'74.9
No. 66

人間の医学

実地医家のための会

脳血管障害
胃・十二指腸潰瘍、皮膚潰瘍…に！

●組織呼吸賦活剤

健保適用

ソルコセリル注

製造 ソルコバーゼル社 スイス
輸入 東菱薬品工業株式会社

巻頭のことば

「エキソシスト」という映画が評判の様です。新聞がその事を取り上げていましたが，その中に「エキソシストは神のコマーシャル」という言葉が出ており，うまい事をいうものだと感心しました。ところで私達医者の事ですが，古来医箴といわれる戒めが，ヒポクラテスとか道元などの医聖によっていわれていますが，その戒律を現代の韜晦する神経で考えて見ると意外な事が判って来る様な気がします。

つまり診断，診察は医者のする事で，誤診も正診もないという事（もち論誤診より正診の方が良いにきまっていますが）で，それは一切私達医者の自由裁量にまかされているという事で，そこで色々な訓戒が下されているわけではないでしょうか。

そうであってみれば——ハムラビ法典の時代ならいざ知らず——医者は医師免許を免罪符として勝手気儘に振舞えた筈ですが，実際は謂わばこの全く自由の中においてこそ，かえって自粛自戒し，己れの非力に忸怩たりながら何とか正診に近づこうとし，多くは「真実」全体を包みきれず，敗北感の中に沈み，次第に晦渋な表情を重ねている様な気がします。

そこで，諸医聖の本来いわんとする医人としての使命観に立ち返えれば，真実の追求，希求は医人の作業上の一方法論に過ぎないのであって，医師の第一義的な立場は自己の最善を盡す事にあると心得るのは如何なものでしょうか。

患者に対して意気揚々，威風堂々とした医者であって，やる事が患者にとって必要なことではないかという思いからこんな事を考えました。これは邪まな楽天論でしょうか。

北　川　欣　也

人間の医学　第66号　目次

巻頭のことば …… 1

私たちの例会

第126回「実地医家のための会」例会報告

① 癌のワクチン療法……丸山千里 5

② 今年の学会より

(1) パネルディスカッション“慢性肝炎”を聞いて……安田勇治 11

(2) 日本消化器病学会，日本外科学会を聞いて……佐藤安正 13

(3) 日本消化器病学会を聞いて……鈴木荘一 14

(4) 内科専門医制度について……柴山豊 14

③ 加齢と疾病について

——その内科臨床的観察（第2部）——……渡辺淳 16

自由交見 …… 21

第127回「実地医家のための会」例会報告

① Reversed CPC……阿部正和 23

② 糖尿病をめぐって……斎藤文子 35

例会の C.R.C.

123～128回の C.R.C. ……新野稔 39

特別寄稿

患者のこころへのアプローチ（その5）……平井信義 42

論　壇

“物に憑かれた人”の主張には用心しよう……浦田卓 44

哲学なんか糞喰へ＜5＞　人口を減らそう ……竹崎鼎輔 45

問診・視診について ……北川欣也 47

臨床講義

高血圧症(2) ……A.I.Gefter. 原健一抄訳 50

医院訪問

“稲車見えぬ尊徳後を押す”広瀬先生の巻……上田篤次郎 54

実地医家のための会

私たちの研究と臨床

労作狭心症の運動療法 ……榎 本 明 雄 55
脳血管障害の罹患率と予後 ……永井友二郎 代表 60

文 献 抄 録

心疾患管理のための抄録 ……春 日 豊 和 64

診療用英会話 銀座・菊地病院英会話ゼミナー …… 72

カルテの前で

正月のアクシデント ……野 村 寛 77
同僚O君の負傷 ……渡 樋 喜 一 77
観田庵雑記 ……大山彰久(ペンネーム) 78

書 評 専門医にきく消化器病の治療 ……大林 輝明・西田 一彦 80

医院のうちそと

ある G.p 16年の生活から ……渡 辺 亮 82
晴れのち曇り ……春 日 豊 和 83
「へ」 ……すかんく生 84
西 俊英先生の急逝を悼む ……上 田 篤次郎 85
睡眠剤精神病 ……Dr. J. Urata 86

伝 言 板

小世話人会からのお知らせ …… 87
編集部だより …… 87
世話人名簿 …… 88
原稿募集について …… 89

新 刊 紹 介 …… 89

あ と が き …… 90

私たちの例会

第126回『実地医家のための会』例会報告

司会／鈴木荘一　記録／柴山　豊

昭和49年5月12日　東京日本橋・第一製薬K・K 9階会議室

〔演　題〕

① **癌のワクチン療法**
　丸山ワクチンの需要にこたえて……日医大　丸山　千里

② **今年の学会より**
　(1) 日本内科学会　パネルディスカッション“慢性肝炎”を聞いて……安田　勇治
　(2) 日本消化器学会　日本外科学会を聞いて……佐藤　安正
　(3) 日本消化器病学会を聞いて……鈴木　荘一
　(4) 内科専門医制度について……柴山　豊

③ **加齢と疾病について**
　その内科臨床的観察（第2部）……渡辺　淳

司会——丸山先生は，結核菌体抽出物質である丸山ワクチンをおつくりになりまして，数多くの方が，その恩恵によくしていることは皆様よくご存知でいらっしゃると思われますが，むしろ私共臨床家よりも“文芸春秋”とか，あるいは読売新聞記者を通じまして，一般の人々にこれがかなり宣伝されています。また，その要望もかなり多い訳でありまして，私共は，丸山先生からかねて直にそのことについてお話をうかがいたいと思っていましたところ，今回私共の要望をよくお受け入れいただきまして，今日先生から直にそのお話をお聞かせいただきたく思います。

①　癌のワクチン療法

丸山ワクチンの需要にこたえて

日医大　丸山　千里

丸山——悪性腫瘍のワクチン療法の研究について申し上げます。われわれは昭和19年来，人型の結核菌から多糖体と核酸を主成分とする物質を取り出し，これをワクチンとして，皮ふ結核，肺結核，癩の治療を試みた結果，ワクチンには，化学療法に求められない治効作用のあることを確認しました。癌の治療に結核ワクチンを使用した動機は，われわれは昭和22年来，癩のワクチン療法について研究中でありますが，その間に癩療養所において，癌患者の発生がきわめて低劣である事実に気がつきました。ついで，結核療養所について調査しましたところ，癩の場合と同じように癌患

者の発生がまれである事実に気がつきました。すなわち，癩菌，結核菌が多量に存在する個体には癌は発生しにくいという考え方も成り立つ訳で，われわれはこの点に目をつけて，結核菌体抽出物質を癌患者に治療応用してみようと思いついた訳であります。

ワクチンの性状でありますが，主成分は多糖体＋核酸（DNA, RNA）であります。家兎，モルモット，マウスに対して実験しましたところ，全く毒性はありません。血中抗体産生能力は，結核菌家兎免疫血清に対して，結核補体結合反応，結核凝集反応共に（－）である。一種の Hapten とみなしてよい。ツベルクリンアレルギー賦与能力も（－）であり，皮内反応よう抗原は，ワクチン原液は旧ツベルクリンの2000倍よりはるかにおちるのであります。

注射方法は，ワクチンA，Bの2種類にわかれていますが，内容は全く同じで，ただ含有量が異なっているだけです。上記のワクチンA，Bを隔日に皮下注射を行なうが，ただし抗癌剤，副腎皮質ホルモン，放射線療法の併用はさけることを建前としています。

効果判定の基準は，主に他覚的所見に重点をおいています。尋常性疣贅のおよぼすワクチンの効果は上皮性の悪性腫瘍であるところの癌の治療に対して，また参考になると思う訳であります。最初にお目にかけるのは，尋常性疣贅で，10歳の小学生でありまして，6回注射後の所見です。次いで，青年性扁平疣贅で，26歳の男子で，治療開始前の所見は無数の丘疹ができていたが，25回の注射後の所見ではすっかりかたづいています。点々と斑点が見えますが，治った後の色素の沈着であります。青年性扁平疣贅で，19歳の女性，額のところに無数の丘疹ができています。これは20回注射後の所見ですっかりかたづいています。次は臨床成績をお目にかけたいと思います。52歳の男子で，最初のは，注射開始前の所見で，これは細胞診で異型細胞 class 5 であります。この白いところは無気肺であります。10日後の所見で，無気肺はかなり改善されています。次は，肺癌で60歳の男子，これは扁平上皮癌であります。これも無気肺です。1か月後に改善されています。

次に，これは乳癌から癌性のろく膜炎をおこした患者で虎ノ門病院の患者で38歳の女性，これは異型細胞，class 5 であります。注射5か月で虎ノ門病院を退院して，その後，ずっと注射を継続していて，4年を経過して，健在であります。

次に，43歳の男子，肺癌で，これは左の鎖骨下にできた腫瘍で，注射開始前の所見と比較して，1か月後の所見で，一まわりくらい縮小しています。2か月後の所見では，2まわり縮小し，3か月後の所見では Schatten はかなりうすくなってきていて，4か月後の所見ではほとんど消失しました。

次に，これは，結腸癌から肺にきた症例で，78歳の男子，腺癌です。この方は，九大の医学部の名誉教授で，結腸の Operation が終った直後に左の上肺葉に三つの Schatten が出てまいりました。注射1か月後の所見では，3つのうち2つの Schatten が消えて1つだけ残り，4か月後の所見では，すっかり消えました。なお，この患者は4年経過して健在です。

次に，これは，乳癌から肺に転移した腺癌の52歳の女性，両肺に多数の Schatten が見られます。4か月後には，よくなっていて，前の写真と照らしあわせて，だいたい消失しています。10か月後には，すっかりかたづきました。

次いで，67歳の男子で，東大で診断のついた患者で，異型細胞 class 5 の患者であります。注射開始前と比較し，2か月後にはかなり縮小しています。5か月後で，ほとんど消えました。これも4年経過して，現在，健在で活動しています。

次に，縦隔腫瘍の50歳の男子，築地の癌センターで診断のついた患者で，注射前の所見時に，家族の者が，癌センターの受け持ちの先生にあと2～3か月の生命だと言われました。11か月後の所見は，最初の所見と比べますとかなり縮小しています。2年5か月後の所見ではかなりよくなっていて，3年経過した現在，患者は全く健康で，もとの職業に復職して働いています。

次いで，肺癌の50歳の女性で，左肺に無気肺が認められています。2か月後に改善しています。

次に，これは乳癌から肺に転移した患者で腺癌，36歳の女性で，ひどい Schatten で，10日後

は変化なし，40日後に非常に改善されました。

次いで，54歳の男子で，細胞診で，異型細胞 class 4 であります。これは，注射開始前の所見で右に3つ，左に2つの Schatten が見うけられます。2か月後の所見はだいたい同じ，9か月後もだいたい同じ，2年3か月後の所見もやはり全く同じ所見で，10年後には体重も増え，元気で働いています。

次は食道癌の患者で，扁平上皮癌，60歳の女性，3か月後でほとんど治癒しています。

次は65歳の男子で，注射開始前の所見と比べて，8か月後の所見では非常に改善されました。

次に68歳の男子で食道癌で注射3か月後の所見では非常に改善されました。

次に65歳の男子，扁平上皮癌，名古屋大学の理学部の名誉教授山本時雄先生は，Magenfistel をつくったひどい例ですが，現在は元気で研究に従事されています。

次に67歳の男子，幽門癌で幽門狭窄がひどく，ひどい胃拡張をおこしていて，やむをえず胃腸吻合を行ない，その後からワクチン注射を始めました。幽門のところはほとんど改善されていませんでしたが，6か月後の所見では，幽門が非常に広がってきて，最初とはかなり違った所見でした。

次は再発癌の59歳の男子で，胃切除をやった後に再発しました。ワクチン注射開始2か月後には，胃の内容が腸のほうにつまるようになりました。

次も幽門癌，52歳の女性で，幽門狭窄がひどく，ひどい胃拡張で胃腸吻合を行なって，その後ワクチン注射を開始しました。5か月後の所見では，幽門狭窄がかなり改善され，1年5か月後には正常の状態に非常に近づいて，この患者はその後，順調に経過して，今年12年目に入ったところですが，元気で働いています。

次にボールマンⅢ型の76歳の男子で二重造影法，8か月後，2年2か月後の所見です。次に，胃癌＋膵臓癌の患者，75歳の女性，胃腸吻合もできない状態で，腸に栄養路をつくった後，ワクチン注射を開始し，1か月後には，食事が口から入るようになり，3か月後で常食がとれるようになり，5か月後で，ゴム管を抜去しました。4年位になります。

次に64歳の男子で，結腸癌で Operation したがとれず，回腸，横行結腸吻合を行ない，その後ワクチン注射したところ，だんだん腫瘍が縮小して，3か月で腫瘤がふれなくなりました。

次は潰瘍性大腸炎の患者で，名古屋の成田病院の島田博士が症例をかなり手がけて学会にもかなり発表して下さいました。注射以前の所見は無数に潰瘍がみられました。3か月後，4か月後の所見ではかなり改善されています。

次は，ユーイングのザルコーム，16歳の男子，新潟の癌センターで診断のついた患者で高校の生徒です。血管造影で，3か月後の所見は，だいたいもとにもどり，6か月後の所見ではきれいにかたづいています。

次に癌の骨転移の症例ですが，代わって藤田博士にお願いします。

藤田——卵巣癌，子宮癌，乳癌の術後骨に転移した症例について報告いたします。

乳癌の Operation をした患者で，抗癌剤を使ったがおもわしくなくワクチン療法をした患者で，注射後はほとんど治癒に近い状態になり，11か月後は，臨床的にも痛みもなく，生活状態も普通と変わらない日常生活を送っています。

次に乳癌手術後，右の上腕の Schaft に転移をきたし，はげしい骨の融解，破壊像が見られ，ワクチン療法を続けて6か月後の所見では，はっきり治癒像が見られ，現在では臨床的にも痛みがはげしかったのも消失して，自分で通院して日常生活に近い生活をしています。同じ患者の左上腕骨頭部に転移像があったが，6か月後には治癒像がはっきり見られ，左肩の痛みも消失しました。

同じ患者で全身にわたって骨転移をおこした乳癌術後の患者で，右側の大腿骨のメタスターゼをきたし，右の大腿部に非常な痛みをおぼえていましたが，6か月後の所見では著明に骨転移像の改善像が見られ，臨床的に非常によく改善されています。

従来，臨床的に，末期癌の骨転移をきたした場合に，3か月，半年，1年ちょっとの短期間にこのような著明な改善像がみられるということは，基礎的知識がない私どもで，口はばったいのであ

りますが，免疫反応と考えあわせて，非常に興味ある臨床例ではないかと考えています。

次に，胃癌，肺癌の患者にワクチン療法を行ない症状の好転した時点で，病巣を切除して，その手術材料について，病理組織学的に検索した結果を申し上げます。

49歳の男子，胃癌，腺癌で，間質反応が非常につよくでていて，円型細胞の浸潤が著明，肝細胞のほうは，萎縮したり崩壊したりした像が見うけられます。

次に61歳の女性，胃癌，腺癌で，乳頭状にぞうせいした腺癌の基底部に間質反応が強く，一部癌組織が剝離しかけているのが見られました。

次に61歳の男子，肺癌で，腺癌と扁平上皮癌の混合型であります。この場合は腺癌部の方が間質反応が非常に強くでています。扁平上皮癌部はそれほどでもなく，結合織増殖は著明で，癌細胞の方はむしろ，萎縮，崩壊しているのが見られます。

次に70歳の男子，胃癌，腺癌，ボールマンⅠ型で，ワクチンを12回注射した後の所見では，間質反応が非常に強く，変型細胞の浸潤，一般に悪性腫瘍には，種々の間質反応が見られます。結核ワクチン使用例の場合，それが非常に強く，このことが癌の発育に抑制的に作用していると思われますが，病理学的検討を加えた症例が多くないので，断定的には申し上げられませんが，今後さらに症例を加えて，結論を出したいと考えています。つきましては，本ワクチンの効果は，他覚的所見では種々の縮小，浮腫の減退，延命効果，自覚症状では食思増進，疼痛の緩解等であります。本ワクチンは，食思不振，悪心，嘔吐，下痢，熱発，全身倦怠，出血，白血球減少という副作用は全くみとめられません。われわれが，結核ワクチンが癌の治療に役立つ事実を報告したのは，昭和41年のことでありますが，当時は期待したような反響は得られませんでしたが，昭和46年結核ワクチン BCG が悪性黒色腫に有効であるというモートンの報告が全世界におよびまして，われわれの研究が改めて注目をされるようになってきました。昨年，日本癌合同会議において癌の BCG 療法の研究が多数報告されましたが，動物実験で，われわれがあつかった237例のほとんどが，末期癌，再発癌で，著効，有効あわせて117例の成績をおさめることができました。癌のワクチン療法は以上で終わります。

次に結核と癩のワクチン療法について，お聞きいただきたいと思います。

われわれは全く独自の立場から，結核症に対するワクチン療法を行なっています。すなわち，人型結核菌の菌体から有効物質を取り出し，これをワクチンとして，結核症の治療に応用しようと思っています。現在までに調製，使用したワクチンは，ABCD の4型のワクチンで，ABD の3つのワクチンは抗体産生能力を持っているが，Cはそれがありません。

ワクチンCについて申し上げると，多糖体を主成分とし，アルコール不溶性，水可溶性の物質で，皮膚反応現性が弱く，健康動物に対する血中抗体産生能力は欠けているが，臨床的には副作用少なく治効作用は顕著。C型によるところの皮膚の結核菌による治療成績。1週に1回注射した尋常性狼瘡の例で，治療前の所見は，鼻の先にきた狼瘡で，15回注射後の所見は，結合織の増殖がかなりはっきりしてきています。45回注射後の所見では，すっかりかたづいています。尋常性狼瘡で殿部にきたもの。男子の鼻の先にきた狼瘡は，すっかりかたづきました。顔面の蜂状粟粒性狼瘡は，皮膚結核の中で最も難治である130例を治癒させることに成功いたしました。

ワクチンCを使用する段階になりましたら，ほとんど痕跡を残さず治癒するようになった点は，研究の進歩がうかがわれるので非常に興味深く考えております。

PAS, SM など無効であるところから現在医科大学では本ワクチンが使われています。次は BCG 潰瘍にはワクチン効果が非常にあります。数回で治癒。5回目の所見ですっかりかたづきました。

肺結核に対してはどうか，21の男性で，注射開始前は肋骨に3本空洞，3か月後には2本になり，6か月後には小さくなりました。34歳の男性で，注射後ほとんど治っています。次に40歳の男性は空洞が3か月後で縮小して9か月後にほとんど消えかかっています。次に17歳の若い女性の空洞は1年後にほとんど消えています。次に21歳

の女性で，壁に厚い空洞が見られたものが，6か月後に Schatten が薄くなって，1年後にはすっかり消えました。次は29歳の男性でやはり空洞，ほとんど消失しました。

岡二郎博士は，ワクチンCを使って治癒した肺結核患者のレントゲン像，特に空洞は化学療法と違って，ほとんど痕跡を残さず治癒していて，石灰化の所見がほとんど見られない特異な点を指摘しています。

次は，結核ワクチンによる癩の治療について，癩菌の純培養が不可能な点を考慮して，癩菌は多数存在する癩結節の組織から，アルコール不溶性，水可溶性の物質を取り出し，これをワクチンとして癩の治療に試みました。それは昭和22年から昭和25年の4か年間です。ワクチン調製に困難だったため，同じ好酸菌に属する結核ワクチンを代用しました。

化学療法剤は神経障害にはあまり効果がみられなかった。結核ワクチンによる癩の治療には，当初全く予想できなかった成績が得られました。神経障害等に最も有効であることがわかったのです。ワクチンを使い初めて，効果がみられたのは，癩患者にとって汗腺機能の回復でした。発汗増加20例，皮膚の知覚麻痺回復が130例，運動回復36例，癩性の神経痛の効果は64例，温感増加180例が見られました。ワクチンの神経障害の回復をわかりやすく申しますと，入浴の際の「あつい，冷たい」がわかり，脱毛も止まり，再生が見られました。

次は高度発汗障害者のワクチン治療後のリノール反応で，これは一種の沃度でんぷん反応で，沃度とでんぷんとオレフィートを混ぜ合わせて患者の皮膚にぬり，小さな室に入れて発汗するのを待つ。

第1例は発病して29年，第2例は42年たった患者にも効果がありました。ワクチン療法で，へそのまわりのみ発汗していた者が，4～5か月後に発汗増加した例。わきの下のみ発汗した患者も汗腺機能の治った例が2例，知覚麻痺，運動麻痺，脱毛等にワクチン療法は，希望を与えています。またワクチンは癩の神経障害にきわめて有効であり，現在全国8か所の癩療養所において本ワクチンを使用中であります。

〔自由交見〕

小林(杉並)――1例，ワクチンを使って，無気肺をおこして，血沈も悪くなっている患者はあきらめるべきか，レントゲン写真を見ていただきたく持って参りました。

癌センターで肺癌と診断され，歩行困難，老人性痴呆のため，丸山ワクチンを使用するに至った訳です。肝機能は正常，血沈もやや良好，ワクチンは，A，Bを両方使用しています。

丸山――ワクチンの使用は約1か月，肺癌の場合はBのみを隔日に行なった方がよいと考えられ，あきらめるべきではなくこれからだと思われます。

小林(杉並)――Magen 10例，肺癌3～4例に使わせていただきました。Magen の場合は，食欲増進，延命効果がかなりあったように思われます。例えば Magen の Operation した時に，肝臓にたまたま発見され，8か月位続けて，現在肝臓が小さくなってきていて，肝機能はよくはないのですが，貴重な例だと思われます。A，Bを隔日に行なっています。

丸山――今，小林先生が言われたように，延命効果があることを指摘され，副作用がないことは，皆様に共通に報告されていることであります，今後もよろしくお願いします。

小林(杉並)――もう一つ質問をさせていただきます。丸山ワクチンを使用する場合，化学療法，放射線療法やその他を受けた後でも効果があるかどうか，それとも，使わない方がより効果的かどうかお聞きしたいのですが。

丸山――私のところでは，手術して再発したとか，化学療法を行なった人ばかりの患者がありますが，先程申し上げたように，それらの併用はさけた方が，より効果が見られるように思われます。

樋渡(茨城)――1例のみ使わせていただきました。乳癌の転移で，どうにもならなかった者が，2か月，昭和41年9月まで続けて11月に死亡しました。効果は認められなかったように思われますが，ワクチンの効果は非特異性療法の部類に入るように思われますが，癌の組織細胞の免疫が作用上の共通性についておわかりですか，また，ワクチンが簡単に手に入る方法をお教え下さい。

丸山——ワクチンは，私共の病院に患者さんの家族の方が来て下されば，簡単にお渡しできます。ワクチンの作用機序については，私もいろいろと考えていますが，まだ，どういうメカニズムであるかは，説明できる程度に至っておりません。

柴山——先程からの症例は高齢者に対しての効果は多く見うけられますが，若年者に対する，例えば消化管の癌等に対するご経験はおありでしょうか。それらに対する効果はどうでしょうか。

藤田——例えば20～30歳の胃癌などは従来ですと急激な経過をとる場合が多いように思われますが，その点，非常に延命であります。

大山——62歳の秋田県の患者で，県立病院で胃癌の Operation をして，46年9月にワクチンを使用し，A型を20A，B型を20Aいただき，使用したところ，予後を県立の外科医は6か月位もつと言っていたのが，40A注射後，1年半の延命効果があることに気づきました。質問として，結核菌，癩菌のワクチンができるとしますと，例えば，真菌，トリコモナスなどはワクチンをつくれるかどうかお聞きしたいのです。

丸山——真菌，トリコモナスは，癌の治療に役立つことはまだ試みていません。

司会——12例の症例中，男4名，女8名，年齢27～70歳，12例中，本当によく効いた者は，ボールマン型の陰が消失してしまっている例，4クールやったが，Magen はなんでもなかった著効例，36歳の女子で，慶応で胃癌と診断され，昨年の8月までしかもたないと言われ，ワクチンを使用したが，現在も元気でいます。あと2例は，延命効果あり，あと1例は食欲増進例，ワクチンを使わなくなったとたんに死亡，進行癌でも効く Type と効かない Type があるように思われます。

丸山——そう言う点につきましては，われわれも究明したいところですが，まだその段階まで行っておりません。

藤田——BCG がどういう癌に効くか，癌の状態について大阪大の山村先生がツベルクリン反応陽性，JNBC 陽性の者に対しては効果があると言われておりますので，その点については，われわれも統計をとり直してみたいと思いますので，よろしくご指導の程お願いいたします。

鈴木——そう言う場合には，例えば，臨床的に使用する場合，ツベルクリン反応がどれ位か，データをとれると思われます。

藤田——その点についてご協力お願いいたしたく思います。

近藤(文京)——A，B使用をかえる場合の理由，治った場合，期間はどこまで続けるか，先程のお話ですと，結核療養所，癩療養所において癌の発生が非常に少ないとか，おききしましたけれど，そうであれば，老人医療で予防に使えないでしょうか，使えたら非常にいいのではないでしょうか。

丸山——最初の質問ですが，A，Bを隔日使用でうまくいっている場合はよいが，よくない場合にはBのみを単独にしてみる。すなわち，経験によってかえてみています。次に，継続期間は，よくなっても，どこまでも続けるべきか。副作用がないから，一応5年を単位として，また，予防にも効くように思われます。

福井(仙台)——アメリカで，BCG をやった子供にはロイケミーが少なかった。そう言うロイケミーの治療あるいは予防にワクチンの使用はどうかお話し願います。

丸山——想像ですが，やはり予防にも役立つように思われます。

福井(仙台)——今迄にはロイケミーの研究はやられたことはないでしょうか。

丸山——ロイケミーに使用した症例数が少ないのですが，非常に効果的で，これはリンパ性の白血病ですが，すっかり全治した例もありますが，全体の数としては，まだ少数であります。

伊藤(愛知)——1例，末期癌の患者さんに使いましたが，1クール終わらないうちに死亡しました。また，若い早期癌に，一部進行癌，2クールして2年後，元気です。ワクチンの簡単に入手できる方法，健康保険にとおして欲しいように思います。

丸山——一般的に差し上げられるよう方法をこうじたいと思います。

渡辺(大田)——患者家族をやる時に必要なものがあるかどうか，病歴等，また，丸山ワクチンは

心筋障害にもきくかどうかお教え願います。

藤田——入手方法について，主治医の先生の承諾書をいただくことになっています。その他，レントゲン写真，病歴をそえて，月，火，木，土の午前9時より11時受付，日本医大に来て下さればおわけいたします。郵送はしていません。2回目からは，新X-P，1回目のX-Pと報告書を持って来て下さい。1800円いただきます。保険適用外であります。インディケイションについては，あらゆる末期癌を網羅しています。再発癌，放射線療法，抗癌療法のできない末期癌に効果があります。

丸山——心筋障害にも効くように思われます。

渡辺——私共，末期癌というわくを越えて，そういう心筋障害にも丸山ワクチンを使用してもいいでしょうか。

丸山——どうぞ，差し支えありません。

新野(武蔵野)——肺癌の Type として統計的に上皮性についてのご説明はありましたが，非上皮性についてはどうか。丸山ワクチンの肺癌の場合，どういうような型，ことに見せていただきました浸潤性の肺門癌はありませんでした。肺野型はありました。腫瘤型はありました。こういう型の統計的なものがございましたら，お教え願いたく思います。2番目に，上皮性の腫瘍についてのご説明がありましたが，非上皮性のものはいかがでしょうか。ことにザルコーム，リンフォーム，ホジキン病，ザルコイドーシスなど，ご経験がありますでしょうか。脳腫瘍などございますか？

次に，ワクチンの使用後，胃癌の場合，その切除標本の型はどういうふうになっていたか。免疫療法の型で組織内の注射をした時に，どういう経過をとったか，時に皮膚癌のワクチン療法には，何か，力価というものがあるか，その表現の方法をお教え下さい。注射方法について，何か経験的な方法があるか，何か目的があるか，最後に癌の組織培養のご経験があるか，お聞かせ下さい。

丸山——最後のご質問の病型別の検討はいたしておりません。ザルコーム，ユーイングのザルコームについては多くはやっていません。ザルコイドーシスには効果があり，ホジキン病にはやはり有効であります。

ガンマーの表現は，抽出物質の量で，厳密な意味はありません。組織内注射は，一切していません。注射方法は，すべて経験的なものです。

力価に関連して，大学の学生三好君が，結核ワクチンの生化学的分析とその活性因子に関する論文を日本医科大学雑誌36巻第6号に，詳細に発表されておりますのでご覧下さい。

春日——難治性の慢性肝炎には，丸山ワクチンを与えて，細胞免疫不全の場合，改善されないかどうか，その場合，使っていいのでしょうか。

丸山——全く副作用がないので危険性もないのでご使用下さい。

渡辺——注射時の局所疼痛はありますか。

丸山——全然ありません。

渡辺——反復性のヘルペスには効きますか。

丸山　害がないのでお試し下さい。

②　今年の学会より

(1)　パネルディスカッション
“慢性肝炎“ を聞いて

大田区　安田　勇治

司会——次の演題にうつりたいと思いますが，安田先生，内科学会の話題を報告して下さい。

安田——4月4日に行なわれた内科学会で慢性肝炎のパネルディスカッションがございました。それを聞いて参りましたので，臨床的に大切かと思われる点を簡単にのべさせていただきます。その日のパネリストは，盛岡大の海藤先生，新潟大の市田先生，三宿病院の上野先生，金沢大の高田先生，岡山大の太田先生，福岡大の平山先生，熊本大の長島先生，以上7人の先生で，司会は慈恵

の高橋教授でございました。その主なテーマは慢性肝炎の診断基準，定義，肝炎の臨床像，難治性の問題，予後，治療の6つのテーマでした。診断基準は1967年に行なわれた犬山シンポジゥムによってきめられているが，今回の診断基準は，病理学的ではなく臨床的にきめる手段がないかどうかという一つのテーマで，**海藤先生**の発言で臨床的自覚症状を主体にした研究で，慢性肝炎の発病1年以内の症状をアンケートによって調べたもので，それによると，易疲労感，倦怠感，不安感，無気力，食欲不振というような症状が多い。そしてその中で特に将来への不安感が58%もある。なお，将来への不安というものが，肝機能が正常にもどっても10%位あった。一般症状は易疲労感50%，長い例では5年間続いた例もあります。

平山先生は，慢性肝炎では，肝シンチグラムのことを言っておられた，肝シンチグラムは補助的診断にすぎないとのこと。

市田先生は，肝機能検査だけでは慢性肝炎を診断するのは難しいのではないかと言っておられた。

慢性肝炎の定義はいろいろございまして，犬山シンポジュウムでなされた肝炎の活動性あるいは非活動性というものと，ヨーロッパ分類によります，いわゆる chronic persistent hepatitis あるいは chronic agressive hepatitis，どういふうにしょうかんするのか論じられた。結局 persistent hepatitis は日本で言われる慢性の非活動性活動型に，活動性というのは agressive hepatitis とは少し異なる。肝炎の自覚症状 active, inactive の関係について論じられた。一般的に自覚症状は active のほうが強いということ，倦怠感，易疲労感，は大体同じということ，active hepatitis は，GOT, GPT, TTT, ZTT, Alp はいずれも上昇傾向にあって，アルブミンは減少する傾向にある。カンジョウミヤククローチモステンタークは，GTP が上昇，BSP は45分値が15%以上であると報告がございました。

肝機能検査を9種類上げまして，active hepatitis の場合，その9種類のうち，4種類以上が高値を示したのは80%，inactive の場合4種類以下が80%であった。Au 抗原は，active の方が高い。

平山先生は，TTT は各型の区別に非常に有用である。それから負荷試験として BSP が信頼おける。ICG は，負荷試験では，hepatitis は感受性が低下するのではないか。また，治療に関係するガラクトースの半減期が30分以上を越えるものはステロイドを取るにしても無効である。難治性の問題は，免疫の問題がありまして，私，少しわかりませんでした。治療の問題でありますが，主に，グルココルチコィド，ステロイドホルモン，免疫抑制剤，例えば6MP みたいなものなどにしぼられた。全体の印象としては，とにかく，ステロイドにしてもあまりやたらと使わない方がよく，どうせ使うなら，比較的に早い時期に使った方がよい。例えば，黄疸が，3～4週間続いた場合には使った方がよい。GOT, GPT が下がったり不安定な場合は早く使用した方がよい。慢性肝炎の場合，急性期の明らかなものは50%有効であるが，明らかでないものは有効でない。Au 抗原が陽性の場合でも有効のこともある。Au 抗原陽性の場合，男性にはそういう例があるが，女性の場合はそのような例があまりないので，女性の場合はかなり慎重に投与した方がよい。6MP の問題につきましては，一応使えば機能面ではよくなる，肝の予備機能が増える。ガンマーグロブリンのプールが減ってきているということでした。

司会——渡辺先生何かございますでしょうか。

渡辺——別にございませんが，生検を行なわないで active, inactive に分けることができるかというのが一つの問題点です。

高田先生は，肝機能検査が高値持続型で，変動型，それから，いつもだんだんに上がって行くもの，このようなものは重症である。

それから低値で安定しているものは予後はよく軽症である。臨床家からいくと予後はよく肝硬変に変わるのはそんなにない。**市田先生**は生検からいくと予後はよくない。

（〒143　大田区南馬込 1-49-1）

(2) 日本消化器学会，日本外科学会を聞いて

文京区　佐藤　安正

司会——ありがとうございました。次に佐藤先生，外科学会から話題を提供して下さい。

佐藤——2月に秋田で日本外科学会がありました。高齢者に対するイレウス対策のディスカッションがありました。高齢者60～70歳，まちまちであり統一すべきですが，高齢者になりますと，イレウスが非常に増えて参りまして，癒着性イレウス40%位，悪性イレウス50%位になって参ります。高齢者になると予備力が低下してくる。いわゆる poor risk の状態にあるのがほとんどで，手術をするときは慎重にしなくてはなりません。イレウスの最初の頃は代償性のアルカローシスの傾向にあるが，吐いたりして脱水をおこしてきて，それがショック準備状態に進みまして，さらに代償性のアシドーシスになる。さらに予後がいいかどうか，pH が7.225以下の場合は予後が悪い。あるいは血清の Na, Cl が低下しているものも予後が悪い。反対に血清Kが上昇しているものも予後が悪い，ということをだいたいのチェックポイントとしているようでした。秋田の病院では統計的に，高齢者では腸切除を行なったものは死亡率が多かったということを出していますけれども，反対に，岩手の病院で犬の実験で上腸間膜動脈遮断実験をして，短時間で実験を中断したものは，血圧が下がっても回復してくるが，長時間，遮断したままのものは，血圧が下がったままで死んでしまう。実験で腸管に血行障害があった時には，体循環に影響して全身状態を悪くするから，高齢者の場合は心肺機能が低下しているから，思いきって循環障害がある時は切除した方が予後がいいということでありました。2～3報告がありました。手技上の問題ですけど，国立癌センターの外科医から，開腹時にはお腹をしめる前にも生食塩水でよく洗浄とのこと，これらはわれわれもよくやっていることですが，ただし，3,000～9,000cc 位の大量で洗浄するとのことでした。また，お腹を閉じる前に，回腸からだんだん並べて行くという，この二つの操作をやった場合には，やらない時よりも1～3日位早くガスが出るようになると報告がありました。胃・十二指腸潰瘍の手術的療法について，一つは高松の市民病院の**崎田先生**が紹介，胃酸を出す分だけの迷走神経を切れば，副作用が少ない。広範囲の迷走神経を切除して，最後に幽門部を潰瘍を含めて切除して縫合，胃はほとんど残っているため，予後は非常によいと報告。

慈恵の**長野先生**は，2/3 切除して，吻合はBI法を使うから予後は悪くはない。吻合部の潰瘍再発の症例は614例中5例，ダンピング症候群は41例で10%，体重減少が平均 4 kg 位減っている。食餌の摂取量が1/3位になったのが17例位，という経過が出ています。どちらがいいかは症例別に異なるので非常に難かしい。次に乳癌の場合，東大の分院では，ディスポーザブルの針で細胞診をやっているのがみそで，針の組織乳癌の Tumor を穿刺して，それから細胞診をやるということ，136例位，対象，従来では触診35%，マンモグラフィーで50%，超音波で70%位，診断がついていた。細胞診は，うまくやれば70～80何%位やれる診断である。実地医家として乳癌を見た場合，Tumor 全部を取ってしまわないと血行転移誘発のおそれがあるので，針でさす方法は問題が残るように思われるので質問したところ，学会で吟味されているので心配はないとの答でありました。

司会——どうもありがとうございました。

（〒112　文京区小日向2-28-7）

(3) 日本消化器病学会を聞いて

大田区　鈴木　荘一

鈴木——私は名古屋でありました消化器病学会に出ましたが，ちょっと出たので全貌は話せませんが，順天堂の白壁先生の特別講演だけを聞いて参りました。結局，結論は，胃の診断はレントゲンの中で二重造影，と圧迫が大切ということを強調されました。非常に盛会でありました。

司会——それでは柴山先生，内科専門医についてお話し下さい。

（〒143　大田区山王 3-23-8）

(4) 内科専門医制度について

大田区　柴山　豊

柴山——先日，3月上旬突然，永井先生のご指名によりまして，すでに皆様お読みいただいた“医事新報”2604号（3月23日発行）のものですが，非常にご不満の点もあると思いますけれども，私はこれでまだ言いたりない点，問題点がございますが，だいたいこの順序にのっとりまして，多少，今日気がついた点を簡単にふれさせていただき，先生方のご意見をうかがいたいと思います。

まず第一に専門医というのはどういうものか，今の日本において果して，専門医制度というものはできるかどうかということ，かなり言われていますけれども，日野原先生の考え方によりますと，アメリカその他カナダからみますと，30年も遅れているというような話でございました。特に私がここで感じましたのは，内科全般をこなせる幅の広い医者が専門医である，という考え方にはかなりの抵抗を感ずるのであります。その時あまり抵抗する訳にいきませんので，素直に聞いておりましたが，特に私共実地医家が，例えば大学病院に何年かすごして開業する，あるいはその他開業した場合にいろんな病気にぶつかる訳でございますが，それが，今のような教育病院あるいは教育施設がございますが，大学を含めて，果して全般をこなせるような幅の広い医者ができるかどうかということに，つまり受け入れ体制の側，あるいは研修医の立場というもの，あるいは研修医の態度と申しますか，そのようなものにかなり問題があるのではないかと思います。

第二番目に例えば内科で申しますと，消化器の専門医あるいは循環器の専門医あるいはその他いろいろあるわけです。非常に教科書のごとく各科にわかれ，深くつっこんで，それが，なになに科内科専門医という風にするのが専門医ではないか，という疑問もでてきます。そのへんが問題です。

第三に，日野原先生のお話しですと，統計的にみますとCPCが非常に多いということでしたけれど，私はそうは思いませんでした。というのは大学病院あたりに入院しても，昔のように必ずCPCといいますか，いわゆるゼクチォンをやるというようなことが，昔よりずっと少ないのではないか，いろいろ社会的問題だと思いますが，その点は統計でメモをお持ちになったのを見ますと，かなり多く70～80％位やっているというお話でした。

第四番目に学位制度，つまりわれわれが経験したような学位制度と専門医制度の関係がどういう風につかんだらよいか，つまり，クリニカルインベィティケィションを十分にやれば専門医でいいのではないかという考え方，それに対しても何かすっきりしない点もございました。

第五番目に，では専門医と実地医との関係はどうなのか，つまり競合はしない，ではどのようにして実地医の中で，専門医とそうでない一般医との関係を考えていったらいいのか，あるいは両者間でどのようなアプローチをすべきなのか，現在の保険制度下において，このような区別がはっきりなされるのかどうかということです。したがって，例えば専門医のアインコンメンがどうなるのかということまでふれてみたいのですが，現在は全くそのようなことは考えていないようであります。それから，例えば昭和42年の卒業生からこのような制度になりましたが，それ以前の卒業の方でもいいのかということに対しては，それは当然，結構だという話でございました。ですけれど，これは，昭和42年以降の卒業者をあくまでも対象にやっている。つまり，現在の研修医制度ができた。Aコース，Bコース，Cコースがございまして，これは，表になっていますが，だいたいそのような要領でやっていくと，結局は看護婦さんでもそうですが，最後にゴールを設けてあげないと人間はハッスルしないのではないかとそういうようなお考え，いわゆるセルフラーニングシステム，最後にちょっと載っていますが，blue sky が見えないような何かどんよりしたものでは困まるので，はっきりしたものが出ればみんな一生懸命勉強するのではないか，と，teaching する側でも何かすっきりしたものが出るのではないかというお話でした。特に何年勉強したら何の試験を受ければこれを与えるとか，また，さらに何年かたってまた勉強して試験を通ればこうなると，それに並行してアインコンメンも上がって行く，いわゆるアメリカナイズされたものの考え方がどうも発想のように感ぜられます。その点は非常に権威のある内科学会の試験の先生方がどうお考えか，日野原先生だけでは私にはよくわかりませんでした。以上でございますが，何かご意見ございませんでしょうか。

司会——これについてご質問ございませんか。

菊地——私，医学教育に非常に興味を持ってやっていますが，この間，医学教育学会からも家庭医の像はどうあるべきか，この家庭医を専門医制度において考えて行くことになり，今の内科専門医をつくり，5人ほどできた訳ですが，果して今の医療制度の中で内科専門医制はメリットがあるのかどうか，われわれ将来家庭医を考えていくうえで参考になるのではないか。例えば5人のうち1人は，将来は島へ行って開業するという意見を述べていますが，専門医と家庭医との関連はどうなるか，そして現にわれわれ日本において開業医全員は家庭医として認定していいものか，それよりもむしろ医師全体のレベルを上げる方が先決ではないかと考えている訳で，専門医制はまだ時期尚早ではないでしょうか。

司会——すでに昭和42年以前に卒業したものは受ける資格はあるのですか。

柴山——あります。

司会——他にご意見ございませんか。新山先生どうぞ。

新山(新宿区)——試験問題をみましたら非常に難しく，それを専門に勉強をなさった方は通るでしょうが，まず内科の教授で通るかどうか疑問です。ある血液なら血液，循環器なら循環器の専門医なら考えられるけれど，内科全般の専門医はちょっと無理のように考えられる。あれだけ難しい試験にパスしたものでも10～20年たって医学が進歩して，また，試験を受けたらおちるのではないかという，そういう難しい先端を行ったものが，内科専門医に要求する必要があるのだろうか，これが私の疑問です。

司会——内科専開医の問題は“医事新報”にも出ていますが，かなり難しいです。つい最近の国家試験もかなり難しく，1つの世論におされるというか，国家的要請なのかも知れませんが，1つの問題の傾向が知識の高度のものを最近要求している傾向にあるように思われますが，この問題は，機会がありましたらいずれまた，討議したいと思います。

次に渡辺淳先生が，ご自分の診療所において一

年間にどのように患者さんの統計が得られたか，統計をとるというのもなかなか大変な仕事で，渡辺先生のところはパラメディカルの患者さんが多いためできたのではないかと思いますが，皆様にぜひ発表したいとおっしゃられましたので，どうぞ渡辺先生お願いいたします。

（〒144　大田区新蒲田2-19-8）

③　加齢と疾病について

——その内科臨床的観察（第２部）——

大田区　渡辺　　淳

大田区で開業している渡辺でございます。たびたび皆様の前に現われまして，さぞ目障りなことと思いますがお許し願います。また皆様の貴重な御時間を拝借させて頂いて，厚かましい奴だ，なんであんなものの発表を許したんだ，という厳しい御叱正の声も耳に痛くきこえてくるかのようですが，これも今からもうおあやまりして置く次第でございます。

ほんとに貴重な皆様の御時間でありますので，本日はカントも，アインシュタインもなく，すぐ本題に入らせて頂きます。

さて私は昨年大林・西田両先生のすばらしい企画，名司会の下に老人医療の諸問題と題しまして，30分程お話させて頂きました。

（30分という言葉で只今ぎょっとなった方もおられるかも知れませんが，本日はそんなに長くお話するつもりはございませんので御安心願います。ほんの５分か10分程でございます。）

その中で私は老齢という概念は大変あいまいであること，老化という用語は科学的でないこと，“多分成長と老化とは同じ仕くみ，同じ物質で行なわれるのであろう”と申し，さらに加齢と疾病についてふれ，私のところの１年間の外来での統計をお示し，また過去６年間の死因調査を当院の死亡診断書に基づいて行ない，２～３の結論めいたものをお示し致しました。本日はその続報でございます。

本年もまた昨年と同じ方法で，昭和48年１月１日から同年12月31日までの当院の外来での統計をとってみました。その患者実数は**表１**に示しますように男521名，女675名，計1,196名でございます。これを年齢別に標示してございます。年齢の区わけは便宜的に，20歳～39歳，40歳～64歳，65歳以上と３段階に区分け致しました。これを昨年と比較して見ますと，昭和47年患者総数1,177名，昭和48年1,196名とほとんど変りませんが，年齢別に見ますと若い人が減って老年者がふえております。ことに老年者は45.8％も増えております。これは老人医療費の無料化と無関係ではないように思われます。

表２は有病率に関する表でありまして，各年齢群と所有する病名数との関係を示してあります。病名については１年間に１人の患者が罹患した病名を示してあります。たとえば感冒は何回罹患しても病名１となります（しかし実日数は増してきます。）この各年齢群の数値をそれぞれの年齢群の実数で割りまして，％標示をしたのが**表３**でございます。この数値は昨年とほとんど変っておらず，この表の有意性を物語っておるように思われます。

この表で見ますと，

①老年者群はいくつもの病気をもっている。またはある期間（ここでは１年）のうちに，いくつもの病気に罹患するものが多い（有病率が高い）。

という昨年の結論は，一層確実性を増すように見えます。これを見やすく例示しましたのが表３－１，および表３－２でございます。

表４は各年齢の診療実日数を示しております。これを先程と同じように％標示致しましたのが**表５**でございます。この表も昨年とほとんど数値が

表 1　患者実数
（昭和48年1月1日～12月31日迄）

年齢＼性	男	女	総　計
20歳～39歳	325名	370名	695名
40歳～64歳	145	216	361
65歳～86歳	51	89	140
計	521名	675名	1,196名

表 2　病名数

病名＼年齢	20歳～39歳	40歳～64歳	65歳～86歳	総　計
5つ以上	48名	59名	61名	168名
4	40	48	17	105
3	84	74	25	183
2	138	85	22	245
1	385	95	15	495
計	695名	361名	140名	1,196名

表 3　表2のパーセント標示

病名＼年齢	20歳～39歳	40歳～64歳	65歳～86歳	平　均
5つ以上	6.9%	16.3%	43.6%	14.0%
4	5.7	13.3	12.1	8.8
3	12.1	20.6	17.9	15.3
2	19.9	23.5	15.7	20.5
1	55.4	26.5	10.7	41.4
計	100%	100%	100%	100%

変っておりません。

②実日数から見てやはり老年者群の方が病院に通う日数が多い，といえるように思えます。

表 6 は20歳～39歳群の，
表 7 は40歳～64歳群の，
表 8 は65歳以上群の，
おのおの病名の実際でございます。

これを主な疾病について整理してみましたのが表 9 であり，各群別の%標示が表 10 でございます。これを昨年の表と共に見ますと，

③高血圧症，動脈硬化症群，心臓病群，いわゆる循環器系統の疾患は年齢と共に増加の傾向があるようにみえる。

④脳血管損傷は40歳～64歳群と65歳以上群とで

表 3-1　加齢による有病率の推移（病名1つ）

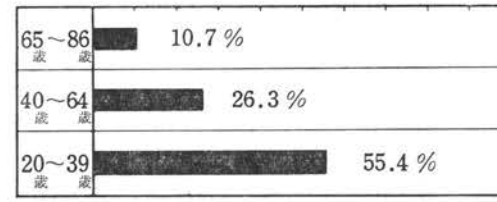


表 3-2　加齢による有病率の推移（病名5つ以上）

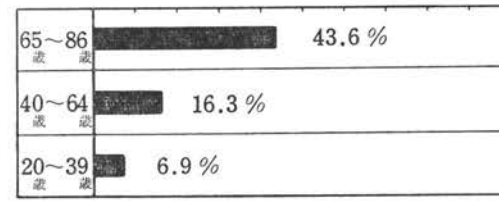


表 4　診療実日数

実日数＼年齢	20歳～39歳	40歳～64歳	65歳～86歳	総　計
1～50日	690件	328件	110件	1,128件
51～100日	5	28	20	53
101～150日	0	5	10	15
151日～	0	0	0	0
計	695件	361件	140件	1,196件

表 5　表4のパーセント標示

実日数＼年齢	20歳～39歳	40歳～64歳	65歳～86歳	平　均
1日～50日	99.3%	90.8%	78.6%	94.3%
51日～100日	0.7	7.8	14.3	4.4
101日～150日	0	1.4	7.1	1.3
151日～	0	0	0	0
計	100%	100%	100%	100%

あまり変化がないようである。ここではしかし昨年の死亡診断による統計からみると，脳血管損傷が死亡とつながるのは明かに65歳以上に多い。これは64歳以下の脳血管損傷は救命しうる例の多いことを示している。

⑤結核（ここでは肺結核症）は65歳以上群にむしろ多い。

⑥神経病，ロイマチス等はむしろ中年者40歳～64歳群に多いかもしれない。

⑦悪性腫瘍は全悪性腫瘍と胃腸系統の悪性腫瘍

表 6　病名の実際　　(20歳～39歳)

病名	件数	病名	件数	病名	件数	病名	件数	病名	件数	病名	件数	病名	件数	病名	件数
高血圧症	34	感冒・咽頭炎	58	胃潰瘍	12	糖尿病兼糖尿病性神経障害	1	腱鞘炎	3	てんかん症	5	膿疱	1	月経困難症	2
高脂血症	5	感冒・口峡炎	58	胃腸炎	10	ビタミン欠乏症	16	痛風	1	精神分裂症	3	尋常性痤瘡	3	乳腺症	3
高血圧症兼高脂血症	2	感冒	234	十二指腸潰瘍	13	小計	28	打撲症	3	小計	62	口唇ヘルペス	2	甲状腺機能亢進症	2
小計	41	感冒性腸炎	23	急性腸炎	111	貧血症	28	スモン病	1	梅毒(第Ⅲ期)	2	水痘	1	妊娠悪阻	2
脳循環障害	2	感冒・耳管炎	3	慢性腸炎	5	紫斑病	1	小計	122	小計	2	口内創	1	小計	9
脳貧血	1	流感	7	常習性便秘症	2	小計	29	腎盂炎	4	紅斑性狼瘡	1	あせも	2	化のう創	1
右半身麻痺	1	感冒・扁桃腺炎	15	慢性結腸炎	1	三叉神経痛	9	腎盂膀胱炎	4	リウマチ熱	2	水むし	1	癤	1
小計	4	気管支炎	60	S字状結長過長症	1	多発性神経炎	7	膀胱炎	16	小計	3	火傷	2	膿よう	1
冠不全	2	気管支喘息	5	小計	331	肋間神経痛	22	尿路結石	3	皮膚炎	6	腹部ゆうぜい	1	面疔	4
心臓弁膜症	2	気管支拡張症	2	肝炎	7	慢性関節ロイマチス	3	慢性腎炎	4	毒物性皮膚炎	16	しもやけ	1	切創	2
心筋障害	1	気管支肺炎	4	肝障害	15	頸腕症候群	24	腎機能障害	7	接触性皮膚炎	9	あかぎれ	1	擦過症	3
心室中隔欠損症	1	自然気胸	1	たんのう炎	4	脊椎過敏症	1	腎石	1	湿疹	9	昆虫刺傷	1	小計	12
発作性心拍急拍症	1	肺結核症	5	たん石症	1	腰痛症	25	小計	39	バラ疹	1	小計	77	痔核	9
洞性不整脈	1	小計	541	たん道炎	2	変形性脊椎炎	6	自律神経失調症	14	薬疹	2	頸部淋巴節炎	3	小計	9
小計	8	口角炎	5	黄疸	1	膝関節炎	6	ゆううつ症	4	蕁麻疹	8	右腋下淋巴節炎	2	其の他不明熱	1
低血圧症	14	口内炎	12	急性すい炎	1	肩こり症	5	心臓神経症	2	皮膚掻痒症	3	小計	5	小計	1
小計	14	食道憩室	2	慢性すい炎	1	肋骨奇形	1	神経循環無力症	3	表在性白癬症	1	結膜下出血	1		
咽頭炎	12	急性胃炎	7	小計	32	椎弓分離症	1	不眠症	1	突発性発疹	1	鼻出血	2		
扁桃腺炎	50	慢性胃炎	142	食餌性糖尿	4	ねんざ	2	嗅覚神経異常	1	帯状疱疹	3	眼底出血	1		
腺窩性扁桃腺炎	2	胃下垂症	2	糖尿病	7	結合織炎	2	心因性反応	1	単純性疱疹	1	小計	4	合計	1,373

表 7　病名の実際　　(40歳～64歳)

病名	件数	病名	件数	病名	件数	病名	件数	病名	件数	病名	件数	病名	件数	病名	件数
悪性高血圧症	1	心室性多発性期外収縮	1	小計	248	特発性黄疸	1	肩こり症	5	小計	190	膠原病	1	鼻出血	1
高血圧症	109	小計	41	口角炎	3	慢性すい炎	2	慢性関節ロイマチス	19	自律神経失調症	7	小計	2	皮下溢血	1
高血圧症兼高脂血症	15	低血圧症	9	口内炎	5	小計	56	頸腕症候群	39	心臓神経症	2	梅毒(第Ⅲ期)	10	小計	2
高脂血症	8	小計	9	慢性胃炎	90	食餌性糖尿	4	脊椎過敏症	1	ゆううつ症	7	小計	10	乳腺症	2
高血圧症兼動脈硬化症	3	感冒・咽頭炎	14	急性胃炎	1	腎性糖尿	2	変形性脊椎炎	5	不安神経症	6	皮膚炎	3	甲状腺機能亢進症	1
動脈硬化症	12	感冒・扁桃腺炎	7	胃下垂症	5	糖尿病	22	肩関節炎	5	仮面うつ病	1	接触性皮膚炎	9	内分泌失調症	1
小計	148	扁桃腺炎	14	胃ポリープ症	1	糖尿病兼糖尿病性神経障害	3	手首関節炎	3	不眠症	1	毒物性皮膚炎	5	小計	4
脳出血	1	感冒・口峡炎	20	胃潰瘍	14	肝斑	1	変形性関節症	1	更年期障害	1	糖尿病性皮膚炎	1	痔核	4
脳溢血症	4	感冒	113	胃腸炎	1	ビタミン欠乏症	7	膝関節炎	5	てんかん症	2	薬疹	3	小計	4
脳貧血	1	感冒兼腸炎	5	十二指腸潰瘍	7	小計	39	腰痛症	22	書痙	1	湿疹	7	歯そうのうろう	1
脳循環障害	4	流感	2	腸炎	35	貧血症	36	腰椎椎弓分離	1	小計	28	蕁麻疹	2	小計	1
脳動脈瘤	2	気管支炎	42	慢性腸炎	1	紫斑病	2	肋骨骨折	1	腎盂膀胱炎	1	皮膚蚤痒症	9	慢性アルコール中毒症	1
小計	12	気管支喘息	9	腸カタル	1	小計	38	こん骨炎	1	膀胱炎	3	帯状疱疹	2	小計	1
冠不全	18	汎発性細気管支炎	1	小計	164	三叉神経痛	9	脊髄癆	2	前立腺肥大症	1	水むし	1		
冠硬化症	3	気管支肺炎	3	肝炎	11	多発性神経炎	26	腱鞘炎	1	尿路結石	4	瘰疬	1		
心筋障害	14	気管支拡張症	3	肝障害	26	肋間神経痛	22	結合織炎	1	慢性腎炎	3	火傷	1		
心筋硬塞	2	自発気胸	1	胆のう炎	5	上腕神経痛	1	痛風	2	腎機能障害	8	あせも	1		
心不全	1	肺炎	1	胆のう症	2	左肩神経痛	1	りんば斜頸	1	浮腫	1	あかぎれ	1		
心臓弁膜症	1	陳旧性肺結核	3	胆道炎	1	五十肩	10	胸壁打撲症	1	小計	21	尋常性いぼ	1		
心拍急拍症	1	肺結核	10	胆石症	8	坐骨神経痛	1	打撲症	4	リウマチ熱	1	小計	47	合計	1,065

表 8　病名の実際　　(65歳～86歳)

病名	件数	病名	件数	病名	件数	病名	件数	病名	件数	病名	件数	病名	件数	病名	件数
悪性高血圧症	1	低血圧症	2	口内炎	3	糖尿病兼糖尿病性神経障害	2	小指骨折	1	接触性皮膚炎	2	核痔	3
高血圧症	79	小計	2	口角炎	3	ビタミン欠乏症	1	打撲症	4	皮膚炎	2	小計	3
高血圧症兼高脂血症	2	咽頭炎	4	慢性胃炎	51	小計	17	小計	92	皮膚掻痒症	8	マラリア	1
高脂血症	3	扁桃腺炎	5	胃ポリープ症	1	多発性神経炎	8	パーキンソン症候群	1	薬疹	1	小計	1
高血圧症兼動脈硬化症	5	感冒・口峡炎	6	胃潰瘍	10	三叉神経痛	2	小計	1	中毒疹	1	歯そうのうろう	1
動脈硬化症	26	感冒兼腸炎	1	胃腸炎	2	肋間神経痛	3	ゆううつ症	3	湿疹	11	小計	1
小計	116	感冒	36	十二指腸潰瘍	3	上腕神経痛	2	不安神経症	3	尋常性白斑	1	胃癌	4
脳溢血後遺症	1	気管支炎	23	急性腸炎	23	坐骨神経痛	5	自律神経失調症	2	帯状疱疹	1	悪性腫瘍	1
脳溢血	2	気管支喘息	1	慢性腸炎	2	根性脊椎神経炎	1	夢遊病	1	ひようそう	1	小計	5
脳栓塞	1	気管支拡張症	2	虫垂炎	1	頸腕症候群	8	小計	9	火傷	2	貧血症	35
脳軟化症	1	気管支肺炎	1	小計	99	慢性関節ロイマチス	14	梅毒(第Ⅲ期)	3	水むし	1	小計	35
小計	5	肺炎	1	肝障害	34	肩関節炎	12	小計	3	小計	33		
冠不全	5	自然気胸	3	肝炎	7	膝関節炎	4	膀胱炎	1	胸内異物	1		
冠硬化症	6	肺気腫	1	たん道炎	1	変形性脊椎炎	6	腎盂炎	1	癌	1		
右室不全	1	就下性肺炎	1	たん石症	3	腰痛症	17	尿道結石	1	擦過傷	1		
心筋障害	18	胸膜炎	1	小計	45	結合織炎	1	慢性腎機能障害	6	小計	3		
狭心症	1	陳旧性肺結核症	1	食餌性糖尿	2	椎弓分離	2	浮腫	1	皮下溢血	1		
絶対性不整脈	1	肺結核症	13	腎性糖尿	1	骨粗鬆症	1	小計	10	鼻出血	1		
小計	32	小計	100	糖尿病	11	腰椎圧迫骨折	1	毒物性皮膚炎	2	小計	2	合計	614

表 9　年齢群と疾病群

疾病＼年齢	20歳～39歳	40歳～64歳	65歳～86歳	計
①高血圧症動脈硬化症	41件	148件	116件	305件
②脳血管損傷	4	12	5	21
③心臓病	8	41	32	81
④胃腸疾患	331	164	99	594
⑤感冒等呼吸器疾患	536	235	86	857
⑥結核	5	13	14	32
⑦神経痛ロイマチス	122	190	92	404
⑧悪性新性物	0	0	5	5
⑨その他	326	262	165	749
計	1,373件	1,065件	614件	3,048件

表 10　表9のパーセント標示

疾病＼年齢	20歳～39歳	40歳～64歳	65歳～86歳	平均
①高血圧症動脈硬化症	3.0%	13.9%	18.9%	12.0%
②脳血管損傷	0.3	1.1	0.8	0.7
③心臓病	0.6	3.9	5.2	3.2
④胃腸疾患	24.1	15.4	16.1	18.6
⑤感冒等呼吸器疾患	39.0	22.1	14.0	25.0
⑥結核	0.4	1.2	2.3	1.3
⑦神経痛ロイマチス	8.9	17.8	15.0	13.9
⑧悪性新生物	0	0	0.8	0.3
⑨その他	23.7	24.6	26.9	25.0
計	100%	100%	100%	100%

とではピークが異なるかもしれない。

⑧神経症は若い人に多く，老年者群ではうっ病がふえる。

⑨胃腸疾患および感冒等，呼吸器疾患（肺結核症を除く）は20歳～39歳群に多い。

ここで面白いのはこの⑨でございます。先月この会で，抗生物質の使用例の統計から，年齢と共に抗生物質の使用例の減少すること，ことに感冒等呼吸器疾患で65歳以上の高齢者群はかえって20歳～39歳の若年者群より使用例の減少することをご報告しましたが，このことと合わせ考えますと，今迄年寄は感冒をひきやすい，胃腸をこわしやすいと考えられて来ましたが，この常識を反するような結果になっております。

このことは私の統計だけかと思っておりましたところ，厚生省統計調査部による，「47年国民健康調査結果」によりましても年齢と共に呼吸器系の疾患は減少することが示されております。

これは何故でしょうか？　大変興味深い問題であると思う次第であります。私は大変ずさんな憶説であるかもしれませんが，只今のところこれは全身の淋巴組織の発育とその退行に関係あるように考えておりますが，如何でしょうか。皆様のご知恵を拝借したいのであります。この問題はなかなか深く広いので，1人で行なう研究にしては手にあまります。もしも皆様の中で協同研究をしてもよいという方がありましたらご一報願います。私の名簿の電話番号が違っておりますので訂正して置きます。(03)-772-5087です。

以上で私の大層不確実でかつささやかなご報告を終わらせて頂きます。

（〒143　大田区山王1-42-2　淳正診療所）

〔自由交見〕

司会——今の渡辺先生のお話の中から，私のところではこうだという方は，どうぞお手をおあげ下さい。

大山——40歳～65歳位の患者に脳血管損傷が多いということは，だいたい一致いたしました。あと抗生物質の方も，何となくそういう気がしますが，まだわかりません。

菊地(大和)——さっきの慢性肝炎の話ですが，若い人に急性肝炎になった場合には，わり方，治る率が多いように思われますが，最近のように成人病化して参りますと，40歳以上になりますと，肝炎の場合だいたい慢性肝炎に，また，慢性肝炎

は，肝硬変に移行する傾向が結構多いように，安心できないように思いますが，皆様はいかがでしょうか。

司会——肝炎について問題提起されましたが，今のご意見で，ご自分の何か臨床例はありませんか。

安田——慢性肝炎の症例が2例しかありませんが，1例は，数年にわたって3～4回入院した例ですが，今はすっかり治って働いています。もう1例は，私のところに来てすぐに Biopsy をしたその時点で，肝硬変になりつつあった症例で，自覚症状はひどくはないが，肝機能検査は悪く，確実に肝硬変に移行しているんではないかと思われます。2例とも30～40歳位の間の若い人です。先程，渡辺先生もおっしゃっておられましたが，上野先生は，臨床的には慢性肝炎はむしろ，良性の疾患であると申されておられたんですが，中高齢者の場合は他の合併症の方が大事だと一言ふれられていました。

渡辺(淳)——菊地先生のこととは関係ございませんが，慢性肝炎のことで付け加えさせていただきます。GOT, GPT が150以上の場合は active と考え，150以下の場合は inactive と考えたらどうかという提案です。それから RA テスト(＋)の場合は予後が悪いということが出ています。

菊地——慢性肝炎で大事なのは，むしろ TTT, ZTT が重要に思われます。3例ほど同じようなケースをもっています。自分がぶつかったケースは楽観はできない。むしろ胃癌よりあるいはこわいという印象を持っております。

渡辺(船橋)——私は，20歳位で，黄疸20～30, Alp 15～20, CCF（＋）という2例がありまして，入院を進めたところ聞き入れず，2週間後に参りました時には GOT, GPT 15～30, CCF（－），黄疸(－）という例もございました。

司会——慈恵の亀田先生のお話では，肝炎の膠質反応の件では，肝炎初期には TTT，肝炎の予後には ZTT，という膠質反応の特徴を使いわけるとよいとのことでした。

私たちの例会

第127回『実地医家のための会』例会報告

司会／鈴木荘一　記録／広瀬正義

昭和49年6月9日　東京新宿・厚生年金会館

〔演題〕

① **Reversed CPC**……慈恵会医科大学教授　阿部　正和

② **糖尿病をめぐって**……斎藤　文子

① Reversed CPC

慈恵会医科大学教授　阿部　正和

内科学で，病気の診断に近ずく方法として現時点では，次の4つの柱があると思う。

1. 問診・触診・打診・聴診というような昔ながらの方法で physical な所見をとること，これは昔も今も変らず，きわめて重要なことである。これを理学的所見という方もおりますが，私はあえてこれを身体的所見と表現したい。physical とは身体的という意味で，物理的ということではない。

2. それに laboratory な所見を積みかさねる。すなわち，種々の検査の結果を並べて，それを十分に検討することにより，病態に正しく近づくという方法。

3. X線写真を，方向をかえて撮影し，十分に読影するという方法。

4. 近年急速に進歩してきた内視鏡の所見を十分に活用する。

本日はこれらのうち laboratory な所見から，どの程度まで患者の病態を明らかにすることができるかということを研究してみたいと思う。

この laboratory な所見を深く，かつ適切に読みこなすための修練の方法が reversed CPC ということになるわけである。

一般に行なわれている CPC とは clinical pathological conference の略で，患者の病歴，検査結果，治療などが明らかにされ，次いでその患者の病態，または診断について討論する。そのあとで病理学者が患者の病理解剖の結果を説明する。最後に clinical な考え方と病理解剖所見とは，どこが一致し，どこがくいちがうかというようなことを討論するのである。ところが，reversed CPC という言葉の reversed というのは，“逆向き”とか“さかさ”ということ，つまり逆の CPC ということになる。まず臨床検査の結果だけを提示する。患者の年齢も性別も全部ふせておく。尿の比重がこうならば，その患者の尿の濃縮能はどんな状態が考えられるか，尿の pH がこうならば，その患者の酸塩基平衡状態はこうだろうというように，ひとつひとつのデータを分析していく。そうしてそれらの検査結果だけの評価

を総合して，その患者のおかれている病態を推理する，病名まであてる必要はないのである。

こういった分析が終ってから，はじめてその患者の年齢，性別などや，発病の状況，主訴，現症などや治療法，その後の臨床経過，不幸にして死亡した時はその剖検所見などが述べられる。そして剖検所見と検査データの読みとの関連性を討論するのである。

もともとこの方法は，アメリカで病理解剖学者が臨床で行っている検査のデータを読む修練をしたいという目的で生れたもので，日常診療で医師が患者の診断に近づく方法とは全く違い，いわば診断の進め方から見れば邪道ではあるが，検査のデータを読むための修練の方法としてはきわめて良い方法である。

本日はこの reversed CPC としては代表的な1症例をもってきたので，ぜひ積極的な討論をお願いしたい。

司会　入院当初の第1回目の各種検査のデータの一覧表は先に配布した表の通りである。

（記録係註：記録の都合で，ここには，この患者の全経過中の“検査結果の推移一覧”をプリント1として

プリント1

検査結果の推移一覧

1) 尿所見

	25/I	30/IV	22/V	14/VI	17/VII	29/VII	31/VII
pH	6.0		5.5			6.0	6.0
比重	1.030		1.025			1.027	1.027
蛋白質	(+)	(−)	(±)	(卄)	(卄)	(卄)	(卄)
糖	(−)		(−)				
ビリルビン	(−)		(−)				
ウロビリノーゲン	(+)		(+)			(+)	(+)
沈渣：赤血球	(−)	(−)	1〜2	8〜9	0〜2	0〜1	(−)
白血球	2〜3	0〜1	11〜12	3〜4	0〜1	1〜3	2〜5
硝子円柱	(−)	(−)	(+)	(+)	(+)	(+)	多数
顆粒円柱	(−)	(−)	(+)	(−)	(−)	(+)	多数
その他							
Bence Jones 蛋白体(熱凝固法)	(−)	(−)	(−)	(+)		(+)	(+)

2) 糞便検査

	25/I	22/V	19/VII	24/VII	1/VIII
潜血	(+)	(+)	(卄)	(卅)	(卅)
虫卵	(−)				

3) 赤沈値

	25/I	15/III	6/IV	10/V	7/VI	12/VII	19/VII
1時間値	118	115	54	76	150	158	160
2時間値	144	129	110	138	156	166	165

4) 血清反応

	25/I	21/II	3/IV	26/VI	18/VII	25/VII
CRP	—	2+	—	—	—	—
ASLO	12	12		12以下		
RA	—					

5）末梢血液所見

	25/I	21/IV	23/V	26/VI	19/VII	2/VIII
Ht	23	30	23	26	21	22
Hb	8.7	10.4	9.2	8.4	7.0	7.6
Rbc	327×10^4	328×10^4	248×10^4	272×10^4	226×10^4	244×10^4
Wbc	4200	4700	3700	4600	4900	4100
Reticulocyte	9‰	4‰	1‰	2‰	4‰	11‰
Platelet	23.4×10^4	20.4×10^4	14.0×10^4	15.0×10^4	18.0×10^4	22.0×10^4
Eosino.	19/mm³		6/mm³	65/mm³	28/mm³	
白血球像						
Neutro : St	28	20			12	
Seg	14	43			70	
Eosino.	0				1	
Baso.	0				0	
Mono.	2	2			0	
Lympho.	56	27			12	
Abnormal Lympho.		8			5	

6）骨髄像（穿刺部：胸骨）

	31/I	24/IV	19/VII
C.C.	8500	2×10^4	3.1×10^4
Myeloblasts	0	0	0
Neutrophils			
Promyelocytes	0	2.0	1.6
Myelocytes	0.4	2.0	2.2
Metamyelocytes	1.2	3.6	2.2
Band	19.6	15.0	16.4
Segmented	19.2	21.0	22.2
Eosinophils	1.2	0.4	1.0
Basophils	0	0	0
Monocytes	3.6	3.8	0
Lymphocytes	38.4	19.0	25.2
Plasma cells	9.6	8.4	19.8
Reticulum cells	0	0	0
Megakaryocytes	0	0	0
Erythroblasts	6.4	18.0	6.8
Abnormal Lymph.	0	6.8	2.6

7）出血凝固関係の検査　2月1日

出血時間	5分
Ca 再加凝固時間	2分02秒
プロトロンビン時間	16秒（38%）
血餅収縮度	21%

8) 血液化学

	25/ I	13/III	23/IV	1/VI	4/VII	19/VII	29/VII	2/VIII
T. chol.	171	250	175			146		
Bil.	0.1	0.4						
Dir.	0							
Ind.	0.1							
AP	0.9	2.0	1.1		0.9	0.9		
GOT	91	13	10		12			
GPT	60	12	10		8			
LDH	337	218	165			284		
Cr.	0.6	0.8	0.6	0.5	0.9	0.8	1.5	2.5
BUN	17.0	29.7	15.7	12.3	19.8	25.0	47.0	70.0
U. A.	6.4	6.9	7.8		13.1	9.6		10.9
T.P.	11.6	11.8	11.2	12以上	19.5	12以上	測定不能	
Alb	39.0	42.7	41.1	35.2	31.7	26	25.2	
α_1-gl.	3.0	7.2	4.3	4.1	3.6	2.1	3.4	
α_2-gl.	4.7	5.9	5.5	5.9	6.0	3.4	4.1	
β-gl.	6.8	9.0	9.9	7.7	5.8	3.4	3.6	
γ-gl.	46.5	35.2	39.2	47.1	52.9	65.1	63.6	

9) 電解質

	25/ I	29/ II	13/III	8/V	25/VII	31/VII	2/VIII
Cl	97	101	93	101		94	98
Na	137.5	129.5	128.5	133	121.0	119.5	122.0
K	3.7	3.8	3.7	3.4	4.0	5.0	5.1
Ca	4.2	4.2	4.1	4.1	4.9	4.8	4.7
P			4.0	4.9	4.0		

10) 血液ガス，酸・塩基平衡検査

（7月29日　動脈血）		正常値
血液 pH	7.415	7.35～7.45
血液 PaO_2	72mmHg	85～105
血液 $PacO_2$	31.8mmHg	35～45
血漿重炭酸濃度	20mEq/l	23～28
酸素飽和度	83%	94～98
Base Excess	−3.1mEq/l	−0.1±2.3
Buffer Base	43.9mEq/l	46～52
Standard Bicarb.	21.7mEq/l	21～25
Total CO_2	21mEq/l	25～28

11) 腎機能検査

2月1日　PSP Test　15分値　30%
　　120分計　75%
　　Fishberg Test　1,025,784 mOsm/kg H_2O
6月14日　PSP Test　15分値　20%
　　120分計　55%
7月19日　24 hrs クレアチニンクリアランス：100ml/min

12) 異常蛋白の検索
(1) 尿中 Bence Jones 蛋白体
(2) 血清の電気泳動分析像（セルローズ・アセテート膜）
(3) 血清免疫電気泳動分析
当日供覧

13) ・胸部 X-P
・腹部 X-P　当日供覧
・Bone Survey

14) ・ECG
眼底 KWⅡa

15) ・血清梅毒反応：陰性
・ツベルクリン反応：25×17mm（2月7日）
・血液型：O型，Rh（+）
・喀痰細菌培養
6月22日　Neisseria　多数
7月24日　Klebsiella　少数

16) 前頭部腫瘤生検（2月3日）
直腸粘膜生検　（4月3日）

掲載する。実際にはこの表のうちの第1回目の諸検査データ 1) より 9) までの各項目だけを記した表が，あらかじめ出席者全員に郵送配布されていた。したがってここではまず，この表のうち，第1回目のデータのみを検討の対象として頂きたい。それ以外の検査データは CPC の途中に至るまで発表されていなかった。）

司会者があらかじめ5人の先生を選び，その先生方にそれぞれ，ある系統の検査データについて検討を加え，初診時の病態を推理するよう依頼しておいたので，それぞれ発表して頂くことにする。

松坂　**尿の pH** は6.0で，健康者では5～7だから，この患者には酸・塩基平衡障害はなかったと思う。**比重**1.030は高い。健康者の尿は24時間尿では平均1.015～1.025，部分尿ではとくに高い時は1.030はありうる。しかしたった1回のこの比重のみを見ると高稠尿と判断したい。

尿蛋白（+）は腎性かどうか検討を要する。

尿ウロビリノーゲンは（−）ならば病的な意義があるが，この例では（+）なのでとくに問題はない。

尿沈渣は他の所見と関連してみる必要がある。白血球2～3は，1視野だと思うが，この程度では尿路感染症，たとえば腎盂腎炎などは一応否定できる。また，円柱(−)，赤血球(−)ということは，蛋白(+)と関係づけて考えても糸球体腎炎は否定できるだろう。

ただ蛋白尿を示す疾患としては，そのほかに妊娠中毒症，SLE などか，ネフローゼなども考えてみたい。

高稠尿ということは，糖尿病性腎症を考えてもいいが，この症例では尿糖(−)である。

便の潜血(+)は，消化管系の出血の存在を考えるが，その際にこの患者の示している貧血との関連の有無を考える必要があろう。

本吉　末梢血液所見では **Ht, Hb, Rbc**，いずれも少ない。ゆえに貧血が考えられるが，計算してみると平均赤血球容積は70で少し低い程度，平均赤血球血色素濃度は37で小球性貧血が考えられる。

網状球 9‰ は大した数ではないが，Rbc の減少していることと併せ考えると，むしろ増加していると見たい。

白血球数は最低ではあるが正常に近い。しかし白血球分類でリパン球の増加が問題である。

血小板数は正常値

以上より見て血液系統に何らかの問題があると思う。

赤沈と血清反応については，数か月前国保の審査委員会で，赤沈と CRP を同時に実施したものを査定して問題になった時に，私も審査委員をやっているので勉強した。それがこの関係の分析に役立ったわけで，一般には，この両者は平行するものだが，この例のように平行しないときは，血

液中に異常蛋白が増加していると考えねばならない。そのような疾患としては骨髄の腫瘍や，原発性マクログロブリン血症が考えられる。

以上を総合すると，体内の異常蛋白質の問題，ひいてはその基底となる血液系の疾患の存否を考慮すべきであろう。

柴山　出血時間は Duke の方法だろうが，5分というのは延長しているようだ。Ca 再加凝固時間（あとに血清 Ca 4.2 とある）と，血餅収縮度21%というのは私には解釈できない。**血液の化学的検査**のうち，総コレステロールは正常範囲，総ビリルビン 0.1 はやや低いが，直接ビリルビンが 0 ということは間接型が上っているということだと思う。

AP 0.9 は測定方法にもよるが一応正常値。GOT, GPT はやや上昇，LDH はまあ正常，血清尿素窒素（BUN）も 8～20が正常というから，これも正常値，クレアチニン（Cr）もまあよろしい。

電解質の Cl, Na, K, Ca はいずれも低いがまあよかろう。

栗原　このデータ全般をみて最も問題になるのは**血清蛋白**の所見と，**骨髄像**の所見であろう。血清総蛋白濃度（TP）は簡単に測定できるが，11.6g/dl というのは異常な高値で，まずM蛋白血症を考え，ついで肝硬変，慢性炎症，リンパ腫などが考えられる。

蛋白分画では Alb が39.0%で，正常の半分くらいに著明な減少，α_1, α_2, β の各 Glb. は正常範囲，γ-G は46.5%と正常の2倍以上の著明な増加，これでみると高蛋白血症で，内容は低 Alb., 高 γ-Glb. である。

肝硬変では **TP** が増加することも減少することもあるというが，いずれにしても Alb. とともに α_2-G も減少するし，慢性炎症では α_1, α_2-G がともに増加するといわれているから，それらの疾患ではなさそう。γ-G の著明な増加と，赤沈の著明な亢進とを併せ考えると，M蛋白血症が考えられよう。

しかし，ここには電気泳動のパターンが示されていないが，この患者の場合，おそらく monoclonal のスパイクがあると思う。それがあるとすれば，その病態としては多発性骨髄腫，Waldenström のマクログロブリネミア，二次性の蛋白異常症（これはリンパ腫，白血病など hematopoietic の悪性疾患によるもの），また結腸の悪性腫瘍，本態性単クローン γ-G 血症（monoclonal gammopathy）かもしれない。

神田　実は重症患者を持って勉強してくるひまがなかった。この**骨髄像**の表をみて異常なのは，リンパ球の増加，赤芽球のやや減少で，そのために骨髄系の細胞と赤血球系の細胞の比が上っていることである。とすると，考えられる病気はまず炎症，次に白血病，とくにリンパ系の白血球，ホジキン病などであろうが，これだけでは診断はつかない。

渡辺　腎機能　のところで PSP は15分，120分ともに正常，Fishberg 濃縮試験も正常，クレアチニン・クリアランスも100で，85以上であるから問題はないはず。

眼底 KW. IIa とあるが，いきなり子供にこんなことはないだろうから，この患者は成人だと思う，とすると動脈硬化性のものか，糖尿病性のものかと思うが，今までのデータでは糖尿病は考えにくい。

阿部教授　諸先生方のまとをついたご意見に対し敬意を表したい。これで大体の病態はつかめたと思う。

尿の比重は，一般には重きをおかれないことが多いが，たった1回だけの測定でも，1.025 以上あれば，その人の腎臓は濃縮力がよいとみていい。ゆえに濃縮試験はやらなくてもよい。24時間尿で1.020 以上あれば，それも濃縮力正常とみてよかろう。ただ，いつ測っても1.010 前後に固定しているのは等張尿（isosthenuria）といい，その人は生命を長く維持することはできないと考える。

この患者の尿の比重は1,030 であるから，腎の濃縮機能はよろしい。

尿蛋白はズルフォを用いるときわめて鋭敏であるから，この方法で陰性ならば確実に蛋白(－)としてよい。しかし痕跡とか弱陽性の時は，その成績をどの程度病的と考えるかは疑問のこともある。

本症例の場合，他のデータからみて，すでにM蛋白血症とか多発性骨髄腫などという病名まで出ているが，こういう場合によく出るBence Jones蛋白体はズルフォでは陽性に出るが，蛋白誤差を利用する試験紙法（アルブスティックス，コンビスティックス，ウリスティックスなど）では，時に見落とされることがある。**本症例**では初診時にはBence Jones蛋白体は陰性であった。

便の潜血反応は(＋)であるが，これはベンチジン濾紙法であるから，この程度の陽性では直ちに病的と考えない方がよい。

さて尿蛋白(＋)の時の考え力として，尿路感染症も考えられるが，そのためには沈渣の白血球の多少を見る。**本症例**のように1視野に2～3個では，それを否定できる。

女性の場合には月経時に顕微鏡的血尿があることもあるから，月経の時期を聞いてから検尿すること。その他顕微鏡的血尿のある場合としては，結石，腫瘍，出血性素因などが考えられるが，**本症例**では赤血球(－)である。

円柱のうちで特に顆粒円柱があれば腎の実質障害を考えるべきであるが，**本症例**ではみられない。

患者の症状によっては尿蛋白(＋)ならば，Bence Jones蛋白が存在するかどうかを積極的に見ることが必要である。これは多発性骨髄腫，骨肉腫，白血病によくみられる。

最後に機能性蛋白尿もあるということにも注意する必要がある。

次に**末梢血液所見**に移る。貧血があればHt，Hb，Rbcの3つを材料にして，Wintrobeの平均赤血球恒数を求めるのが貧血検索の進め方の第一歩である。ただその正常値は日本人の場合には，日野志郎の発表した正常値を用いるのがよい。**本症例**における初診時のそれを計算すると，MCHは26.6で低く，MCVは70で小さい。この2つのデータからみると，小球性低色素性貧血となる。しかしMCHCは37.8で高い。すなわち1個1個の赤血球のHb濃度はよく飽和しているということになる。このようにデータ間にくいちがいがある場合には，何回も検査をくり返してみることが必要で，1回のデータからの恒数だけで貧血の分類を決定してしまうことは危険である。

赤沈とCRPはいつもペアーにして考えることは，診断上ひじょうによい資料になる。基金がこれを査定しているということは残念であるが，実によい所をつかれた本吉先生に敬意を表する次第である。両者の組合わせの意義についてはいろいろある。

1．赤沈が普通なのにCRP(＋)なのは

a．急性炎症性疾患のごく初期，たとえば肺炎の始まりなどの場合に，赤沈はまだ下らないのにCRPはすでに(＋)，ときには6＋になることさえある。

b．フィブリノーゲンが減少している状態に，さらに炎症性疾患が合併した場合，たとえば肝硬変などに尿路感染症の合併した場合など。

c．赤血球過多症に何らかの炎症性疾患が合併した場合。

2．赤沈の中等度促進とCRP(＋)はごく普通にみられる。多くの炎症性疾患とか，組織の悪性病変（たとえばガン）などの時にみられる。

3．赤沈促進，CRP(－)という組合わせは診断上最も役に立つ組合わせで，すなわち，

a．急性炎症性疾患の回復期，たとえば肺炎が治ってきた時には，赤沈はまだよくならないのにCRP(－)という時期がある。このように疾病の経過観察に役立つ。

b．貧血，とくに一般的な鉄欠乏性貧血では，赤沈はせいぜい40くらいまでは下ることがあるが，CRP(－)である。

c．ネフローゼ症候群では赤沈は100以上になることもあるが，感染症を伴わない時はCRP(－)である。

d．妊娠では赤沈はそうは下らないが，時に下ることがある。しかしCRP(－)である。

e．血液中に正常時にはみられない異常蛋白の現われた時高γ-G血症，とくにM蛋白血症の時にみられる。

出血・凝固関係の検査項目でCa再加凝固時間というのは，全血ではなく血漿を使うので別名，血漿凝固時間ともいう。血漿中に凝固因子の何かが不足している時には延長する。**本症例**ではそれが正常範囲内にあるから，血漿中には凝固因子の欠損はないと考える。

出血時間の5分は多少のびているように見えるが，血小板数が正常であり，まあ問題にしなくてよかろう。

血餅収縮度とは，血液を放置しておいて出来上った血餅中に血清がどれくらい含まれているか，という数値で，本例の21%は多い。すなわち，血小板数は正常であるが，その能力はよくないと考えるべきである。

血液化学検査に移る。まず血清のビリルビン値が高い時は，黄疸としていろいろに意義づけられているが，**本症例**のように低い時も低ビリルビン血症として，その意義を考えるべきである。低ビリルビン血症は，

1. 臓器のガン，多発性骨髄腫，白血病など悪性腫瘍（血液系のものも含む）の場合が全体の1/5をしめる。

2. 腎疾患，とくに慢性のものが全体の1/6をしめる。

3. 白血病以外の血液系の疾患，とくに鉄欠乏性貧血の場合，

4. 自己免疫性疾患，たとえば慢性関節ロイマ，SLE の時など。

5. その他の感染症，心疾患の時とされている。

GOT, GPT の上限はそれぞれ40，35単位とされていたが，最近それぞれ28，25と低くなっている。しかしまた，それぞれの絶対値が正常範囲内にあっても，その値の大きさに逆転（GOT＜GPT）があればやはり異常と考える。GOT は，とくに心筋，肝細胞，骨格筋に多く含まれているから，それらの疾患の時に高値を示す。しかしながら GPT は肝細胞に偏在しているから，その高値は肝細胞からの遊出と考えるべきである。**本症例**においては，そのどちらも高値であるから，肝細胞の障害ありと考えるべきであるが，その原因は，何か特殊の服薬によるのか，悪性細胞の浸潤か，またはその他の原因か，今後の経過を見なければ明瞭にはならない。

TP は高い。その正常値は 7～8g/dl である。ただその測り方について注意することがある。現在日本では屈折計，俗称蛋白計で血清の屈折率を読み，それに一定の係数を乗じたものを蛋白濃度としている。ゆえに蛋白に異常がなくても血清の屈折率に変化を与える状態があれば，異常な値が出る。たとえば，近年よく経験する高脂血症では，コレステロールは関係ないが，中性脂肪が高いために血清が白濁すると屈折率が変ってくる。時に TP 9～10 などということもある。これを高蛋白血症と読むのは危険である。

血清蛋白が高い場合に考えるべきことは，

1. 血液の濃縮があるかどうか，濃縮があれば Hb 濃度とともに BUN が上昇しているはずである。それが除外できたら，

2. 血清の屈折率をかえるような因子があるかどうかを考える。これも除外できたら，

3. TP が軽度に高い時は，あまりにもいろいろの場合が考えられる。たとえば，肝硬変の初期に γ-G の生産が異常にたかまり，そのために TP までもたかまることがある。粘液水腫の時は高コレステロール血症のために，リポ蛋白がふえ，TP が8以上になることがある。膠原病や慢性感染症の場合には γ-G の生産が高まるために TP が高くなる。

悪性腫瘍では栄養状態が悪くなるので TP は下るのが普通であるが，腎臓癌の時には，ときに TP 8～9 になることもある。

4. TP が中等度に高い時はサルコイドーシスなど。

5. 著しく高いのは多発性骨髄腫，マクログロブリネミア，アミロイドーシス，リンフォーマなどの場合で，TP 13 以上にでもなればまずこの4つの疾患以外のものではないと考えてよい。

蛋白分画測定に本症例はセルロース・アセテート膜による電気泳動を用いたが，その γ-G のパターンは Alb とまったく同じような，幅の狭い，高いピークで，いわゆる単クローン性のパターンを示している。すなわち，同じ clone から生産される均一性の高い γ-G である。こういった疾患は monoclonal gammopathy という。これに反して同じ γ-G が増加していても，そのパターンが幅広く，なだらかな山を呈しているのは，polyclonal gammopathy である。慢性感染症，慢性肝炎，肝硬変，膠原病などのときに見られる。

monoclonal の時は，さらにそれを確かめるためには免疫電気泳動分析（immunoelectropho-

resis）を用いる。その時みられる孤状の沈降線の幅の狭いきれいな線を示す時は polyclonal gammopathy であり，ふくらみをもった線がみられればそれを M-bow といい，monoclonal γ-G が増殖している時である。**本症例**について免疫電気泳動分析を行うと，γ-G の部分にふくらみをもった M-bow が形成されていることが明らかになった。これによりこの患者はM蛋白血症で，しかも IgG の monoclonal gammopathy であることがわかる。IgA や IgM の沈降線はほとんど見られない位である。すなわちM蛋白以外の正常な γ-G はほとんどない。IgM が減少していることから Waldenström の macroglobulinemia ではないことがわかる。

骨髄像はリンパ球，形質細胞が増加，赤芽球が減少している。多発性骨髄腫では形質細胞が骨髄でかなりたくさん作られ，しかもその異型度が強いのが普通である。**本症例**の場合は，形質細胞の数は決して多くないが，その異型度はかなり強いようである。

――ここでこの患者の入院から死亡までの経過中の検査データの推移一覧表を配布する（プリント1）。

司会　この一覧表をみての所感を先程御発言の先生方から一言づつ，

（記録上，発言者名省略，要旨のみ）

1. Bence Jones 陽性の意義を考える。
2. 便の潜血（卅）はどういうわけか。
3. 赤沈は一時やや回復したが，全体として高度促進，CRP の一時（＋）は感染症でも併発したのか。全体として赤沈高度促進，CRP（－）という意義をとくに重要視すべきである。
4. 骨髄像との関連があるのだろうが，末梢血液中のリンパ球が減少している。
5. リンパ球，形質細胞，赤芽球の3つの消長をみると，骨髄系の異常があると考えられる。

司会　では阿部先生，ご解説を，

阿部教授　臨床検査のデータの推移をみる時は，さまざまな治療法が行われているかも知れないということを常に考慮にいれておかなければならない。**本症例**では，貧血が強いから全血輸血でもしただろうかとか，またM蛋白血症，多発性骨髄腫などという病名もでているくらいだから，サイクロフォスファマイドやメルファランによる治療が行われたかもしれないと考えるべきである。そのためにデータが修飾される可能性があるということを考えておかなければならない。

尿所見では途中から蛋白（卄）となり，沈渣にもいろいろのものが出てきている。とくに Bence Jones 蛋白体が出ていることに注目すべきである。Bence Jones 蛋白体は免疫グロブリンを構成する polypeptide のチェーンのうちの light chain が切れて出てきたものであって，免疫グロブリンに何か異常のある場合に限って出現するものである。すなわち多発性骨髄腫のうちの2/3くらいの場合，骨肉腫，リンパ性白血病，その他悪性腫瘍の時などに時折出現する。Bence Jones というのは一人の医師の名前であるから，間にハイフォンをつけるのは誤りである。

便の潜血反応が（卅）になってきたが，これは口から肛門までの間のどこかに出血がおこったと考えるべきである。**本症例**では鼻出血がときどきおこり，そのための（卅）と思われる。消化管よりの出血はなかった。

赤沈が一時よくなったのは，治療の効果と考えてよかろう。

4月21日の**末梢血液**のデータより Wintrobe の恒数を出してみると，正色性正球性貧血ということになる。初回のデータからは低色性小球性貧血と考えられるといったが，その後の推移からみると，**本症例**の場合は正色性正球性貧血と考えるべきであろう。

骨髄像ではプラスマ細胞が末期には19.8%になった。多発性骨髄腫ではそれが普通は20%を越すことが多いものであるが，**本症例**の場合には穿刺部位によっては吸引不能のことさえあった。穿刺部位によってはデータの異ることもありうるから，1～2回の検査データからモノをいうのはむずかしいということになる。

出血時間の頃で，プロトロンビン時間の16秒というのは延長している。しかしこれと GOT，GPT の上昇との関連は再検査していないので，説明できないのは残念である。

GOT, GPT は正常化してきている。それの異常値が入院時だけというのは，入院前に何か服薬

などの影響があったのかもしれない。

著しい変化は Cr. と BUN の増加である。この両者もペアーにして検査し，ペアーにしてデータを読むことが必要である。

TP については1回だけ蛋白濃度を正式に測定したところ 19.5g/d*l* という記録的な高値が出た。この蛋白濃度は体内で作られる骨髄腫蛋白の量と平行しているわけであるから，**本症例**は骨髄の中で骨髄腫細胞が骨髄腫蛋白を異常に多量に作っていたわけである。

電解質では Na が下降し，K が上昇している。このK上昇は高窒素血症（azotemia-BUN の増加）と比較検討してみるとよい。おそらく腎機能障害のためにK排泄が困難となり高カリウム血症（hyperkalemia）をきたしたのであろう。しかし Na の低値の理由はよくわからない。**本症例**は次第に意識障害をおこしてきているが，この意識障害と血液を薄めるような条件とが関係しているのかもしれない。

最近注目されているのは結核性髄膜炎などの時に，下垂体後葉の ADH の過剰分泌が起り，そのために Na がうすめられるということである。これは ADH の inappropriate secretion といわれている。**本症例**の下垂体がどうであったか気になる。

本症例は死亡数日前に動脈血のガス分析が行われている。腎機能障害のためにアシドーシスを来してもいいはずなのに，その pH は正常である。血液 PaO_2 の若干の低下，$PaCO_2$ の低下，あわせて重炭酸塩の減少，base excess つまり重炭酸イオンの低下があり，軽い代謝性アシドーシスがあり，それを代償するために過呼吸がおこり，pH を正常値にしていたのであろう。

腎機能は多少低下してきてはいるのが，それ程ひどくはない。7月19日のクレアチニン・クリアランスがほとんど正常値であることでわかる。しかし Cr. と BUN が増加してきていることからみると高窒素血症の状態がひどくなってきていることが判る。

BUN という言葉からみると，これは全血中の尿素窒素をいうべきであるが，習慣的に血清中の尿素窒素のことを示している。これは残余窒素の半分くらいの部分をしめている。最近は残余窒素は測定されず，もっぱら BUN を測定している。

BUN は，

1. 腎機能障害のある時
2. 尿路閉塞のある時
3. 脱水，消化管よりの出血，末梢組織で蛋白分解の高まっている時

などに増加する。その増加が腎に由来するかどうかを区別するのに，Cr. と BUN をペアーにして測定するとよい。普通 BUN と Cr. は10：1の割合で増減するが，本症例のように BUN の方が高いのは便の潜血（卅）と関連があるのかもしれない。

電気泳動でセルローゼ・アセテート膜による γ-G の蛋白分画に波型の分画像があれば，これは wavy pattern といい，IgG の単クローン性の増加の特徴であって，骨髄腫，M蛋白血症と考えても大過はないわけである。

X線像では骨の融解，骨折，皮膚表面への膨隆した腫瘤陰影が見られる。

心電図は入院時大した所見はなかったが，重症になってくるとともに，頻脈とTの平低化，T逆転などがみられた。この所見が多発性骨髄腫に関連するかは判らないが，心筋にも変化のきたことを示すものであろう。

——ここで病歴表（プリント2）を配布——

坂本要一先生（本症例の主治医）

（病歴の説明の後，次のような病理解剖所見あり）

多発性骨髄腫の全身への浸潤，とくに頭蓋骨より破壊性に増殖して皮下あるいは硬膜に及ぶ腫瘤あり，その一部は脳底骨髄および下垂体にも及んでいる。

鎖骨上窩，縦隔のリンパ節には myelom 細胞の強い浸潤があり，胸膜には腫瘤形成，肺，心筋，心外膜に浸潤がある。腎，腹部大動脈リンパ節への浸潤，とくに膵には広範囲の浸潤があり，全身の長短の管状骨のほとんどすべての骨髄と骨実質の浸潤。

肺には気管支肺炎像を認め，一部にアスペルギールス感染を認める。

腎は myelom 末期腎の変化あり。

プリント 2

Reversed CPC の症例

〔症　例〕 高　○　久　○　昭和3年1月20日生　44歳　男性
住　所　東京都北区赤羽
職　業　自動車タイヤ修理工
入　院　昭和47年1月24日
転　帰　昭和47年8月2日（死亡）

〔主　訴〕 発熱

〔起始および経過〕

昭和47年1月8日頃，40°C近い発熱があり，近医を受診し，胸部X-Pにて急性肺炎の診断を受け，同院に1月10日入院した。抗生剤の投与により症状は寛解した。その後，1月13日に再度発熱したが，投薬により再び寛解した。入院中に，貧血，赤沈の異常促進，高ガンマグロブリン血症などを指摘され，精査の目的で，慈恵医大阿部内科に昭和47年1月24日入院した。これまで会社の健康診断で特に異常を指摘されたことはない。

なお，昭和46年9月頃から腰椎部に小さな無痛性の腫瘤を触れるようになった。また同年1月頃から左前頭部にも性質の同様な腫瘤を触れたが，特に気にかけずに放置しておいたという。

〔家族歴〕

同胞中2名が急性肺炎で死亡したほかは特記すべきものはない。

〔既往歴〕

17～18歳：急性肺炎

子供の頃から身体は弱いといわれていた。

薬物過敏（－），常用薬品（－），輸血（－）

ツベルクリン反応：陽性

〔入院時現症〕

身長 168.5cm，体重 55kg，体温 37.0°C。

体格中等，栄養良，体位：能動的背臥位，意識清，言語明瞭，皮膚は淡黄色で出血斑は認めない。

脈拍88/分整，緊張良好，血圧 124/70mmHg（右上腕）

左前頭部に腫瘤あり，示指頭大，表面平滑，境界明瞭，弾性（＋），波動（－），やや硬い。

眼瞼結膜は貧血状，舌の異常及び肥大はみられない。歯肉，口腔粘膜，鼻腔からの出血はない。全身の表在リンパ節の腫大もない。

胸郭左右対称，肺肝境界第6肋間，胸骨に叩打痛はない。肺野では右側で湿性ラ音を軽度聴取する。

心濁音界は，左方は左乳腺外側一横指，心音は第Ⅳ肋間胸骨左縁で最強度を有する収縮期雑音を聴取する。

胸部は平胆，肝・脾・腎を触知せず，腹水なし。

腰部では頭部とほぼ同じ性状の腫瘤を認める。

四肢・顔面に浮腫なし。

神経学的には二頭筋，三頭筋反射がやや亢進しているが，その他は正常で病的反射は認められなかった。

〔入院後経過〕

入院後，特に自覚症状はなかったが，治療として Melphalan，副腎皮質合成ステロイド剤（パラメサゾン），輸血を主体とした。初期にはあまり反応せず，2月中旬より右側頬部に腫瘤が出現，レントゲン所見では下顎骨の欠損がみられ，Telecobalt 3000γ の照射を行なった。また，左鎖骨部，左右前胸部にも腫瘤の出現を見る様になった。しかし，Melphalan の再度にわたる使用により一時は著しい効果がみられ，腫瘤の縮小をはじめ，検査値の改善がみられた。

しかし，病状は進行性で，6月に入ると左股関節の腫瘤形成がみられるに至った。さらに貧血の増悪，γ-globulin の増加等の検査上の異常も進行し，自覚症状として左股関節痛，咳嗽・喀痰を認める様になった。

7月に入ると，検査値はさらに増悪し，胸部に湿性ラ音が聴取され，腫瘤も増大した。また，尿蛋白の増加，円柱の出現を見るようになり，血中 BUN が徐々に上昇するに至った。

7月26日より神経症状（delirium），頻脈が出現，便潜血反応は強陽性となった。

胸部X線写真では，鎖骨，肋骨のいちじるしい破壊，肺実質を圧迫する腫瘤陰影，中央陰影の拡大がみられ，心電図では，低電位，洞性頻脈，V_3，V_4 のTの逆転がみられ，心膜炎，心臓前壁の心筋障害が疑われた。

7月31日になると頻脈に加えて呼吸数の増加，鼻出血が出現，神経学的に腱反射の亢進，上肢の病的反射が両側性に出現した。

8月2日下顎呼吸が出現，以後徐々に血圧が下降し，永眠した。

〔臨床診断〕

多発性骨髄腫（IgG，L 型）とその皮膚，胸膜等への浸潤。

合併症：気管支肺炎。

肝，脾には著変を見ない。

司会　ではさいごに阿部先生にまとめていただきます。

阿部教授　本症例は多発性骨髄腫であるが，次のような点で珍らしい症例であった。

1. 腫瘤形成傾向が強い。

2. 従来あまり問題にされていなかった膵，心筋，下垂体後葉およびリンパ節への浸潤がみられた。

3. 検査上 TP が 19.5g/d*l* という著しい高値を示した。

その他の各種検査データも，このような病理解剖所見と比較検討してみると納得できる点があろう。

ここでまとめとしてM蛋白血症について述べてみよう。

ふつう免疫 G. というのは γ-G のことで，無数のクローンから作り出されるもので，電気泳動的に易動度（mobility）の少しずつ違った γ-G の集りであるから polyclonal なのである。

しかるに，ある特定のクローンから作られる γ-G が著しく増加する時は，電気泳動的に成分が均一で，幅の狭い鋭い帯として現われ，monoclonal となる。この際には正常の γ-G は減少してしまっているのが普通である。このような時に増加している γ-G をM蛋白と名ずけている。

このMとは初め Myeloma のMとして用いられたが，その後 myeloma 以外にも見られることがわかり，monoclonal のMと解釈しておくとよい。

その特徴は電気泳動で幅の狭い蛋白帯を形成し，免疫学的には単一の種類の light または heavy chain よりなり，抗原性もまったく同一である。

M蛋白血症には M-proteinemia（最もよく使われる）とか，monoclonal gammopathy その他の呼び名がある。

M成分の同定および免疫型を知るのには免疫電気泳動分析による。**本症例**は IgG の monoclonal gammopathy で，免疫型はL型であった。

多発性骨髄腫は形質細胞の腫瘍性増殖によるが，最近は benign（または idiopathic）monoclonal gammopathy，すなわち多発性骨髄腫でない本態性M蛋白血症がふえつつある。

M蛋白血症には，本日の症例のような IgG 型のほかに，IgA 型，IgM 型（これは Waldenström の macroglobulinemia である），IgD 型，IgE 型などや，それらが切断されて免疫グロブリン fragment となって，尿中や血中に出現するものもある。Bence Jones 蛋白体もこの免疫グロブリン fragment の一種である。

M蛋白血症の代表は多発性骨髄腫である。その他に macroglobulinemia（Waldenström）benign（od. idiopathic）monoclonal gammopathy, heavy chain disease, amyloidasis, Bence Jones proteinemia などがある。

このうち benign monoclonal gammopathy は70歳以上の老人では正常な生活をしている人の中にも発見されることがある。また，悪性腫瘍や，心・血管系，肺などの各種疾患に伴って発生していることもある。これが将来，多発性骨髄腫に変っていくのかどうかが問題となっている。

両者の鑑別はプリント3のようである。

M蛋白血症があると，赤血球に連鎖形成がおこり易く，そのため赤沈が促進し，血清粘度が高まり，時には hyperviscosity syndrome といって鼻出血，眼底出血，血栓症などのおこることもあ

プリント 3

多発性骨髄腫と良性M蛋白血症の鑑別診断

	多発性骨髄腫	良性（または本態性）M蛋白血症
発病年齢	中年以後	あらゆる年齢層に発生し老人では正常の生活をしているものの中にも発見される
貧　血	(卅)	(−)
骨髄の形質細胞	増多，異型度強し	著変なし
TP	高い	著変なし
電気泳動分析		
γ-glob に wavy pattern	定型的	著変なし
M蛋白以外の γ-glob	減少	著変なし
血清の粘度	高い	著変なし
尿中 Bence Jones 蛋白体	卅	少い，又は(−)

る。

日常診療において，かなり頻回に血清蛋白を検査してみると，γ-G の高いものが見つかるだろうが，その大部分は polyclonal gammopathy で，時に monoclonal のものも見つけられるであろう。そのきっかけとなるものは赤沈高度促進，CRP（－），貧血というようなことである。

（記録係注：この記録は正確を期するため，とくに阿部教授の御校閲を頂きました。御厚意に深く感謝いたします。）

② 糖尿病をめぐって

斎藤　文子先生

司会　斎藤先生は長らく女子医大で糖尿病（以下 DM と略す）を専門に研究され，5年前世田谷区で開業された方です。本日は前回の例会の時に会員の諸先生より提出された質問に答えて頂く形式で，お話をすすめて頂きます。

〔問〕 胃切除後の DM と真性 DM との鑑別

斎藤先生　これは Oxyhyperglycemia との鑑別ということかと思う。胃切除後の血糖パターンは，食前値が正常，30分または1時間値が早期に急峻に上昇するものである。そのような時にインシュリンの IRI が測定でき，それが正常のレベルより高ければ DM というよりも胃切除後の Oxyhyperglycemia のことが多かろう。食後2時間目の血糖値が食前の正常値付近に下降する場合も胃切除によるものの率が多い。術前に DM を疑って検査してあれば，当然鑑別は容易である。

しかし，Oxyhyperglycemia の形をとる真性 DM もあり，またバセドウなど Insulin-antagonist のホルモン異常の時にもみられるから，胃切除の時点の血糖検査だけでは鑑別はむずかしい。ある間隔をおいて反覆検査をする必要がある。

Oxyhyperglycemia で血糖の高いピークのあとは尿糖のでることが多いと思う。

〔問〕 腎性 DM の診断

斎藤先生　腎性 DM とは狭義に考える場合と広義に考える場合とあって，広義にいわゆる腎性糖尿という場合は，糖負荷後の血糖曲線は正常ではあるが，尿糖（＋）であるものといいたい。

狭義の腎性 DM とは，その他に家族歴に腎性 DM がみられること，3～5年の経過をみても真性 DM の発病のない場合をいい，放置しておいても無害であるといわれていた。しかし最近は retrospectiv な研究の結果からみて，腎性 DM は follow していかなければいけないといわれている。

その正しい診断は，糖負荷後の血糖，尿糖のバランスをみることのほかに，

1. 先天的に腎の糖排出 Schwelle が低いのか，
2. Prediabetes または potential Diabetes の時期なのか，
3. 妊娠などのためか，
4. Steroid 剤などの影響があるか，
5. 甲状腺機能亢進などのためか，

などを考慮すべきであろう。

〔問〕 高齢者の DM の診断

斎藤先生　老人には年齢による生理的な代謝異常というものがあるから，きわめて大ざっぱな考え方ではあるが，糖尿病学会の勧告値よりも 20mg/dl くらいオーバーしたものを標準にとればよいと思う。

〔問〕 Prediabetes または potential Diabetes の診断の根拠

斎藤先生　DM 患者を retrospective に追及していくと，いろいろの分類法があろうが，普通の糖負荷試験では異常を認めないが，Cortisone 負荷などを行っておくと耐糖能の低下を示すもの

がある。これが latent chemical diabetes であり，それよりもさらに前の段階，すなわちどんな方法を用いても糖代謝障害を認められない時期を prediabetes または potential diabetes という。

したがって実際には発病してみなければわからない，というべきであろうが，一卵性双生児の片方が DM である場合には，もう片方のもの，両親とも DM であるもの，片親だけが DM であっても近親のものに DM の多い場合，巨大児を分娩した母親などは，prediabetes として follow していくべきであろう。

司会　DM について何か質問があれば，斎藤先生，阿部先生どちらにでもどしどし質問して下さい。

栗原　集団検査で尿糖（＋）のものを発見し，50 g 糖負荷試験を期間をおいて再検すると，血糖 pattern の違うことがあるが。

斎藤先生　健康な人でも insulin antagonist のホルモンのバランスが，たとえ潜在的にであっても，乱れている場合などにはそのようなことはありうるであろう。とくに数日間糖質摂取量の少ない場合にはそうである。このような場合は，一応異常者として追及していくべきであろう。

渡辺　腎の糖排出 Schwelle は午前と午後とで，または人種で違うことがあるか。

斎藤先生　人種というと難しくなるが，その Schwelle の分布は 170～180mg/dl くらいの所が多い。しかし同一個人でも常に一定しているとは限らず，その時によって動揺することはありうる。

それは糖尿の出る mechanism は腎の血行状態や，糖排泄と再吸収を司る細胞の状態にもよるものであるから，その時の酵素状態や，Insulin antagonist のホルモンの状態などにも関係があるからである。

阿部先生　腎の糖排出 Schwelle は斎藤先生のご指摘のように腎血流の問題や，尿細管上皮の酵素的はたらきの変化など，いいかえれば体内内分泌環境の変化によって時々刻々変化しているものと思う。

たとえばびっくりした時に尿糖が出るとか，妊娠中に出たものが出産後は出なくなるとか，steroid で出るとか，ということでわかるように体内の内分泌関係によって Schwelle に変化があることは確かである。

渡辺　56歳♀，血圧160/90，手足に浮腫が出没するので，1か月1回くらい尿糖（－）を確認しながら Thiazide を投与していた。1か月間来院しなかったが，その直後，眼科で DM の所見があるから検査をうけるようにいわれて再来院。空腹時血糖 240 g，負荷で1時間値 350，尿糖（卅）。このような例から判断すると Thiazide 投与時には，尿糖と同時に血糖も検査すべきであろうか。

斎藤先生　1か月来院しなかった間に，DM の発症因子があったかどうか，この人は Schwelle が高くて尿糖（－）であったのかどうか，が問題である。DM といわれた時以前は尿糖（－），以後は尿糖（＋），それも FBS 240 の時は尿糖がかなり高度陽性であったというが，とくに FBS 240 というのはかなりの高血糖であるから，この人の場合は Thiazide だけの問題でなく，臨床的には latent であったとしても，かなり以前から DM 状態にあったであろう。

守屋　尿糖のでる時の血糖値は，どれくらいの範囲内で変動するものか。

阿部先生　Schwelle は個人により，またその時により変化するようである。しかし血糖はある瞬間の値であり，尿糖はある時間膀胱に溜った尿を調べるのであるから，血糖値と，その時の尿糖値とを対比することはむずかしい。

すなわち一定時間 Schwelle よりも高い血糖値の続いた時に糖尿が出るということは事実であるが，逆に糖尿が出る時の血糖値の移動する範囲を検討することは，Schwelle そのものが同一人においても時により変動するようであるから，著しくむずかしい研究であろう。

守屋　経静脈的ブドウ糖負荷試験は。

阿部教授　経口的負荷にはいろいろな因子がからみあうので，血糖曲線を読むのに注意が必要である。しかし一般には経静脈負荷も難点があるので，私の教室でも研究の意味で行うことはあるが，routine にはやっていない。

一般には経口負荷で血糖曲線を得，同時にその時の Insulin の反応はどのようなパターンであ

るかを加えて検査をしておけば結構と思う。

守屋　先年の阿部内科教室の発表によると，腎性糖尿の約40%くらいのものに，DM様の眼底所見ありといわれているようであるが，腎性糖尿といわれているものの中には，かなり真性DMが含まれているのかどうか。

阿部教授　腎性DMの中でも，年中尿糖は出るが，負荷血糖曲線は正常，家族にも同様な糖尿を出すものがあり，3年間DMに移行しないという条件の人を真性腎性DM (true renal glycosurea) といい，極めて珍らしい。

それに対して，空腹時尿糖(−)，食後尿糖(+)，血糖曲線正常という場合を，いわゆる腎性DMまたは仮性DMという。

この後者についてみると，その半数くらいはmicro aneurysmaまたはmicro-micro aneurysmaがあり，またその数くらいにDMを思わせるような眼底変化がある。またそれらの家族にはかなりの数にDM患者がある。それらのものについてブドウ糖負荷時のInsulin反応をみると非常にDMに似た反応を示す。このようなことから，真性腎性DMはさておき，いわゆる腎性DMは発症因子さえあればDMになる可能性ありと考えられるから，経過を追及すべきである。

柴山　1. 胃切除後のDMは何%くらいか，

2. 膵障害のあった人は二次的にDMが発症しやすいか。

3. 真性DMの重症度の分類法は，軽，中，重というほかに良い方法はないのか。

斎藤先生　胃切除後に一時的にhyperglycemiaを示すものはかなり多い。しかしそれがいつまで続くかということは個人差があって，はっきりした数字は覚えていない。

膵障害のあった人には二次性DMは確かに多い。しかもその障害が急性であっても，広範かつ重症の時は，血糖パターンはDM様となる率が多い。また慢性で長期間障害が続いた時は，そのパターンが正常に復するのに長期間を要することが多い。

阿部教授　胃切除後のDMというと，胃切除後に発症したDMということになるが，質問の趣旨を胃切除後の尿糖陽性率とか，胃切除後に急峻高血糖曲線を示す頻度と解すれば，それはかなり多いと思う。しかしそれがDMに移行するかどうかということは全く別問題である。

膵障害のある人にDMが発症した場合に，これが一次性のものか二次性のものかを鑑別することは事実上不可能であると思う。それを区別するためにInsulin反応その他を行うことはあるが，もともと膵に障害がある時にはそれらの反応の判定が困難になることが多いからである。

真性DMの重症度のきめ方は，とくに新らしいことはないが，

1. FBSの高さによる。

2. 血糖値によらず，合併症の有無とその重症度による。

3. 空腹時血中Insulinの有無や程度による。

などという方法があるが，一般にはその中の1か2が用いられている。

司会　DMの治療についてお話し下さい。

斎藤先生　**Insulinの必要な時は**

1. DM昏睡，前昏睡の時。　2. 小児DM。

3. 妊婦の時は経口剤を使っていてもInsulinにきりかえる。

4. 尿中にアセトンが出る時は，血糖値が高くなくても，脂肪代謝がよくないと考えて行うようにする。

5. 重症感染症の時。　6. 大手術の時。

最も使い易い経口薬は　経口DM薬を使用したものに心臓死が多いという統計をアメリカで発表して以来，経口DM薬の使用は慎重になってきたと思う。

どれにも一長一短あるから，自分なりに慣れたものの方が使い易いが，それには食餌療法が絶対必要であるということと，強力な作用のものは大量に使わないということが必要である。

第一選択の目標とすることは，痩せ型にはSulfonylurea剤，肥満型にはBiguanid剤を用いるということであろう。私はD860なら1日1g，ビグアニド剤なら胃障害のあることもあるが3〜6 Tabのうち3 Tabを使用してみている。結局内服薬は使ってみないと効くかどうかは判らない。

Insulinの種類と使いわけ　外来と入院で異な

る。入院患者で，小児 DM，重症 DM には1日何回も食事にあわせて注射をする時は速効性のものを用いる。外来患者では1日1回という効き方のものが便利である。

どちらにしても血糖をチェックしながら行わないと低血糖をおこす恐れがある。

速効性のもの——レギュラー，アクトラピット
中間性のもの——NPH，セミレンテ，レンテ，グロビン
遅効性のもの——プロタミン亜鉛，ウルトラレンテ
二相性のもの——ラピタート

などがある。

Insulin 注射は経口剤以上に食餌療法と合わせて実施することと，少な目にやってみるということが大切である。血糖値と注射量との関係は，きわめて大まかにいえば，食前血糖値が 200mg/dl の時に20単位より始め，血糖値をしばしば検査しながら進めていくのも一方法であろう。

矢木　53歳♀，胃体大彎にガンがあり，手術を急ぐので検尿しないで手術した。術後糖尿が出ているというので検血したら300あった。そこでレギュラー10単位，翌日レンテを10単位ずつ2回しか使わなかったが，術後10日たって検査してみると，FBS は130くらいに落着いてしまっていた。

この患者の手術は胃全剔を行い，その時，膵は腫瘍状で機能はないんじゃないかと思われるくらいであった。

この症例について，術前の DM に対する心構え，および高血糖，糖尿の直ちに消失してしまった理由について。

阿部教授　外科に限らず眼科でも耳鼻科でも**メスを入れる時はまず検尿**をするべきである。

それで糖がなければ DM は否定できないにしても，まず手術ができよう。

糖がある時は，手術が急を要する時はそれに対する対策ができようし，数日の余裕があれば内科的に処置することにより DM 状態をある程度改善して手術ができるからである。

Lente Insulin の使い方　食事がきちんと3回とれる時は lente でよろしいが，食事が不定であるとか，補液くらいしかやれない時は絶対使ってはいけない。食事の中の糖の量に応じて regular，補液の中の糖の量に応じて regular というようにすべきである。そして3回きちんと食事のとれる状態になったら，はじめて lente にきりかえるべきである。

術後に DM 状態が消失したということで考えられることは，functioning tumor という概念である。これは剔出した tumor の中に，血糖をあげる働きのあるものが含まれていなかったかということである。

よく報告されているのは Hepatom の中にこのような物質が含まれており，その剔出後に低血糖の発作に悩まされるという例である。それを確かめるには剔出した tumor を調べて，そのような物質の存在を確認しなければならないが。

渡辺　Insulin 注射を始めたら，それを経口剤にきりかえられるか。

阿部教授　若年型 DM の時は絶対不可，終生その注射を続けるべきものである。この場合きりかえることは死に追いやることを意味している。

成人型の場合は次の条件を充たしていれば慎重にきりかえると可能な場合がある。その条件とは

1. 空腹時血糖値が140以下。
2. Insulin の必要量が20単位以下で十分。

という2つの条件のどちらも満足していなければならない。

渡辺　患者に Insulin を渡して自分で注射をさせることは違法であるというが。

阿部教授　これは社会的，政治的の問題がからみあっているので，責任あるお答はできい。現在，長野，熊本，鳥取，島根などの各県では Insulin を患者に渡し，患者が自分で注射をし，それを保険請求，あるいは現物給付という形にのせることが認められているようである。DM 学会では現在のところ，それを推進する考えはないようである。それは学会は社会的政治的な運動にはタッチしないようにしようという現理事長の方針に沿っているからである。

しかし，患者の団体である日本 DM 協会は長野県方式というのを広く進めていくべく運動を展開しているが，その運動は現在のところ必しも進展しているとはいえないようである。

例会の C.R.C.

武蔵野市　新野　稔

123回例会の C.R.C.

昭和49年2月17日

会員の質問より入り「胃泡の変化により Tonus 緊張度の変化がうかがわれる」とこれはどういうことか。それはこの現象と定義は一応筋の持続的収縮状態とされている。ことに緊張の度合いは造影剤の入り具合と充満胃の形より判定する。

佐藤安生君の骨シリーズに入り腰椎の血管腫の解説がありその鑑別診断の説明があった。

次に関節リウマチの提示がありレ線所見としては手の指骨間関節内の近位側にもっともよく現われる移動性の多発性関節炎であると。数か月間はその部の軟部組織が紡錘状に腫脹，近くの骨に萎縮像が軽度にある。さらに進むと関節腔が漸次狭小化し，骨破壊による亜脱臼，関節面の凹状像ついには不可逆性の変化を呈し終末には関節間隙の消失，強直像または一塊となる。

124回例会の C.R.C.

昭和49年3月17日

胸部のレ線写真の読み方として肺実質性変化と間質性変化のよみを実例について解説し，その基礎となるレ線の変化，スリガラス様，結節状，線状変化次いで時間的因子を考えての経時的変化としてそれらが終末には円形線状陰影になる経過を各例について説明を行った。次に佐藤安正君の「骨シリーズ」に入り年齢と化骨について話され脛骨踝，腓骨踝，足根骨の骨折につき解説されレ線写真では骨折の型，時期の判定，骨折端の位置，関節面への影響，脱臼，骨端転位，基礎疾患の有無などによって正確な情報をして治療計画を立てないと予後がかわってくるなど臨床的取扱い方のポイントを話された。

125回例会の C.R.C.

昭和49年4月14日

前回につづいてレ線像理解のために細気管支病変および間質性変化について実例を提示し解説した。ことに最近いわれる Fibrosing Lung Diseas および Liebow の間質性肺炎の概念を説明した。

つづいて佐藤安正君の「骨シリーズ」に入り，前回につづいて年齢と化骨の問題について解説され無菌性骨壊死について話され発生部位の異なるいろいろなものがあるが一過性の局所循環障害の病理組織学的過程であるとされている共通点があり，部位を異にしてもレ線所見上共通性があると，Perthes 病，第一 Köhler 病，第二 Köhler 病，Sever 病についてのべられた。

126回例会の C.R.C.

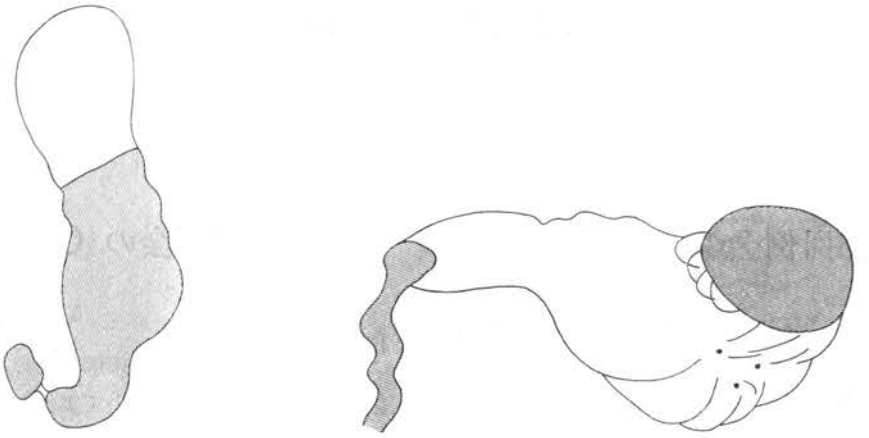
昭和49年5月12日

渡辺武君の司会で例会に先き立って行われ，症例は栗原伸夫君出題のもので栗原伸夫君が別紙に記述しているごときもので，まずここで考えなければならないことは，胃のレ線検査において何を見るかである。それは病変があればそれを写し出す，また出そうとする努力のない写真をみるとこの主治医は何を目標として治療しているのか大変疑問になる点である。

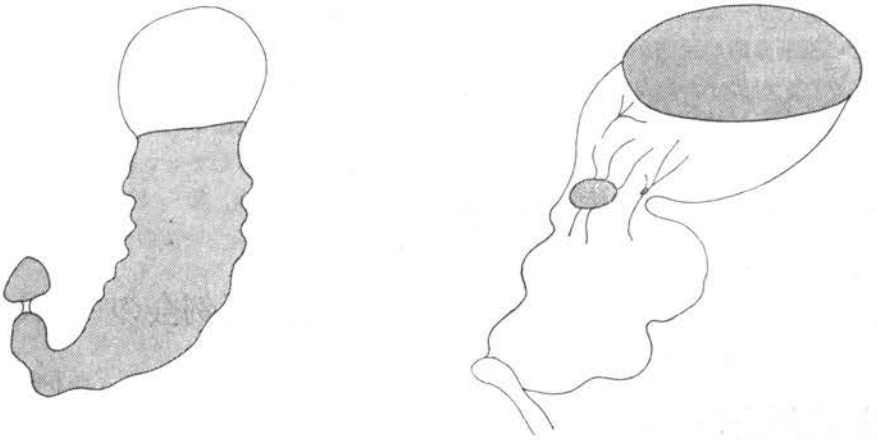
提出された写真はすべて他の医療機関である大病院の消化器専門医が写し出した胃レントゲン写真であるがゆえにこの問題の提起をした。円型潰瘍，多発性潰瘍の症例であった。

佐藤安生君の骨シリーズは先天性内反足，強直性脊椎関節炎の解説が行われ一眼見れば忘れ得ぬ症例である。

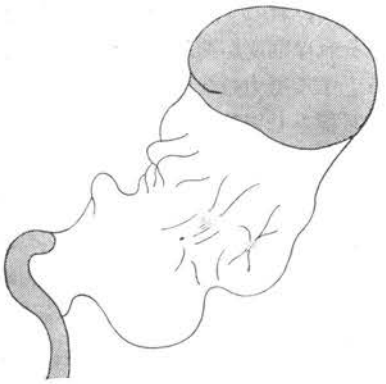
49. 2. 6.



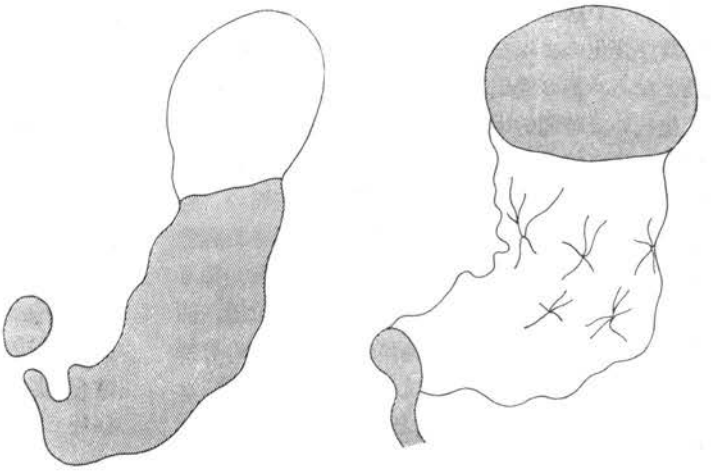
49. 2. 21.



49. 3. 22.



49. 4. 27.



第127回　骨のレントゲンカンファレンス（昭和49年６月９日）

骨のレントゲン読影テスト（出題：佐藤安正）

	年齢 性	病歴・検査	診断
①	3か月 ♀	保健所の3か月検診にて股関節の開排制限があるといわれた。	**両側の LCC**（偏側だけ，あるいは臼蓋形成不全とすれば減点） 直ちにリーメンビューゲルにて治療開始
②	37 歳 ♀	以前から軽い左肩痛あり，昨夜から急に痛みが強くなった。血沈 5/12	**Bursitis Calcarea Dupley** 粘液包石灰化症（滑液嚢石灰化症） 「五十肩」でもまちがいではないが 1/2 に評価。 ステロイド，キシロカイン注入が著効。
③	31 歳 ♀	約１週間前から右膝痛あり（昨年，自転車で転んで打撲した）右膝外側に軽いびまん性腫脹あり，発赤はない。血沈 10/35, CRP（−）	**巨大細胞腫**（骨皮質の菲薄化と trabeculation に注目）20歳をすぎていること好発部位であることで診断（10歳代では chondroblastoma も考えるがそのさいには骨硬化がみられる。bone cyst には骨梁分画がない）
④	47 歳 ♀	約２年前腰をひねってから腰痛ありさいきん増強してきた。右下肢放散痛もある。接骨院にかかったがよくない。血沈 39/90, WR（−）	**脊椎カリエス** 椎間板がなくなっている点から腫瘍は否定できる。reactive bone を欠く点から結核性を考える。右下腹部に Abszess があるようだ（放散痛の原因！）
⑤	49 歳 ♂	以前から腰痛あり，さいきん増強してきた。とくに椅子から立ち上るとき痛む。 血沈 55/86, CRP(+)，RA(−)	Spondylarthritis ankylopoetica （**強直性脊椎炎**）椎体後縁，椎間関節，仙腸関節にも変化がみられる。 吸気呼気胸囲差 1.0cm しかなかった。

126回例会
レントゲンカンファレンスの症例

栗原　伸夫

症　例：M. H. 72歳　男性

現病歴：49年１月下旬，動悸，全身倦怠，立ちくらみ，２月２日来院，高度の貧血あり。血圧 120/64。２月５日，C.B.C. で Hb 5.7g/dl，RBC 186×10^4，WBC 12200，Hct 18%，Reticulum cell 29‰

既往症：昨年，関節リウマチ，高血圧症，心筋硬塞で加療していた。

127回例会の C. R. C.

昭和49年６月９日

渡辺武君の司会でＢ１型を思わせる胃隆起病変の提示がありその良悪性の区別の解説があり，小山五郎君出題の骨関節脱臼を思わせる症例の説明があり，安田勇治君出題の血胸を伴った急性腹症の例の検討が行われ，佐藤安正君の骨のレ線診断のテストがあった。写真が出され解答用紙がくばられ正に試験であった。佐藤君の骨シリーズをどのくらい理解しているかの理解度のテストとも考えられ，その出題の用紙と診断解答は別表のごとくである。14名の受験で第１例の正解12名，正常とみたもの２名である。第２例の正解は13名，記入なきもの１名である。第３例は正解10名，記入なきもの１名，他はのう腫，骨折各１名である。第４例は正解12名，骨腫瘍２名である。第５例は正解13名，記入なきもの１名である。ちなみに１枚ずつ個人の正解をみると全例正解者７名あることはまことに喜ばしきこととといかにレ線像を理解されているかご立派なことである。

128回例会の C. R. C.

昭和49年７月14日

渡辺武君の司会で行われ右 S_9 の腺癌の提示が会員よりされ栗原伸夫君明確にまた明解された。炎症性と非炎症性の区別，良性と悪性の区別，肋膜の嵌入の有無の解説が行われた。原健一君出題の胃病変，次いで佐藤安生君の骨シリーズがあり足部骨折の総ざらいがあった。

（武蔵野市吉祥寺平町 3-12-5）

〔特別寄稿〕

患者のこころへのアプローチ
（その 5）

平　井　信　義

私は，或る幼稚園の園医をしている。園にいくと，先ず，ひとしきり子どもと遊ぶ。子どもにとって，遊びは生活であり，学習の場となっている。とくに男性的な要素の少ない幼稚園の中では，たまに訪れる園医にも目を輝かす。たまに訪れるから，いっそう好奇心を燃やすのかも知れない。私は，この機会に，最も男性的な役割を果たしたいと考える。それには，格闘が最も効果的である。「怪獣が来たぞー」と子どもたちを追いかける。初めは男の子ばかりであった集団に，女の子が次々と加わっていく。子どもたちは，まさに興奮し，汗いっぱいかいている。

いよいよ診察やツ反応の時間となる。子どもたちはもっと遊んで欲しそうな顔をして，自分のクラスに帰り，私は園長室に入って用意を始める。1クラスずつ順序に診察を受けるのであるが，早く自分の番が来てほしいといった顔付きで，部屋の窓から首を長くして見ている。外遊びしているクラスの子どもたちも，台をもって来て，代り番に診察の模様をのぞき込んでいる。

ツ反応は歓迎されない。「今日は注射はないの？」ときいてくる。「ないよ」と答えると，ホッとした表情をする子が多いが，「チエッ，つまんないの！」などの空威張りをする男の子もある。注射のある日であっても，私と初めて接する子ども以外は，ほとんど泣くようなことはない。

初めて接する子どもの中には，診察をいやがる子どももいる。そのような時には，聴診器がおもちゃになる。「よく見てごらん」といって見せ，「さわってごらん」といってさわらせる。それに慣れたら，子どもの手にそれをもたせたまま私がその手を子どもの胸にあてがっていく。3，4歳児は，初めはそれを訝っているが，次第に慣れ，それとともに，私にまかせるようになる。診察が終わると，裸かの子どもをくすぐる。それは遊びとなり，すっかり親しくなる。

遊びを診察に取り入れるようになった私の歴史は古い。終戦後において，東京がまだ焼野ケ原であった頃，子どもを放り出しておいてはいけないということで，野外保育所が始まったときに，私は園医になった。建物がないから，公園を利用し，そのベンチで診察をしたりツ反応をしたりした。それと同時に，子どもと遊ぶ機会を持ったのである。実に活発な遊びが展開し，私も思わず熱中するほどであった。そのように子どもと遊びさえすれば，どの子どもも親しんでくれる。そして，診察にせよ注射にせよ，自分から積極的に受けようとする心構えができるものだ。

その当時は，子どもがいたずらをしたり言うことをきかないと，口ぐせのように「お医者さまにチクンしてもらいますよ」という母親が多かった。それ故，医者の姿を見ただけで泣いたり暴れたりする子どもが多かった。それ故，初めて会った子どもたちは私を恐れたが，間もなく親しい友だちになれた。そして，私の診察は，「ごっこ遊び」となった。

西ドイツの大学病院に留学していたときにも，入院中の子どもたちとよく遊んだ。子どもたちは，私を Onkel Doktor と呼ぶようになった。「おじちゃま先生」ということになる。帰国後，私は，子どもたちから「ひらめ」と呼ばれるようになった。それは，毎夏行っている子どもたちとの合宿において，子どもたちの誰かがつけたアダ名である。子どもたちは，私に向かって「おーい，

ひらめ！」と呼ぶ。私も，「なんだい，一郎！」と答える。このようにして15年もたつと，いつの間にかわれわれの合宿を「ひらめの合宿」と呼ぶようになった。私自身も子どもたちに自己紹介をするときに，「ひらめです」ということにしている。「へえー？」という顔をする子どももいるが，いつの間にか「ひらめ！」と私を呼ぶようになる。そのように呼んでもらうことによって，私は，とかく忘れがちな「童心を」取り戻すことができる。多くの人から「先生」と呼ばれ，先生という気持ちが強くなってくると，いつの間には傲慢さが私の心の中に大きな位置を占めている。それをハッと気付かせてくれるのは，「ひらめ！」と私を呼ぶ子どもたちである。

患者の心になってみることのできる医者は——その前に，人間の心になってみる必要がある。それぞれの年齢によって，その心はちがう。幼児には幼児の心があり，思春期の子どもには思春期の子どもの心があり，しかも，それはまさにさまざまであるが，しかし，やはり年齢に特有な心の動きがある。まだ十分とはいえないけれども，かなりの量の研究があり，読み易い単行本と，ともに出版されている。それを読むか，或いは「三文小説を読みなさい」——これは，すでにこの欄で紹介した佐藤彰先生のお言葉である。

人間の心に触れないで医術を用いている医師は，人間を物質と見るようになり，そのような医師は，自分の研究のために人間を実験の対象とする気持ちへと走っていくであろう。数年前に，研究をどのように進めていくかについて，或る小児科の教授と話し合ったとき，私が子どもの心理を重要視すべきだと話すと，「私は物質主義ですからね」と答えた。その答えに，私はびっくりしたことがある。その教授は，赤ゃんにやさしい人だ——という評判であったが，それは，実験対象を大切にするという意味合いのものであって，本当に子どもを可愛がる心からの行動であろうかと，疑わざるをえなかった。

患者中心の精神療法 client-centered psychotherapy を唱えたのは，アメリカの心理学者ロジャース Rogeers, C. である。これは，どこまでも患者に対する共感的理解を重要視する。患者の感情をよく汲んで，それを明確にする営みである。人間は，自分でよくなる力を持っており，治療とはその力を援助するにすぎない——という哲学から生じたものである。ここには，人を指導する謙虚な人間の姿がある。

（大妻女子大学教授　児童科）
（〒161　新宿区西落合 3-12-21・会員）

＝ヘキスト・ジャパン社提供＝

論　壇

“物に憑かれた人”の主張には用心しよう

浦　田　　卓

先日，たまたま“Modern Medicine”（朝日新聞社から毎月発行されている‘モダン・メディシン’の種本である。朝日の提携先，ニューヨーク・タイムズ社の発行）の最新号（4月29日発行）で，*Walter C. Alvarez* が“医学瞑想”欄にシグモント・フロイトのことを採り上げているのを読んだ。

Alvarez は，本年（1974年）*Nat Morris* の著わした“物に憑かれた男：シグモント・フロイトの病歴”を読んで，日ごろ彼が抱いていたフロイト観が彼によって裏打ちされているのを知り，さっそく“Modern Medicine”の医学瞑想欄に，あらためて彼のフロイト観をのべたのである。

私はまだ，*Morris* のフロイトに関する上記の本は読んでいないが，*Alvarez* の“物に憑かれた男，シグモント・フロイトの新しい伝記”と題するこの医学瞑想を読んで，私もまた，日ごろから抱懐しているフロイト観，いや，もっと広く言って精神分析観が，*Alvarez* によって，さらには *Morris* によって，強く裏打ちされたのを知った。

フロイトの熱心な伝記学者，*Ernest Jones* によれば，フロイトの同僚や友人たちの多くは，彼がときどき，うつ状態，極度の不安，ノイローゼ症状を示したことを認めている。

フロイトはすぐれたライターであり，たいへんな努力家ではあったが，きわめてエクセントリックなところがいくつかあり，不愉快な人間で，しっと深く，しかも狭量な人物であったらしい。

それは，フロイトが自分の理論を無批判的に受け入れない人間をひどく嫌ったことでも明らかである。

それはともかく，フロイトがこれこそ自分のもっとも偉大な発見の中の二つと称する，例の‘男根羨望’penis envy と‘去勢恐怖’castration fear が，彼の幼時に受けた強烈な印象にもとづいていたという *Morris* の指摘は，私にはたいへん興味があった。

しかし，それよりもっと興味深かったのは，*Alvarez* の次のことばであった――“私にはそんなことはとうてい信じられない，というのも，私はこれまでの29年間，綿密にして詳細な病歴をとってきたが，‘男根羨望’について話す女性も，‘去勢恐怖’について話す男性も，ただの一人としていなかったからである。”

私にいわせれば，あに‘男根羨望’や‘去勢恐怖’のみならんやである。

それはそれとして，*Alvarez* はその‘医学瞑想’のさいごに，フロイトに対する彼自身の評価をのべているが，これは奇しくも，従来発表してきた私自身のフロイトおよびその他の精神分析学者に対する評価と酷似している。

彼はいう――“いまから50年後にはフロイトは，トンプソン博士（イギリスの外科医で，泌尿器科のテスト，トンプソンの二杯試験を創始したことで名が残っている）やハーネマン博士（ドイツの医師でホメオパシイを創始した）に近い評価をうけるであろうと，多くの医師たちは考えている。今後，精神病学者は，生物学的精神病学 biologic psychiatry の分野へますますのめりこんでゆくであろう。”

*　　*　　*

科学にせよ，その他の分野にせよ，偉大な発見はたいてい，ペテン師やエクセントリックな人間の業績である。いやむしろ，精神病スレスレや，精神病者そのものの仕事ですらある。しかし，そ

の一方で，彼ら1,000人のうち，999人は下らぬアイデアを提出し，かりに世人にもてはやされたとしても，たいていの場合，一時的な流行に終わった。フロイトの創始した精神分析は，半世紀以上も医学界を風びしているが，その点，きわめて珍らしい例である。

いったい，それはなぜであろうか。私は，一つには，精神病学（広義の）そのものが医学の他の分野にくらべてひどく，未発達であったこと，一つには，ここ100年の医学の傾向が“説明”を重んじて，“治療成績”いかんの検討を軽ろんじたこと，もう一つには，医者たちが‘科学的方法’に昏かったこと，広くいって‘科学哲学’にうとかったこと，などのせいではなかろうかと思う。

だが，科学的方法だの，科学哲学だのというと，一般人はもちろんのこと，科学者自身も，ひどく毛嫌いする傾向がある。しかし，そんなにむずかしいものではない。それは要するに，**合理的批判** rational criticism に徹することにほかならない。

たとえば，ある病気をある方法でたまたま治した（？）としよう。合理的な批判心をもっている人は，次のような批判を提出するであろう。

まず，その‘ある病気’というが，ほんとうにその病気なのか。次に，その方法で治った（？）というが，自然治癒または暗示力，あるいはその両者の合併によるのではないか。なお，その方法で治らなかった同じ病気の症例をミスしているのではないか，などである。

それはともかく，*von Mises* がいうように，“人類の歴史とは，アイデアの歴史”なのである（*Ludwig von Mises* : Planned Chaos, 1947, p. 62)。アイデアは非オーソドックスの，しかも物に憑かれた人が主として創るが，そのほとんどは，男根羨望や去勢恐怖の例のように荒唐無稽なものである。そして，そういったアイデアに人類の歴史は大きく揺さぶられてきたのである。私が“物に憑かれた人の主張には用心しよう”と主張するゆえんである。

（〒153　目黒区中町 2-31-8)

哲学なんか糞喰え（連載）

〈5〉 人口を減らそう

竹崎鼎輔

人口は減らすべきであるし，また減らすことができる。戦前各家庭の子供数が5～6人であったのが現在は2人になっている。したがって2人が1人になることは容易な筈である。今年は世界人口年であり，今月の初めには第1回日本人口会議が開かれ「子供数を2人以下」にする決議がなされた。しかし人口の実勢はどうかというと，だんだん増えつづけ21世紀初頭に14,000万となってようやく横ばいになると予想されている。なぜ増えるのかといえば，政府が人口減少政策の指揮を取らないからである。なぜ取らないかといえば人口減少は労働力の減少になりGNPの縮減になり，企業の倒産に繋がるからである。

人口問題に関する「思考の論理」がこのような構造として強直しているかぎり，われわれ人類は人口問題を解決する可能性を所有しないと考えざるをえない。その結果，人類は自然の成行きに身を任かせることとなり，最悪の事態に直面せざるをえないであろう。それは水爆戦かも知れないし，食糧不足による死滅かも知れないし，過度のエネルギー消費による地球自然の壊滅的汚染による死滅かも知れない。もちろんこれらの最悪事態も科学技術の必死の革新によってある程度まで防止可能であろう。しかし防止可能であればあるほ

ど「人口を減らさねばならぬ」という人類全体の意欲は減退し，最悪の事態に突入する可能性はますます大となるのではないかと思われる。

そこで上述の「思考の論理」の強直性を揉み解すことが人口問題を解決する手順の第一操作になるわけである。

ところでこの「思考の論理の強直性」の本体は何かといえば，近代経済学の根本的前提に他ならない。それによると人類社会の理想的状態は経済成長によって達成されるという。経済成長を支えるものは資本の蓄積と技術の進歩と雇用量の増加，つまり人口増加の三要因である。換言すれば理想社会すなわち健康な社会とは「安定的な経済成長をする社会」だというわけである。このような社会は自由に人口増加の許される社会であり，しかもその人口増加に見合うように経済成長もきたす可能なような社会のことである。

ところが人口は爆発的に増加し，地球資源は急速に涸渇に瀕し，自然環境の汚染は生命を脅かすに至り，人口のこれ以上の増加は許されなくなった。

経済成長には人口増加が必要であり，しかもその人口増加は許されないとなると，現代人の世界観あるいは人生観を徹底的に訂正せねばならないのは，最早自明であるとともに焦眉の急を要することである。

今までの理想社会の構想は自然の人口増加を所与としあるいは必要条件としてなされた。しかしこれからの理想社会の構想は自主的人為的な人口減少を前提としてなされねばならぬ。つまり問題は各国が秩序を乱すことなく，人口を減少して行き，生活水準を向上し，しかも消費の総量を減少してゆくにはどうしたらよいかということになる。

この問題に対する窮極の回答は案外明白であるように思われる。まず人口を減らすには，子供を各家庭1人ずつにするよう自主的に決意するだけで十分である。

生産を維持し，労働力の減少を補足するには技術革新が必要である。これは人間を奴隷的労働から解放することを意味する。つまり未来の理想社会は「機械を奴隷とする人類総貴族の社会」である。このように大筋の対策は明白だと思われるが，問題はこれを国際的ならびに国内的の摩擦を最小にして実現するための「実際の手順は何か」ということである。

現代日本の政界を眺めて見ると，このような実際の手順を明示してくれる政治家がないばかりでなく，上記のような大筋の対策の必然性に気付いている人も皆無である。この点自民党はもちろんであるが，社会党や共産党の政治家も同じ穴の狢であり，いずれも口を揃えて経済成長を唱えている。しかもみな日本一国の利害を最大の関心事にして恬として恥じない。個人に人格があるように国にも国格がある。日本の政治家はもう少し自国の国格を高めることを目標にし，そのためには日本の犠牲をも辞さない覚悟で努力して貰いたいものである。

政治家だけではない。組合の指導者もみな経済成長論者ばかりであるのは情ない次第である。今頃右も左もイデオロギーもヘチマもあったものではない。合理化反対など言語道断である。工場のオートメ化こそが理想でなければならない。

長寿が個人生活の最高の価値でないように，人口増大がまさか国家の目標ではあるまい。人口3,600万の江戸時代に較べて人口1億1,000万の現代日本の方が国格が高上したとでもいうのであろうか。日本と同じぐらいの国土の先進国を見るとニュージーランド300万，フィンランド460万，スウェーデン810万，ノルウェー390万，イギリス5,500万，イタリア5,400万，フランス5,100万等である。これから見ると日本の人口減少目標は5,000万～1,000万でもなお多すぎるのではあるまいか。人口がこれ位に減ればわれわれ庶民も100坪から1,000坪位の屋敷に住めるようになるだろう。

（〒156　世田谷区松原 2-41-7）

問診・視診について

北川欣也

1. 前書き

（その一） 私達は開業医としてのみ社会に存在しますから，それから一歩も踏み脱せません。それでは開業医とは何かと考えますと，私にとって最も納得のゆく概念は General Practitioner という言葉に尽きると思います。つまり医療実施家であるということです。

（その二） 従って本念的にはわれわれには専門科はない筈であります。ただ好都合な事には，患者の方で適当に概念を作ってくれているのである程度の守備範囲を限定できるのに過ぎません。ただ忘れてならないのは開業医＝医療実施者という基本であって，この事が大病院の医師と根本的に違う所です。

（その三） ですから今回の企画も違和感を感じないわけには行きません。その１つは私に課せられた「外科の立場から……」というタイトルであり，もう１つは大病院の先生の意見を聞くという事の２つです。私には「われわれは何でも屋である」という自負が欲しいし，それこそが開業医魂であると思っていますし，一方では自分の経験生活の場からのみ十分説得力のある論理も展開できるという事が自明である以上，諸大先生も結局は彼岸の人に過ぎないとしか思えません。それはお会いした両先生の言動からも感じます。もちろん御両所の色々のウンチクが無意味だとは決して思いません。それどころか大変勉強になるといわなければなりません。しかし最後には私はいらだたしくなるのを感ぜずにはおられません。つまりわれわれは先生方の言動を参考として自ら醗酵して，自らの道を確立せねばなりません。近頃この問視診についての再評価がいわれだしているのも詮じつめれば，その一部は上述の如きわれわれ開業医の自覚によるのであり，他の一部は下述の如き理由があるからです。

（その四） 私は昭和20年代に医局生活を終ってしまいましたので，今日のような中央検査室システムを知りません。本システムが本当に医療の中に組込まれ出したのは30年を過ぎた頃からです。由来，科学的データというものはその係る条件を規定しなければならないのはもちろんですが，これは観点を変えればすべての条件を静止させて見なければならない宿命下にある代物であるという事です。

もちろん正確さへのアプローチによる正確迅速な診断と，救命への希求がそうさせたのは疑いない事ですし，そのデータの恩恵にも浴していますし，われわれもその追求に懸命になるのにやぶさかではありません。ただその致命的なすべてを静止させて――という条件が，実際の生命の流転に，ついて行けなくなる事が多いのもまた自明の理です。その結果が問視診等への回帰となっている事も一方の理由です。

（その五） それでは問・視診でわれわれは何をしようとするのかという事になるのですが，結局は患者に聞けという事になります。患者を見，訴を聞き，触れて医者が自分で判断せよという事です。それではこの判断という主観的世界が科学的といわれ正確といわれる世界と何処で連がるのかという事になります。この結論は私にはわかりません。しいて私なりの考え方をいえば，正確さを捨てよ，ただベストを尽し決断せよ，といいたいのです。

（その六） 私達はこの道をここまで歩んで来た

という事，そして人間はなかなか引返すような器用さはもっていないものですから，今後は安心して自分の判断を主張してよいのではないかと考えたいのです。それでこそ医者です。私達はもっと医者らしくなってよい筈です。もっと理屈は少なくてもよい筈です。

（その七） 以上の事から私達開業医は先人の遺した医言を再発掘し，恰も碁将棋の定石のように暗誦するべきだと思います。私が思い出せる言として片山國幸先生の言があります。“向う脛をけとばされて2週経ても未だ歩く時に痛む時には，そこには骨折がある”

2. 問　診

われわれ開業医にとっては問視触診は混然一体となった診断への第一歩であって，その各々を分離する事はできません。この三位一体の考え方が適度の省略と速い断定を可能にするのですから。

先ず訴えはそっくり聞くべきで，その終りは脱糞の終了を思わせる如き終り方をしなくてはならず，その上更らにそれで全部である事を確認させねばなりません。先ず開口一番患者が何を，どのように表現するかが1番大切です。そのために是非とも自分の口でいわせるべきです。聞き終るためには時間のかかる仕事になりますし，また時間のかかる事は他の患者への影響をも考えると大変気になる事ですが，それをじっと我慢する事が医者にも，待っている患者にも必要な事，つまり医療とはそういうものだという覚悟が必要です。それから訴えの弁別作業がはじまりますが，訴えの評価のためにはその訴えが個人的粉飾をうけて出て来ている事を知らなければなりません。それを列記しますと，

1. 動転している⟶自己の確立の不確かさと，浮薄な情報過多の中に迷う患者には，移ろい行くこの人間の実体を話して聞かせる事です。絵に画いた如き至福は現実には存在しない事を悟らせるべきです。つまり病気をする事が生きている事の証だという事です。それを先ずブチカマした上で，今訴えを聞いている先生自身もやはり流転して行く同類である事をも，是非悟らせるべきです。

2. 訴えのムードが個人生活と密接に関係している⟶銀行等の経理マン，小学校の教師，機械工，土着の人，間借人，江戸ッ子，田舎出，商店主，御用聞，左官屋，畳職人，等々。

3. 訴えのムードが気質と密接に関連している⟶ガレニウスの分類にあるように。ただこの事は最早等閑にされ過ぎました。科学的実証ができないという呪詛によってです。私にいわせれば正確さなどはどうでも良い事です。それが役に立てばです。私達はあの街頭の手相見の如く気質を見抜く訓練をするべきです。

4. それは体質とも密接に関連している⟶しばしば見るのは低血圧体質に見る一種の眩暈，心悸亢進，悪心発作のような気がします。それは明らかに気象の変化と相関があり，私は南方からの気象北上に伴い形成された不連続線の頭上通過十数時間前というふうに考えており，本症状の確定のため患者入室の頻脈と5～10分安臥後の脈の正常化という事実の存在を証明する事にしています。

5. 当然病的精神と密接な相関があります⟶少なくもウツ病，分裂症（特にその初期），ヒステリー，反応性精神病，老人性痴呆（その初期）の訴えのパターンを知らなければなりません。

この外にも色々ありましょう。要するにわれわれはこれらの謂わばフィルターの奥に，患者の訴えの赤裸々な像があると承知する事が必要です。それですから問診はこの作業だけで終ってはならないわけで，最後にどうしても医師側からの反語，つまり弁別作業後の問いかけとお互いの目的の諒解が是非とも必要です。

ここで肝腎な事は6番目がある事です。それは不訴の訴えであり，婦人の陰部からの分泌であります。この訴えは医師の反語からだけで成立つ事を忘れてはなりません。

以上からわれわれは体質，気質についての概念，自律神経機能などの知識が必要です，それからの派生問題としての，気象との，社会との，家庭との，相関を推察するにたる知識，乃至は洞察をも要求されます。幸い Home Doctor としてのわれわれの立場は遺伝的素因についての情報を持っています。この事を幹とし，それに枝，花をつけるべき，性格についての，人間についての，それ

を囲繞する森羅万象についての，決して一介の武弁の知識としてではない，生きた知恵を持つべきです。これはもうダンディズムとしかいいようがありません。

そうまでしてわれわれは何故行くかと問われれば，その答は簡単です。それは“私達は病気を見ているのではなく病人を看ている”からなのです。

3. 視　診

私は整形外科の出身です。整形には機能整しければ形整しの言があります。形は中身の終点であり，一事は万事であります。先にも述べましたように，この事は強く前項の問診と関連します。問診中の訴え中の患者の視覚的な動態は，見逃せない現象です。視診診断の最たるものは Dermatology ですし，その書物の殆ど写真で埋められている事実に徴しても，われわれはもっと大きく鮮明な写真集を持つべきです。場合によっては Film を。この当り前の事を今迄は全然やっていません。目で見て認識する物は目で見て覚えるしか方法はありません。写真とフィルムで皮膚，粘膜，爪，手足，顔付，眼振，唇，歩態，その他を知る以外に手段がありません。それが何故そうなるかは G. P. としては又別問題と思います。

（〒144　大田区南馬込 3-7-18）

臨床講義

高血圧症（2）

A. I. Gefter

原　健一 抄訳

Bykov の実験室では「衝突」によって犬に実験的神経症を起こさせました。それは犬がガツガツと食べているときに，これに電流を通じて，興奮機転と抑制機転に同時に働きかけるようにする，つまり I. P. Pavlov のいう「衝突」を起こさせるわけです。そうすると犬はショック状態に陥ったあとで，前以って作られた外受容性のもの，すなわち外部からの作用で作られた条件反射を，すべて失ってしまいます。言い換えると，結果として実験的神経症が現われて，高位神経活動が，すっかり変わってしまうのです。そのほか犬には一連のからだの障害が現われます。その一つとして長く続く高血圧が起こります。

M. A. Usievich と A. B. Strakhov は，また犬に中枢神経系の高位部分の機能状態を変えて実験的高血圧を起こさせ，それに少量のブロームを用いると，実験的神経症が消失して，血圧が正常化されることを証明しました。

こういう実験がなにを示しているかというと，それは中枢神経系，その高位の部分の傷害というものが，高血圧の発生に対して，どのような意義をもっているかということです。

実験的な知見を要約すると，実験的高血圧のモデルをつくり出すには，個々別々な方法というものがあるのではなくて，相互に関連のある方法があるのだ，ということを力説しなければならないのです。つまり，反射性高血圧，すなわち破棄性高血圧は神経の調節が傷害されて起こるものであり，また腎性高血圧も，近年の実験的研究によると，中枢神経系によって出来上がるのであります。言い換えると，実験的高血圧を作ろうとして，どんな方法を選んでも，中枢神経系の高位の部分が傷害を受けた場合にだけ，血圧の亢進が起こるのです。このことが大切であるというのは，これによって人間の高血圧の病因が，ある程度まで説明できるからです。

G. F. Lang が始めて言い出したことですが，精神の外傷とか，陰性の情緒とか，神経系の過度の緊張とかのために，中枢神経系の高位の部分の機能が傷害されると，高血圧症が起こるというのです。A. L. Miasnikov のクリニックで，臨床的に，一部は実験的に，詳細な研究が行なわれましたが，その結果，G. F. Lang の考えが正しいということが確かめられました。そしてついに，K. M. Bykov の研究室で，多くの実験的研究が行なわれた結果，Bykov は G. F. Lang の見地を確認して，高血圧症の病因論について，皮質内臓説を樹てたのです。この考え方は今までに知られている，いろいろな臨床上の事実に基づいています。中枢神経系の過度の緊張が，いかに大きい意義をもっているかということは，封鎖を受けたときの英雄的なレニングラードの住民の例で見ることができます。このとき住民は栄養不良の状態にあって，しかも毎日爆撃を受けていました。この期間に高血圧症の患者が多発しました。いわゆる爆撃性高血圧です。この爆撃が終わると，神経系の過度の緊張が除かれて，高血圧は無くなりました。

人間の場合，脳の外傷があって振盪・挫傷症候群が起こると，血圧の上昇が見られることがあることは，既知の事実であります。また戦中と戦後の期間には，神経系のあまりにも過度の緊張のために，高血圧症の罹患数が増加しました。

最近，皮質脳，辺縁系という名称で知られてい

る中枢神経系の構造物の生理的機能が傷害されるために，陰性の情緒が起こって，その後に高血圧症が現われて来る道筋が追求されるようになりました。頭頂皮質，扁桃体核，視床および視床下部，網様体（およびその関連部）は生体の内部環境の系統——神経受容体——であって，このものは心臓血管その他の内臓の機能を調整しているのです（N. I. Grashchenkov ら）。陰性情緒あるいは神経の過緊張があって，視床下部中枢が興奮する場合には，血管の緊張が亢進し，心臓収縮が頻数になるという風に交感神経の影響が優位になるのが特徴です。なおこれに付け加えたいことは，視床下部，脳下垂体，網様体，および，わが国の大生理学者の P. K. Anokhin が理論的に研究したすべての機能系の機能状態が変化すると，自己調節系の，とくに減圧系の順応反応が障害され，また内分泌腺，内臓，とくに腎の機能が障害されるということです。

こういうすべての知見から言えることは，中枢神経系の高位の部分に障害があると，それが高血圧症の病因として意義をもっているということです。そして実際に，われわれのクリニックでも行ないましたが，特殊な検査を用いると，視覚的適正クロナキシー法で確認される大脳皮質の興奮性が変化することがわかっています。適正な光刺激に対する視覚受容体の反応は正常の 30～70msec から 120～130msec に延長します。このことは中枢神経系の興奮性が低下したことを証明するものです。そういうわけで，われわれの患者さんでは，視覚的適正クロナキシーは 110msec でした。

条件反射活動も条件刺激に対する反応も変化します。強い条件刺激に対して，しばしば弱い反応が現われて，弱い条件刺激に対しては非常に強い反応が現われます。すなわち逆説相が見られるのです。この逆説相は中枢神経系の高位部の機能障害を証明するものであります。

V. I. Kononiachenko が血管条件反射の方法を用いて，高血圧症の臨床ならびに治療中の経過と比べながら行なった数多くの研究によると，本症が形成される機転は血管の神経症であると考えてよいのであります。この知見の示すところは，高血圧症が進展する条件をつくり出す始動機転となるものは，実に中枢神経系高位部の傷害であるということです。われわれの患者さんは，既往症から明らかである通り，高血圧が発生する以上に神経症に罹っていたのです。

さて今まで数え挙げて来た一切の研究を基にして，高血圧症の病因を考えますと，つぎのようになります。中枢神経系の機能が障害されている人において，この中枢神経系に不利な作用が及ぶと，皮質の活動が弱くなることがあります。この場合に，この皮質の活動の修正作用が弱くなるために，植物神経中枢，とくに血管運動中枢が過度に興奮する状態が起こります。そのために細動脈の痙攣が起こって，血圧が亢進します。初めの間は短時間の亢進ですが，中枢神経系の機能障害が高血圧症の発生に重要であることを指摘するとともに，強調しなければならないことは，本症が現われるためには，遺伝的，家族的な素因や，腎，内分泌腺，血管系の先行病変のような素因が必要であるらしいということです。

腎血管が神経性調節障害のために痙攣を起こすと，A. L. Miasnikov が強調したように，複雑な腎の病因的機転（レニン——ハイパーテンシン——アルドステロン系と細動脈壁の電解質組成の障害）が，これに加わります。閉鎖環が生じて，始動となる中枢神経の機転に続いて，体液性の腎性因子が起こってきます。中枢神経系の状態が変化すると，視床下部の刺激機能を障害して，カテコールアミンなどの昇圧物質が大量に放出されるのを助長し，また内分泌機能，とくに性腺機能の障害を助長して，このことが今度は中枢神経系に不利な影響を及ぼすことになります。諸君ご記憶でしょうが，M. P. Petrova が行なった有名な実験は動物を去勢して，高位神経活動の著しい変化を惹き起こしたものです。

内分泌腺，とくに性腺の活動に障害があると，中枢神経系の機能の障害を助長して，高血圧を強固なものにします。

こういうわけで，高血圧症の病因として始動機転となるものは中枢神経系の高位部の傷害であるということがおわかりになったと思います。しかし，非常に速かに，このプロセスに体液性因子，

腎性因子，内分泌腺が加わってくるのですから，この悪循環を断ち切るには，中枢神経系に働きかけるだけではなくて，高血圧症の病因となる鎖の別の環にも働きかけなければなりません。

高血圧症の発生を助けるものに，なお一連の外的な因子があります。たとえば，神経系の絶間のない過度の緊張，あるいは反復する過度の緊張，食餌が不適当なこと，体育の価値を軽視すること，過食，食餌の中の脂肪が多過ぎることなどが挙げられます。

こうして一連の外的な因子が，高血圧症の初まりである神経症の進展を促進することになります。それから先，神経症は長期の細動脈の痙攣を伴って，アテローム性動脈硬化によって一層重くなり，そのために，いろいろな臨床症状が見られるようになります。それでは，これからそれを述べることにします。

われわれは高血圧症と症候性高血圧とを区別しています。後者は高血圧症となんら関係がないものであります。高血圧症には二つの型があります。緩慢に経過する型と，迅速に進行する型であります。以前に第一型と名づけたものは良性高血圧であり，第二型と名づけたものは悪性高血圧でした。ある学者，たとえば E. M. Tareev は今もって，悪性高血圧は良性高血圧とは，経過のみならず，その本質からいっても異なる疾患であると考えています。

なるほど，悪性高血圧は数か月の経過で——しばしば，かなり若い年齢で——重症になって，普通1年から1年半くらいで死の転帰をとります。

しかしながら，悪性型の病因と臨床を詳しく研究してみると，つぎのような結論になります。それは全く同じ高血圧症であるのに，生体の反応性が，ひどく変わったために重症の経過をとるのだということです。同時に，いわゆる良性高血圧は多年にわたって重い症状を呈することなく経過することが可能ですが，しかし突然，明らかに悪性の性格を帯び始めて，視力が無くなったり，進行性の腎不全が現われたり，冠循環の不全が起こったりします。ですから良性の高血圧と悪性の高血圧とを厚い壁で仕切ってしまうべきではありません。またこの二つを病因の立場から独立した型であると考えるべきではありません。

緩慢に進行する型にはⅠ期，Ⅱ期，Ⅲ期があります。そのほか，どういう症候が主であるか，また血管の主病変がどこに在るかによって，脳型，心臓型，および腎型を分けます。これらの型の合併もあります。

A. L. Miasnikov の提案によれば，三期をそれぞれ二つの相に分けます。すなわち，

Ⅰ期——過渡期
　A相——反応過敏，発病前状態
　B相——血圧の周期的亢進，安静で下降
Ⅱ期——固定性
　A相——降圧剤で容易に下降する高血圧
　B相——降圧剤で下降困難な高血圧
Ⅲ期——細動脈硬化性
　A相——腎その他の臓器の機能障害なし
　B相——腎その他の臓器の機能障害あり

われわれは，本症を相に分類することには従いません。なぜかというと，この分類は血圧の値およびその動態が不安定なものであるということに基づいているからです。これは信頼すべき方法ではありません。もし，非常に進行した患者が脳あるいは心臓の事故，たとえば心筋硬塞を起こしたとすると，血圧がその患者の年齢相当の値にまで長い間下降するということは，珍しいことではありません。ですから，Ⅱ期とかⅢ期とかの高血圧の固定性について言うことは慎重でなければなりません。

各期には，それぞれの臨床症状があります。それを表にして簡単に述べます。（つづく）

（〒156　世田谷区桜新町 1-4-9）

高血圧と症候性高血圧の分類と用語

臨床経過による分類	期	臨床上の特徴					主な臨床症状による分類
		血　圧	心臓血管系	神経系	腎	眼　底	
		1. 高血圧症					
緩慢な進行性経過を示す高血圧症	I	血圧は周期的に亢進し（数日，数週の経過で）次で正常値まで下降する。	通常愁訴はない。時として心悸亢進，痛み。しばしば大動脈領域のII音の軽度亢進。心電図は普通正常。	不定の頭痛とめまいがあることがある。	変化なし	網膜動脈の一時的な狭窄があることがある。	
	II	不安定な血圧上昇あり，多かれ少なかれ降下があるが，正常値には達しない。	しばしば軽い呼吸困難と心悸亢進。冠不全の徴候があることがある。左室肥大。大動脈領域のII音亢進。心電図で，しばしば左型，時としてST・Tの変化。	頭痛，めまい，不眠は脳の血液循環の動態の障害であることがある。	時として一過性の蛋白尿，顕微鏡的血尿があり，腎の濃縮能は障害されていないことがある。	網膜動脈の狭窄，時として中等度の膨化，動脈による静脈の圧迫，まれに出血。	a）心臓の病変を主とするもの。 b）脳の病変を主とするもの。 c）腎の病変を主とするもの。 d）混合病変
	III	血圧の持続的亢進。その下降は心筋硬塞発作および卒中発作の後の心不全のときに見られることがある。	しばしば冠不全および心不全の徴候（狭心症，心筋硬塞，うっ血症状，心臓喘息）。心電図でST・Tの明らかな変化。	しばしば脳循環障害（卒中発作に至る）。作業能の著明な減退。	しばしば蛋白尿，顕微鏡的血尿，腎不全（窒素血症による尿毒症に至る）の症状がありうる（腎の細動脈硬化症）。	持続性の網膜動脈の狭窄および動脈による静脈の圧迫。時として出血，網膜および視神経乳頭の病変。しばしば動脈の著明な硬化。	
進行性経過を示す高血圧症		持続性高血圧（特に拡張期性の）で，心不全のときにも心筋硬塞の後でも血圧は降下しない。	主として若年者が罹患し，特徴は中枢神経系，腎の病変が速かに増悪するが，心臓のそれはやや稀であることである。しばしば，これらすべての系統の病変が合併する。			持続的な網膜動脈の狭窄と動脈による静脈の圧迫のほかに，しばしば出血，網膜の変性病変，視神経乳頭の浮腫と進行性の視野狭窄。	
		2. 症候性高血圧					
腎性		急性および慢性腎炎，腎硬塞，腎動脈狭窄（アテロマトージス，血栓，発育異常）腎動脈圧迫（腎の結石，腫瘍など）腎盂腎炎のとき					
中枢神経系の器質性病変のとき		脳の血管病変，脳炎，腫瘍，外傷，出血などのとき					
血行動態性		大動脈の弾性低下（大動脈炎，大動脈の粥状硬化症），大動脈狭窄症，心臓弁膜症，肺硬化症によるうっ血症状などのとき					
内分泌性		下垂体の病変，副腎腫瘍（褐色細胞腫など）のとき					

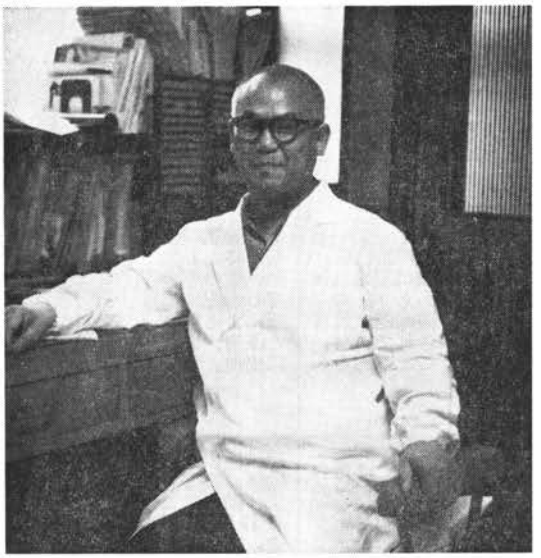
医院訪問

＝3＝

“稲車見えぬ尊徳後を押す”

——広瀬正義先生の巻——

上田篤次郎



恵比寿駅東口を出てだらだら坂を下りると，迷路のような6叉路に出る。その一つの細い道を行くと商店街の左側に広瀬医院がある。比較的狭い道で，通り抜けの車が少ないので閑静である。

先生は栃木県真岡市の御出身で，昭和17年9月慈恵会医科大学を御卒業後陸軍々医学校を経て，翌18年12月歩兵第220連隊附として大陸の河南省新郷に赴任されたが，この部隊は昭和14年4月に旭川で編成されたもので，私が初代軍医として勤務した部隊である。

この部隊が昭和19年釜山からビアク島に向う時，ハルマヘラ島沖で魚雷攻撃を受けて撃沈された。先生は護衛艦に救助されてハルマヘラ島に上陸，その後ソロンに移り，更にワイゲオ島警備の任務につかれて，終戦までそこにおられたのである。敵中に孤立した部隊なので補給も殆ど絶え，マラリアと栄養失調に悩まされ，タロ芋は間もなく食い尽し，サゴ椰子の澱粉に蛇やとかげ，ザリガニをあさり，たまには野豚を射とめたものの，野豚の生焼けを食った者からは線毛虫病が発生するといった極限状態を体験しておられるのである。このことが先生の悠容迫らず，訥々としながら明朗で“仰ぎて富岳の重きを感ぜしめる”人柄に研きをかけると同時に，幾人の兵が生還し得た原動力となったか計り知れないと思う。

先生は昭和21年6月名古屋港へ帰還，真岡のお宅で小憩の後宇都宮結核療養所に勤務され，更に同市内で開業されたが，昭和26年母校の生理学教室で研究生活に入られ，研究完了後の昭和29年7月に現在地に医院を開設されたのである。

東京空襲で焼け野原となったこの辺も急速に復興し，小さな商店や家内工業を営む家が櫛比する一つの盛り場になったと思われるが，中心が恵比寿駅西口に移ったため，所々にビルが建ったものの，現在の比較的落ちついた下町風景となったものであろう。先生は一貫して毬栗頭で通され，辺幅を飾らない点からみると古武士的風格が備わっているように見えるが，その著“日本一のお医者さん”を読めば分るように非常にユーモアに富んでおられ，下町の気風とはぴったりといった感じである。

渋谷区医師会では予防接種や編集部で活躍されると共に，加計塚小学校の校医として長年児童の健康を守られ，教育委員会から表彰を受けておられる。

先生の目下の悩みは入院治療を要する患者の送り先である。区内の私立病院が何とか受け入れてくれてはいるものの病気の種類や重さによっては苦労することは我々と同じのようである。診療室には“稲車見えぬ尊徳後を押す”という平畑静塔氏の色紙が掲げられているが，イメージは先生にぴったりである。

私たちの研究と臨床

労作狭心症の運動療法

榎本明雄

はじめに

労作狭心症の治療方法にはいろいろあるが，運動だけで本症を治しえた文献をみない。ところが，最近，私は系統的に運動負荷を試み，根治することができたので報告する。

先ず，理解に便なるため“心筋傷害”について説明しておこう。

I. 心筋傷害

心内膜下筋層の病変は *ECG* によってのみ証明される。すなわち *ST・T* の低下で，これをわれわれは *ECG* 上心筋傷害と称している。この *ST・T* の低下も初めのうちは可逆性であるが，傷害の程度が進み胼胝にまでなると，*ECG* の変化は固定し，非可逆的となる。

ST・T の変化のうち注意を要するものは肥大型（*ST* は上向凸状に下降し，*T* は非対称性に逆転して終末部は零線を僅かに越えるけれども間もなくまた零線に復帰する）である。一般に肥大型といえば，心筋傷害がないものと考えられている。ところが，稀にそれが併存していることもある。高度な心筋傷害が加わっていても，それが *ECG* 上少しも現われてこない。かつて私[1]は，左室心筋傷害のため重篤なうっ血性心不全を呈した患者につき，そのことを報告した。

II. 運動の必要性

心筋は冠動脈により支配されているが，その吻合は誠に多種多様である。この副行枝は生理的状態では微弱であるため，もし冠動脈が急に完全に閉塞されると，配下心筋に硬塞を起す。ところが，心筋に乏血を起す要素（たとえば冠動脈狭窄・貧血など）が加わると副行枝はよく発達し，遂には完全な冠動脈の閉塞を来しても配下の心筋が壊死からまぬがれることになる。このことを臨床病理学的に研究したのは *Blumgart and Schlesinger* (1941)[2] であり，この病態生理をよく理解することこそ，われわれ臨床家には極めて大切である。

Gregg (1950)[3] は，冠動脈を結紮して側副循環を観察し，以上のことを裏付け，*Fulton*[4] も又，古い冠動脈疾患を有するものについて，「ステレオ動脈造影法」で研究し，正常の冠動脈（図1），とくに左室では網状（図2）に適応性変化を遂げると報じている。

以上のことから，発作毎に副行枝が発達する筈であるが，そのまま放置しているだけでは容易に発達して来ない。それで，人工的に乏血を起すようにすれば，副行枝はより早く，より強く発達し，狭心症は治癒すると考えた。

では，人工的に乏血を起す方法があるだろうか。それは次に述べる運動を行なうことである。

III. 運動方法

先ず，一定の速度で平地を歩かせ，発作が起る歩数の80%を，その人に一番適した最初の運動量とする。そして，それを一定期間続ける。次に，さらに歩数を増し，発作を起す歩数の80%を，また一定期間続ける。このように運動量を漸増してゆき，遂にある一定量に達すると，その運動量を持続する。場合によっては，それを長く続けた後，また上記の運動方法を繰り返えすこともある。一定期間とは大体3～4週間である。

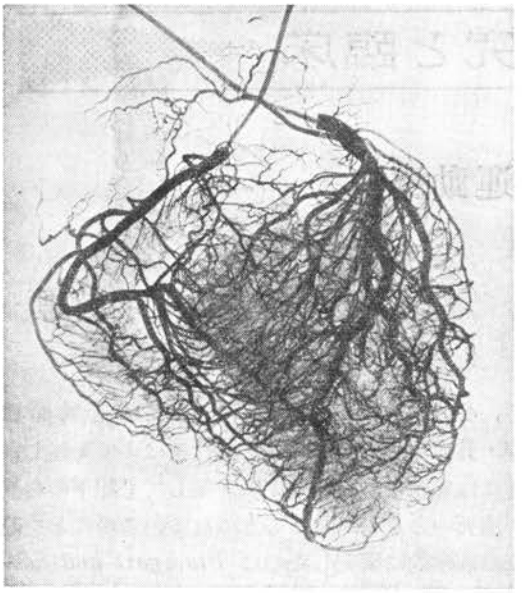


図 1

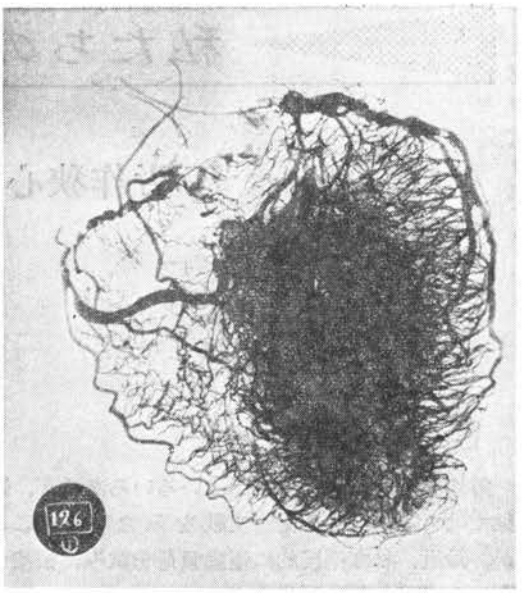


図 2

その一定期間，1日の運動回数，運動の最大量などは，病状・年齢・体力などにより，千差万別である。ただ，ここで重要なことは，増し足りぬよりは増し過ぎぬよう心掛けることである。

また，一般に労作狭心症の運動耐容性は日により時により著しく変動する。たとえば1日のうちでも起床直後は発作が起り易いが，正午を過ぎてしまえば，そう容易に起るものではない。また午後の同じ頃でも，適当にウォーミングアップをしていると，一層起り難い。また季節的にも冬は夏に比して起り易い。従って，運動はできるだけ同じ条件下で行なうことは必要である。

さらに，注意すべきことをあげておこう。

a. 体の調子をできるだけ同じように整えてから始める。それ故，運動時間は1日のうちいつ頃と決めておく。

b. 履物・衣服はなるべく軽く，歩きやすいものを選び一定しておく。

c. 冬では，

1. 余り寒いときは中止する。

2. 季節風の強いとき，それを避けるか中止する。体感温度は $1\,M'/S$ につきおよそ $1.5°C$ 減となるし，歩く条件が違ってくるからである。

3. 1日のうちで一番温い13～15時に行なう。

d. これに反し，夏では涼しい朝とか夜を選ぶ。

e. もし，運動で発作が起るとニトログリセリンを使用する。（私は一度も用いたことはない）。

IV. 対象と成績

a. 全患者について

次の3群に分けて観察した。

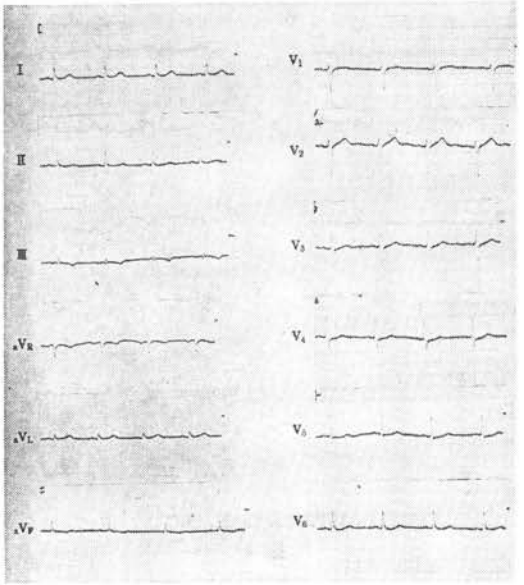
1群：私が治療した大部分の患者で，1969年まで，持続性冠拡張剤のみを与えたもの。

2群：その後，運動療法を行ないえた4例中2例で，そのうち1例は *indifferent* な *Mittel* に運動を併用し，他の1例は運動のみのもの。

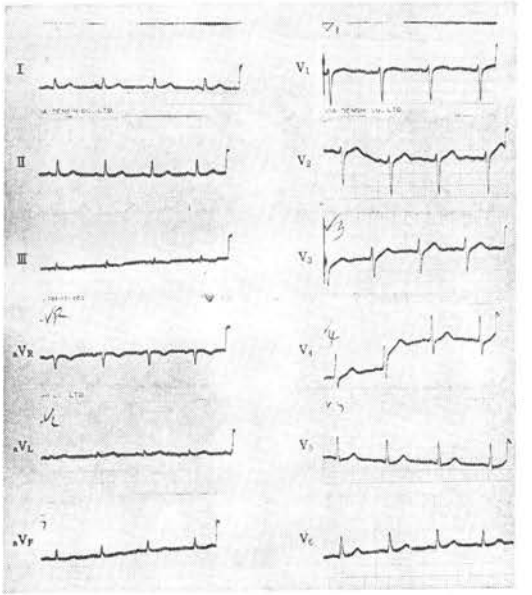
3群：残りの2例で，運動に冠拡張剤を併用したもの。

2群・3群の4名はいずれも血液脂質や血糖のレベルは正常で，喫煙しない63～75歳の男性である。なお，1～3群の全例には勿論狭心症の一般的管理を行なった。

その成績は，2群・3群の間に歴然たる差がある。すなわち，1群では治療効果は不明確であるのに反し，2群・3群では全例は明らかに，しかも着実に好転し，12～17か月で全治した。1群との根本的な違いとは，実にこの“全治してしまう”ということであった。そして興味あることは，2



1970. 11. 4. S. S.
図 3



1972. 4. 18. S. S.
図 4

群と3群間にはこれという相違のないことである。そうしてみると，治療の役割を果たしているものは運動だけだということになる。それ故，適切な運動こそ，危険のない最良の治療法というべきである。そして，それは私の考えが適中したこと，すなわち副行枝は徐々にではあるが，着実に且つ高度に発達したことを物語っていると思う。この私の推測が先生方によって証明願えれば幸いです。

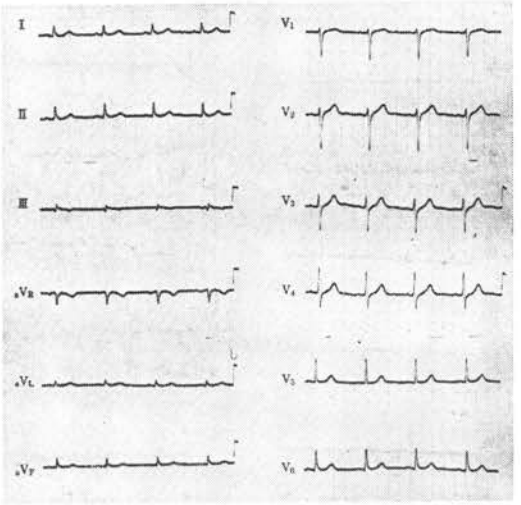
b. **症例について**

症例 1：*S. S.* 明治40年生れの男。既往症は何もない。**現病歴**：1970年10日初頃から労作狭心症の発作を起した。1970年11月1日からは毎朝洋服の上着を着るだけで発作を来すようになった。私の初診は1970年11月4日で，血圧は 160/90 *mm Hg*。*ECG* は図3の通り，*ST・T* に著明な変化がある。

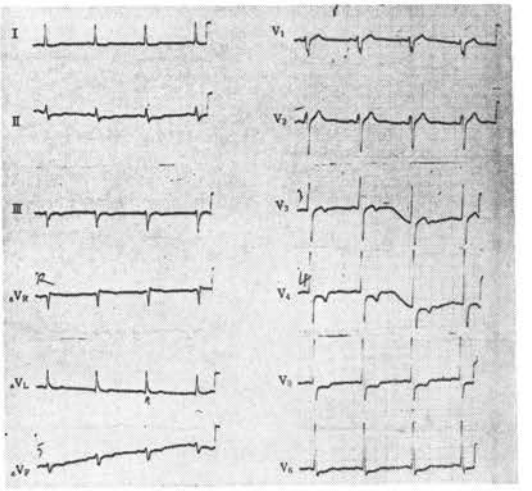
私は，初めのうちニトログリセリン舌下使用後着衣せしめた。そうすれば楽に上着が着られたからである。運動は13時から上記のルールに従い，極めて軽度な運動負荷から始め漸増したところ，1972年4月には平地の運動では発作は全く消失した。その頃の *ECG* は図4のように軽度の変化を残している。その後は坂道を歩かせ，1973年5月には，どんな山道を歩いても発作は少しも起らなくなった。当時の *ECG* は図5の通り全く異常を認めない。この症例は *ECG* の変化が自覚症に遅れて好転し，運動療法17か月で完治した1例である。

症例 2：*Y. O.* 明治44年生れの男。既往症は何もない。**現病歴**：1972年8月末より発作があった。初診は1972年11月8日，血圧は正常で *ECG* は図6の通りである。この日から運動を開始し，翌73年8月中頃には発作はほとんど消失した。1974年2月から発作は全く起らなくなった。この頃の *ECG* は図7の通りである。この症例は自覚症状がもう無くなっているのに *ECG* の改善は少しもなく，*indifferent* な *Mittel* に運動の併用療法16か月で完治した1例である。

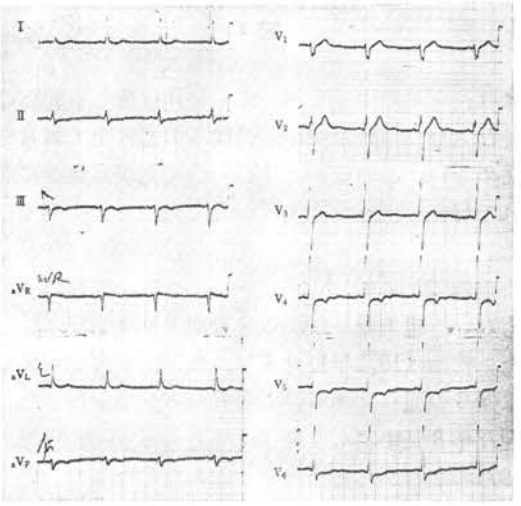
このようにこの治療法は確実に奏効し，しかも副作用の無いことが特徴である。そして，以上2例から明らかなように，*ST・T* 低下の改善と自覚症の好転は平行しないばかりでなく，*ECG* は少しも改善されていないのに，発作は全く消失している。このことは，発作時の乏血は心内膜下筋層が無関係であるという明白な証拠である。換言すれば，乏血のため *pain* を起すのは，左室心筋のうちそれ以外の部であって，とくに中層部であ



1973. 5. 1. S. S.
図 5



1972. 11. 8. Y. O.
図 6



1974. 2. 4. Y. O.
図 7

ろうかと思われる。

V. 作用機序

なぜ，運動はこのように素晴らしい治療効果を発揮するのだろうか。次のようなメカニズムによると私は思う。すなわち，運動毎に乏血を起し，副行枝は発達してくる。それに比例して，冠動脈に沢山の血液がたくわえられる。それは血液の需給関係が正常に復帰したことを意味する。このようにして，労作狭心症は1，2年で，しかも根本的に治るのである。

付 記

適当な運動をしていると，以上のような効果以外に，この運動がもたらす大切な利点の2つについて述べておこう。

1. 新陳代謝をよくする

新陳代謝のなかでも，とくに脂質代謝が改善され，古いものは無くなってしまう。そして，常に新しいものばかりが体内に存在することになる。もし運動しないで，古い物とくにトリグリセライド（新旧の区別は今日の医学では不可能である）は体内に少しでも残っていると，それが血管系に対し選択的に悪影響を及ぼす。

一度，心・脳の血管系疾患に罹った人が，運動を持続していると，仲々再発してこないが，運動を中止すると，その途端によく再発することを，しばしば経験するからである。もし，統計的観察を行なえば，以上のことがよく証明されると思う。

2. 心筋硬塞を防止する

労作狭心症は，しばしば心筋硬塞に先行する。このことはわれわれには極めて大切である。われわれは死亡率の高い硬塞への移行を防止せねばならぬからである。一般に常に運動をしている人では，心筋硬塞は非常に少ない。それは次の2つの

理由によると思う。

a. Blumgart 等[2]は既に報じているように，運動療法は副行枝を発達させる。それが十分に発達してくると，冠動脈は完全に閉塞しても，直ちに役立つ側副路により侵されるべき地域には，壊死は勿論のこと乏血すら起り難い。

b. 私[5]は報告したように，運動をしていると，たとえ栓子ができても，小さいうちに遊離してしまうことが多い筈であるから，硬塞にまで進展し難い。

この二者が互いに相助け合って，予防効果を形成しているのである。

むすび

労作狭心症に対し適当な運動は最良の治療法であると同時に，心筋硬塞の良い防止法にもなる。

（〒640　和歌山市屋形町３）

本論文の大要は1974年６月29日第83回日本内科学会近畿地方会において発表した。

文　献

1. 榎本明雄：和歌山医学，4：143，1953.
2. Blumgart, H.L., M.J. Schlesinger : J.A.M.A., 116 : 91, 1941.
3. Gregg, D. E. : Lea & Febiger., Philadelphia, 1950.
4. W. F. M. Fulton : Briti. Heart J., 18 : 341, 1956.
5. 榎本明雄：人間の医学，No. 39：24，1970.

脳血管障害の罹患率と予後

永　井　友二郎　（代表）

〔共同調査協力者〕
木島昻，春日豊和，広瀬正義，鈴木荘一，金井美津，日向野晃一，本田三郎，上田篤次郎，秋月源二，中尾聡子，山田辰一，武井武司，木村隆義，久勝省三，柴田誠爾，田中公平，横山武義（以上東京），入江紀文，坂口練平，渡辺武，小泉隆，鈴木祥司（以上千葉），越川英夫，佐久間正人，菊地博，西田一彦，浦田久（以上神奈川），小沢和哉，三島淳三郎，爪谷重敏，波多久（以上兵庫），川口自由，二宮聖耳，真島成憲（以上大阪），高松真二，平野健次（以上高知），太田秀浄，斉藤福治（以上群馬），三島卓朗，根岸久宣（以上埼玉），荻野進，諏訪賢一（以上静岡），佐藤俊樹（宮城），植木一義（新潟），森永健市（石川），中野明（福井），藪本秀一（三重），牟礼一弥（京都），榎本明雄（和歌山），中瀬真一（富山），堀内卓郎（長野），宮崎伊三郎，木村峻士（以上山口），吉田澄彦（福岡），山道博良（長崎），荒瀬知巳（熊本），麻生泰（大分），岩崎旺太郎（広島），鎌田善弘（奈良）

はじめに

わが国の脳血管障害は，昭和26年以来死因の第1位をしめ，臨床的にも社会的にも大きく注目されていることは，あらためて申すまでもない。

この脳血管障害の内訳として，脳出血，脳硬塞，くも膜下出血，その他があるが，これら各疾患の頻度がわが国でどれくらいの割合になっているか，まだよい報告は少ないようである。また，その急性期の予後がどの程度危険なものか，急性期を脱しえたばあい，その予後はどうか，生存者の障害度はどれくらいか，等についてもよい資料が少ないようである。

かつて，わが国は米国の（Goldberg およびKurland らに，死亡診断書にもとづく調査ではあるが，日本の脳出血死亡が脳硬塞死亡に比し極端に多い（12.5対1）ことから，日本人医師の診断技術に問題があることを指摘された歴史がある[1]。

このことがあってのち，文部省に脳血管障害にかんする研究班（沖中重雄班長）がおかれ，診断基準の確立をはじめ，5年間にわたる全国的な追跡調査が行なわれ，貴重な成果[2]が得られた。

しかし，亀山正邦・田崎義昭両氏が1969年版の著書[3]で述べているように，「文部省研究班の調査では1.2対1くらいで脳出血が多い。ただしこれは死亡の原因としての脳出血をとりあげたばあいの数字で，罹患率についての統計はまだわかっていない。一般に脳出血のほうが重症で死亡例が多いわけで，疾患としては脳硬塞が多いと思う」と，この時期，この調査によってもわが国の脳卒中罹患の割合はなお空白であった。

その後，九大の勝木教授らにより久山町研究が報告[4]された。勝木らの調査によれば，7年間に久山町の40歳以上の住民1,621名のなかから104例の新しい脳卒中が発症し，そのうち70例が死亡している。この104例の内訳は，脳硬塞71（うち脳血栓70），脳出血20，くも膜下出血10，分類不能3で，脳硬塞が脳出血の3倍以上におよんだ。

われわれはここではじめて，脳出血と脳硬塞の

割合にかんするよい資料を得た。貴重な成績である。この数字が九州の久山町という特定地域に限られていることと，例数がやや少ないことについては，今回のわれわれの調査をはじめ，今後の調査との比較検討によって評価していくべきであろう。

われわれはつぎに，脳血管障害の急性期予後を調査する必要があると考えた。その第一の理由は前述の診断基準により診断された各疾患ごとに，その急性期死亡率を把握しておくことが必要だからである。第二の理由は，医師が自己の治療成績をみずから検討し反省する基準として，また新しい治療法の効果を評価する基準として，従来の治療法による急性期の一般的危険度が必要だからである。そして最後に，脳卒中発作後の生存者が，どの程度の後遺症をもち，どんな日常生活をしているか，知りたいと考えた。

われわれは以上の観点から脳血管障害にかんする共同調査を計画した。この調査が可能となったのは，昭和38年に発足した「実地医家のための会」があったこと，そしてこの会の有志で「心筋硬塞の共同調査」を行なった経験があったことによる。

しかしまた一方で，われわれ一般実地医家は従来このような調査・研究をする立場になかったため，そのための時間，労力，予算をもたなかった。したがって，本研究はすべて協力された本会会員の自発的な自由意志と個人の自弁によるものである。

なお，本調査は開始後3年を経ており，第1年のものは日本医事新報第2429号（昭和45年11月14日発行）に，第2年のものは第2報として日本医事新報第2498号（昭和47年3月11日発行）にすでに発表しており，今回は第3年目の新発生症例ならびに過去2年間の生存者の追跡資料を加えまとめたものである。

また，本資料にもとづく「気象と脳卒中発作」の関係については，気象庁気象研究所籾山研究室の片山功仁慧氏により，すでに実地医家のための会機関誌「人間の医学」第45号に発表されている[5]。

調査結果

1. 脳硬塞と脳出血との割合等

この調査に参加した医師は，北は宮城県から，南は熊本県にわたる21都府県の60名（後掲）で，その症例は3年間の671例であった。

集計された671例の疾病別・性別頻度をみると，脳硬塞341（男212，女129），脳出血246（男142，女104），くも膜下出血44（男20，女24），一過性脳虚血発作19（男13，女6），高血圧性脳症21（男14，女7）であった。

すなわち，われわれが調査した一般実地医家の窓口の実態は，脳卒中のうち脳硬塞がもっとも多く，脳出血がこれにつぎ，その比率は約6対4で，久山町ほど脳硬塞は多くなかった。くも膜下出血は脳卒中全体の約7％であった。

性別頻度においては，全体として男性にやや多く，その比率は約6対4であるが，くも膜下出血のみは女性にやや多い。

年齢別に，脳硬塞，脳出血，くも膜下出血の3疾患を検討すると，脳硬塞は59歳以下75，60～69歳118，70歳以上148，脳出血では59歳以下56，60～69歳86，70歳以上104と高年齢になるほど頻度が増し，脳硬塞にその傾向が強いがくも膜下出血では59歳以下25，60～69歳10，70歳以上9と，中年層に多い傾向がある。

2. 脳血管障害の急性期予後

脳卒中発作後1か月までの急性期に患者がどれくらい死亡するか，また，この1か月のあいだのどの時期に多く死亡するかは，第一線の臨床医にとって関心の大きい問題である。

今回の調査においては，一過性脳虚血発作19例に死亡なく，高血圧性脳症21例においても1例の死亡をみたにとどまるので，脳硬塞，脳出血，くも膜下出血の3疾患についてのみ急性期予後を述べることとする。

脳卒中発作後1か月までの死亡は，脳硬塞341例中56（17％），脳出血246例中118（48％），くも膜下出血44例中15（34％）で，脳出血では急性期に約半数が死亡し，くも膜下出血では約3分の1が死亡するのに対し，脳硬塞では約6分の1が死亡するにすぎない。

表 1　死亡の時期

	症例数	死亡数	急性期死亡				第1年死亡	第2年死亡	第3年死亡
			即日死	4日まで	10日まで	1か月まで			
脳硬塞	341	101	5	23	43	56	82/341	16/168	3/60
脳出血	246	132	43	84	106	118	128/246	4/ 74	0/24
くも膜下出血	44	21	2	5	11	15	20/ 44	1/ 10	0/ 3

つぎに発作直後の1か月のうち，どの時期に死亡が多いかをみると，脳硬塞では1月以内死亡56例中，即日死5，4日以内死23，10日以内死43と，4日までに半数が，10日までに8割が死亡している。

脳出血においては1か月以内死亡の118例中，即日死43，4日以内死84，10日以内死106と，4日までに7割，10日までに9割が死亡している。

これに対し，くも膜下出血においては1か月以内死亡の15例中，即日死2，4日以内死5と，4日までの死亡は3分の1と比較的低い値を示すが，10日までの死亡は11と急増，7割以上が10日以内に死亡しており，この時期の死亡には特に注意が必要である。このことはまた，くも膜下出血にたいする急性期外科的療法が期待される時期としても注目される。

3. 脳血管障害の急性期以後の経過

脳卒中発作後1か月までの急性期をのりこえた患者は，その後どのような死亡率を示すか，また，どのような障害をもち，どんな日常生活を送るか，わが国における平均的実態を知る目的で3年間を追跡し，その推移を調査した。

まず**脳硬塞**についてみると，341例のうち101例（30%）が3年間に死亡している。これを年次的にみると第1年死亡は341例中82（24%），第2年死亡168例中16（10%），第3年死亡60例中3（5%）で，急性期をこすと急速に死亡が減少し，10～5%のレベルに移行している。

脳出血においては246例中132例（55%）が3年間に死亡しているが，これを年次的にみると，第1年死亡は246例中128（50%），第2年死亡74例中4（5%），第3年死亡24例中0（0%）と，脳硬塞以上に急性期をこえたものの死亡の減少が著しい。

くも膜下出血においては，3年間に44例中21例（48%）が死亡しているが，発作後第1年に死亡したものは44例中20（45%），第2年に死亡したもの10例中1（10%），第3年に死亡3例中0（0%）で，急性期をこえた第1年と第2年とが約10%のレベルで，第3年にはさらに死亡率が低減している（表1参照）。

表 2　昭和47年1月現在の病状・障害度

	健常～略健常	軽度	中等度	高度	計
44年発作	45	12	14	6	77
45年発作	74	23	19	9	125
46年発作	32	25	18	15	90
計	151	60	51	30	292

以上死亡の推移をみてきたが，つぎに死亡をまぬがれた患者はどうなるか，どのような状態で生活しているかみていきたい。

現在の病状を示す分類法として，今回は(1)健常ないしほぼ健常群，(2)歩行・言語の両者，あるいはいずれかの軽度障害群，(3)同中等度障害群，(4)同高度障害群，の4群とした。

この区分にしたがって，昭和44年脳卒中発作，45年の発作，46年の発作それぞれにつき，その実数を示すと表1となる。ここで，昭和44年発作群は発作後25～37か月を経過しており，45年発作群は13～25か月，46年発作群は1～13か月を経過している。

表に示されるように，昭和44年および45年の発作群では，いずれも健常ないしほぼ健常者が生存者の約6割に達しているが，昭和46年の発作群ではそれが3割強にすぎない。また高度障害群をみると，昭和44年，45年発作群では約8%にすぎないが，46年発作群では約2倍，16%強みとめられる。このことは，発作後の第1年が機能回復上，とくに重要な時期であることを示しており，注目

される。

以上，この生存者調査から，わが国の脳卒中生存患者は，その半数以上が健常ないしほぼ健常に回復すること，また高度の障害をもつものは，生存者の約1割にすぎないことが明らかになった。

おわりに

従来，わが国では一般実地医家の調査がほとんどみられなかったが，今回実地医家のための会の有志60名により，3年にわたる共同調査を行ない，脳血管障害の臨床統計上，若干の知見をえた。

1．脳硬塞と脳出血の出現頻度は約6対4の割合で脳硬塞が多く，くも膜下出血は脳卒中発作全体の約7％であった。

2．脳血管障害の急性期死亡率は，脳硬塞17％，脳出血48％，くも膜下出血34％で，これら死亡は発作後10日までに特に多い。

3．脳血管障害発作後，急性期の1か月をのりこえた患者は，いずれの疾患も死亡率が10～5％のレベルに移行し，3か年の追跡調査で死亡率は経年的に低下することを知った。

4．死亡をまぬがれた患者が，現在どのような生活をしているかについてみると，脳卒中発作後1年以上経過したものでは健常ないしほぼ健常なものが約6割，高度の障害をのこしているものが8％，発作後1～13か月のグループでは健常ないしほぼ健常が3割余，高度の障害をもつもの16％であった。

なお，初回発作と再発作の死亡率の差については，初回発作546例中死亡166，再発作94例中死亡60であり，再発作の危険度は初回の2倍以上大きい。

また，治療中の発作と受診していないものの発作の死亡率の差は，受診中発作298例中死亡115，発作で初診313例中死亡102で，両者に差はみとめられなかった。発作前の治療は起こった発作の危険度までは減少させえないようである。

引用文献

1) 沖中重雄：第16回日本医学会総会会誌，406頁，1963.
2) 沖中重雄：日本医事新報，No. 2352：3，昭44.
3) 亀山正邦・田崎義昭：脳卒中，医学書院，1969.
4) 勝木司馬之助：日本内科学会雑誌，60(1)：3，昭46.
5) 片山功仁慧：人間の医学，No. 45：11，1971.

文献抄録

〈心疾患管理のための抄録〉

春日豊和

本稿は昨年度の“老人医療”の例会の際，その付録として色々な書物より寄せ集めたものであり，若し先生方のお役に立てばと思い掲載に踏み切ったもので，ご覧の如く私のオリジナルなものは何一つありませんが，いささかでも繁忙な臨床生活のお役に立てば……ということです。

1) 日常の労作と消費カロリー

労作	cal/min	R.M.R
1. 家庭		
静臥	1.25	0
静起	1.60	0.3
起立	1.7～2.0	0.4～0.6
平地歩行 1 km/時	2.0 前後	0.6 前後
平地歩行 4 km/時	3.5～4.0	1.8～2.2
平地歩行 8 km/時	8.5～9.0	5.8～7.0
階段上昇	6.0～10.0	3.8～7.0
書字	1.9～2.2	0.5～0.8
ラジオをきく（坐位）	2.0～2.5	0.6～1.0
着衣，洗面	2.5～2.6	1.0～1.1
床みがき	4.5	2.6
ベッド作り	5.4	3.3
野菜皮むき	2.4	0.9
じゅうたんちり払い	7.8	5.2
草取り	4.4～5.6	2.3～3.5
2. 職業		
タイピスト	1.5	0.2
硝子切り工	4.3	2.4
印刷工	2.2～2.5	0.8～1.0
ラジオ組立	2.7	1.2
洋服仕立	1.9～3.5	0.5～1.8
製靴	3.0	1.4
農業	3.3～8.4	1.6～5.6
大工	5.7～9.1	3.6～6.3
道路工夫	4.0～6.7	2.2～4.4
郵便配達	10.0	7.0
3. レクリエーション		
バレー	3.5	1.8
テニス	7.1	4.7
ゴルフ	5.0	3.0
フットボール	8.9	6.1
登山	12.1～13.2	8.7～9.5
水球	11.0～14.0	7.8～10.2
スキー	10.0～18.9	7.0～13.9
ダンス	5.2	3.2
4. その他		
自動車運転	2.8	1.3
単車	3.5	1.8
自転車	5.0～10.5	3.0～7.0

2) Coronary risk factor

『coronary risk factor について具体的にお教えください』

虚血性心臓病に対する疫学調査の結果，いろいろな因子が心筋硬塞をはじめとする冠動脈疾患の発生に高頻度で関係していることが明らかにされた．これらの諸因子が coronary risk factor とよばれており，次のようなものである．

1. 家族性（とくに早期の発症があるもの）
2. 高血圧（160/95mmHg 以上）
3. 心電図異常（左室肥大・心室内伝導障害・安静時における明らかな ST-T 異常・心房細動・心筋硬塞，明らかな運動負荷試験陽性など）．
4. 糖尿病（空腹時血糖120mg/dL，随時血糖180mg

/dL 以上，糖負荷試験での耐性低下，有意な糖尿）
5. 高脂血症（コレステロール260mg/dL，空腹時中性脂肪250mg/dL 以上，幅広い pre-β リポプロティンの存在，ただしこの基準は日本人では少しさげた方がよいと思う.）
6. 肥満（標準体重の30%以上，ただしアメリカでは Metropolitan Life Insurance Co. による標準体重を使用）
7. 痛風または高尿酸血症（尿酸 7.5mg/dL以上）.
8. ある種の個性，行動型（type A：精力的，野心的で，競争心に富み，いくつもの仕事を抱え，いつも時間に追われているような性格）
9. 喫煙（紙巻き煙草）
10. 身体活動の欠如
11. 精神的ストレス
12. 食　餌

があげられている.

これらの諸因子をもつ人は将来，冠疾患になりやすいので，医師としてはこれらの危険因子をとり除くように，患者に対して長期にわたる管理と指導をおこなうべきであるというのが現在えられている結論である.

<戸嶋裕徳>

3）ニューヨーク心臓協会の心機能分類

第Ⅰ度
　心疾患はあるが，身体活動は制限されない.
　日常の身体活動で，特別な疲労・動悸・息切れ・狭心痛は出ない.

第Ⅱ度
　身体活動が軽度に制限される心疾患患者.
　日常の軽労作ではとくに症状がないが，普通以上の労作で疲労・息切れ・狭心痛が出てくる.

第Ⅲ度
　身体活動がかなり高度に制限される心疾患患者.
　日常の軽労作でも疲労・動悸・息切れ・狭心痛をきたす.

第Ⅳ度
　安静時にも心不全・狭心の症状があり，わずかな身体活動でもそれらが増強する.

4）労作狭心症の発作予防

労作狭心症の発作予防は，誘因となるものを避けることが一番である．階段昇降・喫煙・飲酒・性交などが明らかに狭心痛発作を誘発するとわかっているものには，これらのことを遠ざければ発作は避けられる．ただ，誘因を避けるあまり，生活が消極的になってはいけないと思う．散発する労作狭心症のために入院して安静を保つ必要はないといってよい．むしろ，発作を起こさない程度の軽い運動を毎日おこなう方がよいのである．徒らに安静を保っているとわずかな労作で狭心痛発作を起こるようになる．このことは患者本人だけでなく，家族の人人にもよく納得させるように説明しておくことが必要と思う．わたしの観察では身分の高い人や金持ちの人が狭心症になると本人だけでなく，家族の人々，とくに「奥さん」や「お嬢さん」がたいへん神経質に心配し，医師がどのようにすすめても患者に運動をさせず，無理矢理安静を保たせ，そのため患者の病状を悪くしてしまうようなばあいが多いようである．家族や患者自身が病気を心配して消極的になるのは心理的にやむをえないといえばいえるのであるが，疾病の療養を指導する立場にある医師までが消極的になってはいけないと思う．ただ，わたしども医師は患者に対して安全第一主義をとる傾向があり，また診療過誤を避ける意味で，もし患者や家族があまり乗り気でない運動を無理に強行させ，万一症状が変化することがあればということを心配して消極的になりがちであるが，そのへんの事情は考慮するにしてもできるだけ積極的に患者に運動をさせるように指導することが必要であると思う.

具体的には喫煙や飲酒はできるだけやめさせる方がよいが，これらが誘因でないばあいは無理にやめさせないで，節煙節酒程度でもよいであろう．運動の量を実際的に決めるのはもっとも困難であるが，ゆっくりした歩き方で平地を散歩することが安全で長続きする方法であろう．はじめは短い距離を歩かせ，発作が起こらねば徐々に歩行距離を延ばすのがよい．途中，心悸亢進，呼吸困難が起これば歩行をゆっくりするか，距離を短縮する．狭心痛発作が起こればもちろん安静にしてニトログリセリンまたはニトロールを舌下にふくむ．こうして狭心痛発作や心不全が起こらない程度の適当な運動量をみいだし，それを長く続けるのがよい．坂道を急いで上ったり，いきなり駆け出すことは避ける方がよい.

5）狭心症患者の生活指導

『狭心症患者の日常生活の管理・指導について―実地医に必要な知識を酒・タバコなど嗜好品，食事・旅行（車・列車・飛行機）・運転・セックス・精神的ストレスなどについて具体的にご解説ください』

狭心症患者の生活指導の原則は，①発作の誘因となるものを，できるだけ避ける，②発作をおこさない程度の運動―たとえば平地歩行をなるべくたくさんさせるの2点がもっとも大切であるが，具体的には，

1）食事：満腹を避けさせる．満腹時に狭心症発作がおきやすい．食事内容としては，体重を増加させない程度の総カロリーの制限，動物性脂肪や食塩の軽度の制限

を加える程度で，あまり厳しい制限をしない．この年齢層の人々にとって，食事の楽しみの占める割合はかなり大きいし，糖尿病や心不全のない限り，あまり厳しい制限は意味がない．

2）酒：1～2合の程度ならば，食事に楽しみを与えてくれるというメリットの方が酒による害よりも大きいので，許可する．それ以上過量のばあいは制限を加える．タバコは狭心症にとって非常に有害なので，ぜひ禁煙させる．

喫煙直後に指先の血管が，みる間に縮んでゆく有様を，適当な写真などで患者にみせてやると良い．

3）旅行：飛行機・汽車ともに旅行をとくに制限しない．ただし安静時狭心症が出ている時には，心筋硬塞をおこしてくる危険があるので，旅行は禁止する．

旅行をするさいには，重い荷物をもってくれる人を同行すること，スケジュールをきつく組んで，せわしい気持に追いこまれるようなことは避ける．ニトログリセリンを必ず持たせる．

4）自動車運転：原則としてやめさせる．ことに混んでいる場所での運転を禁止する．運転中に狭心症発作をおこすこともある．

5）セックス：原則として禁止しない．ただし若い異性を相手として，非常に興奮するようなことは避けさせる．セックスのさいに発作がおきるようであったら，行為に入る前にニトログリセリンか，ニトロールのいずれかを予防的に舌下に服用しておく．

6）精神的ストレス：発作を誘発させるような精神的興奮，たとえば口論などは絶対に避けさせる．その程度の強くないもの，たとえば仕事のうえでのストレスなどは，あってもかまわないが，それを家にもって帰らないこと，そして週末には，完全にそれから離れることが必要である．競馬などのギャンブルに参加することは感心しないし，TV でプロレスリングをみることも感心しない．

7）運動：発作をおこさない程度の運動に積極的に参加させる．その運動の種類と程度は個人により違いがあるので，individualize して決めること，誰にでも奨められるのは平地を1時間5～6 km の速度で，毎日少なくとも30分は歩くことであるが，その意味で万歩計を腰につけ，毎日の歩数を数えてゆくのも一方法である．倦きなければ走らない自転車（stationary bicycle）なども良い．　　<五十嵐正男>

6）心筋梗塞発作の誘因と予防

『心筋硬塞発作の誘因について（ストレスとの関連），また，その予防はどのようにしたらよいのでしょうか』

心筋硬塞発作の直接のきっかけになる因子が何であるのか，実際のところよくわかっていない．かぎられた資料をもとにして述べると，

1）労　作：1,000名あまりの心筋硬塞患者について，その発作時の状況を調べた MASTER などの報告をみると，約50%は睡眠中か，休息中に発作がおきており，約40%は日常の軽労作中であり，重労作に従事中であったものはわずか数%にしかすぎなかった．この事から重労作が，心筋硬塞を誘発させる非常に重要な要素でないことがわかるが，少数の症例では，雪かきをするとか，非常に重い物を運んだ時とか，長い坂道を急いで登るとかの，平生はあまり経験しない重労作がきっかけになっているのは事実である．ことに睡眠不足の時や，ひどく疲れている時や，ひどい精神的ストレスなどが加わっていると，重労作が危険な因子になってくる可能性が強いので避けるべきである．

2）精神的ストレス：精神的ストレスを客観的にはかる方法がないので，これの意味づけをするのは，労作よりも，もっとむずかしい．

しかしいわゆるA型（behavior pattern A）の闘争的，前進的，時間の切迫を強く感じる性格の人は，それの逆であるB型の性格の人よりも，心筋硬塞になる率がはるかに多い事実からしても，精神的ストレスが発作に関係していることが容易に想像できる．実際最近経験した症例でも，息子と口論した晩に発作をおこした56歳の男子，国税庁の立ち入り調査を連日受け，3日目に発作をおこした63歳の男子の例がある．これらの症例では平生狭心症発作をもっているばあいが多いので，重症の狭心症発作をおこさせないような，周囲の人達の心遣いが大切である．

3）その他：大量の発汗から血液濃縮→血栓生成をきたすこともある．したがって盛夏に，長時間汗を流しながらゴルフをするのも，感心したことではないかもしれない．　　<五十嵐正男>

7）高血圧性心疾患の患者の生活指導

このような高血圧性心疾患を有している人においてはまた，特別の生活指導が必要である．食塩の制限（通常1日7～8 g，浮腫のあるものでは1日5 g以下），体重の標準値の維持（肥満者にはカロリー制限）を守り，過激な運動，仕事を避けさせる．過激な運動とは急に駆け出したり，階段を急いで昇るなどのことでこれらは狭心症発作を誘発したり，心不全の誘因となるからである．しかし，ゆっくりした歩調での散歩，徒手体操などは許可してよく，あまり安静第一も心臓の力を弱くすることになるのでよくない．血清コレステロール値，中性

8) **高血圧重症度判定基準**（東大三内科）〔最新医学，第22巻，第9号〕

			0	1	2	3	4
血圧 mmHg	最大血圧		149以下	150～179	180～209	210～239	240以上
	最小血圧		89以下	90～ 99	100～114	115～129	130以上
	平均血圧		109以下	110～126	127～146	147～166	167以下
脳	血管障害		脳血管障害によると思われる自覚症状，他覚的所見なし	脳血管障害によると考えられる頭痛・めまい・耳鳴り・手足のしびれ感などが1年以上前にあったもの	左記の頭痛・めまい・耳鳴り・手足のしびれなどを訴えるが他覚的所見のないもの，および1年以上前に一過性脳虚血性発作のあったもの	一過性脳虚血性発作のあるもの・明らかな巣症状のないもの・単に病的反射のみ持続するもの，および1年以上前に脳出血・脳硬塞・クモ膜下出血があったが現在巣症状のないもの	高血圧性脳症および脳出血，脳硬塞による片麻痺・クモ膜下出血・そのほか脳血管障害によるものと考えられる明らかな巣症状を有するもの
心	心拡大（心胸郭比）		50%以下	51～55%	56～60%	61～70%	71%以上
	心電図	心肥大とST-T変化		high voltage ($S_{V1}+R_{V5}\geqq 3.5$mV）のみのもの	軽度のST低下（0.5～0.1mV）またはT平低（左室誘導のT/R≦10%）ないし0.5mV未満のT逆転	著明なST低下（0.1mV以上）ないし0.5mV以上のT逆転	
		刺激発生伝導障害		一過性心房細粗動・散発性期外収縮・1度の房室ブロック・右脚ブロック	持続性心房細粗動・多発性期外収縮・上室性頻拍・2度の房室ブロック	多発性期外収縮・心室性頻拍・完全心ブロック・左脚ブロック	臨床的に重篤な症状を示す不整脈
	冠不全				労作狭心症が1年以上前にあったが現在ないもの	労作狭心症および1年以上前に中間型狭心症または心筋硬塞のあったもの	中間型狭心症および心筋硬塞
	心機能的能力（NYHA. 分数）			I	II	III	IV
腎	PSP(15分値)		25%以上	20～24%	15～19%	14%以下	
	BUN (SUN)					25～39mg/dL	40mg/dL 以上
	尿蛋白		−	+			
	尿沈渣所見		正常	異常			
眼底	高血圧性所見（H）		異常なし	動脈径の狭細化（随伴静脈の1/2以下）	明瞭な動脈口径不同または1/3以下の狭細化	血管攣縮性網膜症	乳頭浮腫
	動脈硬化性所見（S）		硬化所見なし	動脈壁の明らかな反射亢進，depression, humping	tapering	banking 高度のconcelment	高度の反射亢進（銀線動脈）
	総合		H_0—S_0	H_1—S_{0-1}（H_0—S_1 を含む）	H_1—S_{2-4} H_2—S_{4-4}	H_3—S_{0-4}	H_4—S_{0-4}

脂肪の高いものにはクロフィブレートなどの脱コレステロール剤を長期に投与することもよいであろう．また，そのまえに飽和脂酸に富む牛豚脂・バター・卵黄・チョコレート・ラードなどを制限し，また，蔗糖を制限することが必要である．血圧を調節するために降圧剤を服用する必要はあるが，このさい，心不全，狭心症を誘発す

るおそれのあるアプレソリンは避けるべきである．レセルピンも心不全のある時，とくにジギタリスとの併用をさける方がよいといわれ，わたくしは用いない．

9）うっ血性心不全の早期発見・予防・治療

『心不全の早期発見・予防および治療についてお教えください』

うっ血性心不全には肺性心のように，右心不全ではじまるものもあり，そのばあいは肝腫脹・胃腸障害（食欲不振・下痢など）・尿量減少（乏尿）・浮腫などの症状があらわれるが，多くのばあい，左心不全からはじまり，それが右心不全を伴い，両室不全となるので，僧帽弁閉鎖不全症・大動脈弁閉鎖不全症や高血圧性心疾患による心不全がそのよい例であろう．このように左心不全をもってはじまるさい，明らかな呼吸困難（高度になると起坐呼吸，また特殊なものとして心臓喘息をおこす）・咳・喀痰の症状を示す前兆として，平生は無症状であるが，階段上昇や長距離を歩行させると息切れ・呼吸困難がおこるということがあり，これが心不全の早期発見のうえで重要な症状でよく注意せねばならない．このいわゆる労作性呼吸困難は軽度の心不全の徴候で，ニューヨーク心臓病学会の機能分類（下表）によると第2度に相当するもので，いわば潜在性心不全である．呼吸困難が労作時や労作直後におこらず，その後就寝してからおこるばあいがあり，これも広い意味の労作性呼吸困難で，昼間の運動が過激すぎることを意味する．まちがえてはならないのは単なる動悸で，呼吸困難を伴わないものは必ずしも心不全とはいえない．他のいろいろな原因で単なる動悸はおこる．

ニューヨーク心臓病学会（NYHA）の機能分類

第1度
身体活動に制限をきたさない．日常労作で自覚症状があらわれない．

第2度
身体活動の軽度制限をきたす．安静時には症状はないが日常労作で症状があらわれる．

第3度
高度の活動制限，安静時には症状はないが，日常普通以下の労作で症状があらわれる．

第4度
どんなわずかな身体活動もできない．安静時にも症状があり，普通以下の労作で増強する．

10）管理・予防接種

『先天性心疾患の管理を総括的に，また予防接種の方法，適否を臨床症状別に具体的にご解説ください』

先天性心疾患例の管理は大きくわけて，①感染症の予防，②発育を遅れないようにする，③運動量を適当量まで制限する，④感染症あるいは心不全を早期に発見し，治療を受けるように指導する，の4つからなる．

感染症の予防はきわめて重要であり，そのためには①感染の機会を少なくする（人ごみへの外出，旅行），②過労を避ける，③予防接種を受けさせるの3つが必要である．

この意味では予防接種はむしろ積極的に受けるように指導すべきであるが，現在では法律上の禁忌に心疾患が入っているのが問題である．この意味では本症における予防接種は集団予防ではなく，各個予防であるということになり，あくまで患児の保護者の希望という形をとらなければならない．

実際に予防接種をおこなうさいに問題になるのはその副作用であり，とくにチアノーゼの高度の例など発熱によって症状が悪化するのがおそれられることになる．

実際に，ツ反とBCG・ポリオ生ワクチンは心疾患例に施行してほとんど問題がなく，日本脳炎もきわめて問題が少ない．問題になるのは発熱をきたす可能性のある種痘と，百日咳・ジフテリアおよび破傷風の三者混合ワクチンである．

ただし種痘については最近は一般にリスター株が用いられるようになり問題は少なくなった．近い将来に種痘は強制接種をおこなわなくなる気運にあるので，現在では心疾患児に対しては積極的にはすすめない．

三者混合ワクチンについては，軽症例に対しては正常と同様に3回法でおこなう．中等症以上の例に対しては，著者は各回を，0.3mL，0.5mL，0.5mL，0.7mLというように4回以上に分けて注射しているが，重症度と患児の年齢により多少加減し，重い例ほど少量としている．また発熱しやすい例に対してはあらかじめ解熱用の坐薬などを与えておく．

なお発熱などの副作用が強いチフスの予防接種はとくに必要がない限り避けさせる．

麻疹のLワクチンの接種は最近副作用が少なくなったのですすめている．　<大国真彦>

11) 心臓病管理指導区分

学校名	学年・組	氏　名	診断名	管理指導区分

医療面からの区分	病状の程度にもとづいての生活規正面からの区分	教育活動に対する保健的配慮									
		室内授業	体育				学校行事	クラブ活動			家庭学習
			軽度 徒手運動，リズム運動等	中等度 軽度の器械運動，ボール運動等	高度 高度の器械運動，ボール運動及び陸上運動等（特に競争）	水泳	（校外進出）林間・臨海学校，遠足，修学旅行等	軽度 文化的クラブ活動	中等度 奉仕的クラブ活動	高度 スポーツ的クラブ活動	
1 要医療 入院あるいは家庭において医療を必要とするもの	A 高度の病変があり学業を休む必要のあるもの（要休業）	禁止									
	B 相当高度の病変があり学業に制限を加える必要のあるもの（高度制限）	ぐあいの悪い時は休む	出来るだけ禁止または運動種目により身体状況を考慮して許可	禁止	禁止	禁止	禁止	禁止 または本人の身体状況，希望を考慮して許可	禁止	禁止	ぐあいの悪い時は休む
2 要観察(1) 異常のある時および3～6か月に1回受診し必要があれば医療をおこなうもの	C 中等度の病変がありある程度学業に制限を加える必要のあるもの（中等度制限）	ぐあいの悪い時は休む	疲労しない程度	運動種目により身体状況を考慮して許可	禁止	禁止 または水浴程度にとどめる	長期間宿泊，長距離の校外進出および登山は禁止	疲労しない程度	疲労しない程度	禁止	ぐあいの悪い時は休む
	D 軽度の病変があり学業に注意しながらほぼ正常におこなってよいもの（要注意）	普通	普通	疲労しない程度	疲労しない程度，ただし競争はさける	遠泳および競泳は不可	身体状況を考慮して参加 ただし高山の登山は禁止	普通	疲労しない程度	禁止または種目により本人の身体状況，希望を考慮して許可	普通
3 要観察(2) 異常のあるときおよび1年に1回受診し，必要があれば医療をおこなうもの	E 今までにリウマチ熱にかかったことはあるが心臓病になっていないもの，あるいはその他観察を要すると思われるもので学業は正常におこなってよいもの（普通）	普通									
生活規正面および医療面の各区分を組合わせて健康管理をおこなうものとする		運動会はA以外は参加，ただし参加前に受診し，運動種目を制限する				校外進出は距離，宿泊期間を考慮し決定する 内容に関しては他の項目を参照すること		クラブ活動は本人の希望，身体状況を考慮して決定する			

一般的注意事項

1. 心身の過労をさける
2. すいみんを十分にとる
3. 規則正しい生活
4. 自分の健康状態にあった運動と準備運動の励行
5. 過食をつつしみ，栄養価の高いもの，特にビタミン類の補給
6. 偏食をしない
7. 便通をととのえる
8. 身体をせいけつにする
9. 感染症の予防と早期治療
10. 細菌性心内膜炎の予防と早期治療
    抜歯，扁摘など→一過性菌血症→細菌性心内膜炎
11. リウマチ熱の予防と早期治療
    ようれん菌感染症→リウマチ熱→心臓弁膜症
12. 心症状がないからといって，油断せず，少なくとも年1回の検診にて経過をみる必要がある
13. 本人の自覚および保護者，学校の先生等の理解が大切である
14. 異常がある時はただちに受診し適当な処置をとること

備　考

〔注意〕　管理指導区分を原則とするも，本人の身体状況と校医その他の医師，保護者および教員の意見等を考慮して慎重におこなうこと．

12) 若年者（児童・生徒）の器質的心疾患重症度区分基準表

医療面からの区分	病状の程度にもとづいての生活規正面からの区分	臨床症状および一般検査所見							
		体動能力	チアノーゼ	心拡大（胸部X線）	心電図				不整脈
					心室肥大			ST-T および QT 時間の変化	
1 要医療 入院あるいは家庭において医療を必要とするもの	A 高度の病変があり学業を休む必要のあるもの（要休業）	少しの体動でどうき，呼吸困難があり，常時，他人の助ける要するもの	常にチアノーゼがあり，少しの体動で呼吸困難をきたし，他人の助けを要するもの	中等度以上の心拡大（CTR ≧55%）	右室肥大 不完全右脚ブロック型 r>R′	左室肥大	両室肥大	高度の変化 Isceemic 型の ST 降下 ≧0.1mV T逆転 (I, V_5, V_6) QT 時間の著明な延長	心房細・粗動 多源性期外収縮 ADAMS-STOKES 症候群など
	B 相当高度の病変があり学業に制限を加える必要のあるもの（高度制限）	平地歩行でもどうき，息切れをきたすことがあり，一部他人の助けを要するもの	常にチアノーゼがあり平地歩行で呼吸困難をきたし，一部他人の助けを要するもの						多発性期外収縮 房室ブロック（II度以上），房室解離完全脚ブロック，WPW 症候群など
2 要観察(1) 異常のある時および3か月～6か月に1回受診し，必要があれば医療をおこなうもの	C 中等度の病変がありある程度学業に制限を加える必要のあるもの（中等度制限）	階段の登り降りまたはかけ足程度でどうき，息切れの強いもの	常に軽度のチアノーゼがあるかまたは運動負荷によりチアノーゼをきたすもの					中等度の変化	
3 要観察(2) 異常のある時および1年に1回受診し，必要があれば医療をおこなうもの	D 軽度の病変があり学業は注意しながらほぼ正常におこなってよいもの（要注意）	器質的心疾患あるも上記所見のないもの							
	E 今までにリウマチ熱にかかったことはあるが心臓病になっていないもの，あるいはその他観察を要すると思われるもので学業は正常におこなってよいもの（普通）	現在明らかな器質的心疾患はないが，その疑いがあるもの，将来，心疾患をおこす可能性があるもの，その他経過観察を必要とするものなど							

13) 心疾患患者の社会適応

『職業選択・結婚・妊娠など心疾患患者の社会適応についてお教えください』

心疾患の種類と重症度によって社会適応が異なる．

先天性心疾患例にせよ，リウマチ性弁膜症例にせよ心疾患が存在するということは，就職のさいにはいちじるしく不利であり，とくに大企業への採択は困難である．また肉体的重労働職種への就職も好ましくない．したがって自家営業または中小企業における事務系あるいは軽労働職種への就職が多くなる．

この意味では心疾患患者にはできるだけ高等教育を受けさせるようにすすめ，事務系職業が選択できるようにさせるのがよい．

軽症の心室中隔欠損，および心房中隔欠損，あるいは軽症の僧帽弁閉鎖不全は作業能力的には健康者とあまり変らない職業選択・結婚・妊娠ができると考えてよい．

根治手術を受けて完全に治癒した先天性心疾患例についてもほぼ健康者と同様に扱ってよい．ただし心拡大が修復されていることを確認することが必要である．

リウマチ性弁膜症のうちでは僧帽弁閉鎖不全症例は，経口ペニシリンによる再発予防法をおこなっていれば悪化することは少なく，逆に心雑音が減弱してゆくものであるので問題は少ない．しかし大動脈弁閉鎖不全症・僧帽弁狭窄症あるいは連合弁膜症は自然軽快は望みにくく，再発予防法を怠れば悪化してゆく傾向がある．

したがって僧帽弁狭窄症と大動脈弁開鎖不全症については管理の良否が社会適応を大きく左右する．たとえば大動脈弁閉鎖不全症は平均年で悪化してゆくが，著者らが管理しているものはだいたい10年間心拡大は進行していない．このことは妊娠・出産についてもいえるわけで，妊娠の初期から十分に管理されている例は，妊娠・出産による死亡事故は少ない．

New York Heart Association の機能分類で第1度，第2度のものはだいたい妊娠・出産によく耐えると考えてよい．第3度，第4度の例に対しては原則として妊娠・出産をすすめない．

出産後の感染の危険も心疾患例では少なくない．したがって心疾患例においては出産後の抗生物質療法・再発予防法についても十分におこなうように注意することが必要である．一般に中等症以上の例に対しては出産はなるべく1回にとどめるように指導している．1回目の出産は順調であったのに2回目の出産で悪化する例がかなりみられることによる．

<大國真彦>

（〒 162　新宿区山吹町 69）

診療用英会話

GENERAL INSTRUCTIONS IN ENGLISH RELATED TO MEDICAL EXAMINATIONS

＝銀座・菊地病院英会話ゼミナー＝

外科系診察室での英会話
CONVERSATION RELATED TO SURGICAL EXAMINATIONS

1. どうしましたか？
   What seems to be the difficulty?
2. けがですか？
   Do you have an injury?
3. 何で怪我しましたか？
   How did you injure yourself?
4. ここは痛みますか？
   Is there pain here?
5. 頸を左右に動かしてごらんなさい．
   Please try to move your neck from side to side.
6. 両方の手を上にあげてみて下さい．
   Please raise your hands and arms.
7. 肩が痛みますか？
   Do you have pain in your shoulder?
8. 胸を見ましょう．
   Let me examine your chest.
9. 肋骨が痛みますか？
   Do you have pain in your ribs?
10. 背中をみましょう．
    Let me examine your back.
11. 背骨をたたいてみますが，もし痛かったらおっしゃって下さい．
    I will tap your backbone with this instrument. If there in any pain please tell me.
12. 腹をみましょう．
    Let me examine your stomach.
13. 圧した時にどこか痛みますか？
    I will press here and there. If there is any pain please tell me.
14. 両方の足をみましょう．
    Let me examine your feet and legs.
15. 膝を曲げて下さい．
    Please bend your knees.

16. 足の先を動かしてごらんなさい.
Plese move your toes.

17. どこか痛いところがありましたらおっしゃって下さい.
If there is pain anyplace, please tell me.

18. 今のところ大した怪我ではないと思います. 御心配ないでしょう.
I don't think it's a serious injury. Please don't worry.

19. 少し出血がありますから一寸ぬい合せて血を止めます.
There is a little bleeding. Let me stich it slightly to stop the bleeding.

20. 痛み止めの注射を先にいたします. 一寸がまんして下さい.
Before stiching I will give you an injection, so there will be no pain. There will be a slight pain, but don't worry.

21. 化膿するといけませんから予防注射をしておきます.
We must prevent infection. I will give you an immunization.

22. 今まで特別の薬に対してアラジーとかその他の反応を覚えていますか?
Have you ever had allergies to any kind of medicines? Do you remember any such allergies?

23. 骨がどんな風かレントゲン(X-Ray)検査をします. (骨に異常が無いかをみるために) あちらの検査室に看護婦と一緒に行って下さい.
We must take X-Rrays to see if there are bone abnormalities. Please go to the X-ray room with the nurse.

24. 骨は大丈夫です. 御安心下さい.
湿布程度で早くなおります.
The X-rays are negative. The X-ray is negative.
Please don't worry. With this wet dressing, it will heal quickly.

25. 骨折がありますから, 副木をあてて, 固定包帯します.
手は下げない方がよいので, 肩からつります.
You have a fracture. I will use a splint. And then I will bandage it.
Please use this sling to keep your arm raised.

26. 足を高くしておやすみ下さい. その方が早く治ります.
Please keep your leg raised. This will help it to heal quickly.

27. 入院して下さい.
You must (should) be hospitalized. (I think you should be hospitalized.)

28. 2～3日たって腫れがひいた時にギブスをまきますから.
After two or three days the swelling will reduce. Then I will put it in a cast.

29. 手術室に行って下さい. そこで傷の手当をします.
Please go to the operating room. I will take care of your injury there.

30. 炎症の程度を知るために, 白血球検査をいたします.
白血球が多くなっていませんから炎症は少ない.
白血球が多くなっています. これではひどくなる心配がありますから手術しましょう.

We must take your white blood count. Then we can determine the extent of infection. The white blood count is not high. There is very little infection. The white blood count is high. There is considerable infection, so you need an operation.

31. 虫垂炎です．早く手術した方が安全です．1週間位入院されねばならないでしょう．
You have appendicitis. It's better to have an operation quickly. You will have to be in the hospital for about a week.

32. 胃潰瘍です．今直ぐに手術の必要はありませんが，大出血や穿孔がこわいから，当分の間入院して安静にする必要があります．入院した上でいろいろな検査，例えば，X線や種々の胃腸の検査をやりましょう．
Yon have a stomach ulcer. You don't need an operation immediately. But to prevent massive bleeding and perforations, you must be hospitalized. You must remain quiet in the hospital for a period of time. After you are admitted, we will give various tests. For example, X-rays and various gastro-intestinal tests.

33. 胆嚢炎か胆石症と思いますから，入院した上でその方の特別な検査をしてみましょう．
I think you have a gall bladder condition or a gall stone. You should be hospitalized, so we can give you special examinations.

34. 今直に入院して手当を十分にした方が安全ですよ．
I think it would be wise to enter the hospital now. If you do so, I don't think there will be any special worry.

35. 急に悪くなるとは思いませんから，何れあなたの御都合のよい時に改めて入院して下さい．
I don't think your condition is such as would require immediate hospitalization. But you can enter at a convenient time for you.

36. この骨折は入院して手術した方が早くなおります．
大体入院は3週間位ですが，すっかり治るまでには2～3か月みて下さい．
If you enter the hospital now and have an operation, I think this fracture will heal quickly. About 3 weeks of hospitalization is necessary. But it will take 2 or 3 months for complete recovery.

37. この傷あとは殆ど残らない位だと思います．
(少しは傷あとが残ると思いますよ．やむをえませんね．)
I think this scar will heal completely. (I think there will be a slight scar. It can't be helped.)

38. 出血が多いので輸血をする必要があります．あなたの血液型は，A, B, O, AB のうちどれだか覚えていますか？ こちらで改めてしらべてたしかめた上で輸血します．
There is loss of blood. You need a transfusion. What is your blood type-A, B, O or AB. Do you remember? To be sure we will determine the type here. Then we will give you a transfusion.

レントゲン検査
X-RAY EXAMINATION

胸 CHEST :

1. そこの更衣室で上半身裸になって下さい.
   Strip to the waist in the dressing room please.
2. こちらに来て下さい.
   Come over here please.
3. そのまま動かないで下さい.
   Do not move please.
4. 大きく息を吸って，そこで息をとめて下さい.
   Take a deep breath, hold it.
5. はい楽にして下さい.
   Relax please.
6. 次に，体を左（右）に横向きになって下さい.
   Next, please move your body to the left (right).
7. はい，これで終わりました.
   That's all.

腹部 ABDOMEN :

1. パンツを残して着物を全部ぬぎ，このガウンに着換えて下さい.
   Remove all your clothes except your underpants, and put on this gown, please.
2. あおむけに寝て下さい.
   Please lie on your back.
3. お腹で深く息を吸って，はき出して，そこで息をしっかりとめて.
   Breathe deeply from your stomach, release it, then hold your breath.
4. はい，楽にして下さい.
   Relax please.
5. ここに立って下さい.
   Please stand here.
6. そのまま動かないで下さい.
   Please do not move.
7. はい楽にして下さい．これで終わりです.
   Relax please. That's all.

胃 STOMACH :

1. どうぞお入り下さい.
   Come in, please.
2. パンツだけ残して着物を全部ぬいで，このガウンに着換えて下さい.
   Remove all your clothes except your underpants, and put on this gown, please.
3. こちらの台にスリッパを脱いで上って下さい.

Remove your footwear and sit on the table, please.

4. 小さいコップを取って中味を全部口に含んで下さい．ただしそれを飲み込まないで下さい．
   Pick up the small cup, put the content in your mouth, but please do not swallow it.
5. 大きいコップを取って一口だけ飲んで下さい．
   Pick up the big glass and take a large bit.
6. ゲップを絶対に出さないで下さい．
   Be absolutely sure not to belch!
7. お腹をふくらまして下さい．ゆるめて下さい．くり返して下さい．
   Please extend your abdomen. Pull in your abdomen. Please repeat.
8. はい楽にして下さい．
   Please relax.
9. 台の方をむいて体を台につけて下さい．台が動きます．
   Face the table and press your body against it. The X-ray table will move.
10. 私がとめて下さいといった時お腹の息をしっかりととめて下さい．
    Be absolutely sure to hold your breath when I tell you to.
11. はい楽にして下さい．
    Relax please.
12. 右回りで上向きになって下さい．
    Please turn from your right side and lie on your back.
13. 右側を少し起こして下さい，45度位．
    Turn on your right side, about 45 degrees.
14. 次は左側を少し（45度位）起こして下さい．
    Next turn on your left side, about 45 degrees.
15. 台が動きますから静かにしていて下さい．
    The table will move ; please remain quietly.
16. 右側を前に出して下さい．
    Turn to your right side.
17. 全部終わりました．
    That's all.
18. もう一つご注意．便秘することがありますがご心配ありません．
    One more thing. There may be slight constipation. Please don't worry about it.

カルテの前で

正月のアクシデント

野村　寛

今年の元旦は好天候に恵まれて，屠蘇，雑煮を祝うべく膳に着くと，何時も元気に「ウマウマ」と言い寄ってくる1年半になる拙孫がションボリとして嫁に抱かれて，御馳走に箸をつけようとしないで「イタイイタイ」と言い続けている。嫁が別室に行ってオムツを交換して帰って来て「巌のオチンチンが腫れて何時も簡単に圧入出来るんですが，今日は駄目です」とのこと，最速倅が行って見て，戻って来て「鼠径ヘルニアがインカンセラタになって来たらしい，市内の開業医に御願いしても三元日は無理でしょうから，日大母校の若林教室に御願いして見ましょう」とのこと，最速電話を掛けて照会して見ると，「医局は休診だが，御困りのようですから，最速特別に診て上げましょう」との宿直医の返電，倅の自動車で入院の用意をして出発することになった。

御祝は簡単に済まして，年賀に見えた外科の先生（従兄弟）にそれとなく伺って見ると，「最近では「ヘルニアバンド」で待期するより，癒着の来ない間にガス麻酔下オペした方がよろしいです」とのこと，衆議一決倅一行を送り出したのは夕刻4時頃になった。婦長は「苦しい時の神頼み」と冗談を云いながら，裏の鎮守様に「願かけ」に走り，家中文字通りテンヤワンヤ。午後7時頃倅から電話，宿直の先生は確かに「インカンセラタ」になりかかっているが8日まで待って，医局の再会「オペ」第1号にしましょう，ここまで来ていれば例え「インカンセラタ」になっても13時間位は大丈夫です」とのこと，10時頃倅が帰って来てヘルニア嵌納して圧抵帯を施してあるので拙孫は母の膝で寝ている。それからの1週間は薄氷を踏む思い，でも拙孫は元気なもので，痛みがなくなったので寒い廊下を玩具を押して遊んでいる。

いよいよ7日入院すべく出発した。家のものが心配するので小生の治験例を説明して聞かした。

小生の体験談は15年前のもので年齢30歳のヘルニア帯を着けたまま2児の経産婦，小生が手術を約束して，「アレキサンダー氏」兼「セルニー氏」の手術をすることになった，先ず型の如く「アレキ」をやり，患側の方を施行すべく，良く診ると，確かに「ヘルニア嚢」と円靱帯とが強く癒着している。これを鈍性，鋭性に剝離して，内容嵌納し，嚢切除して「アレキ」の縫合をし，管口を見ると大部拡開している。依って「セルニー」の手術で円靱帯下半分を「トジ縫い」したことを憶い出し，「ロッツンドム」の上半分は「アレキ」，下半分を「セルニ」したことになることを強調，家の者を安心させた。

さて8日 OP 当日午前中倅から電話が入って来て，倅の親友本田先生執刀，医局長麻酔係にて無事 OP 終了，やはり「セルニー」を施し，停留睾丸の矯正術を行い，要手術時間1時間であった。1歳半で体重15 kg の子供故回復も早く，翌日空腹に耐えかねて配膳車のおかずを失敬する有様，流石は小児外科のメッカ若林教室の施術です。

（〒371　前橋市千代田町 3-12-18）

同僚O君の負傷

樋渡喜一

事故は思わざる時におこる。一瞬の油断が大事故に連なるというのは単に交通事故ばかりではない。

5月3日は国民の祝日，保険の請求書書きにも

「飽き」が来て折からの好天に，コースでもまわろうかとK君を誘った。K君はO君も誘っていつもの同僚3人，昼頃から「いわき」ゴルフ場でラウンドした。インの17番は約130ヤードの川越えの打ち下ろしショートホール。3人はグリーンにオンさせて，後続の組に打たせる合図をした。午後4時頃である。K君と僕はグリーン奥の一番遠い所で待期，O君はグリーンの傍に立って，後続組のティーショットを見ていた。第一番目のプレーヤーが打って間もなくO君は「アッ！」と云って目を押さえてしゃがみこんだ。外科医のK君はすぐかけ寄って，見て「眼をやられた！　大変だ！すぐ医者へ！」といってO君を連れてクラブハウスへ。

僕は用具を片づけて少しおくれて行った。その間考えたことは，この休日に適当な医療機関が開いているだろうか，殊に眼科という数の多くない医療機関が……。同僚のゴルフ仲間の眼科のN君は，コンペで他のゴルフ場に行っている筈だ，とにかく心配であったが，クラブハウスに着いて見たら，幸い近くのいわき市立病院に丁度眼科医が居て，そこに運んだということで一先ず安心。後で聞いたことであるが，前日やはり眼の外傷があってその見回りに出勤したところであったという。実に幸運であった。僕もすぐかけつけてその眼科医といろいろ打合わせ，とにかく手術することになった。眼鏡がこわれて，その硝子が眼球まで刺さったので，場合によっては眼球摘出かも……というわけであるがとにかく出来るだけ保存的にやろうということである。

手術室に入って終わりまで手術に立会った。顕微鏡下にやる検査や手術ははじめて見るものである。虹彩脱出もあり，水晶体も多少脱出し，角膜も横斜めに切れているということであったが，中に異物は入っていない。微細な手術の後で，担任の眼科医は最初予想したより軽くすむかもしれない。外傷性白内障はおこすであろうが，それは再手術をすればおそらく視力もある程度回復するだろうとのことである。感染と交感性眼炎を防ぐための処置をすればよいのであるが，それは外科の方と相談しながらやるということであった。抗生物質やステロイドが主になるという。

軽度の糖尿のあるO君のことであるが，念入りな治療の結果経過は良好で約1か月で一先ず退院することが出来て元気である。負傷した左眼は眼前手動識別の程度とのことであり，半年位を経て白内障の再手術をする予定とのこと。やや肥りぎみの彼はこの間に約 8kg 体重が減少したという。

事件は以上の通りであるがこのことから二つのことを学んだ。一つは事故はホンの一寸した油断からおこるということ。ゴルフではルールやエチケットを守って遠くに避けて居ればいくらフックしたとは云え打球を受けることは無かった筈だ。ゴルフを始めて10年にもなる彼にしては全く不用意であった。丁度西の方の高い所にティグランドがあったので雲はあったが太陽に向かっては飛んで来る球は見えないのが当り前である。万に一つのケースではあろうが当事者にとっては全くあきらめ切れない事故であろう。

もう一つの教訓は医療の事である。病院の人達は医師も看護婦も全く頭の下るような活動をしてくれた。手術室で立会っている間，K君とささやき合った事であるが，一挙手一投足これすべてサービス精神に満ちていたと云ってよく，見ているわれわれに対しても心くばりを怠らなかった。休日であるのに眼科医の他外科医まで出て来て協力してくれたし看護婦の働きにもすべて感心させられて，われわれも大いに考えねばならぬと話合った事であった。

（〒318　高萩市大和町 2-59）

観田庵雑記

大山　彰久
（ペンネーム）

○どうも情緒の粗雑になって行くように思われてならない毎日であるが，思いやりとか心配させられるようなこころ遣いは，大へん大事なものではないかと思う。医学の根底にあるべき，臨床経験とか，こころ遣い等が，あの点数の中には組み

こめないものなのか。考えると，根本的な悲しい矛盾が余りに多すぎるようである。

○先日の丸山教授の「ワクチンの話」は大へん色々の事を考えさせられた。

もし医学の目的が人間の病気を予防したり，治す事，または死を長びかせる作用に尽きるとすれば，胃癌を切除して，「あと半年」といわれたのが「1年半生きのびた」という延命効果は，やはり生命の厳粛な事実なのだから，このワクチンの効果として，例えそれがいかなる機序によってこうなるということが不明確でも，不明なままに，大いに意義のある事ではないかと考える。あの多彩な教授の症例の数をみても，私の一使用経験も含めて，効果は疑えない事実として，心から丸山ワクチンに敬意を表するものである。さらに今後，早期癌や，脳腫瘍，皮膚癌，侵入癌の多くにも追試が行われる事を期待したいし，早く世界的な栄誉が，丸山教授に授与される事を祈りたい。

○今年に入り川崎熱を1例経験した。松○義○1歳半の男子で，49.1.21，初診時 39°C の発熱，顔に赤っぽい米粒大の発疹，22日 38.8°C ほとんど発疹は駆幹へ，両耳下腺及び両顎下腺の腫脹あり，23日 39°C，24日 37.7C，25日 37.7°C と。22日にステロイド投与するも（抗生物質も）急に解熱せず，脱水，重症口内炎併発のため，某病院に入院を奨めた。1週間程して退院して来た。この症例の珍らしい点は，発病2週間目頃から，両手と両足の爪が全部はえ変わった事である。このはえ変わりには驚いた。今までの報告例は1,500例から1,600例の間らしい。余り珍らしくもないのかもしれないが，始めて出会うということは，その病気の認識を新にするようである。ステロイドを使った事と経過が割に良かった事は，感謝したいような気持ちである。実は飯田橋の母校の第1病院に行き，小児科の清水先生におききした時，ステロイドは使った方が良いようだと云われた時は，ほっとした。この子供は最近扁桃炎でも来院したが，今のところ心臓も異常ないようである。

○6月15日土曜，午後6時より，日本医大第1病院の小児科懇話会に出た。北山徹博士のビールスの話を皆で拝聴した。大へん有益な話であったが，その中に特に，種痘を受けて，1分したら，その部を乾かさずに，酒精綿で拭っても，その効果は乾かして待つのと変わらないという事をお聞して，時間が省けて大へん良い事だと思った。

その時，1～2の先生にお尋ねしたのであるが，日頃診る咽頭，扁桃周辺の肉眼的所見は稍々類型化出来るのではないかと考えていたのであるが，この所見は何々ビールスと，今の段階では決められないそうである。これはどうやら手間と，時間が必要だからのようである。

○去年，私は観音経入門（松原氏著）という3本を読んだ。幼少の頃から，江戸っ子の故もあり，よく観音様にお参りに連れてゆかれた。そして，いま私はどうやら，観音経を信奉したいような気になっている。一人の叔父は死に直面して，「ああ今，この部屋に観音様が一杯いらっしゃる」と私に語った事があった。観音様は，一日一日，体も心も疲れを感じ，不安の時間の流れの中に，かすかなやすらぎを感じさせて呉れているようである。本との出会いも感謝である。

2，3人の若い人を前に観音様の話をしたらみなクスクス，ニヤニヤと顔を見合わせたが，私は，「観音様は凄く大きな，温い，優しい，無限の抱擁力のある方の様です」と説明しているのである。

（筆者は東京都大田区の会員）

書　評

専門医にきく消化器病の治療
編集　彦名尾良憲・本田利男
中外医学社編集

秦野市　大林輝明・西田一

A　先ずこの本を読んで最初に感ずる事は，解答者の選び方が非常にユニークである点だ。常日頃消化器を学ぶ者なら大部分が聞きなじんだ名前ばかりで親しみを感じると思う。

B　そう。この顔ぶれだと現代消化器病学の第一級の実力者が揃っているね。従来，ともすると地位や知名度を優先するきらいがなくもなかったが，その点実力本位の解答者ばかりとなると，この書の内容は真に重みのあるものという気がする。

A　早速内容だが，形式としては質問→解答の形だが複数の解答者によって語られている所が興味深い。当然異なった解答も出て来るわけだし読者にとっては大変勉強になる。

B　も一つ。編集上の特徴としてあげたいのは，ある項目の終わりに「編者より……」というまとめが入っている事。例えば，急性胃炎の最後にはシンドラーやパルマーの病型分類があり，胃癌の項の末尾には，図型入りでボールマン分類と早期胃癌の肉眼的分類が並んでいるという具合だ。これは読み終わったあと頭を纏めるのに役立つし，大変親切な編集であると思う。

A　さて前半のおもな症状から診断，治療までだが，何れも答が極めて簡明に纏まっている。これは，きっと出題者が字数を制限したためと思われるが，よくもこれだけ短かい文章でと感心させられる程中味は濃いいし豊富だ。薬の使い方も新しいし診断へのアプローチも最新の知識を得る事が出来る。

B　全くだ。例えば胃液検査の項目など特筆に価する。従来 Katsch-Kalk 法を金科玉条として来たわけだが，今や過去のものとなり「ガストリン法」や「ヒスタローグ法」が主流を占めるに至った事。そして日本消化器病学会胃液測定法検討委員会で一定の基準が作成されている事。更には，もう遊離塩酸度とか総酸度とかいった表現はしない事になった等々……。未だ一般の実地医家で御存知ない方も多いのではないだろうか？。

A　確かにそうだと思う。私自身もこれを読む迄これ程はっきりは知らなかったよ。

B　次は，おもな疾患に対する治療という後半部についてだが，胃疾患は中でも最も進歩の早い時代の花形的分野だから，そのとり上げ方も先端をゆく内容を披露しているのは当然だと思うし教えられる事も多い。一方今迄何となく理解しにくかった潰瘍性大腸炎とか限局性腸炎等にしても，解答者による見解の相異が興味を深くさせるし，現時点におけるそれなりの納得が出来た様な気がする。

A　そうだね。この様な古くして新しい分野は今少し詳しくかつ解答者の数など増やしたりして突っ込んで欲しかったとも思う。新しいと言えば吸収不良症候群や，乳糖不耐症なども時代の脚光を浴びているだけに，大きな項目で採り上げられている等申し分ないね。

B　要するに全編を通じて非専門医には又とない新知識の供給源となるし，専門医でも一応の整理と再確認が出来るというメリットを持っていると言えるね。

A　最後に肝，胆，膵についてはどうだろうか？

B　結論からいうと肝，胆，膵については旧態依然，治療上にも大した進歩がないということかな。

A　でも多少は新しいこともあるだろう？。例えば肝疾患を考える場合，第一ニトラリア抗原陽性と陰性の差から問題を提起したり……。

B　それはある。しかし治療法については，原則的に進歩はないようだ。ただ我々は急性肝炎というとすぐ，ステロイドにとびつきがちだがそれに対して警鐘をならすと共に，きめ細かい使用法がしめされているのは当然のことながら，再考再読させられたね，診断面で検査成績のきめ細かい読み方，考え方が提示されているのも良いね，特に慢性肝炎の急性増悪判定の指標は参考になる。

A　同感だ。もう一つ欲を言うと検査成績による肝炎各期の鑑別診断が一覧表になっているとより整理されて頭に入るのだが……。

B　それはちょっとぜいたくな注文かもしれないよ。読

者がひもときながら要点をノートして，自分なりに表を作成すれば良い。その方が自分のものになるんじゃないかな。

A　僕みたいなグータラ医者にはおっくうだな。やはり表がほしいね。君一つ作ってくれないかね。

B　すぐそれだ。まこの件はこのくらいにして胆についてだが，この章も今までに言いつくされたことを再確認するのに役立つ，特に大藤先生の手術適応に関するくだりはよく整理された内容が，的確簡明にしめされてすっきりよく分かる。

A　そうだね。胆道ジスキネジーは分かったような分からないような……

B　病気そのものが，分かったような分からないようなものだから仕方ないよ！

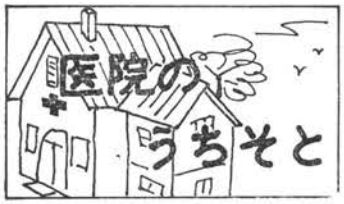
A　いよいよ，最後の膵だが，急性膵炎はいいとして性膵炎についても少し頁が欲しい気がするね。

B　同感だ。鑑別診断だけでなく，その本態，考え方を詳述してほしかったね。我々臨床医になっとくし易い，高山先生の論法もとり入れてあると面白かったと思う。

A　身びいきかもしれないが全く同感だ。高山説は主流でないかもしれないが，そうであれば，その反論も併せてのせてもらえるとなお良かったような気がするね。

B　膵で不満が出て来たね，まあそれはそれで全般としては，さっきも言った通り，こと消化器病の治療に関しては，再確認し新知識の整理という点でユニークな，いわば辞典をかねた本といえるね。

A　しかり，この本一冊あれば，消化器診療には不便を慢感じないね，座右においておきたいものだ。



あるG.p16年の生活から

渡辺　亮

先日 NHK TV で「白野弁十郎」（新国劇）島田正吾主演が上演された。これは有名なエドモン・ロスタンの「シラノドベルジュラック」の翻案（額田六福）である事は，7歳頃よりよく知っていた。哲学者，詩人，剣士，理学者，音楽家，毒舌家，そして巨大な鼻の持主の為世に入れられず，ロマン派的恋愛至上主義者兼毒舌の名人なりし彼の心境には，知らず知らずハンサムでない短身の少年には「シラノ」に同感すべき限りなき魅力の種があったのだと思う。

額田六福は腕の手術の為不具者であったが，それが彼の翻案化シナリオの成功した原因だったのだろう。私の知っているのは，崎田の白野，野村清一郎の来栖生馬（デクの棒のノッペリした色男「愛しています」以外のセリフしか吐けない青白きインテリ男）で，誰が千種姫（ロクサーヌ）を演じたのか，記憶がない。今回は，光本幸子役であったがAクラスの演技であった。戦後2，3回位（？）三津田健のシラノ，杉村春子，市原悦子のロクサーヌ，仲谷昇，北村和夫のクリスチャン etc. のスタッフあたりしか観た覚えがない。シラノ（弁十郎）は，生れつき鼻が zu groβ！ 母ですら彼を愛し得なかった。然しシラノ（弁十郎）は，多才な kraft を利用して，従妹のロマンチックで心のやさしい美女ロクサーヌ（千種姫）と愛の言葉をささやくテクニックを考えていた，偶然知ったクリスチャン（来栖生馬）（美男にして実行力なきムードレスの人間）の口を通じて彼シラノ自身の思いを千種姫（ロクサーヌ）に伝える事を思いついた訳だ。彼の才能は，とめどもなかった。zu groβ の鼻の持ち主恋愛至上主義者，そしてクリスチャン以上にロクサーヌを愛し続けたクリスチャンのスポークスマン，シラノの心境には，私にはたまらない魅力を感ずる。劇中シラノが，接吻のムードを説明する処がある。「くちづけとは……顔と顔を打ちよせて解けじと結ぶ誓いです。忘れぬ為の約束です。又固めを願うしるしです。それは耳の代りに口でするみそかごとでもあれば，又みつばちの羽音にもまごう無限の束の間でもあるのです。ああ接吻，それは無上に尊いものです。わがフランスの皇后も，世に幸多きイギリスの貴公子に一度の接吻を許されたためしもあるのです。皇后さえも！

かのバッキンガムの大公にも似た私は，悶々の情を胸にひめて帝の妃にも似しい貴女をお慕い申しつつ，かの大公と等しく悲しみながらも慕る想いを決して改めぬでしょう」（以上シラノ）「して貴方も大公の様に恋しう存じます」（ロクサーヌ）なるシーンは，胸にジーンと来る。クリスチャンの恋敵ドギシュは，ロクサーヌとクリスチャンへの復しゅうとして，彼を戦場に送り込んだ。シラノも同行してクリスチャンの名を借りて，声涙共に下る代筆の Love Letter をロクサーヌに送ったが，クリスチャンは戦死した。復員後シラノの行動毒舌は，ますます悪意を買い，遂にロクサーヌの目前で暗殺されるが，断末魔のシラノの口より流れるセリフはクリスチャンが戦場より送って来た Brief その儘だ。「いよいよ今宵こそ，いともいとも懐かしき君よ，なお未だ語り尽さぬ恋故に沈み勝ちなる心を抱きつつ早くも討死仕らんとは，酔えるが如きこの目をもて悦びに狂うこの瞳もて」「床しき君」……ロクサーヌ「その声こそ思えば初めて伺うお声でない」……シラノ声が衰えて，「恋しいロクサーヌ，私は恋していなかった」ロクサーヌ「十四年間何故黙っておいでになりました。この手紙の涙の痕はあなたのものではありませんか」……云々。

さていよいよ危篤「母は私を醜い子だと思ったのです。男になってからも恋しい女の目に宿るあざけりが恐しかった。唯あなたがいられたからこそ，少なくとも女友達を一人持つ事が出来たのです。面白くもない，私の生涯に，過ぎゆく女性のきぬずれの音を聞いたのも全くあなたのお陰です」……ここで私のロマンチシズムは涙となってハンカチの厄介になる。ロクサーヌ曰く「愛してます。」これだけで zu groβ の鼻の持主そしてひねくれ天才詩人の魂は満足し切って，天高く上昇していったろうと私は，共に涙する。小柄で外見のよくない内科医私の事など美女から愛される事もないし子供やFrauからもクソ味噌の医事評論を受ける毎日である。だから年中いろいろな意味で悶々とする事もある。田山花袋の「蒲団」近松秋江の「黒髪」伊藤たけ夫の「隣の嫁」広津柳浪の「今戸心中」藤田草平の「煤煙」を二十数年ぶりに読み返したり，又時々シラノ，ド，ベルジュラックの悲恋に涙し毎日暮しているである。

「初恋は涙に絶てど子の父となりて今なお胸の炎消えず」

（追伸） 元来私は比較的マジメ人間という事になっている。健保，税金，雇人問題，薬価，学問そして古都鎌倉の散歩，相撲，カブキ etc．年中頭の中を離れない。「実地医家ための会」の機関誌も一生懸命読破したい。宜しく今後もご指導願上げます。乱筆文をお詫びします。「ショック」や「筋原痛」更に平井先生その他諸先生の論文拝見し，見習って努力したく存じます。昨年は，近親に三人死者が出て大変悲しい思いをしました。健康は富よる勝るです。(Health is above wealth.)

（〒 221　横浜市神奈川区鶴屋町 1-8-6）

晴れのち曇り

——遠くて雷鳴が——

春日　豊和

K老人は仲間うちでも特別に身体が小さく，やせこけており，ゴルフ焼した真っ黒な顔には奇妙と思われるひどい猫背でもある。

下手な上に，キャリヤーもない私が，その伝統あるホームコースのプラコンの会に入れてもらえたのは大変うれしくはあったが，既に20年近くも長続きしている会であってみれば，お互いを綽名や，“チャンづけ”で呼び合っているお年寄の多いこの仲間に，当初は何とも面映ゆく，気兼ねすることが多かった。

片やポンコツ保険医，そして地下鉄や私鉄を乗りつぎクラブバスでコースに辿りつく私と異り，○○会社社長がずらりと並んでおり，お抱運転手つきで，ウィークデーのゴルフも思うままという相手であってみれば，何かにつけ私は目立たぬようお年寄の邪魔にならぬようと余計な気遣いをせねばならなかった。

そんな窮屈ななかまうちにあって，入会当時から皺くちゃの小さい顔をほころばせて，何彼と優しく親切な言葉をかけてくれるのはきまってこのK老人であった。

“調子どう！，若いんだから今日の優勝の本命と信じてますよ！　年寄は堅いゴルフだけど，迷わされないで，頑張って……！”といつも嬉しい激励を与えてくれるのだった。

競技会が終わってパーティの席でもK老人はわざわざ私の席を下座にとり，隣の私にビールをついでくれるのだった。“私は一切やらないんで，ワインでも一杯！”といってゴルフの後の湯上りのあの気分をレモンスカッションや，一杯のワインを更に氷水で薄めて，甜めるように楽しんで飲む老人の皺だらけの顔がほころぶのをみるのは大変楽しく，嬉しく，親しさを倍にも感ずるのだった。

この4月にその競技会の第200回という記念大会があった。終わって特に野田市の料亭にクラブの幹部を全部招待しての大パーティの席でK老人は部厚いアルバムを持ち歩いて一頁一頁に各人のサインを求め，余白にその人の当日撮影されたフエァウェイでの英姿！　を貼り“家宝にするんです！”と言いながら30人の仲間の間を楽しそうに歩き回っていた。

たまたま6月の競技会で私はK老人と組んだ，“これみてよね！　どお！”といって私にドライバーの素振りをみせてくれたが，丁度女子プロなみにしなう老体！“良くなったでしょう！”というと，“最近右胸が痛むのも練習不足のためと思ってさ，プロについてレッスンを受けたのよ……”と右の胸を抱え込むようにして私に話かけていた。

当日の老人のオープニングショットは素晴らしく，小さな身体で200ヤードもとばし，私は30ヤードもオーバードライブされていた。その上，第2打，第3打，パットも決まりK老人は見事にオープニングホームをパーでおさめていた。しかしコースが進むにつれて，次第にK老人は右胸を抱え，同時にショットの飛距離も落ちて行った。“どうもいかんですね！　胸が痛くて……”と言いながらもK老人は冗談口を叩きながら1ラウンドを終わった。たまたまあとのハーフのスタート寸前に，季節には早い雷雲がコースを蔽い，遠くではあっても無気味な雷鳴が聞えるや80歳の老会長が競技会の中止を告げた。そして“こんなに遠くででもカミナリが鳴り出すと気が散ってねエー！”と私に話かけるK老人の皺だらけの顔をみて私は慄然とした，あの朝のスタートの時の元気な顔色はすっかり影をひそめ，土気色をした疲れ果てた表情が読みとれたからである。

当日の競技会で全く運がつきまとって優勝した私に，いつものように私の隣に席をとったK老人はパーティの席上，何度も何度も“よかったね！　今日はどお！　ワシの予言が的中したでしょう”と言いながら，私の優勝を祝い“先生にウィスキーのダブルを……”といってとんだ祝儀までつけてくれるのだった。

U市へ帰る車に右胸を抑え，運転手にバッグを持たせて車に乗り込むK老人を見送って，私は1人クラブバスに乗ると，ノンキな鈍行の帰途についたが，猫背の背中

をなおも丸めて車り乗り込んでゆくK老人の後姿が思い返されてならなかった。

7月の恒例の競技会にK老人は姿をみせなかった。私の心の支え手と心していただけに，若しやあの右胸の痛みが？……と気遣われてならなかった。競技会の翌日である月曜の繁忙なアタフタ外来の最中，受付子が“Kさんというかたから……”と電話の旨を告げて来た。受話機を伝わる声はあの小声でボツボツ言うK老人の声であったが，長々とこと細かく語るK老人の物語の要旨はこうであった。

“6月の例会の翌日，長年の知友であるガンセンターの黒川先生を訪ねた所，検査の結果，胃にキズがあるとて，毎日注射を受けており，今日で15本目が終わったが，黒川先生が手術はしなくてもと仰言るからガンではないでしょうね”と言うことであり，“目方も3キロ増えた”と聞いた私は，“悪性のものなら体重は決って増えませんし，手当をしてても逆にやせる一方ですよ，黒川先生ならお見立ては日本一ですし，安心していらっしゃっていいでしょう！　ガンバッてください，1日も早くフェアウェイで！”といって電話を切った。

8月の暑い暑い例会にもK老人は姿をみせなかった。そして例会の翌日である月曜日にまた電話を寄越してくれた。

“昨日は誰が優勝？　自分もネ！　注射も30本終わり，5キロも目方が増えましたよ！　何でも美味しくてね……”と受話機の向うで皺深い老人の大喜びの顔が読みとれるのだった。そして“この分だと9月の例会には出られるかも知れませんよ！”と嬉しさイッパイの電話が切れた。

某ゴルフ雑誌社がこの小さな競技会を取材に来るというので，9月の競技会は揃いのブレザーに揃いの帽子という服装で全員が勢揃いしたが，K老人の姿を求めて走り回った私は，ついに見当らぬまま私はスタートした。たまたまクラブハウスに最も近いコースのグリーンに上がった私に“先生！”と言って木立の間から駆け寄って来たのはプレイ姿に身を固めたK老人だった。

“黒川先生がねもうプレイしても良いと許可をくれたのでネ！　ハーフくらいと思って！”

皺深い老人の顔はまさに喜色満面であり“よかったですね！”と求める私の握手にK老人は小さな両手を添えると“先生！　うれしいもんですね！”と言って思い切って握り返してくれた。

あいにく当日急用のあった私は競技会が終わると“後でゆっくり先生に相談したいことがある”といっていたK老人のことばにお付合する余裕もなく，パーティにも出席せず帰宅した。

明けて月曜日の午後，おさだまりのガチャ混み外来の中をK老人の声が受話機を通してとび込んで来た。

“昨日は先生御用があって早くお帰りになったんで本当に残念でした！　とうとう私は1ラウンドやっちゃったのよ！　しかし一向疲れませんし，今日黒川先生の診察を受けてもう大丈夫だ！　と言われましてね！”とのことだった。で“今日電話した一番相談したいことは，せっかく黒川先生が大丈夫！　と言ってくださったのに看護婦さんがカイヨウからガンになるのもあるから注意しろと言うんですよ！”それを聞いたとたんにガックリしちゃってね　とのことだった。

こともなげに“カイヨウからでもガンが出来る”と言った看護婦のことばが，気の優しく，小さいK老人の胸に痛々しく背中までも突き通してしまったのである。

“潰瘍はあくまで潰瘍！　ガンはガン，無駄な心配はしないで……”とK老人の心を引立てようとする私のことばが妙に白々しく自分にはね返って来てならなかった。

私はこのどうにもならないベルコン外来で，この看護婦同様，患者の心を不幸にするような言動の数々を犯してはいまいか？　と慄然と自分の心が冷え込むのを覚えたのである。　（〒162　東京都新宿区山吹町 69）

「へ」

すかんく生

昔から，屁に関する川柳やゴロ合わせはいろいろあるようだが，そのようなものや，人様から仕入れたものや，自分でひねり出したものをとりまぜて，屁の種々相を静かに考察してみたい。

まずイロハかるたの

「屁をひって　しりつぼめ」

はあまりにも有名，うっかり出してしまってから尻をつぼめても間に合わぬ？

「屁は屁元から　騒ぎ出し」

火は火元から……をもじったもの

「風呂の屁は　前と後に　泣きわかれ」

「屁をひって　かきまわし」

鼻っ先でボカッ，こいつは案外臭いが，湯気と一緒にすぐ上昇してしまうので，一瞬息をつめていればよい。

「わが物と　思えど一発　屁の臭さ」

でも自分のヤツはさほど臭くない，いや，時にはいい臭いと感ずるから不思議なもの。

「音ほどに　大したことない　屁の臭い」

「すかしっ屁　音のするより　いい臭い」

いい臭いとは，ずっと強烈という意味か？

「嫁の屁は　五臓六腑を　駈けめぐり」

がまんした時のことを思い出してみて下さい。

「客の屁は　踵の間で　もみほぐし」

いくらもみほぐしても，くさいものはくさい。

「屁はまだか　回診のたび　医者はきき」

「屁が出たか　おめでとうと　医者のいい」

「さあ食える　屁が出て患者　元気も出」

開腹手術後の常識だった。

「一発を　全国民が　待ちあぐね」

「ライオンの　屁を全国で　心配し」

「この屁　あたい　一発千金」

有名な浜口首相の屁物語り

「落語の屁　一発毎に　子を叱り」

「叱られて　これでは安い　屁の値段」

「てんしきや　所かわれば　屁もかわり」

前二つは，客に行って子供に責任を転嫁する咄

「寝床の屁　布団の襟から　顔を出し」

「夫婦の屁　二人の間を　かきわける」

「女房の屁　ふぐりをそっと　押し上げる」

わかってる，わかってる

「ラッシュ時の　降りる間際に　最後っ屁」

西俊英先生の急逝を悼む

上田篤次郎

会員西俊英先生が５月13日午後１時40分心筋硬塞で急逝された由，訃報に接したのは既に御葬儀が終わってからだった。

先生は私の母校日本医科大学の大先輩で，学生時代一度お目にかかり御世話になったものである。

それは昭和９年か10年の夏だったと思うが，その時分陸軍衛生部委託学生は大学が夏休みになると２週間，夏季教育と称して兵営内生活をさせられたものだった。

既に満州事変が始まっており，軍国主義の色濃い時代ではあったものの，医学部の日常は自由で，経済的にも余裕があったので，この夏季教育は非常な苦痛だった。

この時入隊したのは近衛歩兵第４連隊で，今の神宮球場前の青山高校のあるあたりである。

内務班で兵と一緒に起居し，いろいろな訓練を受けたものだが，「もう日が暮れるかな」と思う頃，やっと昼飯にありつく時刻になったばかりという状態で，１日とは何と長いものかと嘆いたものである。

この時先生が軍医大尉（当時は一等軍医という呼称）として吾々を訪ねられ，いろいろ御教示下さると共に，夏季教育を初めて引受ける部隊幹部にも，教育環境の改善について意見具申をして下さったもので，正に地獄で仏だったことを覚えている。

その後は勤務場所も別々で，御指導を受ける機会もなかったが，終戦後ソ連のいわゆる細菌戦裁判で，先生のお名前が報道されて驚いたものである。

この問題に触れることは，あるいは先生の御遺志に反し，失礼に当たることかも知れないが，先生の名誉のためにも敢えて筆をとるべきものと考えた。

先生は昭和20年の敗戦時ハルピンの731部隊すなわち石井部隊に勤務しておられ，ソ連に抑留されて，かの細菌戦裁判にかけられたのである。

石井部隊は石井四郎軍医少将が統轄しておられた防疫給水部の主体で，細菌戦の研究・準備をしていたことは事実だと思うが，細菌戦や化学兵器が第一次世界大戦後国際条約によって禁止されていたものの，この研究をしていない国はなかったと思う。

昭和15年頃の段階で，ドイツは細菌兵器を使っても，伝染病の流行を起こすには環境条件が大きな役割を果すので，戦術的効果は考えられても，戦略的効果は期待出来ないという見解を持っていたのに反し，ソ連は細菌兵器によって患者を発生させることが出来るとすれば，広大な地域に莫大な細菌兵器を使用することによって，戦略的効果は期待出来るという見解を持っていた情報がある。

そして満州では畠の瓜にコレラ菌が注射されたり，黒河近くで綿に沁み込ませた炭疽菌がばらまかれた，野外実験と思われることもソ連によってやられたらしい。

昭和20年，ソ連が日ソ不可侵条約を一方的に破って満州に侵入したとき，石井部隊長は敗戦を予期してハルピンの施設の主要部分を爆破して，航空機で日本に帰り，西先生は残留部隊としてソ連に抑留されたものと思う。

終戦後石井四郎氏は機を失せず731部隊の資料をGHQ

のアメリカ側に渡してから千葉県下に隠棲していたので，後にソ連から共産党を通じて戦犯容疑として告発されたが，有耶無耶になってしまったと聞いている。

確かに攻撃兵器として細菌を使うことは国際条約に違反しているかも知れないが，アメリカは石井氏を通じて，またソ連は731部隊の残留者を通じて，日本の細菌戦資料を入手し，自家薬籠中のものとしたことには口を拭い，あたかも非人道的細菌戦準備は日本だけがやったように批難したのである。

元来戦争に人道的な戦争などというものはある筈がないのに，如何に正義の名の下に非人道的な戦争が繰り返されたか，勝者による戦犯裁判なるものが報復的茶番劇に過ぎないことなどを考えると，人間の業（ごう）の深さを感ぜざるをえない。

先生がソ連において細菌戦裁判にかけられたということは，終戦後早くも始まった米ソ対立の政治的思惑からのものであって，先生の人格を傷つけるものではないことを確信している。

それどころか，細菌の短期，大量培養の研究などは予防接種液の製造など，いわゆる平和的利用の面で今日の基礎作りをしていたのではないかとさえ考える。

本会に入会されてからの先生は，御承知の方も多いと思うが，温厚篤実，例会では誰の発言にも興味深く耳を傾けられ，また地元では患者の信望を一身に集めておられたのである。

何年か前一度心筋硬塞を起こされ，その後静養に努められてお元気となられたが，今またその再発で急逝されたことは惜しみても余りあることである。

正しい歴史を後世に残すためにも，もっともっと先生にお話を伺って置くべきだったかも知れないが，今となってはそれも空しいことである。

ここに謹んで先生の御冥福を祈りつつ筆を擱く次第である。

（昭49.6.12　〒161　新宿区中落合4-4-15）

睡眠剤精神病

sleeping-pill psychosis

ふつうの量では安全と思われている睡眠剤も，これを過量に服用すると，精神病とくに精神分裂病によく似た症状を呈するが，こういったものを‘睡眠剤精神病’という。

アメリカで処方箋なしで販売されている睡眠剤，たとえば Compoz, Sominex, Sleep-Eze などは，テレビで広告されている関係もあって，一般には安全な睡眠剤だと考えられている。

しかし，これとて過量に服用すると，幻覚と精神分裂病様の行動を誘発しかねない——。

これはじつは，ワシントン病院センターの救急室へ，見当識を失い精神分裂病様の状態に陥って送られてきた患者36名について研究した結果，Kenneth Ullman 博士と Robert Groh 博士が発した警告である。

博士らによれば，上記患者のうち10名は，尿を検査した結果，処方箋なしで販売されている睡眠剤をのんでいたことが判明したという。また博士らは，多くの処方箋の中のカギ的有効成分であるスコポラミンが，それらの精神病的行動の原因にほかならないとほぼ確信している。

なかには，自殺の目的で50錠にも及ぶ睡眠剤を故意に服用していたものが，7名もいたのである。

しかし，スコポラミンと作用が相拮抗するサルチル酸フィソスチグミンを数回注射すると，たいていの患者は改善するとのことである。

(Dr. J. Urata)

伝　言　板

小世話人会からのお知らせ

小世話人会では，次の案件につき討議し決定した。

6月21日：

1）新しく松坂　勲先生に世話人をお願いしたのを機会に全世話人の分担を再検討し，整理する。

2）全国の大学図書館へ送っていた雑誌についてのアンケートを検討の結果，会のＰＲもかねて従前通り無料送付を行なうことに決定する。

3）7月の夕食会を行なうことを決定。

4）編集会議に要した費用は会に請求して貰うことにする。

5）10月12日～13日の岳温泉での例会は，小山先生に一任することに決定する。

6）定例世話人会を8月11日に開催することを決める。

7月19日

1）雑誌発送を学術図書に依頼すること決定する。

2）定例世話人会は8月11日，治作で開催することに決定，

3）会則作製の委員会を作ることを決める。

4）例会のテーマを会員から集める具体案について討議する。

5）会費の未納者の取扱い方を検討し，前回支払日が47年度中の人には7月中に請求書を出し8月中に入金を図る。8月中に入金のない会員には次号からの雑誌郵送を中止する。

6）雑誌の滞貨が，No.60 より各号400部ずつ，計1,600部あるので，これの有効な使い方を次回の世話人会で検討する。

7）春日先生より編集の原氏の退任の報告があり，実務的なことは学術図書の西山氏が行なうとの話があった。

8）人間の医学の編集に当って，編集権を確立する必要性を認める。

以上，6，7月の小世話人会で討議された案件についてご報告いたします。

日向野　晃一

編集部だより

7月27日，編集会議を開催し，原さん退職後の方針，部署の割当，内容の再検討，校正，原稿方法など，10項目にわたり熱い緊張した数時間を過しました。当日決定しました事項は次の通りです。何卒よろしく御協力下さるよう深くお願いいたします。

尚65号に同封しました“63，64号読後感”のアンケート締切期を問いませんので，今後のより良き“人間の医学”育成のため，必ず御投函下さるようお願いいたします。

7.27 編集会議議事内容

議題 1）について

巻頭言	——→ 継	——→担当	依田，渡辺
今日の研究と臨床	——→ 〃	——→ 〃	春日，鈴木
例　会	——→ 〃	——→ 〃	鈴木，依田
論　壇	——→ 〃	——→ 〃	秋月，春日
カルテの前で	——→ 〃	——→ 〃	本田，安田
医院のウチソト	——→ 〃	——→ 〃	本田，安田
特別寄稿	——→ 〃	——→ 〃	渡辺，春日
医院訪問	——→ 〃	——→ 〃	上田，依田
文献抄録	——→ 〃	——→ 〃	秋月，春日
医書合評	——→ 〃	——→ 〃	山田，新山
新刊紹介	——→ 〃	——→ 〃	新山，山田
座談会	——→間入	——→ 〃	秋月，上田
伝言板	——→ 継	——→ 〃	中尾
つぶやき集	——→ 〃	——→ 〃	中尾

・担当者は企画，原稿依頼，リライト，校正の責に任ずる

・規格として96ページをなるべく厳守，奇数月20日に発行

議題 2）について―新設欄

i）例会時アンケートによる意識調査，診療調査欄→担当鈴木

ii）ドラッグレビュー→担当春日

議題 3）について

個別方式→毎月第3土曜を編集会議とし，各個分担して原稿を依頼する。締切を翌月第2土曜とし，責任をもって催促をする

集団方式→“人間の医学”に原稿募集要綱を掲載し，これに当たる。

議題 4）について

・原則として毎月第3土曜日とする。8月18日，9月21日，10月19日，11月22日（金），12月21日

・原稿の宛先は整理の都合上，春日宛とされたい

春日は原稿到着次第，到着簿に必要事項を記入し，原稿内容により担当者に送付

・担当者はリライトを行ない，編集会議に持寄り，その取捨選択，割

付けを全員で行なう。

議題 5）について

“人間の医学”名物—誤植をなくしましょう！

校正会議として，例会，特別寄稿，今日の臨床と研究，論壇に絞ります。

ウルサイ原稿は著者校正に廻します。その他は個別方式で……

議題 6）について

改めて今日の時点で再考したいと思います。現在へキスト，医学研究社，各出版社より

議題 7）について

本項は議題 1）に準じます。その他写真，図案，その他の管理担当者をきめたいと思います。

議題 8）について

1号の編集費として応分の部費を会よりいただくことになりましたので，その額の決定を—毎月1万円より会より補助していただくことに決定

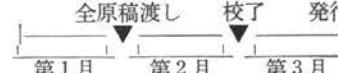
議題 9）

発送は65号より学術図書に一任しました。

その他：

・全原稿渡しを発行前々月末とする

・校了を発行前月末とする。



◇あとがき◇

—編集世話人つぶやき集—

○山田　辰一

満洲で育った私には梅雨が苦手で，身体の調子が出ないが，ようやく明けたので，久しく怠っていた通勤ハイキングを始めた。多少早起きをして南平台から道玄坂をつきぬけ，NHKを横目に見ながら競技場を通り，代々木公園傍を原宿駅まで歩いて山手線に乗ることにしている。広々とした道路で一汗かいて，太陽への恋心もついでにかなえさせる訳である。その朝が曇りなら，原宿まで一駅乗って，明治神宮の境内を野鳥の鳴き声を聞きながら代々木まで歩くのも楽しい。東京の散歩道も探せば結構あるものである。

ところで何時も思うのだが，通勤の若者はどうしてヨボヨボと歩くのが多いのだろう。ことに男に目立つのだが……。

○安田　勇治

去年の10月に入会させて頂きまだ先輩諸先生の顔と名前も憶えないうちに，編集部世話人をせよとのお話。頼まれるとイヤと云えない性分，時には頼まれもしないことさえ引きうけてしまうおろかな性癖も親からの遺産の一つか。編集のへの字も判らない癖にと後悔してみてもあとの祭，W先生からのお話で明後日迄に“つぶやき”をかけとのこと。“人間の医学”をひっくり返してみると“つぶやき”とはあとがきではないか。編集会議にも出ない，それこそ全く何にもしないうちにあとがきとは一体どういうことになるんだろうというのが私の“つぶやき”何はさておき宜しくお願い申上げます。

○本田　三郎

医系大学・学部への進学ブームは衰えるどころか，ますます加熱化しているようです。大繁昌の医系進学塾，ひときわ高い合格水準，巨額化する入学時寄付金の話など，いずれも異常現象とされ，マスコミの恰好の材料とされています。そして，医事評論家と称する人たちは，現象の上っ面を追うか，逆撫でするていどの議論をするだけで，目に触れて読むほどに白けた気持ちにさせられます。

では，私たち医師の中ではどんな見方や受け取り方がなされているのでしょうか。ある日の気の合った地区仲間の話を参考までに述べさせていただきます。要約しますと，

(1)医系進学ブームは物理的現象：高校進学率が90数%に達して義務教育化し，大学進学は大衆化したので，それだけ医系大学への志望者も数的に激増し，質的に高くなったのであり，これからも大学進学率が高まる以上，この傾向は変らないだろうとする見方。

(2)人間志向の強い傾斜：秀才たちが競って受験するのは一つの驚きであり，嬉しいような，勿体ないような気がするという。これだけ科学・技術が進み，豊かな社会に到達しても，人間の幸福や満足にはほど遠く，人間そのものに関する深い問題意識が若い世代をとらえているのではなかろうか，そのあらわれとして医学への志向を解釈するという好意的見方。

(3)スペシャリストとしての医師評価から：マスコミ用語を借りれば医師はスペシャリストであり，企業内でそれぞれのスペシャリストが存在を評価されているように，これからの世の中でも，医師はスペシャリストとして評価を維持して行くだろうという考え方を多数派とする見方。

(4)医師は職業意識が強く，自分の職業に肯定的で，その子弟が医学を選ぶことを願う心情が強い。それだけ子弟の受験に熱心である。これは日本にだけ特徴的ではないと思うのだが，他の職業人に比べて目立つのか，目をつけられやすいのか，マスコミの餌食にされやすい。現在求められるのは，むしろ，大学側の教育と経営に対するシッカリした理念と毅然たる態度ではなかろうか，という解釈。

(5)自由業の解釈から：我が国の医業はかなり不自由業であると思われるが，受験生は管理化されたサラリーマン社会よりは，まだ選択の範囲の広い自律的な領域と見て評価している，という見方。

以上のようなものでしたが，さて，皆さんの見方と解釈はどうでしょうか。

○新山　栄

よくデパートに行って感心することは店員さんが実によく教育されているということです，それ専門の案内嬢は勿論のこと，何処の売場の店員さんでも，「○○は何処で売っていますか」とたずねると，「それは3階東側のすみにございます」とか，「6階中央の処と，地階の特売場で売っております」と明確に教えていただける。取扱う品目も莫大な数だろうし，新製品もあるし，又時には売場の配置がえもあるだろうに，どんな方法で知らされるのだろうか，ともかくオーバーな表現だが常に商品の最新売場地図を知識として持っていることは確かだ。

私も自分の専門分野のことは勿論，専門外の分野についても，一応の最新医学常識を身につけて，患者さんの相談に応じて的確なアドバイスが出来，適切に夫々の専門医に紹介出来るよう，そしてデパートの店員さんに負けないようにと思うのだが，いうは易く何とやら，中々むずかしいことである。

○渡辺　淳

人間には不思議な，2つの相反する衝動がある。1つはいつも自分以

外の人間になろうとする衝動だし，もう一方はいつも自分自身になろうとする衝動である。そして又始末のわるいことに人間は又いつも達することの出来ぬのぞみに身をやかれてゆくという厄介な宿命がある。

そこで自分のまわりを見回すと，一方の衝動が大変強く，前景に押し出されている２つのグループを発見する。即ち自分以外の人間になろうとして一生懸命背伸びを続ける人と，自分自身になろうとして沈潜してゆく人である。

われわれ実地医家が当面している卒後教育の問題についても，いつもこの２つの考え方が強く現われてくる。一方の人は知識を品物か着物のように考えるらしい。デパートに行って近代的な品物を買って，自分の部屋に置くと，自分迄近代化されたように錯覚する。又，パリーのディオールのデザインした，しゃれたファッションを身にまとうと自分迄しゃれたセンスの持ち主になったように思うらしい。やたらと講習会に出席する。講演会に顔を出す。所謂講習会ゴロ，乃至は講演会荒しとなる。しかし講演会に学問を求めてゆくのなら，これはもう止めた方がいい。何故なら学問は知識の切り売りではないから。又切り売りされた知識（こんな知識があるかしら）は自分に合わなければ捨てられるだけだからである。

私に一人の友人がある。彼は地方の一開業医だが，全く別のタイプの人である。彼は自分の教師は“自分のところに来る患者だ”と強く思っている。いつも注意深く，毎日の診療をやる。そしていつも考えながら診療する。時々テーマーを決めて自分の臨床データーを集める，これを学会に出題する。彼はいつも自分のところにありもしない設備でつくり出された雲の上のデーターで自分の診療はしない。彼は決して他人の頭を借りて考えようとしない。彼はあくまでも自分で考えようと決心している。

どうも話が理くつっぽくって，稀薄でソーダ水でも飲んでいるようで面白くない。もっと具体的に話をしよう。これは自分のことを話すのが一番いい。

私は開業して何年もたってから胃カメラを少し勉強した。最初しっかりした先生を選んで，ここで勉強することにした。ここは先生１～２人に生徒４～５人という程度のほんとに膝をつき合せて遠慮なしに話せるゼミ形式の恵まれた講習会だった。殆んど毎週金曜日毎に２時間ずつ読み方を教えて貰った。２年間位熱心に通った。しかし一向に自分で読めるようにならない。一応わかったような気がして帰ってくるのだが，さて自分一人で胃カメラを読むとなると不安である。友人などから反論されると自信を持って答えられない。先生に聞いてくるよと云うことになってしまう。そこで又先生のところへ持って行って，うやうやしく御宣託を頂いて帰ってくる。しかし次のフィルムとなると又わからない。２年間程は辛抱して，そのうちには自分で読めるようになるだろうと続けて通ったが全く同じ状態がつづいた。そこで一緒に勉強に行っていた，鈴木荘一先生と相談した。これではなにもならんじゃないか。これは明かに失敗だ，勉強方法が悪い。そして出た結論はあくまで自分で読もう。自分の読みが違っているかどうかは細胞診で確めよう。自分の症例を集めて，そこから結論を出してゆこうという自学自習の方向だった。又講習会も自分達で司会することにした。出題も先生側とこちら側で交代してやることにした。しかも月１回に減らした。これでようやく曲りなりにも自分で読めるようになった。自分の読みに自分で責任が持てるようになった。しかし自分一人で読んでいると独善になる。読みが自然粗くなる。見落しする。そこでやはりこれを防ぐ為にグループで一枚のフィルムを討論することにしてみる。しかし御宣託は止めにした。この方法は成功だったと思っている。

人には色々なタイプがあり，皆それぞれ違う考えを持っているし，好みも違う。自分の体験に基づく限りせまい範囲なので，どれがいいともいえなくなってしまうが，どうも身のまわりを見ていると，初めは皆講習会出席に走るらしい。しかし結局ゆきつくところは自分の患者こそ，“自分の最大の教師”ということになるのではないかしら。つまりは“実地医家のための会の例会方式”である。

○依田　三郎

先日，妊娠の疑いある奥さんがやって来た。生れてくる子供が可愛想だし，自分も大変だから中絶をしたいという相談である。この人は，夫婦ともども五年も前から子供を欲しがっていた。ひと月程前，主人が，夜中彼女の寝ている隣りでヒエーッという悲鳴をあげて息絶えた。ポックリ病である。皮肉なものでその後暫くして奥さんに，つわり症状が現われて来た。

人間以外の生物は，自らを殺して，種子を残して行くというが，利巧者の人間は，そうはしない。

この御主人も己れ死すとも自らの子孫を残したかったであろうのに…。一粒の麦も御都合次第で死んで行く。

○

最近シルバーシートとか，老人優先席というのが国鉄やバスに設けられた。

ある日，62歳のA女がそこに腰をかけていたら，途中から乗り込んで来た老婆が，

「この頃の人は字も読めないのか

ね。わたしゃ74だよ，そこをどいておくれ」
といってA女の隣の若い娘を立たせどっこいしょと坐りながら，A女にも「あなただってそうだよ，老人には席を譲るようにしなければ駄目だよ」と荷物をぶつけて来たという。

A女は若く見られ，うれしいやら悲しいやら複雑な気持ちで「あんな年寄りにだけはなりたくない」と思ったと述懐していた。

老人医療の面でも，これに類することは散見するが，そういう老人の貧しい性（さが）を悲しいと思うと同時に，このような老人の思い上りが他の老人に迷惑をかけていることを気付かないのを遺憾に思い，A女に共鳴した。

私達も刻々に老人の仲間に深入りしているのであって，老人は老人同志もっと内部反省を繰り返して，本当の老人福祉への障害をみずから助長することだけはやめたいと思う。

○春日　豊和

原　富士登さんが編集のお手伝いを退かれることになった。

原さんは金原出版の“医海時報”の編集をされていたころ，私どもの会の誕生とともに大変な好意を寄せて下さった。もう10年も前のことであるが，医海時報の書評欄や座談会などで積極的に私どもの会に働きかけて下さり，陰に陽に終始一貫して私どもの会の厚い厚いシンパとして私どもの会の陰の育成者のお１人であった。

医海時報を定年退職されて，ヨチヨチ歩きの“人間の医学”編集にお力添下さった，しかも“雀の涙程のお礼”しか出来ぬというのに。

でもお年には勝てず“健康と余生の自らの楽しみのため”というお申出をおことわりするのはあまりにも酷であった。

心から厚く御礼を申し上げ，お好きな陶芸の道に打込まれるという原さんの余生に幸あれ！　と心からお祈りする次第である。

○鈴木　荘一

５月例会，「丸山ワクチンの需要にこたえて」を終えた間もなく，事務局の佐野さんから電話があり，長崎県松浦のT先生から丸山ワクチンを手に入れたいとの御希望を伝えて来た。地図を見るまでもなく，松浦は，日本最西長崎県の北端にあって，伊万里よりも西，平戸に近い。昨年，小生は求人を兼ねて，この伊万里から松浦を通り，平戸を巡って佐世保まで，風光明眉な海岸線を車で走ったが，秋の日射の中に光る浜辺の松，蒼々とした海，そして澄み渡った空は，今でも心懐しく眼に浮んで来る。その松浦にも私共の仲間の，同志の先生が居られたとは…。

丸山ワクチンは，春日先生の御好意で手に入り，私の使用した経験とともに，先生にお送りしたところ，間もなく，大変懇切な礼状と共に金一封をお送りいただいた。T先生の手紙には，「一度は実地医家のための会の例会に出たいと思いながら，なかなか遠路のため，それが叶わぬこと，そしてこの私達の会が，又機関誌である“人間の医学”だけが心の支えです」と記されてあった。又この金一封は編集会議費として嬉しく納めさせていただいた。

梅雨晴れて　遠路の文に　心燃ゆ

人間の医学／第66号

1974年 9 月 15 日　発行

発行人・永井友二郎
編　集・東京都新宿区山吹町69　春日豊和
事務局・東京都港区新橋2-20　新橋駅前ビル
１号館８階　株式会社協和企画内
「実地医家のための会」
電話　東京（03）571-3111

本会へ入会ご希望の方は上記事務局へお申込み下さい。会費は，本誌（年６冊発行）のほかに各種プリント代その他も含めて，年額4,800円(本誌１部では800円)です。