

の単離に成功した。収量は何れも極めて僅少で、夫々 29γ/l, 140γ/l であった。

Bは、分子量2000以下、12種類のアミノ酸より成るペプチドである。一方、Eは分子量2000以下、ニンヒドリン反応陰性、Pauly のチアゾ反応陽性の物質で、未だその本体について

は不明である。

Bは 0.1γ/cc, Eは 0.2γ/cc の濃度で毒力結核菌の発育を完全に阻止したが、両者共ミコバクテリウム以外の細菌及び真菌に対しては、250γ/cc の高濃度でもその発育を抑制することが出来なかった。

5. BCGワクチン経口接種について

小 林 裕 (京大結研小児科学)

現行の BCG 皮内接種は局所の潰瘍形成のため普及が阻害される傾向があるので、この対策として、経口接種について検討中である。

人型結核菌の感染に対して、マウスの BCG 200mg 経口接種群は、かなりの防禦力獲得を示したが、5mg 皮下接種群より劣っていた。

BCG 100mg 連日3回計 300mg 経口投与後の「ツ」反応陽性率は、新生児では、投与6ヶ月後最高値 (33.3%) を示し、「ツ」アレルギー

一の獲得が認められた。しかし、皮内接種に比べて、弱く、発現が遅く、減弱も早い。過去に BCG 接種を受けたことがない乳幼児の成績もほぼ同等であった。これに対して、過去に BCG 接種歴がある乳幼児では、前者より遙かに高い陽性率を示し、再接種時に経口投与を用い得る可能性を暗示している。この成績は、潰瘍形成が再接種時に著るしいことから考えて、興味があり、今後更に基礎的な検討を重ねたい。

6. 免疫学、ことに結核免疫学に関する二、三の問題

白 石 正 雄 (京大結研細菌血清学)

最初に四つの免疫学説を紹介した。Burnet の clonal selection 説では抗原は preformed clones を select し、抗原に対応する clone の細胞を増生し、ここに特異抗体が産生される。これが not-self recognition (異類認識) である。胎生期には自己抗原にたいして clones は消滅され、普通は自己抗体は形成されない。これが self recognition (自己認識) である。Burnet は immunologically competent cells (免疫能細胞)

に三つのレベルの活動性を想定し、抗体産生、アレルギー、自己免疫、移植免疫、ガンの免疫 runt 病, graft v. host 反応をたくみに説明した。

結核アレルギー反応の細胞溶解現象は、緒方学説にしたがって、抗原と細胞性抗体との反応と解するのが妥当である。

つぎに結核血清中の不完全抗体が結核防衛上一役を演じていることを述べた。

7. SM,INH, PAS 無効肺結核の化学療法

内 藤 益 一 (京大結研 内科学第一)

1) 再化学療法の強化について

喀痰中結核菌培養陰性3ヶ月持続を指標として各種再化学療法術式の効果を比較した結果、

KM 0.7, CS. 0.5, TH 0.3, EB 0.5, SOM 3.0

(何れも毎日) の5者併用の効果が最もすぐれていた。即ち6ヶ月間治療に於てF並に CKz

即ち重症例に於て90%, 其他に於ては100%の培養陰性化に成功した。但副作用防止のため KM は夜間注射, TH は少量分服法を実施した。再化学療法は今後益々強化され得る可能性を持ち, また強化されねばならない必要性を持つ。

2) Open Negative Case の再化学療法

〔討 議〕 今日の問題……「深刻化しつつある耐性菌問題」

話 題 提 供

1. 香川 輝正 (関西医大胸部外科)

耐性肺結核に対する外科的療法, 特に肺切除術を中心として

(1) 耐性肺結核の手術, 殊に肺切除術に於ては術後合併症の発生頻度が高く, 手術成績が不良であるということは周知の事実とされているところであるが, 演者はこの点をより詳細に検討説明すべく, 昭和31年以降, 教室に於て行われた計400例の結核肺切除例について, その術前菌所見と手術成績, 特に術後合併症との関係を分析した。

(2) その結果, 術後合併症, 特に気管支, 肺瘻の発生率は耐性例に於て明らかに高いが, それも殊に術前菌陽性例, しかも排菌量の多いもの程高く, 耐性例であっても, 術前菌陰性乃至微量排菌例に於ては感性例との間に有意の差を認め難いという成績を得た。

(3) したがって, 耐性例に対する肺切除施行に際しては, 手術に先立って可及的に排菌量を少からしめる手段を講ずる必要があると考えられる。そこで演者は (i) 少なくとも手術の3カ月以前から VM, KM, INH, TH 等の中での感性薬剤を強力に併用投与して排菌量を減少せしめるか, (ii) 感性薬剤が残されていない場合には先ず, 胸成術, 充填術, 空切術等のいずれかを施行し, 1乃至数カ月, 場合により年余の間隔をおいて2次的に肺切除を行うという手段をとることにより好成績をおさめ得ている。

(4) その他, 耐性例の肺切除に際して, 手術

既往に長期間の SM, PAS, INH 療法を受け, open negative の状態の続いている症例の空洞に再化学療法 (KM, CS, TH 3者併用以上) が或程度有効であろうと推定せしめる様な成績を得た。

司 会 植 田 三 郎

手技上演者がとくに重要と考えている2, 3の注意事項について述べる。

2. 中 井 準 (京大結研内科学第1)

耐性肺結核患者の疫学的検討

結核療養施設に入院している肺結核患者の耐性を知るため, A, B の2つの施設で昭和38年, 昭和39年に一度でも喀痰中に結核菌を喀出し, その耐性検査成績の判明しているものについて調査した。その年度中に何回も耐性検査を行なってある症例については, 最新の検査成績をとった。

SM10 γ 完全耐性, 又は 10 γ 及び 100 γ 不完全耐性, PAS 1 γ 完全耐性, 又は 1 γ 及び 10 γ 不完全耐性, INH 1 γ 完全耐性, 又は 1 γ 及び 5 γ 不完全耐性それぞれ以上を耐性とする, A, B 両施設とも 70~75% がいずれかの薬剤に耐性であった。また, SM, PAS, INH の3剤ともに耐性を示したものが約20~30%あった。これら症例のうちから未治療で入院したものを除くと, どれか1剤以上に耐性のものは約85~90%, 3者耐性株は約25~40%にみられた。

未治療患者の耐性については, 京大結研及び14の研究協力施設に入院した未治療肺結核患者について, 昭和32年から昭和36年までは各施設での耐性検査成績を集計し, 昭和37年からは, 菌株を京大結研に集めて耐性検査を行なった。この成績によると, 菌株を京大結研に集めて耐性検査を行なった昭和37年, 38年には, 耐性菌の頻度がそれ以前の集計より低下しているが, 一般に耐性菌の頻度は年々増加の傾向がみられ