

## 【解答】 明石哲二(東大美甘内科)

【註】 アレルギーの際の好酸球の時間を単位とする一過性減少に関しては、浅学にして、文献に報告を見ないので、重要な問題と思い回答に紙面を割かせて戴く。回答は記録係の御好意により、質問及び討論要旨を拝見した後に記述したものである。

## 1. 関西医大内科, 大久保澁先生への回答。

好酸球の減少の点は吾々と一致する。但し我々の試験の際は自覚的及び肉眼的他覚的に何等の症状を示さずに90%減少した例がある。蛇足ではあるが、貴方の例は、治療のための使用の際、ショックを起した例と考えられるが、鑑別すべきものがなければ、何等の診断を行う必要もないが、研究が許されるならば、鳥居氏の注意の如く、乱切法から始めて、種々の量の皮内反応を行い、その際の好酸球の変動を観察して戴きたい。

## 2. 国立大阪療養所, 喜多舒彦先生への回答。

5万Eより少い量ではやつておられない。5万Eよりも少い量で反応が出ればそれに越したことはないであるから、今後少い量もやる積りである。今後若し強烈なアレルギー患者があり、必要とあれば乱切法又は乱刺法の際の好酸球の変動をもみてみたい。

常時好酸球の過多状態のものは、1,000/mm<sup>3</sup>位迄のものはおそらく、反応すると思うが、1,000, 2,000位のものは経験がない。危害予防を考慮しつつ後追試を願う。なお、この診断法を数回行う他に、その患者自身で対照を数回とれば確かだろうと思う。

## 3. 大阪市大, 小田内科, 塩田憲三先生へ。

或る条件下では、非常に危険であると思うが、我々の例では、自覚的にも、肉眼的他覚的にも、症状は出なかつた。軽度の全身症状を起した1例の報告には感謝する。アレルギー症状を起した人に鑑別診断を行うときは、そのアレルギーの程度により、50,000単位が無理の場合は容易に判ると思う。発疹、高熱の程度では、我々の場合は異常なかつた。

## 4. 東大皮膚科, 谷奥喜平先生に対して。

皮内反応で陰性の人には、当診断法が必要となる場合もあると思う。(それに該当する例を経験しているが、1例を鳥居氏への回答中に書いた。)

## 5. 東大物療内科, 鳥居敏雄先生に対して。

理在の診断法は殆んどすべて研究中であると思う。少くとも数学的な結論を出すのは将来であると思う。今仮に1つの診断法が完成されたとする、それは、陽性率、陰性率ともに100%ではあり得ないことが予想されるので、臨床上、既にペニシリンアレルギーであることが、略々確実な症例で、鑑別をする必要のない位、はつきりしているものには、何ら診断を行うべきではない(研究は別である)。尤も抗原を体内に入れない診断法が発見されれば、それは別であるが、それも望み薄であるから、診断の略々確実な患者には、現在行われている診断法は必要ない。従つて完成された診断法が行われる場合は

(1) 未だペニシリンを注射したことはないが、ペニシリンアレルギーの有無の診断を事前に患者又は、主治医が要求する場合。

(2) 既にアレルギー症状を呈しているが、その原因を(例えばサルファ剤によるアレルギーと)鑑別する必要

のあるとき。

(更に特別な場合もあるが、(1), (2)から類推されるから省く)。

(1)の場合は、鳥居氏の意見に賛成である。そして、願わくば、我々の診断法が完成されて、皮内反応陰性の場合に利用されることを望むものである。しかし、皮内反応陰性のもは、陽性を陰性として治療を開始しても、軽い発疹位ですむといわれるかもしれないが、我々の経験では、油性プロカインペニシリン1日30万を1週間筋注し、中止後5日目に発熱と共に臀部の注射部より蕁麻疹様の発疹を生じ、その後2~3日で皮膚発疹は全身にひろがり、連環状の多形滲出性紅斑の状態になつた例がある。(当時皮内反応は陰性であつた。)従つて実際に治療量を注射しても、発疹が遅れて発生することがあるのであるから、我々の数時間で判明する診断法が完成されることが必要である。この患者からは、ペニシリン治療前に、診断を要求されたわけではないが、もし治療前に、我々の診断法が行われており、しかも適中してれば、発病を免れたのである。従つて我々は量を次第に増すことについては、全く賛成であるが、この診断法の必要性を認めるものである。

(2)の場合も(1)の場合と同様であるが、(2)の場合に於ては、我々の診断法の危険であるか、然らざるかは、その症例に於いて直感される筈である。我々の場合は全身に浮腫発疹を生じ、高熱を招いた程度であるが、治療後この診断法を行つても、自覚的及び肉眼的他覚的に何等の症状をみていない。他の2例についても同様である。

尤もWALDBOTTの例もあるが、これは前に、Depctのペニシリンを注射しており、この様な特別又は、循環障害のあるものは、その場合々々で考慮されるのは当然である。このように考えれば、鳥居氏にも当然賛成して戴けると思うが、誤解を招いた責はこちらにあり、それを陳謝すると共に、御追試をお願いする次第である。

## 6. 長崎大学, 北村精一先生へ。

1例の御報告を深く感謝する。鳥居先生への回答と全く同じことを、お答とする。但し、鳥居氏への答の中で例をあげたように、その様に油性プロカインペニシリンを使用すれば、中止後血中濃度は、1週間位続く(1回注射では48時間でも、Pr, PCの溶解度は一定だから連続注射では局所乃至血液が飽和される)と考えられる。先生の例とは関係ないと思うが我々の試験の追試は呉々も血中濃度0のときに願う。

なおペニシリンアレルギーは、初めてペニシリンを使用する人にも起るのであるから、この問題はペニシリン治療指針に何らかの影響を与えると思う。なお我々の例では、抗体産生を抑えたと考えられるCortisoneが、治療に有効であつたことを附記する。例えば、非常に神経質な患者があり、既往にペニシリン注射を受けたことがなく、現在肺炎であるが直に何とかしてほしいという場合は、何等の診断法を行う必要もなく、直にペニシリンとCortisoneの併用療法を開始することが出来るのである。何となれば我々はペニシリンアレルギーを伴う敗血症患者をペニシリンと適量のCortisoneの併用で治療せしめた経験をもつからである。

なお我々の場合は、皮膚発疹の程度を対照としているのであつて、ショック等の場合は5万は多すぎると思う。