抜髄後に往々起る所謂歯膜炎而かもそれが執拗に残遺して、その後充填、補綴処置に移り難い症例に対する治療法に就いて

九州歯科大学保存学教室 教授

板 倉 貞 寿

ON THE TREATMENT OF THE CASES WHICH ARE
DIFFICULT TO BE TRANSFERRED TO DENTAL FIL
LING OR PROSTHETIC WORKING BECAUSE OF PERT
INACIOUSLY REMAINING PERCUSSION DUE
TO SO-CALLED PERICEMENTITIS AFTER PULP-EXS
TIRPATION OF TOOTH.

by

Prof. Dr.

Itakura Teiju

1. 緒 言

我々日常歯科診療において歯髄炎の受診症例は可成り多く本症を適確に分類診断して各々適切な治療方針をたてることは極めて肝要である。現行の社会保健に於いて、歯髄疾患の病名として挙げられている急、単歯髄炎、急、化歯髄炎、潰瘍性歯髄炎、壊疽性歯髄炎、慢、増殖性歯髄炎、歯髄壊疽等も病状の推移に依つて時に急、単歯髄炎が急化歯髄炎に移行する場合もある。又壊疽性歯髄炎或は、歯髄壊疽など歯牙支持組織への波及影響も決して無関心には出来ぬし、単に歯髄炎に就いても可成り注意深い観察をその疾患の推移にそぐと、その支持組織の状態にも充分注意する必要がある。そして歯髄を保存すべきか或は失活すべきか、その何れかを決定するのである。

斯くて歯髄の保存が不可能と想われたならば、失活療法（生活歯髄の除法療法が適用されるのであるが、その場合、歯髄炎の種類、症状、部位等に依つて、直接法、間接法の何れかが選ばれる。併し両方法ともに抜髄後往々にして不快症状として所謂歯膜炎（時に薬物性歯膜炎、単純性歯膜炎、歯周炎などと呼ばれている

が、或はこれに原因して種々なる歯牙支持組織の疾患即ち急性化膿性歯膜炎、慢性化膿性歯膜炎などに移行する場合も当然考えられる）を起す事とがある。そして之れは何等治療を加えなくとも一過性的に消散自然治療する場合と可成長期に亘つて執拗に残遺稽留し、ために患者は咀嚼障碍、患部の不快感などを自覚し、術者としてもその後充填、補綴処置などに移り難く従つて患者からの信頼感、健保の診療回数の制約等で術者としても聊か焦燥、懸念にかられる場合も考えられる。

それで歯髄の失活療法に当つて、歯髄炎を適確に分類診断を降すと、その推移を注意深く感察すると全時に抜髄時の消毒、手技などに充分注意してこの不快症状の発現を極力防止する事、即ちこれが予防法と若しも不快症状が現われたならば、これを速かに合理的に治療することが必要である。これに就いて筆者永らく研究中の処、聊か見るべき成績を挙げる事とが出来たのでその要点のみを茲に説述して、臨床諸家の御参考に資すると、御批判を仰ぎたいのである。

2. 抜髄後に往々起る所謂歯膜炎の成因に就いて

歯髓の失活療法（生活歯髓の除去療法）は炎症々状が未だ歯髓組織内に局限している間に入為的に歯髓の生活機能を消滅させてこれを除去する療法で予後の不良である病的歯髓に対して、その経過を短縮し苦痛を軽減し、更に根端性の支持組織炎に対する一種の予防乃至早期治療として日常歯科臨床に於いて屢々行われている。現行の社会保健に於ける解釈も歯髓組織内における炎症の種類及び程度などから見て歯髓の保存可能とされているものは急性単純性歯髓炎、保存不可能とされているものは急性化膿性歯髓炎、急性壊疽性歯髓炎、凡ての化膿性歯髓炎、その他外傷に依つて歯髓が損傷された場合、直接覆罩法の成功しなかつた場合、或は歯槽膿漏症で高度の知覚過敏を起し各種の薬物療法の奏効しない場合などが考えられる。尙お抜髄法にも歯髓炎の種類、部位、状態、その他の条件に依つて、或は間接法が適用される事は勿論である。

a 間 接 法

スプナー氏（1836）が歯髓失活の目的に亜砒酸を使用したのが嚆矢だと云われ現在間接失活法として代表的のものであるが、併し本法の適用、術式などには可成細心の注意が肝要である。抜髄後続発する歯膜炎もこの亜砒酸の適用に寧ろ基因して起る場合が尠くない。そしてその原因として挙げられるものに

- (1) 亜砒酸貼薬以前に存在していた歯膜炎が亜砒酸の刺激に依つて一層悪化する場合。
- (2) 亜砒酸貼薬に依つて歯髓内の血管が変化して、それが続発的に歯膜にも変化が起る。
- (3) 亜砒酸の毒作用が歯根端を越えて歯膜にも波及するが、根端未完成的歯牙はこれが一層甚だしい。
- (4) その他抜髄針の乱用、仮封の不完全、亜砒酸除去後用いるフォルマリン乱用に依る滲透性刺激など。

以上の原因に依つて起る不快症状は時に執拗に残遺して可成り悩まされる場合が往々ある。

b 直 接 法

直接法として現今最も通俗的に行われている方法は歯髓の浸潤麻酔、伝達麻酔時に歯髓内注射などが行われているが、矢張前記間接法のそれと全じ様に既に抜髄前に歯膜炎を起していたものが、抜髄に依つて一層刺激を根端孔外に与えたり或は抜髄針の乱用、フォル

マリンの滲透性刺激等が歯膜に与える影響はその解剖的關係から可成り甚だしい場合が考えられる。尙お抜髄時に用いる器械、器具の消毒であるが、バー、グレンザー、ブローチ、リーマ等の消毒には特に注意して、出来ればグレンザーは消毒の点からも亦破折防止のためにも一人宛使用に止めたいものである。

尙お抜髄時に当つて、歯膜炎の臨牀的分類を適確にし且つその推移に細心の注意を払つて直接法、間接法何れが適応かを充分考察して行ふ事が肝要である。

3. 本療法の術式

成書に歯膜炎（歯周炎、歯牙支持組織炎）治療の要旨として次の様に記載されている。

- (1) 安静療法 (2) 薬物療法 (3) 理学的療法 (4) 外科的療法等に大別されている。

(1) 安静療法

- a 病原を除去する b 歯膜に安静を与える c 心身の休養を得さしめる。

(2) 薬物療法

- a 歯齦縁塗布 b 根管貼薬法 c 歯齦塗布法
d 根管通過法 e 含嗽法 f 電法 g 内服法

(3) 理学的療法

- a 水治法 b 按摩法 c 電気療法 d 光線療法
e レントゲン線療法 f ラジウム療法

(4) 外科的療法

- a 歯根切除法 b 歯牙再植法 e 抜歯法

などが挙げられている。これは歯牙支持組織炎症に対する療法の総論と見るべきもので次に述べようとする療法も亦これら総論を念頭において行われるべきである事は勿論である。

大体急性単純性歯膜炎の時には原因を除いて局所に安静を与えて障害された血行を恢復させれば先づ2.3日で治癒するのが普通であるが、併し臨牀的には往々にしてこの様に簡単に治癒するものばかりはない。原因を除くという事でこの原因がなかなか適確に摺むことの出来ない場合が多い。先づ患歯をレ線撮影して見ても特記すべき変化も見当らない。根管を精査してもさして異常もなく拡大も充分されていて、穿孔もないし、浸出液もなく、又咬合状態も患歯のみが特に異常咬合もしていない。歯石その他の沈着物も殆んどない。この様な症例で而かも打診痛が可成り強く、咀嚼時に於ける咬合の障害、歯齦部の不快感などが執拗に残遺している症例がある。

この様な症例に就いて一応その歯齦の鬱血状態を注意深く観察して見ると、筆者はこの歯齦部殊にその歯頸部、歯間乳頭部などの鬱血状態に興味を抱いて二十有余年観察しているが真に興味深いものがある。この部は全身の健否の状態が可成り敏感に現われる部位であるが、これに就いては後日稿を改めて記することゝして本稿に於ては之れを省略する。次に歯齦の歯頸部、歯間乳頭部を注意してスケラーの細型のものでも出来るだけ歯牙長軸に近接し内縁上皮の刺戟を避けつゝスケリングを行う、そして流れ出る血液に就いてその色調、出血状態及び凝固、その量、疼痛の有無程度、盲嚢の深さ等を精細に観察するのである。その場合出血量を概して卅十±の4程度に分類して見る、之れと歯膜炎に依る打診痛の程度を仮りに卅十±の4度に分けるならば、明かに両者は一致するのである。尙お患者の訴える不快症状も参考にするならば大体三者が相一致するのも興味ある事である。

根管を通常法に従つて種々の薬液（3%オキシフル、0.5%クロラミン又は0.02～0.05%モノフラシン溶液など）で洗滌し、綿せん維で拭掃、乾燥し、一応残髄、穿孔の有無を精査して、若しもこれ等があれば夫々適応の処置を講じてから行うことは勿論であるが、別にこれがない時にはそのまゝ綿せん維をブローチに纏絡して、それに次の様な薬液の加温したものを浸して根管内に挿入してその上をサンダラック又はフレッチャーセメントで仮封をする。筆者の考案した根管挿入薬の処方方は次の如くである。

メソタ油	0.5	桂皮油	0.1
オイゲノール	0.2	モノフラシン	0.1
コ、アバター、グリセリン適宜			

この様に根管の処置を終つてから再び歯頸部、歯間乳頭部をオキシフル綿球で拭掃して含嗽させた後、再度瀉血を行うと、該部から再び血液が流れ出るそのあとを洗滌、或は含嗽させて、後その部にヨード、ヨードグリセロール又はマキユクローム、メソタ油等を貼布しておく。尙お、患歯の咬合に特に異常があれば適宜削磨して咬交の調節をしておく事も治癒を助ける。

本法を行うに当つて注意すべき事は、仮封に依つて病竈を増す場合、或は病竈を根管孔外に波及増悪させる懸念のある症例には適応の療法を経た後に本法を行うべきである。既に歯齦又は外頰部に向つて化膿嚢のあるものには本法を行つて即ち瀉血に依つて該部を直接刺戟する事は避くべきである。又瀉血は上、下顎を

通じて、歯間乳頭部を主として行い、副的に頬唇歯頸部に適用する事が望ましい。下顎智歯（又は下顎第2大臼歯）の舌側はその解剖的に口蓋扁桃腺に近接しているので避けた方がいゝ。

以上の治療を行つて一日経過を見ると大体不快症状は著しく軽快するか或は治癒するのである。本療法を2～3回行えば、単純性歯膜炎はその治癒が極めて顕著である。併し本療法で尙お消散しない炎症は歯根端に病竈のあるもので二次的の繼発症を起すものが多い。

大体本療法に依つて自覚的に打診痛が消退した場合は瀉血に依る出血は殆んど見られなくなる。即ちこの患者の自覚症状と出血量は殆んど全く一致するのである。その時にこんどは根管を酒精で拭掃し脂肪分を除去し更に通常法に依つて根管の治療を行う。その場合一応ペニシリンポイントを挿入してストップピング又は仮封用セメントで封鎖し、その後は通常法に従つて根管治療を行つて治癒せしめるのである。尙お特に執拗な歯膜炎で、この普通治療の過程に入つてから再び打診痛を起す場合も時折あるがその場合は再度前記の療法を行つて後、これが治癒してから更に普通処置に戻るのである。

4. 考 按

本療法は抜髄後又は感染根管などで歯膜に炎症々状があつて、打診痛、自覚的に浮動感に依る咀嚼障礙竝に患部の不快感などのある場合、術者として之れを速かに緩和治癒せしめる事は極めて必要なことで、之れに就いて筆者永らく研究の結果の概略を端的に総括考按すれば凡そ次の如くである。

根管を通じて消炎剤（主として芳香性揮発油類）を歯膜に直接作用させるのであるが、根管、根端孔外の歯膜とは解剖的に血管、神経せん維など近接しているので根管内に貼布した加温芳香性揮発油類は図に示す様に窩洞をサンダラック仮封（唾液は入らぬ様に而かも通気は出来るやうにしておく）と歯頸部から瀉血することに依つて矢印の様に薬液が循環して歯膜を汎く消炎させるのである。尙おこの瀉血に就いては歯膜の充血を著しく緩和させる事に役立つので、単純性歯膜炎など不快症状を著しく緩和さ

せ寧ろ根管挿入の芳香性揮発油の作用は副的に
さえ考えられる事もある。それで本療法を筆者
は寧ろ器械的、薬物的療法と云いたいのであ
る。本研究に就いては筆者が嘗て台湾に在勤の
折、偶々癩患者の研究に従事中、本研究を臨床
的病理学的に色々の角度から考察する事が出来
たので、当時本研究を動物実験に依つて一層之
れを明瞭にすべく鋭意努力中の処、第二次大戦
に突入し、筆者比島に赴任のため遂に本研究の
中断を余儀なくしその研究資料も悉く喪失し残
念に堪えない思い出がある。それで再び本研究
を近く続行して更に詳細な報告をなし度いと念

じている。

尙お附図を説明するに、
Aはサンダラック又はフレ
ッチャーセメント仮封、B
は根管内の綿せん維で之れ
に消炎剤の加温したものを
浸す。Cは歯頸部をスケー
リングに依る瀉血である。
矢印は芳香性揮発油の循環
状態を示し、根管一端端孔
外一歯膜と漸次上昇する。

(昭和29年3月15日)

口蓋内皮腫の組織所見追加

九州歯科大学病理学教室 (主任 高野 教授)

梶 谷 貫 大

九州歯科大学口腔外科学教室 (主任 平川 教授)

中 野 成 元 ・ 古 野 秋 生

CONTRIBUTION TO HISTOLOGICAL FINDINGS OF PALATAL ENDOTHELIOMA.

by

Kajitani Tsuyao. Nakano Narimoto. Furuno Akio.

緒 言

一般に臨床的には良性、組織学的には単純像
を示すものと考えられている所謂口蓋内被腫が
時に悪性腫瘍殊に癌腫化への傾向を示す場合が
ある事は已に Krompecher⁽¹⁾, 宮城⁽²⁾ 等に依
て指摘されている。

著者等の中梶谷等は曩に本誌上⁽³⁾ に於て該
腫瘍の全断標本の組織学的検索に依り、本腫瘍
が Aschoff⁽⁴⁾ も説く如くむしろ本来千種万様
を呈する極めて多相性に富むものである事を強
調し、部分的試験切片検索に依る断定には1考
を要する事を指摘した。

今回再び新たに経験した本2例は何れも前回
報告例に略類似の基本的構造を示すが、第1例
では砂粒腫形成を示し本腫瘍の特殊型と見做さ
れる所見である。

口蓋内皮腫例は必ずしも稀有ではないが、歯
科領域からの報告の寥々なるに鑑み敢えて追加
報告する次第である。

臨 床 例

第1例

患者 石○健○。34才。男性。

初診 昭和28年1月20日。

主訴 左側口蓋の膨隆。