

のを除いては、胸壁の危険が増大するのみならず、第Ⅶ肋骨は多くの場合肩胛骨の下角を支える肋骨でもあるから、肩胛骨の沈下によつて死腔内圧の上昇を來し、ひいては重篤な循環機能障害をおこすことがある。

以上の様な次第で、私達は術前の肺活量が如何に大であろうとも、成形術では最初第Ⅳ肋骨より始めて上部肋骨を切除し、その後視診、触診を以て縦隔洞の固定度、虚脱肺の硬度等を檢し、異常がなければ第Ⅵ肋骨迄切除を延長することは出来ても、1次的にそれ以上に及ぶことは危険であると考えてゐる。これに対して充填術に於ては肺臓機能の見地よりすれば、原則として1次的手術を行つて差支えないと考える。

V 結 言

以上に述べた私達の手術量判定基準は、従來臨床經驗的な立場から主張されてきたものと、結論に於て変るところはない様に思う。只、従來のものが主として純主観的な立場から主張されたに過ぎないのを私達は實驗的な根拠に基いて臨床經驗を補足し得たものであり、諸家の御参考に多少とも資するところがあれば幸甚である。

主 要 文 献

- 1) 香川、吉栖：肺臓機能障害とその検査法、臨床外科、10. 4. (昭24.)
- 2) 香川：肺臓機能に及ぼす外科的肺虚脱療法の影響に就て、未刊

(本論文の要旨は第2回日本胸部外科学會、第4回医務局研究発表會に於て発表した。)

外科的肺虚脱療法の前後に於ける肝臓機能

桃 井 三 郎

結核研究近刊号原著発表豫定、第2回日本胸部外科学會(昭和24年10月)演説抄録

外科的肺虚脱療法、特に胸廓成形術と肋膜外充填術との前後に於ける肝臓機能に就て述べる。用いた検査方法は、1) 血清ウエルトマン反應、2) 血清塩化カドミウム反應、3) 血清塩化コバルト反應、4) 血清高田反應、5) 果糖負荷試験、6) サントニン尿法、7) 尿ウロビリネン、8) 赤沈、9) ヘパトサルファレイン法であるが、空洞を有する肺結核患者では、大多数において軽度の肝機能障害を認める。また病巣の範囲が廣く、腸結核を合併しているもの、また全身所見、レ線像により手術不能と思われるものにおいては肝機能障害も高度であることがわかる。手術後の検査成績をみると、術後3~7日までは肝機能障害が一時増強される。その後漸次恢復されて、2週間目ぐらいより術前値に戻り始め、3週~1月で正常値に戻り始める。成形術と充填術を比較すると、充填術の方が若干恢復が早いように思われる。またヘパトサルファレイン法によると、成形術の場合、第二次の補足成形術においては、術後の肝機能障害は極めて僅かである。このことから外科的虚脱療法後の肝機能障害は、手術的侵襲肺の急激なる虚脱、心臓機能の低下、肺鬱血等により一時増強され、2週以後になると、体内の修復性機轉、空洞の閉鎖、肺病巣部の虚脱萎縮により諸検査の成績は漸次改善されていくものと思われる。術前の肝機能検査による手術適應症の決定に就ては目下なお研究中である。