日消外会誌　11（8）：595～599，1978年

特別講演

食道癌治療の過去と未来

東京女子医科大学附属消化器病センター
名誉所長　中　山　恒　明

TREATMENT OF ESOPHAGEAL CANCER IN THE PAST AND FUTURE

Emeritus Director : **Komei NAKAYAMA, M.D.**
Institute of Gastroenterology, Tokyo Women's Medical College

索引用語：

私は，こういう権威があると申しますか，本当の専門家だけの集りで，しかも将来を背負って立つ人達の前で，私の経験を話す機会を作って下さった佐藤本会会長に心から感謝致します．佐藤会長のご演説の様に私のこれからお話し致しますことは，学問的基礎というようなものはございません．どういう考えで，どういうふうにしてきて，将来この食道癌治療がどういう形で，将来，将来と言っても百年先はわかりませんけれど，10年ぐらいの間は進んでゆくであろうという考えをお話ししてみたいと思うのです．私，5日ばかり前に，丁度日本の裏側のドミニカ・リパブリック，サント・ドミンゴに行ってたんです．そこで，食道の手術をやらされました．その前にポルトガルに行っておりました．それで大部昼と夜が逆になっちゃいましたので，話もいろいろになると思いますが．これが瀬尾先生の時に私が全世界の文献から調べた症例報告なんです（**表1**）．

表1　文献による全世界食道癌手術成績
（昭和7年　瀬尾）

	手術例	手術死亡	治癒例	死亡率
胸腔内	87	83	4	95.4
腹腔内	64	61	3	95.3
計	151	144	7	95.4

昭和7年ですけれども，151例ございます．胸腔内が87例，いわゆる下部食道噴門も64例で，その死亡率はほとんど変っていません，ともに95％以上です．いかに死亡率の高い手術であったかということがこれでわかります．若い先生方は，現在の日本のどの高いレベルの数室でも，10％以下の死亡率で軽く，教授だけでなく若い助教授でも助手でも治せるのが当り前とお思いでしょう．なぜその当時この様に死亡率が高かったかと申しますと，その当時は麻酔が局所麻酔なんです．インツベーションはありません．したがって，長い時間，胸を開けておくということができません．胸を平圧で開けるか，高圧で開けるかというようなことが議論になりました．又いわゆる抗生物質は全然ありません．それから血液銀行もありません．したがって大量の輸血というのは出来ないわけなんです．そこで大低食道の場合，私も細菌の研究をやらされましたが，アネローブの細菌があるんです．これが菌糞の臭いのような炎症を起こします．それが起こると患者が全部死んじゃうんです．そういう意味で死亡率が下部噴門部でも大変に高かったんです．そして，今の皆さんは術前にいろいろな検査を致します．紙一枚書けばいいんです．オーダーを．そうしたら返事が来ます．そうするとミネラルバランスが悪いから，ちょっと輸液をしとけとかいろいろなことができます．あの当時は私達自身が調べなくちゃいけないんです．肝臓の機能が良いか悪いかというのでも，2日も3日もかかって徹夜して調べるというような時代でしたから，その時代的背景が非常に影響しているのです．したがってあの時点で瀬尾先生に私なんか随分立たされました．それは技術が下手くそだということなんです．もっと技術が良くなれば治るようになるかもわからない．それで，1，2の例をあげますと，先生は血管を縛ります．縛ると糸をすーと持ち上げるんです．でふーっと持ち上げます，そこをパッと切らないといけないんです．ずーっと持ち上げるんですから，やめないんですから，切らないと縛った

血管がとれちゃいます．すると血がしゃーっと出るんです，そうすると先生が「お前はこの患者を出血で殺す気か！」と言います．そして「退きたまえ．」と言って退かされちゃいます．ですから私，瀬尾先生の下で助教授までやったのですが，手術の最初から最後まで手伝ったことありません．大抵何かやっちゃうんです．そうすると退かされちゃうんです．パッと切ります，そして得意そうな顔をするんです．すると先生ちゃんと金の物さしで一消毒してあるんぴすが一縛った先をすぐ計ります．「計った断端は必要にして充分でよろしい．それは2mmである．」と2mmで．それで，ちょいと計ります，すると3mmぐらいあるんです．「3mmあるじゃないか．」とおっしゃいます．私達は1mmぐらいどうでもいいじゃないかという顔をするわけです，先生にすぐそれがわかっちゃうんです．「なんだお前，1mmぐらいなんでもない様な顔して．顕微鏡持って来い．」と言って糸を1mm切って千二百倍の下に置くんです．「これ覗いてみろ」と言うんで覗いてみると，大きい綱がこうあるみたいです．「良いなら，お前のお腹の中に入れてやろうか．」とこうきますから，引き下がっちゃうんです．そこで，その時点で瀬尾先生がその様な技術の訓練をやったのは，技術以外に頼るものがなかったからです．要するに外科医はその時点では，食道癌の様な大きな手術は技術を磨くということで炎症であるとか，いろいろな患者の悪条件を克服しなければいけないという時代だったのです．ですからこれからの若い諸君はそういうことは余り要求されません．5時間でも7時間でもゆっくり手術して良いわけですから，又そういうふうにやった方が保険で金が余計入りますから，日本の実情にも合ってるわけです．昨日の一般演題の食道の部分でもありましたけれども，いろいろな機能的な正常化の工夫であるとか，手術後の合併症を減らすための工夫とか，いろいろなものが将来により良く治すということで出て来ると思います．私が一番最初に治したのはこの症例なんです．瀬尾先生は医局員に原則として，1例も盲腸炎でも手術させませんでした．それは先生を頼って患者は来るんだから，お前達を頼って来るんじゃないんだから，病院は患者を治すためにあるんだから，一番上手な者がやるんだということなんです．丁度，先生病気になっちゃいました．寝込んじゃったんです．この患者が入院しているの先生知っています．僕は助教授だったんですが，呼ばれました．「胃がんで食道へ浸潤してて，水も飲めないようなの入っているだろ」と言うから「入ってます．」と言うと「あのままじゃ飢え死にしちゃうから，まあ空腸瘻でも作りなさい．取れれば取ってもよろしい」とこう言ったのです．その頃私も若かったのです，今から40数年昔ですから．それでいきなり腹の方から開けて，胸は開けられないんです．胸を開けて，ゆっくりしているとそのまま死んじゃいますから，ぎゅーとひっぱったら，出てきました．食道が拡張していますから7cm程出て来ました．そこで切っちゃいました．先生はやわらかい鉗子を工夫していました．なぜかと言うと鉗子が硬いと食道断端の組織が挫滅される，そうすると縫合不全になるという考え方なのです．だから，やわらかいのなのです．それでこう胃全摘出をやりまして，空腸をつなげようと思ったら鉗子だけしかないんです．食道はひっこんじゃいました．いくら覗いても見えないんです．それで縫えません．指の長さより長く，10cmぐらいひっこんじゃったのです．それまで，先生がやると，ほとんど死んじゃいます．先生はファイトあると思います．死んでも死んでもやるんです．それが大低夏休みなんです．それで，私受持ちになって，ベット・サイドに寝てて，こっちが疲れちゃいます．早く死なないかと思ったこともあります．それでその患者には，こういうのやったんです．その時もインターポーションやってます．今から30年以上前です．口からマーゲンゾンデを入れて，これに2，3針で空腸を縫いつけてひっぱり上げて，指でさわってみて，食道と空腸がくっついているところで横隔膜裂口部をがっちり縫いました．それでほっぺたに，この胃管を縫いつけました．これがその時取った標本です．胃全摘です．食道もある程度長さ切ってあります．それで術後の経過なんですが，うまい具合に，こう4，5日熱も大分高かったのですが一ペニシリンも何もないんですから．輸血もあんまりやりません．それで2週間で治って歩いて帰っちゃったんです．僕自身が驚ろいたくらいです．これが昭和21年の3月ですから，大分昔の話です．この患者，手術した日に報告に行きました，先生のところへ．そうしたら先生，しょっぱい顔してたんですが，後で医局員全部呼ばれました．「中山のやつは勉強しないから，あんなの取っちゃった．ステノーゼのある食道癌の患者で世界中の報告で治ったのはないと言うのです．「あんなステノーゼ，しかもいっぱいばい菌のいるの切っちゃって．」もちろん，あの縫わない手術やったなんて言いません．そんなこと言ったら，その時おこられちゃいますから．できるだけのことはしといたと言いました．これ，術後レ線像で

す．高い所で吻合されています．先生が3週間ぐらい経って婦長を呼びました．「あの患者どうなった」と言いました．「なんだかしらないけど熱も下がって，脈もなんともなくて，口から飯食って荷物を持って歩いて帰っちゃった．と言ったんです．そしたら，先生しばらく考えてて「時代が変ったなあ．」と言ったそうです．ここで皆さんにお話ししたいんですが，昭和7年に瀬尾先生と京都の鳥潟外科と対立講演で，食道外科の宿題をやりました．京都でも死んだんです．もちろん千葉でも死んだんです．しかし，「物事というのは始めることが半分成功することである，止めないことが成功することにつながる．」いつでもそれを考えて，より良くなるようにと，まあ若い先生方に話しているのですが，—やっていただきたいと思います．次の症例が原発性の胸部食道癌の最初の症例なんです．下部食道です．これが取った標本です，その時昭和21年です．これもペニシリンも何もないんです．輸血も何もやらないんです．昭和21年ですから，われわれも充分には食物がないんですから．スケトウダラとふすまで生きていたんです．それでよくファイト出してやったものだと思います．これ治って帰っちゃいました．昭和21年の7月10日に入院して，8月22日に帰ってるわけです．これ術後のレ線写真です．ここでつながってます．縫ってないんです．だから組織というのは縫ったから繋がるんじゃないんだということがこれでわかります．組織と組織が接着してればいいんだと．縦隔洞炎の治療にザイフェルト氏の中からの切開，インネレインチジョンというのがあります．それと同じ方法を計らずもやったことになったんだということなんです抗生物質はないんですから，炎症は必ず起こってたんです．しかしながらがっちり縫ってないから，出たうみが，食道，胃とか腸の中へ流れ込んで，それで治っちゃったんだとこういうことです．この症例は32年生きました．ですから癌は幸い再発しないで長生きしたんです．私もこの男の年まで生きるかどうかわかりません．とてものことに．後で統計が出ますけれども，だいたい今から20年前に食道癌の手術をできる外科医というのは，もう50歳過ぎなんです．したがって，50歳過ぎの外科医が手術すると20年患者が生きてるとしても，医者の方が先に死んじゃってます．具体的な例と言いますと，ボストンにスウィート教授という人がいました．非常に沢山の症例をやって威張ってたんです．それで汎太平洋外科学会がありました．シンポジウムをスウィートと私がやりました．その時，スウィートは胸の中でつなげました．5年遠隔は6％です．私は胸壁前です．5年遠隔が13％か14％かだったんです．夜のパーティーの時にスウィートが私のところにきました．今度お前に会う時は症例はお前の2倍ぐらいやって，死亡率は半分位にして，遠隔成績は倍ぐらい良くしちゃうぞと大変興奮していました．また会いたいものだと僕，言ったのですが，あんまり興奮したせいだと思うんですが，翌年の二月，ハートアタックで死んじゃいました．あんまりかんかんになっちゃダメだと言うのこれでわかります．死んじゃうと手術できないんです．ですから症例ひとつも増えないんです，スウィートの症例．その汎太平洋外科学会で報告したのが最後です．私が4例治して，外科集談会に出したんです．昭和21年の11月に．でもその頃は真打じゃないんです．真打ち，私の後に「多発性空腸潰瘍」なんてのありました．「食道癌の4治験例」というの出したら，真打ちのひとつ前に出てました．だから，食道癌ぐらい治すのは，あんまり偉くないとその頃思っていた人が多かったということです．この4例なんですけれども，この演説しましたら，ある大学の先生が「中山君，たった4例ぐらい治して威張るな」って言いました．「威張ってなんかいない．貴方は何例治しましたか？」て聞いたんです．「1例も治さない」て言うんです．それから，僕は言ったんです，「ゼロは何億倍してもゼロ．四は千倍すれば四千例，まず治すことから始まるんだ．」と言う話をしました．そういう若い人がファイトを出した前向きの考え方が是非必要だと思います．たちまち，どんどん増えます．昭和23年には25例やりました．その頃の手術の死亡率やなんかなんですが，胸壁前がだんぜん低いというのがわかります（表2）．それは，その時点では

表2　胸部上中部食道癌手術成績
（1946～1976・中山）

	症　例	手術死亡	死亡率
胸壁前吻合	1014例	55例	5.4%
胸腔内吻合	282	19	6.7
胸骨後吻合	30	1	3.3
計	1326	75	5.6

抗生物質の良いのが普及していません．胸腔内で吻合して，もし化膿が起こるとだいたい患者は死んじゃいます．胸壁前で吻合しても勿論化膿が起きます．しかし皮膚の下ですから，切開して，膿を出せば患者の生命にはさしつかえない．こういうことがこういった死亡率のち

がいを現わしているのだと思います．皆50％前後です．最近ポルトガルとドミニカへ行ったのですが両国とも現在でも食道癌の手術をやっていません．やると皆死んじゃうんだそうです．それで私に食道の手術をやれやれって言って，4例やらされました．これが1950年になるともう昭和26年には149例手術したことになります．ですからできるということになるとどんどん増えるのだということです．その頃，東北の桂教授の医局員が食道癌で死にました．それで奮起して，中山君がやるなら，ここでも食道癌をやろうというのでやった最初の頃の報告を見ますと，昭和25年ですが，手術の死亡率が60％近いんです．これは，麻酔も今程良くないし，術前の検査も，術後のケアーも良くない上に抗生物質も良いものがないというバックグラウンドが悪かったからです（**表3**）．そ

表3　文献による食道癌手術成績
（昭和25年，東北大・桂教授・臨床雑誌「外科」12巻・11号より）

	手術例	死亡例	死亡率
胸腔内食道切除食道胃吻合	6	3	50.0％
食道全剔胃挙上頸部吻合	4	2	50.0％
食道全剔胸骨前挙上	2	2	100.0％
計	12	7	58.3％

れでまあ，その頃いろいろなことを工夫しました．まず手遅れでは仕様がないですから，したがって診断の方法として，硬正鏡です，その頃は．今みたいにファイバースコープはないんです，真すぐなんです．真前しか見えません．これを飲ませるんです．医者の方も難しいんだけど患者の方も大変です．棒を飲むんです．丁度支那手品の様です．そこで横に見えるのを工夫したりしました．ジャクソンでは見えない様なのがはっきり見えます．胃癌もそうですけど食道癌も早いのは余後がいいんです．そこで2例ばかり20年ばかり生きている元気なのを見せます．これは私が1951年に手術した症例です．ここに癌があります．大きなツモールなんですが，たちが良いんです．今日もいわゆる合併療法なんですが，レントゲンかけるとか，抗がん物質使うとか免疫物質使うとか盛んに言われていますけれども，この患者，何も使わないで20何年，平気なんですから，使わないでも生きるのもあるし，使っても死ぬのがあると．それが治療の前にわかればしめたものだと思います．そういうことを若い先生方にやってもらいたいと思います．10年の遠隔みますと5年でだいたい15％ぐらい，10年でだいたい10％が生きているということです．このおばあちゃん，アンテトラカールなんですが．これ，この間やっぱりポルトガルで講演しました．これじゃ，ちょっとみっともないんじゃないかという人もいました．これみっともない様だけれど，患者は何も苦痛がないんだと．これから見合するわけでも何でもないから．胸の前にあると，これホールマーゲンを持っていってるんです．ホールマーゲンだといっぱい食べられると．腹いっぱいでどうも腹が空かなければ，手でなぜ下ろしゃいいって言いました．胸の中じゃそういうことできません．女だけ見せちゃ不公平ですから，次，男ですけど，1952年に手術しました．今でも元気です．これはここに癌があります．取った標本，大きな癌です，もうこんなに．ステージⅢぐらいです．組織標本おとなしいんです．だから生きてるんだと思うんです．ここにこういっぱい出てます．いっぱい食ってもこうなで下ろしゃいいということです．講演の時間が来ちゃったんですけど，私よく長くしゃべるのできらわれるんですけど，将来の話を少しやります．これ20年以上生きているの，今日では16例だか18例あります．だいたいこれは1976年までですから，今年1978年ですから．だから割合に20年以上生きるのもあるということなんです（**表4**）．今度もいろいろな所を廻ってきました．

表4　食道癌手術後長期生存例
（1976・中山）

	5年以上	10年以上	15年以上	20年以上
上中部食道癌	146例	60例	24例	6例
下部食道噴門癌	233	66	28	8
計	379	126	52	14

新しい分野と言うと，まず第一は診断器械の進歩です．ファイバースコープは皆様よくご存知ですけれども，今コンピュータ・トモグラフィーというのが出ています．これからの若い先生方はもっと電気に強くなってコンピュータをもっと広い範囲の医療の分野に導入しなければいけないと考えます．私など全然知識がないんですから．しかしながら，これがいかにいろんなことがわかるかと一今まだ細かいことわかってません，要するにレントゲンの器械はできたけれどまだ読みが決まってないというふうに考えたら良いと思います．消化器病センターにはこの器械があります．これノルマル．丁度胸の輪切り

がすぐ見えるんですから．ただ読みがどうなるかが難しい．はこれもノルマルなんです，切った場所によってちょっとちがいます．これ食道癌なんですここが．アオルタです，ここに食道癌があるというのがわかります．だんだん細いことがわかるようになると思います．コンピュータトモグラフィーだけじゃなくて，コンピュータがいろいろの面に利用されるだろうと考えます．これがラング・メタスターシスです．どことどこにメタスターシスがあるかよくわかります．だからどんどんこういったものが利用されると思います．しかしながらひとつだけ欠点があります．それはただじゃ買えないということです．べらぼうに高いということです．それからレントゲン治療も，ものすごく進んで来ました．診断さえ早く，たとえば早期癌であれば，手術しないですめば，それが一番良いわけです．後で合併症も何もなくて良く治るんです．最近4，5例経験してますのでそれをご覧に入れます．これ定期検査をやってたんですがなんでもないんです．ところがこの時点で，ここにできてきました．シャッテンデフトがあるんです．内視鏡バイオプシーで食道癌です．6600ラッドかけました．もう6，7年前です．この様な人が3，4人います．そういう人でも完全に治っちゃいます，再発がないんです．したがって，こうやって治る時代がどんどん近づいているということが事実です．だから外科医であるという前に，われわれは医者である，したがって本当の目的は患者を完全に治すということにある，その手術として，手術がある，レントゲン治療がある．いろいろな新しい薬も出てくると思います．しかし，その目的は患者を治すということにあるんだということを若い先生方は忘れないでいただきたいと思います．それから，機械文明になりました．どーんどん機械が進みます．今ある機械が完全とは私は思いません．しかし，若い人達の時代，より多くの部分が機械で処理されるというふうに考えてます．吻合機械ですこれも昨日の演説で，食道静脈瘤の切断療法なんかに出ています．これもクリップの長さであるとか，打ちぬきの歯の工夫とかで完全なものが近い将来できると思います．これのみに滞まらないでもっといろいろな応用範囲のある機械を皆さんが工夫していただきたいと，それが今後10年間の展望であります．手術しないで治す方法，そして手術するとしても，より安定した確実な治療ができるということにこの10年はあるんじゃないか．そして早い時期に診断することだと思います．どうも有がとうございました．