シ、<sup>(17)</sup>Hanus、<sup>(22)</sup>石丸、<sup>(23)</sup>森等ハ特異ノ影響ナシトセリ。又<sup>(18)</sup>Ferrant、<sup>(19)</sup>Stefko u. Tscherkowa、<sup>(24)</sup>福士、<sup>(25)</sup>高龜、<sup>(22)</sup>石丸等ハ結核ニ罹患スレバ其ノ初期ニ於テ甲狀腺ノ腫大、機能亢進竝ニ病理組織學的ニ複雑ナル變動ヲ誘發

シ、慢性結核又ハ重症ニナレバ退行性變性ヲ招來スルモノナリト云ヘリ。

次ニ甲狀腺機能ノ缺損ガ結核ニ向ツテ如何ナル影響ヲ與フル乎ニ就キ、文獻ヲ觀ルニ<sup>(20)</sup>Lorand, <sup>(21)</sup>G. Schröder, <sup>(22)</sup>Girand, <sup>(23)</sup>川上, <sup>(24)</sup>森, <sup>(25)</sup>赤澤等多數ノ報ズル如ク該腺機能ノ減弱ハ新陳代謝ヲ低下セシムル故、個體ノ抵抗カヲ減弱セシメ、一般ニ其ノ感染及ビ蔓延ヲ助長シ、病機ノ進行ニ惡影響ヲ及ボスト。近時<sup>(26)</sup>Kallós u. Kentzler ハ「ツベルクリン・アレルギー」ト甲狀腺機能トノ關係ニ就テ、該腺機能減退症狀ヲ呈シタル患者ニテハ、「ツベルクリン」ニ對スル局所反應ハ全く發現セザルカ、極メテ微弱ナルニ「チロキシン」療法ヲ行ヒタル結果、機能減退症狀ノ輕快ヲ來スト共ニ顯著ナル「ツベルクリン」感受性ノ發現ヲ觀、<sup>(27)</sup>石丸モ「ツベルクリン」ニ對スル反應能力ト甲狀腺機能トノ間ニ一定ノ關係ヲ認メタリ。斯ク結核ト甲狀腺トノ關係ニ就テハ各方面ニ互リテノ業績甚ダ多シ。而シテ結

核ノ發現ガ春機發動期乃至青年期ニ多キ事實ト同時期ニ春機發動期性甲狀腫腺ノ多キ事實ガ時期的ニ合致スル點ハ寔ニ興味アル問題ナリ。實際臨牀上余等ガ甲狀腺腫ヲ伴フ初期結核患者ニ遭遇スルヲ經驗スル事アリ。<sup>(28)</sup>Turban ハ曾テ結核療養所收容患者ノ15%ニバセドウ氏病様ノ症狀ヲ認メタリト云ヒ、<sup>(29)</sup>Bialokur, <sup>(30)</sup>Lorand, <sup>(31)</sup>P. Kaufmann モ同様ノ事實ヲ報ゼリ。<sup>(32)</sup>飯塚教授ハ10年間ノ同内科外來患者34,435名中913名ノ甲狀腺肥大患者ニ就テノ詳細ナル統計的觀察ヲ施行セリ。今村教授ハ甲狀腺肥大アル者ニテ活動性結核ヲ伴フ者ト伴ハザル者トアリテ、後者ガ微熱ヲ有スルモ活動性結核ヲ有セザル者ニ興味ヲ持チ余ヲシテ臨牀的統計的ノ觀察ヲナサシムト共ニ、他面含水炭素代謝竝ニ蛋白中間代謝方面ヨリノ檢索ヲ行ハシメタリ。茲ニ其ノ成績ヲ述ベ、甲狀腺ト結核トノ關係ニ論及セントス。

## 第二章 試驗方法

被檢者ハ今村内科外來、入院患者及ビ今村内科ニテ取り扱フ大阪府健康相談所ノ外來患者ニテ結核ニ關スル臨牀的調査ヲナセルモノニシテ甲狀腺ノ肥大ヲ伴ヘルモノナリ。血液檢査ニ要スル採血ハ、スベテ患者ノ晝食前ノ空腹時ニ行ヘリ。而シテ被檢者ノ肘靜脈ヨリ採血シタル血液

ニ就テ、可及的速カニ血糖量、血清沃度酸値、赤血球沈降速度ヲ夫々ハーゲドルン・エンセン氏微量定量法、西垣氏血清沃度酸値測定變法、ウエステルグレン・カツツ氏法ニ從ヒ既定ノ如ク測定シ、前報ニ準ジテ記載ヲ行ヘリ。

## 第三章 試驗成績竝ニ考察

### 第一節 甲狀腺腫ノ分類ニ就テ

甲狀腺ハ種々ナル場合ニ肥大シ、其ノ程度モ亦種々アリ。辛ウジテ觸レ得ルモノ又認メ得ベキモノヨリ人頭大以上ニ及ブモノアリ。其ノ機能ノ點ヨリ觀ルモ、正常ノモノ、亢進スルモノ或ハ低下スルモノ等アリテ古來甲狀腺腫ノ分類ニ就テハ種々論議サル處ナリ。例之 D. Danielpolu ハルーマニヤニ於テ偶發性及ビ地方性ノ甲狀腺腫患者38657名ヲ觀察シテ4種ニ分テ

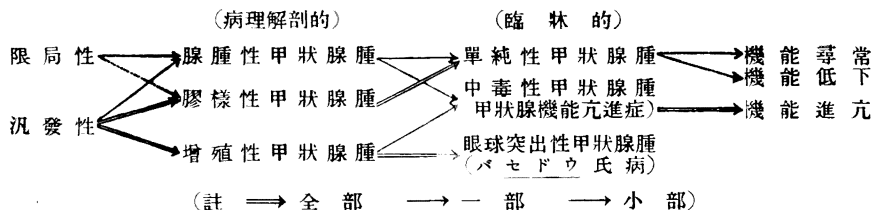
リ。

1. Normothyroidie: 機能的變化ナキ囊腫其ノ他
2. Hyperthyroidies: 機能亢進アルバセドウ氏病其ノ他
3. Hypothyroidie: 粘液水種、「クレアチニスムス」、ソノ他
4. Affektion Paragoiteuse: 甲狀腺性白癩

ソノ他

(29)辻教授ハ地方病性甲状腺腫及ヒ甲状腺ノ腫瘍

ノ如キ特殊ノモノヲ除キ、大略次ノ3種ニ區別セラレタリ。



余ハ<sup>28)</sup>飯塚教授ニ倣ヒ、臨牀的の所見ニ依リ、次ノ如ク分類セリ。本篇ニ於テハ地方病性甲状腺腫又ハ甲状腺ノ腫瘍ハ含マレズ。

1. 單純性甲状腺腫 腫大度小ニシテ硬度一樣、甲状腺機能正常又ハ低下ス。余ハ更ニ之ヲ合併症ノ如何等ニヨリ病的及ヒ非病的ニ分テリ。
2. 實質性甲状腺腫 平等ニ増大シ、腫大度比較的小、硬度一樣、甲状腺機能亢進シ、脈搏頻數、發汗、心悸亢進、震顫、精神状態ノ障碍等ノ種々ナル症状ヲ認ム。

3. バセドウ氏病 前記ノ機能亢進症ニ周知ノ如キ次ノ眼症状ヲ伴フ (Exophthalmus, Graefesches Zeichen, Moebiusches Symptom, Stellwagsches Symptom, 其ノ他 Jellineck, Rosenbach, Riesmann, Joffroy, Dalrymple, Topolanski 症状 etc)。

他ニ  
腺腫性甲状腺腫 硬度ヲ異ニスル結節ヲ觸知ス。機能多クハ亢進又ハ正常ナリ。  
膠様甲状腺腫 腫大度大ニシテ波動ヲ觸知ス。機能低下スル事多シ。

## 第二節 甲状腺肥大者ノ臨牀的竝ニ統計的觀察

被檢者ハ108名ニシテ第1群トシテハ、明カニ活動性結核又ハ之ニ近キ結核ヲ合併セル甲状腺肥大患者36名(第1表)、第2群トシテハ著明ナル結核ヲ有セザル所謂單ナル甲状腺肥大者62名(第2表)、第3群トシテハ對照トシテバセドウ氏病患者10名(第3表)ノ3群ニ分チ觀察ヲ行ヒタリ。要スルニ活動性ノ結核ノ有無ニヨリ甲状腺肥大者ヲ分類セリ。

### 第一項 性別及ヒ年齢トノ關係

第1群36名中男12名、女24名、第2群62名中、男14名、女48名、第3群10名中、男4名、女6名ニシテ、計男30名、女78名即チ男女ノ比ハ1:2.6ナリ。殊ニ第2群即チ活動性結核患者及ヒバセドウ氏病ヲ除外セル所謂單ナル甲状腺肥大者ニテハ、ソノ比1:3.5ヲ示シ斷然女子ニ多シ。

次ニ年齢別ニ觀察スルニ男女ヲ通ジ、過半数以上(殊ニ、第2群ニテハソノ<sup>3</sup>/<sub>4</sub>)ハ17、8歳ヨリ

24、5歳迄ノ春機發動期ヨリ青年期ニ到ル者ナリ。之等ノ成績ハ飯塚教授等ノ報告ニ略々一致スルモノナリ。

### 第二項 住居、職業、榮養状態トノ關係

古來甲状腺腫ハ地方病的ニ發現スル事ハ周知ノ如シ。即チ地理的ニ流行地ヲ認メ、一般ニ沃度ノ缺乏セル土壤、河川、沼池、地下水、高原、平野、又ハ遺傳體質等種々論議サル處ナレド、本篇ニ於テハ、カ、ル地方病性甲状腺腫ヲ省略セリ。依ツテ僅カ108名中ヨリ住居、職業的ニハ一定ノ關係ヲ探知シ得ザリキ。榮養状態ニ就テハ第1群、第3群ヲ除ケバ特ニ低下セルヲ認メズ。ムシロ單純性ノ春機發動期性甲状腺腫ハ體格榮養共ニ佳良ナル健康者ニ觀ル事多シ。即チ非病的ト認メラル、者多シ。

### 第三項 主訴(殊ニ微熱)ニ就テ

被檢者ノ主訴ヲ各二ツ宛選ビ表示セリ。第3群ヲ除キ第1群、第2群98名ニ就テ述ベン。主訴ノ





第2表 第2群

姓 名	性 別	年 齡	體 重	住 居	職 業	主 體	赤 洗	(%)反 應(A.T. 1:1000)	血 糖 量 (mg%)	血 清 沃 度 酸 值 (克)	診 斷 及 合 伴 病	甲 狀 腺 腫 ノ 種 類	備 考
1	♀	30	49	奈良縣	無	全身倦怠	40	—	106	0.156	糖尿	實質性	
2	♀	25	49	兵庫縣	無	全身倦怠	10	+	95	0.144	右肺門部輕度腫脹	單純性	非病的
3	♀	25	46	大阪市	無	全身倦怠	36	—	112	0.164	腺腫性甲状腺腫	實質性	脈搏100~110
4	♀	26	42	大阪市	給女	頭痛	22	±	100	0.160	肺門部陰影、輕度增加、脚氣	實質性	
5	♀	18	40	大阪市	中女	全身倦怠	18	—	85	0.144	肺門部陰影、輕度增加、脚氣	單純性	非病的
6	♀	24	48	大阪市	者	全身倦怠	8	+	111	0.135	胃腸加害兒、脚氣	單純性	非病的
7	♀	13	34	大阪市	女學生	全身倦怠	10	—	100	0.148	脚氣	單純性	非病的
8	♀	30	48	大阪市	看護婦	全身倦怠	24	++	100	0.166	肺門部陰影、輕度增加	單純性	非病的
9	♀	18	46	大阪市	店員	全身倦怠	18	—	115	0.185	腺腫性甲状腺腫	實質性	發汗著明
10	♂	21	48	大阪府中河内郡	會社員	全身倦怠	20	—	111	0.190	腺腫性甲状腺腫	實質性	精神不安
11	♀	25	45	大阪市	無	全身倦怠	9	+	95	0.154	脚氣	單純性	非病的
12	♀	21	46	大阪市	事務員	全身倦怠	16	卅	80	0.166	左肺尖部、瀾濁	單純性	蛋白(+)的
13	♀	33	45	大阪市	無	全身倦怠	8	卅	96	0.155	神經衰弱	單純性	非病的
14	♀	20	55	兵庫縣	無	全身倦怠	8	++	80	0.170	脚氣	單純性	非病的
15	♀	27	47	大阪市	社會社員	全身倦怠	3	—	90	0.188	腺腫性甲状腺腫	實質性	眼症狀(—)
16	♀	32	48	大阪府泉南郡	無	全身倦怠	19	—	88	0.135	腺腫性甲状腺腫	實質性	眼症狀(—)
17	♀	24	52	奈良縣	農業者	全身倦怠	12	+	85	0.120	兩肺門部陰影中等度增加	單純性	非病的
18	♂	22	49	大阪市	裁縫職	全身倦怠	5	++	90	0.125	脚氣	單純性	非病的(貧血(+))



39	■	♀	26	50	大阪市	主婦	微全	身倦	熱意	28	+	90	0.180	肺門部輕度腫脹 脚氣	單純性	病的
40	■	♀	24	60	大阪市	社會會員	胸痛	亢亢	痛進	30	±	100	0.144	脚氣	單純性	非病的
41	■	♂	19	51	兵庫縣 武庫郡	社會會員	微全	身倦	熱意	5	+	85	0.160	肺門部陰影、輕 度增加	單純性	病的
42	■	♀	22	43	大阪市	學生	心微	亢亢	進熱	8	+	100	0.130	脚氣	單純性	非病的
43	■	♀	29	45	和山	業農	微肩		熱凝	8	+	90	0.125	神經衰弱	單純性	的 病 變 顯 著的
44	■	♂	21	50	大阪市	社會會員	微全	身倦	熱意	12	+	95	0.154	右陳舊性肋膜炎	單純性	的 病 變 顯 著的
45	■	♀	18	46	大阪市	女學生	微咳		熱嗽	20	+	95	0.150	兩肺門部中等度 腫脹	單純性	病的
46	■	♂	28	52	大阪市	社會會員	微咳		熱嗽	21	+	86	0.150	右肺尖部、潤濁	單純性	非病的
47	■	♀	22	50	兵庫縣 武庫郡	社會會員	微全	身倦	熱意	18	+	95	0.141	脚氣	單純性	的 病 變 顯 著的
48	■	♂	16	51	大阪市	中學生	微頭		熱痛	16	+	96	0.152	肺門部陰影、輕 度增加	實質性	的 病 變 顯 著的
49	■	♀	17	50	大阪市	女學生	前微	頸部肥	大熱	7	+	88	0.164	腺腫性甲狀腺腫	實質性	眼症狀(一)
50	■	♂	26	55	大阪市	社會會員	微全	身倦	熱意	7	+	85	0.144	肺門部陰影、輕 度增加	單純性	非病的
51	■	♀	25	60	大阪市	社會會員	心微	亢亢	進熱	20	+	80	0.166	兩肺門淋巴腺腫 葉中等度	單純性	病的
52	■	♀	21	55	奈良縣	業農	微全	身倦	熱意	18	水 形	78	0.160	兩肺門部、中等 度腫脹	單純性	病的
53	■	♀	31	50	大阪市	商婦	前微	頸部肥	大進	15	-	108	0.188	腺腫性甲狀腺腫	實質性	眼症狀(一)
54	■	♀	17	17	大阪市	女學生	微全	身倦	熱意	17	+	88	0.150	右肺尖部輕度腫 獨	單純性	的 病 變 顯 著的
55	■	♀	20	44	大阪市	無	心微	亢亢	進熱	6	-	92	0.166	腺腫性甲狀腺腫	實質性	
56	■	♀	28	46	大阪市	社會會員	食微	慾減	退熱	15	±	96	0.172	腺腫性甲狀腺腫	實質性	
57	■	♀	18	45	兵庫縣 武庫郡	女學生	微咳	嗽、	熱後	8	-	96	0.166	脚氣	單純性	的 病 變 顯 著的
58	■	♀	16	44	京都市	女學生	微肩		熱凝	12	-	104	0.154	脚氣	單純性	非病的





中最モ多キハ微熱ナリ。98 名中 64 名即チ 66%ニ相當ス。次ニ全身倦怠感ニシテ 43 名、44%ナリ。次デ心悸亢進 19 名、咳嗽喀痰 15 名、胸痛(胸部壓迫感ヲ含ム) 13 名、頭痛、前頸部腫大各々 9 名、肩凝 8 名、食慾減退 7 名、羸瘦腹痛各々 4 名、睡眠障碍 1 名トナレリ。今之ヲ第 1 群、第 2 群ト別ニ觀察スルモ微熱、全身倦怠ハ夫々前者ニテハ 36 名中 24 名、14 名、後者ニテハ 62 名中 40 名、29 名ト斷然多シ。但シ第 1 群ニテハ結核ノ主症狀タル咳嗽喀痰、胸痛ガ第 2 群ニテハ心悸亢進ガ比較的的多キハ當然ナリ。次ニ前頸部腫大ヲ主訴トスルモノ 98 名中、僅カニ 9 名ニ過ギザルハ(第 1 群ニハナシ)甲状腺腫ヲ自覺セザルモノ多ク、唯余等ノ診察ノ結果、始メテ知ルモノ多キガ如シ。或ハ輕度ノ甲状腺機能亢進症狀ヲ自覺スルモ、他ノ疾患殊ニ結核性疾患又ハ脚氣等トソノ症狀類似スルヲ以テ留意セヌモノト思惟サル。臨牀的ニ結核其ノ他特別ノ疾患ナク、單ニ微熱ヲ有スルモノノ中ニ、カ、ル甲状腺肥大者ニ遭遇スル事アリ。

#### 第四項 合併症(殊ニ結核性疾患)ニ就テ

今村内科ニ於テハ既ニ古ク、余モ亦前項ニテ述ベシ如ク微熱ト甲状腺肥大トハ密接ナル關係アリ。而モソノ際合併スル疾患トシテハ結核性疾患ガ最モ多キモノナルモ比較的活動性ノモノハ少ナク、即チ結核ノ初期ニ甲状腺肥大ヲ伴ヒ易ク、要スルニ微熱ヲ有スルモ活動性結核ニ非ル甲状腺肥大者ノアルヲ留意シ來レリ。余ノ觀察セル活動性又ハ活動性ニ近キ結核ヲ伴フ第 1 群ヲ除キ、第 2 群 62 名ニ就テ觀レバ、肺門部陰影中等度又ハ多少増加セルモノ 16 名、肺炎部瀾濁セルモノ 5 名、陳舊性肋膜炎、慢性氣管枝加答兒各 1 名計 23 名ニ結核性疾患アリ。即チ相當數ニ於テ結核性疾患ノ合併アルヲ知り得タリ。飯塚教授モ甲状腺肥大患者ノ約半數ニ呼吸器疾患ヲ認メ、合併症ノ中、最モ多キ事ヲ報告セリ。「ツベルクリン」反應ハ第 1 群ハ勿論スベテ陽

性、第 2 群 62 中陽性者 41 名、陰性者 21 名、第 3 群 10 名中、陽性者 1 名、陰性者 9 名ニシテ其ノ多數ハ陽性ナリ。尙ホ余ノ觀察セルパセドウ氏病患者ノ大多數ガ「ツベルクリン」反應陰性ナリシハ興味アル問題ナリ。

赤沈値ハ第 1 群ニテハ、一般ニ中等度以上促進スルモノ多ク、第 2 群、第 3 群ニテハ中等値 21 以上ノモノ僅カニ 12 名ニシテ爾他ハ殆ンド正常域ニアリテ、赤沈ノ促進ハ概略の合併症ノ如何ニ依ル可ク、甲状腺腫トノ直接ノ關係ハ認メ難シ。而シテ結核ノ活動性ヲ否定ナシ得ルニ近カラシ。

爾餘ノ合併症トシテハ脚氣ガ多ク、第 2 群 62 名中 20 名ニアリ。單純性甲状腺肥大者ハ、其ノ自覺症狀ヲ缺ク者大多數ニシテ主訴ノ多クハ症狀ノ相似ル脚氣、結核性疾患等ニ依ルモノト思惟サル。即チ非病的ノモノ多シ。次ニパセドウ氏病ニ糖尿ノ伴フ事比較的多シ。第 3 群 10 名中 3 名ニアリ。尙第 1 群中 5 名、第 2 群中一名ニ認メタリ。コノ點ニ關シテハ後述スベシ。

#### 第五項 各甲状腺腫ノ頻度ニ就テ

第 3 群ヲ除キ、98 名ニ就テ甲状腺機能上ヨリ觀察スルニ單純性ト見做スベキモノ 77 名、實質性ト見做スベキモノ 21 名ナリ。第 1 群ニテハ 36 名中、實質性僅カニ 4 名ニシテ他ハ甲状腺機能亢進ヲ認メズ。第 2 群 62 名中ニテモ實質性 17 名、即チ  $\frac{1}{4}$ ニ機能亢進アルヲ認メタルノミ。而シテ單純性ハ 45 名(内病的 15 名、非病的 30 名)ナリ。而モ之等ノ中ニハ脚氣ヲ伴フモノアリテ、眞ノ所謂甲状腺機能亢進症患者ハ尙ホ尠ナキモノノ如シ。即チ甲状腺腫ノ 75~80%ハ單純性ニシテ飯塚教授等ノ 84%ナル成績ニ相似ス。腺腫性甲状腺腫ハ第 1 群ニハナク、第 2 群中 12 名アリテ之等ハスベテ實質性ナリ。尙ホ膠樣性甲状腺腫ハ 3 名ヲ算シ、實質性 1 名、單純性 2 名ナリ。

### 第三節 甲状腺肥大者ノ血糖竝ニ血清沃度酸値ニ就テ

甲状腺腫及ビバセドウ氏病ニ對スル基礎新陳代謝方面、沃度代謝方面ヨリ觀察セル業績ハ<sup>(30/31)</sup><sub>(32/33)</sub> 幾多先人ニ依リテ發表セラレタル處ナリ。<sup>(34/35)</sup><sub>(36/37)</sub> 而レ共一面之ヲ含水炭素及ビ蛋白中間代謝方面ヨリ觀タル業績ハ尠ナシ。惟フニ含水炭素ノ代謝的關係ヲ指示スルノ基準トシテ血糖微量定量法アリ。脂肪ノ尺度トシテ血中「コレステリン」微量定量法アリ。蛋白質中間代謝關係ヲ指示セルモノトシテ血清沃度酸値ノ測定ハ夙ニ<sup>(39)</sup> 古武教授等ノ提唱セラレシ處ナリ。茲ニ於テ余ハ甲状腺肥大者ニ就テ、ソノ血糖竝ニ血清沃度酸値ノ兩者ヲ測定シ、生化學方面ノ探索ヲナシ、甲状腺機能ノ基準判定及ビ結核ニ向ヒテ、ソノ活動性ナリヤ否ヤノ判定ニ資セント企圖セリ。

第一項 血糖量ニ就テ

全被檢者 108 名ノ血糖量ハ第 4 表ニ示ス如ク其ノ平均値ハ 96 ニシテ 巽ニ余ノ報告セル健常者平均血糖量 90 ニ比シ、僅少ノ高値ヲ示セリ(約 7%)。之ヲ群別ニ觀察スルニ、第 1 群ニテハ其ノ平均値 91 ニシテ 全平均値ニ比シ稍々低値ナルモ余ノ肺結核患者平均血糖量 85 ヲリ上昇セルヲ知レリ(7%内外)。尙ホ第 1 表ノ如ク肺結核ヲ重、中、輕症ニ分チ詳細ニ觀ルニ 80 以下殊ニ 70 以下ノ低血糖ヲ示ス者ハ重症者ニ多ク、甲状腺肥大ヲ伴フ肺結核患者ニテモ病機ノ進展

第 4 表 全被檢者血糖量

群別 血糖量(mg%)	第 1 群 (名)	第 2 群 (名)	第 3 群 (名)	計 (名)
70 以下	5			5
71—80	13	6		19
81—90	6	18		24
91—100	4	22	3	29
101—110	1	7	2	10
111—120	2	9	3	14
121—130	2			2
131—140	1			1
141 以上	2		2	4
計 名	36	62	10	108
平均 値	91 (mg%)	100 (mg%)	112 (mg%)	96 (mg%)

ト共ニ低血糖ニ傾ク傾向ヲ有セリ。

第 2 群ニテハ其ノ平均値 100 ニシテ健常値ニ比シ、約 10%内外上昇シ且 70 以下ノ低血糖者ヲ觀ズ。コノ中、特ニ結核性疾患及ビ脚氣等ヲ合併スルモノヲ除外セル所謂眞ノ甲状腺腫ト見做サル可キモノ 30 名(第 2 表参照)ノ平均値ハ 105 ニシテ約 15%内外ノ上昇ヲ示シ明カニ高血糖ナリ。

第 3 群ニテハ健常値ヨリ遙カニ高く、其ノ平均値 112 ニシテ 20%内外上昇ス。但シ 10 名中 3 名ノ糖尿病ヲ合併スルモノヲ含メリ。

次ニ第 5 表ニ示ス如ク、甲状腺腫別ニ觀察スルニ、實質性 21 名平均 100 ニシテ單純性 77 名平均 95 ヲリ僅カニ高値ナリ。而シテ健常値ヨリ夫々高く前者ニテハ 10%後者ニテハ 5~7%上昇セリ。即チ甲状腺肥大者ノ血糖量ハ一般ニ健常値ニ比シ高キ傾向ヲ有ス。殊ニ甲状腺機能亢進症アルモノハ而ラザルモノニ比シ高値ナリ。而シテ結核(殊ニ活動性結核)ノ合併アル場合ハ稍々血糖量低キモ甲状腺肥大ヲ伴ハザル肺結核患者ノソレニ比スレバ尙ホ高カラシ乎。

第 5 表 甲状腺腫別ニヨル血糖量(mg%)

	第 1 群	第 2 群	計
實 質 性 (平 均 値)	4 名 97	17 名 105	21 名 100
單 純 性 (平 均 値)	32 名 90	45 名 96	77 名 95

第二項 血清沃度酸値(沃酸値ト略稱ス)ニ就テ

健康者ニ於ケル沃酸値ニ就テハ余ハ 0.125~0.135 ヲ以テ生理的動搖範圍内トナシ、平均値 0.130 ヲ得タリ。而シテ 0.136~0.150 ヲ輕度上昇、0.151~0.170 ヲ中等度上昇、0.171 以上ヲ強度上昇セルモノトセリ。又肺結核患者ノ該値平均値ハ 0.160 ニシテ病機ノ進展ト共ニ上昇スルハ巽ニ余ノ報告セル處ナリ。即チ健常者ニ比シ 20~25%ノ上昇率ヲ常トセリ。

扱テ全被檢者 108 名ニ就テノ成績ハ第 6 表ノ如ク、其ノ平均値ハ 0.161 ニシテ肺結核患者同様健常値ニ比シ中等度上昇(20~25%ノ上昇率ヲ

第6表 全被檢者血清沃度酸値(耗)

群 別	第1群 (名)	第2群 (名)	第3群 (名)	計 (名)
沃酸値(耗)				
0.125 以下		6		6
0.126~0.135	4	5		9
0.136~0.150	5	16		21
0.151~0.170	10	22		32
0.171~0.199	15	12	8	35
0.200 以上	2	1	2	5
計(名)	36	62	10	108
平均値(耗)	0.168	0.155	0.185	0.161

示ス)セリ。之ヲ群別ニ觀察スルニ、第1群ニテハ平均値0.168、約25~30%上昇シ、且肺結核患者該値平均値ヨリモ尙ホ稍々高く、強度上昇スルモノ36名中17名、即チ約半数ヲ算シ殊ニ0.200ヲ示スモノ2名アリ。第2群ニテハ平均値0.155(15~20%上昇)、中等度上昇スルモノ最モ多シ。第3群ニテハスベテ強度上昇ニシテ其ノ平均値0.185ハ實ニ35~40%ノ上昇率ナリ。

次ニ第7表ノ如ク、實質性ハ單純性ニ比シ、其ノ上昇率ハ高シ。即チ前者21名平均値0.168ハ25%、後者77名平均値0.155ハ15~20%ナリ。

第7表 甲状腺腫別ニヨル血清沃度酸値(耗)

	第1群	第2群	計
實質性 (平均値)	4名 0.175	17名 0.165	21名 0.168
單純性 (平均値)	32名 0.165	45名 0.145	77名 0.155

今第2群中、前項ニ於ケルト同様、結核性疾患ヲ合併セルモノヲ除外セル所謂眞ノ甲状腺腫ト見做サル可キ30名ノ平均値ハ0.162ニシテ明カニ健常値ニ比シ高シ(第2表参照)。但シ此ノ中6名ハ健常域又ハ尙ホ低値ヲ示シタリ。

即チ甲状腺腫患者ノ沃酸値ハ一般ニ健常値ニ比シ高く、20%以上ノ上昇率ヲ示ス事多シ。殊ニ活動性ノ結核ヲ伴フ時ハ其ノ上昇率一層高く、且肺結核患者平均該値ヨリ尙ホ高キ事屢々ナリ。バセドウ氏病ニテハ35%以上ノ強度上昇ヲ觀ル事稀ナラズ。而シテ一般ニ甲状腺機能亢進症アルモノハ無キモノニ比シ高値ナルモノノ如シ。次ニ第8表ニ示ス如ク血糖ト沃酸値トノ關係ヲ觀察スルニ兩者間ニ一定ノ關係アリト俄カニ斷ジ難シ。而レ共コノ兩者ヲ同時ニ測定シ、惟フニ、若シ兩者共平均値ヨリ高キ時ハ甲状腺肥大ヲ伴フ結核患者ニ於テハ、其ノ結核ノ活動性ヲ

第8表 血糖値ト血清沃度酸値トノ關係(第1群+第2群)

沃酸値(耗)	0.125以下	0.126~0.135	0.136~0.150	0.151~0.170	0.171~0.200	計
血糖値(mg%)						
70以下			1	2	1	4
71~90	3	10	8	11	10	42
91~100	1	6	8	10	4	29
101~120	2	2	5	4	6	19
121 以上					4	4
計	6	18	22	27	25	98

否定ナシ得ルニ近く、血糖値低く、且沃酸値強度上昇セル時ハ、蓋シ活動性結核ナル事多カルベシ。

而シテ此ノ兩者ノ上昇又ハ下降率ニヨリ、甲状腺ノ機能如何ヲ知ル蓋シ或ル程度ノ尺度トモナ

ラン。カカル故ニ血糖及ビ沃酸値ハ他ノ種々ナル臨牀的知見ト共ニ甲状腺肥大ヲ伴フ結核患者ノ結核ノ活動性ノ判定ニ向ヒテ、將又甲状腺腫者ノ甲状腺機能如何ノ判定ニ向ヒテ或程度資ス處アルモノト思惟サル。

#### 第四節 慢性微熱ニ對スル臨牀的考察

余等ガ日常臨牀上一見原因不明ト思ハルル微熱

ヲ訴ヘ、或ハ自覺シナクモ微熱ヲ有スルモノ

ニ遭遇スル事多シ。斯カル場合コノ微熱ノ原因ガ果シテ結核性ノモノナリヤ否ヤヲ鑑別スルハ重要事ナリ。所謂微熱ハ結核ニヨル事最モ多ク、即チ結核ノ初期症状トシテノ微熱ハ重要ナル症状ノ一ツトシテ一般ニ認メラルル所ナリ。而レ共他面結核ノ他ニモ、種々ナル疾患ガ亦同様ナル慢性微熱ヲ呈スル事ヲ考慮セザル可カラズ。

<sup>38</sup>余ノ今村内科外來患者ニテ慢性微熱ヲ呈スル387名ニ就テノ經驗ヲ述ブレバ内224名(57.9%)ハ結核性疾患(内活動性結核128名、疑活動性結核96名)ニヨルモノニシテ94名(24.3%)ハ臨牀上結核ヲ否定ナシ得ルニ近ク、他ノ疾患即チ臨牀上非結核性疾患ト認メラルル者ナリ。爾餘ノ69名(17.8%)ハ相當期間ノ觀察ニヨルモ臨牀的病的所見ガ認メ得ラズ所謂原因不明ナルモノニシテ、夫等ノ多クハ恐ラクハ無害性高體溫症或ハ本態的(體質性)微熱ト見做ス可キモノト思惟サレタリ。

今村教授ハ甲状腺ノ多少肥大セル者ニシテ他ニ認ム可キ疾患無クシテ微熱ヲ有スル者ヲ認メ、常ニ甲状腺ノ肥大ニ注意セラレタリ。一般ニ巴塞ドウ氏病乃至甲状腺機能亢進症ノ體溫ハ甚ダ不安定且屢々發熱ヲ來シ易キハ周知ノ事實ナルベシ。無論此ノ際、微熱ノ原因タル可キ種々ナル合併疾患殊ニ活動性結核ノ有無ヲ慎重ニ吟味ス可キデアリ、唯單ナル所謂單純性ノ多少ノ甲状腺肥大ノミヲ以テ病的ト爲シ、不要ノ安靜ヲ爲サシメ、又ハ治療ヲ爲スハ務メテ避ク可キナリ。余等ハ時ニ、微熱者ニシテ、或ハ輕度ノ甲状腺肥大アルモ病的ナラズ、或ハ胸部「レ」線上多少ノ肺門部陰影増加又ハ肺野ニ僅少ノ斑狀陰影石灰沈著等ノ所見ヲ認ムルモ、他ノ臨牀的所見ト共ニ少ナクトモ活動性結核ヲ否定シ得ル場合(勿論結核以外ノ後述ノ如キ原因ヲ認メズ)治療ヲ爲サズ全ク普通生活ヲトラシメ、相當長キ經過後モ特別異常ヲ觀ザルノミカ、ムシロ下熱ヲ來ス如キ症例ヲ經驗スル事アリ。

因ニ興味アル症例ニ就テ略述セン。第2表第2例、未婚女子(25歳)約3ヶ月前ヨリ37度2、3

分ノ不定熱ヲ認メ、2、3醫師(内科醫、婦人科醫、耳鼻科醫)ノ治療ヲ受ケ、職務ヲ辭シ、絶對安靜ニ近キ療養生活ヲ營ムモ下熱セザリキ。體格營養共ニ良好。多少ノ甲状腺肥大アルモ病的ナラズ、發熱ノ原因ト認メ得ズ。胸部「レ」線上右肺門淋巴腺陰影輕度増加アルノミ、赤沈平均値10、「ツ」反應弱陽性、血糖量95、血清沃度酸値0.144、尿、糞便共ニ異常ナク他ニ病的所見ヲ認メ得ズ。發熱ハ全ク不定ニシテ且月經トノ關係モ無シ、依ツテ余ハアヲユル治療ヲ中止シ、漸次普通生活ヲ行ハシメ、時々經過ヲ觀察セルニ發熱ハ依然認メタルモ以前ニ比シ上昇セズ。4ヶ月後結婚シ、尙ホ時ニ微熱ヲ訴ヘタルモ、其ノ後1年餘ヲ經過セル現在分娩後ハ全ク發熱ナク、健康ナル家庭生活ヲ營ミ、大ニ感謝サル。

又、28歳ノ男子、微熱ヲ訴ヘ、且特別ニ結核ニ對スル恐怖感ヲ懷キ、種々治療ヲナセリ。神經質ニシテ輕度ノ脚氣ヲ認ムルモ他ニ認ムベキ病的所見無キ故、余ハ強イテ就業セシメ且本人ノ好ム「テニス」ヲ行ハシメ經過ヲ觀察セルニ約6ヶ月後ノ現在、尙ホ時ニ微熱(37度5分迄)ヲ訴フルモ性頗ル明快トナリ、以前ノ如キ恐怖心ハ去リ自ラ健康恢復セリト喜ブ。要スルニ微熱ヲ有スルモ認ムベキ病的所見無キ場合、普通生活ヲ行ハシメ、微熱ニ對スル恐怖の苦痛ヲ除去シ、所謂精神的安靜ヲ遵守セシムル事ノミニ依リ、相當ニ效果アル場合アリ。而レ共無論微熱ヲ輕視ス可キニ非ルハ言ヲ俊タザルナリ。要ハソノ原因ヲ充分ニ吟味シ、長キ經過觀察ヲ必要トス可シ。尙ホ微熱ノ範圍、持續期間、熱型等ハ常ニ考慮セザルベカラズ。

次ニ結核疾患、甲状腺腫ヲ除キ一般ニ微熱ノ原因トシテ普通余等ガ臨牀上考慮ス可キ疾患ニ就テ余ノ經驗ニ基キ略述セン(詳細ハ既ニ大阪醫事新誌上ニテ發表セリ)。

(1)脚氣患者ニ觀ラルル微熱ハ脚氣自身ニ依ルモノナリヤ、或ハ合併症殊ニ潜在スル結核ノ夫ニ基因スルモノナリヤ鑑別ス可キナリ。即チ脚

氣ト結核ハ恰モ甲狀腺腫ト結核ノ如キ密接ナル關係ヲ有シ、屢々合併シ且誤認サレ易キ所以ナリ。

脚氣患者ノ體溫ニ就テハ曾テ青山教授ハ「脚氣ハ其ノ經過中、時ニ微熱ヲ反復スル事アリ」ト云ハレ、稻田教授モ「一般ニ脚氣患者ノ體溫ハ動搖シ易シ」ト云ハレタルモ、島園教授ハ「脚氣熱ハ脚氣自身ニヨルニ非ズ。同時ニ存在スル潛行性結核ニヨルモノナリ」ト論駁セラレタリ。而レ共多數ノ諸家ノ成績竝ニ余ノ經驗ヨリ推シ、脚氣患者ニ微熱ヲ伴フハ略々確定的ナリ(恐ラクハ溫中樞ノ植物性神經機能異常ナラン)ト同時ニ合併症ニヨル微熱ノ存在モ亦否定シ能ハズト解ス可キ乎。(2)微熱ト月經トノ關係。生理的月經前熱ハ見過スベカラザル因子ナリ。殊ニ神經質ナ婦人ニ觀ル事多シ。其ノ他慢性婦人科の疾患。(3)耳鼻咽喉科及ビ齒口腔科領域ニ原發病竈(例之慢性中耳炎、慢性扁桃腺炎等)ヲ證明

スル病竈感染例。(4)感冒、肺炎、氣管支炎等ノ呼吸器疾患ノ後ニ續ク微熱(淋巴腺熱、殊ニ肺門淋巴腺炎等ノ結核性疾患ト混同サレ易シ)。

(5)慢性腎盂炎、膀胱炎等ノ泌尿器系統疾患。

(6)胃腸炎、常習性便秘、膽囊炎等ノ消化器系統疾患及ビ寄生蟲病竈ニ惡性腫瘍等。(7)貧血、

「ロイマチス」、心臟瓣膜症等ノ循環器系統疾患。(8)強度ノ神經衰弱乃至神經質等ノ神經系統疾患。但シ輕度ノ神經性熱ハ、一般ニ微熱所有者ガ神經質ノ人ニ多キ事實ニヨリ、コハムシロ無害性高體溫症ト見做ス可キガ至當ナリト思惟サル、

以上余ハ比較的遭遇スル事多キ疾患ニ就テ略述シタルモ、其ノ他微熱ハアラユル疾患ニ認メラルルハ當然ナリ。而モ其等ガ合併スル場合多ク從ツテソノ鑑別診斷ニ際シテハ充分慎重ナル態度ヲトル可キナリ。

#### 第四章 總括竝ニ摘要

微熱所有者ト結核、而シテ甲狀腺肥大、此ノ3者ハ不即不離ノ關係ニアリテ甚ク複雑微妙ナリ。微熱所有者ニシテ懸々甲狀腺ノ多少肥大セル者アリ。而モ其ノ程度タルマ殆ンド認メ得ザルモノヨリ、明瞭ニ大ナルモノニ到ル迄、千差萬別、其ノ機能モ亦允進セルモノ(實質性)、正常又ハ低下セルモノ(單純性)等アリテ一定セズ。且種々ナル疾患ト合併シ、殊ニ結核性疾患トハ其ノ初期症狀ノ類似スル點、發現ノ時期的ニ一致スル點等ニ依リ混同サレ易シ。或ハ結核ノ症狀ニカクレ、甲狀腺腫ノ不明ナル事アリ。或ハ患者自ラ結核ヲ疑フ者ノ中ニ非病的ノ單純性甲狀腺腫アリ。而ラバ果シテ微熱ガ甲狀腺機能允進ニヨルモノナリヤ、或ハ潛行スル結核ニヨルモノナリヤ、或ハ他ノ疾患ニヨルモノナリヤノ鑑別ニ困難ナル事稀ナラズ。斯カル場合、活動性結核又ハ之ニ近キ疑活動性結核ノ有無ヲ檢索スルハ最重要事ナリ。惟フニ「ツバルクリン」反應、赤血球沈降速度、胸部「レ」線檢査等諸

種臨牀の所見ト共ニ、余ハ血糖竝ニ沃酸値ノ測定即チ糖代謝及ビ蛋白中間代謝方面ヨリノ檢査ガ或程度利用サル可キヲ提唱セリ。即チ甲狀腺肥大者ノ兩値ハ一般ニ上昇スル事多ク、且共ニ實質性ハ單純性ニ比シ、ヨリ高キ事ヨリ含炭素代謝障礙或ハ多少ノ肝臟機能障礙或ハ内分泌相互ノ機能異常竝ニ蛋白中間代謝ノ體內酸化機能低下ヲ惹起セルモノノ如シ。而シテ活動性結核ヲ伴ヘル時ハ血糖値比較的低キ場合多キニ反シ、沃酸値異常ニ上昇セリ。從ツテ兩値共ニ相當ニ上昇セル時ハ大觀的ニ結核ノ活動性ヲ否定シ得ルニ近シ。

バセドウ氏病ニ食餌性糖尿病ノアルハクラウスルドウヒ兩者ニ依リテ始メテ記載サレタル處ニシテ 100gr ノ葡萄糖ハ本病ニ食餌性糖尿ヲ惹起スルニ充分ナリトシ、空腹時ニ 100gr ノ葡萄糖ヲ經口のニ與フル時、健康者ニ比シ血糖ハ遙カニ高値ヲ示スノミナラズ、過血糖狀態延長スト云ヒ、<sup>10)</sup>田川モ糖尿ノ原因ヲ肝臟機能障礙ニ

歸セシメタリ。<sup>(41)</sup> Kugelmann ハ「チレオトキシシム」ノ肝臓ニハ糖原ノ貯藏減少スルノミナラズ、過剰ノ果糖ヲ葡萄糖ニ變化セシムル能力缺乏スル故、バセドウ氏病ニ於ケル肝臓機能障礙ヲ含水炭素ノ中間代謝障礙ニヨルモノナリトセリ。ソノ他<sup>(42)</sup>倉橋、<sup>(43)</sup>小野等ノ報告アリテ肝臓機能障礙ハ一般ニ認メラル。又<sup>(44)</sup>武谷ハ甲状腺摘出後ノ血糖値ハ極メテ僅少ノ低下ヲ示シ、且「インシュリン」ニヨル糖低下ノ著シキ事ヲ見究メタリ。余ノ第3群ニ於ケル成績モ其ノ血糖値強度ニ高く、且糖尿ヲ合併スルモノヲ認メタリ。次ニ余ノ甲状腺肥大者ニ於ケル沃酸値ノ上昇ハ冀ニ報ジタル肺結核患者ニテ、認メタル該値上昇同様、蛋白中間代謝ノ體內酸化機能低下ヲ意味スルモノト解シ得べく、從ツテ肺結核患者ニテ甲状腺肥大アリタル場合ハ、ヨリ一層ノ上昇ヲ示スハ容易ニ肯定シ得ラルル處ナリ。<sup>(45)</sup>杉田ハ白米餌養家兔ニ於テ、<sup>(46)</sup>加藤ハ結核生菌ヲ注射セル海狸ニ於テ、<sup>(47)</sup>北村ハ種々ナル感染、過敏症ニ於ケル實驗家兔ニ於テ、<sup>(48)</sup>飯尾ハ實驗的狂犬病家兔ニ於テ、夫々該値ニ關スル報告ヲナシ、又<sup>(49)</sup>加納ハ腸「チフス」患者ニ就テ、<sup>(50)</sup>中條及ビ余ハ肺結核患者ニ就テ同値ノ上昇ヲ報ゼリ。要之血糖及ビ沃酸値ノ兩者ハ他ノ諸種臨牀的所見ト共ニ甲状腺肥大ヲ伴フ肺結核患者ノ結核ノ活動性判定竝ニ甲状腺機能ノ「オリエンチールング」ニ向ヒテ或程度示唆タリ得べく、以テ臨牀所見ニ一部知見ヲ加ヘ得タルモノト思惟サル。

扱テ余ハ98名ノ甲状腺肥大者ヲ、合併スル結核ヲ中心トシテ第1群、第2群ニ分チ觀察ヲ行ヒタリ(尙ホ別ニ第3群トシテバセドウ氏病ヲモ考察セリ)。而シテ余ハ第2群中9名ノ明カニ甲状腺機能亢進性微熱ト思ハルルモノヲ認メタレド、一般ニ多クハ非病的ノ單純性ノモノニシテ特別治療ヲ要セザルモノナリ。蓋シ之等ノ多クハ殊ニ春機發動期ニ多ク觀ル體內ノ新陳代謝ノ多少共亢進スル結果アラハルル一徵候ト見做サレ可キモノカ、或ハ又常習性高體溫症、無

害性高體溫症、溫中樞ノ植物性神經機能異常症等々ノ名義ニテ呼バル可キモノナラン。カカル故ニ多少ノ微熱ヲ有ストモ、疾患トシテ取り扱ハル可キモノニ非ザルナリ。第1群ノ大部分ハ單純性ニシテ要スルニ甲状腺腫別ヨリ觀レバ、實質性ハ尠ナシ。從ツテ一般ニ比較的體格、榮養共ニ佳良ナルモノ多カルベシ。

而シテ甲状腺肥大ガ直接ニ微熱ノ原因ト認メラルル例ハ比較的尠ナキ様ナルモ、之ガ微熱ノ遠因トモナリ、殊ニ潜在スル結核、脚氣等ノ合併症ノアル場合微熱ヲ來シ易キハ容易ニ想像セラルル處ナリ。事實余ノ觀察セル甲状腺肥大者ノ66%ニ微熱ヲ認メ得タリ。次デ多ク主訴トシテハ全身倦怠、心悸亢進、胸痛(壓迫感ヲ含ム)等ナリ。

近時國民體力増進ガ喚起サレ、各種集團ノ健康診斷ガ普及サルルニツレ、健康者ニ於ケル微熱ガ論議サレ、屢々微熱所有者ニ遭遇スル事ガ判明シ、該症ニ關スル問題ガ漸ク諸家ノ間ニ擡頭シ來レリ。曩ニ<sup>(52)</sup>堂野前教授ノ慢性微熱ヲ主徵トセル患者ノ臨牀的研究ノ成績(同氏ハ鑑別診斷ノ一補助法トシテ特ニ吉田氏反應及ビ電氣心動圖曲線ヲ指摘サル)、<sup>(53)</sup>中村教授ノ研究成績其ノ他多クノ報告ニ接ス。要スルニ余等ガ慢性微熱所有者殊ニ不明ノ頑固ナル微熱ニ接シタル場合、先ヅ結核ヲ聯想スルハ醫師ノミナラズ、一般世人ノ常識タル感アルモ、余ガ前節ニ於テ記述セシ如ク(無論結核性微熱ガ最も重要ニシテ且多數ナルモ)、他ノ微熱ノ原因タル可キ種々ナル疾患ニ就テ常ニ考慮ス可キハ言ヲ俟タザルナリ。宜シク其ノ鑑別診斷竝ニ經過觀察ヲ慎重ニ行ヒ、以テ適宜ノ處置ヲトル可キナリ。

#### 摘 要

余ハバセドウ氏病ヲ除キタル甲状腺肥大者ニ就テ觀察スル事次ノ如シ。

(1) 微熱ヲ有スルモノ認ム可キ病的所見無キ者ニテ甲状腺ノ多少肥大セルモノアリ。

(1) 甲状腺肥大者ニテ活動性結核ヲ伴フモノト伴ハザルモノトアリテ、後者ハ微熱アルモ非病

的ナル場合多シ。

(1) 甲狀腺肥大者ノ甲狀腺機能亢進症ヲ認メルモノ(實質性)ハ比較の少ナク、多クハ機能亢進ナキモノ(單純性)ナリ。

(1) 甲狀腺肥大者ノ血糖竝ニ血清沃度酸値ハ一般ニ上昇ス。殊ニ實質性ハ單純性ニ比シ、ヨリ高値ナル場合多シ。

(1) 甲狀腺肥大ヲ伴フ活動性結核者ノ血清沃度酸値ハ強度上昇スルニ反シ、血糖値比較的低キ事多ク、從ツテ兩値共ニ相當ノ上昇ヲ認メタル時ハ、大觀的ニ結核ノ活動性ヲ否定ナシ得ルニ近カラシ。

擲筆ニ臨ミ今村教授ノ御指導竝ニ御校閲ニ深謝シ、尙ホ西垣講師ノ御助言ニ敬意ヲ表ス。

### 参考文献

1) Cassan, cit. n. Massur. 2) Hamburger, Vierteljahrschr. prakt. Heilk. (1853). 3) Rokitsansky, Lehrbuch e. pathol. Anat. (1859). 4) Virchow, Die Krankhafte Geschwülste Bd. 3, 22 Verl. 5) Virty & Girand, Rev. Tbc. 261, (1909). 6) Betz, Der symptomatische Kropf der Lungentuberculose. Memorabilien. Heilborn. (1873). 7) Bialokur, Zeitschr. Tbk. Bd. H. 6, S. 567, (1910). 8) v. Brandenstein, Berl. kl. Wschr. Nr. 39, (1912). 9) Saathof, Münch. med. Wschr. Th. 60, Nr. 5, (1913). 10) Kollos u. Kentzler, klin. Wschr. II. S. 1404, (1913), Klin. Wschr. I. s. 504, (1932). Beitr. Kl. Tbk. Bd. 79, (1932). 11) Webb, Amer. Rev. Tbc. Vol. 5, No. 3, (1921). 12) G. Schröder, Beitr. Kl. Tbk. Bd. 75, S. 74, (1930). 13) Girbert & Ryder, Amer. Rev. Tbc. Vol. 5, No. 3, (1912). 14) Ferrannini, Ref. med. Tg. 37, Nr. 44, 45, (1921). 15) Couland, Vigot, éd. Thèse de Paris, (1902). 16) Lambea, Arch. endocrin. 6, S. 381, (1928). 17) Hanus, Comp. rend. soc. biol. 26, (1927). 18) Ferrant, Brit. med. T. No. 2774, (1914). 19) Stefko u. Tscherkowa, Beitr. kl. Tbk. Bd. 73, (1930). 20) Lorand, cit. n. Massur. 21) Girand, Rev. Tbc. 261, (1909). 22) 石丸康太郎, 結核. 第13卷. 3號. (昭10). 23) 森健吉, 日本內分泌學會雜誌. 5卷. 311頁. (昭4). 24) 福士, 日本病理學會雜誌. 第14年. (大13). 25) 高龜良樹, 結核. 3卷. 1011頁. (大14). 26) 川上理作, 結核. 3卷. 123頁. (大14). 27) 赤澤, 乳兒學雜誌. 3卷. 1號. (昭3). 28)

飯塚直彦, 臨牀醫學. 27年. 2號. (昭14). 29) 辻寛治, 日本內科學會雜誌. 15卷. 3號. (昭2). 30) 龜井兵三, 日本內分泌學會雜誌. 第3卷. 1號. (大3). 31) 原禎造, 日本內分泌學會雜誌. 3卷. 1號. (大3). 32) 猪苗代馨, 丸田公雄, The Tohoku J. of exp. Med. 35卷. 4號. (昭14). 33) 石川九, 日本內科學會雜誌. 16卷. 8號. (昭3). 34) 橋本義雄, 東京醫學會雜誌. 53卷. 2號. (昭14). 35) 井上惺三郎, 東京醫學會雜誌. 52卷. 12號. (昭13). 36) 高山保, 「グレンツゲピート」. 13卷. 1號. (昭14). 37) 伊藤那華男, 滿洲醫學會雜誌. 28卷. 3, 4號. (昭18). 38) 池内兵一郎外三名, 大阪醫事新誌. 12卷. 3號. (昭16). 39) 古武彌四郎, 日新醫學. 20年. 9號. (昭5). 醫海時報. 1671號. (昭2). 40) 田川重三郎, 日本內科學會雜誌. 19卷. 3號. (昭6). 41) Kugelmann, Klin. Wschr. Nr. 33, (1930). 42) 倉橋次第, 東京醫學會雜誌. 52卷. 12號. (昭13). 43) 小野誠意, 北海道醫學會雜誌. 15週年記念號. (昭2). 44) 武谷凱三, 日本內科學會雜誌. 13卷. 286頁. (大正14). 45) 杉田貞之, 大阪醫學會雜誌. 26卷. 12號. (昭2). 27卷. 7號. (昭3). 46) 加藤謙一, 結核. 6卷. 8號. (昭3). 47) 北村文雄, 結核. 12卷. 8號. (昭9). 48) 飯尾, 兒科雜誌. 390號. (昭7). 49) 加納政男, 日本傳染病學會雜誌. 12卷. 9號. (昭13). 50) 森茂樹, 結核ノ臨牀. 2卷. 6號. (昭14). 51) 中條元一, 結核. 9卷. 10號. (昭6). 52) 堂野前, 松本, 柳澤, 日本內科學會雜誌. 28卷. 3號. (昭15). 53) 中村京亮, 微熱ト其ノ鑑別診斷. (昭15).



wurde, waren keine Schwankungen wahrnehmbar. Durch einen mehrfachen künstlichen Pneumothorax konnte jedoch in den Lungen eine Zunahme des Jodsäure-Kältewertes festgestellt werden.

(Autoreferat.)

## Über den Jodsäurewert des Blutserums bei Lungentuberkulösen, unter besonderer Berücksichtigung des Blutzuckergehaltes.

Von

Hyoichiro Ikeuchi.

(Aus der III. Med. Klinik der Kaiserlichen Universität zu Osaka und dem Takeo-Institut für Tuberkulose-Forschung, Direktor: Prof. Dr. A. Imamura.)

Bei 112 Lungentuberkulösen habe ich den Jodsäurewert des Blutserums mit anderen klinischen Befunden—Röntgenbild der Brust, Tuberkulin-Allergie, Blutsenkungsgeschwindigkeit, Blutdruck, Blutbild, Blutzuckergehalt, u. s. w. beobachtet, dass als Erfolg des unnormalen Eiweissumsatzes, der Jodsäurewert des Blutserums meistens ansteigt in Beziehung zu der Fortschreitung der Krankheit, und zwar durchschnittlich 0.160 cc, also 20~30% höher als normale Wert. Zudem ist noch zu erwähnen, dass bei Verschlimmerung der Lungentuberkulose der Blutzuckergehalt abnimmt, der Jodsäurewert des Blutserums dagegen aber zunimmt. In ganz schweren Fällen waren, jedoch öfter diese Veränderungen nicht festzustellen.

(Autoreferat.)

## Über den Blutzuckergehalt und Jodsäurewert des Blutserums bei von Schilddrüsen-Schwellung begleiteten und nicht begleiteten aktiven Tuberkulose. Nebst einer Klinischen Beobachtung über leichtes chronisches Fieber.

Von

Hyoichiro Ikeuchi.

(Aus der III. Med. Klinik der Kaiserlichen Universität zu Osaka und dem Takeo-Institut für Tuberkulose-Forschung, Direktor: Prof. Dr. A. Imamura.)

Mit anderen klinischen Befunden habe ich bei 98 Kranken mit Schilddrüsen-Schwellung—ohne typische Symptome Basedowischer Krankheit—den Blutzuckergehalt und den Jodsäurewert des Blutserums untersucht.

1. Trotz des Fehlens der aktiven Tuberkulose oder anderer Krankheit wurde bei einigen Kranken eine von leichtem Fieber begleitete leichte Struma beobachtet.

2. Die Schilddrüsen-Schwellung tritt ohne oder auch mit Lungentuberkulose vornehmlich in der Pubertäts- und Jugendzeit auf, und zwar beim weiblichen Geschlecht häufiger als beim männlichen. Es gibt verhältnismässig wenig solche Kranke, bei denen eine Hyperfunktion der Schilddrüse (Struma parenchymatosa) zu erkennen ist, jedoch war bei einer Anzahl Struma simplex wahrzunehmen.

3. Schilddrüsen-Schwellung begleiteten Lungentuberkulose haben gewöhnlich einen erhöhten Blutzuckergehalt und Jodsäurewert des Blutserums, und zwar solche mit Struma parenchymatosa einen höheren als kranke mit Struma simplex. Und bei aktiver Tuberkulose mit einhergehender Struma ist der Jodsäurewert des Blutserums stark gestiegen, wogegen der Blutzuckergehalt in zahlreichen Fällen meist unverändert oder niedrig ist. Daraus ergibt sich, dass beinahe überall dort, wo diese beiden Wert beträchtlich gestiegen sind, die Aktivität der Tuberkulose verneint werden kann. (Autoreferat.)

---

### Experimentelle Untersuchungen über den Einfluss des Tuberkulins auf Blutzuckergehalt und Jodsäurewert des Blutserums bei tuberkulösen Kaninchen.

Von

**Hyoichiro Ikeuchi.**

(Aus der III. Med. Klinik der Kaiserlichen Universität zu Osaka und dem Takeo-Institut  
für Tuberkulose-Forschung, Direktor: Prof. Dr. A. Imamura.)

1. Ich habe über einen Zeitraum von 10 Tagen täglich an gesunden Kaninchen Tuberkulin—altes-Tuberkulin—albumosefreies Tuberkulin—Tuberkulin PPD (nach Seibert) oder—sogenannte PPS (nach Toda), eingespritzt u. dabei festgestellt dass eine Tendenz vorhanden ist, nach der Blutzuckergehalt zeitweilig abnimmt, der Jodsäurewert des Blutserums dagegen aber ansteigt. Bei tuberkulösen Kaninchen ist diese Tendenz etwas auffälliger festzustellen als bei Gesunden.

2. Unter normalen Bedingungen oder in Zeiten, wo die Funktion der Leber und des reticuloendothelialen Systems gesteigert worden ist, durch Injektion von Tuberkulin ist die Schwankung des Blutzuckergehaltes und des Jodsäurewertes klein, dagegen ist sie jedoch stark bemerkbar in Fällen, wo Lebergift gegeben oder das reticuloendotheliale System blockiert wurde.

3. Die Schwankung des Blutzuckergehaltes und des Jodsäurewertes des Blutserums ist unter nahezu gleichmässiger Haut-Reaktion nach Injektion von PPD (nach Seibert) und PPS (nach Toda) verhältnismässig gross. Ich glaube daher, dass die polypeptidische Substanz im Tuberkulin die Verminderung der Blutzuckergehaltes und das Aufsteigen des Jodsäurewertes des Blutserums verursacht und meinen, dass diese Annahme besonderer Beachtung wert ist.

4. In täglicher ununterbrochener Injektion von Tuberkulin an gesunden und tuberkulösen Kaninchen habe ich festgestellt, dass der Jodsäurekältewert der Organe der Nebenniere, Leber und Milz stark abnimmt, der der Organe der Lungen jedoch ansteigt.

(Autoreferat.)

---