



桐医会会報

1988. 6. 10 No. 23

新入生歓迎合宿開かれる



今年も4月16~17日にかけて、新入生歓迎合宿が筑波嶺で開かれた。今年は例年の涸沼と場所を変え、サークル勧誘も行わない方針であったが、1年生達は先生方や諸先輩との交流を深めることができたようだ。

〈写真はその交歓会(つまりコンバ)にて〉

主な内容

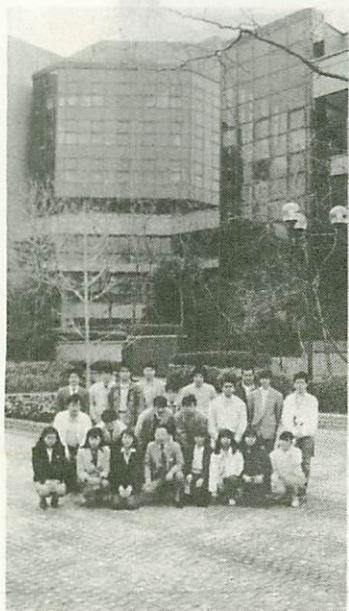
・新学群長からのご挨拶とメッセージ	3	・スマイリング・マラウイ	4 20
・新教授抱負を語る	4	・「ヒポクラテスたちは今… Part 5」	5 21
・橋本達一郎教授最終講義	6	・学位取得状況	 22
・21世紀を担う若き医学徒へ向けた 「最後のメッセージ」	14	・つくばねっと	 23
・財団法人桐仁会の発足について	17	・第9回生進路内定先	 24
・東医体主管寄付金納入者御芳名	18	・人事異動	 25



1組 工藤典雄先生とともに



2組 入江勇治先生とともに



3組 加納克己先生とともに



4組 原田勝二先生とともに



5組 坂内四郎先生とともに

今年の新1年生のクラス毎の写真です。?年前の自分を思い出し、懐かしんでみてはいかがでしょうか。

(写真は医学専門学群棟前にて)



新学群長からのご挨拶とメッセージ

医学専門学群長

堀 原 一 教授

桐医会会員の皆さんにご挨拶申し上げます。

私は昭和63年4月1日、医学専門学群長を拝命いたしました。責任の重大なるを痛感しております。どうぞよろしくお願ひいたします。

昭和48年10月に筑波大学の創設以来、学群長として現学長の阿南功一先生と今年3月末をもって定年退官された橋本達一郎先生が、わが医学専門学群の基礎作りと今日までの発展に多大の功績を残されました。この間、第1回生から第9回生まで860名の卒業生（すなわち桐医会正会員）を輩出し、現在M6第10回生からこのたび新入学のM1第15回生まで632名の学生諸君（すなわち学生会員）が在籍しており、合計1,492名がわが医学専門学群と桐医会の現在勢力ということになります。

正会員のうち858名がこれまで医師国家試験を受験し、今年の第9回生にはじめて7名という不合格者が出来ましたが851名が合格して医師になっていますので、この通算合格率すなわち医学教育第1段階の目標成就率の99.2%はわが国80の医学校のなかで依然として第1位の記録であり、来春は今年の小さな汚点をよくかみしめて挽回することを約束していますから、この素晴らしい伝統は不動のものとなるでしょう。この伝統は会員諸君の資質と努力の結実であり、われわれ教職員もカリキュラムを作り、環境を整えて諸君の6年間の医学教育を支援して来た成果と評価しております、すべてがわが桐医会の誇りうる実力の一つと自負してよいと思います。

医師国家試験についていえば、従来の試験は伝統的なカリキュラムの大学の卒業生に有利で、新しい統合カリキュラムの筑波大学ほか少数派には不利とされていました。しかし4年ごとに国試改善が重ねられて、例えば症例問題が増えるに従い、わが卒業生諸君は症例問題に強く、成績はいやがうえにも上りました。昭和64年度から医師国家試験出題基準が再び改定されることになり、例えば診察法や病歴記録、医師・患者関係や医の倫理、医療経済などが重視されるほか、内科・外科・小児科を年齢のちがいはあれ1科目として統合されるなど、医学教育界では国試が筑波方式化に向かいつつあるとさえいわれています。さらに今のM2第14回生が卒業して受験する昭和68年度の改定では、さらに臨床全科が統合される予定であり、わが臨床医学教育の目ざして来た方向と

ぴったり一致することになります。

医師となった現在851名の正会員諸君は日夜臨床、研究、行政ほか国の内外の多彩な分野で活躍しており、わが国全医師10数万のなかでの数としてはまだ0.5%にも足りませんが、活力あふれる新風、21世紀の医学と医療のリーダー候補生という点で、今やなくてはならない存在となって来ました。筑波大学医学専門学群の卒前医学教育がわが国他の大学に相当の影響力を發揮しているほか、医師国家試験改善の方向をみるまでもなく、われわれはWHOその他の機関を通じて国際的にも医学教育改革のミッション的インパクトを与えつつあります。附属病院におけるレジデント制度の実績が今年度からの卒後臨床研修部の創設を導き、今後ますますの充実改善が期待されます。大学院医学研究科でも、正会員諸君のなかから超A級の研究者が養成されつつあり、医学系に教官として加わった正会員が多数出るようになっていきます。

もとより筑波大学は内外に開かれており、純培養による弱化を警戒しつつも、われわれは卒業生諸君の動勢を見守っています。とくに卒業直後から、“対外試合に強い”諸君は筑波大学外へ勇躍出向、それぞれの場で筑波大学へそのまま残った諸君よりも活発に活動し、業績をあげておられる方々がいるのを知っています。毎年桐医会総会への出席者が少なくななかか合うこともできないのは、出席する時間がないくらい活躍しておられるからだろうと思って見守り、いつの日にか母校に錦を飾ってくれるものと期待しています。

何はともあれ、諸君の母校が筑波大学医学専門学群であることは生涯不变の事実です。属する同窓会はいくつあってもよく、多ければ多いほど人生が豊かになるでしょうが、桐医会はその最大の一つであることは間違いないでしょう。諸君の母校を守る教官がたは機会あるごとに諸君のアプローチを喜んで待っておられます。

教官の1人として、また第3代医学専門学群長になつた私は「医学専門学群の当面する重点課題」の一つに、「卒業生、ことに筑波大学に残らなかった諸君の進路アドバイス」を掲げました。強力な桐医会のために、そのことをご披露してご挨拶の結びといたします。

本年3月1日に本学の教授となられた、草刈、中井両教授に抱負を語っていただきました。

耳鼻咽喉科の現況と将来



本年3月1日に東北大学から耳鼻咽喉科学担当の教授として赴任致しました。私は生れたのは福島県、高校卒業までは青森県に又大学に入ってからはインターの1年間と米国留学の2年間を除くとずっと仙台に住んでおりました。したがって東北地方以外で生活をするのは今回が初めてと言っても良く一体どのような所かと少々不安な気持で参りましたが生活環境はすばらしく又皆さんが大変親切で大学も実に立派なので小生としては現在大変満足している所です。私の専門は耳、鼻、咽喉などの疾患をつかう訳ですが、耳鼻咽喉科学の現況と将来について話したいと思います。紙面の都合で主なもののみ述べますとまず中耳ですが最近特に問題となっているのは溢出性中耳炎です。中耳腔に液が貯留し難聴になるもので小児と老人に多く特に幼稚園児の検診を行うと2~4%に発見されると言われております。軽度の難聴のため周囲では気付かず時々知能が低いと思われていたりします。10年前から急激に増加して来た疾患です。次に内耳の問題ですがここには難問が多数あります。耳鳴り、眩暈、難聴などをつかう訳ですが内耳の構造機能は極めて複雑で関連する学会がこの分野だけで4つもあり毎年200~300の演題が夫々にあります。近年蝶電図、聴性脳幹反応などの誘発電位、CTscan MRIなどの画像診断、平衡機能検査の進歩などから内耳疾患だけではなくその中枢路もあつかうようになりました。例えば聴神経腫瘍の診断などは急激な進歩をとげ、内耳道内に限局しているような腫瘍も多数見つかるようになっています。この分野は神経耳科学と呼ばれ今後も脳神経外科内科や放射線科と協力して大いに発展させねばならぬ所です。鼻の方では花粉症を始めとするアレルギー疾患があげられます。理由は今一つはっきりしないのですが、10年前から増加して来ました。小生が新人の医師の頃は極めて稀な疾患がありました。今後耳鼻科医が真剣にとりくまねばならないと思われます。慢性扁桃炎を始めとする咽喉疾患もその免疫機能との関連などから最近更に注目され

臨床医学系 耳鼻咽喉科

草 刈 潤 教授

て来ております。顔面神経麻痺も耳鼻咽喉科領域の中では重要な疾患です。80%位の人は神経の変生もなく良く治るのですが、残りの20%位は脱神経を呈しなかなか難治です。手術が良いか薬物療法が良いか又後者ならどんな薬剤が良いかなど現在議論の絶えない所です。最後になりましたが頭頸部悪性腫瘍は入院患者中最も多数を占めなかなか大変な疾患です。御承知の如く当科領域の解剖は極めて複雑で且つ発声、嚥下、呼吸など生活に重要な部位でありますので十分に健常組織をつけて摘出することは困難なことも少なくありません。又摘出後の再建も大切です。欧米では科の名称をDepartment of Otorhinolaryngology and head and neck surgeryと最近変更した所も少なくありません。顕微鏡を使って行う耳のmicro-surgeryからこのような頭頸部外科まで当科の守備範囲は極めて広いものがあります。したがって研究の分野も極めて多岐に亘りますが、1人で全くはとても出来るものではありません。

私は将来上記のような臨床一般に加えて基礎的研究としては耳の電気生理をやって参りました。内耳は小指の頭程の小さな器官ですがその機能は実に複雑で研究の対象としては実に興味深いものがあります。内耳性の難聴は一部の例外を除けばほとんど治療困難で私は自分の研究の結果から何んとか突破孔が出来ないものかと夢をいだいております。このように極めてやるべきことの多い分野なのですが残念なことに現在がグループの人員は極めて少数であります。又茨城県の耳鼻科医数は人口比にすると全国で最も少なく全国平均の半数にも満たないとわれています。当大学は臨床研修や研究の上で極めて恵まれた環境にありますが、前述の諸問題を少しずつでも解決していくためにはどうしても若い力が必要です。私は今後多くの若い医師達が我々のグループに加わり一緒に諸問題にとりくんでいただくことを願っております。

「臨床病理学の現況と将来」



臨床医学系・臨床病理

中井利昭 教授

疾患の診断はおよそ半数が単なる既往歴や理学的所見の把握によって可能なことが多い。しかし第1にこの診断をより確実なものとするためには、また第2に上記の古典的診断だけでは診断できない疾患について検査診断“Laboratory diagnosis”が必須である。しかし現実となると“Laboratory diagnosis”が真に医学の一分野として認知されるようになったのはごく最近のことである。検査診断学すなわち臨床病理学のスタッフが病院内の診療面として検査部をあずかり、正しい検査データを提供していくのは当然のことであるが、中・小病院では未だに検査部長が内科医の兼務など臨床病理医専門でないことが多い。しかし今日のように検査項目が800近くもある検査の分野において臨床病理の専門医以外のものが片手間に検査をみていくことは不可能なことである。臨床病理学会では多くの学会の中でも比較的早期に専門医制度を導入し、今後の時代のニーズにマッチした検査の専門医を育成していくシステムもすでに確立している。今後中、小病院も含めすべての医療機関で片手間でない真の専従の“臨床病理医”的ポストを確保することは、その医療機関の発展を左右するものとなろう。いくら臨床の良い腕をもっていても、その技量を發揮しうる検査部や放射線部などの中央系のしっかりしたバックがなくては腕の発揮しようがないからである。

さて臨床病理学とは一口に“Laboratory medicine”といってもまだ理解の少ない方が多いので、一言述べたい。臨床病理学は内科診断学が臓器別の“縦の診断学”であるのに対して“横の診断学”である。たとえば血中Caの高い

のがたまたま検査伝票のチェックでみつかった場合——このようにたまたま血液検査で異常に気づくことは意外と多い——原発性副甲状腺機能亢進症、異所性副甲状腺ホルモン産生腫瘍、家族性低Ca尿性高Ca血症、悪性腫瘍の骨転移、サルコイドーシス、多発性骨髄腫、ビタミンD中毒症、ミルクアルカリ症候群、甲状腺機能亢進症などが鑑別診断としてすぐに頭にうかんでくる必要がある。このように臓器別でなく、横からみた診断学を教えるのが臨床病理学である。物事はすべて縦糸、横糸がからみ合わぬとうまくいかぬように、疾患の診断も内科診断学の縦糸と、臨床病理学の横糸とがからみ合わぬと不可能である。臨床病理学は横からみた診断学を駆使した病態検査学である。他の医学分野ではその学問体系はほぼ確立されたものであるが、臨床病理学はまだ暗中模索中の部分が多い、新しい学問である。

最近に私の研究テーマについて述べると、私のテーマは一貫してカテコールアミンである。カテコールアミンの研究は内分泌と自律神経の両面からすめいかねばならぬし、さらに循環器学、代謝学など幅広い医学全般の知識の要する。診療は組織さえつくってあれば比較的容易に実行可能である。しかし研究は一個人の個性、才能と不断の努力が必要である。診療はチーム人員が多くれば多いほど大きな仕事をすることができる。しかし研究は数が多ければよいというものではない。少数精銳に徹し、研究者として一人前に独立できうるもの筑波大卒業生の中より1人でも育てあげられれば、研究者としての私の望外の喜びである。

橋本達一郎教授最終講義

結核感染に対する生体反応 —結核・免疫・生体防御—

(昭和63年2月17日, 筑波大学医学専門学群臨床講堂 A)

たゞいま長谷川副学群長から丁重な御紹介をいただきましてありがとうございます。私は昭和49年に基礎医学系、微生物学教授として本学群に赴任しましてから、毎年、感染生物学及び人間生物学の講義を2年生、3年生を対象に行ってまいりましたが、本日は2年生に人間生物学学生体反応入門コースにおいて、教授として最後の講義をすることになりました。この入門コースは微生物が人体に如何なる生体反応をひきおこすかということをいくつかの典型を中心に解説することが目的であります。そこで私が長年終始一貫して研究対象としてきました「結核感染に対する生体反応」を、退官記念としての最終講義にえらばせていました、研究のたどった道すじを意味するものとして「結核・免疫・生体防御」というサブタイトルを付してお話することにいたします。

研究の道すじ

私が昭和22年、丁度40年前に医学部を卒業した頃は、わが国の国民死亡の第一位は結核でした。このため甚だ単純な動機ですが、卒業後すぐに結核を自分の研究対象にえらび創立されたばかりの国立予防衛生研究所に入りました。これは現今の学生達にガン研究におもむく者が多いのと似たようなことでしょう。

私の研究生活はヒトに病原性をもつ結核菌を直接の対象とし、その細菌学的研究、特に結核菌の病原性に興味をもちましたが、それは何故この病原菌がこのような惨禍を人々に与えるのか疑問に思つたからです。しかし当時結核は最高度に蔓延し多くの若い人々を倒していた時代環境にあり、基礎的な研究よりも、良質の結核ワクチンを一刻も早く全国に普及させることが急務とされました。幸い結核感染に対してBCGワクチンの有効性は日本で確立されたとされ、これを強力な凍結乾燥ワクチンとして完成することが強く要請され、BCG乾燥ワクチン製造の細菌学的ないし技術的研究が私の研究生活のスタートになりました。そして乾燥BCGワクチンの研究は1950年代の終り頃までにすべて終了し、高い力価を2年間は保持できる耐熱性ワクチンの完成をみることができました。このBCG乾ワクは現在でもわが国から世界の50ヶ国以上の途上国に輸出されております。

それから私は改めて結核菌(BCG)の与える生体反応、

ことにツベルクリンアレルギーと抗菌免疫の本態を研究対象にとりあげ、結核免疫と病原性の解析に入ることができました。

結核免疫学の進展は細胞性免疫学の端緒をひらき、その開花を支えたのですが、私はツベルクリンアレルギーの細胞による受身感作の研究から、その化学的メディエーターとしてのリンフォカインの研究を経て、細胞内寄生性微生物一般及びガンに対する生体防御に興味をもち、今日にいたっております。これが私の研究の道すじであります、今日の2年生の学生諸君に対する最終講義を、結核菌の感染に対する生体反応を中心として、「結核・免疫・生体防御」の視点からお話ししてみたいと思います。

結核の病原体

ヒトの結核の病原体である結核菌(*Mycobacterium tuberculosis*)は抗酸菌属(ミコバクテリウム属)の結核菌群に属しておりますが、この群に属するミコバクテリアの中、わが国で感染症が報告されている唯一のものです。発育速度のおそい slow growers に分類されており、結核菌群に属さないが似たような病変を呈し、抗原の交叉するものもある非定型抗酸菌(Atypical mycobacteria)の多くの種に分類上近接している(表1)。

表1 ヒトに対する起病性別に見た抗酸菌

Runyon 分類		ヒトに対する起病性	
		+	-
Slow growers	<i>M. tuberculosis</i>		<i>M. microti</i>
	結核菌群	<i>M. bovis</i>	
		<i>M. africanum</i>	
Rapid growers	非定型抗酸菌(各型のいくつかの種*)		
	I. II. III. 型		
Rapid growers	IV型		

*わが国で今まで感染症が報告されたもの

結核菌の生物学的性状についてはすでに感染生物学において講義しましたが、こゝに生体反応に特に関連する性状について再び簡単にふれることにします。

結核菌の構造物中、結核の病原性と免疫に決定的な役割を演じるのは細胞壁であり、これは細胞性免疫の抗原としてのツベルクリン・タンパクと、免疫反応を誘導するアジュバント活性をもつWax D(ミコール酸を含む

peptidoglycolipid)の二つの主要成分を含んでいます。脂肪含有量が60%にもなる細胞壁は独特的な脂肪酸(ミコール酸)を含み、そのスケレトンに相当するWax Dは、フロイントの完全アジュバントによって示されるように強烈な免疫アジュバント活性を發揮して、抗体産生の増強、細胞性免疫の誘導に大きな役割を演じている。Wax Dはツベルクリン遅延型アレルギーの誘導を介して、結核病変、即ち結核結節と空洞の進展に関与しています。

細胞壁に含まれる独特的な物質としてミコール酸を含む糖脂質がcord factorと命名され、マウスに特殊な遅延毒性を示すことが報告され結核菌の毒素に擬されたことがありました、生体内で産生の証明はなく、培養菌の産物と思われます。したがって、結核菌は独特的な生物活性をもつ毒素によって病原性を発揮するのではなく、生体内での増殖力の大小が、結核菌のウィルレンスの大小を規定するものと考えられるのであります。

さてこのような「毒素なき病原菌」が、如何なる生体反応を惹起するかという本論に入りたいと思います。

初期変化群

これまでの講義で各種の細菌類の感染に対する生体反応として、毒素の独特的な生理学的活性による病変を除いては、主として炎症と免疫反応の二つが主要な反応であることを述べて来た。結核菌の感染による生体反応にも同じことがいえます。結核菌の人体への侵入門戸は主として肺であり、結核患者から咳や痰によって排出された結核菌は飛沫核として吸入され、気管支を経て肺胞に達し、そこで増殖をはじめて感染が成立する。

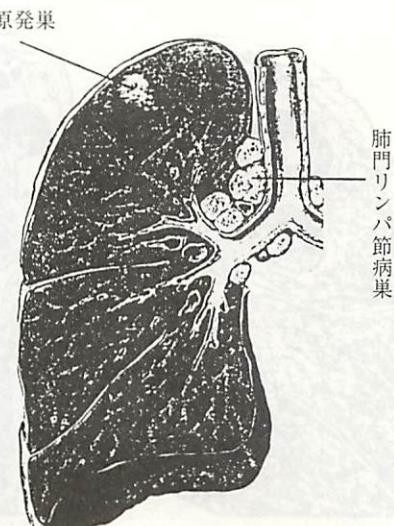


図1. 結核・初期変化群

肺に定着した結核菌に対する生体反応はまず滲出性炎症(初感原発巣)であり、集まって来た好中球は結核菌を貪食するが、菌は細胞内増殖をつづけ、細胞崩壊と貪食はくりかえされ、やがてマクロファージとリンパ球が参加してきます。免疫反応の進展しない4~8週の間は、マクロファージ内に貪食された結核菌でも増殖をつづけることができます。免疫反応の発現に平行して炎症像は増殖性炎症に変化して結核病変の特徴を示すようになります。その特徴とはマクロファージの分化した類上皮細胞を主要構成とする肉芽腫(グラヌローマ)、すなわち結核結節(tubercle)であり、独特の炎症像のため、特異性炎症とよばれている。この間、免疫反応の発現がまだ十分に行われぬうちに肺に定着した結核菌の一部は、所属リンパ節(肺門リンパ節)にリンパ流に乗って転移し、炎症、すなわちリンパ節炎をおこし、肺と同様な炎症の経過をとります。この肺門リンパ節病変と初感原発巣の結核性肺炎を合わせて初期変化群と呼んでおり、結核菌の侵入に対する生体反応の特徴ある第一段階である。(図1)。

結核結節の進展・空洞

初期変化群の病巣は細胞性免疫の発現に伴い感染結核菌の増殖抑制により治癒の傾向が強く、図2に示すように病巣の被包化、石灰化の経過をたどる。このため結核菌の感染を受けても大部分の人は発病することなく、しかし病原菌を病巣内にとどめたま、一生を過ごす。

今日この講堂におられる聴衆はほぼすべてツベルクリン反応陽性(細胞性免疫発現の証拠)で結核発病をしていない感染者であります。

しかし極めて一部の感染者においては、菌のウィルレ

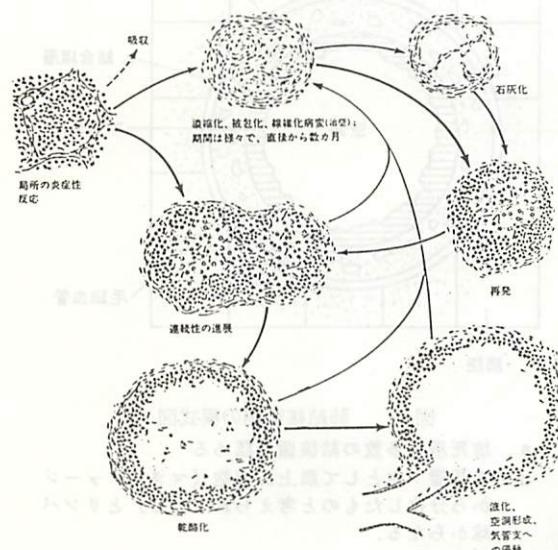


図2. 結核結節の進展

ンス、菌数、又は宿主生体の抵抗力の低下などの原因で初期変化群において病変が進行し結核の発病がおこります(初期または一次結核症)。

図2に示すように、原発巣の炎症は増大し、中心部が凝固壊死(壊死物質がチーズに似ているため乾酪壊死と呼ばれる)におちり(乾酪化)、さらに壊死物質の液化がおこると、気管支から排出されて、空気が導入され空洞が形成されます。増殖性炎症すなわちグラヌローマの増大はツベルクリンアレルギーによって加速され空洞形成を助長する方向に働きます。図3は肺結核空洞の模式図を示しています。空洞内壁の壊死層には無数の結核菌が増殖しており、免疫反応による抑制を免れて咳や痰によって空洞外に排出され、極めて危険な感染源となっています。空洞こそ肺結核病変の最も著しい特徴であり、結核が人類に与えた惨禍の根源であるといえるでしょう。ツベルクリンアレルギーに感作したウサギの肺に直接結核死菌を注入することにより、ほぼ100%空洞を形成することに成功した実験は、結核空洞形成が如何に細胞性免疫によって促進されるかを明示していますが、一方細胞内殺菌機構を発動する抗菌性細胞性免疫は空洞内壁の壊死層で好気性の環境で自由に増殖する結核菌を制圧できず、結核の病原性を抑制できない結果になっています。空洞から排出された結核菌は気管支を経て再び吸入され、肺の他の部位に「管内性転移」を行い、転移病巣はツベルクリンアレルギーによって炎症が激化し、さ

らに空洞形成を増加してゆくことになる。

これは慢性結核症(二次結核症)の像であり、図4は多くの空洞と、散布された乾酪化を示す肺病巣を示しています。実際に空洞こそ肺結核の最も著しい特徴であり、感染源として果てしなく新たな結核菌を排出散布する存在は結核を最も制圧が困難な伝染病にしている主因となっています。

結核病巣の血行性転移

初期変化群の肺門リンパ節炎は細胞性免疫の進展により抑制阻止されるのが普通ですが、菌と宿主側の条件(特に幼少児)によっては、縦隔内リンパ節を連続性において進行し、遂には静脈角リンパ節を介して菌が血液中に入り、血行性に全身へ散布されることがある。この場合、結核菌は血液を介して肺のはか骨髄、肝、腎、脾、中枢神経系などの諸臓器に散布され、図5の5ヶ月の幼児の肺にみられるように粟粒結核をおこす。この際ツベルクリンアレルギーは、病巣の形成を促進するように働くでしょう。血行性転移によって形成された二次病巣内の菌は臨床的に気付かれないうちに死滅することがあるが、持続生残菌となって病巣中に生き続け、慢性(二次)結核症を形成する場合もある。幼少児の結核性髄膜炎、骨・間接結核は悲惨な例です。

結核感染が初感染から慢性結核発症までの期間は2年以内が多いが、数十年後のものもあり、生体の抵抗力の減弱が原因と思われるすべての因子、特に老化、免疫不全、副腎皮質ホルモンや免疫抑制剤の使用、最近では宿主の細胞性免疫系を直接攻撃するエイズ感染などの日和見感染による結核発症が考えられる。

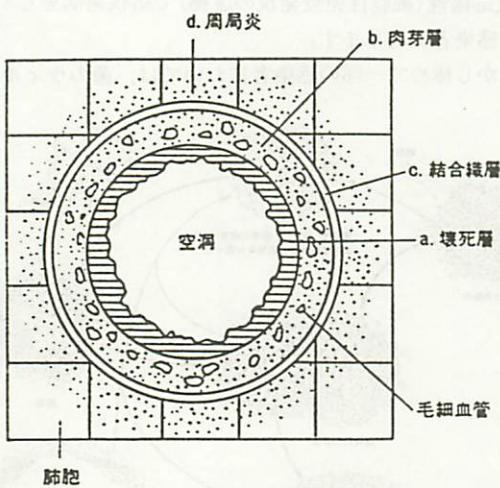


図3. 肺結核空洞の模式図

- a. 壊死層：多数の結核菌を認める
- b. 肉芽層：主として類上皮細胞(マクロファージから分化したものと考えられている)とリンパ球からなる。
- c. 結合織層
- d. 周局炎：非特異的炎症

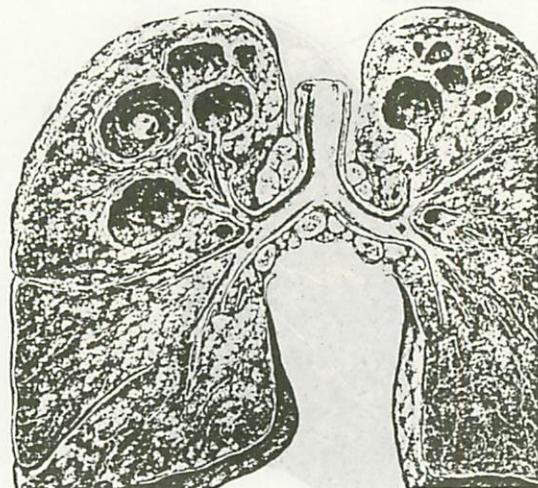


図4. 二次肺結核：広範な空洞性病変

結核感染に対する細胞性免疫反応

上述のように結核菌の感染によってひきおこされる結核性病変はその特徴とする肉芽腫(グラスローマ)及び空洞形成のいずれにおいてもツベルクリン遅延型アレルギーの関与が極めて強いのが特色である。また病巣の結核菌の抑制には細胞性免疫による防御機構が主となっている。したがって結核はその病原性の発現に細胞性免疫が強く関与している典型的な感染症である。図6に病原性と細胞性免疫の関連を示す。

一般に結核菌の感染が成立すれば、その菌体成分(タンパク質、多糖体、リン脂質など)に対する抗体産生が行われるが、これらの抗体の中で、ツベルクリン反応及び、結核の感染防御免疫に関与するものは全く無い。後二者に関与するものはツベルクリンタンパク抗原に対して產生される感作リンパ球の產生のみである。

この結核菌抗原に対する細胞性免疫の発現は、二年の学生諸君が今学期履修したばかりの細胞性免疫の感作、反応の発現の過程そのものであり、これをかんたんな図式で示すと、図7のようになる。すなわち感染結核菌の抗原はマクロファージ(又は他の抗原呈示細胞)によって処理されT-リンパ球に呈示される。T-リンパ球は活性化され感作リンパ球となり、再び抗原の呈示を受けると化

学的メディエーターであるLymphokines(リンフォカイン)を产生、細胞外に放出してマクロファージを活性化する。活性化されたマクロファージはそれぞれのリンフォカインに応じてツベルクリン反応をひきおこしたり、細胞内殺菌によって抗菌性の防御免疫(Protective Immunity)を発現する。これが細胞性免疫反応であり、結核病変を強く修飾している生体反応である。この反応過程は図7のシェーマでは極めて明確に示されているが、実際は各ステップの詳細はかなり複雑であり、現在なお研究が進行中である。たとえばツベルクリンタンパク抗原の化学的本態は未だに解決されていない。この抗原はIa抗原陽性のマクロファージによってのみT-リンパ球に呈示されるものであり、感作リンパ球表面の抗原に対するレセプターの本態は最近ようやく明らかにされつつあるところである。しかしIa抗原との関連において外来抗原を認識するメカニズムについては不明である。

結核菌抗原によって活性化された感作リンパ球(T-リンパ球)についてもツベルクリン反応と防御免疫に関与するものはそれぞれ異ったものか、同一のものか。同一のものらしいという研究結果は出ているが、それではメディエーターとしてのリンフォカインの異同はどうか。

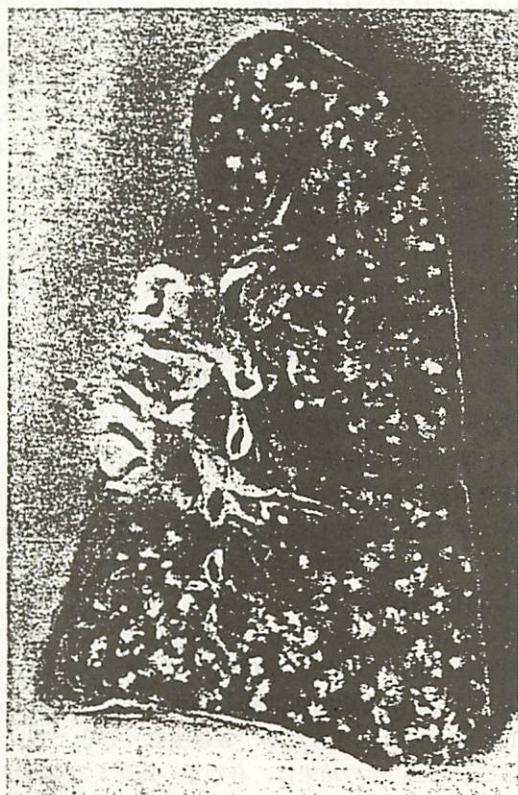


図5. 5ヶ月の幼児の肺におこった粟粒結核症

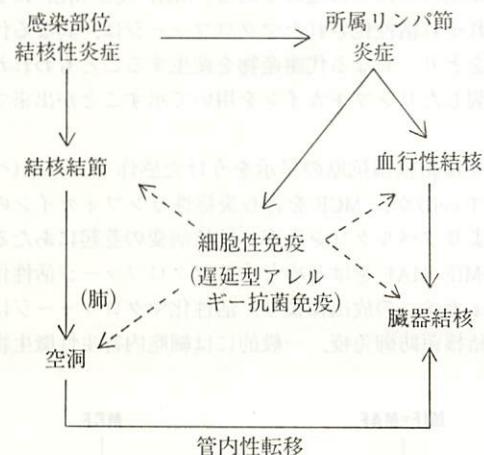


図6. 感染結核菌に対する生体反応
病原性・免疫反応

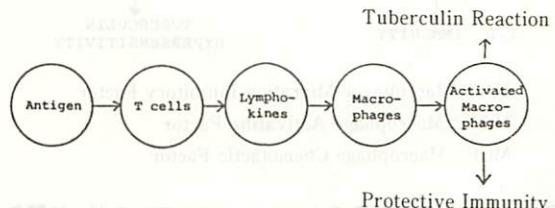


図7. 結核の細胞性免疫発現のシェーマ

この点については近年リンフォカイン産生 T ハイブリドーマが確立され、またその遺伝子クローニングが行われて多くの事実が明らかになってきつゝある。

われわれの結核細胞性免疫の研究は結核性肉芽腫細胞(モルモット)によるツベルクリンアレルギーの Passive transfer から始まったが、1966 年の David 及び Bloom によるリンフォカインの発見以来、研究の焦点は細胞レベルから分子レベルに移り、遂に試験管内遲延型過敏症のメディエーターと称されたマクロファージ遊走阻止因子(MIF)の精製に成功することができた。しかし、その結果このリンフォカインは実はツベルクリン反応のメディエーターではなく、マクロファージの活性化を介して細胞内結核菌の殺菌、すなわち防御免疫に主役を演じていることがわかった。すなわち MIF は、マクロファージを活性化して抗菌活性をひきおこすマクロファージ活性化因子(MAF)の一つであることが証明されたのである。そして化学的本態も異なる別のリンフォカイン、マクロファージ走化性因子(MCF)が、ツベルクリン反応の直接のメディエーターであることが明らかにされ、図 8 に示すように、結核病学会の半世紀にわたる宿題となっていた結核の防御免疫とツベルクリン過敏症は化学的メディエーターのレベルで別個のものであることが明らかにされたのである。MAF 及び MCF によってそれぞれ活性化されたマクロファージは、異なる代謝経路をとり、異なる代謝産物を産生することもわれわれの精製したリンフォカインを用いて示すことが出来ている。

図 9 は結核菌抗原の呈示をうけた感作リンパ球(ヘルパー T cell)が、MCF を含む炎症性リンフォカインの放出によりツベルクリン反応、結核病変の惹起にあたる一方、MIF/MAF をはじめとするマクロファージ活性化リンフォカインの放出により、活性化マクロファージによる抗結核菌防御免疫、一般的には細胞内寄生性微生物に

対する抗微生物活性、さらには腫瘍細胞を殺す抗腫瘍活性をも發揮し、ひろく生体防御反応に関与していることを示したものである。結核性肉芽腫の感作 T リンパ球から出発したわれわれの研究もこの図 9 の道すじをたどって細胞性免疫のメディエーターであるリンフォカイン MIF/MAF の精製、それによるマクロファージ活性化の機構、さらに活性化マクロファージの放出するメディエーター、モノカインの 1 つであるインターロイキン-1(IL-1)の作用機序の解明に進んだ。すなわち結核免疫反応の本態からより広い生体防御反応の解析に到達したのである。

1945 年、第 2 次大戦の終わった年に M. Chase によって出版されたツベルクリン過敏症の細胞性受身感作についての論文は細胞性免疫学の研究に第一歩を印し、結核免疫の研究が免疫学全般に新しい息吹きを吹きこんできた事実に学生諸君は注目されたい。現代免疫学がその後目ざましく発展し、ようやく成熟の時期に入った現在、結核の免疫学的研究は「生体防御の学としての免疫学」の領域で将来さらに大きな寄与をするであろうと思われる。

BCG 予防接種の効果と副作用

最後に結核菌に対する生体反応の中で細胞性免疫による防御免疫を利用して結核に対する予防接種が行なわれて来たことに言及しておきたい。一般に生菌ワクチンは細胞性免疫の付与のためには最良のワクチンであるが、強いアジュバント活性をもつ結核菌細胞壁とタンパク抗原を具備した弱毒結核生菌はまさに理想的な細胞性免疫原である。この原理に基づいて BCG ワクチンは Calmette と Guérin によって創り出された。このワクチンの出現は白死病(White Plague)としておそれられ、治療手段の無かった結核症の予防には福音であったが、それでは実際に人体に有効な抗結核免疫を付与できるのであろうか。その解答は最終的には人体接種によって結核防御効果が証明されなければならない。

わが国では昭和 13 年から 5 年間かけて全国的規模の共同研究が行われ、BCG ワクチンの接種によって結核の発病は 1/2 以下に、結核による死亡は 1/8 に低下せしめることができることが観察され、BCG ワクチンの人体における有効性が確認された。しかしこれらの試みは、いわゆる retrospective な方法での検定であり、統計学的な厳密さに欠けていた。一方世界的な規模では表 2 に示すように統計学的な批判に堪えうる prospective な controlled trial が実施されたが、数は少なく 10 指で数えうるほどである。その結果は、有効から無効まで変動が著しい。有効率(結核防御率)でみると表 2 の右端に示すように 80% から 0% まで変動している。

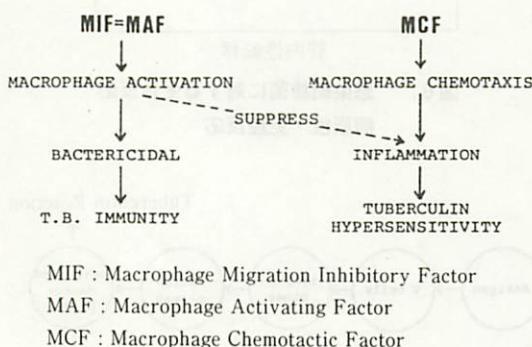


図 8. 結核の防御免疫とツベルクリンアレルギーに関するマクロファージ制御リンフォカイン

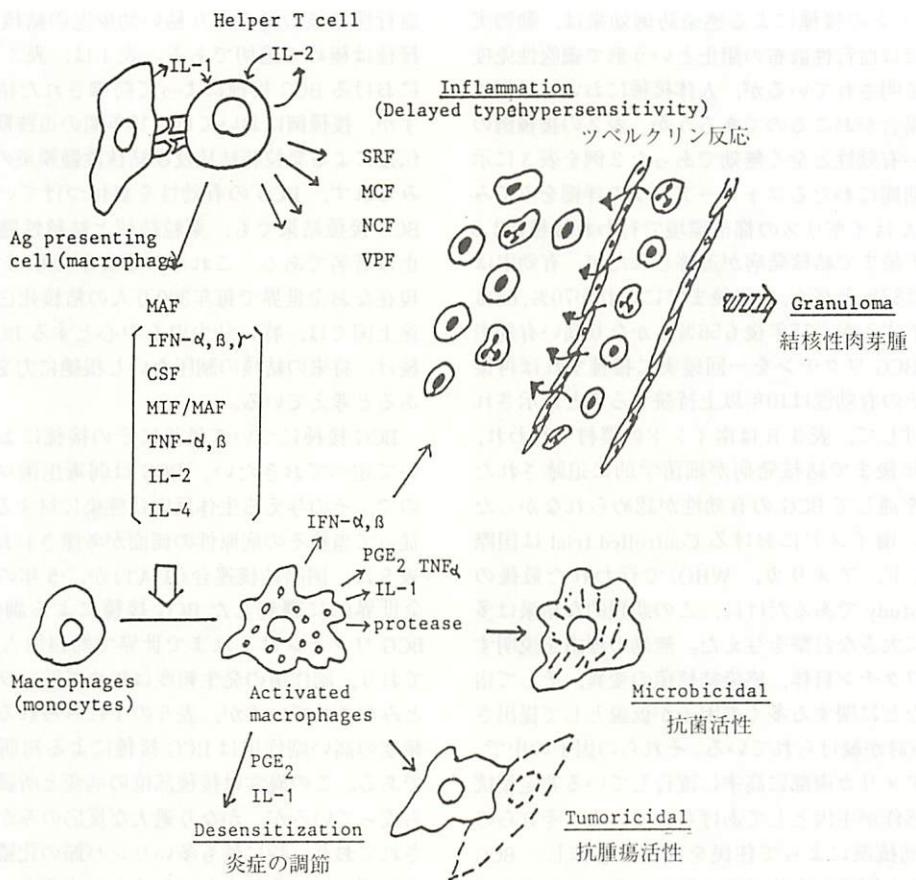


図9. 感作リンパ球が産生、放出する種々のリンフォカインによるツベルクリン反応、肉芽腫形成、抗結核菌活性及び抗腫瘍活性

表2 BCG接種の結核防御効果(8 controlled trials)

	接種対象	接種年	接種時年齢(年)	接種法	追跡期間(年)	BCG接種群		対象群		有効率(%)
						総数	結核症数	総数	結核症数	
1	北米インディアン	1935～1938	0～20	皮内	9～11	1,551	64	1,457	320	80
2	シカゴ市幼児	1937～1948	～3カ月	多刺	12～23	1,716	17	1,665	223	75
3	ジョージア一般住民	1947	6～17	多刺	20	2,498	5	2,341	3	0
4	ブルートリコ一般住民	1949～1951	1～18	皮内	5.5～7.5	50,634	93	27,338	73	31
5	ジョージア・アラバマ一般住民	1950	5～	多刺	14	16,913	26	17,854	32	14*
6	イギリス都市住民	1950～1952	14～15.5	皮内	15	13,598	56	12,699	240	78
7	南インド農村住民	1950～1955	全年齢	皮内	9～14	5,069	28	5,808	46	31
8	南インド農村住民	1968～1971	10～	皮内	12.5	**	133	**	137	0

*有意差なし ** ほぼ同数

(英MRC 1972, 橋本 1986)

BCG ワクチンの接種による感染防御効果は、動物実験のレベルでは血行性散布の阻止という形で細胞性免疫の有効性が証明されているが、人体接種においては何故有効でない場合がおこるのであろうか。表 2 の接種例の中から、高い有効性と全く無効であった 2 例を表 3 に示し各々の長期間にわたるフォローアップの詳細をみてみよう。表 3 A はイギリスの都市環境で行われ接種後 2.5 年おきに 15 年後まで結核発病が追跡されたが、有効率は 5 年後までは 87% と高く、10 年後までにこれが 70%, 68% と徐々に低下するが、15 年後も 56% とかなり高い有効率を持続し、BCG ワクチンを一回確実に接種すれば再接種なしでもその有効性は 10 年以上持続することが示された。これに対して、表 3 B は南インドの農村で行われ、同様に 12.5 年後まで結核発病が細菌学的に追跡されたが、全期間を通じて BCG の有効性が認められなかつたものである。南インドにおける Controlled trial は国際的協力（インド、アメリカ、WHO）で行われた最後の Prospective study であるだけに、この悲観的な結果は多くの途上国に大きな打撃を与えた。無効の理由を説明するために、ワクチン自体、感染結核菌の変異、そして宿主の感受性などに関する多くの因子が仮説として提出され、今だに検討が続けられている。それらの因子の中で、南インドやアメリカ南部に高率に流行している非定型抗酸菌による感作が主因としてあげられている。それらの抗酸菌は共通抗原によって住民を高率に感作し、BCG 接種によるのと同様な生体反応を惹起することにより、BCG 予防接種効果を低下または消失せしめるのかもしれない。

BCG 接種無効の原因はまだすべて明確にされたわけではないが、一方南インドの接種対象として検討されなかった幼少児に対する BCG 接種の効果は、全世界的に広く認められてきた。幼少児は非定型抗酸菌による感作も高率でないので、WHO の現在の方針は、幼少児の結核予防に対しては、これまで通り BCG 接種ができるだけ精力的に継続してゆくことになっている。また BCG 接種によって付与される細胞性免疫の本態が感染巣からの血行性伝播を阻止することにあるならば、結核発病が

血行性結核の型をとり易い幼少児の結核予防には BCG 接種は極めて適切である。表 4 は、表 3 A のイギリスにおける BCG 接種によって防御された結核症の型を示すが、接種例においては、15 年間の追跡期間中、血行性伝播による粟粒肺結核及び結核性髄膜炎の発症が 1 例もみられず、BCG の有効性を裏付けている。わが国の BCG 接種結果でも、粟粒結核と結核性髄膜炎の発症阻止は著名である。これらの事実から私は BCG 接種は、現在なお全世界で毎年 300 万人の結核死亡を出している途上国では、特に幼少児を中心とする BCG 予防接種を続け、将来の結核の制圧ないし根絶に力を尽くすべきであると考えている。

BCG 接種について最後にその接種による副作用について述べておきたい。BCG は弱毒生菌ワクチンであるので、その与える生体反応は感染に対するものである。従って当然その病原性の側面が考慮されねばならない。表 5 は、国際結核連合（IUAT）が、5 年の時日を費して全世界的に調査した BCG 接種による副作用である。BCG ワクチンはこれまで世界で約 14 億人が接種を受けしており、副作用の発生頻度は極めて低いワクチンであるとみなされているが、表 5 の 1 にみられるように、最も頻度の高い副作用は BCG 接種による初期変化群の異常である。この異常は接種部位の病変と所属リンパ節炎から成っているが、かなり過大な反応のみがこゝでは報告されており、特に最も多いリンパ節の化膿でもその頻度は 10 万人につき 4 人ないし 5 人にすぎない。

さらに重い副作用として播種性 BCG 病変があるが、その頻度はさらに低い。最も重篤な播種による全身感染死亡例は全世界ではこれまで 35 例の報告があり、わが国では現在までに 2 例が報告されている。しかしわが国では昭和 29 年以来の BCG 接種者は 1 億 4 千万人にのぼるので、その発生頻度は極めて小さいが、先天的な免疫不全者に対する接種は注意せねばならぬ。殊に今後は、AIDS 感染者に対する BCG 接種は避けねばならず、世界的にも大きな問題となるであろう。

以上、BCG ワクチンは弱毒化した生菌ワクチンであるので、その人体に対する接種は、結核感染と同様の生

表 3 BCG 予防接種の有効例と無効例

A. 有効例(イギリス)

BCG 接種の結核発病予防効果の持続

	0 ~	2 1/2 ~	5 ~	7 1/2 ~	10 ~ 15 年
年間発病率 (1,000 例)	2.12	2.89	1.30	0.83	0.26
接種群	0.41	0.38	0.38	0.27	0.10
有効率(%)	81	87	70	68	56

(英 MR C)

B. 無効例(南インド)

ツベルクリン反応 0 ~ 7 mm 者における BCG 接種効果

BCG 接種(皮内)	接種後フォローアップ時の結核発病(菌 2 回陽性)者数						BCG 有効率 (%)
	~ 2.5	~ 5.0	~ 7.5	~ 10	~ 12.5	~ 15 年	
0.1 mg BCG	11	23	25	34	35	128	
0.01 mg BCG	14	34	17	34	38	137	
Placebo	6	12	29	46	44	137	0

(南インド農村 1985)

表4 BCG接種後15年以内に発病した病型結核症例数

結核症例 総数	肺核	肺核性 筋膜炎	肺門 リンバ節腫大	骨・關節 結核	結核性 髄膜炎	粟粒核	結核性 性殖の 肺結核	結核性 尿管炎	結核性 膀胱炎	結核性 紅斑核	結核性 筋膜炎	結核性 斑膜核他
	BCG非接種 12,867	243	163	51	2	3	5	5			14	
BCG接種 13,598	56	40	8	1	2	0	0			5		

(英國 MRC 1972)

体反応、すなわち副作用として病原性を、有効性として細胞性免疫による防御反応を世界的規模で考えねばならぬことを示したのである。

終わりに

細菌感染に対する生体反応の最終講義として、特に結核感染に対する生体反応を私の最終講義にしましたが、それは私が大学を卒業してから今日まで歩んだ「結核・免疫・生体防御」の研究の道すじそのものでもあったからです。勿論この研究は私一人の力ではどうなるものではなく、実に大勢の研究者の協力を必要としました。また最高の死亡率をひきおこしていた恐るべき伝染病を

表5 BCG接種の副作用

1. BCG初期変化群の異常	例 数
(イ) 接種局所の皮膚病変 (潰瘍、膿瘍、コッホ現象)	1,349
(ロ) 化膿性所属リンパ節炎	6,000
2. 持続性及び播種性BCG感染(非死亡例)	
(イ) 中耳炎・咽後膿瘍	305
(ロ) 狼瘍、他の皮膚病変	254
(ハ) 膿瘍(皮下、筋肉)	23
(ニ) 肾・関節病変	272
(ホ) 多発性リンパ節炎など	31
(ヘ) 腎、肺、肺門、その他の病変	208
3. 播種性BCG感染	
全身性病変: 死亡例	35
4. BCG接種症発病変	
(イ) ケロイド、他	1,354
(ロ) 急性皮膚発疹、眼病変、その他	540
全 例	10,371

(全世界、1977年12月まで、I.U.A.T予防委員会、1984)

制圧するという医学的目的にそった協力は、狭い専門領域から脱け出して基礎的な学問研究としては細胞性免疫学の目ざましい発展へとひろがり、結核の免疫学的研究は「生体防御の学としての免疫学」の領域で今後一層大きな寄与をするであろうと思われます。これで最終講義を終わりますが、学生諸君及び教官諸氏の聴講を感謝します。



● 最終講義を終えて自室にて

西暦2000年の医師の役割

Halfan T. Mahler (WHO 事務局長)

昨年11月、WHO事務局長Halfan T. Mahlerが本学を訪れ、特別講演「西暦2000年の医師の役割」を行なわれました。この様子は週刊医学界新聞1988年2月29日第1787号に掲載されました。ここに医学書院の御好意により転載させていただきました。

1987年11月10日。紅葉も盛りを過ぎ、なかば裸の梢のむこうは薄曇りの空。筑波大医学専門学群長室でDr. Mahlerの到着を待つ。「東京を抜けるのに手間とり少し遅れそう」との連絡が社会医学系の紀伊國教授(本日の司会兼ドライバー)から入って大分経つ。廊下のむこうで人声がし、無事到着。橋本達一郎学群長と握手する。Dr. Mahler。機敏な身のこなしには活気が溢れている。お互い結核を専攻したこともあるて旧知の仲。しかし席を暖める間もなく学内放送が講演会の開始をアナウンス。

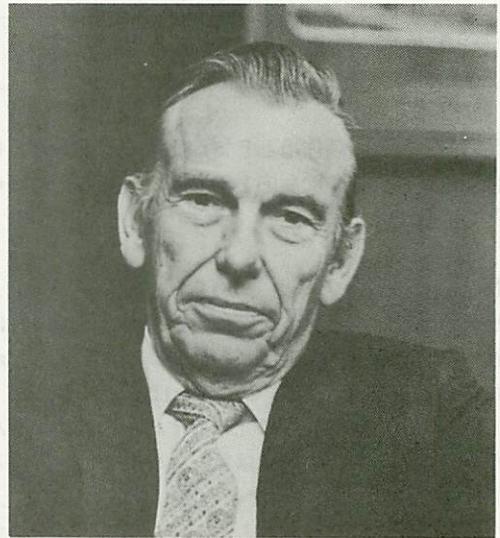
感染症に対する予防接種、エイズや喫煙問題への対策等、常にグローバルな視野から世界の保健衛生問題にとりくむWHO(世界保健機関)の役割は、近年ますます重要なになってきている。

折しも、アジアからはじめて中嶋 宏氏がWHOの新事務局長に選出され今後の活動が期待されているが、一方、1973年以来15年の長きにわたり事務局長の要職を務めるHalfan T. Mahlerの印した足跡は偉大である。

プライマリ・ヘルスケアに関する「アルマ・アタ宣言」をはじめ、エイズ撲滅を目指した世界戦略、21世紀の“煙りなき社会”へ向けた喫煙対策等、WHOの打ち出すさまざまの施設にその力強いリーダーシップが發揮されなかった試しはない。

敬愛の念を込めて「ドクター・マーラー」と皆は呼ぶが、本紙では、昨年11月「第6回喫煙と健康世界会議」で来日したDr. Mahlerが、その過密スケジュールの合間に縫って筑波大を訪れ、医学生・教官を前に語った公演「西暦2000年の医師の役割」を紹介する。本年6月をもって事務局長勇退を心に決めていたに違いないDr. Mahlerの、これは21世紀を担う若き医学徒へ向けた「最後のメッセージ」だったのかも知れない。

「The Role of Physicians in the Year 2000 - 西暦2000



●Halfan T. Mahler

1923年デンマークの寒村に牧師の息子として生まれる。6人兄弟の1人。母は音楽に造詣の深い教養ファミリー。1948年コペンハーゲン大で結核を学び卒業後、1951年よりWHOの勤務。インドで10年間結核対策にとりくんだ後、1962年WHO本部の結核対策部門のチーフ、1970年には副事務局長に就任。ついで1973年よりWHO事務局長として3期15年にわたり、世界の保健衛生の向上のため主導的役割を果たしてきた。

年の医師の役割」。これを「継続性 continuity」と「変化 change」の2つの側面から考えてみよう、Dr. Mahlerは語り始める。

医師は「社会の健康」にも責任がある

まず「継続性」ということ。病む者の傍にあってその苦痛をとり除き、慰め、癒すことは、ヒポクラテスの昔から現在まで歴史を貫いて「継続」している医師の役割で、患者の利益を第一に考え献身するモラルとともに、将来も変わることはないだろう。

しかし、医師にはこのようなそれぞれの患者に対する役割を越えて、「社会の健康」そのものに対して責任があるのだ。このことが指摘されるようになったのは比較的最近のこと。「健康は人間の基本的権利であり、その実現は最も重要かつ世界的な社会的目的だ」というアル

マ・アタ宣言(1978年)の基本思想や「2000年までの人々に健康を— Health for All by the Year 2000」というスローガンは、医師の果たすべき広範な社会的役割と表裏一体だ。

ライフスタイルと意識の変革をリードする医師

健康の増進、疾病の予防は家庭・職場・地域に始まる。従ってどのようなライフスタイルや行動が健康に害を及ぼすか、また健康の決定要因である栄養、運動、ストレスマネジメントなどどのように取り組んでいくか、これらに関して医師は、人々の生活するそれぞれの場で、的確なカウンセリングを行なう技術をもたねばならない。また地域における医療資源の公正な分配、優先順位の決定など、経済・社会・政治的な意思決定プロセスに参加することが、これから医師の重要な役割となる。

1985年のWHO医学研究諮問委員会が述べているように、受精または受精のすぐあとに決定されるものを除き、疾病は人々にとって、今や避けることができないものではなくなりつつある。疾病の多くは、生活の不健康な過ごし方によって起こるものであり、生活様式を変えることによって予防可能である。この生活様式・態度の変革を、中心になってリードするのが医師で、今後はこのようなプライマリ・ヘルスケアにより多くの医師が携わるようになるだろう。

プライマリ・ヘルスケアのための医学教育を充実させよう

先進国では現在、公的医療資源の75%が二・三次医療に当たられ、プライマリ・ヘルスケアには25%以下しか配分されていない。しかし将来はこれを変えていく必要がある。プライマリ・ヘルスケアが底辺で、三次医療が頂点といったヒエラルキーのイメージで医療は考えられてはならない。医科学の進歩に追いつく一方で、これら新技術の安全性、効果、受け入れ易さについて評価する能力が医師には必要とされる。

このように考えるとき、医学教育のあり方も変わってくる。1979年、国際医学生連合は「これから医学校のカリキュラムでは、プライマリ・ヘルスケアの実践的な教育が中心になるべきである。地域社会における疾病的予防と治療に原則をおき、より多くの重点が人々の健康および疾病の情緒的・心理的・社会的な要因に置かれなければならない」と提言。これをうけて、少しづつはあるが、地域社会に根差した、問題指向的な医学教育システムの模索が伝統的医科大学の中でも行なわれるようになってきている。プライマリ・ヘルスケアに役立つ臨床疫学、行動科学、医療サービスの管理などの知識と技術を、からの医学生は学ぶ必要がある。このようにして、健康の増進、第一次・二次的予防、リハビリテー

西暦2000年の医師の役割

Are we ready to ?!

①私たちは「すべての人々に健康を」の実現に必要な、「政治への参与」を行なう努力をし、それに対する躊躇が多い専門家たちを味方にひきいれる用意があるが。

②医療サービスの方向転換に参加し、それをリードする用意があるか。

③プライマリ・ヘルスケアを提供し、管理し、支持するためにチームで、あるいは必要ならばそのリーダーとして働くつもりがあるか。

④日常の診療活動を、健康の増進、予防、リハビリテーションにまで拡大し、また地域の問題の発見と解決にとりくむ用意があるか。

⑤健康問題に興味をもつ地域社会ならびに他の開発部門をまきこんで働く用意があるか。

⑥他の医療従事者のトレーニングと生涯教育に参加する用意があるか。

⑦将来の医師のための教育、養成の方向を変える用意があるか。

⑧研究活動の方向転換をするつもりがあるか。

⑨最後に、以上のこと、「すべての人々に健康を」という大きな社会的目標とその達成を常に心を留めて、実行する用意があるか。

ションによる慢性的障害の限定化が、急性疾病的治療と同様の重要性を獲得するようになるだろう。

以上のように、Dr. Mahlerは、対人的医療における医師の伝統的役割の「継続」に加え、地域社会での健康プログラムをリードする医師の「変化する役割」について述べた後、「The Role of Physicians in the Year 2000」を9項目の質問にまとめて提出した(上記み)。

「すべての人々に健康を」の実現へむけて働く人間集団かつて人が決定した最も崇高な社会的目標——「すべての人々に健康を！」医師は今後、2000年であれ、それ以降であれ、この目標達成のために働く人間集団となるだろう。

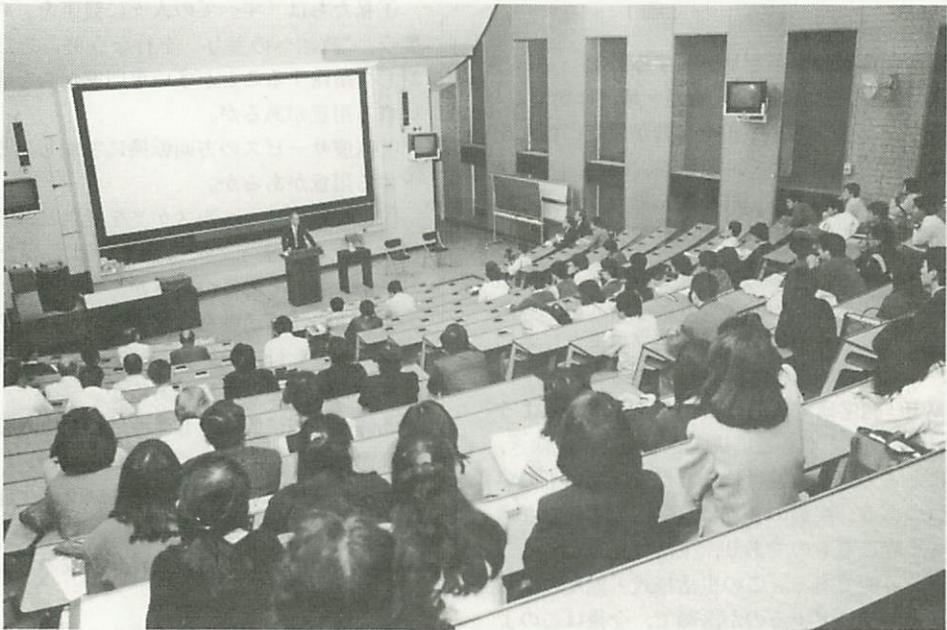
「私はそのメンバーの1人であることを誇りに思う。過去の輝かしい歴史に加え、医師として、きたるべき21世紀に向けて、この新たなチャレンジに真正面からとりくもうではないか！」

このようにDr. Mahlerは講演を結んだ。西暦2000年まであと12年。講演を聴いた医学生たちは、そのとき、診療であれ研究であれ、まさに第一線で活躍しているだ

ろう。

Dr. Mahler が力を込めて語った「新しい医師の役割」

がいかに達成されているか——それは現在医学生である皆さんのが肩にかかっている。



●会場の段階教室には学生、教官が参集。筑波大では不定期ながら年何回かこのような特別公演を行なっている。今回はとくにM5・M6の学生が将来の進路を選択する際の参考になればとの意図があった。実際に集まつたのはM1から教官まで多彩。女性の姿も目立つた。

財団法人桐仁会の発足について

病院部長 田 中 明

(設立の経緯)

阿南先生が学長に就任されて間もなく、病院長の要請により事務局は、かねて附属病院の懸案事項であった「公益法人を院内に設立する」ことについて検討を始め関係方面と接触しておりました。

翌62年1月に入り、学長を中心に学内関係者が会合し、この問題について数回の懇談が行われました。

やがて「病院財団設立準備委員会学内委員会（会長 阿南学長）」と発展し、設立申請の内容等について合意、更には「財団法人桐仁会設立準備委員会（会長 青鹿常陽銀行会長）」の組織に至り8月25日設立申請書並びに募金事業等について審議、設立代表者に本学元事務局長の石川氏が選ばれました。

11月11日申請の諸条件が整い茨城県に提出、63年2月8日付で同知事の認可となった次第であります。

(設立の必要性)

附属病院内に財團を設置する必要性については、既にこのたびの募金趣意書その他で桐医会の皆様にもご案内済みでありますが折角、山口会長のご依頼もありましたのでその概要を紹介させて頂く次第です。

先ず、大学病院は「ミニ社会」といわれるほど数多くの職種で構成されていることはご案内のとおりであります。これらの職種の中には、本院が国の機関であるが故に国としてなじまないものがあり、一言でいえば法令遵守の建前上、小廻りのきかない面が出てまいります。大まかに言いますと、第一に地域の医療センターとしての患者および職員へのサービスにおいて国の手が及ばない面。第二にその他病院の運営上の面であります。

以上のようなことから他の国立大学病院では開院と同時に財團が設置されております。

(設立のための募金事業)

この病院財團を設立する条件の一つとして財産の問題があります。幸い基本財産については常陽銀行のご芳志がありましたので、運用財産は関係方面的の浄財によることとし、大学としては募金に関するW・G（委員長 岩崎臨床医学系長）を設け、委員の先生を始め関係の諸先

生は残暑の候にもかかわらず寸時を惜しまれ、まさに東奔西走されました。阿南学長も桐医会同窓会などに出向かれ協力を呼びかけられておりました。浄財は、1億2千万円と目標を上回る結果となりました。

募金事業については以上であります、目下事業開始（4月1日）に向けて学長以下多くの関係者の支援が続けられております。

(設立当初の事業)

公益事業の面では医師の生涯教育など医師会との連絡、地域医療の向上に資する講演会の開催、その他附属病院への助成等を行い、収益事業では現在行われている業種の外、新に総合サービス窓口、薬店（保険適用外医薬品等及び喫茶室を開設し患者・職員の便利を増すこととしております。なお、食堂の営業形態を大幅に改善いたしましたつもりです。以上の諸事業を堅実に進め、基本財産を年毎に増額を図り、そう遠くない将来に保育所や保険調剤薬局が具体化することも努力目標として考えております。

(役員の構成)

役員については、認可申請の必要上理事6人監事2人を既に病院財団設立委員会学内委員会及び桐仁会設立準備委員会で了承され発足しておりますが、今後評議員が選ばれ会長、副会長も決まるところとなり院内各層のご意見などが桐仁会に寄せられることと思います。

(おわりに)

以上の諸事業が今後順調に充実し、桐仁会が病院財團として発展するであろうことを確信するものであります。なお、文部省にも病院財団担当官が置かれ積極的な行政指導もいただけますことになっておりますが、勿論大学、桐医会のご支援が必要であります。よって桐仁会の運営上について事業内容のご希望など皆様のご意見を遠慮なく桐仁会事務室なり桐医会々長（桐仁会理事）さんにお申し出願えれば幸甚であります。

以上桐仁会発足について経緯等述べさせていただきましたが、今後とも桐医会同窓の皆様のご支援を乞いながら終ります。

(1988. 3. 10)

東医体主管寄付金納入者御芳名

今年度夏季東医体を筑波大学が主管をすることとなり、その運営費の寄付を過日桐医会を通してお願い致しましたところ次の方々より御寄付をいただきました。ここに御芳名を記し、深く感謝いたします。

桐医会

教官寄付者

1988. 5. 12. 現在(あいうえお順, 敬称略)

相吉 悠治	秋貞 雅祥	鰯坂 隆一	阿南 功一	有田 秀穂	飯田 啓治
石川 詔雄	石川 演美	石橋 康久	井島 宏	石光 敏行	伊藤 厳
伊藤 隆造	稻田 哲雄	井柳 児	入江 勇治	岩崎 寛和	岩崎 洋治
岩村 幸雄	上野 賢一	植野 映	牛尾 浩樹	大島 宣雄	大菅 俊明
大塚 盛男	大貫 稔	大野 忠雄	大原 潔	大福浩二郎	小形岳三郎
岡戸 信男	岡村 健二	小野崎菊夫	垣花 昌明	金澤 一郎	金子 道夫
加納 克己	川井 鉄一	紀伊国献三	菊池 正教	小池 和子	小磯 謙吉
光嶋 烈	河野 一郎	小山 哲夫	斎田 幸久	斎藤 澄	佐々木順子
佐藤 親次	佐藤 哲夫	澤口 重徳	柴崎 正修	下条 信弘	杉田 良樹
鈴木 博史	添田 周吾	高橋 正彦	滝田 齋	多久和 陽	田島 静子
田中 直見	田村 昇	土屋 滋	筒井 達夫	轟 健	内藤 裕史
永井 康次	長澤 俊郎	中西 孝雄	中原千恵子	中村 恭一	中村 了正
西田 正人	仁科 孝子	根本 一男	能勢 忠男	能勢 晴美	橋本達一郎
長谷川鎮雄	林 浩一郎	針原 伸二	東 恵彦	深尾 立	福富 久之
福林 徹	福屋 靖子	藤井 敬二	藤原 順子	船久保 太	細谷 安彦
堀 原一	本村 幸子	牧 豊	松井 良樹	三澤 章吾	向井鎌三郎
目崎 登	安羅岡一男	山口 誠哉	山根 一秀	吉川 靖三	林正 健二

卒業生寄付者

1988. 4. 20現在(あいうえ順, 敬称略)

(一回生)

大越 教夫	越智 五平	上遠野栄一	小林 正貴	小林 裕	斎藤 重行
酒井 隆	榎原 謙	下瀬川康子	鈴木 宏昌	武田 浩一	富山 順治
中原 昇	中原 智子	藤岡 浩	松本 康彦	松崎 靖司	松村 明
山口 高史					

(二回生)

石田 芳英	内田 薫	内田 義之	海老原次男	海老原玲子	亀山 昌昭
斎藤 武文	佐藤 英貴	島倉 八重	塚本総一郎	月川 賢	次田 正
角田 肇	富沢 巧治	内藤 寛	中山 健児	西原 肅	二宮 治彦
平井 信二	星野 稔	湊 直樹	宮 淳	村山 史雄	村山 淳一
村山 耕子	山内 宏	山崎 照光	山本 雅一	米谷 宏	渡辺 寛

(三回生)

赤間 高雄	阿久津 勉	明尾 康子	足立 信也	厚美 直孝	江口 清
小川 功	金子 正剛	桑山 直也	小山 完二	斎藤 正博	島倉 秀也
島居 徹	正田 純一	菅野 千秋	竹内 敬昌	近森 文夫	松本 正智
村島 温子	湯沢 賢治	吉沢 和朗	渡辺 泰徳		

(四回生)

阿部井誠人	稻垣 輝美	江原 孝郎	奥村 敏之	河野 圭子	佐藤 寿一
嶋田 和人	杉村 洋一	袖山 治嗣	高椋 清	塚田 博	辻 勝久
中島光太郎	野口 良輔	早川 達郎	増田 義重	水原 章浩	宮崎正二郎
宮本 寛	吉井 慎一				

(五回生)

伊坂 正明	川上 康	栗原 泰之	小林 俊也	坂内 通宏	佐藤 健
佐藤 真一	竹村 博之	忠願寺義通	鶴嶋 英夫	友政 宏	内藤 至子
半澤 直美	堀田 総一	山村 英司	渡辺 康子		

(六回生)

綾辺 健彦	飯塚 正	石井 朝男	植山 直樹	片瀬 功芳	木山 昌彦
窪田早百合	小和田留奈	佐藤 祐二	田中久美子	田中 札子	塚田 次郎
西川 典秀	長谷川伸之	古田 裕子	前田 裕史	松永 直樹	望月 昭秀
柳 健一	柳沢 正史				

(七回生)

生田 映美	石井 幸雄	岩本 浩之	榎本 強	緒方 篤	長田 明
加瀬 光一	鯨岡 裕二	栗原千枝子	小白 千香	早乙女幹朗	柴崎 守和
武田 多一	千葉 俊也	堀 孝文	柳沢 裕美		

(八回生)

秋島 信二	安藤 裕一	伊本 夏樹	内海 栄子	大川 修一	大西真由美
岡本 一	鏑木 孝之	河島 孝彦	川名 智子	佐崎なほ子	佐藤 智子
佐藤 直昭	柴田 智行	白岩 浩志	鈴木 雅美	高松 伸子	船山 康則
松田 充宏	松丸 祐司	諸岡 由徳			

スマイリング・マラウイ 4

白・黄色・黒

M 2 青島 多津子

二月も終わりに近いある日のこと、ルンピに住むアメリカ人が私の教室のドアをノックした。ルンピは、ここのズズから約50マイル北の街だ。『血液型、何?』彼女はすがりつくような眼で私に尋ねた。『RHマイナスのOが今すぐ必要な。』聞けばルンピに住むある白人一家の、一才半になる赤ちゃんが急性マラリヤに患っている。今すぐ全身の血を換えなければならないのだ、という。

『ちょっと待って。私はプラスだけど、生徒の中にマイナスがいるはずだから。』

『いいえ、マラウイ人の血じゃ、輸血に使えない。ムズズに住んでいる白人、みんな紹介してちょうだい。連絡つけるわ。』

奇妙なことを言うな、と思ったが、病院からの指示だというので、私も白人のリストを作った。何十人の白人が、中にはヘリコプターまで使って百マイル以上も離れた街々から、自分の血液型を調べるために病院に駆けつけた。そこに集まった人々は、皆、一人の赤ちゃんを救うためにそんなにも多くの人が駆けつけ、心配し、祈っているという事実に酔い痴れているようであった。

輸血をする際、同じ人種の血の方が適合しやすいのは事実である。ならばどうして、黄色人種の私に聞きにきたのだろう。マラウイ人は栄養が偏っているから、血液の比重が軽く、輸血には適さない、とよく言われる。しかしムズズの多くのマラウイ人が私よりいいものを食べているのも事実だ。マラウイ人の血にはマラリアが入っているから、輸血には使えない、とも言う。でもそれなら20年30年とこの地にいた白人の血液にマラリアが入っていないとでもいうのだろうか。

事実は、その赤ちゃんの母親——その一家は南アフリカ共和国から来ていた——が黒人から血をもらうを拒否していたのだ。私は歯ぎしりした。そんなに黒人が嫌いならマラウイにいることはない、さっさと自分の国に帰ればいいのだ。貴方たちはマラウイを喰いものにしているだけじゃないか。私は涙が出るほど悔しかった。こんな馬鹿げたことが、何故堂々と行われているのだろう。人々は祈るかわりに何故母親に説得を試みないのだろう。これだけ大勢集まつた聖職者や教師たちが、人間の平等を説く彼らが、何故平気な顔をしているのだろう。マラウイ人の看護婦は、何故そんな光景を当然のごとく

に受けとめているのだろう。何故看護をボイコットしないのだろう。赤ちゃんが死ねばいいなどと言っているのではない。いたいけな命を救いたいのは、誰も同じだ。悲しいのは、そんな人種差別を当たり前の顔をしておこうう白人であり、当たり前の顔をしてうける黒人であり、間に立って歯ぎしりしている黄色人種の私であり、その人々が信頼しあったふりをして構成するこの社会の現実であった。

南アから来たレスリーが私に言う。『ねえ、タヅコ、私にはね、どうしても黒人が自分たちと同じ人間だとは思えないのよ。黒人て、白人よりずっと動物の方に近い生き物だと思うわ。でも黄色人種なら白人に近いわね。』

私はあるカソリックのファーザーの言葉を思い出す。

『私の家族は今でも、私がマラウイで黒人のために働いているのを理解してくれてはいません。南アの白人に、黒人が同じ人間なのだとわかるのは、不可能なんですね。』

『でも、雇用法が変わると聞きました。少しづつだけれど差別も改正されはじめたとニュースで言っていたけれど。』

『ああ、そんなものは、女性の化粧と同じなんです。国際世論の非難をやわらげるためには、そういうこともやらなければならない。でも、だからといって、南アの白人の意識が変わったなどと思ったら、それはまちがいです。どんなに美しく化粧しても、白粉の下の素顔は変わりようがない、そうじゃありませんか。』

それではファーザーはどうなんですか、そう言いかけ、私は黙った。ファーザー・レギーは悲しそうに、自分の手に眼をおとした。白い、労働を知らない手だった。

徒然に木陰で生徒と話をする。一人がふとつぶやく。『でも、私たち黒人は、どんなにがんばってもヨーロッパや日本の人にはおいつかないわ。私たちはもう最初から劣っているんだもの。』私はかっとなった。『何て馬鹿なことを言うの。貴方たちのどの一人が私より劣っていると思うの。』私の剣幕にびっくりして、少女たちはしんとなってしまう。『考えてごらんなさい。どうして黒人がオリンピックで金メダルをとるの。白人に勝つからじゃないの。ケニヤのンジョンジョ副大統領をみてご

らんなさい。オックスフォードで史上最高の知能指数を出したあの人はりっぱな黒人じゃない。一体貴方たちは、一度だって真剣に、自分の才能について考えたことがあるの？ 何の努力もせずにそんなことを言う資格は誰にもないはずよ。白人と黒人のどこが違うの。たかが偶然に白く生まれたら、それだけで偉いの？ 日本人だって、イエロー・モンキーとかイエロー・ジャップて呼ばれて

きたのよ。』生徒たちは、うなずきながらため息をつく。私もため息をつく。納得しあったのではない。優れた人はいる、だが優れた人種優れた民族などありえない、それは、虐げられた人々にとって、理屈でしかなかった。これが、被抑圧、被植民の歴史の重みなのか。あまりにも大きな壁、一人二人の人間の力ではどうすることもできない、心の中の壁。

「ヒポクラテスたちは今… Part 5」

今回は残念ながらわずかしか御紹介できませんでしたが、会員の皆様もどうぞお気軽に近況を桐医会までお寄せ下さい。お待ちしております。

佐藤 洋一（第4回生）

東京大学

山登 敬之（4回生）

国立小児病院精神科

桐医会の諸先生方 御元気ですか

私は58年に卒業後、東大分院の産婦人科に入局し、昭60年に順天堂大学の産婦人科の助手にしていただき、ずっと臨床をやってきました。

これでオワリかな？と“手術屋”に第1線の忙しい病院で徹していました（完全に研修医のバッティングピッチャー）川名尚先生という先生が教授になられ、“成人T細胞白血病”的研究をレトロウィルスの研究ということではじめました。興味のある方、御連絡、御指導をお願いします。



国立小児病院精神科では研修医を募集しています。小児科や精神科の研修を2年以上終えた人で、児童精神医学に専心のある人はまだ電話して下さい。03(414)8121(内181)

学位取得状況(昭和62. 10. 7～昭和63. 5. 11交付)

医学博士(課程博士)

氏名(回生)	論文題目
清澤智晴(3回生)	植皮および皮弁の viability の評価に関する研究
伊東康(3回生)	若年境界域高血圧者における交感神経-副腎髓質系に関する検討-等尺性運動負荷およびglucagon 負荷に対する反応性からの検討-
稻葉淳一(2回生)	胎児心拍情報処理に関する研究
田島裕(5回生)	Studies on the role of bicarbonate in the activation of mammalian sperm upon ejaculation (射精時の精子活性化現象における重炭酸の役割)
岩崎まり子(1回生)	分娩発来機序における自律神経機能の関与に関する研究 (心電図からみた妊娠の自律神経機能)
小國英一(5回生)	足底部皮膚反射とその経路の解析
大塚眞人(5回生)	気道収縮における化学伝達物質及び神経伝達物質に関する研究
久賀圭祐(2回生)	Assessment by Autonomic Blockade of Age-related Changes of the Sinus Node Function and Autonomic Regulation in Sick Sinus Syndrome (洞不全症候群における洞結節機能および自律神経調節の加齢に伴う変化の薬理学的自律神経庶断による検討)
坂本透(3回生)	B16マウスマラノーマ細胞由来の transform 遺伝子
野末睦(3回生)	B16マラノーマ変異クローンにおけるマラノーマ抗原発現量と細胞外基質接着能、転移能との相関
野村明広(5回生)	気道収縮に影響を及ぼす神経ペプチドの生化学的、薬理学的、免疫組織化学的研究
行定公彦(3回生)	The prognostic significance of the left ventricular response to isoproterenol infusion in patients with dilated cardiomyopathy (拡張型心筋症に対するイソプロテレノール負荷時の予後の意義)
湯沢賢治(3回生)	超音波断層装置による家族性高コレステロール血症のアキレス腱黄色腫の検出
赤間高雄(3回生)	ビトロネクチンの構造と機能に関する研究
菊池章(5回生)	登校拒否症の改善とその要因に関する研究 -改善群と非改善群の比較を中心に-
小湊慶彦(5回生)	新しい死後経過時間推定法
佐藤眞一(5回生)	脂肪酸構成までを含めた脂質代謝からみた栄養摂取と循環器疾患の関連についての研究
妹尾栄一(5回生)	医療人類学的見地から見た一離島における宗教と精神衛生 —青ヶ島巫女の精神医学的民族誌
米沢宏(5回生)	単親家庭の子どもの精神衛生に関する研究

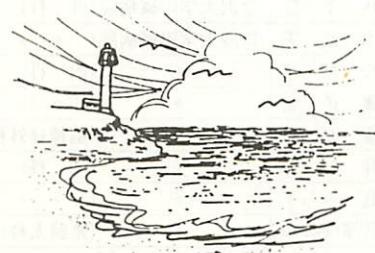
氏名(回生)	論文題目
中村日出子(2回生)	マウス受身血清病腎炎における抗原の化学的修飾による陽性荷電化の影響について
鴨田知博(1回生)	小児期における無機硫酸代謝に関する研究
榎原謙(1回生)	Basic study of the myocardial preservation during ischemia and surgical cardiac arrest (心筋虚血及び開心術中の心筋保護に関する基礎的研究)
越智五平(1回生)	乳幼児食道疾患に対する自家腸管遊離移植による胸腔内胸部食道再建術の実験的研究
田中淳介(2回生)	モルタル・コンクリート急結剤中毒の病態生理と治療法の開発に関する研究

つくばねっと

毎号、つくばねっとの楽しい話題をおとどけすることにしていましたが、システムオペレーターの近藤陽一先生が国立小児病院へ転出され、このため、原稿をいただ

くことができませんでした。今後システムオペレーターは病歴部の高田彰先生他が担当されます。次号から、おとどけしますのでたのしみにしていて下さい。

つくばねっとへのアクセスは0298-53-3279です。
パソコン通信でぜひ参加しましょう。



第9回生進路内定先

1988.5.20現在

氏名	内定先	氏名	内定先
青木 健	筑波大学附属病院(小児科)	菅 理 晴	天理よろづ相談所病院(総合診療科)
浅倉 信明	〃 (麻酔科)	菅 谷 郁 夫	日本赤十字社医療センター(整形外科)
阿部 正一	〃 (外 科)	鈴木 明 子	筑波大学附属病院(眼 科)
阿弥 良 浩	〃 (泌尿器科)	角 昌 晃	筑波大学附属病院(内 科)
雨宮 由美子	埼玉医科大学総合医療センター	善 田 貴 裕	金沢大学医学部附属病院(第二内科)
飯沼 佐和子	筑波大学附属病院(小児科)	宗 田 聰	筑波大学附属病院(産婦人科)
五十嵐 雅哉	〃 (内 科)	副 島 一 孝	東京女子医科大学形成外科学教室
池上 正	〃 (〃)	高 垣 俊 郎	筑波大学附属病院(外 科)
池田 耕太郎	〃 (整形外科)	高 橋 利 枝	〃 (内 科)
池田 千絵子	埼玉県衛生部保健予防課	田 中 未 知	〃 (皮膚科)
石川 博一	筑波大学附属病院(内 科)	田 中 優美子	〃 (放射線科)
市川 直哉	東京大学医学部附属病院第二(外 科)	富 田 慎 二	〃 (内 科)
井上 夏子	筑波大学附属病院(内 科)	外 山 昌 弘	〃 (〃)
岩崎 明郎	〃 (泌尿器科)	田 邊 久 雄	自治医科大学附属病院(耳鼻咽喉科)
長澤 達雄	東京大学部附属病院(内 科)	中 西 真 理	佐賀医科大学附属病院
遠藤 優枝	筑波大学附属病院(内 科)	中 村 菜穂子	筑波大学附属病院(放射線科)
大仲 功一	国立病院医療センター(〃)	長 友 康	筑波大学附属病院(脳神経外科)
岡村 智教	筑波大学附属病院(〃)	野々山 智 仁	〃 (眼 科)
沖 明典	〃 (産婦人科)	橋 本 健 一	〃 (内 科)
小田 竜也	〃 (外 科)	服 部 隆 司	〃 (外 科)
落合 仁	〃 (内 科)	馬 場 淳 臣	〃 (精神神経科)
加藤 修志	〃 (外 科)	濱 屋 吉 拓	〃 (麻酔科)
加藤 聰之	名古屋大学医学部研修医会	春 國 いづみ	〃 (〃)
金岡 恒治	筑波大学附属病院(整形外科)	平 井 ふじこ	〃 (内 科)
河合 伸念	〃 (精神神経科)	平 野 篤	〃 (整形外科)
川島 宣義	〃 (耳鼻咽喉科)	深 山 茂 樹	〃 (内 科)
河野 了	〃 (内 科)	松 原 香 子	〃 (小児科)
川本 進也	〃 (〃)	松 本 修	名古屋大学医学部研修医会
菊地 修一	〃 (〃)	松 本 光 弘	国立病院医療センター(整形外科)
久保 秀一	東京大学大学院医学系研究科	眞 鍋 文 雄	筑波大学附属病院(泌尿器科)
久保田 千恵	筑波大学附属病院(総合医)	三 橋 彰 一	〃 (内 科)
熊谷 一弥	〃 (精神神経科)	森 田 康 久	〃 (耳鼻咽喉科)
倉本 英彦	筑波大学大学院医学研究科(環境生態系)	森 津 純 子	東京都立墨東病院(外 科)
小西 聖子	〃 (〃)	矢 澤 卓 也	筑波大学附属病院(病院病理)
小林 孝一郎	金沢大学附属病院(外 科)	柳 沢 孝 次	東京大学医学部(内 科)
五本木 武志	筑波大学附属病院(〃)	山 田 嘉 夫	東海大学大学院医学研究科
小松 恒彦	〃 (内 科)	山 吹 啓 介	筑波大学附属病院(外 科)
後藤 達宏	〃 (〃)	吉 田 進	〃 (〃)
齊藤 厚志	〃 (脳神経外科)	吉 田 正	〃 (内 科)
酒井 紀恵	〃 (内 科)	吉 村 稔 彦	〃 (整形外科)
櫻庭 みち子	〃 (〃)	依 田 紀 彦	厚生省医系技官
小松(佐澤)あかね	〃 (産婦人科)	我 妻 圭 子	帝京大学皮膚科
佐藤 克己	〃 (小児科)	和 栗 聰	筑波大学大学院医学研究科(形態科)
沢村 達也	筑波大学大学院医学研究科(生化系)	和 田 哲 郎	筑波大学附属病院(耳鼻咽喉科)
柴田 靖	筑波大学附属病院(脳神経外科)	和 田 義 之	〃 (内 科)
渋井 裕貴	〃 (総合医)	渡 邊 慎 哉	東京大学大学院医学系研究科

人事異動(63. 1. 17~63. 5. 1)

月 日	氏 名	異 動	所 属	職 名	前職等(辞職、転出の場合は就職先)
2. 1	松崎 靖司	採用	臨床医学系	講 師	茨城大学付属病院医員
2. 29	小林 幸雄	辞 職	臨床医学系	講 師	筑波メディカルセンター病院外科診療科長
3. 1	草刈 潤	昇 任	臨床医学系	教 授	東北大学医学部助教授
ク	中井 利昭	採用	臨床医学系	教 授	獨協医科大学助教授
3. 31	小松 義成	辞 職	臨床医学系	講 師	日立製作所日立総合病院医師
ク	武鳥 仁	辞 職	臨床医学系	講 師	水戸済生会総合病院泌尿器科部長
ク	仁科 孝子	辞 職	臨床医学系	講 師	帝京大学医師部助教授
ク	佐藤 秀郎	辞 職	臨床医学系	講 師	北茨城市立総合病院医師
ク	野田 汎史	辞 職	臨床医学系 (保健管理センター)	講 師	東京大学医学部附属病院医員
4. 1	黒田 正明	転 出	基礎医学系	講 師	島根大学理学部助教授
ク	辻井 博彦	転 出	臨床医学系 (粒子線医化学センター)	助教授	北海道大学医学部助教授
ク	大越 教夫	採用	臨床医学系	講 師	筑波大学附属病院医員
ク	飯島 悟	採用	臨床医学系	講 師	筑波学園病院医師
ク	石川 博通	採用	臨床医学系	講 師	水戸済生会総合病院泌尿器科医長
ク	本間 敏明	転 任	臨床医学系	講 師	国立療養所晴嵐荘病院呼吸科医長
ク	花田 尚	採用	臨床医学系	講 師	北茨城市立病院小児科医長
ク	柴垣 徳彥	採用	基礎医学系	講 師	横浜市立大学医学部病院常勤特別職診療医
ク	牧 豊	停 年	臨床医学系	教 授	(63. 3. 31限り)
ク	橋本達一郎	停 年	基礎医学系	教 授	(63. 3. 31限り)
ク	有本 卓郎	転 出	臨床医学系 (粒子線医学センター)	講 師	北海道大学医学部講師
ク	藤田 敏郎	転 出	臨床医学系	講 師	東京大学医学部講師
ク	近藤 陽一	転 出	臨床医学系	講 師	国立小児病院医師
ク	藤木 素士	併 任	社会医学系	教 授	動物実験センター長(~63. 3. 31)
ク	大管 俊明	併 任	臨床医学系	教 授	附属病院長(~63. 3. 31)
ク	澤口 重徳	昇 任	臨床医学系	教 授→副学長	
ク		併 任	臨床医学系	教 授	(~64. 3. 31)
ク	堀 原一	併 任	臨床医学系	教 授	医学専門学群長(~64. 3. 31)
ク	田村 昇	併 任	基礎医学系	教 授	基礎医学系長(~64. 11. 15)
ク	岩崎 洋治	併 任	臨床医学系	教 授	臨床医学系長(~65. 3. 31)
ク	東 恵彦	併 任	基礎医学系	教 授	医科学研究科長(~64. 3. 31)
ク	林 浩一郎	併 任	臨床医学系	助教授	保健管理センター所長(~65. 3. 31)
ク	中西 孝雄	併 任	臨床医学系	副学長→教 授	
4. 8	伊藤 隆造	転 出	基礎医学系	助教授	筑波医療技術短期大学教授
4. 16	上月 英樹	転 出	臨床医学系 (保健管理センター)	助 手	図書館情報大学体育・保健センター助手
4. 30	大橋 徹	辞 職	臨床医学系	助教授	聖マリアンナ医科大学助教授
5. 1	細谷 安彦	昇 任	基礎医学系	講 師→助教授	
ク	堀内 栄	採用	臨床医学系	講 師	筑波学園病院医師
ク	山口 直美	採用	臨床医学系 (保健管理センター)	助 手	(財)報恩会医石崎病院医師

β-ラクタマーゼ阻害剤配合の世界初のセフェム系抗生剤

広く、鋭く、叩く。

耐性菌に
アーストチョイス

S. aureus

P. aeruginosa

第五回受取

複合抗生物質製剤

SP[®]スルペラゾン

Supperazon[®] 静注用

静注用スルバクタムナトリウム・セオペラゾンナトリウム(簡号SBT CPZ)

《特 性》

- 従来のセフェム系抗生剤より広い抗菌スペクトルを有する。
- β-ラクタマーゼ産生菌の耐性菌に強い抗感染力を示す。
- ペニシリン結合蛋白質(PBP)に対するスルバクタムとセオペラゾンの協力作用により強い殺菌作用を示す。
- スルバクタムおよびセオペラゾンのβ-ラクタマーゼ産生菌能能は低い。
- 各種体液・組織への移行が良好であり、活性のまま尿、胆汁中へ排泄される。

《効能・効果》

① 感染性心内膜炎、外傷・手術創などの真性二次感染、咽頭炎、急性気管支炎、扁桃炎、慢性気管支炎、気管支拡張症(歴史)、慢性呼吸器疾患の二次感染、肺炎、肺化膿症、結核、

基質炎、膀胱炎、胆のう炎、胆囊炎、肝臓炎、腎盂炎(含む、骨盤腫瘍、クララス腫瘍等)、子宮内膜炎、子宮外生器炎、骨盤炎、子宮穿孔炎、バクテリオーム等。

《用法・用量》

通常成人(1回1g・2回(1回)を2回に分けて静脈内注射する。小児(1回スルペラゾンナトリウム・セオペラゾンナトリウムとして1日40~80mg/1kg)を2~4回に分けて静脈内注射する。腎功能又は真性感染度では、健常人に比して成人では1日最大投与量として増量して4回に分け投与する。小児では1日量(160mg/1kg)を2回に分けて静脈内投与し、4回に分けて投与する。静脈内注射に際しては、静脈注射用滅菌水、日局生理食塩水又は0.9%生理塩水(1回)を静脈内注射する。稀に皮下投与する。なお、点滴による静脈内投与に際しては点滴液に溶解して用いる。

《貯蔵》

常温(2~8℃)で保存する。

《副作用》

使用上の注意: お問い合わせの注意事項は添付文書をご参照ください。

Pfizer 白鷺ファイザー株式会社
東京都新宿区西新宿2-11 新宿三井ビル

1986.11 ADA

編集後記

いつのまにか梅雨の季節になろうとしていますが、皆様いかがお過ごでしょうか。連休明けに会報を発行する予定でしたが、遅くなってしまいました。早々に原稿をお寄せいただいた先生方には慎んでお詫び申し上げます。四月からベッドサイド実習が始まり、無知を痛感しながらも毎日が新鮮な今日この頃です。朝から晩まで働きづめのレジデントの先生方の超人的パワーには驚いてしまいました。お体に気をつけて、お励み下さい。(Vi)

本号の発行が遅れました事を重ねてお詫び致します。編集作業の困難さを実感すると同時に原稿を揃えるという事がどんなに大変かを感じました。そこで皆様にお願いしたいのですが、「ヒポクラテスたちは今…」のコーナーへ、近況をどしどしお伝え下さい。お忙しい事とは存じますが、どんな些細な事でも結構です。諸先生方の御活躍ぶりをお伝えすることも会報の重要な任務と思っております。

次号では5月28日に行われました第8回桐医会総会の模様をお伝えする予定です。どうぞお楽しみに。

(P子)

編集責任者 湯沢 賢治 (3回生)

Staff 市川弥生子 (M5)

斎藤 知栄 (M5)

桐医会会報 第23号

発行日 1988年6月10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