

先日、食道色素研究会のため鹿児島を訪れた。私が鹿児島といっただけで連想するのは、当地出身の消化管外科の第一人者であり、本号でも多くの論文に引用されている「西の分類」の西満正先生のことである。偶然にもこの編集後記という宿題を携えての鹿児島訪問となったのだが、西先生にはご縁あって、生前親しく声をかけていただく機会があった。開業医の倅であった私が、病理学教室へ入局すると知ると、ご自身も病理に造詣の深い先生は、「病理は小学校の過程よりは難しい、だから少なくとも（小学校と同じ）6年はしっかりやったらよい」とおっしゃった。先生は文学や音楽に通じており、自らピアノを弾いて朗々と歌われた「荒城の月」のなんと魅力的だったこと！ フランス料理店で銘醸ワインのリストなどには目もくれず、ウイスキーの水割りを通しておられたのは、今考えてもカッコよいものだ。

西の分類は、「接合部から上下2cmを接合部癌」「上下1cmを境界部癌」とシンプルで直感的に一刀両断されているように思えるが、実はそれらは噴門腺や括約筋の分布という解剖学・組織学の知識に基づいて決められているということが重要である。理論に裏付けられた豪胆さは、優れた外科医の手術にも通じるものがある。

本号の向所論文により、かつて西先生が提唱した“食道噴門境界部癌”の概念は噴門腺の分布という組織学的実態を正確に反映したものであることが検証され、京都国際コンセンサス会議による食道胃接合部領域（gastroesophageal junctional zone；GEJZ）と合致することが示された。この接合部から1cmを境に食道円柱上皮の成り立ちが変化すること、は、諸外国がBarrett食道という呼称を長さ1cm以

上の円柱上皮被覆食道に限定して用いていることの妥当性を説明し、SSBE（short segment Barrett's esophagus）/USSBE（ultra-short segment Barrett's esophagus）の発癌ポテンシャルを考えるうえで重要な情報である。

さて、鹿児島での研究会を終えた後、現地で活躍されている旧知の内視鏡医のお二人と夕食を共にした。お二人とも『胃癌の構造』『大腸癌の構造』で知られた消化管病理学の泰斗、中村恭一先生の薫陶を受けられた方である。同席してくれた若い病理の後輩に先人の仕事や人柄を伝えるべく、大いに語る一夜となった。中村先生の業績に大腸腫瘍組織の異型の数値化とそれによる腺腫と癌との判別というものがある。当時の画像解析技術とコンピュータ性能の制約から、実用化には至らなかったものの、近年のAI診断の発展を考えると、その先見性には刮目すべきものがある。当時から「そんなことをしたら病理医がいなくなってしまうよ」という冗談交じりの（本当に35年前は機械が診断するなんてみんな冗談だと思っていた）意見には「その通り、医学研究の究極の目標は医者を不要にすること」とおっしゃっていた。中村先生も西先生に劣らず教養人で、ときにその発想の立ち位置が高所・大所すぎて、凡人がついて行けなくなるというか、けむに巻かれるようなこともあったのだが、広い視野でものごとを捉えることの重要さを伝えようとしておられたのだと思う。そんな中村先生であるが、原稿の締め切りは厳守される方だったと聞く。それに引き換え遅筆のわが身、編集後記ということもあるが、拙稿の執筆も発行までぎりぎりのタイミングとなった。背中で輪転機を準備する音が聞こえてきたので、このあたりで筆を置くこととする。