



川崎病と闘う日々

—— 川崎富作先生に聞く Part 1

ゲスト：川崎富作先生(NPO法人日本川崎病研究センター理事長)

ホスト：佐地 勉先生(東邦大学医学部第一小児科教授)

1961年に川崎富作先生によって初めて経験された川崎病は、40年以上経過した現在も微増しており(2002年厚生労働省集計：0～4歳人口10万人対罹患率151.2人)、その原因も解明されていません。

川崎病は発見当初、予後の良好な疾患と考えられていましたが、冠動脈瘤が形成され、心筋梗塞で死亡する例もあることから、一時期、全国的な社会問題となりました。

現在は画像診断の発達や治療の進歩によりほとんどの患児を救うことが可能ですが、新たな問題も指摘されています。それは、冠動脈瘤後遺症により成人になって心筋梗塞を起こす例があること、さらに動脈硬化の進展と川崎病との関係についても不明な点があることなどです。現在、小児期に川崎病を罹患した成人が5万人を超えており、今後は小児領域だけでなく、成人循環器領域でも問題にしていかなければならない疾患になっています。

循環器病の歴史を探る対談シリーズ「Meet the History」第1回は、川崎病を発見し、その原因究明と治療に半生を捧げているNPO法人日本川崎病研究センター理事長の川崎富作先生に、発見当時のお話やその後の研究の推移について、先生ならではのユーモアとエピソードを交えて貴重なお話を伺います。



..... はじめての川崎病患者

佐地 はじめに、最初の川崎病患者さんとの出会いについて、お聞かせいただけますか。

川崎 私が日本赤十字社医療センター(当時は日赤中央病院)の小児科に勤めはじめたのは1950年(昭和25年)です。10年後の1961年1月に最初の患者さんに出会いました。当時私は35歳でした。あとから考えますと、この間の10年のキャリアがあったからこそ、その患者さんが「いままでとは違う」と感じる事ができたのだと思います。

この最初の患者さんは、いまにして思えば川崎病の典型例でした。4歳3カ月の男の子で、暮れから

高熱を発していました。一度だけ実地医家を受診したらしいのですが、正月休みだったために家で安静にしていたところ、その間に頸部リンパ節の腫脹、唇の紅潮とイチゴ舌、全身の発疹が出現し、眼の充血、手足の硬性浮腫という臨床像が揃ってきたわけです。1961年1月5日に日赤を来院し、入院。私が主治医になりました。

私は最初、白血球の著明な増加やCRP反応の強陽性など非常に強い炎症反応がみられたので、細菌感染を疑いました。そこで、ペニシリンをはじめテトラサイクリンその他いろいろな抗生物質を投与しましたが、一向に効果は現れません。

発疹の性状にアレルギー様のものがあるような感

表 1 川崎病(MCLS, 小児急性熱性皮膚粘膜リンパ節症候群)診断の手引き

(厚生労働省川崎病研究班作成改訂 5 版, 2002年 2 月改訂, 初版1970年 9 月)

本症は、主として 4 歳以下の乳幼児に好発する原因不明の疾患で、その症候は以下の主要症状と参考条項とに分けられる。

A 主要症状

1. 5 日以上続く発熱(ただし、治療により 5 日未満で解熱した場合も含む)
2. 両側眼球結膜の充血
3. 口唇、口腔所見:口唇の紅潮、いちご舌、口腔咽頭粘膜のびまん性発赤
4. 不定形発疹
5. 四肢末端の変化:(急性期)手足の硬性浮腫、掌蹠ないしは指趾先端の紅斑
(回復期)指先からの膜様落屑
6. 急性期における非化膿性頸部リンパ節腫脹

6 つの主要症状のうち 5 つ以上の症状を伴うものを本症とする。

ただし、上記 6 主要症状のうち、4 つの症状しか認められなくても、経過中に断層心エコー法もしくは、心血管造影法で、冠動脈瘤(いわゆる拡大を含む)が確認され、他の疾患が除外されれば本症とする。

備考 1. 主要症状 A の 5 は、回復期所見が重要視される。

2. 急性期における非化膿性頸部リンパ節腫脹は他の主要症状に比べて発現頻度が低い(約 65%)。
3. 本症の性比は、1.3~1.5:1 で男児に多く、年齢分布は 4 歳以下が 80~85% を占め、致死率は 0.1% 前後である。
4. 再発例は 2~3% に、同胞例は 1~2% にみられる。
5. 主要症状を満たさなくても、他の疾患が否定され、本症が疑われる容疑例が約 10% 存在する、この中には冠動脈瘤(いわゆる拡大を含む)が確認される例がある。

B 参考条項

以下の症候および所見は、本症の臨床上、留意すべきものである。

1. 心血管:聴診所見(心雑音、奔馬調律、微弱心音)、心電図の変化(PR・QTの延長、異常Q波、低電位差、ST-Tの変化、不整脈)、胸部X線所見(心陰影拡大)、断層心エコー図所見(心膜液貯留、冠動脈瘤)、狭心症状、末梢動脈瘤(腋窩など)
2. 消化器:下痢、嘔吐、腹痛、胆嚢腫大、麻痺性イレウス、軽度の黄疸、血清トランスアミンナーゼ値上昇
3. 血液:核左方移動を伴う白血球増多、血小板増多、赤沈値の促進、CRP陽性、低アルブミン血症、 α 2グロブリンの増加、軽度の貧血
4. 尿:蛋白尿、沈査の白血球増多
5. 皮膚:BCG接種部位の発赤・痂皮形成、小膿疱、爪の横溝
6. 呼吸器:咳嗽、鼻汁、肺野の異常陰影
7. 関節:疼痛、腫脹
8. 神経:髄液の単核球増多、けいれん、意識障害、顔面神経麻痺、四肢麻痺

じもしたので、ステロイド(プレドニン)を点滴に入れましたが効果はありませんでした。

いつまで経っても熱は下がらず、機嫌が悪く、食欲がなくなって、全然食事を摂らず、その間に黄疸が出てきました。

佐地 いまから思えば、川崎病としては少し奇異な症状ですね(表 1, 写真 1)。

川崎 そうです。調べると溶血性黄疸です。Coombs testをやったら、陽性でした。私にとってはいままで経験したことのない特徴的な臨床像です。これは自己免疫性のメカニズムによるのではないかと勝手な想像をしましたが、プレドニンも抗生物質も効果がない。入院後約 2 週間、食欲がどんどんなくなっ



図 1 川崎病の特徴

(佐地先生提供)

ていきました。

ところが、2週間を過ぎた時点で、熱が下がってきました。治療の効果とは思えず、自然に熱が下がったのだと思います。熱が下がって1週間くらいしてから、笑顔が出てきて、食欲も出てきました。これで“この子は死なないで済む”と思いました。この患者さんは2月9日に退院し、現在も元気にホテルマンとして働いています。

佐地 手足の皮はいつ頃からむけてきたのですか。

川崎 早い時期からです。クリニカルカンファレンスで、最初に小児科の同僚から、猩紅熱ではないかと質問を受けました。

言われてみますと、高熱、頸部リンパ節の腫脹、イチゴ舌、全身の発疹、手足から皮がポロポロむけるといった症状を持っているのは、まさに猩紅熱です。しかし、第一に発疹の性状が猩紅熱の発疹ではなく、polymorphous erythema(多形紅斑)でした。第二に咽頭培養で溶連菌がまったく出ませんでした。当院に来る前に一度診てもらった先生から抗生物質が処方されていたかどうかは聞いていませんが、処方されたとしても一回だけです。第三に毎日ペニシリン注射をしたけれども、全然熱が下がっていませんでした。その3点を、猩紅熱を否定するポイントとして答えたところ、質問した同僚もそれでは猩紅熱とはいえないと納得しました。

その後、ディスカッションが続きました。眼が赤い、口唇が赤くなり、切れて血が出ている。体の発疹も紅斑が主体になっている。Stevens-Johnson症候群の軽いものではないかという意見もありました。しかし、Stevens-Johnson症候群だとしたら目やにが出るはずで、口の中に潰瘍ができたり、体に水疱ができるはずで、ところが、それらの徴候はありません。Stevens-Johnson症候群ではないとすると、ほかにウイルス性感染、特にはしか(麻疹)が疑われましたが、それも否定しました(表2)。

「それではいったい何なのか」と言われるわけですが、わからないからカンファレンスで相談しているわけです(笑)。

表2 川崎病類似疾患

-
- 猩紅熱(溶連菌感染症)
 - Stevens-Johnson症候群
 - 若年性関節リウマチ
 - Toxic Shock症候群
 - 敗血症
 - エルシニア感染症
 - 麻疹、風疹、EBウイルス感染症など
 - 血清病
 - 乳児型結節性動脈周囲炎(IPN)
-

佐地 他の先生が、とにかく何かの病気に当てはめようという立場なのに対して、川崎先生はどれも当てはまらないという立場だったのですね。

川崎 私はそのとき、この症例はどれにも当てはまらないという強い信念を持っていました。結局、退院時の診断は「診断不明」としました。

佐地 仮の診断名が「診断不明」では納得できませんね。

川崎 そうです。その患者の症状は何だったのだろうと、いつも頭の隅で考えていました。

それから1年後の1962年1月、当直の夜9時頃に近くの病院から電話がありました。

「1歳半の男の子で、敗血症だと思うけれども、ベッドがあったら入院させてくれないか」。

急患室で待っていますと、毛布にくるんだ子どもを抱えて、お母さんが入ってきました。くるんでいた毛布を開いて、顔をのぞきこんで、“あっ”と思ったのです。眼が真っ赤、でも目やにはない。口唇が真っ赤、首のリンパ腺が腫れている。服を脱がすと、体には発疹がある。第1例とそっくりです。

入院していただき、血液培養やいろいろな検査をしたけれども、敗血症の証拠は出ません。その患児に対しても、いろいろな治療を試みましたが効果はなく、結局前の子と似たような経過で、いわば自然治癒しました。

皮も同じようにむけましたが、ただ1点、前例と違ったのは、経過中に溶血性黄疸が起こらなかったことです。Coombs testも陰性でした。

佐地 それは少しひっかかりますね。

川崎 第1例目で自己免疫性のメカニズムを疑っていましたが、第2例目で崩れてしまいました。血液培養、のどの培養、みんな陰性でした。ますます原因がわからなくなったのです。

学会発表は「非猩紅熱性落屑症候群」

佐地 1962年の第61回日本小児科学会千葉地方会総会、先生ははじめてこの症例について学会で報告されましたね。

川崎 はい。それまでに経験した7例の報告をしました。そのときの演題名が「非猩紅熱性落屑症候群について」です(千葉医学会雑誌 1962; 38: 279)。勝手な疾患名をつけたわけです(笑)。

佐地 そのままを病名にしたわけですね。

川崎 そうです。当時は手の皮がボロボロむけたらまず猩紅熱でしたから、猩紅熱ではないけれども、皮がむけた症候群が7例もありましたと報告したのです。そのときの抄録に、眼が赤いなど、6つの主要症状を全部載せました。でも、病気の原因はよくわからないと。

そのときはほとんど質問がありませんでした。仲間の多い千葉でしたし、私も気楽でした。これがもし東京の地方会だったら、やりこめられて、きっと立ち往生していたでしょう。

佐地 これだけの症例に、症状の特徴がみられても、新しい病気だとは言えないものでしょうか。

川崎 新しい病気とはとても言えませんでした。ですから、非猩紅熱性落屑症候群という勝手な名前で発表したわけです。

それから毎年、同じ症例が入院してきました。僕がこの病気を研究していることは看護師さんたちも知っていましたので、この症状の患者さんは、みな私の受け持ちになったのです。そして、6年間で50例も経験しました。

実は1965年の東日本小児科学会のときに、部長の神前章雄先生の命令で「皮膚粘膜眼症候群(mucocu-

taneous ocular syndrome)」という名で発表しているのです。皮膚粘膜眼症候群は当時文部省の研究班もできていて、東大の眼科の荻原朗教授が研究班をつくっておられた。その論文によれば、皮膚粘膜眼症候群はStevens-Johnson症候群、Behçet病、Reiter症候群の3つのグループに分かれています。そのなかには入らないと思っていましたので、私としては不本意だったのです。

44頁のオリジナル論文の誕生

川崎 ところが、翌1966年の1月頃、神前先生に呼ばれて部長室に行ったら、「川崎君、君の言っている病気はたしかにあるね」とおっしゃられたのです。いままでのものとは違うということ、神前先生は自分で体験して、ようやく認めてくれたわけです。その時点で、私はだいぶ研究をまとめていたので、原稿にして神前先生のところに持っていきました。

2~3カ月後、「川崎君、いい論文を書いた」と誉めてくれました。僕はその原稿の著者名に、「川崎 富作、神前 章雄」の2人の名前を記していましたが、神前先生が「これは君1人でやった仕事だから、僕の名前はいらぬ」と言って、僕の見ている前で、赤鉛筆で神前章雄の文字を消したのです。

佐地 その時代には珍しいですね。そのころは、「僕の名前はなぜ入れないんだ」という時代では？

川崎 ええ。これには感動しました。それから神前先生に指摘されたことは「病名があまりにも散漫で長すぎる」と。実は「発熱、眼球結膜の充血、口唇の発赤・びらん・亀裂、頸部リンパ節腫脹、全身の発疹、紅斑を呈する症候群について」と症状を全部並べていたわけです。それで神前先生がつけてくれたのが、「指趾の特異的落屑を伴う小児の急性熱性皮膚粘膜リンパ腺症候群」という名前です。

佐地 それが川崎病のオリジナルとして知られる論文「指趾の特異的落屑を伴う小児の急性熱性皮膚粘膜リンパ腺症候群：自験例50例の臨床的観察」(アレルギー 1967; 16: 178)ですね。

川崎 そうです。後ろに英文抄録もつけました。実はそのとき、神前先生から絶対にカラー写真を載せなければだめだというアドバイスを受けていたのです。「こんなに長い論文をちゃんと読んでくれる人はいないよ」と。

佐地 たしかにこれは長いですね。

川崎 44ページ、原稿にして二百数十枚です。カラー写真はいっぱい持っていたので、当時のアレルギー学会雑誌事務局であった日本医科大学の木村義民先生のアレルギー免疫学教室に持っていったのです。ところが、カラー写真は前例がないと言う。どうしても載せてもらわないと困ると言ったら、よく検討しますと言われました。結局、掲載してくれることになったのですが、カラーにすると、34万円かかると言われてまして。

佐地 ちょっと待ってください。昭和41年ですから、公務員の月給が5～6万円のころですよ。

川崎 私の月給は当時5万円以下でした。ですから困ってしまいました。女房に恐る恐る申し出ましたところ、「しょうがないでしょう。それはぜひ出さないよ」と言ってもらい、カラー写真が掲載できたのです。別刷部数200部でした。

佐地 理解ある奥様のおかげというわけですね。しかし、この発表後もまだ川崎病という名称が使われたわけではないですね。

川崎 「指趾の特異的落屑を伴う小児の急性熱性皮膚粘膜リンパ腺症候群」ですよ。お母さんに「うちの子どもの病名は何ですか」と聞かれたときに長すぎて困ってしまうので、mucocutaneous lymph node syndromeの略称のMCLSと呼ぶようになったわけです。

佐地 先生の論文がアレルギー誌に掲載された頃、日本小児科学会の東京地方会で論争が起こっています。

川崎 1967年1月に、自衛隊中央病院の松見富士夫先生が東京地方会で「Stevens-Johnson症候群の3例」を報告しました。それが論争の始まりです。そのときに東京女子医科大学の草川三治先生が、「それは川崎が発表したものと違うのか？」と質問して

います。また虎の門病院の皆川和先生は、それはStill病ではないかと質問しています。

3カ月後の4月の東京地方会でも、聖路加国際病院小児科医長の山本高治郎先生のところから「心炎を合併したStevens-Johnson症候群の1例」という報告が出されました。そのときにも皆川先生は、それはStill病ではないかと聞いています。これに対して山本先生は、「いまわれわれが問題にしているこの症候群は、適当な病名が見当たらないので、仮にStevens-Johnson症候群と使っただけであり、私はStevens-Johnson症候群に固執してはしません」と答えています。

当時、山本先生はすでに20例ほど川崎病症例を経験していて、私が論文にしたものとそっくりな臨床像を抄録に挙げていますが、まだ論文にはしておられませんでした。Stevens-Johnson症候群ではおかしいけれども、そう診断するしかないから、仮にStevens-Johnson症候群として発表されたわけです。そのあと私の『アレルギー』に掲載された原著が山本先生の目にとまり、これだということで、6月の東京地方会では「急性熱性皮膚粘膜リンパ腺症候群の臨床知見について」(小児科臨床 1967; 30: 1544)と、初めて川崎病を認める報告をしてくれました。

そのときに神前先生が、いろいろな意見があるので、ぜひ小児科学会でシンポジウムを開きましょうと提案されたのですが、当時は取りあげられず、5年後の1972年に山本先生が理事長代行になるまで、小児科学会では川崎病のシンポジウムは開かれなかったのです。

その後、1974年にPediatric誌に報告(Kawasaki T, et al: Pediatric 1974; 54: 271)したところ、世界的にも反響を呼ぶことになりました。

佐地 そして1978年、WHOで第9回修正国際疾病分類の446.1に初めて採用されたわけですね。原著を発表されてから11年後です。小児科の有名な教科書であるNelsonのTextbook of Pediatricsには、翌年(1979年)の第11版に掲載されました。ようやく国際的な市民権を得たわけですね。

川崎富作先生と川崎病の歴史

1961年(昭和36年)	初めての川崎病患者に出会う
1962年(昭和37年)	第61回日本小児科学会千葉地方会にて川崎病症例7例を「非猩紅熱性落屑症候群」として報告
1967年(昭和42年)	アレルギー誌に「指趾の特異的落屑を伴う小児の急性熱性皮膚粘膜リンパ腺症候群：自験例50例の臨床的観察」発表
1970年(昭和45年)	厚生省川崎病研究班発足(班長：神前章雄先生) 第1回全国調査(患者1857人のうち死者26人確認)
1974年(昭和49年)	Pediatric誌に英文にて報告 川崎先生が厚生省川崎病研究班第2代班長に就任
1978年(昭和53年)	WHOの第9回修正国際疾病分類に採用される
1979年(昭和54年)	川崎病の全国的大流行(1回目) NelsonのTextbook of Pediatrics(第11版)に独立した疾患として記載
1980年(昭和55年)	国際小児科学会で初の川崎病シンポジウム(バルセロナ)
1981年(昭和56年)	文部省川崎病研究会発足(班長：小林登先生)
1982年(昭和57年)	川崎病の全国的大流行(2回目) 日本心臓財団・川崎病原因究明委員会発足(委員長：重松逸造先生) 日本心臓財団が一口千円募金開始 川崎病の子供をもつ親の会発足
1989年(平成元年)	AHAでのMemorial Lecture
1990年(平成2年)	川崎病研究情報センター開所
1992年(平成4年)	日本川崎病研究センターに改称
1999年(平成11年)	日本川崎病研究センターが特定非営利活動法人(NPO)として認可される

川崎 Nelsonの第11版に、4分の1ページ程度で記載されました。それもMucocutaneous lymph node syndrome, 括弧して小さくKawasaki diseaseと書いてありました。出世魚ではないけれども、それからだんだん出世して、いまでは2ページ以上になっています。

佐地 しかし、いまだに「原因論に関しては論議が続いている」という表現で書かれていますね。

川崎 1967年の『アレルギー』誌に掲載した原著が載ったときは、日本中から別刷請求が殺到して、200部ではとても足りなくなりました。5部ほど手元に残して、あとはみんな渡してしまいました。別刷はいま1部しか残っていません。

佐地 当時の手書きの原稿はお持ちですか。

川崎 ありません。実は論文が掲載された『アレルギー』の1967年3月号も、僕の手元からなくなっていたのです。ところが数年前、古庄巻史先生から「私が持っているよりあなたが持っているほうが価値が

ある」と言って送っていただきまして、この1冊だけが手元にあります。当時はそんな歴史的なことになるとは、夢にも思わなかったのです。

厚生省川崎病研究班のスタート

佐地 1970年(昭和45年)に日本で最初の研究班が、厚生省でつくられます。これはどのような経緯だったのですか。

川崎 川崎病の原著は1967年(昭和42年)の「アレルギー」誌の3月号ですが、実際は5月に出ています。そして翌年から、各地方会でもいろいろな症例報告が出始めます。

佐地 ちなみに私ども東邦大学の第1例は1967年に入院し、現在の月本一郎教授が主治医でした。

川崎 症例報告が多く出てきたことから、神前先生が厚生省に申請して研究班をつくり、全国的な調査を行うべきだと言われました。1969年の2月頃に申請

書をもらいまして、そういうものを書いた経験もないので四苦八苦して、ようやく締切日の3月31日に間に合わせて、厚生省に提出しました。ところが7月頃、不採用という通達をはがきで来ました。

佐地 最初はだめだったのですか。

川崎 そうです。あんなに苦労して申請書を書いたのに、はがき1枚で不採用です。二度と申請しないと心に誓いました。

ところが翌年、また神前先生に申請しなさいと言われました。私が二度と出す気持ちはありませんと言ったら、「君、都営住宅だって1回や2回の申請では通りはしないんだ。1回や2回で諦めてはだめだよ」。そう諭されまして、そう言われれば確かにそうだなと思い直したのです。

そこで私は考えたのです。受付にただ置いてくるだけではなく、一度責任者に会ってみよう。それで、朝8時半頃に厚生省の大臣官房科学技術参事官室の前に行きました。ところが、9時になっても誰も来ない。ようやく9時半頃、鍵を開けて入る人がいるので、あとについて入ったら、「何のご用ですか」と言われました。「実は研究費の請求に」と言いますと、私の顔をじろっと見て、「お座りなさい」。それが参事官の加倉井駿一氏でした。

加倉井氏はとても丁寧に話を聞いてくれました。私は原著やその後の地方会の発表、たくさんのカラー写真を持っていったので、それを広げて説明しました。すると、「疫学調査はされましたか」と聞かれました。私はそんなことは全然考えていませんでした。加倉井氏は、「公衆衛生院の疫学部に重松逸造という方がいます。熱心な先生ですから、ぜひ重松先生に会ってください」と言われました。

病院に戻り、神前先生に報告したら、すぐに行ってくいと。重松先生に電話をして、その日の6時過ぎに伺いました。重松先生は、加倉井氏と同じようにじっと聞いていて、「おもしろそうですね」と言われ、「しかし、いまから昭和45年度の研究費はとて



も間に合いませんよ。厚生省のこういう研究費はほとんど前の年に決まっています。1年遅れ、2年遅れのつもりでやったらどうですか」。そう話されたときに、電話が鳴ったのです。重松先生が電話を取って、「ああ、いまここにみえていますよ」と。電話のあと、重松先生は「加倉井君が電話をかけてきたところをみると、彼には研究費の腹づもりがあるに違いない。では、やりましょうか」。

それからは重松先生の独壇場で、申請書作りに私も何回も通いました。そうしたところ、昭和45年度の厚生省科学参事官室の医療研究助成補助金でトップの200万円がつかしました。そしてその年に第1回の疫学調査を行ったわけです。


佐地 その全国調査で突然死例が現れたわけですね。

川崎 そうです。第1回の全国調査に当たり、重松提案でまず「診断の手引き」を作成しました。そこでは後遺症を残さず、同胞発生をみない、つまり予後がいいと記されています。ところが、1970年の全国調査で1,857例中26例も突然死例が確認されたのです。これは大変だということで、その年の11月、突然死例を経験した先生方に東京に集まってもらい検討会を開いたところ(神前章雄：小児科臨床 1971；24：2545)、診断の手引きの臨床像は間違いないが、心臓死するという事実が明らかになったのです。

川崎病と冠動脈瘤

佐地 いよいよ心臓病としての顔が現れてきました。

川崎 そうです。解剖例が4例ありましたが、その



4例すべてが冠動脈に動脈瘤ができており、血栓閉塞で亡くなっていました。研究班は、これは容易な病気ではないと身にしみて感じたわけです。

実は、それよりも以前、1961年と1965年に日赤でも2例、剖検例がありました。

佐地 その症例も動脈瘤と血栓性閉塞ですか。

川崎 そうです。病理の田中昇先生は、その2例ともPN(periarteritis nodosa)と診断しました。IPN(infantile periarteritis nodosa:乳児結節性動脈周囲炎)とは診断していません。当時はアメリカでIPNという概念ができてつあるときで、病理の先生もわれわれ臨床も、IPNという概念を持っていませんでした。Kussmaul-Maierタイプの成人型、古典的なPNという概念しかなかったのです。田中先生はPNでは病理学的におかしいとは思っていたけれども、IPNという概念がなかったので、PNと病理診断したわけです。

そこで、田中先生は治癒した50例と剖検例2例を同じカテゴリーに入れると主張されたけれども、私は予後良好の50例と死亡例の2例を一緒にすることはできずに、原著では50例だけを扱ったのです。田中先生は、一緒にしなかったことを怒っておられました。私には当時予後良好な50例をPNとして扱うことはできませんでした。

その後、1972年に都立墨東病院で5歳の男の子が、治癒した半年後に心筋梗塞を起こして救急車で日赤に運ばれてきました。そこで東京女子医科大学の草

川三治先生のところで大動脈造影を行ったところ、左側に大きな瘤が証明されました。元気になった患者で冠動脈瘤が発見されたのは、それが最初だと思います。それ以後、同様の報告が次々に現れました。

1973年の厚生省研究班会議で、久留米大学の加藤裕久先生が冠動脈瘤症例の一部において動脈瘤が退縮するという最初の報告をしました(日本醫事新報1974;2605:37)。そこで病理解剖と臨床が結びつき、われわれの中にIPNの概念が出てきたのです。その後、さらに心エコー検査によって日常診療で冠動脈瘤の診断が可能になりました。川崎病が血管炎症候群の一つとして認知されるようになったのです。

佐地 1970年に始まった厚生省の研究班は現在も続いているわけですが、今年、厚生労働省の研究費が不採択になりました。非常に残念です。

川崎 来年も調査は行いますが、それ以後の継続が困難になってしまいます。世界的にも貴重なデータですので、ぜひ継続していきたいのですが。

佐地 加倉井氏はいまどちらにいらっしゃいますか。

川崎 加倉井氏は、しばらくして公衆衛生局長のとき胃癌で亡くなりました。

佐地 では、もう一度意欲を持って厚生労働省に行ってスピーチをする人を見つけないとだめですね。

(次号に続く)