'74. 5
No. 64

人間の医学

実地医家のための会

脳血管障害
胃・十二指腸潰瘍、皮膚潰瘍…に！

●組織呼吸賦活剤

健保適用

ソルコセリル注

製造 ソルコバーゼル社 スイス
輸入 東菱薬品工業株式会社

巻頭のことば

ある日，ありふれた初診患者として姿を現わした彼は，保険証とともに大枚金200円也を窓口へ差出した。診察がすんでから，さて，

「こりゃあ今ハヤリのカゼですね。アンタは薬は何でものめるね」

「ええ，何でも大丈夫です」

「じゃあ特別だ。抗性物質とカゼ薬との両方をのもう。ただ抗生物質ってヤツは，バイ菌を殺すために6時間おきにのむんだが，時間がきたら夜中でも起きてのめるね」

「ええ，目覚しがありますから」

「じゃあ，チャンと薬をのんで，タラフクご馳走を食べて，今日はもちろん，平熱になっても2日くらいは休んでなくちゃダメだ」

翌々日の彼の症状はかえって悪化していた。

「おっと，こりゃ気管まで悪くなってきたな。どうしたのかなあ」

「会社はずっと休んでます。でも昨日は調子がよかったんで，午後○○へいって夕方まで遊んできました」

「薬はどうした？」

「持っていくのを忘れたんで，のんでいません」

「夜中はのんだ？」

「目覚しがならなかったんで。お薬は全部で，まだ2回くらいしかのんでません」

節約は美徳の時代とはいえ，これじゃあチョイと困る。が彼にとっては，要はカゼがなおりさえすりゃあいいんで，薬なんてどうだっていいらしく，その“2回くらい”というところを，とくに胸を張って強調したようにさえ思えた。

「済んだことは文句をいっても仕方がねえが，アンタは肺炎になりそうなんだ。今日は別のいい薬を出そう。だが，これも6時間おきだ。こんだこそチャンとのんでね」

翌々日も軽快の徴候まったくなし。

「昨日は何してたの？」

「退屈だからコタツでテレビを見てました」

「一日中テレビばかりってわけもねえな。ゴロ寝しただろう！」

「ええ，目がさめたらブルブルでした。片足をコタツの外へ出して寝てました」

「フーン，で薬は？」

「6時間おきなんて面倒で，とてものめませんでした。先生，一発でピタリとなおしてくださいよ」

「そりゃあ，こっちのいうことを聞かなけりゃ無理だ。このままじゃあ，すぐ肺炎になって入院ということになるな」

「入院？　行ったり来たり大変だな。でも，入院したって給料はもらえるし，最初に200円出せばいいんだし，まあ何でもいいや。そうなったらゆっくり養生してくるか」

広　瀬　正　義

人間の医学　第64号　目次

巻頭のことば……広瀬正義　1

私たちの例会

第120回「実地医家のための会」例会報告

① 日常診療上に生かせる胸部レ線像の読み方

パネルディスカッション……司会　新野　稔　5

結核とまぎらわしい症例……神田修次　6

胸部レントゲン診断……松坂　勲　7

心疾患に関連せる肺血管陰影の読み方……金井美津　9

② 今年流行せるインフルエンザの臨床的観察……北川欣也　20

③ 急性気道疾患（感染とアレルギー）の診断へのアプローチと治療……久保政次　21

自由交見……23

④ 例会 C. R. C……新野　稔　24

早期胃癌と胃潰瘍併存の1症例……宮崎三郎　26

この症例のレ線的解説……新野　稔　32

第121回「実地医家のための会」例会報告

① 臨床医学におけるコンセンサス（合意）を求めて

永井友二郎・春日豊和・木村和郎・佐藤安正・光山恭子　33

自由交見……44

② 本年もっとも印象に残った症例

—整形外科から—……得津雄司　47

—小児科から—……小宅健雄　48

—皮膚科から—……園田節也　49

—消化器科から—……春日豊和　49

—婦人科から—……本田三郎　50

—循環器科から—……森杉昌彦　52

—心身内科から—……渡辺　淳　53

自由交見……54

例会 C. R. C……新野　稔　56

特別寄稿

患者のこころへのアプローチ……平井信義　57

ものを書くということとそれを発表するということ……林　富士馬　58

私たちの研究と臨床

最近経験した中間型の2例について……榎本明雄　60

“やった，なおった，きいた”—という話……吉利正彦　62

肺の異常レ線像とは……新野　稔　63

医書合評……鈴木荘一　66

論　壇

哲学なんか糞喰え〔連載〕 3 ……竹崎鼎輔 68
＜日本人診断＞外人より見た日本人の意識構造（2）……アントニオ・ゲレロ 70
医療とコンピューター ……安藤唯一 72

新刊紹介—虚構と甘えのない紹介— …… 75

医院訪問＝2＝　上田篤次郎先生の巻 ……編集部 76

制度に寄せて：老人医療データバンク ……大滝紀雄 78

お茶の水 C. R. C 報告

第3回・第4回・第5回例会 ……新野稔 80

カルテの前で

田植時にみられる指関節痛 ……得津雄司 86
感情的小児科学〔その2〕……吉田仁 86
開業医 ……城田脩爾 88
患者紹介と大学教授 ……越川英夫 89
大医は国家の病を医す ……伏島真輔 89
大丈夫でしょうか ……松本悦雄 90

医院のうちそと

ゴルフは安全なスポーツか ……上田篤次郎 92
時　差 ……榎本明雄 92
ニセ医者物語 ……洲崎元丸 93
日本人の幸福 ……越川英夫 93

伝言板　庶務からのお知らせ……日向野晃一 94

あとがき・つぶやき集 ……編集世話人 95

川柳漫歩（第14回）……片岡茂和 71

私たちの例会

第120回「実地医家のための会」の例会報告

司会／浦田　久・記録／佐々間正人

昭和48年11月11日（日）渋谷・薬業会館

演　題

① 日常診療上に生かせる胸部レ線像の読み方		
〔パネルディスカッション〕	（司会）武蔵野市	新野　稔
	大田区	神田　修次
	大田区	松坂　勲
	文京区	金井　美津
② 今年流行せるインフルエンザの臨床的観察	大田区	北川　欣也
③ 急性気道疾患（感染とアレルギー）の診断へのアプローチと治療	千葉大学	久保　政次
④ 例会の C.R.C.	（司会）新野	稔
早期胃癌と胃潰瘍併存の1症例	宮崎	三郎

日常診療上に生かせる胸部レ線像の読み方

パネルディスカッション

（司会）　武蔵野市　新野　稔

胸部レ線の読み方の基本は，先ず第1に単純胸部レ線像の所見分析ということになります。限りない情報過多の時代に，あふれる物の処理が，無意識的に空に流れてはいけません。この現象をかえりみ，今一度1枚の胸部レ線写真を，診断の原点に帰って読みなおしてみたいと思います。それにより，胸部単純レ線像の読みによる診断域の広がりと深さを増し，病巣の性質を追求することができると思います。しかし，レ線上の顆粒状，点状，線状等いろいろな形の表現の概念が，どの程度病理学的情報の中に新しく処理され，鑑別の素材としてとり上げられるかは非常に疑問であります。

胸部レ線撮影の際，被爆を受ける事を認識すれば，単純レ線読影が時代錯誤でないことが理解されると思います。安易に流れる撮影は止めてほしいと思います。

胸部レ線に変化をあたえる原因

暗影の原因，すなわち透過を悪くするものとしては，皮膚の腫瘍，筋層の変化，胸膜の変化，肋骨の奇形，肺の梗塞，無気肺，肺の腫瘍，大血管系，肺胞性変化，急性腹症にともなう横隔膜から

上って来る板状の無気肺様変化などがあります。又透過度を増すものとしては，筋の萎縮，気胸，肺気腫，肺栓塞などが考えられます。又心疾患に関連したもの，あるいは，過膨張の問題，体位を変えることにより診断のつくものなども考慮されねばなりません。

肺の浸潤とは，組織の中に浸み込んで行っているような病変としてとらえるとわかりやすいと思います。

気管支の分岐からいってレ線学的にどの単位を病変として見つけるかというと，終末細気管支を一つの単位として見ることが出来ます。これは5～10mmの幅があります。肺の基本単位は小葉の概念として記憶願いたい。散布性の陰影の場合，肺の肺胞性病変か間質性病変かをある程度解明することができます。

以上総論的に概略を述べましたが，次に各論について，それぞれ予定の先生方にお話をねがいたいと思います。

結核とまぎらわしい症例

大田区　　神　田　修　次

神田：第1例，22歳女性，本年4月に身体検査で肺門部に陰影を発見されました。自覚症状はありません。ツ反（－）血沈30ミリ，自覚症状がないので現在仕事をしています。どなたか読んでいただけましようか。

新野：ティピカルな馬鈴薯形肺門リンパ節の腫瘍です。これを見ると男ならホヂキンを考えるところですが……両側性に馬鈴薯形にはれるのは先ず第一にザルコイドーシスと考えます。

神田：はい。いわゆるダニエルのオペラチオンで組織をとったところ，お説の通りザルコイドーシスでした。

ついで**第2例**を申します。

昭和20年生れ，昭和40年頃より，咳，啖，全身倦怠感，やせ，呼吸困難を訴え，1年間 SM, PAS の治療を受けたが，だんだん呼吸困難が強くなり，喘息様症状が出て来ました。私のところに3年位いましたが，ステロイドを使うといくらか楽になりました。結局昭和43年に窒息状態で死亡しました。

新野　本日前座で申した散布性陰影で，何が多いかというと，間質性変化として考えた方が良い。よく見ると小葉間に病変が起きている。小葉間の線維性変化……両肺全体にちりばめたような結節性小陰影と線維性変化が，いわゆる播種性陰影として出ている。小葉における肺の線維性病変とそれにともなう間質性の炎症――気管支炎とか，小さい単位の炎症として考えてはいかがでしようか。

日向野　呼吸困難で死んだのですか？

神田　そうです。肺性心，浮腫，主に呼吸困難。喘息様発作が時々起きました。プレドニンを使うと楽になりました。化学療法は効果ありませんでした。職業は自動車のメタルを削る仕事でした。

日向野　その仕事は粉塵など出ますか？

神田　それは大したことはありません。

日向野　年齢は？

新野　20～23歳位

日向野　喘息性……間質性変化そうですね……Hamman-Rich などはどうでしよう。

新野　間質性病変として一応 Hamman-Rich もあげねばならない。次に miliar-T.B. もあるが……。

日向野　T.B.はすでに否定されているから……

新野　そうですね。次に塵肺

日向野　塵肺は職業的な面で一応否定して……

新野　細気管支肺炎は……

日向野　そうゆうものは，僕は診たことがないので，極めて常識的に考えるとそんなに長い経過

をとるものとは思えないのですが。

新野　これだけ変化があると，肺呼吸量はかなり少くなっていることは印象づけられますか？

日向野　はい。それからあとは悪性腫瘍のメタスターゼ。

新野　悪性腫瘍のメタスターゼとすれば一番どこを考えられますか？Magen ですか？

日向野　そうですね。

新野　次に甲状腺。甲状腺ですともう少し点状陰影ですね。それからMagenですとLymphangitis carcinomatosa という形ですが。これは否定出来ますかどうですか？

日向野　これは否定します。

新野　そうすると，カルチのメタスターゼを否定すると炎症性変化ということになりますか？

日向野　ええ。

新野　それでは，ここで種明かしを。

神田　それでは……実は，病理の方で sektion の結果汎細気管支炎という診断でした。（組織標本の説明は省略）

第3例　昭和8年生れ，女性，農家の主婦。主訴，呼吸困難。昭和20年頃発病。Miliar T.B. かといわれたが，おかしいところがある。血沈は，最近では1時間70位。

新野　こうゆう散布性陰影があって非常に薄いということ。それから前の症例で日向野先生がいわれたような，カルチがあってメタスターゼを起したのではないか，その時は Lymphangitis のような変化を起し，終末になって来ると，いわゆる Lungencartinoid——カルチに石灰化の様相が起きて来て，そこだけで孤立性の増殖を起してくるようなもの，これを Lungencartinoid といいますが，こうゆう型になって来ると，いわゆる肺胞のレベルの違う，小葉，亜小葉等の色々の陰影がまざる——とすると，一番肺に近い甲状腺のガンとか胸線のガンとかのメタスターゼと考えては如何でしようか？

神田　ダニエルのオペをやって組織を見ましたら，お考えの通り甲状腺のガンでした。甲状腺ガンに3種類あり，一番悪性のものが未分化ガン，その次が沪胞ガン，次が乳頭ガン。乳頭ガンというのは非常に予後が良くて，20年～30年というのがあります。これはその一例です。

新野　色々とありがとうございました。

胸部レントゲン診断

大動脈病変と肺野の気腫性変化について

大田区　　松　坂　　勲

老人の患者の胸部レ線写真には，いろいろの特徴がありますが，本日は大血管つまり胸部大動脈の硬化性病変像について簡単に述べ，次に肺野の気腫性変化について，スライドにより見ていくことに致します。（スライドフィルムは誌上省略）

I. 大動脈病変

1. 石灰沈着像

老人の場合，大動脈に石灰化を認めることは珍しくありません。之は弓部に多くみられ，その厚さ，長さも色々でありますが，長さは数mmから2～3 cm に至るまで，しかも同一人においても経年的に，それが少しずつ延長している像も確認されます。この数枚のフィルムで認められるような石灰化像は，単純X線像（正面のみならず側面像があれば，なお見落しが少ない）から極めて簡単に読みとれて，しかもそれによって，かなり高度な動脈硬化があるという証拠を見つけだす診断法の一つであります。

2. 大動脈陰影の異常

正面像の変化として，大動脈弓の延長を起したatherosclerosis では上行大動脈が右第一弓に張出してくる場合があります。大動脈弓の突出はatherosclerosis に見る場合が最も多く，左第一

弓の突出と挙上となり，この際，しばしば石灰化を見るわけです。そしてこの弓部に達するまでに延長・迂回（蛇行）している例もあり（スライド），之に拡張が伴ってくると，拡張した上行大動脈と下行大動脈が前後にくい違って重なり，心臓上部の影が著しく拡大します。（梅毒性大動脈炎等）つまり，胸部大動脈は上行大動脈の起始部と下行大動脈が，横隔膜のところで固定されている以外は比較的自由に，位置と形を病変に応じて変え得るわけであります。したがって，大動脈瘤の場合でも，そのX線所見は必ずしも一定しませんで，主として半円形の突出像となって濃厚陰影を現わし（辺縁の石灰化像は診断の助けとなる）透視により拍動を認めれば判然としますが，陰影自体の拍動か，拍動と共に腫瘤が動かされるのか，判別は困難な場合があります。ここに掲げた72歳の女性の例では大動脈弓部の拡大突出は，第二斜位で上行大動脈が右前方に膨隆し，弓部に動脈瘤といってもよい程の拡張が見られます。側面写真の診断的価値は高いのでありまして，透視の場合でも，割合濃く，くっきりと脊椎の前に石灰化を伴った大動脈陰影を追跡することができます。先程の大動脈の石灰化を知るためには，腹部の側面写真も非常に有用になってまいります。

II. 気腫性病変

肺野におけるX線透過性が亢進している，いわゆる明るい肺野のことであり，肺含気量のより多い部分として解釈できます。X線写真上では最も見やすい過膨脹に基く所見であります。

1. 慢性肺気腫

肺気腫は「肺胞壁の破壊を伴った，末梢気道の拡張した疾患」という形態的定義がありますが，本症を日常の胸部X線写真一枚のみで，診断することは極めて困難であります。肺気腫のX線所見の特徴としては，従来から，胸部の正方形，肋骨挙上，時間腔拡大，横隔膜の低位（平坦化），横隔肋骨洞の鈍化，心胸比の低下等，いろいろ指摘されるのですが，これらのX線所見も，必ずしも確実なものではなく，単純X線像からの情報だけでは，その診断は，絶対ではないようです。むしろ側面像で，心後腔および後肋骨腔の開大と，その部の透過性亢進といった所見が慢性肺気腫のほとんどの例に認められますし，この事が肺機能との相関からみて，その診断的意義は大きいとされています。何れにしても，肺気腫とは，臨床的には症候群でありますし，日常的には，慢性気管支炎や気管喘息から進行していく形の慢性肺気腫というものを最も多く見るわけですから，その移行形も含めて，一枚のX線写真だけで，肺気腫の程度を決めつけるは危険であり，むづかしいと云わねばなりません。本症の胸部X線診断には，呼気，吸気両相からみる動的観察が，むしろ必要だということになります。

2. 慢性気管支炎

慢性気管支炎は，平面写真では，本来所見は認められないわけですが（気管支造影において始めて得られる）。時に肺気腫を伴っている場合には，肺野に，つぎはぎ様の透明部が見られるようになります。

3. 気管支喘息

本疾患でも，発作時のX線写真では，両側性のX線透過度の増加，すなわち気腫性陰影を認めることが多い。中下肺野で特に透過度が増し，第11肋骨が肺野に現われ，末梢血管影は全体として減少し，細く小さくなり，時に異常に屈曲します。（正常の場合を筆書き様と呼ぶに対して，ペン書き様と形容される場合もあります）。又肺野に嚢胞状の気腫性陰影を示す例もあります。勿論，慢性気管支炎や，ぜん息は臨床症状によって診断できるわけですが，これらが進展し，肺胞壁の破壊を伴って，いわゆる肺気腫となってしまえば，多くは前述の定型的なX線所見を呈するようになるのですが，その確定診断は，肺機能検査の診断基準によりなされ，且つ定量的に可能なわけであります。すなわち，レ線像のみでの診断的価値は絶対的でないという所以はここにあります。

4. 自然気胸

これは，御承知の通り，肺紋理を失った，胸壁沿いの明るい線状輪郭で境されたair spaceの像であります。（その原因は大部分，気腫性嚢胞とくにblebまたはbullaの破壊によるものとされているが）。一見してその線状輪郭が分るし，大ていい一枚の平面写真で，診断を誤ることはほとんど

ないといっていいでしょう。むしろその治療をいかにするかということが，問題でありまして，本例も再発反復した症例であり，肺嚢胞形成といった素因も考えられます。この症例のように広範な気胸（完全気胸）では，該側の肺は虚脱した状態となって肺門部に圧縮され，透過度の低い陰影となっています。右横隔肋骨壁には滲出液の貯溜も認められます。入院脱気後，再膨脹はしましたが，連続喀痰検索の結果，1回だけ培養陽性とでて，目下結核の化学療法を継続中であります。一般に気胸陰影は，呼気相の方が吸気相より明瞭に大きく写るので，少量の気胸をしらべるには，むしろ呼気相の写真が有力な手がかりとなります。

（〒 144　大田区萩中 1-6-28）

“心疾患に関連せる肺血管陰影の読み方”

文京区　　金井美津

単純レ線像上の肺血管陰影を心疾患との関連を主とし，又血行動態の反映をみつめながら，日常診療上に生かせる読み方や解釈のし方などについて，2～3の成書を参考とて，専門の先生に教えを乞うたりして，自験例を中心にまとめてみたのでここに述べる。

1．疾患に関連せる肺血管陰影読影の要点，表1に示した各項目について留意してみる。

1）肺動静脈陰影

図1の濃陰影は肺動脈，淡陰影は左房と肺静脈を示すものである。肺動脈は肺動脈幹のところから左右に分岐し，左主肺動脈はすぐ後下に走って肺野に入り分岐し，右主肺動脈は右方に水平に左主肺動脈より長く，やや低目に走って後分岐する。肺静脈は肺動脈の位置より低位にて左房に還流する。心臓は胸正中下半から左側にかけて位置するから（正常心）正面像では左主血管陰影はみえない。肺動静脈像の判別は傍右心陰影（右第2弓）の部分でしかつけられず，右肺血管陰影の中間部，末梢部ではその判別はつけにくい。中枢部（傍右心陰影）における肺動静脈の判別については実際的には困難な場合が多い。肺動脈は先細りに末梢に走り，肺静脈は先太に右第2弓につながる。心横隔膜角附近の血管陰影は，肺動静脈の解剖的位置（図1）から肺静脈であり，もしこの部に先細りで心陰影に連なる血管陰影があればそれた肺動脈と考える。また横隔膜角附近の血管陰影の増強があれば，肺うっ血性の心疾患の疑を強

表 1

心疾に関連せる肺血管陰影読影の要点
1．肺動脈像（位置・走行・太さ）
2．心陰影左第2弓
3．肺血管陰影の幅（不均衡・気管支との比較・絶対値）
4．末梢肺血管陰影
5．上下肺野の血管陰影の特長 上肺野の血管の太さは下肺野のそれの約1/3～1/4 ・肺上部の毛細管圧は肺胞内の気圧より低いよって虚脱状態にあって血流は殆どない ・呼吸における横隔膜，胸廓の移動の特長に基く相違
6．肺野の陰影（Septal line ヘモジデリン沈着，Vanishing tumor 浮腫）
7．改めて正常血管陰影のパターン認識の必要性

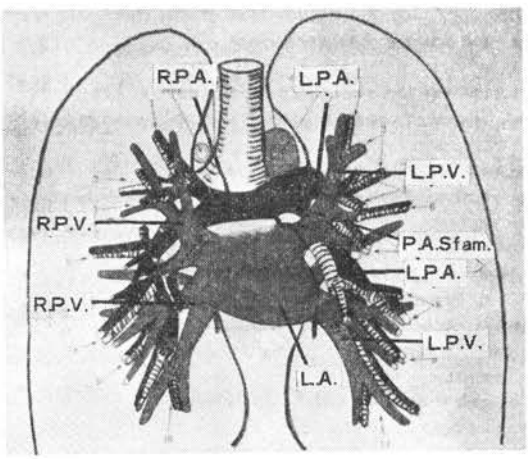


図 1

め，減弱があれば，短絡性心疾患を考える参考となる。

2）心陰影左第2弓

肺動脈幹から左右肺動脈に分岐する辺が心陰影左第2弓を構成するものであるから，ここの拡大とか陥凹とかが心疾患の鑑別に重要な意味を有する。よって心疾患に関連せる肺血管陰影の読み方は，左第2弓から始まる。

3）肺血管陰影の幅

肺血管陰影の幅についてはいろいろの意見がある。全体の血管陰影の，バランスを重要視するもの，気管支の幅と比較して1.5倍以上を拡大するもの，あるいは中枢部の血管陰影の幅を計測して肺動脈圧が何mmHgあるとかいうものなどがある。実際面としては，肺野全体の血管像の太さのバランスを読む方がよいと思われる。つまり血管の太さが急に細くなっているとか，血管周囲のボケがあるとか，局所的，あるいは全体的に異常に太いとか，細いとかを感じ読む方が実際上役立つように思う。

4）末梢肺血管陰影

正常では胸廓の1横指内ぐらいは，血管陰影はみられない。その更に1横指内ぐらいは線状陰影としてみられる程度である。ところが，末梢まで明瞭に血管陰影を追えるものや逆に中間部辺でも線状陰影であるなどは，これを異常と読む。

5）上下肺野の血管陰影の特徴

正常では立位では上肺野の血管の太さは下肺野のそれの約1/3～1/4で，上肺野は下肺野に比して明るいものである。臥位になると上下肺野の血管陰影の差は消失し均等になるものといわれている。この理由としては，表1にあげたように，上肺野の毛細管圧は肺胞内の気圧より低いので虚脱状態にあるから血流はほとんどないと考えられる。加えて呼吸時横隔膜は上下に運動し，胸廓の下部は前方と側方に大きく運動するが，肺尖部は余り動かない。よって肺血流量は肺下野に多いと考えられる。もし上下肺野が同程度のものとか，下肺野が逆に上肺野より，明るいような所見がみられると，ある種の心疾患の病状を推察する参考になる。

6）肺野の異常陰影

心疾患においては肺野の異常陰影にも注意する。すなわち表1に示すようなSeptal line（中隔線）へモジデリン沈着，蝶形陰影，Vanishing tumorなど肺うっ血，肺水腫などの所見や肋骨下縁にみられる侵触像（Rib Notching）などにも注意する。

7）正常血管陰影の認識の必要性

以上述べた留意点については，矢張り正常の肺血管陰影のパターンを認識してこそその異常を抽出することができることはもちろんである。これについては経験的読影のみでなく，ある程度解剖的な，そして循環生理，血行動態などを理解して読影することにより，その心疾患の診断，病態，治療効果の判定，経過観察，予後などを推測できる意味を有し大事なことである。すなわち形態学的診断に機能面の判断を下す手がかりになる重要なことだとされている。ところが実際の症例にあたっては大変むづかしい場合が少くない。大体，一枚のレ線写真を，放射線科の専門家が何人かで読影した時，必ずしも意見の一致はみないといわれる。殊に境界線上の読影については，一層困難をきわめるとされている。私院で扱う平圧の小さな器械で撮影した一枚のレ線像で，実際のところどの程度まで読影できるものか。このへんを中心に考えてみることとする。

2．心疾における異常肺血管陰影（図2）

1）肺門跳動

これは右前斜位にて心拍動と関連した右肺門部の肺動脈陰影の濃淡の度合を透視上でみるものである。肺動脈拡張，肺血流量の増加，肺動脈圧の増大，肺圧亢進時などに，著明に認められるとされ，左右短絡性心疾患の診断の参考になる。これは後天性心疾患では血管陰影の増強や肺高血圧があっても認められず，正常幼児でも認められない。ただし近時は縦隔洞腫瘍や胸線陰影など，血管性陰影かどうかの鑑別に必要であり，その透視の価値を有するものである。

2）肺血管陰影の変化

これは図2に示すように，増強と減弱とに分ける。

(1) 増強する場合

a）心拍出量の増加時，すなわち運動，発熱，

心疾における異常肺血管陰影

1. 肺門跳動

肺動脈拡張．肺血流量増加．肺動脈圧の増大．

血管性陰影かどうかの鑑別．

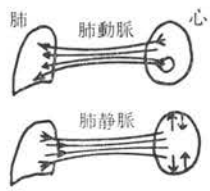
2. 肺血管陰影の変化

1）**増強**

a）心拍出量の増加

b）左右方向短絡
（体血流量＜肺血流量）

c）後毛細血管抵抗の増大
（肺静脈のうっ血）



2）**減弱**（前毛細血管抵抗の増大）

a）右心疾患
（肺血流量の減少）

b）末梢性肺動脈狭窄

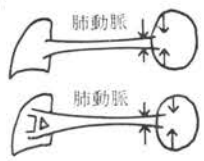


図 2

表 2

左右方向短絡

体血流量＜肺血流量）ASD. VSD. PDA 他

1. 血流量比と肺血管陰影
正常肺循環血液量/正常体循環血液量＝1（血流量比
（右心送血量）　（左心送血量）

2倍 {肺血管の余裕大。レ線像変化なし
上肺野血管陰影が稍々拡張。

2～3倍 {全肺野の血管陰影の拡張。
末梢でもある太さをもって追跡可能。

4倍—肺血管陰影は正常の 1.5～2 倍の太さ。

8倍—正常の 2～3 倍の太さ

（但）肺血流量とレ線像での肺血管陰影とは必ずしも密接な相関関係があるわけではない

2. 肺動脈圧と肺血管陰影

30～40mmHg
{中枢側と末梢側の肺動脈の径の不均衡は目立たぬ。
{血流量も多く肺血管陰影は増強。

40～70mmHg
不均衡は増大。肺血流量は減少。末梢動脈細い。

70mmHg 以上
中枢側の肺動脈が著しく拡張。末梢部血管の蛇行をみる。

3. 左第2弓の拡大
肺動脈圧。肺血管抵抗とよく相関する。
（肺動脈弓突出度）

4. 肺高血圧（原発性二次性）
末梢肺動脈の内膜の肥厚。中膜の肥大。血管抵抗の増大。肺動脈圧が上昇する程中枢側と末梢側の肺動脈の径の不均衡が著明になる。

精神不安，貧血，甲状腺機能亢進などにみられるものである。

b）左右方向短絡性心疾時，すなわち肺血流量が体血流量より増大するもの，心房中隔欠損症（ASD），心室中隔欠損症（VSD），動脈幹開存症（PDA）などあげられる。

c）後毛細血管抵抗増大性心疾時，すなわち肺静脈のうっ血を来すもの，僧帽弁狭窄症（MS），僧帽弁閉鎖不全症（MI）その他がある。

(2) 減弱する場合

a）右心疾患としては肺血流量が減少するために肺血管陰影の減弱がみられるもので，肺動脈弁狭窄症（PS），ファロー四徴症（T/F）などがあげられる。

b）末梢性肺動脈狭窄は甚だ稀なものといわれているのでここでは省略する。

3. 左右方向短絡性心疾患における肺血管像

肺血管陰影の増強を来す心疾の主なものの一つであるが，これを血流量比，肺動脈圧と肺血管陰影の関連性についてみると表2の通りである。

(1) 血流量比と肺血管陰影

正常では肺循環血流量（右心送血量）と体循環血液量（左心送血量）は等しい。これを血流量比というが，肺循環血液量が体循環血液量の2倍になるとどうなるか。そもそも肺血管は余裕が大なのでレ線像では変化はみられない。上肺野の血管陰影がやや拡張し，下肺野のそれとの差が少くなる程度である。つまり立派な左右短絡疾患が認められても肺血管陰影に異常所見が認められない場合があるということである（図3，4歳♂PDA）。この血流量比が2～3倍となると，全肺野に肺血管陰影の拡張がみられ，末梢でも線状でなくある太さをもって追跡できる（図4，30歳♂。VSD）これが4倍以上となると正常の幅の1.5～2倍となる。8倍以上となると正常の2～3倍の太さと

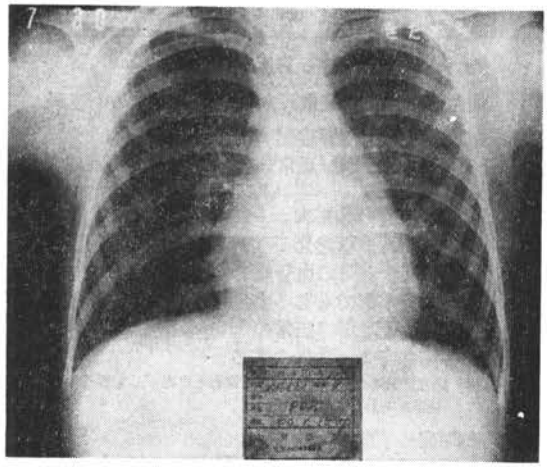


図 3

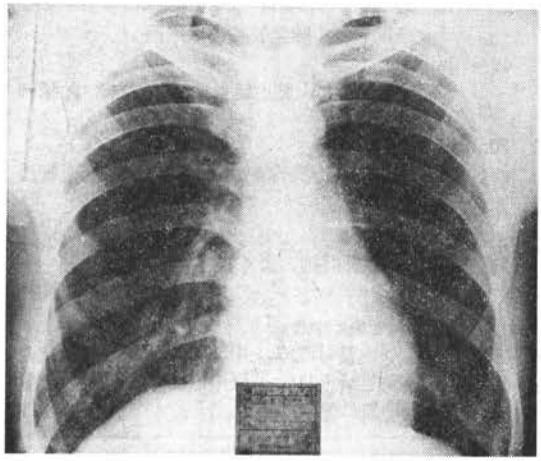


図 4

なるといわれる。ただしこれは肺動脈圧とも関連してくるので，肺血流量と肺血管陰影の太さとは必ずしも相関関係があるわけではない。よって肺血管陰影の太さから循環量を正確に判断することは難かしいとされている。

(2) 肺動脈圧と肺血管陰影

左右方向短絡性心疾の場合は，心房レベルでの短絡（ASD）では短絡量が増加しても肺動脈圧はそれ程上昇しない。心室レベルでの短絡（VSD）や大血管レベルでの短絡（PDA）では肺動脈圧の上昇を来しやすい。普通肺動脈の内圧は10～25 mmHg（平均15 mmHg）とされている。この圧を超えてくると末梢肺動脈の内膜は肥厚し，中膜の肥大を来す。肺血管抵抗が増大する結果，中枢側と末梢側の肺血管陰影の大さに不均衡がみられ

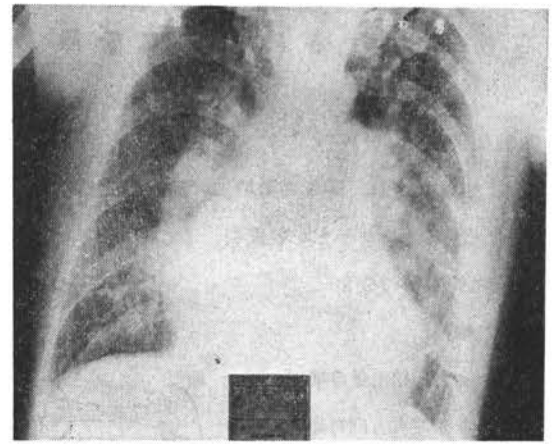


図 5

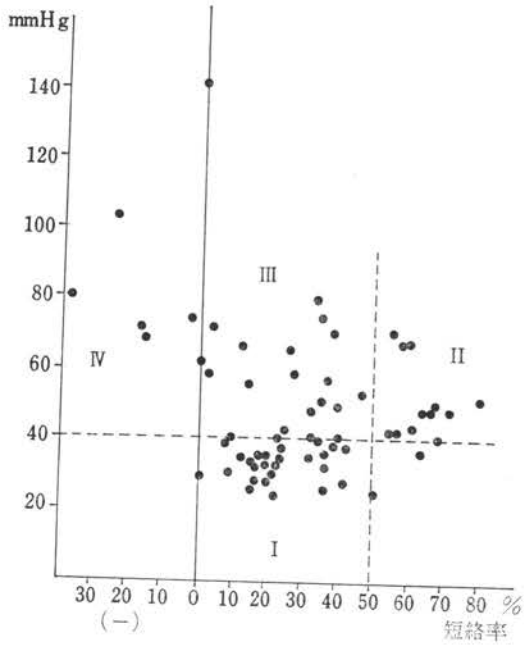


図 6

るようになる。すなわち肺動脈の中間圧が30～40 mmHg 位では，中枢側と末梢側の肺動脈の径の不均衡は目立たないが，血流量は多く肺血管陰影の増強がみられるようになる。図5は4歳♂のASD で，肺血管陰影の増強がつよく，その右心カテーテルの検査所見(東京女子医大，心研施行)は図6の通りで肺動脈圧は 40/15 mmHg であった。肺動脈圧が40～70 mmHg となると肺血管陰影の不均衡は増大し肺血流量が減少するため末梢動脈陰影が細くなる。更に 70mmHg 以上となる

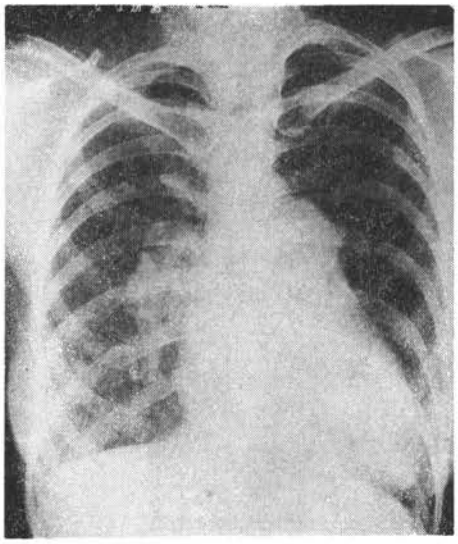


図 7

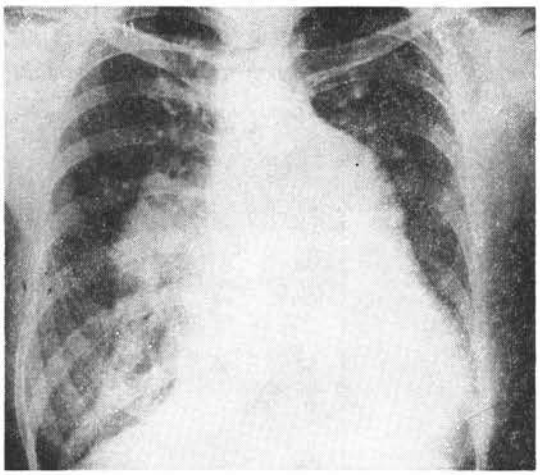


図 8

と中枢側の肺動脈は著しく拡張し，末梢部の血管の蛇行がみられるようになる。図7は46歳♀ASD，図8は52歳のASDであり，上記の所見が著明にみられる。表3は図5の右心カテーテル所見（前記心研にて施行）であり．肺動脈圧は70/25mmHg であった。

(3) 左第2弓の拡大

心陰影の左第2弓は肺動脈圧および肺血管抵抗とよく相関するといわれている。かって私は恩師

表 3

1) ASD+PH
右心カテ所見 (25/VM)

	Presure max/min(m)	O_2 Satur
IVC	20/10 (13)	69.5
RA(midde)	20/10 (12)	82.5
SVC	20/10 (12)	58.5
RV(outflow)	80/0 (30)	81.0
PV	20/10 (16)	81.2
LA	20/8 (12)	89.5
RV(apex)	80/0 (42)	81.5
PA(main)	70/25 (40)	80.9
RV(inflow)	80/0 (40)	90.8

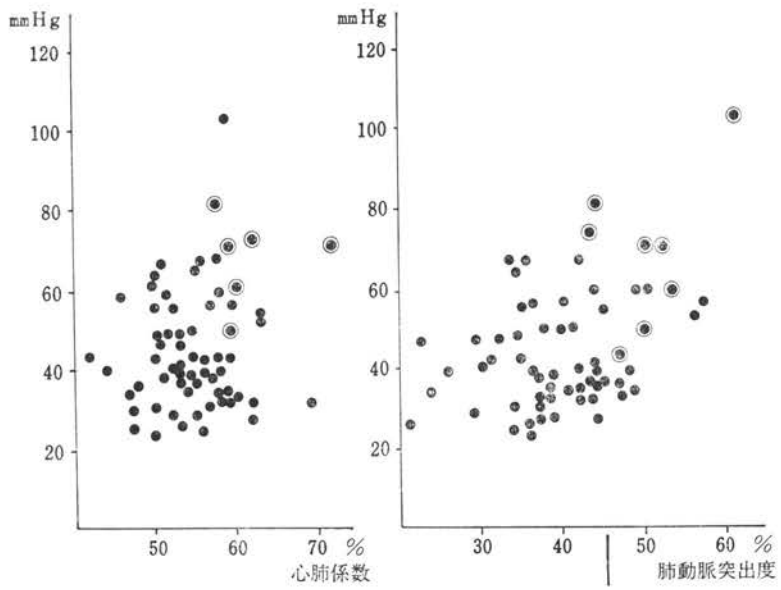


図 9

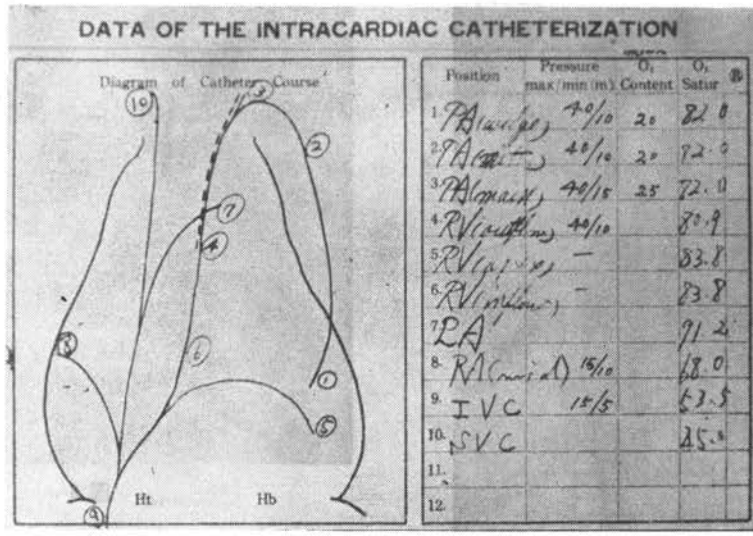


図 10

榊原仟教授の指導の下に心室中隔欠損症の手術症例89例について自覚症，レ線像，血行動態の関係など臨床的検討を加えたことがある。すなわちその中の一つとして，単純レ線写真一枚から ASD の重症度，手術適応などを右心カテーテル検査を施行せずに推測しようと試みた。以下簡単にこれを要約し紹介する。

肺動脈弓突出度とは，正中線より左第2弓横径1/2胸廓最大横径×100として表したもので，これと右心圧（ASD においては左右方向短絡の増大のため比較的肺動脈狭窄を来しているものとして肺動脈圧を採用せずに右室圧を採用した）との関係，自覚症，手術適応の可否の推定などを検討した。この結果，図9の如く右室圧と肺動脈突出度とは比較的よく相関をみることが解った。◉例は肺血管陰影の増強が大で，肺動脈弓突出度の高度のものである。図10は右室圧と短絡量との関係をみたものである。短絡量が増加するにつれて右室圧も増大するが，圧の上昇につれて短絡量は逆に減少の傾向を来し，右室圧 70mmHg 以上では略々全例が右左の逆短絡を示した。すなわち右室圧 40mmHg 以下は左右短絡，40mmHg 以上では左右，右左の短絡を来し，70mmHg 以上では右左短絡を示した。これをⅠ～Ⅳ図の如く群に分けてみると，Ⅰ群は手術治療を要せず，Ⅱ群は経過観察を必要とし，Ⅲ群は手術治療を要するものと考えた。Ⅳ群は手術の危険が大であるとした。ASD においては，肺動脈突出度 50% 以上は大体肺うっ血度（Ⅲ），（Ⅲ）（肺血管陰影が高度に拡大し，いわゆる Fibrosis の所見をみるもの）のものがほとんどであり，肺動脈圧 60mmHg を超えるものが多く，左右短絡量の減少や迷短絡を示すものが多かった。自覚症も，呼吸困難，チアノーゼ，浮腫など重い自覚症を伴っている。近時，手術治療，術前後の管理などの安全性が確立されており，かなりの肺高血圧例でも手術成績が良好となっている。往年の私の資料は時代遅れの感があるが，肺血管陰影の状態，左第2弓突出度などを注意してみると，ある程度の血行動態の状態を推定し得るものとして，当時の検討結果に意味を感じている。

（4）肺高血圧

原発性のものは別として前述の如く肺血流量の増大の結果，末梢肺動脈の内膜肥厚，中膜肥大を来し血管抵抗負荷を生じる結果，中枢側と末梢側の肺動脈の径の不均衡を来す。この不均衡は肺血管抵抗が増大し，肺動脈圧が上昇する程著明となる。図7,8はこの例である。東京女子医大病理学今井三喜教授は，肺高血圧を来す先天性心疾患の肺血管系の変化を表4の如く述べられている。

4. 後毛細血管抵抗の増大

これは表5に示した如く，肺静脈から左心にか

表 4

i) 軽度の変化
高位より末梢に至る筋型肺動脈の内腔の拡張を伴なう中等度の筋層肥大，内弾力膜の増強。
ii) 中等度の変化
高・中位動脈の強い中膜層の肥大，内弾力膜の発達に加えて特に中位動脈に強い内膜 Fibroelastose がありまた筋層の萎縮をきたしていない中は内膜変化のため内腔の狭窄が起る場合あり閉塞性変化はない
iii) 高度の変化
肺動脈幹にはじまる弾力型動脈の強い拡張と壁の肥厚，内膜の atherosklerose, Filrose の変化。高位筋型動脈は内腔が広く，強い中筋層の肥大あり，顕著な内弾力膜が重層する。中位より末梢動脈にかけて高度の Fikro-elastose に加え，末梢に行くに従い，動脈内膜炎の性格が強い。多くの動脈の分枝は特異な閉塞性動脈内膜炎の像を呈する。かかる閉塞性変化は血栓形成も加わり，次第に高位へ進展する。時に壊死性動脈炎の像を示す。

けて狭窄ないし抵抗の増大によって肺静脈圧は上昇し，肺静脈の拡張を来すものである。すなわち肺静脈のうっ血，肺静脈圧の亢進を来し，左室不全，MS, MI，肺静脈狭窄などにみられる。肺毛細管圧は肺静脈を反映するものである。肺静脈圧と肺血管陰影との関連については，表5に示す如く，正常に近い 10mmHg 以下の軽度の圧亢進でも右下肺野の傍心臓部で右心房に向って走る肺静脈の拡張が最も発見し易い。上葉静脈の拡張も容易に認識できる。図11は24才の ♀，MI の例であり，図12は23歳の ♀，MI の例である。肺静脈が 10mmHg 以上になるにつれ，肺上野の肺静脈は拡張し，肺下野では収縮し血管陰影は細くなる。これは肺静脈圧が大となる程この差は目立ってくる。図13がその所見認められる48歳の ♂，MS の例である。このような所見の説明としては，立位では肺上部より肺下部の肺静脈圧が最初に上昇するため，局所的な反射機構が働くためだといわれる。初期には機能的変化であって，臥位にすると上下肺野の血管陰影の差はなくなる。肺静脈圧の上昇が時間の経つにつれて続くと肺静脈の内膜が肥厚し器質的な変化になって，体位を変えても非可逆的なものになる。つまり臥位にしても上下肺野の血管陰影の差がみられる。この上下肺野の肺血管陰影の差は肺静脈うっ血の特徴的な所見であって，肺血流量の増大の場合の肺血管陰影の増強とは明瞭に区別できるものである。体静脈圧 170 mmHg を超えると毛細管圧も上昇し，血漿膠質滲透圧（30 mmHg）に接近すると肺うっ血を来す。肺静脈圧が 25mmHg 以上になると，血漿膠質滲透圧を超えるために肺の間質性の浮腫を生ずる。すなわち血管陰影の辺縁は鮮明さを失い，気管支の正切像にみる壁の厚さを増すといわれる。肺野は明るさを減じ，肋骨横隔膜角近くに中隔線がみられるようになり，胸膜腔に液の貯溜や，肺野にヘモジデリン沈着などが認められるようになる。図14は中隔線を示す62歳の ♂ MS の例である。肺静脈圧が 25～30mmHg 以上となると塊

表 5

後毛細血管抵抗の増大

（肺静脈のうっ血）左室不全 MS

肺静脈から左心にかけての狭窄～抵抗の増大によって肺静脈圧が上昇し肺静脈の拡張を来す。

肺静脈圧と肺血管陰影

10mmHg 以下
- 軽度の圧亢進でも右下肺野の傍心臓部，右心房に向って走る肺静脈の拡張が最も発見し易い。
- 上葉静脈の拡張も容易に認識できる。

10～12mmHg
- 肺上部の肺静脈は拡張，肺下野では収縮し細い。
- 上下肺野の肺血管陰影の差が目立つ。

12～18mmHg
- 下肺野の血管陰影が一層著明に細くなる。
- 上肺野では拡張する。両者の不均衡がますます高度。

18～25mmHg
- 不均衡はより甚しい。中肺野にも肺血管陰影の狭小化

25mmHg ↑
- 血漿膠質滲透圧を越えるために，肺の間質性浮腫を生じる。肺野は明るさを減じる。
- Septal line 胸膜腔に液貯溜，ヘモジデリン沈着。

25～30mmHg ↑
- 塊状，斑点状の境界不鮮明な，肺胞内の浮腫が始まる。
- 典型的な場合は蝶型分布。

（但）肺静脈圧とレ線像は，それ程密接に相関するものではない。

（註）
- 急性心不全→肺胞性浮腫
  （静脈圧↑Out put↓）Vanishing tumor
- 慢性心不全→間質性浮腫
  （防禦作用のくり返し）

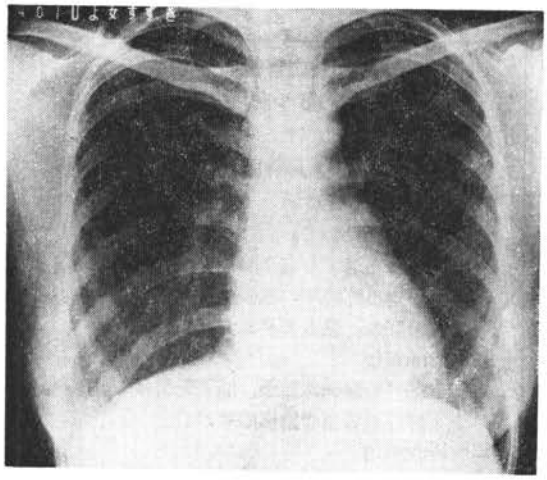


図 11

状，斑点状の境界不鮮明な肺胞内の浮腫が始まる。典型的な場合には肺門部を中心に末梢に広がった蝶型分布を来す。又限局性に現われることもある。図15は60歳の♂MS例で，肺の間質性浮腫，肺胞内浮腫などがみられる例である。但し実際のところ，肺静圧とレ線像はそれ程密接に相関するものではなく，肺血管陰影は肺動脈圧の他肺静脈圧，肺血管抵抗の総和として認められるものであることを考慮すべきである。

次に肺うっ血と肺水腫のX線上の鑑別について東京女子医大放射線科重田帝子教授の文献をまとめてみたので紹介する。すなわち表6に示したように，肺うっ血とは肺静脈圧上昇のために受動的に肺血管が拡張した状態であって，肺血管内のみ

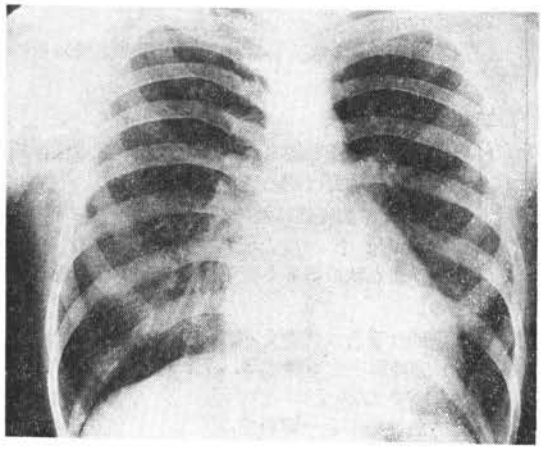


図 12

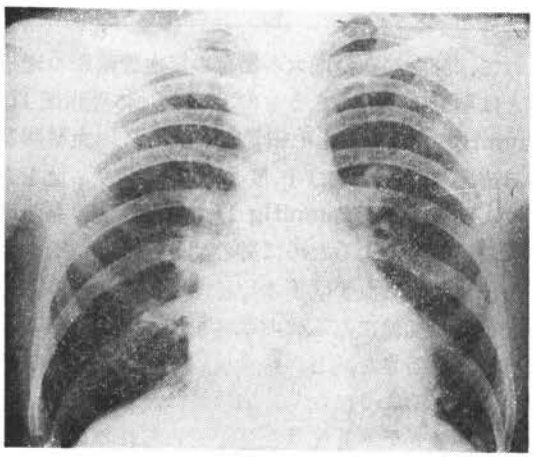


図 13

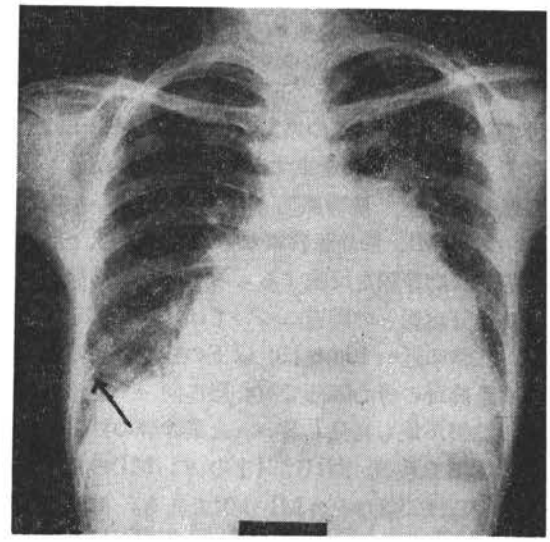


図 14

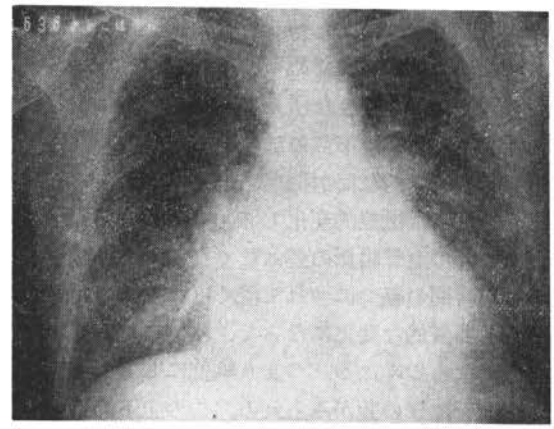


図 15

表 6

肺うつ血-肺水腫のX線上の鑑別

（臨床放射線 Vol. 17, No. 12 1972 東京女子医大放射線科　重田帝子）

肺うつ血；肺静脈圧上昇のため受動的に肺血管拡張状態（肺血管内のみの変化）。

肺 水 腫；肺における異常な血管外水分貯留状態肺血管外に変化の及んだもの。

血うつ血＋肺水腫← { 細肺毛管の透過性亢進 / 血漿膠質滲透の低下 / 肺リンパ管流の障害 / 肺の表面活性物質の減少 }

・肺うつ血のX線像

肺動静脈陰影の拡大。心陰影の拡大が主な変化。末梢部の小血管まで追求可能。上下肺血管陰影の不均等性。

・肺水腫のX線像

・肺胞性；比較的急激に出現し短期間に変化する。肺胞内の空気が水腫液とおきかえられる。（蝶型，斑点状陰影出現）

・間質性；慢性的経過をとる。肺うつ血との鑑別が問題。

肺胞壁，小葉中隔壁，血管，気管支周囲結合織，胸膜下結合織などの間質に沪出（肺野もうろう化，中隔線出現）

・X線像上の鑑別

・共通点；肺動静脈の拡大，心陰影の拡大。

・相違点；肺血管陰影のうつり方

肺うつ血・拡大，末梢迄追求可能

肺水腫・肺野もうろう化，中隔線，葉間胸膜肥厚。（肺胞性肺水腫と肺うつ血との鑑別は比較的容易）

の変化を来すものである。X線像上では肺血管陰影の拡大，心陰影の拡大が主な変化をしてみられる。脈水腫とは肺における異常な血管外水分貯溜状態，すなわち肺血管外に変化の及んだものである。肺うっ血から肺水腫に移行する場合もあるが，必ずしも肺うっ血すなわち肺水腫ではなく，表6に示したような諸因によっても肺水腫は発症するものである。肺水腫には，肺胞性のもの，間質性のものとに分けられる。肺胞性肺水腫のX線像の特徴は，肺胞内の空気が水腫液とおきかえられるもので，比較的急激に出現し治療により短期間に消失する。急性心不全の時は肺胞性浮腫を来し易く，Vanishing Tumor が認められることがある。図16の如く右肺中野の円型陰影がそれであ

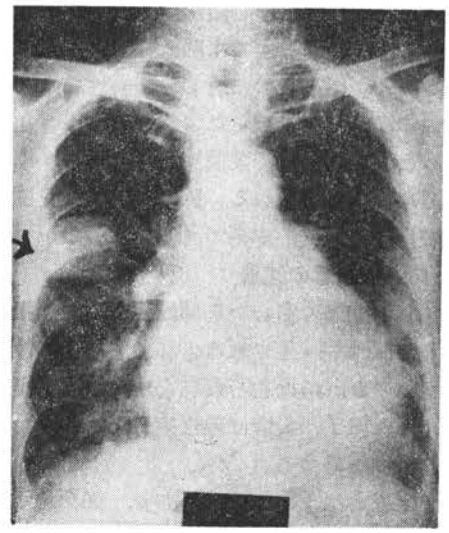


図 16

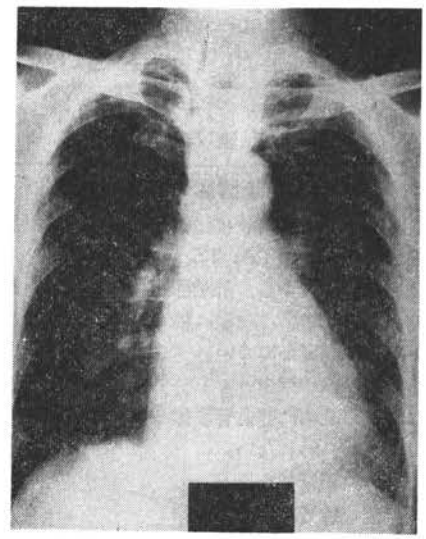


図 17

り，数日にして図17の如く消失するものである。これに比し間質性肺水腫は，間質すなわち肺胞壁，小葉中隔壁，血管，気管支周囲結合織，胸膜下結合織などの間質に沪出液が貯溜するものである。慢性的経過をとるもので，肺野のもうろう化，中隔線の出現などがみられる。慢性心不全の時は経過が長いので生体防禦作用のくり返しの結果，中隔線など間質性の浮腫がみられるといわれる（図14）。

肺うっ血と間質性肺水腫のX線像上の鑑別について要約すると，共通点としてあげられること

は，肺動静脈の拡大や心陰影の拡大である。相違点としては，肺うっ血では肺血管陰影が末梢迄追求することが出来るのに対し，間質性肺水腫では肺野全体にベールを被ったようなもうろう化がみられるとか，中隔線，葉間胸膜肥厚などがみられるなどが特徴といわれる。肺胞性肺水腫と肺うっ血との鑑別は比較的容易である。

5. 肺血管陰影の減弱

表7に示す如く右心から肺動脈への血流抵抗が増加して血流が阻害されると肺血管陰影の減弱がみられる。これには右心疾患と末梢性肺動脈狭窄が考えられるが，後者は稀な疾患とされているのでここでは省略する。

右心疾患とは PS，三尖弁狭窄，同閉鎖不全，T/F などをあげることが出来る。これらの疾患では肺血流量は減少し，肺動脈圧は低下しているので末梢肺血管陰影は一様に細くなっている。但し肺血管陰影の拡張よりもその判定はしにくいとされている。

表 7

肺血管陰影の減弱

右心から肺動脈への血流が阻害される

a）右心疾患（PS. TA. TS. T/F.）
肺血流量は減少し，肺動脈圧は低下しているので末梢肺血管陰影は一様に細くなっている。
拡張より判定しにくい。

1）肺血流量の減少

軽度，中等度：直ちに肺血管陰影の狭少化として現われない。正常像をみる

著明：肺野は明るい。

2）狭窄後拡張（PS）
肺動脈主幹から分岐にかけて太くなる。(左第2弓の拡大）このため肺血管陰影を修飾するが，末梢の肺野では血管陰影は正常か細い。
拡張がつよいから圧差（右心圧/肺動脈圧）大とはいえぬが，圧差大なる程，左第2弓の拡張は大となる傾向はある（ピンホールを除く）。

3）副行路（PS. T/F.）
肺血流量が著しく減少している場合は，体動脈系特に気管支動脈が副行路として拡張し，肺動脈の前毛細管部分と交通して，肺血流量の減少を補う。副行路の血管は辺縁が不整，レース様網の目状となり血管陰影の走行に規則性がない。チアノーゼ心疾では末梢肺動脈に血栓を生じ易い。

b）末梢性肺動脈狭窄

1）肺血流量の減少

心疾患は現存していても，肺血流量の減少が軽度，中等度の場合は直ちに肺血管陰影の狭少化として現われないもので，ほとんど正常像をみることが多い。著明の減少となって始めて肺野は明るさを示す。

2）狭窄后拡張

これは PS にみられる所見で肺動脈主幹から分岐にかけて拡大するもの，すなわち左第2弓の拡大としてみられる。このため肺高血圧などと誤認され易いが，末梢の肺野では血管陰影は正常が細い。正常の場合より中枢よりで線状陰影がみられる。図18は32歳♂の PS 例で左第2弓の拡大がみられるが，肺血管陰影は細く肺野は明るい。

この左第2弓の拡大度と右心圧との関係については，圧差（右心室/肺動脈圧）が大となる程左第2弓の突出が大となる傾向があるともいわれるが，それ程，明確な関係はないようである。弁狭窄がピンホールのようなものでは肺血流量はごく少いのでジェットによる左第2弓の突出には至らない。

狭窄後拡張に対し，左第2弓の陥凹を来す疾患の代表的のものは T/F である。図19は10歳の♂の T/F で右側大動脈弓（大動脈右位症）を合併している例である。

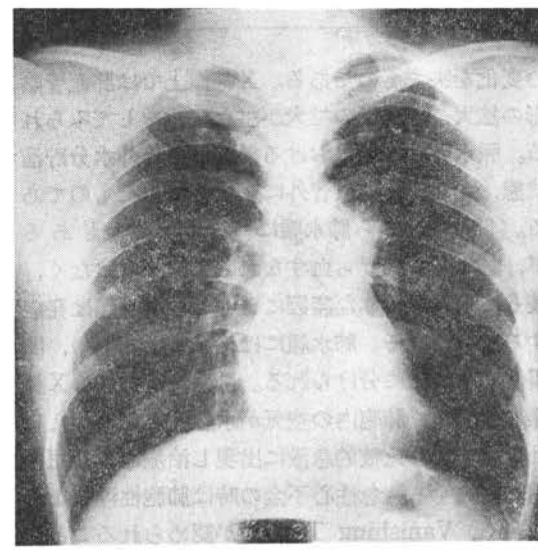


図 18

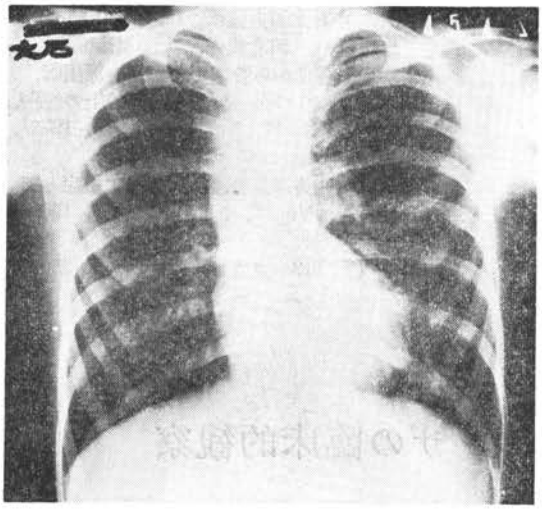


図 19

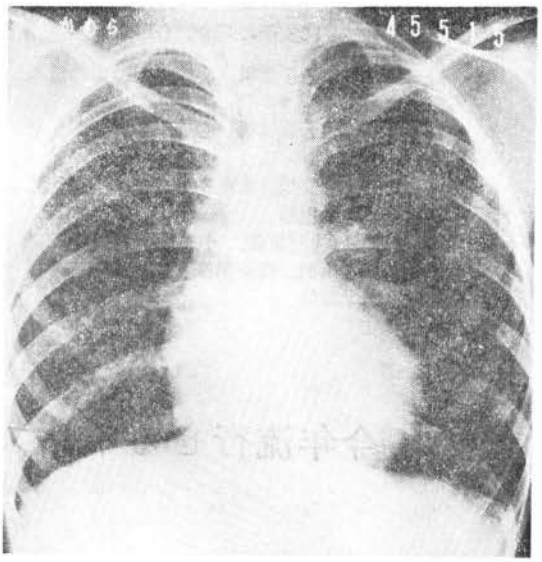


図 20

3) 副 行 路

T/Fのように肺血流量が著しく減少している場合は，体動脈系からの血行，特に気管支動脈が副行路として拡張し，肺動脈の前毛細管部分と交通して肺血流量の減少を補う。チアノーゼを伴った心疾患では末梢肺動脈に血栓を生じ易く，末梢肺血管陰影を修飾する。肺血管陰影はこれらの変化で辺縁が不整になり，ときにはその血管陰影はレース様，網目状となり，肺門部を隠してみてみると血管陰影の走行に規則性がないことが解る。図20は15歳の♀で，5歳の時にT/Fに対するシャント手術をうけ，術後10年を経た例である。左第2弓の陥凹と肺血管陰影の不規則性が認められる。なお本例の左第2～6(7)肋骨後縁下部の辺縁が不規則であるが，これは肋骨侵蝕像の所見である。

結　語

以上心疾患に関連せる肺血管陰影の読み方について，種々の点に留意しながら理解し読影することにより，心疾患の診断上，重要な手がかりを得ることを強調した。更に，既に心疾の診断が確立された症例についても，ある程度，その血行状態の推測に役立つものであり，心疾患の経過観察，治療効果の判定，予後などの推定に欠かすことの出来ない重要な資料ともなるものである。先に述べた如く，中隔欠損症に例をとっても，右室圧，肺動脈圧の高いものは肺血管陰影の増強が目立ち重症である。又肺動脈弓突出度は右室圧や肺動脈圧の高いもの程，その突出は高度である。よって自覚症，胸部レ線所見を参考にすると重症度や肺病変の強さの程度がほぼ推定される。肺動脈圧の上昇の程度が強いもの程，自覚症強く，疾病の経過からいっても重症に進んでいる傾向がつよい。更に手術の予後も肺動脈圧のいかんによって決まるといっても過言ではないのである。この意味でも肺動脈圧がどの程度にあるか，又肺動脈圧の進行程度が急であるか緩やかであるかを知ることが必要である。右心カテーテル検査を施行すれば，肺動脈圧は判るが，およその程度を知るためには，術前に承諾書を必要とする右心カテーテル検査を繰返すことは許されないので，更に簡単な方法が望ましいのである。この意味から，自覚症，レ線写真からおよそこれを推定すると考えた。そして実際に日常の診療にこれを用いて，略々誤りがないことなどを述べた次第である。

稿を終るにあたり御厚意に充ちた懇篤なる御教示を頂いた東京女子医科大学放射線科重田帝子教授に，心からなる謝意を表します。

本稿の要旨は第120回実地医家のための会にて口述したものであります。

(〒 113　文京区湯島 3-25-3)

参考図書並びに文献の紹介．（順不同）

1. 今野草二，重田帝子共著，心疾患X線像の読み方，金原出版。
2. 小塚隆弘，野崎公敏共著，心疾患のレントゲン診断，南山堂．
3. 大国真彦，佐藤文雄，車田孝夫共著，図説先天性心疾患，金原出版．
4. 和田敬編集，（吉村正蔵，小原誠，高階経和，戸嶋祐徳，石川徹，森杉昌彦共著）心臓病の総合診断，医学書院．
5. 高安正夫，小林太刀夫監修，（秋山房雄，重松逸造，塩川優一，河北成一，大国真彦編集），循環器疾患—発見から管理まで—，金原出版．
6. 重田帝子著，肺うつ血—肺水腫のX線上の鑑別，臨床放射線，Vol. 17，No. 12，p. 936，1972．金原出版．
7. 榊原　仟，金井美津共著，心臓中隔欠損症と肺循環，肺と心，Vol. 7，No. 1，p. 17，1960．克誠堂出版．

（〒 113　東京都文京区湯島 3-25-3）

今年流行せるインフルエンザの臨床的観察

大田区　　北　川　欣　也

私が感冒様症候群を診る時に頭に浮かぶのは，感冒をcommon coldと流感とに別けることは前々からいわれていますが，実際に診療室で経験した範囲では，理化学的原因だけで起って来るといわれるcommon coldというのは存在しているのであろうかという疑問であります。そして私は，common coldはむしろ存在しないと考えたい。私は感冒様症候群は全て病原微生物によるのであろうという観点に立って診ております。

私が感冒様症候群と思う患者の大部分に見られる所見は，一種特有な血管の怒張が，樹枝様怒張として，健康な結膜の上に出ています。これは大変ドグマチックな考えといわれるかも知れませんが，私は感冒の特有な所見と思って居ります。従って，この所見がある場合，患者さんに特別な自覚症状がなくとも，あるいは患者さんの訴える内容が感冒症状と思えない場合も，考えとして，その症状のtrigerとして感冒が存在するのではないかと考えます。

ただ，この粘膜所見を重視するといっても，100%のものではなく，粘膜所見をもたない患者もあります。又泣いたり，眼をこすったりした幼児では参考になりません。幼児の場合は，母親の粘膜所見から類推で判断することもあります。

成人で一般所見がない場合，一応白血球をみて，leucopenia—大体3000台位—を証明し，臨床所見に多少とも感冒を思わせるものがあり，Strichの上で8～12%位のmonocytoseがある場合，私は感冒と考えています。

同じようなパターンを持った感冒の流行がはじまる初期——カゼがはやり出したなと思う2～3日前に，大体同じようなカゼを私自身がやってしまうことがあります。

私は開業してカゼを診なければならないことになったので，学生時代のノートを見ましたら，加藤義雄教授がスペインカゼに対してなされた処方例が出て来ました。

アミノピリン……0.5 gr.
フェナセチン……1.0
キニーネ……0.5

私は今だにこの処方を使用しています。キニーネはそのままではのませにくいので，エチル炭酸キニーネにかえています。

最近，例のABOBが出来ましたので，これをキニーネにかえていることもあります。

ピリンを使用する場合，当然ピリン疹のことを考えなければなりませんので，あらかじめ問診はハッキリとやっております。典型的なピリン疹がおこらなくて口角炎程度のものがおきても——口角状がピリン疹の初期症状であることをしばしば経験するものですから——口角炎をピリン・アレルギーとしています。

混合感染の存在も考えられるので，ルーチンにやる場合，まずアクロマイシンを投与し，4日位見てからリンコマイシン，AB ペニシリンの順でやっております。

今年の春頃から，比較的乾いたセキ発作をともなう感冒症状が多いので，Sputum をしらべてみましたが，細菌のパターンが変って，グラム陰性双球菌の感染が非常に増えています。したがってカナマイシン，コリスチンを使う例も増えています。

感冒に関連して，感冒周辺の病気として，メニエール類似症，子供では自家中毒症が多いようです。

又，感冒と症状が似ていて，最近若い女の子に腎盂腎炎が多い様です。発熱，腰痛で始まり，尿所見でも初期には証明出来ないが，悪寒戦慄をともないます。パンティーストッキングを常用している若い女の人の場合には一応考慮する必要があると思います。

急性気道疾患(感染とアレルギー)の診断へのアプローチと治療

千葉大学小児科教授　久　保　政　次

子供の喘息と感染との関係は，1）非免疫学的立場から喘息発作と感染がどの様に関係しているか，2）もうひとつは免疫学的な考え方，ビールスや細菌の菌体成分がアレルゲンとしてどのように関連しているか，について考えることが出来る。

発熱（37.5°C 以上），白血球増多，CRP，血沈を感染徴候として調べたが，全体として見るならば感染群の方が発作回数が多いが，感染群で感染徴候を示さないものがある一方，非感染群で感染徴候のいずれかを認めるものが60%に達し，この関係は明瞭でない。

洗浄喀痰，nasal smear の検査——6歳以下の小児は喀痰を喀出できず飲みこんでしまうので，喀痰の検査は不可能とされていた。教室では，十数年来，下気道疾患の喀痰採取に成功し，滅菌生理的食塩水で洗浄し，気管支分泌物（肺胞食細胞の存在）の細胞像と培養を行なっている。その結果，判明したことは，気管支疾患の起炎菌はインフルエンザ桿菌と肺炎双球菌が主で，発作の半数はビールスも細菌も関係していない。エリスロマイシンはあまり効かない。アンピシリン，クロランフェニコール，テトラサイクリンがよく効く。1週間位使用して，あとは気管支拡張剤，被痰剤を使用する。

インフルエンザ・ワクチンは過敏性が高まる。百日咳，麻疹，飛疹，水痘にかかると，潜伏期中はアレルギー症状が増悪するが，極期には寛解し，回復期に入ると再び悪化する。好中球増多を伴う急性上気道炎では，極期だけ発作が高まり，回復期に再び低下する。マイコプラスマは全て発作を起して来る。

咳嗽誘発（喉頭直下を拇指で左右につよくこする）により湿性咳嗽を認め，鼻咽腔炎や副鼻腔炎すなわち後鼻漏を認めないときには，胸部の理学的所見がなくとも気管支炎である。もちろん胸部X線所見がないことを前提とする。鼻疾患があれば細胞診により肺胞食細胞を確認する必要がある。ただし，喀痰採取にはかなりの経験を必要とするので，少なくとも nasal smear（綿棒を鼻咽腔に達する程深く挿入し，廻転して鼻汁を採取し，塗抹染色）を行なうべきである。この検査の反復により可成りの正確性をもって，気管支のアレルギー病変を推定しうる。喀痰，nasal smear ともに1000倍5視野で，好酸球を11個以上認めれば，好酸球増多，すなわちアレルギー性と考えて

差支えがない。

喘鳴の正しい把握　喘鳴は気道の何処かに不完全狭窄があるときに聴診器を用いなくとも聞かれる雑音で，呼吸相との関係と音響学的特質，正確には振動数の測定より判定すべきである。

吸気性喘鳴（stridor）は喉頭以上の病変によるもので，先天性喘鳴，喉頭炎が主な疾患である。更に振動数の少ないもの（ゼーゼー 2000c/s 以下 rattling）多いもの（2000～8000 c/s ヒューヒュー，wheezing）に分類出来る。後者は高音性あるいは笛声喘鳴といい，概して2歳以上の小児期喘鳴の定型的発作の極期には必発の所見であることを銘記すべきである。前者の低音性喘鳴は6歳，とりわけ2歳以下の気管支疾患では，気管支が生理的に狭いということよりはむしろ，喀痰をうまく喀出できないために，主として気管に停滞し，気流により振動するためと推定される。したがって喘鳴は夜間と早朝に聞かれ，外来診察時には，ほとんど聴取できない。しかるに細気管支炎のように炎症性狭窄による場合には夜間も昼間も同様に低音性喘鳴が著しい。英語の wheezing はゼーゼーとヒューヒューであると考えれば大過ない。したがって wheez するものは必ずしも喘息ではない。

努力性呼吸の客観的把握　呼気困難は自覚症であるので，意志表示のできない乳幼児では努力呼吸を客観的に把握しなければならない。軽い努力呼吸では吸気時の胸壁（肋間腔，胸骨上窩と横隔膜の胸廓付着部）陥凹（Retraction on chest），多呼吸，あるいは喘息発作時にみられる呼気延長（呼気が吸気の2倍以上，びまん性の閉塞性病変）が重要な徴候である。

喘息様気管支炎という病名は，教室では十数年来使っていない。これは症候群で，つぎの疾患が含まれる。

1）反復性気管支炎

急性気管支炎を1年に4回以上反復する。本症の約30%はアレルギー性気管支炎に移行するので，できれば喀痰，少なくとも nasal smear を反復検査し，好酸球増多の有無に注意する。本症の予後は良好。

2）アレルギー性気管支炎（喘息前段階）

幼児に多く，喘息同様アトピー性疾患の個人歴，家族歴が多い。つぎの病型に分類される。

a）易感冒型，ときに湿性咳嗽を伴う

上気道炎（くしゃみ，水性鼻漏）に少くとも1年7回以上。多くは毎月医師を訪れ，治療により治ったかと思い，服薬を中止すると間もなく（2週前後）再燃する。2歳以下では夜間，ときに早朝も軽い低音性喘鳴が聞かれたと母親が訴えるが，受診時胸部所見がないというのでゼーゼーという感冒〔注：ゼーゼーいう感冒（上気道炎）は稀であるので気管支炎と考えて大過ない〕にかかりやすいと誤診されている。

b）反復性気管支炎あるいは遷延性気管支炎型

反復性気管支炎は急性気管支炎の反復であるので，咳の持続期間は長くとも3週間前後。遷延性気管支炎型は湿性咳嗽が短かくとも1か月以上，多くは半年以上続く。2歳以下であれば喘息性気管支炎，2歳以上であれば慢性気管支炎と誤診されている。

c）痙咳型

痙咳は短かくとも1か月以上，半年にも及ぶこともしばしばある。百日咳，異型肺炎と誤診されている。喘鳴は聞かれないことが多い。たとえ聞かれても軽い低音性。

a）型はb）型に移行してから喘息に，b）型の喘息移行頻度は約50%，c）型は20%。

できれば喀痰，少なくとも nasal smear で好酸球増多を認める。末梢血の好酸球増多を認めることがある。更に2～4日間の適合抗生剤と糖質ステロイドの使用により，劇的寛解をみれば診断は確実。しかし間もなく再燃するので，吸入抗原（家塵エキス，真菌，ときに花粉）の皮内反応並に PK 陽性であれば，減感作療法により症状は消退し，喘息移行を防止する。アレルゲン不明な場合にはグリチールリチン，ヨードレシチンあるいはヒスタグロブリン注射と対症療法を行なう。

3）乳児喘息（Infantile asthma）

正しくは2歳以下の喘息，男児が女児の約4倍。重症型は無熱性肺炎，その他はほとんど喘息性気管支炎と誤診される。

発作は小児期喘息と同様，夜間あるいは早朝に

起こりやすく，発作極期の喘鳴は低音性のことも高音性のこともあるが，呼気の延長を認める。発作が昼間まで延長し status の状態となることがある。発作時（脱水がひどければ輸液により矯正後）に1000倍のエピネフリン 0.05 m*l* の皮注により dramatic に寛解する。ただし，この年齢層では喀痰の喀出がほとんど不可能であることと，hypersecretion のためか，分泌物が主として気管に停滞し，低音性喘鳴がかなり著明であるが，エピネフリンを用いても多くは無効である。喘鳴の持続期間は平均9日（急性細気管支炎は4日）。1年に平均10回発作を反復する。喀痰あるいは nasal smear に好酸球増多を認めることが多い。

4）軽症型小児喘息（Mild form of childhood asthma）あるいは初期喘息（Incipient stage of asthma）

2歳以上の喘息の場合，始めて診断が可能である。夜間あるいは早朝に母親はヒューヒュー聞えたというが，呼吸困難を思わせる所見はないという。外来診察時は発作軽減期にあるので，軽いゼーゼーか，単に気管支炎の所見を認めるにすぎない。発作極期に医師は診察する機会はまずないと思うが，定型的喘息児の中発作時にヒューヒュー聞える時には呼気の延長を認めるので，本症も軽い努力性呼吸があると見做してよいであろう。気管支粘膜の感受性亢進，吸入物抗原の陽性率は定型的喘息と差違が認められない。本症の大部分が喘息性気管支炎と誤診されている。

5）慢性気管支炎

成人の A.T.S. の診断基準はあてはまらない。咳と痰あるいは痰のからむ咳（主に早朝ある起床時）が半年以上続く場合を一応本症と考えるが，アレルギー性気管支炎や気管支拡張症を除外する必要がある。比較的稀な疾患で最近10年間に40例を経験するにすぎない（喘息は1500例）。4歳以上の女児に多く，したがって低音性喘鳴を訴える頻度は少ない。

自　由　交　見

伊藤三郎（愛知県東海市）：東海市では本年2月より公害認定地区になりましたが，公害認定患者にインフルエンザワクチンをやる場合どうしたらよいか。

数年前に，小学校入学時に，喘息患児より相談があったので，当日発作がなかったので集団接種場の先生が良いといったなら受けなさいと指示したところ，その夜大発作が起きて翌朝亡くなった例があります。

久保教授：インフルエンザ予防注射の場合，ワクチンにより過敏性が高まりますが，卵アレルギーの方が問題になります。やはり集団接種よりかかりつけの医師による個別接種が望ましい。ジフテリア単独の予防注射の場合，アレルギー性疾患を禁忌よりはづせと思う意見もある位ですから，ジフテリア予防注射が原因とすれば大変めづらしい事例と思います。

神田修次（大田区）フレッチャーの定義は子供の喘息にもあてはまりますか。

久保教授：小児にはあてはまりません。

記

（最初，今回の講演原稿を久保教授より戴けるはづになって居りましたが，先生に予定外の御仕事ができたため，それが困難になりました。たまたま，藤沢薬品の「いずみ」74年1月号に久保教授がお書きになった原稿が，内容的に重複する処が多いので，これを骨子としてテープより補足し，先生の御許しと藤沢薬品の了解を得て例会記録としました。従って，実際の御話と順序が異って居ります。又講演後の質疑も答が本文の中に折り込まれているものは省略しました。質問者の御許しを願います。文責は佐久間正人にあります。）

例会のC.R.C

司会・記録・解説　武蔵野市　新野　稔

本日のC.R.Cは，結果的に胸部レ線像の出題が大半を占め，段々と胸部レ線への診断の手がかりを得る状態が多くなって来たのではないかとも考えられる。

新野（武蔵野市）は，円型陰影の出現に際し正常構造とのちがいを提示し，主病変のみをみてことたりとせず，フィルム全体をみる習慣をつけ，みおとさないためにも，2回読影診断法および天地逆持診断法について解説した。

次に渡辺武君（船橋市）提出による胸部レ線写真を栗原伸夫君（習志野市）とともに司会者が読影し，胸部読影の1つのモデルを示し，その陰影のなり立ちとその分析，およびその組立て方と総合的集約についてもの思考過程を説明した。その症例は肺結核があり，ブーラーを伴い横隔膜弛緩症を有するものであった。横隔膜の位置異常として，中側性の高位をとるものは，肺病変にもとづく肺の収縮，無気肺，胸膜炎，胸膜肥厚，癒着，横隔膜弛緩症，横隔膜下膿瘍横隔膜神経麻痺と鑑別を要する。

宮崎三郎君（杉並区）より，前回，肺化膿症（肺膿瘍）として提出した症例をその後経過観察してみるに，肺ガンの合併を認めた症例につき，その注意点ことに写真の撮影方法，空洞の出し方，その読み方について，学問とその臨床経験を生かした，含蓄ある，大変参考になる解説があった。doubling timeについての分析も行われた。元来，肺化膿症は原発性のものと，続発性のものに大別し，原発性として，気管支性，血行性，吸引性，直達性に大別され，気管支性としては，常在菌の病原性獲得によるもの，血行性として，他臓器の感染巣による細菌性肺栓塞であり，吸入性としては，気管支閉塞により膿瘍形成であり，直達性としては，肺周囲の化膿病変より肺に直接窄孔を生じる場合である。次に，続発性肺化膿症としては，既存の肺疾患から二次的に来すもので，基本的疾患に入るものは，肺炎各種，肺結核，気管支拡張，気管支嚢胞炎，肺栓塞，肺腫瘍などが上げられるが，この中で一番注目せねばならぬことは，肺ガンに伴う続発性肺化膿症である。これは，ガンそのものが壊死をおこし膿瘍化する場合と，ガン性の気管支狭窄により閉塞性肺炎を起し膿瘍化するものがあり，肺ガン陰影のみなのか，それに加えて肺化膿症を合併しているかを見きわめねばならない。この場合，肺ガン自体はその陰影は潜在していることが多く，気管支病変を十分観察し，分析してみることが必要となる。肺ガンの中心病変が壊死を来し空洞化する場合は，鑑別診断に注意を要し，ガン性空洞はおうおうにして偏在性で空洞腔の厚さは揃ってなく，空洞内腔は凹凸変化が強く，水平面像形成は少なく，その部の肺門リンパ節腫大を伴う。腫瘍影の辺縁は不鮮明であり，notch signを認める。空洞の多房性変化は少い。ガン性リンパ管炎の併発所見をみることが多い。

次の症例は鈴木荘一君（大田区）提出によるもので，無気肺を有した症状で結果的に気管支内分泌物によるものであった。

無気肺とは，肺胞内含気量の消失または，著明なる減少により，肺胞腔の膨脹不能の状態であり，可逆的なものか，不可逆的なものかによりその本質がことなり，先天性と後天性に分類し後天性を気管支閉塞性，気管支圧迫性，に分け，肺の大きさにより，肺葉性，一側性，区域に分けて考えるとそれの理解に便利ではなかろうか。気管支閉塞性無気肺としては，気管支の腔より発生した腫瘍により生ずるもの，異物の誤嚥，急性炎症性変化により分泌物の気管支内貯溜，気管支腔の内芽組織の形成，などが上げられ，気管支圧迫性無気肺として，気管支の圧迫によりついで閉塞が起るもので，その圧迫の原因としては，リンパ節の腫脹により圧迫が起る場合，肺外の腫瘍により圧

迫される場合，血管系により圧迫される場合がある。そのレ線所見としては，無気肺の程度の強いほど，陰影の濃度は増加し，均等あるいは無構造な陰影として出現し，舌葉支以外の区域性無気肺は存在しない，一側肺又は肺葉を単位として出現する。

気管支狭窄および閉塞について少しふれたいことは，気管支は呼吸運動によりその内径をたやすく変化しうるもので，気管支狭窄が存在しても空気の出入れが可能なる場合は，レ線像に何らの変化を来さないが，狭窄変化が進んで，呼気時に気管支の閉塞が生じるようになれば，吸気時の空気はたまり，狭窄部より末梢肺野においては air trapping 空気の補足現象として，含気量が増し，その部は肺気腫病変として認めるようになる。これは肺ガン診断上一番初期に出現する現象なので見逃さないようにつとめるべきである。ついで，狭窄が進んでゆくと，狭窄部より末梢肺野に，炎症変化をひき起してくる。この場合は肺炎所見を呈してくる。気管支が完全に閉塞すると，無気肺を生ずる。各肺区域間には collateral ventilation があり左舌葉支をのぞいて，区域気管支以下の無気肺は存在しない。量および葉気管支単位で出現する。無気肺を来すと，気管支の狭窄，閉塞，圧排など所属気管支においては，air bronchogram として出現し，健側肺は膨脹しやや気腫状となり，他臓器は偏位を来す。この肺気腫であるが，肺胞壁の破壊を来して，末梢含気腔が伸展，拡張してみる状態をいうのであるが，これには今述べた，狭窄性変化にもとづくもの，代償性変化によるもの，老人性のものに別けて考えると理解し易い。狭窄性肺気腫は原因疾患により気管支に狭窄が起ると弁機構により，呼気が障害され，肺胞の過度伸展および膨脹を来す。また，努力性呼吸により肺胞腔は拡張，弾力性消失により，肺胞壁は破壊され肺気腫となるが，肺内の退行性変化により説明している人もいる。原因疾患としては，気管支喘息，慢性気管支炎，肺結核，気管支拡張症，塵肺などが上げられる。レ線所見としては，レ線透過性の増大である。胸廓の前後径が拡大するので，側面写真においては，心臓の後部組織は拡大し，肋骨は水平位に近くなり，肋間腔は拡大し，横隔膜は下降し，血管影は細くなる。一番注意すべきは，肺ガンなど，気管支に狭窄性病変を起すと，その末梢の肺野に局在的に肺気腫が現出してくる，これを見逃してはならない。代償性病変としては，となりの肺に病変，たとえば無気腫，感染による萎縮により，隣接の肺は過膨脹を来し，気腫状となる。老人性変化として，加齢変化により肺胞壁の弾力が消失し，細胞の再生現象が悪くなり，血管系および気管支系の壁の硬化に加え，循環動態の変化により肺胞は拡大し気腫状変化を来す。

肺組織が限局的な栄養障害や，血行障害によって肺胞壁の弾力性がなくなり，それに加えて，気管支の弁状機構によって呼気性の閉狭性肺気腫により，肺胞腔壁が拡大され，断裂し，cyste の形成を来す腫嚢胞との鑑別の必要性にせまられることがある。この lung cyste は，肺組織に空胞性変化を来す疾患であるが，その原因として炎症性壊死および軟化によらないものとされ，先天的に胎生期による発育障害におこる気管支性嚢胞と，肺胞変化に加え気腫性変化によって起きる肺胞性嚢胞に分けられるが，肺胞性のものは，肺胞の断裂によって起る bulla と，bulla が胸膜下に破れて来す bleb および，bulla が巨大化したものを pneumatocele ついで vanishing lung の状態となる。この場合散在性にあるものは嚢状気管支拡張症，密在性にある時は，蜂窩肺 honey comb tung と同一視せざるを得です所見を呈する。

次に骨の提出症例として，会員より giant cell tumor of bone, Riesenzellentumor の骨盤における変化の解説が行われた。偏在性の透視像として出現する。病巣に接する皮質は菲薄化となる。trubeculation（骨染分画）が出現し，石鹸の泡状変化を来す，骨膜の反応はない。

最後に佐藤安正君（足立区）の骨シリーズに入り，chondrogenic の tumor の解説および，下褪骨折の種々像の説明が行われた。

（〒 180　武蔵野市吉祥寺東町 3-12-5）

早期胃癌と胃潰瘍併存の1症例

世田谷区　宮崎三郎

（この症例は昭和48年3月第113回例会のレントゲンカンファレンスに出題したものである）

37歳の男　職業　染物業

〔主　訴〕 上腹部および背部の鈍痛

〔家族歴〕 特記するものはない。

〔既往歴〕 6年前から1年に2,3回上腹部の不快感や鈍痛があり，その度に2,3日服薬するとすぐ痛みがなくなるので，そのまま治療をやめてしまい，特に胃の検査などを受けたことはなかった。

〔現病歴〕 昭和47年9月18日夕方から上腹部と背部に今までより強い鈍痛がおこったので，翌19日当院内科を訪れ，翌々20日胃のX線検査を行った。その時の写真が図1ないし図6である。胃角部附近から幽門部にかけて前後壁に大小種々の隆起性陰影があり，前壁の隆起は大豆大以下であるが，後壁にはフィルム上で2×5cm大の隆起があり，その他にも大豆大以下の大小多数の隆起が見られる。胃癌を疑って9月22日胃カメラ（GTF）が行われた。その写真が図9ないし図12である。図9，10は幽門部の遠景と近景で，幽門部後壁に隆起性病変があって，その麓にも大小の隆起があり，更に前壁小彎寄りの奥の方にも隆起性病変が見える。図11，12は胃角部の遠景と近景である。胃角部前壁小彎寄りに指頭大の潰瘍があり，形は大体楕円形で潰瘍底は少し凹凸はあるが，概して平坦で出血はない。潰瘍縁には著明な下堀れも隆起もなく，周辺には少し粘膜の集中があり，僅かに離れた胃角上に隆起性病変も認められる。胃カメラの所見からは胃潰瘍（UL II, healing-stage），胃粘膜下腫瘍およびポリープという診断であった。

10月3日更に内視鏡による生検が行なわれた。その結果，胃潰瘍および管状腺癌で粘膜下に広くひろがった進行癌ではないかということであった。そこで，手術適応が問題となり10月14日外科へ入院した。

〔入院時所見〕 身長159.5cm，体重45kgでややややせているが，数年来この程度である。上腹部の痛みは9月18日から2,3日続いたのみでその後はなく，嘔気，嘔吐，胸やけ，その他の胃症状はない。腹部は平坦柔軟で剣状突起下に軽い圧痛がある外には著変はない。

ヘモグロビン77%，赤血球数386万，ヘマトクリット39%で軽い貧血がある外には血液，尿共に異常はない。尿の潜血（－）胃液は無酸である。

〔X線検査所見〕 9月20日撮影の胃の充盈像（図1，2，3）を見ると，蠕動波が少しあって完全に弛緩した状態ではないが全体として胃壁は軟かで伸展している。しかし矢印の部分に不整な線が見られる。ただ，この不整の部分は図4，5，6に現れた大い隆起の位置よりは多少幽門寄りにあるように思えること，また，これらの写真には胃カメラに現れた胃潰瘍の像が認められないことなどの理由から，10月17日再度胃のX線検査を行った。その時の写真が図7,8である。（紙面の都合でその他の写真は省略した）胃角部の潰瘍は著しく縮小して点状となり，ここに粘膜の集中が見られるが中断はなく，ひだの線は直線状で，不整な先細りなどもない。良性潰瘍と診断した。

さらに，潰瘍に接して噴門側に小さい隆起があり，これに続いて胃体部に向って約2cm前後の浅い陥凹部があり，この辺が病変の口側の限界で，これから噴門側は健康と判断した。（これらの所見は切除胃図14と見くらべてみるとよくわかる）

また，充盈像に見られた幽門前庭部の壁の不整はやはり軽度ながら認められた。しかし，蠕動波のとぎれはなく，また，透視下の触診でもこの部

分に腫瘤，抵抗等はふれず，前庭部はよく移動し後腹膜との癒着はないと判断した。

以上の所見から胃癌の深達度はそれ程深くはなく，幽門前庭部後壁に多少の癒着はあるかも知れないが，胃切除は十分可能で，単なる試験開腹に終ることはないと診断し10月20日手術を行った。

〔**手術所見**〕 上腹部正中切開により開腹した。胆嚢，大網，十二指腸水平部に広く線維性癒着があり，さらに，胃後壁と後腹膜間に幽門部から胃体部にかけて広く線維性癒着がある。癒着は比較的に疎鬆で簡単に剝離された。幽門部にX線写真に見られたような母指大の腫瘤を触れるが，その他には触診では異常を感じない。腫瘤は胃の漿膜筋層とは前後壁共に 2～3cm にわたり自由に移動して，ちよっと触診しただけでは前壁のものか後壁から発生したものかわからぬくらいよく移動する。従って癌浸潤は固有筋層には達していないであろうと判断した。

リンパ腫も図15の右下隅の略図のように，小豆大以下のものが小さく触れるのみで，いずれも軟かで転移らしいものはない。

恐らく早期胃癌であろうと判断し，左胃動脈第1分枝を残し，大小網と共に胃の大部分を切除し，ビルロートⅡ法により下口性結腸後方胃空腸吻合術を行った。

〔**切除胃肉眼所見**〕 図13は切除胃にバリウム 20m*l*，空気 40m*l* を注入して撮影したものである。図4，5，6のX線像が造影不十分であったので，その所見を補う目的と撮影法の反省のためとったものである。

図14は切除胃粘膜面で，図15は顕微鏡所見を総合した胃癌の状態の説明図である。いろいろな隆起性病変の外に陥凹性病変もあって非常に多彩な所見である。

〔**組織標本所見**〕 図16の4枚の写真はⅠ型早期癌の部分の弱拡大およびその中のA，B，Cの部分の強拡大である。粘膜筋板がしだいに粘膜面に向って立上って，A，Bの部分で筋線維が分散し消滅している。（カラー写真でないのでAでは少しわかりにくいがBでは明かに分散の状態が認められる）

そしてAとBの中間の部分では粘膜筋板がなくなっているが，癌細胞の浸潤はABを結ぶ線より下には見られず，もちろん，固有筋層には達していない。従って早期癌ではあるが粘膜癌とは言えない。なお，この標本以外の部分では癌細胞はすべて粘膜内にとどまり粘膜筋板をこえたものはない。

Cは癌細胞の部分で核は濃淡不規則で，細胞や腺腔の形状も不規則，不整である。（本誌60号56頁に報告した胃ポリープの組織像と比較してみるとよくわかる）

図17の3枚の写真は消化性潰瘍 ULII の部分の弱拡大およびその中のA，Bの部分の強拡大である。切除胃の肉眼所見では潰瘍は治癒しているかに見えるが，組織標本では小さい潰瘍が残っており，粘膜筋板は潰瘍底の肉芽組織の両端でとぎれており，（図では少しわかりにくい）ULII の潰瘍である。しかし，癌細胞は潰瘍縁にまでおよんでいるが，粘膜筋板は越えず潰瘍底の組織内には癌細胞は全く見えない。従って，この潰瘍は癌組織が崩壊してできた癌性潰瘍ではなく，良性の消化性潰瘍が治癒に向っている状態と考えてよいであろう。

図18の3枚の写真はⅡcの部の弱拡大とA，Bの部分の強拡大で，AとBの粘膜層の高さは約2倍近くの差がある。

図15右下の説明図に示した6個の小豆大リンパ腺はいずれも癌細胞はなく，リンパ腺転移はないものと診断された。

結局，組織学的診断は乳頭管状腺癌および消化性胃潰瘍で，この外，胃粘膜全体にエロヂオンと広汎な腸上皮化生を伴った高度の萎縮性，過形成胃炎が認められた。

〔**術後経過**〕 術後の経過は順調で4週後の11月12日退院した。術後約1年を経過した現在訴えは全くなく元気で家業の染物業を営んでいる。

しかし，早期癌とは言っても相当広くひろがっており，また，Ⅰ型の部分では一部で粘膜筋板が消滅しているから，転移の可能性は粘膜癌のみの場合よりは，高いと考えなければならない。一般に，この型の胃癌はリンパ性転移よりは血行性転移，特に，肝転移が多いと言われているから今後も厳重に監視して行く必要がある。

（〒156　世田谷区松原 1-19-16）

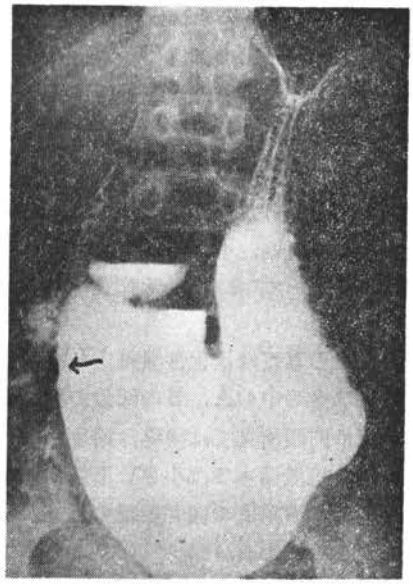


図 1　立位正面

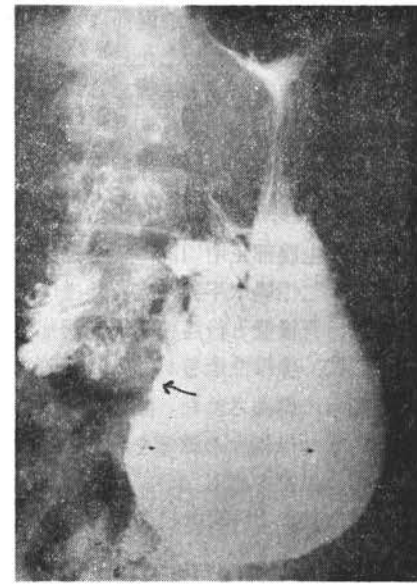


図 2　立位第 1 斜位

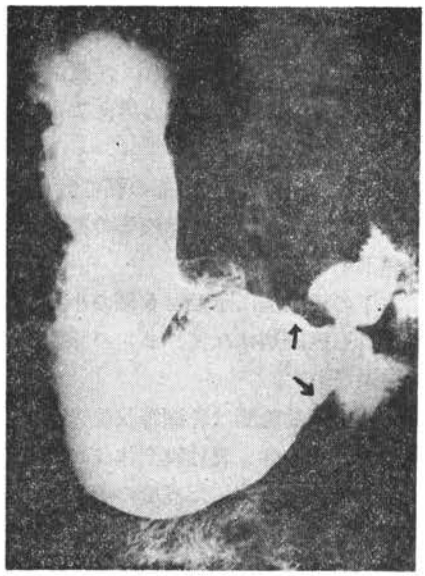


図 3　腹 臥 位

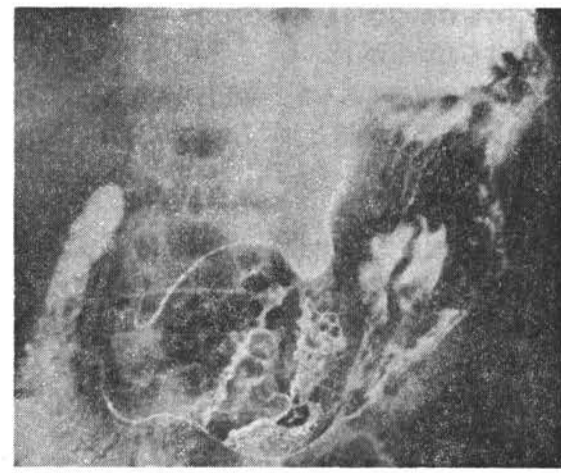


図 4　仰臥位二重造影

図 5　立位圧迫

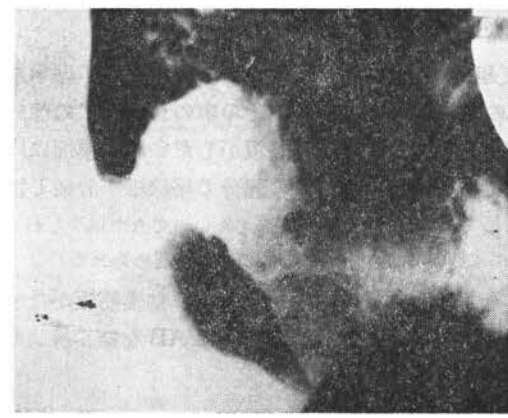


図 6　腹臥位圧迫

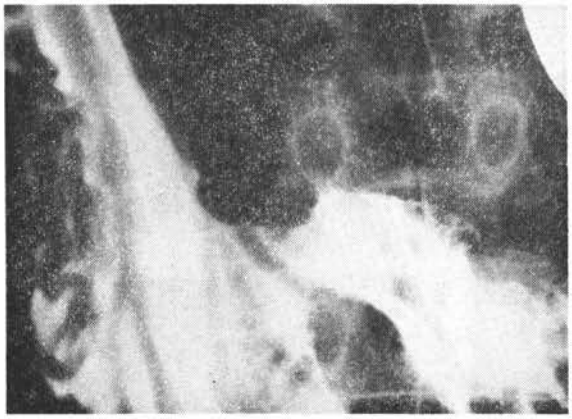


図 7　腹臥位前壁二重造影

図 8　腹臥第二斜位，前壁二重造影

図 9　胃カメラ幽門部

図 10　幽門部近景

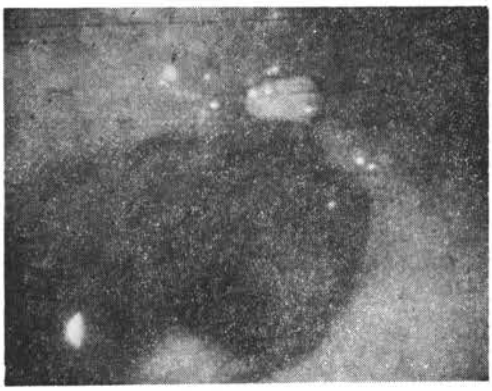


図 11　胃 角 部

図 12　胃角部近景

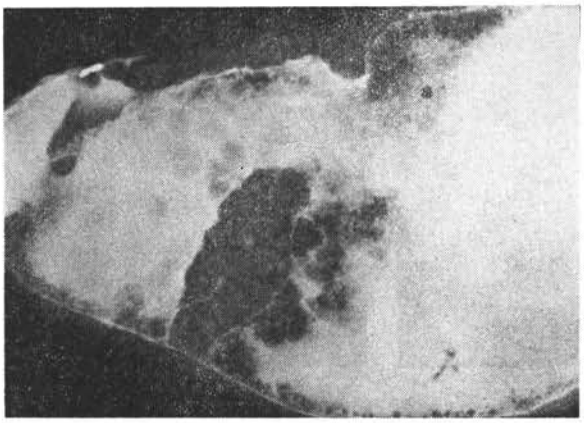


図 13　切除胃造影

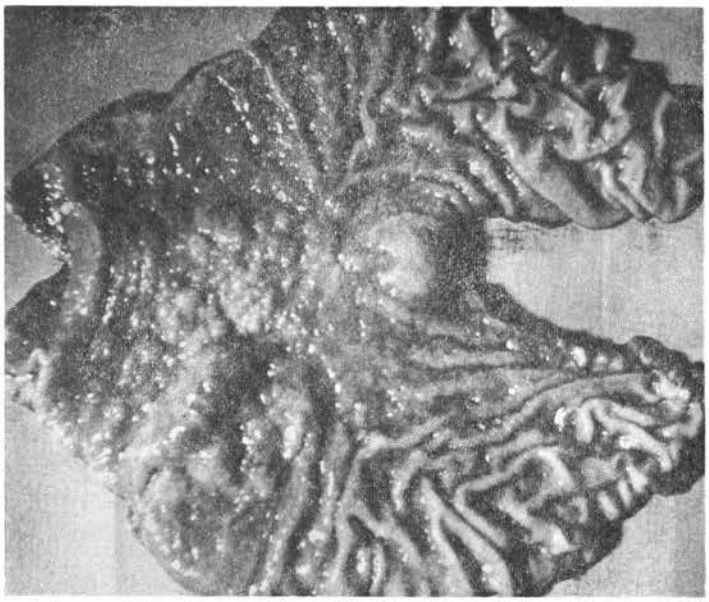


図 14　切除胃粘膜面（大彎側を切開）

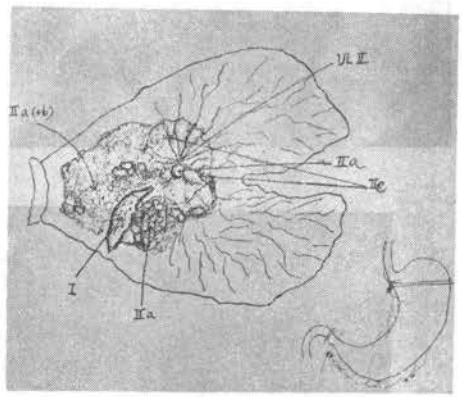


図 15　説 明 図

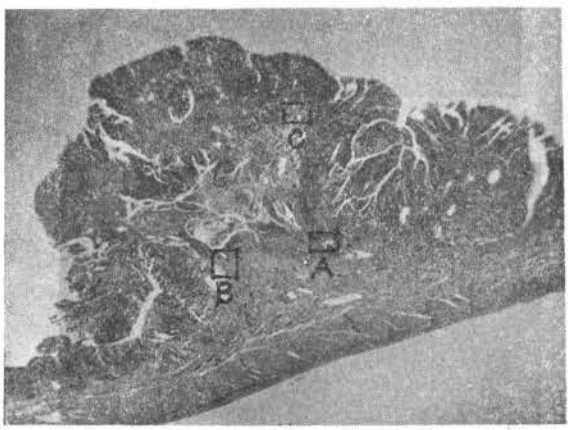


図 16　説明図の組織標本（弱拡大，約 3 倍）

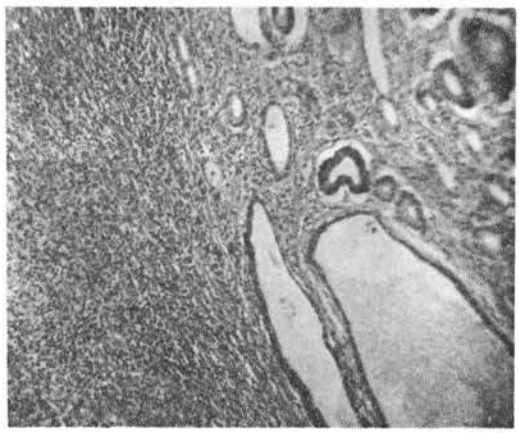


図 16 のA（強拡大）

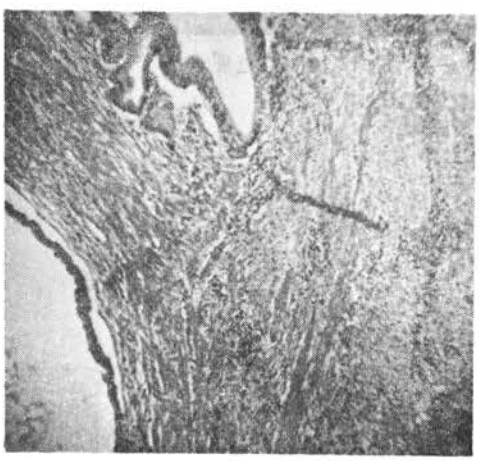


図 16 のB（強拡大）

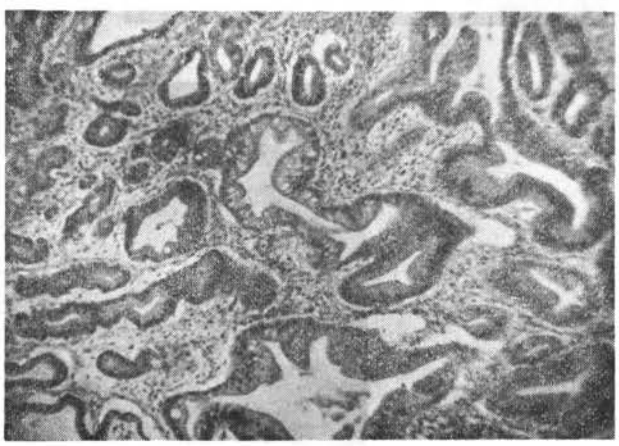


図 16 のC（強拡大）

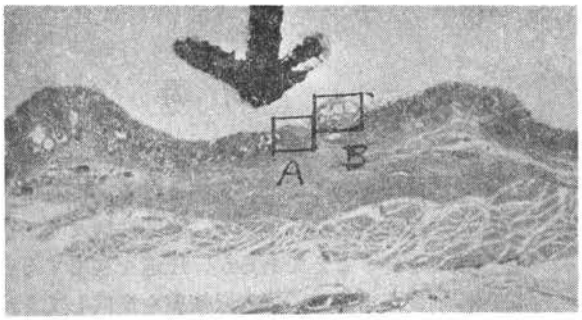


図 17　説明図 UL II の強拡大（約 5 倍）

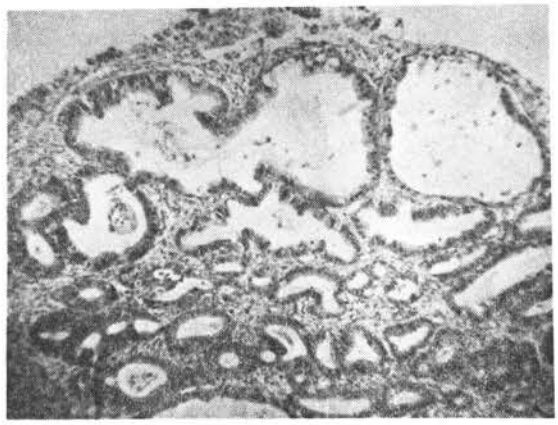


図 17 のB（強拡大）

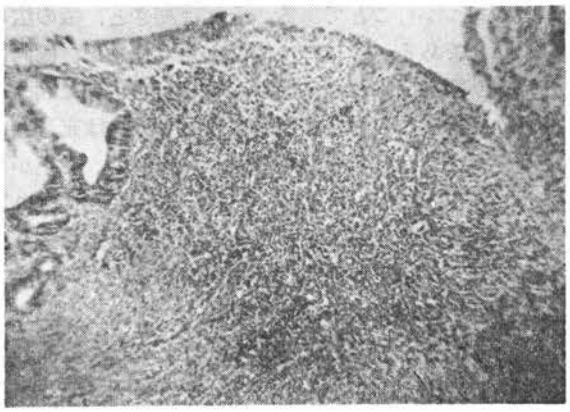


図 17 のA（強拡大）

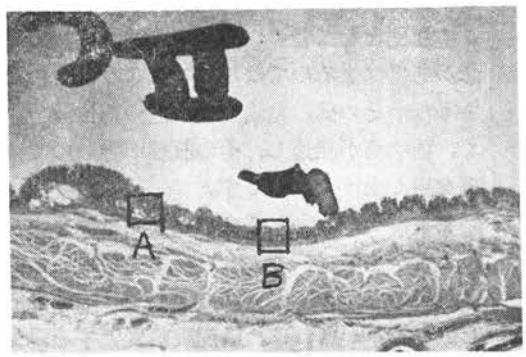


図 18 説明図Ⅱの部の弱拡大（約 4 倍）

図 18 のA（強拡大）

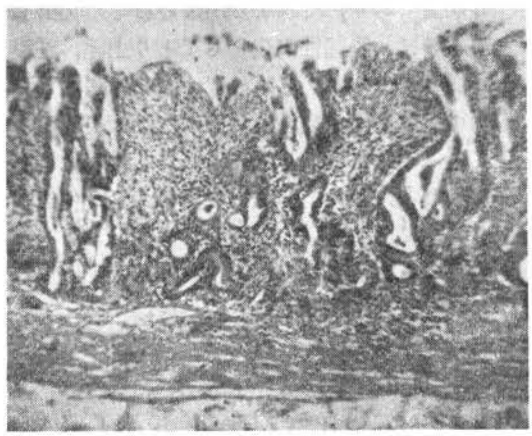


図 18 のB（強拡大）

この症例のレ線的解説

新野　稔

症例提供の著者，宮崎三郎先生が，レ線所見として，病変をよく，描写し，記述しておられるので，レ線検査の定石ともいうことを解説してみる。その前に宮崎先生は立位正面像で幽門大彎側の陥凹は所見としてとりあげるべきものから，取りあげるとすれば，どのような意味づけにすればよいかと質問をうけた。そこに出現する場合を想定すれば，粘膜筋板をこえた変化，幽門部の輪状筋の収縮，隆起性病変，その陥凹の口側と肛門側との胃腔外腔の癒着（漿膜側），などが考えられ，この症例として昔のいわゆる Perigastritis の概念があてはまるのではないでしようかと，それにともないその部の粘膜隆起が他の部位よりも高く，輪状筋が発達し，その収縮が強いのではと返事を申し上げた次第です。

まずルチーンとして立位正面充盈像をよく眺めることが定石で，そのスマートさがないと健常とは云えない。次に出っぱりがあれば陥凹性病変とし，へこみがあれば，隆起性病変とする以外にそれが連続していることも，入れておかねばならない。すなわち癌性浸潤性潰瘍をまず否定してかからねばならない。二重透視像において胃粘膜と同じ高さのレベルにあるものは粘膜をはってゆくⅡb病変であり，それより出ているもの突出しているものは，隆起性病変としてとり上げ，粘膜レベルよりくぼんでいるもの，すなわち陥凹しているものは陥凹性病変としてとり上げ，突出およびへっこみがあれば隆起を伴った陥凹性変化としてつかまねばならない。陥凹を認めればその陥凹にのりこんでくる粘膜の状態を，側面と正面それに圧迫，二重造影はもちろんのこと，それを正しく把握できる情報を得ることが先決となる。定石としては，隆起性病変は圧迫法で，陥凹性病変は二重造影法でということであるが，圧迫を利用すると陥凹性病変でも，いろいろな情報を提供してくれる。隆起性病変の場合その圧迫の方向と強さをいろいろに変えて行うことがポイントで，その病変の移動性をよく把握することである。茎があるか否か，それが判明すれば病変部の正確な大きさををつかむことである。それは高さと，横の広ろがりである。それには体位を変えて，正，側両面より観察出来れば，診断がより一層正確な判断が下せる。この場合広さと高さをみるには充盈像のみでなく，二重造影を利用して隆起の立ち上がりのところに Ba を入れ，圧迫を利用すればより正確な情報をうることができる。これは結論より云えば，肉眼所見として手にとるように，その病変を目の前において観察できるよう捉えてゆかねばならぬことである。そうすれば，隆起の表面の性状が判定できるからである。まずそれには，Ba をその目的の部によく着くよう努力することは申すまでもない。それには一度に Ba を入れるよりも適当量，その被検者によりことなるが，胃泡を1つの目標において，それは空気量を判定するのにもっとも簡単な方法であって，1にぎりあれば後壁の描写は Ba 50cc にてまずこころみてみる。前壁ならば 15cc 以下，それより段々と量を増加すればよいのであるが，1度に大量を投与すると仲々 Ba を吸引することは困難である。

定石としては，陥凹症変は二重造影法，隆起病変は圧迫法であるが，隆起病変の場合も二重造影の圧迫法にてその情報量が増加する。

私たちの例会

第121回「実地医家のための会」の例会報告

司会／天　野　　曄
記録／依　田　三　郎

昭和48年12月16日（日）東京渋谷・薬学会館

演　題

① **臨床医学におけるコンセンサス（合意）を求めて**

発言者　永井友二郎　　春日　豊和　　木村　和郎
佐藤　安正　　光山　恭子

（発言者のことば）　ますます増える医学情報の中で，「臨床医の合意が得られる真の情報はなにか」を積極的に探求するのは，われわれ実地医家ではないかと思われます。専門医は情報の開発に強い熱意を示しますが，合意の検討には関心が少ないように思えるからです。

今回，第1回の試みに先股脱に関する二つの考え方を参会されたみなさんに検討していただくことにしました。第一の考え方は，先股脱はできるだけ早い時期に診断し，治療すべきだとするもの（朝日新聞47-6-4みんなの健康欄）第2の考え方は，先股脱は骨の形成不全なので，あくまで全身病の部分症状として診断すべきで，早期よりも適時が大切で，まずは3歳，多少おくれて5歳までならば絶対に時期おくれということはない（故山本浩：外来でみる整形外科あれこれ――文光堂），というものです。

② **本年もっとも印象に残った症例**

1）整形外科	前橋市　得津雄司
2）小児科	勝田区　小宅健雄
3）皮膚科	墨田区　園田節也
4）消化器科	新宿区　春日豊和
5）婦人科	三鷹市　本田三郎
6）循環器科	港　区　森杉昌彦
7）心身内科	大田区　渡辺　淳

③ 自由交見　　全　員

司会者　時間も過ぎましたので，ではこれから第121回「実地医家のための会」例会をはじめさせていただきます。先ず最初のテーマであります，「臨床医学におけるコンセンサス（合意）を求めて」というのでありますが，恐らく本会はじまって以来はじめてだと思います。この様なむずかしい問題を提起されましたのは三鷹の永井友二郎先生であります。で永井先生はじめ五人の先生方にこの問題について話していただきまして，実際の司会は永井先生におまかせして，私は，時間のかかりをやらしていただきます。

では永井先生よろしく。

(1) 臨床医学のコンセンサスを求めて

永 井 友二郎

私たちは臨床医学の教えにしたがって診療をしているわけですが，この「教え」は臨床医のあいだで合意されたものであるべきだと思います。

臨床医学が，客観性のない民間療法や，加持祈禱などと区別され，多くの人びとから信頼され，大きな期待をよせられているのは，専門家である臨床医のあいだで合意が得られ，客観性があると信じられているからだと思われます。

ところで，この臨床医学におけるコンセサンス，合意ということを，少し立入って考えてみますと，この合意は誰がどこでするものか，オーソライズする人や場所，その内容の伝達方法など，まことにあいまい，不明確であります。

このこと，すなわち客観性とか合意が重要だとしながら，一方でその具体化の機構があいまいである現実は，私たち第一線の臨床医に多くの混乱をあたえ，また国民一般にたいしても大きな不安をもたせます。また本日の話題にとりあげたように，新聞や雑誌の記者の方が，臨床医学上の記事を書くばあい，どういうかたちで国民に報道してよいかわからず，その記事を担当した記者個人の判断でまとめることになり，そしてそれは臨床医学上の権威ある定説として読者に読まれることになります。

この臨床医学における合意ということの重要性について，私はいま，私たち一般実地医家が本気で考えなければならないと思っています。

その理由の第1は，専門医の先生方はそれぞれ専門の研究に熱心で，それはそれで大切なことでありますが，研究結果の合意，ことに臨床医学全体のなかでその研究がどこまで合意が得られるかについて，かならずしも十分な評価をなさらない，たとえば一方は切る方がよいというが一方は切らない方がよいというほど喰いちがった見解を打出したばあいでも，そのまま次の研究にかかってしまう，ということがあります。

第2には，私たち実地医家は，家庭医の立場から，患者の不安や混乱をできるだけ少なくしてやりたいと思います。それには，臨床医学上の合意が得られることと，得られないこととが，わかっている必要があります。

第3には，患者は本でよんだり，大学の先生からきいたりして，臨床医学にかんする知識をもつわけですが，その知識が正しく理解されなかったり，まだ合意の得られてない知識をもったばあいなどには，医師と患者のあいだでトラブルがおこる危険があり，医事紛争の原因になります。

私は以上の3つの理由から，われわれ実地医家は現在どこまでコンセサンスが得られているかについて，自分たちの手で，これを明らかにしてゆかなければならないと考えました。これが，本日このテーマを出させていただいた理由です。

さて，そこで本日はこのこころみの第1回として，先股脱にたいする二つの考え方をテーマにとりあげました。

第1の考え方は，かって本会の会員であった故山本浩先生が，名著“外来でみる整形外科あれこれ”文光堂昭和38年刊のなかで述べておられることで，つぎのようなものです。

山本浩先生の先股脱にかんする記述

(外来でみる整形外科あれこれ)

「この先天性の病気は，発見が昔にくらべて非常に早くなってきています。このことは過年児になってからの手術成績がよくなかった事実からみて，よろこぶべき医学の普及といえます。

しかしまた逆に，検診が1歳未満でおこなわれる結果として，実際には脱臼がなくて，股関節の

開排制限が内転筋の拘縮状態だけによるものも，スクリーニングに引っかかってきます。このことは説明不足な場合には母親に相当無用の心配をさせることになります。

また，この病気の本質は，骨の一種の形成不全（ジスプラジー）なのですから，あくまで**全身病の部分症状**と考えて治療を考えるべきですが，往々にして脱臼を発見した瞬間から，その部分現象だけに目を奪われて，それこそ何でもかんでもギプスをまいてしまう，ということも珍らしくなかったのは残念ながら事実であります。

厚生省が先立ちになって早期発見・早期治療という線を打出した結果，受診だけは早くなっていますが，逆に一部のものは充分な発育をまたずに固定を実施されて，かえってうまくないのも見出されます。私はその当時（昭和32年頃）医事公論という雑誌に，早期発見，早期治療ということはおかしい，早期発見，適時治療でなければならないという一文を載せた記憶があります。（ヘキストジャパンに依頼し原文をさがしたが，遂にみつからず）

ここで，クル病とかその他の栄養に問題がある場合，この早期に失しない本当の適時がいつ頃かに考慮を払わなければいけません。母親の通院の際の重さは論外とすれば，まずは3歳，少しおくれて5歳までならば，治療上からは**絶対に**時期おくれということはないからです。」

なお，「外来でみる整形外科あれこれ」の224頁には，〈**人間不在の医療**〉という題で，

山本浩先生の医療にたいする基本的態度が書かれています。

「一般に医療は進歩しています。しかし人間が人間として遇される，という点では，医療内容は年々低下しているともいえましよう。

最終のゴールは，毎日のラッシュアワーの電車にも耐え，職場の悪条件も克服し，社会生活を成立させる合目的立場に立っての医療，医師も患者も，ひいては家族や職場の同僚までが，ひとしく或る共感を呼びうる医療であるべきです。

他の科はしらず，整形外科のように長期にわたる管理を必要とする領域にあっては，治療行為のもつ内容，目的，予期される成果，などについて充分な説明，説得の下におこなわれることが必須条件なのです。これでないと，患者の積極的参加が期待できず，良い成果が得られないからです。患者不在の治療が行なわれるのでは困りものです。

つぎに，治療方式の選定です。一口に治療方式の選定といいますが，これは案外むづかしいものです。

ポリオのマヒ性尖足があるとしましよう。手術ですぐアキレス腱を伸ばすという安易な方法がとられすぎます。脳性マヒ，ポリオのような機能回復訓練の効果のあるものにたいして，そういう手続きと期間をおかずにメスをとることは危険なんです。

手術は一時成功したかにみえても，ある時期がくると，その手術が行きすぎであって，手術して伸ばしたアキレス腱を改めて短縮しなければならないことも珍らしくないからです。そういう事実に目を覆って，単なる瘢痕拘縮の伸長と同じ考えで，あるいはそういうことすら考えないで，手術をしてしまう，という叩き大工的医師がまだ厳として存在しているのも事実です。」

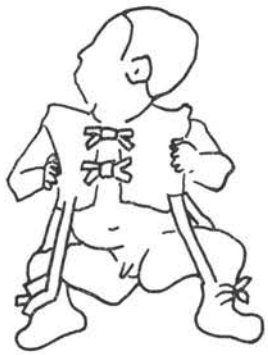
以上の山本浩先生の考え方と対称的なものとして，朝日新聞昭和47年6月4日号の「みんなの健康」欄に出た先股脱にかんする記事があります。

これは先股脱はできるだけ早い時期に診断し治療すべきだとするもので，

朝日新聞 47.6.4. みんなの健康欄をもう少し詳しく紹介すると，

「先股脱はわが国ではいまだに赤ちやんに一番多い病気として残っている。……ところが最近この病気を出産と同時に発見する方法がほぼ確立し，その結果これまでのようにバンドやギプスで足を固定しなくても，たやすくなおせるようになった。」として，横浜南共済病院の山田勝久整形外科医長と長崎大医学部の鈴木良平教授の方法をつぎのように紹介し，出産直後識別でき，簡単な装具で1～3か月で全治することを国民に大きく報道しています。

まず診断について，「見わけるのに道具も何もいらない。赤ちやんを仰向けにねかせ，赤ちやんのひざの上を手でにぎり，頭部方向に圧迫する。もし脱臼があればこのときコクンコクンと骨と骨がふれあう軽い音がする。つぎに片足を90°ひろ



鈴木教授の考案した布製のもの

げる。ある角度まで開いてゆくと軽い抵抗が感じられ，このとき，さきのように足を頭部方向（腰のほう）に押しつけると，脱臼がある場合には同じコクンという音がする。足をもとにもどして，後方の足に同じことを試みる。」と，X線をとらなくても，出産直後に簡単に見わけられることを述べています。

つぎに治療については「1～3か月間，両足をひろげたままの姿勢にしておくだけで9割ほどは完全になおる。両足をひろげた姿勢を保つために風変りな装具をつけなければならないが，それでもこれまでのようにバンドやギプスで身を締めつけるのにくらべると，ずっとしのぎやすいばかりでなく，足も自由に動かせる。関節の骨を傷つけて治療が長引く心配もずっと少なくなった。」として図の装具の絵を示しています。

なお，この研究の紹介として，横須賀聖ヨゼフ病院富田和夫医長，横浜市大土屋弘吉教授も参加している由。また，47.9. 国際整形外科学会発表予定とあります。

私は以上で，このテーマをとりあげた理由と，先股脱にかんする異なった2つの考え方を御説明して，ひとまず終らわせていただきます。

ここで私が皆様からおききしたいことは，この問題に関連したより詳しい専門的な情報も知りたくありますが，それより以上に知りたいことは，与えられた限られた情報のなかで，実地医家である先生方は，そのどちらの見解をおとりになるか，先股脱について患者にどう説明なさるか，山本流をとるかどうか，そこのところが最も知りたい点であります。

なお，私個人の考えは，山本流をとりたいと思っております。

（〒 181　三鷹市下連雀 2-10-10）

永井　それでは次の演者の春日先生におねがいいたします。

先天性股関節脱臼をめぐって
医学におけるコンセンサスを求めて

春　日　豊　和

以下私のこれから述べますことで整形外科専門に関する部分は，日本医科大学の石田助教授のおっしゃったことで，それを私なりにミックスしてまとめたものです。そのつもりでお聞きねがえればと思います。

MACRO から

医業30年，私は私なりに現代医学の抱えている多くの矛盾が，臨床の合間に私の脳裏をかすめ去って行くのを経験してまいりました。そうした矛盾や不合理，不条理の1つに今回，永井先生が提唱されている“医学におけるコンセサンス”も入るものと思われます。

1，2のエピソードを申しますなら，かつてある心臓疾患に関する本の編集をしておりましたとき，某大学の高名な教授は心筋コウ塞の「コウ」という字を梗でなくてはならぬ，若し慣用化されている硬の文字なら自分は執筆を辞退するとまで申されました。

また眼科では鞏膜で通るのに内科では強膜でないと通用いたしません。昔の自家中毒症といわれ

た症候群もあるいはアセトン血性嘔吐症とも，周期性嘔吐症とも呼ばれ，1つの症候群の名付けすらかくマチマチですし，病名に至ってはまさに化物ではないかと思われます。しかしこうした表現上の不一致などは何等の実害もなく，何と名付け，何と呼ぼうと勝手で，その本質さえ傷付けられたり，狂いを生じていたり，不一致であったりさえしなければあまり問題はありません。しかし一たんこれが診断上のキメ手になることや，治療内容や，治療手技の極めて重大な部分を占めることであったりすれば，その不一致，不統一ということは極めて重大です。ときには医療事故などでもあった場合は大変な紛糾のもとにもなることでしょう。第一私ども第一線医はコンセンサスなしには何れをとるべきかの迷いすら覚えて，それ以上の適切な正しい前進は到底望み得べくもないわけです。

現代医学においていみじくも“コンセンサス”が得られているものと言えば“保険診療における治療指針”であるとすれば，まことに笑止千万という外はありません。

1. 何故医学においては，か程にまでコンセンサスが求め得られないのか。

まず私はこのことについて考えなくてはならないと思いますが，思いつくまま若干私見を述べますなら

i）医学は他の諸科学と異なり，まさに“群盲象を撫でる”の類いで，人間というものの生物学的，化学的，物理的，精神科学的，社会科学的，解明がほとんどなされておらず，たとえ現代の医学がかかる程まで進歩し，深化しているとは言っても，この壮大にして深奥な人間解明という観点から申すならまさに“ヨシのズイから天井覗く”程度の知見でしかないと断言しても過言ではないと思います。“医学的絶対”などという肯定はまさに暁天の星の如くで，ほんの算えるぐらいしかないわけであります。解剖学や病理学の如く目でみて指し示せる具象の世界（これとて異論は大いにありますが）では数多くの正しい認識がありましょう，しかし他の諸科学の知識や工夫や技術の導入の必要な，生理，生化学，いわんや病態学となると，一体どのくらいの絶対と言える肯定があるのでしょう。これは人間とその疾患の間で相互作用し合うもろもろの要素，要因，たとえば細菌，ウイルス，社会環境，遺伝，人間の内臓自体での相互作用，心と外界の相互作用，人間と他生物との生物学的相互作用……を考え合せれば，正常と思える場合でさえ困難であるのに，ましてやこの複雑な“生きるものの病態学”に，あえて申せば“疾患を扱う医学”にコンセンサスを求めることがいかに至難のことであるかが理解できるわけです。

ii）もう一つ，i）に関連したことではありますが，なればこそ，専門深化する学問をながめておりますと，まさに朝令暮改の類いはまさに枚挙にいとまありません。そしてとにもかくにも治療医学や，予防医学が，その進歩，新発見，新事実，新説に喘ぎ喘ぎ，青息吐息で追随する姿が一般であり，“これこれしかじか”が定説とされていたことが，年余を径ずに尻尾をふられ，振り切られることもしばしばであります。そしてその間隙を縫うがごとくに淫祠邪教とまではいかずとも，一見“医学らしく……”“科学ものらしく……”のベールを被った，全く根拠のない“インチキマスコミ医学”が，これこそ本筋の“コンセンサスを得た医学”然として登場して来るのを見聞きするわけでもあります。

iii）さらにもう一つ申しますなら，権威という恐ろしいかくれ蓑であります。一般に私を含めて権威に弱い日本人は，たとえ白衣を汚しに汚した医学から生れて来る今日的正しさを生みなす母体も，既に白衣は真っ白でありチリ一つない大家の昔日の医学がなお今日的医学の上を大股で歩きつづけ，私どもとて時に錯覚し幻惑されているということであり，しかもそれがまた一般にガッチリ根っ子を張りめぐらした土台の上でコンセンサスを得ているということであります。

iv）さらに健康増進，健康管理，医学の社会化……の波により医学知識や，その情報が，情報化の波に乗って，次々と一般国民の前に伝えられていく姿をみますとき，その不安定な情報，加えて民間に因習として根づよく残っている伝説的過誤……とのからまり合いを思いますとき，まさに広い意味での医学におけるコンセンサスを得ること

の難しさを感じないではおれないわけです。

2.“医学におけるコンセンサス”を求める片隅的意味。

ではかかる大変困難なテーマについて永井先生からのお電話をいただいたとき，即座に賛同し，“是非にも……”とお返事したわけは，多少永井先生のお話に追加ということにもなりますが，医療事故……の問題はさておくとしましても，コンセンサスがないばかりに，私ども日常診療における診断，治療，あるいはそれえの approach に大変な混乱を来たしていることは言うまでもありませんが，同時にそれは跳ね返って患者さんの不幸にも連なることでもあります。また同時にコンセンサスがないばかりに，あわて者のマスコミによってそれがそのまま伝えられるとき，一般の人々がマスコミという虚像の権威にからまれ，思わぬ結果にもなりかねませんし，これは永井先生のおっしやるごとく医療過誤というとんでもない方向に進むこともあり得ましよう。さらに大学や大病院，学界レベルでは“本日多忙”であり，今日的な研究診察に他を省る余暇もなく，しかも一党一派，ときには架空の症例も作り，ときには学問出世のためにあえて曲学阿世に走ることもあって，こなかなかうした本質的な問題には目を向けてもくれませんし，あくまでも強く強く肘張ったその“自説を守る”という肘は軟化するどころか，コンセンサスなどという安易な妥協はむしろ学問的低下，衰退であり，敗北であるとしているのではないかとさえ思わせます。

なればこそ！無手勝流でもあり，なりふりかまわぬ，出血をいとわぬわたくしどもの会でこそ，こうした問題に，火をつけるべきものと思われます。まさに医学界からみれば，片隅の，たとえれば暗夜の漁火のごときものであるに過ぎないにしても，どうしても火を赤々とともす責任をと思うわけであります。やがてはこの暗夜の漁火も良識ある人々の共感を呼び，学界の片隅にも火がともされるなら……と思うわけであります。

MICRO から

私が本日のテーマへ，と申しますより，“医学におけるコンセンサス”という問題え，micro の立場でアプローチするに当り，まずどうした点からこの問題に取組むべきか，ということについて私なりの問題点から述べてみたいと思います。本日は時間の関係もあり本日のテーマである“L.C.C.”を考えるという主題に絞って述べてみます。

1）両親の心になって。

若し私どもが，開排制限の1つをとって，L.C.C. のうたがいがあるということを洩らした場合を考えてみましよう，それは“疑い”であっても両親にとっては時に青天の霹靂のごとく大変驚くべきことであり，その心配は察するにあまりありましよう。

では L.C.C. の診断にはどうあるべさかということでありますが，何れは述べるように，“あわてることはない”以上“疑い”があっても，そのムンテラは慎重の上にも慎重にあるべきものと思います。余程の確信がない限り“うたがい”のことばも言うべきではないと思います。

2）保健所との関係。

とかく先走りの傾向のある保健所（けっして悪いと申しているのではありませんが）的“治療指針的診断方法”によって L. C. C. ときめつけてしまっているような case によく出会うわけですが，そうでないとして，“写真をとったら疑わしいから，専門医でもう1回写真をとってもらえ”といったレントゲン爆射のタライ廻しをよく見聞きしますが，相談を受けた私達は予め普段よりこうした case に対する私たちなりのムンテラと，心の態度を決めておきませんと，ともどもワイワイ騒ぎで，赤ちやんに徒らにレントゲン照射を与えたにすぎないという結果に終りますのでくれぐれも用心をしたいと思います。

3）開排制限をみるための開排行為が整復技術でもあるわけで，これだけでは診断の根拠にはなりませんし，また寛骨臼の角度が25～30°でも診断の根拠にはならないとされてますし，また暦年齢と bone age との違いを考えても，余程の確信がない以上，“疑い”を申すべきでありません，また確診されたものの80%は自然治ゆするとされてますし，また遺伝的因子をもった L.C.C. のうたがいと，環境因子（医師が手を加えたもの）の加わったものとではその扱い方，将来の10年，20年先の予後も考えて，こうした家族歴，既往歴に

も充分の心を使う必要がありましょう。

こうしたL.C.C. のタイプや，診断の上の考え方のズレ，ブレといったものも考慮して，かからねばなりません。

4）診断や，治療は医師の人となり，つまりpersonality によることも多く，また専門バカと言われるように“お座敷医者にありがちな自分が一寸勉強したばかりに診断を”それにもって行く傾向が強い場合もあります。

相談を受けた場合，診断した機関や，その医師の tendency, personality についても注意しておく必要がありましょう。

5）いわんやゼニ儲けのためや，症例を増やすための診断や治療に関しては，何をかいわんやでありますが，現に某地区のK診療所などは何でもないのを L.C.C. として active な reduction をしすぎているということで有名でもありますが，心さびしく悪寒をすら感ずることであります。

6）では次に L.C.C. の診断や治療に関して2,3の世迷言（私は専門としておりませんので）を申して，そのあと私なりの結論を述べてみたいと思います。

Ⅰ）L.C.C. には2つある

1）遺伝的要因のあるもの

2）環境因子によるもの

1)は臼蓋形成不全にみられるように一卵性双生児などで丁度鏡に映したように兄弟に出る，遺伝子因子によるもの。

2)は大腿骨頭の不全の場合など，医師の治療で却ってペルテス様変化を来たして，L.C.C. にいたるもの。

Ⅱ）発見，手当は何れの場合でも3～5歳になってというのは少し遅すぎるが，お誕生までは充分経過をみてからで，あわてて手を加えることはない。

手術的方法よりむしろ gentle reduction といわれる時代であり，そうした意味では杉本先生や，堀口先生のようなリーメンビューゲル法など大変良いと思われる。

あわてる必要があるというのは，一般に骨の生長はいわゆるこよみ年齢と bone age が必ずしも一致するものでなく，3歳でも1歳ぐらいの骨の発育のこともあり，むしろ骨年齢で判断すべき場合が多いからである。

Ⅲ）脱臼の100名をみていると

内80人は誰がやってもうまくゆく

20人はいわゆる tetratologische Luxation で Arthrogryposis multiplex congenita や Spina bifida といった変形の合併もあり大変診察が困難でありかかる観点よりしてあわてる必要はない。

また tetratologisch のものは

努力すればする程 iatrogenic にまづくなってゆくものである。

要は，十年，何十年先のことを考えて判断すべきであり，たとえば

a）寛骨臼がめくれのめり込んでいるもの

b）関節嚢と骨頭かゆちやくしているもの

c）psoas が強くしめつけられているもの

d）骨頭が大きすぎるもの

e）骨頭と寛骨臼があきらかに非適合のもの

f）円靱帯が強く，かたいもの。

これらは，手術的にやるべきであるが，但し手術も一種の gentle reduction であるとの考え方をもって。

Ⅳ）診断は開排制限や，核が出てないときも寛骨臼の角度だけではだめで

1）骨頭があるべき所より別の所にあるということが大切，bone age のことを考えるべき必要。

2）開排そのものが一種の整復術であるから確診は出来ない，伸展位で外れていて開排で整復されることもしよっちゆうある。

3）とくに男子の場合，内転筋の拘縮で開排制限があることもとくに心配なことはない。

4）但し開排制限の強いときはL.C.C. である率は高いから専門医にみせた方がよい。

Ⅴ）自然治ゆは

とくに最近は自然ちゆ率が高いとされているからあまりあわてない方が良い。

目標は，関節がいたくなくて，普通に動いており，体重がかけられ，協調的に動かせればあやしくても様子をみてて良い。

a）怪しいからとて，いぢってしまうと，いぢらなければ決っして起すことのないのに，い

ぢったばかりに変形性関節症を必ず起して来る。熱心なマッサージ師も平気で骨頭にペルテス様変化を起させてしまうものだ。

VI) 自分の経験でもどうしてもうまくゆかなかったものを心配しながらか3月間母親に細部組織の柔軟性を保つように訓練法を教え実行させ3か月後患児の栄養や，全身状態がよくなってから治療した所，苦もなく整復出来た例を数々知っている。

VII. 結　論

要は患児，患家との人間関係が大切で，これが基本であり，あくまで case by case でその子供の先々10年，20年先を考えてゆっくり判断すべきものである。

手術好きな先生の personality や，L.C.C. でもないものを L.C.C. として手術をじやんじやんやったり，またギプスを片っぱしから巻くということは少くとも真の医師とは言えないといえる。

口をつつしみ，手と目を信じ，ゆったり患児や患家を診断した上で，ゆっくり準備をし，充分な確信をもって，case by case で対処すべきであると思える。

（〒 162　東京都新宿区山吹町69）

—小児科から—

木村和郎

私は小児科の開業医ですから，一般的にいって，赤ちやんは2か月の健康診断から診ることが多いのです。新生児期と，生後1か月は生れた病院や診療所で受けることが多いように思われます。

私は6か月までは毎月，その後は2,3か月に1回の健康診断を受けるようすすめているわけですが，そのなかで，とくに，先股脱を注意するのは2か月，3か月，6か月，1年，ということにしております。

検査方法は開排制限と大腿部のしわ，なかんづく，うつ伏せにしたときのおしりの下のしわの観察です。大腿部のしわの診断価値を否定される先生もありますが，私としては捨てがたい参考所見と考えております。ネルソンの教科書によりますと，2か月を過ぎると，しわに左右の差ができ易いということです。2カ月以上になると，筋肉が大腿骨を引きあげてゆくからのようです。

この2つのことを目標に観察しておりますと，1カ月の頃にはなんともないと思ったものが，3カ月の頃に（+）にでるということがありますので，3カ月では，注意して検査をします。この段階でみつければ，まあ，比較的短期間に治るといってよかろうと思います。

6カ月で見落すと，歩行開始に間に合わないかもしれない，という意味で，6カ月でもう1度注目します。1年では確認の意味で，ハダカで歩行させ，よく観察します。

疑いがあれば，今日，ここに出席しておられます整形外科の加藤先生にお願いすることにしております。しばしば，内転筋の痙縮のためで，脱臼はなかったというご返事を頂きますが，私はそれはそれでよいと満足している次第です。

以上，私自身のことをのべましたが，小児科の他の先生方の著書をいくつか調べてみました。

アメリカの実地医家であるポール・ウイリアムソンの診療所治療手技という本があります。ご承知のように，本会の中川先生はじめ諸先生のご努力で訳出されたものです。

これを見ますと，診断としては，開排制限とオルトラニ手技，つまり，新生児を仰臥させ，大腿をもちあげ，開排と反対の方に倒しながら，少し骨頭方向に押してやると，痙攣とクリニック音を証明するという方法をあげております。治療としては，日本のすのこおむつを板で作って，肩からつるしたような形の Fredjka 副木をあげていま

す。

ネルソンの教科書（1964年版）では，生後すぐの診断は不可能とし，2週後に開排制限をみております。治療はやはり Fredjka をあげております。

緒方安雄，松田道雄，中村兼次，3先生の書かれたものをみますと，それぞれ多少の違いはありますが，大筋は同じようです。診断は開排制限で行ない，2，3カ月の頃までに見つければ，すのこや座ぶとんを使って開排位を保たせるというものです。

上記いずれも，確認のためレントゲンを使用していることはもちろんです。

以上のとおり，小児科の大勢としては，早くみつけて，早く処置しなさい，あるいは，整形外科にお願いしなさいということです。早くとは，生後3カ月くらいを考えているように思われます。

このようなわけで，今回，山本先生のようなお考えがあることを教えられるまでは，じつは，4，5歳でもよいという考え方があることを知りませんでした。しかし，もし，4，5歳になってから，治療中歩けないとすると，これは大変なことだと思いますので，私としては，やはり，何とか3カ月くらいまでに見つけて，治療したいものだと考えているわけです。

（〒 181　三鷹市下連雀 3-8-11）

永井　それでは次に佐藤安正先生におねがいします。どうぞ……。

―整形外科から―

佐　藤　安　正

先天性股関節脱臼（以下 LCC と略す）に対する治療法は，つい10年前までは，Adolf Lorenz (1896年) が創始したギプス包帯固定による非観血的療法を中心とした考え方が支配していた。その原理は，解剖学的に正しい位置，すなわち，求心性に厳重に固定することであり，そのためには，暴力的な整復も許されたのである。しかし，その結果として股関節のペルテス様変化が多発した。

ところが，この10年来の傾向として，原則的に

現在行なわれている L.C.C. の治療方針

	診断方法	治療方針
出　産	**Ortolani's clicksign** ⊕	**von Rosen's** splint （生後1週間以内に開始すること。）
1　週	（開排制限ではわからない。1週間をすぎると Click sign 不明瞭となる。）	現在では，この間は治療を開始しない。
3カ月	開排制限 ⊕ XP ↙	**Riemenbügel** functional therdapy （自然整復される。ペルテス様変化が少なくなった。難治群を見つけうる。）
1　年	股関節造影が必要なほど難治性になっている。	牽　引 ⟶ ギプス固定 整　復 ⟶ 開排装具 内旋位装具 Riemenbügel 手術的治療
小児期	跛　行 ⟶ XP. （二次変形性関節症）	（保存療法の限界は2～3歳？）
学童期		姑息的手術療法

は非暴力的に，できれば自然に整復されることが要求され，とくに Pavlik（1958年）による Riemenbügel の出現によって，動かしながら自然に整復されるのを待つという治療体系に変ってきた。その結果，ペルテス様変化が著しく減少してきたのである。

現在，私たちが行なっている LCC の治療方針をまとめてみると，表のようになる。

出産直後の新生児については，骨の関節の発育が充分ではないので，X 線像ではもちろんのこと，筋力も弱いので開排制限でも診断がつけられない。ただ，Ortolani の提唱する Click sign でチェックするしか，方法がないのである。この Click sign も生後1週間までの間に行なわねば不明瞭となってしまうし，治療としての von Rosen の splint の装着も，この間に開始しなければ，3カ月頃まで待期せざるを得なくなるのである。

生後3カ月頃になると，骨・関節の発育に比べて筋力が発達してくるため，開排制限でチェックできるようになる。それで疑わしいときには，X 線撮影で診断を確かめられる。その意味でも，保健所での3カ月検診（整形外科医による）は，更に普及させるべきである。

3カ月で発見された LCC は，Riemenbügel にて治療される。動かしながら治すので functional therapy と呼ぶが，この方法の利点は，装具をつけておくだけで自然に整復されてくること，ペルテス様変化が少ないこと，難治群が発見されることなどがある。

生後1年間も放置された LCC では，ほとんどすべてが，すでに難治群になってしまっている。そのために，治療方針を立てるには股関節造影が必要となる。治療法も，しばらく牽引した後でなければ整復できなかったり，ギプス固定その他の装具が必要なこともある。歩きはじめるために Riemenbugel による治療が困難となり，はじめから非観血的療法はあきらめて手術的治療によらねばならないものもあらわれてくる。

小児期に入ると，跛行により発見されるのであるが，（3カ月検診の普及する以前はこういう例が多かった）。ほとんどに，二次変形性関節症を起しており，整復はますます困難となってくる。

学童期に入って発見されたものでは，求心性手術的治療法も不能となり，姑息的治療で満足しなければならなくなってしまうのである。

結論として云えることは，LCC の治療の開始は，早ければ早いほどよいということである。

さて，ここで，山本浩先生の「外来でみる整形外科あれこれ」の中に書かれている「おそくとも3～5歳までなら絶対に手おくれでない……」について考えてみよう。

まず，山本先生の著書の出版は，昭和38年で，約10年前であり，Riemenbügel についての記載が全くみられない点からも，はじめにのべた10年以前の考え方に立脚して書かれたものであることは明らかである。むしろ，この文章は，Lorenz のギプス包帯固定法に対する山本先生流の批判とも受けとれなくもない。何故ならば，完全脱臼の非治療例が，跛行にあっても30～40歳頃まで比較的無痛でであるのに対し，Lorenz のギプス固定法によりペルテス様変化を起した症例では，10～15歳頃から痛みを訴えるという点からも，成長期の股関節に対する暴力的治療法が，全く無意味であることを，先生の長い御経験から感じとられていたのかも知れません。

一方，朝日新聞の記事の「真の」意味するところを要約しますと「新生児検診では，Ortolani の Click sign で LCC を発見できることが多く，これらの患児に対し新生児用 Riemenbügel または von Rosen の Splint などで治療すれば，たいへんよい成績が得られる」ということになります。13343名の新生児検診を行なった山田勝久先生の報告をみても，Click（+）92名（0.69%）のうち，治療した84名中難治例2名は手術で治療していますし，Click（−）の症例については，2カ月後にはX線で再検診を行ない，脱臼3名臼蓋形成不全43名を発見しています。

ところで，最後に，朝日新聞の記事に関して注文をつけたいことが3つあります。

その1つは，新生児では Click sign だけで，全例見落しなく LCC が発見されると思わせるような記載，第2には，新生児用 Riemenbügel によって LCC のほとんどが治癒すると思わせる様

な記載（難治群や Click ㊀ で見落した LCC 例がどうなるかについては全くふれていない）。第3には，新生児検診時にはX線撮影を行なわないでも発見できるという記事は，一般読者に対しては，乳幼児検診にもX線撮影が不要であるという誤った印象を，与えるおそれがあるということです。（新生児検診には X 線は無意味なのでとっていないのが現状で，さいきん3カ月検診のさいX線撮影を拒否する母親があらわれてきています。）むしろ，3カ月検診での X 線は，きわめて大切で，この時期に見落された LCC 例の将来を考えると，3カ月検診を更に普及させることは協力してほしいと思います。

（追加） Von Rosen の居住するスェーデンのマルメ市では，新生児検診が普及しており，産婦人科医はもとより，保健婦，看護婦までもが協力することによって，現在では3カ月以後の難治 LCC 例をほとんど見なくなったということをつけ加えておきます。

（〒 112　東京都文京区小日向2-28-7）

永井　どうも有難うございました。次は光山先生おねがいします。

L. C. C. の自験例

光　山　恭　子

北区で小児科を開業しております光山でございます。今日は患者の立場としてお話しをしたいと思います。私は昭和3年1月5日に生まれました。両親は，私が歩きはじめたのが遅いのと，あるき出してから歩き方がおかしいというので群馬県の日赤病院整形外科に受診しております。病院では私のX線写真を見て，手におえないからというので，東京の田代病院に紹介されて整復手術をしております。私は母が早く亡くなりましたし，私を見てくれた祖父はおりませんので何歳頃かわかりませんけど手術室の模様や，ベッドで泣いたこと，X線写真や色々なことから2歳をすぎていたかと思います。27歳の頃子供が生れましてから，病院に勤めていましたとき，ときどき疼痛がありました。特に駅で待っていたときは神経痛かなと思いながら，その時は別に気にとめないでいました。40歳の頃からながく歩けなくなりまして，駅から15分位ですけれど，いつもかけていたのですが10分位あるくと疲れて立ちどまらなくてはいられなくなりました。42歳の頃自転車やスクーターなどからおりたとき，また自動車を運転しておりたときなど立てなくなりました。43歳の頃，自動車を40～50分運転して通勤，両股関節の疼痛強く，夜眠れなくなりました。特に右が痛みまして整形受診の結果，L. C. C. と診断されました。

今迄の経過を見まして，私は女学生の頃，バレーボールの選手や山登りをしました。もう治つたと思っていました。夢にも病気が出るとは思ってはいませんでした。それが幸福だったか不幸だったかわかりません。43歳のとき整形の先生から，「骨が悪いよ」といわれましてから，自分が仕事や色んな面で心が萎縮して行くのがわかりました。（満場黙然……）……今でも同じ様な患者さんに会うとその気持がわかるような気がします。……ここにX線写真をもって参りましたので御覧になって下さい。

（〒 114　北区滝野川3-71-11）

永井　どうも有難うございました。それでは光山先生の貴重な御話を終りましたので，会員の先生方の御発言をおねがいします。

自　由　交　見

永井　では会員の方々から御発言をおねがいします。加藤先生どうぞ……。

加藤（三鷹市）：本会には余り出席しませんで，今日は，L. C. C. のことについてのお話があるというので，日頃実地にたずさわっていまして整形外科医を悩ます病気であり，勉強になると思いまして出て参りました。で，只今諸先生のお話をうかがいまして，L.C.C. の本質，診断，治療等々につきまして，ほとんど総て網羅されておりますので，特に新らしいことを申上げることはありません。整形外科専門医の一開業医として，一応感じたことを申上げまして参考になればと思います。

L.C.C. は，まだ原因がわからない病気で，色々学説はございますが，どれという決定的な説はないようです。

成因に関しては整形外科学会でも，昔はテーマに取上げられましたが，ほとんど進展がございません。ただ治療の方では，ここ10年間変化してきまして，これは先程，佐藤先生が具体的に詳細に話されたことです。要するに根本となる思想は，Jentle reduction であります。で私は不勉強で山本浩先生の本を読んでおりません。3歳から5歳までなら時期おくれではないということですが，これは昭和38年のことです。チェコの Pavlik が Riemenbügel を考え出したのは1958年です。70年前には，ローレンツの考え出した方法が革新的とされ，これで，今迄の L.C.C. の治療が一きよに解決され，絶対の権威を持ちまして，日本のような医学の伝統のないところでは，この方法が絶対支配をしておりました。しかしローレンツの治療は，治療成績が50%にみたないので，これより良い方法はないものかという考え方があらわれ，その中でパブリックのリーメンビューゲル法を長崎大学の鈴木教授がヨーロッパに行ったとき持って参りました。これは東大の医局でも用いられましたが，むしろ冷淡に迎えられ，亜脱臼には良いが完全脱臼には無理であろうといわれていました。そのため普及はおくれたようで，山本先生の書かれたのはその過渡期のことではないかと思われます。山本先生としては，ローレンツの方法では余りにも結果が悪いから，そのパラドックスとしておっしゃったかと思います。

それから L. C. C. は原因が未だわかっておりません。病像が赤ちやんの個人個人でちがい，多様であって一元論ではゆきません。私は，リーメンビューゲル法が色々ある中でも1番良いと信じてやっております。これが唯一最高のものではないと思います。オルトラニのクリックサインは，ここに印刷したプリントにあります道具はいらず，クリックサインだけでわかるという方法で，日本で一番最初やりましたのは，京大の山田先生が直接ホンローゼンのところに留学して日本につたえられ，京大の関連病院で各整形外科医が手技を統一し，その統一した手技で練習し皆で連絡して行った。その結果，山田先生は，大部分がこれでつかまえられ，少数ではあるが見逃がす。何千例かのうち1ケタの症例があるそうです。これは以前聞いたのですけどスェーデンのマルメ市民病院で生れた赤ちやんの脱臼について調べたのと調べないのとの差をとって見たことがあるそうです。私は直接山田先生からオルトラニサインを教わりました。この方法は生れてすぐの人にはできません。で L. C. C. は色々な診断法があっても良いので，オルトラニサインは優秀な方法の一つだと思います。

次にX線のことですが，これにはお母さんを説得することに時間がかかります。たしかに生れ立ての赤ちやんは撮らない方が良い。生後3カ月が良いと思われます。

それから，Riemenbügel の方法は自然修復を含めて力を支えるという考えで治してやろうという方法であって，よしんばうまくゆかなくても(－)の因子を残さないで行うという意味で良いと思います。もう一つローレンツには，マッサージに数カ月間を要し，母親に負担を与えます。Riemenbügel は，はずしたとき一切マッサージの必要はない。マッサージは有害無益で，赤ちやんには，マッサージをしてはならないのが原則です。

この方法を一番熱心にやっているのは坂口先生で，こまかい勘どころは坂口先生から教えていただきました。先生の著書に専門外の方でも良くわかるように詳細に書いてございます。大雑把な話でありますが，これで終りといたします。

永井　私はこの問題の理解をもう一つ深めるため，東大の外科の石田正統教授（小児外科専攻）に意見をきいてみました。それを御紹介しますと，

「まず一般論として，臨床医学には，ことに外科，整形外科，泌尿器科などでは，この例のような対立したちがった考え方はザラにあるもので，このことは医学を進歩させてゆくうえに必要であり，そのことによって医局に人手や患者があつまるという側面もあります。

一例をあげてみると，椎間板ヘルニアの治療で，椎間板のヘルニエーションが極めて著しい症例にたいして，ことにそれによる圧迫症状がとくに強く，他に方法がないものについてだけ，それも慎重に手術にふみ切ろうとする立場（東大），したがって手術例がほとんどないないというものが一方にあり，また他方には積極的に手術をおこなう立場（慈恵医大）があり，その間には大きなズレ，ひらきがありますが，これが臨床医学の実情だと思います。

つぎに，この先股脱にかんする私の考えは，基本的な方針としてはやはり早期発見が大切で，発見したら継続的に専門医の管理をうけるよう指導することが必要だと思います。

ただ，さきにも述べたように，専門医にもいろいろな考え方の人がいるので，どの人にまかせるかについては検討が必要でしょう。

なお，先股脱について私は現在定説がどうなっているか知らないので，東大整形外科の津山教授にきいてあげましょう。」

津山教授の話はこうでした（石田教授談）

「先股脱にたいする治療法は，

1. 従来の方法（われわれが昔習ったもの）

ローレンツの方法で，オムツがとれる頃，ギプスをかけるが，この方法では骨頭の萎縮やネクローゼがおこり，結果がよくない例が多く，おこなわれなくなった。

2. 10年位前から，布製の足つり具による治療法がおこなわれるようになり，これによって90%以上のものがよくなるので，現在これは世界的にみとめられています。治療の開始時期は生後数週。」

つぎに，プリントに書いておいた朝日新聞が報道している方式ですが，これは外国の学者が考案したものを鈴木教授がつかってやってみたということ，それから治療の開始時期が出生直後と生後数週というちがいがあります。

さて，以上の石田教授の話，津山教授の話からいろいろなことがらが明らかになったと思います。

第1は，臨床医学には，合意の得られないことがけして少なくない，また学者や専門医は互いにあい対立する考え方を研究上必要とさえしているということ。

したがって，学者や専門医に臨床医学におけるコンセンサスを明確に打出してほしいと要求しても，それはなかなかむつかしいと思われ，むしろ，事柄の性格からいってわれわれ実地医家が取り組むほかないのではなかろうか，そういう予感がします。

つぎに，第2にわかったことは，学者や専門医が「これは一般に認められている」というばあい，それは専門家同志のごく限られた狭い範囲の合意であることがしばしばあるというです。この例でいうと，整形外科の津山教授は自分の専門領域なので，生後数週たってから足つり道具（布製）で治療するのが世界的に認められているといわれますが，かなり専門領域が近い小児外科の石田教授はそのことを知っておられない，というわけで，これが臨床医学の現実の姿であります。

このことは大へん重要な意味があるのでよく確認しておく必要があると思うのですが，そのわけは，新聞や雑誌の記者の方が，この狭い専門家同志だけの合意事項を，いかにも臨床医学全体の定説として報道してしまうことがあるからです。このことは患者に誤解をさせて，医師とのあいだにトラブルをおこしたり，医事紛争の原因になる危険があります。

さて，最後に第3番目の問題点は，この石田教授や津山教授の話には出てこなかった，山本浩先生が強く主張していらっしやる〈人間不在の治療〉であるかないかのチェックです。山本先生の治療指針は，私たち人間尊重の医学を目指す実地医家にとって，大へん貴重なものだと思うわけで，その精神は医学がどう進歩して，かわっても生きつづけるものと思います。

ただ，山本先生があの本をお書きになったのは今から10年ばかり前ですから，それまでの整形外科には今話題になっている布製の足つり装置はなく，ローレンツの方式で装具をつけるか，ギプスを巻いていた時代です。それで，山本先生はあまり早い時期から装具やギプスで固定してしまうことをいましめておられるのであって，布製の足つり装具を否定しているわけではないことがわかります。私たちとしては，山本先生が生きておられたら，このあたらしい布製の足つり装具の治療について，何と批評されるか伺いたいところですが，それがかなわず残念に思います。

ただ，私たちは現実問題として，患者からどうしたらよいかときかれ，これに何とか答えなければならないわけです。そこで以上のいろいろな事実を頭に入れたうえで，最後に，山本先生があれだけ強く，“3歳，多少おくれても5歳までなら絶対に時期おくれということはない”といわれた方針を，布製の足つり装具の治療法のため，180°方向転換して，生後数週間の時期から開始すべきだ，と改められるだろうか，私はまだこの点は，時間をかけて検討してみてゆかなければならないと考えます。したがって現時点ではまだ山本流の指導があって差支えないと考えており。

永井：それでは時間の関係もありますので，次に皆様の御発言をおねがいします。

浦田久（川崎市）：川崎で小児科を開業している浦田でございます。L.C.C. に関しては先程の木村先生と全く同じ立場をとっています。L.C.C. の患者につきまして私の経験を話して見たいと思います。このことにつきまして整形外科の専門医に話をしましても，こんなことは考えられないことだと申しております。

患者は，昭和40年生れの女子です。受診は水痘でやって来ました。L.C.C. に関しては，母親からアナムナーゼをとりまして，正確なところはわかりませんし，カルテの記載も忙がしさにまぎれて充分とはいえません。

生後5カ月で，保健所で乳児検診を行い異常なしといわれ，勿論X線はとっていません。生後10カ月でも矢張りL.C.C. に関しては異常なし。2歳のとき自転車で足をひっかけ外科に行きそのときも外傷以外は異常なし，その次もお父さんの自転車で足をひっかけ，外科に行き異常なし。3歳のとき保健所で異常なく，4歳6カ月のとき保育園で運動会をしたとき足を引きずっているので保母さんに注意され，保健所に行ったが異常なし。そこでかかりつけの医師から都立の病院に行ってこのときはじめてX線をとり，L.C.C. ということがわかった。満5歳のときである。この時の先生は大変おこって，どうしていままで放っておいたかといわれた。しかしおこる方が無理ではないかと私は思った。私は外科の手術は知らないが，病院で関節に Luft を入れて注射をしたが若い女医さんでどうしてもは入らず，左下肢の痛みを訴えた。そこでL.C.C. に関係なく2カ月入院した。その後片方の手術をしてその手術は成功した。しかし歩くと関節がはずれるといわれ，3カ月入院し，外来に2年間通院している。成人になって再手術をすれば良くなるといわれた。今でもすぐはずれるそうである。現在は下手にいぢらない方が良いといわれた。この症例は何処に問題があるのか。はじめの診断がつかないものか。手術のことは専門の先生でなくては何ともいえない。がそこに問題がありはしないか。何故こんな可愛想な症例が出て来たか。又こういう経過もあるものだろうか。以上の疑問があって，この一例を申上げた次第であります。

永井：外に御意見がありますか。

栗原（習志野市）：今日のお話は，「臨床医学におけるコンセンサスを求めて」という題で，たまたま L.C.C. の話が出て来たという風に私は解釈しております。医学に絶対はないということは勿論であり，そのセッパつまったところで何か一つの期待をもって何らかの効果を求めようということだろうと私は思っております。だが忘れてはなら

ないのは臨床医学というものがどういうものかということをもう一度考えなおして見る必要があるということ，絶対性がない以上は，お互に人間同志でよりおおくの合意を得られるということが，その時代，時代の絶対的条件ということではないかということです。正しい治療が確立されていませんのでいきおい流動的になるのはいたし方のないことであります。治療の理想としては，自然治癒が理想的であって，自然治癒で手を加えない方が良いと思います。よりおおくの合意が得られるということでは，assentient の過程が必要であり，それには自分の考えをおおくの人に提示して，よりおおくの意見を入れるということが必要であります。最近アメリカのウイードが，P.O.S. ということ（問題思考の System）を考え，それにおおくの人のコンセンサスを得ることが必要であるといっております。専門家のはじめていいだした意見は大体絶対と思われやすい傾向があります。これは色々な人の批判を経てでなくては，そうはいえないと思います。私達の考え方の態度を考えることが必要であって，患者1人1人というものは，顔がちがうように，治療も画一的に行なわれず，ケースバイケースとして行うのが臨床医学の行き方ではないかと思います。今迄の臨床医学が主訴とか，他覚的所見とか，検査の所見を得て治療が行なわれる。そこには病気というものしかなく人間生活の Data が全くないのであります。矢張りこの生活をしている人間というものが必要であり，光山先生が病気が治ったといわれたことが幸福であったか不幸であったかわからないと，そういったところに私達が考えなくてはならぬ大切なことがあるのではないか。決して医学の独善的なものにしてはならないということが必要であると思います。

余り急いで新らしいものにとびつくということ，不確かなものにとびつくことは民間療法にとびつくのと本質的には，かわらないことだと思うのです。謙虚に患者の悩みを充分解決出来るようにすることが必要なことでありましょう。

永井：今迄の総まとめのような，非常に良いお話をしていただきましてありがとうございました。後で何か御質問やお話したいことがありましたら，又御発言していただくことにしまして，第1の演題を終ることにします。

司会：では次に第2の演題には入ることにします。順序をかえまして，前橋の得津先生どうぞ……。

（2） 本年もっとも印象に残った症例

1） 整形外科から

指尖部切断に対する triangular rolar flap 法

得津雄司

私は，前橋市東部の木工団地の近くで開業している関係で指尖部切断例を治療する機会が多い。過日作業場を調査したところ現場はすべて機械化されて，危険は各所にみられたが，就中電気鋸が一番危険なものであった。

指尖部切断例の外科的処置に際して注意することは指の短縮をできるだけ避けること，知覚を保存すること，瘢痕を少なくし，将来疼痛をきたさない指先をつくることである。

最近 Erdogan Atasoy (1970) が指尖部切断に対して triangular rolar flap 法を行って非常に良好な結果を得ている。

手術方法

Metacarpal block 麻酔にて掌側の切断面に底辺をおいた三角皮弁となるよう，V型の切開を神経，血管を損傷することなく皮膚全層の深さまで

加える。このとき三角皮弁の頂点の角度を60°以内とする。

皮弁の移動をもっとたやすくする為，掌側の骨膜上から遊離させ，またV型切開部をエレバで神経血管を損傷させないように広げる。基底部の両側の一部は骨膜上まで切離する。緊張の強い縫合をさけるため許される範囲で骨の十分なdebridement の後に三角皮弁を skin hook で distal, dorsal へ移動させ，骨を被い，掌側の V 型切開はY型に縫合する。約5mm 前後の皮膚の移動が得られる。

7例8指の指尖部切断に対して本法を追試したところ結果の不良のものでも断端形成術の初歩的なミスによるものであり，適応を選べばtriangular rolar flap 法そのものによる障害はなく，本法は手術方法も簡便であり，治癒後の外形も良好で瘢痕も少なく，運動障害もみられず，有利な点は normal sensation を保つことである。

従来の種々の方法の他に triangular rolar flap 法も高く評価してよい方法である。

(〒 379-21　前橋市野中町 245-3)

2) 小児科から

小　宅　健　雄

尿路感染症は小児科臨床上しばしば遭遇する疾患でありながら，診断上，治療上多くの問題点を抱えており，特に乳幼児の反覆性尿路感染症は尿路奇形を合併する場合が多いようで，小児科医はその点を念頭において日常の診療にあたらなければならない。

症例は7カ月女児，家族歴，既往歴には特記すべきことはない。昭和47年12月，発熱，食欲不振，尿混濁で当科に来院，腎盂炎と診断し治療，まもなく治癒した。その後昭和48年1月，4月，に再度発熱，排尿困難，尿混濁をくりかえし，反覆性腎盂炎の診断で入院，検査を施行した。検査成績は血液像は特に変化なく，血清生化学ではA/G 比の低下，CRP 陽性以外特に変化なく，尿所見は蛋白陽性，沈渣では白血球，赤血球，上皮細胞が多数認められ，桿菌も認められた。排泄性腎盂撮影では両側の重複腎盂尿管と膀胱内に円形の陰影欠損を認め，右腎上極の水腎性変化を認めた。以上の所見より尿管瘤のための反覆性尿路感染症と診断した。

尿管瘤はさほど稀な疾患ではないが，わが国においては小児尿管瘤の報告例は少ないのが現状である。これは泌尿器系の先天異常に対する臨床医の理解が少く，尿路撮影によるスクリーニングが充分でないため，発見の機会が少ないように思われる。

本症の合併症については重複腎盂が最もよく知られており，水腎症，水尿管も程度の差こそあれ伴うことが多いようである。

臨床症状は尿管瘤は小さければ無症状のこともあるが，一般には尿路系の閉塞と感染による症状が多い。しかし小児の場合は尿路系疾患に固有の症状を示さない場合も多く，年齢が低い程その傾向が強いようである。1歳以下の場合は発熱，嘔吐，体重増加不良，腹部膨満など症状が複雑で不特定なことが多いようである。いずれにしても腎障害が進行しない早期に診断し，適切な治療を加えることが必要であると考えられる。

(〒 312　茨城県勝田市東石川南 782-7)

3) 皮膚科から

園田節也

与えられた演題とは少しことなるが，従来の成書などに余り記載のみられない症状を示し，本年眼についた2,3の疾患についてスライドにより簡単に報告する。

1）手足口病（Hand-Foot-Mouth disease）

昭和44年～45年に大流行をみ，その後しばらく影をひそめていたが，今夏，再び流行したようである。前の流行時に成人例を私は経験しなかったが，今回は成人例4～5例を経験した。最高年齢は41歳の女子であった。また，今回のものは成人例を含め，比較的軽症のものが多かった。

2）Ritter 型 toxic epidermal necrolysis（TEN と略）（Lyell）。

これは Melish ら(1970)がいう staphylococcal scaled skin syndrome と同じものと考えられている。

主として0歳から3歳までの乳幼児がおかされる。必発症状は口囲の発赤，眼囲の発赤，頸部，腋窩，陰股部の猩紅熱様紅斑，粃糠様～膜様の落屑で，その他，紅斑部の摩擦痛，軽度の発熱，口囲の放射状亀裂などがみられる。

原因は黄色ブ菌である。治療は抗生物質の投与のみでよく，ステロイドの全身投与は，必要ないとされている。予後は良好と考えられている。この疾患は Ritter 新生児剝脱性皮膚炎と本質的には同じものとする考えがある。Lyell の薬剤による TEN とは別症と考えた方がよい。

今年は膿痂疹が異常に多かったが，膿痂疹からこの Ritter 型 TEN に移行するものがあった。

3）乳幼児の皮膚カンジダ症

これは今年特に多かったというのではない。昭和46年夏頃より多発し，（皮膚臨床14，390，昭47）昨夏，今夏と同様に多発した。相変らず，既治療としてステロイド軟膏を使用している例が多い。本症が多発している原因は不明である。治療はアクリノールボチ，木タール軟膏＋ボチなどを使用している。

（〒131　墨田区文花 3-20-8）

4) 消化器科から

“アセトン尿”について

春日豊和

今季乳児から学童にかけて流行しているカゼ症候群の患児のなかに大変多くのアセトン尿を経験いたしました。少くとも1カ月間に68名ということは例年にない現象でした。

今までの私のささやかな経験では，アセトン血性嘔吐症と言えば小児の場合はいわゆる自家中毒症（周期性嘔吐症）であり，近年めっきり減少し，外来で診ることも少なかったのですが，この疾患は心因を原因としたり，アレルギー性のものとして食事アレルギーが発症の原因であるとされたりしてますが，ともかく1疾病単位であることは間違いないようです。

で一応この周期性嘔吐症は除外しておくとして，今季のアセトン尿をみておりますと，嘔吐の初期には陰性で数時間たって陽性化し，嘔吐も止ってケロリとしても尚陽性で，その後5～6時間

後には陰性化してます。でアセトン体が作られる過程は，少くとも糖質飢餓のために脂質がエネルギー源として動員されるためにアセトン体が作られ増加するわけですが，今季の流行したカゼの場合は，カゼ virus による胃腸障害，膵系，ないし全身異和のために極端な食思不振，糖質飢餓→脂質動員→アセトン体増加の一応定められた回路を通っているようです。勿論この際アセトン体の刺激で中枢性の嘔吐も加わることもありましよう。

さてこの際1疾病単位としての周期性嘔吐症の場合はどうなるのでしようか，心因がアセトン体を作るとは思えません，むしろ心因のための興奮，極度の悲哀が異常な神経性食思不振を来たし，糖質飢餓を呼び，脂質動員という回路をとるのでなくては一寸理屈が合わぬように思います。この辺のことを小児科の専門の先生方のご意見を是非きかせていただき度いと思います。

したがって治療は糖質の補給と，中枢性の鎮静剤ということになると思います。ブドー糖とねむらせることに尽きるようです。

今季のハヤリカゼでアセトン尿症を来たした患者は，8カ月の乳児から19歳の女性までありました。周期性嘔吐症は3～4歳くらいからとされてますが，今季のハヤリカゼは腸管系の異常からのものであり，勿論 M.S. ちやんや，T.K. ちやんのように2～3度同じ日にアセトン尿症をみた場合にはあるいは周期性嘔吐も顕在していたと考えられるようです。

なお，小児腹瘤を訴えるものに糖尿病があることは常に念頭におき，アセトン体と，糖の検査は忘れるべきでないと思います。今季のアセトン尿を示した患児に1例の糖陽性者はみませんでしたが。

（〒 162　東京都新宿区山吹町69）

5）婦人科から

高在縦定位のお産

本田三郎

先生方に最も関係のなさそうなお産の話を取り上げますことをご容赦願います。今年，印象にのこる経験例として「高在縦定位のお産」を報告するのですが，頭の片隅に押しやられております産科学の知識を想い出され，お産の現場に立ち合われたつもりで聞き流していただければ，と思います。

お産は labor，つまり労働であり，骨の折れる仕事でもあります。ふつうのお産――つまり産婦の肉体的仕事だけですむお産は宜しいのですが，骨の折れるお産――これが難産，または異常産――となりますと，産科医も四苦八苦することになるわけです。

型のように，ごく簡単に産婦の既往歴と現症歴を申し上げますと，M.K. 26歳，1回経産で体格は小柄，いくらか小肥り気味です。4年半前のお産はきわめて順調・安産であったとのことです。

今回の妊娠については，最終月経が48年1月28日から4日間，分娩予定日は11月5日です。妊娠経過に特記すべき異常はなく，11月12日，夜9時頃から陣痛らしい下腹痛があり，早速入院致しました。妊娠9カ月の末頃から気に留めていたことが一つありました。それは先進児頭の下降が悪く，いはば頭が浮いている状態（floating head）にある，ということです。これを出発点として述べていきます。

初産婦ですと，妊娠後期には先進児頭，または先進臀部が骨盤内に陥入，固定するようになります。もし，先進児頭が浮いてグラグラ触れるようですと，C.P.D，つまり児頭・骨盤不適合の疑いをかけ，外計測，内計測，またはX線による骨盤計測を行うことになります。いよいよ陳痛が始って子宮口があるていど開大する頃に，児頭が陥入，下降してくるばあいも少くありません。しか

し，子宮口が全開大に近くなり，2時間ほど経っても進行が遅々としているばあいには，C.P.D，または，その他の異常（低位胎盤，定位・胎向の異常，仙骨の異常，臍帯過短や巻絡など）を考えねばならないことになります。

他方，経産婦ですと，妊娠末期まで児頭が陥入，固定しないばあいは少くありませんが，陣痛が始りますと，たいてい児頭は陥入，下降してきます。そこで，子宮口がかなり開大し破水しても，まだ陥入・下降しなければ，先程述べましたような異常を考えることになりますが，初産婦とちがい，経産婦では C.P.D の頻度はズート低率です。

さて，以上のような予備知識の下に，当の産婦の分娩経過をみますと，夜9時頃の入院時所見で，陣痛の程度は軽く，子宮口開大度は2指，頸管の展退も不十分で弾力性の抵抗があり，睡眠剤を投与し，レリーズVを注射して産婦を休ませました。翌午前3時半頃から本格的な陣痛となりましたが，午前9時半頃に3指開大，10時半頃4指開大，午後零時半ほぼ全開大に近くなりました。時間的関係は初産婦と同じで，経産婦としては遅延しております。

午後1時人工破膜しました。そこで内診してみますと，まだ児頭は高く位置し，高在縦定位という定位・胎向（骨盤に対し，胎児が然るべき位置や向きをとること）の異常ということがわかりました。高在縦定位は0.4%，つまり，250のお産に1つぐらいという頻度です。

高在縦定位を簡単に説明しますと，陣痛と共に，骨盤入口面では，最長の経線である横径を，児頭の最長径線である，矢状縫合と一致して進入し，さらに児頭が下降するにつれて廻旋し，矢状縫合はほぼ骨盤腔の最長径線に一致するように廻り込みます。ですから，骨盤入口面に近い位置で，児頭の矢状縫合が骨盤の横径ではなく前後径に一致していては，骨盤内に進入し下降することはむつかしいわけです。

約2時間待ち，そのあいだに子宮口から入れた内手で児頭を持ち上げながら横に向きを変えるようにつとめ，同時に外手で児背を同方向に向けようと，いろいろ試みましたがうまくゆきません。

ここで，いよいよ帝王切開に踏み切るか，吸引の鉗子手術を選ぶか，という段階に追いつめられたわけです。ヤレヤレと思いながらお茶をのみました。初産婦なら帝王切開であろうと判断します。このばあいは経産婦であり，子宮口は全開大に近いのであるから，まず，吸引を試みようという選択をしました。ところが，30分ほど胎向を変えるよう図りながら吸引牽出を試みましたが，これまたうまくゆきません。10回位試みた後に断念しました。児頭はいくらか下降しましたが，まだ骨盤底までは下っておりません。

最後に鉗子手術を行うことに肚を決めました。かなりの高位鉗子になります。頸管裂傷（きわめて危険度の高い分娩出血がおきる）は不可避であることは明白ですから，その処置・縫合の用意と，点滴の準備をととのえました。

3時50分，児心音の整調であることを確めながら鉗子による牽出を行いました。ソロリソロリと力を加えてゆき，力の配分に偏りがないように相当な力で引っ張ります。かなりの抵抗があります。5回の牽出によって，ようやく胎児を娩出させることができました。すぐに泣き声をあげて仮死にはなりませんでした。4時5分です。すぐにメテルギンを静注し，5分後に胎盤も娩出しました。

この時にはもう酸素吸入と点滴を始めておりま

骨盤入口面での児頭の位置

ふつうの定位

高在縦定位

したが，さて，出血は！と目を凝しました。意外に少いのです。内手を挿入して凝血を排除し，頸管を触知しますと，見事に横に切れています。分離腔鏡を挿入して光を入れてみますと，確に子宮口は横裂して腟壁近くまで及んでいますが，嘘のように出血しません。助った！と思いました。型のようにカットブートで縫合し，腰を伸ばして煙草に火をつけたときの解放感！

産褥経過に異常はなく，一週間後に退院することができました。このお値段は，1週間入院分，新生児の介補料，保険収入を含めまして12万円です。

（〒 181　東京都三鷹市牟礼 1-12-10）

6）循環器科から

本年もっとも印象に残った症例

森杉昌彦

今年，強く印象に残っている患者は幾人かありますが，最近インフルエンザが猛威を振るっていますので，流感に感染した重症心臓病患者の例を申し上げてみたいと思います。

本年の1月中旬，かねてから心臓弁膜症で加療中の患者がカゼをひいたからということで往診を依頼されました。この人は46歳。十数年来，心臓病で有名なH教授の治療をうけており，これまでも何度か教授の病院に入院しております。病名は，僧帽弁狭窄兼閉鎖不全兼大動脈弁閉鎖不全兼三尖弁閉鎖不全で，胸部X-Pをみますと，まるで「胸中心臓だらけ」。弁膜症のなれの果てとでもいいたくなるような状態です。こんな人が流感にかかったのですから，たまりません。起坐呼吸，顔面チアノーゼ，体温 40°C。自家用の器具で酸素吸入をしていました。家族は「カゼをひくといつもこんなんですよ」と割にケロリとしていましたが，どう見ても急を要する状態です。応急処置のあとで，緊急に入院を要することを話し，H教授に連絡をとりましたが満床でダメ。そこで，私の親しい他の大学のY教授を拝みたおして CCU の一床をとって貰いました。これで一安心と思ったところ，患者はH教授以外の所へは入院しないと頑張るです。何と説明しても，きき入れません。やむを得ずY教授へはキヤンセルの電話をかけ，しばらく様子をみるということで帰ったのですが，それから約10時間後，患者も苦しさに耐えられなくなったのでしょう。家族の判断で，どこでもよいから救急病院へということで救急車を依頼したのですが，病院への途中，車中で死亡しました。

このケースについて，私なりに反省していることが幾つかあります。

1. 流感の予防の問題です。重い心臓病患者ですから，予防接種を受けることは無理だったと思います。それだけに，流感を家庭に持ち込まないだけの配慮が家族に欲しかったということです。流感に限らず，重症患者をかかえている家庭では，患者の治療だけでなく，家族の教育を平素から心掛けておくことが，家庭医としては大切なことと思われます。

2. 十数年来，ひたすら信頼し続けて来た主治医のところへ，最後のドタン場に，入院させて貰えなかった患者が可愛想でなりません。これは何もH教授の病院に限ったことではなく，現在，大都市で，突然，特殊な，しかも重大な状態に落ち入ったら，スペェシャリストのいる病院に入ることは非常に困難です。となると，そんな患者はどうなるのか。これを考えると背すじの凍る思いがします。各科の専門医と充分な設備を持つ救急病院の増設が望まれます。

3. たとえ患者がH教授以外の病院への入院を拒んでも，あの場合，私は，患者の意思を無視してもY教授の CCU に入れるべきではなかったか。そうすれば，急場をしのいで救えたかも知れない。この点について，私は今も非常に悩んでい

ます。

以上申し上げたことについて，先生方から御意見をお聞かせ載ければと思います。

（〒 107　港区北青山 3-7-101　第一青山ビル）

7）心身内科から

渡辺　　淳

大田区で開業している渡辺でございます。本日は上記の表題をあたえられまして，しかも三分間で話せという厳命でございます。いろいろと考えてみましたのですが，特に印象深かった患者，ことに，心身症（きわめてあいまいな概念で，こんな病気があるのかどうか疑わしいと思っておりますが）の症例を3分間で話せというのはいかにも無理な話でございます。しかし引受けた以上，御約束を果たさないわけにもゆきません。考えあぐねた結果，最近読みました本の中に手頃な長さのものがございましたので，御紹介し，合せて皆様に話題を提供する形にして，その責をふさぎたいと存じます。

祖父江逸郎先生の編集で，南山堂書店から臨床各科の心身症という本が出ております。この本の p. 44，S.K 36歳女という関節リウマチの症例がのって居ります。概要を述べますと，33歳より手が硬く動かなくなり，3カ月後に左肩関節痛がおき，次いで左肘関節痛，左膝関節痛，両膝関節痛と進み，副腎皮質ステロイド投与をうけ一旦症状軽快致しました。その後，東京から名古屋に転勤し社宅に住むようになってから症状悪化し副腎皮質ステロイドの内服を続け離脱が困難になりました。岐阜県立多治病院神経内科の安藤一也先生の御診断では definite な関節リウマチとなっております。この症例を名古屋大学医療社会事業部の medical social waker の大島元子さんが症例分析を行なっておられます。それによりますと，発病時期に相当して，気むずかしい姑の看病をして心身ともにすっかり疲れてしまったこと。又3カ月後のときも精神的疲労が重なったこと。かかりつけのお医者さんからデカドロンをもらって一晩でよくなって以来デカドロンを離せなくなった。夜痛くなくても明日痛くならないかという不安から服用するようになったこと。名古屋の社宅ではやはり精神的につよい緊張，気苦労を強いられる状態であったこと。昭和40年12月家が建ち，引越してから知らないうちに自然によくなり，薬ものまなくなっている。と報告されております。

この症例で興味を引くことが2つあります。

1つは慢性関節リウマチスというような大変肉体的疾患を考えられる病気にもやはり，心因的要素を背景に持つことが，予想されるということです。言葉をかえていいますと「一体患者は何を求めて医師の門を叩くのか」という根源的な問いかけが聞えてくるように思えます。

患者はただデカドロンを貰うためにのみ医師のもとえ来るのでしょうか。又医師は患者に検査をし，注射をし，薬を与えること丈に専念して，それで病気が治せると思ってよいのでしょうか。

もう一つは，ソーシャルワーカーという分野の医療の中に占める重要性であります。これはとりもなおさず，パラメジカルと呼ばれる人達の重要性でもあります。今日医療は技術的にも，概念的にも，日一日と拡大してゆきつつあります。医療はすでに医師丈のものでなくなって来ていることを具体的に示唆するよい例ではないでしょうか。

医療は医療を考え，且つ実践するすべての人々のものとなって来ているように思えます。今や世界保健機構（W.H.O.）を始めとし，世界的な規模で医療の急速な変革と，再組織とが行われつつありますが，その中でわれわれ実地医家の立場を明確に見通し，われわれの日常診療を新時代の医療に適応させてゆくことも大事なことではないでしょうか。

（〒 134　大田区山王1-42-3）

自　由　交　見

司会　どうも有難うございました。以上で一応演者の話は終りました。そこで先程の宿題として残しました春日先生の今年の風邪に伴っておこりましたアセトン尿症につき，どなたかありましたらよろしくお願いします。

浦田(川崎市)：今年流行した風邪に非常に嘔吐が強いことに気がつきました。晩春から初冬の候に仮性小児コレラが多いことは数年前にそういうことがあり，それ以後少くなり，今年又こういう風邪が出て，これが果してわれわれが従来習ってきた自家中毒症とどういう関係があるか，高津教授が記載した中に広義の自家中毒と狭義の自家中毒とありますが，このことにつき1939年の児科診療に染谷博士が，Ⅰ，Ⅱ，Ⅲ型というふうにわけて，Ⅰ型は，水様便又は粘液便を伴ってくる，Ⅱ型は，38°C から 39°C の発熱する風邪症候群，Ⅲ型は，前駆症状がなくて発症するものとわけておりますが，これ等には全然は入らないものです。私は春日先生から電話をいただいて，11月の16日から，12月の13日まで，シノテスト3号を用い，52例をやり，そのうち8例をコントロールとしました。このコントロールの中には，嘔吐を伴なうが明らかに下痢，急性胃腸炎と称するもの，他に気管支喘息，扁桃炎のあるものをとりこれ等は，アセトン（−）で，残り44例について調べましたところ，年齢分布に2つの山が見られました。つまり，3～5歳と9歳以下と二つの山がありました。アセトンの強さは，5mg が1例，10mg が18例，30mg が11例，50mg 以上が14例です。初期症状が来ていないのが私の統計では，80% です。50mg 以上のものは，嘔気か頭痛が強いのとか，中には1～2日経って嘔吐がくる者がありました。

症状の中で発熱につき申し上げますと，発熱は39% しかありません。37°C は 56.3%，38°C は 25%，39°C 以上は，19.7% で半分は発熱はありませんでした。

次に，咳嗽のあるもの43%，鼻汁のあるもの36%，腹痛23%，下痢が9%，咽頭痛のもの9%，咽頭発赤が7%，これが特異な症状で感冒のときは特にのどの訴えが多い。全然ないものが91%です。

治癒期間は平均2.5日であります。治療は，輸液はほとんどしません。鎮吐剤，クロールプロマヂン，ロートエキスを用いますが使っても使わなくても無関係，ただ食餌療法はきちっとやり，アスピリン，燐酸コデインだけをやりました。うちわけ，ロートエキス単味が12例，コントミンが20例，アスピリン，コデインが11例。何もしないのが1例であります。以上が大体，私が今朝4時半におきて3時間かかって行ったのであります(笑)。御参考になろうかと思います（拍手）

春日(新宿区)：もう大変私の印象と同じであります。やはり周期性嘔吐症とちがいますね。

浦田(川崎市)：ええ，私は，アセトン血清性感冒症候群というより外はしようがないと思います。

木村(三鷹市)：春日先生から電話をいただきましたが私は勉強していませんので，やはり体質が関係していると思っています。今度のように全部がアセトンが出るのはおかしいではないかと思っています。グッタリしているのは少く，したがってアセトン血清嘔吐症は私の理解では，自家中毒と一致するという風に考えております。

春日(新宿区)：そうですね。アセトン血清感冒症候群という風にすれば良かったかと考えています。

司会　私も春日先生からお電話をいただき，診断は，急性扁桃炎＋嘔吐としていました。浦田先生の様な症例もありました。過去に嘔吐を経験しているものに多かったようです。又 Befund のないもの，症状のないものもあります。又3例は虫垂炎のもので2例はカタラーリスで手術，1例は滲出質のもの，その他1例は消化不良のものなどでこれは，関係があるかどうかわかりませんがインフルエンザの注射をやったものに2回目から嘔吐があるものを経験いたしました。その他に今の問題で御発言のある方，どうぞ。

佐藤(文京区)：浦田先生に，嘔吐を伴ってくる人にインフルエンザ B_{73} の症状の出ているのがありますが，その他の原因でそういったものがおこっているのかその点どうか。

浦田(川崎市)：これは血清学的にやってみなければ確定できません。臨床像で見ますとインフルエンザでやってくるのが，他の何等かのビールスが混合しているのではないかと思います。コクサッキービールスとかポリオビールスは動物に病原性があって人間にはなかったが，バーネットの説をもってすれば，ある周期をもってそれが人間にやってくる。そういうような気がします。

春日(新宿区)：翌日ケロッとしていても出ることがあるんで……。治癒期間はわずかです。

司会：東京近くは以上の様ですが，小宅先生，水戸の近くではどうでしょうか。

小宅(勝田市)：僕のところでは，アセトンは出ません。Epidemic vomit Syndrom では半分以上は出ません。

渡辺(大田区)：Epidemic-vomit-Syndrom とは何ですか。

小宅(勝田市)：これは風邪の症状なんかなくておこってくる。原因はビールスではないかといわれております。

司会：多少の時間がありますので，まだ……

佐藤(豊島区)：忘れてましたので追加をします。スェーデンのマルメ市では新生児の検診が普及し，産婦人科の先生，看護婦，保健婦の訓練が良く行きとどいて，3カ月以後の LCC は少いそうです。これからわれわれも考えねばならぬことですが，医学記事をのせる場合朝日新聞の科学部の記者はもっと良く勉強してほしいと思っております。(笑い)

春日(新宿区)：加藤先生が坂口さんのことをいわれましたが，医学書院で出している今日の治療指針という本がありますので紹介しておきます。

司会　朝日の記事を見ますと，鈴木教授の考察なさったものは，Riemenbügel をチョッキ型にしたもので，カメの子たわしも大変な発明だと思いますが，そういうところに眼をつけられたのは大変な着想だと思います。他にどなたか。

浦田(川崎市)：皮膚科の園田先生に……。文献を拝見しましたが，治療のところで順次軽快とありますが，これはどの位でしょうか。

園田(墨田区)：軽いのは4～5日ですが，他のははっきりしませんけど，1カ月以上かかっております。

浦田(川崎市)：今年来ました患者で私，ピオクタニン，デカメゾールという薬を用いまして大体1週間かかっております。

園田(墨田区)：ピオクタニンの場合は，皮膚炎，潰瘍をおこしますので注意をしております。

山田(豊島区)：先程森杉先生からインフルエンザと心臓病の話が出ましたが，私の経験した例で，大動脈弁閉鎖不全の75歳位の老人で2月に突然心臓喘息の発作がありましてその後全く正常で元気でした。12月12日にインフルエンザの注射をしました。毎年やっていたので私も気にしませんでした。15日の午前2時すぎ，心臓喘息の発作をおこし呼吸困難を来し入院させました。2日前に予防注射をやって，それから発作前の9時半にスキヤキを食べ10時半にねたといいます。心臓喘息の人は，起す状態と起さない状態は本当に紙一重ですから，普通の人以上にこまかい注意が必要かと思います。

司会：有難うございました。他にどなたかありませんか。

依田(世田谷区)：園田先生に。カンジダ症にはどんな薬をお使いですか。

園田(墨田区)：アクリノールボチ，木タールをうすめて使っております。ただ，ピマフシン，マイコスタチンは非常にかぶれるので安全で効果があるものを使っております。

鈴木(大田区)：永井先生の提案なさいました臨床医学のコンセンサスの問題，私も企画の端くれですが，その一人として，何か問題につきまして，コンセンサスが欲しいと思われる方は是非申出て欲しい。こういった問題は，多々あるんではないかと思います。たとえばいまのL.C.C.の問題でも加藤先生も指摘されていましたが，3週間以後の放射線被爆の問題も何も乳児に限ったことでなく考える必要があると思いますし，L.C.C.に限らず皆さんこれからどんなことを考えていらっしやるか，いろいろな方向があると思います。又医

事紛争でも問題が多々あります。それにはわれわれの第1線の実地医家のメドが必要かと思いますので，どうか今後ともよろしくお願いします。

司会：ただいま鈴木先生から大変いいしめくくりのお言葉をいただきましてこの辺で終りにしたいと思います。今日は多数の演者の方々から非常に貴重な体験談をきかしていただき，又最初のこころみとしてコンセンサスの討論をしまして，きびしい痛烈な批判をこめてこれからいろいろな問題を提起しながら一緒に考えて行き度いと思います。ただ時間的制約からはげしい討論がなかったのは残念だったと思っております。これからは充分時間をかけてやって行き度いと考えている次第です。

それから本会会員であります桑木先生の監修になる「中国漢方医学体系」という本が発刊されました。西洋医学においても大いに稗益させられる内容をもっていますのでお知らせいたします。このあとパーテイに移ります。本日はどうも有難うございました。（拍手）

例会 C. R. C. (48. 12. 16)

新野　稔

第1例は，宮崎三部君（杉並区）の胃前庭部前壁の IIa+IIc の症例で，手術を施行，病理検索までされたものであり，存在診断として，胃前壁と後壁の病変の区別，隆起病変の出し方とその読み方についての解説が行われた。存在診断の鑑別として，レ線の撮影条件，管球がどの方向にあるのか，すなわちオバーチューブか，アンダーチューブかを考え，次に撮影方向の写真はどうなっているのか，腹臥位か，背臥位か，この場合病変の存在するレリーフ，およびその天井のレリーフは現出が異なるので，それらを作図し，拡大率をみると存在部位が決定出来る。隆起病変の出し方として，胃の緊張をとく薬剤を使用し，胃を充分に伸展し，それに加えて二重造影を行い，圧迫法を加えれば，その目的とする所を正，側面より現出すれば診断可能であるが，圧迫の強さと，圧迫の方向をつねに，手ごころを加えてよく現出するよう，そして隆起そのものだけでなく，その周辺の像と，隆起の表面をよく現出させなければならない。要は空気の量と Ba と圧迫のかねあいでいろいろ表現しなければならない。

第2例は，乾達君（清水市）の症例で，前回の C.R.C. でB III型の胃癌と診断され，その後の経過にて潰瘍が瘢痕化して来て，欠損像が段々縮少して来た症例の解説が行われた。よって提出者はビラン性胃炎と結論した。

第3例は，乾達君（清水市）の出題によるものでいろいろな間質性肺所見のあるものの提供があり，肺線維症の解説と，ビマン性散布性陰影の説明があった。

第4例は，佐藤安正君（足立区）の肺性変化に伴う前変化の症例の解説があり，肺癌の診断にも役立つことを力説された。項をあらためて解説する。

当日司会，記録

〔特別寄稿〕

患者のこころへのアプローチ

(その 3)

平 井 信 義

相談事業，とくにカウンセリングの技術の一つに，“患者中心のカウンセリング”があるが，アメリカのロジャースによって，提唱された技術である。このカウンセリングは，今から10数年前にわが国の臨床心理において大いに問題になった。とくに，小・中学校の教師でカウンセリングに興味をもった人々の間に，狂信的になった人が多かったのは，「先生」と呼ばれ，いつの間にか傲慢になった自分の人格にハッと気付いたからと推定され，その意義は大きかったと言ってもよい。もし，この技術が多くの教師の間に普及したならば，教師の人格の変容が起きあるいは教育界には児童中心の考え方が根を下ろしたかも知れない。現在の教育界は，児童中心の考え方がうすれ，教師中心の教育であり，教師の知識や考え方を子どもに押しつけている面が大きく，子どもは教育という名目で抑圧を受けている。教育公害といわれているのもの一つである。

同様な性質のことが，医師と患者の関係についても言える。“患者中心のカウンセリング”が，少くとも相談事業の多い精神科医や小児科医，あるいは心身症の治療に関係している医師の間で取上げられ，それが普及するのではないかと期待していた。しかし，残念なことに，その期待は裏切られた。その原因の一つには，このカウンセリングが多大の時間を要することもあるが，医師が患者に指示や命令を与えるという心を捨て切れなかったことにも大きな原因があると思われる。

“患者中心のカウンセリング”は，患者の立場に立ち，その感情を十分に汲むという技術を用いる。それを，共感的理解とも呼んでいる。共感的理解が乏しい医師に会うと，患児の中には異常な反応を示す者が少くない。自閉的な子どもが母親に連れられて，ある精神科医を訪れたところ，その子どもが，母親と医師の話し合いの半ばで，いきなり医師の机の上にあるものを投げ飛ばしたのである。机の上の書類や医療器具は，床の上に散った。それを見た医師は，「これは重症だ」といったそうである。しかし，問題は，子どもの前で，子どもの悪い行動について話し合ったという，初歩的な誤りを犯した点にある。自分の欠点を目の前で話されれば，大人だって腹が立つ。しかし，大人はそれをこらえることができる。普通の子どもだっていやな思いがする。しかし，話がむずかしかったり，鈍感であったりするので，その場にいて強い反応を示さない。ところが自閉的な子どもには，非常に鋭敏な面があり，自分のことが話されていると，いきなり攻撃的な行動に出たり，自分の耳をおさえたり，母親の口に手をあてがったりする者もある。子どものいる前では，カウンセリングをしてはならないのである。とくに，子どもの悪い行動について話し合うことは，厳禁である。その医師に対して敵意を持つ。カウンセリングの前提条件であるラポール（親しい関係）は成立しないから，真のカウンセリングは行えないことになる。そのような，医師による報告が，カウンセリングなどは効果がないというものであっても，もともとカウンセリングなどは行われていないのである。

子どものいる前で，母親を叱ったり責めたりする小児科医もある。それを見て，子どもはどのような感情を持ったろうか？　母親もどのような反応を示すであろうか？　よく母親は「先生に叱られた」という。この表現には大きく分けて二つの

内容があり，一つはその医師に敵意をもっている場合であり，一つは，医師の言葉にハッと気付いて内省し，叱られたように感じている場合である。恐ろしいのは，敵意を持っている母親が少くないことである。「ご近所で，何か急病のときには診てもらわなければならないから……」ということでうわべでは敵意をかくしている。しかし何かのときにそれが現れて，医師との間にトラブルを起こす。医師の側には，「診てやっているのだ。来なくてもよい」という気があるからそれで済むが，母親と子どもの心にはいつ迄も傷が残っている。

“患者中心”の考え方は，悩んでいる患者の立場に立って，それに共感することである。この考え方は，医が仁術であることに通ずる。仁とは，いつくしみの心であり，思いやりの心である。この心を基盤として，患者と医師との間にラポールが成立しない限り，相談事業は効果をあげることができない。相談事業に当たる医師は，常にラポールの形成に努力するとともに，とくに“患者中心のカウンセリング”について，その技術と考え方を学習することが大切である。そして，医師自身の人格を変容する努力が必要となる。

テレビやラジオの医学番組を視聴していると，医師の人格がよくにじみ出ている。ていねいな言葉を使っていても，患者を弱者として見下しているような心の片鱗が言葉の端々に現れていることがある。とくに，自分の考え方を一方的に押しつけている医師や，育児相談などで「お母さんが悪い」などと言い切っている医師があるが，相談事業の基盤となる心が失われている。医師の傲慢な心を現われている。

指しゃぶりのある子どもの母親に対して，「お母さんの愛情が少いから」と説明している小児科医が少くなかった。愛情は，人間の人格の基本にも触れる問題である。それについて疑われた母親は，悲嘆にくれ，その医師に強い敵意を持つ。そのような医師は，「愛情とは何か」「自分も本当に愛情があるのか」などを考えてみたことのない人と言うより他はない。相談事業の精神には逆行している。

心ある医師は，“患者中心のカウンセリング”に興味を持ってほしいし，少くとも相談事業に関係している医師は，必ず学習してほしいと願っている。

（大妻女子大学教授：児童学科）
（〒 161　新宿区落合 3-12-21　会員）

＝ヘキスト・ジャパン社提供＝

ものを書くということと それを発表するということ

林　富士馬

机に向い，こうして原稿用紙をひろげ，自分の考えをまとめるために，(そのためには，仮想した読者が必要であった) ものを書き綴るということが，実にたのしかった。ものを書き綴るということは，そのために，読者を招かなければならなかったが，それは，自分のなかの読者のために，自分自身の考えを整理し，その考えなり，決心を，自分自身に，しっかりと，たしかめるためであった。

いまは，そういう，ものを書き綴るよろこびがなくなってしまったように思う。そのかわりに，矢鱈に，ひとにものを教えたがったり，なにやら，教訓みたいなことをいってみたいらしい。恥づかしいことだと思う。

この雑誌のK君から原稿を求められ，ふと，伊東静雄の詩句を思い出した。それは，次のような作品である。

……真実いふと　私は詩句など要らぬのです
また書くこともないのです
不思議に海は躊躇(たゆた)うて
　　新月は空にゐます

日日は静かに流れ去り　静かにすぎます
後悔も憧憬もいまは私におかまひなしに
奇妙に明(あか)い野のへんに
　　独り歩きをしてゐるのです

「真実いうと，私は詩句など要らぬのです。また書くこともないのです」と書いているが，その頃，伊東さんは若かった。実に若かった。そのためか，そして，この詩句のなかにも，日々は静かに流れ去り，自分の心は海に漂う新月であるとの，ひそかな自恃もうかがうことができる。

近代の多くの詩がうたってきた憂苦と倦怠とがここでは即興風に，奇妙に明るく，西欧風の近代抒情と東洋の詩心ということで，伊東さんの作品のなかでも，私は好きな作品だが，その頃，というのは，つまりK君や私なんかも含めて，医科大学の大学生だった私達は，大阪の方の中学校の先生だった伊東さんを中心にして，春休みを，紀州のおなじ仲間の故郷にと，旅行をしたのであった。

その旅行が奇縁で，K君は現在の奥さんを貰ったのではないかしら。また，その時の仲間の一人は，現在，母校のレントゲンの教授をしている。死後，伊東静雄は大変有名な詩人として世間に知られるようになった。現在，小説を書いている庄野潤三君も，文科の学生として一行の一人であった。

現在では，みんな，それぞれの道にいそがしくしているが，K君なんかも，校友会雑誌に，詩なんかを発表したことがあったっけ。

この雑誌「人間の医学」のK君から，原稿を求められて，さしあたり，特別に書きたいこともないまま，ふと，以上のことを思い出したのである。そして，昔は特別に用事があるというのでもなかったのに，読んだ書物の感銘など，自分ひとりの心に始末しかねて，さかんに友人宛ての手紙を書いた。

一頁一頁が貴重なこの誌面に，わざわざ，活字にするに値するかどうか，甚だ疑問だが，近頃はお互いに，差しあたっての用事も，ハガキや電話ですますようになっているので，久し振りに，いくらか長い手紙を，閑人閑話ということをおそれずに，この機会に書いてみようと思い立った。

こうやって，やっと書く目的が決ったと思ったら，今度はもう，与えられた紙員がつきたという按配である。

さて，実地医家のための会の，その後の活動は，おのづと見聞していて，その仲間には入っていなくとも，K君なんかもその発起人の一人だと知っていたので，当然，よそながら，たのもしいことだとながめていた。

学生時代にK君が詩を書いていたように，さしあたっての目前の学業のほかに，趣味とか道楽とかというのではない（日々の猥雑な活計のなかに，自分の溢れるいのちを托するものとして，その表現があったように），職業人として，医家として世の中に立ったとき，「実地医家の会」というようなことを志をおなじくする人達と一緒になって，思い立ったことは，自然にうなづけることであった。私なんか，そういうK君のエネルギーに，いつも人生の刺激とも，激励として受けているのであった。

今度，久し振りに，その機関誌「人間の医学」を拝見し，幾時の間にか，それが六十二冊の刊行をかさねているのを知った。そして当然，その発足当時のことを，外部の者としても，ふり返って，なつかしく思い出した。執筆者のなかには，馴染のお名前のなつかしい人々もあり，新しいお名前の方々も多く，臨床医家の唯一の全国的な集りとして，たまたま，この四月，創刊以来，月刊で休むこともなく刊行して来て，18年200冊の記念号を編出という「日本医家芸術クラブ」の「医家芸術」とともに，いよいよ，その今後をたのしみにしている。

まず本日は，外部から皆々さまに感謝まで。

（〒 170　豊島区東池袋 2-24）

私たちの研究と臨床

最近経験した中間型の2例について

榎本明雄

はじめに

1974年1月18日私は中間型の2例に遭遇したので報告する。このうち第一例の病状は心筋硬塞に類似し，硬塞との鑑別は至難であった。すなわち，ショックと胃腸症状を伴っていた。私は中間型のショック発生機序について考察し，諸兄のご教示を賜りたく思う。

症例

1. 患者：S．I．大正4年生れの主婦，既往症は何もない。

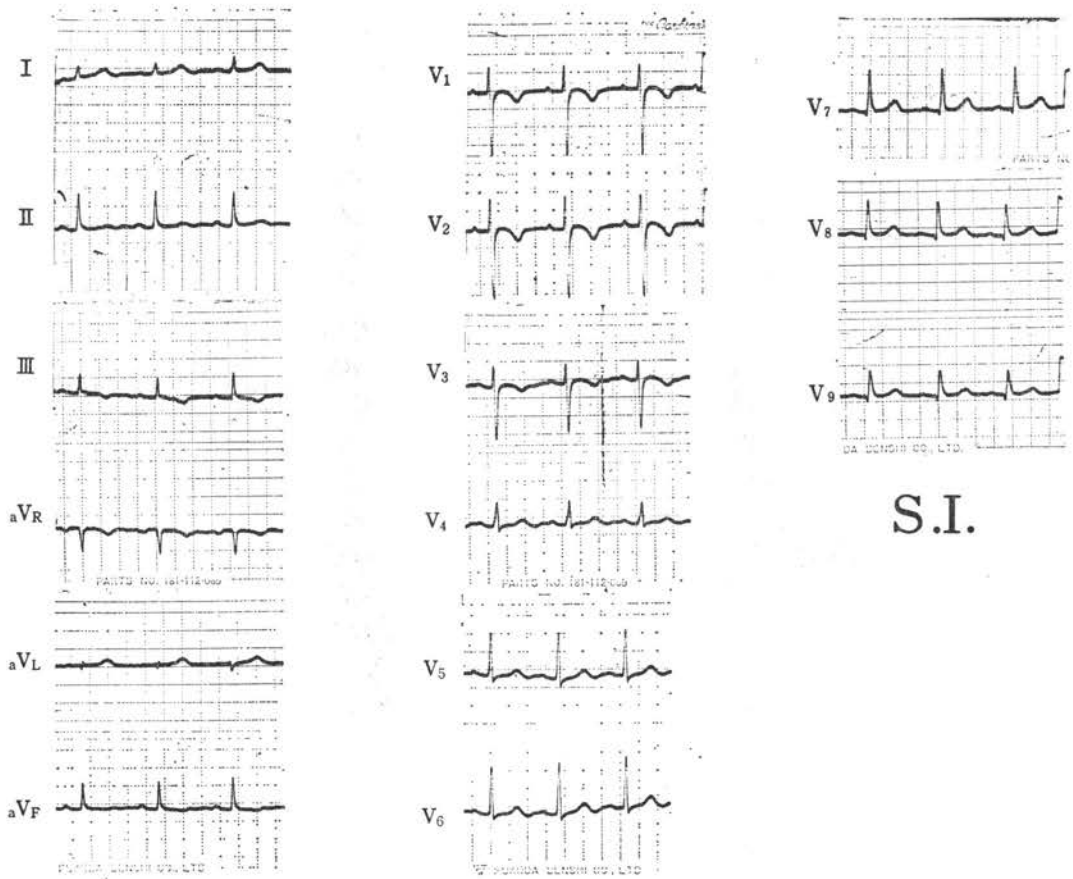


図1

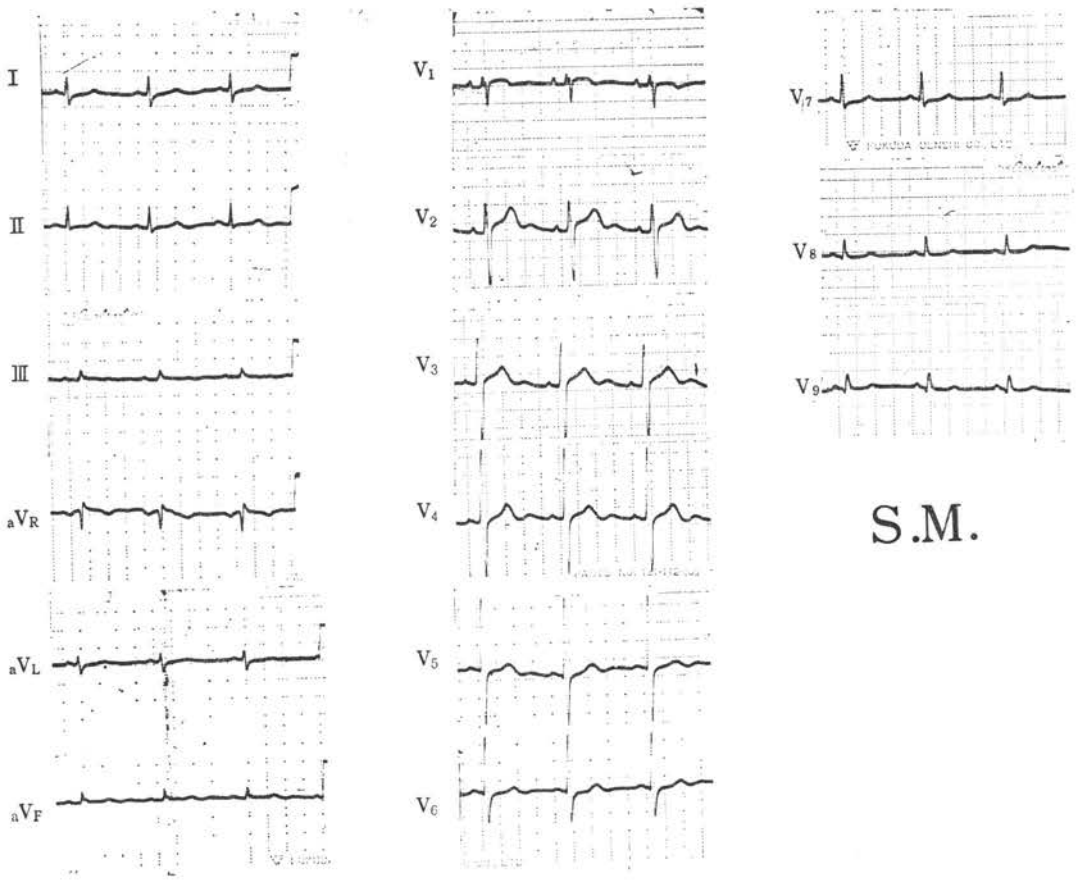


図 2

現病歴：1974年1月2日午前10時突然，胸骨裏中央に極めて軽度な *pain* があって，直ぐに意識を喪失した。その時全身に冷汗をかいていた。間もなく気がついた。が，その時嘔気と便意があった。直ぐ受診，そしてその後経時的に血圧，*ECG*（12誘導），硬塞の検査（酵素学的なものや赤沈）を繰り返えし受けたが，異常は何ひとつ見当らなかった。

私の初診は1月18日で *ECG*（第一図）上，標準肢誘導・単極肢誘導・単極胸部誘導（V_1～V_9）にも身体各部にも異常を認めなかった。

2. 患者：S.M. 明治40年生れの男。

既往症：1969年から安静時狭心症の発作があり，その頃から血圧が高くなってきた。

現病歴：1974年1月12日臥床中午後12時前発作があった。今度のものは，いつもの発作と違って長く，それが2時間も続いた。冷汗・胃腸症状はなく，*pain* はどこへも放散しなかった。私の初診は1月18日で血圧は 160/90*mmHg* *ECG* は第2図のように異常はない。また当日，検査した *GOT・GPT・LDH・CRP・*赤沈も正常であった。

考　察

以上2例共，中間型であることは明白である。ところが，一般に中間型ではショックを起さないと考えられている。では，なぜショックを起こしたのか。

心筋硬塞では，既に *Rogers*[1] や *Fulton*[2] は病状の強さは病巣の広さより硬塞の起る速度に比例すると述べているし，その後，私[3][4] も *ECG*・検査・年齢・性が同じでありながら，ショックを起した重症例，またこれとは逆に極めて軽症であった1例を報告した。

同様なことが硬塞だけにとどまらず，中間型にもあり得ると考えられる。というのは，この両者の根本的な相違とは，硬塞の変化は非可逆的であるのに反し，中間型は一過性の可逆的な変化にとどまるからである。そして，中間型のショックは極めて稀で，軽いこともよく理解されるわけである。

むすび

中間型でもショック症状を起す場合のあることを報告し，さらにその発生機序について私見を述べた。

（〒 640　和歌山市屋形町 3）

文　献

1. Rogers, F. S. : U. S. Armed. Forces M. J. 4 : 533, 1953.
2. W. F. M. Fulton : Briti. Heart J. 18 : 341, 1956.
3. 榎本明雄：人間の医学，No. 33 : 68, 1969.
4. 榎本明雄：人間の医学，No. 39 : 24, 1970.

“やった，なおった，きいた”—という話

吉　利　正　彦

私は企業の診療所に勤務しながら，この数年東洋医学（針灸湯液）に興味をもって適当と思われる症例に試みてきた。もちろん保険診療が原則であり，また一定の制約もあるので，ささやかな経験例にすぎないがのべてみたい。

1）**気管支喘息**：4 年前のはなし。K さんは当時45歳の男子社員，35歳のとき発病以来各地の大学病院に入院，通院をくりかえしてきたが本社に転勤，私の診療をうけるようになった。いままで種々の脱感作療法をうけており，私も試みてみたが副腎皮質ホルモンの投与を打切ることはできなかった。ある日，突然吐血，おそろしい副作用が現実に起こってしまった。ただちに入院の上，十二指腸潰瘍と診断された。

1400 cc の輸血でなんとか危機を脱した。ちょうどその頃，私はキーパンチャーの頸腕症候群に対する有効な治療法を勉強するために小田原の間中博士のもとで週一回，針灸治療を見学させていただいていた。先生の外来で針灸治療が腰痛，五十肩，メニエル症候群，顔面神経麻痺にすばらしい効果をあげている状況を拝見し，気管支喘息に対しても根気よく治療することによって効果があることを知った。さっそく K さんに試みた。試行錯誤をくりかえしながら喘息の発作を針でとめることができるようになった。発作をとめるだけでは根本的な治療にはならないので，K さん自身で毎日，自宅で灸をすえてもらった。漢方薬（半夏厚朴湯，小柴胡湯）ものんでもらった。K さんは熱心につとめたようである。副腎皮質ホルモンの投与も打切ることができた。

いま K さんは明るい顔をして働いている。現在クスリはのんでいない。ときどき針の治療をうけにくるが体調をととのえるためである。

2）**頸腕症候群**：会社には 200 名近い手指作業者（キーパンチャー，電話交換手）などがいる。

終日一定の姿勢で手指作業をしているので頑固な肩こり，上肢のいたみを訴える者が多い。従来，患者がでると大学の整形外科に送っていたが，ご承知のように精神医学的な要素も多いのでなかなかよくならない。針灸を勉強したいと思ったのもなんとか正しい治療へのアプローチの方法をもちたいと思ったからであった。針灸治療をとり入れてからは早期受診，早期治療を励行してなんとかおさまっている。3 カ月ごとの検診にも皮電計を使って訴えの客観化を試みた。職業病対策の主導権はあくまで企業の内側にいる医師がとらなくてはならないと思う。

3）**生理痛**：1800人の女子職員が勤務しているので生理痛を訴えてくる場合も多い。生理痛に対しては針治療はブスコパン程度の鎮痛鎮痙作用が

あるようだ。前もって三陰交という経穴に皮内針をしておくと，生理痛の予防効果もあるようである。当帰芍薬文や桂枝茯苓丸を投与すると生理痛がかるくなってゆくようである。ただ一定期間，針治療をうけ，独特の匂いのある漢方薬を数カ月のんでみようという辛抱づよい女性は残念ながら少いようである。Mさんは28歳の看護婦，結婚後5年子供にめぐまれず生理痛を訴えていた。婦人科的な検査では異常はないとのことであった。当帰芍薬文を6カ月服用しているうちに生理痛がかるくなり，そのうちめでたく妊娠し近く出産の予定である。

4）**妊娠**：くすりの投与がむづかしい妊婦の上気道炎，蕁麻疹に数例針灸を試みてみた。よかったように思う。

以上やった，なおった，きいたという話しで，もの足りないとお考えの先生も多いと思いますが，理論的な話しは本会会員の桑木崇秀先生におねがいしたいと思います。なお私の雑然とした断片的な知識を整理するのに二つのゼミナールが役立ったのご紹介しておきます。湯液では東洋医学国際研究財団（桑木崇秀先生）主催の張明澄先生のゼミナール，針灸ではオリエンタルリサーチ主催の間中喜雄先生，谷美智士先生等のゼミナールです。私も昨年10月から夜間開業，4月からは20数年の勤務医生活におさらばして全日開業にうつる予定です。東洋医学，西洋医学の長所短所をふまえた上で地域医療のために頑張りたいと思います。先生方の御指導をおねがいいたします。

（〒 194　町田市玉川学園1-19-4）

肺の異常レ線像とは

新野　稔

これには陰影と，shadow, schatten，もう1つ透亮像 translucency, Aufhellung 2つに分けられる。この場合，レ線写真のフィルム上では，肺病変変化の影は，白く，黒化度は低く，他は透過度が増し，黒化度は強くなり，黒く描写される。この場合，レ線の性質より，健常なる肺においては，軟部組織よりレ線の吸収は少ないのであるが，空気含有の肺胞それをとりまく，間質組織，があるので，単なる空気層そのものよりもレ線を吸収することになる。故に肺病変があると，その中の空気が失われ，組織変化をきたすので，軟部組織と同じように吸収 absorption, Absorption がおこり，陰影を生ずることになる。また肺に異常に含有量が多くなれば，その部のレ線吸収が少くなり，黒化度は増し，透亮像を作ることになる。故に透亮像は明影ともいわれ，その逆に陰影を暗影とも表現することがある。それには歴史があって，レ線診断において初めは，透視がその主役を演じ，透視で，螢光板を明るくするものは透亮像であるので明影とも云われ，写真上において，これは，他より濃度の強い，濃い像となる。これを，translucency, Aubhellung 明影といわれ，透亮像であり，陰影に対して，陽影ともいう。この陰影は shadow, Schatten というが影，影像では語呂が悪いので，いいやすく，陰影と表現したようである。

これで大別される肺での異常像は，陰影と透亮像であることが理解されると思う。次に，肺の異常レ線像の形態的分類ならびにその性質による区別を考えてみると，形態ならびに，性状により分ける方法と，それより少し先に進んで，その異常陰影のなり立ちによりその特質を表現する分類方法が上げられる。即ち質的表現を主にしたものである。ここで一応，前者を一般的分類とし，後者を特殊な分類として取り扱うことにすると，一般的分類として，

1. Radioopaque Lesions
   a) Diffuse homogeneous shadows
   b) Segmental shadows
   c) Nodular, single or multiple shadows

shadows

d) Linear or reticular shadows

2. Radiolucent Abnormalities

が簡明である。

また一方，次のごとく分類される。

Homogeneous shadows grouped according to shape, size or dis tribution

Linear shadows

Line shadows

Band-like shadows

Tubular shadows

Moderate-sized and lage ring shadows

Small multiple ring shadows(honey comb shadowing)

high-density shadows and hypertransradiancies

これらを参考にして今まで言いならわされた一般的分類を説明してみよう。

一般的分類

1. びまん性陰影 diffuse shadow. diffüse Schatten
2. 均等性陰影homogeneous shadow, homogene Schatten
3. 広範性陰影 extended or spreaded shadow, entensive oder massive Schatten.
4. 透亮像 translucency, Aufhellung (明影)
5. 限局性陰影localized shadow, lokalisierte Schatten.
6. 円型状陰影 round shadow, Rundschatten.
7. 輪状陰影 ring shadow, Ring schatten.
8. 半円状陰影 half moon shadow, Halbmond schatten
9. 楔状陰影 wedge shadow, Reiflörmige Schatten.
10. 斑点状陰影 macular shadow, Fleckige shatten
11. 線状陰影 streaky shadow, Streifenschaten,

以上の事項は，均等であるかどうか，それでなければ透亮である。広範なものか，限局性のものか，型として円型なのか，線状なのか，円型ならばその大きさはどうなのかと理解されれば容易である。次に病変の性質，少し病理学的発想を入れたものとして次の方法がある。

特殊な分類として，

1. 浸潤像 infiltrative schadow, Infiltration schatten
2. 腫瘤像 tumor shadow, Tumorschatten.
3. 空洞像 cavital shadow, Kaverenschatten.
4. 石灰化像 calcified shadow, Verkalkte Schatten.
5. その他，無気肺像，肺気腫像

以上は各性質を表現している。これらのことより，胸部にてその病変像を表現するには，その存在部位（区域の表現）を確定し，次に一般的分類が表現し，特殊分類の中に入るものは次に考え，その性質即ち質的診断にもってゆく過程が必要とされる。以上の分類についてもらうしその項目を説明してみよう。

1. diffuse shadow

雲状，漠然たる境界の明瞭でないあわい陰影での表現とされているが，現在では，汎発性，散布性という表現に用いられるようになっている。従って後者の意味で使用する。

2. homogeneous shadow

無気肺，肺炎の像の質を表現しているもので，内部の構造が判別しにくい，無構造である。

3. spreaded shadow,

限局性に対応する表現で，陰影の広がりの大きいものである。

4. translucency

局所的なものを表現する。網状，輪状変化および空洞などがあり，肺全体としては，肺気腫状として，空気の含有量が増加した場合をいう。

5. localized shadow

大きさは色々で肺野における孤立性のものである。この中には round, ring, half moon, wedge shadow を含む。

round shadow は円形状のもので，凹凸の強い時は塊状ともいう。 ring shadow の代表的なも

のは肺嚢胞，Bullaである。half moon shadowはring shadowに液体が一部貯った場合に生ずる。wedge shadowは，区域性の変化によることが多い。

6. macular shadow

大きさにより1～2mm大はmiliary粟粒大，3mm前後をsubmiliary亜粟粒大，3mm以上をnodular結節状に区別しているが，多くの場合これらの陰影が全肺野に存在することが多くこれを，disseminated shadowまたはdiffuse shadow散布性の陰影と呼ぶ。この場合は全身変化の一部分症として肺に病変を来しレ線所見でとらえることができる。この場合shadow summationの現象がある。見逃してはならない診断限界の大きさは充実陰影で5mm大である。

その大きさにより次のごとく解説されている。inter pretation of widely disseminated small shadows

1. widely disseminated 2～4mm nodular shadows (like miliary tuberculosis)

   Miliary tuberculosis, Acute histoplasmosis, Acute viral pneumonia, Gaucher's disease in children, Xanthomatosis (histiocytosisx), Some pneumoconioses, Idiopathic haemosiderosis, Haemosiderosis in mitral stenoiss, periarteritis, tropical eosinophilia,

2. discret 5～8mm well -defined shadows secondary deposits
3. discrente 5～8mm poorly defined shadows

   sarcoidosis, acino-nodular tuberculosis, pulmonary oedema, aspiration, fungi, viral

4. pin-point shadows idiopathic haemoside rosis, microlithiasis

   alveolaris, respiratory distress of newborn

5. streaky shadow

線維増殖による病像を示すことが多い。表状には，枝分れしたもの，樹枝状や，直線的なものがある。

6. infiltrative shadow.

炎症性陰影ともなわれ，また浸潤様陰影とも表現されている。浸潤には炎症変化と，腫瘍病変にまで大別できるが，炎症変化においては，肺胞性と間質性に分けられ，肺胞内変化をconsolidationといい間質内変化をinfiltrationに分けている。

7. tumor shadow

これはinfiltrative shadowに対比して使用され，良性や悪性を問わない。

8. cavital shadow

透亮像の1つの表現である。

9. calcified shadow

年齢変化，または病巣治癒の変化として生ずる。

10. increased and accent iated pulmonary marking, vermehrte und verstärkte Lung enzeichnung

肺紋理の変化として，増強や，乱れという表現はかんばしくないので現在では使用しない。肺門を形成しているのは主に血管系であるので，心疾患このつながる変化が多い。したがって，表現するには，肺血管陰影の異常。線状陰影の表現の方がよりすっきりする。即ち肺紋理の増強というのは何の病理学的変化をさして意味づけしようとしているのか，その異常所見としては取り上げられない。

11. honeycombing 蜂巣状陰影

病理学的なものであるが，肺を肉眼でみた場合，蜂の巣をみるごとくに，無数の小嚢胞の集って状態であるが，5～10mmの薄い壁のをさすが，これらはレ線上は間質の線維変心によるものが多く，Felsonは，この陰影は間質性肺線維症が主であって，線状ならびに素状陰影よりも診断確立が高いといい，これを決定するには撮影条件のよい，よい写真で決定されるとしている。そして次のようにとげている。

common として，

   idiopathic pulmonary fibrosis, histiocytosisx, scleroderma, sarcoidosis, pneumoconiosis.

rare として，

   Gaucher's, Niemann-Pick disease, rheu-

matoid arthritis, lipoid pneumonia, tuberous scleosis

以上各々の型を説明したが，パターン認識の過程としてつかまえるには，肺門と肺野に分け，その肺門においてはその性質を含んだ分類方法で，肺門部，腫瘤状陰影，肺門部の周囲の暗陰影，肺門部の放射状陰影として認識し，肺野においては，単発なのか多発なのか，即ち，単発性限局陰影，多発性限局陰影とし，レ線透過性よりは透過亢進性，小さくは嚢腫状陰影それに対して，一側肺の暗陰影，それに大きいものと小さい暗陰影を考え，次に線と点の分類として，線状陰影，管状または板状陰影，それにびまん性網状点状陰影として考えたら如何であろうか。

以上のべたことがらに重複するが，私の言いたいことは，次のことである。

肺の異常レ線像には，陰影と，透亮像があり，それらの形態的変化の表現について解説したが，それは胸部レ線像をよむのに便ならしめる目的で行ったのである。これらはいうならば，見おとさないための表現方法と考えられればよいのであって，ご自分の診断限界の大きさを段々と小さくして5mmの病変像は見逃さない自信が必要である。それとともに肺野に散布性陰影を認めた場合は，全身疾患の一部分の所見として肺病変をとらえたという考え方で，診断を進めてゆく必要があり，その場合のレ線像は一番多くの情報を提供しているといっても過言ではない。

（〒 180　武蔵野市吉祥寺本町 3-12-5）

医書合評

"脳動脈硬化症とその臨床"

菅　邦夫著　（中外医学社　12,000円）

をめぐって

鈴木荘一
松阪勲

今回より書評欄を新しい形式で設けてみました。つまりお2人か3人の先生に合評会の形式でなるべく従来の総花的讃辞を呈するのでなく思ったままを卒直に述べていただくという形式です。第1回として鈴木荘一，松阪　勲両先生にお願いしました。書物の内容のみならず，出版社にも注文をつけつつ，少しでも良い本を仲間に，そして少しでも役立つ本を出版社に作ってもらうためです。

S：　まず総論的なことから始めよう！　ともかく大変な本だね。なんといってもわれわれの畏敬する菅邦夫先生の6年の労作だから……。開業生活の中の労作!!!大変なことだ。

M：　でも一寸尨大で，その上表現，記述様式が硬すぎないかな?!　僕なんか一番欲しいのは寝転んで読める医学雑誌程度のものだから。そうした点で一寸残念！

S：　その点は同感！　問題は扱い方で，こうした病態生理より臨床の細い所まで……というのは著者にはlife-workとしてそれなりの意味はあるが，僕達には不要でどうでも良い部分がうんとあるわけで。

M：　今後一般臨床医に是非是非読ましたいというなら，EditorもWriterもともに"扱い方"を考えて欲しいと思うよ！　われわれの知らない，そしてどうしても知っておくべき内容だけ，いわゆる君のいうkurzfassenしてあるだけで"本としての価値がある"ので，そこで内容にマッチした一般医へのアピールと定価が決って来るんだと思うが！

S： 横道にそれたが，その通りで，内容さへ簡明で分り易く，必須の知識がのってれば例え10頁ものでも何千円か，何万円の価値があると思うが……

M： ともかく日本のものより，内容がぐんとすぐれている洋書の方が遙かに易い！ なんて全く奇妙だ！

S： 本筋に戻してともかく僕はシリーズで10回くらいの臨床講義を受けた読後感だった。

M： 僕も同感だがこの本を通して開業医という臨床家でありながら，なおも学問人であられるという菅先生の医師としての全人的なものには心打たれたね。

S： じゃこのへんで各論的なことはどうだろう。

M： そうね，まず基礎的理解のための病理学的見地からの本症のとらえ方，全身の硬化の分布，各動脈間の硬化の相関などについての説述は，本症を理解するのに大変役立ったが，

S： そうね，全身の疾患でありながら，心，脳，腎の病変を中心において，それらの解明から全身の動脈硬化症との統合へ説述されているのはとかく脳動脈硬化，冠硬化，腎硬化とバラバラに考えがちなわれわれには大変大切な点と思える。

M： そして，各論的には，冠硬化・脳動脈硬化性疾患をとりあげて，病態生理学的に解説されている点や，頭蓋外脳動脈硬化症についてもかなりくわしく，とくに，脳血栓への進展が重視される一過性脳虚血発作についても，かなりの紙数が当てられている点はわれわれには，大変為になる所と思えるね。ただ脳動脈硬化症の疾病概念が明確に理解し難いのは，本書がこれらを包括的な単位疾患として扱っている在来の単行書とは異った行き方をしているせいだと理解したい。また脂質代謝異常の章では，脂質の存在形式を，リポ蛋白の立場からする最近の動向を解説し，Frdaricksen 分類或は WHO メモによる タイプ分類に応じた食餌指導や，脂質低下剤の投与法が，現在行なわれているわけだが，この点について慎重な見解を示しているのは注目している所だ。

また治療全般にわたり予防，管理という事を含めて現在の所，確実に「標準化」された治療規準というものはないとして，食事面の注意は勿論，血圧，肥満，喫煙，性格の問題など，個人の習慣・行動まで含めて，患者のもつ問題点に合わせた指導と，予防処置が講ぜられなければならないとしている点も，在来のありきたりの解説書とくらべて，著者自身の深い臨床経験が言わしめている所と大変僕たちの参考になる所と思った。

S： じゃこんどは僕の通読してとくに印象に残った点をあげてみると，

p1：動脈硬化症は，最も頻度が多い病気であり，又治療よりも管理の大事な病気でもあり，これをなしとげられるのは，家庭医である。

p38： 全身における動脈硬化の分布，これは①から⑨までに分れていて Roberts らの報告がベースになっている。

p95：脳動脈硬化の自覚的愁訴，

1. めまい　これはめまい（真正のめまい）とめまい感に分けている。
2. 頭　痛
3. 手足のしびれ

以上が統計より説明されている。

p123：神経学的検査の重要性の解説

p245：負荷心電図

とる時の注意，やり方，更に読み方

p282：冠硬化の治療・管理

最低血圧が高値をしめすことに注意する

p380：脳動脈硬化，日米の比較など。

また p426：TIA（一過性脳虚血症）の説明。その他，新しい知見，臨床家としての留意点がことこまかに記されている点。そんな所が大変僕の印象に残っている点なんだが……。

M： ともかく大作にしては，従来の単行本と一寸違った“実地臨床を主にした医学書”と言えるが，これは“臨床の焦点”といった特設の項目のある点などでも著者の意図がよくよみとれるね。

S： ただ冒頭に話合ったように，もっと簡潔なタッチで，要点をまとめてあると本当に嬉しいと思うんだが……。

S・M： でもともかく老人病，成人病がますますクローズアップされて来る「未来の臨床」を考えると是非仲間に一度は読んで貰いたいと思うんだが……。

論　壇

哲学なんか糞喰え（連載）

3.「無用の用」と疾病の効用

竹　崎　鼎　輔

医学や医療の存在理由の変化とともに疾病観や健康観も180度の転回を余儀なくせられる。

従来，公的原理と私的原理が両立しえた時代には，疾病は徹頭徹尾悪いもの，憎むべきものであり，健康と長寿は目出度いもの，喜ぶべきものであった。果してこれはそれ程決定的なものであろうか。

2300年も前にすでに荘子は「無用の用」を説いている。「無用の用」とは病気のように皆が無用だと考えているものにも案外効用があるものだということである。両足を切断された兀者（ゴツ）は不具の故に徴兵を免れて長生きし，樗（オウチ）のような散木は役に立たないので伐採を免れて大木となる。西晋の郭象は荘子のこのような教えを身体障害者への福音だと賞讃した。これが福音という言葉の初めである。

実際病気にはその他色々の効用が見出される。第1に病気の悲しみや苦しみを知らずに健康の喜びや楽しさがわかるものであろうか。戦前，結核や梅毒の患者が周囲にあふれていた頃には自分がそのように恐ろしい病気にかかっていないことをヒシヒシと有難く感じたものであるが，今日この頃は結核にも梅毒にも健康そのものにもひとごとのように無関心になっている。

第2に病気は人類の天敵である。

生物にとって天敵の存在はその「種の生存」のため必要条件と考えられている。天敵がなくなれば生物は繁殖しすぎて却って饑餓等のため全滅してしまう。

人類の過剰繁殖も病気という天敵を滅ぼしすぎたからだと思われる。

第3に病気そのものにも善病と悪病とがある。善病とは周囲の人々に迷惑をかけることなく発病後短時日で間違いなく死ねる病気であり，悪病とは周囲の人々に迷惑をかけ，発病後死ぬまでに長年月を要する病気である。例えば心筋硬塞は善病であるが，開放性肺結核や脳出血は悪病である。私は癌，殊に胃癌も善病だと思っている。何となれば手術さえ受けなければ，胃癌は死の2カ月前すなわち臥床するまで人に迷惑をかけないで働けるし，麻薬の注射で麻薬中毒にされない限り，その苦痛は耐え難いものとは考えられないからである。もちろん患者が一家の大黒柱であった場合の家族の経済的打撃による悲痛は別問題であり，これは死の錯覚にまつわる問題である。ようするにどうせ死ぬなら善病で死ぬよう心掛けるべきだと思う。

第4に，病気なしに人類の進化はありうるであろうか。病気によって精神病質のものや虚弱体質のものが淘汰されるということは人類という種の進化のため必要なことであり，望ましいことではあるまいか。もちろん最近の遺伝学の進歩は遺伝物質であるDNAの構造を明白にしつつあるので人間の遺伝物質を人工的に改良することもすでに夢ではなくなっている。また組織培養法の進歩は人間そのものの，コピーを可能ならしめようとさえしている。しかしこのような人工的侵襲の結果は予想するだけでも慄然たるものがある。

やはり人類の遺伝学的改良は自然にまかせておくべきではあるまいか。われわれはこの際また次のような荘子の言葉を，味わいなおす必要があるように思われる。

皆知非其所不善。而莫知非其所已善者。

これを意訳すれば「人々は善でないものが非であることは皆知っているが，すでに善であるとせられているものも非であることを知っているものはいない」となる。

例えば，人を殺すことの悪であることを皆知っているが，人を生かすこともまた悪であることを知るものは尠い。同様に病気がわるいものであることは皆知っているが，健康や長寿もわるいものであることを知っているものはない。

逆に健康や長寿がよいものであることは皆知っているが，病気もよいものであることを知るものはいない。人口過剰で地球資源が足りなくなっている今日，心臓移植などで病人を生かしたり，廃人の延命をはかったりすることは悪だと考えねばなるまい。また死刑廃止論も問題である。絞首刑や銃殺や電気椅子は廃止すべきであるが，安楽死による死刑はどんどん拡大すべきだと考える。思想犯は別として，犯罪者や精神病患者の大半は安楽死で処分してしまう方が社会のためにも本人のためにも望ましいことだと思われる。

要するに生と死，健康と病気とは相対的なものであり，死や病気を悪とし，長寿や健康を善としてきたこれまでの考えを是正し，死や病気も善でありうるものとしてこれを耐え忍ぶよう努力し，生や健康も悪でありうるものとしてそれに奢ることをひかえるように方向転換すべきではあるまいか。世の中には完璧な健康など存在しないのであるし，また脱却できないような病苦や，耐えられないような疼痛も実は存在しない筈である。

このことは解剖学や生理学や病理学を学んだわれわれ医師が一番よく知っている。疼痛の刺激はいかなる刺激であっても神経を興奮させるのは初めのうちだけであり，後には必ず麻痺させてしまう。つまり聖書にも記されているように「神は耐えられないような苦痛をわれわれに与えることはない」のだ。

若し人々が病気を苦にせずむしろそれを以って健康の喜びを知る資格の授与として感謝し，また逆に健康を過大評価せず，与えられた健康状態に安んずるようになれば，医療に対する需要は激減するであろう。病人にとって真に必要なのは医療ではなく，本人並びに家族に対する暖かい援助，つまり愛なのではあるまいか。死に対する恐怖が錯覚であるように，病気に対する恐怖も，病気そのものの苦痛によるよりも，むしろ患者が真に怖れているのは，激しい生存競争の世の中で家族もろとも転落してゆくことではあるまいか。後顧の憂いさえなければ，フロイドのいうように，人間は睡眠と同様に死を望むものであり，喜んで永遠の眠りにつくものではあるまいか。

つまり，生こそ苦難に満ちたものであり，死えの病床こそ望ましきもの，安楽なものなのではあるまいか。例えば病人の特権として本人と家族の生活を保証する制度を設ければ人々は病気を怖れなくなるのではあるまいか。

以上のような主張は消極的，厭世的に聞えるかも知れない。しかし私の本意はそうではない。人々の努力の目標を転換すべきだといっているのだ。つまり病気や死を避けるための努力を廃止し，一定のこの国土において科学技術をフルに活用することによって，理想社会の建設を目指すべきだと考えるのである。そのためには人口を増やすことは有害である。

また外国からエネルギー資源を輸入することは，地球資源が涸渇しつつある以上早晩中止せざるをえなくなる。ゆえにわれわれの唯一の活路はエネルギー問題を国内で，つまり資源的鎖国の条件で解決するということにある。その可能性は十分だと思われる。例えば人糞からでも多量のメタンガスがとれるであろう。その他，水力発電，潮力発電，地熱発電，太陽熱利用，海水中のウランや重水を原料とする原子力発電等がある。エネルギー問題が解決されれば，クロレラあるいは米を工場内で生産する「農業の工業化」も実現可能となり，食糧問題が解決可能となる。農業の工業化に成功すれば，農地は無用となるから領土問題も解決する。領土問題が解決すれば国境がなくなる。

つまり資源的鎖国に踏み切ることこそ最も有力な「世界国家への第一歩」である。

（〒 156　東京都世田谷区松原 2-41-7）

≪日本人診断≫

外人より見た日本人の意識構造（2）

アントニオ・ゲレロ

さて前回の後半は，人間の意識構造は四重層なのではなかろうかという話でした。それは意識の最下層の部分つまり第一次構築は，遺伝子 DNA が決定する“意識の構造の部分”で，第二次構築は，自然的環境と地政学的位置および言語という，三つの因子によって決定せられる部分，そして第三次構築は，経済的あり方によって決められるそれ，さいごの第四次構築つまり意識の最上層は，そのときの政府なりマスコミなりが意識的に操作して作り上げる部分，というのでした。

世間ではよく，人間は精神的存在でもあるが，また肉体的存在でもあるといいます。で，その肉体ですが，このほうは二重構造をしているのではないでしょうか。もちろん，その下層構築は遺伝子 DNA によって決定せられる部分で，上層構築のほうは，ある特定の卵が受精した瞬間からこんにちまで受けてきた外因的・内因的履修効果の総計であるといってよかろうと思います。

現在，人類は37億余といわれていますが，一卵性双生児をのぞけば，これらの人びとは DNA の構造がぜんぶ違っていますし，また受精した瞬間からうけた履修効果も，ぜんぶ違っているはずです。だのに世間ではこういった実在の事実を無視してすべての個人をひとしなみに取り扱う傾向があるのです。もちろん，科学的探求のためには，それもまた止むをえないかも知れません。

しかしやはり，一種の規格化であり平均化であることだけはたしかです。で，もしある特定の個人について何かをいうときには，“統計的法則は，個々のケースについては，かならずしもあてはまらない”という，帰納論理学上の鉄則は，肝に銘じておかなければなるまいと思います。

ジャック・ドラルーの証言

ところで，日本人の意識構造の第一次構築ははたしてどういう特徴をもっているのでしょうか。これに関しては，前回触れたように，他の諸民族と**ほとんど**同一ではなかろうかと思うのです。その証拠に，といっては少しオーバな表現かも知れませんが，人間のもつ“攻撃性”とか，“残忍性”あるいは“暴力嗜好”，“権力に対する帰依”などといった＜非人間＞的な性質についての，ドラルーの証言からのべてみましょう。

彼は第二次世界大戦におけるフランスのレジスタンの勇士で，その著“ゲスタポ——恐怖の歴史”は，当時ヨーロッパの各民族を恐怖のドン底におとし入れたドイツの秘密警察，ゲスタポに関する克明な文献として世界的に有名です。つぎは，その最後の二頁からとった，彼自身の結論です。

> ナチズムの犯罪は，一国民にのみかぎられた犯罪ではない。その残忍さ，暴力嗜好，権力に対する帰依，獰猛な人種主義は，一時期または一民族に特有なものではない。あらゆる時代，あらゆる国において起りうるのである。それらは，生物学的心理学的基礎をもっているのであって，われわれが今後こういった犯罪を二度と犯さないといった保証は，少しもない。人間は危険な野獣である。
>
> 平常時には，それらの邪悪な本能は，風習・習慣・法律・文明の基準などによって拘束せられ，人目につくことはない。だが，もし万が一にも，これらの恐るべき衝動を解き放ったばかりか，むしろこれを徳とするような政権が，この地上に出現せんか，この野獣の鼻口は時の深淵からふたたび頭をもたげて，文明の課した非薄な偽装を突き破り，忘却の彼方から死の叫びを遠吠えするのである……
>
> ナチの世界は，なんの拘束もうけない全面的暴力の帝国であった。それは主人と奴隷からなる世界で，そこでは優しさ，親切，憐れ

み，法律に対する尊敬の念，自由へのあこがれ，そういったものはすべて，もはや徳にあらずして，償うことのできない犯罪なのであった。うまく取り入るか，命令どおり人を殺すか，もしオオカミどもと声を揃えて遠吠えすることができなければ沈黙のうちに自ら滅び去る以外には追随してゆけない世界なのであった。

そこでは，快楽のために人びとを皆殺しにし，その人殺したちは英雄として遇されたのである。このナチズムの世界は，こんにちではすでにはるか彼方のものとなってしまった観がある——あたかも，人びとが忘れ去ろうとする一場の悪夢のように。だがしかし，毒をもったイースト菌は，なおいぜんとして増殖しようと待ちかまえている。われわれには，かくもすみやかに忘れ去る権利はない。われわれは忘れてはならないのである。けっして，けっして，けっして，……

（*Jacques Delraue* 著, *Mervyn Savill* 訳：**The Gestapo**——A History of Horror, 1964, *pp.* 395, 369）

私がドラルーのことばを，かくも長長しく引用したのは，戦後四半世紀たったこんにち，ナチズムのあの恐るべき世界が一場の悪夢として忘却の彼方におしやられつつあるからです。また，戦後に生れた若人は，その“恐怖の歴史”をまったくといってよいほど学んでいないからです。それともう一つ，ナチの犯罪は，ドラルーが指摘しているように，“生物学的・心理学的基礎をもっている”からです。これは，それらが遺伝子 DNA に刻みつけられている，ということにほかなりません。

コンラド・ローレンツの証言

余白も残り少なくなりましたので，つぎは簡単にのべましょう。

コンラド・ローレンツ *Konrald Lorenz* といえば，マクス・プランク行動生理学研究所の所長で，戦後生れた新しい科学，“比較行動学”の創始者として有名な方ですが，彼は研究所を訪れた日本人の記者に対して，つぎのように語っています（1971年11月25日付朝日新聞夕刊）。

“人間の攻撃欲も生れついたものです。

アメリカの学者たちは，人間の攻撃欲を，悪い環境の影響による後天的なものとみており，正しい育児法と教育とによって，攻撃欲を持たぬようにすることができると主張していますが，これは間違いです。”

つまり，ゲスタポの尨大な文献を徹底的にしらべあげたドラルーも，動物の行動をしさいに観察したローレンツも，期せずしてその結論は同じだったのです。

そういうわけで朝日の記者，本多勝一氏がその『中国の旅』でバクロした南京の大虐殺，その他における日本人の残虐性も日本人だけにかぎられたものではありません。平和を愛好する中国人も，その当時の日本兵と同じ環境におかれれば，おそらくは似たような行動に走るでしょう。それが，歴史学者としてのドラルーと，比較行動学者としてのローレンツの結論だったのです。（つづく）

川柳漫歩（第14回）

片岡茂和

ネンネコを解かれて小さい足はずむ
昔との対面友に見る白髪
子の寝顔静かに空気ゆれている
一年生の泣き虫一歳の怒りん坊
泣き虫が怒りん坊のいぢめっ子
史家の折るペン推理家のペン踊る
休日の下駄が鮒を訪うてくる
鬱曲の指が器用に繰るカード
今日終る五勺の酒の酔い心地
手を挙げる園児クルマの絶えた道
銭湯の朝入れ墨を見つけたり
セーターは一緒に肥えて丸くなり
同情の涙二度目は安くなり
哀れさを誘わぬヌードあどけなし
新雪がヌード館裏埋めつくし
太平の早寝節約電気ガス
耐乏に次ぐ貧乏を持ちつづけ
悲しさの旅人生にない休み

（〒671-13　兵庫県揖保郡御津室津）

医療とコンピューター

安藤唯一

医師は毎日，そこに「見えてあるもの」すなわち患者を相手に治療しているが，実は真の相手は「見えないがあるもの」即ち病気である。病気，特に内科疾患のごときは，どこに，どうあるのか，見ようにも見ることのできない存在である。それをどうして正確に診断して合理的に治療するのか，へたすると，盲人が野犬に向って杖を振り回すように，空転に終る可能性もある。そこで最近は診断に電子計算機の導入が考えられるようになってきた。

計量学者はいう

高橋昳正氏はその著「計量診断学」その他の中で「医師の診断は，感覚器による感能検査で，一般に検出力低く，その鑑別力も予想外に低く，修練した者も常に不安定で，個人的尺度に偏りのため客観性に乏しく，非科学的である（註：この人間不信は問題である)。ゆえに電子計算機を導入して，情報理論に従って計量的に診断する科学的体系を樹立すべきである。その情報の中心は検査成績であるという。(検査成績は不信の人間が検査して集めるものであるから論理に矛盾はないであろうか)。

それに対する反論

近代企業が作出した，たとえば電子顕微鏡，X線装置，ジェット機，宇宙船……等は，すばらしい性能を示し，一見すると人間以上にさえ見え，動作も機械的に正確であるから科学的にさえ見えてくるが，これらはすべて人間が科学することによって作り出したもので科学的直観の産物に外ならない。電算機もその一で，短時間内に，複雑多量な情報を正確によく処理計算するから，どうかすると電算機と検査技師があれば診断に医師不要論さえ出かねない。

しかし，そこには医師の診断とは何か，科学性についての考察等が欠けている。電算機は人間によって仕組まれた通りに機械的に稼動しているだけで，それ自体科学的だとは決していい切れない。これをいかに人間が使いこなすかによって科学的にも非科学的にもなるのである。

問題点

(1) 電算機は果して医師に代わって診断することが可能なのか。

(2) 可能とすれば，その診断が真であることを何で（誰れが）実証するのか。

(3) その診断が真であることに対する保証（責任は誰れが負うのか。自動車事故では車が責任を問われることはない。必ず乗っていた運転手が事故の責任を問われるのである。

以上の三点は電算機を医療に導入するに当って明らかにして置かねばならない点であろう。そこで先ず問題になるのは，一体医師の診断といわゆる電算機の診断とは，本質的に同質であるかどうかである。

医師の診断について

医師が患者の病気を治すために行なう人間的行動（註：人間行動と混同しないこと）の全体系を医療と呼び，具体的には診断と治療の二作業からなる。特異な点は，あくまで医師と患者との個人的な対応関係において成立ち，医師から患者に向って（信頼を土台に）一方的に働きかける点（すなわち個人医学である点）である。いい換えると医師の主体性（責任）のもとで遂行されているのである。その診断は医師の意識の受容系に所属し，人間が日常生活の中で営なむ判断と本質的に何ら変らない。ただ医師が患者について与える医学的判断を特に診断と呼んでいるに過ぎない。ゆえに判断とは何かを明らにすることが，診断とは何かについての回答となるであろう。

人間の判断と電算機の判断との本質的な差異

たとえば，人間ならば6歳になると，自分の母

親を，どんな雑踏の中からでも，判断して間違えることなく選出することが可能である。日本人なら1億人中の1人に対する（1億分の1の精度，もっと別の表現では +1 の相関での）真なる判断である。この事実は判断には電算機の計量的処置は余り必要でないことを示している。また計量学者自身が自らの判断を内省して見ればよくわかることである（電算機の前に母親を置いても子供のように判断はできないのである）。

子供は先ず，「見えてあるもの（実存）として，すなわち母親を対象（形）として知覚によって意識の中で把えるのである。この意識内容（心像）を私は対象（Presentatives）（P）と規定（約束）する。Aという具体的存在（具象）に応じてAなる心像として受容するのである。このAに対してAなる形態的一致（A＝A）を，見えてある存在（物自体）が真であるとする。またかかる心理的過程はこれを判定と称する。従ってAをBと判定せば偽（錯覚）となる。Aを0としても偽（失認）である。

高級動物（イヌ）でも真なる対象の認知（判定）は可能である。電算機もAを記憶させて置けばそれと照合して（AはA）と機械的に判定して，雑多な対象の中からAを選出することが可能である。ゆえにたとえばハガキを人が判別する代りに電算機に代行させることはできる。ただし，この「AはA」と判定する肯定の心理的操作だけでは，未だ真の判断に達することはできない。これは判断に至る前階級に過ぎないからである。ゆえに判断に到達するためには子供は更らに「見えないがあるもの」（実在）すなわち「母子関係」を，人間のみが所有する抽象作用（直観）によって，超知覚的に意識像（型）として把え意識の中に既有していなければならない。これを精神的操作といい，その意識内容を表象（Representatives）と私は規定する。この「見えないがあるもの」に代わって，意識の中に構成されている特定の表象（R_1）（母なる表象）を，先に意識の中で把えた特定の対象（P_1）（母の形態像）に結びつけることによって（$P_1 \rightarrow R_1$），初めて彼女は「母である」という真なる判断が子供の意識の中で産れてくるのである。すなわち第一段階の心理的操作（対象認知P＝P）の上に，第二段階の精神的操作（表象結合 $P_1 \leftarrow R_1$）が加重されて判断過程は完了する。これを意味づけ操作といってもよい。この際，判断が真であるがためには，対象のもつ属性（情報）と，表象を構成する条件（情報）とが一致する必要がある。すなわち真である対象と真である表象の結合によって初めて真の意味（判断）が成立する。換言すると，無名の対象に真なる意味（名前）を割当てるのが判断で，割当ての標尺となるのがつまり表象なのである。

人間が毎日を無事に生き抜くためには，生活の中で無限に派生してくる一つ一つの判断がすべての真でなければならない。判断の真に人間の生命がかかっているからである。もし人間に真なる表象がなければ真なる判断は生れて来ない。たとえば子供は「糖尿病」なる表象を持たないから母親が「糖尿病」であるとの判断を与えることは困難である。糖尿病の表象を持った医師にして初めて母親が「糖尿病である」という判断を与えることが可能であるがごときである（註：漢方医学では病名がないから診断は独断となる）。

判断の基準となる表象の構成

表象は「見えてあるもの」すなわち対象を手掛りとして，その多様性の中から，多数の対象に共通する属性（情報）を直観によって抽出し，一括して一の像（型）を意識の中で構成する。真なる表象が，真なる判断を結果するのであるから，いかにして真なる表象を意識の中で構成するかが問題である。

真なる表象は，対象をよく観察して（+）なる情報を集めて（帰納的）に，ある法則性を見出し，それを更らに実験して（演繹的）にその情報が（+）にをいて一致するのを確認して，「見えないがあるもの」に代わるもの（存在）として構成するのである。たとえば「肺結核（表象）はJ.K.L……等の条件をもったものをいう」とするがごときである。帰納—演繹的（すなわち科学的）に，世界共通のレベルで厳格に規定された表象を科学的表象（概念）という。（例，引力）これだけが真の判断を与え得るものである。医学的表象（例，病名）はその一つである。

この他に，対象から同時に正（+）と反（−）

の属性を抽出し統合（正—反—合）して構成するものを弁証法的表象といい，対象を手掛りとせず（存在否定して），観察実験を無視し，経験を疎外し，虚構の中で思弁的に構成するのを思弁的表象（古い哲学的表象が例）という。いずれも実証性に欠け真なる判断を与えることはできない。

対象からの情報の収集

診断のために患者から取得される情報には

〔Ⅰ〕「見えてある」情報。

知覚によって認知され得る情報である。

〔Ⅱ〕「見えないがある」情報。（知覚され得ない情報）

これには更らに次の二つの情報がある。

(イ) 「見えてある情報」に代え得る「見えない」がある情報（心電図，脳波，X写真等のいわゆる検査成績）

(ロ) いかなる方法によっても「見えてある」情報に代えることのできない「見えないがある」情報（法則，悩み等）。これは鋭い科学的直観（勘）によって把握する。問診による場合もある。

以上の情報を集収して診断の資料とするが(イ)の「見えないがある」情報を「見えてある」情報に代えて得た検査成績は，対象として認知する限り素人でも医師でも共通に容易である。しかし，それが何を意味するか，判断することは熟練した医師といえども容易ではない。まして患者から切離された単なる検査成績（例えば患者を見ずにただ示された1枚のX写真）によって診断をきめることは甚だ難事である。かかる検査成績を電算機に投入して計量的に処理して診断を代行させることは余程慎重でなければならないであろう。

結　論

真なる診断を得るためには，先ず「病名」を規定する条件（情報）を，世界的レベルで厳格に定め，それを各医師に周知させて置くことである（論理学でいう定言的三段論法の大前提に相当）。次に，医師がそれに従って，科学的直観を働らかせながら前述の情報を患者から収集する（同じく小前提に相当）。最後に，両者の情報の一致をもって真なる診断が得られる（同じく結論に相当）。この間に電算機で代行させ得る分野はどこであろうか。余り多くを期待することはできないようである。

診断が真であることは，診断を基にして医師自身が実際に患者を治療して病状の改善が見られたとき，初めて客観的に立証されるのである。電算機による診断の真なることを証明するにしてもやはり同様医師の手による以外，誰もこれを立証するものがない。医師が診断に電算機を使うか否かは，恰も決算に暗算を使うかそろばんを利用するかの差と同じく，医師自身で決めるべき問題であろう。要するに電算機は医師を偽診から守るために，補助的に用いる道具の一つと考えてよかろう。専門医にわからない病気が電算機に診断できる筈もないからである。最近，私の70歳の老体の軀幹全般に紅斑(見えてある情報)が生じ，分らないから心配の余り岐大皮膚科大谷教授の診断を乞うたところ，一見して忽ち「ジベル薔薇色粃糠疹」（若年者に多い疾患）と診断され処方予後を指示された。1カ月後予測された通りに全治して診断は真であることが立証された。電算機にこの診断の勘を求めることができようか。大谷教授に敬意を表す。

追　記

本論文は抽象的で難解の個所も多いと思う。医学的立場からは拙著「人間の随意運動」（杏林書院），哲学的立場からは「行動の中の哲学」（誠信書房）か「医療の哲学的考察」（医学哲学 No. 33～58）を参照されたい。

（〒 509-51　岐阜県土岐市肥田町浅野92）

新 刊 紹 介

—虚構と甘えのない紹介—

最近手にした医学書，ならびにその関係書のなかから今回は次の3点を紹介してみたい。

1）「POS」日野原重明著

（医学書院　¥ 1,800円）

本書は Lawrence L. Weed の「Problem Oriented System」の頭文字をとった書名であるが，本書はその——医療と医学教育の革新のためのシステム——というサブタイトルが語っているように，今後のチャート整理を通して医学教育と，医療の実践の場で，まさに革新的なメリットを与える具体性のある新しいチャート整理のシステムである“問題志向システム”を解説したものであるが，一見大学・大病院向きのもののように思えるものの一読すれば，まさに私企業形態としての開業医にも必要なシステムであり，とくに今後一般開業実地医家が地域にあって包括的な地域医療の一翼をも担なわざるを得ないとすれば，どうしてもこのようなPOSによりチャートが整理され，それらが地域医療センターの大型data-bankに収納されるという姿をとらざるを得ないものと思われる。本書を一読すれば本書は大学・大病院での医療や，学生をはじめ，卒業教育のためばかりでなく，一般開業医師にも，また para-medical の分野にも必須な病歴記載の新しいシステムであることが理解出来よう。巻末の“OPシステムのまとめ”として Harst のこのシステムによる特色ある利点がいくつか挙げられているが，まずこの巻末の数項目に目を通してから読み始めると理解し易いように覚えるが……。

2）MEDIMPACT 誌　¥ 500円

発行所：社会調査研究会

（東京都中央区日本橋本町4の11 イガヤビル内）

本誌は社会問題調査研究会の柴田章彦氏から送られて来たA5判30頁の小冊子であるが，まさにコンパクトな薬情報を伝えてくれるものとしてはまことに真面目なユニークな冊子である。薬の副作用，使用上の留意点，コレポンインデックスの1ケ月間の薬に関する文献や，海外での最新のクスリに関するトピックスと，大変多彩な内容をカラフルに，しかもカルカアチュアも挿入されて大変気軽に読み易く編集されている。しかし編者や記者が全くの素人の方々だけに，あまりにも正直に問題点を正面に据えつけすぎている故か薬を常時取扱う医師としては逃げ場と救いのない感じがしないでもない。

“安全に薬を使う方法”とか“安全処方のアラカルト”といったメニューが入ってくれると，まさに“小粒ながらピリッとサビの利いた”立派な薬情報のための小冊子になるものと思われる。価格も500円であり，製薬会社の文献や，医薬品カードの縦割りものもそれなりの効用はあるものの，薬というものをこのように横割りからも眺め，その真実を伝えてくれる小冊子は大変ありがたいと思われる。是非皆さんに購読をおすすめしたい。

3）糖尿病の食事療法　神戸照雄著

——処方箋から献立まで——

（医学書院　¥1,400円）

既に食事療法の重要性と，それに連なる“本当に具体性のある食事療法の手引書”をという声が聞かれて既に久しい。しかも一向に具体性のある即物的な書物はついぞ今迄にみられなかった。これは過言でない現実である。

たまに食事療法の書を手にしても栄養士の片側通行の解説と献立書であって，私どもは“食品交換表”を手にしながら，患者の書いてくる食箋を目を赤くして訂正し，加筆しながら勉強するというのがしきたりのようであり，思えば独善と学問の半々といったゴチャマゼ食事療法といっても差支えなかろうと思える。

今回是非一度読め！　といって医学書院の梅田徹昭さんが送って下さったのが本書であるが，内容は糖尿病食品交換表クイズから始まり，単位を覚えるための50問，食箋から献立作りまで，合併症のあるとき，食事を楽しくするバリエーション，1人分だけとり分けるときの注意，外食のときの単位の考え方，市販の惣菜利用の単位，市販の惣菜をとり入れた献立，インスタント食品，冷凍食品を利用した献立，とまさに本書の148頁はクイズと質疑応答形式で，ビッチリと埋まり，まさにこれこそ“実地臨床の経験から生れた，実践教書”と言えると思う。まことにキメ細く，水洩れのない，よくまあここまでと親切丁寧な食事療法の実際書である。1,400円は決っして高くない。

（編集部）

医院訪問

＝2＝

“ポケットベルが高らかに”

―上田篤次郎先生の巻―

春日豊和

NHKのテレビドラマに“北の家族”というのが毎日放映されていたが，辰造という便利屋が友人のトクさん宅を訪ね，その奥さんにトクさんの在否を尋ねたところ，“さあーネ！また風に吹かれてどこかへとんでいってしまったんだろーよ！”という返事を貰う所があったが，わが親愛なるトクさんも亦，かかる人物のようである。

数年前のこと，全く頻繁にトクさんの奥さんから電話があったものである。

“主人はお邪魔しておりません？！”

“いえ今日はみえてませんが”

“マッタク何ていう人でしょう，じゃまたどこかの枝にひっかかってるか，どこかの水際にでも流れついてるのでしょね？”とまるで千切れた奴凧の行方か，ゆくえさだめぬ浮草を思う返事が返って来たものである。

トクさんはその外貌に似ずモーレツ人間のようである。多忙なことは極りない。ともかく住む町会の役職から，地区医師会の理事や，副会長もつとめながら僻地の檜原村へ行く。地区医師会内部の各種委員会の役職まで数えれば1時は10指に余る枢要な任務にそのお人柄通りに真面目につとめつづけたし，また現在もその通りである。その上わが会の世話人から，医学教育学会や，国際医学情報センターの委員などなど，気が遠くなる程の大活躍である。

従って，わがトクさんの外来はまことにふるっている，奇妙なのである。どだいが正規にその標示時間に外来診療が出来ないからだ。昔のことだが“今日は夜の11時にアポイントしてある患者があるので…”とか，“明朝6時に患者が来るので…”といった調子である。その何から何まで1人で…受付から，カルテ作り，診察室への案内，問診から検査まで，そして薬作りから，報酬請求まで全てを1人でやっているのが，新宿中落合の閑静な裏通りに，これまたトクさんの風貌とは似ても似つかぬ瀟洒なトクさん診療所の診療形態なのだ。（次頁写真）

そして限られた患者数ではあるが，明治時代調の丸メガネ，その奥でいつもツツマシそうに微笑んでいるチッコイ瞳，おどおどした物の言い方が自然！と受取れるような小さな口へ，少し膝のぬけたようなズボンにスポーツシャツのこの素朴なイデタチとその風貌にアポイントの時間がとっくに過ぎても患者は不平も不満も洩らさず，トクさんの出現をじっと待っているのだ。そしてそんなとき，たまりかねて奥さんが方々の心当りに電話をかけ廻すという次第！そしてその頃トクさんは会議で，委員会で，あるいは親しい仲間とケンケンガクガク，医政を論じ，医制を語り，医学に熱をこめ，“時のたつのを忘れ果てている”のである。

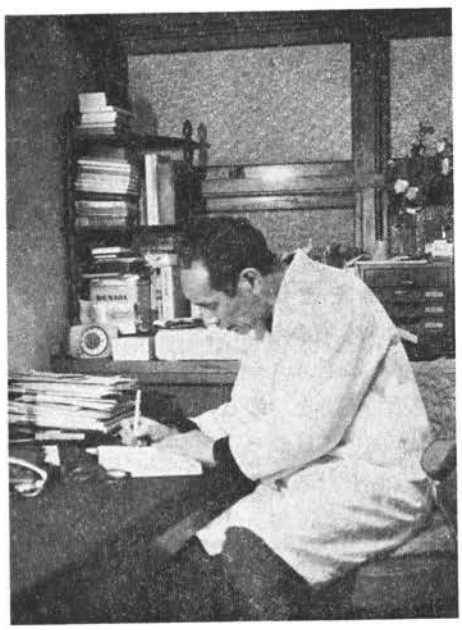
トクさんは根っからのお人好である，何でも頼まれれば“断ることが出来ない”のである，私どもの仲間に“断るのが面倒だから頼まれたら引受ける”というご仁もあるが，トクさんの場合は“断れない”のである，優しいのであろう。

トクさんは実にその名の通り篤学である，大学で“戸塚心電図学”をおさめ，現在まで師である戸塚武彦先生の主治医として，夜半早朝，戸塚先生に健康上の“ことあらば”，それこそ身心を投げ打って走り廻ることはもとより，コツコツとその師の学を今日の臨床に生かしその学問への情熱の火はなおも炎々として絶

ゆる所がない。そしてトクさんはまた実に筆マメでもある。うしろをみずに常に前へ前へという姿勢で，前を前を…と眺め想う，だから“年を感じさせない若い頭”からどんどんと医政へ，医制へ，医学へ新しい，しかも真新しい貴重な意見や真実が次々と生れ出る。そしてトクさんはまたまことにコマメにそれらを原稿用紙に書き込んでゆく，トクさんには時はないのである。夜半であれ，旅先であれ，思いつき，まとまったらそのときトクさんの使い古したペンが走り出すのである。そしてそれが原稿用紙に走り書きされることもあるし，藁半紙に今どき珍らしいガリ版刷になって現われて来る。若しわれわれの仲間うちにガリ版ズリものが現われたら，それは間違いなく“発信元—トクさん”である。

一体トクさんに楽しみはないのか？　あるのだ，これがまた大変な楽しみなのである，“俳句と低山漫歩”なのである。ドライブだ，ゴルフだなどとイキがるものは何一つない，トクさんは陸軍軍医をつとめた，色々のエピソードを残して…。そしてその時代のゲートルが短靴の上から巻かれ，腰には昔風の矢立がベルトに挿し込まれ，懐中深くメモ帳が蔵い込まれ，もう一つ奥さんの切なる切なる願いでやむなくとりつけられる“ポケットベル”を確かめると勇躍“低山漫歩”に出発するわけである。そしてトクさんは枯葉散る古寺の石段に腰をおとし，やをらメモ帳をとり出し，矢立をひきぬくとそこに“城”の１句がものされるわけ。

トクさんのもう一つのお楽しみは日本酒である，程を知ったお酒であるから残念ながら乱れない，しかしすすめられればいくらでも盃を重ね，夜更けて午前様



にも至る。まことにおいしそうに一杯，イッパイを小さい口元に微笑みつつ運ぶ，そして特有の癖である“自然に眼鏡を外して飲む”次には人に合せてこれまた“微笑みつつ低誦する♪”のである。

先日わが会の世話人会が秦野の鶴巻温泉で行なわれた，日帰り組のトクさんと私は小田急の込み合う車中で席を同じくしていた。トクさんはしきりと“人間の医学”を読み耽っていたが，電車が明大前を過ぎた頃，突然，車中に響くベルの音，それはまさにトクさんの腰と私の腰の間から発せられたものであった。トクさんの奥さんがトクさんに急を告げるためにトクさんのポケットベルにコールしたのである。そしてそのとき，まさにそのときわがトクさんはチットも騒がず，口元にチヨットてれ笑いを浮べるとポケットベルをやをらとり出し，車内にひびくベルの音にとどめを刺すや再び“人間の医学”に読み入ったのであった。

新宿に着いたトクさんははや既に急用を告げるベルの音を忘れたかの如く“タクシーで…”とすすめる私の言葉に“いや私は地下鉄で帰りますから…”とまことに悠暢なものであった。

それにしてもわがトクさんはここ数年来胃潰瘍を病み，内視鏡を呑み込むベテランと聞いたが，１日に数回，ときには10数回鳴り渡るこのポケットベルさえなかったら，わがトクさんの胃潰瘍もとっくのとーに完全治癒し，内視鏡のみ込みのベテランにならずに済んだのではないかと思われる。

制度に寄せて

老人医療データバンク

大滝紀雄

1. はじめに

横浜市西区医師会では昭和46年10月以来，公設民営の休日診療所を自主的に開設，爾来好評のうちに今日に至っているが，このことについては，すでに本誌62号（昭和48年12月）で報告ずみである。今回は，さらに現在わが区で実施中の老人医療データバンクを紹介して，皆様の批判と助言をいただきたい。

地域住民の健康管理システム化というか，住民の健康に関するデータを電子計算機で管理し，必要に応じてその情報を提供し，医師と住民が共同利用するという，いわゆる地域医療データバンクの構想は最近になって，はなばなしく登場してきた。しかし，この運営を円滑にするためには，コンピューターの利用，資金面その他種々の問題点があり，その成果を十分利用できる状態にある地域はわが国では皆無であろう。

横浜市西区医師会では，たまたま休日診療所が順調にスタートし，諸種の検査設備も整備されると同時に，東大医学部疫学教室の後援などもあったため，数年前からいだいていた医療データバンクの構想が，具体化されるに至ったのである。

2. データバンク設立まで

横浜市西区は横浜市の中心部にあり，人口約10万，老人の占める率は7％，ほぼ7000人である。昭和45年秋，西区内の老人を対照として，老人福祉総合調査が行われた。この調査により，老人の基本的データが得られたので，区医師会としてもこのデータを無駄にしないために，さらに精密な医療データを積み重ねていく必要性を痛感した。

このため，横浜市西区の保健所，医師会，区役所ならびに東京大学の代表者からなる「地域健康管理方式の開発に関する研究会」（横浜市西区地域医療研究会）が設けられ，ここで実際上の諸問題を討議することとなったのである。

昭和46年3月には，このプロジェクトに対し日本経営情報開発協会より研究費の給付を受けたので，ただちに入力項目の検討とシステム設計が開始された。データの収集方法としては，老人健診による医療データの蓄積から始めていくこととなった。被検者の金銭的負担を無くすため，65歳以上の老人を対照とし老人健診等の福祉制度を利用することにした。

健診を行う場所は，データの統一性や収集の便利さ等を考慮して一カ所にまとめ，西区医療センターで行うことに決定した。西区医療センターの母体は休日診療所をふくむ，木造2階建の施設で昭和46年12月社団法人として認可されている。

昭和47年には厚生省「新医療技術研究費補助金」を受けることになり，この年からデータの収集が始められた。第1回老人精密健診は昭和47年6月16日に行われ，それ以来毎週1回実施されている。昭和48年にはコンピューターによる集計，個人記録の作製が軌道にのってきた。

3. 実施方法

a．老人の集め方

西区内72老人クラブに呼びかけ，その責任者から受診希望者をつのる。また医師会員が老人クラブに出向いて健診の説明をする。

65歳に達した老人を区役所台帳でしらべ，リストを作り個人的に知らせる。

横浜市や西区の公的報道紙である“公報”や“たより”に老人健診欄の広告をのせる。

その他，電話による個人申込の受付など。

b．検査日および説明日

休日診療の行われていない毎週金曜日を検査日と定めた。したがって金曜が祭日と重なる場合には別の日に考慮する。説明日は検査実施1週間後の金曜日医師会員が輪番で出張，総合的なデータの説明ならびに注意事項を与える。保健婦，栄養士も医師の指示に従って，食事，生活指導等を指導する。治療はいっさい行わないので，患者はすべて主治医に送りかえされる。

主治医のない場合には，あらかじめ，専門科目，住所，氏名，電話番号を印刷しておいた区内の医師のリストを患者に手渡す。

c．健診のあらまし

健診は受付を済ませ，別室で胸部X線を撮影する。つぎに採尿，問診，心電図検査，血圧測定，点眼，採血，眼底撮影の順に行われる。

所要時間は待時間を除くと約1時間，

検査側の所要人員は10名位，すなわち

受　付：事務員1名　　問　診：保健婦2名
心電図：看護婦1名　　採　血：看護婦1名
総括的なことおよび眼底検査：医師1～2名
臨床検査：検査技師2名

1回の検査人員は20～25名を適正とする。

d．検査項目

尿検査は pH，比重，蛋白，糖，ウロビリノーゲン，ウロビリン，沈渣。

血液検査は血沈，CRP，RA，ASLO，赤血球数，白血球数，Ht，Hb，総蛋白，ZTT，GOT，GPT，Al-P，血糖，BUN，総コレステロール，A/G比，β-リポ蛋白，中性脂肪の各項目である。

4．データの種類および処理方法

データの構成は原則的に3種に別けられる。

a　基本データ　　b　診療記録
c　検査データ

a　基本データは番号，氏名，性，生年月日，住所，職業，血液型，主治医の有無，あればその氏名，薬剤反応（特異体質）等をチェックする。

b　診療記録はいわゆる既往歴である。診療開始年月日，入院外来別，そのさいの医療機関，診断名，手術，転帰等である。女性では妊娠，出産等を記入する。

c　検査データは検査日，尿，血液の生化学的検査データ，胸部 XP，ECG，血圧，眼底カメラ等である。

横浜市西区医療データバンクのデータ処理（パンチ，入力，出力）は同市磯子区東町6-13にある神奈川県保健教育センターの事業として，同所の電算機を用いて行われている。機械としては東芝の TOSBAC 5100 が使用されている。西区データバンクは保健衛生領域の情報処理のためのコンピューターシステムを利用する最初の事業である。昭和48年後半からは入力処理も順調に行われ，毎月月末に実施されている。昭和47年6月開始以来，910名が登録され，昭和48年4月から同年12月末迄に558名が受診し，うち再診79名であった。

5．利用管理の問題点とまとめ

現在のところ，検査した結果をかんたんに1枚の表にまとめ，被検者の1人1人に手渡している。さらに入力したデータは磁気テープにおさめられ，保健センターに厳重に保管される。コンピューターで得られたデータバンク個人記録は主治医の判明している場合には，各主治医宛に配布し，診療の補助として利用される。医師むけのデータは被検者に渡すデータよりも遙かに詳しい。西区開業の医師たちはこのデータにより，自分の患者の詳しい身体的情報を得るので，治療の面に応用し始めたようである。

以上が横浜市西区医師会で実施している医療データバンクの概略である。しかしこのシステムはまだほんの緒についたばかりであり，またこうした試みは他に類例をみないものである。データをいかによむか，それをいかに利用してゆくか，個人の秘密をいかに保持してゆくか，そのほかにも数多くの問題点をはらんでいる。諸兄のアドバイスをお願いしたい。

なお，本プロジェクトの開設ならびに推進に関して大きな力となった西区医師会前会長進藤勝雄，現会長鈴木潔，西区前保健所長西山勇，神奈川県保健教育センター前所長，故橋本善彦諸先生，その他多数の協力者の努力は並大抵のものでなかったことを付記しておく。

（横浜市医療センター専務理事
〒220　横浜市西区藤棚町1-119）

お茶の水 C.R.C 報告

新野　稔

〔第3回例会〕

48. 10. 25　於日本医事新報社3階講堂

柴山豊君（大田区）の司会で，縦隔陰影を考える。主題として，その異常像と鑑別診断について前東大物療内科助教授日野和徳君の話しがあった。資料を前渡しされ，スライドにて縦隔の解剖的位置よりときおこされ，そこにくる病変の鑑別診断についてまことに系統的に話され，まず，前縦隔とは前方は胸骨に境され，後方は心膜，大動脈，その他の大血管に接し，その中には胸腺，リンパ節，間葉系の組織があり，この部は Thymoma, Germinall cell に由来する腫瘍，間葉系腫瘍，胸腔内甲状腺腫等の好発部位である。

中縦隔は，心臓，心膜，大血管，気管，主気管枝，paratracheal および tracheobronchial のリンパ節，N. phrenicus, N. Vagus 等があり，この部位は，リンパ節の腫瘍および炎症性腫脹が多く，また気管や主気管枝に原発する腫瘍もあり，また心臓，血管の異常に注意する必要がある。

縦隔洞は，心膜と胸椎前面との間をいい，下行大動脈，胸管，迷走神経（下部），リンパ節があり，paravertebral の部位は，本来，後縦隔に含まれないが，後縦隔の病変としては神経系腫瘍の好発部位である。

縦隔の腫瘍：主として前縦隔にあるもの，

胸腺腫 Thymoma

通常は solid，時に cystic，良，悪性半々，全縦隔腫瘍の10%内外の率をしめ，臨床的に Myasthenia gravis, Pure red cell aplasia 等との関連が注目される。

Dermoid cyste 良性

Teratoma 良性，悪性

共に Germinal cell に由来する。全縦隔腫瘍の11～15%を占め，他に，Seminoma, Choriscarcinoma 等もある。Teratoma が多い。ともに solid, cystic なものがあり，Dermoid は epidermis と，付属物を含むが，Teratoma は ectodermal, mesodermal, endodermal のすべてに由来するものを含む，ThymomaI より大きい。

甲状腺腫（胸腔内）Thoracalstruma (Goiter)

大多数は甲状腺の Isthmus の下極より発生し，Trachea の前を，前縦隔にひろがる。Trachea を後方あるいは，側方に圧排することが多い。

間葉系腫瘍として，Lipoma, Fibroma, Hemoangioma など，

主として中縦隔に在るもの。

いわゆる malignant lymphoma〔Hodgkin's disease, Lymphosarcoma group, (Lymphosarcoma, Reticulum-cell sarcoma,) Leucemia〕

mediastinal tumor の25%あるいはそれ以上を始め，全身症状の他，局所症状として，胸痛，V. cava sup. の圧迫症状，N. phrenicus や，N. recurrens 等の犯された症状などを呈す。

転移性のリンパ節腫瘍，

肺，上部消化管などから多く，肺門リンパ節，bronchopulmonal lymphnodes の腫大を伴う。

Trachea の原発腫瘍

Trachea の変形，狭窄に注意

主として後縦隔に在るもの。

Neurogenic neoplasma

末梢神経性，Neurofibroma, Neurilemmoma,

交感神経節より，Ganglioneuroma, Neuroblastoma, Sympathicoblastoma，後者の2つは悪性度強く，

Paraganglionic cell より，Phenochromocytoma, Paraganglioma

縦隔の炎症性病変

急性の Mediastinitis

稀であるが，食道の穿孔から起るもの多い，その他は隣接器官からの波及による。Mediastinum の拡大と，空気の存在のレ線像を呈する。

慢性 Mediastinitis
Pleuritis mediastinalis

縦隔内出血

Pneumomediastinum

新生児に多く成人は稀，特発性，外傷性，食道破裂によるものあり，特発性のものは，肺に気腫性変化ありて，肺胞の破裂により空気は間質に入り，血管に沿って肺門より縦隔に入る。更に上行し，頸部に気胞を発生す。

血管の病変

これには大動脈の Aneurysma，無名動脈の Aneurysma, Fight sided aorta, 肺動脈幹の拡張。

その他，縦隔に異常影を呈するもの。

Pleuropericardial fat pad, Diaphragma の異常として Hernia (Hiatus hernia, Morgani 裂孔よりのもの，Bochdalek 裂孔よりのもの)，Relaxatio diaphragmatica (Eventratio)

食道の異常として Diverticula, Idopathic dilatation，萎縮せる肺葉がある。

縦隔の変位

索引によるものとして，Pleura，肺葉の Narbe による萎縮，無気肺，圧迫による変位として，Pleura の Effusion，気胸，大きい腫瘍，Relaxatio diaphragmatica，胸廓変形，漏斗胸が存在する。

これらの説明の中で，第1は正常か異常か，そして正常の変化にあてはまるものなのか，異常ならば，陰影の成り立ちを理解せよということであった。以上述べた所見を各症例について解説された。異常なる陰影は，あくまでも形態としてとらえることが大切であると。質問として，呼吸運動は何をもって表現するかの問に対し，横隔膜の動きをもって判定すると。

症例検討に入り，肺癌，肺嚢胞，転移性肺腫瘍のレ線を安田勇治君（大田区）が提示した。

身近な話題として，良い写真を得るための現像上の注意として氏家敏秋君（富士エックスレイ）がフィルムの取扱いと保存について次の諸点を各々の例の写真を提示して解説した。

X-フィルムの取扱いと保存

X-レイフィルムは可視光線の他に各種の粒子線，薬品，温度，湿気，および機械的圧力の影響を受けるから，その保存や取り扱いには十分な注意が必要である。

取り扱い上の説明をしたうえで，取り扱い上と処理上におけるミスによって生じたフィルムを参考としてお見せしました。

1. 圧力マーク（フィルムに三カ月形や不定形の黒や白いマーク）
1. 温度の影響（フィルムと増感紙，フィルム同志の接着マーク）
   （フィルム上に枝状やシミ状のカブリマークが発生）
1. 放射線のカブリ（フィルム上に不規則な物の影が現われる）
1. 画像の黄色変色（画像が部分的あるいは全面に黄色く変色している）
1. 安全光によりカブリ（カブリが部分的にムラになったり全面薄いカブリとなったりする）
1. 有害ガスによるカブリ（周辺部と中央部の濃度が違ったり，全体にカブリを生じたり定着が抜けなくなったりする）
1. 定着液中の浸け過ぎ（画像が段々薄くなってしまった）
1. 白燈カブリ（部分的に真黒くカブった場合や，紙跡の黒点ムラが生じた）
1. 指紋マーク（指紋の形が黒や白で部分的にあらわれる）
1. 処理液の飛沫の影響（円形や不定形の黒や白のムラがあらわれた）
1. 現像ムラ（濃度差のある不定形の縞ムラなどができた）
1. 定着ムラ（白い不定形のムラや汚れが付着する）
1. 乾燥ムラ（不定形の縞や円形の濃度差のあるムラ，反射ムラがあらわれた）
1. 定着液の現像液混入（ほぼ全面的に激しいムラが生ずる）
1. 経時変化（濃度が落ちたり，カブリが増加する）
1. 有効期限過ぎの性能（感度が落ち，うすい写真となりカブリが増す）
1. 現像液の酸化（現像液が茶褐色になり，感

度，コントラストが不十分な写真の上りとなる）

夜の11時すぎまで熱心に検討が行われた。本日は13頁の企画よりの資料が渡された。

〔第4回例会〕

48．11．22　於日本医事新報社3階講堂

鈴木荘一君（大田区）の司会で，本日の主演題は，「誰れでも撮れる頭の単純写真」東京医科歯科大学放射線科鈴木宗治教授の話で，その撮り方の基礎より，鑑別診断まで明快に話された。ルーチンとして米国では7～8枚の写真を撮っていたが，現今では5～6枚になっている。まず検査を行なう場合，その疾患に適応する検査が要求される。ルーチンとは，どこより初めてよい，どこから始めるかということであり，まず，後前像，側面像，Towne像（後前方向）の3枚である。撮影の名称はレ線束の方向をもっていう後より前にぬける時は後前方向となる。P→Aが後前方向投影となる。側面の場合は，右側がカセッテ面についている場合は右側面像という。このルーチンの3枚でこなせることが多く，必要に応じてその他の撮影写真を加えればよい。Towne投影はCanthomeatal lineをカセッテ面に垂直にしてレ線束を30°足側に傾ける。半軸方向撮影ともいう。基準線には，anthroplogical basal lineドイツ水平線，フランクフルト線，Reid線と呼ばれるもので，眼窩下縁と外耳道孔の上縁とを結ぶ線で利用度が高い。次に軸方向撮影として頭蓋底撮影を行う。それよりかたむくものを斜方向撮影という。撮影には，水平方向，軸方向，斜方向と認識すると便なり。骨折の場合ルーチンでは，骨折が認められないからとて，骨折がないとはいはない。骨折が認めることができないとの表現方法を使用する。病理解剖学的にレ線で認めない骨折はあり，レ線上骨折がないのは骨折がないとはいわない。これは必要で重複するがそのことが大切なのであえて表現方法をかえ記述した。頭部撮影で斜方向撮影が多く使用されるがそれはみる目的，撮影する部位をきちんと出すためのもので，30°までの斜方向はよいが45°以上になるとぼけ像が強くなる。

写真をみる時に，左右をまちがえのないよう再チェックしてみる必要がある。また左右のマークのつけ違いがあることが多い。その判定にはフオリーについている，そのメーカーの表示がきめ手になる。

質問として，〔平面写真という言葉は使用するか〕，この表現方法は使用しない。撮影ということでもって表現する。また，前後方向撮影という表現も使用する。すなわちレ線束がどのように入ったかをわかる方法で表示する。また前後方向像という表現よりして，正面像，平面像とはいう。

左右の位置は，解剖の本を読むようにしておいた位置でレ線写真を観察する。それはレ線の透視状態においてみた時と同様の位置で，解剖の本と同じようにおくことである。

頭蓋骨をみる場合まず骨の厚さの変化が多く，肥厚は，Paget病，Cooley anemiaが代表的である。骨の破壊として，診断がつく場合が多い。骨折，ついで石灰像。この石灰沈着は，10歳以下の小児において松果体の石灰化がある場合は，松果体の腫瘍を考える。正面像でみると観察しやすい。側面像の計測方法があるが診断価値は少ない。生理的石灰化には，大脳鎌の石灰化があり，前後方向撮影像で片凸レンズ状に膨隆している。側面像ではわかりにくい。次に生理的にPetroclinoid ligamentsの石灰化があり，これは後床突起と，錐体稜の間に張っている靱帯の石灰化である。

病的な石灰化は，toxoplasmosis先天性に子供の血管腫があれば，sturge-weber病，Pringle病，大人ではgliomasなどあり，石灰沈着は診断上きわめて有用である。

次にトルコ鞍についてであるが，正常範囲の上界は14mm，深さ12mmである。大きさの変化として，ballooningは，鞍内腫物の特長であり，鞍上部腫瘍は，egg-cup shapeである。

次に撮影法の注意点であるが，レ線束を分けたけの撮影の場合2つの表現方法がある。その1つはレ線管球をもって表現する方法と，レ線束でもって表示する方法であるがレ線束で表現した方が理解しやすい。撮影方法にいろいろな名前がつけ

られているが，その名におどろかないで，撮影方法は，2方向より撮影し比較することが原則であるから，その原則を理解するとよい。また位置にふりまわされることなく，その目的を知っておくことである。それによってその角度がことなることがわかる。

症例検討として，**安田君**（大田区）は，頭蓋内圧亢進，トルコ鞍の変化の症例を提示し，その他，cooley's anemia, osteogenic sarcoma, multiple myeloma, cranioschisis, cleidocranial dysostosis これは頭蓋と，鎖骨の化骨不全の他に，恥骨の化骨不全も伴うことから，dysostosis gdneralisata という名称もある。これらを解説した。

渡辺淳君（大田区）は，Towne 像の写真の解説を求めた。

症例の解説にわたっても，正常構造の理解をもとめ，ついで病的変化とのちがいを論ずる方法が理解しやすく，解説症例と，検討症例，すなわち供覧と，検討とはおのずから立場がことなるので，1つの症例について，基礎よりそれの応用について1つ1つ，掘り下げてものにしてゆくことが身についてゆく方法ではあるまいか。われわれは身につく勉強をしたいのだ。このことからして次のこの会の運営と企画が1つ1つ基礎的なことがらが，かたまって，充実し，進歩し，前進してゆくことを痛感したのは私一人だけではあるまいと感じとった。

次に氏家敏秋君（富士エックスレイ）は，現在フィルムの感度がよくなり，それと増感紙との組合せによって，レ線被曝の少なくなることを，実際に行ったフィルムについて説明した。その症例について，新野稔君（武蔵野市）は高圧撮影についての比較を論じた。本日の資料として41頁のプリントが渡された。

お茶の水 Clinical Roentgen Conference（臨床レントゲン研究会）の最近のお知らせ

11月でもって第4例会までが開催された。12月は会員発言として主題を「腹部単純写真の撮り方」と読み方としている。これは日常診療において，急性腹症を診断されることが，少なからずあると思われる。その際フィルム1枚の写真がどのように情報を提供するかを考えた時，腹部単純写真1枚の読影の必要性が痛感される。診断情報を与えるのにレ線利用を考えないで行われる領域が少くなって来ている。この研究会では，今まで，系統的な解説が主であったが，次回より，シャウカステンの前で，実際的なことがらを，その基礎とその応用をはかるため，1枚のフィルムをお互いによみ，1つのことを掘り下げ，時に応じて，系統的な組み立てができるよう一応試みている。それにはまず，正常構造を頭の中にたたみこんでいただくよう努力をはらって，その他はすべて異常といわずして，正常構造でもこれだけの変化があることも認識していただき，異常ならば異常なることを形態的に把握してゆくことが大切なので，それにはどのような体位の撮影が必要か，その撮影条件は，それで現われたものは，どこに存在するが，それにより立体的につかんでみることが大切である。

臨床医にとっては，人体を離れたレ線診断はない，ゆえに病人の全体を見る目を失わないようにしたい。レ線像はその本質の形態をあらわしていて，単なる陰でなく，内部構造のレ線吸収の意によって，その内部構造を表現している。その表現と本質を直結するものは，病理学的な基礎知識となる。臨床診断としては，総合的判断と，経過観察，経時的変動をとり入れることが大切である。一つの病影としてとり上げたものはより多くの疾患の可能性を示している。これは「vierdentig」と Schinz は教えている。

次に会場の内の，座席の配列にも変化をもたせ，机を後におき，コの字形とのそこに坐り，ノートをとられる先生はそちらに，生きた実際面でメモをされる方はその机の内側にイスだけを，シャウカステンを中心としてならべて坐わり，生のフィルムを，直接みていただいてお互に理解し合ってゆこうと試みている。大数のご参加を望んでいます。

〔第5回例会〕

48年の暮のおしせまった12月27日いつもの会場である日本医事新報社講堂で，**神田修二君**（大田区）の司会にて次のテーマにおいて行われた。腹部単純写真の撮り方と読み方，宮崎三郎（杉並区），佐藤安正君（文京区）の発言，その解説が行われた。当日，私は出席できなかったので，渡辺武君（船橋市）の会場記録があるのでそのまま次に書かせていただきます。

「腹部単純X線撮影について」　渡辺　武

はじめに宮崎先生から，これからはレ線写真の大きさは，とくに腹部単純レ線をとるときはできるだけ広範囲をとるよう，半載に近くなるだろう。

腹部単純撮影で一番問題となるのは胆石，腎結石，イレウス，胃十二指腸穿孔等であるとして，豊富な実例を示された。腹部単純撮影する場合，腹壁をうすく見易い写真をとるために，立位よりも背臥位で，のどをつまらせ，いきを吸わせるようにしてとると更に腹壁がへこみよくとれるようになる。

また腹部単純写真で誤診に陥らないためにいくつかの項目をあげ実例を示された。すなわち，

① 一般に腹痛発病後3時間以上経過しないとレ線写真には異常ガスが現われない。

② 空腸高位の閉塞ではニボーが現われないことがしばしばある。

③ 無ガスイレウスがある。

④ 腸管憩室で水面像を作ることがある。

⑤ 急性胃腸炎，下剤，モルヒネなど使った場合でも小腸，大腸にニボーが出ることがある。

⑥ 正常では大腸内にニボーがない。

⑦ 胃，十二指腸潰瘍穿孔でも遊離ガスを証明できないことがある。この場合でも肝陰影中にニボーを発見することがしばしばある。

⑧ 鼓腸，麻痺性イレウスでは一般にガス像が主で，ニボーの形成はないか，あっても非常に少ない。これに反し機械的イレウスでは，ガスと共に液の量も多く，ニボーの数や液量が多い。

ついで佐藤安正先生も脾破裂の例，腎結石の例やイレウスの症例を示され，イレウスでガスが少ないものは整復可能であると外科学会の結論を話された。なお小児腹部ので石灰化のあるものは要注意とつけ加えられ，4時間にわたるカンファレンスは非常に実地診療上有意義であった。

以上が渡辺武君の記録であり，これよりして，写真の撮り方とその読み方の重要性が再認識させられる。そして一枚の写真を読むにしてもその所見を引っぱなし，それが正常か異常か，また病的を分析してゆかねばならぬが，写真は撮っても読めないということを少しでも前進的に，これは何で起るのかという，思考程度を主体としてこの会は進められている。次に当日の資料の中で宮崎三郎君が整理され，主要な点をメモとして印刷するよう小生に依頼され，一読するに臨床家に必要なことがらが，他の資料でみられないことが書いてあるので，宮崎三郎君の原文のままここにご紹介することとする。以下宮崎三郎君の記述による。

メ　モ　　**宮崎　三郎**

消化管内ガスに関するもの

① 生理的状態でも胃腸管内にはガスが存在し，その量は大体 1*l* 前後とされている。胃底部には約 50 m*l* 前後の空気があり胃泡を形成する。

小腸には成人の場合，一般にガスはほとんど存在しないといわれる。（しかし，上部空腸には，正常でも，しばしばガス像が見られる）。これは

㈠ 小腸では内容の通過が早いため。（20～30分で大腸に達するという/Magnusson 報告）

㈡ 小腸内にガスがあっても，腸壁から速かに血管内に吸収されるため，と考えられている。（腸壁の電子顕微鏡像などから計算すると小腸の全表面積はタタミ50畳くらいに相当するという）従って，生理的状態では腸ガスの大部分は大腸内にある。

② 新生児では出生直後にはガスは全くないが泣き始めると肺に空気が入ると同時に食道，胃にも空気が入る。15分後には胃内のガスは幽門を通過し1～2時間後には小腸内にガスが充満する。3～4時間たつと大腸にガスが入り側腹部が膨隆してくる。(Frimam-Dell, Lind & Wegelius)

そして，大体4～5歳までは小腸内にもガスが見られるのが普通であるが，その後は大体成人と同様の像になってくる。

③ 胃腸内ガスの由来。

腸内ガスの70%以上は口から嚥下された空気に由来する。嚥下される空気のうち，O_2, CO_2 は容易に腸壁から血行中に吸収されるがNはなかなか吸収されず永く腸内に残る。

第2は血中から逆に腸管内に拡散するもので腸内ガスの20%前後に当るという。

第3は上行結腸，横行結腸において腐敗，醗酵により発生するもの。

第4は小腸上部で酸性の胃液がアルカリ性の膵液により中和される際に生成される CO_2 である。

第3，第4は特殊な場合を除き正常では10% 以下である。

④ 胃腸内ガスの排泄

第1は腸壁から血中に吸収され，肝を通り，肺胞を通して排泄されるのが最も重要で腸内ガスの約90%がこれによるという。

第2は放屁として体外に排泄されるもので1日1*l*前後という。（しかしこれは食餌の種類や，腸管の病変その他により可成り変化する）

第3は“おくび”として口から排泄されるもので通常立位の時のみにおこる。

⑤ 腹部の血行が低下すると胃腸管内ガスの吸収が悪くなり，腸内腔の膨満がおこる。一般に小腸の方が大腸に比しガス吸収の速度が早いから，大腸の方が小腸より強く膨満する。

腸管が膨満すると腸壁の血行循環が悪くなるから，ガスの吸収も悪くなり，同時に液の吸収も悪くなるから，腸は液およびガスで膨満し，これはまた，腸壁の血行を障害して，ここに悪循環がおこる。（小腸内圧は正常では水柱 2～4 cm であるが，麻痺性イレウスでは 15～20 cm，機械的イレウスでは 50cm にも達する）。

⑥ 鼓腸，麻痺性イレウスでは一般にガス像が主でニボーの形成はないが，あっても非常にガス量に比し少ない。これに反し機械的イレウスではガスとともに液の量も多く，従ってニボーの数や液量が多い。

これは腸筋の蠕動がある間は水分の吸収はガスの吸収に比し比較的長く保たれているものであるが，麻痺性イレウスでは腸筋は余り障害されないが，機械的イレウスでは腸筋も障害されるためである。

腹部単純写真をとったために誤診に陥らないために

① 一般に腹痛発病後3時間以上経過しないとレ線写真には異常ガス像は現れてこない。

② 空腸高位の閉塞ではニボーが現れないことがしばしばある。この場合撮影条件がよければ十二指腸や，上部空腸が拡張して液で充満するため帯状の長い濃いカゲが出ることがあるからその有無に注意すること。ガスが多少でもあれば小さいニボーが左上腹部のトライエツ部に形成される。

③ 無ガスイレウスがあることに注意。

小腸軸転不通症に多いという。この場合でも滲出液が多いために暗影度がまし，脊柱陰影や側腹線が不明瞭になり，また腸管内液充満のため腸詰様陰影が見えることがある。

④ 腸管に憩室があると空気が入り水面像を作っていることがある（特に十二指腸に多い）この憩室が多数あると腸閉塞と誤認することがある。また，ガス産生膿瘍や遊離ガスと誤認することもおこり得る。

⑤ 急性胃腸炎，下痢剤モルフィン剤などでも小腸，大腸にニボーが出ることがある。この場合は腸管の拡張像はない。

⑥ 正常では大腸内にニボーはない。しかし浣腸をうけていると出ることがある。

⑦ 小腸破裂では遊離ガスを証明できることは稀である。

⑧ 胃，十二指腸潰瘍穿孔でも遊離ガス像を証明できないことがある。この場合でも肝陰影中にニボーを発見することがしばしばある。

⑨ 開復術後の腹腔内遊離ガスは通常4～5日，おそくても10日以内に消失する。稀には4週間後にも残っていることがある。（しかし，こんな場合は開復以外の原因，例えば縫合不全，胃腸管の穿孔なども一応考慮する必要がある）。

以上であるがなかなかよくまとめて要約しており，大変参考になることがらである。

カルテの前で

田植時にみられる指関節痛

得律　雄司

毎年6月頃になると北関東では田植が始まる。この田植に特有と思われる指関節痛を訴えて来院するのを農村地区で開業してはじめて経験した。特に学問的に研究したわけではないが，農村地区で開業した実地医家の経験として一読されれば幸甚である。

自覚症状は田植のあと指関節に軽い腫脹と疼痛を訴えて来院する。発赤はないが疼痛，腫脹のために屈伸制限を僅にみとめる。

指関節の好発部位は中，環指の近位指関節である。ときに示，小指に来る。

田植の前に苗取りがあるが，苗取りすると示，小指に疼痛を訴えることが多く，田植をすると中，環指に疼痛を訴える。

しかしこの関節痛を訴える人は田植時に毎年指関節に疼痛を訴えるようである。また田植のキャリヤーに無関係のようである。

田に軟い田と硬い田があって，底の軟，硬によって区別されているが，一般に硬い田で長く田植すると発生することが多い。

いずれも田植を止めると数日で自然治癒する。初めの頃ステロイドの関節内注射，鎮痛剤を投与していたが，最近説明するだけで放置している。

この関節痛を農村では甲手，突指，苗づきといわれているようである。また男子の末子に患指を糸でしばってもらうと治るという伝説もある。

大学の整形外科助教授に質問したところ，外傷性指関節炎とのことであった。

(〒379-21　群馬県前橋市野中町245-3)

感情的小児科学

〔その2〕

吉田　仁

その3・母親学

よく他科の先生方から，「小児科は若い美しいお母さん達ばかりで，幸せですね」と羨ましがられる。

しかし，事実はそうであろうか？　私にいわせれば，「小児科ほど，凄まじい科はない」と思う。何故なら，女のエゴの最も端的に表現される場所であるからである。一応，お母さんと呼ばれる人達であるから成人と見做して良いだろう。その成人が自分のエゴをむき出しにするのは，最愛の子供のためであるという錦の御旗があるからである

全く，小児科は女の展覧会である。女は古くから男より感情的であり，執念深いとされているので，本当に小児科とは大変な科であると思う。時々，ほとほと女には飽き飽きしたなどと，大変威勢の良いことを言ってみたくなるのである。

小児科をしばしば訪れる母親を大別してみると，大体，三つのタイプに分類できると思う。

先ず第1に，子供の健康が心配で心配でならないといったタイプである。第2のタイプは，自分の育児法の正当性を立証しようとするタイプであり，第3は，本当に身体の弱い子供を持った母親達である。

一般に，子供は自分の意志から小児科を訪れることは，全くないと思う。つまり，小児科を訪れるのは，親，とくに母親の意志によると考えて良い。先ず，第1のタイプに属する母親は，「こんな小さな赤ん坊なのだから，すぐにでも死んでしまうのではないだろうか」という心配をもっている。核家族で，実家より遠く離れ，主人も夜しか帰って来ず，相談に乗ってくれる人もない。仕方がないので，近所の同年輩の子供を持っている母親達に相談することになる。失礼かも知れないが，そんな若い母親達から中途半端な医学知識を

教えられ，「あなた，そんなことをしていたら大変よ」などといわれ，自信がないので血相変えて，われわれのところに飛込んで来るタイプである。

しかし小児科医にとって，これらの母親達は最も愛すべき人達である。親切に丁寧に納得行くように説明してやればすぐに先生のファンになる可愛いい母親達でもある。

問題は，第2のタイプに属する母親達である。なまじ教養？が邪魔をしてしまうので，自分の育児法や，治療法をわれわれ小児科医に強制する母親達である。このタイプの母親達は，われわれ小児科医からみれば自分が最も損をする人達であり，そんな人達にかぎって終了時間間近かくや，時間外でも比較的平気で来院するのである。本当に教養のある母親は非常に礼儀正しくこちらの話を真剣にきき，また理解してくれる人達であり，時間外などには絶対に来院しないものである。

しかし，小児科医の妙味はこんな母親達のジャジャ馬慣らし法かも知れない。

彼女らは自分の育児法を過信し，特に活字になっていることを信用する。その結果，われわれの話を猜疑心の強い目でにらむ。少しでも育児書と異なったことでもいわうものなら，あの本にはそんなことは書いていなかったといいたげである。そうして必ず数軒の医院を回ったあげくに，納得行かずに小児科医を訪れる。われわれも人間であるので腹を立て，誤った過信をさんざんやつつけてやると，またしばらく来なくなってしまう。そしてまた，数軒回っては，結局またやって来るのである。そしていわく，「何々大学病院でもそれと同じことをいわれました」などと安心をするのである。それまでに数カ月から年余に及ぶ人もいて，迷惑なのは当の本人の子供達である。こんな時，何時も私は患者は子供で，子供には何の罪がないのだと気持を抑えることにしている。

第3のタイプの母親は自分の苦しい体験から，どの先生が良いかを本能的といって良いくらい知っている母親達である。だから必死であり，熱心である。私どもも，うかつにはできないぞと気持を引き締めるのである。

実際，お気の毒としかいいようもないくらい弱い子供達なのである。このような子を持つ母達も，「どうして家の子はこの弱いのでしょうか？」と嘆く。仕方がないので「お宅のお子さんは昔ならとうに自然淘汰されてしまっている子供さんですね，現代だから生き長らえたのですね」というしかないのである。

これらは誰れの罪でもなく，自然の原理なのであるから，こういう子供を持った親達にこそ先天異常や，障害児を持つ親達同様に何らかの社会的援助を与えるべきであろうと思うのである。

その4・小児科気象台

われわれ人間も地球上の自然の点景の一つに過ぎないのであるから，自然の原理に従わねばならない。事実，人間が小賢しい知能を持っていたとしても自然を征服はできない。なまじ人間の浅智恵のために現代日本に代表されるような公害騒動も，結局は自然の原理に反した報いなのである。

人間でいえば成人に比し子供は純粋であり，自然の原理に従って生きている。とくに赤ん坊は自然界の変化にすぐ影響されてしまうのも当然のことであろう。

事実，私どもが外来で子供達を診察する場合は，その天候，気象状態をよく知っておく必要がある。それはとりもなおさず，小児科の名医になるための条件で，天気予報を知ればその日の診断に大いに役立つからであり，反対にまた，その日の患者から，天気の状態が推測されるからである。

朝から，咳，ゼイゼイ，ヒューヒュー，鼻水，くしゃみといった主訴の患児が多い日の翌日か翌々日には，必ず雨が降るとか，台風が来るとか，大風が吹いたりするのである。注意深くみていると，まず，これらの訴えをして来る乳児が，次から次へと続く，そしてそのあい間に喘息の年長児でも来れば，それは確実に雨が降ると考えて良い。

熱がなく，元気も良く，食欲もあるが，咳が出て困るというような訴えには，「きっと天気が変わるのですよ，明日は雨が降るでしょう。雨が降ってしまえば，楽になりますよ，心配なし」ということになる。そうすると，翌日，またやって来て，「先生やっぱり雨が降りましたね」とこちらの株が上るといった具合である。

年長児になると，移動性高気圧，晴天の日に，

いわゆる自家中毒症の子供が多く来る。1人来ると4～5人は必ず来るから不思議といわねばならない。家族環境や，生活が全く異なった子供達であるのに続々やって来る。皆，例の血の気のない土色の顔でやって来るのである。また，咳の出る子供が多く来るのである。また，咳の出る子供の多く来る日もこの自家中毒症の子供が多いことも目立ったことである。成人でも脳卒中の多い日とか，リウマチの痛む日が決っているように，われわれ人間は，自然界の一つの小さな動物にすぎないのだと畏怖の念にかられるのである。

最近のように，人間が人間にとって最も快適な環境？と考えられていることが，実は，全く自然の原理に反することであると気付かれて来たことは良い傾向であると思う。

人間の赤ん坊は，やっぱり母乳で育てられることが必要であり，冬は寒さに耐えられる身体が必要であり，夏は汗をかきながら，暑さに順応しなければならないのだと思う。

そうすれば，現在，小児科に来る患者の3分の2は来なくても良い患者なのではないだろうかと思われる。

現在の日本の医療保険もやたらに過保護な日本人を作り，高邁な理想とは裏腹に，実は自然の原理に反し人類を滅亡に導くものであるということに気付くであろう。

(〒274　船橋市習志野台2-34-17)

開業医

城田　脩爾

研究は別として，診療活動における開業医と大学の医局員との違いについて考えてみたい。

（イ）まず医局に相当するものがない。大学では医局が医師の溜り場であって，そこでの日常会話が即，情報収集であり，また勉強である。開業医の集まりで，医学上の話題が交わされることは極めて少ない。当たりさわりのないゴルフなどについて話をしても，医学についての話題は，ヤボなこととして敬遠され，開業医の経営上の話題は防衛上から余り口にしたがらない。

個人の中に知識は死蔵されてしまう。

（ロ）世代間の知識の交換がない。医局には各年代の医師がおり，代々その経験を次の世代へと受渡してゆく。また年下の医師の成長によって先輩の医師は下から追いあげられて自分の向上を計らねばおられない，ところが開業医は，このタテの関係でも孤立している。いかなる職業でも（例，大工）自分の下に弟子がおり，仕事を通じて次の世代を教育してゆくことを自分の技術を向上させる原動力としている。開業医は唯一人，いかに勉強しようとも，その知識の財産を伝える機会はない。アメリカにおいて開業医が病院で指導医としての役割りを果しているのは，その意味で非常に有意義なことだと考える。わが国で開業医の勉強の意欲を失わせている最大の原因は，この点ではないだろうか。

（ハ）難かしい症例はいないから勉強しても仕方がないという理由もある。特に医事紛争の増加に伴って難かしい症例には手を出さない方が，無難であるとの考え方もあろう。しかし大学とて，難かしい症例ばかりではない。一般の症例が大部分を占めている。むしろていねいに調べれば開業医の診ている症例の中にこそ，難かしい症例が多いかも知れない。要は診る眼の有無ということであろう。

（ニ）医局においては，カルテは医局内でオープンである。誰が読むか，誰が批判するか分らない。何人がみても理解できる，また納得できる記述が要求される。開業医のカルテは，一医師のメモ片にしかすぎない。1人の医師が診察し治療した情報をすべての医師が利用し評価できる態勢がのぞましい。ヨコの情報交換を盛んにして，患者を医師群の網の中で追跡して，いつでもその状況を把握できるような診察態勢であってほしい。POMRは，病院だけに当てはまるものではない。

（ホ）医局では何によらず，専門医の知識がすぐに得られる。これは他科についても同様である。開業医はここでも，孤立している。しかし努力さえすればこのようなヨコの連絡は可能である。

（ヘ）忙がしすぎる。とにかく医師以外の仕事が

多すぎる。これは政治や制度の問題であるが，医師一人々々が本気になって，この状態から脱出しようと努力しているか疑わしい。しかし医局員は安月給で，これまたヨルのアルバイトで実に忙かしい。お互いの情況をもっと認識し合う必要がありはしないか。

× ×

数年前ある雑誌の小欄に，各科の専門医をつくるより，まず G. P の専門医をつくれ，と書いて，バカなことを書く奴がいると笑われたが，最近識者の方で同じ意見を書いておられるのを読んで，わが意を得たりと喜んでいる。しかし試験によって専門医をつくるやり方には反対である。解析幾何の試験をパスした医師達ではあるが，今その問題を出されてすぐにスラスラと解答できる人が幾人いるだろうか。試験にパスするための知識は，所詮身につかない。それよりも，(イ)～(ホ)のような問題点をふまえて，もっとタテ・ヨコ・ナナメの交流を盛んにしてゆくことにより，自然に資格のない医師は脱落してゆくのではないか。専門医の中で最も難かしく，また最も必要なのは G. P の専門医なのである。実地医家のための会がその方面でも，今後大いに貢献されることを切望する。

—49. 2. 8—

(〒572 大阪府寝屋川市)

患者紹介と大学教授

越川 英夫

日本医事新報（48. 12. 8 号 No. 2589）の西谷司先生（三重県多気町）の「患者紹介」を拝見して（同氏は同新報27. 12. 27号の大田区柴田正元先生の文を引用されている），患者紹介と開業医の立場を改めて考えさせられた。

私は現在，無床診療所で内小児科の多数の外来患者に追い回されては，月に何回か患者を大学病院に紹介することで，重症者や精査を要するものからの重荷を軽くさせて頂いている。

万一の場合の頼りになる大学病院が近くにあり，紹介を快く引き受けて下さる教授がいられることは，毎日の診療に携わるものに取って，何と心強いことか。この教授の御態度には，全く感謝の言葉もない。

さきの先生方の文に見える，紹介状を見ないとか，見ても患者を診察しないとかは論外としても，切角礼を尽して紹介状を書き，教示を仰いでも返事をくれないという例は案外多いのではなかろうか。その点，私が現在よくお願いしているS大外科のI教授は，実によくこまめに，患者の経過について御連絡下さるのには全く驚いている。それも教授直々の電話で，実に気さくに御返事下さるだけでなく，以前の紹介患者についてもお尋ね下さることも再々で，全く以て今までにない経験だけに，ただただ恐れ入っている次第である。

これこそ，医育に携わり，指導的立場にいられる教授のあるべき姿ではないであろうか。無論，大方の大学教授諸先生に，このI教授と同じようにと望むのは，望む方が無理というものであろうし，これは偏えにI教授のお人柄によるものであろうが，紹介申上げる一開業医の当方に取っては，こんな有難いことはないわけで，つい甘えて，内科的な患者までお願いし，然るべき科の教授に再紹介して頂くようなことも一再ならずである。

このI教授の何分の一でもよいから，大方の大学教授諸先生が，開業医の紹介に快く応じて，然るべく御教示を垂れて下さらばと望むや切なるものがあるのは，私のみではあるまい。尊大振っているばかりで，中味のない大学教授がとかく多いと言われる昨今，このように開業医に取って実に心強い存在であるI教授のような方もいられることを，皆様に知って頂きたく一筆認めた次第である。

(〒211 川崎市高津区子母口1067-3)

大医は国家の病を医す

伏島 真輔

このようなことをいうのは一寸烏滸がましいと思うが，政治家にはいえぬことがあるらしい。

先ず老人はその子供が面倒見るべきが原則ではないだろうか。老人の幸せは親孝行をおいてほかにはないといっても過言ではない。しかるに老人の生活は国家でみるべきだという，どんなに国家が老人の生活をみても，その老人に真の幸せはもたらされないと思う。

現に，わが国の65歳以上の老人の自殺は世界一だとのこと，これでは日本の老人は不幸だといわざるを得ない。「老人の日」にラジオを聞いていると親孝行という言葉を使った人は一人もいない。それらしいことをいってはいるが“親孝行”とははっきりいわない，どうして素直に親孝行といわないのであろう。政府も「皆様親孝行して下さい，その御手伝を政府がいたします」くらいのことはいうべきだ。

ラジオで思出したが偉い人が2，3人で朝鮮の話をしていた。それによると如何にも日本が朝鮮を虐待していたようなことをいっていた，しかし明治大帝は内地の郵便貯金の利子は年2分，朝鮮のそれは年4分出していた。また赴戦崖の発電所は東洋一とのことだった。また皇族の御姫を朝鮮の皇室へ嫁におくったとすると明治大帝の気持としては朝鮮を虐待するようなことはすこしもなかったと思う。それ故，悪い面だけを取り上げて過去の日本を非難するようなことはわが国の青少年の教育上まことに良くないのではないだろうか。

もちろん，戦争は悪い，しかし日露戦争は当時の事情から已むを得なかった，もし日本が負けていたらこの国土に住んでいることすらできなかったかも知れない，それを考えたら当時の戦線に馳せた先祖に，感謝こそしなければならないと思うが。

次に物の面であるが，人生の意義は物であろうか，それは価値感の問題である。もちろん経済は大切な問題ではある。しかし何といっても二次的なものにすぎないのではないだろうか？　西郷どんは「命もいらず，名もいらず，官位も金もいらぬ人」といわれているが，とにかくこだわりない心で物事を考えないと大きな間違いを起す。節約なしには経済は成り立たない，博多の「せんがい禅師」は「有りとても人にもやるな，見せもすな，福は袋に玉は頭に」といっている，とにかく見せたがるから悪い。

以上ははなはだ迂遠なことのようではあるが，今後の日本社会を良くするためには国民の心構えがまず大切であり，そのためにもと思い二，三感じていることを述べた。今は子供が親を疎じ，生徒が先生を馬鹿にし，社員は社長をかろんじ，議員は総理にペロリ舌を出す，正に下剋上である。

このときにあたり僭越ではあるが，われわれ医師たるもの患者の肉体を医すると同時に，精神をも医すべきではないだろうか，「大医は国家の病を医す」である。

（〒326　栃木県足利市里矢場町1985）

大丈夫でしょうか？

松本　悦雄

熱が2，3日つづくという乳児の診察を終え，カルテに現症を書き，上気道感染，ビールス性？と頭の中でまとめていると，母親が，

『先生，大丈夫でしょうか？』

『え？』と私。心の中で，困った質問だなあ，どんなに軽くても，大丈夫ということはないよ。信用してもらえないのかなあ。と答えに窮していると再び，

『大丈夫でしょうか？』

『まあ，まあ，その答えの前に，お子さんの状態について考えられることを話しましょう。それから，これからの取扱いについてもね。その話の内容で判断していただくんですね。常識的には大丈夫っていうんでしょう』

ここまでいうとようやく納得。

×　　×　　×

一見して神経質に見える幼児，朝夕の咳が1カ月以上もつづいて，医院を渡りあるいているという。アレルギー性咳嗽，咽頭リンパ装置発達と告げると，

『そうでしょうか？』と不満そう。

母親としては，結核のような重い病気にかかっていると思い込んで，自分の思い通りの診断でな

かったことが意外らしい。それきりその患者は来なくなった。

× × ×

電話で——。

『昨日みてもらったんですが，お薬のせいか下痢をするようになりました。』

『そう，薬でも下痢することはありますが，病気の症状の一つとしての下痢の方が考えられますよ。』

薬をのみつづけるように指示したが，はたしてのんでもらえるだろうかと，あやぶみながら受話器をおく。

このような言葉のやりとりは日常茶飯事の出来事である。

大丈夫でしょうか。そうでしょうか。心配ないでしょうか。お薬のせいか，食欲がありません。お薬のせいか吐きました。等々。

とり方によっては，一種の脅迫ともとれる言葉が何と気易く，たくさん使われていることだろう。

患者側からすると，心配のあまり，なにげなく出る単純な言葉らしい。気が転倒している状態だから仕方がないのかとも思う。それに，医師が本当に信用されてないからこのような言葉も出るのであろうと考えると，自ら反省してみる必要もあると思う。

だから，じーっと我慢，という態度を取るようにしている。

しかし，その根底に流れるのは，医師と患者の信頼関係の破綻をあらわしているように思えてならない。

私が医者のかけ出しの頃には，この種の問答はもっと少かったように思う。これも情報過剰の世の作り出した産物の一つであろうか。そのうえ，社会の一般的風潮として，自分のするべきことは努力しないで，責任を他に転化させ，安易に結果だけをとり急ぐ傾向がありはしないか。

最近はやりの，乳幼児の医療費公費負担が実施されたら，この傾向はもつと拍車がかけられるのではあるまいか。

自分の子供の健康管理は親が主体をもつものと思う。病気の治りが悪ければ，医者にかかっているのにと，医者だけに責任をおしつけるであろう。何でもあなたまかせは，子供の自立心や社会性の発達にも悪影響が出るであろう。そのような人達が大きくなって作る社会はどうなるのだろうか。

事務量の増加もさることながら，不急不要の患者が増えるであろう。忙しくなれば，じっくり診なければならない患者にも診療にかける時間は短くなるであろう。診おとしも出るだろう。医療事故も多くなるであろう。事故が出れば待ってましたとばかりまたマスコミがさわぐだろう。医療費も増加するから，支払側の監査は一層きびしくなるであろう。社会福祉の名のもとに，二重・三重の首枷がはめられて，医師の首がしめられて行くように思われてならない。

医療の質も低下するだろう。医師の社会的地位も下落するであろう。患者と医師の信頼の絆は更にもろくなるであろう。

無料の薬をきちんとのんでくれるだろうか？。無料の診療を患者は信用するだろうか？

そんなことまで心配になって来る。私はノイローゼだろうか。

そして今日もまた，

◇『この子，ぜーんぜん食べません。下痢もしています』

—そう，一日何回？—

『おむつ変えるたびです。』

—それで，いつ頃から？—

『ずーっと前からです』

—で，熱は？—

『はからせません』

◇『ぜーんぜん食べないんですが，栄養のお注射しなくていいんでしょうか？』

◇『それで病名は何でしょうか？』

ようやく処方して作った薬を，

◇『この子，薬をのみません。』

ああ，しんど。

(〒180 武蔵野市吉祥寺東1-23-3)

訃報

会員 西 俊英先生（昭和2年日本医大卒，皮膚科）
（東京都世田ケ谷区上北沢1-38-7）
は5月13日急逝なされました。5月12日の例会にお元気な姿で出席されておられただけ，一層の哀悼の意を禁じ得ません。茲に深く深くご冥福をお祈り申上げます。

ゴルフは安全なスポーツか

上田篤次郎

最近のゴルフブームはすさまじいが，マル保険の患者にゴルフに基因する脊柱の損傷や膝関節症などをみることは珍しくないように思う。

多くは，管理職になってから始めたような人であるが，そろそろ体が固くなって来ているのに，早く上手になろうと奮励努力した結果のようである。

私はゴルフをやらないし，将来ともやる気はないが，その理由は次の通りである。

1．金と時間をゴルフに向ける気になれない。

やれば面白いだろうとの理解は持っているが，登山，スキー，スケート，乗馬など，より性に合った趣味を持っているので，やる気になれない。

2．貴族趣味が気に入らない。

マイカーでゴルフ場まで乗りつけ，キャディーと称する連中に道具を持たせて悠然と楽しむといったパターンは庶民の肌に合わない。

3．環境破壊に生理的反撥を感じる。

芝生の緑から，ゴルフ場造成は環境保全と勘違いしている人もあろうが，山を削り谷を埋めてその地の生態系を滅茶苦茶にして，何が環境保全だといいたい。

ゴルフ場造成が専ら金儲けであったり，権利が利殖の道につながるなども不純である。

大体以上がゴルフと無縁の理由だが，人の価値観は千差万別だから，他人に押しつけるつもりはないが，ゴルフは趣味，娯楽であって，スポーツというには体をひねるだけの特定の運動に偏し過ぎてはいないだろうか。

グリーンを歩くことも運動の内というなら，登山やハイキングの方がましである。

私は患者に「よい空気を吸いながら，興味につられて歩くことに価値があるので，上手になろうと思いなさんなよ」と知ったか振りをやっているが，ゴルフに堪能な先生に“安全な，そしてよいゴルフ”の指導要領をお教え戴きたいものである。

(〒161　東京都新宿区中落合 4-5-15)

時　差

榎本　明雄

吾々医学者の先輩たちが西洋医学を学ぶため長い船旅の後，ヨーロッパに着いた。ところが，科学の発達は地球を狭くした。終戦を境にして船から飛行機へと一変し，50余日がせいぜい16時間位で着くのだから，まるで夢のようである。便利になった。だが，昔の人は考えもしなかった時差という問題で，いま吾々は苦しまねばならない。

東京―ロンドン間の私の経験を，例にとって説明すると，次の通りである。

東京を12月30日零時半にたつと，北廻りの飛行機は先ずアンカレッジに向う。ここまでの飛行時間・時差をそれぞれ6時間として，なお途中日付変更線を越えるから到着は29日12時半である。内地では午前6時半だから未だ眠っている。

1時間後，アラスカと北極の向う側を通り，ヨーロッパへ殆んど一直線に飛ぶ。アラスカを離れ海に出ると，高度9,000 mの上空を快適に進む。微動だにしない。やがて夕闇。そして長い長い夜が来る。アンカレッジをたって約4時間，北極に一番近付く。まるで真夜中のように思えるが，内地では11時半頃である。

誰しも困るのは急に昼になったり夜になったりし，昼夜の区別のないことである。何回となく出てくる食事も，吾々の食事のリズムに全くマッチしない。食物を見るだけでも嫌いになる。この時間的な番狂わせは食事だけに止まらない。もっと大事な睡眠のリズムを変えてしまって，不快の度がエスカレートしてゆく。全身の機能不全がつのってくる。

初めて見る美事なオーロラ，地平線上が血のように赤く染め始めると，もう夜明けだが，その夜明けは実に長い。ロンドン郊外着は30日の午前7時20分，外は未だ薄暗かった。大阪では16時半だから，日没が26分後に迫った頃である。

結局，自宅出発後の1日は，身心共にリズムの狂いきった24時間であった。川の流れのように淀みない流れの

連鎖が，余りにも早過ぎる飛行機の速度により断ち切られてしまったのである。吾々の躰とくに精神は，無数の断片の集合，モザイク的な存在にしか過ぎない。これが正常の川の流れに戻るには，果して幾日を要するだろうか。常識的にいうならば，正常のパターンへは若い人程早く戻ることだろう。

私達のように観光旅行ではさして問題がないとしても，学会などで全力投球する場合，一考を要する。とくに年配者では．　　—1973，9，30—

（〒640　和歌山市屋形町３丁目）

ニセ医者物語

洲崎　元丸

雪の多い北国の田舎医者の１年が終ろうとしています。都会の多忙な諸先輩の生活を濃いコーヒーに例えるならば，私んとこは薄い出がらし紅茶といえましょうか。日常の診療内容は，もち論不勉強の故為もあって，平凡で，今流行の点数取式保険医療でいえば落第点です。ただ当地に生れ育ち，腕白小僧時代を知る爺さん婆さんや，小学校時代だけの秀才級長を少しは頼りにしてくれる町の人々のお蔭で，祖先伝来10代目の産科中心よろず医がつとまるのです。

この町は瑞泉寺という，大きな浄土真宗の門前町で，何百年か前には一向一揆の拠点として加賀一藩を支配したこともあるらしい。隣の庄川町は昭和初期の東洋一ダムを持っている。また，この郡は加賀前田百万石の穀倉で，散居村としても珍らしく，田圃の中に，杉の木立何本かに囲まれた農家が一面に点在している。この地方は暮しむきは地味，人情は篤く，信仰心に富み，我慢強く，派手な行動を嫌う，街には徒弟制の彫刻師が多数いて，日展作家も何十人もいる。景気も良いらしい。

良いことづくめのようだが，前へ出ろといっても，隅の方から出てこない因循さ，消極性，暗さも持っている。中学校も高校も対外試合に勝ったことはほとんどない。人格円満，大地主出身の殿様のような町長は謹厳実直で，その品格からみれば，某国総理の下品さは一寸気の毒に思える。

先日，この地方に一寸したニセ医者騒ぎがあった。昼近くおむつを乾してある家に，立派な車で，白衣姿の中年の男がのりつけ，母子手帳を見せなさい，私は日本医師会の者で，保健所から来たと名乗る，血圧と尿検査，胸部をみてから帯下が多いから内診しましょうという，旦那の在宅した家でも堂々と内診，貧血の存在まであてて，治療は保健所でといって帰る。家人は全く恐れ入り，なんと保健所の医者は親切だし，金もとらぬと感心，わが町の医者のやぶさ加減など話す。ある小温泉では仲居さん連中を全員集めて裸にして並ばせる。誰一人として疑うものがない。全く偶然に当院でお産した某患者が，夫の自家用車で送られて当院にやってきた。私は警察医も兼ねているので，直ちに通報した。しかし，事件のない田舎警察が１週間も経たぬ内に，犯人を捕まえるとは思ってもみなかった。犯人は隣県出身の元医療器械セールスマンで，内妻は避妊具一式やビデを家庭訪問で，時価の数倍で売って，月60万円もの利益をあげていた。ある会社では，わざわざ従業員を集めて斡旋し，給料から天引する便宜を与えたという。ただ内妻の方は，保健所から来たと訪問して歩いたが，逮捕はされず，別行動の夫が猥セツ行為で捕まると，呆れて別れたそうである。

刑事はウラをとるのに苦労し，ある家では夫婦喧嘩の仲裁までやらねばならなかった。保健所や町の衛生管理者諸君も，これからは大事な家庭訪問がやり難くなったと歎く。医者仲間では，これは何の罪になるのかいなと呑気な事をいう人もある。ニセ医者氏が巧くやったと羨やましそうな口振りの人もあって，こんな事の続発は必至じゃなかろうかと気になった。

当院へは，日曜の午前の数時間をつぶして捜査官が，トリコモーナスやらカンジダの知識を仕入れに来る。全く医学知識のない男に，今頃こんな事は，婦人雑誌に山程のっているよといいながらも，説明せぬわけにもいかず，家宅侵入や職名詐称，猥セツ罪に加えて，菌をうつす可能性あるから傷害罪はどうかなどと暗示する。

犯人は，日本医器械員といったので医師会員とはいわなかったと強弁したそうである。

（〒932-02　富山県砺波郡井波町山見）

日本人の幸福

越川　英夫

年末年始を利用して年来の希望であったMexico行が実現。７泊９日の旅行中，一夕，Mexico-cityの西北々方のGuadalajara市に住む小壮実業家のＩ氏邸を訪れた。短時間ながら色々現地の事情や感想を承わる機会に

恵まれたのだが，それまでに観て来た，人口800万のMexico-city の広大な Chapultepec 公園に隣接する高級住宅街や，スケールの大きさ，迫力あるシケイロスの壁画もある建物の素晴しさは，とても日本では実現出来まいと思われる大学都市と比較して，Yucatan 半島の Maya 遺跡で知られる Chichen-Itza や Uxmal と Merida 市間の往復で見た貧しい農村の有様の余りの相違に驚かされた私は思わず，「Mexico の貧富の格差は，日本のそれ以上のように思われるが，Mexico 人と日本人の幸福については，どうお感じか」と訊ねずにはいられなかった。同氏は，「確かに，見た所 Mexico の貧富の差は日本より大きいように思われるし，日本ではテレビも自家用車も，電機製品その他も非常に普及しており，文化的生活では遙かに上でしょう。ですが，スモッグの中の狭いアパートの1間か2間に，所狭しと家具を並べ毎日を過しているのと，貧しいながらも広い大地の上で自然と親しみ，真に人間らしい生活を満喫している多数の Mexico 人とで，果してどちらが幸福といえるでしょうか。精神的には遙かに Mexico 人の方が幸せではないでしょうか」と答えられた。

現地でオパールの原石を採掘したり，買い集める会社の経営に当っている，この32歳の青年実業家は，その仕事の関係で“ヤマ”の労働者の生活を知り尽している一方，大統領の家族とも親しくこの国の最上流の生活にも触れており，自身，日本ではとても住めないような広壮な邸宅の主である人の言として非常に考えさせられるものがあった。

以後，私は旅行中何かにつけて，この「日本人の幸福」という問題を考え続けさせられた。

帰国して再び大勢の患者に追い廻される毎日にも，やはりこの問題は頭を離れない。このことこそ，この度の旅行の一つの大きな収獲だったのではないか。真の人間の生活とは何か，幸福とは何か，機会があればこれからも旅行しては，何かを考え，さぐり貧しい精神生活の糧を少しでも得て行きたいと思っている。50歳半ばを過ぎた凡人のせめてもの生きる努力の証にしたいと念願している昨今ではある。

（〒211　川崎市高津区子母口1067-3）

伝　言　板

庶務からのお知らせ

会の運営は世話人会で合議のうえで決定していますが，運営上の細かい点は便宜上，小世話人会（日向野，鈴木，浦田久，春日，小山）を毎月1回開催して相談のうえ行なっています。最近の会議の内容についてお知らせします。

○2月15日(金)　7.30～9.30　協和企画会議室

1．会員の異動があり1972年版の会員名簿では都合が悪いので，3月下旬を目標に新しい名簿を作製するように事務局に委嘱する。現在の地方別は不便なので五十音順にする。名簿作製代はヘキストジャパン社がスポンサーを買ってくれる。

2．1月19日の合同世話人会で年会費を12,000円に，例会費を1,000円に変更したので，会費変更の趣旨をパンフレットにして，4月，10月の会費納入期に会員に通知する。

3．例会の記録が遅れて，雑誌編集上のブレーキになっているので，記録係の世話人の方になお一層のご協力をお願いする。

4．従来，例会日は原則として第2日曜日としてあったが，4月から第2日曜日に一本化する。

5．協和企画から例会場にお手伝いにきている社員の方の報酬を3500円にアップする。

6．会の会計について監査を年度末に行ない，これを雑誌に発表する。浦田　卓世話人の推薦で，柳田修計理士にお願いする。

7．現在の雑誌の大きさを半分にして，毎月発行した方が，経費が安くなるかも知れないとの提案があったが，後日，印刷所に試算させたら経費節約にならぬとの結論になり，雑誌は現行の大きさで隔月刊行となる。ただし，三種認可がとれるように努力すると，春日世話人より発言。

○3月8日(金)　7.30～9.30　協和企画会議室

1．会場が狭く不便であるとの会員から声があるので，7月から薬学会館の広い室を契約した。

2．春日世話人より，第一製薬が会場費を負担してくれるという申出があるとの発言があり，近日中に具体的に先方と会合をもち話し合うことにする。

3．雑誌の座談会記事にアップジョン社からペイしてくれるという話があると春日世話人より報告があった。

4．人間の医学を書店に出したらの提案があったが，値段のことで中止に決定。

5．会費の納入をすみやかかつ円滑にするため念書形式を検討するように事務局にお願いしてあったが，第一勧銀，三菱銀行からの諒解がほぼ取れそうである。

文責　日向野晃一

◇あとがき◇

——編集部世話人つぶやき集——

渡辺　淳：私の家に「精神有るを富と謂ふ。廉恥有るを貴と為す。」という壁掛がかかっている。誰れの言葉か知らない。又誰れの書かも分らない代物である。しかしこの言葉はいつも自分の胸に深く刻みこまれている。

戦後の日本の識者と思われる人達の発言を見聞きしていると絶え間なく現われる一定の傾向がある。この傾向はあまりにきまりきっていて，どの人も同じ発想を行うので，又あれかといささかうんざりして来た。

それは誰れに向っても，又何に対しても，その人の又はそのものの，着ている袴を抜がせ，着物をはぎとり，素裸にしてじろじろ見ようという傾向である。そしてこれらの識者達はこれこそ人間性の回復だと称している。誰れかれなしに，タテマエを捨てろ，本音を吐けと強要し，拷問にかける。裸にしてもなおあきたらず，肉を裂き，臓腑をひきづり出し，白骨にしてまで調べようとする。だが白骨になった人間は“無”ではないか。どこに人間性のかけらでも見出しうるのかといいたい。

私はもう一度新らたな“人間性の回復”を叫びたい。それは白骨に臓腑を戻し，肉をつけ，さらにその人の自由な選択によってえらび出された着物をきさせて，そこで始めてその人を眺めたい。

ここにこそ“恥かしい”という気持が如何に人間的なものかが分かって来ると思うのである。

鈴木荘一：もう彼岸桜もチラホラ咲き始めた昨今ですが，流感の残り火のようなものがアチコチ燃えていて，どの先生もお忙しいでしょう。欧米のドクター達が日本に来て，日本のお医者さんが一日に見る患者さんの数が，彼等にとって信じがたい数であり，私達もこのような多忙の中で，行き届いた診察や治療が出来るかなと反問しながらも，今の医療保険制度が余りにも諸物価に比べて低廉であり，欧米の医療費に比べて技術料の評価が低すぎるために，患者さんの数をこなさねばならないという宿命のようなものを背負っているように思う。そのためか，私達は昔のお医者さんがよく出来たという，本を読んだり，本を書いたり（医学書ではない），或いは絵を書いたり，旅行したりする余暇が，全くなくなってしまった。このような状態でも，時には人間性に打たれるような本を読みたいもので，最近，読み直して見たものでは，E・キューブラー・ロス著／川口正吉訳「死ぬ瞬間」死にゆく人々との対話：読売新聞社刊行である。アメリカの真摯な女性精神医学者の200人の絶望的な人々へのインタービュー。特に殆んどの人達が死を受容していることが興味深かった。

又，最近出版されたものでは，毛利孝一著「命よみがえる」金剛出版社刊行，毛利先生は私達と同じ名古屋の町医。しかしその文章は流れるようで，臨床に対する態度も立派で，読後心洗われる気持がした。医学が進歩し，その医療制度も改められて行くだろうけれも，一人の町医としての心構えというものは，昔も今も変らないように思うし，今後も変らないのではないか。

依田三郎：毎年の今頃は，暖い日が2～3日続いたかと思うと，冬に戻ったような寒さがやってくる。「早く暖くならないかなあ」と寝起きのつらさをかこっている。

山国育ちの私はいつも亡きサトー・ハチローの童詩を思いだす。

「はるは，いつくる，いつくるの」
「はるは，もうじきくるんだよ」
包みをかかえて妹と，語りつ，町からかえるみち

「お山の峰のあの雪が，すっかり消えたら春なのさ」
さして教える指先に冬に別れる日がくれる

先だって所用で田舎に行った私は，従兄弟の戻り車に便乗して帰ってきた。笹子トンネルに差しかかるころ雪となった。道添いの杉の一群の向うに，枯れ山がけぶっていた。

トンネルを出ずれば浅き春の雪
静かに淡く杉の葉に降る
さぶろ

（3月15日記）

本田三郎：社・公・民社の三党によって，医療国家管理法ともいうべき医療保障基本法案が提出されていることは，すでに皆さんのご承知のとおりです。換言すれば，かなりの数の需要者側の要求を一つの形として政治日程に上場したということができましょう。共産党の主張は言うまでもありません。こうした社会動向に対して，医師と医師会の反応はたいへん鈍いようです。

医師それぞれの問題として，どういう医療であるべきだと思っているのか，また，どんな医療制度が希ま

しい形であると考えているのか，そして，供給者側のまとまった見解を打ち出すことは当然の権利であるとともに責務でもありましょう。日本医師会の格調高い意見と目標はかかげられていますが，それだけで十分なのでしょうか，もっと現場感覚を盛った裏付けが必然のように思われますが。

遅すぎた!!という後悔をのこさないために，政治という曲者の正体をジックリ考えなければならないと思うこの頃です。

山田辰一：先日小学校の級友が，昔の作文集をコピーして送ってくれました。全く憶えがない「ゆうやけくん」と題した小生の小学1年時代の詩がのっているのを見てビックリ。

最近すっかり童心もさることながら，歌を口ずさむことも忘れ，ただアクセクと，「毎日もう10時間余計に欲しい」などとぐちりながら過している自分を反省させられました。「人間の医学」誌の片隅に，久しく忘れた人間らしい俳句でものせてもらいたいものと，当分かなえられそうもない望みをいだいた次第です。

上田篤次郎：明日は国民春闘で全国的に国鉄，私鉄が止るという。どうせ親方日の丸か，あるいは要求しさえすれば相当の金が出る大企業所属の労働貴族が，自分達の賃上げ要求に“全国民のために”というオブラートをかぶせたものと思うが，もし本心なら総評に是非やってもらいたいことがある。

それは健康保険の1本化で，日本医師会がいうように，組合健保にだぶついている金を政管健保や国保，生活保護などに廻すことである。さもなければ春闘の結果労働貴族と未組織労働者や年金生活者との隔差は益々甚しくなるだけで，社会福祉の公平など画餅に過ぎない，

国民のためのストが本物であるかどうかの試金石に，是非総評幹部の見解を聞いてみたいものである。

陽炎に揺れ見ゆるもの美しき

秋月源二：ノーベル受賞学者が日本には創造性がないという。だが私はそうは思わない。低いレベルから突然高いレベルのものは生れないのが科学である，それが科学知識の本質だと思う。

春日豊和：いやになる，腐ってしまう!こんなことがよくつぎつぎに出て来るものだ，内容は言うまい!敢て伏兵と言おう。今，会は色々な意味でも大変なときだ，やはり retire は許されない，ともかくいくつもいくつもの伏兵を倒して進んでゆかねばならない。全く心ならずもの出来ごとの連続で63号も3月終りの発行になってしまった，そしてもう一つの思いもかけないミス!岡田先生と本田先生のお写真の取違え……そしてとうとう冒頭のことばが口をついて出た。　アクシデントは何1つ編集部や編集部員のミスではないだけに……。でもこんなグチリはやめよう!今から又明日のために……と思うのだ。

64号より医師であり詩人である林富士馬さんの寄稿も決った。その他多くの望ましい楽しい企画がいっぱいである。内容をよりよいものに……編集部世話人の心中の悲願である。諸先生の投稿を待つ!

おことわり

1) 毎号1点づつの例会記事を掲載していてはとうてい皆様の“例会記事を…”というご要望に応えられませんので，64号，65号を“例会特集”として記録係世話人の協力を得て64号には11月12月の2回分，65号には1月，2月，3月の3回分を一挙に掲載することにいたしました。従って多くの先生方から寄せられました“医院のウチット”“カルテの前で”，“論壇”に関する記事を66号に廻さざるを得なくなりましたのでお断りいたします。また紙面の都合上“二次性ショック”と菊地病院“診療用英会話”の2点を次号廻しにいたしました。何卒よろしくご了承下さいませ。

2) 今後X線写真等で「アート紙使用」とご指定の際は実費分を申受けることになりましたので左様ご承知おき下さい。尚アート紙使用の必要があるどうかの判断は専門家である学術図書の係の方に一任いたすことになりましたのでその点もご承知おき下さい。

（編集部）

お知らせ——経理監査終る——

昭和48年度会計監査は経理担当世話人浦田卓先生の立合で東京税理士協会会員，目黒支部長柳田修氏によって行なわれ，帳簿記載事項につき一切事実と相違する所のないことが証明されましたのでお知らせいたします。

人間の医学／第64号

1974年5月15日　発行

発行人・永井友二郎

編　集・東京都新宿区山吹町69　春日豊和

事務局・東京都港区新橋2-20　新橋駅前ビル
1号館8階　株式会社協和企画内
「実地医家のための会」
電話　東京（03）571-3111

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