

## 講 座

## 口腔領域における病理組織検査にあたって

— とくに生検を中心に —

武田 泰典 鈴木 鍾美

岩手医科大学歯学部口腔病理学講座\* (主任: 鈴木鍾美教授)

〔受付: 1980年9月19日〕

## I はじめに

病理検査は他の検査法にくらべて最も古い歴史をもち、また近年急速に進歩する科学技術とも併せてその内容も多岐となりつつある。また、病理検査は他の分野の検査とは異なり、その結果は単なる data ではなく診断である。したがってこの診断の根拠を与える組織標本の採取、作製にあたっては万全をきさねばならない。このため臨床各科と病理検査室は表裏一体となって検査にあたらねばならないことは当然だが、時には種々の混乱が生ずる。勿論、正確な診断をすみやかに下しその回答を送るためには口腔領域の各種疾患のみならず、全身に関する病理学 (general pathology) についての豊富な経験と知識を有する口腔病理学者が望まれることは言うまでもないが、送付された材料や clinical data に不十分な点があった場合には適切な判断がなされ得ないことが少なくない。そこで本稿では単に「組織検査法や標本の作り方」を述べるのではなく、組織検査の技術面を顧慮しながら、日常の臨床と病理とのあい

だの交錯する諸問題をもとりあげて解説してみたい。以下に述べることは医科におけるそれと何ら変わるところはない。近年の歯科医学の発達により歯科医はその診療の対象を歯およびその周囲組織のみにおくだけではなく、広く口腔領域の各種疾患をとり扱うに足る十分な学識と技術を有さねばならないと考える。このような場合、病理組織検査は大きな意義をもつことはいうまでもない。また、病理組織検査は単に大学あるいは大病院のみならず、開業医家にとっても診療業務の一つと考えられねばならない。

## II 生検の目的

生検 (biopsy) とは診断の目的で生体から組織その他の材料の一部を採取し検査 (一般には顕微鏡的) を行うことである。このようにして生体の一部から切除、摘出された組織はふつう「固定→切り出し (時に脱灰を含む) →脱水→包埋→薄切→染色→封入」という過程を経て顕微鏡下でその組織に現われた形態的病変を正確に把握して診断を下し、すみやかに臨床に報告される。

---

Clinical consideration of histopathological examination on oral lesions

Yasunori TAKEDA, D. D. S. and Atsumi SUZUKI, M. D. Sc.

(Department of Oral Pathology, School of Dentistry, Iwate Medical University, Morioka 020)

\*岩手県盛岡市中央通1丁目3-27 (〒020)

*Dent. J. Iwate Med. Univ.* 5 : 186-193, 1980

口腔領域においても病理学総論的な全ての病変が認められることは周知の如くであるが、口腔診断学的面からおおまかに口腔領域の病変の分類を行うと次のとおりである。

- ①現病歴および現症の肉眼的所見より診断のなされるもの
- ②現病歴ならびに現症にあわせて、非顕微鏡的検査により診断のなされるもの
- ③主として病理組織検査により診断のなされるもの
- ④病理組織検査と他の検査の併用により診断のなされるもの

勿論、全ての病変がこのように単純に分けられる訳ではないが、生検による病理組織検査が必要とされるのは③、④ないしその疑いをもたれた疾患である。しかし、診断にあたっては全ての場合常に臨床所見や諸検査の data が重要なことはいうまでもない。

### Ⅲ 病理組織検査ならびに生検の種類

病理検査室で日常臨床の依頼によりとり扱う材料は次のとおりである。

- ①試験的切除・摘出材料（一般生検）
- ②穿刺・吸引材料（針生検・吸引生検）
- ③細胞塗抹標本（細胞診）
- ④手術摘出材料
- ⑤病理解剖（剖検材料）

ふつう生検といった場合には①、②を意味しているが、広い意味で③、④も含まれる。また、①の場合一般に切開生検（*incisional biopsy*）と摘出生検（*excisional biopsy*）の二つに分けられる。前者は病変部が大きいために病変の代表的部位と思われるところから組織片を採取することであり、後者は病変が小さなために同時に完全な摘出をも目的として行うことである。

### Ⅳ 生検にあたって

生検材料として種々の検体が病理検査室に送付されてくる訳であるが、その材料に不備な点があった場合には十分な結果は得られず、ひい

ては治療方針や予後に少なからず影響をおよぼす。このため生検にあたっては病変部位より確実に、しかも検査実施に必要な量を採取することが原則である。以下、組織片の採取にあたって厳守すべき事項を述べる。

#### 1) 適切な部位から採取されること。

検体中に病巣そのものが含まれていなければ診断をなし得ない。ごく当然のことではあるが、実際には切除組織片が適切でないために生検の目的を達し得ないことがある。採取にあたっては鋭利なメスで形を崩さずに病巣の本態が含まれるよう状況の許す限り大きく、かつ深く切除すべきである。浅層の小さな組織片のみの採取では病巣には到達せず、病巣そのものが含まれていても二次的变化、すなわち強い変性や壊死、炎症が加わって本質的な組織変化を得ることができないことがあるからである。また、皮膚・粘膜病変であっても上皮のみならず、必ず上皮下組織まで切除されていなければならない。皮膚・粘膜病変はほとんど常に上皮とともに上皮下組織にも病的変化を有しているために、両者を一括して検索することによりはじめに正しい診断がなされることが多い。

2) ある程度の大きさ・厚さがあり、かつ変形しないこと。

組織標本の作製上、切り出しあるいは薄切といった操作を必要とするために、組織切片にはある程度の大きさと厚さを要する。ある程度とは日常とり扱う組織片では、大きさは米粒大以上、厚さは2～3 mm 以上である。病変が深部におよんでおり、やむを得ず薄くV字形に切除した場合、あるいは皮膚や口腔粘膜、嚢胞壁のような材料の場合には組織片が捻れたり歪んだりして適切な標本を得にくくなる。このような時には厚手の沓紙に貼りつけてから固定液中に入れると変形がなく全体の検索が可能となる。採取直後の軟組織片は紙面に軽く圧接するだけで容易に付着する。

3) 病変部が広い場合には何か所かの異なった部位より組織片を採取すること。

4) 組織片の方向性（*orientation*）が明ら

かであること。皮膚や粘膜のように上皮が付着している場合には肉眼的に組織片の方向性が解り易く、切り出しも比較的容易であるが、上皮が壊死に陥っているもの、剝離したもの、腫瘍におきかえられたものなどは組織片をみただけではその方向性がわからず、適切な標本の作製が困難となる。とくに悪性腫瘍では深層あるいは周囲組織への拡がりなど、周囲組織との関連を調べることが最も重要なため、その組織片の方向性、生体内での位置的關係を明らかにしておかなければならない。このため切除前に表層に色素を塗布するか、あるいは切除後に一定の面（普通は組織学的検索を希望する面）を汙紙に貼布してから固定されることが望ましい。とくに後者の方法だと同時に汙紙に鉛筆で書き込める利点がある。

5) 組織片には病巣とともに周囲の健康組織も含まれていること。病変部と健康部との境界を組織学的に検索することも重要だからである。

6) 切除後は直ちに固定すること（この場合固定液に入れ血液等の汚れをおとしてからもう一度組織検査に適しているかどうかを確認すること）。また稀少症例などで比較的大きな切除材料や手術材料では切除摘出時に写真撮影のため長時間空気中に放置されることがある。このような場合、写真撮影は必要最小限にとどめ、固定液中に30分くらい浸漬した方が病変部の状態がより明瞭になるとともに血液などの付着物が除去され良い写真が得られる。固定については別項で述べるが、もう一つ忘れてならないことは固定瓶に患者氏名、採取年月日、担当医などを記入することである。とくに同一患者から数個の生検が行われた場合、あるいは幾人もの患者の生検を同時期に続けて行った場合など、記録不備のための検体の混同は重大な過失を招く結果となる。

7) 病理検査依頼書に必要事項を明確に記載すること。病理検査依頼書の形式は各大学、各病院により多少異なるが、基本的な記載必要事項は共通している。また開業医・診療所などで

決まった用紙がない場合でも以下の事項を記載すればよい。すなわち、患者氏名、年齢、性別、職業、既往歴、現病歴（必要に応じて婦人科の事項）、現症と臨床所見、臨床診断名と診断根拠、臨床検査 data（X線所見も含めて）、生検あるいは手術の部位とその所見（略図とともに）、検索希望事項などをできる限り詳細に記載することが必要である。さらに既行の組織検査があればその検査した施設と所在地、検査番号および診断名なども記載する。このような多数の項目の記載は忙しい外来においては非常にわずらわしい作業と思われるが、標本と臨床事項を記載した書類が一組となっただけではじめて検査材料となり得るのであり、臨床所見なしの標本、あるいはそのきわめて乏しい標本は検査材料とはなりえない。診断の参考となり得るいささかの臨床所見すら、病理検査に欠くことができない。これら臨床所見は病理組織所見とともに臨床病理学的に総合的に判断されてはじめて最終診断ができるからである。とりわけ、患者がいくつかの病院を相当の間隔をおいて回り、その度に生検・加療のなされた場合などにおいては、なおさらその経過が重要となってくる。また、必要によっては血液一般検査、血液化学検査、細菌検査、尿検査等の data が要求される。例えばリンパ節の腫大などの場合には血液所見が欠けていれば問題外である。このようなことは臨床医の誰もが「あたりまえすぎる」として気にもとめないかもしれないが、実際に依頼書に前述の用件を明瞭に記載されているものは少ない。また、臨床所見の記載は術者が自から行うことが望ましい。

8) 組織片採取後の切開創の経時的観察を行うこと。

## V 固定について

生検による採取組織片あるいは手術材料は固定液に入れられて病理検査室に送られる。この固定という操作は病理組織標本作製上最初の、しかも最も大切な過程であり、標本の出来、不出来は固定によって決まるといっても過

言ではない。検体が提出された後に病理検査室で他の過程で最善をつくしても固定がまずければ良い標本が得られず、時として診断に際して困難を生ずることを銘記しておいていただきたい。そこで固定については少し詳しく述べてみたい。

固定 (fixation) は細胞や組織の自家融解による腐敗をおさえて、生きた状態になるべく近い状態の細胞や組織の種々の構造を保持し、これを正しくとらえるために行われる。このため細胞や組織の主要構成成分である蛋白質を安定化させることによりその分解を阻止することが固定の目的である。さらに細胞や組織の微細構造は生のままでは解りにくいために、固定によって人工的に強く表現させようとしたり、細胞や組織の中にある特定の物質を安定化し、これを染色可能にするためにそれぞれに適した固定を行う。

1) 固定液の選択: 固定液は現在までに 100 種類以上の薬品が使われてきたが、今日一般に使われているのは 20 種類前後である。日常の病理検査では 10% ホルマリン (局方ホルマリン原液 1 容, 水 9 容) が使用されている。また電顕的検索も同時に行うために 2% 前後のグルタルアルデヒドを用いている施設もあるが、周知の如くグルタルアルデヒドは組織内への浸透性が極めて弱いために組織片を細切せねばならないこと、光顕用切片とした場合、ホルマリンなどで固定したものはその染色性が異なること、酸化防止のため低温処理を要すること、高価なことなどの欠点がある。このため稀少症例、研究症例あるいは光顕レベルでは病変の本態が判明し難い場合 (勿論、電顕的検索で全て解決する訳ではないが)、電顕的検索のために光顕用とは別に小組織片をとってグルタルアルデヒドに固定するのが一般的である。しかし、日常臨床においてこのような二重の方法は煩雑であるため、最近では中性緩衝ホルマリン [ホルマリン原液 100ml, 蒸留水 900ml, 第 1 磷酸ソーダ ( $\text{NaH}_2\text{PO}_4 \cdot \text{H}_2\text{O}$ ) 4 g, 無水第 2 磷酸ソーダ ( $\text{Na}_2\text{HPO}_4$ ) 6.5 g] による生

検、手術材料の固定を routine 化している施設が増えつつある。この方法だと超微構造の完全な保存は望めないとしても、ある程度の検索には耐え得ること、とくに後日いわゆる "もどし電顕" を行おうとする際にも通常の 10% ホルマリンに比べ良好な結果が得られること、光顕レベルでの各種特殊染色に良い結果を得ることなどの利点がある。但しこの液を保存しておく場合には定期的に pH を確認することが重要である。

従来純アルコール (局方) が使用されていたこともあったが、アルコールで固定された組織は収縮が強く (収縮率 15%)、現在はある種の物質の検出以外には使用されていない。また、生理食塩水は固定液として役に立たないことは周知のことと思う。

2) 固定液の浸透性: 固定液が単位時間にどれだけ組織に浸透するかということは固定液によりそれぞれ異なるために一概にはいえない。これは固定液によって浸透力の強弱があるからである。また、浸透力を左右する因子は組織の側にもあり、切除、摘出後から固定までの時間、臓器の種類や病変の大きさ、取り出された状態、附着した血液の状態……などによっても異なってくる。日常用いられている 10% ホルマリンあるいは中性緩衝ホルマリンでは小指頭大の組織片で最低一晚以上の時間を要する。

3) 固定液の量: 固定液は固定が進むにつれて組織片に含まれる組織液で希釈されるため、固定液の量が少ないと十分な固定はできない。普通は固定しようとする組織の 10~20 倍量を用いる。組織片の表面に接する液量は全体の固定液の多少にかかわらず同じであり、また組織は底に沈むため上部にいくらあっても変わらないと考えられがちであるが、液量の多い方が固定は早く進む。これは固定液中の濃度差による対流がおこることによると思われており、実際に固定を急ぐ場合には振盪器上で振盪をしながら固定を行なっている。一旦固定された組織では乾かない程度に液に浸っていればよい。

4) 以上、固定について少し詳しく述べた

が、実際に固定にあたって守るべき要点を挙げると次の通りである。

- ①適切な固定液が十分量固定瓶にあることを確かめる。
- ②切除・摘出（「Ⅳ．生検にあたって」の項参照）後すみやかに組織片を固定液に入れる。この際、固定瓶は固定すべき材料の大きさに応じて広い口のものを使用すべきである。小さな口よりむりに押し入れられた材料は固定時に変形したり、とり出し不能となるので注意すべきである。
- ③ピンセットや鉗子で組織片を強くはさんではならない。
- ④「Ⅳ．生検にあたって」の項で述べた如く、菲薄あるいは細長い組織片は固定前に汚紙に貼りつけること。また、摘出直後に摘出物に割を入れて観察したものは二つに分けて、固定による割面の変形を防止するためにそれぞれの割面に汚紙を貼布する。但し、割を入れる際には、将来作製する標本の薄切方向を考慮して行うことが大切であり、むやみに切り込まないように心掛けるべきである。
- ⑤固定瓶のふたを密栓すること。

附) 脱灰について：組織片を固定するためには普通の生検材料でも最低一晚以上を要する訳であるが、骨、歯、その他の硬組織を含む場合にはその厚さにもよるが、一般に1週間くらいの固定時間が要求される。このことはその後の脱灰操作にも影響する。また、組織内に骨、歯、石灰化物、結石などがある場合はそのままでは通常の標本作製は不可能である。そのためこのような硬組織から石灰成分を除去し、組織をマイクロームでの薄切を可能ならしめる操作を要する。この過程だけで最低3～10日を要することを覚えておいていただきたい。

## Ⅵ 切り出しについて

検体として送付された材料に対しては目的にしたがって適切な病理組織標本にするために組織片の切り出しを行う。切り出しは普通固定完

了後に行なうが、場合によっては固定前、固定中に行うこともある。切り出しは病理検査室で病理担当医によりなされるべきものであり、臨床医の判断で細切されたり、一部分のみを切り出されたりすると材料の不足や部位的関係が不詳になったり、適切な標本作製が困難となり、十分な結果が望めないことが多い。なぜならば、切り出し時に検体を肉眼的に十分に観察し、標本完成後に肉眼所見と顕微鏡所見との対比検討によって適確な病理組織診断がなされるからである。臓器や組織におこっている病変の肉眼的検索も実際に標本を検鏡する病理担当医の重要な仕事である。また、手術材料についても材料全体を送付すべきである。臨床の要求により送付された材料は返却されるし、肉眼標本として保存したい時には全体像をそこなわないよう注意してとり扱う。必要とあらば検査室で臨床と病理の両担当医が討論のうえ切り出しを行うことが望ましい。この場合必ず病態写真、X線写真等を持参していただきたい。

## Ⅶ 口腔領域に関連のある他の病理検査

以上、routineに行われている検査材料について述べてきたが、その他にもいくつかの重要な病理検査法がある。そのなかでもとくに口腔領域に関連があるものについて2、3ふれてみる。

1) 凍結切片法 (freezing method) : 組織片を凍らせて、それをマイクロームで薄切しそのまま染色し診断に用いる方法であり、固定・脱水・包埋といった操作を省けるために、一般に生検材料や手術材料で病理診断を急ぐ場合に用いられる。とくに手術中、悪性腫瘍か否か、悪性腫瘍の有無、深達度、外科的切除端への浸潤の有無、転移の有無などについて検索する。また、通常の組織標本作製過程でアルコールや他の有機溶媒に溶失あるいは失活してしまう特定の物質(脂肪、各種酵素など)を証明する場合にも用いられる。迅速診断を要する場合にはそれ相応の準備が必要であるため、その利用については手術計画等をたて、あらかじめ検査室に連絡

せねばならない(大きな施設では凍結切片用ミクロトームを常時稼動しているためその使用連絡は手術中でもかまわない場合もあり, その検査室の設備内容を知っておくことも大切である)。いずれにせよ迅速診断を要する場合には, あらかじめ検査室にその旨を連絡し, 送付などに関して指示を受けていただきたい。臨床側の判断で生理食塩水などに浸漬したりすると凍結時に水分が組織内で氷結・膨大し, 本来の構築が失われ, 診断が不可能となることをよく経験する。

2) 細胞診 (cytological diagnosis): 細胞診は塗抹標本を作って検査する方法で, 細胞学的診断法, 塗抹検査法, smear test などと呼ばれている。歴史的にみると細胞診の発達には婦人科領域に負うところが多いが, 現在はほとんど全身諸臓器にわたって適用され, 悪性腫瘍の細胞診が日常化されている。口腔領域では直視直達可能な病変が大部分であり, 細胞診よりは直接生検を行い確定診断がなされるべきと考えるが, ある種の粘膜疾患などには適用できる。方法としては採取部位を湿潤させ, 舌圧子, 鋭匙などを用いて病変部を軽くこするようにして採取するか, ときには口腔内の生食水による含嗽後の液を遠沈して標本を作る。実施にあたってはあらかじめ検査室にその旨連絡をいただきたいが, 前述の如く細胞診は生検の補助あるいは予備的検査であって, そのものの結果をもって最終的診断とはできない。

3) 針生検 (needle biopsy) あるいは(穿刺)吸引生検 (aspiration biopsy): 口腔領域では, 病巣が深部にあって切開がむづかしい場合, 波動を触れる病巣, 特異性炎のある種のもの, 体腔あるいは嚢胞腔内の内容を知りたい場合などに実施される。針生検の場合, 適確に病巣をとらえることができるかどうかの問題であり, また, 検体が微量なため細心の注意を要する。穿刺吸引の場合, 吸引物をそのままかあるいは遠沈して沈渣を塗抹標本とする。しかし, ある種の嚢胞内容物などでは標本作製の過程でアルコールや他の有機溶媒により溶失し,

期待した結果が得られないことがある。

## VIII 病理解剖について

病理検査の主要な業務には生検材料のとり扱いとともに病理解剖(剖検)がある。死の転帰をとった症例を病理解剖し, それから得られた各種の材料についてそれぞれの肉眼所見, 組織所見などを検索し, これらの所見を総合した結果から, 臨床上の疾患概念と一致するか否か, 臨床所見が病理学的変化を逸している点があったか, あるいは臨床所見を説明するに足る病理学的変化が証明されるか否かを明らかにし, さらに疾患の進行程度, 合併症, 死因の究明を行う。これと同時に, 本疾患の分析のために臨床上試みられた検査ならびに治療などが適確なものであったか, 誤診を招く結果とならなかったかどうか, そしてさらに使用された薬剤その他の効果の有無と治療処置による病変の変動をも検討される。勿論, 全ての症例でこれらが明確に回答され得るとは限らない。しかし, 診療, 加療し不幸にして死の転帰をとった患者の病態の真相を究明することも臨床医としての責務であり, 病理解剖は臨床医にとって不可欠の手段である。医科における専門医研修指定病院ではその施設の剖検率(院内患者死亡総数における病理解剖体数)が研修内容の評価とされ, とくにその比率の規定されている診療科もある。しかし, 実際には施設により剖検率にかなりの差があることは事実である。これは臨床の診療レベルにも深く関連をもっていると考えられる。とくに口腔領域のみを診療の対象としている場合には全身諸臓器に関連した病変を検索する機会は限られており, その機会を有効に活用することが望まれる。

病理解剖は患者の担当医の要請により病理解剖有資格者が行う訳であるが, 実際には臨床担当医は以下のことを守っていただきたい。

1) 病理解剖の重要性を遺族に説明し, 承諾を得る。この場合, 病理解剖承諾書には必ず署名・捺印をもらう。(病理解剖は一般的に全身諸臓器を検索するのが原則であるが, ときに

よってはやむを得ず局所解剖的処置として済ませることもある。) )

2) 病理担当医へその旨をすみやかに連絡する。この場合、電話連絡でかまわないが、担当科名、担当医名、患者氏名、年齢、性別、臨床診断名、死亡時刻などを告げ、病理解剖開始時刻を打ち合わせる。

3) 遺体搬送の確認。また、病理解剖体は適確な組織検査結果を得るためにも可及的新鮮なことが望ましいが、解剖開始まで長時間を要する場合には冷蔵庫に保管する。

4) 剖検室において解剖担当医へ臨床経過を要領よく述べる。この際、入院カルテ、諸検査資料、X線写真などを必ず携帯する。さらに臨床上の問題点、検索希望事項などを告げる。

5) 臨床担当医は病理解剖が開始されてから終了するまで必ず立ち合い、解剖担当医の指示に従って必要事項を記載する。

6) 剖検終了後、遺族にその旨を告げ、必要とみとめられた場合には剖検所見の概略を説明する。

7) 後日、臨床経過などを詳しく記載したものを可及的に早く解剖担当医へ提出する。

病理解剖について、臨床ならびに病理のスタッフが集まり、資料をもとに臨床所見と剖検所見を対比して討論する集まりを臨床病理討論会 *clinicopathological conference (C. P. C.)* という。この C. P. C. は臨床医、病理医ともに貴重な研修の場であるが、その方法は各施設、各病理学教室により異なるため、ここでは省略する。

## IX む す び

以上、病理検査の立場から生検を中心として組織の採取から標本作製初期における要点についてごく簡単に述べてみた。現在までに臨床ならびに検査術式に関する成書が多数著わされているが、本稿の如き点に言及しているものは稀であり、臨床講義でとりあげられることもなく、勿論国家試験で問われることもない。また、卒後研修にあたって高度の専門知識に比

較して、これらのことは「ごくあたりまえ」とされているのかもしれないが、実際にはそのあたりまえのことがなされていないことが少なくないため、適切な指導が望まれる。臨床各科と病理検査室で互いにそれぞれの判断で生じた *discrepancy* や臆測により重大な影響を蒙るのは「悩める患者」であることを絶対に忘れてはならない。詳細な臨床所見や検査資料と適切な病理組織標本を前にして、臨床と病理の両担当医が納得のゆくまで討論を重ねること、また場合によっては外来に足を運んで臨床所見、生検、手術部位を診せていただくことなどの労力を私共は少しも厭うものではない。

病理検査にあたって、その結果の成否の大半が検査担当者の側にかかっていることは当然であり、病理医の経験と *interpretation* の能力が絶えず問われていることを充分認識し勉強せねばならないことを私共は自覚している。しかし、臨床での組織片の切除、摘出、病理検査室での標本作製が適切になされたとしても、一片の標本から通常の顕微鏡的手法により常に病変を判断し得るとは限らない。生検にも一定の限界があるのである。また、検査の結果が臨床診断に対して否定的であっても、多くはそれが送付された材料に関してのみの結果であって、臨床診断を絶対的に否定するものではない。したがって、期待する回答が得られなかった時には、再検査するなり、他の検査法を併用して納得のゆく診断の確立に努めることが重要である。勿論、正確な病名を、もしそれが無理なら、せめて治療の指針に役立つような診断を、例えば良いとか悪いとか腫瘍であるとか炎症であるとか……を期待するのが臨床家の当然の要求であろうが生体に現われる病変は変化にとんでおり、一つの疾患の裏付けとなる全ての所見が与えられた小片の中に全部出揃うことはそれほど多くはなく、また、4 $\mu$ の切片の組織所見が如何なる疾患を意味するのか、簡単に割り切れない場合も少なくないからである。

最後に、病理診断のなされた症例について、その所見を公表する際には必ず回答者の了承

を得ていただきたい。臨床医の方にも独自で組織検査を充分に行い得る人はいるはずであるし、組織標本さえあれば病理医の回答を必要としない場合もあると考えられる。しかし、検査を依頼した場合、回答者の了承を得てから公表するのが妥当である。あくまでも回答者の了承ということであって、その名前を公表せねばならぬということではない。同様のことは臨床材料を扱う基礎の者にもあてはまるが、要はお互いがそれぞれの専門としての立場を尊重することである。

近年、臨床病理学、外科病理学の発達に伴ない、検査の分野が病理学の中で重要な地位を占めるようになってきたが、我国の口腔領域に関する限りでは未だおそまつな現状であり、わずかの大学のみで臨床口腔病理、歯学部中検病理の講座とその要員が認められているにすぎない。ここで口腔病理のあり方を論ずるつもりはないが、他の基礎学系講座とは異なり、教育・研究に加えて多くの検査業務が課せられているわけであり、病院ならびに臨床各科の検査に対する積極的な関心と協力を望む次第である。

冒頭に記した如く、組織検査の技術面を顧慮した生検時の要点を記載しているものは少ないが、右記のものを参照していただきたい。

- 1) Cooke, B. E. D. : Biopsy procedures, Oral Surg., 11 : 750, 1958.
- 2) Rezek, P. P. and Millard, M. : Autopsy pathology, A guide for pathologist and clinicians, Charles C Thomas Publisher, Springfield, Illinois, 1963.
- 3) American Medical Association : Symposium on the autopsy, J. A. M. A., 193 (10) : 149-158, 1965.
- 4) Archer, W. H. : Oral surgery, 4th ed., W. B. Saunders Comp., Philadelphia, London, 1966.
- 5) Hayes, R. L. : Oral cytology, its value and its limitations, JADA, 79 : 649-654, 1969.
- 6) Nasteff, D. : Operationslehre der Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgie, Veb Verlag Volk und Gesundheit, Berlin, 1971.
- 7) Waiter, J. B., Hamilton, M. C. and Israel, M. S. : Principles of pathology for dental students, 3rd ed., Churchill Livingstone, Edinburgh, London, New York, 1974.
- 8) Lynch, M. A. : Burket's oral medicine, Diagnosis and Treatment, 7th ed., J. B. Lippincott Comp., Philadelphia, London, 1977.
- 9) Eversole, L. E. : Clinical outline of oral pathology, Diagnosis and treatment, Lea and Febiger, Philadelphia, 1978.
- 10) Tydesley, W. R. : Oral diagnosis, 2nd., Pergamon Press., Oxford, New York, Toronto, Sydney, Paris, Frankfurt, 1978.
- 11) Waite, D. E. : Textbook of practical oral surgery, Lea and Febiger, Philadelphia, 1978.
- 12) Sabes, W. R. : The dentist and clinical laboratory procedures, Mosby Comp., St. Louis, Toronto, London, 1979.