

必要性が迫られてきている。

この目的のために、我々は最近開発された gastrofiberscope と超音波走査機構を一体化した Olympus 製の超音波内視鏡 III 号機を用い、胃内腔から胃壁の画像診断を試みた。現在、まず胃壁を構成する粘膜層・粘膜筋板・粘膜下層・固有筋層・漿膜層の各層がどのような画像上の特徴を有し、さらにこれらが分別できるかが問題となっている。これを解明するために、実験的にイヌおよびヒトの切除胃を用い、胃壁各層の剝離法と穿針を行ない、水槽内に入れて超音波内視鏡により観察を行なったところ、胃壁各層の超音波映像を同定することを得た。

つぎに臨床例の胃癌各型について超音波内視鏡検査を行ない、手術標本と対比し、癌浸潤について比較的一致した成績を得ている。

今回は以上の実験結果と臨床成績について述べる。

6. 急性化膿性甲状腺炎の 1 治験例——小児における頸部膿瘍の原因としての咽頭梨状窩内瘻の炎症—— (内分泌外科)

○田村真佐子・河野 通一・岡本 高宏・
金地 嘉春・児玉 孝也・伊藤悠基夫・
小原 孝男・藤本 吉秀

私達は、東京女子医大の内分泌外科開設以来 2 年半の間に、急性化膿性甲状腺炎を 2 例手術する機会があった。従来、急性化膿性甲状腺炎の病因は不明であったが、最近、先天性咽頭梨状窩の内瘻の炎症が甲状腺に波及したものであることが判明した。したがって、本症の診断は、咽頭頸部食道造影で内瘻を証明することで確定する。

最近経験した 1 例で、この疾患を報告する。

症例は 15 歳男性。繰り返し起こす激しい左前頸部の急性化膿性炎症症状を主訴に来院した。既往歴として、3 歳時に同様な症状を起こしている。

そこで、急性化膿性甲状腺炎を疑い、咽頭頸部食道造影を施行したところ、咽頭梨状窩内瘻が明瞭に認められた。抗生剤を投与し、急性炎症が一時的におさまったところで手術を計画し、術前に内瘻造影を再度試みたが、今回は造影されなかった。手術は内瘻の根治的摘除を行ない、完治することができた。

7. Krukenberg 腫瘍の CT 像 (放射線科)

○三宅 裕子・河野 敦・成松 明子・
鈴木 恵子・河合 千里・山田 隆之・
原沢 有美・水野 雅博・重田 帝子

転移性卵巢癌として知られる Krukenberg 腫瘍の発生頻度は少ないが、原発病変が確認される以前に骨盤腫瘍として発見されることも希ではない。このために CT 等の検査で骨盤腫瘍を Krukenberg 腫瘍と診断することは臨床的にも重要であるといえる。Krukenberg 腫瘍の CT 像に関する報告は少ないが、我々は 5 例を経験したので、その CT 像および原発性卵巢癌との鑑別の可能性の有無について報告する。

5 例中 2 例は、腹部腫瘍、腹水で発見され、CT により Krukenberg 腫瘍が疑われ、上部消化管造影により胃癌が確認されている。5 例中 4 例では CT で卵巢腫瘍が両側性であると診断された。その腫瘍の大きさは様々であり、1 例を除き充実性と嚢胞性の混合性腫瘍であった。嚢胞成分の濃度は腹水よりわずかに高く、多房性であった。充実成分の辺縁は不明瞭で、不規則な形の拡がりを示し、この部に一致して著明な造影効果を認めた。残りの 1 例は両側共充実性腫瘍として認められた。

原発性卵巢癌も 25% から 50% は両側性に発生するとも言われ、その CT 像も混合性のパターンを呈する。但し、充実部の血縁は比較的明瞭に認められ、腫瘍の内部に向かって突出する拡がりを示すことが多い印象を受ける。

Krukenberg 腫瘍と原発性卵巢癌との鑑別は必ずしも明確ではないが、両側性であり、腫瘍の充実部の辺縁が不明瞭で、その拡がり不整形を示す点が両者の鑑別点であると思われる。

8. 卵巢胚細胞性腫瘍の 1 例 (産婦人科)

○佐藤美枝子・安達 知子・遊喜 準子・
宇都宮 道・和田 順子・吉田 茂子

卵巢悪性腫瘍中の α -fetoprotein (AFP) 産生能を有する胚細胞性腫瘍は、その頻度は少ないが、悪性で大部分は予後が悪い。

我々は、1978 年から 1983 年までの 5 年間に 2 例の胚細胞性腫瘍を経験した。

1 例は、すでに報告した endodermal sinus tumor で、手術後 77 日目で死の転帰をとった。

今回は、本年 5 月開腹手術した embryonal carcinoma (樋口-加藤) について特にその臨床経過と病理を中心に報告する。

症例は、25 歳の女性で、本年 4 月からの腹部膨満感を主訴に 5 月 11 日初診。初診時腹部に 19×23cm の腫瘍を認め、巨大卵巢腫瘍を疑われた。5 月 15 日急激な

下腹部痛と38℃台の発熱のため救急入院した。入院後、B-scan, CT scan より malignant teratoma が疑われ、血清 AFP は15,800ng/ml と高値を示した。

5月24日腹式単純子宮全摘出術、両側卵管卵巣摘出術、大網切除術施行。開腹時約4,000mlの血性腹水と、18×21cm、重さ約2kgの左側充実性卵巣腫瘍を認められた。

この腫瘍は、肉眼的にも奇形腫の成分が明らかであった。病理診断は、Embryonal carcinoma C群(樋口-加藤, 日産婦学会), WHO分類では、Mixed germ cell tumor に属するものであった。StageはIcであったが腹水中に明らかに悪性細胞が認められた。

手術後、化学療法として現在VAQ療法(Vincristine, Actinomycin-D, carboquone)をAFP値をmarkerとして行なっており、6月11日、術後17日目におけるAFP値は1,840ng/mlである。

9. 褐色細胞腫の麻酔管理

(麻酔科)

○菅原ゆう子・西郷真由美・川真田美和子・山村 佳江・古谷 幸雄・藤田 昌雄
(内分泌外科) 岡本 高宏

褐色細胞腫は、catecholamine 過剰分泌にもとづく特異な病態を呈し、その麻酔管理の point は激変する循環動態の制御にある。今回、当麻酔科において過去10年間に経験した褐色細胞腫症例について調査し、麻酔薬の選択および血管作動薬の併用を中心に検討した。

副腎原発の褐色細胞腫は16例あり、年齢は16歳から83歳、性別では男7例、女9例であった。術前所見としては、epinephrine 型8例、norepinephrine 型5例、不明3例であり、epinephrine 型はいずれも発作型で収縮期血圧200mmHg以上の高血圧を呈していた。術前合併症としては、10例が耐糖能異常を示し、うち3例は術前よりinsulinの投与を要した。心電図上著変をみたものは11例あり、左室肥大6例、虚血性変化8例、上室性不整脈3例、心室性不整脈1例であった。その他狭心症様発作3例、腎機能低下5例、肝機能低下1例を認めた。術前の高血圧管理としては、13例に α 遮断薬が用いられ、うち5例には β 遮断薬が同時に使用された。 α 遮断薬としては、2年前までPOBの内服投与が頻用されたが、入手困難となったため、今日ではprazosinの内服投与が行なわれている。

麻酔法は全例に気管内麻酔を行なったが、そのうち硬膜外麻酔を3例に併用した。主麻酔薬としては、

fentanyl+GOEが7例と最も多く、以下NLA 5例、NLA+GOE 2例、GOF 1例、GOP 1例であった。筋弛緩薬としては、alcroniumが10例、pancroniumが5例に使用された。腫瘍部の操作に伴い、13例が血圧上昇をきたしたが、主にphentolamineで管理された。不整脈もまた発生頻度が高く、心室性期外収縮3例、上室性頻脈4例を認めたが、これらは殆どが血圧上昇と共に発生し、主にlidocaine, pindololの投与と血圧下降に伴い、消失した。腫瘍摘出後の低血圧に対しては、11例がnorepinephrine、2例がepinephrineの点滴静注を要した。うち1例は摘出直後に心停止をきたしたが、蘇生に成功した。

以上より、本症は麻酔医の細心の注意を要する疾患の一つであると言えよう。

10. 高齢者で re-expansion pulmonary edema をきたした1症例

(麻酔科)

○北野慎一郎・西郷真由美・佐藤 啓子・渡辺 雅晴・古谷 幸雄・藤田 昌雄

(内科2)

増田 明継・対馬 敏夫・鎮目和夫

比較的長期間虚脱した肺を急速に再膨張させた時発生する肺水腫をre-expansion pulmonary edemaと呼んでいる。いくつかの報告もすでになされているが、現在でもその成因に関しては定説がない。我々は今回、高齢者で気胸による虚脱肺を急激な陰圧による持続吸引により一側性に肺水腫をきたし、呼吸管理を施行した症例を経験したので、若干の考察を加えて報告する。

症例は83歳男性。胸部レ線にて左気胸と胸水貯溜を認めため、本院内科へ入院。左胸腔へトラカールを挿入、5~10cmH₂Oで持続吸引を開始したところ、15~20分後から胸痛出現、多量の黄色泡沫状痰を認めた。また呼吸困難も徐々に増強したため、ICU管理となる。直ちに挿管し、呼吸器に接続した。胸部レ線で左一側性のびまん性陰影が認められた。2日目、呼吸状態、レ線像の改善をみたため抜管。しかし痰の咯出が不十分で、呼吸苦を訴えたため再び挿管し、呼吸管理を行なった。その後、喀痰の排出も良く、呼吸状態も安定したためweaningを開始し、5日目に抜管した。以後経過良好のため、入室9日目に病棟へ帰室した。

本症発生の機序として、① 過大な吸引圧による患側肺血流のover filling説、② 肺毛細血管がanoxicな環境におかれ、肺毛細血管壁の透過性亢進説、③ 長期