

これらにより低蛋白血症，臨床症状に改善が認められない場合は，外科的療法の適応と考え，われわれは胃全摘術を積極的に施行する方針である。

質問 (第二病院外科) 山崎 靖夫

1) Menetrie 病とわかつた時点ですぐ ope をするのか。

2) 胃底腺領域にある隆起性病変であり，しかもなお表面びらんがあるところから，先生は未分化型癌のⅡaを疑つたのであるか。

2) スライドではどうも悪性所見があるようには見えないが。

応答 (消化器外科) 鈴木 衛

来院前に他院での生検結果で group V の胞細胞が出てくる点で，胃癌を完全に否定できなかつたため。

追加 (消化器外科) 榊原 宣

他医が悪性所見を認めたとの報告があれば，われわれの所見が良性であろうと万一の場合を考え，悪性疾患に対する処置をとるのが外科医としての考え方である。

9. 急性胃潰瘍の治癒過程に関する実験的研究

(消化器外科)

○寺日 昌功・榊原 宣・鈴木 博孝・
押瀧 英晃・川田 彰得・松田 滋明

犬胃粘膜面から 2.1% 塩酸 0.5ml を粘膜下層から筋層にかけて注入し，全例に急性胃潰瘍を作成し得た。形態的には，10日目まで皺襞の集中があらわれ，大きさも20日目まで急速に小さくなるが，それ以後はゆつくりとなる。潰瘍の深さも20日目まで急速に浅くなり，それ以後はゆつくりとなる。25日目から30日目ではほぼ完全な治癒状態を示した。この治癒過程には粘膜集中を伴うものと，粘膜集中なく辺縁膨隆の中心で潰瘍の縮小するものとに分類できた。また組織学的には5日目まで幼若な肉芽の発生と，筋層内に分画炎の形成をみた。10日目から再生上皮が発達はじめ，20日目には再生上皮に腺腔構造が著明となつてくる。25日目にはほぼ完全に再生上皮で潰瘍底がおおわれ，30日目には再生上皮の辺縁から偽幽門腺がみられはじめた。これらの再生上皮の発達と下の肉芽組織の成熟度，また再生上皮と肉芽組織の親和性が密接に関係していた。

10. 痔と結紮切除法の改善について

(第二病院外科)

○山崎 靖夫・坪井 重雄・松村 功人

昭和37年1月より昭和51年7月までに，われわれは331例の肛門疾患手術症例を経験し，痔核 191例 (57.7

%)，痔瘻58例 (17.5%) であつた。痔核の年齢別比では，20歳～40歳台に多く，青壮年期にかけて手術適応となるのが圧倒的に多かつた。われわれは患者自身の希望を除いては，内科的治療を原則とし，1カ月近く経過を見，難治性と考えられた場合を手術適応と考えている。術式別では Whitehead 法 111例 (58.2%)，結紮切除法 44例 (23.0%)，Braatz 法36例で，昭和46年以後は Braatz 法は行なつていない。Whitehead 法は全周性，あるいは周3/4以上の痔核を適応としている。痔核病変部位を分析してみると，やはり痔動脈領域に発生したものが多く，結紮切除の場合確実な結紮を行うことにより，かなり効果が期待出来るものと思われる。術後経過の追跡可能であつた80例で術後愁訴を見てみると，Whitehead法では，疼痛，出血，肛門狭小などの愁訴があり，結紮切除法では再発，じめじめ等の愁訴がある。しかしながら両者共適応が正しければ良好な成績を収めることが可能である。術後1～2週間の愁訴を検討してみると，愁訴の少ない結紮切除法においても，排便時疼痛がある。これは創傷部を便が通過する場合生じる疼痛と考えられる。われわれは，結紮切除法を行う場合，次の点に注意している。

1) 確実に痔動脈を結紮する。2) 肛門狭小予防のため，粘膜切除部を少なくする。3) 排便時疼痛予防のため粘膜は一次縫合を行う。昭和48年以後，われわれは上記目的に沿つた術式を行なつていたので概略を述べる。

1) 確実な結紮を行うため，痔核の縦軸延長上に絹糸をかけ，手元に引き，なるべく上方に動脈の拍動を触れた後結紮を行う。はじめに絹糸をかけ引つばることにより，拍動を目で確かできる場合が多い。

2) 痔核粘膜に菱形の切開を置き，粘膜下に痔核を剔出するようにする。

3) 粘膜はカットグートにて結紮し，一次縫合を行い，肛門皮膚切除部位はそのまましておく。

以上がわれわれの術式の要点であるが，現在までに術後愁訴は全く無い。手技は非常に簡単であるので，誰にでも行える効果的な方法であると考えている。

11. 片麻痺のリハビリテーション O.T. (作業療法) の治療

(中央リハビリ)

○比留間ちづ子・宮岡 秀子・浜中 和子

社会福祉が叫ばれ，リハビリテーションがマスコミにも大きく取り上げられるようになったが，その実態を知る人は少ない。老人層の急増と重度重症心身障害者の増