

東日本大震災でお亡くなりになりました方々に深く哀悼の意を表するとともに被災された皆様に衷心よりお見舞い申し上げます。

— 名古屋大学 最終講義 —

第二外科百四十年の歴史を旅して

消化器外科学(第二外科)

中尾昭公

平成23年3月30日

— 名古屋大学 最終講義 —

1. 第二外科百四十年史
2. 膵臓外科と私
3. 学生諸君と若き外科医に

名古屋大学医学部の始まり

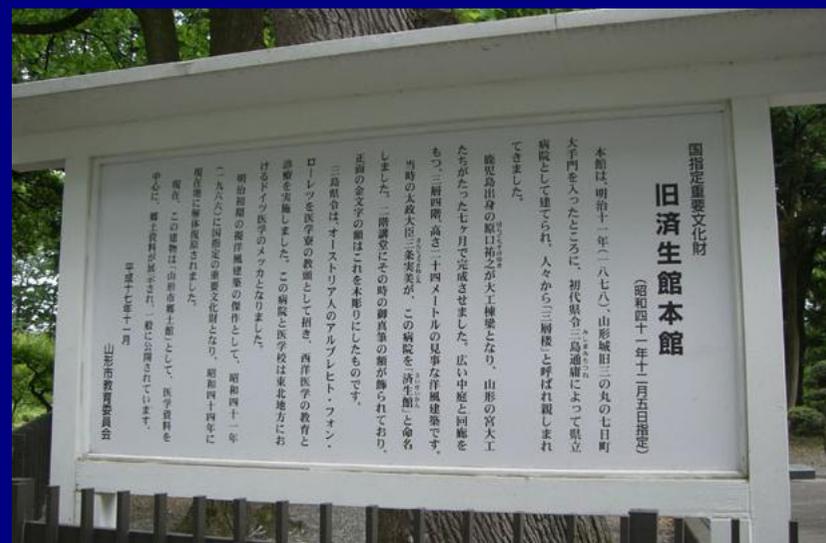
- 1871(明治4) 仮病院・仮医学校設立(旧評定所・旧町奉行所)
- 1872(明治5) 廃院・廃校
- 1873(明治6) 仮病院再興, 医学講習場開設(西本願寺別院). ヨングハンス着任.
ヨングハンスの植皮手術
- 1874(明治7) 『原生要論』(ヨングハンスの生理学講義録)刊行. 辞職.
- 1876(明治9) 公立病院・公立医学講習場と改称. ローレツ, 司馬凌海着任.
天王崎町(堀川沿い)に校舎・病院とも新築移転. 後藤新平着任.
公立医学校と改称
- 1877(明治10) 横井信之病院長兼校長, 私立病院好生館設立
ローレツ離任, 後藤新平院長兼校長心得
- 1878(明治11) 愛知医学校・愛知病院と改称
- 1879(明治12) 後藤新平院長兼校長就任
- 1880(明治13) 鈴木幸之助(内科), 奈良坂源一郎(解剖), 熊谷幸之輔(外科),
- 1881(明治14) 小倉開治(眼科)着任
- 1883(明治16) 後藤新平内務省衛生局へ転出

ローレツ



- ウィーン大学医学部卒
- ビルロートに師事し、外科学位取得
- 明治9年5月 ヨングハンスの後任として「公立病院・公立医学講習場」へ着任
- 明治11年 名古屋大学初の医学誌『医事新報』を創刊
- 『皮膚病論一斑』, 『断訟醫學』刊行
- 明治13年4月1日 任期満了
- 石川県立金沢医学校(現金沢大学医学部) 済生館医学寮(現山形市立病院済生館)を経て, 明治15年 帰国
- 明治17年7月 37歳で死去

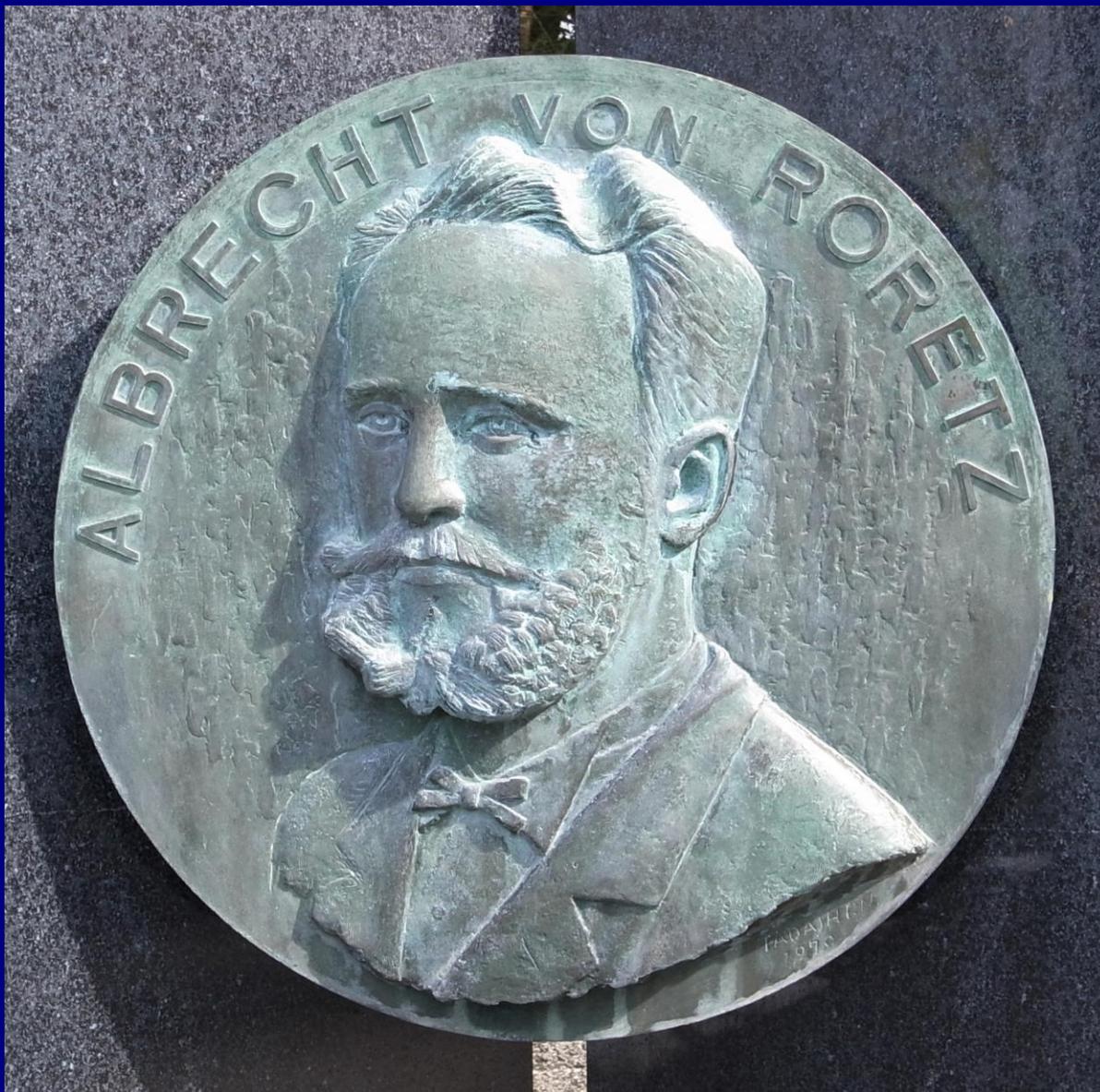
◀ ローレツ銅像(山形市立病院済生館中庭)



旧済生館本館

1873(明治6)年設立

現在山形市郷土館 国指定重要文化財



ローレツ先生
一八四六年—一八八四年

先生は才しストリ—の
医術をウ—ン大学に學び
駐日公使館附医官として來日
招かれて名古屋及び金沢に
赴いて醫學教育に盡力明治
十三年七月本県の招請により
濟生館醫學寮教頭として來任
數十名の醫師を育成本県の
医療に新風を起し濟生救民の
父と仰がれた

明治十五年八月任を終めて
帰國 ウ—ン郊外アムヒンメル
病院長となり同地に歿した

ここに先生の面影を揚げ
萬里同士の高風をたもてる

ローレツのレリーフ
旧濟生館本館中庭



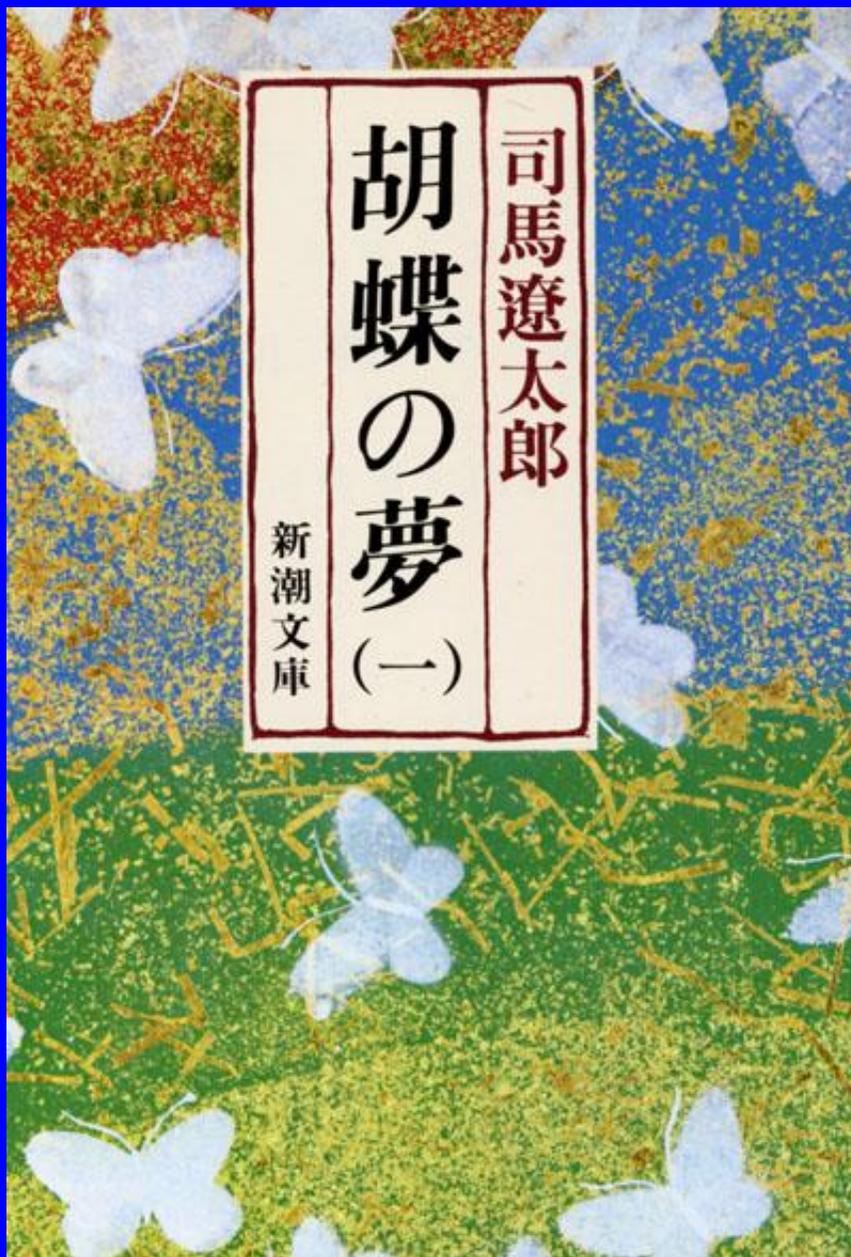
愛知県病院手術図 明治初頭(1877 ~ 1878 年頃)
(名古屋大学附属図書館医学部分館所蔵)

司馬 凌海(1839 - 1879)



司馬凌海肖像

『写真集 名古屋大の歴史 1871-1941』より
(名古屋大学附属図書館医学部分館所蔵)



司馬遼太郎著『胡蝶の夢』

新潮社

横井信之と好生館病院



横井信之と好生館病院スタッフ

(森田恵子氏所蔵)

横井信之と好生館病院



好生館病院正面での記念撮影

(森田恵子氏所蔵)

後藤 新平 (1857 - 1929)



後藤新平肖像

1880(明治 13)年 5 月(23 歳時)撮影
(名古屋大学附属図書館医学部分館所蔵)



後藤新平とローレツ

1879(明治 12)年前後
天王崎の公立医学校時代に撮影
(名古屋大学附属図書館医学部分館所蔵)



後藤新平送別記念写真

1883(明治16)年 西本願寺別院にて
(名古屋大学附属図書館医学部分館所蔵)

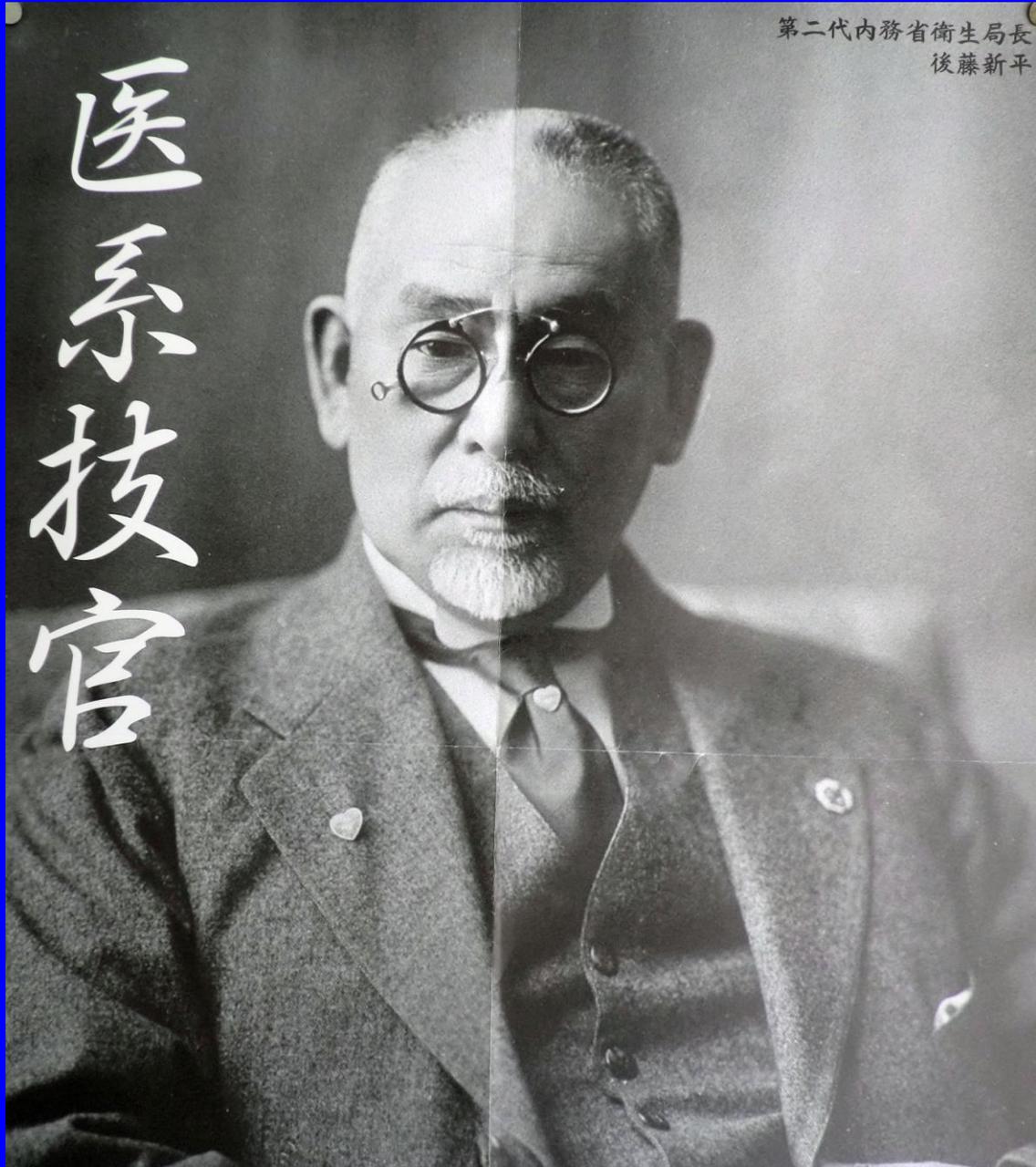


後藤新平送別記念写真

1883(明治16)年 西本願寺別院にて
(名古屋大学附属図書館医学部分館所蔵)

第二代内務省衛生局長
後藤新平

医系技官



「よく聞け、金を残して死ぬ者は下だ。仕事を残して死ぬ者は中だ。人を残して死ぬ者は上だ。よく覚えておけ。」

後藤 新平(1857 - 1929)

台湾総督府民政長官

満州鉄道初代総裁

鉄道院(国鉄の前身)初代総裁

逓信大臣 内務大臣 外務大臣

東京市(現東京都)第7代市長

ボーイスカウト日本連名初代総長

東京放送局(現NHK)初代総裁

拓殖大学第3代学長



愛知病院・愛知医学校(1881年頃)

(『明治42年卒業アルバム』収載, 名古屋大学附属図書館医学部分館所蔵)

熊谷 幸之輔 (1857 - 1923)

【日本外科学会総会・学会誌での報告】

(近藤達平『名古屋医学 1985』より)

- 明治32 ■ 少女の膀胱結石
- 耳中異物除去法
- 明治36 ■ 「兎唇手術ニ就テニ・三ノ注意」ニ
対スル討論
- 辜丸テラトームノ二例
- 「稀有ナル頸腺結核ニ就テ」ニ対スル討論
- 明治39 ■ 稀有ナル先天畸形ノ二例
- 明治40 ■ 「攝護腺肥大症ノ根治手術ニ就テ」ニ対ス
ル討論
- 明治40 ■ 急性化膿性骨髓炎



熊谷幸之輔教授

(『名古屋知名人士肖像一覽』より
名古屋大学附属図書館医学部分館所蔵)

愛知県立医学専門学校・愛知病院(鶴舞)



愛知県立医学専門学校・愛知病院全景



A: 愛知県医学専門学校正面



第110回
日本外科学会
定期学術集会
シンボルマーク



B: 愛知病院正面



熊谷幸之輔銅像

1918(大正7)年に愛知県立医学専門学校前庭委に設立
太平洋戦争時に供出され、胸像のみが現存

(『愛知県立医学専門学校・県立愛知病院新築落成式記念アルバム』より、名古屋大学附属図書館医学部分館所蔵)



第16回日本外科学会総会

会 長 : 熊谷幸之輔

開催日 : 1915(大正4)年4月1~3日

開催地 : 名古屋市

主な演題

一般演題:口演 64 題

宿題報告

1.「外科におけるレントゲン線」 肥田七郎

名古屋大学第二外科 教室系図

ローレツ 明治9年 公立医学所, 公立医学講習所
|
後藤新平 明治11年 公立医学校
|
熊谷幸之輔 明治14年 愛知医学校

第一外科

第二外科

熊谷幸之輔
| (第16回日本外科学会)

齋藤 眞

田中義雄

齋藤 眞
| (第37回日本外科学会)

戸田 博

橋本義雄
| (第67回日本外科学会)

弥政洋太郎

塩野谷恵彦 → 二村雄次 → 柳野正人
(第105回日本外科学会)

花房道純 明治26年 愛知医学校

小川三之助 明治34年 愛知県立医学校

杉寛一郎 明治36年 愛知県立医学専門学校

西尾 重 愛知医科大学

桐原眞一 昭和6年 名古屋医科大学, 14年 名古屋帝国大学
| (第45, 46回日本外科学会)

今永 一 昭和22年 名古屋大学
| (第64回日本外科学会)

星川 信 → 近藤達平 → 高木 弘 → 中尾昭公
(第95回日本外科学会) (第110回日本外科学会)

名古屋の外科(大正期～戦中戦後)

齋藤真『名古屋における30年間の外科の発展を回顧して』
(最新医学 昭和23年6月)より

熊谷幸之輔 大正5年6月退職
(病気のため)



齋藤 真 大正6年教授就任
大正9年5月～外遊へ



田中 義雄 大正9年9月広島より就任
大正13年4月開業



齋藤 真 大正13年帰国. 教授再就任.
外科学第一講座を主催

小川三之助 明治28年就任
大正4年病気で千葉に帰郷



杉 寛一郎 大正3年就任
大正12年12月胃癌で死亡



西尾 重 大正14年講師→教授就任
大正15年7月腸チフスで死亡



桐原 真一 大正15年教授就任
外科学第二講座を主催

小川 三之助 (1863 - 1916)

【日本外科学会総会・学会誌での報告】

(近藤達平『名古屋医学 1985』より)

- 明治32 ■ 先天性股関節脱臼
- 「植皮術」ニ対スル討論
- 尿道下裂手術
- 明治34 ■ 膀胱高位切開ニツイテ
- 「切断指頭癒着」ニ対スル討論
- 「切断指頭癒着ノデモンストラチオン」ニ
対スル討論
- 明治35 ■ 痔核ノ手術ニ就テ附自家考案ノ翼状鉗
子デモンストラチオン
- 「発生ヲ歯牙系統ニ帰セシムベキ顎骨腫
瘍ニ就テ」ニ対スル討論
- 「痔核ニ就テ」ニ対スル討論



小川三之助教授肖像

『明治42年卒業アルバム』より

(名古屋大学附属図書館医学部分館所蔵)

杉 寛一郎 (1875 - 1924)

【日本外科学会総会・学会誌での報告】

(近藤達平『名古屋医学 1985』より)

- 大正 2 ■ 欧米見聞録
- 大正 6 ■ 移動性盲腸ニ就テ
- 大正 7 ■ 幼年性粘液浮腫ニ就テ
- 大正 10 ■ 廻盲腸ニ発生セル肉腫ニ就テ
- 大正 11 ■ 廻盲部ニ発生スル原発性肉腫ニ就テ
■ 急性脾臓炎ノ治験



杉寛一郎教授肖像

『名古屋知名人士肖像一覧』より
(名古屋大学附属図書館医学部
分館所蔵)



杉教授手術風景

大正 2 年頃

愛知病院(天王崎)

『第36回卒業歳記念写真帳大正3年』より
(名古屋大学附属図書館医学部分館所蔵)

齋藤 眞 (1889 - 1950)



齋藤眞教授肖像

『名古屋医科大学第6回卒業記念(昭和12年)』より (岸本若彦氏所蔵)

血管撮影法

1924年	B. Brooks (米国) : 大腿動脈撮影(ヨードナトリウム)
1927年	E. Moniz (ポルトガル) : 頸動脈造影(ヨードナトリウム) (1949 年ノーベル医学賞)
1928年	齋藤 眞 : 頸動脈造影(ブロームナトリウム)
1929年	齋藤 眞 : 第 30 回日本外科学会宿題報告 「脳及び頭蓋外科」(仙台)
1929年	齋藤 眞 : 「ロンブル」(リピオドール乳剤) 脳動脈撮影
1933年	齋藤 眞 : 訪欧. リズボンにて E.Moniz ロンブルの発表

第 30 回日本外科学会総会

会 長 : 杉村七太郎

開催日 : 1929(昭和 4)年 4 月 1 ~ 3 日

開催地 : 仙台市

主な演題

一般演題:口演 66 題

宿題報告

1.「脳及頭蓋外科」 斎藤 眞

特別講演

「移動性内臓疾患の外科」 石川 昇



日本外科学会総会后 齋藤家招待の食事会

1929(昭和4)年4月 仙台精養軒にて

(亀谷さえ子氏所蔵)

昭和四年 四月 1929

齋藤家招待 仙台精養軒

日本外科学会総会後

加藤三九郎 左橋講師

神川一玲 亀谷助教

白井教馬 石倉教授

森 賢 齋藤母堂

齋藤 齋藤敬父

中西正雄 齋藤敬授

藤石 嶽 桐原教授

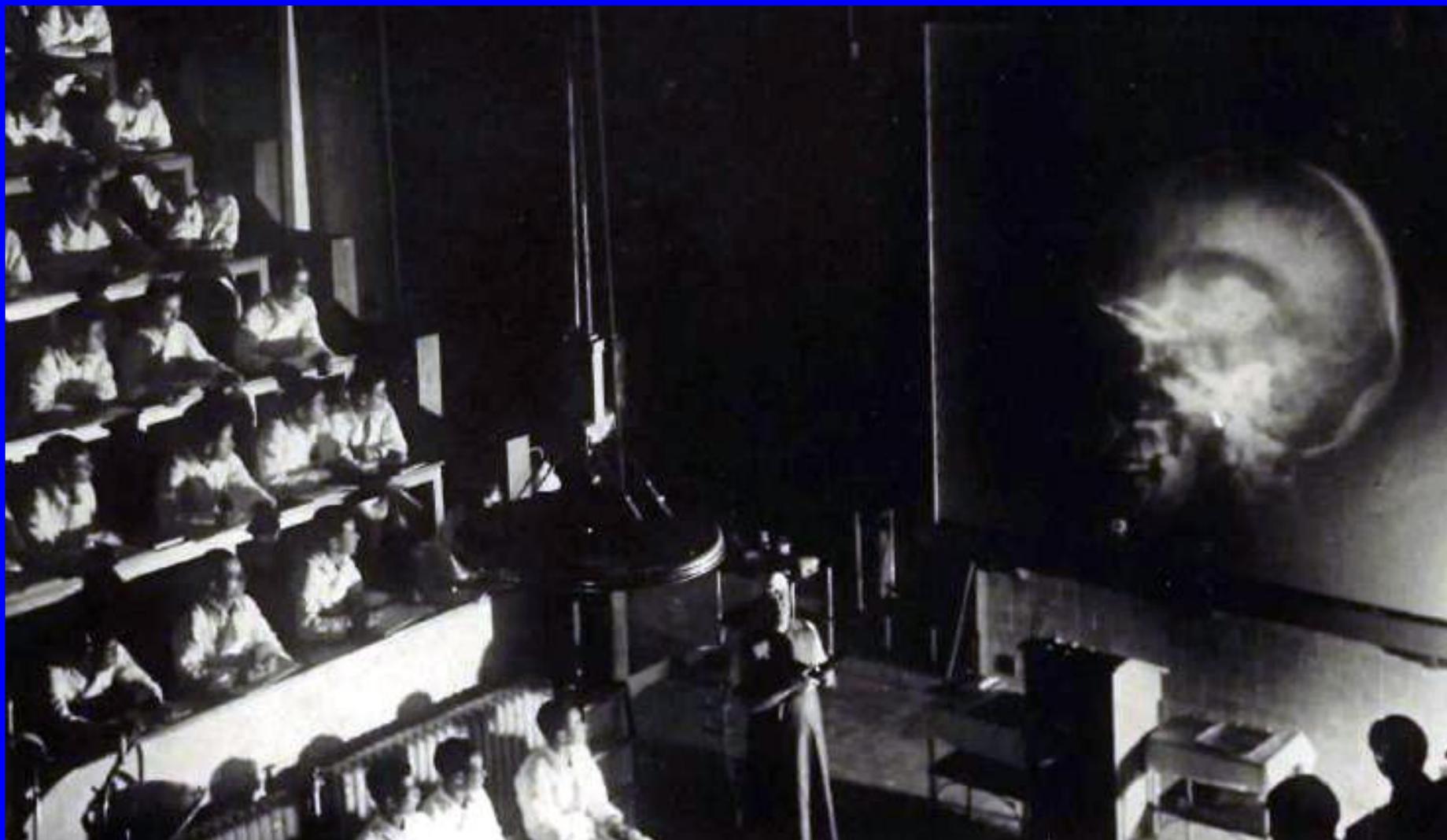
安富美一 河石助教

細江×線技師

日本外科学会総会後 齋藤家招待の食事会

1929(昭和4)年4月 仙台精養軒にて

(亀谷さえ子氏所蔵)



齋藤教授臨床講義風景

脳血管撮影に対する臨床講義のようす

『名古屋医科大学第8回卒業記念(昭和14年)』より(岸本若彦氏所蔵)

第 37 回日本外科学会総会

会 長 : 齋藤 眞

開催日 : 1936(昭和 11)年 4 月 1~3 日

開催地 : 名古屋医大図書館

主な演題

一般演題: 口演 61 題

- 宿題報告:
- 1.「脳脊髄表面造影術」東 陽一
 - 2.「気管支撮影法」佐藤清一郎
 - 3.「胆道撮影法」赤岩八郎, 小森 拓
 - 4.「胃腸撮影法」藤浪修一
 - 5.「腎, 腎盂, 輸尿管撮影法」杉村七太郎
 - 6.「血管, 神経撮影法」齋藤 眞

特別講演: 「胃鏡診断法に就て」桐原眞一(大懇親会準備委員長)



第 37 回日本外科学会総会 宿題報告「血管，神経撮影法」齋藤 眞

『名古屋医科大学第8回卒業記念(昭和14年)』より(岸本若彦氏所蔵)



第 37 回日本外科学会総会

齋藤が会長を務めた総会での名古屋医科大学齋藤外科教室の展示風景
『名古屋医科大学第6回卒業記念(昭和12年)』より(岸本若彦氏所蔵)

桐原 眞一 (1889 - 1949)



桐原眞一教授肖像

『名古屋医科大学第8回卒業記念(昭和14年)』より(岸本若彦氏所蔵)

桐原眞一教授 略歴(1)

生年月日	明治22年2月16日
誕生地	大阪府豊中市
	父:捨三(毎日新聞社), 実母:死去, 継母:キン
明治44年7月	第6高等学校第3部卒業
大正4年12月25日	東京帝国大学医科大学卒業
大正5年1月10日	近藤外科勤務
大正6年8月1日	医師免許証取得
大正7年3月19日	東京帝国大学医科大学 助手
大正8年2月28日	京城医学専門学校 教授
大正9年9月30日	朝鮮総督府医院 医官
大正13年2月11日	東京帝国大学復職
大正14年2月2日	医学博士学位取得
大正15年1月25日	愛知医科大学 講師
大正15年5月3日	同 教授

桐原眞一教授 略歴(2)

- 昭和4年5月1日 名古屋医科大学 教授
- 昭和6年 第32回日本外科学会宿題報告「輸血」(3時間40分)
- 昭和7年5月 硬式胃鏡(Elsner, Schindler)
- 昭和11年 第37回日本外科学会特別講演「胃鏡診断法に就いて」
- 昭和14年4月1日 名古屋帝国大学 教授
- 昭和18年 「胃鏡診断法」出版
- 昭和20年 第45回日本外科学会会長(紙上発表, 41題)
- 昭和21年 第46回日本外科学会会長(東京, 59題)
- 昭和24年2月16日 逝去(60歳, 名古屋自宅, 勝沼精蔵)

桐原 眞一 教授の業績

1. 輸血

2. 胃鏡

3. 神経移植

第 32 回日本外科学会総会

会 長 : 茂木蔵之助(慶應義塾大)
開催日 : 1931(昭和 6)年 4 月 1 ~ 3 日
開催地 : 東京都

主な演題

一般演題:口演 85 題

宿題報告

1.「輸血」桐原眞一(3時間40分)

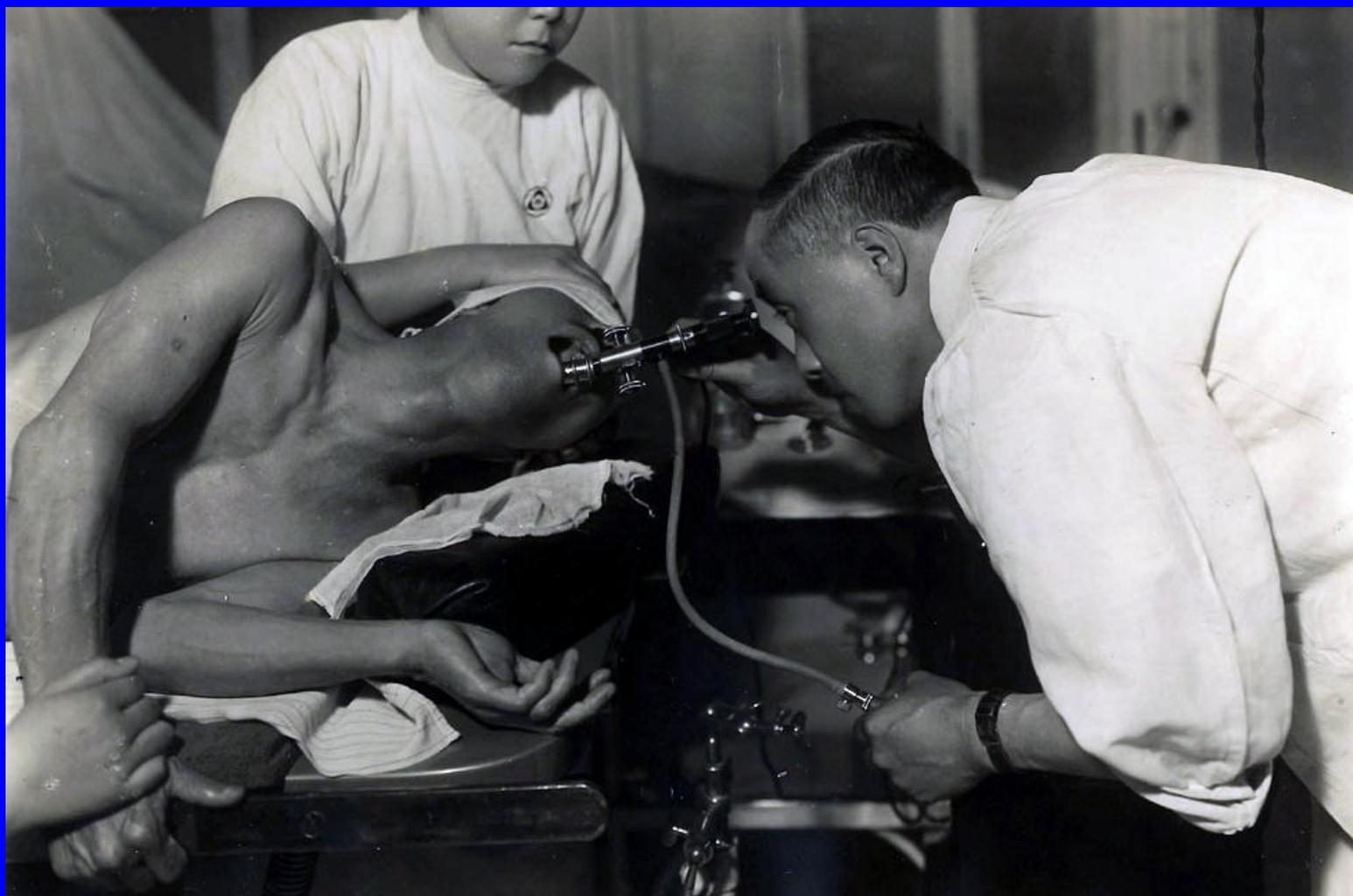
特別講演

「我輩の助手時代の外科を語る」田代義徳

輸血について

- 1900(明治 33)年 ABO 式血液型の発見
- 1914(大正 3)年 クエン酸ナトリウムの使用で保存血使用
- 1919(大正 8)年 齊藤眞, 外傷患者に輸血
河石九二夫:輸血の研究(1925~1927)
- 1930(昭和 5)年 浜口首相狙撃事件(東大二外 塩田広重)
- 1931(昭和 6)年 第 32 回日本外科学会
宿題報告「輸血」 桐原眞一
1)ABO 式血液型適合でも多くの輸血副作用
2)売血者採血を遺憾

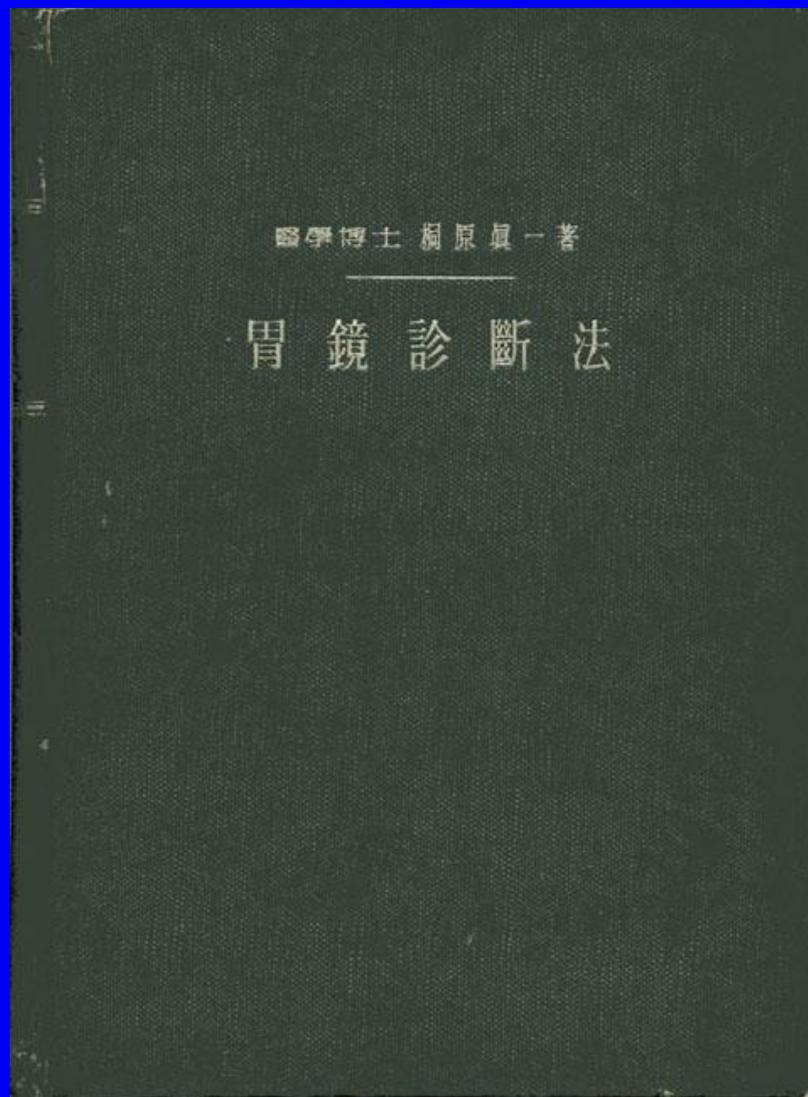
桐原眞一と胃鏡



桐原教授胃鏡検査風景

『名古屋医科大学第8回卒業記念(昭和14年)』より(名古屋大学附属図書館医学部分館所蔵)

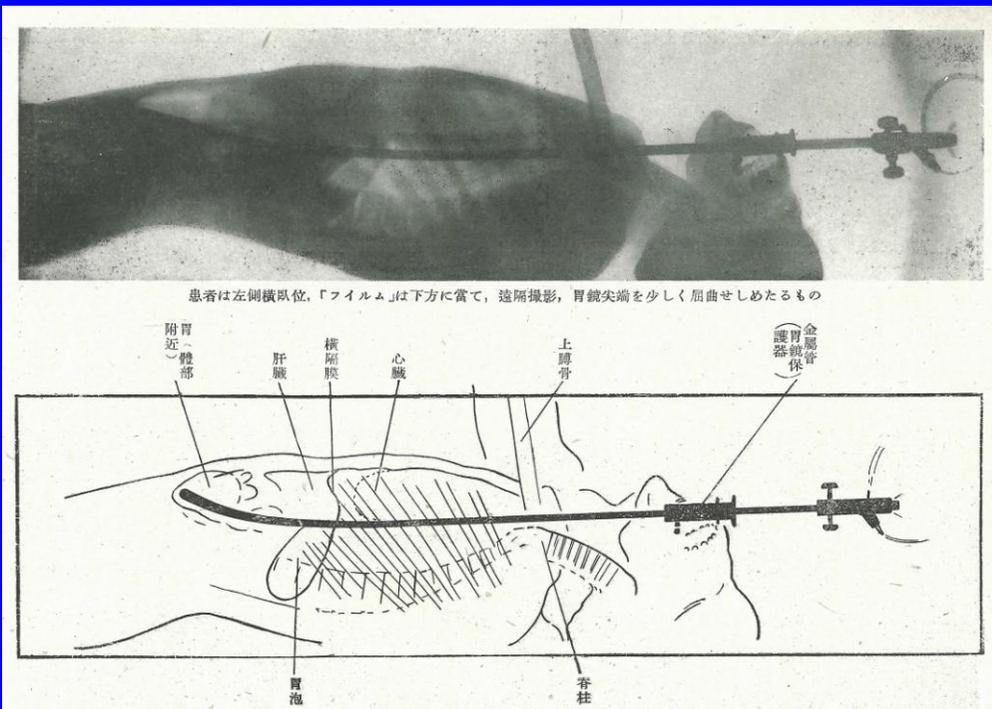
『胃鏡診断法』



桐原眞一著『胃鏡診断法』

1943(昭和18)年9月15日出版

(名古屋大学附属図書館医学部分館所蔵)



軟性胃鏡挿入時のX線写真

『胃鏡診断法』より

醫學日本の誇り

胃袋の映畫歐洲へ

名醫大桐原教授の偉業



名醫大教授桐原眞一博士は數年前
胃鏡を人間に應用して胃内の活動
状況を詳細にフィルムにをさめる
ことに成功し全國の醫學者から注
目されてゐたが研究は一段とすす
み最近に至つて尙ほ一層ハッキリ

ベルギーの醫學者を啓蒙
する爲の研究に關する十
六ミリフィルムが近々わ
が名醫大からベルギー國
へ向けて送り出されるこ
とになり學界の譽にさき
がけて世界に誇るわが醫
學界の名譽を高めてゐる

と十六ミリフィルムにをさめて胃
の活動状況を筆にとることを見せ
ることに成功し再び世界の學者を
アット言はせた、これを知つたベ
ルギー國ではぜひ同國醫學界のた
めこのフィルムを租借したいと昨
年末に日本大使館を通じて同醫
士のところへ依頼して來たので爾
來同博士は撮影に努めてゐたが
漸く出来上つたので四月はじめ國
際醫學會議を遂して発表すること
となつた、眞一は桐原博士

「医学日本の誇り 胃袋の映画欧州へ」
桐原眞一の胃内活動写真がベルギーに貸し出しされたこ
とを報じた当時の新聞(発行日不詳)
(石田美和子氏所蔵)

名古屋大学外科学教室の始まりと変遷

明治14年:「外科」標榜

後藤新平院長兼校長の下に、初めて診療科としての「外科」が標榜され、熊谷幸之輔が外科医長・一等教諭(現時の教授)として就任。

明治26年頃:「2つの外科」体制

外科第一医長であった熊谷幸之輔と第二医長に就任した花房道純により「2つの外科」が運営されるようになる。当時は明確な第一・第二外科といった教室の区別はなく、診療科目も多岐にわたった。

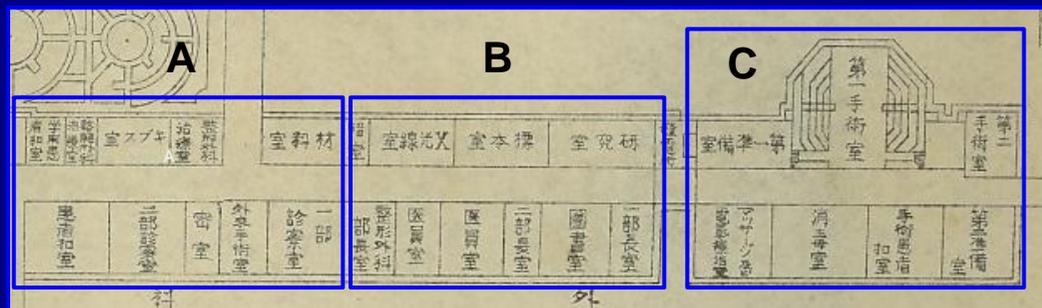
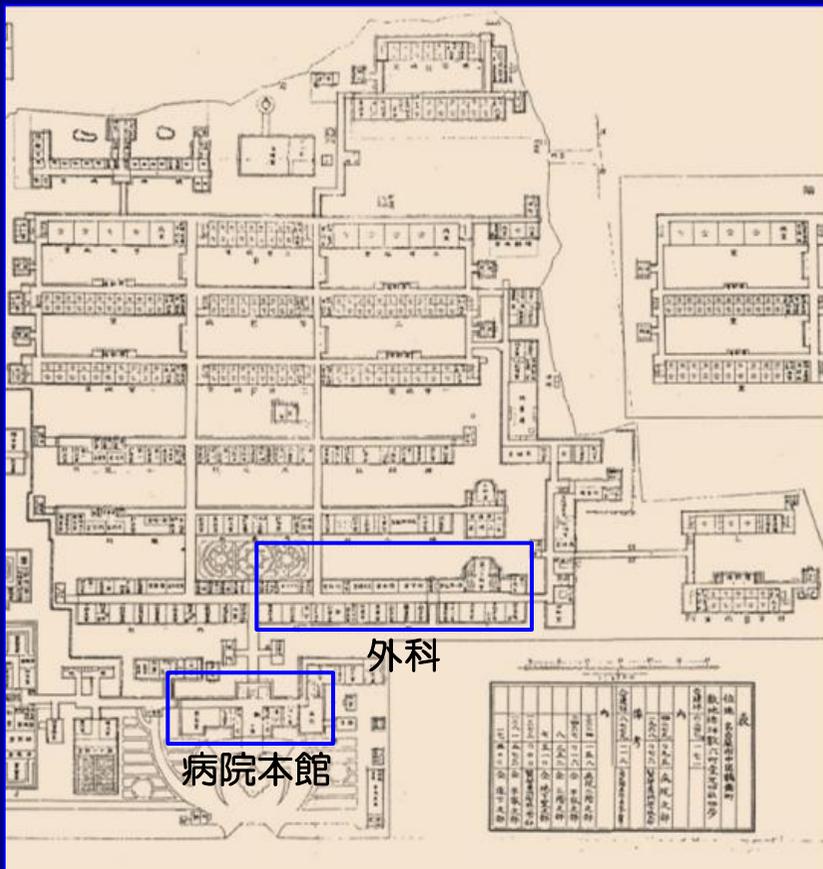
大正3年:鶴舞地区移転

鶴舞地区への移転後も、手術室・医局などは共同で運用された。

昭和14年:「外科学第一・第二講座」の誕生, 医局の分離

名古屋帝国大学医学部となり、「外科学第一講座」、「外科学第二講座」という名称が公式に使用されるようになる。増築された新手術室が第一外科(齋藤外科)教室、従来の外科教室は第二外科(桐原外科)教室として使用された。

愛知病院(大正3年)時代の外科教室



愛知病院(大正3年)当時の外科教室
 A: 外科診療室, B: 外科医局・研究室, C: 外科手術室



外科教室全景



外科研究室



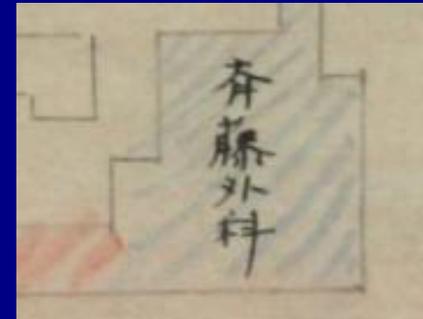
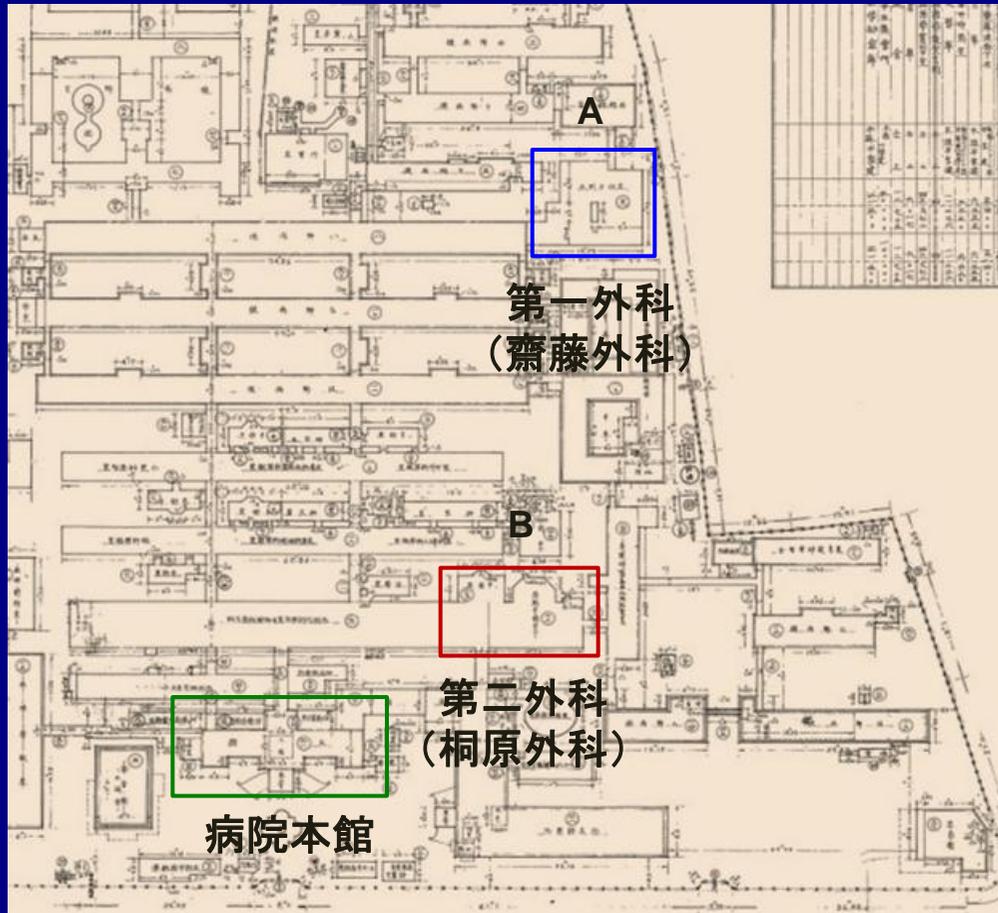
外科第1手術室



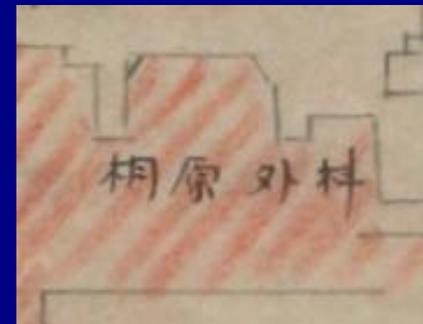
外科第2手術室

愛知病院配置図(大正3年)
 (名古屋大学附属図書館医学部分館所蔵)

名古屋帝国大学(昭和14年)時代の外科教室



A. 外科学第一講座
(齋藤外科)



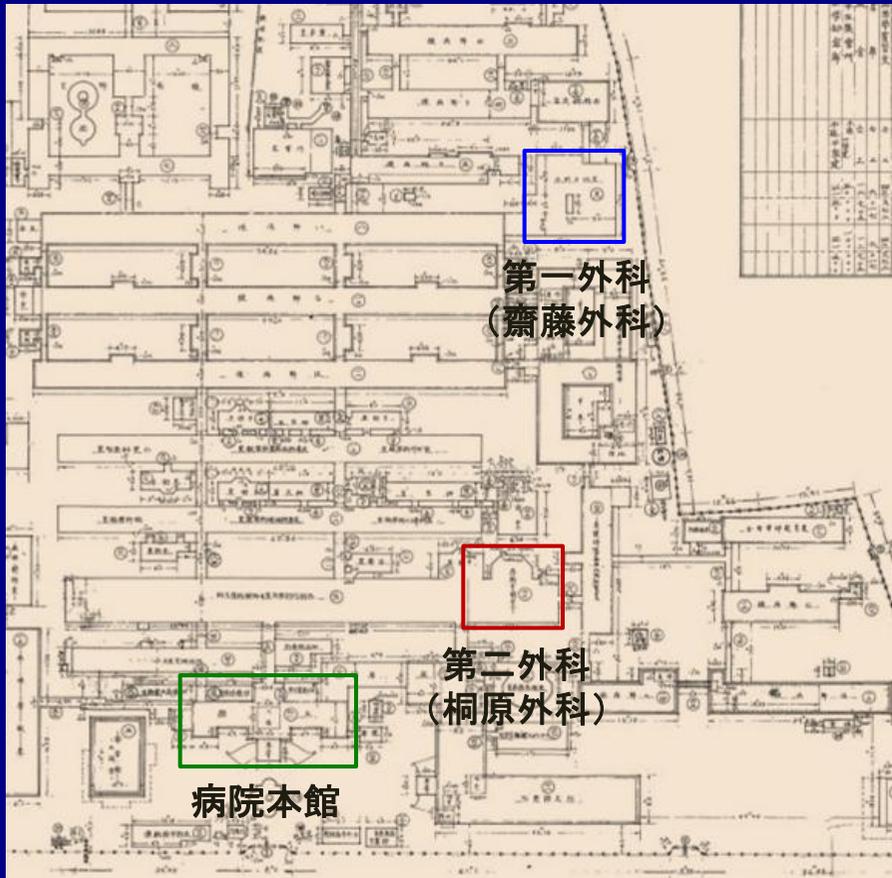
B. 外科学第二講座
(桐原外科)

名古屋帝国大学医学部・附属医院当時の外科教室(昭和14年)
(名古屋大学附属図書館医学部分館所蔵)

名古屋大学病院の疎開(1)

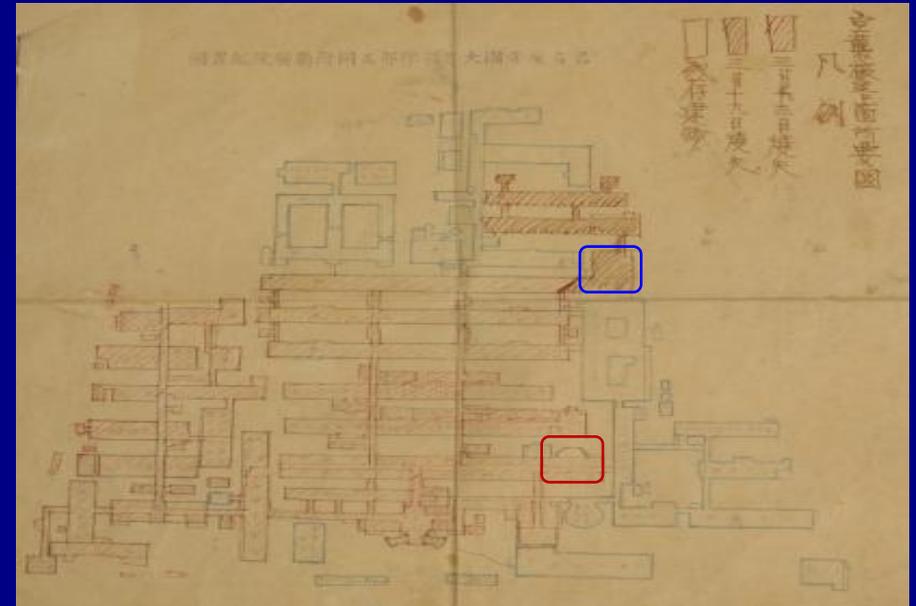
昭和19年 12月13日	空襲(三菱)
昭和20年 2月	構内疎開
3月12日	空襲(80%移動後)小型焼夷弾 約500発が大学構内
3月19日	空襲
3月25日	木造基礎教室全焼 病院57%焼失(全施設で63%消 失), 657床→279床 収納図書は無傷

名古屋大学外科教室の戦災



名古屋帝国大学医学部附属医院 戦災前の外科教室

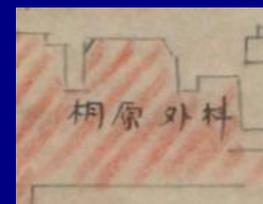
(木方十根「愛知医科大学時代の施設拡充について」より)



空襲被災箇所要図

1945年3月12日空襲
桐原外科(第二外科)
教室焼失

1945年3月19日空襲
齋藤外科(第一外科)
教室焼失





名古屋帝国大学医学部・附属病院戦災のようす
(名古屋大学附属図書館医学部分館所蔵)

名古屋大学病院の疎開（2）

昭和20年 3月～ 基礎教室 → 陶生病院(瀬戸)
産婦人科 → 共愛病院(下一色)
その他は → 昭和病院(瑞浪)
専門部 → 黒野(安八郡)

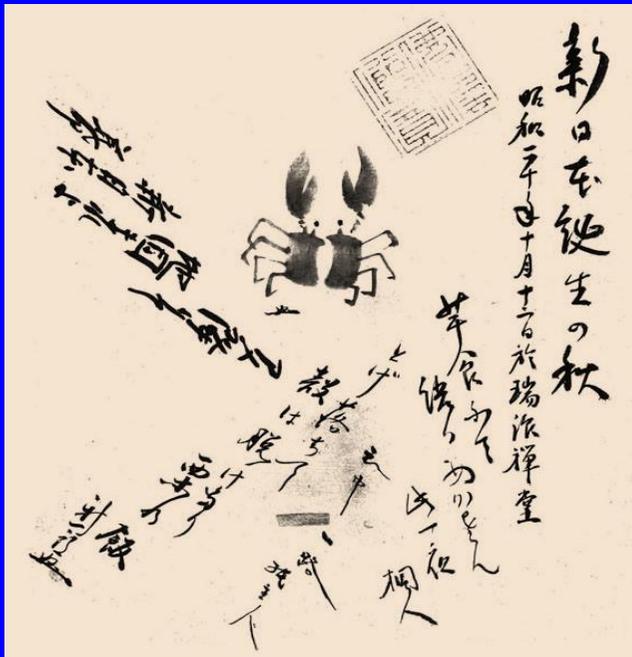
6月 高山疎開 → 物品搬送

昭和20年 8月15日 終 戦

桐原眞一教授の疎開

昭和20年3～6月頃 大通寺(岐阜県瑞浪市)

昭和21年10月22日 本星崎の新宅へ引越
(南区星崎町 489 天沼方, 名電
本星崎下車南へ5丁)



桐原教授疎開先での寄せ書き

昭和20年10月12日 於瑞浪禅堂

(石田美和子氏所蔵)

第 45 回日本外科学会総会

会 長 : 桐原 眞一

開催日 : 1945(昭和 20)年

戦況悪化のため紙上発表のみ

主な演題

一般演題: 口演 41 題 (すべて紙上発表)

第 46 回日本外科学会総会

会 長 : 桐原 眞一

開催日 : 1946(昭和 21)年 5 月 1~3 日

開催地 : 東京都

主な演題

一般演題: 口演 59 題

宿題報告: 1. 「熱傷」 福田 保
2. 「骨移植」 河村謙二
3. 「坐骨神経痛」 近藤鋭矢

特別講演: 「骨髓内造影剤注入による静脈撮影法並にその応用
(骨髓経由静脈撮影法)」 橋本義雄

今永 一 (1902 - 1997)



今永 一 教授肖像
(名古屋大学医学部第二外科所蔵)

第 64 回日本外科学会総会

会 長 : 今永 一

開 催 日 : 1964(昭和 39)年 4 月 1~3 日

開 催 地 : 名古屋市

主な演題(1)

一般演題:口演124題(うち映画上映を伴う口演24題)

会長演説:「我国における門脈圧亢進症の特性」

特別講演: 1.「乳幼児外科」

- ①「胆道奇型」葛西森夫, ②「心疾患」榊原 仟 ③「麻酔」山村秀夫
2. 「Review of chemotherapy for surgeons」 George E. Moore
3. 「Zur Resektion der malignen Lebertumoren」 K. Stucke
4. 「Experimentelle Untersuchungen einer Deutschen Chirurgenschule in 3 Generationen zur Pathogenese des Ulcus pepticum des Magens.」 L. Zukschwerdt

第 64 回日本外科学会総会

主な演題(2)

特別講演 : 5.「脳出血の外科」

①「脳動脈瘤性脳出血の外科」半田 肇

②「高血圧性脳出血の外科」光野孝雄

③「外傷性頭蓋内出血」佐野圭司

6.「肝癌の外科的治療」

①「肝癌の外科的治療」本庄一夫

②「肝癌に対する拡大根治手術の検討, 肝門部癌の外科的治療」
三上二郎

③「肝臓癌の外科的治療に就て」林 天祐

シンポジウム 1.「高血圧症の外科」司会: 武田義章

2.「末梢動脈の閉塞性疾患」司会: 橋本義雄(代理: 石川浩一)

3.「Fallot 四徴症の根治手術」司会: 木本誠二

4.「疼痛の外科」司会: 荒木千里

5.「胃癌の再発防止」司会: 陣内傳之助

6.「食道再建」司会: 中山恒明

7.「黄疸を伴う胆石症の外科的治療」司会: 松倉三郎



第64回日本外科学会総会

「悪性腫瘍と化学療法」

「・・・しかして次に問題になることは孤立性腫瘍に対して化学療法と外科的手術療法との併用である。すなわち第一に術前に化学療法を用いて手術範囲を拡大し得るや否や、第二に術後に化学療法を用いて再発を防止し得るや否や、第三に手術不能なるものに対して化学療法を用いて腫瘍の増大阻止或いは消滅を図り得るや否やである・・・」

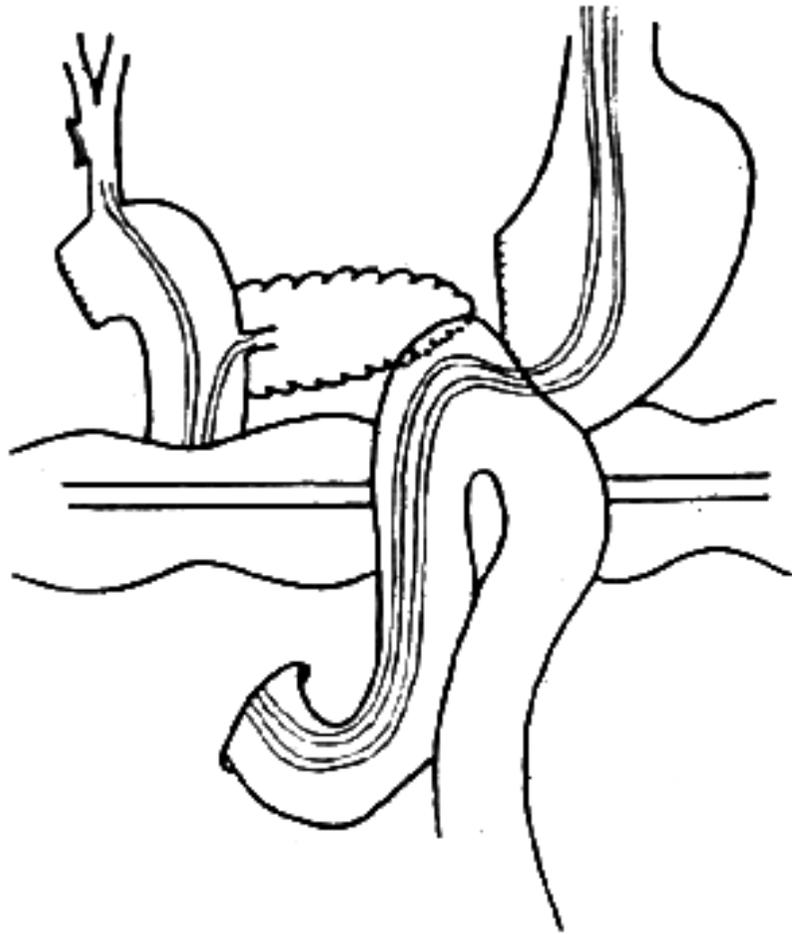
日本外科学会を主宰するに当って

第64回日本外科学会会長 名大教授 今永 一

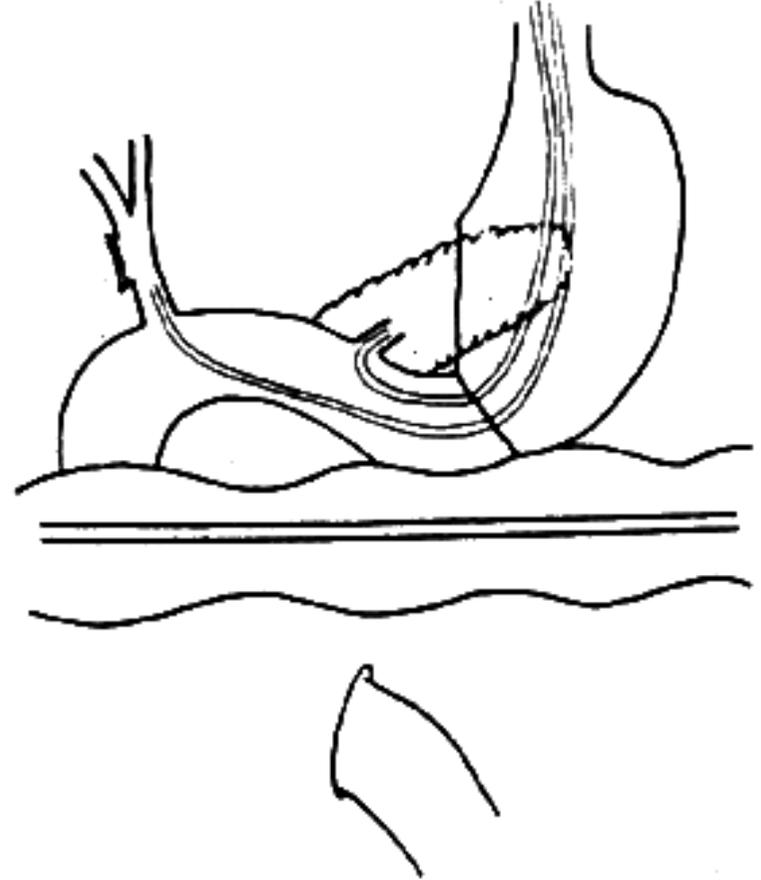
「…学会は真理を探求し、正しい結論を導き出すために討論をする場所である。そのためには誰も、真理に対して謙虚な態度をもたなければならないし、そうでなければ立派な業績は残らないであろう。より深い知識は人間をより謙虚にさせる。学問はそういう地味なものでなければならないし、学会は一つの反省の場ではないかと思う。人格と学問に対する厳しさによってのみ初めて日本の外科学会は世界においても認められる権威と誇りを持つことができるであろう。またそうならなければならない。そう思う時、一万名を超える日本外科学会会員の努力を十二分に生かすために、どのようになすべきか私は強い責任を感じている。それには学閥、名声、政治に煩わされず、ただ真理の探求に生命をかけている人々に応えるべく特別講演(乳幼児外科、脳出血の外科、肝癌の外科)、七題のシンポジウム並びに厳選された百二十四題の一般演題を決定した。これらの方々は私の希望は勿論、全会員の期待に充分応えてくれるものと確信している。仕事には総て独創性がなければならないが独壇的であってはならない。一人よがりには許されるべきではないし、充分の討議が行われなければならないので、特に討論時間の配分に考慮を払った。…」

名大二外における膵頭十二指腸切除術

- | | |
|----------|---|
| 昭和28年10月 | 第1例膵頭部癌 44才 男性(Whipple式) |
| 昭和29年 6月 | 今永式第II法 |
| 昭和33年 3月 | 今永式第I法, 6才女児 術後4年3ヶ月死亡 |
| 昭和56年 7月 | 門脈カテーテルバイパス法による門脈合併切除,
Isolated PD(中尾) |
| 昭和63年 1月 | 膵頭十二指腸第II部切除術(中尾) |



II method



I method

Imanaga H. Surgery 47: 577-586, 1960.

第 95 回日本外科学会総会

会 長 : 高木 弘
開 催 日 : 1995(平成7)年4月10~12日
開 催 地 : 名古屋市

主な演題

一般演題 : 口演 1334 題, ビデオ 98 題
会長演説 : 「異種移植への展望」
採 択 率 : 1668/2800(60%)

名古屋大学外科と日本外科学会

総会	開催年	会長	開催地
第 16 回	1915(大正14)	熊谷幸之輔	愛知医学校講堂
第 37 回	1936(昭和11)	斉藤 眞	名古屋医大図書館
第 45 回	1945(昭和20)	桐原 眞一	紙上発表
第 46 回	1946(昭和21)	桐原 眞一	日本医師会館
第 64 回	1964(昭和39)	今永 一	名古屋市公会堂
第 67 回	1967(昭和42)	橋本 義雄	名古屋市
第 95 回	1995(平成7)	高木 弘	名古屋国際会議場
第 105 回	2005(平成17)	二村 雄次	名古屋国際会議場
第 110 回	2010(平成22)	中尾 昭公	名古屋国際会議場

第 110 回日本外科学会定期学術集会



会 頭 : 中尾 昭公

開催日 : 2010(平成 22)年 4 月 8~10 日

開催地 : 名古屋市

主な演題

公募演題 : 2479 題
(採択率:2479/3149, 78.7%)

指定演題 : 222 題

総 計 : 2701 題



Nagoya University Hospital, Nagoya Japan

膵臓外科と私

自己紹介

氏名：なかお あきまさ 中尾 昭公

生年月日：昭和23年1月28日 出生地：岐阜県恵那市

略歴

昭和48年	名古屋大学医学部卒
昭和48年	愛知県尾西市民病院外科研修
昭和50年	岐阜県立多治見病院外科勤務
昭和55年	名古屋大学医学部第二外科帰局
昭和58年	同 助手
昭和62年	同 講師
平成元年	米国ピッツバーグ大学外科留学
平成4年	名古屋大学医学部第二外科助教授
平成11年	同 教授
平成18年	名古屋大学大学院医学系研究科 消化器外科学 教授



恵那山



木曾駒連峰



御嶽山



笠置山



木曾川, 恵那峡

社団法人 恵那市観光協会





西日本医科学学生総合体育大会





星川信教授(1908~1988)

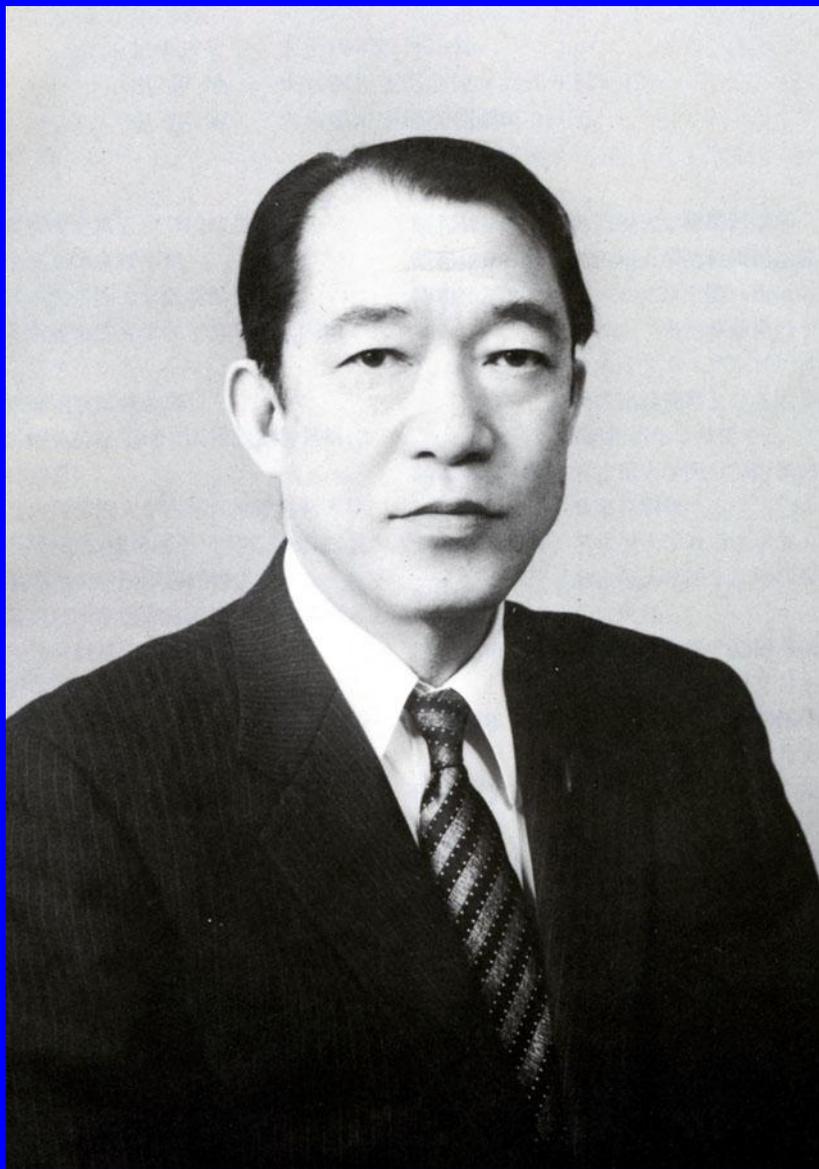


前：一宮市立尾西市民病院

現：医療法人杏嶺会尾西記念病院



岐阜県立多治見病院



近藤達平教授(1921~2001)



今永一教授(1902~1997)

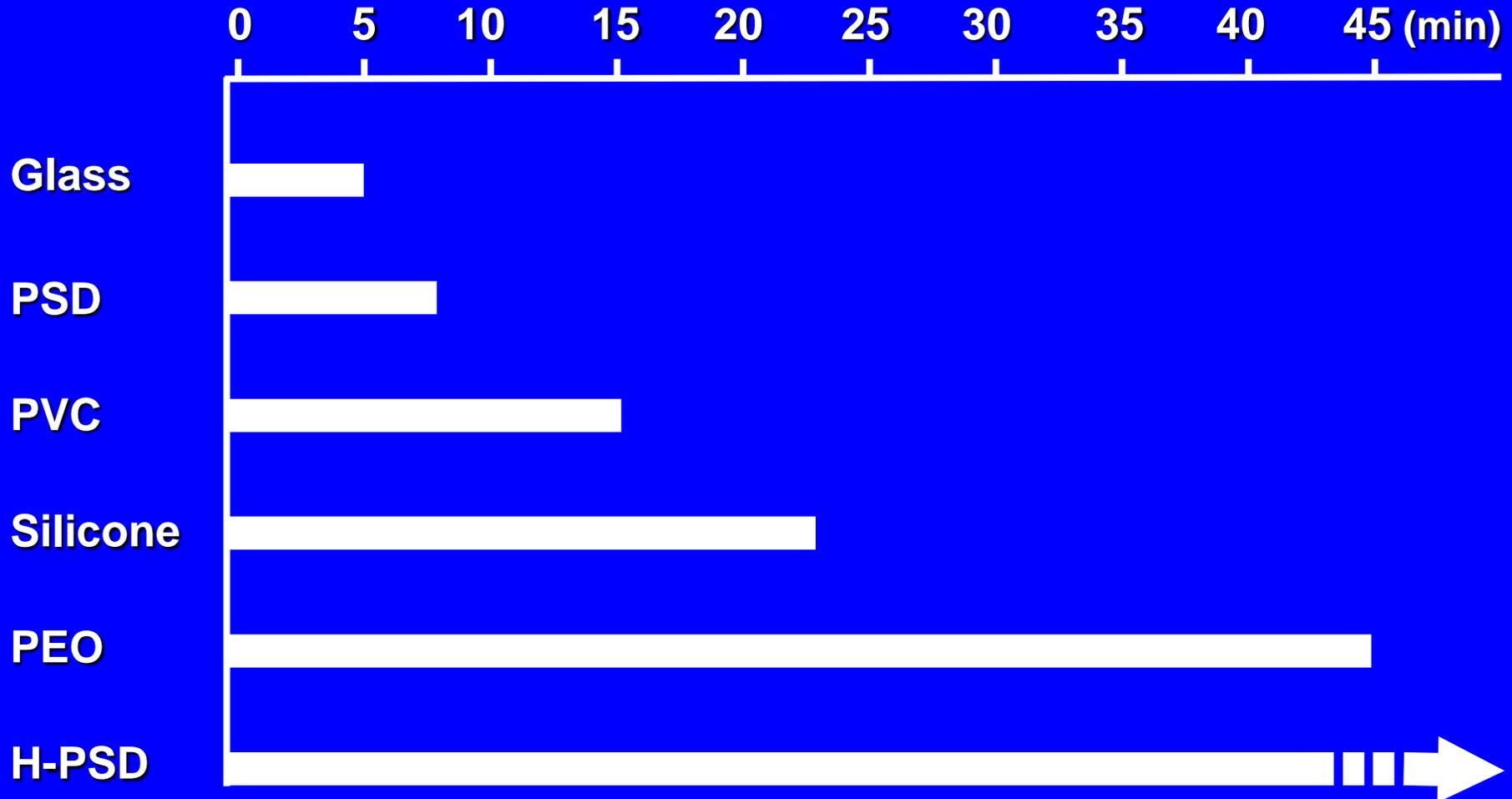
名大二外へ帰局後の実験的研究

1. アンスロンとの出会い
 - 1) 抗血栓性材料の開発と臨床応用
 - 2) 急性門脈遮断, 門脈バイパス
 - 3) 肝移植
 - 4) 安全な血管合併切除を伴う肝胆膵手術
2. 肝切除, 閉塞性黄疸
3. 膵癌, 肝癌の腫瘍マーカーと免疫組織化学
4. エンドトキシン, グルカンの測定と免疫組織化学
5. 急性膵炎, 好中球と活性酵素
6. 膵癌, 肝癌の遺伝子診断
7. ヘルペスウイルスHF10を用いた癌治療

My Experimental Studies

1. Heparinized hydrophilic polymer (Toray Anthron®)
 - 1) antithrombogenic materials
 - 2) acute portal ligation and portal venous bypass using Anthron®
 - 3) liver transplantation
 - 4) hepatobiliary and pancreatic surgery combined with vascular resection
2. Hepatectomy and obstructive jaundice
3. Tumor-marker of pancreatic cancer and HCC
4. Endotoxin and glucan
5. Acute pancreatitis
6. Molecular diagnosis of pancreatic cancer and liver cancer
7. Oncolytic virus therapy using herpes simplex virus HF10 for cancer

Whole Blood Clotting Time (min)

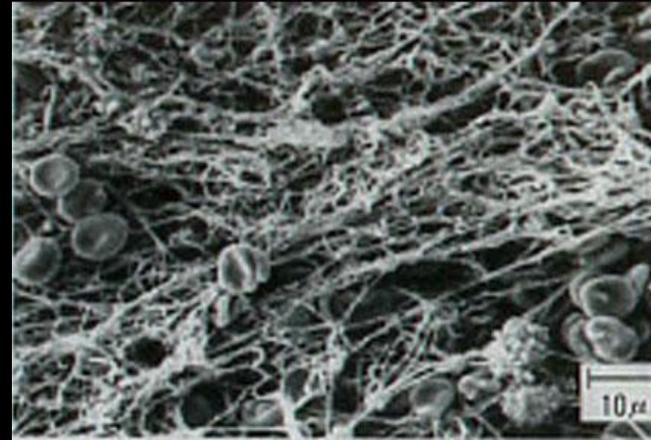


Thrombus Formation on the Surface of Various Artificial Materials

Glass (10min)



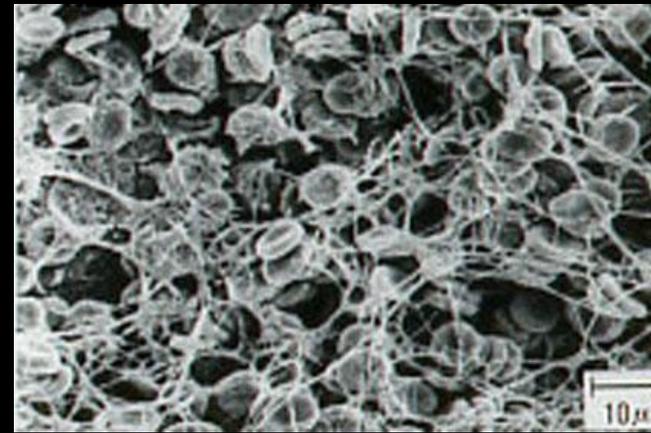
PVC (10min)



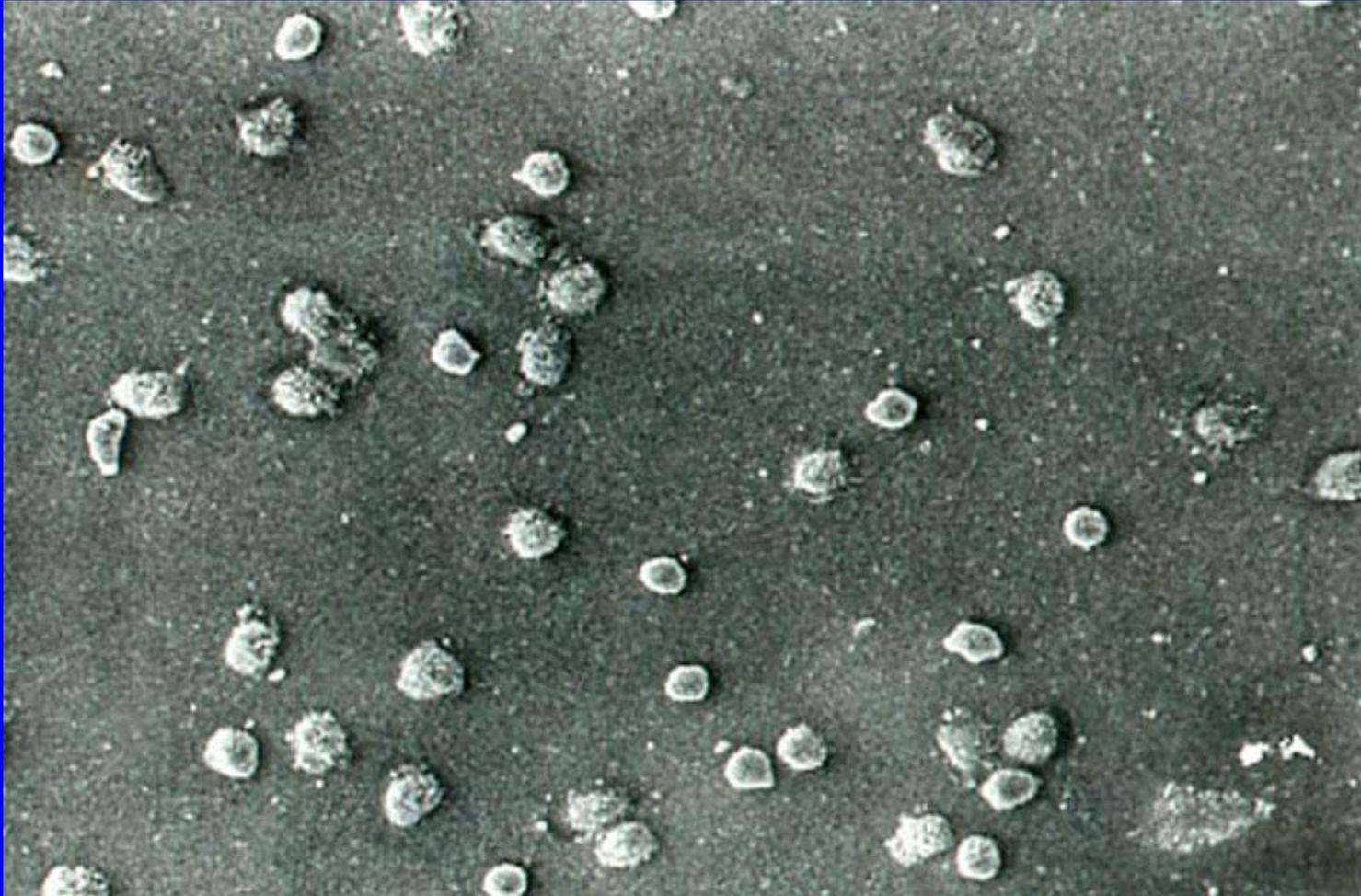
PSD (20min)



Silicone (20min)

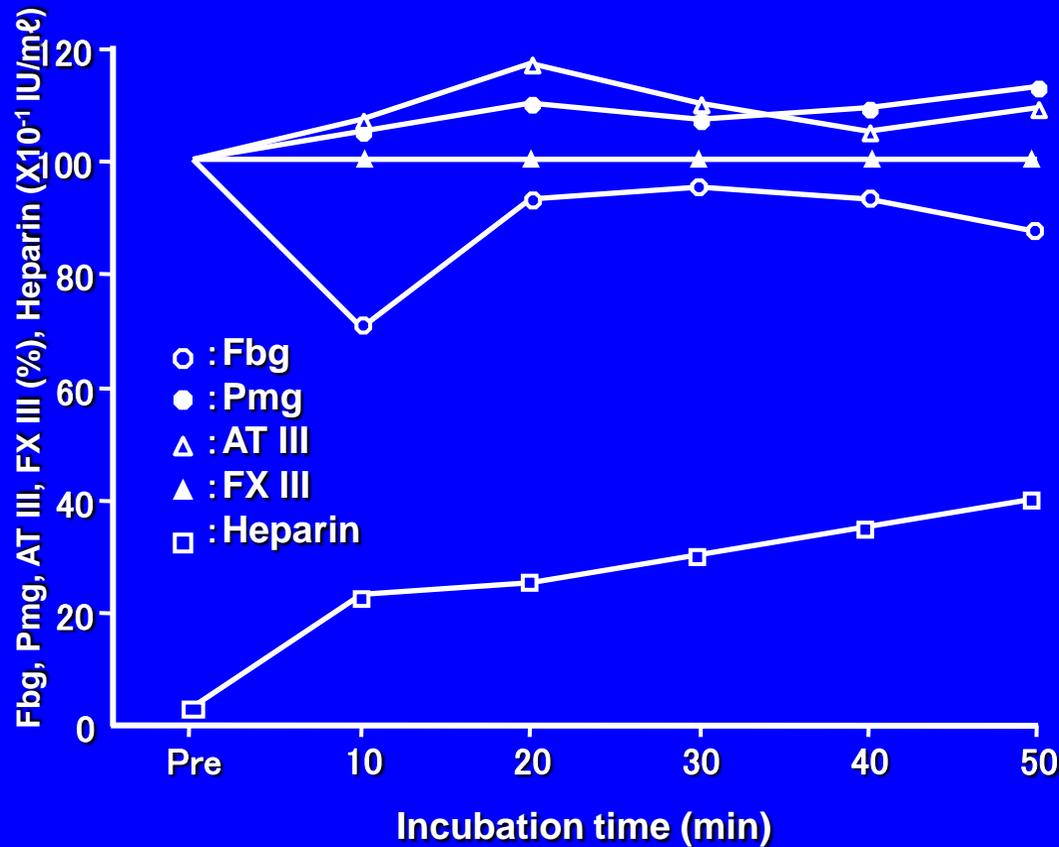


No Thrombus Formation on the Surface of H-PSD(Anthron®)

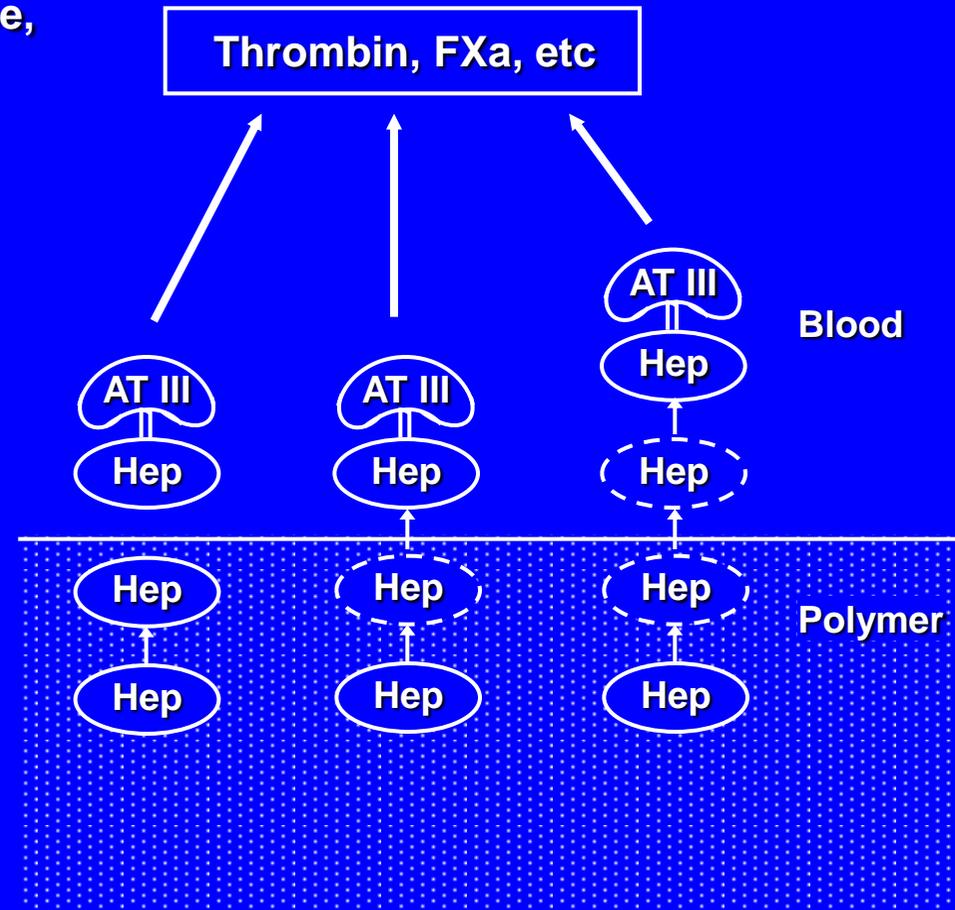


Mechanism of Antithrombogenicity of H-PSD (Anthron®)

Changes of fibrinogen (Fbg), plasminogen (Pmg), factor X III (FX III), antithrombin III (AT III), and the quantity of released heparin in the T1 type of Anthron® bypass tube. Hepatological parameters did not decrease, released heparin was 3.9 IU/ml in 50 mins.

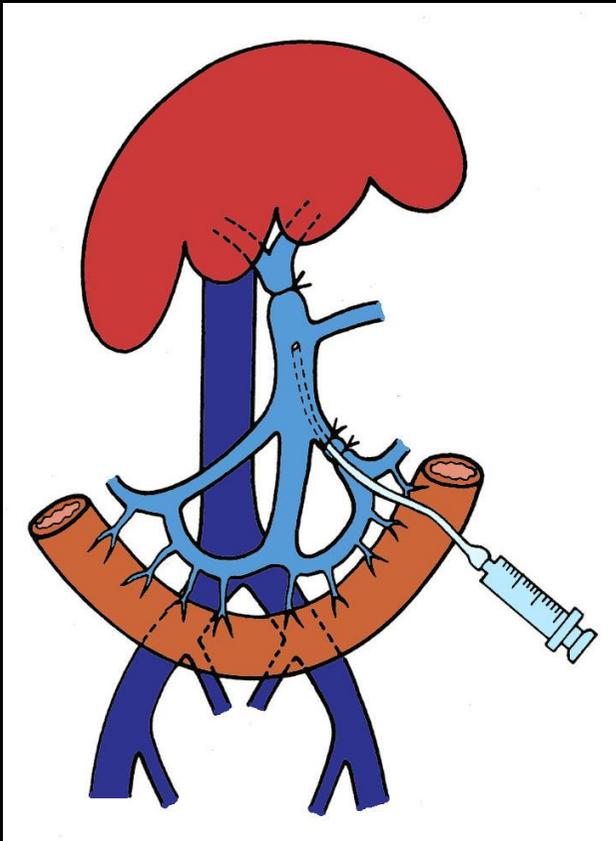


Mechanism of antithrombogenicity of heparized Hydrophilic polymer (Anthron®)

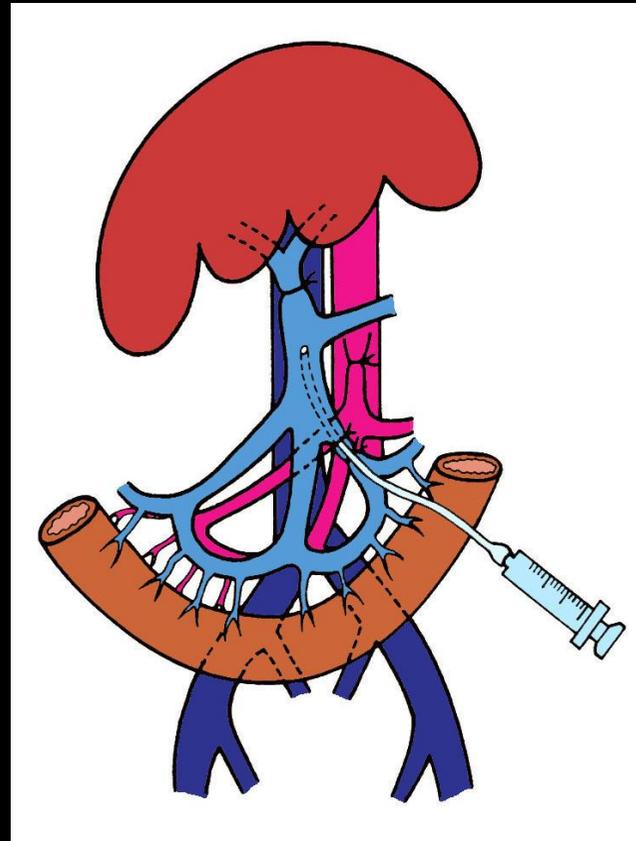


Schematic diagram of portal vein ligation

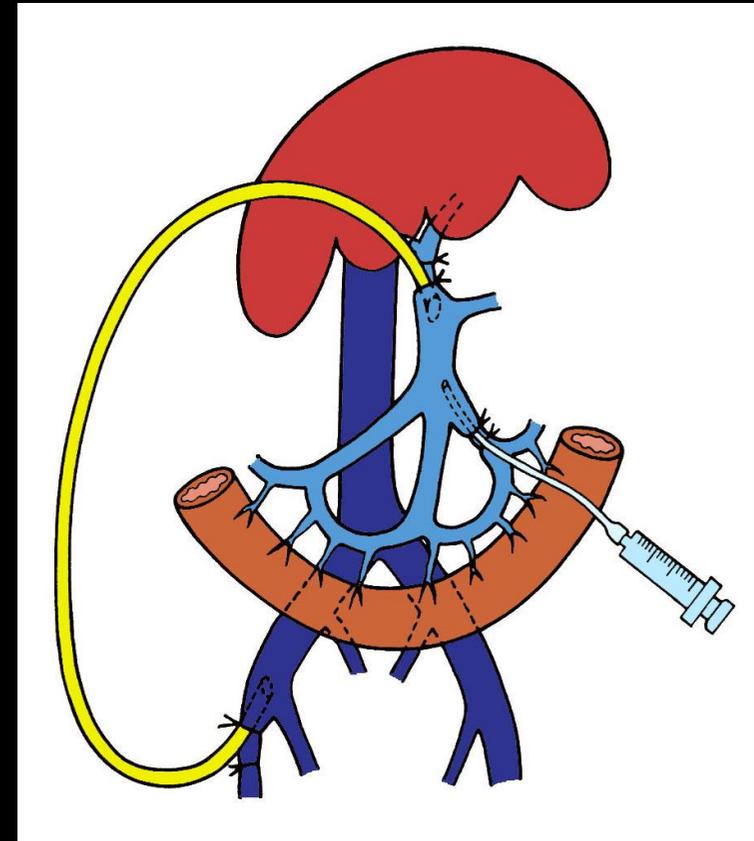
PV



PV+SMA



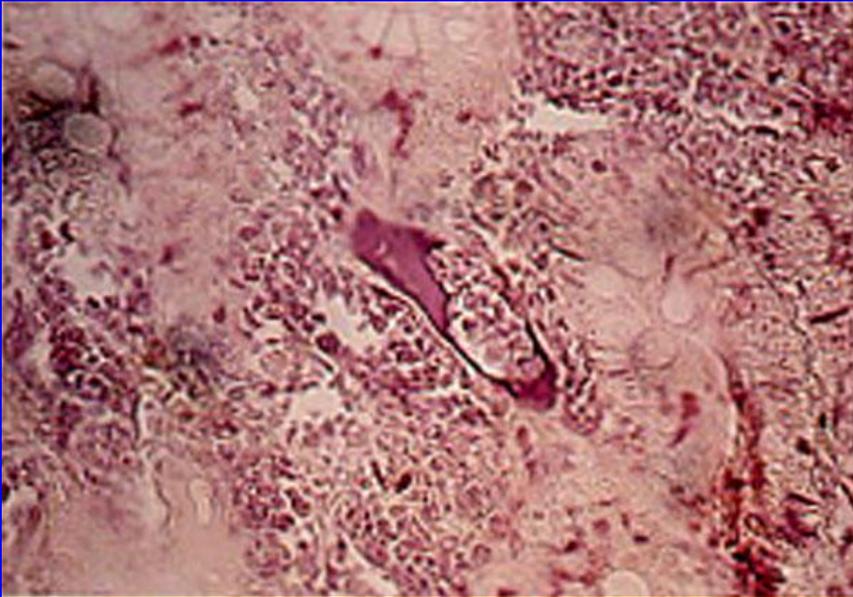
Bypass



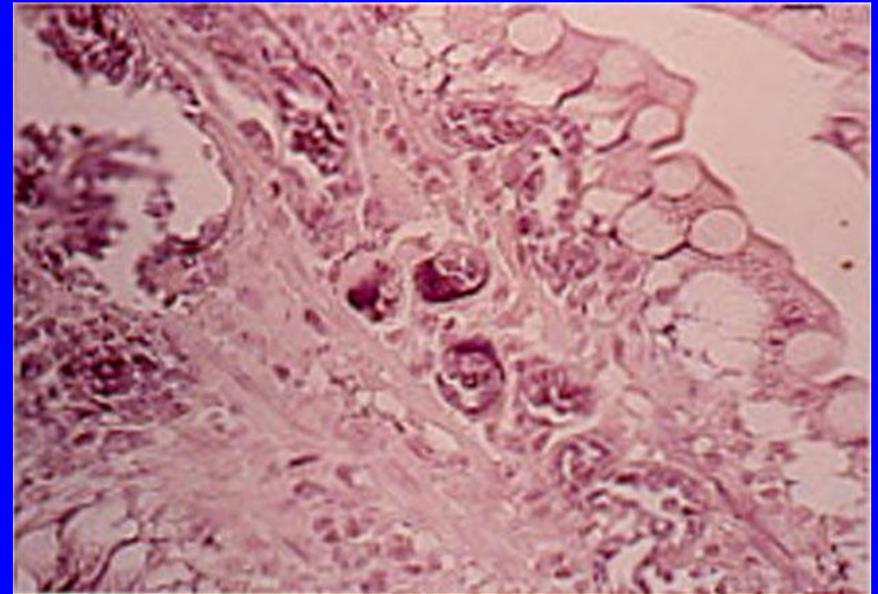
Macroscopic Changes of Small Intestine after PV Ligation and PV Bypass

Ligation							
Bypass							
Time (min)	pre	10	20	30	45	60	120

Histopathological Changes of Small Intestine after PV Ligation (PTAH staining)

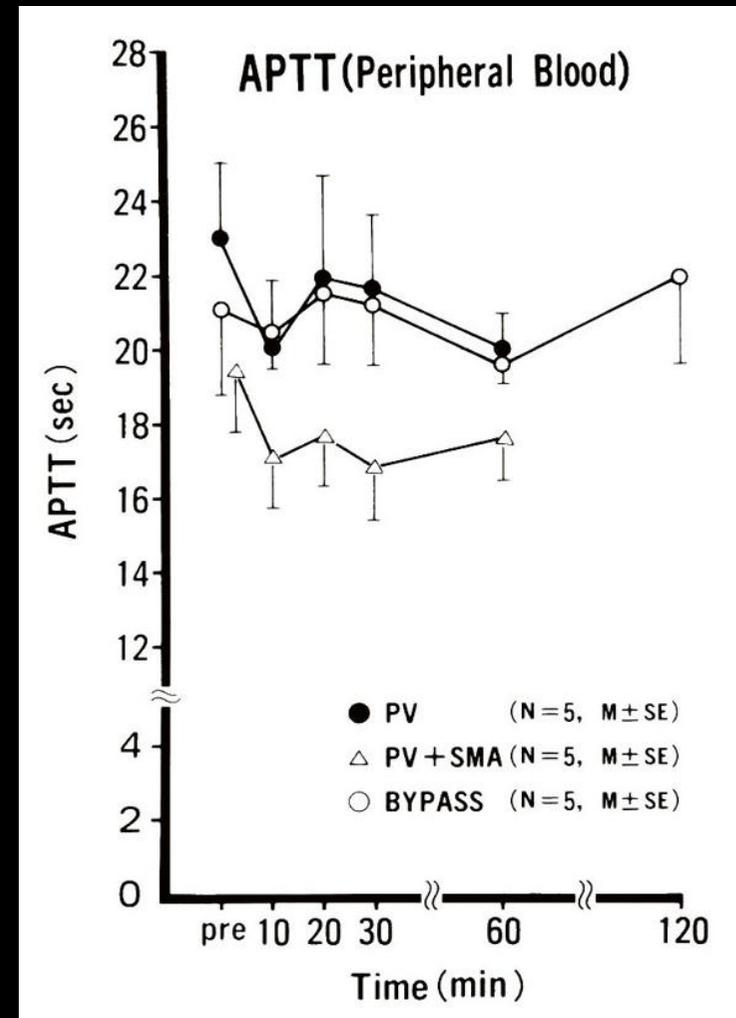
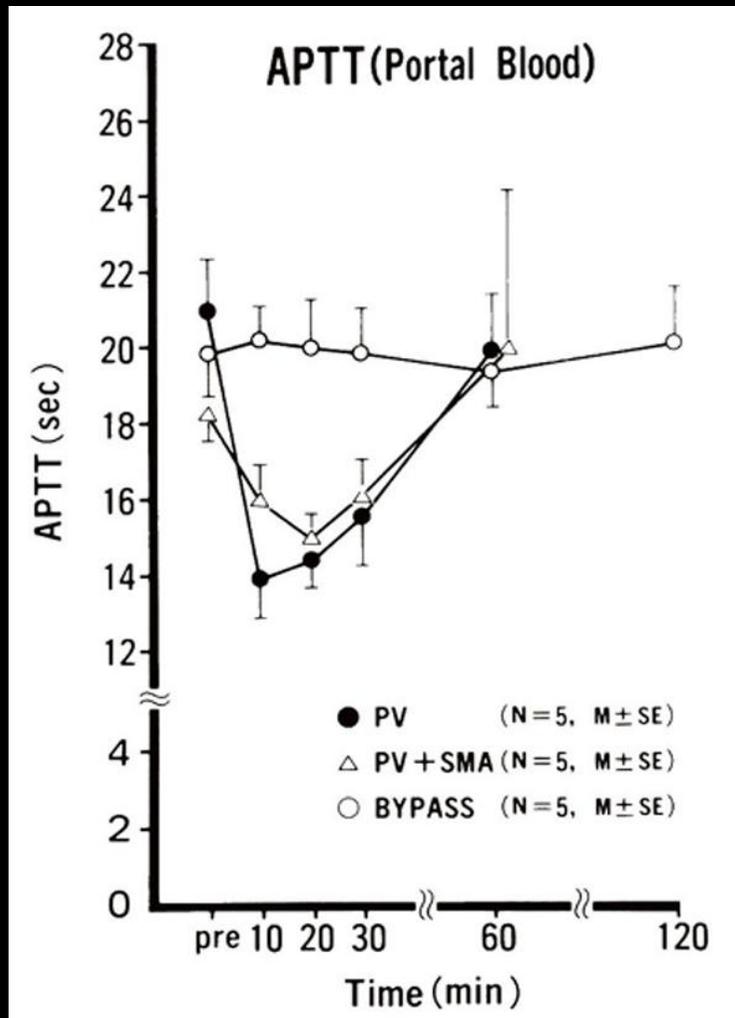


10 min

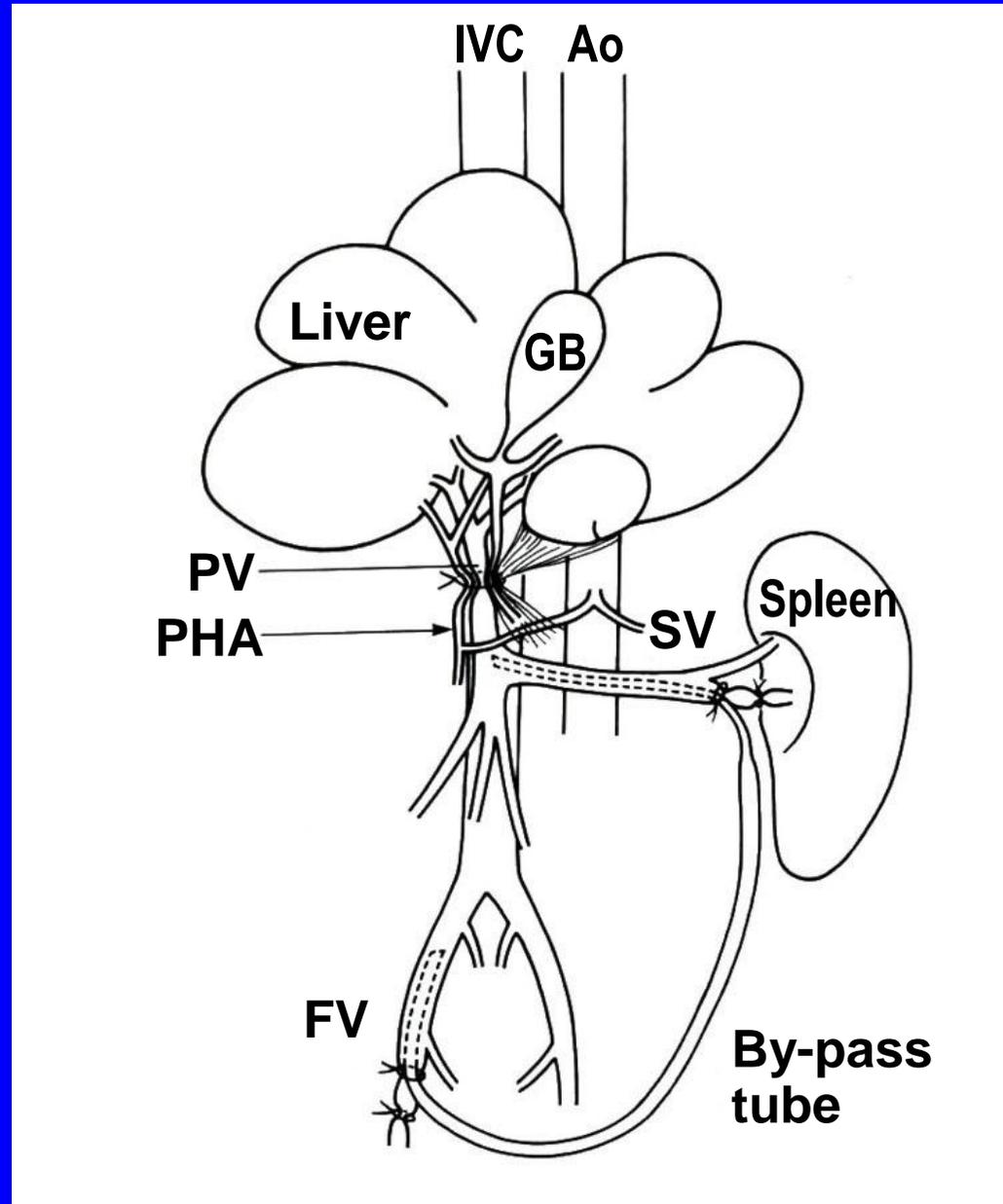


20 min

Changes of APTT in Peripheral and Portal Venous Blood



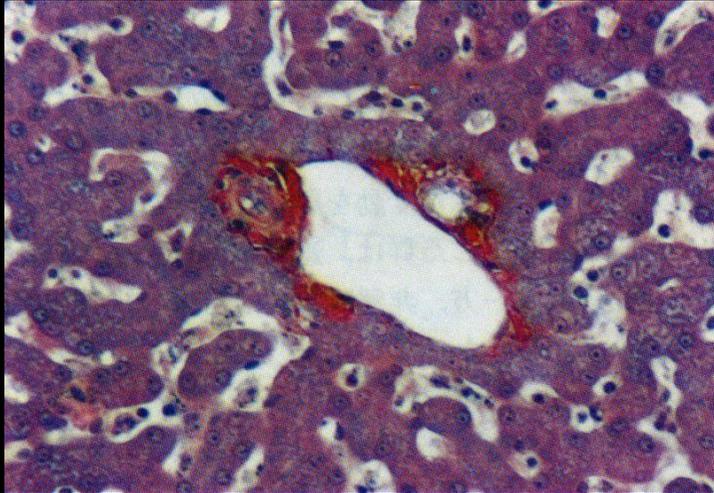
Experimental study of hepatic ischemia



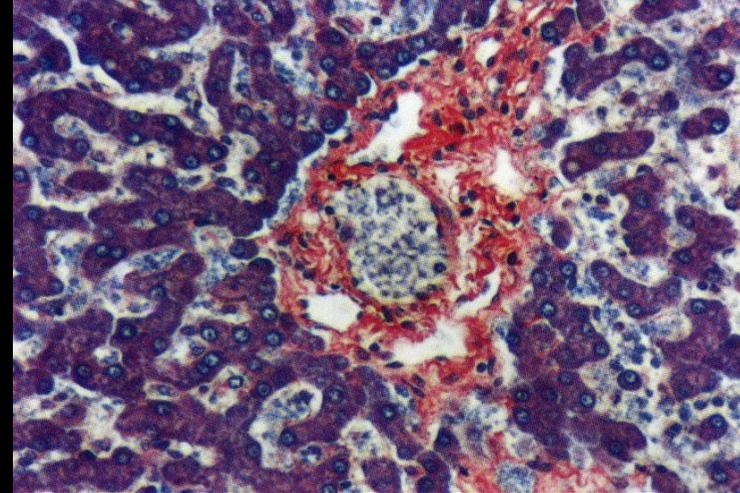
*Shinohara M, Nakao A.
Journal of
Japan Surgical Society
86: 544-554, 1985*

Hepatic ischemia

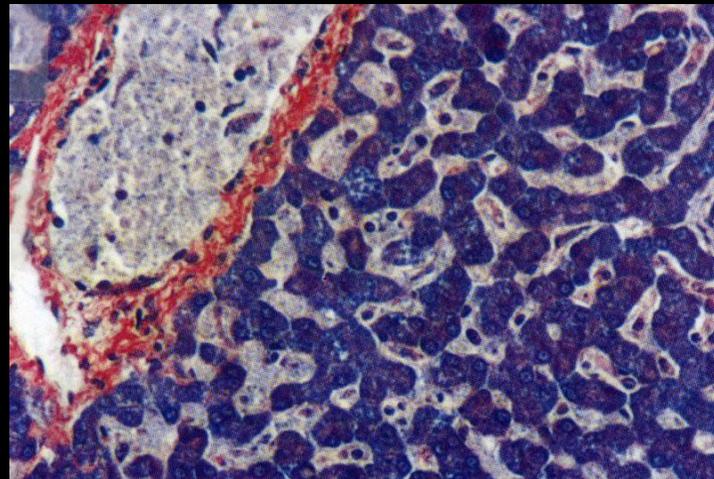
30 min



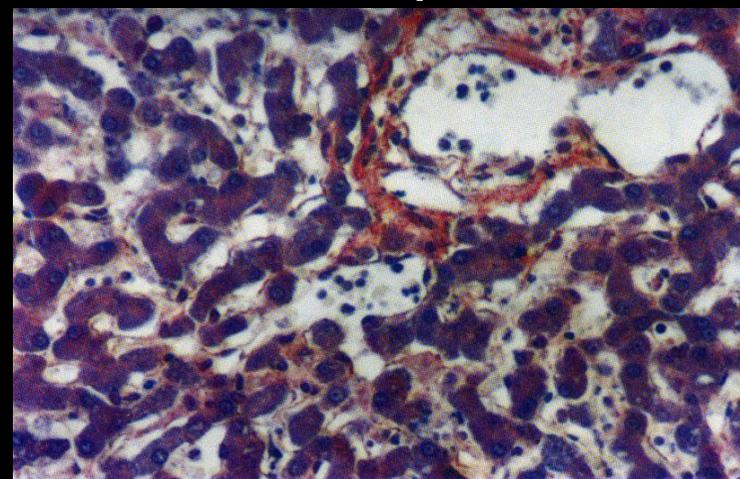
60 min



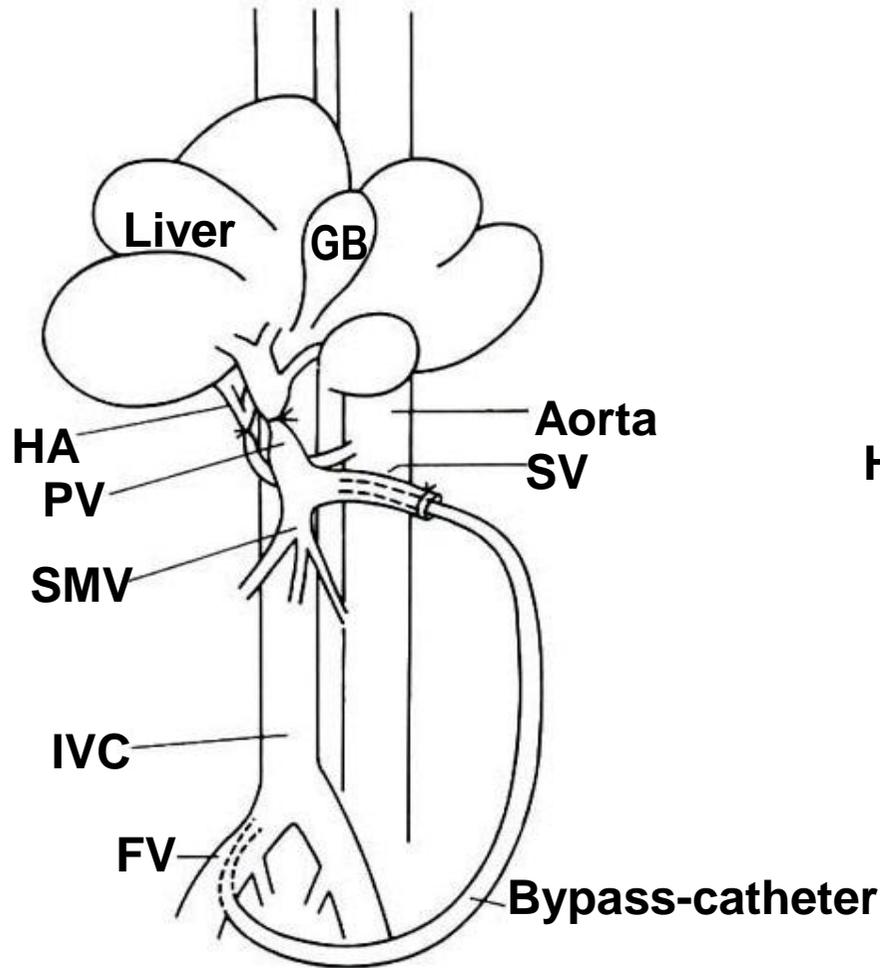
90 min



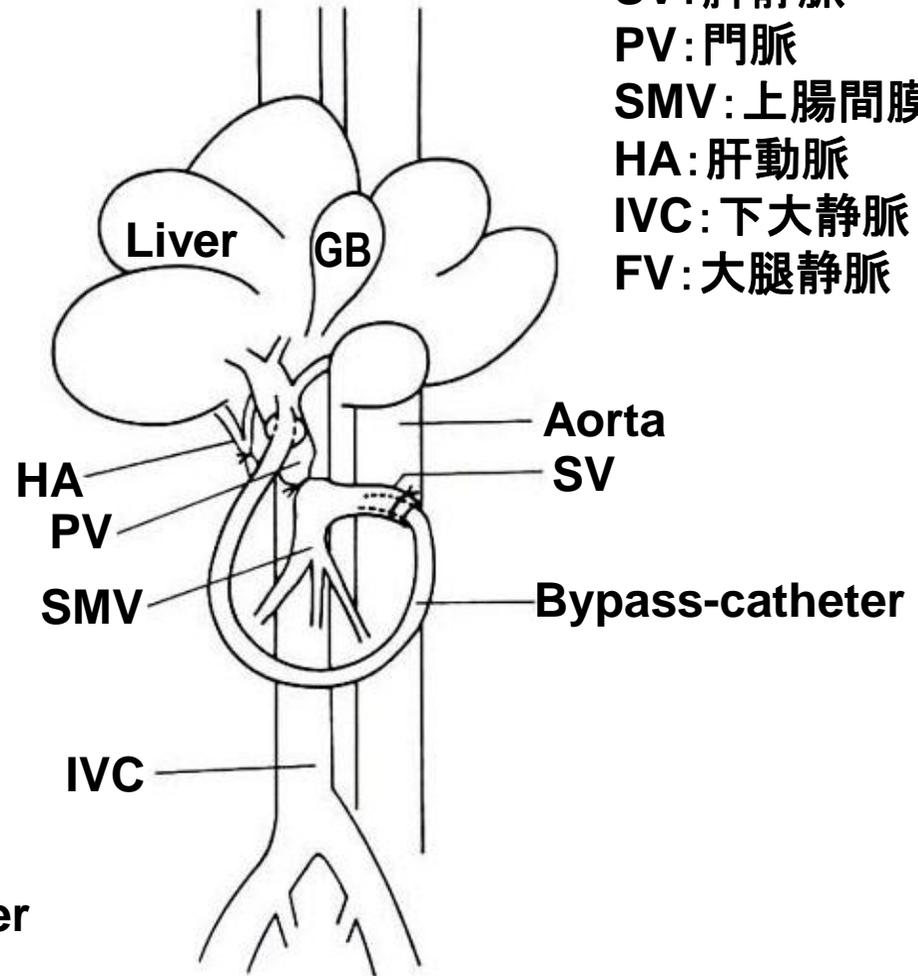
90 min ischemia and
60 min after reperfusion



Hepatic ischemia

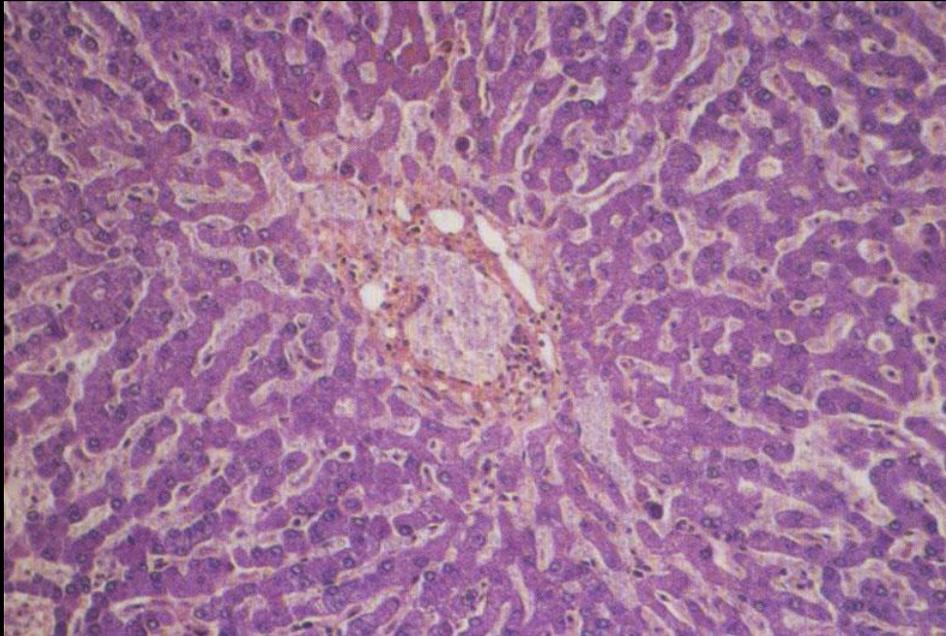


Bypass

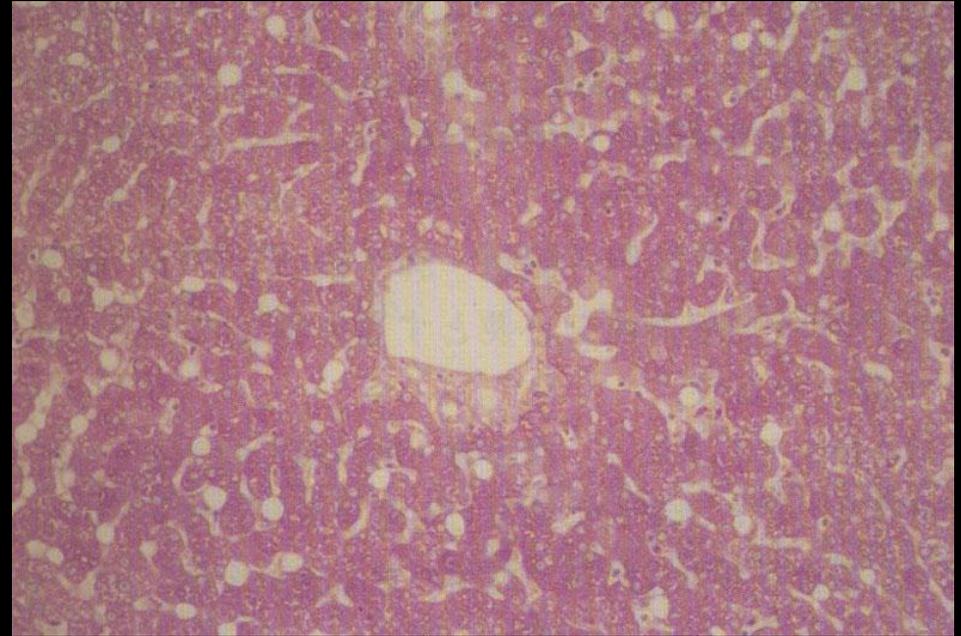


SV: 脾静脈
PV: 門脈
SMV: 上腸間膜静脈
HA: 肝動脈
IVC: 下大静脈
FV: 大腿静脈

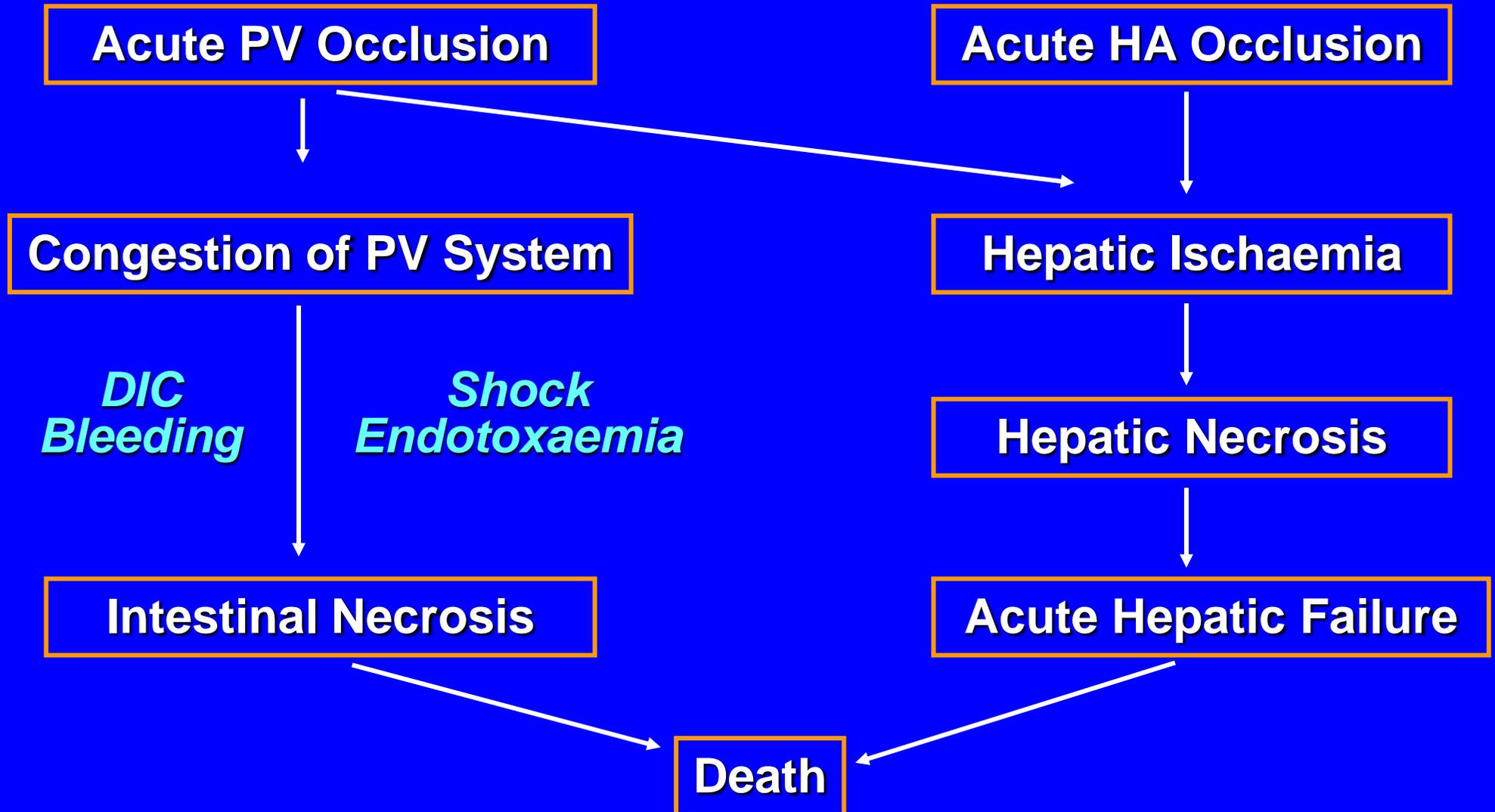
Hepatic ischemia (60 min)



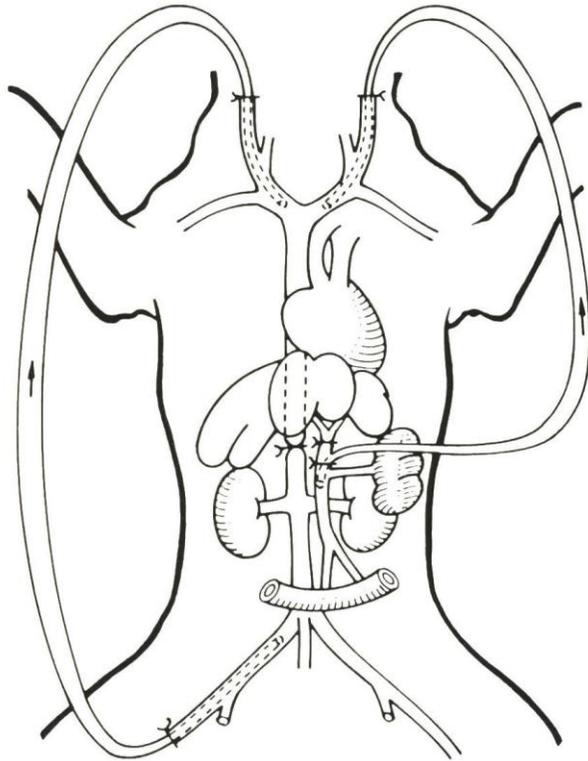
Bypass (60 min)



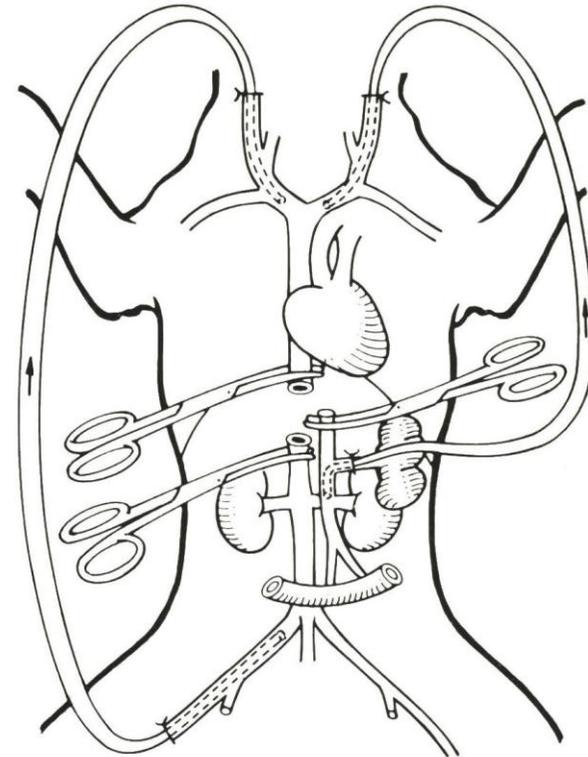
Problems in Portal Vein or Hepatic Artery Resection



Experimental orthotopic liver transplantation



Venous bypass method using the T1 tube from the IVC to the SVC and the T2 tube from the PV to the SVC in a dog.

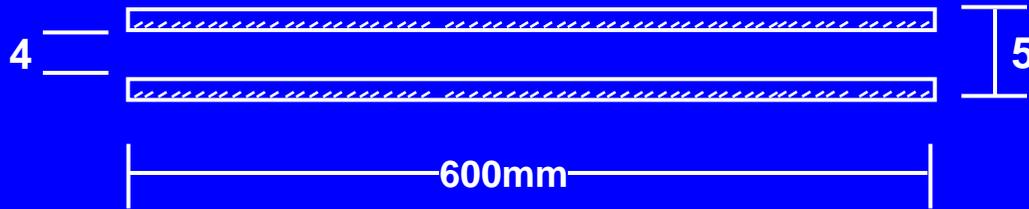


Venous bypass method using the T1 tube from the right FV to the right EJV, and the T2 tube from the SV to the left EJV during experimental liver transplantation.

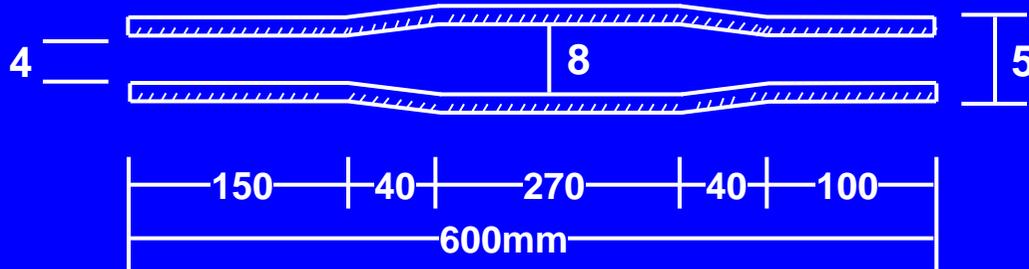
The three types of catheter

Correlation between the pressure difference across the catheter and the blood flow

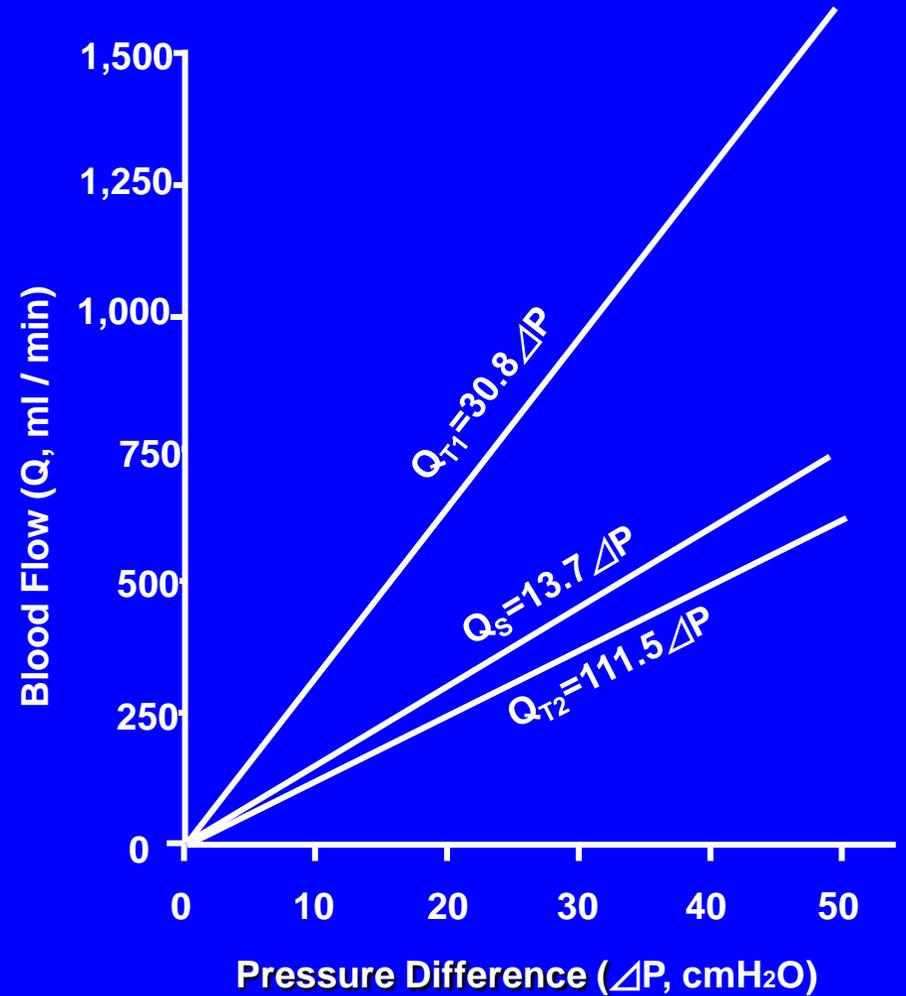
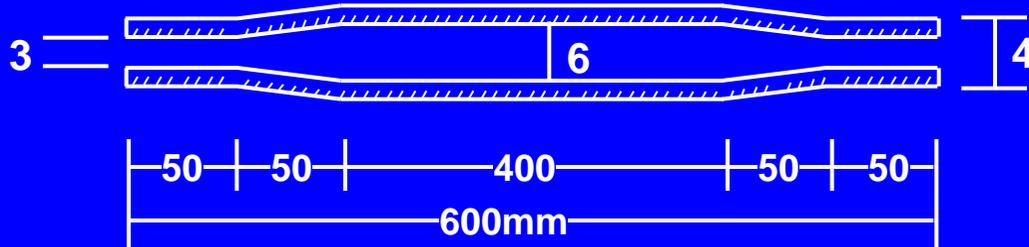
1. Straight Tube (S)



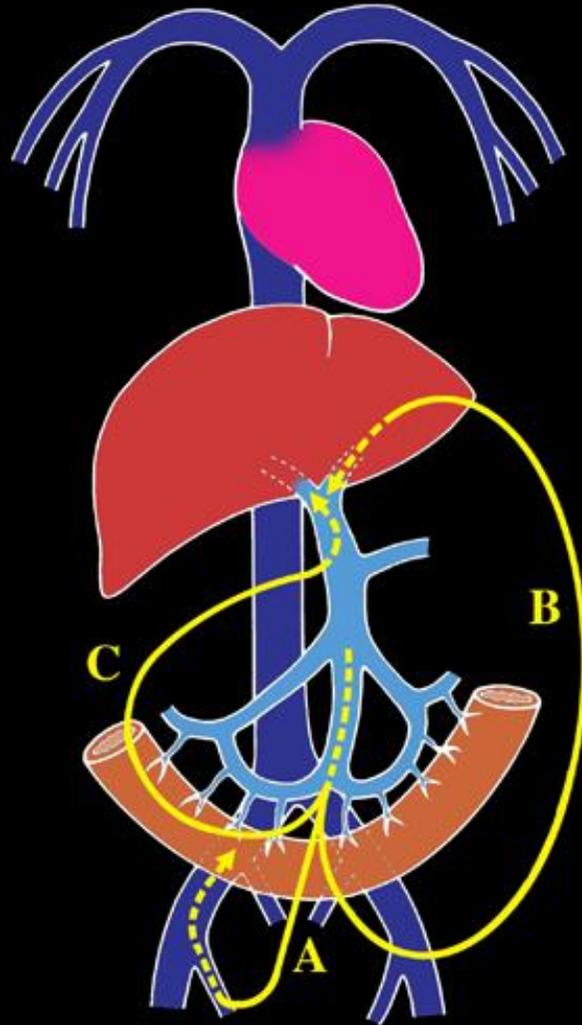
2. Tapered Tube (T1)



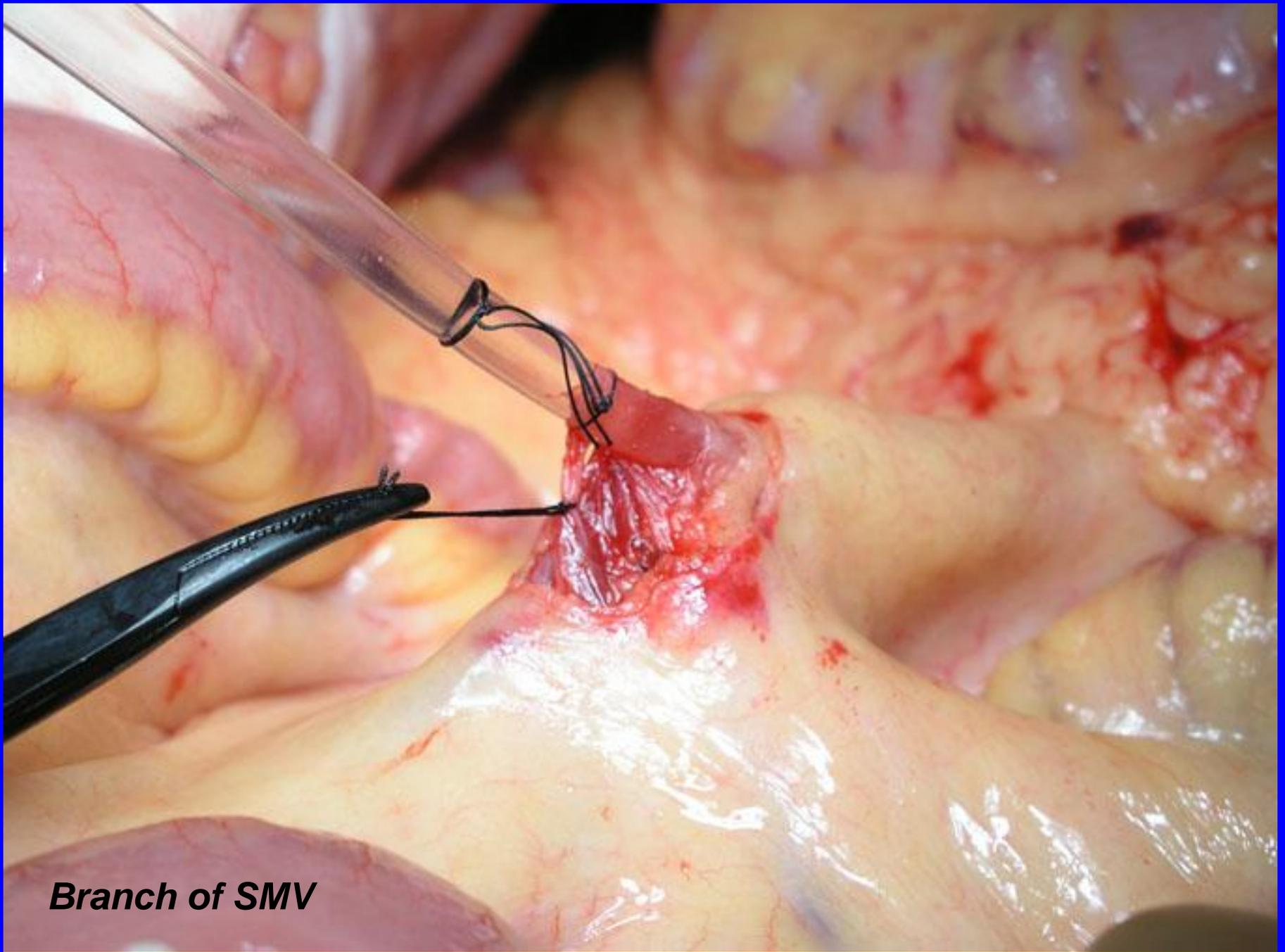
3. Tapered Tube (T2)



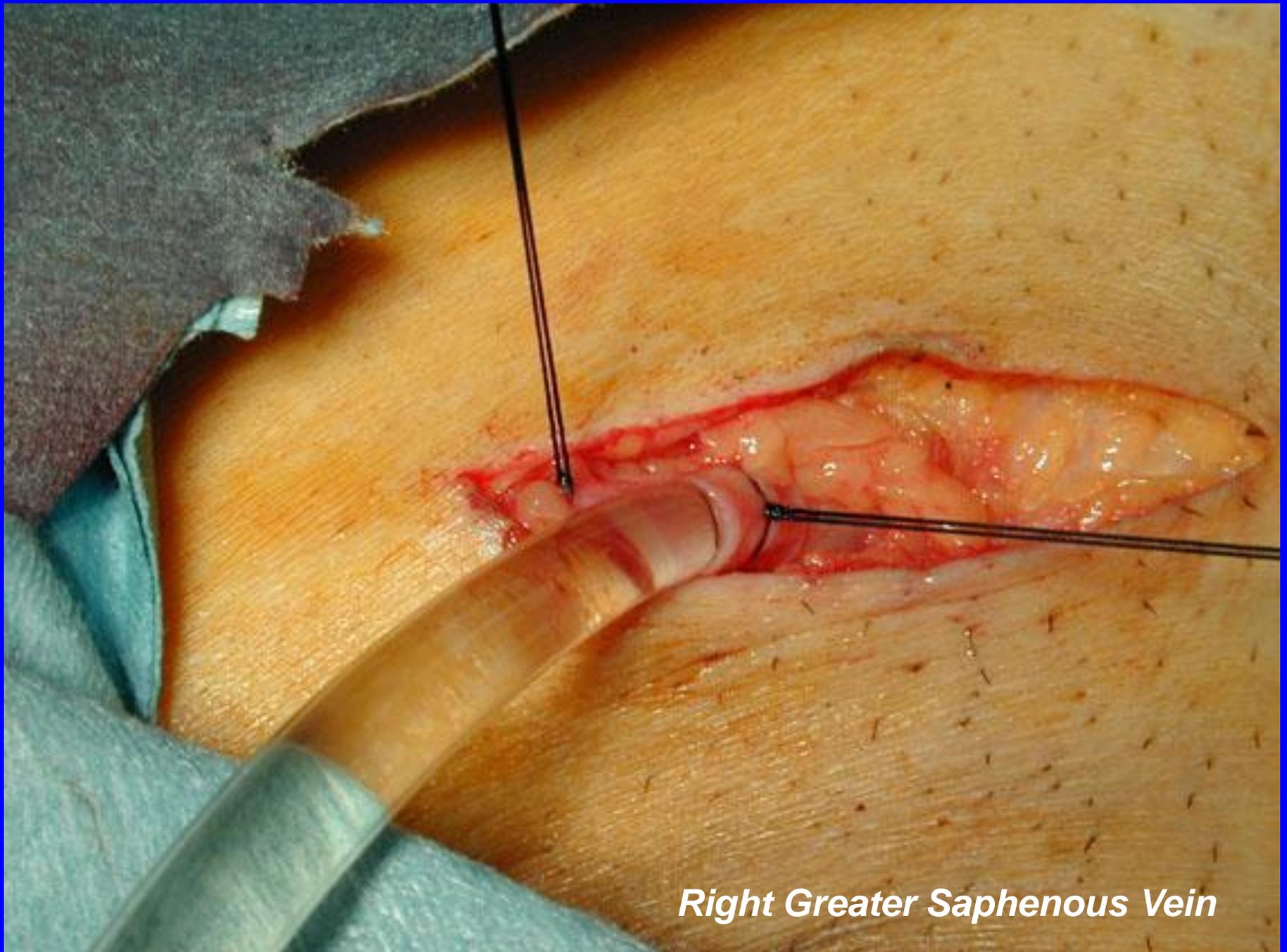
Catheter-Bypass of the Portal Vein



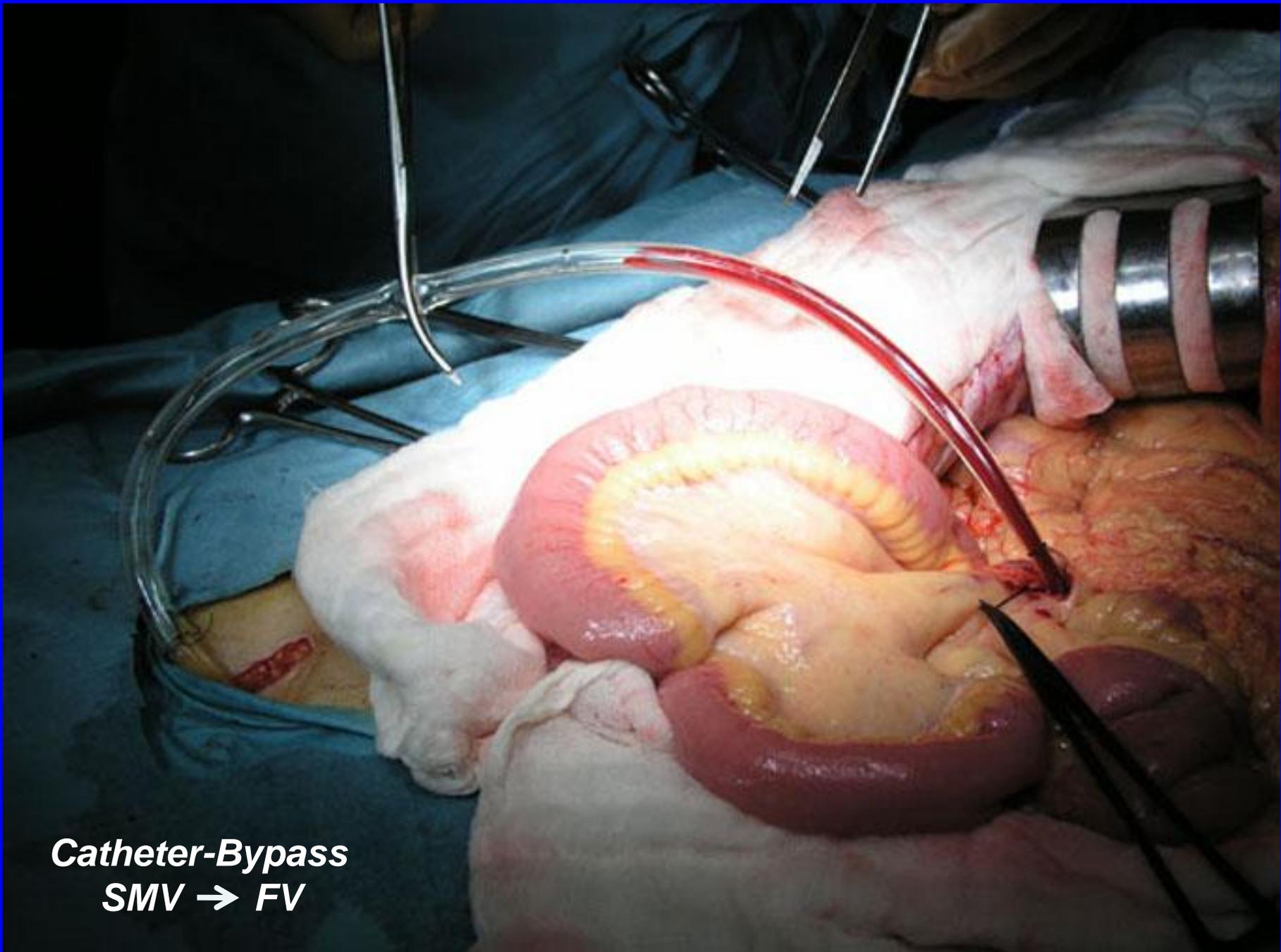
- A: Bypass between the mesenteric and femoral veins
- B: Bypass between the mesenteric and umbilical veins
- C: Bypass between the mesenteric and hepatic hilar portal veins



Branch of SMV

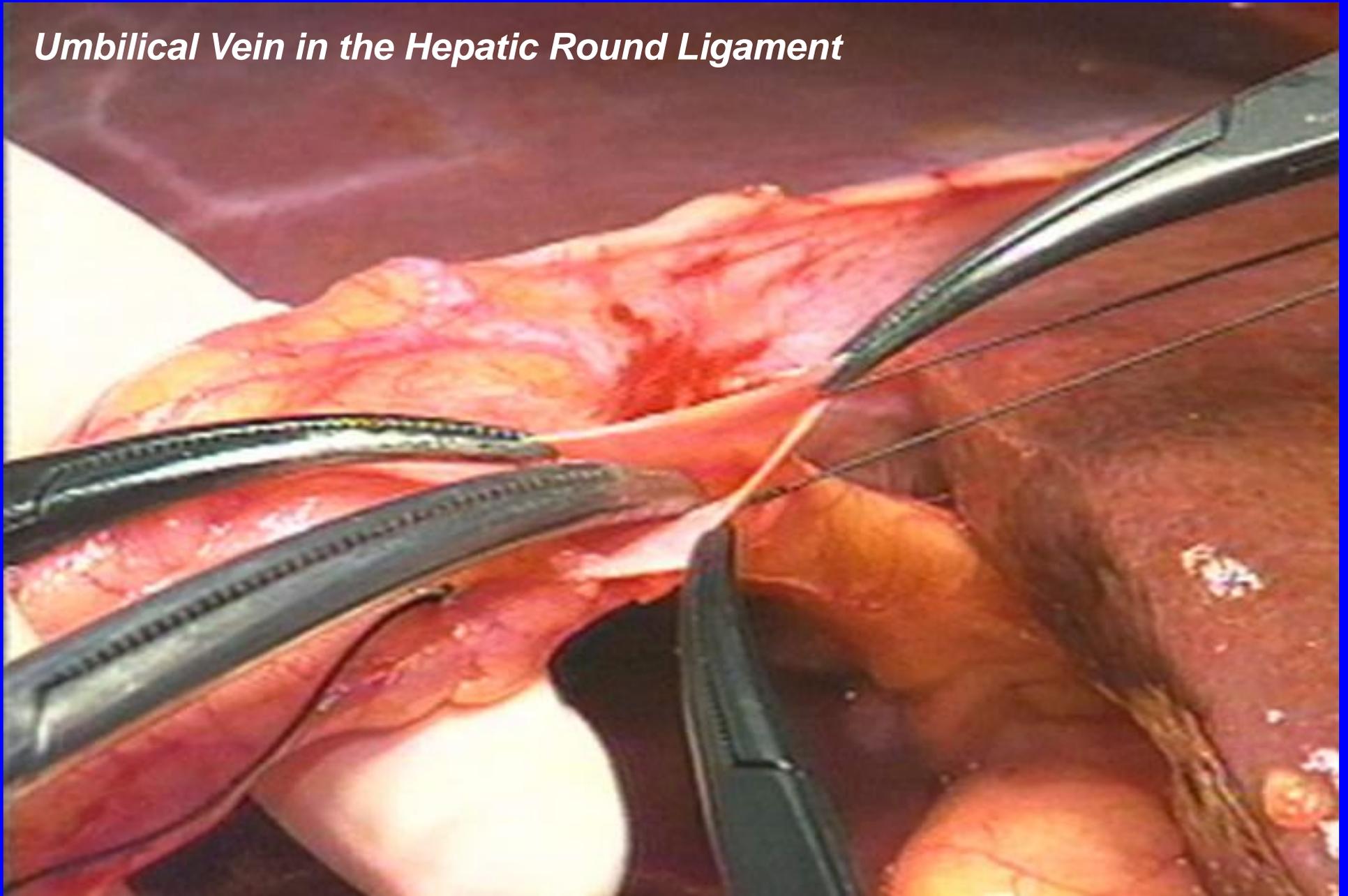


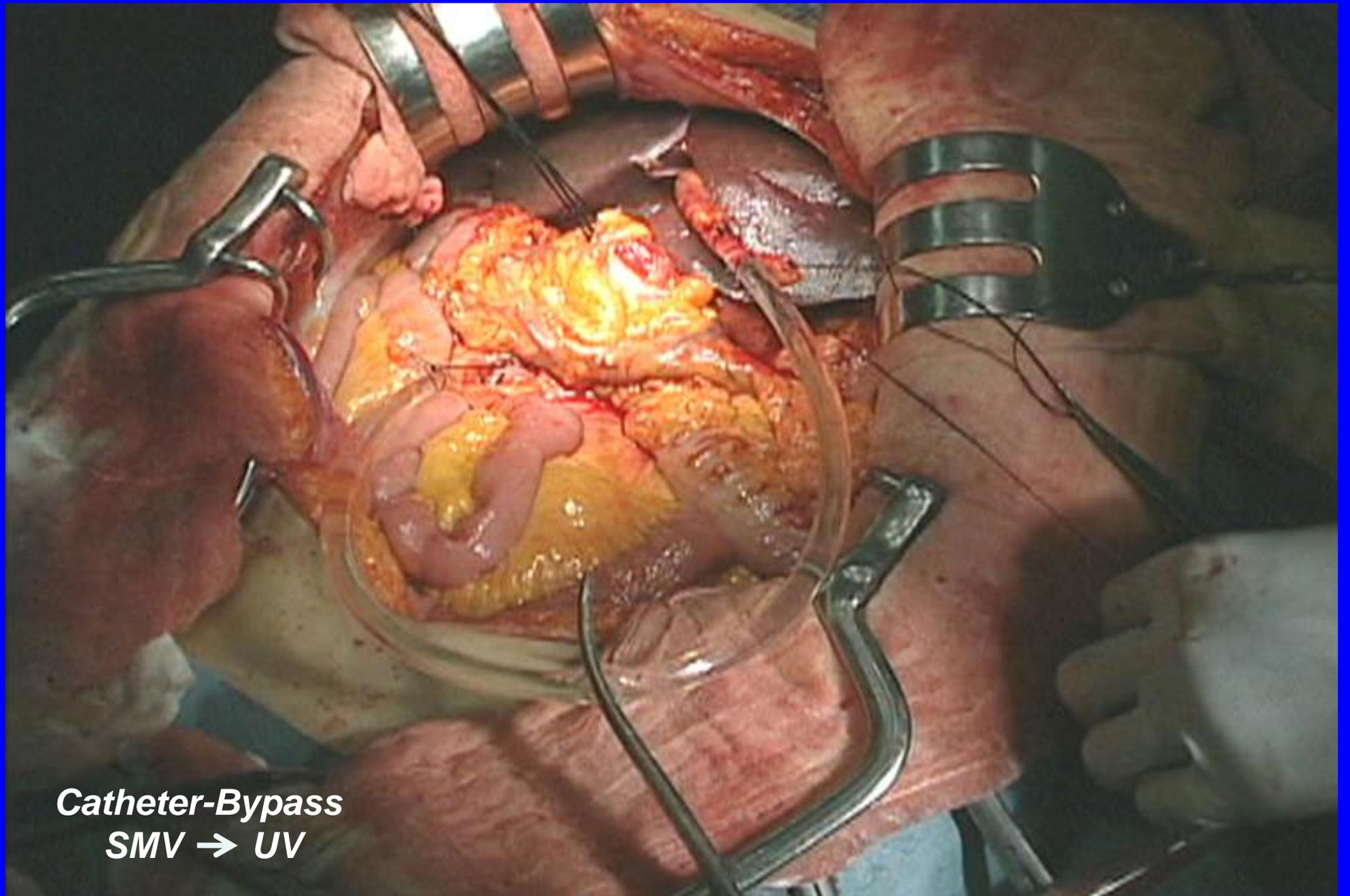
Right Greater Saphenous Vein



Catheter-Bypass
SMV → FV

Umbilical Vein in the Hepatic Round Ligament





Catheter-Bypass
SMV → UV



Three River Stadium (Pittsburgh)



Thomas E. Starzl

Fig. 6 Relationship between disease-free survival rates and DCP and AFP levels measured by the combination assay.

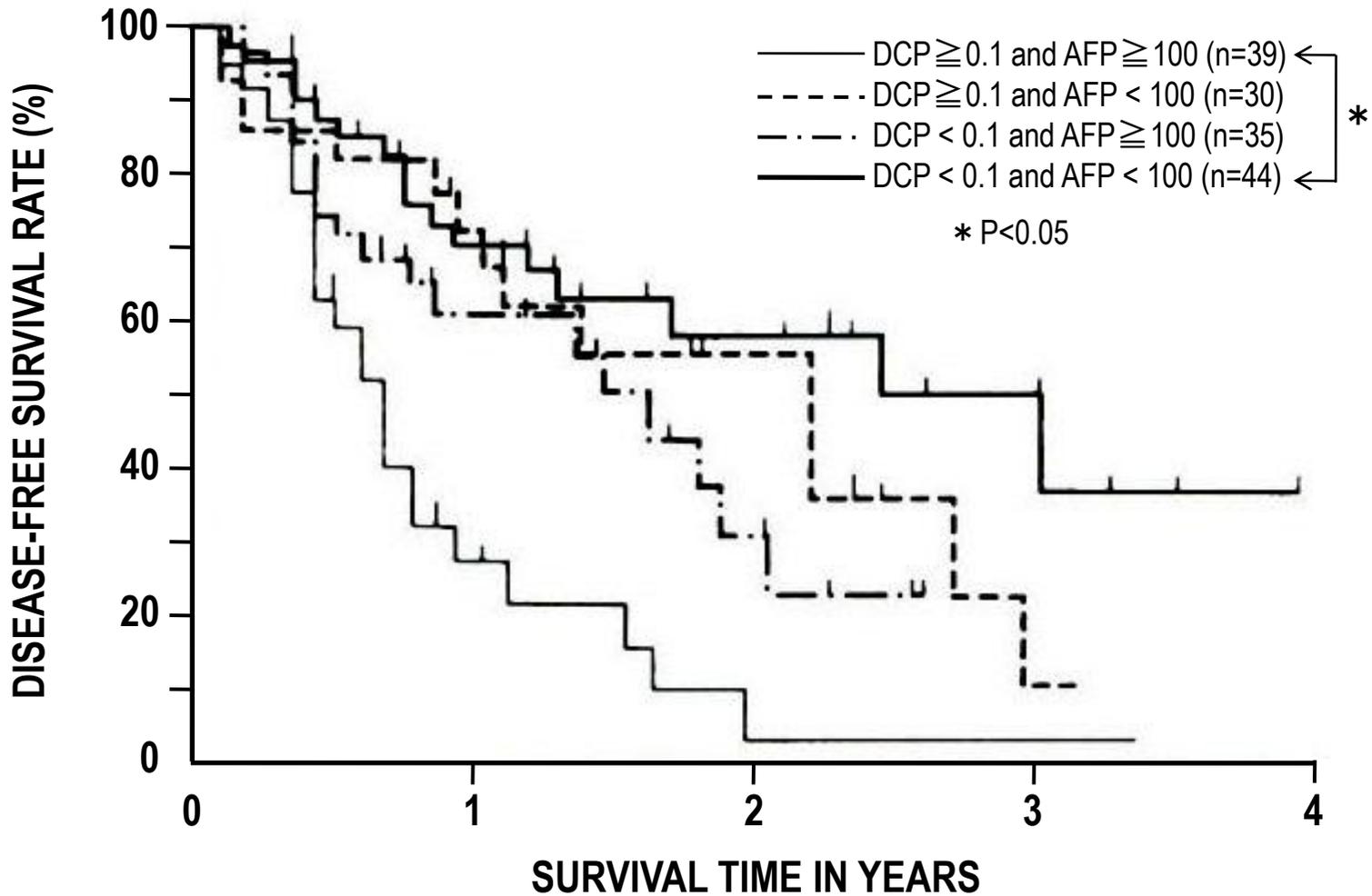


Fig. 2 Relationship between DCP and AFP levels in 31 patients with non-fibrolamellar hepatocellular carcinoma (nonFL-HCC) and 4 patients with fibrolamellar hepatocellular carcinoma (FL-HCC)

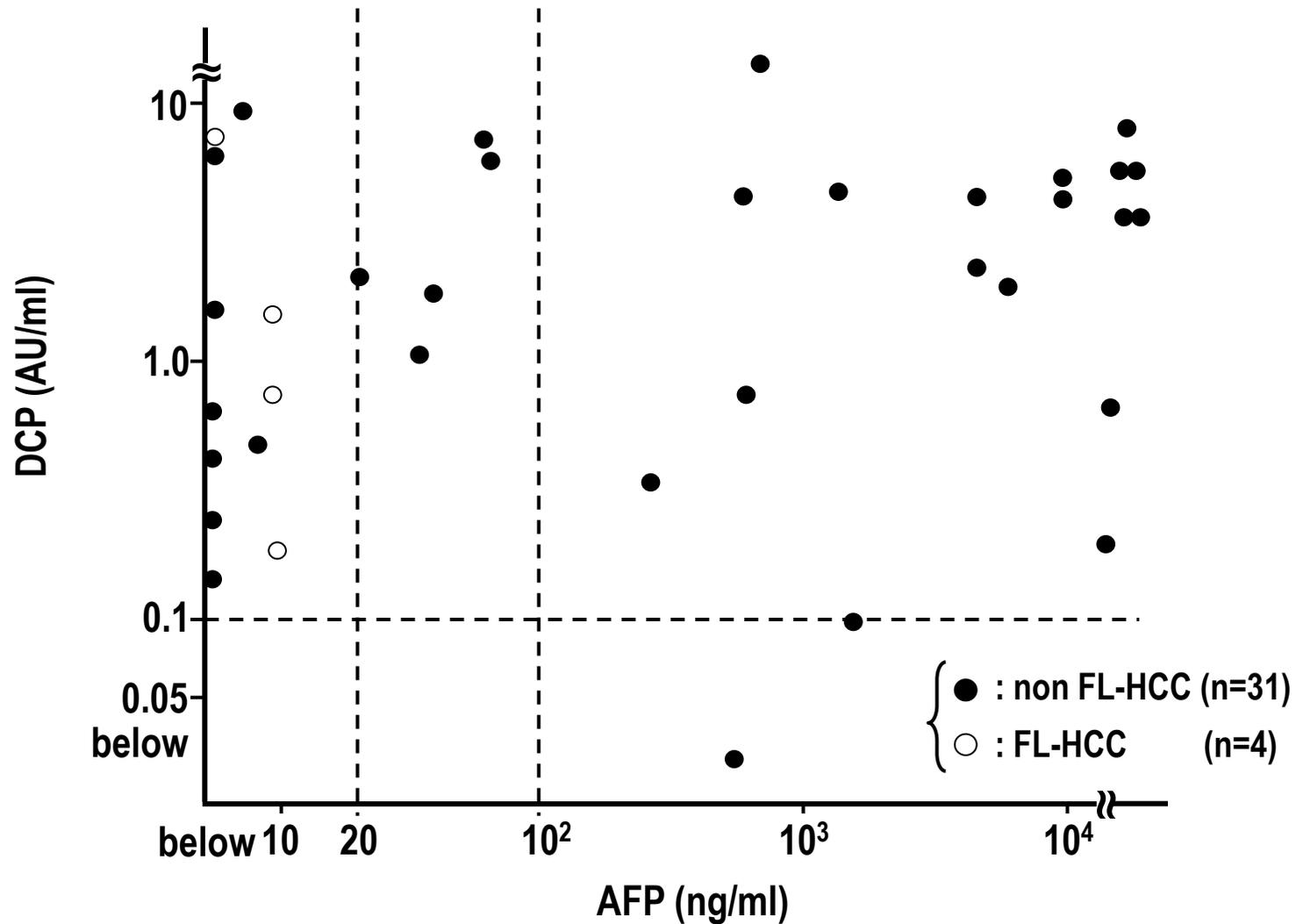


Fig. 2 Postoperative changes of the Normotest in liver transplant

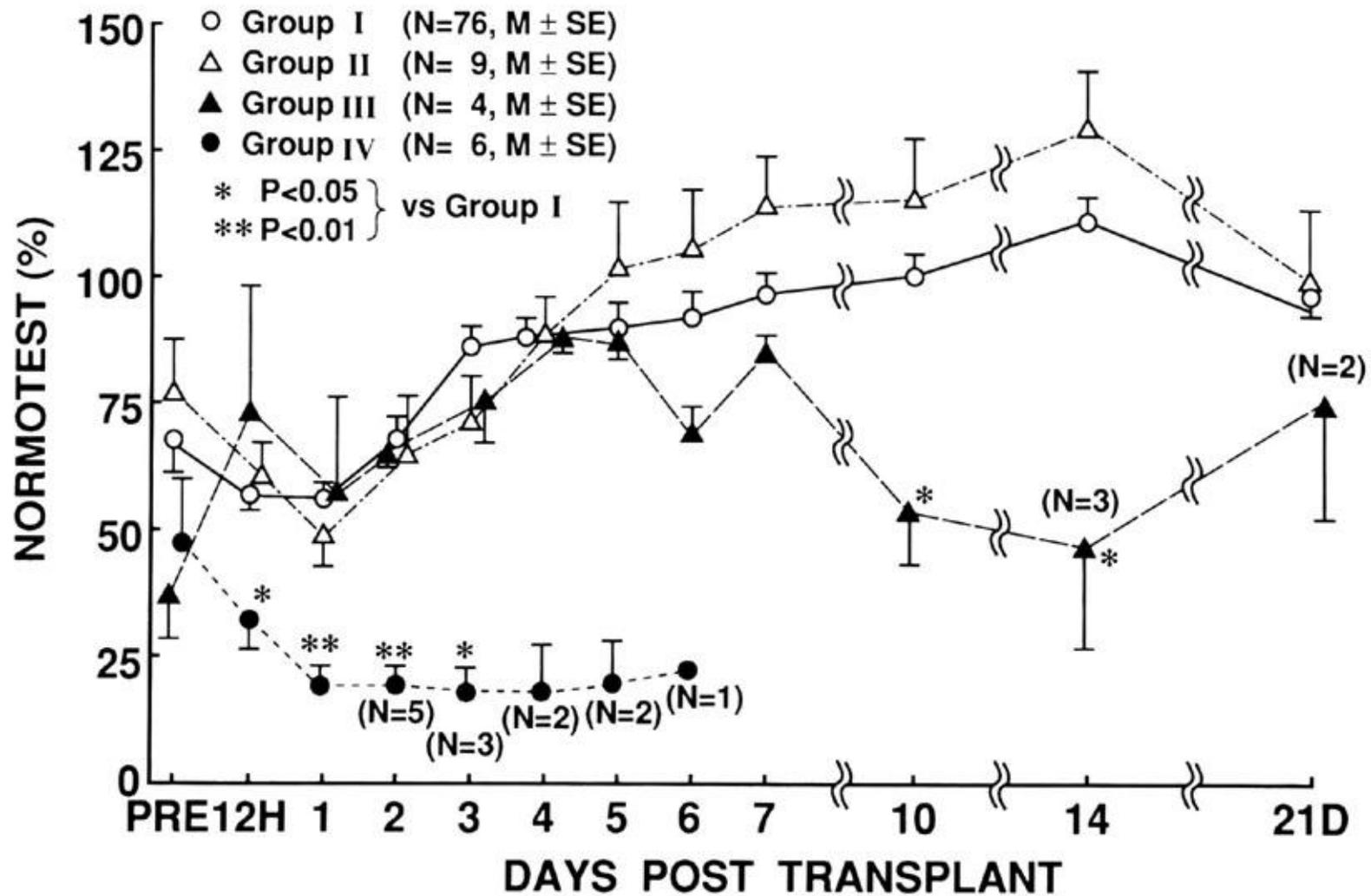
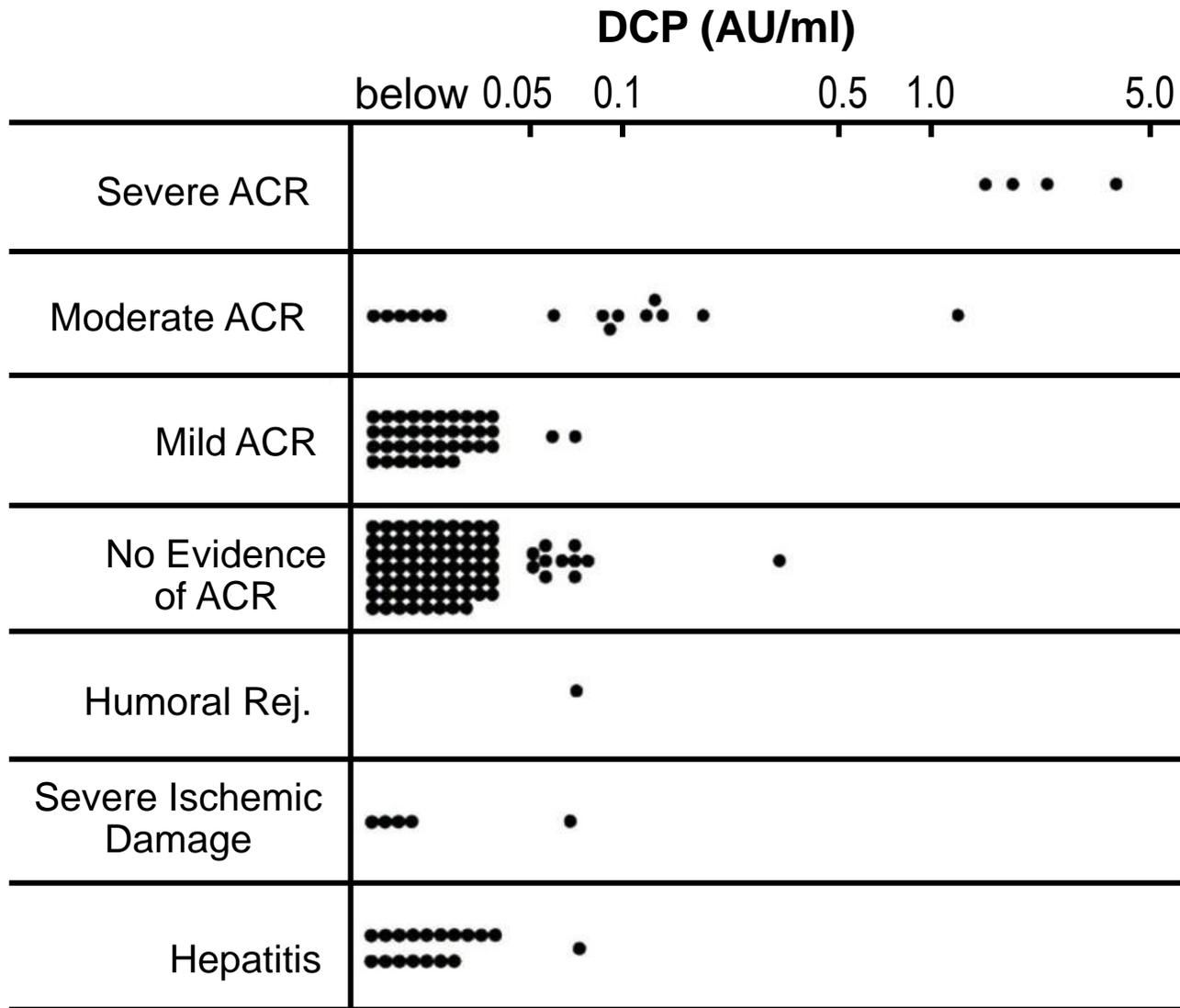
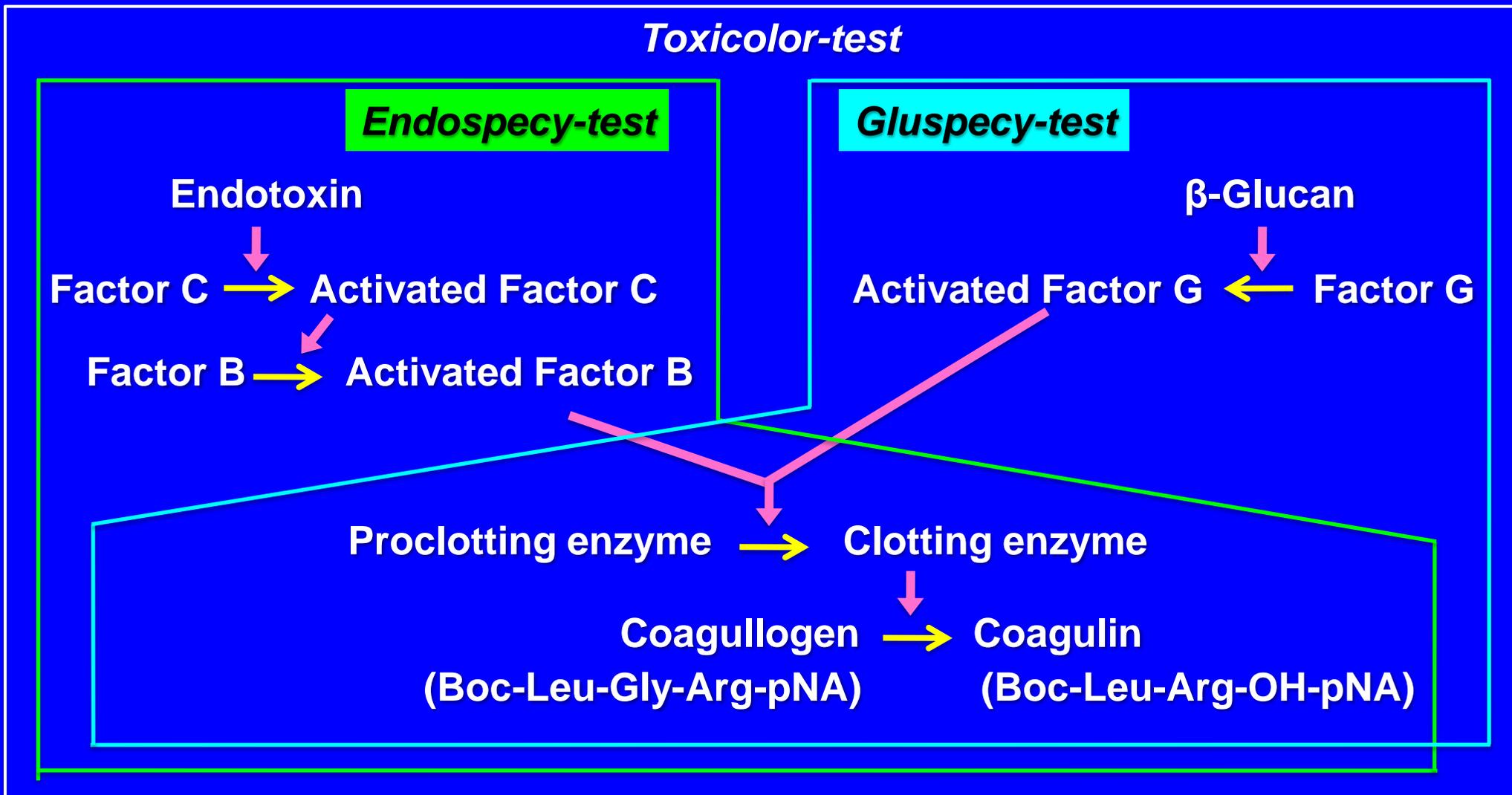


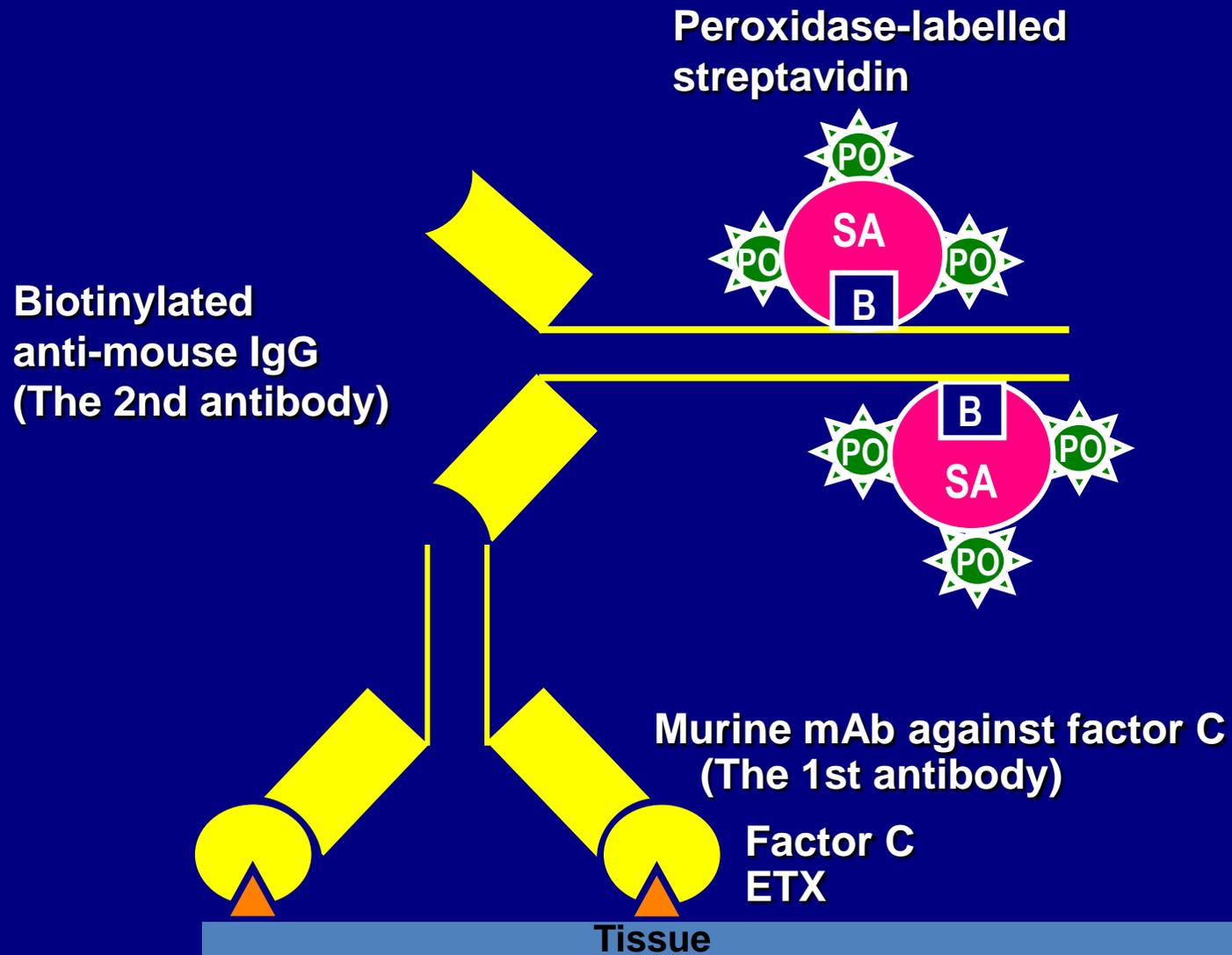
Fig. 6 Relationship between the histological diagnosis in 138 biopsy specimens from 91 patients and the plasma DCP level. (ACR: Acute cellular rejection).



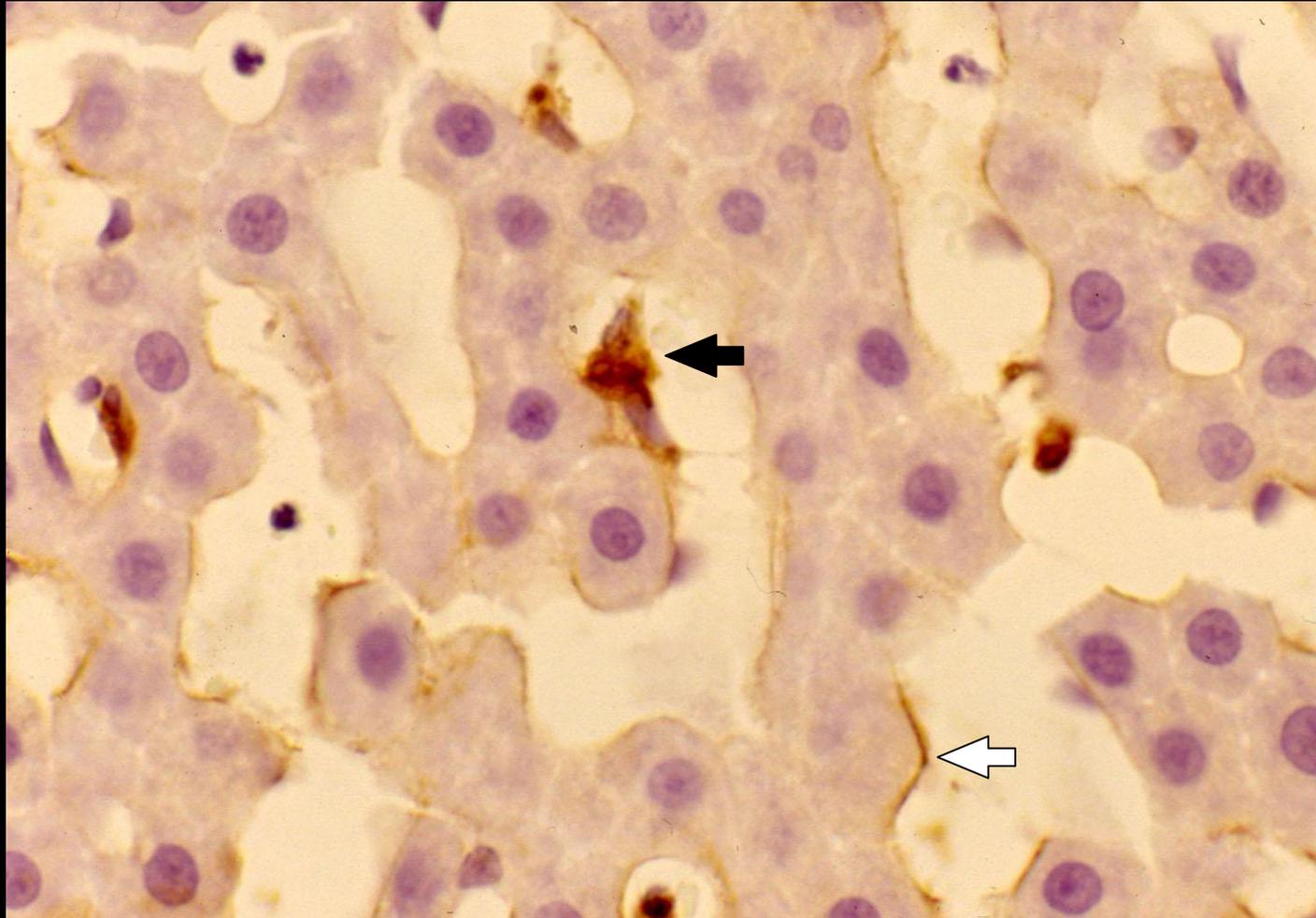
Mechanism of the chromogenic limulus test (Toxicolor test), the endotoxin-specific test (Endospecky test) and the glucan-specific test (Gluspecky test)



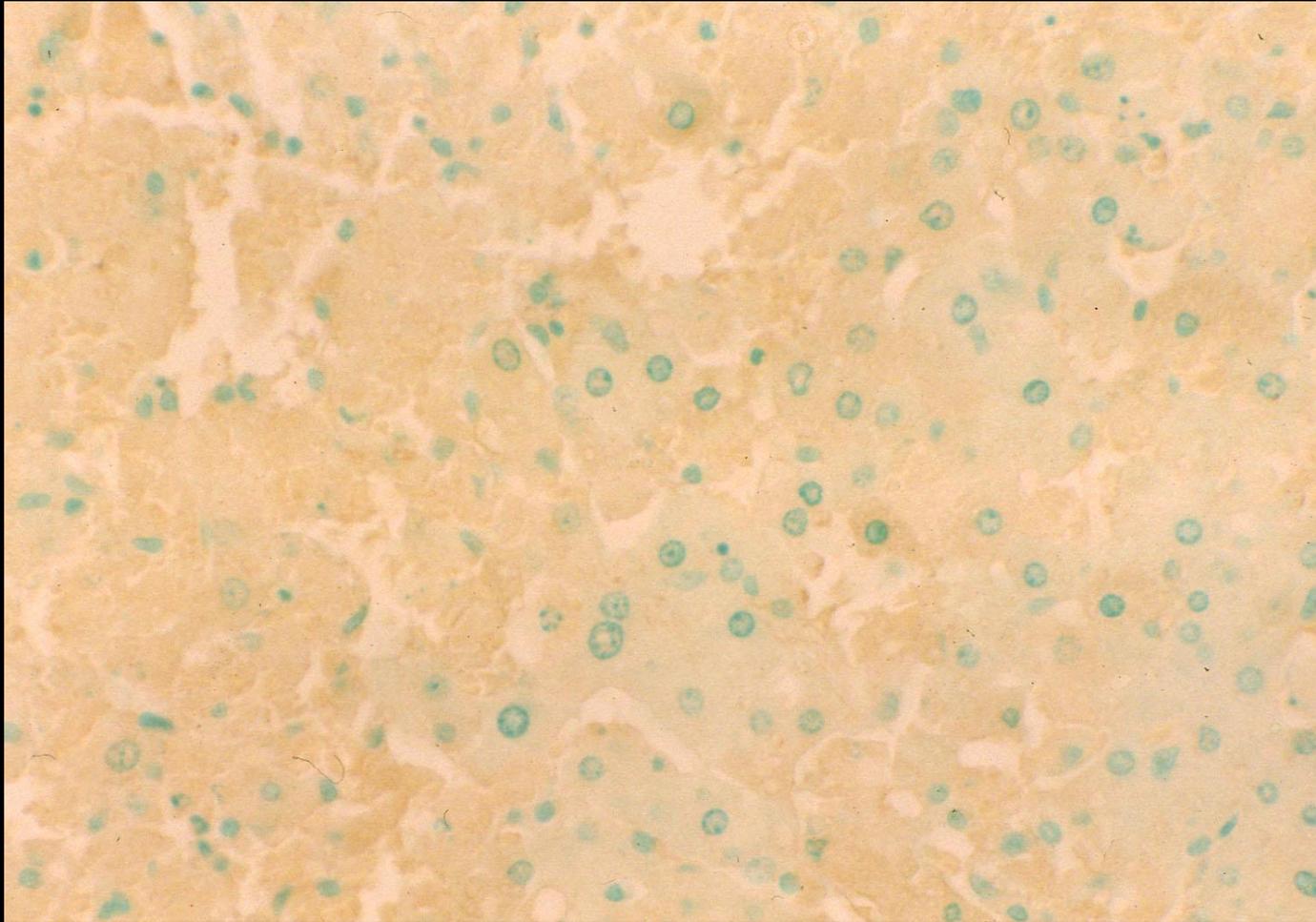
**Schema for the immunohistochemical detection of endotoxin (ETX).
B=Biotin; SA=strept-avidin; PO=peroxidase.**



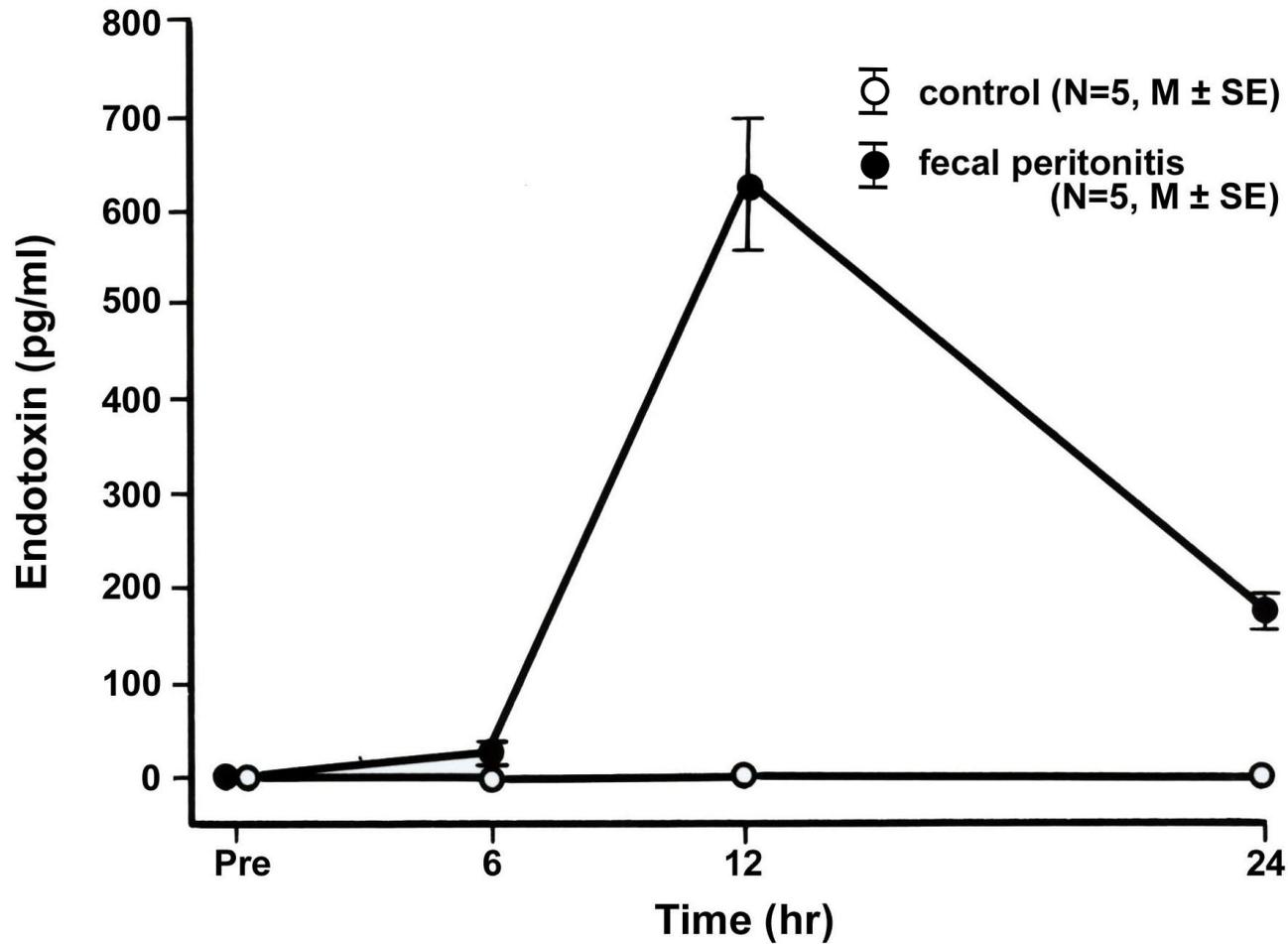
Immunohistochemical staining with factor C from control rat liver. Endotoxin was found in sinusoidal endothelial cells (open arrow) and Kupffer cells (filled arrow) 30 min after intravenous injection of endotoxin at 1 mg/kg (original magnification x 300).



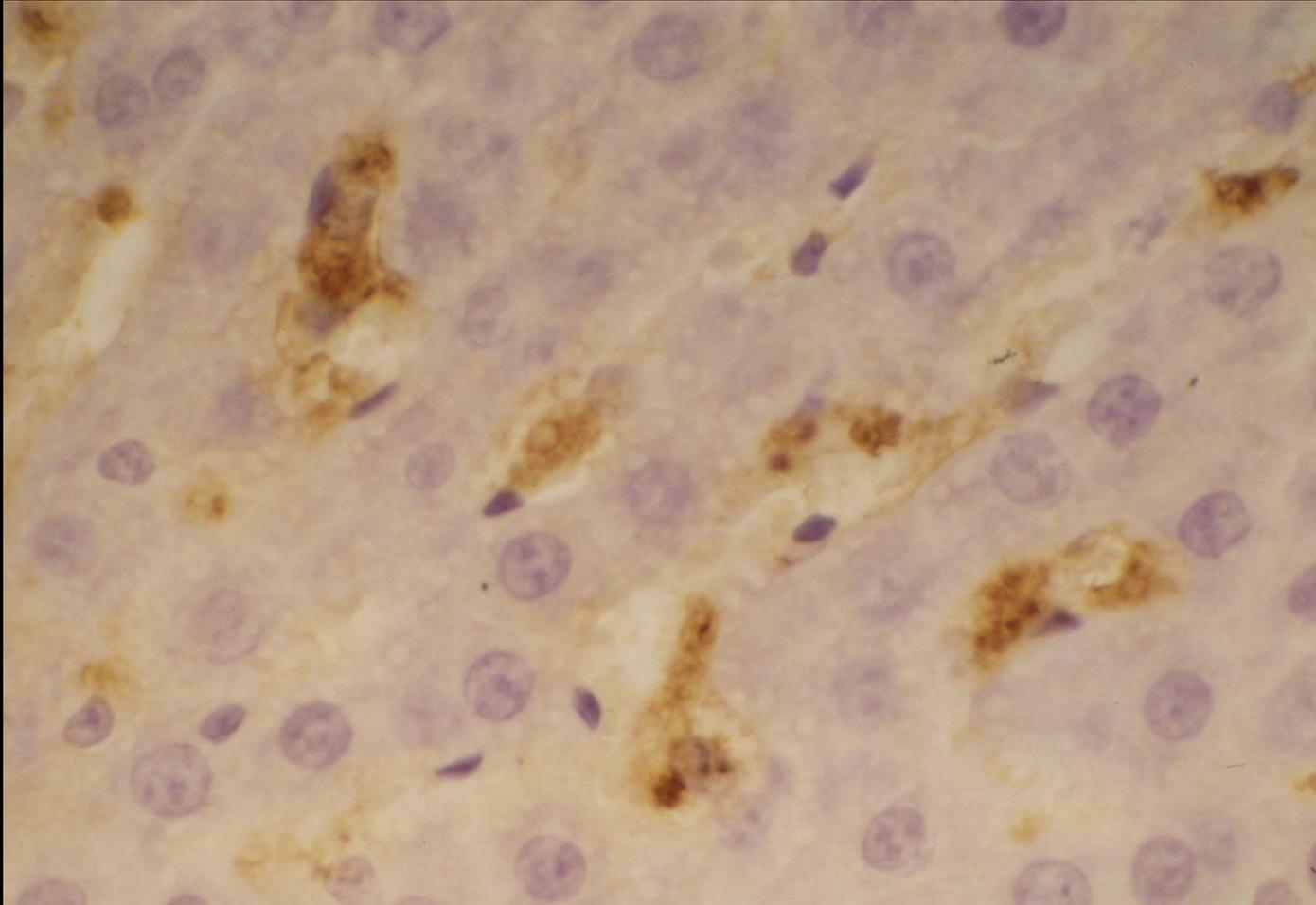
Immunohistochemical staining with factor C in rat liver from animals with D-galactosamine-induced liver failure. Endotoxin was faintly detectable in Kupffer cells (black arrow) 30 min after intravenous administration of endotoxin at 1 mg/kg (original magnification x 300).



Changes in the blood endotoxin level in each group



Endotoxin detected by immunohistochemical staining in the cytoplasm of swollen Kupffer cells in the sinusoidal wall of the liver. x 600.



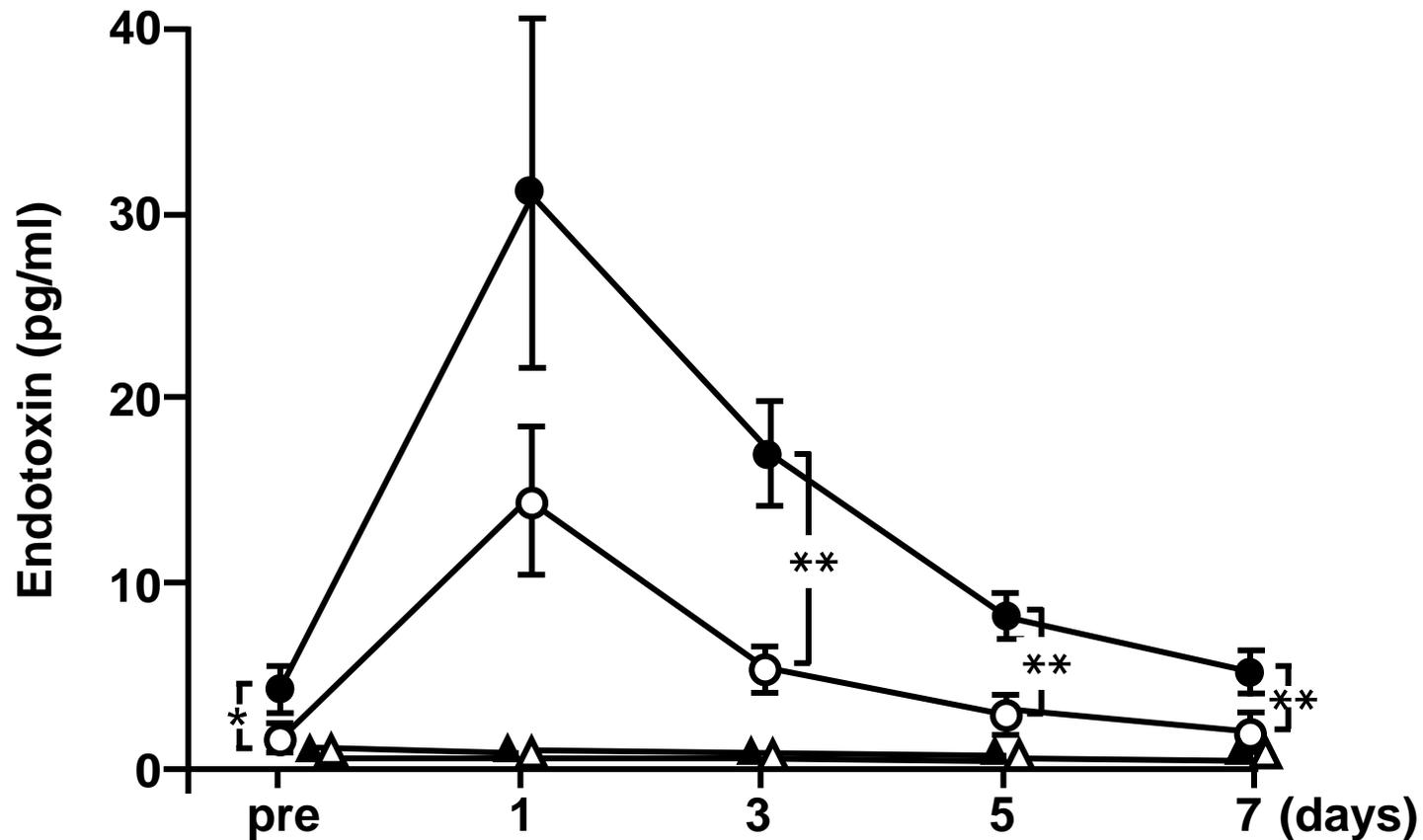


Figure 2. Changes in the endotoxin level as measured by the Toxicolor test and Endoscopy test after digestive surgery in cirrhotic and noncirrhotic patients. *Open circles*, Toxicolor test without liver cirrhosis (n=28, mean \pm SE); *closed circles*, Toxicolor test with liver cirrhosis (n=21, mean \pm SE); *open triangles*, Endoscopy test without liver cirrhosis (n=28, mean \pm SE); *closed triangles*, Endoscopy test with liver cirrhosis (n=21, mean \pm SE). * P <0.05; ** P <0.01

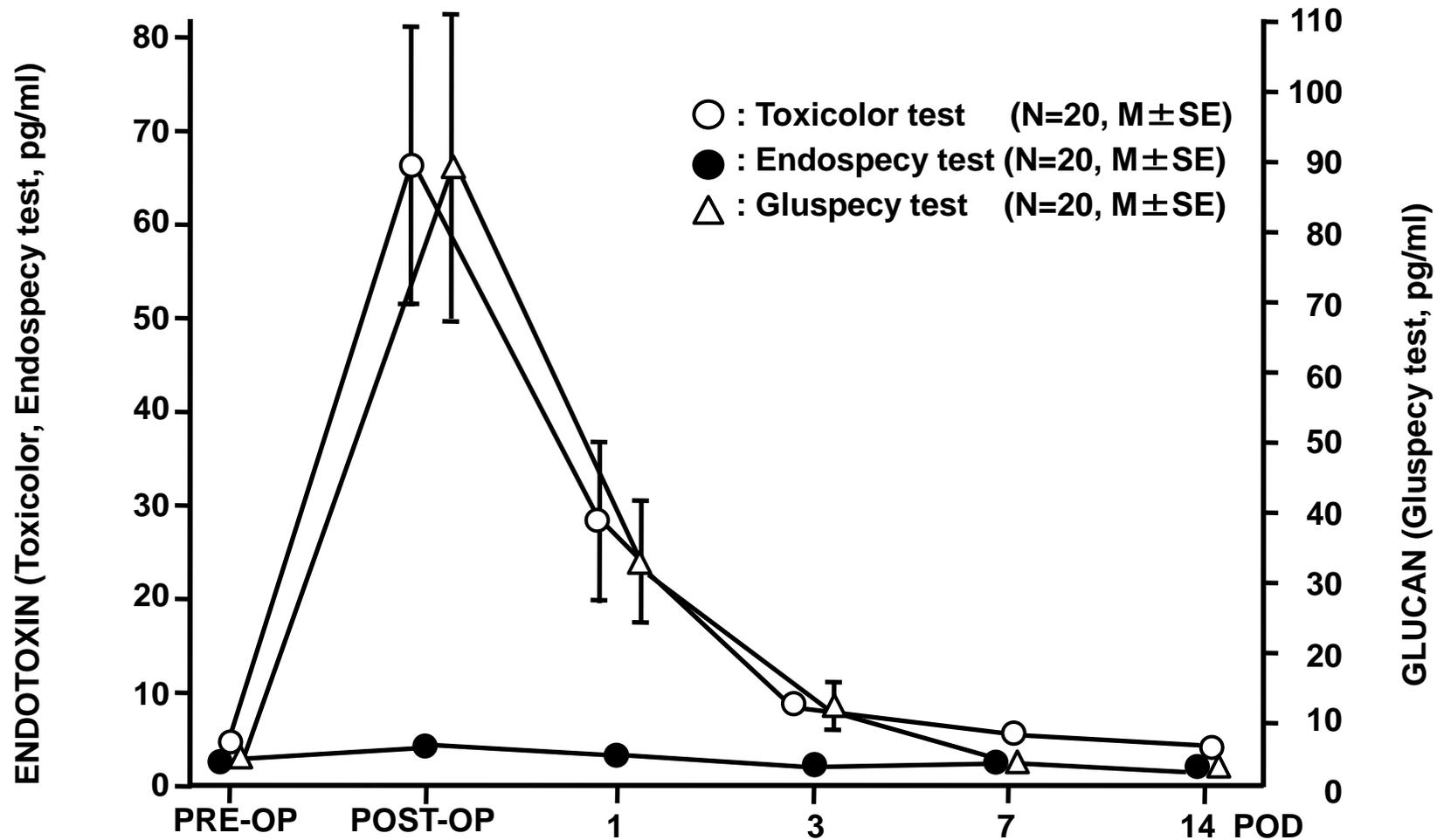


Figure 2. Changes in endotoxin and glucan concentrations measured by the Toxicolor test, Endospey test and Gluspey test after hepatic resection for hepatocellular carcinoma patients with cirrhosis (PRE-OP, pre-operation; POST-OP, post-operation; POD, post-operative days).

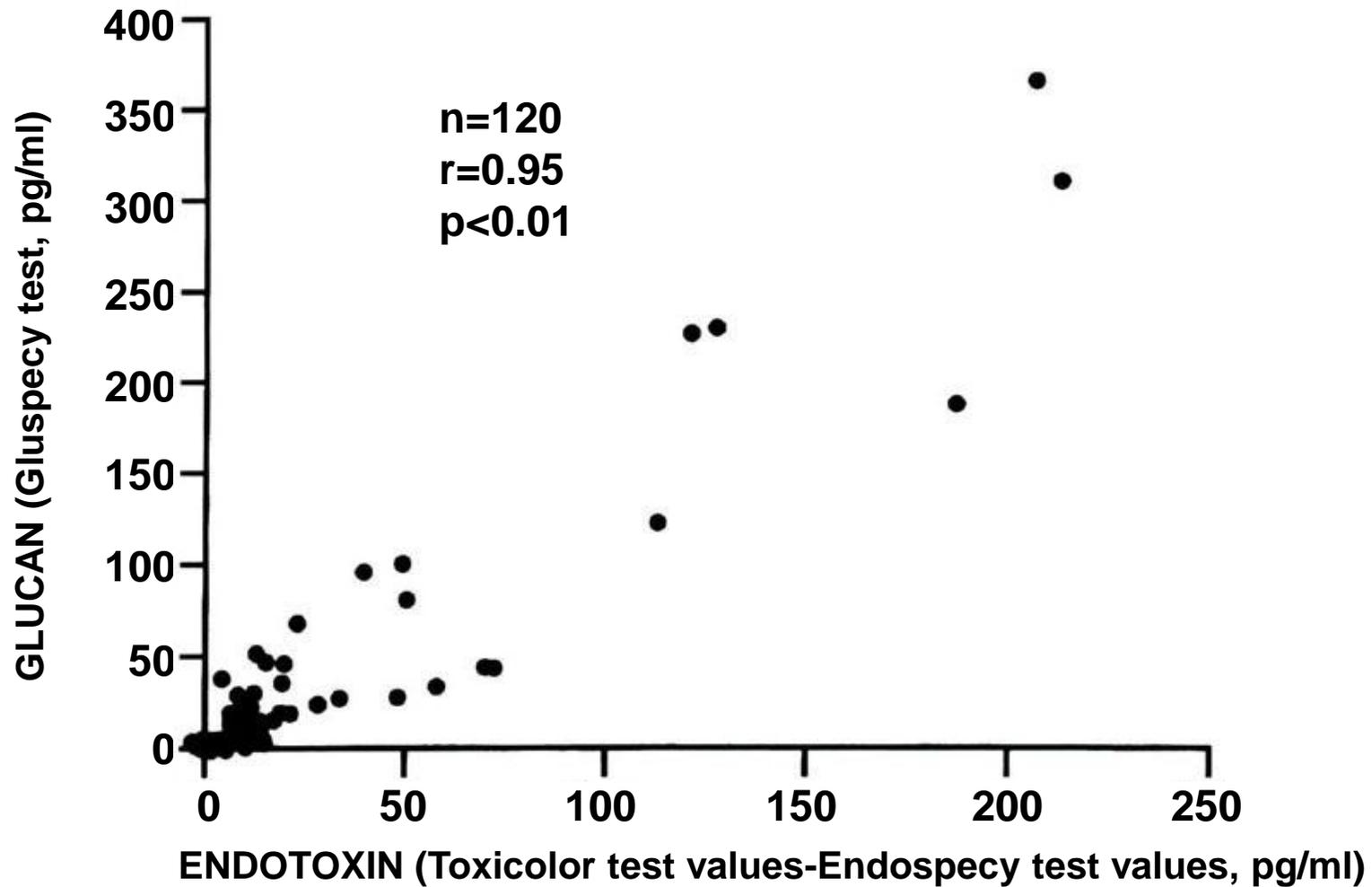


Figure 3. Correlation between the difference in Toxicolor and Endoscopy test values (Toxicolor test value minus Endospey test value) and glucan levels.

名大二外へ帰局後の臨床研究

1. 門脈圧亢進症の外科
2. 肝胆膵悪性腫瘍の外科
3. 肝移植
4. 膵腫瘍に対する新術式の提唱
 - 1) Isolated PD
 - 2) PHRSD
 - 3) MP
5. 膵癌に対する補助療法

My Clinical Studies

1. Portal hypertension
2. Hepatobiliary and pancreatic cancer surgery
3. Liver transplantation
4. New operative procedures for pancreatic cancer surgery
 - 1) Isolated PD
 - 2) PHRSD
 - 3) MP
5. Adjuvant therapy for pancreatic cancer surgery

膵臓外科30年の歩み

**30-Years Experience of
Pancreatic Surgery**

親水性ヘパリン化カテーテルによる門脈体循環バイパス法 —その術式と安全性—

中尾昭公※ 堀沢増雅※ 末永昌宏※ 山本隆男※ 近藤達平※
川瀬静男※※ 長岡昭二※※ 森 有一※※

Nakao, A., Horisawa, M., Suenaga, M., Yamamoto, T., Kondo, T., Kawase, S., Nagaoka, S. and Mori, Y. Temporal porta-systemic bypass with the use of the heparinized hydrophilic catheter. In five mongrel dogs, dynamic changes of blood coagulation and fibrinolytic activity after acute obstruction of the portal vein (Group I) were investigated. The heparinized hydrophilic catheter (Toray, H-RSD) was manufactured, with portal vein was bypassed between the femoral vein in five other dogs immediately after portal vein obstruction (PVO) (Group II), and blood coagulation and fibrinolytic activity were compared with Group I. In Group I, acceleration of both intrinsic and extrinsic coagulation occurred in portal blood and apparent DIC occurred in portal blood ten minutes after PVO. All dogs of Group I died within average 105 minutes after changes of blood coagulation and fibrinolytic activity were observed. On internal surface of the catheter, no thrombotic formation was noted. With the use of bypass procedure by this catheter, portal vein shut-down is performed safely for fairly long period during operation. Indication of this catheter is recommended broadly in hepatobiliary and pancreatic surgery.

Keywords Porta-systemic bypass, catheter-bypass, H-RSD, Portal vein obstruction, DIC.

Jpn. J. Artif. Organs 11(6), 962-965 (1982)

手術手技

腸間膜静脈大腿静脈カテーテルバイパス法
による門脈合併痔全摘術

中尾昭公*

堀沢増雅*

近藤達平*

安藤久實**

岸本若彦***

市原 透***

酒向 猛***

滝本 一***

伊藤信孝***

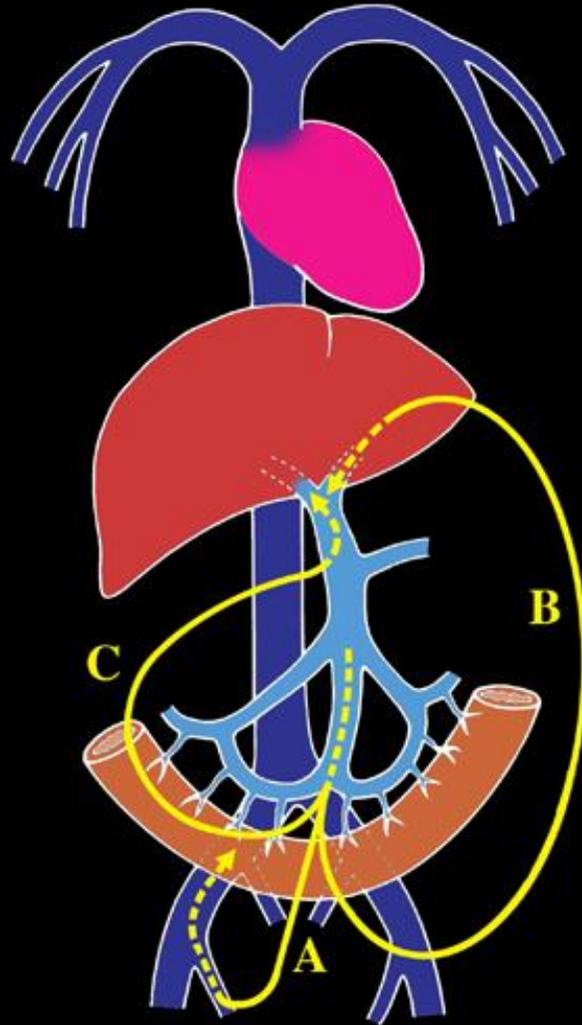
抗血栓性カテーテルと新しい膵癌根治術

中尾昭公 近藤達平

Nakao, A. and Kondo, T. New technique of radical pancreatectomy with the use of the heparinized hydrophilic bypass-catheter of the portal vein. Because of invasion of the pancreatic cancer into surrounding tissue, especially into portal vein, at the time of diagnosis, curable resection of the pancreatic cancer has been rarely indicated. However, with the use of anti-thrombotic catheter (Toray, H-RSD) bypassing portal vein and systemic vein during operation, congestion of superior mesenteric vein (SMV) is prevented for considerably long period and curable total pancreatectomy accompanying portal vein resection is performed without difficulty. Our current technique of the total pancreatectomy for pancreatic cancer is following. Peritoneal cavity is entered by uppermidline incision and the heparinized hydrophilic catheter is placed between one of the branches of the SMV and the greater saphenous vein. Before any manipulation of the pancreas, the gastroduodenal and splenic arteries are ligated, then the portal and SM veins are ligated simultaneously just above and below the pancreas. Then total pancreatectomy accompanying portal vein resection is performed. Portal vein is reconstructed by end-to-end anastomosis, and reconstruction of the alimentary tract is retrocolic gastrojejunostomy and choledochojejunostomy (Imanaga I method). By this technique, respectability has been improving and, furthermore, improvement of survivals or curability will be expected. **Keywords** Pancreatic cancer, Catheter-bypass, H-RSD, Portal vein resection, Radical pancreatectomy.

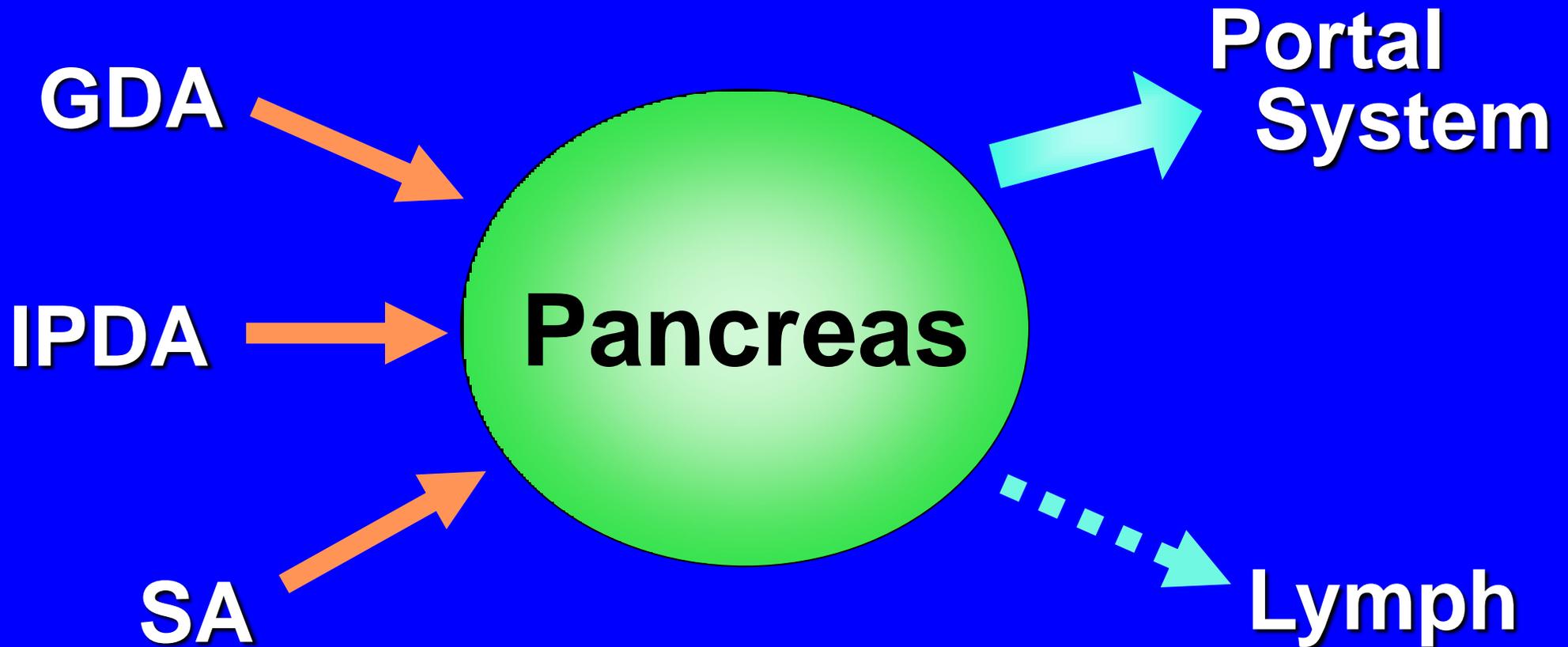
Jpn. J. Artif. Organs 12(2), 697-700 (1983)

Catheter-Bypass of the Portal Vein



- A: Bypass between the mesenteric and femoral veins
- B: Bypass between the mesenteric and umbilical veins
- C: Bypass between the mesenteric and hepatic hilar portal veins

Blood Supply for Pancreas

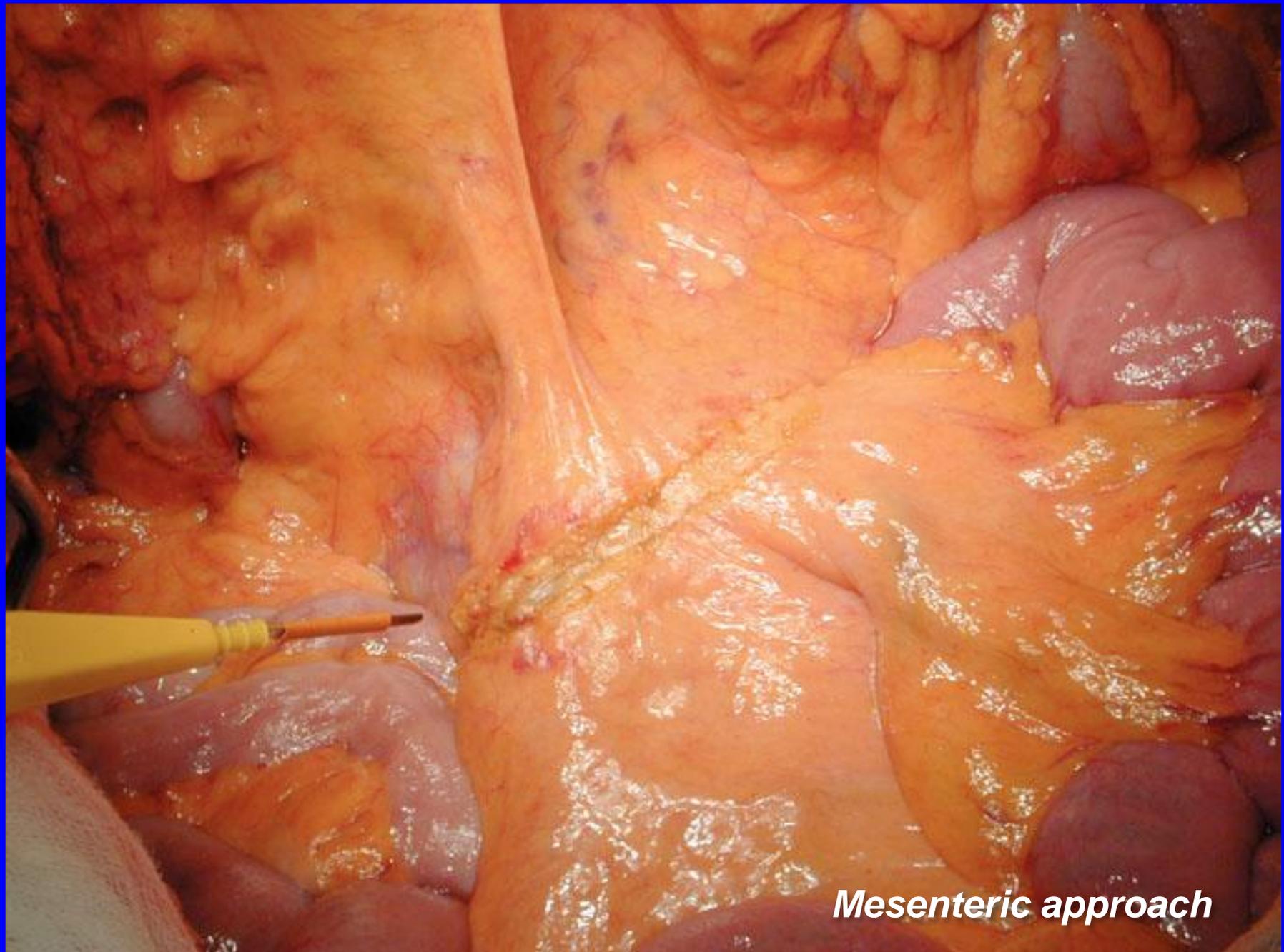


**Cancer surgery for pancreatic cancer:
Isolated pancreatectomy**

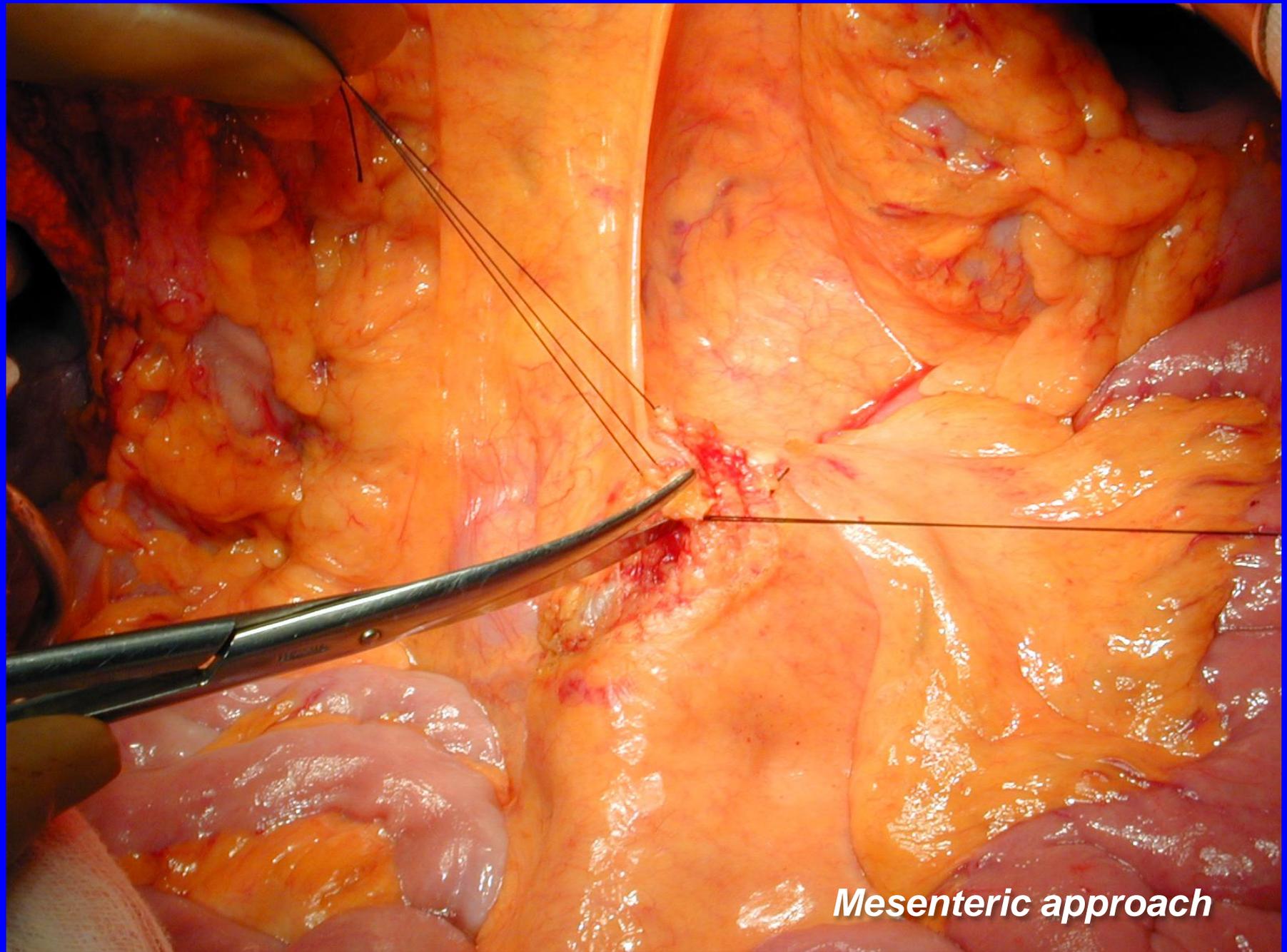
**en bloc pancreatoduodenectomy under
non–touch isolation technique**

Isolated PD with PV resection

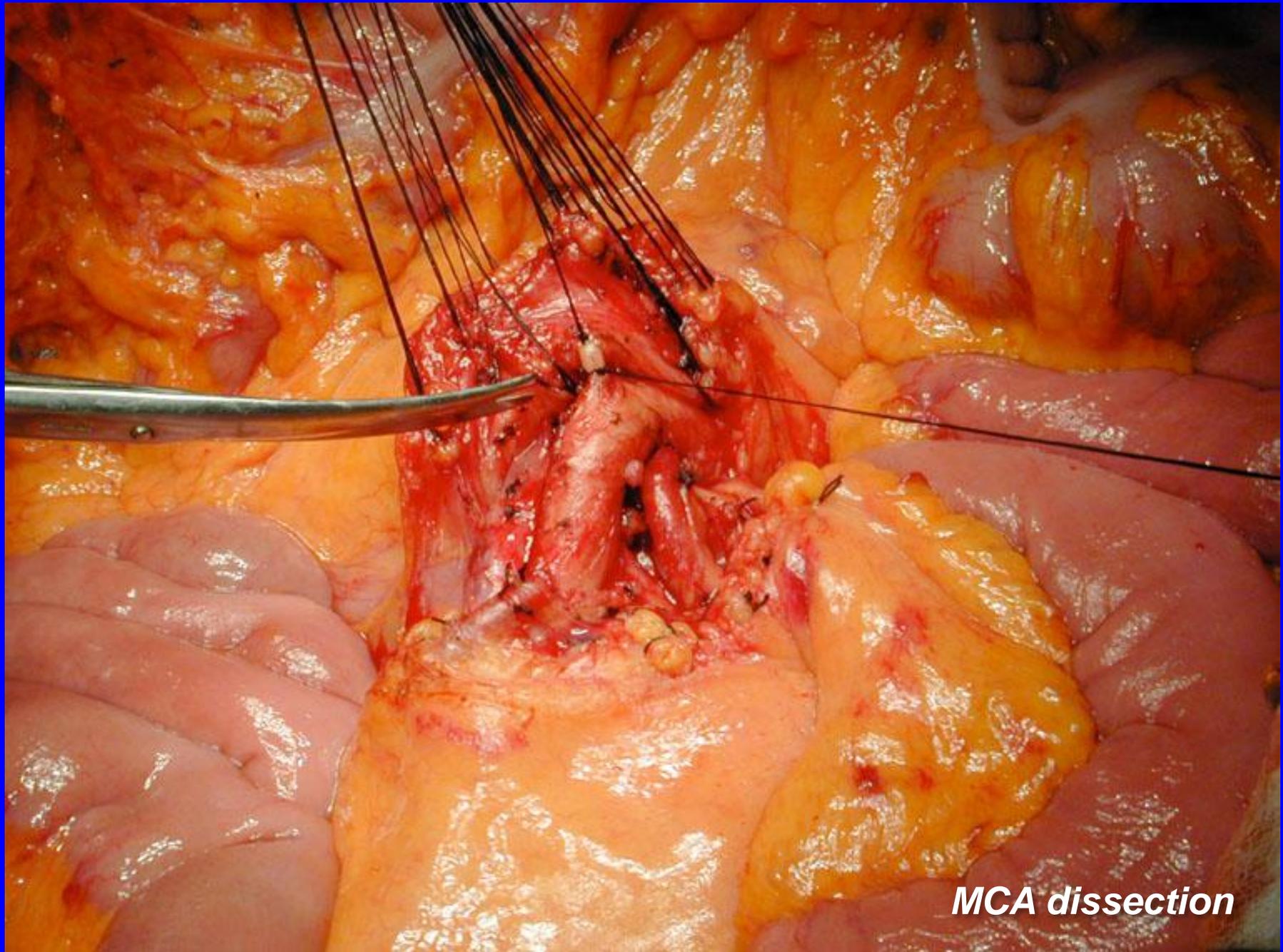
1. Laparotomy
2. Intraoperative examination (cytology, US, IVUS)
3. Catheter-bypass of the portal vein
4. Mesenteric approach (**IPDA** dissection)
5. Excision of the hepatoduodenal ligament (**GDA** dissection)
6. Dissection of the the stomach and the upper jejunum
7. Dissection of the pancreas (**SV** dissection)
8. PLsma dissection (**IPDA** dissection)
9. **PV & SMV** dissection
10. Pancreatectomy
11. Para-aortic lymph node excision
12. PV reconstruction
13. Gastrointestinal reconstruction



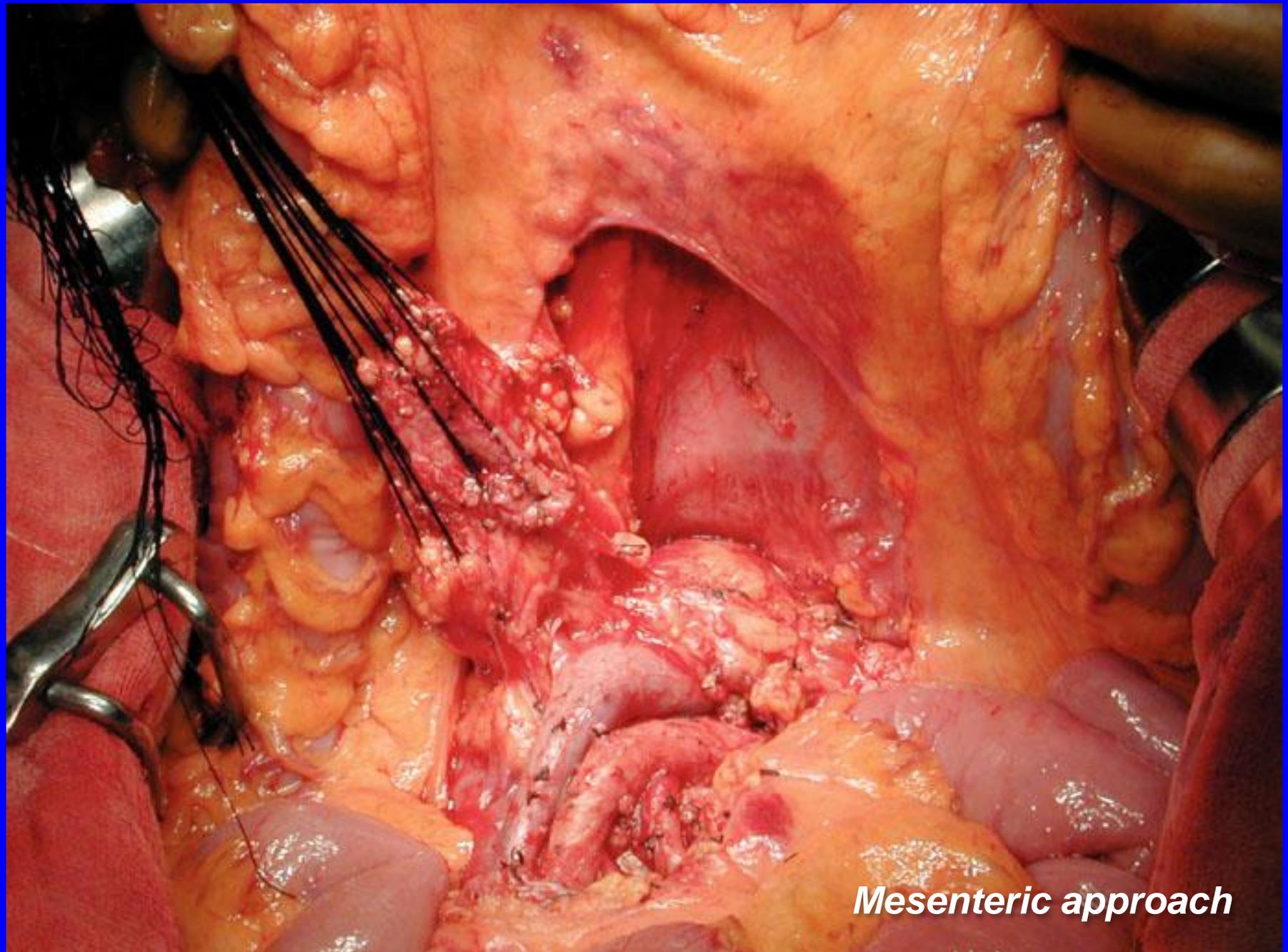
Mesenteric approach



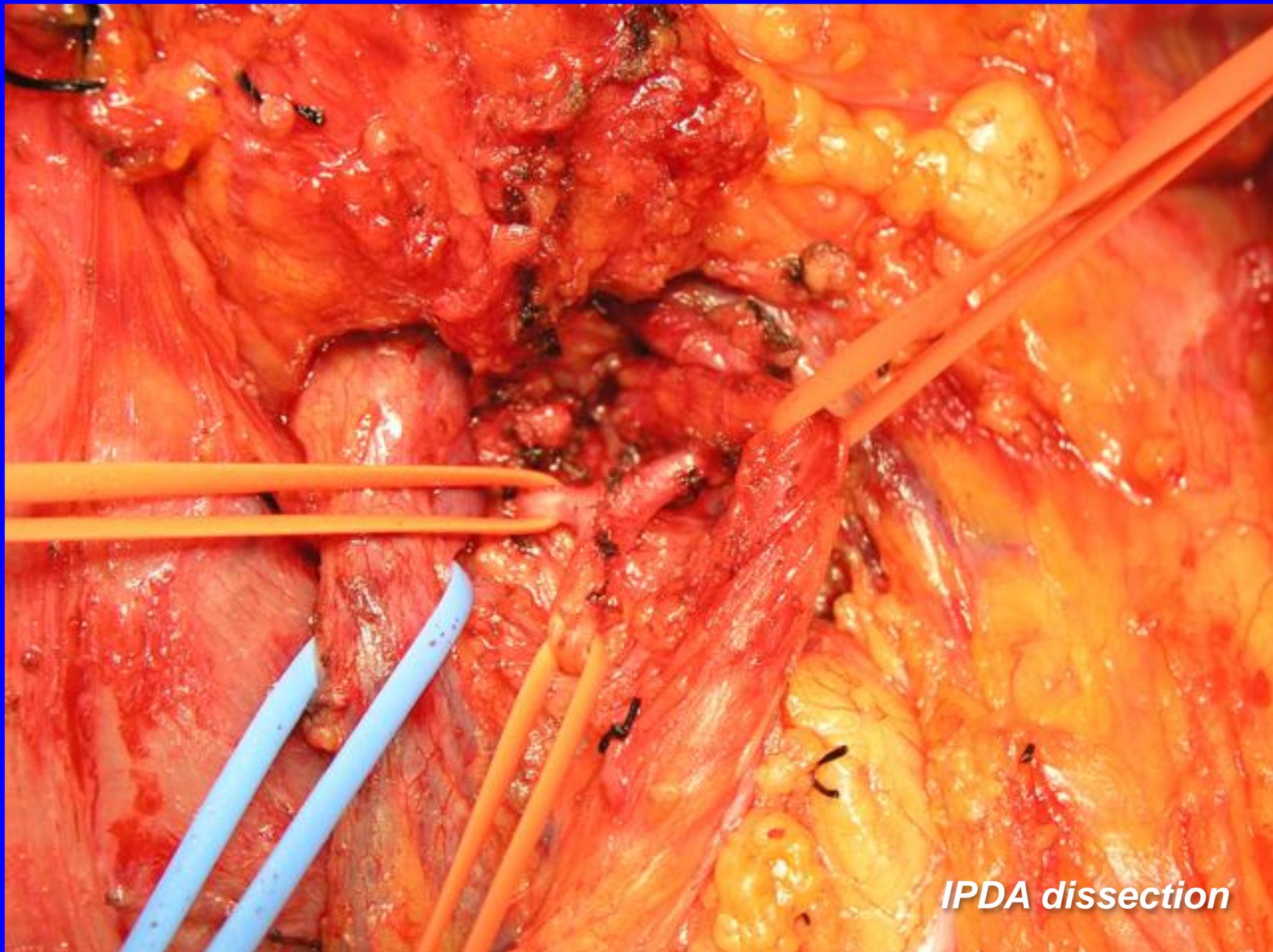
Mesenteric approach



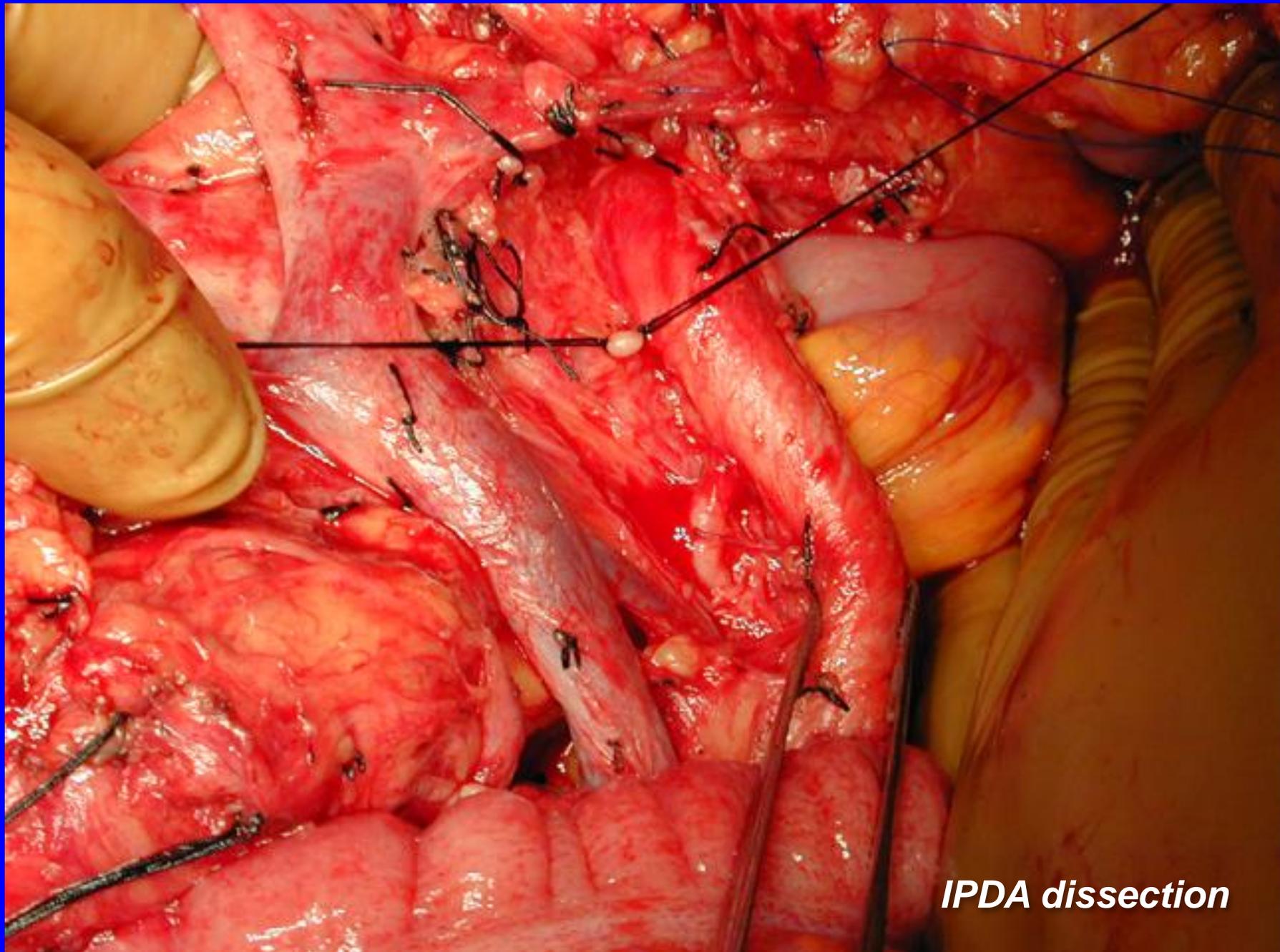
MCA dissection



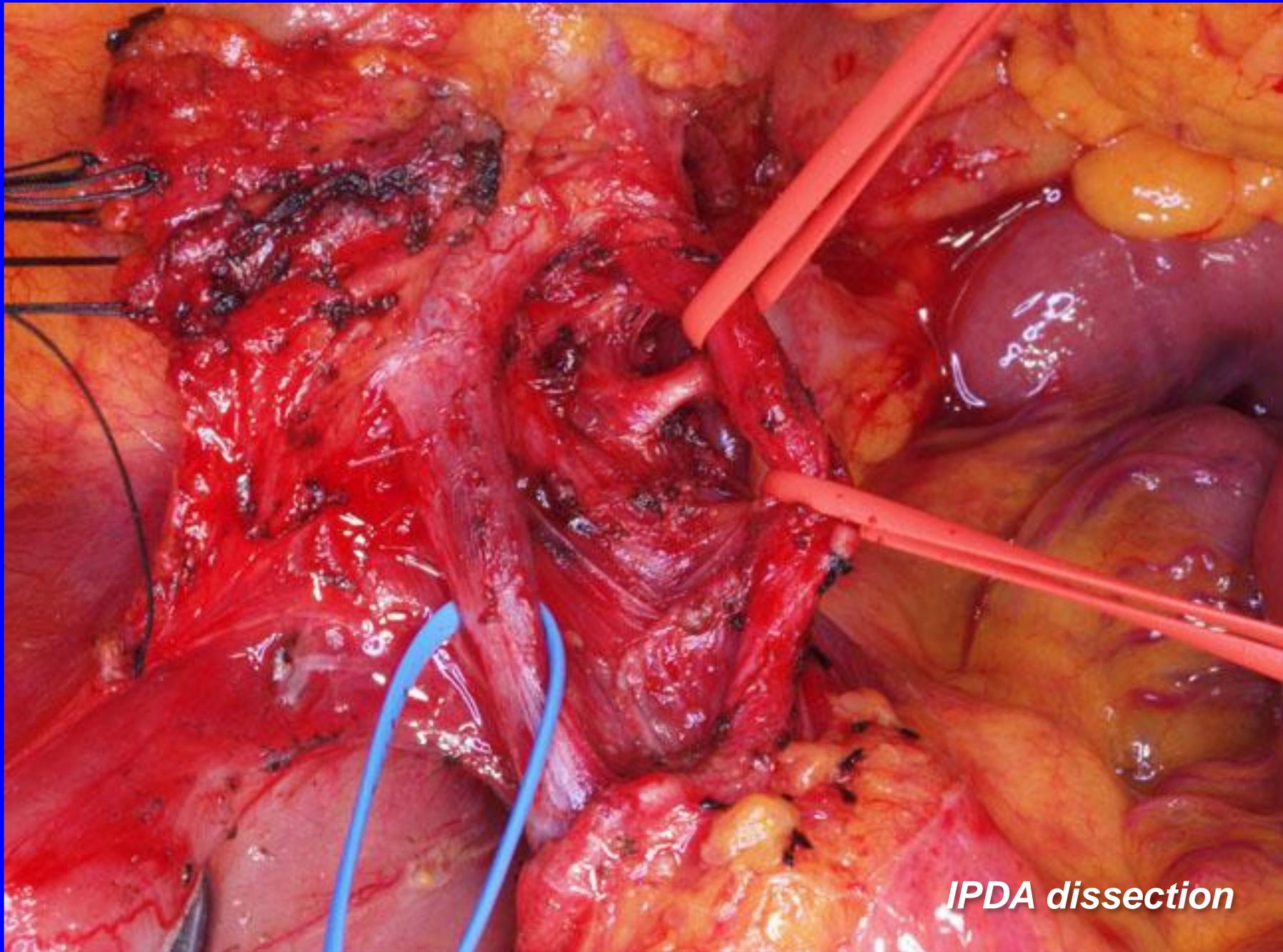
Mesenteric approach



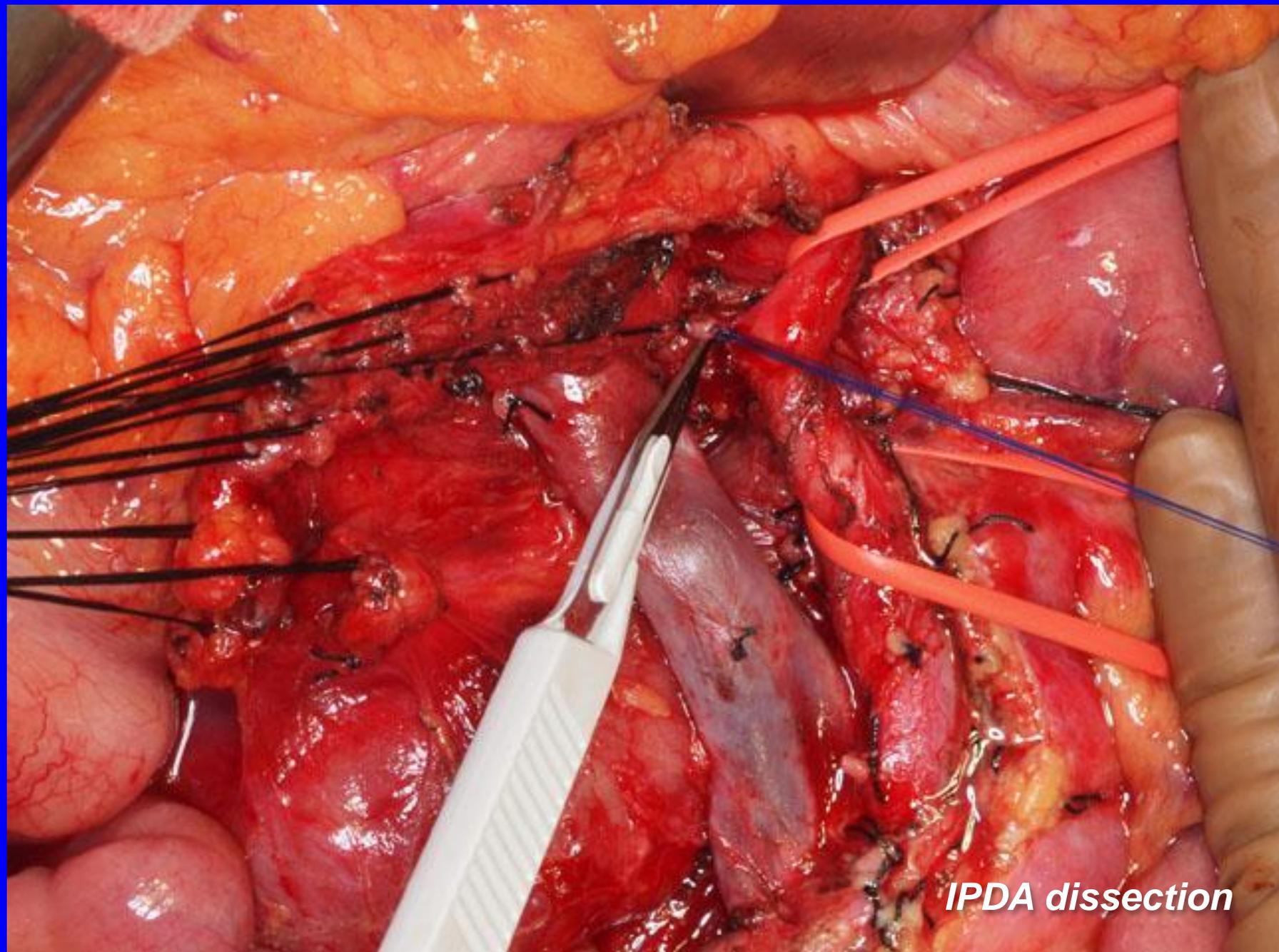
IPDA dissection



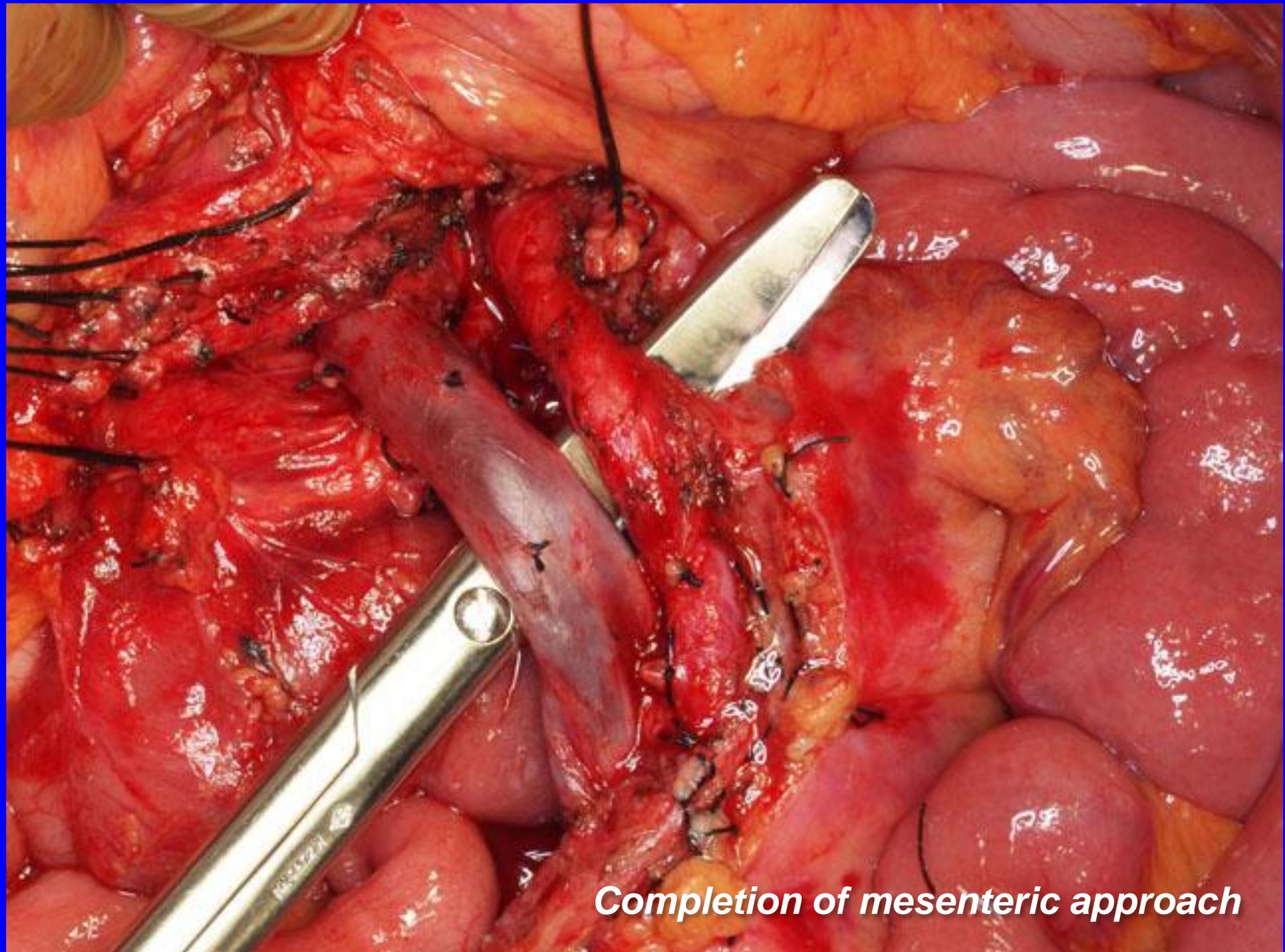
IPDA dissection



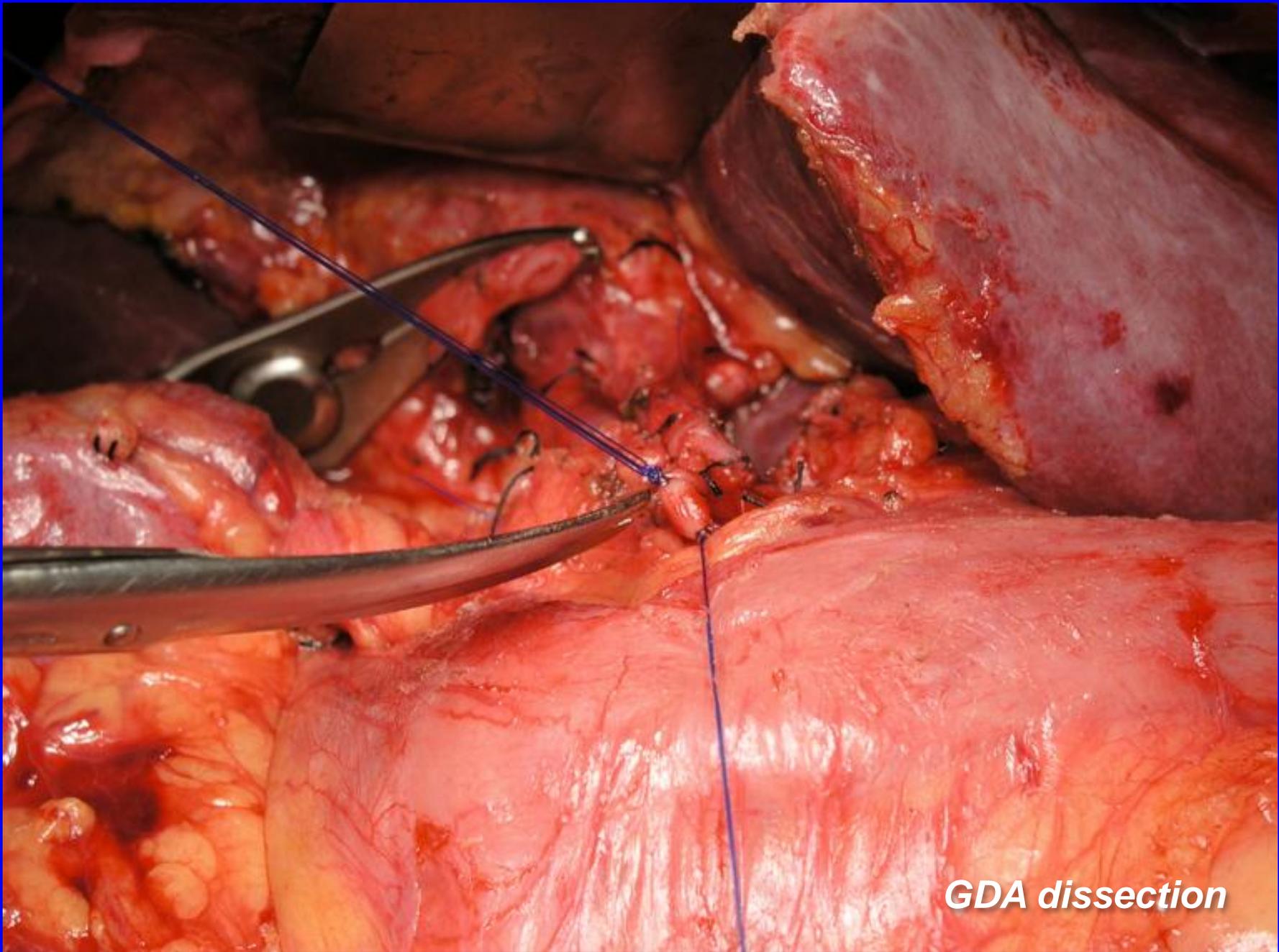
IPDA dissection



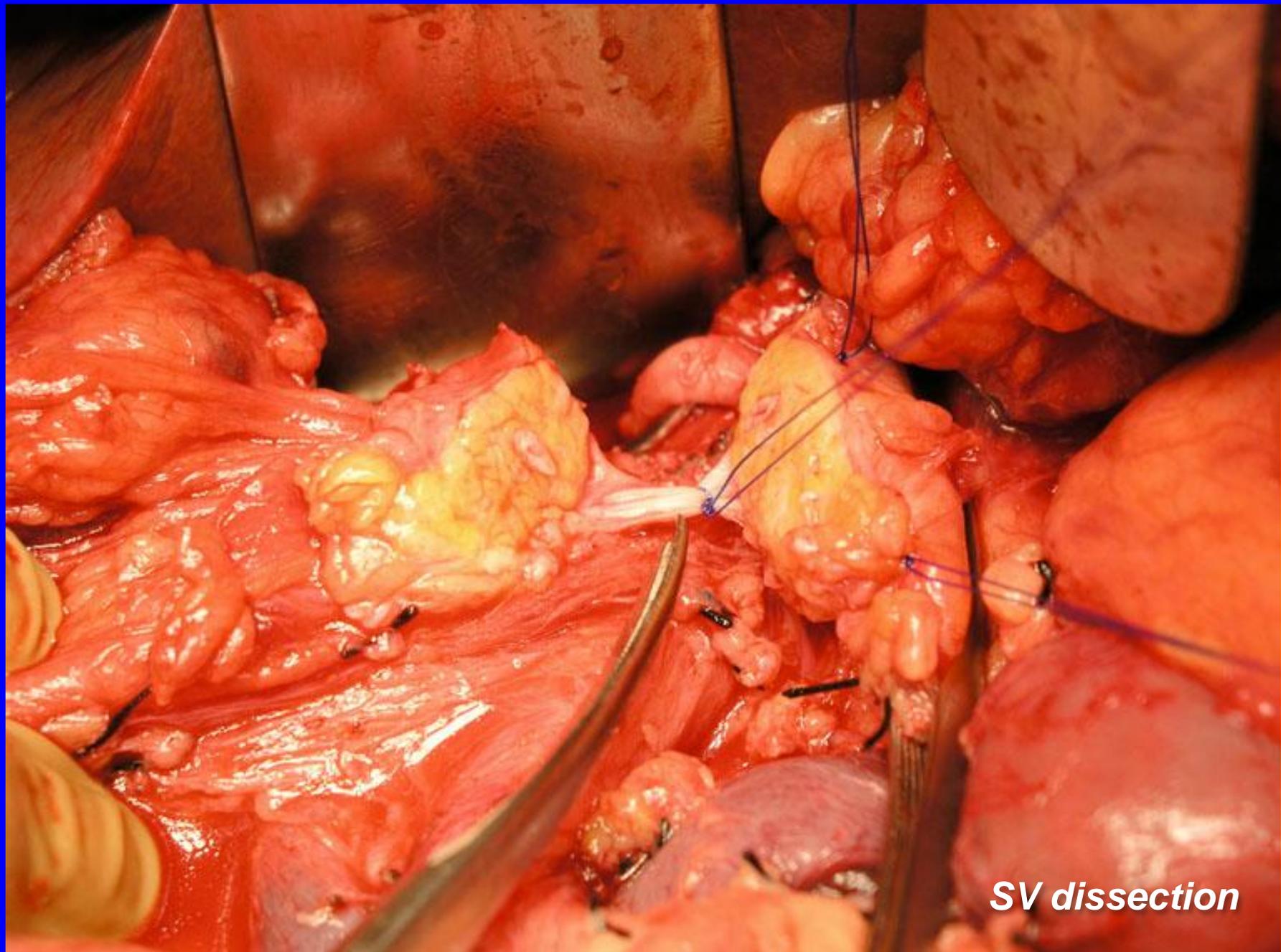
IPDA dissection



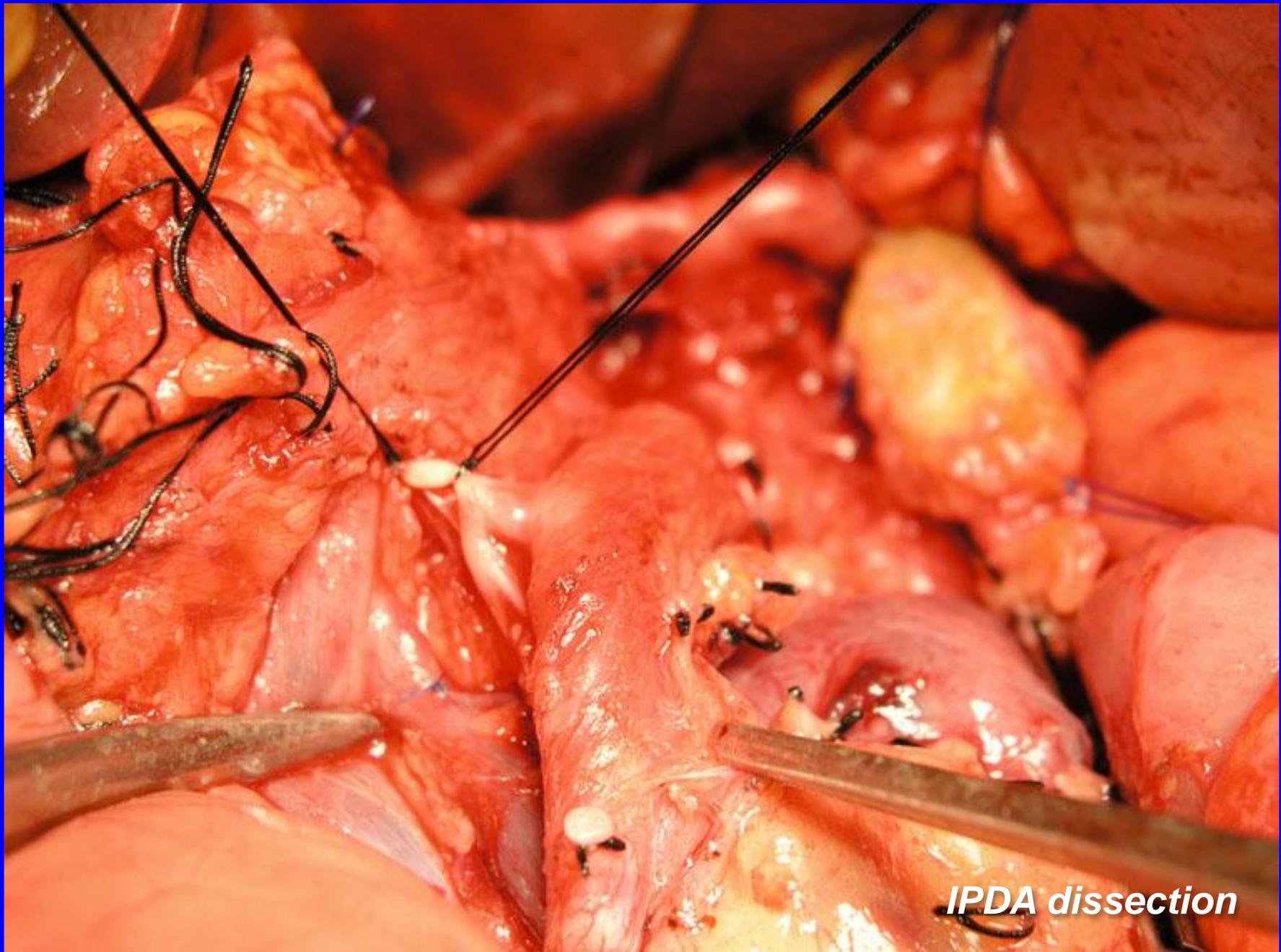
Completion of mesenteric approach



GDA dissection



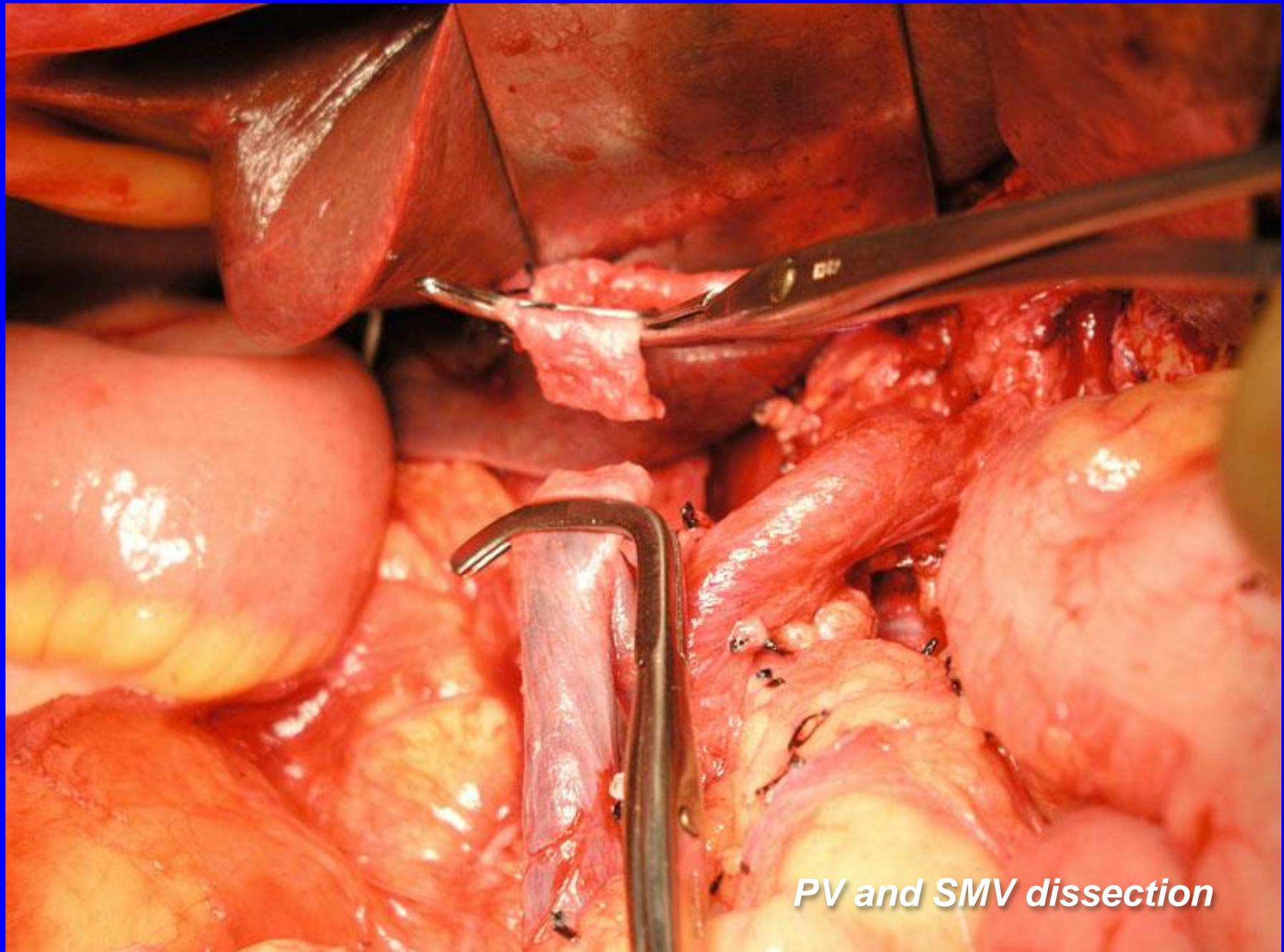
SV dissection



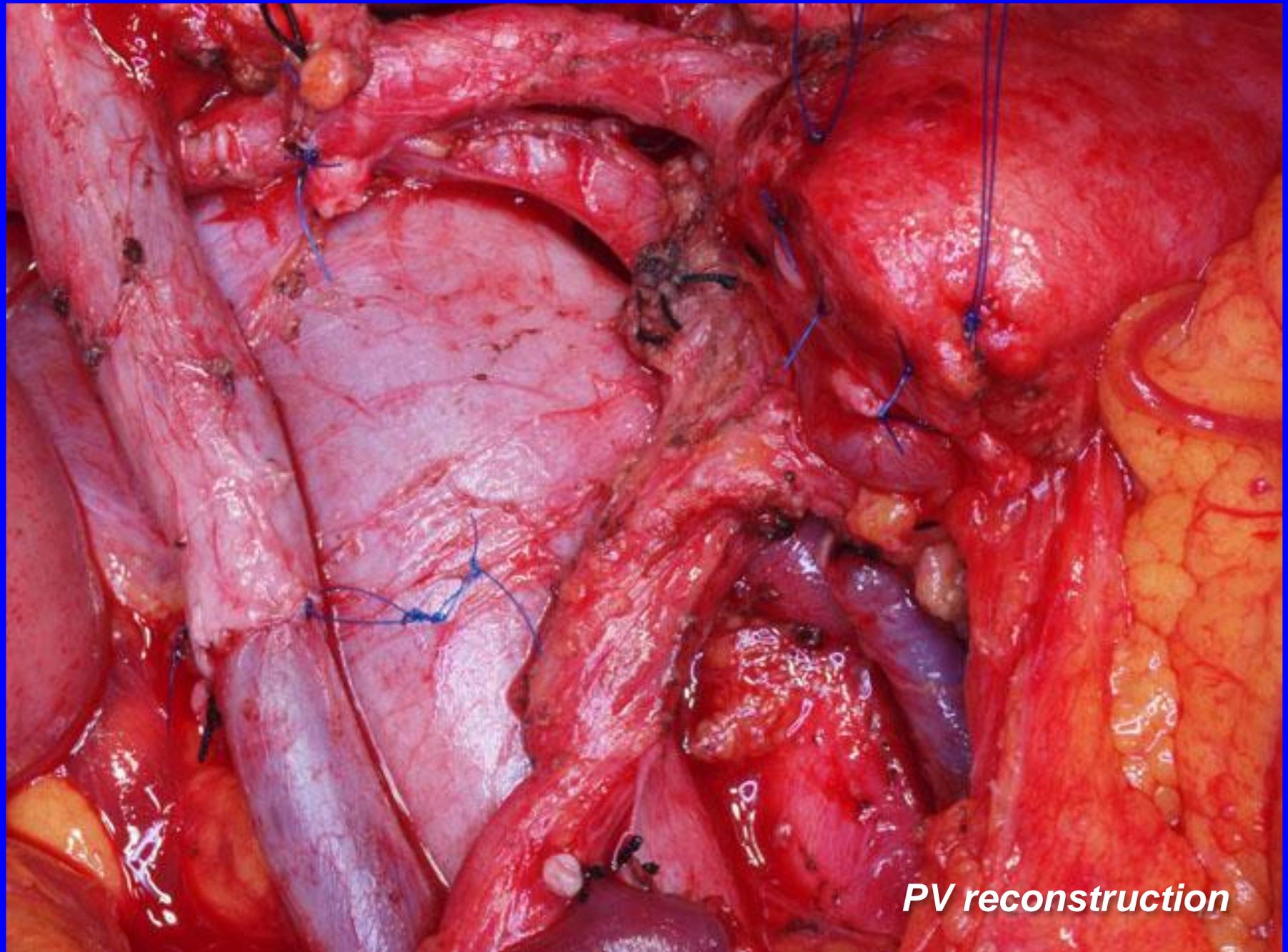
IPDA dissection



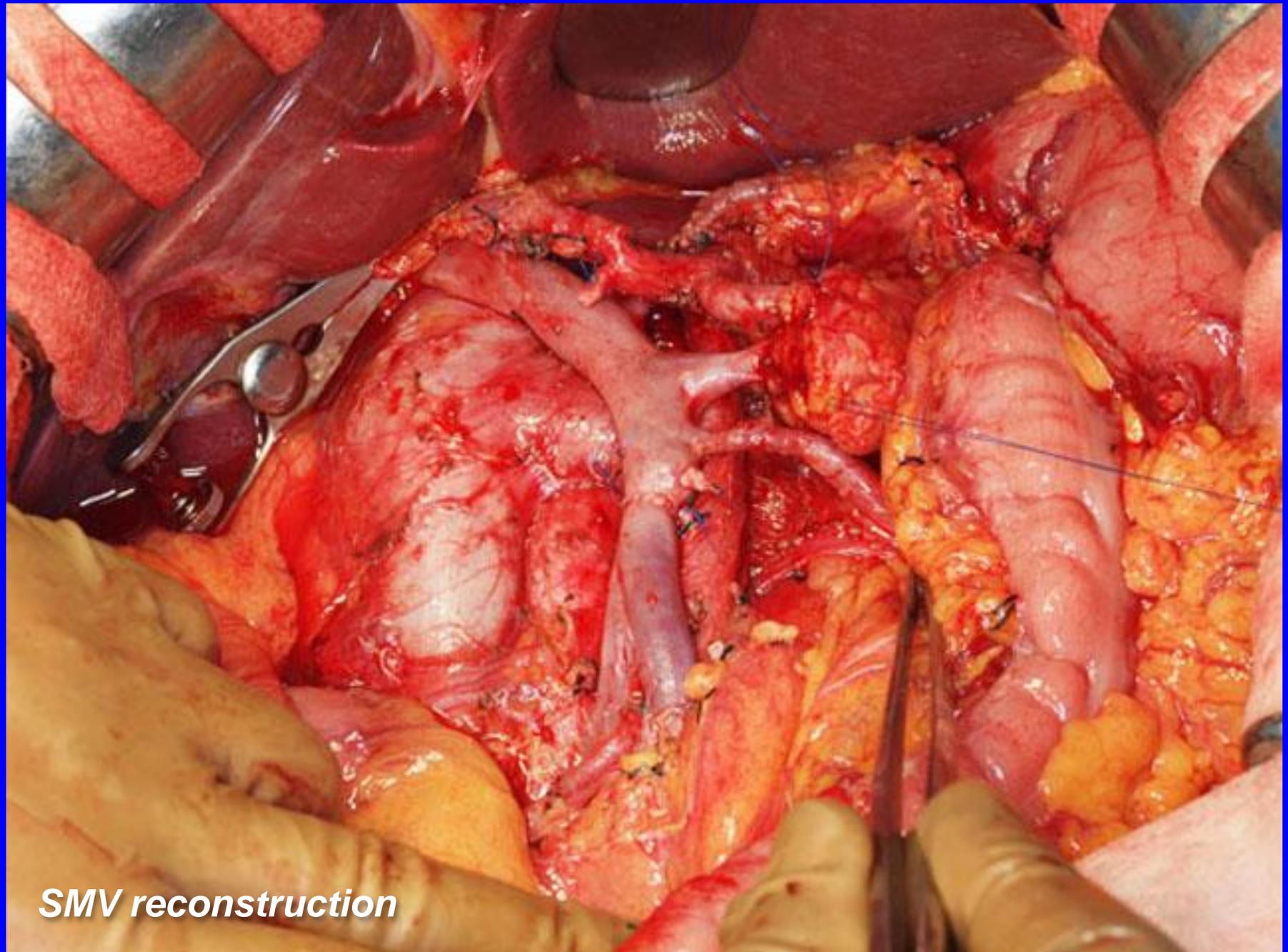
PLsma



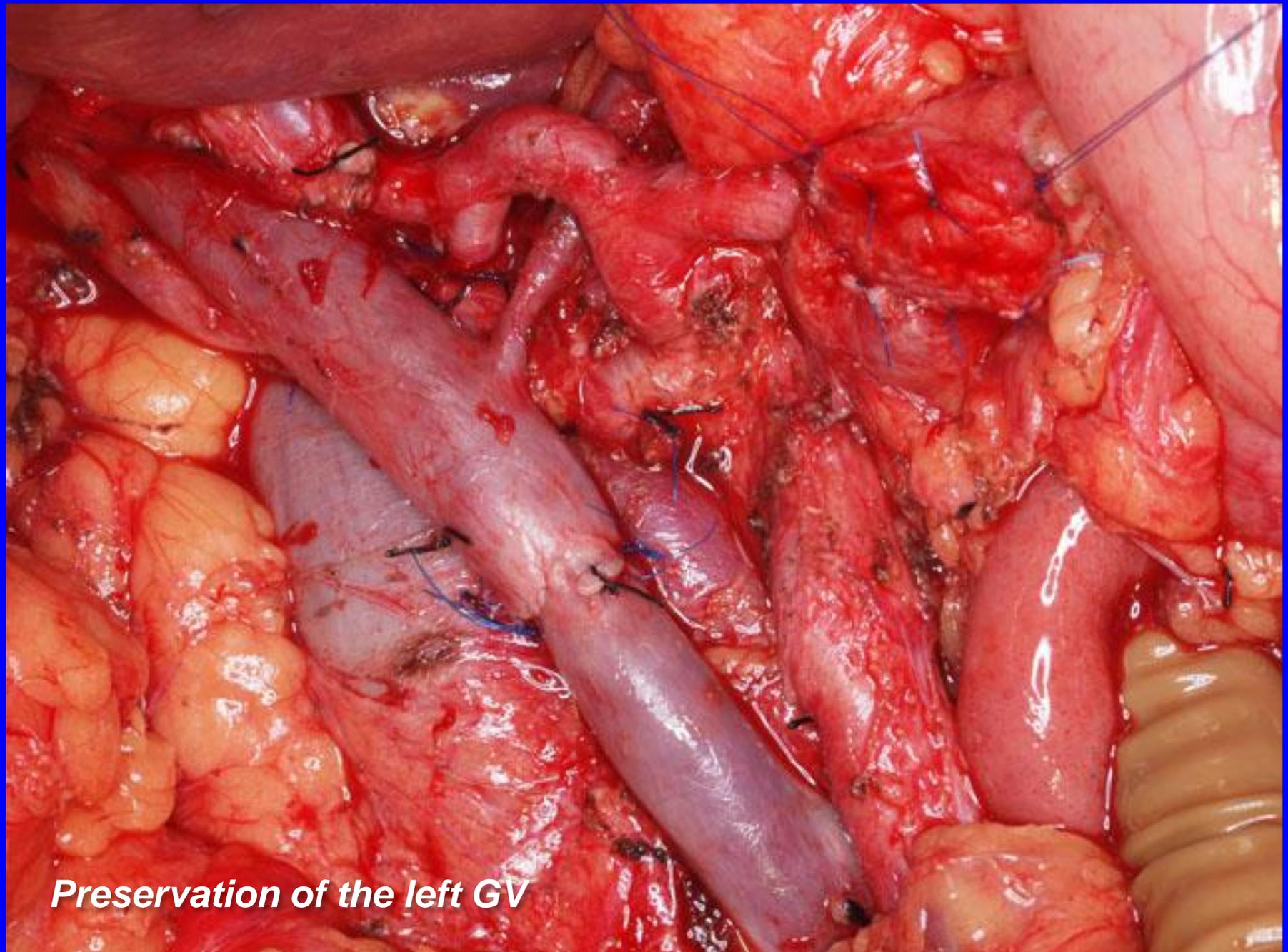
PV and SMV dissection



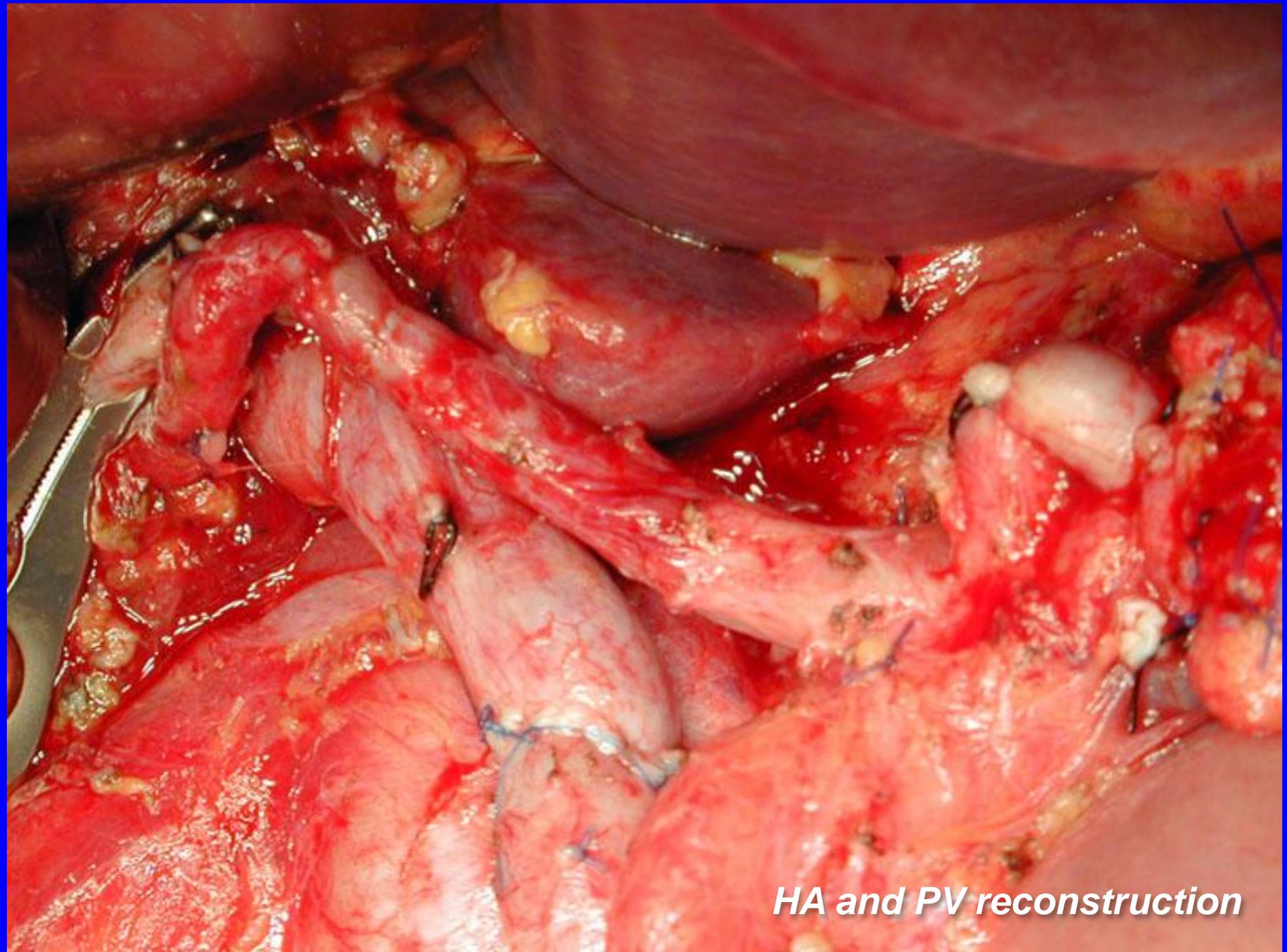
PV reconstruction



SMV reconstruction



Preservation of the left GV



HA and PV reconstruction

Isolated Pancreatectomy

著者	年	雑誌名	論題名
中尾昭公, ほか	1983	人工臓器	抗血栓性カテーテルと新しい膵癌根治術
中尾昭公, ほか	1983	手術	腸間膜静脈大腿静脈カテーテルバイパス法による門脈合併膵全摘術
Nakao A, et al.	1990	Surgery	Portal vein resection with a new antithrombogenic catheter
三村 久, ほか	1991	胆と膵	膵頭部癌に対する Isolated Pancreatectomy-その手技と成績-
中尾昭公, ほか	1992	手術	膵頭十二指腸切除術-門脈カテーテルバイパス法を用いた non-touch isolation 手術と今永法再建
Nakao A, et al.	1993	Hepato-gastroenterology	Isolated pancreatectomy for pancreatic head carcinoma using catheter bypass of the portal vein
Mimura H, et al.	1994	Hepato-gastroenterology	Isolated pancreatectomy for ductal carcinoma of the pancreatic head of the pancreas

Resectability rate and operative procedure for carcinoma of the pancreas (July 1981–March 2011)

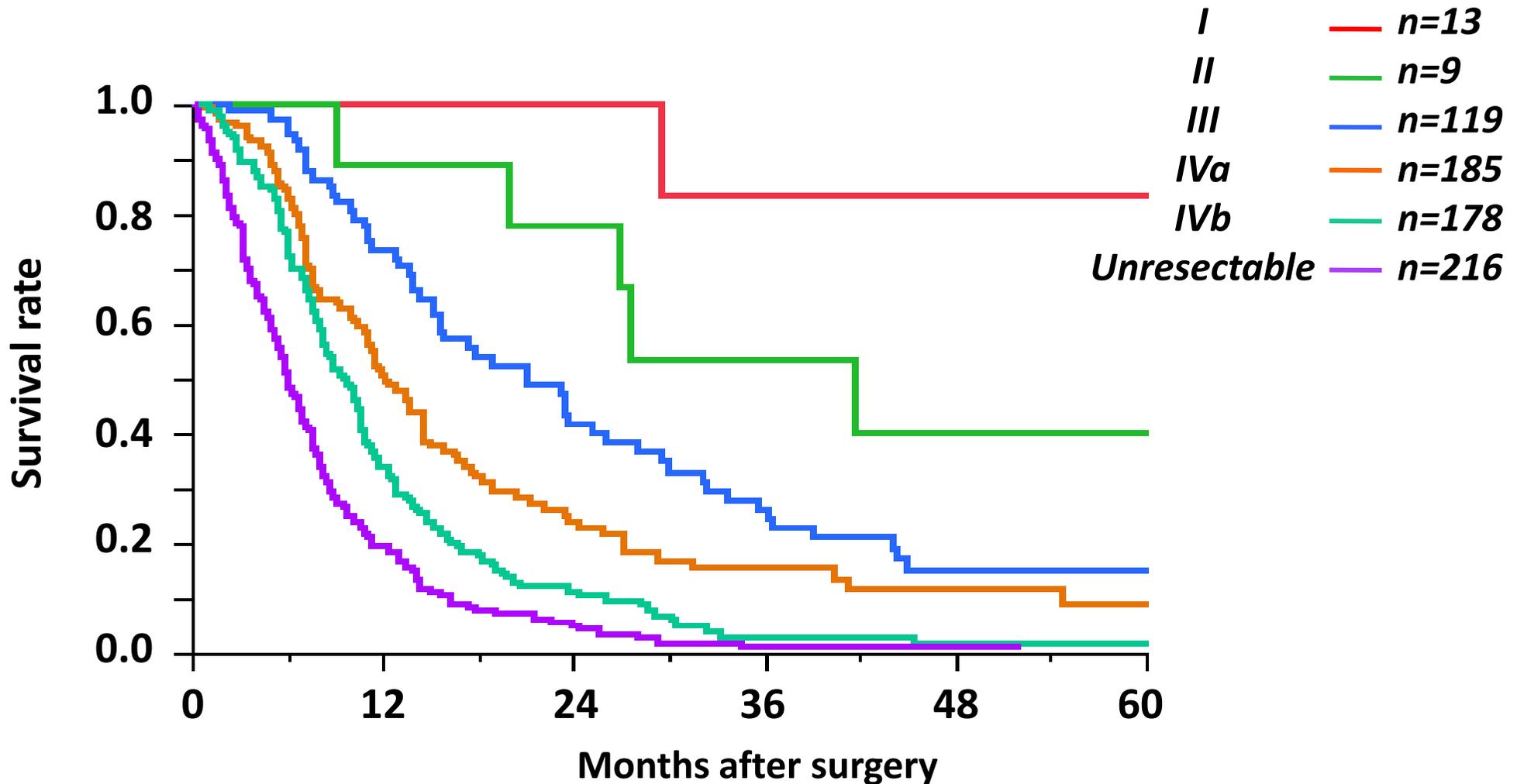
Tumor location	Operation	Resection	PV resection	Resectability	Operative deaths	Operative procedure					
						TP	PpTP	PD	PpPD	DP	PHRSD
Head	533	389	276	73.0%	9	54 (53)	3 (2)	277 (195)	53 (26)	1 (0)	1 (0)
Body, tail	158	103	26	65.2%	1	8 (8)	5 (2)	3 (1)		87 (15)	
Entire gland	29	12	10	41.4%	1	11 (10)	1 (0)				
Totals	720	504	312(61.9%)	70.0%	11(2.2%)	73 (71)	9 (4)	280 (196)	53 (26)	88 (15)	1 (0)

PV, portal vein; TP, total pancreatectomy; PD, pancreatoduodenectomy;

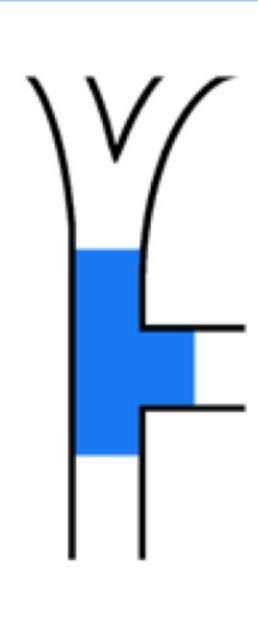
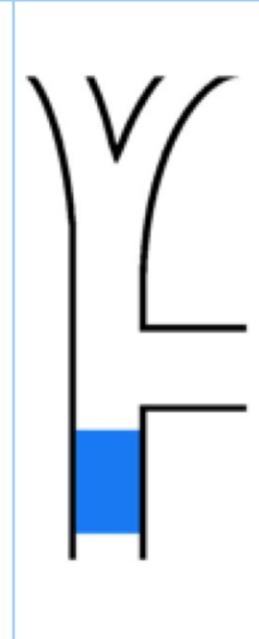
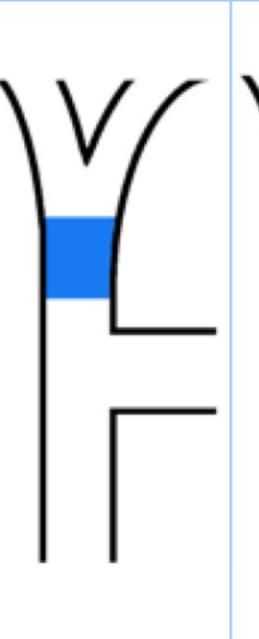
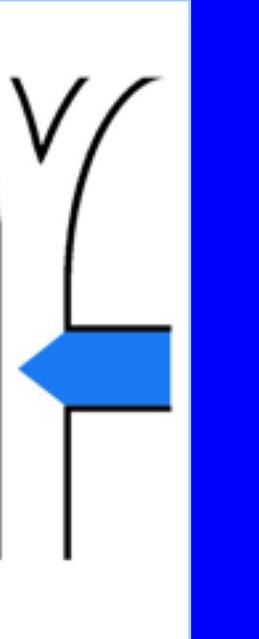
PpPD, pylorus-preserving pancreatoduodenectomy; PHRSD, pancreatic head resection with segmental duodenectomy; DP, distal pancreatectomy.

Numbers in parentheses indicate the number of portal vein resections accompanying each type of pancreatectomy.

Cumulative survival rates according to the JPS stage classification (July 1981~March 2011)

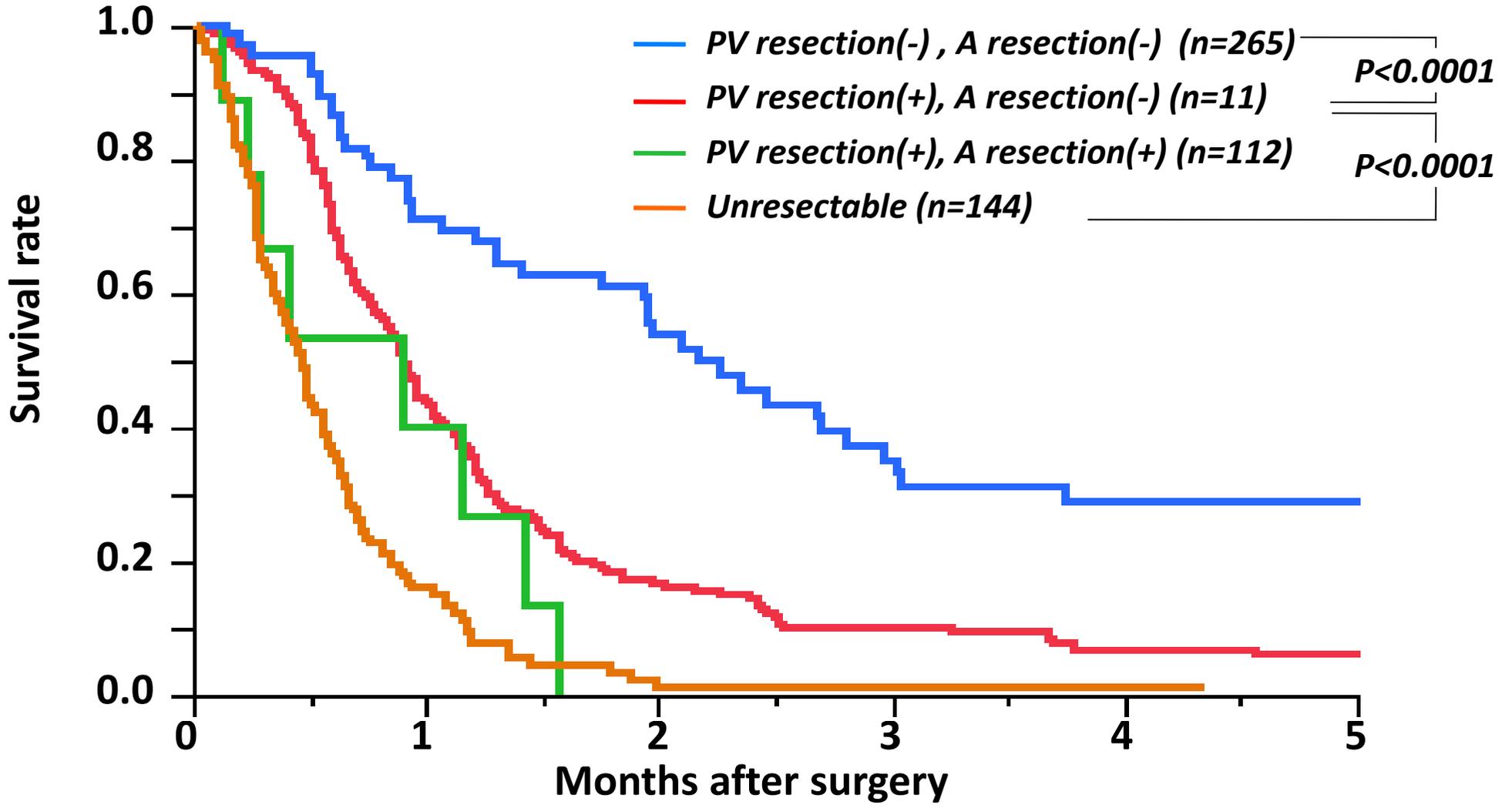


Pancreatectomies combined with portal vein resection in pancreatic cancer surgery (July 1981– March 2011)

Operative procedure	TP+PV, SMV 65 PpTP+PV, SMV 4	PD+PV, SMV 127 PpPD+PV, SMV 13	PD+ SMV 59 PpPD+SMV 11 TP+SMV 4	DP+PV, SMV 12	PD+PV 4 PpPD+PV 2	PD+PV 6 (partial)	DP+PV 3 (partial)
Resected area of portal vein							
Total	69 (6) SMA 2, HA 4 CA 1	124(3) SMA 1, HA 7	62(1)	12(0) CA 1	6(0)	6(0)	3(0)

() operative death(s)

Comparison of cumulative survival rates in pancreatic head cancer according to portal vein (PV) and arterial (A) resection. (July 1981~March 2011)



Angiographic Type on Portogram



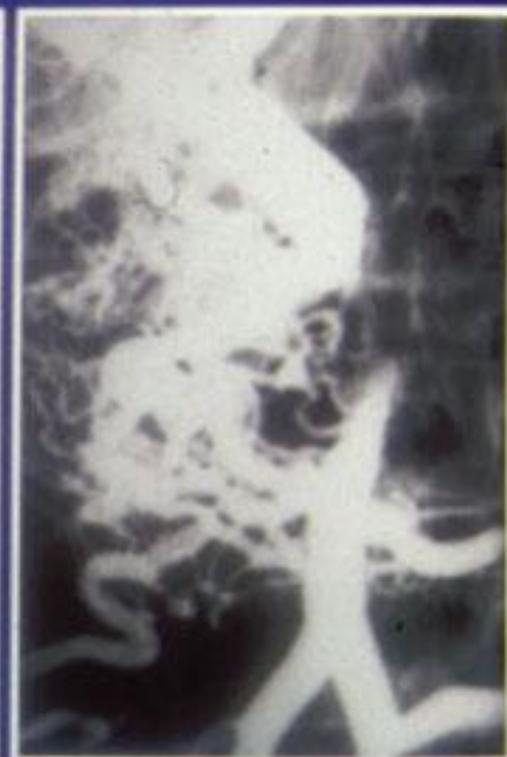
Type A: normal



Type B: unilateral narrowing

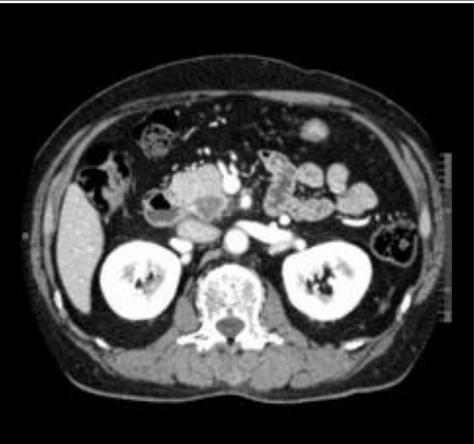
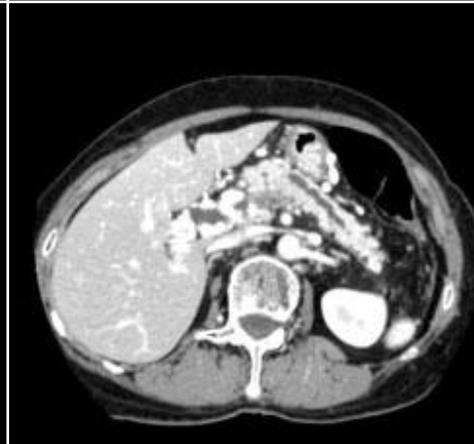


Type C: bilateral narrowing

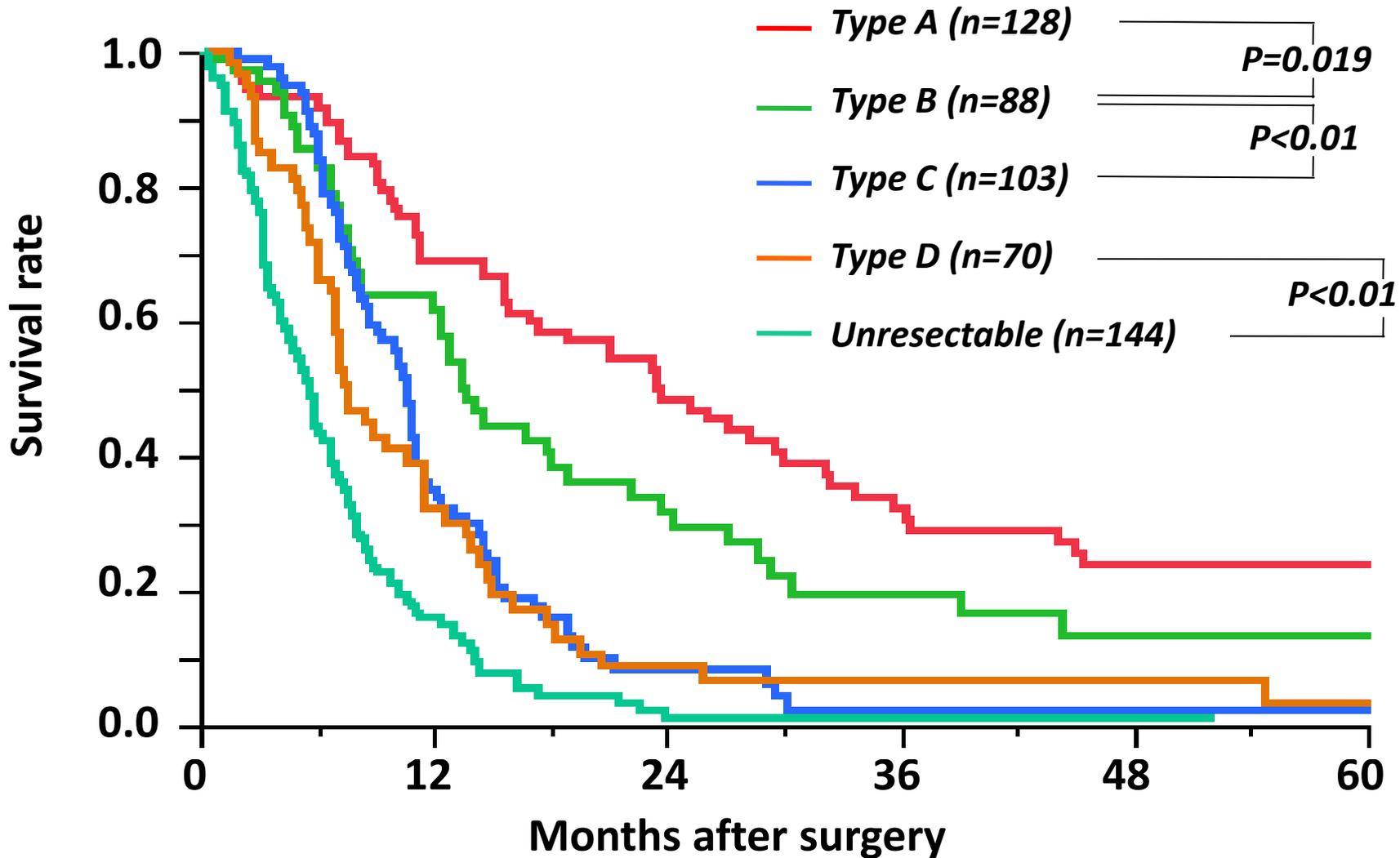


Type D: stenosis or obstruction with collateral veins

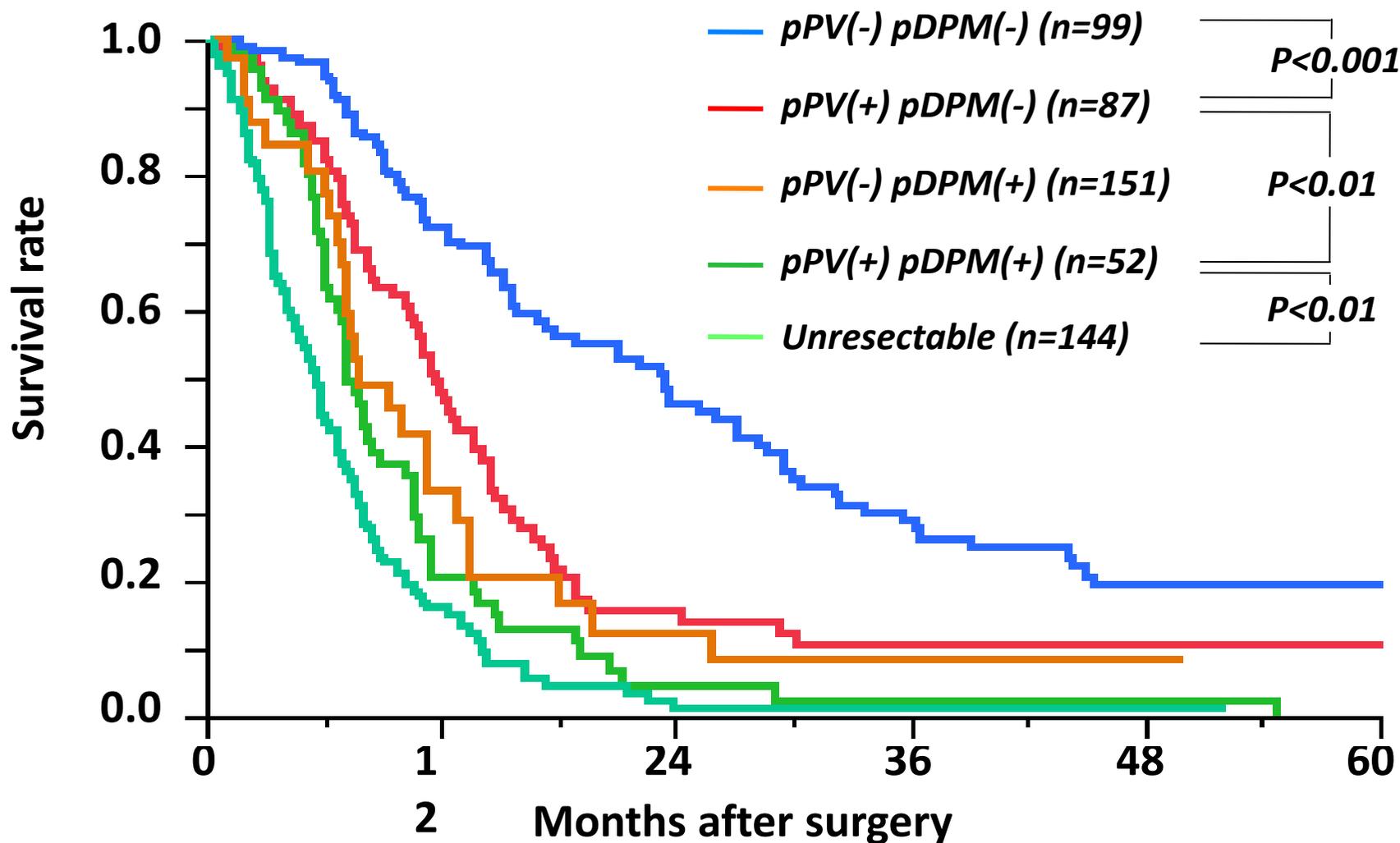
Radiographic classification

	Type A	Type B	Type C	Type D
Portography				
CT				

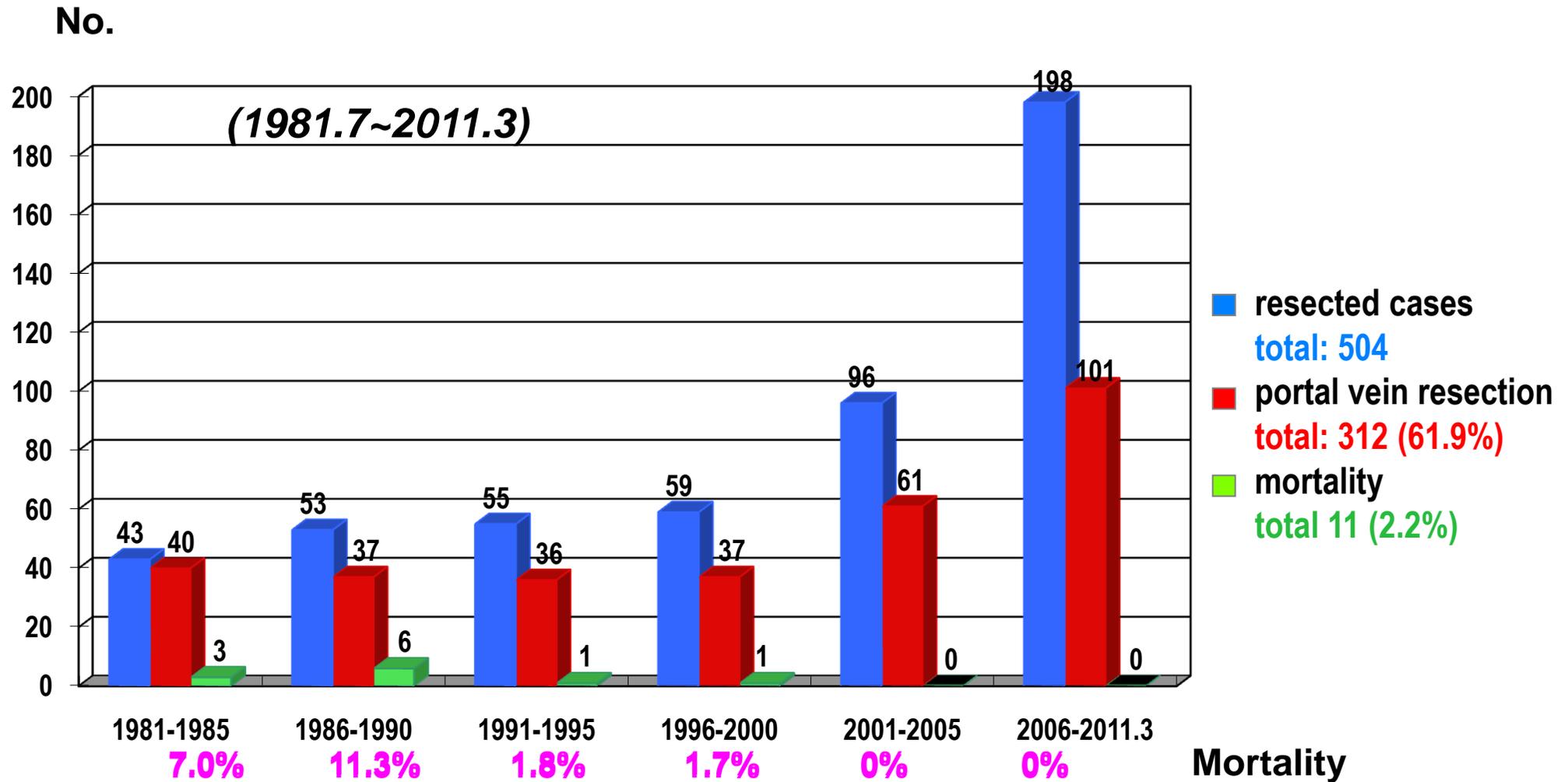
Comparison of cumulative survival rates of pancreatic head carcinoma according to angiographic type on portogram. (July 1981~March 2011)



Comparison of cumulative survival rates in patients with and without invasion of a venous wall in the portal system (pPV) and invasion of the dissected peripancreatic tissue margin (pDPM) in patients with carcinoma of the pancreatic head. (July 1981~March 2011)

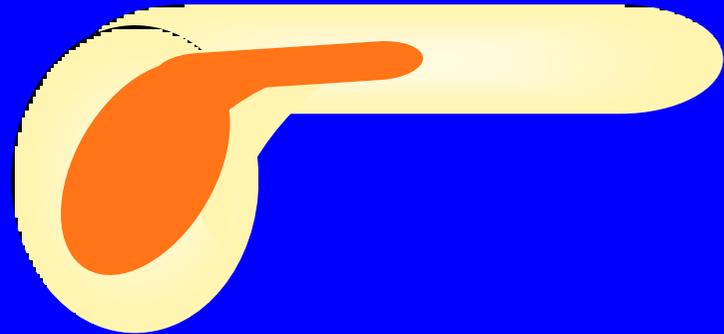


Changes of resected pancreatic cancer cases in every 5 years since 1981

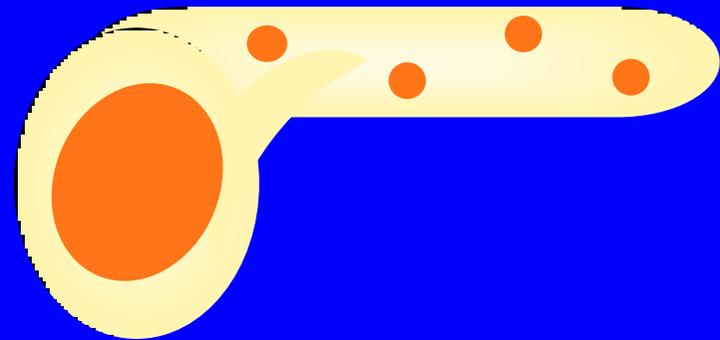


Intrapancreatic Development

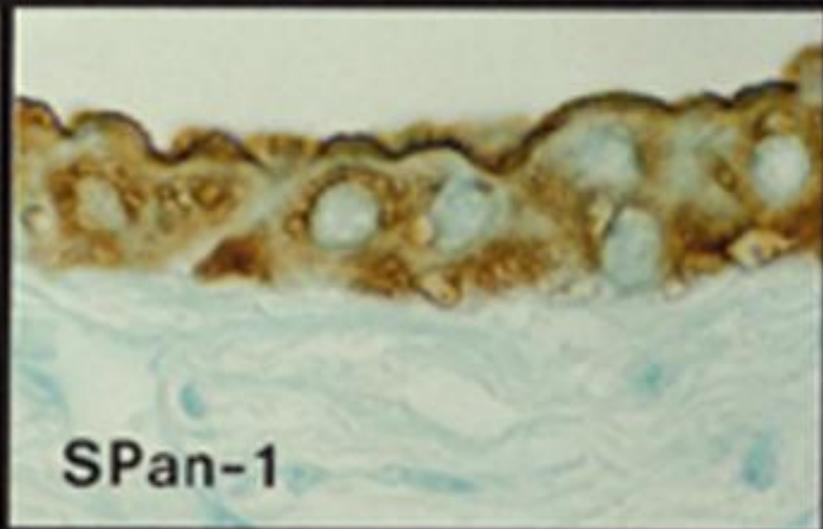
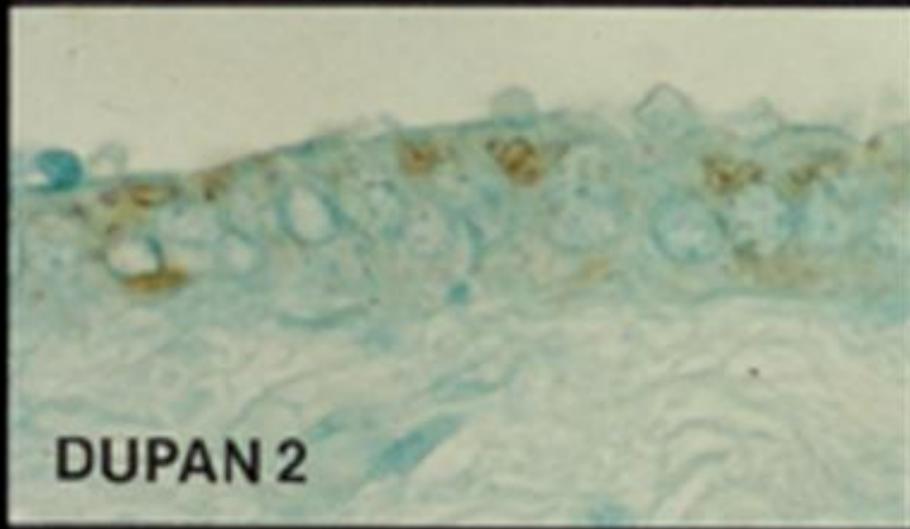
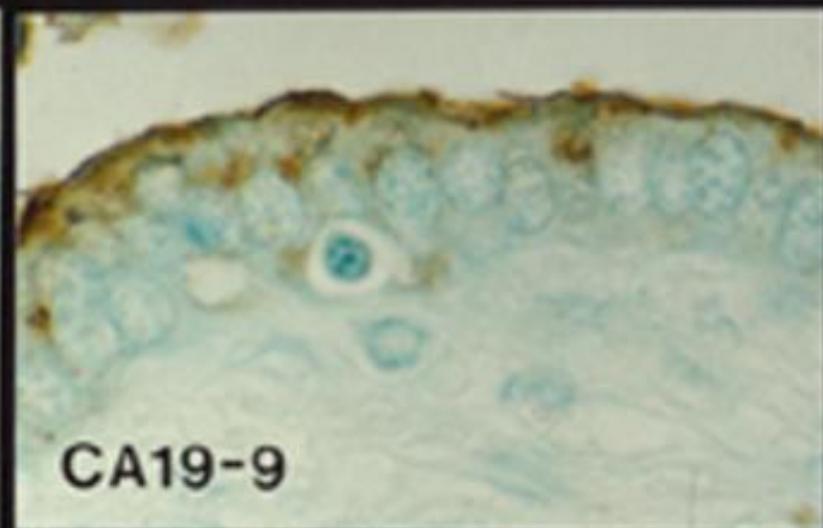
1) continuous?



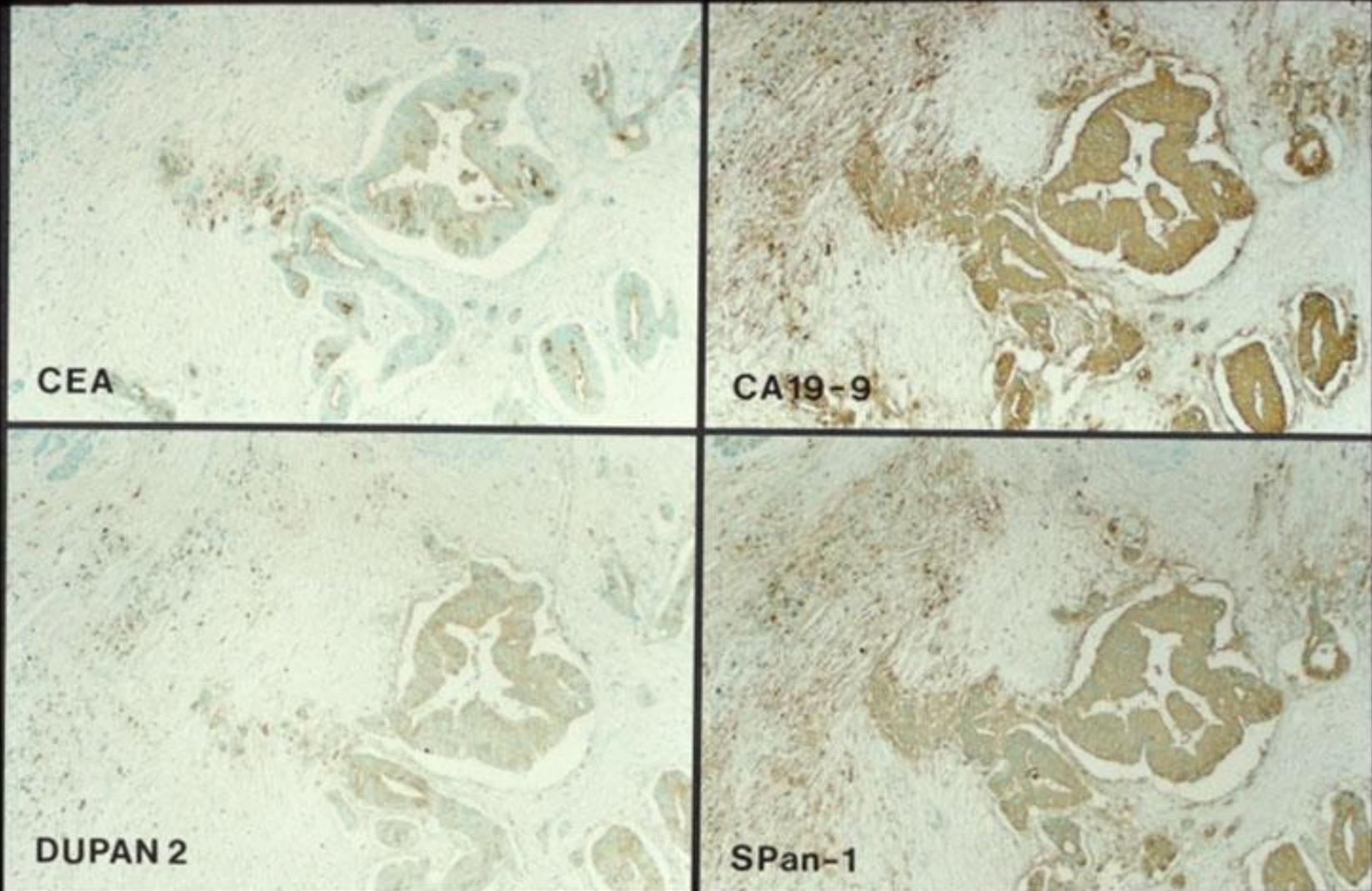
2) skipping?



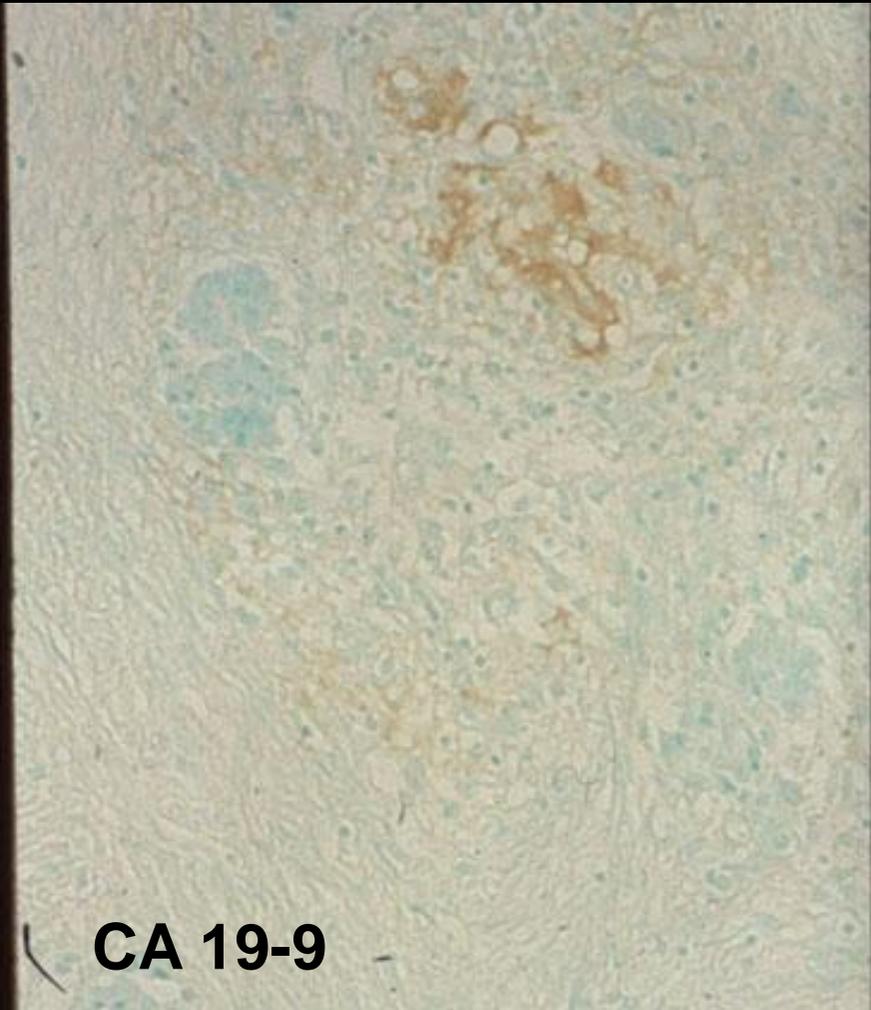
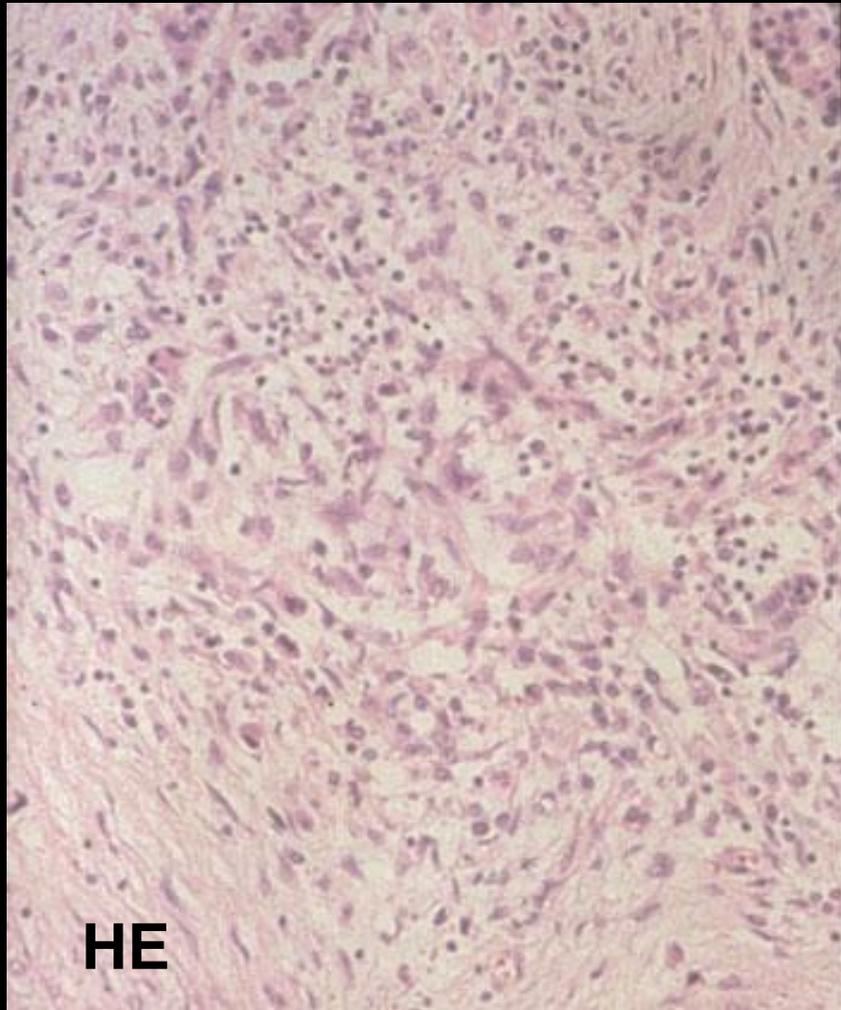
Immunostaining of normal pancreatic duct epithelium



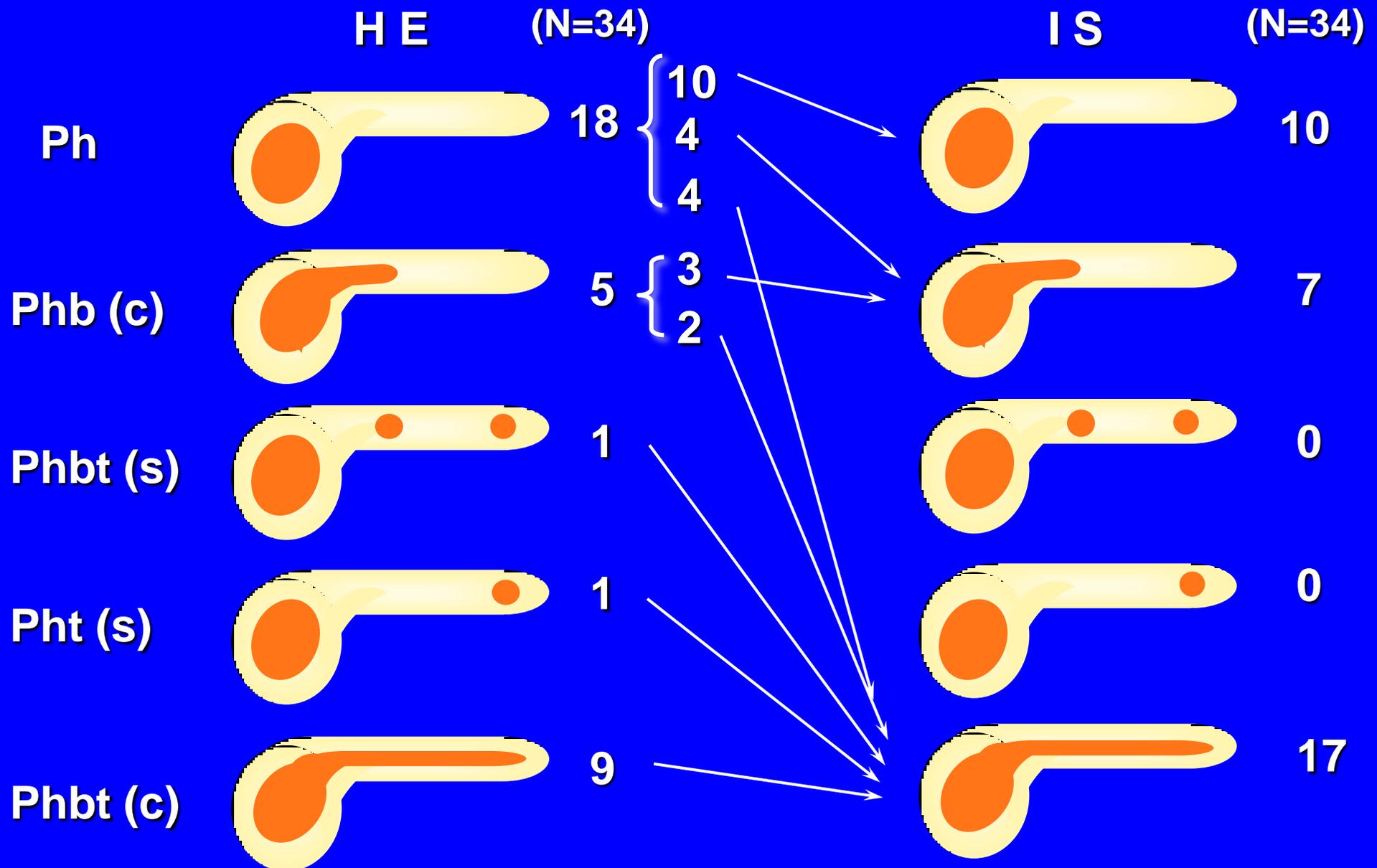
Immunostaining of pancreatic carcinoma



HE staining and immunostaining



Intrapancreatic Development

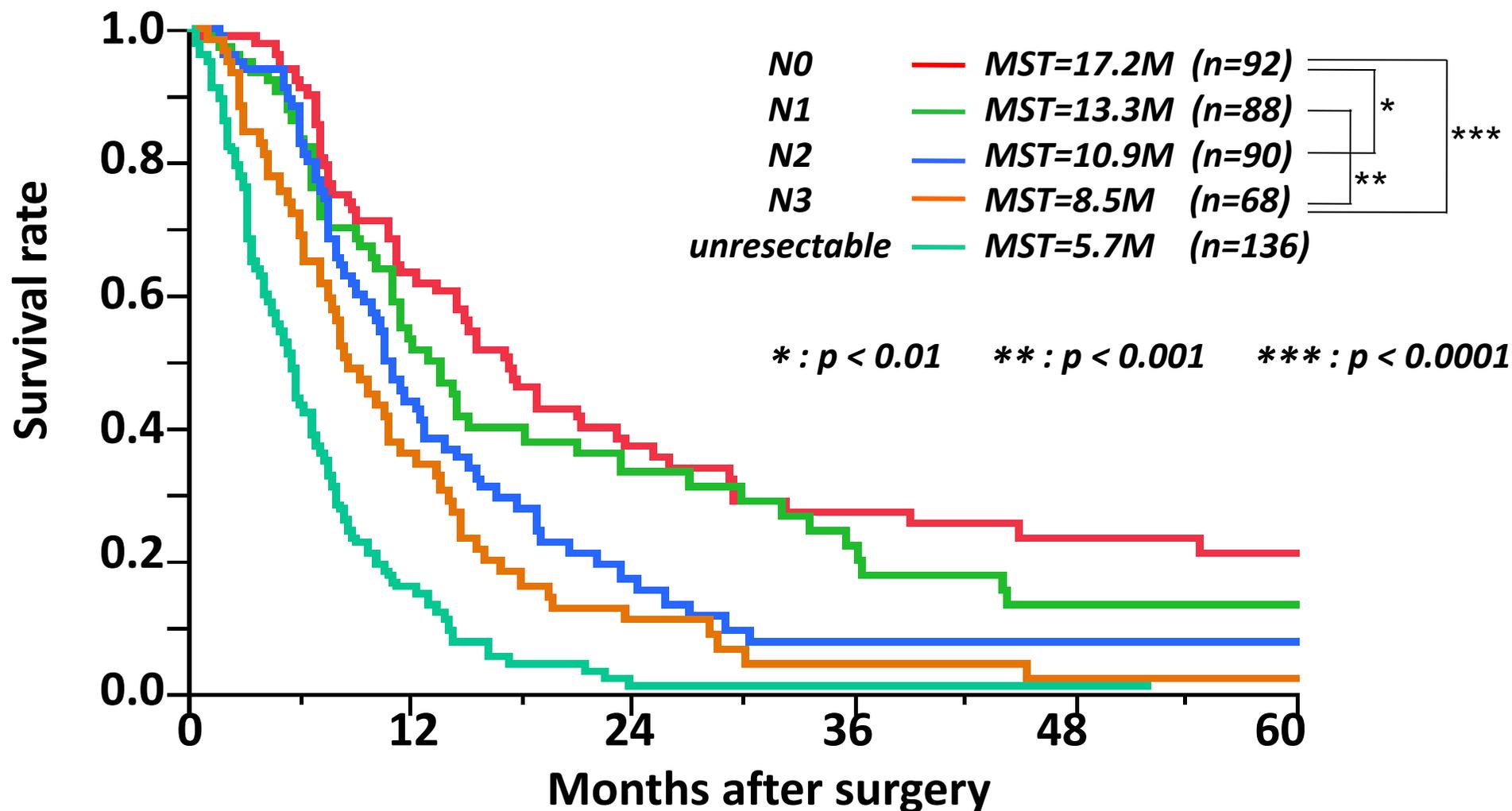


Lymph node involvement in patients with carcinoma of the head of the pancreas region

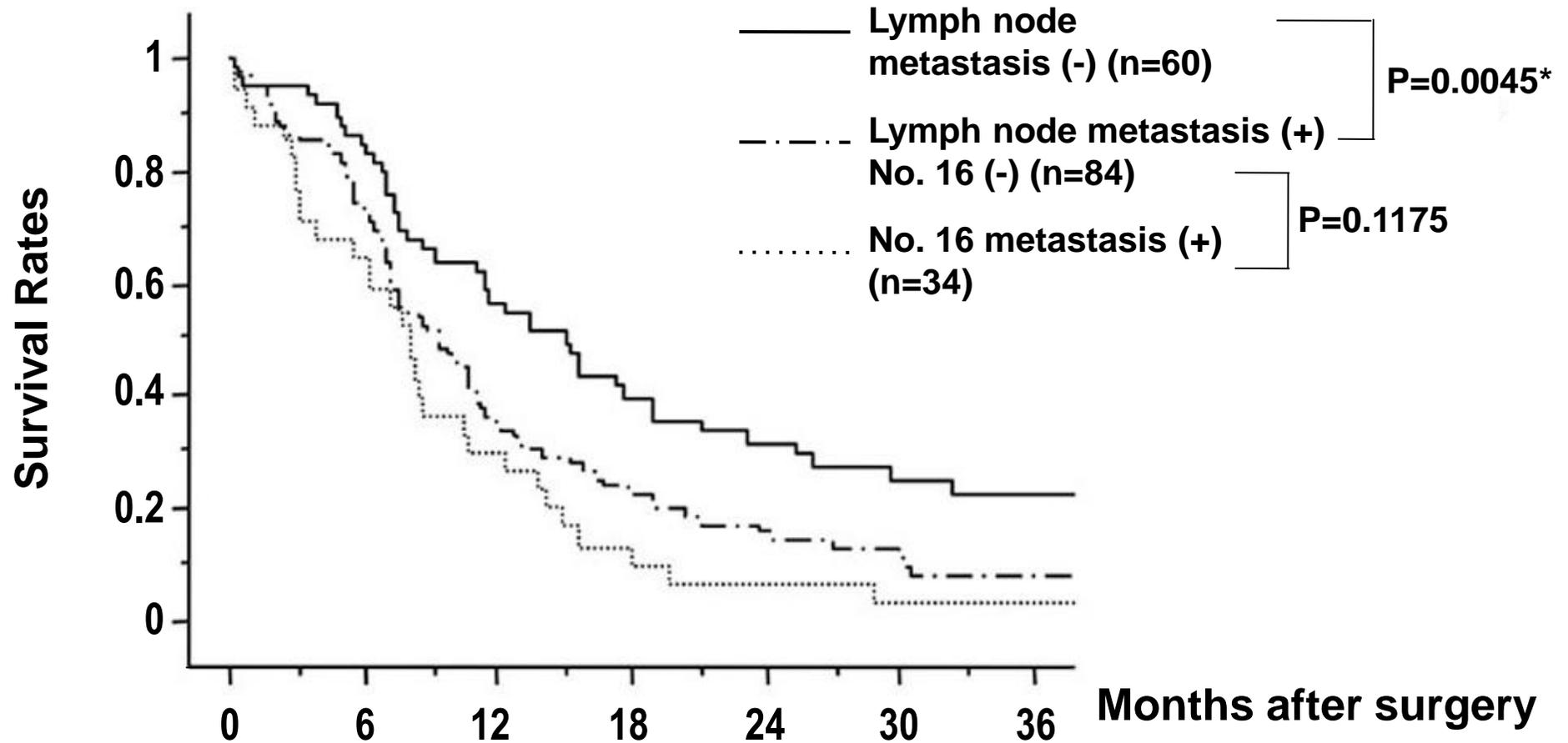
Lymph nodes	Carcinoma of the head of the pancreas (n=90)	Carcinoma of the distal bile duct (n=22)	Carcinoma of the papilla of Vater (n=27)
1	0	0	0
2	0	0	0
3	0	0	0
4	0	0	1 (4)
5	0	0	0
6	13 (14)	0	0
7	0	0	0
8	12 (13)	1 (4)	0
9	2 (2)	1 (4)	0
10	1 (1)	0	0
11	16 (18)	0	0
12	17 (19)	5 (23)	1 (4)
13	46 (51)	3 (14)	11 (41)
14	21 (23)	2 (9)	3 (11)
15	0	0	0
16	23 (26)	2 (9)	0
17	35 (39)	1 (4)	6 (22)
18	3 (3)	1 (4)	0

Values in parentheses represent percentages

Prognosis of pancreatic head cancer according to lymph node metastasis (July 1981~December 2009)

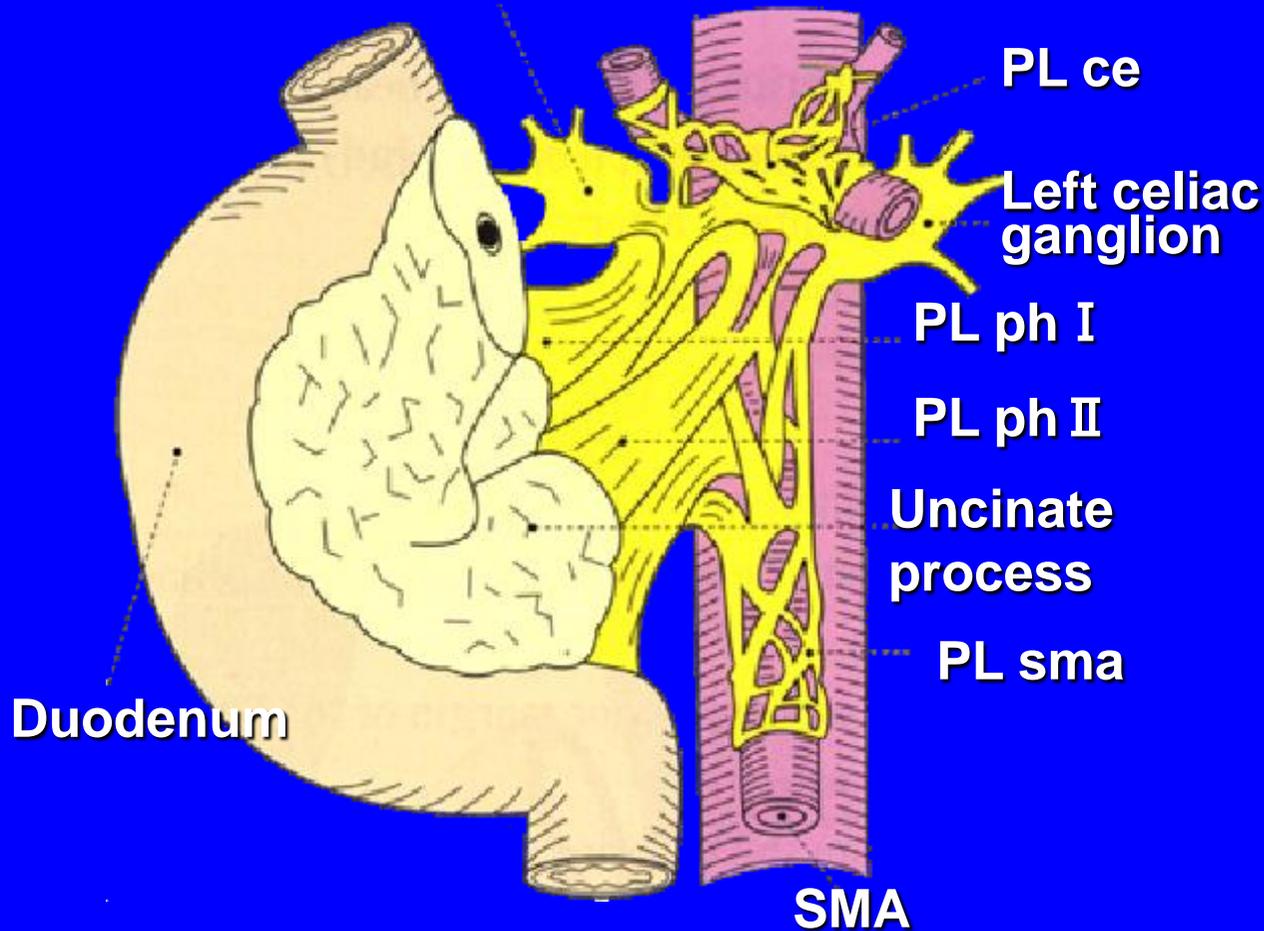


Survival rates of the patients with or without No.16 lymph node metastasis



Extrapancreatic nerve plexuses

Right celiac ganglion



PL ph I : Pancreatic head plexus I

PL sma : Superior mesenteric arterial plexus

PL hdl : Plexus within the hepato-duodenal ligament

PL ce : Celiac plexus

PL ph II : Pancreatic head plexus II

PL cha : Common hepatic artery plexus

PL sp : Splenic plexus

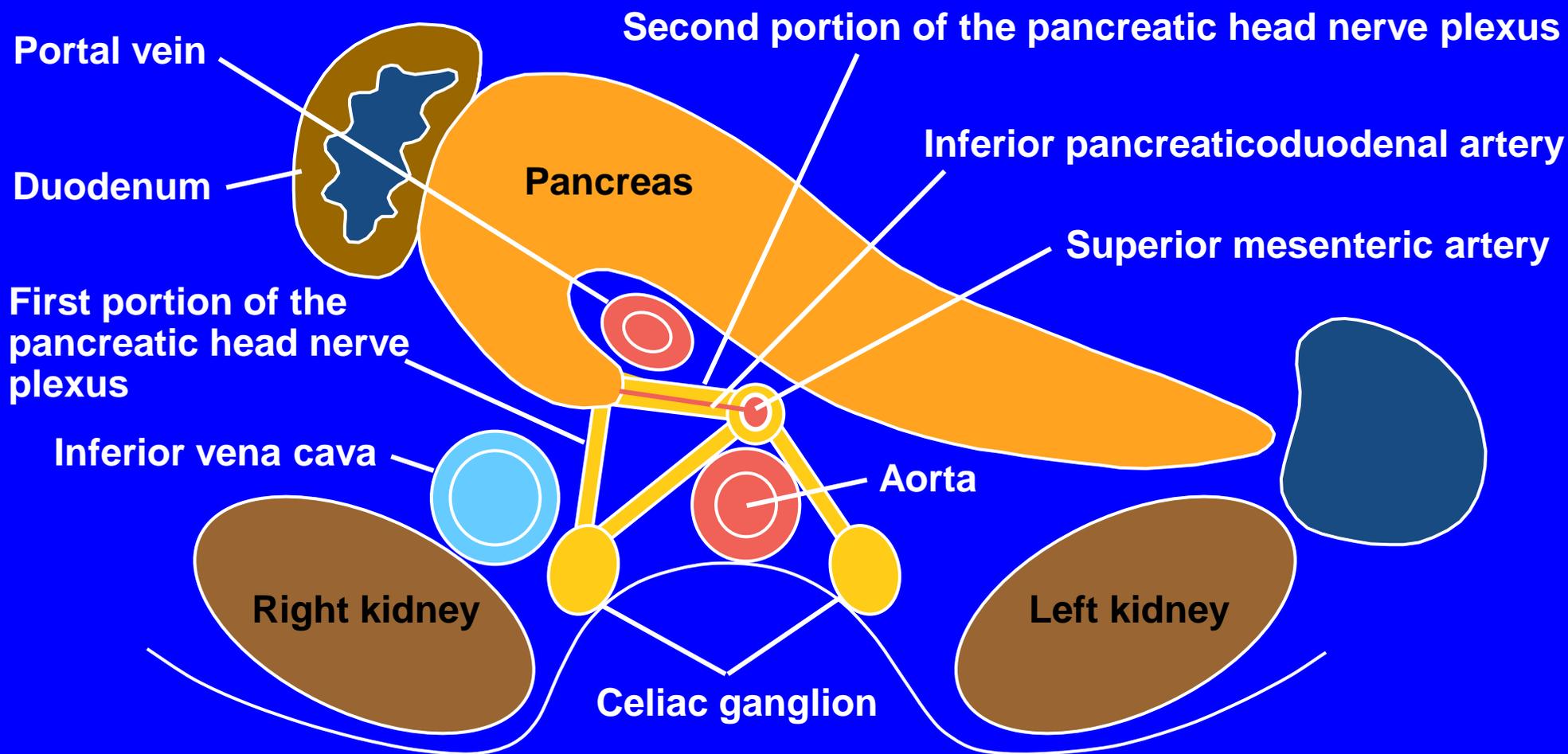
(JPS 2nd English Ed. 2003)

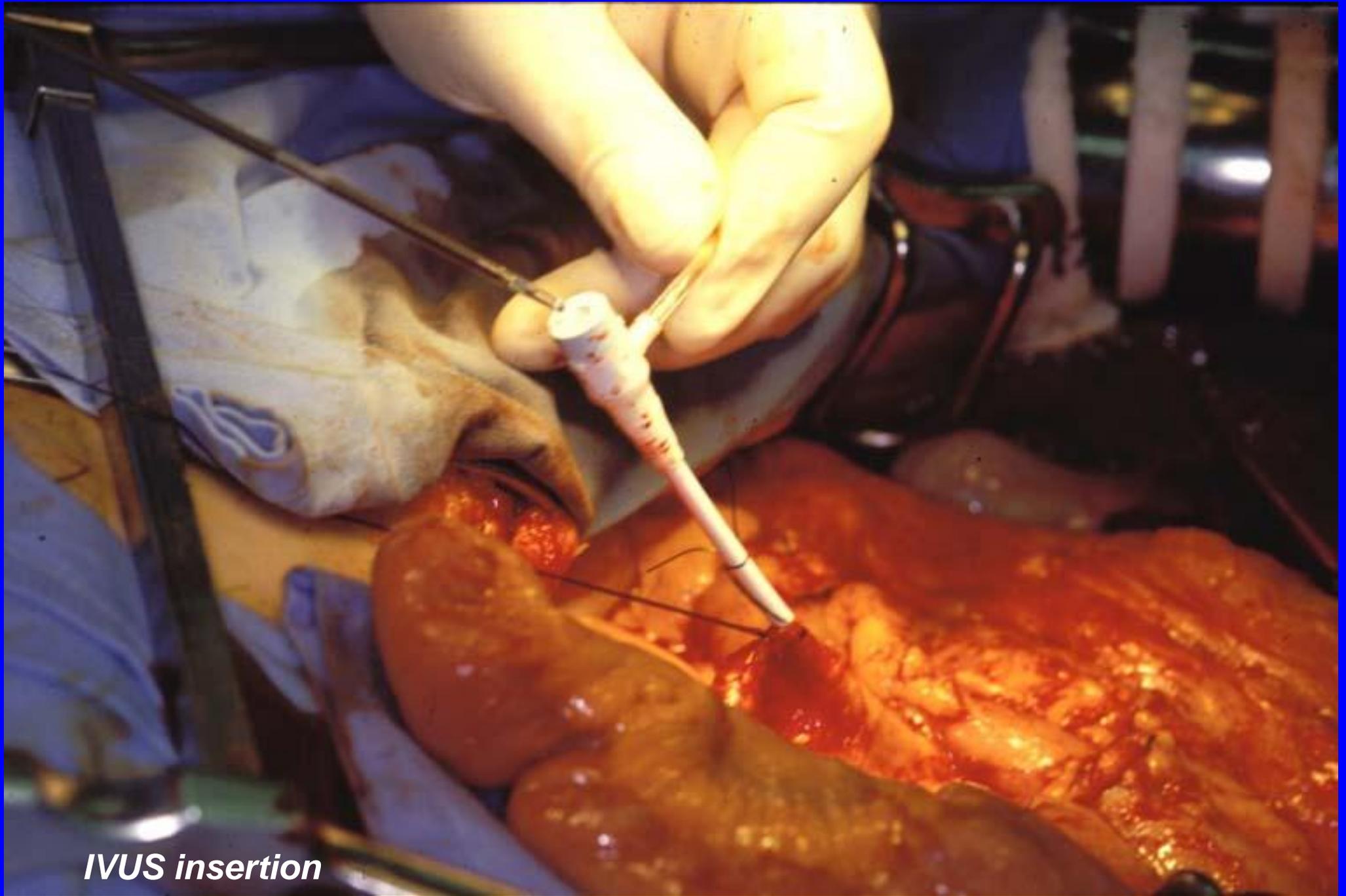
Relationship between plexus invasion and portal vein invasion, lymph node metastasis, or invasion of the margins

Plexus invasion	Portal invasion		Lymph node metastasis		Invasion of the margins	
	pv(-)	pv(+)	n(-)	n(+)	ew(-)	ew(+)
pl(-)	34	15	16	33	39	10
pl(+)	27	53	24	56	21	59
		<i>p < 0.01</i>		NS		<i>p < 0.01</i>

NS, not significant.

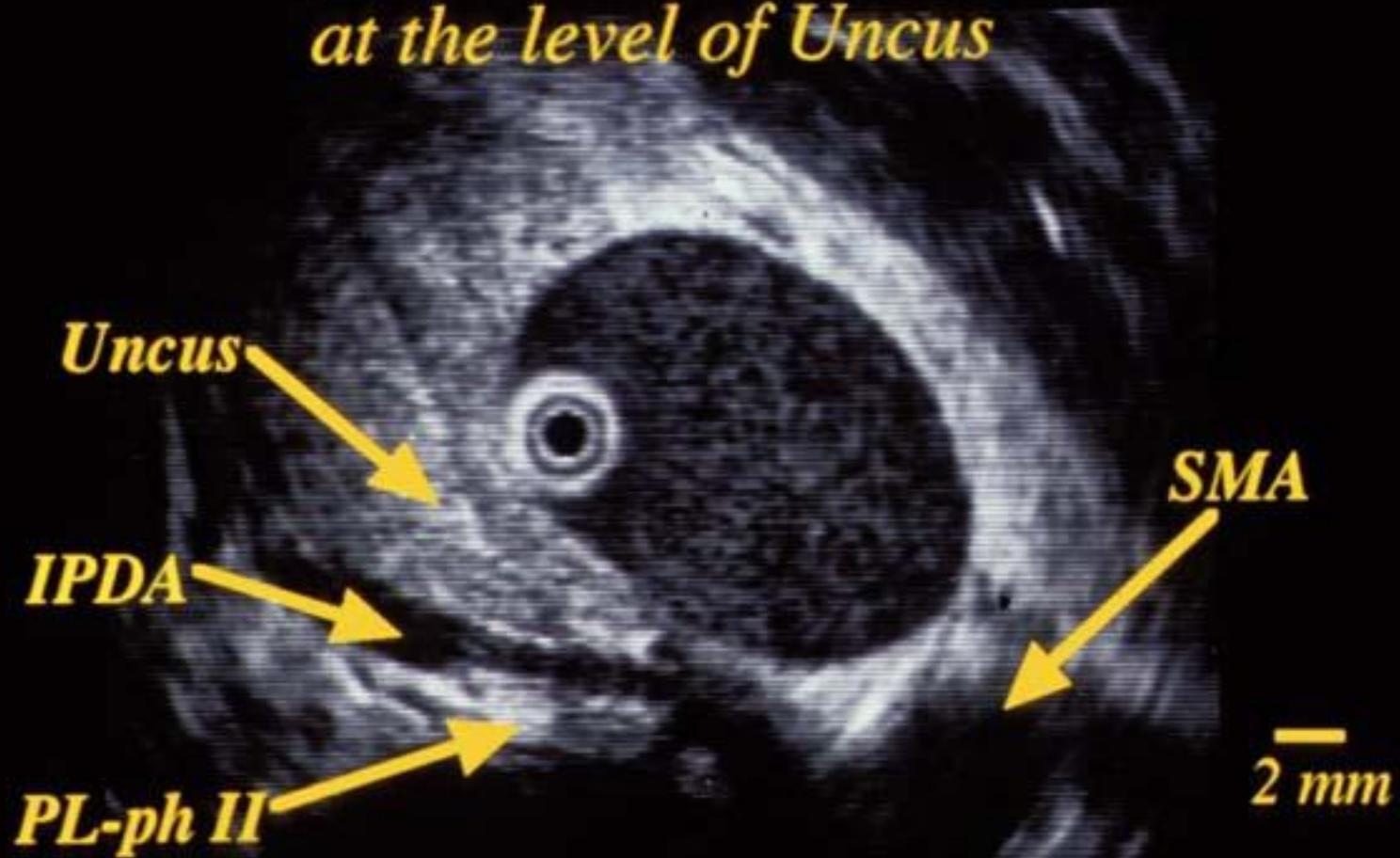
Anatomical Location of the Extrapancreatic Nerve Plexus



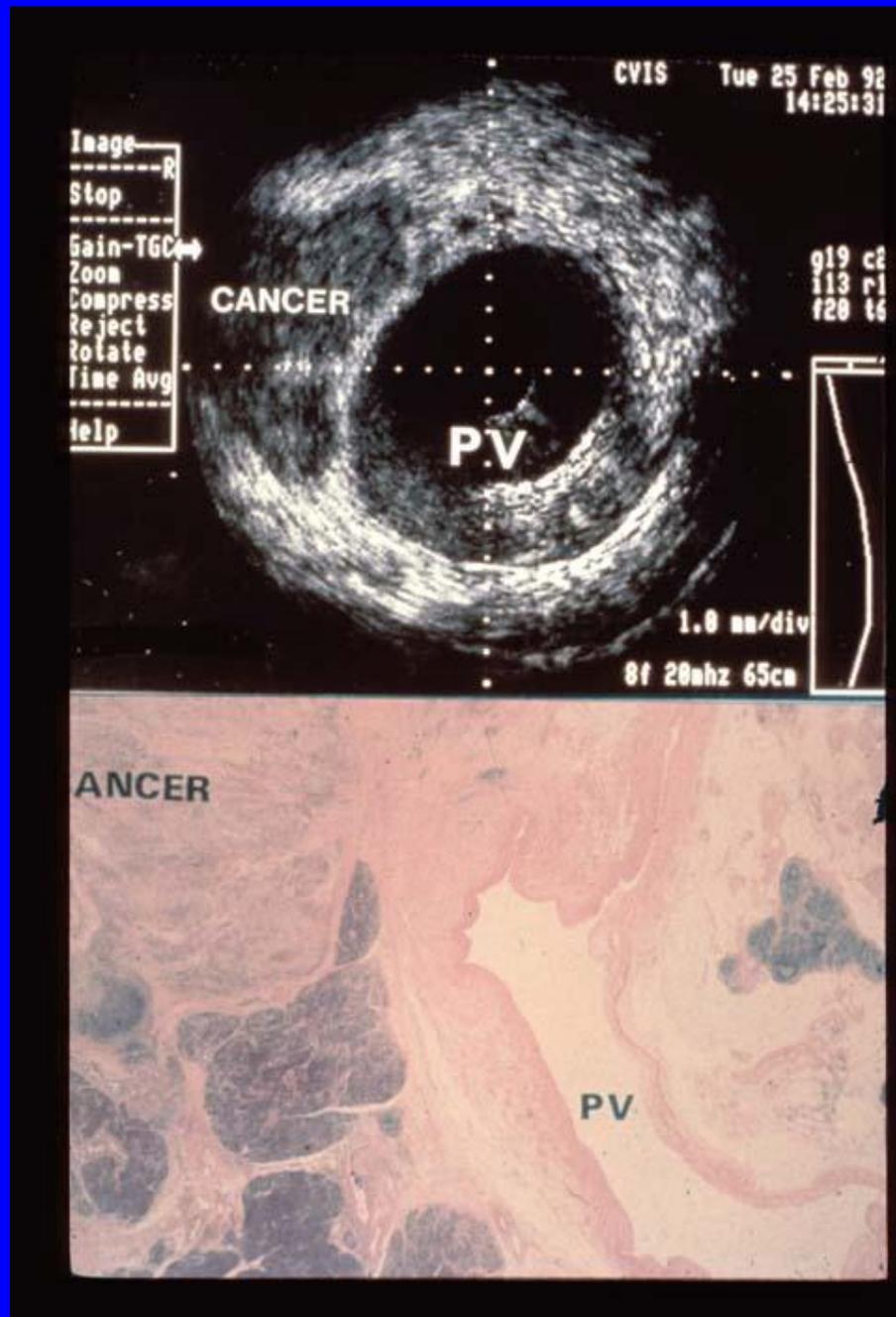


IVUS insertion

*Intraportal Endovascular US
at the level of Uncus*

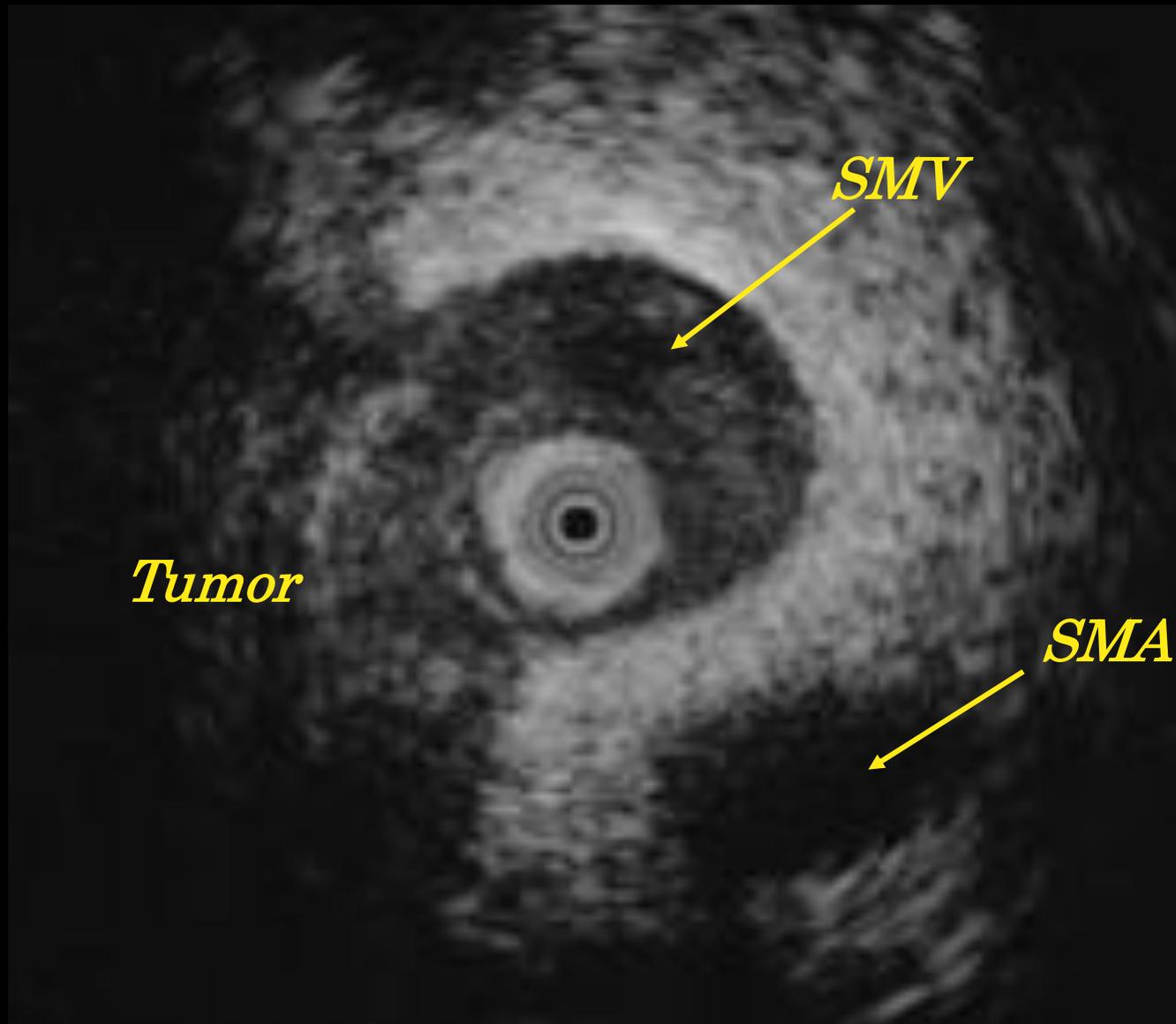


*Kaneko T, Nakao A, et al. Ann Surg 1995; 222:711-718
Nakao A, et al. World J Surg 1999; 23:892-895*

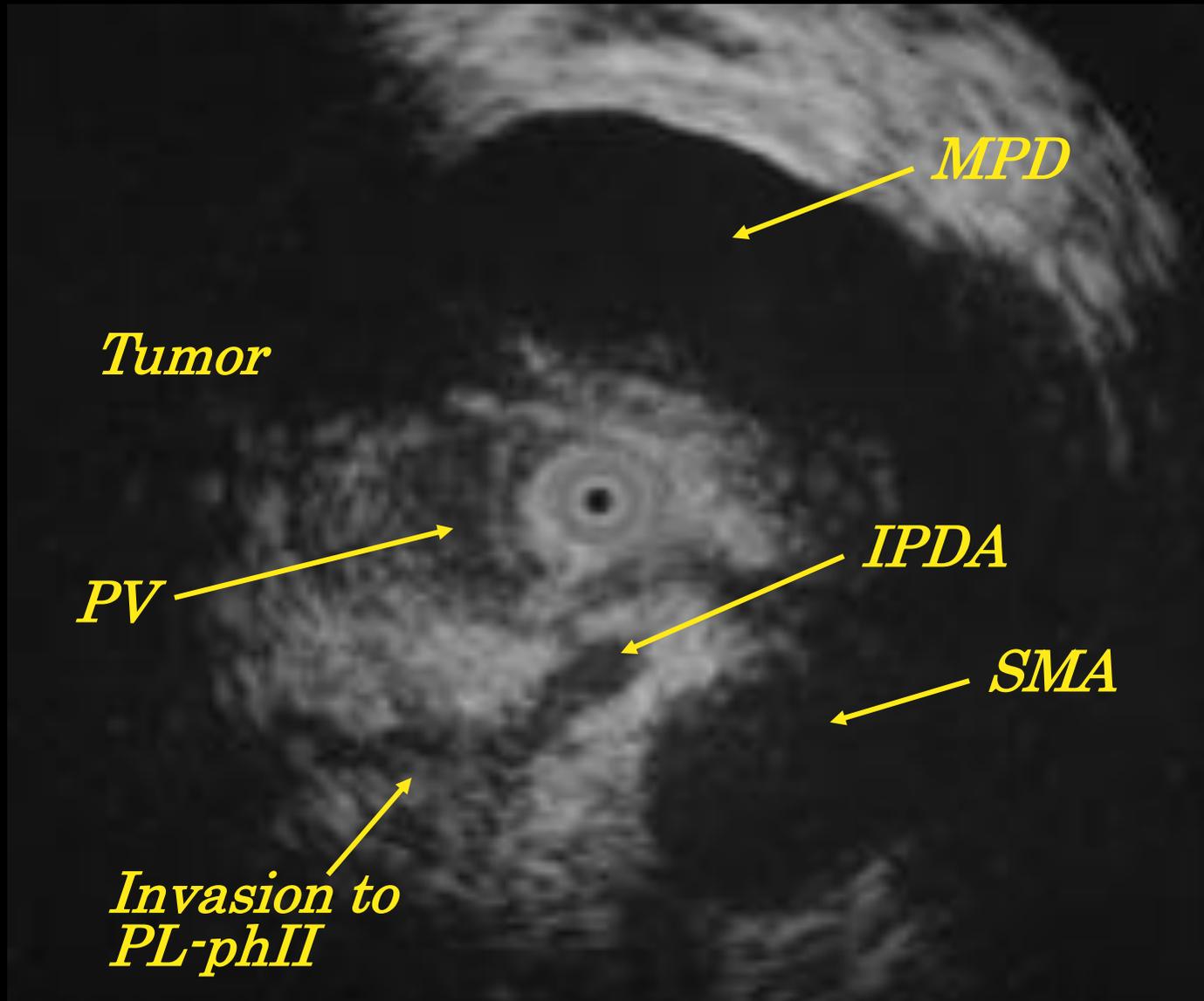


*Kaneko T, Nakao A, et al.
Surgery 115:438-444, 1994.*

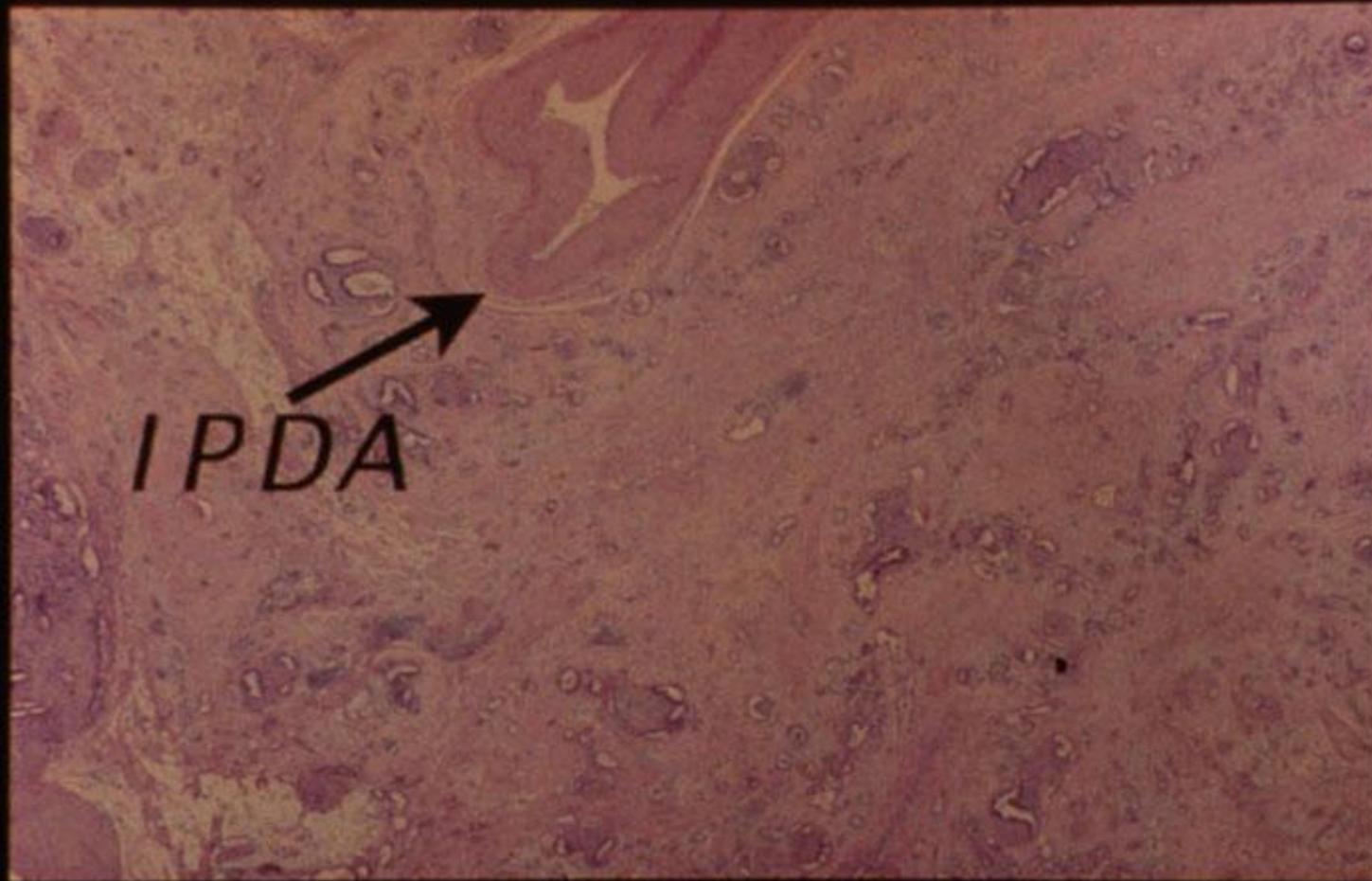
Tumor Invasion to SMV



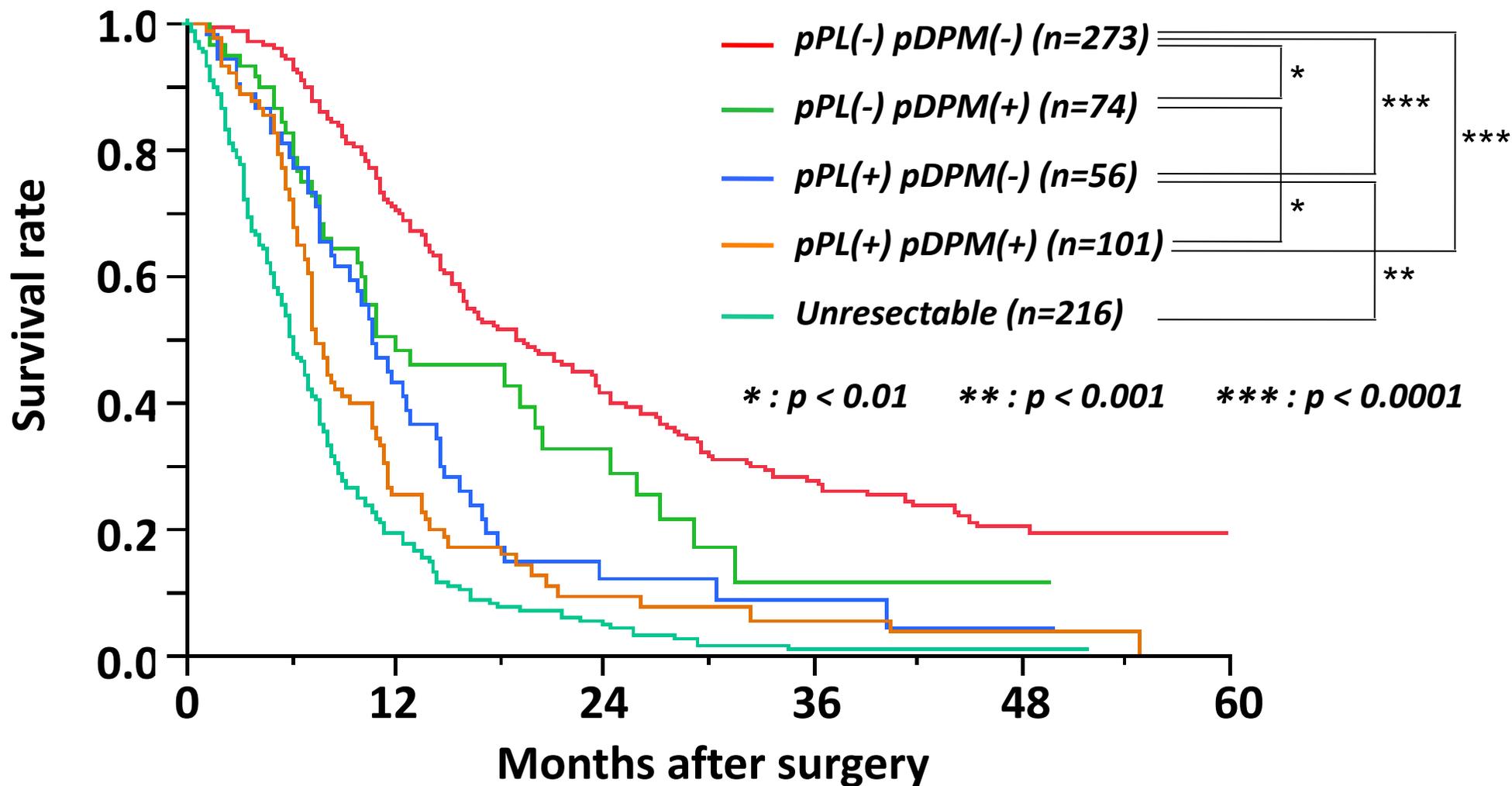
Tumor Invasion to PV and PL-phII



Invasion to PL ph II



Prognosis of pancreatic head cancer according to extrapancreatic nerve plexus invasion and dissected peripancreatic margin (July 1981~March 2011)



Is Pancreatic Cancer Systemic Disease?

Cancer cells in peripheral blood

- 1) Nomoto S, et al. Jpn J Cancer Res 87:793-797, 1996
K-ras, postoperative period: 10/10 (100%)
- 2) Uemura T, et al. J Gastroenterol 39:56-60, 2004
K-ras: 9/26 (35%)

Peritoneal washing cytology

- 1) Nomoto S, et al. Pancreas 14:126-132, 1997
conventional: 0/18 (0%), CEA, CA19-9 staining: 2/18 (11%)
- 2) Nakao A, et al. Hepatogastroenterology 46:2974-2977, 1999
conventional 5/66 (8%), CEA, CA19-9 staining 14/66 (22%)
prognosis between cytology positive and negative: N.S.
- 3) Yamada S, et al. Ann Surg 246:254-256, 2007
prognosis between resectable CY (-) and resectable (+): N.S.

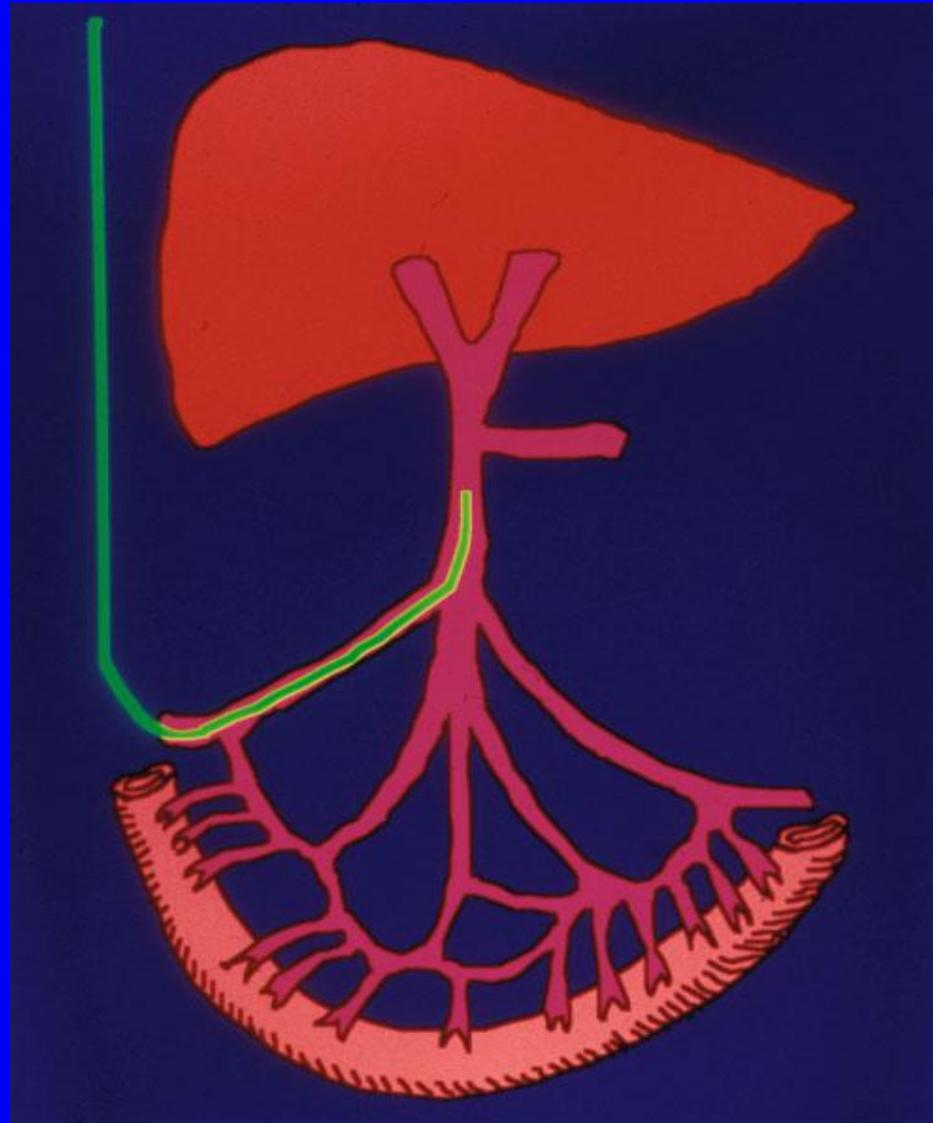
Lymph node metastasis

- 1) Ando N, et al. Pancreas 15:374-378, 1997
K-ras, paraaortic lymph nodes: 42/101 (42%)

Liver metastasis

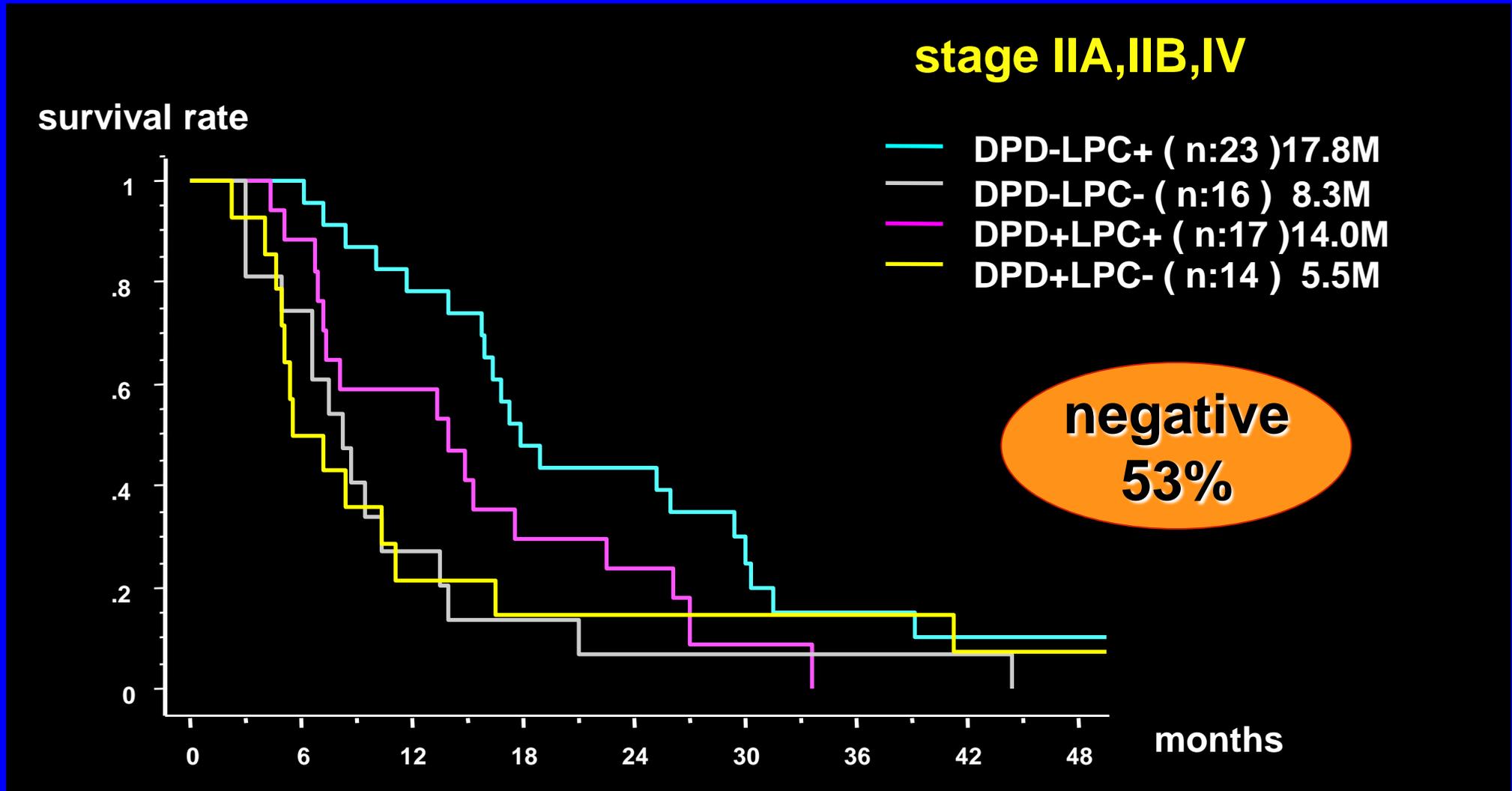
- 1) Inoue S, et al. Jpn J Cancer Res 86:626-630, 1995
K-ras: 13/17 (76%)

Liver Perfusion Chemotherapy Via Portal Vein

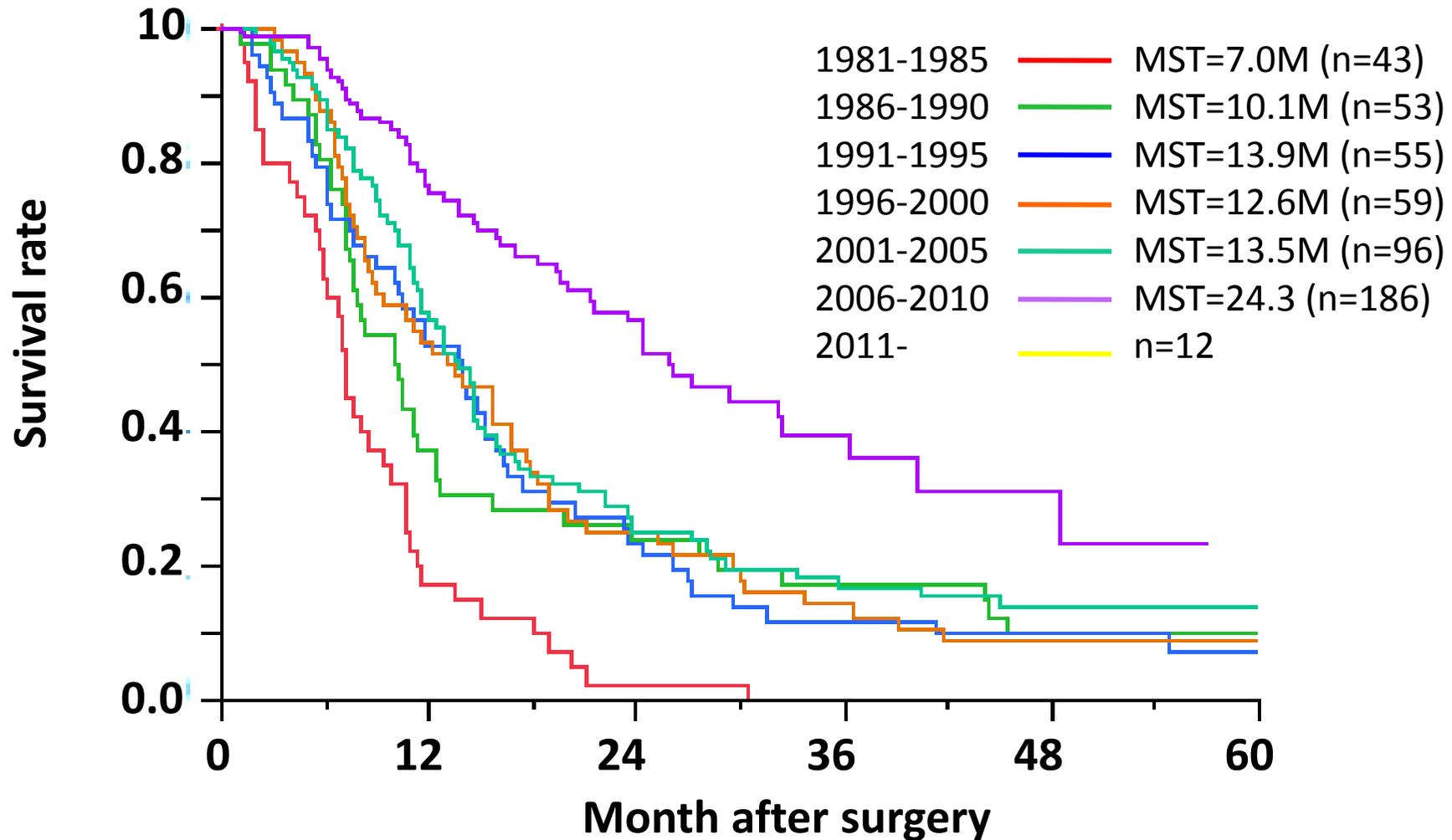


5FU: 250mg/day, continuously ~ 3, 4 ws

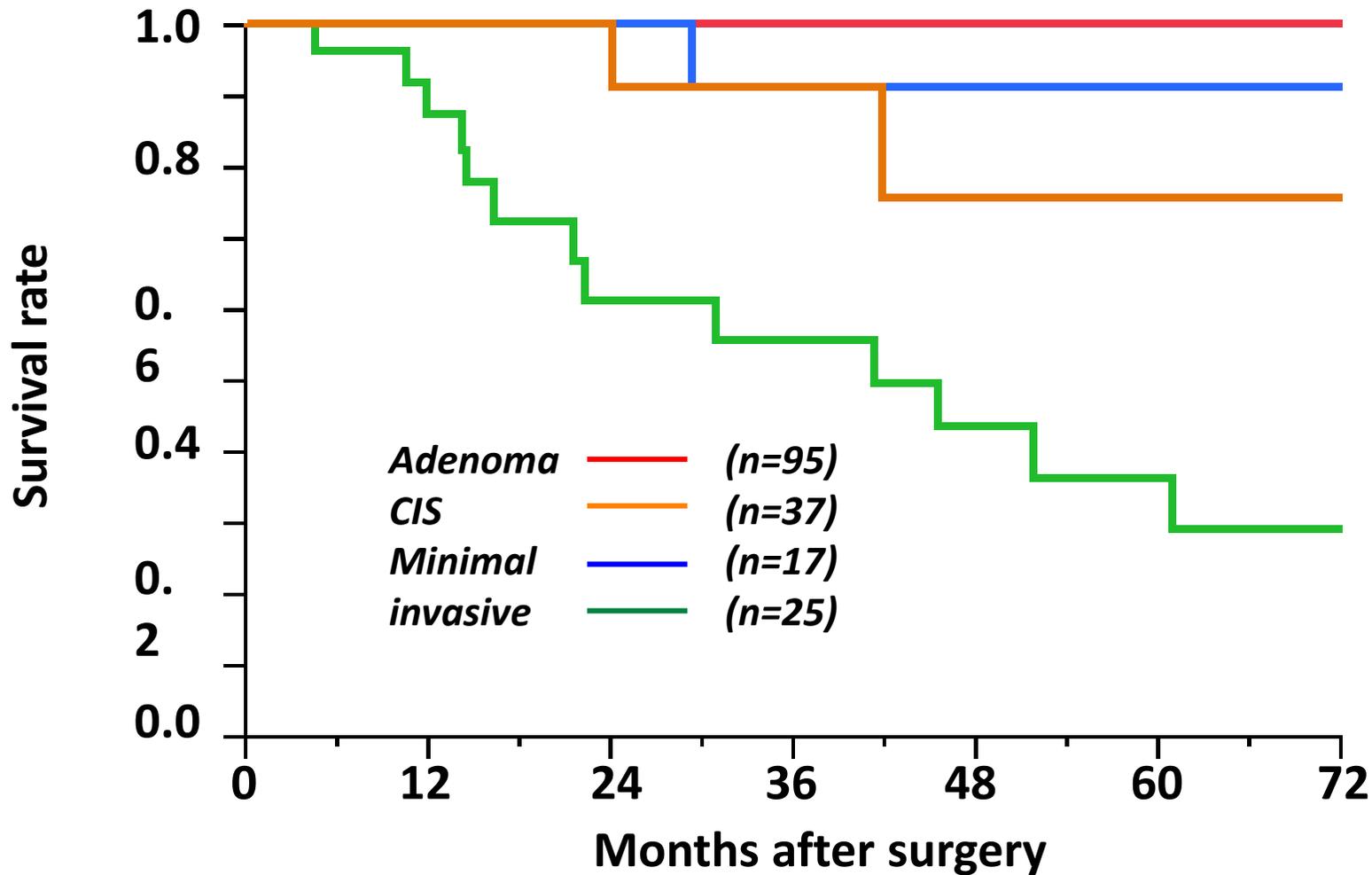
The cumulative survival rates according to DPD expression and LPC



Historical comparison of cumulative survival rates in patients with pancreatic carcinoma in every 5 years since 1981



Overall survival rate of patients with IPMN (1991.3~2011.3)

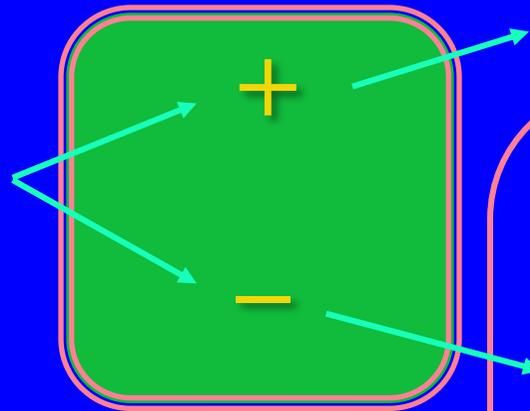


Operative Procedures for IPMNs and MCNs of the Pancreas

infiltration into the
pancreatic parenchyma

operative procedures

IPMNs
MCNs



with lymph node dissection(D₂)

without lymph node dissection

Ph

→ PHRSD

Pb

→ MP

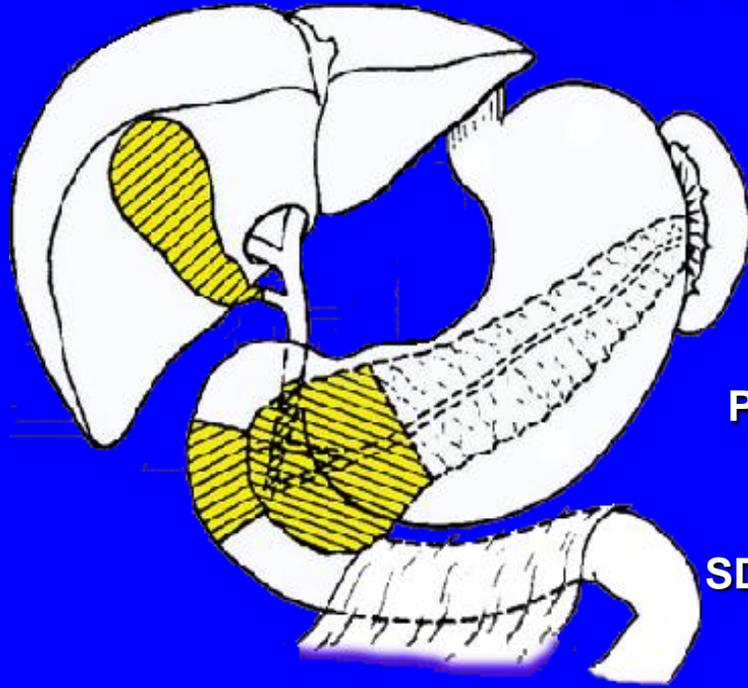
Pt

→ DP (spleen
preservation)

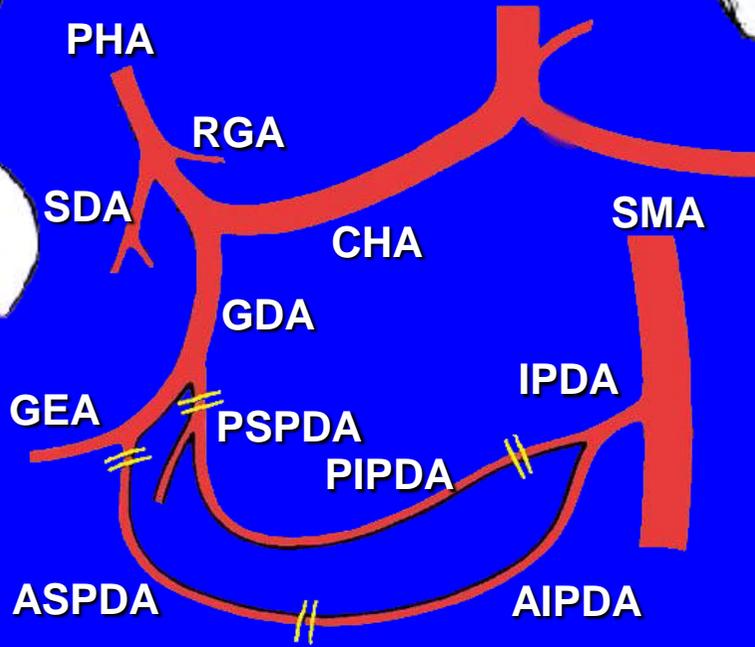
Phbt

→ TPSD

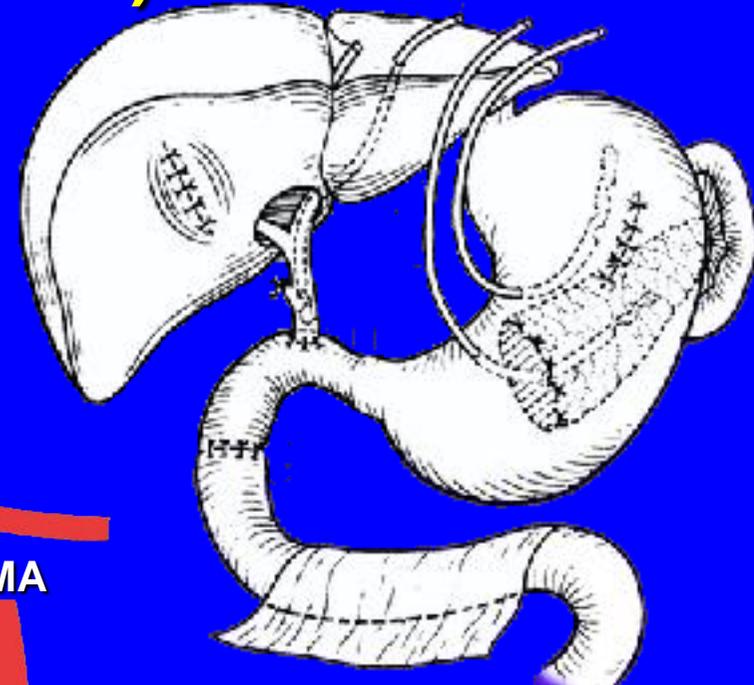
Pancreatic Head Resection with Segmental Duodenectomy (PHRSD)



resected portion



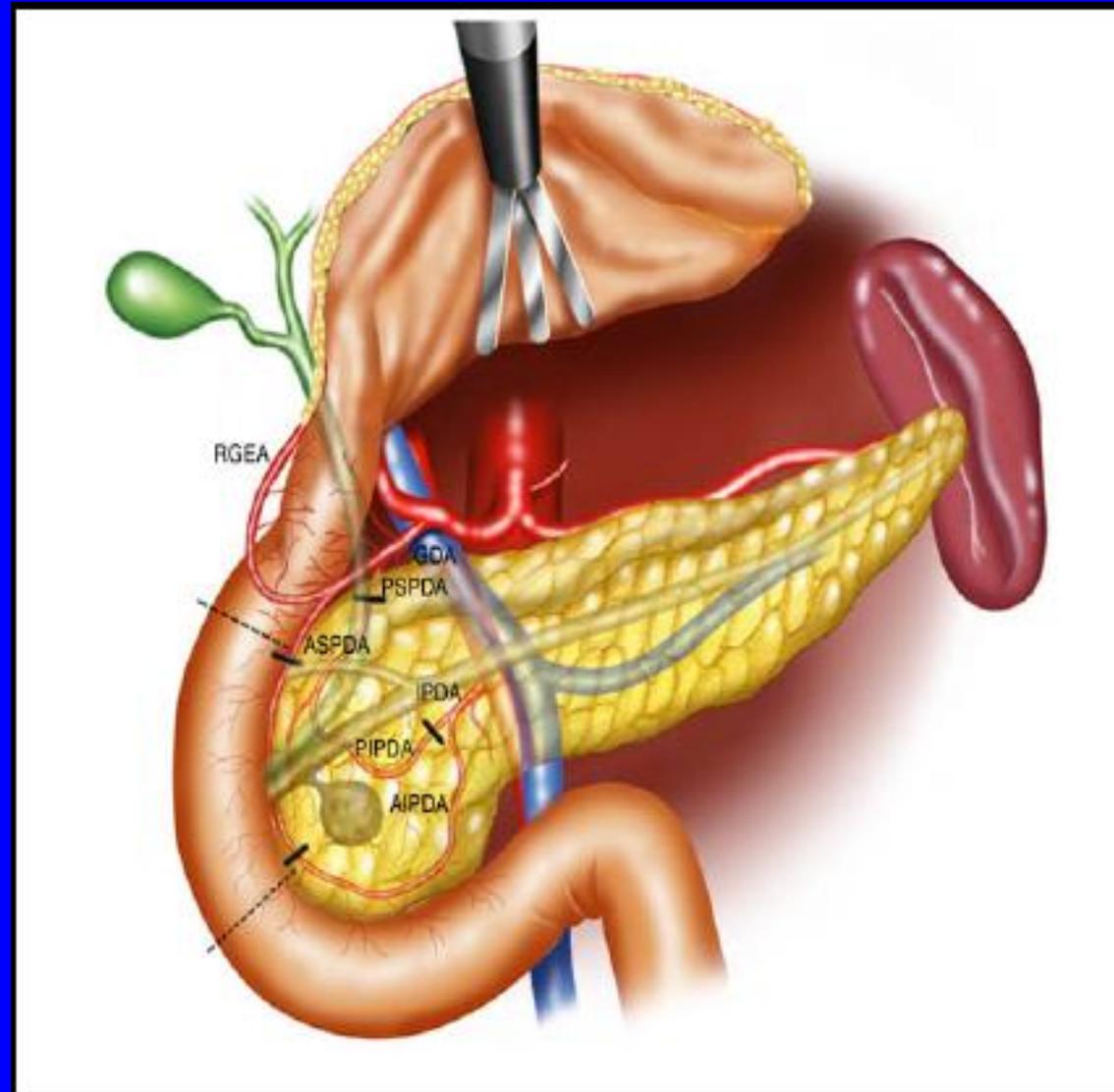
resected area of the arteries



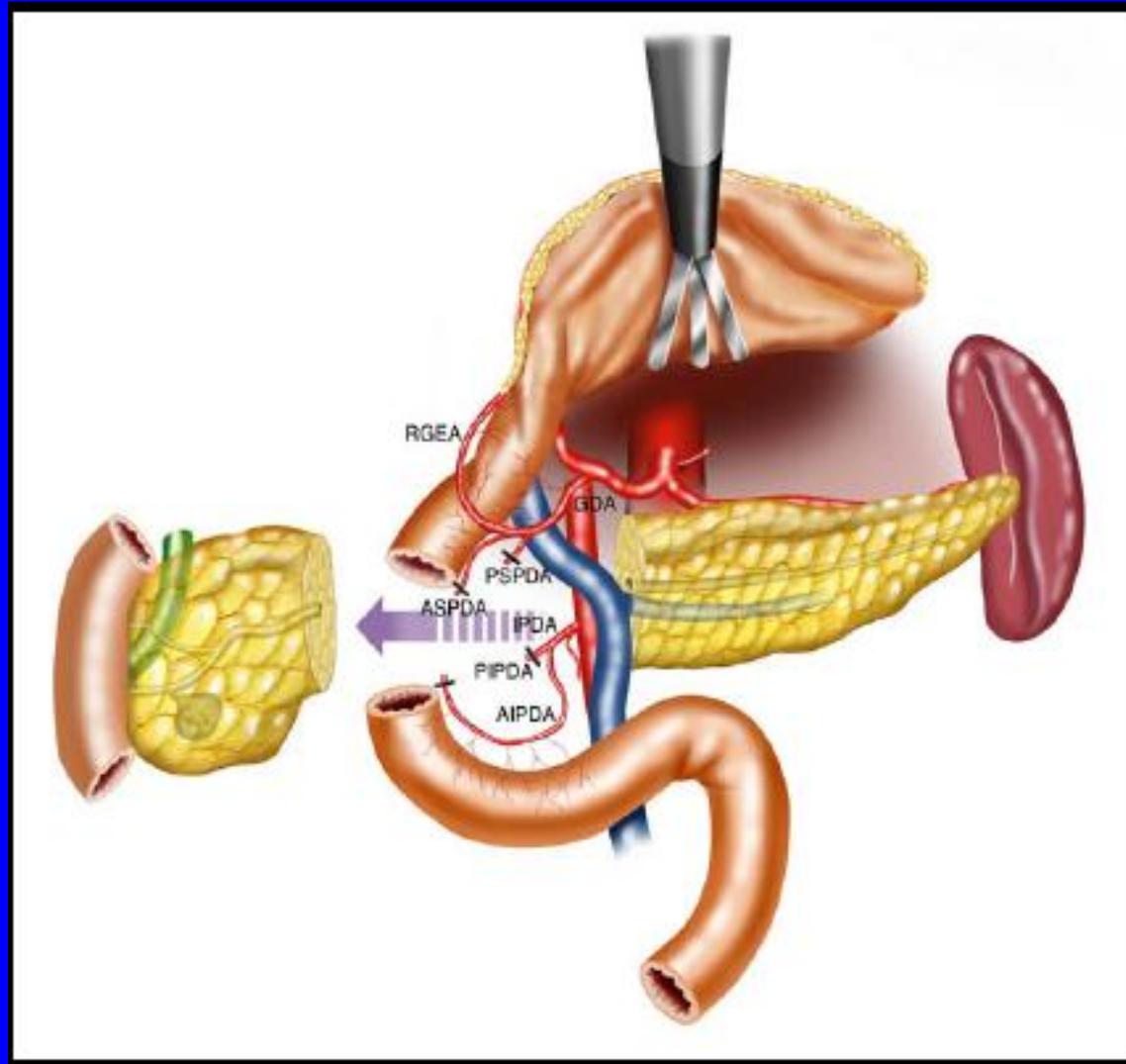
reconstruction

Nakao A, et al. Shujutsu (Operation) 1994
Nakao A. Hepatogastroenterology 1998
Nakao A, et al. Ann Surg 2007
Nakao A, et al. JHBP Surg 2009

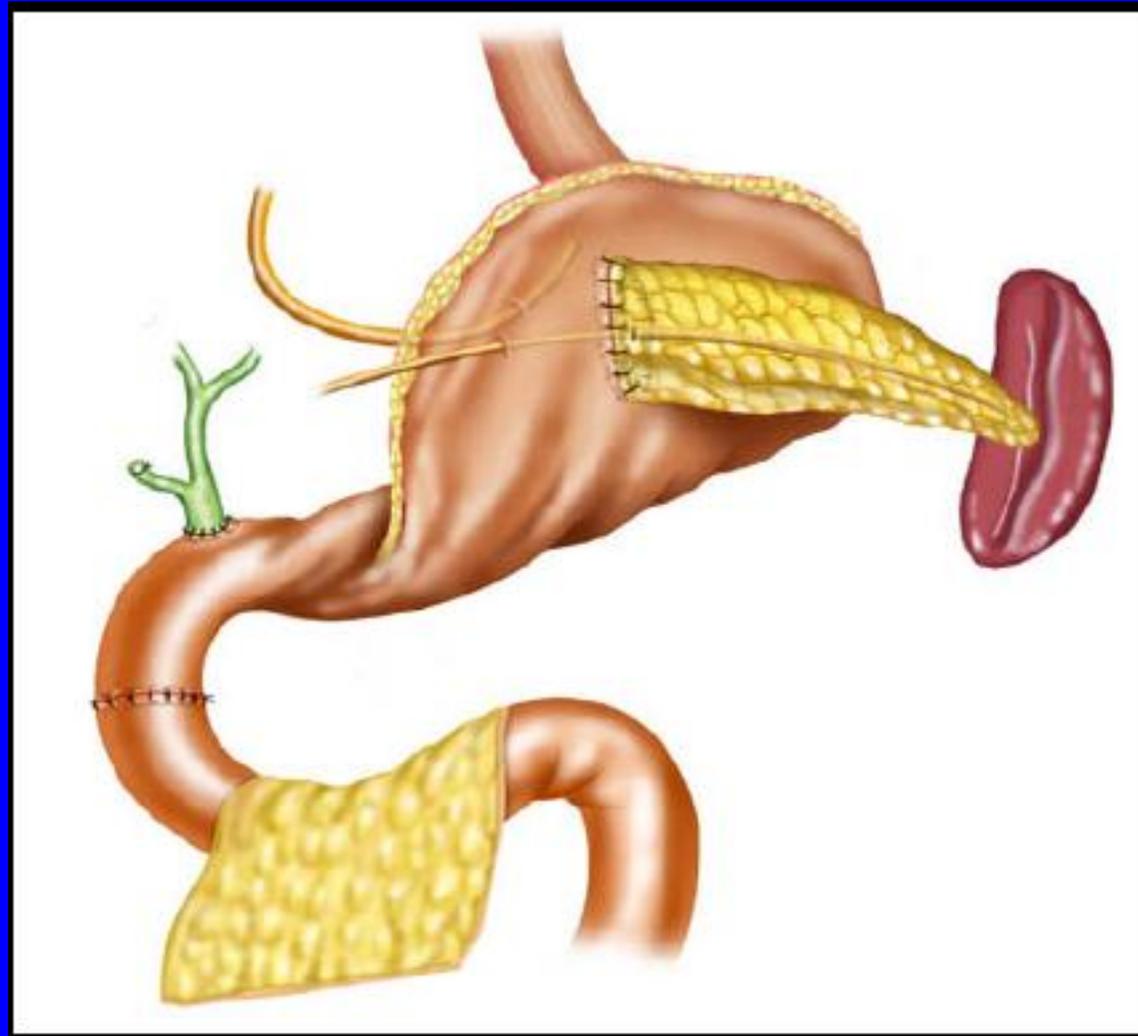
Pancreatic Head Resection with Segmental Duodenectomy (PHRSD)–1



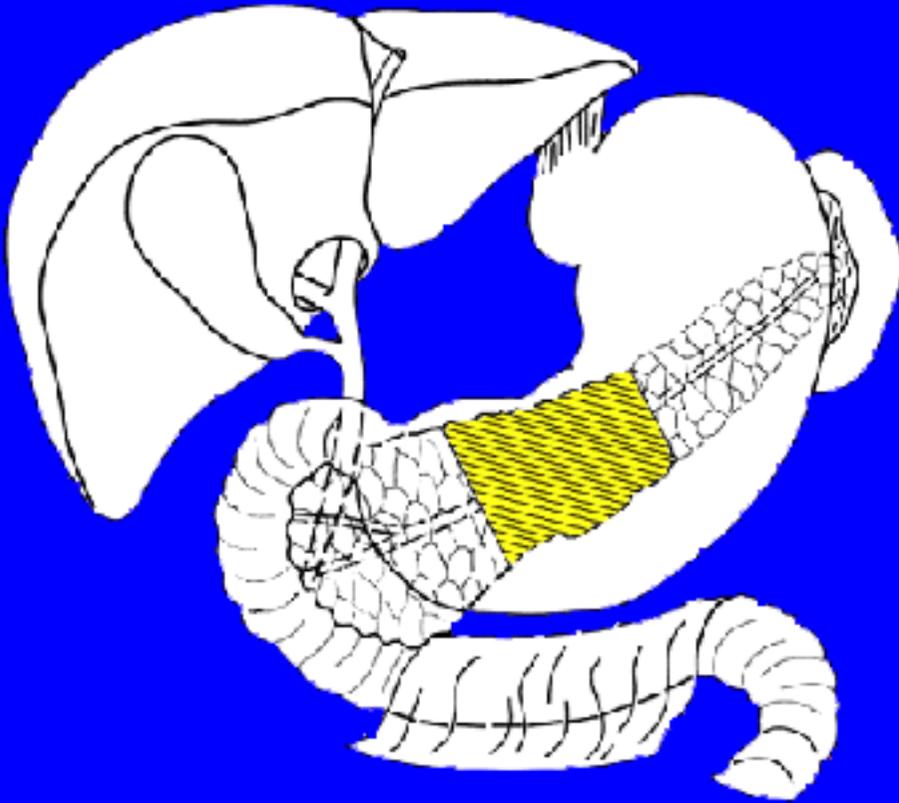
Pancreatic Head Resection with Segmental Duodenectomy (PHRSD)-2



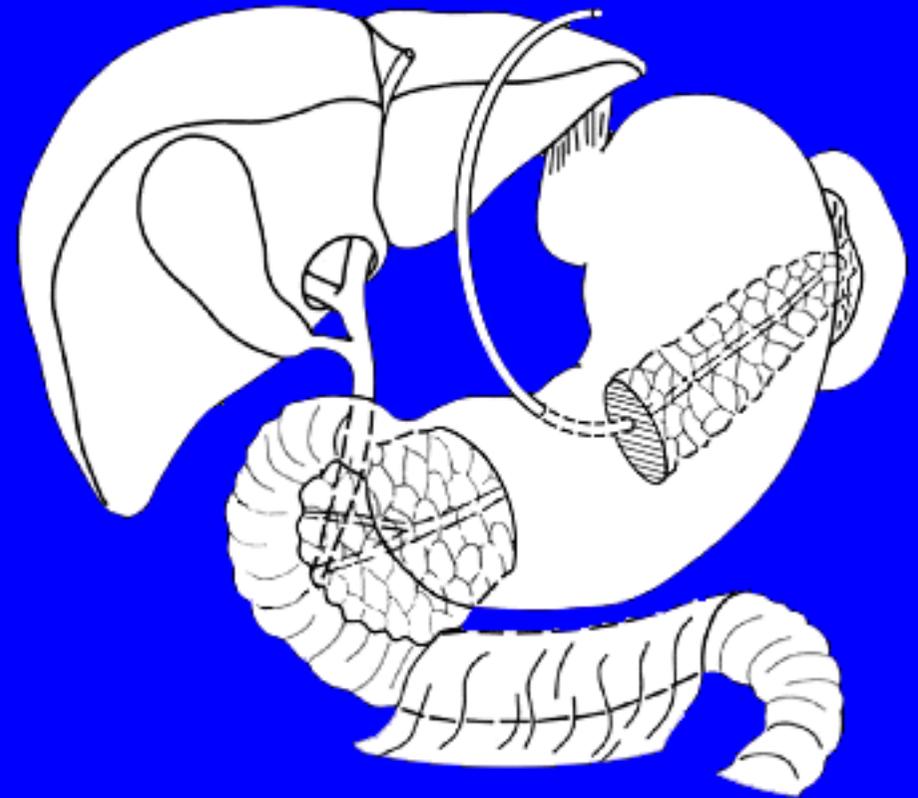
Pancreatic Head Resection with Segmental Duodenectomy (PHRSD)–3



Middle Pancreatectomy (MP)

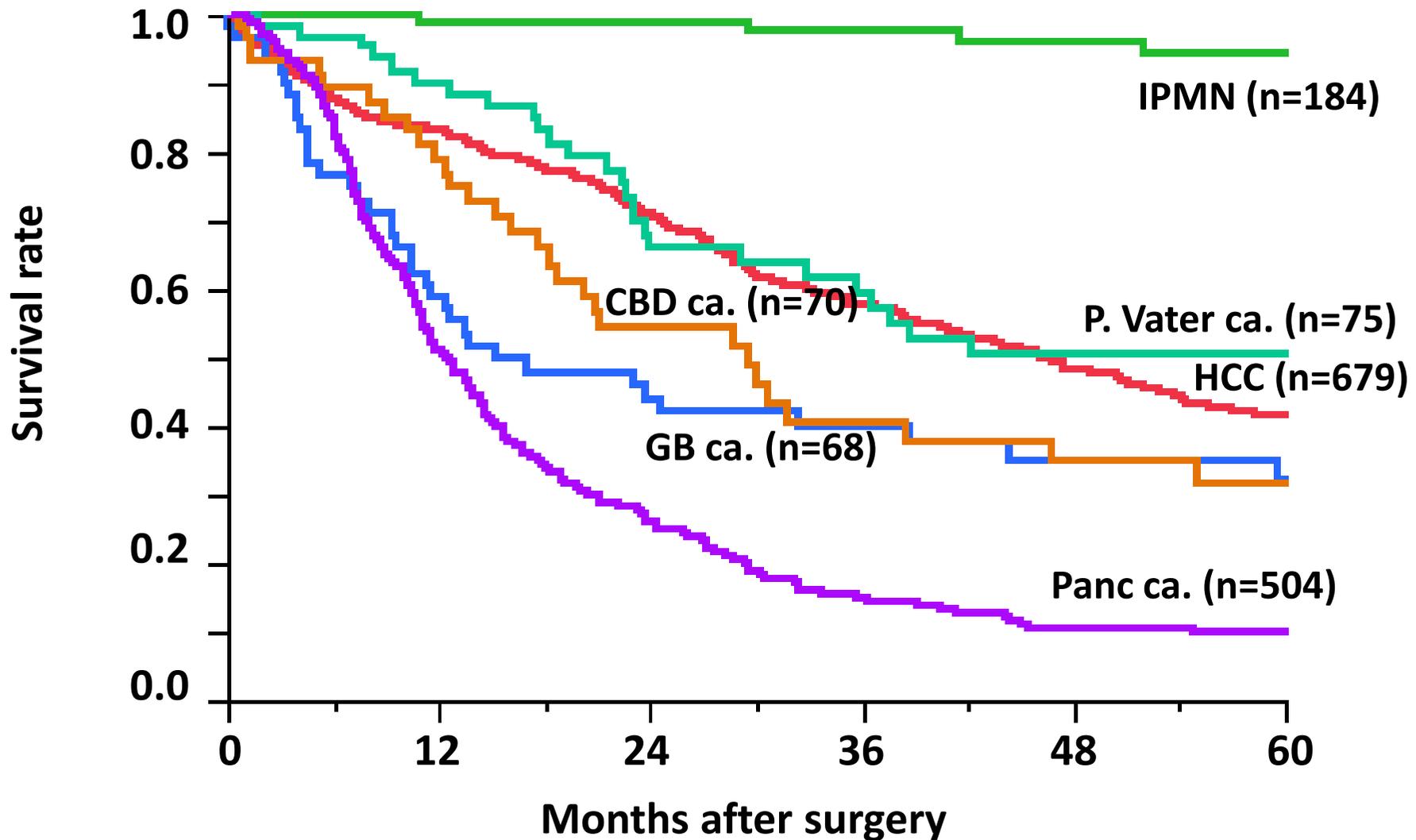


resected portion



reconstruction

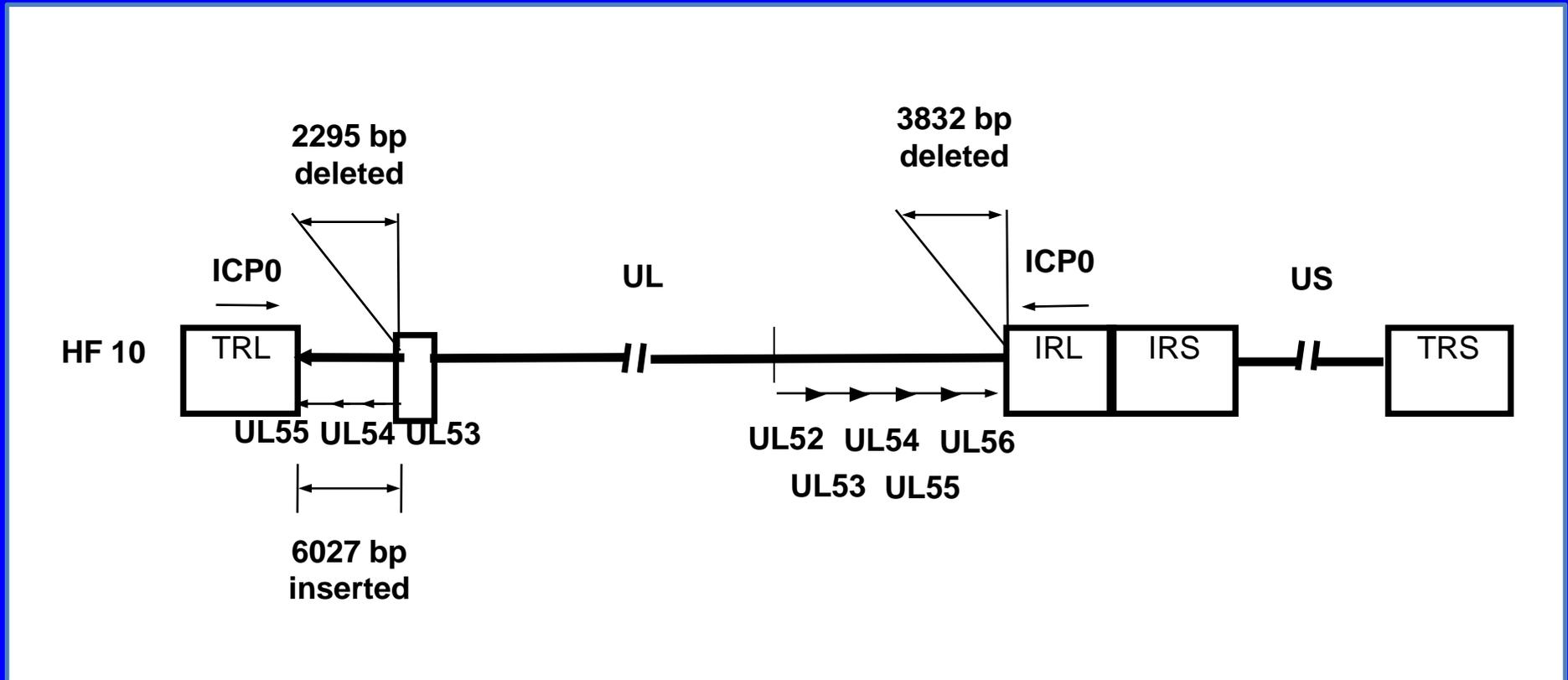
Survival rate after surgery (1981-2011.3)



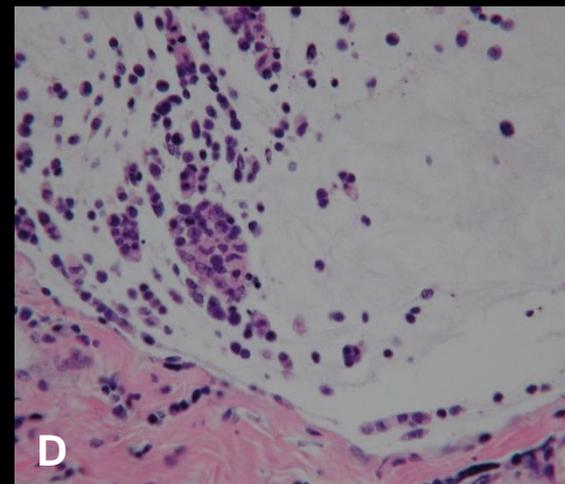
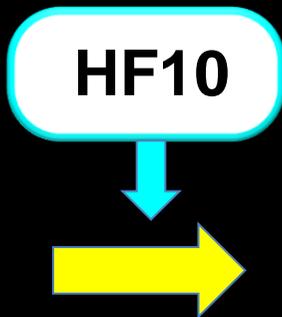
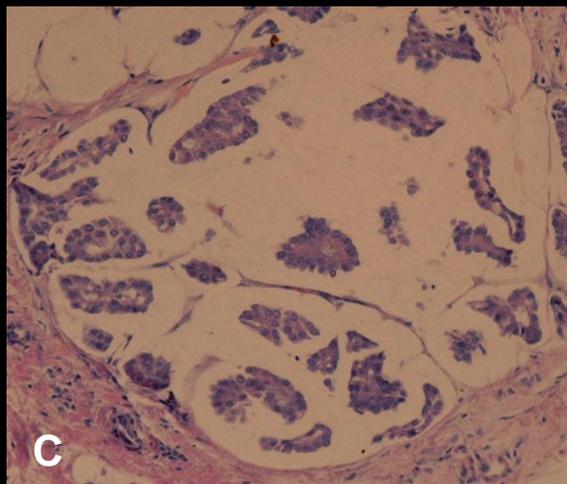
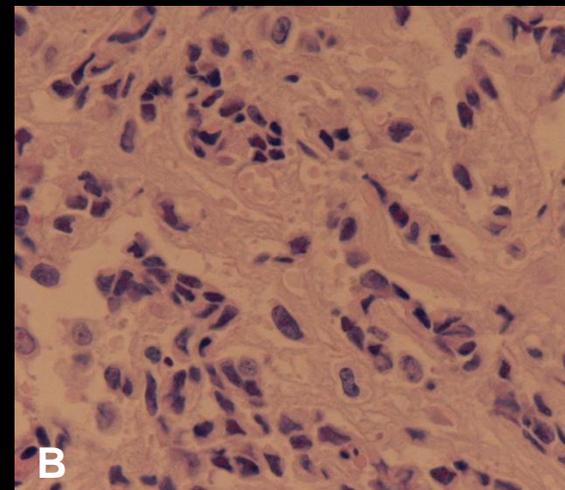
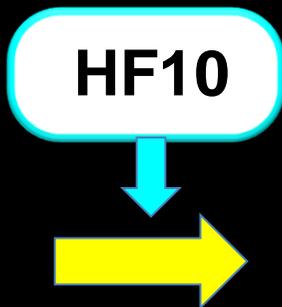
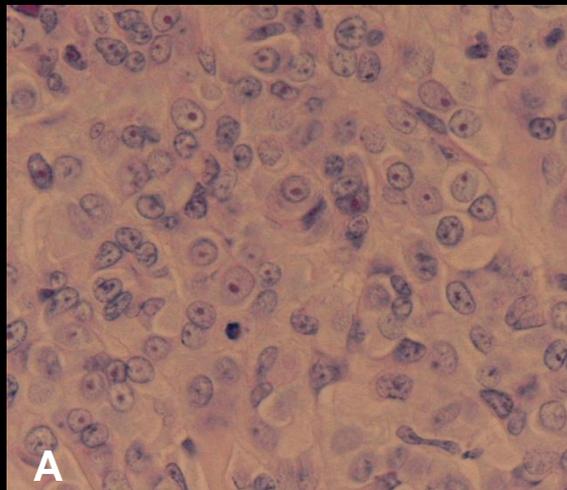
術式別膵切除症例数(名大二外) (1981~2011.3)

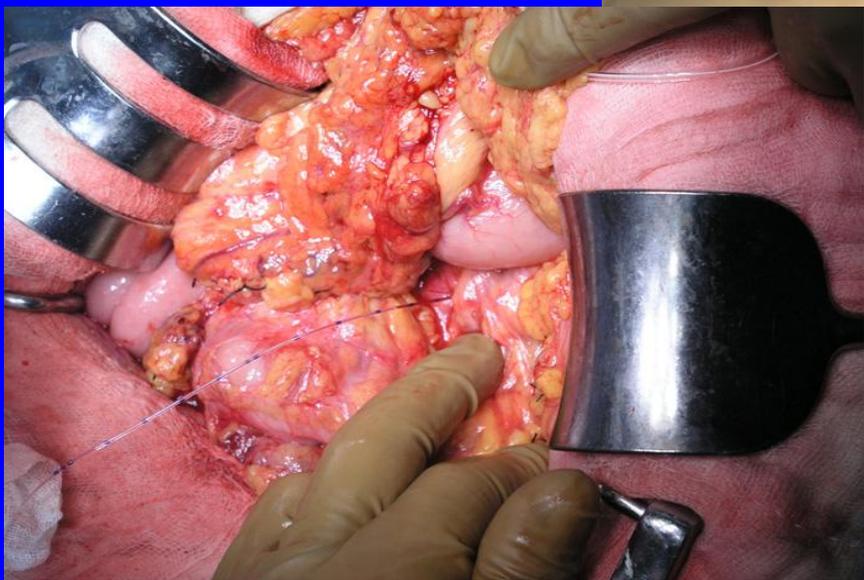
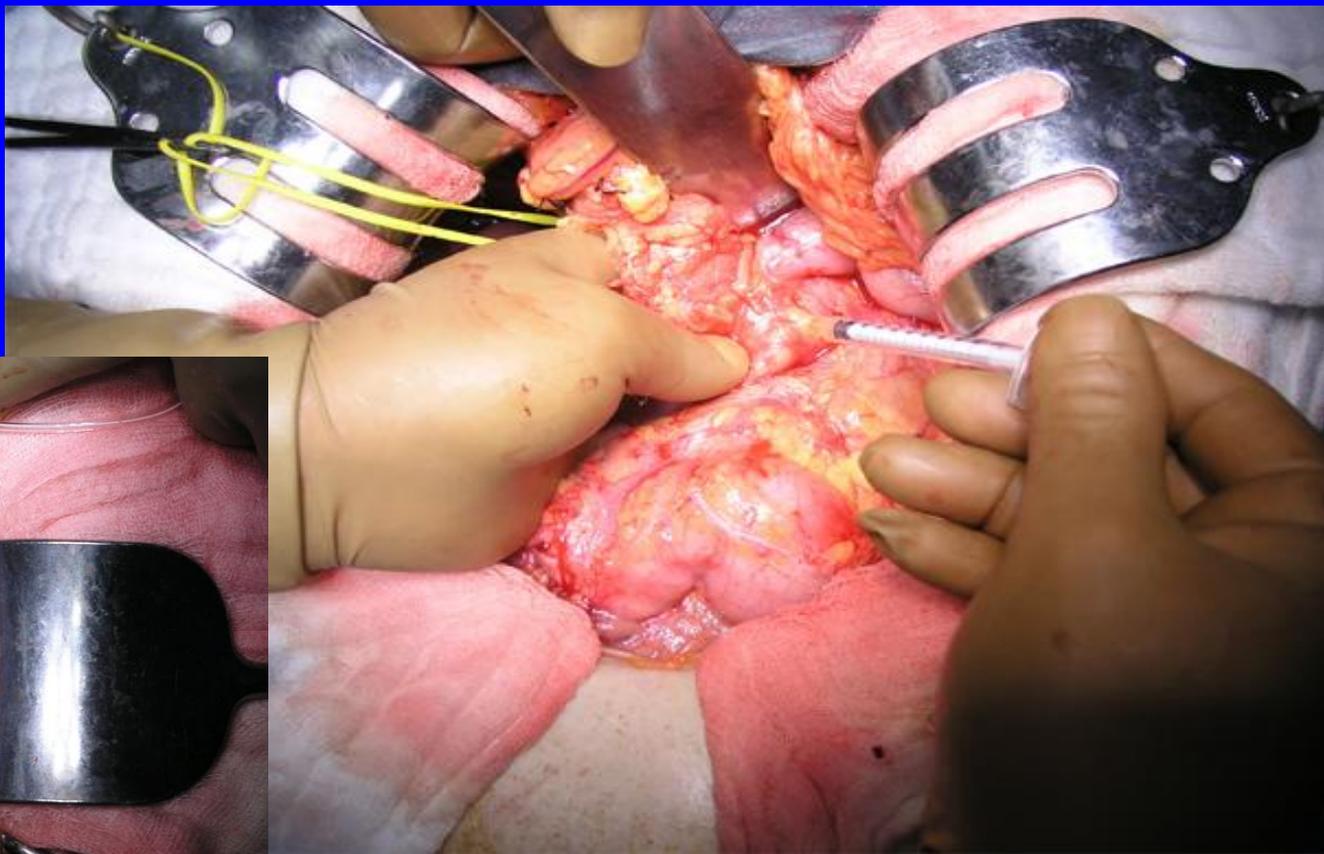
術式	症例数	門脈切除数	術死
TP	96	76	6
PpPD	146	26	0
PD	418	202	6
PHRSD	68	0	0
DPPHR	1	0	0
DP	147	15	0
MP	31	0	0
Patial	7	0	0
HPD	14	1	2
合計	929	320	14 (1.5%)

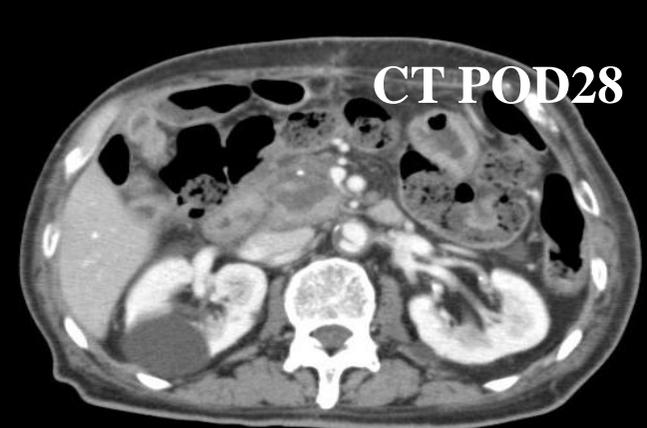
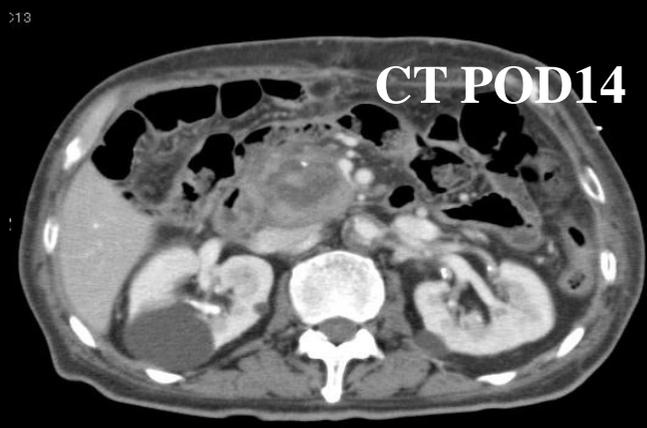
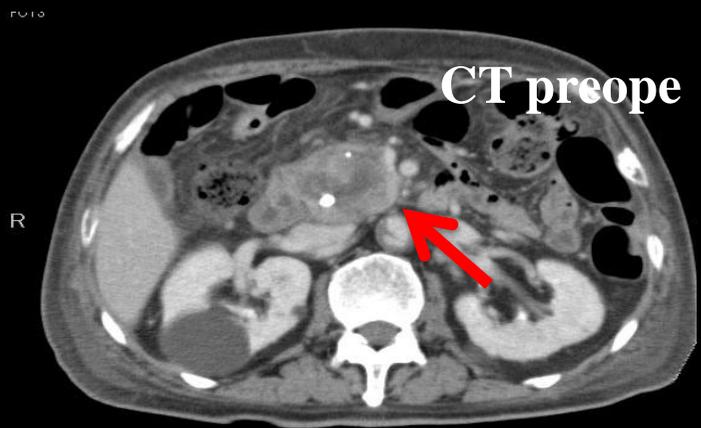
A schematic representation of the genetic genome structure of HF10



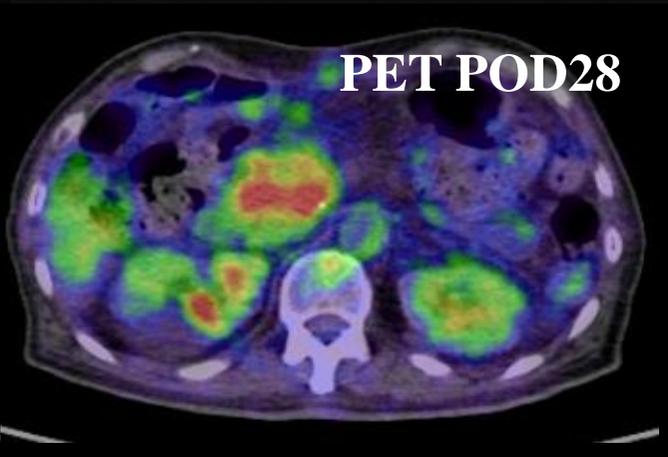
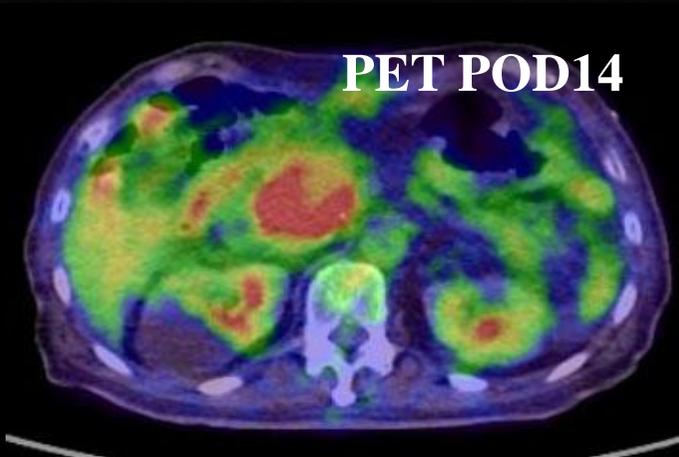
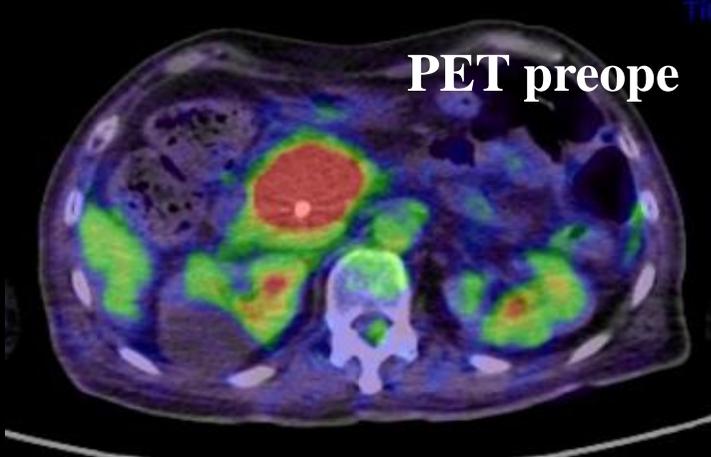
Intratumoral injection of herpes simplex virus HF10 in recurrent breast cancer



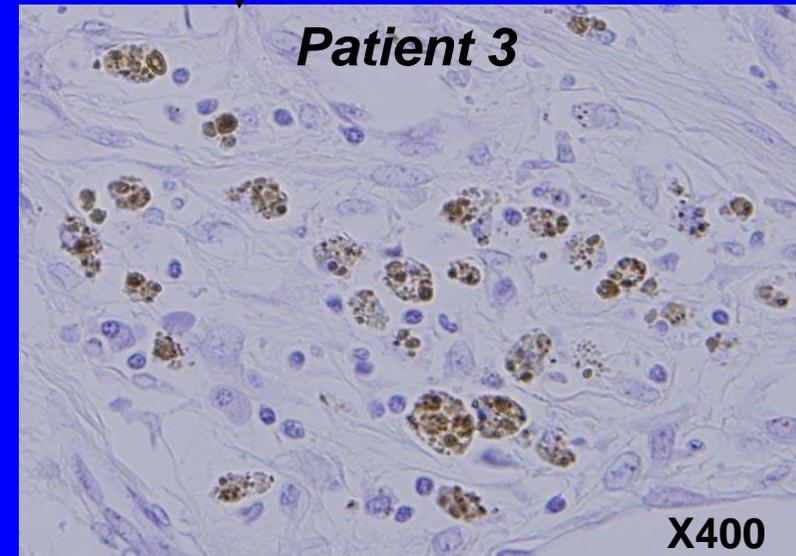
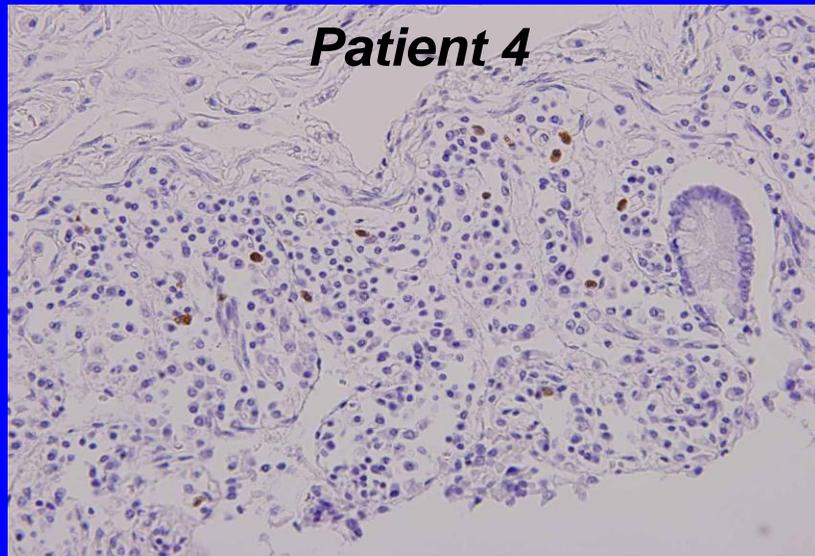
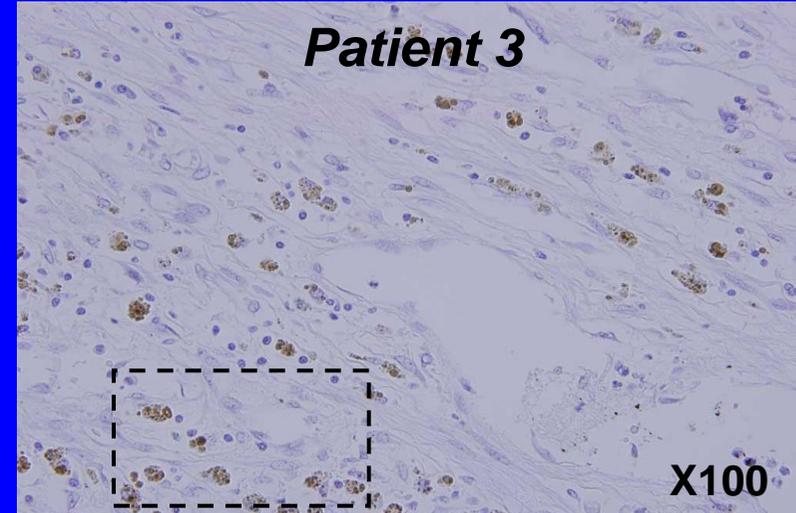
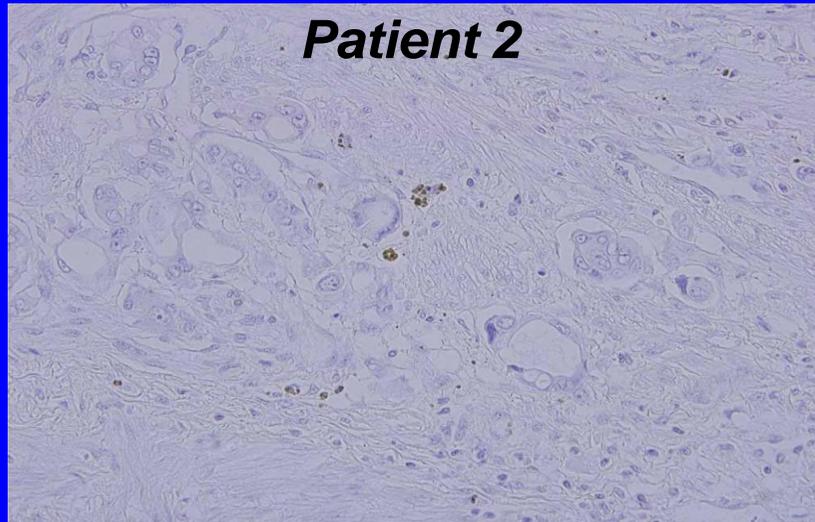




Patient 5 (PR)



HSV envelope protein was detected from autopsy specimen

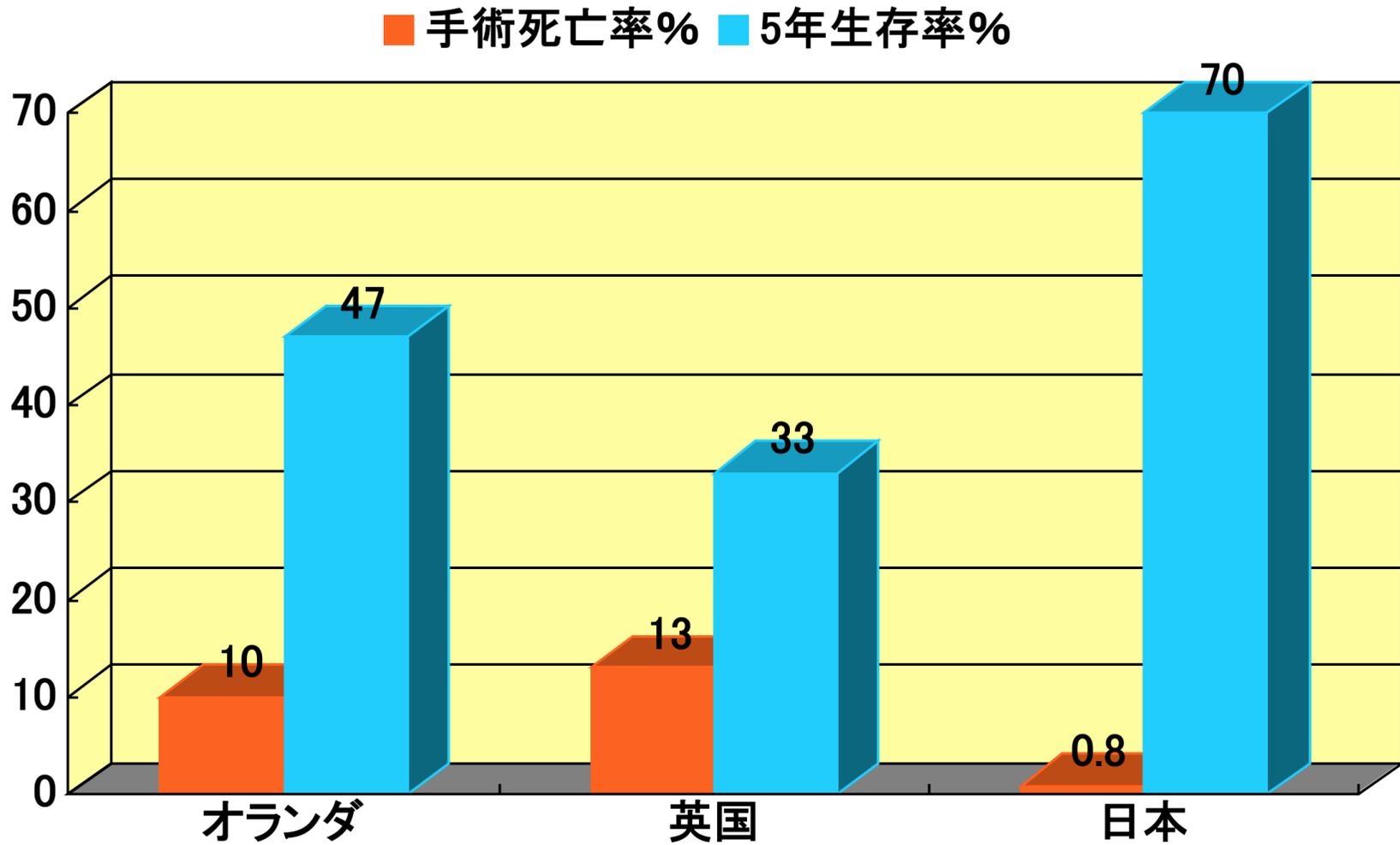


学生諸君

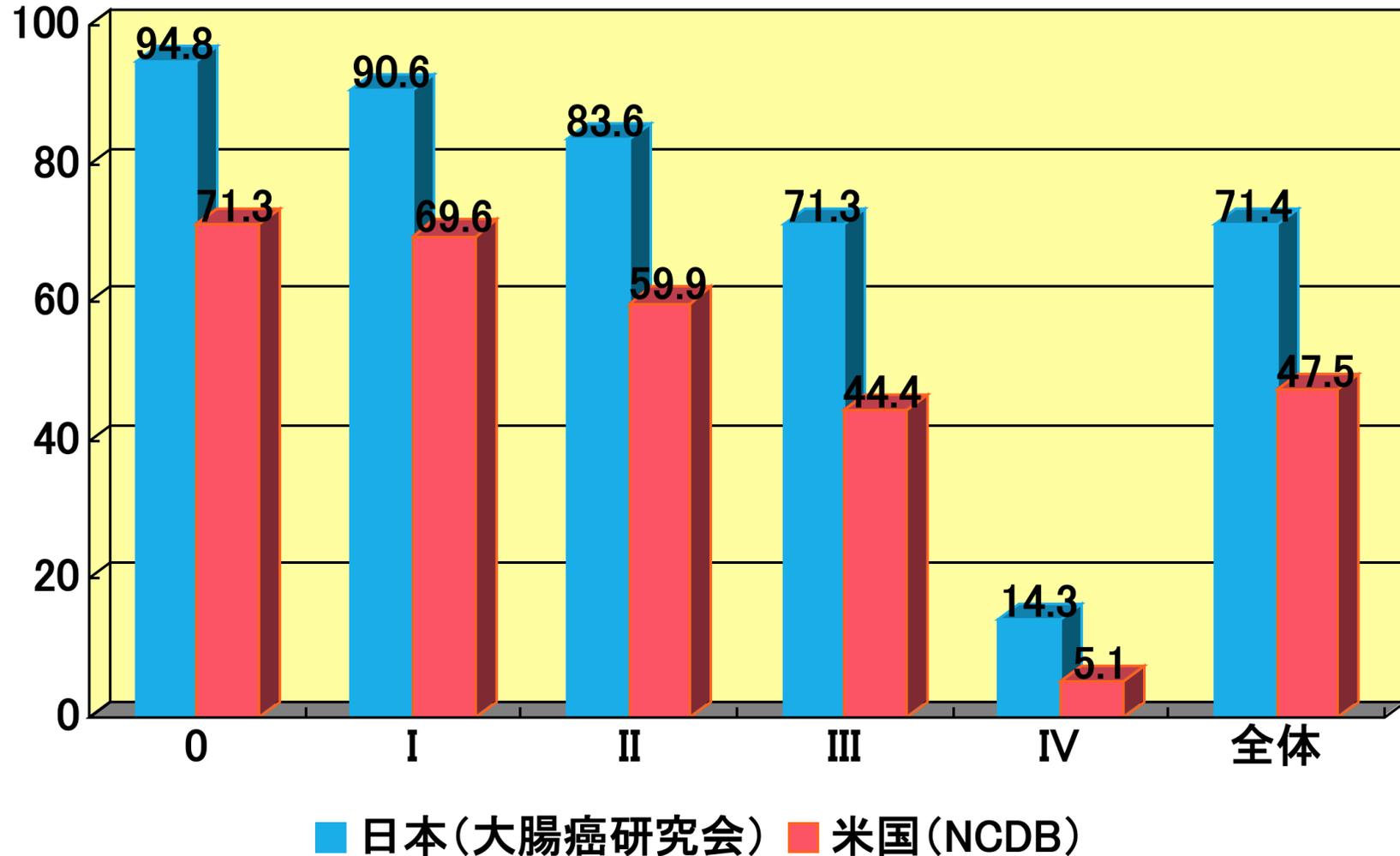
と

若き外科医へ

胃癌手術成績の国際比較



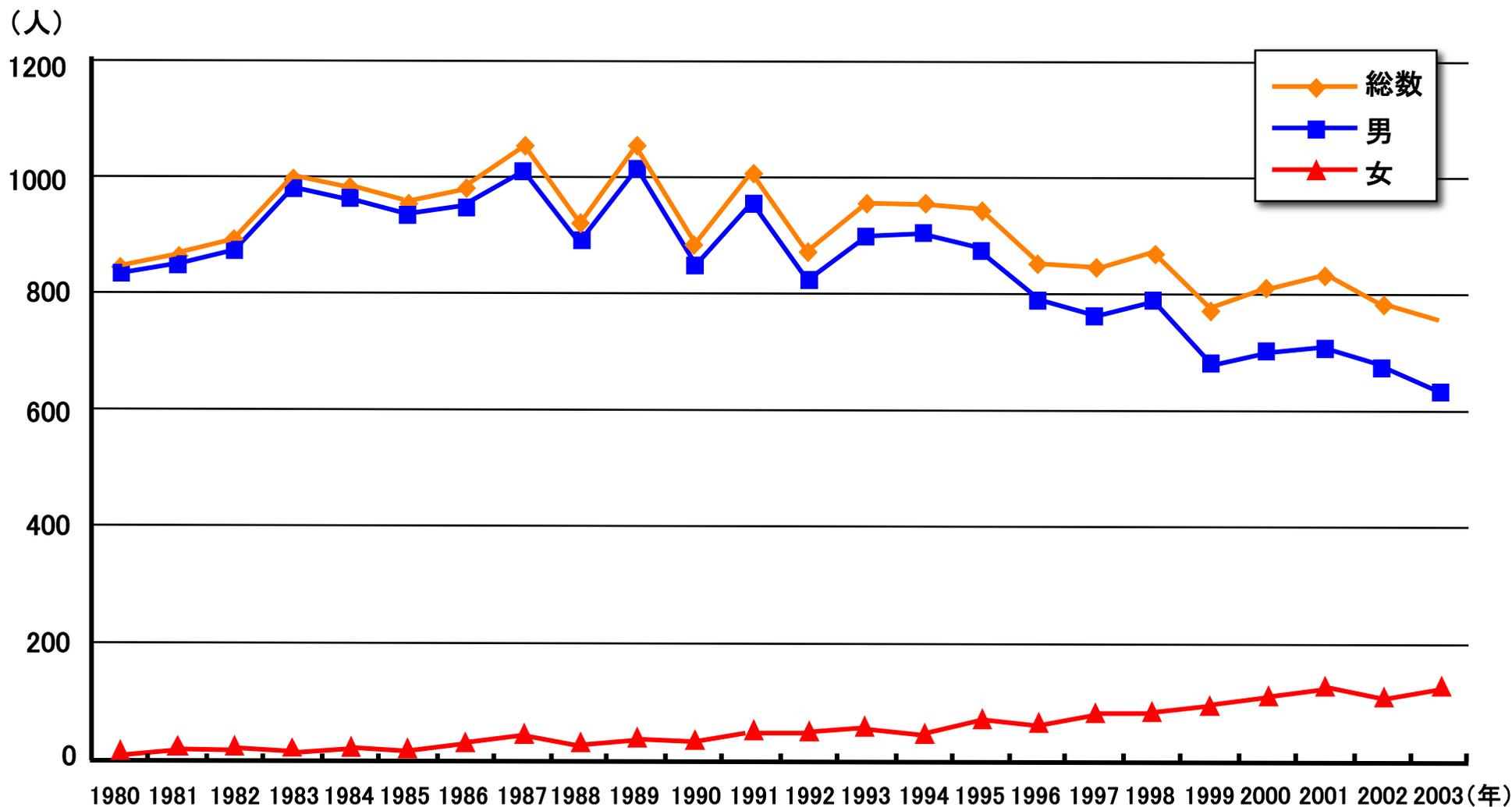
大腸癌手術成績の日米比較 (5年生存率%)



医療費の国際比較

	初診料	入院費 1日	虫垂炎 手術費	対日本比	虫垂炎医療費総額 (入院日数)
日本	2,700~	10,000~	62,100	1	420,000 (7)
アメリカ (ニューヨーク)	21,400	214,000~	2,140,000	34.5倍	2,440,000 (1)
フランス	3,200~	50,000~	388,500	6.25倍	480,000 (2)
ドイツ	25,700~	不明	246,500	4倍	430,000 (7)
イギリス	16,100~	56,000~	600,000	9.7倍	1,140,000 (5)
中国	2,700~	3,000~	130,000	2倍	480,000 (4)
オーストラリア	8,000	24,000~	40,000	0.64倍	不明
タイ	1,100~	1,000~	24,600	0.4倍	207,000 (3)
メキシコ	5,400~	9,000~	643,000	10.4倍	不明

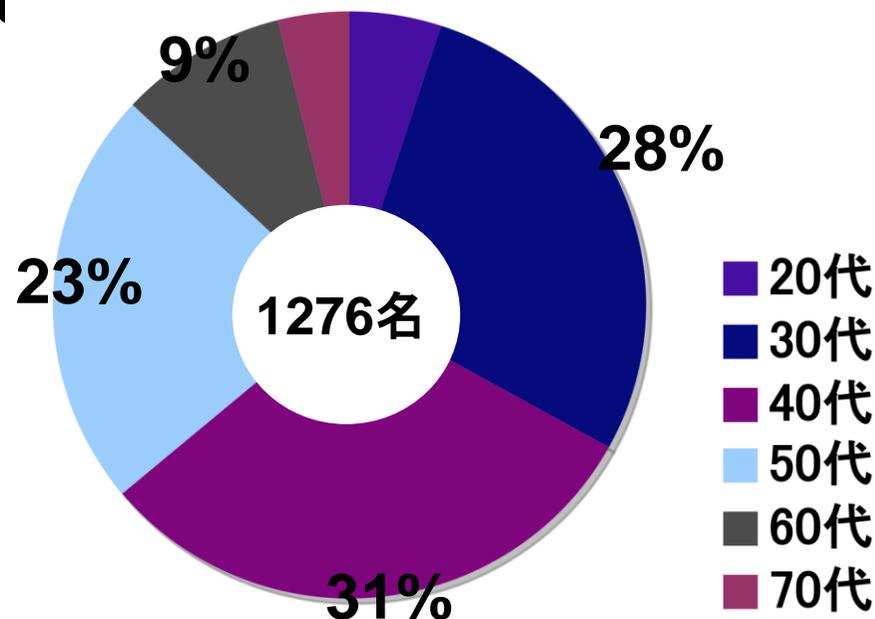
外科医志望者数の年次推移(回答教室・施設:363)



外科医が考える外科志望者減少の理由

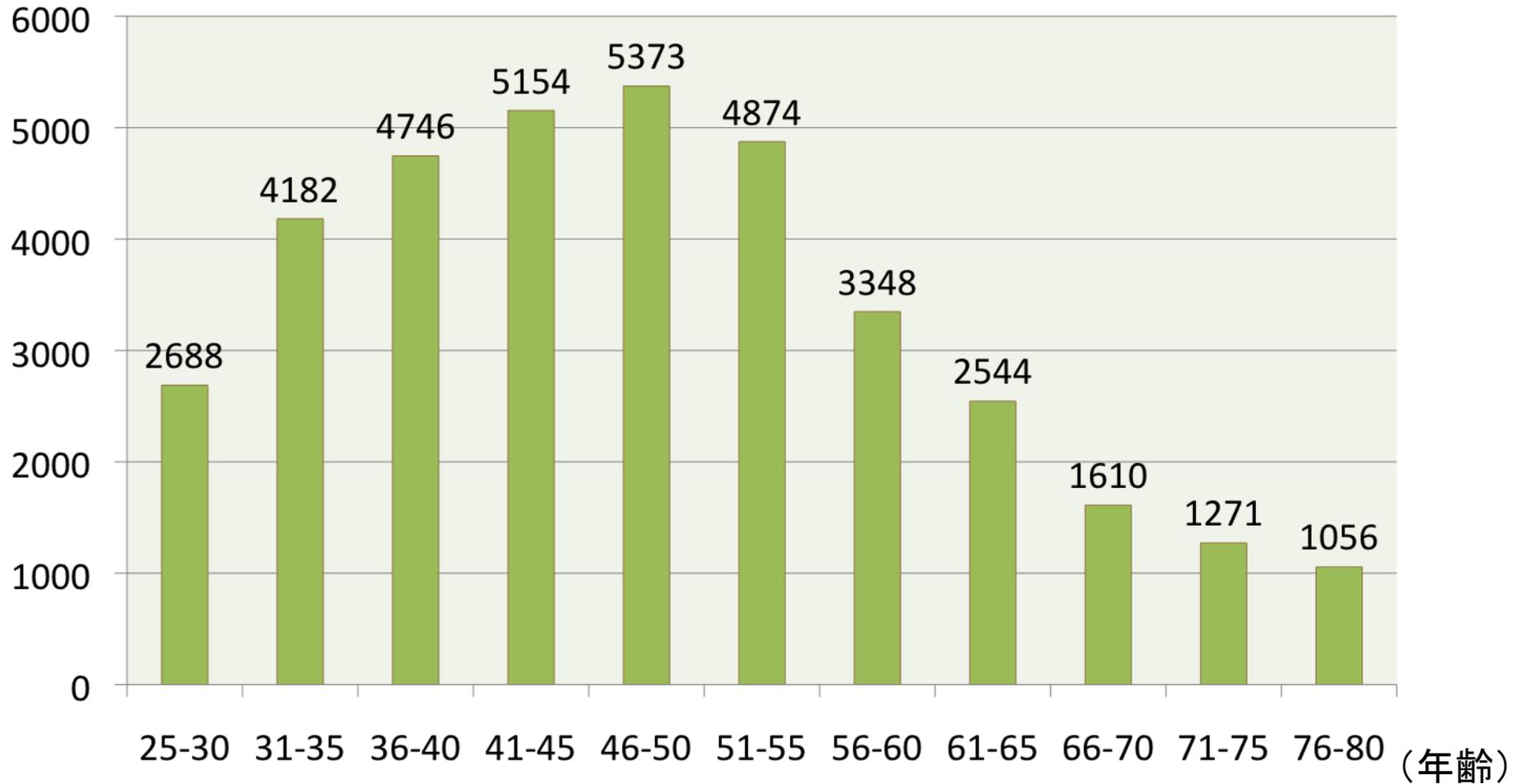
(日本外科学会アンケート調査より)

- ① 労働時間が長いから(71.9%)
- ② 時間外勤務が多いから(71.8%)
- ③ 医療事故のリスクが高いから(68.2%)
- ④ 訴訟のリスクが高いから(67.3%)
- ⑤ 賃金が少ないから(67.1%)

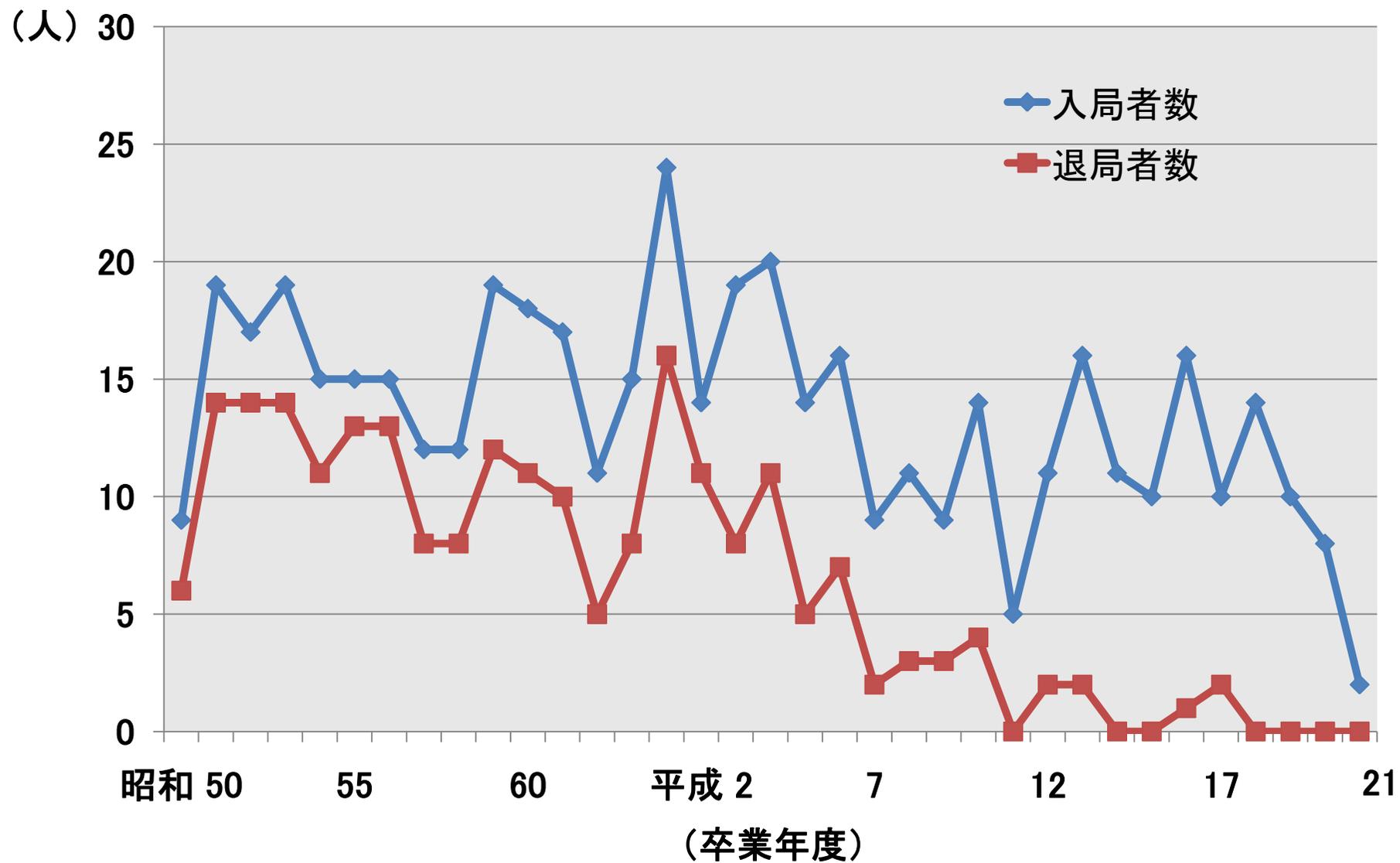


日本外科学会会員の年齢層 (2010年3月1日現在)

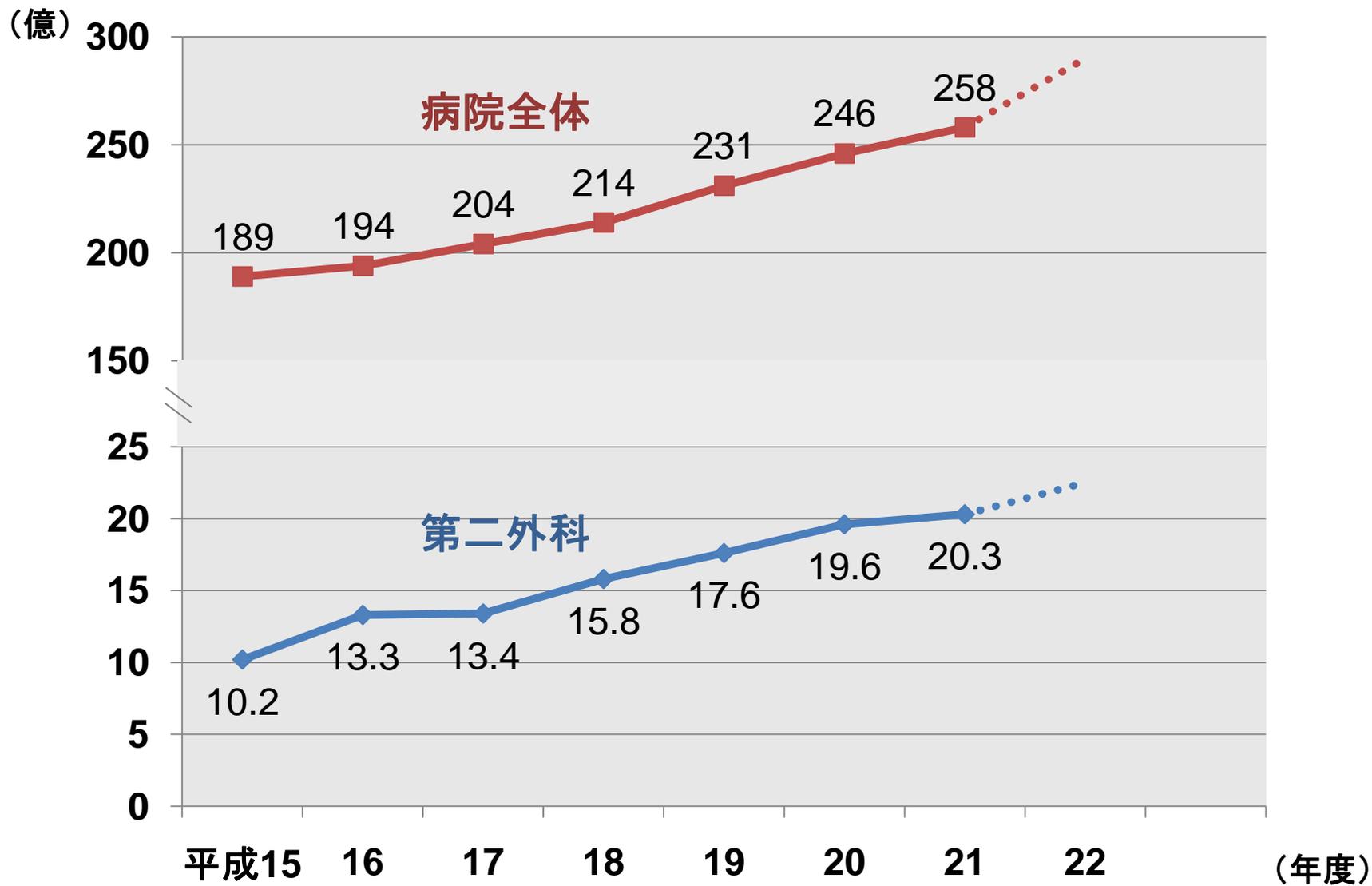
(会員数)



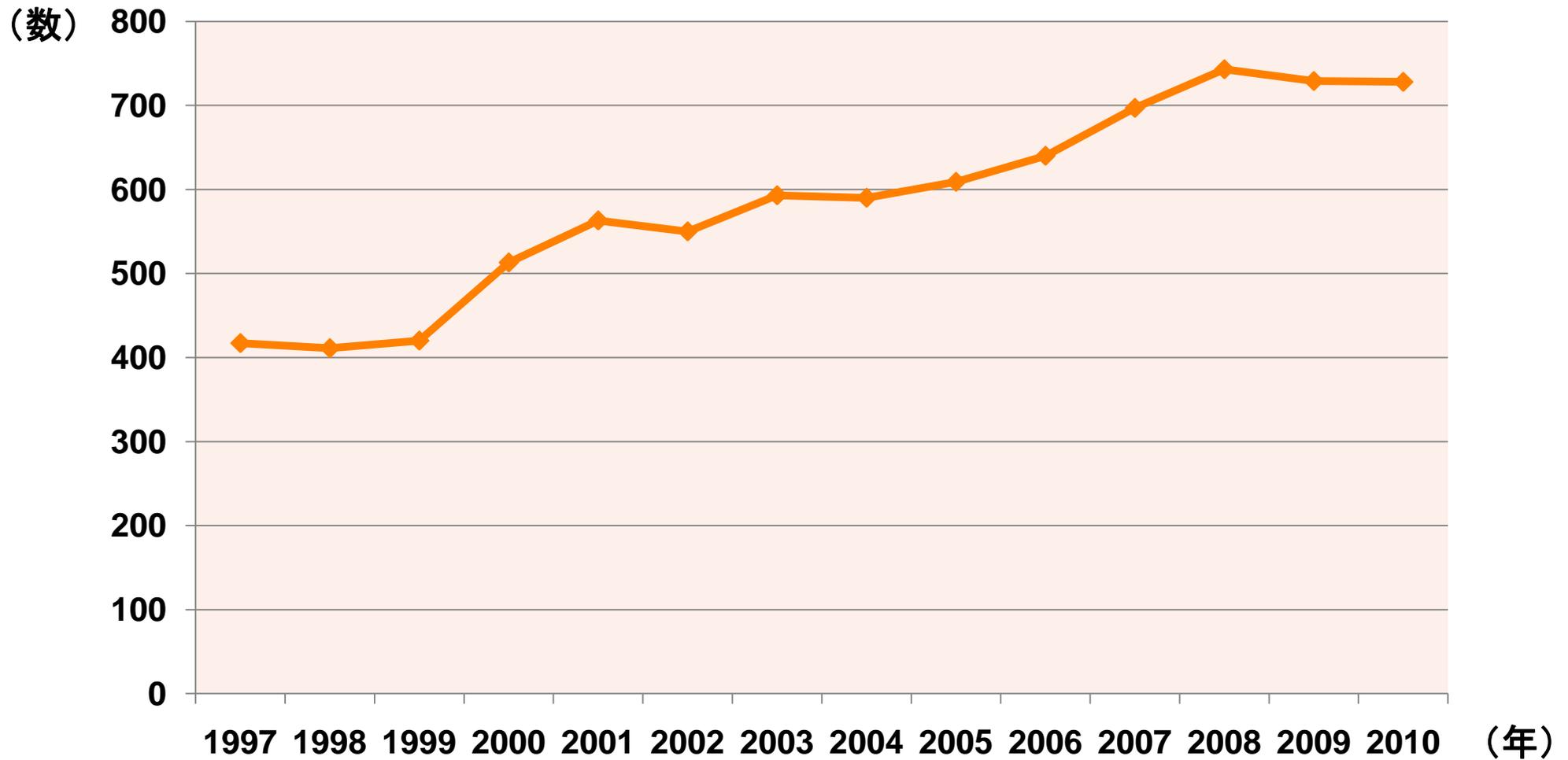
第二外科入局者数と退局者数



名大病院と第二外科の保険請求額の推移



第二外科手術症例数の変遷



週刊朝日MOOK



がん、心臓病、脳疾患、放射線治療、
整形外科、眼、耳の病気など
疾病別のトップ病院を総力取材

全国4961 医療機関の 手術数一覧

執刀医、治療医名リスト4030人

2010

信頼のランキングデータ

全国トップ977病院、
地方別トップ
1925病院を大公開

●特別対談

がん専門トップ病院の院長が語る

日本のがん医療はどこに向かうのか？

癌研有明病院名誉院長・武藤徹一郎医師×
国立がんセンター中央病院院長・土屋了介医師

●特別企画

編集部が独自に選んだ

わが街の「いい病院」

恵佑会札幌病院、仙台厚生病院、
県立静岡がんセンター、大阪市立大学病院、
厚生連佐久総合病院、済生会熊本病院



本誌は収益の一部を
日本の対がん活動のために
寄付します

手術数でわかる

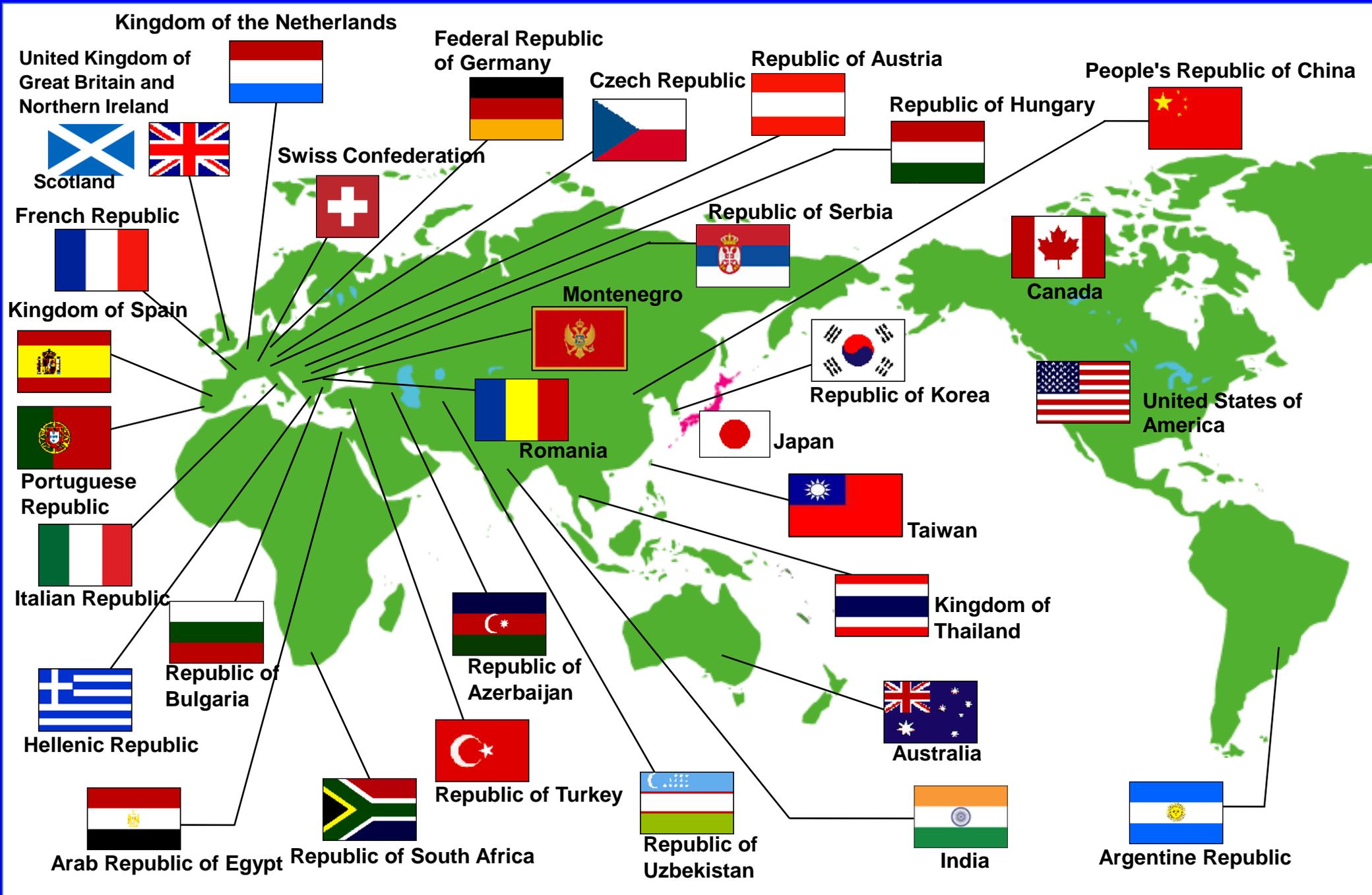
いい病院

全国&地方別データブック

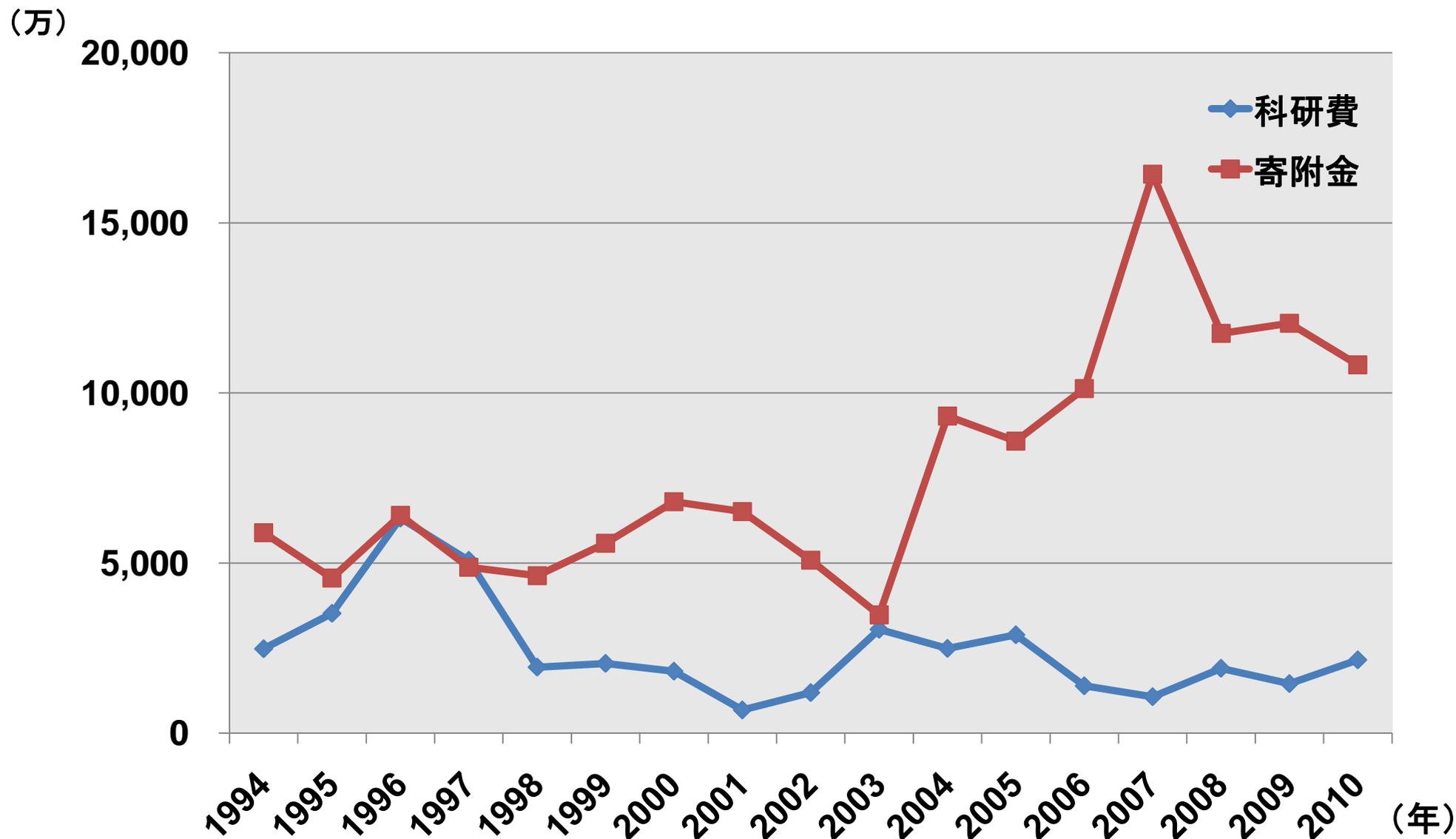
朝日新聞出版

肝胆膵がん手術 **全国データ**

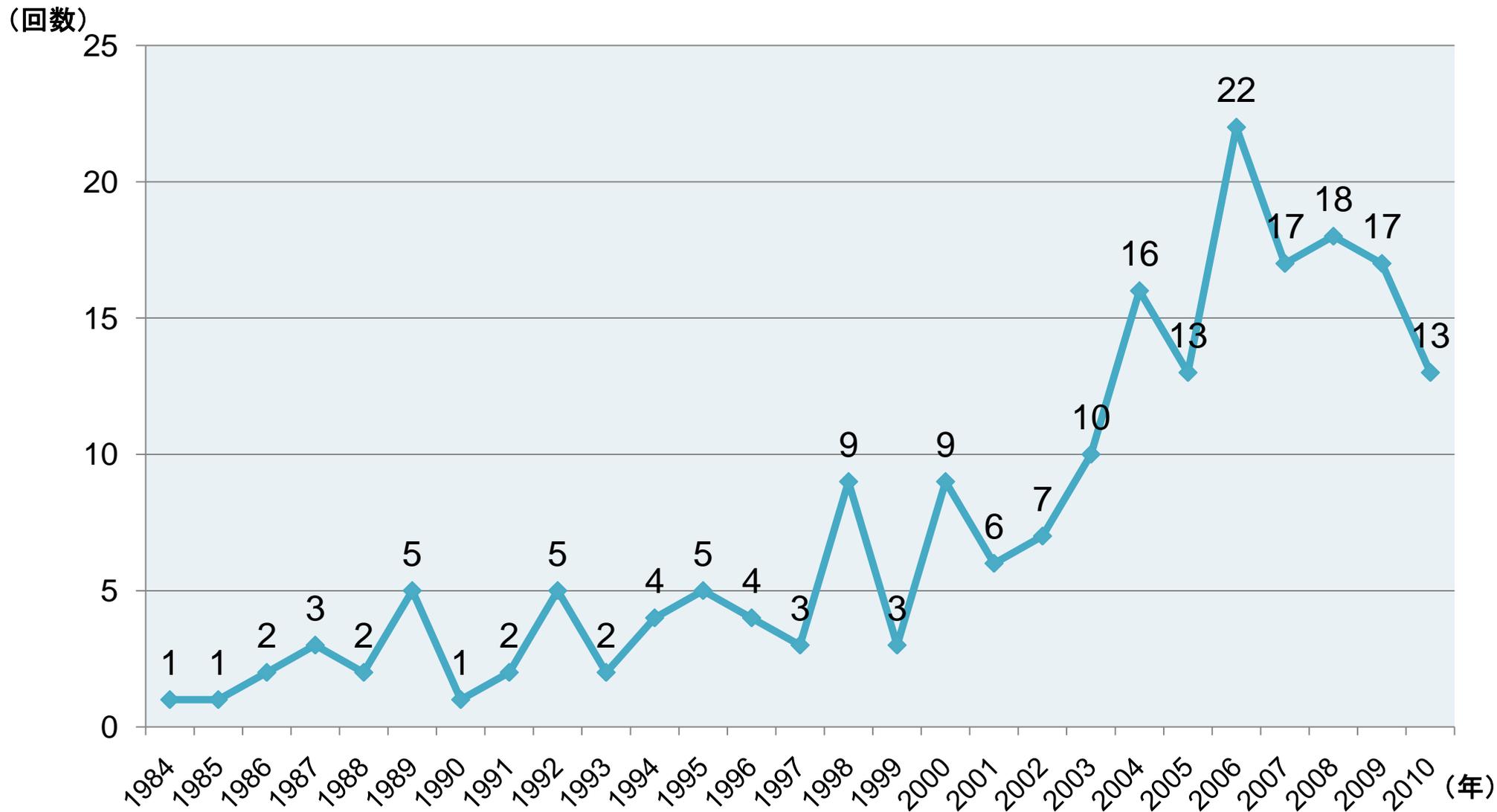
順位	病院名	所在地	手術総数	原発性肝がん	転移性肝がん	胆道がん	膵がん
①	名古屋大学病院	名古屋市昭和区	256	55	30	90	81
②	東京女子医科大学病院	東京都新宿区	237	94	37	48	58
③	県立静岡がんセンター	静岡県長泉町	234	57	50	53	74
④	東京大学病院	東京都文京区	233	111	72	21	29
⑤	癌研有明病院	東京都江東区	224	44	86	34	60
⑤	日本大学板橋病院	東京都板橋区	224	126	55	27	16
⑦	国立がんセンター中央病院	東京都中央区	213	56	60	32	65
⑧	北海道大学病院	札幌市北区	206	77	26	76	27
⑨	国立がんセンター東病院	千葉県柏市	196	60	67	27	42
⑩	日本赤十字社医療センター	東京都渋谷区	186	57	94	19	16



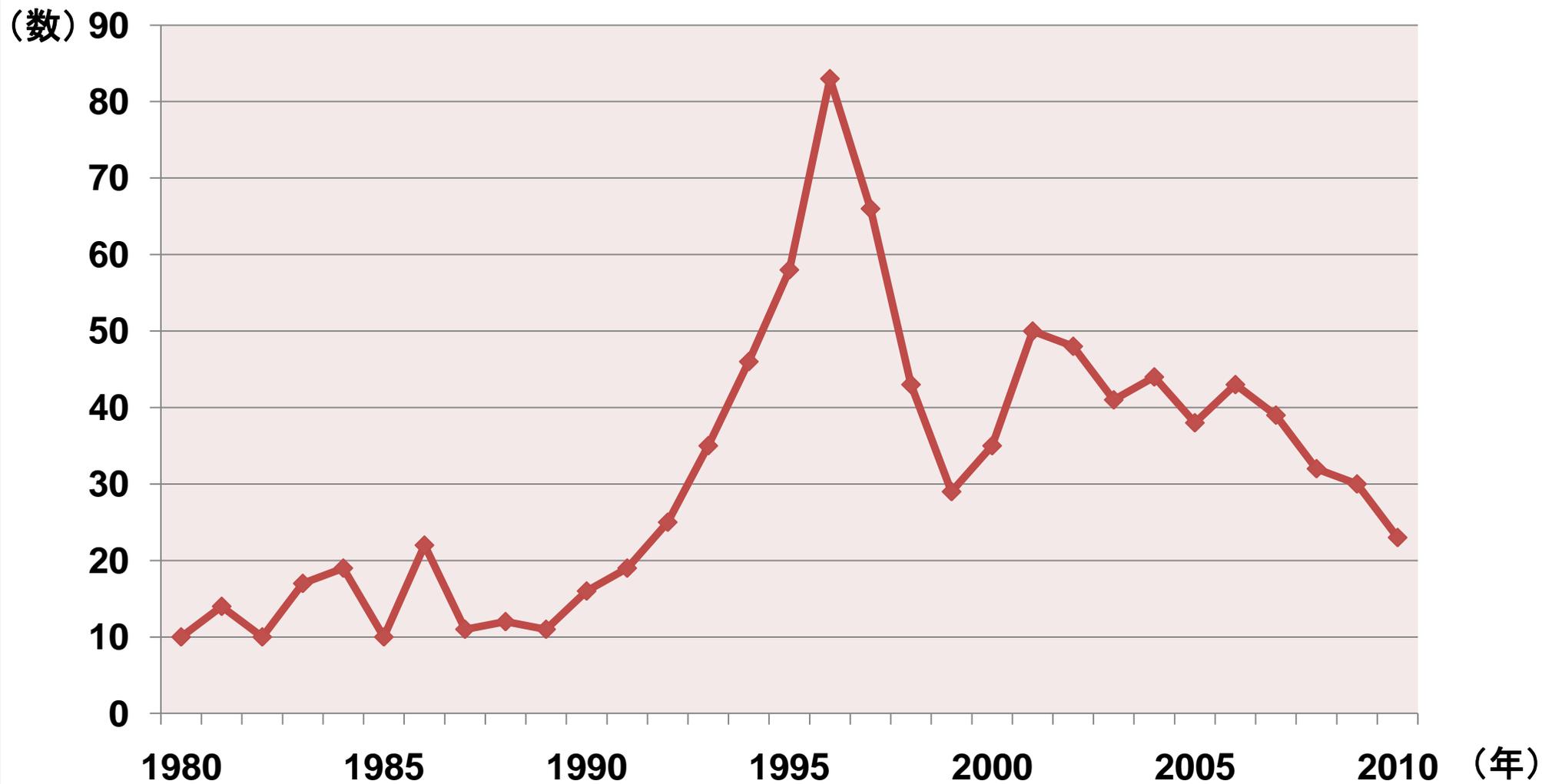
第二外科外部資金獲得額の推移



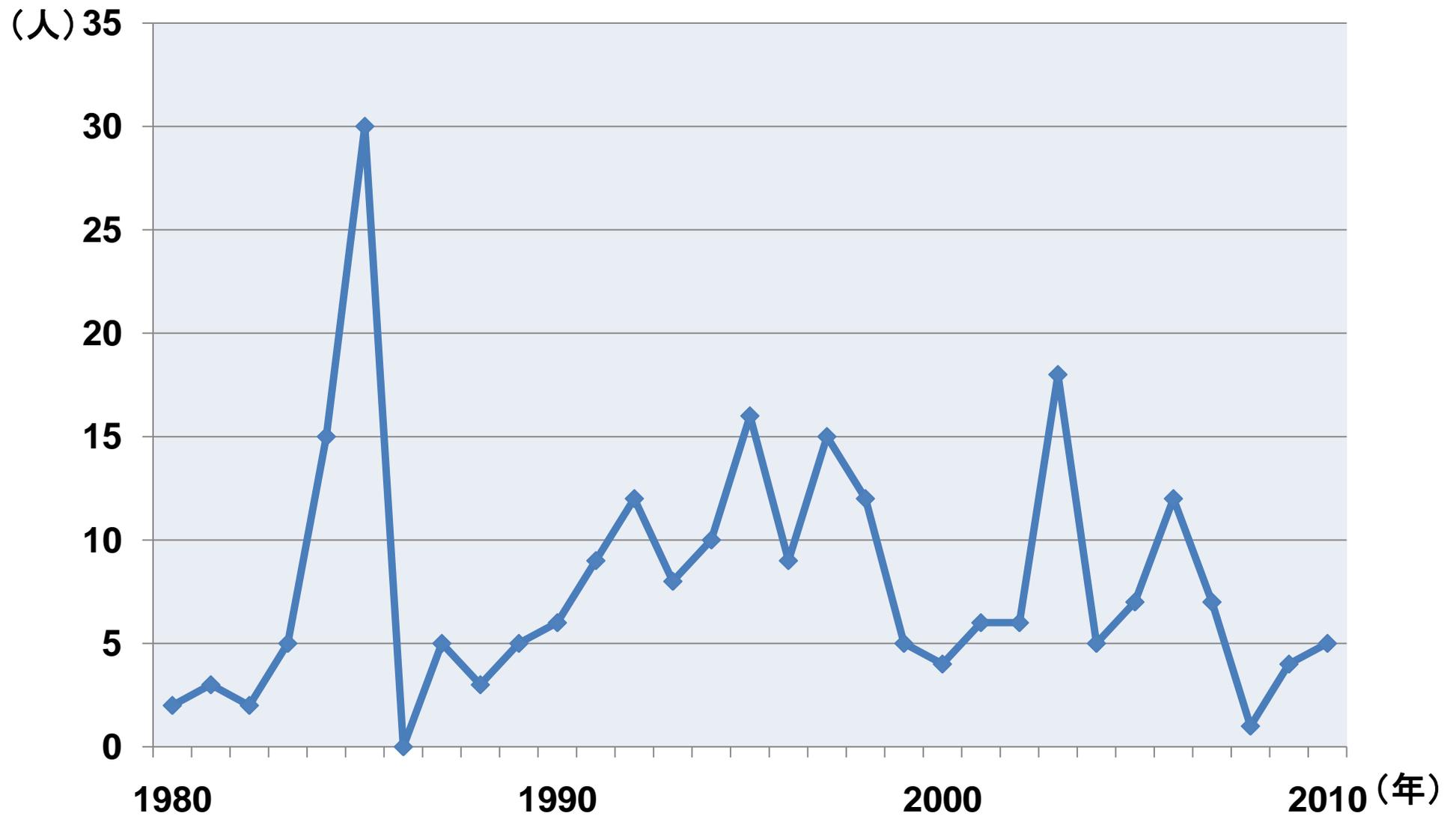
海外での演題発表数



第二外科の英語論文数の変遷



第二外科の学位論文授与者数の変遷





佐藤一齋(1772~1859)
岩村藩(現岐阜県恵那市)出身, 昌平坂学問所教授

少にして学べば、

即ち壮にして為すこと有り。

壮にして学べば、

即ち老いて衰えず。

老いて学べば、

即ち死して朽ちず。

佐藤一斎

「言志晩録・第六〇条」

外科指導医、
教授へ

誘掖して之を導くは、

教えの常なり。

警戒して之を諭すは、

教えの時なり。

躬行して以て之を率いるは、

教えの本なり。

言わずして之を化するは、

教えの神なり。

抑えて之を揚げ、

激して之を進むるは、

教えの権にして変なるなり。

教えも亦術多し。

佐藤一斎

「言志後録・第十二条」

わつて見せて

言つて聞かせて

かゝせて見て

ぼつちならわは

人は動かさず

七卒の十六 





2005年 春



2010年 春



第110回日本外科学会定期学術集会
The 110th Annual Congress of Japan Surgical Society



孫高橋
全盛
古





ご静聴ありがとうございました
名大病院のさらなる発展を祈念いたします

2011年3月30日