

慈大

1997  
apr. 9-1

## 呼吸器疾患研究会誌

Jikei Journal of Chest Diseases

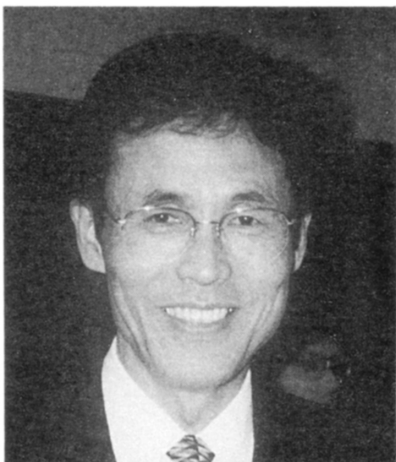
故・川上憲司教授追悼号

追悼 故・川上憲司教授を偲びて	岡野 弘	1
追悼 入院経過報告	久保宏隆	2
追悼 川上憲司先生を偲ぶ	佐藤哲夫	3
再発を繰り返した Askin 腫瘍の 1 例	山崎哲資ほか	4
集学的治療が奏功した肺扁平上皮癌の 1 例	佐藤修二ほか	5
肺原発悪性リンパ腫の 1 例	諸川納早ほか	6
肺胞上皮細胞を標的とした遺伝子治療に 関する基礎的研究	青木 薫ほか	9
カリニ肺炎による呼吸不全で発症した AIDS の 1 例	宮下吉弘ほか	10
かぜ症候群と 2-5 AS 活性	今泉忠芳	11
温泉・海釣り後に発症したレジオネラ肺炎の 1 例	庄田慎一ほか	14
麻酔導入直後に発症し不幸な転帰をとった 肺動脈血栓症の 1 例	三尾 率ほか	15
前方アプローチによる Pancoast 腫瘍の 1 手術例	高久仁利ほか	17
第 33 回研究会記録		18
第 34 回研究会記録		19
投稿規定		20
お詫びと訂正		21
編集後記		表紙 3

共催：慈大呼吸器疾患研究会

エーザイ株式会社

Jikei University Chest Diseases' Research Association



本研究会，事務局，編集委員長を務められておられました川上憲司先生（東京慈恵会医科大学 放射線医学講座 主任教授）は，昨年来，本院にて加療・療養中のところ本1997年3月26日午後5時22分逝去されました。

ここに謹んでご報告申し上げ，哀悼の意をお捧げ申し上げます次第です。

#### ご略歴

---

- 1940年(昭和15年)2月20日島根県大社町生れ
- 1964年(昭和39年) 鳥取大学医学部卒業
- 1965年(昭和40年) 三井記念病院にて医師実地修練終了
- 1968年(昭和43年) パリ大学医学部留学
- 1971年(昭和46年) 東京大学大学院修了
- 1972年(昭和47年) 東京慈恵会医科大学放射線医学教室助手
- 1974年(昭和49年) 同教室講師
- 1983年(昭和58年) 同教室助教授
- 1994年(平成 6年) 同教室教授
- 1995年(平成 7年) 同教室主任教授

前会長 岡野 弘  
(前・慈大第三病院)  
内科学講座第2

1997年(平成9年)3月26日、東京慈恵会医科大学放射線医学教室主任教授川上憲司先生はご病氣療養中の所、逝去されました。享年、57歳の若さをもって他界されましたが、私ども慈大呼吸器疾患研究会会員一同とともに、先生の生前の温い、精力的な御指導を心から感謝申し上げますと同時に、深く哀悼の意をお捧げ申し上げる次第です。

先生は1989年(昭和63年)11月、当時の第四内科学講座教授であり、慈大呼吸器疾患研究会初代会長となられた谷本普一先生と御一緒に第1回慈大呼吸器疾患研究会を開催された生みの親でもあり、日本胸部疾患学の用語委員会委員などの要職を歴任される傍、わが国の核医学的肺疾患研究者の中で、最も優れた指導者として、御活躍になりました。

先生は東京大学大学院医学系研究科第1基礎医学専門課程在籍後、フランス留学をされましたが、語学では英語よりフランス語に堪能であると直接お聞きしました。そればかりか、英語圏の国際会議でも御活躍になり、国際的な視野に立っておられた貴重な方であります。

先生の温厚、実直なお人柄と、その実績を知り、多くの呼吸器疾患研究者ならびに、医学徒が先生の御教授を仰ぎ、育ちましたが、その御功績は誠に大きく、惜しみても余りあるものであります。

ここに先生への惜別の情、深きを感じますとともに、慈大呼吸器疾患研究会会員一同は、心からの御冥福をお祈り申し上げます。

会長代理 久保 宏隆  
(慈大 外科学講座第2)

川上憲司教授は1997年(平成9年)3月26日にお亡くなりました。先生は本研究会発足時より研究会発展にご尽力くださり、本研究会が多くの慈恵医大院内研究会のなかで演題数も多く最も充実した研究会に成長してきたことは先生の御努力の結果と言えましょう。本号は川上憲司教授追悼号とし、川上憲司教授の入院経過を小生がご報告することになりました。

先生は身長178cm、体重60kgで少し痩せた感じがありましたが、これといった持病もなく、健康には自信がおありでした。1996年(平成8年)5月10日頃から軽い腹部の膨満感を感じるようになり、5月15日頃より食後に上腹部痛を感じるようになりました。先生は、海外での学会出席を控え、5月17日に胃内視鏡検査を依頼なさいました。5月20日に内視鏡科の鈴木博昭教授が胃内視鏡検査を担当し、5型の胃癌であることが判明しました。

5月23日に入院、術前検査終了後の5月27日に外科学第2の青木照明教授の執刀で手術が行なわれました。胃癌は幽門部を中心に広い範囲にあり、癌が漿膜表面に著明に露出していました。さらに、十二指腸よりTreitz靭帯から空腸の5cmまで癌におかされておられ、横行結腸、結腸間膜、さらに膈体部下縁まで浸潤しておりStage IV bで、全く根治手術は出来ない状況でした。そこで食事が出来るようにするために幽門側胃切除術、横行結腸部分切除術を行ないBillroth II法で再建しました。

術後は順調に回復し、術後7日目より食事が開始されました。先生は術後まもなく、教授としての執務を再開なさり、体調が良ければ教室に出向かれました。術後の食欲の回復はあまり良くありませんでしたが、退院する頃には『今日の食事は何か？』と看護婦に質問するまでに回復なさいました。術後3週目より化学療法も行ない、術後42日目の7月9日に退院なさいました。

しかし、退院して10日目頃より、背部痛が出現するようになり、7月19日に再入院となりました。入院後は日に日に悪液質の状態が強くなり、担当医は越年は無理とと思っていましたが、先生の不断の頑張り、強い精神力で、体調の良いときは教授としての執務を積極的になさりながら、闘病生活を続けられました。しかし、1997年(平成9年)3月1日頃よりDIC状態に陥り、3月26日永眠なさいました。

先生がお亡くなりになる10日前に、岡野弘会長と一緒に、病室にお尋ねしましたが、先生は7E病棟のロビーまで出ていらっしゃり、今後の研究会の運営について岡野弘会長とご意見を交わし、『研究会がより発展していくように頑張ってください』とお言葉をいただいとお別れしました。それが先生とお話できた最後となりました。

先生には研究会の発足より多大なるご尽力をいただき、これからも会長として研究会の発展と会員の指導にお力添えをいただけると、会員皆が、大きな期待を持っておりましたのに、このような結果になってしまったことはわれわれ会員のみならず、大学としても大変大きな損失であると言えます。

今後は先生の研究会に対する御遺志を会員皆で引継ぎ、研究会の発展に努力して行きたいと存じます。先生の御冥福をお祈り申し上げます。

編集委員 佐藤 哲夫  
(慈大呼吸器・感染症内科)  
／内科学講座第4

昨年のある蒸し暑い金曜日午後5時、いつものように月2回の定例呼吸器アイソトープカンファレンスが始まりました。この時川上先生はいつもより何となく元気がなさそうなご様子でした。会の後、ある先生から実は先生は明日入院して月曜日に手術であると伺い大変に驚きました。しかし、いつも快活でエネルギーに溢れて、病とは対極にあるような先生のことでしたからすぐに健康を回復されるものと信じておりました。

私が初めて川上先生を知ったのはもう20数年前、学生時代の臨床実習の時でした。先生が慈恵医大に赴任されて間もない頃だったと思いますが熱心にアイソトープ検査法を説明していただき、その鮮烈な印象で「スマートで新進気鋭の学者だなあ」とポリクリグループ一同感嘆したことを思い出します。卒業して医者になってからは、なかなか直接お会いする機会がなかったのですが、先生が'85年(昭和60年)頃「メジチーナ」に画像診断の記事を連載されており、当時第三病院内科に勤務しておりました私に症例呈示をお命じになりました。川上先生の司会で放射線科の多田信平教授と私と三人で医学書院の会議室でディスカッションを録音し記事にしたのでした。この時が、個人的にいろいろお教を頂いた最初でした。その後しばらく慈恵医大を離れ、'93年(平成5年)11月に第四内科に移って以来本当にお世話になりっ放しという状況でした。慈大呼吸器研究会をはじめ、学内の喘息の研究会、学外から講師を招いての勉強会である呼吸器フォーラム、月2回のアイソトープカンファレンス、毎週土曜日のチェストレントゲンカンファレンスなど広く勉強の機会を与えてくださいました。

昨年4月、宇都宮で開催された日本胸部疾患学会総会で教育講演をなさった時、以前よりお瘦せになったかなという印象はありましたが鬼気迫る講演で聴衆に深い感銘を与えられました。もしかするとすでにこの頃、うすうすご自分の体調の変化を感じられていたのかも知れません。

先生は放射線科の分野ではもちろん掛替えのない存在でありましたが、さらに呼吸器内科とか呼吸器外科とかいった立場を越えて広く呼吸器疾患の分野を総括できる数少ない貴重なリーダーでありました。慈恵医大の呼吸器、さらに日本の呼吸器学会を牽引してギアをもう一段アップさせようとしたまさにその時だったと思います。不治の病に倒れられ、消化器外科スタッフの懸命な治療と奥様の献身的な看病の甲斐もなく、幽明境を異にすることになったのは計り知れない損失というほか言葉がありません。

先生がわれわれにお与えになった課題は余りに大きく路頭に迷うばかりですが、力を合わせて少しずつでも御遺志に沿っていきたいと思います。余りに多忙な人生を駆け抜けて行かれた先生ゆっくりおやすみください。でも時々天上から見守り、それじゃダメだとお叱りをください。

合 掌

## 再発を繰り返した Askin 腫瘍の 1 例

山崎哲資, 尾高 真, 黒部 仁, 塩谷尚志  
佐藤修二, 吉田二教, 秋葉直志, 水野良児  
山崎洋次 (慈大 外科学講座第 1)

症例は 20 歳男性, 主訴は咳嗽, 呼吸困難であった。左胸壁原発の Askin 腫瘍に対して 1990 年 5 月から 1993 年 4 月の間に化学療法, 放射線療法および 2 回の手術を施行した。腫瘍の消失を認めたためその後外来通院していた。1996 年 6 月より咳, 息切れを自覚するようになり, 胸部 X 線写真で左下肺野を占める巨大な腫瘤を認め, Askin 腫瘍の再発を疑い手術目的で当科に入院した。

触診上体表には腫瘍は触知せず, 皮膚の膨隆や腫脹は認めなかった。胸部 CT では左胸腔内を占める充実性の腫瘤がみられた。左胸腔内 Askin 腫瘍再発と診断して 1996 年 11 月 20 日に手術を施行した。腫瘍の主座は左肺上下葉間に存在し, 内側面は縦隔に接し下葉を後方に横隔膜を下方に圧排し進展していた。上下葉間を剥離し左肺下葉切除に上葉部分切除, 心嚢, 横隔膜合併切除を加え腫瘍を摘出した。心嚢欠損部は Gore-Tex patch で補填し横隔膜は縫合閉鎖した。摘出標本は 19 × 17 × 10 cm, 2.35 kg, 左

肺下葉を著明に圧排し, 腫瘍の断面は白色充実性で一部に出血, 壊死を含み分葉状の発育を示していた。病理組織像では, 卵円形核を有する細胞が密に増生し腫瘍細胞の不完全なロゼット様配列がみられた。また前回までの摘出標本の組織像では認めなかった長紡錘型核を有する細胞が不規則に配列する腫瘍蜂巣が混在していた。病理組織学的に Malignant Peripheral Nerve Sheath Tumor (MPNST) と診断した。術後経過は良好であり, 今後の追加治療に関して現在検討中である。

小児の胸壁に発生する悪性軟部組織腫瘍は病理学的診断が困難なものが多い。また再発率が高く予後も不良であり治療に難渋することが多い。われわれは Askin 腫瘍の 1 例に対して外科切除を含めた集学的治療を繰り返し施行してきた。

今回われわれは腫瘍の再発と思われた胸腔内腫瘍に対して摘出術を行ない, 病理学的には MPNST と診断した興味深い 1 例を経験したので今までの経過を併せて報告した。

### A Case of Askin Tumor with Repeated Recurrence

Tetsushi YAMAZAKI, Makoto ODAKA, Hitoshi KUROBE, Hisashi SHIOYA, Shuji SATO,  
Tsunonori YOSHIDA, Tadashi AKIBA, Ryoji MIZUNO, Yoji YAMAZAKI

*Department of Surgery (I), The Jikei University School of Medicine*

## 集学的治療が奏功した肺扁平上皮癌の1例

佐藤修二, 朝倉 潤, 平野 純, 鈴木英之  
大森秀一郎, 高久仁利, 三好 勲, 増淵正隆  
山崎洋次 (慈大第三病院 外科)

### 症 例

症例は52歳, 男性. 主訴は咳嗽と喀痰. 現病歴は1995年7月より咳嗽と喀痰が出現し, 近医を受診. 胸部X線写真で異常陰影を指摘され, 同年8月21日精査加療目的で当科へ入院した.

入院時検査所見では血清CEA値が352.9 ng/mlと高値を示した. 入院時胸部X線写真では, 左上肺野の縦隔側に7×5 cmの腫瘤陰影を認めた. 胸部CTでは, 左上葉に比較的境界明瞭な腫瘍を認め, 縦隔内への浸潤を認めた. また両側縦隔リンパ節の腫大を認め, 転移陽性と診断した. 経皮的肺針生検は, class IVであった.

以上より, 原発性非小細胞肺癌, c-T3N3αM0, stage IIIBと診断した. 術前化学療法 (CDDP, 5FU, LV) を2クール施行した. 化療後に腫瘍は40%縮小し, 腫大したリンパ節は縮小, 扁平

化を認めた.

同年11月6日に胸骨正中切開, 第四肋間前側方開胸で左上葉切除およびリンパ節郭清 (R3α) を施行した. 切除標本の組織は低分化型扁平上皮癌であった. またリンパ節への転移は認めず, 病理診断は, yp-T3N0M0, stage IIIAであった. 縦隔内に腫瘍の遺残が疑われたため, 術後照射を50 Gy行ない, 血清CEA値は3.0 ng/mlと正常化した. 現在術後12ヵ月が経過し, 腫瘍の再発, 血清CEAの再上昇は認めていない.

### 結 語

血清CEA値が352.9 ng/mlと著明な高値を示したにもかかわらず, 集学的治療により正常範囲まで低下を認めた進行肺扁平上皮癌の1例を経験したので報告した.

## A Case of Squamous Cell Carcinoma of the Lung Effectively Treated by Multimodal Therapy

Shuji SATO, Jun ASAKURA, Jun HIRANO, Hideyuki SUZUKI, Hideichiro OMORI, Kimitoshi TAKAHISA, Isao MIYOSHI, Masataka MASUBUCHI, Yoji YAMAZAKI

*Department of Surgery, Daisan Hospital, The Jikei University School of Medicine*

## 肺原発悪性リンパ腫の1例

諸川納早<sup>1)</sup>, 清水 歩<sup>1)</sup>, 内田和宏<sup>1)</sup>, 古田島 太<sup>1)</sup>  
南谷めぐみ<sup>1)</sup>, 竹内悦子<sup>1)</sup>, 古田島理佐<sup>1)</sup>, 村松弘康<sup>1)</sup>  
多田浩子<sup>1)</sup>, 田辺 修<sup>1)</sup>, 吉村邦彦<sup>1)</sup>, 羽野 寛<sup>2)</sup>,  
佐藤哲夫<sup>1)</sup>(慈大 呼吸器・感染症科<sup>1)</sup>, 同 病理学講座<sup>2)</sup>)

### はじめに

肺原発悪性リンパ腫は比較的まれな疾患で節外性 non-Hogikin リンパ腫に占める割合は本邦で0.7%, 欧米でも3.6~10%である. 当科で経験したの1例を報告する.

### 症 例

症例は60歳男性, 1988年より健康診断で胸部X線にて左下肺野に異常陰影を指摘されていたが, 自覚症状ないため放置していた. 1993年の健診で陰影の増大を指摘されたため, 同年4月当科を受診した. 6月に行なわれた気管支鏡下生検(TBLB)で malignant lymphoma, diffuse, small sized cell type (Lymphoma Study Group) と診断され精査加療を勧められたが, 以後来院を拒否していた.

1994年の健診で胸部異常陰影の拡大傾向を指摘されたため, 同年4月当科を再受診した (Fig. 1). 6月にTBLBを施行され前回同様の診断を受けた. 精査加療目的にて同年8月に入院した. 入院時身体所見では, 表在リンパ節を触知せず, 呼吸音は左下肺で減弱していたがラ音は聴取しなかった. 腹部には異常を認めなかった.

検査所見では白血球増多と polyclonal gammopathy (IgG, IgM, IgA) が認められた. 胸部X線およびCTでは6年の経過で緩徐に増大する左下肺野の浸潤影を呈していた (Fig. 2). 全身検索の結果, 病変が肺のみに局在していることが確認され primary pulmonary lymphoma と診断した. 1994年9月14日に左肺下葉切除術を施行した. 腫瘍組織の免疫染色を施行したところ, 腫瘍内のほとんどの細胞は B cell の marker である L26

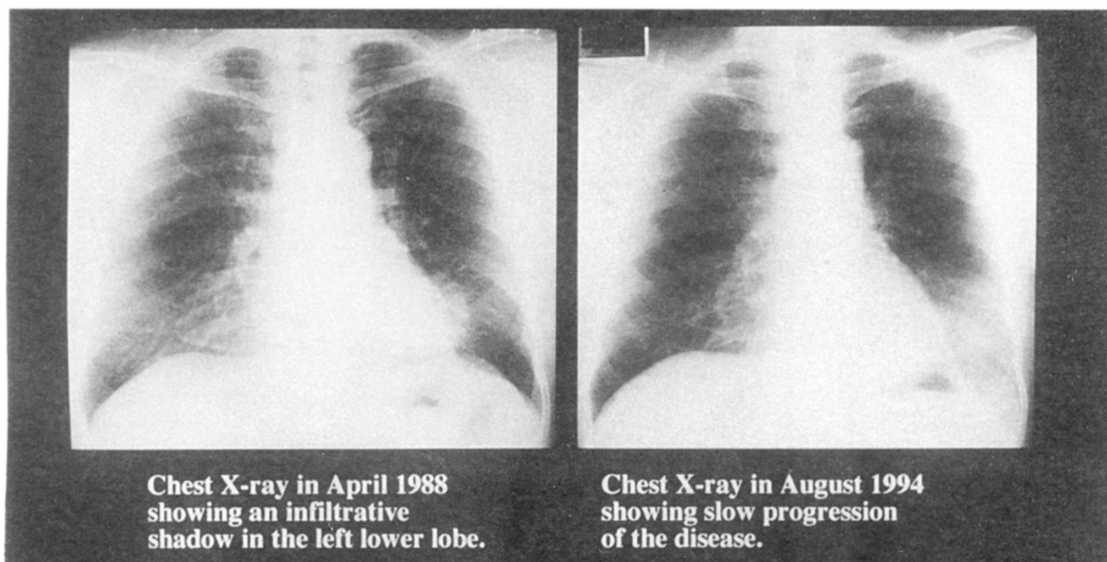


Fig. 1 Chest roentgenograms.



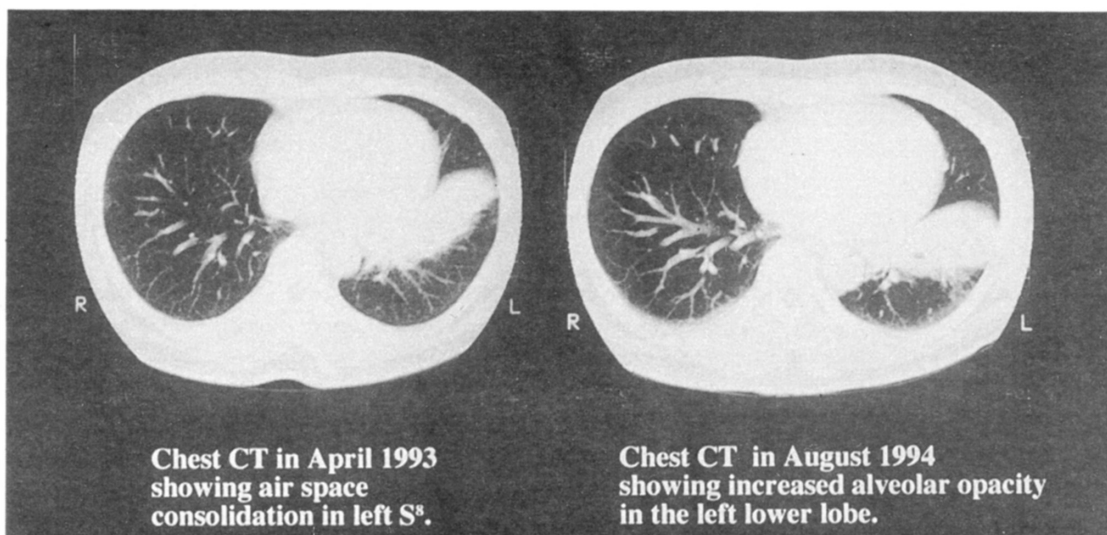


Fig. 2 Chest computed tomograms.

に染色性があった。一方、T cell marker である UCHL-1 染色でも陽性細胞が一部に認められた。病理組織診断は Non-Hodgkin's lymphoma (diffuse, small cell type) であり、low grade と考えられたが、胸膜浸潤が疑われたため術後化学療法として C-MOPP (Cyclophosphamide 600 mg/body, day 1 and 8, Vincristine 1.5 mg/body, day 1 and 8, Prednisolone 60 mg/body day 1 to 14, Procarbazine 50 mg/body day 1 to 14) を 5 コース施行したが、副作用は軽微なものであった。約 2 年後まで明らかな再発は認めておらず、経過良好である。

### 考 察

肺原発悪性リンパ腫はそのほとんどが non-Hodgkin's lymphoma である。病理学的形態により low grade と high grade に分類されており、特にその予後に関して臨床的に意義深いものである。一方、形態学的では肺のリンパ増殖性疾患は、それが反応性か、または腫瘍性かの鑑別は困難であった。しかし近年の免疫、分子病理的

検索の進歩により両者の鑑別に有力な手段となっている。本症例は、健康診断時の胸部 xp で異常をていしたものの、無症状で緩徐な経過を示し、胸部 xp, CT で境界明瞭な孤立性の陰影を認めた。これらは、low grade の肺原発悪性リンパ腫に特徴的な点であった。一方、病変部の免疫染色では B cell だけでなく、わずかながら T cell にも染色性が認められた。また、血清学的には monoclonal gammopathy が多いとされているが、本症例では polyclonal gammopathy を呈していた。これらの問題に関してはリンパ球の clonality や免疫グロブリンの遺伝子の再構成の検索が必要と思われた。

### 文 献

- 1) Jean-Francois Cordier, Edmond Chailleux, Dominique Lanque, et al. Primary Pulmonary Lymphomas: A Clinical Study of 70 cases in Nonimmunocompromised Patients. Chest 1993;103:201-208.
- 2) 湯本典男, 黒須克志, 古川雅一ほか. 肺の悪性リンパ腫. 呼と循 1996; 44: 1067-1075.

## A Case of Primary Pulmonary Lymphoma

Nasa MOROKAWA<sup>1)</sup>, Ayumu SHIMIZU<sup>1)</sup>, Kazuhiro UCHIDA<sup>1)</sup>, Futoshi KOTAJIMA<sup>1)</sup>,  
Megumi MINATANI<sup>1)</sup>, Etsuko TAKEUCHI<sup>1)</sup>, Risa KOTAJIMA<sup>1)</sup>, Hiroyasu MURAMASTU<sup>1)</sup>,  
Hiroko TADA<sup>1)</sup>, Osamu TANABE<sup>1)</sup>, Kunihiko YOSHIMURA<sup>1)</sup>, Hiroshi HANO<sup>2)</sup>, Tetsuo SATO<sup>1)</sup>

*Department of Respiratory and Infectious Diseases<sup>1)</sup>, Department of Pathology<sup>2)</sup>,  
The Jikei University School of Medicine*

**Abstract** We report a case of primary pulmonary lymphoma. The patient was a 60-year-old man with infiltrative shadow in the left lower lobe in chest roentgenograms. Computed tomography of the chest showed air space consolidation in left lower lobe but no lymphadenopathy was detected. Malignant lymphoma was diagnosed by transbronchial lung biopsy. No abnormalities had found except lung suggested primary pulmonary lymphoma. Six years later, the patient was treated with left lower lobectomy and chemotherapy. No recurrence of the disease had found for 2 years after treatment.

**Key words** Primary pulmonary lymphoma, Radiology, Prognosis.

## 肺胞上皮細胞を標的とした遺伝子治療に関する基礎的研究

青木 薫<sup>1)2)</sup>, 帆足茂久<sup>1)2)</sup>, 内田和宏<sup>1)3)</sup>, 清水 歩<sup>1)3)</sup>,  
田辺 修<sup>1)3)</sup>, 安斎千恵子<sup>1)2)</sup>, 衛藤義勝<sup>1)</sup>, 吉村邦彦<sup>1)3)</sup>  
(慈大DNA医学研究所遺伝子治療研究部門<sup>1)</sup>, 同 第三病院  
内科学講座第2<sup>2)</sup>, 同 呼吸器・感染症内科<sup>3)</sup>)

近年遺伝子治療は後天性疾患にも適応が拡大され、積極的な臨床導入が図られつつある。有効な治療法がなく予後不良の疾患であるARDSや、特発性間質性肺炎に対する治療を目的とした外来性の遺伝子導入の試みとして、病変の場である肺胞領域で増殖した再生II型肺胞上皮への安全な選択的遺伝子導入を可能にするためのプラスミドベクターの構築に関して検討した。

### 対象と方法

*LacZ*遺伝子の発現プラスミドベクターであるpCMV $\beta$ に、肺胞上皮細胞特異的発現を規定していると考えられるサーファクタント蛋白(SP)-B遺伝子5'上流域のthyroid transcription factor 1の結合部位認識配列を正逆いずれかの方向に挿入したベクターpCMV-TTF-1- $\beta$ /forおよびpCMV-TTF-1- $\beta$ /revを作製し、liposomeとの複合体形成後、肺胞上皮細胞株A549にtransfect

した。pCMV $\beta$ でtransfectした細胞を対照とし、導入された*LacZ*遺伝子の発現とその増強の程度を、A549にX-galを添加後の位相差顕微鏡による観察、ならびに細胞内の*LacZ*遺伝子産物 $\beta$ -galactosidase ( $\beta$ -gal) 活性値を基質ONPGを加えた発色反応により測定し、比較検討した。

### 結果と考察

位相差顕微鏡による観察では、pCMV $\beta$ とpCMV-TTF-1- $\beta$ /forないしpCMV-TTF-1- $\beta$ /revとの間に $\beta$ -gal発現細胞の数および程度に明らかな差は認められず、また $\beta$ -gal蛋白の活性値に関しても3群間では差を認めなかった。これはA549細胞のTTF-1発現の程度が低いためと考えられ、同細胞では肺胞上皮細胞特異的発現のためにTTF-1発現ベクターのcotransfectionが必要であることが示唆された。

## Gene Transfer to Alveolar Type II Epithelial Cells Using Plasmid-Liposome Complexes

Kaoru AOKI<sup>1)2)</sup>, Shigehisa HOASHI<sup>1)2)</sup>, Kazuhiro UCHIDA<sup>1)3)</sup>, Ayumu SHIMIZU<sup>1)3)</sup>,  
Osamu TANABE<sup>1)3)</sup>, Chieko ANZAI<sup>1)2)</sup>, Yoshikatsu ETO<sup>1)</sup>, Kunihiko YOSHIMURA<sup>1)3)</sup>

*Department of Gene Therapy, Institute of DNA Medicine<sup>1)</sup>,  
Department of Internal Medicine II, Daisan Hospital<sup>2)</sup>,  
Department of Respiratory and Infectious Diseases<sup>3)</sup>  
The Jikei University School of Medicine*

## カリニ肺炎による呼吸不全で発症した AIDS の 1 例

宮下吉弘, 中森祥隆 (国家公務員共済組合連合会 三宿病院呼吸器科)

呼吸不全で発症した AIDS に伴うカリニ肺炎を経験したので報告する。

症例は, 33 歳男性, フランス人, 同性愛者。主訴は, 発熱, 呼吸困難。

1993 年 ニューヨークに観光中クリニックにて HIV テスト施行されたが, この時は, 陰性であった。1994 年 6 月より, 乾性咳嗽が認められていたが放置。10 月より, 全身倦怠感出現。11 月 4 日より, 発熱, 悪寒あり。11 月 7 日には, 呼吸困難も出現したため当院受診。胸部 Xp にて, 肺炎像認め入院となった。

身体所見では, 39.8 度の発熱, 両頸部に数個のリンパ節を触知, 胸部聴診上両背下部に軽度の crackles を聴取した。検査所見では, 白血球数  $9000/\text{mm}^3$ , Ly 2 %, LDH 891 IU, CRP 9.7 mg/dl と上昇していた。胸部 Xp, CT 検査では, 両肺びまん性に間質性肺炎像を認めた。

入院後, IPM 1g/day, MINO 200 mg/day, ステロイド療法を行なったが, 呼吸不全は, さらに進行し, 高熱も持続するため 11 月 10 日カリニ肺炎を疑い, ST 合剤 12T 内服開始した。11 月 11 日には, 解熱し, 呼吸状態も改善。11 月 12 日 CD4 / 8 比 0.09, HIV 抗体陽性の報告があり, AIDS, カリニ肺炎と診断した。

HIV 感染者の 60~70 % が, カリニ肺炎で AIDS を発症すると報告されている。本症例も, カリニ肺炎による呼吸不全で発症している。AIDS の増加と共に, カリニ肺炎を初発症状として一般病院を受診する機会が増えると予測される。カリニ肺炎の徴候としては, 呼吸困難, 咳嗽, 発熱, 頻呼吸たされておりこれらを伴う間質性肺炎を見た場合は HIV 感染に伴うカリニ肺炎も考慮する必要があると思われた。

### A Case of AIDS Patient Who was Given a Diagnosis from an Initial Symptom of Dyspnea Caused of Pneumocystis Carinii Pneumonia

Yoshihiro MIYASHITA, Yoshitaka NAKAMORI

Department of Respiratory Diseases, Misyuku Hospital

# かぜ症候群と 2-5 AS 活性

今泉 忠芳  
(ランドマーククリニック)

非特異的な急性上気道感染症は通称“かぜ症候群”と呼ばれている<sup>1)</sup>。

かぜ症候群の原因として感染因子(ウイルスや細菌)、非感染因子(寒冷刺激)が挙げられている<sup>1)</sup>が、日常臨床の間では原因追及が困難な場合が多い。

2',5' Oligoadenylate synthetase (2-5AS) 活性はウイルス感染の際、Interferonの働きにより細胞に形成される酵素で、ウイルス蛋白合成を阻害する2-5Aを合成するといわれている<sup>2)</sup>。

今回、かぜ症候群および2, 3の呼吸器疾患について、血清2-5AS活性を観察した結果を報告する。

## 対象と方法

対象:呼吸器疾患  $n=22$  (かぜ症候群  $n=11$ , 肺炎  $n=7$ , 咳嗽  $n=4$ ), ウイルス感染症  $n=5$  (麻疹  $n=1$ , 風疹  $n=3$ , EBウイルス感染症  $n=1$ ), 対照(健康者)  $n=18$ を対象とした(Table 1)。

方法:対象より血清を採取, 材料とした。2-5AS活性の測定<sup>3)</sup>はRIAキットによった。2-5AS活性 100 pmol/dl 以上を上昇とした。

Table 1 Subjects studied.

	<i>n</i>	Sex	Age ( $\bar{x}$ )
Respiratory diseases	22		
pneumonia	7	M4 F3	36.0
common cold	11	M4 F7	35.4
cough	4	M1 F3	32.0
Viral infection	5	M3 F2	33.2
Control	18	M10 F8	43.1

## 結果

かぜ症候群 ( $n=11$ ) では2-5AS活性の上昇がみられた。113 pmol/dl から 761 pmol/dl にわたる広範囲にみられた。

肺炎 ( $n=7$ ) のうち2例に2-5AS活性の上昇がみられた。Mycoplasma pneumoniae肺炎, Klebsiella pneumoniae肺炎と思われる各1例では上昇はみられなかった。

麻疹 ( $n=1$ ) では1000 pmol/dl 以上, 風疹 ( $n=3$ ) では801, 784 および759 pmol/dl と,

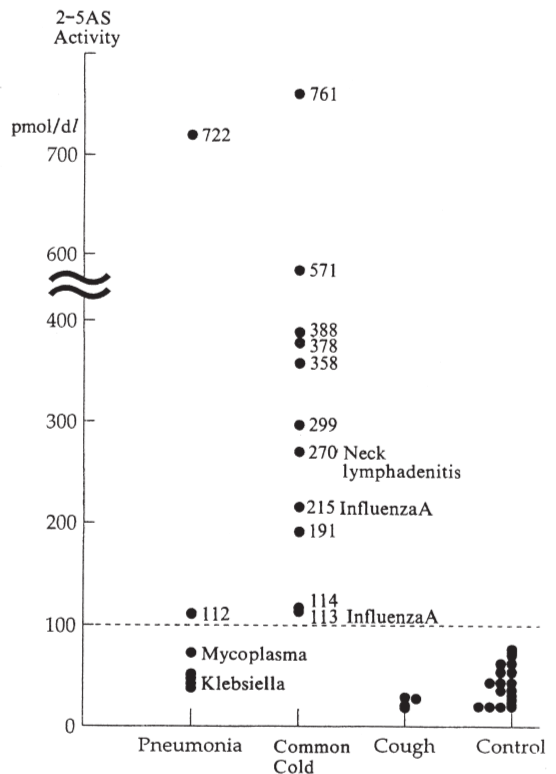


Fig. 1 2-5AS activity and respiratory diseases.

かぜ症候群と比べると2-5AS活性の高値を示す例がみられた。

咳嗽 ( $n=4$ ) および対照 ( $n=18$ ) では2-5AS活性の上昇はみられなかった。結果を Fig. 1 に示した。

1週間間隔で観察されたかぜ症候群の2例を Fig. 2 に示した。1例 (20歳男性) では上昇 (378 p mol/dl) していた2-5AS活性が正常域 (54 p mol/dl) へ低下したことがみられた。他の1例 (20歳女性) では2-5AS活性の軽度の上昇 (114 p mol/dl) は1週間後も変化がみられなかった。なお、この2例の末梢血白血球数、ヘモグラムには著変はみられなかった。

かぜ症候群 (2-5AS活性上昇) と対照 (2-5AS活性非上昇) との間で、末梢血白血球数、リンパ球 (%) を比較した (Table 2)。かぜ症候群では

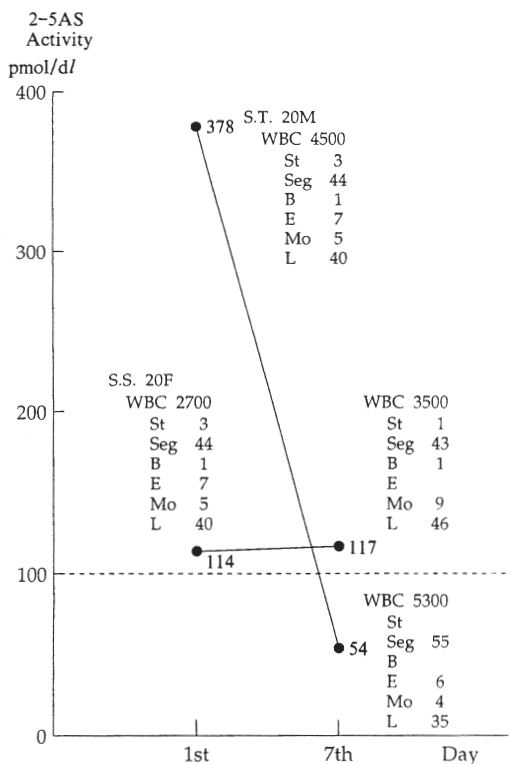


Fig. 2 2-5AS activity and peripheral blood leucocyte (2 cases, a week interval).

白血球数6300, リンパ球35.1%, 対照では白血球数6500, リンパ球41.2%で両者の間に有意差はみられなかった。

## 考察

かぜ症候群においてウイルスを分離同定することは、日常臨床に困難なことが多い。かぜ症候群のウイルス感染を簡便に観察するには、結果に示されたように、2-5AS活性を観察することが有用と思われた。麻疹、風疹のようなウイルスの全身的な感染反応のある例では2-5ASは高値を示した。かぜ症候群では2-5ASは高値から低値まで広範囲にわたっていた。これはかぜ症候群においてウイルス感染の全身反応の程度 (重症度) が様々であることを示していることが推測された。

2-5AS活性の観察はかぜ症候群ばかりではなく、他の呼吸器感染症、例えば肺炎においても、ウイルス感染症と細菌感染症とを鑑別するために有用と思われた。Mycoplasma肺炎やKlebsiella肺炎では2-5AS活性の上昇はみられなかった。

## 文献

- 1) 上田英雄, 竹内重五郎編集. 内科学. 第2版第1刷. 東京: 朝倉書店, 1980: 329.
- 2) Hovanessian AG, et al. Synthesis of low molecular weight inhibitor of protein synthesis with enzyme from interferon-treated cells. Nature 1977; 268: 537-540.
- 3) 垣花啓子ほか. RIAキットによる血清中2-5A合成酵素活性測定の基礎的および臨床的研究. 東京女子医科大学雑誌 1989; 59: 199-205.

Table 2 Peripheral blood leucocytes.

	WBC	Lymphocyte (%)	
Common Cold (2-5AS activity: elevated)	2700-9300 ( $\bar{x}$ = 6300)	20-55 ( $\bar{x}$ = 35.1)	} $p > 0.10$
Control (2-5AS activity: not elevated)	4400-10900 ( $\bar{x}$ = 6500)	17-57 ( $\bar{x}$ = 41.2)	

**要約**  かぜ症候群において2-5AS活性の上昇がみられた。かぜ症候群のみならず呼吸器疾患においても2-5AS活性の観察は、ウイルス感染の診断と評価に有用と思われた。

## **Common Cold and 2-5 AS Activity**

Tadayoshi IMAIZUMI

*Landmark Clinic*

**Abstract**  2',5' Oligoadenylate synthetase (2-5AS) activity of sera was observed on cases with common cold, and some respiratory diseases.

1. 2-5AS activity was elevated in cases with common cold.
  2. 2-5AS activity-elevated cases and not elevated cases were observed in pneumonia.
  3. Periferal blood leucocyte count and lymphocyte % of common cold were not changed as compared with those of control.
- It should be useful to observe on viral infection of common cold to be seen in 2-5AS activity elevation.

**Key words**  Common cold, 2-5AS activity, Respiratory diseases.

## 温泉・海釣り後に発症したレジオネラ肺炎の1例

庄田 慎一, 清田 康, 中森 祥隆  
(国家公務員共済組合連合会 三宿病院 呼吸器科)

症例は59歳男性。1996年9月9日には伊豆・天城へ一泊の温泉旅行へ行き、15日には千葉・勝浦で海釣りをした。17日より38.5℃の発熱が出現したため、18日近医を受診し投薬をうけたが、39℃の発熱が続くため19日当院外来を受診した。

胸部聴診所見でラ音を聴取し、胸部X線写真で肺炎像を認め、入院となった。24時間風呂は使用せず。入院時現症は体温39.2℃、意識清明。胸部聴診上、左背下部で吸気時にcoarse cracklesを聴取。白血球数12700/ $\mu$ l、CRP 17.4 mg/l、血沈一時間値56 mmと高度の炎症反応を呈していた。生化学検査では異常を認めず、クラミジア、マイコプラズマ抗体価は陰性であった。胸部X線写真では左下葉に、consolidationを認めた。胸部CT写真では左S6にair bronchogramを伴うconsolidationと辺縁部に淡い肺野濃度の上昇を認めた。入院時、胸部X線写真にて、左下葉にconsolidationを認め、細菌性肺炎、マイコプラズマ肺炎を考えSBT/ABPC 3 g/日およびCAM 400 mg/日を開始したが、高熱が続き、肝機能障害も出現してきた。薬剤性の肝障害、温泉、海釣りに行っており、レジオネラ肺炎の可能性も考えMINO200 mg/日、IPM/CS 1 g/日の併用に

変更した。入院時より咳、痰の呼吸器症状は認めなかったが、オレンジゼリー状色の痰が入院第3病日より喀出するようになった。痰の細菌学的検査ではWYO $\alpha$ 寒天培地で*L.pneumophila*を検出し、尿検査で*L.pneumophila-1a*抗原が陽性でありレジオネラ肺炎と診断した。抗生剤変更後、翌日には解熱が得られ、炎症反応、胸部X線写真も改善した。

*L.pneumophila*は血液寒天培地などの通常の細菌培地には発育せず、臨床像も他の細菌性肺炎との鑑別が困難であり確定診断が遅れさらに $\beta$ -ラクタム剤が無効であり致死率を高くしている。*L.pneumophila*は河川、冷却塔水、土壌、温泉などの自然環境に広く分布している。本例は温泉、海釣り旅行をしており環境の菌検索は出来ないが、どちらも感染源の可能性が考えられる。

本例は受診時発熱以外に咳、痰などの呼吸器症状を認めなかったが、胸部聴診所見でcoarse cracklesを聴取し肺炎を考え胸部X線写真を取り肺炎と診断出来た。

本例の診断において問診と胸部聴診所見が重要な鍵を握っており外来診療上注意が必要であり報告した。

### A Case of Legionella Pneumonia after Traveling to Hot Spring and Fishing in the Sea

Shinichi SHODA, Yasushi SEIDA, Yoshitaka NAKAMORI

Department of Respiratory Diseases, Misyuku Hospital





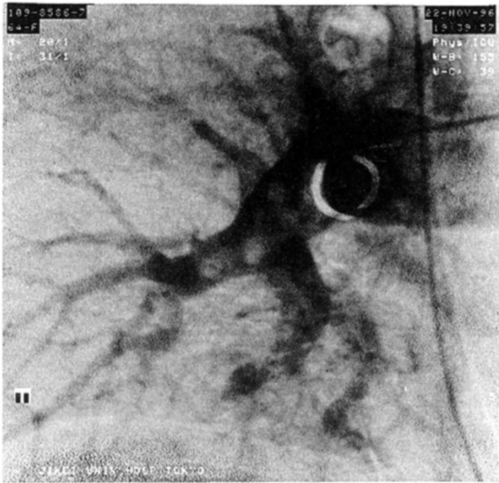


Fig. 1 肺動脈造影.

められた。以上より肺動脈肺血栓症と診断し、手術当日夜よりウロキナーゼを1日12万単位開始した。翌日、第1病日に肺動脈造影を施行したところ右中間肺動脈に高度の造影欠損像を認めた (Fig. 1)。

これにより肺血栓症の確定診断が付きウロキナーゼを1日24万単位に増量した。しかし循環

動態は不安定のまま、腹部膨満も認められるようになった。腹部膨満と循環動態の不安定さより腸管虚血を疑い第4病日に開腹手術を施行したが、腸管に虚血の所見はなかった。第6病日には紫斑等DIC兆候が認められるようになり第7病日に永眠された。肺動脈血栓症に加え、下大静脈にも血栓が存在し灌流障害による臓器不全を主な死因と考え部検を依頼した。

部検では、下大静脈に血栓は認められなかったが、血栓溶解療法にも関わらず閉塞性の血栓が右肺動脈下葉枝に証明された。他に著明な腹水による横隔膜挙上と無気肺、予期していなかった亜急性多臓器炎等が認められた。

### 結 語

麻酔導入直後に発症した肺動脈血栓症を経験し、その診断にはカプノメーターが有用であった。ICUでの種々の治療の甲斐なく不幸な転帰をとったが、その死因の背景・増悪因子として、自己免疫性の機序、もしくはpolysurgery後のアジュバント効果によって生じたと推測できる亜急性多臓器炎が大きく関与していたと考えられた。

## A Case of Acute Pulmonary Thromboembolism after Induction of Anesthesia

Yasushi MIO<sup>1)</sup>, Nobuyoshi SASAKI<sup>1)</sup>, Shin KAGAYA<sup>1)</sup>, Yasumasa TANIFUJI<sup>1)</sup>, Tetsuo SATO<sup>2)</sup>,  
Tatsuhiko NAGABUCHI<sup>3)</sup>, Masaaki SUZUKI<sup>4)</sup>, Makio KAWAKAMI<sup>4)</sup>

*Department of Anesthesiology<sup>1)</sup>, Department of Internal Medicine(IV)<sup>2)</sup>,  
Department of Orthopedics<sup>3)</sup>, Department of Pathology<sup>4)</sup>  
The Jikei University School of Medicine*

**Abstract** A 64-year-old female was scheduled for hip joint surgery. After induction of anesthesia, sudden decrease in end-tidal carbon dioxide tension and systemic blood pressure were recognized. The diagnosis of pulmonary thromboembolism was made by angiography.

In spite of ventilatory and hemodynamic supports with thrombolytic therapy, she was died of systemic inflammatory response syndrome by 7th postoperative day.

**Key words** Anesthesia, Pulmonary Thromboembolism, End-tidal carbon dioxide.

## 前方アプローチによる Pancoast 腫瘍の 1 手術例

高久仁利, 豊泉高峰, 朝倉 潤, 尾高 真  
塩谷尚志, 山下晃徳, 佐藤修二, 畝村泰樹  
秋葉直志, 山崎洋次 (慈大 外科学講座第 1)

症例は52歳男性で, 右肩甲骨部痛を主訴に近医を受診し, 胸部X線写真で, 右肺尖部に異常陰影を認めたため, 当科紹介入院となった。

入院時より右上腕内側部痛も出現したが, 右上肢の知覚障害, 運動障害, 筋萎縮は認めなかった。入院時血液検査では, 異常値として, CRPの上昇と, SLXの上昇を認めた。胸部X線写真では, 右肺尖部に径約3cm大の淡い腫瘍影を認めた。胸部CT所見では, 腫瘍は肺尖部の前方に存在し, 右鎖骨下動静脈, 右第1肋骨への浸潤が疑われた。CT下針生検を行ない, class V(腺癌)を認めた。2 Gy/dayの放射線療法を開始し, total 42 Gyの術前照射をおこない, 手術を施行した。[術前診断: cT4N0M0, c-stageIIIb]

腫瘍に対して, 頸部方向, 腋窩方向, 胸腔方向の3方向からのアプローチを容易にするため, 仰臥位で, 右頸部から前胸部正中にかけてS字状の皮膚切開を行なった。まず頸部からのアプローチで, 下内深頸リンパ節群を郭清した。主要血管, 神経に, 浸潤がないことを確認後, 前斜角筋を切断し, 鎖骨下動脈を露出した。

次に鎖骨下筋を切断し, 腋窩方向からのアプローチで鎖骨下動静脈を露出し, tapingした。胸骨柄を逆L字に切断し, 第一肋間開胸を行ない, 第二肋骨を胸骨付着部より切断し, 切断した第

一肋骨, 胸骨柄, 鎖骨をケント鉤にて右上方へ牽引することにより良好な視野を得られた。

腫瘍は, 鎖骨下動静脈の後方, 腕神経叢の前方に存在し, 鎖骨下動静脈を前方に圧迫していた。また腫瘍は, 鎖骨下動静脈, 腕神経叢と強固に癒着していたが剥離可能であった。第一肋骨には浸潤が疑われたため合併切除した。最後に右肺上葉を腫瘍を含めて楔状切除した。[手術診断: D0, E0, P3, PM0, ysT3N0M0, ys-stageIIIa]

病理組織所見では, 低分化型腺癌 p3 であり, 肋骨への浸潤は認められなかった。また, 郭清したリンパ節に転移はみられなかった。[病理診断: pT3N0M0, p-stageIIIa]

放射線治療効果は, 腫瘍のほとんどが変性していたため, E<sub>f2</sub>とした。

術後肩甲骨部痛は消失し, 運動障害は認められなかった。現在, 外来において経過観察中である。

鎖骨下動静脈, 腕神経叢に浸潤が疑われた前方部の Pancoast 腫瘍に対して, 従来の前方到達法に改良をくわえ, 頸部, 腋窩, 胸腔の3方向からアプローチすることで, 肺尖部腫瘍を良好な視野のもとで切離でき, 切除可能であったため報告した。

### An Operated Case of Pancoast Tumor Resected by Anterior Approach

Kimitoshi TAKAHISA, Takane TOYOIZUMI, Jun ASAKURA, Makoto ODAKA,  
Naoshi SHIOYA, Akinori YAMASHITA, Syuji SATOU, Yasuki UNEMURA,  
Tadashi AKIBA, Yoji YAMAZAKI

## 第33回慈大呼吸器疾患研究会記録

日時 1996年12月16日(月) 18:00～20:00

会場 東京慈恵会医科大学 高木2号館 西講堂

開会の辞 (18:00～18:04) 久保宏隆 (慈大外科学講座第2)

一般演題 I (18:04～19:00) 座長 秋葉直志 (慈大外科学講座第1)

(1) 術前診断に難渋した肺大細胞癌の1例

慈大 外科第2

○武田有啓	永田 徹	渡辺正光
遠山洋一	堤 純	宮川 朗
久保宏隆	青木照明	

(2) 再発を繰り返した Askin 腫瘍の1例

慈大 外科第1

○山崎哲資	尾高 真	黒部 仁
塩谷尚志	佐藤修二	吉田二教
秋葉直志	水野良児	山崎洋次

(3) 集学的治療が奏功した肺扁平上皮癌の1例

慈大第三病院 外科

○佐藤修二	朝倉 潤	平野 純
鈴木英之	大森秀一郎	高久仁利
三好 勲	増淵正隆	山崎洋次

(4) 原発性肺リンパ腫の1例

慈大 呼吸器・感染症科<sup>1)</sup>

同 病理学<sup>2)</sup>

同 外科第1<sup>3)</sup>

○諸川納早 <sup>1)</sup>	清水 歩 <sup>1)</sup>	内田和宏 <sup>1)</sup>
古田島 太 <sup>1)</sup>	南谷めぐみ <sup>1)</sup>	竹内悦子 <sup>1)</sup>
古田島理佐 <sup>1)</sup>	村松弘泰 <sup>1)</sup>	多田浩子 <sup>1)</sup>
田辺 修 <sup>1)</sup>	吉村邦彦 <sup>1)</sup>	羽野 寛 <sup>2)</sup>
秋葉直志 <sup>3)</sup>	佐藤哲夫 <sup>1)</sup>	

一般演題 II (19:00～19:56) 座長 工藤宏一郎 (国立国際医療センター呼吸器科)

(5) 肺癌を合併した肺線維症の臨床的検討

国立国際医療センター 呼吸器科

○秋山佳子	竹田雄一郎	柚 知行
中山雅晴	久保雅子	鈴木直仁
鈴木恒雄	工藤宏一郎	

(6) 肺胞上皮細胞を標的とした遺伝子治療の基礎的研究

慈大 DNA 医学研究所遺伝子治療研究部門<sup>1)</sup>

同 第三病院 内科第2<sup>2)</sup>

同 呼吸器・感染症科<sup>3)</sup>

○青木 薫 <sup>1)2)</sup>	帆足茂久 <sup>1)2)</sup>	内田和宏 <sup>1)3)</sup>
清水 歩 <sup>1)3)</sup>	田辺 修 <sup>1)3)</sup>	安斎千恵子 <sup>1)2)</sup>
衛藤義勝 <sup>1)</sup>	吉村邦彦 <sup>1)3)</sup>	

(7) カリニ肺炎による呼吸不全で発症した AIDS の1例

三宿病院 呼吸器科

現 慈大第三病院 内科第2\*

○宮下吉弘*	清田 康	中森祥隆
--------	------	------

(8) スエヒロタケによる ABPM の2例

国立国際医療センター 呼吸器科

○長瀬洋之	加藤 温	山科俊平
原田紀宏	神宮希代子	新原礼子
吉澤篤人	川名明彦	放生雅章
高原 誠	豊田恵美子	小林信之
工藤宏一郎		

閉会の辞 (19:56～20:00)

川上憲司 (慈大 放射線科)

会 長 岡野 弘  
当番世話人 久保宏隆

共催：慈大呼吸器疾患研究会，エーザイ株式会社

## 第 34 回慈大呼吸器疾患研究会記録

日時 1997年3月17日(月) 18:00～20:00

会場 東京慈恵会医科大学 高木2号館 南講堂

開会の辞 (18:00～18:05) 佐竹 司 (慈大柏病院 麻酔科)

一般演題 I (18:05～18:35) 座長 中森祥隆 (三宿病院 呼吸器科)

- (1) かぜ症候群と血清 2-5AS 活性  
ランドマーククリニック ○今泉忠芳
- (2) 海釣り後に発症したレジオネラ肺炎の 1 例  
三宿病院 呼吸器科 ○庄田慎一 清田 康 中森祥隆
- (3) 上葉限局型肺線維症と考えられた 3 例  
国立国際医療センター 呼吸器科<sup>1)</sup> ○神宮希代子<sup>1)</sup> 川名明彦<sup>1)</sup> 吉澤篤人<sup>1)</sup>  
長瀬洋之<sup>1)</sup> 秋山佳子<sup>1)</sup> 新原礼子<sup>1)</sup>  
同 呼吸器外科<sup>2)</sup> 放生雅章<sup>1)</sup> 豊田恵美子<sup>1)</sup> 小林信幸<sup>1)</sup>  
同 病理<sup>3)</sup> 工藤宏一郎<sup>1)</sup> 稲垣敬三<sup>2)</sup> 新野 史<sup>3)</sup>

一般演題 II (18:35～19:05) 座長 羽野 寛 (慈大 病理学第 1)

- (4) 肺胞洗浄により回収された肺内細胞の麻疹ウイルス感染を RT-PCR 法にて  
証明し得た麻疹肺炎の 1 例  
慈大 DNA医学研究所遺伝子治療研究部門<sup>1)</sup> ○清水 歩<sup>1)2)</sup> 田辺 修<sup>1)2)</sup> 内田和宏<sup>1)2)</sup>  
同 呼吸器・感染症科<sup>2)</sup> 青木 薫<sup>1)3)</sup> 安斎千恵子<sup>1)3)</sup> 帆足茂久<sup>1)3)</sup>  
同 第三病院 内科第 2<sup>3)</sup> 諸川納早<sup>2)</sup> 深沢健至<sup>2)</sup> 古田島理佐<sup>2)</sup>  
同 内科第 2<sup>4)</sup> 竹内悦子<sup>2)</sup> 多田浩子<sup>2)</sup> 村松弘泰<sup>2)</sup>  
同 病理第 1<sup>5)</sup> 古田島 大<sup>2)</sup> 島田敏樹<sup>4)</sup> 吉田正樹<sup>2)4)</sup>  
羽野 寛<sup>5)</sup> 佐藤哲夫<sup>2)</sup> 衛藤義勝<sup>1)</sup>  
吉村邦彦<sup>1)2)</sup>
- (5) 麻酔導入直後に発症し不幸な転帰をとった肺動脈血栓症の 1 例  
慈大 麻酔部<sup>1)</sup>, 同 内科第 4<sup>2)</sup> ○三尾 寧<sup>1)</sup> 佐々木信嘉<sup>1)</sup> 加賀谷 慎<sup>1)</sup>  
同 整形外科<sup>3)</sup>, 同 病院病理部<sup>4)</sup> 谷藤泰正<sup>1)</sup> 佐藤哲夫<sup>2)</sup> 永瀨龍彦<sup>3)</sup>  
鈴木正章<sup>4)</sup> 河上牧夫<sup>4)</sup>
- (6) 前方アプローチによる Pancoast 腫瘍の 1 手術例  
慈大 外科第 1 ○高久仁利 豊泉高峰 浅倉 潤  
尾高 真 塩谷尚志 山下晃徳  
佐藤修二 畝村泰樹 秋葉直志  
山崎洋次

特別講演 (19:05～19:55) 司会 飯倉洋治 (昭和大 医学部 小児科)

特発性間質性肺炎の指標を求めて  
慈大第三病院 内科第 2

岡野 弘

閉会の辞 (19:55～20:00) 佐藤哲夫 (慈大 内科第 4)

会 長 岡野 弘  
当番世話人 佐竹 司

共催：慈大呼吸器疾患研究会，エーザイ株式会社

《お詫びと訂正》

本誌第8巻4号56ページ下の英文タイトル、著者名、所属は清水論文とは全く異なるものでした。お詫びして訂正いたします。

(編集委員会)

**Differential Expression of the Lactate Dehydrogenase A and B  
Genes in Alveolar Epithelial Cells**

Ayumu SHIMIZU<sup>1)2)</sup>, Osamu TANABE<sup>1)2)</sup>, Kaoru AOKI<sup>1)3)</sup>, Kazuhiro UCHIDA<sup>1)2)</sup>,  
Chieko ANZAI<sup>1)3)</sup>, Yoshikatsu ETO<sup>1)</sup>, Kunihiko YOSHIMURA<sup>1)</sup>

*Department of Gene Therapy, Institute of DNA Medicine<sup>1)</sup>,  
Department of Internal Medicine IV<sup>2)</sup>,  
Department of Internal Medicine II, Daisan Hospital<sup>3)</sup>,  
The Jikei University School of Medicine*

**編集後記** お世話になった川上憲司先生が御逝去され、心からの御冥福をお祈り申し上げます。そこで本誌も今号は、故・川上憲司先生追悼号とさせて頂き、前会長岡野先生、会長代行久保先生、そして編集委員佐藤先生の追悼文を掲載させて頂きました。

今一点、今号は、'96年12月16日開催の第33回研究会と本年3月17日開催の第34回研究会の報告を一括掲載する合併号としました。  
(秋葉直志)

---

**慈大呼吸器疾患研究会** (◎印: 編集委員長 ○印: 編集委員)

- 顧問** 谷本 普一 (谷本内科クリニック)  
桜井 健司 (聖路加国際病院)  
伊坪喜八郎 (前・第三病院外科学講座)  
貴島 政邑 (町田市民病院)  
岡野 弘 (総合健保多摩健康管理センター)  
牛込新一郎 (病理学講座第1)  
天木 嘉清 (麻醉科学講座)
- 会長代行◎**久保 宏隆 (外科学講座第2)
- 世話人** 米本 恭三 (リハビリテーション医学講座)  
飯倉 洋治 (昭和大学医学部小児科学講座)  
徳田 忠昭 (富士市立中央病院臨床検査科)  
佐竹 司 (柏病院麻醉科学講座)
- 羽野 寛 (病理学講座第1)  
○田井 久量 (第三病院内科学講座第2)  
○島田 孝夫 (社会保険桜ヶ丘総合病院)  
○佐藤 哲夫 (内科学講座第4)  
矢野 平一 (柏病院総合内科)  
○秋葉 直志 (外科学講座第1)  
増淵 正隆 (第三病院外科学講座)

---

**事務局** 〒105 東京都港区西新橋3-25-8  
東京慈恵会医科大学 外科学講座第1 秋葉直志

**編集室** 〒222 横浜市港北区菊名3-3-12  
ラボ企画 (村上昭夫)  
Tel. & Fax. 045-401-4555

---

慈大呼吸器疾患研究会誌 1997年4月1日 発行◎

第9巻第1号

慈大呼吸器疾患研究会

制作・ラボ企画 Tel & Fax. 045-401-4555

\*本誌は慈恵医大 学外研究補助金の援助による。