

座談会

「胃と腸」創刊号からの電子ジャーナル化を迎えて

歴代編集委員長の“私の一冊”

出席者 八 尾 恒 良 (佐田病院名誉院長)
 多 田 正 大 (多田消化器クリニック)
 牛 尾 恭 輔 (独立行政法人国立病院機構九州がんセンター名誉院長)
 飯 田 三 雄 (公立学校共済組合九州中央病院院長)
 芳 野 純 治 (藤田保健衛生大学坂文種徳會病院院長)
 <司会> 松 井 敏 幸 (福岡大学筑紫病院消化器内科)

(2011年9月12日, 於: ヒルトン福岡シーホーク)

はじめに

松井(司会) きょうは遠方からも、残暑が厳しいなかをお集まりいただきましてありがとうございます。

今日は「胃と腸」の歴代の編集委員長にお集まりいただきまして、「胃と腸」のこれまでを振り返ってみようということが1つのねらいです。なぜ、このような座談会が企画されたかといいますと、購読者のためにこれまで出版された「胃と腸」を創刊号より全部電子化して、閲覧できるようになりまして、それは大変有意義なことではないかということです。

これまでのあらゆる業績を、場合によっては1日で見ることもできるのだと思いますが、やはり歴史的な背景とか、「胃と腸」の立場もご理解いただかないと、なかなかスッとみることもできないと思います。

「胃と腸」は、基本的なところは変わっていないとは、長い間みて思っているのですが、多少は編集方針も違うのかなということもあります。何しろ、やはり自分自身が卒業する前のことは誰も知らないというか、あまり理解していないようなところがあります。

私は、「胃と腸」誌の最初の十数年間はほとんど

わからない世代です。「胃と腸」がそもそも生まれたころのことも知りませんし、途中で先輩の編集委員長がされていたようなこともわかりません。

いま「胃と腸」を読みたいと言われている読者の多くも、その辺りについてはまだ深く理解していない点が多いと思います。ぜひその辺りを啓蒙するということと、「胃と腸」の立場をより強調していただいて、可能であれば今後の「胃と腸」の展開などにも資するようなお話をいただけたらと思っています。よろしくお願いします。

まずは、ご自分が読んで感銘を受けた、あるいは編集して非常によかったというような「私の一冊」を挙げていただきまして、それを切り口にしてお話をいただければどうかと思っています。その前後の事情とか、その後の学問の進展とか、「胃と腸」の中での変遷なども含めて、お話いただきたいと思います。

「Endoscopic Surgery」

松井 では、芳野先生、新しいところから振り返っていただけますか。

芳野 私は編集委員長を2007年4月から2011年6月まで務めさせていただきました。私が選んだのは「胃と腸」の11巻11号(1976年)「Endoscopic Surgery」です。



八尾 恒良 氏



多田 正大 氏



牛尾 恭輔 氏

この時は実はまだ私が大学を卒業して2年目で、研修医を1年終わって、内科医として始めたところでした。今から35年ぐらい前で、本当に自分が消化器をやるかどうかともわからない時代でしたが、実は「胃と腸」のこの号をみて消化器に進もうと思いました。それぐらいのインパクトがありました。

簡単に説明しますと、この「Endoscopic Surgery」という号は、内視鏡的乳頭括約筋切開術 (EST) が主な主題です。1974年にESTが臨床で初めて行われるようになり、そしてその2年後に本号が発行されています。また、同号には消化管の polypectomy の全国集計もされており、72施設で3,600例くらいが行われたと記載されています。当時はまだ polypectomy が全国でわずか3,600例くらいの時期というわけです。

このときは、内視鏡は診断だけで、まだ治療ができなかった時代でした。私は医者になってまだ経験が浅かった時期でしたが、吐血の患者さんが来ても直ちに外科の先生にお願いして、内科医は何も治療ができないという時代でした。しかし、これから内視鏡による治療が始まるのだと思いました。endoscopic surgery という名前に憧れを感じて、これを大事にしています。

「胃と腸」は診断が主ですが、治療の進歩とともに診断も進んでいきます。新しい診断がまた治療を促すというように、診断と治療は両輪みたい

な形で進んできたのではないかと思います。そのような意味で、内視鏡治療がまた新しい診断学を生み出し、それによりいろいろと進歩してきたのだと思っています。今はESD (endoscopic submucosal dissection) など素晴らしい内視鏡治療法がありますが、本号がその一步を示していると思いました。

30年後の41巻増刊号に「消化管内視鏡治療2006」(2006年)があり、その間に進歩してきた内視鏡治療がまとめられています。早期胃癌、通過障害、食道静脈瘤、異物の治療などが書かれています。そのように発展してきたのだらうなと思って、この号を挙げました。

松井 私もその号を持っているので改めてみてきましたが、そのときは表紙はまだ「胃と腸」の「腸」の文字が小さい。「腸」の文字が大きくなったのはいつからですか。

八尾 それは、私が編集委員に入れてもらった1976年ですよ。当時の編集会議は、村上忠重先生が最上席に座っておられて、あと、白壁先生以下ダツと並んでおられる。村上先生が「今度の特集、どうしようか」とおっしゃっても、皆直立不動で、だれも発言なさらなかったですね。

私と西澤護先生と武藤徹一郎先生が新しく編集委員になった最初の編集会議でいちばん末席でしたが、「肝臓を入れようか」という話になりました。たまりかねて手を挙げて、腸疾患を取り上げ



飯田 三雄 氏



芳野 純治 氏



松井 敏幸 氏

たらいかがででしょうかと申し上げたのです。

そうしたら村上先生が「おまえ、よく考えて組んでこい」とおっしゃいました。その翌年から腸疾患が取り上げられて「腸」の字が大きくなったといういきさつです。

それで、その翌年から、腸結核、Crohn 病、Behçet 病、単純性潰瘍の特集が始まりました。その以前にも Crohn 病などが取り上げられてはいますが、冴えなかったですね。

松井 それまでの最初の 10 年ぐらいの特集は胃癌を中心に胃ばかりだったのですか。

八尾 他にも取り上げられてはいます。いま話に出た polypectomy と膀胱造影は 1973 年(8 巻)で、polypectomy と生検診断、家族性ポリポシスの座談会が 1974 年(9 巻)ですね。色素内視鏡の登場がその翌年の 1975 年(10 巻)です。

多田 5 巻「胃を除く消化器の早期癌」(1970 年)で初めて早期大腸癌が取り上げられています。

牛尾 12 巻 1 号(1977 年)は「腸」の文字が大きくなった年です。そこには村上忠重先生の巻頭言が載っています。ちょっと読んでよろしいですか。

「これは胃から始まった本誌の内容が次第に他の分野の消化器病(肝を除く)をカバーすべく広がったことを意味する。胃の字が相対的に小さくなったのは、胃を軽視しているのではなく、胃の診断学において私どものとった実証主義が、食道

は申すに及ばず十二指腸や大腸にまで行き渡ったという解釈が成り立つものと思われる。(中略)消化器病の診断学は、その全分野にわたって完全に客観性に立脚するようになったのである。(中略)これまで通りの実証主義、美しい絵と、行き届いた説明と、世界に通ずる先取り主義を決して忘れるものでないどころか、今後一層この方針を合理化し、かつ充実するものであることを同時に誓いたいと思う」と。

松井 12 巻から大きくなったのですね。それもまた歴史として非常におもしろい、記念すべきものですね。

八尾 ちょうどそのころは、狩谷先生の精密な大腸の X 線検査、大腸内視鏡検査が普及した時期です。小腸二重造影法が 1974 年(9 巻)です。腸の新しい診断法が確立したという時代的背景もあります。

ただ、当時の「胃と腸」は、大腸、小腸の二重造影にしても、吉田操先生ほかの早期食道癌にしても、他の雑誌で取り上げられることはなかったですね。そういう意味では、「胃と腸」は最先端だったと思います。

「大腸腺腫症—最近の知見」

松井 それでは引き続き、2004～2007 年の編集委員長でいらっしゃった飯田先生に一冊を挙げていただきます。

飯田 私は、自分自身が「胃と腸」にたくさん論文を書いてきましたので、いちばん印象に残っているのは最もかわりが深かった家族性大腸腺腫症に関する特集ですね。1冊に絞れといったら、32巻4号の「大腸腺腫症—最近の知見」(1997年)になります。

その前の19巻6号「大腸腺腫症の経過と予後」(1984年)、このあとの39巻8号「家族性大腸腺腫症—最近の話題」(2004年)にも特集が組まれています。これら一連の家族性大腸腺腫症に関する特集が一番印象に残っています。

特にこの1冊を挙げたのは、私がずっと取り組んできた大腸腺腫症に関する一連の研究の総まとめとして、上部消化管病変の長期経過という視点で書いたもので、自分自身の形態診断に対する考え方などがこれに現れているのではないかと思ったからです。

私が医者になって消化器を専攻して、最初に論文を書いたのが「胃と腸」誌に投稿した「小児例を含む家族性大腸ポリープの上部消化管病変についての考察」(1975年、10巻9号)です。これはわずか2家系5例の症例報告ですが、そのうちの3例が小児例でした。これの結論は、大腸は放っておいたら癌になるけれども、上部消化管は放っておいてもあまり大きくなって癌になることは少ないのではないかということです。それは子どもが親に近づいていくときの世代間の変化、自然経過と自然史を表しているのではないかという推測のもとに考察しました。

そのあと、私がこの前、教授を退官するまでに、百十何例ぐらい、このポリープの症例を経験しましたが、それらから得られた結論もこのときに推論したのと全く同じでした。私がずっと消化管の研究と診療をやってきた成果を発表する場が「胃と腸」でした。

なぜ「胃と腸」であったかという、思い切り書くことができたことと、思い切り画像を載せることができたからです。このわずか5例の症例報告にも、18枚の画像が掲載されていました。編集委員の先生から「これは削れるのではないか」といくつか指摘されましたが、「これは絶対に削れない」などのやり取りがあり、何とか18枚を載

せていただきました。

当時の消化器病学会雑誌も含めて、消化器関係の学会誌に載せられる画像はほとんど白黒写真で数枚でした。それでこの形態診断学の新知見を表すのは到底無理でした。その意味で「胃と腸」は私にとって育ての親であり、ずっとこの「胃と腸」があったからこそ様々な成果を発表することができたと思っており、非常に感謝しています。そういう意味で、その集約がこの1冊です。

多田 それまでは十二指腸乳頭辺りの病変を外科は局所切除していましたね。だから大変難しい手術をしていました。しかしこの病変が癌にならないと飯田先生が証明されて、そういう切除がなくなってきました。その意味で非常によい論文であると感銘を受けました。先生はその10年ほど前に「Gastroenterology」にも同じような主旨のことを出しておられるんですね。

飯田 私の基本姿勢は、まずトピックを「胃と腸」に載せて、そのあと症例を増やしたり、集積したりして、そのエッセンスをまた別の形でなるべく英文にしようという考えでやってきました。そうすることで、広く世界の人にも情報発信ができるのではないかと考えてきたのです。

八尾 飯田先生は「研究」の投稿論文3編で村上記念「胃と腸」賞を受賞されていますね。これは飯田先生だけだと思います。そのほかは全部主題論文ですね。

松井 飯田先生、ありがとうございます。

「消化管の“比較診断学”を求めて」

松井 それでは順番に、牛尾先生にも1テーマ2冊挙げていただいています。牛尾先生は2000～2004年にかけて編集委員長をお務めですが、先生のテーマをお願いします。

牛尾 私も飯田先生と同じように、「胃と腸」で育ててもらったと思います。白壁彦夫先生、市川平三郎先生らのご指導とともに、「胃と腸」が私の生き方を決定したようなものだと、今もそう思っています。それは非常に感謝しています。そういう意味では、早期胃癌のときから始められた、先達の先生方に感謝したいと思います。

私がちょうど編集委員に入ったころは、今、八

尾先生がおっしゃいましたように、疾患も胃から大腸に流れてくるときでした。そういう時代的な変遷があったのは間違いありません。個人的にも八尾先生とか、武藤先生とか、丸山先生などがちょうどワッと出てこられたときでした。そして症例もたくさん集まってきたのです。

そうすると、何かそこから統一的な診断学が、成り立つのではないかという考えが出てきました。私もそういう考えをもっていましたので、編集委員になって年間の企画を出す際に、こういう比較診断学的なものはどうかと提案したのです。

初めは比較診断学という言葉を使いませんでしたが、臓器の壁を破ってやれば何か新しいものが出てくるのではないかなと考えていたのです。

そして編集会議では非常にもめました。結論としては1主題2号に決まりましたが、そのとき比較診断学とは何ぞやということになりました。そこで丸山先生が「いや、比較診断学という言葉は白壁先生が使われ1つの用語として成り立っているよ」と言われました。そこでガラッと雰囲気が変わったのは覚えています。そして2号ともこのテーマでいこうと決まりました。それが21巻1・2号「消化管の“比較診断学”を求めて(1)・(2)」(1986年)です。

私自身にとって、胃から始まり、小腸、大腸の診断が出てきて、そこで統一的な診断学をやりたいという考え方をもっていましたので、この2つの号でいっそう決意が強くなりました。

この特集号で、2つ、私は習ったのです。1つは、比較診断学というのは統一的なものを目指するという考え方であるということ。その中で対比と比較とは全然違うことも教わった。「広辞苑」では、対比とは、2つのものを比べること、相対すること、であり、その根底には違った性質のものを並べること、その差異が著しくなる現象を示して、違いを浮き彫りにする考え方が入っています。これに対して比較とは、比べ合わせて考えることが重要視されていて、その根底には統一的なものを見い出そうとする考え方が入っています。今後、日本の消化管診断学が進むべき道だろうと考えて、私はそれに飛びつきました。また同じ頃、共通的にもものを見るために、白壁先生が「点

と線と面」という考え方を出されましたが、それにも同じような考え方があると思いました。

もう1つは、場を考えるという考え方です。疾患には炎症でも、腫瘍でも、病型と病期があります。白壁先生がよく言われたのですが、それらは場によっても変わってきます。そこで私がこの特集号を挙げた理由の1つは、臓器の境界部である食道と胃、胃と十二指腸、小腸と大腸、直腸と肛門部、そこに何か共通的な診断学をつくっていくことが、わが国の消化管診断学のためになるのではないかということでした。いまもそれは同じように考えています。

疾患の特徴にも場の理論があります。私の最初の論文も飯田先生と同じように、家族性大腸ポリポーシスについて「胃と腸」に発表しました。家族性大腸ポリポーシスでは、悪性化するのほとんどが大腸です。ところが大腸は内胚葉由来です。家族性大腸ポリポーシスは皮膚の外胚葉、骨の中胚葉由来の病変がたくさん発生しますが、悪性化するのほとんど大腸だけです。なぜか。そこに場の理論というものが絶対に必要でした。

また、場というのは変形の診断にも役立ってくるといえる考え方があります。それも白壁先生がよく研究会でおっしゃっていましたが、臓器の境界部のところは固定点と見なし得るため、その周囲に多発潰瘍ができれば、独特のクローバーミみたいな変形が起こる。確かにそうです。胃でも噴門部、十二指腸球部、それから回盲部もそうですね。共通的なクローバー様の変形がみられます。変形学も理論化してきたと思います。

そういう意味で、この比較診断学を追った特集号は、私自身の考え方というよりも、当時、全体にそういう雰囲気があって、そういう方向になり、私もその時代に身を置いたということです。そのことに私は影響を受けて、今でもいろいろな場について、考えています。

松井 食道、胃、大腸、ちょっと小腸はわかりませんが、癌ではある程度類似した変形理論が通用しますか。

牛尾 そう思います。変形の診断学以外でも、疾患自体の比較診断学があります。その1つとしてこの前、名古屋での消化器内視鏡学会で、消化

器癌の自然史がワークショップのテーマになりました。松井先生が基調講演をされましたが、食道、胃、大腸の癌の自然史について発表されました。

それで共通的なものは、やはり M 癌というのは非常に長いと述べられました。私が編集委員になったころまでは、食道癌の進展は早いんだといって、病変を見つけてもすぐに 1, 2 年で全周性の癌になるという考え方でした。しかしどうもそうではないというのが、徐々にわかってきました。食道における M の時期は長いことが判明しています。胃でも大腸でもそうですね。しかし消化管では SM に入ったあとは、場の理論にも関連しますが、急に進展しやすいことが判明しています。

松井 食道だけが特殊でしたね。でも最近は見つかるようになってきた。

牛尾 そうですね。そういう比較診断学が出てきて、“比較腫瘍学”まで進んだのではないかと思います。

これはそのあと出てきた考え方ですが、粘膜下腫瘍、特に悪性リンパ腫においても、食道でも胃、小腸、大腸でも共通点がある。皆、そう思っていました。それに理論をつけて文章化したのが「胃と腸」ではないかと思います。

芳野 比較診断学という言葉は、「胃と腸」前にそういう論文があったという記憶があります。

牛尾 白壁先生が比較診断学というのを日本大腸肛門病学会雑誌に書かれていますね。「胃と腸」では 20 巻 3 号「大腸を中心にした全消化管の X 線診断理論—比較診断学の提唱」(1985 年)です。

私はその論文に非常に感銘を受けました。特に場の理論は非常に衝撃的でした。そういう意味ではあの時期に生まれていてよかった。そういう疾患に会えたということは非常に幸せでした。

松井 その企画をお立てになるときには、なかなか膠着状態で、いろいろな言葉の考え方などに随分長く時間がかかったと伺いました。

牛尾 夜中の 1 時ごろまでかかった記憶があります。

多田 De Novo という人が「水平思考」という

概念を発表しました。1 つの事例があると、それを広げていけばいろいろなものに应用できるということです。だから消化管の診断についても、治療についても、胃でやったことが小腸にも大腸にも使えるだろうという考え方です。

X 線は面とか線、点でわかるのですが、内視鏡は点だけです。編集委員会でこの企画の決定のときに、内視鏡をだれが書くかという、誰も手を挙げる人がいなかったのです。その嫌な役が私に回ってきて(笑)。21 巻 2 号に胃と大腸の色素と拡大を使った比較診断学を書かされました。この原稿執筆は苦労しました。X 線では癒痕の理論とかいろいろわかりますが、大腸は点を見ているから炎症性病変の診断には弱点がありますね。そのころ私も浅はかな診断学でしたので、書きたくなかった論文ですが、懐かしい 2 号でした。

「図説 消化管形態用語の使い方使われ方」

松井 それでは次に進ませていただきます。次は今ご発言がありました多田先生に 1 冊を挙げていただきます。先生は 1995~2000 年にかけての長きにわたって編集委員長をお務めになりました。

多田 それまで「胃と腸」は増刊号というのがありませんでした。八尾先生が編集委員長の時代の 1993 年、初めて「早期胃癌 1993」という企画がなされました。

松井 12 月号が 13 号になったのはそういうことがあったのですか。

多田 ええ。それまでは索引号が発刊されていたのですが、やはり若い先生にとっては最先端のトピックも重要ですが、基礎的な知識の修得も大事ではないか、そのような啓蒙をしようということで増刊号をつくられたと思います。1 ページ講座とかに短編的な先輩のアドバイスが載っていましたが、X 線診断、内視鏡診断、病理診断、すべて統一してまず胃の早期癌の基礎的講座でやろうということで、93 年に増刊号の第 1 号が発行されました。

翌年が「早期大腸癌 1994」、その次が「早期食道癌 1995」とひと回りしたわけです。

その次に何をやるかですが、同じようにもう一

度早期癌をやってもよいが、あまり新しい企画がないので、全部の臓器を統合したタイトルで形態用語の使い方、使われ方という企画を立案しました。このテーマは27～29巻にかけて1頁講座に連載されていました。それをひとまとめの本にして、例えば「変形」の言葉、「霜降り潰瘍」はいったいどんなものか、その語源のいわれを正しく記述しようと考えました。編集小委員を牛尾先生、吉田操先生や下田先生にご担当いただいて、知恵を絞ってつくったのが31巻3号「図説 形態用語の使い方・使われ方」(1996年)です。大変苦労したので、私にとっては印象深い本です。

ただし、そのあとが大変だったのですね。読者からいろいろ指摘がきました(笑)。「ある項目の書いていることはおかしいんじゃないか」と文献を寄せられて、編集委員会に質問がきました。この返答に大変苦労しました。それだけ反響が大きかったわけです。

私たちも大変勉強になりました。何気なく使っている言葉が、これではだめであるとわかりました。やはり共通の言語として使うからには正しい言葉を使わなければいけないし、オリジナルのある人の意見を尊重しないといけない。

胃のポリープの分類でも、山田Ⅰ～Ⅳ型と、山田先生はこだわりましたね。早期胃癌研究会ではIsとかIIaとかいろいろな言葉を使われますが、山田先生は自分の分類に執着しておられた。そのような思い入れがある言葉ですからわれわれも大事に使おうと啓発したのがこの号です。

この号はあつという間に売り切れました。それでも購読希望の声が大きかったので、6年後に『『胃と腸』用語辞典』という単行本を出して、「胃と腸」編集委員会編、八尾先生監修として、より完璧なものにしたつもりですが、大変苦労しましたね。

松井 蚕食像で虫が葉っぱを食べる写真をどなたが撮りになったか、ちょっと忘れたのですが。

多田 あれは牛尾先生の写真です。

松井 ああ、そうですか(笑)。あれはよく撮れていたし、こうなっているのだということが一発でわかりましたね。

芳野 たこいば状隆起(たこいばびらん)の項にもタコの足の写真が出ている。あれも記憶に残る写真です。

多田 それは岡崎幸紀先生の写真ですが、別にthumb-printing像も、理解しやすくするため、私が粘土写真を撮って、これを載せてもよいかと、ご執筆の先生にお伺いして載せさせていただきました。

八尾 私はナブキンリングの写真を出した記憶があります。

多田 アップルコアサインも、リングをかじって、写真撮影して載せました(笑)。

牛尾 この企画のいきさつは、「胃と腸」、早期胃癌研究会の形態を大事にするというところからですね。そのときに、言葉にならない、例えば壁が“硬い”とか、“厚い”とは何なのかという話になって、そのうちに出てきた企画です。また、cobblestone appearanceとか、敷石状とか、外国由来の用語はいったいどんなものだという理由もあります。さらに、いま言われた山田先生の分類とかいろいろな分類があつて、整理したほうがよいのではないかという理由もありました。

それを形態を見てパッとわかるようにするのが「胃と腸」の役目だと進んだまではよかったのですが、そのあと何が用語として挙がるかと考えると、たくさん出てきました。これを分類するのも大変で、多田先生、苦労しましたね。やっと発行号をみてみたら、図が小さいとか、おかしいとか、私のところにも相当手紙がきまして、本当に忘れられません。

多田 増刊号は発行期日に制約があり査読が緩くなりましたが、単行本では皆で十分に読んで、おかしいところはないか、チェックしました。

松井 cobblestoneという言葉もその項目を見て、私は外国にあまり行ったことがなかったので知らなかったのですが、「ああ、こんなものなんだ」と理解できました。

牛尾 あれはスペインのマドリッドにある敷石です。またいちばん苦労したのは、牛眼像、bull's eye appearanceという言葉です。これはある先生から何度も手紙がきて「ドイツの文献とかたくさん読んだが違うのではないか」と言われて、苦労

しました。

多田 あれがいちばん苦勞した用語でしたね。

牛尾 牛眼像, bull sign が, bull というのは雄牛であって, 牝牛だったらどうなるかとか(笑)。

多田 確かに言葉には皆さん, 思い入れがありますから, 正しく使わないといけないと思いますね。

「陥凹性早期胃癌」

松井 それでは, 八尾先生にもおもしろいと思います。

八尾 私が編集委員になったのは1976年ですが, 1巻の1号に共著者として, それから2巻の2号には筆頭著者で書かせてもらっています。そういう意味では「胃と腸」とその開祖の先生方に, 生まれたときから可愛がられ育てられたという感覚ですね。

「胃と腸」の特徴は, X線, 内視鏡と, 肉眼像の対比がきちんとされていることです。白壁先生が1巻の1~3号に早期癌のX線診断を書いておられますが, 白壁先生, 市川先生, 熊倉先生と崎田先生といった先生方のやり方が基本になっていて, これは他国にはない学問体系だと思います。

日本で早期胃癌の診断が普遍化して50年を経過していますが, 外国では全然駄目でしょう。早期大腸癌や早期食道癌だって同じです。悪いけれども, アメリカでは100年経っても日本のレベルに達しないと思います。

日本でも, 私たちの時代の内科学の教科書にはX線, 内視鏡所見は何も書いていなかったですよ。学会場で胃潰瘍の診断にX線, 内視鏡と圧痛点とどちらが正確ですか, という質問が出る時代でしたから。病理の裏付けがあるX線, 内視鏡診断学には生きながら, 魂を奪われましたね(笑)。この頃までに検査所見とマクロとの対比は完成の域に近かったと思います。ただ, ミクロの集積がマクロを形成し, 病理所見の積分がX線, 内視鏡所見に反映されていることを主張した点では, 私たちもかなり貢献したのではないかと思います。

そこで, 私が挙げたのは, 私の1級下の藤原先生が, 未分化型が白い, 分化型が赤いことに気が

ついて論文を書いた, 6巻2号「陥凹性早期胃癌」(1971年)です(「陥凹性早期胃癌の診断学的問題点—X線微細診断と肉眼標本所見の関連, 肉眼標本所見と内視鏡上の色調および癌の組織型との関連性について」)。ところが文章が難解で, いま読み直してもわかりにくいですが, これは病理組織構築とマクロとミクロを結びつけた最初の論文だと思います。

翌年, 症例を増やして渡辺英伸先生の力を借りて整理し, 色調の話も含めたのが7巻6号(「胃癌の浸潤範囲の内視鏡診断」, 1972年)です。

多田 この7巻で, X線は古賀先生が書いておられますね。内視鏡は八尾先生が書かれた。マクロと対比しながらそれをX線にフィードバックして診断学を構築しようという姿勢に私も感銘を受けて, 7巻から自分で定期購読するようになりました。

芳野 この「台状挙上」という言葉は, その巻に書いてある言葉ですか。

八尾 いえ, 12巻9号(1977年)の深達度診断の論文に書いたのが初めてです。癌のmassを診断するのに胃癌を伸展させて観察するのが必要なことをちょっと書きました。最近もこの仕事をやり直しましたが, 病変が小さくても同じ結果でした。

芳野 あの言葉をずっと使わせてもらって, 先生の論文の絵をまだ使わせてもらっています。非常にわかりやすいですね。あれは先生が作った言葉ですか。

八尾 いや, 仲間うちでは藤原先生が言い出したのではないかと思います。

多田 「胃と腸」の創刊号をみると, 村上先生が「胃と腸」は実証主義の立場を取る。きれいな写真を撮って, それを上手に解説しなければいけない。だからX線とか内視鏡の画像を, 病理, マクロ, 組織にフィードバックさせて, X線, 内視鏡をもう一度考え直さなければいけないということを提案されていました。

私はしゃべるのが下手だから, せっかくよい写真を撮っても上手に発表できない。でも丸山雅一先生や牛尾先生は実に恬然と研究会などで発表されていて(笑), 憧れの眼で聞いていました。その

頃に私も駆け出しの医者で貧乏でした。「胃と腸」の毎号を全部購入するのはなかなか難しかったのですが、八尾先生の7巻6号の論文を読んで感銘を受け定期購読者になりました。この論文で私は大変勉強させてもらいました。

松井 色が赤いとか白いとかいう話が発展して、最近では解決されつつありますけれども、どうして赤いのかというのはなかなかうまく解決されません。ずっと時間がかかりましたね。

八尾 実は、国立がんセンターの佐野量三先生が、分化型と未分化型を色でわかるという、九州には手相見みたいなものがある、自分のところでやってみたけれども、そんな事実はなかったとおっしゃったことがあります。

松井 いつごろの話ですか。2、3巻のころですか。

多田 あれは早期胃癌研究会でそんな主旨をおっしゃったのではないですか。

八尾 そうです。それで私は「はい」と手を挙げて、先生方は死人の顔色を見る、私たちは生きた人間の顔を見ているのだからと言うと、ムッとされました。でもそれがきっかけでその後ものすごく可愛がってもらって、familial polyposisの座談会に引っ張り出していただいたという経歴があります。

松井 非常に不思議なのは、多分病理の先生も欧米で学んでこられて、その欧米の先生は全くマクロをみないでボンと捨てて、ミクロになったのをみて病理診断されるのですが、マクロとの対比を重視するというようにどこで変わられたのですか。臨床が変えたのですか。病理の先生が変わったのですか。どちらですか。

八尾 その発端は、1950年代に術後造影で腸結核の変形学に取り組まれた白壁先生だと思います。その後1960年前後に「胃と腸」の母体となった白壁先生、崎田先生の御一門に村上先生、佐野量造先生ほか病理の先生方の御尽力によるものと聞いています。さらにこれを精密化したのは胃癌の悪性サイクルの問題が議論された頃ではないでしょうか。術前の内視鏡所見と癌巣の病理学的構築を対比しなければならなかったからですね。村上忠重先生、今井環先生、佐野量造先生、中村恭

一先生、望月孝規先生の時代ですね。

松井 そのように細かくみないとわからないと。それ以前はそうでもなかったのですか。

八尾 施設によっては必ずしもそうではなかったと思います。

多田 埼玉医大の病理の吉井孝博先生が実態顕微鏡を使って胃潰瘍面、あるいは胃癌の表面をみたお仕事をされました。昔は病理の先生は縦切りにして断面でみていたでしょう。内視鏡、X線と同じように表面からみるという診断学をつくられて、臨床医にとっても勉強になりました。

八尾 炎症性腸疾患でも切り出しが1本の時代がありましたよ。例えば、昔のCrohn病検討委員会で、病理の先生が標本を1枚持ってきて「君、これをどう思うか」と言われるのです。「私は病理学者ではありませんし、1枚の標本ではわかりません。これはどんな肉眼標本のどこから切り出された標本ですか」と聞くと、もうわからない。そんな時代でした。

松井 そういう面があったということですね。「胃と腸」もその大きな牽引というか、方向を変えた。X線などに対比させるためと、そういう理解でよろしいのでしょうか。

八尾 昔の欧米の論文にもX線写真の横に進行癌の肉眼所見を提示した症例は時々ありました。でも系統的に対比して、X線、内視鏡所見を解釈しようという試みは、日本以外にはないと思います。

松井 病理医にそれを求めるのは海外では無理だ、「俺は忙しいから」と言われてしまう。

飯田 やはり、X線、内視鏡、病理との対比を積み重ねた結果がああいう微細診断につながったと考えてよいですか。

八尾 そう思います。ただ、1つ問題があるのは、最初の頃の対比は生標本との対比です。固定標本と生標本の区別がない。だから0-IIbあるいはIIIかIII+IIcかの判定に問題が起きました。生の肉眼標本では0-IIbにみえた病変が固定標本では0-IIcにみえることがあります。そして、病理組織標本でも脱水されますから0-IIbで矛盾しないことがあるんですね。ところが早期胃癌の型分類では肉眼標本の所見が基準ですが、生

標本で判定するのか、固定標本で判定するのが書いていません。型分類は今の時代に検討し直したほうがよいかもしれません。

多田 半固定で判定しろという意見もありましたね。

牛尾 臨床医と病理の話になりましたが、やはり最初は乖離があったけれども、症例はどんどん集まってきたと思います。そのときにやはり臨床医の先生が、特に形態を重視するX線と内視鏡の先生が、ものすごく病理側に要求していった。それがあったから、疾患の認識が深まってきたと思います。

やはり臨床医も努力しなければいけないのですよね。その際たるものを2つ覚えています。

1つは、私はfamilial polyposisの研究で、十二指腸にも病変があるということで、八尾先生に相談したところ、八尾先生は亡くなった患者さんの胃の中にホルマリンを入れている。そしてあの小さい十二指腸の数ミリの病変を保存して、剖面され病理像を作製されました。私はそこまでやっていなかったの、それを聞いて以後はコンスタントにホルマリン注入をやってきました。やはりそういうことをやる。

それからもう1つはCrohn病です。患者さんの胃とか十二指腸のX線検査を行ったら、形が普通のアフタ様と違う小さな病変を見つけました。圧迫してみたら真ん中にギザギザがあるような、人間の歯みたいな形態の病変がありました。これは普通のびらん性病変とは違うなと思いbiopsyしたら、病理の先生が「これは何でもないよ」と言うのです。私も一生懸命、顕微鏡をみて「ここはおかしいですか」と。「ああ、そういえば類上皮や組織球のようなものが集まっている」「先生、そこをdeeper cutしてくださいよ」と言って熱心に頼むわけです。そうしたら向こうは根負けするのです。「じゃあ、仕方がないな」と言って切ってくれる。そうしたら次々と類上皮性肉芽腫様の病変が出てくる。それが数例続いたら「ああ、またやってみようか」となってきます。それで、数が少なかったですが、食道とか胃、十二指腸の小さな病変について報告しました。やはりそういう態度で、臨床医側のしつこさが必要ですね。

八尾 病理に私が出入りしていたころ、今井先生のところに渡辺英伸先生が大学院学生として入ってきました。マクロを切り出す前に一生懸命にみて、癌か、潰瘍か、ラーメンをかけていました。癌だったらどこに癌があるかというところまでやっていましたね。臨床の私たちは1回も負けたことはありません。でも渡辺先生が本気でやり出したらあつという間にこちらが教えていただく側に転落しました。私たちは恵まれていて渡辺先生、岩下先生に無理を言って相当な時間とエネルギーを使っていたきました。例えばCrohn病の胃十二指腸病変をやったときはmicro-granulomaの検出のために生検標本を岩下先生に60~90枚の連続標本を作ってもらって検鏡してもらいました。こんな作業は日本しかできない。「胃と腸」一族しかできないものだと感じますね。

多田 昔、Crohn病は九州と東北に多かったのですね。なぜ多いのだろう、地域差があるのか不思議に思ったのですが、結局、病理医の差なのですね。

八尾 いや、それはないですよ。昔よく、皮膚まじりに九州はCrohn病が多発すると言われていたことが何回もあります。私は「先生のところの学生が夏休みに帰ってきて私がみたらCrohn病でしたが」と言うと黙ってしまう。本当に今でも名前を覚えている人が何人かいます。要は小腸のX線をやるか、やらないかで診断能が違ったと思っています。

「collagenous colitisの現況と新知見」

松井 最後に私も一冊挙げさせていただきます。44巻13号「collagenous colitisの現況と新知見」(2009年)です。これは海外でよく知られていた病気で、日本でもどうやら少しあるらしいと言われていましたが、「胃と腸」の編集委員の施設を中心にしてたくさん依頼を出して、これは本当に企画として成立するか非常に疑わしかったのですが、意外と集まってきたものが期せずして均質でしたから、合議ではないですが、日本における本症のあり方が均質でした。すなわち、ランソプラゾール(タケプロン®)ないしNSAIDsによる発症、軽度の特徴的内視鏡像、薬物中止による治癒

という、病態が明らかになりました。

そのあとの展開というのはそれほどなく、欧米のような重症例はほとんどありません。そのため、結構おもしろかったと覚えていて、またわりとよく売れたそうで、残部がないと聞いています。

単発ではありますが、そういう新しい病気を spotty に、集中的に取り上げるという作業も「胃と腸」にはあると思います。

多田 虚血性腸炎もそうでしたね。cap polyp もね。これも「胃と腸」の特集でワッと全国に広まりましたね。

飯田 それから NSAIDs 腸潰瘍もそうです。

多田 「胃と腸」で広まった疾患がすごく多いですから、編集委員会の役割は大きい。

八尾 あの特集は、collagenous colitis は画像が大変きれいですね。

臨床の面からちょっと疑問があるのは、コラーゲンの付着と臨床症状が相関するのかどうか。例えば臨床症状が残っているのにコラーゲンの厚さが減っているという症例がありますね。そうすると、いわゆる collagenous colitis の臨床症状と言われている下痢が本当にコラーゲンの沈着だけに起因するのでしょうか。

松井 たぶんあれは function の結果のカスみたいなものだろうと思いますが、まだわかっていませんね。薬剤性がほとんどですから、そういう検討ができやすいような環境にあると思います。

多田 そういうときに小腸まで調べているかどうかですね。

松井 そういうところですね。なかなかやっていないかもしれない。

多田 内視鏡だけです。大腸しかみていないですよ。

松井 そうですね。今後のテーマとして考えておきます。

「私の一冊」を中心に「胃と腸」の歴史の一面や考え方を、皆さんに挙げていただきました。大変ありがとうございます。

「胃と腸」に期待するもの

松井 それでは話を少し進めさせていただきます

す。次の話題としまして、最近の「胃と腸」についてです。今後どうするかというのはその次になりますが、「胃と腸」に望むもの。

先生方に言うまでもありませんが、31 巻に巻頭言として「胃と腸」の編集方針があります。その中に「第 1 号から順に頁を捲ってみます」と書いてあって、3 本の柱があって、第 1 の柱は主題。これは現在の新しいトピックス、テーマを取り上げる。これも特集号として企画の面でいろいろな先生に X 線、内視鏡、病理をとということです。第 2 番目は、早期癌研究会で取り上げられた症例、投稿症例を掲載していくことで、第 3 の柱は初心者講座のようなものを取り上げていくというのが「胃と腸」の伝統ではないかと、編集委員一同とあります。

飯田 それは多田先生が書かれたのです。なぜ知っているかといったら、私はそのあと 40 巻に巻頭言を書いたときに、前に誰が書いたのかなと思って、調べてみました。そして、以前に村上先生や多田先生が書かれたものを踏まえて書きました。

多田 編集委員長は新しくなれたのですから編集方針を書くべきだと思います(笑)。

例えば 1 月号は新しい号ですから、この 1 年間の方針とかを書いていただく。大体方針が決まっているはずですから。

飯田 いや、私になったときは、多田先生が書かれていたから書かざるを得ないと思って書きました。

八尾 驚きは、この頃の「胃と腸」が遅れずに発行されていますね。

松井 あれはよい印象ですか。大変苦勞しているのですけれども、冷や汗もので、編集室より常に進行状況の連絡が来ています。

芳野 実は飯田先生から引き継いで私が編集委員長になったときにすごく遅れまして、いろいろなところからお怒りをいただきました。その後、医学書院の「胃と腸」編集室の方も非常に一生懸命やってくれてなんとか間に合わせています。どちらかというとやっとなにに合せているのが現状です。それでも遅れる場合は編集委員長からの督促状を送っています。

それから、今までは月内に間に合わせるようにしていましたが、その月の最後に発行されるとすぐに月遅れの雑誌になってしまいます。そのため、月の初めに出すようにと、執筆の際は原稿締め切りを1か月早めるなど努力してきました。

多田 昔を知っている者にとっては、これは脱帽ですね(笑)。

芳野 皆さんには忙しい中を頑張って書いていただきました。大変感謝しております。

松井 結構それが編集委員会の中で話題になって、指導力がありとか何とか、先生に向かってそういうことをチラッと言われる人もいますね(笑)。

飯田 私のときは直接電話をしましたが、なかなか書いてくれませんでした。

多田 主題をよくみると、連続して毎号に執筆している編集委員がいますね。特に病理系は人数が少なかったから、毎号書かないといけなくて、大変お気の毒でした。

飯田 だから特定の方がいつも遅くなる傾向がありました。

多田 私が編集委員になったころ、たまたま私の横に偉大な病理医の中村恭一先生がお座りになって「多田君、『胃と腸』からいろいろな依頼原稿がくるけれども、2〜3か月遅れても大丈夫だよ、安心しなさい」と教えてくれました。しかし中村先生は必ず期日を守って書いておられた。そういう筆が速い先生もいらっしゃいましたが、多くの先生は遅筆でした。編集委員会で誰が遅れているのか報告する星取表というのがありましたね。

牛尾 私が編集委員長るときには、もう癖になるので、遅れたものを抜いて発行しました。

多田 牛尾先生だからできたので、私はちょっとできませんね(笑)。しかし、とにかく遅れないというのはよいことです。

でも、論文の質はちょっと悪いね。日本語として文言がこれはおかしいのがありますよ。やはり査読をちゃんとしないとだめですね。

飯田 だから余裕をもって原稿を出してもらって、誰かがチェックするようにしないとだめでしょうね。特に主題原稿は査読なしにそのまま掲

載されますので。

多田 そうですね。ちゃんと査読しないとイケない。それからもう1つ変わったのは、編集後記が長くなりましたね。これを書く人はちゃんと全部の論文を読んでいるということで、大変な努力がいりますね。われわれにとっては数行書いたらそれで終わり、原稿を読まずに編集後記が先にできていましたね。

松井 あれは1年ぐらい前からですね。

芳野 そうです。企画小委員が企画をつくって、執筆をお願いするわけですが、お願いしたように書いてくれない場合もあります。だからその辺の、編集委員としての思いを書いていたいております。また、それから全部をサマリーして、企画の中で何が大事かということも書かれていると、そこから読む人もおられ、本文がおもしろく読んでいただけるのではないかと考えています。

八尾 実はこの座談会に出るために最近「胃と腸」をパッと目を通したのですが、読むのにかなり疲れます。なぜ疲れるのかと思ったら、主題の論文数が急に増えていますね。11〜12編とかが普通ですよ。私が編集委員長になったころの主題論文は3〜5本でしたが、それから増えて、それでも6〜7本が普通でしたが…。

多田 昔は「胃と腸」に執筆させてもらえるのは大変名誉なことで、年に1回か2回しかないことでしたから、必死になって書きました。

八尾 それと昔は座談会が結構多かったですね。座談会で「なるほど」というものが結構ありましたね。最近では大腸癌のESDを1,000 μ m以内とか決めたいきさつも、座談会でよくわかりました。座談会もうまく組み入れていただけると、面白いのではないですか。

いちばんは、研究論文、症例報告の投稿論文が極めて減っていますね。

松井 そうですね。

八尾 新しい編集委員長は大変ですが何か方法がないんですかね。

昔は「胃と腸」は特別、画像がきれいだったから、投稿者も多かったんですかね。もう少し「胃と腸」の中核として頑張っておられる方々に研究

論文や症例報告を書いていただいて、そして、研究論文の中からでも「胃と腸」賞をあげるとか、何か工夫はないんでしょうかね。

牛尾 たしか私の編集委員のときには、多くても5本以上になったことはないと思いますね。大体はX線、内視鏡、マクロとかです。やはりそのときにディスカッションされたのが、「胃と腸」は臨床の雑誌であるということです。臨床を大切に、きれいな写真とともに明日からの診療に役立つようなものにする。それに外れると、主題として挙がっているけれども、あえて研究に回したとか、そうしたこともあったと思います。やはりそういう方針は今後もとっていったほうがよいのではと思います。最近の「胃と腸」には、昔だったら研究論文になったのが、今は主題になったという感じはあります。だからもう一度「胃と腸」は臨床の雑誌だと確認したほうがよいと思います。

飯田 主題の本数が増えているのは、内容が重複するようなものが羅列されているところがあるからですね。ずっと以前は項目ごとに、1つに絞っていましたね。それで本数が少なかったです。

多田 文献の数も、守っている人は少ないですね。

松井 そうですね。

多田 それからX線造影検査の写真が少なくなりましたね。内視鏡だけですね。時代の流れでしょうか。

松井 そうですね。苦労しますね。早期胃癌研究会に提示される症例もそういう面があるようです。そのあたりも少し話し合って改善していこうとしています。

芳野 雑誌の厚さも違い、厚くなりました。ですから合本をしますと以前と厚さが全然違います。執筆者が力を入れて書いてくれる結果と、私は思っていますが、先生方の時代とちょっと変わってきているということですね。

飯田 しかし、「胃と腸」を読むときは、基本的には雑誌全体をパラパラとみて、きれいな画像が載っている論文から、画像とサマリーをまずみてから、次に本文を読もうかなという感じに大体皆

なるのではないかと思います。だからこそ、画像の質だけは落とさないでほしいというのが私の願いです。

八尾 例えば小腸のダブルバルーンの内視鏡が始まったでしょう。そうすると、何でもかんでもダブルバルーンがよいとなる。松井先生の論文だけが、Crohn病ではそうはいかないと書いてある。「流行」の欧米流の解説だけでなく日本流の臨床からみた問題点も取り上げてほしいですね。

松井 よいというだけではだめだというのは、編集委員会のときに議論は出るのですけれども、どうしても8対2ぐらいでストップをする、反対の人の声が弱いというような感じがありますね。

八尾 もう1つ、エネルギーを払った形態診断学に関する序説といいますか、レビューがあるとよいですね。松井先生の序説にはものすごく文献が入ってレビューに近いものがありますが。

電子ジャーナルに期待するもの

松井 ちょっと1点、話を変えて申し訳ないのですけれども。

いま「胃と腸」は冊子体だけではなく電子ジャーナルもあり八尾先生も活用されているとお聞きしましたが、若い人にとって電子ジャーナルは、振り返ってみて古いものまで一瞬にして見られる。そこで電子ジャーナルを活用する際に、どういう点がポイントになるのでしょうか。この辺を見てほしいというのがありますか。

牛尾 電子化というのは世界でも日本でも趨勢ですから、それは賛成ですね。

そこで聞きたいのは、いま、例えばCrohn病ならCrohn病の小腸の画像だけを検索して全部出すことはできますか。将来的に絶対にそれは必要だと思います。

というのは、「胃と腸」は、いちばん最初に村上先生が言われて、皆さんも言われたように、美しい画像を載せている。それはマクロとミクロの対応した画像です。その画像が検索できないようなものは不完全と思うのです。

たしかに大変なのです。画像が検索できるためには、1つひとつの画像に疾患名、部位やモダリティ別などを、宅配便に例えれば品物別や都道

府県別の番地をつけなければいけません。私は15年前から現在まで取り組んできた消化管画像データベースでは、腫瘍を中心に11,000枚くらいの画像データを扱ってきました。「胃と腸」でそれをやったら、世界規模のものになると思います。

例えば2003年の画像を今のうちから1つひとつに、これは胃、これは何の疾患だと分類していく。そうしたら、10年後になれば画像だけを検索できるようになります。「Crohn病の内視鏡写真」と検索したら、パッとそれらの画像が出てきます。

そういう画像データベースを作ったら、本当に「胃と腸」の凄さというか、画像の凄さを世界に向かって、未来に向かって残していくことができます。

八尾 文章ではなくて、インデックスがついた画像だけでもよいのではないですか。

牛尾 両方ともできたら非常によいと思います。難しい問題がありますが、それができたらよいのではないのでしょうか。

芳野 すごくきれいな画像をそのまま出せるようにすると不正に使われてしまうという難しい問題がありますね。

牛尾 日本の技術として、コピーができないものにできると思います。それを入れておいたら、本当にすごいことです。現状では世界の雑誌ではまだやっていないのではないのでしょうか。そこはやはり「胃と腸」には、やるべき責任があると私は思います。やってみたらものすごい財産になるはずです。

飯田 PDF化されたものは大体雑誌に載ったのと同じクオリティで出てきますね。だからそういう意味でもやはりよいと思いますよ。

八尾 文章はなくても、「Crohn病」と打ったらCrohn病の画像がパッと出てくると、若い人にもすぐくためになると思います。

牛尾 それをやったらすごいですよ。そのときはやはり「胃と腸」の中に小委員会を設けて、画像を選定されれば、質の確保もできますね。

八尾 時代を区切れればよいですね。

牛尾 そうですね。そういうことをしていた

ら、白壁先生、村上先生とか、先達者の人たちの意志が延々と続いていくのではないですかね。

八尾 iPadで見られるようにするとかね。

牛尾 iPadで患者さんへの説明やポリクリの際などで実際の画像を出してみてもいいのです。iPadでこの画像検索をしてみたら、非常によいことがわかっています。

それができたら、少なくとも中国とかアジアでは貴重な医学文化になります。そして世界に冠たる消化管の画像データベースになると思います。

最初からは欧米は信用しないでしょう。ですが質と量を兼ね備えた画像がたくさん出てきたら、信用せざるを得ません。日本の力を認めざるを得ない。そうすると、こんな凄いことをやっているのはどこかということになる。日本だ。日本のどこだ。消化管のことだといったら、「胃と腸」だとなるはずですよ。

八尾 内視鏡の古いのを出すのは嫌だね(笑)。

牛尾 既に電子化されている2003年からですよ(笑)。あまり昔のことを繰り返す必要はないですね。

松井 X線は昔がよかったですね(笑)。

八尾 昔は「胃と腸」を講読している欧米の施設が結構ありましたね。アメリカの雑誌に投稿したらこの大筋は「胃と腸」に載っているから駄目だと言われました。あとで聞いたら日本語はわからないけど「胃と腸」は毎月みているという編集委員長がいましたよ。

松井 吉田操先生も、欧米の主要大学で「胃と腸」は購入されているとおっしゃっていましたね。

八尾 BockusのGastroenterologyにも「胃と腸」の論文が結構引用されていましたね。85年版が最後ですが、雑誌名が「I to cho」と書いてあるのです(笑)。

今回の過去全巻の電子ジャーナル化とは別に、画像のライブラリーみたいなものが出れば確実に売れますよ。

松井 「胃と腸」は、まじめにやってこれられて、集計がきちんとされている論文があるので、学会のときなんかは結構慌てて集計するときに「胃と腸」が、参考にされますね。そういう意味では、電子ジャーナル化をしたらアクセスしやすく

なる。

医学中央雑誌からはあまり出にくいでしょう。なかなかうまくインデックスから届かなくて、「胃と腸」のアーカイブスではぜひその辺は、パッとインデックスをよく作っていただいて、凄いと思われるように、便利だ、全然故障しない、壊れないというように(笑)。

歴代編集委員長からのメッセージ

松井 「胃と腸」の雑誌そのものに対してのご意見とか、今後に向けてこうやってほしいとか、いかがでしょうか。

飯田 やはり私は消化器病学というか、消化管病学というか、そういうものの原点はこういった形態診断にあると思いますので、その意味で「胃と腸」で培われてきた伝統を守るような雑誌の編集方針を続けていってほしいです。

だから編集後記が長くなったことも、その主題全体を把握する意味ではパッとすぐに把握できてよい試みだと思います。編集委員の名前を最後に列記するようになったことも、責任体制をはっきりさせるという意味でよい試みだと思います。いろいろな意味でそういうことを今後も続けてほしい、継続してほしいと思います。

松井 他誌、他の出版社が出している同系統の消化器病あるいは内視鏡の関係の雑誌がありますが、芳野先生、それらとの比較という立場からコメントをお願いします。

芳野 やはり、飯田先生が言われたように画像を大事にすることです。それから、原著形式というか、対象、成績をきちんと書くという、今までの「胃と腸」のやり方は続けられないといけないと思います。「胃と腸」が読みにくいとか難しいとかという批判はありますが、あとで読み返して、このときはこのような対象に対してこうだった、それに対してこういう成績なのかと、体系的に読めるようなスタイルは続けていかなくてはいけないと私は思っています。

松井 原著形式ではっきりさせて、主張を明らかにしてということだと思います。

牛尾先生、いかがでしょうか。画像のお話は先ほどいただきましたが、

牛尾 先ほどと同じですが、やはり「胃と腸」はあくまでも臨床中心という形が、必要だと思います。

それから、今後やはり世界にどうあるべきかということを考えると、電子ジャーナルなんて今は世界の中でも数%ですよね。しかしあと5~6年以内には、いろいろな他の医学分野でどんどん伸びてきます。そういう方向なのは間違いありません。その中で日本の財産として、消化管の財産として、画像の財産として、「胃と腸」の画像ライブラリーを出すのは絶対に必要ですね。

なぜそう考えるかという、私の人生観を入れてすみませんが、なぜ画像に取り組んだかという、人間の免疫の異常、遺伝子にある異常など、すべての異常が最終的には形態で現れてきます。そういうものを集積して積分されたものが形態です。マクロでもそうです。それを大切にすることを根本にもったうえで、画像を世界に出す、提供するとなれば、日本の医学文化に対する1つの大きな貢献になると思います。むしろそういう精神で肺癌でも、肝臓癌でも、脳腫瘍でもやってもらいたい。これがG7の首脳会議を通して企画された世界の医学画像図書館の構想でした。

消化管では「胃と腸」しかできないと思いますから、そういう方向でぜひ進んでもらえればと思います。

松井 最近の「胃と腸」をご覧になって、X線、内視鏡を含めて、画質の面はどうでしょうか。

多田 画質はよくなっていると思います。ただ、やはり大事なのは診断学の精神で、この写真は何を主張したい内視鏡像かというのを意識して掲載してほしいですね。だから内視鏡であれば、X線と違って、遠景があり、近接があり、拡大もありとなればベストですが、なかなか揃わないかもしれません。他にいろいろ類似する雑誌がありますが、「胃と腸」とすみ分けができていないのでしょうか。「胃と腸」のいまの基本的な、創刊以来の編集方針でよいと思います。

松井 最近は拡大内視鏡などがたくさん出てきますが、どこを撮っているのかがわからないものがあります。オリエンテーションで、その人はわかっているのですが、日常診療で私どもも

100枚ぐらい拡大内視鏡写真を撮りますが、仕方がなくて撮っているのでしょうか、あとどの部分の病変か同定ができずに困ることがあって、通常の内視鏡を見せろということがある。

多田 例えば拡大だけを中心に提示されて、ほんのちょっと遠めでみれば腫瘍の壁の硬さとか、内視鏡で読影できるはずですが提示されない。それらへの視点が欠けてきている気がします。内視鏡もX線も非常に奥が深いですから、客観的なことをいかに上手に記述するかということが大事だと思います。

松井 八尾先生、全般的なお話でいかがでしょうか。

八尾 消化管の臨床の基本は、「胃と腸」流の病理に基礎を置いた形態診断学だと思います。ここがきちんとしていないと病態もわからないし、症例に応じた治療方針も立てられない。日本流のきめ細かい臨床診療の確立のために「胃と腸」はもっと自己主張をしてもよいのではないのでしょうか。一方、論文の執筆にはもう少しエネルギーを払ってほしいという希望もあります。

ついでに将来の形態診断学に対する希望も述べますと、現在の方法論に安住することなく、常に改善・改良を考えてほしい。例えば、病理組織標本の作製にしてもホルマリン固定よりも脱水されない、何かもっとよい方法はないのか、NBIの発展のためにもっと明るい光源はできないのか、SMまでの深達度診断のために超音波内視鏡は改善できないのか、バリウムよりもっとよい造影剤はないのか、いろいろな夢をもってほしい。若い

先生方の頭脳とエネルギー、そして近代科学の精髓が取り入れられることを祈っています。

松井 病理の先生に臨床側から求めるものがあるって、病理の先生も変わられたという歴史があって、「胃と腸」でそれを果たしてきたということですが、いま先生が言われるように、もっと病理の先生にいろいろな要求を出してみても答えを求めるといえるのが必要だと思います。

八尾 感謝とお願いですね(笑)。基本的には、病理の先生にコンサルテーションする際に、臨床からの疑問も臨床画像も何も持っていわずに「ここを調べてくれ」と言うのは失礼ですね。目的を明らかにしてお願いするのが筋だと思います。同じ患者さんの検査材料ですから、診断する側も、外科も、病理も、お互いの情報を提供し合って三位一体でやって行くのが、お互いの知識を高めいっそうの進歩につながると思います。

松井 その辺も育てていただくようにもっていただければと思います。

大変有意義な議論をお聞きました。「私の一冊」から始まりまして、最近の「胃と腸」に対するご意見、アーカイブス化に対するご意見、それから将来こうあるべきだと。伝統も大切だというご意見もいただきました。

また何か機会があって、たとえば「アーカイブス化の1年後」とかそういう機会がもてたら座談会を開かせていただきたい。これからも「胃と腸」、われわれも頑張りますので、厳しいご意見などをお願いします。ありがとうございました。

□ 訂正とお詫び □

本誌 47 巻 1 号 (2012 年 1 月号) 113-128 頁掲載の座談会『「胃と腸」創刊号からの電子ジャーナル化を迎えて—歴代編集委員長の“私の一冊”』(松井 敏幸・他) に誤りがございました。以下のとおり訂正してお詫び申し上げます。

■ 119 頁 左段下から 4 行目

誤) あれは牛尾先生の写真です。

正) あれは川口先生の写真です。

□ 「胃と腸」編集室 □