口腔内ニ於ケル手術ハ目的ニカナツタ後處置ニ依リ始メテ成功スル。コノ後處置ハ唯局所ノ手術領域ニ關係スルノミナラズ、全身ニ關係スル。從ツテコノ短イ論文中デハ一方局所ノ創傷治療ヲ述ベルト同時ニ、又一方デハ全身療法ニ對スル注意ヲ述ベル事ハ利益多イト思フノテ特ニコ、デハ經驗ヲモト、シテ、實際上ノ注意ヲ述ベヨウト思フ。先ヅ文獻中デ最モ多ク取扱ハレテ居ルノハ拔牙創ノ處置ナノデ、ソノ後處置ニ對スル注意ノ要點ヲ述ベヨウ。

拔牙創ハ一般ニ齒科醫ノ協力ガナクテモ癒著スルモノデ、疼痛ガ起ツタリ後出血ヤ腫脹ノナキ場合ハ後處置ハ必要ノナイモノデアアル。拔牙シタ日ハ口腔ノ洗滌ハ出來ルダケ避ケ、唯食事後ニ壓迫ナシテ冷水ニテ洗滌スル。「ニコチン」「アルコール」肉體的過勞例ヘバ自轉車乗、體操、入浴等ハ禁ズベキデアアル。正常ノ治療經過ハ拔牙第1日目ニハ創面ガ縮小シ、齒槽ハ赤イ凝血ニテ充タサレ、認メ得ベキ嗅氣ハナイ。2日目ニハ創面ハ更ニ縮小シ、凝血ノ表面ハ白味ヲ帶ビテクル。邊緣ハ既ニ淡紅色ニナリ、炎症性ノ赤サハ無クナル。3日目ニハ最初ノ半分ニ縮小シ、4—5日目頃ヨリ創面ノ邊緣ヨリ上皮ガ廣ガツテクル。コノ治療形態ノ變化ガ起ルト多クノ場合、創傷ノ感染ガ起ルノデ、コノ時ハ周圍組織ノ腫脹、後疼痛、顎下淋巴腺ノ腫脹、軟化及ビ壓痛アリ。感染創傷ハ常ニ慎重ニ清掃シ、鋭匙テ搔取ツテハイカヌ。靜ニ微温水ニ消毒液即過酸化水素、「インスピロール」「リパノール」等ヲ加ヘテ洗フ。壞疽性ノ創傷邊緣ハ鉗テ除去スル。

ソノ後テ慎重ニ拔牙窩ニ「ヨードホルム・ガーゼ・タンポン」ヲ施ス。感染ノ激シキ時ヤ、強キ後疼痛アル場合ハ無條件テ安靜臥床ヲ命セネバナラス。毎日「ゾラックス」照射ヲ行フノハ淋巴腺附近ノ後疼痛ヲ和ゲ、治療ニ導ク。智齒難生症ノアル場合ハ最初カラ正常ナ治療經過ヲトラスコトヲ豫期シテ、拔牙ト同時ニ「タンボン」ヲ插入シ感染ヲ防ガネバナラス。不正位ニ生エテ居ル智齒ノ拔去ハ、常ニ大量ノ注射液ガ使用サレルノデ長キ局所ノ貧血ガ起ル。ソノ爲組織ノ抵抗力ヲ弱メ細菌ノ傳播力ヲ強メル。「タンボン」ハ多クノ場合鋭イ骨縁ニヒツカ、ツテ居ルノデ、急激ノ牽引ニ依リ激ゲシ疼痛ヲ起スコトガアルカラ、荒イ力テ1回テ引出スノハヨクナイ。少シデモ抵抗ヲ感ジタナラ、 H_2O_2 テ洗滌シナガラ「タンボン」ヲ引出サネバナラス。齒性中心感染ノ疑ヒノアル場合ハ後處

置ヲ特ニ慎重ニ行ハネバナラス。中心感染ノアル時ニハ原發部ニ根端周圍性骨炎性變化ガアルカラ創傷治療ハ非常ニ障碍サレル場合が多い。

齒根端切除術ヤソノ他ノ口腔外科ノ手術ノ場合縫合ヲ用ヒルナラ一般ニ治療經過ハ後處置ハ簡單ニナル。縫合ハ普通手術後5—7日間テ除去スル。患者ハ縫合除去ヲ非常ニ恐レル者が多いノデ、除去スル期日ヲ不明ニシテオクカ、術者ノ豫定期日ヨリ遅ク話シテオク。縫合除去ノ時ハ黙ツテルノガ一番ヨイ。多クノ患者ハ何等疼痛ナシニ拔絲出來タ事ヲ喜ンテ感謝スルモノデアアル。拔絲ノ時ハ口唇ヤ頬ヲ慎重ニ持ち上げ、第1ノ動作テ鉗ヲ以テ第1ノ絲ヨリ順次ニ切り離シテ行ク。第2ノ動作テ「ピンセット」ヲ以テ順次ニ絲ヲ除去スル。

口腔領域ノ拔牙創ヤ手術創ノ治療經過ハ後出血ニ依ツテ障碍セラレル事が多い。止血ノ最モ簡單ナ處置ハ壓迫「タンボン」壓迫繃帶、Stentskloß等デアアル。化學的止血劑モヨク用ヒラレル。強キ出血ノ場合ハ出來ルダケ早く安靜臥床ヲ命ズルノガヨイ。

齒根端切除術ヤ腫脹ノ手術後ニモ正常ニ經過サセル爲ニ著者ハ安靜臥床ヲ2—3日命ズル。患者ノ頭部ハ高イ位置ニオク。中ニハ簡單ナ根端切除術後ニハ安靜臥床ハ不必要ダト言ツテ居ル人モアルガ、然シ著者ハ數千ノ症例テ完全ナ安靜臥床ハ口腔外科ノ手術後ノ治療傾向ヲ確カニ促進スル。然モ後疼痛ヲ起サヌノテ鎮痛劑ナドヲ與ヘルコトハ殆ドナカツタ。

栄養モ注意セネバナラス。肉食ハ避ケ、果實ヤ「ヴィタミン」ノ豐富ナ食事ヲ澤山與ヘル。「ニコチン」「アルコール」鹽分多キ、藥味ノ入ツタ食事ハ禁ゼネバナラス。長キ創傷感染ノ場合ハ顎骨骨折ノ場合ハ肝油「ヴィタミン」、「カルシウム」製劑ヲ用ヒル。

最後ニ著者ハ、後處置ヲ行フ際ニ何時溫罎法ヲ用ヒ何時冷罎法ヲ用ヒルカラ一寸質問シテミタイ。冷罎法ハ炎症ノ極初期ヤ血腫ヤ二次的創傷浮腫等ニ用ヒラレ、非常ニ稀レデアアル。溫罎法ハ血液ノ循環ヲ促進シ、充血ヤ淋巴液ノ增多ヲ記スノテ細胞ノ活動ヲ増進シ吸收ガ促進サレル。自然防衛力ガ促進サレ、白血球增多症ガ起リ、化膿機轉ガ熟シテクル。腫脹ガ甚ダシイ場合、溫罎法ニ依リ疼痛ガ起リ冷罎法テ和ケナラ經驗ニ依ツテ多クノ場合深部ニ膿瘍ノアルコトガナル。

(金井保)

○顎骨惡性腫瘍ノ光線療法

Die Strahlentherapie bösartiger Kiefergeschwülste
von Dr. J. Borak, Vorstand der Röntgeninstitut

(Zschr. f. Stomatol. Jg. 35, Ht. 14,

S. 948, Ht. 15, S. 1001, 1937)

1. 悪性腫瘍ニ於ケル光線感受性ノ條件

之ニハ素質的竝ニ條件的ノ2因子ガ關係スル。コノ素質ハ發生母組織ヨリ與ヘラレルモノデ、腫瘍ハ一般ニ母組織ヨリモ強イ感受性ヲ有スル細胞ヲ澤山ニ持ツノデアアルガ、一方ソレト同程度ノ感受性ヲ有スル細胞モ多カレ少カレ存在スルノデアアル。コノ際標準トナルノハ血管デアツテ血管ヨリ敏感ナ組織ヨリ出タ腫瘍ハ完全ニ消失セシメ得ルガ、ソレヨリ鈍感ナ組織ヨリ出タ腫瘍ハ附近ノ大切ナ組織ヲ障礙シナイ程度デハ部分的消失シカ求メ得ラレナイノデアアル。條件的因子トシテハ腫瘍ノ範圍場所感染等ガアリ、周圍組織ノ顧慮ニ際シテハ上皮性組織ハ特ニ光線作用ガ蓄積シ易イカラ少量宛ノ間歇照射ニヨリ遙カニ大量ヲ安全ニ集中シ得ル。尙ホ Radium ト Röntgen 線トハ作用ノ本質ハ同ジデアアル。

2. 顎骨悪性腫瘍ノ分類

○顎骨ニ1次的ニ發生セルモノ。

○他所ヨリ轉移セルモノ。

○口腔鼻腔副鼻腔ノ粘膜ヨリ2次的ニ及ビシモノ。

コノ中最後ノモノガ最も多イ。

3. 1次的顎骨腫瘍(肉腫)

之ハ最も光線ニ鈍感ナ結締組織ノ紡錘狀細胞ヨリ發生スルモノデアアル。

a. 稍々未熟ナルモノ

故ニ之ハ光線テ完全消失セシムル事ハ出來ナイ。從ツテ可能ナル限り手術スベク、之ニヨリ肉眼的ニ見エル部ヲ出來ル丈除去シ更ニ當然考ヘ得ベキ顯微鏡的殘存ヲ後照射ニヨリ破壊スルノガ最もヨイ。手術ヲ不能ノモノニハ必ズ照射シ部分的縮小ヲ期待セネバナヌ。

b. 極メテ未熟ナルモノ

圓形細胞肉腫ハ照射ニヨリ完全ニ消失セシメ得ル。之ハ極メテ高度ナ化生ノ爲ニ母組織ノ性質ヲ全ク失ツテ居ルカラデアアル。

4. 2次的顎骨腫瘍(癌腫)

構造ノ相違カラ便宜上上下顎ニ分ケル。

A. 下顎(扁平上皮癌)

下顎ニ來ルノハ多クハ定型の扁平上皮癌ヲ稀ニハ基底細胞癌ノ型テ來ルコトガアル。扁平上皮ハ完全ニ光線療法テ破壊シ得ル。之ヲ上皮融解 Epitheliolyse ト云フ。尙ホ感受性ハ部位ニヨツテ異リ、軟口蓋最も鋭敏ニテ口腔底・頬・口唇之ニ次ギ、硬口蓋舌ガ割ニ鈍感デアアル。照射ノ場合ニハ上述ノ上皮破壊ガ指針トナリ、之ガ周圍ニ起ルマデ少量ズ・掛ケテ效果ノ目標トスルノデアアル。コノ方法ニ依リ極メテ好成績ヲ得テ居ル。腫瘍ガ粘膜ニ起ツテ顎骨ニ及ブ事ハ重大ナル條件的變化デアツテ放射線感受性ヲ減ズルモノデアアル。故ニ第2次的顎骨腫瘍ハ原則トシテ粘膜部ハ照射サレ骨部ハ切除サレル可ク、而シテ切除ハ照射ヨリモ先立タネバナラス。ソレハ骨ノ照射ハ效果少キノミナラズ壞死ノ危險ヲ伴フカラデアアル。

B. 上顎

a. 稍々未熟ナルモノ

口腔粘膜ヨリ出タモノハ下顎ノモノト大體同ジデアアルガ、鼻及副鼻腔ノ圓柱上皮ヨリ發シタモノハ抵抗強ク血管ヲ障礙シナイデ完全消失ハセシメ得ナイ。腺癌モ之ニ含マレル。治療ハ從ツテ紡錘細胞肉腫ト同様ニ先ヅ手術的ニ出來ルダケ完全ニ除キ、肉眼ノ及バヌ所ヲ後照射スベキデアアル。粘膜ヨリ顎骨ニ移行スル事ハヤハリ感受性ヲ大イニ害シ、コノ時ハ特ニ極量ニ近イ量テ後照射セネバナラス。然シ癌浸潤ガ頭蓋底ニ及ンダ場合ニハ放射線ノミテ姑息の治療ヲスルヨリ方法ハナイ。

b. 極メテ未熟ナルモノ

之ハ單純癌デアツテ高度ノ細胞化生ヲ示シテ居テ母組織ヨリモ敏感デアアル。著者ハ既ニ骨マデ及ベルモノニ非常ニ良く反應シタ症例ヲ持ツテ居ル。

c. 變形成性腫瘍

上顎癌中ニハ尙變形成ニヨツテ生セル扁平上皮癌ガアル。肺ヤ膀胱ニモ多イガ上顎實ニ最も多イ。圓柱上皮ガ炎症性病原因ニヨリ扁平上皮ニ變リ、更ニ未知ノ病原因ニヨリ惡性發育ヲナスノデアアル。之ハ母組織ヨリモ經驗上敏感ラシク思ハレルガ、扁平上皮ニシテ上皮融解ヲ起ストシテモ之ヲ照射奏效ノ目安トシテ用ヒル事が出來ナイカラ、結局先ヅ手術シテ後照射ヲシタ方が良イデアラウ。

5. 顎骨腫瘍ノ淋巴腺轉移

之ニハ照射奏效量ノ適當ナ目標ガナイノデアアルガ、原發腫瘍ヨリモ鈍感デアアル。故ニ原發腫瘍ハ光線療

法ニ依ルトシテモコレニハ手術が考ヘラレ照射スルニシテモ觸診のニ完全ニ消失スルマデ徹底的ニ照射サル可キデ、時ニハ上皮融解量以上ヲ要スル。

6. 轉移性顎骨腫瘍

實際上意味ノアルノハ孤立性ナルヤ多發性ナルヤテアルガ、著者ノ例デハ1ツ治シテモ又別ニ生ズルノヲ常トシタ。

7. 半惡性顎骨腫瘍

a. 巨大細胞腫(骨肉芽腫)

新鮮デ細胞成分ガ多イ程敏感デ、古ク纖維性デアアル程鈍感デアアル。之ニハ表在型ト中心型トアリ、前者即Epulisハ照射ノミテ完全ニ治シ得ルガソノ前ニ試験切除ヲスル事ハ診断及ビ腫瘍ノ縮小ノ爲ニ望シイ事デアアル。中心性巨大細胞腫即 Mutatis mutandisモ照射ノミテ治ルガ、先ヅ照射シテソレデモ治ラヌ時手術スルノガ確實デアアル。

b. 珙瑯上皮腫

圓柱上皮ヨリ成リ、割ニ抵抗ガ強イ。囊腫ヲ作レバ殆ド反應シナイ。カ、ルモノハ勿論手術デアアル、充實性及ビ囊腫形成少キモノハ適度ニ切除シテ後照射スベシト Pichlerハ主張シテ居ル。

8. 顎骨壊死

之ハ先ヅ粘膜ノ血管ニ障礙性動脈内膜炎ガ起リ、更ニ骨ニ及ビ、結局積リ積ツテ壊死トナルデアアル。之ニ最モ大切な事ハ光線ノ1回量デアツテ、之ヲ小サクスル事ニヨツテ血管ヲ障礙セズ從ツテ顎骨壊死ヲ起サズニ治療效果ヲ擧ゲ得ルデアアル。但シ圓柱上皮瘍ガ紡錘細胞肉腫ニハ不可能デアツテ、血管ヲ障礙セズ完全治癒ハ出來ナイ。(總山孝雄)

○口外及ビ頭蓋底傳達麻醉法ノ批判

Kritik der Methoden der extraoralen und basalen Leitungsanästhesien. von H.

Hartwig. (Dtsch. Zahnärztl.

Wschr. Nr. 2. 1938.)

著者ハ6年間地方巡迴診療ニ於テ經驗シタ多數ノ例ヲ擧ゲテ外科的能力ヲ有スル同僚ニ報告セント欲シテコノ文ヲ書イタモノデアアル。下顎孔注射ハ次ノ色々ノ方法ガアル。

1. Klein-Sicher 氏法
2. Wustrow-Wager 氏法
3. Bettyan 氏法

併シ著者ハ Wustrow-Wager 氏法ハ上行板ノ後縁

カラ行ハレルノテ麻醉野ヘノ深サハ僅2—3 cmデアリ、智齒難生時ノ炎症部ハ下顎隅角ノ多少内方ニ存在シテ居ルガ注射ハコノ部ヲ避ケルコトガ出來ルカラ安全デアルト云ツテ居ル。又巡迴診療ニ用ヒタケレドモ何ラノ併發症モ無ク他ノ2方法ニ比シテ缺點ガ少イカラカ、ル適應症ノアルトキハ先ヅコノ方法ヲ行フベキデアルト推奨シテ居ル。次ニ頭蓋底傳達麻醉法ニハ

1. Härtel 氏法
2. Braun 氏法
3. Payr-Lindemann 氏法
4. Sanit-Martin 氏法ガアル。

又三叉神經第2枝ニ於ケル口外及ビ頭蓋底注射法ニハ

1. Sicher 氏法
2. Payr 氏法
3. Kantrowicz 氏法
4. Anbry 氏法
5. Extraorale Tuberanästhesie nach Braun
6. Riedel 氏法ガアル。

以上ノ如ク色々ノ方法ガアルガ著者ハ理想的ナ麻醉方法トシテ少クモ巡迴診療ニ於ケル應用ニ對シテハ多年ノ經驗上 Lindemann 氏法ヲ推奨シテキル。即チ骨性眼窩ト顎骨弓トノ間ノ中央カラ、ソノ上端ヲ水平ニ翼狀窩中ニ穿入スル。第Ⅱ枝ノ何レカノ部分ヲ麻醉センニハ注射針ヲ前方ニ水平ニ進メ、3 cm 或ハ又針ヲ寧ロ正中面ニ垂直ニ翼狀口蓋窩ニ入レルト4—5 cmニシテ神經ニ出逢フ。コノ方法ハ作用ガ極メテ迅速デアツテ且ツ血腫形成ヲ認メ無イ。複視ハ極メテ少數ニシテ然モ麻醉ガ醒メルト同時ニ消滅スルト述ベテキル。次ニ著者ガ巡迴診ノ折6年間ニ360例ノ頭蓋底傳達麻醉ヲ行フ機會ヲ得タガ、コノ中213例ハ卵圓孔テ147例ハ翼狀口蓋窩及ビ下眼窩破裂デアツタ。Braun 氏法ニ依ルモノハ54例、Lindemann 氏法159例(卵圓好)、Kantrowicz 氏法44例、Riedel 氏法85例デアツタ。複視ヲ起シタノハ Kantrowicz 氏法及 Riedel 氏法ハ皆無テ Lindemann 氏法ハ2例アツタ。次ニ著者ハ大ナル感染下顎囊腫ノ手術、顎骨折及ビ銃創ノ固定ニ際シ又三叉神經痛ノ治療ノ時ニ第Ⅲ枝ニ注射シ、第Ⅱ枝ニ於ケル頭蓋底傳達麻醉ハ大ナル上顎囊腫ノ手術、上顎竇ノ根本手術、三叉神經痛ノ治療ニ用ヒ第Ⅰ枝ニ對シテハ顎ノ軟組織ノ外傷ノ