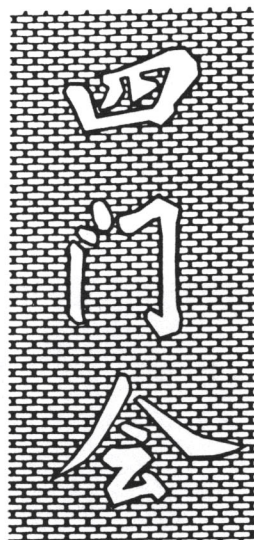


四
聞
公

創刊号

聖マリアンナ医科大学
耳鼻咽喉科学教室同門会



目次

一、同門会の名称について	竹山	初男	1
二、同門会誌の発刊に寄せて	猪藤	功	2
三、聖マリアンナ医大での一年	加藤	泰三郎	3
四、竹の細工	小野	幹雄	5
五、扁桃班の新年会	石倉	順	7
六、憩いの場所	飯田		
七、昭和六十一年度厚生省計画医師研修会をおえて	菊地原	基敬	7
——国立ガンセンターへの通勤記——	甲斐	園子	8
八、今、思うこと	堤	康一朗	9
九、大学院雑感	中島	博昭	11
十、ゴールデンウィーク釣行記	上杉	恵介	11
十一、今、改めて思う事	岡田	智幸	12
十二、処女発表回顧録	佐藤	成樹	13
十三、私論…観念と実践の美学 第一回 カラオケ			

十四、新入医局員へのクルズス(まとめ)	竹山	勇	16
十五、昭和六十二年度新入医局員自己紹介	赤城光代	・ 鋌持 睦	
	松生愛彦	・ 三井雅夫	
	森田紀子	・ 矢崎裕久	22
十六、外来患者統計、入院患者統計			25
十七、入院患者手術統計			26
十八、現医局構成員及び住所録			31
十九、関連教育病院住所録			36
二十、編集後記			37



加藤功先生教授就任祝賀会

日時：1987年4月22日
於：ホテル エルシー



大橋先生・越智先生歓迎会

日時：1988年5月20日



同門会の名称について

竹 山 勇

この度、聖マリアンナ医科大学耳鼻咽喉科学教室も開講十周年を迎え、これを記念して教室同門会誌を発刊する企画が進められてきました。そこで同門会の命名につき教室員からも公募しましたが、なかなか適切な名称が得難く、私自身もあれこれ思案しておりました。

ある日、偶然に、漢籍に目を通していた折に「四門を闢く」という言葉が目に入り、「これだ！」という感応を得まして四門会という名を選びました。

私共、耳鼻科医は耳・鼻・咽・喉の四部門に携わり、現在では頭頸部外科という立場の考え方もあり、広い領域に亘る専門医を目指しております。従って耳鼻咽喉科全般に精通した良医の育成を目標としております教室の理念とも合致したものと恐れ、四門会と命名した次第です。

この出典（書経、舜典）には闢四門、明四目、達四聰とあり、都の東西南北の門をひらいて多くの賢人を招き、学問の理想と奥儀に達しようという内容を意味しております。

私共の教室からも多くの人材が育ち、四門会の会員が四海にはばたき、国際的にも活躍できる日を願っております。

同門会誌の発刊に寄せて

猪 初 男

竹山教授の開講十周年を期して、同門会誌が発行されることを心からおよろこび申し上げます。十年前新しい教室を開設するに当り教室スタッフが思うように集らず新潟大学から何人かの教室員を応援に差し向け、竹山教授に協力した当時のことを思い、感慨無量なものがあります。その後優秀な人材が次々と入局され今日のような一大教室にまで発展したことは竹山教授の並々ならぬ御努力の賜と考えますが同時に理事長、学長を始めマリアンナ医大の教授の方々の御支援、御協力が大きかったものと考えられます。更に歴代の教室スタッフや教室員の方々の一致団結、絶えざる切磋琢磨が最も大きな原動力となってきたことはいうまでもありません。

ローマは一日にして成らず、絶えざる前進をつゞけ、明日の栄光を目ざして更に精進されることを願って止みません。

さて私は客員教授としてマリアンナ医大に在籍している訳ですが、私は新潟大学の耳鼻科教授を辞めたあと二期六年間にわたって新

潟大学長の職にあつたため、この間研究も臨床もやっておりませんでしたから客員教授とは名ばかりで、何のお役にもたはず申訳なく思っておりますが、医進課程の学生に医学概論を講義したり、BSLに参加したり、時には四年生に講義をする程度のこととはやっておりますが、もう少しお役に立ちたいものと思っておりますので、何卒よろしく願います。

たゞこの度加藤助教授が教授に昇進されたことは私にとって大変うれしく、また竹山教室にとって非常に大きな力となるものと確信いたします。竹山教授はかねてから加藤教授に大きな期待をよせ、是非マリアンナ医大の人になって欲しいという希望を持っておりましたが、この度関係各位の御理解と大学当局の承認を得て、これが実現をみたことを竹山教授は最も喜んでおられることと存じます。

加藤教授は私が新潟大学の耳鼻咽喉科教授時代医局長・講師としてよくその任務を果されましたが卒先窮行常に自分が先頭にたつて

困難に直面して行く姿勢は、若い人々の信頼をかち得て、加藤君の在るところ常に若い教室員や学生が集りいつも活気に溢れておりました。彼を山形大学の助教授として送り出す時は非常に淋しい思いをしましたが、今はかみならず再びマリアンナ医大と一緒に勉強する機会を与えられた幸運を感謝せずにはおられません。おそらく加藤教授は我々の期待に添えてくれ若い人々の指導に情熱を傾けてくれることでしょう。そしてマリアンナ医大耳鼻咽喉科教室の発展に大きく貢献してくれることでしょう。

私ももっと教室員の皆さんに近づき何かお役に立ちたいものと思っておりますが、皆さんの気を重くしているようで私もつい遠慮がちになりますが、若い人々に接して常に新しい刺激を受けることは私にとっても大変有難いことでもあります。

客員教授とは名の如く客分でありますから固苦しくなく気軽につき合っていたいただきたいものです。微力ではありますがマリアンナ医大耳鼻咽喉科教室ならびに同門会の発展のためにいささかなりとも寄与したいものと念願いたしております。

さて教室と同門会は一心同体の関係にあります。同門会の協力なくして教室の発展は望め

ないといっても過言ではありません。また教室の発展が同門会の発展をもたらすことも事実であります。新潟大学の耳鼻科教室の同門会は淡水会と呼んでおりますが、この強力な同窓会のおかげで教室は大きく発展することができました。新潟大学の同門会は永い歴史がありますが、マリアンナ医大の同門会は本日誕生したばかりであります。これから永い

聖マリアンナ医大での一年

加藤 功

昭和六十一年四月より私は聖マリアンナ医大にお世話になっております。新潟大学、山形大学と国立大学に勤務しておりました私にとって、私立大学は様子が分らず不安でしたが、竹山先生始め大竹先生、戸田先生並びに医局員のお心遣いで何ら違和感を感じることなく医局の雰囲気溶け込むことが出来ました。

年をとっていても新人である私には見るものの聞くものが全て新しく、新鮮に感じられます。最も感心したことは患者を大切にすることです。患者への対応を見ても実に丁寧で気が良く、医局員の何人かに私は患者の対応

年月をかけて着実に充実発展して行くものと期待されます。出身教室を同じくする同門の方々が相互の親睦を深めると共に教室との連帯を一層強固にして行くことは極めて重要な意義を持つものであります。マリアンナ医大同門会の発展を心からお祈りいたします。

についてオリエンテーションを受けるのかと何度か聞いたことがあります。しかし聞かれた人は皆いいえと答えるのです。そのうちにそのルーツは真摯な態度で治療される竹山教授にあるのだと分り、感心させられました。とかく研究優先で歩んで来た自分には、身のしまる思いがし、なおさら新鮮に感ずるものと思えました。また一つ私は大人になったような気がしております。

前任地山形大学で私は、サルを用いて視運動性眼振の研究をやって参りました。聖マリアンナ医大に参り実験がプランクになるのが心配でしたが、飯田先生がモルモットの上丘

の実験を行っているのを見て、視神経が全交又していると云われるモルモットで視運動性眼振の仕事をしようと考えました。視索核が視運動性眼振の第一次中継核なら網膜のどうゆう神経節細胞から情報を得ているのか、その分布をHRPを使用して調べるものです。この仕事は漆畑先生、岡田先生の共同研究者を得て順調に行っております。更に嬉しいことには竹山先生の御尽力により猿実験用の回転椅子が入る予定になっております。私は当大学で視運動性眼振の皮質下経路を研めたいと思っております。私は前任地で山大耳鼻科設立十周年を祝って参りました。当大学耳鼻科も竹山教授就任十周年の節目にお世話になり果報者と思っております。竹山先生始め医局員が築いてこられた伝統を更に発展すべくその一翼を担って努力したいと思っております。



竹の細工



小野 泰三郎

十年ほど前に建てた小さな家の小さな庭を囲む板塀が、この頃になって、ひどくいたんできた。ちょっと押してもゆらゆら動き、強い風が吹くと軋む音がするような気さえしてきた。

この塀の外側はバスの停留所になっている。塀が倒れると、荒れた庭や家の中が、バスを待つ人達からまる見えになって、はなはだ都合がわるい。そこで一層のこと、造り直すことにした。知合いの大工に相談したところ、植木屋を紹介してよこした。

その植木屋の話では、板塀より竹垣にしたらどうですかと云う。私も、以前から竹垣には魅力があった。とくに、モデル庭園や名のある名園などで見かけるものでは、庭の趣きに一層の風情を添えるものが多く、一度はこんなところに住んでみたいものと思ったことも再三ならずあった。しかし一般の住宅では何となく弱いのではないかと、心配気に尋ねてみた。

竹垣は、その用途によって種類も多いが、

ざっと分けて、家や庭の外まわりを囲んで目隠しや、防犯を主な目的とする建仁寺風のものや、庭内の仕切り、または誘導に使われる御簾垣や金閣寺風のもの、それに部分的な仕切りや装飾を目的とする袖垣などがあり、いづれにしてもそれ程、弱いものではないという話である。

十年も持つものならば板塀と大した違いがない。その頃には、また造りかえてもよいとゆう気になってきた。しかし簡単な板塀とは比較にならぬほど手間がかかりそうなので、目数など大凡のことを聞いてみた。竹垣の種類が何十種類もあり、それぞれに工夫を凝らしたものでは、それ相応に値段も高くなるがこの家と庭に相応するものをと、いろいろ話しをすゝめ、一般に最も広く使われている建仁寺垣がいゝだろうということになった。

塀の長さは四間ほどで、その下方を二十糎くらい上げて風通しとすることにした。これならば、それ程の費用もかゝらずに出来相なので頼むことにした。植木職は庭師の経験も

あるらしく、ついでに庭の設計もやらせてくれと云ったが、まあ、とり合えず竹垣で様子を見ることにした。

直径十糎ほどの竹を沢山持ちこみ、縦に四つ割りにしたものと、二つ割りにしたものを沢山作っていた。板塀をとり除いたところに、直径十二、三糎ぐらいの杉の丸太を灼した、いわゆる焼杉の杭を一間毎に立て、地面から二十糎あまりのところに、これも焼杉の横板をつけて台とした。この上に、四つ割りにした竹を内外両面から立て合わせて棕櫚で編んでゆく。塀らしい形が出来たところで、その頂きに二つ割りにした竹を屋根根のようにして三つづつかぶせ、これも棕櫚でこまかく編み、飾り結びとでも云うのだろうか、編び目を長く垂らしてある。出来た塀をさらに固定するためか、塀の高さを三等分する幅で、二つ割りにした竹を横に並べてしっかりと結んだ。こうして出来上った垣根をつく々々眺め、何と風雅なこと、青竹の縦の細かいストライプは横三本のやゝ太い竹でくっきりと締まり、それぞれの結び目の棕櫚の色が、竹とほほ良いいコントラストを保っている。なるほど良いものだなあと、一・二週間は朝、雨戸をあけるのが楽しみであった。

この竹垣は、細い丸竹を水平に並べて、丁

度御簾のような形にした御簾垣、又は簾垣というものを九十度回転して立てたようなもので、モデル庭園にみられるような贅沢なものではないが、以前の板塀を見做れていた私には、何とも風雅な味わいがたまらなかったのである。それに庭の感じが落ちてきて、柘植や「さつき」、寒椿、それに名を知らぬ灌木が垣根とつり合っていて見えてくることも不思議であった。

この仕事が終わって、残りの竹が随分あった。いづれも切れ端や半端な長さのもので、垣根には使えなかったものである。職人達はあれこれと無造作に纏めていた。聞いてみると焼却するという。何と勿態ないこと。出来るだけ置いてゆきなさい。私が何か作るからと頼んでおいた。笑いながらも燃やす手間が少しははぶけるのだろうか。頼みをよく聞いて沢山残して行った。残された竹をつく々々眺めて、とても燃やす気になれず、改めてこれでよかったと思った。何か作れそうだ。竹の性質を生かして、何か風情のあるものを作りたいた。と、竹の小片を前にして少しの間考えていた。

私がこのような工作仕事を考え出したのはこの時が始めてではなかった。数年よりも少し前から、すでに「のみ」や鉋、それに鋸な

どもぼつぼつ買い集めておいた。木工細工で気分転換をした経験があったのである。文箱や硯箱、書類整理箱の類、それに、やゝ大きいものでは二、三の書棚も作り、充分使えるものが出来ていた。狭い書斎を有効に使うためには、寸法を計って自分で作った方が整理がつくことが多い。そしてまた、この木工作業を始めた動機は、本来の私の仕事と、まんだら無縁ではなかった。

昔の手術は殆んど手仕事であった。左手に「のみ」を持ち、右手の槌で削ることが多く、骨のいろいろな状態で力の入れ方が異なり、微妙な手加減もわかっているつもりであった。鼻の手術では、鉗子や鋭匙をうまく使うことも慣れていった。いろいろの手術をして何とかやって来られたのだから、木を削って、箱位は作れぬ筈がないと思ったのが始まりである。

最初の箱作りは完全に失敗であった。気楽な気分分で五枚の板を削り、張り合わせたところ、箱の四隅から電燈の光が差し込んだ。

「丁寧にすればいいんじゃないの」と、言われてその通りだと思った。当然のことである。箱を作る始めての仕事にしては、慎重さが欠けていた。時々、勦を働かせたのがわるかったのであろう。たかを括って作っ

た結果、見事に失敗ということになった。何十年という経験をもち職人を見似て、精確さが足らなかつたのが失敗の基であった。

これが箱であったから笑い話しですむが、手術ではそうはゆかない。作り直しも、捨てることも出来ないのが手術である。木工や竹細工でも、一寸した気持ちの油断から何日分の苦勞が一度に失なわれてしまう。これが命あるもの、とくに外科的作業ではどうであるう。「メス」の傷あとは永久に残る。どんなに簡単な手術でも、術前には手術過程の一つ一つを頭の中で思い起してみるも、術前の外科系医師として、有りたい態度の一面である。とくに手術を覚えて未だ経験の残い頃には、術前にもう一度、手術書を読み直すほどの慎重さと、手術に対する敬虔な気持ちが欲しい。手術と木工作業を同次元に置いて話すのは、いささか気がひけるが、箱作りに失敗したことが、こんなことにあまり失敗したことがなかった私にとっては、記憶に残るほどの刺激であったため、逆に医療、とくに手術について、若かつた頃からのことが思い起こされたのである。

一般に疾病の原因は個々の生物学的、社会的条件に対する内のおよび外的な合法的反応とされており、氣道はとくに顕著な外的条

件を具えている。この反応としての疾患の進展と発症も、また内的・外的条件に左右されることは容易に理解され、さらに内・外諸条件は同一個体を除いて同一である筈がない。

したがって、個々の有する生物学的機能の差や生活条件により、病的進展過程（または消褪恢復過程）が異なる必然性も生ずるのである。同じく副鼻腔炎と診断されても、個々の臨床的諸所見が同一でないのは当然である。

鼻の手術では骨を削ることが多い。この手術の直接の目的は、複雑な隔壁からなる各病的空洞を開放し、病巣をとり除いて出来るだけ単純な形にすることであるが、外界との連絡をも充分に保たせなければならぬ。手術の適応とされた症例は、それぞれに特徴ある所見を示すのが実際である。これを各症例に即応した方法により、本来の機能に出来るだけ近づけるのが、この手術の最終目的といえる。切除したものは再び元にはもどらないことを忘れてはならない。

医療の全てを通じては、患者の協力を必要とすることが殆んどであるが、完全に医師の意向のまゝに、第三者の介入がまったく許されないことが二つある。その一つは診断であり、他の一つは手術の場においてである。この二つの事柄は、医師としての誇りとして、

永久に保ち得るものであろう。それだけに、手術についても慎重な心構えと、敬虔な気持ちを忘れたくないのである。

こんな事を考えながら二つ目の箱がようやく出来上ったころには少しは自信が出来、その次からは、縁を四十五度に削って、四方止めという方法で角を作るようになった。第一回目の失敗が良い経験となり、慎重に、正確に作業を進める癖がついた。竹の残りが手にはいったのはその後のことである。何か風雅なものが出来ないものか、と、あれこれ並べていたが、細かな小片が沢山あったので、そ

扁桃班の新年会

土曜の午後の山手線は比較的空いていた。向かい側の席の一番右側に坐っていた緑色のスキー帽を冠った年の頃七十才位の人が池袋で降りると、前の席は殆どが池袋で降りて、一番左の斑のコートの人とその隣の男も変った。みると、今日は皆坐ると目を閉じるか下を見詰めたりしている。

新宿でロマンスカーに乗ることにした。

れをさらに細く割り、いろいろな組合わせて茶碗やコップの敷台を作ってみた。十個ほど作ったところにはかなり綺麗に作れるようになり、人様にお見せしてもいゝかなと、そっと見てもらったら、是非、譲ってほしいと云われた時には、本当にうれしかった。最近も暇もなく、何か月も作っていないが、最後のものはG君に進呈した。来年中には一つぐらい作れるだろうか。

竹の垣根は、もうすっかり褐色になり、静かな趣きをただよわせている。

(終)



石 倉 幹 雄

急行券を買う為に空席待ちという札の下に並んだ人はざっと三十名はいただろうか、列は三列あって、一番左側の列だけ長くなっていたその最後尾につくと直ぐ後から後から連つて長くなってしまう。本日の空席は少しですよとマイクで叫んでいたが、買えばよいかなと思っていると、やがて五・〇〇発の特急が入って来る。はじめに指定券のある客だ

けが乗れて、次いで空席の数が読み上げられ、十五名、次いで八名となり、いよいよ発車の間際にあと八名が乗れた。その中に運よくもぐり込んで車中の人となる。さてやっと前から二輛目に空いている席が見つかり、坐った。注文をとり紺のユニホームとキャップを着けた背の高い若い売り子が来たので、本日のおすすめ品という、アップルティを頼むと前のテーブルを起こしてその上に馴れた手つきで茶碗を置いて行った。これは三七〇円であった。窓の外はまだ日の落ちる前の夕焼け空が正面に見えて雲の無いよく晴れた空がビルの間に見られ、少し風が出て来たようで木の枝がかなり揺れていた。あついアップルティを飲み終ると文春を読み出したが乗客は三、四人とグループが多く車内で楽しんでいた。小田原に着くとかなりの客が降りて、終点の湯本迄行くのは七分位であった。湯本の駅を出て、タクシー乗り場を左へ曲がると地下歩道があって、道路の反対側に旅館の案内が出ていて、そこに行けば目指す天成園へ行くバスが出ると云われていたので地下歩道に入らず道の反対側に渡った。既に暗い道路の上を車が走っていた。反対側の路上にマイクロバスが停っているのでバスの入口に近づいて、係の人にこのバスは天成園に行きますかと聞

くと行くという、そして中の方を指してお友達ですよと教えてくれたので、ふと暗いバスの中をのぞくように目をこらすと寺田先生が坐っていてしきりに手を振っていた。すぐ乗り込んで隣の席に坐り、ほっとすると同時に幸運を感謝しているなことを一度に話し始めた。先生は田園都市線で相模大野まで来て、急行で来られたとのことであった。宴会のはじまるのは七時ということでバスが天成園の前に停ったのが丁度七時だった。部屋へ案内されてみると例の通りのメンバーが顔を揃えていて、荒木先生と小川先生が少し遅れるという話だった。何となく静かで他人行儀なのは新しい顔が見られたからか、橋口先生だ、私は先年の扁桃研究会で日大で荻野先生と共にお会いしていたから別に困らなかつたけれども始めてお会いする方もいる。でも山崎先生のお話が始まると直ぐ皆も打ち解けた。田口先生が一番若いから自己紹介をしますと申されて、始められたところが、自己紹介どころか皆の紹介も含まれてつい話がはずんでしまい結局田口先生の独演になって、そこへ寺田先生も例の通り「進めの寺やん」の本領を發揮されて一座を廻って来られたからいつも霧囲気が醸し出された。要点は、扁桃研究会が如何して山崎会から変頭研究会になった

かの説明である。元来同じテーマで集った研究者の各々が個性を出して仕事をしているうちに変頭研究会と呼ぶようになってしまった。即、山崎先生が鈴木教授のレリーフ現象から仕事を始められ、扁桃が胸腺とかファブリシウス嚢やウサギの虫垂の立場であるリンパ上皮組織という立場から比較検討をしてみると、扁桃は脊椎動物のうち高等動物にのみ存在して嚙歯動物には存在しないものが多いがウサギには存在する。口蓋扁桃はII鰓嚢の背部から生ずるといふ Maximow Bloom の記述に対し、Fioretti は一九六一年に扁桃は鰓嚢には関係しないと述べている。いずれにしてもヒトでは四十mmの胎児期にその原基が原始扁桃窩として始まる。ここから出発して、いろいろ発表したりして十年以上の年月が経ってしまった。

私は何ということなくお手伝いをさせて載っているうちに平山先生や河合先生と同じ仕事をさせてもらい、運命の不可思議なめぐり合わせから昨年四月からの聖マ扁桃外来を担当させていたゞくようになった訳で、若い研究を志す人も出て来るようになった。今後は之等の若い頭脳と技術に期待するところが大きい。

憩の場所

東高根森林公園を訪れるようになったのは、一年程前からのことである。勤務先から近いこともあり、車でそばを通りがかる度に気がかけていたのだが、頻繁に足を運ぶようになったのはつい最近のことである。

園内は起伏に富んでおり、ひとまわりするのに十五分程かかる。池があり、広場があり、鬱蒼とした木々や、四季を通じて様々な草花が溢れている。植物には全く疎いのだが、ここならではの天然記念物もあると聞いている。時には、アコーディオンを奏でる老人に出会ったりすることもあり、のどかな気分誘われる。私がこの場所を気に入っているのは、広々とした園内に自然があふれていることと共に、売店や自動販売機の類が一切ないことである。近ごろは都会を離れて、自然に親しもうと思っても、至る所にけばけばしい広告などがあふれ、興ざめすることがしばしばであるが、ここではその心配はない。

従って飲み物や食べ物には自分で用意をしなければならぬが、それくらいの犠牲を払っ

飯田 順



ても一見の価値はあると思う。休日ともなれば家族ずれで大いににぎわっているが、平日の園内は森閑としており、しばし都会の喧噪

昭和61年度厚生省計画医師研修会をおえて

国立ガンセンターへの通勤記

菊地原 基 敬

去る一月十九日から三月二十日までの約二カ月間、築地にある国立ガンセンターで厚生省主催の癌診療のための計画研修、特に耳鼻科医の目でみた放射線治療の現場を研修してきました。

本研修会は医師等の卒後教育の一環として厚生省が行うもので今回で第二回目でありますがこのような研修会があるとは知りませんでした。当初竹山先生より、このような研修会があるが参加してみてもお誘いがあり、私としても以前より他施設における癌診療を見てみたい希望もあり快くおうけしました。

を忘れるには手近で最適な場所である。交通の便が悪いのが難点であるが、入園は無料であり、平日であれば駐車料も不要であるのが良い。東名高速川崎料金所と小田急向丘遊園を結んだ中ほどにある。仕事を忘れ子供と遊ぶのも良いし、ひとり研究に思いをめぐらすのも良いと思う。是非一度いらっしやることをお勧めする。

研修の内容については後日報告することにして、今回私にとって電車通勤（通学はありませんが）という初めての体験をしましたので少しお話しさせていただきます。

通勤の時間帯としては朝六時から八時までの二時間で帰宅時間はまちまちでありました。通勤区間は小田急線の新百合丘駅から日比谷線の東銀座駅までで、途中二回の乗り換えをするという日々であります。

朝のこの時間帯は通勤ラッシュで、まして外はまだ薄暗く寒気が身にしみるところであり、私にとって二重の苦しみでもありました。電

車の中は着膨れした人で膨れ上がり、まして駅に着くと少しの間に割込もうとする人ですらに膨れ上がるといった状態で、自分の体がバラバラにあるのではないかといった錯覚を覚え、また自分の体をどこに置いてよいやら体全体で周囲の圧迫から逃れようとして、半日分位の体力を消耗しているような感じでありました。しかし、その内に他人に身を任せることがこの様な時は自然なんだなあとわかり、それからはさほど苦にはならなくなりました。

通勤に対して余裕がでけると、次に時間の経過が気になりはじめ、電車の中の広告を覗いたり、あるいは駅の売店でスポーツ新聞を買って読んだりしましたが、新聞を読むことはかなり難しく、また広告を覗いたりすることが馬鹿らしいこととわかり、それでは何かないかと周囲の状況を見ると小説を読んでいる人がかなりおり、私もそれでは何かと思ひ、家の本棚を見ますと渡辺淳一の小説がありました。(私は以前からあまり小説など読んでことはなく家の本棚の小説は皆妻のものであります。)

渡辺淳一のことには医者であり、また、あの心臓移植のことで話題になった小説家であることぐらいは知っていましたが特に興味はなく、家の本棚にあってもさほど気にも留めていなかったのですが、今回のことで読んでみよう

かと思ひ読み始めると、なかなかのものでありまして、特に心臓移植のことをドキュメントタッチで紹介している「白い宴」は医学の裏を見ているようで何か考えさせられるようであり、また日本での特志解剖第一号となつた女性のことを書いた「白き旅立ち」は、その女性が吉原の遊女という特殊な境遇の女性であり、その女性が如何にして特志解剖第一号となつたかを素晴らしい想像力で造り上げられていたことに感激したのであります。

「公園通りの午後」では、渡辺淳一が札幌医大で学生から医師になり、辞めるまでの医学に関係があることの彼自身のエッセイであり、読んでいこううちに何だか私の回りでもおこりそうな感じのする話でありました。

このようなものばかり読んだわけではなく推理小説のほうが読み易く、またさほど頭を使わなくても良いと言う点で通勤電車の中の時間つぶしには、最もあっているようです。

今 思 っ こと

私の読んだものは、赤川次郎の一連のものとして西村京太郎の殺人事件シリーズですが、なぜ読んだかと言いますと映画とテレビの影響が強かったとおもいます。ただ推理小説は読み始めてしまうと最後まで読みたくなくなってしまひ、時には電車の待ち時間や、あるいは昼食時、休憩時間までも使つて読んでしまつたりして、なんのために研修にきているのかと、自分で反省したこともありました。

以上のように私の社会人となって初めての体験であつた電車通勤の内容は小説の乱読で終つたわけで、この間読んだ本は三十冊位かとおもわれます。今までこんなに短期間でこれほど本を読んだことはなく、この点でも初めての経験でもあつたわけです。今この時のことを振り返ってみますと通勤ラッシュでもみくちやにされていても生活に何だか「ゆとり」があつたような感じがしております。

甲 斐 園 子

幼い頃の自分を振り返ってみると、いつも祖父母や父母、伯父達と休みごとに旅行をしていた。普段はあまり父母ともそうは話せな

かつたが、その時は話ができ嬉しかったような記憶がある。学生時代の修学旅行は、友人との交流を深め、歴史に感銘を受けた。

大学後半位からか、自分で計画して旅行をするようになった。日本に生まれ育って、小学校、中学、高校、大学、そして医局と、周囲がすべて日本の習慣・風土で過ごした方々の集団であり、やはりこのことは、他のどの国をとってみても珍しいことであり、現代の日本にとって不自然なことと思われる。先日、大連に行き、父や祖父母が当時、住んでいた家、旧制中学校、大連病院等を目の当たりにして、戦前の日本の建築様式に比し、非常に進歩し、現在の建築とさしてひげをとらないことに驚嘆を禁じ得なかった。

大連は遼東半島の先端に位置し、古くから貿易港として栄え、異文化を吸収していた。これは、当時の日本国内と比べ、国際化されていたということであり（もちろん、当時の満州国という存在の仕方には、問題は充分にあるとは思われるが）、そのような地で生まれ育つことができた父を羨ましく思った。

人が国際化をと、問われる今、他の国々の文化や風土、そこに生活する人々の思想、宗教などの差異は、実際に接しなければ、なかなか理解し、評価、批判することは、難しい面があると思われる。私にとっても、異種文化との接触は旅行という形でしか持っていないが、やはりそれなりに考えさせられる部分

も大きい。いくつかの都市がある、その一つにフランスがある。パリは自分が疲れている時に似つかわしくない。やはり郊外が良い。おいしいワイン、のどかな景色、そしてドーバー海峡等を越えた国々との関連。東京と違い、車で一時間弱で自然を満喫し、自分を自然に溶けこませることができるとは、現代社会に生きる私達にとってやはり魅力である。

一方、パリは長い歴史の中から数多くの美術館があり、そこは莫大な美術品の宝庫である。ルーブル、グランパレ、プチパレの展示物、ポンピドールセンター、そしてパリオペラ座のシャガールの壁画（彼はクリスティーナ大聖堂を描いたラファエロの気持が理解できたと感じる）どれをとっても人を納得させる力を持つ。アメリカ、ニューヨーク、ニューヨークも好きな都市の一つ。廃虚に近づこうとする建物とそこでエネルギーを発散させる人

大学院雑感

私が耳鼻咽喉科学教室にお世話になって五年目を迎え、大学院に入学して三年目を迎えました。臨床に携わりながら研究のなんたる

々。自由主義経済の中心の Wall street に働く、宙をみつめて歩く或る限られた人々、平坦な毎日を過ごすことで、ともすれば忘れがちな、でも本質的なだれでも持っていたエネルギーを思い出させてくれる。

異文化との接触、旅行は、やはり私に刺激とそしてエネルギーを生んでくれる。日本は地理的にどうしても不利だが、それを理由には、現在もうできません。相手の国を理解しなければ先に進むこともできないし、評価することもできない。世界における日本を、どういう地位におけるか、ただ単に、低開発国への資金援助だけでなく、お互いの文化や風土、人々の思想を理解し合った国際的関係を造ってゆくのは、二十代、三十代のこれからの私達の課題であり、難しいが越えねばならない問題だと最近思うのである。

堤 康一朗

かを少しでも理解しようという焦り、模索する毎日です。竹山主任教授、加藤教授の博識さ、指導力、お人柄などの素晴らしさや、渡来医

局長を中心とした教室の明るく楽しい、それでいて患者さんに対しては真摯な態度でのぞむ、というようなムードに関してはきつと誰か他の方がお書きになると思います。そこで、今回は私の大学院生活について、第一生理学教室と病理学教室における感想を中心に書こうと思います。

私が最初に基礎研究の一端をかいま見た気がしたのは大学院一年目に竹山教授が機会を与えて下さって、第一生理学教室の豊田教授、斎藤助教授の指導の元で、HRPを用いた逆行性標識法を教えてくださいました。まず自分の実験に必要な装置を自分で工夫し組み立て、試薬等を作製するようにと言われました。途方に暮れる感じで教科書を読み始めると、まず手を動かすようにと言われました。コイを素早く水槽から出し、麻酔できるようなるまでもかかなりの時間を要しましたが、Cell Body や Fiber が染り、それを確認した時はとてもうれしかったです。(HRPには逆行性標識法しかないと思っていました。結果を簡単な学生レポートのような形にまとめ始めると、斎藤先生が、まあHRPそのものについてや利用法についての文献でも読み始めてごらん〃と言われました。お恥ずかしい事ですがそうして順行性標識を知り、

Wiesendanger が WGA-HRP のサル大脳運動野から視床を経由し対側小脳核細胞への逆行性標識を示した事や、同様に、いわゆる transneuronal Labeling の Harrison の仕事を学びました。

transneuronal labeling の方法は最適条件と特異性の検討がすすんでおり、Jankowska らは、介在細胞の neuronal activity が高くと transneuronal labeling が良くおこる事を示しています。臨床のかたわら研究にも携わろうと考えた場合、最初にいろいろと本など読んでしまいがちですが、私は第一生理学教室の経験から、一、指導者の suggestion 等で一応の目安がついたならば準備や方法や材料の扱いに對してまず自分の手を動かし工夫してみる。二、しかし、手を動かしながら(あるいはある程度)の結果が出たと思った時でも一錯覚である事も多いのですが(特に方法に関して)よく読み、調べる。という二点が大切だと感じました。

私はその後またまた竹山先生が機会を与えて下さり、病理学教室にお世話になり、免疫組織化学を学びました。及川教授、打越、田所、袖元、高桑助教授を始めとする教室員の方々のご好意により現在でも教室を使い、実

験させていただいております。今もピペットの扱い方など一から勉強しなおしている毎日(生化学を中心として外の施設で学んできた友人からほんとにお前はどうしようもないと言われキビシク指導されます)ですが、私にとって病理学、特に DNA、mRNA の局在を病変組織上に証明する In situ hybridization などは非常に興味深く、教室では初めての C-Ha-ras の局在を病変上にみた時は小踊りしたい気分となりました。

病理学教室の諸先生方は本当に心優しい勉強家で、だらしがなく、いいかげんなどころも隠しきれない私のような人間も親切にめんどろをみていただけます。又、短時間に的確な病理診断されていく時などほればれといたします。病理学教室においては研究には一、コツコツとしたネバリ。二、事象に対する謙虚な態度。が大切だと感じました。二つともやはり私にはニガテな事です。また、両教室では、英語を読み、書く能力を高める事は必須であると感じました。また、特に高桑先生に国際学会に連れて行っていただいた時には、英語を話し、聞ける能力を高める必要性も痛感しました。

結局は長々と雑文となっていました。この前まで研修医だったはずの自分がいつの

まにか大学院もあと一年を残すのみとなった
今、月日のたつのは全くアツというまだと実

感いたします。本当の自分作りはこれからだ
と思います。

ゴールデンウィーク釣行記

中 島 博 昭

五月三日にカサゴ、メバル狙いで、一路茅ヶ崎に向けて車を走らせる。GWで東名高速が混雑していると思い、朝五時三十分東京を出発したが、思ったよりもすいていて、七時に茅ヶ崎丸（釣宿）に到着した。東京を出るときには殆ど風がなかったのに、東名を降りた頃より風が始め、現地では風が強く、結局この日は出船出来なかった。次の日は、連休の中日で、釣宿も混むと思い、五月五日に再度釣行した。

GWの最後とあって三十名程の釣客を乗せて、船は腰越沖迄三十分程走り、釣りの開始となった。

仕掛は幹糸、ハリスとも〇・八号、針はヤマメ針の十号の二本針、オモリ十五号を使用した。餌は生きたヒコイワシで顎から頭へ針を刺し、静かに海中に下ろした。

水深は五・三〇メートル程で殆どベタ底がタナである。

投入して少しして特有のガツガツというあたりがあり、竿が満月となり、上針に二十cm位のメバル、下針に同じくらいのカサゴが一荷で釣れた。その後もポツポツ魚が上がり、昼前に八匹の釣果を得た。同行した岩沢先生も同じ位上げていた。

午後になり風が強くなり、うねりもできて、あたりがあっても合わせにくくなってきたが、それでも最終的に私が十三匹、岩沢先

今、改めて思う事

私が竹山主任教授の主宰する聖マリアンナ医科大学耳鼻咽喉科教室に入局して四年目になりましたが、多くの面でまだ未熟であり、石の上にも三年、桃栗三年という言葉が在りますが、まだ自分は桃にも栗にもなれずこの

生は十五匹を釣り上げた。

帰路も混雑はなく、約一時間で帰宅できた。帰ってから岩沢先生のお宅で、釣ったばかりの魚の刺身や煮付けをご馳走になり、自宅へ帰った。

釣りの楽しみは魚を釣る事だけでなく（大漁、不漁にかかわらず）、帰ってから新鮮な魚を刺身等で食べれることもあるが、なんと言っても仕事や嫌なことを全て忘れて船の上でのんびりできることにあると私は思う。

皆さんも釣りに行かれると、この気持ちがおわかり頂けると思う。当医局には釣りの好きな先生が多くいらっしゃる（岩沢、五島、漆畑、大高、広瀬、木下先生達、そして私）是非一度、一緒に釣りにいかれたい。



上 杉 恵 介

四年間、無駄な時間を過ぎたようです。入局当時は夜遅くまで特に用時もないのに医局でブラブラ残っている事がよくあり（アルコールが入る事がしばしば在りましたが）その間に先輩の先生の雑談を聞きながら新し

い知識を得たり、かえって気軽に質問したりする事が出来ました。又、急患が受診した時は一緒に診察し、鼻出血などの救急処置を学んだりしました。そんな中で一番印象深い出来事はタコの扁摘事件で、これは母親が子供の食べたタコの足と扁桃腺を間違ひ扁桃腺を指で穿り出し、あわてて受診して来たという事件です。この他にも夜中に入室した手術には気管支異物や舌腫瘍の外頸動脈結紮術などありました。

以前読んだ短編集の中に、このあらすじはある港町が舞台で一人の男、この男は囚人で困いから脱獄して港町にたどり着き、そこで言う言葉の中に、人は生きる事が肝心で、その為には働かなければならない。しかしその間に太陽や月の明るさや、草木の緑、風の音花の匂を楽しむ余裕がなければならぬ。結局、囚人はこの港町で一瞬だが新たなこの自然を感じ喜びを確認し、人間らしさを取戻したという内容でした。

耳鼻咽喉科の取扱う仕事は聴覚、平衡覚、嗅覚、味覚、発声、呼吸、嚥下、顔面の表情など日常当たり前で、最も自然で基本的な機能だと思えます。しかし、その基本的な機能が障害され聞えなくなったり、声が出なくなったりすると、その機能の改善に切実な思い

となり、場合によれば生死の恐怖をいだき、痛みや苦しみや不安も伴います。耳鼻咽喉科を学ぼうとした理由の一つにこの様な障害を取除く事が出来たらと思う気持ちがありました。三年目の冬に関連病院に初めて出張しましたが、まだ自分には必要な知識、経験を備えておらず、実際に診療を行なっているにも新たに自分が知らなかった事や疑問に思った事も多く、又、患者さんは様々な不安や期待を質問して来てそれに答えなければならず、とりあえず話をまとめて慌ててその日の夕方、大学に戻り先輩の先生方に意見を求める事もしばしばあります。又、経過を聞かれてもそれ

処女発表回顧録

私は昨年四月大学院に進んだものであります。大学院とは言っても、他大学の臨床と基礎（実験）との両立したものと異なり、（実験）との芝生かもしれない）、本学では、中途半端な教室が多い。即ち、実験しているのか、臨床を行っているのか皆目分からない（本人も）のが現状のようであります。

我が耳鼻咽喉科教室では、昭和六十年年度よ

を判定する事ができず、「もう少し様子をみましょう」と曖昧な表現を使ったり、授業や治療を終了する時期を決める事に自信がなく、もしいやすぎて再発したり悪化したりしたら困ると思ひ余計に治療期間を長引かす事もしばしばある現状です。

今改めて、患者に接し考え、現在を診断し治療方針を決め、未来を予測し経過を観察する力が自分に必要な事と痛感し、更に知識と経験を積み重ねて活きたいと思ひます。又、竹山教授、諸先生方に今後とも御指導を賜わりますことを御願ひ致します。

岡田 智 幸



り大学院への進学者が出、現在四人。臨床面と基礎面との両立を目指し、目下わくわくした大学院生活を送っているのであります。

さて、私事、昨年四月より実験を始めました。実験とは言っても、薬理学とか、微生物学等の学生実習とは異なり、緊張感に満ち満ちております。何をやっているかといひますと、網膜神経節細胞と視索核との線維連絡

について」であります。

網膜と脳幹、耳鼻科との関連なぞない／＼と思われる方もあるかもしれませんが、視運動性眼振というものがありまして、網膜からの視運動性刺激の第一中継核と言われており、大変関係が深いのであります。

夏を過ぎ、第三十回日本平衡神経科学会に向けて日々は刻々と過ぎていくわけですが、思うように結果が出ない。ひょっとすると、世界初かも。期待とは裏腹にバラバラの結果学会まであと三週間になりようやく結果が安定してきたのであります。

まだ、結果を待っている段階で予演会を行なうようになり、竹山教授、加藤助教授（現教授）の「ばかたれ！」の連発で、やっとまとめ終って、（スライドが全部出来上がったのは発表の三日前、原稿が完成したのは、発表前夜でありました）。学会場へいっても、もう一度、もう一度という加藤助教授との一対一の予演会、テープレコーダーでの復習、そして、最後のOKのサインが加藤助教授より出たのが発表前六時間でありました。こうした再々度の予演会のおかげで、本番のときは緊張感もなく、マイペースで発表できたのであります。

日本平衡神経科学会のような大きな学会で

の発表は今回が初めてですが、人の発表がよく見えたあー。

マイクを両手で持ち、眼を閉じて発表する人、原稿を読んでいるだけで、スライドを一回も見て確認しない人、マイクがあさってを向いていて声が聞きとれない人等々。

私事、マイクを左手にしっかり持ち、恩師竹山教授が綿棒を持つ手のごとく小指を立て、右に小首をかしげ、カラオケを歌うようにいつの間にかなっていたようであります。

「バサッ、バサッ」と原稿をめくる音が轟き、緑のランプ、そして赤ランプ、ブザーまで鳴ってようやく、まとめをゆっくり大きな声で読み始めたころ、座長の咳ばらい。

発表が終わり壇上を下りるなり座長の一言「あとの演題のことも考えて下さい」

そして、私の演題に対する質問の段になり「この演題について御意見、御質問のある方はどうぞ」と座長の声。「シーン」、「完璧だ」と加藤助教授。「ザワザワ」と会場の響

き。すかさず座長「御質問がないようですよ、あとでもう一度、御質問の機会を設けます」

再度、「この演題に御質問のある方は……」
「シーン」

「ガタガタ」とイスの動く音と共に私たちの立ち去りのすばやいこと。

こうして、大きな学会の私の処女発表は無事終わったのであります。

現在、比較的忙しい実験の日々は小休止、次のステップへの構想段階であります。一步構想を飛躍させ、又、実験も安定した結論が出るよう、心身共に充実させたいと思えます。

最後にこの場をお借りしまして、第三十回日本平衡神経科学会に向けて御指導してくださった耳鼻咽喉科学教室竹山主任教授、加藤教授、漆畑助手、第一生理学教室豊田主任教授、齊藤助教授、第一解剖学教室鈴木主任教授に感謝します。有難うございました。

私論：観念と実践の美学

—— 第一回 カラオケ ——

佐藤成樹

一、はじめに

この同門会誌に私の様な若輩者が小文を寄

せることさえとんでもないのに、しかも表題は気取っている、内容はカラオケの話だ、とお怒りの方、まずはお許し下さい。

何か書けという命令をいただいた時には非常に困り果てまして、うちの耳鼻科は皆さん多才なのでありきたりの話じゃ納得してくれないだろう、少しでも皆様の読むに価するネタを、と考えた結果がこれでございます。

本文には実名が登場しますし、またそうでもなくとも御自分で思い当たることがあるかも知れません。しかしあくまで私の個人的な思い入れの例として挙げるだけで、悪意はありませんで御容赦ください。また、タイトルは何となくカッコイイというだけで付けたので、「美学」に相応しい内容かどうかは責任を持ってません。

二、観念編

もしあなたが、カラオケスナックに一人で行って、グラス片手にマイクを握り、演歌やバラードを切々と唄うのが好きだ、そういう人ならばこの項を読む必要はありません。のっけから強い調子で始めましたが、そういう人はそれなりのスタイルが確立されていることが多いし、私の美学とは相反するからであります。

現在ではカラオケは、市民権を得たかなり

公共性の高い代物になっていきます。何故公共性があるかといえますと、多くの人が共有して使う機器であり、かつ強大な音エネルギーによって、その場に居合わせた人々を好むと好まざるとに関わらず騒ぎに巻き込んでしまうからであります。そういう点から考えますと、歌い手は周囲の人達に対し、何らかの使命を負っていると言えましょう。一言でいうならば、自分が楽しむと同時に他人も楽しませてあげるべきだ、と私は思うわけです。

しかし残念ながら、他人が足を踏み入れることを許さないような独自の世界を造りあげてしまっている人はまだまだ多いようです。えてして歌の上手な人に多いような気がしますが。こういう人こそエンターティナーとして活躍していただきたいのですが、自分の歌に酔いしれるばかりで、周りの人は酒を飲むばかり(けっして聞きほれている人だけではない)、そういうつまらない状況を度々目にします。少しぐらいサービス精神を發揮してもバチはあたりません。それは私が保証します。ただし、やりすぎると馬鹿とか軽薄とか言われることはあります。それもこの私が保証します。

また、本人はそのつもりではないのに、一人で唄いまくる羽目に陥ることもあります。

これは、カラオケにおいては歌い手だけに責任があるのではなく、観客にも責任があることを如実に示しております。少なくとも仲間が歌っている時は、背を向けないようにしてあげたいと思います。そうして、歌い手をノせてあげるとともに、自分も気分を盛りあげてゆく、これがカラオケの理想像であると私は考えております。

それではいかにしてこれを現実のものとするか、我が耳鼻科の現情も考え合わせて、実践編に入りたいと思います。

三、実践編

言い忘れましたが、この場合カラオケとはパブやスナックにあるものを指しており、家庭などは含めておりません。

まず重要なことは、必ずある程度は酔っ払っているために、皆さんの理性の「たが」が少々緩みかけているということです。そういう自分を否定してはいけけない、むしろそんな自分を可愛いと感じるくらいでないといふと盛りがあられません。

さて選曲ですが、アップテンポで踊れる曲なら間違いありません。いい例が、今や名作になりつつある、上杉の「長い夜」や岩武の「お嫁サンバ」です。最近では赤尾らの「シーズン・イン・ザ・サン」が素晴らしい出来

です。こういうのならみんなで踊って騒いで盛りあげれます。

バラードなどスローな曲をやる時には、周囲の男女にチークダンスを踊らせると良いようです。その場のムードが一気に盛りあがりません。本題からははずれますが、カラオケとチークは切っても切れない関係にあるようです。チークを強要しても心の底から嫌がる男はまずいません。女性には知らないけど。

演歌は好き々々ですが、できるだけ力強いナンバーが良いと思います。堤先生・岩武らによる「帰ってこいよ」は気合が入っていて心が洗われるようです。また、渡来先生のやう「唐獅子牡丹」は、いかにもはまり役という感があります。演歌はとかく古いと受けとめられがちですが、決してそんなことはないと思います。聴き手を圧倒する迫力という点では、演歌にはまだまだ捨て難い魅力があります。メソメソした演歌はちょっと盛りあがりに欠けます。

選曲の次はいよいよ実際のステージです。この場合歌が上手である必要はありません。その場を盛りあげるために重要なことは、まず自分が「ノッテル」ということを示さなければなりません。派手なアクションなどは結構な武器です。いろいろな方法を用いて、自

分が歌っているのだということをアピールすれば良いわけです。観客を無理矢理踊らせるなどの行為もある程度許されます。何度か繰り返すうちに自然に皆踊りだすようになるものです。

聴き手のとるべき態度としては、歌い手が気持ち良く歌えるようにしてあげるといふことに尽きます。適切な手拍子や掛け声をするだけで随分違います。ステージ上の歌い手とは異なり、数の上で優位にあることが多いですから団体行動を起こしやすすい、すなわち場を盛りあげるパワーを発揮しやすいわけです。踊りは言うに及ばず、声の掛けかた一つでも十分パフォーマンスとして成り立ちます。岡田君が歌っている時の掛け声をご存じの方は相像がつくことでしょう。

もう一つ重要なことは、それぞれの個性を無視してはなりません。誰でもはまり役というものがあります。似合わないことをやるのは、時にはそのギャップの生むおもしろさもあるのです。それを計算した上なら良いけれど、無理しすぎるのはよくありません。何より自分が楽しむという原則からはずれてしまうからです。自分の得意とするナンバーで客を魅了する工夫をした方がずっと良い結果を生むようです。いわゆる十八番というやつです。

何度やっても飽きられることは多くありません。例えば、岡田君が何度「私バカよね」とやっても、毎回同じように反応が返ります。これは彼にとっても十八番であるだけではなく、聴き手にとっても十八番になっているからです。

最後に、最近の我が耳鼻科での私が注目している曲をお教えしましょう。広瀬氏の「東京セレナーデ」です。一見、独り自分の世界で勝手に歌っているように見えながら、それでいて客の目を引き付ける、そういう不思議な魅力があります。

四、おわりに

カラオケは決して難しいものではありませんし、上手にやる必要も全くありません。どうせ上手な歌を期待する人なんかいません。楽しくやるのが全てです。幸いにして我が耳鼻科は、主任教授をはじめとして皆さん若々しい人ばかりです。楽しく盛りあがる要素は備わっているわけです。これからも幾度となく宴会があることでしょうが、この小文がそういう時の一助となれば幸いです。



新入局員へのクルズス



竹 山 勇

まとめ(その一)

(62・6・30談)

既に各受持ちのDrから、例えば難聴、耳鳴めまい、腫瘍、アレルギー、扁桃、喉頭、音声、画像診断、各種検査法などについてのクルズスは終わったと思うが、私は総括的な意味で、まとめ(その一)として話をすゝめたい。

耳・鼻・咽・喉・気・食といったいわゆる頭頸部領域に関わる疾患、病態の診断、検査、手術などの臨床面と、その基礎的な問題点を抱えた研究面とに、今後、諸君達は学んでゆくことになりましょう。

一言に耳鼻科といっても、なかなか幅が広いが、将来の展望として眺めると、炎症性疾患は減少傾向にあるでしょう。抗生剤、抗炎症剤の開発はますます発展するでしょうが、一方において、耐性菌の問題も増え、あるいは以前の病態も復活するかも知れない。しかし、全般的には化膿性疾患は少くなりましようが、耳科領域においては奇型、滲出性中耳炎、めまい、耳鳴、老人性難聴、顔面マヒ、言語障害といった課題は依然として残るでし

よう。鼻疾患においては副鼻腔炎に代ってアレルギーが増え、その他腫瘍、鼻出血、嗅覚異常が扱われ、咽頭疾患としては慢性扁桃ならびに病巣感染症はやはり大切なものですし、嚥下機能の問題、腫瘍性病変(癌腫、リンパ腫など)、喉頭領域では音声、言語それとやはり腫瘍性病変は将来の課題といえます。気管・食道ではなんといっても異物症。これは今後もなくならないでしょう。摘出の方法が従来とは異り、Endoscopeの応用も増えると思いますが、その他、下気道としての生理的な面、食道については嚥下の問題など、多くの関心があります。

この様に耳鼻科と一口に云っても、非常に多彩な面をもっていることが理解されたと思います。まず、病態の検査、診断についてですが、やはり内科や他科と同じく、第一に問診、病歴聴取です。上手に病歴がとれば、それだけで病態が判明することすらあります。とくに神経学的疾患においては、問診の上手、下

手が大切です。即ち、「いつ、どの様な」症状が、「どの様」になり、「どの位」続き、また「どんな随伴症状」がみられ、「どんな時」に症状が強く、あるいは出現する……といった事など……。

それから診察ですが、視診、触診といった基本的なことに習熟すること。耳鼻科は視ることによって大体の病変は判るものですが、さらに触診による方法も大切です。例えば、口内炎と思われる病変でも、触診によって、硬結や浸潤の具合が触れて舌癌といったこともあります。

耳鼻科疾患は屢々全身疾患の部分現象としての所見や症状を示すこともあるので、常に全身への配慮が大切で、そのために検査(血液、尿、血清化学、画像など)が必要となってきました。その検査ですが、検査①は診察した結果の病変や病態にある程度の診断はつけられるわけですが、それをさらに確実とする。あるいはその疑わしさを裏付けるために行うことと、②は検査によって、正しい診断を導き出すといった二つの考え方のもとで行われるが、やみくもに何でもかんでも検査すれば良いというわけではなく、やはり目的を絞り、最小の検査で最大の効果をあげ得る、合理性を学ぶべきで、「下手な鉄砲、数打て

ば当る」式の考えは医師として避けるべきでしょう。その理由は、一つは患者さんに無駄な苦しみや負担を掛け、その結果医療費の高騰にもつながるからで、適切な、合理的な、検査法がとられるように努力すべきでありましょう。例えば、なんでもかんでもCT検査を行うのではなく、その目的とする場合にのみCTを行い、他は断層などの検査で充分判断できるものは、CT以外の検査を行うなど、それぞれ工夫された検査への考え方が大切でマンネリ化したもののみ方、考え方、one pattern の思考法は改めて欲しい。

その他、本日は医師として必要な大事な事柄を述べたい。その一つは書類の書き方、即ち診断書など。その他、医事問題、医事紛争に至らない為の諸注意など……。

診断書など、これには健康診断書、休務診断書、死亡診断書などありますが、病名、病状、休務期間、さらにその理由といった内容を書きますが、日付は交付日から有効です。その点の注意も大切です。

また、医師はカルテをつけますが、所見、処置内容が主となりますが、所見もなるべく図で示し、経時的変化や推移を誰がみても判り易いことが望ましく、また、自分の治療方針など診療に対する意見も記入しておく

よい。依頼箋の返事などには所見の列記だけでなく、医師としての考え、方針も記すること。

諸君達は、新しく医師となったわけで、医師としての権利もありますが、また医師としての多くの義務もあるわけでして、それを行っていかねばなりません。先程言った診断書の交付などもそうですが、その他、診療を行うという応需の義務、—患者さんが診て欲しいと来院されたら医師が在宅の場合はそれを拒むことは出来ず、また病状、検査結果について説明する義務、カルテに記入する義務、カルテの保管、その他、例えば一つの行為をするとしたら、さらにその行為によって起り得る事柄を予測し（予見の義務）、その場合、若し好ましくない事態の惹起する可能性なども考えられ、予測されるとしたら、それを未然に防ぐ様に避ける、あるいはその事態に至らぬための工夫、対策を行う（回避の義務）、といったいくつかの義務というか、やらねばならぬ事柄があり、とくに予見の義務、回避の義務はいろいろな危険行為を防止するのに極めて大切である。しかし医師が事故のみを気にしていると、どうしても保身的な萎縮した医療行為に陥ち入り、正しい治療、時には必要な積極的な（例えば手術的療法など）医

療が行われないことにもなりかねない。一つの例として、扁桃摘出術は従前は多くの医師が行っていましたが、昨今では、大病院、大学病院に紹介され、個人医は殆んど手術をしなくなってきたことも、医事問題を避けての事と思われれます。

次に医療を受ける患者さんは、なんらかの欠陥（病気）や訴えを有し、完全無欠な正常、健全な人とは異り、なんらかの病的背景や病的条件を有しているので、そこに医療行為が加わるといった、言わば二律背反の状態での医療が行われるところに問題がある。従って、交通事故の如く、その日までピンピンしていた健康な人が外傷を受けたり、死亡したりするのは本質的に中味が異なるのですが、法律的には医事問題も、法的解釈のスタートが交通事故の問題と同一視されており、その辺に大きな誤りがあると考えている。

病人という状態、それに伴う諸問題、これらを基本的に踏え、予見し、対策を立て、正しい医療を与えることが望ましく、医師としては知識や技術のみでなく、その個人的な人間性が医療においては極めて重要なポイントを占めていると思える。

医療行為において、悪い結果が出た場合には次のことがあげられる。

一、不注意による

二、知識、技術、考え方の至らないため（不勉強、未熟、経験不足）

三、人間性の欠如

（不誠実、不親切、不遜）

特に「たしかめ」の不足、不十分による不注意、「考え方」の甘さ、自分中心的な考えによる妥協などが根本にあることが殆んどである。

従って「確め」を中心に、また「確め」をいかに十分なものにするか、といった事が最も大切なことであろう。自分でこうと思った確からしさを、第三者に問い合せるとかなり間違った考え方もあるので、常にそれを比較しながら勉強というか、訓練してゆくという一年がそれなりに伸びてゆくものです。自分の殻や枠だけでの「確かめ」は危険性が多い。

知識、技術の不足は絶ゆまざる努力、体験によって補ぎなわれるでしょうが、医師としての適正、人間性、その人の人格、性格といったものは恐らく生来備っていることが多いように感じているのですが、医師となった諸君達はこの人間的な面の向上にもっとも力を注ぐべきである。

そのような努力により、注意深い人間とな

り、一方では心の豊かなすぐれた人間性があれば医事問題を招くことは極めて少くなると思います。この人間性ということが一口には言えない微妙なニュアンスがあり、医師としては多くの常識や見識や備え、幅広い教養が求められるもので、まず、日常茶飯時におけることがらにもいゆる常識ある行動が望ましい。団体生活であるこの医局内においても、お互いに礼儀正しく「今日は」「さようなら」といった挨拶、自分がなんらかの理由で休んだときは、その理由、休ませて頂いたことへの感謝、あるいは長期出張になって留守となるときの転出挨拶といった、ごく当り前の事も集団生活では当然のことで、いつの間居なくなつて、いつの間に顔を出すというような、挨拶の出来ない人はやはりごく普通の人間性も不足しているといえるでしょう。その他、上の人からなにか頼まれたり、仕事の分担をさせられたり、色々の事があるでしょうが、必ず、中間的に「あれは、いまこゝまで出来ました」という中間的報告、完了すれば「あの仕事は済みました、これでよろしいでしょうか」という完了報告といった習慣も大切です。「あれを頼むよ」といわれ、「ハイ」と言ったきり、その後の経過について「ウン」でもなければ「スン」でもないといった人も

みられますが、一つ一つの「マ」に対して誠実に応えてゆくといった事は社会的な生活の中では極めて大切なことでしよう。 医

師である前にまず立派な幅広い社会人であることが、その人の人間性を示すものだと思います。

最後に、病棟処置などについて、既にOIC室にも入っているし、病棟勤務もしているわけですし、入院患者さんの治療、術後処置に携わっているのです、具体的な事柄を述べましょう。

大学病院といった立場上、どうしても重症な、あるいは癌疾患が多いことは至し方ないが、耳鼻科Protonの疾患もありますし、また教育上の立場から、多彩な疾患の取り扱いも必要であろうかと考えています。

まず、耳疾患ですが、慢性中耳炎（OMC）の鼓室形成術、メニエール病の内リンパ嚢開放、外傷性顔神経麻痺の減荷手術など、耳手術例があります。普通は七、十日は上層のみの交換、その後耳内のタンポン除去など耳処置を行い、平均3W前後の入院日数を要す。

鼻疾患には副鼻腔疾患以外にも下甲介肥大デビなどもあり、手術以外のものでも鼻出血例の入院もあります。鼻手術の場合は、タンポンガーゼを術創（洞内）に入れることが多

いのですが、これも止血を十分に行ってから入れるもので、まだジャブジャブ出血している時に、ガーゼを入れて止めるといったことはしない様に。挿入したタンポンは術後四、五日目で全除去し、抜糸も五、六日目に行います。鼻手術後は耳手術と異なり、術後の治療も大切で、副鼻腔内の肉芽の増殖、癒着などに気をつけて、いわゆる後療法を徹底して行わないと、副鼻腔炎は完全に治り難いことが多い。手術は勿論完全な手術を行い、さらに後療法を十分にして（これは通院後も続きますが）、少くとも、術後六ヶ月間はキメ細かい観察と処置が重要である。

鼻出血は緊急度の高い疾患で、中高年以上の方では高血圧、動脈硬化症、DM、肝疾患などの背景のあることが多いので、全身のチェックが大切です。局所は普通はナシビン、キシロカイン混合液のタンポンを挿入し、数分後に除去し、出血点を確認し、次いで局所に AgNO₃ や鉄明ばん液を塗布し止血を行う。 (ポスミンは中年以上ですと、血圧上昇をきたすので要注意) その他、頑固な場合はベロック、あるいはバルーンの挿入などが行われています。

咽頭では主として、扁桃、アデノイドの手術ですが、手術当日の一晚は出血の有無を厳

重に観察すること。ベッドの体位は仰臥位をとらせず、側臥位ないし腹位として、口中の流出液が口元でみられる体位が重要。液体を出すときも静かに押し出すように注意し、決して力強く出さないよう。

喉頭ではマイクログルサージュリーの場合や声帯結節ポリープでは約二週間は声の安静に沈黙を守らせる。

腫瘍性病変では、手術も大きく包交も大変ですが、死腔に貯溜液が貯らないように適度な圧迫、ドレーンの具合などに注意し一週間はベッド上の安静をとることなど、いわゆる大手術に準じたケアが必要です。

その他、紹介患者さんの退院後などは紹介先に戻すことも多いので、その時の返信（入院時の治療経過、治療内容など）もキチンとする様に。あるいは傷病手当、年金証明書など、いろいろの書類もあるが、それらも自分で無理なら上司にも計り、書類の記載は早目に書いて上げるように……。

個々のケースにより、夫々異なりますが、全身のチェック、呼吸管理など局所のみならず、全体に気を配って処置に当ることが大切でしょう。

以上、本日は簡単なながら「まとめ」というか「ポイント」といいますかお話をすゝめて

きました。どうか、毎日毎日を大切に使うて研修効果のあがることを願っております。

まとめ（その二）

(62・7・8談)

今回は耳鼻咽喉科領域の将来像、医師としての心得、病棟処置、医事問題などのあらましを言いましたが、耳鼻咽喉科疾患の診断、治療にあたって、視診のポイントといったことを簡単に教えたいと思う。耳鼻科疾患は大部分は視ることによって大体の診断は可能で、さらに触診も有用ですが、とにかく部位がよく診えないと困るわけで、現在はファイバスコップやヘッドランプ式のものがありますが、額帯鏡はやはり簡便で、しかも極めて有用だと思いますのでこの点について、視るあるいは視れるポイントを申して置きましょう。

まず、眼鏡を用いた耳の所見のとり方ですが、一つは光の入れ方、これは外耳道の長軸に光を平行に入れること、そのためには耳介に対した後 ↓ 前方に光が入らないといけない。若し耳介より外耳道の方向に直角に光が入れば、外耳道の後壁しかみれないので、これは外耳道の長軸と頭部の前後軸との角度から言えることで、この解剖学的理由を理解し、さらに

耳介を十分に後上方に索引し、軟部外耳道を真直ぐな位置にする。耳介を引っ張ること自体は患者さんには苦痛ではないが、耳鏡を入れて、コジ開けようとすると、これは大変な痛みを与えるので、耳鏡は外耳道の入口にたゞあてがう様な気持で支え、先に言った光の導き方で外耳道と鼓膜を視る。慣れてくれば一見して全体がみられるが、初心者では前半分、後半分を視て全体像をとらえるときよい。その他、耳の所見では Brunnings 拡大耳鏡に習熟し、拡大された所見、*von Siegle*

のゴム球つき耳鏡にて鼓膜の可動性もみること。新人同志でお互に修練し、正常な鼓膜を理解し、病的所見の把握をつかむように。OMCでも鼓膜穿孔の位置、鼓室内の所見、通気度なども確める。OMCの治療は一言で言えば乾燥療法であり、耳漏の清拭、適正（菌感受性をみて）抗生剤の鼓室内注入（逆通気）↓約十分間患側を上にして横臥↓鼓室内吸引及び分泌液の清拭↓耳管通気↓（その後も分泌液が流出すればこれも吸引）↓乾燥綿棒で清拭といった手順で行い、ガーゼなどの挿入は決して行わない。

ガーゼなどの挿入は異物として却って分泌を増やすことが多い。鼓室形成術を行うにしても、まず耳漏が停止し、乾燥状態に至り（先

程の処置で、普通は二〜三回で乾燥するが）、その後、手術にもつてゆくべきで、耳漏を止めるために *ope* をするといったケースは極めて少ないものと考えてよい。

真珠腫性中耳炎で注意しないといけないのは、清拭の意味で、オキシフルを使用するといったことは禁忌と言える。時にはオキシフルによる泡で真珠腫塊が膨化し、慢性炎症を伴っている鼓室内の周辺に影響を与え、例えば、そういう処置により顔神経麻痺をきたす危険もあるのだ……。

OMCの治療として抗生剤の点耳液を処方し、自宅療法といった方法は好ましくない。私は鼓室内に十分薬液を浸し、その後、先程の処置をすることにより、局所を乾燥に導くことが重要と考えているので、点耳といった安易な方法だけでは、鼓室ならびに耳管の処置が出来ない。また抗生剤の乱用により耐性菌の出現、あるいは真菌の発生も考慮されるので、やはり医師がチャンと局所をみて処置を行うべきであるし、この治療は一〜二Wに一回でも十分に効果がある。

しかし急性増患の場合は局所ならず全身的にも抗生剤、抗炎症剤の投与は必要である。

耳漏がなかなか停止しない例では、その病態としてアレルギー病変もあるので、アレルギー

ギーの治療を加味するケースもある。その他、膿性分泌ではなく軽度の湿潤した状態には、アルミゲル等の局所噴霧で表面に薄すらと添布する方法も良い効果をもたらす。てん布薬剤には硼酸末などもあるが、アルミゲルはその吸湿性がすぐれ、副作用もなく、安全に使用できるものと思う。

次に、鼻疾患に対しては鼻鏡検査であるがこれも耳鏡と同じく、鼻前庭の奥まで挿入しないこと。一つは患者さんの苦痛、一つは鏡の開きが制限され、視野が得られないからである。鼻鏡の先端を軽く鼻入口にあてがい、小指、示指は支持点として患者さんの顔に当てる。

初めは上半分、下半分と区分し、上半分は下から見あげる感じ、下半分は上から見おろす感じで視診し、全体像を把握する。とくに中鼻道、嗅裂、下鼻道側壁、後鼻孔なども十分に視ること。

前鼻鏡と同様に後鼻鏡の検査も行って欲しい。後鼻鏡の検査は耳鼻科の視診のなかで最も難しいが、これにも慣れて上咽頭の所見も診れることが必要である。

検査の要領を言うと、患者の頭の位置は医師より低めに、頭をや、後方に傾け後鼻鏡を静かに口腔に挿入し、口蓋垂の後方で傾けて

視る。この頭の位置、後方への傾け方が大切であり、若し困難な例ではベリトラクトゥール法を行うとよい。

咽頭ではなんといっても扁桃の視診である。単にアーンと口を開けて視るだけでは扁桃所見を掴めない。舌圧子を二本持って一本は舌を軽く押さえ、他の一本で前口蓋弓の後上方を圧挺し、上扁桃高をむき出す様にすると、上窩の状態（浮腫状の所見、膿栓、膿汁の流出）さらに前口蓋弓周囲と扁桃との癒着の程度も明らかとなり、扁桃の表面所見（浮腫状、陰窩の不整、凹凸不平の表面など）と併せ慢性炎の病態を見極めることが大切である。その他、咽頭では口腔領域を注意深く観察し、色調や潰瘍、びらん、白斑の有無などに注意する。口腔粘膜は全身疾患の部分症状として好発する部位である。口腔内所見から、白血病、顆粒球減少症などの血液疾患や結核、梅毒などの特殊性炎症、あるいは皮膚粘膜症候群なども発見されることが多い。

また、口腔内病変には視診と同時に触診も大切で、とくに腫瘍性病変には触診上から痛なども判明できる。同時に頸部リンパ節の触診も忘れてはならない。

喉頭では間接喉頭鏡がルーチンに用いられるが、これも最初は見にくいケースも多いと

思うが、習熟すれば百人のうち二〜三名位は見難いといった程度にまで進歩できるので、是非修練して欲しい。

この検査の要領はやはり頭の位置が大切で、先の後鼻鏡とは逆に患者さんの顔が医師よりやゝ上にきて、腰を深く後方に引かせ、また上体を軽く前傾させ、顔面はおこし、喉頭鏡を静かに口腔内に挿入し、口蓋垂部を軽く上方に圧挺することによって喉頭像が明視できる。

近年はファイバースコープで簡便に視診が出来るようになったが、喉頭鏡に習熟すれば、間接喉頭鏡下での種々な操作が有能となる。

例えば、舌根部〜喉頭蓋谷の魚骨などの異物除去、喉頭腫瘍のバイオプシーなどは外来処置の一つとして行える。

喉頭鏡での検査で、上体をさらに前傾し、検査も患者さんよりさらに下方に位置して見上げる姿勢で行えば、下咽頭〜食道入口部の観察も出来る。

気管、食道は現在ではファイバースコープが常用されるようになってきたが、異物摘出には硬性鏡がまだ幅をきかせていると思われるので、両者の習熟にも修練して欲しい。

以上、簡単なが実施臨床における視診のポイントを述べたが、研修途上にある者は自分だけのレベルに満足せず、絶えず上の人の

考え方、やり方などを参考にしながら己れの向上を目指し、決して自己流の安易な態度で診療に当たってはならない。「上には上がある」という謙虚な姿勢を一生持ち続けていって欲しいものである。耳鼻咽喉科といってもなかなか幅もあり、奥行きもあり、すべてを完うすることは困難ではあるが、少くとも臨床医といった立場ではやはり、あるレベルまでは努力次第で必ず到達できると思います。そのためには自分一人だけの経験では限度も知

れているので、他人の経験も自分のものとし、それが例えば十人の人の経験や知識、ものの考え方を自分のものとして消化すれば、十倍もの経験が自ら出来るものと思います。従って、多くの本を読む、多くの研究会、学会にも出席する、自分の出番でない時でも手術見学をするといった基本的な研修態度を積み上げてゆけば、必ずや大成すると信じています。どうか五年経ったらそれなりの、さらに十年経ったら十年選手としての力量が発揮できるように励んで下さい。

医師という職業は、決して単なるサラリーマン的な人生の過ごし方であってはならないと考えています。

自分に厳しく、自己犠牲的な生活信条がなければならぬと思います。人間は誰しも誤

ちはあるものですが、それも一回にとどめ、決して二度と同じ誤ちを繰り返したり、同じ事を注意されないようにならないといけない。前回の時のまとめと今回の雑談を少しでも噛みしめながら、人間性豊かであると同時に、今後の診療、研究において、活躍してゆくことを願っております。

その他、新人の心掛けとして大切な事は、人から言われたことはやる、これも大切なこ

昭和62年度新入局員自己紹介

赤城光代

国家試験を無事終え、医師として出発して早四ヶ月が過ぎようとしております。無我無中で過ぎた四ヶ月でした。色々多くの事を諸先生方より学び、「ようやく卵からかえったヒヨコ位にはなれたかな」と思っている今日この頃です。

ここで簡単ですが自己紹介をさせていただきます。私は竹山教授と同じ新潟出身です。昭和三十五年生まれ、今年で二十七才にな

とですが、さらに、それに関連することがあるいはもっと別の角度からいろいろと工夫を加え、言われなかったことでも、より積極的に取り組む、思考をこらす、といった前向きな、自らで考え、行うという事は非常に大切で日常臨床のみならず、とくに研究面においてその姿勢が大きな結果を産み出すものと考えられます。

りました。高校は新潟県立三条高校。二年間の回り道をした後、聖マリアンナ医科大学に入学いたしました。入学後、スポーツのしなかった私は「テニス部」に入部し、一年中真っ黒な姿で過ごしていました。今から思えば学生時代は、試験とクラブの繰り返しだった様な気がします。しかしそれだけに充実した日々が過ごせたと思っています。又耳鼻科には、テニス部の先輩方がたくさんおられ、大へん心強く思っております。

私が耳鼻科を選んだ理由は、耳鼻科には外科系、内科系の両方の要素が十分に含まれて

いると思ったからです。又、学生時代より興味を持っていたという点も大きな理由の一つだったのかもしれない。今はまだ色々な事を学びたいと思いますが、将来は何か一つ目標を持ってそれに突き進みたいと思っております。

医師としてまだ歩み始めたばかりですが、これから何十年と医師として患者さんと接してゆくにあたり、人間として、医師として増々成長していかなければならないと思えます。そのために多くの事を経験し、多くの事を学びたいと思っております。まだまだ未熟な私ですが、今後とも御指導の程、宜しくお願い申し上げます。

鉦持睦

耳鼻科に入局して三ヶ月がとうとうとしている私、鉦持睦の自己紹介を簡単に書かせてもらいます。生まれは、茨城県の麻生町という水郷地帯に属し霞ヶ浦に面したところで、四人兄弟の三番目として生まれ、当時父は近くの診療所に勤務していました。そして私が小学校三年生の時に、開業医として今住んでいる家を建てました。そこは小高い山の上に建ち、霞ヶ浦が一望出来るすばらしい環境

(言いかえれば単なる田舎)です。

小学校は、歩いて五分もかからない近いところにありましたが、中学・高校とは千葉県の佐原まで、片道60分もかけて越境入学しました。電車がないためバスで通い、田舎のため本数も少なく夜の七時を過ぎるとバスがなくなるので、特に運動関係のクラブには加入することが出来ませんでした。

一年間寄り道をして、本大学に入学し、どこをどう間違えたのか運動関係のクラブに一度も席をおいたことのない私が、体育系の柔道部に席をおいてしまったのです。そのときから私の軟弱な身体が一年目で10kg up、二年目で5kg upと柔道体型に変身していったのです。

我が柔道部は私が大学一年生と四年生の時に東医体優勝という快挙を遂げましたが、特に四年生の時は、私が副部長をさせて頂き、また、東医体主幹校であったため、柔道部顧問であり、耳鼻科教授である竹山先生から直接賞状を受与していただくなど印象深い一年間でした。

現在は、毎日毎日を生懸命やるのが私にとっての仕事であり、これからもこの精神で医者が続けたいと思います。

松 生 愛 彦

第八十一回医師国家試験に合格し、この度耳鼻咽喉科教室に入局させて頂きました松生です。よろしくお願ひします。

誌上を借りて自己紹介させて頂きますと、生れは名古屋で、小学校からは静岡で育ち、高校は東京で暁星学園を卒業し、大学は聖マリアンナです。

中学生の頃より将来の職業として医師になることを希望しておりました。この度医師国家試験に合格し、希望を果すことが出来ました。

現在、本学の研修医一年生として毎日頑張って働いております。今後とも宜しく御指導下さい。

三 井 雅 夫

今春、聖マリアンナ医科大学耳鼻咽喉科に研修医として入局した、三井雅夫です。

昭和三十二年、北海道釧路市にて耳鼻咽喉科開業医の二男として生まれました。

溪流での漁釣(フライルアー)、テニス、バイクを趣味としています。

兄、三井博文と伴に聖マリアンナ医科大学のお世話になり伴に耳鼻科医を志しております。兄は現在地元釧路市にて、赤十字病院に勤務しています。

私が耳鼻咽喉科に進もうと思った理由は、亡き父が耳鼻科医であった為のみではなく、在学中訪れた耳鼻科の印象が大きく影響しています。医局内の活発な明るい雰囲気私を引き付けました。そして私は、生涯の職業として耳鼻科医を選びました。

入局より早くも四カ月が過ぎ私はこの選択が誤っていなかったと確信しています。

又、己れの知識の低さ、無器用さを痛感しています。

未だに明らかな将来の目標も定まりませんが、初志を忘れず着実実直に進んで行きたいと思ひます。

以上、本末転倒、支離滅裂な文章になってしまいました。自分の性格を素直に表わしていると思ひます。

こんな私ですが、今後とも宜しく、御指導御鞭撻の程、御願ひ申し上げます。

森 田 紀 子

月日がたつのは本当に早いもので今年四月

に国家試験をうけ五月に合格、六月に聖マリ
アンナ医大耳鼻科に入局してからもう四ヶ月
もたつてしまいました。入局したての頃は先
輩の先生方や看護婦さん達の顔と名前を覚え
るのに苦労したり、点滴がなかなかうまく入
らず冷汗をかいたり、外来で薬の名前や処方
を誤まって書いたり……と様々な失敗を重ね
ていました。今でもまだ自分でできることは
少ないのですが気分だけは、ようやく落ちつ
いてきたようです。それでも外来に出ている
毎日は未知の世界でいっぱい、良くいえば
新鮮で緊張感にあふれています。が実際は不安
でいっぱいといったところで。

私の家族はすべて医者なのでその影響もあ
って幼い頃より漠然と自分も将来医者になる
のではないかと思っていました。とくに母は
結婚し出産してからもずっと医者を続けてき
た人ですから、その言葉は説得力がありました。
聖マリアンナ医大に入学し六年間が過ぎ、
どこに入局しようか迷っていた時にも、決し
て強要はしませんでしたが耳鼻科で行う治療
や診断法など具体的な話しをしてくれました。
私も学生時代から耳鼻科には興味があったの
で割合早くに入局希望を出しました。

評判通り、とても個性的で明るい医局で、あ
まり気真面目でない私としてはほっとしまし

た。

まだ何もできない未熟者ですが、これから
少しずつでも覚えて早く一人前になりたいと
思っています。どうぞ、よろしく御指導の程
お願い致します。

矢 崎 裕 久

始めまして。矢崎裕久です。S 37年2月16
日生です。生まれは、山梨県甲府市です。高
校までは地元の学校へ行きました。

小学校は、富士川小学校でした。この学校
は、たいへんに伝統のある学校で、小学校四
五年の時に創立百年だったので、現在では、
百十五年ぐらいいはなっているでしょう。

小学校時代は、スイミングスクールに通っ
ていました。五十m背泳で県で二位、全国で
十二位の所まで行きましたが、中学校に入っ
てからは、止めてしまいました。

中学校は北東中学校でした。比較的若い学
校で創立十五年ぐらいの学校でした。中学校
時代は、将棋に凝りまして、休み時間になる
と、パチパチと友達どうしで将棋をしたりし
た。

高校は、創立二年目の甲府東高校へと進み
ました。クラブは、プラスチック部で、楽器

は、ホルンを吹いていました。毎日、授業が
終ると、七時から八時ぐらまで練習しまし
たが、腕の方は、中学校時代からクラブに入
っている人にはかありませんでしたが、今に
して思えば、一番の良い思い出です。

大学時代は、ボウリング部に所属し四年、
六年まで部長を務めました。最高に良い時で
20Gのアベレージが百七十ぐらでした。

以上、いままでの経歴を述べましたが、小
中高大と一貫して続けたものはありませんが、
人生の中の貴重な経験でした。ところで、
私がないぜ、耳鼻科医になりましたのかは、
父の影響が大きいと思います。父は甲府で耳
鼻科を開業しています。小学校時代、私は鼻
が悪く、良く父に診てもらいました。この時
に、医者に対する興味が湧いてきたのだと思
います。この時以来、私の人生の中で、医者
になるということが、人生の最大の目標とな
りました。現在、目標を達成した今、父以上
の医者になることが目標となりました。みな
さん、私のことをいろいろと応援お願いします。



外 来 患 者 統 計

	外来患者 延 数	新 来 患者数	再 来 患者数	1 日 平 均		
				外来延数	新 来	再 来
昭48	1,210	363	847	30.2	9.1	22.1
昭49	16,611	3,062	13,549	56.1	10.3	45.8
昭50	19,183	3,967	15,216	64.6	13.4	51.2
昭51	19,369	4,673	14,696	65.2	15.7	49.5
昭52	19,085	4,882	14,203	64.2	16.4	47.8
昭53	21,313	5,213	16,100	71.3	17.4	53.9
昭54	24,398	5,384	19,014	82.1	18.1	64.0
昭55	25,708	5,306	20,402	86.9	18.0	68.9
昭56	25,357	5,494	19,863	85.7	18.6	67.1
昭57	27,166	5,184	21,982	91.8	17.5	74.3
昭58	28,660	5,236	23,424	96.2	17.6	78.6
昭59	28,250	5,370	22,880	96.1	18.3	77.8
昭60	31,738	5,511	26,227	107.2	18.6	88.6

入 院 患 者 統 計

	在院患者 延 数	新入院 患者数	退 院 患者数	1 日 平 均		
				在院患者	入院患者	退院患者
昭48	83	4	2	1.7	0.1	0.04
昭49	2,232	93	91	6.1	0.3	0.2
昭50	3,173	184	182	8.7	0.5	0.5
昭51	5,063	274	268	16.6	0.8	0.7
昭52	6,174	289	280	16.9	0.8	0.8
昭53	7,531	352	353	20.6	1.0	1.0
昭54	7,309	398	390	20.0	1.1	1.1
昭55	8,048	380	381	22.0	1.0	1.0
昭56	8,657	385	387	23.7	1.1	1.1
昭57	10,724	420	415	29.4	1.2	1.1
昭58	10,321	432	432	28.2	1.2	1.2
昭59	11,017	411	415	30.2	1.1	1.1
昭60	9,970	406	396	27.3	1.1	1.1

入院患者手術統計

手術名 \ 年度	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	計
(耳介)														
耳介形成術				1	2	1	2	2	2					10
耳前部瘻孔摘出術		1	2	1	3	4	1	3	2		1	1	5	24
耳介良性腫瘍切除術														
(外耳道)														
外耳道造設術	1				2									3
外耳道異物除去術					1	1						1	1	4
外耳道良性腫瘍切除術					1		1	1		1	1	1		6
外耳道悪性腫瘍切除術	1							1						2
(中耳)														
中耳根本手術	2	1	5	5	6	5		4	4		16	2	3	53
鼓室形成術(I)	1	4	5	8	20	16	12	7	18	12	24	14	33	
鼓室形成術(II)		2	2	2	1		3	1	1	1				
鼓室形成術(III)		1	3	2	6	1	7	3	1			1		
鼓室形成術(IV)			1			1								
中耳点検術						1	1							
鼓室内チューブ留置術				4	5	12	13	17	5					
中耳悪性腫瘍切除術									1	1				
その他				2										
(内耳)														
内リンパ嚢減荷手術													10	
(顔面神経)														
顔面神経減荷手術			2	1	1		2		4	3	4	1	3	
神経吻合術					1									1
その他	1													1
(外鼻)														
鼻骨骨折整復術				1			1		1					3

手術名 \ 年度	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	計
外鼻修復形成手術						2		3						5
(鼻腔)														
鼻茸切除術		1	8	11	11	17	13	6	6	10	14	3	17	117
下甲介切除術	1	1	16	27	23	30	37	30	24	20	27	15	36	287
鼻中隔矯正手術	2	16	25	40	22	34	45	40	33	36	57	17	55	422
鼻腔良性腫瘍摘出術				1	2			1	2	1	1		1	9
鼻腔悪性腫瘍摘出術											1			1
鼻出血止血								1						1
(副鼻腔)														
上顎洞根本手術	1	1	3	7	4	23	21	16	10	18	25	3	5	137
上顎洞篩骨洞根本手術	2	30	22	17	26	6	32	26	20	34	46	15	28	304
上顎篩骨蝶形骨洞根本		5	4											9
鼻内篩骨洞開放術	1	4	8	26	8	30	19	27	15	16	39	13	34	240
前頭洞鼻外開放術			5		4	2	5		1	1	3	2	2	25
経鼻中隔的蝶形骨手術								1						1
上顎洞試験開放術					1	1					2	2		6
副鼻腔良性腫瘍摘出術			1											1
その他	1				1			1						3
(上顎悪性腫瘍)														
上顎洞開放術		1	2		3	1	5		5	1	1		1	20
Necrotomy					3		3	2	1	1	3	2		15
拡大デンケル手術				1	1	2	2							6
上顎全摘出術			2	4	3		1	2	3		3	2		20
上顎部分摘出術	1			1							2	1	2	7
(咽頭)														
咽頭扁桃切除術	4	4	31	26	28	66	53	45	36	4	4	9	7	317
口蓋扁桃摘出術	10	42	56	66	53	82	65	65	79	53	49	31	48	699
喉頭下咽頭食道全摘出			3	1	4				2		1			11
下咽頭良性腫瘍摘出術		1				1								2

手術名 \ 年度	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	計
中咽頭良性腫瘍摘出術						1					1		3	5
中咽頭悪性腫瘍摘出術				2						1				3
そ の 他					1	1								2
(喉頭)														
喉頭正中切開術	1						1							2
甲状軟骨形成術											1			1
Micro-laryngosurgery	33	4	19	29	20	44	33	42	35	43	64	25	46	404
声帯シリコン注入術					1			1	3	3		2	2	12
そ の 他				1	2									3
(喉頭癌)														
喉頭部分切除術								1					2	3
喉頭全摘術		1	2	5	2	1		7	3	5	8	1	3	39
気管孔形成術							1		1	2		2	4	9
食道瘻孔閉鎖術				2	3					3	6	1	1	16
(喉頭外傷)														
喉頭修復術		1					1							2
(口唇)														
唇裂形成手術		1					5		1					7
口唇裂二次形成術							3	3						6
口唇形成手術(唇裂以外)								2	1					3
口唇良性腫瘍摘出術		1	5	2	1	1					1			11
口唇悪性腫瘍摘出術			1			1	1				1			4
(口蓋)														
口蓋裂形成手術						1			1					2
口蓋裂二次形成術								2						2
咽頭弁法							1							1
口蓋形成手術 (口蓋裂以外)						2	1			1				4
口蓋良性腫瘍摘出術		1		2	2	1	1		1		3		1	12
口蓋悪性腫瘍摘出術										1	1	1		3

手術名 \ 年度	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	計
(口腔)														
口腔悪性腫瘍摘出術			1	1	2	1	1		3	1	2		2	14
(頬粘膜)														
頬粘膜良性腫瘍摘出術		1					2	1		1	1		1	7
頬粘膜悪性腫瘍摘出術								1	1					2
(舌)														
舌腫瘍摘出術		1			3	1	4	2		2	3	1	6	23
舌半切術				1			1	3	4		1	3		13
舌小帯切断術				2		1	1	4	2	1	1		1	13
(気管)														
気管切開術	3		6	15	8	4	4	4	11	8	12	2	6	83
気管支異物除去術				2	2	2	1	1			1			9
気管支鏡検査								1	1		1			3
その他						1								1
(食道)														
食道異物除去術	1			3			2	5		4	2	1	3	21
食道外切開術								1						1
食道鏡検査			3				4	3	3		5		2	20
食道憩室切除術														
その他			3											3
(耳下腺)														
耳下腺腫瘍摘出術					3	2	3	4	2	4	5	4	3	30
耳下腺全摘術						2		1		2				5
(顎下腺)														
顎下腺摘出術	1	2	2	1	4	3	4	4	5	5	4	1	3	39
ワルトン管手術(口内法)			1	1		1	2	2	2					9
(舌下腺)														
ガマ腫摘出後		1				2	1		1		1			6

手術名 \ 年度	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	計
(頸部)														
上頸部郭清術				1	4		2	9	2	1	1	2	2	24
機能的頸部郭清術						2	1	4	4		7		2	20
根治的頸部郭清術			2	5	7	1	3	7	6	6	3	1	2	43
正中嚢胞摘出術			2		3	1		2	2	2	1			13
側頸部嚢胞摘出術	1		1											2
頸部良性腫瘍摘出術					1	2	3	4		2	1		4	17
頸部リンパ節摘出術					2		2	2	3	1		2	2	14
頸部形成手術							2					1	1	4
切開排膿術	1				1									2
(甲状腺)														
甲状腺腫瘍摘出術										2	1	2	5	10
甲状腺半葉摘出術							2		1		1		3	7
(顔面骨)														
頬骨骨折整復術						1				1	1		1	4
上顎骨骨折整復術													1	1
下顎骨半切術				2					1		1			4
下顎骨良性腫瘍摘出術								1						1
(顔面)														
顔面形成術					5	2	3	3	1				4	18
顔面良性腫瘍摘出術						1	2		1				1	5
顔面悪性腫瘍摘出術					1									1
(その他)														
D - P flap		2		8	5	5	6	5		1	12	2		47
M - C flap							1	2	6			1		10
浅側頭動脈内カテーテル留置術		1	3	4	4	6	4	3	6	9	16	4	3	63
その他		1	2	2	2	2	5	6	6	4	9	5	7	51

医局構成員住所録

氏名 住所 電話

△主任教授▽

竹山 勇
〒194 東京都町田市つくし野二一〇一三二
〇四二七(九六) 五四二三

△教授▽

加藤 功
〒213 川崎市宮前区宮前平一〇九一二七
ニューウェルテラスC一三〇六号
〇四四(八八八) 二二三三八

△客員教授▽

猪初 男
〒152 東京都目黒区大岡山二一四一三
〇三(七一七) 四二二二

△助教▽

大橋 徹
〒154-91 東京都世田谷区野沢三一〇八一二〇二
〇三(四一〇) 二六五二

△講師▽

戸田 行雄
〒433 静岡県浜松市和合町二〇六一八
〇五三四(七二) 四一三四

五十嵐 淑晴
〒158 東京都世田谷区野毛三一〇八一三二〇二
〇三(七〇二) 六四六二

氏名 住所 電話

△助手▽

飯田 順
〒214 川崎市多摩区宿河原四一六一五二〇二
〇四四(九三三) 四八二〇

漆畑 保
〒213 川崎市宮前区馬絹一七六七七二〇二
〇四四(八五三) 二八八六

岩沢 寛
〒158 東京都世田谷区上用賀五一〇九一七
上用賀キソウマンション一〇九号
〇三(七〇九) 一六一九

佐竹 純一
〒332 埼玉県川口市西川口六一二一五
ジャンポール第二西川口六〇二号
〇四八二(五三三) 四三六二

中島 久美
〒158 東京都世田谷区玉川三一三一四
宝ロイヤルハイツ
〇三(七〇七) 二四四四

菊地原 基敬
〒215 川崎市麻生区白山四一〇一七七一
〇四四(九八八) 九八二五

渡来 潤次
〒181 東京都三鷹市下連雀三一四二一八一五〇一号
〇四二二(四七七) 九〇七七

五 島 可 喜

〒 253 神奈川県茅ヶ崎市東海岸北一〇一―一六
〇四六七―八二―四八三八

吉 野 清 美

〒 430 静岡県浜松市住吉四一七―一二
住吉グリーンハイツ一〇三
〇五三四(七七三) 六二六六

高 橋 馨 子

〒 227 横浜市緑区市ケ尾町四九五―一七
〇四五(九七二) 一一六四

中 島 博 昭

〒 213 川崎市高津区末長四六一―一
梶が谷プラザビル一〇〇九号
〇四四(八七七) 四〇一九

甲 斐 園 子

〒 211 川崎市幸区南加瀬三一―二五―一
〇四四(五八八) 三三三五

橋 本 久 子

〒 235 横浜市磯子区洋光台四―二―三―二三
〇四五(八三一) 二二二二

堤 康 一 朗

〒 164 東京都中野区本町二―四二―一五
〇三(三七二) 四九三六

岩 武 博 也

〒 227 横浜市緑区あざみ野二―二四―一〇
第二緑ハイツ二〇一号
〇四五(九二二) 〇二九六

上 杉 恵 介

〒 227 横浜市緑区新石川町二―三二―一六
みなもと第三一―二〇一―号
〇四五(九二二) 〇二九六

大 川 勇

〒 227 横浜市緑区あざみ野一―一〇―一六
三橋ビル三〇三号
〇四五(九〇三) 五六六五

大 高 詳 一 郎

〒 213 川崎市宮前区鷺沼一―一八―一六
鷺沼ビューグリーン五〇五号
〇四四(八五二) 〇一四七

岡 田 智 幸

〒 113 東京都文京区本郷五―二―一五
〇三(八一二) 五二二六

越 智 健 太 郎

〒 227 横浜市緑区元石川町六三〇―一―一六〇―一
〇四五(九〇二) 三五〇二

佐 藤 成 樹

〒 227 横浜市緑区新石川町二―九―一五
第二大丸ハイツ二〇二号
〇四五(九二二) 三二五一

山 田 善 一

〒 332 埼玉県川口市本町四―三―一六
本町ハイツ七一五号
〇四八二(二三三) 〇三七八

南

〒 213

神奈川県川崎市宮前区野川七九六
サンハイム小泉四〇二号

〇四四(七五一) 一一二〇六

佐久間

〒 156

東京都世田谷区大原一―九一四
東京都世田谷区大原一―九一四

〇三(四八五) 三一七一

鈴

〒 230

横浜市鶴見区豊岡町八―一二
横濱市鶴見区豊岡町八―一二

〇四五(五七五) 一一二九三

△研修医▽

赤

〒 227

横浜市緑区荏田町二三五―三
陽輪台第二アザミ野マンション一―〇号

〇四五(九一二) 一六五三

荻

〒 214

川崎市多摩区南生田五―一四―八二―三
川崎市多摩区南生田五―一四―八二―三

〇四四(九七六) 四〇四一

木

〒 194

東京都町田市原町田四―一四―一〇
東京都町田市原町田四―一四―一〇

〇四二七(二七) 〇八〇八

菅

〒 214

川崎市多摩区中野島一〇四―一
川崎市多摩区中野島一〇四―一

〇四四(九四五) 三五二七

曾

〒 162

東京都新宿区若松町三一―一
東京都新宿区若松町三一―一

〇三(二〇四) 一四九九

田

〒 227

横浜市緑区美しが丘五―一―五
第三吉香ビル二一九号

〇四五(九〇二) 八七四四

鳥

〒 213

川崎市高津区溝ノ口六七四
川崎市高津区溝ノ口六七四

〇四四(八一) 一四八六

星

〒 223

横浜市港北区新吉田町一―四九―二
横浜市港北区新吉田町一―四九―二

〇四五(五三一) 三三八七

渡

〒 213

川崎市宮前区菅生二二九―一二七
川崎市宮前区菅生二二九―一二七

〇四四(九七六) 二二五七

秋

〒 227

横浜市緑区元石川町六三〇―一―二〇
横浜市緑区元石川町六三〇―一―二〇

〇四五(九〇二) 八七五三

鋤

〒 213

川崎市宮前区菅生三一四四―一〇
川崎市宮前区菅生三一四四―一〇

〇四四(九七六) 一一二五二

松

〒 157

東京都世田谷区成城六一―八一―二〇
東京都世田谷区成城六一―八一―二〇

〇三(四八四) 一八一―

赤

〒 213

川崎市宮前区菅生二八七五
川崎市宮前区菅生二八七五

〇四四(九七七) 九〇六一

三井雅夫
〒214 川崎市多摩区長沢一―二九一
河合荘二F一号
○四四(九七六)〇一〇四

森田紀子
〒214 川崎市多摩区南生田六―八一七
第一キャッスルハイツ一〇一
○四四(九七六)六一九三

矢崎裕久
〒201 東京都狛江市元和泉一―五―五
元和泉ハイツ二〇二号
○三(四八〇)五三一六

朝倉美弥
〒213 川崎市宮前区土橋二―九―一―一六〇二
○四四(八五二)一六〇六

△診療技術員▽
板倉ゆみ子
〒157 東京都世田谷区成城三―四―三
○三(四一五)六五三六

穴倉直美
〒222 横浜市港北区篠原町一〇七四
○四五(四三一)八八〇四

久良木美穂
〒168 東京都杉並区和泉二―五―一三七
新日鉄AP二―一〇二
○三(三二二)一九五七

岡本直子
〒211 川崎市幸区下平間一―二―二
鹿島田グリーンハイツ二―九〇二
○四四(五四四)七六四〇

寺田ひろみ
〒194 町田市本町田三四八六
藤の台団地一―二〇―二〇四
○四二七(二二七)七五七三

△秘書▽
松本恵
〒259 伊勢原市岡崎六七七五―二
○四六三(九三三)二二五五

林恵美子
〒213 川崎市宮前区菅生五丁目八一六
○四四(九七七)一六〇七

△非常勤講師▽
小野泰三郎
〒190 東京都立川市若葉町一―一六―一六
○四二五(三七七)三五〇六
△げやき台耳鼻咽喉科▽
〒190 東京都立川市若葉町一―一四―二八
○四二五(三六)〇二四〇

石倉幹雄
〒145 東京都大田区北千束一―九―一七
○三(七一一)三四九七
東京都台東区根岸三―一―一八
△石倉耳鼻咽喉科医院▽
○三(八七二)〇六六八

羽馬晃
〒221 横浜市港北区師岡町南谷戸三四三―二
○四五(五三二)七九八一
〒226 横浜市緑区鴨居四九五
△鴨居耳鼻咽喉科医院▽
○四五(九三三)七六七二
東京都町田市旭町二―一―五―四一
△町田市民病院 耳鼻咽喉科▽
○四二七(二二二)二二三〇

〒194 東京都立川市若葉町一―一四―二八
○四二五(三七七)三五〇六
△げやき台耳鼻咽喉科▽
〒190 東京都立川市若葉町一―一四―二八
○四二五(三六)〇二四〇

吉川 由 絵

〒 336 埼玉県浦和市常磐一〇一六―一六〇五

〇四八八(三三三) 〇八七一

〒 332 埼玉県川口市西川口一六―一

小野田ビル三F

△吉川耳鼻咽喉科医院V 〇四八二(五四) 〇八七一

瀬戸 院 一

〒 230 横浜市鶴見区東寺尾中台二〇一三

〇四五(五八二) 五六一七

〒 230 横浜市鶴見区鶴見二一―一三

△鶴見大学歯学部 第一口腔外科V

〇四五(五八一) 一〇〇一

守安 靖 廉

〒 145 東京都大田区北千束一―一三―五

〇三(七二三) 〇五八五

△大岡山耳鼻咽喉科医院V 〇三(七二三) 五二一二

西田 裕 明

〒 227 横浜市緑区さつきが丘二―一五二

〇四五(九七一) 六七九三

〒 223 横浜市港北区綱島西二―一―一二四

ニックプラザ二〇一号

△西田医院V 〇四五(五四六) 三三八七

大竹 英 夫

〒 194 東京都町田市三輪町二三〇五―二

〇四四(九八七) 六七〇五

〒 177 東京都練馬区関町北二―二六―一八

△大竹耳鼻咽喉科V

〇三(九二九) 八七三三



関連病院住所録

〔分 院〕

。東 横 病 院

〒 211 川崎市中原区小杉町三一四三五

○四四(七二二)二二二二

。聖マリアンナ医大横浜市西部病院

〒

○四五(三六六)一一一一

〔関連病院〕

。稲城市立病院

〒 192-02 東京都稲城市大丸二一七一

○四二三(七七)〇九三一

。稲田登戸病院

〒 214 川崎市多摩区榊形六一一一

○四四(九一二)二二〇〇

。国立横浜病院

〒 245 横浜市戸塚区原宿町二五二

○四五(八五二)二六二二

。済生会川口総合病院

〒 332 埼玉県川口市西川口五一二二一

○四八二(五三)一五五〇、三

。聖隷浜松病院

〒 430 静岡県浜松市住吉二一一二二

○五三四(七四)二二二二

。町田市民病院

〒 194 東京都町田市旭町二一一五一四一

○四二七(二二)二二三〇



編集後記

ようやく私共の同門会誌の第一号が完成しました。予定よりも大幅に遅れてしまい、ご寄稿をいただいた方々には大変ご迷惑をおかけいたしました。心からお詫び申し上げます。外来及び入院患者統計作業にあたっては、教室員の皆さんに御協力をいただき、ありがとうございました。

今後も定期的な刊行をめざしておりますので、よろしくお願いたします。

飯田 順

同門会誌第一号

発行 聖マリアンナ医科大学

耳鼻咽喉科学教室

印刷 (有) 高野企画印刷社

六十三年六月

