



桐医会会報

1985. 4. 9. No.11

第5回桐医会総会

100年後、1000年後をめざして

評議委員

湯沢 賢治（3回生）

既報の通り本年5月25日、第5回桐医会総会が筑波第一ホテルにおいて開催されることとなった。期しくも筑波学園都市において未来を先取りした科学万博が行なわれている時である。

従来の桐医会総会のごとく、シンポジウム形式での大討論会を予定している。多くの卒業生の意見を聞き、今回のテーマは一応「進路問題」(具体名は変更の可能性あり)とした。「一応」としたのは、進路問題そのものが、卒業生全員の卒業時からの永遠の問題であり、無限の問題であるため、ありとあらゆる問題について話し合いたいためである。ざっくばらんに、何が問題なのかを話し合いたい。

桐医会が作られてから早いもので既に6年目をむかえた。当初のうちは全てのことが未知の状態であった。10年後、いや100年後、1000年後に、とにかく大きな可能性をひめた同窓会としての「桐医会」をめざして、ただ

ただがむしゃらに今まで走ってきた。卒業生にとって卒業後、何が問題なのかもまったくわからなかった。唯一、可能性だけを信じていた。これに間違いはないと思うが、そろそろ問題を整理すべき時、いや整理することができる時がきた。卒業生の未来、桐医会の未来、筑波大学の未来、(少し気取って)人類の未来を目指して、今、何を話し合ったらよいのかを話し合いたい。何でもよいから一言、言いたいという卒業生、全卒業生に集まっていただきたい。在校生達も大いに期待して参加していただきたい。

多数の参加者を期して、会場として筑波第一ホテルをあてた。シンポジウムとしての大討論会の次には、同ホテルにおいて懇親会を予定している。科学万博の開催されている地で、100年後、1000年後の未来を桐医会総会で論じようではないか。

主な内容

・第5回桐医会総会	
100年後、1000年後をめざして	1
・ヒボクラテスたちは、今 Part2	2
・大島教授、小島教授、御退官	5
・小島教授最終講義	
「網内系をめぐって」	6

・病院紹介	
東京警察病院整形外科	10
Victor先生ご帰国	13
Medicine—An Art or Science?	13
学群だより	16
名簿訂正	17

ヒポクラテスたちは、今…… Part2

昨年から始まりました、本学群卒業生の近況をスケッチしてもらうコーナー、第2弾です。仕事のこと、研究のこと、家族のこと、今考えていること等、自由に書いていただき、近況を報告しあい、情報を交換しあえる楽しいコーナーにしたいと思っています。本コーナーあてに、どしどしメッセージをお寄せ下さい。

上遠野 栄一（1回生）

太田総合病院 循環器科

いつも会報送っていただきありがとうございます。
同級生や後輩の方々の活躍をとても楽しく読ませていただいています。

酒井 隆（1回生）

慶應義塾大学病院 内科

昨年5月に慶應病院に戻り、循環器の研究室に加わり、現在CCU及び不整脈の実験研究に取り組んでいます。
3月には、日本循環器病学会で発表する予定です。又、この5月初め頃、第2子が誕生の予定で今年も忙しい年になりそうです。

野村 和彦（1回生）

東京警察病院 整形外科

筑波を離れて、もう大分過ぎましたが、現在一般病院での勤務で、少々惰性の日々を送っています。

将来の勤務については、まだ未定ですが、医師の急増（東京は特に）の為、不安を感じ始めている昨今です。筑波のレジデント終了後の行先はどうなっているのでしょうか？

加藤 龍一（2回生）

聖路加国際病院 整形外科

第2期生として卒業後、すぐに聖路加国際病院のレジデントとして研修をはじめ、早や5年目をむかえようとしています。卒業後は大学との関係もうすれてしまい、後輩も当院にはいないため、今では桐医会報のみが筑波との橋わたしになっています。

私は当初2年間一般外科レジデントとして前期研修を終え、その後整形外科へ希望転科し、現在、後期整形外科レジデントとして研修を続けております。研修の面から考えますと、症例はバラエティーにとんどおり、全般的研修には良いと言えますが、何しろ、一般病院ですから、特殊な領域を学ぶには色々と問題があり、今後の悩みのタネになっています。生活面では当初2年間はレジデント宿舎にはほぼ缶づめの状態で時間的にも経済的にもあまり余裕はありませんが、3年目からは研究日（バイト日）ももらえたため多少は余裕が出てきました。

レジデントとしての研修期間は一応6年間になっていますが、あまり厳密なものではなく、場合によっては（科によって多少ちがいますが）職員としてそのまま残る場合もあります。

3年後に新病院建設の計画もあり、その時にはレジデントの募集も増えると思いますので、その気のある後輩諸君はぜひ遊びに（又はExternとして研修に）来て下さい。

藤井 隆（2回生）

神戸大学付属病院 第1内科 循環器科

卒後神戸大第一内科に入局し、大学、関連病院での一般臨床研修を終えて、昨年秋より大学にて循環器疾患の病態生理を実験動物を使って研究し始めました。我が医局では、神戸大以外の人も多く、他大学卒ということでの苦労はありませんでした。循環器をテーマとする医局で歴史は浅いですが、研究のactivityの高いのには驚きました。

医局の宣伝となりましたが、母校筑波大卒業生の入局をお待ちしております。

阿久津 勉（3回生）

虎の門病院 耳鼻科

社会に出てから早三年が過ぎてしまいました。筑波の方へあまり行く機会がありません。科学博には是非行きたいと思っています。

仕事の方はやや新鮮味が欠け、中だるみのような状態です。

「基礎」からもう一度、積み直したいと思う今頃です。

明尾（向山）庸子（3回生）

順天堂大学 眼科

昨年より順天堂大学眼科から国立リハビリテーションセンター病院へ出向しております。

この病院には肢体不自由者、聴力障害者、視覚障害者つまりは車いすの人、耳のきこえない人、目の見えない人々が訓練をうけるために入院、入所しています。

秋の運動会では全盲の人が、音をたよりに全力疾走するのを見て感銘をうけました。現在のところ障害者のリハビリにかなりの部分ひたっております。

ところで昨年暮れ、長男を無事出産いたしました。あまりのかわいさに、仕事を続けようという決心が多少ゆらいでできています。

田村 和喜（3回生）

東京女子医大腎臓病総合医療センター 腎臓小児科

小児科医として

大学での、二年間の研修の後、昨年四月より、東京女子医大腎臓病総合医療センターにて、一年間、勉強する機会を与えられました。腎臓小児科を選んだのは、小児科の subspeciality として、腎臓を勉強してみようと思ったからですが、医学でも中心である、東京での一年間は、多くのものを与えてくれました。第一に、たくさんの学会や、研究会に出席することができ、最先端の医学に接し、大いに刺激をうけました。二番めには、いそがしい臨床の合い間に研究を続け、折りあらば、海外での勉強を考える先輩たちと、一緒に仕事をすることで、医者として、常に前向きに、学問を続けることの大切さを知りました。そして、最後に、慢性疾患と戦いながらも、いつも明るさを失わない子供たち、その子たちのために、ためらいなく、片方の腎臓を提供する親。その深い



田村 毅（4回生）

筑波大学 DC 医学研究科

信頼と、何ものにも負けない愛に接し、小児科医としての使命の大きさを感じました。あの子たちの、かけがえのない笑顔のために、一生をささげができるなら、それは、小児科医として、最高の喜びであると感じています。

稻垣 輝美（4回生）

飯沼病院

寒い毎日が続いていますが皆さんお変わりありませんか。

私は相変わらずです。仕事に、クリスチャンの活動に、忙しい毎日です。

仕事の方は、入院患者15人担当しています。また、腹部超音波の勉強もしています。関東中央病院に専門にやっているいらっしゃる先生がいらっしゃるので、研修に行っています。また私の病院に漢方をやっている先生がいらっしゃるので、漢方もすこしづつ勉強しています。

また、聖書も、私の人生にとって最大の書物です。医学に携わる私にとって、死とは何か、生きている意味や目的について知ることができたのは、よかったです。默示録21：4に次のようにあります。「神はすべての



山登 敬之（4回生）

筑波大学 DC 医学研究科

涙をぬぐい去ってくださり、もはや死もなく、嘆きも叫びも苦痛もない。お聞きになりたい方はお手紙ください。さようなら。

北原 文徳（4回生）

北信総合病院 小児科

最前線の一般病院は、いかに大学と違うか、という話を少し。

〔その1〕

『まず何よりも、数をこなさなければならない』

小生は、今日、2時間半の外来で45人のガキをさばいたが、先輩に「お前は遅すぎる。俺は80人診た。」と、おこられた。しかし、早ければいいってわけではなく、false negativeを、いかに少なくするかが、勝負となる。先日、かの先輩は、ピッコをひいてきた3才の少女を、例の早さでお腹を触り、「ムッ」と一言つぶやいて、Neuroblastomaを診断してしまった。実にスゴイ。

〔その2〕

『自分の経験だけで、ものをいうヤツに気をつけろ』大学病院と違って（？）、一般病院には、必ずこ一ゆ一医者がいる。先日、1才の男の子の胸のシャシンを見ながら、「お母さん、気管支炎ですね。」と、小生がムンテラしてたら、かの医者が突然わりこんてきて、「先生、今、この子の咳、聴いたんだけど、こりや肺炎だよ！今すぐ入院させなきゃ駄目だよ！」

あなたがたは、「ぬるま湯」につかっているのだよ、と小生は、声を大にして言いたいわけで、実に。

長津 正芳（4回生）

東京女子医大日本心臓血管研究所 循環外科

卒業して女子医大心研外科へ入局してもうすぐ2年、早いものです。最初の8ヶ月は心研臨床室ではほとんど眠れないハードな生活、その後1年間は府中の病院へ1年間出張し、心臓外科のほか消化器を主体とする一般外科の診療・手術を勉強し、今まで女子医大に帰り、麻酔科ヘローテートして心臓麻酔を主体に冷汗ものの毎日を過ごしております。この間するどく結婚などとして、実にもう1年ともなると、私もすっかり健全な生活を成し、絵に描いたような働く青年医師と化しております（？）。この2年足らずで執刀経験もASD 3例、VSD 2例をはじめMR+RR₂ resection 4例、胆摘 3例、はてまたAppendectomy45例、Hernia15例などなど、検査では心カテ・造影100例をやらせていただきました。まだまだやりたい事、知らない事のおびただしさ、見上げれば富士山かヒマラヤの如し、の日々の連続ですが、けっこ充実した生活を送っています。では！

毎日女医さんと看護婦さんにいじめられています



筑波に帰りたいよ～

徳重 克年（5回生）

東京女子医大消化器センター 内科

三毛 紀夫（5回生）

大阪大学付属病院 皮膚科

現在教室からのバイトで大阪府立万代診療所に週に1回外勤を行っています。この診療所は日本で唯一の公立の性病専門診療所として有名で、その道の患者さん、数こられます。

特殊浴場のおねえさん達、指のない人、オカマ、芸者さんなどのその筋の人や、警察官、女子高生、時には女子中学生までくるのにはおどろかされます。

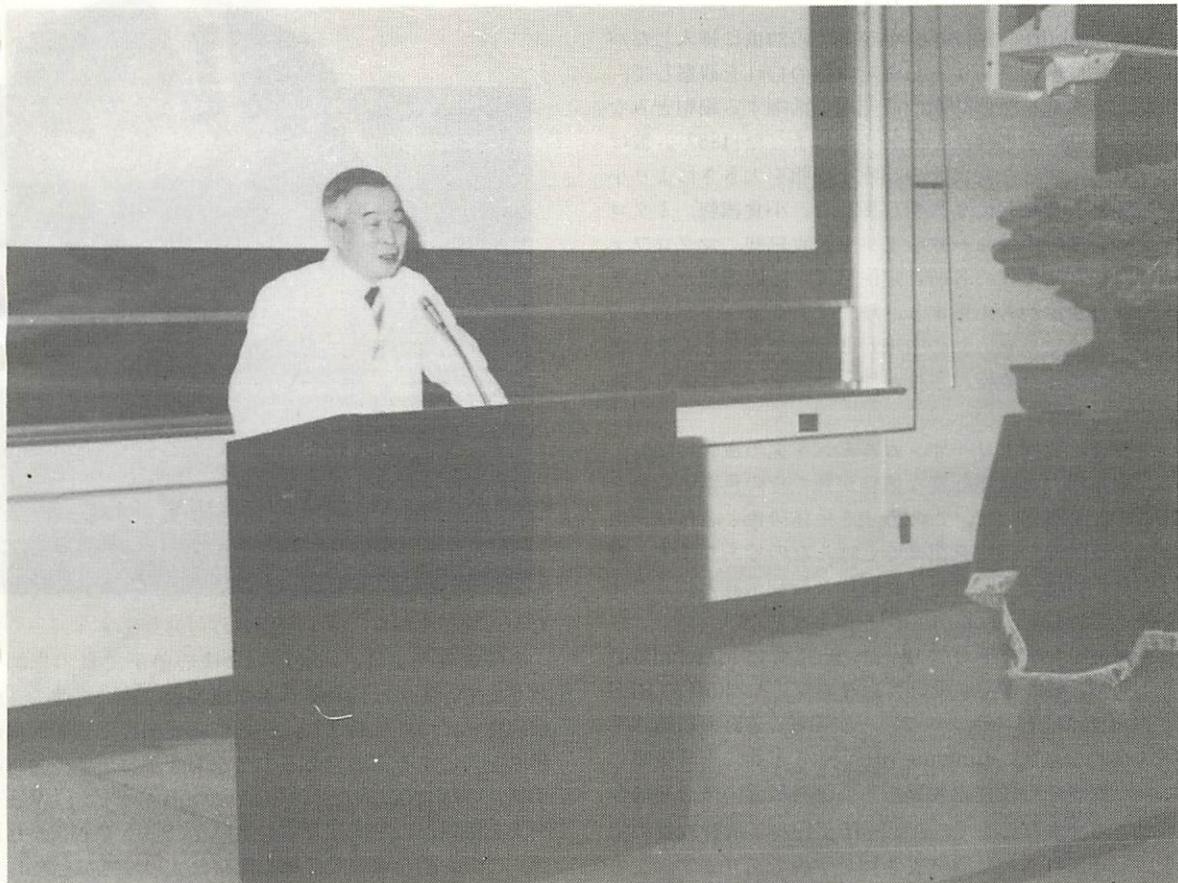
病気は梅毒、淋病、クラミジアの3つがほとんどで他にもヘルペス、毛じらみ、カンジダ etc…といったところです。患者の中にはWaR陽性で未治療なのに働いているおねえさんが結構いて、これでは性病はなくならないといつも感心させられます。みなさんも遊ぶ時は注意して遊んでください。どういうわけか梅毒はプロから、淋病とクラミジアは素人からうつる男性患者が多いですかかかったと思ったら御一報を下さい。相談にのらせてもらいます。

眼科 大島教授、病理学 小島教授 御退官

春はきく季節の歌

歌 小島

本年3月31日をもって、本学、臨床医学系・眼科 大島裕之教授及び、基礎医学系・病理学 小島瑞教授がご退官されました。1月17日、大島教授の最終講義「視力とその検査機器」、1月21日、小島教授の最終講義「網内系をめぐって」が、医学専門学群臨床講義室Aで行なわれました。本会報では、小島教授の講義を先生自ら再現していただき、掲載しました。尚、大島教授の講義は都合により次号に掲載させていただきます。



最終講義の大島教授（1月17日）

最終講義 「網内系をめぐって」

昭和60年1月21日

小島 瑞

網内系、このなじみの薄い名称は細網内皮系統の略称でありまして、細網内皮系統は das reticulo-endotheliale System (略して RES) の邦語訳なのであります。この das reticulo-endotheliale System はドイツ、ライプツ大学病理の Aschoff 教授が提唱した細胞系統で、細網細胞と細網内皮（両者は同一細胞起原とみなされる）に基づく細胞系統であり、生体の主要な防衛機構とみなされているものであります。

Metchnikoff 教授は1882年ヒトデの幼虫に挿入したバラのトゲに群がり集まつた遊走細胞のむれを観察して、これらの細胞を生体防衛の最先端で活躍する細胞とみなして、画期的な炎症論を開いたしました(1882)。彼は炎症巣に出現した貪食能の旺盛な細胞を大きさにより小食細胞と大食細胞に2大別しました。小食細胞、ミクロファージは好中球に一致します。大食細胞、マクロファージは正常時生体の各所に定住している固定型マクロファージと血流から由来する遊離マクロファージがあるとして、マクロファージの由来が2元的であるとみなしました。彼はまた免疫の主役がマクロファージにあると強調しております。

清野謙次教授はリチオンカルミンを兎の血管に注射して、生体内の貪食能旺盛な細胞が強くその色素に染色されることを見出しており、この方法を生体染色と名付け、生体染色強陽性の細胞を組織球と呼んだのであります。彼は全身の組織球を一括して組織球系細胞系統とし、これを持って1912年 Aschoff の門を叩きました。

Aschoff も1902年パストール研究所に Metchnikoff をたずね、彼の指導を受けております。Aschoff の RES は Metchnikoff のマクロファージ系統、清野の組織球系細胞系統ならびに Landau, McNee らと共に当時提唱していた内皮細胞性代謝装置あるいは脾装置の概念を統合したものであります。Aschoff が1924年清野教授の招きにより来日された際発表された学説であります。この考え方は Metchnikoff がマクロファージの炎症における防御機構の面のみを強調したのに対して、炎症のみならず、生体の正常時における種々の代謝機構においても重要な役割を演じていることを指摘しており、この点は高く評価されるであります。ただ RES の基本的細胞構成として、彼は細網細胞を細網内皮と同一細胞とみなし、肝の Kupffer 細胞を細網内皮とし、細網細胞や細網内皮からマクロファージや単球が派生してくるとしまし



たが、現在これらは全て否定されております。

赤崎兼義先生は Aschoff の最後の弟子で私の恩師であります。先生は1942年日本血液学会の特別講演で「細網肉腫」について話され、初めて細網細胞と細網内皮が起原を異なる細胞であることを明らかにして、当時バイブルの様に信じられていた Aschoff の RES に冷徹な一矢を報いたのであります。当時私は学生であります。このお話を講義で拝聴した時は大いに感激いたしました。これが私の RES との出会いであります。終戦後病理学教室に入り40年間赤崎先生の御教導の許で RES の研究に専心することになった契機といえましょう。赤崎先生はまた日本網内系学会の創立者であり、現在82歳、愛知県がんセンターの名誉研究所長として毎日元気に研究にいそしんでおられます。

1970年以降網内系研究に2つの大変革が到来しました。その一つはマクロファージがただ単に貪食能が旺盛であ

るばかりでなく、種々の生物学的活性を有する物質を産生することが明らかにされたことであって、他の一つはマクロファージが骨髄の単球に由来するという一元論の出現であります。これらの画期的な研究はロックフェラーハーバード大学病理の Cohn 教授並びにその一門によって果されたもので、後者の提唱の立役者は van Furth 教授—現在オランダ、ライデン大学細胞免疫学教室—であります。彼は検鏡による形態学的観察だけでは細胞の成熟、分化、回転の足跡を辿るのに不充分だとして、主としてキメラ現象ならびに³H-サイミシンを充分に活用した実験方法を用いて研究し、1969年ライデンにおいて、従来の RES の概念を否定し、新たに mononuclear phagocyte system (MPS) なる系統を提唱致しました。

彼のいう MPS とはマクロファージの起原は血液単球であって、単球は骨髄の幹細胞から单芽球、前单球を経て成熟し单球となり、末梢血に出て血流を循環し、ランダムリーに血管から組織や体腔に遊出して各種の臓器、組織内の遊離あるいは固定型マクロファージになるというのであります。そして炎症巣では好中球に次いで浸出し、それが類上皮細胞や Langhans 型あるいは異物型巨細胞になって肉芽腫を形成するというのです。この考え

方は極めて簡潔で理解し易いことから、急速に多くの支持者を得、現在定説として広く信じられております。MPS の帰属細胞の特徴は何かと申しますと、形態としては円形、卵円形の单核、胞体に貪欲顆粒やライソゾームが多く、細胞膜は波立っており、組織化学的には非特異的エステラーゼ、ペルオキシダーゼ、リゾチーム、 α -1 アンチトリプシンが共に陽性であり、表面性状としてはガラスあるいはプラスチックに付着し、Fc 並びに C₃に対するレセプターをもっております。また最近本系統細胞の特異抗原に対するモノクロナル抗体が少なからず作成されております。そのほか Fc レセプターを介する貪食能も重要であります。私共は上記の細胞特徴の数々を満足させる細胞を MPS 帰属細胞としているわけです。

マクロファージが産生し分泌する活性物質は60種以上が確認されており、その主なるものとして O₂ や H₂O₂ など酸素系物質、リゾチーム、プラスミノーゲン・アクチベーター、エラスター、コラゲナーゼなどの中性プロテイナーゼ、ライソゾーム酵素、補体、バイロジエン、プロスタグランジン、インターフェロン、それに線維芽細胞や血管内皮の刺激因子、T、B 細胞に作用する因子、コロニー形成刺激因子、細胞溶解因子プロコアグランント

表1 Characteristics of mononuclear phagocytes

Morphology
Single, round to oval nucleus
Pinocytotic vesicles
Lysosomes
Ruffling of surface membrane
Histochemistry
Nonspecific esterase
Peroxidase
Lysozyme
α -1-antitrypsin
Surface properties
Glass-adherence
Fc receptors
C ₃ receptors
Specific antigens
Function
Fc-dependent phagocytosis

などがあげられます。

正常のマクロファージと炎症巣のマクロファージの諸性状を比較しますと、後者は貪食、貪食能が亢進しているほか、プラスミノーゲン・アクチベーターやエラスターーゼなどの分泌、ライソゾームやオキシダント含量などの増強がみとめられます。このようなマクロファージの能力の増加、なかんずく殺菌、抗腫瘍性が増強しているマクロファージを活性化マクロファージと呼びます。すなわち炎症巣に遊出した単球は種々の活性化因子により活性化されて能力の増強、特異的な能力を発揮するようになります。

炎症巣に出現するマクロファージ、肉芽腫構成細胞は概ね単球由来の浸出マクロファージです。肉芽腫で古くより興味がもたれている問題の一つに癩があります。癩ではなぜ癩腫型癩と類結核型癩の2型が出現するのかということです。鼠癩菌をラットの皮下に植えると類結核型の癩病巣ができ、同じ菌をマウスに植えると癩腫型の病巣ができます。両病巣を比較しますと、類結核型を構成する類上皮細胞には菌体が乏しく、酸性フォスファターゼ(APS)が豊富ですが、癩腫型の泡沢細胞では胞体内に菌が充満しAPSはわずかです。すなわち癩腫型ではマクロファージの活性化が殆どおこっていないことを意味します。Tリンパ球が産生するマクロファージの主要活性化因子である γ -インターフェロンが癩腫型で欠陥していることが最近知られています。 γ -インターフェロンはTリンパ球で産生されますが、類結核型病巣ではそのTリンパ球の浸潤が顕著であるのに反して、癩腫型病巣ではほとんど認められないので。私共はリンパ球浸潤中にTリンパ球に抗原を伝達するとみなされるinterdigitating cellを、これを特異的に染め出すS-100蛋白で染めることによってその存在をみとめ、その存在意義を追求しているところです。

Gaucher病やNiemann-Pick病など多くのリピドーシスの病像がマクロファージのリピド蓄積であることはよく知るところですが、最近動脈硬化症とくに粥腫形成における単球関与の問題がつよく関心を呼んでおります。雌性ニュージーランド白兎を1%コレステロールと0.5%胆汁酸を混合した食餌で飼育すると2週後腰部大動脈内皮直下に少数の泡沢細胞が出現し、これが漸次増加して3ヶ月目には粥腫の前駆状態であるfatty streakに発展します。この過程を電顕的に経時に観察しますと、2週目から単球が大動脈内皮に付着し、それが内皮層を通過して、内皮下に達し、コレステロールを貪食し始め、飽食して泡沢細胞化する過程が観察できるのであります。泡沢細胞がこれまで平滑筋細胞ないしは特殊なmyohistiocyteというような細胞に由来するといわれておりますので、これらの細胞と単球との関係はどうなっている

のか、今後に残された問題であります。

以上申し上げましたように、炎症巣ならびに各種病的状態に出現してくるマクロファージは概ね単球由来のものであることは間違いないものと思われます。では、正常時臓器、組織内に存在しているマクロファージもvan Furthが主張するように矢張り単球由来でありますか。

腹腔食細胞は採取、観察が容易であることから、マクロファージ研究の好対象とされてきました。上記のマクロファージの諸性状は概ね腹腔食細胞の所見にもとづくものです。腹腔食細胞の単球由来は清野教授の弟子にあたる天野重安先生がvan Furthの提唱に先立つこと26年前に強く主張しているところであります。ところがvan Furthと同じライデン大学の電顕教室のDaems教授はペルオキシダーゼ反応の電顕所見で、無処置マウスの腹腔マクロファージの殆んどが核周ならびに粗面小胞体(rER)に陽性であるのに、腹腔を刺激したあとでは顆粒のみが陽性のマクロファージが出現するのを認め、前者を在住マクロファージ、後者を単球由来のマクロファージと名付けて両者を区別し、後者を単球由来のマクロファージとみなしたのであります。では、在住マクロファージは何に由来した細胞でしょうか。この細胞には當時1~5%の核分裂像をみます。浸出マクロファージに分裂像はみられません。Bodelら(1977)は単球を培養すると2~18時間目にペルオキシダーゼ反応が核周rERに一過性ながら出現することを認め、これを浸出マクロファージから在住マクロファージへの移行型とみなしました。しかしこの現象は短期間の一過性であるばかりでなく、in vitroのみの現象で、in vivoでは殆んど認められることから承服しかねます。我々は在住マクロファージの給源が大網の乳斑と考えております。乳斑にはペルオキシダーゼ反応が在住マクロファージと同一分布を示す細胞が鰐集しており、核分裂像もしばしば認められるからです。乳斑は胎生期の骨髓発生以前に既に認められます。

肺胞マクロファージは近年気管支肺胞洗浄法によって比較的容易に採取出来るようになりました。平常時肺胞マクロファージは経気道異物の浄化のほか、II型上皮の產生するサーファクタントの処理に関与しているものと思われております。この細胞も腹腔の在住マクロファージと同様にペルオキシダーゼ反応が核周とrERに陽性であります。マウスの肺胞マクロファージは腹腔マクロファージや他の部のマクロファージと異なり、アジアローGM₁が陽性であります。このアジアローGM₁陽性細胞は胎生期の骨髓発生前すなわち胎生15日目に肺胞壁に認められるのであります(赤川ら)。

肝のKupffer細胞はRESの主要構成細胞で、血流内

異物浄化に関与しております。この細胞のペルオキシダーゼ反応も在住マクロファージのパターンを示します。なお血管内皮細胞は陰性です。Kupffer 細胞の核分裂像は正常時では少数しかみられませんが、部分切除時や刺激時では非常に多数となります。ラット胎仔での肝の発生は妊娠12日目頃で、肝造血もその頃から始まりますが、造血と共に肝に幼若マクロファージが出現しております。14日目の胎仔で赤芽球を貪食し、EA ロゼット陽性のマクロファージを認めております。また核分裂像も屢々です。ペルオキシダーゼの出現はやや遅れ、17日目頃からです。そして18日目頃になると特殊顆粒をもった単球が出現してきます。

皮下組織球、粗性結合織内マクロファージを代表する皮下組織球もペルオキシダーゼ反応は在住マクロファージ型であります。検索可能であったラット12日目の胎仔以下では既に血管内、組織内に幼若マクロファージが血管内皮に接し、あるいは間葉細胞にまじって点在しております。

脳の在住マクロファージはミクログリヤが当てられております。脳の炎症、障害時出現するマクロファージは血液単球由来の浸出マクロファージであることは異論のないところだと思いますが、幼若ミクログリヤであるアメーバ様ミクログリヤはウサギ胎仔8日目にすでに脳室内に認められ、活発な貪食能力を示しているのであります。またラット胎仔15日目の脳でEA ロゼット形成マクロファージを認めました。

このように正常時身体の各處に常在するマクロファージは厳密にいって単球由来のマクロファージとは性状を異にし、しかも胎生期の骨髄発生以前からすでに存在していることがわかりました。それで胎生期で最初に造血を始める卵黄嚢の血島を観察してみました。我々が観察した最も初期の胎児は4週目のものでした。この時期の血島の血管内には多数の赤芽球に混じて空胞に富み、ときに貪食物をいた、多突起状のマクロファージが認められました。同様のマクロファージはまた血管内皮の外側組織内にも間葉細胞に混じて散見されたのであります。またラット胎仔卵黄嚢のマクロファージにEA ロゼットを認めております。

以上の諸所見から、マクロファージの起原は二元的であって、一つは骨髄造血に由來した単球からの浸出マクロファージ、他の一つは血島に由來した組織マクロファージであることが想定されるのであります。もっともこの考え方を明確にするには更に検索を深めなければならぬことは申すまでもありません。

表皮の Langerhans 細胞は HLA-Dr が顕著に陽性で、OKT6 (+)、Birbeck 顆粒を有し、S-100 蛋白 (+) で貪食能の微弱な細胞でマクロファージの共通性格と相違

します。この細胞の腫瘍には histiocytosis X があります。Langerhans 細胞はリンパ管を流れて、(veiled cell)、表在リンパ節のリンパ洞に達し、それが T 細胞領域に行って interdigitating cell になると現在考えられておりますが、尚検討をする問題が残されております。interdigitating cell はリンパ節にリンパ濾胞が出現する人胎児16週のリンパ節の T 細胞領域内に既に存在しております。この細胞は上記の Langerhans 細胞の性格にはほぼ一致しますが、ライソゾームに富む点と Birbeck 顆粒の出現率が低い点が Langerhans 細胞と異なります。ともあれ interdigitating cell も Langerhans 細胞も共に抗原呈示細胞としての役割が認められております。

同様に抗原を呈示する細胞がリンパ濾胞とくに胚中心内にあります。夥しい細胞突起を持った貪食能を欠く細胞で、現在一般に follicular dendritic cell と呼ばれておりますが、私共は細胞突起間に接着班がみとめられることから desmo-dendritic cell と名付けております。S-100 蛋白 (-)、Ia-抗原 (-) であり、interdigitating cell からの移行は一寸考えられません。この細胞は16週目の胎児リンパ節原基の新生濾胞内に既にみとめられます。我々はこの細胞の近辺に接着班をもった細網細胞が存在していることから、細網細胞からの分化が妥当と考えております。

リンパ節の細網細胞とリンパ洞内皮はマクロファージとはリンパ節原基が出来始める胎生10週目に既に別個の形態をとり、それぞれ独自の成熟過程をたどります。細網細胞は貪食能を欠き、膠原線維をかかえ込み、網状構造を形成します。リンパ節実質内のマクロファージはペルオキシダーゼ反応が在住マクロファージ型に陽性であります。洞内皮も細網細胞と同様膠原線維をかかえ込み、軽度の貪食能を示します。ペルオキシダーゼ反応は陰性です。

以上申しましたように、網内系の概念は色々と変遷を経てきましたが、現在マクロファージの名にとって変わった觀がありますが、マクロファージそのものも決して單一なものでなく、曖昧、不鮮明な点のあることがおわかりいただけたと思います。Cohn 教授も昨年日本で開催された国際網内系学会において、改めて内皮細胞系の重要性を強調し、網内系の名称の妥当性を述べております。今後の研究の進展が切望されるところですが、今日お聴きいただいた皆様の誰かがこの問題に关心をもたれ、独自のアイデアによる研究に専心していただき、日本で創設された網内系学会を更に発展していただけたらと心から願うものであります。これで私の最終講義を終ります。

病院紹介

本会報 No. 11より、新しい企画として、“病院紹介”がはじまりました。

会員の皆さんから、卒後研修その他について、他の病院の様子も知りたいという希望が多く、また、学生会員からも、進路を考えるにあたって、筑波大附属病院以外の病院についての情報を、という声があり、本企画を新連載することになりました。毎年一回、春の号に掲載する予定です。

第一回は、二回生の冬賀秀一先生に、御勤務先の警察病院をレポートしていただきました。

“東京警察病院整形外科”

冬賀 秀一（二回生）

外堀通りを四ツ谷に向けて歩くと、神楽坂下の交差点付近で中央線の線路越しに、青いネオンサインのビルが見えてくる。これが、私の勤める東京警察病院の建物である。飯田橋の駅から歩いて1分足らず。まさに都心の病院といえよう。病院のまわりでは、春にはお堀ばたの堤づたいに桜の花が舞い、夏は千鳥ヶ淵のボートが涼風をさそい、秋は靖国神社に菊の香りが漂う。雜踏の中に感じる四季も、都会ならではの風情と思う。冬が抜けたが、冬は神楽坂の小料理屋の鍋の味とでもしておこう。

私と東京警察病院とのつき合いは結構長い。その昔、中央線を小豆色の電車が走っていて、飯田町の貨物駅には蒸気機関車が煙を上げ、外堀通りには満員の客を乗せた都電が行き来していた。もう20年以上も前のことである。飯田橋の西口の角には通信博物館があった。現在は、飯田橋会館の立派なビルに変わってしまったが、当時は2階建てで床に油の敷いてある学校のような建物であった。切手収集によく通ったものである。その隣りにつたのからまる教会があり、さらにそのならびが病院であった。石造りの古めかしい建物で、いかにも病院ですという感のあるいかつい建物であった。家から歩いてわずか20分の所だが、小学校低学年の私はこの建物を見ると、何故かものすごく遠い所へ来てしまった、来てはいけない所へきてしまったという、恐しさを抱いたのを覚えている。東一に入院していた叔母の、癌末期の姿をオーバーラップさせていたのかも知れない。勿論、この病院に就職するとは予想だにしていなかった。

現在の東京警察病院は、白い10階建てのビルに変わっている。警察と名が付くので公立の病院と思われるかも知れないが、警察庁職員で組織する財団法人自警会の設立によるものであり、したがって私たちも公務員ではない。設立母体からして、警視庁職員及びその家族の職域

病院ではあるが、一般にも解放された病院であり、6割以上が一般の患者さんである。病床数は公称506床となっているが、現在I.C.U.病棟を増設中であり、今春にはその数を増す予定である。

当院への就職は、履歴書等の書類を揃え出願手続を行い、毎年11月に行なわれる就職試験の結果決定される。詳細については、医事新報ジュニア版等の関係雑誌を参考するか、当院の人事課に照会されたい。試験内容は、各科により異なるが、私の所属する整形外科では、59年秋の試験は、整形領域の記述試験と英文和訳の2本立てであった。筑波で鍛えられたM6の諸兄諸姉には、難なくこなせるものと思う。試験を心配しすぎることはない。

就職すると、まずレジデントの身分となる。当院のレジデントは常勤医師として待遇されるため、諸々の手当のほか、ボーナスも年3回支給される。レジデントの期間は、前期のジュニアが2年、後期のシニアは各科によって異なるが2~4年である。ちなみに、整形外科のシニアは4年となっている。レジデント終了後は、医員、医幹、副医長、医長と、ほぼ2、3年づつで昇格していく。表むき、「レジデント終了後、医員として採用されるかどうかは、欠員の状態、レジデント期間中の成績を考慮して決める。」となっているが、私が就職してからレジデント終了後に医員に採用されなかつた者はいない。ここ数年間はこの状況が続くだろうし、その意味では今しばらくがチャンスかも知れない。

筑波大の卒業生は、当院に5人就職している。一回生の庄司豊彦先生、野村和彦先生、神山慎二先生（現在は筑波大心臓学系講師）、二回生の中山健児先生、それに私である。全員、整形外科に勤務している。整形外科の加藤文雄部長は、筑波大整形外科の林浩一郎助教授と東大時代同級であり、股関節や肩関節が専門である。このボ

スの下、現在総勢15名で屋台骨を支えている。私たちの筑波大をはじめとして、東京医大3名、新潟大3名、あとは弘前大、秋田大、福島医大、千葉大と様々な大学から集まっている。出身大学はばらばらだが、中にいても不思議なくらいまとまりがいいのが、私たちの医局の一つの魅力だと思う。この15名が、飯田橋の本院、国分寺の分院、小平の公立昭和病院にわかれて仕事をしている。それぞれの病院を、レジデント期間中にまわって、各病院の特徴ある患者さんを診ることが出来る。こういうローテートの出来る所は、一般病院ではまずないだろう。分院、公立昭和病院については後に述べるとして、就職早々の一年生の研修内容について紹介しよう。レジデントとして採用されると、院内オリエンテーションの後、6月の1カ月間は毎日飯田橋でなく本郷通いとなる。東大で行なわれる整形外科新人クルーズで鍛え上げられる。この内容は、昨年出版されたので御存知の方もいるかも知れないが、入門、基礎から始まって、診断、検査、治療の臨床面まで、整形外科医として必要な知識を一通り、朝から晩までこまれる。これには、ギブス巻き、手洗い、X線といった実習まで網羅されている。

このクルーズがすむと、本格的な仕事が始まる。病棟では、点滴の刺し方、包帯交換の方法、X線や諸検査の指示の出し方等々を、先輩の先生に手とり足とり教わる。外来は、はじめ加藤部長についてgeshreiberをしながらその流れを知り、予診をとるようになり、夏すきからは急患を中心に午後の診察を行なうようになる。1人立ちして外来診察を行うようになるのは、年末から年明けの頃である。1人立ちして間もない頃は、確かに不安も伴うが、当院では2人づつペアになって向い合いで外来を行っているので、わからないことは前に座る先輩に聞くことが出来る。そうするうちに、知識もどんどん増えてくる。昨年就職のニューフェースも、今では10年選手のように堂々と外来をしている。

手術も同様で、最初は手洗いから始まり、清潔動作とは何であるかを徹底的にこなされる。基本操作の指導も部長自ら行い、糸結びの練習で整形医局の椅子にこんがらがった糸が何本も並ぶのはこの頃である。夏頃から術者としての活躍が始まる。まずは、内固定材（骨折に対するプレート固定等）の抜去、筋性斜頸の切腱術（子供の患者が殆んどなので夏休みの手術が多い）である。手術件数は本院だけで年間500例を越えるので、頭数8人で割ってもらえばその数の多さがわかるだろう。この病院にいれば、自然と手術症例数が増えてくる。一年生でもチャンスがあれば、ある程度高度な手術もまわってくる。昨年入ったニューフェースは、一年生の秋に腰椎椎間板ヘルニアの手術（Love法という）を行っている。二年生でも、大腿骨頸部骨折に対する人工骨頭置換術や、

変形性股関節症に対する股関節全置換術がまわってくる。私も、最初のLove法は一年生の終わり頃であったし、人工骨頭は二年の秋の頃であった。勿論、高度な手術を訊もわからない早い時期からただやりさえすればいいというものではないが、術前にしっかり勉強し意欲があれば、決して妨げないというのが部長の方針のようだ。この他に、月2回程度「救急外科」の当直が当たる。これは、整形を中心に外傷の救急患者さんを治療するものである。最初の3ヵ月間は、先輩の先生と一緒に当直するが、このときに骨折、脱臼の整復や創処置のノウハウを教わることが多い。私が、アキレス腱断裂の手術を初めて行ったのは、この当直のときの患者であったし、肩関節脱臼の整復を初めて行ったのもこのときだった。

これら整形本来の仕事の他に、一年生の間に3ヵ月間麻酔科をローテートする。この間に、気管内挿管による全身麻酔を150例近く行う。挿管のテクニックと共に、術中は勿論、術前術後の全身管理の方法をこのときに身につける。また、整形外科の治療や検査に必要な硬膜外麻酔や腰椎麻酔、各種ブロックのテクニックも勉強することになる。

以上が一年生の研修の内容であるが、次に当院での一週間のスケジュールを、昨年の私（四年生）を例にとって紹介する。

月曜日は朝9時から外来。この日は初診外来で、多いときは1日に40人近くの患者さんを診る。受け付けは11時半の締め切りだが、診察が全て終わるのは午後の1時から2時頃になってしまう。しかし、この初診の中には手術の適応のある患者さんも多い。こういう症例を見つけ、検査のプランを立て、手術を行い、機能的に回復して社会復帰していく姿を見ると、つくづくやりがいのある仕事だと思う。この日の午後は部長の総回診。3階の小児病棟、5階の成人整形病棟を巡り、整形の全ての入院患者さんを回診する。夕方からは、医局でのケースカンファレンス。その週の手術予定のプレゼンテーションを受け持ち医が行い、前の週の手術の報告を執刀医が行う。活発な意見が飛びかうことしばしばである。

火曜日は病棟当番の日。このときは、朝夕の点滴のほか、各患者さんの包帯、ガーゼ交換、必要な指示出しを行う。

水曜日は手術日。この日は手術室を午前、午後フルタイムで2部屋使えるので、週の中でもメインの手術日となる。一日に4～6例を行なうので、午前中外来の先生も午後から手術室に入ってくることが多い。

木曜日はアルバイト日。三年生以上は週に一日この日がもらえる。行く先は、OBの先生のところであったり、他の曜日に先輩の先生が行っているところであったりする。本院の方では、この日の午後も手術日となっている。

金曜日は再診の外来日。術後のフォローアップや、外で継続して診ている患者さんの診察をする。この日も手術日で、一日中一部屋が整形に割り当てられている。勿論、必要に応じて私も午後からは手術にはいる。この日は、夕方から抄読会が行なわれる。現在は手の本の輪読と、自分の興味ある外国文献の抄読を行っている。

土曜日はフリーの日。この日は特にdutyがないので、カルテの整理を行ったり、検査を行ったりする。

こういうスケジュールを見ると、当院の医者たちは仕事の鬼の集まりと思われるかも知れない。たしかによく仕事をするが、遊ぶのもみんな好きである。月、水、金の夜は、神楽坂や飯田橋の赤い灯、青い灯の下で盃をくみかわしている。手術が長びいて誰もいなくなった医局に戻ってみると、医局のホワイトボードに「〇〇の店で待っているから早く来るよう」という伝言が書かれている。美味しい酒を愛する者も多いが、それ以上に皆、美食家である。酒の飲めない医者が神楽坂の鮨屋の常連であったりする。

四季には医局のメンバー全員で泊りがけで旅行に行く。春の旅行は病院あげての行事だが、これ以外に夏は海水浴、秋はゴルフ、テニスのスポーツ旅行、冬はスキーツアーにてかける。何とも遊ぶのが好きな医局でもある。

さて、次にレジデント期間中にロートートすることになる分院と公立昭和病院について書くことにしよう。分院は、国分寺市にあり、本院から首都高速を使うと45分で行くことができる。分院長の原親夫先生は、先々代の整形外科部長でもあり、今も外来診療を行っている。また、原先生は筑波大の及川教授とも親交が深い。ほかに整形外科は林医長以下4名のスタッフで仕事をしている。全体で236床と本院に比べ規模が小さいが、本院の5倍という広大な敷地で一年中花が咲きみだれる恵まれた自然の中に建っている。

ここの特色の一つは、そのリハビリテーション病棟にある。西棟の建物全体がリハビリ棟になっていて、整形外科と内科の患者さんがほぼ半分づつを占めている。理学療法室、作業療法室をはじめ、歩行訓練用の広いプール、義肢装具作成用の工作室までそなえている。

また、分院には整形外科専用にマイクロサーボジャリーの動物実験室がある。ラットの腹部大動脈はマイクロ

の練習に最適であり、常時10頭程度は飼育されている。実際の手術室で用いるのと同じ手術用顕微鏡が入っていて、トレーニングには申し分ない設備である。一年のロート期間中にこれらの本院に勉強を充分積み重ねることができる。

分院での整形の手術件数は、年間約300例でありこの件数を4人でこなしている。ここでの症例は、脊椎や膝股関節の慢性疾患が多く、当然これらの大変な手術が多くなってくる。膝の全置換術は、本院よりも症例数が多いくらいである。

公立昭和病院は小平市にある。昨年、筑波大の崎田教授が退官後に院長として赴任されたので、御存知の方も多いと思う。昭和大学との直接の関係は全くない。小平周辺の幾つかの市が共同出資している公立病院で、約600床の設備がある。整形外科のスタッフは2人の医長とも東京警察病院の出身であり、その下で2人のローターが本院から回っている。

この病院の特色は、その地域病院の中核をなすだけに、救急の外傷による患者さんが多く、また近隣の開業医院から紹介されてくる患者さんも多い。この病院での整形の手術件数も年間約300例であるが、やはり骨折、脱臼あるいは腱断裂といった新鮮外傷が多い。

また、分院と公立昭和病院の間では、月1回持ちまわりで合同カンファレンスを行っている。お互いの病院での珍しい手術例や診断に難渋した症例、ときには失敗例を持ちより、討論、検討を加えている。

こういった内容で、レジデントの間に3つの病院をまわることが出来る。本院、分院、公立昭和病院、それぞれに異なる特色があり、一つの病院だけでは決して身につけられない知識を勉強することができる。非常に魅力的だと思う。

本院では、毎年夏休み期間中に体験研修を受けている。実際にどういう仕事をしているのか、目の当たりにして欲しい。6月頃、当院の人事課に申し込むシハイムになっている。(回102 千代田区富士見 2-10-41 東京警察病院人事部人事課 Tel 03-263-1371内線224)

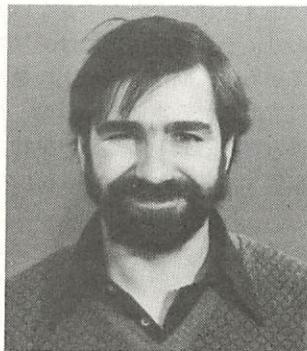
M6をはじめとした筑波大の諸君。一緒に仕事をしようではないか。意欲と熱意のある君たちに期待する。

Victor 先生・御帰国

Victor Darley-Usmar 先生が、この春、イギリスに帰られることになりました。先生の御専門は生化学で、昭和58年4月から、60年3月まで、医学専門学群において、教鞭をとられました。(M3, M4 の専門外国語) また、ECFMG のためのクラスを開設なさったり、昼休みにコンサートを開かれたりと、幅広い御活躍でした。

A Short Biography

Victor Darley-Usmar



I was born at an early age, without a beard in the middle part of England near Nottingham. This old city is famous for Robin Hood who did not shoot an apple off his sons or anybody else's head, as so many of you seem to think (that was, in fact, the famous Swiss banker William Tell!). I went to the University of Essex, which is not especially famous (except for me, of course!). I took my B. Sc in biochemistry and three years later my Ph. D., My pioneer spirit took control and I went to the University of Oregon (U. S. A.). Despite my search for two years I found no gold (maybe because I was 80 years too late!) but I did some interesting research. After reading Saikaku I thought Japan must be an interesting place. I then started at Tsukuba teaching clinical biochemistry and doing research. After correcting about 135 papers, going to a lot of parties, learning a little Japanese, doing a lot of teaching and some interesting research with my colleagues (many thanks to them for their easy tolerance of my various idiosyncrasies). I decided I must go back and straighten out the British economy which seems to have sadly deteriorated since (because?) I left. I am looking forward to returning the kindness and friendship I received from many staff and students when you come to England. But don't all come at the same time!

Medicine —— An Art or Science? 医学 —— 医術から科学へ

Victor Darley-Usmar

人間の最も顕著な特徴は、周りの環境に順応し、かつそれを変えることができるということである。人類は、地球自身が変化するほど劇的に我々の環境を開拓してきた。この事を可能にした要因とはなんであろうか。一般的に生物が環境に適応し、生存し続けるために、二つの異なる戦略 (Strategy) をとるということを考慮しなければ

ならない。その一つの戦略は、遺伝的に規定されたある一定の行動パターンに従って生態学的な適所に完全に順応できるということである。この特徴は、ただ適切な環境が存在すれば、個々の生物は何ら学習することなしに、自分に備わった“遺伝子型”を表現できるということである。もう一つの戦略は、我々人類が最も端的に表現し

ているように、遺伝的支配が最小限だということである。このような戦略を用いる生物は、たとえ完全といえないまでも、種々の異なった環境に適応できるという利点を有している。一般的に生物は、多くの環境に適度に順応するのか、それとも限られた環境に完璧に順応するのかを選択しなければならない。遺伝的支配の少ない生物は、生存に必要な行動が、まだ備わっていないため、生まれてすぐに独自で生きのびることができないという短所をもつ。その代わり、その種の生物には、“学習能力”が遺伝的に備わっている。人間は、地球上の他のどの生物よりも、遺伝的に支配される本能的な行動より、この“学習”によって得られた行動を多くとる生物であろう。多分、我々の行動を遺伝的に支配しているものは、ただ“探求心”のみであり、この“探求心”があってこそ、“学習”が可能になるのであろう。このオープンプログラミングとでも言える戦略のおかげで、ただ単に生きのびるために必要な行動を、はるかに超えた行動を学習することが可能となるのである。

人類の歴史が始まって以来、人類は現代なら容易に診断できる様々な病気に長い間さいなまれてきた。病気に倒れた人の変化があまりにも大きいので、誰もがその原因をさぐり、処置をほどこそうとする。我々の周りでも誰か親しい人が病気になった場合、どうしていいかわからないが、何かしなければならないという経験は、皆が持っていると思う。古代の人々もきっと同じ様に感じたにちがいない。処置の方法は、病人に直接薬草を与えること、親戚や友達が病床で儀式、ダンス、徹夜の看病などを行なうこともあったであろう。これらの行動は、病気が病人自身だけではなく病人の周りの人にも何らかの形で苦しみを与えていたことの表現であり、現代医学ではこのようなことへの配慮をしばしば忘れがちになっているのではないだろうか。このような処置が効果があったかどうかは不明であるが、すでに古代から、病人を処置することは専門家にゆだねられていた。古代のまじない師は先達や賢人から技術を習得し、それを又弟子たちに伝承した。個々の専門家の力量の重要さはその頃から始まり、今現在にまで引き継がれている。その頃の特徴は、儀式や治療法が秘密とされた点である。

民間療法はときと場合によっては良く効く事がある。実際、ある治療法は効果のある物質を含んでいて、正しい時期に適量取れば、ある種の病気に対しても効果がある。しかし、民間療法を施す者は、たいてい何が正しい治療法なのか、ある薬を構成している何千もの成分のうち何が効力を表わしているのか知らないし、又、そういうことを本当に知ろうとはしない。この点は民間療法や“医術”的特徴であり、科学とは明らかに区別される。民間療法で投薬の際になされる様々な儀式は、薬そのものと

同じか、それ以上に重視される。現代医学においても、今だにこのような儀式的要素は大きな役割を持っている。民間療法を施す者は、服装に重きをおき、普通の人と違うスタイルや色合いのものを身につける。現在医療関係者が白衣を着るのは、これと同じことではないだろうか。白衣を着、聴診器をかけているというのが、一般人がもつドクターのイメージとして定着している。もちろん、白衣を着るのは衛生上の理由からだ、と言うこともできるが、そのまま白衣を着て食堂、図書館、講義室など病院外へ行く人も多いので、この理由は正当化できない。白衣は、つまり、職業的地位を示すシンボルとして存在する。現代では古代と違って治療法が秘密にされることはないが、治療法が一般人には理解できないほど複雑に又は複雑そうに見えるので、医者はすごいものだと思われる一面が残っている。

古代から医療の実践は、大胆な実地練習や直感や、幸運などによって進歩してきた。その意味では、医学とは理論と無関係な実用的な学問であった。もちろん、我々は何かわからないことを説明したいという強い気持ちを持っているから、種々さまざまな理論が生まれた。しかし、患者の治療には理論はあまり関係がなかった。次のフローレンス・ナイチンゲールの例がこの点をよく表わしている。ナイチンゲールは、厳密な衛生学と適切な看護法を応用して数えきれない人々の命を救ったが、彼女の看護法の理論的支柱となったパストールの病原菌説は信じていなかったという。この場合の医療とは、科学とは異なり、“わざ”とか“術”と呼ばれるものであり、病気にうち勝ち、できれば治そうという実用的技術なのである。理論的根拠は最少限で、治療法や技術の改善は、もっぱら経験にたよっていた。抗生物質の発見の過程も、この良い例であろう。ほんの少しの例外はあるが、我々が現在使っているほとんどの抗生物質は、それが効果を表わす微生物の代謝作用を研究して生みだされたものではない。その多くは、自然界の化合物一つ一つを、その殺菌作用について大量に検査し、ふるいにかけることによって、発見されたものである。この方法は、民間療法において、薬をみつけた方法とあまりちがわない。更に我々生体と、生体に侵入してくる微生物との代謝過程の相違に基いて細菌のみを選択的に攻撃する理論は臨床的に効果的な薬を産み出す上で、あまり役に立っていない。

現在、我々は歴史的にみて、医学の重大な岐路に立っている。現時点では、今まで述べたように、医学の理論と実際はあまりうまく連係していない。このことが、各大学の医学部カリキュラムにも、混乱をもたらしている。臨床の立場からみれば、医学はまだ事実上理論なしでもやっていく“わざ”か“技術”だと言える。最終的には病人を治すことが主目的なので、治療の効果があれば

その背後の理論はあまり追求されない。このように、医学生は、実際に患者に接してはじめて「本当の医学」を学ぶのだと思いがちである。彼らにとって、病棟を回っている時、生化学との関連性を認識することは、確かにむずかしいだろう。たとえば、アミノ酸の構造を知っていることが、どんな役に立つのだろうか。しかし、一方では、医学の実体は、いわゆる基礎的な臨床医学の研究成果を応用することによって、大幅に変わってきた。基礎的な臨床医学研究と、臨床の実践との融合は、まだ実現していないが、近い将来に可能となるであろう。

現在二つの分野で医学の大改革がおこっている。DNAの組み替え技術のおかげで、実際に、遺伝的におこる、すべての病気の生化学的原因を明らかにすることが可能となりつつある。神経生物学とその関連分野では、様々な複雑な徵候から神経の病気を診断するのはむずかしく、大変なことであったが、その代わりにDNAレベルで障害を確定する簡単なテストができるであろう。現在、それを成し得る手段は整っており、実際希望のもてる結果がすでに報告されている。

第二に、免疫学の分野での研究成果が色々な形で臨床に応用されてきている。例えば、まずモノクローナル抗体の開発は、病気の研究、診断、そして治療法を著しく進歩させるであろう。又、ワクチンの人工合成のおかげで、マラリヤ、ウィルス性肝炎、インフルエンザなどの病気にも対処できることになり、その時、医学の理論的根拠は、大きく変化するだろう。癌の分子生物的根拠も少なくとも概要はわかっており、この数年のうちに本当に治療法がみつかるかどうか明らかになる可能性がある。

医学の知識は指数関数的に増加しているとよく言われ、実際上の医学的な活動を考えればそれは本当であろう。しかし、医学生が学ばねばならない知識が増えているという点は事実ではない。医学の理解が深まり、本当に何がおこっているのかが以前よりよく解かれば、実質的には複雑さはかえって減ることになる。複雑な病気が解明されると臨床上の問題も簡潔化し、医学生を教育するのも患者を治療するのも簡単になってくる。例えは、癌は生化学的原因が解らないから複雑な病気だとは、もう言えない。つまり、我々が癌について色々なことを知っている現在、癌は複雑な病気ではなくなってきている。このように科学は、医療の実際を進歩させたが、それによって医学が真に科学的になったのだろうか。医学が科学的であるかどうかは、実際に医学を行う医師一人一人の態度によっているのである。医学は科学的であり得るし、科学的に応用される時が一番効果的だと思う。診断と治療が、観察と実験に基づいて論理的に一貫した過程としてみられる時、それは科学精神にのっとったものである。ここで実験というのは、患者の病気の本質に関して立て

た理論をテストするための治療ということである。もちろん、患者の容態、病歴を考えに入れず、ただ先輩の医師の指示通りの治療をするだけでも医者の仕事は勤まる。しかし、これは科学的アプローチとはほど遠く、誠意のない態度だと言えよう。

このように、良心的な医者が、最も科学的な医者だといえることができる。医学に科学的にアプローチすることが、冷たい、人間味のないことだと一般的に思われるがちだが、それとは正反対に、このアプローチこそが心のこもった人間的なものである。問題の核心は、“探究心”である。かつて、人類の歴史において進歩の推進力だったように、この探究心こそ現代の医学を科学的に進歩させる推進力となっている。

筑波大学では、医学生と基礎医学の教師陣や研究者との接触があまり活発ではない。学生にとって実技(臨床)は、科学というよりは料理のようなもので、基礎医学の講義は彼らの臨床経験に無関係なことが多く、つまらないのかも知れない。しかし、この臨床と基礎科目のギャップを埋めて、知りたいという感情や、知識欲が満たされた時のワクワクする気持ちを盛り上げようではないか。知る必要とそのための追求があり、それをどう診断、治療に応用するかという性格を持つ医学は、まさに科学である。この点を、教育、診療、研究のなかで強調する必要がある。そうしてこそ初めて、科学的態度と言えるであろう。もしそうでないとすれば、もはや科学的ではなく、また、良い医療とも言えないであろう。

医学をバラバラな事実の寄せ集めとしてではなく、合理的な一貫性のある学問として見て初めて、患者のために最善の治療ができる。良いことをしているという気持ちだけでは、残念ながら良い医者は生まれない。眞の熱情と关心があってこそ、医学は進歩する。探究心が大変強く、自分のかかわっていることに対する限りない关心を持っている人々によって、医学の進歩がなされてきた。学生にこのような態度を持たせようとすることが医学教育の目的であるべきで、その他のこと一例えは試験を最重視することなど一は目的とされてはならない。

このアプローチを全うするには勇気がいるが、努力するだけの価値はある。皆さんには、各自の“探求心”を追求して研究者あるいは臨床医としての能力をますます磨いていただきたい。何よりも、肩の力を抜いて、職業があなたに与えるチャレンジを楽しんでいただきたい。

尚、本文は、Dr. Darley-Usmar が英文で書かれたものを、直美夫人、藤田禎三先生に、御翻訳いただきました。

お二人に、紙面を借りて、厚く御礼申し上げます。

〔学群だより〕

岐路？？ '84基臨社祭回顧録

'84基臨社祭実行委員長

安 田 貢

'84年10月6日（土）、7日（日）の2日間にわたり、第6回基臨社祭が行われました。晴天に恵まれ、昼間約1500人の皆さんに見ていただくことができ、過去に比べて多くの動員となりました。さらに、後夜祭のディスコでは、300人を越える人々で賑い、会場の医専食堂はパンク寸前でした。

こんな話で始まりますと、「'84基臨社祭は何の問題もなく終わったように思われるかもしれません、そうではありません。ここに現在の基臨社祭の持つ問題点（殆どが過去からひきずってきたのですが）をあげてみたいと思います。

① 全学・双峰祭との関係

'84双峰祭は、大学側との話し合いがつかず、開催断念という結果でした。しかし、「'84基臨社祭は、過去の'80基臨社祭がそうであったように、学群祭として行いました。このため、他学群生からは「日和見」という声もあがりました。

これは、過去より問題とされていて、今回の基臨社祭単独開催で特に表面化した、基臨社祭の二重構造によるものです。いわば2つの顔を、基臨社祭は持っているのです。

a) 医学地区での顔（医学地区の祭り）

例年の慣例として、学群からの機材借用、先生方よりの御助力などのため（特に昨年は臓器研究、健康リサーチなど）、全学とは別個に、医学学群長宛に実行計画書を提出していました。さらに、当日の医学地区では、基臨社祭実行委員会による自主管理を行ってきました。

b) 双峰祭への顔（双峰祭の中の医学専門学群企画）

双峰祭には、基臨社祭自体が学群企画であるという形をとって参加していました。したがって、全学的な企画団体の総会にも、数多くの企画を代表して、基臨社祭実行委員会が出席してきました。

このaとbの基臨社祭の矛盾した点が、単独開催した昨年、大きく表面化してきたのです。

要するに、今までの6回の歴史を経て、近年の基臨社祭は、単独で開催できる力を内包しつつ、双峰祭に参加してきたといえます。前述した「日和見」の意味は、ここにあるのです。つまりは、医学専門学群には、双峰祭以外にも逃げ道があるのです。今後も、基臨社祭が、双峰祭への顔と、医学祭としての顔という2つの顔を使い

わけることを続ければ、問題は増々表面化し、複雑になるでしょう。

過去よりこれは、簡単に解決できる問題ではなかったのです。なぜなら、この2つの性質からうまれたものが、基臨社祭であったからです。つまり、基臨社祭がこれらの性質を持つというのも当然なのです。常に基臨社祭ではこの2つの性格を満たそうとしてきました。今ではそれが、毎年の多少の改善も空しく、重荷となっているのが現実です。

② 基臨社祭自体の抱える問題

- a) 財政面
- b) 企画参加者の少なさ
- c) 観客の少なさ
- d) 学群生の低意識
- e) 企画の甘さ
- f) 医短との関係
- g) その他（カリキュラムとのかかわりによる期日など）

さて、今まで問題ばかり述べてきましたが、例年抱えていた問題が全く改善されなかつたわけではありません。

実行委員会は、5月の時点で、「'84基臨社祭基本方針」を打ち出しました。その84基臨社祭の目的の中で『地域住民および学生の医学に対する理解を深める場』という項がありました。昨年は、それを実現すべく『企画の甘さ』、『学群生の低意識・企画参加者の少なさ』、『観客の少なさ』の3点を重点的に改善しようとしました。第6回基臨社祭は、他大学に見られる模擬店、お祭り企画先行の学園祭のようではなく、医学祭としての色彩を強めようとしたのです。（もちろん、模擬店、後夜祭もあります…。）

そのため、より多くの学群生に参加してもらえる本部企画を増すという方法もとりました。広報面では、約1万枚のビラを地元に配布しました。

そして、基臨社祭当日の状況は……。

① 参加企画数……26企画（83年の1.5倍）

『臓器研究』・『健康リサーチ』

『精神医学研究会・シンポジウム』

『極地医学研究会・講演会』『映画』等例年多かった、いわゆる壁企画を極力少なくし、目や耳に訴える企画を目指したつもりです。

② 観客 約1500人

後夜祭 約300人

③ 企画参加者

特に1年生（11回生）の実行委員や企画に対しての積極的な参加が目立ちました。

打ち上げの会場となったアドリブが、満員であったことを考えると、それなりに多くの学群生が何らかの形で

企画にタッチできたのだと思っています。

以上様々なことを述べてきましたが、'84 基臨社祭が、それなりの成果をあげ、無事終了したことを私は満足(?)しています。前回の実行委員長として、第7回基臨社祭の成功と、実行委員及び医学専門学群生諸君の健闘を祈ります。

1984年度版 名簿訂正（1月末日現在。敬称略）

(1回生)

上遠野栄一 (現) 963 郡山市細沼町 304 細沼ハイツ
506

(勤) 太田総合病院循環器科

島内 武英 (現) 459 所沢市並木 3-2-1-206
0429-98-2530

寺本 修 (現) 280 千葉市磯辺 3-32-8
0472-78-6367

(勤) 280 千葉市磯辺 3-32-1

0472-79-2211
千葉県救急医療センター

(帰) 287 佐原市佐原イ 4149
0478-52-9554

松本雄二郎 (院外研修) 水戸済生会病院 水戸市双葉台
3-3-10 0292-54-5157

(2回生)

天貝 均 (現) 420 静岡市北安東 3-16-25

宇川 康二 (現) 167 杉並区松庵 3-6-16 ヴィラ
エトワール 206 03-335-1247

塙本総一郎 (勤) 280 千葉市亥鼻 1-8-1
千葉大学付属病院 第2外科

(現) 290 市原市五井 899

古内 孝幸 (現) 141 品川区東五反田 3-16-37
サンテラス島津山 302号

03-444-8280

(帰) 193 八王子市散田町 2-29-5
0426-62-8277

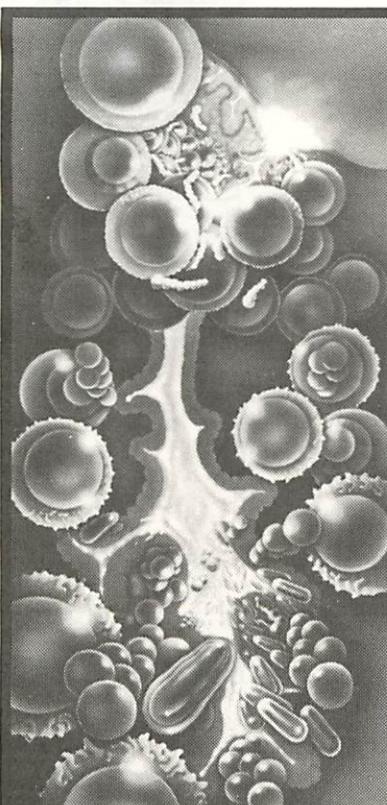
(3回生)

小川 功 (現) 305 桜村金田 74 村営金田住宅
A-1-201号 0298-57-4684

(勤) 筑波記念病院外科

(帰) 306 古河市大手町 5-8
0280-22-2425

鈴木 利人 (現) 310 水戸市新原 1-1-22
国立水戸病院官舎



いま、治療上問題となっている、
黄色ブドウ球菌、バクテロイデスに
強い抗菌力を示す新しい抗生物質製剤
ダラシンP注。
クリンダマイシンの注射用製剤です。

抗生物質製剤

ダラシン^RP注

注射用リン酸クリンダマイシン

薬価基準収載

■機能・効果・用法・用量・使用上の注意等は添付文書をご覧ください。

Upjohn

日本アップジョン株式会社

東京都新宿区西新宿 2-6-1

関藤 典子 (現) 〒710 岡山県倉敷市上富井 30-10
 (勤) 岡山大学医学部付属病院 内科
 藤崎 安明 (現) 〒286 成田市加良部 1-7-4-301
 宮川 創平 (現) 6月まで) 〒309-17 西茨城郡友部町
 鯉淵 6528 リハビリセンター公舎
 諸角 誠人 (現) 〒155 世田谷区代田 2-29-5 代田
 ヒルズ 104 ☎03-795-2195
 (4回生)
 辻 勝久 (現) 天久保 2-9-6 スタービル 303
 ☎0298-52-1792
 長津 正芳 (現) 〒162 新宿区早稲田町 12-501

また、下記の方々については、御住所も御勤務先もわかつておりません。御存知の方は当人に御一報の上、事務局までお教えいただければ幸甚です。(敬称略)

(1回生) 篠原 功、前田 哲朗
(2回生) 西原 毅

編集後記

* Grover Washington Jr. の Come Morning を聴きながらこれを書いています。そろそろ夜明けの気配です。M4 の全総括テストも終わり、この会報第11号の割付作業も昨晚終わり、あとは編集後記を残すのみとなりました。Kakochan 本当にご苦労様。ここまで書いたところで East River Drive と Come Morning が終わって、3曲目の Be Mine が始まりました。全8曲が終わる前にあと21行のノルマをこなせるかどうか、非常に不安な今日この頃です。と思う間に4曲目、Reaching Out。思い起こせば4年前、この学群棟で(あ!もう Jamming……)入学試験を受けた時には、棟内をグルグルと引きまわされ、まるで市中引きまわしの刑に処せられているようでした。それに、もし万が一、何かの間違いで合格してしまっても、こんなに複雑な建物なのでは、方向感覚が未発達の僕にはとてもやってゆける所ではないなどと真剣に悩んだりしたものです。(6曲目、Little Black Samba) そんな僕が、今ではすっかり大人になって、病院内をうろうろしたり学系棟をプラプラしたりするようになりました。おかげに、何を思ったかヒゲまでたくわえるようになってしまい、情けないやらおかしいやら、尽々、世も末だなと思います。(そうこうするうちに、Making Love To You は何時の間にか消え去り、最後の曲、I'm All Yours がかかっています。)窓の外に目をやると、もう硫酸銅溶液の青です。空は全く曇っているのに、朝って奴はどうしてこういつもいつも節操もなく青くなりたがるのだろうと、愚にもつかぬことに腹を立ててみたりします。曲はみんなすんでしまいました。僕の負けです。It's all over with me ! I am all in ! Good Night! (Nao)

* 春です。皆様いかがおすごですか。

会報第11号も、試験前の忙しい中、快く仕事をひき受けてくれた Sketto の皆さんとの厚い友情に支えられて、無事、発刊にこぎつけました。

小島先生、冬賀先生、Victor 先生には、編集の都合上、御無理をお願いして、短い期間に原稿をお書きいただき、本当にありがとうございました。また、Victor 先生の格調高い英文を、原文のニュアンスを失わないよう心苦しく翻訳してくださった奥さまの直美さんと、藤田禎三先生には、感謝の言葉もありません。

今春から、6回生が正会員の仲間入りをして、正会員と学生会員が同数になりました。今年の新入生は、もう12回生です。早いものですネ。医学専門学群の成長とともに、桐医会会報も、より充実させていきたいと思っております。本会報への、御意見、御感想、お待ちしています。(Kako)

[P・S]

右の絵は、佐藤直昭さんの作品です。ただ今、イラストその他を募集中です。会報係あてにお送り下さい。

次の会報は、6月末発行の予定です。



Adviser	柳沢 正史	(6回生)
	田宮菜奈子	(M6)
Staff	佐藤 直昭	(M5)
	杉田 和子	(〃)
	飯沼佐和子	(M4)
Sketto	柴田 智行	(M5)
	白岩 浩志	(〃)
	鈴木 雅美	(〃)
	高見 順子	(〃)

桐医会会報 第11号

発行日 1985年4月9日発行

発行者 山口 高史 編集 桐医会

〒305 茨城県新治郡桜村天王台1-1-1

筑波大学医学専門学群学生担当会

印刷・製本 株式会社 イセブ