

自 序

今だから初めて語れることがある。筆者は胃X線写真の像から癌組織型別のX線の相違を解析したいということが唯一の夢であった。そのために胃X線撮影に携わるようになってまもなく、できるかぎり顕微鏡を覗くようにした。夢の実現に一歩でも近づきたいからである。ところがある日、すでに“陥凹性早期胃癌のX線所見と病理組織所見の比較”という論文が1975年に発表されていることを知った。その執筆者は当時、癌研究会附属病院の馬場保昌先生であった。その論文を繰り返し読んで、多くのことを吸収したことは記憶に新しい。また、どのような形であるにせよ、夢に向かって大きく前進したことは何事にも換え難い大きな喜びである。

本書執筆の源は恩師・馬場保昌先生のご指導の中で光明をみることができたことによる。その光明は“おわりに”で十分説明するつもりである。初心者から上級者まで、わずかながらでもお役にたてる書と思いつく3年前から執筆を始めた。筆者の時代は消化管X線撮影、読影が多くの先駆者により、語られ、記され、その書たるもの膨大な量である。しかし、現在の検査者達は不遇かもしれないがそのすべてを得ることができない可能性がある。このような現状において、そのことを理解しやすく学ぶことができるように要約された多くの講義ノートで後輩の指導に熱意をもって携わっておられる恩師・馬場保昌先生の存在は特別である。

242症例の読影を終わったとき、最初に脳裏に浮かんだことは、“心技体”という言葉である。解釈は人それぞれに異なると思われるが、“心”とは意欲、もっと知りたい、もっと良いX線写真を撮りたい、己に負けないということである。“技”とは技術を工夫し、研ぎあげることである。“体”とは体力、まめに動く、額に汗して行うのも学問である。詳細に述べると、読影は撮影に、撮影は読影に包括されるということで、質の良いX線写真は微細な変化所見まで詳細な解析ができ、質の悪いX線写真は、その質の悪さを超える読影はできないということであり、いくら読影力で補正しようとしても補いきれないということである。242症例は以前に出版した胃X線撮影法、に掲載した読影症例以外の症例であり、対象症例は昭和55年から現在までのものである。消化管撮影、読影に携わって、多くの研究会に出席し学ぶことができた。また、いくつかの研究会を自らが学ぶつもりで行ってきた。胃X線学習会、胃見会、胃X線検討会、銀杏会、森木会などで、現在でも続いているのが銀杏会、森木会である。

30年の間にはいろいろな撮影手技を施行した。最初は検査のための前処置を行っていなかったため、胃内には粘稠な胃液、粘液、唾液、喀痰、鼻汁などが残存したまま撮影を行っていた。また、読影不能領域をつくりたくないがために、造影剤が小腸側に流出するのを恐れ胃壁を洗うための体位変換もほとんど行っていなかった。このような期間が約6～7年続いた。当時、多くの早期胃癌が発見される時期であったにもかかわらず、そのようなX線写真ではなかなか発見できなかった。内視鏡で早期胃癌が発見され、質の悪い精密X線検査を見よう見まねで行っていた。しかし、質の悪いX線写真でもそれはそれなりの自信となり、過信へと変化した。多くの方々にご迷惑をおかけした時期でもある。その後、研究会をご一緒させていただいた現在は開院されている池島クリニック院長・池島重太先生にご紹介いただいたのが馬場保昌先生である。昭和58年1月に撮影のご指導、質の良いX線写真を多数みせていただき、ご無理をお願いしてその後ご教授を賜り現在に至っている。

撮影に対する思考が変わり、前処置は行わなかったが粘稠な胃液、粘液、唾液、喀痰、鼻汁などを造影剤とともに小腸側に流し、多量の造影剤で胃壁を洗うようにして胃壁に付着させる撮影を行った。また、前処置を行った後、細径カテーテルを使用することにより小腸側へ造影剤を流出させることなく、胃壁に造影剤を十分に付着させて術前の精密X線検査写真に劣らない質の高い画像を得ようとする撮影手技を行った。また、精密X線検査についてもご教授いただいた。

本書は30年間にわたるX線写真を呈示している。昭和58年1月にご指導いただき、その後のX線写真は比較的質の良さが表れているのを読みとっていただけるものと思う。今回はルーチン検査症例を中心に精密検査症例を加え、読影を行うにあたり、以下のことを心掛けてみた。

X線写真でどの陰影斑(所見)が正常で、どの陰影斑が異常な所見か否か、その根拠(理論的)を知りたいと思うような例。

読影を手順(順序)どおり行ったのに、満足する結果が得られず、不満の残るような例。

異常な陰影斑が多くてどの陰影斑から読影すればよいのか難しい例。

大部分の所見は良性と読影できるのだが、少数の変化所見の読影が難しい例、逆に大部分の所見は悪性と読影できるのだが、少数の変化所見の読影が難しい例。

ルーチン X 線検査写真と精密 X 線検査写真との胃癌病変描出の形態的な“かけ離れ”が大きい例。

内視鏡的な癌局在部位と X 線写真の癌局在部位が異なる例、また、内視鏡所見と X 線所見が形態的に“かけ離れ”が大きい例。

症例ごとにどのような手順（順序）で読影すると比較的正確な読影ができるか否か、また、どのような手順（順序）で行えば見落としの少ない読影ができるか否か。

読影の難しい症例を検討する場合、病変の局在部位、すなわち、胃底腺領域と幽門腺領域の腺境界領域に生じた多発性の潰瘍性病変であるか否か識別が必要とされる例。

腺境界領域に多発性の潰瘍性病変が生じた場合、その周囲粘膜（背景粘膜）の特徴的な所見を解析することが必要とされる例、またその領域に生じる事象を分析することで読影の難易度が異なる例。

読影は撮影された X 線写真の質によるため、質を向上させるにはどのように撮影すればよいか否か、ルーチン・精密 X 線検査写真で問題点を思考した。

上記したことは、筆者が現在でも悩みながら試行錯誤している事柄である。30 年を振り返ったとき、一生懸命ひたむきに研究会などに出席された多くの仲間達がいることが財産だと思っている。長い間、真摯に消化管撮影、読影に取り組まれているのにもかかわらず、なかなか結果が結びつかないことを多くの仲間達、筆者も感じている。上部消化管に対する現役へのこだわりで現在まで撮影、読影を行うことができたが、思うように進歩したとはいえない。それは X 線写真の質の問題と症例の検討方法（取り組み方）によると考えられる。すなわち、それぞれの症例にどの方程式（読影手順、読影方法）が当てはまるのか、それを誤ると結果的に読影のポイントが絞りきれず、経験的な当て推量になることが多い。また、症例に対して病変の良・悪性にこだわり過ぎることである。こだわることも大切だが、結果にこだわりすぎるよりも病変に対する X 線的、肉眼的な成り立ちに“なぜ”と疑問をいただき整合性を考えるほうがより進歩すると思われる。

恩師・馬場保昌先生にご指導、ご教授いただいた“もの”“こと”をこのまま持ち続けるようなことだけはしたくないと考えている。長期間、携わっていることで筆者自身も微々たる知識が少しずつ蓄積できたと思っている。時代は急速に進歩している。消化管撮影は時代の流れに翻弄されているように思えるのは筆者だけであろうか。現状の X 線装置 conventional type から DR (digital radiography) の時代になりゆくことは認識している。すでに DR は多くの施設で使用されている。DR 画像（画質）は画像の表示法が違ふことで、利点、欠点はある。従来のフィルム 増感紙から撮像管 TV カメラ（DR）さらに CCD カメラシステム (charge coupled device), さらにフラットパネル方式へと変化している。このように、画像の処理表示法は確実に進化していると思われる。しかし、撮影装置が変化しても質の良い X 線写真を得るための基本的な撮影技術は同じであり、不変である。

読後、皆様方のご批判、ご教授を賜れば幸甚に思います。筆者のすべての書、論文、発表は恩師・馬場保昌先生のご指導の下に行ったことを記し、心からの御礼とともに深謝いたします。

中村 信美