日消外会誌　13（8）：909，1980年

会長講演

第15回日本消化器外科学会長

本　多　憲　児

昭和34年5月より昭和54年12月末日まで，教室に入院し，退院した患者総数は9,307例で，うち7,252例77.9％に手術施行，手術直死例は702例9.7％でありました．

手術例を疾患別にみますと消化器疾患が4,958例で最も多く全体の68.3％を占め，心，大血管，肺外科のいわゆる胸部外科疾患が約17％でありました．

消化器疾患を臓器別にみますと，胃，十二指腸が27.7％で最も多く，以下虫垂，肝胆膵，結腸，大腸，小腸，食道の順であります．良性，悪性別にみますと，食道，胃，十二指腸結腸，大腸では悪性の方が多くなっております．

年齢分布をみますと，5歳以下の新生児，乳幼児と65歳以上の老人が多く，他の年代はほぼ同様でありました．

手術死亡率の変遷をみますと，昭和39年までは，5％前後であったのが，だんだん低くなるであろうという予想に反して昭和40年より急に死亡率が高くなり，12～13％前後となりました．このことは私が赴任した当初の昭和34～39年の頃は急性虫垂炎等の小手術例が多く，昭和40年頃より食道癌，胃癌，肝胆膵癌などの手術が増加したことと，胃癌は全剔術または噴門切除が大部分となったためと考えられました．しかも年々手術侵襲が増大する症例が多くなるにかかわらず，死亡率がほぼよこばいであることは術前，中，後管理が進歩した為であります．とくに私は栄養は腸粘膜を通して吸収せられてはじめて生体のものとなるものとの基本的理念により，昭和40年より空腸瘻を造設しての経腸栄養を行いましたところ食道癌などの手術成績が向上して参りました．昭和46年よりは中心静脈栄養法との併用を行いさらに手術成績の向上がみられました．また循環動態の面については，45年に CVP による monitering，48年より Swan-Ganz Catheter を用いた monitering を行い，補液の適正化，術後ショック防止などに絶大なる力を発揮するようになり，肺動脈楔入圧を20mmHg 以上にしないよう補液の調整を行うよう強調してきました．また手術侵襲拡大の一面として，従来手術不能とされた Complete A-V block を合併した食道癌に対して，術前に pace maker を装着し，根治手術を行うようになりました．

さらに教室では手術侵襲拡大に伴う急性腎不全発生を防止すべく，とくに腎機能検査を行っていますが，自由水クリアランス（C_{H_2O}）は最も早期に腎不全発生を予知し，0～−0.5以内に止まったときには，腎不全発生の危険ありとし，CH_2O が0～−0.5を示したときには利尿剤・ことにマニトール大量投与による急性腎不全発生の防止を行い非常によい成績をあげています．

このように術後管理の改善による，術後成績も向上しましたが，未だ手術による挑戦が不可のものもあります．たとえば，肝硬変症に対する肝機能の維持，先天性糖尿病，膵全剔下に対する対策などであります．これらの疾患に対しては臓器移植以外に方法がありません．臓器移植には，臓器の Viavility の保存が重要であることは当然で，その保存の方法が問題であります．本邦においては，欧米における如く脳死が未だ認められていないので，臓器保存は極めて困難であります．教室ではかねてより，この点に着目し，古典的死亡後でも臓器を保存しうる方法がないかと研究し，福島医大式屍体内臓器潅流法を考案，古典的死の宣告後15分経過して屍体内臓器潅流を行い，2～3時間潅流後の死体腎を受腎者に移植，全例死体腎移植に成功しています．この際死体内臓器潅流を行ったドナーの肝，膵，腸を検査しましたが，Viavility が充分保存されていることが認められた．本研究により私は本邦においては不可能と考えられた肝，膵移植も可能であるとの自信を得ました．

私は屍体臓器移植については本邦においては死の判定を厳重にし，移植手術関係者は死の判定に関与せず，第三者医師による死の宣告によりはじめて死と断定することが重要であり，死者の尊厳と遺族の情感をそこなわず屍体臓器を移植することが基本理念と考えております．私はかかるフィロソフィーをいつも基本として，いつかは肝移植，膵移植，腸管移植を行いうる日の来ることを期待し，ロマンを求めています．

フイロソフィーとロマリン!!それは現代医学にたづさわるものに欠けている大きな事実であると思います．医にたずさわる諸氏はそれぞれのフィロソフィーとロマン学を求めるよう祈念し会長講演を終ります．