

いるが、未だ的確な治療法はない。

我々も種々の治療法を施行して居るが、比較的良結果を得た直接喀痰除去に就て述べる。原田氏は昭和3年既に直達鏡下に喀痰除去を同一人に10数回施行し、アドレナリン粘膜噴霧を併用して全治せしめている。

我々は頸別前患者6例、頸別後の患者18例に内視鏡下に喀痰除去を施行して、次の如き結果を得た。術前は3例に不変、3例は呼吸困難なくなり、胸が軽くなり、手術を施行し、全例良好な結果で退院している。

術後患者18例中、1回施行9例、2回施行6例、3回施行3例で効果の続いた回数は3~20日で、不変の者はなかつた。猶効果のある迄3~5日間隔で何回でも効果のある迄行うべきと思われる。

次に同じ目的でペ=1~1.5万を附加した生理的食塩水1~2ccを気管内に注入して見た。

此は直達的喀痰除去後、1ヶ月以上を経て来院した患者に就てであるが数十例施行して、結果は良好であり、患者より求められる事も屢々ある。以上要するに未だ症例数も少いので、結論は出し難いが、喀痰除去は勿論その本質的治療法ではないが、発作前或は発作中に施行して効果ありと認められる。故に内科的薬物的療法、外科手術法と併用すれば、猶良好なる結果が得られるものと思われる。

20) 上部消化管手術後栄養の工夫

広田和俊

術後栄養補給の問題は、術後治療や合併症に関し近年重要視されている。我々は上部消化管手術後栄養補給に新しい方法を工夫して好成績を得た。

方法； i) 内径2mmのビニール管を内管とする新二重管を工夫し用いた。ii) ミクサーによつて日常食品を液状にして内管より空腸に点滴補給した。

この方法を実施せる患者の中、30例について血漿総蛋白量、同AI量(吉川・斎藤法)、Ht値、Gb、Gp、循環血漿量(T. 1824)、体重を測定して循環総蛋白量、循環AI量、A/G比を求め、摂取蛋白量及び熱量との関係を追究したのである。

(1) 本法による術後摂取栄養量と循環総蛋白量、同AI量との間には密接な平行関係がみられ、それに伴つて他の数値も改善する。

(2) 本法によりガス排出を約24時間早め、軟便を術後4~5日目に排泄し、爽快感を訴える。

(3) 用いた食品は安価で手近な肝臓、魚肉、豆腐、

卵、蔗糖、粉乳、味噌、その他一般に及んだ。

(4) 但し、熱量2,000 Cal. 蛋白100gはガス排出後にすべきで、排出前に無理して入れた為、3日間の下痢により、血漿数値が一過性に低下した2例がある。

(5) 内管を9週間持続挿入例でも、4週間の例でも何等の苦痛を訴えなかつた。

(6) 我々の二重管は、他の二重管より次の点で優つている。(イ) 調理により如何なる食品でも注入し得る。(ロ) 外管と内管の尖端の距離は自由に伸縮出来るから、上部消化管の凡ゆる手術に適用し得る。(ハ) 操作容易に外管内管各々別々に抜去し得る。(ニ) 患者に苦痛を与えない。(ホ) 非常に安価である。

結論； 循環総蛋白量、同AI量の顕著な増加を来すという裏付けをもつて、新二重管及びミクサーによる本法は、上部消化管手術後、臨床上実用的であり、意義深いものと信ずる。

21) 食道癌早期診断に於けるバイオブシー批判

高橋健男

直達鏡検査に当り、バイオブシーの併用は、従来重要視され且つ、最も普及せる診断法である。即ち病巣部を目視し乍ら、診査切片を採取し、之に組織学的検索を加え、より確実な判定を下し得る。本法は、病巣部を直達鏡視野の中央に出し、慎重に施行する事により危険なく適確に材料を採取し得ると云うが、元来、菲薄な食道壁に観血的侵襲を加える為、或る型の癌腫では、自然穿孔の時期を早め、或は悪性進行を急激にする事も考えられる。故に若し癌腫と判明せば、直ちに根治術を施行し得ると云う前提の下に行うべきである。次に本法の信頼度如何をみるに、我々の直達鏡検査を受けた食道癌患者420例に於て、2ヶ月以内前に、他病院でバイオブシーを受け、癌を見逃されていた11例を経験した。而も其等は、可成進行せる癌腫であつた。即ち此等誤診例は組織学的検索に誤なしとせば、健康部より採取せるものであり、病巣部を誤つたか、或は技術上の失敗によるか、何れにせよ、本法も必ずしも完全とは云い難い。従つて病巣部の著明ならざる早期食道癌に於ては、更に困難性が加わる。此処に於て近時流行の塗抹診断(Smear test)が問題となる。塗抹法の信頼性に就ては諸論あり、此を無視するNovak一派もあるが、我々は少くとも食道癌の早期診断に於ては、疑わしい部位を広範に擦過して、其の細胞学的所見より判定する塗抹法が優れていると信ず

る。即ち、反復採取の可能性・標本作製上の時間と労力の軽減、判定の容易等の利点が挙げられる。なお、特に問題となる材料採取法に就ては、我々は早期食道癌を肉眼的所見より塊状型・潰瘍型・浸潤型に分類し、更に早期に非ざれど材料採取困難なる粘膜下浸潤による周囲粘膜膨隆型等に対し、各々適当せる塗抹採取器を考案作製しバイオプシーに優るとも劣らぬ好成績を得ている。(本稿の一部は本年度、日本気管食道科学会総会に於て、宿題報告として教室の斎藤博士が発表されたものである。)

22) 麻酔と心電図 第一報

(トライレン麻酔及び閉鎖循環麻酔)

信 国 英 一

トライレン麻酔と心電図

トライレン麻酔は本会に於て当教室小西氏が発表せる如く安全且つ容易にして、見るべき副作用のない事を強調されていますが、私はこの麻酔法に依つて何等手術操作を加えざる者、或は瘰癧等肺循環系に何等影響なき手術患者8例を、心電図上より検索して次の如き所見を得た。

① 諸家の文献によれば、心房細動、心室細動、洞性徐脈、心室期外収縮等の発現に就て述べているが、之等の症例に於ては、かかる刺激伝導異常、調律異常は1例も見られなかつた。② P波 全例に於てP波の増高が見られ2例に於ては肺性Pを示した。③ QT時間 全例に於て Hegglin-Holzmann式よりすれば延長の傾向にあり、異常延長を示したもの3例あり。④ ST. T STは殆ど変化なくT波軽度増高が半数に見られた。⑤ 之等の変化は麻酔中止後30分から1時間で大半消失せり。腰麻との合併麻酔15例に於ては腰麻によるST_{III} T_{III}の降下平低化が主なるものでトライレン合併による悪化と云うものは見られなかつた。

閉鎖循環式全身麻酔と心電図

本麻酔は当教室に於ては現在アミバル、モヒアト、アトロピンの前処置並にラボナル導入麻酔によりエーテルを使用して居る。

心電図と本麻酔との関係は先に教室の石橋氏等が循環器学会に発表せる如く洞性頻脈P波の増高増幅及びT波の平低化が主なもので、他に著変は見られなかつた。

然るに最近教室に於て、心房細動2例(食道癌患者)高度の脚ブロックに頻回の心室期外収縮を合併せる1例(胃癌患者)に本麻酔により根治術施行、

前者2例に於ては挿管直後よりST_{III} 降下並にT_{III}の陰性化の出現を見るも術前術中の心に対する適宜な処置により、後者は術前の処置のみで根治術に成功した。

即ち高度の心障碍患者に対しても麻酔の選択、術前術中の適宜の処置により手術を施行し得た症例である。

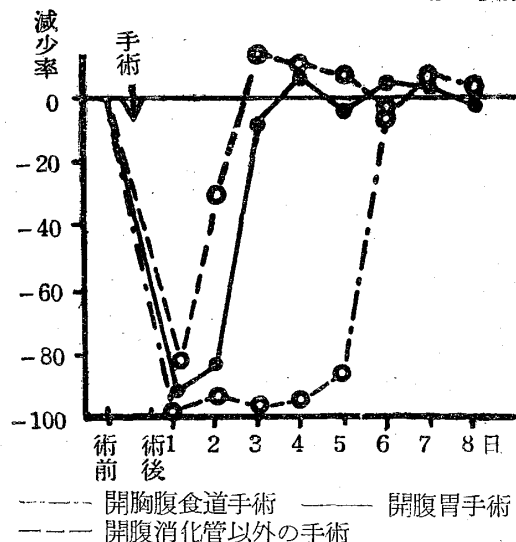
23) 術後合併症と好酸球数との関係

武 藤 滋

生体に Stress が加わると副腎皮質の活動が昂進し、Corticoids の分泌量が増加し、それにより好酸球数が減少することは衆知の事実である。この考えを臨床に応用し次の如き結果が得られた。

1) 術後経過が順調なる場合の好酸球数の変動は規則的なもので表1の如き経過を辿る。

表1. 術後経過良好なる場合の好酸球数の変動



2) 術後合併症を併発せる場合は好酸球数の変動は乱れる。即ち表2に示す様に、合併症の種類に如何に拘らず、合併症の併発と同時に下降する。

表2. 術後合併症を併発せる場合の好酸球数の変動

