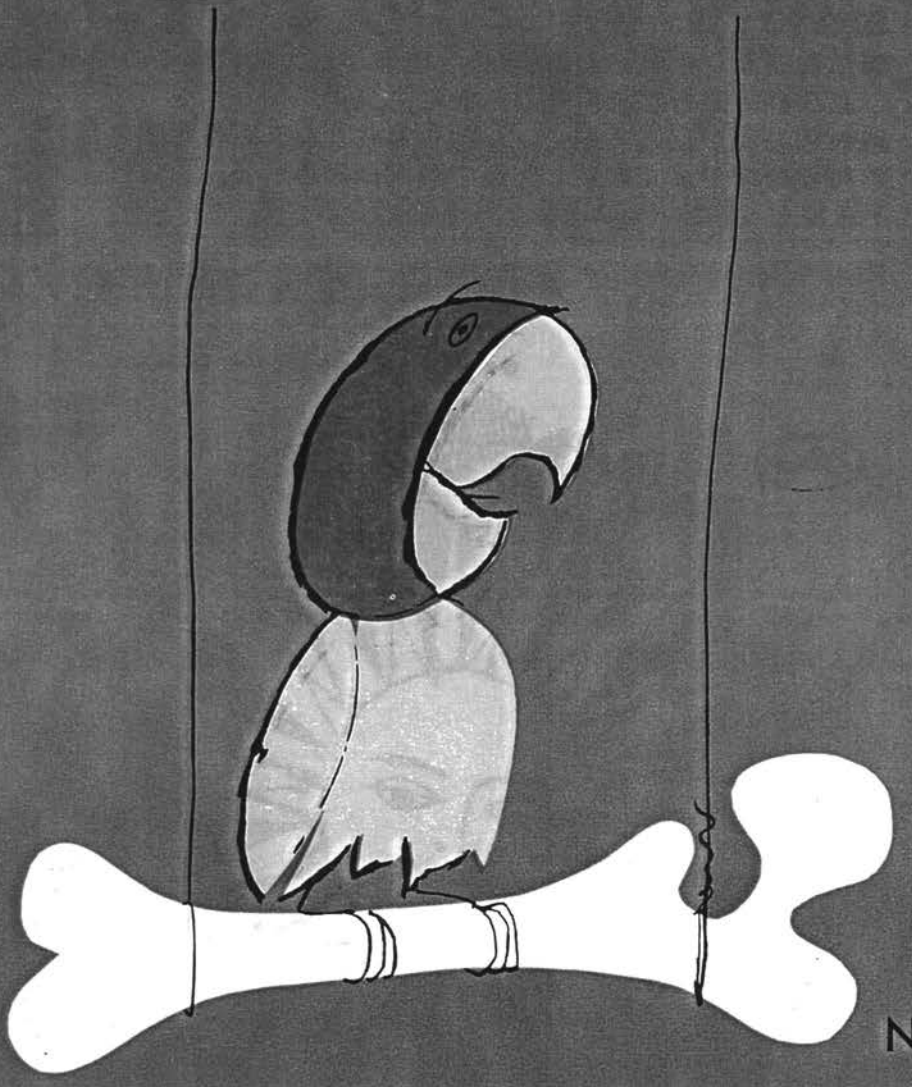
実地医家のための会

人間の医学



67. 1　No. 21

ごぞんじでしょうか？
老化にパロチン療法

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

唾液腺ホルモン
《健保適用》
パロチン

〈包装〉 錠　120T・500T・3,000T
注　1mg5A，3mg 5A・50A，5mg 10A

帝国臓器 東京・赤坂局区内

巻頭のことば

私はときどき，南海のはてしない海原の孤島に住む自分を夢想する．

たたかいがおわり，多くの戦友が海底に消え，生きのこったものと一緒に私は内地へ帰ってきた．しかし，私はみずからの意志で，医者のいないこの島にふたたびもどってきた．

そういう夢想である．

△　　▽

私たちは大きな医学の歴史のなかで育ち，今日に生きている．そして日進月歩する医学の強い力と一つの方向とを感じている．

私はこの大河のような医学の流れのなかに生きながら，ときに自分の存在を見失ないそうになってはこの南海の孤島を夢想する．

△　　▽

まったく医学の歴史のないこの島に私がただ一人の医者として住んだばあい，自分はどんな診断を下し，どんな治療をするだろう．土人たちのなかから後継者をえらんでどんな医学教育をするだろう．そしてどんなことをしらべ，かきのこしてゆくだろう．

▽　　△

現在の自分のもっているもののほかに，既成の医学がまったくない環境を夢想することは，私が自由に，ほんものだと思うことだけを伸ばしてゆきたい，人間的ないとなみではなかろうかと思う．

▽　　△

私は今年もこの南海孤島の夢想をつづけ，人間の医学を求めてゆきたいと思っている，

≪永井友二郎≫

人間の医学

実地医家のための会・実地医家のための会・実地医家のための会

巻頭のことば　1　永井友二郎

〔私たちの例会〕

第 37 回実地医家のための会の報告　4　日向野晃一

第 38 回実地医家のための会の報告　11　日向野晃一

▷ 国内の文献 ◁　32　永井友二郎

維持会員・顔見世　34　秋月源二 上田篤次郎

● 論　説／人間とはどういうものか／その 1　35　浦田　卓

痛惜，故小倉敏郎先生　42

≪研究と臨床≫ 心音雑話　＝その 6＝　55　森杉昌彦

▷ 海外の文献 ◁　59　木村和郎 若林保司

☆ 僻地の医師と手を結ぼう ☆　61　上田篤次郎

＜地城医師会と実地医家＞　63　坂口練平

実地医家のための会・実地医家のための会・実地医家のための会

〉第21号目次〈

実地医家のための会・実地医家のための会・実地医家のための会

□□□ 医師不信を読んで □□□

本誌 19 号掲載≪医師不信≫ 緒方富雄氏の設問に答えて　65　吉場仟録

鬼手－仏心＝？　66　蕗田真理

推　敲　67　榎本明雄

良書紹介

臨床薬理学　69　中川錦一郎

ベッドサイドの神経の診かた　70　森杉昌彦

弓と弾／悟りの心と科学する心　71　竹崎鼎輔

ケース・レポート／又しても伏兵が!?●失地回復か？　75　春日豊和

会員のこえ　78

あとがき　80　木島昂

実地医家のための会・実地医家のための会・実地医家のための会

私たちの例会

第37回実地医家のための会の報告

〔会に出席できない先生方のために
その内容のあらましをつたえる。〕

日向野 晃一

日時／昭和41年4月17日（日）午後1~4時
会場／都市センターホール本館講堂
演題／

-I- 医学と哲学 ＜竹崎鼎輔先生＞

-II- パネルディスカッション

〰〰 血沈をめぐって 〰〰

（1） 久野周一先生

（2） 佐藤安正先生

（3） 秋月源二先生

司会・春日豊和先生

＜第37回・第38回例会の司会／春日豊和先生＞

第1の演題の**医学と哲学**は，竹崎先生から別に原稿が編集者に提出されているので，重複を避けるためにここでは割愛しました．本誌前号（20号）に既載されています．ここでは質疑応答だけを記すことに止めます．

≪I≫ 竹崎先生のお話しをめぐって

浦田‥大変面白い，しかしむづかしいお話しをうけたまわりましたが，私は俗な人間ですから，すぐ現実にあてはめてどうなるのか考えます．私がこの会に出ようか，出まいかと考える時に色々の可能性，この場合は，出る出ないの2つですが，を考えます．その中でどちらかにきめなければならない，価値判断はどうなりますか．

竹崎：価値判断はXにふくまれます．知情意の情になります．前頭葉に中枢があります．いろいろの体験，愛する，にくむ，よろこぶなどいろいろの体験があります．

浦田：価値判断は必ずしも情だけでは流されませんね．

竹崎：価値判断ですから，判断というのは感情の中枢と知覚をむすびつけています．

浦田：ある程度むすびつけてはいますが，もっと他のいろいろの経験的のことを考えるのではありませんか．

竹崎：そうです．それはもっと他のことがあります．Xというのは一つ一つが集合体をつくっています．

浦田：Xにふくまれていますが，明日に役立つ規範一クリテリアーをもってくるのに，どう考えればよいでしょうか．

竹崎：一種の先天性のものになるでしょう．Xを勝手に対応させることはできません．普通は生命に関係する問題になります．

浦田：生命を肯定する方向といいますと，自分の生命だけでしょうか．

竹崎：人によってちがうでしょう．自分とは何かと考えるときに自分の人体だけではないでしょう．

浦田：戦争の場合に直接自分の生命のために逃げる．そんなことがあると思います．

竹崎：自分の人体だけ考えることもあるでしょう．

浦田：大体普遍妥当なものは個人になるでしょう．

竹崎：自分が個人だけならばそれでよいかも知れませんが，他に何か沢山あるでしょう．

浦田：妥協はしますが……．

竹崎：自分だけ生きればよいとか，私たちは自分独りでは生きられない．大陽や空気なしに生きられない．人体はどこで切ったらよいか，限界がわからないこともあるでしょう．

浦田：経済的のこともあるでしょう．また大きな意味で，社会主義の方向か，自由主義の方向か，生命の自由という問題もあるでしょう．

竹崎：それは認識の問題になるでしょう．2つの社会を考えると，そこに無限の問題があるでしょう．そして既に見出された言葉だけに対応させてゆくことはできないし，新らしい意識に対応させてゆかなければなりません．マルキシズムを金科玉条としてそれだけに生きてゆくことは出来ません．それでは意識の自由がない．疑う自由のないことになります．勿論人間は疑う自由だけでは生きられません，それでは社会不安・不満がおきます．信ずる自由も必要です．ちょうどドライバーがハンドルを右に切ることも左に切ることも出来るように，疑うことも出来れば信ずることも出来る．両方向をきめることが出来るから私たちの意識が自由であるといえます．また感謝することも大切ですが，それだけでは駄目です．意識の自由には肯定することも，反対することもできるのです，と私は考えます．

＜II＞ パネルディスカッション ―血沈をめぐって―

（1） 久野周一先生：自験例を中心として，主として内科の立場から

赤沈は古くから広く用いられている臨床検査法である．しかし本法は特異的な検査法ではなく，日常の臨床においても原因不明の赤沈促進に悩まされることがしばしばである．

赤沈が促進する疾患としては肺結核，心内膜炎，肺炎，肺化膿症，尿路・胆道感染症，肋・腹膜炎，関節炎，関節リウマチ，貧血，白血病，悪性腫瘍など数多くのものが挙げられている．

手許の症例の若干を再検討してみた．

肺結核 26 例中赤沈が促進しているものは開放性肺結核，肺炎病巣を伴うもの，肋膜炎を合併しているものに多い．化学療法実施後は大部分で赤沈が正常化しているが，老人患者では促進したままの例が多い．

関節リウマチ 8 例でも治療前 1 時間 8 という正常のものもあるが，最高は 114 であり，全例の平均値は 67 とかなりの促進を示している．治療後には減少するものが多い．

悪性腫瘍では胃癌 8 例の平均が 1 時間値 33，肺臓癌 6 例では同じく 48 と促進しているが，中には胃癌で 7 とか 9，肺癌で 22 のごとく著しい促進を示さないものがあり，赤沈が正常でも悪性

腫瘍を否定し得ないことはしばしば指摘される通りである．組織破壊の程度とか出血の有無などによるものであろうか．

このように同一の疾患でも赤沈の値にはかなりの巾があり，赤沈値だけでただちに一つの疾患の診断を下すわけにはゆかず，また他方において赤沈が促進している場合には，いくつかの病的な状態を想定しなければならない．言いかえればある疾患の診療中に赤沈が不相応に促進している場合には，合併症に対する顧慮が必要である．

若年者，壮年者でも慢性扁桃炎，慢性腎盂炎，腎炎，副鼻腔炎，糖尿病，歯牙の疾患などが潜在する可能性があるが，とくにつぎつぎと疾病の現われやすい老人患者において慎重な検討が必要となる．

2，3の実例を挙げると，

〔症例1〕 67 才男子．急性肺炎の治療中，症状の好転にもかかわらず持続していた赤沈の促進が，見過していた関節リウマチ発見の手掛りとなった例．

〔症例2〕 71 才女子．症例1と同様に急性肺炎経過後赤沈が回復せず．10 年来出没していたリウマチ性紫斑病に気づいた例．

〔症例3〕 66 才男子．15 年間にわたり胆嚢炎と心筋硬塞症とを繰り返し，高度になった赤沈促進もそれらによるものと考えているうちに肺臓癌が発生し，腰椎転移を起してはじめて診断し得た例．

〔症例4〕 66 才男子．生来胃弱の上にるいそうを示し，赤沈促進を認めて一時は胃癌を疑って精検をすすめたが本人の仕事の都合と，赤沈値の好転のため検査が遅延し胃癌の診定が遅れた例．

（2） 佐藤安正先生：外科の立場から

外科領域では臨床所見から診断や経過が判断され易いため，内科におけるほど血沈は重要視されていないと思います．

外科ではどの程度に血沈が利用されているかを，私が最近1年間勤めた整形外科病院について調べてみました．1年間の初診 3,815 例中血沈初回検査件数 141 件（3.7%）であり，これに再来を含めると 33,091 例中血沈総件数 194 例（0.6%）となります．

次に上記の症例中カルテの調べのついた症例に，現在勤務している病院外科での半年間の症例を加えた 165 例について疾患分類別にみますと，関節疾患 55 例（33.3%），腹部臓器疾患 31 例（18.7%），四肢筋腱疾患 26 例（15.8%）等（以下略）となっております．

成書によりますと，血沈促進因子として炎症性変化の拡大範囲と炎症性産物質の吸収が関係していることから，急性虫垂炎と炎症性附属器炎の鑑別に応用され得るとしております．また，同じ意味で胆石症では，胆嚢の炎症のとき血沈が促進するとされております．たまたま私の友人（進藤正好生先）が以前胆嚢疾患を集めておりましたので，それを借用して血沈検査を行なっている胆石症例について調べましたが，確かに炎症の高度なものほど促進している傾向がみられますが，胆石の種類，白血球数，或いは黄疸の有無などとは関

係はみられないようでした．また，胆嚢炎も含めた 36 例についても，血沈と白血球数との間にはさほど関係はみとめられませんでしたが，白血球数 10,000 をこえた7例ではすべて 20 mm 以上でした．

次に，最近多くみられるようになった痛風は 165 例中8例ありましたが，その大部分が症状の顕著なものであったにかかわらず，血沈の著しい促進例はなく，5例が 20～30 mm であり，残りの3例は 15 mm 以下でした．また，尿酸値と血沈値との間には全く関係がみられませんでした．

最後に血沈値 70 mm 以上の症例を選びますと 14 例あまりました．（表参照）これらの症例について思いついたことをのべますと，骨髄腫や骨髄炎などのように骨髄疾患では著しく促進するということです．

これに関連して，私の苦い経験から，小児の骨折では――それが軽度の顰裂骨折のようなものであっても――経過中に腫張，疼痛，発熱に加えて著しい血沈促進がみられるときには，骨膜骨髄炎の合併に注意を払うべきことを強調いたします．また，非常に進行した癌で，肝臓や骨髄に転移を来たしたり，あるいは食道癌が気管に穿孔して肺炎をおこした場合など当然著明に促進してきます．

次に，いわゆる膠原病でも相当著しく促進することを忘れてはならないでしょう．その他，虫垂炎や慢性大腸炎でも促進例を経験しております．

最後の症例は，分娩1回，流産2回の経験ある 36 歳の女性ですが，約3カ月前突然腹痛嘔吐があらわれ某大病院内科に入院し，精査を受けましたが病因不明，（健保病名では胆嚢炎，胃潰瘍，貧血症とあった由）約 40 日間入院，この間腹痛発作3回あり，退院後下腹部の膨隆及び乳房の変化，3カ月前から無月経あり，産婦人科受診し妊娠5カ月といわれた．

発病3カ月目突然激しい腹痛発作，嘔吐及び血尿あり，内科医にて注射を受けたが効なく当院受診，初診時羸痩貧血著明，腹部膨満と腹水あり，下腹部に表面平滑で凹凸があり，一部に搏動を触れる小児頭大の腫瘤を触知し圧痛著明，腹壁緊張はないがブルンベルグ徴候（+），腟内診にて腫瘤に子宮と癌着した左附属器に生じたものと考えられた．

血沈は 70 mm，赤血球 290 万，白血球 19,600，Hb 41%，尿蛋白（卄）ウロビリノーゲン（卅），尿沈渣にて赤血球（卅），白血球（+），単純X線撮影にて腸管内ガス像が多いが Nieveau みられず，とにかく急性腹症ということで開腹した．

腹腔内には暗赤色血性腹水及び凝血多量みられ，腫瘤は子宮底左側に着床せる胎盤及び胎嚢であり，周囲は直腸や後膜と癌着し大網と凝血とで覆われていたが，その穿孔した隙間から出血がつづいておりました．腫瘤は子宮底部に，あたかも癌腫の浸潤のように癒合していたため子宮一部切除により剔除しました．胎盤剝離面からの毛細管出血が多く，止血には大変苦労しました．

剔除標本は約 1 kg で，胎児はすでに5カ月に達しておりました．この症例は出血性貧血と，胎盤の腹腔臓器浸潤のため高度促進を来たしたものですが，妊娠のときにも血沈が促進することを忘れてはならないと教えてくれたものです．

以上，結論として血沈は他の臨床検査と同様に，その成績は病状を正確に反映するものではありませんが，スクリーニングテストとして，あるいは他の検査で捉えられないときでも，時にヒントを与えてくれることがありますので，外科の方面にも今後大いに血沈を利用しようと考えております．

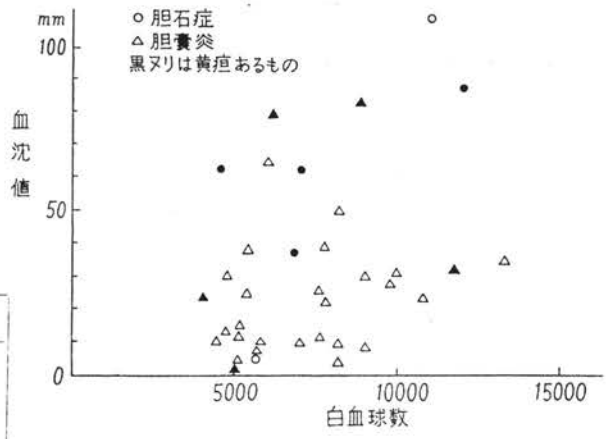
表

＜血沈値 70 mm 以上の症例＞

	年齢	性	1時間値	2時間値
多発性骨髄腫	54	♂	161	165
脛骨々膜骨髄炎	11	♀	145	155
食道癌	55	♂	128	141
〃（穿孔性肺炎）	62	♂	90	103
シエーンライン氏紫斑病	10	♂	110	120
急性虫垂炎	25	♀	98	125
多発性関節リウマチ	35	♀	90	130
慢性大腸炎	32	♂	90	120
中指化膿性腱鞘炎	26	♀	88	116
腕関節炎	32	♀	85	104
多型滲出性紅斑	32	♀	79	100
大腿骨々折（受傷5日目）	19	♀	72	114
足関節炎	11	♀	70	105
子宮外妊娠5カ月	36	♀	70	138

＜某外科・整形外科病院1年間の血沈検査数＞

初診患者数	3,815例
血沈検査件数(初回のみ)	141件(3.7%)
初診及び再来患者総数	33,091例
血沈検査件数	194件(0.6%)



＜血沈検査の疾患別件数＞

疾患名	例数	(%)
関節疾患（肩・膝・腕・股等）	55	(33.3)
腹部臓器（胃・腸・胆嚢等）	31	(18.7)
四肢筋・腱疾患	26	(15.8)
胸背部疾患	12	(7.3)
皮膚疾患	9	(5.4)
神経系疾患	7	(4.2)
外傷	6	(3.5)
腰痛	6	(3.5)
乳腺症	4	(2.4)
リンパ腺腫張	3	(1.8)
痔瘻	2	(1.2)
腎結核	2	(1.2)
副睾丸結核	2	(1.2)
合　計	165	

＜痛風患者の血沈値と尿酸値＞

年令	性	血沈値 mm	尿酸値 mg/dl
48	♂	33～63	4.6
42	♂	28～62	8.35
50	♂	23～50	7.8
51	♂	22～56	5.5
40	♂	20～43	3.35
38	♂	15～36	5.93
69	♂	10～17	5.4
45	♂	7～18	8.65

＜胆石症の血沈値及びその他の検査成績＞

年令	性	血沈値	体温	黄疸	赤血球	Hb（ザーリー）	白血球数	胆石の種類
35	♀	110～127	38.0°C	−	415万	100%	11,000	B
72	♀	88～132	36.7	+	297	60	12,000	B + C
41	♀	63～82	36.6	+	460	85	4,000	C
66	♀	62～100	37.0	+	274	65	7,000	B
62	♀	38～72	36.2	+	384	60	6,800	B + C
34	♀	1～2	37.0	−	369	85	15,400	B + C

（3） 秋月源二先生

この会の話題として赤沈を取上げた理由は，この原始的な検査方法が既になん十年間も広く行なわれているのですから，それ相当の理由，長所があると思われます．それを再検討してみようということだと思います．

赤沈は勿論，非特異的な検査ですから，促進しているときは何か重大な病気があるのではないかと探さなければなりません．

普通1時間値を記載しますが，24 時間後もう一度みて白血球層による白血球数の概算や，上澄みによる黄疸の程度などを調べる方がよい．私は疾病の発見としてはリウマチ熱の発見に利用しますが，その他は疾病の経過観察の参考にします．1月1回しらべて前月の値と比較します．

症例として中学卒業の女子，製薬会社の入社試験で赤沈の促進を発見され，2週間後の再検査でも不合格となった例があります．自覚症は全くなかったが尿蛋白 200 mg/dl で，ネフローゼと診断し入院をすすめたが，承知しないで高校に進学，通学していました．その後の経過は一進一退で血圧 110～120，尿蛋白は 200 mg 程度を持続した．ところが 11 月になって感冒にかかり，急に症状が悪化して血圧 170 となり浮腫も増加し，胸苦しくなって遂に入院させたが1カ月後に死亡した．この女子はハンセン病の閉鎖社会に生まれた子供だったので，入院を承知しなかった理由が今になってよくわかるような気がします．

赤沈の実施に当って血液とチトラート液の比が正確でなかった時に，それを補正するよい方法があったら教えていただきたい．

●血沈をめぐって質疑応答

中川：リウマチとリウマチ熱のことではなくて，胃潰瘍と胃の悪性腫瘍の鑑別ができる．Krebs と Ulcus の鑑別に赤沈の意義があるということは貧血の度合に関係がある．

日向野：昔はそんなふうに考えましたが，現在では癌は早期癌が問題ですから，赤沈は関係ありません．

また秋月先生のいわれた中で，測定誤差を大き

く左右する因子は見逃せません．小さいものは日常臨床上は無視できます．血沈管の血液が少しぐらい上下していても誤差は少ないけれども，一番かんじんのクエン酸と血液の混合比は大切で，1：5にしなければいけません．斜めに立てることもいけない．温度の補正もできれば行なった方がいいでしょう．肺癌の例で血沈が下がるときの因子は，肺癌だけではなくて随伴している炎症でしょう．抗生物質を使用して炎症がよくなると，赤沈値はよくなることがしばしばあります．

久野：貧血と赤沈の関係で貧血が強いときに赤沈が悪い．胃癌で赤沈がよいから癌でないとはいえない．これだけでは診断がつきません．

藤沢：私が赤沈を話題にしましょうといったとき，今さら赤沈でもないでしょうという意見もありました．赤沈が促進する因子は第1に血清蛋白質の問題，第2に貧血の問題，第3に温度だと思います．赤沈が実際におきるところを顕微鏡でみたことがありますが，血液を血球と血漿に分離して，血球を少なくして，血清蛋白に入れる．それをみているとルローフオーメイション（銭差し様）といいますね．重なってきて横について銭差し状になることが一番大きなファクターだと思います．そういうときは赤沈は多くなります．次は

Anämie の問題です．血液はヘマトクリット 42 位で，血液はつまり血球で混合っているわけです．上野の地下道でこっちから大勢人がくる．反対から大勢くると進まない状態で，これが普通の状態です．Anämie がおきるとマバラになる．位置の交換の問題です．つまり血清と血球の位置の交換ですから当然早くなります．第3のファクターは温度補正をすべきでしょう．血清蛋白，ルローフオーメーションはグロブリンとアルブミンの問題です．これは簡単には説明できませんが，いわゆるツェータ・ポテンシャルが関係しているようです．

小倉：私の経験では赤沈は個人差が大いにあります．また正常値も 20 位までマアマアです．会社の入社試験で促進している人がかなりあります．そしてよくしらべても何もありません．正常値に戻る人もあれば，それをつづけている人もあります．健康時の血沈値を知っている必要があります．老人も何才以上をいったらよいか，50 以上とすると，集団検診をして 60～70 才になると 50～60～70 の人があります．5～6年経過をみても何もわかりません．全く不明の促進がよくあります．新たな見地から見直す必要があると思います．一般に検査値の幅が広がってきていると思います．7～30 ミリになります．白血球でも4千～1万1千の正常値をあげている人もあります．

春日：珍らしく千葉から鈴木先生がいらしたので何か一言．

鈴木：国際空港の問題でもみくちゃにされて出席できませんでした．……

（このあと富里空港反対意見をのべる）

＜おお辛い，おお熱い＞

＜夕食会は朝鮮料理の東京園で＞

私たちの例会

第38回実地医家のための会の報告

〔会に出席できない先生方のために
その内容のあらましをつたえる。〕

日向野 晃一

日時／昭和41年5月15日（日）午後 1～4 時

会場／都市センターホール本館講堂

演題／パネルディスカ　ション

≫Ⅰ≪　**血沈をめぐって**（第2回）

1．上田篤次郎先生

2．坂田祐作先生

≫Ⅱ≪　**誤診あれこれ・フリートーキング**（全員）

司会・春日豊和先生

（Ⅰ）　血沈をめぐって

春日／第1の主題の血沈をめぐってのパネル形式による自由交見は，古藤先生が急にご都合が悪くなったので，演者は**坂田先生**と**上田先生**です．

血沈をめぐっての先日の例会では**久野先生**から，血沈はいろいろの病気の可能性を考えるきっかけとして大切であって特に老人の場合には，いろいろ血沈値が促進してるような場合には隠されている病気があり，常に注意しなければならない．また**秋月先生**は症状がなくても血沈の高度に促進している場合には，いろいろ積極的な検査や考え方が必要だということ，**佐藤先生**から外科的な血沈として大体4％位に血沈を計る機会があるが，70 mm 以上の高度の血沈を促進を示すものも数 10 例名前を掲げてあります．では上田先生からどうぞ．

≫1≪　上田篤次郎先生

一応血沈が促進しているとかいないとかいう成績を出すわけですが，その前にその血沈値が正規に計られているかどうか，ということを確めた上でないと成績の比較は出来ないので，日常行なっている上での注意を書いてみたわけです．

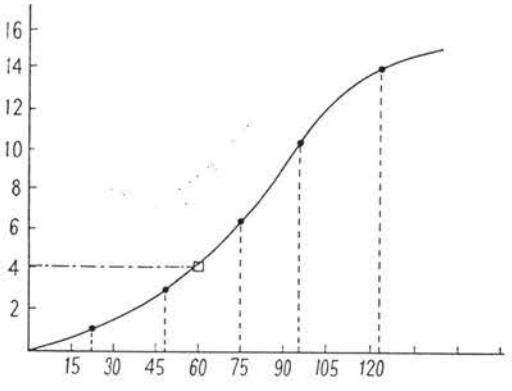
血沈管は法律的には，ウエスターグレンの血沈管だけが正式に血沈管という名称になってまして，これは度量衡の中に入ってます．昔は普通の血沈棒といえばガラス管に目盛りがしてあったんですが，それをどういうわけで度量衡に入れたのか知りませんが，現在は度量衡の中に入ってます．上によく見ますと正という字が入ってますが，これは東京都の度量衡の検定所で何を検定しているのかというと，長さを正式のものさしで計って目盛りが正しく刻まれているかどうかをみます．

次は内径が大体 2.5 mm を中心にしたところで計るものですから，錐のようなもので一つ一つ口径を大体基準に合う程度の検定をするわけです．血沈を実際に行なう場合には，ウエスターグレン法ではクエン酸ソーダの液との混合化にかなり問題が多いわけで，もしチトラートの量がある程度以上多くなると，これは当然血沈は余計稀釈されることになるので値が少し違ってくる．普通の場合は注射器にクエン酸ソーダ液を 0.4 のところまで入れておきまして，血管にさして2.0まで引くわけですが，血沈用の注射器も厳密に検定してみると，針と注射器の先との間に僅かながらスペースがあります．これが注射器によってかなりの開きがあります．厳密には針をつけたままで水銀を中に引いて，目方を計って中の容積を計ってみると，実際には 2 cc の血沈用の注射器は目盛の通りとっても，1/5 チトラートが混じるというようにいかないのです．また実際には血沈を計るのにの 2 cc 量は必要なくて，1.5 でもすむわけですがそういうふうな割合にしますと，そのさきの死腔のところの影響が全体に及んでくるので出来ればやはり注射器，並びにそれについてる針というものを一定しておくほうがいいのではないかと思います．

次に血沈管を立てる時の吸い上げた高さが，どれくらいかという問題ですが，これは ± 5 mm 位のところでは問題がない．それよりも血沈管を傾斜させると速くなるが，これは傾斜してますと凝集を起し血球塊が下壁をつたわってころがって落ち，逆に血漿の部分は上の壁に沿って上るという交通整理が出来るために非常に早くなります．これは垂直ということがウエスターグレンの場合には原則です．

次は同じ血液を血沈管に入れて立てて，その場合の室温がどうかということを見ますと，30 度の場合と 20 度，10 度，5 度といふうにして調べてみると，室温が影響しまして温度が高いほうが速く落ちます．これは粘稠度などに関係するのだと思いますが，冬などストーブの側にいると非常に暑くなる，或いはストーブが消えたら急に冷える，というふうな大きな温度の変化がある時には，これは血沈値にも相当の誤差がでるのではないかと思います．

次は血沈は看護婦や助手の人に見させる場合が多いのですが，例えば1時間値を見ておけといっても，ちょうど1時間目にそれを見るためには常にくっついていないと正確には読めない．1時間値を見ておきなさい，というと看護婦などは1時間を5分過ぎてしまったというような場合に，その目盛りを読んでいいかげんに引き算をする．或いは少し手前で読んでおいて，たし算するというようなことも起こりうるのですが，血沈曲線というものは，初めの凝集期にはわりに遅くその後一定の等速沈降期があって，それが下がつかえているために集積期，（Packing）という状態が起こるので，S字状のカーヴを描くものです．従って私は方眼紙を使って横軸に時間を，落ちた長さを縦軸に書いておき，その上に気がついた任意の時間に正確に読んで血沈値をスポットして置き，それから血沈曲線を書いて，図上から時間値を出す．そのほうが正確のように思います．（第1図）



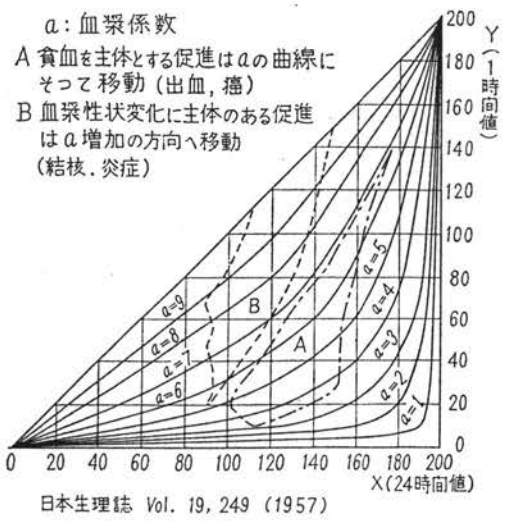
<図 1> 任意時に於ける血沈値より1時間値を求めたもの

看護婦さんなどにご指導になる時に一応お考えいただいたらいいのではないかと思ってます．

次に非常に血沈が速い場合には，読もうと思う場所が筆の穂のように真中が高くて，まわりにぼやぼやとしているところがあります．これはその真中に筆の穂のように持ち上ってるところは，全部それを平らなところまで押しつけたと仮定しても，目盛りにしてみれば極めて僅かなのですから，その根元のところを読んでいいのではないかと思ってます．次に現在はウィントローブの方法が使用されてますが，同じ血液についてウィントローブでやった場合と，ウェスターグレンで調べたものとの間の換算式をいろいろやられた方もあるようですが，これは一応関係がないというふうにいわれてます．ウィントローブは管が短かく，口径は太いので血沈の上からいくと非常に合理的でいいわけですが，ウィントローブのほうは二重蓚酸塩を使っていて水気が入ってないし，ウェスターグレーンのほうは 3.8% のチトラートで稀釈されている点も影響してくるのだと思います．ウィントローブの長所は血沈を最初みて，それをすぐ遠心分離してヘマトクリットが出せることで，実際には非常に便利ですが遠心沈澱器が必要になる．

時間はかかるがウェスターグレンの方法で何かヘマトクリット，その他のものの関係を知ることができるだろうかということもいろいろ試みがあります．大ざっぱにいって，24 時間値の値を 200 から引いてその値を 1/2 にすれば，ヘマトクリット値になります．これが一番簡単な方法です．これは非常に速い血液の場合には 24 時間で殆んど集積期が終りますから，1時間値が 100 を越えるという場合には，24 時間値から計算して大差がありません．中等度促進，或いは非常に遅い血液では時間値は 24 時間値はまだ集積期の初めであったり，さらに遅い場合にはこれがまだ等速沈降期であることも起こってきますので，24 時間値をもってすぐそれをヘマトクリットに換算するということは難しいようです．従って等速沈降期の速度からヘマトクリットを計算する方法を考案している方もあります．

元来血沈は血漿の性状と血球数の多寡の2つが主要因子ですが，その因子を別々にみられないだろうかということで書いたのが第2図ですが，1時間値を縦軸に，24 時間値を横軸にとって，血漿性状は同じで血球数だけ異った血液の値を記入してみると双曲線状になることが分りました．この双曲線を血漿係数曲線と名付けましたが，正常者では血漿係数3～4位の線のところにのってま



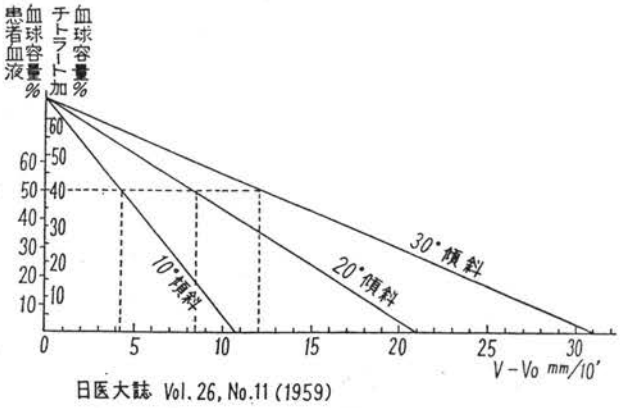
日本生理誌 Vol. 19, 249 (1957)

<図 2> 血球数と血漿性状の血沈に及ぼす影響

す．この図で結核患者や癌の患者の血沈を調べたのをみますと，結核などで化学療法をしますと血沈が非常によくなります．その場合には大体この真中へんで初めは血漿係数が8位であったのが6，5，4というような方向に下ってきます．（B群）癌の場合にはやはり貧血の影響のほうが大きいのだと思いますが，同じ1時間値でもって100というふうに高かったものがある程度治療などをして，状態が良くなったというような場合でも，これは血漿係数aと書いた線にそって0点の方によってくる．結核の良くなってきたという場合には，血漿のほうに大きい変化があり，癌の場合には貧血がある程度回復するというほうが目立つのではないかというふうな気がします．

もう一つさき程，血沈管を傾斜させると速くなる．一応凝集塊ができるまでは同じ条件ですが出来てから後，転っていく状態というのは，ぶつかるものが多ければなかなか落ちられない．空いていて一方交通が出来れば速く落ちるということから，傾斜によって起こるところの等速沈降期の速度の促進度というものは血球数と大体比例してるようです．（第3図）一番下に書いてありますのは，例えばチトラートの入りました血液の血球容量というものが40%というような場合に，それを横にもってくると血沈管を10度傾斜した場合の時の促進度というものは4.1であり，20度の場合にはそれが8.2位になり，30度に傾斜するとそれが12位になるというふうに，血沈管を傾斜すれば速くなるということも，場合によれば血球数を調べるための一つの方法になるのではないかと思います．

血沈というものは前からいろいろお話がありましたように非特異的の反応であり，それだけで病気というものを云々することは出来ないが，それを継続的に調べることによってそれの促進は何か悪いほうの現われではないか，良くなるということは，血沈が遅くなるということであるというふうなことは一応いえるようです．ただ保生園の御園生君などにいわせると，どうも血沈というのは数字で出るのでいいようであるが，患者が数字にこだわり易く指導上困る場合もある．例えば血沈が少し速くなると患者は悪くなったのではない



日医大誌 Vol. 26, No. 11 (1959)

<図 3> 垂直（Vo），傾斜（V）両血沈最大速度の差血球容量%との関係

— 例 —

	垂直 Vo	傾斜 V		
		10°	20°	30°
最大速度/10′	2.0	6.1	10.2	14.0
V-Vo		4.1	8.2	12.0
血球容量 %	40			

か，とすぐ不安感を持つというような点で，数字ではっきり出ることが良し悪しだというふうな意見もありました．確かにそれはあると思います．少なくとも結核患者など，毎月血沈をとって追求していくというような場合に，例えば夏に 15 あったものが9月，10 月になってそれが 12 になり8になり，というふうな程度で減った場合にそれが果して本当に症状が良くなったものか，血沈を測定する場所の気温そのものが下ってるために値が小くなってきたのか，というふうなことは一応検討してみなければいけないのではないかと思ってます．私の現在の状態では今，放射7号道路の工事を始めたものですから，家の前を大きなトラックが通りまして常に相当の震動があります．小さい地震では気がつかないんです．そのため，この間も血沈を少し丁寧にみたんですが，やはり血沈速度に若干影響があるように思います．ですから震動，傾斜というものは十分除外して検査をして，その上でその値について論じないと具合が悪いのではないかと思ってます．

断片的ですが，血沈の調べ方についてのいくつかの点についてお話した次第です．

≫2≪ 坂田祐作先生

私のところは鉄道の分院のようなところなんですが，外科も歯科もありまして内科は私と先輩がいます．40 年4月から 41 年3月までの資料に基ずいてお話します．

内科は1日平均 85 人ですから，40 年度の総診療日数が 305 日ですから大体2万6千人です．40 年度1年間の血沈の検査総数が 1,013 件．1年間の患者総数に対して約9%．中等度速進，（1時間 25 以上）の人が 79 例で総数の4%です．高度促進（1時間 50 以上）の人が 40 例，これが約2%でそのうち1時間 100 以上が3件，85 以上のが全部で 119 例で約6%．1時間値が 0.5 で2時間値が 1mm 以下の遅延例が 47 名，そのうちで（これは体格検査だと思うんですが）30 分，1時間が全然下らない症例が9例あります．この遅延の 47 例は全部の血沈の2%です．全く0のが 0.5%．50 例の高度の促進中 40 例の分析をしてみましたが T.B. が9例，肺炎，(PAP も入りますが）が4例，ロイマが3名，肺癌が3名，貧血3名，扁桃炎が1名，肺化膿症が1名，肋膜炎が1名，その他が 15 名，これは高血圧とか変形性脊椎症とか感冒が下がらないことになっているんですが体格検査もその中に入ります．この 40 例の中で 52 歳から 75 歳，という高齢の方が 21 名ありますから，その年会的背景も加味しなくてはいけないと思います．

今まで論じたのは結局ウェスタグレーンだけだと思うんですが，婦人科などでは 15 分おきに計るという．慶応の先生の方法でウェスタグーレンと別な疾患の診断の参考になる．小児科だと量が取れないために少く取ってする方法もあるようです．上田先生もいわれましたが T.B. のクランケでは東京からでも電話をかけるんです．それで電話がくると看護婦にいうなといいます．T.B. でも血沈の下がらない例もあるんですが，一応血沈が下れば活動的という意味付けになりますし，T.B. になるような人は神経質な方ですから．

私のところで体格検査があると日に 100 名位血沈をとるような時もあるんです．看護婦がぼやっとしてると血沈台を傾斜したところに置いたり，長く使っていると水で洗ったり濡れるために傾斜してるということがありますから，（医事新報のメモに書いてありましたが，後にネジ釘を打つといいなどということもありましたが）検査というのを看護婦まかせにしても，時々はみてやらないと結局やったデータがはっきりしないんです．血沈の 24 時間値はいろいろありますが，昔は1時間，2時間値があったかと思われますが，近頃は1時間値になって1時間値のが2時間値より変動がないために意義があるわけですが，私のところでは5時近くにクランケが来ると，どうしても30分しかとらなくてはならないような時があるんですが，それでもとったほうが後のために意義があるように思います．一応傾斜とか，こういうことを論ずることは傾斜しないでちゃんと定型的ないろんな生理的背景とか，老人とかそういうことを否定した上で論じなければいけないわけです．上田先生の繰り返しになりますがウェスターグレンで貧血の程度を調べるとして誤差の原因としては採血時の誤り，これは馳血帯を長時間かけ

ると遅延するとか激しい震動，これも上田先生がいわれましたがクエン酸との比が正しいこと，凝血してはいけないとか採血後に2時間以内にやれとか，血沈棒による誤りとしては上田先生のいわれた規格に合ったものの正常乾燥，内径が均一とか曲っているのがいけないとか，測定時の誤りとしては気温を上げてはいけないとか血沈棒を必ず垂直に立てるとか斜めにすると速やかに落ちる．測定時の温度，読みによる誤り，そういうようなこと，これは結局こういうことを全部ネギーレンしての話ですが，メンストラチオンの問題は関係あるとかないとか成書によるとあるようなことが書いてありますが，鉄道病院の私の先輩の福原先生という方が，うちの生徒を使って30年3月にしましてメンゼスは関係ないというデータがあり，これはちゃんとしたのでメンゼスは関係ないと私は思ってます．だが静注後に血沈をとったりするのはさけたほうがいいのではないかと思います．

血沈そのものが確実な診断法でなく Wahrschcinlich なものなので，一応レントゲンで Befund が negativ になっても，血沈の下がり状態で Physikal befund は勿論 frei の場合でも血沈で Prognose とか，患者を事務係ぐらいならいいんですが，鉄道などで特殊な線路工事とか特殊な作業をする時は，Physikal befund とか Röntgen befund が frei になっても血沈というものが Verlauf のあるよりどころになるというふうなことがあると思うのです．私のところの診療所の血沈と感じたことだけお話しました．

春日／上田先生は大変細かい実際的なことで，先生自身血沈をしばらく勉強なさった方です．何かそのほうのことで，操作とか手技とか血沈の科学的ないろいろの問題なども含めまして，何かご質問やご発言でもありましたらどうぞ．

日向野／私たち血沈をとる場合に，看護婦にとらせて看護婦にみさせておくということが，多いのですがそうしますと非常に外来が忙しいとどうしても時間的にルーズになって，1時間でみるところが1時間 10 分たってしまった，というようなことで適当にしてるというようなことがあります．時間を1時間なら1時間，きちっと見るために比較的日常で簡便な方法としては，メモパークというタイマーがあってこれはデパートのドライバーコーナーに行きますと，スイス製で1つ1,100 円で売ってますが，1時間毎に1時間までに5分おきに目盛りがしてあって，任意の時間でタイムをセットしますと一定の時間がくるとブザーが鳴るというふうになってますから，それが色が赤，黄，緑，青，黒とありますので何人も血沈をとっても，それぞれ別々にセットしておけば常に血沈に注意を向けなくても，それをかけておけば時間的にミスをすることが少くて便利だと思います．

また，今までのお話の中で出てきませんでしたが（勿論，血沈は非特異的な反応で特殊な疾患に対して特異的なものではありませんが）比較的診断の上に役に立つというか，相当その疾患を強く疑えるというものがいくつかあると思います．その中の一つで今までの演者のご発言がありませんでしたが，亜急性甲状腺炎というのがあります．これは私はあまりたくさん診てませんが，日常そんなに珍らしい疾患ではないというふうな報告もあるし，この時には非常に血沈が下がります．亜急性ですが急性期と考えられる時には，大体1時間に 50 か 60 位の血沈が促進して甲状腺に一致して勿論圧痛がありますし，ステロイドホルモンを使うと非常に良くなって，数日の間に血沈値が正常になるという非常にドラマティックに副腎皮質ホルモンが効く疾患ですが，こういった病気の時には相当血沈値というのは役に立つのではないかと思ってます．坂田先生のお話の中に血沈が1時間 0.5mm ないし 1mm 以下という遅延例が 47 名あったというようなお話ですが，私も日常健康診断などでとりますと殆んど下がらない．計れないほど下がらないというケースに度々ぶつかるんですが，先日メディチーナを読んでましたら，そういう場合には Polylcythämia を疑って是非血球算定をしなくてはいけないというような記事があったのですが，それ以後そういうケースにあたってないものですから実際に私の経験としては血球算定をしたことがないんですが，本当にそういうケースの中にそんなに Polycythämia というものがあるのか，ご意見がありましたらおし

えていただきたいんです.

坂田／私の発言は全部体格検査なんですが，昨日もカルテをみたら 0.0 がありましたのでクランケはわかりますから，これは体格検査なんですから或いはあるかもしれません.

須藤／私は開業して4年になりますが，それまで国立の中野療養所に 10 年以上おりました．私の先生の馬場先生と，今の所長をしてる方が血沈を昭和 10 年から 20 年位まで 13 年位したというお話です．その受け売りと先生の文献を少し読みましたことを申します.

私の先生は激しい方でご存知かと思いますが，T. B. に関しては血沈を問題にしてません．血沈をするのは予防法に出すからしてるんだとそれだけです．中野では今は血沈をしてません．私のお話することは数年前のお話です．血沈の採り方のお話がありましたが，私の先生が長くやっていて確かに注射器に誤差があるということです．中野のやり方は療養所ですからクランケが年中いますので，中央システムでドライシステムです．大きな注射器を使って 5 cc 位の注射器で正確に 2 cc 採ります．試験管に 0.5 cc ずつのクエン酸を置いてそれに入れます．それを入れてその先生の研究では 30 分，1時間位置いても変化しないそうです．それで血沈をまとめて立てます．それから温度の関係は保温箱を使って 20 度に保温するようになってます．今はその保温箱は物置きに入っています．若い医者はしてないようです．古い先生はしてます．ウェスターグレンがヘマトクリットと関係ないというんですが，私の先生の考えでは関係あるというんです．それは 45 度に血沈の台を傾けるんです．経験的にいろいろしまして 45 度が一番血沈の沈降が速くなる．ルーペで見ますと赤血球が平らなものですから，管壁に沿って平らなものが垂直になって落ちてきて，それから血漿が上のほうに上がってきます．2時間後から 24 時間 45 度にしますと，ヘマトクリットと同じになります．ただチトラートが 0.5% 入ってますから，これをないように比例で換算してやってます.

私も開業医になりましてからこれをしてますが，ヘマトクリットと比べまして殆んど誤差がありませんので，そういうことをなさると（ただクランケがばらばらに来ると出来ないことでしょうが）ヘマトクリットが遠沈にかけるのが大変でしたら 45 度に台を傾ければいいんです．T. B. に関しては型が全くないという考えです．若い医者は血沈をしてないという現状です．T. B. 以外には価値があると私は思ってます.

植木／アッペの時に血沈が下がるということを何人かの方からお聞きしたんですが，時々困ったケースにしてみてるんですが，私の経験では特に異状がないような気がするんですが，アッペの時に血沈が下がるとおっしゃったのでもう一度お話し願いたいんです.

春日／今，植木先生からアッペと血沈のお話がでましたがご症例，ご意見をお持ちの先生方はおいででしょうか.

佐藤(安)／アッペの時は，これは成書によれば急性のときは，卵管炎とか附属器炎の鑑別に使うということをお話したいと思うんです．結局炎症を起こしてから，発病して診察までの時間が短ければ起こらないということ，アッペのはあまり下がってないのが多いようです．ひどく下がってる時は他のものを考えてみなくてはいけないという気がします．結局アッペの時は，右の廻盲部痛ですから，このへんの鑑別診断ということで例えばクローン病でも炎症が強くなってきてるのは下がるのではないでしょうか.

アッペでも慢性の炎症，或いはフレモネースになっているとかエンピエマテーズ，ああいうのは普通，20～30 mm 位下がっているのがありますが単純性のはあまり下がってない．だからカタラリスというので下がっているというのは，他のものを考えて心配して術後に写真を撮ったりしてます．それから白血球との関係も，症例が始まって2カ月位ですからあまり症例がないんですが，その関係はみつかってません．この間アッペで手術して血沈がちょっと多かったんです．アッペの変化は軽度というか少し充血してる程度で他のものだろうと思ったら，4日目位に痛みがきて尿管結石だったのが1例あります．年は 45 歳位でこの人の血沈は少し多かったと思います．結局結論はわからないということです.

植木／全部してみればいいんでしょうが，始めにどうも何例かしてみたんですが，どうも当てにならないような気がして，それ以後全然してないのでよくわかりませんがそんな印象を持ってます．

春日／アッペと血沈はカタラリス程度ではあまり変化がない．ガングルノーザ，或いはエンピエマトーザになると多少促進する．アッペと思ってあけてみてなお促進してるのは，他の病気を考えなくてはいけないというふうに理解していいんですね．

堀／数日前に血沈が非常に役に立ったお話を申し上げます．38 歳の女ですが 2 週間前から毎日異常な高熱がありまして（39 度から 40 度近い熱があって）最初は近所のお医者さんにかかって風邪の治療を受けたがどうしても下がらない．そのうちに右の腎臓のほうになんとなくしこったようなはれたような感じが出てきて，そのかかりつけの先生が腎盂炎ではないかという診断があったものですから，いつも知ってよく行く婦人科の先生のところへ行きました．よく調べてもらったが細菌も全然ないし，白血球も多くなかったといってます．私がその後計ったところでは 6,600 でしたが，その時も白血球は多くなかったといってます．ただ異常な頻尿がある．夜になると回数が多くなる．レントゲンでは胸のほうは陰性でした．その時には血沈を計ってなかった．尿をすぐに調べて血沈を計ってないといってました．腎盂炎か膀胱炎とかそういう病気だろうというので，抗生物質療法を受けたんですが，1 週間たっても熱が下がってこないので，家に帰ってきて私が往診を頼まれたので行ってみた時は，やはり最初と同じで熱が 39.2 度ありました．頻尿は相変らずありました．その他の所見はすべて陰性でした．どうもおかしいので血沈を採ってみたんです．血沈は 1 時間 74 で 2 時間 102 でした．この間の秋月先生のお話を思い出しまして，リウマチ熱かもしれないというので副腎皮質ホルモン，鎮痛剤を与えたところ翌日にすっと熱が下がると同時に，右の腕にリウマチが起こって現在痛い痛いといってます．熱はそれから約 2 日間 37°C 位の熱がありましたが，現在下がってしまいました．これなども決して血沈が診断的な意味がないというのではなくて面白い例だろうと思ってる次第です．

北野／この例会に前回欠席しましたので司会者にうかがいたいんですが，血沈と心臓疾患のことについてのご発言がありましたか．

春日／なかったようです．

北野／ミトラルフェーラー，或いはアオルテンフェーラーのような患者の血沈は，どうも促進してもいいはずのものでもむしろ少ないという感じがいたします．例えば最近，36 歳の女性のミトラルフェーラーでコンペンザチオとしては 2 度以上でした．右の下の気管支肺炎で白血球の促進その他がありますが，血沈をしますと 1 時間に 2 mm，2 時間に 3 mm ということでどうも変だなということで手当てを加えていくと，1 週間後になると血沈が促進してきました．2 週間位たつと少しづつもどってくる．こういうようなことがあってこれはさき程お話なさったように，Polycythämia というようなことがあるのかないのか，これはわかりませんが一般にミトラールフェーラーにしても，或いはお年寄でアオルテンフェーラーというような形の方でも，そういうような傾向があるように思いますので皆様方のお教えをいただきたいと思います．

春日／心臓疾患では一般に遅延すると言われています．

佐藤(安)／私も症例を心臓についてしてた時に集めたわけではないんですが，チアノーゼの多い症例では Polycytthemia が多いんです．ファローの四徴についての私の印象に残っているのは，全例が 500 万以上で多いのになると 800 万，チアノーゼは血中の酸素飽和度と関係があるようなので，ファローのミトラルステノーゼにしても，結局右心不全がきて肺血管床の病変がすすんでいくと，酸素飽和度がだんだん落ちてきますから当然それに対応する反応として，赤血球が増えてくるに違いない．それで血沈が遅延する結局と関係ある．Polycythemia と思うんです．

中川／この前にこの会で秋月先生が診たところ，なんともなくて血沈が 100 以上とかあってネフローゼで亡くなったとかいうお話をお聞きし

ました．ネフローゼは非常に高いと思うんです．今，お話がありました亜急性甲状腺炎が非常に高いと思うんです．もう一つこれは浦田先生が訳をしておられるウイアムソンという本に書いてありますが，小児の腎炎の予後の判定に血沈を役立てなさいというような意味を特筆してあるようですが，私は小児腎炎の経験があまりないんですが，小児の糸球体腎炎の経過について血沈で経過をご判定なさったご経験などございませんか．

横田／少ない例ですが，最近小学校の2年の女の子ですが急性腎炎をしたんです．血沈を1カ月に2回採ってみて最初は 40～50 位の平均値がありましたが，だんだん血圧とか蛋白尿とそういうのと並行しまして現在は7，最初血圧は 150 位ありましたが，現在はコンスタントに 102 になって血沈が 10 以下になりました．蛋白も1カ月位全然出ないというので，大体完治ということで学校で平常通りのことをさせるようにいってあります．

西田／私も急性の小児腎炎の場合に一応全部血沈を採ってますが，急性期には 70，80 ひどいのになると 100 以上のもあります．蛋白の消失，血圧が下がると同時に血沈も正常になってくるように思います．10 以下になって蛋白も消失しましたら治ったということで，普通生活をさせるようにしてます．殆んどの例はそういうような型をとるように思います．

植木／リウマチの時に血沈が下がるということなんですが，別にあちこちの関節痛があって特に腫れているというわけではないが，次から次と痛みが動いていくというクランケに時々ぶつかるんですが，こういう場合に血沈を採ってみると，殆んどたいして促進してないというのが多いんですが，やはりリウマチではなんでしょうか．血沈しか採ってないので他のものは採ってなんですが，症状からいうと関節痛があちこち動いていくというと，一応リウマチと考えていいのではないかと思うんですがその点をどなたかお答えいただければ．……

春日／リウマチと思われて血沈が下がらないということですか．

植木／そういうのが，案外多いということです．

春日／これは大変問題になっていることだと思うんですが，どなたかご意見のある方はどうぞ．

武藤／血沈だけによってリウマチをうんぬんするのが少し無理ではないかと思うんです．いろいろ他の検査をしてあくまでも補助診断の意味で，ということでリウマチは他の要素もいろいろ考えるべきではないかと思うんですが，ですからリウマチで血沈が下がらなくても私は別にそういう場合はあってもいいと思います．

植木／アキレスの関節が腫れてまして，完全にリウマチで（始めの頃，血沈を採ってなかったので比べられないんですが）半年以上プレドニゾロンを持続しまして，この間ようやく血沈を採って調べてみますと 20 位，ASLO とかそういったものもマイナス，これはプレドニソロンが効いてるためかと思うんですが，そういうようなのもつけ加えさせていただきます．

新山／この前，秋月先生がお話になったかと思いますが，私の記憶違いかもしれませんがこの問題については，リウマチ熱と関節リウマチというものの相違とを確かめて，後に血沈の促進というものがリウマチ熱でも関節リウマチでも両方に下がるのか，関節リウマチを急性と慢性に分けて慢性の時は下がらないで，急性の時は下がるのかという差があるのか，そちらのほうから先にいかなければ，ただリウマチと漠然といったのでは面倒なことになるのではないかと思うんですが．

横田／私は一つ一つ具体的な例は申し上げられないんですが，感じとして初めてリウマチ，リウマチ熱ということでしょうか，そういう場合には促進しますが，その後関節が痛いとか，今いわれた関節炎の症状，慢性に経過したような2回目，3回目にリウマチ的な症状を起こした人は，わりに促進しないのではないかというような感じを持ちます．具体的な例は申し上げられません．

秋月／私たちはリウマチという場合に，リウマチ熱ということとリウマチ様関節炎，或いは急性関節リウマチとか，慢性多発性関節リウマチというようないろいろな言葉があると思うんですが，これは浦田先生などがはっきりご自分でこういうものだ，というふうに決めてられると思うんで

す．しかし私たちが普通診察をする場合には，何かものの本を見ますとジョーンズ（Johns）の改訂基準というようなものが，方々で行なわれているというふうなことが書いてありますが，その場合にリウマチとかなんとかいってる場合には，この両方を含めていってるようですが，私自身の感じではどうもこれは全然違う病気ではないかというふうに思っているんです．

リウマチ熱というのは子供の病気だというふうに書いてますが，決してそんなことはなく大人にも沢山あるのではないか，我々が風邪をひいたかなにかわからないで熱が続いてる，という病気を考える場合に最近は先ず第一にリウマチ熱を考えなければいけないのではないか，それはなぜかというと少こしたって2年，3年後に完全な心臓の病変を起こしてしまうというようなことを予防するためには，リウマチ熱ということを決めて正しい治療をしなくてはいけないのではないか．だがアメリカなどと違ってお金がありませんから，1年も2年もペニシリンを飲ませておく，などというむこうに書いてあるようなことはとても望めないんですが，問題は心臓をすっかり悪くしてしまうかどうか，ということで早く我々は処置してあげなくてはいけないのではないかと思うんです．私なども昔の医者なものですから，ASLO とかCRP とかいろんなことが本で読んでるだけで，実際どういうことをするのかもわからないわけなんです．しかし我々が昔に習った慢性の関節リウマチというものと，急性の関節リウマチというドイツ流の考えから今，我々が本で読む時にアメリカ流の考えに変ってきて，この2つがどうも我々のように昔医学を習ったものにはっきりのみこまれていないのではないかとこういうふうな感じがしてるんです．さき程植木先生が，リウマチの場合には血沈は必ずしも当てにならないというふうにお話があったかもしれませんが，私はリウマチ熱で将来心炎というか，心臓に病変が起きてきそうだというようなある程度以上より重いものは，やはり相当血沈は下がっていいのではないか，或いは当然下がるのではないか，しかも再発を繰り返して処置をしなければ悪くなるのではないかというふうに考えていきたいと思います．子供の病気ではなくて大人にもある．勿論子供に多いんですがそんなふうに考えてます．

植木／血沈の高度に促進する場合という項目の中に，リウマチと書いてありますが，今の話を聞きますと必ずしも全部のリウマチが促進しないという話のようなんですが，具体的にどういうふうに訂正したらいいかもう少し範囲をせばめて下さるといいんですが．

春日／植木先生から出ました問題は，秋月先生のお話にもありましたように大変重大な問題だと思うんです．そう青竹をばっつり割るようにはいかないと思うんですが，この例会の一つの主題として取り上げるべき性質のものだと思うので，そういうことはその機会に譲るべきだと思うので一応これで血沈のフリートーキングを終ります．この問題は大変広い問題ですし，我々の日常の診療には一つのテーベを除きましては，欠くべからざる検査方法のように思いますのでご意見のある方は編集長の木島先生のほうに紙上でお寄せいただきたいと思います．

●新しい先生の紹介

今まで会員であって今日初めてご出席下さった先生方をご紹介します．

木村勝直先生（名古屋）と**宮田享先生**（北九州市）です．

宮田／東京の開業医がどういうふうにしてらっしやるか，ということをお尋ねしたいんです．

春日／どなたか東京の開業してる先生方がどういうふうにしてらっしゃるかというご質問です．地方では開業医が胃癌も切れば，何も切るということで大変派手な反面，守備能力を越えて死亡診断書を書かなくてはならないという状態だということですね．突然でお答えにもならないと思うんですが，私自身の経験からでは逆で朝から反身か，背中向きのスタイルで外来へ出てきます．9時間際まで寝てまして，なるべく難しいものは，すぐ大学なりに自分の守備範囲を越えそうなものは大袈裟にいうとどんどん大学なり，大きな病院なりに行っていただくというふうなそういう考え方でしてますし，出来るだけ時間を作って自分の手に及ぶぎりぎりの患者さんの相談相手とか，自

分の時間を持って少こしゆっくりいろいろなことを遊んだり，勉強したりする方法をとりたいということを願いながらしてます．これは大変に私の間違ったやり方ですのでどなたかございませんか．後藤先生如何ですか．

後藤／人間の医学の 17 号に，私たちの例会の開業医はどう勉強したらいいかというのが出てますが，こういうのをお読みになりますと，ここに来ておられる優秀な先生方の生活がわかる．後の方に ZASSO 氏が開業してからの遍歴を書いてあります．これも非常に我々しみじみと読んでます．これを前からお読みになりますと前に木島先生がお書きになりましたが，いみじくも我々の生活を優秀な文士がどうしてるかということなんです．私は雑学のほうで，いつも新聞を読んだり週刊誌を読んだりそういうことばかりしてますので，月に1回はこういう偉い先生方の肌に触れたいと思って出席してます．そういう人間もいますしいろいろです．

木村／私は名古屋で開業してます木村勝直と申します．今日初めてこさせていただいたんですが，先月来ようと思ったんですが，急患で徹夜しましたので，今日は是非ということで出席させていただきました．名古屋からは新幹線を利用しますと2時間ですので，川崎とか千葉からの先生と5,800 円のハンディキャップだけで来られると思いまして，なるべく毎月出させていただきたいと思います．私たちも毎月開業医が集まりまして，夜の9時から1時頃までこういう症例の勉強会を開いてますので，だんだん行きづまる可能性も考えまして東京の水準というものも吸収したいと思いまして出てきたんですが，おっかなびっくり出てきたんですが，やや名古屋より程度が高いということで安心してます．（拍手）

●事務局からのお知らせ

浦田／プリントに書いてありますからその通りですが，重要なことだけピックアップしていきますと，元帳の登録者が 1,000 名を突破したということです．2年前の8月にこの会がデッドロックに乗り上げまして，身売りの話が出たわけですが，私が雑誌のリーダーシップだったのでなんとか引き受けて努力してみようというのでやっとここまできたわけですが，その時大体の約束は2カ年，1,000 名台になったら事務局をどこかに移転させてほしいとお願いしてありましたので，今月でその申し出をいたしたいと思います．財政のほうは今のままですと，派手なことをしなければ少しずつ赤字はなしくずしにいける傾向です．

藤沢先生に代って申し上げますと，6月の第2日曜日が今度の例会のはずですが，三共から申し出がありまして，ミュンヘン大学の Gustav Schmertd 教授が4月に学会で日本に来る予定のところが事情で来られなくて6月に来られるわけで，どこかで講演させて欲しいと日本医師会と，東京都医師会に申し出たところがいっぱいでだめだ，というのでこの会で是非やらせてくれないかという申し出がありました．世話人会でそれでは1週間繰り延べしまして，第3日曜に開催しようということになりました．題は「ヨーロッパに於ける老人性心疾患の概況」ということで通訳がついてますし，2次会で教授を囲んで懇親会を開くそうです．三共の担当者によると，2次会はだしだから先生方出て下さいということですのでご出席お願いします．今日の2次会はロシア音楽などが流れまして豪華なところです．

●「人間の医学」の編集長から

木島／皆様方の原稿で雑誌が続いております が，ともするとレギュラーのライターに片寄ることがあるのでご遠慮なく原稿をいただきたいと思います．特にいただきたいものは最近お読みになった本，それは医書に限らず広い意味での医学に関するようなものの**書評**，それぞれの**症例報告**，症例報告も高度なものでなくて生々しいものが本当は必要だろうと思います．**誤診談**，毎日の診療の先生方の医学に関する**基礎的な思想**，そういったものなんでも結構ですからどうか雑誌に書いてあります私のところまでお送り願いたいと思います．

●出版局からのお知らせ

春日／出版運営世話人会を2度しまして“かぜ——かぜを考える”というテーマで秋月先生，並

びに浦田久先生，私が小間使いになりまして着々と進んでます．これから他科の先生のみた風邪“私は風邪をこう考える”というふうなことで私どもの間で原稿をご依頼することがあると思うんですがその節はよろしくお願いします．次に出るものは高血圧が 12 月に出る予定です．「人間の医学」の一番最後のところに＜実地医家のための会出版局設立の案内＞という折り込みを入れましたので，自費出版のご希望の方，いろいろお世話申し上げるつもりですので遠慮なくお申し出でいただきたいと思います．続きまして先月から始めました月刊トピックス，或いは月刊ニュース，或いは月刊に拾うというふうなことで先月から今日まで起こりましたことで大変いやな不愉快なことが一つあります．そのことに関しましても私もその渦中にあるんですが，私なりの反省とかはそれとしまして「実地医家のための会」としまして永井先生からご説明があると思います．

永井／お手元の人間の医学 17 号 81 ページの下段に出てますが，講談社が出版してます週刊雑誌の「週刊現代」が 5 月 12 日号で“信頼出来る名開業医府県別一覧表”というものを特集しました．ちょうど千葉大チフス菌事件以来いろいろ世間で医療関係の不安が高まっている折でもあって，こういう問題は非常に慎重に扱ってもらわないと困るんですが，やはり商業主義というのが非常に強くて，講談社としてはこの企画を既に決定してたようで方々へ行ってどういう先生がいいか，というようなことを聞いて廻ったんだそうですが，最後にどうも方々へ行って聞くと「実地医家のための会」というのがあるというのを聞くので，一度この会の先生方のご意見を聞いてリストアップする手伝いをしてもらいたいというようなことで，4 月 27 日，医学書院で今の出版局の編集会議の際に席上編集者がまいりまして，いろいろ依頼を申し出てきたわけです．私どもはこういう企画がもたらす結果を考えますと，何ら益するところがないだけでなくて，現在 6 万数千名おります開業医のうちで僅か 300 名という 0.5% の人の名前を，こういう商業誌の上に出すということは 99.5% の立派な信頼してかかっている患者さんたちに対する非常な不信を招くことでもあり，不安を助成するのでこういう悪質な企画は商業主義以外のなにものでもないので，この企画をやめるようにと強く反省を促したのですが，それは先方の自由でもあり，既に企画も決っていたようで，結果としては我々はそういうものの片棒をかつぐことはおことわりするということで，我々は抵抗出来なかったのです．従って結果を見ますとこのリストの中に，この会の会員の方々がぽつぽつ名前が出てまして，特にいけないのは我々世話人の名前がわりと沢山出てることです．この点に関して我々の力が足りないで，こういう結果になりましたことを，世話人一同として会員の皆様方に深くお詫びします．こういうことに関して，我々としては世論に訴える必要があるかと思いまして，新聞誌上の世論を掲載する欄にこの会の名前で投稿はしてあるのですが，出ることになりますか，採用されないで没になるかわかりませんが手は打ってあります．大変不愉快でいやなことがありましたことをご報告とお詫びとを申し上げたいと思います．

春日／今のお話にも関連しまして医者の姿勢を正せ，或いは我々医の倫理とか，だんだんとやかましい問題になってまいりまして今朝入手しました一つの資料があります．これは昨日東京大学の今年入りました理科三類の生徒と教養学部の 1 年，2 年の生徒とが東大理三駒場シンポジウムといいまして，「医学の足元を見つめよう」ということで，昨日午後 1 時から 4 時まで駒場の教室でシンポジウムをしたわけですが，その資料の中の一部分を読ませていただいて，我々の未だ卵以前のうんと青春を伸ばして，体を鍛えて思想的にも大いにあばれまわっていただきたい医者の卵のそれ以前の若い生命が，今日この時点で既にこういうふうな問題に，まじめに取り組んでいるということを私は大変僭越ですが，司会として訴えてみたいと思います．一部分づつカッコを付けまして読み上げさせていただきたいと思います．

●医学の足元を見つめよう

（東大理三駒場シンポジウム基調報告）日本の

医学会とは不思議なところです．国，公立の大病院は実際の運営に当っては，幽霊ともいうべき無給医局員によってささえられており，しかも彼らは国家公務員でなく民間人の働き蜂なのです．例えば或る大学病院の内科医局では無給者の率86%，第一外科では100%といった数字が出てます．病院は手弁当の上にあぐらをかいて成り立っているともいえましょう．問題はここにとどまりません．大病院につきものの長い待時間と短い診察時間，それにもかかわらず押しかけて来る暇で元気な患者たち，更には……．

一般の人たちには，勿論これからその医学会へ入っていこうとする私たち医科系学生にとっても不思議だらけのことばかりです．早くから一つの考えた試みとして，大阪大学には医学概論の研究室があり，ここの講師によって4年ほど前からアンケートが出され，“なぜあなたは医師を職業に選んだか”という質問に対し，大阪大学の医師課程の学生たちの答は生活が安定し，経済的に余裕があるからという意味のものが過半数以上を占めたということです．そして人体の秘密や，生命の神秘を探る喜びに憧れてという解答が実に第3番目になっていたそうです．

医者として患者を診ることは，払った元手を利子つきで回収する，それだけの手段であり，研究することは片手間の仕事であって，かつ極めて技能的，職人的なものであっていいのでしょうか．現在このシンポジウムに参加する私たちは殆んど全部シンポジウムを計画するものも，計画される方も医学の医の字も知らないものばかりで，あるのは若さくらいのものではないでしょうか．この若さこそが空洞化した巨大な樹木とも思われるような医学会を前にする時，これに働きかけることの出来る重要な契機ではないでしょうか，今は未だその世界に足を踏み入れてはいない．しかもこれから近い将来に，踏み入れることを予想されている私たちの立場というものも，劣らず重要なものを含んでるように思います．新しいより高い医学へと思考の目を向けるために，医学を科学へ社会へと結びつける絆となるために，共に医学というものを考えることを訴えます．こういうふうな書きだしですが，一応読みまして先生方の心の中に，さまざまな格好で我々を追ってくる若い世代が既に大変残酷なように思えるんですが，このような問題に真剣に取り組み始めているということをご報告しておきたいと思います．

（Ⅱ） 誤診あれこれ

春日／これは全くの自由交見の形式をとりますので，出来ましたら症例をお出しいただいて，それに関して先生方のご意見をいただいて誤診というものの認識というか認め方，どういうものが誤診で，どういうものがそうでないのかというそういうものの誘因，原因を洗いざらいお話合い願いたいと思います．その前に秋月先生が，たまたま医人の5年ほど前のですが大鈴礼文さんの誤診ということ，興和医報の誤診への対策としての，沖中教授のお話などをまとめたパンフレットなどをお書き下さいましたので先生からこのことでお話願えないでしょうか．

秋月／何も話さないという約束だったんですが，いつのまにかペテンにひっかかって悪いけど私は何も話したくないんです．大鈴先生の名前は私が陸軍にいた時の先生で，よく知っているものですから名前を偶然出したわけです．警察病院におられて，心臓病のほうで一生けんめいやっておられて，お名前も皆さんご存知の方が多いと思うんですが，非常に感のいい人で，或る時もう亡くなりましたが，寺島さんが厚生次官をしてた時に私が厚生省の病院科にいたものですから“君，大鈴さんを引っぱり出して往診してくれ”といわれて行ったんです．そうしましたら“君が来たならおれは行かないわけにいかない”ということで，とうとう私に引っぱり出されて往診したんですが，どうもその時の態度がおかしいと思ってたら薬の飲み過ぎで眠ってるわけなんです．“こんなもの私が診ても仕方がない”といって帰ってきたわけなんです．診察をする前からこの人非常に感のいい人で，この人が診ると東条さんが治ったり，癌で死んで中将の人が大将に進級した人が，また生き返ったりしまして，いろいろ面白いこと

がある人だったものですから私もお世話になったし，どんなことを考えているのかと思って1例に載せたわけです．春日先生からお話があった冲中先生のお話はこれには載ってないわけです．冲中先生のお話はあまりにも有名ですから，自分が東大の診察を長い間していてその結論として，いくら調べても誤診が 10% かあって，そのうちの膵臓などというのは非常に高いものだった．脳も高いものだったというふうなお話は誰でも知っていることではないかと思います．こういう人たちが誤診といってることに対する考え方というものは，極めて私たちがいってるような誤診ではなく病気そのものに対する鑑別診断というか，病気の部位であるとか性質とか，そういうものを誤ったというのです．いずれも症例を反省するということが，誤診対策の非常に重要部分をなしているということです．場合によっては，亡くなってから病理解剖をしてもやはり死因のはっきりしないものもあるんだ，というような反省をしておられるようです．これから皆さんに出していただく症例というものの比重というのは，大変重いものであるし大変貴重なものであるというふうな考え方で，この誤診の話合いを進めていただいたらいいのではないかと思います．

春日／大変抽象的な問題がからまり合ってくる問題ですので，座持ちが大変難しいと思うんですが，どうか大変そういうことがへたな上にこういう問題ですとうまくいかないかもしれませんがよろしくお願いします．

日向野／私は保留するつもりで，もし症例がなければと思って持って来たんですが，ご指名がございましたから大変恥しい話ですがいたします．一般に誤診の原因を考えてみますと，或る疾患について全くそれを知らなかったという場合に勿論誤診するわけですが，非常に珍らしい病気を知らなくて私たちが誤診をしても大学の教授ではありませんから，一般の実地医家としてはそれは非常にケースもまれないことですし，勿論診断がつけば大変結構なことですが，そういうことで診断がつかなくても恥しいことではないのではないかと私は思います．そういうことは実際の臨床上の上では比較的まれなことで，恐らく一生に数回位しか経験しないですんでしまうことがらではないかと思います．

次に誤診をする場合として考えられるのは必要な情報を引き出し得なかったような場合，これはいろいろな原因があると思いますが，非常に診察時間が短くて忙しかったために十分に患者の話を聞かなかったとか，十分に診察をしなかったとかいうようなことで，正しい情報を引き出せなくて誤診に至ったということで，これが今日私がこれからお話申し上げるケースでもそうですが，実際の日常の臨床上ではこういうことが多いのではないかと思います．それからそういった情報を引き出しても，その情報について正しい評価とか検討とかそういうようなことが十分出来ずにそれを誤って評価してしまったり，或いはその奥にあるものを，もう一歩つっこんで考えなかったために誤診に至ってしまったというようなことで，誤診をしていくことが実際には多いのではないかと思います．それでそういうようなことで私がどうして間違えたかということを反省を混じえながらお話申し上げてみたいと思います．

これは患者が死亡してしまいましたので，ゼクチオンをしてませんから本当の意味では正しい診断が何であったかということがわかりませんので，その点も皆様からお教えいただければありがたいと思います．患者は昨年の2月 12 日に診たんですが 45 歳の男です．最初に私がこの患者を診たのは昭和 37 年6月 28 日ですが，その時の話では7～8年前から血圧が高く 170～200 位あったということで特別な医治を乞いませんでした．ところが2週間位前から口がもつれ，頭が痛い，重くめまいがするというようなことを主訴として私のところへまいりました．患者は大変肥っている元気な男です．高血圧以外には今までたいして大きな病気をしたことはないといってます．嗜好品としては毎日ビールを4～5本飲む．タバコは1日に 10 本位吸うそうです．家族歴としては父が 33 歳で脳出血で亡くなったということです．母も高血圧があるということで相当高血圧の因子が高い患者さんで，恐らく本態性の高血圧症

の患者と思われます．診察しますと心臓が打診上左に二横指拡大している．血圧が 158 と 110，尿は蛋白が陰性，ウロビリノーゲン(＋)，糖は陰性です．心電図をとってありますが特別に異常所見はありません．口がもつれるとかどうとかということで，軽い脳血栓のようなことが起きたのかもしれないということで，20% ブドウ糖と ATP を 10 mg の静注しまして後に血圧降下剤を使って9月 21 日まで外来に来てますが，血圧が 160～148 位までに安定してその後患者は来なくなってしまいました．第2回目にあいましたのが翌 38 年2月 24 日の夜に来まして，昨日ウイスキーを1合位飲んだら午後 11 時頃から右の心窩部から右の側胸部にかけて痛い，ということで右の季肋部に圧痛があります．複合ブスコパンの注射をしてガロゲンとブスコパンを出して胆石症の疑いがあるから，3日たってからいらっしゃいということで3日目に Meltzer-Lion をしましたところA胆汁が出ません．B胆汁が濃褐色で濁ってました．C胆汁は出てません．後からこういうカルテを見ると非常に煩雑に耐えないんですがそれ以上何の検査もしてません．数日で痛みもとれてしまって来なくなりまして，その時にレントゲン検査をしようと約束をしてたんですが，患者が痛みがないものですからその後来てません．

いつとはなしに忘れておりましたところ，2年たって 40 年2月 12 日に1週間前から前胸部から上腹部にかけてしめつけられるような感じが時々してくるというようなことでまいりました．プルスも良く特に打聴診でも異常はありません．その時に血圧が 156 と 90 だったんですが，その時に私が第1に考えたのは，血圧も高い患者ですし年齢も 45 歳ですから，冠状動脈の何か変化があるのではないかということを考えて心電図をとりました．その心電図をまわします．心筋梗塞の軽い変化でも起きているのではないかと考えたんですが，特にその心電図で私はそういった病的な所見はないと判断しました．それで次は前に胆石を疑わせるような症状があったものですから，そういうようなものや或いは膵臓炎とか，急性胃炎とかそういうようなものではないかと考えましてレントゲンの検査をしました．大変肥ってる患者なものですからよく写ってないし，その頃は非常に技術が下手だったものですから恥しいんですが，立体充満像では十二指腸窓部にあたるところに圧痛があるような感じがある．二重造影もやりましたが，未熟で診断的価値がありません．

それで一応治療としては，複合ブスコパンの注射をしましてブスコパンの錠剤を出して“どうも私は一応必電図ではたいして所見はないが，何か心臓のほうに関係があるような感じがして”患者に入院するようにいったのですが，忙しい人で今の仕事がどうしても終らないととても入院どころではないし，たいして痛くないから何とか外来で診てほしいというので，その患者の言葉に引きづられてあまり痛くなければということで翌日もそんなことをしまして，ペニシリンをその時に尿のジアフターゼを調べたんですが 64 倍で多くはありませんが，透視の時膵臓部に圧痛があるように感じたものですから一応膵臓炎なども考えて，ペニシリンの注射をしたりして3日たちましたところ，2月 16 日の朝急に胸が苦しいといって朝7時半頃に電話がかかってきました．非常に苦しがっているのですぐ来てほしいということで，すぐ行きましたところが救急車が来てまして，こちらも青くなって上っていくと救急隊員が酸素吸入をしてるので聞いたところ救急車が来た時には呼吸を全然してなかったし，心臓も止っていたということですが，一応酸素吸入をしてるのです，ということで診ましたら心臓も止ってますし，呼吸もしてませんし瞳孔も散大し完全にステルベンしてるわけですが，家の人は生きてると思ってるものですから一応かっこだけでもビタカンを打って，心臓マッサージを一生けんめいしてみたんですが反応しないでステルベンしてしまったわけです．後から考えますと大変に忙しかったということは口に出してはいけないんですが，忙しかったことなどで検査が粗雑であったということ，心電図をもう少しまめに何回もとってみなくてはいけなかったと思うんです．第1回の検査でそれをあっさり除外してしまったというようなこと，その他白血球の検査とか，トランスアミラーゼの検査とか，血沈を調べるとかそういったような最底必要限度の検査をもっとちゃんと regelmässig にや

らなかったということ，そういうようなことで大変くやまれて本当に家の人に何といって説明していいか言葉に困ってしまったケースだったんですが，私は後から考えて突然ああいったようなことで死んでしまいましたし，ゼクチオンしておりませんから死因がこうだということははっきりわかりませんが，心筋硬塞の発作ではなかったのだろうかというような感じがします．

前回の「心筋硬塞の共同調査」の時にはこれははっきり死因がわかりませんのであの中に入れてませんが，そういうことで最初にお話しましたように或る疾患を考える場合にも，1つ2つの検査成績が陰性だからといってただちにその可能性を否定してしまってはいけないので，何回もそういうことが疑われたならばなるべく頻回に時間を追って検査をしなくてはいけないというようなことを痛切に感じさせられたケースです．

春日／今日のお話合いに備えまして，私なりに考えましたのは診断技術の不足というようなことはおくとしましても，実地医家としましては外来の多忙とか，心身の疲れとか，患者への説明不足による患者のほうが思い違えていて誤診のようにとられてる場合とか，患者の頭の程度によって医者のいうことを理解してもらえないで，患者のほうで1人で踊りを踊って誤診をしたなと考えてる場合などで，我々の側では未だ検査器械や設備の不足のこともありましょうし，さき程の外来の多忙，心身の疲れなどに入りますが，してあげなくてはならないこと，要するに検査の怠慢とかもっと厳しい言葉でいうと医の心の不在というか，そういうふうなことで起こること，依頼検査の結果を過信して起こったというようなこと，検査結果が陰性だったということをそのまま素通りさせてしまったために誤診に陥ったということや，果して大学へ送ってしまって誤診が避けられるという問題もあると思います．

また，設備が十分だからといって果して本当の誤診というものが避けられるのかどうか，私どもの検査では私ではありませんが，或る偉い先生になると経験的知識の自信過剰から誤診を起こしてるというふとどきと，我々が考えられるようなことがありますし細分化の害というか，専門に頼り過ぎて起こしたような誤診とか，逆に総合的な見方を忘れたために起こった誤診というふうなことがあると思います．もう一つこういうのはあってはならないんですが，相性の問題というかなんとなしに来た患者が気にくわない，こういうことは医者として悪いんですが，適当におっぱらってしまったら大変重大な病気を持っていたということ，これは本当に恥かしいことですが，私はあってはならないこととはいいながらあったような気がします．今日の日向野先生の症例につきましてこれはパターンというほどのものではありませんが，こういう類系別にしますと秋月先生のほうの抄録のほうからでは時間不足に入るのではないかと思いますし，私の考えてるのでは先生のような本当に誠実な先生のことですから，恐らく多忙とか精神の疲れとかいうことが原因だったように思うんですが，こういうことを兼ねまして，だんだんこういうふうなことに誤診のことを追いこみたいと思いますので，ご意見のある先生がございましたら日向野先生の症例をめぐってご意見をいただきたいと思います．

植木／今の日向野先生のお話なんですが，日向野先生自身心電図をもう少し丁寧にとっておけばよかったのではないかという話なんですが，心筋硬塞症が突然起きる場合は前もってわからないことがいくらでもあるのではないでしょうか．例えばST-Tの所見がはっきりしてるという場合はある程度用心させるということもありますが，よく聞くのはドックなどで検査して異常がないと喜んで，4階までかけ上って死んだというのが時々あるんで，私は日向野先生の話はやむをえないのではないかという気がするんです．そういう場合を誤診といっていいのか，やむおえないのではないかという気がします．

武藤／以前にある本を読みましてどなたか名前は忘れましたが，こういう虚血性心疾患を起こしました100例について調べましたところが，2週間以内に所見があったといわれたのは51例で，49例は2週間以内の検査では，何も所見がなくだいじょうぶだといわれた患者さんだった，という文献を読みましたんですが，今おっしゃったようにインファルクトのような場合にも不可能

ではなかったかという気がします．私などもそういう経験は2，3あります．それと共にあまり検査を過信しすぎてるということも，我々が反省しなければならないのではないかと思います．科学的な試験がすべてでしたら，我々の頭の白く毛の薄くなったような人よりは，学校出たての頭の Scharf の人のほうが診断が正しいことになりますが，我々今まで何年，何十年も人を殺したり生かしたりしてるうちにそこにプラスアルファ，科学的検査の限界以上のものが，やぶ医者ながらあるのではないかという気がします．

秋月／心筋硬塞と考えるのに，前に心窩部の痛いのはよく考えなければいけない．胃の痛いといって来るのは沢山あります．私の近所に我々の先輩で，心電図をとって所見がないからといって喜んでいて，それは原先生が最後に診られた方なんですが，そういうふうにして亡くなられた方が人あります．従って大鈴先生も，第5に書いてあるように所見が陰性―除外診断―，陽性の成績は此てになるが陰性な成績で除外するということはいけないのだということです．それがちょうどよくあてはまるのではないかと思うんです．さき程の年齢が少し若いかもしれませんが，完全にこれはミスですね．私がそういっては失礼ですが，心筋硬塞だから相当気をつけなくてはいけないと，やかましくいってなければいけない例ではなかったかと思います．心筋硬塞というのは突然にきて一度に死ぬということは私はないと信じてるんです．必ず狭心症とか，何か以前から血圧が高かったとか，心臓が大きかったとか何か症状が必ずある．突然死ぬようなことはなく必ず何か見つかる．もし見つからなかったら，それは例外的な症状を表わさなかった心筋硬塞で死んでも痛まなかったかもしれないような例はあるかもしれないんです．そういうふうな考えで，脳出血の場合も同じです．やはり必ず前に何かの所見がある．我々はそれを見つけてあげなければいけないというふうに私は思ってます．

浦田／秋月先生のお話はトランスアミナーゼとか血沈とか白血球とかを調べることはいらない．経験的に，或いは年齢的にそういったものからインファルクトという診断をつけるべきだったというお考えなんですか．

秋月／致命的な病気は心筋硬塞以外にないわけなんです．このへんが痛くて死ぬという病気は注意しなければいけない．検査の成績がさき程いったように陽性であれば，例えば血沈が下ったとか，トランスアミラーゼが多かったとか何か検査が陽性であれば注意しなくてはいけないが心電図一つの検査で陰性だということは，これは心筋硬塞の除外診断をしてはいけない．ここに大鈴先生もいっておられるように陽性成績だけを信用して，陰性成績をするということはもうはやらないとこういうふうな書き方をしてますが，その通りではないかと思います．これは話が飛びますが，心電図の所見を多勢の専門家が診て意見が 10 人が 10 人一致するのは心筋硬塞だけだ，というふうに日大の木村教授がそういってるようです．それがうらはらになるようですが，心筋硬塞が起きてしまって心筋その他に変化があればもう相当高いパーセンテージで所見が出て，その所見を見落すという人はないが，陰性の所見であるからして近い将来心筋硬塞を起こして死亡するということが，これはわからないというふうにいわないで，我々は予期していなくてはいけない．ましてそのへんが痛かったとか，村上先生という内科のお医者さんは右の肩，右手が痛んだんです．木島先生の知り合いの高木先生は糖尿病があって悪かったのに，心電図をとって所見がないというので喜んで釣に行って，河岸で本望を遂げたというふうな方ですから，我々としては陰性の所見を信じるな，ということはここに書いてある通りではないかと思います．

春日／同じようなことに，金原原出版の社長が去年その前日まで心臓を心配して，方々で心電図をとっていたんですが，全然何もなくて順天堂でとった翌日に亡くなって，解剖して所見がクリニックタイムスに出てました．心筋硬塞の「共同調査のまとめ」にあたられました永井先生，今のお話を裁判官というのではなくてどうですか．

永井／ご指名がありましたので私の感想を加えますと，私自身はこの共同調査の場合もそうですが，日向野先生の症例をみても最後までの経過を見ることによって心筋硬塞であった，という判断

を我々はするわけです．それでその場合に心電図をはじめとして，いろいろな臨床成績というものがかなり我々の診断に役に立つ場合があるわけですが，途中に於ていろいろな成績がありましても，最後がこうであれば心筋硬塞なんだ．そういう意味で我々がどういう病気であったか，という最後の審判官を従来病理解剖に求めたり，手術所見に求めるわけですが，我々はそういうことが出来ないケースが非常に多いわけで，しかし自分なりに病気の判定を，自分の診断に対して反省しなくてはならないという場合に何で反省するかというと今までの経過，最後まで診た経過によってこうであったろうということを実際してると思うわけです．そこで今のケースでもそうですが，病気の一番始めから診察をせまられてるその時点までの経過というものも，それまでの病態を十分よく示してみてくれるわけですから，この場合にこれと符ちょうが合う検査所見が出ればいいわけですが，合わない陰性所見なり反対の所見が出た場合には，私は臨床検査成績のほうを軽くみます．経過というものがなんといっても我々が診断する上に於て一番たしかな順位をつけなければ，第1オーダーの資料だというふうに私自身は考えまして，臨床検査成績というのはそれからみるとランクが下がった参考資料だというふうに考えてしてますが，この場合にも最初からの病気の成り立ちや，素因というかそういった点などを考えてまいりますと，心電図の上にも何か多少の異常はあるとみることも出来るかとも思いますが，あれが仮りに陰性だったとしても心筋硬塞，冠不全ということは一応考えてしかるべきではなかろうかというふうに思うわけで，我々大学を中心としたいろいろな教育を受けますと，どうしても臨床検査にウエートを置くというふうな考え方が頭にしみこみやすいんですが，我々の最終判定者は，臨床経過ということでしかないのではないかというふうに考えてます．

春日／症例が2つですので，もう少し日向野先生の例でお話いただいてみます．桑木先生，東西医学を結ぶ会で漢方のほうを主にやられるわけですが，先生でしたらこの症例をどうお考えになり，どういうふうに処置なさってらっしゃるかということありませんか．

桑木／私共のところへ来られるクランケは急性な経過をとる患者はあまり来ないので，こういう例に記憶の範囲ではぶつかったことがないんですが，心電図と臨床経過との関係は永井先生のおっしやったようなことではないかと思うんですが，どういうことをご返事したらいいか……．

木島／心筋硬塞であまりにも新鮮な例の場合には，血液検査はマイナスに出るという実例を2例ほど経験したのでお話します．その患者はいずれも心筋硬塞を起こすまでは心電図所見では明らかに冠不全の所見があって，それから狭心症の症状も数回あったという患者です．1人は私が心電図をとってもう1人は他の病院でとってもらっていつも警告を出されれていたという患者ですが，いずれも発作が起きまして往診を私に頼んできました．心電計を買った時はよく車で往診に持って行ったんですが，持っていくとよくこわれるんです．私のところは未だ悪路がありますので，昨今は外来ですぐとれるように心電図をセットして置いて，往診には持っていかないという方針を打ち出し血沈と白血球数，トランスアミラーゼはやれるように，それぞれセットしたものを往診鞄の中に入れてますが，2人とも共同調査にあります症状の中では，一番著明なものは私の場合は発汗でした．それが冷たい汗，冷汗が額のところに一番著明で，大体全身にあり手足が非常に冷たいということ，本人は息苦しいということが著明であったという診断をつけて採血をしたんですが，血沈も白血球数もトランスアミラーゼも全部ネガです．大体，半日以内に死亡した例ですが，その発作が起きてすぐ採血をするということはネガに出る場合が多いんだろうと思います．それと飛躍した話ですが，そういうことをエッセイ風に考えていくと大変飛躍した話ですが肉のうまさと何かあるのではないかなあと思います．肉のうまさは殺してすぐ食べるとまずい，しばらくおかないとうま味が出ない．どうもそれと結び合わせて何かにすると面白い話が出来るなあということを車の中で考えたりしたことがありますが，それは病理解剖しても心筋硬塞であったに違いないと思います．引導を渡しまして恐らくだめだろうといいま

したら，正直に半日以内で死亡しましたが実際に経験した例です．

新山／心電図で変化のなかった場合，負荷試験をするとかなりの例に変化が出る．この場合も負荷試験をしていればおかしい所見が出たのではないか，心電図で普通の誘導でとって何も出なかった場合は，全部しろというわけではないですが一応その疑いが濃厚な場合には負荷試験を必ず加えてやるほうがいいのではないかと思います．

岡／私は今お話を聞いてまして，少し遠くて症例のご説明が聞こえませんでしたが教えていただきたいと思うんですが，心筋硬塞と解離性の大動脈瘤とどのようにして鑑別したらいいかということを教えていただきたいと思います．

秋月／あまりそっけない返事で申しわけありませんが，解剖しなければ診断がつかないと思います．私の家のそばに私が診てないよく知っている女の方がいたんです．ある朝，こたつの炭か何かを取ろうと思ってそのままのめってしまったんです．それで行ってみたらショック状態で，すぐ救急車を呼んで酸素吸入をしながら 10 分位かかる東京国立第二病院に入院して，一時少し良くて数時間後に亡くなったんですが，それは大動脈解離性動脈瘤が出血して亡くなったわけですが，それはそれまでに相当有名なお医者さんで方々診てたんですが，何か悪い病気はあるということはいってたそうですが本当のことはわからなかったそうです．それでゼクチオンしてはっきりわかったんです．それですから我々程度の医者だったらわからなくてもいいのではないでしょうか．

植木／誤診を防ぐのは時間外と往診を避けるべきであるというふうに思ってるんですが，もう一つ診断をしなければ誤診にならないと思ってるんです．わからない症例はもたもたしないで，早くしかるべきところに送るのが誤診を防ぐ一つの最大の方法ではないかと思ってます．往診，往診というのは，例えば腹痛の患者があって時間外に呼び出されたので仕方がないので，鎮痛剤などをうって家に連れてこようと思いながら，3日様子を見まして定型的な腸閉塞の症状ではないんで腹痛だけで3日位我慢してたんですが，我慢出来なくなってやむをえず病院に送ったんですが腸閉塞でした．その時になぜ始めの時に痛みを我慢させてでも連れて来てレントゲンをとってみなかったとそんなようなことを考えるわけです．往診先ではやはり誤診するのではないかと思います．患者となんというか一つの症状にひっかかってると，誤診をし見落すという例が2例ほどあるんですが，1人はレーノー氏病みたいな患者で，そちらのほうにばかり気をつけて始めにちゃんと血沈をとって 20 位あるので，何かあると思いながらも1カ月，2カ月位引っぱって胃症状もあるんだといわれて慌ててレントゲンを撮って胃癌をみつけたという症例と，もう1人はどこかの先生が胃癌の心配があるからといったというので，胃癌の心配があるといったのは胃癌ではないだろうと思って普通の治療をしてまして，これもやはり血沈が悪かったんで早くするべきだと思いながらも，そういうことにひっかかっていて，1カ月半，2カ月位たってレントゲンを撮って，胃癌だったという例でこれは一つのことにひっかかってると見落す心配があるというようなこと，それと同じなんですが，2年位高血圧で診てまして私の家に来たのが，1年に1度か2度で，気づいた時には直腸癌のすごいのがあったというようなこと，もう一つ胃症状，即ち空腹痛と食後の痛みと胸やけで胃潰瘍だとばかり思って胃のほうを一生懸命に透視しまして，食道癌を見落したのが1人あって，これは病院へ入院しましても病院のほうでもマーゲンばかり調べてて2度目，3度目位の透視で食道癌をみつけてから間もなく死んだという例で，それ以後は胃の透視をする時は 40～45，6 歳の人の場合は必ず食道の写真を撮ってみるということにするようになりました．要するに何とか自分のところへ連れて来て，往診先きで判断するとどうしても間違う．時間外の場合には必ず翌日なりに自分のところへ来るように指示しておいて，自分の家に来た時に何とか見当をつける．はっきりしない場合には診断をつけないで早く送ってしまう．そういうことが私が誤診を避ける方法です．

▽

春日／会としまして大切な問題で 1,000 名を越えたら浦田先生が事務局をどなたかにおやりいただきたいということですが，時間もありません

ので大変恐縮ですが永井先生に座持ちをしていただいて，ある程度の線を出しておいたほうがいいのではないかと思います．

永井／只今のことをおはかりします．浦田先生のすごい馬力に我々おんぶしまして今日まで3年間，この会が順調な歩みを続けてまいりまして1,000 名の会員ということになりましたが，浦田先生は軌道に乗ったからやる人は楽だから頼む，というお考えですが我々としてもいつまでも浦田先生に厄介をお願いするのも大変申しわけなく思うんですが，浦田先生に今後ともお願いしたいという気もあります．浦田先生ご自身のお気持はなるべくして下さるご意志のある方にお願いしたいということです．維持会員の先生方の中でこの際やって助けてあげようというふうにお考え下さる方がありましたら，お申し出て下されば大変結構なことと思います．仕事としてはかなり大変であろうと思いますが「人間の医学」のバックナンバーがかなり増えてきて，或る程度会の財産としての書棚とか図書とかテープレコーダとかいろいろなものがありますので，お広くない先生やお手伝いさんのない先生では無理であろうと浦田先生はおっしゃってますが，事務局の費用として1万5千円を月々の経費としてお取りいただいてます．これでは不十分ですが，会の現在の財政上その範囲でお願いしてるんですがどうしたらいいか，というご提案でもいいですし，私がしてやろうという方がいらっしゃいましたら，どうしてもございません節は是非にとお願い下されればお受け下さるのではないかと思ってます．（拍手）

≪結　び≫

坂田先生はご自身の経験例から，また上田先生は基礎的な問題について，それぞれ血沈にアプローチされた．“誤診あれこれ”は奥田先生からも症例報告があったが，ご希望によりオフレコにした．私の症例をめぐって，諸先生からいろいろご教示をいただいたことを感謝します．解離性大動脈瘤と，心筋硬塞症との鑑別法について質問があり，秋月先生から剖検以外は診断が困難との発言があり，誠にもっともと思いますが，臨床家として，何とか鑑別したいと思います．解離性大動瘤と心筋硬塞症の症状その他のくわしいことは成書によることにして，両者の鑑別に便利な表がありますので記しておきます．

≪解離性大動脈瘤と心筋硬塞症との鑑別診断≫

所見	解離性大動脈瘤	心筋硬塞症
疼痛	大抵突然始まり，急激に最強に達する	大抵次第に増強する．しばしば周期的ないし波状的
放散	しばしば背部に放散，硬塞と反対にしばしば後頭部，腰部下肢にも放散	しばしば左腕，上腹部に放散
血圧	大抵高血圧，発作の経過中も存続	血圧は多くの場合下降
心音	時々拡張期雑音	心音微弱，奔馬調律
脈拍	しばしば左右差あり，左右の上肢血圧も差あり	頻脈，不整脈以外は変化は稀
血尿	早期の症状	稀，出現してもはるかに遅れる
嚥下困難	通常存在する	例外的に稀
眼症状	一過性黒内障の起こることあり	視力障害なし
貧血	往々重症の急激に進行する貧血	稀
レントゲン所見	しばしば大動脈の限局性拡大	限局性の大動脈の拡大を欠く
心電図	変化がないか，非特異的変化	大抵定型的硬塞所見
SGOT 及び MDH* 検査	大抵陰性（上昇しない）	ほとんど常に上昇
神経学的所見	しばしば脊髄障害を示す．下肢の知覚障害，不全麻痺各種神経学的変化が出現	合併症として脳の血栓・塞栓及び脳型（いわゆる心脳卒中）の場合のみ

MDH　Malic Dehydrogenase

M. plotz, 1957 による

（江東区深川東陽町 1—11）

＜ロシア民謡を聞きながら＞

＜夕食会／ロシア料理ヴォルガの入口＞

文献紹介

国内の文献

（永井友二郎）

〔冠拡張剤の臨床効果〕

——とくに二重盲検法による評価——

田中久米夫ほか／日本老年医学会雑誌 3巻 総会抄録号 41頁，1966

大阪市立医大，塩田内科入院の虚血性心疾患患者について，自覚症状（狭心症ないし狭心症様愁訴）および心電図所見を効果判定の目標として，二重盲検により被験薬と偽薬投与時の変化を検討した．

冠拡張剤は速効性のものとしてニトロールおよびカルティサン，遅効性のものとしてセゴンチン・ペルサンチン・インテンザイン，およびワソランの6種類で，適当な間隔をおいて偽薬を投与した．また臨床効果と各症例の background factor とを対比検討した．

その結果，自覚症状，心電図ともに被験薬投与時の奏効率が高いが，偽薬でも有効例があり，ことに若年者，なかんずく女子に多い．

また症例によっては偽薬投与時に効果がみられ，かえって被験薬で増悪を示し，効果判定のむずかしさを示唆している．

（注） 第 43 回実地医家のための会（41 年 11 月 13 13 日）で日向野晃一先生が述べたところでも，虚血性心疾患にたいする冠拡張剤（ペルサンチン・ワソラン・コラルヂル・セゴンチン）の薬効は，8カ月以上7年6カ月までの追跡調査 18 例では，心電図上に余りはっきりした影響をあたえていない．心電図所見の好転や増悪は，服用している薬剤とはあまり関係なく消長している成績であった．

〔老年者の慢性気管支炎〕

河盛勇造／日本老年医学会雑誌 3巻 総会抄録号 23頁．1966

（1） 老年者における慢性気管支炎の頻度

熊本県下の公私立老人収容施設の老人約 600 名について問診により調査した結果，Fletcher の定義による本症を有すると考えられるものは約 17% であった．喫煙歴のないものでは約 11%，喫煙するものでは約 22% に達し，明らかな差が認められた．

（2） 老年者慢性気管支炎と比較的若年者のそれとの比較

60 歳以上の本症患者にはX線像に気腫像を伴なうものが多く，造影所見では末梢気管支拡張像を認めるものが高率である傾向がある．

（3） 老年者慢性気管支炎の経過

X線上の気管支変形像および末梢気管支の拡張像，粘液腺拡張像などは，一旦出現すると恒常性を有し，症状の消長と関連しつつ存在しつづける．

〔アレルギー疾患にたいする心理生理学的減感作療法〕

池見酉次郎ほか／日本内科学会雑誌 55巻 6号 619頁，1966

これまで心理的，または生理的のどちらか一方の次元に限った脱感作は実施されていたが，心理的次元の減感作によって身体症状をコントロールしたり，心身両面からの減感作をあわせおこなったという研究は未だこれをみない．

今回はさらに一歩を進めて，皮内反応が明らかに陽性の食品アレルギーのケースにたいして，心身両面より減感作をこころみた結果を報告する．

第1例は8年まえからイワシ・サンマでジンマシン・悪心・呕吐をきたしている 20 歳の女性，第2例は卵・豚肉などでジンマシンを幼児の頃からおこしている 11 歳の女，第3例は乳製品をとるとジンマシンが幼児から出る 22 歳の女性で，いずれも各食品を少量からはじめ漸増する減感作療法と食品にたいする恐怖をコントロールする心理的療法を併用した．

ある特定の条件のもとで，一度皮膚が何らかの刺激に過敏に反応したとすると，その記憶は大脳に貯えられ，第2回目以後の刺激にたいする皮膚の反応は，大脳にのこっているこの先入主によって修飾され，促進される．

従来の医学の考え方は，有害な刺激と，それが作用する器官の反応性との二つに焦点がおかれすぎていたわけである．

（三鷹市下連雀 94）

★アフレコ★

臨床面からみた薬剤ショック

東大物療内科・村中正治博士

薬剤によるショックを大別すると，薬剤の急性中毒として発生するものと，薬剤を抗原とする抗原抗体反応によって生ずるアナフィラキシー性ショックとがある．しかし両者はよく似通った症状を示し，薬剤アレルギーの抗体の証明の困難さとあいまって，薬剤ショックの解明をむずかしくしている．

① 薬剤ショックの発作頻度と原因薬剤

昭和 37・40 年の2回にわたって都内のサラリーマン集団を対象に薬剤アレルギーの調査を行なった．その結果，薬剤の急性中毒症状では 3.74%，アナフィラキシーショックでは 4.84% の率で，薬剤アレルギーの既往をもった症例が発見された．このさい薬剤ショックの症例はそれぞれ 0.31%，0.51% であり，原因薬剤はペニシリンが筆頭であった．また昭和 35 年以降，村中博士らが診察することができた 75 例の薬剤ショックにおいても，その原因薬剤はペニシリンが 32 例で断然多く，以下プロカイン，鎮痛解熱剤，ACTH，ストマイなどの順であった．

② ショック症例における特異体質の検討

これらのショック症例について内科的検査，アレルギー家族症，既往症の有無，他の薬剤にたいする検索などを中心に，その特異体質の把握を試みたが，内科的な検査ではとくに著明な特徴を発見することはできなかった．また慢性化膿性の病巣も対照に比較して高値とは云えなかった．しかし，アレルギー家族歴，既往歴や他の薬剤にたいする過敏性の保有率は明らかに高く，この疾患には体質が深く関係していることを推定させる成績を得た．

維持会員・顔見世

秋月源二　（あきづき・げんじ）

▷　大正元年浅草生まれ，本籍は静岡県．小，中，高，大学を仙台でおえる．

▷　陸軍々医として 10 年間内外に勤務，軍陣外科専攻，その後厚生技官を追放となり昭和 24 年以降一般医として世田谷に開業．

▷　抱負．平凡な人間として婦人の幸福（理論）のため余生をささげる．

▷　酒・バクチ・女・みんな好き．ただしおカネとともに現在縁なし．無言が苦痛，修養のため沈黙を志すも禁を破ること多し．

▷　遺言によって借金・遅刻・同時に２人以上の女を愛することを禁ぜらる．

▷　一番嬉しかったこと．大学卒業（これで一人前），戦時中長男誕生（いつ死んでもよいと思った）一番悲しかったこと．？？？

上田篤次郎　（うえだ・とくじろう）

＜年齢＞　55 歳

＜最終学校名＞　日本医科大学，昭和８年卒．医師になってからの学生生活を入れれば，陸軍々医学校（甲種学生）昭和 16 年卒が最終．

＜業績＞　計画癖あり，やりたいことを勝手にやるだけで尻しまらず，生理学専攻も臨床に自信がないだけのこと．得意なことと言えば極東さそりの内地における飼育．無給講師で 10 年間看護婦に性数育を行なった位．

＜趣味＞　登山，スキー，スケート少々．囲碁，俳句，写真，何れも下手な横好き．ペンネーム，上田羽城又は羽城薫，みそさざい及び南風会同人．合同句集占魚山脈，上り鮎，南風１，２巻．

＜すまい＞　新宿区下落合 4～1665

人間とはどういうものか

― その１ ―

浦田　卓

≪はじめに≫

だれでも，一生のうちに一度はいつか考えるように，私も人並に，人間とはどういうものか，この世の中のしくみはどうなっていて，どのように変化してゆくのか，宇宙と人間との関係はどうなっているのか，人間はどういうふうに暮してゆくのが一番よいか，などといったことを真剣に考えはじめたのは，私が中学４年の半ばで病をえて帰郷し，上級学校への受験をスッカリあきらめて，さまざまな方面の書物を手あたり次第に読みはじめた頃でした．

それはちょうど，わが国の思想界をマルクス主義が燎原の火のごとくに風靡し，マルクスにあらずんば人にあらず，とまでいわれていた時代だったのです．当時のこういう風潮に抵抗して勇敢にもマルクス主義の批判に挺身したのは，さきほど亡くなられた小泉信三氏や河合栄治郎氏などの，ほんの指折り数えるほどの少数の人びとでした．

その当時，私がマルクス主義から学んだことは，この世のなかには絶対的な善はないこと，たえず移り変ってゆくのがこの世界の慣しであること，人間の思想と行動はその人の住む経済的な条件に主として支配されるということなどでした．

唯物史観は一つのユトーピア論

ご存じのように，この世のなかのことはすべて，弁証法的にラセン状に上昇しつつ変化してゆくと，マルクス主義は説くのです．史的唯物論によれば，封建制度が崩壊して資本主義へ，資本主義がプロレタリアートの暴動的革命によって転覆して社会主義へ，ついで共産主義の社会が実現すると，必要悪であった国家制度は不要となって，ここに搾取するもののない至福千年の地上の楽園がくるのだ，と予言しています．ヘーゲルの説くイデーの発展が当時のプロシャ体制で完成し停止したごとく，マルクスのいう歴史の弁証法的発展は，共産社会の実現とともに，その歴史時計の振子をピタッと停止させるわけです．

マルクスもまた，従来の思想家の多くと同様に，ユトーピアを夢みる人びとの一人だったのです．私は史的唯物論を読み，ここに至ってはじめて哄笑しました．

私は当時，療養生活の３年有余に亘って，日本名著全集や世界文学全集，それに日本文学全集などを，ヒマにまかせて手あたり次第乱読していました．そして，世間で名作といわれる小説はいずれも，赤裸々な人間像を描いていることを知りましたが，そこに描かれている人間は，神性をもつと同時にかならず獣性をも兼ね備えていたのです．また，私は歴史や伝記物から，人間はつねにユトーピアを夢みて，さまざまな社会形態を試みはするものの，人間のもつ，この獣的側面のために，いつも失敗に終っていることも知ったのです．

環境で決定されない人間性

しかるにマルクス主義は，人間に獣性のあるのは環境のせいだと説きます．悪い環境を取り除いて，だれも他人を搾取する必要のない環境さえ整備してやれば，人間の世界には至福千年の楽園が訪れるはずだと強弁しているのです．

私は小説のなかに描かれている赤裸々な人間像と，ユトーピアを夢みた人びとが現実に直面してみじめな失敗を招いている歴史的事実とから，マルクス主義のこのような主張はきっと間違っているにちがいないと直観しました．

療養生活4年目に徴兵検査が近づきました．父はどこでもいいから上級学校に入学して徴兵を一時のがれるようにと，私に忠告したのです．私としては，上述のマルクス主義の根本的な命題，つまり人間は環境次第でどうにでも改変できる，という考え方について科学的な解答を与えてくれる学科を選びたいと考えました．それには生物学科が最も適しています．しかし，マルクスが指摘しているように，人間の存立がその経済的諸関係によって主として支配されるのも，またじじつです．で，卒業後独立して生計を営むことのできる医科を選ぶことにしました．

それからは，私たちの年代の人びとがだれしも経験したように，戦争と戦後の混乱に巻きこまれました．そしてどうにか開業して経済的基盤を築きあげることができるようになった頃，例の強制的な健保制度が全国的に敷かれはじめたのです．私は自ら保険医を実際に体験してみてはじめて，統制というものがいかに人間の自由を侵害するものであるかをつくづくと感じたのです．人間というものは，この程度の統制にすら，甚大な苦痛を覚えるのですから，独裁国において思考と行動を厳重に統制せられている人民の精神的な苦痛がいかばかりのものであるは，想像を絶するだろうと推測せられるのです．

精神は肉体より上位

さて，精神的な存在が肉体的な存在よりも上位にあることは，だれしも異存はなわろうと思います．もしそうであるとすれば，精神的貞操を売って口に糊する人は，肉体的貞操を売って生計を営んでいる売笑婦にも劣るといえましょう．私が数年まえに，経済的冒険をおかしてまで保険医の身分を辞退したのは，人間にとって最も大切だと思われる精神的な自由と独立を少しでも失ないたくなかったからでした．

さて，「まえおき」が大変長くなりましたが，これから数回に亘って本誌に「人間とはどういうものか」という題の論説を連載し，私の考えをのべてゆきたいと思います．ただし，私の考えといったところで，これまで乱読してきた数々の書物，または新聞・雑誌のたぐいから得た知識，または耳学問の断片を，アトランダムに寄せ集めたものでしかありません，というのは，これらの知識のごちゃまぜを体系化することは，とうてい私の任ではないからです．そして，先生方のご批判の拠りどころとし，お互に進歩向上してゆきたいと思うのです．

なお，なぜこのようなシリーズを本誌にのせるのか，というご批判もあろうかと思います．私はそれにたいして，「医学とは人間を知らずしては本当に有効な実践的学問とはなりえないと思うから」と申しあげたいと思います．

つぎに，本シリーズの，私なりの記述の仕方について，少し申し開きをしておきたいと思います．編集者の木島先生からのご注文で，1回分を原稿紙 20～25 枚ていどと制限せられていますので，本文を 10 枚ていど，文献よりの引用を 10 枚ていどとし，本文では重要なポイントだけをのべ，文献よりの抜粋でこの不足を補なうとともにアクセントをつける．という一風変った記述の方法をとってみることにしました．これも，私のアマノジャクのせいかも知れませんが，ご諒承のほどをお願いたします．

なお，財政上の理由で，私の購入する書物は主として安い叢書ものですので，文献も主としてそういった類いのものとなりました．

1. マルクス主義とその人間観

はなしをマルクス主義からはじめましたので，余談をまじえながらマルクス主義の人間観から本シリーズをはじめることにしましょう．

マルクス主義のさかんな国

わが国ほどマルクス主義の盛んな国は，自由諸国にはないようです．20数年まえ，わが国で「マルクスにあらずんば，人にあらず」という風潮があったことは，すでにのべたとおりです．戦後，この風潮はふたたび勢いを盛り返し，戦前を凌駕さえしている有様です．その証拠に，さいきん政府から勲一等の勲章をもらったマルクス主義経済学の大御所大内兵衛氏は，わが国でこんにちほどマルクス主義の盛んな時代はない，といっています．またソ連の報告によると，マルクス・エンゲルス全集を出版している国は，共産圏では 14 カ国のうち8カ国，自由圏では日本1カ国だけとなっています．

批判力を抑圧する教育制度

どうしてこうもわが国でマルクス主義が盛んなのでしょうか．そのわけについてはいろいろな意見があると思いますが，私は一つにはわが国の教育制度のせいではないかと思うのです．わが国ではまだ学歴が物をいい，実力主義にほど遠いといわれなければなりませんが，そのためには大学をムリして卒業させるをえないのです．勢い入学試験が激甚となり，むずかしい入試にパスするには，先生の教えることを批判している余裕などさらになく，ただ丸暗記と受験術に専心せざるをえません．

入試の弊害がどの程度に及んでいるかは，ある哲学者の集りでの結論が明かにしています．それは，こんにちわが国の独創性をもって生れた子どものほとんどは，高校の入試にようパスしないか，幸い高校に入学できても，大学を卒業する頃には，おそらくその独創性はほとんど磨滅してしまっているのはなかろうかというのでした．

そういうわけで，批判精神を失った大学生は，教授のマルクス主義礼讃の講義をきいても，これを批判するだけの能力がなく，ただお経のように丸暗記をするものです．

恒産なきものに恒心なし

もう一つ，わが国でマルクス主義が盛んなわけはインテリ向けの雑誌・新聞のたぐいがマルクス主義的傾向の論文を歓迎しているからではないでしょうか．あるマルクス経済学者は日頃スターリンに誤りなしといっていましたが，フルシチョフがスターリンを痛烈にこき下したとき，君の方が正しかったねと告白はしましたが，アルバイトのために，相変らずその立場を固守しているのです．これは，ほとんどの保険医が保険医の身分を辞退した方がよいとは思っていても，生活のためにはなかなかふん切りがつかないのと同様で，私はあえてこれを非難するつもりは毛頭ありませんが，これから推し測られるのは，人間というものは，自分と家族の生活のためには，精神的な節操などいくら曲げても意に介しないものがほとんどだということです．

したがって，わが国のような比較的自由の多い国でさえ，この有様ですから，厳重な統制を敷いている国では，人間の存在価値のうちで最も大切だと考えられる精神的自由などは，薬にしたいほどもないのではないかと思われるのです．この点，古えの中国の賢人の言葉「恒産なきものに恒心なし」とは，いずれの社会にも通じる，人間社会の真相を衝いたものといえると思います．

しかし，マルクス主義にせよ，国家社会主義にせよ，また社会主義にせよ，生産手段を国有にしようという人たちの考えの基礎には，人間に生れたときは白紙の状態であって，教育と環境次第でいかようにも染めることができるものであるか，または人間は生れながらにして善性をもっているものであるという考え方が潜んでいるのです．もし，この考え方が思想の根底にないとすれば，以上の主義を唱える人は，権勢欲のためだけから政権を奪取しようとしているもので，これこそ憎んでも余りのある人たちであるといわなければなりません．

貴重なソ連の実験

しかしながら，上述の２つの考え方はまだ仮定です．それが真であるかどうかは大規模な社会的実験を実施してみなければならないと思いますが，幸いにしてソ連ではすでに半世紀に亘る貴重な社会的実験が行なわれたことは，すでに周知のとおりです．私のみるところでは，この種の実験成績は否定的だったと考えざるをえません．

いま共産中国では，毛沢東がフルシチョフの忠告をけって，紅衛兵をもちいて一大社会的実験を行ないつつあります．彼は，ソ連において実験が失敗したのは，マルクス－レーニン主義を修正したからである，つまり実験条件が適切でなかったからだ，と考えているようです．

あとでもっとくわしく言及するつもりでいますが，自然科学の領域のように実験条件を厳密に規定しやすいばあいでさえ，余程うまく実験条件をコントロールしなければ，その実験結果が真であるかどうかは，すぐには決定できません．すでにご存じのとおり，ある薬が有効であるかどうかを決定するには，理論的な予想だけではもちろんダメで，まず，動物実験を厳重に行ない，さらに実際に患者につい試験をするわけですが，このばあいは推計学に基いた大規模の実験を実施しなければならないのです．できれば，二重盲検を推計学者の指導の下に行ないます．しかも，この二重盲検ですら，ただ単にコントロールを置きましたというだけでは不十分で，厳密に考案された実験条件の設置が要求されるのです．

いわんや社会的実験においておやです．

それなのにどうして一部の，それもほんの一握りの人たちは，自分の考えに絶対に間違いはない，こうすればかならず社会はよくなり，ある国民なりある団体なりは幸福になれると主張するのでしょうか．ただ主張するだけで各方面の人びとの批判をうけ入れるのならまだしも，全国民に自分たちのドグマ――まだ実証されていないのでドグマです――を強制し，これに反対する人，批判する人たちを罵詈罵倒するばかりか，人民の名において粛清するに至っては言語道断といわなければなりません．しかも，他国民に自分たちのドグマを押しつけようというに至っては，いう言葉を知りません．

独裁者と脳動脈硬化

そればかりではありません．かってのスタリーン時代のソ連や，現共産中国のように，たった一人の人間に権力の集中している教条主義的独裁国は，そのなかに，医学的立場からいって極めて危険な要素を孕んでいます．それは，独裁者も生物学的な老衰をまぬがれないということです．もしも独裁者の脳に動脈硬化がおきて被害妄想でもおきたとすると，何百万，何千万の前途ある青年をその妄想のためにギセイにしかねません．そればかりか，もしもその独裁国が核兵器を豊富に保有している国であれば，あるいはそのためにこの地球上の全人類は抹殺されないともかぎらないのです．たった一人に権力の集中した国がいかに脆弱なものかは，国王ひとりを捕虜としたスペイン人の一隊が容易にインカ帝国を亡ぼしえた歴史的事実が，これを雄弁に証明しています．

マルクス主義によれば，人類とはラセン状階段を昇るように弁証法的に進歩するというのです．そして，すでにのべたように，いずれはこの地上に至福千年のユトーピアが誕生するはずであると予言しました．核兵器が現われたこんにちでは，この史的唯物論はいかにお目出たい史観であるかが分るのです．また，古生物学は無数の生物の種が進化の途上，袋小路につきあたって絶滅した事実を，私たちに教えています．

望ましいオープンな社会

遠い遠い昔，人類のはるかな祖先が，それこそ純粋に教条主義的な生活を営んでいた――つまり，つくりつけのパターンで生活していた――昆虫の祖先から分れたのは，未来に向って豊かな可能性を孕んでいたネズミに似た動物としてであったといいます．社会でもこれとおなじことがいえるのではないでしょうか．教条主義的に硬化し切って動きのとれない閉じられた社会でなく，どのような変化にたいしても対応できるほど柔軟な，そして未来に向って開かれている社会が望ましいと思います．歴史が将来どのようなコースをたどるかは，だれも正確には予言できません．その証拠に，戦後わが国の著明なマルクス主義経済学者は，雑誌や新聞紙上で何回となく，わが国の経済的破タンを予言しましたが，破産するどころか，

世界史上でも珍らしい経済的繁栄をわが国は謳歌しているではありませんか.

この点からいっても，私たちは，私たちの住む社会をつねにオープンにしておくべきだと考えます.

なぜ強制的な健保制度に反対するか

この点，私は健保制度は国民のうちのある一部の人びとにとっては望ましいとは思いますが，この制度を全国的にしかも強制的に拡充すべきではなかったと思うものです．健保制度が社会の福祉により貢献するかどうかは，これを実施してみないことにはなんとも決定しかねるのです．いわば，これも一つの社会的実験です．もし実施してみて，自由診療または療養費払いにくらべて，医学の進歩をおくらせ，その担当者である医師の意欲を挫くようであれば，それは失敗だったということになると思います．しかし，失敗と判明しても，一旦こういう制度を全国に敷いてしまうと，これを廃止するなり大幅に改変することは，関係者の利害関係からいって，ほとんど不可能です.

私の考えでは，ある制度を設けるばあいは，できるだけ，個人の自由意志に基いて加入・脱退できるものにしておくべきだと思います．全国民なり全団体なりを強制しなければ成り立たないような制度は，もともと存立の価値がないものといえます．もしその制度が本当に個人にとって利益のあるものなら，人びとは自由意志でもってぞくぞく加入することになり，その制度は栄えるはずです.

いまの形の健保制度が本当に国民のためになっているかどうかを知るには，健保への加入・脱退を個人の自由意志に任せてみるとよいのです．そうすると，おそらく現在の形の健保制度は日ならずして崩壊し，民間会社の経営する各種さまざまな健保制度がぞくぞく生れるのではないでしょうか.

私は医師に生き甲斐を与え，したがって国民によりよい医療を与えるには，せめて療養費払いにでもしなければならないのではなかろうかと考えるものです.

以上は，マルクス主義を論じてわが国の医療制度にまで及んだわけです．つぎは私の手許にあるマルクス主義と関連のある文献を紹介するとともに，そのなかから一つ二つ抄訳してみたいと思います.

まず，*W. W. Rostow* 博士の“経済成長の諸段階” The Stages of Economic Growth 1960, Cambridge University Press です．博士はもとマサチュセッツ工科大学の経済史の教授で，故ケネディ大統領に抜擢されてそのブレインとなり，国務省の政策企画委員長となった人で，いまなおその要職を占めています．上述の著書は博士の思想の結晶ですが，またアメリカの国策の大体の方向を窺い知るに恰好な本でもあるわけです.

本書には“非共産党宣言” A Non-Communist Manifesto という副題がついています．ご存じのように，マルクスには，マルクス主義者が金科玉条としている“共産党宣言” Communist Manifesto があるわけですが，*Rostow* 博士はその向うをはって，その主著に“非共産党宣言”という副題をつけたのですから，博士の意図するところとその意気ごみが奈辺にあるかは，容易に理解できようというものです.

本書は十章から成っています．その最後の第十章の題は“マルクス主義，共産党主義および成長の諸段階”で，博士はこの章で彼の成長の諸段階説とマルクス主義の史的唯物論の経済的・社会的カテゴリーとを比較検討しています.

つぎの抄訳は，本書の序文からの抜粋です.

“しかし，つぎの点はぜひハッキリさせておかなければならない．すなわち，私の経済成長の諸段階説は全社会を経済的側面から眺める一つの方法ではあるが，だからといってそれは，政治・社会組織・文化の世界が，経済だけに基づくとともに経済だけに依存するところの単なる上部構造であるというわけではない．それとは反対に，われわれは最初から，マルクスが結局は背を向けたところの概念，そしてエンゲルスが老境に入ったときにはじめて全幅的に喜んで認めようとしたところの概念，すなわち，すべての社会は相互に作用する有機体であるという概念，を受けいれるのである．経済的変化が政治的および社会的結果をもたらすことは事実であるが，その反面われわれは，経済的変化それ自体を，政治的および社会的諸力ならびに狭義の経済的諸力の結果とみなすのである．そして人間の動機

づけという観点からいえば，最も深刻な経済的諸変化の多くは，非経済的な人間の動機と願望の結果とみなされる”.

つぎの文献は *Laurens van der Post* の“**ロシア紀行記**” Journey nto Russia, 1964 (Penquin book 1965) です．この本は，マルクス主義にたいする理論的な批判の書ではありませんが，教条主義の支配する国の人民がどういう考えをもち，どういうふうに暮しているかを，鋭い観察眼と深い洞察をもってつぶさに描き出したもので，この種の本のなかでは出色のものと思います.

つぎは，本書のなかから2，3抜粋をしてみます.

“彼（ロシア人である——訳者注)の家賃は，その収入のわずか5パーセントにすぎなかった．そして彼はまたすぐに，すべての家賃はロシアでは廃止され，すべての輸送機関と宿泊施設も無料になるという信念を表明した．ロシア人たちのいう“無料”という言葉の意味を，彼らと言い争ってもムダであった．また，この世のなかには“無料”で手に入るものはなにもないこと，すべてのものはそれに値するだけの骨を折らなければ得られないこと，そしてすべてのものは，それと等価の，その人の労働と時間と想像力をもって支払われなければならないこと，などを強調してもムダであった．また，支払いの方法が間接的であればあるほど，その体制はますます浪費的なものになるとともに高価につくものであるという，私の信念を吐露してもムダであった”.（本文 164 頁）

“私の出会った多くのロシア人たちは，ロシアの都市や田園には広告がないので楽しいと外国の皆さんはどなたもおっしゃいます，といった．私はこれについてよく考えもせずに，そのとおりだと思った．しかしいま私は，とつぜん，ロシアに広告のない理由がハッキリと分った．ロシアには広告主はただ一つ，国家だけしかないのである．国家は自分自らを，そのサービスを，その生産物を，たえず空中と建物の壁と駅の告知板に広告しているのである”.（本文 196 頁）

共産主義にたいする包括的な研究と批判の書物としては，*R. N. Carew Hunt* の有名な“**共産主義の理論と実際**” The Theory and Practice of Communism があります．はじめて上梓されたのは 1950 年ですが，1963 年には Pelican 叢書から出版されています．つぎは，その序文からの抜粋です．経済的利益に目がくらんで徐々に自由をなしくずしに失わんとしている，私たち医師にとっては耳が痛い文章です.

“西洋においては，民主主義の経済的側面よりも，その政治的側面を強調するキライがあった．そしてこれはときどき行き過ぎることはあったにせよ，けっしてタチの悪い行き過ぎではない．というのは，経済的保証の約束と引き換えにその政治的権利を引き渡した国民はやがて，それが損な取り引きであったことを悟るからである．じじつ，その約束が守られないと，国民はなすすべを知らなくなるのである”.（9頁）

つぎは，本書の「結論」も終りに近い頁よりの抜粋ですが，共産中国の指導者が現に直面している苦悩を指摘して余すところがないように思われます.

“しかし，これらの手段（訳者注：倚らしむべし，知らすべからずの独裁国の手段のこと）は自らを滅すものであることが，やがて判明するであろう．というのは，これらの手段はいずれも，前進しようとする社会が依存せざるをえないところの，個人の創意工夫と独自の判断を麻痺させるからである．これから，始末に負えない問題が生じる．抑圧政治を採用すれば，その国は取り残されるであろうし，当局にとって危険な叫び声があがる．しかし，その一方，抑圧政治を緩めると，そのなり行きが予想もつかないような，ある一つの過程がはじまるのである．これこそ，現ロシア支配階級の直面しているジレンマである．そして彼らは，このジレンマから抜け出ようとして，彼らの政体が依存している諸原理と妥協せずともやってゆけるような場所でのみ，緊張を緩めようとしているのである．どこまで彼らがこの点で成功するかは，時のみぞ知るである.

なお，おなじく Pelican book としては，マルクス主義の経済理論を，マルクスとエンゲルスの著書から抜粋するとともに，その要約をそれぞれのはじめに付したものに“**マルクス経済学**” Marx on Economics, 1961 があります．*Robert Freedman* の編集です．マルクスの経済学を一べつするには恰好な好著です.

さいごに，マルクス主義の哲学的側面，すなわ

ち弁証法と唯物論を紹介ならびに批判したもので，私たちにとってごく簡便なものに，Mentor 叢書の“イデオロギーの時代”The Age of Ideology, 1956 があります．本書は 19 世紀の代表的な哲学者を12名あげて，それぞれ主著の一部を引用紹介していますが，マルクスとエンゲルスについては，その第9章で論じています．以下は，その 190 頁からの抜粋です．

“かくして，弁証法の構造そのもののなかに狡猾にも進歩の概念が書きこまれた．そういうわけで，マルクス自身の歴史の唯物論的解釈には，社会の革命的発展はつねによりよい事態へ向っての合法的運動であるという意味が，それとはハッキリ表明されてはいないがしかし本質的なものとして，含まれているのである．——しかもマルクス自身はそれをとくに強調はしなかったけれども．しかし，弁証法には，マルクスにアピールした特徴がもう一つあった．それは，弁証法が“必然性”をもっているということであった．科学者としてのマルクスにとっては，社会的変化の状態を記述することだけで事足りたといってよいかも知れない．しかし，イデオロギストとしての彼の目的にとって極めて大切なのは，歴史の偉大なワルツを“必然的”または“不可避的”と称することであった”．

私は，19 世紀の幼稚な科学観に基いて世界観を造りあげたマルクスの限界がここに存在していると思うのです．

（東京都目黒区中目黒 4～1451）

★アフレコ★

性転換大はやり

～～幸福な生活へ打率6割～～

米国ジョンズ・ホプキンス大学で性転換の手術を受けた男女各5人のうち，このほど3人が結婚し，3人が婚約した．その新婚生活はしごく順調とか．

米国には不完全な体をもつ男女が数千人もいて，性転換を望んでいるが，彼らがいかに悩んでいるかは，その自殺率の高さからもうかがえる．米国ではこれら不幸な身体をもつ人たちの性転換手術だけが，許可されているが，手術断行に踏切ったのは同大学が最初で，しかも最近になってからのこと．

同大学整形外科の話では，過去1年間に 100 人以上が手術を申込んでおり，その大半は「男から女へ」の希望者だそうだ．（ロイータ）

痛惜，故小倉敏郎先生

本誌 20 号の製本が始められようとした頃，私達は痛惜の中に，先生の訃報をあわただしく掲載しなければならなかった．型通りの記事になってしまったが雑誌が出来上る過程の動きを止めて，それが精一杯のことであった．以来，故人哀悼の気持を，会員の諸先生と共に編集の上に盛りたてて誌上の供養会をほどこしたいと思ってきた．

「喫煙と健康」「アルコール中毒」はそれぞれ“白十字”と“医療チーム”に掲載された故人の抄訳と論文である．いずれ本誌に順次紹介しようと編集部の引き出しにしまっておいたものである．今，ここにいちどに掲載しなくてはならないことが，あらためて悲しい．

また，快く追悼記の筆をおこして下さった6人の著者は，それぞれ病院長，本会の将来性と方向，勤務医としての友人，本会で知り合った友人，教授，医学出版社編集部等の立場から故人に香花を手向けられた人々である．（木島　昂）

喫煙と健康 ≫その1≪

〔Smoking and Health
アメリカ公衆衛生局編・1964〕

□ 小倉敏郎訳

＜抄訳にあたり＞

最近たばこが癌の原因になるというので種々話題となっているが，これは“Smoking and Health”の発表がきっかけである．この発表の意図するところはアメリカ厚生省長官が述べているように“喫煙の問題は究極的には各人が独力で解決しなければならないが，これには理解し易い言葉で具体的な数字が示されないと各個人は決心することができない．そこでこの問題に関する諮問委員会の報告を編纂して国民と保健担当者に公表することは，保健機関である公衆衛生局の任務である”．アメリカの計画は今後 10 年以上の長期のもので，その目指すところは予防計画—喫煙習慣ができる前にそれを防ぐことを目的としたもので，これは青年およびさらに若い人を対象としたものである．これは安全な紙巻きたばこと他の形のたばこの安全な用い方の開発を目指す研究を含めるという．現在アメリカでの喫煙と健康に関する研究は 100 以上もあり，費用も約 120 万ドル（約4億 3,000 万円）を使っているが，本年度は 850 万ドル（約 31 億円）を使う計画という．アメリカの為政者がたばこ業者の圧力に屈せず，国民保健のために禁煙運動に踏切ったことに敬意を表せざるを得ない．野村実所長の校閲を謝す．

1. 呼吸器系疾患と喫煙（癌を除く）

喫煙の原料であるたばこの葉からは数百の化学成分が出されているが，たばこ本来の特有物質はNicotine-Alkaloid と Isoprenoids に属するものである．たばこの燃焼による混合ガス体からも幾多の化学成分が分離されている．しかもその約1cc 内には数億から数十億の平均 0,5 ミクロンの微粒子が含まれており，これが2～5秒の吸い込みでその 80～90% が呼吸道奥深く入り込み，終末気管支，呼吸気管支，さらに肺実質面に接触してゆく．喫煙は気道に対して機能的変化を与え，正常では，ちりなどの吸引異物を排外せしめる気管，気管支の繊毛上皮運動を抑制減少させることが確められ，喫煙者の死後の検索でも，気管支繊毛上皮数の減少，残存繊毛上皮の短小化，極細胞や粘膜腺の変化がみられる．また末梢気管支，肺組織の機能的変化もみられ，正常態ではたばこ諸要素を貪食し（細胞内に取入れ），これを肺から除去させる肺胞上皮の機能が喫煙常習者では衰え，この清浄作用が不完全となり，これら諸物質が肺実質に蓄積するようになる．また肺胞壁の破壊，繊維化などが生ずるが，これは過去の喫煙歴が関係する．

(1)～喫煙の急性作用として気道抵抗の増大があるが，臨床上問題にならぬが慢性作用として肺機能障害，とくに換気（空気の出入り）の低下がみられる．

(2)～喫煙は慢性の気管支肺疾患の原因となりうる頻度が高く，各種の職業的因子，汚染された大気などによる有害物の影響により生ずる疾患よりも重要な因子を占めている．

(3)～咳咯や痰を訴える者に喫煙者が非喫煙者に較べて圧倒的に多い．

(4)～喫煙は慢性気管支炎※の発生原因として最も重要で，その死亡率を一層たかめている．非喫煙者の倍という数字が出ている．（※慢性気管支炎とは，アメリカ胸部学会の定義によれば，慢性或いは反覆しておこってくる咳嗽を訴え粘液性の喀痰を排出する．かような状態が1年以内に3カ月以上続く場合をいう．肺結核，肺膿瘍，気管支拡張症，肺腫瘍，心疾患などに合併するものは一応除かれている．最近わが国でも非常に重視されて来た疾患である．）

(5)～慢性気管支炎の際にみられる気道狭窄や肺気腫により生ずる“息切れ”症候は男子喫煙者に多いが，女子には少ない．

(6)～喫煙と肺気腫※との間には勿論関連性はあるが，発生原因として直接肺気腫に働くか否かはまだ判っていない．肺気腫を有する喫煙者の死亡が多く，非喫煙者の 13 倍もあるといわれている．

（※肺気腫は気管支の最終末端部—肺胞—の異常膨張を特長とし，肺胞壁の崩壊を示し慢性気管支炎の進行過程において生ずることが多い．症状も慢性気管支炎よりも著しく，息切れが強く早晩心臓症状を起してくるが正確には肺機能検査が必要となる．

(7)～気管支喘息の発生因子として喫煙が働くことは稀にはあるが，そのほとんど大多数では因果関係をみとめない．

(8)～喫煙者がインフルエンザ，肺炎にかかるとその死亡率が高くなっているが，この呼吸器感染と喫煙との直接の因果関係はない．肺結核と喫煙との関係についてもいろいろの報告があるが，両者には直接の因果関係はない．ただ肺結核患者の喫煙によるたばこの消費量とアルコール飲用による消費量とは平行している．

喫煙と健康 ≫その2≪

（心臓血管系疾患と喫煙）

□小倉敏郎訳

1. まえがき

喫煙が心臓血管系に対して悪影響のあることは既に繰り返し言われていることであり，最近に至り，喫煙者の方が非喫煙者よりも，ある種の心臓血管系疾患により早期に死亡する例がかなり多い，と多数の学者により指摘されるようになった．これら疾患で最も多く且重要なのは冠動脈疾患である．アメリカでは心臓血管系疾患による死亡が毎年 70 万を越えており，そのうち 65 万以

上が実に心臓疾患であり，その内 50 万以上が冠動脈を含めてこの動脈硬化性の心疾患である．尚肺癌死亡は 4 万 9 千である．

2. たばこの一般作用

たばこの心臓血管系に対する急性な作用はニコチンによる．1 本のたばこから普通 1～2 mg のニコチンを吸入する．これが少量では交感神経節を刺戟し，多量ではそれを麻痺する．副交感神経に対する作用は弱い．又副腎からのアドレナリン排出を促す．1～2 本のタバコにより，安静時心搏動が毎分 15～25 増し，血圧は最大血圧が 10～20 mm，最低が 5～15 mm 上昇する．爪の血流は減り手指や足趾の体温は下降する．正常人の心電図における変化は余りないが，時として ST の軽度の下降，T 波の 1～2 mm の平低化をみることがある．まれには狭心症の如き疼痛発作を招来することがある．かようなものは“息切れ，心悸亢進，胸痛を伴い”たばこ狭心症と呼ばれる．又期外収縮その他の不整脈を生ずることがある．

3. 喫煙と冠動脈性心疾患

冠動脈は心臓自体の筋肉を養っている血管であり，冠動脈疾患は冠動脈の内腔を狭め，或いは完全に閉じてしまい，心筋への血液供給を減少せしめる．この狭窄の重要な原因は冠動脈の硬化症であるが，時として急激に冠動脈内に血栓が生じ塞がれることがある．冠動脈硬化の症状としては狭心症，心筋梗塞，鬱血性心不全，或いは急激な心臓死，或いは心室細動である．冠動脈硬化性心臓病による死亡は，各人種によりその頻度を異にするが，アメリカではかなり高率でありニュージランド，オーストラリア，カナダ，フィンランドも多い．ノルウェー，スゥエーデン，デンマークでは約 $\frac{1}{2}$ であり，日本ではアメリカの $\frac{1}{6}$ であるが，アメリカに住んでいる日本人では本来のアメリカ人と同率の死亡である．

又 45 才以下では男子は女子の 5 倍の死亡率であり，それ以上の年令を増すにつれて男女共増加してくる．更年期になると俄然多くなり，80 才ではほぼ同率である．喫煙と冠動脈疾患との関係に就いては近来 20 年以上もいろいろと言われて来た．メーヨークリニックの報告では，40～59 才の男子で，冠動脈疾患の頻度は非喫煙者の約 3 倍と称し，Russek も同様なことを言っているが，若年者では余り差違がないと称し，Mill は 30～59 才の高度の喫煙者では非喫煙者の約 2 倍の死亡率を出している．Hammond, Hor は一箱のたばこの喫煙は非喫煙者に比し約 2 倍の死亡であるが 1 年以上も喫煙を止めると，たばこを続けている人よりも冠動脈疾患死亡がかなり減ずると述べている．又たばこの数と年令と非喫煙者の死亡率は多くの学者が次の如き表をあげている．

喫煙者冠動脈疾患死亡の非喫煙者死亡との比

年　令	10本以下	10～19本	20本以上
50～54才	1.4倍	2.0倍	2.5倍
55～59才	1.4倍	2.0倍	2.5倍
60～64才	1.2倍	1.9倍	1.9倍
65～69才	1.3倍	1.6倍	1.6倍
全年令	1.29倍	1.89倍	

（20～39才）2.15 倍/(40 才以上）2.4倍

4. 喫煙と非冠動脈性の心臓血管系疾患

高血圧症と喫煙とが平行しているという確実な証拠はないが，Dorn は心疾患を有する高血圧症死亡率が非喫煙者の 1.53 倍，心疾患を有しない高血圧症では 1.41 倍と言い，Ham mond 等は脳出血死亡が非喫煙者の 1.3 倍と言っている．非悪毒性大動脈瘤の死亡率が高く非喫煙者の2.72 倍或いは 3.1 倍という数字を出している．

糖尿病患者では動脈硬化性閉塞症を起すものが非喫煙者の 1.5 倍である．Buenger ※氏病は喫煙者に圧倒的に多く，これはたばこをやめると症状が消失するが，喫い始めると再び症状が出てくる．（※ 20～50 才の男子に多く，主として下肢末梢血管に変化をおこす病気で，間歇性跛行と下肢壊症をきたすもの）

5. むすび

喫煙による心臓血管系に対する作用は自律神経刺戟によるものであるが，ただこれのみにて喫煙と冠動脈疾患との関係を説明することはできず，

冠動脈疾患による死亡率が非喫煙者よりもかなり多いことは分っているが，その詳しい因果関係に就いては未だ不明である．

喫煙と健康 ≫その3≪
（胃腸疾患 （癌を除く） その他と喫煙との関係）

□小倉敏郎訳

1. 胃，十二指腸潰瘍との関係

喫煙と胃，十二指腸潰瘍との関係についても多くの報告が今までにあるがそれらを総括すると，喫煙は十二指腸潰瘍よりも胃潰瘍にかなりの関連を有している．Doll や Trowell 等の報告は，たばこの量と潰瘍発生との関係は確実には分らないといっているが，Edwards 等の解剖学上の検査によれば，喫煙量に比例して潰瘍が多く見られ，高度の喫煙者は非喫煙者の約2倍ほど潰瘍がみられるという．また喫煙者の胃潰瘍死亡が十二指腸潰瘍死亡よりも格段に多く，胃，十二指腸潰瘍合併群に死亡率が多いのもこれは胃潰瘍によるためである．

Doll 等は喫煙中止と胃潰瘍治ゆの関係を報告しているが，これによればX線学的に潰瘍（ニッシエ）の経過を観察し，喫煙をそのまま続けた潰瘍患者は 57% の消失をみたにも拘らず，途中でたばこを止めさせた患者には 78% の消失をみたという．然し喫煙が潰瘍発生上如何なる役割を演じているかは未だわかっていない．

煙喫により胃の運動が抑制されるという報告があり，Batterman は人体実験上，約 $1/3$ は変化なく $1/3$ に胃運動を高度に抑制し，残り $1/3$ は運動を亢進させたといっているし，また喫煙は胃の分泌作用にも影響を与えるが，これも分泌を抑制される人と逆に亢進される人がある．

2. 肝硬変症との関係

疫学的研究からみると喫煙と肝硬変症による死亡との関係が判然としており，喫煙者の死亡率が高い．然しニコチンの生物学的作用と動物実験上の肝臓に対する喫煙の作用とは矛盾しているが，高度の喫煙者は同時に酒のみが多く，アルコールの高度の消費と栄養不良は肝硬変による死亡率を大いにたかめ，喫煙者の死亡は同時に存在しているアルコール摂取と栄養不良によるところが，喫煙そのものよりも重要であると考えられているが，詳しくは未だわかっていない．

3. 妊婦及び新生児との関係*

妊娠中の母体と新生児体重と，たばことの関係がいろいろといわれている．妊婦の喫煙は新生児の体重を減少せしめ，また死産の率も非喫煙者よりもやや多い．（*アメリカ雑誌 "Public Health Reports" の本年7月号にもこれに関する Goldstein 等の論文がのっているが，それによると，7,499 人の妊婦中，非喫煙者では 6 %にすぎぬ．

新生児早産（2,500 g 以下）が喫煙者では11%を示し，またたばこ本数に比例してこの率は高まり，1日 10 本以下では 9 % であるのが，10 本以上では 14% にのぼるという観察を紹介し，このたばこの早産原因として，①喫煙は妊娠母体の食欲を損ない，新生児の体重を減少せしめる．②喫煙による血管収縮により胎児血行を減少せしめて胎児の栄養を害す．③喫煙は胎児の新陳代謝に毒性作用を及ぼす．④喫煙は母体の中毒物質を上昇させ，血液内の酸素運行を妨げ新生児の発育を阻害する．——等が考えられるという．

＜たばこの習慣性＞

たばこの各種成分中，喫煙の習慣性に重要な役割をもっているのがニコチンであり，ニコチンを含まないたばこ様物質を喫っても，たばこの習慣性はおこらない．Johnston は喫煙常用者と非喫煙者とにニコチンそのものを与えてみたところ，非喫煙者では，気分が何だか変てこになったが，喫煙者群では丁度たばこを喫ったような気分をあじあい，しかもニコチン投与中に喫煙の意欲が減少したと述べている．喫煙は人間に対して二面的の作用を及ぼしており，人間が疲れ，或いは意気消沈せる時にはこれをふるいたたせる一方，非常に緊張，興奮している気持にこれをゆるめ鎮静させる．かような相反する作用が，ニコチンそのも

のの直接作用であるとは決めつけることはできず，精神医学面を割引いて考えることはできない．動物に対してニコチンを与えてとった脳波でも，かような二面的作用は分らない．喫煙常習者からたばこをとり上げた場合には，ある程度の情緒的の障害がおこってくる．これは主として精神医学的のものである．たばこの習慣性は他の薬剤，例えばモルフィン，アルコールの如き習慣性とは異なり，例えばモルフィン常用者ではその量は益々増加しなくてはならず，その中断により精神障害のみならず，各種特有な身体障害症状が現われてくる．しかも常用者はそれを得んがため，如何なる犠牲をも辞さないといった具合であるが，たばこ常用者では無理にたばこの量を増やさなくてもおられるし，またたばこをやめても，ある程度の情緒の障害があっても身体障害症候として，はっきりした病状は現われず，また，たばこを止めようとすれば止められる．たばこの習慣性を止めさせる方法には各種の薬を用いたり，たばこ様物質を喫わせたりする方法もあるが，精神分析法，催眠術，禁煙会，グループ精神治療，宗教などの精神医学的治療が最も有効であり，喫煙を止めるという固い決心をもつことこそ，たばこの習慣を破る最後の決勝点に入ったといえるのである．

アルコール中毒 ≫1≪

□小倉敏郎

〔ぷろろーぐ〕

アルコール中毒は決して新しい問題ではないが，最近これによる入院患者も非常に増し，そのための病院ベッドの急激な増設となってあらわれてきた．わが国の成人男子は約 2,500 万人であるが，その約2割，500 万人が飲酒常習者であり，さらにその約1割が＜アル中＞患者で積極的の指導，治療を要するといわれている．＜アル中＞であるがための離婚調停もとみに増しており，また優秀な人材が＜アル中＞のため，みすみす社会生活から没してゆくことも稀ではなくなった．

アメリカでは酒のための欠勤，遅刻，能率低下，事故，傷害などを金額に換算すると，年間 60 億ドル（2兆 1,600 億円）の損失といわれている．複雑巨大化しつつある社会生活をいとなんでいるわれわれにとっても，いつこの害毒に見舞われぬともかぎらない．尊い生命をアルコールの犠牲に供してはならない．また＜アル中＞に対しては単なる罵倒ではなく，＜アル中＞の本態を深く見極めて，そのような素因をつくっている社会的欠陥の良転に努力するのが，健康者の義務でもあろう．なお本文を草するにあたり，次の単行書を参考にした．

1) Mann, M. : Primer on alcholism.
2) National Institute of Menltal Health : Alcholism.
3) Mac Carthy, R. : Drinking and Intoxication.

〔アルコール中毒とは何か？ “アル中”とは誰をいうのか？〕

＜アルコール中毒＞の定義は，なかなかそう簡単にはできない．一般に，アルコール性嗜好物の飲用により，個人的，ならびに社会的に問題が提起される場合を広く包括していわれている．酒を飲んでいる人が，これらの問題に悩み始めてきたときは，かれはすでに＜アル中＞である．世界保健機構（WHO）は，アルコール中毒を“人間行動に障害がおき，それが固定している．慢性病である．アルコール性嗜好物をくり返し飲用することにより，その人の健康，経済および社会生活機能に障害をきたすもの”としている．アメリカ医師会は“過度のアルコール飲用により，健康が，肉体的にも精神的にも障害を受け，人格関係が破れ，十分な社会的，経済的機能を果たし得なくなった状態”をいっている．アルコール中毒国際委員会の定義は，“酒をどうしても止められず，結局そのためにかれらは正常な生活パターンをひどく変えてしまう状態”を＜アルコール中毒＞としている．要するに，＜アル中＞はかれの生活の内外の面にいろいろの問題がおき，これがしだいに増悪してゆくものをいうのである．

しかし，アルコール飲用にふけっている人がすべて，＜アル中＞とはきめつけられない．非常に長い間相当量を飲みつづけている人も，正常人と全く変わりない社会生活を営んでいる者もあれば，かなりの障害を示しているような酒のみでも，案外かんたんにやめられる人もいる．また，いったん酒をやめた人が，何かの機会で飲み始めると，全くその調整を失ってしまう人も多い．＜アル中＞は種々な苦痛，障害がおこっているにかかわらず，酒を飲みつづけている人がなる．＜おお酒のみ＞といわれても，それがたまであったり，＜つき合い酒＞として社会生活上やむを得なかったりしても，それが自己を失わせず，止めるべきときには，何らの抵抗をおぼえず止められ，一時的の障害に対しての医師の助言，指導，治療に従いうる人には，＜アル中＞とはいわない．しかし＜おお酒のみ＞はしらずしらずの間に，身体各臓器に病的変化をおこしてくる可能性のあることを銘記しておかねばならない．“酒はなにがなんでも絶対だめである”という一部の偏見も，アルコール中毒の本態を知ってゆけば，しだいになくなってゆくこととは思うが，余りにも寛大すぎると，＜アル中＞を増やしてゆく危険がある．

［なぜ＜アル中＞になるのか？ またなぜならない人がいるのか？］

一般にアルコール性嗜好物飲用者の6～15％が＜アル中＞といわれているが，何がこの一部の人を＜アル中＞にしてしまうのであろうか？　これにはいろいろと多くの意見がある．

①＜アル中＞はアルコール自体の身体的作用にほかならない．器質的生物学的変化を生体に与え，代謝，栄養上の欠陥をおこし，また副腎に対する悪影響が原因となる．

②アルコールそのものより，むしろ飲用者側の乱用，誤用が原因となる．

③飲用者の意志の弱さ，ないし人格の未熟さということが原因である．

これらの中で，最近は第3の原因が＜アル中＞の最も基本的，かつ最大因子となると考えられている．それに第1，第2，その他の諸因子がかさなって＜アル中＞はおこってくる．人間はかれの周囲，環境の要求に適合するように，努力しつづけているが，これらがうまくゆかぬとき，これら諸問題の解決，或いはそれに対する悪戦苦闘から，逃避するために酒が用いられていることが多い．人間がこの世に生きているかぎり，かれの身体的，社会的環境上の諸種のストレスから逃れ去ることはできない．かれは，かれ自身の内的条件――転勤させられたり，転職せざるを得なかったり，病気が長くつづいたり，結婚したり，失恋したり，愛人に死なれたり――に順応しなければならないと同時に，またかれの外的条件――家庭，友人，隣人，同僚，上役――にも合わしてゆかねばならない．かような各種の生活パターンを調整できる人はよいが，これに打ちかつことができぬと悟らせられたとき，これから逃避しようとして，酒に走ることがいかに多いことか．そこでは，一応身分のへだてなく酒をのむことができる．しかしこれにより一時的のしのぎはできても，このような飲酒が常習になると“アル中”になってゆく．

もちろん，かような外的環境に対して，アルコールなしでも敢然と立向かってゆく人もあるし，また，たまたまアルコールをひっかけて，うさをはらす人もあろう．また，かれらがとてもたえられないような苦しい情緒的葛藤を，鎮圧させようとした場合にかぎって飲んでいる人もあろう．心理学的にみると，＜アル中＞は人格が未成熟（人間をめぐる諸問題をかたづける容量まで発達していない）のためと考えられている．かれは，きょうもまた飲み，この不愉快な環境から逃れようとしている．＜アル中＞に一般に通用する特徴として，いわゆる＜アル中性人格＞なるものを提唱している学者があり，これは＜アル中＞になり易い人を多く含めているようであり，いくつかの特徴，すなわち未熟な情緒，自己主義，自己満足，不安，罪悪感などがみられるが，かれらが＜アル中＞になるまで，このような人格が存在していたかどうかを，明言することができない場合も少なくない．また実際にも，このような人格をもった人がすべて＜アル中＞になるとはかぎらない．

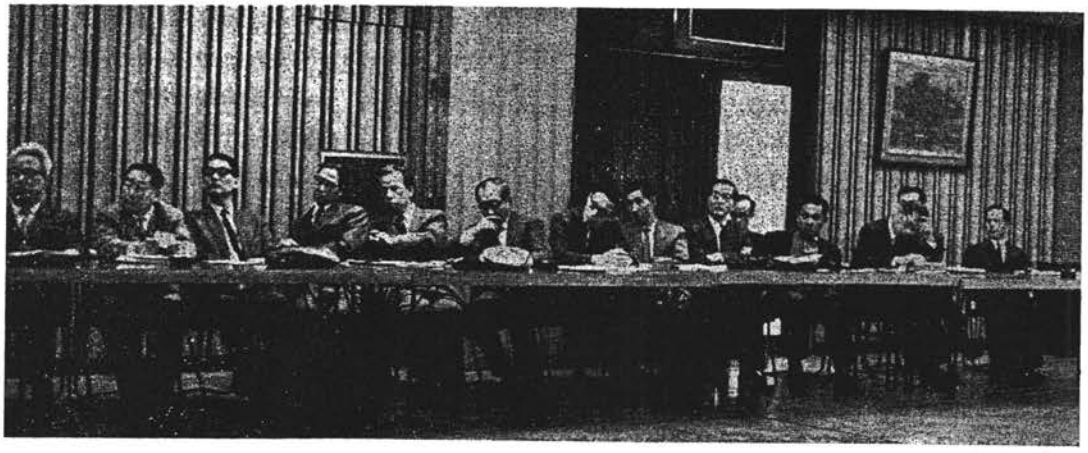
世界各国のアルコール飲用に対する研究は＜ア

ル中の発生因子として，複雑な社会機構を非常に重視している．＜アル中＞の率が，アルコール飲用が習慣となっているあるグループで，むしろ低いという事実もあり，このようなところでは，飲酒に対する態度がよく確立しており，酒のみは，かれが何のためにのんでいるのかをよく心得ている．しかし，社会的環境に順応するために酒を飲むべきなのか，またはどのくらいのむのが適当であるのかを，わきまえられなくなったとき，情緒的矛盾がおこり，かれは＜アル中＞へとかりたてられてゆく．

以上総括すると，まだ＜アル中＞の真の原因を十分に結論できていない．複雑で，いまのところアルコール飲用に対して確立された見識というものがない．内科，精神医学，社会学が協力して，この問題に真摯にとりくんでゆかねば解決されることはない．

ありし日の小倉敏郎先生

＜カラカラと力強い笑い声でした＞



＜例会席上から……左から3人目＞

小倉敏郎先生を悼む

野村　実

▷注・追悼稿掲載の順は，編集部の受稿順によります．

あの頑丈そうな小倉先生の急逝のしらせに，いちどは「本当ですか」と問い返さなかった方はありませんでした．

小倉先生は白十字会との縁故が深く，インターンを終るとすぐ医師免許のおりる前から，当時全くの片田舎であった結核療養所で，いまの白十字病院に就職された変り者だったのです．当時のことですが，芋をかちりながら遠い道を歩いて，誰の紹介もなく就職したいとやって来たそうですから，傑物といったほうがあたっているでしょう．

鹿島白十字での8年間，先生は独身で通した仕事の鬼で，まったくの＜かたぶつ＞だったそうです．副院長を助けて，あの地方では胸部外科の権威ある病院をつくりあげた功績は，実に大きかったのです．

その後6年間，埼玉県の鳩ヶ谷療養所に迎えられましたが，38年の暮から再び白十字会に戻って，当診療所を担当してくれました．私は週1～2回手伝っただけですから，先生は診療所の大黒柱であり，その先生を突然に失なった私たちのショックは何とも申し上げようがありません．

当診療所は入院設備がありませず，オフィス街のビル内診療所でもないくせに，9時から1時，2時から5時という診療時間を規定し，夜間は誰も居残っていません．外来患者は3～40人で，半数は結核，その他はもろもろでした．先生は東大の近くから通勤で，朝は9時前から姿をみせ，夕食は診療所ですませて，あとは図書館通い，休日は診療所か図書館かという勉強ぶりで，暇さえあれば本をよむか，原稿紙に向っていました．

ここで特筆大書したいことは，先生の研究題目の方向転換のことです．先にも記しましたように，鹿島時代は内科も外科も結核のことなら何でもござれでした．鳩ケ谷へ移ったのも，主として結核外科医として迎えられたのです．その先生が診療所の担当医に転じられたのは，先生の言葉を借りれば，「結核の外科はもうおしまい．これからの結核は内科外来」ということだったのです．そのうち，私のかねての持論，診療所はいかにあるべきか，というテーマに共鳴されてか，GP(一般医)・家庭医というものの研究にムキになりました．図書館に通っては文献をあさり，こうしたテーマは日本には少ないので，自然洋書を買いこむことになりました．それらの一部は，本誌や，「新しい医院」などに毎月のように寄稿していましたから，興味をもたれた方もすくなくなかったと思います．

私も先生としばしば議論をしましたが，先生の主張を要約すれば「病院と診療所，とくに一般医とは機能を別にすべきで，一般医には一般医として行なうべき大事な任務がある．大学や大病院で行なうべき専門の検査や，診断を必要とみたら，早くしかるべきところに紹介して依頼すべきで，このことは日本でも言われ出して来ているが，一般医の任務や機能についての研究が日本ではまだできていない」ということだったと思います．

先生はよく言いました．「セキという単純な訴えひとつにしても，その可能性を全部数えあげて，ごく稀にしか出会わぬ疾患まで検討するのは一般医の仕事ではない．その代り，一般医の限界で診断し，治療できる外来の大部分を占めるありふれた病気について，一般医はもっと詳しく，親切に診断治療せねばならない．そういう気持で簡単な訴えをとりあげていくと，臨床的にはまだまだ研究の足らない面がたくさんある」．先生はこうした考えで，数人の共著で一般医の権威を高めるような指導書を出版したいと計画していたようです．それが成らずじまいになったことを私は返えすがえすも残念におもいます．

私は小倉先生の開拓精神に期待し，その研究が具体化することをたのしみにしていました．日本の医療の改革が叫ばれている今日，新しい医療のあけぼのを迎えるために，小倉先生にはもっともっと活躍してほしかったと思います．

先生は本年6月頃から体重が減り始め，顔色も

気分もすぐれず，そのうち肝臓の腫張に気付きましたが，諸検査がひとつも悪くなかったので，何か何かと迷いながら，9月末ようやく検査のための入院を決心しました．入院して1カ月のうちに症状はどんどん悪化し，いかんとも挽回の手がありませんでした．解剖所見も専門家たちが異口同音に「見たことがない」という肝・脾・腎の変化で，組織学的診断をまつことになりましたが，私は今日までまだ報告を入手しません．ただ肉眼的には癌を見付けえませんでした．

話は前後しますが，先生の学位論文は気管支造影による気管支の形態学的，病理的研究ときいていますが，2千例をこす気管支造影がレントゲン障害を残さなかったとは断言できませんし，それが今回の病変と何かの関連があったかも知れません．あとには夫人と幼い男児2人をのこされました．

小倉先生と親しかった方，この誌上で先生を知って下さった方に，私は在りし日の先生の生活をご報告して，お礼に代えたいと，この稿を草しました．掲載を許された編集の方にお礼を申し上げます．—41，10，30 記—

（白十字会診療所長・千代田区富士見町1の14）

小倉敏郎先生に期待していたもの

永井友二郎

小倉敏郎先生の霊前に立って，私は先生と何回お話ししただろうと思いかえしました．私の48年の人世で，小倉先生はお逢いしたり，話し合ったことの最も少ない方のお一人でした．

しかし，私は小倉先生の突然の急逝にあって大きな悲しみと失意とを覚えます．それはこの会によって結ばれた共感，人間として，あるいは医師としてある共通の使命感をもったからかも知れません．この会の熱心な会員を失なうことが，こんなにも悲しく淋しいものだということを改めて知らされた思いです．

私は小倉先生のお考えを，もっとよくきいておきたかったと今になって悔やまれます．何を考え，何をなさろうとしておられたか，きっと私の考えもおよばないテーマを沢山もっておられたと思います．

私は小倉先生の例会での発言や「人間の医学」，「新しい医院」，「医療チーム」などに書かれたものでしか，小倉先生を存じあげてないわけですが，しかしそこだけでも大へん強い個性というか，思想というか，大きな目標に向って躍動している一つの魂のようなものを感じさせられました．

そしてその核心は「あたらしい人間の医学の樹立」とでも表現すべきものだったと思います．彼は，「ほんとの医学は家庭医，一般医の医学であって，これを確立するためには従来の大学流，あるいは専門医流の医学を一度全部ひっくりかえして出発点からやり直さなければ駄目だ．それも家庭医，一般医に特有の方法論をもって，それで組み直さなければいけない．」と大へん確信に満ちて私に話しかけてこられたことがあります．

私も暗中模索しながら同様なことを考えておりましたので，小倉先生のこのことばは今もってはっきり耳にのこっています．そしてこの方向の仕事を，一緒に推進できなくなったことがどうにも悔やまれてなりません．

≪注≫小倉先生の考え方は，「人間の医学」16号 25 頁の例会発言に集約的によくあらわれています．

（三鷹市下連雀 94）

故小倉敏郎先生追悼記

松浦孝一

先生とは昭和 28 年6月より，約1年半の間，鹿島白十字病院にて一緒に勤務いたしました．

その頃の療養所に勤める医師と言う者は，ほとんど半病人が多く，小生もご多聞に洩れなかったのですが，先生は健康そのもので，多少痩せ気味

で背丈が大きく，病院内を濶歩されていた様子が，今でも目に見えるようです．当時は酒も煙草も嗜まず，専ら気管支鏡と取り組んでおりました．当直の夜等も，レントゲン室の灯がついているので覗いてみると先生の姿がよくあったものです．我々が気管支鏡の仕方を教えて頂いても，仲々先生のように滑らかには行かず，患者さん達には迷惑がられたものでした．

先生の趣味も考えてみたのですが，何時も勉強の姿ばかり目に映って，特に趣味として想い出せませんが，強いてあげれば奇術の内外の文献を集めておられていたようでした．実演の方は余りお目にかからなかったような気がいたします．それと機嫌の良い時はレントゲン室で，テノールの歌声が聴かれました．又手術のあとで，皆とザル碁を囲む事もありましたが，大変負けるのが嫌いなようでした．実力は5級程度ではなかったかと思われます．

1年半の間，同じ食堂で一緒に食事もいたしましたが，絶対と言って良いほど，おしんこ類は口にしませんでした．おしんこ類のついているものさえ食べませんでした．一方肉類は大変好物のように見受けられました．今度の病気も，多少ともこのような嗜好品及び食生活に関係があったような気がしてなりません．

小生が鹿島白十字病院を辞めて，しばらくして先生も白十字をお辞めになり，ついで鳩ケ谷稲垣病院に5年ほど勤務され，現在の飯田橋の白十字会診療所，言わば先生に取っては古巣に戻られたわけで，この間約7年余，余り交際もいたしておりませんでした．白十字に来られる直前にお会いした時，余りの変りようにびっくりいたしました．体が一回り大きくなられた事もさりながら，鹿島におられた頃は，木石と言われるまでにカタブツだった方が，今度は話題も研究だけでなく，色々な面に豊富になり，酒も煙草も召しあがるようになり，幅が広くなったように感じられました．診療所に来られてからは時々お話しする機会もありましたが先生の生活の背骨と言うのは，研究一途で鹿島時代と少しも変っていない事に気付きました．

亡くなられる約日前にお見舞に行った時，先生は元気そうに椅子に腰掛けられておりましたが，その時手にしておられた雑誌が医学雑誌だったので，お疲れになるから，もっと軽いものでもお読みになったら，と申しましたら，これが一番いいんだよと笑っておられました．深く反省させられました．

今まで余りに元気だっただけに，急に逝かれてしまった今となっては，中々本当に思えません．遺された子供さん達もまだ幼く，大きくなられて，先生を偲ばれる時の何かのたよりになればと思い，かっての先生の恩師である内藤悌三郎先生のご発案で，先生の研究論文の目録と，先生の恩師及び友人の追憶記を，一冊の本にまとめ，奥様及び子供さん達に差し上げようと計画しております．

先生のご冥福を衷心よりお祈りいたします．

—41，11，13—

（千代田区神田神保町3－2）

花のいのちは短くて
畏友小倉先生の霊に捧ぐ……

春日豊和

それはあまりにも短い，しかし僕にとってはあまりにもきびしいお附合いだった．だからこそ僕は小倉君と呼ぶ！　裸になってお互にモミクチャになる程のお附合いもなかったのに，僕はあえて10年の知己の如く小倉君と呼ぶ．君の遺影を前にして，どうしても小倉先生とは声にならなかった．

僕はずいぶん君に教えられた．そして君に甘え込んだ僕は，ついぞ君の余りにもきびし過ぎる私生活の一心片の顧慮を払うこともなく，好き勝手に引き廻しすぎてしまった．持ち前の愚かさからか，一度惚れるととことんまで惚れ抜き，しかも僕一流の“浅はかな独善だけで利用し抜く”この僕の大変あやまった性質が，診療と勉強—それとて想像に絶する—で過労につぐ過労でクタクタになっている君に，さらに追い打ちをかけたような

結果になっていたのではないか，それを思うと僕は胸が痛み，粛然として頭を下げる．

君を失なった晩秋のある日曜の午後，僕の足は自然に君のお宅に向っていた．僕は僕の心の片隅を，頑固に占居している君へのお詫びを，再び君の霊前で奥様にお伝えしたかったからである．そしてその時，君の奥様から在りし日の君のいかにも心豊かな，それでいてひたむきな学究の姿を聞かされ，上っ滑りの暴走に明け暮れしている僕には，またとない数々の驚きに値する教訓をいただいた．君は死してまで僕に数々のことを教え込んでくれたのである．

奥様にも知らさず，そーっと“死をみつめる心”を読み，テレビの“ガンかて笑うて死ねるんや”のドラマの前から逃げ出した君，そしてとうとう“ママさんサンキュウ！”と言い残して去った君の医師としての，また父として，主人としての心を想うと，“これから読むんだ”といって新しく買い入れた＜social psychology＞をはじめとする，尨大な洋書の山の君の私室の中で，僕の心はかってない程激動し鳴えつした．

“もう十年待ってくれ”と奥様やお子さんに誓いながら，今日を予見したように，医師としても，また人間としても尨大な光あふれる仕事を残して去った君，惜しい，余りにも惜しい！．僕は今日も，そして明日も，そしていつまでも“君を想い”“君に寄せた僕なりの期待”を夢として見つづけて行きたいなと思う．

本当に残念だ．僕たちのこの会のためや，白十字診療所や，君を慕う多くの患者のためだけではない．混乱し，そして荒廃に頻した日本の医界のためにも，失なってはならない貴重な心を失なったと思うと，今日も僕の心はとりかえしのつかない淋しさや，空しさが湧き上って来てならない．

小倉君さよなら！

謹んで奥様始め，ご遺族の方々のお力落しをお慰め申し上げるとともに，文字にもならぬ私の小倉先生への追悼の心を終ります．

▷附・小倉先生のエピソード◁

これは 10 月 31 日，小倉先生の奥様よりお聞きしたお話の一部です．先生のお人柄をしのぶよすがにでもなればと思い．

「小倉は診療所を終えると，東大の図書館に直行し，地下食堂で何か食べ，9時まで図書館で勉強し，それから正門前の喫茶店で看板まで読書と原稿書き，大抵帰宅は 11 時すぎ，そして多くは2時頃まで勉強，ついに結婚以来3度の食事を一緒にしたことはありませんでした」と．

「小倉はステレオで静かにクラシックを流しながら，本を読み原稿を書くのが好きでした」と．

「小倉は日曜でも白十字に本がおいてあるとて出掛けて行き，午後は普段廻れぬ往診先を往診してあげていたようです」

「ママさんもう 10 年待ってくれ，10 年待てば必ず，何とか格好つけてみせる．それまではお互にガマン，ガマン！」

（新宿区山吹町 69）

小倉敏郎博士のこと

斎藤達雄

小倉敏郎君がなくなられた．惜しみてあまりある才能であり，忘れ難い人柄である．

小倉敏郎君が，日本医科大学放射線医学教室に来られて，研究生の席を持たれたのは，昭和 28 年 10 月で，山中太郎教授の時代のことである．結核を中心とした，肺のX線診断を勉強された．既に，相当な知識を身につけておられたが，教室に通うようになられてから，当然のことながら，学大いに進まれた．研究科を卒業されたのは，昭和 33 年8月であったが，その間に，意慾的に内外の文献を読みとばしてあくことを知らなかった．博士論文は，「気管支造影による気管支の生理学的，病理学的研究」で，ことに呼吸位相に伴なう気管支の移動を精しく述べたものである．この他に，教室員の名において公表した印刷原著は 12 篇である．

教室員の見た小倉君の印象を一言で言えば，

「気持ちのよい勉強家だった」と言こうとに異存はなかろうと思う．知識の求め方が，知識量を他に誇示し，他と競い合うと言うのでなく，専ら自分のために静かに探求すると言う姿であった．最近は，関心の中心が一般医学，医療のあり方と言うような問題にも移っていたように見受けられたが，相かわらず夜間は図書館（東大医学部中央図書館を利用していたようだ）で過ごすことが日常だと本人から聞いていた．

しばらく，病室に入っていたと思ううちに，急に悪いと聞いて，夜遅くかけつけたら，もう意識がなかった．何かに向って「これはほんとうですか」と問い正したくなるような割り切れない気持ちである．　　合掌

（日本医科大学放射線科教授）

小倉先生と GP 問題と牛乳

福島章夫

昭和 40 年の，それも師走の風が冷たく走りはじめるころだった．小倉先生に，「新しい医院」新年号の座談会においでいただいた帰り，新宿までごいっしょしたことがあった．ご酒はあまりすすまれなかったが，大声でイギリス GP のわが国への紹介について，説き来り説き去り，終始傾聴するものを翻弄された．

――どうですか．GP の立場をおし立てようじゃあないですか．どうですか．

小倉先生の，大きな熱情的なお声を忘れることができない．酒家を出るとき，先生はカバンから 2 冊の洋書をお出しになった．その 1 冊が，「新しい医院」に 41 年 3 月号から 11 月号まで連載執筆いただくことになった「一般医の機能と役割―The Field of Work of The Family Doctor」であった．ご自身で，いち早く取りよせられたものであった．

それから毎月というもの，〆切日近くになると，「原稿ができたから」という感激すべき電話がかかる．飯田橋の診療所に原稿を受取りにあがると，先生は大ビンの牛乳を 2 本出してこられる．その 1 本を「どうですか」とすすめながら，ひとしきり「GP の立場をおし立てましょう」という話が続く．ご自身の強烈な問題意識に対して何ほどもお答えすることのできないわれわれを，先生は歯がゆく思っておられるのではないだろうか――とつい申しわけなくなってくるのである．牛乳を 1 本ごちそうになり，イギリス GP に関する新しい文献の話を聞き，原稿をいただいて帰ってくる――このコースは，私も同じ編集担当の杉本君も，変らないようだった．

それが，9 月の末ごろだったろうか．杉本君が帰ってきて，心配そうにいう．「小倉先生，げっそりやせておられたよ．夏バテなんだろうか，がんばりすぎたのかなあ」それ以後，お会いするたびに夏バテがひどくなってくるようであった．

「これで最終回です」と最後の原稿をいただいたときは，GP 問題よりはお身体の話に終始する始末であった．変らないのは牛乳であった．入院されたのはそのすぐあとであった．最後のゲラだけご覧いただくことができず，先生はお亡くなりになった．（合掌）

先生への連絡は，診療所を終えると東大図書館，そこが終わるころは赤門前の喫茶店ボンに時まで，といつもきまっていた．「家では子供がいて仕事にならないので」などと，きびしい研究生活の一端を口にされることがあったが，「明日は子供の相手で，半日出かけるのですよ」という家庭サービスの話をうかがうにつけ，「なるほど，やっぱり」と，思わずホッとした気持になったものである．葬儀の夜，実地医家の先生方とお焼香にあがったが，奥様から，よき主人よきパパとの団欒の夢を裏切って亡き人となってしまったこと，のむしろ恨めしい気持のたけを聞かされて，はたして奥様も，2 人のお子様も犠牲者だったのか――すっかり考えさせられてしまった．反面，家庭生活ときびしく両立させてこられたものと想像していた私だったが，その話をきいて，やはり先生も人でいらっしゃった，とあらためて先生を親しく感じたことであった．

それにしても，小倉先生が寸暇を惜しんで取りくまれたお仕事の一つが，イギリスGPのわが国への紹介にあったというのは，どういうわけだったのだろうか．「学生気分が抜けきれないみたいで，勉強がとても好きだったんですね」と奥様は語っておられた．しかし，先生は学問研究をなさっていたのではないと思いたい．患者に対しても立派な医家であられたと聞いているが，実地医家としての医療実践の中味にたえず回帰して，そこから方法的なものを汲みあげていく生き生きした実践性を，私は先生のお話の中にみたように思う．１日の半分を勉強に充てられながら，その貴重な時間をさいて問題にとりくまれた，その意義は大きいと思う．

（医歯薬出版株式会社・雑誌編集部１課）

心音雑話 —その6— ●森杉昌彦

前回までに述べたⅠ音，Ⅱ音は，われわれの日常診療にあたって大変なじみ深い心音であるが，Ⅲ音となると，縁遠い特殊な音のような感じがする．ところが，この音は注意深く聴診すれば，幼年から青年にかけて健常者でも相当高率に聴くことができる．Ⅱ音からすこし遅れて（平均0.14秒位）聴こえる調子の低い，鈍い感じの音である．このシリーズのはじめに「音にならない音」のことを述べたが，Ⅲ音はこれに近く，音というよりは，鼓膜をズンと圧迫する感じである．Ⅰ音やⅡ音のようなはっきりした音のつもりで聴いていると，聴きのがすおそれがある．だからⅢ音，心房音といった低い，かすかな音を確実に聴診できれば，その人の聴診技術は一人前だといわれる．この音は，普通，心尖部でしか聴かれないが，ベル型チェストピースをごく軽く胸壁に当てて聴くことがコツである．左側臥位で，呼気時に特によく聴こえる．若い人にはしばしばⅢ音が聴かれるということを念頭において聴診すると，調子の高いⅡ音のあとに，それと対照的な，低い，鼓膜にズンと来る音が聴こえてくる．要は，拡張早期にⅢ音が聴こえることがあるということを知っていることだと思う．でないと，心音不純などというお粗末な表現をすることになる．

ここでⅢ音の発生機転について考えてみよう．「その4」に載せた心内圧曲線の模型図をもう一度ご覧願いたい．心室の拡張期に入って，心室内圧が下降し始め，大動脈圧よりも低くなると半月弁が閉じてⅡ音が発生することは前回述べた．半月弁が閉じた後も心室内圧は更に下降を続け，ついには心房内圧を下回る．この時はじめて房室弁が開くことになる．だから拡張期に入ると半月弁の閉鎖と房室弁の開放とが同時におこるのではなく，半月弁が閉じて約0.1秒後に房室弁開放がおこる．この期間，すなわち拡張初期に，半月弁も房室弁も閉鎖したまま心室筋の弛緩が続いている時期を**等容弛緩期**（isovolumetric or isometric relaxation phase）という．これは収縮初期の等容収縮期（その4参照）とはちょうど逆の関係になる．等容弛緩期を経て房室弁が開くと，心房から心室へと血液がすさまじい勢で流れ込む．（心室の急速充満期）Ⅲ音は心室におけるこの突然の出来事に伴っておこる振動によって発生する．だからこの音が発生する病的状態として，心房から心室への流入血量が異常に増大する疾患が考えられるのは当然である．僧帽弁閉鎖不全がその代表的なものであり，また左心系から右心系への異常環流のおこる疾患，たとえば心室中隔欠損，動脈管（ボタロー管）開存でも高率に聴かれる．すなわち，心室の拡張期負担をおこす疾患の際にⅢ音が異常に亢進して聴かれる．また心筋疾患の際には，心筋の収縮力が不十分なので，心室収縮終了後の心室内の残溜血液量が増加している．拡張期になると心房からの血液が更に加わるので，相対的拡張期負担の状態となり，Ⅲ音が異常に亢進することがある．

Ⅲ音が病的に亢進した時には**拡張早期奔馬調**がおこる．心房音の項で述べたように，シューベルトの Die Post のピアノのリズムである．奔馬調の聴かれる時は，多くの場合頻脈であるため，Ⅲ音性か，心房音性かの区別は聴診のみではむずかしいことが多い．ことに死の迫った患者におこっ

たギャロプリズムは，頻脈であるうえに，呼吸が速迫しているので，呼吸音に邪魔されて聴きとるのに苦労することがある．以前は，奔馬調は非常に重篤な患者にみられる所見と考えられ，Ein Schrei des Herzens nach Hilfe とまでいわれたものだが，心音図法の発達によって奔馬音が高率に発見されるようになった現在では，奔馬調の概念が相当変ってきて，必ずしも以前ほど大げさには受けとらなくなっている．

時にはⅢ音，心房音ともに異常に亢進することがある．この時は，3拍子ではなく4拍子になるので**4部調律**という．4部調律は馬の走る時のリズムとは違うが，これも便宜上奔馬調の中に入れられている．本来4部調律であるべきものが，頻脈のためにⅢ音と心房音とが重なりあって一つの奔馬音となり3拍子に聴こえることがある．このリズムを**重合奔馬調**という．このあたりは，心音図の助けを借りないと分析のむずかしいリズムである．奔馬調というと非常に重篤な状態を連想するが，前にも述べたように，そのすべてを「助けを求める心臓の叫び」と受けとるのは間違いで，矢張り原疾患と結びつけて考えるべきであろう．

ここで次のような疑問を持つ人があるかも知れない．すなわち，心房から心室への血液の流入（心室充満）という同じ出来事によっておこる音なのに，Ⅲ音と心房音とは別々に存在し，それらの異常亢進をおこす原疾患が異るのは何故かと．なるほどⅢ音と心房音とは，ともに拡張期における心室充満によって発生する心音ではあるが，その発生機転が違う．拡張期に入り，等容弛緩期の後に房室弁が開いて心房から心室への血流が始まる．その前半は急速充満期と呼ばれるが，この時期には，心室の拡張によって**受動的**に房から室への血流がおこり，それに伴ってⅢ音が発生する．これに対し，後半は心房の収縮によって，血液が房から室へしぼり出される．いいかえれば**能動的**な血流がおこり，これによって発生するのが心房音である．だから同じ拡張期の，同じ方向への血流でも，そのおこりかたが違うために，Ⅲ音と心房音とは発生時期が異なり，また原疾患も違うわけである．

このあたりの解説は無味乾燥であり，その上，私の記述がうまくないので，心臓内の出来事がゴチャゴチャになって理解しにくいのではないかと心配している．その解決には，心房，心室，大動脈内圧の変化をゆっくりと考えながら，自分で模型図を書いてみるとよいと思う．心臓内の血流の変化や，これに伴う心音の発生は，力学的な問題なので，落ちついて考えれば理解できることで，ただ反射的に出てこないだけである．和田敬博士がその著「ベッドサイドの心臓の診かた」に，一心周期の出来事を十数段階にわけて図解しておられるが，これは非常にすぐれた解説で一読の価値があると思う．あまり面白くないかも知れないが，もうしばらく私につきあって戴きたい．

次に，心音の中でも独特の存在である**房室弁開放音**に入るとしよう．ご存知のように，房室弁には，左心系の僧帽弁と，右心系の3尖弁とがあるが，問題になるのはほとんど僧帽弁であるから，ここでは**僧帽弁開放音**（以下ＯＳと略す）について述べることにする．ＯＳは，その字の如く，僧帽弁が開く時に発生する．その発生時期は，前記の説明で既にご承知と思うが，ここで繰りかえしてみよう．左心室の拡張が始まると，大動脈弁が閉じてⅡＡが発生し，その後，等容弛緩期（約 0.1 秒）を経て僧帽弁が開く．この時発生するのがＯＳである．だからＯＳは，Ⅱ音のあとではあるが，心室の急速充満期に発するⅢ音よりは前に生ずる．ただし，この音は僧帽弁の開放に際して必ず聴かれるというものではなく，弁の辺縁が硬化，肥厚している時に生ずる．その発生機転をヨットの帆のはためく音にたとえる人がある．ご存知のように，ヨットの帆はその縁が厚く，各辺の両端は固定してあるので，風をうけると帆の中央のうすい部分がパタパタと音をたてる．ＯＳも同様に，リウマチ性炎症その他によって僧帽弁が侵され，縁だけが硬くなっているが，弁葉はまだやわらかいという状態の時に発する．だから，弁がひどくやられて，全体がコチコチの硬い板のようになると，もはやＯＳは生じない．ＯＳを生ずるのは，僧帽弁膜症，特に**僧帽弁狭窄**の時が最も多い．ＯＳを認めれば，僧帽弁狭窄の存在は九分通

り確実といわれる．

この音は，心尖部ないしはそのやや内側が最良聴取部位であるが，明瞭な時には胸骨左縁に沿って肺動脈領域まで伝播することがある．調子が高く，持続が短いので，鋭い音である．心音図でみると，高音心音図にただ1回の鋭い振動として記録されることがよくある．Ⅱ音から0.07～0.1秒遅れて生ずるので，Ⅱ音の巾広い分裂と区別のつきにくいことがあるが，その時は，Ⅱ音の呼吸性分裂を利用して，吸気の状態で聴診すると，それまで2つに聴こえていた音が，Ⅱ音の分裂により，ⅡA，ⅡP，OSの3つにわかれて聴こえるので鑑別できる．一般に僧帽弁狭窄は純粋なものは少なく，多少とも僧帽弁閉鎖不全を合併していることが多いので，収縮・拡張両期に雑音が聴こえ複雑になってくると，OSの誤診がむずかしくなる．従来，純粋な僧帽弁閉鎖不全にはOSは聴こえないという考えが強かったが，必ずしもそうではなく，最近は，純粋な僧帽弁閉鎖不全でもOSが存在し得るといわれている．私自身もそんな1例を経験している．ただし，私の例は，恥ずかしいことだが，聴診ではOSに気付かず，心音図によってはじめてわかったものである．とにかく僧帽弁狭窄の診断においてOSの果す役割は非常に大きく，この音を認めれば九分通り確実である．

最後に，**駆出音**について検討してみよう．この音は，従来われわれにはあまりなじみのないものだが，心室から大血管へと血液が駆出される時に発するので，Ⅰ音のすぐ後に聴こえる．だから聴診では，Ⅰ音が2つに割れたような感じである．しかし，本来のⅠ音よりも調子がずっと高いので，割れて聴こえるⅠ音の前後2つの成分の調子から，本当にⅠ音が分裂しているのか，駆出音なのかは鑑別できる．この音はOSと同様，健常者には聴かれない病的な心音で，**収縮早期クリック**とも呼ばれる．

この音の発生機転についても諸説がある．駆出音は，Ⅰ音の最後の部分が病的に亢進したものとする一派と，Ⅰ音とは全く別なものと唱する一派とがある．現在のところ，Ⅰ音とは別のものとした方がよいように思われる．心室から半月弁口を通って血液が強く拍出される時，大血管壁が伸展するためにおこるものと考えられている．大血管の拡張をおこす疾患，たとえば，大動脈弁狭窄，大動脈弁閉鎖不全，高血圧症，肺高血圧をおこす疾患などの際聴かれる．Ⅰ音が微弱な時は，いきなり駆出音が聴こえ，これを亢進したⅠ音と誤る場合がある．心音図をみれば発生の時間的関係からそれと気づくのであるが，聴診のみでは区別しにくいことが多い．

以上，主な心音について述べた．その他，収縮期クリックなどがあるが省略する．

では，心音の解説を始める時に述べた心音の定義についてもう一度考えてみよう．「心音とは，心周期各相の機械的現象の境界点に出現し，したがって比較的持続の短い振動群である」この定義の中で，スラッと呑みこめないのは，「心周期各相の機械的現象の境界点」ということだと思う．各相とはもちろん収縮期と拡張期とを指す．だからこの2つの相の中に機械的現象の境界点が含まれているわけである．この心臓の機械的現象のうつりかわりと各心音との関係を，私なりの解釈で表にしてみる．

収縮期	
房室弁閉鎖	
等容収縮期	Ⅰ音
半月弁開放	
心室から大血管への血液の駆出	駆出音
拡張期	
半月弁閉鎖	Ⅱ音
等容弛緩期	
房室弁開放	OS
心房から心室への血液の流入	
受動的（心室の拡張による）流入	Ⅲ音
能動的（心房の収縮による）流入	心房音

この表をみると，上記の定義が簡にして要を得たすぐれた表現であることがおわかりと思う．

過剰心音という語がある．もちろん正常心音に対する言葉であるが，上記の心音のうちどれが過剰心音であろうか．OS，駆出音は病的なものであるから，過剰心音であることはいうまでもない．心房音は，心音図に記録されることはあっても，正常人では，まず聴診できないから，過剰心音に入れてもよいであろう．問題はⅢ音である．この音は若い人では正常でも聴こえるので取りあ

つかいが面倒である．だから高調，強大となって，明きらかな奔馬調を形成した時のみ過剰心音とし，その他若い人に聴かれる時は正常心音に入れておくのが無難であろう．

以上で心音の解説を終るが，このシリーズには私なりの解釈がかなり織り込まれているので，疑問に思われる部分については，成書を参考にして戴きたい．次回からは，心雑音の聴診にとりかかることとする．——つづく——

（世田谷区玉川用賀町 2—485）

海外の文献

〔ベンゼン中毒の予後〕

Brit J Industr Med **23** : 204-209 (July) 1966

ベンゼンにたいしてひどくバクロした靴職人147名をしらべたところ，血液学的異常を呈したものが100名以上もあった．死亡したものが1名，入院を要したものが10名あった．上記の被検者のうち，125名を9年後に再検査したところ，血小板は全例において，赤血球は全男性において，いぜんとして対照群よりもかなり低かった．白血球は全例が，また赤血球は全女性が，正常であった．血液学的症状がガンコに持続したものの頻度についていえば，はじめ重症であった症例の予後と，はじめ軽症であった症例の予後とのあいだには差はなかった．急性期における症状のうち，これがあれば予後がより悪いというに足る症状は一つとしてなかった．1例は，7年の潜伏期ののち白血病が出現した．

〔ネフローゼ：コルチコステロイド療法をうけている小児の長期観察〕

J Pediat 68 : 507—515 (April) 1966

ネフローゼ患児163名の経過を観察したが，これによると，ネフローゼの経過は，コルチコステロイド療法によって，本療法がまだ用いられなかった時代に成書に記載されている経過と比較して有意の変化をしたといってよいようである．その致死率は5年間の統計で，15%であるがこれはコルチコステロイドと抗生物質のなかった時代の記録のほぼ40%に比して著明な改善である．しかしながら，それから後も死亡するものがあり，8年から10年後の致死率はほぼ25%に近い．コルチコステロイド療法を強力にやれば，病初数年間は再発がより少ないという結果をえたが，終局的な予後は，強力に療法をしなかったばあいと同じである．

〔正常成熟乳児の発育におよぼすビタミンDの影響〕

J Nutr 88 : 345—350 (March) 1966

ビタミンDをやや多い目に与えると，乳児のグラットな発育をさまたげるオソレなきにしもあらずなので，つぎのような要領で男子成熟乳児についてその成長速度と血清中のカルシウムおよび無機燐の濃度をしらべてみた．被検者は無糖練乳を好きなだけのませたが，これはビタミンDを毎日アメリカ薬局方単位で350～550単位含ませたものか，1,380～2,170単位含ませたものか，そのいずれかをもちいた．なお一群の男子母乳栄養児に毎日ビタミンD300アメリカ薬局方単位を投与して，これもしらべてみた．その結果，身長と体重の成長速度と血清カルシウム濃度は，この3群とも似たようなものであった．血清の無機燐の濃度は，練乳栄養の2群において似た値を示したが，両者とも母乳栄養児群にくらべると，かなり高かった．本研究からは，ビタミンDの中等度過剰投与が正常児の成長速度をさまたげるという証拠はえられなかった．

（以上／木村和郎）

〔自然気胸〕

Dis Chest **49** : 529—537 (May) 1966

自然気胸170例の分析にもとづいて，以下の治療法を提案した．(1) 虚脱が少なくとも15%のときは，就床を命じ，(2) 40才以下で虚脱が30%をこえなければ，就床せしめるが，かなり膨脹すれば7～10日で退院．(3) さらに広汎な

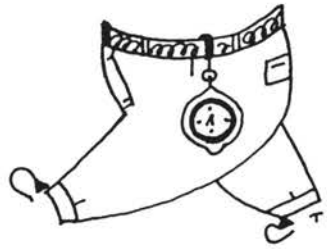
虚脱のある患者では，就床に加うるに吸引療法を行なえば，膨脹に要する期間をかなり短縮しうる．(4) はじめから肋骨腔間よりの吸引による排気法を賞用すべきものは，慢性の肺疾患のある患者が高度の虚脱をしたばあい，緊張性気胸，血気胸および高令の患者である．7日たっても膨脹しなければ，開放性開胸術の適応である．(5) はじめから開放性開胸術を適応とするものは，高度の血気胸，有弁性気胸，第3回目の虚脱発作およびはじめから両側性に気胸のおきたばあいである．

〔胸部レ線像で肺疾患を思わせる像を呈した食道ガン〕

S Afr J Radiol 4：5—8 (Aprl) 1966

食道ガン患者 89 名のうち，ルーチンとして行なった最初の胸部単純レ線像で，原発性の肺の病変を思わせる像を呈するものが 21 名あった．これらの異常な肺の変化は，嚥下物を肺に吸引したか，または食道が穿孔したのが原因であった．胸部レ線像は，肺炎，結核，肺膿瘍それに肺線維症にソックリであった．

〔以上／若林保司〕



『白血球の運命』の合本をおゆずりします．

＜人間の医学＞12・14・16・17 号の4冊に連載された『白血球の運命』野口武資著の合本が出来上りました．A 5 判 79 頁の美しい本ですが，本会々員に限り郵送料含め実費 400 円をご負担下さればお分けいたします．

申込先：調布市下石原 1599・野口医院／野口武資

僻地の医師と手を結ぼう

＜上田篤次郎＞

＜実地医家のための会＞ に参加して早や3年位になるかと思うが，都会地の一家庭医として，大いに啓発され，家庭医としての在るべき姿というものも，おぼろげながら分りかけて来たような気がして，大学等とも密接となっていく分良い気持になっていたが，たまたま僻地医療の一端をのぞく機会を得て，実のところ愕然とした次第である．

それは東京都医師会の都医ニュースで，西多摩郡檜原(ヒノハラ)村の南出幸一先生の活躍振りを知って，連絡を取り，9月 15 日に現地を訪れて実状を見，先生から詳しく事情を承った事に始まる．

都会地の我々は目前の都会地なりの諸問題に目を奪われ，無医村問題は対岸の火事視していたわけだが，同じ東京都内の医師会員同志でありながら，余りにも隔った条件下で互に無関係に苦悶しつつある現状は放置して置けないと痛感させられた．

無医村，僻地の問題は国としても取り上げているのだろうし，各々その地にも医師会は存在するのだから，何も都会地の我々が口を出すところではないように思っていたが，無医村や僻地に，現実に医療を受けられない人達が沢山存在し，又それに関係している医師達は大部分孤立無援で，華々しい医学界からも疎外されたまま，孤独の生活をしているのを見殺しにしていて良いだろうかということが心から離れなくなった．

我々の日常の研修も，日進月歩の医学の進歩におくれまいとする，日の当る面への精進であり，医師会の主催するポストグラデュエート，エデュケーションもそうであり，先日患者の立場からとして直言を承わった大渡順二氏の話にしても，余りに都会地的であり，貴族的でさえあると思った．

無医村を解消し，僻地医療態勢を改善することは厚生省の仕事であろうし，予算を取って金を注ぎ込むことは出来ようが，施設を作り，医師を派遣することは出来ても，医の本質を考える時，それだけで万事解決とは考えられない．

僻地の医師を孤立させないよう，又そこの行政担当者や，民住者を啓蒙して何故医師の離村が続くか，その禍根を断つこと等に，我々も手をかすことが必要であり，又それ位の余裕は我々都会地の医師にもあるのではないだろうか．

＜実地医家のための会＞ としても，これ等の問題を検討し，助言を行ない，手助けする必要があると思う．否，むしろ＜実地医家のための会＞のような自由の立場こそ，中心となってやり易いのではないだろうか．ちょっと考えてもつぎのようなことは早速にでも手がつけられそうに思う．

(1) 僻地医師へのサービス委員会の設置

医学だけに限らず，僻地医師から都会地医師や大学，病院への要望の取りつぎ，回答等僻地医師と都会地医師との連繋の緊密化．

(2) 僻地医師同志の連絡援助

僻地医師同志の情報交換，連絡の緊密化も大切だが，実状はそれを行なう時間的，肉体的余裕もないらしいから，都会地の医師が手助けする．

(3) 僻地医師のポストグラデュエート，エデュケーション援助

ますます専門化し，細分化する傾向は都会地ではそれなりに意義があるが，少人数で広大な地域の医療を担当する僻地の医師は全科に通じなければ役に立たない．従って僻地医師のポストグラデュエート，エデュケーションの重点は都会地とは違い，又大学の講堂に集めてやるような方式では不可能である．どうしても講師自らが僻地に必要な，又僻地で出来るものを持って出向かねばなるまい．そのような役は都会地の医師が，休み等を利用して奉仕すべきではないだろうか．

(4) 僻地都会地を結ぶ患者収容ルートの確立

村では何でも村に医師を置き，乏しい中から資金を割いて施設，設備を整え，総ての患者をまかなおうとしているように見え，檜原村でさえ，せいぜい隣の五日市の3市共同国保病院を当てにしているようである．しかし，一歩足を延ばせば立川市があり，23 区内の大学，病院でも自動車で2時間以内の距離にある．病気の種類によっては都心まで運ぶ方が良い場合もある筈で，このルートが確立されれば運搬方法を考えることによって患者の命は救われることもある筈である．

(5) マスコミに対する啓発

マスコミが無医村問題を取り上げているのは政治問題化したからであって，政府の無能を突き，無医村に行きたがらない医師の不仁をなじるのが大部分であって，たまたま僻地に奉仕する医師の美談を称揚するが，積極的具体策を持ったキャンペーンといったようなものは見当らない．

時には善意に発した無医村，僻地の巡回診療班の派遣という企画もあるが，これが又その地の医師と無関係に行なわれる事が多い．如何に近代医学の粋を凝らした設備を持ち，有名医師を派遣しても，華々しければ華々しい程，花火の後の闇が一層暗いように，その時だけでは去ってしまった後は元の木阿弥である．そのデータが，日常そこの医療を担当している医師の“かて”とならなければ何にもならない．

そのようなことさえ分っていないマスコミ関係者——多くは都会地にいる——に納得させ，医師達が最善と考える解決策に積極的に協力させ，キャンペーンを行なわせることも必要であろう．村長以下村民の啓蒙にはマスコミの威力は絶大だ，と思うにつけても“マスコミの虚像”等とけなしてばかりいないで，マスコミの威力を良い方に発揮させることが大切ではないかと思う．

彼等にも“ペンは鉄よりも強し”の正義感と誇りはある筈である．

(6) 観光地としての自立への支援

多くの僻地は山あり谷ありで風光明媚だけが取り柄である．

檜原村の場合も，秋川渓谷として宣伝し，国民宿舎を設け，観光に力を入れているようであるが，現状ではドライバーやハイカーが来ることは来るが，飲食物までほとんど総てが持ち込みで，後に残るのは塵芥，汚染というところらしい．

村に病原を置いて行かれることも困るし，又ここが感染地となっても困る問題であって，観光地として開発されるとしても，都会地と，山村を結ぶ衛生問題は無視されて良い筈はない．

観光地の受け入れ態勢に対する都会地からの要望，観光地側の都会地への要望というようなことも，もっと話し合われなければならないと思う．

以上，僅かの経験から無医村，僻地医療の問題について，めくらの垣のぞきをやったわけであるが，この問題はそれぞれの分野，立場に拘らず，全医師の関心を持つべきことであり，医師同志が手を握り合わない限り，権力をもってしても，又金銭をもってしても本当の解決はあり得ないように思っている次第である．

(新宿区中落合 4—4—15)

地域医師会と実地医家

船橋市における休診日当番制

● 坂口練平

10月16日，仙台市での例会で，休診日当番制についての＜フリートーキング＞が行なわれましたが，席上当市の現況の一端をお話ししましたが，散会後2，3の方からご質問もございましたので，昭和36年千葉県のトップを切って日曜休診制を実施した当時の立案者の1人として，これについて少しく詳しくお伝えしたいと思います．

当時若い人の間から，日曜休診制の要望をボツボツ聞くようになったので，昭和36年4月新執行部の成立と同時にこの問題をとりあげました．当然反対者もあったのですが，とに角会員の意見を聞く事として，賛否と実施方法について葉書でアンケートを取りましたところ，正確な数字は忘れましたが，当時会員数約100名の内，回答数約70名で，はっきり反対した者は僅かに2名に過ぎず，日曜休診を望む方が予想外に多いのに驚かされました．（無記名も可とし，無回答は賛成とみなす……と但し書しましたので無回答の中には反対者もあったと考えられますが，賛成者が圧倒的多数だったのは事実です）

そこで直ちに執行部で原案を作り，7地区に分れた各班の常会で検討して貰い，とりあえず第1，第3日曜を休診日とする事として臨時総会に計り，殆ど全会一致で可決し7月から実施にふみ切りました．

休診日の急患対策が大きな問題でしたが，結局各地区に1名位の当番医をおく事としました．翌年には全日曜休診として，今日に及んでおりますが，その間大したトラブルもなく，日曜日は皆のんびりとした気分で勉強やレジャーにと有効に楽しんでおります．

船橋市は，躍進著しい京葉工業地帯の一環と工場の進出も目覚ましく，また東京のベットタウンとして団地や住宅も続々建設され，人口も20万を越えて間もなく25万に迫り，開業医も200名に達しようとしており，この点他の医師会とは事状が違うかもしれません．

公的病院は社会保険病院と済生会病院があり，法人の精神病院2カ所の他に，個人病院が数カ所あるだけで，大部分が個人診療所です．現在は毎日曜約6名の当番医をおき，各地区と内科系，外科系のバランスを案分して，1カ年分の当番表を作り（各人1年，約2回の割），市役所・消防署・警察署・派出所に配布して置きますので，救急患者は官庁の方で適当に選んで運んでおります．

6年もやっておりますと患者教育も徹底し，たまの電話も今日の当番は何処ですか，というのが大部分です．ただし日曜休診は強制ではありませんので，患者の都合で休まない時もありますが，当番医があるという事で，何時でも気がねなしに休めるというのが何より有難い事です．祭日は自由ですが，休診する方が多いようです．休診制はあれこれ思案しておったのでは仲々実施にふみ切れませんが，八百屋，魚屋まで週休制になりつつある今日，医師だけが昔のままの年中無休では第一看護婦がついて参りません．

休診にして一番心配なのは，患者をよそへとられないか，あるいは収入がへるのではないかという点ですが，昔のように小数の患者をお得意さんとして確保しなければならなかった時代と違い，皆保険では，数人の患者の出入りは問題ではない筈です．日曜は休んでも，土曜，日曜がその分だけ忙がしいので結局収入は全く同じです．皆保険

の今日，休診日の必要は誰でも痛感しているのですから，思い切って実施すれば後はスムースに運営されて，会員全部が喜ぶようになるのは目に見えております．

現に当市でも，最初反対した人も，今では当時の大ヒットだったと喜んでいる次第です．

（千葉県船橋市宮本町 2—324）

地区医師会だより

□当番医制度について／長崎県諫早市

数年前から会員を2組に分けた日曜休診制を実施して来ましたが，時には殆んど全部の会員が休診するような事態が，特に日曜午後に起って来ました．そこで今度は「誰が休むか」ではなくて「誰が残るか」の考え方に変えて，当番医制度を実施することにしました．

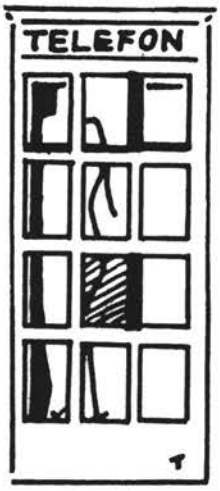
方法は諫早市中央部に限定して内科系3名，外科系（メッサーザイテ）2名，婦人科1名が日曜当直になりますが，大体1月半に1回位の当番です．

□開業相談委員会について

当会では最近急激に新規開業がふえる傾向にあります．入会者の数を見ますと昭和 38 年2名，39 年3名，40 年5名であったのが 41 年には現在迄に既に 10 名で，なお開業予定の噂を聞くのが4，5名あります．

従って何とかこれを規制しなくてはならないと考え，標題の委員会を作り，委員には内科2名，外科，皮膚科2名，耳鼻，眼科1名，精神科1名，婦人科1名の計7名を任命し，理事者は委員になれないことにしています．会長の諮問により委員会を開き，結論を報告することにしておりますが，実施してみると諸種の難点が生じて来ましたので逐次改善したいと考えております．

（長崎県医師会報から転載）



医師不信を読んで

（本誌 19 号，83 頁，＞医師不信＜緒方富雄氏の設問に答えて）

吉場仟録

この医師は人間を治療することを忘れている．医療とは医師と患者との信頼関係によって成り立つ．医療にはプロフェッショナルな倫理が伴なわねばならない．大学の先生の中には病気を追跡することのみ研究していて，それが人間の病気であることをつい忘れている人があるかもしれない．われわれ老医師が 40 年，50 年の経験から思うことは，医師は人間を対象として世の中につくしている．病気よりも人間性が先である．ことに慢性疾患や老人病をとりあつかう内科ではその考えが強い．急性疾患や外科手術では，人間は生きているとの前提条件を確保して病原とたたかうこともあるが．

医学は自然科学的研究をするけれども，生きた人間をとりあつかっていることを忘れてはならない．従って人間の生命や，人間の感情をおしつぶしてまで，病原を追跡することは許るされない．長い間，大学病院に勤めたものとして，若い医員が世間の常識に疎く，社交に慣れないために無作法の態度があったかも知れない．それが尖鋭化した病人や，その周囲の人々に不信を生じたかも知れない．しかしそれは慎しむべく，努むべきことであるある．ある外国人は言った．日本の医学教育は研究に重点がおかれている．宗教と倫理にとぼしいと．われわれは自分と社会とに責任を持たねばならない．こうしてこそ＜医は仁＞と自他共に認められるもので，技術だけなら飾り屋の職人にも上手なものがあるに違いない．

かって基礎の教授が「われら青年学徒は」といって演説したのを聴いたことがある．その研究態度は令厳そのものと感じた．あるいは慎重というべきであったかも知れないが，動物実験は医学の研究上のことであって病院の治療とはちがう．その先生も晩年，ご自分の子女を托する時には情に厚い人であった．

病院は病める人を対象とするもので疾病の研究だけではない．常に人間の治療，人間の身心の病苦を救うべきものであることを忘れてはならない．

「手術すれば治ります」とは科学的であったろう．動物実験の経験からかも知れない．しかし病める人間，生命の危機にある病人がこれに適当したかどうか，を考えなかったことは医師としては失格である．生命の尊厳を考えることが医者のつとめである．

最後にこの人が若い医学研究中のものであったら，今後精進努力すれば許されるかも知れないが，指導的立場にある人であるからこの態度は許されない．

私は大学病院に希望する，医師は生命の尊厳を守って下さい．（41, 10. 28）

（武蔵野市吉祥寺北町 1-19-19）

鬼手−仏心=？

蕗田真理

緒方先生の“医師不信”（本誌19号83頁）を読み，まず感ずるのは“外科講師の執念”である．良くいうなれば，まことに患者を生かすための“鬼手”に対する過信と思われる．しかし“両手をポケットに突っ込んで……”の一行を目にするとき，鬼手に対する過信，患者を生かすための医師の良心という姿はかき消えて，むしろ異常な執念を感ずる．事例は異っても，その心とするところは“チフス菌の生体実験”を追った鈴木充医師の，異常な執念に全く酷似していると思われる．個人の性の故か，それともも一つの奥の，深い大学病院の医学教育，研究，それらを含めた医局構造の中にあるのか，いずれにしても私は異常なまでの鬼手をふりかざした執念を感ずる．

医師は常に患者と相対の時，純粋に medical なものと，もう一つ患者に対する思いやりを含めた mental な面をも合わせ考えなくてはならないと思う．多くの患者がいかに医師から，感情面での救い，慰め，憩いを求めているかは本号に抄録した TIME 誌の Essay “From patient” によらずとも明らかなところである．

3度の手術で，衰弱し切った患者に“今度の手術で助かる！”と言い切った外科講師は，患者の全体をみていたのであろうか．私も医師として，素人の第三者の医療批判が如何に時に上っすべりであり，核心から外れたものに過ぎないかを知っている．だからこそ，素人流批判に堕して，真実を失なう危険は避けたいが，少なくとも緒方先生の紹介文からする限り，私も“今度の手術”が致命的に危険をもっていることは，素人なみに感じられる！　患者の苦痛を増すばかりでなく，死へ直結した危険を感ずる……のに，“助かる！”と言い切って傲然と pocket hard をして，患者を見据えたこの講師に果して，医師として否，医師以前の人間としての“仏心”ありや？　と疑わざるを得ないのである．

医師は如何に優秀な技術をもっていても，末期癌の患者に対した時は，まことに悲しく，恐ろしい程非力である．mental な面での救いしかないのである．“仏心を失なった鬼手に対する異常を執念”と割り切る時，残念ながらこの外科講師は，医師としてより人間としての修業をおすすめしたいと思う．

それにしても，異常な執念を生む背景は一体何なのであろう？　外科講師の“医学的良心か”又その異常な性か，又は医育，研究，治療と激しい競争に明け暮れする厳しい医局生活の黒い“仕組み”の中にあるのであろうか．

（新宿区山吹町 69）

推　敲

榎本明雄

およそ文章を書くとき，どんな簡単なものでも，その詩文の字句を考え練る，すなわち推敲しないものはないであろう．

昔，唐の詩人賈島が，“僧敲月下門”という句を得たが，“僧推”にしようか，“僧敲”にしようかとまどって，馬上でその手真似をして夢中に考えて行くうちに，はからずも時の京兆伊韓愈の行列に行きあたって，その衛士のために引致された．問わるるままにその由を告げたところ，幸いに韓愈も共に沈吟してくれて，敲がよかろうという故事に由来したものらしい．

私は人間の医学誌から“開業はどのように勉強したらよいか”との例会の大要を和歌山県医報に記載した．約 40 日間の緊張から解放された途端にへとへとの疲れを覚えた．頭脳をうまく使うことで有名な慶応大学の林髞教授のような真似は，私には到底出来そうもない．それで次の仕事に移る前に昔私が 4 高理乙 1 年のとき国語で習った松尾芭蕉の“奥の細道”を読んでみた．学校で習ったときは，俳聖の文章とはこんなに立派なものであると感心した．俳諧の表現に苦労を重ねてきた作だけあって，むだな言葉を切り捨てた簡潔なものであると共に，強い弾力性に富む独特のリズムを持っていて強く心を打たれた．

彼は 1644 年に生まれ，1694 年に没している．芭蕉が 1689 年，太陽暦の 5 月 16 日江戸を立って，関東・奥羽・北陸の各地をめぐって，美濃の大垣に到るまで約 7 カ月，距離にして約 2,500 キロ．わが国の紀行また学史上大きな位置を占め，いつまでも愛読される所以は果して何故であろうか．それには幾多の要因が渾然一体となったためであろうが，私は少なくとも次にのべることは要素の中の一部であると考える．

それは芭蕉はこの世界の本質を旅とみて，自然も人生もたえず移り変わり，過ぎ去って行く．形のあるものは必ずくずれ去ってしまう．それで彼はみずから進んで自分の身を旅の状態に置き，その中に大自然の生命と心のとけ合う境地を楽しもうとしたようで，旅で心ひかれたものは 3 つある．

すなわち自然の美しさ，あつい人情，美しい人間性で，それが文章の中に満ちあふれているが，彼は必ずしも事実どうり記録せずに，かなりの創作的意図をもって筆をすすめている．“あらたうと青葉若葉の日の光”とか，“五月雨の降りのこしてや光堂”とかの句にしても，初案とは可なり句の味わいが違って来ている．それはその時の情景なり感動なりを，より純粋な形で表現しようと努力する芭蕉の態度にもとづくもので，そこに文学者としてのきびしい姿を見ることが出来る．

この絶妙極まる名文は，果して幾年後に書き上げられたかという点に，今度初めて私は大きな疑問と興味をいだくようになって少しく調べてみると，彼が没した年の 4 月に完成したもので，その門人素竜に清書させている．すなわち 4 カ年以上の歳月を費して，書き直しては想を練って，十分の推敲を重ねている．

また日本の文豪谷崎潤一郎が終戦後書いた“少将滋幹の母”は如何にも見事な，円熟した作品で，長い人生経験と深い学識が，しっかりとした骨組となっている．緻密に構成されたこの作品は古典劇のように堂々として，史実と創作とが一体となって，読む人に 1 巻の絵巻物をくりひろげるような興奮をおぼえさせ，空想の翼をどこまでも遠くひろげさすようである．

この本も推敲されて，朱で書き変えられた本が出版されているが，その朱書した部分は極く僅かに過ぎない．しかしこの文章も恐らく何回か書き直されて，最後に書いたものを朱書したに間違いはないと私はひそかに思っている．

一方ロシア文学というよりも，世界文学の最高峰の 1 人であるトルストイの博物館は現在ソ連に保存されていて，彼の書物，特に“戦争と平和”・“復活”・“生ける屍”・“アンナ・カレーニナ”などについては，それらを記載した雄大な構想と綿密な考証，周到な準備の上に書かれた資料，その初版，各国語に訳されたものが陳列されていて，特に推敲に推敲を重ね，最初の文字が全く見えない位に真赤に訂正されて，5 度も清書し直しをしているらしい．トルストイはどれ程のスピードで完成したか知る由もないが，完成するスピードはその人により，同一人でもそ

の人の努力と年輪によってそれぞれ異るであろう．

以上の事実から，世界的文豪さえも十分な推敲をしていることは明白な事実で，ましてわれわれ凡人は，推敲にもっともっと時間をかけなければならないと痛感する．—1966・11・3—

（和歌山市屋形町３丁目）

良書紹介

鈴木哲哉著

臨床薬理学

中川錦一郎

去る9月 21 日から 10 回にわたって，朝日新聞は，砂原茂一氏の「臨床と実験」と題する論稿を連載しました．広い読者層をもつ同紙のことであっただけに，読まれた方も多かったことと思います．

これは，あの腸チフス事件以来，いわゆる人体実験に対する恐怖と疑惑が生じたのに対して，正に真打ちの形で登場し，臨床での正しい人体実験のあり方を，広く社会に訴えられたのだ，と思います．

同氏は，臨床医学研究のメカニズムを，広い視野でとらえて説きあかし，人体実験の必要性と安全性について，現代医学そのものが責任をもつべき態勢を強調しておられます．そして，臨床の場にもちこまれた薬について，日本の臨床家が，薬の効果と副作用についての最終責任者は，ほかならぬ自分自身だという自覚に乏しく，化学者や動物実験家の保証する製品の委託販売者の位置に安住していると述べてあります．

しかし，これは医師の怠惰，無能のせいばかりでなくて，推計学的にデザインされた実験によらぬ限り，臨床効果の評価，比較は特殊な場合以外不可能だと云う含みをもっています．かねて，動物実験は臨床医学研究において不可欠な前提ではあるが，充分な条件ではないとし，推計学的実験計画によって，“いわゆる”経験主義を否定しているこの著者の立場は，充分に浮彫りとなって，臨床医学の開眼に多くの示唆と魅力を与えているといってよいでしょう．このような臨床医学の開眼を強く求めた意味では，鈴木哲哉著「臨床薬理学」（南江堂版）は注目してよい本だと思いました．

著者については，上田英雄教授が内科臨床医学であると同時に，臨床薬理学者であると紹介されています．かって昭和 38 年8月雑誌「内科」誌上に「狭心症治療剤の臨床」と云う，ユニークな論文を発表されたのは，一部のもの記憶に新たであります．

ふとしたことで，プラセボに興味をもち，乱読して文章にしてこの本を書くこととなった，と著者はいっておられますが，ここにいう臨床薬理学とは，どんな学問を云うのか，著者自身の言葉をかりてみましょう．

「先ず第1に動物に対する薬理作用と，人間に対する薬理作用の間に存在する相違が何によるかを研究する分野が必要である．…… これが私のいう比較薬理学である．つぎに，プラセボ作用の本体について，もっと深く研究してゆくべきである．これがプラセボ学である．そして最後に，これらの知識を活用して，人における薬剤の臨床効果を確立してゆく学問が必要である．これが臨床試験法といわれる学問である．この比較薬理学，プラセボ学，臨床試験法の者を併せて，ここに臨床薬理学という学問が発展するわけである」

このうち，最も未開の分野とされる比較薬理学の記載を除いて，他の2つの分野と，統計学的な考え方を解説して本書の総論が成立しています．全巻実にヴァラエティに富む解明であって，題名の薬理学と云うものから連想する，あの亀の子や化学者の羅列などとは，時に全く異質なものを感じますし，随筆風な記述が少なくなくて，肩などこらずに読み通すことが出来ます．読み終えて，著者自身やその他の言葉で感じを述べるとするとつぎのようなものでしょうか．

プラセボ学については，その作用は今日まで完全な説明は出来ませんが，条件反射とか暗示ということである程度説明出来はしないか．しかし本質そのものは複雑であって，今日までの研究方法では充分できないといえましょう．著者が弱いと云っている，統計学的な考え方と，臨床試験法については，少しまとが外れるかも知れませんが，つぎの2つにしぼって正しい考え方をもつこ

とだと思います．

1つは，百分率と云うものの考え方と，個人差ということでしょう．ある薬の有効率が70%ということは，1億人の患者に与えた結果，7千万人に効いて，3千万人には効かないということであって，自分の許で患者10人に与えて7人に効くということにはならないという考え方です．「医学における統計的推理」（柏木・高橋訳）によると，10人の患者に70%有効な薬をつかって，正確に70%に出る確率は26.7しかないことで，約¼といわれます．これに反して，全例有効なことは28%，30%しか効かぬことは，1%あることです．かかるバラツキを充分考慮した上での，実験計画のデザインの上に，臨床実験が企てられるのでないと，百分率は1つのある事実の表現だけの意味に止まることでしかないのです．

もう1つは，クロード・ベルナールが「実験医学序説」で問いかけている「医者はその薬で治したといっているが，問い返さねばならないのは，その薬を用いなかったなら，どうだったか」の言葉に求められる含みではないかと思います．つまり，すべての場合での，対照試験にふれることです．

この2つの点について，本誌第18，19号に載った，畏友永井友二郎氏の論稿をご参照いただいて，少しでもこのような方面に関心を抱いていただきたいと思います．この本の内容としては，更に鎮痛剤・リウマチ・鎮咳剤・本態性高血圧・精神系薬剤・消化性潰瘍の各項について，各論として種々な面から検討が加えられていますが，詳細は略します．ある部分，ことに漢方薬については，著者自身“あとがき”で書いておられるように，風当りが少し強い面も出ています．著者自身をむき出しにしている面として，受けとってみるのでしょう．

しかし，臨床医学研究への新しい意慾を，専門の分野から大胆に記述して，臨床医学の新しい道を問いかけている著者の意図は，傾聴すべき数々のものを教えてくれるようです．読み終えて，表紙をかえすとき，扉にある英国18世紀の詩人 Alexarder Pope の言葉が，いろいろと囁きかけてくるように感じました．

“The Proper Study of Mankind is Mau”

〔発行／南江堂．B5 320頁．1.900円〕

（神奈川県大磯町大磯 1017）

田崎義昭・斉藤佳雄著

ベッドサイドの神経の診かた

森杉昌彦

私にとって，神経系疾患ほどいやなものはない．こういう患者さんは「専門の先生に」ということでお引きとりを願うことにしている．しかし，神経病学の専門医は，そんじょそこらにはいらっしゃらない．だから患者さんは3時間待って3分間の診察を受けるために大病院へと行くことになるが，これはとても続くものではなく，中途で治療を投げ出してしまう結果になる．これでは病人が気の毒なので，何とか見当だけでもつけて上げたいと思うが，どこをたたけば，どんなネが出るのか，またそれが何を意味するのかとんとわからず，到底歯がたたない．また，開業医は，脳卒中をはじめ意識障害の患者さんを診ることはしょっちゅうであるが，これも今までの経験からおおよその見当をつけているだけで，病巣部位や予後を正確に判定することはできない．考えてみると恐ろしいことである．

失礼ながら，開業医の多くは，私ほどではないにしても，恐らく神経病学に対しては似たような感じを持っておられるものと想像している．

これは，神経系の解剖・生理・病理の複雑さと，それにワをかけた従来のむずかしい解説法のためだと思う．私もかって，ある有名な内科書の600ページになんなんとする神経系疾患篇を読み始めたことがあるが，数10ページも読まないうちに投げ出してしまい，自分の不勉強は棚にあげて，神経病学者というものは，わざと難解な書き方をするのではないかとひがんだ経験がある．

こんな悩みをもつ同志に耳よりなニュースをお知らせしたい．ベッドサイドの神経の診かたという本がそれである．先般，著者の1人である田崎義昭博士の＜脳卒中の診かた＞と題する講演を聴いたが，それは，素人の私にも大変わかりやすく，興味深い内容であった．と同時に，私の今までの診察が如何にオソマツであったかをもいたく思い知らされた．その田崎先生が，僚友である斉

藤佳雄博士とともに開業医，学生を対照として書かれたのが本書である．

ベッドサイドのと銘打ってあるように，ハンマー，懐中電燈，その他2，3の小道具で神経系疾患の診断をつけようというわけである．この領域には，近年脳波検査のような新しい検査法が導入されているが，ロンベルグ，シャルコー，バビンスキーといった古い人達の考えだした診察法が，現在でも立派に通用していることからも知られるように，上記の小道具だけで十分診断できるものである．ところが，反射一つにしても，ハンマーでやたらにひっぱたいたところで，有意義な情報は得られない．そこには矢張りコツがある．そういったことを，解説図を駆使して，あたかも専門家に直接手をとって教えてもらうように親切に，わかりやすく書いてあるのが本書の特徴である．

田崎博士は東邦医大の講師であるが，聴くところでは，開業医に接する機会の多い方だそうである．だからこそ，私達の身になって，むずかしい神経病学をこんなにやさしく，しかも痒いところに手の届くように解説出来たのだと思う．内容をこまかく紹介する余裕はないが，「病歴のとりかた」「反射の診かた」「脳神経の診かた」といった基本的なことから，「意識障害患者の診かた」「脳血管障害における鑑別診断のすすめかた」「頭痛，頸腕痛を訴える患者の診かた」などの神経系に関する実際的な事項までを順序よく，しかもわれわれの知りたいと思うエキスが簡潔に述べられている．この書物を一通り読んだだけでも，神経病学は，決して私達の手の届かないところにあるものではないという感じがして来た．

私には本書の魅力をうまく表現できないが，怠け者の私が，ハンマーを新しく買い変え，ピンなどをも用意し，患者さんを片端しからつかまえて，トントン，チクチク始めたことからご想像願いたい．

〔発行／南山堂．B5変型版 266 頁．2,700 円〕

オイゲン・ヘリゲル著

弓と弾／悟りの心と科学する心

竹崎鼎輔

10月 15 日本会は仙台で開かれた．大体空は晴れ楽しい1日であった．それにつけても思い出されたのはヘリゲルのことであった．この地において，阿波研造範士につき若き日の6年間を，日本弓道の修業のために捧げつくした彼の姿がまのあたり見られるような思いがした．「弓と禅」はもうかなり古い本である．ヘリゲルが「弓道における禅」を発表したのは 1948 年であり，本書の日本訳初版「弓と禅」は 1959 年である．

ヘリゲルは生えぬきのハイデルベルヒ学派の哲学者であり，カント→ロッツェ→ヴィンデルバンド→リッケルト→ラスクと続いた同学派の，ラスクなきあと，衣鉢を継ぐものは，彼をおいて他にないということは，自他共に認めるところであった．

彼は 1884 年リヒテンアウに生まれ，1924 年から 1929 年（35 歳）までのあしかけ6年間，東北帝国大学で哲学及び古典語の講義を担当した．当時の学生として聴講したのが訳者稲富・上田の両氏である．1927 年在日中にハイデルベルヒ大学助教授となり，1929 年帰国後はエアランゲン大学教授に就任，1948 年（54 歳）同大学名誉教授となった．1951 年第二次世界大戦に際しエアランゲンにおいて米軍の掠奪を受け，一切を失い，ガルミッシュに隠棲，1955 年 4 月 18 日 61 歳を以って肺癌のため逝去した．

訳者の1人稲富栄次郎氏によると，ヘリゲルとヤスパースは共にハイデルベルヒの同学の士（ヤスパースは精神科から哲学へ転じている）であり，かって，或る講演会で論争となり「いやしくも第一批判を読んでいながらそのような幼稚な講演をするものは，講師たるの資格がない」とヤスパースを面罵したほどの人である．以後彼はヤスパースと同席しなかったという．

簡単にいえば，本書は稲富氏が序文に書いておられるように「論理を基調とした西洋哲学」と「行を基調とした日本的芸道」との対決の記録であり，独逸的論理主義がついに日本的神秘主義の前に甲を脱いだ記録である．修道の過程でヘリゲルは，科学的に如何にすれば矢を的にあてることができるかを懸命に工夫する．或る日美事に矢を的にあてるのに成功したのであるが，このことは勝手に工夫してはいけないという師の教えに背くことで

あり，忽ち破門の憂き目を見る．ようやく赦された或る日のこと，阿波研造範士が「ソレが舞っているのです．(「舞う」とは射を行ずること）そしてこの舞の中では内と外とがひとつなのです．このように射手は，外面的に狙うことなしに，標的にあてるのです．勿論私は的に向って立つのですから，故意に方向を見定めるのではないにしても，的はちらっと目に留らざるを得ないのです．しかし同時に私はちらっと見ることでは十分でないこと決定的でないこと，また何ものをも明瞭にしないということを知っています．というのは私は的を見ないかのように見るのですから」と教える．これに対しヘリゲルは「それでは先生は眼隠しをしても あてられるに 違いないでしょうね」と云ってしまう．

すると阿波範士は今夜来るようにと命じる．その夜阿波範士はまっくらな道場で「的」の前に細い線香を一本立てただけで「礼法を舞った」（射を行うこと）のである．まず甲矢（はや）が放たれ，次に乙矢（おとや）が放たれた．電燈をつけてヘリゲルが的の所へ行き，そこで彼が見たものは，黒点の中央を貫いている甲矢と，甲矢の筈（はず）を砕いてその軸を少しばかり裂き割って，甲矢とならんで黒点につきささっている乙矢であった．

「阿波範士のこの名人芸」がヘリゲルを射とめ，彼はついに「主客合一の境地」の実在を確認し，その後の精進の結果，自らも至芸の境地に到達することができたのである．その時の心境を彼は次のように告白している．

「これらすべて，すなわち弓と矢と 的と私とが 互いに内面的に絡みあっているので，もはや私はこれを分離することができません．のみならず分離しようとする要求すら消え去ってしまいました．というのは私が弓を手にとって射るや否や，一切があまりに 明瞭で一義的であり，滑稽な程単純になるのですから」と．これに対し師範は「今やまさしく弓の弦があなたの肺腑を貫き通りました」と答えるのである．

その後間もなく帰国し，やがてエァランゲン大学の教授となり，戦後ガルミッシュに隠棲したことは既述の通りであるが，死期迫った或る日，草稿をすべて焼き捨て「身を以ってする実例」を 通じて「人間が 与え得る唯一のもの」としてこの「弓道における禅」を残して逝くことになったのである．哲学者ヘリゲルのこの運命は何を意味しているだろうか．私はこれを西洋哲学の宿命的悲劇であると考える．

西洋哲学が日本の禅と対決するからには，必然的にこの関門をくぐらねばならないのである．ではこの対決において西洋哲学が完敗を喫すべきものであるならば，禅が西洋哲学に替って世界哲学の王座に昇るべきものであろうか．否．これは「悟りの心」と「科学する心」との本質を開明すれば判ることである．まず「悟りの心」とはどういうことであるかにつき考えて見よう．この問題に対する私の回答を理解して頂くためには，つぎにあげる７個の中間的回答を判って頂かねばならないのであるが詳しい説明は他日に譲るので，とばして読まれても結構である．

第１に私は『「知覚されているもの」すなわち 実在するもの』から『大脳における記憶すなわち「表象の観念的構成」』へと向うところの「意識の求心的働き」を「広義の認識」であると考える．

第２に観念的表象であるところの記憶を実在者（人間以外のものを含む）に遠心的に投射し，対応せしめるところの「意識の働き」を実践であると考える．

第３に観念的表象，すなわち記憶は印象的なものと記号的なものに分かれる．

第４に印象的表象と，外官的知覚との対応には表象の蒙るところの「自動的な数学的処理」が関与する．逆に外官的知覚から如何にして印象的表象が構成されるかといえば，まず同一律の相対的適用によって「知覚されているもの」が相対的一者となり，この相対的一者の「外官における映像」が「数学的な 自動的処理」をこうむり，「同一の相対的一者の映像族」となって記憶されたものが印象的表象であるという次第である．従って印象的表象は，知覚の 個々の 単一な 映像の 記憶ではなく，「同一者の映像の集合」としての 映像族であるからイデア的性格を持つと云える．しかしこれはプラトンのイデアの如く「実在するもの」ではなく「大脳における記憶であり観念である．

第５に記号的表象と，印象的表象の関係，並びに記号的表象相互間の関係にも数学的（論理学を含む），自動的処理が関与している．

第６に意識が一時になし得ることは，１コの対応，すなわち「１コの知覚と，１コの表象とを対応せしめること」の一事だけであると考える．

第７に，１コの表象は「多くの部分を含む全体」であるに拘らず「部分の表象」を自己の内部に含むことが出来ないものであると考える．「部分の表象」は「全体の表象」の外部にそれぞれ１コの独立した表象として生ずる．但し表象間には全体に対する部分の関係として，系図的階型的関連が結ばれる．

以上７個の現象学的事実を確認すれば，つぎのことは最早当然自明のこととして理解され得るのである．すなわち意識が，或る表象を，或る知覚に対応させようとす

る場合，その表象の部分に関する表象を投射するためには「全体の表象」から「部分の表象」へとまたたかねばならないのである．従って或る表象に含まれているすべての部分を，それぞれの「部分の表象」として投射して行くためには，意識は幾度も幾度も瞬かざるを得ないのである．これが「実践的意識の瞬き」である．

実践において同一の技芸が反復されれば，この瞬きは次第に減少して行く．何となれば「部分の表象」の或るものの投射は無意識的，機械的，自動制御的になって行くからである．

たとえば弓道において「射」が行なわれるためには「的」の表象，「弓」の表象，「矢」の表象，「自己の四肢の動かし方」のアルゴリズム的表象，「呼吸」のアルゴリズム的表象等が綜合的に投射されねばならない．投射される対象であるところの「的」や「弓」や「矢」や「自己の動作」等の知覚もまた相互に絡みあっている．この「綜合された表象」を全体として投射する意識こそ，阿波範士が「それ」と呼んだところのものである．このような表象は，最初には各表象の時系列的連鎖として誰にでも生ずるものである．やがてこの未熟な時系列的連鎖状の表象鎖は純然たる1コの表象となって行く．又なって行く必然性を持つ．何となれば「射」は1つの全体であり，各「部分の表象」の「如何なる順序」の線状配列でもなく，各部分は全体表象の中の単なる部分として相互に分離し難く絡みあっているからである．しかるに現象学的事実として「射」という全体表象の中には部分として「自己の身体的動作」，「的」，「弓」，「矢」が含まれているに拘らず，「自己の身体的動作のアルゴリズム的表象」も「的の表象」も「弓の表象」も「矢の表象」も含まれていないのである．

従って初心者は「射」を行なうために「全体の表象」から4コの「部分の表象」へと絶えず循環的にまたたかねばならないのである．このまたたきは練習を積むに従い不用になって行く．すなわちただ「射」という表象を「主客合一の知覚」に単一的に投射するだけですみ瞬く必要はなくなるのである．これが至芸の体得された境地である．ところが禅は更にこの上を行く．

禅の最高の悟入においては「生」の実践に際して「絶対的実在者として知覚されるところの絶対的一者」に同一律が絶対に妥当する「唯一の表象」であるところの「全体としての絶対的一者」を投射してまたたかないのである．すなわち「一」を投じて瞬くことなき境地である．

無造作に造作し，無分別に分別するというような禅の言葉はみなこの「意識のまたたき」を無用化し脱却してしまった境地を意味している．

一芸一能を体得すれば万事完了というならば，確かに悟入は実践意識の理想的成就の姿といわれるべきであろう．

しかし人間の近代生活における実践は，既にそのような素朴性を喪ってしまっている．

吾々近代人の実践は日々厖大な知識の投射であり，意識のまたたきなしに行ないうる底のしろものではないのである．夥しい数の「部分の表象」を一通りまたたき歩くだけでも一仕事である．またたき続ける実践を「凡庸」というならば，凡庸に徹しなければ生きてゆけないのが近代人の生活であるとも考えられる．しかのみならず近代科学の発達は，吾々の意識活動における求心的認識活動の比重を著しく増大せしめたのである．

求心的認識活動における意識の作用方向は，遠心的な実践活動におけるそれとは全く逆である．このことは又認識の原動力が疑念であり，実践の原動力が信念であることによっても知られる．この認識において疑われ，実践において信じられているものは何であるかと云えば，それは『「知覚を隠蔽すべき表象」の的中性』である．

的中性すなわち「表象の真理性」が疑われれば「表象の隠蔽」は破れ「知覚の問題性」が裸出する．「裸出した知覚」は問題そのものである．的中性が信じられれば「表象の隠蔽」は強化され「投射され，対象化したその表象」が知覚されるだけで，その表象に含まれない「知覚の爾余の問題性」はことごとく隠蔽されてしまう．

かくの如く吾々人間は，疑念を持つことによって認識を発動し，信念を持つことによって実践を発動する．

しかしてもしこの場合「疑念を持つこと」並びに「信念を持つこと」が機械的に決定するのでなく，「疑い難いこと」をも疑い，「信じ難いこと」をも信じうる底のものであるならば，その人は「疑う自由」並びに「信ずる自由」を持っているのである．

「信ずる自由」によって人間は主体的に実践し，「疑う自由」によって人間は主体的に認識する．

換言すれば「信ずる自由」は「実践の心」であり，「疑う自由」は「認識の心」である．前述の如く「実践の心」の理想の姿はまたたきを解脱した悟入の境地である．これに対し「認識の心」の理想の姿は，ミネルバの梟が夕闇にはばたくように，如何なる真理の光をも打ち消してまばたく不屈不撓の「疑う自由」すなわち「科学する心」である．

しかし乍ら「科学する心」を「悟りの心」から眺めればそれは迷いであり，凡庸であり，まばたきであり，

「主客の分離」であり，「矛盾で分裂する心」であり，「疑い深い心」である．

ところで近代科学はこの「疑い深い心」の所産であり，「悟りの心」からは決して科学は産まれなかったのである．

極言すれば「信念」の尊ばれる社会すなわち「疑う自由」が欠除していて悟入や信仰や宗教や，宗教的信条が偏重される社会では近代科学は生長しないのである．

吾々の住む世界を，近代科学の生長に適したものにしようとするならば「宗教」や「悟り」を偏重することを中止して「疑い深い意識」すなわち「疑う自由」の涵養に更に努力を集中せねばならない．固より実践における「信ずる自由」の必要性は「疑い得ないこと」の1つである．しかし吾々の世界に目立って欠除しているものは「疑う自由」すなわち「科学する心」ではないであろうか．

このような時代に「悟入の美しさ」に魅了せられ，西洋本来の美徳である「疑う自由」を自ら放棄してしまったヘリゲルの一生は，時代錯誤に基くつの悲劇であると感ずるのである．

ヘリゲルの人格が高潔であり，清冽なものであればある程，本書の悲劇性は読者の涙をさそわずにはおかないのである．

（世田谷区松原 2—41—7）

≫年頭所感・数学の本質≪

—竹崎鼎輔—

「数学の本質」などと素人がいいだすとお叱りをこうむりそうであるが，専門の方々は数学の領域の内部からその領域を見ておられるのに対し，素人はその領域の外からそれを眺めることが出来る．この意味において，私の立場から眺め得た「数学の本質」について結論的なことを述べ，本年度における私の思索の第一歩にしたいと思う．

詳しいことは追々本誌に発表して行くつもりでいるので，その都度ご批判を仰ぎたいと思う次第である．

数学と云っても余り広いので，幾何学を例にとろう．幾何学とは『「網膜に映った外界の実在者の映像」と「大脳の中に記憶されている或る形の印象的表象」とを対応（合致）させるため，大脳内において，表象に対して加えられる「無意識的で機械的な変換的な処理過程」』を内官で認識して行くことによって生ずる知識である．1枚の貨幣を見ているとする．「網膜における貨幣の映像」は，見る方向と距離とによって千変万化する．

それは視野全体をおおうかと思えば，一点となり，円形になったり，楕円形になったり，扁平な線分状の矩形にもなる．しかも吾々はそれが同一の貨幣であることを認知するのである．その理由は，吾々の記憶の中にある「貨幣の印象的表象」が幾何学的変換を受けて，網膜上の任意の『「同じ貨幣」の映像』に合致せしめられ得るからである．平行移動や回転や縮小や拡大等の変換は幾何学的変換であり，それによって変化しない図形性質を研究する数学が幾何学である．

一般に数学とは『「知覚に表象を対応せしめるために必要な変換」を表象に加えるという「先験的に大脳に具わっている1つの自動機械的機能」を内官で認識することによって生ずる知識である．大脳のこの数学的処理機能は，人間では（動物にも認められる）幼若乳児期にすでに現れ，かつ先験的なものである．この先験的機能を内官によって認識する科学である所の「広義の数学」は，従って哲学の一部門である．但しここでいう哲学とは内官的人間学をさす．

ケース・レポート

●又しても“伏兵が！”

春日豊和

O君を知ったのは昨年の暮，下腹部全般と両前膊一帯の皮膚病は，一見して慢性湿疹と考えられ，プレドニン，グリチロンの内服や，強ネオミノファーゲンCの注射などで1月の末にはほとんど治ゆし，いつの間にか姿をみせなくなったが，この3月に入り“再発した！”とて再び尋ねて来た．“前回のが治り切らなかった上に，印刷インキの工員さんには，強い酸を使うので接触皮膚炎や，薬物疹がよくあるから”などと話をして型の如き画一治療が始まった．

しかしO君は，今回は前回の半月余の通院ですっかり味をしめたのか，“混んで待つ”診察時間内には一向に現われなかった．私の5時での外来も終り，漸く最終患者を帰して，1日のX線写真の読影や，検査成績に目を通すころになると決って彼が現われるようになった．受付に一寸声をかけてスート診察室に入り“ネエー注射！”といって私を無視して看護婦に注射を頼み，腕まくりしている若い彼をみると，私は心ならずも怒りを感じた，そして言った．“君はまだ若いのに人の大切な時間を喰い散らして平気なの，看護婦も掃除を始めてるじゃないか．君が仕事を終えて．一風呂浴びて，インキを落してヤレヤレというところで仕事を持ち込まれたらどんな気になる．しかもそれが毎日毎日だったら”といやみともつかぬ説教を屢々繰返したが，“蛙の顔に水”とはこのことで，テンデ彼は受付けなかった．困惑の表情も，恥じらいの風情すらなかったのである．

そしてなお悪質と思えたのは，時々私が診察室にいることを知ると，待合室に待っていて，私が診察室を出て姿を消すや，ヤオラ診察室に現われて看護婦に注射さすようになったのである．時々，私が診察室へ所用で戻り，バッタリ出合おうものなら，バツの悪そうな顔の気色ばんだ表情はもとより，この私もとりつくろう暇もないような重苦しい自分の表情を感じたものである．そんな時私は“時にはチャンと診察を受け給え”と嫌味をいって，双方早々に相別れたのである．

従って彼の下腹部の誤診の状態も，いわんや，それが痒いのか，良いのか，悪化しているのかをさえ，聞くときも，また診る時もないうちに1カ月も過ぎたのであるが，ある日，“Oさんは Y工場をやめて田舎へ帰るそうで保険証をとりに来ました”と受付子が告げて来た．

私は何やらホットすると共に，とうとう診察もせずに，患部もみずじまいに終ってしまって，治ったものか，どうしたものか……と自責にも似たものを感じたのである．

それは初夏の土曜日の夕暮のことであった．1週の仕事を終え，残りの往診も終えて，さて一風呂あびてビールでも……と心楽しく私の足は往診鞄の重さに反比例していつになく軽やかであった．そして我が家の前まで来た時，私は向うから自転車でとんで来る若者をみとめた．そして注意するともなくみつめると．とっくに田舎へ帰っている筈のO君ではないか！　私は足を止めた．そして行き過ぎようとした彼もまた私をみとめると自転車を止めた．そして私の“田舎に帰ってたのじゃないの？！”という問いに，彼は私を，威嚇するようにニラミ据えると，“先生にはヒドイ目にあった．今度のは“しっしん”ではなくてインキンだって，ホラこんなによくなった”とて両前膊をたくり上げて私に誇示すると，ピーピーと口笛を吹きならして初夏の夕暮の街を去っていった．

私は一瞬，たまらない恥じらいを覚えると我が家の玄関にも入り得ず，重い往診鞄を下げて夕暮れの街に佇立していた．

●失地回復か？

「この方法こそ最善」と思い，Kさんを J大のN教授に送ったのが大変なことになってしまった．“こんなになるまでどこの何という町医が診ていた／”と一喝されて，Kさんと私の 13 年間の“仲好し絆”はプッツリと断ち切られてしまった．

よせばよいのに，13 年間の おつきあいの気安さで，私が往診の途中Kさんの留守宅に立寄り，親切ごかしに入院中のKさんの様子を聞いたのが尚いけなかった．留守番の若い長男は顔を 蒼白にして私を 迎えると，“何と無責任な，そして図々しい／”と私に喰いついて来た．“昨年の 11 月の検査で，O.B で，今年の3月の検査で手遅れ”ということは絶対にあり得ないというのである．思いなしか興奮した私は，いささか戸惑いながら，“だからこそその証拠に昨年の 11 月の食道の 写真も 添えておいた筈だ／”と強弁したが，もうすべて私は遠く“にくしみの彼方”に追いやられて，“相談して廻った”という近所の医師の名前が，次々に叩きつけられるように私の頭にとび込んで来たのである．

13 年前の春，初診より１週間と 経たぬのに，私の家の前のボヤを聞いて頭から 水をかぶって，“先生のところは大丈夫か？／”ととび込んで来てくれたKさんの律義な誠実な思い遣りのある心根は私の胸をジーンと打った．Kさんはまた糖尿病，悪性腎硬化症，心不全，白内障とぬきさしならぬ重病を一身に背負い込んだ“老つれあい”を，私をして心から襟を正し，深々と頭を垂れさせる程，よく血の通った面倒をみていた．時に老つれあいの“少しは調子が良い時”を見て，“自分の 運転”で郷里のY県までドライブを楽しませたり，誠実と正直と強直とやさしさが寄って一本になっている珍らしいKさんとのおつき合いの強さは，“何者にも負けない強さ／”と私も自認し，Kさんも私を信頼し，頼り切っての 13 年であった．

一昨年の春，Kさんが町会の慰安旅行中に，老つれあいは，ひそかに若夫婦の目を盗んで絞死を遂げた．目も身体も不自由な自分が，これ以上Kさんに迷惑をかけては……ということであった．勿論私は呼ばれて，出来る限りのことはしたが，若夫婦の嗚咽の高まりに反比例して老つれあいは硬く冷たく，そしてKさんが急遽戻りついた頃は，遙か遠くに去っていたのである．

丁度一昨年の秋のことである．“この年で，色恋いではなく，身の廻りの面倒でも／”ということで後妻を迎えるに当り，Kさんの“定期ドック入り”が始まった．“判で捺したよう”とはこのことで，３カ月に１度づつ，食道，胃，胸部，心臓……の精密検査に 現われた．“満洲の憲兵隊長”という乱暴生活のカゲはみじんもなく，“年よりは遙かに若い／”という私のはげましの口癖に，胸を張って帰って行くKさんに，Kさんとの長いお附合というものが，時に泌々として私に“生きてある喜び”を教えてくれたものであった．それなのにKさんの一心の信頼を裏切って，とりかえしのつかない状態に追いやってしまった”．私はKさんの入院以来，Kさんのお宅の前を歩くことすら躊躇されたのである．心重く，ションボリして，うらがなしく，表大通りのKさんの前を避けて，裏道を通り，時に反対側の歩道を 通ったのである．

“大動脈と癒着して，手のつけようも なかった／“という大学の非情な報を聞いて，いくたびか，足は大学病院のKさんの病室へ向ったものの，卑怯な私の心は何かと，こじつけてはUターンして帰って来た．手術の知らせを受けて３カ月，その後当方への“一片の沙汰もない大学”“聞くことすら 恐ろしい私の心”こうした 3カ月

＞年頭のことば＜

どうやら 1966 年は“ボンコツ”がやたらと背伸びをして，ゲンコツを振り廻しすぎたので，ハタ迷惑もいいところであったろうか……と思っています．お詫びもしておきます．

1967 年はチンマリと ノンビリと，内野の２塁ベースに戻り，もっぱらジャストミートをしてセカンドオーバー，ショートオーバーのクリーンヒットならぬ，テキサスでいきたいと念じております．といってもまたまた，ファウルか，チップがせきの山でござんしょうけど…」

―かすが―

を費した先日，突然私の所へ電話があった．“Kですが，父が昨日より熱発しまして，T大に問い合わせましたが，連れて来てはいけない，もとのK先生にかかれ／といわれましたので，往診を……”ということであった．往診の大嫌いで，出不精な上，どんな急患の往診依頼の時でも．一応あれこれ押問答をした末シブシブ承諾するこの私が，始めてこの返事で“承知しました／”と答えた．

それにしても，さだめが決り．K老人は到底救われようのないのに，この私の心がホット救われて良いものであろうか？／．

（新宿区山吹町 69）

投薬および注射を行なわないかぎり，医療行為と考えないような医療制度上の低開発国にあっては，食餌療法の指導は医師の良心においてのみ可能である．

＜平田正幸著／糖尿病診療の実際・より＞

●会員のこえ

実地医家のための会御中

“医師不信”に答えて／新田重雄（山口）

緒方富雄という人は立派な学者ときいているが，言行にいささか不信の点がある．著明な人は余程一言一行に注意してもらわねばならない．

緒方氏は，あるいは日本医師会長になりたいばかりに，人気とりにやっておられるかも知れんが的がはずれているために，かえって心ある人にヒンシュクを買う結果になっている．

私がいつも感じていることは，1）現行の健康保険制度が，真の人間生命の永続増強の医療制度でないこと．2）医学を一またこの医学を行使する医者を，何故もっとPRして医学をより以上に尊重させ，医者をより以上に尊敬するように一般大衆に呼びかけないのか．

この2点を何故日本の一流の大家が働きかけないのか．このことは我田引水的に解釈してはいけない．このことが本当に一般大衆のためになることであるということに早く気がつかねばならない．

折角苦心して研究した医学を，もっと上手に使うように，またその研究した医学を忠実に行使する医師をより以上に尊重するように，日本の一流の大家が結束して動かなければ宝の持ちぐされとなる．

私は愚考するに，医者が足らん，足らんというが実際はありあまっているのではなかろうか．医者があまりに多いために，医者を大切にするPRを忘れて，医者を誹謗したり，医者の一面のみを見てこきおろしたりする緒方氏のような学者が出るのではあるまいか．

医者が多いということになれば，大学の医学部を一部閉鎖するか，学生の募集をへらさねばなるまい．もう一つ私が内心ひそかにおそれていることは，医学部へ進む学生の質が段々低下して来ることだ．これらの杞憂を打開する道は，日本の医療制度をほんものに改めるか，さもなくば現行保険制度を思い切って全廃することである．

今にして大英断を下さねば，悔いを千万年の後まで残すことになるであろう．日本を敗戦に導びいたのは真の政治家がいなくて，専門外の軍人が政治をとるようになったからだ．真の医療制度は専門外の素人を除いて，真に人間の為を考える専門家の医者にかかせなければならない．

／杉江　清（愛知）

アベック台風といえば，昨年の名古屋でのミーティングを想い出します．諸先生方の安否をお伺い申上げます．

秋の空を偲ばせる素敵な表紙に愛着一入です．ところでなんと間の抜けたことに，折角お手紙呈上しながら住所を忘れたとは．ご寛容の程を．各科共通の新しい救急処置特集を希望します．＜編集部注・19号の会員の声の無名氏です＞

／新居浜生

“実地医家の会”は益々ご発展の趣きにて何よりと心からお喜び申し上げます．

最近の日医雑誌で「学会と開業医」の座談会にて“実地医家の会”の先生が出席なさいまして，大学の先生方と興味ある討論がありましたことを読みました．その他，色々な医学雑誌に本会々員の名前を見てわがことのように喜んでいます．今後一層の発展を望みます．

／斎藤　裕（栃木）

小生かねてより開業準備中のところ，このたび縁あって当地に開業することになりました．横浜在住の間は何かとご芳情を賜り厚く御礼を申し上げます．尚当地をお通りの節は是非お立ち寄り下さい．＜宇都宮市雀宮町521＞

／小山進次郎（武蔵野）

私こと長らく中野に居住しておりましたが，この度下記に転居いたしました．新しい住居は吉祥寺カソリック教会と井の頭自然文化園の中間に建てられた9階の建物の3階にあります．近くにおいでの節はお立寄りいただければ幸甚に存じます．＜武蔵野市御殿山1－7井の頭

マンション 302 号>

／山下久直
新住居・江東区大島町 3—31—3 山下医院

／編集部御中……<W亭>

松山での全日空の惨事を考えても，私は，GP は人間疎外の世にあって，オートメ医学と病人との間に存在する必要があることを信じています．

今後とも，私たちは，お互いに，GP のレベルアップのためにも，時々素人向けの医学書を読み，又，「内科」「小児科」「日本小児科学会誌」「内科学会誌」などの学会，専門誌を読む．さらに，TV，ラジオの医学講座等を含めて，広い面から吸収したインタレストな抄録に会員が自分の意見を添えたものを書く．そして，沢山人間の医学誌に掲載すると面白いと思います．クスリの各メーカーの PR 誌も捨てたものではありませんし，本会のN先生の著書，「内科臨床メモ」形式の抄録をどしどし誌上にのせて下さい．

●●●・仙台通信・●●●

—仙台からの便り—

吉田秀一　長池博子　徐　昌仁
本島正雄　本郷嘉男　山口大平
佐藤俊樹　（順不同・敬称略）

上記の諸先生から事務局あてに，お便りをいただきました．

～このたび来仙して頂いた諸先生に，十分なおもてなしも出来ませんでしたのに……お心ずくしの品，お恵贈頂き恐縮に存じます～（以下それぞれ）

▷われらの集いの仙台版．もっとも長い，最も有益な1日だったと思いますが，みなさまの心に残りましたか．これを機会に当地でも同志がふえることと存じます．

▷何処へ参りましても心から通じる仲間のいる事は，大変たのしいことでございます．先生方の“生き方”に“考え方”に大いに感銘を受けまして共感を覚えます．

▷本会が実地医家の学会として，学問と親睦の両面を果たすことが出来るようご尽力をお願い申し上げます．そうして一級の医家の集りとなるよう（学問，倫理，経済的にも）努めたいものです．

▷先日の日曜・休日診察の問題，私達のグループでは独自の休日診療所を建設することに決定，土地を物色中です．当番医はその日，1日奉仕することで維持出来そうです．（2階は我々の休息所）

▷何卒在京の諸先生にも呉々もよろしくご鳳声戴ければ幸と存じます．

▷かねて当地の佐藤俊樹先生より，各位のご熱心なご活動についてお話を承わっておりましたが，当地で例会をお開き，当地の医師に活力を与えて下さった事について心から敬意を表します．

☆　　☆　　☆

あ・と・が・き

読者の皆さんに，謹んで新年のご挨拶を申しあげます．

■

ま新しい原稿用紙にスラスラと一行したためると，立川の飛行場から飛び立つグローブ・マスターのごうごうたる爆音を耳にしながら，深夜の書斉で一種名状しがたい変な気持につつまれます．それもそのはず，今日はまだ 12 月 8 日の午前2時．1月の例会席上で 21 号誌をお渡しし，「お目出とうございます」とお互いに言い交わす新鮮な気持をいち早く決定ずけた，いわば空恐しい，予言者のタクトを下したような気分にかられるからです．Editor が“あとがき”に筆を下ろす時，それは生簀に泳いでいる1匹の魚が大海に放たれる時を知る喜びに似ています．思えば今年も6回その喜びに雀躍しました．

■

ふりかえって1年間，この会としても悲喜色々の事がありました．悲しい事では本号で特集をしました，故小倉敏郎先生の急逝があります．会としては，ご遺族の方と同じく痛惜おくあたわない不幸でした．

喜ばしい面には数え切れないものがあります．まず，会員のＧＰにそくした出版が目立ちます．篤学研究の結果が印刷のベルトにのり始めたわけです．会自体としても3月に出版部が新設され，近日その処女刊“かぜ“が出版されます．それとは別に，個人的には“診療所診断学”“脳性マヒ児”“心音図の手ほどき”がすでに洛陽の紙価を高めています．

例会でも，本会の性格と使命にマッチしたテーマがとりあげられ，パネルディカスや個人の研究発表がなされました．“開業医はどのように勉強したらよいか”“心筋硬塞共同調査のまとめ”“腰痛をめぐって”“赤沈”“誤診”“救急患者の実際”等があげられます．

また，会の地方進出では10月の仙台例会があります．昨年の名古屋と同じくその盛会ぶりは，ひとえに地元会員の方々のお骨折によるものです．

■

さて，平易に言って，出版社が実地医家の立場から何か1冊をものにしようと思ったり，或る雑誌社で座談会を開こうと企画する時，この会のメンバーにあたれば何とかなる．そのような通念が今年はかもし出されてきました．そして今年中に残した実績は，どれも本会の使命観にあふれたものでした．まあ，タレントを抱えた一大プロダクションと言えない事もありません．

ところが，ここで見逃してはならない危険性に気づかなくてはなりません．日本の悪路と同じく（頭上に注意）です．たしかに，勉強家の多い本会ですが，プロダクションはエリート意識に染むスターをとかく生みやすいものであり，本会が GP 全体の気球であろうとするならば，砂袋を落して上昇するのではなくて，砂袋をいっしょに引き上げる心構えと自負が必要です．そもそも，本会創設の目的である「**病人を，病気だけでなく病気を病んでいる人間としてみる GP**」の立場から，広く GP が共に考えなくてはならないテーマや，事業を堀下げることを忘れてはなりません．＜人間の医学＞を育てることについても同じ事が云えると思います．そうした観点から，新しい年は本会にとって，ある程度フィード・バックの年とも云えそうです．

■

“あとがき”のくせに，“巻頭言”ふうのおしゃべりをしてしまいました．しかし，生簀から見た雑魚の苦言，いや鈍重な砂袋の希望としておゆるし下さい．初春に免じて．

木島 昂（たかし）
（東村山市萩山町1の 2770）
（Tel 0423—(41) 0769）

★精子形成を阻止するカドミウム塩★

“世界の人口問題解決への糸口発見せらる”

JAMA, Feb 28, 1966. Mecicrl News より

▷浦田　卓◁

はじめに：

碩学ハックスレー博士を俟つまでもなく，今世紀最大の問題は，人類の急速な人口増加と資源の分配・利用，およびこれらに伴なう国際政治経済の運営問題である．もし，費用のかからない，しかもごく簡単な産児制限手段が発見せられれば，あとの問題は，これをいかに納得づくで多産民族にこれを使用させるかという，心理的・社会的手段に関する方法だけである．

さいわいにして，科学者たちはどうやら，産児制限への簡単低廉な道を発見したらしい．つぎは，その報告である．

チェコスロバキアの J. Parizek 博士の観察に刺激されて，現在アメリカ，インドおよび英国では，精子形成を破壊する新しい方法が，開発されつつあるが，それらの研究によれば，まだ動物実験の段階ではあるが微量金属の塩類，すなわち塩化カドミウムの投与によって睾丸の細精管と上皮を不可逆的に破壊できるという．

その結果，不妊は恒久的であり，しかも間質は最初萎縮したあと，ふたたび再生し，他のホルモンの機能は回復するのである．最初の研究では，塩化カドミウムを皮下に注射して精子形成を阻止したのであるが，さいきん行なわれた研究では，ごく微量を睾丸内に注射するか，または軟膏の形で陰嚢にもちいる方法がとられた．

インドの“中央薬品研究所”の Kar および Kandoj の両博士の報ずるところによれば，ネズミでは，水または水とグリセリン混合液に塩化カドミウムを 20% または 40% 溶解させたものを，その陰嚢に塗擦すれば，じゅうぶん効果を発揮するという．そして，性管内に残っている精子も，細精管の変性とほとんど時を同じうして，運動しなくなるとともに，崩壊したのである．

陰嚢塗擦法によって生じた変化は，注射のそれにくらべると，少し現われ方が遅いが，しかし本質的な差はなかった．

インドの研究者たちが行なった研究によれば，睾丸に直接カドミウムを1回注射しただけで，細精管上皮の急性崩壊と固有層の変性が生じる．そればかりではない．出血，間質の浮腫，それにふつうは巣状炎症と細胞成分の大量萎縮が生じたのである．

これらの変化に引きつづいて，細精管の全面的な壊死と著明な萎縮が起き，細精管上皮の完全な変性が生じた．

しかしながら，間質に生じた変化はいずれも一過性で，その組織学的構築はけっきょく，再建された．そればかりでなく，サルの睾丸におこさせた変化は，もともとネズミの睾丸におこさせた変化とくらべて，その性質も順序も大差はなかったのである．

カドミウムに拮抗する亜鉛：

アメリカのマイアミ大学の病理学研究室でこの問題を5年以上追求した S. A. Gunn 博士らの研究も，これを裏書している．しかし，たいへん面白いことに，Gunn 博士らは，カドミウムが睾丸と副睾丸頭部の血管に選択的な損傷を生ずること，および，この損傷が亜鉛の同時注射で予防できることを示したのである．亜鉛は，物理化学的にカドミウムに似た元素であるが，睾丸の機能保全に重要なことがわかっている．

Gunn 博士は，つぎのように強調する．カドミウムは副睾丸頭部の遠位端と副睾丸の体部と尾部，輸精管およびこの部位を養っている血管系には損傷を与えないが，また体の他の部分の血管にも損害は観察されなかったと．

なお，Gunn 博士らによると，カドミウムをある量与えると，局所的には注射部位の皮下に肉腫を，系統的には睾丸の間質細胞腫を，ともに生ずることがあるという．しかしながら，この両腫瘍とも，亜鉛の投与によって形成が阻止できた．なお，ネズミとハツカネズミ以外の動物に腫瘍ができたという報告は，他所の研究者からはきていないという．また，新生物の発生はカドミウムの大量投与によるかも知れないとのことである．

細精管の壊死と腫瘍の形成：

カドミウム亜鉛で処理したネズミのなかには，けっきょく細精管の壊死をおこしたものがいくつかあった．しかしながら，間質細胞は腫瘍を形成するには至らなかった．

大量の亜鉛で処理したネズミでは，睾丸の損傷は完全に防止されたのである．

博士はいう，亜鉛がある一定の血管を介して選択的な壊死を阻止できるという，われわれの発見は，内皮細胞には機能的な器官特異性があるかも知れないということを示唆していると．さらに研究をつづけた結果，博士らはつぎのように信じるに至った．すなわちあらゆる器官には，それぞれの器官の代謝的要求に特異的な透過性をもつ血管があって，これを養っているかも知れないと．

その含蓄は遠大：

もしこれが本当となれば，それの意味するところは，たんに産児制限の領域にとどまらず，これを遙かに越えた広汎なものである．微量の金属と結合するアミノ酸またはその他の物質の欠乏する器官疾患がいくつか知られているが，これにたいしてはこの原理があるいは役にたつかも知れない．こういうばあいには，微量金属物質の過剰注射と選択的摂取が事態を効果的にコントロールできるかも知れない．

マイアミ大学の研究者たちは，微量金属に関する多年の経験から，人口の爆発的増加のコントロールは，食餌にある因子——精子形成には干渉するが，それ以外の肉体の要求には干渉しないといった——を添加または排除することでけっきょく実現できるのではなかろうかといっている．

人間の医学／第21号

1967年1月15日　発行
発行人　永井友二郎
発行所　東京都目黒区中目黒 4〜1451　浦田医院内
「実地医家のための会」事務局
（電話）東京 712—7873

維持会員（本会の趣旨に賛成され例会出席，投稿される方）費用，年額3,600円—1カ年分の本誌代のほかプリントその他も含む—

本誌 1 部　200 円　送料別に55円
〃 1カ年 1,200 円　（送料込み）