

肝 吸 虫

山 口 富 雄 (徳島大医学部)

わが国における肝吸虫の感染者は、およそ100万人と推定されている。しかし、その大部分は、少数感染であって、自覚症を訴えるものは少ない。しかし、アジアの諸地域には、濃厚な人体感染地もみられ、とくに、タイ国には「タイ肝吸虫」が広範囲に分布し、重症例も多数みられる。肝吸虫の第2中間宿主、すなわち人体への感染源は、主として鯉科の淡水魚であるが、その調理法に欠陥があれば感染の機会が多い。

徳島県下の流行地において、この10年間に、肝吸虫の感染濃度が激減した原因は、予防知識の普及、集団治療などよりも、第1中間宿主「マメタニシ」の減少にある。まず、最近、水田における除草剤として多用されているPCP (Penta-chloro-phenate) の影響があり、また、経済の発展に伴って、工場敷地の造成などに、「マメタニシ」が棲息している溝、池なども埋め立てられていることにもよる。

一方、肝吸虫症の治療は、これまで、副作用の強いアンチモン剤の静脈注射が、主として用いられてきた。したがって、本例による集団治療などは、少数感染の場合にほとんど自覚症状を欠くことも相まって、先ず望めなかった。演者らは、「沃化ジチアザニン」が、試験管内で飼養した成虫に対して、強い直接殺虫効果のあることを認め、ひきつづき、動物実験、毒性実験などの後、総数617名について集団投与を試みた。3年後の検査で、およそ65%に虫卵陰転をみた。この薬剤は、製品として不安定であることから、さらに十分な検討と安定化を必要とする。

なお、肝吸虫症流行地における皮内反応は、Screening test として価値が高いものと考えられる。これまでの成績でも、反応出現者（陽性および疑陽性）の62.5%に肝吸虫卵を検出している。

顎 口 虫

山 口 富 雄 (徳島大医学部)

顎口虫症が、はじめて人体に見出されたのはタイ国であり、今日なお、同国においては、多数の患者がみ

られる。人体内では、通常、幼虫の形をとり、種々の部位に移行してときに重篤な症状をきたすこともある。本症の治療は、皮下に出現した移動性腫脹部を摘出する以外に方法はなく、しかも、腫脹部を摘出しても、必ずしも常に幼虫の除去に成功するとは限らない。

したがって、もっとも重要な問題は、感染予防、すなわち、第2中間宿主である各種動物を、生食または不完全調理のまま、食べないという点にある。

タイ国における感染源の主なものは、Pla chon と称する魚で、この魚の生肉と、米飯、コショウなどを加えて芭蕉の葉に包み、調理後2日くらいして食べる。これを Som fak とよんでいるが、Pla chon には、顎口虫幼虫が、これまでの記録では30%以上に寄生がみられている。わが国における主な感染源は、Pla chon と同じ系統の淡水魚であるカムルチイで、わが国の顎口虫症の大部分は、カムルチイの刺身、酢づけなどから感染したものと思われる。

しかしながら、感染源となる動物は、広い範囲にわたっており、アジア地域の本虫分布地においては、淡水魚だけでなく、鳥類、爬虫類、両棲類など、種々の動物を食用に供するに当たって、生または不完全調理の形で摂食することは、当然、避けるべきであろう。

伝染性疾患の病型の変化について

荒 木 威 (武蔵野赤十字病院)

疾患、特に伝染性疾患は時代と共に病型や発生頻度を変えることが知られている。近年の腸チフスの激減は赤痢の多発と著しい対照をなしている。梅毒における大動脈瘤・大動脈中膜炎・第2期皮疹・骨膜炎の減少や結核における腹膜炎の減少も同様の変化といえる。これ等に対する正確な説明は困難であるが、その一部は強力な化学療法剤の出現によるものと考えられる。ビルマは我国より経済力において少しく劣り、化学療法の乱用はあまり行なわれていないであろうから、かつて我国で盛んに見られた病型がなお相当に残っているものと予想して診療を開始した。ところが実際は予想に反し、程度の差はあるが日本と同様の傾向は明らかに認められた。2万以上の間接撮影中に動脈瘤や大動脈中膜炎は甚だ少なく、実際の診療の間に梅

毒皮疹を見た事はない。若い女子の結核性腹膜炎も甚だ少ない。赤痢は多いが腸チフスは少ない。これは如何なる理由によるものであろうか、興味ある問題である。

バリ島の診療経験

羽生 正 (立川病院)

バリ島での4カ月間の診療経験による感想を述べ、総合討議の意見に代える。

1) インドネシア特にバリ島の医療事情が1964年当時とあまり変わっていないならば、我国の援助が必要なのはいうまでもないが、先ず現地の実情に応じた医療機械、医療物資を送るべきで、同時に医療従事者がある期間、それらと共に派遣されることが望ましい。

2) 医療物資が送られ、医師が派遣されたとき、政府や省の計画に従って、その下で手助けするという態度が大切で、これがすべてうまく行く第一のことと考える。

3) レントゲン車について

a) バリ島の如く間接撮影ですべての診断をつけなければならぬ場所では、フィルムの大い方が有利であり、又すべて輸入に頼っているところは、大きさが国際的である点からみても70mmフィルムが良いと思う。

b) 私達が持参したフィルムは熱帯での長期保存に不安があったこと、高温現象で鮮明な写真が得られない点に問題があった。東南アジア向けに大量送るとなると前記2点を考慮すべきである。

c) 電源事情の悪いところが多く、レントゲン車に発電機は是非とも必要である。

d) 機械は性能が優れているとか、便利に出来ているということより故障しないものを贈与すべきである。

4) その国の許可があれば、モデル地区の設定も一考すべきことと思う。

5) その国の会話が出来ることは何といたっても便利である。インドネシア語は比較的易しいので、インドネシアに行く場合には、あらかじめ2~3カ月の教育を受けることを望む。

カンボジアの結核対策

馬 杉 雄 達 (豊橋病院)

いまかりに、この国の結核を如何にして把握し、撲滅の方向へ持って行くかと、考えてみる。全国が12州で、そのうちバタンバン州のみに限定して考えてみる事にする。総人口55万、11郡からなっている。又、州内には病院2、(内1は軍所属、ベッド総数200)、保健所1、レントゲン台数3である。

患者の発見、収容：患者台帳等患者の確保、戸籍簿は完備せず、又保健婦制度なし。

結核予防法：現在全くなし。

ツ反応およびB.C.G.接種、薬物はすべて輸入。

間接X：国内に移動間接X1台もなし。

教育：就学率45%。

このような状態で、何から手をつけていいのか全く方法が定まらない。

2年かかろうが3年かかろうが、1台のX自動車で各村を廻って患者をとにかく発見する。病院において、患者を発見する。

患者1人に対して、台帳カードを作り、病院、保健所、看護所、各村役場に保存する。

その家族は無料サービスで、Xをとる。

発見した患者は、6カ月間、近くの病院又は看護所で出来得る限り外来治療をする。往診は不可能だから止め、投薬のみ行なう。

小学校の衛生教育をもっと強化する。とにかく、生理、栄養、疾患の初歩を教える。

小学校教員にツ反応のテクニックを教え、1年に1回施行する。陽転者は近所の村役場、看護所に連絡する。

どれ一つをとっても、実行するには、恐らくたえようもない困難な道が待っていよう、又何10年もかかる事と思われる。しかし何より国民は先ず、知らされなければならぬ。政治の問題、教育の問題、言論自由の問題、貧困の問題、風土と性格と宗教との問題等々、そこにも我等にはどうしようもない問題が山積している。