

群馬大学医学部

昭和キャンパスの今昔

とくに創立期の思い出
(平成18年12月現在)

編集: 田所作太郎
(昭和24年卒)

平成19年9月27日
於群馬大学医学部同窓会館

ようやくできた階段教室は
隙間風が寒かった。外套
の襟を立て襟巻きをしたまま
講義に耳を傾けた

講義棟 →



2005 (平成16) 年頃



1948(昭和23)年頃
創立5年目

木造の本館ができ、ようやく学校らしくなった。

1943～2007 (63年の歴史)

前橋医学専門学校→

昭和18年～26年

前橋医科大学→

昭和23年～29年

群馬大学医学部

昭和24年～現在

太平洋戦争の真最中、速成軍医養成を目的に、当時の官立医専第一号として、前橋工業学校の新校舎を流用して前橋医学専門学校が創立された。それが現在の医学部の母体となった。昭和18～20年入学の学生は徴兵逃れの目的が多かったので競争率は熾烈であった。私たちのクラスでは全国的に8人の教授が誕生した。

**群馬大学医学部創立以来の歴史は
20年の歩み
30年の歩み
目で見える40年の歩み
群馬大学医学部50年史 等に
克明に残されている。**

特に30年史は柴田勝博名誉教授および繁山作太郎元事務長によって、正確な資料に基づき編集された貴重な記録で、その後の医学部史編集の基になった。40年および50年史は伊吹玲人元産婦人科教授の努力に負うところが大きい。

**いずれも刀城クラブの支援によって
発行されたものである**

著 者	題 名	判、ページ 数、値段	発行年月日	発 行 ・ 住 所 ・ 電 話
田所作太郎 編集責任者	群馬大学医学部 二十年の歩み	四六、178	S38・10・20	群馬大学医学部同窓会 〒371-8511 前橋市昭和町 3-39-22 電話：027-220-7861 FAX 兼用：027-235-1470
田所作太郎 編集責任者	群馬大学医学部 三十年の歩み	B5、252	S50・3・15	
田所作太郎 同窓会長	目で見える40年の 歩み 群馬大学医学部	A4、268	S59・3・15	
田所作太郎 名誉教授・ 編集委員	群馬大学医学部 五十年史	B5、522	H5・5・10	



「群馬大学医学部二十年の歩み」に 川合貞郎名誉教授が寄稿された記 事の一部です。(昭和38年10月)

「校舎になるべき既設の建物が二階建て
一棟しかないことがわかり、あまりに小さ
いのにはほんとうにびっくりしてしまった」
「遠い昔はいざ知らず、おそらく世界一
小さな医学校であつたろう」

開校式は昭和18年5月10日でした
教授は皆30歳前半の新進気鋭の若者。
創立期に最初から教授で就任した先生の
うち生存者はついに柴田勝博名誉教授
のみになってしまいました



52歳
43年前

世界一小さな医学校の誕生

第一病理教授 川 合 貞 郎

本学の前身である前橋医学専門学校が官制上設置されたのは昭和十八年三月三十日で、同年五月十日に第一回の入学生を迎え開校式が挙行された。今年はそれから丁度約二十周年。月並な言葉ではあるが、本当に夢のようにこの二た昔が過ぎ去ってしまった。初代校長であった石原忍先生は先頃長逝されて今はなく、開設当時の職員も大半本校を去って他に転じ、教官として止まっている者は、薬理学の柴田教授と当時助教であられた解剖の滝沢教授、それに私の三人になってしまった。その当時の事情を知っておられる方がほんの数名になってしまった現在、刀城クラブ同窓会の開学二十周年記念事業の一つとして企画された「二十年の歩み」の一ページとして開校当時の思い出を書き遺しておくのが無意味ではないと思ひ、当時の校長室であつた現在の第一病理学教室教授室で重い筆をとっている次第である。

のんきな方であつたので、どんな所のどんな学校かも知らず、考えさせていただくなどということもなく、一応力が足りないと思うからと御辞退したものの、大丈夫だからとの先生の御言葉にその場で就任を御引受けして帰宅し、両親や妻に寝耳に水の前橋行きを発表して驚かしたものだ。翌日になると、東大医学部会議室に来いということで行って見ると、微生物学の山本、生理学の奥、解剖学の新島、生化学の武藤、薬理学の柴田の諸先生がおられ、前橋医専の教室設計の案を練っておられるところであつた。前橋には校舎も病院もあるので新設校設置が前橋に決定したのだと聞いていた私は、その図面を見て、校舎となるべき既設の建物が二階建一棟しかないことがわかり、それまでに私が知っていた慶応義塾大学、東京帝国大学や昭和医学専門学校のことを頭の中に浮かべ新設とはいへあまりにも小さいのにはほんとうにびっくりしてしまった。しかし、そこに集った三十才を三つ四つ出たばかりの青年達にはただ一棟の二階建など眼中になく、希望に満ちた大きな夢は設計図面の中に大きくふく

群大医学部のうつりかわり
(榛名山の形で同方向から撮影していることがわかる)



昭和18年



昭和24年

昭和18年頃の昭和キャンパス

周囲には何の建物もない
田圃の中にぽっつんと立っている
バラックのような学校

私たちは萩町養心寮(63年前)から
敷島小学校の前を通り、この斜めの
道を毎日ぞろぞろと通った。隣はマルト
という製糸工場(現エメラルドビル)で
女工さんが覗き、我々の品定めをして
いた。若い男が少ない戦時中のことで
あった。

昭和23年頃の昭和キャンパス

ようやく木造の本館ができた。
しかし周りには建築物も立ち木もない
(58年前)



浅間山

榛名山

さて昔の昭和キャンパスと最近の姿とを較べるとどうでしょう
変わらないのは榛名山や浅間山だけです

利根川

敷島公園

刀城会館

医学部

附属病院

国道17号

昭和キャンパスを榛名山方向に望む。 国道17号、群大前の通り、利根川が見える
榛名山の形だけが同じである。 60年の歴史の重み。 (平成16年頃)

基礎の教室は2階にあり、雑居状態であった。例えば、病理学教室は2階中央の一室を衝立で仕切り薬理学教室と同居していた。
緑濃い校庭には医専学生が昼休みを楽しんでいるが、授業は8時～17時まで、月月火水木金で、夏休みは僅かに2週間

緑の絨毯のような校庭、一面クローバーの草原であった
ここで毎日軍事教練がおこなわれた。(63年前のことです)
其の上、毎日耐え難い空腹感に襲われた。



昭和19年の前橋医専校舎（北側より）と生徒達。クローバーの花盛り、緑あふれる野原は今ではその面影もない。

全クラスが養心寮に入れられ軍隊
さながらの生活を強制された。
制帽は戦闘帽に二本の赤線が
入り、制服は国民服であった。



田所

関本

前橋医専学生
萩町養心寮前で
昭和19年

年月の経過を顧みると夢のようです



40年後の二人 (昭和59年)
左: 田所作太郎 群大教授
右: 関本 博 金沢医大教授(故人)

若い頃のお二人の出征姿です
左 柴田薬理学教授
右 川合病理学教授
(62年前)



33歳

柴田教授の出征



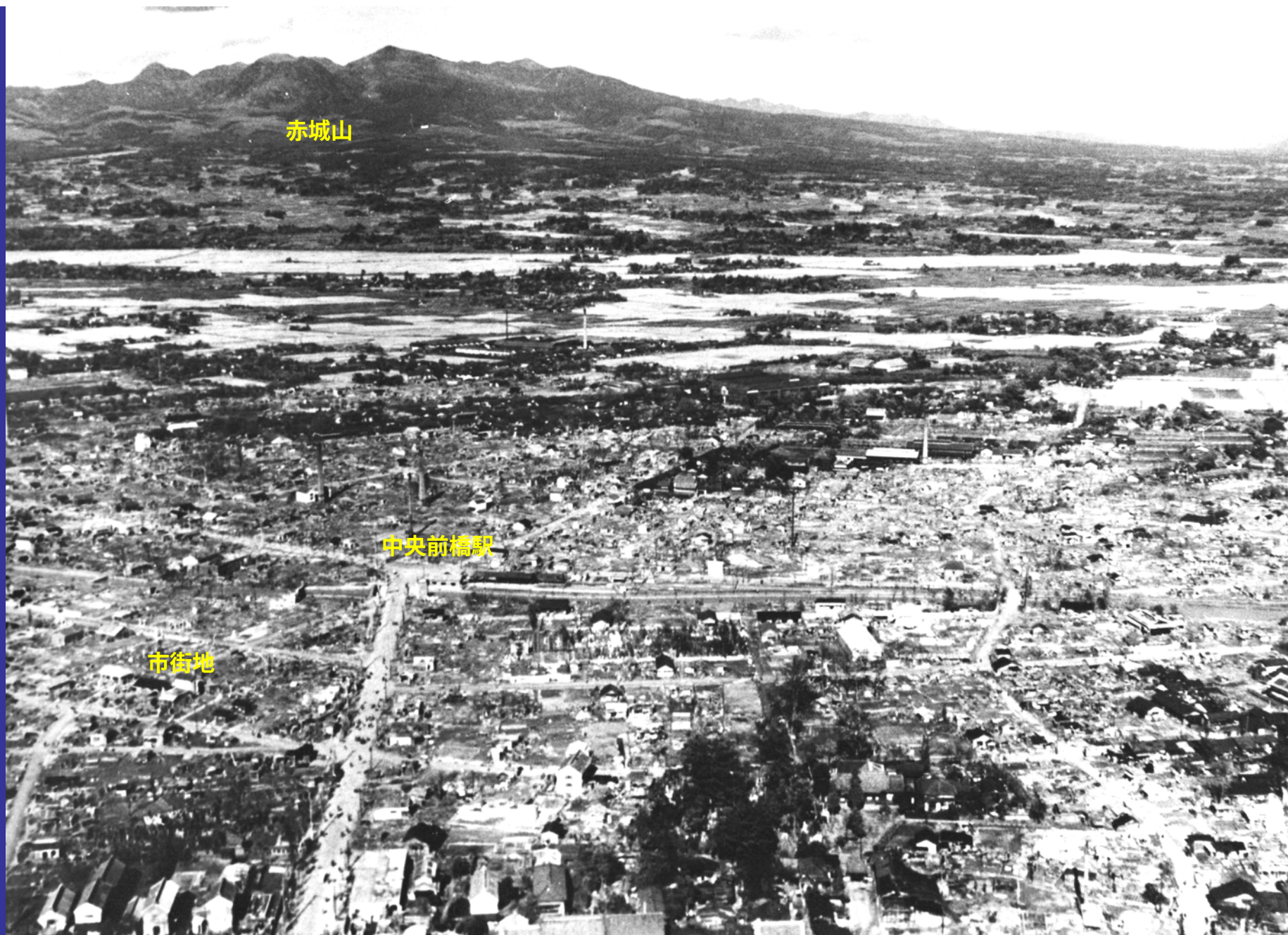
33歳

川合教授の出征

昭和19年には川合・柴田両教授が出征され、東大や千葉大から講師が来ました
お二人の先生は創立時から学校建設に情熱を燃やした医学部の主です。

柴田勝博先生は今も健在です

挙手の礼をする川合先生の珍しい姿です



昭和20年8月5日米軍空爆によって焼け野原に化した前橋市内、真ん中に中央前橋駅が見える
赤城山が丸見えになった。 前橋医専校舎は病院の一部が焼けたがほとんどが残り、負傷者が集まった。



旧麻屋デパート

国道50号

昭和20年8月5日、米軍空爆で焦土と化した前橋市内



陸軍軍医少将で威厳と貫禄があった。
色盲表の創案者でも有名
「養心研学」の額が刀城会館にある。
昭和37年(?)逝去

石原 忍医専校長



石原 忍先生と学生たち。運動会にて。
1944 (昭和19) 年

石原 忍校長送別会 昭和21年3月、群馬会館



後列左より：佐藤、繁山、七条、幡野、柴田、松村、岡村、松本、立石、大根田、菅野
前列左より：新島、山崎、北川、石原忍、石原恵三、清水、山本、柳沢

am 5. oder 7. Tage. Krise am 3. Tage trügerisch (Abb. 4), meist von neuer Continua gefolgt. Manchmal Krise über mehrere Tage protrahiert.

Dem kritischen Temperaturabfall kann ein erneuter Anstieg als Zeichen der fortschreitenden Infiltration folgen (*Pseudokrise*). Eine solche ist zu diagnostizieren, wenn trotz des Sinkens der Temperatur Puls- und Atemfrequenz hoch bleiben, oder wenn trotz der normalen Temperatur die Leukocyten bestehen bleibt.

Pathognostisches Zeichen: Rubiginöses Sputum (S. 112). Doch haben manche Pneumoniker gar keine Expektoration oder auch einen nicht charakteristischen weißgelben Auswurf.

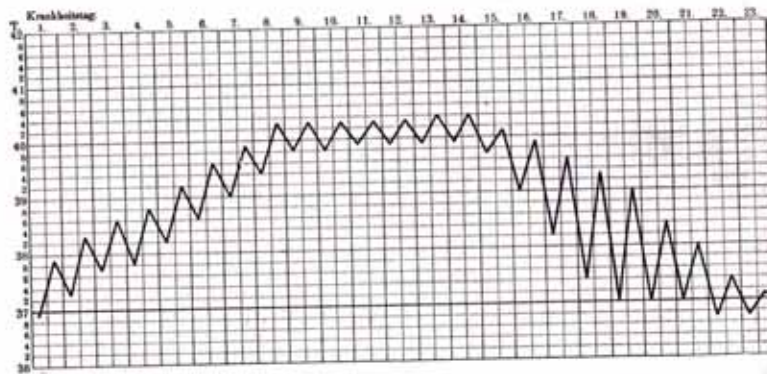


Abb. 7. Schematische Fieberkurve bei Typhus abdominalis.

Die Atmung ist sehr beschleunigt und meist schmerzhaft. Zahl der Leukocyten vermehrt. Das Sensorium ist gewöhnlich klar, doch oft Delirien. Milzschwellung oft vorhanden, bleibt dann nachweisbar bis zur vollendeten Resorption des Exsudates (*spodogener Milztumor*).

Physikalische Zeichen der auf der Höhe befindlichen pneumonischen Infiltration: Dämpfung (mit tympanitischem Beiklang) und Bronchialatmen, verstärkter Stimmfremitus (vgl. auch Kap. VI).

Kommt es nicht zur regulären Krise oder beginnt das Fieber nach der Krise in unregelmäßiger Weise von neuem, so handelt es sich um seröse Pleuritis oder meta- bzw. postpneumonisches Empyem, seltener um Perikarditis, Gangrän, Tuberkulose oder Abscess der Lunge, um Endocarditis ulcerosa oder Meningitis.

Zu Beginn und im Verlauf der Pneumonie treten manchmal heftiges Erbrechen sowie andere abdominale Erscheinungen auf, welche Peritonitis (Appendicitis), Cholecystitis oder Ileus vortäuschen und meist bald abklingen. Vor chirurgischen Eingriffen bei anscheinender akuter Peritonitis und Ileus untersuche man stets die Lungen, um sich vor Verwechslungen mit pneumonischen Fernreizen zu bewahren.

Typhus abdominalis. (Abb. 7.) Inkubation 7–21 Tage. Prodrome ungefähr eine Woche mit unbestimmten Erscheinungen von allgemeiner Mattigkeit. *Stadium incrementi*, terrassenförmiger, aufwärtsremittierender Aufstieg der Temperatur. Höhenstadium erreicht am 4. bis 10. Tage. *Stadium acmes*, kontinuierliches Fieber. *Stadium decrementi*, abwärts remittierendes Fieber: Morgentemperaturen täglich sinkend, in den ersten Tagen erreichen die Abendtemperaturen meist noch bedeutende Höhe (*amphiboles Stadium*, steile Kurven). — Die Dauer der 3 Stadien ist nach der Schwere des Falles verschieden. In leichten Fällen kann die Abwärtsremission schon am 16. bis 14. Tage, ja noch früher beginnen, in sehr schweren Fällen dauert die Continua bis in die 5. Woche. — Bei Schutzgeimpften Menschen ist der Verlauf atypisch und oft besonders leicht.

Hauptsächlichste weitere Symptome: Apathie, Benommenheit, relativ langsamer Puls bei hoher Temperatur. Fuliginöse Lippen, borkige, rottrandige Zunge, Roseola tritt mit Beginn der 2. Woche auf (vom Ende des 1. bis Mitte des 2. Stadiums). Milzschwellung (im Stadium acmes). Meteorismus. Oft Bronchitis. Durchfälle von erbsenbreiartiger Beschaffenheit, Diazoreaktion im Harn. Im Blute Leukopenie mit relativer Lymphocytose und Fehlen der Eosinophilen. Widalsche Reaktion erst im Laufe der 2. Woche positiv, Bacillen im Blut (im Galleröhrchen angereichert) schon in der ersten Woche nachweisbar (vgl. Kap. XII).

Die Diagnose wird aus dem gleichzeitigen Vorhandensein mehrerer dieser Zeichen gestellt; dem einzelnen Symptom kommt kaum jemals entscheidende Bedeutung zu. Viele Zeichen können auch oft fehlen, z. B. der beträchtliche Meteorismus, die Durchfälle, die Diazoreaktion. In unklaren Fällen wirkt oft die bakteriologische bzw. serologische Untersuchung entscheidend. Bei Schutzgeimpften Menschen verliert die Widalsche Reaktion natürlich jede Bedeutung.

Die Diagnose des Typhus soll Zeit und Stadium möglichst genau feststellen. Manchmal wird dies durch Komplikationen ermöglicht, so kommen Darmblutungen meist während des abwärts remittierenden Fiebers vor. Auch tödliche Darmperforationen ereignen sich im Stadium decrementi.

Die Prognose richtet sich u. a. nach der Frequenz und Spannung des Pulses, dem Grade der Benommenheit, der Häufigkeit der Durchfälle, der Intensität der Lungenerscheinungen.

Paratyphus verläuft dem Typhus sehr ähnlich, beginnt aber oft plötzlich mit Schüttelfrost und zeigt gelegentlich Herpes. Auch akute Gastroenteritis kann durch Paratyphusbacillen verursacht sein. Die Diagnose wird durch den Nachweis der Bacillen oder Widalprobe sichergestellt.

Typhus exanthematicus (Fleckfieber). (Abb. 8.) Übertragung durch Kleiderläuse, welche mit dem erregenden Protozoon (*Rickettsia prowazekii*) infiziert sind, daher wechselnde Inkubation (3–21 Tage). Geringfügige Prodromalerscheinungen. Beginn mit Schüttelfrost und hoher Temperatur. Am 5. bis 7. Tage masernartiges Exanthem,

戦中・戦後には参考書が手に入らなかった。幸いKlinische Diagnostik (G.Klemperer)の海賊版(上海版)を手に入れ夢中で読んだ。国試もこのお陰で合格できた。

während rechte und linke Herzkammer sich erweitern, sog. Mitral-konfiguration (Abb. 45).

Aorteninsuffizienz führt zur starken Erweiterung des linken Ventrikels; im Röntgenbild zeigt sich die „querliegende Eiform“ desselben, während der mittlere Bogen fehlt, sog. Aortenkonfiguration (Abb. 46).

Sehr charakteristisch ist das Bild des Aortenaneurysmas (Abb. 48), wobei man sich vor Verwechslungen mit einfachen, spindelförmigen Erweiterungen der Aorta besonders in acht nehmen muß. Geringere Erweiterungen der Aorta sind bei der seitlichen Durchleuchtung im schrägen Durchmesser besser als bei Aufnahmen von vorn zu erkennen. Der Raum zwischen dem Gefäßschatten und der Wirbelsäule (das sog. Mittelfeld), der normal als heller Streifen sichtbar wird, kann von einem sich nach hinten ausdehnenden Aneurysma verschattet und ausgefüllt werden. Im übrigen unterscheidet man zwischen Aneurysmen und Mediastinaltumoren, welche durch ihre Form und unregelmäßige Begrenzung erkannt werden. Die Pulsation ist differentialdiagnostisch schwerer zu verwerten, da sich dieselbe von der Aorta auf Tumoren fortpflanzt und die Aneurysmen oft überhaupt nicht pulsieren.

Auch die Verlagerungen des Herzens durch Pleuraergüsse und pleuritische Verwachsungen sind im Röntgenbild zu erkennen; ebenso der Situs inversus. — Der perikarditische Erguß gibt ein charakteristisches Bild, welches einem wassergefüllten Gummibeutel gleicht, der auf einem Teller lagert, bisweilen typische Dreiecksform (Abb. 47).

Der Puls.

Die Frequenz des Pulses beträgt bei gesunden Erwachsenen 60–80 Schläge in der Minute, wechselnd nach Temperament, Tageszeit und jeweiligem Zustand des Körpers und Gemütes; bei kleinen Kindern 100–140.

Pulsverlangsamung (Bradykardie, Pulsus rarus) findet sich in den verschiedensten Zuständen, hervorgerufen durch Vagusreizung oder Sympathicuslähmung bzw. Reizung oder Lähmung intrakardialer Zentra. Besonders zu beachten ist das Vorkommen von Bradykardie in Erschöpfungszuständen nach Krisen und im Beginn der Rekonvaleszenz, bei erhöhtem Hirndruck (Meningitis, Hirntumor, großer Hirnblutung), bei Ikterus (Wirkung der Gallensäuren) und bei Kolik, wo es differentialdiagnostisch gegen Peritonitis in Betracht kommt. Unter den Herzerkrankungen findet sich Pulsus rarus am häufigsten bei der Stenose der Aorta, doch auch bei manchen Herzkrankheiten mit normalem Klappenapparat (besonders Coronarsklerose, auch Fettherz) und infolge der Einwirkung mancher Medikamente (besonders Digitalis und Salicylsäure).

Über die Bradykardie mit zeitweisen Anfällen von Ohnmacht und Krämpfen (Stokes-Adamascher Symptomenkomplex) s. S. 148.

Pulsbeschleunigung (Tachykardie, Pulsus frequens), hervorgerufen durch Vaguslähmung, Sympathicusreizung oder Affektion von Herzganglien. Normalerweise bei körperlichen Anstrengungen, psychischen Erregungen und oft nach dem Essen; pathologisch in fieberhaften Krankheiten (auf 1° Temperaturerhöhung kommen etwa 10–20 Schläge in der Minute mehr), häufig in der Rekonvaleszenz derselben; besonders in und nach denjenigen fieberhaften Krankheiten, die zur Konsumtion oder zu Myokarditis führen.

Exzessive Beschleunigung (über 160) ist ein Zeichen größter Herzschwäche (Kollaps).

In Herzkrankheiten ist Tachykardie ein Zeichen der gestörten Kompensation und oft der Intensität der Störung proportional. Außerdem ist Tachykardie ein Hauptsymptom der Herzstörungen bei Nervösen und bildet in Anfällen auftretend ein besonderes Krankheitsbild (paroxysmale Tachykardie).

Tachykardie mit Exophthalmus, Struma und Tremor der Finger, oft verbunden mit Abmagerung und psychischer Depression, bildet den Symptomenkomplex der Basedowschen Krankheit.

Der Rhythmus des Pulses. Unregelmäßigkeit in der Schlagfolge des Pulses (Arhythmie) kommt bei vielen Herzerkrankungen vor, ohne eine Differentialdiagnose zu gestatten. Leichte Arhythmie findet sich häufig bei nervösen Menschen, nicht selten nach Tabak, Kaffee, Alkohol, Erregungen, gastrischen Störungen, Obstipation, oft ohne nachweisbaren Grund; wenngleich jede Arhythmie zur genauen Untersuchung des Herzens Veranlassung gibt, so ist auf Arhythmie allein keinesfalls die Diagnose einer Herzkrankheit zu basieren.

Unter Embryokardie versteht man das Gleichwerden der Systole und Diastole durch Fortfall der Pause nach der Diastole; der Herzschlag klingt wie das Ticken der Uhr, gleich den fetalen Herztönen. Embryokardie ist oft der Ausdruck der Herzschwäche.

Ein genauer Einblick in die Natur der Arhythmien wird möglich durch die gleichzeitige graphische Aufnahme des Arterienpulses (s. S. 149) bzw. des Herzstoßes und des Venenpulses (s. S. 150); der letztere gibt Einblick in die Tätigkeit des rechten Vorhofes, während Arterienpuls bzw. Spitzenstoß die Tätigkeit des linken Ventrikels erkennen lassen.

Die wichtigsten Aufschlüsse über die Arhythmien gibt das Elektrokardiogramm (vgl. S. 152).

Folgende Arten von Unregelmäßigkeit des Pulses werden unterschieden:

① Pulsus irregularis respiratorius. Die respiratorische Arhythmie, welche im Häufiger- und Kleinerwerden des Pulses während der Inspiration, Seltener- und Größerwerden während der

戦中・戦後の講義はドイツ語交じり日本語で行われ、カルテもすべてドイツ語で記載した。

前橋医専学生の病理標本実習



昭和21年1月、戦地から帰国された川合先生から病理標本の検鏡法を教わりました。

顕微鏡はスンプ製で単眼でした。

私たちは病理学のほか川合先生からはドイツ語も教わりました

顕微鏡実習はとても楽しく、夏休みや冬休みにも勉強させてもらいました

(川合先生 37歳、58年前)



**前橋医学専門学校と前橋医科大学二つの看板がかけられた
昭和23年の頃**

正面玄関前のヒマラヤシーダーは現在はキャンパスの大木になっている

前橋气象台からみた本館

道路沿いには建物が全くない頃からぼつぼつ賑やかになった頃

昭和25年(創立7年)

大学前の道には建物が全くない



昭和38年(創立20年)

ようやく鉄筋コンクリートの病棟ができた
大学前の道には建物がぞくぞくできた

鉄筋の建物ができたと
喜び合った(病棟)

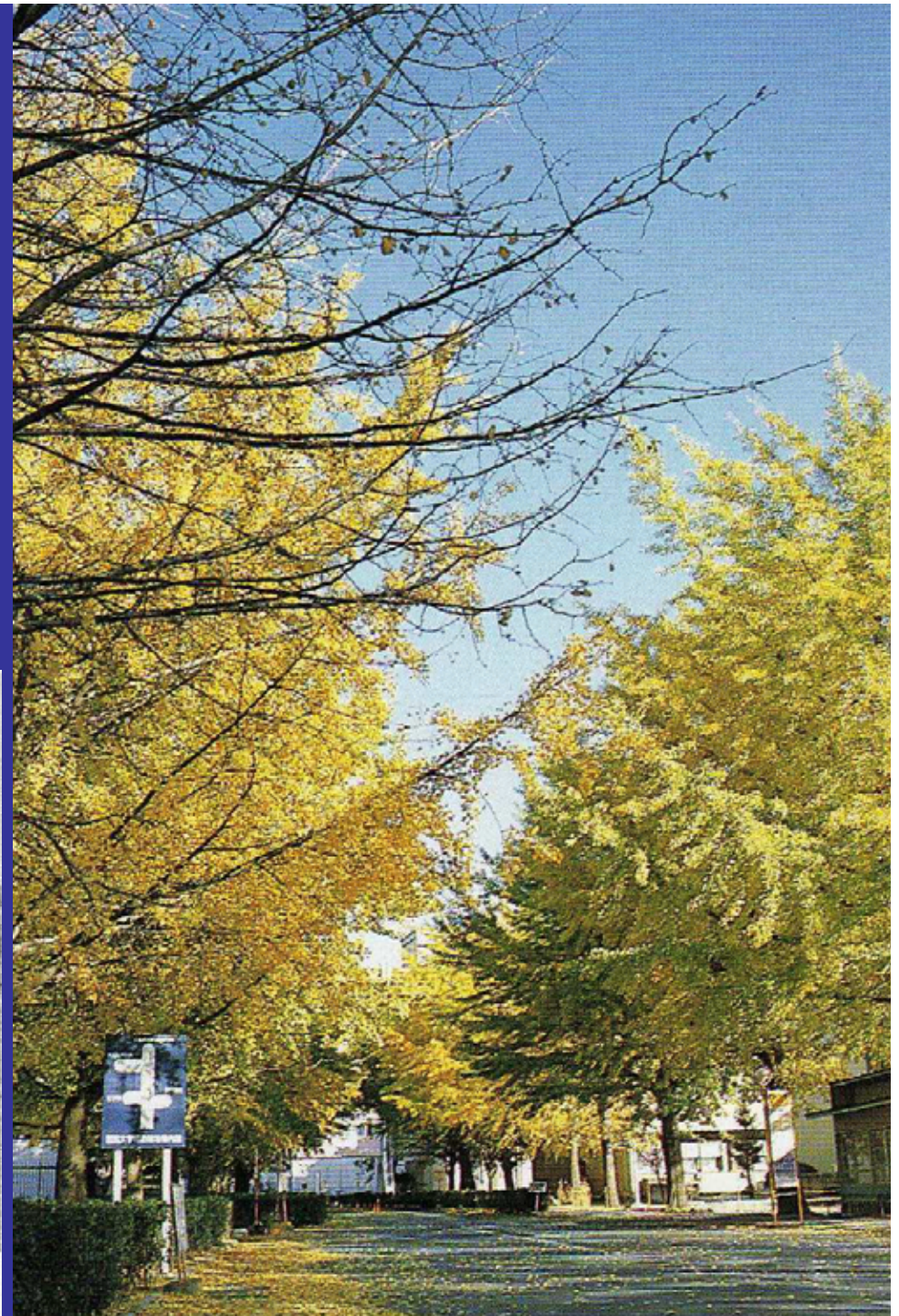


懐かしい病院通りの銀杏並木 (昭和58年頃)

昭和18および19年、学生たちが現文京町の畑から下駄履きで、がらがらと若木を担いできた。将来の並木を夢見て植えたが何度か枯れてしまい植え替え、大きくなった。現在解剖実習室前の銀杏の大木は当時余った若木を植えたものである。

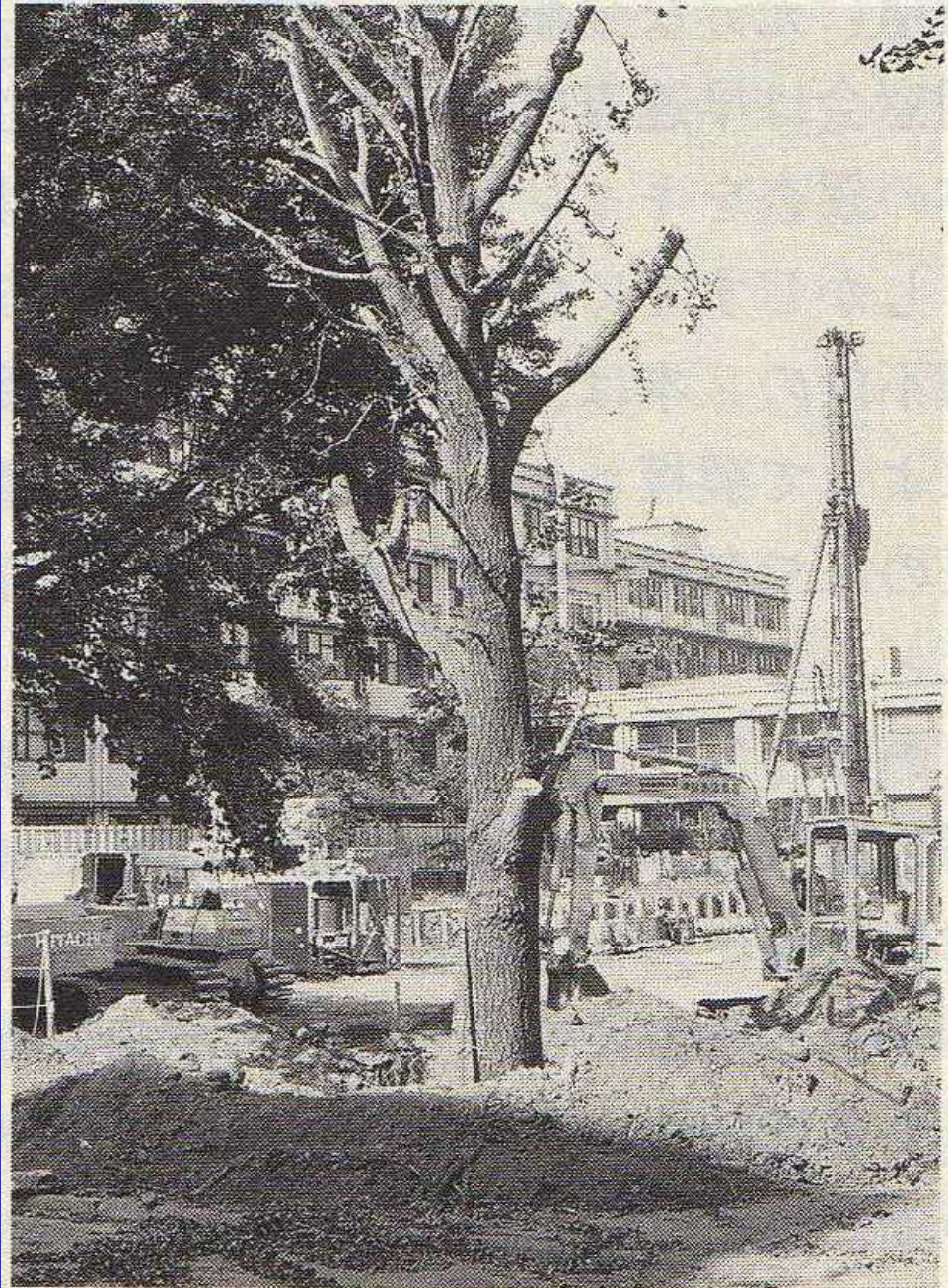


▲1943（昭18）年頃、最初の銀杏植樹をする学生。ほとんど枯れてしまった。



**銀杏並木 (昭和24年卒業記念樹) は
昭和63年4月4日突然何の予告なしに
ブルドーザーが入り伐採された。
病院新館新築工事のためであると言う。**

**同窓会は強く抗議し、工事は即時中止
された。
以後銀杏は御神木といわれた。
伐採後は記念の門標やまな板になり
同窓生に分けられた**



銀杏並木の伐採



、1949（昭和24）年秋、岩鼻火薬所に学内植樹のため、樹木を掘りに行く。西学長も激励に来られた（写真中央）

昭和キャンパスの緑化は最初学生の手で行われた（前橋医大第2回生）

1949（昭和24）年頃、旧岩鼻火薬所（現群馬の森公園）に樹木を取りに行き、キャンパスに植樹した

昭和35年頃

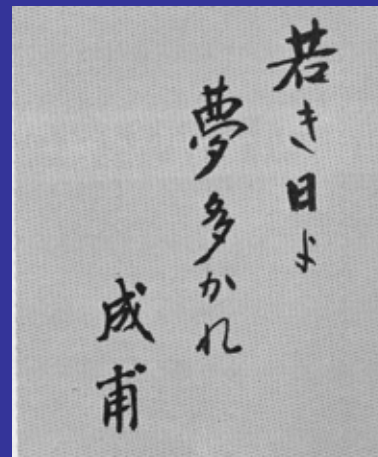


**群馬大学初代学長
学長室の西成甫先生**

1947(昭和22)～1964(昭和39)年
1978(昭和53)年8月逝去 享年93歳
解剖学者、エスペランティスト



チョロリと猥談をして
にっこりと笑った
実に庶民的な先生だった

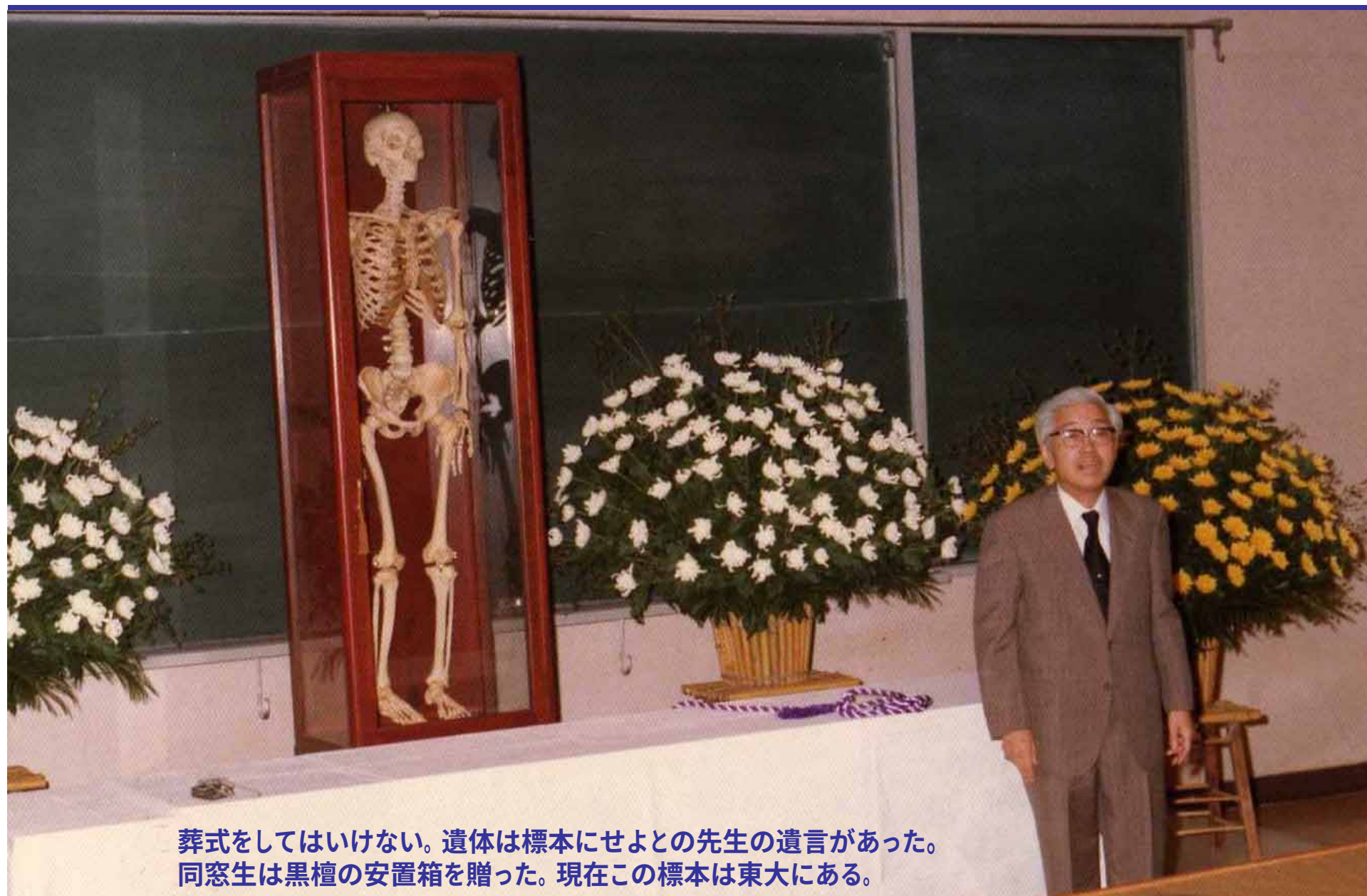


敗戦で希望を失った学生は
この言葉に勇気づけられた



上州の山が好きだった
万座温泉にて





葬式をしてはいけない。遺体は標本にせよとの先生の遺言があった。
同窓生は黒檀の安置箱を贈った。現在この標本は東大にある。

**西 成甫先生骨格標本除幕式と滝沢安子吉名誉教授
1979(昭和54年7月、於基礎講義棟)**



**創立期における最初の附属病院 (国領町にあった)
1948 (昭和23) 年頃の写真、もと厚生 (組合) 病院 (現在群中病院)
後に看護学校、現在公務員宿舎**



**昭和29年頃の昭和キャンパス。消失前の木造の病院本館が見える
群大前の道路には家が一軒もない**



**焼失前の附属病院本館 藤棚があり、車回しまでバスが乗り入っていた
1955 (昭和30) 年頃**

群大名物焼き饅頭と言われたほど火事が多かった。木造構造の宿命であり、コンクリートの建物が増えるとともに火災は少なくなった。



無残にも焼け落ちた附属病院本館 1957 (昭和32) 年3月17日



創立10周年の教授 前列左より、伊東、柳沢、石原、西 (学長)、梅沢、山崎、北川
 2列左より： 繁山(事務長)、青木、伊藤、大根田、七条、松村、稲見、山本(郁夫)、布施、金谷 (会計課長)
 3列左より： 滝沢、柴田、井関、川合、松本、山添、山本(清)
医学部本館前 (木造) にて

医学部同窓会の独立

- 昭和30年代後半、石原恵三医学部長によって北関東医学会の中に同窓会を組み込む提案があった。同窓会における審議は断固この提案を拒絶することにかたまり、田所が代表で北関東医学会の評議員会に出席しその旨を答えた。医学部長は「正に親の心子知らず」と嘆いたが、これが同窓会の完全独立の端緒となった。
- さらに当時刀城クラブは同窓会と学友会の二つで構成されていたが、同窓会の独立とともに学友会とは分離し、刀城クラブは同窓会の別称となった。田所が同窓会長のときであった。(昭和39年)
- その後、教授選考をめぐり医学部教授会と鋭く対立することになり、当時の同窓会役員は恩師で固められた教授会との折衝に苦慮した。
- 教授会との対立は、同窓会会員の中からが複数の教授が出現するまで続いた。

刀城クラブ会報の創刊
1955(昭和30)年6月20日

すでに200号を越す！

題字は西学長の書

(1) 群馬大学医学部刀城クラブ会報 創刊号

群馬大学医学部
学友会同志会機関紙
定価一冊 十五円
4年制二冊目(定価)
発行日 昭和三十一年六月二十日

群馬大学医学部 刀城クラブ会報

編集兼発行
群馬大学医学部新聞部
群馬市 登 野 町 2 8 8
印刷所 群馬印刷 川 町 4 8 8
印刷部 群馬印刷 川 町 4 8 8

大学内外の連絡を密に

同志会長 酒井 達夫

活動を開始して二年、本年は特別の大規模な活動として、同志会員の相互に連絡を密にすることが出来た。同志会員の相互に連絡を密にすることが出来た。同志会員の相互に連絡を密にすることが出来た。

創刊を祝して

医学部長 石原 恵三

世界的水準を凌ぐ 大学院を

このたびは持前の刀城会報、二冊目が発行された。これは、同志会員の相互に連絡を密にすることが出来た。同志会員の相互に連絡を密にすることが出来た。

学長 西 成甫

よりよき発展を 期待して

これら二冊は同志会の活動の発展を促すものである。同志会員の相互に連絡を密にすることが出来た。同志会員の相互に連絡を密にすることが出来た。

群馬県大学自治連盟 生れるか？

五月二十八日、群馬県大学自治連盟の代表が集って協議した。この協議は、同志会員の相互に連絡を密にすることが出来た。同志会員の相互に連絡を密にすることが出来た。

新年度の発足に当りて

昭和三十一年度の学生大、同志会員の相互に連絡を密にすることが出来た。同志会員の相互に連絡を密にすることが出来た。

編集委員長 太田 清

刀城くらぶとは

同志会員の相互に連絡を密にすることが出来た。同志会員の相互に連絡を密にすることが出来た。

医学部歴史上最大の失敗！

(昭和43年、薬学部事件)

昭和39年概算要求として薬学部新設を要求
昭和42年薬学部設置準備委員会発足
薬学部設置準備委員会：定員80名、学科目、
教員組織、授業科目、校舎等審議決定
昭和43年医学部に薬学科新設。定員40名の内示あり
医学部教授会はこの案に一旦賛成することに決定
昭和43年10月の医学部教授会で突然反論がでた。
(医学部長：山崎順教授)

医学部の新講座認可が遅れる
医学部の発展が阻害される
医学部と別枠で予算がくるのか？
医学部の犠牲が多く、教官、事務官の負担増
医学部全体の要求が切られる 等々

上記の意見を考慮して教授会は再投票し、
否17票、白紙3票で拒否を決定→**その結果**

文部省からは見放され
県とは絶交状態になり
市民、県民の支持を失う
その損失は計り知れず

群大に便乗して薬学部を要求した岡山大と広島大は
内示を飲み、現在薬学部が存在している。



写真 20 読賣新聞の記事 (昭和 43 年 11 月 22 日)

思い出深き木造講堂と学生ホール



木造講堂

式典、講義棟、ダンスホール
柔剣道場、宴会、なんにでも
使われた

昭和49年頃

(1975 (昭和50年) 取り壊し)



学生ホール (学生のたまり場)



昭和32年頃



1983 (昭和58) 年頃の昭和キャンパス
創立40年

大発展した群馬大学医学部

2004(平成16)年頃

空から見た現在の昭和キャンパスを中心にした風景
赤城山を望む方向



現在の昭和キャンパスのクローズアップ

医専時代にはこの姿は正に夢で、だれも想像できなかった
現在の姿の背後には営々と努力され諸先生の面影がある



平成16年撮影

ご清聴ありがとうございます

養心研學



石原 忍先生
初代 前橋医専校長

愛人尊
生
成甫



西 成甫先生
二代前橋医専校長
初代群大学長

おわり

La Fino