

音波検査にて全例診断し得た。3cm 以内の癌腫はいずれも周囲が被膜又は線維組織で被覆されていた。細小肝癌および肝切除標本の検討により、肝癌の検出は、癌部と非癌部との間に音響学的にエコーレベルの差が大きい場合には1cm の癌腫を指摘し得るが、一般的には2cm 以上と考えられた。次に、超音波検査の短所として、腸・肺内空気、肋骨により検査部位が制限される場合があり、偽陰性、偽陽性の出現の原因となる。その他に偽陰性の可能性として、癌部と非癌部とのエコーレベルの差が小さい場合には癌腫を指摘し得ないことがあり、また、偽陽性の可能性として、正常でも胆嚢窩、肝門部、両葉境界部つまり鎌状靭帯にエコーが出やすく、特に肝硬変においては癌腫との判別が困難な場合が多くみられる。以上の如くまだ問題点はあるが、超音波検査は簡便で苦痛を与えず無侵襲で、反復検査可能であり、今回の原発性肝癌における診断能の検討においても、超音波検査はスクリーニング法として有用であると思われる。

7. 脳腫瘍を思わせた Paraventricular cerebral cyst の1例

(脳神経外科)

○竹下 幹彦・宮崎 崇・久保 長生・
加川 瑞夫・喜多村孝一

近年、Ependymal-lined cyst に関する報告は必ずしも少なくない。しかしながら、乳児期に発症し、他の中枢神経系の合併奇型を伴うものは稀である。われわれは、生後40日の男児で脳染前半部の欠損を伴った Ependymal lined paraventricular cerebral cyst により、Unilateral hydrocephalus の様相を呈した1症例を経験したので報告する。症例は40日の男児で、生後片側の頭囲拡大傾向を示し、脳血管撮影、PVG, CT scanにより、右側脳室三角部の良性腫瘍を疑い、手術を行なった。手術所見は、脳室とは交通のない嚢胞が右側脳室三角部に突出しており、脳染前半部の欠損を伴っていた。また、この嚢胞は、前方では Monro 孔より後で右側脳室を圧迫しているものと考えられた。嚢胞の病理所見は、一層の立方又は扁平扁平上皮よりなる被膜があり、上皮細胞の外側はさらに、脳組織、脳室上皮に接した構造を示していた。

組織学的に、Ependymal-lined cyst と呼ばれるものは、第3脳室 Colloid cyst として報告されているほか、側脳室、側脳室、Subarachnoid space、Paraventricular, Sylvian fissure などに発生したという報告があるが、われわれの経験した症例は、1973年 Bonch らが報告した

症例と病理学上極めて類似する。しかしながら、われわれの症例とは、臨床症状が異なっている。われわれの症例では嚢胞の形成が脳梁の Partial agenesis と強く相関していると考えられる。また、治療法は、脳室又はクモ膜下腔と嚢胞を交通させることにより、一般に予後は良好である。

8. $^{99m}\text{TcO}_4$ スキャンニングにより術前診断しえたメッケル憩室の1例

(小児科) ○北井 暁子・小国 弘量・

山口規容子・福山 幸夫

(放射線科) 牧 正子・日下部きよ子・

山崎純四郎

(外科) 西 純一・赤羽根 巖・織畑 秀夫

(中検病理) 平山 章

患者は1歳11カ月の男児、腹痛と大量下血を主訴に当科救急外来受診。内科的治療にて止血、症状の改善をみた。入院後、メッケル憩室を疑い、出血部位の精査を行なった。小腸透視、造影では、特に異常所見は認められなかつた。核医学にて $^{99m}\text{TcO}_4$ によるシンチグラフィで胃への集積と同時に臍右上部に activity が出現、その他の疾患を鑑別し、メッケル憩室の診断の下に開腹手術を行なった。その結果、回腸末端より約40cm の部位に袋状のメッケル憩室を認め、切除した。病理診断は、胃粘膜組織と同様のものであつた。

以上、術前診断しえたメッケル憩室の1例をここに報告した

9. われわれの経験した小児門脈圧亢進症の1例

(外科)

○天野 一夫・武田剛一郎・瀧上 知昭・

藤井 昭芳・水内 整・馬淵 原吾・

織畑 秀夫

(小児科) 北井 暁子

小児門脈圧亢進症に対する手術的療法について現在、シャント手術か、直達手術の方法があり、予後良好の疾患となつてきた。最近、われわれは、本症に対する直達手術例を経験したので報告する。

症例は2歳6カ月の女児で、発熱後感冒薬の投薬を受け、3日後より吐・下血が出現、ショック状態となり、緊急内視鏡検査施行、食道中部から下部にかけて著明な食道静脈溜を認め、内脈造影にて内服の屈曲、蛇行、拡張および肝門部での cavernous transformation を呈し、肝前性閉塞による小児門脈圧亢進症と診断し、経胸的食道離断術を施行した。術後経過は順調である。

質問 (第二病院外科)

食道離断術後の食道鏡の所見はいかがですか。

応答 (外科) 天野 一夫

術後一過性に狭窄はありましたが、すぐに症例はとれました。X-P 透視でも手術痕跡狭窄と思われる以外特記すべき所見はなく、通過障害はなかつたので、内視鏡は施行してありませんが、近く行なう予定であります。

10. 大量下血を伴った特発性S状結腸穿孔の1例

(第二病院外科) ○井合 哲・遠藤 久人・高橋 明・梶原 哲郎

症例：68歳，女性。主訴：便秘，下腹部痛，腹満感，下血。現病歴：昭和53年5月23日より便秘あり。28日より下腹部痛，腹満感出現，近医を受診し，腸閉塞の診断のもと内科的治療をうける。30日に排便とともに少量下血あり，当院転院した。既往歴：40年前に脊椎カリエス，結核性肋膜炎。入院時現症：左腸骨窩に圧痛を認める以外特記すべきことなし。検査所見：Hb9.4g/dl, RBC303×10⁴/mm³, Hct28%, WBC9300/mm³, 尿沈渣にRBC, WBC 多数，血沈66 (36) 120 (60) 143 (120')，CCLF (+)，血清アミラーゼ296U/dl, CRP (6+) 以上CEA 19.2ng/ml (Z-Gel 法)，1.64ng/ml (サンドウィッチ法)，結核菌培養陰性。下部消化管の悪性腫瘍もしくは結核性病変を疑う。

内視鏡にて肛門輪より12cmの部に広範な粘膜欠損を伴った狭窄を認める。生検にて，脂肪織の炎症を認め，壊死強く腸粘膜認める，穿孔を疑う。注腸造影にて管外性の圧迫と思われる狭窄像を認める。

6月13日大量出血あり，緊急手術施行。S状結腸後壁は径3cmにわたって全層が欠損し，仙骨前面によつて後壁が形成されていた。組織学的には，結腸潰瘍，潰瘍付近には高度の非特異性炎症があり，リンパ球，形質細胞，好中球，好酸球等の浸潤，浮腫，充血，出血，線維化を認めた。経過は良好である。

われわれは大量下血を伴った特発性S状結腸穿孔の1例を経験したので，文献学的考察を加え報告した。

質問 (産婦人科) 大内 広子

特発性S状結腸穿孔例にエンドメトリオーシスは，所見はありませんでしたか。私は婦人科手術エンドメトリオーシスの時に，直腸，S状結腸の癒着をよくみます。

応答 (第二病院外科) 井合 哲

われわれの調査した文献では，そのような所見は肉眼的にも組織学的にも認められていない。われわれの例でも同様である。しかし，Endometriosis による腸管壁の

ぜい弱性があるとするれば，当然 perforation の原因となり得ると考えます。

追加 (消化器外科) 秋本 伸

他院で上部消化管X線透視後，Ba 排泄困難を訴えたあと，腹膜炎症状を呈して当センターに入院し，緊急手術にてS状結腸の spontaneous Perforation を確認し，Hartmann 手術を施行して救命し得た症例を経験したので追加する。本例では炎症所見に乏しく，切除標本からも Endometriosis, Divertikulitis 等は見い出せず，腸管内圧の急激な上昇が発症の原因と考えられた。

11. 肩甲骨烏口突起骨折の5例

(第二病院整形外科)

○石上 宮子・菅原 幸子・大野 博子・上田 礼子・須永 明・松木 孝行

肩甲骨烏口突起骨折は1933年 Ehalt により報告されて以来，30数例の報告が散見されるのみで，比較的希な骨折とされているが，われわれは昭和52年4月より昭和53年10月までの1年半に5例経験したので報告する。

症例は，74歳女性，27歳，29歳，45歳，60歳の男性4人であつた。受傷機転では，直接打撲によるもの3例で，他の2例は受傷機転がはつきりしなかつた。症例は，受傷部の疼痛，腫脹，皮下出血，運動制限等の外傷所見は，症例によつて発現はまちまちであつたが，5例を通していえることは，肩関節外旋運動時の疼痛増強と烏口突起部の圧痛が認められた。X線では，4例は烏口突起部の転位はみられなかつたが，1例は転位がみられた。治療としては，転位のある症例は手術適応であつたが，顎骨骨折，右胫骨関節内骨折，右腓骨小頭骨折の合併症を伴い，全身麻酔がかけられず，やむを得ず保存的治療とし，他の4例は，すべて保存的治療である。

肩甲骨烏口突起骨折は，X線の前後方向で肩甲骨肩峰と重なってしまうため，明らかな骨折転移のないものは見落とされやすく，われわれの1例もX線前後方向では発見できなかつた。臨床所見でも烏口突起部の圧痛，肩関節外旋時の疼痛等の症状が，打撲，他部骨折の症状と重なり，それらよりも軽度で，治療も他の外傷とほぼ同じであり，後遺症も少ないことなどが重大視されない理由の1つとなると思われる。したがつて，1978年 Jroimson も発表しているように，烏口突起部の圧痛および肩関節外旋位で疼痛が認められる患者には，烏口突起と肩峰が重ならないように，フィルム面と約45°～60°の角度にしたX線撮影を行なつて，烏口突起部を観察する必要があると思われる。これらの注意によつて症例は現在