

患者は26才男子。体格中等大、栄養可良。家族歴、既往歴共に特記すべき事はなく、同胞中に患者と同様の皮膚症状を認める者はない。

現症歴：3年前より頸部に散在性に孤立性の $\frac{1}{2}$ 小豆大より豌豆大の腫瘍のあるのに気づいた。1年前より急速に更に背部、前胸部、腰部および腹部に散在性に多数に同様腫瘍の発生を認めた。自覚症状はない。

現症：特に胸部と背部の中央部に多数に、頸部、腰部腹部に散在性に且つ孤立性に、正常皮膚色で $\frac{1}{2}$ 小豆大より豌豆大の僅かに隆起性又は触診により皮内にふれる小腫瘍をみる。皮下組織との癒着はない。圧痛、癢痒もない。

組織学的所見：嚢腫壁は2層よりなり、内層は表皮細胞層で2～3層乃至4～5層の扁平多角形細胞よりなり、外層は結合織層で真皮の組織と明らかに区別されている。嚢腫の底部側方に軽度の萎縮性の皮脂腺を認める。嚢腫壁と皮脂腺の関係は、両者の接触部近くより著しく厚くなつた重層扁平上皮層の内部の1層と外部の2～3層は皮脂腺の基底膜に移行する。また皮脂腺細胞が直接に嚢腫壁の一部となつている部分も認められる。なお嚢腫壁側方に汗管を認めるが嚢腫とは何等の関連はない。嚢腫の周辺に円形細胞、類上皮細胞等の浸潤は認められない。

治療：少数ずつ小切開を施して内容を排除した。

14. 心臓手術の術後管理

(外科・心研) 織畑 秀夫・新井 達太・藤村 光夫
倉光 秀麿・荒井 康温・小助川克次

平塚 博男・村崎芙蓉子・中村 久子
高山 翠・鈴木 芳男・井田 正也

昭和26年以来、多数の心臓手術を行なつてきたが、その術後の管理には非常に大きな努力が払われてきた。特に心臓内直視下手術の発達には大きな役割を果たした。

手術中は麻酔医による呼吸補助および出血に対する輸血によつて甚しく患者の全身状態がよいが、術後は患者自身の調節力によるので、種々の危険を含んでいる。

これらは心疾患が前からあることと、心臓に直接侵襲が加えられていることから、一般手術とは別な危険がある点に大きな問題がある。

私どもが行なつている術後管理の主眼は、胸腔内出血と術後肺機能障害の2点を早期に予測し、これとは思う場合はできる限り早期に再開胸して、胸腔内滞留血液の吸引、止血、および無気肺などに対する処置を行なうことにある。しかし特に重症例では未だ状態のよいうちから、気管切開、あるいは Bird-respirator による補助人工呼吸を行なつている。呼吸機能については低酸素症が起つてからでは力の弱つた心疾患では恢復困難となり易く、心停止になり易いので、予め呼吸困難の発生しないうちから、補助人工呼吸によつて換気量を増しておくことは体力の消耗も起らず、心筋の低酸素症も発生せず誠に有利である。これらは術中の麻酔医の患者管理が大切であると同様に術後の患者管理の重要性を示すもので、今後一層の充実、発達が期待される。

術後再開胸の時期と Bird-respirator の効果について、症例を中心に検討を加えた。