

肺結核患者血清高田氏反應ニ就テ

東京帝國大學醫學部 內科

醫學士 春原新太郎

目次

第1章 緒言
第2章 實驗方法
第3章 實驗成績

第4章 考按及ヒ總括
第5章 結論
主要文獻

第1章 緒言

血清高田氏反應ハ周知ノ如ク1925年高田蔭氏ニ依リ提唱セラレタル一種ノ膠質化學的反應ニシテ、同氏ハ當時專ラ本反應ヲ大葉性肺炎及ビ氣管枝性肺炎ノ鑑別診斷ニ用ヒント試ミタリ。當時既ニ高田氏ハ肺結核時肝臟障礙強度ナル時ハ本反應陽性ナルコトヲ指摘セリ。其後本反應ハ1929—1931年 Staub u. A. Jezler ノ研究ニ依リ肝特異性アルコト闡明セラレシヨリ、内外學者ノ興味ヲ牽キ、反應ソレ自身モ各方面ヨリ改變改良セラレタリ。即チ反應ノ判定ニ關シテハ、Skouge, Hafstroem, del Camrizzo, Pongor, Timpano, Öfelein 等ニヨリ改良セラレ、反應自身ニ就テモ、試藥ノ濃度、量、酸度、ソノ他ニ於テ、Van Ginkel, Öfelein, Ucko, Manke u. Sommed ニヨリ改變セラレタリ。而テ本反應ハ Tezler ガ肝臟諸疾患ノ血清及ビ腹水ニ就キ本反應ヲ若干變法セルモノヲ以テ實驗シ、本反應ハ特ニ肝硬變症ニハ常ニ強陽性ナルヲ知り、ソノ他肝臟疾患時本反應ガ強陽性ナルハ、必ズ肝臟機能障礙ヲ存スルコトヲ明カニシ、本反應ノ發現ガ一般ニ強度ナル程、疾病豫後ハ益々不良ナリトシ、本反應ノ肝特異性ヲ闡明シ、其ノ鑑別診斷的意義及ビ豫後判定上ノ價值ヲ強調セリ。

ソノ他 H. Staub, R. Bauer, E. Zodek, R. Tietze, K. Gebert, H. Storz, H. Sehlungba-

uer, E. Skouge, C. Rohrer 等モ略々前者ト同様ノ所見ヲ舉ゲ、以テ本反應ガ肝臟疾患ノ類症鑑別診斷及ビ豫後判定上有力ナル一助トナルモノナリトノ見解ニ達セリ。

我國ニテハ中川、久保、飯室氏ハ肝疾患ノ豫後判定上重要ナル意義アリト述べ、伊東氏ハ腹水ニ就キ、田中氏ハワイル氏病時、金子氏ハ鬱血肝ニ陽性ナル場合アリト報告セリ。

我が教室寺坂氏ハ各種疾患ニ就キ本反應ノ詳細ナル研究ヲ1936年ニ發表セリ。

肺結核患者ノ高田氏反應ニ就テハ、高田蔭氏ノ研究ハ兎角、Pongor ガ先ヅ肺結核ノ活動性判定ニ應用シ、83.5%陽性、同ジ症例ニ於テハ90.1%ノ例ニ於テ促進セリ。Martinez, Castro, Leopoldi, Miguel Alarcon, Corrasco ハ25例ノ肺結核中23例高田氏反應陽性ナリキ。Limito ハ40例ノ活動性結核ハ中等度乃至ハ強陽性ナルニ反シ、16例ノ非活動性結核ハ陰性又ハ弱陽性ナリト云ヘリ。即チ以上ノ學者ハ本高田氏反應ハ結核ノ活動性ヲ知ル一助タリ得ルト云フ見解ヲ持セリ。

一方 Tezler, Rohrer, Oliva, Isla, Vega, Berio 等ハ本反應ハ肺結核ノ活動性ヲ判斷スルニ應用スルハ困難ナリトノ見解ヲ發表セリ。

Aranda de Rojas ハ100例ニツキ高田氏反應及ビ血沈ヲ測定セル結果肺結核ノ活動性ノ判定

ニ對シテハ血沈ガ優レタリトセリ。Schneiderbauer ハ 178 例中 52% ニ陽性ノ成績ヲ得タルドモ、血沈ト平行關係ハ認メザリキ。

Trautweins ハ 600 例ニ Öfelein 氏變法ニテ 95.3% ノ陽性ヲ得タリ。更ニ血沈トモ平行關係ニアルヲ認ム。G. Koch ハ Öfelein 氏變法ニテ 305 例中 272 例ニ陽性ヲ得血沈ト平行關係ニ

アルヲ見 Trautweins ノ説ニ贊意ヲ表セリ。我國ニ於テ肺結核患者ノ肝臟機能検査トシテ「ウロビリリン」、「ウロビリノーゲン」、「ウロクロモーゲン」、「チアソ」反應、糖類負荷試験、「インシュリン」試験等ヲナセシ報告多キモ、高田氏反應ノミニ着目セル論文少シ。

第 3 章 實驗方法

吳内科入院及ヒ氣胸外來患者（吳内科ニ於テハ 10 年來適應ヲ定メ人工氣胸療法ヲ外來患者ニ行ヒツ、アリ。追テ氣胸ノ成績ハ發表スル管ナリ）病歴。一般診察。喀痰検査。「レントゲン」透視、撮影。肺活量測定。血液像。血清高田氏反應。赤血球沈降反應等ヲナス。

症例ハ肺結核ノ各期、各病型ニワタル、年齢、發病等各種ノモノヲ選ベリ。

血清高田氏反應ハ Tezler 氏變法ヲ用ヒ、實施法、判定ハ本教室寺坂博士ノ方法ニヨル。實地指導ヲ寺坂氏ニ受ケタリ。

必要試藥 0.9% 食鹽水、10% 炭酸曹達、0.5% 昇汞溶液、0.02% 水溶性「フクシン」液。

備考 之等試藥ハ凡テ「メルク」製品ヲ使用シ再製蒸留水ニシテ作製ス。

實施法 小試験管（「ヴィダール」反應用）10 本ヲ化學的清純トシテ、1 列ニ竝ベ、第 1 ノ試験管ニ早朝空腹時採血セル非溶血性血清 1.0 兊ヲ採ル。第 2 ノ試験管ヨリ第 10 マデ 1.0 兊ノ食鹽水ヲ採リ、第 2 試験管ニ 1.0 兊ノ前血清ヲ採リ、ソノ混合液ノ 1 兊ヲ第 3 試験管ハ、以上ノ如ク順次第 10 試験ニ及ビ、2 倍ヨリ 512 倍マデノ倍數稀釋血清ヲ作製ス。夫々ノ試験管ニ 10% 炭酸曹達液 0.25 兊及ビ實驗當日新調シタル高田氏試藥混合液（0.5% 昇汞溶液ト 0.02% 「フクシン」溶液ノ等量混合液）ノ 0.3 兊ヲ加ヘ輕ク振盪シタル後、直後及ビ 5 時間室温放置シタルモノニツキ成績ヲ判定セリ。絮狀析出物が少クトモ 3 本以上ノ試験管ニ起リ、且ツ沈澱ガ 16 倍（第 5 試験管）血清稀釋濃度以上ニ最初起リタ

ルモノヲ陽性ト稱シ、余ハ沈澱ノ現ハルル試験管數、沈澱ノ程度及ビ發生速度ニ從ヒ、更ニ強陽性（卅）弱陽性（+）及ビ其中間ニ位スルモノヲ中等度陽性（卅）ト區別シタルモノヨリ其ノ限界ハ割然タルモノニ非ズ。

血清ニ於テハ蛋白係數ノ移動ニ比スレバ總蛋白體ノ變化ハ著明ナラザルヲ以テ、色彩變調ハ參考トナス能ハズ。稀釋度大ナル部分ニ往々微細ナル、鹽析出現象ヲ認ムルコトアルモ、之ハ本反應陰性時ニモ生ズル事アルモノニシテ、絮狀沈澱物ト混同スベカラズ。又輕微ナル濁濁ハ陰性ト看做セリ。本反應實施ニ當リテ溫度ハ正確ニ一定ニ保持スル必要ナシ。

本膠質反應ハ次ノ原理ニ基ク。即チ昇汞溶液ハ炭酸曹達液ト反應シ、此ノ際同時ニ保護膠質作用ヲ有スル蛋白體存在スル時ハ酸化水銀ナル一種ノ膠質溶液ヲ發生ス。Mohr (Handbuch der Inneren Medizin) ニヨレバ此ノ際「フクシン」溶液ヲ加フルトキハ此ノ膠質性酸化水銀液ハ青藍色ニ着色シ、反應ヲ圓滑ニセシム。然ルニ血清ノ病的狀態ニ於テハ膠質性酸化水銀ノ色調變化乃至絮狀析出現象起ル。此ノ際色調ノ變化ハ總蛋白體増加ニ起因シ、析出現象ハ「グロブリ」分割ノ一方的増加ニ由來スルト云フ。

猶 Röhrs u. Kohl-Egger, Knigge 等ハ水素「イオン」濃度及ビ鹽分含量モ之ニ關係スト云ヒ、L. Kellies, Diffner ハ「ケトン」血症ト本反應ハ竝行スト稱スルモ、寺坂氏ハ反對ノ實驗成績ヲ得タリ。

Schindel ハ牛酪酸ハ高田氏反應陽性ヲ示スト

説クモ寺坂氏ハ實驗的ニ之ニ反證ヲ與ヘタリ。要スルニ血清「グロブリン」及ビ水素「イオン」濃度ノ變化ニヨルモノノ如シ。

赤血球沈降反應

Westergren 氏法ヲ用ヒ、1 時間値及ビ平均値ヲ括弧内ニ記ス。肺結核ノ赤血球沈降反應(赤沈)ニ就キテハ最近詳細ナル研究ガアラユル方面ヨリナサレ、本反應ハ蛋白係數ノ他ニ、血球「ヘモグロビン」含有量、血球容積、赤血球數、「フィブリノーゲン」、「コレステリン」、「レチチン」、粘稠度、血球荷電等各種ノ影響アルモ、肺結核ノ活動性ヲ判定スルニ補助法タルハ何人モ疑ハザルトコロナリ。

著者ハ高田氏反應ト同時ニ赤沈ヲ検査セリ。

「レントゲン」像及ビ病型

「レントゲン」像(撮影、透視)ヨリ肺結核ヲ觀察セル際眞ノ結核像ヲ知ル事ハ技術的方面ヨリシテモ、亦「レントゲン」像ソノモノノ本態ヨリスルモ不完全タルハマヌカレザル所ナルモ、概略

ソノ像ヲ記載スルニ止メタリ。

又病型分類モ古來東西ノ大先輩各人各様ノ分類ヲセラルルモ、著者ハ假ニ H. Ulrici ノ分類(Diagnostik u. Therapie der Lungen-Kehlkopfbc II-Auflage 1933 S. 372)ニ從ヘリ。下表數字ハソノ同氏ニヨル分類番號ナリ。

血行性播種(撒布)

如何ナル根據ヨリ血行性播種ヲ判定セルカ、特種ノ場合以外容易ナラザルモノナレドモ、K. Lydtin, 有馬氏、岡氏等ノ説ヲ參照シ、一般の狀態、「レントゲン」像ヨリ血行性播種アリシヲ推斷セリ。

豫後

豫後ニツキテハ血清高田氏反應検査後 6 ヶ月後ノ患者經過ノ大約ナリ。モトヨリ肺結核ノ如キ慢性經過ヲ主トスル疾患ノ豫後ヲ判斷スルニハ更ニ長時ノ觀察ヲ要スルモ、本研究ニ於テハ 6 ヶ月ノ觀察ニ止メタリ。

第 3 章 實驗成績

肺臟ニ結核性疾患アリト思ハルル 50 例ニツキ、ソノ中ニハ各種ノ病型、病期ニアル例ニ就キ血

清高田氏反應ヲ中心ニ検査シ、次ノ成績ヲ得タリ(第 1 表、第 2 表參照)。

第 4 章 以上ノ成績ニ對スル考按

以上 50 例ノ肺結核患者ニ於ケル實驗成績ヲ總括スルニ血清高田氏反應 50 例中強陽性 13 例(26%)、中等度陽性 5 例(10%)、弱陽性 12 例(24%)、陰性 20 例(40%)ナリ。即チ陽性 60%、陰性 40%ナリ。此成績ハ Schneiderbauer ノ 52% 陽性、G. Koch ノ 77% 陽性ノ中間ニアリ。此成績ノ差ハ實驗症例ノ肺結核病態ノ差ニ基クモノト信ズ。モトヨリ肺結核症ノ重症例ニシテ肝臟障高度ナル例ニ血清高田氏反應陽性ナルハ何人モ疑ヒナキ所ナルモ、余ハ更ニ進ンデ如何ナル病態時ニ陽性ノ成績ヲ示シ更ニ臨牀的ニ肺結核ノ活動性像後判定上ニ如何ナル意義アルカヲ知ラントセルナリ。

外國ニテハ緒言ニ述ベシ如キ報告アリ。余ハ少數ノ自家經驗例ヨリ諸家ノ成績ヲ批判セントス。

血清高田氏反應ト血沈トノ關係

肺結核ノ活動性判定ニ古來利用セラレシ血清反應ハ多々アリ。中デモ凝集反應、沈降反應、補體結合反應、赤血球沈降反應、絮狀反應(フリッシュシュターリング法、ミュンデル氏法、マテフィー氏法、ランゲホイエル氏法、ヴァーンズ氏法、ダラニー氏法、コスタ氏法及ビ高田氏反應等)アリ。内著者ノ實驗セシ赤沈及ビ血清高田氏反應トノ相關關係及ビ優劣ヲ考按スルニ、Trantweins, G. Koch 等ノ學者ハ、ソノ間ニ平行關係アリ

第 1 表

番 號	年 齡	性	血 滴 高 田 氏 反 應										稀釋 度	直 後 5 時 間	X 像	Ulrici 分 類	血 行 性 撒 布 ノ 證	後 像	
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 判定							
1	36	♂	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9 (10)	在上野ニ空 洞及混合性 陰影 浸潤	12	(-)	良
2	18	♂	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	72(57)	左側出血性 肺膜炎及 兩側滲 出性浸潤	20	(+)	惡
3	41	♂	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	102(81)	巨大空 洞アル 腸結核 慢性肺 結核及 慢性肺 結核	21, 23	(+)	死
4	19	♂	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	36(36)	左右增殖 性硬化 性浸潤	13	(-)	良
5	24	♂	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	28 (22)	左側上野 增殖性 浸潤	12	(-)	不變
6	47	♀	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	110(86)	左右ニ血 行性腺 腫アル 混合 性慢性 結核、 自然氣 胸	20	(+)	死
7	19	♀	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	107(83)	左中野及 上野ニ 滲出性 陰影	12	(-)	良
8	26	♀	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	99(82)	左右上中 野ニ混 合性陰 影	20	(-)	惡
9	20	♀	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	81(73)	左側ニ空 洞アル 結核 慢性性 浸潤	21	(-)	惡
10	21	♂	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	54(50)	右葉ノ混 合性浸 潤及右 下野滲 出性浸 潤	16	(-)	惡
11	27	♂	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	104(80)	右左中野 ノ空 洞性增 殖	19	(+)	良
12	23	♀	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	40(42)	右側出 血性、 左側增 殖性浸 潤、 右側肺 炎	20	(+)	死
13	16	♀	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	32(30)	左上葉 滲出性 浸潤	9	(-)	惡
14	22	♀	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	34(33)	左側滲 出性浸 潤	9	(-)	惡
15	20	♂	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12(12)	左側上野 增殖性 浸潤	18	(-)	良
16	27	♀	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	40(41)	右側上野 增殖性 浸潤	18	(-)	良
17	17	♀	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	29(31)	右側空 洞、左 側混合 性浸潤	20	(-)	不變

34	34	♂														63(50) 左側空洞性增殖性浸潤	21	(-)	不變
35	25	♀														右側參出性、左側硬化性浸潤	20	(-)	惡
36	25	♂														左側空洞性浸潤	21	(-)	惡
37	21	♀														右側上野增殖性浸潤	13	(-)	不變
38	21	♀														右側上野增殖硬化性浸潤	13	(-)	良
39	28	♂														兩側混合性浸潤	20	(+)	不變
40	30	♀														兩側增殖性浸潤	20	(+)	死
41	17	♂														右側上野大空洞	21	(-)	不變
42	16	♂														右側上野增殖性浸潤	12	(-)	不變
43	20	♀														左側肋膜炎、胸門淋巴腺肥大	6	(+)	不變
44	18	♀														右側參出性空洞性浸潤	17	(-)	惡
45	31	♀														肋膜炎	26	(+)	不變
46	19	♀														左側上野增殖性浸潤	12	(-)	不變
47	45	♂														兩側增殖硬化性	19	(+)	惡
48	25	♂														兩側上野硬化性浸潤	13, 21	(+)	不變
49	16	♂														胸門、氣管枝、氣管淋巴腺肥大	5	(-)	不變
50	17	♂														左側乾酪性肺炎、腸結核	17, 23	(+)	死

ト認メ、Schneiderbauer 等ハ平行關係ヲ認メズ。著者ハ自己ノ成績(第 3 表参照)ヨリ、血清高田氏反應強陽性時血沈促進セル事多キハ血沈ト血清高田氏反應トノ間ニ殆シド平行關係ヲ認メ得ズ。Trantweins G. Koch 等ノ此ノ點ニ關スル說ニハ贊成セズ。

元來赤沈及ビ血清高田氏反應ハソノ本態尙現今不明ナル點多キモ、ソノ兩反應ノ性質ヨリシテ直チニ平行關係ニアル反應トハ考ヘ難シ。サレド赤沈ガ肺結核ノ活動性ヲ知ルニ補助反應タルハ勿論、血清高田氏反應モ、ソレニ優レドモ劣ルモノナラズ。ソハ兩反應ガ病態ノ異想ヲ示スモノト考フレバ可ナラン。

第 3 表

高田氏反應 血沈 mm/1st	(-)	(+)	(++)	卅
9 以下	3	1	2	1
9—23	4	1	0	1
23—55	10	4	2	1
55 以上	3	6	1	10

血清高田氏反應ト病型

第 1 表、第 2 表ニ示セル如ク Ulrici 氏分類ニ從ヒ 症例ヲ分類シテ 考按セルニ、輕症殊ニ肺門、氣管枝、氣管淋巴腺肥大ノ時期ニハ先ヅ高田氏反應陰性ト考ヘテ可ナラン。喀痰中ノ結核菌ノ存否、空洞ノ有無トハ大體ニ於テ關係ナキモノノ如ク、急性症ヨリ慢性症ノ方陽性率高シ。

Schneiderbauer ハ „Fibrosa“ ト稱セラルル血行性播種型ニ陽性率高シト稱ス。増殖性、硬化性、滲出性ノ入り亂レタル、所謂慢性肺癆ニシテ、結核菌ヲ喀出スルガ如キ症例ニ陽性率高シ。重症ナル殊ニ腸結核合併アリト思ハルル症例ハ全部陽性ナリキ。此ノ點腸結核ノ發生機轉及ビ腸結核時ノ肝臟障礙ヲ示ス一指針タリト思考ス。

血行性播種ト血清高田氏反應

Bräuning, Redeker 等ノ主唱セシ、血行性播種アリト思ハルル肺結核症例ニ血清高田氏反應陽性率極度ニ高キ事ハ F. E. Schmengler, G. Koch 等ノ主張セルトコロナルモ、氏等ハ肺結核血清高田氏反應陽性ノ理由トシテ繰返シ行ハレタル、結核菌ノ血中浸入ニヨリ生體ガ免疫セララルコト(Anaphylaktische, allergische Leberschädigung)ニ基クモノナリト主張シ、血行性播種ノ確症及ビ疑似アル症例ハ 80% 以上血清高田氏反應陽性ナリト主張ス。以テ血清高田氏反應ノ本態ニ一說ヲ與ヘントセリ。

著者ノ成績ニテハ血行性播種アリト考ヘラルル例 22 例中強陽性 12 例、中等度陽性 4 例、弱陽性 5 例、陰性 1 例ニシテ約 98% 陽性ナリ。斯ル少數例ヨリ%ヲ出シ論ズルハ正常ナリトハ考ヘザルモ、血行性播種アル症例ニ血清高田氏反應陽性率高シトノ說ニ贊成スルモノナリ。

更ニ Schmengler ハ專ラ理論的考察ヨリ、血行性播種ヲ繰返セシ際ノ肝臟障礙ニヨリ、高田氏反應陽性ヲ示ストシ、病理組織學的症例ヲ示サザリキ。著者ノ經驗セル例ニ於テハ臨牀的ニ血清高田氏反應數回陽性ニシテ、所謂慢性粟粒結核ト考ヘラルル例ニ於テ、肺、肝、腎、脾等ニ新舊ノ結核結節ヲ剖檢シ、即チ數回血行性播種アリト考ヘ得ラレ、肝臟ニ脂肪變性ヲ高度ニ示セル例アリ。モトヨリ 1 例ニテ斯ル推斷ヲ下スハ妥當ナラザレドモ病理解剖學的所見ト血清學的所見トノ結合ハ、血清高田氏反應ノ肺結核時發生ノ本態ヲ考察スルニ助ナリト思考ス。

肺結核豫後ト血清高田氏反應

血清高田氏反應強陽性ニシテ 6 ヶ月ノ觀察ニテ症狀良化セルモノ 1 例モ見ズ、血清高田氏反應陽性症例 30 例中 6 ヶ月以内ニ死亡セルモノ 6 例、惡化セルモノ 8 例ニシテ約半数ハ死亡又ハ惡化シ、殘リノ大部分ハ症狀不變ナリ。從ツテ血清高田氏反應ハ豫後判定ノ助タル反應ト考フ。

第5章 結論

著者ハ本教室寺坂氏法 (Tezler 氏變法) ニテ血清高田氏反應ヲ各種病型、病期ノ肺結核症50例ニツキ檢シ次ノ結論ヲ得タリ。血清高田氏反應60%陽性ナリ。更ニ赤血球沈降反應ト本反應トノ間ニ殆ンド平行關係ヲ認メズ。病期病型トノ關係ハ進行セル所謂肺癆型ノ肺結核殊ニ硬化性病型ニシテ肝臟障礙アリト考ヘラルル肺結

核症ハ豫後一般ニ惡シ。

擱筆スルニ臨ミ御校閱ノ勞ヲ賜リタル沖中講師ニ深甚ナル謝意ヲ表シ、併セテ御援助ヲ賜リタル藤田學士、淺井學士、岸本學士及ヒ教室員諸兄ニ多謝ス。

主要文獻

1) Alexander H., 2) 有馬, 結核殊ニ肺結核. 3) Bauer, Wien. Klin. Wschr. 1932, 1577. med. Klin. 1934, 230. 4) Boto, Schweiz. med. Wschr. 1938, 1230. 5) Bielschowsky, Z. Klin. Med. 114(1930), 466. 6) Blösch, Z. Klin. Med. 7) Bräuning, Die Beginn der Lungentuberculose bei Erwachsenen 8) Ginkel, Zit. n. Kongresszbl. inn. Med. 75(1934). 9) Gemeinhardt, Klin. Wschr. 1939, II, 1362. 10) Gloss, Klin. Wschr. 1936, II, 1489. 11) Gohr u. Niederggen, 1937, 522. 12) Hafstraem, Acta med. Scand. Auppl 62. 13) Hahn, Klin. Wschr. 1973, I, 710. 14) Ilse Markolf, Klin. Wschr. 1939, 1389. 5) 伊東, 日本消化機, 32, 5. 16) Tezhr, Z. Klin. Med. 111 (1929), 48, Schweiz. med. Wschr. 1930, 52. Z. Klin. Med. 114 (1930) 739, Klin. Wschr. 1934, 1276. Münch. med. Wschr. 1235, 289, Klin. Wschr. 1931, 1296. 17) 勝沼, 結核殊ニ肺結核. 18) 金子, 日本内科學會雜誌. 19) Knigge, Münch. med. Wschr. 1926, 1836. 20) 久保, 飯重, 日本消化機, 32, 9. 21) Lydtin, Klinische Untersuchungen über hämatogel u. brochogene Form der Lungen tuberculose 22) Malmros-Hedvall, Studien über die Entstehung und Entwicklung der Lungen tuberculose 23) Medvei u. Poschkis, Klin. Wschr. 1933, 11, 1276. 24) Manke u. Sommer, Münch. med. 1936, 1707. 25) Molner, Beitrag Klin. Tbk. 90, 193. 26) Mohr, Hand buch l. inn. Medizin. 27) 水田,

石川, 實驗消化器, 14, 10, 1939. 28) 操, 日本消化機, 32, 11. 29) 中川, 日本内科學會雜誌, 21, 1. 30) Nicole, Z. Klin. Med. 110, (1929), 94. 31) Öfelein, Klin. Wschr. 1939, 56. 32) 岡 (治道), 隈部, 日本傳染病學會雜誌, 14, 10 (昭15, 7). 33) Recht, Z. Kinderheilkunde, 57, 419, 1930. Klin. Wschr. 1934, II, 224. 34) Rohrer, Z. Klin. med. 123 (1933), 637. 35) Schmengler, Klin. Wschr. 1939, 742. 36) Schneiderbauer, Beitr. Klin. Tbk. 88, 661. 37) Skouge, Klin. Wschr. 1933, 905. 38) Staub, Dtsch. med. Wschr. 1935, 1638. Schweiz. m. W. 1926, 308. 39) Staub u. Tezler, Klin. Wschr. 1935, 1638. 40) Schindel, Klin. Wschr. 1934, 1929, 1355. 41) Seeling, Z. Klin. Med. 110 (1929), 176. 42) Storz, Schlungbaum, Klin. Wschr. 1933, 184. 43) 高田, Über die Takata-Reaktion im Blut (1935). 44) 田中, 伊東, 第8回日本傳染病學會. 45) 寺坂, 日本消化機, 32, 5; 33, 5; 34, 5; 35, 3; 日本内科學會雜誌, 23, 6-10. 46) Trautwein, Beitr. Klin. Tbk. 47) Ulrici, Diagnostik u. Therapie des Lungen u. Kehlkopt tbc (2 Anflag). 48) Ūko, Klin. Wschr. 1935, I, 468, 1936, II, 1074. 49) Wubirmaun u. Lenthardt, Klin. Wschr. 1938, I, 409. 50) 四方, 實驗消化器, 14, 3 (1039). 51) Zedek, Tritze u. Gebert, Klin. Wschr. 1933, I, 60. 52) Zirm, Klin. Wschr. 1933, II, 1695. 53) Koch G., Z. f. Tbc. Bd. 83 Hafd. 2-4. 1939.

KEKKAKU

PUBLISHED

BY THE JAPANESE ASSOCIATION FOR TUBERCULOSIS

Reihenröntgenuntersuchungen bei Schulkindern und Lehrern im Kohlenberggebiet.

Von

Dr. Hiroshi Shimidzu.

*(Aus d. Staatl. Tuberkulosefürsorgestelle zu Sapporo. Leitender Arzt: Prof. Dr. H. Arima
in I. med. Klinik d. Kaiserl. Universität zu Sapporo.)*

Bei 4,305 Schulkindern von 8-16 Alter in der Kohlenbergstadt Yûbari beträgt die Mantouxpositivität: bei den Knaben 20.1%, bei den Mädchen 19.5%, durchschnittlich 19.8%, die verglichen mit der in den Grosstädte ziemlich niedrig ist.

Sämtliche tuberkulinpositiven werden durch die Leuchtschirm- und dann teilweise Grossenaufnahme röntgenologisch untersucht: dabei werden 37 Kindern als tuberkulös diagnostiziert.

Unter 37 handelt es sich um 23 Primäraffektionen, 7 Tuberkulosis von Frühformen und 7 fortgeschrittene Formen.

Unter 277 Lehrern findet Verf. durch die oben erwähnte Röntgenaufnahme 8 tuberkulöse Veränderungen; 5 Früh tuberkulose und 3 Spätphthise. *(Autoreferat.)*

Über die Takata-Reaktion bei Lungentuberculose.

Von

Shintaro Haruhara, Assistent der Klinik.

*(Aus der II Inneren medizinischen Klinik der Kaiserlichen Universität zu Tokio.
Vorstand: Prof. Dr. Ken Kurè.)*

Es wird über 50 Takata-Reaktion (T.R.) bei Lungentuberculose nach der Modifikationsmethode Terasakas berichtet.

An Hand meiner Untersuchungen wird gezeigt, daß die T. R. in 60% der Fälle von Lungentuberculose positiv ist.

Gegen die Ergebnisse von Trantweins, G. Koch zeigt sich kein Parallelgehen mit Blutsenkungsreaktion. Die T. R. ist bei sog. Phthisis pulmonum (chronische produktiv-zinhotische Lungentuberculose mit exsudativer Herdbildung) mehr als akute Form positiv.

Bei den hämatogenen Fällen der Lungentuberculose ist die T. R. über 98% positiv.

Die T. R. gibt ein gutes Bild von der Schwere der Allgemeinschädigung des Organismus.

Mein Ergebniss konnte die Brauhbarkeit der T. R. in der Prognosenstellung des Vorliegenden Lungenprozesses bestätigen. (Autoreferat.)

Studien über die Tuberkulose im Landbezirk in Hokkaido.

IV. Mitteilung: Reihenröntgenuntersuchung und B.C.G.-Impfung in Shidzunai.

Von

Prof. Dr. Hideji Arima, Dr. Susumu Kanai, Dr. Hiroshi Shimidzu
und Dr. Yoshio Kasai.

(Aus I. med. Klinik d. Kaiserl. Univers. zu Sapporo. Vorstand: Prof. Dr. H. Arima.)

In der Mitte März 1940 hatten die Verff. eine Katasteruntersuchung der Tuberkulose bei 4,000 Bewohnern in Shidzunai ausgeführt.

41.7% der mit 0.05 mgr. A. T. geprüften reagierte positiv, dabei in Ainu beträgte der Prozentsatz nur 32.0%. Die Infektiosität war von dem Alter unabhängig.

Bei in Tuberkulose exponierten Kindern war die Tuberkulinpositivität auffallend höher als bei den nicht exponierten.

B.C.G. wurde bei 1,088 tuberkulinnegativen Kindern (Dose: 0.01 mgr.), und bei 479 Jugendlichen (Dose: 0.02 mgr.) geimpft.

Bei der 796 Schirmaufnahme fanden die Verff. 70 aktive Tuberkulösen: 27 Primäraffektionen, 11 incipiente Formen und 32 exsudative und produktive Phthisen. Bei jeden auf Tuberkulose verdächtigen Fällen wurde die Diagnose durch die Grossenaufnahme sicher gestellt. (Autoreferat.)

Über die Resultate der Massenbehandlung für den Schulkindern, von der percutanen Methode des tuberculösen Antigen, Dermotuberin.

Von

Dr. Y. Sumiyosi aus Osaka, Dr. K. Takenaka und Dr. A. Takahasi.

Wir haben die Massenbehandlung für den Schulkindern von der percutane Methode des tuberculöse Antigen, Dermotuberin, an den 47 zu behandelnde von allen 1300 Schulkindern ausgeführt, und hier das über die Veränderungen vielerlei Zustände betrachteten Resultat veröffentlicht.

Ogleich die Veränderungen von diesen Zustände folgend nacheinander erwähnt werden, haben Wir, vom ganzen aus betrachtet, die folgende Reaktion:

Anergie: 38.4%

Allergie: 41.9%

Und an dem Körpergewicht betroffen, haben wir die Körpergewichtszunahme von 93% von der Gesamtheit. Die Mittelwert der Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen geht glücklich:

etwa 53%, nach 30 maligen Behandlungen,