あ い だ に

斎　藤　英　雄

"Intermediate presentation"

Hideo Saito, M.D.

Dr. Charles Norris and Dr. Rudolf Link were quoted and kindly sent the replies as follows :

Questions from Dr. Saito:

1) Scientifically, bronchoesophagology is an independent field. However, do you feel that economically and clinically it is possible to make this an independent field if only endoscopic examination, removal of foreign bodies, biopsy, and minor treatment are performed? By independent, I mean separate from the fileds of otolaryngology, internal medicine, and surgery. If your opinions are positive or negative please give reasons.

2) I have noticed that other universities in the United States do not have an independent department of bronchoesophagology. What is the reason for this?

3) What steps should be taken to establish an independent bronchoesophagology department?

4) Do you feel that an independent department of bronchoesophagology could provide services for otolaryngology, surgery, and internal medicine?

5) Since your department is independent, is there a special mode of training given to your staff?

Answers from Prof. Dr. Norris:

1) In most hospitals and medical schools, it is perhaps not feasible to have a separate department of bronchoesophagology. I feel that this should logically be combined with laryngology. At Temple University Hospital, for example, our Department is the Department of Laryngology and Bronchoesophagology. There is also a Department of Otology and Rhinology. It seems more logical to me that bronchoesophagology should be administratively related to otolaryngology rather than internal medicine or surgery.

2) The fact that most other hospitals do not have an independent department of bronchoesophagology is probably related to the fact that endoscopic work was initiated in other departments before the otolaryngologists started doing this work, or probably that the otolaryngologists have not shown sufficient interest to maintain good clinical service in bronchoesophagology. The older clinics in Philadelphia and Chicago have of course been established for a long time and do a large amount of work, thus justifying their position as independent departments.

3) Ideally, as indicated above, bronchoesophagology should be associated with laryngology in both teaching and clinical work. Certain types of head and neck cancer, particularly cancer of the larynx, should be included in this department.

4) An independent department of bronchoesophagology should of course provide service for all related specialties, in fact, its existence can only be justified by providing such service on a continuous and efficient basis.

5) Resident training is given in collaboration with the Department of Otorhinology. In addition to one year of general surgery, residents serve for a total of one year in our Department and for a total of two years in the Department of Otorhinology.

Answers from Prof. Dr. Link:

Die Oesophagoskopie wurde erstmalig von KUSSMAUL durchgeführt ; KUSSMAUL war Internist. Zu einer systematischen Untersuchungsmethode aber wurde diese Methode, wie die Bronchoskopie, von KILLIAN ausgebaut ; KILLIAN war Oto-Rhino-Laryngologe. Einer seiner Nachfolger war Inokichi KUBO.

In seinem 1904 erschienenen Buch bezeichnet Chevalier JACKSON, KILLIAN als den Vater der Bronchoskopie. Beide endoskopischen Methoden wurden seither von Oto-Rhino-Laryngologen angewandt. Seit der Einführung der Intubationsnarkose jedoch beschäftigen sich auch Anästhesisten, Internisten, Chirurgen u.a. damit, weil die Methode durch die Intubationsnarkose leichter geworden ist und weil viele Laryngologen zu lange brauchten, ehe sie sich zur Anwendung dieser Intubationsnarkose entschliessen konnten.

Der technischen Ausbildung entsprechend, gehören Oesophagoskopie und Bronchoskopie nach wie vor zum Rüstzeug eines Oto-Rhino-Laryngologen.

Er wird sich auch nicht verbieten lassen, die durchzuführen, genauso wie der eine oder andere Chirurg, Internist oder Anästhesist sich daran nicht hindern lassen wird, eine Bronchoskopie durchzuführen. Für ein selbständiges Fachgebiet aber halte ich diese endoskopischen Methoden für zu einseitig und zu klein.

Dr. Norris emphasize, so I do also, that Bronchoesophagology is to be the independent speciality in accordance with the combination of Laryngology and Laryngeal surgery.

Dr. Link, on the other hand, does not feel Bronchoesophagology is not to be an isolated speciality itself, however, this must be an independent clinical and laboratory unit whoever may operate. As far as I am concerned, Dr. Link might agree with the answers of Dr. Norris that Laryngology should be combined with Bronchoesophagology.

Neverthless this field and subspeciality is big and broad enough to establish its own department.

本日の主題に関連して，テンプル大学の喉頭気管食道科主任 Norris 教授から意見が寄せられているので紹介する。

予め Norris 教授には，次の如き質問を提出しておいた。学問としての気管食道科学の独立は疑いないが，内視鏡的な検査，異物摘出，或いは内視鏡的な治療のみで一つの診療科として経済的にも独立することが可能と考えられるか。可能不可能何れにせよその理由は如何。気管食道科が全ての各大学各医学部に独立して設置されていない理由は何か。貴大学においては，立派に独立して輝しい業績をあげているがその条件は何か。他の専門家（例えば耳鼻科，内科，外科）との併科標榜については如何に考えるか。気管食道科の専門教育には如何なる方法をとつておられるかと云つた趣旨である。

これに対する Norris 教授の見解は次の如きである。

1. 大抵の病院や医学校では，おそらく気管食道科の department を独立してもつていないであろう。この科は論理的に云えば喉頭科と合併すべきものと思う。例えばテンプル大学病院において私共の科は喉頭科および気管食道科の department となつている。

また耳科及び鼻科の department もある。気管食道科は内科外科よりも，むしろ管理上耳鼻咽喉科に関係づけられるべきものと考えた方が理屈にあつているように思う。

2. 他の大方の病院で気管気管科を独立した科としてもつていないという事実は，内視鏡の仕事を耳科医が始める前に，他の科で行ない始めたこととおそらく関係あるのであろう。また，耳鼻咽喉科医が気管食道科学の臨床的な仕事を継続しようとする充分な関心がなかつたためとも考えられる。フィラデルフィヤやシカゴの古いクリニックは随分昔に出来たもので，広範な仕事を行つているが，この事実は独立した科としての位置を正当化するものである。

3. 理想から言えば，先に指摘したように気管食道科は教育上も臨床的にも喉頭科と関連づけるべきものである（ある種の型の頭頸部癌特に喉頭癌はこの科で取扱うべきものである）。

4. 独立した科としての気管食道科は勿論，全ての関連科にサービスすべきものであるが，この科の存在は継続的且つ効果的な基礎にもとづいたサービスを行なつて始めて正当化されるものと思う。

5. レジデント教育は耳鼻科の department と協力して行なわれる。一年間の一般外科の勉強後，レジデントは我々の科で丸一年間仕事をし，耳鼻科で丸2年間勉強する。

以上アメリカにおける気管食道科の先端に立つ一人である Norris 教授の解答は簡潔にして重要な示唆にとんだものであつた。喉頭科を含めると云う点を注目したい。

なお Panel discussion の後日，ハンブルク大学のリンク教授から「Oesophagoskopie 及び Bronchoskopie は臨床単位として如何にあるべきか」と云う題で次の如き見解が寄せられたので附記する。

「食道鏡検査は Kussmaul によつて始めて行なわれた。Kussmaul は内科医であつた。しかしこの方法ならびに Bronchoskopie が系統的な検査方法に完成されたのは Killian による。Killian は耳鼻咽喉科医であつた。彼の後継者の一人が久保猪之吉であつた。1904年の彼の著書の中に Chevalier Jackson は Killian を気管支鏡の父と記している。この二つの内視鏡的方法は爾来耳鼻咽喉科医によつて応用された。しかし管内麻酔実施以来この方法が容易になつたので麻酔医も内科医も外科医も用いるようになつた。しかし技術的な訓練に適応して Oesophagoskopie と Bronchoskopie は依然として耳鼻咽喉科医の武器である。それ等の実施が耳鼻咽喉科医に禁じられないと同時に外科医，内科医，麻酔医に Bronchoskopie を行なうことはさまたげられないが，独立専門科として，この内視鏡方法はあまりに偏小であると考える。」

このリンク教授の意見は一つの卒直な見解を代表とするもので，謙虚に反趨する必要がある。ただ喉頭科を含めた場合には如何。結論は Norris 教授に賛同するのではないかと思う。他日改めて意見を叩きたい。