



桐医会会報

1988. 3. 4. No. 22

Gathering Party 開かれる！



去る12月22日、医学食堂にて恒例のGathering Partyが開催された。今年は趣向を変え、歓談中心のPartyであった。先生方も多数お見えになりあちこちで話の輪が広がり、盛況のうちに幕を閉じた。(写真は美女たちに囲まれご満悦？の牧先生)

主な内容

| | | | |
|----------------------|----|--------------|----|
| ・ Gathering Partyの由来 | 2 | ・つくば市誕生！ | 12 |
| ・ 牧豊教授最終講義「中枢神経の奇形」 | 3 | ・つくばねっとハイライト | 13 |
| ・ 工藤典雄新教授抱負を語る | 11 | ・人事異動 | 15 |

Gathering Party の由来

湯沢 賢治（3回生）

Gathering Party の第1回目が開催されたのは12年前で小生がM1の時である。昨年の暮れにすでに12回目をむかえた。第1回より参加し、当時のいきさつを知る者として、後輩諸君のために、Gathering Party の由来について書きたい。しかし、なにしろ12年前のことなので、多少の記憶違いなどがあると思う。お知らせいただきたい。

第1回 Gathering Party が開かれたのは昭和51年12月であった。当時はM3が最上級生であり、付属病院が開院して間もない頃で、医学系棟はまだなかった。忘年会やクリスマスパーティーを開こうとしても、そもそも場所がなかった。また、各研究室や各診療グループにはまだ人が少なく、パーティーをやろうとしても人がいなかつた。このような悲惨な環境のもと、「どうせやるなら、医学のみんなでやろう！」と立ち上がったのが牧豊教授（臨床医学系、脳神経外科）であり、病院の人たちが全面的に協力した。医学食堂に筑波大学の医学関係者が大勢集まり、すごい熱気だったことと、抽選で当たったおみやげが豪華だったことを覚えている。ちなみに、パーティーのダンスの主役はこの時から牧教授であった。

翌年、第2回が開かれたが、やっと医学に人が集まってきた、各研究室や各診療グループでパーティーを開くようになったことと、飲み屋さんが大学周囲に出来てきためか、Gathering Party の規模は小さくなつた。もはや、小さなパーティーがあちらこちらで開けるようになったのだ。そこで、昭和53年の第3回については、牧教授と病院の人たちとが、もはやその存在価値がないと

考え、開催する予定はなかった。

昭和53年12月の初め、牧教授からその話を聞いて、「教官や病院職員がやる気がないなら、学生の手でGathering Party をやるぞ！」と立ち上がった変わった学生がいた。当時M3（3回生）の島倉秀也氏、寺田 康氏と小生、湯沢賢治であった。無鉄砲なこの3人は準備期間が短く、金銭的な裏付けがまったく無いまま、とにかく開催することにしてしまつた。それからが大変で、医学系教官にアルコールの寄付を頂いて歩いたり、一生懸命チケットを売つたりした。会計はM3の宮川創平氏に手伝つてもらい、寄付集めでは教官秘書室の山田さんに御尽力頂いた。とにかく、あまり派手には出来なかつたが、第3回目のGathering Party は沢山の学生と教官を集めて無事に開催することが出来た。牧教授には陰でたいへんお世話になつた。

昭和54年12月の第4回目も学生主体で開催することにして、充分な準備期間をとるようにし、後輩にまかせた。それ以降もやはり学生の手で毎年開催されている。既に12回をむかえ、もはや筑波大学医学専門学群の年末の恒例行事となつた感がある。小生は学生時代、つまり第1回から第6回までは、牧教授とともに皆勤賞だった。卒業後は何回目かの時に一度様子を見に行ったことがあるだけだった。

いまこの文章を書くために、一昔前のこと思いだしていたら、またGathering Partyに参加してみたくなつてしまつた。



牧豊教授最終講義

本年3月をもって定年退職される牧教授の最終講義が昨年11月11日、M6を対象に臨床講堂Aで行われました。講義の内容をここに掲載します。

「中枢神経の奇形」

臨床医学系 脳神経外科

牧 豊 教授

今日は中枢神経系の奇形について話さねばならないのですが、最終講義というので最近私が興味を持っている頭蓋癒合症に付いて話をしたいと思う。そのあと、20分ぐらいさいて、私が歩んできた道と諸君への遺言を一言述べて終りたい。

その前に簡単に、中枢神経系の奇形について、M4のときの講義をもう一度思い出して欲しい。大きく分けて器官形成の時期の障害、組織発生・分化の時期の障害、それと発生時期が不明なものと、一度形成されたものが退行変化して出来たものと大きく四つに分けて考えると覚えやすい。

器官形成障害で、神経管形成障害と考えられているものはなにか？君!!

学生「頭瘤、無脳症、脊髄膜瘤、…皮膚洞…」
(てな調子でポンポン前の列から順に指して話を進めたが紙面の関係で以下要点のみ記す。)

そうです。いわゆる dysraphism といわれている一群があります。

次は、三脳胞から五脳胞へ移行するときの奇形です。すなわち、単脳室から双脳室への移行の障害です。全前脳胞症という奴です。X線CTを利用するようになってから、様々な variation が発見されるようになって、前脳胞のときの面影を残しているものを総称して、単に前脳胞症 prosencephaly と呼ばれるようになってきました。

次は脳回や脳溝の形成障害、層形成障害です。脳梁欠損、分裂脳、lissencephaly (脳回肥厚と無脳回症)などですが、MRIを利用するようになってから非常に正確に診断できるようになってきた。君達M6には、全くお見せできなかったがM5のBSLからは皆、MRIは見なれてきている。

次に発生時期不明なものに Dandy-walker 奇形と chiari 奇形がある。Chiari 奇形のI型は頭蓋脊椎移行部奇形と脊椎空洞症とが合併することが多い。これも、MR-Iを利用するようになって明らかになったことだ。midsagittal の MRI で外来の時点では Chiari と脊椎空洞症が全く無痛の検査で診断できるようになった。技術は科

学だ。見えなかったものを見るようにする。すごい！

Chiari II型は水頭症と脊髄膜瘤や各種の dysraphism の合併を伴う。

最後に、一度形成されたものが退行変化をきたしたものと考えられているのは、水頭無脳症、孔脳症などです。

水頭症を伴った前脳胞症など昔は手術する人なんかいなかったのに、最近は shunt 手術をする人もしてきた。脳が薄ペラだったのが段々肥厚していくのが CT や MRI で容易に観察されるようになったので、一体、何が増えて脳が厚くなるのかが皆の興味の中心となっている。臨床経過と脳の解剖的変化が同時に観察できる御時勢になったというのは、大変な変わり方だ。以上が、中枢神経系奇形の補足です。

さて、本題の頭蓋骨癒合症の話を始めたい。Craniostenosis とは、頭蓋骨の单数か複数の縫合 suture が早期に癒合を来す病態です。そのために、狭頭症 Craniostenosis、眼窩狭窄 Orbitostenosis、水頭症などを来たす。どの縫合がいつの時期に早期癒合するかによって頭蓋(神経頭蓋、顔面頭蓋)の様々な奇形を来たし、醜い外観や頭蓋内圧亢進を呈する。したがって、Craniostenosis は process を、狭頭症 Craniostenosis は result を意味しています。この点、小児神経外科に無関心な人の脳神経外科の教科書には混乱がみられます。

脳の volume は最初の一年で 3 倍、二才の終わりで成人の 80% に発育する。したがって、早期に頭蓋骨が癒合してしまった場合、脳の発育は著しく阻害される。そのため、精神運動発達の遅延、視力低下、てんかんなどを来たす。

一方、顔や頭の格好が悪くなり、醜い顔は患児に心理的な、また社会的なストレスを与える。最近のように、みてくればよい、感じのよさが大事とされる社会では、患児に取り返しのつかない心の創を、心的機構をつくっています。うかつにブスなどと言ってはいけない。

ギリシャの文句に《見目うるわしは心うるわし》と言うのがあるが、諸君はどう思いますか？実際には見目うるわし人は心も美しくあって欲しいと言う願望を言い

表したといわれています。顔と心の不一致に関しては、諸君も既に体験されていることと思う。今日では、顔の美醜が医療の対象となっているのです。したがって、Craniosynostosis の場合、いかに早く、この病態の存在を発見し、減圧のための開頭術や美容整形術を行い改善を計る必要があります。脳は正常な発育をしたがっているのですから。

まず、頭蓋の解剖とその発育について、Review してみよう。まず、神経頭蓋と顔面頭蓋とに分けられる。頭蓋骨は15種23ヶ骨からなっている。簡単には憶えられない。神経頭蓋は4種7枚からなり神経発育 neural growth と平行して発達する。顔面頭蓋は呼吸と消化器の出店で別名、内臓頭蓋とも呼ばれている。身体成長 somato growth に関係すると言われている。

次いで頭蓋底だが、視覚、嗅覚、聴覚などの感覚器を cover している。

神経頭蓋や顔面頭蓋のような膜状骨は化骨核がいくつかでき発育する。お互いに接する部分を縫合 suture というが、この部は線維性結合織で結合されている。頭蓋底は軟骨が石灰化して骨になる endochondral bone で

は軟骨性結合織で結合する。それをまとめたのがこれです(図1)。

胎生期に脳は2枚の間葉組織でつつまれています。その外側の膜は頭蓋骨と硬膜に分化し、内側の膜はくも膜と軟膜に分化します。脳は頭蓋骨底より antibasally にどんどん発育するが、その際、5本の硬膜帶 dural band がまるで脳の発育を誘導するかのように伸びてきます(図2)。前方の band は大脳半球裂に沿って、側方の2本はシルビウス裂に沿って扇状に、後下方の2本は天幕上下を境するように発達します。この band は頭蓋骨縫合の初期の結合組織の anlage といわれている。そして前方の band は前頭底の中央の鶲冠 crista galli のところで、側方帶は大翼縁 sphenoidal ridge で、後方帶は錐体骨のところでやがてしっかり固定されます。脳の発育のためこの band に緊張がかかっている間は縫合は化骨しないが、緊張がないと縫合は容易に化骨して了うといわれている。これはヒトの胎児40mm の時の側頭骨まで除去した図です(図3)。Göttingen 大学の胎児センターの Blechschmidt 先生の collection です。

例えば DeMorsier 症候群 (Septo-optic anomaly) では、透明中隔欠損、眼球異常、下垂体一視床下部機能異常があり、大脳半球形成不全、すなわち脳の発育が早期に止まって 了う。そのために dural band への緊張がなくなつて前頭縫合 metopie suture が早期に synostosis を起こして 了う。余談ですが、病気人に人名をつけるべきではないと思います。technical term をつけるべきです。生きている人の名前をつけたり、自分の名をつけられて平氣でいる人たちの知性を私は疑いますね。この傾向はとくに、内科や小児科などに多いようです。諸君はもっと教養人であるべきです。

ところで、縫合の癒合は頭蓋底から頭頂へ向かっておこります。Craniosynostosis の場合なんらかの理由で頭蓋底の縫合が早期におこりそれが上方に向かうためにその縫合部の脳の発達は阻害され、脳は対側へと発育して

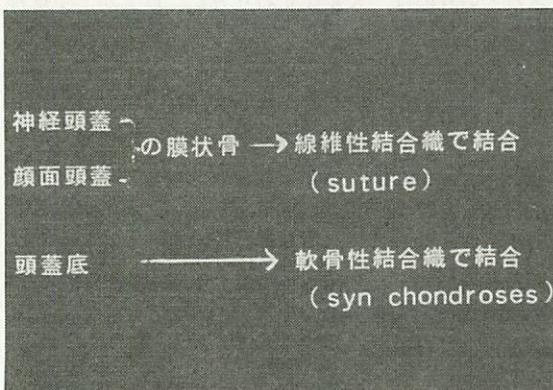


図 1

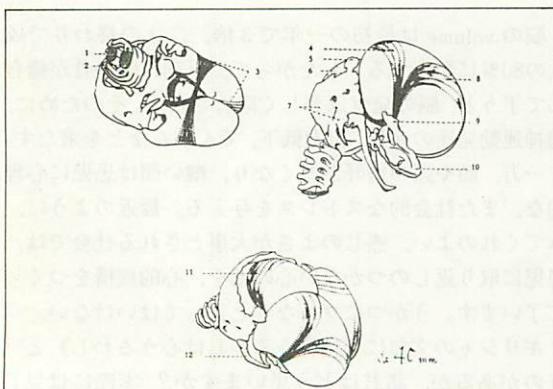


図 2

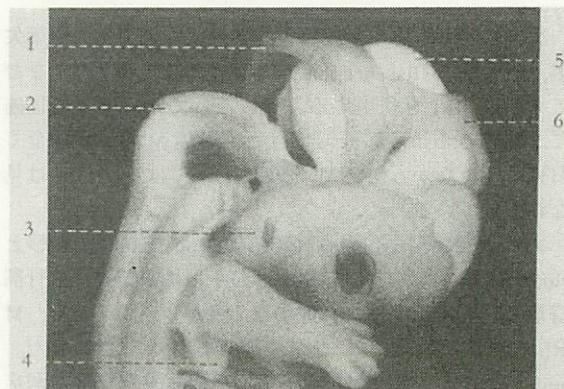


図 3

ゆくため頭蓋変形が生ずると考えられています。そのために、手術に際しては、図4の斜線の部分の縫合の解離が必要となります。また、前頭骨底の縫合の早期癒合が起こると眼窓の発育がおさえられ、また、上顎骨の発育も悪く、眼球突出や midface が小さく、下顎が大きい奇妙な顔付となります。いわゆるクルーゾンの顔付です。

次は分類。

Rudolf virchow (1852)によって本症の頭蓋の形から分類がはじまつた。当時は Galle などの骨相学が盛んな頃で、ギリシャ語で色々な名称がつけられていた。その後、同じ格好のものを別の名称でよんだり、現在でも教科書に混乱がみられる。この図5の名称で段々統一されている。これに書かれていなければ三角頭蓋 Trigonocephaly である。これで十分です。

ギリシャ語は、米国でも、第一次大戦頃までは医学校入試資格の1つであった。偉大な脳神経外科医であるベンフィールドも、ギリシャ語にはほどほどこりたらしく、ギリシャ語試験に合格したとき、テキストとギリシャ英辞典を窓から投げ捨て喜びはしゃいだと自伝に述べている。死んだ言語を実用の世界に持ちこむのは一種のペダントリーにすぎないと私は思うのだが…

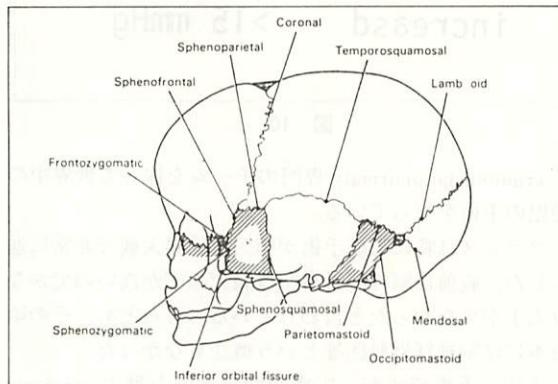


図 4

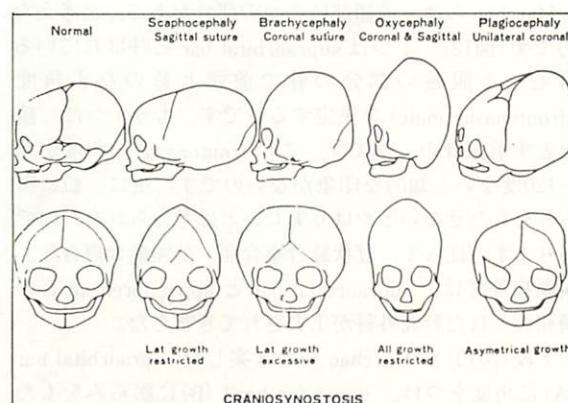


図 5

実際に患者をみたとき、図6の如き分類を一応は試みるべきです。simple すなわち、1つの縫合の早期癒合か、いやもっと多数の縫合の癒合 (compound) なのか？

早期癒合だけ、すなわち primary なのか。でなくて、代謝異常、中毒や骨の病気のために、二次的に起きた synostosis なのか？ 明らかに遺伝や染色体異常がない isolated なものか、或いは複合奇形の 1 分症としての craniosynostosis (Crouzon 症候群、Apert 症候群、Saethre Chotzen 症候群)などの分類は心がけるべきです。染色体異常をみとめた報告や、いわゆる人名のついた症候群で craniosynostosis を合併するものも沢山あります。また、母体の薬物中毒 (aminopterin, hydantoin など)によるものと考えられているものもあります。詳しくは Cohen の Craniosynostosis (Raven Press, 1986) を御覧になればうんざりするほど述べられています。

ただ、metabolic craniosynostosis がよく外来に来ますが、この場合の MR (知能発達遅延) は本来の metabolic disorder によるものか、craniosynostosis を解消すれば MR はおこらなかつたのか、小児科グループと共同研究を是非されればよいと思います。多くの人達は手術は不要と言っていますが…。

次は診断。

まず、頭と顔の格好の悪さから診断して、想定していた縫合の癒合を頭蓋単純撮影で確認する。brachycephaly や trigonocephaly、一側冠状縫合の plagiocephaly 等では anterior fossa が短く狭い。写真は側面と前後像でよい。今では CT の axial view がすぐれている(図7, 8)。頭蓋底の変形、癒合縫合の石灰化、骨内板の digital marking 等が良く解る。

Bone scintigraphy で閉鎖した縫合は cold scan となる(図8)。このスライドは冠状縫合が cold scan になっている。

最近、ポビュラーな検査は硬膜外に圧センサーを挿入し、持続的に頭蓋内圧を計測する方法である(図9, 10)。

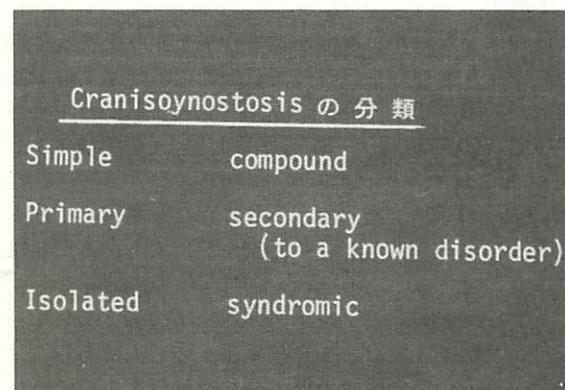


図 6

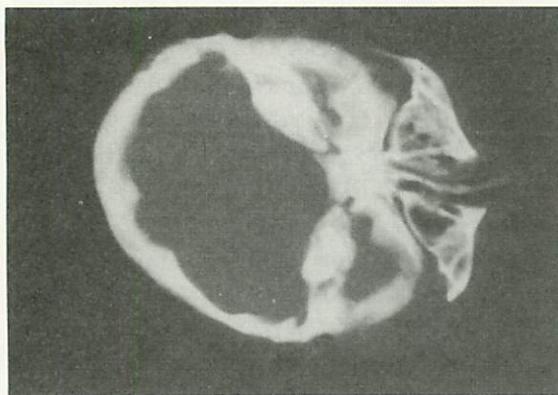


図 7

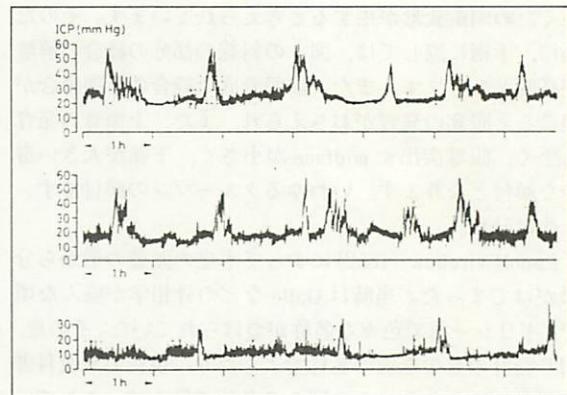


図 9

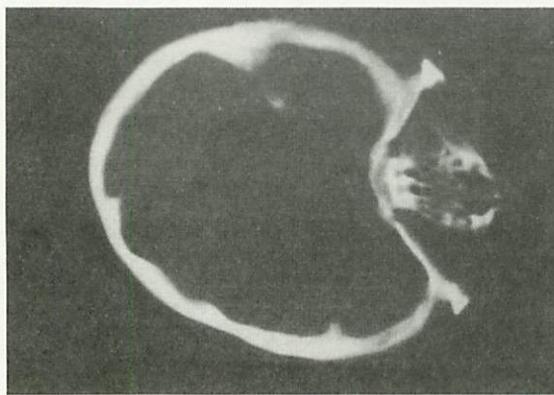


図 8

必ず over night で 12 時間以上計測する。そして、15mmHg より高ければ頭蓋によって脳が圧迫されていると診断し手術に踏み切る。脳が圧迫されれば脳室は小さくなる筈であるが、しばしば、craniosynostosis で水頭症を合併する事がある。多くは、頭蓋底が狭く脳底のクモ膜槽が圧迫され、その為に髄液循環障害をきたすと言う。この場合は CT で明らかに水頭症と判ればその治療を先に行い、次いで craniosynostosis の手術を行う。

手術法。

最初は頭蓋底から本症が始まる事を知らなかったので、かなり進行した例の神経頭蓋縫合の離開手術が主だった。即ち linear craniectomy である。しかし、元が開いていないのすぐに閉じてしまう。その為様々な工夫がなされた。例えば cranioectomy と silasic film の wrapping の手術を行った。これはかなり流行した方法である。M 6 の中にはこの手術を見た人もいるかも知れない。

しかし、craniofacial surgery をすっかり変えてしまったのはフランスの Marchac と Renier の二人である。二人はパリの小児病院で小児の脳神経外科をやっていたが、約25年前に形成外科に学び、現在では小児病院の中

ICP-recording
epidural sensor
12 時間以上 over night

| | |
|------------|------------------------|
| ICP 正常 | $\leq 10 \text{ mmHg}$ |
| Borderline | $10-15 \text{ mmHg}$ |
| increasd | $> 15 \text{ mmHg}$ |

図 10

で craniofacial anomaly 専門のチームを作つて世界中の患児の手術を行つてゐる。

フランスは特に形成手術が第二次世界大戦で非常に進歩した。戦前は脳神経外科医は戦死の率が高いのでかなり人手が少なかったと言われている。もっとも、その頃日本には脳神経外科医等という概念もなかった。

まず、手術ですが、皮膚切開はどんな型の craniosynostosis でもこの 2 通りで十分です(図11)。

Marchac らは、前額部に 2 つの部分がある、と考えたのです(図12)。1 つは supraorbital bar と呼ばれている眉毛や上眼瞼の部分の骨で前頭と鼻のなす角度(frontonasal angle)を決定する骨です。もう 1 つは、額を表す前頭骨の一部です。この frontonasal の角度が 90 ~ 120 度ないと知的な印象がないのです。更に、額に膨らみをもたせないとやはり美しいとは考えられないのです。従つて、冠状縫合癒合症、前頭縫合癒合症、尖頭症等では、supraorbital bar と upper forehead との調和のとれた形成外科が工夫されてきました。

上段(図13)が Marchac らの考案した supraorbital bar (A) に角度をつけ、upper forehead (B) に膨らみをもたせ、(A) とつなぐ以外は骨の発育に任せておく floating

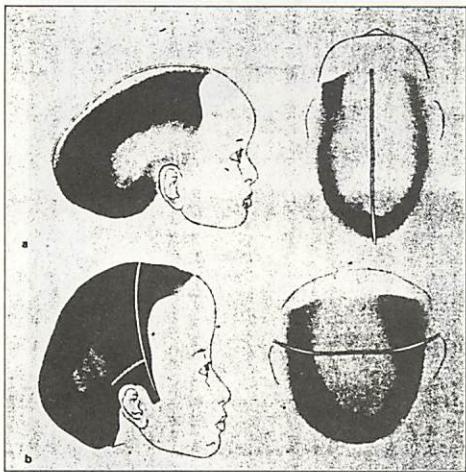


図 11

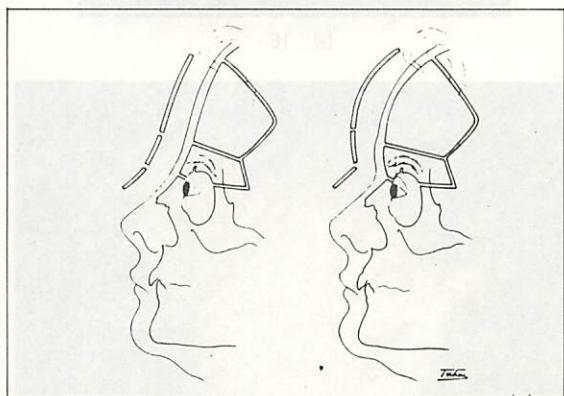


図 12

forehead 術式です。これが最も現在ではポピュラーです。下段は Tessier らが最初に1974年に報告した horizontal frontal advancement で乳幼児期を過ぎてしまった小児によく使われる手術です。次は(図14) syndromic craniosynostosis に行う、すなわち、Crouzon 症候群などに行う midface をも修復する facial advancement with frontoorbital advancement 法です。もちろん、形成科と協同で手術を行います。

一側の cornal suture の癒合でおこる pragiocephaly の場合は(図15), B 図の supraorbital のところをちょっと折って、A 図の眼窩の外側壁を充分に除去し眼窩縁を切り骨片の添木で固定する手術で Hoffman らが考えた乳幼児の手術です。

余りに大きく複雑な格好になってしまった場合、あらかじめ、充分なデザインのもとに骨片の移動を考えます。現在 CT を用いて脳の発育を頭蓋底の形成術のシミュレーションを行っています。脳はまず前方に発育し、次いで上方、最後に後下方に発育します。その法則を忘れ

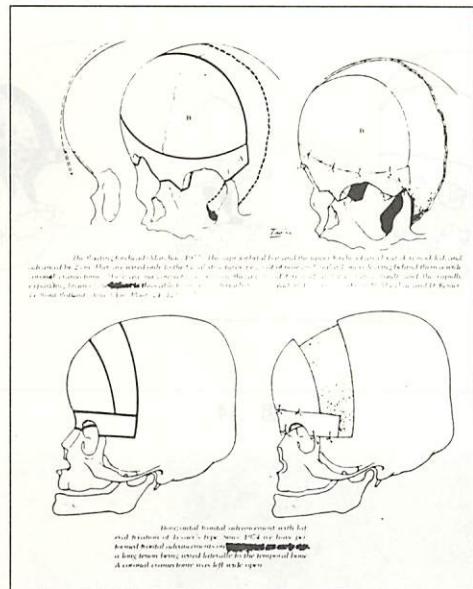


図 13

た手術には余り意味がないのです。

手術の方針は 1) 異常癒合した部位はすべて分離する、2) すべてを正しい位置に戻す、3) 脳と顔面の正常な発育を促す、であります。

私の手術例を提示します。12ヶ月男子で全ての縫合が閉じ、digital marking も著明です(図16)。皮膚をはずしても suture はどこか判明しがたい頭蓋です。前頭骨を 3 枚におろし、前頭縫合癒合部はすべて、floating forehead の手術を終了した。2 stage で後方への開溝術を加えて一年後の頭蓋単純撮影です(図17)。充分な頭蓋の発育がみられます。

craniosynostosis の手術は、コロンビア大の解剖の Moss の craniology という新しい学間に触発され、脳外科医は脳と頭蓋の正常の発育に沿った手術を考察するようになりました。さらに Marchac らの顔の美醜についての深い洞察力により、より美しい手術への展開をみてきました。以上、Craniosynostosis の手術に関してかなりはしゃって述べました。

さて、最後になりましたので、簡単に私の医師としての history を話したいと思います。

戦後、アメリカ占領軍の戦略の一つとして学制改革があり、日本の 6・3・3 制をすすめていました。その CIE (民間情報教育局) の連中が我が千葉大で何回も授業をしました。その中で印象に残ったのは、日本の公衆衛生の立ち遅れと精神病院の著しい前近代性を指摘したことです。インターンを終えたとき、進路について、医学部長だった公衆衛生の谷川教授と精神科の松本助教授に相談し、精神衛生学というジャンルもあることを聞か

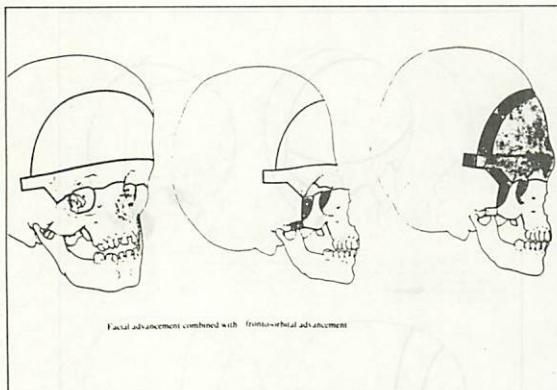


図 14

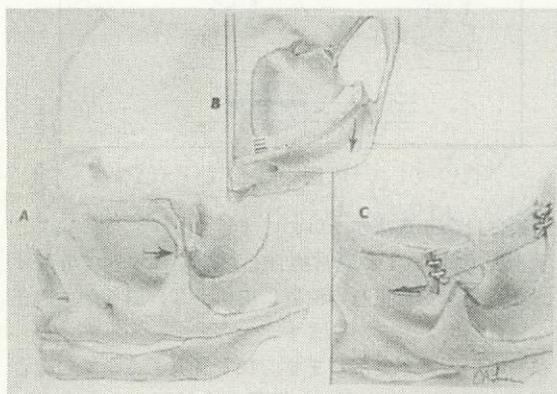


図 15

され、まず、公衆衛生にゆくことにしました。三ヶ月の公衆衛生院での教育をうけているうちに、ある程度、臨床医の経験がないとだめだと痛感し、一年を経て、大学へ戻る決心をしました。松本先生に「一年間の食いぶち三十万円ためてこい。あとは何とかなる。」といわれ、私は北浦で開業しました。ところが、一ヶ月で三十万も手に入ってびっくりして、これでは自分が駄目になるというので、僅か三ヶ月で閉店し、大学の精神科に入局しました。

千葉大学の精神科の荒木直躬教授は日本精神神経学会で初めて脳腫瘍について宿題報告をした先生でした。私が、精神科を学びたいので、よろしくお願ひします、と申しあげたら、開口一番「ホォー、君は Gehirn (脳) に興味があるのかね。」と私の顔をしげしげとみられました。思わず虚をつかれた感じでした。それまで、mind が brain にあるというはっきりした考えがなかったのです。その時、はじめて私には mind と brain が同じ位置に定着したのです。

入局当時はまだ Chlorpromazine もなく、最も新しい治療法が Lobotomy でした。先輩に軍医をやられた方がおられて、彼は Lobotomy どころか髄膜腫でも下垂体腺

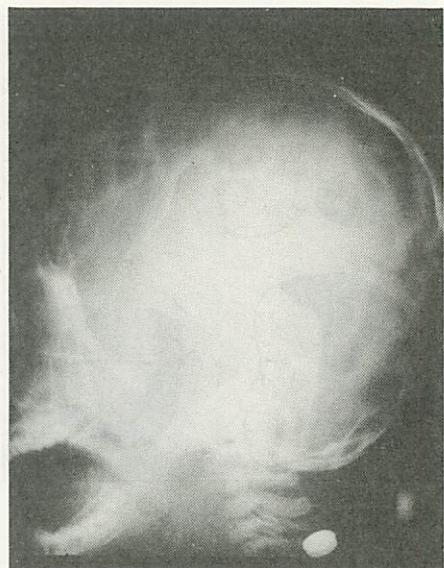


図 16



図 17

腫でも積極的に手術していました。私も必ず手洗いさせて貰いました。そして、博士論文のテーマとして Craniopharyngioma をいただいてしまいました。これには参りました。

当時の精神科領域では、治療に対する希望に満ちた研究というのが見あたらず、唯一、神經梅毒のペニシリン療法がありました。その仕事をまとめて博士論文を書きあげた丁度その頃、第二外科の中山恒明先生のところに、京大第一外科の横山育造先生が消化器外科を習いに長期滞在していました。そこで横山先生に私が脳外科を学びたい旨をお話したら、早速、京大の荒木千里教授に連絡をとって下さり、千葉大の荒木先生も同意されあっという間にチャンスが与えられてしまいました。おどろいたことに着いた翌日から、荒木千里先生の手術には全部手洗させていただきました。何故、そんなに優遇されたのかと思いましたら、横山先生がやはり千葉で中

山教授に毎回手洗いさせて貰ったと京大の荒木先生に報告されたからです。

二夏の最後の日に、私は35才ですが物になりますかと荒木千里先生におたずねしたら、私も始めたのが35才だった、そのかわり次のことを実行しろと具体的な2, 3の指示がありました。私はそれを実行することを決意しました。

千葉に帰ってまもなく、New York のコロンビア大学の精神医学研究所で研究に従事していた小泉準三(現、筑波大学精神科教授)から便りがあり、New York へ来ないかというのです。当時、私はコロンボ計画の留学生の試験に合格し、中山恒明教授が名誉教授をしているSydney 大学の脳外科に行こうと手続中のことでした。小泉の話では転移性脳腫瘍や悪性グリオーム周辺に小さい particle があるのを電顕で発見した。自分はグリコーゲンだと思うが、共同研究者の脳外科の Laurence Pool 教授がそれを証明できる神経組織化学者を探している。若し、あなたがやるなら、脳外科の教授の下でやれるのだから是非来てはといってくれた。私は Sydney より New York だとコロンビア大学の神経研究所がどんなところかも知らずに飛んで行って了った。

余談になるが、小泉は私が京大に行く前に一緒に脳外科で手を洗っていた。小泉は語学の天才で、学生の時から米国の生化学の教科書の誤りを指摘したり、ドイツ語も良くなり Kautzky の Die Zerebrale Angiographie など読んで吾々に講義してくれた。日本でも電顕の研究を早くから手掛け、New York でのグリコーゲンの仕事から始まって、次々と向精神薬物の系統的な仕事を Springer Verlag という出版社から単行本として出版した。

当時、コロンビアの神経研究所の所長は Textbook of Neurology の著者 Houston Merrit であって、Dr. Merrit の人柄が研究所のすみずみまで行きわたった暖かい雰囲気だった。神経内科、脳外科、神経小児科、神経眼科、神経放射線科、神経病理などとの combined conference で一週間がぎっしりうめられていて、活発に討論するアメリカ人の雰囲気に圧倒されっぱなしだった。実によい teaching center だった。

帰国して、日本の脳外科医の弱い3つの点に気付いた。
1) 子供が診られない。2) 目がよく診られない。3) 神経放射線の系統的な訓練を受けていない、であった。

子供の診かたに関しては、日本医大の吉倉範光教授に月一度、千葉にきていただいて診察をデモンストレーションしていただいた。目に関しては、現東邦医大教授の小松崎篤先生にやはり月一回きて診察をデモンストレーションして貰い討論した。

私は幸いにもモヤモヤ病の世界最初の剖検例に恵まれた。そして、日本脳神経外科総会でモヤモヤ病のシンポ

ジウムに参加した。そして、コロンビアにいたので脳血管造影の判読に力がついていた。などの条件がかさなって、日本小児神経研究会で小児の脳血管造影の判読について、特別講演を依頼されてしまった。吉倉先生の御推薦というのでお断りも出来ず一年かけて準備した。講演は新鮮だったのか次々と講演を依頼され、小児の脳血管造影の単行本の依頼を受けた。元々、子供は泣くので嫌いな私が段々子供に傾斜してゆくのが止められなくなってきた。

単行本にはまず、正常像、次に奇形と考え、次々と奇形を集めて報告した。何時の間にか奇形の牧さんにされて丁寧で、今までそこで私はとどまってしまった。あげくのはてに国際小児神経外科学会では、アジア、豪洲地域の代表 Editor に選ばれて丁寧で、退官しない限り子供から抜けだせない状況になってしまった。

千葉大にいたころは、放射線の寛光毅教授が非常に開放的な方でしたので吾々は RI をどんどん使わせていただいた。RI に関しては何時も京大と学会で争った。今考えるとその頃が私にとって、学問的には一番張りのある輝いた時期であった。RI 脳槽シンチグラフィーも私たちが全国で先駆けて施行していた。脳の RI 断層も現千葉大学放射線科教授有水昇と協同で回転断層は終えていた。次に現在の Single photon を千葉にある国立総合放射線研究所の飯沼武さんと手がけ始めたときに筑波大に就職が決って丁寧な。週一回木曜日に患者を自分の車に乗せて放医研に通っていたが相手の飯沼さんが肝臓で倒れ、私も筑波大学の人間になって丁寧一方筑波大には大学病院はまだなかったので次第に患者ソースを断たれて丁寧な研究は放棄せざるを得なかった。おもしろいことに私の退職の年にやっと大学病院に single photon が入った。

筑波大学へきて一番残念だったのは、折角島崎修次先生を阪大の恩師教授より頂いてきたのに、救急部が育たなかったことです。私にもその責任の一端があり本当に阪大の皆様の御厚意には申し訳なく思っています。

顧みてみると、いまやっと臨床が臨床科学になる状況が整いつつあります。すなわち、脳と精神のミステリーを探求可能な状況がつくられつつあります。君達の洞察力と物理・化学・分子生物学・免疫・心理・教育・体育等の幅広い連携との協同と対話によって Clinical Neuroscience は益々面白くなる気がします。

君達の目標は患者を治すことだ。今日の患者でも、明日の患者でもよい。それは君の選択だ。

卒業生を見てきて思うのだが、ある到達点を設定し、それが利益になるとえたとき、君達の到達のスピードは極めて早い。しかし、もっと長い目で戦い勝つことができるかというとあやしい。臨床は data のつかさね

である。それは正確な記載と資料の集積である。病気は神の行った実験だ。患者のデータを粗末にしてはいけない。その意味では君達はまだ社会的訓練を受けたとは思えない。医療はよい診療グループ活動によってのみよい成果が得られる。医療と基礎研究とでは異なる。

利根川進氏はteam workでは創造的な仕事は出来ないといっている。また、日本の大学の研究室のシステムや研究費の支給の仕方はきわめてcraniosynostosis的だといっている。本学の学制教育制度の中にもcraniosynostosis的なところがないか反省の必要はある。しかし、研究の場としては研究補助員の不足以外、本学はさほど悪いところとは思えない。一方臨床的研究には極めて不利にできていることも銘記すべきだ。

さて、最後に、若し君が医師になるなら、よい医師になって欲しい。これから医療の情報公開は進む。そのため君に思ひぬ災難がふりかかるとはいえない。サルトルは彼の“出口なし”で《地獄、それは他人だ》と叫んだ(図18)。他人すなわち、他人の目だ。神のいない時代に生きなければならない諸君は絶えず冷静な目に

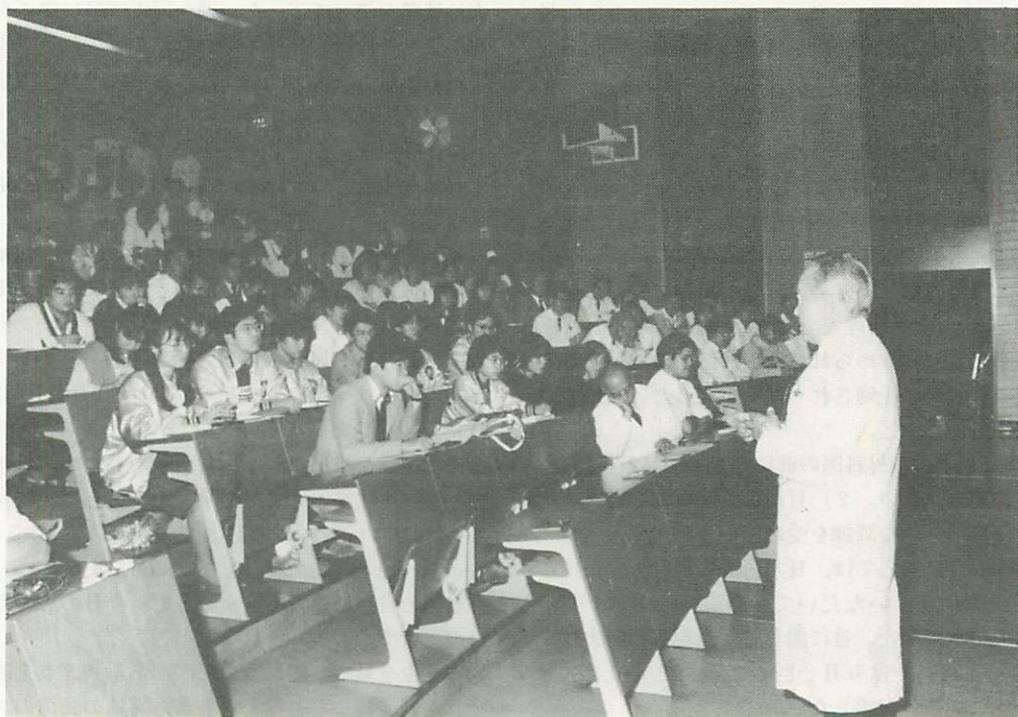
L' Enfer, c'est les autres.



図 18

耐える行為が期待される。そして、何時の日か君が個人の歴史を明らかに書き上げたという実感を得て欲しい。

医療は果てしない航海だ、一つの港にとどまってはいられない。5年たったらその価値が色あせる。日付と共にまた船出せねばならない。君達の好運な航海を祈ってやまない。Bon voyage! ごきげんよう。御静聴を感謝します。



工藤典雄新教授抱負を語る

今回は、昨年9月16日に教授に昇任された工藤典雄先生に抱負を語って頂きました。

卒業生の進路と基礎医学



基礎医学系 工藤 典雄教授

昨年9月に生理学担当の教授に就任しました。私が筑波大学の助教授として赴任したのが昭和49年4月、筑波大学が創設されて6ヶ月後のことです。入学直後の一回生への医学のオリエンテーションということで、代々木の研修所で「脳の話」をしたのが筑波大学での初講義でした。

昭和50年から52年まで米国へ出張していましたので、そのころ2、3年次だった諸君とは少々縁が薄いかもしれません、桐医会の皆さんとは殆ど顔見知りということになります。従いまして、今後もこの場で、皆さんと一緒に教育や研究に従事できることを大変、心強く、嬉しく思っています。

最新号の桐医会の会報(12月11日号)に卒業生の進路をまとめた興味深い記事が掲載されていました。それによると、本学の卒業生の内、基礎医学を専攻している割合は2.5%(19人)と集計されています。しかし、会員名簿を繰ってみればすぐわかりますが、この内、半数以上の人には病院病理等の病理関係に属し、それ以外の分野を専攻している卒業生は基礎医学の大学院学生を含めても10人に満たないのが現状です。これまでの卒業生が760人ですからこの数は決して多いものではありません。

近年、基礎医学を指向する医学生が少ないことは全国的な傾向で、この数字からすぐに本学の特殊性について論議することは難しいことでしょう。ただ、カリキュラム委員の経験者として私自身にも責任の一端がありますが、現行のカリキュラムが、基礎研究の分野に強い関心と興味を持つ学生にその興味を熟成させる機会とゆとりを提供しているかどうかは検討の余地があると思いま

す。現在、医学専門学群のカリキュラムの大幅な見直し作業が進行中です。低学年の学生と基礎研究との関わりあいについても重要な検討課題になっていると聞いております。会員諸氏からも積極的な提言、意見をお寄せください。

現在、私は神経系の機能分化について研究を行っています。本格的にこの課題に取り組んで数年になりますが、なかなか自分で納得出来るところまで研究が進まず、突破口を求めていろいろと試行錯誤を繰り返しています。(実はこの時期の不安感と緊張感が楽しいものです。山に登る人の気持が良くわかります。)この分野の研究は従来の電気生理学的手法だけでは解析が難しく、他の専門領域の知識と手法が必要になります。幸い、ここは他の領域の研究者との交流も活発で、必要に応じて共同研究のグループも自由に構成できます。この利点を生かし、広い視野を持ち研究を進めていきたいと考えています。

講座制を廃し、風通しの良い研究組織を作ろうという本学の開学時の理念は、少なくとも医学の中では、未だ健在です。この制度は従来の学問領域にとらわれない自由な発想をもつ若い研究者が、独創的な研究を進める上で今後ますます重要になって行くと思います。是非、より多くの学生諸君が基礎研究を志し、この恵まれた環境の中で未知の分野への挑戦者になることを願っています。

臨床医学の場に居る多くの正会員の皆さん、もっと気楽に研究上の相談や議論に基礎医学の研究室を訪ねて下さい。

何事も基礎が大事なのです。

「つくば市」誕生！

このニュースは、既に新聞、テレビで御存知の方が多い事と思います。昭和62年11月30日、筑波郡大穂町・豊里町・谷田部町・新治郡桜村の四町村が合併して発足し、63年1月31日に筑波郡筑波町も合併しました。茨城県では20番目に発足した市であり、現在人口約13万2千人、面積約257km²という、県内の自治体の中では水戸市、日立市に次いで3番目の規模を持つ市となりました。ちなみにひらがなの市名としては、全国で4番目にあたるのだそうです。みなさんは他の3つの市名を挙げることができますでしょうか？（答えは14ページに載っています。）

このつくば市発足の最も大きな目的は、筑波研究学園都市を構成する6ヶ町村の一体化にあったと言われています。もちろん合併に至るまでには様々な問題があったわけですが、現在では、残る一つとなる茎崎町も今秋には合併にこぎつけそうだというところまで来ています。

1月17日には、つくば市発足に伴い市長選挙が行われました。これもかなりマスコミで話題になりましたが、元桜村村長の倉田弘氏が当選、初代市長として就任しました。この時の投票率は75.44%と高い数値をあげ、新たな自治体へ向けての市民の関心の高さをうかがわせました。とはいえ、住んでいる私達にとってはまだ今一つピンと来ないのが実情です。せいぜい変わった事と言えば、手紙のやりとりで住所に「つくば市」と書く事位でしょうか。自分は市民である、という意識を持とうにも、土の香りいまだに残るわがふるさと筑波を愛してやまな

い私達は多大な思考転換を必要としそうです。ともあれ、新スタートを切ったつくば市を、熱い期待とともに見守っていきましょう。



つくば市全図

市内の名称は旧町村名を表す。

■は研究学園地区。

第8回桐医会総会のお知らせ(第1報)

昭和63年度、第8回桐医会総会は5月22日(土曜日)午後に予定しています。総会議事に統いて、シンポジウムを開催します。4月には新入生として15回生が入学してきますので、「いま、筑波方式を問う！」と題して、1回生から15回生までの各回生の代表15人で過去から現在までの筑波方式について討論する予定です。我こそはという意見をお持ちの人は、当日ぜひご参加ください。詳しいことは、追ってお知らせ致します。

——スマイリング・マラウイ 4 は次号に掲載いたします。——

つくばねっとハイライト

前回の本会報でお知らせしましたようにパーソナルコンピュータを利用したパソコン通信ネットワーク「つくばねっと」が筑波大学医学地区に誕生しました。その通信内容のうちからホットな話題を拾ってみました。今後ともこの「つくばねっと」の話題をピックアップして本会報でお知らせします。直接アクセスしたい人は通信機能をもったパソコンで「0298-53-3279」へどうぞ！

なお、この内容はシステムオペレーターの近藤陽一先生（臨床医学系、麻酔科）に提供して頂き、本会報編集責任者の湯沢賢治（3回生）がまとめました。

話題その1

筑波大学附属病院のコンピューターシステムを変更して、処方箋や検査伝票をなくして、すべてコンピューターに直接キーボードから入力するようなシステムにするという話があります。この問題について「つくばねっと」で意見の交換がされています。

病院情報システム 6/16 (follow of 3) : 《followed》

Subject: 病院のコンピューターシステム

Name: Atakada # 3

Date: 8:41pm Fri. Dec. 25, 1987

外来・病棟ワーキンググループ報告

このワーキンググループは発生源入力の導入により、もっとも日常業務に影響が出る可能生が高い病棟および外来での問題点の洗い出しと要望事項の発掘？を目的としています。当時外来や病棟で勤務する者の意見をまとめて統括作業班にこれを伝えるということです。構成員は比較的若手の講師と検査部、薬剤部、輸血部、看護部、事務部門よりの代表者となっています。私としては、一応構成員は決まっていますが、村井先生のように病院業務の電算化に興味のある先生がたの参加を拒むものでは無く、オブザーバーとして会議に参加し意見を述べて下さることも歓迎します。病院内のコンセンサスが得られなければ今回の計画がうまくいくはずがないと思うからです。

以下に今回の計画の基本的な理念を示します。細かい字句についてはまだ全体の合意に達したものではありませんが、だいたいはこんなものだということです。また、いろいろな関連の会議で出てきた資料などについては私の所でお見せできますし、場合によってはどこかで公開したほうがいいのかなあ、とも思っています。なにか希

望があられましたら、気軽におっしゃってください。電話は3747、ネットはつくばねっとです。

高田 atakada

病院情報システム 11/16 (follow of 10) : 《followed》

Subject: ワーキンググループの感想

Name: Tadashi # 6

Date: 8:59pm Thu. Jan. 07, 1988

本日は、ワーキンググループにオブザーバーとして参加させていただきましてありがとうございました。おかげさまで大変楽しく有意義な一時を過ごさせていただきました。特に ATAKADA 先生がどの様に苦労してグループを運営しているか、KONKON 先生がどの様な立場で発言しているか、謙ちゃんがどんな主張をしているか、他の参加者がどんな雰囲気でいるのか、ボードで読むだけではわからないような事がわかつて、大変興味深く聞かせていただきました。今日は、どうも我々のグループが、大挙して押しかけるような雰囲気になってしまってすいませんでした。あたかも謙ちゃんが兵隊を募って援軍をつれてきたように見えましたが、実はそんなことはなくて、今朝のカンファレンスでたまたまオーダリングシステムの話題が出て、「ほっておくとまたどんなんになるかわからない。せっかくオブザーバー歓迎らしいから、一度みんなで話を聞いてみよう」というような雰囲気になったものです。今後は我々のグループだけでなく、もっといろんなグループの参加者も増えると良いなと思っています。

先日の KONKON 先生の御指摘にもあったように、我々筑波大学の卒業生は体制順応型の教育の影響が強いらしくて、ある試みがあると、それを受け入れるか、反発するかのどちらかは得意なのですが、反発する代わりにそれならどうしたら良いのか、或いは自分達の手で新しいシステムを作っていくというようなことが、苦手なように感じられます。今日の会議の感想の一つは、しゃべる人はいろいろな意見を言うのだけれどしゃべらない多くの人は結局最後まで一言もしゃべらないというのだが、(一度だけではわかりませんが) 大変残念な気がしました。せっかく若手のメンバーを集めているにもかかわらず、その若手が自分達の問題として議論に参加してくれるようにならないと。(若手と言っても僕の先輩方ですので大変僭越ではあります。)

というわけで今後とも是非参加させていただこうと

思っています。(ご迷惑でしょうが)よろしくお願ひします。

村井 正

話題その2

SONY が VHS のビデオデッキの生産を開始するということで、SONY の β のデッキを買った人は泣いています。このことも「つくばねっと」のホットな話題です。

なんでも TALK 46/100 : 《base note》

Subject: ベータマックスよいすこへ

Name: Okafuji #72

Date: 5:15pm Wed. Jan.13, 1988

別に、ベータマックスでなければいけないというわけではないのですが、ベータをもっているわれわれとしては、なんともやりづらい時勢になってきたものです。

レンタル屋に行けば、「もう、ベータは全部中古で売っちゃったよ」と言われるし、皆にはベータだと言つただけで仲間はずれにされるし、道を歩いていれば子供に石を投げられるし……。

しかし、しかしベータの方が画質がいいんだ!

早くマクロードを買おっと★

なんでも TALK 48/100 (follow of 46) : 《followed》

Subject: ベータマックス

Name: Zeta #75

Date: 9:28pm Wed. Jan. 13, 1988

その昔、SONY は次の様な新聞広告を出しました。
「ベータマックスは無くなるの? 答えはもちろんノー」。
どうせセマニアは HIFI しか買わないのだから、まあ構いませんけどね。SONY は確かに画期的な商品を出してくれるのだけれど、時々ユーザーを踏みにじる行為をします。例えは L カセットデッキ。あれ買った人は、悲惨でしたよね。

Zeta

なんでも TALK 49/100 (follow of 48) : 《followed》

Subject: 8ミリは大丈夫?

Name: Tjiro #19

Date: 11:34pm Wed. Jan. 13, 1988

SONY が BETA に見切りをつけ VHS の販売を始める予定、という新聞記事を読み、ついにその時がきたかという気がします。私は、こうなるだろうと思い、画質、機能とも良かった BETA を諦め、多数派であった VHS (マクロード) を買っていたのです。問題はその記事の一部に、8ミリも危ない。松下が8ミリから手を退いたとあったのには驚きました。なにせ、昨年ビデオカメラを買ったばかりで、しかも VHS-C と 8ミリを比較し、8ミリを買ったのです。今では、8ミリでせっせと子供の成長記録などをとり、将来ゆっくりと見ようと思っていたのです。まだ、据置き 8ミリビデオも買っていないし、これからだと思っていたのですが。

ビデオディスクは、当然のことながらレーザーを買っていたので、心配はいらなそうです、BETA の据置きビデオを買ひ、8ミリのカメラを買ひ、VHD のビデオディスクを買ったという人はいますか?

8ミリの将来が心配な TJIRO 武井治郎でした。

なんでも TALK 51/100 (follow of 50) : 《followed》

Subject: 家にはβしかありません

Name: Nagase #7

Date: 3:49pm Thu. Jan. 14, 1988

父はすでに β から手を引いた東芝でビデオの設計に携わっています。ですので、家にあるビデオはすべて β です。ちなみに、8ミリビデオもあります。

なんでも TALK 54/100 (follow of 52) : 《followed》

Subject: ベータ

Name: Atakada #3

Date: 10:58pm Thu. Jan. 14, 1988

しかし、SONY は名前を捨てて実を取っているのではないか。メンツに惑わされて商売があがったりのどこかのパソコンメーカーとはさすがに違うと感心しています。

高田

以上 2 つの話題について、ピックアップいたしました。この他にもつねに、医学関連の話題を中心にホットな情報交換がなされています。

人事異動(1987.11.30~1988.1.16)

| 月 日 | 氏 名 | 異 動 | 所 属 | 職 名 | 前職等(辞職の場合は就職先) |
|------------|-------|-------|-------|----------|---------------------|
| 12. 31 | 江頭 泰平 | 辞 職 | 臨 床 医 | 講 師 | 北茨城市立総合病院医師 |
| 1. 1 | 向井鎧三郎 | 転 出 | 基 礎 医 | ク | 筑波医学実験用靈長類センター主任研究官 |
| ク 青木 重信 | 採 用 | 臨 床 医 | ク | 自治医科大学助手 | |
| 1. 5 | 飯田 恭子 | 辞 職 | 基 礎 医 | ク | ニューヨーク大学医学部研究員 |
| 1. 16 | 吉澤 卓 | 採 用 | 臨 床 医 | ク | 北茨城市立総合病院脳神経外科医長 |

〈編集後記〉

日増しに春の訪れを感じるようになってまいりましたが、皆様いかがお過ごしでしょうか。

今回から本格的に会報作りに参加いたしました。この一ヶ月で内線電話もかけられるようになり、原稿を求めて学系棟のエレベーターを上ったり下ったり…。おかげ様で、未知の世界であった学系棟、病院のしくみが少しはわかるようになりました。皆様のお役に立てるような会報を目指して努力していきたいと思いますので、よろしくお願ひいたします。
(Vi)

同じく新生staffとして、会報を担当させていただくことになりました。最初はどちらかから始めていいのかわからず戸惑ってばかりいたのですが、いつの間にかY先生に原稿はまだかとうるさく催促するずうずうしさが身についてしまいました。これからも、もう10年の付き合いにな

る私達2人の結束の固さでがんばっていきたいと思います。どうぞよろしく！
(P子)

編集責任者 湯沢 賢治 (3回生)
Adviser 有園さおり (M5)
Staff 市川弥生子 (M4)
斎藤 知栄 (M4)

| |
|----------------------|
| 桐医会会報 第22号 |
| 発行日 1988年3月4日発行 |
| 発行者 山口 高史 編集 桐医会 |
| 〒305 茨城県つくば市天王台1-1-1 |
| 筑波大学医学専門学群学生担当気付 |
| 印刷・製本 株式会社 イセブ |

微笑み、再び…

脳血管障害に伴う精神症状に… ニューロンネットワークを賦活するセレポート

特長

セレポートは脳内神経伝達物質の代謝障害を改善し、ニューロンネットワークの機能を賦活します。

- 1) 脳血管障害に伴う意欲低下、情緒障害などの精神症状を改善します。
- 2) 広範な病変や脳萎縮のある例に優れた効果を発揮します。
- 3) 介護者に対する態度(反抗的、わがまま、ひがみやすさなど)を改善します。
- 4) 効果発現が早く、高齢者や症状固定例にも効果が期待できます。
- 5) リハビリテーションへの意欲を高め、日常生活動作の障害を改善します。

脳機能・精神症状改善剤

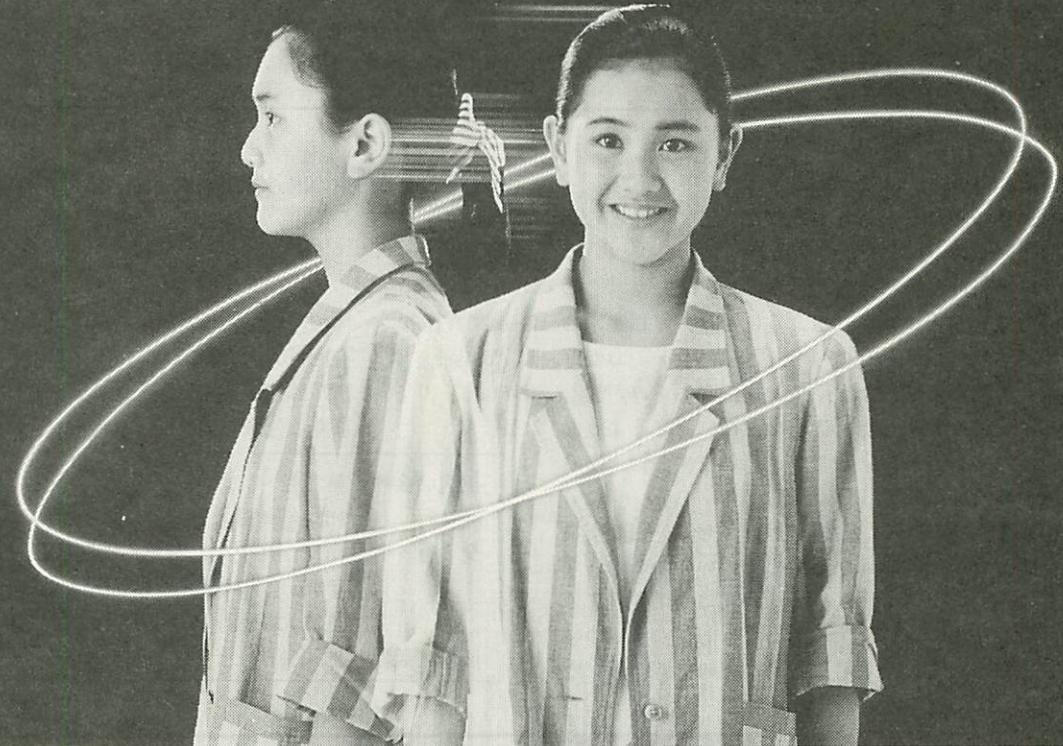


*ご使用にあたっては、添付文書をご参照ください。 G-J6 8812

Eisai
エーザイ株式会社
東京都文京区小石川14-6-10
※販売請先は、弊社医療情報部まで。

アレルギー反応性細胞に広範囲に作用する

●Ca制御によるユニークなアレルギー性疾患治療剤



アレルギー性疾患治療剤

セルテクト[®] 錠
(オキサトミド製剤) ドライシロップ[®] 新発売

〔特性〕

- アレルギー反応性細胞内のCa制御によって、ヒスタミンやロイコトリエンなどのケミカルメディエーターの遊離を強く抑制する。
- 遊離されたヒスタミン、アラキドン酸代謝物(ロイコトリエンなど)、PAF、ブラディキニン、セロトニンに対して強い拮抗作用を示す。
- 皮膚アレルギー疾患、アレルギー性鼻炎などの症状及び所見を速やかに消退させる。
- 従来の抗ヒスタミン剤と比較して、早期に止痒効果が期待できる。
- 喘息に対しては、寛解期の維持及びその合併症を良好にコントロールできる。
- 1日2回の投与で十分な効果が維持できる。

〔効果・効能〕

成人：アレルギー性鼻炎、荨麻疹、皮膚瘙痒症、湿疹、皮膚炎、痒疹

小児：気管支喘息、アトピー性皮膚炎、荨麻疹、痒疹

〔使用上の注意〕

一般的注意

- 眠気を催すことがあるので、本剤投与中の患者には自動車の運転等危険を伴う機械の操作には従事させないよう十分注意すること。
- 本剤は気管支拡張剤並びに全身性ステロイド剤と異なり、すでに起こっている喘息発作を速やかに軽減する薬剤ではないので、このことは患者に十分注意しておく必要がある。
- 長期ステロイド療法を受けている患者で、本剤投与によりステロイド減量を図る場合には十分な管理下で徐々に行うこと。
- 本剤により、末梢血中好酸球が増加することがあるので、このような場合には経過観察を十分に行うこと。

*「用法・用量」、その他の「使用上の注意」は添付文書をご参照下さい。



製造発売元
協和発酵工業株式会社
東京都千代田区大手町1-6-1

提携

ヤンセン フーマスティカ
ベルギー