

腰痛と骨盤の 10 個の椎骨

2020 年 3 月 16 日

人体形状について説明する解剖学は最古の科学の一つである。この説明は昔の観察や見識に基づいている。何世紀にもわたって数多くの解剖書が執筆されてきたが、以前に出版されたものを丸写ししたものもあった。ある特定のものの見方が何世紀にもわたって世代から世代へと受け継がれてきたことになる。そして、書物を丸写しすることによって、形状と機能に対する見方もそのまま受け入れてきた。そこで、「ものの見方を変えることで、古い解剖辞典には載っていなかった、そして今でも明らかにされていないさまざまな形状や機能が見えてくるのではないか」という疑問が提起される。

解剖のレトリック

解剖学の文献では、椎骨を 7 個の頸椎、12 個の胸椎、および 5 個の腰椎に区別している。脊柱の一番下を成すのが仙骨と尾骨であるが、これらも重要な骨である。この尾側の領域と左右の腸骨を骨盤と呼ぶ。

この領域をより詳しく見ると、仙骨と尾骨はそれぞれ 5 個の仙椎と 4 個の尾椎（尾椎は 3 個だという人もいる）が融合したものであることがわかる。仙骨は外から見ると一つの骨のようだが、矢状断面図を見ると、主に骨の皮質部が融合していることがわかり、仙骨が 5 個の個別の椎骨であることが明らかである。尾骨にはこれほどはっきりした形跡は見られないが、それでもその起源を見ることはできる。では、脊柱を 7 個の頸椎、12 個の胸椎、5 個の腰椎、および 9 個の骨盤の椎骨から構成されると言うてはどうなのか。

珍しいケースではあるが、第 5 腰椎が仙骨と融合していることがある。この現象は第 5 腰椎の仙骨化として知られており、殆どの場合、脊椎の片側のみに現れる。この仙骨化という現象をさらに詳しく見ると、仙椎は 6 個である（第 5 腰椎+5 個の仙椎）と定義するのはそれほどおかしい考えではないということが明らかになる。したがって、第 5 腰椎を第 1 仙椎と言い換えることができる。そして、骨盤の椎骨を 6 個の仙椎と 4 個の尾骨を合わせた 10 個であると定義することが可能となる。こう言うと、笑われたり、不審がられたりして、「何故、そんなことをするんですか」「くだらない頭の体操じゃないですか」「なんのために」という質問が出るかもしれない。では、どういうことが見ていこう。

骨化の背後にあるメカニズム

結合組織は内部組織（仮訳）（inner tissue）または中胚葉（mesoderm）とも呼ばれる（後者二つは胎生学用語である）。この結合組織はさまざまな形態をとり、液体状態（血液）にも、固体状態（骨）にもなり、その間の形態として筋膜、腱、靭帯などさまざまなものがある。

結合組織がどちらかという液体状態であれば、その形状と機能は浸透性の高さから化学（代謝）交換には有利だが、物理的緊張に対する抵抗は弱い。逆に、骨のように結合組織が固体状態であれば、その形状と機能は物理的緊張に対する抵抗には有利だが、化学交換には不利である。

生命の現象を研究していると、形状が常に変化（順応）しているという特徴を目の当たりにする。こうした変化は環境条件に応じたものである。生命というのは実際、最適な状態を求めての絶え間ない探求であると結論することができる。最適な状態というのは、たとえば重力などに対してある一定の物理的抵抗が確保されている一方で、十分な化学（代謝）交換が可能な状態である。

結合組織の骨化は、液体状態から固体状態に向かう絶え間ない変化の道のりである。水分、細胞間基質、細胞、線維という結合組織の四つの構成要素の割合が関係し、最も大きな割合を占める要素が水分→細胞間基質→細胞→線維というように時間の経過とともに移り変わっていく。ドイツ人胎生学者 E. ブレヒシュミットは、骨化が起こる領域を高密度化領域（仮訳）（densation field）と呼んだ。この領域は、数々の発生段階全体で見られるだけでなく、誕生後も長い間見られる。実は、高密度化領域は私たちの全生涯にわたって生じるものなのである。ある特定の状況では、こうした組織の変化が肩領域の棘上筋腱の石灰化や骨増殖症といった病変として定義されることすらある。足底骨棘（訳注：原文の plantar spur を直訳すると「足底骨棘」となりますが、calcaneal spur「踵骨棘」のことではと思われます）などはどう解釈すればよいだろうか。これらはすべて高密度化領域の活動／反応の例である。

こうした密度の変化に共通する特徴の一つは、当該領域で水分が圏外に押し出される一方、細胞基質が線維の間に取り込まれるということである。こうして結合組織の密度が高くなり、その結果、物理的緊張に対する抵抗が強まり、代謝交換が少なくなる。骨化プロセスでは、化学的側面と物理的側面のどちらも重要である。

高密度化に至る物理的条件

発生条件

膨張成長 - 脊柱の発生は時間軸に沿って数多くの段階を経る。まず、将来の神経管などの境界組織の成長による圧縮の影響がある。この圧縮の影響によって、内部組織に隣接する細胞が直接的な衝撃を受ける。将来の結合組織の細胞が圧縮される領域は挫傷領域（仮訳）（*contusion field*）と定義される。この領域内には若い軟骨細胞が発生する。これらの細胞は形状が変化しているだけでなく、直近の周囲に現れた線維を見れば明らかなように、代謝挙動も異なっている。

発生はある特定の時間軸に沿ってだけではなく、代謝が活動的な時期とどちらかというときと静止している時期との二つの明確に区別できる位相が交互に入れ替わる周期のなかで起こる。神経管の代謝が活動的な時期には、隣接する内部組織の細胞が圧縮される。この活動期の後、比較的静止状態が訪れ、その時期に膨張成長という現象が見られる。この膨張成長は挫傷領域内に発生した若い軟骨細胞によってもたらされる。圧縮が弱まり始めると、内部組織の細胞が水分を吸収し始める。この現象は膠質浸透圧の結果である。膠質浸透圧はコロイド浸透圧とも呼ばれ、水を引き付ける傾向のあるタンパク質の働きによって生じる。水分が細胞の外に押し出されていたため、細胞内のタンパク質濃度が高まって、その結果、膠質浸透圧の影響も強まっていた。この膠質浸透圧が上昇するや否や、細胞は水分含有量が上昇して風船のように膨張し始める。これは、軟骨が発達して成熟する挫傷領域に典型的な特徴である。

内部組織の細胞が互いに相手を押しのけようとするこの膨張成長は、内部組織の線維に物理的緊張を加える（停留領域（仮訳） *retension field*）。その結果、細胞と線維の間の水分がその領域から押し出され、高密度化に至る。この現象によって軟骨が軟骨性骨となる。

発生運動 - しかし、若い結合組織に物理的応力がかかる原因は軟骨の膨張成長だけではない。器官および器官系の発生運動もまた、その結合組織の線維内の物理的応力を増大させる原因となり得る。すると将来の脊柱にも応力がかかることとなる。発生というのは運動であると説明することもできるので、その運動の特徴の一つが線維の特性にも現れ、線維に空間的方向性が与えられる。停留領域では線維の方向がはっきりと見える。靱帯や腱などの構造では、このことが極めて明らかである。線維の密集した形態は骨の構造にも存在する。骨小柱がそうである。骨小柱にもはっきりとした空間的方向性があるのだ！それは、より密度の小さい近隣の結合組織の線維の方向性と連続している。器官に関する発生運動の形跡が骨の構造内に顕著に表れている。



図 1 (左)：骨盤領域の図解

緑色はのちに腹膜(この場合、より詳しく言えば骨盤の壁側腹膜)となる中皮の境界組織を示している。後壁には後腸(赤)および生殖器(黒)の表徴を識別することができる。左右の緑の襞は卵管(中腎傍管とも呼ばれるミュラー管、女性のみ)となる。これらの構造が成す直線上に、内部組織空間(将来の骨盤腔および

後腹膜腔)内に緊張を引き起こすことになる発生パターンを見て取ることができる。

発生関係は橙色で示されている。後方の矢印は後腹膜腔(例えば卵巣提索)との関係、前方の矢印は肝円索およびそこから横隔膜につながる部分との関係を示す。

図 2 (右)：骨盤領域の図解

頭蓋・脊柱・仙骨系および胸腹横隔膜(訳注：原文の” abdominal diaphragm” の定訳はなく、直訳すると「腹横隔膜」となりますが、日本語にはありませんので、「胸腹横隔膜」のことではないでしょうか)との発生関係。この図は異なる系統間にさまざまな位置関係があり得ることを示している。これらの位置関係の方向性に気付くと、特定の領域の機能性の影響があり得ることがわかる。

出典：Anatomy & Ontogenesis – Seminar 4: Developmental pattern of the urogenital system, La Bresse/France, 2019 (解剖学と個体発生論 - セミナー4：泌尿生殖器系の発生パターン、ラブレス／フランス、2019年)

重力条件

私たちが生まれてすぐに直面する最も激しい変化の一つは重力である。重力は私たちの身体に緊張を加える。その緊張は結合組織に非常に大きな衝撃を与える。この物理的応力に対処すべく、抵抗力のより小さい方向へ力が誘導される。つまり、緩い結合組織の線維の組織化が進む。では、すでに空間的にも方向的にも組織化されている結合組織の場合はどうか。それらは繊維の数が増えることと液体が外に押し出されることによって強化される。

増加する線維とその高密度化が目立った特徴は、より抵抗力の低い（緩い）方向が、器官および器官系の発生パターンの方、つまり、発生運動によって「あらかじめ設定されていた方向」と一致するということである！このことから、重力条件下における私たちの挙動は、先行する発生運動に由来する構造とテクスチャー（密度）の特徴を強めるのだという結論が出る。

骨盤の椎骨について

骨盤領域については、大骨盤と小骨盤の違いを区別しなければならない。骨盤の広い方の部分である大骨盤は、主に左右の腸骨を指す。小骨盤は仙骨、尾骨、座骨（および恥骨の一部）を含む部位を指す。

小骨盤の形状と機能は泌尿生殖器の発生と密接に関係している。実際、それらの発生運動は、骨盤領域の結合組織内に方向性緊張を引き起こす。この方向性緊張や発生パターンによって、結合組織のテクスチャーの密度が高まり、結合組織の状態が変化する。骨盤領域のこうした変容は誕生後も長い間続く継続的な現象である！この誕生後の骨盤の変化は、例えば初経前または月経が始まったばかりの思春期の少女に明らかに表れる。骨盤の形状が変化する妊娠期も同様である！（読者のなかに生化学者がいるかもしれないが、代謝性変化は本当に結合組織のテクスチャーに影響を及ぼし、来る誕生に「備える」のだ。もっとも、この「準備のための変化」はこの領域における化学的条件および物理的条件の変化の結果であると考えるべきではあるが。）

これに、特に姿勢の変化（二足姿勢）によって増大する重力の影響が加わり、結合組織がさらに強く緊張して高密度化プロセスが加速する。これにより、線維にすでに備わっている方向性にさらに強い緊張がかかる。そして、それが骨盤領域の変容につながるのである。

第1仙椎と呼ぶべき第5腰椎

泌尿生殖器の発生に関連する構造の運動を徹底的に勉強すると、この現象の方向性緊張がいわゆる腰部にまで及んでいることが明らかとなる。卵巣提索などの構造は第5腰椎の領域に扇状に伸びている。同じ領域内にはその他にもテクスチャーの変化がある。腸腰靱帯などの靱帯は、泌尿生殖器の発生運動を原因の一つとする緊張によって生じる明らかな高密度領域である。これらの構造は後に直立姿勢（二足姿勢）になるとすぐ重力による緊張に晒される。

解剖学書でも発生学書でも、卵巣提索というのは女性に関してだけ記述されている。しかし、

卵巣の下降運動（に相当する運動）は精巣にもあると説明できることを心に留めておかなければならない。男性生殖器も女性生殖器も発生条件は（ほぼ）同じである。性別による特定の違いはあるかもしれないが、発生運動がたどる傾向は同じである。

この運動は緊張を引き起こし、その結果として内部組織（のちの結合組織）が高密度化する。テクスチャー内のこうした変化は、どちらの性においても線維の組織化に同じ形跡を残す。そして、それがどの程度同じであるかによって、ある特定の構造としてある解剖学的用語で呼ばれるようになったりならなかったりするのである。例えば、男性の（精巣）導帯は女性の子宮円索に相当するが、女性の卵巣提索に相当するものは男性にはないようである。しかし、本当にそうなのか。この領域の結合組織を顕微鏡で拡大して見ると、そうでないことをその構造が物語っている（A.T.スティル、オステオパシーの哲学、17-18 頁：私が言う「解剖学」の意味）

（解剖学が好きな人は、「子宮広靭帯と盲腸との間のクラド靭帯はどうか」という難問について考えてみると良い。これは解剖学的に存在するものなのか、それともフランス人婦人科医クラド（1856－1905 年）の想像の産物に過ぎないものなのだろうか。Stedman's Medical Eponyms（ステッドマン医学略語辞典））

形状は、構造と位置関係の結果である。機能とはその元の形状を維持しようとする継続的な試みであり、位置関係の変化に対する継続的な抵抗である。このことを背景に考えると、第 5 腰椎は脊柱の構造の一部を成す。しかし、その位置関係から、骨盤領域の泌尿生殖器系の構成要素でもあると確実に言える。したがって、第 5 腰椎を第 1 骨盤椎と呼ぶのは理にかなっている。泌尿生殖器との密接な関係を考えると、まさにこの言葉を使ったほうが筋が通っている。この関係によって骨盤領域に独特の形状と機能が備わるのだ。

解剖学的真実かそれとも頭の体操か

人体構造を再定義することにどれほどの現実味があるだろうか。そこに頭を使う目的は何か。私たちが問いかけるべき問題は、「第 5 腰椎の仙骨化という稀な現象のほかに、この椎骨を第 1 仙椎（または 10 個ある骨盤の椎骨のうちの第 1 椎骨）と見なすべきであると仮定させるその他の解剖学的または機能上の現象（あるいはその両方）はあるのだろうか。

組織にある腰痛の起源

1991 年、クスリッヒが率いる研究グループは、”The tissue origin of low back pain and sciatica” 「組織にある腰痛と座骨神経痛の起源」と題する記事を発表した（Orthopedic Clinics of North

America「北米整形外科臨床」、第22巻第2号)。この研究の最も興味深い結論は、腰痛も坐骨神経痛も神経根の炎症の存在によってのみ説明がつくということである。皮膚、筋肉、靱帯、関節包、椎間板などを引っ張ったり押したりしても、これらの組織のいずれも腰痛または坐骨神経痛（あるいはその両方）を患う患者が感じている痛みとの関連性はなかった。

組織の炎症の生理的起源をより詳しく見ると、いくつかの結論を下すことができる。まず、炎症する可能性があるのは結合組織だけだということである。そして、炎症には明らかに血管が関係している。つまり、いつもそうとは限らないが、血管系のうっ血が炎症の重要な臨床徴候であることがよくある。このうっ血は、私たちの身体の脈管化のうちの静脈・リンパ管の部分の形状と機能に関係がある。ここからが面白い。

第5 腰椎の血管新生

患者がオステオパスの治療を受けに来る理由としてよくあるのが腰痛と坐骨神経痛である。そのため、この領域の血管新生について詳しい知識を身に付けておくことは、この症状が何によって引き起こされているかを理解できるようになるための第1の条件である。

ある特定の位置に固定されてしまった椎骨が原因なのだろうか（FRS, ERS, NSR - フライエットの法則を参照）。そうかもしれない。しかし、それでは、この椎骨とそれに隣接する構造との位置関係を変えたのは誰か／何かという疑問には答えていない。「重いものを持ち上げてしまった」とか「変な体の動かし方をしてしまった」という説明やこじつけの理由をよく聞くが、あまりにも単純であるし、それが唯一の理由だとはとても言えない。「目が覚めたら痛みを感じた」という患者の場合、これでは説明がつかない。ある椎骨の「機能不全」という考え方も、「化学的痛み」のはっきりとした特徴（広範性、不動状態で痛みが増す、C線維の痛みであると言われている、など）を本当に説明することもできない。化学的痛みというのは炎症に特有であり、炎症というのはクスリッヒの研究グループの発見によれば、腰痛と坐骨神経痛の重要な臨床条件である。

炎症のケースでは、症状が表れている部位の（微細）血管新生に注目すべきである。血管はこの症状にどのように関与していて、どこから来ているのだろうかということを考えるのだ。最初に言及しておくべき解剖学的に面白い点は、第5腰椎の領域の血管が下大静脈とではなく骨盤の静脈（ほかにはあり得ない！）と直接つながった構造から発達したものであるという事実である。そしてこの場合、いろいろなバリエーションはあるものの、小骨盤（泌尿生殖器）の静脈血管とつながっている可能性もあるということである。

さらに、これらの静脈血管には静脈弁がないということを忘れてはならない。静脈弁がない

ということは、血液流の方向が固定していないということである。正常な状態では、第5腰椎の部位の血液は骨盤領域に流れ、そこから内腸骨静脈に流れていくと私たちは考える。しかし、骨盤（泌尿生殖器／直腸）がうっ血している場合はどうなのだろう。血流が逆方向になるということはあるのだろうか。少なくともこれらの血管の圧力が上昇して骨盤から第5腰椎の部位にかけてうっ血することはあり得る。ハーリヒーは1947年に発表した文献（静脈系の見直し）のなかで、骨盤から脊柱に入り、そこから脳硬膜静脈洞に直接入る側副血行路にさえ言及している！したがって、ハーリヒーによると、血液の流れが変わって脊柱に直接入ることは可能なのである。バトソン（1956年）は、これら脊柱の血管を“venous store houses”（静脈の貯蔵所）と呼んだ。バトソンは、血液の流れが変わって脊柱に入るには骨盤領域が確実に適しているということを実験で示した（1826年のジルベール・ブレシエの文献も参照せよ）。言うまでもないが、血液が脊椎管の静脈のなかに移行すると、硬膜静脈洞内の圧力も上昇する。海綿静脈洞と翼突筋静脈叢の接続部などの静脈の側副血行路（の流れ）が妨げられた場合、圧力の上昇によって群発頭痛などの症状が引き起こされることがある。症状は頭蓋領域や腰に出るかもしれない。しかし、この疾患の一次的原因は骨盤領域に突き止められるかもしれない。



図3：ジルベール・ブレシエ、
Recherches anatomiques, physiologiques et
pathologique sur le système veineux et
spécialement sur les canaux des os（静脈
系特に骨内静脈路に関する解剖学的・
生理学的・病理学的研究）、1829－1830
年
これはより大きな図の小さな一部に過
ぎない。－図版16

このように第5腰椎の血管新生をより詳しく見てみると、骨盤領域の血管との密接な関係に気付く。したがって、骨盤内に位置する泌尿生殖器系関連の構造内の緊張パターンが位置的および方向的に互いに関係を持つその他すべての構造に及ぶということは驚くべきことではないはずだ。そしてまた、周辺にある泌尿生殖器系の「懸垂」器官の治療が第5腰椎を含む骨盤領域（および頭蓋領域さえも）のうっ滞という現象に効果をもたらすことも不思議ではないはずだ。この領域に関わる筋膜、靱帯、および（骨小柱を含む）結合組織のその他

の高密度化した箇所を治療すると、第5腰椎（第1骨盤椎と呼ぼうか）の血管新生に影響を及ぼすことができるのだ。この治療は頭蓋・脊椎・仙骨の治療でもあり、内臓系の治療でもあると見なすことができる。「系統の特徴」を症状が表れた領域との関連で定義し、パターン化した結合組織の緊張がどの系統に属するかを判断するだけのことだ。

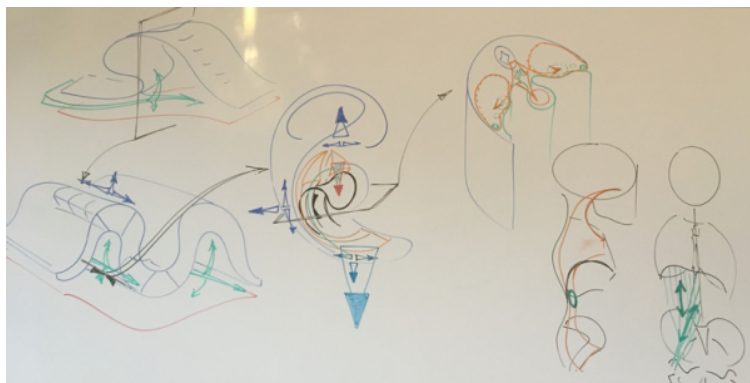


図4：後腹膜腔の構造化に至るまでのさまざまな発生段階の図解

いわゆる後腹膜腔というのは、実は胸部に位置する縦郭とつながっていて、骨盤領域に及ぶ。この「内部組織空間」には、個々の系統（頭蓋・脊

椎・仙骨系、内臓系、泌尿生殖器系、および運動器系）の主要な神経・血管の構成要素が含まれている。さらに、この空間でこれらの異なる系統が合流してさまざまな結果をもたらしている（機能的・機能不全的）。

図の各色および各矢印は、それぞれが身体構造と位置関係による一つの抑制機構を示している。各色および各矢印は血管、神経、筋肉、筋膜、腱などを見なすことができる。これらの構造のテクスチャーは（密度の違いによって）異なるものの、軌道の特徴は同じである。これらの軌道は構造化された発生パターンであり、人体が環境ストレスに反応する際に都合の良い楽な方向を提供する。

原典：Anatomy & Ontogenesis – Seminar 4: Developmental pattern of the urogenital system; La Bresse/France, 2019 (解剖学と個体発生論 - セミナー4: 泌尿生殖器系の発生パターン、ラブレス／フランス、2019年)

大腰筋その他

第5腰椎の名前を変える必要があることを解剖学的に示しているのは、この腰椎の独特の血管新生だけではない。大腰筋を見ると、この筋肉が第4腰椎まで「付着」していることが明らかだ。何故、第5腰椎には付着していないのか。さらに、腰仙骨神経幹は何故、第4腰椎-第5腰椎に位置し、第5腰椎-第1仙椎ではないのか。第5腰椎を骨盤領域の一部とし

て見なければその説明がつかないのではないだろうか。骨盤領域は、坐骨神経に関連する神経・血管の軸に沿って伸びている脚の一区画にまで及ぶ。組織に由来する坐骨神経痛とは何だったか。その通り！

この場合はどうするか。

例えば、腰痛、坐骨神経痛などの場合、どう対処するか。どのテクニックを使うか。高速スラストにするか、それともサザーランド・テクニックにするか。（筋肉はこれらの原因ではないという）クスリッヒの発見を考慮すると、筋肉エネルギーテクニックにどれほどの価値があるだろうか。

まず、「この場合はどうするか」と考えることは、患者が抱えている疾患を解剖学的に理解することから始まる。そして、解剖学的に理解するということは、単に身体構造の名称を覚えて暗記することではなく、形状、構造、および位置関係を理解することである。これは何を意味するのかということを知るには、「正常」について知っていなければならない（A.T. スティル参照）。そして、それには巨視的次元の境界を越えなければならない。位置関係は、空間的に組織化された方向性という脈絡で考えればすぐに明白（論理的）となる。これは、パターンというかたちで説明される脈絡であり、その知識は胎生学などを勉強しているとだんだんと身に付いてくる。

それから、どんなテクニックを使うかという問いがある。「この症状にはこのテクニック」というやり方は非常に単純化された手口である（A.T. スティル、オステオパシーの哲学、2 頁 「私は学生に対して、この病気にはこの骨を叩きなさいとかあの骨を引っ張りなさいという指導はしない」）。そのような単純な手法を必要とするのは、解剖学を知らない人たちだけである。あるいは、A.T. スティルの言葉を借りれば、「そういう人たちは判断する基盤が何もないのだ（自伝、第 12 章、162 頁）。よって、患者の疾患を理解することができない。

テクニックは道具に過ぎない。物理的条件および化学的条件に対する組織の反応の性質を見ると、圧縮と牽引という「二つの物理的な力」が重要な役割を果たしていることがわかる。それなら、これを意識して活用すれば良いではないか。実のところ、どのテクニックを使うべきかではなく、結合組織内の緊張を解すにはどの方向を目指すべきかを問わなくてはならない。これは非常にシンプルだが、重要な原則ではないだろうか。

しかし、生きた人体構造をイメージしてそのなかでこの緊張を視覚化することを重要視しなければ意味がない。このことは、テクニックと呼ばれる一切のものを応用する際の必要不可欠な条件ではないだろうか。少なくとも言えることは、テクニックを正確に介入させるう

えでの欠かせない要素であるということである（A.T.スティル、自伝、The philosophy and mechanical principles of Osteopathy（オステオパシーの哲学と力学的原理）、18 頁、「・・・千分の一・・・」）。このイメージした図には存在するすべての個々の構造だけでなく、それらの間の位置関係も含まれていなくてはならない。これは、何が正常で何が異常かを区別できるようにするための条件ではないだろうか。

まとめ

人体における各構造間の位置関係の正確な記述に基づいて解剖用語を再定義することで、患者および患者が抱える問題のイメージをより正確に描くことができる。症状が問題なのではなく、こうした位置関係の変化が問題なのである。この変化がさまざまな挙動の原因となっているのだ。

古典的な用語体系によって長い間隠されてきた諸関係を発見するには、人体構造の形状をさまざまな方法で見る必要がある。形状の発生の背後にある原則を理解することは、ものの見方を変えることに役立ち、新たな位置関係が見えてくるかもしれない。そして、それは「機能（不全）」という言葉に別の意味を与えることに役立つかもしれない。

技術優先社会では、「どのようにしてそれをしたのかではなく、何故それをしたのかを問え*」をモットーとすべきである。現在と昔の見識に基づいた解剖学の深い知識は、「何故それをしたのか」の問いに答えるための条件である

* アンドリュー・テイラー・スティルの言葉ではないが、スティルが生きていれば賛同してくれただろうと私は確信している。

