

を2例に使用した。効果の判定は、治療前後の予測最終身長を RWT 法で算出、比較することで行った。

第1例は、ゴナドトロピン分泌の障害されていない特発性下垂体性小人症男児。hGH に CA を併用した。予測最終身長は、CA 投与後3年7ヶ月で5.1cm 増加した。充分効果があったと思われる。

第2例は、身長が平均以下であるにもかかわらず、7才で二性特徴の出現した女兒。予測最終身長は CA 投与後2年8ヶ月で2.9cm 増加した。

第1例は効果ありと判断したが、第2例については現時点で効果を認めたとはい難い結果であった。

#### 6) 副甲状腺癌の1例

筒井 一哉・佐藤 幸示 (県立ガンセンター  
新潟病院内科)  
鈴木 正武 (同 病理)  
佐野 宗明 (同 外科)

症例、43才、女子。20才頃より尿管結石を繰り返す。昭和60年春頃より左側腹部痛出現し、61年5月、当院を受診。左尿管結石と高Ca血症を認めた。左前頸部に腫瘤を触知し、エコー、CT で甲状腺左葉上外側に low density mass があり、穿刺吸引細胞診でクラスIVと判定された。副甲状腺機能検査では、血清 Ca 11.4 mg/dl, P 1.9 mg/dl, 尿中 Ca 排泄の増加、イオン化 Ca は 3.18mEq/l, %TRP 66.5%, 腎性 cAMP 3.89nmol/dlGF と機能亢進の所見であった。選択的静脈採血では左内頸静脈の PTH-N が異常高値であった。61年7月、手術し、甲状腺左葉後面に径1.8cm の腫瘤を認め、弾性硬で、断面は灰白色であり、甲状腺と繊維性癒着をしていた。組織は厚い繊維性被膜があり、細胞配列は索状で、被膜侵襲と血管侵襲がみられ、副甲状腺癌と診断された。

副甲状腺癌の術前診断は、腫瘤の触知、穿刺吸引細胞診所見、術中所見が大切である。

#### 7) バセドウ病治療中に3次性甲状腺機能低下を来たした1例

田村 絹代・高木 顕 (木戸病院内科)  
浜 斉  
梨本いづみ (新潟大学第一  
内科)

抗甲状腺剤によるバセドウ病治療中、甲状腺機能低下を来たし、TRH の低下と、CT にて empty sella が確認され、その後汎下垂体機能低下症への移行がみられた症例を呈示する。

症例：59才女性。昭和57年(53才時)頻脈、多汗、頸

部腫瘤、T<sub>3</sub> 4.0ng/ml, T<sub>4</sub> 20μg/dl, <sup>131</sup>I uptake 87.8%でバセドウ病と診断、MMI 内服を開始。60年末より甲状腺機能低下症状出現し、MMI の中止と甲状腺末補充療法をうけた。インスリン、TRH、LH-RH 3重負荷試験で TSH のみ無反応を示したため、検索を進め、TRH の低値と empty sella を認めた。8ヶ月後の3重負荷試験では、TSH の他、GH、Cortisol も低反応を示し、汎下垂体機能低下症の進展がうかがわれた。

TSH の分泌不全が先行した原因として、バセドウ病による TRH、TSH への長期抑制が考えられた。

#### 8) ACTH 単独欠損症に慢性甲状腺炎による甲状腺機能低下症を合併した1例

田辺 恭彦・和田 淳二  
室岡 寛・大熊 達義 (県立十日町病院内科)  
三浦麟二郎  
金子 兼三 (長岡赤十字病院内科)

症例。61歳主婦、17歳頃腋毛、恥毛が消失。2妊2産、30歳代後半の閉経まで生理は順。40歳頃より食欲低下、全身倦怠感、耐寒性の低下出現。徐々に増強し冬期間外出不可能となる。今回、低血糖発作による意識消失にて入院。皮膚異常色素沈着なし。腋毛、恥毛欠如。甲状腺腫なし。アキレス腱反射弛緩相遅延。一般検査では正球形正色素性貧血、GOT、膠質反応の軽度上昇。内分泌検査：T<sub>3</sub>、T<sub>4</sub>、free T<sub>4</sub> いずれも低値、TSH 高値で TRH に遅剰反応、サイロイドテスト 6400×、マイクログロブリンテスト 6400×。血中コルチゾール測定感度以下の低値、尿中 17-OHCS、17-KS 低値。ACTH 低値。ACTH 3日連続試験に漸増反応。リジンバゾプレッシン試験に無反応。PRL、GH、LH、FSH は分泌刺激試験に反応あり。頭部 CT 異常なし。以上より ACTH 単独欠損症による続発性副腎皮質機能不全に慢性甲状腺炎による甲状腺機能低下症を合併したと診断。ハイドロコチゾン、サイロキシン補充にて臨床症状は劇的に改善した。

#### 9) ACTH 単独欠損症の1例

八幡 和明・鈴木 丈吉 (厚生連中央総合病院  
内科)

33才女性。S55年第3子分娩後より全身倦怠感、浮腫、体毛脱落、無月経出現。S58年11月ウイルス性脳炎にて入院。血清 Na 115 mEq/l と低下。SIADH と診断され水制限、レグマイシン投与にて改善。S59年5月発熱とともに Na 120 mEq/l となり同様の治療にて改善。S60年4月  $\ell$ -T<sub>4</sub> 投与により adrenal crisis を呈し、汎下垂体機能低下症と診断され、hydrocortisone