

脳神経外科医の Challenging Spirit

大事なことは、じゃあ次に新しいことを始めるためには何をしなければいけないかということです。これは日本全体の教育について言えることなのですが、マニュアル化されたことはちゃんとマスターできるんだけど、じゃあ次に、「新しいことを始めてみる」と言うと、次の一歩が出ない。

だからやっぱり、マニュアル化されたことだけを勉強するのではなく、これから新しいことをやるためにはどうしたらいいのかということ、若い人も常に考えておいてもらいたいと思いますね。(寺田友昭)



【ゲスト】
和歌山ろうさい病院脳神経外科部長
寺田友昭
Tomoaki TERADA



寺田友昭先生プロフィール

- 1980年 和歌山県立医科大学卒業
- 1980年 和歌山県立医科大学脳神経外科入局
- 1981年 国立循環器病センター脳血管内科
- 1982年 和歌山県立医科大学脳神経外科
- 1993年 University of California, San Francisco (UCSF) 留学
- 1995年 和歌山県立医科大学脳神経外科講師
- 2000年 和歌山県立医科大学脳神経外科助教授
- 2006年 和歌山ろうさい病院脳神経外科部長

【聞き手】本誌編集委員
名古屋大学大学院医学系研究科
脳神経病態制御学准教授

宮地 茂
Shigeru MIYACHI

Photo by M. Kamiisaka



1 唯一、移植という医療の成り立たない外科

【宮地】今日は、和歌山ろうさい病院の寺田先生をお招きしました。寺田先生は脳血管内治療ではわが国の第一人者でありまして、challengingな試みでわれわれを驚かせてくれたり、あるいは辛口のコメントをいただいたりと、非常に大切な存在です。ではまず、脳神経外科を選ばれた経緯から教えていただけますか。

【寺田】学生時代から外科医になりたいと考えていたんですが、どうせなるのなら格好いい外科医がいいと、心臓外科医か脳神経外科医になりたいと思ったんですね。ただ外科という医療の将来を想像してみたとき、例えば心臓外科はどうなんだろうと考えると、極論すれば、どんな複雑な心奇形だって、移植すれば治る。他の外科もだいたい同じだ。とすれば、ゴールはだいたい見えている。そう考えると、移植できない脳神経外科が一番将来があるんじゃないかと、この科を選びました。

2 血管内治療の世界へ

【宮地】卒後、血管内をされるようになったのはどういうきっかけですか？

【寺田】最初から関心があったのは、救急医療、な



かでも脳卒中の外科治療でした。最初の1年間は和歌山県立医科大学（和歌山医大）の脳神経外科と循環器内科を半年ずつ経験して、2年目からは、脳循環の勉強をしたいと思って、当時の脳神経外科教授の駒井則彦先生にお願いして国立循環器病センター（国循）に行かせていただきました。

実は最初は、菊池晴彦先生のおられる脳神経外科ではなく、澤田徹先生の脳血管内科に行ったんですね。そこで脳循環の勉強をしていたんですが、仕事をしているうちに脳神経外科の唐澤淳先生と親しくさせていただくようになって、「内科だけでは物足りんやろうから、脳神経外科にもけえへんか」と誘われたんです。

【宮地】循環器内科にもおられたということですが、そのころからカテーテルインターベンションにかなり興味があったということですか？

【寺田】いえ、その当時は、必ずしもカテーテルインターベンションと考えてはいなかったんですが、国循のオーベンが唐澤先生だったんですね。唐澤先生は日本における血管内治療の草分け的な存在で、カテーテルも自分で作って、Seldinger法で診断カテーテルをされていました。

【宮地】当時の血管撮影は、まだdirect punctureの時代ですよ。

【寺田】ええ。ですから、Seldinger法というのが画期的に思えたということが1つ。もう1つは、唐澤先生に「血管内治療は君らの仕事や」と言われたことです。唐澤先生はbrain AVM, spinal AVMのembolizationなどもされていたんですが、当時はやはりデバイスがまだまだでしたから結果はあまり良くなかった。あまりにも合併症が多いということで、唐澤先生はその治療をやめてしまったんですが、「この領域は、俺の時代にはものに

「血管は治療を運ぶ道」

ならんかもわからんけど、君らが一人前になるころには必ず花が咲いている分野だから、今からやっとならいいよ」とおっしゃられたんですね。

また当時、和歌山医大でも、私の師匠にあたる西口孝先生が、順天堂大学で血管内治療を学んでこられて、detachable balloon で内頸動脈海綿静脈洞瘻を詰めたりされていまして、血管内は面白そうな領域だなとは思っていたんですね。

大学に帰ってからは放射線科の山田龍作教授に多くのことを教わりました。山田先生は日本のIVRの草分け的存在なんです。

【宮地】 カテーテルの本を出しておられますよね（『血管カテーテル術による治療』秀潤社、1988）。

【寺田】 ええ。山田先生は、「血管は治療を運ぶ道だ」と言われました。実際そうなんですよ。血管はもちろん組織を栄養するわけですが、逆に「カテーテルを使えば、血管という道を通して治療ができるんだ」ということも山田龍作先生はおっしゃられていました。

【宮地】 カテーテルのトレーニングはどのように？

【寺田】 私が国循にいたのは1年間だけだったのですが、唐澤先生に教えていただいて、信じられないくらいの数をSeldinger法でさせていただきましたね。当時、私が2年目で他の先生はみんな専門医という世界でしたから、診断アンギオなんかは全部私のほうに回ってくる。和歌山へ帰るとすぐに、関連施設から「血管撮影しに来て」と呼ばれるようになりました（笑）。

3 UCSF への留学

【宮地】 先生はその後、UCSF（University of California, San Francisco）に留学されたんですね。

【寺田】 はい。大学にしばらくいて、それから私

のオーベンの森脇宏先生のいる日高総合病院というところに移って、29歳のときに「大学に戻ってこい」と呼ばれました。駒井教授に「これから何をしたいんや？」と聞かれたので、「血管内治療というものに興味があります」という話をしたら、「どこか行きたいところがあるんだったら、行ってきたらどうや」と言われた。それで、いろいろと探していると、UCSFのGrant Hieshimaという先生がdetachable balloonで非常に画期的な治療をどんどんされていることを知って、行くならここだと思っていました。そのころ、ちょうど国際学会があって、そこでUCSFのVan Halbach先生と一緒に、血管内治療に興味を持っていることを話すと、「じゃあ、一度こっちへ来たら？」と言われて、見学に行かせていただくことになったのが始まりです。

【宮地】 では、そのときはいったん帰国されたんですね？

【寺田】 はい。そのときは1カ月近く滞在したんですが、「別世界だ」とびっくりしましたね。例えば、Trackerというカテーテルがあって、「何で頭の中にバルーンなしでカテーテルが入るんや？」と不思議でした。動脈瘤やAVMもめちゃくちゃ大きいし、ガレン大静脈瘤なんかもいっぱいある。当時、UCSFでは年500例くらいやっていたから、「何でここはこんなに珍しい病気がいっぱい集まるんやろう？」と大きな衝撃を受けましたね。

これが非常に勉強になったので、それから毎年夏休みに、1～2週間使って留学していました。和歌山にいるときも、血管内の対象になるケースの画像を送って、Hieshima先生らに見てもらって、「こんな治療をしたらいいよ」と、通信教育みたいな感じでコンサルトを受けていたんですね。

「活物窮理」=すべて物事には理屈がある。

【宮地】ただ、向こうで使っているデバイスが必ずしも日本にはありませんよね。

【寺田】ええ。でも当時は、海外からデバイスを持ち込むことがわりと簡単でしたから、向こうでデバイスを買ってきて、Hieshima パルーンなどを使って治療していました。

ちょうど Hieshima 先生が教授になって 10 年経ったときに、「一緒に仕事をしないか」と誘っていただきました。欧米では 10 年経つとサバティカルと言って、有給休暇が 1 年近く取れるんですね。この期間に dural AVF の研究を進めたいと考えていたようで、私はそのモデル作りをまかされました。1993 年、36 歳のときに 1 年間、ラボを 1 つもらって、1 人だけで実験していました。

【宮地】そうだったんですか。向こうのプロジェクトなんかではなく、先生単独の仕事なんですね。

【寺田】はい。アンギオなどで人手がいるときには、Hieshima 先生に手伝ってもらったりしました。Hieshima 先生からは、「venous hypertension を加えた動物でモデルを作ってやってみたらどうか」というアイデアだけもらって、まずラットを使って実験を始めました。Tracker-10 というカテーテルを使うと何とかラットで 4-vessel study ができるということがわかり、次にシャントはど

うかということやってみると、venous hypertension でかなり負荷がかかって、ラットの頭部が腫脹しました。これは、留学する前に日本で基礎実験をやっていて、ほぼモデルは完成していたので、それを発展させたわけです。

【宮地】これは今でも、先生のご施設で引き続き研究されていますね。臨床ももちろん大切ですが、何か検証したいという、そういう姿勢というのはそのころからずっと持っておられたんですか？

【寺田】そうですね。国循で唐澤先生からリサーチの方法についてトレーニングを受けていたので、単に数をやるだけではなくて、自分のやることが正しいかどうかを検証しながら進めていかないと駄目だと思っていました。

【宮地】そう言えば、先生が 2005 年の日本脳神経血管内治療学会の会長をされたときのテーマの一つは「活物窮理（かつぶつきゅうり）」でした。

【寺田】和歌山出身の江戸時代末期の医聖、^{はなおか}華岡^{せいしゅう}青洲の言葉で、「すべて物事には理屈がある」という意味があります。血管内治療医は、「動脈瘤があったらそこを詰める、AVM はシャントがなくなればいい」といったことを考えているわけですが、病気があるということは、その病気ができるメカニズムがあるわけですね。そのメカニズムをきっちり理解したうえで、「どんな治療が本当に理にかなっているのか」と考えていく必要があります。ちゃんと成因まで掘り起こして、「最も適当な治療は本当は何なんだろうか」ということを考えていく。成因がわかれば、ひょっとしたら血管内治療でなくても薬で治る病気だってあるかもわからないですね。

【宮地】先生は実際に、この言葉どおりのことを実践されているから、本当に素晴らしいと思います。



Grant Hieshima 先生（中央）、Hieshima 夫人（右）とともに、ロサンゼルスでの Hieshima 先生の自宅にて。

やったことをしっかり検証して，成果として残す。

4 Challenging Spirit

【宮地】帰国後も，私の知り得る限りでも，かなりいろいろな分野で先生は challenging に挑戦されていますね。

【寺田】日本では，UCSF のように国中から患者が来るような血管内治療のセンターはなくて，各大学で少しずつやっているわけですね。決して脳動脈瘤や dural AVF がたくさんあるわけではない。じゃあ，たくさんある病気って何なんだろうと考えていくと，これはやはり動脈硬化性病変だと思ったんです。それで，頸動脈をやってみようというところで PTA を始めたんですが，ただ単に血管を広げるだけでなく，プロテクションを使ってやろうということで，ガイドワイヤーを使って誘導できて，しかもバルーンで閉塞できるナビバルーンの M タイプというものを使ってやり始めました。

【宮地】今だと大きすぎて使えそうもないものですが，当時は非常に画期的でした。あれは何年ぐらいでしたか？

【寺田】1994 年ぐらいです。

【宮地】ずいぶん前ですが，今の PercuSurge とコンセプトとしては同じですよ。

【寺田】ええ，このアイデアを使ってカネカが製品化を試みたんですが，パテントの問題で断念することになってしまいました。

【宮地】もう一つ，先生は止まっている頸動脈を果敢に掘りにいくことをされていて，論文にもされているんですが，これはどういう？

【寺田】頸動脈の症例はたくさんやっていて，現在までかかわった症例は 1,200 例くらいになります。最初は仮性閉塞，糸みたいになっていて，末梢が細くなっているものをやってみたんですが，

意外に開くことができました。急性期の完全閉塞は当然できるし，慢性期の仮性閉塞もできる。となってきたら，慢性期の完全閉塞もできるんじゃないかと考えました。ちょうどその当時，Parodi 法が出たんですね。やっぱり慢性期に再開通をさせるときに，末梢に塞栓を飛ばすと大変なことになりますから，通らなくても，末梢の塞栓だけは避けなければならない。この Parodi 法を使えばできる可能性があると思って始めたんです。

【宮地】始めるにあたって，心配はありませんでしたか？

【寺田】最初はやはり心配でしたね。こんなことをやって何かトラブルが起きたら，頸動脈ステントという治療自体が駄目になってしまうのではないということで，1 例目をやる前，滝和郎先生に「こんな治療をやろうと思っているんですが，大丈夫でしょうか」と相談しました。滝先生は，「先生は頸動脈は日本でも一番経験があるわけだし，先生ができると思うのならきっとできるんじゃないの」と簡単に言われたんですよ。

【宮地】滝先生も同じようなモチベーションを持っておられますから，challenge を勧められたんでしょうね。今の話もそうですが，先生はいつも新しいことに challenge して，それをすぐに論文化されて海外からも高い評価を受けておられます。そういったモチベーションはどこからくるんでしょうか。

【寺田】やっぱり仕事というのは，3 回程度発表すれば次はちゃんと論文に残すというのは義務だと思うんですよ。少なくとも，新しいことをやる以上は，患者さんだってリスクがゼロというわけではない。それを治療させていただいているわけですから，やったことをしっかり検証して，成果として残す必要があると思うんですよ。

私の手術戦略：BA-tip AN / angiofibroma / 慢性期完全閉塞

【症例 1】 77 歳，女性. 16 × 14 × 19 mm. Unruptured BA-tip AN.
国内初の Y ステントを用いて治療を行った脳動脈瘤症例。



Fig. 1 術前 3D-DSA 画像

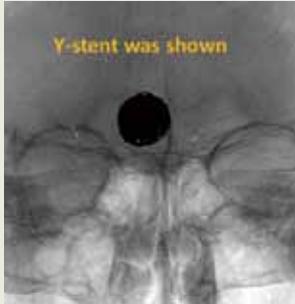


Fig. 2 術後画像

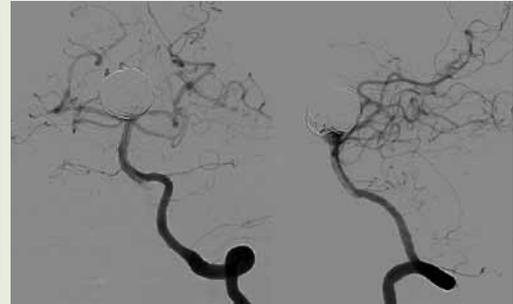


Fig. 3 術 6 カ月後の DSA 画像. 脳動脈瘤の再開通を認めていない。

【症例 2】 15 歳，男性. Huge juvenile angiofibroma.
耳鼻科より依頼され，術前塞栓術を行った. NBCA を用いた plug and push 法で腫瘍のほぼ全域を塞栓した。

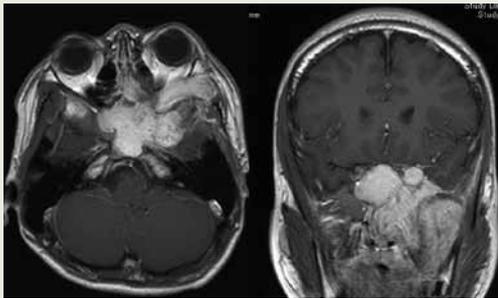


Fig. 1 術前画像 (造影 MRI)

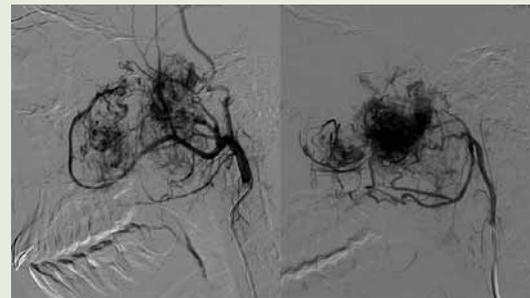


Fig. 2 左：Lt-IMAX, 右：Lt-Asced. Ph. 血管に富んだ巨大腫瘍を認める。

【症例 3】 内頸動脈慢性期完全閉塞症例。
再開通療法を行った。脳虚血発作は消失し，6 カ月後も血管の開存を認めた。

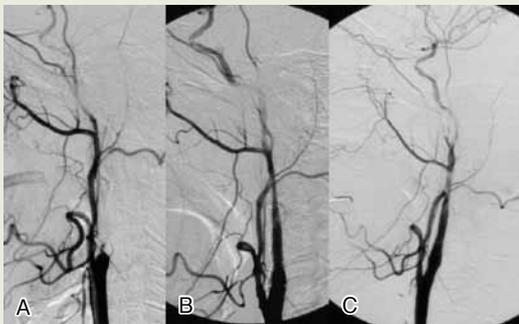


Fig. 1 DSA 画像. A：術前, B：術直後, C：術 6 カ月後。

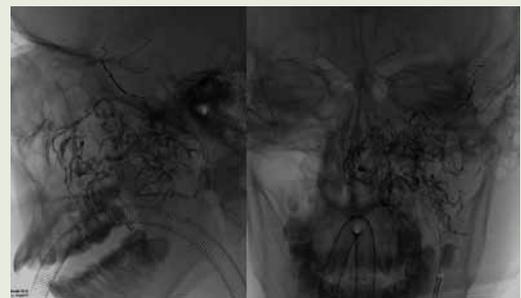


Fig. 3 術後画像 (NBCA による塞栓術後)

5 開頭手術と血管内治療

【宮地】 先生はもちろん血管内治療をされるんですが，脳神経外科医としてクリッピングもたくさ

んされていますね。

【寺田】 2010 年のわれわれの症例が，手術 190 例，血管内が 150 例で，他施設から依頼される血管内治療が 80 例くらいですね。Major surgery は

合併症は究極の取捨選択：失うものを最小にして最大の安全を得る。

ほとんど私がやっています。血管内のほうは結構下が育ってきたので、外で指示を出すことが多いですね。今は、手術も血管内も両方やる人はだんだん減ってきています。これからは、クリッピングも血管内もちゃんとできるという人はあまり育ってこないかもしれない。ただ、**手術がどういふものかは、血管内をする人も知っておく必要があります**ね。例えば、動脈瘤はどこを触ったらどんな破れ方をするか、BA-tipの動脈瘤はどれぐらい手術が難しいかとか、あるいはCEAでとるplaqueがどれぐらいfragileなものかというようなことを血管内治療医も知っておかないといけません。

【宮地】 そうすると、トレーニングのカリキュラムのなかで、いわゆる general neurosurgery を教えているのですか？

【寺田】 そうです。うちはやはり、血管内に関心が高い人が来るんですが、手術に入らない人はいません。今7人のスタッフがいますが、全員平等に患者を当てますから、クリッピングの患者もバイパスの患者も当たります。私は、脳神経外科医であれば、開頭血腫除去くらいまでできるようになれば、あとは血管内に入ってもいいのではないかと考えています。例えば、実際に血管内をやって血管に穴を開けて血腫を作ったら、自分でちゃんと後処理ぐらいはできてほしい。あとは、どの時点で手術に踏み切らないといけないか、その判断ができないと駄目なんです。合併症を作ったときに、これは血管内ではこれ以上は無理だから、すぐ手術でリペアしようという判断ができる必要があると思います。

6 合併症対策

【宮地】 その合併症ですが、少なくなってきたは

いるものの、やはり血管内でも何%かは起きます。その対策などはどう考えておられますか？

【寺田】 実は Hieshima 先生は、合併症の達人じゃないかなと思うぐらい上手に対応するんですね。Hieshima 先生は「合併症が起こった時点で、ある程度捨てるものは捨てないといけない」と言われました。ゴルフでバンカーに入れば1打謝るといふのと同じです。最低1打罰は仕方ないという気持ちを持つことですね。そこから無理をしてパーを拾いにいこうとすると、かえってドロ沼にはまる。そこですぐに取捨選択できるかどうかが大変だと思います。**失うものを最小にして、逆に最大の安全を得る**ということです。

それと、血管内の合併症は手術の合併症と若干違うところがあります。クリッピングで途中でruptureした場合、そのまま置いておくわけにはいかないので、とにかくクリップをかけて帰ってこないといけませんよね。ただ血管内の場合は、例えruptureしても、そのrupture pointさえきっちり押さえられれば、そこでいったん引き揚げるという選択肢もあります。

【宮地】 その引き際がまた難しくはあるんですけどね。ただ「これは1打罰も仕方ない」と判断するには、ある程度の経験がないと難しいでしょうかね。

【寺田】 そうですね。具体的な例を挙げると、出張先の病院で、ある先生がガイドワイヤーでM2の枝に穴を開けてしまったんですね。バルーンで止めるのですが、なかなか止血できませんでした。例えばこれをバルーンで止めたまま手術室に行っても、開頭している間に脳梗塞になってしまう。たまたま右のparietalの分枝だったので、このまま出血が続いて大変なことになるよりも、parietalにちょっと梗塞巣が出るかもしれないけれども、



ここはその血管をコイルで詰めたほうがいいだろうと考えました。結果的に、しばらくの間、少し空間無視が出たみたいですが、最終的にはほとんど後遺症なく治りました。だから、そういったことを積み重ねていくことによって、「何か起こったときにはこういうチョイスがある」という判断ができるようになると思うんですね。

【宮地】そういうものを見たり、自分で経験したりすることによって学んでいくという感じですね。

【寺田】そうですね。よく、「合併症なんかには遭っても、手際よく処理しますね」と言われるのですが、「**一歩先を読んでおく**」ことが大切だと思うんですね。私は、血管内治療はほとんど段取りで決まると思っています。**段取りが7分で、技術は2分、残りは日ごろの精進と運。**

例えば、ある症例を術者として任せようと考えるときには、「君、明日治療するとしたら、どんなデバイスを準備する?」と聞いてみます。**準備したデバイスを見たら、だいたいその人がどんなところまで考えているのかがわかる**んですね。起こるかもしれないと読んでいたことがたまたま起こってしまっても、これは一応対応できるんで

血管内治療は段取り7分、技術が2分、残りは日ごろの精進と運。

す。でも、読めていないことが起こると、やっぱりそのときは焦りますよね。

7 釣り と 脳血管内治療

【宮地】ちょっと話が変わって、先生は魚釣りがプロ級という噂なんですが、魚釣りと血管内治療に何か共通点はありますか?

【寺田】実は、Hieshima 先生が本当に釣りキチで、アメリカ留学中は、日曜日によく一緒に出掛けました。彼はサンフランシスコからほど近い山間のタホ湖に別荘を持っていて、川釣りも海釣りもやるんですね。海ではサーモン、川ではトラウト(マス)などを釣るんですが、彼と釣りをしていると、彼の開発したデバイスのアイデアはほとんど魚釣りから来ているとわかりました。

以前、「Detachable balloon の発想はどこから来たのか」と聞いたんですね。彼は小さいころから釣りが好きで、近くの池でトラウトを狙っていた。トラウトは表面の餌を食べにきますから、池の表面に餌を落とさないといけないんですが、おもりなしに軽いものは投げられないんですね。そこで彼はどうしたかという、ナットがありますね。

【宮地】ボルトナットですか?

【寺田】ええ。そのナットの中にラインのループを通して、そこにアスピリンを1錠はめ込んで、それで糸を固定するわけです。それを放ると、ナットは下に沈みますがアスピリンは錠剤ですから溶けますよね。つまり、ナットは1つ下に沈みますが、糸は自然に浮いてくる。これってまさに、detachable balloon のアイデアなんです。

【宮地】なるほど、そうですね。

【寺田】あと、彼はロードマッピングを考え出しているんです。ロードマッピングって、まさにこ

横の糸をしっかりと張る努力を。

れは魚群探知機なんですね。

【宮地】面白いですね、いろいろと。

【寺田】魚と病気を一緒にすると失礼ですが、1つの目標を決めて、そこに到達するためにはどういう工夫をしなければいけないか、どんな道具を使ってどうするかという面で、結構釣りと治療と共通するところはあると思いますね。

【宮地】なるほど、なかなか深いですね。

8 縦糸、横糸を紡ぐ

【宮地】先生は、「白浜セミナー」という会を主催されていて、毎年、海外のゲストを招いておられますよね。Saruhan Cekirge 先生や René Chapot 先生など、そのときは日本でまだあまり知られていないけれども、あとで非常にメジャーになるような人をいつも選んでおられて驚くのですが、そういう海外との交流や人脈はどのようにして築いてこられたのですか？

【寺田】宮地先生も参加されていますが、バルディゼーレミーティングなどの active な若手の参加する会で発表を聞いていると、「ああ、この人はすごいことをやっているな」という人がいるんですよね。そういう人を見つけたら、私は実際に白浜セミナーに呼ぶ前に、いったんその施設に行ってみることが多いんです。Cekirge 先生を呼ぶ前にはアンカラの施設まで行って見ました。実際、そういう施設に行くことによって、自分自身の知識もリニューアルできるし、これからの血管内の方向性というのもある程度わかってくる。やっぱり海外へ行くということは、非常に大事なことだと思うんですね。最近不満に思うのは、われわれの若いころはみんな留学したくてしくて仕方なかったと思うんですが、今の人は意外と行きたがらない。



【宮地】閉鎖的ですね。

【寺田】そうなんです。和歌山なら和歌山でじっとしていたいという人が結構多い。

私は、大学というのは縦の糸だと考えています。大学を卒業してその医局に入ると、縦の糸はそのままできていくわけですよね。でも、縦の糸だけでは弱いですから、やっぱり横の糸を紡がないと駄目なんです。私がどういうところで横の糸を紡いできたかという、国循であったり、UCSFであったり、あるいは血管内治療を通してできた人脈ですね。それで横の糸がしっかりと張れて一人前になれる。若い人には、できるだけこの**横の糸をしっかりと張る努力**をしていただきたい。横の糸って、自分が努力しないと自然にできてくるものではないんですよ。そうやって海外などにもいろいろな知り合いができると、向こうに話をされるだけだとやっぱり癪に障るところがありますから、こっちも新しいものを出したいということでまた頑張れる。

【宮地】なるほど。それはたいへん大事なメッセージですね。

9 新しいことを始める

【宮地】今はデバイスも非常に進歩してきて、体操で、昔ウルトラCと言われたような演技を今ではみんなやっているのと同様、例えばナビバルーンを使って、昔、われわれが四苦八苦してやっていた balloon protection も、今の若手の人たちは難なくこなすことができる。そうやって、技術は比較的早く身に付けることができるかもしれないけれども、それでもいろいろとピットフォールがあるんじゃないかと思うんですが、先生はどう思われますか？

【寺田】われわれが血管内治療を始めたころは、10年経ってもほとんど進歩がないような暗黒の時代がありました。今、血管内治療に参入してくる若手の人たちは、ハイボリュームセンターで2～3年間トレーニングを積んだら、われわれができるようなことはほとんどできるようになるんですね。

でも、大事なことは、じゃあ次に新しいことを始めるためには何をしなければいけないかということです。これは日本全体の教育について言えることなんですけど、マニュアル化されたことはちゃんとマスターできるんだけれども、じゃあ次に、「新しいことを始めてみろ」と言うと、次の一歩が出ない。われわれは血管内治療の暗黒の10年であっちこっちへ行行って、いろいろなものを手探りで探し出してきたわけですね。そういう時代を経験

したから、次に新しいものを求めるためにはどうしたらいいか、新しいアイデアがどうやったら出てくるのか、という勉強ができたと思うんです。

だからやっぱり、マニュアル化されたことだけを勉強するのではなく、これから新しいことをやるためにはどうしたらいいのかということ、若い人も常に考えておいてもらいたいと思いますね。

【宮地】まさに本当に先生がおっしゃるとおりで、いま血管内に来る人たちは非常に多いので、そのなかで先生が今おっしゃられたようなことを感じてやってくれる人が1人でも増えていけばいいと思います。今日は本当にお忙しいところ、どうもありがとうございました。

インタビューを終えて

寺田先生は、見た目は温厚なのですが、ここに書かれているようにやることは泉州・和歌山弁の口調同様、きわめて激しく先鋭的です。魚釣りの時の浮きや糸の引きを見る鋭い目で、動脈瘤の映っているモニターを見ている姿が容易に想像できます。しかし臨床だけでなく、対談の中でも話が出た「活物窮理」に従って、実験的に本質や原因の探求をされてきました。その足跡は、先生のきわめて広い見識と筆の速さをもって、論文、書物に多く残されています。

Apple社の故 Steve Jobs 氏の名言に「ハングリーであり続ける」(スタンフォード大学卒業式にて)という言葉がありますが、まさに寺田先生の生き様には通じるものがあります。文武両道に秀でた私の尊敬する魅力的な先輩であり、今後も日本の脳血管内治療を牽引し、若手に辛口のエールを出し続けていただきたいと思います。(宮地 茂)