

編 集 後 記

今月号の筆頭者の所属は18編中13編が一般病院からの投稿である。原著論文2編のうち1編も一般病院からの投稿である。限られた人員で臨床をしながらの論文執筆には敬意を表する。

外科医になって四半世紀が経過し変化したことは多い。外科医を取り巻く環境は激変し、患者さんの回転も速く外科医は本当に忙しくなった。外科の研究、特に患者さんを対象とする研究はハードルが高くなったことも事実である。私の専門とする領域ではこの四半世紀前までは、肝臓のC型肝炎から始まりNASH~NAFLD、膵臓の腫瘍性嚢胞性病変(IPMN, MCT)や自己免疫性膵炎などの病気は、その本態が不明だったり概念すら存在しなかった。鏡視下手術やGISTも世の中にはなかった。

これらの昔から存在していたが認識されていなかった新たな病気、病態、あるいは治療法・手術法も最初は症例報告や症例シリーズの報告から始まっているのである。病気について言えば、このような疾患がそれ以前になかったわけではなく、おそらくは見過ごされていたり、別の疾患として処理されていたと思われる。深く検討されずに通り過ぎてしまった例がほとんどであると思われる。そう考えると現在でも目の前に未確立の疾患・病態があり、見過ごしてしまっているのかもしれない。また治療面でも一部の病院のみで行われている有用な治療法・手術手技が埋もれてしまっているかもしれない。

インターネットの発達で検索が容易になり、過去の事例の検討もいつでも簡便にできる世の中になったことはすばらしいことである。しかし、“会議録”のみで出てくる症例の情報量は著しく限られている。“会議録”と比較して論文の情報量は質、量、さらに時間的にも比べ物にならないくらい多い。症例報告や症例シリーズでも学会で発表したならば、できるだけ論文の形にして欲しい。逆に論文として発表できるような新たな知見がある内容にまで高めたものを発表する場所が学会であって欲しいと思う。基本的には1学会発表、1論文であり、活字の形で残さなければ新知見の伝達の範囲や期間が限られ、検索にもものらず外科学発展への寄与が少ないのである。

しかし、どういう点が新たな知見として発表する意義があるかを認識することは、知識と経験が必要である。この点については、臨床により多忙と思われる上級医の先生方のご指導をよろしくお願ひしたいと思う。

(橋本雅司)