



桐医会会報

1984. 4. 25. No. 9

☆ 会だより

第4回 総会のお知らせ

4年目の企画は……。

3回生 湯沢 賢治

筑波大学は開学10周年を迎えました。桐医会は第5回卒業生を正会員に加え、さらにより一層の活躍を期待されています。

会報などに見る活動の中で最も大きな行事となる「総会」は今年で4回目となります。総会は、O部(学生向け討論会)、I部(総会議事)、II部(正会員討論会)、III部(交歓会)の形式をとってきました。会員間で意見交換の行なわれるII部は毎年特に注目されているところです。今までこのII部ではシンポジウムあるいはパネルディスカッション形式で、卒業生と医学生に対して共通の問題をテーマとして盛んな討論が行なわれました。

今回は完全に様子を変えて、学会形式の発表会となりました。発表内容は、正会員の卒業の臨床経験、研究生活、あるいは社会活動における貴重な失敗談です。これには正会員全員よりの公募としました。第1回卒業生が出てすでに5年目を迎え、それ以降の卒業生も各々何年目かを迎えて、各方面での活躍は想像をはるかに越えるものと思います。そういう時期である今だからこそ、その中でおかした失敗は非常に貴重なものと言えます。その失敗の経験をスライド等を用いて学会での発表のごとく公表するということは勇気のいることです。それをあえて行なうのは、懺悔(ざんげ)の気持ちなのか、後輩達

への教訓のつもりなどが考えられますが、とにかく相当変わった会となります。他では聞きたくとも聞けないことばかりです。

大変変わった今年の桐医会総会に多数の参加者に集まっていたただきたく、御案内致します。

プログラム

期日 昭和59年5月19日(土)

プロローグ(O部) pm 1:00~3:00

「基臨社の先生、大いに語る」

臨床講堂C

※基礎医学系から藤田禎三先生、臨床医学系から馬場徹先生、社会医学系から藤原喜久夫先生の三氏をお迎えし、学生時代のことや各専門分野へ進まれた経緯などを漫談調に楽しくお話していただきます。

第I部 pm 3:30~4:00 臨床講堂A

総会(前年度事業報告、決算報告その他)

第II部 pm 4:15~6:00

左記参照

第III部 pm 6:00~8:00 医学専門学群食堂
交歓会

主な内容

第4回総会のお知らせ	1	告知版	医学博士の学位取得について	32
特集 ヒボクラテスたちは、今	2		5回生進路内定先	33
崎田教授ご退官	8			
学群だより クラス代表者会議	31			
体育会医学支部	32			

☆ 特集

ヒポクラテスたちは、今 ……

今回から新しい企画として、本学群卒業生の近況をスケッチしてもらうコーナーができます。仕事のこと、研究のこと、家族のことなどを自由に書いていただき、サロンのような場所にしたいと思います。楽しい“作品”がいっぱいの第1回を読んで、懐しい友人や先輩、後輩を思い出された方は、これからこのコーナーにどしどしメッセージを送って下さい。(掲載の都合上、順不同です。)

国府田博之（1回生）

勤務先 国立水戸病院 外科

国立水戸病院に卒業後勤務し研修医、Resident を経て、早くも3年半が過ぎました。消化器外科、心臓血管外科、一般外科、麻酔科及び、救命救急センターでの業務と幅広く研修している毎日です。来年1月より、先輩の先生の後をついで米国の Yale University の Glenn 教授のもとで、横隔膜ペーシングの研究をすることになりました。約1年間の留学ですが、頑張ってきたいと思います。

酒井 隆（1回生）

勤務先 浜松赤十字病院 内科

この10月に長男が誕生し、子供中心の毎日を過ごしております。
来春、慶應病院に戻ります。

島内 武英（1回生）

勤務先 防衛医科大学校 第3内科

現在第3内科に属しており糖尿病中心に臨床及び研究に精を出しております。教授は腫瘍学特に乳癌が専門で、これを中心に医局は代謝、内分泌、血液、呼吸器にわかれ活動しています。

角田 伸一（1回生）

勤務先 山梨医科大学 第3内科学教室

前略、以下の通りです。

55年 筑波医卒

55年6月～57年3月

筑大内科レジデント 2年終了後

57年4月～58年9月

静岡済生会病院 神経内科勤務(750床、救急指定病院)しました。現在、58年10月より山梨医科大学にて神経内科診療研究に従事しています。現在教授女屋敏正先生(内分泌学)助教授塩沢全司先生(神経内科学)の御指導を受けています。

寺本 修（1回生）

勤務先 小貝川中央病院 外科

卒後丸4年経過しようとしておりますが、現在医師としての自分は進歩が停滞し惰性の毎日を送っております。成り行きで医者になってしまったことを後悔しております。

今の楽しみはゴルフだけ最近やっと100を切れる様になりました。こちらの研鑽に精をだす毎日です。もうすぐ医局の移動の季節で今若干 Depression 気味ですが今のお近況はこういった所です。

鬼塚 正孝（1回生）

勤務先 筑波大学附属病院 呼吸器外科

Senior resident(筑大)2年目。呼吸器外科を専門に行なっています。病院サッカーチームにも所属しております。

諸角 誠人（3回生）

勤務先 順天堂大学 泌尿器科

卒業して、はやくも1年半になりますが、御存知の通り、私の在籍している順天堂大学泌尿器科は、筑波大学泌尿器科の教授であった北川龍一先生の教室であり、助教授の小川先生、講師の高橋先生とともに筑波大学で教鞭をとられていた方々です。さらに私も含め筑波大学の卒業生が毎年入局しています。もともと順天堂というところは、他大学に対しても解放的であり、研修も楽しく過ごすことができます。

さて、2年間の大学病院内の研修を終え、1月からは半年間の関連病院での研修をむかえようとしています。私は、1月から6月まで水戸済生病院にて、外科研修、7月から12月まで、三井記念病院にて泌尿器科研修をし、昭和60年に再び大学に戻ることになります。まだまだ書きたいことは数多くありますが、今日はここまでにしておきます。

中里 豊（1回生）

お手紙ありがとうございました。小生中里豊の父でございます。日頃何かと大変お世話様になり厚く御礼申し上げます。

さて、お申越の事項につきましては豊は只今下記に留学いたしております故よろしくお取り計らい下さいますようお願い申し上げます。

〈留学先〉

Department of Laboratories,
Anatomic Pathology Division,
Childrens Hospital of Los Angeles,
4650 Sunset Boulevard
Los Angeles, California 90027, U.S.A
(中里 茂)

野村 和彦（1回生）

勤務先 東京警察病院

大学を卒業して、早くも三年余、あちこち放浪して、やっと現在の勤務先に落ち着きました。

皆様、お元気ですか？

山下 淳一（1回生）

勤務先 鹿児島大学 泌尿器科

現在奄美大島の県立病院勤務しています。はやいもので、卒業して4年が過ぎようとしています。学生時代の習癖はぬけがたく、いまだにフラフラしている状態です。筑波もだいぶ変わったことだろうと思います。沿道の樹木は、しっかりと根づいたでしょうか。冬の木枯らしが、身にしみたのを思い出します。奄美の冬はあたたかです。冬の凍てつくような寒さも一興ですが、やはり、気候はあたたかい方が、気分ものんびりして、精神的にはいいようです。

鹿児島に来まして、あらためて地域医療の難しさ、自分の力量のなさに当惑しています。また、地域性や人間関係などについても、“温室育ち”的の幼稚、未熟さを痛感しております。医者に要求される冷ややかな目といったものをも感じています。

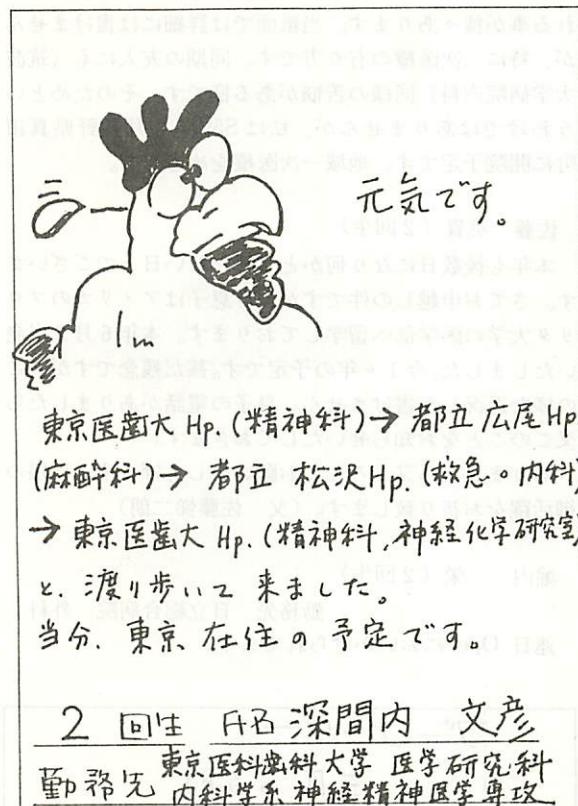
医者であるよりも前に人間たらんと努力していますが、まだまだ自己を一時的にコントロールすることもおぼつかなく、日々、後悔の毎日です。

石田 芳英（2回生）

勤務先 長崎大学付属病院 第3内科（循環器）

私も当地へまいって数年、橋場邦武教授のもと、医局員全体が一丸となって heart disease に日夜立ち向かっております。その中で私も、もがきながらも、なんとか、踏張らせてもらっているといった状況です。

医局ができて12年です。筑波大学の歴史とほぼ同じくらいでしょう。最近は医局員も増え、活気がでてきました。筑波大学もそうでしょう。ともに歩めるならば、と思っております。



2回生 丹羽 深間内 文彦

勤務先 東京医科大学 医学研究科
内科学系 神経精神医学専攻

海老原克彦（2回生）

勤務先 日立総合病院 整形外科

日赤医療センターでの研修を終了し現在日立総合病院整形外科においております。来年7月には大学に帰る予定です。その時はヨロシク！

(尚、来年の April fool の日にとうとう結婚することになりました。) (S. 58 現在)

村田 嘉彦（2回生）

勤務先 東京大田病院 内科

御無沙汰しております。大学とは、離れて時がたつ程に懐かしくなるものです。

私は昨年より呼吸器内科を専攻するようになりました。この一年間は気管支鏡や胸腔鏡など専ら技術修得を呼吸器の救急対応ができるようにとやってきました。今後は慢性疾患のデータ集めもやりたいと思っています。

小林 忠正（2回生）

勤務先 国立病院医療センター消化器科

現在、新宿の国立病院医療センター消化器科レジデンントとして勤務しています。やはり多忙ですが、それなりの実力にはなります。最近は医療の有り方に考えさせられる事が種々あります。当紙面では詳細には書けませんが、特に三次医療の有り方です。同期の友人にも（筑波大学病院内科）同様の苦悩がある様です。そのためといふわけではありませんが、私はS59年6月長野県真田町に開院予定です。地域一次医療をめざして。

佐藤 英貴（2回生）

本年も後数日になり何かと気ぜわしい日々でございます。さてお申越しの件ですが、今息子はアメリカのフロリダ大学の医学部へ留学しております。本年6月2出発いたしました。今1ヶ年の予定です。甚だ残念ですが、この様な近況しか書けません。息子の電話がありましたら又このことをお知らせいたしておきます。

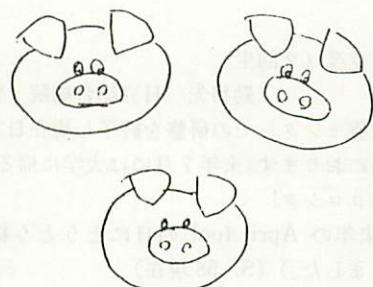
帰りましたら又よろしくお願ひ申しあげます。皆様の御活躍をお祈り致します。（父 佐藤悌二郎）

堀内 栄（2回生）

勤務先 日立総合病院 外科
連日 Ope においかけてられます。

ブーフーラー

三匹の3豚



同期に入局した3人の女医は
こう呼ばれて スクスクと育っています。
養豚場の外へ仕事に行くのも近いみたい

4回生 氏石 真 聰子

勤務先 富山医科薬科大 麻酔科



2回生 中山 健児
東京警察病院 整形外科

次田 正（2回生）

勤務先 内田胃腸科外科病院

56年3月卒

56年5月～女子医大消化器病センター外科へ入局

56年5月～10月麻酔科ローテート

(うち3ヶ月練習船海王丸に船医として勤務)

58年11月～59年4月

北相馬郡守谷町 内田胃腸科外科へ出張中

59年5月～60年4月出張（未定）

60年5月～消化器病センターへ帰局の予定

山崎 照光（2回生）

勤務先 藤代健生病院（弘前）
北国、津軽はもう初雪。政府は福祉、医療の切り捨て政策。

みなさん民医連って知っていますか？図書館にも『民医連医療』という雑誌あるはずですからちょっと目を通して下さい。

吉武 正博（2回生）

勤務先 日本大学 病理学教室
日大第一病理学教室助手、
当分、勤務するつもりです。

私は今、出張で岐阜にいます。
 あの柳ヶ瀬のすぐそばです。
 柳ヶ瀬、2町はなかよか
 ノンベエ には こにえら
 れない 町ひかりまして
 来た当 時は連日運夜
 の二日 駐い
 で、ちょうど 鶴かい
 の鶴のようじ 収穫物と
 はさだす 日々を送る
 いました。 これはその柳
 が瀬の町の街灯にかけられる
 いる鶴とかつど一ネオンなのです。

3回生 A組 植川 薫
勤務先 東京女子医大附属ハザード研究室

阿久津 勉（3回生）

勤務先 虎の内病院 耳鼻科

現在、二年間のローテーションの最後形成外科で、皮膚の扱い方、創の処置等を学んでいます。外科、内科等色々なところを回り、本業の耳鼻科は留守をしているので、同級のレジデントからは「本当に耳鼻科やるの!」とか「ブソイド耳鼻科」などと言われています。4月からは気合いを入れて耳鼻科をやるつもりです。4月から5回生の武藤さんが来ることになっています。責任を感じる次第です。

加藤 昌明（3回生）

勤務先 清瀬病院

PIONEER SF 1 custom に埋もれた生活を楽しんでいます

加藤 昌樹（4回生）

勤務先 東京大学付属病院 耳鼻科

大滝君は、毛髪前線の後退に脅やかされながらも、みごとに結婚に持ちこんだ。実に立派だ。さすがラグビー部の誇りである。

僕はといえば、専ら耳の穴の掃除に忙がしい。実に無念である。旧第一春日荘の諸君!! 健闘しているかな?

渡辺 寛（2回生）

勤務先 三井記念病院 外科

私共の外科チームは、スタッフと呼ばれる、部長、科長の先生方と、5年目のチーフレジデント2名の下、2チームに1年～4年目のレジデントが属しているレジデントチームの2つより成っている。

私も卒後3年目で、レジデント内では、中堅で、単に、体を動かしているばかりでなく、下級生の手術（せいぜい胆嚢手術までだが）の第一助手をしたりせねばならなくなり、「頭」も要求されてきた。ローテーションとして、心臓外科6ヶ月、麻酔3ヶ月、肺（呼吸器）外科3ヶ月あるが、肺以外はすでに経験し、一応、呼吸、循環管理の基本と、人工心肺装着、ASDの手術等、心血管系手術の入門を終えたことになっている。しかし、どれをとっても、多忙を理由に、基礎的な理論武装と言えども、勉強の方を怠っていたので、手術の上達もおくれ気味である。“外科医は体!!”と言うが、努めて頭を使う努力をするべきだったと反省する今日此頃である。

柏木万寿男（3回生）

勤務先 東京大学付属病院分院 小児科

東大分院小児科に入局し、2年目が終ろうとしています。入局以来、なぜか、肝疾患にあたり、将来、そちらの方向へいこうかと考えております。分院には、筑波の小児科にも5年間いらした藤田昌宏先生もおられ、また、筑波出身者が、4人もおります。また、本年6月1日より、1年間の予定で、武藏野日赤病院へ、出向します。同窓会を、良い意味で固め、ますます筑波大が発展しますように。

稻垣 輝美（4回生）

勤務先 飯沼病院 内科

皆さん、お元気ですか。私は、今飯沼病院で、10人の入院患者を担当しています。そして、週に1日、他の病院で、腹部超音波を習っています。

この飯沼病院の内科は約100床ですが、ほとんどが老人です。最近若い人では、急性肝炎を3人担当したので、肝臓の勉強になりました。本を読んだり、同じクリスチャンの医師に教えてもらったりしながら楽しくやっています。

クリスチャンとしての活動も活発にしています。聖書は私の人生を大きく変えました。聖書の神の名はエホバ（ヘブライ語で YHWH）であり、聖書に約7000回でできます。エホバは、信仰の動機が愛でなければならぬと言っています。（コリント第一13：2）そして、熱心であっても正確な知識によらねばならないとも書いてあります。（ローマ10：2）ぜひ聖書をお読みください。

現役、順天堂外研修医として
研修中。下表 私が卒後1年
間に Operator として手術した
手術件数 < 10件です。

Operation	No.	主な残りの症例
Appe.	2	訴え聞く度
Hemo.	1	私の両力を
Hernia.	5	痛感します。
その他	0	しかしこれらが私の所属

する大学の平均像。一日も早く、
小児外科医になりたいです。

< P.S. > S 57. 4. 25. 結婚
S 58. 4. 25. 女性出生

3回生 田嶋 海照 祥
勤務先 順天堂大学 外科

上井 義之（3回生）

勤務先 東京大学付属病院 第2外科
(藤枝市立志太総合病院)

一年半（一般外科半年+胸部外科三ヶ月+小児外科三ヶ月+麻酔半年）の研修を終了し、現在、前期外勤として藤枝市立志太総合病院外科に勤務しております。二年程でまた大学へ戻り（=内勤）そして後期外勤、内勤とくり返す予定です。

山本 和彦（4回生）

勤務先 日赤医療センター 内科

医師として日赤医療センターに勤務して半年がたちました。当院は典型的な臨床病院で、医者の数に比してベッドが多く、内科研修医も現在9名なので、いろいろな手技を教わることができました。また、10日ごとに救急外来当直があり、重症は、指導医とともに診療しますが、簡単な縫合とか、内科疾患は自分で判断して帰したりします。一年目はローテーションで、麻酔科、循環器内科、外科、放射線科などをまわり、いろいろなテクニックを身につけます。遊ぶ方はといえば、渋谷、六本木は歩いていけますし、赤坂も遠くありません。おかげで7つも忘年会にでてしまいました。

後輩諸君をお待ちしております。

野田ゆたか（3回生）

勤務先 東京女子医大 小児科
東京女子医大小児科にいます。場所柄女医が7-8割を占め子供、母親、バラメディカルもあわせ「女の世界」の観が強いです。疾患の内分けは小児神経、特にてんかんの患者が多くほとんど脳波と首っぽきの毎日です。救急外来を開いているので20人前後は来院しますが、大半は熱発、中には「咳をした」と言って救急車でやって来る非常識な親がおり、やりきれなくなることもしばしばです。唯、子供たちは、どの子もかわいいのが救いです。

山口 千美（4回生）

勤務先 順天堂大学付属病院 泌尿器科
良く晴れた日には、病院の最上階から筑波山が見えます。

皆さん頑張っておられますか。

僕は元気です!!

渡辺修一郎（4回生）

勤務先 駿河台日本大学病院 小児科
感じる事は仕事の楽しさと難しさ
元気に生きてます!

国立水戸病院研修医
二年目を迎えております。
三年目も現在の場所で研修を
予定しておりますが、良い体験になります。
救命、救急医療体制下にあり
宿泊も間もなくはどの忙がしい毎日

3回生 梁山直也

勤務先 国立水戸病院

本間 敏明（1回生）

進学先 筑波大学医学研究科 生理系

論文提出も無事行ない審査委員会も終了、現在ホッとしているところです。

論文を書くということは priority が高いことが要求されるのだけれども、最近では priority に加えて研究に価値、意義が問われる時代となってきた。数よりも質が問われきびしい時代だががんばりたいと思っている。

佐藤 洋一（4回生）

勤務先 東京大学付属病院分院 産婦人科

東京もめっきり冷えこむ頃となっていました。筑波の皆様は御元気に御過ごしでしょうか。

6月にこちらに入向以来、症例にも恵まれ、一応医局の研修プログラムを消化させていただきなんとか仕事ができるようになりました。医局のスタッフに筑波大の付属高の関係者が多くよく理解されていて割特な研修でした。

同窓会のご発展を御祈りします。



狩野俊幸(4回生)

勤務先 自治医科大学付属病院 皮膚科

自治医大に移って、7ヶ月になります。2度程筑波を訪れる機会がありましたが、そのたびになつかしさが込み上げてきました。

仕事の面では矢尾板教授、岐阜大より移られた北島助教授他先生方のご指導を得て何とか無事にこなしてきています。本年(59年)4月ないし6月より、東大医学部生化学教室に研究生として勉強に行く予定です。学問とともに花の Tokyo life も enjoy するつもりです。

宇賀神造人（2回生）

自治医科大学病院外科

勤務先 '84¹/1～'85¹²/3まで茅ヶ崎市立病院勤務

桐医会の会報をいつもご郵送・ご苦労様です。

目下、1年間の予定で、茅ヶ崎市立病院（外科）に研修中です。取急ぎにて。

野末 瞳（3回生）

勤務先 筑波大学 付属病院 消化器外科
月より筑波の大学院です。

5月には子供ができる予定です。

とりあえず満足しています。

ヨロシク

藤井 隆(2回生)

勤務先 新日本製鉄広畑病院
大学卒業後神戸大学医学部第一内科に入局し、約一年間士学病院で研修後現在の病院で二年間の研修中です。

医局は循環器と呼吸器を研究していますが、この病院でも循環器を中心診療しています。今は二年目で心エコー、心音図、心機図、心カテーテル、ヒス束、ペースメーカー挿入等一応(あくまで)できる様になりました。

今年は大学へ帰って循環器の基礎研究に従事する予定です。まだまだ前途多難です。

—— 崎田教授ご退官 ——



崎田先生御退官に寄せて

大学院医学研究科二年 島倉秀也(三回生)

十年余りの歳月、筑波大学医学専門学群にて、教鞭をとられた崎田先生も、本年三月をもって御退官になられます。今回の桐医会々報では、本年一月十七日に行なわれた崎田先生の最終講義の内容を、思いきって全文掲載いたしました。会員諸氏に益すれば幸いります。

さて昨今、私共若い医師たちが、いかにも造作なく内視鏡を扱い、診断と治療を行なっておりますが、これも崎田先生をはじめとする先人の御苦労の土台の上に成り立っているものと思われます。とくに、崎田先生の“人類を胃癌から救う”という大請願のもとに、内視鏡の機器の開発、撮影法の確立、医師の教育などに尽力された歴史は、その情熱は、私共、若い医師を奮いたたせる事であります。

また、先生は、医学教育者として、学生にクロード・

ベルナールの「実験医学序説」を読むようにという話をよくされておりました。この、今や絶版となった岩波の文庫本も、神田の古本屋にて二千円の値段がつけられているそうです。実験と観察の違いからはじまるこの本は、医学研究者としての心の持ち方を示しており、学問を志す医師には、必読の書であります。学生の間には、“クロード・ベルナールを読む会”なるものもあるそうであります。

私事で恐縮ではありますが、小生の机の前には、「学問の道を歩む者は、地道に全身全霊を以ってきびしい求道の道を歩み続けねばならない。」ということばが貼ってあります。この文は、崎田先生がお書きになったある文章からとってきたもので、小生の様な初学の徒には、有難いことばであります。

今後、四月から公立昭和病院の院長として赴かれるわけでありますが、先生の御健康とより一層の御発展を祈念してこの稿を了えます。

I 序 論

本日ここに退官最終講義の機会を与えられましたことを、阿南学群長、沢口、本郷副学群長その他の方々に深く感謝致します。思えば、本学群に就任致しまして、はや十年余の歳月が流れました。ここに無事停年退官の日を間近かに控えましたことは一にこれまでおつきあいいただいたすべての方々の御力によるものであり、大きな喜びと感謝の念で一杯であります。

そして、この10年の間の苦しかったこと、嬉しかったことをあれこれ思い出しますと、まさに感慨無量であります。この10年の歳月は、短くもあり、また長くもありました。当初、新構想の理念に燃え、あれこれ激しい議論をたたかわしたのも、つい昨日のようでもあります。なかばにして、新構想の理想ははるか山の遠くに消え去り、落胆失望の念にうちひしがれたのも、決して短い年月ではなく、数年になりました。そして優秀な学生諸君を送り出して数年を経た今日、光はまた輝き始めたといってよいのではないかと思います。ローマは1日にしてならずと申しますが、およそ、新しい理想より出発した教育の成果は、その学を終えた者が社会の第一線に出て活躍する数十年後に現れると申します。出発後十年にして輝き始めたこの光が、本当に実を結ぶまでには、尚幾十年の歳月が必要であります。ともあれ、ここに輝き始めたこの光が、今後苦難の道を乗りこえ、努力をつみ重ねて、さんぜんと輝く日の来ることを願い、且つ信じて、力強く11年目の第一歩が本日踏み出されることを、皆様と共に祈願したいと思うのであります。

さて、本日私に賜りました「胃癌早期診断の歴史的展望」のテーマにつき、私の歩んで参りました研究、努力を中心にして、お話しさせていただきたいと存じます。このテーマは、可及的に客観的に申しのべるべきであり、またそう致したいと存じますが、また一面、単なる記録の羅列になりますと、無味乾燥なものとなりますので、今申しましたように、自己の経験をなるべく多く織りこみ、storyを構成するよう努力してみたいと思います。その意味で、あ

る面は多分に主觀に流れるところもでてまいりますことを御許し願いたいと思います。

II 胃癌早期診断以前の状況

胃癌は日本人に最も多い癌であることは周知のところであります。その死亡率はすこぶる高く、癌患者登録制度が無いため、その正確な罹病率は現在も尚不明で、胃癌の何%がたすかるかという数字も定かではありませんが、この早期診断が可能になり始めた昭和30年前後までは、胃癌はまさに死病であります。手術後5年生存率（5年率）を以て一応の救命と考えられていますが、この救命率は恐らく5%以下即ち20人に1人以下というのが当らずとも遠からざる数値であったのであります。自分のまわりの親しい人が胃癌で死亡する経験は精々多くて10人前後かと考えられますが、その中でたすかるのは0.5人以下というのでは、「胃癌は死病である」と考えるのも当然であります。

私が終戦直後医師になりました頃はまさにその時代であります。そして、この胃癌がたすからないことの最大のそして唯一ともいえる原因は、いわゆる早期診断ができなかったからであります。唯一の治療であった外科手術にも随分努力がなされたことは勿論のことであります。たとえば最近はあまりいわれなくなりましたが拡大根治手術といって、腹部の転移している可能性のある淋巴節を全部廓清してしまうという大変な努力が大阪大学の陣内教授を中心に懸命に行なわれたのも、記憶に新しいところであります。然し、胃癌を救う方法は、早期診断しかないという結論は常に存在しつづけました。診断を司る内科医の努力も勿論数限りなく続けられました。近年米国で胃癌の発生が大幅に減少したことと、恐らくは日本に早期診断の面で先を大きくこされたことなどによるのであります。最近の米国でのこの面での研究や診断努力はきわめて低調であります。私の若い時代には米国でのこの領域における努力はまさに世界をリードして盛であります。たとえば、当時、消化器病学の世界の泰斗でありましたBockus博士の「胃癌の治療的診断法」があります。これは潰瘍の良悪性の鑑別診断が大変つかしかった当時

の最もその鑑別診断法として広く長く認められたものであります。一言にしていえば、良性潰瘍は内科的療法（安静、薬物、食餌）で必ずなおるものであり、悪性潰瘍はなおらないという考え方に基いたものであります。そこで、厳重な内科的療法の下で4週間後潰瘍が完全治癒しないものは手術せよ、否4週間を6週間にすべきだ、8週間にすべきだ、否4週間で潰瘍の大きさが $\frac{1}{2}$ 以下にならないものは手術すべきだ……、再発潰瘍は手術すべきだ等々、そしてこのようにして手術された潰瘍の1～2割は癌であり、しかもこれらの癌の手術予後がほかの胃癌に比べて最もよい、という類の論文が米国の消化器病学会誌にまことに数多くのせられていたことは、私の記憶に現在鮮やかに残るところであります。

文献をひもといてみると、皮膚反応、血清反応をふくめて、この胃癌の早期診断はほぼ百年にわたり世界の医学界に数限りなく行われた研究であり、言葉をかえると、世界医学会の長年の渴望であり、また夢であったのであります。

私は内科教室に入ってから10年近くBedを持ちました。これは終戦後の混乱の時代でありますため、かくも長くBedを持たされたのであります。その間幾人かの胃癌患者を受け持ちました。そしてそのほとんどすべてが手おくれの癌であり、また、当時のX線検査の幼稚なことは、現在想像もできませんが、外科手術に立ち会った際、外科医より「内科の診断は何と下手糞であるか」という無言の批難をしばしば手術場で浴び、情無い思いを致したこと、現在尚脳裡に鮮やかに残って居ります。然し、一方、現在ではほとんど見られない胃癌の手術死亡も決して稀ではなかったのであります。

当時最も困ったことの一つに、このておくれの胃癌を、1日でも否、1時間でも早く手術をしてもらいたい。即ちすぐ入院させてもらいたいという希望が、患者の家族やその主治医から大学病院におしよせたことがあります。癌は急性伝染病のように1時間や1日早く治療したからとてたずかる急性疾患ではないのですが、それをそのように考えたその頃の医学水準を反映するものであり、このことは、最近はほとんど無くなりました。10年ぐらい前までは、

尚残っていたのであります。

III 胃癌早期診断の礎となった「胃カメラ」のこと

さて、このような世界の難問「胃癌の早期診断」を解決したのは、わが日本の医学者の集団であることは、皆様御存知のことだと思います。

ここで、このことの礎となった胃カメラのことにつき簡単に述べることにいたします。

1. 胃カメラの発見

胃カメラは昭和25年当時東大分院林田外科、先年なくなられました宇治博士とオリンパス光学杉浦・深海両技師により製作され昭和25年臨床外科医会に発表されたもので、その功績に深甚の敬意を表しなければなりません。

2. 胃カメラの改良と臨床応用への研究と学会の設立

この機械は大変優れたものであります。臨床に応用するには尚かなりの難があり、発表後、当分の間地下に埋れておりました。

私の学位論文は「肝臓の酵素化学的研究」と題し、現在のアルカリ性フォスターを日本で始めてとりあげたその苦労話などBed sideで御話ししたことがあります。教室に入ってから7～8年後にほぼまとまりました。尤も学位を正式にもらったのは、10年後の昭和30年であります。余談ですが、10年で学位をもらい10年近くもBedをもった云々と御話したことは、諸君が卒業後はやくえらくなろうなど決してあせったりしないようという老婆心であります。ともかく、学位の大体まとまった昭和28年頃、私は当時、どうしても実験的に作成し得なかった肝硬変を実験的につくるうと思い立ち、都内の図書館をまわって文献の集積にはげんで居りました。その頃このまさに埋れんとしていた胃カメラにであったのであります。くわしいことは詳略致しますが、ここで私は研究の道を肝臓より、消化管に転じ、特に胃癌の早期診断を目標にした胃カメラ検査の臨床応用の研究に青春の情熱をもやすことになりました。今思うと、これも運命の糸にあやつられたとしか考えられませんが、成功の自信など全くなかったこの仕事に全身全霊を捧げていけたのは、やはり若さと、そ

してそれまで学生時代より育てつづけてきた学問研究に対する情熱の強さによるものではなかったかと、昨今考えております。昭和28年といえば、敗戦のあと尚生々しく、研究室も研究費も生活もまことに乏しかった時代であり、多くの先輩は教室にあふれ、立身出世などみじんも考え得なかった時代であります。クラーク博士は「Boys be ambitious」といわれました。勿論これも真実貴重な詞であります。私は「功利打算などすべてを投げ捨てた若い情熱を最も大切にしてほしい。目標とする理想は、絶えざる求道心である」と時折学生諸君に申し上げてきました。これについては終りにまた申しのべさせていただきます。

ともかく、全く「かけ」ともいえるこの胃カメラによる胃癌の早期診断が成功の軌道にのったことは、幸いであったし、運命の神に見はなされなかつたわけであります。

この研究には、当初、芦沢、内海、田中の3人の同僚と4人で始めたのであります。その後、森、丹羽、藤田、大森、日下、吉谷、梅田、金子その他多勢の人々が参加し、恩師坂先生を中心として、皆々その青春を捧げたといって過言ではありません。更に私がんセンター赴任後多勢の参加を得てこの研究は早期胃癌研究へと大きく花咲いてゆくのであります。今これらの方々が集ると「苦しくもあつたがいつまでも誇りをもてる楽しい思い出である」と話の花が咲きます。然し、この努力の中に、内海、田中、大森の3人のかけがえのない協同研究者をあるいは病で、あるいは交通事故で私共は失うのであります。喜びよりその悲しみのほうがはるかに大きいのであります。この早期胃癌の研究には、その後全国で多勢の学者が携つたのですが、病理で、佐野、吉井、放射線で堀越、内科で鳥取大の田中と5人の方が夭逝され、その大きな中心人物であられた外科の村上忠重先生は、ここ数年来重い病の床にあられます。「世界をリードする研究」などと一言でいえば事はかんたんですが、そのためにはどれだけ多くの人々の血と汗とそして命までもがかけられたか、ということを認識していただきたいと存じます。

次に胃癌早期診断を中心に少しく具体的な話をさせていただきたいと思います。

i. 検査法の確立と機械の改良

今まであらかた申しのべてきましたが、この胃カメラを改良して臨床応用を確立する仕事は、数年にわたり、何人もの若者の情熱をこめて行なわれました。犬による動物実験から人体へと止むことなく行なわれたのでありますが、私はここで一つ申し上げたいことがあります。私が学生時代より恩師と仰いだ現日本医学会長東京大学薬理学教授当時講師であられた熊谷洋先生に学生時代教えていただいたクロードベルナールの実験医学序説がこの時の研究の支心であったということであります。いつもベッドサイドで学生諸君に一刻も早く、そして終生この本を読まれることをおすすめしている根源は実はここにもあったのであります。医学研究のBibleともいべきこの書をまだよんでいない方々に、早く読まれるよう強くおすすめしたいと思います。

ここで写真を数枚おめにかけたいと思います。

Figure 1は私が胃カメラIV型という機械をのんでいる写真であります。後から申し上げますが、この検査を楽な検査にするために細く柔くしなければいけないということでメーカーの尻をたたきつづけながら、やっとかなり細くなったIV型という機械をこれではまだまだかたいといいながら私がこれをのんでいる写真であります。このとき、実は大変苦しかったのであります。「こんなかたい機械がのめるか」という私共の絶叫で、メーカーが遂に更に大幅に柔いV型という機械をつくってくれ、これが大幅



Figure 1



Figure 2



Figure 3

に普及し、やがて一万台という驚異的な普及をして、胃癌早期診断の大きな基礎を造るという記念すべき写真なのであります。

一度かたい機械で技術を習得してしまった人々から、機械を柔くすると検査しにくいという声がこの頃かなりメーカーの耳にとどき、ここまで軟くすることに対するメーカーのかなり強い抵抗をこれでやっととり去った記念すべき写真なのであります。

Figure 2 は、第 1 回世界消化器病学会事務総長米国 Pollard 教授、第 2 回会長独 Henuing 教授が今から 20 数年前東京大学の私共の教室を訪れ、当時 40 歳前であった私の胃カメラ検査をくいいるように眺めている写真であります。このとき両教授は「これは刀のみ師のように患者に大訓練したのでしょう」と質問されました。私は「いや、これは医師を訓練したのです。患者を訓練しておりません」と大見得を切りました。この 2 人は当時世界の消化器病学の大ボスであります。日本の昔の消化器専門の諸教授はほとんど数年この先生のところに留学しておられました。この頃と違い欧米人は「日本人めが」とわれわれを見下していた時代であります。日本に悪い習慣があります。外国より輸入したものはそのまま信用するが、日本でできたものはなかなか信用しません。この世界の二大ボスが評判を聞いてわれわれを訪ね見学して帰国後大いにほめてくれたおかげで、それが日本に逆輸入され、日本国内で再認識されて、国内で高く評価し直されたというこれも記念すべき写真であります。

Figure 3 の写真は先程一寸申し上げました私の最

愛の弟子でありました故内海博士（前関東通信病院消化器科部長）の遺影であります。学会の第一回九州地方会に学会本部から派遣され参加したときのもので場所は九州雲仙、時は昭和 34 年暮今より 25 年前であります。これを見るたびに、涙無きを得ない写真であります。

ii. 検査の普及と理念の確立

苦労してやっとつくり上げた技術を何故広く普及しようとしたか。

技術はみだりに人に教えないのが常識であります。広く教えれば教えるほど自分達の価値が下るからであります。

今では常識になっていますが、胃癌から人類を救うためには、早期診断のできる検査を広く健康診断的に行なうことが必須の事項であり、胃カメラ検査をそのようなものにしようと、固く心にきめたことが、今にして思えば大変重要で且高く評価されることがと思うであります。社会医学の講義を十分うけておられる学生諸君には、個の医学と集団の医学ということがよくおわかりのことかと思います。

自分とそれをとりまく患者のことばかり考え、自分が特技を持ち多くの患者が集まる。これを古来名医と申します。

私共が、苦労してうちたてた技術、これはいわゆる盲目的胃内撮影でありますから大変むつかしく熟練を要しました。これを、研修会を度々且徹底的に行うことによって、惜しみなく広め、そのために研究会から学会をつくり、更に国際学会をつくって、大げさにいって世界の胃癌を救おうと志したことは、

理念として、誠に正しかったと自負するものであります。また健康診断的に検査を行うためにはできるだけ機械を細く柔くし、被検者の苦痛を皆無にしなければならない。また同様に検査を短時間にできるものにしなければならない。また検査をむつかしい名人芸にしないで、かんたんなものにしなければならない。そして多勢の専門医を養成し、何千万の成人、青年に広く検査を行わねばならない。……このような一連の理念はこの三十年の間止むことなく続けられ、今日の学会員は1万名をこえんとするに至っています。

皆様、この点に特に注目いただきたいのであります。

このようにしてどしどし多数の検査が行なわれ、技術、診断学の向上と共に胃癌の早期診断例は増加の一歩をたどり、診断学もきを一にして、進歩し、良い循環をつづけているのが現在までの姿であります。この理念が当時なかったならば、このような姿は到底見られなかつたと最近の外国の状況からみても考えられるからであります。

iii. 早期胃癌全国集計のこと

昭和37年、私の恩師田坂定孝先生が東京大学停年退官を記念して内視鏡学会長をひきうけられ、その会長講演として行なわれた「早期胃癌の全国集計」は、歴史的な記念すべき事業となつたのであります。このとき早期胃癌の肉眼分類とその診断学が確立されたともいえるからであります。若しこれが行なわれなかつたならこのことは、10年20年いなそれ以上遅れていたかもしれませんと考へられるのであります。

然し、このことを企画した私共は大変な苦労をいたしました。それは明らかに時期尚早であったからであります。実は私共はその頃10数例の早期胃癌症例を持って居り(Figure 4)，ある程度症例は集るだらうとかをくくっていました。この考えが甘かつたこと、血氣の勇による無謀の企てであることが集計を全国に呼びかけて見て間もなくわかりました。予期に反し、症例を1例も持っていないところが大半だったのであります。この集計の委員会の委員長を先程申し上げました村上忠重先生がお引き受け下さったことが幸いでありました。村上先生を中心

(全切除根治可能例に対する早期癌の比率)
12ヶ所の病院成績より

平均 6.2%
(993例中62例)

最高 10.7%
(144例中15例)

Figure 4 早期癌の頻度

深部浸潤度	特徴
1	浸潤が粘膜内にとどまるもの
2	浸潤が固有筋層を起しても筋層に達せず、主たる浸潤は粘膜内にあるもの。
3	浸潤が固有筋層に達しても、これを貫通せず、粘膜及び粘膜下組織に主たる浸潤のあるもの
4	浸潤が固有筋層を縦断しても、漿膜面に達していないもの

Figure 5 深部浸潤度

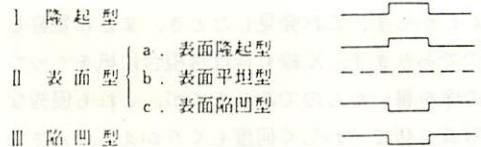
に、当時、胃癌の病理、X線、内視鏡の第一人者でありました望月、長与、金井、白壁、近藤、常岡、芦沢、城所の諸先生が委員をひきうけられ、私共研究室(8研と称し、有名となりました)全員が実務を担当し、委員会はやがて毎週1回行なわれることになりました。このとき一番困ったことは、集ってくる症例がほとんど進行癌ばかりで、それも多数例が送られてき、それを整理するのが大変であったことであります。そのとき、村上委員長が從来の御経験より、表在性のものが予後がよいと考えられるので、早期癌は癌浸潤が粘膜内と粘膜下にとどまるものに限ろうとFigure 5の如く決断され、それ以下のものを捨てようということで結着致しました。そして、一応診断、病理の検討材料に何とかなる症例が380例やっと集められました。さていよいよ結着の日も近づき、分類を決める段階となりました。病理、X線、内視鏡のそれぞれの委員が日を繰いで夕方より教室に集りました。ほとんど徹夜で激論が毎日続けられました。一体どうなるかと心が乱れる日々であります。第4日目に全委員が集りました。そし

て、そのあけがた、日のしらむ頃全委員の意見がぴたりと一致し、現在の肉眼分類ができ上ったのであります。その日の感激、特に事務総長の大役を果した故内海博士の疲れ切った然し満足気な顔は永遠に忘れるものであります。

このことが終って数ヵ月後でしたか、村上先生から「崎田君、あれは成功してよかったですけれど、あの企ては全く無茶苦茶だったな」としみじみいわれたことが思い出されるのであります。脇の下から出る冷汗を感じながら、この無謀な企てを心から受け入れていただき成功に導いて下さった先生に衷心感謝すると共に、これは「ひょうたんからこまがでた」という形容がぴったりしていると感じました。そして、よい成果というものは、予想通りの結果より産れることはむしろ稀で、予想外のあつというようなことがむしろ多いのではないかと感じたことありました。

胃カメラ検査の成功も、全く予想外のものであり、これも後から考えると、無謀な努力の強引な積み重ねから産れたものだと思いました。結果の予想されるような研究は誰にでもできる研究であり、そのようなものからすぐれた成果が生まれるはずはないということです。

さて、このときつくられた肉眼分類にかんたんにふれてみたいと思います。これはFigure 6 の如く皆様もよく御存知の分類ですが、病変の凹凸を見たままに表現するというまことに簡単なものであります。I, II, IIIの3型にわけますが、I型隆起型は、はっきりしたでっぱり、III型陥凹型ははっきりしたへっこみ、II型表面型は3つに分れ、IIaはわずかなでっぱり、IIcはわずかなへっこみ、その凸凹の程度は粘膜の厚さのはんい以内とされました。IIb平坦型は凸も凹もない平坦なものであります。このI型とIII型は従来のX線・内視鏡で発見は容易であります。IIの表面型は従来の方法では診断がむつかしかったのであります。従来より粘膜より深い欠損・へっこみはX線ではわかるが粘膜内の欠損・へっこみはX線ではわからず、このことは、前者を潰瘍、後者をびらんと区別する標準にすらなっていました。内視鏡ではX線よりはわかりよいの



分類設立に当つての規約

- 1) 本規約はBorrmann分類があてはめにくく早期の胃癌の分類である。
- 2) 粗織発生を考えに入れぬ様にした。従つて粗織発生をおわせる用語は出来るだけ避けた。
- 3) 隆起表面及び陥凹などの漢字は假の表現であるから、将来変更することがおこるかもしれない。従つて同時に符号を添加した。
- 4) 客観的に分ける内容はシェーマに示す通りである。
- 5) 表面陥凹型IIcと陥凹型IIIとの区別はその深さが粘膜層にとどまるか否かにした。
- 6) IとIIa及びIIcとIIIの中間を使って、これだけで表現しても差しつかえない。
- 7) 病巣の広きのことは余り問題にしなかった。広きで問題が起つた時は大局的にみて主要と思われる所見で表わすことにする。しかし、どうしても両方の所見が必要な場合は2つの名称でつないでも差しつかえない。

Figure 6 早期胃癌の肉眼的分類

ですが、勿論わずかな凹凸の診断はむつかしかったのであります。この僅かの凹凸の診断に敢然といどんだのが白壁博士一門であります。特に有名なdouble contrast法はこの診断を大幅に向上させたのであります。私はこの委員会の席上、白壁博士らの血のにじむようなこれに関する努力の数々を伺い、感銘致したことを今尚思い出すのであります。また内視鏡も従来の硬性鏡よりはるかに画質のよい胃カメラフィルムを多勢の目で何度も検討し、また進行癌を発見した場合でも、その患者の以前の胃カメラフィルムを探してきていくわゆるretrospectiveに観察して、この癌の早期の姿はかくあらねばならぬと類推することができるようになりました。そして1万台以上普及して多数の胃カメラフィルムが全国より蓄積されたことが、このことに大いに寄与したのであります。これはよく見られるIIc+III型二重輪廊と当時よく言された浅いへっこみIIcの中に深い陥凹IIIのあるもののdouble contrast及び胃カメラ写真で、現在いともかんたんにわかる所見ですが、これがな

かなかわからず、これ発見したとき、まさに驚喜したものであります。X線も昔は透視台に紙をくっつけその像を書いたものであります、これも優秀なX線写真を皆でくわしく何度もくりかえしいんさつできるようになり両者（X線、内視鏡）ともどもようやくscienceになったと形容でき、この面で大きな進歩がもたらされたのであります。X線も内視鏡も昔は術者の主觀が記載されたものであり、それでは客觀性に乏しく名人芸となり、多勢の目で再検討されないため進歩もおそらく、また専門家の養成に甚だ不都合で、世界のどの国でも僅かしか専門家がいなかつたのであります。

またX線でも内視鏡でも機械の進歩で写真より視診のほうがよくなりますと、とかく写真を軽視するようになり勝ちですが、これでは今申しましたようにscienceではなくなってしまい、よい診断をするためにも、診断学の向上（retrospective）のためにも、専門医を数多く養成するためにも不都合であり、この点学生諸君、しかと心にとめておいていただきたいと思います。事実、その後また再び、写真より視診のほうがよくなってX線にも内視鏡にもこのような写真を軽視する時代があったのであります。また外国の内視鏡は、胃カメラの時代をとおりこして硬性胃鏡よりfiberscopeに直ちに移行した人が多く、従って現在までずっと写真軽視の人が多いようです。この点が日本に比し外国で特に胃癌早期診断の面、その他で、今尚はるかにおくれをとっている主因かもしれません。昔は、消化器のX線診断や内視鏡医はX線屋・ノゾキヤといって些か軽べつされた時代が長くありました。そしてその専門医も気むずかしい名人気質の人が多く、その数も誠に少かったです。再びその愚をくり返さないよう、諸君しかと心にとめておいていただきたいと重ねて強調させていただきます。

さてこの分類の特長の1つに「組織発生的な概念を一切入れない」ということがあります。古くより、潰瘍癌、ポリープ癌という言葉がありまして、潰瘍は癌になり易い、ポリープは癌になり易いという考え方がありました。この考え方方は独逸学派に強く、日本もこれに属して居りました。一方アメリカ学派

はこれに対立し、癌は始めから癌、潰瘍やポリープは癌に変り易いことは無いという考え方であります。

この論争は長年にわたって行われ、これをほぼ理論的に解決し、潰瘍やポリープは決して癌に変り易いことはないと結論したのは、胃癌早期診断をなしとげたわが日本の学者なのであります。それはそれとして、まだ潰瘍、ポリープの癌化説が日本を風びしていたこの時代に、この説の主唱者の三大人物の一人であられた村上先生が、この癌の組織発生を示唆する潰瘍や潰瘍瘢痕やポリープやまた胃炎などという言葉を一切排除して、疾病的描写をただみたままの表現にしようとしたことは特筆に値することだと思います。多分先生は当時御自身の主張（潰瘍癌、ポリープ癌など）に心中ひそかに強い懷疑の念を持っておられたのではないかと思うのであります。

その後この分類には幾度びか異論が投げかけられました。そしてそれはすべて、潰瘍とか瘢痕とかポリープという言葉をどこかに入れようという提案でありましたが、それらは終始否定され、今日に至って居ります。そして国内のみならず、全世界に広く採用されるに至った理由は、やはり、この組織発生の概念を一切入れず、見たままのままの表現にしたということだったと思うのであります。

今一つ転移の有無をどうしようかという問題がありました。これは転移のあるものは早期癌より除きたいのであるが、恐らく転移のあるものでも手術予後はよいであろう。そして、手術をしないもの、あるいは手術しても良性潰瘍と考え淋巴節かく整をして淋巴節をしらべなかったものは早期胃癌と呼べず、研究材料から脱落してしまって、研究上もったいないということで、当分転移の有無は問わないことになりました。

ことことに関しては外国より猛烈な反撃がありました。転移のあるものを早期胃癌というとは何事かという反面単純な考えでもあったようです。

この年久留先生の主催されました胃癌研究会が発足し、数年後この会でもこの肉眼分類が検討され、内視鏡学会分類はそのまま承認されました。この検討委員長は確か同じく村上先生であります。この

頃になると、淋巴節転移は粘膜下癌にはある程度あるようであるが、その手術予後はよいようだということが大分わかつてきています。最近私の行った10年間の全国統計では、粘膜内癌で数%粘膜下癌で20%近く淋巴節転移があり、その手術5年生存率はそれぞれほぼ100%, 90%という数字がでて居ります。

この肉眼分類は、内視鏡学会分類とも、胃癌研究会分類とも、肉眼分類とも呼ばれるのは以上のような理由によるものであります。いずれの名称でもよいかと存じます。

今一つの問題として、この頃既に病理学者の間では、このように臨床的に発見された早期胃癌は、既に転移もあるものも少くなく、胃癌として発生してから既に10~20年もたっているものであろうという考えが産れていきました。また、この早期胃癌から進行胃癌に進行するのに数年以上もかかることも同様であります。これはその後多数の臨床例のfollow-upで解明されました。従ってそのようなものを早期胃癌といってよいかという異論が成り立つわけあります。これに対し、特に村上先生が種々考慮を重ねられ、肺結核の早期診断と同じように解釈しよう。即ち（手術）予後が良いという意味で早期診断という言葉にしよう、そしていわゆる早期胃癌ということにしようと提案され、外国の雑誌にも投稿して居られました。またある学者からは癌の発生点の明らかにわかる小さな癌のみを初期癌と呼ぼうという提案もありました。最近はこの早期胃癌 early gastric cancer は国内にも国外にもそのまま通用するようになりましたが、このような色々な経緯があったのであります。

淋巴節転移についても、食道癌では淋巴節転移のあるものは予後が悪いゆえ、早期癌と呼ばないということになったことを考えても、転移の有無を早期胃癌で問題にし、多数例の検討後、その有無を問わずとしたことは賢明であったと考えられます。

早期胃癌の中での粘膜内癌については、現在まだ外国には異論が少くないようです。癌の定義については、細胞異型、組織異型、癌浸潤、の3つが最低限の要素とされています。粘膜内に発生した

癌は粘膜下にまで及ばねば、浸潤とはいえない。従って粘膜下癌は癌といつてもよいが粘膜内癌は癌といえない。組織異型と呼ぶべきだということであります。これに対し、日本の病理学者は粘膜内浸潤という概念を提唱し、そのようなものがあるものを粘膜内癌と呼ぶと提唱したようあります。当初このことを認めなかった外国の病理学者も、真に胃癌の病理学者といえる人々は日本を訪問して多くの症例を検討し、日本の病理学者の意見に賛同したようですが、この胃癌専門ともいるべき病理学者を持たない国はまだかなりあり、そこではまだ粘膜内癌を癌と認めないようあります。尤も、本邦でも当初はこのような病理学者が数多かったのであります。現在でも尚一部に居られるようあります。この問題は異型上皮 ATP の定義ともからんで今後尚問題の残るものであります。果して粘膜内癌と呼ばれるものすべてがどんどん増殖して人を倒すものになるかどうかは、われわれ臨床家の follow-up 的観察がその解決に与って大きな役割を果すものと考えられます。

少し全国集計の項が長くなりましたが、今一つ二つ加えさせていただきます。一つは、このとき集められました早期胃癌は、生物学的に特異なもので胃癌の少数を占めるものではないか、ということで、当然の疑問かと存じます。それは現在生長の遅いと考えられている肝臓や肺などのいわゆる slow growing tumor と同様のものではないかということです。

然し当時、この早期胃癌集計に関与していた人々は、この考えに否定的であります。そしてその後、年と共にその発見が大きく増えてきている事実から見ても、この早期胃癌は胃癌のごく一部を占める生物学的特殊性胃癌であるという考えは否定されてきて居り、その大半は、否ほとんどそのすべてが現在発見されている進行胃癌の早期の癌であるという考えが広がってきて居ります。即ち胃癌はそのほとんどすべてがいわゆる slow growing tumor であるということであります。私はかつて最も進行の早い悪性の癌といわれましたメラノーマも、晚期癌を見てそういうていたということがわかり、その早期の姿

が解明されました。発見の、そして、研究のおくれている臓器癌に、このたちのよい、あるいはたちの悪い癌という言葉がより多く聞かれます。然し、この問題には胃癌を含めて尚多くの未解決の問題が含まれております。諸君は教科書をうのみにすることなく、今後この問題の解明に志していただきたいと思います。

この早期胃癌全国集計委員会はその後解散することなく、月1回closedに行なわれ、段々とメンバーを増やしてその後openの早期胃癌研究会となり、それは、商業誌ながら格調の高い「胃と腸」を機関誌的に毎月発行し、盛大に毎月行なわれ、この領域に大きなことうけんを果していることを申しのべ、この項を終りたいと思います。

iv. 国際学会設立のこと (Figure 7)

この全国集計の行なわれた昭和37年4月、大学卒業後18年弱で私は当時設立されました築地の国立がんセンターに赴任致しました。つづいて6月さきほど写真をおめにかけましたHeningの会長の下に独立ミュンヘンで行なわれた第2回世界消化器病学会に参りました。消化吸收の講義をしていただいている現山形大学石川教授と御一緒のやじきた道中で始めての外国旅行がありました。日本人の出席は確か數十人だったように思います。大半は始めての外国旅行で、珍談が幾つかありました。その頃は、今は想像できませんが、簡単に海外旅行はできず、ドルの交換にもきびしい制限があり、思えば現在の経済大国日本のれいめい期ともいうべき時代で、日本人は欧米人の間で小さくなっていました。このミュン



Figure 7

ヘンで私は、世界内視鏡学会設立を恩師田坂日本内視鏡学会理事長の代理として提案致しました。当時として大それた提案であります。ひょっとしたらというこの提案が主要各国代表満場一致で受け入れられました。これはまさに大きなおどろきであり、喜びでもありました。この成功の原因はその1~2ヵ月前行なわれました日本内視鏡学会の、今まで多々申のべました、胃癌早期診断学の樹立ということでありました。当時インフォーメイションの乏しい時代で、この早期診断学に関する小論文を、英、独、仏語にして多数持参致しました。それを高く評価してくれたのであります。そして4年後の昭和41年東京で第1回の国際学会を田坂先生を会長として行なうことも決定されました。国際学会を日本の学者を第1回の会長として行なうことは、珍しいことであり、このとき、大きな収穫を得たのであります。4年後の昭和41年の第1回世界内視鏡学会(Figure 8)は、東京プリンスホテルで華々しく開催されました。この学会は胃癌早期診断でなりつぶされたようで、このことがまさに世界の話題となつたのであります。終って約10日間、世界の10カ国より1人ずつ代表をえらび、国立がんセンターで胃癌早期診断の内視鏡研修会が行なわれました。まさに活気にみちあふれた国際的な研修会がありました。

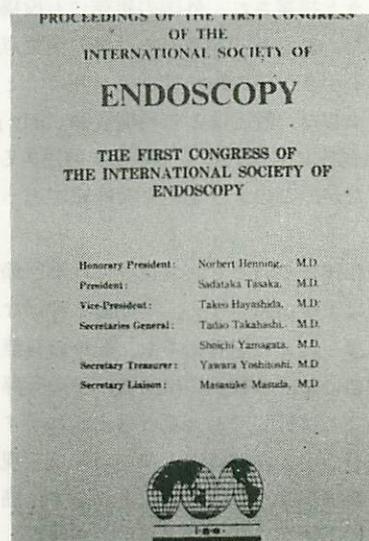


Figure 8

その数年前から東京大学および国立がんセンターのほうは外国人の研修生が何人か見えていましたが、この昭和41年の国際的研修会以降、がんセンターは内視鏡の世界のメッカとなり、多勢の外国人がひっきりなしに研修に訪れ、私ががんセンターを去って筑波大学に参ります11年の間に延々100人と數え切れない数となりました。そして学会も4年毎に会を重ね、始めは日本人が半数以上占めていたのが、1昨年のストックホルムの第4回の大会では、外人の数も大幅に増加し、日本人が2割ぐらいということになりました。

多勢の外国人の留学に接し、私がつくづく感じましたことは、私共の「人類を胃癌から救おう」という理想とその実践」が彼等のそれとほとんどかみ合わないということでありました。国際学会の設立をもって、これで世界人類を胃癌から救うことができると内心喜んだのですが、それはそうはいかなかつたのであります。技術を体得していった外国人は、自分の国に帰って、それを人に教えようなどということはしないのであります。そしてそれを特技として、患者の名声をはくそうとする、「前に申しあげた名医となろう」とするのであります。初めそれを知ったとき、私共は大きく落胆致しました。然し、これは現在の世界の医学会の常識であると気がついたとき、然し、私共の考えはまちがっていないと再認識しました。医学は人を救うことが厳然たるその目的であります。個の医人の名声を博する云々はその次の枝葉の問題で本末転倒といわねばなりません。私共は国内にあふれる研修を受けたい人に努力を向け、外国人の研修はことわろうではないかと真剣に論じたこともしばしばありました。然しあせらずに1人でも多く胃癌早期診断のできる人を造ろうではないかと、その後多くの人を受け入れているわけであります。また、多くの日本の学者がこのことを教えるために、外国に参りました。昨年世界の早期胃癌発見の現状と題する集計の成績を後にかんたんにのべますが、全世界をあわせて、その発見数は日本の1年の発見数にはるかにおよびません。然し、期待に反したとはいえ、成果はあったのですから、今後もあせらず、留学を受け入れなければならぬ

と思います。

IV 胃炎の研究より早期胃癌の研究へ

昭和33年、私は日本医学会シンポジウム胃炎の演者に指名されました。今とちがい、当時のこれは大きな栄誉であります。私はこんしんの努力を払いました。当時撮影術のほぼでき上った胃カメラにより行ったものであります。胃炎とは古来胃の粘膜の炎症のことを申します。そして、粘膜癌とは胃の粘膜の癌ということですゆえ、診断学的には胃粘膜の疾病という意味で胃炎と同じはんちゅうの概念に入ります。いうなれば、胃炎の診断学的研究は、胃粘膜癌即ち胃早期癌の診断につながります。

胃炎から早期胃癌へと研究を進めていったけいいをふまえて、胃炎につき少しくのべたいと思います。そしてこの20数年の研究のしめくくりとして、久しく混迷しています慢性胃炎の分類についての私見をも付け加えたいと思います。

1. 表層性胃炎の解析

表層性胃炎とは胃粘膜の比較的表層の炎症ということで、俗にいう胃カタル、即ち食べ過ぎ飲みすぎなどで起る日常最もしばしば見られる病であります。これは内視鏡的に、発赤、浮腫、adherent mucus(粘着性粘液)の粘膜附着という所見がtriasとして昔からいわれています。このadherent mucusとはFigure 9の如く、薄い白色の粘液がびまん性に粘液に密着している所見であり、透明であるべき粘液が何故白く見えるかということであります。このために、犬に昇汞で急性胃炎を作り(Figure 10)，それを、ガーゼでこすったりせずそのままの状態でとり出し、フォルマリンで固定し、鏡見致しました。そして、Figure 11～15の如く、これは、深浅さまざまの破壊された粘膜組織が粘液といりまじってぴたりと胃粘膜にくついていることがPAS染色でわかりました。即ちこの白い粘液adherent mucusは、深浅さまざまの粘膜欠損を意味することがわかりました。そして、ふつうより深い限局性のものをびらんと称しますが、これらはいわば深浅さまざまのびらんであるということがわかりました。

それからこの表層性胃炎はSchindlerの分類(Fig-

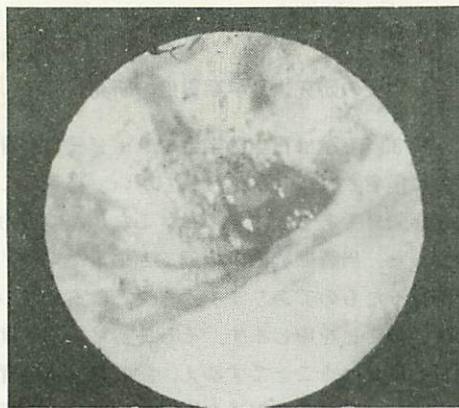


Figure 9



Figure 12

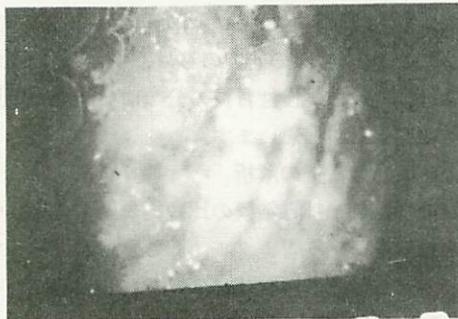


Figure 10

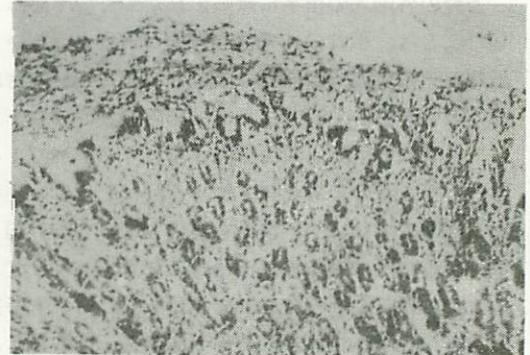


Figure 13



Figure 11



Figure 14

Figure 16) では慢性胃炎の 1 型になって居り、古来慢性胃カタルという言葉が巷にあふれています。然し、これはたびたび同一人に短期に内視鏡ができなかった時代に、単に愁訴が長くつづくという理由だ

けで慢性に表層性胃炎即ち胃カタルが慢性につづくものと考えたにすぎないということが胃カメラによる多数の症例の follow-up によってわかり、表層性胃炎は急性乃至精々亜急性胃炎であることがわかりました。この浅いびらんともいいうべき粘膜に密着した白い粘液は、最近の内視鏡検査では検査前に使う除

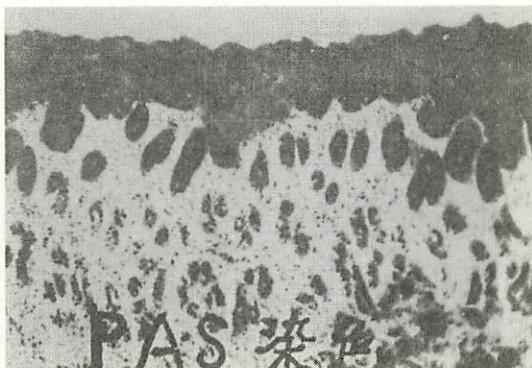


Figure 15



Figure 17

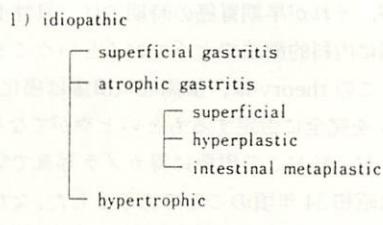


Figure 16 Chronic gastritis.



Figure 18

泡剤ガスコンや蛋白分解剤などでとんでもしまって見えなくなることが多くなったのですが、これに関する精細な研究はまだ行なわれておらず今後の問題になっています。ただいえることは、この adherent mucus が完全に消えたとき上皮化が完成するということで、粘膜の色がでてくるということあります。そしてこれがいわゆる malignant cycle の発見につながってくるのであります。これについてはすぐ後でのべます。

2. 肥厚性胃炎の解析

Schindler は慢性胃炎を、表層性、肥厚性、萎縮性の 3 つに分けました (Figure 16)。表層性胃炎は今御話したように、慢性胃炎から消えました。そして、第 2 の肥厚性胃炎も慢性胃炎から消えていったのであります。Schindler は肥厚性胃炎を、腺性、増殖性、間質性の 3 つに分けました。詳しい話は省略致しますが、私はこの 3 つのうちの腺性肥厚性胃炎のみは、

内視鏡的診断では有用であり、その存在を否定すべきではないと考えていました。この腺性肥厚性胃炎とは、胃腺の増殖、肥厚を特長とし、機能的に胃液の酸度が高いということで、内視鏡的所見としては Figure 17 の如く、塩酸・ペプシンを分泌する胃底腺の胃粘膜の表面に柔かな凹凸像が見られます。

病理組織学的には、胃底腺の肥厚と考えられる所見が見られるのですが (Figure 18)，これらは、正常粘膜と区別できないというのが、これを胃炎ではないという根拠がありました。これらは当時広く行なわれていた blind biopsy の面から、すべてそのように主張されたのであります。然しこの疾病を提唱した Schindler 博士は、あくまで胃腺の肥厚のあることを主張しつづけられました。そして博士の晩年というと、今から 10 余年前のことですが、胃底腺領域の壁細胞の数を鏡検的に数えて、正常粘膜に比し、たしかに壁細胞の数が有意に増加しているという論

文を数篇発表されたのであります。20年以上にわたり、多くの学者よりその存在を否定されつづけてきたこの腺性肥厚性胃炎の存在を遂に実証された Schindler 博士に対し、私は大きな敬意を感じたのであります。

Schindler の胃炎の分類はやはり Bible であったと、そのときつくづく思い、やはり Schindler は偉かったなーと思いました。この頃胃液分泌促進ホルモン gastrin や肉汁などに、この塩酸・ペプシンを分泌する壁細胞・主細胞の増殖作用 trophic action があることが実証され始めたのであります。私の協同研究者吉森博士(現国立がんセンター医長)も米国の Chey 教授の許に留学中、アルコールにこの壁細胞・主細胞の増殖作用 trophic action のあることを犬で証明し、Chey 教授を大いに喜ばせたのであります。その頃典型的腺性肥厚性胃炎といえる Zollinger-Ellison 症候群もはなばなしく世に出てきたのであります。これは高度の過酸症を示し、胃底腺の高度の増殖を示す疾病で、多発性胃・十二指腸潰瘍と高度の出血を伴い、胃全摘をしなければ、治癒させることができない疾病であります。これの典型例は数少いにしても高度の過酸症を示すいわゆる偽 pseudo Zollinger-Ellison 症候群は決して数少いものではありません。ここで Schindler の腺性 glandular 肥厚性胃炎は存在する。そして、腺の萎縮する萎縮性胃炎と同様、慢性的の疾病即ち慢性胃炎の一つであるということが認められるに至ったと、私は考えるのであります。但し、この theory は未だ学会に発表ではなく、私がこれから、学会に提唱していこうと考えているものであります。ここ 2~3 年間の学会の発表を、諸君、注意して見ていて下さい。

3. malignant (and benign) cycle の発見のこと

ここで再び早期胃癌診断にもどりたいと思います。malignant cycle のことは皆様、既によく御存じのことだと思いますが、簡単に申しますと (Figure 19), 前御話した Bockus 先生の「潰瘍の良悪性鑑別診断」としての「治療的診断」に真正面から立ち向う形となつた theory であります。

即ち、Bockus のいうごとく、確かに悪性潰瘍は、それが進行癌である場合には内科的療法では治癒し

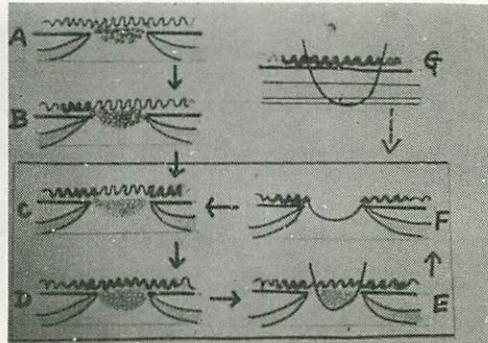


Figure 19.

難いが、それが早期胃癌の時期では、良性潰瘍と全く同様に内科的療法でよくなおるということであります。この theory は、潰瘍癌（潰瘍は癌化し易い）theory を完全に否定するもといとやがてなるのであります。私がこの現象に胃カメラ写真で気がついたのは昭和 34 年頃のことでありました。なかなか治りきらないまさに良性潰瘍の患者を手術したところ、潰瘍は完全になおっておりましたが、病理組織学的には IIc、浅い陥凹型の早期胃癌であります。悪性潰瘍も、それが早期胃癌の時期ならこのように治ゆることがあるのだということであります。その後、このような症例に注目を始めて、何例かその症例を発見したのですが、この症例はたしか昭和 38 年頃の国立がんセンターでの症例であります。いわゆる IIc+III の Slide の如き症例を手術したのですが、手術前の胃カメラ写真をよく見ましたところ、潰瘍は完全に近く治ゆし、先程お話をした浅いびらんを示す adherent mucus は消失し、胃粘膜の色がはっきり出ているであります。これは、上皮化が起っている、と先程多々申上げましたように判断致しました。

潰瘍は治っていると考え、その頃まだ closed であった早期胃癌研究会の前身の委員会に提出致しました。然し、胃粘膜はちゃんとへっこんでいるから、これは、潰瘍だ、潰瘍はなおってなんかいない、と各方面から強く反ばくされました。然し、Slide の如く、潰瘍はちゃんと上皮化されなおっていたのであります。当時病理の常識として、悪性潰瘍がなおるなどということは論外のことでした。何を馬鹿な

ことをいうかという結論でありましたが、ただ一人、前にお話した村上忠重先生は、そういうことはあり得るといわれました。この症例は国立がんセンターの症例で、学会に発表しようとしたのですが、放射線科の強い反対で、発表せず、貴重な世界第1例の malignant cycle の内視鏡写真の発表文献とすることができず今でも残念で仕方がありません。

その後私は、症例を重ねて、約 50 例の症例を昭和 43 年 9 月、ベルギーで行なわれた第 1 回国際癌発見シンポジウムに発表し、帰途、米国 Bockus 教授の教室で講演させていただきました。前に御話した「潰瘍の治療的診断法」を長く提唱して居られた Bockus 教授は、大変興奮されましたが、遂にこれを認めて下さり、そのときの写真が Figure 20 の如くであります。そしてその翌年の米国消化器病学会誌 Gastroenterology の壁頭に私共の論文が掲載されました。この雑誌は、権威が高く、日本の臨床論文が壁頭論文として掲載されたのは始めてということで、この抄録は全世界から求められ、千篇近くの請求がありました。

ここで、この malignant cycle に関してはその後九州大学、現北里大学の岡部教授が九州大学病理の今井教授とていけいされ、両面から私共より先に論文を発表されていることを申し上げておきます。

功名争いなどはどうでも結構ですが、ここでお話しをおきたいことは、「決して教科書をうのみにしてはいけない」ということあります。「いつもありのままに物を見ること、教科書にこう書いてあったからあるいは偉い人がこういったからこうだ」などということは、科学者として、恥ずべき考え方であるということあります。また臨床医として診断・治療をする際にも、これはきわめて重要なことかと考えます。

今一つ、この malignant cycle の完全な証明には 10 年の歳月がかかったということあります。委員会が全国から症例を 10 年かけて多数例集めたのであります。そうして、始めは、このようなことは稀な現象であるということより、時にある、しばしばある、否早期癌の時期には良性・悪性潰瘍はほとんど同じ態度をとるというように進展していったので

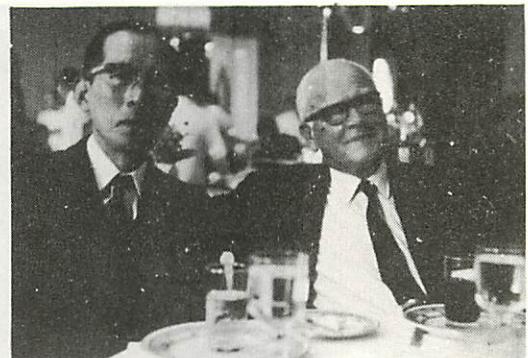


Figure 20

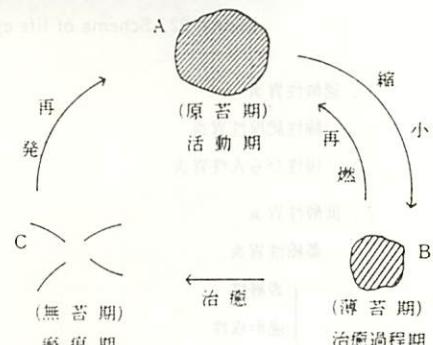


Figure 21 良性潰瘍の経過 (模式図)

あります。10 年たったら、ほんものかにせものかわかるということを実感させられたことありました。

これと平行して、良性潰瘍の life cycle (Figure 21)、活動期、治ゆ期、瘢痕期の概念が造られ、以来、崎田、大森、三輪分類として現在世界に認められるに至り、良、悪性潰瘍の life cycle が同じ形であることが示されるのであります (Figure 22)、時間の関係上省略致します。本で勉強して下さい。

4. 慢性胃炎の新分類 (Figure 23)

ここで、私が 20 余年の研究、経験をまとめました慢性胃炎の新分類を申し上げたいと思います。

先ず慢性胃炎を大別して、過酸性胃炎と低酸性胃炎に分けます。過酸性胃炎には Schindler のいう腺性肥厚性胃炎と、慢性びらん性胃炎を入れます。びらん性胃炎にはすぐ直る急性乃至亜急性のものと慢性でなかなかおらないものがありますが、その慢性のものの頻度はかなり高いのであります。その慢性のものを入れるのでありますが、このびらん性胃炎

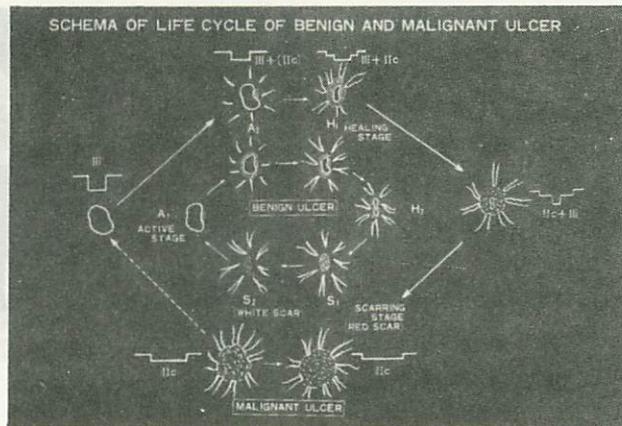


Figure 22 Schema of life cycle of benign and malignant ulcer.

- 1. 過酸性胃炎
 - 腺性肥厚性胃炎
 - 慢性びらん性胃炎
- 2. 低酸性胃炎
 - 萎縮性胃炎
 - 表層性
 - 過形成性
 - 腸上皮化生性
 - 過形成性・腸上皮化生性
- 3. 粘膜癌
 - 表層性胃炎
 - 萎縮性過形成性胃炎

Figure 23 慢性胃炎

と、腺性肥厚性胃炎は、縁の深い疾病であり、共に酸度の高いものが多いのであります。

低酸性胃炎には、従来慢性胃炎イーコール萎縮性胃炎といわれた萎縮性胃炎を入れます。これは胃腺の萎縮即ち、低酸乃至無酸のものですが日本には完全萎縮即ち無酸のものは稀であります。悪性貧血、自己免疫のものがここに入り、また萎縮性胃炎には前に示した Slide の如き色々なものがありますが、ここでは省略致します。

第3に、粘膜癌をこの慢性胃炎に入れたいのであります。これはいわば悪性胃炎という言葉が適当なものとなります。この悪性胃炎という言葉には現在尚相当な抵抗があると思います。然し、元來、

胃潰瘍という言葉は良性胃潰瘍という意味であり、悪性胃潰瘍という言葉はおかしな言葉であります。然し、現在悪性潰瘍という言葉は抵抗なく広く使われております。それと同じように、悪性胃炎という言葉も、粘膜癌の同義語として、今後広く使われることを、私は願うものであります。

数年前、国立がんセンター小黒(本学非常勤講師)および吉田らにより、胃炎様早期癌という言葉が提唱されました。これは悪性胃炎とほぼ同義語であります。そして、粘膜癌とも同様であります。写真を二三おめにかけますが、単なる発赤、浮腫出血、といった表層性胃炎と鑑別困難なもの、萎縮性過形成乃至腸上皮化生性の胃炎と鑑別困難なもの、びらん性胃炎と似たもの、全く正常粘膜と鑑別困難なもの等、があります。従来、胃炎として片付けられていたものに、実は粘膜癌、乃至早期胃癌がかなりあるぞという、これは実地臨床上重要な考え方かと思います。

V 分光、映像の研究

1. 紫外線写真

昭和35年紫外線胃カメラの作成に成功しました。これは胃粘膜のきわめて微細な像が得られ、多くの注目を浴びました (Figure 24)。これも始めは癌の胃壁内浸潤を知ろうとしてそれには透過性の強い光である赤外線がよかろうと思いつきその実験を行いましたが予期に反しました。表面像のディテルはとんで

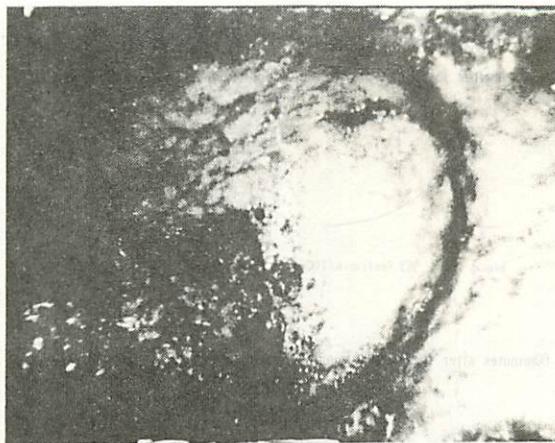


Figure 24

しまう写真でありました。そして、それでは紫外線を使ってみようということで、意外な成果を得たのあります。即ち粘膜の細かいディテールが写し出されたのであります。

昭和36年度この紫外線胃カメラと後にのべる集検胃カメラに対し、米国の NIH から1万ドルの賞金を与えられました。当時このような賞はまだ珍しいことで、また1万ドルはその頃としては大金であり、大いにジャーナリズムをにぎわしたものであります。

2. 荧光写真

この紫外線胃カメラは蛍光胃カメラに発展し、種々の蛍光色素を用いて、色々な胃癌の蛍光写真がとられたのであります。先程申しました故内海博士が蛍光色素を使わない胃粘膜の固有蛍光写真(Slide)に成功致しました。これが約15年後、本大学におけるレーザー光による研究につながってくるのであります。

3. 分光分析の研究

胃粘膜の分光分析の研究は昭和43年頃よりわれわれの熊谷らにより成功し、特にヘモグロビンに特有の波長がみつかり、ヘモグロビン即ち胃粘膜の微小循環がかんさつできることになりました。この研究はその後大阪大学阿部内科により大きく発展してきて居ります(Figure 25, 26)。

一方、私共は筑波大学病院開設後数年にして、福富、宮本らにより H₂ガスクリアランス法を内視鏡に始めて導入することに成功しました。これは胃粘膜

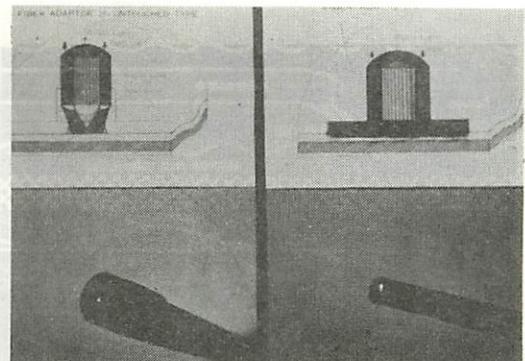
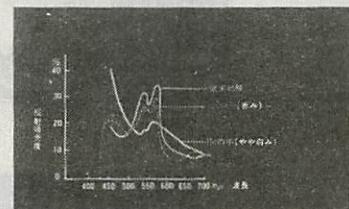


Figure 25

早期(粘膜内)胃癌の波長-反射吸光度曲線
ファイバー測定端子粘膜密着法(木村法による)



ヘモグロビンの波長吸光度曲線
(柴田法による)

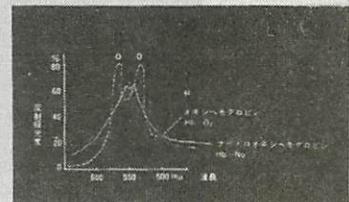


Figure 26

血流測定にきわめてすぐれた方法で、現在国内に広く普及し、研究に使われています(Figure 27, 28, 29)。

この胃粘膜微小循環測定の研究は、胃潰瘍の成因、診断、治療の研究に大変有効であり、胃癌に対しても同じことがいえますが、これは一に今後の問題でありますゆえ、これで終ります。

4. レーザーの導入 (Figure 30, 31, 32)

レーザーは、今より約15~16年前、本邦に輸入されました。私は、本日御臨席をたまわっている当時東京大学工学部におられ、私共を種々指導していただいていた現本学副学長松浦先生と、それを見に日本電子?という会社に参りました。癌の治療にこれは使えるかもしれないということであります。然し

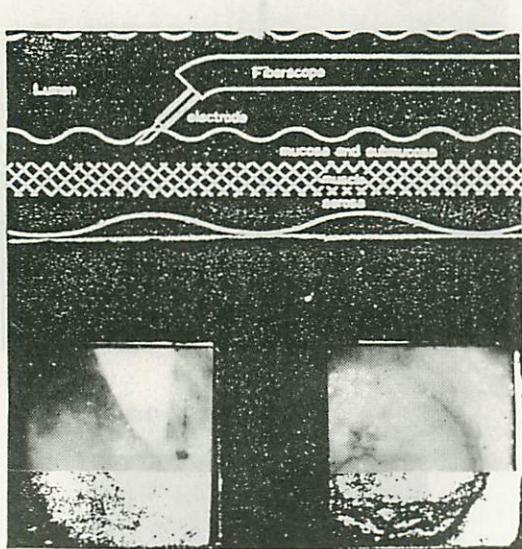
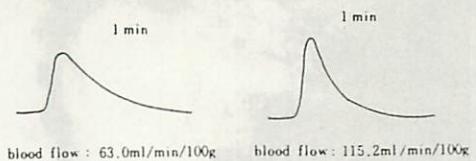


Figure 27

blood flow in the antrum
before local application 15minutes after local
application of Cetraxate (50mg/kg)



60minutes after local application 80minutes after local application

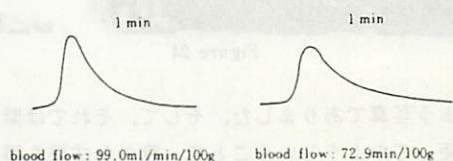


Figure 28

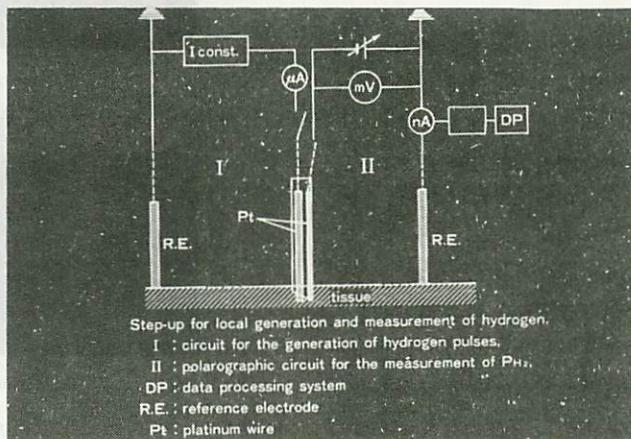


Figure 29

その時、これは癌組織はこわせると思いましたが、殺人光線レーザーの名前の如く、同時に胃の壁に孔をあける、と思いました。松浦先生には前にのべた紫外線撮影のとき以来随分色々と、御指導御世話になりました。この席をかり、厚く御礼申上ます。

それから十年余りたって、このレーザー光が強弱自由に発射でき、また色々な波長の光が得られるようになりました。これも大きな進歩だと思います。これを癌の治療のみならず、診断にも使えそうな時代がやってきました。YAG レーザーによる早期癌のは使えるかもしれないということあります。然し、

治療も、最近全国で多数の症例がつみ重ねられています。われわれのところでも勿論やっています。これは赤外線である YAG レーザーによる癌組織の破壊であり、簡単に苦痛なく行えるのであります。癌組織を十分やけばよいということでありまして、その点、鋭利な力を持っているレーザーは甚だ適しております。ただ淋巴節転移のあるものに、こまるわけであります。最近、超音波内視鏡による淋巴節転移の診断の研究が始っています。前にものべましたように粘膜内癌でも数%淋巴節転移があります。然し、それはどのような形の癌かなど、今後研究が進

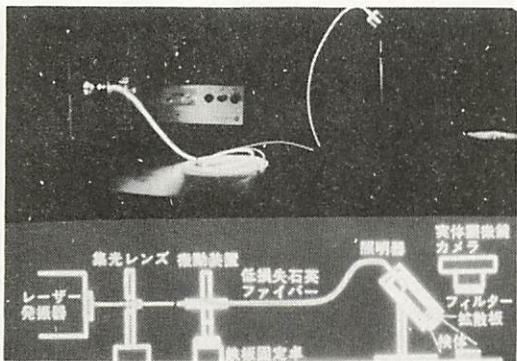


Figure 30



Figure 31

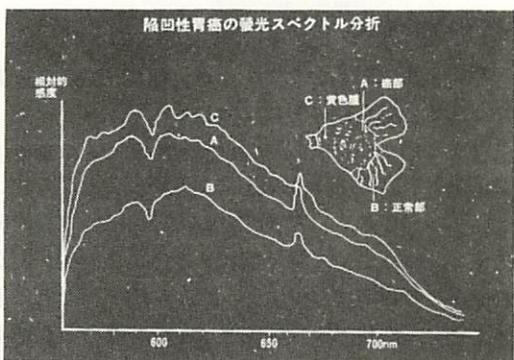


Figure 32 陥凹性胃癌の蛍光スペクトル分析

むこと思います。少くとも現在、肺や腎などの疾患のため開腹手術のできない人々には、大きな威力を発揮していますが、今後早期に発見して、レーザーで簡単に治療するということが一つの目標となつたということはいってよいかと思います。

そして、レーザー光で、今の可視光よりも更に

早期の癌を発見しようと研究は進んできたのであります。先に紫外線による胃粘膜の固有蛍光のことを話しましたが、緑色光であるアルゴンレーザー光で、切除胃でありますか低分化型のIIc型の胃癌に強い固有蛍光の写真が得られましたとき、私共はアッと驚きました (Figure 31)。首をひねりながら、症例を重ねましたが、やはりこれは事実であります。グリーンスタイルの有名な言葉に「癌に特異性なし」という言葉があります。これは病理組織学的にも生化学的にも、いわゆる癌反応でも、X線や内視鏡診断にも、すべてに通じることであります。即ち、癌と非癌の間にはっきりした線をひけないということですべて、1(良性)、2(良性の疑い)、3、4(悪性の疑い)、5(悪性)という表現が用いられ、3は癌とも非癌ともいえないわば中間帶ともいうべき領域であります。この癌にでましたつよい固有蛍光も、正常粘膜のそれと違った癌特有の波長をもった蛍光ではなく、同じ波長ではありますがその光度が強い蛍光であります (Figure 32) ので、映像として十分役に立つわけであります。可視光で見えない癌をみつける、という目標がみつかり、今後実地臨床に応用すべく努力を続けて居りますが、この蛍光は尚きわめて弱い光であり、理論的にその増幅は可能であるといえても、尚大きな費用と高い頭脳と多くの努力が今後必要であります。

光の世界におきましてもレーザーは大きな革命を今後発揮することと思います。色々な波長を自由に出せる tunable laser という器械の出現が現在待たれていますが、これとコンピューターの協力で、今後色々の波長の写真が自由に組み合せられ、可視光では見えない疾病の発見、癌でいえば、より早期の癌の発見が期待されるのであります。尚癌に集りやすい蛍光物質ヘマトポルフィリン注射による診断ならばに治療は肺癌の領域で東京医科大学の早田教授により始めて輸入され、私共も胃癌にこれを使用すべく研究中でありますが、これも今後の問題として、省略させていただきます。

尚癌に特異性なしということは、これは癌の本質をつくものだと思います。昨今、遺伝子の面まで、癌も研究が進んでいますが、どこまでいっても、こ

の問題はつづくと思います。この点、諸君、よく頭の中に入れ、今後この面の研究生活に入られるとしたら、思い出していただきたいと思います。

尚レーザーの仕事は、私共の福富助教授を始め、川北、中原、樺村その他多くの方々の研究によるものであります。

VI 胃カメラ集検

先に、紫外線胃カメラと集検胃カメラに NIH より大きな Grant をもらったことを御話しました。

20 年後の現在、一つは、Laser 蛍光写真へ、一つは細径の fiberscope による胃集検に花咲こうとして居ります。写真は 20 年前、埼玉県越谷市で始めて P 型胃カメラと称する細い胃カメラで大々的に行なった胃カメラ集検の写真 (Figure 33, 34) であります。勿論結果は大成功であります。その後、このことは、越谷で病院長をして居られる本学非常勤講師藤田博士を中心として 20 数年休むことなく、えいえいと続けられています。

これは、百里塚の半ばをすぎたといえるかと思ひます。この貴い努力をふまえて、最近は細い優れた fiberscope の出現により、少くとも、病院乃至診療所における外来集検、あるいは、会社の診療所における職域集検での内視鏡集検は現実に可能となっていました。内視鏡集検の優れることは、現在異論のないところであります。然し、広く市町村で行う地域集検と称するものを行うには、まだまだ専門医の数が圧倒的に不足しております。そして現在の間接 X 線によらねばならず、それすら現在一部にしか行なわれておりません。

然し、とに角、胃カメラで胃癌を救おうという当初の理念は、百里塚の半ばにきているといえるかもしれないということで、花咲こうといっていると申上げたのであります。

早期診断のためには集検が必要欠くべからざることは皆様よく御存知のことと思います。

私共医師の任務は人を救うことが必要であり、その方法を研究すると共に、そのことを実践しなくてはなりません。後に一寸そのことにふれたいと思います。

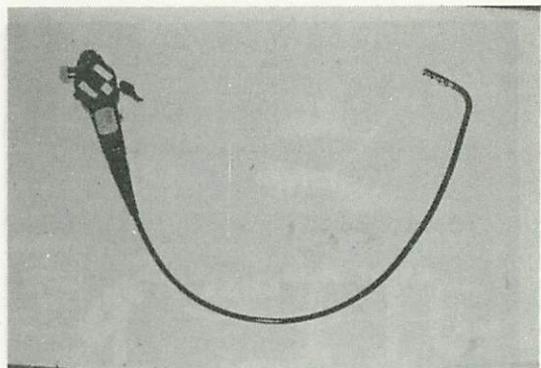


Figure 33

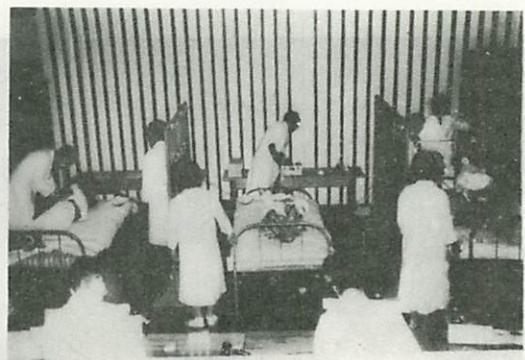


Figure 34

VII 日本と世界の早期胃癌発見の現状（集計）

(Figure 35, 36, 37)

集計の話は眠くなりますから、簡単に数字のみ御話します。御希望の方には抄録をさしあげます。

今より約 103 年前、それまでの 10 年間の早期胃癌全国集計の成績は、7,617 例 8,069 病変であります。一昨年のその後の 9 年間の成績は 15,933 例 17,168 病変と 2 倍以上に大幅に増加しています。然し、これを 1 年の数字にしますと、1980 年約 2,400 例に過ぎません。然し、かりに実際はその 2 倍の 5,000 例を発見しているとしても、現在年間の胃癌死亡 50,000 名の 1 割にしかすぎません。その意味で、道は尚遠しといわざるを得ません。

目を転じて、外国の早期胃癌を見ますと、昨年行った集計は、不十分なものであります。現在までの症例は、37 施設で 1,153 例が総数であります。内訳はヨーロッパが 7 カ国 13 施設で 624 例と最も多

1962-1971	7617 Cases, 8069 Lesions
	(Male 5056 Cases Female 2561 Cases)
1972-1980	15933 Cases, 17168 Lesions
	(Male 10648 Cases Female 5285 Cases)

Figure 35 Number of Patients with Early Gastric Cancer Detected During 19 Years;

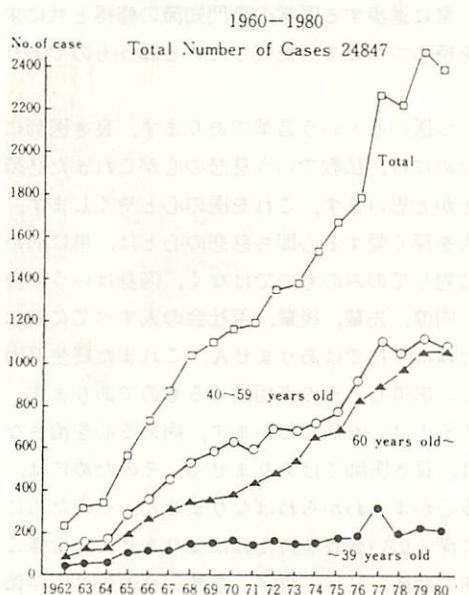


Figure 36 Annual Number of Early Gastric Cancer Cases Detected between 1962-1980.

く、ついでアジアは5カ国10施設で478例、中南米は7カ国8施設103例、米国は4施設33例でありました。この中一番症例の多いのは、西ドイツで374例、ついで台湾の207例、韓国195例、中国76例、ノルウェー75例、チリー68例、スペイン60例がありました。

ヨーロッパでは西独にベルリン自由大学の日本人としては最初の客員教授で長年滞在されました日本医科大学大島教授の御努力におうところが多く、あとは日本と接触の多い国々であります。

統計1,153例とはまことに少ない数字で、かりにその2倍の症例が発見されているとしても日本1国

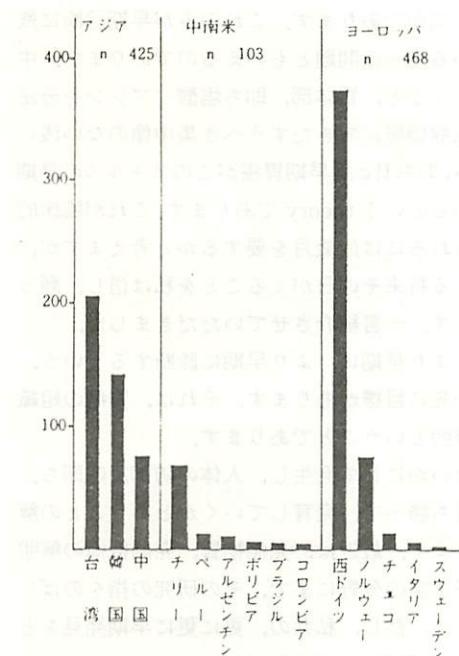


Figure 37 世界の早期胃癌集計

の1年の発見例にも及ばない数字であります。前に外国よりの留学生に大きく失望落胆したということを御話しましたが、よく理解していただけることと思います。

然し、本邦の現状もまだまだであります。癌の登録制度がないため現在年間どれくらい胃癌がたすかっているか、はっきりしませんが、かりに2万人たすかっていると仮定すると死亡5万+2万=7万の3割2万人がたすかっていることになります。食物の欧米化と共に日本の胃癌はへってきていると考えられますが人口の高齢化による胃癌の発生増加はそれを上まわっており、差引尚増加していると考えられます。死亡率は近年徐々に下ってきています。これは胃癌の助かる人の増加によるものであります。この点をよく認識していただきたいと存じます。

VIII 結語（研究の心と医の心）

終りに、本学病理の中村教授の20年にわたる御研究の一部にふれさせていただき結語に移りたいと思います。それは現在、尚、その早期診断の不可能とされているBorrmann 4型、いわゆるスキルスの早

期診断の問題であります。これのみが早期診断に残されている唯一の問題ともいえるのであります。中村教授によると、胃体部、即ち塩酸ペプシンを分泌する胃底腺領域にできたすうへき集中像のない浅いへっこみ、即ち IIc 型早期胃癌がこのスキルスの早期の姿であるという theory であります。これが臨床的に確証されるには尚歳月を要するかと考えますが、遠からざる将来その日がくることを私は信じ、願って居ります。一言紹介させていただきました。

さて、より早期に、より早期に診断するという、もう一つ先に目標があります。それは、胃癌の組織発生の解明ということであります。

胃癌はいかにして発生し、人体の防御反応即ち抵抗に打ち勝って、発育していくかということの解明であります。最近は、発癌物質、発癌機構の解明は遺伝子工学の分野にまで、その研究の指をのばしております。然し、私共の、更に更に早期発見をとくに臨床的努力はこの面と相まって、この組織発生の解明に私は大きな貢献をする否、そのために必須なものと考えます。そして、このことの解明は、即胃癌の予防という面につながるものと思います。胃癌の予防こそ、眞の胃癌の治療法であり、そのときに、完全に、胃癌から人類を救える日が来るといえるのではないかと思うのであります。その日の一日も早く来らんことを願うものであります。この面で今後諸君の御努力に期待致します。

これが結語でありますが、おこがましい気持が致しますが、Slide に小さく書きました「研究の心と医の心」につき一言致し、終りたいと思います。

始めに、「功利打算などすべて投げ捨てた、若い情熱を大切にしてほしい、目標とする理想は絶えざる求道心である」と申しました。

求道心とは道を求むる心であります。これは学問する心、科学する心、人格完成、真理探求の心、よく使われる Forschungs sucht 等々とすべて同じ言葉であると思います。昔の私共の受けた大学教育はこの求道心、Forschungs sucht さえ体得してくれれば、それでよい、専門知識はその次で、自分で勉強せよ、極端ないいかたですが、この Forschungs sucht を体得するよう終始求められたといえるように思います。

わが医学専門学群は、専門技術の教育、即ち、専門教育を非常に重視して居ります。これは根本的にきわめて重要なことであり、よい医師になるためには必要且つ欠くべからざる必須の事項であります。加えて、わが校は専門学校ではなく、大学でありますから、この学門する心、即ち、求道心、Forschungs sucht を大切にしなければならないことは当然のことかと思います。このことは、皆様が臨床医になろうと、基礎医学学者になろうと、社会医学学者になろうと関係なく、同じことがいえるかと思います。今後永久に、常に進歩する医学の専門知識の修得と共に求道心を持ちつづけていただきたいと願うものであります。

今一つ医の心という言葉であります。良き医師になるためには、仏教でいう慈悲の心がこれまた必須のことかと思います。これを医の心とやくします。この人を深く愛する心即ち慈悲の心とは、単に病める人に対してのみのものではなく、肉身はいうに及ばず、同僚、先輩、後輩、否社会の人すべてに対して持たねば本物ではありません。これまた終生努力を要し、求道心とその点相通じるものであります。

病める人は心も病んでいます。病める心を治さなくては、良き医師ではありません。そのためには、病める心がよくわからねばなりません。そのためには真に深く広い教養を持たねばなりません。皆様この意味で今後、文学、哲学、宗教、芸術等々広い領域で万巻の著をよんで下さい。万巻の書は蔵にあります。

これらのことすべて含めて求道心をいつまでも強く持っていただきたいという言葉とし、あえて皆様に申上げ、講を終らせていただきたいと思います。尚本日は多数の教官の方々の御出席を賜り、恐縮にたえません。深く感謝致します。

では、諸君、長時間にわたる御清聴、有難う御元気で！そして、今後大きく生長し、広く、活躍して下さい。私は生ある限り、それを楽しみに眺めています。

☆ 学群だより

この一年間をふり返って

'83 全学学類専門学群代表者会議副議長

医学専門学群クラス代表者会議 座長 白岩浩志

早いもので、座長と全代会の副議長という役も、まもなく任期がきれようとしています。この一年間をふり返って私なりの感想をのべさせていただきます。

1. 学園祭について。

'83の学園祭は、幸いにも天候には恵まれましたが、全学的にはまた開催承認でもめまして、11月には、「今後は、学園祭の基本的なあり方、開催手続き等について、改めて検討することとし、それまでは学園祭は開催しないものとする。」という厚生補導担当副学長名の告示が出る始末です。大学側も学生側も、もっと相手を信頼し、かつ官僚的な論議から脱却できないものでしょうか。今年の開催については、まだ流動的です。学園祭についての学生内部での討論がもっと必要であると考えます。(詳細については、代表者会議広報などを読んでください。)

基臨社祭は、例年どおりのうちに終了することができました。物心両面にわたる諸先生がた、卒業生の方々、そして事務の方々の御協力に心より感謝申し上げます。

次年度以降の課題として、次の三点を掲げておきます。事務の効率化をはかること。全学の実行委との関係を改善すること。そして個々の企画を充実させること。それから、問題点をもう一つ。医短は基臨社祭から独立したいという意向を持っています。寂しい限りですが、我々も彼女たちの意向を十分に汲み取る必要があると考えます。

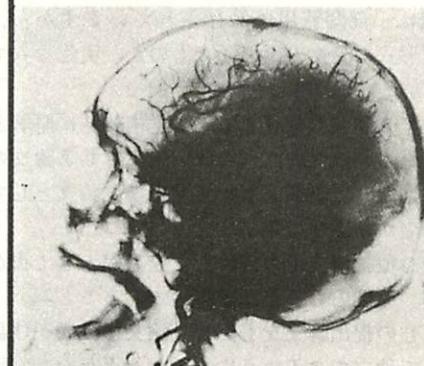
2. 新入生歓迎について。

新歓について、現M2の中から、ディスコだけで終わるのではなく、もっとさまざまなことがしてみたいという声があがりまして、今年度からクラス代表者会議の下部機関として、新歓実行委員会を組織しました。現M2が中心となって、恒例の新歓パーティや渋谷での学群主催の合宿の仕事だけではなく、今年は新入生がうまく大学生活を送れるようにと、授業の上手な取り方などの学生生活のノウハウを盛り込んだ小冊子を作ってくれました。M2諸君の健闘に心から拍手を送りたいと思います。

3. 終わりに

今年も、クラス代表等を選出する季節となりました。新年度第一回のクラス代表者会議は4月23日に、全代会は4月25日に開催され、座長や議長が選出される予定です。引きつづき御指導、御協力をお願ひいたします。

各種血栓・閉塞性疾患の治療に 癌に対する制癌剤との併用に…… (マイトマイシンC)



線維素溶解酵素製剤

ウロナーゼ 6000
6000 I.U./バイアル・24000 I.U./バイアル

健保適用

包 装 /
24,000 国際単位 10バイアル
6,000 国際単位 10バイアル
50バイアル
1,200 国際単位 5バイアル

*「使用上の注意」等は添付文書をご参照ください。

資料ご希望の方は下記住所資料係宛



持田製薬株式会社
東京都新宿区四谷1丁目7番地 TEL 03-3351-1160

・体育会・

体育会医学支部委員長 M 4 寺島 康

年々世代交代を重ねて充実しつつある体育会は、先回の代表者会議で役員の増員が決まり、より一層充実した組織となりました。

これまでの体育会は先代の上城史高委員長の様な方々の少数精銳からなるボランティアといった色彩を持ち合わせていたのですが、各クラブから1人ずつ役員を必ず出す事になった事により、体育活動を自分達の手で管理

するという体育クラブにとって自主的な色の濃い組織となりました。

各クラブから役員を一名捻出する事により「体育会」がより一層体育会の皆様にとって身近なものとなると思います。63年に行なわれる筑波大の東医体の主幹を1つの目標として皆様の暖かい手で更に体育会を作り行きましょう。

教官の方々並びに卒業生の皆様から先年は暖かい声援や寄付なども有りました。今年からもどうぞよろしく御指導お願いいたします。

〈告知板〉

医学博士の学位取得について

医学研究科長 田村 昇

大学院に進まないで、学位論文を提出して医学博士の学位を取得しようとするためには、次のような条件を満たしていることが必要です。

(1) 医学専門学群卒業後6年以上の研究歴を有すること。

この場合の研究歴とは、筑波大学などの研究生になっていたという履歴を意味するものではありません。研究活動を実際に行っていたと云うことが研究歴の設定に重要です。ここで云う研究活動とは、実験室での研究だけを意味するものではなく、症例報告や治験例から新しい治療法や手術方法の開発などまで、広く臨床的な研究活動をも意味しています。したがって、臨床に馴れてきたら積極的に問題を掘りおこし、学会や学術誌に筆頭演者または著者として発表していくようにして下さい。その公的な記録は、諸君の研究活動の証明となるでしょう。このことは、一般の臨床病院での研修中はもちろん、たとえ開業していたとしても可能な筈です。

なお、筑波大学附属病院での研修あるいは臨床研修指定病院など他病院でのこれと同程度以上の研修は、一応研究歴として認めることにしていますが、それは当然上に述べたような臨床研究活動が行なわれるという前提に立ってのことです。筑波大学附属病院にいても6年間に全くこうした活動がなければ、提出された学位論文がきわめて優れていたとしても、その研究歴が問われることになるでしょう。

(2) 外国語試験(英・独又は英・仏)に合格していること。

医学専門学群卒業後5年以上の人が受験できます。合格したら2年以内に学位論文を提出しなければいけませ

ん。試験の時期などについては、医学事務区の学生事務担当係に問い合わせて下さい。なお第1回の外国語試験は35名中25名がパスしただけでした。

(3) 大学院医学研究科の研究指導担当教官となっている教官(主に教授)が、学位論文の指導教官であるか、あるいは紹介教官であること。

学位論文としての論文をまとめようとする時には、その分野に最も関係の深い教官に相談して指導を受けるか、あるいは紹介してもらうようにして下さい。研究科長に相談に来てもらっても結構です。

以上の三つの条件が満たされれば、学位論文を提出することができますが、その学位論文の形式としては三通りあります。

(1) 本学の他の研究科あるいは外国にても採用されているいわゆる dissertation 形式のもの。

dissertation 形式の論文とは、たんなる症例報告的論文やレポート的散文ではありません。学位論文は、中央図書館に一部閲覧用に保存されていますから、dissertation 形式の論文とはどんなものか、实物を見て納得して下さい。

(2) 審査制度の確立している学術雑誌に原著として印刷公表あるいは受理された研究論文。共著論文の場合には、原則として筆頭著者であり、学位論文としての提出を共著者が承諾していること。

(3) 診療、研究上の経験などを基礎として書かれた研究著書。原則として筆頭著書者であること。

これらの提出論文をもとに、論文提出者が(臨床)研究者として独立できるようになったか否かを、判定しようというものです。

なお、この解説は筑波大学医学専門学群の卒業生で臨床方面に進む人を主に対象として書いたものです。

5回生進路内定先

氏名	内定先	氏名	内定先
飯島 昌一	筑波大学附属病院 (神経内科)	崎原 春幸	" (整形外科)
飯高 哲也	関東通信病院 (精神科)	佐々木直美	" (精神科)
飯塚 育士	筑波大学附属病院 (外科)	佐藤 健	" (泌尿器科)
伊坂 正明	" (内科)	佐藤 真一	筑波大学大学院医学研究科 (環境生態系)
石井 創	東京大学附属病院 (泌尿器科)	佐藤 浩昭	筑波大学附属病院 (内科)
石川 敏子	筑波大学附属病院 (内科)	佐藤 雅士	日本赤十字医療センター (精神科)
石渡 康子	" ("")	塙塚 慎一	東京都養育院附属病院 ("")
井上 昌子	" ("")	重田 治	筑波大学附属病院 (外科)
岩崎 信明	" (小児科)	渋谷 和彦	東京大学附属病院 (小児科)
岩崎 安記	埼玉医科大学附属病院 (外科)	杉本 耕一	筑波大学附属病院 (脳神経外科)
遠藤 俊輔	筑波大学附属病院 (外科)	鈴木 誠司	" (内科)
大島 淳子	" (内科)	鈴木 敏之	" (小児科)
大塚 真人	筑波大学大学院医学研究科 (生理系)	陶山 時彦	河北総合病院 (内科)
大林 滋	都立広尾病院 (精神科)	巣山みどり	筑波大学附属病院 (小児科)
奥脇 透	筑波大学附属病院 (整形外科)	関根 康生	" (眼科)
小国 英一	筑波大学大学院医学研究科 (生理系)	妹尾 栄一	筑波大学大学院医学研究科 (環境生態系)
越智健太朗	筑波大学附属病院 (耳鼻咽喉科)	曾和 健誠	東京女子医科大学附属病院 (整形外科)
小野 一朗	" (小児科)	高橋 宏	筑波大学附属病院 (麻酔科)
加藤慎二郎	" (内科)	竹村 克巳	" (内科)
神谷 英樹	" ("")	竹村 博之	" ("")
神山 幸一	" (外科)	田島 裕	筑波大学大学院医学研究科 (生化系)
川上 康	" (内科)	田中 秀行	筑波大学附属病院 (外科)
河村 春生	" (整形外科)	千葉 滋	" (内科)
菊地 章	筑波大学大学院医学研究科 (環境生態系)	忠願寺義通	" ("")
木股 敬裕	筑波大学附属病院 (外科)	千代倉吉宏	筑波大学附属病院 (放射線科)
桐山 巧	" (泌尿器科)	辻 泰二	辻野 昭人 (産婦人科)
久保寺直美	横浜市立大学附属病院 (小児科)	辻野 昭人	" (外科)
栗原 泰之	筑波大学附属病院 (内科)	鶴嶋 英夫	" (脳神経外科)
小島 寛	" ("")	徳重 克年	東京女子医科大学 (内科)
古城 徹	国立病院医療センター ("")		消化器病センター (内科)
小林 匡	" ("")		筑波大学附属病院 (泌尿器科)
小林 俊也	筑波大学附属病院 (外科)	友政 宏	" (整形外科)
小松 洋治	" (脳神経外科)	中島 宏	" (皮膚科)
小塙 慶彦	筑波大学大学院医学研究科 (環境生態系)	成田 至子	筑波大学大学院医学研究科 (生理系)
小和田暁子	国立病院医療センター (内科)	野村 明広	" ("")
斎藤 真介	筑波大学附属病院 (泌尿器科)	浜田 雅史	東京女子医科大学附属病院 (外科)
斎藤 保	" (外科)	原 尚人	筑波大学附属病院 (神経内科)
坂内 通宏	" (内科)	原田 勝利	" (外科)
		桧垣 仁志	

氏名	内定先		氏名	内定先
樋口 修	" (脳神経外科)		村田 美穂	筑波大学附属病院 (神経内科)
平林 国彦	" (外科)		望月 真	東京都立駒込病院 (病院病理)
福島 岳志	順天堂大学附属病院 (泌尿器科)		森田 恒治	国立病院医療センター (外科)
福田 祐治	筑波大学附属病院 (外科)		山縣 邦弘	筑波大学附属病院 (内科)
藤澤 裕志	" (皮膚科)		山倉 右子	" (眼科)
堀田 総一	" (内科)		山崎 忠男	関東通信病院 (内科)
堀 正士	" (精神科)		山田 雄三	筑波大学附属病院 (脳神経外科)
水上 勝義	" (")		山村 英司	" (小児科)
水山 和之	" (麻酔科)		横瀬 智之	" (病院病理)
三毛 紀夫	大阪大学附属病院 (皮膚科)		米沢 宏	筑波大学大学院医学研究科 (環境生態系)
三宅 智	厚生省		渡邊 重行	筑波大学附属病院 (内科)
宮沢あかね	東京医科歯科大学附属病院 (整形外科)		渡辺 宗章	" (外科)
武藤奈緒子	虎の門病院 (耳鼻咽喉科)		和氣 亨	沖縄県立中部病院 (内科)
村田 方見	順天堂大学附属病院 (泌尿器科)			

編集後記

入稿遅くなつてゴメンナサイ。but 原稿を書く人間と、催促すべき編集担当者が同一人物だったというのは、イマイチ問題のような気がするのですが……(Sh)

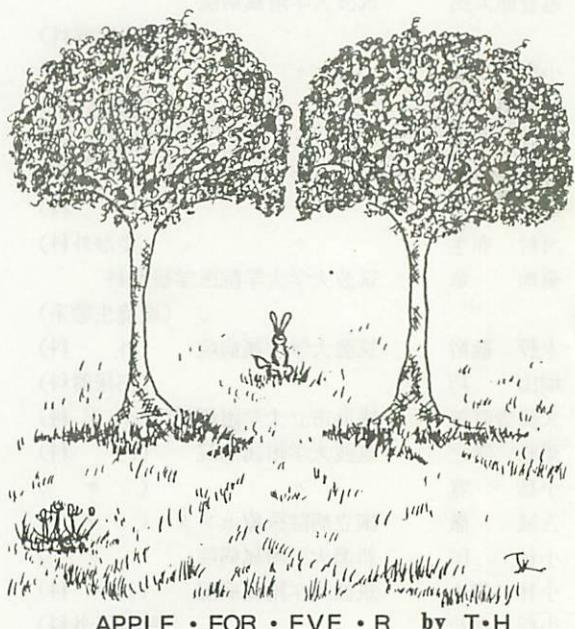
アパートの近くで生まれた猫が、いつの間にか大人になって先日仔猫を産みました。時の流れをつくづく感じました。(和)

黄色いチューリップってこわいんだもん、さからえないよ。青山通りの風の強いことといったら、春よおまえはどこにいるんだって言ってやりたいね。(ほ)

春まだ遠き筑波なのに編集室には明るいお花が咲き乱れています。ルンルン Nanako 編集長代行の下で「やるきやないね!」の精神で頑張っちゃいました。(よっ)

Adviser	鈴木 敏之 (5回生)
Chief	柳沢 正史 (M6)
Staff	田宮菜奈子 (M5)
	佐藤 直昭 (M4)
	白岩 浩志 ("")
	杉田 和子 ("")
	鈴木 雅美 ("")
Sketto	中野 佳子 (M5)
	堀 孝文 ("")

遅い春を待ちわびながら、暖い友情、ボランティア精神に囲まれて、やっと発行にたどりつけました。さあ、時は春。スタッフ一同より心をこめて この会報を……あ・な・た・へ……



APPLE • FOR • EVE • R by T•H

桐医会会報 第9号

発行日 1984年4月25日発行

発行者 山口 高史 編集 桐医会

〒305 茨城県新治郡桜村天王台1-1-1

筑波大学医学専門学群学生担当気付

印刷・製本 株式会社 イセブ