本症は比較的稀な疾患で，破裂を伴った場合の救命率は低いといわれているが，迅速かつ適確な外科的処置を行うことにより，高齢者においても救命が可能と判断された．

15）左肺上葉へ破裂した胸部下行大動脈瘤の1手術治験例

中込　正昭・大谷　信一（水戸済生会総合病院　胸部外科）
諸　　久永
榊原　　謙（筑波大学附属病院循環器外科）

左肺上葉へ破裂した胸部下行大動脈瘤の71歳，女性に対し，ヘパリン化親水性材料コーティングチューブ：アンスロンバイパスチューブ ATT-890 による上行及び下行大動脈間の無ヘパリン化一時的体外バイパスを補助手段として，上行大動脈―下行大動脈グラフト移植術を行った．術中尿排出は保たれ，気道内出血の増量なく，術後の止血も容易であった．術後経過は良好で，術後大動脈造影も特に異常なく，第32病日元気に退院した．

16）他科と協力して施行した心臓血管外科手術の2例

横田　俊彦・片桐　幹夫（立川綜合病院心臓血圧センター）
春谷　重孝・坂下　　勲
上原　　徹（同　泌尿器科）
大溪　秀夫（同　外科）
本間　憲治（上越総合病院外科）

1例は69才男性で腰痛，腹痛，下血を主訴に subshock 状態で入院し術前 CT で破裂性腹部大動脈瘤と診断し緊急手術で Aneurysmectomy，Y-grafting 施行，術中GTF で出血性十二指腸潰瘍と診断し同時に Gastrectomy B-I 行い順調に経過した．

1例は62才男性で右腎癌，下大静脈腫瘍塞栓症の診断で右腎動脈の embolization 行い10日後に体外循環，circulatory arrest 併用下に nephrectomy，下大静脈内腫瘍剔出術を施行した例を報告する．

17）肝性胸水に対する胸腔静脈シャントの1例

石原　　良・乾　　清重（鶴岡市立荘内病院胸部外科）
大泉　弘幸・鷲尾　正彦（山形大学医学部第二外科）

症例は67才女性で昭和61年10月食道静脈瘤破裂にて内視鏡的硬化療法を受けている．その後腹水は薬物治療及び腹腔穿刺にて治療されていたが，昭和62年2月より急激に呼吸困難が出現し右胸腔内に多量の胸水を認めた．このころより腹水は消失した．同年3月新潟大学医学部第三内科を受診し精査の結果特発性門脈圧亢進症と診断された．同年5月当院内科に転院したが胸水の貯留が著しく頻回の胸腔穿刺排液を必要としたため当科に紹介となった．胸水の Control を目的として Denver 腹腔静脈シャントチューブによる胸腔静脈シャントを施行し若干の知見を得たので報告する．

18）乳癌術後患側上肢に浮腫を来した症例の検討

建部　　祥・鈴木　伸男
斉藤　　博・三科　　武（鶴岡市立荘内病院外科）
石原　　良・松田由紀夫
乾　　清重
梅津　尚男・横山恵美子（同　放射線科）
岡本浩一郎（新潟大学放射線科）
由岐　義広・大泉　弘幸（山形大学第二外科）

乳癌根治手術後に発生する患側上肢浮腫はそれ自体として患者の生命予後に影響を与えるものではないが，一度発生すると上肢の機能障害や疼痛などをひきおこして治療に抵抗することが多い．上肢浮腫に対する治療は古くからさまざまな方法が試みられているが，著効を示すものは少ない．今回われわれは乳癌根治術後に患側上肢浮腫を来した7症例に対して上肢静脈造影を行った．その結果全例に静脈系の灌流不全が認められ，その程度に応じた理学的療法と抗凝固療法を行い浮腫の軽快をみた．これまで上肢浮腫の原因はリンパ浮腫であるといわれてきたが，今回併せて行ったリンパ節シンチグラフィーで患側のリンパ流の鬱滞は認められなかった．したがって上肢浮腫はリンパ流の鬱滞よりむしろ静脈系の灌流不全によってひきおこされると考えられた．以上，静脈造影所見，治療方針を呈示し，若干の考察を加えて報告する．

19）同時性食道胃重複癌症例の検討

武田　信夫・宮下　　薫
前田　長生・片柳　憲雄（新潟大学第一外科）
田中　乙雄・佐々木公一
武藤　輝一

過去16年間に経験した食道胃同時重複癌切除例17例を対象に検討を行った．男女比は15：2，平均年齢は68.0歳と高齢男性に多かった．同期間の食道及び胃癌切除例は402，1338例で同時性重複癌の頻度は4.2%，0.12%で

あった．診断に際し全例に上部消化管造影，内視鏡を施行し12例に先行又は同時に食道病変を指摘出来たが胃病変を先に指摘された症例が2例あった．又術後初めて胃病変を指摘された症例が3例あった．胃病変の局在はC：5，M：7，A：11，と全領域に認め肉眼型は 2a，2c及びその混合型の早期癌が殆どで進行型は〔A〕の Borr 1と〔C〕の Borr 2 2例であった．組織型では高分化型が多くを占めた．食道病変の進行度は Stage 3～4の進行癌が多かった．手術術式は再建臓器として12例に有茎結腸をもちいた再建術が施行された．Kaplan-Meierによる5生率は28.6%であった．食道癌，胃癌症例の診断に際し重複癌の存在を念頭においた充分な内視鏡検索が必要と思われた．

20）特異な病像を呈し診断・治療に苦慮した胃潰瘍の 1 例

篠永　真弓・島影　尚弘
神谷岳太郎・新田　幸壽　（長岡赤十字病院外科）
田島　健三・和田　寛治

胃潰瘍の診断のもとに胃切除施行するも，病理標本にて特異的な病像を示したため診断に難渋し，再切除を要した症例について報告する．

症例；35歳女性．昭和58年頃から時々腹痛あり．昭和61年9月胃内視鏡にて胃潰瘍と診断され内服治療中，昭和62年1月より腹痛増強し2月外科入院．胃内視鏡にて胃体中部後壁に大きな潰瘍あり，生検にて良性と診断されたため，胃広範切除施行した．肉眼的に主病変以外に多発性びらん・潰瘍が広がり，壁硬化像を認め，組織学的にはリンパ球・形質細胞・好酸球の著明な浸潤が認められた．切除標本，術後内視鏡にて悪性の可能性も否定できず再開腹し，胃全摘・脾合併切除施行した．前癌性病変・反応性リンパ球増生などが考えられたが，最終的に診断は確定しえなかった．経過は良好で初回手術後59病日退院した．

21）富山県における過去10年間の消化性潰瘍手術症例の検討

田近　貞克　（済生会富山病院外科）

最近の消化性潰瘍の治療は，H_2 受容体拮抗剤の出現により，外科的治療が必要な症例は著しく減少している．しかし，穿孔，出血などの緊急手術症例は決して減少しておらず，又，この1，2年より複雑な難治性潰瘍の手術症例が少しづつ増えてきているとの意見も聞かれる．今回，富山県における過去10年間の消化性潰瘍手術症例の調査を行う機会を得たのでその結果を報告する．昭和52年から昭和61年までの10年間で調査した手術症例は2100例である．H_2 受容体拮抗剤が登上した昭和57年より手術例は減少しており後半の5年間は前半に比べ約半数となっている．しかし，穿孔や出血の緊急手術例は全く減少しておらず多少増加気味ではないかと思われる．これは今後の消化性潰瘍治療において重要な問題点と考えられる．

22）手術結果からみた胃集検

斎藤　寿一・三浦二三夫
竹森　　繁・斎藤　光和　（斎藤胃腸病院）

当院における入院胃癌症例のうち，昭和60年1月より2年間における122例を胃癌検診および人間ドッグによって発見された症例を集検群とし，その他を非集検群とし，比較検討した．その結果，年齢分布の比較で70歳台が非集検群が集検群に対し圧倒的に大きく，高齢者の集検受診機会が少ない結果として認められた．非集検群では5例の切除不能例が認められたのに対し，集検群では切除不能例を認めなかった．しかし，集検群で3例の非治癒切除症例を認めたことより，今後は胃集検に対する精度管理の徹底を図り，少なくとも非治癒切除例の根絶を目指すとともに，早期癌の段階での発見症例を更に増加する努力が必要と思われた．

23）胃全剔時の食道空腸吻合における一工夫

師岡　　長・佐藤錬一郎
下田　　聡・内野　英明（秋田組合総合病院）
曽根　純之

食道・空腸吻合時に層の見きわめが不十分となり，砕けたり，雑な吻合となったり又補強しようとして縫い込みが大きくなり狭窄を来たしたり縫合不全を招くということがよくある．そこで針糸のかけ方に一考をこうし，層を見失うことなく安全に吻合する方法を考案してみた．すなわち，食道，空腸全層縫合時に，75cmの長い絹糸を用い，空腸全層糸を食道直角鉗子をつけたままその下7mm部に食道を貫通し3本置く．後直角鉗子直下にて圧挫された部分を切除，食道を開き貫通糸を引き出し切る．食道前壁の3糸を牽引し視野を得，食道空腸全層糸3本を結紮する．その糸を引きながらその間に2本ずつの全層糸を入れる．牽引に用いていた3糸を用い同様に