進行度はStage Iであった．病変は小隆起と浅い陥凹を示し広い上皮内伸展巣を呈していた．組織学的には，主に角化傾向を欠く基底細胞様 small cell を主成分とし，squamous, grandular, adenoid cystic と4成分が混在し，その各成分は small cell から分化したと考えられた．電顕にて small cell 内に神経分泌顆粒が認められた oat cell carcinoma と診断した．主癌巣は lpm に止どまり，ie（＋），ly（＋），v（－）でリンパ節転移を認めない早期の食道癌であった．なお，本症例は約1年後他病死した．

**16．胃十二指腸病変を伴った食道癌の治療**

門馬　公経，門脇　　淳，田島　芳雄
（独協医科大学第2外科）

教室で経験した食道癌症例は124例で，そのうち胃切後の9例を含めて胃十二指腸に何等かの病変を認めたものは33例（26.6%）である．合併病変としては胃潰瘍，胃癌，食道癌の胃壁内転移が多かった．食道切除は33例中20例に施行し，切除法，再建法を検討した．

胃十二指腸病変に対する術式では，胃全摘，胃噴門・小弯側切除，噴門側切除および病巣部部分切除などが行われた．再建臓器としては細い大弯側胃管が13例，空腸が4例，結腸が2例に使用されたが，残る1例は二期に分割したが癌再発のため再建できなかった．再建経路は胸骨後経路13例，胸壁前1例，後縦隔2例，胸腔内吻合が3例であった．

再建臓器としては胃管を第一に選択し，小弯側を大きく切除した外径3～4cmの細い大弯側胃管の作製法を工夫している．

**17．当院で経験したいわゆる食道破裂の2治験例**

福井　博行，木下　裕宏，服部　博之
由里　樹旺，松井　　渉，重松　恭祐
福島　元彦，鈴木　恵史，伊藤　嘉恭
（都立荏原病院外科）

症例1は45歳男性，突然の呕気，呕吐，直後に心窩部胸骨後部痛が出現した．初診時顔面苦悶状，上腹部は板状硬で激痛のため呼吸促迫，横臥位困難であった．上部消化管造影で下部食道より造影剤漏出があり，発症10時間後に緊急手術を施行した．局所は縦状亀裂で周囲炎症軽度なため，縫合閉鎖で完治した．

症例2は36歳男性，十二指腸潰瘍と食道潰瘍の既往がある．突然悪心，呕吐，前胸部痛が出現した．初診時所見は症例1と同様で，上部消化管造影で食道胃接合部付近に造影剤の漏出を認め，発症20時間後に緊急手術を施行した．既存病変の存在と周囲の炎症程度より下部食道胃全摘を施行した．

いわゆる食道破裂の適切かつ早期の診断および処置の重要性と認識の必要性を若干の文献的考察を加え，報告する．

**18．食道粘膜下層癌の肉眼型と深達様式の関係**

室井　正彦，吉田　　操，岩塚　迪夫
（都立駒込病院外科）

都立駒込病院で手術切除された食道癌は260例であり，粘膜下層癌は17症例6.5%であった．表在癌を新しい分類で検討すると共に，粘膜下層癌を粘膜下層におけるその深達度で残層型，中間層型，深層型に分けて検討した．sm癌のリンパ節転移および脈管侵襲は，浅層型ではn（＋）0%，ly（＋），v（＋）50%であるが，中間層および深層ではn(＋)が33.3%，66.6%であり，ly，vも非常に高率に認められた．浸潤が深層になるに従って，リンパ節転移および脈管侵襲が高率になる．ep癌，mm癌では内視鏡型は全てII型に分類された．IIa型の一部にsm癌が含まれるが，sm層への浸潤は浅層型であり，リンパ節転移もなかった．II型表在癌はsm浅層型も含まれてくるが，予後良好の病型と考えられる．

**19．胃 RLH の免疫組織学的検討**

長谷川かをり，梶田　　昭
（東京女子医大第2病理）
須知　泰山（愛知がんセンター臨床病理）

GPLと悪性リンパ腫の鑑別はHE染色のみでは必ずしも容易ではない．そこでGPLを構成するリンパ球のもつ免疫グロブリンを免疫組織学的に染色しそのモノクロナリティーの有無で腫瘍，非腫瘍の判定を行った．対象は臨床的にGPLと診断された9例の胃切除標本を用いた．GPLの構成要素は①胚中心，②胚中心周囲，粘膜下層に増殖する小～中型リンパ球，③粘膜表層のplasma cell，の3つである．染色結果から9例中7例で3要素のうちの1～2要素にモノクロナリティーを認めGPLはかなり腫瘍性格をもつ病変と考えられた．その腫瘍化には胚中心の外に増殖するリンパ球の腫瘍化lymphoplasmacytic/cytoid lymphoma（immunocytoma）と，胚中心細胞の腫瘍化，の2つの方向があると考えられた．

**20．胃手術後長期を経て栄養障害を来した2例の検討**

門脇　　淳，門馬　公経，田島　芳雄
（独協医科大学第2外科）

症例1：56歳女性．15年前他医で胃全摘（グラハム