

を撮影された4例では中鼻道レベルで鼻腔方向に突出した軟組織を認め、その軟組織中には自然孔付近で石灰化と考えられる砂粒状の高吸収構造が認められ、こうした所見は鼻性感染を示唆していると考えられた。一方、5例の内3例に歯科的関連を認め、歯科的要因は本症の発症・病態を進行させる要因のひとつと考えられた。

7) 消化性潰瘍の地域差再考

長谷川敏之(新潟市医師会)

消化性潰瘍の地域差は、山形(外来, 1963), 長谷川(集検, 1964), 山形(集検, 1965)により口火が切られ、胃集検学会のシンポジウム、「胃と腸」の特集に発展したが、1975年頃には疫学的にはさしてみるべき結果をえず終息した。山形は地域を慣行的に北海道・東北、関東、中部、近畿、中国・四国、九州に区分したが、これには自然人類学的な配慮が払われていなかった。今回この点に留意して、秋田～石川県と岩手宮城県の胃集検成績の消化性潰瘍発見率を比較した。

その結果男女共、日本海側の消化性潰瘍発見率が高く、太平洋側の発見率は低い傾向がみられた。消化性潰瘍の原因は数多くあげられているが、素質～体質を形成する縄文人と弥生人との混血の程度が太平洋側と日本海側で違うためであろうと考えられる。全国的にも各都道府県の潰瘍マップを作製し、既製の地域区分にとらわれずに消化性潰瘍発見率を再考すべきであろう。

8) 大腸 sm 癌の x 線像

一病理所見との対比

佐藤 敏輝・湯川 貴男 (厚生連長岡中央総
原 敬治 (合病院放射線科))

大腸 sm 癌16例17病変を用いてX線像と病理所見(肉眼、組織像)の対比を行った。X線像で sm 以深(sm か pm 以深かの判定には病巣の大きさ、陥凹の深さが大きく関与すると思われる)に浸潤していると考えられる直接所見は、明確に判定可能な中心陥凹のみであった。しかし病巣のサイズが大きくなると隆起表面の顆粒状変化も大きくなる傾向にあり、この場合隆起間の相対的陥凹がX線上では中心陥凹とまぎらわしい所見を呈した(肉眼像では判定可能)。中心陥凹のない症例では肉眼的にもX線的にも sm に浸潤していると診断することは困難であった(腺腫との鑑別も困難)。従来言われている壁の硬化度にも注目したが、a) 完全な側面像を撮る

ことがむずかしい、b) 接線方向の種々の線が重なって客観的評価がしにくい、との理由から判定がむずかしい症例が多かった。

9) 成人腸重積症の画像診断

酒井 達也・漆山 勝
山田 八郎・大崎 直樹
岩田 文英・田尻 正記 (厚生連佐渡総合
本田 康征・瀬川 宗助 (病院内科))

最近経験した成人型回腸結腸重積症の2例を呈示した。

症例1. 下腹部不快感を主訴とした69歳男性。超音波断層で腸重積先進部の高エコー性腫瘤を認め、CT で脂肪濃度の存在を確認し脂肪腫による腸重積症と診断した。

症例2. 下腹部痛を主訴とした16歳男性。注腸X線で終末回腸腫瘍による腸重積症の所見を認め、超音波断層や大腸内視鏡の所見から悪性リンパ腫による腸重積症と診断した。

腸重積症の先進病変の多くは小腸回盲部に発生する粘膜下腫瘍で、その約半数を脂肪腫と悪性リンパ腫が占めている。症例1では、特徴的な超音波断層やCTの所見から脂肪腫と診断可能であった。症例2では、術前超音波画像と切除標本に認められた肉眼的特徴とを適行的に対応させることが可能であった。

疫学的な事実に基づいて超音波断層像やCT所見を注意深く検討し、診断を進めることが重要であると考えられた。

10) 画像上めずらしい所見を呈した卵巣類皮嚢胞腫

渡辺 直美・道野慎太郎
吉野 綾子・小船井知子
田坂 典子・関 恒明
岡田 稔・蜂屋 順一
古屋 儀郎 (杏林大学放射線科)

卵巣類皮嚢胞腫の画像診断は比較的容易である。今回我々は非常に稀と思われる Intracystic fat balls を伴った卵巣類皮嚢胞腫を経験した。同様の症例のCT及びMRI所見については国立ガンセンターの村松らが報告しているが我々は超音波、CT、MRIの3者の画像所見と摘出標本とを比較する機会に恵まれたので発表した。症例は65才女性、主訴は下腹部腫瘤、超音波で、cystic mass内に円形の hyperechoic な構造を多数認めた。CTでは、骨盤から腎門部のレベルに cystic mass を認め、内部に2cm程の low density を示す円形腫瘍を多数認めた。内部腫瘤のCT値から確実に脂肪とは同定で