'75. 11
No. 73

人間の医学

実地医家のための会

第13巻　第6号

疾病の早期発見に
お選びください。
基本的な尿検査5項目を
60秒で同時に行なえます。("Dip-and-Read"方式)
ウロビリノーゲン
潜血
蛋白質
ブドウ糖
pH
尿中■ウロビリノーゲン■潜血■蛋白質■ブドウ糖■pH同時検査用試験紙
ウロ・ヘマコンビスティックス™
ames
エームス事業部
マイルス・三共株式会社
東京都中央区銀座1丁目13番13号 〒104 JU5875

巻頭のことば

医辞連という団体があるとのことだ。植物人間になったとき，医療を辞退するという意思をあらかじめ表明しておこうという団体だときいている。

未熟児網膜症になった子どもの親から訴訟があったとのことである。そのとき生命を助けたことについては，少なくとも新聞紙上ではあまり問題にならなかったようである。

世の中の生命に関する価値観が動いているのではないだろうか。それが正しい方向なのか，間違った方向なのか，あるいは正邪に関係のない次元の問題なのであろうか。あるいはまた，個人個人によって異なる判断が許される問題なのであろうか。

今までの医師は，患者さんの立場にたって考えてあげ，もっともよいと信ずることをしてあげてきたわけであるが，上記のとおり，個人個人の価値観の違いが当然であるということになれば，医師として，たんに“患者さんの立場にたって考える”というだけでは多様な個人の価値観に対応することはむずかしくなってくるのではなかろうか。どうしても，話し合ってみるという必要があるということになろう。

ただ，すべての患者さん，あるいはご家族の方にそのような医学的な，ある意味では冷たい判断を相談することができるであろうか。そのこと自体がケースバイケースということになろうか。

こう考えると，医師の人生観の錬磨が期待されることは，今までも，これからも同じということになりそうである。

木村和郎
（三鷹市下連雀３―38―１）

人間の医学　第73号　目次

巻頭のことば……木村和郎 1

私たちの例会

第140回「実地医家のための会」例会報告

例会に先だって――世話人代表挨拶……渡辺　武 6

医者が病人となったとき…… 7

小山　五郎(7)　中尾　聡子(9)　広瀬　正義(9)

樋渡　喜一(12)　栗原　伸夫(14)　春日　豊和(21)

上田篤次郎(25)　柴山　豊(27)　金井　美津(30)

本吉　鼎三(35)　質疑討論(19)(38)

今日の研究と臨床

シンナー遊びからの示唆……上田篤次郎 (41)

実地医家のための会

論　壇

法と医の相違……秋　月　源　二　(44)

特別寄稿

私のきのこ医者論……西　来　武　治　(46)

カルテの前で

ダイアル・アクセス・サービスの会員への誘い……春　日　豊　和　(48)

未熟児網膜症裁判に思う……上　田　篤次郎　(48)

書評　新刊紹介

「外来の詩」・続「外来の詩」……新　山　　栄　(47)

伝言板

世話人代表を仰せつかって……小　山　五　郎　(51)

あとがき……(53)

私たちの例会

第140回『実地医家のための会』例会報告

司会／渡辺　武　　記録／柴山　豊・神田修治

昭和50年9月14日　東京日本橋・第一製薬ＫＫ 会議室

受　付

例会に先だって
世話人代表挨拶……4

〔演　題〕

「医者が病人となったとき」

会　員　文京区　小山五郎……7
〃　世田谷区　中尾聡子……9
〃　渋谷区　広瀬正義……9
〃　高萩市　樋渡喜一……12
〃　習志野市　栗原伸夫……14
質疑討論……19
会　員　新宿区　春日豊和……21
〃　新宿区　上田篤次郎……25
〃　大田区　柴山豊……27
〃　文京区　金井美津……30
〃　川崎市　本吉鼎三……35
質疑討論……38

閉　会……40

―以上―

■ 世話人代表挨拶

例会に先だって

渡辺(武)先生

司会　先月，世話人の会があったわけです。そこで今後の方針その他がきめられたので，日向野先生から今度バトンタッチということで隣におられる小山先生が全権委任されて世話人代表になったわけです。就任挨拶というふうなことで，大変なことでしょうけれども，ひとつよろしくお願いしたいと思います。

小山　7月の世話人会で，日向野先生が2年間おやりになったので交代しなければということになりまして，どういう羽目か私が世話人代表ということを仰せつかることになりましたので，一言ちょっとご挨拶させていただきたいと思います。

過去2年間，日向野先生が世話人代表として世話人会を非常にうまくまとめられまして，財政的にも大変なピンチを乗り切ってこられたわけでございます。会も10年以上続いておりますといろいろとマンネリ化もしますし，会を始められた先生方のご意志とはだいぶ違った方向に進んできたこともあると思います。世話人の間でいままでも何べんか，会うたんびにしょっちゅう，初心に戻って実地医家のための会を本来の姿でやっていきたいと話しあったり，企画の先生方もその方向で大変苦心されてきたと思いますけれども，なかなか目に見えた成果があらわれてきませんで，非常に苦心をしている状況でございます。試行錯誤の繰り返しからだんだんいいものができていくだろうと思っております。

そういうむずかしいときに，私は比較的古くからこの会に入らせていただいておりましたし，比較的まじめに会にも出ておりましたので，そういうことを見られて代表を仰せつかったのだと思いますけれども，まだ私よりも古い先輩の諸先生方がたくさんいらっしゃるのですけど，その先生方は皆さまそれぞれ各方面で非常にご活躍していらっしゃって，お忙しい方でありますので，中で一番不勉強で比較的暇だろうというところで，私におはちが回ってきたのじゃないかと思います。

私，いままでずっと会のいろいろの仕事をさせていただいておりましたけれども，いいつけられたことを駆けずり回ってやることは非常に得意なのですけれども，自分から考えてものをやるということはまことに苦手な，それほどの能力がないんでございます。会をまとめたり，会のいろんな運営を計画したり，そういう能力はありません。自分の能力は自分が一番よく知ってるわけで，この会をある方向へ引っぱっていくなんていうような大それた考え方はもちろん持ち合わせておりませんし，できもしないことでございます。したがって，考えようによっては一番無難な世話人代表というのかもしれません。

そういうわけでございますけれども，いまの世話人会のメンバーは非常に優秀で，春日先生ほか企画の先生方や，渡辺淳先生ほかの編集の先生方，浦田久先生ほか記録の先生方，永井先生ほか共同調査の先生方，それから地方会員の係の上田先生とか，それぞれ非常にスタッフがそろっておりますので，そのそろっているスタッフの先生方に思い切り活躍していただいて，天野先生が私の手伝いをしてくださることになっておりますので，私はむしろ何にもしないで見ているほうが会の運営はスムーズにいくような気もいたします。

そういう状況ですけれども，目下のところ会の会計というのは相変わらず非常にピンチな状態で，10年以上続けてきたこういう会でありますし，日本の医学界からも注目されている非常にユニークな会で，どうしてもこの会を盛り上げていかなくてはならないと思いますし，この会の存続，それから会の盛り上げ，そういうことの方向に一生懸命努力してみたいと思います。会員ももっと増加させたいと思いますし，ほんとうに第一線で働いているわれわれ実地医家のためにほんと

うに役立つ会にしていきたいと思います。そういうわけですから，会員の皆さま方も，自分たちの会であるという会に対する愛情をさらに深められて，一層ご援助していただきたいと思います。会の運営は一部の世話人がいいようにしていくものではございませんで，会員１人ひとりが全部，その会の発展のために努力して，会の運営，進行，そういったものをやはり皆さまでつくり上げていくようにしなければならないと思います。世話人の代表と申しますのは，何のことはない会の窓口の受付係だと思います。ですから皆さま方のいろんなご意見，ご希望，そういったものはどしどし私のほうにいってきていただいて，それが今後の会の運営に一部でも反映していかれるように努力していきたいと思います。どうぞよろしくお願い申し上げます。

司会　きょうは，テーマが「医者が病人となったとき」というふうなことになっておりますが，私たちが患者さんを診ていると，患者の側に立って診療をしているつもりなのですけど，なかなか患者さんの気持ちというのがよくわからない。また，患者さんの集まった会で，お互いの意見を話し合うというふうな会へ行きましても，コミュニケーションといいますか，お互いがそれぞれの立場に立って話し合うと一方通行の場合が多い。非常にまどろっこしい感じがすることがよくあるわけなんです。そこで，きょうは，われわれの会員の中で，わりあい大きな病気をなさったとか，あるいはちょいちょい軽い病気でもなさるというふうな方々にいろいろお話しを願うことにしました。

きょうは，発言の先生方が患者さんとなったときにどういうふうに感じられたか，あるいは病気したときには今度はこういうふうにしてもらいたい，こういうふうな病院はもう再度行くのはまっぴらだとか，いわゆる患者の側に立っての発言がいろいろ出るだろうと思います。そこで，４時過ぎのフリートーキングのときには，医者である患者さんに，これまで先先方が思っておられたことを逆に質問して，いろんなことをそこから得られて，あすの診療の何かを得たいというふうに思うわけです。

医者が病人となったとき

会員　文京区・小　山　五　郎

司会　私，物心ついてといっても小学校の３年か４年生過ぎごろから，病気というものをどうもしたことがないんで，バカは病気しないというと，隣の小山先生におこられるのですけれども，小山先生も全然病気したことがない。でも，病気しないほうの立場からというふうなことで，常々思われていることをちょっといっていただきたいと思います。では，引き続いてひとつ先生から……。

小山　では，本題に入りまして……。

企画のほうから，今度こういうテーマでしゃべれという電話がかかってまいりまして，幸か不幸か，私も渡辺武さんと同じで「バカはかぜひかない」部類で，子供のころは非常によく病気をしましたし，けがもよくしました。とにかくこの４本の手足のうち折らないのは１つもないという暴れん坊でした。学生時代には胸膜炎で１月半入院するというようなこともございました。ところが，軍隊生活という，非常に頭は使わないで，えさは非常によくて，規則正しい生活というものをさせ

小山先生

ていただいたおかげでまったく病気とは縁を切ってしまいまして，病院におりましたときもほとんど休んだことはございませんし，開業してから21年間，病気で診療を休んだことは1日もないという，あきれた存在なのでございます。ですから，こういうテーマで話をするにはもっとも不適格だと思ったのですけれども，病気をしたことのないやつが病気になったときのことを考えてしゃべるのもおもしろいんじゃないか，そういうふうに渡辺先生からいわれまして，それもそうだなと心よく引き受けたんですけど，さあ引き受けてみたら何をしゃべっていいか全然見当がつかない。そこでいろいろ考えてみたのですけど，どうも非常に丈夫な体を持っておりますと，患者さんには毎日いろいろほんとうに勝手なことをいってるわけですけど，自分の体のことをさて考えたことがあるかというと，おそらく考えたことがないといったほうが適当なようなわけです。

そこで，われわれの仲間，いわゆる医者自身が自分の健康を守ることにどういうふうに気を配っているのだろうかということを考えまして，東京都区内の各医師会にいろいろ問い合わせてみたんです。医師会自体として，会員のお医者さんの健康を守るために何かやってるかやってないかということ。健康診断といいますか，集団検診といいますか，そういうことをやっている医師会はどれぐらいあるかを調べてみたんです。ところが，返事がありましたのが22医師会で，その中で，会員を対象にして，いわゆる健康診断，ドック式のひととおりの検査——血液の検査，血圧測定，胸部のレントゲン，胃のレントゲン検査，中にはＥＫＧまでやっているところもございますが，そういうことをやっているところが10でございます。返事のこなかったところは，たぶんやってないところだろうと思うんです。胃の集検しかやってないというところが1個所，血液の検査しかやってないというところが1個所，眼底検査までやっているというところが3個所，そういう結果が出ました。どういう回数でやっているかというのは，年に1回やっているところがほとんどでございます。それも2日ぐらいから1週間ぐらいの期間をおいて。やっている場所は，会員の病院を利用するところとか，あるいは医師会に保健センターを持っていてそこでやるところとか，いろいろございます。東京・中野区では年に2回やっておりまして，秋には家族・従業員まで含めてやっているそうでございます。大体年1回と見ましても，会員自身がはたしてどれだけ集団検診に出てくるかという受診率を聞いてみましたところが，少ないところでは20名ぐらい，多いところでも80名ぐらい。これは医師会によって母体になる人数が違いますから，一概にいえませんけれども，考えてみますと相当微々たるものだということになります。東京・目黒区の場合ではブルートの検査しかやっておりませんので，これはほとんど全員やるそうでございますけれども，これはあくまで自分のところでブルートをとって医師会の検査所へ出すというだけのことですから，これでやればほとんど全員やるのじゃないかと思います。

こういう結果が出まして，皆さん方，やはり自分の健康を守るために努力をするということには縁が遠いような感じを受けました。結局，医師会の役員の先生方が一生懸命骨折って会員の健康を守ろうと努力しても，案外会員はそういうことにはむとんちゃくで，健康保険にいじめられてお忙しいからそれどころじゃないのかもしれませんけれども，医者の不養生とか，紺屋の白袴ということを地でいってるような感じがいたします。

私自身も，何べんか健康診断を受けなきゃならんと，仲間の先生のところに行ってバリウムでも飲もうかなんて考えたことはございますけれども，実行に移っておりません。病気になってからあわを食うのかもしれませんけれども。そういうわけで，大多数の医者というものは自分の健康を守るということに非常にむとんちゃくであるという感じを受けました。ですから，きょうこれから病気の経験をなさった先生方のお話しを聞けば，先生方はたぶん考え直さなければならないような状況になるのじゃないかと思いまして，非常にきょうのお話を期待しているわけでございます。

以上でございます。

司会　どうもありがとうございました。

ご質問は，10人の先生方全部終わられたときあたりにしてみたいと思います。

会員　世田谷区・中尾聡子

司会　実は，きょう発言いただく先生の中で，中尾聡子先生がきょうどうしても用事とぶつかってしまってお出になれないというふうなことで，お手紙をいただきました。そこでちょっと手紙のほうを読ませていただきたいと思います。

私は，東京の下町に生まれ，1歳半から成人後も続いた重症の気管支ぜんそくがあり，小児科医であった父もお手上げの状態でしたが，20歳で結婚し，山の手に転居してから次第に間隔が遠のき，27歳ごろで発作がやみました。また，その間に気管支炎，肺炎を繰り返したせいもあって，いまも閉そく性の肺機能低下が認められ，人ごみや，閉め切った室内ではすぐ頭痛がして眠くなり，指先にチアノーゼがきてしまいます。気道感染に非常に弱く重症になりがちです。40歳過ぎからレントゲンで胆石が認められましたが，いわゆるサイレント・ストーンなので，放置しておりました。ただし，このごろサイレントでなくなってきております。いつも感ずるのは，いかに話というものは正確に伝わらないものであるかということで，ことに病気をしたことのない医師に症状をわかってもらうのは大変なことなので，結局自分で自分の病気のお守りをしております。したがって主治医がなく，いざというときを考えると心もとなく思います。医師と医師との間の話ですらそうなのですから，患者が医師に話すのはもっと大変なことなのだろうと思います。よく聞いてあげたいものです。こうした自分の経験から，病気をしたことのある医師，家庭で老人の世話をしたことのある医師，子供を持っている医師はある面で貴重な存在ではないかと思っております。

というふうなお手紙です。なかなか意思の疎通ということがむずかしい，忙しい外来でゆっくり聞いてあげるということが非常に大切だということのお手紙で，私も恥ずかしい思いをしております。

会員　渋谷区・広瀬正義

広瀬先生

司会　次に，広瀬先生，ひとつお願いいたしたいと思います。

広瀬　私，非常に話がへたで，こういうところでしゃべるのはほんとうは不適当なのですが，頼まれちゃってやむを得ずしゃべるので，わかりにくいことがありましてもお許しください。

この演題の企画者の目的を考えますと，普通，医者というのは患者を診療する立場です。それが患者として治療を受ける立場になった場合に，どんな医者にかかったらいいか，そういうことを考えるのも1つのこの企画したことの目的じゃないかと思うのです。

その場合に，患者になった医者の性格といいますか，これが非常に得な人があるんです。どんなことをしゃべっても，どんな悪たれたれても，ちっとも憎まれない人もあります。そのかわり，私みたいに，ちょっと何か一言しゃべると，「あのやろう……」と，すぐとっちめられちゃう人もあるのです。それから普通私たちが患者を見ていましても，この人ならいくらでもこっちがよくやってやってもいいと……，これは何もいろんな物を持ってくるとかそういう意味じゃなくて，普通見ておりまして，これはまじめないい患者だと思う人もあるし，「このやろうまた来やがった，もう何とか来させないようにしてやろう」そういうふうに悪感情を抱くような患者もないわけではありません。それで，患者になった医者の人格といいますか，それによってかかりに行く病院とか，医者とか，そういうことに対する考え方も違うと思

うのです。

私などは，どちらかというと，人が半日いたって一言も口をきかないとか，たまにしゃべるとへんてこなことばかりいって，憎まれ口になっちまうとか，非常に損なたちなんです。ですから，こういうたちの人が医者にかかる場合に，治療してもらう相手の医者に悪感情を抱かせないようにというのは，性質からいってなかなかむずかしいことだと思うのです。ですから，結論としましては，私みたいに人からあまり好意を……そういうと被害妄想になっちゃうが，好意をもって見られないようなたちの人は，医者を主治医として持つためには，少なくも表面に立てて主治医としていろんなことを聞いたりするためには，自分の性格を考えて，それに見合うような医者といいますか，治療してくれる医者も，こっちからもお互いざっくばらんに何でもいい合って，遠慮しないでやり取りできる，そういう医者を主治医として持ちたいと思います。それで外科的な重要な病気とか，そういう場合はその人だけではもちろんだめです。そういう場合にはその主治医を通して，そこから頼んでいただく，そういうふうにしたほうがいいんではないかと思うのです。

私は，最近は大きな病気は全然していないのですが，昭和19年ごろというともちろん戦争中ですが，ニューギニアへ行きましてマラリアにかかったのです。私の部隊は1,200人ぐらいですが，軍医が2人いて，最前戦へ行くとばらばらに分かれちゃうわけです。私の所属したのは，800人ぐらいで1個所にいたわけです。ですから，そこには医者というのは私1人きりです。ですから現在でいうと無医村ということになります。そこでマラリアにかかって，たぶんよほど熱が出たんだろうと思うのですが，高熱だったときに何かの用事で立上がったとき，ぶっ倒れちゃったことがあるのです。そのときはたしか2日ぐらい休んだと思うのですが，もちろん医者というのは私1人きりで，それが倒れたのですから，衛生兵はおりますが，だれもやってくれる人がなかったはずで，その辺にあった上から支給されている適当な薬で何とかやったわけです。

これをよく考えてみますと，現在でも医者というのは非常に孤独なのではないかと思うんです。自分で病気した場合にすぐにサッと，一般の，いま私のところなどへかかりに来るような患者だと，こんなのがよく来るなと思うようなのが大部分です。しかし，医者が実際に病気になるとそういうのじゃなくて，ほんとうにひどくなるまでは自分でその辺の薬を適当につくって適当に飲んだり，看護婦か自分のワイフに注射させるとか，そんなことでごまかしているんじゃないかと思うのです。医者は孤独であるということを，軍隊にいるときに感じたわけです。

その次の病気は，昭和23年ごろだと思うのです。復員して間もなくですが，マラリアをやったんで肝臓がいまでもだいぶ腫れているのです。そのせいだと思うのですが，黄疸になったのです。肝炎ということだろうと思うのですが。そのころはちょうど，慢性肝炎になるぞとか，肝硬変になるぞとか，そういうことが非常に騒がれていたときでした。それでメチオニンを飲むとすごく効くんだとか，そんなことが盛んにいわれていたころでした。それで私も，医者は孤独であるということで1週間ぐらい自分で何とかやっていたわけなのですが，どうもだんだん黄疸もひどくなってきて，何となく気持ち悪くなり，入院したわけです。病院の名前をいうとまずいのですが，とにかく入院しました。かなり大きい病院なのですが，そのころちょうど内科学会か何か学会があったりして，偉い先生方は非常に忙しい時期だったのですね。そこへ入ったとき，医局の先生方は大体若い人が多かったので，私が入ると一番年寄りぐらいになっちゃう。その当時私もまだ若かったのですが，それでも，もっと若い人が大部分だったのです。何か遠慮しちゃって，思うようなこと何にもしてくれないというような形になってしまったんです。それは，私があんまりしゃべらないとか，あんまりいい感情を抱かれないような形だったからかもしれないということと，入院したころからだんだん快方に向かってきたというか，だんだん楽になってきましたので，そういういろんなことが重なったせいだと思うんです。ですから，私入院しまして，しろうとの目から見れば，病院っていうのは何にもしてくれないんじゃないか，

というような形にも思われるのですが，またその一方，医者という立場から見れば，病名もきまっているし，どんなことをすればいいというものも大体きまっていたわけです。病気そのものも入院してから大したこともなくて，だんだんほっておいても快方に向かう，そういうような形だったものですから何もする必要もなかったんだ，そういうふうにも感じたわけです。

とにかくそこに1週間ぐらいいて，しょうがない退院しちまえというわけで退院しちゃったんです。現在でも肝臓はかなり腫れてはいるのですが，たまに，サイレント・ストーンじゃないが，ときどきチクチクと痛むので石があるのではないかと思うのですが，それもどうせ入院したってしょうがないやで，現在ほってあるのです。痛ければ痛いでも，そうひどいんじゃないからいいや，ということで何もしないでほってあります。

入院して感じたことは，あまり大きい病院に入っても，人間関係というか，その設備をフルに活用できるような，悪いことばでいえば立ち回りのうまい人というのは，非常にいいことがあると思うのですが，人づき合いの悪い人はそういうところに入ってもしょうがないのじゃないか，そういうふうに感じました。

もう1つは，これは昭和32，33年ごろかと思うのですが，脊椎辷り症といいますか，背骨がとび出しちゃったのです。これは，庭の土を掘っていたら大きな石が埋まっていたんです。それで，その石を取り出してやろうと思って，少し掘って力を入れてウーンと，しゃがんだままグーンと引っぱったんです。そしたら，背骨のところで何かコトンと，音じゃないが，これを感じたんです。これはおかしいと思って，それをはなしたんですが，それから何か腰の辺が痛いような重いような感じがしていたのですが，それもかまわないでおいたんです。それから半年ぐらいかまわないでおくと，何かちょっと長い時間立ったり，よそを歩いたりしていると，腸骨というか，背骨のちょうど両わきの横っちょのほうがチクチクと痛んでくるんです。これはどこかその辺の神経が押されているか何かだと思っていて，そのうちにだんだんに足の両方の親指が痛んできたり，両方の大腿の辺がしびれてくる，そういうことが出てきたんです。これはどうもしようがないというわけで，今度だれに診てもらおうかということになったのですが，偉い先生の所に行ったってしようがない，そうかといって近くの先生に……となかなか迷ったのですが，結局，大学の同級生で整形外科を，その当時であると昭和30年ですから，20年近くやっていた男ですが，その男のところに電話をかけて，診てくれということで頼んだわけです。そこへ行ってレントゲンをとったりして，結局，腰椎の第3番目が前のほうへ1センチぐらいとび出したというか，へこんでいて，それでなっているんだということでして，軟性のコルセットですか，あれをつくれということで，それを3，4年やって。あれ，とても夏などはめんどうくさいんですね。それで3，4年はがまんしてやったが，その後はずしてみたら，はずしてもかけても同じようだということで，この2，3年はそれをかけるのやめてしまったんです。それは，昔学校で一緒の男だから，きっとぼくよりできなかったやつだと思うのですが，そういうとおこられちゃうが，とにかくその男に診てもらって，その男だったら昔から知ってるから遠慮なく何でもいうことができるし，相手のほうも遠慮なくいってくれる。それで，この場合が私としては，治療の方針とかいろんなことをやり取りするのに一番よかったと思うんです。ですから私の病気からの経験とすると，さっき結論として申しましたように，何でもサッといえば「ああ，そうか」でお互いに納得する。遠慮会釈もなく何でもいえるような医者を，少なくも自分の表面に立った主治医としておいて，そいつがむずかしければ，そいつからどっかへやってくれ，おれはどこへでもおまえのいうとおり行くから，ということにして医者にかかるのが一番いいのじゃないか，そういうふうに感じました。

司会　どうもありがとうございました。

結局，ウマが合う人というか，友だちを主治医にというふうなことだろうと思います。

会員　高萩市・樋渡喜一

樋渡先生

司会　それでは，高萩の樋渡先生。

樋渡　いろいろと前のおふた方お話しくださいましたが，私自身も，あっちが痛い，こっちが痛い，腰が痛い，熱を出した，というような小さなことはあるけれども，最近はあまり大して大きな病気はない。昔は結核もやり，あるいは腸チフス，赤痢とひととおりのことは経験したつもりですが，もうすっかり忘れてしまいました。そこでごく親しい友人を，昨年，1昨年と2人ばかり失いましていささかショッキングなことがありましたので，それを報告して，医者として反省させられる点，教訓を得た点，そういったところをご報告してみたいと思います。

茨城県の医師会では毎年スキー教室をやっております。これは12月31日から1月の4日まで，蔵王に医師およびその家族，従業員約100名が泊ってスキーのトレーニングをやるわけです。この催しは大体12年続いておりますが，その最初から計画立案し，本部長として活躍していたI君，彼は私と同年でありまして，近くに開業している男です。1昨年の12月から昨年の1月4日まで非常に元気で，年末からかぜをひいているんだといいながら，ガラガラ声を出して，どなりながら指導していたわけです。それで4日に無事に帰って，1月15日の休日には，彼の車で猪苗代まで，朝2時に出発して，スキー場到着が6時か7時ごろ，そして8時か9時ごろから滑り出して，夕方3時ごろまで滑って，その日のうちに帰ってくる。これがわれわれのルーティンのスキーの楽しみ方なのですが，それをやって帰ってきたのです。

その次，1月16日，茨城県で医政研究会をやっているのですが，これもこのI君が非常に力を入れて，指導的立場に立ってやっていたわけです。この日，研究会のあとで，反省会と称して，彼とそのほかの講師になった2，3名とが会食をやっております。

1月26日，私ども県内の多賀医師会といいますが，高萩市，北茨城市の両市の医師会員で，会員約50名ですけども，これの1泊の新年会も十何年続いておりますが，これを福島県のいわき市の湯元でやりました。毎年出てくるI君が，この日に限って出てこないわけです。どうしたんだと聞いてみると，どうもかぜをひいて寝てるらしいという話でした。

1月の30日，これはいつかもお話し申しあげましたが，私ども6人ばかりで毎月例会を開いて研究会をやっておりますが，各人の自宅を回ってやっているわけです。いつも12時過ぎごろまで，最後は飲みながら気炎を上げて別れるのですが，この主役を演じてあらゆることに該博な知識を持って話してくれるI君がこのとき休みました。そこで，私ども非常にさびしさを感じると同時に，何とかしなけりゃならないだろう，これでは普通のかぜではないんじゃないかというわけで，相談して，次の31日にうちを訪ねて，無理にでも入院させて検査をしようという話がまとまって訪ねたわけです。31日に訪ねたときには，「われわれもだいぶガタがきてるから，わかった，じゃあ入院して検査しよう」ということになったわけです。

その前に，1月21日ごろ，私の町には農業会の病院がありますが，彼はこの病院に行って，若い医局員に，ここにツモールがあるのだけども，このツモールは Sternum と関係があるかどうかレントゲンで調べてくれといって，レントゲンをとらしたわけです。おそらくフィブロームのようなものじゃないだろうか，ということにそのときはなったわけです。いろいろ聞いてみると，10年ぐらい前からこれがあって，多少大きくなったり小さくなったりしている。10年ぐらい前にブンクチオンして，この男もご多分に漏れず結核をやっているので，この辺のカリエスからくる Kalter

Abszess のようなものか，あるいはそれに類したものじゃないだろうかということで，プンクチオンして調べたけれども，菌も出なければ何もなかったということでございます。

ただ，1年に1，2回わけのわからないTachykardieがくるというKlageがあったそうです。6カ月前に歯を抜いております。そのときの病院の見方では，Osteosarkomとも考えられない，普通の良性のフィブロームのようなものじゃないかということになったわけです。血液をとって調べてみようということになったのですが，「血液をとるのは痛いだろう，おれはいやだ」というので，血液をとらせなかったわけです。それを聞いたものですから，31日に行ったときには，とにかく採血の容器を用意して，無理やり血液をとろうじゃないかということで，血液をとってきたわけです。

その血液の検査についてはあとで申し述べますが，私ども31日に行ったときには，とにかく抗生物質も飲んでいるからな，というような話で，そんなに長く飲んでるのかといったところが，「いや，そんなに長くは飲まないけれども，1日の量が少し多いから」というようなことをいっておりましたが，はっきりしたことはわかりません。それで，31日の夕方入院したわけです。

血液検査の結果は，最初は理化学試験と肝機能に関するもので特別なことはない。リウマチ反応が出てるということだったわけです。ところが2月1日に採血して，これの血球を調べてみたところが，赤血球が200万，リンフォが6，中性がゼロなんです。Myeloblasten が73，Promyelozyten が10，Myelozyten が8，白血球が1万300ということです。そこで，これを検査した検査技師が驚いてしまって，自分の調べに間違いがあるのじゃないかというので，すぐこれをまた再検査するために，水戸の本院に送ったわけです。その結果も同じ。それで院長もこの発表を差控えて，自分でその検査データを握って，私どもに相談したわけです。そこで，容易ならざる病気だと。彼は日本医師会の社会経済委員もやっておりましたので，容易ならない事態だから，われわれがいっても聞かないだろうから，武見会長にでもいってもらって，いなかの病院じゃだめだから東京へ出てこいというようなことにでもして，ひとつどっかに入院させてみたらどうだろうということになったわけです。

私，すぐ常任理事の人に電話をしたのですが，ちょうどこの日は休みだったわけですか，なかなかつかまらない。2月2日になって，そういった状況でいろいろ調べたけどもなかなかつかまらない。夜中に，日本医師会の理事から私のところに連絡があったときには，すでに死亡していたという状況なんです。

1日にそういった結果が出て，2日の午後1時ごろには，胸から背中にかけて皮下溢血があり，血圧は50ぐらいに下がってしまったショック状態を呈したわけです。点滴でステロイド，それから抗生物質，輸血，そういったものを続けておりました。ところが，苦しいといって看護婦を呼んで点滴をやめさせるということもやりました。それがまた少しよくなって続ける。3時40分ごろには一応落ち着きました。ところが5時ごろになって，また苦しいといって，その点滴の針を抜いて，ベッドの下に転げ落ちてうずくまってしまった。午後7時40分に死亡しているわけです。

私，これで非常にショックを受けたわけなんですが，これまで入院するまで，1月の15日にスキーに行って，16日に医政研究会に出て，その月の終わり31日を過ぎて1日に，もうすでに重篤になって，2日に死亡する。こういった経過ははたして医者としてどうだったろうというような感じを持ったわけです。診断名は急性骨髄性白血病。

教訓として得られたことは，異常な病覚というものがなかったのかどうかということ。こういう病気だから，あるいはわかってもどうにもならなかったかもしれないけれども，少しでも早くわかれば，何か家庭的に，あるいは考えるべきこと，手を打つべきことがなし得たのではないだろうかということでございます。それから，検査なども，自分にもし病覚があったならば，あるいは疑問があったならば，もう少し念入りにできなかったかどうか。

先ほど，自由に話し合える者を主治医に選んでおくということのお話がありましたが，この場合

は逆に，医者なるがゆえに「おれは痛いからいやだ」というようなことを，医者同士に簡単にいってしまう。患者なら「おまえダメだ」といわれれば，「おれはいやだ」といわないだろうけれども，医者なるがゆえにそういうことまで出てしまったのではないか，というふうな気がいたします。

それから主治医の選択。これは，そのあとで仲間の歯科医師から，先生方は自分の薬室を主治医と考えているのではないか。広瀬先生からもお話がありましたが，自分の薬室を主治医と考えてそこでごまかしているのではないか，といわれたことはちょっとショックに思いました。

私どもの医師会でも，毎年，国民健康保険のほうで健康診断をやっております。私はこういうことも見て痛切に感じておりますので，つい先だってもバリウムまで飲んで検査してきました。心電図もやりましたし，血液の理化学試験もやりました。ところが検査する人に聞いてみると，先生方はだめですね，と検査技師はいう。ガタガタになって悪いのがわかっている人か，体にほんとうに自信のある人しか検査に来ないというんです。このへんも反省する必要があるのではないかと思います。

それから，先の血液検査のときに，血沈が1時間148，2時間160です。前にも感じたことがあるのですが，もっとも手っとり早くて簡単にできる血沈，赤沈だけはまず第一番にとってみる。何かおかしいと思ったらとってみる必要があるのではないか。そうすれば重要な病気の発見の手がかりというものが簡単に得られるのではないか。

私ども自分自身が，主治医を持って気楽に話しできるようにしろということを患者にいいながら，自分たちはそれを実行していないという反省と，検査のとき，赤沈は医者としていつでも簡単にやってみるべきものだ，この2つを特に感じたわけでございます。

司会　どうもありがとうございました。

非常になまなましいご報告で，会員の中には，ぞっとしてあした検査を受けようかなという人がもう出てきているのじゃないかと思います。どうもありがとうございました。

会員　習志野市・栗原伸夫

栗原先生

司会　続いて，習志野の栗原先生。

栗原　先ほど，樋渡先生からお話がございましたが，おそらくあれは急性骨髄性白血病じゃないかと思いますが，私が前につとめていた病院で，薬剤師の同僚がそれにかかりまして，あっという間に亡くなって，私もそのときだいぶショックを受けたんです。

亡くなる4日前に，昼休みにいろいろ雑談しながら，「先生，こんなに患者が来ちゃ，もうおれも体がいささかバテたよ」なんていうことで話をしておりまして，そのときは，お互いに体だけは気をつけよう，というようなことをいってたのですが，翌日「先生，おれ，こんなものができちゃったよ」というので見たら，全身の皮下出血。これはただごとではないというので，すぐに血液検査をしましたら，やっぱり，樋渡先生がお話しになられたような，ものすごい血液像でありまして，これはこの病院においておくと，おそらくどういうルートかで本人に知れわたってしまうかもしれないから，至急に大学病院に送ろうということで，大学病院に入院させて，その日の夜，おそらく脳出血だと思うのですが，それであえなくステってしまいました。ほんとうに劇的でして，身近かにそういう経験をされると，ほんとうに死というのはこんなにも早くくるものかなという実感がわくものではないか，というふうに私感じておりましたが，ほんとうに樋渡先生のお話では，樋渡先生には大変ショッキングだったろうと思われます。

話は変わりまして，私はこういうところで話す

のも，どだい生まれつき気が小さいので，なかなか話なんていうのはうまくできないのでございますが，ましてや「医者が病人になったとき」というようなことで話せということでございますが，私も実は医者になってから病人になったということは，普通のかぜぐらいでありまして，医者になる前か，あるいは半玉の医者になったくらいで，ほんとうに臨床経験を積んだ医者，そういう状態でもって病人になったということは，まだ経験がございませんので，その点ちょっとニュアンスが違うかもしれませんが，漫談的に，いままでの私の医者との出会いというような意味で，皆さま方にお話ししてみたいと思います。

どだい私は医者というものに対しては非常に恐怖心を持っておりまして，小学校で身体検査なんかにいきますと，白衣を着まして，でっかいマスクとめがねの底からジロッとにらみまして，一言もいわないで，聴診器だけ，あるいはポンポンと体をたたいてくれるだけで，「おい，次」ということ。だんだん年をとって，年をとってといいましても白髪じゃありませんが，高校ぐらいになりますと，医者という人種は何でこんなにも尊大な人種なんだろう，もっと人間味があってもいいんじゃないか，というようなことを考えたりいたしまして，私は医者には絶対ならないというようなことで，高等学校のときには，たまたま生物の先生がショウジョウバエの染色体についてくわしく話してくれまして，それに引かれて，私は医者なんかよりも生物学のほうへ行こうというふうなことを思ったのですが，残念ながらうちが医者なもので，医者になれということで，無理やりに医者にさせられてしまったというようなわけでして，医者というものに何となく，自分がそうなっちゃったのですけども，いまもってなじめないような感じがしております。ですから，いきおい医者を見る目が，多少色めがねでもって見るようになってしまっておりますので，あるいは皆さま方のお心に差しさわりがあるかもしれませんが，許していただきたいと思うのです。

話せというお話がありまして，いろいろ医者と私との出会いというものを考えてみたのでございますが，物心がつくようになってからですと，高等学校を卒業してから大学の受験の3日前の日に，それこそせっぱ詰まってしまって，食事をしながら英語の単語を覚えておりまして，たまたまそのときにアジのてんぷらかなんかを買ってきまして，本を読みながら食べていたらアジの骨をのどにひっかけてしまって，1日ぐらいほっておけば治るだろうということでほっておいたのですが，全然痛みがとれなくて，あさって大学の入学試験で大変だということで，近くの都立病院に行きまして，骨をとってもらったわけであります。

そのときに，まず最初にインターンの先生が出てまいりまして，どうしたんだというようなことで，これこれしかじかだということをお話しして，じゃあこっちへ来いというので，大きな口をあけさせられて，おれがひっこ抜くからということで抜いてもらおうとしたんですが，その先生おそらく魚の骨を抜くのは初めてだったと見えて，いろいろ拡大鏡をかえたり，いろんな器具をかえたりしてもなかなか取れない。こっちは涙がポロポロで，口はずっとあいてるし，ゲーゲーいってしまう。先生これくらいでやめてくれといいたくなったのですが，やっぱり，お医者さんというのは非常にこわいという印象がございますのでぐっとがまんしておりましたら，そこへ救世主のご到来かどうかわかりませんですが，医長の先生がまいりまして，「おまえ，一生懸命に抜こう，抜こうと思っても抜けるものじゃない，おれにちょっと見せろ」というので，その先生が「何だ，こんなところにひっかかってるじゃないか」というのですぐに抜いてくれました。最初にはそういうエピソードがございます。

その次には，親知らずを抜きましたら，そのあとTrigeminusを来たしまして，口があかなくなってしまった。それも夏のことでして，全然のどから何も入らない，40度ぐらいの熱が3日ぐらい続いて，ある先生に往診していただきましたら，これはとても大変で脱水症を起こすかもしれないから病院に入院しろということで，入院いたしました。入院しても特別治療というわけではないのですが，毎日喉頭科へ通いまして，開口器というやつでもってギリギリ口をあけさせられる療法をやられましたが，あれは非常に大変なものでし

て，機械的にあけさせられるということは人間の体にとっては非常に苦痛でありまして，そのときも「先生，もうこれで結構です」といいたいときが数知れずあったのですが，それも持ち前の気の弱さからぐっと耐えまして，それで1週間目にめでたく退院ということになりましたが，骨を取ってもらったことといい，あるいは Trigeminus を治してもらったことといい，非常に感謝すべきことでありますが，ただ，その先生は病気を治すということであって，人間がそういう病気になったというその背景となっている，あるいは基礎となっている人間というものを，何か無視されて治療しておったような印象を受けました。

私がいままで病気になった中で印象深いのは，私が大学を卒業いたしまして1年後，当時私は心臓カテーテルの仕事をやってまして，たまたま3月でございまして，学会の準備にそれこそ日夜追われておりまして，ほとんどうちに帰らないで病院に泊りっきりであったときであります。そういうときに，皆さま方ご存じだと思うのですが，チフス菌事件というものが起こりました。それで病院が非常にゴタゴタいたしまして，われわれもその中に巻き込まれたわけですが，そこの病院に勤務している人間はみんな腸チフスのワクチンを強制的に受けさせられまして，それでこの物語は始まるわけでございますが，先生方，こういう病気をご存じですか，どなたか聞いたことございますか，実は，私はこの病気にかかってしまったのです。

たまたま運悪く，当時こういう病気がはやりまして，われわれ若い医局員が教科書にしていた「平凡パンチ」とか「プレイボーイ」とか，それから「週刊大衆」とかあったのですが，実は「週刊大衆」の中にこの病気の特集が組まれておりました。それはどういうことかと申しますと，朝鮮に進駐しているアメリカの兵隊，家族，あるいはある種の女性に非常に流行した病気なんだそうですが，キッシング・ディジーズ，接吻病と訳しますか，接吻すると広がるというようなものなのでしょうか，その本体はウイルスであるというふうにいわれておるのでございますが，教授の診断で，栗原はこれであるというふうにいわれたわけです。

その経過を申しますと，腸チフスのワクチンをやりまして，翌日熱が40度ぐらい出まして，全身に発赤ができたわけです。それで下宿へ帰って寝ておったのですが，とにかく何にもしないで寝ていてもしょうがありませんし，それに全身に発赤ができたということですぐに医局長のところに連絡いたしまして話をいたしましたら，それは腸チフスかもしれないから，少し下宿で静かにして寝てろ，いまおれが行くからというようなわけで，待ってたのですが，半日ぐらいたって医局長がやってきて，おまえは腸チフスに感染したのだから至急伝染病院に隔離しなくちゃならないのだから，伝染病院に連絡をとってすぐに迎えにくるからもう少し待ってろということで待ってたのですが，待てどくらせど来ませんで，夜になってから，親しくしていた上の先生が来まして，とにかくこんなにして寝ていたのではしょうがないだろうし，食べものも困るだろうし，とにかく入院したほうがいいだろうということで，婦長にかけ合いましてベッドをあけていただきまして，そしてとりあえず個室に入院したわけです。翌日，教授の回診がございまして，見たところどうも腸チフスのようではないらしい，一応ヴィダール反応やなんかはやらなきゃいけない。初めての人にとっては苦痛でして，大体2時間から3時間ぐらい手を静かにしておると，点滴が終わったあと手がしびれるような感じがいたします。それを1週間ぐらい続けられますと，ほんとにうんざりいたしまして，だんだん食欲も出てきたということもありますが，多少は組み内の病院に入ったということでわがままもいわせていただき，またなるべくご飯をたくさん食べるようにして注射からのがれたいというようなことがありまして，1週間でその点滴は終わったわけです。

ところが，検査の結果が出まして，おまえはどうも腸チフスではない，けれども末梢血に何か変なものが出てくる。それは，どうも白血病ではないけれども，とにかくおかしい細胞が出ているからこれは血液疾患であろうというようなことをいわれまして，それじゃ何だろうということで自分でいろいろ考えてみたわけです。

当時インターンを終わってすぐでしたので，私の医者の人生で一番知識が豊富であったときじゃ

ないかと思うんですが，そこでいろいろ考えたわけです。主治医の先生にいろいろ話を聞いたんでありますが，全然教えてくれない。ただ，末梢血に異常細胞が出ていると。これは何事だろうと思いまして，あれやこれや考えまして，あるいはミエロームではないだろうか何だろうかと考えて，一生懸命に血液の勉強をしたわけです。そうしたら，今度は教授が別の日に来まして，どうも末梢血の中の異常細胞はモノチーテンらしい，そのモノチーテンも普通のモノチーテンよりも多少形が大きくてクロマチンに非常に富んでいて，どうも普通のモノチーテンがただ単に多く出たのではないらしいということで，おまえの病気は実はこれであるというふうなことをいわれたわけです。

私はいまもきわめてまじめだと思っているのですが，当時もきわめてまじめでして，全然こういうことは身に覚えはないのでありますが，教授はニヤニヤ笑って，おまえはどっかで悪いことをしたんじゃないかと。確かに，当時夜遅くまで仕事をやっておりまして，仕事が終わったあと一杯やるのが非常に楽しみでありまして，ときどきお酒がなくなりますと教授室へしのび込んで行って，教授室からビールを失敬したり，あるいはウイスキーを失敬したりしてまいりまして，ときどきそれを見つかって医局長におこられ，あるいは教授におこられるというようなことがありまして，そういう前科がありますので，あるいはこっちのお酒に限らず，お酒の好きな人は色のほうも好きな人が多いというようなことで，こっちのほうも疑われたんじゃないかと思いますが，私はいまでも申し上げられますが，金輪際こういうことの感染の機会というものはなかったのであります。それなのに，どういうわけかこういう病気と診断されまして，どうも腑に落ちない。ところが，同僚や先輩の先生方がときどき病室にやってきてはニタニタ笑って「おまえどこかでいいことしてきたんじゃないか」なんていわれまして，私もいささか困りまして，弁解するとますます疑われるようなことになりまして，じゃあしょうがないから本でもいろいろ勉強しようと思って本を読んだのです。その中に，予防接種なんかをしたあとでやはり単球が非常に多くなるというようなことが生理的にもあるそうですので，私はおそらくそうではないかとそのときも思っておりまして，いまでもそう思っているのでございますが，悲しいかな医局の1年生でありますので，私の意見は無視されまして，その診断が下った翌日からステロイドを飲まされました。当時，私は学生時代からやってたのですが，硬式テニスをやってまして，体重が55kgであったのでございます。ところが，ステロイドを飲まされてからメキメキ太りまして，いまもって70kgオーバーということで，おそらくそのときにステロイドを飲まなければこんなに太らないでもう少しスマートになって，いつまでも若々しくいられたのじゃないかなと思うのですが，残念ながらこう太ってしまって，中年の典型のようになってしまって非常に残念だなと思っております。

そのときにまた感じたことでありますが，先生は回診のときに3分か4分ぐらいしか来てくれません。それで「おい，きょうどうだった」「別に変わりありません」「じゃあこれでいい」ということだけです。いろいろな検査データなんかも教えてくださいませんでした。教授は教授で機嫌のいい日には2回ぐらい来てくれまして，ニヤニヤ笑いながら「おまえはだいぶ大人になったようだが，でももう少し勉強をしなければいけないな」というようなことをいって，あんまり病気のことについては話をしてくれませんでした。結局自分で勉強したわけですが，ただ中には非常に悪いやつがいまして，「Infekcious Mononucleosis の中で，大体2万人に1人は白血病になるという文献がどこかにあった。だからおまえももしかしたらそのうちに白血病になるかもしれないから少し気をつけろ」というようなことをおどかされたりいたしまして，私は非常に気が小さいですので「じゃあ，これで白血病になったら一体どうしよう」というようなことを考えて眠れない晩もありました。

やっぱり，多少知識がありますとどうも悪いほうへ悪いほうへと考えがちでありまして，それを断ち切るということは非常にむずかしいと思います。それは，生半可な知識であるかもしれませんですが。ただ，だいぶ前に読んだ本でソルジェニツィンの『ガン病棟』というものがございますが，その中にそういう話が載っております。きょ

う出てくるときにそこのところを見まして，一応抜き書きしてきましたのでちょっとここで読ませていただきます。

それは，主人公の女医先生が病気になりまして，老大家の先生に見てもらうそのくだりでございますが，そこのところが当時の私の心境と非常によく似ておりますので，ちょっとここで読まさせていただきます。これは，女医先生のことばでありますが，病気になったわけでありますが，「症状はいますぐ申しますけれども，自分がどう考えているかですが，何も考えないようにしているのです。いえ，つまりあまり考え過ぎて夜も眠れなくなったものですから，自分では何も知らないほうが楽だと思います。ほんとうに先生が静養したほうがいいとおっしゃれば静養いたします。でも，病状は知りたくありません。手術を受けることになったとしても，詳しい診断は聞きたくありませんわ。でないと，手術の最中にいまは何をしているところだ，いまは何を引き出しているところだと想像してしまいますから。私の気持ちおわかりいただけるでしょうか。でも，どうしてこんな不公平なことが起こるのでしょう。なぜ腫瘍の専門医の私が腫瘍にやられなければならないのかしら，いろんな症状や余病や予後のことを知り尽くしている私が……」そして先生はこういっております。「ちっとも不公平なことはない，逆にそれはきわめて公平なことなんだ，医者が自分の専門領域の病気にかかるということは，それはもう誠実きわまる経験だといわなければならない」このことばに対して女医先生は，「この際何が公平で何が誠実なのだろう，先生は自分が病気にかかったのではないからそんなふうに考えていられるのだ」というふうな考え方をしております。まったく私もこのとおりだと思います。

やはり医者と患者というものは，医者が仮に患者になった場合には，やはり患者の心理になってしまうと思います。医者が患者になって，しかも医者たりえるという人は非常に少ないのではないかと思います。というのは，結局患者というそのことば自体，肉体的な弱みを持っているそういう弱みがあるからです。決して医者は弱みを持っておりません。むしろ何かを探り出す，あるいは探って何かを知っているという優位感があるわけです。これは，患者がかりに自分が何かを知っていても，それをなかなか医者にいうこともできませんし，また逆に自分がほんとうにそうであるということを信じる気力もときにはないと思います。ですから，医者が患者になったということは，やはり普通の人が患者になったのとそう大して変わりない，あるいはむしろ悲観的な面を考えるようになりますので，むしろ不幸な場合もあるのではないかと思います。

ですから，先ほど樋渡先生がお話しになりましたが，私が考えるのはやはりあの先生が自分の病気を知らないで亡くなられたということは，ある意味では幸せであったかもしれないと思います。そういうことは，この会の訳ということで出ておりますゴールドバーガーの『病人と病気』という本の中にもそういうことが書かれています。

ちょっとそこのところを読ませていただきますと，「病気を疾患という観点で考える医師は，治療に関しても特定の疾患に対して特定の治療法でという観点で考える。これに反して，病気というものを人という観点で考える医師は，病人をそれぞれ個人的に治療する。古いことわざにあるとおり，薬は標準化できるが，また医師を標準化することもできる，しかし病人を標準化することはできない。医師は１人の病人，実在の人間を治療すべきである。医師が治療すべきものは統計的な平均値ではなく，すべての主体，客体，相互関係に対して，さらには病人，医師，相互作用に対してもあらゆる他の人たちとまったく異なった方向で反応する世界に２人とはいない１人の人間なのである」というようなことでして，やはり医者が患者になってもしょせんは悲しい患者の弱い立場であるということが私の結論でございます。

たいへん雑駁な話で申しわけありませんが，これで終わらせていただきます。

司会　どうもありがとうございました。しみじみとしたお話で，彼は私と同じ医局の後輩で，まあ悪いことは確かにしなかったようです。しかし，彼は教室でずい分モテたので，知らない間にキスされたのかもしれませんが，その点はわかりません。

質疑討論

司会　一番最後までずっとと思ったのですが，ただお話を聞いているだけではそろそろあくびも出たり肩がこるでしょうと思います。ここらへんでちょっといったん区切って，これまでのお話についてどういうふうに感じられたか，あるいはこういうことをもうちょっと聞いてみたいということございましたらお話し願いたいと思います。

いままでのことを簡単にまとめますと，小山先生のほうは，どうも医者のほうはドックなんかとんでもないと，病気しない限りは無頓着者が多いというふうなお話です。中尾先生のほうは，患者となった場合に意思の疎通というほうはなかなかむずかしいものだということを，しみじみといわれております。広瀬先生は，友だちを主治医として，それから先は主治医にまかせて紹介していただくということ。それから樋渡先生は，非常に元気な方が瞬間的にというほど短時日の間にあっという間に逝かれて，そのことを思いまた家族のことを思って，医者としてのあり方をもう一度振り返ってそのショックの気持ちをお話しになりました。したがって，クランケにはいろんなことを初めても，自分は痛いからやらないというふうな態度ではいけないんじゃないかというお話で，反省のことばがございました。栗原先生は，いま一番最後にゴールドバーガーのことばも引用されて，患者さんは1人1人違うんだと，統計的な結論でもってトントコトントコ処理をしてはいけないと，1人1人違った治療法で接しろというふうなことでございました。

大体いままでのことはそのようなことでございましたが，それについての感じられたことや何か，どなたかございますでしょうか。きょうは時間が十分ございますし，このような企画はこれまでの実地医家の会でも1回もございませんでしたので，きょうは思っていることをどんどんひとついっていただきたいと思いますが，いかがでしょう。

菊地先生なんかいま小山先生の無頓着な医者が多いということをいわれたことを感じられて，菊地先生は徹底的に内視鏡からやられるとかいうお話を聞いたのですが，先生どうでしょうご意見をひとつ。

菊地　私も昭和24年から27年まで結核で喀血して入院した経験がございますし，当時ちょうど私は昭和18年の12月に学徒出陣で入隊したものですから，そのときにすでに結核があったと思うのですが，当時は非常に消極的な男で，どうも病気のほうが気になりながら軍隊生活を送ってきたんですが，教室に入ってとにかくアルバイトしなくちゃいけないということで，論文を書きあげるまでに何とかしてやって，書きあげたとたんに喀血して入院して動けなくなったということで，菌はばりばり出るし，すっかりやせて骨と皮になって，当時ストマイがやっと出て，高いのを買って打つような状態のときだったのですが，そのときに私の口から出たことばは「世の中に絶えて結核のなかりせば人の心はのどけからまし」ということで，当時非常に絶望的になったのですが，3年半入院してやっと元気になりまして，それからは非常に人間が変わったといいましょうか，非常に消極的ではなくなってきまして，いろいろ自分でも仕事を見つけるようにしてやるようになってたいへん自信ができ，31年に試験を受けてヨーロッパに渡りまして，向こうで勉強しているときも非常に張り切って勉強できたことがありましたが，その後私はずっと大した病気もしないできているのですが，いま渡辺先生からございましたように，ぼつぼつ45，6歳過ぎたころになってからやはり人間ドックみたいなものを自分で受けなくちゃいけないということで，私らはマーゲンなんかをとっているので，そのマーゲンをとっている人間が胃癌で死んだということではやっぱり申しわけがたたないと思っています。内視鏡の新しいのを買ったときは私自身最初に飲ませていただいて，もう3回飲んでいますが，そうすると患者さんの苦しみもわかりますし，自分も何となく不愉快で胃が痛くても異常ないのだということが確認されればまた次の日から元気を出してできるということで，人間ドックはつとめて入るようにしています。

それから，先ほどの話にもありましたように，

私は友だちに非常に優秀な男を持っておりますので，胃の写真はそれに必ず毎年とってもらって，危いといえば内視鏡もいつでも飲むと，どんなことでもやるという覚悟で，いまそういうことで自分の健康管理につとめているつもりです。

司会　どうもありがとうございました。

坂口先生，いままでのお話を聞かれていかがですか。

坂口　とにかく，私も戦争中にチフスになって入院したことがあるんですが，医者ですからチフスのことをよく知っていますね。ですから経過もわかっているはずなのですが，やっぱり医者は病気になると患者になっちゃうわけですね。

友だちの軍医が毎日回診に来てくれます。そうすると，結局，脈にちょっと触って帰っちゃうだけなんですが，それでも非常に心待ちになりますね。ちょっと遅れると，なぜ来てくれないんだろうというような調子になっちゃう。それから，その時分ですからリンゲルを毎日やるのですが，そのリンゲルが非常に楽しみですね。痛いだろうというけど，痛くないんです。すこしやってもらうと非常にそれで安心しちゃうのです。ですから，病人なんていうのはほんとうに子供になってしまいますから，われわれ患者さんを見ていますと「こんな病気なんだ」と思ってつい乱暴といいますか，こっちは経過がわかっているのですから患者さんがいろんなことをいうと「そんなこと黙ってろ」というような調子になりますが，患者になってみると先生が非常に頼りですから，もう少し親切にしてやらなければならんのじゃないかと思うのですが，やっぱりつい不親切になってしまうと，そんなところですね。

司会　どうもありがとうございました。

ほかにどなたかございますでしょうか。

神山　静岡県の神山でございます。いままでお話しになられた先生方のお話とは関係があるというわけでもないのですが，実は私が病人になったことの経験というようなことで現在感じていることをお話ししてみたいと思います。

私は国家試験が終わってすぐですが，昭和25年から結局3年ばかり休んだのですが，Tb で入院したのは1年3カ月，そして本格的に動き出したのはまず30年ごろからといったような次第なのですが，実はその1年3カ月の入院生活のときの感じなのですが，結局私の場合は両側同時に起こった。そしてひどいときは中のほうの影が全然見えないというぐらいに Exsudat がひどかったわけなんです。そして郷里のほうではもうステったというつもりになっていたぐらいだったのです。そしてその熱が引いてみましたら，あとにどうもおかしい影が残っているというようなことから，ずるずる入院生活が長くなったというようなことだったのです。そのとき自分で感じたのは，主治医が説明してくれることがこれがはたして本当であろうかどうかと，自分は医者になったばかりでしたけれども，隠していること隠されていることがないだろうかどうかということ，それを非常に疑いの目でといいますか，そういうことを非常に注意してというか，相手の一言一言を分析するような気持ちになってきましたことなのです。結局，こういうふうにはいわれたけれどもほんとうに考えておられるのだろうかと，何か隠されているところはないだろうかと。現実に私の場合恐れておったことは，簡単に治るものではなくて肺切のインジカチオンなのかというようなことに考えられておるのじゃないだろうかということが1つの心配だったわけなのです。そして結局退院するころになって肺切の話が出たのですが，私は何とかして切らないで治ってみたいということから，結局最後には主治医の指示を離れて田舎でぶらぶら仕事をしながらやったような結果になったのです。そして，すっかり元気になるまでは結局は5年ぐらいかかりましたが，ストマイがあのころでき始めたころで，ストマイが200本ぐらい，それからパス 10kg，それからヒドラをどれくらい飲みましたか忘れましたが，結局ヒドラが一番効果的というか最後の切り札になったような関係でしたが，やっぱり手術をしたほうがいいだろうといわれておったのがヒドラを飲み始めてから結局いつの間にやら治った状態で，その後20年以上暮してしまったというような状態なんですが，さっきの隠されていることがないだろうかということを自分でつくづく感じとったのです。それで，いま診療に実際にあたっておる場合にも，自分の説明す

ることを患者さんがはたしてそのとおり正直に受け取ってくれるんだろうかどうかと，口が下手だということもありますし，また表現の仕方，話し方，それは相手の教養とか生活条件とかにもよりますが，ほんとうに納得されるように，またこっちのいおうとすることを十分に伝えるにはどういうふうにしたらいいだろうかと，特にクレーブスとかそういう疑いを持つような人の場合には，隠されてないだろうかということを確かに感ずるものらしいということを考えております。そうすると，もちろん隠しておかなければならん場合もありますが，その人々に対する説明の仕方というか話し方というか，非常にむずかしいことであり，研究を要することじゃないかと思っておりますが，その点について皆さんのご意見ご指導をいただきたいと思います。

どうも，長い話をしてすいませんでした。

司会　どうもありがとうございました。

会員　新宿区・春日豊和

春日先生

司会　まだいろいろあると思いますが，いったんこれで少し肩をほぐさせていただいて，次に外来の詩人となられた春日先生ひとつ。

メーンエベントで胃袋を取られたというふうな……。

春日　春日でございます。

先生方のお話を聞いていますと，みんなピンピンくるようなお話ばかりで，私のいろいろなことは『人間の医学』で「未験への出発」という題で少し連載させていただきますので，医者が病気になったときのいろんな苦しみとかはそれをご覧になっていただきたいと思っております。

それで，きょうお話しするということは別にないのですが，いかに自分が愚かであって，こういうひどい目にあったということだけ申しあげておきたいと思います。

私自身，10年ぐらい前から空腹痛がしょっ中ありまして，これがお酒を飲むと治るし，牛乳を飲むとすぐに治っちゃうんです。ゴルフなんかをやっていると全然痛んだことないのです。まるで定期便みたいに，お腹がすくと必ず胃のところが痛んできて，「これはおかしいな」と思い出したのはもう10年以上も前なのです。体重はどんどんふえる一方ですし，めっぽう酒はうまいし，食欲がないということはないので，非常に Periodicität といいますか，周期性があって全然自覚症がないときもありますし，特になま野菜なんかをたくさん食べているときは全然痛いものはないということで，これはもう潰瘍に間違いないぞと，小山先生じゃありませんし，また平田先生のお話しじゃありませんが，菊地先生みたいにぼくはまじめじゃないものですから，自分の胃袋は10年前に1回調べてもらって，少し問題があるなということを大学のぼくの友人のレントゲン教授の斉藤からいわれまして，「さあ君これから長いよ」なんていうことで，そういうもののいい方をする医者がばかやろうだと思うのですね。そのときに，すぐこうしようああしようといえばいいのですが，いかにも権威のあるもののごとく装って「うーん」というようなことで「これは問題になるなー」なんていうようなことをいったものですからすっかり怯えきっちゃいまして，それで放っておいたわけです。

でも，去年の7月の終わりに，山中湖の小さい山小屋へ頼まれた原稿の直しものを持っていきましたときに，去年の1月からともかく空腹痛や何かも治さなければいけないという自覚症状があって，決心をしてお酒もピッタリやめて6カ月ほど我慢をしていたのですが，酒は簡単にやめられましたけれども，痛みのほうはちっとも治らないのです。6月ごろに入りますと，お昼ごろもちろん痛いのですが，ソバなんかを食うとそれまでピタッと治ったのが今度はいやにもたれるような感じ

がして，「これはおかしいな」と思っていたのです。6月の末をもってお酒をやめることをやめまして飲み始めたのです。そうすると非常に調子がいいのですが，今度は山中湖へ行きまして1人でゴルフなんかに行っていると痛くないけれど，上がってから食事をすると非常に調子がいいのですが，家へ戻ってくるとどうも食事があまりおいしくない。特に，息子なんかとけんかのようにして取り合って食べていた肉類があまりおいしくなくなってきて，「これはおかしいな」と思っていたところへ息子から電話がありまして，「おやじさんのガストロインテスティナルのほうの精密検査をお願いしておいた」と，「もうお父さん逃げられませんよ」ということで，「こいつはしまったぞ」ということで深く深く苦悩の日々がそれから続いたわけなのです。ともかく息子が申し込んじゃってぼくは逃げ場がなくなったから，しょうがなしに8月17日にまた東京女子医大の定期検診を受けに行ったわけです。

その前，おととしの9月のときに「少しおかしいから」といわれたのですが，「かまわないでしょう」ということで，もう1つちょっとこれは理由ははばかりますが，そういう理由がなければぼくもおととしの9月に内視鏡の検査や何か受けてたんですが，ちょっとした事情がありまして，もしもそのときに悪いことをいわれたら「これはたいへんだぞ」というふうな特殊な事情があったものですから，そのときもっぱら逃げに逃げて逃げ切ってしまったわけなのです。昨年の8月17日の検査は逃げ切れませんで，それを受けました。その結果，pyrolic region に陥凹性の病変があると，すぐ精密検査をしてください，内視鏡をやりましょう，バイオプシーもやらなくちゃいけないということで，それをやられましたのが8月の31日でございました。内視鏡は先生方ご存じのように——菊地先生はいとも簡単だというけれども，何かキシロカインゼリーを塗られたり，それから例のアトラクスピーとかアトロピンなんか注射されてガーガーガーガーやられて，空気を入れられたときが一番苦しかったのですが，まあそれは大したことありませんで，ちょうど9月の5日の日に外来の終わるさなか，もうちょっとというときに電話がかかってきまして，「精密検査部の胃腸科ですが，やはりムルチプルの Geschwür と Erosion があって，異型細胞がいっぱい出てますよ」と，「もうちょっと検査したいから入院してください」という電話だったのです。「いますぐ入院しろといわれてもぼく困りますけども」といいましたら，「いや，実はもう先生の受け持ち医が中山恒明先生に決まりまして，6人の外科のスタッフがこれまた決まって，無理して病室もあけてお待ちしております」と，とたんに足がガタガタガタガタふるえまして，ぼくの電話を受けるところから前がガラス張りで，ぼくの好きな外来のチビどもがいっぱい待っているわけなのですが，「もうこのチビたちとのお遊びもこれで終わりか」と思ってそしらぬ顔して2階に上がって，寝ている家内に「何か異形細胞が出たとやらでもう少し検査の必要があるということだから入院することに決めた」ということで入院したわけですが，実はきょうがちょうど回復室から病室へ戻った日なんです。手術そのものは何でもないというよりも，前の晩からいろいろ準備されましたし，ストレッチャーに乗せられてともかく6階の病室から手術場へ行くときにはもう何にもわかりませんでした。ただ記憶として残っているのは，「大きく口をあけてください」といわれたのが記憶に残っているだけで，その後手術場から戻りましてぼくが回復室に入っていますと，斜め左前や右前の人たちは非常に重くて陽圧呼吸をやっている人や，一晩じゅう看護婦さんが5人も6人もつきっきりで痰を切るようなことをして，私は幸いに点滴だけの苦痛とそれから鼻腔ゾンデなんかに入れられてましたので，そういうことが苦痛でしたけれども，肉体的な苦痛というのはいろいろ頼みますと注射してくれますので，そういう意味では楽でした。

しかし，入院した日に「私中山です」と中山教授が飛び込んでこられまして，それで「おい，腹を見ようや」ということで腹を触られて「うーん」ということで横向いて下へちょっと頭を下げられて，まもなく今度は5人6人と先生方が次々にあらわれて，私のお腹を丁寧に触ってくださるのですが，「心配ないから」ということは一言も

いわないで，「皆さんこういうところをこう持って」というようなことをやってみたり，いかにも意味ありげにうなずいてみたり，２人ぐらいで先生が見えるとドイツ語か英語かわからないようなことで２言，３言，そういうふうなことが患者としてのメンタルにピンピンピンピン響いて，入院した翌日に小林教授がじきじきにマーゲンをもう１回見ますということでレントゲンをとられて，息子に「夕方何時にこい」というようなことで――そのとき息子は手術としては少し時機が遅れているんじゃないかということをいわれたらしいのですが，そういうことに関しては未だ真相はわかっていません。ただ，手術の前の日に中山教授が病室に見えまして，「春日君少し遅かったな」と，「遅かったけれども最高の方法をとろうじゃないか」と，「お願いします」ということで手術が終わったわけですが，手術後１週間目での検査では肝機能も正常で，レントゲンの検査の結果もよかったのですが，それから４日ぐらいして少し散歩してもいいというので，鉛をここにはめ込まれたようで――この点上原先生の場合は手術のあとがとても楽だったようでございますが，ぼくのはここに鉛をはめ込まれたようで，ものをいうのも苦しいようなそんなことでのこのこのこのこ病室のまわりを歩いていたのですが，突然担当の先生から「肝機能がぐっと悪くなりましたからもう散歩はやめてください」と。中山教授の回診というのは７時半ごろなんです。それが疾風枯葉を巻くといいますか，所長の回診が始まりますというやいなやだだっと来て，例の調子でわわっとわめいたと思うと，わっと帰って行くのですが，そのときに「どうもいまの日本人は肝炎のウイルスのキャリアみたいだ」と，「せっかくいままでよかったけど，肝機能が急に悪くなって大体70％ぐらい肝障害を起こすので少し入院が長引くかもわかんない」というふうなことで，そのときはさすが私も少しがっかりしたのですが，ともかくそんなことで10月７日に退院して，それから毎日家で点滴などを受けておりました。それで，肝障害は大体ひと月くらいでよくなるということだったのでのんな顔をしていましたが，10月20日ごろになって息子がまた検査をしてくれたのですが，いきなり小さい注射液を持ってきて「きょうからお父さん１日置きにこの注射をしようよ」と，「それなあに」というと「いやまあ肝臓の注射だから黙ってお受けなさい」ということで，それからいまに至るまで実は輸送船に乗っている兵隊さんみたいなもので，どこの港にどういうふうに持って行かれるのかさっぱりわからない。検査の値も１回も知らせてもらったこともないわけで，息子にいっても家内にいっても，家内は「あなたの胃潰瘍がこんな大きさだった」とか適当にうそばかりつきやがってほんとうのことをちっともいいませんし，息子にいうと息子はすぐ「まあまあそんなことお医者さんだったら気にすることはないでしょう」というふうなことで，いまだに検査の成績は何１つ私は知ってないのです。たまたま12月の終わりごろ――私ちょうど手術の３カ月目に腰から下と背中いっぱいに変な発疹がいっぱい出まして，それからまた点滴を受けたのですが，その発疹なんかでおそらく肝障害やなんかが進んだのか，あるいは進んだためにそういうものが出たのかと思って採血をしてもらったところ，たまたま電話がかかってきてそれで出たところ「春日豊和様の検査の成績を申し上げます」と，「これはしめたぞ，初めて自分の成績が聞けるぞ」とこおどりして聞きましたら，そのときはトランスアミナ　ゼもようやく正常に戻ってそのとき初めて自分の成績がわかったわけです。

先ほども，２，３の方に薬を飲むときにお見せしたのですが，ちょうど１月10日の日に精密検査を受けに行きましたならば中山教授にぶつかりまして，中山先生に「いろいろありがとうございました，体重も若干ふえました」といったら，「君は医者だろう」ということで「はい，医者です」といったら，「君癌の患者が体重がふえていいなんていう理屈君知ってるのか」というわけで，「癌の患者の体重がふえれば，癌の細胞もどんどんどんどん体の中でふえていくことぐらいわかるはずだ，もっともっとやせなくちゃいけない，５ＦＵはずっと注射しているか」と，そのとき初めてぼくは癌の患者なんて面と向かっていわれちゃって，５ＦＵなんていう高尚な薬剤名をそのとき初めて聞かされて，「これはぼくは異型細胞だな

んてあれには5型もあって，ああだこうだということを考えていたけれども，やっぱり対癌体なのかなというふうに若干憂うつになったわけなのですが，そんなことでともかくいわれたように一生懸命手当てはしなくちゃいけないし，あんまり好き放題のことをいってもいけないということで，もっぱらそのときからもらった制癌剤と称する薬を飲み，月に2回ずつ小林教授の診察を受けたりしていままでまいりました。

7月の終わりに，成人医学センターのほうで精密検査をするからということで呼ばれたのですが，このときに初めて成績表を全部手渡してもらいまして，それを見ますと，総ビリルビンが2.2ぐらいで少し高いのと，それから血小板が7万くらいで減っているということ，この2点だけで，そのほかは昔の太っていたときよりもコレステロールだとか尿酸値とか，β-Lp あるいは中性脂肪そんなものは全部いまのやせている状態のほうがよっぽど改善されております。

それで，医師として病人になってみますと，いかに医者というものは皆だれもかれもいやらしい存在であるかというようなことをしみじみ感じてはいるのですが，そんなことはさっきここに書きました「未験への出発」ということで思い切って好きなようなことを書こうと思いますので，読んでいただきたいと思います。

小胃症状といいますか，胃袋が小さいためになかなか好きなものが食べられませんし，量が食べられません。しかし，いまはお酒は好きなだけ飲んだりしておりますし，ゴルフも7月，8月でワンラウンドずつ7，8回やって疲れるということもございません。ほんとうにこれは皆さまのおかげで，心の支えでここまで何とか元気にさせていただいたものだと思って深く感謝しております。

いろいろとぼくの手帳にメモして書いてあるのですが，どういうことのつもりで書いたのかわからないのですが，拾い読みしてみますと，「消極的人生か積極的人生か」なんて書いてあります。「恐れ入りやの鬼子母神だあの医者め」なんていうことが書いてあります。「医師はデータのみをとり上げて，訴えをちっともとり上げてくれない」なんていうことも書いてあります。「マスプロ医学とマン・ツー・マン医学考えるべきこと」なんて書いてあります。「医者は病人の仕立屋さんで心の救済者ではない」なんて書いてあります。「心はあせりにあせる（患者の心理）」なんて書いてあります。「高田好胤の100年目を聴く」「通信簿と和尚の一喝」「患者の心」なんて，そんなことどういうつもりで書いたのかわからないのですが，それから「悪いものは自然に出て行くぞ」と，それから「漸進的前進，進めや進め」なんて書いてある。「心と願い」「信仰とはいわずとも自分への願いを込めて自分に祈る」なんて書いてある。「早く早く1人前にあせりにあせる」「太らないのか太れないのか太ってはいけないのか」「蟻地獄」それから最後に「これでも生きておらねばいけないのか，ああ苦しい」とか，「死こそ死からの解放である」というふうなことが書いてあります。そのほかまだまだいっぱいよけいなことが書いてありますが，そのうちそんなことを「未験への出発」というくだらないというよりも思ったことを好き放題書く私の悪いくせで，いろいろ書かせていただいて皆さんにお目にかけたいと思っております。

昨日，たまたま木島先生が夜私の家へ見えるというものですから，きのうのゼミナールも途中で失礼したのですが，木島先生もことしたいへん大きな腰痛と坐骨神経痛になったのですが，とうとう手術をしなかったと，手術をしなかった理由というのは，多くの整形外科の先生にみてもらったけれど，ついに切るとも切らずともいいという，いずれにしてもはっきりしたコンセンサスを得られなかったと，1つの病院の院長，副院長の関係にありながら，院長は切らないほうがいいというし，同じ整形外科でいながら副院長のほうは切ったほうがいいと，こういうことではどうも患者としてはなかなか切る気にはなれませんですな，ということで笑いながら帰って行かれましたが，ともかく患者というものはほんとうにお医者さんのまばたき1つあるいは口元のひきつれ1つを見て，1つ1つ自分の病状に対する何か物語を語ってくれているのではないか，それがいいにつけ悪いにつけ非常にコンプレックスを持った弱い立場で，患者というものはお医者さんの一挙手一投足

を見ているということは，私自分が病人になってみて初めて感じたわけでございます。

そんなようなことで，自分が医者としての態度やことば，患者との接し方の中に多少ともより改善されたあるいは反省されたものが出てくれば，それはそれで私として自分の受けた天罰ともいうべき手術が決してマイナスではなかったというふうに思っているわけです。

ほんとうに，ご期待に沿うようなお話もできませんで申しわけございませんが，きょうのところは時間的な制限もありますようですから，このへんで私の話を終わらせていただきます。

なお，詩人になったのでもなんでもないのですが，「外来の詩」というのをちょうど術後1年たった自分の心の道しるべというものを確認するというふうな意味で，皆様への心からなるお礼にかえて，皆さんがまとめてみたらどうだというのでケースレポートみたいな，ほんとうのことをいいますと，メルヘンといいますかポンチ絵みたいなもので，皆さんにお目にかけるようなものではありませんが，一応まとめてみましたので，また先生方から厳しいご批評をいただければと思っております。

たいへんつたない話で申しわけございませんが，これで終わらせていただきます。

司会　どうもありがとうございました。

お顔の色もよく，まっ黒で，お元気いっぱいで，あれで胃をとられたのかと思うぐらいで，何とぞどうぞご自愛のほどをお願いします。

会　員　新宿区・上田篤次郎

司会　実は，ここでちょうど3時近くになるのでお休みしたいところなのですが，飲物が手続きの違いでまだこないのだそうです。3時20分ごろになると冷たいものがくるというようなことで，それまでもう少し頑張ってほしいということなので，同じ胃袋を取られたという新宿区の上田先生ひとつお願いいたします。

上田　私もことしの1月春日先生のあとをついで胃の手術を受けたわけでございます。それにつきましては，『人間の医学』のほうにちょっと書きましたのでそのほうをまたお読みいただいてと

上田先生

思っておりますので，きょうは私いままでに病気をしたということから得ましたところの教訓といいますか，そういうようなことについてちょっとお話し申しあげたいと存じます。

はじめに

昔の戦斗綱要に「指揮官は剣電弾雨の間，部下をして仰ぎ富岳の重きを感じさせなければならない」ということがありましたが，医師も非常の場合泰然としていなければならず，それには何より健康でなければならないと教えられました。

しかし，また反面，病人になってみなければ本当の病人の苦しみは理解できず，たまには病気をすることも大切だと教えられました。

私は今までに大きな病気は3回経験しましたが，最初は昭和15年2月に流行性肝炎，第2回目は昭和20年7月にA型パラチフスで，共に約40日間入院しました。当時は抜本的治療法はなく，自然治癒を待つのみというものでした。

第3回目は昭和50年1月，皆様からお見舞いいただいた胃潰瘍手術で，これも検査の結果手術に踏み切ったもので，自覚症もほとんどない状態でしたので，誠に恵まれた病気だったと思います。

胃潰瘍手術については「人間の医学」に原稿をお願いしてありますので，今日は詳細を省き，入院生活から得た教訓についてお話し致します。

1．斗病の姿勢について

最初の病気の時は，多少風邪気味で熱が38度程度ありましたが，元来私は熱は平気なので，たまたま戦地から一時帰国した友人とビールを2～3

本飲んだところ，その晩から40度に上がってしまい，翌朝尿の泡まで黄色となり，鏡を見ましたらまぎれもなく高度の黄疸が認められ，覚悟をきめて入院しました。

これだけ強度に肝臓をやられては，寿命があればなおるだろうし，肝硬変にでも移行すればそれまでと，運を天に委せて入院期間を充実させることを考えました。

当時，軍医学校で代謝の仕事をやっていましたので，文庫本の外に計算尺を持ち込み，ねたまま$A=W^{0.425}\times H^{0.725}\times\cdots\cdots$という体表面積算出の計算図表を作る計算などをやって退屈しませんでした。

*早く病気をなおして，あれもしたい，これもしたい。と望むのが一般の通念のようですが，*入院中も双六の1回休みとは違って，**自分の生涯の中の大切な1コマだ。**と確認することを覚え，結構ひとりで楽しんだことを覚えています。

また，家内からいつも*心配をかけて…。と叱られますが，入院中は**自分だけの時間，孤独を楽しむ時間**が平素より多いことで，つい，いそいそと入院してしまう傾向があるようで，心配して下さる方々には申しわけないことですが，精神の安定には孤独を楽しむことは欠かせないと思います。

第3に，**自分自身を見つめる，もう1人の自分の存在**が確認できることです。

これは精神病の妄想と軌を一にするものかも知れませんが，自問自答こそが孤独に耐え，孤独を楽しむ原動力ではないでしょうか。

昔，討伐中に敵の退路を見失い，谷間に部隊をとめて朝の飯盒炊さんを命じて，隊長と下士官1，当番兵1，通訳1と5名で前の山に登ったことがあります。

ところが，稜線の枯葉の中に盗まれた煙草の箱が落ちていたので，敵がばらばらになってこの斜面を登り，尾根伝いに逃げたと推定され，当番兵を伝令として帰して4人で日向ぼっこをしながら，つい居ねむりをしていました。

その時山の方から突然射撃を受け夢中で走りましたが，*将校ともあろうものが逃げて良いのかな。ということが頭をかすめ，立ち止って敵の方に向きをかえて臥せました。

距離からして走った時間は10秒以内だったかと思います。

見回すと，敵に近い方から軍曹，私，隊長の順で，通訳は下まで馳け下りたようです。

身を守る小銃を持った軍曹が一番前で，拳銃だけの私や隊長がさらに後まで走ったことを非常に面白く思いましたが，自分を見つめる，もう1人の自分の存在は斗病にも大切な役割を果たすように思います。

急性肝炎の時も40度の高熱が2週間続きましたが，A型パラチフスの時も40度の発熱が2週間続きました。

ただパラチフスの方が頭痛が激しく，氷枕の氷がとけると頭痛がひどく，幻視の模様の変化が頻繁になり，また暗闇の部屋に廊下の方から電灯が洩れて来ていると，幻視の模様がその方向から現われては消えることを経験し，それを面白がっているもう1人の自分がいたことを思い出します。

2. 患者側からみた医療技術

最初の肝炎の時十二指腸ゾンデを呑まされました。

それまでに患者にゾンデを呑ませたことはありましたが，いざ自分が呑む番になってみたら，初めはなかなか呑めませんでした。

しかし何とかして呑まなければ申しわけないと努力した結果，要領を覚えたらきわめて簡単なものだと知りました。

当時はコカインを使いましたが，咽頭部に塗布して過剰反射をおさえ，口蓋沿いにオリーブを進めて，**嘔吐反射が起こったらゴム管を軽く噛む，**反射がおさまったら少し挿入する，嘔吐反射が起これば管を噛んで止める，これが要領で1～2回の嘔吐反射でオリーブは食道に入り，あとは何ともないものです。

この経験は胃潰瘍の時のファイバースコープにも役立ち，先生も上手だったのでしょうが，苦痛などほとんどありませんでした。

このような体験は患者に検査を勧めるのに役立ちました。

次に医療技術の進歩から，それぞれ専門分野の

担当者が協力して医療に当たるようになり，昔では考えられなかったような素晴しい診断治療が行なわれていますが，患者との対話，特に説明の不足が目立って来たと思います。

殊に中央検査所システムの検査担当者に人間を扱っているのだという配慮が欠け，ただただ正確なる医学的データを集めることに熱中しているのではないかと思います。

"3時間待ちの3分診療"といわれますが，徳川時代は診察してから薬を煎じるので，薬取りは昼寝をして待つという川柳があるように，待つことに患者は習慣づけられていたらしく，現在の待ち時間くらいやむを得ないかと思いますが，この時間を患者への説明や教育に使えないものだろうかと思いました。

日航の海外線などには，エンドレステープを使ってのジェットストリームが設備されていて，希望の音楽や，番組が聞けるそうですが，病院の待ち時間にも医学解説や療養指導に活用出来そうに思います。

3. 安楽死

最後に安楽死について感じましたことを申しあげます。

従来から，死の直前には大脳皮質が働かず意識はないのであるから，**死の苦しみというものは存在しない**。その前の苦しみは**生の苦しみであって，これは何かに精神が集中している状態では軽減される**か，あるいは無に等しい。したがって何物か精神を集中できるものをもっていて，それに専念しさえすれば，死はすべて安楽死であるというのが持論でしたが，今回の手術でそれが確認出来たと思います。手術直後一過性に血圧が大きく動揺したり，意識回復が予想より遅れて担当者や家族は心配したらしいのですが，本人としては手術室へ入った頃から全然覚えがなかったのですから，そのまま生を終わったとしても何ら苦痛など存在しないことは明らかです。

これらの経験や教訓は日常診療にフィードバックすることによって意義があるのであって，本日の諸先生のご経験も大切に生かして行きたいと存じながら，私の話を終わりと致します。

会員　大田区・柴山　豊

柴山先生

司会　それでは続いて大田区の柴山先生，ひとつよろしくお願いします。

柴山　ただいまいろいろな先生方からご発言いただきまして，非常に感慨深いものがございますが，まずきょうお話するのは，私自身の経験でございます。具体的に申しますと，医者になってからの経験ばかりですが，重症かどうか問題ですが，「重症即時型ペニシリンアレルギー」，それから先生方大部分がご承知な「ムチ打ち症」，この2つにつきましてお話し申しあげたいと思います。

まずはじめに，私が今度の企画の『医者が病人になったとき』ということで何か話せということを渡辺先生からお電話いただいたときに，私の感じたことをちょっと申しあげますが，私ども医師は医学を大学で学び，その後，卒後教育として大学の医局において実地に修練を重ねたり，病院で実際に患者を診療しながら，各種疾病について経験的に知識を得つつ，その経験に基づいて診療を重ねつつあるわけで，いいかえると，他人様から得た知識や，症例から得た経験を基盤として，さらに学会や文献によって勉強しながら，過去の症例に対する反省をしながら，診療の向上に努力しているわけです。

しかし，これらの事柄は，はたしてすべて疾病の真の姿を理解しているかどうかとなると，どんな努力を重ねても，限界があるのではないかと考えるわけです。

このような意味において，本日のテーマである

「医者が病人になったとき」について，自分の体験を報告することは意義深いものと考えます。

私は過去15年間に2つの大きな体験をいたしましたので，この機会に報告をさせていただき，いささか考察を加えたいと存じます。

まず「重症即時型ペニシリンアレルギー」ですが，既往歴は18才の頃，ピリンアレルギーがあることを，大学の入学試験の身体検査で発見されたのですが，これは四肢の関節の周辺の皮膚に紫色のかなり大きい斑点があり，自分では何だかわからなかったので，不安に思ったり，恥ずかしいのであまり人前で裸になるのが好ましくなく，悩んでいました。もちろん私を3才ごろから診ていた主治医もこれに気づかなかったようですが，これが薬疹の固定疹であることを指摘されたとき，やっと安心してほっとしたわけです。この当時，一目みて薬疹を指摘した大学の先生は，非常に立派だったと感心いたしました。と同時に，やはり病因を明確にすることが大切なことであると思いました。その他の特別な既往歴はありません。猩紅熱で死にそこなったことがありますが，小学校までは非常に弱かったんですが，中学からは全然病気というものを知りませんでした。

さて，本論に入りますが，2日間の連休で学会のため旅行して帰り，いささか過労と風邪気味のところ，連休明けで翌日100名くらいの診療を終えた夜，37.5～38°発熱し，頭痛，咽頭痛があり，PC-G30万単位を自分で注射したところ，注射器を机の上に置くと同時に，突然胸部の圧迫感と全身の脱力感をおぼえ，四肢にしびれを感じ，立っていられなくなって，2，3歩あるいて倒れてしまいました。意識は鮮明，動悸，胸内圧迫感（胸内苦悶とはこんな症状かと思ったのですが），いてもたってもいられなくなり，どこか深いところに引きこまれていくような，何ともいえないいやな感じで，死ぬときはこんな感じがするのかなあと思いました。ただちに看護婦にネオシネジンとプレドニンを持ってきてもらい，注射をし，近医の往診を受けました。その後，点滴やらステロイドの大量投与により，次第に軽快して，このときたぶん適切な処置が講ぜられたのでいまここでお話ができるんだろうと思いますが，その当時は非常にショックでございました。1週間後，当時東大物療内科の医局におりましたので，村中博士にPKテストをやってもらいましたが，これはネガティーブ（陰性）でした。

PCの注射の経験は以前に何回もあり，このとき以前はまったく何の病状も発現せず，当時夜間開業歴1年で，その間に患者には毎日数本のPC注射を行なっていました。このころはPCショックがうるさくない時代で，おそらくこの時代の先生方は大量にお使いになったのではなかろうかと思います。

しかし，このショックの後2週間後患者にPCを注射しようとして注射器に詰め，たまたまその液が手についたとき，また何となくフワフワと変な気分になり，これは決して精神的なものではなく2，3回実験してみましたが，気分が悪くなるということで，それ以後手袋をはめてやったのですが，再び気分がおかしくなるということで，それ以後私の診察室からはPCは追放しました。

（考察）

PC-allergy の発生機序について多少文献的に考えてみますと，simple chemicals は蛋白などの高分子化合物と化学的に結合することによって，抗原性を獲得するようです。

PC-G 自体は，そのままの形では蛋白と結合しないで，pH90 以上のアルカリ条件下で容易に蛋白質中のリジンの遊離アミノ基と結合して benzylpenicilloyl-protein conjugate (BPO-protein) になる。

この BPO-protein 以外の形で蛋白質と結合し得ることも判明はしていますが，BPO-protein conjugate が即時型 PC-allergy の多くの場合の真の原因抗原であることが実験的に証明されています。すなわち，

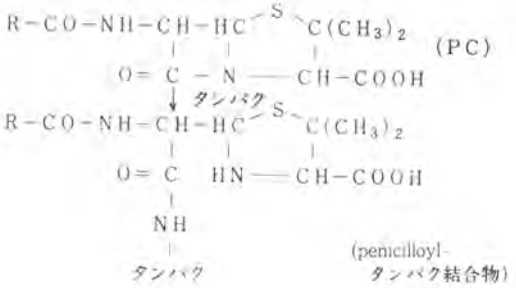
1) BPO-protein を用いてモルモットで anti BPO homocytotropic antibody をつくり得た。

2) BPO-protein 溶液を用いて，PC-allergy 患者に皮内テストを実施し，抗 BPO レアギン型抗体の存在を示す wheal and flare 型反応が高率に陽性であることが明らかにされた。

3) PC-G を大量注射中の亜急性心内膜炎患者の血液中に BPO-protein conjugate を証明した。

その3つの事実から原因抗原であるということがいえるわけです。

ちなみにそのPCと蛋白結合を書いてみますと，



この証明によって，PCアレルギーの本体解明の研究の進歩はあったが，なお問題点がある。それは，即時型PCアレルギーの中で，ショック例のみについては，BPO-protein による皮内テストの陽性率が低く，かえって PC-G 単独の皮内テストの陽性率が高いという報告があげられます。

また，堀内教授の報告によると，BPO-protein 結合物による皮内テストの結果によると，「ペニシリン過敏症の既往の有無と BPO-protein 結合抗原による皮内反応との関係を示すと，

		ペニシリン過敏症の既往	
		+	−
皮膚テスト	+	640／1,470 (43.5%)	946／16,973 (5.6%)
	−	↓	↓
		5%	0.25% 31.4%

ペニシリン過敏症の既往のある1,470例における陽性者は640例(43.5%)であり，残りの830例にPC治療を行なったが，その5%に過敏症状が発生した。また，PC過敏症の既往がなくて，BPO-protein による皮内反応陽性の者は16,973名中946名（5.6%）であり，この5.6%の人にPC治療を行なうと31.4%の高率に過敏症状が出現している。過敏症状の既往もなく皮内反応も陰性の者にPC治療を行なった場合，過敏症状の発生率は0.25%にすぎないということです。

この結果から，即時型PCアレルギーの予知，あるいは診断は，理想的には過去におけるPC注射の経験とその際の過敏症状の出現の有無の聴取とともに，PC-G および BPO-protein あるいは BPO-polylysine による皮内テストをあわせ実施することによって十分に目的を達し得るといえるし，また，いったん陰性化した皮内反応が再度のPC-G の負荷によって急速に再び陽転することは考えられるわけですので，皮内テストはPC-Gによる治療の際は毎回その直前に実施することが必要でありますが，皮内テストの薬剤の濃度はPC-Gの場合は 500～1000U/ml，BPO-L-polylysin 10^{-5}～10^{-6} M/l のきわめて少量でないと危険であると報告されております。

以上のような考え方もありますが，一方，実地医家としてPC皮内テスト陰性であればPC注射を実施してもよいようにいわれておりますが，皮内テストそのものでショックないしはアレルギー反応を惹起するという事実がありますので，このような危険な薬剤は，ショックの体験を受けた医師としては，使用しないほうが医療事故の面から考えると得策と考えます。近年，抗生剤の副作用について多くの問題点が指摘されていますが，少なくとも死を招く確率の高い薬剤は使用すべきではないと考えます。

また，私は過去にPCを注射しましたが，何も症状がなく，このように突然ショックを起こした原因として考えられることは，開業して多くの患者にPCを使用したため，毎日少量ずつPC溶液が手に触れることによって感作されたわけではなかろうかと考えられ，さらに，ショックを起こした当日の身体的状況が，たまたま，過労と血液のpHが9以上とであったかとも考えられます。

また，ピリンアレルギーを持っておりますが，これは文献的に，ピリンアレルギーを持つ群と持たない群とのPC-アレルギーの発現の度合は，はるかに有意に前者が高率を占めるという報告を合わせ考えますと，これもショックを起こした原因の1つではないでしょうか。

診療にあたって，十分にピリン，抗生剤，その他のアレルギーの問診を，時間をかけてどんなに忙しくても実施することが，医師の重要な義務であることを痛感する次第でございます。

次にムチ打ち症でございますが，昭和46年8月

8日午後4時17分頃，神奈川県川崎市の第2京浜国道の信号機のある踏切の直前で，信号が鳴っていたので停車していた際，後方より来た貨物自動車に衝突されました。その結果，外傷性頭頸部症候群の診断の下に（東京労災病院の診断ですが）約2カ月間の加療をいたしました。

急性症状は各種の治療により約1カ月で消退いたしましたが，いわゆるムチ打ちの症状，イライラ感，頸部の圧迫感，頭重感，根気がなくなる，思考力の低下，めまい，雨降りの前の頸部の疼痛，首から先をとってしまいたいようないやな感じが続き，肩こりは年中続きっぱなしで，現在も同様な症状が続いております。特にものを考えたり，会議に長時間を費やしたり，読書したりすると，この症状はてきめんに重くなり，医師としての能力は次第におとろえていると自分では考えております。

症状の軽快するときは，ボーリング，ゴルフなどのスポーツをやった後，温泉に入ってのんびりしたあとはだいぶん楽になり，一般の人からみればまるで「け病」でも使っているようにみえるのではないかと思われますが，本人はたいへん悩んでいます。

さて，ここで私がこの問題を提起した要点を申しあげますと，

1） ムチ打ち症は，やった本人でないとまったくその苦痛はわからないこと。

2） 日本中には公害患者と同じように，かなり多数の人々がムチ打ち症で悩んでいるのに，一般医は（医療担当者を含む）ノイローゼだとか損害金をもらいたいために症状をオーバーにいっているとかいうことをいって，真の「ムチ打ち症」の究明に努力がはらわれず，また，診断法，検査法，症状の客観的判定についての科学的裏づけがきわめておくれていることです。

3） 損害金や示談金をもらうと症状が軽減するなどといっている点はきわめて不適当な判断で，中にはこのような症例もあるかもしれませんが，逆にいうと「ムチ打ち症」の患者も生活していかねばならないので，がまんして，無理して，苦痛をこらえて頑張っている患者が多いのではないかと考えます。

4） 医療担当者側についていいますと，研究がきわめておくれていること，神経内科，整形外科の治療法がまったく異なっていること，特に牽引療法などの点についていろいろ問題があるようです。

さらに，一部の学者が「ムチ打ち症」をノイローゼ扱いした論文を発表したことによって，一般人も，客観的に判定を下すべきはずの裁判関係者もきわめて「ムチ打ち症」を軽視していること。

以上の点を問題提起として述べてみました。最近私も裁判によって，示談金その他は解決しましたが，症状はまったく軽快していません。一時的に効果のある療法としては，中国式ハリがよいようですが，やめればすぐもとに戻ります。神経科，整形外科その他の諸先生のご意見をお伺いいたしたいと考えます。

以上でございます。

司会 どうもありがとうございました。

柴山先生がそれほど悩んでおられるとは知りませんでしたね。ゴルフもうまいし，またいろいろな過敏症状といってけっこう繊細なんですね。どうも失礼しました。

どうもいろいろありがとうございました。

会員　文京区・金井美津

金井先生

司会 続いて，文京区の金井先生ひとつお願いいたします。

金井 慢性関節リウマチ患者の金井と申します。

きょうはリウマチについていろいろお話しさせていただきたいと思うのですが，慢性関節リウマ

チ，以下ＲＡと略させていただきますが，この病気は数千年も前の昔からその存在が認められながらも今日に至ってもたくさんの患者がいる。そして，多くの学者がその原因探究に努力しているにかかわらず，なおその原因の確立，解明がみられない。したがって，その治療方法や治療薬などもまちまちで，そういう難治性の慢性疾患の１つであるということはもういまさら申しあげるまでもないことであります。

昨夜も，実地医家のための専門セミナーで「膠原病をめぐって」というテーマでいろいろと講義を受けました。診断，検査，病変，治療，いろいろ多岐にわたるご講義を受けたのですが，その難解さ，多彩なこと，そういう面をあらためて知らされた次第であります。

きょうは，１人のＲＡ患者の経過と治療体験を中心として常識的な観点からお話ししてみたいと思います。そして，先生方に何らかのご参考になれば幸いと存じます。

初めに原因についてなんですが，現在のところ原因は不明とされております。だから，その原因治療というものはない。はたして治療なのか管理なのか議論のあるところだというのは，きのう本間先生もおっしゃっておられましたが，最近一番有力な学説とされているのに，自己免疫疾患説というのがあるわけであります。これを私なりに素人的な考えで解釈してみますと，スライドのつくり方が下手で小さくて読みにくいと思うんですが，プンクトだけちょっと申しあげますと，ＲＡの自己免疫疾患説というのは，たとえばかかりやすい体質がこうある。たとえば冷え症だとか風邪を引きやすい，ＮＣＡだとかホルモンの失調だの女性であるとか，発病しやすい年齢があるとか，ある一部にはリウマチ家族というようなものがあるんだと。そういうかかりやすい体質に，外因があるいは１つあるいは複数で，たとえば過労，睡眠不足，栄養失調，ビタミン不足，何か大きな病気をしたとか外傷とか妊娠，出産，それから感染，冷え，湿気，それから精神的不安，うつ状態，ショック，そういうような外因といいますかそういうものが作用して，それに――ここのところはどうしてこうなるのかわからないんだけれども，何か体の中の蛋白体がそれに対して変化をして抗原抗体反応が起こって，それがいろいろ繰り返し炎症を起こし，その炎症の場となるのが関節の粘膜であると，そして一部は全身の血管炎症を中心とした身体全体の失調，それがＲＡという１つのシンドロームのようなものであるというような解釈であります。

次のスライドお願いします。これを１つの障害の形でみてみますと，これは『慢性関節リウマチのリハビリテーション』という本からとったものでありますが，タイトルは『慢性関節リウマチの障害学』なんていう題がついておりますが，いまのような基本的原因があって，それが皮下結節をつくったり多発性の関節炎，それから全身には発熱とか食欲不振とか，血沈が速くなるとか，ロイコチトーゼがくるとか貧血がくるとか，そういうような全身症状が起こる。ある一部には心外膜炎とか肺線維症，あるいは肋膜炎とか，そういうようなものに起こる。

そういうようななかで，一番主なのは多発性関節炎。それが関節の周囲炎とか骨の破壊とか関節の脱臼，腱の断裂とか，筋の廃用萎縮とかそういうようなものを起こしてきて，その場所は顎から首から各関節にずっと起こると。それによって顎なら開口不全が起こるというように，こっちに書いてある障害，症状などをいろいろ起こしてくる。

もう１つここで考えたいのが，医原性障害という問題です。このような慢性の，一生続くような疾患に対していろいろの薬を使います。非常に高い危険因子のある薬を長いこと使うということ。たとえばステロイドホルモンとかサリチル酸製剤，あるいは金を使うし，非ステロイド剤の消炎剤などそういうものをいろいろ使いますが，このためにまた全身的ないろいろな疾患を起こす。肝臓を悪くする，腎臓を悪くする，目にくる，あるいは骨髄機能をおかすと，そういうような医原性障害もここで問題になってくるものであります。

こんなのが，関節リウマチの障害の１つのパターンのようなものであります。

次は症例でございますが，つまり私のアナムネ

ーゼでございますが，家族歴を見ますと，父親と兄が気管支喘息で，母がやはりＲＡ，それから姉もそうだと思います。それから結節性紅斑も起こりました。それから母方のいとこになりますが，それもＲＡであります。それから既往歴でございますが，昭和17年の15才のときに流行性耳下腺炎をやりました。それから，その前から習慣性アンギーナでしょっ中高い熱を出しておりまして，思い切って29年に扁摘をいたしました。扁摘しましたけれども，上咽頭炎を起こしましてベラーグなんかついたり，やはり高い熱が出て，２，３回入院治療をしたこともあります。33年，外科に入局しましてハーケン持ちなんかやりまして，指が痛くなってきた。どうも，この辺から発病だろうと思うんです。スキー外傷なんですが，この辺ではもう実はプレドニンやなんか手軽に手に入りますもので，ちょっと飲むととても楽になっちゃってどこも悪くないような気になっちゃうものですから――別にこのスキーは遊びに行ったわけではないんで，外科で毎年医療班として行くわけで，自分は病気なのにその医療班の一員に加わって行って，道ですべってころんで足を折ったということでございます。足関節を骨折したんですが，ギブスをはめてて病室回診なんかをいい気になってやってたんです。そしたら，とうとう膝に水がたまって，ここで整形外科に入院しました。３カ月入院したんですが，その後退院して１週間たたないうちに虫垂炎をやりまして，また病院へ逆戻りしました。

ちょっと余談になるんですが，この虫垂炎のときの話ですが，夜急にエピガストラルギー，ものすごく痛いので近所のお医者さんに行きまして，急性胃カタルだというので何か注射されました。それでも治らないというんで，夜中だったのですが，病院の内科へ行ったら，一生懸命お腹を押さえて pancreatitis じゃないかなんていうことで，一晩泊まっていかなければいけないというんで外科の当直室に寝ました。翌朝になったらオーベンの先生がかわるがわるお腹を触りにきてアッペだアッペだという。じゃあというんで，手術しますといって手術をしたわけです。このときに，体じゅうやはり痛いわけですね。寝てても痛い。お風呂に入りたいなというわけで，アッペンデクトミーをやって２日目にこっそりお風呂に入っちゃったんです。もちろん気休めというか，絆創膏でペッタリ傷口を押さえまして，あがるときは絆創膏ははがれていましたけど，抜糸のときにちょうどＳ教授回診のときだったんですけど，いまのＨ教授やなんかが「先生，金井さんお風呂へ入っちゃったんですよ」なんていいつけている。そしたら「ふんふん」なんていっていらしたけど結局自分で思いもよらないんだけれども痛みに耐えかねてお風呂へ入ったということ。あとは何ともなかったですけどね。普通の人がそんなことをしたら，医者の立場としたらとんでもないとしかりつけるところだろうと思うんです。その辺がやはり医者であったことがよかったのか悪かったのかわかりませんが，そういうエピソードが虫垂切除のときにありました。（閑話休題）

で，次に現病歴ですが，33年のときにハーケン持ちなんかをやって指がはれて痛くなってきた。普通指がはれて痛くなることはないはずなのに，私の場合は痛くなった。ところが，医局にプレドニンとかステロイドホルモンのサンプルが机の上に置いてある。それをちょっと気楽に飲んでみる。また，この時期が，心臓の手術などが数年たったころで，当直が何日も続いたり，あるいはカルテの整理をしたり統計を出したり，剖検心を寒い中でいじくり回したりして，非常に睡眠時間も不足で，たしか無理していたと思います。さっきいいましたように，ギブスをはめて病室の回診をしていたら膝が痛くなっちゃった。整形に行ったら，水がたまってるというので，ガックリきましてそのまま入院という段階がこれなんです。

それで，あちこち痛くて寝返りも打てないというひどい状態，リウマチ反応も陽性でしたし，血沈も１時間100以上ありました。貧血もあったし，そんな状態で――それ以後はちょっと省略しますが，いろいろ薬を飲んで，痛いところの関節にステロイドの局注をしてもらったり，あるいは理学療法とかいろいろしながら，良くなったり悪くなったりして現在に至っております。大体１年おきぐらいにあちこち悪くなるように思うんです。

次のスライド，これは，別に私の若かりし頃じゃないんで，「日医ニュース」に出ていたのを拝借したんですが，ここに黒いのが打ってあるところ，ほとんど私やっております。この絵に見えない首もきました。首が回らないという状態。ステロイドの局注は，あごと指関節だけはやらなかったけれども，ほとんど全部やりました。

次のスライドは私の手のレントゲン写真ですが，ちょっと見にくいと思いますが，44年のときのもので（写真の現物を持ってきておりますが），この指根骨の萎縮があって，これは左手，右手ですが，ほとんど軟骨が破壊されている。骨端もえぐられた状態になっている。それが6年前です。

次のスライド，それがやや一昨年あたりになると良くなっている。もちろん関節の裂隙が狭くなっております。

次のスライド，これはこの間撮ってみたんです。どうなっているかと思って。下のは39才の女の人の，特に既応歴として著変のない方の関節と比較してみますと，私のは関節腔が狭くなってまして，ほとんど関節の裂隙がないということと，軟骨がほとんど破壊されているというわけで，手の関節は，いわゆる軟骨性の関節じゃなくて骨性の関節である。動くのは動くんですが運動制限があります。こんな状態になっております。

次のスライド，これがいわゆるＲＡの一般基礎療法，「日医ニュース」に出ていたのを拝借したわけですが，これは伊藤先生の書かれたものですが，５原則といって，結局「精神・肉体の安静」ですね。本を持っている絵が描いてありますが，痛いときにこんな本を持っていられないですね。寝て書見台を使ったりしたこともありますが，大体調子の悪いときはその気にもならない。ただじっとしてたいというようなことです。

それから「安静と運動のバランス」とありますが，これは，調子の悪いときは静かにしていなさい。いくらか具合いがいいときはなるべく動きなさい，というのが原則らしいです。

次が「保温と湿気よけ」とありますが，お風呂に入ると非常にからだが軟かくなったような気がして楽になります。ただ，急性期はいけない，熱感があったり，血沈が速いとか，炎症度が強いときはいけないけれども，一応そういう状態がおさまったときには，42～43度の温度で20分以内ぐらい入浴することはよろしい。それから湿気はなるべく避けて，まめに衣服気候というかそれを調節することが大事である。クーラーなんか入っていますと，悪いときはシンシンと関節が痛んでくるというようなことがあります。

それから「バランスのとれた食事」，いろいろなものが書いてありますが，平均した食事。１つ感じるんですが，あまり塩辛いものはよくないように思います。アルコールも，飲むとそのときは調子がいいような気がするんですが，翌日何か痛いような気がします。

それから「感染巣の除去」ということで，扁桃腺，歯槽膿漏，胆道炎，膀胱炎，そういうもので慢性のがありましたら，つまり粘膜感染のようなものがありましたら，なるべくこれを取り除くことがいいということであります。私の場合は，慢性扁桃腺炎はＲＡが発病したと思われる以前にあったんですが，ＲＡが起こる前に扁摘はしてあるんですが，どういうものかＲＡが起こっちゃいました。

次のスライド，これがいまの基本療法をもとにした１つの「慢性関節リウマチ管理のピラミッド型プラン」というものです。これはスミスという人が1972年に発表したものであります。まず，いまの基礎療法。これにサリチル酸剤が入りますが，まず第１に教育，患者，家族，組織体，暖かくすること，治療体操をすること。安静，これは精神的，局所的，全身的，そういう安静を保つ。そしてサリチル酸をファースト・チョイスとして使うんですが，それが基礎療法である，と。これで調子の悪いような場合には，次に消炎剤，非ステロイド系の薬をいろいろ抱き合わせる，あるいは悪い関節にステロイドの関節内注射をする。あるいはマッサージをするとか，パラフィン浴などがある。それから補装具，関節のデビエーションだの変型がいろいろきますものですから，それをこないように副子を当てるというようなこと。それで痛い場合にはいろいろある鎮痛剤を使う。そういうことでおさまらない場合にステロイドの内

服をする，あるいは予防注射をする，金剤を使う，そして入院をさせる。それでもだめなら，あるいは必要に応じて再建術とかリハビリテーションをする。どうしてもだめな場合に現在開発中の治療法，これは何かというと免疫抑制剤，昨日もいろいろお話が出ておりましたが，副作用の点でもいろいろありまして，現在としてはよくよくでない限りは使うべき薬ではないというような結論をおっしゃっておりましたが，もしこれが成功したならば，リウマチの治療の基礎療法にももってくるべきものだというふうに考えられます。

私の場合は，安静といっても適当に自分で加減して，おりました。そのうえ実は外科から内科に移りました。それが1つはよかったんだろうと思います。

次に治療薬についてですが，私は内服薬として一番はじめプレドニンから入ったんですが，非ステロイド系の薬に切りかえてプレドニンを減量していって，最後に切ったんですが，プレドニンが抜けてから後にクロロキンというのを使ってみたんです。これも半年ぐらいたたないと効果がないといわれておりますが，現在製造中止の薬でございます。失明をするというような事故を起こす副作用があるんですが，これは2年ぐらい使ってやめました。それから蛋白同化ホルモンですが，何かのときでしたかちょっと飲んでみたんです。そうしたら食欲はご存じのように旺盛になるし，いろいろな因子がいいほうに向いていた時期に，たまたま蛋白同化ホルモンを飲んで，それがよかったんだと思っているのかもしれませんが，とにかくこれを飲んでからどうも血沈などの数字もよくなったように思うんです。これは私だけの経験であって，ほかのRAの患者さんにすすめていいものかどうかわかりませんが，肝機能とかいろいろ調べながらいかないといけないと思います。それから非ステロイド剤ももちろん使う，坐薬も使ってみたけれども，これはあまり私には合わなかった。現在はアスピリンをずっと使っております。

それから，ここに漢方薬品を2～3書いてありますが，痛いときにはワラをもつかむ思いでいろいろなことをやってみたい。それこそ鍼やお灸まではやらなかったけれども，漢方薬をずっと常用してみております。これがはたしていいのか悪いのか，うんとひどくならないからいいんじゃないかともいえるんですが，これがはたして効いているのかどうか，使いながらも疑問に思っております。それからステロイドの局注は私にはとてもよかったと思います。その日はそうでもないけれども，翌日あたりからとてもよく合いました。金剤もとてもよかった。

結局，胃腸障害やアレルギー反応が私自身なかったということが，非常にダンクパールなことであったと思うんです。アスピリンにしろ金剤にしろ，いろいろな副作用の出る方が非常に多いですから，そういう方たちにはそういうものを使えないんで，医者の立場となった場合にはずいぶん困ることであります。

また「医師であること」という考えを入れてみたんですが，結局，どうしてもしなければならない，つらいけどクランケのために外来に出なければならないとか，往診に行かなければならないとか，そういうことが自分にとっては1つは作業療法になっているんじゃないかという考え方。つまり動かしているからあまり関節の変形もこないし，病気そのものを理解して自分でコントロールできるということ。もう1つ都合のいいことは，整形外科でも後輩が多いものですから，ちょっと注射してちょうだいとか，あるいは金剤にしても週1回やるわけですが，月4回保険で認められるので4本分もらってきちゃって，家でカレンダーに印を入れておいてちゃんと打つというような，わりにうまくその辺やれたのも，良くなった原因の1つではないかと思っております。

ただ，私の場合は，こうやってどうにか外来診療を，自分の仕事をそのまま続けていられるということは非常に幸せだと思っておるんですが，中にはたいへんひどい人もいるわけで，次のスライドをお願いします。結局全国にRAの患者が30万人とも40万人とも言われております。その35%ぐらいは大体2年ぐらいかかればどうにか普通の人の生活をやれる。ところが50%は良くなったり悪くなったりして一生終わりだ。残りの15%はいろいろな治療に抵抗して重い障害を残し，身体障害

者にまでなるんだというのが現状のようでございまして，これは身体障害者の適用のことでちょっと触れてみたいと思ったんですが，ＲＡで重い身体障害者というのは，推定３万人おる，と。もっとあるかもしれませんが。ＭＲＡ（悪性慢性関節リウマチ）これは血管炎を起こしたりして，ついには死に至るという恐い病気ですが，これが約5,000人とか１万人とかいわれているんですが，これは48年に特定疾患に指定されました。現在実態調査が進められている段階です。

この身障者の適用についてですが，心臓とか手足の機能障害が出たときに限り身体障害者の適用が受けられるそうですが，ただ，ＲＡ障害の原因が炎症であるということのためにその評価に不適当なところがあるという話です。詳しいことはわかりませんが，この点を調整するために，厚生省レベルで目下検討中です。もし先生方の中でＲＡで身動きもできないような機能障害の強いクランケでもいましたら，東京の場合ですが，都立身障福祉センターというところに連絡するといろいろ診断書なり何なりつくってくれて，身障者の適用についての判定をしてくれるそうであります。

それでは，最後にさっきのピラミッド型プランをもう一度出しますが，結局この基礎療法というのを，この部分のところはいわゆる専門医，専門病院でやるべきことで，われわれ実地医家の立場，ホームドクターとしての立場というのはこの部分が一番大事であると思います。つまり患者教育そして家族教育，この家族教育は特に専門医のほうでは盲点となるもので，私ども医者の立場で考えた場合に，ＲＡ患者に対しては，ほかの慢性疾患も同じことですが，患者教育，家族教育を一生懸命，早期に病気を見つけて適切な治療，根気のいる忍耐強い治療を患者ともどもやるということが，１畳半の人生を送るような惨めなＲＡ患者にならないように努力していくことにホームドクターとしての役目がある。そういうふうに考える次第でございます。時間をオーバーしましてすみませんでした。

司会　非常に貴重な体験談をいろいろありがとうございました。

会員　川崎市・本吉鼎三

本吉先生

司会　それでは最後に川崎の本吉先生，お願いします。

本吉　いままでたいへん医学的ないいお話がございまして，私，本日最後を受け持ったわけですが，皆さん肩がこったから最後に落ちを一席ということで私の番が当たったんじゃないかと思っております。そういう点で，これから私がお話ししますのは，私自身の体験ですが，医師という立場で考えますと非常に反医学的な体験なんでありまして，こういう体験がご参考になるかどうか知りませんが，とにかくわれわれ医師も生身でございますので，いろいろな病気をいたします。

それぞれ先ほどご病気を体験されてその感想から現在の医療に対する問題，患者の取扱いに対する問題等に関していろいろご提言があったわけですが，もちろん病気をするということにつきましては，それぞれの年齢によって病いから受ける感じは違うと思うんです。若いときには病気をしましても現実の問題として苦悩は少ないのですが，やはりご年配になりまして，特に春日先生ぐらいのご年配になりますと，人生の先行きのこともお考えになりますので，悩みは深刻じゃないかと思うんです。

そういった点でこれから申し上げますと，私が医学専門学校を卒業しましてインターン時代に遭遇したことでございますが，非常に苦い体験でございます。したがいまして，その体験というのが今日参考になるわけではございませんが，そのとき自ら体験いたしました気持ちというのは今日ま

で患者さんに対しての日常診療の中で生きておる。その生き方が必ずしもいい生き方をしているかどうかということに関しては，自分でも絶えず反省しているわけでございます。

その体験でございますが，私このとおりしごく元気そうな顔をしておりますので，病気の話などすると笑われてしまうんですが，かくいう私もかつて結核で悩んだことがございます。それはちょうどインターンでおりましたときに，突然，保健所勤務ということで保健所に1カ月間行ったわけですが，そのとき偶然に写真を撮ってもらいましたら，左の下葉に直径2㎝ぐらいの巨大空洞がある。しかも透視をすると，そこには，滲出液がたまっておるし，かなりRandも厚ぼったくなっている。おそらくTbであろうというふうな診断を受けたわけです。

そのとき私は家庭の事情で一家離散のような状態になっておりまして，経済的にたいへん苦しんでおったときでございますので，非常に貧乏学生であったわけです。いまでこそ世の中が変わりまして，インターンの先生でも就職口があるわけですが，昭和25年ごろのインターンは誠に惨めでございまして，どこへ行っても雇ってくれるものはないということで，医者の世界ではアルバイトができませんので，千葉県の農村の中学校の時間講師ということでアルバイトをやっておりまして，そのアルバイトで得たのが当時で1カ月1,500円，それから育英資金が2,000円ということで，3,500円の金でもって国立千葉病院でインターンをしながら，いなかのネコの額ほどの狭い畑があったので，その畑の作物をかじりながら生活しておったわけです。

そこで，そういう診断を受けまして，とにかく国家試験どころじゃないということで，絶対安静を命ぜられたわけです。しかし，いま申しあげたような経済情勢でしたので，もちろん私は休むことはできない。一日も早く医師免許をとって働かなければならんという絶対的な条件があったわけです。

そういう情勢でありましたが，当時，先ほどお話がありましたように，パスとかストマイとか出回り始めたころでございました。そういったものは日常インターンで，注射しろといわれてあっちの患者こっちの患者に注射しているんですが，それを自分が買って行なうということができない現状でございました。しかしながら，やはり人間というのは弱いものでございまして，自分でもそんなものをそれっぽっち飲んだって効きやしないということを十分知っておったのでありますが，それでもなけなしの財布をはたきましてパスを買いまして，パス単独で治るとは思いませんが，パスを飲んだということもございましたし，薬がだめなら気胸でもしたらということで，1回300ccの気胸を受けたこともございました。300ccの気胸を受けましてもすぐ家に帰らなければなりませんし，家は駅から1里も離れた遠いところにあったんですが，その1里の道を300ccの気胸をいたしまして歩いたときのあの本当に苦しい切ない気持ちは，いまでも決して忘れておりません。

そんな具合だったんですが，結局，結核という診断を受けたけれども治療は受けられない。自分は医師として，医者の仲間であっても，治療を受けるということに関しましては厳然たる経済的拘束が作用いたしますので，経済的に恵まれないものは，たとえ目の前にそういうものがあっても受けられないという，非常に悲惨な気持ちを当時味わったわけです。当時まだ25才でございましたので，多感な青年でございましたので，そういったことを非常に感じたわけです。

当時私は，現在でいう最高学生の仲間の周辺ぐらいまでいっておりまして，いろいろと本を読んでおったわけですが，そのころ読みました本に，社会運動家でございます賀川豊彦という人が結核で長い間悩んで，これはキリスト教の人でございますが，キリスト教の教会に立って血を吐きながら講演をした。しかもなおそれによって結核が治らなかったんでしょうけれども，その後結核を克服したというような本も読みましたし，また当時スパイ容疑で牢屋に入っておりました尾崎秀実の「愛情はふる星の如く」という本がございまして，そんな本を読みました関係上，非常に感激いたしまして，自分は医者であるけれども治療を受けられない点に関しては一般大衆と同じである。貧困の人と同じである。よし，自分は自分の力で

治してみようということで，そういう決心をしました日から1里の道を毎朝往復駆け足をしたわけです。

そういうふうな状態でおりましたんですが，当時空洞が発見されましたときは，結核菌をずいぶん培養なんかもしてもらったんですが，結核菌は出ないということで，とにかく何だかわからんけれども一応テーベと考えたほうがいいだろうというふうなことだったんです。そういうふうなことをやりましたところが，1カ月くらいしましたらしばしば血痰が出るようになってまいりました。病は進行しているのかどうかということなんですが，人間というのはそうなると弱いもので，写真を撮りたくてもこわくて撮れないということで写真を撮らずにいたんですが，しかしその駆け足だけは続けました。そうこうしているうちに国家試験は通りまして，医師免許もいただいたわけですが，それから今度は研究生として勉強するようになったわけです。

その後，その結核の診断を受けましてから約5年間というものはどうしてもこわくて写真が撮れなかったということで，5年間の間1枚も写真を撮りませんでした。症状のほうは，微熱らしいものが出たこともございますし，咳は，寝てるとよく咳をしておるということを一緒に寝た人からずいぶん注意されたこともございました。

そういうぐあいで5年間過ごしまして，その後どうしても写真を撮らなくちゃならないという機会がございましたので，写真をおそるおそる撮ってもらったんですが，そのときにどういう診断をするかと思って自分でも心配しておったんですが，何にもいってこないんです。結局何のチェックもされなかったわけなんで，ふしぎに思いまして，また改めて自分の近くで写真をとったんですが，自分でながめましても空洞がまったく喪失しておった。こういうことなんでございます。それらは，当時でございますし，まだ私も医者のなりたてでございますので，自分の病気を徹底的に究明するだけの勇気もございませんでしたし，そういう機会もございませんで，そういうふうに過ごしてきたわけでございます。

そういった点から考えまして，私はそれから1つの人生訓みたいなものを得まして，とにかく，要するに病気ということに対しては，医学的な治療は，私は医者として学問を習ってまいりましたので，これを全面的に否定することはできない。しかしながら，やはりその根底には，人間として生きる自信というんですか，多少むちゃくちゃかもしれないけれども，そういう自信を患者さんに持っていただくということが病を治すために一番重要なことじゃないかというぐあいに考えるようになりまして，それ以後日常の診療の中では，臨床検査とか何とかのほうはあまり知識はございませんし，勉強も不十分でございますので，先程来お話のありました先生方のようなりっぱな診断はできないんですけれども，主して治療の面ではなるべくそういった面で患者にアプローチしていくというようなことでいままでやってまいりましたし，結局そういうものの考え方はやがて，心神症あるいは精神身体医学という方向に向かわざるを得なくなってきまして，どうしても自分の守備範囲がそちらのほうに限定するという形になりつつあるわけなんでございますが，こういったことが医学の本流としてのいわゆるビッセンシャフトリッヒな医学という問題から考えまして多少問題はあろうかと思いますが，現代のような社会情勢の中におきまして，医学はいくら発達いたしましても，やはり医学の力ではどうともし得ない病人は私はたくさんおろうと思うんです。

先ほどムチ打ちの話が出ましたけど，いくら治療をし，いくら薬を飲んでもいまだに症状がとれない，こういうふうな患者さんが非常に多いわけでございまして，そういう患者さんに対して幾らかでも生きる望みあるいは生きがいを与えてやるという面では，われわれがそういう患者の精神面にタッチしていかなきゃならないんじゃないか。そういった点で私は自分の体験，むちゃくちゃでございました青春時代の体験を通しまして，やはり病気というものは基本的に自然治癒ということがあるんだ。それはもちろん病気によって違いますけれども，自然治癒ということがかなり大きな力の部面としてあるんじゃないか。われわれはそれを促進してやるということが医療の本来的な姿じゃないか。そういった点で患者さんの精神的な

立ち上がりないしは生きがいを与える。一般開業医，特に人間の医学と称する以上は，その点に関しましては私どもが日常自分の力をある程度は傾注していく必要があるんじゃないか。それと同時にりっぱなシステマチックな検査をし，また成書から学びとった治療を施していくということになるんじゃないかと思います。

現在の自分の日常診療を反省いたしますと，そういうふうに思いながらも，ついつい患者に薬剤を投与するというような形だけがいいようであるというような形にどうも終始しているように思うんでございまして，そういった点に関しましてはたいへん自分でも不満でございますけれども，今後とも，精神力なんていいますと時代が50年もさかのぼったようでおかしいんでございますが，そういったことも必要だと思います。

また医師自身がそういった精神力を患者に与えられない場合におきましては，患者にそういう精神的影響を与える人，もしくは与えるような団体——宗教団体ですね，そういったものに患者さんが積極的に入ることを勧めることも，私は必要じゃないかと思うんです。われわれが宗教をばかにしまして，結局そんなものはというようなことでやりますと，先生のところに通ってもよくならない，しかも先生は宗教はだめだとなりますと，患者さんは救い手がないと思うんです。そういった点で宗教というもの，どれでもいいということじゃございませんが，われわれが良識を持って了解し得る教義なりそういったものを備えてる宗教に積極的に患者さんを参加せしめることによってそういった精神的なものの強化をはかっていくということも，われわれ開業医として必要じゃないかということで，私は若き日の体験を通じまして，人間の精神力というものは，かいかぶってはいけませんが，かなり高く評価してもいいんじゃないか，そういうような気持ちで日常診療をやっておるということでございます。

時間がないようでございますので，簡単でございますけれども，一応これで終わります。

司会　どうもありがとうございました。

質　疑　討　論

司会　きょうはたくさんの先生方から貴重な体験をそれぞれ述べられて，またご意見などお聞き願ったのですが，きょうは司会としては非常に怠慢で，どういう点を特に考えてもらいたいとか，いってもらいたいとかいうふうなこちら側の要請といいますか，そういうふうなことは一切出さないで，ただテーマだけポンと与えて適当にいってもらうというふうに非常にイージーな考え方でお願いしたんですが，それぞれいわれること皆さんすばらしいことばかりで，感銘しておるわけでございます。

ただ，ある会員からもいわれたんですが，先生方，特に手術をされるときに，事故でそのまま逝ってしまうかもしれない。あるいは入院中は自分たちの病院をどうしようか，閉業するか，あるいは代診の方を頼むのか，いろいろ悩まれたこともあるだろうと思います。あるいは自分の病気がひどくなったときには，いわゆる生命保険でやってるような医療保障みたいなものも考えられたこともあるかと思いますが，そういう点での悩みというふうなこともどなたか触れられるかなと思ったんです。時間の関係でずいぶんせかせて申しわけなかったんですが，これまでお話になられた先生方の中で，自分はもしオペしてそのままだめになっちゃったらどうしようというふうな不安にかられたときの事後の措置ということまで考えられたのか，あるいは唐突でそこまでとてもいかれない。とにかく治すのに一生懸命であったのか，そういう点，もしございましたらお話願いたいと思うんですが，どなたか……。手術でもそのまま逝ってしまうという事故例を医者であるからいろんな事例をよくご存じで，まな板の上に乗ったときの悩み，その他云々というふうなこと，あるいは後顧の憂いをどうしようかということについて，上田先生何かお考えございませんでしょうか。

上田　私の場合は，医院のほうは，一応息子が

医者になっており，大学のほうを休んでみてくれましたので特別の手は打ちませんでした。ただ，それっきりになることもないことではないという意味で，入院して手術に入るまでの検査期間の間に一応メモの形でもって全部書いておきました。今度の場合は多くはそれが不用になりましたけど。

ことに財産という問題については，もともとろくなものはありませんから分けるのに心配は全然ありませんし，分割については，家内と息子2人という形ですから，分け方もそうむずかしいことはない。私は法律的な遺言というものはきわめてナンセンスだと思っていますが，それは家内の父親は多少財産を持っており，亡くなる前にいろいろ財産の分け方についても書き，一番最初の本文と称するものは「きょうだいはみな仲良く助け合って」というふうな項目が載っているわけですけど，実際の遺産相続となってみると，そういう点はほとんど消えてしまって，分配方法について親としてある程度の意思表示していることがむしろ平和を欠いたという経験があるものですから，これは法律にまかせて適当に分けられちゃうのが一番いいんじゃないかと思っております。

司会　どうもありがとうございました。どうぞ柴山先生。

柴山　ただいまの渡辺先生の，医者が病気になったときに医院をどうしたらいいかということもそうなんでございますけれども，私は，先ほどお話ししたように，生身の体ですからいつ何時どうなるかわからないということで，もちろん生命保険は十二分に入っているつもりです。それからもう1つは，病気になったときに，最近，医師会ですか，所得保障保険というものがあります。あれもできるだけ現在かけられるだけかけております。あれは病気にならなければ30%くらい戻ってくる。あれはぜひ必要ではなかろうか。特に病気して寝込んじゃうと，最近では大学の先生もだいぶアルバイトがなくなってむしろ反対に昔と違ってアルバイトに来たくてもないという現状ですので，その点は前に比べてよくなったんですが，やはり病気したときに万全の措置をしておくということは，皆さんにぜひ私はお勧めしたいと思います。私自身やっております。

それから先ほど出ました健康診断のことですが，私はマーゲンを看護婦に3カ月に1回とらしております。これはボタンだけ押せばいいんで。それから肝機能，血算，その他やはり同じ時期に。酒を飲むものですから，肝機能はしょっちゅうやっておりますが，やはりそういうことも自分で管理するということは医者としてあたりまえのことじゃないか。医師会で一生懸命PRしてもやらないなんていうのはほっとけばいいんだと私は思います。以上です。

司会　どうもありがとうございます。春日先生どうぞ。

春日　時間がございませんので簡単に申しますが，手術台の上に乗ってそのままになっちゃうだろうということを一応考えますけど，私の場合なんかそうせざるを得ないし，ですからもう一つ自分の気持ちとしては深刻だったんだと思うんです。それよりも，ともかく早く何とかしてくれ，まな板の上に素っ裸になって矢でも鉄砲でも持ってこいというふうな。やはり私の場合も上田先生と同じで，あとは息子が当分みるというようなことで，その点は非常に恵まれてまして，これはレアケースなんだろうと思います。そういうことに対してある程度ふだんから考えておく必要があるんじゃないかと思います。

実は，きょうはその辺のことをしゃべろうと思ってきたんですが，時間がないのにあまりそんなことしゃべっても申しわけないと思って省いたわけですけど。そんなことでございます。

司会　どうもありがとうございました。

だいぶ時間がなくなりましたけど，これだけはちょっといっておきたい。あるいはぜひ聞いておきたいということ，ございますでしょうか。

秋月　私，外科の病気をしたら，いまここにいないけど，宮崎三郎さんが学生時代からみてくれることに，向こうはどうかわかりませんが，こちらは決めておりました。内科の病気すると労災病院にいる牛尾という同級生，これが40年になるんですけど，みてもらったことないわけです。今度松永藤雄というのが来た。あれは学生時代から，「おまえが死んだら弔辞はおれが読んでやる」

と。内科の病気と外科の病気と弔辞読むやつと3人，学生時代からずっと決まっておるんですが，いずれもまだお世話になってないわけです。今度松永が来たので，あれがあるいは「おれがみる」といい出すんじゃないか。病気をしたときはそういうことを考えているわけですが。

きょうのこういう題を見て一番最初に感じたのは，樋口一成さんという方，4年後の日本の医者を代表して医学界の総会をやる会長が突然亡くなったというと，またしても日本の医学界はうそで固まっているわけですね。新聞広告にでかでかと心筋梗塞と出た。うそかほんとかぼくは知らない。もちろんみた人の話ですから。順天堂の竹田先生は「ほんとうだよ」というようなことといってる。だけどあいつひどいやつで，私学連合の会長みたいなのやってたわけですが，おれに代わり押しつけて，いまおれやってんだけど，年に3,000万円くらいのこずかい使ってたけど，とってもおれはそんなまねできない。それから黒川先生もそのときいたので，「黒川先生どうなんですか」と聞いたら，「ぼくだってしょっちゅう誤診してるんだから。大体ガンをみんな胃潰瘍と誤診しているからな」というような話ですね。子どもが来ての話だと，話してたら声が全然出なくなったので耳鼻科の外来に行って「ルゴール，ルゴール」といって自分で塗っていたけど，偉くてだれもさわらせなかったんじゃないかって。だけど腎臓が悪くてだいぶだめだったというような話もしている。

それから，きょう私は黒い着物着てるのは，高等学校で8年くらい下ですけど，大蔵省の診療所の所長をやってたのが金曜日の夜突然苦しくなって虎の門病院に自分で行って間もなく死んだという話です。6年前にやっぱり心筋梗塞の発作があって，そのとき大蔵省でなったものだから酸素吸入してよくなったというような話をしてた。

だけど世の中は全部うそで固まっていますからね。こういう人の話というのは，私は全然信用しないんです。自分で解剖して自分で見たものは信用するけど，そのほかのものはこと医学に関する限りは日本の医学というものは全然信用しないですね。黒川先生も「それは誤診だからいいんだよ」というような話でした，つい2，3日前。だけどアメリカのダレスですか，あれなんかだとおなかのガンだということを何年も前からいってるわけですね。そういうようなことがなぜ日本ではいまでもできないか。全部日本の医者はうそで固まっていなきゃならん。そういう私自身も半分以上うそついているんじゃないかな。それはほんとうの意味での誤診をしておるというふうに私は思っています。

司会　どうもありがとうございました。その点についていろいろと話すと非常にまたおもしろいんですが，時間がとうとう5時を過ぎてしまいました。

閉　会

司会　きょうはどうも司会がちゃらんぽらんで申しわけなくて，ある先生には時間を制限させていただいたり，いろいろかってなことをさせていただいて，ほんとうに失礼申しあげました。それではこの会はこれで終わりたいと思います。どうもご協力ありがとうございました。（拍手）

―― 以　上 ――

シンナー遊びからの示唆

上　田　篤次郎

はじめに

ときどきマスコミにも取りあげられているが，新宿駅周辺の暗がりなどで，シンナー遊びの若者の姿を見かけることがある。

彼らはシンナーを滴らし込んだビニールの袋を口に当てて，きわめて簡単に吸入しているのである。

シンナーは別として，ビニール袋を口に当てて呼吸することは医療の面においても，換気亢進症などの場合には用いられていると聞いたことがあるが，器械らしい器械を使わないので，一見非医学的に見えるためか，まともな医療機関で使っているのを見たことがない。

しかし，考えてみれば mouth to mouth の人工呼吸でも，呼気中に残存している酸素を活用しているのに，普通酸素吸入といえば，ボンベから出てくる酸素は硬性のマスクの辺から逃がし放しにしているようである。

昔，兵業の代謝測定をやった記憶を辿ってみると，ダグラスバッグを担いで5分間くらい歩いたときの呼気は30ℓくらいだったようで，その中の O_2 は15%，CO_2 は4%くらいだったように，おぼろげながら覚えている。

この場合は吸気は外気で，O_2 は20%くらいであるから，体に吸収された O_2 は5%，1.5ℓ ということになる。

気道内の吸気は 37°C に温められ，また水蒸気で飽和している筈であるから，1気圧の下においては 760−47（37°C における水蒸気圧）＝713 mmHg であり，O_2 分圧はその 20%として 143 mmHg である。

高度 5,500m の上空では気圧が½に下がるが，普通の健康人では特別 O_2 吸入をしなくても——登山の場合は人体の環境劇化と，登山という重労働の問題がある——普通の坐位の作業はできるので，O_2 分圧 67mmHg でなお肺におけるガス交換はできるとすると，1気圧の平地上では吸気中の O_2 %は½になっても大した影響はなく，純酸素なら1.5ℓ の密閉したもので十分5分間近く歩行できそうな気がする。

一方，最近の火災では新建材の燃焼による有毒ガスで，また，各種の酸素欠乏でいとも簡単に人が死んでいる。

シンナー遊びにならって，ビニールの袋一杯の空気を頼りに，煙を吸わずに脱出することは不可能だろうか。普通の歩行で5分間といえば 200〜300m は歩けそうであり，ハンカチーフや手拭を口に当てて歩くよりはましではないだろうか。

以上が，ある夜ねむれないとき，考え，楽しんだことであって，翌朝目が覚めてから暇を見て，ささやかな実験に取りかかった次第である。

1．実験方法

パスカルシウム顆粒 1kg 缶のビニール袋（縦 37cm，横 21cm）の中に手を入れて拡げ，入口から 6cm くらいの所を握ると，中に約 2ℓ の空気が入る。

これを口に密着させて，鼻をつまみ，袋の中の空気だけを反復呼吸しながら，毎分92〜96歩の早さで何分間歩行できるか測定した（若い娘などに見せられた恰好ではない）。

なお，実験歩行の直前と直後に15秒間脈拍を測定した。

また，袋の中にあらかじめ重曹 0.5g と水5〜10ml を入れておいたものを同様に拡げて，室内空気約2ℓを入れたものについても測定した。

2．実験結果

まず椅子にかけて安静坐位の脈拍を測定してか

表1　袋呼吸実験結果

	歩行時間	直前脈拍数 /min	直後脈拍数 /min
対　照	6′	62	68
袋呼吸	3′15″	62	88
$NaHCO_3$ ＋袋呼吸	5′20″	62	88

表2　呼吸気の組成

吸入気体		呼出気(混合気)	肺胞気
O_2	20.96%	16.02%	14—15%
CO_2	0.04	4.38	5— 6%
N_2	79.1	79.1	

ら，室内を毎分92～96歩の早さで歩き，6分後に椅子にかけ，ただちに脈拍を測定して対照としたが，**表1**のとおり，ぶらぶら歩き程度であるから，何ら自覚症はなく，脈拍が62から68と僅かに増加しただけである。

約2ℓの密閉空気を反復呼吸しながら，同様に歩行してみると，歩行開始後2分30秒あたりから呼吸促迫が起こり，平均3分15秒で歩行を停止したくなり，脈拍も88と増加した。

次に重曹水入りの同様袋をつけて反復呼吸しながら歩いてみたら，呼吸促迫の起こるのはおおむね5分以後であり，歩行を停止したのは平均5分20秒後である。

すなわち，約2ℓ入りのビニール袋一杯（呼吸によって伸縮が十分認められる程度）の密封空気で約3分間，さらにそれにCO_2を吸収させる目的で少量の重曹水を加えてあれば5分間の歩行は可能であって，大体予想どおりであった。

3．考　按

呼吸によって空気が出入りするのは気管支までで，それより奥は拡散によって入れ替わるといわれているが，深呼吸の最後に出てくるものがHaldaneらのいう肺胞気で，その組成はReinによれば**表2**のとおりだという。

したがって肺胞気の酸素分圧は平地では

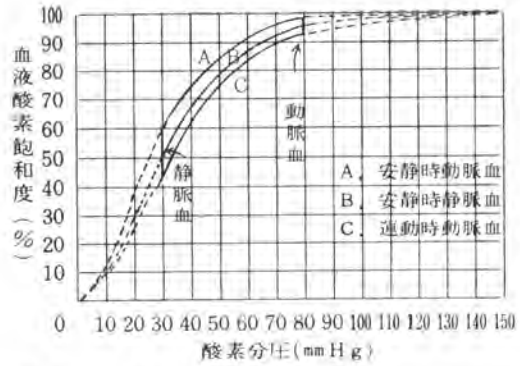


図1　ヘモグロビン解離曲線

（760－47）×0.147＝105mmHg

炭酸ガス分圧は

（760－47）×0.056＝40mmHg

であり，一方，動脈血の酸素分圧は80mmHg，毛細管をとりまく組織液の酸素分圧は40～20mmHg，炭酸ガス分圧は動脈血35mmHg，組織液50～70mmHgであって，肺胞におけるガス交換には5～10mmHgの圧勾配が必要であるとされている。

また，Him Wichによると，ヘモグロビンの解離曲線は**図1**のとおりで，血液の酸素飽和度は酸素分圧80mmHg以上あれば90%以上を示し，150mmHgで100%，それ以上分圧を上げてもヘモグロビンと結合する量はふえないという。

こうしてみると，mouth to mouthによる術者の呼気中の酸素で十分であることがわかるし，袋詰めの空気で一定時間行動できることも理解できる。

そして袋に空気を入れただけでは，約2ℓで2分30秒もたつと呼吸促迫が起こる原因は，酸素の欠乏ではなくて，袋の中の空気の炭酸ガス濃度が増し，肺胞気における炭酸ガス分圧と血中炭酸ガス分圧との圧勾配が減ることによって，血中炭酸ガスの蓄積が一過性のアチードージスを起こすものと推定される。

そこで，袋の中に重曹水を加えてみると，呼出された炭酸ガスは袋の中で炭酸，重炭酸塩系バッファー（Buffer）の働きで吸収され，袋の中の炭酸ガス分圧の増加を抑え，呼吸を楽にさせるものと思う。

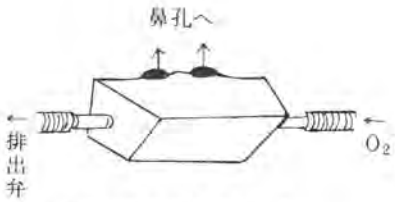


図2　杉田式酸素吸入鼻マスク

さらに，実験前に坐位のままセブンスター1本を15秒に1回ずつ3回吸い，最後の吸い込みの直後袋を口につけて，同様に歩行してみたら，呼吸促迫で2分間以上は続けられなかった。

タバコの害といえばニコチンや一酸化炭素の害が主として取り上げられているが，酸素や炭酸ガス分圧も関与しているのではないだろうか。

すなわち，タバコを吸うということは，タバコの燃焼した残りの気体（煙という固体の粒子も含まれようが）を吸うのであるから，上気道から気管支までの死腔約300mlの組成は酸素が少なく，炭酸ガスが多いという状態ではないだろうか。

袋をつけての再呼吸では，袋の中の2ℓの空気と，この死腔内の300mlが呼吸に関与するものであって，この死腔内の混合気の組成の影響は無視できないように思う。

ところで，外気を呼吸しないために袋のほか何もないときは，袋を口に当てて鼻をつまむという方法しかないが，代謝測定でも，肺機能検査でも，鼻を小道具でつまむ方法をとっているが，日本では〝鼻摘み〟という言葉があるくらいで，西欧人は平気らしいが，気色の悪いもので，鼻孔に物を詰めた方がましなようである。

また，普通の人は平常どおり鼻呼吸の方がよく，それには，むかし航空医学で使った**図2**のような鼻マスクの方が快適である。

ついでだが，酸素吸入にしても，むかしの旧式な航空機（当時としては新鋭機）では高高度飛行には欠かせないものの，積載能力の関係から酸素の節約ということが真剣に検討され，酸素ボンベからいったん腹巻式のバルーンに満たし，呼吸運動によって腹部がふくらむとバルーンから吸入器マスクの方へ酸素が流れ，呼気時にはとまるというようなものが考案されていたことをご紹介したい。

このことなどは，病院における酸素吸入についても参考となることで，流し放しの酸素吸入は検討すべきではないだろうか。

むすび

若者のシンナー遊びから示唆を受けて，ビニール袋を用いての反復呼吸について調べてみたが，もちろん実験と名づけるにはあまりにも雑なものであり，誰か，もっと厳密な科学的追試をお願いしたいが，それでもなお，重曹ひとつまみを入れたビニール袋の約2ℓの空気だけで，5分間の歩行が可能であることを知った。

すなわち，火災における煙の恐しさに備えて，重曹ひとつまみを入れた，やや大き目のビニール袋一つを常備しておけば，煙の中を脱出できる可能性は増すことができる筈である。

このことは地下の酸欠状態のとっさの救護にも考えるべきで，むかし伊豆の金山の坑内火災に軍隊の防毒面を借りて入った救護隊員が多数死亡した例を思い出すが，坑内には有毒ガスがあるだけでなく，火災で酸素がいくらも存在しないことを見落としていたのであって，現在の災害でも考えるべきことであろう。

またタバコの害に対して，低酸素，高炭酸ガスの混合気によってガス交換が行なわれているような示唆を受けたが，これについても権威ある追試をお願いしたい。

昭50.12.15

（〒161　新宿区中落合4－4－15）

論　壇

法と医の相違

秋　月　源　二

2歳になる重症心身障害の娘を餓死させたとして殺人罪に問われ，東京地裁で懲役3年・執行猶予5年をいい渡された被告(銀行員　43)が，判決を受けた夜電車に飛び込んで，みずからもその生命を絶った。

意志と感情

殺す意志があって人を殺したのが殺人，意志がなければ致死。意志とは何か。目的意識とか行為に対する認識といってもよいかも知れない。医学や心理学では感情・意志・知識を区別するのが普通だが，法律では区別できないようである。「死んだほうが幸福」と思うのは，医学では感情にちがいないが，法律では，状況によっては犯(殺)意と考える。

意志は主として前頭葉の機能で，感情は辺縁系の機能。医学ではある程度区別しているが，両者のハッキリした境界はない。

結果と責任

“ガン”といって患者が自殺したり，死期を早めるようなことがあれば，医師は責任を感じる。判決によって被告が自殺しても，裁判官は責任を感じない。医師は自分の言動によって悪い結果がおこれば，責任を持たなければならない。したがって，場合によっては患者に真実を告げない。裁判は事実だけが問題のようである。

目的は何か—遵法は目的ではない

医の目的は生命を延長し，苦痛を和げ，何んとしても患者を助けたいと思って全力をつくす。裁判官は何んとしても被告を助けたいと思う前に，厳正に法律を適用することを考える。刑罰の目的は教育と応報の二本建てであるが，医の目的はすべて患者のためであることが常識。法が教育刑だけを考えているならば，死刑はただちに廃止しなければならない筈であるが，依然として存続しているということは，法は，法や社会秩序を守ることを第一としているためであろう。スト権ストを処罰するのは遵法のためというが，私は，遵法は手段であって，目的は人権尊重と考える。救急車はスピード違反をしても，交通法規を守らなくても，救命のためには差支えないのである。

執行猶予

5年の執行猶予ということは，5年間何事もなく経過すれば，懲役刑に服す責任がなくなるということで，有罪に変わりはない。その間関連した公民権は停止されるが，普通の就職は差支えない。銀行は辞職しなくて差支えない筈であるが，退職すれば生活に困ることは明らかであろう。執行猶予はその期間に更生することが期待されるための判決であるが，今回の事件のような性質とその結果をみれば，まったく意味がないばかりでなく，むしろ執行猶予の決判をしたことが重大な過失といえる。

ある判決について他の裁判官がこれを批判することは，普通には控訴以外に行なわれないようだが，医師が他の医師の診療を批判することはしばしばみられ，これが医療裁判の発端になっていることが多いようである。

安楽死の問題

苦痛だけがあって生きている喜びがまったくない場合に，本人の意志にそっておこなわれる安楽死（安死術）は許されると考える医師が多い。しかし，法律では少しでも死期を早める行為は，医師はもちろん何人にも許されないようである。

意識のない患者，人間としての機能のない者にも，生きる権利はあると考えるのは常識である。重症心身障害児が他人の助けなしには生きて行けない場合に，生きる権利を守るのは親権者か，社会か，それともその両者か。現在の法律では二本建としているようである。

経済と法律と医療

法も医も建前としては経済を優先させるとはいわない。しかし実際問題として，患者が死亡したあとに莫大な借金が残ったとしたら一体どうすればよいだろうか。交通事故などの救急患者の処置に，長年にわたって全力をつくした病院が赤字のためにつぶれてしまっても，何の保障もない。世間はまったく冷たい。医師は，患者の遺族は，経済的に自衛せざるを得ない。社会は経済によって機能しているという事実はまったく疑う余地がない。

業務上の過失

医師が善良な管理者としての義務を怠って患者に損害を与えた場合には訴えられ，損害を賠償しなければならないことが多い。今回の事例では，被告は友人の医師に死亡診断書の交付を依頼したが，医師がこれを拒否したために事件になったと報道されている。私なら，承知していながら，だまされて，診断書を交付していたかも知れない。しかし，これは法律上虚偽の記載をしたとして有罪になる。

以上二，三の点について新聞報道をもとにして法と医の相違について考察を試みた。法も医も，事実認識を基にしていろいろ判断していることはたしかであるが，医はあくまで人間性を基本にしているのに反し，法は条文と法の精神を守ることを目的としている，おろかしく，しかも冷たいものであると，私は結論せざるを得ない。

人々の中には，少しの打撃によって自殺する者もいるし，どんなに悪いことをしてもうそぶいている者もいる。

わが国の重症心身障害児は約1万3千人で，在宅8,000・施設2,600・国療2,700とされ，当分の間如上の事件はあとを絶つとは思われない。社会福祉とは，このような悲劇をなくす努力と考えたい。いま私が考えられる対策は，希望者全員の施設への収容，近親婚の中止（優生学），胎児診断などにすぎない。

（昭51.1.29　世田谷区太子堂2-7-7）

▷特別寄稿◁

私のきのこ医者論

医事評論家　西来武治（にしらいたけはる）

紅茶きのことかいう妙なものがブームになっている。とびつきやすく，あきやすい日本人のことだから，もうそろそろ下火になるころだが，とにかく異常である。一方で『眼がどんどんよくなる』とかいう本がベストセラーになっている。出版社は笑いがとまらないらしいが，この種のベストセラーは，結局，最後にドンデン返しをくうのがいままでの例である。人ごとながら心配である。

しかし，そんなことよりも，こうしたことがはびこる背景が問題である。私は現代医学に対する不平不満の現われとみるがいかがであろうか。患者の無知を笑う前に医師の発言を求めたい。

いままで，このような傾向に対して医師が発言したことがあったか。科学を無視した新興宗教みたいなものという批判はあっても，医師が正面からやっつけた例を私は知らない。自分はそのことについて研究していないから発言できないというのが医師のいい分である。科学者とはそういうものだという。科学的発言というのはたしかにそのとおりだろう。実験データだけが頼りである。しかし，学会の発表ではないのだから，無知な大衆に対して，私はこう思うという指導的発言はいくらあってもいいじゃないか。

つね日ごろ，クスリにばかり頼っているから，こうした応用問題には解答が与えられない。現代医学に対する反発だという反省がない。私はこんなものがはびこる責任は医師にあると思うが，医師のいい分を聞きたい。

健康の問題をつね日ごろ指導していれば，こんなものが入り込む余地はないはずである。それとも医師は病気は治してやるが，健康の指導は自分らの分野じゃないとおっしゃるのか。私の不満もそこにある。

医師は一例報告ものの面白い（というのも失礼な話だが）症例には興味はあるが，予防とか，健康管理とか，日常生活の指導などはあまりお好きじゃないらしい。そんなことは勝手にやれといわぬばかりである。

がんに例をとってみても，予防が大事，検診が大事といいながら，健康者相手じゃつまらない，自分の腕のみせどころがないと思っている医師が多い。冗談じゃない。胃のX線写真1枚とるにもとり方がある。われわれ素人がみても，すばらしいと思うような写真もあれば，「おやまあ，これで」と思うような写真もある。特に勉強している医師と，していない医師とでは，まさに月とスッポン，駿河の富士と一里塚である。

ふだん，安心して健康をあずけられないから，ひとたび何か現われると猫も杓子もとびつく。それに対して，指導的発言ができない。医師がもっと日常生活についての指導をしていたら，紅茶きのこなどという危かしいものはこれほどブームにはならなかったであろう。ファッションの流行やおもちゃのブームとはわけがちがう。こと健康に関することなのである。一つまちがえば生命にもかかわるという重大な問題をだまって傍観しているということはないだろう。医師の怠慢である。

こんなときこそ，医師がみんなで発言してくれたら，いくら無知の大衆でも，医師の発言にはだまってしたがうであろう。それとも，何をいっても信用してくれないと，自らをあきらめているのだろうか。

いまが（少し出遅れだが）医師の出番と思う

が，一向にその気配がない。医師と患者のつながりは何も診察室の机の前だけでなく，もっと広い場でのつながりではなかったのか。それとも，そんなことは面倒くさいから，診察室に閉じこもっているほうがいいと思っているのか。

医師が絶えず社会的発言をしなかったら，もはや指導者とはいえない。指導者でないものが，いくらわめいても大衆はそっぽを向くだけである。それとも診察室の中でだまって患者を診ることだけが医師の使命と思っているのだろうか。紅茶きのこなんて，何のことかごぞんじないとおっしゃるのか。

▶書評　新刊紹介◀

外来の詩，続・外来の詩 <新書版>

春日豊和 著

新山　栄（新宿）

私ごとで恐縮ながら，私は開業当時，看板に「一般内科」と書いた。私なりの考えでは消化器，循環器などの特殊な専門でなく，内科全般という意味でしたのだが，見た人は一般および内科というか，全科および内科と解釈したか，それこそ眼科，耳鼻科から皮膚科，婦人科まで来院されて当惑したことがあった。

しかし，よく考えて見ると，このなんでもや内科が「一般内科」であり，開業内科医の多くの方々がこの一般内科医的であることも事実である。

そうしてこの一般内科医は大学卒業後，大学の医局生活，ジッツといわれる地方診療所勤め，そして開業医生活という経過を経て一般内科医になるケースが多いことも事実である。そしてそのそれぞれの生活の中での矛盾，悩み，苦しみ，これでよいのか，自分は間違っていないのかと反省しながら変化して行くのである。

外来の詩，続・外来の詩の著者春日豊和氏は，この一般内科医として立派に一家をなされた人である。その彼が一般内科医として完成されるまでの悩み，苦しみ，疑問をユーモラスに，軽快なタッチで画き，解答を出している。読んで面白い，肩の凝らない文であり，内容である。しかしよく考えてみると，喜劇は裏をかえせば悲劇である。この内容の陰には血の涙を流し，怒りにふるえたことも少なくなかったろう，恥かしい思いをしたこともあったろう。著者はそれらを隠すことなくさらけ出して私どもに教えているのである。ある意味ではこの本は一般内科医のハリソンであり，セシルである。

とにかく一般内科医必読の書である。いや大学や大病院の先生方，一般の方々にも読んでいただきたい本である。ポケットにも入るし，お値段も一回医師会へのタクシーをバスにすれば簡単に出る。

百聞は一見にしかず。

「外来の詩」179頁　「続外来の詩」218頁

発行所　医学研究社

定　価　各500円

ダイアル アクセス サービスの会員への誘い

春日　豊和

かねて数年前より国際医学情報センター（IMIC）では範をウイスコンシン州立大学にとり，日本医学教育学会や社会問題調査研究所の協力を得て，医師の卒後教育と，いわゆる学識技術の洗いなおしをかね，広く一般医に最新の医学知識や技術の情報を電話回答によって提供するというまことにユニークなダイアル・アクセス・サービスを企画し，大学の中堅教授陣から医師会役員，一般開業実地医家，さらには薬学，医療介助従事者といった広い層にプログラム委員を求め，数十回の会合により各種プログラムの作製，原稿依頼者の選択，原稿依頼，原稿内容のチェック，原稿のテープ化，それの立合い検討，さらには広く聴取者モニターを求め，モニタリングによりテープ内容の音質，抑揚，用語の適正化といったあくまで一般聴取者会員サイドに立って，綿密周到な準備の下に着々よりよきものを作製するための作業を続けてきたが，このほどようやくプログラムも約1000例に及び，その大半のテープ化を実現し，ようやく諸準備期間を終了し，広く改めて一般開業実地医家の諸先生方に会員募集を求めることになったのはまことに同慶の至りと考えられる。

すでに大阪府医師会のごとく，医師会ごと全員が会員として入会し，最新医学情報の恩恵を受けている地区もあるが，IMICではさらに広く会員を求め，諸先生方の日常診療の耳よりする医学知識技術の簡易にして迅速，しかも理解しやすい情報源として利用していただきたいと，このほど本会に会員の募集を依頼してきており，この数年間，上田篤次郎先生や，新野稔先生ともプログラム委員の末席を汚し，プログラムの作製からテープ化，そのモニターとすべてにお手伝いしてきた私としては，必ずや本企画が諸先生方の診療にお役に立つものと信じられるだけに，あえて紹介の労を執り，入会への誘いを試みた次第である。

入会申込先（資料請求先）：
〒160　東京都新宿区大京町26
野口ハウス304号
財団法人「国際医学情報センター」
ダイアルアクセスサービス係まで
Tel 03-351-2606

会費：年間 3,000円

―新宿区―

未熟児網膜症裁判に思う

上田篤次郎

報道によれば，未熟児網膜症を医療過誤として，その親たちが集団告訴したという。

岐阜では原告が勝訴し，長崎では敗訴しているので，今度の告訴がどうなるかわからないが，何んともやり切れない不快な念が心の底に滓のようにどろどろ残るのを感ぜずにはいられない。

それは，いつかは自分も医師である以上被告の立場に立たされるかも知れないという不安感ではなくて，たとえ原告側が勝訴したとしても，それで未熟児網膜症の児が幸福になり得るだろうかという疑問と，その他の他人のせいにできない原因による失明者との隔差に気づかないのだろうかという，思いやりのなさに対する不快感である。

2 kg にも達しないような未熟児を生んだ時には，何んとしても命だけはと願ったに違いない親

たちが，生命が保たれたとなると五体満足を望む気持ちはわかるが，その子を種に多額の慰謝料を要求する心根はさもしいと思う。

大昔のことであるが，私の一児は4歳頃のある夕方，家の前で近所の子供たちと遊んでいるとき，中学生がベニア板の材料の角材を積みあげてある上から飛び下りるはずみに，その角材が崩れて，右第1趾を挫滅したことがある。

当時私は軍医学校にいたので，そこで万全の治療をしていただいたが，蹠骨の骨折は治ったものの，第1趾末節はついに離断せざるを得なかった。

親として治療には最善を尽したつもりだが，第1趾の欠損は歩行にも若干支障があり，また小学校に行き始めた頃には，靴下の中に綿を入れて欠損部を隠すような素振りも見られた。

「自分で悪いことをしたとき恥かしいと思うのは大切なことだが，不測の災害を受けたことは何も恥かしがることはないし，相手の過失を許し，苦痛に耐えてここまで治ったことはむしろ誇りに思って良いことなんだよ」と励まして，積極的に山へもつれて行き，その後は逞しく育ったと思っている。

他人の家の前に材木を積み上げた責任者も，直接の加害者の少年も謝罪にきたが，こちらとしては金銭的賠償など一切要求しなかった。

これは，私が特に寛容だったからではなく，当時としては当たり前のことであって，謝罪の誠意だけで十分で，なまじ金銭がからむと不純となり，失った趾を売り渡したような不快感が伴うからで，いまのように何んでも金で解決を求めるより，精神的に健全であったと思う。

未熟児網膜症の児を抱えた親たちの苦悩はわかり過ぎるくらいわかるが，その親たちが子の生まれたとき，生命を保ち得たことへの感謝を忘れ，わが子を欠陥人間と格づけして，今はやりの怨念でこれからの長い裁判を争うとしたら，たとえ勝訴して巨万の富を得たとしても，果たしてその子は幸福になれるのだろうか。

ヘレンケラーを引き合いに出すまでもなく，自己の欠陥を克服して雄々しく生きている身体障害者は多数存在するのであって，その人たちには衷心から敬意を表するが，ただ金があるだけで，何もできない身体障害者にしてしまったのでは，本当の幸福ではないように思う。

欠陥をもった児を温く抱擁する社会，その児が生甲斐ある生涯を送れるよう誰もが支援の手をさし伸べることには，当然のことであり望ましいと思うが，何んでも他人のせいにして賠償を要求する風潮は遺憾である。

この問題に限らず，医療は悪であり，医療告発こそは医療をよくするものであるとするかごときマスコミの姿勢はもっとも下劣なものであって，この風潮の助長に大きな役割を果たしていることを忘れてはなるまい。

裁判において，過失のなかったことを医師が立証しなければ敗訴となる世の中となれば，アメリカにおけるように，立証に必要な検査は激増するであろうし，医師が自衛のための医療に流れることは明らかであって，医療の荒廃は益々拍車をかけることになろう。

本文は医師としてではなく，一被害者の親の立場で書いたつもりであるが，私自身虫垂と胃の3分の2を欠いており，見方によれば一種の身体障害者である。

(昭50.10.29)

伝　言　板

水交会における編集会議

世話人代表を仰せつかって

—文京区—　**小山　五郎**

過去2年間，日向野先生が世話人代表として世話人会を纏められ，財政的にも大変な危期を乗り切って来られました。

会も10年以上続きますといろいろとマンネリにもなるし，初心とはだいぶんかけはなれた方向に進んでしまいます。いままでも世話人の間で常に初心に帰ろうと話し合い，企画の先生方もそのおつもりでいろいろと苦心されてまいりましたが，なかなか目に見えた成果はむずかしく，試行錯誤をくりかえしてきております。

そういうむずかしいときに，古くから会員であり，比較的マジメに会に出席しているからというだけで，まだまだ私より古い先輩方が大勢おられるのですが，それぞれ各方面でご活躍のお忙しい方たちですので，一番不勉強な何もしない私が選ばれたわけです。

私はいわれたことを一生懸命走り回ることしかできません。会を纏めたり，計画したりする能力はもち合わせておりませんので，会をある方向へ引っぱって行こうなんて大それた考えはもっておりませんので，一番無難な人選といえるかも知れません。

しかし，春日先生ほか企画の諸先生，渡辺淳先生ほか編集の諸先生，浦田久先生ほか記録の諸先生，永井先生ほか共同調査の諸先生，地方会員係の上田先生，その他大勢の世話人の先生方がそれぞれ思い切り活躍していただけますし，新進気鋭の天野先生が助けてくださいますので，私はむしろ何もしない方が会の運営がスムーズに行くようにさえ思われます。

ただ会の会計はあいかわらず最悪状態ですので，せっかく10年以上も続き，医学会からも注目されているこの会を，どうしても盛りあげなくてはなりませんので，その方向へ一生懸命努力したいと存じます。

会員もさらに増加させて，本当に第一線で働いているわれわれ実地医家のために役立つ会にもりあげていきたいと存じますので，会員諸先生のより一層のご援助と，このわれわれの会に対する愛情をさらに深めて，一部の世話人がいいようにしてくれるだろう，なんてほっておかないで，会員一人一人が会の発展に努力し，会の運営進行に参画していただけますようにお願い申しあげます。

世話人代表とは会の窓口係という意味と存じますので，何んでもどしどし申しつけていただきたいと存じます。

——◇——

8月の合同世話人会で世話人の分担がいろいろと変わりました。

小委員会　○天野嶂，浦田　卓，浦田　久，上田篤次郎，◎小山五郎，春日豊和，鈴木荘一，永井友二郎，日向野晃一，渡辺　淳

企画　天野　嶂，◎春日豊和，菊地　博，栗原伸夫，鈴木荘一，永井友二郎，新野　稔，日向野晃一，本田三郎，松崎　勲，宮崎三郎，本吉鼎三，森杉昌彦，渡辺　武

編集　秋月源二，上田篤次郎，春日豊和，北川欣也，木村和郎，佐藤安正，　中尾聡子，　新山　栄，本田三郎，安田勇治，山田辰一，依田三郎，◎渡辺　淳

記録　上田篤次郎，◎浦田　久，大林輝明，　神田修次，　木村和郎，栗原伸夫，佐久間正人，佐藤安正，　柴山　豊，　○鈴木荘一，新野　稔，西田一彦，広瀬正義，松坂　勲，三尾奎三，本吉鼎三，依田三郎

共同調査　坂口練平，◎永井友二郎，西田一彦，福山正臣，宮崎三郎，森杉昌彦

会計監査　浦田　卓

地方会員係　上田篤次郎

地方世話人　佐藤俊樹，家所節政

二次夕食会　高橋胤文

以上のように決りました。事後承諾の形になってしまった先生方もよろしくご協力ください。

世話人会の動きをお知らせしますと，編集会議は毎月一回行なわれており，現在，「人間の医学」(72号)まで編集を終わり，印刷に回っております。

8月の小委員会では，①会則を作ってはどうか，原案を作って目下審議中，②世話人の業務分担を上記のように推選，③人間の医学の発行が

遅れているので，印刷所をどうするかの問題は編集委員に一任する，④地方世話人の推選，⑤合同世話人会の8月開催は不在者が多いので2月ごろに変更する，⑥外来講師の謝礼は3万円とする，⑦「人間の医学」への学術論文の掲載料，X線写真などの費用のかかるものは一部著者に負担して貰う。⑧金井，竹崎，光山三先生は健康上の理由で世話人を辞退され，了承する。

10月の小委員会，①名古屋例会の件，②12月例会の件，③例会時新入会員の紹介を復活する，④新入会員に「人間の医学」の在庫をおわけする，⑤医事新報，医海時報に例会告知を出す，⑥台湾，韓国の開業医グループとの交流を計り，実地医家の学会を作る，⑦会員増強運動の対策につき検討する。

次に一部会員よりの発議により，名古屋例会時，日経メディカルが会場でアンケート調査を行なった件に関し，調査協力費は？とのこと。日経メディカル・盛氏との話合いにより，会員のことであり2万円を会に出していただくことになった。なお，過去に会員の先生方で日経メディカルに無償で協力された方もおられるそうで，その先生方への謝礼の意味で3万円を会の方へ支払われたのでご報告申し上げます。

（小山五郎）

◇

小世話人会　50.10.16.　於東郷神社社務所

出席者　天野，浦田(久)，小山，永井，渡辺(淳)

議題及び決定事項

①名古屋例会の件　11月9日（日）

会場　第一製薬講堂

司会　伊藤清次（名古屋），鈴木荘一（東京）

記録　東京より2名（鈴木先生に一任）

テーマ　外来診療洗い直しシリーズ(8)

1）医療システム化についての雑感―アメリカ医療をみて―　佐野正人(名古屋)

2）アンケートよりみた一般医の糖尿病治療の現況，伊藤清次（名古屋）

3）今日の検査（10月例会の残り3題）

二次会　5.30～7.30PM

②12月例会　テーマ「予防接種をめぐって」

忘年会　例会後シャトーを予定

会場，招待者名簿を春日先生に依頼。

③例会場での新入会員紹介の復活。

④新入会員に「人間の医学」バックナンバーを贈呈する。

⑤古本屋（本郷）に死蔵バックナンバーをゆずる件を検討する。

⑥医事新報，医海時報に例会告知板を出す件は企画係に一任する。

⑦実地医家のための会の中から実地医家の学会を作るために，台湾について韓国に同様のものを作るために，台湾，韓国の開業医グループとの交流を計るため，春日，天野先生を主として委員会を作る計画を進める。

⑧来年度を会員増強年として，その運動の対策を練る。

会の会計ピンチの折柄，小世話人会をはじめ，編集委員会，その他の会合はいずれも出席者のわりかんで会場費，食費を賄っている。

最近，盛んに発会頭初の原点に戻れとの発言があるが，この会が発足したころは，地区医師会に研究会，学術講演会などがなかったため，本会の存在意義も大きく，メリットも大きかったのが，現在では類似の学術的会合がぞくぞくと行なわれていることを考えると，本会のあり方にも大そうむずかしい問題を抱えているといわざるを得ない。会員の仲間意識の高揚と，実地医家でなくてはできないなまなま診療から生みだされる業績のつみあげこそが，本会存在の意義ではなかろうか。

（小山記）

正　誤　表

本誌No. 72に誤りがありましたので，下記の如く訂正します。

	誤	正		誤	正
P. 51　2行目	樋渡喜一郎	樋渡喜一	P. 51　17行目	ハルピン	ハルピン
〃　6行目	私が書初に	私が最初に	〃　18行目	ノモハン	ノモンハン
〃　8行目	苟烈な	苛烈な	〃　19行目	ンにおもむく	におもむく
〃　12行目	ハルピン	ハルピン	〃　30行目	ハルピン	ハルピン

◇あとがき◇

—編集世話人つぶやき集—

○秋月　源二

身長・体重・知能など正規分布をし，連続的に変化する数量は，いま流行の偏差値を用いて比較することができる。糖尿病・高血圧・喘息・精神病・リウマチなど家系ごとに頻度に大小があり，その値が連続的になっていると思われる疾患についても，偏差値を出して遺伝の濃淡を比較できそうである。

偏差値のような受験に応用して便利な方式—医学以外の分野で用いられている方式は，臨床医学にも応用できる筈である。

○上田篤次郎

諸先生のうちにはご自身で不眠の経験をお持ちの方があると思いますが，そういう時にはどうしておられるのでしょうか。

実は，私は不眠に悩んだという経験がなく，患者の訴えを聞いてもピンと来ず，適当にムンテラをやって，催眠剤や抗ヒスタミン剤を投与してお茶を濁している始末です。

「朝起きて夜ねるまでは昼寝して，時々覚めて寝言をぞ言う」という歌をどこかで聞いて覚えているのですが，正にそのとおりで，積極的に眠ろうと努力したことなどはほとんど記憶にありません。

それでも，人なみに夜中に1～2時間目が覚めてしまうことはありますが，千載一遇のチャンスとばかり，目をつぶったままいろいろ妄想を逞しゅうして楽しんでいると，いつの間にか眠り込んでしまうという状態で，雑文の原稿を頼まれると前後の弁えもなく引き受けてしまうのは，この妄想の中から種を拾えるという変な自信からで，私の最大の敵は眠気だとさえ思うくらいです。

この妄想の中では政治問題でも，実験計画，発明，小説，詩，俳句などでも，概して天才ではないかと自惚れるくらいうまく行くので，ときには枕元のメモ帳に，目をつぶったまま手探りで記録して置くこともありますが，朝，目が覚めてからメモを見たり思い出してみると，誠にたわいないもので，がっかりすることが大部分です。

年をとると睡眠時間は短くなり，ねむれなくなると聞いていましたが，40歳代に平均睡眠時間4～5時間だったものが，最近では6～7時間に伸びてしまい，幼稚なためか，あるいは老衰の徴候かと思っています。

とにかく，私の不眠時間はバラ色の不眠で，夜中に目が覚めると「しめた」と思うのですが，昨夜も残念ながら「ゴロリ，グー」で，今朝になってこの駄文を草した次第です。

（昭50.12.14）

○北川　欣也

"親方日の丸"というのは何んとなくいい得て妙である。解きほぐされないままの感情の塊がある。私などもよくやる手だとは思うが，主体性の確立が時間的に間に合わなくなるとよく使ってしまう手である。そこでこの時間的制約ということだが，これがまた大変な代物であって，ことにわれわれごとき極東の西洋学移入国の三代目となると，無暗矢鱈と謙虚さが幅を利かしてしまい，個々の主体性は影をひそめ多少権威化されていれば，いわば他体性とでもいうべきものが，横行しはじめる。大方の賛同を一応得ている体裁になっているから，それを建前と呼んで間違いではなかろう。

ということになるとそこには本音がある筈である。あの特攻までやった敗戦のことを考えれば，本音こそナショナル・コンセンサスとかいうものである筈だし，第一個人的に考えても余命の方があまっている筈がないのだから，なりふりかまわない本音をはく時がきているのではなかろうかと思っているのが前口上で，実は勉強という意味では何も知っていない性（教育）のことを私の本音でいって見たいというのが，この文の本音です。

私は男であり，夫であり，父親であるわけだが，この私という人間の現世的立場を"巣造りのお手伝い"として見るとすべてがすっきりするのではなかろうかということから出発して見るのはどうだろう。世に論議のかまびすしい思春前期，思春期に関する諸々のことは，自然が存在させているのが男と女である以上，その両性の接点についての論議は有用ではあろうが，必要欠くべからざる物とは思えない。それに比べると地球がありその上に孕むことなき人間，つまり男と，孕み，生み，次のジェネレーションを創り出す人間，つまり女がいるという前提を考え，次にくるべき，取り込み，ないしは取り込まれという現象を考えれば，われら取り込まれ側としての情的テクノロジー（恐らく，取り込み側のそれもあるかも知れないが，グローバルな見地からいえば，問題の質的差が歴然としているのだから，それはわれわれの論ずべきことではないと考えた方が無難ではなかろうか）こそ第一に必要であるわけである。

事のついでに駄弁を弄させて貰えば，生きて行く便利のために発達してきたと素朴に考えておきたかった科学も，核分裂まで実現してしまった今日では，それも怪しくなってしまったのだが，そのこと自体，次代を地球上に生まない男の宿命的産物と見ることができようし，その程度だから女を男と同属の人間の範疇に入れてしまったのだというのは屁理屈だろうか。断っておくが，だから女を動物にまでさげろというのではない。むしろそうすることは旧来の

科学という名の悪い習慣に陥ることにしかならない。別の項目を（つけたければ）つけて，例えば天人とか地人とかいうことにしたらどうだろう。他方で男の創り出した世界観なるものは，平べったくいえば相手の立場もよくわかるというファッションを作り出したのだが，それを当然のことのように女にも当てはめたものだから，事は面倒になった。自業自得である。

それでわれわれは「我」を捨てた。暴力反対である。しかも，このことをわれわれは主体性をもって定めた。だからわれわれは女に説明しお伺いを立てる。相手の諾いをまつ。伺しろ自分が定めたことだ，断固としてまつ。そうであるならばいっそ私はこういった方がよいと思う。前にいったように，〝われこそ巣造りのお手伝い〟と。

性とはヒツ竟男と女のかかわり合いの問題であると思うのだが，もしこの考えが正しいのならば，上述のことをわきまえた上での論議でなければ，実のある本音論にはならないと思うのだがどうだろう。

○木村　和郎

このところ毎年スキーにでかける。宿からスキー場まで，スキーをはいて林の中を抜けて行くのだが，これがまことに楽しい。体を動かすので汗ビッショリになる。

スキー場ではリフトに乗って上がって，おっかなびっくりすべり降りてくるだけなので汗をかくことはまずない。リフトは寒い，とくに風があるときにはまるで風が着ているものを吹きぬけて，体の中まで通っていくようにも思われる。もっともこれは，私の服装がいささか前時代的なところがあって，風を通すから悪いので，もっとしっかりした服装をすればさほどのことはないのかもしれないが，しかし，パリッとした服装の若い人たちも，見たところちぢこまって寒さをこらえている。

とくに今年は天候に恵まれず，リフトに乗りながら何を好んでこんな寒さに耐えているのかと，われながらおかしくなるほどであったが，こんな寒さにあってもカゼをひくわけではない。気分的にのんびりして，夜も早くねるせいか，少々カゼ気味なのを無理して出かけても，悪くなったことはない。「人間の医学」シリーズのカゼに書いてあるように，たしかに寒さとカゼは関係ないと実感できる。

そう思って自分の体験を考えてみると，〝湯ざめ〟ということがある。風呂あがりに，いい気持ちになってうたた寝をしたりするとどうもいけない。のども痛くなるし，寒けがしたり，頭痛がしたりする。といってウイルスが関係しているようには思えない。ある人がいうように感冒ではなく寒冒という状態なのであろうか。

同じ風呂あがりでも，銭湯――今では死語だろうか――の帰りにぶら下げた手ぬぐいが，家に帰るまでに凍っているというような生活もしたが，こんなことでは湯ざめをしない。銭湯の帰りとか，リフトの上とかの寒い状態と，それほどの寒さではなく，涼しい風を楽しんだときの湯ざめと，どこが違うのか，目下思案にくれている。

○佐藤　安正

最近のマンガのブームはすさまじいものである。患者が退院するとき残してゆくのだが，多いときにはマンガが待合室に山のように積まれる。ところが，捨てるわけでもないのに，2～3日すれば，その山が小さくなるので，外来患者が持って帰るものだと思っていた。たまたま，医師当直室をのぞいたとき，少年マンガの山があった。看護婦当直室には少女マンガの山である。その内容は，小・中学生向きの幼稚なものが多く，さほど興味があるとは思えないのだが，従来の書物が，活字をひとつひとつひろい読みして，いったん脳で理解して場面を構成してゆかねばならないのに比べて，マンガは，テレビをみるのと同じように，at a glance に理解させる点が買われているためであろう。

私は数年前から，区医師会の准看で外科の講義を担当させられているが，昨年度から図表をできるだけ多く用いるようにした。そのためかどうかはさだかではないが，テストの成績がいくらか向上したように思われたので，いまもって，講義の前夜には，おそくまで図表の作成に追われている。

やがて本誌も，「人間の医学マンガ」となる時代がやってくるにちがいない。そのための準備として，編集会議のとき「目でみる医学」を提案しているのだが，マンガを描く才能がないので実現されないでいる。医師からマンガ家に転向して成功した人もいることだし，「私がやりましょう」といった篤志家はいないでしょうか。

○新山　栄

テレビで私の好きな番組の一つに動物のいろいろな生態を紹介してくれるものがある。

縞馬やかもしかの大群がいる所にライオンが餌を求めて猛然とダッシュする。これという武器を持たない動物は唯懸命に逃げるだけである。追うライオンも懸命である。自分の家族の命がかかっている。そして足腰の弱くなった年老いた縞馬や，ひ弱いかもしかはつかまってしまう。残酷な話であるが，解説者は「しかしライオンも自分の，そして家族の空腹を満たすとそれ以上いたずらに餌を求めはしない」と述べている。極楽鳥を唯美しい，めずらしいというだけで乱獲して絶滅に追い込む人間どもとはちがっている。

象には墓場があって，死期を悟ったものは，一人？群から離れてその墓場に行って死ぬという。そのためその所には象の牙が沢山あるとのことである。どこやら禅の名僧と似ている気がする。いや正確には名僧が似ているのであろう。

北米も北極に近いある島に住むモルモットの一種は，数がふえてツンドラの食糧より動物の数が多くなると群をなして一方向に移動を始めるとのことである。そうしてその大移動によって途中の沼や河に入っておぼれ死ぬものは大変な数で，いわゆる人べらしをして食糧とのバランスをはかるとのことである。

どうも今頃になって安楽死だ，家族計画とさわぐ人間どもより彼らの方が……とも考えるが，その人間もよく考えてみるとやはり地球上の動物の一つなのだ。

○本田　三郎

昨年から増加の気配を示していた風疹は，今年に入って急上昇し，近頃は毎日必ず新患を診るというほどで，産婦人科医である私はそぞろに肌寒さを感じています。それは，離島型の特殊な例であるといいますが，1964年から65年にかけて沖縄地方に大流行があり，妊娠初期に風疹に罹った妊婦から生まれた*先天性風疹症候群。（先天性心疾患，白内障，難聴等）の赤ちゃんは370名以上，疑似者を加えれば500名以上に達したという報告が，まだ記憶に新しいからです。ついでにいえば，所属医師会の校医幹事の調査によると，当市（約15万）市立小・中学の風疹による欠席者数は，小学校で1月は35名，2月は678名，中学校で1月は10名，2月は182名，合計905名とのことでした。3月に入っても勝勢はやみそうにもありません。私は急いで妊婦の診療時間を午後の一定時間に指定し，その時間内は他の外来患者さんも制限する措置を講じましたが，これほどの大流行を前にしては，ただ無力感が先立ちます。もちろん，風疹抗体価も測定する症例も増加しています。

いうまでもないことですが，産科医にとっていちばんやり切れないことは，先天性奇型児の出産に立ち合うことでしょう。親たるべき人にとっては青天霹靂のショックです。ショックで倒れかかる父親や悲嘆にくれる母親を身近にみている産科医は，これからの一年は気掛りな日がつづくことになりそうです。

もう間に合わないケースがあるかも知れませんが，対応策の一つとして，*家族計画の再検討を呼びかける。ことも考慮されて良いのではなかろうか，と思います。当医師会では早速産婦人科医師会で討議し，市当局にPRすべき内容を申し入れるとともに，われわれのとるべき態度について協議しましたが，事態を安易に見過ごすことはできないと思っています。

2月7日，厚生省当局の公式見解の一つとして，「昭和48年の*流行予測調査報告。によれば，20～29才代の女性の約80%はHI抗体を保有しているという事実があることをふまえ，住民に過度の不安をいだかせないように特に配慮すること」と述べていますが，1年後にどんな結果になっているか，どんな問題が起きているか，多大の関心を払わずにはいられないところです。

○安田　勇治

今年も進行癌で何人かの患者さんが逝った。

5月に亡くなったSさんは原発の結腸癌より転移性の肺癌が先に発見され，そちらの進行は化学療法に抑えられて進行が遅かったのか，自覚症状も強まらず，X線フィルムの上でも大した進展は見られなかった。しかし，末期になって結腸癌からイレウスを起こし，一応人工肛門を造ったものの，癌性腹膜炎は抑えきれず，連日連夜の腹痛は麻薬の連用届を出さざるを得なくなり，終わりの数カ月は毎日の回診で顔を見るのがつらかった。

小病院の医師の悲しさ，対症療法に追われてつらい回診を強いられる患者さんはほとんど毎月ある。どうにもならなくなって送りこまれてくる末期癌の患者さんを，いつ空くとも判からない大学病院，庶民のフトコロには高嶺の花の治療費のかかる大病院に送るにはかなり勇気が要る。痛みどめの注射の指示を一日に何回か出さなければならなくなってくると，いつも到底私なんぞの行きつく果ては極楽の反対側だろうと思ってしまう。

すべもなく苦しみ逝きし人あれば
吾がゆく果は地獄かと思す。

○依田　三郎

ながいこと家事に追われ続けた50才あまりの主婦を往診した。今年は悪性のインフルエンザが流行し，彼女も感染したのである。

高熱に疲れ果てて寝ていたが，往診すると礼儀正しく起き上がって来た。60才を越えたその家の主人が，お湯を沸かして，手洗いを持って来たり，お茶を出したりしてくれた。それが何となくぎこちなく痛々しく見えた。手洗いに石鹸はなく，手拭きは汚れ，出されたお茶はぬるかった。

「皆さん，お見舞いに来て下さるの有難いけど，必ず一言，『でもご主人が気の毒ね』とおっしゃいますので，何だか自分が悪いことでもしているようでゆっくり寝てもいられません」と病気の主婦は，私の心を見すかすようにいって，寂しく笑った。

○渡辺　淳

まゆつば医学談義

餓鬼ということばがある。仏教で地獄，極楽という思想がいつどのようにして発達したかよく知らないが，昔読んだ本によると，仏教が中国に入って，道教の影響をうけ，閻魔大王という人物像（？）ができ，冥府の絵柄ができ上がったように書かれてあったと思う。この地獄の中に餓鬼道というところがある。これは無縁の亡者がここにおちるとされており，皮肉痩せひからびていて，食べても食べても飢がおさまらず，いつまでも飢に苦しむとされている。人間の慾望の根の深いことをさとしたものであろうか。

よく俚諺に「ねだめ，食いだめはできぬ」とあるが，食べても食べてもまた腹がすくし，ねてもねてもまたねむる。

最近私はどうもこの飢鬼道におちたか，やたらと食べたくて困っていた。胃袋だけが口から外に出て，目の前にぶらさがっておって，自分より先にそいつがやたらとぱくぱくやる。これはいけないと心にいましめるのだが，なにしろ，胃袋は外に出ているから私のいうことを聞かない。困っていた。案のじょう，足が突然痛み出した。尿酸値をはかって見ると高い。さてはと思った。が意外とコルヒチンが効かないで，メドロールが効いた。しかしどうも危いと思っていたところへまた，右足の拇趾の附根が腫れ出した。そこへインド航空で菜食主義者のために菜食の機内食を出しているというテレビを見た。ヒントは意外なところから始まる。よしひとつ菜食をしてみようと思って，現在いっさい魚肉獣肉を断って菜食にしている。薬はひとつものまず，湿布もしないのに3日目で足の腫れがすっかりひき，発赤，疼痛もなくなってしまった。しかもあれほど苦しんだ餓鬼の苦しみも大分おさまってきた。菜食ノ効きますよノ。難病でお困りの皆さん一つ試してみては？。

菜っ葉を食う人は，心が玉のよう……

（藜口莧腸者，多氷清玉潔）

レイコウ，ケンチョウノ者ハ，氷清玉潔多シ（角川文庫，菜根談，洪自誠，魚返善雄訳）

人間の医学　第13巻，第6号（通巻73号）

1975年11月15日　発行

発行人　永井　友二郎
印刷人　渡辺　淳
編集　〒143 東京都大田区山王1-42-2　渡辺　淳
事務局　〒105 東京都港区新橋2-20　新橋駅前ビル1号館
株式会社協和企画内「実地医家のための会」
TEL　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，その他も含めまして，年額15,000円です。