

熊倉賢二先生

藤田保健衛生大学坂文種報徳會病院 外科 梅本 俊治



熊倉賢二先生机下

拝啓、ご無沙汰いたしました、申し訳ございません。先生のご墓前にお参りすることもせずに早2年を過ぎました。先生にお目にかかれましてのは、私が当地に参りまして数年後の10年ほど前に、先生が学会の用件で名古屋市内にお見えになった時が最後になってしまいました。その際、先生に私の転任などをお喜び頂いたことが、大切な思い出になっています。

もう34年前になるのでしょうか、1974年秋のことです。卒業前のポリクリ学生であった私がふと訪れた慶応義塾大学病院の一角、放射線診断部の消化管X線造影撮影室前のシャカステンに一連の胃X線写真が数枚掛かっていました。今思えば、胃体下部後壁の低分化型Ⅱcで、大きさは40mmくらいでしょうか、陥凹病巣を克明に描写した写真でしたが、その時の私は写真の美しさだけに心を強く惹かれました。こんな写真を撮ってみたいという思いが、卒業後の進路を決めました。

初めて先生にお会いしたのは、卒業後に放射線診断部に出た日でした。あの写真を撮ったのはこの先生かと思ったことを覚えています。以後は当時の1号室（消化管のX線診断をする部屋はいくつかありその中の最も重要な部屋でした）および慶応病院中央放射線部の診療放射線技術室と放射線診断部の部屋を生活の場として3年の間、先生の教えを受けました。

消化管の検査は午前中が主体で、午後になると自然と時間ができます。私たちは臨床の入院患者を受け持っていませんでしたため、病棟での用件もなく、自由な時間が持てました。熊倉教室は、その日の検査とX線写真の読影、報告書の作成が終了し

た後、毎日かさかさ1号室の検査室で開かれました。熊倉先生の著書にある胃造影X線写真のスケッチに始まり、先生が保存されている切除標本の肉眼所見、病理組織所見とX線写真の対比検討、英文雑誌の抄読、学会発表内容の検討などすべてをこの1号室内で、透視台をテーブルにして行なっていました。私たちが慶応大学での初期の入門者でもあり、先生が大切にされていた多数例のⅡc所見を毎回拝見させていただきました。熊倉教室では、Ⅱc所見解析の基本は肉眼所見でした。当時も今も、X線診断や内視鏡検査の教科書や手引書には初心者への理解しやすいように一定の所見を大切に記載されています。しかし、熊倉教室ではそんな話は全く出ません。熊倉先生の知っておられるⅡcの肉眼所見を頭にいれていなければ話にならないのです。新しい症例については、X線所見や内視鏡所見を肉眼所見に翻訳した上、その肉眼所見の解析をし、癌か否か、浸潤範囲と深達度の診断するのが基本であり、正当な方法でした。検査をする時も、どのような肉眼所見を表現するために検査を組み立てるかということが重要視されました。Evidence based medicineの昨今ですが、当時の私たちも、肉眼所見・病理組織所見による裏づけのないフィルム上の“サイン”はまったく認めていませんでした。

いいX線写真を撮るには、すなわち、肉眼所見を忠実に写真に表現するにはどうするか、癌の深達度の判定にはどうするかなどがその当時の主な検討課題でした。教えてくれる論文や先導者はほかにはありませんでしたので、先生の熱心な活動につられるように毎日を過ごしていました。このころ、私が受けた先生の教えの中に次のような内容がありました。

「ここでできないことはどこでもできない。世界中でただ一箇所であってもここでできれば、世界に広げられる。」

「少しの相違を無視してはならない。少しが全てであることがある。全ては少しの積み重ねではないか。」

「努力することなく、改善点を改めずに妥協し容認すれば、後退が始まる。」

消化管 X 線透視撮影装置の開発と改良、造影剤、増感紙と X 線フィルムの評価、X 線写真現像の問題など、いい X 線写真を得るために、1 枚の X 線写真ができあがるまでの全ての過程を問題とする先生の追求に限界はありませんでした。なにしろ肉眼で判定できない低分化型癌の粘膜下浸潤範囲をどう写真上に出すかということも一つのテーマでしたから。現在では拡大色素内視鏡検査の分野ですが、当時は内視鏡検査も胃カメラが主体で、赤外線写真などは出ていましたが、拡大写真はまだありませんでした。

肉眼所見を大切にすること、病理組織所見に裏打ちされた X 線写真をとることが日常の問題でしたので、切除標本の取り扱いが最重要でした。外科の手術時には切除標本の出るまえから手術室に待機し、術前の X 線検査所見を念頭において展開し固定し、固定後の切除標本の切り出しには必ず参加していました。同級であった杉野君が臨床病理部門での研修を始めたのもこの理由からでした。

1 号室の熊倉教室では日本語のなかに「熊倉語」があり、この解説が困難を極めていました。まだ医師になったばかりで、これといった臨床経験や社会経験のない私どもには、先生のお言葉の意味が分らず、苦慮することが毎日でした。熊倉教室も 2 年半を過ぎ、「熊倉語」も半分は解説できるかと感じたところに、放射線診断を生涯続けることに疑問を感じました。悩んだ末、先生の下を離れ外科医となることに心を決めました。

以来約 30 年、外科医として仕事をして参りました。しかし、外科医となってからも、先生から受けた教を大切にしています。私自身は勝手ながら 1 号室の熊倉教室の一員であり続けています。

15 年ほど前に名古屋に転勤いたしました頃、私も

先生に初めてお会いしたときの先生の年齢になったかと思い、感慨深いことがありました。その当時、私は外科医として 15 年、何一つ世界に誇れるものを持っていませんでした。先生に教わったように、後輩に教えることはできません。先生の言葉だけを伝えても心は伝わらないと思っていましたので、私自身が 15 年間毎日してきたように、目の病める人を大切に、病める人から学ぶことを自分の言葉で教えることにしようと考えました。そして、気がついたときには「梅本語」を始めていました。現在の医局の若い医師には口の悪いのもいて、「また訳の分からないことを言っている」とこぼします。その言葉を聞くと、少しいい気分になります。

今日、外科は腹腔鏡下手術が大流行です。私が専門とする大腸外科においてもほぼ全ての手術が腹腔鏡補助下を実施できるようになっています。いい点も多々あるのは事実ですが、欠点もいくつかあります。この欠点のうち、手術時間が長くなることと修練に症例数が多数必要なことは早急に改善する必要があります。私も外科医としての現役期間はあと数年です。できれば教室員と協力して、この腹腔鏡補助下大腸手術の欠点克服に努めたいと考えています。いずれの機会にか、先生にご報告できる成果をあげられるよう、精進いたしますので、暖かく見守っていただけますようお願いいたします。 敬具

2008 年 4 月 梅本俊治

