膵頭部浸潤性膵管癌379例のうち根治度AまたはBの症例で，観察期間中再発死亡を認めなかった67例と再発様式の確認できた47例である．肝転移再発死亡および後腹膜再発死亡をエンドポイントとして各組織学的因子についてCoxの比例ハザードモデルを用いて単変量および多変量解析を行った．肝転移再発の予後因子として高度脈管浸潤，十二指腸浸潤，リンパ節転移が，後腹膜再発の予後因子として膵前方被膜浸潤，膵後方浸潤，水外神経叢浸潤，リンパ節転移が強い相関を示した．

レシチン付加リピオドールエマルジョンの小粒子化および安定化に関する検討

（消化器外科）　古川達也

現在までリピオドールエマルジョンを用いた動脈塞栓療法が広く施行されてきているが，従来のエマルジョンでは粒子径が大きく，安定性も欠けるため，担癌区域動脈末梢までエマルジョンが行き渡らない．このために不確実な塞栓療法例が散見される．

そこで我々は塞栓療法の治療効果向上をめざし，レシチン（界面活性剤）を付加することによるエマルジョンの小粒子化および安定化をはかった．

小粒子化，安定化の2条件を満たすレシチンの最小有効量はリピオドール10mlに対し50mgであった．

腹部CTにおける肝腫瘍辺縁の造影所見についての検討

（消化器外科）　小泉　哲

以前より知られている肝細胞癌のCT門脈相における腫瘍周囲のring状high density area（以後“Corona”と称する）については未だ議論のあるところであり，その呼称についても確定されていない．今回このCoronaについて，その本態と臨床的意義について肝切除例（1999.1～1999.9）を元に検討した．腫瘍の血流動態学的には，腫瘍内濃染の程度の強い症例において高率にCoronaが出現していたことよりCoronaは腫瘍周囲のdrainage veinとしての表出であることが考えられた．また，病理組織学的検討においては，高分化型症例ではCorona陽性率が低く，非癌肝組織においてCorona陽性率とCoronaの幅に差を認めなかった．進展因子との関係については今後の検討を要する．

食道癌術後再建胃管に発生した異時性早期胃癌の2例

（八王子消化器病院）　梁取絵美子・鈴木　衛・林　恒男・田中精一・今里雅之・武雄康悦・前村　達・鈴木修司・宮園裕子・木村政人・加藤博士・野沢秀樹・羽生富士夫

〔症例1〕68歳女性．1993年6月にEi領域の食道癌の診断で，右開胸開腹食道亜全摘胸骨後頸部食道胃管吻合術を施行した．術後62カ月目の内視鏡検査で，胃管にIIa+IIc病変を認め1998年9月29日に胃管全摘術を施行した．病理結果は高分化型腺癌，mm，ly0，v0，n0であり，現在再発なく生存中である．

〔症例2〕60歳男性．1991年6月にEi領域の食道癌の診断で症例1と同様の手術を施行した．術後43カ月目の上部消化管透視で胃管にIIc病変を認め1995年2月4日に胃管全摘術を施行した．病理結果は高分化型腺癌，sm，ly0，v0，n0であり現在再発なく生存中である．

O-IIa+IIc型からO-Ip+IIa+IIc型に発育した食道表在癌の1例

（[1]都立駒込病院外科，[2]同内科，[3]同病理）
廣瀬太郎[1]・葉梨智子[1]・吉田　操[1]・加藤久人[2]・門馬久美子[2]・小池盛雄[3]

患者は54歳男性．健診目的で行った上部消化管内視鏡検査で病変を指摘された．初回内視鏡検査では切歯列から30～40cmの全周にわたるO-IIc型病変と，その中に顆粒状隆起を認め，35cmの後壁にはO-IIa型病変を認めた．初回内視鏡から約68日目に再度内視鏡検査を施行したところO-IIa型と考えられていた病変が径2cm大のO-Ip型に発育していた．深達度は内視鏡検査でsm2，食道造影検査でm3～sm1と診断し，三領域郭清を伴った根治手術を施行した．病理組織診断の結果は70×62mm大のO-Ip+IIa+IIc型食道癌，深達度m3，低分化扁平上皮癌，n0，m0，ly0，v1，Stage 0であった．O-IIc病変の中の隆起成分が上方発育した形の発育進展形式であった．

食道破裂3例の経験

（東京都立荏原病院外科）
小寺由人・済陽高穂・吉川達也・高橋秀暢・新井田達雄・伊藤哲思・辻　興・三井秀雄・和田邦生・雁野秀明・大内昌和・柴田雅彦

都立荏原病院では1995年より昨年までに3例の食道破裂を経験した．これら3例に若干の文献的考察を加え報告する．

食道破裂3例は男性2例女性1例でいわゆる突発性食道破裂が2例，内視鏡検査後の医原性の破裂が1例であった．突発性の2例に開胸手術が施行され，医原