音波検査などが必要となる．なお上顎癌を疑った場合のルーチンの撮影法としては，単純撮影で正面像 Waters 法と，前額断層撮影で顔面より 3 cm から 7 cm に至る間を，1 cm 刻みにした 5 枚の像とである．そして X 線上，洞陰影の不規則性すなわち透明化と濃厚化との混在している場合が，骨欠損像と共に癌の重要な所見である．

なお早期癌に際して最も多くみられる骨破壊像は中鼻道と上顎洞，篩骨角の部分であり，T-M line の破壊，消失，さらに上顎洞内壁の破壊像などもよくみられる所見である．

最終的な組織診断には試験切除を施行するが，切除後，可及的早く診断を得，治療を開始するために，凍結切片による検査が望ましい．また臨床的に上顎癌であることが確実と思われる場合は，組織診断の結果を待たずに放射線治療を開始したり，動注を開始する．いづれにせよ試験切除を行なう場合は一貫した治療態勢をもった機関で行なうべきであって，一般医は臨床診断のみで治療機関に紹介する方が賢明である．

またいわゆる試験開放は極力億劫がらず行なわねばならないが，臨床的に上顎癌と思われる時はむしろ行なわないようにし，悪性腫瘍を否

第2表 前医操作の有無と予後

前医操作	例 数	5 年生存率
有	31	4/14(28.6%)
無	36	6/16(37.5%)

定する最終的検査法として心得る位がよい．副鼻腔炎と診断を誤って上顎洞の手術をしたり，歯の痛みや歯肉部の膨隆のため抜歯や切開を受けたものは明らかに予後が悪いので，止むを得ない診断のための試験開放も，癌であった場合の，あとの根治治療を十分ふまえた上で行なうべきである(第2表)．

以上要するに上顎癌の診断は，まづ上顎癌の存在を常に念頭におくことから始まり，次いで疑わしい症状をもつ症例は上顎癌が否定されて始めて他の疾患と診断すべきである．

そして，早期診断のためには第1に患者の啓蒙が必要であると共に，外科，歯科は勿論耳鼻科医も，中年以後の鼻疾患を訴える患者に接するときは，常に上顎癌であるかもしれないということに留意すべきである．

(原稿到着 昭和47年11月24日
別刷請求先 河辺 義孝
〒464 名古屋市千種区田代町鹿子殿81—1159
愛知県がんセンター病院)

上 顎 癌 の 早 期 診 断

い わ 井 ひとし
岩 井 一*

組織学的な意味で初期の上顎癌を見出すことは全く偶然の機会による以外にありません．しかしこれとは別に治癒可能な範囲に局限している臨床的な意味での早期上顎癌を発見することは可能であります．与えられた課題を上のような2つの点からお答えいたします．

昭和42年以前に手術された剔出標本25例を無

選択に抽出しこれを組織学的に検索しました．このうちわづか一例でしたが上顎洞天蓋の粘膜に局限した肥厚がありました．組織学的には線毛上皮の肥厚とこれに連続して棘細胞の増殖を主体とし一部円柱上皮の増殖を伴う腫瘍性変化を認めました．上顎癌の発生母地は線毛上皮でありこれが洞内に乳頭腫様に増殖するというこ

Early Diagnosis of Maxillary Cancer
Hitoshi Iwai

* 京都大学医学部耳鼻咽喉科教室

上顎癌の初期像，線毛上皮の肥厚とこれに連続して棘細胞を中心とした増生がみられる。

第 1 図

とは Ringertz (1938) 以来通説となっています。しかし実際にこの様な初期癌を発見することは極めて稀であります。“疑わしきは手術する”という原則を守っていた42年以前だからこそかかる初期癌を発見し得たと考えます。

近年一般化されつつある放射線治療または術前放射線治療においても疑わしきは開洞するという原則とするならば組織学的な意味での初期上顎癌発見の機会は多くなるでしょう。さらに上顎洞壁のいずれの面に多発するかなどの興味ある分類が確立して来るでしょう。要は上顎洞開洞に際して僅かの病変をも見逃さない意図を持つかどうかの問題です。

いわゆる maxillo-ethmoidal cancer は上顎骨そのものの破壊が余り目立たない時期にすでに眼窩内や上顎骨の後方，上方に進展するため予後は良くありません。したがって上顎癌の治療率を上げるためには上顎洞内に局限している腫瘍を発見することも勿論大切ですが maxillo-ethmoidal cancer を早期に見つけ出すことの方が重要な意味をもっています。一侧の中鼻道にポリープが充満しレ線的にも上顎洞の内上方から篩骨洞にかけて陰影がありあるいは骨欠損が疑われる場合には Moure の皮切で鼻腔，篩骨洞および上顎洞を開放することにしていきます。この4年間に11例の側鼻切開をいたしました。このうち2例に先に述べたと同じ組織像をもった初期癌を見出しました。この手術では紙状板をも含めて病変部を廓清し得るためにたと

え術後組織学的に癌性変化が証明されても病巣は完全に除去され根治が期待されます。事実この2例の初期癌ではすでに術後およそ3年および4年経過していますが完全に治癒しています。

日常の腫瘍臨床では頬部腫脹，口蓋歯眼，腫脹，鼻内腫瘍など腫瘍を疑はせるいくつかの症状がすでに認められ，したがって術後性頬部囊腫などと鑑別して上顎癌であることを確認することだけが必要な症例がほとんどです。一側性の副鼻腔炎のみの所見で果して癌かどうかを疑う症例は極めて稀です。

ところが判然とした腫瘍の所見を持って来た患者のほとんどは本年またはそれ以上の期間を無為に過しております。上顎癌の早期発見で今後何かを期待出来るものがあるとすればそれは患者が腫瘍臨床を訪れる以前の数カ月の間にこれを見つけ出す態勢を作ることでしょう。

次に示します2枚の断層レ線写真は一つは，maxillo-ethmoidal cancer 一つは鼻茸を伴う一側性副鼻腔炎のものです。レ線的には両者の間にほとんど差異がありません。この時期にいかにかこの症例に対応するかによって上顎癌を初期段階で治癒し得るかどうかが決まるわけです。

- a) 中鼻道にポリープあり，側鼻切開によって篩骨洞，を開放。悪性所見なし。
- b) 中鼻道にポリープあり，剔出標本で悪性所見を認めた。
- a) b) のレ線所見では殆んど差がない。

第 2 図

単に鼻内から試切でポリトミーをするだけでは診断を確定することは困難です。疑しい時は最も完全でかつ必要にして充分な Eingriff によって病巣を除去しかつ診断を確定すべきでしょう。

現在の上顎癌治療体系は手術にしる放射線治療にしる、非常に画一的です。これは上顎癌のほとんどが T_3 の時期に発見されているからで

す。本当に上顎癌の治療体系を確立するためには上顎癌を T_1 の時期に発見することが非常に大切だと考えます。この意味で上顎洞、篩骨洞のいづれでも“疑しいものは開洞する”ことを原則とすべきでしょう。

（原稿到着 昭和47年12月13日
別刷請求先 岩井 一
〒606 京都市左京区聖護院川原町
京都大学医学部耳鼻咽喉科）

〔抄 録〕

再発性髄膜炎の治療について

Zur Therapie der rezivierenden Meningitis

Messerklinger, W. (Graz, W. Germany)

Mschr. Ohr. hk., Wien 106: 1; 11~15, 1972.

近年の抗生物質の発達により鼻性髄膜炎は初回の発症を生き延びて、再発性髄膜炎の形をとる。多くの例が頭部外傷によるものであるが、Anamnese に注意しないと患者は外傷の既往を忘れていた事がある。診断法としてはレ線、特に断層撮影による頭蓋底骨折、骨欠損の証明、後頭窩穿刺により、5% Fluoreszin-Nat-

rium 液 1 cc を髄腔に入れ、頭部を屈曲して、Fluoreszis を鼻腔に証明される方法などを推賞している。これらの方法のいづれかで疑しい所見が出れば、鼻外法により前頭洞、篩骨蜂巣を開放し、Meningocele を切除し、髄液瘻孔をブロックする。

（柳原抄）