

りと A₃ と判定されたが、実際は a₂ であった。生存例は、6年8月、4年6月、3年2月、4月の4例である。死亡例の検討から、再発は、頸部リンパ節や上縦隔リンパ節の転移で発見され、ついには、肝、肺などへの遠隔転移を来し死亡している。局所再発や遠隔転移は、殆ど1年以内に発見され、その後、数ヶ月にて、すべての症例が死亡している。以上のことから、下咽頭頸部食道癌の予後は、“初回治療”にすべてがかかっている。よって、今後は、①早期発見に努力し、②癌進展速度が早いことから術前療法に時間を費やすことなく、出来れば根治手術を先行させ、③合併症を起さず治療計画を円滑に終了させることが大切である。

26) 高位鎖肛術後に、著明な Megacolon を呈した1例について

飯沼 泰史・神谷岳太郎 (長岡赤十字病院) 外科
小林 清男・和田 寛治 (同 外科)
高野 邦夫・新田 幸寿 (同 小児外科)
岩淵 真 (新潟大学) 小児外科

鎖肛と Hirschsprung 病の合併は稀であるが、最近私達はこの両者を合併した症例を経験したので報告する。症例は昭和56年2月2日、在胎40週、生下時 3,350g で出生した4才の男児。生後まもなく、臍帯ヘルニア及び高位鎖肛の診断で、臍帯ヘルニア整復術及び人工肛門造設術を受けた。そして生後9ヶ月に腹会陰式肛門造設術を施行された。しかし術後自然排便がなく、下剤にて反応が悪く2日に1回の浣腸療法で排便をコントロールしていたが、腹部膨満が増強してきた。注腸造影では直腸及び下行結腸に著明な拡張を認め、又直腸生検では Ganglion cell が認められず Hirschsprung 病の合併が疑われ昭和60年9月18日 Soave 法による根治手術を施行した。術後は第3病日より自然排便を認め、術後約1ヶ月目の現在、1日約4～5回と排便回数は頻回であるが、良好な経過である。

27) 鎖肛術後の排便機能について

内山 昌則・岩淵 真 (新潟大学) 小児外科
大沢 義弘・高野 邦夫 (同 小児外科)
松浦 恵子・八木 実 (同 小児外科)

1984年までに当科で治療した直腸肛門奇形(いわゆる鎖肛)は109例である。低位109例、中間位31例、高位50例で、手術術式としては、低位は会陰式肛門形成術、中間位・高位は6ヶ月～1才前後に仙骨会陰式、腹会陰式に根治術を行っている。術後の直腸肛門排便機能につ

いて、ケリーの評価法、鎖肛研究会機能評価法と、注腸造影、直腸内圧所見をとり入れた客観的機能評価法との関連について検討した。注腸所見は直腸拡張率、直腸会陰曲、また内圧所見は肛門管静止圧、直腸肛門弛緩反射を基としている。臨床機能評価と注腸所見、内圧所見を組み合わせ検討することにより、排便障害の病態を分類し、排便訓練や手術の付加を含めた治療法の選択が可能であると考えられた。

28) 胎児エコーにて出生前に診断された両側先天性水腎症の1例

大田 政廣・山際 岩雄 (山形大学) 第二外科
阿部 和男・三浦 正道 (同 第二外科)
鷺尾 正彦 (同 第二外科)

妊娠経過観察中、在胎36週で超音波検査にて腹部に大小2個の嚢状影を認められ、両側水腎症を疑われた男児である。昭和60年4月22日、当院産科にて正常分娩で出生し、第3生日当科転科となった。5月7日腹部CTにて両側の高度水腎症と確診し、同日両側の腎嚢を造設した。6月5日のレノグラムで GFR 51.9ml/min (右62.7%, 左37.3%) であった。6月25日、より腎機能の低下した左側の、7月18日に右側の腎盂形成術を Anderson-Hynes 法に準じて行ない、吻合部を通してスプリントカテーテルを挿入した。術後それぞれ2週でスプリントカテーテルを抜去し、吻合部の通過確認後、それぞれ3ないし4週で腎嚢を閉鎖した。水腎症の原因は左側が PUJ における弁形成、右側が異常血管による PUJ の屈曲であった。カテーテル挿入時、尿路感染をみたが、抜去後は明らかな発熱もなく、尿培養にて細菌数は 10³ 個以下となり9月11日退院し、現在外来にて経過観察中である。

29) 極小未熟児回腸穿孔の一治験例

内藤 真一 (荘内病院) 小児外科
鈴木 伸男・斎藤 博 (同 外科)
石橋 清・高橋 善樹 (同 外科)
沼田 修 (同小児科)
内山 昌則 (新潟大学) 小児外科

近年、NICU の発展により、極小未熟児の外科手術例も増加してきているが、その治療には困難な点も多い。当科においても、最近、生下時体重1,260g、手術時体重1,000gの極小未熟児の回腸穿孔を経験し、治癒せしめたので報告する。