

〔 綜 説 〕

(東女医大誌 第 29 卷 第 12 号)
(頁 1069—1076 昭和 34 年 12 月)

口 腔 粘 膜 疾 患

— 主として潰瘍および壊疽について —

東京女子医科大学口腔外科学教室 (主任教授 村瀬正雄博士)

助 教 授 正 木 光 児
マサキ ヒコ コジ

(受 付 昭 和 34 年 9 月 17 日)

はじめに

口腔粘膜に現われる病変は、全身的疾患の診断に際して、しばしば参考になることが多く、その現われる様相を熟知するということは、極めて大切なことでもあります。そしてその現われる様相は、口内炎の型をとつてくることが比較的多く、カタル性変化、潰瘍性変化、壊疽性変化、出血性変化など、多種多様であり、その症状によつては早期に原因の診断を下し得る場合と、なかなか困難な場合とがあります。

口内炎の分類としては、いろいろな分け方がありますが、臨床的には、便宜上、表のように分けられます。

これらの疾患のうち、原発性口内炎の中でもいわゆる Soor や、Noma などは局所の抵抗減弱は勿論、全身の抵抗減弱が起つた所々種々の細菌が附着して起るとされております。

以上の分類の中から、主として潰瘍または壊疽について、その概略を申し上げます。

潰瘍について

潰瘍の成立要件と致しましては、

1. 皮膚または粘膜面における慢性刺戟、あるいは慢性炎の成立。
2. 組織の実質欠損、殊に皮膚または粘膜の欠損の存在。
3. 化膿菌の感染および表在性炎の成立。
4. 肉芽の新生および破壊が一進一退すること。

などが挙げられておりますが、口腔においては、ほとんど毎常これらの要件が存在してありま

表 1 口 内 炎 の 種 類

- A. 原発性口内炎, 特発性口内炎, 限局性口内炎
 1. 単純性口内炎, カタル性口内炎
 2. 潰瘍性口内炎
 3. 鷲口瘡
 4. チフテリア性口内炎
 5. 壊疽性口内炎 (水瘡, ワンサン氏口内炎等)
 6. 淋毒性口内炎
- B. 特殊性口内炎
 1. アフタ (アフタ性口内炎, 慢性再発性アフタ, 皮膚口腔炎)
 2. 扁平紅色苔癬
- C. 続発性口内炎, 症候性口内炎
 1. 症候性カタル性口内炎
 2. 症候性潰瘍性口内炎
 3. 出血及び壊疽形成性口内炎
 - (1) 薬物中毒性口内炎
 - (イ) サルバルサン中毒性口内炎
 - (ロ) 水銀中毒性口内炎
 - (ハ) 蒼鉛中毒性口内炎 (沈着型, 炎症型)
 - (ニ) スルファミン中毒性口内炎 (壊疽形成型, 潰瘍形成型)
 - (2) 白血病性口内炎
 - (3) 顆粒白血球減少症による口内炎
 - (4) ウエルホーフ氏紫斑病による口内炎
 - (5) 悪性及び再性不良性貧血による口内炎
 - (6) 緑色腫による口内炎

す。すなわち、刺戟性の飲食物の摂取、食物残渣、歯垢、歯石などの停滞沈着、不適合な補綴物

の存在などがあり、これらの刺戟により、充血、炎症が反復すれば、粘膜の欠損を生じ、また口腔常住菌の存在、および口腔粘膜の抵抗力、再生力などを考慮すれば、潰瘍成立の要件の存在は容易に想像し得られます。

局所的刺激によつて起る潰瘍、例えば、慢性に加えられる義歯床縁の刺戟や、咬合異常によつて起る慢性褥創性潰瘍などは、しばしば癌性潰瘍と鑑別困難な場合があります、時には病理組織的にも困難を感じる場合があるといわれております。

また齶蝕の治療の際に防湿の目的で入れられた綿花を、不注意にとり除くことによつて上皮の剝離が起り、ついで潰瘍を形成した場合や、新しい固い毛の歯刷牙の過度の磨擦によつて生ずる歯肉の潰瘍などは、極めて浅い小欠損が点状に密集して現われたり、擦剥げた面のようになり、あたかも歯肉結核様の状態を呈することがありますので、簡単な潰瘍ではありますが充分な注意を必要と致します。また歯槽膿漏症に続発する潰瘍は、梅毒、結核、癌、肉腫などと頻々と誤診されます。

癌性潰瘍の大小は、癌の発生部位によつて多少の関係を示すことは、臨床上注意を要する点であります。すなわち、癌の本態である上皮増生、角化、結合織内への進入、崩壊、吸収機転などと、化膿機転とが同時に起るような場所、あるいは早期に疼痛または機能障害を伴うような場所に発生したものは、患者が早く気付くために、小さな潰瘍として認められることが多いのでありますが、これに反し、増生、進入、崩壊、吸収機転が一程度進行した後に、化膿機転が起るような場所に発生したものと、疼痛、機能障害などを起し難い場所に発生したものは、比較的大きくなつた潰瘍をみるようになります。これらの点から、いわゆる上顎中枢性癌は症状を現わし難く、下顎末梢性癌や舌癌などは早期に発見し得られます。

肉腫は癌に比すれば潰瘍形成の時期は遅れるといわれます。すなわち、手術不可能の時期になつて初めて潰瘍を形成する傾向があり、一度潰瘍を作ると癌性潰瘍の高度のものとの鑑別は極めて困難になります。ただ顎骨を侵して口腔に崩壊するものは、浸潤硬結の程度が癌性潰瘍よりも幾分軽度で、かつ出血量が癌よりも大量である点が、しばしば肉眼による両者の鑑別点であり得るとい

われています。

結核性潰瘍は、舌尖、舌側縁、下顎切歯舌側歯肉、口腔底、上顎唇面歯肉などに認められることが多く、不正円形の小豆大～豌豆大で1～2個の場合が多いといわれております。深さは概して浅く、底面が周囲に向つて堀鑿性になつて参ります。他の潰瘍も陳旧性になれば当然堀鑿性になりますが、結核性潰瘍の場合には、比較的早期からこの傾向がみられます。ただし舌尖にくる小豆大の潰瘍では堀鑿性を通例認めないことは臨床上注意を必要と致します。元来は無痛性ですが、運動の鋭敏な所、たとえば舌尖、舌下面などの場合には激しい疼痛のため食事不能になることもあります。

粘膜梅毒は、第2期および第3期に発現し、第2期では皮膚疹に一致する発疹を生じますが、部位的関係によつて症状を異に致します。すなわち、バラ疹に一致する紅斑性糜爛性梅毒疹として現われるものは、単に充血のみによる紅斑を示し、これに浅い潰瘍を伴うことがあります。丘疹に一致する丘疹性潰瘍性梅毒疹では、Plaques muqueuses (粘膜斑)を作ります。すなわち、始めは類円形の隆起、潮紅が起り、まもなく滲出物と白血球の浸潤により速かに不透明となり、灰白色～灰褐色となりますので、Plaques opalines (乳白斑)の別名も与えられております。後には表面が糜爛または潰瘍化することがしばしば認められます。また粘膜丘疹に固い乳頭状隆起を生ずることもあります。このような粘膜疹が咽頭部に高度に発生したり、潰瘍を伴いますと発熱を来して参ります。発生部位は口唇に多く、口角では潰瘍になりやすい傾向を示します。舌尖や舌背では糜爛または丘疹を作り、糸状乳頭が消失して平滑となります。正中線附近では時に皸裂を生じ、舌縁もしばしば侵され粘膜斑を作りやすく、潰瘍化すると激痛を訴え、摂食困難、談話困難、流涎を来します。頬粘膜、殊に白歯附近や歯肉、口腔底、硬口蓋にも丘疹を作ります。咽頭部が侵され、特に口峽部では前方遊離縁の明らかな紅斑を生じ、いわゆる Angina syphilitica を現わし、扁桃も腫脹して白苔を被り、しばしば潰瘍化して疼痛を訴えます。以上の所見は他の口腔疾患と鑑別を要しますが、肉眼的にはむしろ困難で、Spirochaeta pallida の検出と、血清反応の検査を必要と致し

ます。

第3期粘膜疹としては、ゴム腫性変化を主と致します。皮膚におけると同様ですが、口腔内のもは、一般に平面的に拡大するものよりは、孤立性のものが多く、速かに潰瘍を形成する傾向がみられます。また、しばしば下部組織を侵し、口蓋弓附近では初め浸潤を生じ潮紅し、ついで潰瘍に陥ります。潰瘍は速かに進行して口蓋垂、口蓋弓を破壊し、前方に存在すれば鼻腔に穿孔致します。硬口蓋にくるものは、ほとんど毎常骨の吸収、崩壊を伴いますが、下顎骨にくるものは、いわゆる梅毒性肥厚性骨膜炎の型をとるものが多いとされております。歯肉、頬粘膜、扁桃などは侵されることは少いといわれますが、舌では表在性舌炎として平滑になり、いわゆる白板様変化を来し、自覚症状の少ないこともありますし、また深在性間質性舌炎として、いわゆる硬化性舌炎(Cirrhosis linguae)となります。また、舌ゴム腫として舌潰瘍を形成してくることもみられます。この3つの型は、しばしば併行して現われることが多いとされております。いわゆるLeukoplakieが梅毒に関係するといわれますが、その真偽は別としても、梅毒の際に前述の症状を呈することも、しばしば認められております。が、Leukoplakieに関しては、現在前癌状態としての関心の方が強いようであります。

その他、**America Leishmaniasis** では、原発疹発生後、数日～数ヶ月を経て、気管上部、口腔粘膜に転移しますが、鼻腔粘膜における程、著明ではありませんが、口腔、口唇、上気道、咽頭におよぶ潰瘍形成を主な症状として現われてくるといわれます。

Sporotrichosis では、稀に原発性に咽頭などに小潰瘍を作り、口腔にまでおよぶことがあります。多くは播種状皮膚 **Sporotrichosis** より二次的に続発し、Belag を被る潰瘍または、乳頭状増殖を来し、いわゆる粘膜 **Sporotrichosis** を起します。

Peophigus や **Penphigoid** は、粘膜に初発することは少いとされておりますが、稀には口腔内に初発した例も報告されております。この場合、初期に口腔乾燥が起り、皸裂、出血を生じますが、水疱を生ずる時期になりますと、反つて流唾症を起します。水疱は破れて潰瘍を形成します

が、疼痛は比較的少く、しみる程度のももあります。

多型滲出性紅斑の場合にも、口腔粘膜に小水疱を形成し、これが破れて潰瘍を作ることがあります。本症においても紅斑そのものは他の滲出性紅斑と同様で、辺縁部は境界明瞭で、皮膚または粘膜面から僅かに隆起し、ガラス板で圧すると、その間だけ紅色が褪せ、局所の発熱や自発痛は、ほとんどありませんが、口腔内では、各種の刺戟が加わりやすく、すぐ破れてしまいますので、小水疱を認める期間はかなり短いといわれております。

Candida albicans の感染によつて起る、**Soor** が、口腔粘膜に発生することは、広く衆知のことです。

近年、青森地方のいわゆるシビ・ガッチャキ症の研究から、**Vitamine B₂ 欠乏による口腔内変化**が、各方面から論じられて参りましたが、本症の主病変は、主に舌炎でありまして、舌の慢性浮腫、乳頭の腫脹、糸状乳頭の消失、皸裂、ついで萎縮を来し、また歯肉出血、口角炎を起して参ります。目では角膜周辺の血管の新生が特徴的で、瀰漫性表層角膜炎、虹彩 Rubeosis、視束の変化、網膜、脈絡膜の変化などが挙げられております。皮膚では日光過敏症を生じたり、また殊に粘膜との移行部に湿潤性の糜爛を生じ、かつ脂漏性皮膚炎を、陰囊、鼻翼部、眼の周囲、耳の附近に生ずることが認められますが、これを人体欠乏実験によつて確認した人(Hills, 中川氏)もあります。これらの **V・B₂ 欠乏症**(米・Ariboflavinosis, 英・Hyporiboflavinosis)の主症状たる、口角の変化については多くの意見があり、果して **V・B₂ 欠乏**のみに基づくものであるか、他の **Vitamine 欠乏**、あるいは他の因子が加わっているか、否かについては確定的なことはいわれておりません。**V・B₂**とは無関係であるという説(勝木氏)、酵母菌感染説(皆見氏)、Morax-Axenfeld 重桿菌感染説(石原氏)、などがありますが、弘前大の松永教授は、口角炎には2型があり、新鮮型または急性期のものは、**V・B₂ 欠乏症**を具えているものが多く、**V・B₂** 投与が臨床上有効であるが、陳旧性または慢性期のものでは、**V・B₂** が有効のようにみえても、前者程でなく、または全く無効なものもあるから、この型のものでは二次的感染

および組織病変の進展による局所変化が強いため、病因となつた欠乏物質の投与だけでは好転しない場合も起り得る、といつております。また氏は、 $V \cdot B_2$ が高度に欠乏すると舌苔がなくなる、という実験をしております。すなわち、 $V \cdot B_2$ 欠乏を有する患者で、舌苔のない者の血中総 $V \cdot B_2$ 量は $4.69 \pm 2.24\gamma\%$ で、舌苔のある者のそれは $6.48 \pm 0.77\gamma\%$ であり、健康者は $7.4 \pm 1.40\gamma\%$ である、としております。そして時には舌苔が存在しながら一部はそれが剥げ落ちて、一種の *Lingua geographica* ともいふべき舌をみることもあり、この場合は常に $V \cdot B_2$ が低下している。そして舌苔が多少存在するのは生理的であり、 $V \cdot B_2$ 欠乏が続くにつれて次第に剥げ落ちてゆくのであり、舌苔のない舌を眺めた時、他の舌症状があれば、 $V \cdot B_2$ 欠乏がある、と断言して大過ないであろう、と強調しております。

次に **Aphtha** について申し上げます。御承知の通り **Aphtha** の原因については、細菌説、消化器障害説、異常体質説、内分泌障害説、Vitamine 欠乏説、Allergie 説などがあり、未だ確固たる原因は不明であります。最近では副腎機能不全に結びつけて考える人もあり、要するに身体のバランスが破れた時に起りやすいといわれます。

Aphtha は赤暈をめぐらした白色～灰白色の円形または類円形の、刺戟に対して極めて鋭敏な特殊の小潰瘍であります。一般に極めて表在性

で、粘膜下の筋層までは浸潤しないといわれております。これが数～個十数個できて融合すると、その型も不正型となり、潰瘍性口内炎の如き型となりますが、個々のものが独立性の場合には明瞭にわかります。

従来より数回くりかえして発生する **Aphtha** に対して、慢性再発性アフタなる名称がつけられて参りましたが、近年いわゆる **Mucocutaneo-ocular syndrome** として各方面でとりあげられて参りました。これはいわゆる皮膚口腔炎として、口腔のみならず、身体の竅口部を中心として、皮膚および粘膜に急性の発疹を生じ、再発をくりかえす一群の疾患であります。本症候群は、最初は竅口部すなわち、口腔、口唇、鼻、眼、外陰部などの皮膚粘膜移行部に糜爛を生じ、殊に口腔では多発性の **Aphtha** 様潰瘍を作つて参ります。同時に皮膚には、丘疹、膿疱、水疱および痂皮を生じ、出血を伴なうことも多く、また結節性紅斑あるいは **Quinke** 氏浮腫様の水腫をきたすことがあります。眼では主として急性結膜炎の症状を呈するのが普通ですが、全身症状としては、 $38^{\circ} \sim 40^{\circ} C$ の高熱を伴なう熱症候がみられ、血沈は著明に促進し、白血球の増加、殊に **Eosinophilie** が証明されます。経過は急性に経過し、大体3週間位で一旦緩解しますが、しばしば再発し、死亡例も報告されております。

これらの **Mucocutaneo-ocular Syndrome** の

表2 MUCOCTANEO-OCULAR SYNDROME

著者	病名	皮膚	眼	口腔	陰部	関節	一般症状
H.Behçet	Behçet's Disease	滲出性紅斑 結節性紅斑	角膜潰瘍 虹彩炎	アフタ様潰瘍	アフタ様潰瘍	関節炎	
Stevens et Johnson	Steven's Johnson's Disease	滲出性紅斑	結膜炎 角膜潰瘍	潰瘍性偽膜性口内炎	龟头炎 陰門潰瘍	(-)	発熱
Kendec et Fissinger	Ectodermosis erosiva	四肢の紅斑	中等度の結膜炎	重症の潰瘍性口内炎	陰門潰瘍	関節炎	気管枝肺炎
Baader	Dermatostomatitis	丘疹水疱	結膜炎	潰瘍	龟头炎	腫脹 疼痛	発熱
Kumer	Chronische rezidivierenden Aphtha	結節性紅斑	虹彩炎	潰瘍	(-)	腫脹	(-)
Thoma	Erythema multiforme	丘疹 結節性紅斑	眼炎	潰瘍性口内炎	潰瘍	疼痛	高熱 気管枝炎

中でも、いわゆる **Behçet** 氏症候群は幾分特異な存在であるように考えている人もあります。本症は再発性前房蓄膿性ブドウ膜炎、口腔アフタ様潰瘍、陰部潰瘍をその **Trias** として現われて参りますが、口腔潰瘍の出現時期は、眼症状に先行するもの、またはほとんど同時に現われて潰瘍の方が長く持続するものなどがあつて、一定は致しません、普通にみられる **Aphtha** と違って、口腔粘膜に生じた紅斑が、24~48時間の中に潰瘍化し、この潰瘍の進行は比較的深く、時としては筋層に達するものがあります。このような症例では疼痛も甚しく、治癒後瘢痕を形成するのを認めるものがありますので、**Aphtha** と区別して **Aphtha** 様潰瘍といっている人もあります。そしてこの潰瘍は、数週間の間隔をもつて反復再発し、おおむね1年~1年半の経過で眼症状と併行して経過して行くこともあります。

また、**Lipschutz** 氏急性外陰潰瘍の際にも、しばしば口腔内に **Aphtha** 様潰瘍を伴う口内炎が発生することも報告されておりますが、この場合に皮膚症状および眼症状を現わさず、また、女性のみでなく男性の外陰部にも発生した例も報告されておりますので、この場合に、**Genitostomatitis** (外陰口内炎) の名称をつけることを提唱している人もあります (布施氏)。

潰瘍性口内炎 の場合には、潰瘍形成、高熱を主症状とし、2~3週間にわたる疾患であります、口腔粘膜には必ず急性汎汎性カタル性炎症を伴つて参ります。前述のように、カタル性炎症を伴わず、単に潰瘍のみの場合には潰瘍性口内炎とは呼んでおりません。この場合の潰瘍は、始めは粟粒大または米粒大で散在性ですが、進行するに従つてその数と大きさを増し、密集性となり、近くのものとの融合して崩壊し、灰白色の汚ない偽膜様物で被われる不正形の大潰瘍となります。潰瘍の表面は平坦で、いわゆる崩壊性潰瘍の状態を呈し、淺在性ですが悪臭を發します。そして急性カタル性炎症は、粘膜の全面にわたり、瀰漫性になるのを常と致します。

Sulfonamid 剤の中毒 による潰瘍性口内炎の場合には、潰瘍の他に多発性の出血を伴つてくるのを特徴とするといわれております。潰瘍が歯牙の周囲にまで波及しますと、歯牙の弛緩動揺や歯痛を起して参りますが、壊疽性歯肉炎の場合と異な

り、歯牙の脱落を来すようなことは、余りありません。

哺乳児の口蓋、ことに翼突鈎の上の粘膜に蝶型の大潰瘍を作ることがあり、これを、**Bednar** 氏 **Aphtha**、翼状潰瘍、**Epstein** 氏仮性 **Diphtherie** などと呼びますが、型、大きさ、好発部位などの点から、他の **Aphtha** とは全く異なり、不注意の口腔清掃に基づく損傷感染に、さらに哺乳時の強い吸嚙による高度の陰圧に基づくものと考えられますので、**哺乳児口蓋褥創性潰瘍** と呼ぶ方が適切であります。

婦人科方面 と致しましては、妊娠時にしばしば口内炎に遭遇することがみられます。すなわち、妊娠の初期または後期に、口唇乾燥、口角糜爛、皸裂、口腔粘膜に偽膜性潰瘍などを発現しますが、**Aphtha** にみられるような発赤した周辺がなく、また表皮細胞層の破壊がなく、却つて周囲より隆起しており、自覚的には、摂食困難、嘔声、流涎、微熱を訴えます。これらの場合に検尿致しますと、**Vitamine C** の欠乏を認めることが多く、要するに妊娠中は、**Vitamine** の代謝は、欠乏症の限界にたえず動揺しておるので、充分な **Vitamine** の投与を行なうべきであるとされております。

また、一般に歯肉と妊娠に関しては、歯肉の腫脹が主であります、大体妊娠3カ月頃に始まり、妊娠中持続して産褥に到つて自然に消退することが多いとされています。これに関して、歯肉炎という名称を与えるのは適当でない (**H. Naujok**) とし、その理由としては、組織検査によつて純粹の炎症状が認められない (**Freund**) し、また今まで認められた粘膜下における変化は、妊娠の直接の結果としては解釈し得ない (**Ziskin**) からである……としております。原因については多くの意見がありますが、局所刺戟と同時に内分泌の影響、**Ca** 欠乏、**V.C** 欠乏を問題とするもの (**Schuck**)、**Ca** 代謝障害を想定し、腸よりの **Ca** 吸収を促進させるための **V.D.** 欠乏が一因となるというもの (**Molnar**)、既往の歯肉疾患と関係があり、**Vitamine C,D** の欠乏とは考えず、卵巢ホルモン代謝の変化に基づくという **Stout** の説を支持するもの (**Fortier**) などがあります。

要するに歯肉の肥厚に関する限り生理的妊娠反応であると考え、この状態はホルモンと関係があるのであつて、炎症とは関係がないが、たとえ炎

症とは一次的には無関係であつても、歯垢、歯石の沈着、食物残渣の停滞などによる炎症誘発の可能性は充分にあり、ついで二次的感染によつて炎症が発生すると、臨床所見は著るしくその程度を強化する……といわれております。

壊疽について

壊疽は御承知の通り、細胞間質の退行変性を伴なう細胞の集団的死滅すなわち Nekrose に腐敗現象を伴つたものでありますが、口腔内においては、Nekroseはほとんど同時に腐敗を伴つてくることが多いのであります。

口腔粘膜に現われる壊疽は、次の4つの型に分類されます。

1. 高熱を伴ない、かつ死亡率の極めて高いもの——血液疾患すなわち、ほとんど総ての白血病、顆粒白血球減少症の一つの型、水痘、および肺炎、Typhus、敗血症、重症消化不良症、小児結核などに関連して現われる壊疽。

2. 高熱は伴なうが、予後は概して良好なもの——潰瘍性口内炎の際の壊疽、重金属中毒、例えば Salvarsan、蒼鉛、水銀などの中毒に関連するもの、および Vitamine C 欠乏に関連して起る壊疽など。

3. 無熱または微熱を伴なうが、予後がおおむね悪いもの——各種の貧血、萎縮腎、糖尿病に関連して現われる壊疽など。

4. 無熱または微熱を伴なうが、予後はおおむね良好なもの——梅毒、外傷、抜歯などに関連して現われる壊疽。などとなつております。

総括的にいつて、壊疽の色が

1. 白色～灰白色のものは概して予後は良好、
2. 赤褐色～黒色のものは概して予後は不良、
3. 白色～灰白色でも高熱を伴ない、経過の長いものは予後は概して不良……とされております。

高度の潰瘍性口内炎は、ほとんど毎常歯肉遊離縁に壊疽を形成して参ります。しかし、この場合の壊疽は、周囲には拡大せず、極めて一小部分に限局致します。高熱を伴ないますが、白色～灰白色で悪臭はそれ程著るしくありません。約2週間位で実質欠損をのこして治癒致します。

水銀中毒による壊疽は、潰瘍性口内炎のものとほとんど同様で、水銀剤を使用したか否かを標準とするにすぎません。

蒼鉛中毒による壊疽は、蒼鉛の沈着を伴なうので特有の帯青紫色～黒色の壊疽として、主として歯肉縁に沿つて現われます。口臭、流涎は著明で38～40°Cの高熱を発することが多いといわれております。大多数は歯牙脱落、顎骨疽骨を來す程度で治癒しますが、激烈な時には Sepsis を起して死亡致します。

Salvarsan 中毒の場合には、多くは Agranulozytose を起してきますが、Notwendiges minimum 式にいうならば、『高熱があり高度の口内炎の患者をみたら、先づ Agranulozytose を考えよ』といわれる程ですが、一般に血液疾患以外の口腔内変化、殊に潰瘍性口内炎などの場合には、口腔内変化が高度にならない中に高熱を發し、解熱傾向を示す頃から口腔内変化が著明になつて参りますが、Salvarsan 中毒の場合には、やや趣を異に致します。すなわちこの場合には次の3つの型があります。

第1型：先づ猛烈な悪寒または悪心と共に、39～40°Cの高熱と、歯痛または歯肉痛を起し、骨髓炎の悪性型の初期症状との鑑別が困難な型、第2型：悪寒を伴わず突然高熱を發し、相前後して歯肉痛歯痛を伴つてくる型。第3型：突然の高熱を發するだけで発病する型……であります。

いずれの場合も發熱後3～4日経過してから歯肉縁の一部または大部分に限局性の境界明瞭な白色～灰白色または赤褐色の小豆大～大豆大の斑点を形成し、これが1日内外で急激に潰瘍または壊疽となり、全部の歯肉に波及して参ります。周囲には一般に急性炎症状を伴なわぬことが多いとされております。壊疽そのものは概して無痛性で、迅速に周囲に波及するものがあります。時に口蓋扁桃に壊疽を生じた場合にはワンサン氏アンギーナとの鑑別が困難になります。壊疽の色が白色～灰白色のものは予後はおおむね良好ですが、経過が長かつたり、黒色に近いものは不良となります。

Vitamine 欠乏症においては、主体は潰瘍形成ですが、重症になりますと壊疽を作るようになります。この場合には潰瘍性口内炎の時とほぼ同様な所見が認められます。殊に V.C 欠乏においては、歯肉よりの出血はそれ程大量ではありませんが、誘発性に出血しやすく、かつ歯肉がスポンジ様に糜爛してくるのが特徴とされております。

Noma の場合の壊疽は極めて迅速に進行するものでありまして、初期には中等度の口内炎、流唾症があり、口臭がみられますが、早いものは1～2日、遅くも1週間内外で歯肉、頬、口唇などに蒼白色の斑点を生じ、たちまちにして暗紫色～黒色となり、悪臭が極めて増加し、斑点の周囲には著るしい硬結がみられてきます。第2期に移り、粘膜は壊疽性崩壊を始め皮膚面にまで波及し、皮膚は赤色輪をめぐらして限局した青赤斑を呈し、その外周はかえつて蒼白となります。ついで中央部に穿孔をきたし、周囲の硬結はその程度と広さを増して参ります。壊疽塊は極めて軟弱、粥状でその悪臭たるや言語に絶したものが有ります。疼痛は比較的軽度か中等度ですが、全身の衰弱は甚しくなります。第3期に移行して壊疽塊は自然に分離して治癒するか、または全身衰弱が高度になつて死亡致します。

白血病もその初期において口腔内にある変化を起して参ります。すなわち、壊疽型、出血型、肥大型であります。壊疽型としては、先づ歯間乳頭炎として初発し、漸次進行して歯肉、口蓋粘膜、頬粘膜、口腔底粘膜、扁桃などに壊疽を生じます。この壊疽は黒褐色～黒色で悪臭が甚しく、進行性ですが、単独の壊疽としてくるよりは、出血型、肥大型などが組み合わされてくるのが多いようであります。また白血病の際に最も特徴があるのは歯肉の肥大型でありまして、歯槽膿漏や他の慢性歯肉肥大などの時と異なり、歯肉縁より一様に腫大するのではなく、縁から一寸離れた所から段をなして腫脹し、殊に舌側において著明であることが特徴となつており、この型を白血病性歯肉肥大といつております。

その他、悪性貧血、再生不能性貧血、緑色腫、紫斑病、萎黄病などの場合にも、壊疽または出血を伴つて参りますが、いづれにしてもこれら血液疾患の際には、歯肉が貧血性であります。歯頸部からの出血、肥大などがありましたら、まづ鑑別を要するのは歯槽膿漏であります。膿漏の場合には歯肉は全般に鬱血性または充血性ですが、血液疾患の場合には貧血性であるのが特徴であります。

また、壊疽ではありませんが、悪性貧血の際には、舌にその主病変が現われるといわれております。いわゆる Hunter 氏舌炎でありまして、こ

の時は舌に疼痛があつたり、冷熱、辛酸味などによつて刺戟され、発赤が強くなり、変化は特に舌側縁と舌尖に強いといわれますが、稀には舌背から口蓋におよぶこともあり、時には斑点状に変化がくることもあります。とにかく、舌苔がないことが特徴であるといわれております。このような舌の変化は、悪性貧血の極めて初期に起り、血液に変化の起る数年前に前駆することもしばしばあるといわれます。この場合の舌の所見は、前にのべました **VB₂** 欠乏症の時の変化に極めてよく似ておりますので、Hunter 氏舌炎が悪性貧血特有のものである、という意見に、多くの異論を生ずる根拠となつております。

むすび

以上、主として口腔内に現われる潰瘍および壊疽について、述べて参りましたが、要するに口腔粘膜に現われる病変の様相を、充分に観察して、その原因の探求、あるいは原病の診断の補助となし得れば幸甚と存じます。

終りに御指導を賜りました村瀬教授、および御協力を戴いた本学写真室小出学士、ならびに東京歯科大学口腔外科学教室に対して感謝致します。

主な参考文献

- 1) **Burket, L. W.** : Oral Med. 3rd. ed.. J. B. Lippincott Co. Philadelphia, Montrial, (1957)
- 2) **遠藤至六郎** ; 口腔外科通論及手術学, 歯科学報社, 東京 (昭 12)
- 3) **遠藤至六郎** ; 新編口腔外科診断学, 歯科学報社 東京 (昭 14)
- 4) **樋口謙太郎・利谷昭治** ; 皮膚科領域における口腔病変 最新医学 **9** (7) 931~934 (昭 29)
- 5) **堀越達郎・土谷半七郎・山本一郎・岩本隆雄** ; 所謂 Mucocutaneous-ocular Syndrome と口腔所見 口腔会誌 **7** (1) 109—113 (昭 33)
- 6) **布施貞夫・松田 登** ; 皮膚科口内炎 (Dermatostomatitis) の1例 口腔会誌 **6** (2) 240~243, (昭 32)
- 7) **布施貞夫・松田 登・白田武徳** ; 外陰口内炎について (口腔の紅斑症そのII) 口腔会誌 **7** (2) 316~321 (昭 33)
- 8) **河村正昭・川上英世・生田信孝・中村莊英** ; 口腔粘膜に発生したいわゆる類天疱瘡 (Penphigoid) の1例 口外誌 **5** (2) 179~182 (昭34)
- 9) **河野庸雄** ; 歯科外科各論, 歯苑社, 東京 (昭22)
- 10) **松田 登** ; 増殖性天疱瘡の口内炎の1例. 口腔会誌 **4** (1) 78~82 (昭 30)

- 11) 松永藤雄；ビタミン欠乏症と血液疾患における
口腔病変について 最新医学 9 (7) 956~963
(昭 29)
- 12) 水野重光・陳 以 直；妊娠および月経時の口内
病変 最新医学 9 (7) 935~942 (昭 29)
- 13) 大井 清；口腔外科学各論；永末書店，京都
(昭 25)
- 14) 大竹正敏・河野 齊；天疱瘡の1例，主として
口腔粘膜の変化について 口腔外科学会雑誌 3
(3) 166~169 (昭 32)
- 15) 竹田三郎・森 隆之助；頬粘膜癌の興味ある1
例について 口腔外誌 1 (2) 81~82 (昭 30)
- 16) Thoma. K.H. : OralSurg. 2nd ed., C.V. Mosby
Co., St. Louis, (1952)
- 17) Thom, K.H. : Oral Path. 4th ed., C.V. Mosby
Co. St. Louis, (1954)
- 18) Thoma,, K.H., Robinson, H.B.G. : Oral and
Dental Diagnosis, W.B. Saunders Co., Phila-
delphia, London, (1955)
- 19) 常葉信雄・宮川喜光・河野 齊・望月重巳；血
液疾患 42 例の臨床観察 口腔外誌 5 (1) 79~
83 (昭 34)
- 20) 山形敏一・世古悦夫・石川 誠・長沼堯三・佐
々木栄喜；消化器疾患と舌苔 最新医学 9 (7)
963~968 (昭 29)