

C-214に対して女子医大今井氏より、PDA及びTI、FOを伴った本症に対し、生後4カ月で経肺動脈的に弁切開を行ったが、その後症状の再悪化をみたため、3歳時にPDA結紮とASD閉鎖、三尖弁輪及び右室流出路の形成を行い改善せしめ得たとの追加報告があった。これに対して座長より、PDAの残存が症状の再悪化に関連するかの質問がなされ、今井氏は肺動脈弁の再狭窄とTIの再発、PDAの左右短絡が心不全の原因と思われると解答された。

C-215に対しては座長より、弁性狭窄に伴う円錐狭窄に対し右室切開を行い流出路パッチ形成を行う適応をいかにするかとの質問がなされた。これに対して演者は、円錐狭窄は二次的なものかどうか臨床的に決め難いので、これに対しても経肺動脈的にあるいは右室切開により円錐狭窄切除を行っているという解答し、円錐狭窄は遠隔期には軽減されるといわれるが、明らかな円錐狭窄合併例では積極的にこれを解除すべきであるとの見解を述べた。この問題に関しては今後更に検討を要すると思われる。

C-216に対しては特別な発言はなく、座長より以下のごとき意見が述べられた。乳児期VSDに関しては、近年小児科よりその自然予後に関する発表が行われ、この時期における手術成績を勘案して、ようやくその治療体系が確立されつつあるように見える。しかし、VSDの根治、すなわち肺血管病変を含めた根治を考えるならば、その閉塞性変化の進行が疑われる場合には演者の発表のごとく2歳以下にVSDの閉鎖を行うべきであろう。

C-217については、何よりもまず本症の定義が極めてあいまいであることより、座長が演者に対して、本症の定義をいかにするかと質問した。これに対して演者は主として壁側縁より前壁に向う異常筋束により右室が高压系と低压系に分かれ、圧差が約30mmHg以上ある症例を右室二腔症と呼び、Fallot四徴症や漏斗部狭窄とは発生学的に異なる疾患と考えると解答した。また、本演題に対し安藤氏(東女医大)より本症の定義並びにFallot四徴症との鑑別点について以下のごとき発言があった。右室二腔心は右室内の異常筋柱で血行動態的異常をきたしたもので、common typeとrare typeとがある。前者はmoderator bandの高位のためにこれとcristaの間で狭窄を示すものであり、rare typeは異常に大きな乳頭筋あるいはそれに関連した構造異常のため、sinus内に圧差を生じるものである。前者ではしばしばVSDを伴う。Fallotとの鑑別についてはFallotではcristaの前方転移により、ACG側面像でcrista

が正常に比し水平面に近くなり、肺動脈弁平面が前額面に近くなり前方を向くこと及びstenotic portionが本症ではFallotとしてはあまりに下すぎるなどことで区別出来る。なお、これらFallotの特徴はacyanotic Fallotでも見られるので本症との鑑別点となるという。最後に座長は検査を丹念に行えば、かかる症例は更に多数見出されるのではないかと発言した。

C-218に関しては、安藤氏(東女医大)より、単純なTAPVDの手術成績は近年非常に向上して来たが、本発表でも他に複雑な心奇形を合併したもののそれが不良である。TAPVDを見逃して、短絡手術のみを行って失ったような症例はないかの質問があった。これに対し演者はいずれも術前より一応TAPVDを診断し得ているが、uncorrectableと考えられた複雑な心奇形を伴った症例に対し、TAPVDに対する共通肺静脈-左房吻合術と短絡手術を行った症例で、一応の好結果を得ていると述べた。

#### 内視鏡他 (C219—C222)

木村幸三郎

内視鏡の小児に対する臨床応用は、成人消化器疾患の診断に不可欠な内視鏡診断法に基因していることは否定できない。小児は成人に比して胃十二指腸潰瘍、腫瘍などの発生頻度は少なく、かつ小児の生体構造が成人と異なり、内視鏡施行に際する偶発事故の発生などから小児内視鏡の臨床応用がおくれているものとする。第11回日本小児外科、今年の学会では小児内視鏡に関して研究会、スモールグループ討論会を設けて積極的な態度を示していることは喜ばしい。

北里大、比企らは初期に小児内視鏡を施行するに際して気管支用ファイバースコープを利用したと経過を述べているが、われわれの教室の熊沢らと同じような考えから出発しているのではないかと想像し得た。昭和43年から44年ごろにかけて、熊沢らも直径5mmの気管支用ファイバースコープで内視鏡を施行したが、固定性が悪く直視型であるので、焦点距離、解像力、可視範囲などが充分でなかった。しかし、小児消化管疾患に対する診断や研究の方法として優れた手段と予想された。小児内視鏡は各研究施設の個々の努力で改良され、臨床応用可能なまでに至っている。今回、比企らが改良製作した小児用側視型ファイバースコープは可視範囲の拡大、解像力の改善など今後大いに小児胃十二指腸疾患の診断に期待し得るものとする。

東京医大, 小柳らは PGF type(s) (オリンパス) を使用して先天性十二指腸閉鎖症, 肥厚性幽門狭窄症を対象として, 術前診断 (術前幽門部の形態) と術後の follow up の一環として, X線及び胃内視鏡所見を比較し臨床的に分析し報告した. 術後3カ月まではX線所見ではいまだ十二指腸の拡大がみられ, 同時期の内視鏡所見では胃内への胆汁逆流, 幽門輪の軽度変形などが存在する傾向があり, この部位が正常となるまでは相当の時間がかかるとしている. 肥厚性幽門狭窄症では術後早期に通過障害, 幽門変形がX線所見では消失しているが, 内視鏡所見では幽門輪の変形, 隆起がいまだ存在していると報告した. この2題の内視鏡に関して比企 (北里大) の器具改良に関する追加と施行上の注意, 高橋 (千大) の小児内視鏡の適応の問題, 長島 (独協大) の幽門部の術後経過と共に変化していく過程をとらえることの重要性などの発言があり, 守屋 (清瀬) は小児内視鏡所見の基準化と一定疾患に対する統合的研究など今後の問題として発言した.

小児内視鏡は今後の問題として実施法, 器具の改善はもちろんであるが, 更に適応症の確立, 内視鏡所見の基準化及び特定疾患に対する統合的研究などを推進する必要がある.

北里大の石田らの食道内腔とつながりを持つ新生児側頸のう胞の1例は珍しい症例であろうが, 側頸のう胞は診断が考えているほど容易なことではない. 特にこの症例は食道内腔に開口していたところから, 長島 (独協大) は食道のう胞, 食道憩室との鑑別についての質問をしたが, 術前にこの鑑別は絶対必要なことである.

弘前大第2外科, 須藤は Barret 症候群についての症例報告を行った. Barret 症候群は食道下部粘膜に異所性胃粘膜が存在し, 出血を来すまれな疾患で, 本邦第2例目との事であり臨床医として見逃ししやすい疾患と考えるが, その成因は各種意見があるようであるが, 一般的小児科成書には congenital anomaly とする説が多いようであり, 本邦第1例は東北大第2外科の小児例であった.

## 腸重積, ソ径ヘルニア他 (C 223—C 228)

矢野 博道

C-223の石井ら (久留米大) は小児, 殊に乳児の特異性腸重積症の成因として回腸終末部の粘膜下リンパ涸胞の増殖, 肥大による腫瘤状隆起を重視し, これが局所免疫機構と関与があると推測して, ヒトの新生児から生後

3カ月までのこのリンパ涸胞の発達学的検討を行ない, 生後1カ月までは涸胞の発達ははなはだ poor であることを確かめ, これが腸重積が1カ月以内の新生児・乳児に全くまれにしかみられない原因の一つであるとした. また, 仔家兎に  $\gamma$ -globulin を投与した際の盲腸リンパ涸胞の発育阻止実験や腸重積患児の IgA, IgM, IgG を測定し, 対象として同月齢児との間に有意の差異があることも見出しているが, いまだ不明の点もあり, 今後の研究の結果に期待したい.

C-224の古田ら (県立広島病院) と C-225の大島ら (北里大) は共にメッケル憩室に対する  $^{90m}\text{Tc}$ -scan による診断法について発表した. 両者間の技術上の差異は古田らが本法施行中頻回に胃液の吸引除去をすることが重要であると述べたのに対して, 大島らは全くその必要がないとした点で, これについて討議が行われたが, これは scan の性能とその読みの問題で, どちらにも理屈があると感じられた. 従来, メッケル憩室が術前に診断されるのは全く偶然であったが, 胃粘膜を有するもののみとはいえ, 本症が術前に診断し得ることは医学の一つの進歩であろう. 特に, 胃粘膜を有する憩室が出血しやすいことを考えると, 小児の原因不明の消化管出血 (下血) の際には必須の検査になり得ると思われる.

C-226の長島ら (群大) は165例の小児虫垂炎の臨床的観察について報告し, 10歳以上になると虫垂炎の頻度が大になること, 5歳以下は23例と全例の14%に過ぎなかったが, 穿孔頻度が高いので早期診断, 早期治療が望まれると述べた. 私どもの施設でも3歳以下の穿孔率は66.6%と高く, 乳幼児虫垂炎についての啓蒙が必要であろう.

C-227の織畑ら (東女医大) は心疾患を合併した小児鼠径ヘルニアの手術適応について報告し, 従来はCHD児の鼠径ヘルニア手術は安全と考えていたが, 先天性大動脈弁上狭窄を合併した1例を術中に死亡させた経験から, このような奇形は non-cyanotic でも手術適応上充分注意すべきであると強調した. これに対し, 2, 3の討論が行なわれたが, 織畑らの心奇形合併例は同大学心研から送られてきたもので, 手術適応も心研小児科と協議して決定しているとのことであり, この報告はこのような心奇形をもった鼠径ヘルニアに対する小児外科医の手術適応に一つの示唆を与えたものと考えられる. 要は, 鼠径ヘルニアの手術で死亡させることのないよう細心の注意を払って手術適応を決定すべきであろう.

C-228は小児鼠径ヘルニアの手術手技を中心として報告であった. 村上ら (岐歯大) は充分高位までヘルニア