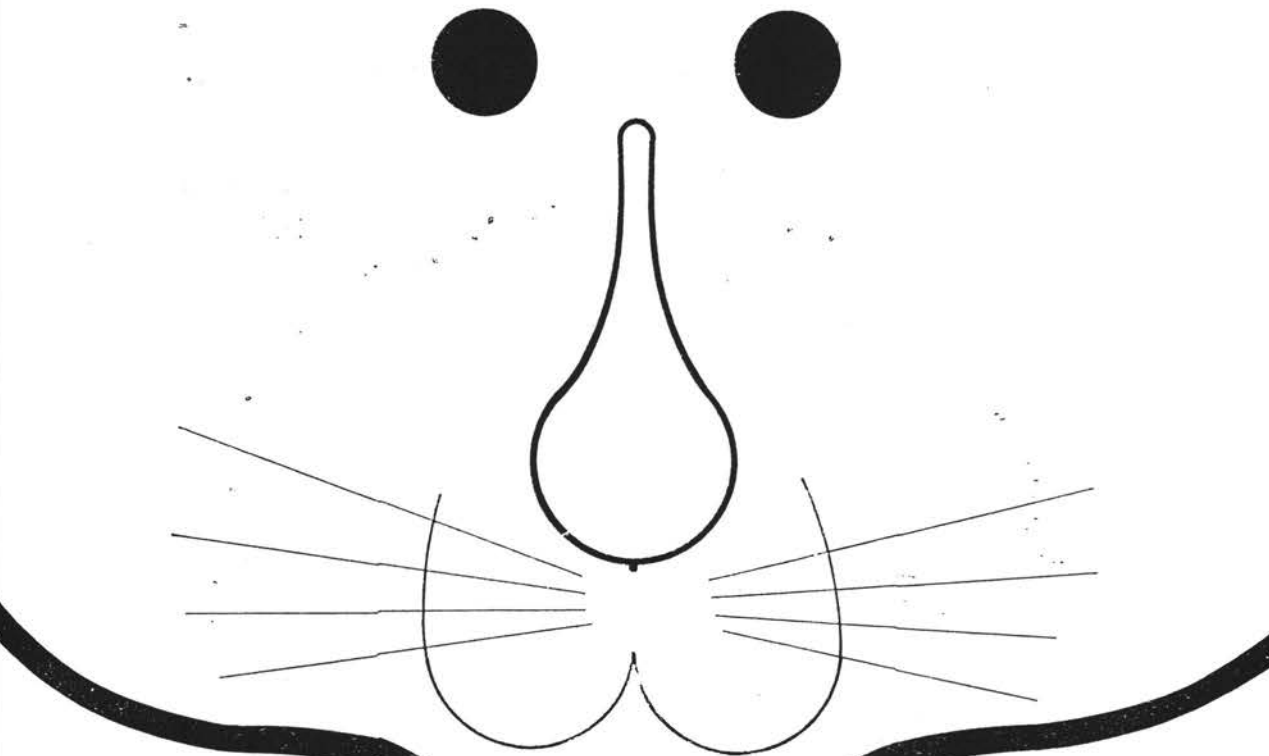
実地医家のための会

人間の医学



'65. 9

No. 13

国臓器
赤坂局区内

ごぞんじでしょうか？
老化にパロチン療法——

唾液腺機能低下による老化にパロチンをお使いになる臨床医家が急増しています
たとえば　変形性関節症・筋無力症・胃下垂症・指掌角皮症・歯槽膿漏症・更年期障害諸症・老人性白内障・腰痛など…

唾液腺ホルモン

パロチン

〔包装〕錠 120T 500T

巻頭のことば

医師と病人とのつながり，ことに信頼関係を基盤とした心のふれあいは，専門医においても大切な要素であるけれども，実地医家にあってはさらに一層重要な，いや，他の何よりも大切なかけがえのない生命である．

▽

前号巻頭で述べたように，実地医家は大学教授の親友であると同時に，魚屋の熊さんの親友でもありたい．広く各階層の千差万別の人々と心の窓をひらきあえるようになりたいと思う．

▽

現代の聖者，アルバート・シュワィツァー博士のあの卓越した人格と，宗教的献身と，超人的なたゆみない努力とをもってしても，一部黒人たちは批判的であるという．彼は一段高いところからわれわれ黒人に施しを垂れており，同じ地面の上に立つ，ほんとうの味方ではないというのである．

▽

医師が病人との間に良いラポールをもつことは容易でない．その手はじめの第一課として，自分自身の中からエリート意識を徹底的に排除することを考えてみてはどうだろう．

実地医家のための会

人間の医学

第13号 目次

〈巻頭のことば〉 1

私たちの例会

第25回「実地医家のための会」の報告 日向野晃一 4

第26回「実地医家のための会」の報告 日向野晃一 16

▷特別寄稿◁ うるさい患者 大岡昇平 24

特集・座談会／治療行為の限界 26

村松博雄・藤沢正輝
秋月源二・日向野晃一
浦田 卓・永井友二郎
春日豊和・木島 昂

論 説 共産主義者と社会主義者の希望はともに誤っている 浦田 卓 46

＜JAMAメジカル・ニュース速報＞
第2遺伝系への新しい糸口／ほか…… 41
ひとりでいるのはよそう，医者にもの申す 恒任民男 57
お医者さんこんにちは 河野武邦 58
書評／思春期 春日豊和 59
書評／ウイルスの世界 春日豊和 63

研究と臨床

注射時における疼痛軽減の試み　石浜淳美　49

肺性心の心電図　谷崎雄彦　51

網膜垂の炎症によるイレウスの1例　上原　豊　53

医原性神経症　和田孝則　55

文献紹介——永井友二郎・蕗田真理　60

医院の窓

まくらのそうし　中村泰治　65

ドクトル ZASSO 氏の往診鞄　春日豊和　67

わが開業—バラード風に　船山道忠　68

病連協 / 特集　受講者有志　71

会員の声　78

会員名簿 / 追加3回　81

編集者よりのお願い　85

あとがき　87

私たちの例会

第25回実地医家のための会の報告

会に出席できない先生方のために
その内容のあらましをつたえる。

日向野晃一

第25回例会は去る4月11日(日), 午後1時から5時まで都市センターホール本館第1会議室で47名の会員を集めて行なわれた.

新入会員の方は中山(長岡市), 森川(福島市)先生である.

演　題

<1>　アンプル内服薬の問題をめぐって
　　村松博雄先生

<2>　心臓を語る(第2話)
　　日高暎二先生

<3>　治療行為の限界(どこまで治療するべきか)　フリートーキング

司　会　浦田　久先生

<1>　アンプル内服薬の問題をめぐって

アンプル内服薬の問題に関して私が最近, 学術研究の先生方, 新聞社, 医学雑誌の方, 厚生省の方等と会って勉強させていただいたのですが, それとあの問題を扱った新聞, 雑誌, 週刊誌, テレビなどの報道で, どんな違いがあるか, 具体的に申しますと中央公論で大渡順二氏が"悪薬は良薬を駆逐するか"という論文を書いていますが, そのようなものが一体アンプル薬の問題の真実をどの程度報道しているかということをご紹介し, かたがた私の見聞きしたこと, 勉強させていただいたことを今まで発表されたいろいろの報道の穴埋めとしてお話し申しあげたいと思います.

アンプル禍の問題はご存じのとおり大正製薬とエスエス製薬の風邪薬, ことにアミノピリン製剤のアンプルを服用して死亡した事件が2月初めに報道され一躍ジャーナリズムの脚光を浴び, 3月の初めまで例の問題になり現在までその後の処理の問題や薬事行政の問題等が, いろいろ書かれ, また,報道されているわけです. さて,一つアンプルの問題で考えなければいけないことは, ああいうものが危険であるとか, それを飲んで死んだとか, 取締りが手ぬるいとかいう断片的な報道だけがされて, この事件を契機として国民の健康のために薬がどんな位置を占めているかという展望が少ないということです. すなわち事実そのものは追求する必要がありますが, それと同時に, 今, 私達がその渦中に巻きこまれている日本の医薬品の問題或いは医療行政とどんなかかわり合いがあるか, という展望を持たなければ, この問題はその場限りの火花と終ってしまうおそれがあることを感じています.

これらを分解して考えると, (1)作る方としては製薬メーカー, 及び製薬機関に附属する研究機関や大学, (2)売る側としては小売店, それから広告を含めた流通機構やパブリシチー, (3)使う方としては医師, (4)買う方としては国民, (5)取締る方は厚生省, および(6)病理, 疫学の6.

つのセクションで，この問題を分析して考え，さらに，国民の健康をいかにして守るかという問題にまで再編成されねばならないと思います．

解決は国民の健康の追求から

従来のマスメジアの方法は一つは事実の報道をする形で，せいぜい問題の分析に止まり，社会への姿勢としては単に風邪薬のアンプルは危険であるという形で終結してしまっていますが，これは大変に危険な問題処理の仕方だと思います．

また，この問題の解決に医師が薬剤を多量に使用するからいけないのだという形に集約してしまう評論のパターンがあります．これは単にパブロンアンプルの問題だけではありませんが，例えばビタミンの問題にしても，ビタミンは非常に大量に消費して製薬会社がもうかるだけで，余り効くものではないのだ――これは確に私もそう思いますが――しかし，こういうようにビタミン消費の風潮を来したのは医師が悪いのだという形で問題を集約するわけです．

これは，勿論，医師の問題もありますが，先程述べた流通機構，パブリシチーの問題，製薬メーカーの問題，厚生省の問題，また，国民が何故買うのかということには全然タッチしないで集約して，一つの仮装敵国――例えばヒットラーがユダヤ人に一つの仮装敵国をおいて国民の精神の集約を図ったのと同じようにお医者さんに一つの仮装敵国をおいて――をおいて，問題を割合に鮮明化するということです．しかし，この手法では国民が納得しないことが最近は分ってきたので，このパターンからもう一つ形を広げたパターンに，すなわち，取締りの問題，研究機関，大学と製薬メーカーとの腐れ縁の問題というように，問題を広げて，これによって説得力を増大させようとしています．

しかし，最も問題になる点，すなわち国民がなぜパブロンアンプルやビタミン或いは代謝製品を大量に買うのかということには言及していません．

例えば風邪薬のアンプルは昭和32年から発売が許可になって，500 社位の製薬会社が年間１億本から１億５千万本も売っているような目茶苦茶なことになったのは，一体何故かという疑問があるわけです．私は，国民が何故そういうものに頼るか，頼らざるを得ないかという国民の健康の実状を追求していかなくては，単に厚生省が悪いとか，医者が保険でどんどん請求するから悪いのだという道義論だけでやっても，何にもならないと思います．

責任の所在はどこか

私がこの問題で一番心を痛めましたのは，２月から３月までに厚生省で的確に摑んだだけでもアンプル内服薬を服用して８名の方が死亡しています．アミノピリンのショック死は解剖をしてもなかなか具体的に証明することは困難ですが，この８名の遺族の方は皆，死体解剖を拒否しています．

また，非常に驚くべきことは，この方々は大正製薬及びエスエス製薬のアンプル薬を飲んだ直後に死亡したので，これら製薬会社は少なくとも道義的責任を負わねばならないと思いますが，会社からは各被害者のところへ全く，挨拶に行っていないというのが実情です．

私はこの問題で考えるのは，サリドマイドの問題でも，このような事故が起きたとき，若し医師の手を経て普通の劇薬を飲んで，これが特異体質で死亡したときには刑事責任になると思いますが，そういう医師の手を経た注射，あるいは薬による問題と，国民が薬屋さんの店頭で直接買ってこういう事件が起きた問題と，こういう問題を含めて一体そういう中毒死あるいは過敏性のショック死というものの最終責任は一体どこにあるのか？

例えば適量の劇薬を注射してある疾患を治療する場合に医師が間違ってそれ以上の量を注射して事故が生じた場合には，医師の責任が当然問われなければならないと思いますが，今度のパブロンアンプルやサリドマイドの問題のときには，問題の終結の仕方がジャーナリズムの動きも加わって，医師が健康保険で薬を乱用するからいけないのだというような方法や，また，サリドマイドの問題で典型的に出ていましたが，こういうサリドマイドベビーの写真を週刊誌にのせるような残酷な報道の仕方が悪いのだという言論統制の方向に，ねじまげて薬禍の問題を処理してしまい，先程申上げたようにいろいろの形で分析してそれを一つ一つ検討し再統合して国民の健康の問題にまで集約して処理しようという仕方は従来では殆んどなされていないのが現状です．

なぜ社会問題化したか？

また，アミノピリン系統の中毒死は昭和38年に５名，39 年度に 10 名の死亡者が報告され昭和 32 年度から相当数の死亡者が報告されているにも拘らず，昭和 39 年度までは等閑に附されていて 40 年２月という時点になって初めてこの問題がジャーナリズムに取り上げられたのは一体何かという疑問が生じます．

一寸わき道にそれますが，いま，日本の医療費の問題は大変に紛糾していますが，そういう医療費を含んで国

民の総医療費は非常なカーブで上昇しています．すなわち昭和 33 年度には3500 億だったのが昭和38年度には7300 億，昭和 39 年度には 8600 億となり，この上昇率から考えると本年度の総医療費は１兆を超すのは明白です．このような総医療費の伸び率の中でさらにわれわれの健康保険値上げという問題がでてきたので，そうなるとこの総医療費の上昇率は目茶苦茶になってきます．こういう中で，武見氏を始めとする医師会のつき上げもあるし，反面健保組合や総評を始めとする労働者の方の抵抗があるということで，一体どうしたらよいかというのがいまの医療費問題を紛糾させている一つの大きなポイントだと思います．

不安定な日本の社会保障

この前，武見氏が活躍して若干の値上げになったときに一番問題になったのは，医療費値上げによる増額分をどこが負担するかということです．そこで健康保険料が上れば被保険者だけでなく経営者の負担分が増額するので，日本の独占資本やこれにつながる政府が，このように不景気な時代に安直に金を出すということにはいかないわけで，この前の一寸した値上げのときにも佐藤総理が支払い側を説得しなければならない程，緊迫した状勢になっているわけです．

この健康保険の赤字補塡を，健康保険料々率の引上げと薬剤費の一部負担という形で解決しようという動きがあるわけです．

ところが，保険料々率の引上げは先程申し上げたようになかなか難しい．また，薬剤費の一部負担によって乱診乱療はある意味でチェックできるかも知れませんが，日本の社会保障という大きな目から見ると，われわれを含めて働く者が安心して働き，悪い言葉ですが安心して病気になり，安心して死ねる状態ではないわけです．というのは，厚生年金にしろ，老齢年金にしろ，いわゆる社会保障の範疇に入る年金類，その他の施策はヨーロッパの国に比べて殆んど零に等しいというのが実情です．

こういう状況の中で，働く人達が安心して働けるという頼りになるのは保険証１枚であります．つまり家庭の中でお父さんが病気になれば明日からでも困ると言う家庭が日本の大部分を占めている現在，薬剤費の一部負担を強行することは社会保障の面で後退である許りでなく国民全体の健康を考える政治という面でも大変な後退であると言えましょう．

従来の医事評論ではそういう面での分析が全く顧慮されていない．しかし，非常に俗受けする論旨の進め方のために，ややもするとそういう人達の意見が日本の医療を批判する上に非常にプラスになるという受取り方が，ジャーナリズムの中でもある程度されていますので，そういう点を私達医師が実情はこうなのだ，という形であらゆるチャンスにジャーナリズムを始めとして国民の人々に訴える義務があると思います．

その１つの具体例としてアンプルの風邪薬を年間１億本から１億 5000 万本も国民が飲むという狂った現象はどこから生じているのかと言いますと，国民の間に“自分が倒れたらおしまいだ”という恐怖観念が潜在していることがまず第１に考えられます．

それから第２番目には鼻かぜとか，一寸熱が出たという程度では安心して休めない労働環境が日本には在るということ，それから３番目はああいう薬を飲まなくては自分の疲労は取れないのだという錯覚を与えたマスメヂアの罪，というものを考えなければいけません．具体的に申しますと，例えばある会社から出しているビタミンＣ剤ですが，これは全然色の白さとは関係がないことが立証されていますが，そこの会社の社長と女優とを対談させて，ビタミンを飲むのはもう国民生活の一部であるという論旨を先ず押しつけ，次にその会社から出している製剤名を上げて，それをのむことにより私もこれだけつやつやしているというようなことを，広告文ではなくて雑誌の記事として使っているわけです．

こういうように一寸した読み物の中に，人が読んで気がつかないうちに宣伝するというやり方は手を変え品を変えて現在のマスメヂアの中で行なわれているわけです．さすがに花森安治氏の「暮しの手帖」ではこの問題に気がついてビタミンの問題を約 10 年前にやっております．その中では例えば綜合ビタミン剤と称するものの中で，燐やマンガンが何々ミリグラムというように何種類も書いてありますが，そのデータを製薬会社にどんな意味があるのかと約６社に亘って尋ねた結果が出ていますが，６社の答が全部，そういうものは余り意味がないのだということです．そこでこのようなマヤカシ物が一見何々ミリグラムという形でレッテルをはられて大衆に押しつけられると，ああいう数字に弱いのは近代人の通弊ですので，それを飲むことによって今日の疲労が回復され，明日へのエネルギーが確保されるという押しつけと錯覚が国民全体の中に成立してくるわけです．

そこで，このようなものの取締りはどうなっているかと申しますと，これは薬事法の問題にもなるわけです．

先程申しましたサリドマイドや今度のパブロンアンプルの問題にも関係してきますが，一体最終責任はどこにあるのかとなりますと厚生省も製薬会社も完全に頬被りをしています．サリドマイドの問題ではいま７件の訴訟

が起こされていて，あと 30 件の訴訟が続いて出てくる予定です．パブロンアンプルではどうかと云いますと被害者は殆んど泣き寝入りというのが現状でして，このパブロンアンプルの処理の仕方は3月1日に発売停止という線が出まして，せめて劇薬の入っているものは止めようという形で終ってしまう公算が大です．

では何故このまま終ってしまうかと考えてみますと，昨年まで死亡者があったにもかかわらずあまり問題にされないで，何故今年に入ってから問題にされたかということが第1です．第2は問題にはされたが，販売停止という形だけで処理されてしまって，薬事法とかパブリシチーの問題とか，保険の問題とか，国民が何故そういうものを買はねばならないかという疲労感の潜在性というのは何を意味するのかという問題まで発展しないのは何故かということが，今度パブロンアンプルでわれわれに残された大きな疑問だと思います．

まず，医療費の問題と関係して考えますと先程申し上げたように総医療費が大変伸びているので，この伸びをある程度抑えなければならない．しかし，医療費をある程度あげなければ，地方の国立病院は大変な赤字で荒廃に瀕していますし，日本の無医地区は 1400 カ所もある．また，保健所の医師の充足率も70%を割って縮小せざるを得ない現状である．そういうことに国民もだんだん気付いてきたわけで，医療費問題の斗争を通じて政府も医師ばかりせめても解決しないことが分ってきたわけです．

しかし医療費を上げるにしても独占資本は分担金を出す率を少なくしようとするので，それならばその分を保険料率の値上げと薬剤費の一部負担で賄ったらどうかということが大蔵省から出てきたわけです．では保険医療費がどんどん急カーブで上っていくのは何故か，しかも一方では地方の国立病院や日赤関係，都市の大病院のベッドが老朽化していく，また，開業医は毎日過労でグロッキーで，しかし病気はどんどん増えていくという状態で，一体どこで医療費を節約したらよいかということに政府も気づいたわけです．

さて，健康保険の中で使用する医薬品の額は，昭和35年度に総医療費が 4000 億のときが 800 億，37 年度は 6500 億の総医療費の中 1800 億となり，医療費の中で薬剤資本の利潤は大変なもので，さらに医薬品の生産額となればその伸び率は次のようになります．

すなわち，昭和34 年度の医薬品の生産額が約 1400 億で昭和 37 年度には 2600 億，昭和 39 年度には 4200 億と伸びていて，この伸び率は総医療費の伸び率より遙かに多いのです．

この伸び率は年間約 28% ですが，昭和37年から38年のビタミン剤の伸び率は 40%，代謝性医薬品のそれは61%，滋養強壮剤のそれは27%となっていて，確かに健康保険の医療費のワク内で薬が使われる伸び率も伸びていますが，医薬品の総生産額の内訳けを分析してみますと一般大衆薬の伸び率が目茶苦茶に多いことが一見して分ります．たとえば大正製薬は，昭和 38 年には国内総生産額の約5% にあたる 186 億を総売上げしていますが，この会社は大手 12 社には入っていません．この中，純益は 46 億で，宣伝費に 23 億使っていますが，研究費は殆んど零です．これが大正製薬の実情です．

このようにして薬が売られている以上，もっと売る側を検討しなければ，健康保険の医療費が増えた原因を，単に医師が沢山薬剤を使うからだという単一の問題にコンストラクションしたのでは全然真実を伝えているとは言えないと思います．

以上申し上げたように，パブロンアンプルの問題を含めて日本の薬の実情は色々と複雑をきわめていますので，それらを分析して，その背景までも考察していかなければ，その実体を国民の前に明らかにすることは出来ないのではないかと思います．それにはわれわれ医師を始めとして国民の広汎な層が手をにぎってこの問題の解決に当らなければ，さらにサリドマイドやパブロンアンプルの悲劇が繰返されるのではないかと思います．

□村松先生のお話しをめぐって□

春日：マスコミが正しい批判を失い勝ちな姿勢があるのは事実と思いますが，これについて先生の忌憚のないご意見をお聞かせ下さい．

村松：いまから1年程前に東大物療の高橋晄正氏がグロンサンは効かないという意見を出して，これを朝日新聞が特集しました．その当時グロンサンの広告等を電通が沢山取っていて，若し朝日新聞から電通の広告を除いたらつぶれるのではないかという実情でした．

そんな時期に高橋氏の意見を載せたことは大変な冒険であると共にタイムリーヒットだったと思います．ところが営業部から圧力がかかってきて，1週間後に他の大学の先生を数人呼んでグロンサンは効くかも知れないし，効かないかも知れないという大特集をしました．恐らく現在，テレビ，週刊誌を含めてマスメジアにとって，医薬品の広告は筆頭に位するので真実をのべたいと思っても仲々のせられないというのが実情のようです．ですからテレビでは殆んど現状では不可能です．

しかし，その実情の中で何故今度だけ風邪のアンプルだけが取り上げられたかということは，もう少こし深く

考えて見る必要があると思う．総医療費の伸びの中で薬剤資本の伸び率が非常に多いことが分つてきたので，総資本から薬剤資本への圧力が本年度に於てあったのではないかと思います．総医療費あるいは保険の限ったワクの中で薬剤資本の取り分をチェックしようという形が出てきて，それが薬剤資本の中での自己調整という形で，大手 12 社を除いた大正とかエスエスとかいうものが人身ご供に上ったと考えられます．

春日：ある雑誌社の人が高橋晄正さんの「新しい医学への道」についてある大学でご批判を戴きたいと持っていったところ，医局から先生方が皆逃げてしまった．最後にここだと思うところに押しかけたところが，“いや判ってはいるけれどわれわれは恐くて言えないのだ．高橋の言う位の事は判っている”ということでニンマリと逃げられたということが1つ．

次は講談社の科学図書出版部の方の話しですが，佐久間先生が，「薬の効用」を書いた後，相当根強い脅迫や妨害があったということで，佐久間先生は勇気を持つと共にしょげているということも聞きました．

また，これはＮＨＫのプロデューサーの話しですが，ＮＨＫのテレビでグロンサンを特集したときに，その方が立合った時には黒川院長はグロンサンは効かないという結論を持っていたが，スタヂオに入る寸前に上野社長がお菓子折を持って現われたと言うことで，現実には効くことになっていた．

こんな話しを聞きますと大学の先生方や学者にも勇気が足りないところがあると思います．

そういうところは今後どのようにすべきか．姿勢を是正するという生チョロイ考えではとても切り開くことの出来ない問題が入っていると思いますが……．

村松：大学の医局と薬剤資本の繋がりですが，これは私達が医局にいたときのことを思い出せば分ることで，大渡さんの言うように大学の研究費が少ないということだけではなくて，医師の倫理すなわちパーソナリティの問題だと思う．医師のパーソナリティがどういう形で形成されて行くかを医師自身の中で反省し検討しなくてはいけない．パーソナリティ形成の問題は医局の問題とインターンを含めて医学生の問題と，保険でしばられている医者の生活とこの3つの問題を検討しなくてはならない．ところが最近のように医学部の入学金が 100 万円近くなると医師志望者のパーソナリティーが問題になる．

例えば東京では安上りに卒業できるのは東大と医科歯科大だけで後は殆んどが入学金がそういう金額になってきている．ですから昔は一生をどう切り開いていくかは医学生から医局に入るときとか，医局を出たときに考えれば良かったのですが，医学生になったときに100万円という一つのフィルターがつくとなると，ここで医師のパーソナリティの問題が限定されるだろう．ここに私は現代の薬の問題がいろいろと尾を引いて結局は国民の生活の問題に直結してくると考えます．それは私達が医者の内部から批判していく問題の一つとして考えねばならないと思う．

佐久間さんの問題は，すごくチェックされて泣き泣きけずってあの形にした．出版社は全面的に弱いということです．グロンサンの問題はＮＨＫで3～4年前で，私もタッチしたんですが，春日さんの言うとおりです．ただ，まあＮＨＫだからあそこまで出来たので民放ではちょっと薬の問題は，現在少なくともテレビでは絶望であるという感じです．

浦田(卓)：実はバブロンアンプルで死んだということですが，これの実証はありませんね．死んだのはアンプルのせいだという前提の上でお話ししておられた．

村松：そうです．

浦田(卓)：ある家庭に往診にいったところ全員がかぜにかかっている．ところが一番弱いはずのおぢいさんが実は昨日アンプルをのんだところ今日はとても工合がよいということでした．ところがその晩に電話で呼ばれて行ってみるとおぢいさんが便所で倒れたという．診ると片肺ほとんどバリバリのラッセルです．そこで若し直前にアンプルを服んでいたら，恐らくアンプルのせいにされたと思う．

私はこのショックは肺炎のためだと思う．そこで日本で 10 件程度起きていますが，これはアンプルのせいだとは言えない．それから，昨年のランセットを読みますと，英国で種痘のために相当数の人が死ぬ．そこで種痘を止めてもポックンで死ぬ方が少ないから種痘を止めたらどうかという提案がでているのです．

そこで年間1億本も使う状況ですと偶然の一致もある．あるいはそのために死ぬこともある．例えばイルガピリンやノブロン等を使ったために死んでいる数は大変多いと思うが，医者は黙っている．ですから，メーカーだけに責任をなすりつけるわけにはいかないのじゃないかと思います．それから，そこにいろいろ分析されましたが，これは健康保険制度あるいは社会保障制度が一番いいものだと言う前提の上に立ってお話しなさった．

村松：いや，そうとも限りません．

浦田(卓)：でもお話しを聞いていますと患者に一部負担させると社会保障制度が後退する．これは良い悪いのご判断はなかったと思いますが，私は後退しても良いと

思う．余りに社会保障をやっていると，社会全体に自由がなくなる．すべて統制になり権力が統制するものに集まる．すると言いたいことも言えない．

例えば大学の医局にいて自由に自分が開業でき暮すところがあれば教授とも喧嘩できます，しかし行くところが無ければ喧嘩できない．中共とかソ聯では政府の言うことを聞かなければ配給切符が貰えず，死ぬということですから皆手を上げますね．いやでも皆手を上げなければならない．日本をそういうところまで追いこんだら駄目だと思います．

この間あるところに出たら製薬会社が威猛高になって何本使いなさいということを盛にいっている．私，憤慨して帰ってきたのですが，それは保険をやらなければ食べていけないところまでもっていった統制ですね．

ですから自由をなるべく確保する方向にわれわれ持って行かねばならない．それには皆さんが社会全体に自分の生活の保障して貰うというよりは自分で独立して生きるのだという決意がなければ，だんだん統制の中に入っていきます．すると今度は大資本の圧力程度じゃなく統制者の意向で何処へでもやられる，あるいは死亡する，ということも起こると思います．

ある保障の上に立ち，今日の日本の保険制度を認めて，その上で云々しておられるが，もう少こし堀り下げてやらないと大変なことになると思います．私はいま，製薬会社から全然圧力を受けていませんが，これは独立しているからです．次は使う側がマスコミに乗せられていることですが，これにはいろいろの原因はあるでしょうが，1つは日本の教育の悪いために，何もで上の人や，人の言うことを信ずることにあると思う．もう少こし総てのものを疑ってかかる，信用しないということが大切だと思う．

今の制度のように先生の言うことを丸暗記するようでは大学を出るまでには馴らされてしまって，反抗すると言うか，自分の独自の意見を考えたり述べたりしないことになります．それから，先程資本の問題が出てきましたが，私はこの資本の圧力は他の統制された政府の圧力に比べれば微々たるものである，と思う．今でさえこれだけの圧力を受けるとすれば将来統制国家になった時は大変だと思うので，一つそう言う点もお考えになって戴ければ大変有難いと思います．

村松：最近聞くところによりますと関西で風邪のアンプルがよく効くというのでヤミ値が1000円になったということです．確かに効くと思いますが，問題はああいう製剤の形で売るというメトーデの問題を僕は真剣に考える必要があると思う．それからこのアンプル禍のときには死体解剖をしていないので科学的な立証はされていませんが，日本医事新報（4月3日号）に日本大学の歯科の先生が「アンプル風邪薬毒性の関する一考察」という論文を書いています．これは販売量の問題だと思いますが，1カ月に10人も死んだというのは販売量の問題と，そういう薬に洗礼されてきてアレルギー体質になってきているのではないかということ，それから気候の問題と，4番目に，いま生先の云われたようにその人本来の病気があるのではないかといういろいろな考察をしています．

私はアミノピリンの入っているのがアンプルの形で売られていることは本質的に考えて良いのではないかと思います．それから次の統制と教育の問題ですが，私来週からＮＥＴの「日本の教育」という番組にタッチするのですが，例えばエジプト政府がアスワン・ハイ・ダムを作るのでヌビア神殿が埋没してしまうので，東大の前田洋一教授，泉さん，松岡洋子さんの3人の対談がありましたが，松岡さんは非常に平凡な発言をしたのに文部省では松岡洋子が出たのはけしからんという形でチェックしてきていますから，資本主義社会でも，そういう問題が非常にあると考えなければいけない．

また，その翌週ですが，農村図書館の問題で，これは農村の公民館活動と一緒に考える必要があるので，シナリオライターが日本の公民館活動が下火になってきているという事実を言っただけでオロされました．何故かと言うと，「日本の教育」のスポンサーが文部省だからです．しかし，○○薬品のスポンサーと文部省がスポンサー，つまり金を出したこととは本質的に意味が違うと考えます．しかし，そういう形のものが大資本と同じようにスポンサーの発言をしてライターやディレクターの自由を奪いつつあることも事実であり，僕はある意味で共産主義国家でも独占資本の国家でも，どうしても出てくる問題なので，中産階級のわれわれはその都度それに反撥し，それをチェックし，それに抵抗するメトーデを考えていかねばならないと思います．

鈴木(祥)：医者が注射をすることで，患者が注射の形をしたアンプル内服薬をポンと切ってチューと飲むことに魅力を感じて，あんなに普及したのだと思うので，単に製薬会社を責めるだけではなくて本当の治療をわれわれ医者として考える必要があると思います．

それには健康保険制度を改良して正しい治療をしても生活できるように，大衆と手を組んでいかねばならないと思います．私農村ですが，効かないと一度に何本も飲んでしまう傾向がありますが，よく話すと止めますから一般の人達に対する医者の教育が必要だと思いますね．

<2> 心臓を語る（第2話）抄録

(1) 僧帽弁，三尖弁，大動脈弁，肺動脈弁口は心房，大動脈，肺動脈と心室の境界をなすもので，心底において大体一平面上にある．

(2) この四弁口の相互関係は心房を切り取った心底の図として解剖学教科書でみることが出来る．そして左右両室の構造の相違から，かなり特殊な隣接関係にある．

(3) しかし，図は心房側から心室の方を見たものであって，実際に聴診する場合は心室側から裏返したものを見馴れる必要がある．

(4) この四弁口を含む平面が胸廓内で占める位置角度は冠動脈の走行，すなわち冠動脈溝をみることによって理解できる．

(5) いろいろの角度からこの弁膜口を眺めても，それがその都度バラバラの関係になることのないのは当然である．

(6) 日本の診断学，内科教科書の図は間違いとまではいかなくても，少なくとも理解されて画かれたものではないように見うけられる．

□日高先生のお話しをめぐって□

森杉：斜位の話しですが，斜位の角度を書いた本がないのですね．大国真彦さんの本に右前斜位は 45 度，左前斜位は 60 度と書いてあるので，何を根拠にするかたずねたら，経験で言うので 60 度ならば左心室は脊柱は越さない．だから 60 度で撮って越すようならば左が膨れていると考えるとのことでした．女子医大で座談会があったので，レントゲンの講師の方に聞いてみたら，最近はやはり左前斜位は 60 度で撮るということなので，ちょっと追加しておきます．

日高：私の読んだのでは左前斜位は 50 度と書いてありましたが，この図から考えると 60 度の方がよいかも知れませんね，そのとおりです．

木津：実際に心臓について投影した形を示す模型は売ってるのでしょうか．そういうものがあれば便利だと思いますが．

日高：頭で考えて，それに合う絵を 9 冊位の本の中から選んできたのです．外国には模型はあるようですね．

秋月：豚と人間の心臓で実際に違うところはどこですか．

日高：豚の方が少こし細長いようですが，殆んど同じゃないですか．刺戟伝導系は全然分らない．人間のも分り難いが山羊が判りよいですね．豚のを 2 つ，煮たのと煮ないのを持ってきたので後でご覧下さい．

秋月：明日から学校の身体検査で 1 時間に 100 人位診るわけで，心臓の聴診は最小限どこを聴けば良いですか．

日高：4 カ所聴きます．

秋月：雑音を聞いたとき取りあえずその場でつける診断は ？

日高：はっきり雑音ならば雑音と書いておきます．

治療行為の限界

フリートーキング／全員

浦田(卓)：前回の例会の 2 次会でフリートーキングのテーマに治療行為の限界についてというのはどうかと提案しましたので，今日プリントにして持って参りました．そこで，これを元にしていろいろ教えていただきたいと思いますので，具体例の①と②をちょっと読んでみます．

A／具体例

① 肺転移を伴なった食道がんの手術不可能な患者が自宅療養をしている．昨月より流動食も通らない．本人はどうしても入院したくないと言う．補液をしなければ脱水症のためにあと数日で死ぬこと必定．このさい患者のいうとおりにするか．それとも入院させるか．自宅では補液はせいぜい 1 日 20～50 cc ていどのブドウ糖．(森鷗外の高瀬舟)

② 脳出血発作 2 度目の 72 才の男子．呕吐，大小便の失禁，意識障害は強い．家族は 45 才の後妻と 2 才の幼児．妻君がアルバイトにでて，その収入で辛じて糊口を凌いでいる．枕頭に待っている親戚は入院させたら助からないだろうかという．妻君の眼は送院して欲しくないと言っているようである．主治医は多忙で，しかも看護婦なしでやっているので，補液をする余裕がない．自宅で治療するか送院するか．

B／健保制度と治療の限界と医師の良心

健保制度は一種の保障制度であるから，そこに制限のあるのは当然である．しかし保障の制限以上のことをすれば，助かる見込みのあるとき，これを行なわなければ医師は法ならびに良心に問われる．健保の制限している以上の部分について自費を徴収すれば健保法に違反するという．この問題をどう考えるか．

C／全国民に強制的に健保制度を実施することは，根本的に間違っていないか

1 人の人間の生命は地球より重いという．いま仮に全国の重症肢体不自由児の収容施設をつくり，これをすべ

て公費でまかなうとする．これらはすべて政府支出，つまり税金であるから全般的に税が上る．さて税金が重くなったために新車（日本であれば，食費をつめるということでもよい）を購入することができず古い車で走っていた一組の若い夫婦が自動車事故で死んだ．原因はブレーキの故障だという．重症肢体不自由児の両親が公費負担を強要することは，この死んだ夫婦にとっては望ましくない．“なんでも公費負担で”と叫ぶことは，他人の価値（所得）の侵害ではないか．

このB以下はここでは相応しくないかも知れませんが，①と②はこれに似た症例に私が遭ったことがあります．

浦田(久)：どうぞ，自由に発言して下さい．

田中(美)：①の問題は本人が入院を希望していないのですから，私なら入院させません．また 20～50cc のブドウ糖の注射なんかで助かるわけはありませんので，私ならしません．②の問題は，この方の運命はお金で左右されると思います．親戚の人がお金を出してくれるのなら良いのですが，はたの者の言葉は無責任のことが多く，一番真剣に考えるのは奥さんだと思います．私でしたら，やはり自宅で健保で最大の手当をしてあげますが死ぬと思いますね．なぜなら私は 72 才という年にこだわっているのではなく，現に 72 才とか 74 才で失禁，意識障害，半身不随の方で家中の要望に応えて自宅加療で治り，また，元通りの仕事ができるようになったのを経験しているからです．けれども，家族の方が応援して下さらなくては医者が１人で一生懸命やっても絶対に全治は不可能だと思うからです．

木島：②の例は医療保護の適応にはなりませんか．奥さんが働いてやっと生活しているという文面から推察すると適応になると思いますが……．適応になれば入院させてやった方が良いのじゃないでしょうか．

田中(美)：医療保護と言うのはテレビがあったり，奥さんや子供の収入があっても仲々適応されないようです．何かのコネがあれば別ですけれど……．

木島：私，実は医療保護の社会福祉の嘱託をしていますが，かなり融通がききまして，先生が言われたよりは楽に適用に今はなっているようです．

田中(美)：では，その地区によって違うのでしょうか．私よく電話で社会福祉の係の方にお願いするのですが，色々調べられて，とても生活できないような収入でもある程度あると法律的のことで駄目だというケースが沢山ありました．その担当者の意見が非常に影響していて，先生の方の方達は非常に立派な方達なので，私の方のは法律的な言葉にしばられた方達であったのかと思いますが，私の経験では通らないと思います．

浦田(久)：私，川崎市の嘱託医を８年やっていますが，田中先生のお話しはちょっと解せないように思います．生活保護には一定の収入の基準があって，併給と単給があります．併給は生活保護を受けていて医療の面倒も見てもらう．ところが収入があっても医療費を出して大変困るときには単給といって医療費だけを面倒みる．だから……．

田中(美)：それはございます．思い出しました．

浦田(久)：だから，その場合にはケースワーカー個人の感情やいろいろのいきさつのためではなくて一週間以内に調べて２週間以内に報告がきます．一定の収入がなく扶養者がなくて困るときは．これは絶対に受けられると思います．

田中(美)：金持ちの親戚がいれば駄目ですね．

浦田(久)：面倒みる人がいれば別ですが，それはどうしても扶養する義務もないし，扶養してもおかしいというケースでは，医師会から出ている嘱託医とケースワーカーがよく相談して協力すれば出来得ることで，私は協力態勢がよくないのじゃないかと思います．それから若しそうなっても一番困るのは生保は絶えず監査をするので病院に対して迷惑をかけることです．私の地区ではうまく行ってますが．

浦田(卓)：保険とか社会保障の問題になりましたが，このネライはこういうことなのです．ガンセンターの話しをしますと，この患者は助からんと思うとそのまま手を抜くわけです．助かると思うと看護婦が３交代で夜中までピチッとやります．これは常識では妥当だと思いますが，個人にあてはめた場合にどうだろうか．できるだけ命を伸ばすのが医者の使命だけど自分がやれば補液をしないのだから間もなく死ぬわけですね．病院なり別のドクターで往診でも補液をやれば，ガンのようなものでも，何日かは生き伸びるわけですね．それで，私の経験ですが，ある患者で，これは僕は助からんと分っていたのですが大病院で輸血だ，補液だ，強制栄養だとじゃんじゃんやって数カ月もたしたわけですね．そのため 100 万以上の医療費で，家族は後までもめにもめているわけです．それをみて果してそういうものを送るべきかどうなのかと問題に思うわけです．

奥山：私の母が脳軟化症で倒れて８カ月間輸液その他あらゆる治療をして一時はよくなりましたが最後に褥創がひどくなり亡くなりました．その経験で，いまになって考えてみると母は本当に幸福だったかと疑問を持ちます．また，患者さんで，同じような状態で家族がとに角生かしておいて下ちいと言うのがありますが，ただ慢然

と生きていて果して幸福なのかどうか……．皆さのんご意見を聞きたくて今日出席したわけです．

浦田(卓)：最近数名の患者さんから自分が脳出血や癌になったら病院へ送らないでくれと真剣に申込まれています．そんな場合どうするか．本当にそれを引受けちゃうか，私は補液はしませんよと言ってあるわけです．大分くわしくこう言う時はこうなんだという情況を言ってあるわけですから……．私自身は脳出血の場合はやって貰いたくないと主治医にお話して置こうと思うんですが，どうしたらよろしいですか……．

田中(美)：矢張り病人の希望どおりに私ならします．

浦田(卓)：でもね，本人の希望と言っても例えば癌をいま取れば治るのを，手術しない，でいいですか．

田中(美)：でも本人がそれを望むならばそれでよいと思っています．

浦田(卓)：望めばですか？

田中(美)：私自身は常にそう思っています．

浦田(卓)：じゃ，まあ，貴女はね，結局どうでしょうかね．私の遠い親戚の子供で肉腫で足を切らねば死んでしまう．しかし，どうしても本人がいやだといって手台術の上に乗ったけど，切らずに帰ってしまった．私の義弟が自分の子供らな本人が嫌だと言っても足を切るが親戚だから本人の意志に任せたと言ってましたが．こんな時，どうすれば良いか，まあ，そういう問題もある．

日向野：昭和23年，都立駒込病院で日本脳炎が大流行し，有効な治療法もなく毎日幼ない命が失なわれていく悲惨な状態のとき，3才の女児を受持った．意識不明のまま3日間が経過し，予後絶対不良というのが専門家の一致した見解でしたが，鼻腔栄養を精力的に行なって助かった．しかし口もきけず半身不随の後遺症がのこり，下の子供もその間に栄養失調で死亡すると言うことも加わって，反って患者や家族に対して相済まない気持だった．しかし数カ月後に再会した折に半身不随も殆んと正常にまで恢復し，「先生有難う」と少し廻らぬ舌で言われたときの感銘は非常に強かった．そして，私達は人間の生命に対して決定的なものを予言し，決定する能力はないのじゃないか，私達は少なくとも死に賭けるべきではなく，生への道へ持てるすべての力を注ぐのが本当だと感じた．また，脳軟化症でも当初絶望視されたような例でも驚く程良くなっているものがあるし，やはり出来るだけ努力するべきだと思います．医療費の問題は外の分野で論ぜられ解決すべき問題だと思います．

藤沢：日向野先生のお話し全く同感です．そこで第1例は癌で，本人も希望してないので仕方がないと思います．第2の場合は，浦田先生が自分をアボになったら入院させるなと言うことでしたが，これもなってみなければ分らない．なった人間が正常な意識の下で希望するか否かによると思います．安楽死のことですが友人がかって，療養所であんまり患者が苦しむので家族に話したところ患者から打ってくれとせがまれて困ったということでした．

私も昔，結核の患者でストマイのない時代に末期の患者にビタカンを打っては苦しみを長くしてしまったようなこともあります．癌で手術して治る見込みがあれば手術を奨めますが，どうしても本人が否と言えば仕方がないが最後まで治療します．

私も3カ月の乳児で肺炎でとても駄目だと思うようなのを助けた経験があります．また，chondrodystrophia infantūm の男の子が2人生れて，3人目の女の子もそうだったのですが，肺炎で死にそうだったのを家中が一生懸命協力して助け，親は芸術なんか覚えさせようと言ってますが，そんな例をみても助かると思われるまでは助けようと努力するのが医者の立場だと思います．

自殺者を助けるともうどんなことがあっても生きたいと言いますので，人間というのはその場になってみなければ分らない．医者がサジを投げたらもうおしまいだと思います．

植木：急性の疾患の場合は助かろうが助かるまいがとに角最善を尽してやるのが本当だと思う．

慢性疾患の末期――シンガポールの死の家のような状態のときにどうするかと言うのが問題になるのだと思う．私はそういう場合には原則的に輸液をしない．どうしてもと言われればブドウ糖のようなものを 20cc 位打つ．後は特に苦痛がなければ何も手当しない．ただ癌の末期で疼痛の強いのや，いろいろの意味で苦しんでいるのには，その苦しみを取る目的でコントミンと麻薬を併用して終日楽に寝れるようにします．浦田先生の言われた癌で手術すれば助かるのに本人が嫌だと言うのはどうするかというのは，医者としてトコトンまで説得すべきだと思う．

しかし最後は本人の意志を無視するわけには行かないと思いますが，それまで手を変え品を変えて説得の努力を続けるべきだと思います．第2例は case by case でいくより結論がでないと思う．私の方で 70～80 才の年寄りで大小便たれ流しで2畳位の部屋で裸同然の姿でたたみの上に寝かされているのをよく見かけると，何か合理的に解決する良い方法はないかと考えます．世界残酷物語にでてきた死の家のようなのがあって，そこで安らかに死なせてあげられれば一番良いのじゃないかなあと

言う気がするんですが……．

浦田(久)：癌の末期で患者は病名を知らされず治ると思っているので毎日来て下さいと言うが，家族は1週間に1回位往診してくれればよいと言う場合が1つと，それから家人から麻薬を注射して楽に死なせてくれ，秘密は守ると要請された場合に先生はどうされますか．

植木：安楽死は許されていないので勿論断りますが，患者の苦痛を取る目的で，もし要すれば麻薬連用届けを出しても使用します．また，病人は往診を望むが家人は望まない場合は，よく話し合って家族の諒解を得て治療するようにしています．

池田：只今の死の家に関連してですが，裸で寝ても平気でいられるようなホテル風の老人ホームを政府が作るように働きかけたらどうかと思います．

伊藤：癌の場合痛みを取る目的で麻薬を使うのは差支えないし，そのために死期を早めても仕方がないと思うが，静注して死を早めるようなことはいけない．私達が麻薬を使う特権を社会から委ねられているのは私達がそれを治療に使用するからであって，それ以外に使用してはいけないと思います．

死の家についても，安心して死ねることが出来る施設を政府に要求してよいと思う．私達は絶えず患者さんの側についているのだから，それを要求する姿勢を持たなくてはいけないと思います．

中川：人間は生きていきたいという気持を持っているもので，私もこの例のような患者を診たことがあるが，その人は家人が何と言っても「自分が死んでも火葬をしないで墓の中にマイクをつけてくれ」と言ってましたが，人間というのは仲々生の執着が強いものです．しかし，一方，医学が病気ばかりを取り上げ過ぎていないだろうか．やはり健康というものを基盤にして考えなければいけないわけですが，健康とは W. H. O. でいう physical social Medicine という形のものであらねばならない．

ですから人間はあくまで doing well, being well というものが得られなければならないという風に考えてきますと，医学も，もっと積極的な意味に考えてくる時に，こういうものの処理の仕方や考え方が変ってくると私は感じます．これはヒューマニズムにそれたものではなしに，もっと冷静に医学というものの手段として治療する場合には考えておかねばならぬことだと思います．

ですから健康のビズミとしての疾病という意味で私達は医学を考え勝ちですが，それをもっと active な医学と考えていくときに，いろいろの人間に接して行くときの考え方がいくらかずつ変るのではないか，そうするとここに書いてある事例に対しての接し方にも感情とか，いろいろの介入がもう少こし変ってくることも有り得ないだろうかと考えています．

浦田(久)：いろいろ，まだ議論はつきることはないと思いますが，時間がきましたので，この続きは次回に持ちこすことにして，今日はこれで終りたいと思います．

〔事務局からの報告〕

浦田(卓)先生から事務局の報告として次の内容のものが報告された．

1. 元帳記載の登録者数 (40. 4. 5) 712 名
   内訳　維持 210 名　購読 466 名
   贈呈 36 名
2. 3月1日～3月31日の新登録者
   内訳　維持 3 名　購読 8 名
   例会出席 7 名　見本 39 名
3. 財政報告 (40. 4. 5)

事務局手持		負　債	
振替	32,934	9号残	19,000
富士	35,738	10号全額	255,900
三菱	17,924		
現金	24,667		
計	111,263		

   尚，第10号広告代15,6万近く入る予定．
4. 3月中に購入したもの
   テープレコーダー
   ソニオマチック 33,000 (38,000 のところ)
   その附属品 4,400
   原稿紙 5,000 枚 7,000
5. 例会スポンサー
   4月北陸，5月武田，6月東京田辺
6. 3月14日より4月5日までに事務局で行なったこと
   (a) 人間の医学10号発送610冊
   (b) 人間の医学 9 号139冊贈呈し入会をすすむ

むすび

村松先生の講演は薬剤行政のあるべき姿を通して日本の医療制度そのものにメスを入れたものとして，多くの考えるべき素材をわれわれに提供してくれた．時間の関係で十分な討論がなされなかったことは，先生にとっても，われわれにとっても心残りであった．

日高先生のお話しは図表がないと理解できないので抄録のみに止めたことをご諒承いただきたいと思う．いづれ，本誌に先生から別にガッチリした形で掲載されるように依頼してあるので，それをご覧いただきたいと思う．

「治療行為の限界」は問題が問題だけに誤解されるおそれがあるのでできるだけ忠実に再録を試みた．紙面の都合でダイジェストしたときは出来るだけ原意を害なわぬように心がけたつもりであるが，もし，発言者で著しくその目的とするところと離反した部分があればお申出下さい．次の号で訂正いたします．

（江東区深川東陽町 1—11）

× × ×

● JAMA メジカル・ニュース速報

“第2遺伝系への新しい糸口”

さいきん精子と卵細胞のミトコンドリアに DNA 線維が発見せられたが，これは“細胞質遺伝の問題を再開するとともに，この問題に人びとの注意を惹くものである”

第2遺伝系の証拠は，ますます固まりつつあり，それがガン発生機転において果すであろう役割が，強調せられている．

○女性研究者 Margrit M. K. Nass は，その夫と協力して，いまから3年前に動物細胞のミトコンドリアのなかに DNA (deoxyribonucleic acid) を発見したが，その後他の研究所でも，同様の観察がなされた．

○生物化学的実験によると，この DNA はまさしくミトコンドリアの DNA であって，核のなかの DNA がたまたま汚染したものをミトコンドリアの DNA と誤り結論したものではない．これは，他の研究者によっても確められた．

○系統的な研究によって，DNA は“ほとんどの，おそらくはすべての，ミトコンドリアのもつ本質的な部分である”ことが示されている．

○未分化細胞または分裂のスピードがいちじるしく速い細胞では，ふつうの細胞にくらべて2倍から数倍におよぶ DNA 線維を含んでいる証拠がある．

○腹水腫瘍細胞では，DNA 線維は，構造に損害を蒙ったミトコンドリアの球状体 globular body と密接に関係していることが，しばしば観察されている．

（注） 従来，DNA——遺伝子だと考えられている——は細胞の核内にあって，細胞質にはないものと考えられていた．核内 DNA の遺伝情報は伝達 RNA によって核外のミクロゾームにある RNA に伝えられ，そこで蛋白質の生合成が行なわれるというのが，正統遺伝学の推論であった．ところが，核外のミトコンドリア——基質より自由エネルギーをひき出す発電所のようなところ——に DNA が発見せられたのである．ソビエトではつとに細胞質遺伝子 plasmagene が想定せられていたが，この plagmagene と今回発見せられたミトコンドリア・DNA との関係は，たいへん興味が深い．

“脳の温度は場所によって違う”

ハーバード大学とエール大学の医学部でそれぞれ独立して研究していた人たちの報告によれば，脳のなかの温度は均一ではない，とのことである．

“従来，科学者たちは，脳と体の温度はホメオスターシスの機構によってコンスタントに保たれているはずだと仮定していたが，さいきんの研究によれば，脳は場所がちがえば温度もまたちがう，たとえばS状皮質 sigmoid cortex は網様体 reticular formation より温度が低く，扁桃核 amygdala は他の構築部分よりも温度が変化しやすい”，という．

彼らはまたつぎのようにいう，“冷たい飲物をとると，まず視丘下部の温度が下り，太陽燈をかけると，主として皮質の温度が上る”，と．

また“以上の温度差は IF（−17.2C）にも及び，おそらく機能的にみて重大な意義をもつと思われる”と．

エール大学医学部の研究者たちは，ネコの脳の各部分にきわめて精巧な熱電対を挿入して研究した結果，“脳のある部分を電気的に刺激してやると，温度の上昇をみ，局所の温度上昇はケイレン発作を誘発されたときに最も大きい，とのことである．

“脳の温度についての研究は，脳の構造と行動活動とのあいだのありうべき関係を探究する新方法である”という．

ハーバード大学医学部の研究者たちは，麻酔した犬の脳で温度を測定したのであるが，研究者のひとり G. Alan Herd によれば“動脈血は大脳皮質を灌流してゆくあいだ冷却し，ついで脳の深層をつぎつぎと貫通してゆくにつれて温められる”ことは明かであるとのことである．

Herd の言葉を引用すると“この研究にたいしてわれわれがいま行なっているアプローチの仕方によって，われわれは大脳の中枢部における局所の代謝的活動と局所の血流とを評価することができる……“情動”および心臓血管系のコントロールと最も関係が深いのは，これら中枢の，最奥部分なのである”と．

“耳の鼓膜温度は直腸温度よりも信頼できる”

アメリカ海軍の生理学者 Adolph R. Dasler によると，人間の状態を示すには，直腸の体温測定よりも，熱電対による鼓膜の温度測定の方が，もっと信頼できるという．

彼は志願者に不透性の汚染除去服 decontamination suits を着服させて，熱にたいする反応を測定したところ，直腸温は，同時に測定した鼓膜温よりも遅れが目立ち，かつ鼓膜測定によって記録された最高温度にはけっして達しなかったとのことである．

〔JAMA，1965 年 7 月 7 日号
“メジカル・ニュース”より〕

—浦田　卓訳—

私たちの例会

第26回実地医家のための会の報告

会に出席できない先生方のために
その内容のあらましをつたえる。

日向野晃一

第26回例会は5月16日（日）恒例のように都市センターホールで午後1時から5時まで開催された．本日新しく来会されたのは川島（千葉県），中山（沖縄），市毛（世田谷），近喰（台東），寺沢（板橋）の諸先生方で，その他，仙台，新潟の遠来の熱心な会員を交え52名が参集し終始熱心な討論が行なわれた．

演　題

＜1＞　結核菌の検査について
　　原　仁先生

＜2＞　胃腸レ線診断のコツのようなもの（第2回）　恵畑欣一先生

＜3＞　治療行為の限界（第2回）（どこまで治療するべきか）　フリートーキング
　　司　会　桑木崇秀先生

＜1＞　結核菌の検査について

結核菌（以下T.B.菌と略）の塗抹（以下Sと略）陽性，培養（以下Kと略）陰性例について主として調布医師会臨牀検査センターの成績を中心にして述べ，さらに私が診療した2～3の症例についてお話し申し上げます．

小川氏は（結核：第37巻第9，10合併号）ガフキー番号とコロニー数との関係を調査して，同一検体でSとKを同時に行なうと化学療法時代になってからは，それ以前に比べて同じガフキー数でコロニー数が減少しているという成績を発表しています．

また調布市臨牀検査センターで昭和39年8月から40年1月までに取扱ったT.B.菌のSとKの成績の関係をみると1856検体でS（−）K（−）が84.5%，S（−）K（+）が5.2%，S（+）K（−）が1.7% S（+）K（+）が8.6%である．また**S（+）192例中K（−）例は32例で16.6%という高率である．これは小川氏の見解のように，T.B菌のコロニーの発育低下によるものと看做してよいと思う．**

次にSのガフキー番号とK成績を比較してみるとガフキーⅠ～ⅢではK（−）が24.5%，Ⅳ～Ⅵでは11.9%，Ⅶ～Ⅸでは7.7%とガフキー番号が少なくなるにつれてK（−）例が増加してくる．またガフキー番号のグループ別に培地上のコロニーの発育状況をみるとガフキー数の多いグループ程，4週目にコロニーが発生していることが判明した．また8週間でコロニーの発生の観察を中止することは早すぎるようでSで陽性の培地はさらに数週間観察を続けることによりその陽性率を高める可能性があると思う．とくにガフキーⅡ～Ⅳ号以上ではS（+）K（−）例が培養期間の延長で解消されると思われる．

また結核研究所附属療養所で入所前6カ月以内に新発見された入所患者の空洞について病型別にみた入所時菌検査成績を参考にしても，空洞例に圧倒的に菌陽性率が高いことが分る．さらに症例について胸部X線像と喀痰中のT.B菌の検査成績について説明され次のように結論された．**喀痰のS（+）K（−）例は非硬化輪状空洞や浸潤巣中の空洞や結核腫の空洞化の如き融化崩解の際にだけみられる現象とは限らず，硬化空洞壁からの喀痰でも同一の現象がみられる．また，S（+）K（−）の症例でも硬化壁空洞のときは予後が良好とは断定できない．**S（+）K（−）のあとに必ず，S，K共に陰性になることがあるとは言えず，これは化学療法と耐性菌の発現との相関関係でみられることで，感性の抗結核薬を使用してその効果如何により見られる現象である．化学療法時代になって増加してきていることは事実ではあるが，化学療法以前にもS（+）K（−）例は稀ならず認められているので化学療法時代になってからの本現象は抗結核薬によってT.B菌の発育が遅れているとみるべ

きであろう．

培養術式，検体の採取方法，培地の適不適その他いろいろの条件でK成績は当然左右されるが T.B 菌検査を含めて一般に検査は期待通りの成績が100%得られたり常に同一の検査成績を得られるということは稀にしかないことである．

<2> 胃腸レ線診断のコツのようなもの

胃のX線診断については来月の例会でがんセンターの市川先生からお話しがあるので本日は食道と大腸のX線診断と小児のものについてお話しいたします．

現在，関東地方の200床以上の病院では胃のX線検査を予約してから実施されるまでに要する期間が2週間以上かかるのが24%で，その半数は1カ月位かかるのが実情です．

さて，まず**食道**からのべると先天性食道閉鎖で食道と気管支がつながっているのは消化管に空気が入つているので比較的診断は易しいが気管支につながっていないのは難しい．

先天性総胆管**嚢腫**の診断は気腹で300cc位入れると腫瘍陰影が良く分る．**食道の静脈瘤の出し方**は昔からValsalva法等を行ないますが，背位で深呼気でブスコパンを注射するとよいという報告がありますが，この**背位で深呼気で撮るのがコツ**です．食道鏡などで食道を損傷したときに mediastinitis を起こしたのはバリウム（注：以下 Ba と略）ではなくガストログラフィンを服用させて検査をします．

物を飲んだあとに咳がでるという例でガストログラフィンを飲ませたら食道から気管支へ造影剤が入って診断がついた例がある．

食道癌の診断は一口 Ba を飲んだときにおかしい点があったらそこを体位をいろいろ変えて沢山写真を撮る必要がある．1枚，背位の写真を撮っておくことが必要である．

横隔膜ヘルニアは老人に多く，小児では肺炎と誤診されることがある．この場合は胃潰瘍が併存することが多い．このうちスライディングホームでは頭を低くした方が診断し易い．次に**小腸のX線検査**ですが，小腸では標準となるX線像がないために非常に**診断が難しい**．それはすべて間接症状を示すに過ぎないからです．検査は普通に Ba を飲ませただけでよいのですが，十二指腸ゾンデを腸まで入れてBa を入れるとさらによいと思います．

Invagination の診断は必ず小腸の中に Ba を入れてからつけなくてはいけない．

子供の Ileus では大人のように異常ガス像を示さないで，反って沢山あるガスが少なくなってくることが特徴です．

次に大腸ですが，ここは**X線で完全に診断ができる場所**です．**経口法は機能的検査に，注腸法は異質的検査に**使われ経口法だけでは大腸癌の診断はできません．注腸法のやり方は，まず前日は粥食にしてその夕方高圧浣腸をする．当日の朝は絶食させ浣腸をして少なくともその後3～4時間たってから検査をする．まず充盈法を行ない，それから Ba を出して撮影し，最後に空気を入れて二重造影を行なう．Ba の注入量は大腸をあますところなく造影し，かつ小腸へ逆流しない量を適量とし，**普通成人では 800～1200 cc** 位です．

小腸へ Ba が逆流しないためには **Ba の先端が肝彎曲部に達したときに注入を止めるのがコツ**です．次に Ba を排泄させてレリーフを撮るわけですが，透視台の上でゾンデを抜かないで出した方がよく，それで余り出ないときには便所へ行かせます．便所へ行かせて出させると Ba が全部でてしまうことがありますので透視台の上で一回出させて写真を撮っておいてから便所へ行かせた方がよい．次に二連球で適量の空気を入れて二重撮影をとりますが，空気の量は70～80%位がよいようです．

次に**特殊注腸像の撮り方**を述べますと，**緩解剤を使うこと，多方向から写真を撮ることが大切で殊にS字状結腸や直腸癌の診断には斜めからの写真を撮ることが重要**です．その他，側方向や前屈坐位の方式もあります．

Ba を2500cc も大量に入れると water-balance が崩れて重篤な症状を起こすことがあるので，800～1200 cc 以上は入れない方がよいと思う．

直腸やS字状結腸癌で狭窄があり Ba が入っていかないときには，空気を入れて少し斜めにしただけで診断がつくことが多い．

最後に**X線診断は病変を如何に忠実に描写するかに重点があり，弾力のある検査を駆使する必要があり，あやしいところは重点的に頻回に検査をする必要があることを強調したい．**

□恵畑先生のお話しをめぐって□

薄井：総胆管嚢腫の診断に空気を入れる方法はどうやるのですか．

恵畑：人工気腹です．300cc 位の空気を入れるのは全く心配ありません．肝腫の診断にも良いのではないかと思います．

薄井：胃の機能的変化のとき暗示で良くなった例を示されましたが，あれはその場であのように良くなるので

すか.

恵畑：この症例はその当日の螢光板上の姿なので，透視をしながら悩みを聞いて上げるのも良いし，暗示をかけるのもよいし，そういう psychological approach は透視をしながらやられるとよいのじゃないかと思います.

hypertonisch の胃には，その前に薬を使って見るとよいと思います.

会員：胃の二重造影法のやり方を教えて下さい.

恵畑：Ba を薄くしておいて，その上に空気を入れるということに尽きるので，一番簡単な方法は Ba を飲むときにゴクゴクと空気を一緒に飲んで貰う．そして胃泡の空気を胃の正面にもってくるようにするわけですが，そのために腹位→右側臥位→背臥位→左側臥位→背臥位というようにローリングしてやるのがよいと思います．またゾンデで空気を入れたり発泡錠や沸騰散やルフトゲンなどを使っても良いと思います.

会員：空気をなかなか飲みこんでくれない人ではどうしますか.

恵畑：それは十二指腸ゾンデを入れたり発泡錠を飲ませたりします.

会員：ルチーンワークで早くやりたいときにはどうしますか.

恵畑：そのまま背臥位にしても半数位はうまくいくようですね．来月，市川先生からお話しがあると思います．.

植木：注腸法でS字状結腸の長いのは相当ありますか.

恵畑：Sigma elongtūm も，どこを標準に取るかで違いますが相当ひどいものは余りありません．しかし腸骨翼まで Sigma が上っているのは相当あると思います.

植木：私は案外あるんじゃないかと思いますが….

恵畑：標準の取り方で違いますが……．横隔膜まで上るのはそう多くはないと思います．腹部の単純撮影でガスが上っているのはありますが，注腸法で上るのは少ないと思います.

植木：腹痛があり単純撮影で脾彎曲部に相当ガスが貯っているので注腸法で検査したらもの凄く長い Sigma だったのがありました.

佐藤(安)：移動盲腸症が病気なのかどうかが外科では問題になっていますが，レントゲン学的にはっきりした定義は何ですか.

恵畑：Caecūm の Fixationsanomalie は相当あります．とくに caecūm mobile は，非常に多いと思います．私達の教室の仲間が調べたところでは Caecūm mobile が全人類の 70% 位あるとまで言っています．wirbel のところまで caecūm を押して動くのを caecūm mobile としても 30% 位．一生懸命出そうとすれば 70% 位ある．70% もあるものが，abnomal かどうか分らないと言っていました.

植木：Sigma の癌で半年位下痢があって，よそで診断がつかなかったのを Ba 注腸法で診断がついたのがあります．その外 sigma elongatūm もありますし，とも角入れてみると意外に変化を見つけることを最近経験しています.

佐藤(俊)：Ba 注腸法で Ba が肛門から出てしまうので困ることがありますが，何か良い方法がありますか.

恵畑：ツバのついたゾンデがありますので，それを利用するとよいと思います．Sigma や rectum ですと 100cc の灌腸器でサーッと入れてパッと撮るような方法もありますね.

透視室の内に便所を造ってある開業の先生がいましたが大変便利でよいアイディアだと感心しました.

吉田：胃のポリープが cardia の近くにあるX線写真を先程例示されましたが，手術してある症例ですか.

恵畑：手術してあります.

吉田：あの部位のポリープは割合に珍しいと思いますが，外にもあのような症例がありましたら教えて下さい.

恵畑：がんセンターにはありますね.

吉田：antrūm に胃のポリープがあるのが 10 例位経験していますが，上の方のは珍しいと思います.

会員：乳幼児に Einlaūf をやるとき危険のない圧力の決め方がありますか.

恵畑：私達は Buscopan を打ったりしてやってますが外科の先生方はよく知っておられるのじゃないでしょうか．私はよく知りません．申しわけありません.

佐藤(安)：Invagination ですと 24 時間以内ならば相当圧を加えても良いと思いますが，成書にはイルリガートを 1m 以上には上げてはいけないと書いてありますね．33 時間以上経つと重症ですし Darm が nekrose になっていると，perforation の恐れがあると書いてあります．最近は先生方が 5～6 時間以内に私共に送って下さる例が多いので浣腸器で相当圧を加えて入れても perforation を起こした例はありません.

会員：ガストログラフィンはどういうときに使いますか.

恵畑：食道から Bronchus の中に入るような症状では Ba では困りますからガストログラフィンを使います

し，食道を穿孔して mediastinum に入る場合とか，食道の閉鎖のあるときには Ba はいけません．

会員：被曝のことですが，透視が3分ではなかなか出来なくて 10～15 分位はかかりますので，毎日2～3名宛やったのと1週間にまとめて10人位やるのと，どちらが影響が少ないですか．

恵畑：同じだと思います．防護をチャンとやれば10人位やっても自分はそう受けてませんですね．

<3> 治療行為の限界（第2回）
フリートーキング／全員

桑木：最初にテーマ出題者の浦田先生からどうぞ……．

浦田(卓)：前回の例会で第1回のフリートーキングをしたのですが健保制度と治療行為の限界というテーマは，この会に相応しいテーマでは無いかも知れませんが，そんな所にも行きつくかも知れませんので，プリントを刷ってきました．お読み下さってご意見をお聞かせ下さい．私自身も疑問に思っている点を出しておいたわけです．どうぞよろしくお願いいたします．（筆者注：プリントは前回と同じなので省略します．第25回の記録をご覧下さい．）

桑木：楽な気持で発言して下さい．

浦田(卓)：アイン・ランドの「客観主義哲学」を「人間の医学」に紹介しましたが，このアイン・ランドという婦人はレニングラードの哲学科の学生でしたが，ソ聯の制度に疑問を持ち 20 何才かのときにアメリカへ決死の脱出をし，いろいろと苦労を重ねて現在は客観主義哲学協会をつくり，この哲学を拡めている訳です．

私，この哲学に興味をもちニューズレター Newsletter を取り寄せて読みましたところ，その中に「社会化医学での忘れられた人間」The Forgotten Man of Socialized Medicine——これは doctor のことです——という論文があり，その中で彼女はアメリカの医者に説いて曰く，絶対に健康保険制度に賛成するな，と言っています．

彼女の説によると，社会保障制度は人間の基本的人権を奪うので，これを押し進めるとソ聯のような共産主義社会になり，人間の価値が無視され医者は保険制度の下では奴隷と同じことになるのだという，自分の体験から得た痛烈な哲学なのです．

私，潜越ですが，Max Eastman の「社会主義の挫折についての省察」（筆者注："人間の医学" No. 10. p. 26 及び No. 11. p. 44 参照）のなかから，すでに2章を訳しましたが，これはアイン・ランドの考え方と相通ずるものがあるからです．社会保障の下に呻吟する医者の根本的な態度はどうあるべきかを哲学的方面からのせていって，若し医者が保険を止めるときには恐らく国家や民衆のために医者は奉仕しなくてはいけないと言う理論が必ず出てくると思うのですが，Max Eastman もアイン・ランドも，他人のために己をギセイにしてまで奉仕をするから世界中がこんなになるのだと言ってます．

例えばソ聯や中共ではマルクス，レーニンや毛沢東の奉ずる思想の下で皆が奴隷になっている．かって北京大学の馬総長は人口制限をしないと中共はいくら生産向上に努力しても，生産向上が出来ないと述べたところ，学生が批難して辞職させたのですが，現在では毛沢東も産児制限の必要を説いている．

フルシチョフとスターリンはかってインチキなルイセンコ学説を支持し，それに敢然と反対した8人の学者は皆追放されたが，この度コスイギンやブレジネフの時代になったら，ルイセンコを逆に追放しているのです．フルシチョフの農業の失敗は，人間を奴隷化して人間性をジウリンした政策を行なったのが根本であるが，ルイセンコのインチキな遺伝学を応用したのもソ聯農業失敗の一つの原因だった訳です．

科学はソビエトや中共では曲げられ，支配者の政策に反対することは自殺行為になる．そこで，アイン・ランドは個人の権利，私有財産権，非人格的な自由交易制度が無ければ自由はなくなる．政府が生産と分配を押えれば，その押える人間だけが自由で，あとの者は自由がなくなるので，この制度はいけないという訳です．

医者は貧しい人に奉仕すべきだという美しい言葉があるが，これは誤っている．私は人類の 4000 年の歴史に敢然と挑戦しているのだ，愛他主義という理論のために今の社会は沈滞し，個人の尊厳と価値は無くなっている．しかし価値を作るのは個人であって，決して集団ではない，と言っているのです．私もそう思うのです．健保も，もっと広い立場から検討してみて，もしこの制度が悪いと分れば，根本的に改めなくてはいけないのではないか，という疑問の下に，この問題を提出しました．

桑木：皆さんどうぞ自由に発言して下さい．

浦田(卓)：ルイセンコについて，10 年前にでた岩波の世界人名辞典をみると，ルイセンコの説は正しいという立場から書いてあります．そして欧米ではルイセンコの説は政治的な説で獲得形質は遺伝することはないという人もある，と書いてあります．独裁国のもとでは，いかに真実が歪められるものかがよく分ると思います．

青野：皆さんの声が出ないのは問題が大き過ぎるから

だと思います．私も第一線で診療していて，いまの健保制度の矛盾の中でいかにわれわれが傷められているか，日本の医学の進歩ですら危ぶまれるという状態にあることは分るのですが，医者が集れば保険の話しですが，それが医者の間でのみ話されていて，国民の中に反映されていないということに疑問を持っています．実地医家の会の中にイディオロギーの問題が入って来た場合にわれわれだけでこれを始末できるかどうか疑問に思います．

日高：世界の中にはいろいろの国があるので貧しい国では共産主義をとり，富が増して来たらそういう風（浦田先生の言うような）に考えるという便宜的な考え方も成り立つと思いますが如何ですか．

浦田(卓)：アメリカ大統領の特別補佐官ロストウの「経済成長の諸段階」The Stages of Economic Growth を読みますと，アメリカは何を期待しているかと言うと，中共やソ聯が世界を征服するのをくい止めて3代待ちたいと言っているのですね．

この3代待って，ソ聯や中共が質的に変化するのを見守るというのはブッデンブロークダイナミックス Buddenbrooks' dynamics のことなんです．トーマス・マンのブッデンブローク家の人々という小説がありますが，そのテーマはトーマス・マンの生家の話しなのですが，第1代は金を欲する，第2代は金はあるので世俗的な名誉を欲する，第3代は金も名誉もあるので，今度は芸術に打込むというわけです．

アメリカはいまのソ聯を第2代だと考えているわけで，中共のような馬鹿な真似はしないと考えている．そこで中共も2代，3代となれば，我々と協調できるようになるはずだという思想をロストウはその著書のなかで述べているわけです．そしてつぎのような3つのことをハッキリ言っている．それはわれわれは実物を以って彼等に示さねばならない．すなわち第1は封建社会から次の成熟した社会へと離陸するのには民主的な範囲内でも可能であること，第2は共産圏が低開発国に対して軍事的な解決法が最も合理的であるというところまではけっして行かせぬこと，第3はソ聯に対して高度大量消費時代の方が良いのだということを知らせることです．

そしてソ聯が高度大量消費時代に入ったら共産主義はもはや適切ではないだろうことをソ聯の要人達は知っていると私は（ロストウ）確信すると言っています．

ですからロストウの思想を拡大すれば，世界が共産党に支配されねばならないということはない，民主的な考え方もある．また，独裁国はあっても良いが，それが世界を征服するような時には座視できないという思想なのです．何もアメリカの民主政治が最良だとは言っていない．世界は多元的であり，人間は矛盾に満ちているものなので，共産主義を最良のものとして全世界に強制されたくない，可能性を残したい，と言ってますので誤解のないようにして戴きたい．

アイン・ランドはソ聯に生れそこで育ったので，ソ聯の政治組織に非常な反感を持っています．日本の進歩的な学者がアメリカはベトナムで残虐なことをやっていると非難しても，アメリカは日本の進歩的文化人たちよりもっと広い視野を持ってその信念の上に立って行動しているわけなので，私は第3次世界大戦にはならないと思いますが，私の考えでは，中共が原爆を開発したのでアメリカは3代まで待てるかどうかがたいへん重要な問題だと思うのです．またロストウは世界の低開発国が今後50年先，100年先に高度大量消費時代に入った暁は，各国が核力を保有して平衡状態になるだろうと言っています．

永井(友)：大変話しが難しくなりましたが，治療行為の限界を考える上で医師と患者という人間関係の面から考えるのも一つの考え方と思います．医者の立場で私達が良心的に考えていくのは大事なことですが，同時に患者の側からみて要求する立場も，この問題を考える上で一つの factor として入ってくると思います．

私が見た書物の中で一番医者に対して厳しいと思われる資料がありますので読んでみます．これは大段智亮氏が「病気の中の人間」（創元医学新書）という題で書かれたものです．「裁判官や医者がどんな場合にも自分の予想し得ない事故で人を傷ける可能性に対して人間としての苦しみから救われてはならない．人間として裁判官や医者が苦しみ続けることの中に国民は裁判官や医者の職業上の過誤のないことの保証を求めており職業上の特権をその代償として認めているのである．

裁判官や医者の良心の鈍麻を見抜くことが出来るのは庶民の目だけである．人事を尽したときにさえ起きる予想できない事故の責任を潔よく身に引き受けるという強さは人間に可能であろうか．まどろむことのない良心を以て医療の現場に生き続けることは人間は生理的に耐えられない筈である．

この弱い人間に高い良心が宿るところに人間の悲劇がある．この人間の悲劇的性格に耐え，よりよき方向へと一歩前進することのできる道は何処にあるか．医療界の中からこの道打開のための強靭な探求が起こることだけが残された道である」

ここで終っているのですが，こういうことと撃ぎ合わせて浦田先生の題出された治療行為の限界についてわれわれが実際に輸液をどの辺で止めたら良いかという判断

も自からその場，その場で考えざるを得ないのではないかと感じたのでご紹介いたしました．

新山：裁判官の誤判と医者の誤診とは同じだと思う．両者共にそれを無くすために努力すべきですが……．ちょっと例えが悪いかも知れませんが，指の先が化膿してきたので，その上の健康な部分から切断したとします．健康な部分は無実の罪かも知れませんが炎症をくい止めるには仕方がない処置で，世の中から罪人を無くすために犯罪人を罰している中にはある程度無実の人も出るのはやむを得ないことだと思う．むしろ誤診をしたことよりも医者が患者に接する態度が悪いことの方が，より悪いことだと思う．

原(仁)：最近交通事故が多くなって来たので無過失責任が追求されつつある時代になってきましたが，医療事故にも当然当てはまるようになるだろうとある司法士の方から聞きました．どんなに完全な処置をしても相手から訴えられれば，治療行為の限界があるので，それ以上は出れないと言うことになります．それで保険制度が当然考えられなくてはならないわけで，医者も医療過誤に対して多額な保険に入らねばならない時代が来るかも知れない．それにしては余りにも診療報酬が安すぎないかということが，そちらの方面からでてくるのではないかと思う．

人間の価値を評価すればする程多額のものが pay されるようになってくる．日本では未だ余り高く評価しないので健保が余り生命を尊重しないという形で低医療費が存在するようになってしまった．

新山：国民皆保険になって保険は崩れてくるのだ．皆保険の皆は崩壊の壊だと私は思っています．しかし今が開業医の谷間で，もう少し頑張れば医者としてのプライドを持てる明るい時代がくると思っています．

植木：どうも皆さんテーマからそれているように思います．開業医としての治療行為の限界の問題，誤診を避けるための治療行為の限界ということもあるでしょうしすこし細かく区切って論じないと雑然としてまとまらないと思いますが……．

桑木：そうですね，どういたしましょうか．

植木：開業医としての治療行為の限界について論じてほしいと思います．

内田：治療行為の限界という問題は大変漠然としているようですが，また，簡単なことでもあると思います．すなわちある線を引くこと自体が捉われた考え方であって，浦田先生の言われたようにわれわれが対象としている患者は人間なので，その人の年令，社会的環境，経済状態等が，必ずからんでくるわけで，それを心に入れて治療に当らなくてはなりません．したがって，一つの病気の同じ状態でも相手によってその限界が違うと考えなくてはならない．そこで私共は考え方の水準をどこに持つかということで自ずと決ってくると思います．結局は人間対人間の問題だと思います．

後藤：内田先生のご意見に全く賛成です．結局，case by case で解決しなくてはならぬと思う．慢性白血病の患者が某病院で多量の輸血療法やあらゆる治療を受け，その間担当医は休日も取らずに治療に専念されましたが，先日死亡しました．しかし家人は最善の治療をして貰ったとその先生に非常に感謝している例を見ました．また，第2例は数年来の脳軟化症で始めの内は長く生きて貰いたいと家人は望んでいましたが，ここ1～2年は経済的にも困窮して家人は疲労困憊の状態となり，私も月に1回位往診するだけで往診も遠慮せざるを得ないという状態で，最近亡くなりました．

したがって，その家庭によって違うと思いますので，その病人や家庭の状態をみて，どうしたら本人や家庭にとって幸わせかを見極めることが大切だと思います．

植木：そのようなものを土台にした上で，このテーマを論じて貰いたいので具体的な例をお聞きしたいと思います．

会員：われわれは健保制度で制限を受けているので，あらゆる case について治療行為の限界をうけていると思う．最近私は薬の使い方が多いのではないかという理由で社会保険の支払基金から指導審査を受けたのですが，それは，ステロイドホルモンを皮膚科の患者に初日から使い3日で治癒しているが，何故このようなものに使用したかという理由です．

急性湿疹には昔は軟膏だけで治ったと技官は言うわけですが，このような医療の後進性を破るには個人の力には限界があるので実地医家の会でこういうことに取組んで back up するような機運が生まれて欲しいと思います．

原：これは先生が基金の先生と対等に争うべきで理由のある治療をされている筈ですから堂々と個人的に戦うべきだと思う．私は何回もやって来て結局勝ちました．昔は軟膏だけで治ったという技官の頭を先生自身で納得させることで，集団の力でやることは逆に依存心だけであると思います．

会員：個人個人で技官に当って，たとえ支払基金の1人の技官が納得しても審査そのものの中に一つの線がしいてあり，その中で審査が行なわれる以上，これは個人で当っても駄目なので，たとえば T.B. で二次抗結核薬を使うことにしても，そこに一つのラインがあってこ

そ出来るので，それを個人個人が話しても仕方がないと思います．現代では集団の行動が，このような弊害に対して大きな力になると思います．

原(仁)：線がしかれていることは確かですが，今，T.B. の話が出ましたが使用基準や治療指針がありますが，これは公費負担の対象のもので，健保の場合は治療指針を越えるものがあっても学問上納得のいくものならば堂々と主張すべきだと思います．個人の医者の信念と主張がなければどんな団体の力を借りても結局は納得できないと思います．

青野：これは健保制度の核心に触れるもので，一つには権力に対して個人で当たれという考え方もありますが，私はその前提があると思う．いまの健保制度の中で他人の診療行為を紙面で審査すること自体が憲法違反ではないかと思う．治療指針を出すこと自体が医学に対する冒瀆ではないか，これが解決の鍵であると思う．

原(仁)：それで昭和37年12月以降，制限診療撤廃ということが出ているわけです．学問的に納得のいくものは個人が戦えばよいということが本当でできているのです．それが社会保険指導者講習会で基金，厚生省，医師会でとり決められていて reasonable の治療ならば話し合いでやるべきであるということで，減点されたら基金に行って本人が戦うべきだと私は思います．私は開業当初は相当やられましたが毎回基金に行って徹底的に審査委員と論争しました．そうしなければ役人の頭は変えられないと思います．

会員：先生のおっしゃるとおりですが技官になるような人は偏狭な人が多いので，ことに若い先生がそれに立向っていくことは難しいので，私達の医師会では observer が5〜6人出て援護射撃をすることをやっています．大体われわれの努力や団結の力で制限治療の撤廃が実ってきて2〜3年来は大体自由な診療をやっているのではないかと思います．

また machtlos のときの治療の限界の話しですが，私の Frau の mütter が戦前に schwer の T.B で sterben しましたが，その頃私は医師になった許りでしたが，主治医の方が末期になったときにいわゆる安死術をやったらどうかと暗示めいたことを話して下さったので，私もそのとおりにして非常に苦しみから救われました．

また私の mütter が colon の krebs でこれも手術しまして非常に苦しみましたので，morphin で早く楽にしてあげたらよいのではないかというので，兄（医師）と相談していたしましたけれど，いま考えてみても母に対して不幸ではなかったと思っています．

また，現在 krebs で苦しんでいる患者を知っていますが，他の先生が診ていますので楽にしてあげたらと思っても口に出せないでいるわけですが，そのような症例に安死術のようなものがあれば，ある意味において助かる患者もあるのではないかと考えています．

日本では安死術は認められていませんが，machtlos で苦しんでいるのには何とか楽にしてあげたいと思っています．

桑木：この問題は非常に広い問題なので，いろいろとご意見もあると存じますが，時間なのでこれで終りたいと思います．

閉会の前に秋月先生のご発言がありますので，どうぞ……．

秋月：塩田先生と10年前に2〜3日一緒に旅行しましたので，その時の想い出をお話し申し上げたいと思います．その当時医療局長官だったのですが，アメリカの指示で国立第一病院をオープンシステムにという話しが出たときにオープンシステムにしても利用するのは僕と西野君位じゃないかと言うことで取り止めになったということです．

もし東一がオープンシステムに踏み切っていたら日本の医療制度の姿は相当変っていたのではないかと私は思います．塩田先生はメイヨークリニックで勉強されたのですが，アメリカと戦争になったときにシマッタと思われたそうですが，それを口に出しては言えなかったということでした．

また，当時，貴族員議員だったので石炭の国家管理の問題等を汽車の中で話しを聞いたのですが，非常に話し好きで2〜3時間も立続けに話し，話していないときは必ず読書をしていて大変な勉強家だなあと感心しました．

その頃は74才でしたが，まだ手術もどんどんしていまして，外の方の手術をご覧になったとき批評をお願いしたら，手術とは如何に組織を傷めないようにするかということで，あんな無茶苦茶なのは手術ではないよとも言ってました．浜口首相は自分の得意なアクチノミコーゼで殺してしまって残念だったとも言ってました．

また，中山外科の動脈注射も，自分が以前に考えついて教室員にやらせていたが成績がまとまらなかったということです．長生きのコツは何ですかと聞いたら，これは遺伝的なものだから気にしないでやりたいことをドンドンやったら良いとのことでした．また，癌については自分が医者になった頃に比べていまでも何にも分っちゃいないのだと言いたいことをズケズケ言ってました．今日塩田先生の葬儀が青山でありましたので，思い出の一

駒をご紹介してみました.

▷事務局よりの報告◁

浦田先生から次のようなご報告があった.

① 元帳総登録数 772 名
(維持 219, 購読 340, 見本 177, 贈呈 36)
ただし 40. 5. 12 現在

② 4月中の新登録者数 76 名
(維持 5, 購読 34, 見本 37) 見本→購読, 数 10 名あり

③ 会計報告 (40.5.12 現在)

預金	68,162 円	10号残	70,900
振替	56,704 円		
現金	33,062 円	差引黒字	107,034
計	177,934 円		

ただし会費の先食：598,200 円
内訳 (維持 219×1800=394,200 / 購読 340×600=204,000)
差引 50 万円赤字
10 号の費用全部で 255,900 円

④ 事務局費 毎月 15,000
ただし実際支払額 1～3月まで 5000 円
4月 7,000 円

⑤ 編集局費毎月 2500 円 (4月より)

⑥ この半年間に振替に入った会費 (広告費は除く)

39.5～6	36,104	39.11.	56,750
6～7	34,814	12.	95,260
7～8	82,145	40. 1	123,050
8～9	36,400	2	60,200
9～10	35,115	3	28,200
		4	109,350
計	224,574	計	471,810
1カ月約	45,000 円	1カ月約	78,000 円

⑦ 例会スポンサー
5月武田, 6月田辺, 7月北陸.
8月以降スポンサーなしで例会をやってはいかん
財政上さしたる支障はない見込み.

⑧ 4月中の異色会員
購読／第一製薬KK 東京営業所

⑨ 山本浩先生へお見舞金 4,000 円
内訳 (4月例会の第2次会有志の分) 3,790 円
会の会計より 210 円

以 上

むすび

原先生のお話しは先生のご努力が実って成立した調布市臨牀検査センターでの検体をもとにされたデータに基いてのご研究で, 地区医師会がこのような施設を持つ意味が改めて認識される思いで拝聴した.

研究は大学でということに捉われず努力次第ではわれわれの手によっても出来るのだということを示されたことは, 実地医家の1人として誠に心強く感じた.

恵畑先生は2回に亘って消化管のX線診断を平易にお話し下さったわけであるが, 最近実地医家の間で消化管のX線診断への意欲が高まって来たことは誠に喜ばしいことである.

先生のお話しにあったように大病院では折角早く患者が受診しても1カ月も検査に待たされるのでは早期発見, 早期治療も画餅に過ぎない. 私は最近がんセンターを受診した患者が1カ月以上も検査に待たされ, 往診を乞われて診たときには physikalisch にも magenkrebs の診断がつけられる状態なのに, さらに3週後にX線の精密検査の要ありとして患者は自宅でその日を待ちあぐんでいるという例に遭遇し暗然とした経験があります.

Magen neürose でも, がんセンターに押しかける結果, そのような悲劇が生まれるので, これを防ぐにはわれわれ第一線の開業医がそのような need に応えられるように平素から胃癌の早期X線診断を心がけて研鑽し, 患者が一般の開業医の診断能力をもっと信頼するようにならねばいけないと痛感した次第です.

その意味で, 胃のX線検査を行なう上で, いろいろと良書もあると思いますが, 私は国立がんセンターの市川平三郎先生他2名の方の共著である「胃X線診断の実際」文光堂発行 ¥7,000.— が大変すぐれていると思います.

治療行為の限界というような serioūs な, しかし実際的なテーマで自由交見ができる場をわれわれが持ち得たことは, われわれだけでなく患者にとっても非常に有意義なことと思います. 問題の性質上, 誤解を招かぬように出来るだけ忠実に再録を試みたつもりですが, 若し誤りがありましたら筆者までお申出下されば, 次の機会に訂正させていただきます.

(江東区深川東陽町 1—11)

□ □

特別寄稿

うるさい患者

<大岡昇平>

大磯在住12年，生まれつき特に強くもないが，弱くもない体質で，学生の頃パラチブス，フィリッピン従軍中マラリアになったほかは，病気らしい病気をしたことがなかったが，齢50を過ぎて胆石を貯めて手術してからは，とかく健康はすぐれない．

胃潰瘍も切らずに癒している．夜中に胃痙攣を起こし，売薬の鎮痛剤では利かないので先生を叩き起こして「モルヒネを」なんて注文をつけたりする．そんな時，いやな顔もせずに（げんなりした顔つきはしていらっしゃるが）来て下さるお医者さんにはまったく感謝のほかはない．

私自身，人生万事たかをくくって今日まですごして来たので，自分の病気だとて例外ではない．ただ年のせいかとみにこらえ性がなくなった．それに胃潰瘍を切らずになだめてあるという不安があるので，しげしげお医者さんの出馬を促すことが多くなった．

小説家なんてものは，元来疑い深いもので，他人の弱点とか，人生の裏側とかに，とかく興味が行き勝ちである．若い頃クローニン「砦」を読んで以来，現代における医師という職業について，特に尊敬も払っていない．

医が仁術であるなんて空想はとっくに捨てているので，従って医師会長がどんな政治的策略を使おうと別に驚きもしない．新らしい保険料金を払わない急患の診察を断って，死に到らしめた病院長が出て来ても，びっくりもしないので，人生万事金であるとは250年前に，わが同業の大先達西鶴が喝破しているところである．

こんなことはなにもわが国の特殊事情ではない．日曜日にはうっかり急病にもなれないのはずっと前からで，この点日本もやっと欧米なみになったというべきである．病院長と婦長のスキャンダルはアメリカにもある．ただ病院の信用を落とすようなことは，大統領選挙，州警察の腐敗などと共に人の口から口へ伝わるだけで，決して新聞にあらわれない，という違いがあるだけである．

この点文士社会だって同じことなので，あまり他人のことばかりいえた義理ではない．ただ医は人命に関することがあるので，とかく一般に与える不道義感が強いというだけだろう．しかし人間はいつかは死ななければならないのである．それが10年20年早くなったところで，よし50年早くなったところで，50歩100歩の違いではないか，とうそぶく人もいそうである．核戦争の危険が増大すると，人類絶滅の危機なんて騒ぐ向きもあるが，われわれの仲間で「人類が死に絶えて，どこに悪いことがあるのかね」といった人がいた．

私は最近86才の肉親を亡くしたところである．その悲しみはなかなか癒えないので，こんなニヒリストにはとてもなれそうもないが，私ももう56才である．いつ癌の襲来を受けるかわからないので，私一個の死生観は出来ているつもりである．そもそも私は20年前，フィリッピンの戦場で，九分九厘まで死んでいた人間なのである．

お医者さんに頼るところは，実はあまりないはずなのだが，ただ胃痙攣の痛さという奴が，どうも不愉快である．フィリッピンの山の中で薬もなく，ただうんうん呻っていただけの時の経験から考えると，実際意気地がなくなってしまったものである．死生観は出来ているなん

て，大きなことをいっていても，いざとなったら，どんな醜態を曝すかも知れたものではないが，それが人生であるなら，よろこんで醜態をお目にかけようと思っている．

始末の悪い患者かも知れないのだが，お医者さんと私の間はもはや友人であると思っている．お互いに内情は打ち明け合っている．話はむしろ通じすぎるくらいよく通じる．これがいいことか悪いことかよくわからないが，或いは医者と患者の関係として，理想に近いのではないか，というような気もしている．　　（終）

＜心筋硬塞生存者（男性）における食餌と血清脂質＞

カナダのトロント市 Sunnybrook 病院で，心筋硬塞後少なくとも3カ月間生存した人びとについて．以下のべるような研究が行なわれた．

患者は 30 才から 80 才までで，年令を十台ごとに区切った各グループの人数は，ほぼ25名であった．なお．患者の年令に合せて同一地域の住民から健康人を選び，これをコントロールとした．研究したのは，冠心臓疾患と食餌因子および血清脂質とのあいだの関係であった．

その結果，健康なカナダ人と冠心臓疾患にかかったカナダ人とのあいだには，カロリーの摂取量および全含水炭素，白糖，コーヒー，茶，全脂肪，牛乳脂肪，卵の消費量の点で重要な差はなかった．そればかりでない，上記栄養素と血清コレステロールに濃度とのあいだにも有意の相関関係はなかったのである．

以上の研究から，上記の患者にみられた血清脂質の上昇は，高脂質血性食物にたいする代謝の差と感受性によるものであることが想像される．

——*Lancet* **1**：933～935 (May 1) 1965——（卓）

治療行為の限界

時／昭和40年6月22日
於／新宿医師会館2階

出席者

順不同・敬称略

司会 村松博雄〈中央区〉 藤沢正輝〈台東区〉
秋月源二〈世田谷区〉 日向野晃一〈江東区〉
浦田卓〈目黒区〉 永井友二郎〈三鷹市〉
春日豊和〈新宿区〉 木島昂〈東村山市〉

論じあえば論じあうほど，このテーマが膨大な問題を含んでいることが解った．2回の自由交見につづいて，この座談会で煮つめてみようと思ったのだが……．

結局，経済家も宗教家も，そして患者もまじえて話しあわなくてはならない問題なのだ．この座談会はいわばそのためのプレリュードともいえよう．（編集部）

村松　浦田先生からお手紙戴き，永井先生からも長々とお電話でレクチュアー受けたので，きょうは話しの運び役ということでいろいろ，たとえば秋月先生のパンフレット非常に分類されて，こういう一つの分け方から話しを持っていくのもいいと思いますし，それから浦田先生の具体例の話しもありましたけれども，このテーマでは，3回座談会をやったんですか．

木島　2回です．

村松　「治療行為の限界」という題名に，ぼくはそうこだわらないでいいと思うんですけれども，やはり浦田先生のお話しに出ておりますが，治療とはなにかというような概念があると思うんですね．それは今まで座談会では相当つっこんだんでしょうか．

浦田　“治療”とはなにかということは討論しなかったですね．

村松　治療とはなにかというのは，医療とはなにかというようなことにつながると思うんですが，死という一つの局限状況と反対に，社会生活への復帰というような概念のことが広がってきている．その問題の整理はきょうはどうなるんでしょうか．

浦田　やっぱりそれからやらんといかんですね．言葉の内容の整理からやっていかないと，話しがトンチンカンになって旨くないと思うんですよ．

村松　秋月先生に整理していただいて申しわけないんですが，治療とはなにかということを，一つレクチュアーみたいにお話しになっていただきたい．

秋月　実は私，あまりそういうことを考えたことなかったんですよ．阪大の沢潟（おもだか）さんが，「医学概論」という

ものを書いて，ちょっと拾い読みをしたことがあるんですが，医者でない人が医療とはなにかということを，学問的というか，哲学的に考えてくれるほうが，医者が考えている医療よりもかえって正鵠を得ているんじゃないかと，われわれはときどき考えるんですよ．医者同士が考えている医療というものはどうも考え方が，かえって狭くなっているんじゃないか．

もう一つは宗教なんかやってる人が，あるいは哲学とか，そういう方面の人が考えて，医療というものを歴史的に考えたり，そういうふうなことをする中で，一番私たちが物足りないのは，仏教において医療というものの本質がどうも誰もわかってないんじゃないか．日本人が仏教というものを，自分たちの宗教にしているなら，もう少こし仏教における医療の本質というものを考え直してみる必要があるんじゃないが，私ふだんから思ってるんです．

結論としては医療とはどういうものかということは，結局やはり誰もわからないんじゃないですか．各人各人がやはり自分で，医療とはこういうものだというふうに，一つの限界をおいて定義をして，医療をやっているというのが実情じゃないか，というのが私の結論なんですがね．

村松　限界というか，いろいろの生活環境とか，先生が分類していらした経済的な制限とか，いろいろありますよね．ただ，いま先生おっしゃった仏教のことは案外，日本人は宗教を信じるといわれているけれども，われわれのおやじぐらいまではともかく，非常にお寺さんを大切にするとか，そういうニュアンスはあるし，それは都会を離れた農村ですと，いまでも生活の中にすごく滲透しているわけですね．ですから一つ仏教の中の医療の概念とはなんなのか，一つ教えていただきたいと思うんですけれども．

秋月　いや，ぼくわからないですよ．ないんじゃないですか，仏教における医療の概念というものが，むしろぼくはないといっていいと思うんですよね．

村松　浦田先生はどうですか．仏教ばかりでなくて，宗教の中で医療といいますか，命を助けるという概念は．

浦田　私は秋月さんの立場に反対です．それはなぜかというと，医療の概念はその時代時代によって形づくられるものであると考えるからです．医療の概念は時代，時代によって変わってくる．だから，その時代時代の社会と遊離した形而上学の体係から，医療というものが突然定義されるという方向には反対．ですから沢瀉さんの説に私反対なわけです．

純然たる医学の局外者が，ただ観念をもてあそんだにすぎないような気がするんです．

結局，私は“宗教”というものを，非常に独断的かもしれないけれども，定義して，宗教とはまだ科学が発達しない前の一つの世界観であると考えます．宗教から導びいた医療の概念は，今の哲学者がその哲学体係から導びいてきた“医療の概念”と同じです．医療というものはその時代の要請，要請によって形づくられるもの．だから最近はリハビリテーションというものも医療の概念のなかに，含めているわけでしょう．

今の医者はですね，資本主義の体制下では，どっちかというとリハビリテーションというものには，あまり重きをおかない．けれども，だんだん社会が発達してくると，医療はリハビリテーションまでいかなければならない，ということになってきた．けれども，開業医全体としてはなかなかそこまでは把握できない．むしろ，整形外科とか，特殊な，政府または法人組織の施設の病院とかいうものにおいて，そういった概念が出るので，ぼくらはリハビリテーションまではなかなかいかない．せいぜい脳溢血のあとに，ある程度のリハビリテーションをやってるという程度だ，と思います．

村松　沢瀉さんの本が出たのは終戦直後ですよね．それまで戦前にも2，3ありましたけれども，戦争中の言論統制に毒されてほとんどなかった．それが一つの形であれがポンと出てきたというところに，沢瀉さんのあの時代的な意味があると思う．あれが足がかりになって，やはりもう少こしそういう，先生の分類して下さった経済の問題もあるでしょうし，具体的に浦田先生がご指摘になった，開業医とリハビリテーションの問題も出てくると思うんです．そういう問題の一つの足がかりとして沢瀉さんのがポンと出てきたわけですよ．そうしてみますと，一つの足がかりがポンと出てくると，じゃ仏教というものがあったんだけれども一体どうなるのかと．西欧のカトリックの歴史，プロテスタントの歴史では，一体どういうふうに考えていたかということが当然出てこなければならないので，そこがやっぱりぼくは秋月さんの，一つの発想の出発点だったろうと，思うんです．

秋月　西洋ではいつでもヒポクラテスが出発点になっているんじゃないですか．宗教，キリスト教とは別にして，医聖，聖人があって医療をやっておったと．ところが東洋の聖人というのは孔子なんかですね，やっぱり医療ということについては，ぼくはあまり考えてないと思うんですよ．

村松　それはぼくは科学の発生，つまりウィッセンシ

ャフトの発生の問題だろうと思うんですよ．

秋月　学生のとき富士川遊先生の講義を聞きまして，彼は「医学と宗教」という本を書いて，それに私は感銘を受けましてね．医学をやるものは宗教心というか，そういうものを持っていないものはやってはいけないんだと．むしろ，こういうふうな考え方を持っておるんですよ，いまでも．だからその宗教は仏教であれ，神道であれ，キリスト教であれ，なんであれかまわないけれども，宗教心というものを医者が持っていないということは許されないことである，というのが私の医療というものに対する根本的な考えなんです．

村松　わかりました．日本の戦後の医療の世界というのはご存じのように，めちゃくちゃに細分化されてきて，心臓外科なら心臓外科というところまで来て，本質的な人間を見つめるというようなことがなくなってきていますよね．それがぼくは一足飛びに哲学とか宗教とか，そういうようなところまでいかないでも，もう一つの次元でのアントロポロギーというか，人間学みたいなものがあっていいと思う．

その自然回帰の人間を忘れないような教育方法もないし，そういう考え方の訓練というものもないというところが，やはり一つの問題だろうと思いますがね．そういう意味でやはり秋月さんのおっしゃるような，人間回帰というか，人間回復というか，そういうものが必要だけれども，やはり一応現在の経済的な問題もあるし，医療制度の問題もあるし，そういう状況のもとで医療とはなにか，治療とはなにかということを，やはりもう少こし分析してみる必要があるんじゃないかという気がするんですよ．

つまり宗教心というか，そういう一つの信念みたいなものを持てということは絶対必要だと思うんですよね．今の若い人たちにも．

秋月　それは結局生命というものが科学的に解決されるまでは少なくとも，宗教というか，神学というか，あるいは哲学というか，そういうものがなければ，科学だけではだめだということですね．

藤沢　宗教というものに飛躍する——飛躍といっちゃ悪いけれども——前に，もう少しヴィッセンシャフトリッヒにいこうじゃないかということが……．

秋月　そのことは賛成です．しかし生命というものが科学的に解決されないという一つの前提がある限りはやむを得ないと．

村松　そういう謙虚さが必要である……？

藤沢　話しの筋道としてそういう方向へ持っていこうじゃないかと，司会者がいわれるわけですよ．

村松　科学の限界として治療行為の限界というものを構成しつつあると．それから秋月さんもご指摘下すったように，経済上の問題もあるわけですがね，そういういろいろな分類の仕方があるんですけれども，永井先生どういうところから一つ話しを進めていったらいいでしょうかね．だいたい物事の考え方の出発点はわれわれここで一応確認したわけなんですけれども．

永井　私はいろいろな治療行為の具体的問題に入っていきましても，そのつど，やはりサイエンスとしての医学に限界があるためにいま秋月さんがおっしゃった意味の倫理性というものが必ずそのつど顔を出してくると思うんです．しかし私はこの場合に，その倫理性の問題は問題が出たつど考えることにしたいと思います．

そこで治療とはなにかということから入っていく場合，われわれは医者ですから医者の立場からこれを考えるわけですけれども，さっきいわれたように患者の立場からも考えるという，両方の側面から見ていくことも，一つの取りつき方じゃないかと思っています．で，治療について医者としてごくありふれた考え方をしますと，秋月さんの書いたものにあるように，1秒でも長く生きているようにと，からだの自然治癒の機転を助けてあげる，その方向で，医学的に最善の努力をするということになります．

次にもう一つの側面はやはり病人の苦痛を除くということで，これは治療の一つの大きな一面だろうと思います．それから3つ目はさっきのお話しの出た健康増進といいますか，リハビリテーションを含めたやはり人間の広い意味での健康増進があると思います．医者としてはこんなふうに考えるわけですが，自分は医者だけれども，同時にいつでも患者にもなり得るので，次に患者の立場として感じること，一番なにがお医者にお願いしたいかを考えてみると痛みや苦しみから解放してほしいということがまず第一にあります．それからこの苦痛の解放に伴うことだけれども，不安とか恐怖といいますか，そういうものからもやはり解放してほしいと思う．

それからさらに慾をいえば生活内容というか自分の人間としての生活内容をより豊かにするための知恵を貸してもらいたいといったようなこと．これはいろんな欲求の満足という面があり，その欲求の中には経済的な欲求も，動物的な，本能的な欲求もあり，それからかなり高度な欲求，浦田先生がお書きになっているような真善美とか，自由博愛,平等とか,ことにその中でも浦田先生の強調される，自由を非常に強く求める人間として生活内容を確立するというか，豊かにしたい，そういう場合にもやはり医者としての知恵を貸してほしいといった側面

も，やはり患者側からいえばあるんじゃないかと思います．

村松　いま永井先生おっしゃったようなことをまた繰り返すようになるんですけれども，やはり永遠に医療という問題と，倫理の問題はつきまとうもので，これはたとえば岩手医大の，このあいだの診療拒否の問題，あのとき新聞のあらゆる論調が，医は仁術という薄っぺらな倫理で裁断してあって，医療制度の問題，つまり経済性の問題が全然論議されていない．

経済というものと死というものと直接結びつかないんだけれども，あの場合には医療制度を論じなければどうにもならない問題点だったわけですね．それを医は仁術という薄っぺらな形で裁断した．あれはぼくの調べたところによると，厚生省技官が一斉に新聞報道陣に流した意識的な作為なんですね．ぼくはいみじくも医療問題トンキン湾事件と名をつけたんですけれども，やはりぼくはでっち上げじゃないけれども，つまり意識的に問題を浮かび上がらせた．浮かび上がらせても，それがいい方向に発展するならいいけれども，単にだから岩手医大が悪いんじゃねえか，医者が悪いんじゃないかという形でやったところに，あの問題の悲劇が出てくるんでしょうし，そういう問題はいつでもあるので，やはり20世紀の後半ともなると，医は仁術というような倫理の概念だけではどうにもならない問題がある．やはりそれにはもう少こし分析する必要がある．

そうした場合にさっき秋月さんもおっしゃったけれども，倫理のつぎに第2番目のものとして自然科学の限界も当然あるわけですよ，つまり科学の進歩の限界が．これはさておくとして3番目に経済の問題，つまり医療制度の問題がいろいろある．そして4番目にいま永井先生からおっしゃった患者の立場からの問題，大きく分けて4つにぼくは分けられると思うんです．今まで問題になってきたのは，ことに戦争中から戦後にかけて問題になってきた 1，2，3 番目の問題，4番目の患者の側からの問題点は倫理と結びつけて，たとえば安楽死というものは如何というような形で出てきておりますけれども，そこをもう少こし深く検討する必要があるような気がするんですけれども．

木島　医聖であるヒポクラテスの言動や，あるいは宗教的なものを全部ひっくるめた一番医療の基本，プリミティブなものというのは，少こしでも長生きをさせてしかも苦痛をやわらげる．病人から苦痛を取ってやるということが医療のスタートだったわけですね．ところが文化が非常に進んできた，特にルネッサンスからあとの問題になってくると，今いった一番基本の形の，長生きをさせて，かつ苦痛を取るということの，ただそのことだけの中にも矛盾が出てきました．

たとえば麻薬の問題がある．苦痛を取ってやるということが長生きをさすことになるかというと，どうも麻薬はかえって早死をさすという結果が出てくる．そこに簡単な型ではあっても悩みが生まれる．それからさっき浦田先生がおっしやったように，時代とともに，自然科学が発達する．すると治療行為の限界も変ってくる．これは確かにそうなんで，たとえば村松先生のご専門の科の婦人科で，今どきお産のときに男のお医者さんが立会ってはいけないというばかなことはあり得ないけれども，婦人科のスタートの時代には男のお医者が立てば大変なことになった，女医さんでないとまずい．

それからずっとあとで近代のことではロボトミーがある．非常に問題だ，人間の頭に穴をあけてまるっきり人間を変えてしまう，あんなことがいいだろうか．しかし治療としては実際にそれは非常に輝かしい発達なのだ．だから確かにわれわれも，常にそういったことに悩む良心が大切なのであって，その良心というものが一体どこから出たかということ，を考えると簡単な悩みから複雑な悩みへ発展していることがわかります．やはり科学が発達してくるに従って医者の悩みを生む母体も複雑になってきている．経済的なものも加わる．たとえば大変卑近な例ですけれども，一つの大きな資本団体にわれわれが所属していた場合，大きな生産工場の工場医として会社の生産性から物を考えた場合に，生産と結びつかない医療，どうもものを作らない患者さんを長くそこに引きつけておくのは医者として意味ないんじゃないかと思うだろう．だから医者の良心というものはやっぱり科学が発達してきたためにどうもいろんな悩みが出てきたんじゃないでしょうか．だからこそ，悩みにとりかこまれた医者というのは孤独なもので，それぞれに自分で考えて，個人の裁断というものが最後のドタン場ではものをいうことになるんじゃないでしょうか？

村松　木島先生がおっしゃってちょっと気がついたんですけれども，やはり経済の問題が相当あると思うんですよね．でまあついこのあいだまではやっぱりお金のある人がいい医療にかかる．そうでない人はということだったわけで，これは人類が永遠に悩む問題だろうと思うので，その後に少なくともそういう一つの人類全体のフラストレーションはある程度救おうということで，保険制度とか，保障の精神が出てきたんだろうと思うんですよ．

そういう場合にどうしても経済，つまり制度の問題とこの治療の問題と，どうしても結びつけて考えていかな

ければならない．これはことに20世紀の大きな宿命であり，宿題であるということだと思うんです．

さて，永井先生に分けていただいた4つの問題点ことに患者の問題点に，ひとつ焦点をしぼってやっていったらどうか，という考え方もひとつあると思うんです．それから経済の問題ともなると，医療制度の問題もからまってくるでしょうし．

藤沢　結局治療行為の限界という題は非常に膨大であったし，これは哲学にも，人生論にも関係ある問題だと思うんです．だけど，私が考えてみたんですけれどもね大きく分けて，第1に社会的，環境的状態による制約というものがあると思います．これには社会保険の問題も含みます．それから第2番目にはやはり人生論，世界観人間性の問題，自分の人生観をどういうふうに持っているかという問題，性格の問題も入ってくるんじゃないかと思います．第3に医学的の限界ということがあるんじゃないかと思うんです．第1の社会的，環境的制約の中で経済的問題というのは社会保険制度というものが根底にあるには違いないが，金がないからできないんだということ，それから金があっても，出さない奴も中にはいるんです．

次に家庭的に考えてみて人手がないんだということ，看病したら自分が食えなくなるんだというようなこと，もう一つはその病める人間に対しての愛情ですよ．どんなことをしてもこの人間を生かしてやるんだという，家族の愛情があるかどうかということ，それが大きな問題だと思うんです．

またその人間がなんというか，社会的，家庭的に生存の価値があるかどうか，無用の長物であるかどうかということがやはり響いてくると思います．そういうことが環境的，社会的制約，で，それに社会保障の問題をプラスしたものだと思うんです．それからこの前の例会まで，フリートキングで，「治療行為の限界」の話しがばらばらになり，チグハグになったのは，こういう分類をしなかったからだと思うんです．これ等は相互いにからみ合っていることは勿論ですけれども．

治療行為の限界として第2に人生論，世界観，人間性の問題というのは……．先日の例会で浦田先生が，「私はいつ死んでもいいですよ」と云われたとき，私は最後に『どうでしょうか？　この問題は死に直面してみなければわからない．私がもし脳溢血発作を起こしたら家中を3回かついで歩き廻れと遺言してあるんです．これはほんとの話しなんです．そうは云っているものの，もしそのとき私に意識があったら，恐らく「絶対に動かすな！」と頑張るんじゃないか』といいましたね．これも人生観，性格の問題かもしれません．それからどんな苦痛にも耐えていくぞという性格もあるし，そうじゃない人もいるし，そういう人生論，世界観の問題があるべきだと思うんです．

第3番目に医学の問題，これは診断がつかないということが第1あると思うんです．診断がつかなくても，これは死に至る病いであるかどうかということの判断がつくかつかないか，ということが問題だと思うんです．第2に，診断はついたけれども，現在の医学では治療法がなく，自然治癒を待つよりほかないという問題．それから治療法はあるけれども，プロバビリティーの問題で，たとえば50%生きるなら治療するでしょう，5%でも勿論やるでしょう．1%でもやるかもしれない，0.1でも治療する医師が多いかもしれませんよ．

寺田寅彦の随筆に千人に一人という例がありますね．この薬はよくきくが千人に一人死ぬことがあるというと，人間というものは絶対に飲まないものだ．十万人に一人だったら飲むだろうというようなことが書いてありましたが，この0.1%の問題，また絶対に死ぬ，ガンみたいな確率0%の問題もあります．またその人がもし治っても最後は廃人になってしまうような問題，「高瀬舟」の場合もそうかもしれない，そういうような問題．そういうことを考えて最後の結論として安楽死の是非ということに，問題は進んでいくと思うんですよ．

結論的に治療の限界という問題は大きく分けて第1に社会的環境的な制約，第2に人生観，世界観，人格，人間性による制約，第3にやはり医学的制約と，この3つにしぼって討論して行けば，それ等が相互いにからみ合うでしょうが，話しがわかりやすくなるんではないでしょうか．

松村　人格というのはなんでしたか，2番目の．

藤沢　それは浦田先生に説明していただいたほうがいいぐらいですよ．人間性の問題ですよ．

村松　治療する側の人間性の問題ですか，患者さんの問題ですか．

藤沢　患者さんのほうですね．ガンというものも知らしてほしくない人もあるし，生活の生甲斐が他にあれば，知らしてほしいという人もあるかも知れない．

村松　さっき私と永井さんがまとめた(1)倫理の問題と，(2)自然科学の問題と，(3)経済の問題，(4)患者側の立場の問題と，この4つにだいたい……．

藤沢　もうちょっといわしていただくとね，医療の限界でどこまで治療すべきか．逆にいえばどこまで治療されたらいいかということ．われわれが患者の立場になって，——ここに患者はいないんですよ，——どこまで私

たちは治療されたらいいかということを，逆に考えたら面白いと思うんです．

村松　それはたとえば自然科学の限界という言葉がありますが，やっぱり診断の問題ですと，今まで個人個人の，1人のお医者さんの双肩にかかっていた問題があるわけですね．それはやっぱり集団的に診断しょうとかいう形に，現在次第次第に解決してきているわけですね．先生のほうのエレクトロニクスもあるけれども．そういうハラメトーデの問題があるわけです．

そういうふうにそれはそこで論じましょう．倫理の問題は一番あとでやる，経済の問題は浦田さんのほうのペーパーでやると．やっぱり問題になるのは患者さんの立場からね，永井先生がさっき分類して下すった生命の延長もあるし，安楽死もあるし，リハビリテーションもあるし．ひとつぼくは藤沢先生にいま教えていただいた，愛情の問題を忘れていました．これはエモーショナルな問題で，倫理よりちょっと以前の問題ですね，これはちよっと考えなければならない．

藤沢　私，生理にいましたが，内科にちよっといたときに，ガンの患者が2人，隣り合わせの部屋にいたんですよ．Aの病室の奥さんは，なんとかして少こしでも，1日でも生かしてほしいと，なんとかして下さい，最高の医療をして下さいというんですよ．Bのほうは，まだでしょうか，もうそろそろ死んでもいい，いつ死にますかというんですね，全くあざやかな対照を見ましたよ．そのときちょうど三木清の奥さんが入院していました．肝臓ガンで．彼はあれだけの，「人生論ノート」を書いたりしただけあって，あの顔に似合わず（ちょっと悪いが）ほんとうに親身に奥さんの世話をしましたよ．有島武郎が奥さんを杏雲堂で涙のでるほど真けんに看病したということを聞きましたが……．そのくらい三木清という男は，男といったら，私よりはるかにえらい方で申しわけないけれども，ほんとに驚きましたね．

村松　で，どうでしょう，非常に概念的なことになってしまうと非常にまたむずかしいし，またピンとこないところもあると思えるので，一つ一つ具体例を，浦田先生がなにかお書き下すって，私なんかも送って下すったんですが，こういうふうな例はだいたいどういうケースなんだろうかというようなことから，話していったらどうかと思うんですが，浦田先生いかがでしょうか．

藤沢　第1例からいきましょうよ，これが一番いいと思います．

村松　だいたい今までなんとかやってみたんですが，そこから先を先生一つやっていただきたいと思います．

浦田　それでは，“治療の限界”のいい出しっぺだから申しましょうか．

具体例というのは1番が，肺転移を伴った食道ガンの手術のできない患者が自宅療養している，という場合です．昨日より流動食も通らない，本人はどうしても入院したくない，というわけです．その前にですね，実はすでにある病院のガン・センターに行って，診断も確実についているし，コバルトかなんかで治療しているんです．だけどうちへ帰っておるわけですね．で，このばあいは補液をしなければ脱水症のために，あと数日で死ぬことははっきりしている，という設定です．

このさい患者のいうとおりにするか，それとも，無理やりに入院させるか，ということになったわけですが，その主治医は，自宅では補液はせいぜい1日 20 から 50cc 程度のブドー糖にビタミンを入れたぐらいにしかできないという場合ですね．これは確か例会で佐倉市の内田先生が結論出されたと思うんですけれども，患者が入院したくないといえば，それでいいじゃないか，放っておいていいというわけでした．

村松　愛情の問題があるんですが，なんか家族のですね，社会的面子とか，それから体面とか，そういうようなことで，いま先生のおっしゃった本人の意志というのが，意外に日本の社会では，無視される傾向があるんですよね．

浦田　その傾向は大いにあるんですよ．

村松　そこのところがやっぱりぼくは，医療以前の問題なんだけれども，やっぱりもう一度ふり返って．

藤沢　この場合は，ガンというものは 100% ですよ．寺田寅彦じゃないけれども，千人に一人以下の問題でしょう．0.1% 以下の問題で絶対の問題ですから，これは文句ないと思いますね，楽にしてやるということ．永井先生のおっしゃった苦痛を除いてやるということだけでいいんじゃないでしょうか．

浦田　この場合は1秒でも長く，という倫理は当てはまらんと思いますね．コンモンセンスでいいんじゃないですか．

藤沢　本人が入院はいやだというんだから，それでいいですよね．

浦田　逆にですね，どうしても入院したいという場合は入れちゃえばいいわけですよ．

木島　しかしこういう具体例に全部共通する，大変便利なことわざがあるんですよ．というのは，医者はその治療ということについては大変非人格的に，あるいは不人情になれ，冷淡になれ，だけれども配慮という点には非常に情を尽くせということです．それはテクニックつまり，治療行為ということの配慮じゃなくて，インクリ

ュード，全部含めての配慮，であって，ケース・バイ，ケースに患者の立場を理解せよということなんです．

1例をあげると，どうも大阪から親戚がくるので会わしたい，そういう場合に医者としてどうするか，ということの配慮ですよ．あるいはもう少こし生かしておいてくれると弁護士がくるからとか，いろんな，実際われわれ開業医が，人が間もなく死ぬという立場にいると，これはもう，思わないことが起きてくるわけですね．そういうことの配慮には非常に情を厚くしろという意味です．しかし自分の医療手技ということには人のくちばしを受けつけない，冷淡であってよろしいということわざが，西洋にあるんですけれども，確かにそれはどんなケースにもぼくは当てはまる公式だろうと思うんですよね．鬼手仏心にも通じるな．

村松　人情には配慮を，ですか．

藤沢　もう1日生かしておいてくれといいますよ．実際にね．

永井　生かしておく努力をする場合には本人にとってそれが，少なくとも苦痛でないようにするという，配慮が欲しいですね．周囲の都合でする場合が多いでしょう．まわりで会わせてあげたいといっても，本人は会いたいと思っていない場合もあると思います．それでも苦しくなければ配慮として生きるんでしょうけれども，医者の目から見ても，いかにも苦しそうな状態を延長するということはどうなんでしょうか．

秋月　患者といってもね，患者の，病人そのものでなくて，病人の家族とか，そういうものも含む．ですからその配慮という場合には健康な，病人を取巻いておる周囲の人に対する配慮になるんですよね．病人はいま病的なんですから，病的なものに対する配慮というものは次になって，健康な周囲に対する配慮ということのほうが，社会的というか，そういうもののほうが大事になる場合が，日本には多いんですよね．

永井　だけど病人を中心にすべきじゃないでしょうかね．

秋月　病人はあくまでも病的なんだと，むごい，非情な考え方もときによっては必要であって，むしろ病人と，周囲の健康なものと反対な場合には，周囲の健康なものに対する配慮のほうが大事になってくることもあり得るんじゃないですか．

村松　それはあるでしょうね．

秋月　いま木島さんのいったことは，ある程度公式になりますね．

浦田　こういった場合はどうですか．生前主治医に対して，とにかく自分が脳軟化症や脳溢血などで意識不明になったら，あるいはほとんど意志が表現できなくなってもですね，とにかく自宅へ置いてくれと，そんなに病院へ行きたくないんだ，といっていた患者がですね，ちょうどそうなったと仮定します．そのときの意志表示は，本人を病院に送ろうとしたら，とにかくやめてくれ，やめてくれと，イヤをして顔をしかめている．そのとき主治医はどうするか．

藤沢　私ならやりませんね．

秋月　やっぱり周囲の人も，そのことを知っておればやらないでしょうね．

浦田　だけど周囲の人は，とにかく病院へ送ってくれ，看護が大変だからというわけで．それで病院へ送ったところ，幸か不幸か生ける屍の状態で何ケ月も助かったんです．そのために何十万か何百万円か知らんけれども，相当な借財をして七顚八倒，親戚中大騒ぎ，誰が払う，払わないで……．

村松　入院して金かかる．

浦田　病院へ入ると，ほとんどの人が健保なものだからさいきん幾らでも治療をやるんですよ．何ケ月でも助かるんです．補液や輸血，それに経鼻ゾンデによる流動食をやり，ものすごい金かかるんですよ．付添婦に払う金もたいへんです．それだけの金を使う意義ありや，という問題です．

藤沢　さっきのA病室，B病室の問題ですね．A病室の人に，奥さんが少こしでも長く生きてくれということは，その患者の人間がよかったんですよ．片一方の人は無用の長物なんですよ．

浦田　だけど，この場合に，保険が入ってくるんですよ．これが全部自費でやるならどうするか，ほとんどウンといわないんじゃないでしょうか．

藤沢　今ちょうどある例があるんですけれども，胃ガンなんですよ．私のところへくる前に，ある大学病院へ行ったんです．そうしたら胃ガンだと決ったら，大学病院とコネのある病院へ廻した．輸血をバチャバチャ20日間続けて，ポンと投げ出されて帰ってきた．それで私にぜひ診てくれというので診てみたら，きょう死ぬかあした死ぬかわからない患者なんです．そういうのがあるんですよ．その場合に健保で，輸血もなにも通りますよ，健康保険ではね，その病院はもうけたかもしれないけれども，こちらとしてみれば迷惑であるし，本人のために幸福であったかどうか，これは別問題ですよ．麻薬をしながらいま監視していますけれどもね．その患者は私のところでもう一度レントゲンを撮ってみたところ，手術不能もいいところなんです．その場合はいま麻薬でもって楽にさしてやると．永井先生おっしゃったように，苦痛

を与えない状態にさして続けているんですけれどもね．それよりほかにガンの場合は手がないんじゃないかと思いますよ．

日向野　当然のことをいいますけれども，治療をする前提には当然診断過程があるわけですね．そうするとまずその診断がほんとに正しかったかどうかということで，非常に治療効果が変わってくることがある．でこの具体例の1は肺転移を伴った食道ガンで非常に明確に診断がついちゃっているわけですから，これは先ほどの結論でいいと思うんですけれどもね．

しかし，私たちが日常，第一線で見ている場合に，いつもこういうきれいな形ですぽッとなまのケースが与えられるかと考えると，そうでない場合が多いわけです．たとえばぼくは最近，非常に感銘を受けたことがあるんですけれども実は「暮らしと健康」ですが，保健同人社から出している雑誌に，秋月先生が“こんな患者，あんな患者”という題で書かれた症例が載っておりますね．秋月先生からお話し願ったほうがいいのかもしれませんけれども．それは60才ぐらいの女の方で猛烈な心窩部痛があって吐いたりして，1ケ月ぐらいそんな状態が続いて入院していたんですね．それでとても助からないということで，どうしてもうちに帰りたいと本人がいうので，帰ってきたんですね．どうせ死んじまうなら秋月先生に見て貰いたいということで，秋月先生が呼ばれて行ったわけです．そうしますと上腹部に固いツモールがあって，もちろん脱水状態，非常に苦しんでいるわけですね．で末期の胃ガンだろうという診断下された．当然だろうと思うんですけれども，そういうケースを見ればね．それで今まで病院ではブドー糖の注射なんかやっていたわけですけれども，少こしもよくならない．ものすごく痛くてしょうがないというので，ともかく助からないだろうけれども，楽にしてあげたいという気持で，モルヒネを1日2回使われて，それからあとは補液を相当エネルギッシュにおやりになって，そのときブドー糖だけでなく，リンゲルを一緒にお使いになったんですね．

数日たったところが非常に痛みがとれてきて，そのときはまだおそらく先生は，ガンだと思っていらしたらしいんです，文面からみますと．ところがそういう状態がだんだんよくなってきまして，食事もできるようになって，しまいにツモールがなくなったわけですね．ところがその間にどうもなかなか大変だというので，また知ってる病院へ入院させてくれないか，自分も夜中に往診に行ったり大変だといったら，そこの医長がきて，これはマハトロースだからだめだ，と断わられちゃった．それじゃ最後まで面倒見てやろう．やったところがだんだんツモールもなくなって，結局治ってしまったわけですね．そうするとガンでなくてウルクスだったろうということなんですけれども，もしその場合に，最初見たときにこれはガンの末期で，もう脱水症状が強いんだ，だめなんだからと，非常にお座なりな，1日ブドー糖 20 cc ぐらい静注するということだったら，おそらくステっただろうということです．この症例とはもちろん違いますけれども．

藤沢　私だったらもう1回無理してもレントゲン撮りますよ．

秋月　胃潰瘍が外に破れかけているときにネッツなんかきて，ツモールになってる場合が多いんですよ．私たちしょっちゅう聞くんですよ，ガンでだめだといった患者が，そのうちに治っちゃう例がよくあるんですよ，だから最後まで絶対あきらめないことも必要ですね．

藤沢　穿孔性で膵臓なんかひっついたやつは，レントゲンで見てガンだと見えることありますよ．誰が見てもわからない．

日向野　結局そういう治療行為を決める前提とする診断過程で，そういうケースがあるわけですからね．一概にこれはだめだと，医者がサジを投げてしまったらおしまいなんで，やはりそのもう1回入院させて，検査するというお話しもありましたけれども，ともかく入院していた患者がだめで，帰されて，1ケ月も吐いているわけですから，痛んで検査もできないわけですね．ガストロ・カメラなんてできないでしょうし，そういうケースがあるわけですね，現実には．

村松　あると思いますよ．

日向野　そういうことなんですけれどもね．

村松　そういうケースがほんとに親切な医師にかからない場合は，新興宗教にかかって治って，つまり現代の奇跡になるわけですよ．やっぱりそれは自然科学の2番目の項目で，大いに論じてもらおうと思うんです．きょうは時間があればそこまでいくし，とにかくお医者さんはベストを尽くしたという状況から，ちょっと浦田先生お話しを続けていただきたいと．

浦田　2番目は，脳出血の発作が2度起きた患者，72才の老人の例です．

嘔吐と大小便の失禁があって意識障害が強い．家族は45才の後妻さんと2才の幼児がいて，後妻さんがアルバイトに出て，その収入でかろうじて糊口をしのいでいる状態です．その急を聞きつけて患者の枕もとにきた親戚は，入院さしたら助からないだろうか，といってるわけ．ところが細君は送院してほしくない，といってるような顔をしている，これは直感だそうです．主治医は多

忙で，しかも看護婦なしでやってるから輸液をする余裕がない．このばあい，自室で治療するか，送院するかという問題ですが，この場合の結論は，このあいだの例会の討論では，送ったほうがよかろう，というようなことじゃなかったかと私は思うんですけれども．

またある女医の先生は，それは生活保護かなんかでやればいいんじゃないか，あるいは健康保険はないかということで，これは送院しなきゃいかんだろうということでしたね．

ただ問題は先ほどいったような，脳出血を1回やったあと，ホーム・ドクターには，つぎに脳出血の発作がおきたらとにかく無理して送ってくれるな，病院には．自分はどこへも行きたくないんだ．うちで死にたいんだ，というのに，医者は1秒でも長く生かすために，病院へ送れば，ある程度長く生きられるだろう．このばあい送るべきか送らざるべきかという問題がおこるわけですよね．このばあいは何年生きるかわからないんです．肺の転移と違ってあと数日で死ぬということはなくて何年生きるかそれはわからないんです．このばあい主治医はどうするかという問題ですね．

木島　これはその第1例と比べて2番目の例のほうが，私は福祉制度とか，医療制度に非常に問題のある例だと思うんですね．

村松　すれすれのところの問題でね．

浦田　ただこの問題は個人に限れば比較的簡単なんです．できるだけ病院も最善を尽くせ，ということになるわけですね．ところが，もしそういうことをすべての病気についてやると，あとにも書いているように，たとえば重症肢体不自由児などを十分に手当をするということに対する国庫の負担は，大変なものです．そして国庫の負担は，これはみんな皆さんの税金なんです．そうすると各個人，各個人にみんな負担がかかってきてですね，そして摂れるべき栄養も摂れないというばあいがおきるかもしれない．ところが栄養が下がったために，どれだけ人間が死ぬるかということは，だいたい確率的に予想できる問題です．

たとえばマッケオンとレコードという学者によると，イギリスで18世紀から19世紀後半にかけて150年間のうちに3倍も人口がふえているが，これは医学が発達したのでもなんでもないんです．産業革命で収入が増え労働時間が短くなって，栄養が上がった，ということだけなんですね．それだけの人口がふえて，それだけ生命が長生きできた．幼児の死亡率が下がったために，それだけ人口がふえた．ですから，そういう自費でならとうていやらないような過剰な療法を，あらゆるものにやれるかどうかということが問題になるわけです．社会にとって役に立たないものにたいへんな費用をかけ，一方ではそのために健康な，社会にとって役に立つ人の生命を奪うということをしていいかどうかという問題です．結局，社会保障の根本理念に深く関連してくるわけですよ．

村松　自宅で治療するか，送院するかということだけですね．

浦田　ほんとうはそうじゃないが，問題が大きくなりすぎるのと，あとでもっと話し合うということにして，いまはそれに限定したほうがいいね．

村松　そのときの結論はどうだったんですか．

日向野　そのときはね，結局問題はこの人の場合は経済だろうということなんですよね．それでこの文面から察すると，収入も細々と細君のアルバイトでやって，かろうじて糊口をしのいでいるというんですから，当然生活保護法の適用になるんですから，そうしてやったほうが奥さんの負担もとれるだろうしいいんじゃなかろうかという声が多かったようですね．

浦田　多かったようですね．

木島　ただ私たちが反省しなければならないのは，こういうような症例に会った場合に，ほんとの良心の問題以外に，これはとても面倒だから，どこか引き受けてくれないかというような安易な，逃避的な気持がないでもないという点ですよ．

村松　開業の場合それはあるな．

木島　これはやっぱり反省しなければならない．これは良心じゃなくて，少こし安易なものへの妥協的な気持．

浦田　安易というより，自分のところの治療の限界を知ってるわけですね．たとえばリンゲルを持っていってやろうとしても，手不足などでやれないような場合もあるわけです．

村松　それがたとえば若いうちだったら，身を粉にしてということもあるけれども，40，50になれば生理的な限界もある．治療の限界もそういうことも含めてあるわけで，そこはやっぱりぼくは，医療制度の問題にからんでくると思うんです．

秋月　そうじゃなくて，この例は医師の予後に対する判断じゃないかとぼくは思うんです．意識障害があるけれども，ある程度よくなって，社会的に有意義な生活を送れる程度の快復が望まれるかどうかということで，治療に対する医師の意欲というものも大いに違うんですよ．これは数日後にどうせだめなんだというのだと，やっぱり治療意欲が減殺されるんじゃないか．忙しいとか

なんとかいうことになると，やっぱり医師としては，あまり上等な医者じゃないですね．治療の結果に対しての判断で心に秘めたエネルギーというものをたくわえていなければいけないじんゃないか．

浦田　それもたしかにあるにはあるけれども，医者が勉強してくると，補液というものがどれだけ大切かということがわかる，そうなれば送らざるをえませんよ，この場合は．ところが補液に対してなんら知識のない人は，ブドー糖ぐらいで間に合わしちゃうわけですよ，昔流にね．だから，やっぱりその医者の力量，知識というものが問題になってくるでしょう．

村松　それからやっぱり都会と，医療機関の整備してないところで，俺がやらなきゃならないんだという一つの，お医者さんをつき上げるような衝動があるわけですよ．地域でね．そういうような違いがありますですね．

藤沢　この根本に愛情の問題がある，この例の後妻が非常に愛情を持っていればなんでもしますよ，じゃないでしょうか．だから女房にだけはよくしておいたほうがいいですよ．みんな女房に惜しまれて死ねるように（笑）．やっぱりその人のやってきた今までの歴史がものを云って，その人が無用の長物であるか，1日でも生きてほしいかということを決定するエトワス(etwas)がここにあるんちゃないですか．

木島　そういう場合にやっぱり開業医の良心というものは，医療制度において入院の引受側と，われわれ末端の開業医とのあいだが，非常にうまくいってる場合と，うまくいってない場合とでは，大変違ってきますよね．だからやっぱり地域医師会ということ，地域活動の円滑の問題になってくると思うんですよ．

村松　その次を話していただきたいと思います．

浦田　その次は，私はよく知らないんだけれども，だいだいこういうことじゃないかと思ってるわけです．

それは，健康保険制度というのは一種の保証制度である，でおそらく保険医になったときは，保険の法規に従え，ということが書いてあると思うんです．それに押印して一定の教育を受けてから保険医になるんだから，保険診療というものには制限があると思うんです．制限はないという厚生省のいい方は，これはごまかしである，私は保証というものはすべて限界がなきゃいかんと考える．そこで保険に限界があるのは当然であるけれども，しかし今の保険制度ではですね，保証している制限以上の治療をすれば，命が助かる場合があるのにですね，もしそれ以上のことをすれば，これは払ってもらえない．しかし払ってもらえないことを，医者はどうしてもやらにゃいかんばあいもあるわけです．結局もしその保証の制限以上のことをすれば助かる見込みがあるのに，これを行なわないとすれば，これは医師法の根本原則に反する，しかも医師の良心にも反するわけですよ．それなのにそれをやった人は，医者の犠牲においてただで無料でやれということになるわけですね．そうしなければ保険法に触れる，患者から自費で徴収すれば．これは非常な矛盾であると思うんですよ．

藤沢　非常に面白い例がそれぞれ出て，非常にいいと思うんです．この例もそうですね．だけどこれはね，健康保険の規則というのは左側通行にすぎないと．道徳というものは左側通行にすぎない．火事の最中に左側通行して死んじゃったらばかですよ．だから私だったら，健康保険のどんな違反をしょうとなにしょうと治します．左側通行にすぎない，道徳は．

浦田　医師としては当然身銭を切って治すけれども，その場合に……

藤沢　負担は全部受けます．

浦田　それは大変立派だ．そうありたいけれども，そういう人ばかりではない．

村松　それはぼくはむずかしいと思うんです．そういう立派なお医者さんばかりじゃないですよ．

藤沢　立派といわれちゃ恥かしい．みんなそうしますよ．

浦田　私が終戦後からしばらくのあいだ，非常に印象を受けたことは，子供に抗生物質をやれば早く治って，重くならずにすむ，とくに赤ん坊あたりでは．それでも，保険診療だとまずなんか普通の薬をやって，つぎはスルファミン剤をやって最後にペニシリンという順序でやれ，そのペニシリンも肺炎だけじゃなくちゃいかん，とかいうようなことを厚生省は指導したわけですよ．ところがお金を出すから幾らでもやってくれという人がたくさんあった．そのときには出てなかったように思いますけれども，のちに東大小児科助教授の藤井良知先生がおやりになって，確かにそうだということをいっているわけですよ．しかし医者個人個人が判断してやったことを削るわけですね．削りもするし，ずいぶん保険医としてあるまじきことという問題が起きた．ところがその当時の保険医はどういうことをやったかというと，ほとんどカゼを肺炎にしちゃった．肺炎がうんと多くなった……．

藤沢　実際にはそうするよりほか仕方がない．

浦田　そういう，なんていうか，今度は学問的な良心に反するというか，実にインチキな病名を作らなければいかんことになるわけ．ものを統制すると，そういうふうな情ないことになる．

藤沢　10年前の「医事新報」の質疑応答欄に，当時ペニシリンが多分50点でした．そのときに月の初めに子供が肺炎を起こした．そこでペニシリン1本か2本打ったんですね．それで一応治ったけれども，月末に再発した．だからそのときにペニシリン打ってもいいでしょうか，という質問があった．その答は絶対相ならんと，ちゃんと「時事新報」に出ていますよ．絶対相ならんと，サルファ剤を使うべしと．これは調べればわかるけれども，これはおどろくべきことですよ．人道に反するも，はなはだしいと思う．絶対こういう記事がありましたよ．

村松　経済の問題にからんでいることと，さっき日向野さんおっしゃった診断ということと，さっきのあれがからんでいることでしょう．ぼくはこの解決策は，わが日本政府はどうするかということだと，これは療養払いしますよ．

浦田　“療養費払い”やらない限りは，この問題は解決しない．これは武見さんの，今のまま押していく方法じゃ，この問題は解決しないですよ，どうしても．“療養費払い”か，じゃなきゃみんな保険医やめちゃうんですね．その方がいい．

藤沢　社会保障というのは理想的な牧場に飼われた羊ですよ．そういうふうな状態におくのが社会保障の理想でしょうか．私はそう思わないんだけれども，今の社会保障のいき方はそうですよ．

村松　その次を一つ．

浦田　次は，全国民に強制的に健康保険制度を実施することは，根本的に間違っていないかどうかという問題です．なぜならば，次のようなことが考えられるわけです．

1人の人間の生命は地球よりも重いという，大変な抽象的な言葉があるんですね．今かりに全国の重症肢体不自由児を収容できる施設を作って，これをすべて公費でまかなうとします．そうするとこれらはすべて政府の支出ですから，つまりわれわれの税金です．もしこれを許すとすると，その次は結核の患者を全部公費負担にしろと，今もほとんど公費負担かもしれないけれども，食糧が非常に悪いので，これはいつまでたっても治らん状態だから，もっと食糧費上げろとか，ガン患者は悲惨だ，これも公費で負担すべきだとか，次から次へと同じ問題が起きてくるわけです．

そうするとさて今度は健康人の方から全般的に眺めると，税金が重くなったために，ある家庭は食糧費を切り詰めなければいかんようになれば，その食糧を切り詰めたために結核が，あるいはいろんな病気が起きたり，あるいは自動車の運転手さんだったら，そのためにフラフラで，あまりはっきりしない頭で運転したために自動車が衝突するかもしれない．いろんなことが考えられるわけですよ，だからこれは大変むずかしい問題です．ですけれども，もういちど根本的に考え直してみなくてはならないことです．

藤沢　この問題はもっとつきつめれば，アリの世界においては，全部これは解決されていますよ．

浦田　白アリの世界では全部解決されている．

藤沢　病気になったやつは捨てちゃう．

浦田　捨てちゃうんじゃない，もったいないから食っちゃうんだ．まるで第2次世界大戦のとき，ナチスの考えのようにね．

藤沢　そうですか．だけれども，たった一つの命だから，これは1人の人間の生命は地球よりも重いということは，たった1つの命であるぞということですよ．かけがえのないものであるということですよ．このことだけは重要じゃないでしょうか．だからどんなに私たちの税金が重くても．逆にいうと，私の子供が精薄児であったとしたならば，そのためにどんな金でも惜しまない．やっぱり社会が惜しまなくていいんですよ．それ以外のむだな金をいっぱい使っているんだから，それを社会保障に使うべきですよ．

浦田　ぼくはそう思わない．ぼくはこの場合の重症肢体不自由児というものの解決は，その家庭が責任を持って見るべし．そうしないと，いやどこそこのうちはピアノ持ってるのに俺のところはないじゃないか，俺のところにピアノを持ってくるのは当然だ，ということになって止めどがなくなりますよ．

藤沢　それとちよっと違うんです．

浦田　だんだんそうなってくるんです．

藤沢　先生のおっしゃることはよくわかりますよ．しかしそうではなくて，最低生活を保証しようということと，それだけですよ．それは肢体不自由児の子供がいて，精薄児の子供がいる家庭にピアノを置いて，サロンを造って最高の生活をさせようとは思わないけれども．だけど最低の生活だけは，お互いに保証しようじゃないか．これが民主々義じゃないか．

浦田　そういう理念できているんですがね．このあいだ水上勉さんが，あれだけの収入があってですね，自分の子供が脊椎分離症かなんかで哀れな状態だというわけで，国家は施設を作るべきであると，こういったんですね．これはその人が貧しい人で，そのために追われて，食うや食わずにいる人なら，当然そういう叫びがあっても，ある程度いいだろうと思うんですよ．だけどあのぐ

らいの人がそういうのはちょっと工合悪い．代弁しているならいいけれども．

藤沢　そう思います．大資本のいわゆる10番以内の，1桁の健康保険の人たちが，いかに健保をあまねく利用しようとかかっているかということはよくわかりますよ．だから社会保障というのは，ある程度から下を保障するので，上はだめですよ．

浦田　そう，そう．上の方は保証しないほうがいいですよ．

村松　ぼく，先生お書きになったのは，Bと関連していると思うんですよ．これは制度の問題と経済の問題ですから，きようはやっぱり永井先生の提案するように患者の側からの問題点をもう少こしすすめたほうがいいんじゃないかという気がするんだけれども．これは各自で意見が違うと思うので，あとにしましょう．

藤沢　これがまとまったら，人生がまとまっちゃうような話しですよ．

浦田　解決できない問題はたくさんありますよ．

村松　浦田先生にいろいろ具体的な例を出していただいたんですが，秋月先生もちょっとお書きになっていただいたので，具体例がありましたら教えていただきたいと思うんですが，いかがでしょうか．

藤沢　これよくまとめましたね．

秋月　一つ一つ説明しますと大変なことになってしまうんですよ．たとえばSICの問題をとっても，研究行為が新潟の桂先生が，「つつがむし」の研究で訴えられたというようなああいうことになってもね．桂先生は私なんか非常に尊敬している立派な方ですよ．ああいう方をやっぱり法律というものは，違反として訴えるというむごいこともあり得るんですよ．ですからね，一つ一つの例を追ってみますと，私は医者になって30年ですから，大変な例になっちゃうと思うんですよね．

村松　患者さんのほうの立場，悩みというもの．

秋月　患者が希望していることが，医師の良心というものに一致していれば非常に簡単なんですよね．だけど患者が希望していることが，必ずしもわれわれ医師の倫理というか，良心というものと一致してない場合が，われわれはしばしばあるわけでしょう．

たとえば夜中に往診してくれ，きょうは1日疲れてあしたの朝早くゴルフに行くんだ，ビタミンやぶどう糖でも注射してくれというようなことをいわれた場合に，医者が猛烈に怒るべきか，だまって行って注射してやって，取れるだけ金取ればいいのか，こういうふうないろんな考え方の人があると思うんです．麻薬患者らしいと思うけれども，麻薬の注射してやって，うちの麻薬は高いよといって1本千円もらったほうが要領がよくていいのかどうか．そういういろんなことが具体的になってくるとなんぼでもあるんですよ．そのときにわれわれは医師としてあくまでも，上医は国を医すという立場で，個人の患者のわがままは許されないんだと．社会秩序を維持するとか，広い社会的な立場で，いつでも考えていかなければならないんじゃないかと．こういうふうなことになるんじゃないですか．

藤沢　患者というのは絶対わがままですよ．私がとりあつかった患者は絶対わがままですよ．時にはそこまで考えてあげたいと私は思うんです．

秋月　私はやはりそうじゃなくて，上医は国を医するのだという，われわれは誇りを持っていかなければいけない．

藤沢　1匹の迷える羊を救わなくちゃ医者じゃない．

永井　患者がわがままだというのは，確かに一つの現象面だと思うんです．なぜわがままになるかと，私自身自分が患者であった場合のことを思いかえしてみると，やっぱりかなりわがままに考えているように思います．誰に見てもらってもいいとは思わないですね．そして自分の今の病気が，一番うまく治ってほしいと思いますね．そういうわけで，品物を買うんだったら買い換える．やり直すということができるけれども，病気の治療に関しては，われわれは絶対にやり直しがきかないという意味で，非常に神経質な人がかなりあります．

万が一にもまずい結果になって，別な医者にかかったほうがよかったというふうな，後悔をするようなことがあっては困るという気持が，非常に強い患者があると思うんです．その点については患者が医者を選ぶ場合に判断すべきことですが，しかしやっぱり，藤沢先生なら藤沢先生を選んでかかった場合でも，そういう患者さんというのはやはり，絶対的に信頼しないと思うんです．

おそらくは，藤沢先生はほかの先生よりはいいんだと思うけれども，ベターであるけれども，間違ってもらっちゃ困るぞという気持がかなりある．そういう患者の自分中心の考え方があります．

藤沢　患者の性格もあるんですね．

永井　そういう気持を持っている患者がかなり多いということ，そしてこれをかなり重要な性格だと考えなくちゃいけないんじやないかと思いますね．

藤沢　思いますね．

浦田　私はさっきの秋月さんの話しにちょっと関連してね，一言．医者の倫理，倫理というんですけれども，この倫理も時代とともに変化するでしょう．

浦田　私は人間というのは，非常にわがままなものだと思うんですよ，一般的にいってですよ．それは非常にすぐれた人もいます，百人に一人，千人に一人ぐらいは．医者の中でもそう．いるけれども，だいたいは医者も人間ですから利己的なものですね，患者も利己的．そこでどういうふうにやればよいかというと，カントのように上のほうから持ってきた絶対的な真理とか，至上命令だとか倫理というものじゃなくて，簡単な話しなんだけれども，お互の人格をみとめたうえでギブ・アンド・テークでいったほうがいいのじゃないか．あまり患者のいうがままにこっちが尽くしていると，自分の家族がのたれ死しちゃう，医者自身も早く死んじゃいますよ．医者が早死にしたんじゃ，社会も損ですよ．だから，やっぱり医者の努力に見合っただけのものを患者は提供しなさい，こっちもそれに見合った努力をすると，いうことでいいんじゃないかな．

藤沢　医者は一種のトップ・マネージメントですからね．アメリカの統計でもトップ・マネージメンメトの人は 10 年寿命が短いそうです．日本の医者もそうですね．

浦田　あまり窮窟に考えて，理想的な人間像を設定しておいて，医師はこうあるべきだと金縛りにすると，ノイローゼが起きる．それよりも，相手の患者もわがままなものだが，医者というものもわがままなものだと考えて，そこでお互いにギブ・アンド・テークでやればいいんじゃないか．もちろんお金払わなくても，治療の方はある程度，数回ぐらいはする．だけど，いつまでたってもただじゃできませんから，公の病院へ行って下さいと，適当なところへ行ってもらう．それよりほかないんじゃないかしら．こんなことをいうと，立派な先生方に怒られちゃうかな．

木島　いま浦田先生がおっしゃったことは，ジョセフ・フレッチャーがいっていますよ．フレッチャーはそういった医者の倫理やロイヤリティーというものが，先生のおっしゃった，自分の家族がのたれ死するんじゃないかというようなことから発想したものつまり自分の家族のロイヤリティー，それから文化というものから発想したもの，自分の帰属している一つの資本主義の，経営団体に帰属しているお医者さんは，その経営団体の生産工場に対するロイヤリティーなど，いろんなものがそれぞれの医者からロイヤリティーとして出てくる．だからそういうものが出てくるけれども，忘れてはならないのはさっき申しあげた，孤独な良心の裁断ということになるんじゃないでしょうか．

藤沢　一様に社会保険に入れちゃって，同じ規格でやるでしょう．ところがある人は医者にかかるのは３等普通でけっこうだ．あまった金は全部使ってスキーにでもいこうという人もいるんだ．中にはからだは大事だ，どんなに金がかかっても，どんなことをしたってからだが資本だから治そうという人もいるんだ．その全然違うものを，同じわくに入れて，さっきの浦田先生の健保の問題と同じにしているからいけないんですよ．汽車でも１等と２等とあるんですから，同じように病気になったらどんなに金をかけてもいいという人と，そうじゃない人と一緒にしてなんでもかんでも，ミソもクソも一緒にしちゃって社会保障しろといっても無理ですよ．こたつが焼けたからといって火災保険会社が金をくれるか，丸焼けになったらくれるか，ここですよ．

村松　制度の問題はまたゆっくりお話しして大段智亮さんのこれ，ちょっとご紹介していただけないでしょうか．

藤沢　この本はだいたい読んでいるんじゃないですか，誰でも．いい本ですね．

永井　この著者は聖公会・センターに現在いらっしゃるというから，やっぱりクリスチャンで医者でない方．「病気の中の人間」という題で“創元医学新書”の１冊で，“医療の中の人間学”というような内容のことをお書きになっているわけです．私がさっきちょっといい始めたことを，大段さんがこの本の中でいっていらっしゃるわけです．その内容は患者の側から出された，医者に対する厳しい要求で，われわれ医師は病人の側からの要求の中の一番厳しいものの一つとして，知っておく必要があると思ったのでご紹介しました．また私自身の反省のよりどころにしているわけでもあります．その内容の一部を紹介すると，“医者とか裁判官という仕事をしている人たちは，人間の将来を左右する大きな一つの特権を認められているけれども，それにはやはりほかの職業の人たちとは違った，きびしいものが当然なければならない”と，結論として次のようにいっていらっしゃるんです．それは“裁判官とか医者はどんな場合でも，自分の予期し得ない事故で人を傷つける可能性に対して，人間としての苦しみから救われてはならない，そして人間として，裁判官とか医者が苦しみ続けることの中に，すなわち自分が犯した過失でないあやまちにたいして良心的に，苦しみ続けていることの中に，国民は，さっき申しました裁判官や医者が，職業上の無過誤の保証を求め，その特権をを認めているんだ”と．こういうことなんですね．

村松　ちょっとわれわれ医者にとって，非常にきついことだけれども，まさにそのとおりですね．

浦田　はたして“そのとおり”でしょうか．ぼくはそうは思いませんよ．なぜといって，医者でも裁判官でも，誤診・誤判ということはたくさんある，人間のやることだから．

しかも確率的に見て誤診・誤判のパーセントははっきり予言できますよ．

一般の医者がだいたいどの程度誤診するかということが．それに対していちいち良心的に悩んでいたら生きていられないんだ．

ぼくはそれを許していいと思うな，人間の業だから．

村松　それは許さなければ，俺たちだって生きちゃいられない．（笑）ずばりいえばつまりそういう精神葛藤が必要なんであって，その保証に対しては原さんがここにも書いてあるけれども，保険会社があってもいいしでょう．しかしそういう精神葛藤をもなくしてしまうような風潮が，いま医者の世界の中にあるわけですよ．そこをやっぱりぼくは大段さんついていると思うんですよ．つまりそれらは非常に祈りみたいなものですよ．非常に宗教的な見地ですね．

藤沢　その本はほんとに教えられる本です．

村松　ぼくらみたいに俗物がこんなことをやれといってもなかなかできゃしない．しかしなにかお医者さんの一番，現代において許してあるべき姿ではないかという気がする．いまおっしやったように，ストレスで俺たち死んじゃいますよ．

浦田　それもあるし．私アメリカの裁判制度で非常に面白いと思ったのは，そういうことから制度上脱却しているということですね．アメリカの裁判では，証拠を出し合って，弁護士と検事が争うわけです．裁判長がそこでアンパイヤの役目していてる．ほんとに自分が罪を犯した，人を殺した人間でも，私は罪がない，ノット・ギルティといってから裁判をはじめるんですね．そして弁護士と検事の両方でチョウチョウハッシとやり合って，裁判官は判決だけをするのですね．そこに裁判官というものは，実際にその罪があるなしにかかわらず，実際に罪のあるものを無罪とすることもありましょうし，あるいは実際に罪を犯してない人も，罪があるようにせざるを得ない場合もあるわけです．そしてその場合に裁判官はひどく悩んでいるかというと，そりゃ多少は悩むかもしれないけれども，アメリカの裁判にカモしだされる一つのムードは，自分は制度の上にのっかっているのであって，これ以上はやりようがない．誰が裁判をやっても人間のすることだから間違いがあるのだ，ということで，はっきり割り切っていますね．

永井先生がご紹介されたのは宗教の人が書いたんだから，そうなったんでしょうけれども，医者自身としても実際それは不可能なことなんですよ．それを医者に押しつけている，しかも，医者は特権をもっているといっているけれども，じじつはいまの医者には義務だけあって特権は一つもないんですよ．

村松　そのとおり．

藤沢　第一条件として医者とか裁判官というものは，商業主義とエコノミーのワク外におかなければ，あらゆることができません．だから自由がほしい．自由！　ものほしそうにしなくてよいだけの生活の自由と，診療の自由と，人格の自由，この3つだけが必要だ．

村松　前提なしにこの3つだけ押しつけたら，だめです．

浦田　現場においてどういうことが実際に起きているかということを考えないで，抽象的に論じているんだ．だから，ぼくはそれに対して，ことさら反対するんですよ．

藤沢　先程，ご紹介のあった大段さんの本の，「医者と裁判官」の項に書いてある「イワン・イリッチの死」か，トルストイの．昔25年か30年前に読んだけれども，あれは一官吏の，44才だ，結婚17年の人間が死ぬありさまを書いてある．

あるとき，階段から落ちてどこか打ったんです．ちよっと忘れたけれど，どっか打って，本人は病気と思っていなかったところ，医者のところへ行ったら打ったからなんとかで，腎臓が悪いとかいわれた．医者にそう云われた日から彼は病気になって寝込んでしまった．しかし彼にとっては腎臓がどうかということが問題じゃないんだ，生きるか死ぬか，死に至る病かどうかということが問題なのだと悩んで，結局，最後には苦しみながら，三日三晩苦しみながら死ぬんですね．

トルストイがこれは「アンナ・カレーニナ」を書いて，10年間沈黙の時代，「クロイツェル・ソナタ」よりずっと前に書いた作品だけれども，この作品の中にそういう死というものに対して一平凡人がどういうふうに反応するかということの，非常に現実的な，具体的な事実をみることができますね，ちよっと思い出したんですけれども．それから文学的なことをいっちゃいけないけれども，シュニッラーの「みれん」ですか，「Tod」，鷗外が訳したあれなんか．それからブルジェの「死の意味」だとか，この例に出ている「高瀬舟」ですか，あの問題だとか，まだそういうものを扱ったもの，たとえばアンドレ・ジイドの「背徳者」，これは病気の快復期にある人間の生命に対して——私もテーベで2年寝たんですよ——快復期にある人間が，いかによみがえった生命に対

して喜びを感ずるかということを考えさせられますね．そういう文芸作品はたくさんあると思うんです．

しかし特殊的なもので表わさなければ，文学は成立しないかもしれないけれども，やはりそこにはエトワス（etwas）があると思いますよ．

木島　でも大段さんの例は，われわれ医者にとって少なくとも，お灸としてはぜったい必要ですね．

村松　一つのなんか清涼剤みたいな感じを持つんですね．

永井　実際自分が患者であった場合の気持を考えると，こういう良心の葛藤で苦しんでくれる医者であれば，やはり大へん安心だという気が私はすると思うんですよ．それが浦田先生のおっしゃるようなアメリカ的な，非常に割り切った考え方のお医者さんである場合には，大変にその腕がよければ多少ちがうかもしれませんが，それでも不安な気がすると思うんですね．

浦田　患者の立場からいうと，たしかにそういう気がしますね．私もそう思う．思うけれども，私戦争行ってつくづく感じたんですよ．私たち軍医は手術したり投薬したりして傷病者を治すんだけれども，軍司令官が一回ヘマなことやったら，なんとわれわれのやってることはむだなことだろう．それもそうだが，さらに，政治家がこんな戦争まで持っていっちやったのだが，いったいそいつは誰だというわけですよ．つぎは政治家もだけれども，思想家なんかがねえ，ほんとに現実的な，戦争をしないですむような，そして皆が皆飯が十分に食えるような思想を作ってくれればいいのに，妙な思想作って，それにけしかけられて人類が気違いみたいになってお互に戦っている．こういう本をかく人たちこそ，実に，なんていうかな，ノイローゼになるぐらい反省してもらわなければ困るんだ．医者のちょっとしたヘマなど知れたもんですよ．問尺にあいません．

村松　合わねえ．（笑）

浦田　だからなんとかして，皆が飯を食え，戦争をせずにすむような，しかし白アリのような自由のない世界ではなくて，またああなっちゃったら人間は意識のない機械ですから，全体主義ですから，なんとか，自由があって飯の食べられる世界を作ってくれないものかと，20年たったいまでも思ってますよ．

村松　つまりぼくがこれ読んで感じたことは，いま先生おっしゃったように思想家も頼りないですよ，それから政治家もだめだ，学者さんもだめということになって．そうするとみんな一歩一歩前進するためには，一体誰ががんばらなければいけないんだというようなものを，少なくともわれわれ町医者に教えてもらいたいものであると．

浦田　ところが宗教家というものは世界をうんと毒しているんですよ．カソリックとプロテスタントがどれだけ戦争をやって，どれだけムコの人間を殺していったか．自分たちは額に汗しないで，口先だけを権力を握る．人間を殺していったか．

村松　あれは戦争と結びついているからね．

浦田　みんな結びつくんですよ，人間であるからして．人間はなにも宗教的な存在だけじゃない，経済的な人間でもあるし，政治的な人間でもあるからね．今もってマルクス主義と自由主義とが，この地球上でドンパチパチをやってるでしょう．マルクス主義も一つの宗教と考えて私はいいと思うんだ．だから，物一つというのも，なかなかむずかしいですよ．

藤沢　創価学会が宗教であるならば，共産主義も宗教だと私は思います．

浦田　だから，そういう人が言葉美しく，人間はこうやるべきだ，ドクターはこうやるべきだ，といってること自体追及しなければならない．そいつをうのみにして，ああそうですかというのは，うなずけない．少し，これはリクツですがね．

藤沢　それはまさにそのとおりです．

（春日先生出席）

村松　今までの経過をお話ししますと，つまり治療行為の限界というものには，やっぱり倫理的な問題があるわけですね．それから2番目にさっき日向野先生もご指摘下すったけれども，治療する前に診断とか，科学の方法の問題があると思うんです．つまり自然科学の方法と限界の問題があると思うんです．3番目に制度の問題とか，経済の問題があるんです．4番目に永井先生ご指摘下すった患者の側の問題があると思うんです．これは医者自身も含めていいと思うんですが，この患者の問題を4つに分けると第1に生命の延長の問題があるわけですね．それから第2に苦痛の除去の問題，それから浦田先生がご指摘下すったリハビリテーション問題．4番目にはエモーショナルの問題，つまり愛情の問題がある．この4つの問題点があるわけです．それから浦田先生にいろいろ具体例をあげていただいて，いまは4番目の患者の側からの問題点をいろいろ具体例に即して話しをしたらいいんじゃないかということをお話してきたところに，ちょうど先生がいらしたということです．

春日　ぼくたち患者の意見とか，苦しみというのは葛藤そのものだと思うんですね．

そういうものをまともに受けとめているかどうか，ということがそのお医者さんの姿勢であり，その人の心の

高さだと思うんですけれども．これはまだ制度の問題なんか出ていないので，こういうことというとおかしいんですけれども，やはり多分に制度的なものが，確かに毒している面があるように思うんですね．

今のような制度がなければ日に日に，年々われわれの反省というのが，今よりもより以上きびしく，かつ人間らしく行なわれるんじゃないかというふうな気もするんですけれどもね．それから藤沢先生がいった文学というものは，ある特殊性の一つの表現だということいっていましたけれども，ぼくはそうじゃないと思うんです．そういうふうなものもやっぱり集約だと思うんですよ．たとえば死に対する問題でもね，別に特殊なケースの扱いじゃなくて，たまたまそういう多くの事例というものを，作者の人間観察というものから，多くのその人なりの練り合わされた考えから生まれるものだから，特に死だとか，そういうものに関するテーマは，ぼくはおそらく特殊なものじゃなくて，ごく底辺の広い，一般的なものじゃないかと思う．

藤沢　私がいったのはこういうことなんです．学生時代，私が道を歩いていると，お寺の門の前に乞食がいて子供にきたないにぎりめしを食べさせていた．それを見て私がこういったんですよ．「ああかわいそうにな，私たちよりもよっぽど良い人間かもしれないのに，ああいうことをしているな．」といったら，日高（日高啖二先生）がこういったんですよ．「なにいってやがるんだ，そんならあの乞食と1ケ月も一緒に暮らしてみろよ．」そういわれたことがあるんです．

春日　特殊なものということの考え方だと思うんです．

藤沢　そうかも知りません．だけどそれは，一般を反映しているかもしれないけれども……．平凡な生活を書いても，志賀直哉みたいな立派なものもあるにはあるんです．しかし一般的には特殊な症例でなくては医学の症例報告にならないと同じような意味で，特殊なことが述べられることが多いので，文学作品のすべてをたして平均したものは，決して一般にはならないという意味なんです．だけれども非常にいい思想を与えてくれると思うんです，文学はね．文学青年の一番の欠点は特殊なものをもって，一般的なものを制するからですよ．われわれ医者は一般的なものをもって特殊を制する．その一番典型的なものは浦田先生ですね．一般的な概念でもって，特殊を制する．それは理念のかたまりだと私は思うんです．（笑）

浦田　それはね，人間というものをあまりきれいに考えたり，あまりにも理想的な誰かをもってきて，それに合わせて世の中を動かそうとするからウンと無理がいくので，人間を平々凡々たる利己主義的な存在だと考えて，その上で，医者がうまく活躍できるような環境にもっていってやれば，いいので，たった一つの，ある理念を持ってきて無理やりにこうあるべきだというと，このあいだの岩手医大の問題みたいなことになっちゃって．医は仁術だからこうしろというけれども，大部分の医者が守れもしないような状態にしておいて，そしてこうあるべきだ，あゝあるべきだという．だから，ぼくはアマノジャクだから，ことさら反撥するわけです．

藤沢　賛成です．

永井　もう一つ医療行為の限界に関連すると思うことは，医者の人間性の幅です．“人間の医学”12号にちょっと書いてみたんですが，私たちが患者を見る場合，まず患者を受けとめることから出発するわけでしょう．診断や治療行為をするためには先ず人間関係をととのえる．ラポールを作らなければならない．ラポールを作れる相手が片方のはじは大学教授から，片方のはじは今の乞食，あるいは魚屋のクマさんまでレパートリーが広くありたいわけですけれども，こちらの医者の側にやっぱり限界があって，自分のラポールを作り得る幅に，制限があります．それで医者はそれぞれ自分の得手な人と人間関係ができ，患者と医者との結びつきができて，その範囲でうまくいってはいるわけですけれども，この人間関係をどういうふうにやったらもっと幅広く作っていくことができるか，どうしたら患者を失望させないで広くうけとめていけるかという医者の人間性拡大の問題があると思うのです．今の年令的なエネルギーの問題もありますけれども，もう少こし具体的に，何か方法が研究されてよいのではないかと思います．

村松　4つに分けたというのは，つまり今まで倫理，倫理というので押しつけられたような考え方を持ってるわけですよ．そうじゃなくてつまり主体性の問題なわけですよ．これをぼく大いに論じていただきたいと思って，一番最初に医は仁術というような倫理だけじゃなくてね，そういう意味でいま永井先生のおっしゃった医師自身のパーソナリティの問題，それからパーソナリティから幅といいますか，そういうような問題を一つやらんといかんですな．

木島　先生にいつかお話したと思うんですけれども，カール・ビンガーという人の本です．創元科学叢書，懸田克躬訳の「新しき医学への道」の中で，彼は面白いことをいっているんです．それは多分にその，自分に都合のいいように解釈したんだけれども．（笑）

村松　それでいいんだよ．

木島　開業医を志す人は35才までは何でもやれと書いてある．だから，炭坑街にも住み，淫売窟にも住み，そしていろんな，人間というものはこういうような環境にいて，こんなことをするものだと，自分の目で見て経験なさい，そして開業して下さい．35才までマルチブルに人間を見てからオッフエンしろ．そして最後に開業してからもつ気持というのは，自分の感情よりも相手の患者の，権利を尊重するような気持，そして逆に自分の権利よりも，相手の感情を大切にしろ．だから感情と権利というものが相対関係において変わってくるわけですね．そういうふうな気持を持って幅広い役者であれ，なんてことを書いているんですよ．大変むずかしいことだけれども，それを読んでこれはしめた，と大変安易な解釈で感じたんですけれども，今でもなるほどなと思いますね．

秋月　結論はね，最後には，医療は自分のものだと．それを社会に応用していくのが医師個人の権利であり，義務なんですね．ただ普通の習った医学をそのまま使っているんじゃなくて，消化して自分のものにしてやらなければ，生きた医療にならないんじゃないですか．そして自分に気に入った患者は自分についてくる．気に入らない患者はやっぱりこないんだというところで，やっぱり自由というものもあるんじゃないですか．

木島　春日先生がテレビにお出になった時の緒方先生とのあれで，どうも医者と患者の間というのは相性なんだよと．

春日　8月に，藤沢先生からなにかしゃべれというので，ぼくはいま大変凝っちゃって，10年以上きている患者とか，5年以上，2，3日前からと分けて，その中で金はあるけれども大きらいな患者とか，長くきているけれども大好きだ，長くきているけれどもうるさくてしょうがない，いやでいやでしょうがない患者，それが何名ぐらいあるか，いろんなファクターを揃えて，時間外になってばかりくるけれども非常に好きな患者とか，いろいろしらべてますが，それで見ますと，いま永井先生もおっしゃったし，それから秋月先生の話にも通じていくと思いますが，ぼくたちのパーソナリティもありますよ．私自身いろいろ練ってみたりひねくったりなにかしながら，なるべくレパートリーが広いというより，自分なりに，押しつけられた倫理感じゃなくて，対患者への医師の倫理性というものは自分なりに努力して作っていかなければならないと，ぼくは思ってるんですよ．

患者というのは非常に多種多様で，自分とジョイントができないというのがいっぱいいるんですね．こちらが非常に好意を持っているけれども，相手がいやがるらしいとか，非常にこちらに好意持ってるけれども，あまり近づいてほしくないというのがあると思うんですね．つまり“相性”の問題ですがやっぱり押しつけられた倫理じゃなくて，自分からのものを作っていかなければならない．だからぼくなんかどうしても，ホーム・ドクターの端っくれの，チョボッコイ端くれでしかあり得ないと思うんですけれども，それなりに心の面での努力が，技術的な面でも自分には自分なりに，自分という人間，つまりフィールターを通すということになり得ると思うんですね．

村松　問題は教育なり医学，医局の教育なり，その保険診療なりというようなことで，どういうふうな屈折をとるかという軌跡をね，ぼくは先月号に書いたんですがね．やっぱりもう少こしふり返ってみる必要があるんじゃないか．

春日　苦しいぞ，苦しいぞといってるんだけれども，どこにほんとの苦しみがあるんだという問題だと思うんですね．

永井　一つの出発点で調査みたいなものを，春日先生が今おやりになっているんですね．

春日　自分でもどうしていいかわからないですね．1週間でね．

村松　ぼくは医者のパーソナリティを前から考えているんですけれども，つまり先生ぐらいの世代まではですね，やっぱり人間を向上させるという気持があるでしょう，向上させるというとおかしいけれども，いま永井先生がおっしゃったように，幅をだんだん広く．若げのあやまちということがありますね．年令を重ねるとか，経験を重ねるとかということで，そういう幅を広げるとか，人間を向上させるとかいうイメージは，自分自身をきたえあげるという意味でありませんか．

浦田　あるでしょうね．今の人たちもあるでしょう．

村松　それをどういう形で，今は若い人たちが追求しているか．あまりにも現実肯定しすぎているんじゃないか，という気もしないことはないんだな．一方には全学連はいますがね．（笑）

浦田　それは，一般的には，さっきいったギブ・アンド・テークでいいと思います．そういう一般の人よりすぐれた人はいることはいるんです．たとえば山室軍平さんのような人がいる．そういう人がたくさんおれば，その人たちに合わせて，そういう立派な人たちがほんとに生活の十分できるようなシステムにすべきだと思うんですがね．だけれども，残念ながらそういう人はまれなんだから，教育をそういう立派な人に合わせたらいかんですね．やっぱり低いところに眼高をおいてね．

村松　ですからそれは，高いところというとおかしいけれども，科学的な視点というものを全然無視すると，農大シゴキ事件の根性論になってくるので，それは厳に戒めなければならないんだけれども．

浦田　一番問題なのは，これはまた保険の問題になるけれども，ああいう制度を作ると，これをうまく利用する人は，いくらでも金もうけできるんですよ．いくらでもといっちゃ悪いけれども，非常にうまく金もうけができるんですよね．そうしてね，ほんとうに真面目な人が食えない状態にいるわけだ．それで医者がほんとに向上しようという，誰でもがある程度，その程度はさまざまだけれども，持ってる心を剪み取る．なぜって，向上しようと思って勉強すればするほど収入が下がっていくというシステムになっているでしょう．それと，人間には誰でも自分の大望，アンビシャスという意味のね，それをやりたい，出世をしたい．それからなにか発見したい，ある事業を，医者としてのこういう変わった仕事をやりたいというのは，全部，今の制度ではつみ取られているわけですよ．そして不当な利益を得ているのは，医者としての適格者でないことのほうが多い人．むしろ，そういう人になることを助長している．国民はそのために，かえってものすごく損している思うんですよ．ですから，医者はどうしても“療養費払い”かなんかで支払い側というか，今の制度から離れないといかんのです．

これは別の話しだけれども，さきほど永井先生に，私は故意に反論したものだから，あえて補足しますと，永井先生が「病気の中の人間」という著書から引用されて，誤判，誤診を痛いまでに反省しなければならない人を医者と裁判官とに限定されましたが，私は医者と裁判官だけに限定する必要ないと思うんです．社会の人は大なり小なりそういうことあるはずです．その人が誤判ということに対して，非常な反省をいつもしてもらわなければいかんということは，たいへんにいいと思うんですね．そのときにその反省の仕方は，単なる悩みじゃなくて，もっと自分が勉強して，そしてもっといい，今度は治療なり，診療なり，判決なりをしようということにもっていけば，ずっと容易に頭が切り換えられる．早くストレスを解消してその方向へ持っていきたい．

藤沢　今の制度は最低です．

浦田　だから，どうしても，これを切り崩さなきゃいかん．そうしなければ，ますます，医師は堕落しますね．

村松　ですからきようの話しも，こういうものとこういうものと，フレッチャーみたいなものと制度として関連して論ずるというところに，やはり一つのぼくは大きな意義があると思うし，それをやるのは実地医家のメンバーじゃないかと思うんですよ．こういうものと具体的なものとの穴を埋めるものとしては，きょうの会合が非常に意義があるんじゃないかと思うんですが．だいたいきょうは分類に終ったんですが……．

春日　明治の医者は恐れられ，大正の医者は尊敬され，昭和の医者は軽蔑されるというようなこんなことばが，普遍化されてきたその底辺に，冲中先生じゃないけれども，エリートとして，線にのってつっ走しっていって，それなりの一つのパーソナリティといいますか，人間の堀り返しもそれなりに進んでいったかっての偉い人たちと，現在われわれのようなごく平凡な町医のそうしたなんていいますか，社会的な環境とか，われわれの思想の芽ばえ，生長とか，今後の見通しとかいうふうなことはどうあるべきか．仁術とか，枯れ枯れになった１本の，とってつけたようなふざけた言葉じゃなしに，人間という木をもう一度自分のものとしてはっきり取り込んで，それからというふうな見方のものを，ぼくは教えていただきたいなという気がするんですけれどもね．

村松　これは「医学史研究会」というのがありまして，ぼくらはやってるんですけれども．そういう社会状況がお医者さんとどういうふうな関係があるかというようなことは，やっぱり作業しているグループがあります．それはやっぱり，きっちりぼくはまとめたなければいけないと思いますし，それは医学史の案外盲点ですね．今までの医学史というのは，だれそれはこういうときにこういう発見をしたということだけであって，そのときの文献はこうであって，そのときの治療法はこうであったということだけなんでね．そうじゃなくて今おっしゃったような，そういうときの社会状況が，お医者さんをどういうふうに必要としていたか．そしてその必要度というのは，お医者さんのパーソナリティにどういう変化をもたらしたかということをがつちりとらえる，ということによって，永井さんの提案されたようなパーソナリティが現代のものにつながってくると．

春日　ぼくはそういうものから堀り返していかなければ，第三者が集まって，ほんとの青写真を出し合って，お医者さんがめくらにされてできても，それはやっぱりぼく本物じゃないという気がするんですね．

藤沢　医者以外の人を座談に入れればいいね．

村松　それはまたチャンスを作りましょう．きょうはそこまでいくあれはございませんでしょう．

秋月　今のお話しで，たとえば一つの問題をとってですね，現在の医療保険制度，日本の国の医療保険制度はどうしてできたかと，そのどうしてという意味は，どう

いう環境で，どういうふうにできたかと．どういう思想の人がこれを作ったかとか，どういう社会状態でできたかと．初めはこうだったけれども，こういうふうに変わってきたと．

この判断に，やはり個人差があるんですね．東北地方の人の考えることと，東京の人の考えることと，北海道の人の考えることと，またぼくらみたいに軍人だった人が考えることと，違うと思うんですよ．そのいい例が大東亜戦争でなぜ日本が負けたかということを，ぼくは友人と議論したことがあるんです．そのときに私はとにかく，当時の日本の指導者が，ドイツが勝つと思ったというのが最大の理由なんだといったら，その相手はそうじゃないんだと，これは当然負けるべくして負けたということを，いろんな例でいうわけですよ．だけど私が直接戦争をやっていた人間として——私がやったわけじゃないけれども——．

今でも，日本が負けた理由はドイツが勝つと判断したということだと思ってるんですよ．それは変わらないんですよ，そういう個人の考え方というものは，なぜ日本の医療制度の，間違ったものができてしまったかということに対する判断も，やっぱり個人差があると思う．歴史というものは個人によって，みんな解釈が違うということをいいたいわけですよ．

浦田　日本が戦争に負けたのは，ドイツに賭けたせいもあるでしょうけれども，根本的には，アメリカの生産力と日本の生産力との違いによるんですよ．これも個人の意見でしょうけれど．

秋月　そういうふうにもう変わっちゃうんですよ．

永井　それは史観というか，ものの見方の違いですよ，立場の．

村松　今まではこうなんですよ．自分で考えたということで，いろんなジャンルの人があって，討論をして，そこから生み出したものが一体なんなのかというような訓練が，われわれにはなかったわけですよ．それをやっぱりもう少こし，いま藤沢さんいったけれども，歴史家を呼んでここで話そうじゃないかというのも，自分の参考とすればいいわけですよ．医学のジャンルは医者だけで考えるということじゃなくて，やっぱり歴史家も必要でしょうし，経済学者の発言も必要でしょうし．

秋月　塩田先生とお話したときに，昭和21年に，東京第一病院をオープン・システムの病院にするということが，アメリカから示唆されたわけですね．そのとき厚生省で色々討議したけれども，塩田先生の一言で，こんなことやったって，日本で使う人誰もないんだと．そういうことでオジャンになった．ところがあのときに，オープン・システムの病院というものを全国的にやっていたら，日本の医療制度というものは全然変わったんですよ．開業医が自由に病院に患者を送って，自分がそこのスタッフになってやれというように全部しちゃえば．

浦田　ある人があのさいこうやったら戦争は勝っていたかも知れないとか，こうなっていたんだ，ということは，いくらでもいえるんですよ．いえるけれども，しかしだいたいの歴史はトレンド trend というものを考えなければいけない．日本の生産力というものがあのていどであれば，日本があのときこうやっていれば，あそこでは勝っていたとしても，またけっきょくは別の戦場で巻き返えされて，やられる．歴史を見る場合，トレンドというものをいつも考えて，確率の多いほうに賭けなきゃいかんのです．われわれ個人の人生もつねに確率の上に乗って，毎日毎日暮らしているというのが本当です．だからそれにスポットを当てて，未来を考えなくちゃいけないわけですよ．

秋月　あとになればいえるんだよ．

藤沢　クレオパトラの鼻がもしもう少こし低かったら，世界の歴史が変わっていただろうと，いったってしょうがない．象が卵生むとしたら，卵の直径がどのくらいあるかといったってしょうがない．（笑）

秋月　あとになればわかるけれども，われわれはやはり，同じあやまちを繰り返したくないんだということですね，今の向上するとかいうことは．しかしそれはわれわれも，あるいは明治の人もそうだったけれども，今後の人だって，同じあやまちを繰り返したくないということは同じだ思うんですよ．人間が生きている限りはそうですよ．

藤沢　治療の限界の結論は，ケース・バイ・ケースですね．科学的ではないけれども……．

村松　分類したから，もう少こし会を重ねてやったらどうでしょうか．

秋月　ぼくは，いろんなことがあるけれども，やっぱり最後は医師の，自分の人格というものが医療を決めていくんじゃないかと思うんですよ．

松村　エレクトロニクスでガチャンとやれば，こういうケースとこういうケースとこういうケースがあって，出てくるといういとじゃない．

藤沢　ケース・バイ・ケースが科学的でないからといって今ガンで死のうとしている患者に矢田部，ギルフォードの性格調査表を書かして，左下り型の人にはガンとはいわない，右下り型の人には知らせましょう，というわけにもいかない．この間，恵畑君（恵畑欣一先生）に書かしてみてね，そうしたら右下り型なんですよ．そこ

で「あなたがガンになったら知せましょう.」といったら「よして下さいよ，それは知らせてほしくないですよ.」と彼は云いましたね.

木島　きょうの座談会というのは，そういうものの導入部としては大変意義がある.

藤沢　プレリュード，前奏曲ですよ．前奏曲を演じただけでも価値があったと認めて，きょうは解散しましょうよ.

（以上）

“経口避妊薬と肝障害”

経口避妊薬によって肝障害がおきるかどうかを知るために，投与の前，中，後の3回にわたって，肝機能検査を実施してみた．投与した薬剤は，子宮内膜炎の患者26例にたいしてはリネストレノール lynestrenol 1日 5mg，10 例にたいしてはリネストレノール1日 5mg およびメストラノール mestranol 1日 0.15 mg で，もちいた肝機能検査は，血清グルタミン酸トランスアミナーゼ (SGOT)，血清ピルビン酸トランスアミナーゼ (SGPT)，血清ビリルビン・チモール混濁反応，血清アルカリホスファターゼおよび BSP 検査であった.

その結果，リネストレノール投与例中2例と併用投与例中4例において，トランスアミナーゼ活性の増加と BSP の軽度停滞をみとめたのみで，そのほかの検査には，著変をみとめなかった．また，肝障害を思わせる自覚症状を訴えたものはひとりもなく，薬剤の投与を中止したところ，異常値はただちに旧に復した.

——*Brit Med J* **1**：1289 (May 15) 1965 より——(卓)

論　説

共産主義者と社会主義者の希望はともに誤っている

Max Eastaman

浦田　卓訳

はじめに：これは Max Eastman の "社会主義の挫折についての省察" Reflctions on the Failure of Socialism の第1章の訳である．この本の序文，第3章，第10章は，それぞれ本誌第10号，11号および12号に訳出しておいた．

私があえて同一著書をしつこく訳出するゆえんは，こんにちのわが国は，このイーストマンが危懼している方向にじりじり進んでいるように思えてならないからである．われわれの最も関心をもつ医療の世界は，いまさらいうまでもない．

自由を真底から愛好するほとんどすべての人びとは，共産主義者に敢然と抗して奮い立つ．しかし，自由世界がその安定性をとり戻そうとし圧制にたいする昔日の毅然たる抵抗を回復しようとする，その努力を阻止しつつあるのは，あえて共産主義者のみではない．社会主義者たちもまた，もっと微妙なやり方で阻止しつつあるのである．彼らはイタリーで，共産主義者に同調した票を投ずることによってド・ガスペリの強力にして賢明な政府を追放し，さらに同様な行動に出るぞと脅迫することによってガスペリの後継者たちを弱体化している．フランスでは"資本家"の政党に衷心からの協力を拒否して安定政権の誕生を不可能にし，共産主義者の思うツボである"混沌"を作りだしている．ドイツではアデナウアーと，"ドイツの奇蹟的復興"をほとんど独力で達成したその蔵相ルードウィッヒ・エアハルトとを追放せんがために最大の努力を払ったのち，共産軍の侵入にたいする西ヨーロッパの効果的抵抗の唯一の希望ともいえる，西ドイツ再軍備計画にたいして，いま私がこれを書いているとき，反対運動を展開しているのである．イギリスではどうか，社会主義者たちはドイツの奇蹟的復興のイギリス版を不可能にした．彼らの政府は共産中国を承認し，そしてユーラシア大陸の難攻不落の陸塊すなわち世界的な要塞にたいする共産主義者の確保をつねに強化すべく推進しているのである．ノルウェーでは，彼らは鉄のカーテンのこちら側で全体主義国家に最も近い国家を建設したのである．

アメリカでは，事態は以上と格段の相違があるかに見える．しかし，そう見えるのは，多数の社会主義者たちが党というレッテルを放棄して，他の団体にひそかに潜入するというフェビアン主義者の政策を採用したからにすぎない．ノーマン・トーマスは党執行委員の地位から引退し，いまは政治指導者としての活動はしていない．かっては社会党の公認候補者名簿に副大統領候補として名を連ねたことのあるメイナード・クルーガーは，党から引退したが，その引退声明に曰く，自分が今回引退したのは心境の変化によるのではなく，献身的なアメリカ社会主義者としては"民主党の内「外」における「自由党と労働党の提携」liberal-labor coalition を支持すべきだと考えたからである"と．民主党はこの「自由党と労働党の提携」によって，集中権力にたいするジェファーソン的抵抗機構から，すでに国家統制の強化を公然と謳歌する主唱者に転化したのである．これこそ，ヤルタ，テヘラン，ポツダムにおいて犯し，はたまた世界のほぼ半ばを共産主義者に売り渡した"中国物語"において犯した，数々の愚行で，大きな役割を演じた曲者なのである．

そういうわけで，他国と同様にアメリカにおいても，自由にたいして反対の働きをしているのは，この社会主義理想なのである．その確実なること，共産主義者がそれの実現達成に邁進していることが確実なのと，まったく同様である．みずからを労働階級の前衛とよぶ孤立した熱狂者の小グループが権力を奪取し“ブルジョア国家を粉砕”すれば，そのあとにはプロレタリアートの独裁——あるいは彼らみずからの独裁以外のどういう形の独裁でも——をうち樹てることができる，とはレーニンの考えであったが，心あるアメリカ人の眼には途方もなくバカげたもののように映るに至った．このような独裁権力が一国の経済の全責任を引き受けたうえ，すべての人間が自由で平等に暮すことのできる階級なき社会への道を先導できるなどという信念は，思い出すことさえむずかしくなりつつあるのである．思い出しさえすれば，その本質は危険なオトギ話にすぎないことを理解できるのであるが．

しかしわれわれは，もう一つの別の，つぎのようなオトギ話にたぶらかされているのである．すなわち，リベラルな心をもった革新派の大きなグループが，階級を僭称せず，また権力を手中に収めるのでもなく，権力のなかにひそかに潜入して，国家を粉砕する代りに国家をみずからの意志に従わせて，国家経済を監督すれば，自由と平等の世界に近づくことができる，というオトギ話がそれである．この第2の説は，じつのところ，第1の説よりもさらにユートピア的である．少なくともボルシェヴィキの計画では，そのプロセスをやり遂げる社会的勢力が指名してあった．ひとたび現存の秩序が粉砕されたあかつきには，労働者階級は資本家階級の膝下に叩頭することなくして経済を運営するであろう，そして階級なき社会は人間の自然本能からおのずと生ずるであろう，といえば，いかにも科学的らしく思われた．法律家，実業家，労働組合指導者，政治家および知識人のある種の組合せによって以上のような至福千年を実現できるという信念は，とうてい真面目に受けとることはできない．しかしながらレーニンの似而非科学的・夢物語的な希望が雨霧消散するにつれて，以上のようなさらに純粋完全な幻想が，これにとって代る傾向がある．

私の引用した語句は，アーサー M．シュレージンガー・ジュニアが，1947 年の Partisan Review 誌の 5，6 月号にのせた，“社会主義の未来”に関するシンポジウムに寄稿した論文からとった．シュレージンガー氏はその論文のなかで，社会主義を月並な言いまわしで“あらゆる有力な生産手段の国有化”なりと定義し，そして“長期計画としては……まったく実際的である”と宣言した．彼はその前と後で矛盾撞着することをのべたが，これらの言葉が明瞭なまたは確乎たる意見を表現しているとは思えない．しかし，そのためにかえって，これらの語句は私がいわんとする危険をますますハッキリ説明するハメとなっているのである．アメリカで恐れなければならないのは，凝り固った旧式のマルクス主義理論の信者ではない．こういった旧式人士は，みずからを民主的と称してはいるものの，階級の分裂を促進させることによって進歩がもたらされるというマルクス主義理論にたいしては，口先だけのオセジをいっているにすぎない．本当のところは，彼らはこんにちではもう，マルクスの理論など信じていないように思われる．この国における階級関係の現状をみれば，このような信念を抱くには，マルクスでさえまえもって用意しなかったような精神的な離れ業をいくつか演じる必要があろう．彼らは，以上をふくめたマルクスの神がかりに，形式上しがみついてはいるが，そのためかえって彼らは孤立の立場に追いやられているのである．彼らのオトギ話は危険というにはあまりにも現実ばなれしている．アメリカの民主主義にたいして微妙かつ現実的な脅威となっているのは，いわゆる“官僚主義的社会改革家”——これは法律家・経営者・政治家・知識人連携の企図する革命の斗士にたいして私が名づけたレッテル——である．レーニンの夢があせてゆくにつれて段々ハッキリしつつあるのは，彼らの夢にほかならない．

以上2つの夢に共通した仮説は，国家機関が経済の責任を負い，一つの計画に基いてこれを運営すれば，社会はより多くの自由と平等を享受するとともに敢て企図しなくとも秩序と繁栄を謳歌できるというにある．この仮説はいかにも尤もらしい仮説で人を魅了するに足るが，その実けっしても本当ではない．一国の経営を企画運営する国家機関には，経営執行部のもつ権力を必要とする．そしてこれは，経営に従事するすべての人にたいして生殺与奪の権をもつことを意味する．もしその命令に従わないものがあるとすれば，これを追放に処するまでである．これはまさしく，独裁主義国家機関というべきものである．だれしもそうなることを望むものはあるまいが，しかし，もしそうならなければ，国家経済は粉糾するだけであろう．

以上の点は，“社会化”経済のアイデアが提唱されて以来 100 有余年のあいだに多くの現実的な賢者が予想したところである．しかし世界は経験を積んでいなかった．経験の少ない若人は，大人のいうことに耳を傾けようとはしないものである．（私は耳を傾けることが最も嫌いな人の1人であった．）しかしながら，最近の 35 年

間につぎつぎと出現した国家経済についてわれわれが実際に積んだ体験は，この簡単な事実を納得するに，十分すぎるぐらい豊富であると，私は思う．これは大工場，銀行，デパート，その他大勢の人が働いている企業の運営をみれば，何びとといえども悟らざるをえない事実である．そこにはボスがいなければならない．しかもその企業のなかでのボスの権威は承認されなければならない．もし承認されなければ強制的に認めさせるだけのことである．

しかも，その企業が巨大複雑であれば，ボスのもつ権威は一時的であってはならないのである．ほんの束の間といえども，ボスをその椅子から追払い，その企画を放棄し，企業の目的と運営について別のアイデアをもった誰かほかの人をボスの椅子に据えるわけにはいかないのである．企画という概念そのものが管理の持続を意味しているのである．そういうわけで，ボスと管理職の定期的選出は国家計画経済と矛盾しないという考えは，論理と想像力に欠けるところがある——このことは，“企画”という言葉をハッキリ定義してみるか，一つの企画を心眼に描いてみさえすれば，明かであろう．小企業のばあいなら，それもおそらく考えられるだろうが，国民のすべての富の生産と分配を単一事業体が取扱うとすればいったいどうなるだろうか．政権の座についている人びとがその国のすべての就職口を管理しているとき，はたして選挙が公明正大に行なわれるものであろうか．選挙が公明正大に行なわれるとすれば，選挙を開催することは，経済の下にしかけた爆弾を爆発させるようなものであろう．

全体主義国家では選挙はいかさまであり，その投票用紙に記載される党は一つだけで，候補者のリストも党の承認したものばかりであるが，これは計画経済につきものなのであって，皮肉な独裁者の単なるトリックではない．いかさま選挙が行なわれようと，選挙がなかろうと，社会主義を徹底すれば，そうなるにきまっているのである——抜目のないボルシェヴィキ，トンマな社会民主党員または上品ぶったリベラリストのだれが社会主義をもちこんだにしても，である．現在政府は国民所得の三分の一しか取扱ってはいないが，それでも政府与党を打ち敗るにはジョージ・ワシントン以来最も人気のある候補者を必要とした．彼でさえ，心底より反対の立場に立つ議会では，その意志を貫くことはできないであろう．国におけるあらゆる企業とあらゆる賃金および月給を直接統制している政府を，いったいどういうふうにして廃めさせることができるであろうか．ただ単に個人的な利己主義——これはおそらく重力にも似た力であろう——のみならず，公的な思慮分別，つまり愛国心もまた，廃めさせないように作用するであろう．人は“中流で馬を乗り換えるな”という．しかしわれわれは，いつも中流にいるのである．というのは，国民の全生計は，未完遂の企画に依存しており，したがってまた政権の座についている人びとの手中に握られているからである．“ボートをゆするな”というのは，政治的教訓の永遠のスローガンであり，骨子である．このような教訓が刑法によって強制されなければならないだろうことは，火をみるよりも明かである．

☆私の医書購入の順位は☆

(1) 今買わなければ二度とめぐり逢うことがないかも知れぬ本．
(2) 訂正増補を重ねていてその最新版が最近出た本．
(3) 日常の診療に非常に役立つ本．　(4) その他，　　（ケ　ン）

＜こ と ば＞

“脳波検査もまたあくまでも臨床的な諸種検査法の中の一つの検査法であり，脳波所見に異常を認めたからとて，これだけで直ちにそれが，その小児全体に対する病気を代表するような印象を与える臨床診断名とすべきではない．また実際の臨床において，このような診断名による，いわゆる医原性障害と考えられる弊害も認めるので特に注意したい．”

——岩波文門——“小児科”より　（春）

「かぜ薬で親しみのある，アンチピリン・アミノピリン・ズルピリンなどのピリンは，**PYRIN**．アスピリンのピリンは **PIRIN** で，ヒップがちょっとちがいます．ちがうのも道理で，アスピリンはサリチル酸系，アミノピリンなどはピラッオーロン系でもともと性質がちがうのです。」……ある婦人雑誌の記事です．うかうかできませんね．ママはなんでもよく知っています．（トマリホ）

研究と臨床

注射時における疼痛軽減の試み

—プレショットの使用経験—

≪石浜淳美≫

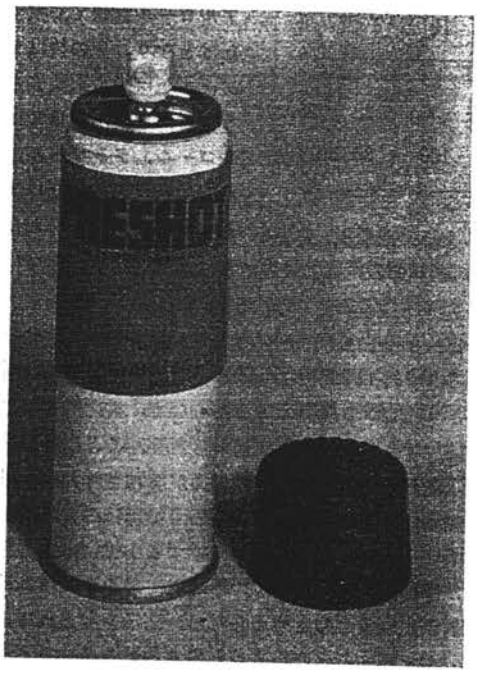
1853 年 Charles Gabriel が注射器を発明し，塩化鉄溶液を動脈瘤内に直接針をもって注入して以来，薬剤の投与方法として注射療法なるものが生まれるに至った．

その後皮下，筋肉，静脈と，注射療法は薬剤の経口投与とともに，広く一般に行なわれるようになった．

注射によって薬剤を投与することは，内服した薬剤が腸内で吸収されたのち，肝の解毒作用で分解されるのにくらべて，合理的で作用も早く，濃度も高く作用する利点がある．しかるに注射時における注射部位の消毒に関しては，注射療法が行なわれて以来今日まで，特別の改良が行なわれていない．

今日一般に行なわれている注射部位の消毒には，ヨーチン，アルコール，クレゾール等の溶液を浸した綿球で，注射部位の皮膚を軽く拭くというだけである．また静脈注射を除いた皮下，筋肉注射では，投与薬剤そのものはもちろん，それを溶かしている溶媒の pH，滲透圧等の関係で疼痛が伴うのが普通である．

第1図　プレショット外観



第2図　プレショット噴射操作中

皮下より筋肉内，筋肉内より静脈内と，疼痛は軽くなるのが普通であるが，薬剤によってはどうしても静脈内に注射できないものもある．そのため，皮下，筋肉内注射では，おおくの場合その疼痛を軽減する処置が講じられている．またなかには，薬剤の中に鎮痛麻酔剤を含ませたものもある．

しかし，たとえ注射薬剤に麻酔剤を含ませたとしても，注射針が皮膚を貫通する場合の疼痛を除くことはできない．そのために，小児や神経質なもの，医師や看護

婦等の知識のあるものは概して注射が嫌いである．

プレショット（第1図）は，これら注射時における注射針の貫通する時の疼痛を軽減すると同時に，従来余り関心がはらわれていなかった皮膚面の消毒作用を一定にする意味で考案されたものである．

使用法は注射に先立ち，注射部位の皮膚面に 10cm の距離から約2秒間薬液を噴射し，薬液の噴射された部位にただちに注射を行なうようにする．注射後は軽く清潔な指で摩擦する．静注の場合で血液がもれる場合には，小さな消毒綿球で注射部位をしばらくおさえておく場合もある．

成績／皮膚面の消毒効果と鎮痛効果についての成績はつぎのとおりである．

本品による皮膚面消毒効果は，従来行なわれているアルコール綿清拭及び無処置群と比較した．まず健康人右手前膊部の皮膚面に，10cm の距離から 4cm² の広さに薬液を1秒間噴射した．

一方アルコール綿（70% エタノール）も同様に同側の別の部位に 4cm² の広さに清拭した．

1時間後に処置面をブィヨン 1ml を浸みこませた滅菌ガーゼで十分に拭きとり，約 45°C にとかしたブィヨン寒天中に浸漬混和した．37°C に 48 時間培養して集落数をかぞえ対照群と比較した．また反対側の無処置部位からも同様に拭きとり比較した．

第1表　皮膚消毒効果の成績

方法＼被検者	A	B	C	D	E	F*	G*	H	I	J
プレショット	4	6	69	8	12	30	150	35	18	22
アルコール綿	17	17	20	20	100	50以上	250	30	28	250
無処置群	200以上	50～80	210	150以上	50以上	250	50以上	100	80	50以上

数字は菌集落数を示す
F，G は処置後汚染する機会あり

第2表　鎮痛効果

効果	静注	筋注	皮下注	計
−	6	6	3	15
＋	111	44	4	159
＋＋	60	62	62	184
計	177	112	69	358

その成績は第1表のとおりである．またわれわれ産婦人科教室における外来，入院患者のうち注射を行なっているもの延べ 358 人について，プレショットをもって処置した場合の疼痛軽減効果は第2表のとおりである．これらのものは過去において，いずれも従来のアルコールまたはクレゾール清拭による注射の経験のあるものばかりである．

表中（−）（＋）（＋＋）は効果の程度をあらわし（−）は従来と変らないもの（＋）は，従来のものより痛くないもの，（＋＋）はほとんど無痛のものである．なお 358 回の使用中，皮膚炎その他の刺激症状のあったものは1例もなかった．

▷ 考　按 ◁

内服できない薬剤あるいは早急に効果を必要とする場合には，今日主として薬剤の注射が行なわれる．しかし注射療法には，注射針が皮膚を貫通するときに伴う疼痛と，皮下または筋肉内に薬剤が入る場合の疼痛とが伴うのが常である．そのため薬剤の疼痛軽減には常に考慮がはらわれてきたが，皮膚貫通時の疼痛に関しては，従来余り考慮がはらわれていなかった．

また皮膚面の消毒に関しても，注射療法はじまって以来今日まで，ほとんど特別の考慮がないようである．むしろ消毒に関しては，ヨーチン塗布後アルコール清拭を行なったり，注射後バンソー膏を貼ったりした時代もある．

しかしこれらはかえって皮膚を刺激してカブレを残したり，注射部位の炎症，化膿をおこすこともあった．戦時中の物資不足から，バンソー膏を廃止したり，単にアルコール綿球で清拭するだけとなり，その後はクレゾールだけでも大丈夫ということになり，今日ではアルコール，クレゾール，あるいは逆性石鹸液だけで清拭する場合が多い．したがって，清拭面の消毒効果も，常に必ずしも一定ではない．

プレショットは，これらの不便を解消する意味で便利である．噴射1時間後における消毒効果でもアルコールにまさり，しかも蒸発のおそれもなく，常に一定した効果が期待できる．また鎮痛効果もあり，ことに静脈注射では，皮膚面の貫通時だけの疼痛が緩和されれば，ほとんど無痛に近く，注射嫌いのもの，神経質の人の注射に適している．また注射に困難を感ずる小児にはことに便利で，噴射に気をとられている間に注射をすれば，難なく注射が出来るものと考えられる．暗示を与えれば，さらに効果を増すことが出来ると考えられる．

▷む す び◁

注射時の鎮痛兼消毒剤プレショットを358名の婦人に使用し，つぎのような成績をえた．

本品は使用簡単で，鎮痛効果があり，ことに注射嫌いのものには適している．消毒効果も一定しており，その都度アルコールをつけたり，アルコールが揮発して追加を必要とするような不便がない．携帯に便利で往診に適しており，小児の注射には，暗示的効果とともに，特に有効であろうと考えられる．

しかし，従来の習慣や観念から脱却するには，かなりの時間と抵抗があるものと考えられる．

なお本品はわれわれの使用中，皮膚炎，等なんらの刺激症状や副作用を示したものは，1例もなく，また反復同一個所に使用してもなんの副作用もみられなかった．

（岩手医大産婦人科教室）

肺性心の心電図

≪谷崎雄彦≫

＜はじめに＞

肺結核症の死亡は減少の傾向をしめし，私どもの療養所でも昭和22年，23年では，331，247例の死亡を出しましたが，化学療法の進歩した，最近6カ年では30例前後と約1/10に減少して来ております．これらの死亡例で剖検し心臓に固有の疾患を認めず，右心室肥大を認めたものは22，23年度では9%，13%でありますが，33年以後では50%から80%と増加の傾向をしめしております．（図1）

肺性心の定義は，従来多くの学者によっていろいろ検討されてきましたが，現在では，WHOの提案による定義が，各国で一応認められているが，一応解剖学的な立場に立つものであって，必ずしも臨床像または機能的な立場からの定義をとっていない．慢性肺性心の臨床像がはっきりわかるのは，末期になってからであり，また肺血管抵抗のような機能因子の障害も実際上変動があり，臨床の立場から慢性肺性心の定義をするには不都合であるために，解剖学的な立場から定義をしています．

WHOの定義は，「肺の機能および構造を障害する疾病のために起こった右心室肥大」であり，「ただしこれ等の肺障害が，一時的に左心室の障害で起こった場合，ならびに先天性の疾患によって起こった場合を除く」つまり先天性心疾患，あるいは左心側の障害で起こった肺うっ血等による肺の障害は入れていない．結局肺疾患によって起こった右心室肥大を肺性心という．しかしこの場合心肥大であって，必ずしも右心不全といっていない点にやはり臨床医は注目しなければならなりません．

肺性心が解剖学的立場からのものであっても，この診断が生前に出来なければ困るのでこの定義にあてはまる肺性心を臨床的に診断するかについて多くの学者の努力が積みかさねられてきました．

この右心室肥大を生前に，簡単にかつ患者の負担を最少限度に診断するには心電図による方法が最も適切であると考えて，死亡前2週間以内に心電図検査を行なってあり，剖検心の測定し得た89症例について，心電図と，剖検心の比較検討を行ないました．

＜剖検心の判定＞

右心室肥大の判定基準は，従来右室前壁の厚さが4～5mm以上といわれ，WHOでは，左室遊離壁＋室中隔重量と，右室遊離壁重量との比が2.0以上という判定基準を用いておりますが，心拡大に対しては“感じ”によって示しています．その感じを数的にしめすため心各部位の計測を行なっていますが，心横断面における右室側の心中隔の巾がその感じを数的に表現し得るものと考えます．図2に示しますように，右心室壁の厚さを3mm以下，3～5mm，5mm以上に分け，心中隔の巾を，45mm以上と以下に分けますと，A，B，C，Dの4群に分けられます．（図2）

右心室は壁の厚さを増しながら平行して拡張してくるものと考えられます．89症例はA群59例，B群9例，C群15例，D群6例であり，AB群は右心室肥大と考えられ，D群は正常であり，C群は右心室肥大の傾向をたどりつつあるものと考えます．

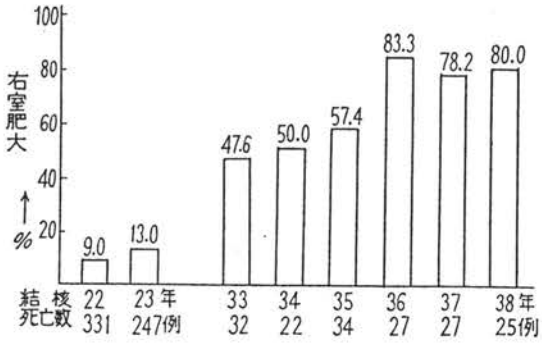
＜心電図所見＞

死亡前2週間以内に検査しました心電図を検討いたしますと，その特長ある所見は8項目が認められます．

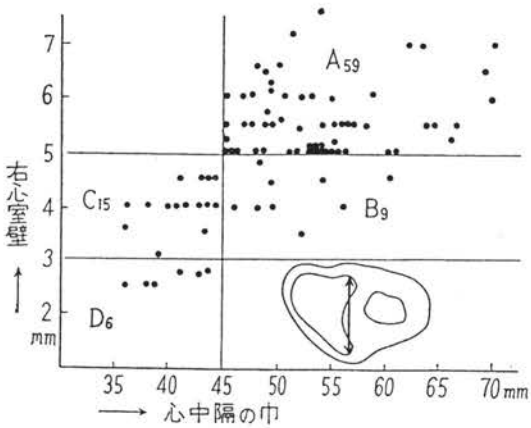
i）右軸偏位（RⅢ＞Ⅱ＞Ⅰ）

ii）肺性P

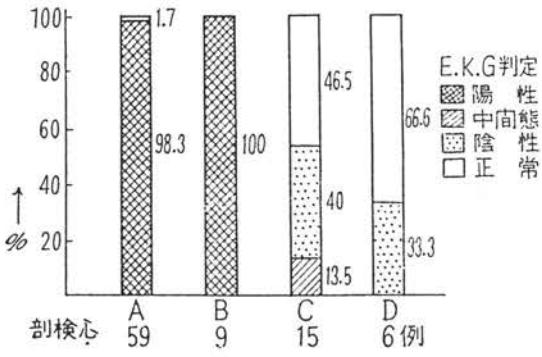
＜図 1＞



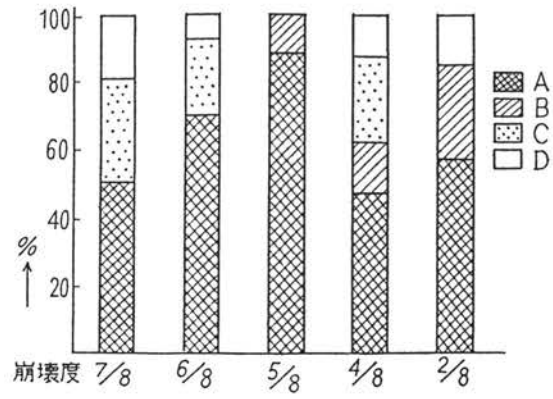
＜図 2＞



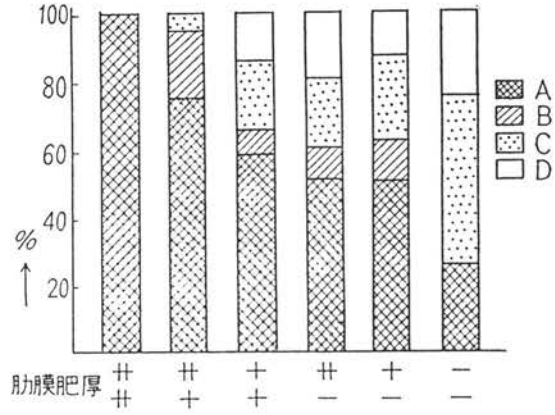
＜図 3＞



＜図 4＞



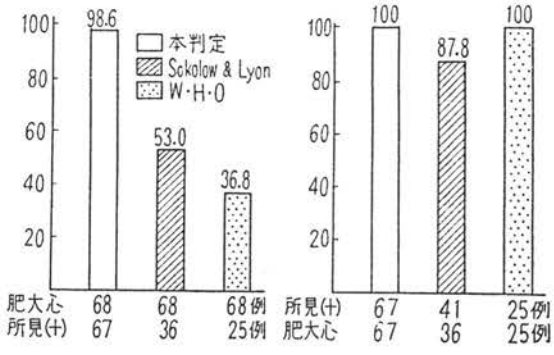
＜図 5＞



＜図 6＞

剖検心で右室肥大を認め心電図で所見陽性　（発見率）

心電図で所見陽性で剖検心で右室肥大　（適中率）



iii) S pattern
iv) $_{a}V_{R}$ 誘導 qR, QR 型
v) Ⅱ, Ⅲ, $_{a}V_{F}$ 誘導, ST, T 平低
vi) V_1 誘導, 不完全右脚ブロック
vii) $V_{3R\ 4R}$ R型
viii) $V_{5\ 6}$ S存在

この8項目を判定基準として, 4項目以上を判定陽性とし, すなわち右心室肥大のあるもの, 3項目を中間態, 右心室肥大の疑いのあるもの, 1～2項目を判定陰性, 所見の全くないものを正常として, 判定の基準にいたしました.

＜剖検心と心電図所見＞

剖検心を本判定基準で判定をいたしますと図のごとくになります. A群59例中, 判定陽性58例, 98.3%, 中間態1例, 1.7% であり, B群9例では 100% が陽性で, C群15例では陽性は全く認めず, 中間態2例(13.5%), 陰性6例(40%) 正常7例(46.5%) であり, D群では陽性及び中間態は全く認めず, 陰性2例 (33.3%) 全く所見を認めない判定正常が4例 (66.6%) であります (図3).

剖検例89例は男59例, 女30例であり, 年令は30～50才に右心室肥大が多く, また発病より死亡までの期間をみますと, 発病からの期間の長いもの程, 右心室肥大の傾向が強くなります.

肺活量と剖検心, 心電図所見との関係をみたいと考えましたが, 多数例は重症で肺活量の測定は不可能でありましたので, 剖検肺における無気肺, 空洞, 線維症等長期間にわたって呼吸不能の状態にあると思われる部分を, 肺の崩壊度としてその範囲を推定してみますと, 2/8 から 7/8 までいろいろの状態が認められます. この崩壊度と, 右心室肥大との関係は図4にみるごとくとくに相関関係は認められませんでした. しかしながら剖検時の肋膜癒着の状態と剖検心の関係をみますと, 図5のごとく, 両側に高度の肥厚をしめし, 高度に肺機能を障害していると考えられる例では高度に右心室肥大が認められます.

一側が高度の肥厚があっても, 他側が軽度のものでは右心室肥大も減少してまいります. 肺の崩壊度と右心室肥大では相関関係は認められませんが, 肋膜肥厚と右心室肥大との間には相関関係が認められます. このような事実を外科的処置を施行していない臨床例で NTA 分類による病型と, 本心電図判定による右心室肥大とは相関関係は認められませんが, Bowldwin の % 肺活量との関係をみますと, % 肺活量が 60% 以下になっている症例, またX線写真上肋膜の肥厚が両側に認められるものほど, 本心電図判定基準による判定陽性が高率に認められます. ちょうど剖検例で認められたことが, 臨床例でも同じような状態で認められます.

＜他の心電図判定基準との比較＞

右心室肥大の心電図判定基準は, 現在まで多くの学者によって研究されている. 広く使用されている基準では Sokolow & Lyon の基準, WHO の基準が使用されていますが, 本判定と比較いたしますと, 図6のごとく剖検心で右心室肥大を認め, 心電図で所見陽性のものすなわち発見率は, Sokolow & Lyon の基準では 68 例中 36 例 53.0%, WHO の基準では 68 例中 25 例 36.8% であるが本判定では 68 例中 67 例 98.6% であります.

また心電図判定陽性で剖検心で右心室肥大を認めたものすなわち適中率では Sokolow & Lyon の判定では, 41 例中 36 例 87.8% WHO の判定では, 25 例中 25例100% 本判定では 67 例中 67 例で 100% であり, 本判定が Sokolow & Lyon, WHO の判定と比較して適中率, 発見率共にまさっているものと考えます.

また本判定で他疾患, 先天性心房中隔欠損症, 先天性心室中隔欠損症, 僧帽弁狭窄症, 肺動脈狭窄症等, 右心室肥大を来す疾患でも十分に右心室肥大を判定出来るものと考えます.

(国立中野療養所)

網膜垂の炎症によるイレウスの1例

≪上原 豊≫

外科臨床上イレウスは多く, 極めて重要な疾患である. なかでも癒着性イレウスは最も多い (全機械的イレウス中の 50%). しかし炎症を起こした網膜垂の癒着によって腸管が絞扼されて起こったイレウスは極めて稀であると思われる. またその経過も亜急性であって, 定型的な経過をとらず, 診断上にも先入感に捉われて迷わされ, 危く一命をとりとめた1例を経験したので, 敢えて報告し諸賢の参考に供する.

症例：M. H. 53才，男，職業．不動産業

主訴：左季肋部痛，嘔吐

既往：特記するような病気に罹ったことはない．勿論開腹手術を受けたことはない．なお海外生活（南米）を数年送ったことがある．

家族歴：特記することない．

発病及び経過：前日の昼食に鰻を食べた．その日の夕方から強い腹痛が起こり，大体持続的で，夜半より胆汁を含む嘔吐が数回あり，嘔吐すると暫く腹痛は軽くなる．痛みは背部，肩等には放散しない．内科医より鎮痛剤を注射されて疼痛は軽減したという．翌日午前中紹介され当院を訪れた．

現症：体格大，栄養良好で肥満体，顔貌は略正常，体温 37.1°C，脈搏 70，緊張略正常，腹部は膨満しているが，なにしろ肥満体であるので程度は不明瞭，肺肝濁音界は第4肋骨上縁，肝濁音界は縮少していない．上腹部より左季肋部にかけて広範囲にかなりの圧痛あるが，筋性防禦なく腸雑音は略正常に聴取し得る．肝，賢，脾等を触知しない．

検査所見／尿：蛋白（痕跡）糖（＋）ウロビリノーゲン（卅）ジアスターゼ8単位，肝機能：CCF（－），高田反応（±），血液所見：ザーリ100%，白血球11.000，レ線所見：単純撮影にて腹部ガスは一般に少なく，僅かに左腹部に小腸ガス像と思われるコイル状のガス像を認める．

以上の如き所見で，直ちに高圧浣腸を施行（3% カリ石けん液 500cc）すると排ガス，排便ともに多量あり，症状は著しく軽減した．胃吸引により胆汁を含む胃液約 300cc を吸引した．

浣腸により排ガス，排便を多量みたこと，中年の栄養良好な肥満者であり，かつ高脂肪食(鰻)に後に発病しており，開腹手術，結核等の既往歴もないことから，尿，ジアスターゼ値が正常域にあるに拘らず，一応急性膵臓炎と考えた．そこで禁食の上，輸液，アトロピン，カクテリンH，マイシリン等を定時に使用し，胃吸引管を留置し経過をみた．

翌日平温，平脈となり腹痛も略軽快し嘔吐もなく，吸引量も始め 500 cc 位より次第に減少したので第4病日に抜去した．排ガスも少ないながら毎日あり，第4病日には自然排便もかなり多量あった(軟便)．ここでほっとし経口的に流動食を与えたところ，第6病日に至り再び腹痛悪心起こり，褐色の吐物約 1,000 cc の嘔吐をみ，脈搏も頻数で，緊張も稍弱くなる．腹部膨満も増強したのでワゴスチグミン，パントール等の腸蠕動亢進剤を鋭意使用するとともに，胃吸引を再開し，マイシリン，カクテリン，アトロピン，輸液等を病初と同様に定時に使用したが，症状は漸次悪化した．膵臓炎（膵壊死）よりの麻痺性イレウスか，あるいは始めから何か不明の原因による不完全閉塞による機械的イレウスか何れかと考え，腹部単純撮影をとると，コイル状の小腸ガス像が顕著に証明され，明らかなイレウス所見をみて急ぎ開腹手術を施行した．

手術所見：中部正中切開で開腹すると，やや血性を帯びた漏出液がかなり腹腔に認められ，小腸は著しく拡張し，直径 10cm 程もあり，開腹創より膨出する．慎重に病巣を検索すると，小腸の略中央部がその部位の小腸の腸間膜根部口近くに癒着したS字結腸係蹄により絞扼され，それより口側の小腸は著しく拡張している．

癒着部を剝離してみると，S字結腸そのものが癒着しているのではなく，その網膜垂の1箇が炎症状に肥大しそれが小腸腸間膜根部に近く強固に癒着したために，索引されたS字結腸係蹄で小腸中央部の腸が不完全に閉塞されて，前述の如き悪急性のイレウスを起こしたものと思われる．なお腸間膜淋巴腺の腫脹は認められなかった（図参照）．

手術は癒着した網膜垂を剝離切除し，膨満した腸管の腸内容を吸引除去して，一次的に腹壁を閉鎖す．術後腹壁創の一部が感染離開したが，約2週間後に治癒し，現在元気に生活している．

考按：網膜垂の炎症に起因する疾患の報告は，繁忙な開業の間をみての文献の渉猟であるから不完全のそしりを免れないが極めて稀であろうと思う．私の見出したの

は網膜垂が捻転して循環障害壊死を起こし，虫垂炎として開腹された辻の1例だけである．しかし欧米では網膜垂の炎症はさほど稀なものではないことを恩師より教示賜ったが，本患者は海外生活を数年送った事実があり，これら欧米の生活様式が本症の発生の一因を成しているのかも知れない．

前述の手術所見の項で述べた如く腸間膜淋巴腺の腫脹もないことからみて，本例は網膜垂の炎症が一次的にあり，それが腸間膜に癒着したものと考えて先ず間違いないと思われる．しかし何故網膜垂の炎症が発生したかについては，辻氏は網膜垂の茎部が常人に比して細い点，移動性盲腸の合併，患者が最近重労働に従事した等の因子が重なり，偶然1個の網膜垂の茎捻転から循環障害壊死炎症を起こし，虫垂炎類似の症状を呈したものと推量しているが，私の例でも斯様な類推の一部があてはまる点があるかもしれないが，それ以上の点については言及し得ない．

次に本例の経過並びに診断に関して反省してみると，初めはイレウスと考えたのであるが，高圧浣腸により排ガス，排便あり症状著しく軽減し，その後も引続き排ガスもあったこと，栄養良好な肥満者が脂肪食後急性に発病したことから，格言の如く頭にこびりついた学生時代の講義の記憶に先入感を持ち膵臓炎として治療した．それにより一応の小康を得たこともあり，あげるべきではないが患者の忙しいピークに当り，頻回に行なうべきレ線検査を怠って診断の遅れたことは返す返すも残念であり，以後の診療上の固い戒としている．

一方イレウスの病型並びに経過の点よりみれば，前述の図の如き原因より起こった不完全閉塞の珍しい病型で閉塞の度合に波を持ち乍ら除々に進行したものと思われる．幸にして数日を経過したにもかかわらず救命し得たことはせめてもの慰めである．

以上の如く本症例は網膜垂の炎症性癒着に起因するイレウスという本邦には稀有な原因により発生したイレウスという点ばかりでなく，その臨床的な経過，診断上の反省，教訓の点でも参考になるものと考え，文献的考察，症例への検討も不十分，不備にもかかわらず報告した．諸賢の参考の一助となれば幸甚である．

〔文献〕 1) 辻弘他「外科」 20. 227，昭和33年
2) 斉藤洟「外科」 16. 295，昭和29年

（東村山市栄町 2—163）

iatrogene Neurose

医原性神経症

〔6才の少女にみられた医原性神経症について〕

≪和田孝則≫

辞書を開くと「医師の言葉もしくは診断を下したために患者の精神に刺戟となり，起こってきた神経症」と書いてある．一般には余り聞きなれない病名だが神経科の外来には案外多く，この患者が訪れて来ることがある．

神経症であるかぎり，患者の性格的な基盤が問題となるのは勿論であるし，それ程重篤な障害をきたすことも少なく，多くは「不安神経症」の形で，比較的早期に治すことができる場合が殆んどである．

最近満6才の少女できわめて頑固な嘔吐と無食症を呈し，衰弱のためかなり重篤な状態となった例をみたのでご報告したい．

症例／満6才小学校1年生，女子．

主訴／食事をしない，唾液も水も飲まない．無理に飲ましたりすると嘔吐してしまう．

発病経過／昭和40年5月9日，父親と多摩川で開かれた交通安全教室を見に行き午後2時頃帰宅した．普段は元気のよい子供だが疲れたといって寝てしまった．午後5時頃39度5分の発熱があり，直ちに近所の小児科医に受診して治療をうけた．感冒といわれて翌日には下熱したが食欲がなくなってしまい，5月12日からは全く食物はとらなくなってしまった．

5月16日都立某病院に受診したが，日曜日のため小児科医が不在で，翌17日，再受診し直ちに入院となった．入院後各種の検査をうけたが，身体的に全く異常は認められず，依然として何も食べないし，牛乳，卵等を無理に食べさせても，直ぐ腹痛をおこし全部嘔吐してしまうため，リンゲル，ブドウ糖，その他対症的に毎日注射して水分等の補給をしている以外に方法がなく，医師

は気分転換させたらと云って，5月25日に家へ外出させてみたが，やはり何も食べられず，かえって風邪をひかせてしまいすぐ病院に帰った．

医師は自律神経がどうかしているのだから長期の入院が必要だといわれ，家族はどうしてよいか途方にくれてしまい，知人の紹介で6月4日私の所へ転院させた．

現症／無表情で血色悪く蒼白な顔色を呈す．1人で歩行も不能で抱きかかえられて入院する．脈120整，血圧104/50，体温37度，体重11kg，皮膚は乾燥気味で咽頭発赤あり．問診に対しては，小さな声であるが比較的素直に返事をする．唾液は一切飲み込まず，断えず紙や手拭に吐き出しているのが目立った．

生活史／東京都現住地に出生，両親健在，同胞は姉1人あり，近親に精神病の遺伝負因は認められない．出生は正常分娩，母乳栄養児，処女歩行は満1年，発育も正常であった．2才の時2階より落ちて頭部を打ったことがあるが軽度の外傷をうけただけであった．

それ以外著患なく，夜尿症等の習癖もみられず，両親が共稼ぎのため祖母に育てられたが，男の子のような暴れん坊であったという．昭和40年4月小学校に入学し今回病気になるまでは元気で通学していた．

家族歴／父35才高校卒，東京急行電鉄に勤めバスの操車係をしている．昭和29年結婚．
母，29才中学卒，現夫と恋愛結婚，現在中華料理店の手伝いをしている．長女，10才，小学校5年生．次女，患者本人，同居家族に父方の祖父母がいる．

発病前及び発病当時何か原因と考えられることがなかったかを詳しく両親にきいてみたが，全く原因となることは考えられないという．

入院後の経過／身体的疾患は都立病院にて検査の結果否定されているため，患児の心因的な面を調べようとして問診するも，殆んど満足すべき答えが得られないため，催眠療法を試みることにし，入院後直ちに催眠を行ってから問診をすると，

「唾を飲むと唾の中にオノドのゴミやバイキンが入っているからいけないの」．

「唾が糸をひくように，ねばっているのはオノドのゴミが入っているのだから捨てなさいとお医者さんに云われたの」．

「何か食べると唾液と一緒にオノドのゴミやバイキンがお腹に入ってしまうから，お腹が痛くなって吐いちゃうの」．

という興味ある返答を得られた．

そこで「もう唾液の中にはバイキンもコミも入っていなくなった」．

「お腹はもう何を食べても痛くならない」．

「これからはお腹もすくし，唾液を出さないで心配なく飲み込むことができる」．

などという催眠暗示を与えてから覚醒させ，覚醒後直ちに牛乳180ccに鶏卵3個の流動食を全部飲ませてみた．自分で食器を持って全量摂取したが，その後嘔吐も腹痛も起こらなかった．

以後催眠療法を3回行ない，入院後3日目には常食として順調な経過をたどり，20日間で体重も15kgとなり，退院した．全経過中注射は一切行なわず，入院後3日目には，ベットから起こして洋服を着せて普通に行動させた．

以上の経過からみて判るとおり，患児が唾液を飲み込まず，食物も食べず，何を食べさせても吐いてしまう原因は，正に最初に感冒で治療をうけた小児科医の言葉が患児に暗示として残り，それが患児の食べること，唾液を飲みこむことに対する恐怖となっていたことは明らかであると思われる．

勿論感冒を治療した小児科医に他意があるわけでもなく，むしろ患者を塗咽した後唾液を吐かせる時に「オノドのゴミやバイキンを出しなさい」と親切に教えたことと思われる．

ただ，私達が日常外来で患者を診察する時に無意識で云った言葉が如何に患者の心に受けとられるかということは，常に考慮に入れていなければならないと思う．

「胃がタダレている」「胃潰瘍の疑いがある」「癌になる恐れがある」「心臓が弱っている」「肝臓が腫れている」「血圧が高いから危ない」等々の言葉はそれ自体確かに患者に病状を伝える言葉であるが，それだけでは人間としての患者にとって満足な説明とはならず，患者によっては信頼している医師の言葉が，かえって恐怖感を持たせてしまうことも多い．

下手なムンテラや説明は患者をして，医原性神経症をおこさせる原因となることは改めて私自身，気をつけねばならないと痛感させられた次第である．

（三鷹市大沢 1073　碧水荘病院）

現代の精神は素朴なものを嫌う．素朴なものこそ深遠でありうる事を信じようとしない．現代の精神は複雑を愛し，それをもって深遠であると考える．（シュヴァイツァーの言葉）

ひとりでいるのは，よそう
医者にもの申す

〔恒任民男〕

職業を互に異にして余り若くない，おのこめのこを会員とするある懇親団体書記長としての資格において，即ち過去の経験<風雪>を売り物にすることは出来ても，さてこれから喧嘩渡世に浮身をやつす程は強くない<特に身体において>お年頃の集るクラブの世話役として，何か一言<もの申せ>との編集者の要請は，「人間の医学」と云うコウイ先生方が読まれる媒体を通してであるだけ，無下にお断りするわけにも参らず，ここにいささか開陳する借り物の所見．

誰でも潜在的に医家に敬意を払う術と，医療が国民生活に切っても切れない福祉につながる重大事項であることは知ってはいても，さて己れが身体に自信のある間，自分自身チクリチクリと自覚症状の初まるまでは，近頃新聞紙面をにぎわしている<医療費紛争>と云うようなものには馬耳東風で，何がなんだか解らないままで終ろうとしている．厚生省の無定見でいよいよ混乱状態にある保険医療費の二重構造を，認めないとする日本医師会の立場はもっともだが，4組合については自由診療だ，あげくの果は診療拒否だと言うことになれば，いささか問題は別になり患者不在——かえって医者と患者を忘れた医療費紛争と云うことになる．

医者はなんと云っても地域社会の名士であり，エリートであるし，人間の生命をまもるという質的に非常な高度な仕事の故に，ある意味では現在でもやっぱり“医者天国”として許される性格の職業である．

ある政党の党首が初めて紹介された医者先生に<なんと申しても弁護士と医者は選挙に強いから>と早速入党をすすめていたのも，さもあるはずである．ところが一面戦後の健康保険制度の普及は，この誇り高き自由業たる医師先生に，官僚制と直接衝突というあたらしい体験を与えた．厚生官僚に代表されるこの資本主義国は，できるだけ安上りに福祉国家（と云う安定装置）を，あるいはその幻影を国民に与えることを目的としている．

このため小経営者である自営の先生たちは，市民の中堅的存在であると云うことだけで公共性をふりかざされ，その家族までまき込まれるはげしい精神的肉体的消耗を強要され，社会保障を安くあげるためのギセイにさらされようとしている．なる程われわれは，健保制度の戦後社会構造における必然性をみとめている．そうした意識下では戦前型の自由診療の時代は，ふたたびかえって来ないであろうことも知っている．だが，だからと云って現状のように医師の士気を低調に追い込むような形で健保制度を放置しておくことに義憤を感ずるし，<二枚舌>で自爆するような官僚たちに任したままで，健保の前進があるとも考えられない．

医家先生の改革のための斗争努力には心からの声援を惜しまないわけである．まことに医家にも<腹がへってはいくさが出来ぬ>道理があるわけだが，一方だからと云って<医が算術>だけに終って良いはずはない．

歴史的にみても近代医学が封建領主や宮廷貴族のくらい城館を出て，市民の中にたちまじることによってはじめて，観察と分析，実践による近代科学のにない手になったように，医者はいつの時代にも広く社会の街巷に出て，ますます社会性を加える世相をみつめることに倚るべきであり，決してエリート意識のもとで算術だけによって孤立してはならない．

健康者との交流のないただ患者とのみ対決する医者は，ともすると旧態依然——見てやる直してやると云った態度を払拭出来ない．かくて患者は患者でタタキ大工に物を頼むような調子で医者にかかる——そしてそこには医療以前の人間の問題が残る．<医者と患者の関係>でリーダ・シップをとるものが医者であるとするなら，その医者は先ず世事にたけた人間性を持ち，唯に肉体的患部に立ち向うのではなく，患者の全精神面を対象とする，更には広く己れのヒューマン・リレーションの確立に意をそそぐ人——それこそ本当に患者のいのちを大切にしてくれる人でなければならない．

医師の豊かな人間性，社会性は己れの治療室，研究室だけでは生まれない．文化とか文化国家ということは，人が国家が人のいのちを如何に高く評価するかと云うことであるとするなら，健康の問題はすなわち自由と平和の問題であるし，医術もそれぞれ持たれる<世界観>によって確立する．医家が何を考え何をすることにより，わずらわしい世事に対処し得るか——生ずもっと大きなスタンス，意識が必要なような気がする．

私の附属するこのクラブは職業よりする孤立性，排他性を排除し，<自由と平和を希求して東の間の50年>を発起の主旨として大見栄を切っているが，実は私個人に関する限りこの両3年の身体に対する自信の喪失が，人間に対する郷愁と云うようなものに強く働きかけ，この懇親団体の真中での世話役などに一種の生きがいをすら

感じ，あげくの果は返す刀で＜医者にもの申す＞仕儀と相成ったわけであろうと思われる．

門外漢のたわ言として，敢て不勉強にはお許しを乞う次第である．　（八日倶楽部・東京書記局）

お医者さんこんにちは

〔河野武邦〕

私は今年2月中旬より，その道の大先輩についてゴルフを習い始めた5人グループの1人である．

学生時代柔道，アイスホッケーその他3種目程スポーツをやり，主将をつとめて来たためか，共に習い始めた人達より多少スコアーもいい成績を出している．

始めの1カ月間週2回程芝ゴルフとか六郷で掌中で練習をした．ところがそのグループの私より少こし年輩の方（この人こそ私にゴルフを一緒に習いましょうとすすめてくれた人なのである）が間もなく練習の翌日きまって脇腹が痛いと苦痛を訴えて，練習を中止してしまった．同僚の欠ける事は非常に淋しいもの，何とか再びとコースに思い切って2人で出て見た．コースは無事終了までやったのではあるが，翌日はその上に足まで痛んで仕事にも行けないと電話が来た．先手を打たれているので，私は言わなかったが，私自身脇腹はおろか学生時代試合中折った両肩までがどうにもしようのない程痛かった．

じつは3年前，内科では病気らしい病気をしたことのない私が，ある夜右脇腹のはげしい苦痛におそわれ，口もきけずただ油汗をたらたら流し病院にかつぎこまれたことがあった．

翌日レントゲンを撮り，そのフイルムを前にして先生の曰く“貴方は相当飲みますね．しかも相当強いのをね．要心して下さいよ”と．ぴたりと当ったその言葉で私はその先生に対する信頼感は最高頂に達したのである．その後1週間程入院してやっと家に戻った時は“2度と呑むまい．わが子が大学卒業するまでは”と誓ったのではあったが，意志の弱さと何かの魅力が打勝って，元のもくあみに戻ったのは1カ月後であった．

しかし痛みがうすらいだ時こそ要心とアルコール量はぐんと減っていった．その間2度大きい病院にレントゲン診察をして貰ったが大したことはないと言う診断であった．ただ過労はいけないと言うことは誰しもが，私に注意してくれた言葉であった．

以上の病歴の前科のある私ではあるが，習い始めたゴルフの面白さに夢中になり，疲労なんて言葉は練習を始めるとすっかり忘れていたのである．4月8日，八日倶楽部……この倶楽部は各界の権威者？が2名以内と言う規約のもとに集まっている実に素晴らしい団体であるが……その会合でわれわれ初心者の前に内科の先生がおられた．勿論われわれが痛みを訴えたのである．その先生の曰く，“私は同じようなことを言われて診てあげたことがありますが，診察して貼布剤を渡してこう言いました．お風呂にゆっくり入り，若し嫌いでなければ薬を塗って下さい．どちらでも結構ですよ，と．ところがしばらくしてその人に会ったら患部のことはおくびに出さず，おかげでゴルフが大変上達いたしました，有難うございました”と．

私ども2人は思わず顔を見合わせ苦笑したのである．私達ボンコツなりかけの年輩になると日常余り使わぬ筋肉を使いすぎると矢張り無理が来る．私はエンジニヤーの一員であるが，生を持たぬ機械とて油を注入，メーターをつけて安全を計り，その他のあらゆる安全装置をつけているのである，その上年1度の分解点検を行なうのである．まして生身のわれわれ，急激なスポーツは馴れが必要なのだ．その先生は経験でもってわれわれ2人を薬も注射も呉れずに完全に立ち直らせてくれたのである．この痛みは練習によりなんでもなくなるのだと言う信念が，今までの痛みを解消させてくれた．

お医者さんは学問技術のみで患者をなおすものでないことが痛切に感じられた．同時に私は今までの先生に心の中で有難うございました，と頭を下げたのである．最初の先生はＰＴＡで知り合った先生“酒を呑むな”と言わないで私の酒量を減じさせ，時折気にしている私に2人目の先生……始めて会った先生だが……“何でもないですよ”とまるで全快したかの如く私に診断を下さった．“病は気から”と昔からよく言われているが，われわれ年輩になる程この言葉はよくあてはまるものである．

温厚なしかも豊富な経験を思わせるひたいの小じわを刻んだ先生が，先述の如きアドヴァイスしてくれた時は，暗闇に一条の灯を発見したそれに似た喜びである．正しい診断の上での適当な“おとかし”と“適当なる慰め”は何ものにもかえがたい良薬である．つけ加えるなれば，われわれ2人は徐々ではあるが腕をあげているのである．本課題を頂戴した時に“こんにちは”でなく“ありがとう”と訂正しながらこんなことを書き綴った次第．　（八日倶楽部・会員）

書/評

医学的・心理学的にみた

吉岡修一郎著……**思　春　期**……春日豊和評

ベトコンの少年兵の首切りのムゴタラシイ写真を目にして，今さら戦争の苛酷さを思いしらされたのはつい先日のこと，そして今日の日刊紙には国鉄の採用通知を待ちに待って，とうとう自分の無能を両親に詫びて自殺した少年の知らせ，そしてその紙面の片隅に，夏の夜の少年の非行を防ぐフクロウ部隊の記事，今さらにして想うのは社会のそして世界の愛情の欠如ではあるまいか．

ことに先の事例は別として，“少年の自殺”の裏には，国鉄当局のもう少こしの，ホンのわづかのチョッピリの思いやりがあれば……といたましくも，怒りをさえ覚えるのである．

偶々その前夜より読み始めていた吉岡修一郎先生の“医学・心理学よりみた思春期”には，実際に数多くの病態少年を取り扱うわれわれ実地医家に，数々の大切な実際を数えてくれている書物として，紹介する責を感じたのである．

本書は類型の多い“思春期”を考える書として，その多くが，主に青少年の社会的背景とか，それに結果する心理面を重視し，そうした社会性の中に青少年の行動や思想を分析していこうとしているのに対して，本書では，その心理面から発来する行動を規定し，逆にその行動をコントロールする心理面を，あくまでも医学的な裏づけによって，出来る限り忠実に把握しようとしているところに，その特色があるように思われる．

著者が，理学部出身であり，非医師でありながら，その道に興味をもち，医師と違った立場で，医学を第三者的に眺めつつ，いつの間にか，それを心から肯定しつつ，その実際にわれわれ以上に深く入り込み，その医学的基盤に立っての，青少年の心理面を分析し，綜合しているところも，特異であり，類型の書には見られぬところであろう．さらに本書では類書に多い難解な心理面の説述，つまりは分ったような分らぬような抽象的な，観念論に堕さず，また逆にあってもなくてもいいような常識論で誤魔化さずもっともっと具体的に思春期の性の問題，女性のスタイルの問題，やせる方法，さらには思春期の身体的コンプレックスの諸問題，また青春期の病気と健康，さらに心の問題として具的体にノイローゼ，心身症をとり上げ，現代流シゴキの発生の問題，非行に至る青春期の攻撃性の問題等々，より具体的に，より医学，心理学的に，まことに素直な姿で平易にかつ幅広く奥行きふかく説明してあるのには，類書に見ない興味を覚えた．

つまりは，平易な言葉，耳馴れた言葉で，なるべく分り易く書かれている点は，イキバラズ，肩も張らずに読み通し得てなお心に多くの問題を残してくれて大変有難い．

ことに繁忙な実地医家が，気軽に，億劫がらずスート手を出して，しかも暑い昼下り，寝転んで読んでも充分身になる書物と思える．兎角“思春期を考える”ことの多い昨今，それこそその序文にもあるごとく“思春期には，こんなにもたくさんの，おもしろい，万人にとってたいせつな問題があるものだ”ということを知るだけでも，一般医家の実地に即物的に役立つ一書であると思えるのである．みなさんの一読をおすすめする次第．

＜発行・医学書院・A 5 判・180 頁・650 円＞

我々近代人の間には，人間についての低級な観念が作られつつある．他人にも自分にも，我々は有能な労働者しか求めず，それ以上のものでなくても，満足している．（シュヴァイツァーの言葉）

文献紹介

〔肝炎の治癒判定〕

松岡五郎ほか（金大武内内科）

日本内科学会雑誌/54巻2号174頁昭40

肝炎の治癒判定は，臨床的にはかなり困難であり，いかなる時期に治療をうちきり，いかなる時期に職業に復帰せしめうるかを決定することは容易ではない．

われわれは急性ビールス性肝炎（うち輸血肝炎30例），慢性肝炎29例，肝硬変38例について，身体所見，肝機能検査，肝生検所見を検討し，急性ビールス性肝炎の治癒判定基準として，つぎの結論をえた．

1） 安静期間は黄疸期の2倍の日数を必要とし，この間入院加療せしめる．しかし輸血後肝炎は流行性肝炎に比し全経過のながびくものが多く，したがって安静期間は黄疸期間の2倍日数よりも2～3週間長くする．

2） ここで肝機能検査が正常化すれば，家庭療法とする．退院後1～2週間して肝機能を再検し，異常なければ1週間半日勤務とし，ふたたび肝機能検査を行ない，異常なければ1日勤務とする．ただし夜勤・残業などの過労は避けさせる．

3） 慢性化してくる場合は急性ビールス性肝炎が一旦治癒してから後6カ月以内に発症してくることが多い．したがって6カ月間までは月1回肝機能検査を実施する．

4） その後少なくとも1年までは3カ月に1回肝機能検査を行なう．それで異常なければ一応急性ビールス性肝炎は治癒したものと判定する．

5） ついで3年までは再発ないし再燃の危険を考えて，6カ月に1度は肝機能検査を実施することがのぞましい．

〔慢性肝炎では肝機能検査陰性例が多い〕

小坂淳夫（岡大教授）

日本内科学会雑誌/54巻3号258頁昭40

慢性肝炎103例中，血清ビリルビン，BSP，S-GOT，S-GPTいずれも正常値を示すものが61例あった．この61例は肝生検および腹腔鏡検査により，慢性肝炎と確診したものである．

この61例につき検討すると，臨床診断の根拠となる事項が病歴と肝腫のみのものが34例，病歴と肝，脾腫のみのもの14例で，慢性肝炎の診定には詳細な病歴の調査と触診とが重要である．

なお，ビールス性肝炎の経過中，慢性肝炎の病像はいつ現われるか詳細に検討してみると，いずれも発病後5～6カ月以後であり，また発病後5～6カ月以上経過した症例の大多数は慢性肝炎の組織像を示していた．したがって発病後5～6カ月以上経過した症例は一応慢性肝炎と診断してよいと思われる．

また，予後を悪くする因子として，年令では高年令ほど予後が悪いが，入院期間では肝機能検査の異常が陰転し，諸症状の軽快したと認められるまでが重要で，中途の退院は予後が悪い．

またさらに，肝機能異常陰転後直ちに退院したものと，1カ月以上入院して退院したものとでは，前者の予後が悪い．このことは肝機能検査異常が陰転した直後の肝組織像で50%に異常所見を認めることでも了解されるし，さらに再発が1年以内に起こることでも充分理解されることで治癒判定には慎重を要することを痛感する．また，血清肝炎の予後は流行性肝炎のそれより悪い点を改めて強調する必要がある．

〔胆道造影陰性例にたいする検討〕

槇哲夫ほか/治療47巻7号1155頁 昭40

昭和36年4月から39年12月末までの期間に東北大学槇外科教室で胆道撮影をこころみた472例の内訳は次の如くで，そのうち57例（12.1%）は全く造影が得られなかった．

胆石症	209例
肝疾患，胆道胆のう疾患	47
胆道・膵悪性腫瘍	30
胃・十二指腸疾患	144
血液疾患	7
内臓下垂その他	35
合　計	472例

投与された経口的あるいは経静脈的造影剤は，すべて肝において血漿蛋白と結合して肝から排泄されて胆道に出るが，これが胆のうにおいて濃縮されると明瞭な胆のう陰影となるものである．したがって，血清蛋白の低下を来たす疾患や，肝障害のあるもの，とくに黄疸や BSP 値の高値を示す疾患，高度の炎症や膵汁の流出障害のある疾患，さらに慢性胆のう炎や結石のため胆のう濃縮力の弱くなっている場合には，当然胆道造影が得られなくなるものである．

また，経口剤を使用した場合，胆のうの濃縮力が弱くなっていると，総胆管の造影も得られ難い．

疾患名	造影成功率
胆炎・肝硬変	14.3%
胆道・膵悪性腫瘍	46.7
総胆管結石	74.5
胆のう結石	94.2
胆のう炎	100.0

* 一般に BSP 30 分値が 20～30% 以上，黄疸指数が 30～50% 以上のときは造影はむずかしいといわれている．

〔肺結核死の内訳〕

城鉄男/結核 40 巻 6 号 235 頁 昭 40

昭和 34 年 1 月～12 月の 1 年間に国立療養所内死亡数は 3,776 人であったが，そのうち肺結核死が 76.3% で，その他による死亡が23.7%であった．そしてこの肺結核死 76.3% の内訳をみると，次のようである．

心肺機能不全	39.0%
喀　血	20.3
全身衰弱	11.8
新らしい病巣出現	3.6
その他	1.5

なお，肺結核以外の死亡 23.7% の内訳は，

手術死	9.9%
非結核死	9.4
肺外結核死	2.9

であった．　（以上・永井友二郎抄）

× × × × ×

〔最近の顕症梅毒について〕

＜早急にこれに対処しよう＞

小野田洋一（都立台東病院）

医学のあゆみ/VoL 52 No. 3　1965

昭和 30 年頃よりペニシリン・アレルギーが日刊紙上に取り上げられはじめてから，医薬品の好きなこの国の人たちは，それまで安直に内服，注射していたが，恐れをなして他の抗生剤を求めてはみたが，高価な上，使用法も面倒なので，乱用しなくなり，その後しばらくしてから顕症梅毒が散発するようになり，かくみてくると，ペニシリンの乱用で梅毒は顕症となることを抑えられていたのではなかろうか．

次には外国人が日本に顕症梅毒を持ちこんだことである．事実，衛生程度の低い外地から兵隊が持ち帰って日本の女性たちに移したこともわかっている．そしてこの女性たちをとりまくヒモなる男たちが，第 2 次の感染源となり，またその女性が職場をかえて，町に流れ込み，売春婦となって一般社会に害毒を流すようになったものと思われる．また現在世界各地に多くの日本人が，あらゆる目的で出かけ，また帰国しているが，その人たちの中の誰かが持ち帰って来たとしても一向不思議ではない．そして交通機関の便利になった現在，南の九州での“顕梅”の報告があれば，即日大阪，名古屋，東京，札幌で患者を発見しても不思議ではない．

また現在のように女性週刊誌，雑誌は毎号セックス記事にあふれ，性の享楽を微細に教え，荻野式の調節法は，家族計画のためより，むしろ享楽の結果妊娠しないようにと，避妊法と不妊日とを教えているとかしかうけとれない．この結果，乱交は平然と，しかも性を楽しむ人は，性病の予防などには無関心，無防備のままで性交を行なっている．またバー，トルコ風呂，キャバレーの女性たちは昔の芸妓，娼婦と変らぬ個人生活を行ない，屋台，飲み屋，旅館の女性もインスタント売春を平然と行ない，しかも自らの受胎日以外はコンドームすら使用させないというから，性病，ことに新しく台頭した“顕梅”の伝染の速度の速いこともうなずかれる．

39 年は初期梅毒の硬性下疳などのあった外来患者だけですでに 19 例，年令も 25～35 才が最も多く，うち独身男性は 10 名，感染源のほとんどがホステスとなっている．つまり“顕梅”が早くも青壮年層に拡がり，早くも家庭内への侵入が始っていることを物語っている．

＜顕症梅毒の診断＞

私の急速染色法をおすすめする．すなわち，

1) 分泌物の塗抹，乾燥，固定（火焔）
2) 治療用マーキュロクローム1分間染色
3) 水洗してメチレンブルーで30秒染色
4) 油浸鏡検
5) 結果：白血球の核と細菌およびレフリンゲンスは濃紫色，原形質，血清は淡紫紅色，Sp バリダは淡桃紅色

なお最近の“顕梅”での初期硬結は教科書と異り感染機会より1カ月半ないし2カ月（教科書は3週後）経って発生している．このことは予防目的に服用した少量の抗生物のためと考えられる．また初期硬結までの期間はワー反応は陽転していない．

＜治　療　法＞

初期および早期顕梅の最良の治療はペニシリンの連続注射で，毎日60万単位の注射で翌日からSp. バリダは姿を消す．5日目頃より局所症状は消失し始め，10日間毎日行なえば，陽転したワー反応も短期間で陰転する．

Pcの治療の出来ぬものは，250mgのTc静注，または100mgの筋注，C.Mの連続注射，エリスロマイシンの内服，これらは初期，早期顕症梅毒には著効を呈する．ヒ素剤の前に試みるべきである．

〔薬物事故におもう――より〕

中塚正二（広大）

医学のあゆみ/Vol 54, No. 2 1965

＜薬物事故の分類＞

1) 薬物毒性事故
2) 個体反応性事故
　①ショック事故　②感作性事故　③2次的事故
3) 病原菌性事故
　①Herxheimer 事故　②間接病原性事故
　（感染症治療の場合）
4) 胎児事故
　①胎児の薬物中毒
　②催奇形事故　（妊娠時）

＜事故の由来＞

1) 薬物自身に由来する事故
2) 生体に由来する事故
3) 施行者に由来する事故

これらが単独作用で由来することは少なく，むしろ1～3の重なり合いが多い．

＜日本人の薬好き＞

日本では薬の年間消費量は化粧品のそれより高額である．

1962年医薬品生産額は　26,559,200 万円
1963年は　34,114,100 万円

で，30% の増加．

その内ビタミン 22.9%，抗生物質 10.6%，向精神薬 9.0%，消化器薬 8.2% が首位である．しかも漸増の傾向．かつ入手が容易，従って，

(1) 薬物事故の場の拡大
(2) その頻度の上昇
(3) 薬物の乱用による，アレルギー性副作用の素地拡大
(4) 連用は臨床的中毒量の蓄積

という恐るべき状態を結果する．

〔開業医は制がん剤の投与をどこまで行なうべきか〕

増田正典，中島吉彌/メディチーナ

Vol 2. No 6, 1965

われわれの教室では制がん剤投与前後の骨髄像を形態および，機能面から検討し，一般に急激に末梢血球の減少を来たす時は骨髄も著明な低形成を示している．この反面，比較的緩徐に末梢血球減少を来たす時はあまり骨髄にも著明な差が見られない．したがって末梢血球の消長により制がん剤の投与を決めるのも一つの試みと思われる．

われわれの得た結論から，時間的な影響を考慮しつつ，一応白血球2000以下，赤血球200万以下，栓球数5～7万以下となった時は一応投与を中止すべきものと考えている．この場合減少の時間的因子に対しても考慮の要が必要，すなわち，急激に末梢血球減少が生じた時は直ちに投与を中止すべきである．back ground の問題について最近重要視されて来つつあるが，副作用と同時に，この back ground についても充分考慮が必要．

つまり開業医が悪性腫瘍の治療を行なう場合，日常簡易に行ないうる検査を頻回に行ない，かつその腫瘍の back ground を考慮しつつ，治療効果が認められた場合，重篤な副作用が惹起されるまで投与を行なうべきである．

（以上・蕗田真理抄）

◆　◆　◆

書　評

ウイルスの世界

川喜田愛郎著……春日豊和評

＜問いかけ，問いかけられつつ新しい世界へ＞

6月の例会のあとの2次例会で，「大磯の彦左」こと中川錦一郎先生より“おいオメー，ウイルスの世界を是非よむんだ，そしてな，書評を書け〆”と大変有難いおすすめをいただいた．とまれ，ウィルス，ウィルス……と外来の5割を占めるウィルス疾患に囲まれて，やれ今年の夏かぜはヘルパンギーナとアフターが一緒くたになったやつがいやに多い……などと考えていると，コクサッキーのB24だなどと，ありがたい情報をいただいた．common cold もライノ・ウィルスであるとか．とまれウィルスさんは今日のわれわれとはとうてい切り離せないのも事実だし，ハシカ，オタフク，風疹等のこの初夏の流行期には，小児科の9割，いな9割9分までが，このウィルス疾患といって差支えなかろう．

だからというわけではないが，一方私共戦前派の医師たちが，ヤットコサ身につけた大学時代の学問は“年功経た往診鞄よろしく”で何時の間にやら，チト古ボケたのも事実．ことばは勇ましく，“人間の診断学，治療学”と，年相応の身についた経験とか，カンとか申すふるくも，厚く積った古苔，“何いってやがるんだ若僧め〆”とばかり勇ましいのも事実だが，進みに進み，更に色あやなして美しく咲き誇る新しい学問の花実も時に，チョッピリ味ってみたいのも事実．いや進歩的で積極的で勉強家のご仁は進んでもりもり消化なさっているのかも知れない．

しかし繁忙な保険医は兎角，晩酌とテレビには一時を過す暇はあっても，おのが身のなりふりの既に古色蒼然たるさまは，そこはそこ，年来の風雪に耐えた保険医のムンテラよろしく，いとも傲然と構えての相も変らぬ一国一域の主，加えて，長年連れ添う女房殿や“お医者さんてエレエンだ”などとませたコジャリがおだてようものなら，さらに一杯のブランディでも飲んで，明日まで“今日的保険医的痛苦”はさらに忘れての羽化登仙，年はとるまい，こうはなるまい……と思うものの，またその明日の古ボケシ往診鞄を手にするや，事態は旧態依然のアタフタ診察．そんなこんなの繰返しに一寸“ウィルスの世界”を開いてみれば，時代ははるかに移って分子レベルの時代，そして RNA，DNA こそ，こともあろうにウィルスそのもの，遺伝子だ，メッセンジャー RNA だ…… そしてその構造は……とかって習い覚えたウイルス学などまったくまったく，何処へやら．

ここまで来ても鼻にツーンと感じ，頭にカチンと応えないならこれこそ脳動脈硬化症で，さらに軟化症か，最近ふえたパーキンそのものでもあろう．とくだくだ書いて来たが，要は「以前はふつうに了解されていた形での＜ウィルス学＞はある意味では消えかかって，より正しくいえば，積極的に自分の殻を打ち破って，いまでは現代生物学の渦巻きの中心の一つとなるにいたった．しかもその生物学は，読者のかなり多数の方々がかって教室で退屈されたあの＜暗記もの＞の一つでなしに，活気にみちた，みずみずしい20世紀の科学である」という著者のことばの中に，この一書のありていの新らしい「ウィルス」学が示されているといって差支えない．

その内容とするところはスタンレーのタバコ・モザイク・ウィルスの発見に始り，初期のウィル研究を経て，新しい「ウィルス学」の基礎的事項をあますところなく縷説し，ことに「ウィルスから生命を覗く」という一章では DNA の秘密からウィルスの本性論に及び，分子生物学レベルでの，新しい生命観に及んでいて興味は尽きない．さらに，各論的事項として「ウィルスと病気」の章で，改めて実地医家としてのウィルス疾患の疫学的臨床を述べ，最後の章で，昨今ことに問題のやかましい「癌とウィルス」に就いて，かなり思い切った著者なりの意見を吐いて，誠に興味を感ぜしめるものがある．

一応従来の「解説書」の類のつもりで，最初の頁を開いたのであるが，私の理解力をもってしては，仲々に理解しがたい点もあり，一応自分なりに“読了した”という気持になり切るまでに，実に3回読み返した事を恥らうことなくお伝えする．また本書は一読をおすすめするといった書物ではなく，私共が，ウィルスを口にする以上どうしても，もう一度正直に通り過ぎねばならぬ，一つ

の過程として，「読むべき責任」のある書物であろう．なお全般を通じて，至るところ，著者の細い，温い，しかも緻密な人となりが，行間に満ち満ちていて，一向に内容の深さ厚さを「硬いもの」として感じさせない点，私には別の意味で，大変有難い一書であると思われた．

“オメエさんの書評は，手前勝手で書評ジャネー”などと中川先生にお叱りを受けそうであるが，本書を通して私の血肉にまたまた新しい喜びを与えて下さったことをお礼して，中川先生の叱声の鋒先をかわしたいと思う．

＜発行・岩波書店・150円＞

“子宮外妊娠”
——17 年間のデータより——

過去 17 年間に連続発生した卵管妊娠および間質性妊娠（子宮壁部の卵管妊娠のことである）699 例について，その診断と処置を再検討してみた．主な素質因子は，既往の骨盤感染症および骨盤内手術のようである．最も重要で唯一の診断手段は，外来でのダクラス窩穿刺術であることが判った．最も広くもちいられる手術術式は，卵管切除術であった．しかし，卵管切除と同時に行なわれる子宮摘出術の頻度は次第に増え，過去5年間におけるその頻度は 42.5% であった．699 例中死亡したのは1例であった．したがって，死亡率は 17 年間に 0.14 ということになるわけである．

——Amer J Obstet Gynec 92 : 23～34 (May 1) 1965——より

“反覆性胆管炎と抗生物質”

胆道疾患の患者3名が，1年以上にもわたって再発性悪寒に苦んでいた．全例とも，血清アルカリホスファターゼの上昇をともなう黄疸が間歇的におきていた．そのうちの2例は短期間数回にわたって抗生物質の投与をうけたが，効果はなかった．ところが，全例に抗生物質を4週間つづけて投与した結果，ハッキリ治癒したのである（2例はテトラサイクリンで，のこる1例はペニシリンとストマイの併用で）．その後1年半から4カ年にわたって患者を観察したが，症状の再発はみられなかった．

——*Brit Med J* **1** : 1288 (May 15) 1965——より

“十二指腸潰瘍に胃冷法を試みる”

十二指腸潰瘍の症状をもつ患者 21 名に胃冷却法 Gastric hypothermia を試用してみた．冷却のていどを変えて行なった2つのグループを比較するに，治療後4カ月から6カ月の間は，症状にも胃液分泌にも，なんの変化もみなかった．治療開始直後は，全グループの 66% に軽度の胃酸分泌減少と症状寛解とをみたが，2，3カ月後には胃酸分泌の低下はみられなくなり，患者はいずれも元の症状を訴えた．

以上の患者にこの技術をもちいた経験では，胃冷却法を十二指腸潰瘍の治療に推センすることはできない．

——*Ugeskrift for Laeger* **127** : 429—433 (April 1) 1965——より

“血中を循環する DNA は腫瘍形成因子となりうる？”

Sloan-Kettering ガン研究所の学者たちは，ハツカネズミの腹腔内に注入した後，その血流中に出現する腫瘍誘発性のポリオーマ・ビールスと肺炎双球極変態性の DNA とから，伝染力をもった DNA を，生物学的に活性の形で，とりだすことに成功した．ポリオーマ DNA は変態性 DNA よりも不活性化されにくいようである．

これらの研究によれば，ガンの転移は腫瘍原性 DNA の血流中循環によって起る可能性がある．

——*Scieoce* **148** : 374—375 (April 16) 1965——より　**(卓)**

医院の窓

まくらのそうし

中村泰治

ひる間は，外来のけん騒．静かな夜は息子の受験勉強に…….

「1313 年は何だい ?」
子「ヒサビサに起こるルネッサンス．ついでにダンテの神曲と」
「よしよし．では，ヒトノヨクニつられて……」
子「ヒトノヨクニ……と．あっそうだ．1492年・コロンブスのアメリカ大陸発見だ」
「うまいうまい．ヒナワクスブル・巴里の町は ?」
子「はい．1789(ヒナワク)すぶる．フランス革命と人権宣言の発表．同時にアメリカ初代大統領・ワシントンの就任」

微笑ましい父と子の声がもれる，医院の窓ではある．

息子たちが中学生だった頃，私はよく家庭教師の役目を負わされたものである．その頃特に社会科の中の歴史をみてやっていて，息子たちが歴史を系統だてて学習することが苦手であることに気付き，各種参考書を調べたがあきたらず，私自身が工夫を加えてユーモアをまじえた日本および世界史年表をつくりあげたことがある．無意味の年代数字はなかなか覚えられないけれど，それを史実と関係づけてやると，その年代をすぐ覚えしかもいつまでも忘れないですみ，息子たちによろこんでもらった経験がある．その一部を次にご紹介してみますから，おやすみ前にでも一ぷくしながらご笑覧下さい．

西暦紀元前の事柄はしばらくおくとして，世界史および日本史をとりまぜて年代順にのべてゆくことにする．第四世紀の重要事項は日本史では大和朝廷の国土統一で，皇子生まる（みこう・まる）(350) 頃，西洋史では先ずゲルマン民族の大移動だろう．

これはみな来 (375) い，皆来いと覚える．日本の飛鳥時代にはじまった遣唐使制度を平安時代になってとりやめにしたのは，ハクション (894) と風邪をひいたからだと便利上おぼえる．十字軍の遠征は十字の苦労(1096)はじまりぬ．ジンギスカンの即位は蒙古の大地（第１）震れむ (206) とす．源頼朝が鎌倉幕府を開いたのは，平安時代の終り武家政治の始まりを意味してをり，武士にとって日本はいい国 (1192) となったに違いない．

英国マグナ・カルタ発布は，人に一語 (1215) を誓わせる．人とは悪政名高きジョン国王のこと．英国民は国王にせまり大憲章に署名させた．これによって国民個人の自由が約束されイギリス憲法のもといとして民主主義の発達に大きな役割を果した．人になつっこ (1275) いマルコ・ポーロ君は元にゆきフビライにつかえ，後年帰国してから有名な「東方見聞録」を書いた．黄金国ジパング（日本）の記事は西欧人の空想をかきたて，新航路や新大陸が発見される動機となったのである（後出）．人には言 (1281) えないことながら元，日本遠征に失敗す．ひさびさ (1313) に起った文芸復興．この年イタリヤの詩人ダンテが神曲をあらわしてルネッサンスのさきがけをなす．つづいて 15 世紀となり，ルネッサンスの全盛と近代科学のおこりを迎える．例えばグーテンベルグが活字印刷機を発明したが，これは千字 50 (1450) 秒と覚えるとよい．

この世紀に日本では，人の世むな (1467) しく応仁の乱が起こり，戦国時代に移行する．さて前述の東方見聞

録に刺激され，人欲に（1492）つられて発見す．これがコロンブスのアメリカ大陸の発見である．人よくや（1498）った喜望峰とは，バスコ・ダ・ガマのインド航路の発見を指す．マゼランの世界一周は，以後いく（1519）らでもまわれます．キリスト教の日本伝来は，以後よく（1549）伝わるである．

さて次に下剋上，群雄割拠の日本の戦国時代の収束をすごろく（1569）にたとえて織田信長がさいころを振って京都へ上ったと覚える．以後は刃（1588）向いいたしませんとは，日本では秀吉の刀狩りを指し，世界史ではスペインの無敵艦隊がイギリスの艦隊に敗れた史実を指す．一路まるまる（1600）へとは関ケ原の戦である．家康が石田三成らの反対派の軍を破り，豊臣氏にかわって徳川時代に入る．一方，世界史では色めがね（1600）のオッサン重役と解く．○○を眼鏡にたとえたところに小生の苦心が存する．イギリスが東インド会社を設立して海外発展の第一歩を踏み出した年である．

ルネッサンスの文豪の死は，いろいろ（1616）書いたシェークスピア．徳川幕府が定めた武家諸法度は，いろいろ書いたが1（個人の自由）足りず（1615）．徳川家光が鎖国令を出し，人むさく（1639）るしかったろう．

さてまた，いろはに（1682）ほへとと，町人文化が発達して，西鶴・芭蕉・近松らが活躍したのもこの頃です．

ここで18世紀を迎えた世界に目を転じてみよう．否むこ（1765）と出来ない蒸気の力を認め，ワットが蒸気機関を改良し，産業革命が先ずイギリスに始まった．アメリカが独立宣言を発表したのは，一難なむ（1776）．事実，当初独立軍は大いに苦戦したがワシントンのすぐれた指導で数年後ついに独立を達成した．かくてワシントンがアメリカの初代大統領になったのは，次に述べるフランス革命と同じ年である．フランス革命と人権宣言の発表は，火縄く（1789）すぶるパリの街として覚えておく．この頃日本では，猪苗代（1784）湖も役立たず．この年，有名な天明の大ききんが起こっている．こうした凶作や飢饉は江戸時代270年を通じて，約130回もあったといわれ，これが農民一揆や打ちこわしを誘発し，封建制度解体の見のがせない原因の一つとなっている．

さてナポレオンがフランスの皇帝になったのは19世紀のはじめで得意の絶頂にあり，その即位の日は快晴であったと想像される，一天晴れよ（1,804）．ついでながらその翌年に，イギリスの提督ネルソンがトラファルガル沖にフランスとスペインの連合艦隊を破り，イギリス本土に攻め入ろうとしたナポレオンの野望を打ちくだいたのである．かくてイギリスは1588（前述）と1805の2回の艦隊の勝利により，以後の海外発展の主導権を握った．

次にスチブンソンの汽車運転成功とウィーン会議は，祝い夜（1814）まで．イギリスの非道（ひどう・ひとうつ）始まる（1840）アジア洲，とは阿片戦争のことを指す．

さて鎖国によって太平の夢をむさぼっていた徳川幕府下の日本に，ペリーの黒船が突如浦賀沖に現われたのは，ヒヤご参（1853）なれ．曲者ノとばかり幕末の武士たちが，おっとり刀でとび出した様子をご想像あれ．その後，開国・貿易・国内物資の不足から尊王攘夷論が高まり，15代将軍慶喜は，人やむな（1867）く大政奉還を朝廷に申し出た．次いで明治維新に入る．大日本帝国憲法の発布は，一つややっ(1889)こしいもの．間もなく日清戦争が起こり，日本はこれにより一躍進（1894）し，同時に日本の第1次産業革命がはじまった．10年後の日露戦争の前後に第2次産業革命あり．これより先，エジソンが白熱電燈を発明し，日は泣く（1879）．レントゲンがX線を発見している，ひやっこ（1895）い光のレントゲン線．もっともあまりあたると火傷しますがね．日本で25才以上の男子に選挙権をはじめて与える普通選挙法が成立したのは，選挙（千きゅう）に行（1925）きましょうである．第2次大戦の終了・日本の降伏・国際連合の成立は，戦苦よい（1945）経験である．

以上でひとまず小生の歴史概観を終えます．このように年代と史実を結びつけておくと，歴史の流れがよく整理され記憶されやすいことに気がつかれると思う．もっとも年代の総てを史実と結びつけることは困難であるけれど，上述の重要年代だけでもしっかり覚えてしまうと，ほかの事柄はその前後に関連させて覚え易い．たとえば関ケ原の戦が1600年であることを知っていれば，その戦に勝った家康が江戸幕府を開いた年が1603年であることは想像できるわけである．また計算を使って次のことがわかる．日本で武家政治が続いたのは1867－1192＝655であるから約650年間である．この中で徳川幕府だけを考えると1867－1603＝264となり260余年間続いたことがわかる．また奈良に都を定めた年を奈（7）都（とう10）と覚え，奈良を捨てて京都（平安京）に都をうつした年を奈良が泣くよ（794）と覚えると，奈良時代は710から794までの年間，平安時代は794から1192までの約400年間であることが明らかとなる．

最後に，標題のまくらのそうし（枕草子）はご存知のとおり，平安時代中頃の女流文学者清少納言の随筆で，皇后定子がやすむときに読む物語として書かれたものと

伝えられている．紫式部の源氏物語と共に，ちょうど紀元 1000 年前後の作とご記憶ねがいたい．

以上，私と同じようにご子弟の家庭教師をなさるときがありましたら，いくらかでもご参考になればと祈りつつ．

（東村山市萩山町 4—30）

ドクトル ZASSO 氏の往診鞄

春日豊和

＜その 2＞

——診療鬼鳴咽す——

まるで診療の鬼といったごとく，じつに ZASSO 氏は働いた．診療一本槍でとびまわった．勿論自分の仕事内容に対する報酬が適当であるかどうか，などということはさらに顧慮しなかった．健保のシシンもくそもなかった．さらにまた他人がどう思っているかも意には介しなかった．近くの同業の先生のことなどまるで念頭になかった．患者が ZASSO 氏にまともにぶっける，あの卑屈な＜お世辞＞という温床の中でヌクヌク身を安んじている態ではあった．

しかしある夜更けの往診の時，帰り際に

「先生はほんとに評判がいいや，まず誰でもがチョクで，安くて，親切で……ていってるし，ハヤリッコには名医はネエなんてMの奴がいったが，Mの近頃のオ高いコトったら……」

と，そこの大工の一杯キゲン顔がヒクツに ZASSO 氏に話しかけた．しかし ZASSO 氏は＜一杯キゲン氏＞の期待を外すように，憮然とすると，いそいで外へ出た．そして「チョクで安くて……」と自答してみた．しかもはげしく同業M先生を「Mの奴」と，蔑視をこめての呼びすて方が，ムカッとして胸にこたえた．ぞしてそれらがぐるぐる渦を巻き，かって覚えのない妙なイキドオリに変って行く頃，家に着いた．

妻にも言わず ZASSO 氏は冷たくなった蒲団にもぐった．くやしさが涙になって溢れた．目がますます冴えた．ZASSO 氏は数年手にしたこともない，週刊医学誌をねむれねままに開いた．そしてそれのどれもこれもが，如何にも今の ZASSO 氏には歯ごたえのある文句で一杯のように思われた．彼はまた目を閉じたが，頭の中を医学の新しい略語や，チョクや，そしてハヤリッコには名医はネエーというオヤジのことばが，ぐるぐるからみ合って消えていった．

そして数日後 ZASSO 氏に地区医師会長から電話があった．「今日の医師会の審査委員会で，君の請求書が急に増えて来たことと，診療の内容が問題になっている，注意し給え」と．ZASSO 氏はオーム返しに「それは何のことですか」と尋ねた．会長の電話は冷たくも次の言葉で切られた．「医師会くらいには出て来たまえ，忙しい忙しいって，他人迷惑ともいわれてるよ」……と．

そしてその年の医師会の忘年会に彼は会長の意を体して始めて出席した．若輩と心得て隅にチヂカンでいたが，数杯の酒で酔った．いわゆるオエラ方の型通りのあいさつを聞いていると，「こんな会合，出たって出なくたって……」と心中ひそかに感じられた．そして彼は小用に立ったが，あいにくオエラ方でふさがっており，聞くともなく彼は意外な立話を耳にした．

「〇〇先生，Y町のKという先生，知ってますか，予防法の件数も町医では第一，どんどんとび廻って患者を集めているそうですよ．あんなにやられては，M先生も，H先生もお手挙げだといってますよ」…と．ZASSO ことK先生はまさしく憮然とした．そしてその話しの主であるT先生の出て来るのを待って，「私，Kというものですが……」とあいさつしたが，「仲々やってるそうだね」と一言いうと顔をそむけるようにして会場へ去った．ZASSO 氏は早々にして宴席の狂音を後に席を去った．星の濃い，寒風のすさぶ夜ではあった．

そして年が明けて，数日後，彼のところに社会保険出張所から１通の手紙がとどいた．「カルテを持って〇〇日に来い」とのことである．早速驚いて会長に電話をしたが，「指示どおりにし給え，もう少こし仲間ずき合いがないとそんなこともあるよ」……と．そして指定された日にはじめて＜臨時休診＞の札を出すと ZASSO 氏は足も重く家を出た．勿論不正の事実も何もなかった．T・B 患者の透視や写真が多過ぎるとか，治療指針無視が多いとか，入院さすべき患者を抱えこんでいるとか，そしてもう少こしひかえめにやりなさい……と注意を受けて帰された．

ZASSO 氏は，気を取り直した．ヒガミなんだ，ソネミなんだ，俺は go my way！ はじらわず，そのまま

の生地でやり通すんだ．ZASSO 氏は一息つくとふたたび元の生気をとり戻した．そして二代目の新品の往診鞄を自転車の先にとりつけると，健脚は再びペタルを漕ぎ出した．しかし，時々＜抜け参りする患者＞や＜前医の悪口をいう患者＞に生身の肌にジカに針を刺されるようないやな思いをすることも多くなっていった．

患者とは浮気なものだ，さらにどうだ，最近の患者の態度は．下手に出ればノボセて来るし，少こしでも説教すれば明日からはハイ左様奈良ではないか，患者患者で唯々諾々としていれば，医師会からも，同業者からも，そしてお役所からも，手非道くコツンと叩かれる．気をとり直して歩き出したものの，ZASSO 氏の昨今はとかく，かくのごとく黒い霧におおわれていた．保険証という薄っぺらな１枚の紙切れにかけた人間関係が，こうも軽々としたものなのか．人の肌のぬくもりもない，冷やかなものかと，憤然とする日がようやく多くなって来たのである．そして数週の後に中学の同窓生の会合があった．卒業後20週年というので，無理に出席させられた．同窓の多くは華々しく自分達の現実を語った．家族構成や，家族との旅行の写真，ウマイものやの話し，女の話し，バーの話し，散会後は皆それぞれ数名ずつ集って散っていった．ZASSO 氏の手許には彼の同窓が立派な地位につき，まことに楽しそうな生活を物語る名刺が残った．勿論彼は大急ぎで帰ると，待合室には＜休診あけ＞を待つ患者がタムロしていた．ZASSO 氏ははじめてせきたてられるようにして，仏頂面で患者をボンボン捌いた．11時を廻って外来が終ると，風呂上りに妻とはじめてビールを飲んだ．何故か同窓会の話しも言い出さずに……．

ZASSO 氏は何か自分のここ数カ月に受けた心身のつかれが，はじめて実感で感じられた．何か診療で狂っているうちに，同業からは刺され村八分になり，中学の同級生からも，東京の田舎者として置き去られ，さらに再び頭の中に甦るチョクで，ハヤリッコの馬鹿医者という文句，さらには制限診療だ，経済診療だ……という診療上での狭く堅苦しい注文，そして自分から遠く遠くへ去っていってしまったような学問，裸にされた自分の現在が，患者の評判という鎧を脱げば，実に無能な，他人迷惑な ZASSO そのものに等しいことを泌々感じたのである．

何時背を向けるかも分らない患者，キビシイ制限のある診療，ソネミ，ネタミの同業の世界，一方自由でノビノビしたクラスメートの羽搏き，そして新しい大切な学識からも取り残されかかっている自分，悄然として妻を見返った．寝息を聞いていると ZASSO 氏は嗚咽した．ハズカシイ，赤裸々な吐露でもあった．明日からこそは……と念じた．

（新宿区山吹町 69）

わが開業―バラード風に

船山道忠

フランス映画に＜恋人たち＞というのがあった．ところが＜患者たち＞となると，そんな生やさしいものではない．関西の患者は診療のあと，何日かかるか，その間の費用はどうか，而して己れはどうしたらよいかを尋ねるようである．つまり医療は医師に全部おまかせするといった態度だ．

関東地方の人々は若干ちがう．病名は，原因はとたたみ込むように質問し，なかにはクスリの名にまで及ぶ，そうしないと満足できんらしい．自分は口が悪いから，病名だの原因だのつべこべいうな，そう何もかも解っているならこんなケチなところにモタモタしちゃいないよ，と怒鳴りつける．どう考えてみても関西式の方が利口じゃあるまいか．万事おまかせすると言われると責任重大だが，色々口を出すとそれだけ責任の一端はお前がもてよと，気軽になる．

患者は教育してやらねば医師の負担は重くなるばかりだ．薬袋やビンなどを粗末に扱う場合，心の貧困はいかん，と言いきかせる．往診は相手によっては，無理に行きたくない医師をつれて行ってもいたし方あるまい，とことわる．まずデンワのある家，本当に往診の必要ありと認めたとき，医師を導ぶ態度のところに限局している．したがって年間を通して毎日１件，たいてい１日３件までとし，ないときは１週間もつづく．

若かりし時も６件にとどめた．多く患者を診るのは愚かな行為だと思い出したのは 37 才の開業３年目位だったようだ（勿論終戦前）．祭日や日曜は原則として診療なし，＜日曜はダメよ＞というフランス映画名を用いている．

服装に注意し（明るい暖かい色調がよい），趣味を広くもち，——すなわち音楽をきく（夜の音楽会は素晴らしい）映画をみる（えらぶためには雑誌で毎月調べ上げる），文芸書をよみ，——何でも心得ているようにしている．これは何も患者対策のためのみではなく，自己の内容を高めるつもりの努力である．惜しむらくは，数年前から勉強が嫌になったことだ．しばしば午前3時までおきているのは，音楽の映画のそして文学の本をよむために他ならない．

小規模の開業ゆえ，勤め人（女の子）は交代で1人宛，それぞれ時間給だから，人件費は安くてすむし，それに子供達に金はかからない．したがって1日30件（クスリ取りに来るのも含めて）でよろしい．もっとも診療は午前9時すぎから午後1時まで，夕方6時から8時までであって，日中はひるねと散歩あるいはLPレコードをきいたり，映画をみて時間をつぶす．家にいても，患者と顔を合わせても診療しない．かくすると大人しく丁重な患者が集まるようだ．未納などなく，催促したこともない．おつりを持ってゆかないのや，余分に置いてゆくのがある．

保険証を持っていない限り当然保険患者として取り扱わない——診るのは恥だからお帰り下さいとやる．治療はオール・オア・ナッシングにやるべきだろう．小児は意志表示が出来ないのだから注射はしない方針である．夜遅く子供をつれて来た場合，あなたは母親の資格がないネ，と皮肉る．

クスリは錠剤で1日2回位ですむ奴が好ましい．将来そうなるだろうと思う．九大池見教授が「医師は症状を治せても病気は治せない，病気を治せても病人は治せない」という意味の言葉を吐かれたが誠に真理だ．

何か尋ねたあと，今のはおいくらですかという患者が少なくない．デンワで聞いてもそういう．目下の制度では取れないらしいが，ワザワザ差し上げたいと言うのを拒むのはおかしい気がする．ことに食事のことなど，疾患別に本を出して要点を書かせているが，これもタダではひどすぎる．保険医をやめたいが，ただ1人の反逆児となるには年をとりすぎた．それに国立病院が傍に立派に出来たり，同業者が多かったりで，結局現状維持に終わりそうだ．

もっとも他からみると貰い物が多い（例えばビールなら年間 1000 本近い）から優雅な生活に思えるそうだ，もって瞑すべきか．医師は人生の縮図をみるわけだから文学ならスタンダール，ドフトエフスキー，テネシウイリアムス（米国南部の作家）のもの位はよむこと．体力的についていけないなら，クローニンとかサン・テクジュペリの作品はよんで置くべきと思う．音楽ならバッハ以前のものでもよし，ロマンチズムに徹しマーラーの大曲と取りくみ，あるいは印象派のもの，乃至は近代音楽のものもよかろう．妙なもので，その人の生活が余り豊かだと表面的な音楽しか作曲し得ぬものだ．医師も豊かでない方がよい．

大体において医師はクスリにしろ，器具にしろ与えられたものを黙って使用している．これは困るので，内容を変えさせたり，不便なら注文をつけて改良さすべきものと思う．自分は机，ベットは設計して作らせ，レントゲン装置もオーダーに近くかつ最近2回も改造させた．だが，元来なまけ者ゆえ，十分利用してはいない．

医師は仲々金がかかると思う．たとえ，官立を出ても設備に大金がいる．心電計は2年余で取りかえ，レントゲンは8年までで新しくし，短波をきくラヂオ，ソノシートをきくためのレコードプレーヤー（音楽をきく高級ステレオは又別），テレビは2台，計算器，クーラー等を備えねばならず，家屋の診療室は8畳以上，レントゲン室10畳，試験室3畳，それに本を揃える図書室8畳（応接室を兼ねて）車を入れるガレージ等々きりがない．

自分は運転を許されてない．歩くのが好きだし，それで十分間に合う．街で，若い男性や女性，そしてそれぞれ違ったタイプで思い思いのスタイルに会うのは楽しい．週3回は午後外で友達とビールをのむので車はあわない．時にドライブにつれてゆかれるが，何が面白いのか分らない．近代人でないのかも知れない．しかし運転手は平均10年早く老けかつ死ぬそうだから，不健康器と言いたい．アメリカの大型車はハイウェーを走らせる目的の他に，異性と交渉するための代物とみている．イヤ結構だと思っている．

患者には食事のことを云々するが，自分のは風変りだ，医師会員の1人がアニマルだと評したのは当を得ているかも知れない．すなわち，朝食は牛乳2合とコーンフレックスそれに半熟卵2個，昼食は米飯1杯と魚（焼いたもの，ただし塩なし），肝油5g，夕食は米飯1杯，豚肉 200 g，ビール1本，肝油 10 g，夜半牛乳2合，パン2片とバナナ1～2本．何年も何年も全く同じものにしている．野菜は青いものだけ．果物は殆んど食べない．すべて冷たい状態で喰べる．排便は1日3回ときに4回，軟膏状ゆえ下痢とは思わぬ．水も日本茶もコーヒー類ものまない．日曜と祭日とは夕食だけだが何も口に入れないこともある——水もである．出されたものを黙って食べる民族は強いと思う．アングロサクソン，ロシヤ，ゲルマンなど．塩分と糖分とが一番嫌いで，ヨソでお茶や菓子など出されることがあっても，手をつけな

い．知っている患家ではビールとチーズあるいはウイスキーを出す．妙な往診もあって，主としてブラームスの曲をきかせるために呼ぶ．自分はブラームスは好きになれない．その人に言わせるとケレン味がなくて良いそうだが——．しかしこういうのは健全だが，数年前までは怪しげなのが度々あった．中年の女性1人しかいない，病気でもなさそう，自衛手段としていて，子供がいれば呼びいなけりゃ隣りの奥さんに来て傍にいて貰うことにした．もう昨今は安全圏内に入ったわけで，自ら年をとったと思う．日本の男性は全世界27番目で全く魅力がないと外人が言っているそうだが，中年になって肉体的に目覚めた女房を満足させ得ないのではないかと，益々強くなる女性をみて，男性の衰れさを悲しむ．もっと，ソフイステイケーションとババリスムを兼ねそなえるべきだ．

今こそ自分は丈夫で血色もよいと言われているが，幼年時代はじつに弱かった，樺太で3才のときから中学1年まで過ごした．樺太庁立病院長として父が赴任したからだ．自家中毒症(アセトン血症)で小学校は3分の1は休校のテイタラク．当時病名は胃腸病とされ，極端に食事を制限された．それでも発作が起きる，蒼白い痩せた小児であった．スキーもやり魚釣りも大いにやったが丈夫にならない．中学の入学のときも，長じて高校の試験のときも貧弱な身体で落とされはしないかと，そればかりが気になった．終戦後は，すべてのものから逃れまいと決心し，失敗を繰り返しながら，何でも食べることにした．それが今日の食餌となった．当時39才でファイトがあったから，亜急性心内膜炎にペニシリン37本（日本にペニシリンなし）をアメリカ海軍病院へかけあって貰い治した．また脳血栓症をヘパリンの点滴で一時意識を快復させたこともある．対診医として佐々廉平先生においでを願ったら，君日本で一番始めに使ったのだから報告して下さいよ，と言われた．勿論アメリカの病院から貰ったもので，2本しかないが，1本使わせるとの厚意であった．もう今はそんな勇気はない．人生の峠を越した者の姿であろう．

（横須賀市上町2丁目 18）

＜こ と ば＞

“教えられる立場にあるものは，まず教えられるだけの理由のあることを，すなおにみとめなければいけません．それは，その人たちがもっと大人になってみれば，すぐわかることです．その分別がないようでは，それこそつけるクスリがないというものでしょう．”

——緒方富雄——“教育不在”より（春）

原稿募集

症例報告，研究，実地医家としての抱負や希望，グループや地域医師会の活動，随想，書評，この会や機関誌にたいする希望や批判など．

そのほか，何でもご自由にご投稿下さい．

原稿は400字詰，横書き．枚数の制限と締切日はとくにもうけません．

＜宛　先＞

東京都東村山市萩山町1の2770

木島医院内「人間の医学」編集部

(TEL 0423—41—0769)

▷ 病・連・協・特・集 ◁

① 半年をふりかえって——春日　豊和
② 岩波文門先生の講演抄——永井友二郎
③ レントゲン・アーベント——日向野晃一
④ エレクトロ・アーベント——上田篤次郎
⑤ 肺機能検査室・見学記——中野　一義
⑥ 東京女子医大のCPCとC,C——古藤　弘
⑦ 東京医大綜研メモ——福井　正男／春日　豊和

その半年の歩みから

「病連協」が発足して漸く半年，色々な苦しみや困難をかいくぐり，かきわけて…，実にこの仕事の重さを身一杯に感じております．＜胸つき八丁＞のことばどおりで，その頂上も，青空一つ見えず，＜胸つき八丁＞の難路，岐険な勾配を，とにも角にも＜歩一歩＞とふみしめて歩いております．＜パイプは通された＞早く新しい清冽な水を……，ヘバラズ，クタビレズ，先長く，火を消さず……．本当に見知らぬ，遠くよりの，熱心な先生方のお顔を見るたび，＜おろがむ＞気持にも似て，わたくしども世話人は，明日への，否，もっと先々への＜こころの火＞をかき立てられます．

8月は行事をやめて，もう少し，「病連協」の実質的な体質作りに専念することになりました．9月からは，この粗野な，裸の「病連協」にも，新しい衣が与えられ私共の心から医聖と仰ぐ佐々廉平先生を会長に頂くことになりました．又各大学の心ある先生方に顧問になっていただき，熱心な他地区の先生方の中に，地区世話人もお願いし，佐々先生を頂点にその底辺の層を厚く，深く……と考えております．

本号では事務的な記事は小泉先生に，綜研抄録を古藤，福井先生に，エレクトロ，レントゲン・アーベント印象記を上田先生，日向野先生に施設見学記を中野先生にお願いいたしました．なお5月のエレクトロ・アーベントにて特別講演をされた「国療中野」の谷崎先生の原稿がいただけましたので（本号，研究と臨床の項参照）全文掲載いたします．

（春日）

生後6カ月以上の乳児には，第1期種痘は危険

岩波文門／病連協の講演（40. 6. 24）より

イギリスでは種痘を希望者だけにやっていて，日本のように国民全体に義務づけていない．

その理由は種痘接種後の脳炎を考慮したためである．すなわち，生後6カ月までの乳児は母親からうけた免疫がのこっているので，この期間に第1期の種痘をうけても脳炎をおこしたりその後遺症をのこすことはほとんどない．

しかし生後6カ月以後，母親からうけた免疫がなくなったのちに第1回目の種痘を行なうと，種痘後脳炎ならびにその後遺症を起こす危険が大きい．

そして種痘を法律で国民に義務づけると，この種痘後脳炎の頻度が高くなるので，イギリスでは希望者だけにやることになった．

そこで，わが国において生後6カ月までの間に第1期種痘がうけられなかったばあい，どうすればよいだろう．そのばあいには，あらかじめ矢追抗元（精製痘苗）を注射して，そのうえで種痘をうけることにすると安全である．

勿論そのばあいは善感とならないが，わが国の法律の強制にたいする一つの防衛手段として大切である．

（文責・永井友二郎）

レントゲン・アーベントへのお誘い

日向野晃一

病連協の定例行事として Röntgen-Abend があります．これは日医大の斎藤放射線教室（Staff は斎藤達雄教授，加藤，清水助教授，恵畑講師，山岸，村田，医局長，及び多数の医局の先生方）が，われわれ実地医家のために Röntgen-conference を行なってくれる催しで，毎月第3木曜の午後7時から9時半頃まで飯田橋の日医大第1病院5階講堂で行なわれます．

私は春日豊和先生のご紹介で毎回出席させて戴いていますが，beerを飲みながら，半ば陶然としてレ線フイルムを診ていると浮世の苦労も忘れて大変楽しく愉快に勉強させて戴いています．beer代はどこから出るのかなと最初は心配しましたが，毎回出されると「習い性となる」で近頃は全く気にかからなくなり平然と飲むようになってきたのには，全く我ながら空恐しき変貌ぶりです，閑話休題．

実地医家の会員では永井(友)，春日，堀，桑木，佐藤(安)の諸先生方が熱心に出席しておられますので，皆さん，多数のご出席を期待しています．

春日先生から印象記を書くようにとのご依頼を受けましたので，私の感想を2～3述べて，皆さんへのご紹介とお誘いの言葉としたいと思います．

conference の対象となるレ線フイルムは私達が持参したものと教室から出されたものですが，私達のものに主力を注いで下さいます．これらのフイルムを診ながら，会員が自由にいろいろの意見や質問をしながら話し合い，最後に斎藤教授が綜合的にしめくくるという形式で進められるわけですが，先ず，極めて at home な雰囲気であることが一番の特徴かと思います．これは決して alcohol のせいではなく，斎藤教授の人柄から自然に滲み出た暖かい人間性の然らしむるところで，そのため私のように何も知らないものでも恥しい思いをしないで，おめず臆せず，何でも疑問と思うことを尋ねたり，意見を言えるのではないかと思います．教室の先生方も右へならえで，極めて gentle で，これもなかなか苦しいのちゃないかと内心ご同情しています．

このような at home の中で話し合うわけですが，その内容は決して easy なものではなく，なかなかキビしいものです．ただ，このキビしさが，例えば胆石の診断にトモグラフィーをというようになると，成程そうかとは思いますが，設備のないわれわれ開業医はなかなかついていけない息苦しさを感じないでもありません．

そこで，もう少こし，われわれのレベルまで下って，もっと日常ありふれた検査法の一寸した工夫で，一段と診断能力が増すというようなコツをご伝授願えないかと，大変虫のよい注文を出しておきます．

そういった意味で，先程，恵畑先生が私達の例会で話し下さった「胃腸レントゲン診断のコツのようなもの」式のものを，お話しの途中にそう入して下さると有難いと思います．コツがあるようちゃ科学とは言えないよという反論は勿論ありましょうが，現実には，専門家と素人の分れ目は，この一寸したコツが摑めているかいないかに掛っていることが，非常に多いように私には思われます．

コツというと何か小手先の技術のようにとられ勝ちですが，本当は長年の経験と研究から創り出された最も合理的，合目的的な手技だと思います．従来，このコツは教科書にも書いてありませんし，一子相伝式に教室に入って永年苦労して会得したり，先輩から伝授されてきたものでしょうが，一つ，このコツをご伝授下さって，われわれ素人を半玄人の域まで引き上げていただきたいと思います．また，私達の症例だけでは，どうしても対象が限られてしまうので，比較的珍しく，かつ教訓的な症例が教室から例示されますが，これが大変勉強になります．

今までに例示された主なものは，①Vanishing tūmor，②Mediastinūm の Tūmor，③Zwerchfell hernia，④bronchial adenoma 等で何れも日常の実地診療の上で大切な症例ですが，余り私達が日常多くは経験しないものです．

従って，こういうものを一度診ておくと，おかないとでは，相当に，実地臨床の上で差がでてくると思います．また，top level における診断の力というものも理解できる上で，大変有意義だと思います．

レントゲン診断の要諦は「弾力ある検査法を駆使する」ことにあるので（恵畑先生の講演から），conference の場では，なぜこのような検査をしたか，また，この検査で何が分り，何が分らないか，さらに分らない点を明確にするには，どのような検査法を加えたらよいかというような点を掘り下げて discūssion したら，なお興味も増すのではないかと思います．

私達が知りたいのは，結果だけではなく，その結果に到達するまでの過程だからです．また私達開業医は，ややもすると自分の城に閉じこもって，その結果，視野が狭くなり唯我独尊型になるか，加速度的に進歩する医学にただただ圧倒されて必要以上の inferiority complex にとりつかれ，その結果，自信喪失型になるかして，なかなか自己を正しく評価することが難しいものです．

そこで，こういう conference に出席して，適切な advice や sūpport を受けたり，皆さんの症例を拝見したりしていると，自ずと，自分の能力と言いますか，レ線診断の限界——これは自分の智識や経験，それに自分の設備をふくんだ綜合的な診断能力ですが——といったものが分ってくるようになり，より客観的に冷静に自己を評価し，位置づけることができるように思われます．

こういった意味で，このRöntgen-Abend が，大学と実地医家との結

びつきを通じて，相互に裨益し合い——といっても私達の得る方が遙かに多いのですが——発展することによって地域社会の医療の向上に役立つことを信じています．

エレクトロ・アーベント印象記

上田篤次郎

毎月第3金曜日かと思うが，新宿区医師会館の講堂で，社会保険中央病院の長尾先生を囲んでのエレクトロ・アーベントが催されている．

7月16日，雷雨がからりと霽れ上って涼しさが漂い始めた夕方，私は定刻ぎりぎりに出席した．会場には既に 20 名近くの篤学の士がつめかけ，講義は既に始まるところであった．見廻してみると出席者にはいつも見る顔が多く，固定化した常連と言った感じで，折角の講義に出席者の少いのが申しわけないような気もしたが，反面気心の知れた親しい仲間の真摯な研究会の雰囲気もまた捨て難いものがあると思った．

助手の方が丁寧に黒板に問題の心電図を模写して下さる．第1例は古藤先生の患者，32才の女で以前高血圧があったが現在なく，時に狭心症様発作がある由．心電図の概要は第1図の如く，Ⅱ，aVF 等の ST 下降が問題となった．

結論としてはリウマチ反応あり，ステロイド使用中であるが PQ 延長等なく，この ST は心筋障碍を示し，発作は狭心症も考えられるとのことになったが，1mm に達しない ST の下降の場合，Ta の重複と言うことは考えられないだろうかと一寸疑問を抱いた．

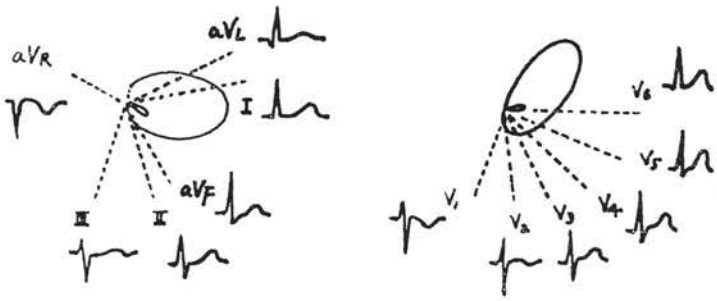
第2例は 70 才の老人，高血圧，心不全等が既往にあり，約2年間ジギタリス療法継続中の由．経過中に多原性心室性期外収縮の頻発した時もあり，これはジギタリスと関係があるかも知れないとのご解釈．心電図は第2図のように，Ⅱに肺性Pと思われる，高さ 2mm，幅 0.10～0.11″ のものがありながら，位置は立位に近い．

胸部レントゲン背腹写真でも滴状心とまでは行かないが，少くとも左室肥大像は認められない．心音では特に心尖部に収縮期性雑音著明の由．

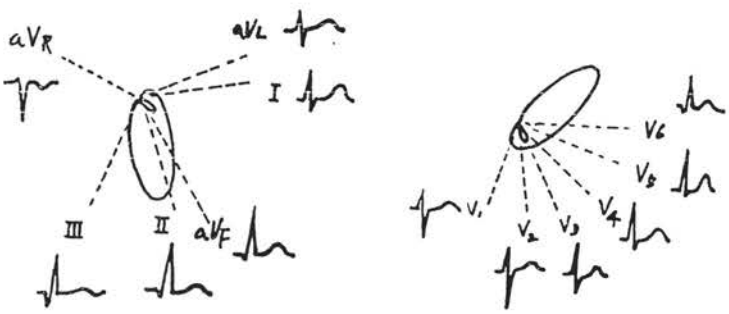
これらを綜合して僧帽瓣狭窄兼閉鎖不全も考えられるが，左室，左房の拡大等が認められない点からも若しくは室中隔欠損と言うことも念頭においてさらに検討を重ねる必要がある症例であろうとのことに結着した．

第3例は 65 才の老女で，脳出血か脳軟化症の末期近い患者．その心電図の概要は第3図のとおりで，上室性期外収縮が散発している．右脚

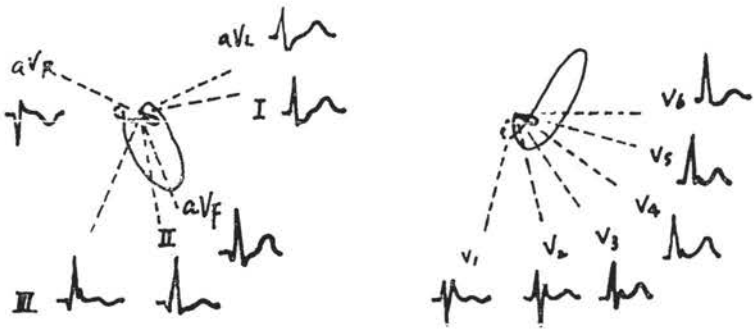
＜第1図＞



＜第2図＞



＜第3図＞



技ブロックを呈する点等から心房細動に移行する可能性もあることが指摘された．

用事のため以上３例についてのお話を拝聴しただけで，残念ながら中座したが，聴講者各自が現に手掛けている心電図を材料にして，心電図学的追及に止まらず，今後の診療方針治療法等にも亘って詳細な解説が行われ，即刻役立つ，生きた心電図学研究会であると感銘を深くした次である．

唯これだけ有意義な研究会が前述の如く比較的限られた人達によって行われている原因について考えるに，心電図が相当普及した現在に於ても，なお心電図が理解し難い点があり，講習会ではよく分ったつもりで帰って来てみるとまた分らなくなると言った悩みを突破しかねて，つい臆劫になってしまう方がまだまだ多く，この会の常連等はさしずめ有段者と言うところなのではないだろうか．

１人でも多くの方々がこの研究の機会を利用されることを望んでやまない．欲を言えば長尾先生の独演の形を改め，予めプリント配布した心電図について会員に所見，診断をつけさせ，それによってディスカッションする方法等も考えて頂いたらどうかと思う．余談になるが，

春の服欲しき娘素描重ねをり

浅田勝司……と言う俳句を評して占魚氏は次のように言っている．

「ついさきほどまではしきりと“春の服”が欲しいと口にして，母にでもねだっていたのであろう．その娘が今は全くそのことを忘れはてたかのように，素描に懸命になっていると言うのである．“春の服欲しき娘”と呼びかけるような表現が新鮮だし，色彩がある．一途にものに憑れるような熱情的な娘さん．ありふれた顔だちでない，神経質そうな娘さん．そんなこんなが，素描している部屋のあたたかな日ざしまでが，現実のものとなって私の体に感じられて来る」と．

私にはこの句評の前半はすぐ分るが，後半の味わいの広がりまでは言われるまでは分らない．そこが詩人と俗人の差であろう．同じように心臓は働き続ける限り，忠実な器械を通して心電図を描き続けるであろうが，読む方に解読力が足りなければ，カーブの示す意味を空しく見過ごしてしまうに違いない．

ST の上昇とか下降でも，はっきり 1mm 以上の変位があればとも角，それ以下の場合例えば ±0.5 mm 等と言う場合，それを病的と見るか正常と見るかは他の検査成績，病状等と照し合わせた上の解読者の経験と勘によって，きめられる場合がかなりあると思う．

患者にしてみれば，心臓の問題は死に関連すると速断しがちであるから，“何でもない”と言われるのと“心筋障害がある”と言われるのとでは雲泥の差であり，診断を下す側の我々としてはあらゆる機会をつかんで知見をふやし，経験を積まねばならないと思う．有志の方々のご参加を切望すると共に，長尾先生に，感謝の意を表して印象記を終ります．

東京医歯大肺機能検査室／見学記

中野一義

「肺機能と臨床」という題で，過去３回にわたり，東京医科歯科大学梅田先生の蘊蓄あるお話しを拝聴したが，今回，その総まとめと＜百聞は一見に如かず＞という意味を兼ね，かつ，梅田先生の絶大なるご厚意により，同大学病院の呼吸機能検査室を見学させて戴く機会を得た．

遅い梅雨明けも近く，何となくむし暑く，それでいて雨降りしきるというお天気だったが，見学者は10数名を数え盛況を呈した．ご熱心にわざわざ他県から，見学に来られた先生もいた．検査室には呼吸機能検査に必要な計器類の数々がところ狭しと並べられており，それらが，換気力学的検査や，残気量の測定や，血液ガスの測定を行い，それによって疾病をより早く，より正確にキャッチできるのかと思うと，つくづく学問の飛躍的な進歩と深さを感じさせられた．

見学はまず，レスピロメーターによる肺機能検査法からはじめられ，閉塞性肺疾患を有する患者に実験台に立ってもらった．キモグラフに吸，呼気性，努力性，最大換気などのスパイログラムを描かせ，次いで気管支拡張剤を吸入させ，再度同様のスパイログラムを描かせてみた．この患者の場合は気管支拡張剤による肺機能の改善は全くみられなかった．

次いで開放・閉鎖回路法による残気量の測定を同じ患者で行った．肺内に80% 含まれる N_2 を純 O_2 で換気することにより，肺内の N_2 を洗い出して N_2 残気を求めて閉塞の状態を知る方法である．７分間普通呼吸により O_2 を吸入し，最後に最大呼気を行って残気 N_2 量を N_2 メーターによって測定したが極めて高い価を示した．

結局種々のデータの分析の結果，この患者は 35 才という若い男性にもかかわらず，すでに気管支喘息の域を越え，肺気腫の状態にあることが判明した．また見学の間に他の患者は血液ガス測定のため動脈血採血を行っていた．その間に梅田先生及び同室の鈴木先生が，それぞれの計器について微に入り細にわたって説明を加えて戴いたので，現在の呼吸機能検査の方向が充分理解でき，見

学の有意義さをつくづく感じた次第である．時間が非常に早く経過し，夕刻になったので名残り惜しかったが辞去することにした．

私見で誠に失礼ではあるが……

勿論，聴診器や，レントゲン写真によって診断を下すことも必要なことではあるが，それにも増して，これらの呼吸機能検査によって，より早く，より正確に診断を下すことも有意義なことと思う．

梅田先生のご厚意に甘えて申しわけもありませんが，先生が紹介患者に対し，できるだけ便利をはかって戴けるとのことゆえ，先生の診察日をお知らせいたします．

● 梅田先生診察日
金曜日／新患診察日
月曜日／旧患診察日（この日は特に梅田先生宛でご紹介下さい）

● 鈴木先生診察日
水曜日／（鈴木先生宛ご紹介下さい）

以　上

東京女子医大における CPC と C.C

古藤　弘

本学での CPC の特徴は，肩の凝らない，家庭的な雰囲気の裡に，愚問賢答を交わすことにあります．暇があれば，榊原教授も出席して，質問やメモをしておられることでおわかりと思います．

今後は，討論の時間を少し短縮して，教室の若い方々と人間的交流を図りうるように工夫する予定です．

〔4月の目標は〕

Lumbago ときいて，すぐ頭に浮かばないのは，精神科ではないでしょうか．

1. 整形外科と産婦人科の面で夫々森崎教授と川上教授から基本的な問題が開陳されて，一応頭の中を整理．
2. 南沢教授は，＜心気症＞における Lumbago について，
   i 本症の主訴として，初期に比較的多い
   ii 従って発病の時期を察知しうることも多い
   iii 鬱病との鑑別にも役立ちうる
   iv Lumbago は本症の患者に重病感をあたえるように思われる
   こと等を詳細に口述されました．

〔5月の目標は〕

誤診は「手を抜いたところにある」

1. 71 才♂　既往症　47 才時腎炎
2. 主訴　5，6年前からの頑固な咳嗽，全身倦怠，食思不振
3. （受診経過を列挙すれば）
   i A医は咳嗽の対症療法を数年間継続
   ii B病院（都立）肋膜炎の痕跡を指摘しただけで3ヶ月後の再検を指示
   iii （ii の1ヶ月後転医）
   C医は陳旧性肋膜炎と診断し，約1年間3者併用
   iv D医は尿検査の結果肝硬変症疑と診断して対症療法継続
   v E医は肺結核兼胃及肝臓癌疑として即刻本学三神内科に紹介入院させた
   vi 本学におけるスクリーニング・テストの中陽性を示した主な処見は，
   尿蛋白（+）H 52%
   便潜血（卅）R 200×10⁴
   NPN　121
   消化器のレ線検査を開始直後ショックを起こし，一時意識恢復したが下血2回を繰返えし，前項E医受診より3週間を経ないで死の転帰を辿った
4. 臨床診断（検査終了しないためカルテに記載なし）
5. 剖検による主な処見
   i 中葉の萎縮（中葉症候群と思われる閉塞性肺萎縮）
   ii 胃体部の癌性変化
6. 教訓

誌上に記載し，然かも剖検処見を知ってしまえば陳腐な症例であるが，その病歴を詳しく観察する場合，学問的にも大変興味を感ずるが一面臨床実地医家の陥りやすい多くの Problem を，身を以て教えてくれる1例だと考えます．

i 単に老人のせきとして数年間も無為に過してよいものか（A医）
ii 都民の税金で設備された高度の検査能力を何故駆使できなかったか（B病院）
iii 怠惰と無責任，紹介先はなかったのか，なんのための3者併用か（C医）
iv 尿検査だけで肝硬変が考えられるものか（D医）

これらはすべて私の身につまされる事柄で冷汗三斗の思いを免れません．

〔6月の目標は〕

合併症が多く，而も互に拮抗する薬剤を併用しなければならない症例のこなし方

1. 診断／糖尿病兼糖尿病性網膜症兼過形成性慢性胃炎兼関節ロイマ兼左翼状片
2. 病歴 i 台湾において，胃部アデノカルチノームとして切除をうけ
   ii 副腎皮質ホルモンを乱用され増悪するため，治療の目的で来日し，会員が中山内科に紹介入院させて社会復帰の線まで恢復した症例
3. 討論の要点
   i 副腎皮質ホルモンの漸減法と他の抗ロイマ剤への切り替え方
   ii Insulin 製剤の選び方，2種以

上の本剤の併用法（NPHI・PZI・RI・HB 113—径口剤，独逸製品）

iii　副腎皮質ホルモンと Insulin との併用法

iv　ロイマの診断と分類法等.

（詳細は紙巾の都合で割愛します．ご諒承下さい）

東京医大綜研メモ

芦沢真六助教授の“胃疾患診断の現況”より

福井正男

最近，特にわが国では効率のよい検査法であるレ線と胃カメラを併用することにより，胃疾患診断の技術は著しく進歩した．すなわちレ線検査では充満像，二重造影法，圧迫法等を組み合せることにより，また胃カメラでは胃内どこでも撮影し得るように機械の改良と共に撮影法を工夫することにより，両者ともにその撮影像の読みに習熟してくると，ごく小さな病変も，また非常に浅い病変もそれを術前に捉えることが可能である．

われわれが経験した胃内のいろいろの場所に見られた憩室，胃潰瘍，ポリープ，粘膜下良性腫瘍，胃癌（特に早期癌）の症例を供覧し，それらのレ線，胃カメラ像について，特徴，鑑別，注意すべき点等を述べた．

—奥石義精講師の“吐血および下血の臨床的並に統計的観察”より—

吐血，下血を主訴として1954年から9年間に東京医大内科へ入院した290例の臨床的観察を要約すると，25種疾患で，頻度は，胃潰瘍，胃癌，十二脂腸潰瘍，部位不明，胃炎の順で，男性に多く（2.5倍），年令は60才台に最も多い．吐血，下血を区別すると，胃潰瘍では吐血が圧倒的に多く（77.4%），胃癌では下血が多い（73%）．吐血の中胃癌でも純血液様の吐血が意外に多い（33%）ことが注目された．季節的には冬に多く夏には少ない．入院時の赤血球並に血清蛋白量の多寡と予後との明かな相関はないようである．循環虚脱による死亡は案外少ないが，前駆症状及び合併症を有するものの死亡率（40%）は，これを有しない死亡率（21.8%）より高率であった．内科的に治療した224例を分析すると，輸血を早期に大量行うことが最も大切で，更に蛋白同化ステロイド剤の併用が好成績を得ている．一方死亡例を分析すると，60才台が最も多く（平均61才），疾患別平均年令は癌疾患 57 才で意外に若く，肝疾患59才，消化性潰瘍62才，部位不明70才であった．既任歴のないものは90%で，吐血が初発症状であったものが消化性潰瘍では85%にのぼり，第1回目の出血で死亡することになり，注意を要する．然し肝及び癌疾患では低率（30%）である．入院時血液所見によりHemoconcentration に幻惑されて輸血を行わなかったもの 32% で，輸血を行った中でも 1000 c.c 以下の不充分のまま死亡したものが30%の高率を示した．直接死因は出血が大部分（72%）をしめ，このため窒息も案外多く，ついで感染症その合併症にも注意を要する．

—佐藤助教授の「向精神薬」をめぐってのお話より—

春日豊和

このお話は6月11日，初夏の薫風が副都心の新宿のネオン色なす，喧騒の夜気を縫って，ひたひたと，拭うが如く訪れる東京医大6階の講堂で行なわれた．実地医家に必要な部分を私の心細いノートより抄録してみたい．

□向精神薬は1952年フランスのロンブーランが唱えたことば，Psychofropics 又は psychofropic Drugs と称するが，非常に種類があり，しかも効果判定があいまいになりがちなのも特徴．

□Chlorpromazine

生体の抵抗力を奪い，無抵抗にするのが特徴．つまり

・Adrenolytic(sympathicolytic) に働く，

血圧降下，発熱抑制，便秘，胃液分泌低下，睡眠，食慾亢進，つまり Vagotonie を呈する．

・副作用としては

1. 自律神経系作用

起立性低血圧，時に転倒して，口などをふさいで死亡，動悸，顔面紅潮，また Vagoneurotic urticaria など．

2. 肝障害→肝内胆汁うっ滞性黄疸，ただし慢性化はあまりない．
3. てんかん　誘発
4. extrapyramidal の症状

Pyskinesia, Akaphisia, Prakinsonismus など．

5. Agrannlocytose,

Degeneratio pigmentosa, retinae などもみる．

◎用法上の注意

☆＜ニヒルな患者，かすかに死にたいと思っている患者＞に対しては慎重に投与のこと．つまり“突然行動に出る”からである．出来れば異常判断面の大掃除の後で使いたい．

☆分裂病に対してのみ使用し，抗うつ剤として使用しない方がよいと思われる．分裂病には 80～90% 有効．

☆Propericiasine は（Neuleptil）は非行小年に対して有効，普通の人には副作用が出る．

☆PZC などは自律神経作用が少なく，外来などでの使用にはよい．

□抗うつ剤

- Imipranine（トフラニール）
- MAO Inhibitor
- Nialamide, Sufrazine

・Chlorprothixen（これは分裂病うっ病両方に有効）

◎用法上の注意

☆内因性，心因性の両者に有効だが，2週から3週使って駄目ならやめること．

☆自殺の危険な時は Elektroschock にかえよ．

☆ねむれなくなることもある．

☆MAO・Inhibitor は不安の強いものには使うな．

☆MAO・Inhibitor は肝内 MAO の抑制の結果，急性肝萎縮を来すことありと．

☆トフラニールでは屢々，分裂病は急に増悪するから要注意．

□Neurose

これにminor tranquillizer(WHO)を使う．

tranquillizer とは“ねむりなき鎮静”ということ．

・Mebromamate→Atraxine

・Chlordiazepoxile → Balance, Contor.

・Diezepam→Horixon, Selcin

・尚 Trancopal は≒Mebromamate (muscle relaxant)

＜あれこれ＞ より

☆minor tranqnillizer は1週間くらい使っても無効な時は駄目．

☆クロールプロマヂンは2～3日使用して無効なれば駄目，勿論例外はあると思える．

☆Balance は心因性のうつ病には有効．

また稍々てんかん性性格の人に，dramatic に効くことがある．“てんかん”に抗痙攣剤に少しまぜるとよく効く．

☆うつ病に対しての抗うつ剤は必ずしも効くとは限らないが，分裂病に対してのクロールプロマヂンは80～90%は間違いなく効く．

☆Neurose に最初から投薬するのはよくない，暫らく“様子をみる”こと．環境調整その他．

☆クロールプロマヂンは1日 75mg →2,3 週で 200～300 mg→2～3ヶ月連用という使い方であるが，“精神症状の面が消える方向で，而も副作用が強くならない”という使い方がよい．

☆なお抗うつ性のもので Exitant として，ヒロポン (Methylanphetamin)，ゼドリン(Amphetamine)，リタリン(Methylphenidate) メテトミン (Piprudor) がある．これらは Narcolepsie には良い．時に“やせぐすり”

☆Insidon は Antipressant としてよりも，Neurose に使用する．

☆ドレイの“精神病院の扉を開け，錠を外せ”という「ことば」はクロームプロマヂンの分裂病への使用とその有効性を示している．

☆一番手こずるのは hypochondrische Neurose, iatrogenic Neurose である．要注意，要注意〃

☆ クリニックタイムズ原稿募集

クリニック・タイムズは「人間の医学」の広告代理店である協和企画発行の旬刊紙で，「実地医家のための会」会員からの原稿を望んでいます．原稿の条件は下記のとおりです．

(1) 内容は厚生省．医師会，製薬会社への直接的な悪意ある攻撃でなければ，なんでもよいわけですが，医療に関係のあるもの．

(2) 400 字詰原稿紙7枚まで，ただしシリーズでも結構です．

(3) 内容のいかんでは，掲載しないこともあります．そのときは返戻するか，「人間の医学」に掲載させていただくこともあります．

(4) 宛先は「実地医家のための会」事務局．

(5) 原稿料は1枚 1,000 円で，協和企画から筆者宛に直接現金書留で掲載後1～2週間後にお送りします．

(6) なおクリニック・タイムズ掲載の本会員の原稿を集めて本会より出版する企画があることを，申し添えます．

会員の声

編集部御中

船山道忠／横須賀市

地方の会員のために，例会の講演を詳細に雑誌にとりあげてほしい．（例，二重像影のコツ，胆のう撮影とその解説）

中村泰治／東村山市

実地医家のための会の存在意義は入会して，同人の熱意に触れてみないで云々することはできないことに思いいたり，早速，浦田先生宛維持会員費をお送りし，入会しました．

われわれ実地医家は，一面においては子弟に対するよきパパないしはよき相談相手でありたい．そういった意味あいで原稿「まくらのそうし」を提出いたしてみました．（中略）

なお諸兄に，これ以外に，また他の年代につきましてもおもしろい着想がございましたら，ぜひおきかせ下さるようお願いいたします．

例会に再び出席して

＜みなさまの激励に答えて＞

金田光雄

7月11日．久しぶりに出席した例会が面はゆい位整ってきているのに驚いた．同時に会から個人的な理由で遠ざかっていたことが，どれ程の損失であったかを思いめぐらし乍ら貪慾に，演者のお話にきき耳を立てた．

館山にふとしたことから突然去って約1カ月．余程むりをしないと出られない勤めの身の不自由を考えた．今までは会場に近い四谷見附にいたので，都内の催しものには何の重荷もなく自由に行けたのに，一寸東京を離れると，もうこの有様．紀伊国屋ホールでの岩波市民講座にも予約申込みしたまま，今度の出来事で不参加通知した．江上波夫先生のアジアの歴史に関するもの，先生の「デタラメの世界」等々，全く心残りのことばかり．東京を2～3時間離れるということが，凡ての文化から永久に遠のくことを意味するということを体験した．都市には，だから地方とは比べようもない貴重な文化がある点が，何よりもかけがえのないことも思い知らされた．

マス・コミが発達しきった今日，都市も地方も平均化した文化をうけられるといわれているが，音声や画像からだけでは何としても感銘の度合が違う．セリエ博士が来朝した時も，産経ホールで，直接ストレス学説に関する博士の実験過程を，外国人らしい楽な雰囲気で聴いて特別の感慨をもったこともある．あから顔白髪の柔和な気取らない姿態，ゆっくりと判りやすく話す講演……関心のある人々の集りが示す落付いて静かな聴衆．普段書物でだけ接しているのと格段の或る種の感情の交流があるから，きいたこともそれだけ頭に残って，全部が自分のものになった様な思いがするものである．活字という武骨な画一した形式から受ける物々しさとはまるで違う，やさしさと温かさ．演者が自分にだけ話しかけているのだと思うと余計血肉にとりいれられたように思えるのである．

そういった目にみえない得が自分から全く突然に遠去けられてしまったことは，何としても残念至極といわなくてはならない．11日の例会参加は，この悲しみをぶちこわしてくれた．演者が誰れであってもいいと思った．自分以外の方々が夫々の分野の立場で話すことは，専門の如何にかかわらず聴く価値があるのだ．4時間はまたたく間に過ぎてしまった．

会の終ったあと，赤坂の「山の茶屋」でうまいものをたべる会があって，私はご招待をうけた．今までの私にはなかった「金田を激励する会」に出席出来たことを心から感激した．口にしまいと思っていた，不名誉なそして年甲斐のない今回突然の館山行きのいきさつをお話

してしまった．いけなかったなと思う反面吐き出してしまってよかったという思いが突きあげて来た．子供っぽい思慮にかけた行動で，過去いく度か，大小のしくじりをくり返してきた私にとって，今度は最もヘマな事であった．しかし，しでかしてしまった事をくよくよ考えても致し方はない．与えられた運命を逆に利用して起死回生の機運にするかしないかが問題だと，背中をどやされた思いになれたことは，参会の効果であった．親切な方々がいるということが何よりの力ずけだったし，その強力い具体的な友情にどうしても報いなくてはと心にかたく誓って，そぼ降る雨の中でお別れした．

今まで我儘者として見捨てられてきた自分が，こんなに多くの方々に，激励されたことは我乍ら不思議な気もした．でもこれからは，それらの後楯を意識した以上，私は今までの私に何か異質な自分を加えることに努力しなくてはならない．今までの自分の性格の数々を全部ウラ返しにして並べ直してみるつもりでもある．そうすれば案外，閉ざされてしまったと思いこんでいる扉は，らくに開け放たれるような気がしてきた．肩の荷がおりた思いというのはこんな気持ちをいうのだなと考えながら妻子のいる大泉学園のアパートに帰った．

昭和40年7月12日（館山に帰って記す）

実地医家のための会御中

本間亮敬（新潟県）始めて医学を学んだ頃の熱を，残り少なくなった今，もう一度呼びもどして医学に親しみたいと思っていますが．

窪倉精一（小田原市）“人間の医学”大へんよい成長ぶり，気に入りました．よりよい発展を実地医家<熱心な誠実な>向きに成長され，好かれる雑誌と会合をもたれるよう切望いたします．

今村栄一（国立東一病院小児科）前略「人間の医学」は内容が充実しているだけではなく，趣味があり，編集者のご苦心がしのばれます．これほどのお仕事をされている諸先生に心より敬服いたします．

酒井英資（大田区）入会手続等，書類お送り頂き度く．

日野陽智（福岡県）貴会誠によい催しと遙察しています．機関誌「人間の医学」を購読致したいと思います．誌代，送金方法などお知らせ下さい．

児玉光則（広島県）前略医海時報で貴会機関誌「人間の医学」発行されている由一度拝見したく購読手続ご通知願度．

吉田昭三（上田市）「人間の医学」誌を購読いたしたいのですが入会法を教えて下さい．貴会のことは「暮しと健康」誌でみました．

佐藤二郎（足立区）前略医学界新聞で会の活動を見聞しております．医人として参加して得る所大いにあると期待しておりますが，入会の方法また何か会規のようなものでもあればご送付願えないでしょうか．

杉江　清（愛知県）折角の日曜日も月末とあって，保険請求に大童です．本日「人間の医学」確かに落手致しました．保険請求がすんでからの楽しみです．当地方でもせいぜい友人にも勧誘する所存です．処で会員名簿に専攻科名，例えば外科とか入れたら如何なものでしょう．専門医と云う制度のない日本でもせめて自分が教室に於て専念努力した部門くらい，名簿にうたって亦会員相互に相通ずる話しの糸口を見いだしてはと思って一言申し添えます．——後便　降りみ降らずみの昨今の気候，全く気も滅入りそうです．田舎に住む悲しさ，色々と御意見を拝聴できないのが残念至極です．診療の暇にせいぜい「人間の医学」を反復よんで気を安ませております．来る9月は当地とか，この機会こそはと大いに期待しております．

× × ×

〔 “見本誌を送れ”というお手紙が多数ありましたので，ご芳名のみご掲載いたします. 〕

中　島　　誠(三田市)
野　沢　優　子(北　区)
館　野　医　院(大阪市)
上　高　嘉　納　子(調布市)
中　曾　根　章(福岡市)
小　沢　慶　三(甲府市)
高　橋　浩　次　郎(山形県)
貴　島　禎　三(鹿児島市)
石　橋　高　市(米沢市)
大　西　康　道(室戸市)
水　戸　部　文　雄(新潟県)
原　田　け　ん(岐阜県)
有　留　重　彦(福岡県)
堀　井　　徹(横浜市)
富　恵　　哲(光　市)
西　本　光　雄(江戸川区)
杉　浦　一　雄(福岡県)
梶　谷　壬　子　郎(愛媛県)
小　野　里　一　郎(富山市)
武　田　安　雄(宮城県)
土　谷　茂　樹(北海道)
服　部　静　子(岐阜市)
京　野　春　雄(杉並区)
貞　利　慶　司(岡山県)
上　林　医　院(鹿児島県)
尾　崎　正　一　郎(大阪市)
藤　垣　一　郎(岐阜県)
社　百　合　子(島根県)
玉　置　康　良(小樽市)
江　口　晴　久(中央区)
堀　栄　一　郎(北海道)
秋　山　稚　晴(静岡県)

——以　上——

□　□　□

＜人間の医学・第12号正誤表＞

頁	側	行	誤	正
6		↑ 7	たき火をかんでいた	たき火をかこんでいた
29	右	↑ 4	全生涯を，通じて	全生涯を通じて，
32	左	↓ 1	尊重するか，の	尊重する，かの
40	左	↑ 11	乳幻児期	乳幼児期
82		↑ 2	病室，で	病室で，

＜第11号正誤表＞

43	左	↓ 3	*stage* よりやや長い.	*stage*) よりやや長い.
〃	右	↓ 13	Ⅰ，Ⅲ，Ⅳ	Ⅰ・Ⅲ・Ⅳ

☆ 別刷について

ご送稿のさいに，別刷希望の方はその旨を原稿の欄外に朱書して下さい.

50 部を無料で差しあげます. ただし 50 部を越える部数については有料となります. 本誌発行後に別冊を申し込まれる場合は，有料でしかも割り高になりますので，あらかじめお含みおき下さい.

——編　集　部——

編集者より原稿執筆者へのお願い

雑誌全体としての統一をはかりたいと思いますので，原稿は新かなづかい，送りがなをもちいて書いて下さい．また，硬い感じをあたえないため，できるだけ漢字を少なくし，当用漢字をもちいて下さい．ご参考のため，皆さんの原稿のなかから比較的間違いやすいものを拾って，下にその例をあげておきます．

□ 新かなづかい，送りがなの例 □

先づ→先ず(まず)でよい	確める→確かめる
行う 行ふ →行なう	明い→明るい
と云ふ→と云う	少い→少ない
とゆう→という	当る→当たる
異り→異なり	互に→互いに
例へば→例えば （たとえば）でもよい	考へる→考える
現す→現わす （あらわす）でもよい	してしまふ→してしまう
思はれる→思われる	直に→直ちに
加へる→加える	冷い→冷たい
大さ→大きさ	終る→終わる
基く→基づく	細い(こまか)→細かい
移り変り→移り変わり	混る→混ざる
起(おこ)る→起こる （おこる）でよい	幸に→幸いに
起(おき)る→起きる （おきる）でよい	少くとも→少なくとも
	小い→小さい
	過す→過ごす
	盛に→盛んに
	始る→始まる

□ 一般的な注意 □

(1) 外国語はとくに間違いやすいので，かならず活字体で書くこと．

(2) 数字は算用数字で．

(3) 欧文の書き出しは，ドイツ語では大文字，英語では小文字で統一したいと思います．たとえば，

ドイツ語……乳幼児期の体重　Körpergewicht

英　　語……乳幼児期の体重　body weight

(4) 文章は7，8行ごとに行かえを，接続詞（で，そういうわけで，それはともかく，ちなみに，以上のことを心にとめて，さて，それでは，なお，いずれにせよ，ここで，）などを上手に使いわけるのがコツです．

(5) 代名詞・接続詞・副詞などはなるべくひらがなで書くこと．（あとで実例を示します）

(6) 学術用語は日本医学会制定の医学用語をもちいること．たとえば

刺戟→刺激	鼠蹊→鼠径
障碍→障害	繊維→線維
恢復→回復	撒布→散布
畸型 奇型 →奇形	ジフテリー→ジフテリア
	洗濯→洗浄
繃帯→包帯	葡萄状球菌→ブドウ球菌
蛔虫→回虫	淋巴腺→リンパ節
胸廓→胸郭	妊娠→妊娠
溷濁→混濁	扁桃腺炎→扁桃炎
震盪→振盪	蜘網膜→クモ膜

(7) さらに，つぎのような用語にはとくに気をつけて下さい．

1ケ月 → 1カ月

ハセドウ氏病 → バセドウ病
アヂソン氏病 — アジソン病

梗塞 → 硬塞

〔註〕→〔注〕

反覆性 → 反復性

(8) 人名 G. W. Anderson（地名でも同じ）は赤インクでアンダーラインを引き，つぎのように

G. W. Anderson と書き，文中とくに注意を引きたい
イ タ

と思う字句，たとえば 水中毒 water intoxication は

水中毒 water intoxication というように書いて下さる
ゴ ジ

と大へん助かります．ちなみに，イタはイタリックの略で，ゴジはゴジックの略です．

□ できるだけ漢字を少なく □

極く→ごく	甚だ→はなはだ
殆んど→ほとんど	殊更→ことさら
に於て→において	寧ろ→むしろ
更に→さらに	幾分→いくぶん
全く→まったく	稍々→やや
殊に→ことに	或は→あるいは
是非→ぜひ	滅多に→めったに
又→また	之が→これが
可成り→かなり	本当に→ほんとうに
勿論→もちろん	従って→したがって
大変→大へん	一寸→ちょっと
屢々→しばしば	果して→はたして
決して→けっして	対して→たいして
丁度→ちょうど	迄→まで
次第に→しだいに	此処で→ここで
非常に→ひじょうに	及び→および
若し→もし	並びに→ならびに
然るに→しかるに	併し乍ら→しかしながら
御想像に→ご想像に	そんな所→そんなところ
居る→いる	との間に→とのあいだに
する様に→するように	我が国→わが国
した訳で→したわけで	吾々→われわれ
御座居ます→ございます	五年間に亘り→5年間にわたり
いる位で→いるくらいで	と共に→とともに
する程に→するほどに	という事は→ということは
し度い→したい	伴う→ともなう
出来るだけ→できるだけ	呉れゝば→くれれば

なか点（くろまる）（・）のもちいかた

読（トウ）点または「てん」（，）は文の切れめにつけるものですが，なか点（・）は同じ種類のことばがつづくとき，そのあいだに打ちます．または略字の印にもつかいます．

例……(1) 顔・肩・胸・四肢に発疹を生じ，心臓・腎臓・肝臓のような臓器

(2) P・T・A

なお；用語・用字・文体など全般的に統一をはかるため，原稿にたいして編集者が修正する場合もありますから，ご了承下さい．

あとがき

あとがきの頁を借りて，毎号“例会報告”を書いて下さっている日向野晃一先生にお礼を申しあげます．

先生は雑誌第2号に第7回の例会報告をお寄せ下さってから，この13号の第26回の例会報告まで，ほとんど1人で毎回40枚前後の，大変正確で読みやすい能筆の原稿を送って下さっています．しかも7月の例会（第27回）の原稿がすでに編集部に届いているほど速筆で編集子は頭の下がる思いです．

我々東京在住者は，毎月第2（または第3）日曜日の例会に出席し知見を広め，さらに夕食会で親睦を深めているのですが，考えて見るとこのことは大変幸福なことです．

その証拠に，遠方から，たとえば，岡山・仙台・新潟・浜松からはるばるご出席下さる会員諸氏があります．また，地方会員の声の中に，「例会に出席出来ないのが残念だ．例会の様子を詳しく知りたい」という希望が増えてきました．

さらには，9月の例会を名古屋で開催することに決定したことも，とりもなおさず，百聞は一見にしかず例会への魅力でしょう．この例会のありのままを活字にして送って下さっている方が日向野晃一先生です．

会場では，演者の声はもとより会員との質疑応答のはしばしまでこまめにテープに収録し，それを自宅で診療の終った夜更，テープをほどきながら原稿にまとめて下さる仕事は並大低のことではありません．オリジナルの介入が許されない原稿だけに正確さと，ちみつを要求され，しかも大変地味な仕事なのです．

例会に出席出来ない多くの地方会員の方々の声を背に受けて，編集子あらためてお礼を申しあげます．今後ともよろしくお願いいたします．

（木島　昂）

● 第12号は残部僅少です。

“人間の医学” No.12

〔おもな目次〕

特別寄稿／神と迷える小羊・田宮虎彦

随想／　ガン患者との対話
私たちの例会／第23回・第24回の報告
私の研究／白血球の運命
私の症例報告／パーキンソン病・絞毛上皮腫・気胸・風疹・オペをはばむもの

論説／　社会主義と人間性
今日の臨床／戸塚心電図学説
いわゆる自家中毒症

ある宗教学者の癌と死
書評／　医学の哲学・病気の中の人間学序説・医者と患者

こんばんはお医者さん／深夜の急患・胃をつりあげるあんま・精いっぱいもの申す

医院の窓／ドクトル ZASSO 氏の往診鞄・お名前は？・団地の医者・浜本英次先生のこと

メディカル・タワー／病院と一般医・それぞれのもつ欠陥は？・小児期の生態学

文献紹介

¥ 200　〒 50

▷事務局までご注文下さい．創刊号から11号までのバック・ナンバーも数冊づつ残っています，お早目に．

人間の医学 / 第13号

1965 年 9 月 10 日　発行
発行人　永 井 友 二 郎
発行所　東京都目黒区中目黒 4〜1451　浦田医院内
「実地医家のための会」事務局
（電話）東京 712—7873

維持会員（本会の趣旨に賛成され例会出席，投稿される方）費用，年額 3,600 円—1 カ年分の本誌代のほかプリントその他を含む—

本 誌 1 部　200 円　送料別に 50 円
〃 1 カ 年 1,200 円（送料込み）