

特 別 寄 稿

最終講義

「小児歯科と口腔軟組織疾患」

甘利 英一

岩手医科大学名誉教授

(受付/受理: 2000年6月26日)

ただ今は、丁重な略歴の紹介を戴きありがとうございます。さらに、最終講義の機会を与えて戴き、丁度木曜日の2時半でまだ患者さんを診なければならない時間帯に、ご出席戴いた諸先生に心から感謝申し上げます。

歯学部開設当時の外観

私が岩手医科大学に参りましたのは、昭和40年で現在の中央病棟、東病棟がない時でした。歯学部は、A棟とB棟の間に民家がありC棟の部分に渡り廊下がありました。医学部との間に陸橋ができたのは昭和41年頃だったと思います。写真の歯学部附属病院玄関前の狭い道(岩泉線)の両側には車が多く駐車していました(Fig. 1)。

また、医学部病院の東棟(現西病棟)に隣接した木造の県立歯科衛生士学院(現県立衛生学院の一部)があり、講義に出向きました。跡地には中央病棟、診療棟ができました。

小児歯科学講座開設まで

昭和40年4月頃歯学部の開設の許可があり、5月に学部1期生の入学式があったと聞いています。当時、東京歯科大学、日本大学歯学部、東京医科歯科大学などから既に赴任された先生方は、教授・医員それぞれの共同大部屋に席が



Fig. 1. 昭和41年岩手医科大学の全景

あり、各科の医局はありませんでしたが、先生方は学部建設に燃えて活発に診療を開始してい

Oral soft tissue disease in the pediatric dentistry.

Eiichi AMARI

(Emeritus professor, Iwate Medical University, Morioka, 020-8505, Japan)

岩手県盛岡市中央通1丁目3-27 (〒020-8505)

Dent. J. Iwate Med. Univ. 25:155-164, 2000

ました。

診療室は、全部利用せずに学生の臨床実習を行うまで3階のみを使用して、小児歯科は現循環器センター側の室に矯正歯科と共に診療を開始したのが7月19日でした。7月1日付けで赴任して診療室を見ると小児歯科診療ユニット5台だけが在るだけでした。従って、私は着任早々から2週間半を診療器具・診療録・小児歯科の案内書などの全てを整備し、東北6県・北海道の北日本地方初の小児歯科診療開始の準備をしました。

昭和41年度に入って、現在非常勤講師の両川辰雄先生と助教授の野坂久美子（旧姓佐藤）が助手に任用されましたが、初代歯学部長の中村平蔵先生のお考えで、新卒採用助手は東京医科歯科大学と同じように、初め希望科に配属せずに全員が歯科全科を回ってから専門科にとの非常命令でした。従って、両先生が小児歯科専科となったのは1年後の昭和42年4月でした。これは、歯科臨床の基礎を身に付け、専門的片端にならないことと、少ない医員で全患者さんへのサービスを考えるの処置だと思います。この方法は、今後の卒直後研修の形態に似ているのではないかと思います。

学生教育は昭和44年からは4年生後期に講義が始まり、5年生前期で講義と模型などの基礎実習が終わり、さらに5年生後期から6年生の最後まで臨床実習が続く形で開始されました。また、昭和45年は臨床実習のために矯正歯科と小児歯科の診療室が分離して、現在の矯正歯科診療室の医学部側に面した所に移動しました。昭和46年の4月には各科の医局と研究室が独立して、活発な研究、教育の充実が開始され、小児歯科も教室（科）という形となりました。

昭和47年は第1期生が歯科医師国家試験を受験し、その時の臨床実地試験では、患者さんの協力を得ての診断、実技試験で、試験期間が3日間でしたが、卒業生全員が100%合格して教員一同が祝福をしました。また、学生諸君も自主的に5年生から各科の内容をまとめた小冊子を配布して自学自習する努力をしていました。

小児歯科の位置づけ

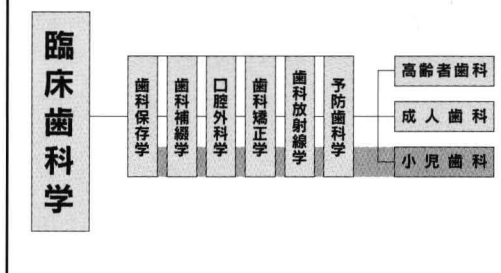


Fig. 2. 小児歯科の位置づけ

この時、その内容について指導教員に質問をするために、先生方（小児歯科では両川先生）にお願いに、研究の邪魔をする程にまわりついていたのを思い出します。

歯学部は昭和48年4月から科目制が講座制に変更になり、全学科が講座になり全国の歯科大学、歯学部と同じ体系となり、ますます研究、教育、診療の励みとなりました。

小児歯科学とは

小児歯科とは、どのような学科であるか？よくご存知でないかと思います。小児歯科は「こども（小児）の歯科」で、小児を対象とした歯科の全科目を包括しています。歯科保存科、歯科補綴科、口腔外科、矯正歯科、歯科放射線科、予防歯科などの科目を診療内容からみると縦割りの分類となりますが、小児歯科は全科目を横割りの成人歯科、高齢者歯科などのような分類に属します（Fig. 2）。

小児歯科が日本にできたのは、戦後のGHQ命令で、講座が東京医科歯科大学に初めて誕生しました。これは、既存の分け方と違う形ででき、これをもとに高齢者（老人）歯科、障害者歯科ができています。今後は成人歯科だけでなく壮年歯科、婦人歯科が入ってくるであろうと思います。

小児歯科の年齢的位置づけは、生まれてから思春期までです。しかし、小児期の疾患で成人になってもまだ続けて診療・管理を必要とする場合には、それは小児科で診ておられるよう

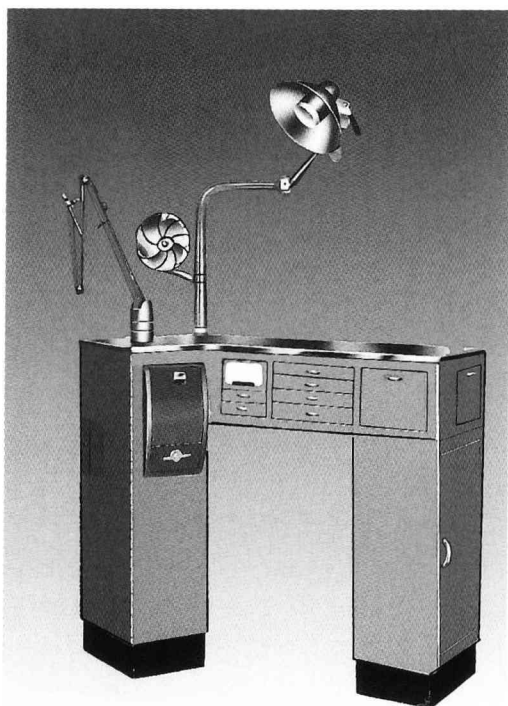


Fig. 3. チルデント (Childent)
小児歯科用診療ユニット

に、小児歯科においても継続して診療・管理をしていかなければならない患者さんが結構おります。とくに障害児の場合は必要です。これは、今後の診療体系のあり方ともいえます。

診療開始のころ

赴任当初、小児歯科の診療室には、写真(青白色)のような歯科の診療ユニットが入っていました (Fig. 3)。これは1期生から7期生まで使用したと思います。東京医科歯科大学の恩師山下浩教授の考案で、森田製作所で製作した小児歯科専用の最初の診療台です。このユニットには、種々の色(5台とも異なる)を付け、児童心理学的に子供の好む色を精神的に落ち着くように配置し、またユニットには音の違う電動オルゴールが内装して患児の気持ちを和らげ、リラックスできるよう配慮してあります。さらにユニット内には歯科用電気エンジン、エアータービン、スリーウェーシングを格納して使用時に引出せ、診療器具による恐怖感を生じないように考慮されています。しかし、診療小器

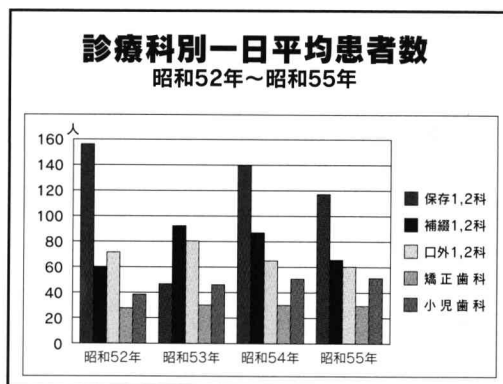


Fig. 4.

具、カルテ類などは一切なく、2週間ほどで用意しました。なおカルテなどは、当時のままで少しも直してなく、ふがいなく思いました。

昭和41年頃の4, 5歳患児の口腔内は、齲蝕のために残根状態であったり、膿瘍があったりで、惨憺たる状態で、咬合の高さ(咬合高径)が狂い下顎が前方に出て仮性反対咬合になっている小児が結構いました。保存的処置、補綴的処置、口腔外科処置、歯列矯正処置など全てを診なくてはならないのですが、各科ばらばらでは効果がなく、1科で全口腔を処置、管理する1口腔1単位の計画診療で、少なくとも3か月間程度で口腔機能の回復を完了するようにしました。しかし、この頃の真冬2月の朝は-20℃程で、我が子のため歯学部病院玄関前に朝4時から順番待ちをしていました。また岩手日報に小児歯科があることを報じていましたが、術者は1人で多勢に無勢の状態でした。

診療開始10年後の状況

昭和52, 53, 54, 55年と平成8, 9, 10年の各科の1日平均患者数をみると、昭和50年前半は小児歯科が40名前後であるのに対して保存1, 2の2科が157名程度で4倍の来院数でした (Fig. 4)。しかし、平成一桁後半には小児歯科が55名程度、保存2科で98名、補綴2科で116名となり、保存、補綴各1科と同程度となっており (Fig. 5)、これは時代による盛岡の歯科医療背景を見せているのではないかと思います。

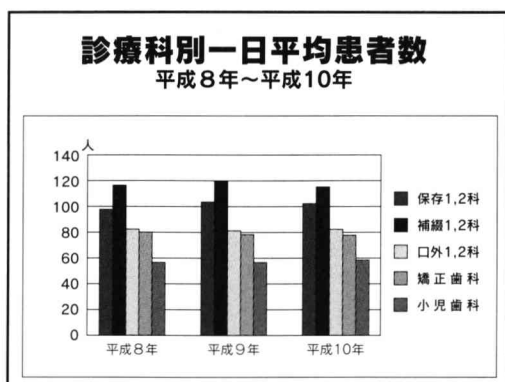


Fig. 5.

健常児はもちろん定期診査と共に口腔管理を施行していた。既に肢体不自由児（都南の園の障害児）も来院していましたが、歯科医師が出張するのが楽ではないかと都南の園に歯科の施設を設けました。その後、みどり学園小児病院、盛岡市立病院、川久保病院にも教室員が出張しています。そこでは喘息患児、血友病患児の診療と Care をし、歯垢清掃の指導と実施で障害者病室の独特な臭い、血友病患児の歯肉出血を減少させ血液凝固因子の購入削減に効をそうしたなどの良い思い出があります。

口腔軟組織疾患研究の端緒

口腔粘膜疾患の研究は、東北大学医学部口腔外科学教室に在籍していたおり、恩師の前田栄一教授から「粘膜の炎症」の課題を戴き、第2病理学講座の赤崎兼義教授のもとで、動物に負および正の負荷を与えたときの組織活性状況の研索に始まりました。岩手医科大学に来てからは、歯肉粘膜、歯の萌出に伴う粘膜固有層の結合組織について基礎的な研究と調査を行いました。さらに小帯、歯肉溝の深さ、歯周疾患（歯肉炎）などを疫学的、経年的に検索しました。

歯肉炎の調査には、日本歯科医学会の依頼研究費で13歯科大学・歯学部の小児歯科学講座（北海道大学から長崎大学）の援助協力を得て疫学調査し、1歳児から歯肉炎が高率に存在することが明らかとなりました。

小児歯科診療は小児の口腔全域を診ているが、全てについて述べるには時間が極めて少な

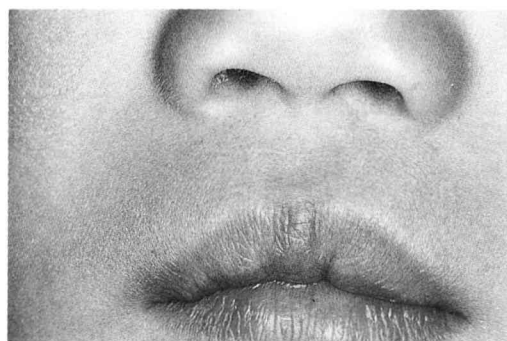


Fig. 6. 3 Y 8 M 男児

いので、口腔軟組織疾患のみに絞らせて戴きます。

小児の口腔軟組織疾患

小児歯科の臨床では、小児の口腔領域の疾患および成長発育異常の診断とそれらの処置が要求されます。口腔軟組織疾患の局所的原因としては、感染、萌出に伴う炎症、先天歯、不適合修復物などの刺激による潰瘍、エプーリス、外傷などがあります。また数多くの病変が全身的な疾患から起こります。その他、口腔には種々の先天異常、腫瘍などがあります。そこで、昭和40年から平成10年までに岩手医科大学の小児歯科外来を訪れ、体験できた患児の口腔粘膜疾患症例を、おおまかに形態異常（Anomalie）、炎症（Entzündung）、腫瘍（Tumor）に分けてみました。

なお、口腔病理学の武田泰典助教授（岩手医科大学学長顧問で東京医科歯科大学石川梧朗名誉教授の弟子）には、分類にあっては臨床的に容易に判断しやすいかなど、多くのヒントを戴きました。

形態異常（Anomalie）疾患

不完全口唇裂（incomplete cleft lip）

破裂が外鼻孔に達していない（1度）もの（Fig. 6）で、健常児とでは口唇に溝がみられる程度（キューピット弓のピーク付近で口唇と皮膚の境界が乱れる）で、母親も気付きません。鼻孔まで達するのが2度で、鼻孔も変形します。これは内側鼻突起と上顎突起の癒合不全によるものです。この症例では機能的に問題があ



Fig. 7. 1 Y 5 M 男児

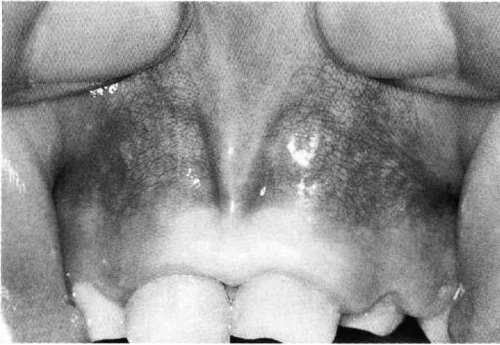


Fig. 8. 2 M 男児

りませんが、審美的に気にする歳頃には口腔外科，形成外科での処置が必要です。

先天性口唇瘻 (congenital lip fistula)

顔面突起の癒合障害で，上唇・下唇赤唇部の正中線をはさんで左右対称的に現れます。瘻は陥凹し，深いもので20mm程あって唾液性の滲出物が出ます。しかし，案外気付かれていません。口唇瘻は口唇裂，口蓋裂と関連しており，石川吾郎先生の口腔病理学では65%関与するといわれています。

先天性口角瘻 (congenital commissural lip fistulae)

口角の皮膚粘膜境のやや内側粘膜（唇交連）にみられ，頻度は9%で，両口角部を挟むと見えます。本人は気付いていないことが多いですが，口角糜爛のように爛れているときは，精査して形成的処置をします。症状がないときは放置してもよいものです。

口蓋垂裂 (cleft uvula)

Uvula に裂があります (Fig. 7) が，機能的

Table 1.

上唇小帯の分類 (1歳6ヶ月検健診) 小児歯科			
型	形 状	率%	改善率
I	細く低い位置に	7.5	80%
II	太くやや高い位置に	11.9	100
III	太く低い位置に	14.9	60
IV	先端細く短く、急に幅広く移行	23.9	50
V	先端太く、急に幅広く移行	41.8	32

障害はありません。比較的遅い時期の口蓋部癒合障害で，垂先端のわずかな切込みから口蓋垂基底部まで達しているものもあります。これは粘膜下口蓋裂にしばしば随伴し，発音障害を生じ，形成的処置が必要です。

上唇小帯異常 (malformation of upper labial frenum)

新生児の上顎歯槽堤には太い小帯があるが，異常と決めつけないでほしい。乳児は小帯がよく発達し，母乳の吸啜に口唇を締める機能に必要です。小帯は発育に伴って萎縮，退縮し，細薄なるのが正常です。異常は不十分な萎縮，退縮で生じ，口唇の運動障害，歯列不正（正中離開），萌出遅延などがあります。

上唇小帯については，1歳6か月児の口腔を29歯科大学，歯学部で診査し，分類した Table 1 では5型になります。これの3歳児の診査では，I，II，III型の形態が生理的に改善されましたが，IV，V型は形成処置が必要と判断されました。臨床的には上唇の上方の牽引 (blanch-test) (Fig. 8) で歯間乳頭部が剥離するかで手術の診断をします。

舌癒着症 (舌小帯異常) (ankyloglossia)

舌の発育と小帯の退縮の不調和で，舌尖が口腔底，下顎歯槽部舌側に固定します (Fig. 9)。舌の突出で舌尖中央部が楔状にくびれ，ハート状になります。舌の挙上，前方提出運動が阻害され，ラ行音が不明確になる構音障害を生じます。顕著な場合にはタ行・サ行音にも障害が現



Fig. 9. 8 Y 7 M 女児

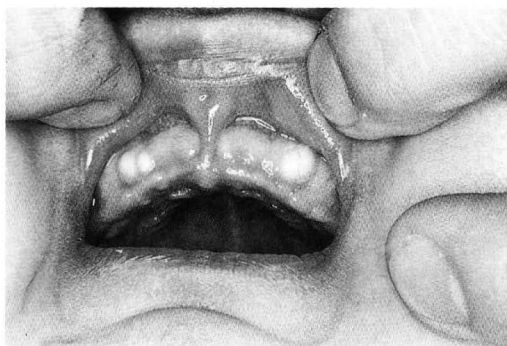


Fig. 11. 2 M 男児

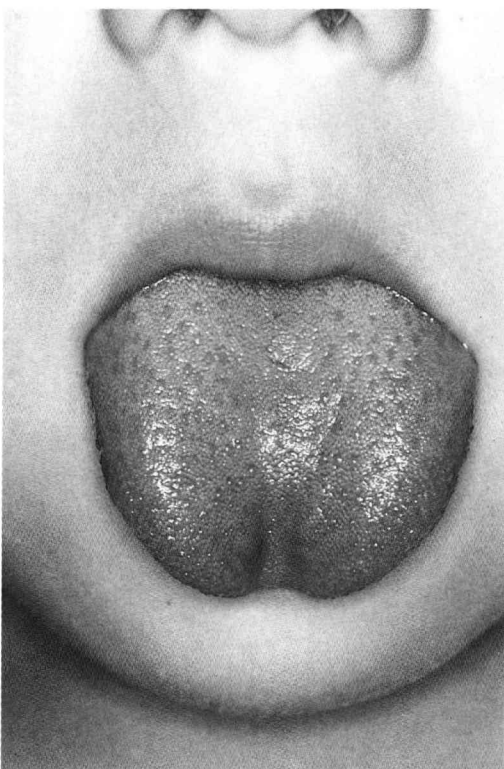


Fig. 10. 6 Y 10 M 男児

れます。幼児では幼児語との鑑別が必要です。4歳代には、小帯の生理学的変化で自然消失する者が多いです。完全舌癒着症は稀で、この時は口腔外科での処置が必要です。術後の舌運動機能の回復は、適応能力の大きい幼児ほど早いです。

分裂舌 (bifid tongue)

舌正中部の奇形で極めて稀な例です (Fig. 10) が、胎生期の外側舌突起 (結節部) の癒合

障害で二裂舌, 分葉舌とも言われます。大きさは正常ですが, 前方正中部が2分され, 高度の場合には嚥下, 発音などの機能障害を生じます。本症は下唇, 下顎正中裂を伴うことが多く, 口腔顔面指趾症候群にみられます。

溝状舌 (fissured tongue)

原因は不明で, 遺伝性の突発性疾患ではないかと? また, 自律神経の異常を伴うことがあります。舌背には深さや数が一定しない多数の溝のある形態異常で, 舌前方部に限られます。自覚症状, 味覚症状には障害がありません。ダウン症, クレチン病に出現し易い。舌炎を起こさないよう溝状部の予防的処置には, 口腔清掃とくに舌の清掃を十分に行う必要があります。

正中菱形舌炎 (median rhomboid glossitis)

舌の発育異常で無対舌結節が残存し, 舌基底の癒合部に糸状乳頭の欠如があります。舌背後方中央部表面は菱形・円形に舌乳頭を欠き, 平滑な粘膜で覆われ, 粘膜色を示します。自覚症状はありません。

セルレス上皮真珠 (Serres' epithelial pearl)

新生乳児の歯槽堤にあたかも真珠のように出現する歯原性上皮の遺残です (Fig. 11)。歯堤は歯胚形成後に退縮消失しますが, 一部退化歯原上皮が散在し小塊として歯肉に残存して小嚢胞化したもので, 嚢胞腔内は角化傾向著しい重層扁平上皮と線維性結合組織層からなるもので充満しています (東北大学第2口腔外科)。発現頻度は2, 3%とされていますが, 新潟大学小児歯科の調査では乳児院で50~80%あったとの



Fig. 12. 10T 新生男児

報告があります。この上皮真珠は、大部分が自然に脱落します。

本症に似たものに口蓋突起の癒合部にエプスタイン真珠があります。

炎症 (Entzündung) 疾患

リガ・フェーデ病 (Riga-Fede disease)

乳幼児 (生後7日目) の哺乳の吸啜運動により、下顎切歯部に萌出した先天性歯 (過剰歯・早期萌出乳切歯) の鋭利な切縁で、舌下部 (舌小帯、舌先部) に生じる外傷性潰瘍です (Fig. 12)。潰瘍は浅く表面が白苔で覆われ、円形・楕円形を呈し、周囲の発赤、潰瘍中央部の陥凹、潰瘍辺縁の隆起などを示します。乳幼児は疼痛のため摂食ができずに不機嫌になります。処置は下顎乳切歯切縁の削除、研磨をします。過剰歯は抜歯をしますが、乳歯は将来の歯列不正を防止するため保存が望ましいです。

ベドナーアフタ (Bedner's aphtha)

乳幼児の口蓋の後部粘膜に片側性あるいは両側性に生じる外傷性の浅い潰瘍です (Fig. 13)。これも哺乳と関係し、とくに人工栄養のゴム乳首に関連します。潰瘍は硬口蓋、軟口蓋の境界付近粘膜に表在性に左右対称の円形または不整形に生じ、表面が黄白色の線維素膜で覆われますが、細胞成分の豊富な炎症性肉芽組織の薄い層が形成されます。接触痛があり、授乳が困難になります。処置は口腔用軟膏の塗布、緩やかな含嗽剤の使用による消炎療法を行います。

口唇なめ (色素性二重唇) (lick dermatitis)

寒冷地の幼少児に多くみられるもので、とく



Fig. 13. 10T 新生男児

に冬に弄舌癖、吸唇癖で口唇をなめ、寒風に曝されて繰り返される湿潤、乾燥が口唇周囲の皮膚に皸割れが生じ、表在性炎症が惹起されます。乾燥すると疼痛があり、赤唇部に沿って帯状に茶褐色の色素斑をみます。表皮は萎縮性で真皮内には炎症性浮腫と細胞浸潤がみられます。処置は患部を清潔にし、ワセリンで被覆をします。色素沈着は徐々に消えますが、時に成人にまで薄く残ることがあります。

肉芽腫性口唇炎 (cheilitis granulomatosa)

多因性アレルギー、齲蝕の病巣感染によるとされていますが、原因は明らかではありません。口唇が肉芽腫の増殖で瀰漫性に腫脹し、10~20歳頃の男子に多いです。口唇は片側性または両側性に赤みを帯びて無痛性浮腫性に腫脹し、弾性硬の巨大唇となり、圧痛もなく、圧痕も生じません。処置としては口腔内の慢性病巣の除去とステロイド剤や抗生物質の投与をします。

外歯瘻 (external dental fistula)

菌性化膿性病巣と顔面皮膚との間に形成された交通路で、瘻孔が顔面皮膚に生じます。原発病巣と瘻孔間の索状物、顎骨との癒着が触れ、ゾンデで瘻孔から容易に原発病巣部に達します。瘻孔辺縁に病的肉芽があり、肉芽組織は線維化して索状物となり、瘻孔からは膿が圧迫で排出します。下顎では膿汁が重力により骨膜を破り、結合組織内を通して咬筋の前縁に沿って排泄口を形成します。処置は原因歯の治療と瘻管、瘻孔、瘻痕部の切除と形成術を行います。

手足口病 (hand, foot and mouth disease)



Fig. 14.

ウイルス感染で起きる急性伝染性皮膚粘膜疾患で、感染新法の4類感染症小児科定点把握に属します。原因はコクサッキーウイルスA群、エンテロウイルスE71の感染で、感染力が強く、接触感染し、とくに夏プールで伝染します。

症状は2～5日間の潜伏期、軽度の発熱、口腔粘膜に有痛性のアフタ、手足の小水疱を形成します。口腔内病変は軟口蓋、頬粘膜、舌にみられ、歯肉は侵されません。水疱は短時間で破れ、潰瘍になります。

コプリック斑 (Koplik spots)

麻疹ウイルスの気道感染による急性伝染性疾患です。これも感染新法の4類感染症小児科定点把握に属します。斑点は麻疹罹患児の80～90%の頬粘膜にみられます (Fig. 14)。症状は11日程の潜伏期後の麻疹カタル期頬粘膜乳白歯部の耳下腺排泄口周囲に帽針頭大の帯青白色明瞭な扁平の斑点が現れる。最近、小児科の若い先生方は、これを診たことが少ないと、藤原前教授が言われています。発疹期以前に消失します。対応としては二次感染の予防と治療に小児科に紹介します。



Fig. 15. 11Y 8 M 女児

口呼吸性肥厚性歯肉炎

(hyperplastic gingivitis due to mouth breathing)

口呼吸による慢性単純性歯肉炎で、歯肉の結合組織が増殖し、口唇の形も悪くなります。口呼吸の原因が耳鼻科疾患か習慣性かを調べる必要があります。露出した歯肉粘膜が乾燥・脱水状態になり、粘膜の抵抗力が減退して歯間乳頭部が慢性炎症で粘膜表面が粗造になり、茸状に肥厚します。処置は就寝時にオーラルスクリーンの装着、歯肉切除を行います。

薬物性肥厚性歯肉炎 (drug-induced

gingival hyperplasia)

抗痙攣剤 (抗癲癇剤：フェニトイン、ダイランチン) を30mg以上服用している小児に副作用としてみられ (Fig. 15)、投与10～14日で多く発症し、その頻度は56%です。症状は、歯肉の線維性増殖が顕著で、歯肉縁、歯間乳頭から発赤、腫脹が生じ、増殖傾向を示し、病変の進行が著しく、歯冠を覆い隠します。処置は歯肉切除術、歯垢、歯石除去の口腔清掃を行い、薬物の種類、服用量および期間を調整します。

腫瘍 (Tumor) 疾患

歯肉線維腫症 (gingival fibromatosis)

歯肉が広範囲に肥厚する疾患で、歯肉象皮症、遺伝性歯肉増殖症といわれています。歯肉の膠原線維の増殖と歯肉上皮の肥厚によります。これは一種の発育異常で、遺伝や内分泌障害があげられ、臨床検査でも異常がみられますが、原因は不明です。症状は前歯部歯肉の歯間乳頭が肥大し、次第に臼歯部に広がります。歯



Fig. 16. 10Y 3 M 女児

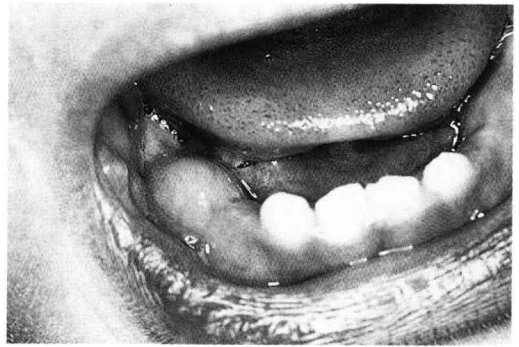


Fig. 18. 1 Y 3 M 男児

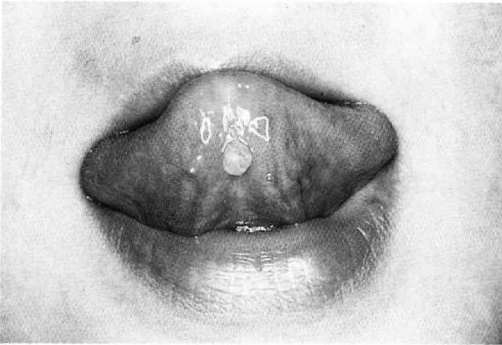


Fig. 17. 7 Y 2 M 男児

肉表面は比較的平滑であり、色調が正常で、硬く無痛性です。肥厚は乳歯が萌出する頃から出現し、7歳頃には歯冠を覆い隠し、唇側の方が高度で奇異な顔貌になります。処置としては歯肉切除術と歯口清掃を十分に行います。

先天性エプーリス (congenital epulis)

乳児の前歯歯槽堤粘膜にみられたもので良性、限局性の小腫瘍です。出生時からみられるものはほとんど良性腫瘍で、発育上の奇形と考えられます。形態は卵円形で0.5～2.5mm大が多く、単発性で、自然に治癒、縮小することがあります。哺乳に障害がなければ様子を見ます。

(いわゆる) 線維腫 (so-called fibroma)

口腔粘膜下に慢性刺激による線維性結合組織の緩慢な良性の腫瘍が増殖します。これは歯肉、頬粘膜に多く、真の腫瘍は稀で大きさが小豆大から鳩卵大で、形が半球状、結節状に膨隆、隆起しポリープ状に突出します (Fig. 16)。無痛性で徐々に大きくなり、粘膜は正常な色沢を示します。食事中に違和感、異様感がある時は、

処置としては摘出術を行います。

義歯性線維腫 (denture fibroma)

小児に保隙装置 (小児義歯) 装着後、顎の成長発育に伴って不適合を生じ、口腔粘膜の機械的刺激で炎症性反応による線維性結合組織の増殖で生じます。これは非有茎性で、比較的平滑な弁状、襞状を示し、可動性・浮動性で装置の安定を妨げます。無痛性で弾性硬の腫瘍。永久歯萌出まで顎の成長発育の診査と保隙装置の床縁の調整をします。

粘液嚢胞 (mucous cyst)

小児に多くみられ、口唇部の小唾液腺の排泄管の損傷での嚢胞で、下唇口角部に好発します。これは排泄管が誤咬損傷で唾液が周囲結合組織内へ滲出して生じ、1 cmの半球状に隆起し、充実性、弾力性に富んだ腫瘍。嚢胞はすき透った粘膜に覆われ淡青赤色をして無痛です。食事時腫瘍が腫脹して硬くなります。処置は、単なる切除では再発を起こすので、周囲の小唾液腺を含めて全摘出を行います。

ブランダン・ヌール嚢胞

(Blandin-Nuhn cyst)

舌尖下部の舌小帯付着部付近のブランダン・ヌール腺 (唾液腺) 嚢胞で (Fig. 17)、不正円形、半球状の柔らかい盛り上がった腫瘍。疼痛はありませんが、異物感があります。

萌出嚢胞 (eruption cyst)

1歳半頃の下顎乳臼歯部の膨隆ですが、レントゲン写真で膨隆下に乳臼歯が存在し、歯冠を覆う退化エナメル上皮層とエナメル質表層との

間に組織液が貯留したものです (Fig. 18)。この部分を嚙んで、内出血を起こしたのを萌出性血腫と呼んでいます。処置としては開窓して萌出を助けます。

終わりにあたって

最後にあたり、理事長大堀勉先生、学長小野繁先生、歯学部長坂巻公男先生方のご援助をいただき、さらに講座の先生方のご協力を得て業務を全うできましたことを感謝いたします。

また、岩手医科大学の益々のご発展をお祈りし講義を終わります。

参考資料

1. 岩手医科大学四十年史
2. 岩手医科大学五十年史
3. 創設20周年記念誌 研究業績集 岩手医科大学歯学部小児歯科学講座 1986.
4. 甘利英一教授 退職記念誌 2000年 甘利英一教授退職記念事業実行委員会
5. 小児の口腔軟組織疾患 診断アトラス 甘利英一、武田泰典 1998. 東京 医学情報社

本最終講義は、平成12年2月24日(木)、岩手医科大学歯学部講堂における平成11年度定年退職者の最終講義の録音を文書化し、これに手を入れたものです。