

西多摩医師会報

1987年3月1日

171号

発行所・社団法人 西多摩医師会 東京都青梅市西分3-103
編集委員・石井 好明 井村 進一 TEL.(0428)23-2171(代)
栗原 琢磨 小林 杏一
道又 正達 村山 正昭 渡辺 良友

医師会活動に新たな座標軸を

ある前提のもとに論旨を進めると誤解を招くことがあるが、自由開業医制は医療の産業化を推進しようとする価値感を否定することができないことより始めたい。

適正な医療を施し、相応の利益をうけることに何ら批判はあたらないし、経営規模を拡大することは産業化社会では美德として受け入れられてきた。

しかし過去数年、開業医は医療費抑制の国家目標のもとに合理化を余儀なくされ、生残りの秘術が模索されるところとなった。その底流には従来の尺度では測り難い医業における価値感の多様化がうごめいていることを見逃してはならない。

古き良き開業医制度を延命させたいのは誰しも抱く変らぬ願いではあるが、情報化社会では地域医療の枠に捉われない産業化された医療が、われわれに対し縮小した形でのミニ産業化医療を、投影していることは否定できない。今後、秩序のない競合状態が出現すれば開業医の既得権で永続性のあるものは極めて限られると思われる。

医政についてみれば、指導力の低下が言われて久しいが、それは過去において開業医が自己の権益を絶対化するために、余りに環境のお膳立てをしすぎた反動であり、組織率低下の歯止めとして勤務医との連合が指向されるようになった。

現在進行しつつある病診連携、生涯教育はある意味で内部における組織論の一環であり、

また一方、対外的には情報化社会の機運に促された情報公開の具体化でもあろう。

医療の国際化という開国にも擬せられる環境変化を目前に、開業医はどう体質変換をはかるべきか。ただ認定医への布石、あるいは新たな身分保障への基礎固めといった権利指向ではなく、開業医が柔軟な姿勢で相互の医療内容について評価しあえる教育の場を形成してこそ、開業医医療の変革のはじまりといえよう。それなくして臨床能力の向上はおぼつかないのは言うまでもない。

このような将来への展望をいかなる立場であるいは経営形態で考えるかは、われわれ個人の問題ではある。地域医療の単位でみれば医療に公的な力が入りすぎても、私的な経営意欲が亢進しすぎても経営効果としてはマイナスであり、ごく短期に閉塞状態に陥ることは最近の事例にも明らかである。この事例の特異さに目を奪われて、対応に誤りのないよう、発症病理の分析に十分に時間をかけるべきである。

自己の経営基盤を確立することに急ぐあまり収益性の保障、成長率依存的な発想が固定化すれば、医療費の配分をめぐり医療標準導入の恰好の動機づけとなることは改めて言を要しない。

さらに各種の公的健診、研究活動についても、自由開業医制を永続させるためには医師会活動の共益性とその分担の方法論を明確に示して、会員間に機会均等の趣旨を徹底させ

るべきである。

冒頭との対応において、節度ある自己規制

と相互評価が産業化現象への歯止めであることを結論としたい。 文責 村山正昭

理事会報告

2月理事会報告

昭和62年2月9日(月)

西多摩医師会館

議録署名人 { 川辺理事
東 理事

西村会長 2月3日臨事理事会においての近藤 肇監事よりの勧告(注1)について、医師会定款16条4項に該当するか否か文書にて回答を求めた。

近藤監事より回答にかえて、今回の文書は16条4項の規程による臨時総会開催要求ではなく、臨時理事会開催など話しあいの勧告を行ったものであるとの返答であった。

西村会長 国保保険料の滞納者について

都および都医で協議するが、地元医師会としても対応が困難。国保運営協議会、3師会の協力のもとに解決案を。

塩沢理事 生涯教育担当理事連絡会報告

医学総会への参加推進。生涯教育制度試行については良い結果が出つつある。

都外病院との連携については直接病院と交渉して了承をえればよい。

病院登録については、登録医なのか研修医なのか、都医としては登録医としたいが、各々の病院の事情から難かしい。

石井理事 理事会報告は発言者がメモあるいは文章にして編集委に渡して欲しい。

西村会長 理事会の発言は曖昧な報告は記事にのりにくいので、発言者は要件を書きたくたい。

宮川理事 4消防署救急隊と医師会の会合について。

林理事 福生1中、2小における高脂血症検診は保護者に通知した。

東理事 高脂血症問題について、学校医師は関与していない。高脂血症があれば校医が保護者を含めて指導すべき。学校医全体のコンセンサスが必要で、成人病予防という社会問題と考える。

林理事 健診データについては分析の新らしい方式も考えており、高脂血症の指導法も必要である。

西村会長 この件では連絡が不十分であったが、実情は解っていただけたと思っていた。3月の総会までにつめてもらいたい。

栗原理事 62年度福祉部予算案について

62年7月に会員間の懇親会を行う予定。費用として61年度厚生費4万円に20万追加して94万としたい。

〔フリー・トーキング〕

エイズ問題について、抗体検査希望者への対応は。西多摩地区における今後の対策について真剣に取り組む必要がある。公立3病院にはエイズの手引きが渡っているはず。会員は正確な情報を必要としている。

医政連について、未公認団体で仕組みがわかりにくい。現在会費5千円でその内2千円が都医政連に上納されている。62年4月には1万円を上納し、西多摩での3千円とあわせ1万3千円としたいとの要望である。

注1

近藤 肇監事よりの見解あるいは勧告については、文書が公開されていたため、信頼すべき情報を総合すれば、理事会を含め医師会運営全般にわたり会員間で相互理解が不足しており、意見の交換、調整が必要であるとの観点から勧告がなされた模様である。

取材 村山



心電図読み方シリーズ (要旨)

青梅市立総合病院 内科部長 坂本 保己

心電図波形を読みとるための基本事項と、それを応用した異常心電図の読み方、更に不整脈を読む際の注意事項について述べたが、虚血性心疾患については前シリーズで扱ったので今回は割愛した。

基本事項 1

心電図波形の由来は心起電力にある。

心起電力の由来は心臓内電位差にある。

心臓内電位差は心筋収縮部(興奮部)と非収縮部(静止部)の間に生ずる。

基本事項 2

起電力は収縮(興奮)の進む方向に向く。

収縮の進む方向は、

- (1) 心房では上から前下へ、
- (2) 心室では、やゝ複雑で右前方、左前下方、左側下方、右後上方と時間を追って変化する(すべて平均的な方向として)。

基本事項 3

起電力の方向は誘導によって知られる。

誘導点に向う起電力は上向き(陽性)波形。

誘導点の反対に向う起電力は下向き(陰性)波形。従って最も大きな陽性波形を示す誘導点が起電力の向く方向を大略示す。

四肢誘導は上下左右の向きを、胸部誘導では前後左右の向きを反映する。

基本事項 4

心電図波形は、心筋の肥大、拡大で大きく、傷害壊死で小さくなる。

心電図波形は心筋をとり囲む環境によっても変化する。ヤセ体型(良伝導)では波形を大きく、肥満体型、浮腫、胸水、気胸、心のう水(以上不良伝導)等は波形を小さくする。

心房の心電図(P波)

心房の起電力は、正常では常に前下方に向くため、aVR以外は常に陽性波と考えてよい。V₁でP波後半部が左房起電力を反映して陰性をなすこともあるが、その幅、深さも1mmを越えることはない。しかし左房負荷ではV₁の後半陰性部が幅、深さ1mmを越える。また

二峰形(Ⅱ、V₄~V₆)になる場合は左房負荷に伴う心房筋傷害の可能性があり、心房細動に移行し易い(僧帽性P)。右房負荷は肺性心に多く、肺性Pと呼ばれ、下向きの右房起電力が増大することから、Ⅱ、Ⅲ、aVFで2.5mm以上の高いP波を指すが、むしろその形が尖塔形(ゴシック建築の名をとって、ゴシックPとも呼ぶ)である方が特徴的で、高さも2mm以上であればよい。

心室の心電図(QRS)

誘導点に起電力が向いている時はR波、反対に向いている時はQ波かS波になる。心室収縮の1周期間に起電力はその方向を順次変えるからQRS、RS、QR、RSRなどの形をとる。正常では左心室の起電力が最も大きく、その方向が左側下方であることから、Ⅱ、Ⅲ、aVFでR波は大きく、胸部誘導ではV₄、V₅、V₆でR波が大きい(反対側のV₁、V₂ではS波が深い)。

平均電気軸について

面倒な計測は通常要しない。すなわち、正常心では、Ⅰ、Ⅱ、ⅢともR波高が、Sより大きいことが分ればよい。左室肥大などに見られる左軸偏位は、ⅢでR<S、(但しⅠではR>S)であればよく、更にⅡ、ⅢともにR<S、(但しⅠではR>S)であれば高度左軸偏位となり左脚前枝ブロックを示唆する。右室肥大などに見られる右軸偏位は、ⅠでR<S、であればよい。

胸部誘導の流れ

V₁からV₆までは連続なる波形変化をみることが出来る。正常では、R波はV₁から漸増してV₅で最高となりV₆でやゝ減少する。逆にS波はV₁、V₂で最も深く、左に行くほど漸次浅くなりV₆では極く小さく、消失することもあるが、かわりに小さなQ波(q)が現われることが多い。体型にもよるが、大体日本人ではV₅のRとV₂のSを加えた値が40mm以下である。R/Sの値はV₁からV₆に向って漸次大きくなるのが特徴であるが、一つの目安として、V₁

では $R < S$ 、 V_5 では $R > S$ を正常の条件と考えてよい。T波について見ると、 V_1 から V_6 にわたってすべて陽性波であるのが普通であるが、最も高い陽性T波は、 V_4 前後にある。女性の場合に V_1 で陰性T波を示すことが非常に多いので注意を要する。

Poor R progression

V_1 から始めてR波がなかなか増大しない場合。大体 $V_1 \sim V_3$ にかけてRが3mm以下のままである。左室肥大、陳旧性前壁梗塞などがまぎらず考えられる。

V_1 でRが高い ($R > S$)

右室肥大 — 他に右軸偏位、右房負荷(肺性P)、 V_5 のS増大を伴う。

純後壁梗塞 — V_1 の反対側にあたる背部誘導で梗塞Qをみる(すなわち、背部側で記録されるQ波が反対側 V_1 でR波になって見えていることになる)。下壁梗塞所見の合併が少くない。陳旧性であれば V_1 でT波は陽性を成す。

A型WPW — デルタ波(後述)があってPQは短縮している。

右脚ブロック — RSR型をとり、QRS幅が広いことで一目瞭然である。

以上のいづれでもない時に正常バリエーションと考えるが、その中には心室内の興奮伝達経路に先天的に異常があるとも考えられる。

V_1 がQSパターン

前壁中隔梗塞 — QSは2cm前後以下と小さい。Qのはじまりはスラーやノッチを示すことが多い。T波は陰性。QS波が、 V_2 、 V_3 へとつづく時は間違いない。

左室肥大 — QSは V_1 に限局する。その深さは大きい。他に左軸偏位、左房負荷、 V_5 のR増大($SV_1 + R_{V_5} > 40\text{mm}$)。

肺性心 — V_2 以降 V_6 までRが小さいまゝでS波も深いまゝでつづく。肺性P、右軸偏位が顕著。

左脚ブロック — QRS幅が広くノッチがあ

る。

B型WPW — デルタ波の存在。PQ短縮。

左室肥大の心電図

左室の起電力は左方(V_5 のR増大)、上方(左軸偏位)に向かって増大するとともに右向き起電力が減殺(V_1 、 V_2 のR減少)される。

1. $S_{V_1} + R_{V_5} > 4\text{cm}$
2. 左軸偏位
3. 左房負荷を伴うことがある
4. T波の変化—陰性T波は $V_4 \sim V_6$ 、平低化でもよいが、その際、陽性T波のピークは V_2 前後に移動する。

右室肥大の心電図

右室の起電力は前方(V_1 のR増大)、右方(V_1 のR増大、右軸偏位)、あるいは右後方(V_5 、 V_6 のS増大)に増大する。

1. V_1 のR増大 ($R > S$) のタイプ
2. V_5 のS増大 ($S > R$) のタイプ
3. V_1 のR増大と V_5 のS増大を伴うタイプ
4. 右軸偏位、右房負荷は各タイプに共通して見られる。

QRS幅の広い心電図

心室内の収縮過程(興奮過程)の異常による。正常では左右心室がほぼ同時に収縮するが、左右心室が順次収縮すると全経過時間は長くなり、QRSの持続時間(幅)も長くなる。

右脚ブロック — 右室収縮が遅れる。 V_1 のR増大、 V_5 のS増大(右室肥大型)

A型WPW — 房室間バイパスが左室側にあり、収縮は左室側から始まり右室は遅れる。 V_1 のRが増大する(右室肥大型)。デルタ波を見る。

左脚ブロック — 左室収縮が遅れる。左室起電力が卓越し、高電位差、左軸偏位を示す(左室肥大型)。

B型WPW — 房室間バイパスが右室側にあり、左室側の収縮が遅れる。 V_1 のSは小さく V_5 のRは大きい(左室肥大型)。デルタ

波を見る。

WPWではしばしば随所の誘導で、QRS波を示し心筋梗塞のQS波と見誤ることがあるからデルタ波の有無に注意すべきである。

QRS幅の広い心電図には他に、心室調律（P波が先行しない）、人工ペースメーカー調律（刺激スパイクを見る）等がある。

左脚前枝ブロックとは

左前へミブロック（LAH）とも云う。左脚の内、左室前壁（解剖的には上面になる）に収縮（興奮）を伝える脚枝のブロック。左室上方への起電力が遅れるために高度の左軸偏位を示す。この高度左軸偏位に右脚ブロックの合併はしばしばあり、二束ブロックと呼ぶ。LAHではQRS幅は明らかな延長を示さないが、 V_5 でSが深くなる特徴がある。

不整脈の心電図

正常リズムでは必ずP-QRSは1組の波形として現われる。もしその形を保ちながらもQRSの現われ方が不規則であったなら、洞結節の刺激発生異常、洞房間伝導の異常、心房内の刺激異常発生のいつれかであり、P波を伴わないQRSの出現があれば、心房以下での刺激異常発生か、房室間伝導ブロックのいつれかである。心房内、房室結節から発生した刺激ではQRS幅は正常、心室から発生した刺激ではQRS幅は広い。なお、心房への逆行した伝導で陰性P波をQRSの後に見えることもある。

単発的な異常刺激発生は期外収縮を来す。連続的な頻回の異常刺激発生は頻拍を来す。上室の頻拍（上室性頻拍）では、これに房室ブロックが加わると、QRSの出現が不規則になり、一見複雑な不整脈となる。更に異常刺激の発生が、同時多発となるとそれが心房であっても（心房細動）、心室であっても（心室細動）、機能的には無収縮の状態であり、波形を成さない振動波のみとなり、血液拍出はしなくなる。従って心室のそれにおいては、放置すれば致死である。

徐脈の多くは、洞房ブロック、房室ブロックなどのように心室へ到達する刺激数が減少した場合であるが、もともとの刺激発生源である洞結節の機能がわるいと重篤な（心停止

の長い）徐脈となり、洞結節機能不全症候群（SSS）と呼ばれる。心房性期外収縮において、それが心室へ伝導していない場合には、QRSを伴わず、しかも期外収縮のP波が先行T波の中にかくれてしまうと高度の洞性徐脈と見誤ることがあるので注意が必要である。先行T波の形が他のT波と比べて変形することに注意する。

房室解離とは

心房収縮（P波）が心室収縮（QRS）へ連動していない状態。自づと、PとQRSは1組となっていないで、関連なく別々に出現している。この不整脈は、心房収縮頻度が遅すぎて（洞性徐脈）、房室結節（又は接合部）ないし心室から刺激が発生して心室収縮を代行する（補充収縮）場合と、心房収縮頻度は正常ながら、それ以下からのより頻回の異常刺激発生（房室結節性頻拍、心室頻拍）が加わった場合に見られる。完全房室ブロックの場合もP波とQRS波が解離するので、広義の房室解離に入れている。房室干渉解離はいささか複雑な不整脈を呈するが、同じ房室解離でありながら、P波とQRS波がつながった状態が混入したものと考えてよい。P波によってQRS波が引き起こされるため心房以下から発生する異所性調律が抑制されて“干渉”を受けるとの意味である。

心室性期外収縮の注意

連発するもの、多源性のもの、連発した際にR-R間隔の狭いもの（R on T現象を起こす）は心室の重篤な不整脈（粗動、細動）を来す可能性が高い。

心室性期外収縮は、心の器質的疾患を持たない人にも見られるが、頻回であれば治療を要する。長時間心電図を用いて24時間に大方1,000個以下であれば（全心拍の1%以下）放置してもよい。しかし虚血性心疾患などを有する場合、ジギタリス使用中の心不全患者などでは、数にかかわらず対処すべきである。心房細動について

それ自体、慢性的なものは時に治療を要しないが、頻拍型心房細動（rapid Af）は、心機能を低下させるので至急治療を要する。心拍数は平均80/分まで減少させる。急性のもの

で間歇的に起るものは心房細動自体の予防治療の価値がある。特に、弁膜症に伴う場合は、心房内血栓の転移による脳栓塞のリスクが高いため、抗凝固療法は必須である。

心拍数の簡易測定法

心電図上、R-R間隔をcmで測り、その値で150を除すれば心拍数となる。1cmなら150/分、2cmなら75/分、3cmなら50/分となる。

青梅市立総合病院小児科の近況紹介

小児科部長 林 良 樹

日午後2時頃から)

前小児科部長吉原先生からバトンを受け継いで10年にならんとしています。この間、小児の疾病構造も大きな変化をとげるとともに医療の内容も変り、特に未熟児のNICUに代表される手のかかる医療が多くなってきました。幸いに東大小児科医局から若い優秀な先生方が常に入れ替り来られ、総勢5人で共に刺激し合いながらその責任を果たしてきた次第です。また、心臓、神経、内分泌の3部門に関しては、それぞれのSpecialistが専門外来を通じて長い間計り知れない恩恵をこの地域に与えてくれてきていることは特記しておきたいと思います。

小児の疾病構造の変化は、諸先生方も身近に感じられておられることでしょうか、重症な細菌感染症(髄膜炎、膿胸等)が激減し、いわゆる消化不良症による脱水症が軽症化し、溶連菌感染症後の急性腎炎やリウマチ熱がほとんど姿を消しつつあります。それに代って、新たに登場し問題となっている川崎病(MCLS)一昨年は当科で実に42名を数えました、数は多くありませんが重篤なライ症候群を含めた原因不明の急性脳症、膠原病などの免疫的疾患が目立ってきています。また、気管支喘息の増加は、そうした免疫学的問題だけが原因とは思えませんが、誰も認めるところです。そして、先天性心疾患などの先天異常はこれからも残ることでしょう。因に当院小児科の最近の入院患者さんを紹介してみますと、先天胸郭奇形による慢性呼吸不全、溺水による無酸素性虚血性脳症、先天性心疾患による心不全、白血病、ネフローゼ、SLE、皮膚筋炎、潰瘍性大腸炎、川崎病、肝炎、乳幼児肺炎、けいれん性疾患、糖尿病、腎炎、喘息など多彩です。興味のある先生は病棟カンファレンスに是非お出かけ下さい。(毎週月曜

一方、未熟児医療の進歩はここ10年間特に目覚しく(人工呼吸管理の進歩発展のため)、後遺症のない発育(intact survival)が十分可能となってきました。私達もNICUとしては2床ではありますが全員頑張っていてやっています。未熟児の育つ条件の1つに出生時体重が云々されますが(当院の記録は622g)、在胎期間の方が問題のようです。24週以前はかなり難しいのが現状です。東京都の新生児救急医療体制には加わっていませんが、いつでも対応できる体制にありますので必要な場合は御連絡下さい。

外来診療は、午前中の一般外来の他、専門外来として先に述べました心臓外来(月2回)、神経外来(月2回)、内分泌外来(月1回)を大学の専門医にお願いしています。また、最近いろいろ問題の多い心理的なことに関しては毎週1回じっくりとつきあって治療する心理外来を設けています。常勤医は他にそれぞれの専門分野で神経、喘息、腎臓の外来を受け持っています。乳児健診は、当院で生まれた赤ちゃんの1か月健診以外は原則としてやっています。予防接種も、心疾患やけいれんの既往のある人を対象に3種あるいは2種混合ワクチンを春秋に集めてやっている他はすべて開業の先生方をお願いしています。当院のような性格の病院の小児科としては、一般外来より特殊専門外来を充実させていくべきと考えています。

最後に、私達は地域中核病院として救急医療を重要な課題と考え、その責任を果たすべく努力してきましたし今後も変りなく続けていくつもりです。365日小児科当直の体制をとっていますので、先生方お困りの場合はいつでも御用命下さい。お役に立てるよう一層努力していく覚悟です。

アルコールと疾病

高木病院 高木 敏

アルコールの身体に対する作用には急性作用と慢性作用がある。アルコールの急性作用は“酔い”の状態では体験でき、血中のアルコール濃度が0.4%以上になると呼吸麻痺を起し死亡することがある。アルコールの慢性作用は長い年月にわたる過剰の飲酒で現われその障害は脳神経、心臓、肝臓、消化器などの諸臓器に及んでいる。これまでこれらの障害は過剰飲酒にともなう栄養障害が大きな役割を占めていると考えられてきたが、現在、アルコール依存症患者の栄養状態は良好でその病態も少しづつ異ってきているようである。アルコールによる臓器障害には個人差があり、同一条件下で飲酒し続けても、障害を受けるものと受けない者がいる。また同時に多臓器が障害されることも少ない。一般に臓器障害は禁酒で速かに改善するが、長期に断酒していても再飲酒すると容易に再発するのが特徴である。国立久里浜病院を退院したアルコール依存症患者の追跡調査で死亡原因を調べると肝硬変28%、心疾患24%、癌12%、脳卒中10%、事故10%と多岐にわたる診断名がつけられている。死亡年齢は平均50歳で、いわゆる成人病として扱われている例が多いので、臨床医はその原因の背後にアルコール問題があることを見落してはならない。現在わが国のアルコール依存症は220万人と推定され、今後、一般外来でアルコール関連の障害を診療する機会はさらに増加することが予想される。

1. 肝臓

アルコール依存症の合併症では肝障害は80%と高頻度に見られる。入院後の肝機能成績の推移をみるとGOT、GPT値は禁酒後1~2週と短期間で正常化するので医師も患者もアルコール性肝障害を軽くみがちである。一方、 γ -GTP値は前値の1/2ぐらいに下降するが異常値は1~2ヶ月続くのでアルコール依存症の診断に役立つ。肝硬変まで進展するのはアルコール依存症の約

20%にすぎずその発生機序にはアルコールおよびアセトアルデヒドの直接作用に加え、個体の感受性あるいは免疫能、免疫遺伝学的な差などが考えられる。

アルコール依存症の肝機能成績を年齢別に調べると40~50歳代に異常値のピークがあり60歳代になると積算飲酒量は増加しているにもかかわらず異常値は下降し脂肪肝程度の軽いものが40%を占めるようになる。このことからアルコールによる肝障害は50歳あたりで自然淘汰を受けているようである。

2. 消化管

吐血の原因で多いのは出血性胃炎やMallory-Weiss症候群であるがいずれも禁酒後速かに軽快する。食道静脈瘤の出血では内視鏡的硬化塞栓療法を行う。食道癌は一般人口に比べ有意に多い。アルコール依存症では胃切除既往者が12%と高率で胃切除後短期間でアルコール依存症が発生し、しかも振戦せん妄やアルコール性てんかんを起す例が多いことは興味深い。

3. 脾臓

慢性脾炎の原因でアルコールが原因のものは半数を占めているがアルコール依存症では慢性脾炎の合併率は1.4%ときわめて低率である。

4. 循環器

少量飲酒者(純アルコール30g/日以下)では一般に死亡率が低くまた心疾患の死亡率は非飲酒者に高いことが知られている。しかし実際、大酒家では急性心不全や脳梗塞の発作が多い。

5. 糖尿病

アルコール依存症では禁酒直後35%に高血糖がみられるが、一過性のものが多くその半数は改善する。糖尿病は15%にみられその80%は $\Delta RI/\Delta BS(30')$ が0.2以下でインスリン療法の適応となったものは52%

(8)

と高頻度であった。糖尿病の合併症である網膜症や腎症の頻度はきわめて低い。

6. 脳神経

アルコール離脱症候群は禁酒後平穏な状態が7時間ぐらい続いた後に出現する。早期に抗不安薬、睡眠薬を使用して振戦せん妄への移行を抑えるのがコツである。最近ではビタミン剤で奏効するような典型的なWernicke - korsakoff 症候群は少なく、その剖検でも脳の組織に死因と考えられる明かな所見はない。離脱後意識のくもりが続き、体重減少、歩行障害をみとめる例では20日以内に原因不明の昏睡状態で死亡することが多い。このような患者では尿中のドパミンが著しく低下しているのですその抑

制剤である抗精神薬は禁忌でありドパミンの点滴療法が奏効する。アルコール依存症では知能検査を行うとすでに30歳代で低下がみられる。C. T. scan では脳室の拡大や前頭葉の萎縮が40歳代で38%に見つかり加齢とともに急増する。

まとめ

アルコールによる疾患を診た場合、節酒させるか断酒させるか重要な問題である。ブレイキのきかない飲み方がときどきあり、身体症状をともなって周囲の人が酒をやめさせたいと願ってれば早期に断酒すべきである。臨床医は個々の疾病に目を奪われないでアルコール依存症のケアにもっと力を注いでもらいたいと思います。

文芸・随筆

筆とりて 先人の足蹟 なまにむら れしさを	考察と論理の迷路に迷う時 救ひは常に筆と墨なり	建国論 民主主義論 併せ読む 心眼開き おもむろに	建国の祝日利用 富士爆発の 相楽論説 しみじみと読む	仏学者 エイズの新種 発見すと 本態解明 未だしき感あり	アメリカは アシドサイミン 有効と 事實なりせば 朗報にては	世論に押し腰あぐ エイズ対策 漸くに 重き腰あぐ 遅きも可なり	政界は税制改革 騒然たり 国運にかかれば 慎重なれかし	春一番も 既に吹きたり 季節移り 一日一日と 花にまむかう	立春も過ぎて幾日か寒気ゆるみ 杉の花粉禍 声に出で	春一番 小泉新策
--------------------------------	----------------------------	------------------------------	-------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	------------------------------	----------

各部だより

昭和61年度内科検診の結果について

学校医部

東 吉男、今里 勉、内田萬次、大嶽栄二、川辺隆道、栗原琢磨
佐々木章、清水章三郎、湯川文朗

I 心臓検診

市 町 村	患 児 数				検 診 方 式		検 査 依 頼 先	
	60年度		61年度		60年度	61年度	60年度	61年度
	小	中	小	中				
羽 村 町	21	20	16	33	C ₄	C ₄	⊕	⊕
福 生 市	29	29	35	31	C ₄	C ₄	⊕	⊕
瑞 穂 町	3	5	10	24	C ₄	C ₄	⊕	⊕
青 梅 市	37	52	67	63	{ 一次 二次 }	{ 一次 二次 }	東大病院	東大病院
奥多摩町	4	3	4	1	C ₄	C ₄	⊕	⊕
秋 川 市	26	25	35	33	C ₄	C ₄	⊕	⊕
五 日 市 町	12	7	13	14	C ₄	C ₄	⊕	⊕
日の出町	12	4	14	6	C ₄	C ₄	⊕ → ⊕ 多摩川総合病院	⊕
檜 原 村	1	2	1	3	A ₁	C ₄	⊕	⊕
	145 147		195 208					
	292		403					

〈 註 〉

- (1) ⊕……東京都予防医学協会の略
 (2) C₄ 3式とは小1、中1の全員に省略心音、心電図を行う方式で、実際にはこれ
 (3) 青梅市の方式
 一次検診 聴診、省略心音、間接X線撮影
 二次検診 全誘導心電図

- に保健調査アンケートと胸部X線撮影（間接）を組み合わせて疑わしい者は専門病院、或は検査センターで精密検査を行い、その結果と管理指導区分を学校へ通知するもの
 (4) 檜原村の方式
 A₁ →校医検診により疑わしい者のみを精密検査する。

II 腎臓検診

市 町 村	患 児 数				検 診 方 式		検 査 依 頼 先	
	60年度		61年度		60年度	61年度	60年度	61年度
	小	中	小	中				
羽 村 町	22	11	10	18	B	A	⊕	⊕
福 生 市	3	5	6	7	B	B	⊕	⊕
瑞 穂 町	0	4	4	1	B	B	武蔵臨床検査所	→ 同左
青 梅 市	9	5	17	23	B	B	青梅臨床検査所	→ 同左
奥多摩町	0	0	1	0	校医	B	?	⊕
秋 川 市	17	13	23	16	B	B	⊕	⊕
五 日 市 町	0	6	0	10	B	B	⊕	⊕
日の出町	6	6	9	3	B	B	⊕	⊕

市 町 村	患 児 数				検 診 方 式		検 査 依 頼 先	
	60年度		61年度		60 年度	61 年度	60年度	61年度
	小	中	小	中				
檜原村	/	/	0	1	/	B	/	東京顕微鏡院
	57 50 107		70 79 149					

< 註 >

- (1) B方式とは一次検尿、二次検尿迄を検査実施機関が行い、その結果を学校へ返し学校側はその結果を持って、かかりつけの地域医療機関へ精密検査を依頼する。→暫定診断と管理指導区分を出す。
- (2) A B式とは一次検尿、二次検尿より第三次検診(集団精密検診)迄を検査実施機関で

行い。その結果を専門医が診て暫定診断と管理指導区分を学校側へ通知する。

- A B式は3次検診迄、公費で行われているのに対し、B方式は2次検診迄しか公費では行われていない。
- A B式の方が尿異常者の追跡や管理指導区分がしっかり行われている様である。東京都では大部分がA方式を実施している。

Ⅲ 脊柱側弯症

(1) 患児数 (Cobb15°以上)

市 町 村	小 学 校				中 学 校			
	男		女		男		女	
	患児数	①	患児数	①	患児数	①	患児数	①
羽村町	7	7	12	9	1	1	8	6
福生市	0	0	3	2	1	1	9	3
瑞穂町	0	0	0	0	0	0	0	0
青梅市	37	18	34	14	2	1	3	2
奥多摩町	0	0	0	0	0	0	0	0
秋川市	10	9	11	9	2	1	1	0
五日市町	1	0	0	0	0	0	2	1
日の出町	0	0	1	0	0	0	1	0
檜原村	0	0	1	1	0	0	1	1
合 計	55	34	62	35	6	4	25	13
昨年度集計	32	9	27	6	3	1	34	9

61年度新患計 86

60年度新患計 25

(2) 検査方式

- (イ) 千葉大方式→羽村町、秋川市、五日市町、檜原村
- (ロ) 校医視診→福生市、瑞穂町、青梅市、奥多摩町、**日の出町**
中学校2校の中1校のみ千葉大方式

① 専門医による医療を要する者

- a 治療を要する者…… 20° 以上
- b 定期的観察を要する者…… 15° ~19°

② 校医、学校、家庭による注意を要する者…… 10° ~14°

③ 正常者…… 10° 以内

< 註 >

千葉大方式とは

- 第一次検診 モアレ法或は検医の検診
- 第二次 " 低線量X線撮影($\frac{1}{130}$ の低線量)
- 第三次 " 直接X線撮影

各検診の問題点

(心臓検診)

- 1. 患児数は西多摩全域についてみると60年度に比し約3割増加しており、その増加の

理由は不明であるが来年度よりは新しい疾患児の数とその病名を調査するようにしたい。

2 検診方式は、各市町村共に、C₄方式であり検査依頼先も殆ど東京都予防医学協会となっている。従ってその診断結果及び管理指導区分については全面的に信用出来るものであり、我々校医としては少なくとも自分の学校の、心疾患の人数、疾患の内容、及び管理指導区分の大凡について知っている必要があるのではなからうか。

因に、福生市に於ける心疾患児計66名の内訳をみると

(イ) 先天性心疾患(16名)

心房中隔欠損(10) 心室中隔欠損(4)
フェロー四徴候(1) 大血管転位(1)

(ロ) 先天性か後天性か区別し得ないもの(40名) 心室性期外収縮(16) 心房性期外収縮(3) 僧帽弁狭窄症(2) 僧帽弁逸脱症候群(2) 肺動脈狭窄症(1) 大動脈閉鎖不全、大動脈狭窄(1) 肺高血圧(1) WPW症候群(2) 1度房室ブロック(2) 2度房室ブロック(1) 完全右脚ブロック(5) 不完全右脚ブロック(1) 左軸偏位(3)

(ハ) 川崎病の既往ある者(10)

(腎臓検診)

1. 患児数は60年度に比し約5割の増加を示している。
2. 検診方式は本年度始めて羽村町に於いて、A方式を採用したのでその結果をみると腎疾患児総数28名の内訳は

小学生			中学生			
	新	旧		新	旧	計
血 尿	2	1	血 尿	3	1	7
微小血尿	5	2	微小血尿	7	2	16
			腎 炎	0	1	1
			腎炎の疑い	1	0	1
			蛋白質尿	2	0	2
			その他(糖尿)	1	0	1
合 計	7	3	合 計	14	4	28

} 23

備考 血 尿→每視野(強拡大)赤血球20個以上
微小血尿→每視野(")赤血球6~19個迄

(脊柱側弯症)

1. 患児数は60年度に比し約3倍となっている。
2. 側弯症の第一次検診はモアレ法によるものも校医の視診による方法も大差ないと思われる。
3. 側弯症検診の必要性
 - 特発性側弯症の場合 Cobb 法で20°以上のカーブで進行性のものが装具治療の対象となる。
 - 最近の研究によれば30°未満で装具治療を開始すればそれ以上悪化することはないといわれている。
 - 手術の適応となるのは一般に50°以上の側弯とされており、殆んど完全に矯正

出来るといわれているが、手術の侵襲も大きく、本人の負担も極めて大きいので、かかる手術を避ける為には早期発見と早期治療以外に対策はない。

文責 東 吉男



公衆衛生委員会 1月30日(金)

出席者：松原貞一、川辺隆道、笹本隆夫、野本正嗣、横田 博、湯川文明、渡辺良友、林 實

1. 61年度実施学童血清脂質検査(福生市立第1中学校2年生男女、及び福生市立第2小学校5年生男女)の結果報告書の検討をしました。報告書は別表の通りです。

○「児童生徒の標準値」は日本大学医学部小児科 大國真彦教授指導によるものです。

- 要相談A. はコレステロールが251 mg/dl以上のもの
- D. はHDLコレステロールが39以下のもの
- E. はコレステロールが100以下のもの
- 要生活注意A. はコレステロールが201～250 mg/dlのもの

今回中性脂肪の指導は見送りました。

2. 62年度も会員の理解が得られ次第学童の血清脂質検査をすすめる予定です。

(記 林 實)

動脈硬化検査結果通知票

保 険 者 様

学 校 名	福生市立福生部	学 校	年 組	年 組
氏 名			性 別	男 女

検査結果は次のとおりです。

【判定】1. 要相談 および 2. 要生活注意 に○印が付いている人は、成人病予防のために、それぞれの指示に従ってください。

□検査測定値

総コレステロール値 mg/dl

コレステロールは、多すぎる場合、高血圧、動脈硬化が心配されます。少なすぎる場合、貧血、甲状腺疾患、肝臓病などが心配されます。

中性脂肪値 mg/dl

中性脂肪は、筋肉、肝臓などで、燃料として使われます。多すぎる場合肥満の原因、動脈硬化の原因になりやすい。

HDLコレステロール値 mg/dl

HDLコレステロールは、悪いコレステロールで動脈硬化を防ぐ作用があります。運動をするとHDLコレステロールが増えます。

□児童生徒の標準値

総コレステロール値	男	120 ~ 200	mg/dl
	女	120 ~ 200	mg/dl
中性脂肪値	男	50 ~ 140	mg/dl
	女	50 ~ 140	mg/dl
HDLコレステロール値	男	40	mg/dl 以上
	女	40	mg/dl 以上

1. 要相談 医師に相談してください。

- A 総コレステロール値が、非常に高いので医師に相談してください。
- B 中性脂肪値が、非常に高いので医師に相談してください。
- C 総コレステロール値がやや高く、HDLコレステロール値が低いので医師に相談してください。
- D HDLコレステロール値が、異常に低いので医師に相談してください。
- E 総コレステロール値が、異常に低いので念のため医師に相談してください。

2. 要生活注意 食生活等に注意して、年1回ぐらい定期的に検査を受けてください。

- A 総コレステロール値が、やや高いので食生活等に注意が必要です。
- B 中性脂肪値が、やや高いので食生活等に注意が必要です。

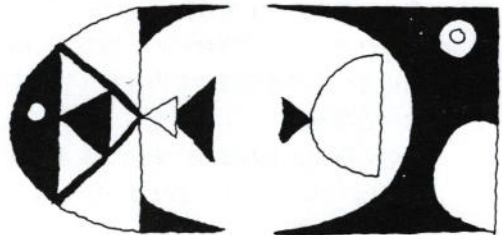
3. 異常なし 今回の検査では、異常ありません。

昭和 年 月 日

福生市教育委員会
福生市立小中学校
福生市医師会

お知らせ

四月の保険提出日
四月八日(水)
正午迄



文芸・随筆

一つの青春
—近代史に生きる—

青梅市 近藤 肇

その三 満蒙無銭旅行

10 満鉄沿線

満州では、発達していたのは、大連から新京（長春）までの間の満鉄沿線とハルビンである。東部のソ連との国境方面は未開の原始林も多く、気候は厳しく、日本内地からの移民開拓団は、こういう厳しい気候の不便な辺境の地で悪戦苦闘していた。

開拓団の人々は、ソ連参戦で多くの人が殺され、逃げる途中で飢えや苦しみの中で死に、子供はやむなく中国人に預けられたり捨てられたりして、それが中国残留孤児となった。

大連旅順（現在旅大市）。

大連は東洋一の商港、当時の人口45万（日本人14万）。隣の旅順は日露戦争の激戦地として知られている。日本の旅順工科大学があった。人口3万。

大連新京間には超特急アジア号が、満鉄が独自で開発した、自慢の高速流線型の列車として走っていて、日本の超特急ツバメの東京大阪間7時間で平均時速67キロに対してアジア号は83キロ、最大時速130キロという快速であった。

鞍山。

鞍山には、満鉄の経営の大きな製鉄所があり、「満州の八幡製鉄」と言われた。製鉄所関係の商売をしていたHさんを東京の知り合いから紹介されていたので訪問した。奥さんを亡くして子供もいないHさんは、可成り手広く商売をやっていて、この世に感謝する気持から、郷里の松山の銀行に金を送り匿名で学生の奨学金を委託していた。私も、その感化で、戦後、医者を開業してから数年間、匿名で青梅の高校生3名に毎月奨学金を出していた。これは、名が知れそうになった為中止したが。

Hさんに夜の食事を鞍山第一の日本料亭に招待された。

Hさんの馴染みらしい35才ぐらいの芸者と若い日本髪 of 奇麗に着飾った女の子の芸者が来た。お人形さんのように可愛いかった。食

事が終わって、Hさんは席を立て、まもなく、Hさんの芸者が見送ってきたらしく部屋に戻り、私に、「Hさんがここにお泊り頂くようにとお帰りになりました。」という。これまで学生的身、料理屋などに行ったことも泊ったこともない。はじめての事、どうなるか心配だったが、平穩に無事1夜を過ぎた。16才だと言ったその芸者の面影は、旅行中ときたまま私の頭の中をかすめた。なお、私にこの体験をさせて呉れたHさんを紹介してくれた東京の知人の娘が後に私の妻となった。

奉天。（瀋陽）人口41万（日本人7万）。満州医科大学があり、満州の学生も入学させ、日本人学生と共学である。

先輩の満州医大の教授をやっていたTさん宅に泊めて貰って、小学校3年の娘さんのK子さんにあっちこっち見物の案内をして貰った。Tさんは戦後引き揚げて来られてから日大の教授をやっておられた。

11 撫順での鉄道検疫

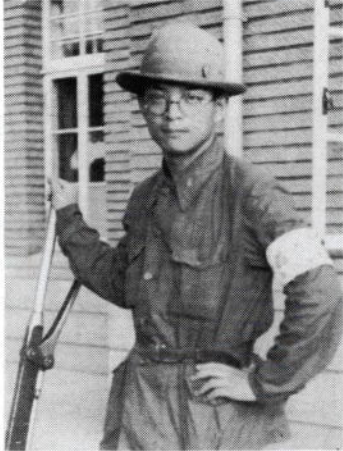
撫順は、奉天の近くで、満鉄経営の満州第一の炭鉱町である。坑内掘と露天掘で、露天掘としては世界一だった。人口8万（日本人3万）。毛利先輩がこの年満鉄に入って撫順にきていた。

撫順の駅頭での、「駅の鉄道検疫」の仕事を、満鉄衛生課からさせて貰った。助手として日本人の大人1人と満人少年1人をつけてくれたの楽しい生活だった。

朝から晩まで、駅に立っていると、内地からの学生の旅行グループに会う。

満蒙開拓義勇軍で来た学生の中には、内原の満蒙開拓義勇軍訓練所で一緒だった学生や支那語講習会と一緒にやった後輩もいたし、柔道部後輩にも逢った。

ほかに、中学の同級生がいた東大工学部学生一行。専修大学、松山高等商業、明大などの野球部。慶応サッカー部。日米学生会議。



撫順駅での鉄道検疫の筆者

東北大学勤労実習団。明大マンドリンクラブ。東京軟式庭球連盟。その他、慰問のピクチャーやテ

イチク歌手など。

炭鉱の労働者として、あちこちから集められたボロを纏った奴隷同然の苦力(クリー)の行列は、満州ばかりでなく、支那の山東省あたりからも集められ、白系ロシア人たちが小なくなく、彼らはヤカンやビール瓶やごさや、コップのかけらまで持ち、破れたふとんを頭からかぶったりして、老人、妻子、赤ん

坊を連れた姿で、200人、300人と貨車から降り、雨の中を歩いて行く姿はあわれであった。

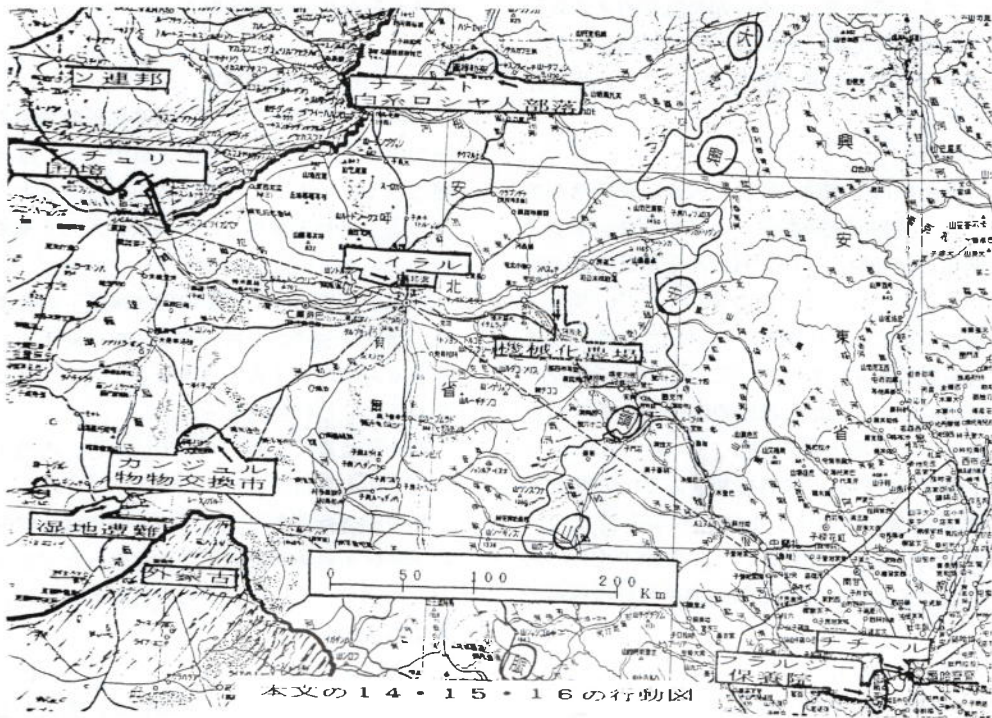
鉄道警備の警護隊の詰め所に泊めて貰っての仕事だから、新聞には出ない情報がどんどん入ってくる。

共産匪や抗日ゲリラの動き、それ等との警備隊の戦いで何人死傷したとか、あちこちで列車転覆や鉄道妨害、銃器弾薬を奪っての監獄逃亡など…。

検疫の仕事の成果としては、天然痘患者とチフスの患者の発見があった。

日当は1日2円。内地で東大卒の給料が60円の時代である。因みに前年の鎌倉の肉屋の給料は1日80銭だった。保養院では実習手当25日間で22円50銭くれた。

日当1日2円ではあるが、30日働いても60円で私が行きたいと思っているソ満国境のマンチュリーまでの鉄道運賃が学生4割引で往復31円20銭。北支那方面へ行けば又鉄道運賃として30円は必要。日本への船が30円。結構金が必要である。この先を考えると、共産匪



や抗日ゲリラの出没、列車転覆や鉄道妨害の頻発はあり、危険をおかしてまでし、学校を休んでまでしてあっちこっち行くのもどうかと、前途にいくらか悲観的になっていた。

ところが、3週間の撫順での検疫が終わって、満鉄の衛生課へ行くと、満鉄ばかりでなく満州国全線無料で乗れる「鉄道検疫」の「腕章」を頂くという思いもかけない便宜を計って貰えた。「鉄道検疫」の「腕章」は、北京でも、華北交通から頂き、北支那、内蒙古全部の鉄道を無料で乗車することが出来た。長期の無銭旅行が出来たのは、各地で先輩や知り合った人の家に泊めて貰ったりしたことと併せて、「鉄道検疫」の「腕章」のお蔭で感謝に堪えない。

12 王道楽土と五族協和

新京（現長春）。満州国の道都、建国に当って長春を新京と改称。人口25万（日本人4万）。

この旅行を通じて、開拓団の指導者から官吏軍人までの各階層に亘って、行くところ行くところで、満州建国が、建国の理想とする王道楽土と五族協和を実現するのに、どこに問題点があるか、日本に対する課題は何かなど話し合った。五族とは、満州に住む満・漢・蒙・日・鮮の五民族である。

新京でも、政府の要職にある治安部や警察の日本人、満人の政府関係者にも会って話し合った。

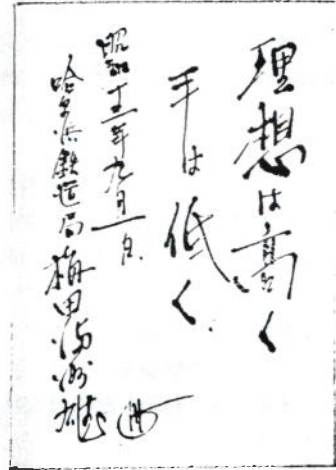
王道楽土と五族協和という言葉は、日本が満州を統治する上での理想で、本当にそれを考えて満州を理想国家としようとする一部の日本人はいたが、大多数の日本人は征服者の意識で満人を扱っていた。それが満人の反感を大いに買っていたと思われた。満州に出かけてきた日本人には気宇壮大、大言壮語の人が多し。私の旅行中のサイン帳を見ても、気宇壮大、大言壮語が多い。

『右手に鋏、左に銃、目指すはウラルを越えて』鉄驢の開拓団の人。

『大和男児の真心問えば、抜けば玉散る日本刀 大垂細亜の炬火とならん哉 免渡河の住人』免渡河の開拓団の人。

だが熱心に王道楽土と五族協和のために取り組んでいる人もいて、そういう人との話には、私も熱が入った。日本人としてのいろいろの自

己批判と反省の意見を聞いた。だが反省の意見をしてくれる人は少なかった。



五族協和を話会つた人々の一人

13 北満の奇病調査

北満の中心地ハルビンは、帝政ロシアが極東経営の基地として、モスクーに擬して建設した町で、ヨーロッパ風で奇麗であった。人口43万、日本人1万の外、30余の民族が雑居している国際都市である。シベリヤ鉄道に連なる北満鉄道が通っている。国際情緒豊かなここ街は、歓楽境である。売笑婦あり、ハダカ踊りあり、ダンスホールあり、キャバレーありであった。ロシア人の売笑婦が厚化粧してガラス越しに何人か並んで、膝を組んで、タバコをふかしてウイックしている。

街を歩けば、辻音楽師にも、花売り娘と言いたいが、娘ではなく花売りのオバサンにも出会う。松花江（スングアリー）の畔は奇麗な公園ですがはハルビンの感あり。

ハルビンの衛生科へ行っての話。200キロばかり北方の、鉄驢県という辺りな所に開拓団があるが、その森林伐採工事現場で苦力（クリー）の間で、奇病が多発しているので、満州医大の調査団が、そこへ調査に行くという。これは良い機会とばかり、私はそれに参加させて貰って、奥地へ行くということになった。

綏化という駅から、軽便鉄道やトロッコや馬車で130キロ、開拓団のいる鉄驢へ行く。

開拓団の多いチャムスまで約200キロの鉄道を敷設する工事の現場で奇病が発生してい

た。

奇病というのは、主に足の下腿の広い部分に潰瘍が出来ている状態で、これが労働者に拡まっているというのであった。患者はアンペラ小屋に隔離されていた。

当時の私の日記に、「栄養不良と悪い衛生状態に、“リケッチャ”かなんかの瀟過性病原体みたいな物の感染ではないか」と書いてある。

飯場に泊っての調査だったが、森林警備隊からある夜「匪賊襲来、逃げろ」との連絡あり。護衛つきで避難。結果は電話線を切断されただけだった。ちょっと心配だった。

我々はいつも、満州の護衛兵をつけて出かなくてはならなかったが、そんな生活の中、私は開拓団関係の人達と野球をしたり、川にダイナマイトを仕掛けて魚を取ったりした。

私が単独で鉄驪を去る日、少年護衛兵をつけて雨の田舎道を歩いて行くと、少年護衛兵が満人に会って話を聞き、匪賊があっちの方に現われたという。

少年兵は方向を変えて、民家のある別の方面へ歩いて行った。私はメガネを外して歩いた。メガネは直ぐ日本人と知れるから。

トロッコ乗り場で少年護衛兵に別れを告げた。森永のキャラメルを1箱やり手を握り、『再見』。



単独で鉄驪を去る日 少年護衛兵をつけて

14 北満の保養院

ハルビンの北に、2・26事件の引金になった、東京から移動した第一師団の司令部のある孫呉がある。2・26事件の引金になったという意味は、東京にあった第一師団の青年将校が、自分たちが満州へ移動したら、国内改革の行動が出来なくなってしまうと、あせった為に起したのが2・26事件だからである。

チチハル。鉄驪にさよならした後、北へ、孫呉を通り、北安というところで乗り換えて、チチハルという町へ。ここは、満州事変の時激戦があって、馬賊の頭目だった馬占山將軍との戦闘があったことで、当時、日本人には良く知られた名前である。この辺一帯は、平坦な沃野で大豆の産地である。チチハルから西南に27キロの地に、昂昂溪という町があって、北へは、ソ満国境のマンチュリーまで650キロのシベリア鉄道へと続く北満鉄道の駅となっている。

北満鉄道は、ここから先マンチュリー（満州里）の国境でモスコへ行く汽車に接続する。

マンチュリーに向う北満鉄道は、この辺から蒙古であり、大興安嶺を越えて、ホロンバイルの大平原となる。

興安嶺の手前にフラルジーという小さな村がある。ロシヤ時代からあった結核療養所を満州国が引継いで保養院となっている。何故こんなところに保養院があるのかという疑問が生ずるが、H院長の話では、どういう訳か、この地方の気候が厳寒の地なのに、この辺だけ、気温は夏は涼しく冬は暖かく、川を隔てた近くのチチハルとは大違いだとのことである。ここでも、大連の南満州保養院と同じく、治療の原則は大気・安静・栄養である。秋の澄んだ空と雲の色は素晴らしかった。

15 国境の白系ロシヤ人部落へ

ソ連軍と対峙するマンチュリー（満州里）では前線を視察。守備隊の関東軍の兵が、“学生さん、敵が見えますよ”と双眼鏡を貸してくれる。小高い丘にソ連兵が見えた。サインをして貰う。当時としては、皆が使う言葉、“盡忠報国” “国に命を捧げん”などのサイ

ン。長野県の兵が多かった。斎藤 進、本島次郎、塩川三郎、矢仁田繁など名がサイン帳に残っている。

ハイラル。マンチュリーの200キロばかり手前にあり、ホロンバイルの中心地。郊外には、砂丘や放牧、蒙古人の住居たる“包”(パオ)が見られるし、牛・羊・馬・毛皮等の取引の中心地である。

北に、荒野をゆくこと、180キロで、国境に近い、ナラムト(三河)という所に、亡命の白系ロシア人の部落がある。トラックで11時間。ロシア人の家に泊めて貰い、革命前後の生活の変化の話を聞く。国に残した家族達とは1929年まで日本を経由して文通していたが、途絶えてしまったとのこと。この部落はカザック出身のロシア人たちで、馬を乗り回していた。こんな所にも特務機関があった。

この付近の興安嶺の近くにはオロチョン族とヤクート族が住んでいる。特務機関長のI少佐と共にオロチョン族調査のトラックに乗って行った。



泊めてもらった白系ロシア人の家族

16 蒙古大平原での遭難

蒙古相手の貿易をやっているトラックに便乗、南に150キロの無人の荒野に甘珠兒廟というお寺がある。そこで年一回の物々交換の市が旧暦の8月1日開かれるので、それを見ながら奥地へ行くことになった。泊りはトラック。

次の日、平原の真ん中での湿地でトラックが動けなくなりました。翌日、地平線のかなたに見える蒙古人の“包”へ行き助けを求めたところ、蒙古の老人が、遙かかなたの

地平線に点在している“包”に馬を走らせ、人と牛馬を集めてくれて自動車の引き上げ作業を終日、10数人と牛馬の共同作業むなしく日は暮れてしまった。“包”に泊る。



2日間指揮してくれた老人

第3日は、年は75才という古老が、朝から更に人と牛馬を集めに行ってくれて、やっとの事で脱出。2晩“包”に泊めて貰い、蒙古食を食べさせて貰って手真似の会話、食料品に羊かんのような形の固い物があり、それを削っているのを見たら、なんとそれは固形茶で静岡県掛川の名、ビタミンCの補給である。“包”の中、馬糞にキノコが生えていたのに驚いた。

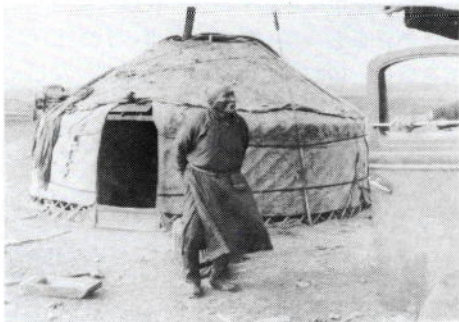
2晩も“包”に泊めて貰い、蒙古人家族と全く言葉が通じないながらも、共に食べ、語り、ザコ寝した生活は感動的だった。

トラックは時に方角を誤って道に迷い、“包”の蒙古人に道を問いながら、往復500キロ、ハイラルに戻った。

この辺は外蒙古との国境に近く、翌年、ノモンハン事件で関東軍はソ連の機械化部隊に、壊滅的打撃を受けた戦場となったところである。

17 奉天へ

ハイラルからの帰途、北滿鉄道沿線の免渡河で、機械化開拓農場を見学し、昂昂溪・チチハルと乗換え、白城子の近辺にある自警組織の開拓団か訪問し、鄭家屯のペスト研究所を見学、満鉄の四平街から200キロの奉天へ。



方向を誤り道を訊く

大連を出発してから55日約6,000キロの旅、素晴らしい印象だった。しかし、私が見、聞き、考えたことは、日本の大陸経営の困難さである。支那では戦線が拡大しているが、占領地での宣撫工作はうまくゆくだろうか、占領地の民衆の心を捕えられるだろうかが私の心配事であった。

「男は酒と女、宵越しの金は持たぬ。
女は見栄を張った生活、アマをこき使う。
子供は労を厭う。日本に乞食がいるのを見て驚く……など。」

これは、満州の日本人である。

今、開発途上国へ行っている日本人の家族の生活もどうだろう。豊さの為の優越感、家庭や学校の教育上注意すべき事だろう。

満人と話合って、庶民の満人の次の言葉は、端的に当時の日本人にとっての反省を語っていた。

『人間、同じ人間。満人、満人ナグラナイ。日本人、日本人ナグラナイ。なぜ、日本人、満人ナグル。』胸にぐっとくる言葉だった。

街では、日本人が、労働者を殴ったり、洋車（ヤンチャー、人力車）の車夫を蹴とばしたり、料金を踏み倒したりの光景はザラであった。 (続く、次号最終回)

講演会予告

気管支喘息の診断と治療

杏林大学小児科 春名英彦

気管支喘息は気道過敏性の亢進しているときに、何らかの刺激が加わって気道狭窄がおこった状態である。症状は突然おこる咳、喘鳴、呼吸困難であるが、繰返しおこるので臨床診断はさほど困難ではない。

発作をおこす刺激はアレルギー、寒冷、運動、天候等いろいろあるが、小児では外因性すなわちアレルギーによるものが殆んどである。成人の場合は必ずしもアレルギーによらない内因性の喘息発作がかなりある。いつれにしても、抗原診断を行い、その他の検索も合せて、発作をおこす刺激が何と何であるか患者毎に決め、治療につなげなければいけない。

治療は発作に対する対症療法と発作抑制療法に大別される。対症療法はテオフィリンとβ刺激剤で十分であるが、その投与方法に多少の工夫を要する。

喘息発作の抑制は生活指導とともに種々の治療を行う。最近の治療法の傾向としては、マスト細胞膜安定剤を使用することにより化学伝達物質の遊離を予防する方法とテオフィリンを定時に内服する方法の2つである。

気管支喘息に対する最近の考え方を基にして、治療について考えてみたい。

ハイテクノロジー検査領域へ!

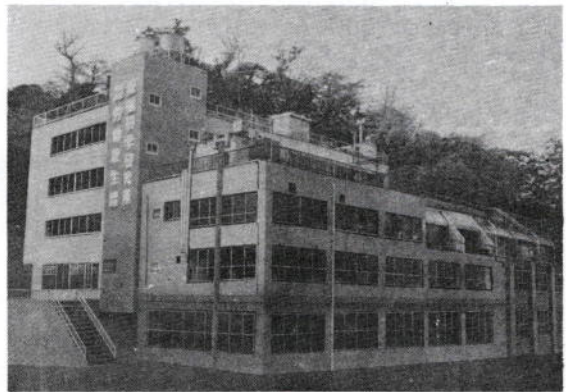
本社総合ラボは、日々進展変化する臨床検査システムに対応すべく、関東医学研究所の総力を投入し、最先端検査機器を駆使した正確な情報の抽出を目指しています。検体のお預りからデータのご報告まで、確実に迅速にお応えします。

事業内容 一般検査、血液学的検査、血清学的検査、臨床化学検査、微生物学的検査、ラジオ・アイソトープ検査、病理学的検査、集団検診などの臨床検査



臨床検査センターの雄 保健科学研究所

横浜市保土ヶ谷区神戸町106
電話 045 (333) 1661 (大代表)
八王子市子安町3-17
電話 0426 (26) 2203・2204



- 総合臨床検査センターとして20余年間地域医療に貢献し、絶大な信頼を頂いています。
- 完全オンラインシステム化を実現致しました。(データ通信システム)
- 関係医療機関 約 3,500ヶ所
- 広範囲な検査内容
 - 内分分泌学検査●免疫学検査●ウイルス検査●生化学検査●血清学検査●血液学検査
 - 病理組織検査●細胞診検査●重金属検査●水質検査

1都11県の御得意先を毎日定期的に集配致します。御一報を御待ち致しています。