一外科医の歩んだ道**

My Past History of Clinical and Experimental Study

城 所 仿*

TUTOMU KIDOKORO, M. D.

私が今日、外科医として振り返って過去の研究を考えてみると、二つの流れがあった。一つは、東大分院外科における福田 保先生以来のショックの研究であり、他の一つは、東大分院外科で開発された胃カメラの研究に、深く関係することになったことである。ショックの研究には、微細循環の立場から深く関係することになり、これは外科臨床の場では、術後管理の重要性を強く認識することになった。また胃カメラは、胃癌の外科の推進に大きく役立った。殊に外科の立場から、内視鏡を重視する必要性を強く認識させられた。結局、私が若い時代に関係した研究テーマは、全く異なった二つの方向であったが、この両者は、私の胃癌の外科の考え方、術式の工夫、術後管理のすべての面に、極めて重要な役割を占めていたことを痛感している。

索引用語：微細循環，ショック，メゾアッペンディクステスト，胃カメラ，細胞診，胃癌研究会，累積生存率

Key words : microcirculation, shock, mesoappendix test, gastrocamera, cytology, study group of gastric cancer, cumulative survival rate

早いもので、もう順天堂にお世話になりましたから13年以上の月日が流れたわけでございます。今日私お話致しますことは、主としてもっと早い時期の研究歴のお話です。それらの、一見手術と無関係に見える研究が、私の手術を中心とした、外科的な物の考え方に役立ってきたということで、外科医というものは、若い時期にいろいろなことを勉強しておくのは、決してマイナスにはならないのだということを、今になってつくづく思っていることでございます。

従いまして私のお話は、もう今から40年前の、

* 順天堂大学医学部外科学教室・外科学第一
*First Department of Surgery, Juntendo
 University School of Medicine*

** 第236回順天堂医学会学術集会〔Mar. 26, 1986〕
 (Apr. 25, 1986受付)

非常に古い時代の私の研究のお話が主体となっております。今日から考えますと、非常にお恥ずかしいようなことばかりでございますが、これが今日私が手術患者を取り扱います場合、その術前術後の全身管理を含めまして、侵襲に対する生体の反応という点で、大変、私にとってはプラスになっているということを申し上げたいと思うわけでございます。

私の研究歴を振り返ってみますと、二つの流れがございました。

その一つは昭和24年の1月から始めたショックの研究です。この動機は、福田 保教授がショックを古くから研究しておられまして、そのあとを継いで、林田教授が北海道で開催された日本外科学会総会、これが夏にございまして、そこで特別

講演をするということで、教室をあげてその研究に打ちこんでいたのです。私は外勤から帰って参りまして、これが昭和23年12月でございますが、私はショックの数多いテーマの中で、微細循環(マイクロサーキュレーション)に関する研究を始めました。

日本外科学会総会までほぼ半年ちょっとしか日数がないので、ショック時の微細循環の顕微鏡映画を作製して、これを学会に間に合わせるのは大変忙しい日程であったわけです。しかし、これに成功したことが、その後の私の研究に大変役立ってくれたわけでございます。

マイクロサーキュレーションの肉眼観察は、100年前クロウが蛙の水掻きで始めたことで、その後捨てられていたが、これを何とかショックの研究に役立てたいと考えたのが、そもそもの動機でございます。

このショックの研究が、その後の体外循環、人工腎臓、外科手術後の患者の管理など、私が手掛けた臨床の場において大変役立ったわけでございます。

この写真(図1)は、昭和24年の春、このショックの研究を始めた頃のものでございます。この中に象徴的ではございますが、私は前列の左から2番目ですが、その隣りに宇治達郎君といって私の大学の同級生であり、後の胃カメラの発明者が

図1 前列左から2人目が私、宇治達郎・今井光之助両氏、後列右端が土井善次郎氏とオリンパス研究員。

おります。その隣りにその仕事を手伝った今井光之助君、今日も会場にみえていますが、現在、御徒町の近くで開業しております。その男がおります。

それ以外の人達は、オリンパスの研究陣でございまして、後列の一番右端におる方がオリンパス研究所長土井善二郎氏で、この方はその後、当時は大変珍しかった表拡型の早期胃癌になりまして、手術を私いたしまして大変結果は良かったのですが、20年を経て私が順天堂に参りましてから、今度は直腸癌にかかりまして手術をしました頃は、既に切除不能の状態、結局私どもの消化器外科で亡くなられたという経過をとった方です。

それから宇治達郎君は、肝硬変になりまして長い斗病の末、最後は私どもの消化器外科に入院いたしまして、そこで最後を遂げたというわけで、大変、私この連中とは深い繋がりを持っていたわけでございます。

この写真(図2)は、当時 rat の腸間膜毛細血管の顕微鏡写真撮影や映画撮影に使った装置でございます。顕微鏡の上にのっかっている、この当時「トの字」と申しました観察装置は、このとき始めて

図2 顕微鏡写真や映画撮影に使った「トの字」型の観察装置

試作してもらったものです。これは数年たってPM 5と呼ばれ、その後更に、立派な顕微鏡撮影装置ができ上っております。

その下にネズミが寝ております。

腸間膜には、体温に近い温度のゼラチン—リンゲル液をドリップいたしまして、腸間膜の血行を自然に近い形に保ち、さらに腸間膜をゼラチン—リンゲル液に浸し、顕微鏡対物レンズも水浸として観察致しました。

こういう形で実施するのは、メゾアッペンディクステストと申しまして、ショックを対象として、アメリカで盛んに戦時中にやっていた仕事でございます。これはB. W. Zweifachという人がおりましたが、この人達が研究しております、その文献を実は、私、戦後日比谷の図書館で貪りまして、戦時中の遅れを何とかして取り返そうということで、これを始めたというのが動機でございます。

この写真(図3)が、当時撮影したフィルムの1コマでございます。こうやって顕微鏡写真で撮った写真を、一定の倍率でスクリーンにプロジェクトいたしまして、そしてこの血管径を測定し、血管の拡大収縮を調べました。

メゾアッペンディクステストとは、腸間膜をゼラチン—リンゲルの液に浸したものを、一時外しまして、これにエキネプリンの希釈溶液をドリップしながら、その血管の反応を見るというようなことをやったわけでございます。

これはVEM・VDMと称しまして、血管反応に

影響を与える物質が、ショック時の血中に出現するという前提で、術前臨床例で採血した血液をratの尾静脈から注射いたしまして、その際のメゾアッペンディクステストを経時的に追跡したのです。そのためには、血液を患者から採血しなければなりません。そこで重症患者が入院いたしますと、夜中まで患者につきっきりで、それこそ何とかの虫というような状態で血液をいただいて、この仕事をやっていったわけでございます。

VEMはvasoexciter material, VDMはvaso-depressor materialの略で、今日ではVEMはアンギオテンシンIIであるとか、VDMはフェリチンに関連のある物質であるといわれますが、当時まだ、それがはっきりしないという時代でございます。この血管の反応が、患者の重症度に応じて変わることを診て来たわけですね。これが私の学位にもなった仕事でございました。

だんだんとマイクロサーキュレーションの研究を進めて参りますと、どうもやはり腸間膜の血行というのは、どうしても腹の外に腸間膜を出すので不自然であるということで、何とか良い方法はないかというときに、ちょうど公衆衛生院に浅野さんという方がおられまして、この方がラビットイヤーチェンバーを使って微細循環の研究をしておられました。

そこでこれを早速採用致しました。これは兎の

図3 当時撮影した顕微鏡写真の1コマ。

図4 ラビットイヤーチェンバーを用いた微細循環写真。毛細血管、それからその横にリンパの流れもきれいに見える。

図 5 シャワータイプと名付けた試作器。

耳にパンチで穴をあけ、この穴をアクリルガラスの板2枚で挟みまして、その間に肉芽組織が入ってきますが、その肉芽組織の毛細血管を利用しようというわけです。

当時このラビットイヤーチェンバーを用いて、いろいろ末梢循環の研究をいたしましたが、その成績の一部は、浅野さん達の書いた著書の中でも紹介されるというようなことで、一所懸命こういったことをやっていた時代がございました。

この写真(図4)は、それで撮った写真でございます、毛細血管、それからその横にリンパの流れもきれいに見えます。そういった血管やリンパ管が収縮したり開いたりする状況なども、大変きれいに見えるということで、生体でみるのは大変楽しいものでございました。

それから当時私林田教授(当時は助教授でした)に命ぜられまして、当時まだ日本ではあまりやられてなかった人工腎臓をやれといわれまして、これも効率のよい新しいものを工夫しようと一所懸命やりました。

私どもは効率を良くするため、ゲル状セロファン膜を透析膜とし、灌流液はシャワー状に膜表面を流して、強制的な透析効果を加えることを考え、

試作器(図5)をシャワータイプと名付けました。

当時の装置は、コルフ型にしましてもアルウォール型にしましても、かなり大量の体外循環の血液が必要であるというようなことで、これを何とかして効率よくしたいということで、日本セルロイドk. k.で、製造工程中のゲル状のセロファン膜をもらってきまして、これを使ってこのシャワー型の人工腎臓の実験をいたしました。後にこれを、臨床例にも何十例かやりまして、自動車に積んで走り回って、透析をやった記憶がございます。これは如何にも幼稚なものでございまして、これが私の体外循環に関する研究を、どうしてもやらなければいかんという気分させたものでございます。今日ではもう人工腎臓は極めて安全なもので、こんなことはお笑い草になっておりますが、当時私どもは如何にして回路のプライムボリュームを減らして患者の循環動態の負担を減らすかということに一所懸命になっていたわけでございます。

それでこの部分体外循環の方法は、いろいろとショックと関連があるということで、これをマイクロサーキュレーションの面から、いろいろ調べていくと同時に、心肺機能その他今日では、ほとんど循環器の専門の先生方がやっているようなことの一部を、研究の対象とした時代がございました。

その一つとして、ポーラログラムを用いて体外循環中の記録をとり、終了後その動物を屠殺して、どういった組織の変化があるかをみるということをやったわけでございますが、この当時治療面で、低分子デキストランが大変はやった時代がございました。体外循環を始めますと、 O_2 のテンションが下がるのが、この低分子デキストランを投与しますと循環状態が改善されて、 O_2 張力がもともどってくるというようなことを、動物実験で確認したわけです。

具体的には15kg位の犬を使いまして、回路の容積を30ml~40ml/kgで、循環血液量の30%ぐらゐを体外回路に入れまして、それを100mlぐらゐの毎分の血流量で回すというようなことをやりま

した。

結論としては、生体と回路内の血液配分のバランスがとれるまでにある一定の時間がかかりまして、その侵襲に耐えられないと動物は、非常に弱ってしまって長持ちしないというようなことも分かって参りまして、やはりこういったものは、人工腎臓で申しますればコルフ型とか、アルウオール型よりはスケッジスレオナルド型、当時サンドイッチ型といわれ、体外回路の血液は圧によってあまり変動しない、そういった形のものが動物に影響が少ないのだということを、実際に実験で確認したわけでございます。

全血だけを用いた体外循環では、時間の経過とともに、毛細血流の機能が疲弊して参ります。ところが、低分子デキストランを回路内に加えますと、血液の流れがいきいきとして、良い血流がかなり長く保たれることを実証いたしまして、これを実際に、やけどの患者に低分子デキストランを用いまして、非常に治癒が早いことをみております。低分子デキストランは、肉芽の発育を促進して治癒を期待する症例には、当時大変好んで使用されたわけでございます。

こうした体外循環と末梢循環についての成績は、ちょうど東大出版会で出版された、末梢循環研究会で作りました『末梢循環とその病態生理』という単行本 (1967年) にその中の一部を書かせて頂いております。

その著書の中でもう一つの研究すなわち、脱血によるショックの際、末梢循環はどんな状態になるのか、また低体温、当時から低体温が人工心肺等に応用されておりましたが、そのときの microcirculation では血流がゆっくりした速さで流れるが、末梢のすみずみまで血液が充満して、停滞をおこさずに流れ、しかも低血圧にかかわらず末梢循環が良く保たれることを、実験により、この毛細血管の写真で確かめたわけでございます。

さらに、こういったことの経験をもとに (単行本) 『pathophysiology and treatment of the profound hyporeactive shock』を、今、筑波大学に居る堀原一博士、当時群大に居りました渋谷教

授と共著で書いております。

それからもう一つ、これは中山書店から出た外科学体系に『ショックとその治療』という表題で、1969年に私が発表したものが載っております。90ページ程に及ぶかなり膨大な論文で、自分の成績を含めてここに書いております。私は当時、胃の研究にも興味をもっており、胃粘膜の血管構造を少し手掛けておりました。

その頃の成績の一部は、胃の血管構造という、富山化学で作製した映画の中に載っております。

その動機は、その当時東大病理の太田邦夫教授が中心になりまして、それに私、それから現在北里大学病理の奥平雅彦教授他数名の方が、一緒に胃の粘膜の血管構造を、まとまった著書にしようと考え、これをスライドに作成し、さらに、これをもとにして映画も作りました。これは大変古い映画なんです、昭和45年頃ですか、大変好評を博しまして、多くの研究家にそのフィルムが利用されて、大変 microcirculation の研究に役立ったものでした。

次に胃カメラの話に移ります。この胃カメラは、冒頭の写真と一緒に写っている同じ医局の宇治達郎君が、昭和24年に私とほぼ同じ時に、オリンパスの研究所を訪れまして、そして自分の考えていた胃の中を写す小型カメラの器械を作ることを始めたわけでございます。昭和25年2月に第一回の試作機ができ、それから動物実験の成績をもとに改良し、昭和25年の5月に第二回目の試作機、そして昭和25年の8月第三回目の試作機が完了して、これが一応臨床に使い始めた器械でした。従って、これも当時大変急いで開発を進めた器械でございます。

試作の段階では試行錯誤を繰り返しランプが上向きになったり、横向きになったり、上の方にフィルムを巻き取るマガジンがあったり、下へ入ったりといろいろありますが、3号機に至ってやっと、今日のその後の胃カメラに近い形のものできたわけでございます。

それでこれを使いまして、宇治君は学位論文を仕上げたわけでございますが、これが大宮に引ッ

込みまして、父親の開業している病院を継ぐということで、私に後をやれといわれましたのが昭和28年秋でございます。

そこで、昭和28年から今日もここにみえています今井博士と一緒に、宇治君の発明したこのカメラをさらに発展させて、天然色撮影が十分可能のように、というように研究を進めていったわけでございます。

それでカラーの撮影をするについては、実際の胃の形に近い石膏模型を作って、その内面に色布片を貼り、これを使って実験をしたわけです。当時カラーの基礎実験として、医者 of やる仕事ではないようなことも随分やりました。ランプの色温度を測定して、これをフィルムの条件に合わせてよりよい色を出そうということや、ランプの配光特性を東芝の松田研究所まで出掛けて行きまして測ってもらって、こういったものを胃カメラ天然色の撮影に、役立たせようと努力をしたわけでございます。この当時のデーターは、今井先生の博士論文にまとめることができたわけです。当時天然色撮影に使ったのは2型胃カメラで、昭和28年頃のことです、これを臨床に使用したわけです。

またあの当時は、カラーフィルムの入手も大変ままならない時代でございまして、米軍の使っている航空フィルムなどを、何とかして手に入れたり、まあいろいろなことをしてエクタクロムのday light タイプであるとか、アンスコカラーであるとか、それから、アグファカラーであるとか、いろいろなカラーフィルムを手に入れて実験をして、どれが良いだろうかというようなことを一所懸命にやった時代がございました。

この写真(図6)は、カメラがその後進展していった経過をここに示しているわけでございます。1型から、2型・3型と次第に改良され、だんだんと細くなって飲みやすくなって行きました。

それから後、3型・4型、それからずっと後にGTF型に到達する迄、最初の開発当初からみると十数年、二十年近い歳月が流れていると思います。胃カメラ開発に伴う功績の第一は、わが国におけ

図6 順次改良された胃カメラ。

図7 早期胃癌が病理組織学的になかなか認められなかった頃の、粘膜層に局限する早期胃癌IIc。

る早期胃癌の研究の進歩でありました。ここに一枚のスライドをお目にかけます。

この写真(図7)は、私にとって印象深いフィルムでございます。と申しますのは、二十数年以前の、当時、早期胃癌というものが病理組織学的になかなか認められない時代でございました。そこでこの早期胃癌の研究は、今日ここにみえていますが、当時同じ医局に勤務し今、青山病院にいる竹添博士と一緒にこういった苦勞をともにした仲間ですが、今日誰もが認める粘膜層に局限する早期胃癌IIcに対しまして病理の先生はumbau gastritisといわれ、癌と認めていただけない苦勞がありました。carcinoma in situは子宮にはある

が、胃の粘膜癌なんてものは癌とは認められないといわれた時代がございました。

これはそんな症例の一つで、後程早期癌というものが確立された後にもう一遍、昔のフィルムを取り出して見て、これはどうみても早期胃癌ではないかというようなことで、もう一遍、その標本を病理で調べてもらったら、ああこれは癌であるというふうに、初めてお墨付きをもらったという症例でございます。この間数年の年月が流れていたわけです。そういった過程で、早期胃癌というものがだんだん世の中に認められるようになってきたわけです。

当時随分多くの症例について、実際に胃カメラ検査に携わって参りましたが、検査を重ねるにつれて、肉眼で見ただけでは、どうも不確かである症例にしばしば出合うようになり、直視下生検或は直視下細胞診の必要性を痛感するようになりました。

そこで当時のGTFというファイバースコープ付きの胃カメラですね、これにビニールの細い管を、カメラの蛇管に手で貼り付けまして手製の洗滌細胞診の器械を作り、これを使って直視下細胞診を始めたわけでございます。当時まだ細胞診というものはまだ草分けでございまして、あまりやられてなかった時代でございます。

細胞診の先駆者としては、当時の鳥取大学外科の綾部教授が、レ線透視下に blind で胃の洗滌細胞診をやって居られたということで、それにヒントを得て、GTFを応用して直視下にこの洗滌細胞診をやろうというようなことで、こういったものを手づくりで作ったわけでございます。

当時の手造りの直視洗滌細胞診用のGTFのスライド(図8)をお目にかけます。

シリンジから水をつよく押して、ビニールチューブ先端のノズルから水を強く噴き出して、胃粘膜を破壊し、細胞を剝離して、癌細胞の有無を調べようというわけでございます。早期癌でございしますが、これを細胞診で確かめようということであったわけです。

これが早期胃癌症例に対して、今の機械を使っ

図8 手作りの直視洗滌細胞診用のGTF胃カメラ。

て洗滌しているところです。かなり強烈に多数の細胞が落ちて参ります。こうした細胞群のなかに、癌疑いなしという細胞が採れてきたわけです。それでこの症例の胃を切除致しまして、切除標本をみますと、粘膜の下に水が入って水腫れになっているわけです。

こうやって、かなり強烈に洗滌が可能であるわけですが、この症例について実際にこれを組織学的に調べてみますと、癌の組織は、広い病変部の辺縁に点々とわずかに入っています。それで写っていた大部分の病変部には、癌がなかったわけです。

ですからこれは、恐らくかつては病変部全体に癌があって、それがあつた時期大部分がはがれ落ちて、一部分だけが残ったのではないかというふうに、当時想像した非常に貴重な症例でございました。

ですからこれなんか、今日生検組織をとってもうまくあたらないと、癌の診断がつかない場合もありうるのではないかと思います。洗滌細胞診は、このような症例では将来再び生きてくるのではないかと考えている次第です。

こういった当時のものをまとめまして『胃細胞診及び生検の実際』というような表題で、当時発表して居ります。

私も外科で、細胞診生検を取り扱う場合には、常に手術を念頭において行なうことが大切です。これは私の書いた文章の一部ですが、「そのような

立場から考えると、まず基本的には質的診断の決定であるが、第二には侵潤範囲の判断、第三には転移の有無と、これを術前に何とかはっきりさせて、そして手術の方法を決定していくということが必要なもので、それらについてこれから記述する」というような前置きで書いているわけです。

これは外科で内視鏡を使って、いろいろな検査をやることの必要性を述べているわけですが、これはアメリカなどでは、現在既に外科医の修練過程には、この内視鏡検査が義務付けられた一つのプロセスに入っております。日本はまだそこまでいっていないのは、多少日本の方が逆に遅れをとってきているのではないかと思います。内視鏡は内科の専門であるというふうに考え勝ちですが、実際には非常に、外科にとっても大事なことなのだとことを私は考えているわけでございます。

当時、現在東京医大の教授をしております芦沢真六教授と一緒に、当時の胃カメラ臨床例をもとに『胃内視鏡アトラス』を作りました。1968年にその第一版が出版されたわけでございます。その後1976年に、こういったものが今度は、学生用に学生に分かりやすいような形にこれをまとめ直したものを出版しております。

それからこれは George Thieme 社から1980年に『Endoscopic color atlas of stomach and duodenum』という名前で、同じ物が英訳しまして出版されております。これらはかなり広く利用された本でございまして。

1983年に入り、昭和大学藤が丘病院内科の藤田力也教授と共著で、消化管出血を手術をしないで内視鏡を使って治療する方法と、その効果についての現状を一冊の本にまとめました。

次に第一外科教室における研究について述べますが、これは非常に多岐にわたりまして、到底ここで短時間でお話するわけには参りません。極くその中の、一部の胃癌関係の業績について述べてみたいと思います。

私が参りましてから後、昭和49年から昭和60年までの、教室で手術した胃癌の臨床の経過でございまして。年間の切除数は130～150例の間にありま

すが、その1/3は早期癌の手術症例で、だいたい30%位になります。特徴として、大変切除率が高くて、切除不能例は大変少ないのです。教室では可能な限り切除を行い、過度に進展した症例でも、主腫瘍の切除とリンパ節廓清はできるだけ行い、その補助として化学療法に期待しようというものです。

その遠隔成績は STAGE 別にみて、他の大施設と比較して遜色のないものでした。

胃癌の手術の進歩を示す例を申し上げます。

胃の全摘症例。教室ではこれが胃癌の切除例の中でかなりのパーセントを占めるわけですが、これが今日では大変やさしい手術になって参りまして、術後の愁訴からみた成績もよろしいし、思い切って廓清もできるので、癌を取り残す心配もないということで、胃全摘は、必要ならば遠慮せずにやるべきであると考えております。と申しますのもこういった手術の後の、日常活動に関する術後の遠隔成績もよろしいし、患者さんも愁訴が少ないそして、外来に來ている患者さんも、大変喜んでいてというケースが多いということに基づいているわけでございます。

教室では、胃全摘の再建法として、食道と十二指腸の間に空腸を有茎移植する、空腸間置法を基本術式としてやって参りました。そして食道空腸間の吻合は、一層吻合で安全確実に、且つ初心者にも容易に実施できることを提唱致しました。この方法で胃全摘は極めて容易な術式となりました。

次に噴門癌で、特殊な工夫のいるものがあります。例えば、噴門部から食道の一部にかかるような癌でございまして、こういうケースになりますと、開腹だけでは十分な手術は不可能で、開胸して病変から十分の距離をおいて、食道を切除することになります。その実例をお目にかけます（写真割愛）。

これは開胸しているところですが、今肋骨を切っているところです。次に横隔膜を割って噴門に向い、縦隔洞を開いて食道を露出します。こうしますと、噴門から食道がかなり長い範囲にきれいに露出して参りますし、上腹部の臓器は目の下に展開

し、まわりの廓清も十分できるわけでございます。

こういうことで、全摘例が胃切除例の何パーセントになるかということを見てみました。昭和49年～昭和54年の前半とその後の後半を比較しましたが、ここにありますように、30%を越すかなりの数が全摘されているし、それから早期癌でも、結構全摘している症例がございました。

これは早期癌の場合には廓清という意味もございますが、それよりも、早期癌では多発例の頻度が高く、残胃に癌をとり残す危険性も多いことから、多少とも癌遺残の恐れのある場合には、全摘を恐れてはならないという意味合いもあります。そのうえ、全摘したあとの術後の成績は決して悪くないのだというようなことを総合致しまして、安心のいく手術をということで、こういうような手術が行われています。これは教室の方針でございます。

こういう方針で手術を致しますと、噴門癌の手術遠隔成績は、累積生存率でみていきますと大変良いわけです。Cというのは噴門部、それからCEというのは食道までかかっているものの累積生存率を示しております。そうしますと、五年生存率からみてCの場合、図9にありますように60%を越しておりますし、CEでも37%という五年の累

積生存率を得ますから、噴門部の癌は決して成績は悪くないのだということがおわかり頂けるかと思ひます。

次に全摘した症例と、普通の広範囲切除した症例との五年累積生存率を比較してみますと、全摘366例、広範囲胃切除例380例の比較では、各stageごとの比較では、全摘も広範囲胃切もほとんど変わらないわけなんです。ですから噴門部の癌であるからといって、成績が悪いということはないことと、癌の進行度が進んでしまえば、胃のどの部位の癌でも成績が悪いのだということがいえるわけです。ですからもう、全摘恐れるにたらず、それから噴門癌も決して悲観するにあたらないという結論でございます。

こういたしまして、とにかく治療手術さえできていれば、上のように五年生存率は非常に良い成績が出ております。

それから非治療手術の場合になりますと、大変成績が悪く、10%を割るような五年生存率になってしまうというようなことで、とにかく治療手術ができるということが最も大事な条件である、ということがいえるかと思ひます。

1983年、私が編者となり『胃癌の臨床』という、胃癌の基礎から臨床までを巾広く紹介する単行本を、へるす出版より発行致しました。この中には、当第一外科の成績を紹介している他、全国の主だった胃癌の研究をしている方々にも書いていただきまして、こういった本を出しました。広く外科・内科の人達に読まれている本でございます。

昭和57年胃癌研究会のお世話をさせていただきました。胃癌研究会というのは、日本における胃癌の研究を今日のような世界に誇る立場まで高めた母体であり、輝かしい歴史を持った、梶谷 鏗 癌研名誉院長を会長とする研究会であります。全国の主要施設の胃癌を集め、そのデータを癌センターにおいて統計処理を行っております。

私のお世話した昭和57年の胃癌研究会では、残胃の癌をテーマとして取りあげました。この研究会以来、残胃に非常に関心が集まりまして、最近その残胃の演題が、胃癌に関係ある専門の各学会

図9 噴門癌の手術成績 (昭和48年～57年)

でも、非常にたくさん出てくるようになりました。そしてこの残胃の癌であっても、ちゃんと手術ができれば、長生きができるのだというようなこともわかってきました。

大体与えられた時間がこれで終わりますが、私の進んで参りました道は、昭和24年という年を境といたしまして、二つの方向に研究が進んで参りました。それは結局は、ドッキングして外科の手術、というところに要約されるに至ったということで、これはもう、当時、福田先生のショックの研究に、私参加させていただいたことが大変役立っておりますが、この胃カメラを普及するについても、やはり当時の教室主任であった林田教授とともに、福田先生が熱心に中央分野に働きかけられたということで、私は本当に、福田先生には足を向けて寝られないという心境でございます。今日この大学でも、福田先生のお弟子さんが非常に多いわけでございますが、今後、ますますそうい

った意味で、立派な研究をこれから進めていきたいということを念願するわけでございます。

今日は、私ども第一外科13年間の研究の中から、胃癌だけを取り上げてお話いたしました。その他の領域でも、非常に数多くの手術症例を持っており、それらをもとに熱心な学会活動を進めております。そしてそれらは、それぞれの学会で、非常に高く評価されているというようなことで、こうして臨床と研究が、表裏一体となって医学の進歩に貢献し、且つ、教室の評価を高め、その結果患者さんが沢山来ていただけるという、良性のサイクルを形成するものと信じております。こうして臨床例を数多く集め、順天堂大学が日本の消化器外科のメッカとしての、声望を高めるようになっていただきたいということを希望するわけでございます。

これで私のお話を終わらせていただきます。どうも有難うございました。

抄 録

オーストリアにおける高い病理解剖率とその背景

Feigl W., und Leitner H.: Die hohe Autopsierate Österreichs und ihre Gründe. Der Pathologe. 7: 4~7, 1986

オーストリア各地の30病理学研究所（3大学病理学研究所を含む）と3法医学研究所における1953年より1983年までの、10年毎の年間解剖数と解剖率をアンケート調査により比較した論文である。1953年度は84,930死亡者に対して解剖率は20%であったのに、1983年度は、93,041死亡者に対して、34%と上昇していた。その中間の1963年度は26%、1973年度は33%の解剖率で漸増の傾向にあったが、地区により上昇率はまちまちであった。その中で、ウィーン地区およびチロル地区では、1983年度で53%、54%という高い解剖率を示していたが、病理学者の増加や病理学者の立場を再評価すると共に、法律的なことも主な理由とみなければならない。すべて死因不明例の剖検を義務づけ、解剖をする

医師を検死医と定めてある。これらの模範的な法律制定の発展は、テレジア時代に戻ることにになり、歴史的な経過を短かく描いたことになる。

（註：米国では以前に比し近年病理解剖数が大幅に減る傾向にある。西ドイツでも減少の傾向にあるのに、上記のように病理解剖例のみではなく、行政・法医解剖を含めてのオーストリアの解剖例は、解剖数も率も少しづつ増加傾向にあるとの論文である。本邦では、昭和59年度の日本病理剖検輯報に登録された症例は39,918例で、病理解剖数は大学紛争の頃はやや減少したが、病院の病理検査室の充実と共に少しづつ増加傾向にある。）

（病理学第一講座 福田芳郎）