
 話 題

癌 治 療 と 臨 床 外 科 医

戸 部 隆 吉

癌を撲滅させるという人類の悲願から、各分野で、精力的な研究が多くなされて来ているが、癌の成因についての決定的な成果のない現在では、癌の発病を防止することは不可能であり、人を癌より救う方法は、偏に、早期発見と、早期手術につきると云える。

幸い、胃癌の分野では、近年、診断学の著しい進歩により、旧来の診断技術ではとても発見されなかったような早期癌、微小癌の診断が容易となり、この時期で、胃切除術を施行したものでは、根治率は90%を上まわる。

このような早期胃癌の発見を可能にしたものは、一つには、胃ファイバースコープにより胃内の観察と生検が可能となったことであり、一つにはレントゲン診断学の進歩、特に二重造影法の確立に負っている。

ことに、ファイバースコープは、我国で開発され、自由に屈曲させながら、しかも胃内各部の様子がそのまま肉眼で観察、更には生検出来るという従来の硬式胃鏡では、夢のようなことが可能となったことによる。

一方、胃癌手術の分野では、胃癌取扱かい規約によって、胃癌の進展度と、治療手術のあり方が整理されつつあることは、一大進歩であるといえる。第2群リンパ節まで廓清する R_2 が胃癌手術の routine の術式となり、胃体上部癌、噴門部癌では第2群リンパ節 (No. 10, 11) を en bloc に含めて、脾臓及び脾体尾部の合併切除が、又、症例によっては第3群リンパ節まで廓清する R_3 が行なわれている。

更に又、麻酔学の進歩にも助けられて、胃全剝が安全に施行され、再建方法も、安全確実な B₁₁ 吻合、Roux en Y 吻合、 β 吻合から、Ileocolon 代償胃や、遊離小腸茎の interposition を行ない、食物を十二指腸を通過させるという、より生理的な再建方法がとられるようになって来た。この1, 2年間に飛躍的な研究業績のみられる消化管ホルモン (Gastrin, Secretin, Cholecystokinin-Pancreozymin, Enterogastrone, Glucagon, Vilikin, Motilin, 5-HT, 等) の分布や生理作用に対する研究は、胃全剝後の再建方法の将来に、有力な示唆を与えるであろうことは間違いない。

ただ、胃では、支配血管とリンパ流の関係から、進行癌に対しては、直腸癌における腹会陰式直腸切断術 (Miles 手術) や、乳癌における定型的根治手術或いは逆行性乳房切断術 (Halsted 手術) に比較すると、リンパ節転移を、腫瘍組織と共に一塊として (en bloc) 切除することの困難さがあり、早期癌以外では、現在も、必ずしもその根治率は、従来の成績に比して満足すべき結果が得られていない。

癌手術としては、直腸癌に対する腹会陰式直腸切断術、乳癌に対する定型的根治手術或いは逆行性乳房切断術は、完成された癌手術術式というべきであり、Miles や Halsted によって、従来の根治率を、一挙に現在の成績にまで引き上げられたと云っても過言ではない。乳癌や直腸癌と同

様な立場に立てば、胃癌手術は、すべて Appleby の云うように、どのような小さな胃癌でも、逆行性に腹腔動脈を根部で結紮切断し、脾も膵も含め、リンパ節を一塊として (en bloc) 廓清し、胃は全剔すべきであろうし、このようにすれば、胃癌全体の根治率は一挙に上るかも知れないが、胃機能の意義を考えると現在すべての胃癌に Appleby 手術を行なうことは大方の学者に否定されている。

Appleby 手術の最大の利点は、第2群リンパ節の集合点とも云える腹腔動脈幹のリンパ節を、完全に廓清出来ることであり、事実この部に microscopic metastasis を認めることが多いという。

他方、木村忠司前教授、松田晋元講師、阿部光幸講師 (本学放射線医学教室) 等によって創始された術中照射 (Intraoperative irradiation) は、手術中に、放射線に弱い腸管をさけて、手術野に電子線 3,000~4,000 R を照射する方法であり、この方法によると分割照射 6,000~7,000 R に相当し、局所の癌細胞は、腺癌であっても完全に死滅するという極めて秀れた Adjuvant therapy である。ただ、現在までは、殆んど大半が進行期の切除不能の症例に照射された為、たとえ延命効果は認められても結果的には無効に終わっている。

私達は、現在、治癒手術を行なった症例に、即ち、たとえ手術による廓清は行なっても、理論的に完全な廓清の得られない血管周辺、特に腹腔動脈幹根部 (No. 9) の microscopic regional metastasis を完全に死滅させることにより、具体的には N_2 例或いは比較的限局した $S_2 \sim S_3$ 例に、 R_2 を完成させようと試み、好成績を得つつあるか、木村忠司教授等によって創始されたこの独創的な術中照射が、そのような意味で充分評価されてよいと考え、阿部光幸講師、麻酔科森健次郎助教授等の協力を得て症例を重ねている。

根治率を、たとえ数%でもあげるように、理論的に正しく癌を切除し、症例によっては有効な Adjuvant therapy を併用し、更に最も生理的な再建方法を行なうべく努力しているのが、現在の癌治療にたずさわる臨床外科医の姿勢であろう。

一方、診断学と、外科手術及び併用療法のたえまない努力と進歩にもかかわらず、我々、臨床外科医は、又、末期進行癌患者の傍に常に立たなければならない。

13年前、私は、What shall we tell the cancer patient?—You are standing at the bedside of a patient dying of inoperable cancer. というシンポジウムの論文を、Proceedings of the staff meeting of the Mayo Clinic. Vol 35, No. 10, May 11, 1960 に見出した時、鮮烈な衝撃を与えられたのを今でも思い出す。この論文では、米国 (Philadelphia) の医師を、1. those who always tell a patient he has cancer 2. those who usually tell 3. those who usually do not tell 4. those who never tell の4解答群に分けると、3%は常に (always) 28%は通常は (usually) 癌患者に癌であることを告げ、57%は通常は告げず (usually do not), 12%は決して (never) 告げないという。即ち31%の米国の医師は癌患者に癌であることを告げるという。

同様主題のパネルディスカッション「癌患者にその癌を知らしむべきか」が、昭和44年、第7回日本癌治療学会 (新潟) の席上で、数ヶ月後に、胃癌で亡くなられた会長新潟大学医学部堺哲郎教授司会の下に行なわれたが、演者の大半は、癌患者に癌であることを告げないという結論であった。

末期癌に対する効果的な治療法のない現在、癌であることを告げることは死を宣告するのに等しいことであろうが、患者と医師との信頼関係や、家族の生活設計を考えると、癌であることを告げる方が、医師にとっては、はるかに安易な方法であると感じることが、しばしばある。

しかしながら、最期の死の瞬間まで、患者と共に苦しみ、患者の痛みを自己の痛みとして感じることの出来ない私達には、やはり癌患者に対しては癌であることを告げる資格を与えられていないように思える。