

記念講演

日本消化器外科学会十年間の歩みに因んで

山 岸 三 木 雄

日本消化器外科学会誕生の経緯

日本消化器外科学会が誕生してから、最早10周年を迎えることになり、ここに盛大な記念業事が行われることを心からお喜び申し上げます。

本学会が今日のように盛大になったことは、歴代会長、役員のご尽力、会員各位のご協力の賜であるのに、私に記念講演を行う機会を与えられたことを非常に光栄と存じています。最初に私は初代会長を努めた関係上、本学会誕生までの経緯から簡単に述べさせていただきます。話は昭和42年10月、名古屋市で開催された日本癌治療学会に際し、中山恒明教授のとりもちで10数名の有志が会合し、消化器外科の学界の設立を計画したことに始まります。併し、それより以前から村上忠重教授と私とでお世話していた胃切除研究会という集りがあった、そのメンバー間でこの話はすでに芽生えておったといえるでしょう。初回の有志会合の際、設立に至るまでの実務を私に任せられましたので、早速、わが国の主な消化器外科指導者に学会設立の趣意書(別文)を発送し、79名の方々のご賛同を得て、発起人をお願いして、昭和43年4月金沢市の日本外科学会総会に際し、卜部会長のお世話で発

起人会を開くことが出来ました。その席で本学会を日本消化器外科学会と名付け、第1回総会を同年7月横浜市で開くことが決まりました(日本消化器外科学会誕生までの経緯参照)。ここに到るまでには私の恩師故大槻教授をはじめ、外科学会の諸先輩のご意見を聞いてまいりましたが、何れの方々からもご賛同、ご激励を得て非常にスムーズに事をこぼすことが出来ました。しかし、4月の発起人会の決定から第1回総会まで余すところ3カ月しかありません。おりしも大学騒動で学生運動の甜なときでもあり準備は思う様にはかどりません。どうなるか非常に心配でしたが、蓋をあけてみると、僅か3カ月間に会員は2,394名も集まり、学会申込演題も一部ご遠慮願った位で、初回としてはまづまづの出来ばえだったと胸をなでおろした次第です。その後本学会は発展の一途をたどり、昨年は日本医学会の分科会として認められ、会員数も6,000名に達し、名実ともに立派な学会に成長しました。誠にご同慶のいたりと存じます。

日本消化器外科学会十年間の歩みに因んで

さて、私は本学会の十年間の歩みに因んで胃・十二指腸潰瘍に対する外科療法の歩みについて述べてみるこ

趣 意 書

近年、わが国の医学の進歩、発展はことごとくめざましく、世界的水準を誇り、得ていることは、御同様に喜ばれません。医学各領域は、その研究内容が深遠、多岐となるに従って、更に各専門分野へと細分化されることは、必然的の現象であります。それに伴って、数多くの専門学会が結成されてまいりました。外科学に於いても例外ではありません。分化された分野を更に深く研究するために、戦後早くより、胸部外科学会、脳神経外科学会が設立され、最近では、小児外科学会、その他外科学に直接、間接に関連する数多くの学会、研究会が誕生しましたが、これらは何れもそれぞれの分野に多岐の貢献をたらし、立派にその役割を果しつつあることは、御承知の通りであります。このような現況下において、最も多くの外科医が専念している消化器外科に対する専門学会が、今日まで設立されていなかったことは、まことに遺憾であると同時に、奇異の感を抱かざるを得ません。また、専門医制度の問題もありませんので、われわれ消化器外科にたづさわるものも、この照是非、独自の専門学会を持たないと考えます。以上の如き理由により、消化器外科にたづさわるものが集って、わが国における消化器外科学会(仮称)を設立したいと存じますので、貴殿にかかれども、われわれの趣意に御賛同の上、本会設立の発起人として、その実現に御協力いたゞければ幸甚と存じます。 昭和四十二年十月二十五日

設立発起人

- |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 山    | 卜 | 田 | 中 | 村 | 横 | 梶 | 陣 | 井 | 羽 | 橋 |
| 岸    | 都 | 中 | 北 | 山 | 上 | 谷 | 内 | 口 | 野 | 本 |
| (A、  | 三 | 美 | 早 | 周 | 皆 | 恒 | 忠 | 哲 | 伝 | 義 |
| B、   | 木 | 代 | 平 | 平 | 郎 | 明 | 重 | 夫 | 環 | 茂 |
| C 類) | 雄 | 志 | 志 | 平 | 郎 | 明 | 重 | 夫 | 環 | 茂 |

日本消化器外科学会誕生までの経緯

昭和42年10月25日

第5回日本癌治療学会(名古屋)に際し  
有志13名が会合し、消化器外科学会設立を計画

同年 11月下旬

全国大学、及び一、二の研究機関の消化器外科  
指導者に学会設立の趣意書を発送、発起人を依頼

昭和43年2月3日

世話人会(東京、山ノ上ホテル)  
仮称日本消化器外科学会として、第88回  
日本外科学会総会(金沢市)に際し、同会長ト都  
教授に発起人会開催かた依頼

同年 4月12日

発起人会開催(金沢市都ホテル)  
発起人賛同者 79名中51名出席  
学会名称を日本消化器外科学会とし、初回総会を  
昭和43年7月中旬横浜市において開催することと  
決定

第一回日本消化器外科学会総会(昭和43年7月16,17日  
横浜市神奈川県立音楽堂)

会 員 数 2,394名  
発表一般演題数 193点

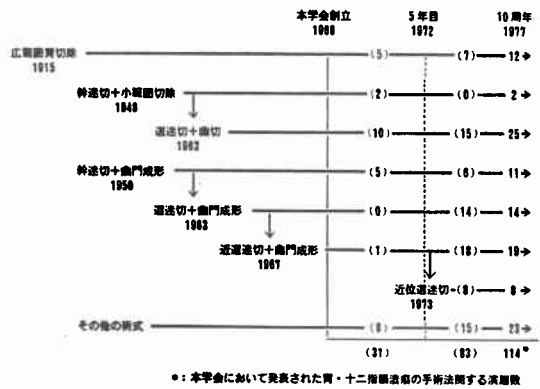
にしました。第1回総会するとき「胃・十二指腸潰瘍に対する胃切除範囲」という題目でシンポジウムをお願いしましたが、その後10年間にこれに関する問題が本学会でどう取りあげられてきたか、またこの問題で私はどう歩んできたかなど振り返ってみることにしました。

本学会における10年間の術式に関する研究発表

本学会が創立された当時、欧米では十二指腸潰瘍に対して迷切+幽切、迷切+ドレナージなどが盛んに行われていましたが、わが国ではまだ広範囲切除が主流であり、最近、注目を集めている近位選迷切などはまだ導入されておられませんでした。

ところがこの10年間に、特にその後半期には迷切、特に選迷切、近選迷切に関心が非常に高まってきたことは本学会で発表された手術に関する演題が、その動向をよく示しています(図1)。迷切+幽切、迷切+Pylが登場し、同じ迷切でも幹迷切、選迷切といろいろの術式が行われており、それぞれの支持者があります。実地医家にはどれを採用してよいか分らないというのが実状でしょう。これに答えてくれる発表はわが国には乏しいのですが、欧米では最近10年間にこれら数ある術式の比較成績が報告されるようになりました。このことについては後述しますが、その研究手段としては、二つ以上の手術法を同施設で、出来れば同一術者で行い、術式の適応には偏することなく、而も長期間、少くとも5年以上比較観察したものでなければなりません。この様な点をほぼ満足せしめている彼等の成績を集約すると、広範切除、幹迷切、選迷切などの成績が比較出来て術式選定に際

図1 胃・十二指腸潰瘍に対する代表的術式の沿革と日本消化器外科学会10年間の歩み



し、非常に参考になると思います(表1A, 14B参照)。私が行つて来た手術法を顧みて

わが国でもこの様な報告が是非欲しいと思っていました。幸い私は横浜市立大学在任中に数種の手術法を行ってきましたので、1956年から1970年までの手術例1,064例の術後5~20年までの症例を今回教室の協力を得て改めて調査しました(表1)。この間に行つた手術法は胃潰

表1 胃切除あるいは胃切除+迷切が行われた胃、十二指腸患者数(1956~1970年)

胃潰瘍	654
十二指腸潰瘍 (胃潰瘍共存例を含む)	410
計	1064

\* 噴門側切除8 全摘2 分節1  
の計11例を除外

表2 胃・十二指腸潰瘍1064例に行われた術式

胃潰瘍	
広範囲胃切除	418
■ 小範囲胃切除	178
■ 小範囲胃切除+迷切	62
	<u>654</u>
十二指腸潰瘍	
広範囲胃切除	161
■ 小範囲胃切除+迷切	215
■ 幽門洞位置	34
	<u>410</u>

■ 小範囲胃切除: 幽門洞切除または胃半切  
■ 幽門洞位置: 胃切除、粘膜非除去 7  
胃切除、粘膜除去 22  
胃切除、粘膜除去、迷切 5  
34

表3 手術適応と手術死亡率

	症例	手術死亡例	手術死亡率
選択手術	984	2	0.2
救急手術	80	3	3.7
	1064	5	0.46

救急手術内訳		
穿孔	胃潰瘍	22
	十二指腸潰瘍	39
大量出血	胃潰瘍	17
	十二指腸潰瘍	2
		80

表4 調査結果

調査総数	1059	消息判明 719 (67.1%)	生存 637 (80.2%)
		消息不明 339	死亡 82
生存者 637 の原疾患別内訳		胃潰瘍 377	
		十二指腸潰瘍 260	

表5 胃・十二指腸潰瘍の術後5~20年の Visick Grade\*

	症例数	Visick Grade			
		I	II	III	IV
胃潰瘍	377	38.8%	50.0%	9.8%	1.4%
		88.8%	11.2%		
十二指腸潰瘍	260	40.0%	49.3%	9.2%	1.5%
		89.3%	10.7%		

\* Modification of the Visick Grade including patient satisfaction

I: No Symptoms                      III: Moderate Symptoms  
 II: Slight symptoms                IV: Severe Symptoms

瘍には広範囲切除(亜全切除を含む),小範囲切除(幽門洞切除または半切),十二指腸潰瘍には広範囲切除,小範囲切除+幹迷切あるいは選迷切が主なるものであります(表2)。手術死亡例は選択手術984例中2例,救急例80例中3例計5例(0.46%)でした(表3)。調査の結果退院後死亡が確認されたもの82例であり,術後5~20年の成績を把握出来たものは637例60%にすぎません(表4)。これら術後5~20年を経た637例の中377例は胃潰瘍例で,260例が十二指腸潰瘍例であります。これらの成績を患者の満足度を重視した modified Visick Grading からみると, I~II群に属するものが胃潰瘍88.8%,十二指腸潰瘍では89.3%となっています(表5),10年間の歩みということでこれらの症例の中術後10年以上を経た517例の成績について述べます。

術後10年以上を経過した症例の体重,ダンピング症候群,下痢について

術後10年以上を経過した胃潰瘍296例の成績を,術式

表6 術後10年以上を経過した胃潰瘍症例の成績

術式	症例数	体重		ダンピング		下痢	
		増	減	早期 #	後期 +	#	+
広範囲切除	205	28%	41%	2.4% ; 14.6%	1.0%	1.9% ; 10.7%	12.8%
				17.0%			
小範囲切除	84	26%	23%	1.5% ; 9.3%	0.0%	1.0% ; 9.3%	9.3%
				10.8%			
小範囲切除+選迷切	27	-	-	7.4% ; 14.8%	0.0%	1.0% ; 14.8%	14.8%
				22.2%			

表7 術後10年以上を経過した十二指腸潰瘍症例の成績

術式	症例数	体重		ダンピング		下痢	
		増	減	早期 #	後期 +	#	+
広範囲切除	102	30.0%	37.0%	2.0% ; 10.0%	1.0%	1.9% ; 12.7%	12.0%
				21.5%			
小範囲切除+幹迷切	48	42.5%	15.0%	7.0% ; 12.5%	0.0%	8.3% ; 18.7%	27.0%
				14.3%			
小範囲切除+選迷切	50	42.0%	24.0%	7.0% ; 14.0%	0.0%	1.0% ; 12.0%	14.0%
				18.0%			
幽門洞結紮				9.5% ; 9.5%	4.7%	1.0% ; 9.5%	9.5%
				18.0%			

別に体重,ダンピング症候群,下痢などについてみると(表6),体重が広範囲切除で40%の症例に減少していることが注目されます。ダンピング症候群も有為ではないが,広範囲切除が小範囲切除よりやや高い発現率を示しています。小範囲切除+選迷切にもダンピングが22%もありますが,症例数が少ないので何んともいえません。下痢発生率は広範囲切除と小範囲切除との間には大差はありませんが,小範囲切除では何れも軽度のものばかりです。次に,十二指腸潰瘍例についてみますと(表7),術後体重は胃潰瘍例と同様にやはり広範囲切除では減少しているものが多く,体重は胃の切除量と深い関係があることを思わしめます。ダンピング発現率も広範囲切除は小範囲切除+選迷切よりやや高い様に思えますが,有為の差ではありません。下痢は小範囲切除+幹迷切に発生頻度が高いことが目立ち,その中には相当烈しい下痢を訴えているものがあり,選迷切と幹迷切との差はある程度ははっきりしています。

食後症状の消長

この様な食後症状が10年あるいは10年以上たつ中でどう変わってきたか,10年間の歩みに因って調べました(表8A, B 表9A, B)。幸い以上の症例中に同じ形式で術後1~3年の成績を調べた記録が残っていましたのでダンピング,下痢などについて比較してみました。術後1~3年の広範囲切除のダンピング発生数は随分多く,胃潰瘍でも十二指腸潰瘍例でもパーセントにすると40%前後を示していますが,10年以上もたつと明らかに減少し,あるいは軽度となっています。その他の術式でも

表8 A 胃潰瘍症例の術後1~3年と10年以上とのダンピング症候群発現数(同一症例について)

術式	症例数	経過年数	早期ダンピング			後期ダンピング
			+	+	計	
広範囲切除	88	1~3年	7	29	36	3
		10年以上	3	13	16	1
小範囲切除	50	1~3年	1	15	16	0
		10年以上	1	3	4	0
小範囲切除+迷切	22	1~3年	3	3	6	0
		10年以上	2	3	5	0

表8 B 十二指腸潰瘍症例の術後1~3年と10年以上とのダンピング症候群発現数(同一症例について)

術式	症例数	経過年数	早期ダンピング			後期ダンピング
			+	+	計	
広範囲切除	42	1~3年	4	13	17	2
		10年以上	2	7	9	2
小範囲切除+幹迷切	35	1~3年	1	9	10	3
		10年以上	1	3	4	0
小範囲切除+迷切	42	1~3年	2	15	17	1
		10年以上	1	7	8	0

表9 A 胃潰瘍症例の術後1~3年と10年以上との下痢発現数(同一症例について)

術式	症例数	経過年数	下痢		計
			+	+	
広範囲切除	88	1~3年	2	7	9
		10年以上	2	11	13
小範囲切除	50	1~3年	0	9	9
		10年以上	0	5	5
小範囲切除+迷切	22	1~3年	1	8	9
		10年以上	0	5	5

表9 B 十二指腸潰瘍症例の術後1~3年と10年以上との下痢発現数(同一症例について)

術式	症例数	経過年数	下痢		計
			+	+	
広範囲切除	42	1~3年	1	8	9
		10年以上	1	2	3
小範囲切除+幹迷切	35	1~3年	4	8	12
		10年以上	3(1)	5	8(1)
小範囲切除+迷切	42	1~3年	0	10	10
		10年以上	1	5	6

( ): 高度下痢

明らかに減少しています。下痢発生率もダンピングほどではないが、広範囲切除を除いて減少しています。これらの中には年月とともに自然にようになったもの、食生活を改善してようになったものなどいろいろですが、食後症状

表10 術後食生活の調査

調査項目	患者数	食生活				食物の種類	
		普通人とくらべて同じ位少ない	減っている	増えている	関係していない	甘いもの、油っこいものなど制限している	甘いもの、油っこいものなど制限していない
広範囲切除	227	58%	42%	84%	11%	5%	
小範囲切除	89	52%	47%	85%	12%	3%	
小範囲切除+幹迷切	48	51%	49%	86%	12%	5%	
小範囲切除+迷切	48	53%	47%	89%	12%	4%	
合計	271	56%	44%	84%	11%	4%	

に直接関係する食量、食物の種類などを調べました(表10)。私は広範囲切除後は一回の摂取量が少ないものが多く、それが永く術後体重に影響しているのではないかと考えていたのですが、胃の切除量と関係なく普通の人と比べて同じ位食べている人が半数もあったことは意外でした。甘いもの、油っこいもの、ミルクなどは1/3症例が摂生しています。意識的あるいはごく自然に行われており、このこと自体を不満とするものはあっても例外的です。

Visick Grading

胃・十二指腸潰瘍517例の術後10年以上の成績を疾患別にみると、胃潰瘍例では Visick Grading I・IIに属

表11 術後10年以上を経過した胃・十二指腸潰瘍症例の Visick Grade

疾患	症例数	Visick Grade			
		I	II	III	IV
胃潰瘍	206	40.8%	49.8%	8.4%	1.0%
		90.6%		9.4%	
十二指腸潰瘍	221	42.0%	46.7%	8.5%	1.8%(R)(R)(R)
		88.7%		11.3%	

(R) 再発潰瘍

表12 術後10年以上を経過した胃潰瘍症例の術式別 Visick Grade

術式	症例数	Visick Grade			
		I	II	III	IV
広範囲切除	205	38.5%	52.2%	8.3%	1.0%
		90.7%		9.3%	
小範囲切除	64	50.0%	42.1%	6.3%	1.6%
		92.1%		7.9%	
小範囲切除+迷切	27	37.0%	48.2%	14.0%	0.0%
		85.2%		14.8%	

表13 術後10年以上を経過した十二指腸潰瘍症例の Visick Grade

術式	症例数	Visick Grade			
		I	II	III	IV
広範囲切除	102	40.2%	50.0%	8.8%	1.0%(R)
		90.2%		9.8%	
小範囲切除+幹迷切	48	29.2%	58.6%	10.2%	2.0%
		87.8%		12.2%	
小範囲切除+迷切	50	44.0%	48.0%	8.0%	0.0%
		92.0%		8.0%	
嚙門測定量	21	52.4%	28.6%	9.5%	9.5%(R)(R)
		81.0%		19.0%	

(R): 再発潰瘍



るという立場からすると、患者の満足度を無視出来ない  
ので、上述の患者は何れもⅢ群にランクしました。

#### おわりに

以上私の行ってきた胃・十二指腸潰瘍に対する諸術式  
の結果を、本学会10年間の歩みに因んで申し上げまし  
た。10年もたつと各術式間の成績に大差はありません。  
強いて結論すると、胃潰瘍には幽切、十二指腸潰瘍には  
幽切+選迷切がより好ましいということですが、広範囲  
切除との間に有意の差がある訳ではありません。併し、  
幹迷切後の下痢は問題になります。私の成績は、10年あ  
るいはそれ以上の成績で、而も救急例をも含んでいるの  
で欧米の術後5年の比較成績と同一視は出来ないかも知  
れませんが、内容からいって欧米の十二指腸潰瘍の術後

五年の比較成績に比肩し得ると信じ、ここに追加しまし  
たが(表14A, B)、術式選定に際し、重要な資料となる  
と考えます。私の話は retrospective で、十二指腸潰瘍  
には今更切除でもあるまいなど考えられる方がいるかも知  
れませんが、以上申し上げた手術法は何れも再発潰瘍  
防止の役目は充分果して参りました。過去こそ未来のよ  
き予言者であります(The Best Prophet of the Future  
is the past Bayron)、このことを念頭において、次の時  
代の10年間には最近研究されている諸術式の成績を明ら  
かにされ、胃・十二指腸潰瘍の外科療法を完成されるこ  
とを念願しています。

本講演の機会を与えられた光野会長に深甚の謝意を呈  
します。ご静聴ありがとうございます。