

特別寄稿

食道疾患研究会30回の歩みと将来像

中山がん研究所

中山 恒 明

丁度「30」という勘定の良い回数になったのでこの辺でひとつ「歩み」ということをふり返ってみたいと思います。思い出しますと、東北大学の桂教授が大変に熱心に食道の研究をやっておられました。また慶応大学の赤倉教授も一生懸命に食道の研究をやっておられました。それといっしょに鹿児島大学の内山教授も一所懸命に食道の研究をやっておられました。もちろん私もやりました(表1)。それでも手術の死亡率は想当に高かったんです。胃癌研究会というのが、その当時では完全に研究会形式で発足しておりました。お互いがまあいい方法を考えたら話し合っただけ早い時期に良いことは普及しようというようなことでやりましたんで胃癌研究会に準じた会を始めようじゃないかという話が出ました。皆苦勞しているんですから大賛成だということになりました。

当時は今程研究会多くないんですがひとつの会をやるのに皆が集まるというのは大変だから、食道に関係した学会がある時に、半日ぐらいやった方がいいだろうということになりまして、胸部外科が徳島にあった時に赤倉教授が第1回の当番世話人でやられました(表2)。この研究会が年2回になったのは43年からです。最初の3回は年に1回でした。第3回は東大の羽

表2 食道疾患研究会
当番世話人並びに開催地

第1回	赤倉 一郎	40.10.18	徳島(胸外)
第2回	佐藤 博	41.10.7	東京(胸外)
第3回	羽田野 茂	42.10.3	名古屋(胸外)
第4回	中山 恒明	43.7.15	東京(消外)
第5回	林田 健男	43.10.28	東京(胸外)
第6回	梶谷 纒	44.2.5	東京(消外)
第7回	内山 八郎	44.11.28	鹿児島(臨外)
第8回	葛西 森夫	45.3.27	仙台(日外)
第9回	陣内伝之助	45.10.22	大阪(癌外)
第10回	本多 憲児	46.5.22	福島(癌日)
第11回	和田 達雄	46.10.29	横浜(臨外)
第12回	綾部 正大	47.5.19	米子(終日)
第13回	水上 哲次	47.10.14	金沢(臨外)
第14回	石川 義信	48.5.31	弘前(終日)
第15回	石上 浩一	48.10.26	山口(臨外)
第16回	井口 潔	49.5.10	福岡(終日)
第17回	葛西 洋一	49.9.21	札幌(終日)
第18回	田中 早苗	50.5.22	岡山(終日)
第19回	神前 五郎	50.9.21	大阪(終日)
第20回	鍋谷 欣市	51.5.9	東京(終日)
第21回	脇坂 順一	51.10.14	久留米(終日)
第22回	光野 孝雄	52.5.26	神戸(終日)
第23回	阿保七三郎	52.10.13	秋田(終日)
第24回	武藤 輝一	53.5.10	新潟(終日)
第25回	長与 健夫	53.10.16	名古屋(終日)
第26回	飯塚 紀文	54.5.13	東京(終日)
第27回	掛川 暉夫	54.11.21	東京(終日)
第28回	白壁 彦夫	55.5.10	東京(終日)
第29回	遠藤 光夫	55.11.10	東京(終日)
第30回	秋山 洋	56.5.30	東京(終日)

表1 諸家の胸部上中部食道癌術後5年以上生存例数

報告者	年代	5年以上生存例数
Garlock	1954	4
Sweet	1954	2
Decker	1955	1
Nuboer	1956	1
Petrov	1957	6
Miller	1962	5
Logan	1963	9
赤倉	1963	1
桂	1964	3
中山	1964	23

田野教授が名古屋で胸部外科があった時にやりました。その次、東京で消化器外科学会が発会しまして、これが東京で開催された時に私がお世話致しました。第5回は林田教授。この時から年に2回ずつになりました。第6回が先程から大発言をなさった梶谷先生。第7回が内山教授、第8回が葛西森夫教授、第9回陣内教授が当番世話人をされた時、癌治療学会が大阪でございまして、いっしょにやられました。この時、桂教授がなくなりましたので、皆さんが私に会長にな

るようにということで、その時から会長を務めさせていただきますいております。第10回は本多教授ですが、大変有能で熱心でございまして、「自分が世話をするからには、この研究会だけを目的に来て研究する会にする」と主張なさって、福島でこの会だけを朝から一日やられました。第11回が和田達雄教授、第12回が綾部教授で第13回を水上教授が臨床外科学会といっしょにやりましたが、水上教授はこの後じきになくなりました。第14回が石川教授、第15回が石上教授、これは山口で臨床外科会に引き続いてやりました。この頃からこの研究会は独立して、最も熱心な人が集まって、大事な事項を議論しようということになりまして、第16回井口教授の時も福岡で終日でございました。第17回葛西洋一教授、第18回田中教授、第19回神前教授、第20回鍋谷教授、第21回脇坂教授、第22回光野教授、第23回阿部教授でございまして、丁度この年に“International Advancement Surgical Oncology”という本が毎年一冊出ることになりました。編集委員の一人を私が務めておりますので、『食道に関する限り全世界で最も高いレベルに、この研究会の成果はあるはずだ』と編集長に申しますと、『それでは年に一篇ずつ出してくれないか。材料によっては載せよう』ということになりまして、食道疾患研究会の名において、その時の当番世話人に責任を持っていただいて、世界のレベルにはずかしくない論文を送ってもらうということになりまして、まず阿保教授が出され、次に24回武藤教授が新潟でやりましたが、この時は浅い広がった癌一表在拡大型というのですが、それだけのものという非常に少なくなくて、まとまりにくいので出ませんでした。25回は外科の先生ばかりではなくて病理の先生にも、一度世話人をやっていただいて、病理の特徴のある論文を出そうということで長与教授には世界中で食道腫瘍で癌でないものはあまり報告がないから、そういったものを病的にきちんと分類をし、まとめて本に出しました。その次は26回飯塚博士、27回は掛川教授の時は『肺合併症の問題』で御自身もいろいろ研究をしておりますし、日本全体の統計も取りまして、これを載せました。次に、時には内科の先生にも入ってもらって同じ食道疾患を研究しようということで、第28回、白壁教授に当番世話人をやっていただきました。29回が遠藤教授。遠藤教授の時は『早期食道癌』。食道癌は胃癌よりも大分数が少ないので、いわゆる早期食道癌は世界中からみて非常に少い。中国では大分多い話をこの前の外科学会で聞きましたが、日本全体を集めます

と中国に匹敵する様な数で、それを一応報告しました。30回が秋山先生です。これで一応全部の当番世話人の御名前は皆さんに御紹介した次第です。

では次にどんなことがメインテーマとなったかお話しします(表3)。第1回は「術後合併症」一合併症イコール非常にしばしば患者の死亡ということにつながりましたから最初の頃いかに合併症に困っていたか、それと先程飯塚博士などで議論になった「食道再建方法」です。これは第1回からとりあげられましたが、今も問題でまだ決まらないんです。第2回「栄養の管理をどうしたらよいか」ということ。これは、今日午前中も問題になりましたが「患者の栄養の悪いのがプログノーゼもしくは死亡率の高い原因じゃないか」。食道疾患研究会だから、良性疾患もひとつづら取り上げようということで『アカラジア』。それから第2回から「胃癌研究会」と同じ様に、皆さんの報告がひとつの基準によって報告されないと比較研究が出来ないというので「食道癌取扱い規約」ということを佐藤教授に頼んで作ってもらうことになりまして、委員会が出来ました。簡単に出来ないので、今も作業が続いています。第3回なども「食道再建の問題」と「食道癌取扱い規約をどうしたらよいか」ということを半日議論しました。第4回も「食道癌取扱い規約」。だからこういう規約半年や一年で出来るものではないし、出来ても読むとおかしい点が出て来ます。それに世界に通用する様な規約でないといけないので、本当に大変です。第5回になってどうもそんな進んだのばかりやってもすぐ再発して楽しみがないというので『早く見つけるにはどうしたらいいか』その背景に、ファイバースコープなんかが進んできて、飛躍的に早期診断というのが可能になったということがあります。第5回も「取扱い規約」が出てます。第6回になりますと「取扱い規約」もそうですが、同時にいわゆる『ECの癌』というものを問題にしようという胃の方から始まって食道に浸潤したもの、食道の方から始まって、胃の方に浸潤したものはどうか問題になりました。これ30回までやると疲かれちゃいますから、あとは本に出します。時間もせまってきましたので、だいたい発足の時はどうだったかというのがおわかりだと思います。

第7回の時私が立ちまして、各施設の方に皆さんはどのぐらいの死亡率で患者を手術する様なになればいいと思うか聞きました—もちろんゼロが一番いいんですがゼロというのはなかなか難しいですから—そうした

表3 食道疾患研究会主題

(第1回)	I. 食道癌手術の術後合併症について	I. 食道癌患者の術前術後栄養管理
(第2回)	II. 食道癌の食道再建方法について	II. 早期食道癌
(第3回)	I. 食道癌術前術後の栄養管理について	(第15回)
(第4回)	II. 映画「特発性食道拡張症」	I. 食道良性腫瘍および非癌性悪性腫瘍
(第5回)	III. 食道癌取扱い規約案について	II. 食道癌術中の管理
(第6回)	I. 食道再建	III. 術後逆流性食道炎
(第7回)	II. 食道癌取扱い規約	(第16回)
(第8回)	I. 術前照射を主とした興味ある食道癌症例	I. 食道疾患の新しい診断法
(第9回)	II. 「外科における食道癌取扱い規約」に関する討議	II. 食道癌のリンパ節転移
(第10回)	I. 食道癌の早期発見	(第17回)
(第11回)	II. 食道癌死亡例の検討	I. 切除不能と判定した食道癌の治療
(第12回)	III. 「食道癌取扱い規約」について	II. 食道再建手技の要点
(第13回)	I. 「食道癌取扱い規約」について	(第18回)
(第14回)	II. 食道下端部癌 (E ₃ Cの癌を中心として)	I. 食道癌切除不能判定基準
(第15回)	I. 胸部食道癌手術術後合併症を少なくする工夫 一とくに肺合併症. 吻合部縫合不全について一	II. 食道癌合併化学療法
(第16回)	II. 非癌性食道疾患(先天性疾患をのぞく)	(第19回)
(第17回)	I. 食道癌手術を一期手術とするか, 分割手術とするか(その適応規準など)	I. 食道癌の再発形式
(第18回)	II. 食道癌手術における分割手術の意義と適応について	II. A ₃ 症例の術前診断
(第19回)	III. 後縦経路胃管形成食道再建術の手術適応の検討	(第20回)
(第20回)	IV. 胸部上中部食道癌手術に対する私の経験	I. 表層拡大型食道癌の診断
(第21回)	I. 食道癌進行度と手術適応の原因	II. 表層拡大型食道癌の病理
(第22回)	II. 悲観的と思われた症例が案外良好な経過をとつた症例について	III. 表層拡大型食道癌の治療予後
(第23回)	I. アカラジアの外科的治療法	(第21回)
(第24回)	II. 食道癌病理分類	I. 食道癌術後再発死亡例の検討
(第25回)	III. 食道炎診断基準	II. 再発死亡例よりみた今後の対策
(第26回)	IV. 食道癌術後の管理の問題点	(第22回)
(第27回)	I. 食道癌の進行度と切除適応の問題	I. A ₃ (又はa ₃)食道癌に対する主病巣切除の治療効果に対する評価
(第28回)	II. 食道癌に対する切除療法以外の治療法	II. 食道癌リンパ節郭清の限界
(第29回)	III. 長期間入院を必要とした食道疾患症例の検討	(第23回)
(第30回)	I. 食道癌の合併療法	I. 食道癌と他臓器癌の重複癌症例
(第31回)	II. 各種食道再建術式の検討	II. 食道裂孔ヘルニアの手術適応と術式
(第32回)	III. 食道憩室の手術適応	(第24回)
(第33回)	I. 腐蝕性食道炎	I. 食道癌手術前後の栄養管理
(第34回)		II. 表層拡大型食道癌の治療予後
		(第25回)
		I. 扁平上皮癌以外の食道腫瘍
		II. 術前照射食道癌症例の病巣所見
		(第26回)
		I. 食道再建用胃の作り方, 理論と実際
		(第27回)
		I. 頸部食道癌
		II. 術後肺合併症
		(第28回)
		I. Retrospectiveにみた食道癌の経過
		II. sm癌の診断, 病理, 治療, 予後
		(第29回)
		I. 食動脈瘤の治療
		II. 胸部食道癌における重要他臓器合併切除
		(第30回)
		I. 食道癌と宿主および環境
		II. 再建食道に発生した癌腫

表4 食道癌手術成績
(左開胸) 千葉大学中山外科

術式	1946~1955		1956~1964	
	症例	手術死亡率(率)	症例	手術死亡率(率)
胸腔内食道胃吻合	102	5 (4.9%)	85	6 (7.1%)
胸腔内食道空腸吻合	43	1 (2.3%)	142	9 (6.3%)
計	145	6 (4.1%)	227	15 (6.6%)

表5 食道癌手術成績
(右開胸) 千葉大学中山外科

術式	1946~1955		1956~1964	
	症例	手術死亡率(率)	症例	手術死亡率(率)
胸壁前食道胃吻合	157	13 (8.3%)	346	21 (6.1%)
胸腔内食道胃吻合	28	4 (14.3%)	47	4 (8.5%)
経胸腔頸部食道胃吻合	3	1 (33.3%)		
計	188	18 (9.5%)	393	25 (6.4%)

らだいたい施設では、「まあ、中山先生がやったぐらいには軽いける様になりたい。はっきり言うと10%以下にしたい。そしてやった以上は一年以上生きる手術をやりたい。」と申されておりました。それが丁度7回だから、この会が始まって3回まで一年に一回ですから、発足から5年ぐらい。今から丁度12年前なんです。ですから卒業して10年ぐらい経たない人は我々、その時のメンバーの血の滲むような、手術死亡率を下げるとか、遠隔成績を良くするという意味の努力はあまり知らないわけです(表4, 5)。だんだんに良くなって、手術死亡率はなんとなく下がってきましてどこでやっても、日本中しかるべき施設では10%以下、そして1年以上生きるというよりも、今日の午前中の報告では胃癌に非常に近づいてきている。だいたい男では16%ぐらいだけれども、女では40%ぐらいが5年以上生きているという成績が出せるようになってきました。やはり食道の問題はここでもわかりますが、食道手術を一期にやるか分割がいいかというようなことが議論になったのは「術後管理の問題」が今よりずつと遅れていた。要するに中心静脈栄養とかエレメンタルダイエットのような栄養補給の問題がうまくいっていないし、ミネラルバランスであるとかいうパラメディカルの分野が進んでいなかったのを外科の技術で補おうという時期であったんです。今となると分割する必要があれば中心静脈栄養で、しないで済む様になりました。

それから、食道炎とかアカラジヤなども、いろいろ規約を作った方がよろしい。それは各教室の発表が同じ土俵で、同規準で比較出来るからというのでこのころからそういった規準の作成も進んで参りました。私、外国に行ってましてつくづく感じたのは、この情報時代には、日本だけが先頭を歩くのではなく、外国でも、皆さんのような若いお医者さんが食道癌を治すようになり、いろいろな施設で、5例、10例と手術に成功する様になりました。いよいよ遠隔成績を良くするという意味では手術だけではある程度進んだ癌はどうしてもダメである。では合併療法ではどうかというのを第12回でとりあげています。いよいよ皆さんが治すようになりました。沢山治していると「術後食道炎」なんていうのがあって、患者が来て「せつかく癌は治してもらったんだけど、胸焼けがして、その方が苦しい。物があまり通らなくてもいいから、胸焼けしなさないようにしてくれ」というのが出てくるので、じゃあひとつ皆でどうやったら「逆流性食道炎がおきない様に出来るか」ということを議論したことがございますし、いかにやっても再発があるんで、食道癌のリンパ節転移をひとつ、くわしく皆で調べて、手術ではどこまで取れるか取れない場合はそこに術後照射でもするかということを具体的に話したのが第16回です。こうして、その時、その時で選んだ主題をみておきますと、一年一年は本当に変わっていないようですけれども、世の中全体の進歩といっしょに新しい薬が出来ると、それを合併して使つたらどうかという工夫の演題が必ず出ています。それといつしよに外科ですから古くて新しい問題は『食道再建』なんだということが何回もこれが出て来ますからわかります。だから食道再建の問題が今でも大変な問題です。第19回はもうだいたい早い癌は治すようになったんで進んだ癌を少し考えてみよう、又食道癌というのはどういう再発形式をするかということと、症例を手術前に診断して、それに合う手術をはじめから、がっちりやろうというような話が出ました。その次が表層拡大型の食道癌ということになるんですが、要するに表層拡大型でムコーザだけに癌のある様に見えても、プログノーゼが大変に悪いのがある。だからそういうのをどう見分けてどう扱うか、どう治療がいいかということを議論したことがございます。こうして見てきますと、だんだんにこの学会も細かいところに掘り下げていくようになった。出発点はなんとかして、手術死亡率を下げる、何とかして遠隔成績を上げるという点だけにしぼられていたよ

うです。それといっしょに皆が同じ土表で同じ食道癌取扱い規約を使って発表するという事に終始したと思います。そしてだんだんに余裕が出来て細かいことをより深くといふうに進んできたと思います。胃癌と同じ早いのが見つかって、まだ遠隔成績が良くありません。従ってリンパ節郭清をやるかやらないか、その程度が話し合われ、そうなってくると又、午前午後とも問題になったんですけれども、今度、重複癌ということを考える余裕が出来てきたということが言えます。24回になりますともう一度「栄養管理」というのが出ているんですが、これは「中心静脈栄養」が普及したことそれから「エレメンタルダイエット」が入ってきたことだと思います。25回がさき程話した「扁平上皮癌以外の食道の腫瘍」ということです。それから術前照射がいいか悪いかということ。いずれにしても我々の目的とするところは患者が治るということですから、それをもっと基礎的に考えて、そういったものの病巣所見は病理的にどんな風になっているかということが問題になったこともございます。26回になって又、再建なんですけどどんな胃を作ってそれはどんな理論でそういうことになって、実際には理論通りに行く

かどうかということを議論しました。それで胸部、下部、食道癌は死亡率はもうだいたい5%前後、手術をやればだいたい一年以上生きるということになったから、それでは、いつペン首をやってみようということでも頸部食道癌。しかしまだここでも術後肺合併症。それから第28回が2つのテーマですが後でみて、一ずっと健康管理してたのを見落したというようなものもありますが、どのくらいの早さで大きくなって、どのくらいのメタステーゼが出来るかというおもしろい症例を議論したことと割合に早い癌—これは大丈夫と思ってよく再発で死ぬのがある。それを今日でも私やっているわけです。もうこれでおしまいです。29回、30回、このあたりは30回は今日ですから、皆さん直接お聞きになったところで、私の言うところはないと思います。私、梶谷先生ともよく話すのですが、だんだん年取ってきて、いついなくなるかわかりません。だから私が考えたり、やったりしたことをしゃべれる間に一生きている間に一話すべきだと思います。ご清聴ありがとうございました。

(1981. 5. 30. 第30回食道疾患研究会記念会長講演)