齒科外科

上顎骨折に續發する副鼻腔疾患竝に其處置

Nebenhöhlenerkrankungen als Folge von
Oberkieferbrüchen und ihre Behandlung.
Prof. Wustrow (Greifswald)

D. Z. W. 1940. Jg. 43. Nr. 16 u. Nr. 17

上顎骨折に續發する副鼻腔疾患に就いては從來餘り注意が拂はれてゐない様だ、Wassmund や Reichenbach の著書でも之れに關する記載は極めて簡單である。自分は、上顎骨折に續發する副鼻腔疾患の頻度は、一般に考へられてゐる程稀有なものとは思はない。それで自分は最近經驗して該症の3例を記して此方面の注意を喚起し度い。

先づ受傷と副鼻腔疾患發現の時間的關係であるが、外傷後數週間を經過して、上顎骨折は完全に癒り、咬合状態も舊狀に復歸した時になつて初めて而も忽然と副鼻腔炎の諸症候が現れることが屢々である。

一體、上顎骨折の場合洞炎發生の原因を考へるに外傷により副鼻腔が直接外界と通じ炎衝の起ることの他に、骨折があれば大なり小なり洞内に出血血液の滯溜を來す譯で此滯溜血液が固有鼻腔からの細菌感染を助長する。又骨折に因り生じた無髓齒からの感染をも考へなければならぬ。従つて上顎骨折の際洞炎の續發を豫防する意味で鼻腔を常に清淨に保ち又電氣診斷により反應の鈍つた齒牙は直ちに適當な處置を施すことを忘れてはならぬ。乍併不幸洞炎の症候が少しでも現れたら諸種の洞炎療法が必要となるが、自分は數ある保存的處置の内特に短波長光線療法を推奨し度い。勿論短波長照射は出血の危險が全くなつてから行ふ可きは論を俟たない。洞炎が顯著となれば根治手術が必要となるが自分は上顎洞根治手術施行に當り10年來獨特の粘膜切開を行ひ常に優秀な成績を収めてゐる。自分は鼻科醫の常用する齦頬移行部に行ふ切開や或は更に高位に加へる切開、又 Peter の所謂邊緣切開此等の凡てを諸種の點から考へて不適と考へ、次の様な自家創案の切開を加へる。即ち齒齦縁を隔てる2mmの部位で、健側中切齒から患側智齒に到る水平切開を行ひ、健側中切齒遠心より第2の切開を第1切開に對し鈍角に上方に延ばし齦頬移行部迄達せしめる。そして型の如く剝離を上方に進め、無

髓となつた齒牙は凡て根端切除を行ひ、病的洞粘膜を完全に剔除し、下鼻道に對孔を設け、口内創には乳頭縫合(Papillennähte)を置く。

若し無齒顎ならば顎骨縁に切開を施し第2切開を鈍角に上方に延ばすは前同様にする。又一部齒牙缺損の場合も上に準ずる。

以上の鈍角切開(Stumpfwinkelschnitt nach Wustrow)は組織間隙の走向に對し特に顧慮を拂つて創案せられたもので、各種口腔外科手術に用ふ可き優秀な方法であると信するに拘らず、未だ広く一般に行はれてないのは遺憾である。(森本抄)

小臼齒の移植に就いて

West; D. Z. W., Jg. 43, Nr. 24, S. 384, 1940.

患者: 17歳男子、5が齒列より外れて口蓋側に轉位して居り6と4は共に根管治療されて隣接面には大きな充填物が有り、5には齶蝕は無かつた。この5の轉位はVを4-7歳迄の早期に抜齒し其所に保隙装置を行はなかつた爲に6が近心によつた爲と見られる。又この轉位のために456の三齒間の清掃が不十分になりその爲に64の齶蝕を誘發したと思はれる。

更に465のX線寫眞を種々の方向から撮つてみると、4は根先端に豌豆大の陰影があり、6の根先端には病的變化は見られず。

5は全く正常でその上齒根の屈曲もなく齶蝕もなかつた。

以上の所見で如何なる治療を行ふべきか、著者の意見として次の四つの方法が擧げられてゐる。

1. 5を抜齒して4に金冠を裝置且齒根端切除を行ふ。
2. 4を抜齒して、5をこの間隙に入れるやうに矯正する。
3. 45を抜齒して架橋義齒を入れる。
4. 45を抜齒して5を4の場所に移植する。

最初の三つの方法は治療費の問題から、中流階級以下の人には薦められず最後の④を薦める。尙又45は長さ、太さ、型が非常に酷似して居り更に5には齶蝕がなく且つ4は架橋義齒の支臺齒にはなり難い故結局④を取る。

この移植を行ふには先ず45を抜齒しその際4の根先端部の肉芽腫を完全に搔爬し、5は再植の術式同様に口腔外で根先端より抜髓し根管充填をし、根先端部をアマルガム充填をする。次にこの齒牙を4の齒槽