

鼎 談

## 消化器外科の過去と未来

中山 恒明名誉所長

(東京女子医科大学附属消化器病センター)

陣内傳之助院長

(近畿大学)

増田 正典教授

(京都市立医科大学内科)

陣内伝之助(司会) : 見事なアトラクションの後、私どものような老人がここで鼎談をやるとなると、ちょっと気がひけますが…。光野会長から10周年記念だからということで、内科側から有名な増田正典先生に来ていただき、外科の方はこれも有名な中山先生ですから、いい話になると思います。

今の若い方々は、私どもがまだ卒業したての頃にはどんな外科であったか、消化器外科は30年、40年前はどんな風であったか、ご存知でないと思いますので、まず昔はこんなことをしていたのだというようなことを話してもらおうと思います。初めに食道癌の大家、中山先生、1つ昔の話を。

中山恒明 : 瀬尾先生って先生は、私たちに、「外科医であっても診断は自分でやらなくっちゃいかん」ということで、レントゲンも私どもが撮っていました。私が卒業した頃は裸線のレントゲンでありました。私が機械の方をいじっていたんですが、私の先輩が患者を倒してくれていって倒し、台の上に、ヒョイと立ったんです。ところが頭の上は裸線で、しかも高電圧、10万ボルトかなんか、よく知らないんですが、その電流が通っていたので、サーツと毛が逆立ってパーンと1間ほど飛びました。

そういう危ない機械でとにかく診断をやったんですから、今とは大分違うと思います。もちろんイメージも、テレビもないんですから。真暗い所で目をつむっていて、暫く目を慣らしたあと、目を開けてみてもまだ何も見えないというレントゲンでした(笑い)。

陣内 : 増田先生、内科側からみて昔はこんなだったという、何か1つ。

増田正典 : 陣内先生のお言葉じゃございませんが、本当に別嬪さんの後で私みたいなむくつきおのこが壇上

へでてまいりまして、大変申し訳ないと思っていますが。なにしろ今日のお話相手が口も八丁、手も八丁の先生ばかりでございますし、おまけに会場は皆さん外科の先生。まあ、もともと私は気が小さい男でございますから、中山先生1人で話をしていただき、私は刺身のツマのつもりでちょっとここへあがって来たんです。

当時のレントゲンもそうですけども、大体見つかるのが上から手で触れるような癌でなければ見つからなかった。食道癌のような癌の場合でも一中山先生は食道の手術の名人ですけども一われわれの時分には見つかりますとブジーを、細いものからだんだん太いものへと通していった。今と違ひまして、麻薬はふんだんに使いますから、患者は痛いとはいいませんけれども、ちょっと手応があるのをぐーっと押しこむと Mediastinum へいっちゃったなんてことが起こっていた時代、そういう時代なんですね(笑い)。

陣内 : 食道の良性狭窄なんかの時にはね、Bougierung ohne Ende といって、Gastrostomie をやって、そこから口から入れたひもを引き出して、それに小さなおもりをつけてひもの両端をつなぐのです。それを釣瓶のようにたぐって、そのおもりが通るようになったら、少しずつ大きなものにかえていくようなことがやられておった時代です。

増田 : 尺八の掃除器みたいなもんです(笑い)。

中山 : その当時、若い先生方はご存じでないかもしれませんが、昭和7年に瀬尾先生が食道外科の宿題報告をやりました時、全世界の文献を集めました。食道癌の手術は85例ぐらいやられて、その死亡率が93.7%だったと思うんです。ですから瀬尾教室もその当時はそうでした。あのころ九大でも後藤先生が全摘をやっていたんですが、われわれが見に行くと、「あの野郎、うちの秘術

を盗みに来た」てなことって。瀬尾先生も絶対に教室員以外には誰もいないで1人で手術するわけにはいかないので、教室員には手伝わせるのですが、一ほかの人には見せませんでした。それで「人殺しの手術を見たーい」と思って私は瀬尾外科に入っちゃいました。とうとう根が生えちゃって最後まで瀬尾外科にいたということですが…。

増田：私、卒業しましてから内科と外科の両方をやっておりました。終戦のどさくさまでは、外科をやっておりました。昭和15年に卒業しましたが、当時外科の人も兵隊に行っておらなくなっていましたからね。アッペ、ヘルニアはいうに及ばず、Magen, Hemikolektomie まで実はやったのです。アッペやヘルニアは死にませんでしたが、Magen や Hemikolektomie なんてものは、手術はうまくいっているのですが、どうしてか知らないけど、1週間から10日ぐらいでころっと死んでしまうのですね。

当時は腿に太い針を刺してリングルを皮下に注射し、もむやつが流行っておましてね。輸血なんてなかったんです。そして戦時中ですから、皆さん栄養が非常に低下しておりました。癌年齢の方となりますと、しかも癌も今の早期癌でなくて、上から触れるような癌をがばっととるのですからね。輸血もせず、今の先生方もきっとお殺しになりますよ。きっとこれは(笑い)。

陣内：内科側からみまして、胃十二指腸潰瘍など、昔と今では治療法など大分変遷があるだろうと思います。内科側からみられて、何かお話なさることはありますか。

増田：これは変遷と申しますか。レントゲンの技術も非常に進みました。内視鏡では、私どもの卒業した時分には、Schindler の内視鏡っていうのが使われていた。ところが暗くて像が歪んで、なかなか適確に見えたもんじゃない。むしろシナの手品師がですね(笑い)。刀をのみこむでしょう。あれと同じことで、硬式胃鏡の方がよく見えたのです。内科では近藤台五郎先生が中心でなさっておりましたが。

陣内：外科では名古屋大学の桐原先生ね。

増田：そういう時分ですから診断そのものもあまりしっかりしたことはいえなかった。しかし現在は色素散布とか biopsy など内視鏡的にいろんなことができるようになってますし、ついでにポリープなどあったらかじってとれますし、出血していたら、いろんなもので止めちゃいますからね。覗きながら。

ですから、昔と比べたら今の外科の先生方は、非常によく診断のついたのをお切りになっていると思います。われわれの時代は、「なんでもいい、切ればわかる」と、つまりわからなかったら切っちゃったですね。そのところが非常に進歩しているのではないのでしょうかね。

中山：さっき増田先生が、あの頃はモヒがいっぱいやれたから痛くないといったんですが、胃の手術の時、局所麻酔だけではモヒ base にいくらやっても痛いです。瀬尾先生は患者が動くのが嫌いなんです。そりゃ、手術をしている人は患者に動かれちゃ手術やりにくいですから。それと先生が局所麻酔やるんです。全麻はむしろんしません。患者が「イテー」などといって動くと、先生は手伝っている人なんかにはポーンとコッヘルとか鉸とかを放ったりしますから、みんなで動かないように手なんかを押えているんです。患者が「イー」などという口を押えたり。だから当時の手術がいかにかたいへんだったかということがおわかりになると思います。

陣内：私ども入局しました当時はクロロホルム、エーテルの全身麻酔というのをやらされましたが、その後、局所麻酔でやるということになりました。それからルンバールになりまして、終戦後、今のような麻酔になったわけです。

増田：もっとも、エビバンナトリウムの静注をやっている最中に、ひょっと気がついたら、心臓が止まっているじゃないかというようなこともあって(笑い)。

陣内：それから昔は腸結核とか、結核性腹膜炎なんていうものがありました。そんなのには、ただ開腹だけやっておなかのなかに日光をあてればいい、紫外線をかければいいということで、人工太陽灯などをかけて、すぐ閉じておりましたが、そういう時代でした。今ではこんな症例は見ようと思ったってみられません。

増田：その診断もですね。肋膜炎があったり、それから肺に Befund があるとこれは腹膜炎だなど思うんですが、他に Befund がなくて腹膜炎だけというのは、結核性の診断は非常につけにくかった。それでちょっと小さな穴をあけて、細い金属性内視鏡を入れて診断を確定したもんなんです。しかしあれはライトガイドでないので、長く観ていると先端の丸いランプが熱をもってくるわけですね。これが腹膜にちょいと触れると患者が「痛いー」といってとび上がる。とび上がるとまたひつつくってんで、患者はいっぺんやったら二度とやりたくないってなもんでしたね。

陣内：直腸癌など昔は指を入れまして、obere Grenze が触れないのを hoch sitzend, 触れるのを tief sitzend といっております、低い所にある方が治療がたやすいのだ、というような、今とは逆の考え方でございました。当時は Kraske の方法といって後からやっておりますから、とれる範囲のものしか摘除していません。昔は Metastase などは考えられていなかったようで、ところが Miles がリンパ節をいっばいといってそれを調べて、今のように逆に上の方のものほどたちがよいということになったわけです、随分この点も進歩したと思えます。

さて、今度は将来像のことを一つお話していただきたいと思えますが。

中山：僕は、近い将来薬あるいは放射線治療などが進歩して、癌はもう外科の手術の対象ではないというふうになり、若い先生方にしてもらいたい。それじゃ外科に残るのは何だろうかって考えると、奇形、これはもう仕様がないんで、一出て来た時からおかしいんですから—それをちょっとでも正常の形に治してやる。もう1つは外傷だと思うんです。今の世の中には自動車なんかがいっばいありますから、あれがぶっかったりなんかすると、ともかくこわれちゃうんですから、これは修繕しなくては いけません。まあこの2つぐらいで、あとは増田先生にまかせます。

増田：私は20年位前に、「癌なんてものはもう10年もたてば、内科の領域だけで十分なんとなかなるよ」なんていっていたんです。10年たってみたら、なんともならない。10年目にまた、「あと10年たてば」といっていたのですが、今日やっぱり外科の先生のお手伝いをいただきませんとどうしても癌はうまく治らない。それで今後のことですが、いわゆる抗生物質であるとか、あるいは免疫剤とか、さらにもっと新しい観点ででてくるような薬剤。そういうもので、本当に内科側で癌を完全に治療できるかどうか。

例えば、ある種の癌については、ある物質で癌に特異的に吸収されるというようなものでも見つけ、それに中性子を外から局部的にあてて癌細胞をたたく。つぎに考えられるのは遺伝子の組替えですね。virus の遺伝子である程度組替えをしたやつを人間に入れて、そいつを人間の癌細胞の遺伝子と組替えさせる。これは動物実験では、ご承知の通り、virus で、ある種の腫瘍を抑えることは可能になっておりますから、ひょっとしたら—私たちが、死んだ後だろうと思えますが—これは可能性があ

るのではないだろうかと思っております。

陣内：それで完全に Krebs を征服できますか？

増田：私は主たる癌細胞の分はいつまでたっても、外科さんのお世話にならないと駄目だと思う。今、私が申し上げたのは、いくら手術的に廓清をなさっても、届かないような所に転移しているやつを各個にやっつけるといようなことが、基本になるんじゃないかと考えています。

私はできれば、内科的に腫瘍が大きくなりたくないような、ちょうど糖尿病のコントロールをするのと同じような意味のコントロール—現在は白血病がある程度コントロールがきくようになっております。むしろ慢性骨髄性白血病の方がコントロールしやすいという変な世の中になっていますが—そういう程度のところまでいけば、内科としては万歳だと思っているのですがね。

陣内：人間の体と癌細胞の共生共存ですね。癌をおいたままでも、人間はどうせいつかは死ぬんですから、死ぬまで癌を抑えておくということなんでしょね。

増田：ただね、そんなことしますと人間が死ななくなっちゃいまして、これでは年寄が増えて増えて…

陣内：癌に関しては、もうしばらく外科の仕事がありそうですね。

中山：私の感じていることでは、コンピューターというものが医学へももっともっと—今エミースキャン、ポデイスキャンなどの装置が入ってきていますが—導入されるんじゃないか。10年位前にドイツに行ったんですが、Tübingen の大学にコンピューターの教室をつくりまして、30人位の技術員とか教員がいて盛んにやっていました。その時にレーベルスキャンの情報をコンピューターに吹き込んでいましたが、それでもって Leberkrebs であるとか Zirrhose であるとかいう答がでてくるわけなんです。それがエミースキャンのように世界中に案外普及していないのは、まだ性能があまりよくないのではないかと思います。そこでじゃ—これからどんなところに使われるようになるのだろうかと考えてみると、モントリオールの万国博でしたか、例えばシェークスピアの何という本の何ページとコンピューターに指示を与えると、それがサッと印刷になってでてきます。当時はこれはすごいものだなあ—と思ったんですが、今は鉄道のキップでも飛行機のキップでもチョンチョンと押すと刷ったものがスッと出て来るんですから。あの類で診断も治療法も答えが出るようになるのではないかと—したがってもう皆さんも勉強しないでいいわけです(笑い)。チョン

チョンと押してスーと出て来たものを見ると、診断は何で治療はこうやれーって。検査の結果をコンピューターに入れると薬がちゃんと出てきて、ついでに請求書も出てきますから、その請求書で金をとっちゃえば、チョンチョンと押すだけですべて済んじゃうというようになるんじゃないかなあと思います。請求書の方はもうやっている所はありますが、診断と治療の方はまだあんまりうまくいっていないようですが、近い将来はそうなると思うんです。

陣内：潰瘍性大腸炎などはどうでしょうか。

増田：私はこれはね、もう少し免疫学が進まない、むしろ癌よりてこずるんじゃないかと思うんです。Whipple にしましても、本当の原因がよくわかっている訳じゃないでしょう。Dysbacterie なんかもかなり関連しているようです。例えば Hb. virus の carrier ですが、今日肝癌の手術の映画を見せていただきましたが、肝癌ってのは日本の（台湾の林さんの所ではもっと多いと思いますが）われわれの統計では60~70%は Hb. virus が陽性なんです。それでこれは余談になりますが、手術のあとよく手を洗わないとーうちの外科でも、私が行って怒ったことがあるんですけどー手術場から出て来てジャーッと手を洗ってすぐにタバコに火をつける。あれでは伝染しない方がおかしいと思うんですね。ですから肝癌の手術など特にそういう意味で、prospective にお考えいただいた方がいいと思うんですが。

もう1つ内科側として、将来外科側にちょっとあいすまんことがおこるんじゃないかと思いたするのは、胃潰瘍なんかだんだん外科へまわさなくなると思うのです。今は多量出血だとか、穿孔だとか、狭窄だとか、癌化だとか、そのようなものは、当然外科におまわしすることにしていますが、urgent endoscopy を使えば、たいいていの処置は一応つくんですね。最前も迷走神経切断の問題が云々されていましたが、内科側から申し上げますと、生身の体に包丁を入れていいはずがない訳です。

悪いものを取っちゃう、つまり癌みたいなものを取っていただくとか、先ほどの横先生の演説のように結石を取っていただくとか、これはもう内科側では出来ない仕事ですから、どうしても外科のお世話にならないといけないと思っています。しかし潰瘍なんか、内視鏡的に止血をやる。いわゆる高周波凝固ですね。そういうものとかいろんなやり方が行われてきているので、だんだん外科へ送る遺瘍は減るかもしれない。それから薬がかなり進歩しております。ですから二次的な合併症がおこら

んかぎり内科が潰瘍の患者を抱くようになる。つい2、3年前までは、3カ月以上内科で治らない潰瘍は全部外科へ送れということが、日本消化器病学会の定説でございましたが、これが3年ほどの間に随分内科側の頭が変って来たと思います。

陣内：内科側からみまして消化管ホルモンですね。それからいわゆる消化吸収なんかの問題などまだ完全には研究されていないといっているいいでしょうね。

増田：これは現在緒についたところと申し上げたほうがいいんじゃないでしょうか、内科の目でみますと。いろんな代謝の経路なんかがよくわかったように書いてございますが、実際ちっともわかっていないのですね。われわれがやっております消化吸収、例えば脂肪酸なんかの吸収でも、あんなもの全部乳び管の方へはいっちゃうんだーなんて。どっこいそうはいかん。血管の方へ入る脂肪酸もちゃんとあるわけですから。ああいう代謝経路というものの解明はですね、まだ緒についたところで、今後、例えば Darm の Resektion の問題などを中心にして、これはお互いに助け助けられつつ、もうちょっと学問を進めていきたいものだと思っています。

それと functioning tumor の問題も、外科で切っただけで病理解で組織をみればそれで終わりというものでないんです。人間の小腸粘膜については、うちの教室でも随分電顕の標本を切ったりしてやっていますが、Gomori 顆粒のように見える細胞がたくさんあるんです。そいつが今何をしているか、ちっともわからないのですね。現在は secretin とかいろんな消化管ホルモンがわかってきましたね、けれどもまだまだほかにも例えば、Enterogastron とか…。

陣内：Serotonin とか。

増田：Glucagon とかいろいろでくるんですけど、小腸というのはまだまだミステリアスな所をいっぱい残していると思うんです。

陣内：私、将来はですね。皮膚を Krause の方法で切って別の所に植えれば、つくでしょう。ですから粘膜も同じように、Caecum とか Colon ascendens に広範腸切除した小腸粘膜を移植するというようなことができるようになるんじゃないかと思うんですが。Submucosa で剥いておいて、別の粘膜をパッとはれば、その粘膜がつくと。液体があるからそううまく着かないとは思いますが。移植する時だけ体外に出しておいて、少し乾燥させーあまり乾燥しますとつきませんでしょうがーそういうようなことが自由にできるようになるんじゃないかと思

っているんです。それから癌の手術で消化管をとった時なんかは、将来は、消化管移植—今日でも多少やられているようですが—臓器の移植、そういうようなことがいつかできるような時がくるんじゃないかと思います。しかし先ほど中山先生もおっしゃっていましたように、ME、コンピューターが非常に発達して、早期発見、そして早期治療がどんどん行われるようになると、消化器外科はだんだんすたれてくる一方、今のようなごそと取ってごそと置きかえるというような大きな外科手術が行われる時期がくるんだろうと思っています。

増田：私は、*microsurgery* がどんどん進んでまいりますと、そのうち外科の先生は、首のすげかえをやるんじゃないかと思うんですがね（笑い）。

中山：頭を良くする方法っていうの。

増田：つまりサイボーグみたいなものですね。これはちょっと SF マンガみたいになってきましたがね（笑い）。

陣内：もうこのぐらいでやめますか。お名残おしいですが（拍手）。