

い結膜缺損部へは、上記の個所から取つた健康結膜を移植する。この時、相當に廣く切り採つた積りでも、結膜は卷縮して小さくなるから、豫め四本の絲を掛けて、贅片切除部の四隅へ縫合するの都合のよいやうにして置き、然る後に切り取るのが簡便である。移植した結膜は角膜縁を越えないやうにして置く。かうした移植が失敗するか或はそれが吸収されて仕舞ふやうな時は、既に手術の翌日移植片は著しく白色を帯びてゐる。それに反して移植の成功するときは、そこに相當に強い充血と多少の腫起を呈してゐる。一週間位経過すると、漸く充血が薄らいで、周囲の健康結膜との境界が不明になつてくる。この方法とても未だ決して總ての症例に於て期待の効果を齎らすとは言へないが、従來著者の試みて來た、どの術式よりも成績がよいと思つてゐる。健康結膜を切り取つた跡は、二個所程縫合して置けば、それで容易に治癒するものである。

鞏膜炎

鞏膜炎

通例、發病が急で、疼痛は無いが、よし有つても多くは軽度である。患部鞏膜は勿論のこと、それを蔽ふてゐる眼球結膜も亦相當に強く充血してゐる。結膜フリクテーションの時のやうに、一小部分に限局してはゐないが、さりとて廣く其の全體に及ぶことも稀で、大抵は外半部とか、上外方の四分の一といふ位の範圍で、角膜縁と眼球赤道部との中間のあたりが好發部位である。然し、角膜縁に極く接近して發生することも稀ではない。充血は鞏膜の方に主病竈があるのだから、眼瞼結膜や穹窿部結膜の炎症に觀るものとは異なり、幾分紫色を帯び、個々の血管を識別することは困難である。發赤の強いところは多少明かに扁平狀に隆起してゐる。時にはそれが小指頭大の腫瘍の如く見え

ることもある(第五十五圖)。勿論ここには鑑別上、痲腫或は護膜腫の如き炎症性腫瘍をも考慮に置くべきである。

結膜充血の特に著しいときは、鞏膜に於ける變化は、之れが爲めに蔽はれて、急性結膜カタルの初期と誤まることがある。疑はしいときには瞳孔の大きさに注意する。鞏膜に炎症のあるときは、大抵それが縮小してゐるから、健側の瞳孔と比較すれば容易に之れ知ることが出来る。又鞏膜炎に於ては眼脂分泌を來さない。

第五十四圖



再發性鞏膜炎

第五十五圖



局限核結膜炎性鞏膜炎

鞏膜の表層に於ける炎症は、時として極く一過性で、兩三日ぐらゐで容易に消退し、暫くしてから又更に再發することがある。一過性、定期性、上鞏膜炎、*Herpes zoster periodicus fugax* といひ、鞏膜固有の炎症と區別されてゐる。

鞏膜炎は一眼に止まることが多い。

然し、その原因は結核、梅毒、僕麻質斯等の全身病であるから、他日第二眼の侵されることがある。鞏膜と虹彩根部と角膜縁との三者相隣れる部分即ち前毛様血管が鞏膜を貫いてゐる所には、結核性病變を發することが比較的多い。その臨牀的所見により、或は主として鞏膜炎の症狀を呈し、或は後に述べる硬化性角膜炎として、或は又單に虹彩炎として初發することもあるも、その經過中、互に相移行するのは勿論である。この種の鞏膜炎は第五十四圖に觀るやうに、好んで角膜縁に沿ふ

眼珠の發赤及び疼痛を主徴とする疾患

て、次から次へと繰返して再發する。このことも亦診斷上注意すべき點である。
鞏膜炎は如何にそれが激しい炎症を呈することがあつても、潰瘍を作ることには無い、然し炎症の消退した後は、該部の組織は萎縮に陥つて菲薄となり、その弾力性が減退するからして、眼内壓の爲めに容易に伸展して所謂鞏膜葡萄腫 *Staphyloma serena* を形成する。それが二ヶ所若くはそれ以上に及ぶときは、葡萄膜に發生せる腫瘍と誤ることがある。

療法 先づ瞳孔の大きさに注意し、それが健眼に比して縮小してゐるときは、虹彩後癒著を起す恐れがあるから、散瞳劑を點眼し、瞳孔を六乃至八ミリに散大する。疼痛を訴ふる患者に對しては、ディオニンの點眼を行ひ、同時に温巻法を處方する。

原因療法の必要なるは勿論のこと、若い人には多く結核、中年には微毒老人には儂麻質斯を考ふべきである。其の他少ないけれども、我が國には確かに瘰癧に原因するものがある。又上鞏膜炎は一種のアレルギー反應と思はれる。結核性鞏膜炎にはツベルクリン療法が効果的で、時には既に診斷の目的で用ひた舊ツベルクリンによつて、明かに症状の輕快することさへもある。第五十五圖に示せる症例阿〇千重、二十五歳、人三〇五七がそれで、舊ツベルクリンの適當量を前後四回注射し、それ以外には何等處置することなく、僅か二週間にして全治した。

進行性角膜周圍鞏膜炎 或は膠樣鞏膜炎 *Progressive Scleroperikeritis oder zulzige Scleritis* 本症は常に角膜周圍の鞏膜に初發し、そこに其の全周に互つて、一種の汚穢赤色を呈する膠様の腫起が現はれる。やがてそれが更に求心性に角膜を侵蝕し、時としては其の進行縁に潰瘍を形成することがある。この點、他の鞏膜炎とは趣きを異にしてゐる。

膠樣鞏膜炎

症例 松〇勘七、四十一歳、昭和三年三月五日入院。同年一月末、初め右眼に、二十日程経て更に左眼にも亦發赤を來し、間もなく毛様疼痛を覺え、症状は漸次増悪して、後には視力障礙を來すに至つたといふのである。所見は兩眼とも大同で、眼球結膜を以て蔽はれてゐる鞏膜は、角膜縁に沿ふて殊に強く暗赤色を呈し、且つ明かに腫起してゐるが、それは普通の鞏膜炎とは異なり、何となく柔かい感じを與へる *satiny* のものである。この鞏膜の病變は第五十六圖に示すやうに、既に角膜縁を越えて、大體求心性に進行し、尙ほ未だ侵蝕を蒙らない角膜も、最早透明では無く、却つて濁變性に濁濁してゐる。毛様疼痛が激しいと訴ふるのに、角膜の知覺は明かに減退し、虹彩には炎症性變化が認められない。

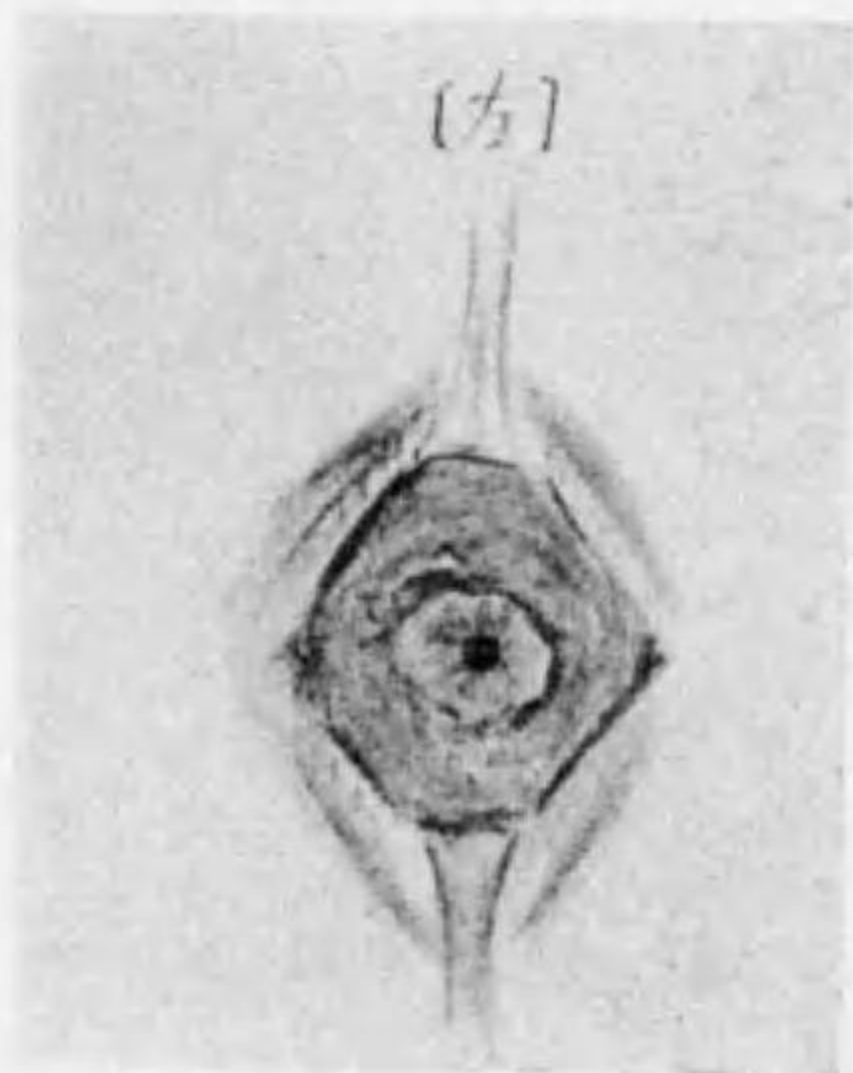
約二ヶ月の間に、症状は急進的に増悪し、兩眼とも遂に失明の轉歸を採るに至つた。

本例は比較的急速に經過し、病變は其の進行縁に沿ふて表在性の潰瘍を形成しつつ、遂に角膜全部を侵したが、從來の報告例中には、慢性に數年の久しきに及び、其の間症状の一進一退せるものもある。けれどもその進行性にして難治なる點に於ては、孰れも殆ど一致してゐる。

本症は時に蠶蝕性角膜潰瘍若くは非定型的なるトラホーム性潰瘍と鑑別を要することがある。本症の原因に就ては結核を想像してゐる人が多いけれども、今述べた著者の例はそれよりも寧ろ儂麻質斯と關係があるやうに思はれた。痛風、微毒等の考へられる場合もある。

療法 對症的に處置する以外には、何等施すべきものが無い。原因を顧慮したので療法が種々試みられるけれども、結局は無効である。

第五十六圖



進行性角膜周圍鞏膜炎

眼球的發赤及び疼痛を主徴とする疾患
各種の角膜炎に於ても、勿論眼球は常に發赤して、且つ多少の疼痛を伴ふものである。而して
それ等の數多い中には、診察上特に詳しく述べて置きたいものがあるので、便宜上、角膜の疾患なる
一章を二〇三頁設けることにした。

虹彩炎及び
虹彩毛様體
炎

虹彩炎及び虹彩毛様體炎

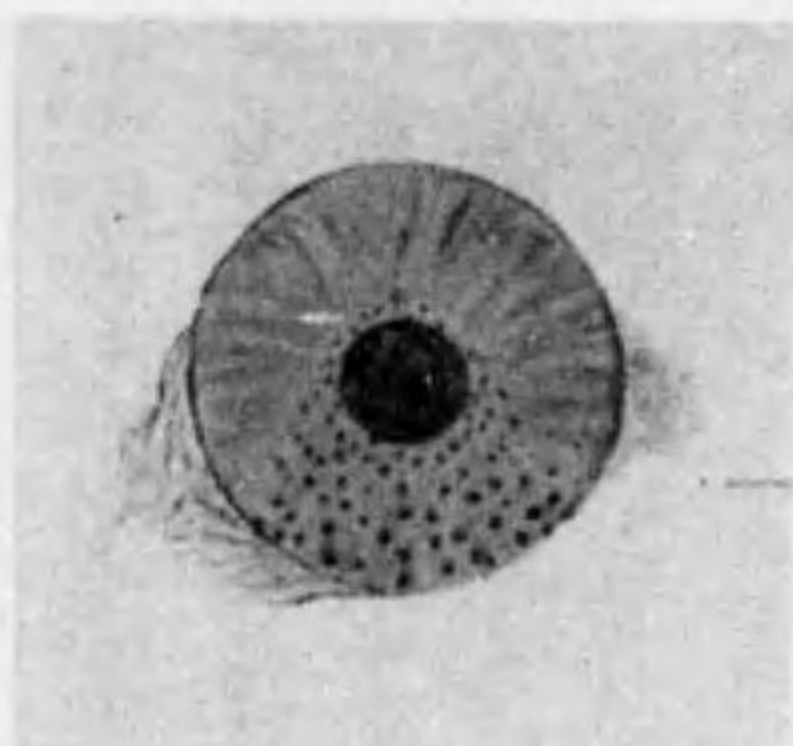
虹彩に炎症のあるとき、其の急性なるは常に必ず毛様充、血を伴ふてゐる。慢性に於ては之れ
を缺くことが多いけれども、その孰れの場合でも、瞳孔は縮小してゐる。それといふのも虹彩に炎
症があれば、勿論そこに充血が現はれて、その容積を増し且つ多少とも瞳孔括約筋が刺戟せられる
からである。

かやうにして縮小せる瞳孔の縁は、殆ど必然的に水晶體と癒着し、所謂虹彩後癒着を呈してゐる。
尤も眼科の患者は甲から乙、乙から丙と轉々として主治醫を換へて行くのが相當に多く、彼等の中
には我々の所へ來る以前に、既に醫藥を受けてゐるのがある。それで若し前の醫師から適當なる
治療を受けてゐたとすれば、當然そこに散瞳劑が使はれてゐる筈で、然るとき瞳孔は最早縮小して
ゐない。然し斯る場合でも、少しく注意すれば、そこには必ずや瞳孔縁に於て後癒着若しくは其の痕
跡が認められる。

また虹彩に炎症があれば、滲出物が前房水中へ移行する、それを證據立てるものが角膜後面に生
ずる沈着物即ちブレチビターテ Precipitate である(第五十七圖)。人によつてはこれを以て毛様體
炎の一症狀と見做してゐるが、虹彩炎だけの時でも現はれるものと、著者は思つてゐる。炎症滲出物

豚脂様ブレ
チビターテ

圖七十五第



テ-タビチレブの面後膜角

は毛様體からばかりでなく、虹彩からも出て來るとすれば、その中に含まれる蛋白質が沈降するの
は當然である。其他、虹彩に炎症のあるとき、角膜後層デッセメッ
ト氏膜も亦侵されてデッセメット膜炎 Desemetitis を發することがあり、
ブレチビターテはその一症狀であると言ふ人もある。然し實質
性角膜炎に於て、通例ブレチビターテを觀ないところから、矢張り
それは虹彩炎の方の症狀と認むべきである。

豚脂様ブレチビターテ Speckige Präcipitate といふのは、普通見るブレ
チビターテよりも概して大きく、從つて其の數も少なく、好んで結節

狀を爲してゐる。組織的には明かに結核様構造を示すものがあるといふ。此の種のブレチビターテ
は、獨り角膜後面に存する計りでなく、時には水晶體の前面或は虹彩の表面にも現はれる、少しく経過を
觀察すると容易にその位置を變へるので、一に又遊走結節 Wandertuberkel とも呼

圖八十五第



テ-タビチレブの面前膜角

ばれてゐる。他に之れといふ特徴の無い虹彩毛様體炎に、斯るブレチビター
テを生ぜるとき、その結核性なるは殆ど疑ひを容れない所である。

虹彩炎若しくは虹彩毛様體炎の症狀の激甚なるもので、殊にそれが微毒に
原因するとき、往々にして前房蓄膿、若しくは前房出血を來すことがある。尤

も或る種類の虹彩毛様體炎では、刺戟症狀の左程でもないのに、好んで前房に蓄膿を生じてくる、其
の反覆して再發するが爲めに特に再發性前房蓄膿性葡萄膜炎、rezidivierende Hypopyonuveitis と呼ば
れてゐる。虹彩毛様體と同時に脈絡膜も亦大抵罹患する。その原因は不明だが、結核性と觀てゐ
る人が多いやうである。

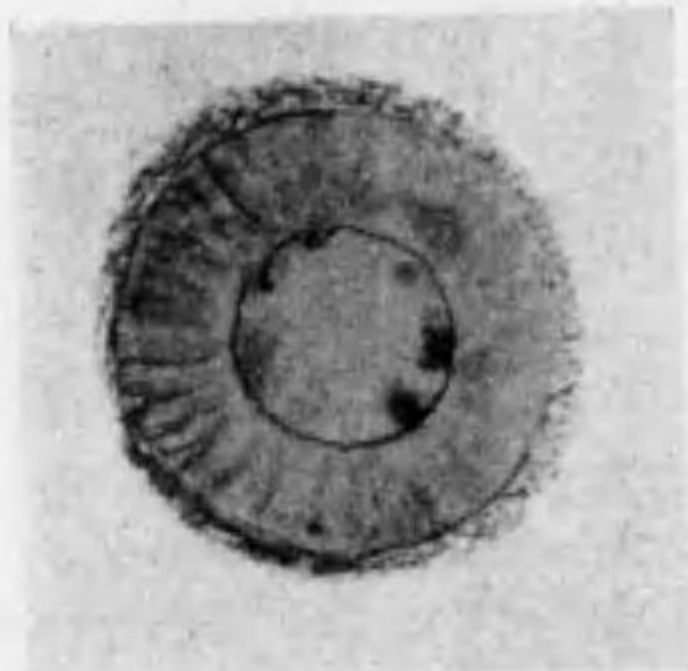
眼球的發赤及び疼痛を主徴とする疾患

圖九十五第



虹彩炎に於ける瞳孔散瞳

圖十六第



形成性虹彩炎に於ける瞳孔見所

虹彩毛様體炎には漿液性、成形性

及び化膿性等が區別されてゐる。

漿液性といふのは輕症で、主として

虹彩の表層が侵され、其の滲出液は

下方に沈降し易い。従つて虹彩後

癒著を起すとしても、通例は下半部

の瞳孔縁だけだから、散瞳劑を點眼

すると、上半部は能く散大する。成形性炎症に於ては虹彩實質全體に互つて、細胞の浸潤も強く、後

癒著も瞳孔の全周縁に及んでゐる、吾人の遭遇する多數は之れに屬するのである。化膿性炎症は

通例同時に脈絡膜、網膜及び硝子體にまで炎症が波及し、輕くとも硝子體膿瘍重ければ全眼球炎へ

移行する。身體の他の部分に原發病竈を有する轉移性のものが多い。

結核性虹彩炎の時には、虹彩表面殊に小虹彩輪に添ふて結節を生じ、又微毒性なるときは瞳孔縁

に蕾疹を發するやうに、一般には言はれてゐるけれども、個々の症例について觀るに、必ずしもさう

計りでない。蕾疹が小虹彩輪に、結核性結節が瞳孔縁に出来る場合が往々ある。其の他レブラに

原因するものに於ても、虹彩面に小なる結節を生ずることがあるといふ。

幼年なる患者にありては、網膜、グリオームが結核性、虹彩炎と混同せられることがある。腫瘍細

胞が前眼部に轉移して、虹彩面に澤山の結節を生じ、或は同時に前房内に脱落せる腫瘍組織が蓄膿

の如く觀えることがある。尤も患者の年齢から言へば、グリオームは通例三歳以下、又結核性虹彩

炎は五歳以後に始まるのが多いから、この點に注意すれば鑑別は左まで困難ではない。

虹彩に炎症があると、それが充血腫起するために、表面の紋理が不明となり、且つその色が變つて

くる。然し、邦人のやうに虹彩が色素に富み、常態に於て既に暗褐色を呈してゐるものでは、健康な

る他眼と比較して、始めてそれと領かれることが多い。尤も炎症が少し永く續いて、多少萎縮を起

すやうになると、充血せる血管の走行は、可なり明瞭に現はれてくる。

結核性虹彩炎では時とすると、虹彩の表面に簇生せる結節が、後には一個の腫瘍狀集團となつて

前房を充實し、更に

角膜縁に近く、鞏膜

を、多くは其の外下

方に於て穿孔する

(第六十一圖)。

症例 大○重道

十一歳、昭和二年

六月七日入院。約

一ヶ月前より從來

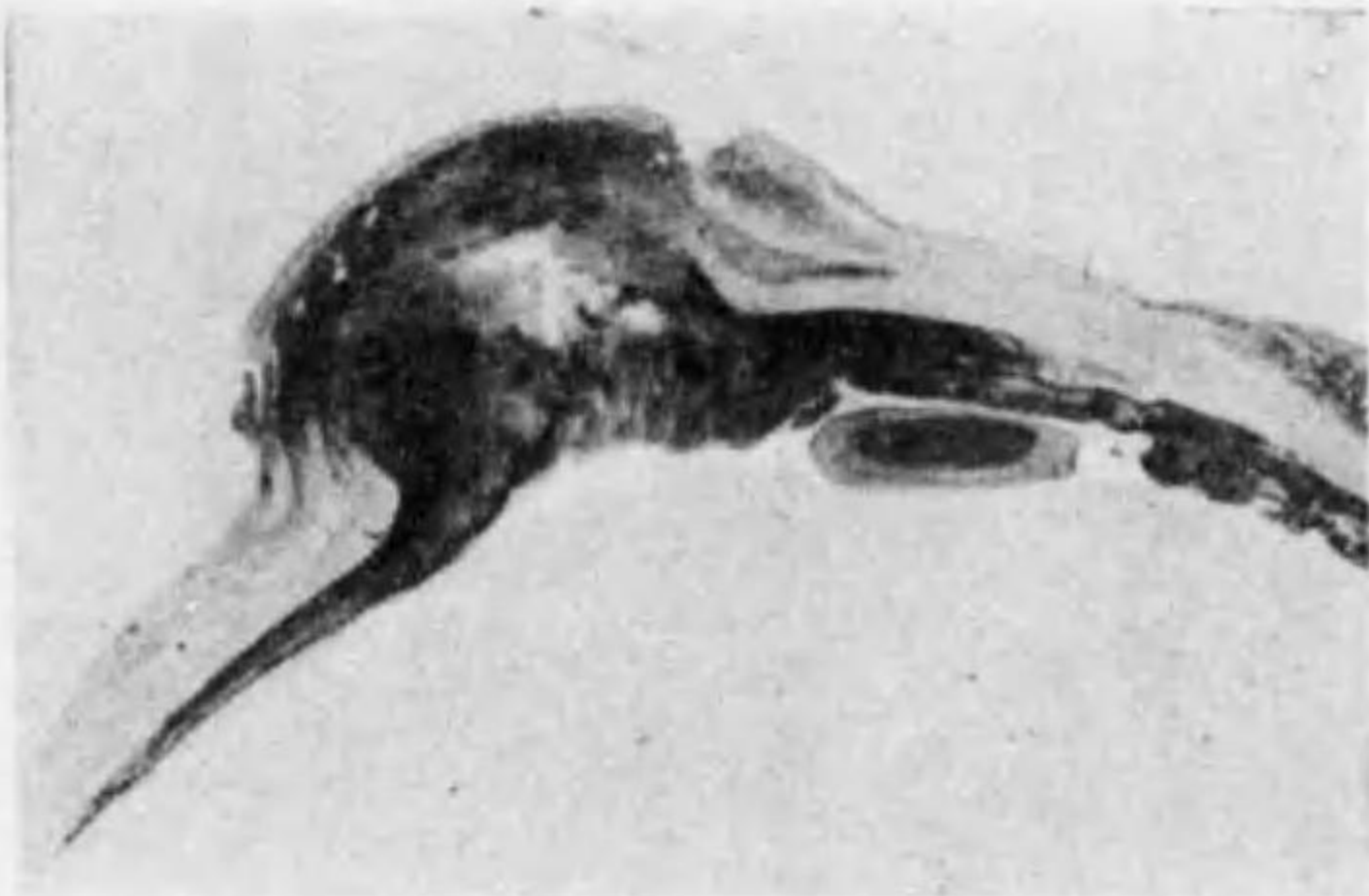
健全であつた左眼

に視力障礙を覺え、

同時に軽度の眼球

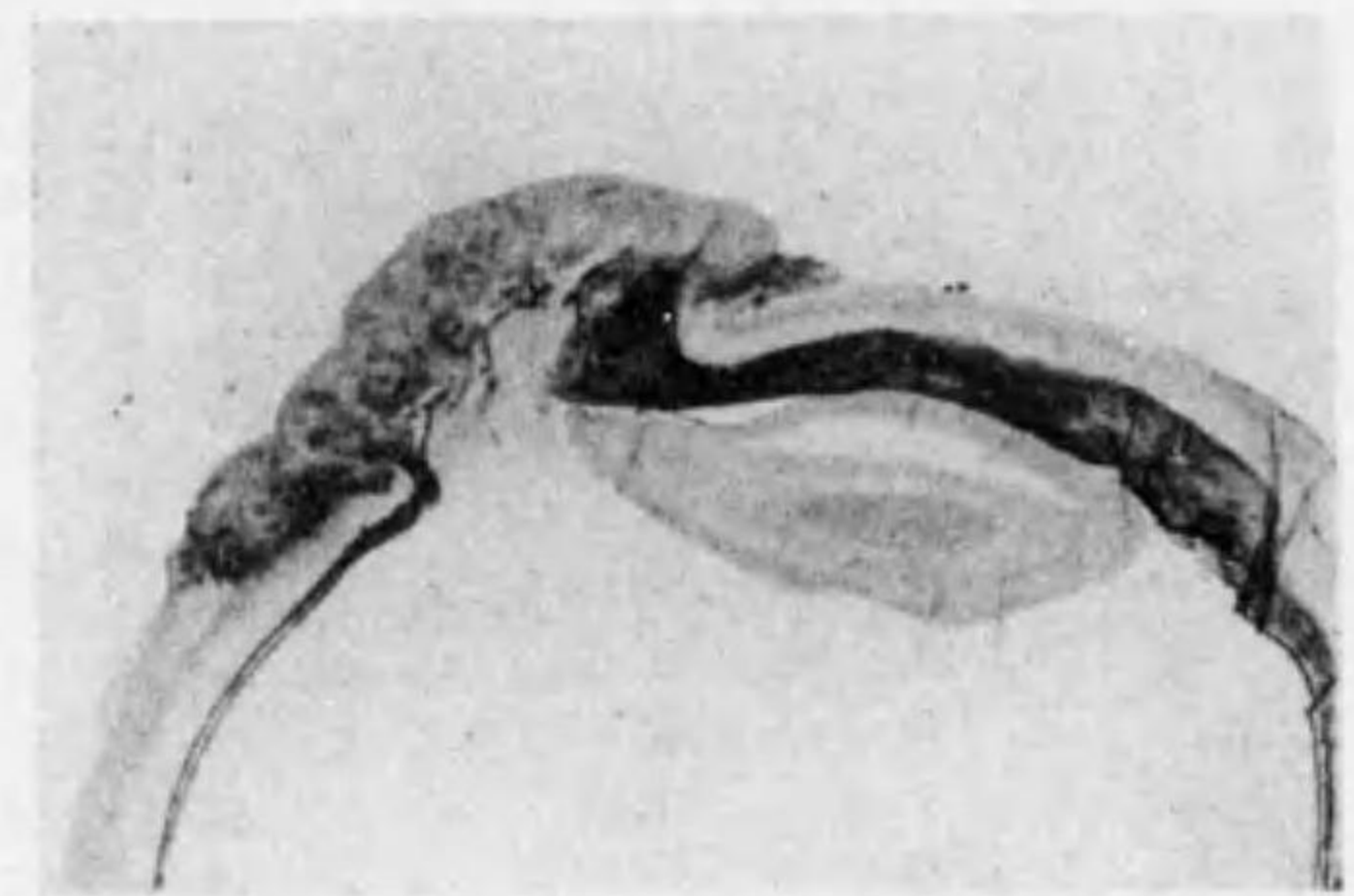
發赤を氣付いたの

圖一十六第



孔穿膜鞏をけ於に炎體様毛彩虹性核結

圖二十六第



孔穿膜鞏をけ於に炎體様毛彩虹性毒徴

で、醫療を受けたが輕快せないといふのである。

他覺的に左眼は著明なる毛様充血を呈し、角膜は瀰漫

性に薄く潤濁して其の後面には多數のブレチビターテを認めるが實質炎の症状は無い。相當に散大せる瞳孔縁に殆ど其の全周に互つて多くの結節を形成してゐる。眼底徹照せず、視力眼前手動、内壓約四〇ミリ、ツベルクリン全身反應陽性、然し内科的には胸腹部に異常が無いとのこと。
入院約三週間の経過に於て、對症的には勿論、原因療法も亦全く奏效せず、眼球の充血は彌々著しく、結節の増大融合に伴ふて、虹彩の肥厚漸く加はり、その爲めに今や前房は著しく淺く、殆ど消失せん計りとなり、更に加るに下外方角膜縁に近く、鞏膜は膨隆して、そこに穿孔の危険が迫つたので、遂に眼球摘出を断行した。

本例の如きは、始めから充分合理的に處置せられたのに拘らず、症状は少しも輕快せず、却つて益増悪し、全経過二ヶ月にして鞏膜穿孔にまで到らんとしたのである。

微毒性のものに於ても、其の炎症の激しいか或は虹彩根部に護膜腫を發生するとき、同じ様なる経過を採ることがある。第六十二圖に示せるものは其の一例である。

虹彩炎は如何にその症状が激しい時でも、唯それだけでは硝子體の潤濁を來すことが殆ど無い。若しそれがあれば、明かにそこには毛様體炎を合併してゐるのである。同じ様に瞳孔縁に膜様組織を生じて、彼の腫孔閉鎖症、Occlusio pupillaeを呈するものも、毛様體炎を兼ねてゐる爲めである。又虹彩炎は單獨に發することが有るけれども、毛様體炎は必ず虹彩炎に附隨するものである。勿論毛様體の變化は、直接に之れを認めることは出来ない。唯他覺的所見に比して、視力障礙の著しいのは、多くは毛様體炎の爲めに硝子體の潤濁せる結果で、これも診斷上の一つの根據である。

急性毛様體炎に於ては、必ず毛様疼痛を發し、その激甚なるものにあつては、睡眠の妨げられることが稀でない。微毒に原因するものに於て殊にそれが著しい。自發的には疼痛のない場合でも、

毛様體部に軽い指壓を加へると、患者は大抵多少の疼痛を感ずる。交感性眼炎の疑ひあるとき、忘れてならない検査法の一つである。

急性虹彩毛様體炎の折に、屢眼内壓が充進して、時には緑内障の症状をさへ呈することがある。一方、毛様體に於ける分泌機能が充進すると同時に、他方、蛋白質に富める房水の隅角部よりの還流が困難となる爲めだと説明されてゐる。斯る場合にはアトロピンを點眼すると、眼壓は益充進する。さりとてエゼリンでは虹彩後癒着を起して尙更困るといふことになる。固より患者の年齢を顧慮する必要はあるが、然し一般には矢張り散瞳劑を處方すべきである。

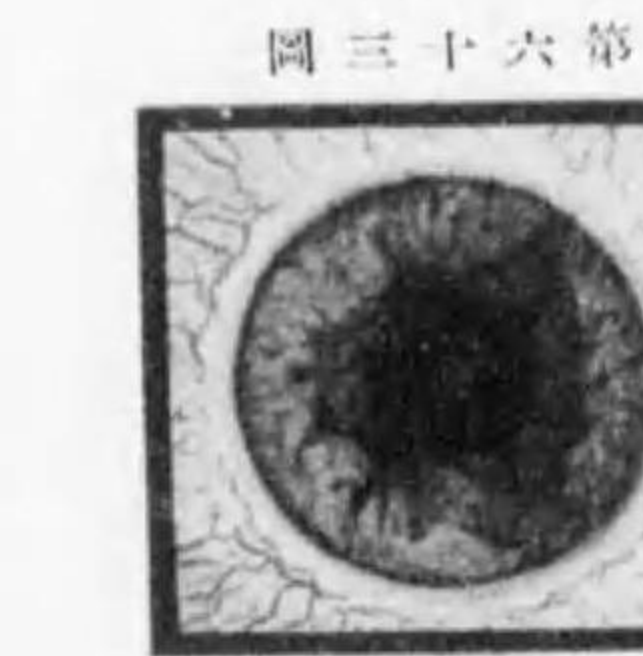
次の一例は、始め左眼に急性緑内障を發し、縮瞳劑の點眼によつて症状輕快せず、遂にトレバナチオンを行つたが、其の治癒後、幾もなく今度は右眼に急性虹彩毛様體炎を發し、散瞳劑の頻回點眼に拘らず、この方には緑内障の症状は遂に現はれて來なかつた。實地家として大に参考に資すべきである。

症例 證〇善橋、四十七歳、昭和四年二月十四日入院。患者は十日前、心身の過勞後、夜分急に左眼に輕度の疼痛と共に、視力減退を氣付き、其翌日に至りて症状益増悪し、醫療を加へたけれども輕快しないといふのである。

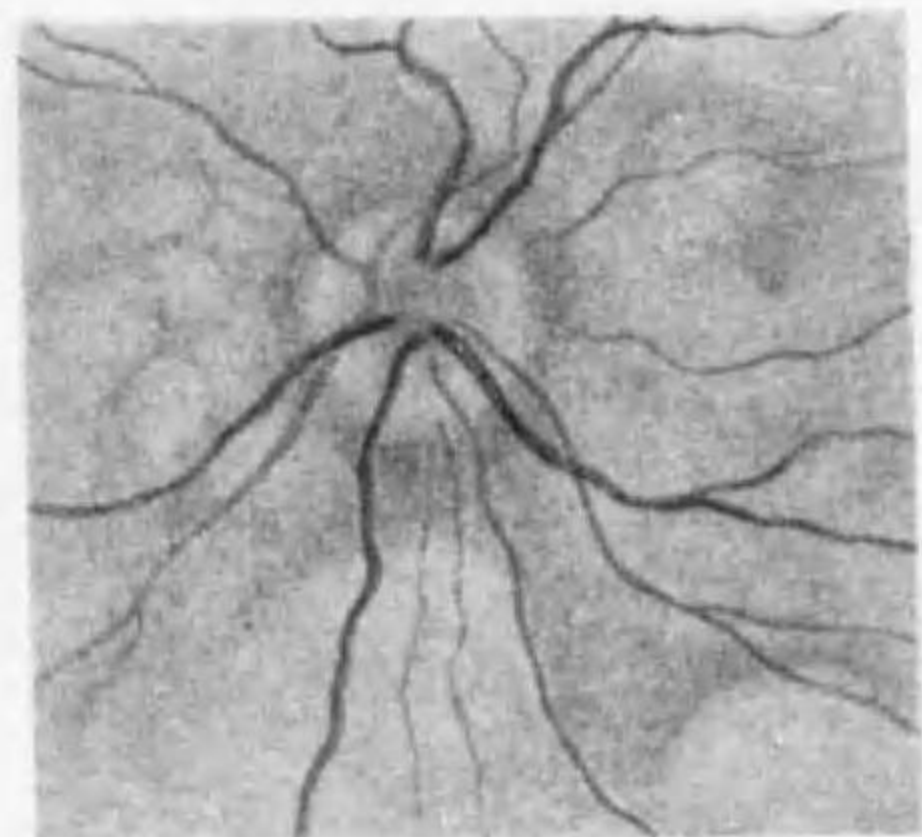
視力右一、左三米指數、他覺的には、左眼の眼球結膜は中等度に發赤し、著明なる毛様充血がある。角膜は汎發性に輕濁し、其の表面は少しく粗糙となつてゐる。瞳孔は一ダエゼリンの頻回點眼に拘らず、三ミリ以下には縮小せない。虹彩後癒着なく、水晶體及び硝子體は透明で、眼底は比較的能く觀えるが、乳頭は未だ陷凹してゐない。右眼は健全眼、内壓、右は二五乃至三〇ミリ、左は七〇乃至八〇ミリ、水銀柱。二月十七日、グラウコマンの點眼により、瞳孔少しく散大して四ミリとなり、それに伴ふて眼壓は八三ミリに充進し、患者は疼痛を訴ふるに至つた。爾後エゼリン、ピロカルピンの點眼により、症状は漸次

輕快に赴いたが、眼壓は遂に四〇ミリ以下には降らず、依つて三月二十二日、トレバチオンを行つた。それから一週間ばかり経て、總ての症状は著しく輕快し、眼壓は一ミリとなり、視力も〇・四に改良して、患者は三月二日退院した。然るに三月六日に至り、今まで健康だった右眼に發赤を來し、一二の視力が〇・五に減退した。然し瞳孔は散大せず、寧ろ却つて縮小し、反應が缺如してゐる。虹彩、炎の症状が明瞭だったので、初め一ダットロビン軟膏、後には二ダットものを點入した。その結果、瞳孔は約六ミリに散大したけれども、下半部は遂に後癒着を起した。眼壓上昇せず、右一九ミリ、左一二ミリ水銀柱であつた。

或る種類の重症虹彩毛様體



圖三十六第
に炎體様毛彩虹症重
見所部眼前け於



圖四十六第
炎膜絡脈に炎體様毛彩虹症重
於に期復恢のものもせ發併を
見所底眼る

作に微毒性のものとして診斷する。本症は時とすると、脈絡膜に初發し、漸次前眼部に及んで來る。然るとき眼底の所見は、急性瀰漫性網膜脈絡膜炎の像を呈し、好んで網膜剝離を合併する、一部の患者から原田氏病と呼ばれてゐるのが、それである。

穿孔性外傷に續發する虹彩毛様體炎は、屢他眼に交感性眼炎を發するが、其の時には通例、視神經

炎を初發症状とするから、眼底の検査を怠つてはならない。

急性虹彩毛様體炎は其の初期には眼内壓の亢進を伴ふことが多いけれども、末期になると却つて下降する。毛様體が續發萎縮に陥り、その分泌機能の減退する爲め、斯る症例に於ては、視力に關する豫後が一般に不良である。尤も時とすると、同時に脈絡膜炎を併發して、そこに網膜剝離を起し、其の結果内壓の下降することもある。

比較的輕症なる虹彩毛様體炎に、高度の鬱積、乳頭を續發することがある。

急性虹彩毛様體炎の原因として、先づ考ふべきは結核、及び微毒であるが、其の外尙ほ不明のものが多い、例へば交感



圖五十六第
す發併に炎膜葡葡發特
落脱の髮毛る



圖六十六第
す發併に炎膜葡葡發特
風癩白る

性眼炎及び毛髮の白變、脱落を伴ふもの如きがそれである。我が國には慢性虹彩毛様體炎も稀でない。そこ

に特異の所見は無いけれども、同時に顔面、眼瞼、眉毛、角膜等に癩性病變の現はれてゐるとき、診斷は容易である。癩は外眼部から漸次、眼内組織を侵して行くといふ説もあるが、然し血行により虹彩毛様體に先づ發症する場合が慥かにある。

慢性虹彩毛様體炎には、最初から慢性に經過するものと、急性症より移行するものがある。其

眼球の發赤及び疼痛を主徴とする疾患

の孰れを問はず、充血、疼痛等の刺戟症状は之れを缺くか或は軽度である。それにも拘らず、瞳孔は多少明かに縮小し、好んで水晶體と後癒著を營んでゐる。縮腫の左程著しくない時は、 O_5A トロピンの點眼ぐらゐで、容易に再び散大する。然し既に癒著の存するものでは、それが離断せない爲めに瞳孔は不正形を呈し(第五十九圖)適當に加療せられないものでは、更に瞳孔全部が輪狀に癒著して、腫孔、遮断症、*teclusio pupillae* を續發してゐる。それといふのも慢性症は多くは潛行的に經過するからして、患者としては極めて徐々に加つて來る視力障礙以外には、何等の苦痛も感じ無いので、一眼の視力の善良なる限り、患眼の方は既に O_1 以下に減退しても知らずに、其の儘放置して醫療を加へなかつたといふのが往々ある。殊にそれが中年若くはそれ以上の婦人に多い。又結核性のものであると、發作性に刺戟症状が現はれて、段々と増悪するのが普通である。

一般に慢性虹彩毛様體炎の豫後は、決して患者の思つてゐるやうに樂觀すべきもので無く、寧ろ *curat* である。既に輪狀後癒著を起してくると、そこには殆ど必然的に縁内障を續發する。又毛様體の機能障礙の爲めに續發性白内障を起し、更に重いものになると眼球癆にも到ることがある。

虹彩毛様體炎の結果、虹彩が續發萎縮に陥ると、虹彩組織は菲薄となつて、表層の紋理は不明となり、多くの小孔をさへも形成することがある。然るとき健康眼に比して色素の脱退が特に眼につく。虹彩が水晶體と廣汎に互つて癒著するとき、前房は明かに其の深さを増してくる。前に述べた頭髮の脱落、白變を伴ふ重症虹彩毛様體炎に於て、能く觀る所である。それに反して、虹彩が腫孔縁に於てのみ輪狀に癒著して、前後兩房の交通が遮断せられるとき、前房は著しく淺くなり、虹彩はその爲めに角膜の後面に近づき、唯瞳孔の所だけが陥凹してゐる。あちらでは *naphkuchentönig* と形

容してゐるが、我が國で言へば正に筒パン状である。

虹彩後癒著と鑑別を要するものに、瞳孔膜遺殘症及びフロックスイリジスといふのがある。兩者とも一種の發育異常である。

療法 原因の如何を問はず、急性症は勿論、慢性症に於ても何よりも先づ瞳孔の大きさに注意し、虹彩後癒著を起さないやう、若し既に起してゐたならば、之れを離断するやう、症状の輕重に應じて適宜アトロピンの點眼を行ふ。微毒に原因するものは一般に刺戟症状が強く、散瞳劑も餘程濃厚なるものを頻回使用せないと奏效し難いことがある。

次に原因療法の絶對必要なは固よりだが、急性微毒性のものにありては、時として嚴重なる驅微療法の期待に副はぬことがある。結核に原因するものに於ても、ツベルクリン療法、レントゲンラヂウム等の效果の顯著なることもあるけれども、中には症状が一進一退して、經過の思はしくないので相當に多い。殊に同時に鞏膜炎を起してゐるのは、一旦治癒したやうに觀えても、容易に再發する傾向が著しい。この種の結核性虹彩毛様體炎に對する新しい試みとして、シーク氏は患者自身、血液を採つて、それを前房内へ注入すると、效果があると發表し、比較的好評を博してゐる。内科的に顯著なる病變の無い結核患者の血液中には結核菌に對する抗體が存在するといふ根據から出發したもので、この抗體はたとひ虹彩に炎症があつても、他の種類の抗體のやうに、容易に前房内へ移行し得ないから、それを人為的に注入すれば効果があるだらうといふのである。

方法としては、コカイン局所麻酔の後、前房内へ刺入するに都合のよい針を普通の注射器に取り付け、それを以て初め先づ房水を一部分吸引し、次で針だけは其の儘そこに殘して置く、すると殘餘の房水がそこから滴落する。一方、上膊靜脈から血液を採取し、それを吸引せる注射器を、直ちに前房内へ刺入

せる儘の針に接合して、成るべく手早く前房内へ徐々に注入するのである。其際血液は室温ならば五分間位は凝固することが無いから、敢へてさう遠くにも及ばない。それよりも前房内へ刺入せる針で水晶體や虹彩を傷けないやうに注意することが肝要である。針は餘り細いと血液によつて其の内腔が閉塞される恐れがある。さりとて太いものでは注射後、針の刺入部から血液が漏出する。その外、この針を前房内へ刺入することは常に必ずしも容易で無い。それで著者は最初に鞏膜針を以て、豫め上方の角膜縁部を穿孔し、そこから注射針を刺入することにしてゐる。それでも注入せる血液の一部は漏れるもので、前房の半ば位を満すことが出来れば充分である。

かうして前房内へ注入した血液は早いときは二十四時間、遅くとも三日の後には大部分が吸収される。其の頃になると、今迄多少刺戟の強かつた前眼部に於て、症状は明かに認め得る程度に輕快する、奏效と觀るべきである。注射は十日か二週間に一回位の割合に行ひ、三乃至六回を以て一療期とする。試むる價値はある、が然し著者はこの療法を行つて却つて虹彩に結節を生ぜしめたことがある、恐らく注入せる血液中に結核菌が含まれてゐた爲めと思ふ。

結核性及び微毒性虹彩毛様體炎に於て、適當なる原因療法にも拘らず、症状増悪して鞏膜穿孔の危期に頻せる場合は、到底視力回復の見込が無いから、寧ろ眼球摘出を行つた方がよい。穿孔性外傷に續發せる虹彩毛様體炎にして、交感性眼炎の疑ひある時も亦同様である。

原因不明の虹彩毛様體炎に對しては一般的消炎療法を行ふ。
充血疼痛等の刺戟症状輕減し、硝子體濁濁の爲めに視力の減退せるものには、對症的に結膜下注射、前房の反覆穿刺等は適應の處置である。ツールネデン氏の硝子體吸引療法は餘り效果的でない、時とすると却つてこの爲めに刺戟症状の再燃することさへもある。

輪狀虹彩後癒著に綠内障を續發せるものには、新たに前房と後房との交通路を設くる爲めに虹彩切開或は切除が必要である。

續發性白内障は、之れを摘出することによりて再び視力回復の望みはあるけれども、この時には手術後に好んで炎症を發して、瞳孔領に膜様結締織を新生するが爲めに、手術の效果の期待に副はないことが多い。

炎性綠内障

炎性綠内障

急性綠内障

急性綠内障 (Chauconia acutum)

眼球の發赤及び疼痛を伴ふ各種の疾患中、その豫後より觀て、最も注意すべきは本症である。それといふのも本症は能ふ限り早く診斷して、これを適當に治療することが出来れば、視力の恢復はさまで困難では無いけれども、若し治療の時機を逸すると、遂にまた救ふ可からざるに至ることが多いからである。然るに本症發作時、疼痛の特に激甚なるものありては、それが三叉神經第一枝の全部に互つて放散する爲め、患者は肝腎の視力障礙の方には餘り注意せず、單に之れを頭痛と感ひ、而かもそれが通例晚餐後二、三時間にして急發する故に、何か重い全身病にでも罹つたものと思ひ、先づ治を内科醫に求むる、多くはさうである。斯る場合、内科醫の中には又往々にして全身症状を檢查するに急で、眼に關しては兎角、等閑に附する者があるけれども、若し一度注意が眼球の發赤に向けられたならば、そこに何人にも極めて容易に認め得る症状が現はれてゐる。

急性綠内障と最も屢混同せられるのは尿毒症で、患者が萎縮腎にでも罹つてゐるとき、殊にそれ

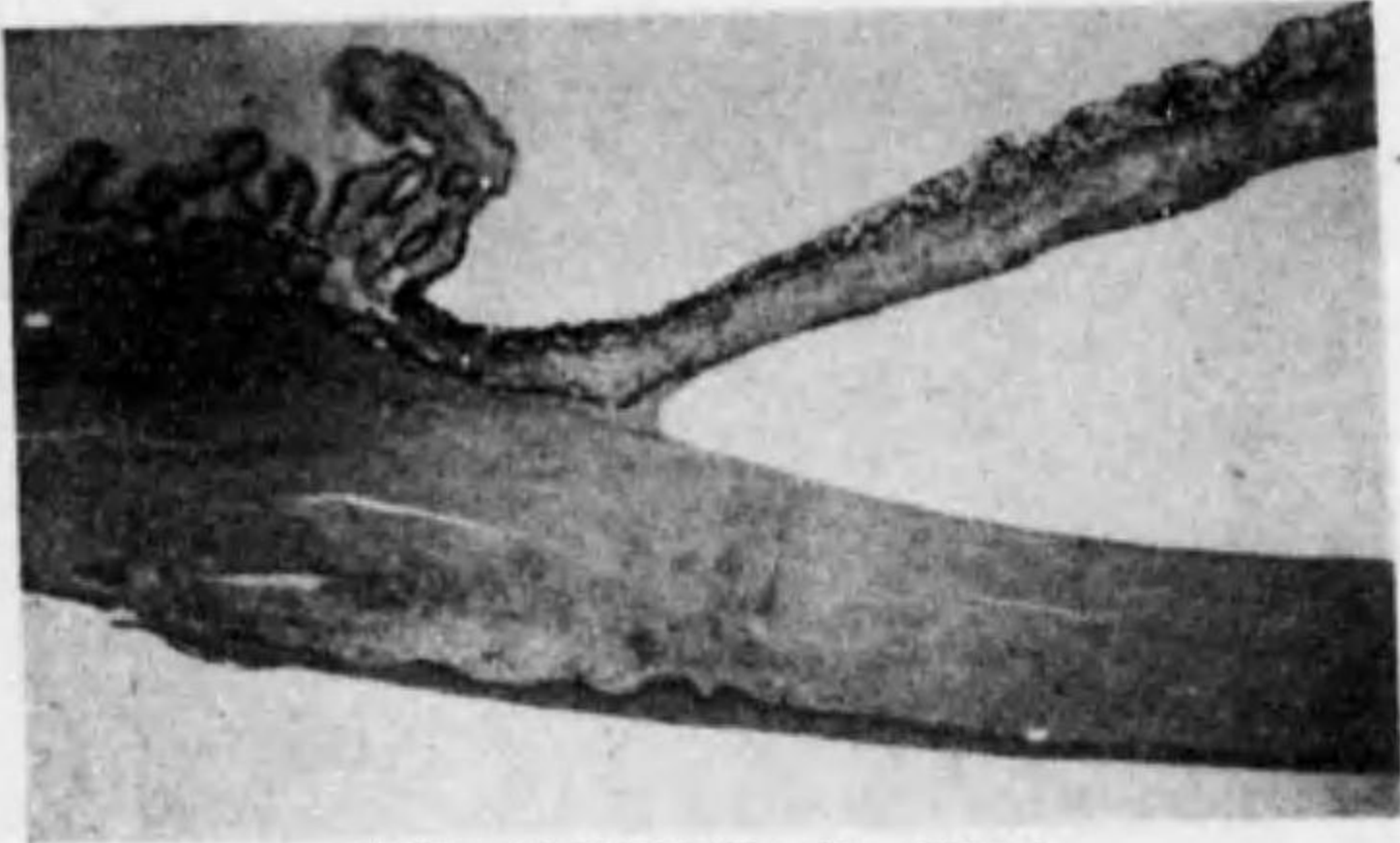
が多いやうに思ふ。又比較的稀とは思ふが本症を腦出血と誤り、患者自ら視力障礙を氣付いてゐたのに拘らず數ヶ月の久しきに亙つて絶對安靜を命じ、眼の方には全然治療を加ふることなく、遂に完全綠内障に陥らしめた内科醫のあつたことが、今尙ほ著者の記憶に残つてゐる。

元來、急性綠内障に於ける頭痛といふのは、所謂偏頭痛で、その側の眼を觀ると、何よりも先づ充血の著しいのが注意せられる。眼瞼は多少腫起して、瞼裂は狭くなつてゐるが、眼球結膜は其の全體に亙つて發赤してゐる。勿論、毛様充血も強いのである。無造作に開瞼し、或は強いて眼瞼を反轉して眼球に指壓を加へると、患者は一層激しい疼痛を訴へる。更に角膜を觀ると、そこには實質炎に於けると同様なる瀰漫性の濁濁が現はれ、その表面は粗糙で光澤を失つてゐる。然し血管の新生は全く無い。

診斷上最も重要な所見は瞳孔の散大、Mydriasisで、同時に幾分上方若くは上内方に偏位し、その形狀も縦に長い橢圓形を呈してゐることが多い。元來、綠内障なる名稱は、この著明

なる散瞳に由來してゐるもので、獨り急性症計りでなく慢性症に於ても、苟も眼内壓の病的に充進してゐるものにあつては、虹彩後癒着の無い限り、殆ど必然的に散瞳を來すのである。患者の年齢に比して、瞳孔の散大してゐるときは、先づ綠内障を考ふべきである。

第七十六圖



綠内障に觀る前房隅部の閉塞

次に前房は著しく淺く、時には殆ど全く消失し、虹彩は角膜の後面に接觸せんばかりになつてゐる。即ちそこに明かに前房隅部の閉塞がある。房水の流出が妨げられるのは當然で、眼内壓の急激なる充進も、畢竟は之れに職山するのである。僅か一滴の房水が増すだけでも、眼内壓は六〇ミリ水銀柱にまで高まると言はれてゐる。急性綠内障の發作時には大抵は一〇〇ミリ以上になつてゐる。従つて内壓計を用ひるまでもなく、既に指壓によつて、その著明なる充進を觸知することが出来る。

今述べたやうに、急性綠内障といふものは、その發するや常に急激であり、突然である。然し、その玆に至るまでには、必ず前驅期、Prodromalstadiumといふものがある。誘導的に病歴を尋ねると、多くの患者は既往に於て、時々一過性の視力障礙を自覺してゐる。而かもそれが他の眼疾患に比して特異であるのは、大抵夜分に起つてくることである。従つて其の際電燈の如き光源を見ると、その周圍に虹輪、Regenbogenringが出來てゐる。これは通例、角膜に薄い瀰漫性の濁濁のあるときに起る現象で、この濁濁は他覺的にも明かにそれと認められる。それ計りでなく同時に又必ず瞳孔が散大してゐる。勿論そこには眼内壓が充進してゐるのだが、その程度が比較的輕いので、患者は別に疼痛を覺えるに至らない。視力障礙も高々三十分間か一時間位で霧消する。かうした小發作は始めの間は一年に一回位で、患者の記憶に残る程にもないが、段々と其の度數が増してくる。後には月に一回或は二回となり、それが頻々と繰返されてゐるうちに、遂に前に述べた大發作 Anfall oder Glaukomevolution となるのである。

この大發作の動機としては、心身の過勞が挙げられてゐる。それも殆ど一律に晚餐後、二三時間

を経てから急發する。この大發作を起しても、可及的迅速に適當に處置することが出来れば、充進せる内壓の下降に伴ひ、視力も亦漸次回復するけれども、稀には唯一回の發作で、その儘失明して治療の効果の無いことがある。最も悪性で、電撃性緑内障、Glaucoma Humilians と呼んでゐる。たとひ電撃性のものでなくとも、對症的減壓療法を行はないか、或は行つても奏效せないとときは、更に又第二、第三の發作が襲來し、その度毎に視力は障礙せられて減退し、遂には完全緑内障に陥つて失明の轉歸を採る。

本症は通例一眼に止まつてゐる。然し時を異にして第二眼の侵されることは、勿論あり得るのである。遠視眼が本病に罹り易い素質を持つてゐることは、既に古くから知られてゐるが、近頃の研究によれば、さうした局所的素因もさることながら、それよりも寧ろ内分泌障礙による植物性神經系の異常が、より多くの役割を演じてゐるらしいのである。

出血性緑内障 (Glaucoma haemorrhagicum) 網膜若くは脈絡膜に出血するとき、その經過中に、比較的急速に炎症性緑内障を發することがある。臨牀上、それが出血と因果的關係のあることは推斷し得られるが、如何なる病理によるものか、今日尙ほ全く不明である。局所的變化には相違ないが、他の續發性緑内障のやうに、眼内液交流の障礙によつて説明することも出来ない。更に急性緑内障の方は減壓療法が能く奏效するのに、出血性緑内障の方は必然的に失明し、如何なる處置も效果的のものが無い。若年者に觀る炎症性緑内障は、殆どその總てが出血性のもので、發作時の症狀だけでは、原發性緑内障と鑑別することは不可能である。後者に於て、手術後、急に眼内壓が下降し、その爲めに眼底に出血することがあるから、それとこの出血性緑内障とを混同しないやうに注意し

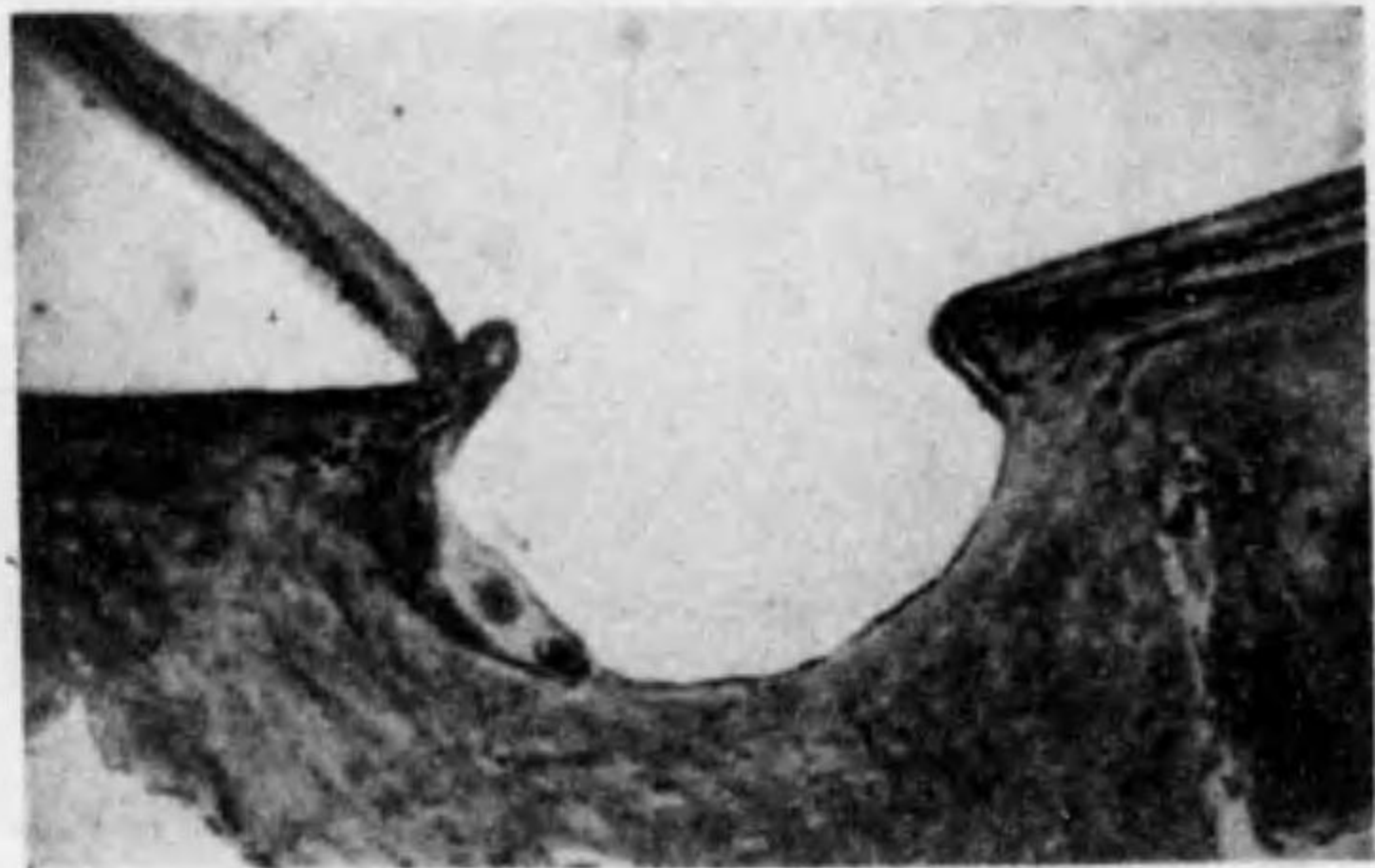
出血性緑内障

なければならぬ。尙ほこのものは眼内出血の量からは全然無關係であり、また新しき出血に於てのみ發するとは限らない。

慢性炎症性緑内障

慢性炎症性緑内障 (Glaucoma inflammatorium chronicum) 急性緑内障が發作後、再び以前の健康状態に復せず、其の儘慢性症に移行することもあり、或は始めから慢性症として經過する場合もある。患者の主訴は多くは單なる視力障礙であるが、時には眼球の發赤及び疼痛を訴ふることがある。他覺的所見は大體急性症と同様で、唯幾分輕いといふ程度の相違である。即ち毛様充血があり、又眼球に指壓を加へると、矢張りそこに毛様疼痛がある。角膜も少し注意して検査すると、其の表面は全くの滑澤ではなく、幾分潤濁してゐる。散瞳も急性發作の時のやうに著しくはないが、然し健眼に比して明かにそれと認めることが出来る。眼壓も相當に高く、五〇乃至七〇ミリ水銀柱或はそれ以上に充進してゐるものが多い、且つ其の一日中の動搖は餘り著しくない。誤つて散瞳劑でも、點眼すると、容易に増悪して急性炎の症狀が現はれて來る。時とすると、單に患者を少し長く暗室に入れて置いて、その爲めに瞳孔が散大す

第六十八圖



慢性炎症性緑内障 四陷頭乳性障内緑

ると、唯それだけで眼壓が急に充進することさへもある。その代りエゼリン、ピロカルピン等の點眼によつて瞳孔が縮小すれば、それに伴ふて内壓は下降する。内壓が下降すれば視力も自然改良

眼球の發赤及び疼痛を主徴とする疾患

するけれども、發病後既に相當の時日を経過したものでは、眼底に變化が現はれて來るから多くは減退した儘である。

眼底の變化といふのは彼の單純綠内障の時と同様に、乳頭の陷凹、萎縮である。網膜血管は乳頭縁に於て屈曲し、その著しい時は、そこで全く斷絶し、それより先の方へ追跡することが出來ない。これは病理解剖上、乳頭篩狀板 *Lamina cribrosa* の著しく後退するが爲めに、そこに釜狀の陷凹を生ずるからである。勿論視神經纖維は消耗して萎縮する。然し檢眼鏡的所見は、視神經炎に續發するものよりも、寧ろ脊髄癆に觀る原發性萎縮に近似してゐる。それ故に陷凹の初期であるか、或はたとひ後期であつても、篩狀板の後退が強くないときは、陷凹としては餘り著明でなく、唯消耗だけが存在し、原發性視神經消耗症と誤まるることが無いでもない。その詳細は單純綠内障の條下に述べることとする。

本症の原因も亦急性症と同じく、今日尙ほ不明である。

完全綠内障

完全綠内障 *Glaucoma absolutum* 出血性綠内障のやうに治療の無効なるものは勿論、原發綠内障に於ても適當に加療せられないか、加療しても期待の効果を齎らさない時、視力は漸次減退して遂に全く失明に至るものである。さうして視力の全く失はれたものが即ち完全綠内障である。然しかうして失明したからとて、それで病氣が濟んだ譯では無い。減壓療法奏效せない限り、發赤、疼痛等の自覺症狀は依然として持續し、いつまでも患者に苦痛を與へるのである。

虹彩毛様體炎に於て、虹彩後癒着を豫防せんが爲めに、散瞳劑を用ふるとき、眼内壓が亢進して綠内障様の症狀を呈することがある。その詳細は既に虹彩毛様體炎の條下に述べて置いたから茲

には省略する。

眼内腫瘍例へばグリオーム、滲出性網膜炎、水晶體脱臼、液化せる水晶體の截囊後等に炎性綠内障を續發することがある。

尙ほ茲に特に内科の人に希望する、頭痛を訴ふる總ての患者に對して、一度は必ず綠内障では無いかといふ疑ひを、懐いて、眼の方へ注意を向けられん事を。

療法 炎性綠内障は、殆ど其の總ての場合に手術的療法を必要とする。尤も急性症で充血及び疼痛の強い發作時に、直ちに手術することは困難であるから、さういふ時には、不取敢エゼリン、ピロカルピンの各一%溶液を、同量混和せるものの頻回點眼を行ひ、必要に應じては疼痛緩解の目的を以て、モルヒネの皮下注射を行ふてもよい。瞳孔の縮小するに伴ひ、充血も軽減して來る。若し同時に一〇%食鹽水の五〇乃至一〇〇ccを徐々に靜脈内に注入することが出來れば、その爲めに眼内壓は一時著しく下降する。

手術的療法としては、それが急性綠内障である限り、何といふてもグレイフェ氏の創意に係る虹彩切除、*antiglaukomatöse Iridektomie* が最も顯著に奏效する、他に勝る療法はない。慢性、炎症性、ものに對しては、エリオット氏トレビナチオン、ハイネ氏毛様體離解術及びラグランジュ氏鞏膜切除術の三つが現今廣く行はれてゐる。その中、トレビナチオンが最も効果的であり且つ比較的容易なので、著者は殆どこの方法のみを行つてゐる。

急性綠内障に對して、虹彩切除を行ふには、成るべく幅の廣い鉾形刀がよい、その狭いものでは充分に廣く角膜を切開することが困難である。それから又眼内壓の著しく亢進してゐるときは鉾

虹彩切除術

形刀は思つたよりも容易に深く眼内へ刺入するものである。この手術では、虹彩根部を成るべく廣く切除する必要上、鉾形刀は角膜縁よりも寧ろ鞏膜に偏して、最初先づ其の表面に直角に突き立て、刀尖が鞏膜全層を貫いたところで、刀柄をひねつて、刀を角膜後面に竝行に、徐々に前房内へ進めて行くのであるが、その鞏膜を貫くときに、眼内、壓の高くなつてゐる爲めに、思つたよりも深く刺入して水晶體を傷けることが往々ある。この點を特に注意せなければならぬ。尙ほこの手術にはコカイン、アドレナリンを點眼しても出血が多く、患者は疼痛を訴へる、殊に虹彩を引き出して切除する時には、可なりの激痛を感じるやうである。けれどもこの場合、虹彩は切除せる上に、更にその一部分を引きちぎつてもよい位で、それが鞏膜創口に侵入しても少しも差支ない時には態々さうすることもある、勿論前房に出血するけれども、手術の効果に影響する程のことはない。

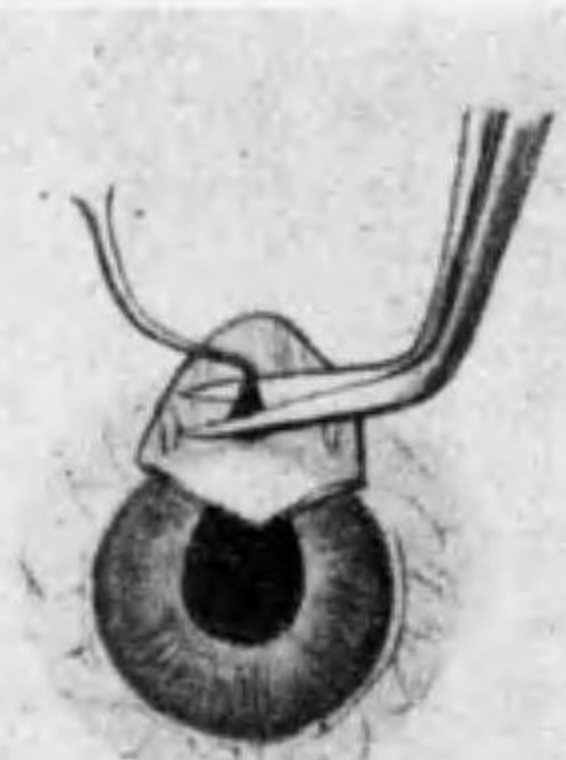
前房が餘りに淺く、到底鉾形刀では都合よく鞏膜縁の切開を行ふことが出来ないと思つたならば、その代りにグレイフェ氏線状刀を用ふるがよい。これで白内障を摘出する時のやうに、角膜に小なる瓣状切開を行ふのである。或は圓刃刀を以て、鞏膜縁の表層から漸次に切開を加へてもよい。一般に急性性線内障の患者は疼痛の爲めに、稍もすると眼球を上轉させて、手術は相當に困難である。けれどもこの時の虹彩切除は、必ず上方に設くべきで、決して、下方を撰んではならない。後の視力に大なる影響のあるは勿論外、貌を整へる上からも亦好ましくない。

次に慢性性線内障に対するエリオット氏トレバナチオン(管錐術) Trepanation nach Elliot であるが、著者の教室に於て、助手の人達のやつてゐるのを觀ると、豫めそれと注意して置くのにも拘らず、どういふものか十人が十人まで、殆ど申合せたやうに、必ず後方鞏膜に寄り過ぎた所へ管錐する。そ

トレバナチオン

の爲めに屢毛様體を傷けて、そこに炎症を起させ、或は外傷性白内障を續發せしむるなどの失敗をする。著者は常にそれを遺憾としてゐる。斯る失敗を招かない爲めには、最初に結膜瓣を設けるとき、其の連續として角膜の一部をも剝離して、そこから黒色の虹彩組織を透見し得るやうに爲し、然る後、鞏膜縁といふよりも寧ろ角膜内に管錐する氣持で、トレパンを使用する。斯くして丁度よい具合に穿孔創が、隅角部 Fontanischer Raum の所へ出遭ふのである。すると、その穿孔創から虹彩が半球形を爲して脱出する。尤もそれには注意して結膜瓣を作らないと、これを離断してその爲めに、後に穿孔部を結膜で蔽ふことが出来ないやうになることがある。

第九十六圖

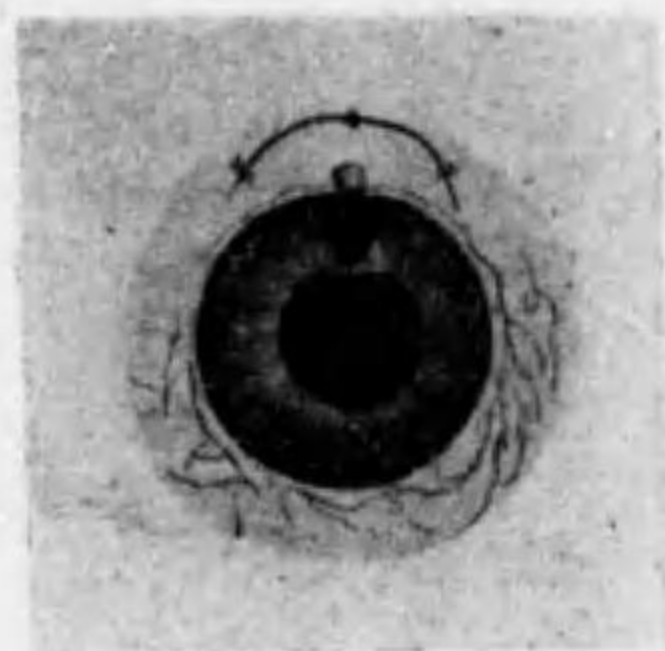


オリエット氏ナバト (一其)

て、更にその比較的太い部分が眼内へ深く入り込んで行く爲めに起る感で、それでは却つて虹彩や水晶體を傷ける危険が多い。著者はさういふ感じを待つよりも、常に瞳孔の形に注意して、トレパンを進めて行く、それが最も安全なる方法である。トレパンによつて鞏膜が穿孔すれば、房水がそこから漏れる故に、虹彩も亦それに伴ふて脱出し、瞳孔の大きさと形が變つて来る。虹彩後癒著や癒著性白斑のある時は別として、一般にはそれが一番よい目標である。其の時また多分虹彩にトレパンが觸れる爲めだらう、大抵の患者は軽い疼痛を感じ

眼球の發赤及び疼痛を主徴とする疾患

第七十圖



パレット氏トッオリエ (二共) シンオチナ

するが如き表情をする例へば、瞼裂を閉ぢやうとするとか或は僅かに眼球を動かしたりするものである。尙ほトレパンで平等に鞏膜全層を同時に截断することは割合に稀で多くは一部分が截れずに残つてゐる。従つて瞳孔の形にさへ注意して居れば、トレパンの力が餘つても、その爲に水晶體を傷ける迄には至らない。截断された組織片が前房内へ落ち込むこともあるといふが、著者は未だ曾てそれを經驗したことが無い。唯この方法では眼内壓の高いほど、又、トレパンの能く切れるほど穿孔が容易であるから、注意せないと、さういふ時に水晶體を傷けることがある。思つた通りに穿孔すると、そこから虹彩が脱出するから、それを虹彩剪刀を以て切除する。切除後は別にスパーテルにて還納するには及ばない。

トレパンには種々なる大きさのものがあるけれども、一五ミリのものが最もよいやうに思つてゐる。それからトレパンで穿孔した部分は、常に結膜瓣にて蔽はれることが必要である。若し始めに作つた舌狀瓣が餘り薄い爲めに破れたり、離断したならば、別に橋様結膜瓣を作つて、兎も角完全にそこを被蔽しなければならぬ。さもないと、そこに繼發傳染を起して来る。この傳染は時とすると、手術後一ケ年、遅いものでは二年若くはそれ以上を經過して、既にそこに立派な瘰癧が出来てゐるものに於てさへも發する所謂遲發傳染、Späinfektionである。斯ることは他の眼球切開手術には殆ど觀られない所で、それだけに又手術時の注意が肝要である。トレパンナチオンによつて生ぜる穿孔部の瘰癧組織が膨隆してゐるやうに觀えるとき、之れを遮

過性瘰癧、Filtrationnarbeと稱し、房水は容易に其處を通過する、即ちそこに手術の效果がある。之れに反して若しそれが普通の瘰癧形成であれば、手術後容易に再び内壓が亢進するからして、二回、三回と手術を繰返すことになる。それでかうして效果の擧らないのは、穿孔部の深層組織が一部分残存し、そこに比較的密實なる結締組織が増殖する爲めだと言はれてゐる。常にさうと計りは限らないが、然し再手術の際はその點を考慮する必要がある。

急性緑内障に於ける虹彩切除の偉大なる奏效は、今日未だ充分學術的に説明することが出来ない。それと同様に、トレパンナチオンの效果に就いても亦學説が一定してゐない。出血性緑内障及び完全緑内障に對しては、それが若し刺戟症狀の去り難い時は、眼球摘出を行ふか或は視神經毛様神經切除 Neurectomia opticochiasmatis を爲すべきやうに書いてゐる書物もある。然し眼球摘出は其の後に來る義眼の裝用を思ふとき、寧ろ最後の手段である。視神經及び毛様神經切除は出血を來すことが比較的多いので、誰れにでも容易に行へるものではない。斯る場合、著者は曾て著者によつて考案せられたる濃厚食鹽水の硝子體內注入が最も適當なる處置だと信じてゐる。

其の方法は極めて簡單で、局所麻酔消毒洗眼等型の如く、然る後、ブラワッツ氏注射器に、比較的太い針を取り付け、之れを毛様體部を避けて、成るべく赤道部に近く、鞏膜を貫いて、深く眼球後極へ届く位まで硝子體內へ刺入する。多くの場合に硝子體は液化してゐるから、その〇.五—一ccを吸出し、針をばその儘と爲し、注射筒へは別に用意せる濃厚一〇%滅菌食鹽水を充たし、再び之れを針に取りつけて、今吸出せる硝子體液と略同量を徐々に注入する。液の漏れないやうに注意して針を

抜き去り、綿帯して手術を了はる。注射後一二時間は指壓により、軽い鈍痛を覺えることがあるけれども、自發痛は無い。既に翌日になれば發赤すらも全く消退し、第三日目より眼壓は著しく下降して諸症状は輕快する。一回の注射で效果の不十分なる時は同様なる方法で更に二回、三回、必要に応じては四回或はそれ以上反覆して行つてよい。

著者は此の機會に於て、一般手術的療法に關して、一言注意して置かうと思ふ。それは著者が今述べた注射療法を發表した後間もなく各方面の人々から好評を受けた。就中、河本老教授の如きは、此食鹽水の注射法は小柳博士の新案なるが、余は屢々之れを縁内障に用ひて甚だ妙法たるを信じ、大に同博士に感謝する所である。然るに之れとは全く反對に、本法は注射後、刺戟症状の激しい缺點があり、其の效果も亦期待することが出来ないと思ふ。然し著者を以て觀れば、本法の長所の一は其の全然刺戟症状を伴はない所にあるので、若しそこに刺戟症状を發することがあるとすれば、それは注射の方法を誤り、その爲めに毛様體、鞏膜、結膜等に濃厚食鹽水が觸れるからである。效果の期待出来ない場合は無いが、然しこれも往々にして手技の拙なるに因ることがある。著者の教室に於ても著者自身が行ふと一般に成績がよい、それだのに助手にやらせると、どういふ譯か效果の不十分なることが比較的多い。かうした簡易な療法でさへも、之れを行ふ人によつて、其の成績に、全然相容れないものがある。他は以て推して知るべきである。種々なる手術的療法に就て、僅か一度か二度試みた位で、批評的發表を爲すことは大に慎むべきで、或る意味に於ては、自己の未熟を曝露するに過ぎないのである。それよりも、その手術に就て、充分に經驗を積むことが、専門家として先づ必要である。斯くしてそれに熟達

すれば、如何なる療法でも相當に效果を擧げ得るものと著者は信じてゐる。餘談に互るが、故ブックス教授は眼科の世界的大家で、其の生涯に於て發表せられた研究業績は實に驚く計りに澤山ある。それだのに手術的療法に關するものは殆ど無い。それで門下の言ふ所によると、教授は自分自ら新らしい療法を考案する迄もなく、從來發表されてゐる孰れの方法によつても、常に能く目的を達せられたからだとの事である。味ふべきである。

全眼球炎

本症は局所的に穿孔性眼外傷若くは角膜潰瘍の續發傳染による以外に、アンギナ、筋炎、關節炎、産褥熱等に原因するものが所謂轉移性眼炎、metastatische Ophthalmieとして能く知られてゐる。殊に産褥熱のときに本症を發するのは既にそこに敗血症を起してゐるのを告ぐるもので、獨り眼そのもの計りでなく、生命に對する豫後も亦相當に不良である。兩眼にこの轉移性眼炎を發したものはその八〇%に於て死の轉歸を採ると言はれてゐる。

時には明かに轉移性眼炎でありながら、原發病道の不明なる隱伏性のものがある。糖尿病患者に轉移性眼炎の好發するのは事實である。

小兒にあつては、皮膚の濕疹、膿疱疹の如きが原發病道となり、或は急性肺炎、麻疹等の恢復期に本症を發することがある。小兒の轉移性眼炎は一般に症状が軽く、單なる硝子體膿瘍に止まり、前眼部には著しい病變の現はれて來ないことが多い。さうした時には往々にして網膜グリオームとの鑑別が困難である。何故かといふと、眼球後部に發せる化膿性炎症は刺戟症状の少ない計りで

なく、比較的速かに硝子體膿瘍を形成するからして、瞳孔領は帶黄灰色を呈し、勿論視力は全然喪失してゐる。炎症が虹彩毛様體等の前眼部に波及せないので輕快に赴くときは硝子體內に新生血管を伴ふ膜様結締織の増殖を來し、宛がらそれが網膜組織でもあるかの如く觀える。尤も硝子體膿瘍であれば、通例眼内壓は下降してゐる。この點グリオームとは全く相反してゐると言はれてゐるが、實際にはそれが鑑別上餘り役立たない。それといふのが、五歳以下の小兒の眼内壓を精確に測定することは、麻醉剤でも用ひない限りは相當に困難である。殊に三歳以下では診察の際患者は強く眼瞼を閉鎖する爲め、本來低かるべき筈の眼内壓が却つて高まり、診斷を誤まることがある。又硝子體膿瘍でも、虹彩が輪狀後癒着を起して、前後兩房の交通が遮斷されると、毛様體の分泌機能の比較的能く保たれてゐるものにおいて、それ等の爲めに眼内壓の亢進することもあり得るのである。

轉移性眼炎に於て、最初に網膜の侵されることの比較的多いのは、この血管の終末動脈なるが爲めであらう。然し、彼の血管に富める葡萄膜に初發することも決して少なくない、孰れにしてもその経過は迅速である。

眼球後部の化膿性炎症が前眼部に波及するか或はそれが前眼部から始まる時は、眼瞼は發赤腫脹して著しく緊張し、爲めに瞼裂は狭小となり、開瞼が困難であるが、注意して開いて觀ると、眼球結膜は強く發赤してヘモジスを呈してゐる。固より上鞏膜組織も炎症の渦中にあつて、そこにテハン氏囊炎、Tenonitis を併發するから、眼球は多少明かに突出し、其の著しい時には、次に述べる眼窩蜂窩織炎と誤まることさへもある。然し、既に此時期には大抵、前房に蓄膿を生じ、それが漸次その

第七十一圖



右眼全眼炎

高さを増し、やがて瞳孔領に及び、更に前房を充すか、或はたとひ前房にさしたる變化がなくとも瞳孔領に膿様滲出物が觀えるとか、或は水晶體の直後から帶黄灰色の反射が現はれるからして、それ等の所見によつて多くの場合、診斷は比較的容易である。症状が一層進むとき、角膜も亦汎發性に溷濁して、後には前房の様子さへも窺ひ難くなる。

全眼炎に於ては視力は初期より全然喪失してゐるが、患者の最も苦痛とするところは、激甚なる毛様疼痛で、殆ど耐え難いものがあるといふ。病勢が愈増悪すると鞏膜は遂に破れて穿孔する、その場所は角膜縁部に近く、外下方若くは上外方のことが多い。穿孔して内容が漏れると、症状殊に疼痛は緩解するけれども、これを其の儘にして置くと、更に化膿性腦膜炎を續發する危険がある。

既に全眼炎を起したものでは勿論のこと、たとひそれが比較的症狀の輕い硝子體膿瘍であつても、決して再び視力は得られない、早晚眼球癆に陥るものである。

療法 硝子體膿瘍の程度で刺戟症狀の既に消退しつつあるものは、暫く其の経過を觀察し、特に應急的處置を講ずる必要もないが、若しそこにグリオームの疑ひを挾む餘地のあるものは、寧ろ眼球摘出(五六頁参照)を斷行する方が萬全である。又刺戟症狀の強い、全眼炎に對しては眼球の内容容除去(五九頁参照)が唯一の採るべき方法である。

眼窩蜂窩織炎

多くの眼疾患中、不幸死の轉歸を採る危険性を有するものは網膜グリオームの如き悪性腫瘍を除けば、恐らく本症だけであらう。

本症は症状の急發、眼瞼の炎性浮腫、眼球結膜の充血、毛様疼痛等は孰れも全眼球炎の場合と同様で、唯そこに程度の差があるに過ぎない。その異なる點としては、刺戟症状の強いのに拘らず、眼球それ自身には、さしたる變化がない。角膜、前房、瞳孔等は殆ど常態を呈してゐる。若し眼底を検査

圖二十七第



眼窩蜂窩織炎(八歳)に齒齦に發せ眼る

することが出来れば、そこには多少強い視神経炎若くは鬱積乳頭が現はれてゐる。其の他には、少くとも眼球内の化膿性炎症を想はせるやうな變化は何處にも見出せない。とは言へ實際に於ては、前にも述べたやうに、往々にして全眼球炎殊にその初期との鑑別の困難なることがある。

本症の原發病竈として、著者の經驗上、比較的多く視るのは齒牙殊に犬齒の、カリエス、若くは齒槽膿瘍、齒齦炎等である。斯る場合に起炎菌例へば黄色葡萄球菌の如きものが、上顎竇に入り、そこから更に眼窩へ傳播することもあり、或は直接皮下を通り、若くは骨膜に添ふて眼窩に達することもあり、或は又淚囊の下の所にある犬齒窩 Fossa canina に先づ限局性の炎症を起し、二次的に眼窩蜂窩織炎或は膿瘍を發することもある。患者が小兒である時、その多數は斯る原因によつて發症す

る中には、未だ齒牙の發生しない乳兒に於てさへも、さうした徑路の證明されるのがある。

副鼻腔の蓄膿症が直接眼窩骨壁を破りて、或は解剖的に存在してゐる披裂からして眼窩膿瘍を續發することもあり、淚囊炎も亦原因たり得るのである。其他身體の他の部分に於ける病竈より、

圖三十七第



眼窩蜂窩織炎(生後七ヶ月)に原因を有する眼窩腫

血行によつて轉移性に本症を發することもある。

眼窩膿瘍の診斷を確めるには、通例、試験穿刺を行ふ。即ちブラワッツ氏注射器に長さ約4cmの比較的太い針を取り付け、これを一旦眼窩の深部へ刺入し、更にそれを徐々に吸引しつつ抜き出す。針の先きが化膿竈に出遭へば、注射器の内へ膿が入り込んで来るから直ぐ

圖四十七第



發せ眼る眼窩膿瘍に副鼻腔著症に續

判る。尚ほ針を刺入するとき、其の如何なる部位を撰ぶかといふに、大體、突出せる眼球は、必ず同時に側方に偏位してゐるから、それに反對の側から刺入する。例へば眼球が外下方に偏位してゐたならば、針は上内方眼窩縁に添ふて刺入する。さうすると最も容易に化膿竈へ達する、又針の先

端の切り口は、常に眼窩骨壁に面してゐるやうに注意する、さもないと針が途中で骨壁に突き刺さり、深部へ進めることが困難になる。

療法 試験穿刺によつて、大概化膿竈の所在が明かになるから、其處を目掛けて眼瞼の上から、尖刃刀を深く刺入して切開を施す、出血と同時に必ず排膿する。暫くは加壓することなく、自然の排

膿の發赤及び疼痛を主徴とする疾患

膿に任せ、然る上、誘導ガーゼを軽く挿入して置く。尤もこの切開は、成るべくは眼窩の下外方を撰ぶのがよい。何となれば、其の他の部分例へば上外方には涙腺があり、上内方には上斜筋が滑車を廻つて蹄係を爲してゐるし、又下内方には下斜筋が眼窩縁から眼球の外下方へ向つて走つてゐるので、不注意に切開すると、之れ等を損傷させる恐れがある。

切開後、總ての症状は著しく輕快するが、同時に原因として齒牙に異常があるとか、副鼻腔に蓄膿症があるとき、それ等に對してそれぞれ専門的に適當なる處置を講ずべきはいふまでもない。

尙ほ眼窩膿瘍は最悪の場合、化膿性腦膜炎を續發することを知つてゐなければならぬ。それには膿菌の何であるかを検査するのも注意深い遣り方であつて、溶血性連鎖球菌の如きは悪性の病原體である。膿汁の悪臭を放つとき亦、其の豫後に就て大に警戒する必要がある。

連鎖球菌に對してアゾ色素化合物なるプロントジルが特效を奏することは今日既に一般の認むる所であるから、本菌に原因する眼窩膿瘍にして症状増悪の傾向を示す場合、後章丹毒の條下を参照して直ちに之れを使用し、治療上遺憾なきを期すべきである。

眼窩骨膜炎 Periorbitis orbitae 眼窩の深部に骨膜炎を發するとき、眼球それ自身には別に發赤を認めないけれども、患者は屢疼痛を自覺する。多くは微毒性で、然るとき又好んで視神經炎を伴つてゐる。之れに反して結核性骨膜炎は通例前部眼窩骨縁に發し、早期に眼瞼の皮膚を破つて瘻孔を形成し、やがて壞疽に陥れる腐骨が離脱排出されると、そこに癩痕性外反症を遺して治癒する、この方は患者の殆ど全部が小兒である。

療法 微毒性骨膜炎には原因療法を行ひ、結核性のものには對症處置を施す、患部の切開、ヨード

眼窩骨膜炎

フォームガーゼの挿入、レントゲン放射等が效果的である。

三叉神經痛

以上述べたものの外に、眼に疼痛を發する疾患としては、眼瞼及び其の附近の炎症、各種の角膜炎、三叉神經痛、眼帶狀ヘルペス等があり、急性球後視神經炎に於ても、時に眼窩の深部に疼痛を覺ゆることがある。

三叉神經痛に於ては、眼窩の上縁と下縁とに近く、各其の中央部の邊に骨壁を貫いて皮下に出でゐる三叉神經の分枝があつて、その骨壁よりの出口に相當して、強い壓痛點が存してゐる。それ以外に何等炎症性變化の痕跡もない。

眼帶狀ヘルペス

眼帶狀ヘルペスの方は、三叉神經第一枝に相當して、最初に殆んど堪へ難い程に激甚なる疼痛を發し、やがて其の分布領域に一致して、皮膚の發赤、水疱形成等比較的特異的變化が現はれて來る。之れ等と相前後して、角膜にも表層性の變化即ち角膜ヘルペスを生じ、相當に強い刺戟症状を伴ふものである。

角膜の疾患

第十章 角膜の疾患

角膜の病變は殆ど其の總てが必然的に溷濁を伴ふてゐる。それが炎症であれば勿論、その治癒後に生ぜる癍痕でも、或は又栄養障礙、退行變性等であつても、孰れも皆さうである。従つて角膜に溷濁があるからとて、常にそこに炎症があるものと速断すべきでない。その以前に、溷濁が如何なる性状のものであるかといふことを、先づ以て吟味する必要がある。

稀には角膜に病變があつても、溷濁を來さないことがある。彼の上皮細胞の缺損及び潰瘍が治

癒に赴く過程に於て所謂清潔潰瘍と呼ばれる状態にあるとき等がそれである。

炎症性の角膜潤濁は、多くは短時日のうちに急發し、同時に程度の相違こそあれ、必ずそこに流涙羞明、異物感、疼痛、毛様充血等の刺激症状を伴ふものである。又潤濁それ自身について觀ても、少しく注意すると、色は灰白色で、境界は明瞭を缺き、且つその表面の滑澤は失はれてゐる。更に炎症の種類によつては、そこに組織の缺損即ち潰瘍を生じてゐる。之れに反して、既に炎症の消退せる後のもの若くは最初からの退行變性では、一、二の例外はあるけれども、一般に今述べたやうな刺激症状を缺いてゐる。潤濁そのものも、多くは白色調を帯びて、境界が比較的明瞭である。

角膜潤濁の性状に就て、我々は何故にそれ程にまで注意する必要があるかといふに、退行變性及び瘰癧形成による潤濁に對しては、殆ど全く治療の餘地がない。然るにそこに尙ほ炎症の現存してゐるものでは、適當に處置することによつて、潤濁せる部分を再び透明ならしめて、視力を改良させることが出来る。それ計りでなく、炎症の種類によつては、例へばフリクティンの如きは、その再發を豫防することも亦必要だからである。

炎症性の角膜潤濁には種々なるものがあるけれども、大體は二つに區別せられる。その一は好んで潰瘍を形成するもの、他は然らざるもので、茲には先づ後者の主なるものから述べて行く。

實質性角膜炎

實質性角膜炎

多く觀る疾患である。患者の大多數即ちその九〇%以上は遺傳微毒に罹つてゐる。勿論そこに原因が存するのである。それ故に本症は齒牙の發育障礙及び難聽と共に、遺傳微毒の主要なる

三症候 Hutchinsonsche Trias といはれてゐる。稀には後天微毒も亦原因たることがある。結核と關係を有するものもある。時には又結核と微毒とが一緒に原因を爲してゐると認むべき症例に出遭ふこともある。其の他微毒による實質性角膜炎に、結核性虹彩炎を合併したのを報告してゐる人もある。外傷が實質性角膜炎を誘發することのあるのは事實だけれども、それは畢竟單なる動機に過ぎない、眞の原因ではない。稀ではあるが右の眼に怪我をして、左の眼に實質炎を發することのあるのに徴しても、其の邊の消息が窺はれる。



圖五十七第

の牙齒るよに毒微傳遺
礙障育發



圖六十七第

牙齒氏ンソナハ的型定



圖七十七第

開口るよに毒微傳遺
裂魚狀線の

微毒による實質性角膜炎に、結核性虹彩炎を合併したのを報告してゐる人もある。外傷が實質性角膜炎を誘發することのあるのは事實だけれども、それは畢竟單なる動機に過ぎない、眞の原因ではない。稀ではあるが右の眼に怪我をして、左の眼に實質炎を發することのあるのに徴しても、其の邊の消息が窺はれる。

遺傳微毒のある人には、いつでも實質性角膜炎を發し得るが、實際に於ては患者の多數は二十五歳以下で、其の中でも最も多いのは學齡から青春發動期前後までの間である。通例同時に、或は一兩年の間に相前後して兩眼を侵し、其の一眼にだけ止まることは極めて稀である。豫後からいふと、一般に年齢の若い者ほど好良で、二十歳以後に發病したものは、視力が〇・一以上に改良することは、多くの場合望み難いのである。

本症の發生は比較的急速で、二、三週間の後には既に極期に達するけれども、それが輕快に赴くの

は、反対に甚だ遅徐である。刺戟症状の全く消退する迄には、早くとも四、五ヶ月を要し、その一年以



図八十七第 炎膜角性質實

上に及ぶものも決して稀でない。而かも尙ほ再發する傾向を有してゐる。炎症の旺なる間は、羞明及び流涙強く、絶えず眼を閉ぢ、強いて開眼すると、反射的に嘔吐を頻發する。この羞明は、他覺的所見に不相應に著しいものである。眼球には勿論毛様充血があり、それは大體刺戟の強さに比例してゐる。

角膜の潤濁は個々の症例によつて、其の形状及び進行の狀況が必ずしも一様でない。通例は邊緣から求心性に擴がつて行くが、



圖九十七第

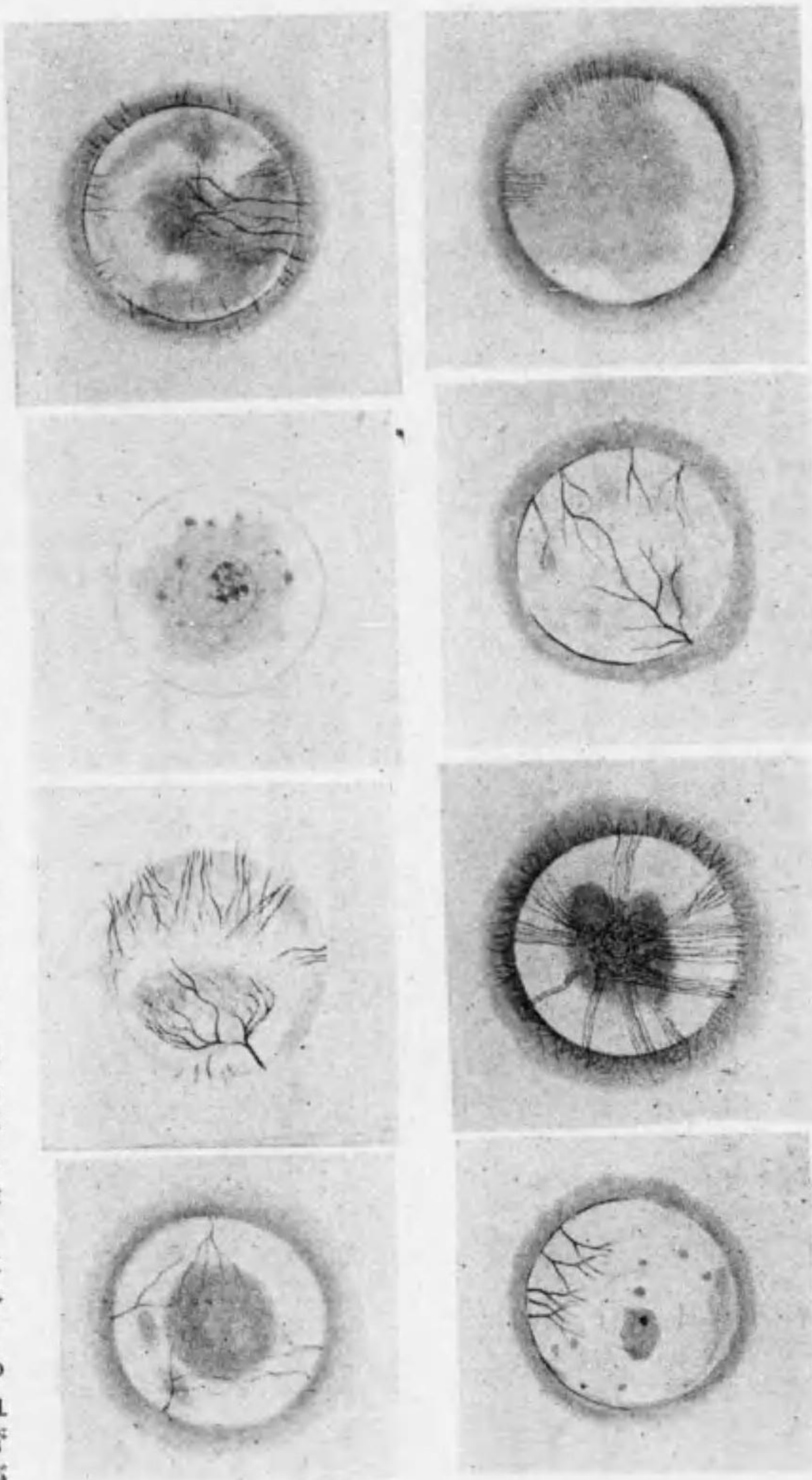
明差と炎膜角性質實

時として或は先づ中央部に雲霧狀を爲して現はれ、或は一側より他側に向つて漸進し、或は扇子形、舌狀、輪環狀、斑點狀等を見せるものもある(第八十圖)。勿論同一の患者にあつても、その時期によつて變つて行く。然し、それ等に共通の所見としては、潤濁は常に實質組織に存し、潰瘍を形成することが無い。又その表面は丁度擦硝子を觀るやうに、ザラザラして光澤を失ひ、そこに映する角膜反射像は、健康眼に於けるものとは異なり、ぼかされたやうで、明瞭で無い。重症のものになると、表面に多くの水泡狀小隆起(第八十一圖)を生ずることがある。上皮細胞層の榮養障礙によるものである。

血管の新生は初期には通例之れを缺いてゐる。周邊部の潤濁が漸く薄らかうとする時期に、周

圍の組織殊に主として鞏膜から、細い新生血管が肉叉狀或は筈のやうに、互に竝行して角膜内へ進入して来る。従つて血管新生そのことは明かに炎症の治癒機轉を示すものであるといふことが

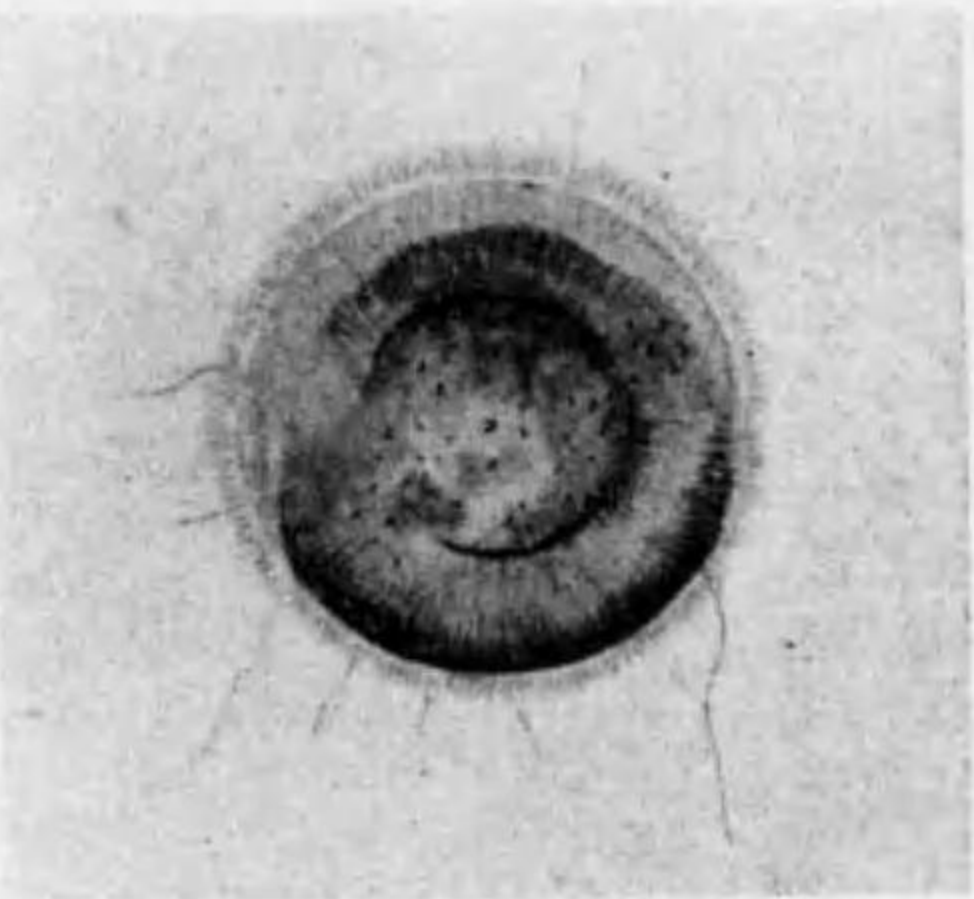
第八十圖 種々なる臨牀所見を呈する實質性角膜炎



出来る。然しながら實際に於ては常に必ずしもさうでない。角膜潤濁部に餘りに多くの血管が新生すると、その爲めに却つて總ての症状が増悪する。これを統計的に觀ても、血管新生の旺んな

角膜の疾患

第一十八圖



實質性角膜炎に於て角膜面に
生ぜる水泡状隆起

組織崩壊は實質の内部から始まり、且つ中央部が早く侵されるので普通の潰瘍とは全く其の所見を異にしてゐる。

實質性角膜炎に於ても終始遂に血管を新生せない所謂無血管性のものがある(Keratitis parenchy-
matosa avascularis)。或は血管が新生しても、極く少数且つ繊細で、斜照の下にルーペを用ひただけで
は能く観えない、平面反射鏡の後側に一〇D位の凸レンズを装用して、それで徹照して始めてそれ
と認め得る程度である。このやうに新生血管の少ないものは、一般に濁濁の透明に復することは
遅いけれども視力は可なり能く改良し、〇・五以上或は一〇にまでもなり得るものである。其他の
場合、殊に刺戟症状強く、新生血管の多いもので〇・一以上に視力の回復するのは症例の約半数で、三
メートル指数以下の失明状態に陥る者も相當にあり、又一旦治癒しても再發することある。

實質性角膜炎は通例、角膜に原發するものであるが、時として先づ虹彩炎を發し、それに續いて角

膜深層から漸次表層に向つて病變の進んで來ることがある。かうした時に、虹彩に炎症の存する
のは勿論だが、角膜に原發した場合でも、虹彩は其の影響を受けて充血し、時には軽い炎症を起して
ゐることがある。この點治療上特に注意すべきである。

鑑別診断 トラホーム、パンヌスとの鑑別が時に困難である。學生用の教科書などには、種々な
の相違點を擧げてゐるが、それ等を考慮に容れて尚ほ且つ診断に迷ふことがある。

ココインの頻回點眼による角膜濁濁の、實質性角膜炎と誤られた實例がある。

フリクテーン性パンヌスも亦類似の所見を呈することがある。尤もこのものにあつては、フリ
クテーンが再三反覆して發生し、その爲めに角膜は汎發性に濁濁するのであるから、少しく注意す
れば、濁濁は斑點状で濃淡があり、且つその或るものは陳舊なる瘢痕で、他のものは反對に比較的
新しい炎症性變化を呈してゐる。若しそこに同時に小さいながらも潰瘍が形成されて居れば、鑑
別は蓋し容易である。

其他、圓板状角膜炎、硬化性角膜炎、角膜脂肪變性、老人環等も時に鑑別の必要がある。

療法 何よりも先づ注意すべきは、瞳孔の大きさである。勿論、病變は主として角膜に存するのだ
が、大抵同時に虹彩に軽い炎症が現はれ、その爲めに瞳孔は殆ど毎常縮小し、それが長い経過のうち
には、遂に虹彩後癒着を起すやうになる。經驗上、稍もするとこの點が等閑に附せられてゐる。そ
れ故に治療の第一要件として、アトロピン點眼によつて瞳孔の大きさを六ミリ内外、即ち虹彩後癒
着を起さないだけにして置かなければならない。觀やうによつては、之れが本症に於ける治療
の主なる部分とも言ひ得るのである。それといふのも、他の對症療法は勿論、原因療法でさへも本

症に於ては、さまで顯著なる効果を齎らさないからである。然らば對症的には如何なる療法を行ふべきかといふに、これは一般炎症療法に準じて、刺戟症状の強い間は成るべくこれを抑制するやうに處置すべきであるが、角膜のやうに本來固有血管のない、即ちいところの汎發性炎症に對しては、常にその榮養を害さぬやうに注意せなければならぬ、即ち濕性微温療法若くは懷爐療法が合理的である。一時的ではあるが、刺戟を抑制する作用のあるのは、新鮮牛乳の肩胛間部皮下注射、若くはそれに類似の所謂非特異性刺戟療法で、その爲めに、九度或はそれ以上にも熱發すると、それに伴ふて眼症状は著しく輕快する。三、四日の間隔を置いて四、五回或はそれ以上反覆して行つて差支ないが、回数を重ねるに従つて、段々と反應熱が低くなり、効果も漸く減少して來るものである。

濁濁の吸収を促がす爲めに、局所的に種々なる刺戟劑が用ひられる。例へば、デオニン、黃降汞、結膜下注射等がそれである。然しながら斯る刺戟療法は、毛様充血の著明なる間は、寧ろ避くべきである。本症の治療の要諦は如何なる場合に於ても、そこに持續的の發赤を起させないやうにすること、早期に餘り強い刺戟を與へることは、徒らに症状を増強せしむるに過ぎない。局所的に多少強い刺戟を加へても、その反應として現はれる發赤が、二十四時間以上持續しないやうになつてから始めて、デオニン其他の刺戟劑を使用する。デオニンは一回點眼すると、其の效力は三日間位は續いてゐる。その代りに同じ濃度の液では比較的早くその效力が減退するからして、最初に四%水溶液を二回若くは三回、其の次は一〇%のものを同じく三、四回各三日の間隔を置いて點眼し、それから後は主として粉末を使用する。又デオニン點眼のあい間には、二—五%黃降汞

軟膏を點入して、眼瞼の上から二、三分間軽く按摩する。黃降汞はデオニンと同様に緩和な刺戟劑であるから、病機の退行期に、角膜の濁濁を透明にする爲めに廣く用ひられる。同じ意味に於て、結膜下食鹽注射が行はれてゐる。前房の反覆穿刺も亦角膜の榮養を佳良にし、惹いて病的産物の吸収を促がすのによいといふのである。然し、この方は丁度穿刺部に相當して、角膜濁濁が永く殘存する缺點があると非難してゐる人もある。孰れにしても經過の長い病氣だけに、局所的處置には、そのどれを觀ても、目立つて效果的のものはない。

然らば原因療法はどうかといふに、一般に微毒に原因する眼疾患には、矢張り驅微療法が能く奏效するの、どういふものか、實質性角膜炎に限り、遺憾ながらそれが期待に副はぬことが寧ろ多いのである。

動物實驗に於て、家兎の角膜實質内に異種蛋白質の少量を注射すると、何等の反應を呈することなく吸収される。暫くしてから今度は靜脈内へ始めに用ひたのと同じ種類の蛋白質を注射する。さうすると、以前注射された角膜に、丁度人類の角膜實質炎に酷似の病變が現はれてくる。

かういふ事實からして、角膜實質炎の原因は微毒ではあるが、それが病原體それ自身若くはその産出する毒素其のものの直接の作用によるものではなく、寧ろ一種の過敏現象或は新しい言葉でいへば、アレルギーと見做すべきものである、といふ意見を述べてゐる人も相當に多いのである。

然し、驅微療法が合理的の原因療法である、ことには、一點疑を容れる餘地がないから、ワ氏反應の陽性なる限りは、嚴重に之れを行ふべきである。

著者は曩に二十歳以上の患者では、視力に關する豫後に餘り大なる希望を持たないと述べて置

いたが、熱心なる加療によつては、意外に効果を奏することがある。

症例 野○壽子、二十二歳、未婚、昭和七年五月十日入院。診断、實質性角膜炎。最初は右眼だけであつたが、入院中に左眼にも亦炎症を發し、更に虹彩毛様體炎をさへも合併して來た。遺傳梅毒と同時に結核も亦幾分原因的役割をつとめてゐるらしく、視力に對する豫後は餘り良好ではあるまいと思はれ、約四ヶ月を経て退院した當時の視力は右○五、左一メートル指數であつた。それが約一ヶ年後に再來した時には、左右ともに一〇の視力に改良し、以前に觀た角膜の著明なる變化は拭へるが如くに消え失せてゐた。

兎に角、本症は一般に其の経過が長いのであるから、患者は勿論、主治醫も亦忍耐して、治療を続けることが必要である。著者の經驗せる症例中、その経過の最も短かつたものでも、それが殆ど健康の視力に回復するまでには四ヶ月半の時日を費してゐる。

結核が原因と思はれるとき、ツベルクリン療法が適應の處置であることは勿論である。角膜の潤濁が透明に復さないからとて、急いで點墨を施すのは避けなければならない。殊に患者が十歳以下であれば、既に癩痕期に入つたと觀られるやうな、可なり濃厚なる潤濁でも、意外に能く吸収されて視力の改良するものである。

實質性角膜炎を経過した眼に於て、甚だ屢々三D内外の近視が證明される。一見角膜の抵抗が減弱して、其の彎曲度の増す爲めに起れる屈折性近視かと思はれるが、さうではなく、矢張り軸性近視である。然し其の因果的關係は明かでない。

結核性鞏角膜炎

結核性鞏角膜炎

以前には硬化性角膜炎 Keratitis keratiformis と呼ばれてゐたものである。實質性角膜炎の大部分が微毒に原因するのに對して、本症は殆ど其の全部が結核である。初發病蹟は之れを解剖的に言ふと、丁度前毛様血管と後長毛様血管とが吻合するあたり、即ち毛様體の前端、虹彩根部及び鞏膜との三者が互に相隣接する部位に存在してゐる。從つて病變は獨り角膜ばかりでなく、鞏膜は勿論、惹いては虹彩にまで波及するのだが、角膜に於ける變化が最も著明であり、且つ比較的特異な爲めに、便宜上、茲にはこれを角膜の疾患として取扱つて置く。

然らばそこに如何なる變化が角膜に存するかといふと、その定型的なる場合は、角膜周邊部に角膜縁をその基底とする舌狀の潤濁が現はれる潤濁そのものの所見は、上に述べた實質性角膜炎と少しも異ならない。唯その経過に於て、一方は容易に彌漫性に擴がつて行くのに、他方は角膜縁に沿ふて限局し、從つてその境界も亦比較的明瞭である。毛様充血

第十八圖



結核性鞏角膜炎

は勿論存在してゐるが、潤濁に隣れるところが最も強く、しかも大抵そこには鞏膜組織も亦同時に炎症に陥つてゐる。嚴密に言へば、こゝに先づ鞏膜炎を發して、その影響が角膜に及んで、今述べたやうな潤濁を生ずるものと説明する方が妥當である。同時に虹

彩炎を合併することのあるは固よりである。一定の時日を経過すると、鞏膜の炎症は輕快し或は全く消退する、それにつれて角膜の方の炎症性潤濁も亦幾分透明にはなるが、然し大抵はそこに結締組織が増殖して白色の潤濁がいつまでも残つてゐる。

本症は好んで再發し、而かも場所を替へて、次から次ぎへと角膜縁に添ふて、其の全周を侵して行く、斯くして相繼いで生ぜる舌狀濁濁のために、角膜は其の中央の一小部分だけが透明に止まるに過ぎなくなる。即ち濁濁部の角膜實質はその本來の構造を失つて、鞏固なる結締織に變化する。之れ硬化性なる名の由つて起れる所以である。

原因は結核で、内的傳染によるものであるから、時の遅速はあつても、通例兩眼が侵される。それで永い経過の中には、更に虹彩炎、虹彩毛様體炎等を發して視力も減退し、やがて又網膜、脈絡膜、視神經等にも結核性病變が現はれ、其の重症なるものにおいて、遂に失明の不幸に至ることさへもある。本症は若い婦人に比較的多いやうだが、然し中年の榮養の佳良な男子に觀ることも決して少なくない。経過は一般に慢性だが、加療の時機をさへ逸しなれば、豫後は概して好良で、病變が前眼部に限局し、そこに尙ほ用ふるに足る視力の存する限り、眼球摘出の必要は全然無い。

療法 虹彩に充血若くは炎症を併發してゐるとき、又併發の恐れあるとき、アトロピン散瞳を忘れてはならない。原因療法としてはツベルクリン製劑が廣く用ひられてゐる。對症的には各種の放射線療法が比較的能く奏效する。今日までの著者の經驗によれば、本症に於ても、患者自身の血液を採つて、前房内へ反覆注入することが相當に奏效するやうである（一八三頁參照）。炎症の去つた後の濁濁に對しては、黃降朥軟膏、デオニン、懷爐器法等が適應の處置である。

再發の豫防に注意することも勿論必要で、醫家としては寧ろその方により多く努力すべきである。

圓板狀角膜炎

一見したところでは、普通の實質性角膜炎である。然し少し注意すると、第一に角膜周囲の充血が少ない。よしや軽い毛様充血があつても、角膜への新生血管は殆ど觀られないか、或は極めて僅かである。第二に特異なのは、濁濁が大體に於て、名の示すやうに圓板狀を爲して居り、其の境界は比較的明かで、多くの場合、直徑は六乃至八ミリ位、瀰漫性に擴がつて行く傾向が無い。濁濁は角膜の任意の部分に生ずるけれども、通例は其の下半部である。

本症には大抵角膜の軽い外傷が動機となつてゐる。尤も外傷そのものは、別に患者が特にそれと記憶するほどでなく、例へば母親が小兒の爪で、眼を引搔かれたとか、或は手拭かハンカチーフのやうなもので、強く眼を擦つたとか、或は草や木の葉で軽く眼を突いたといふ程度のもので穿孔を來すやうな重いものではない。恐らく極く小さい損傷ではあるが、それがボーマン氏膜を破つて針で突いた程でもよい實質組織にまで及んだ時に、本症を發するものらしく、終始決して潰瘍を作らない。経過は比較的永いけれども結局は治癒する。

療法 一般角膜の濁濁を透明にする爲めに、用ひられてゐる總ての種類、刺戟療法が效果的である。相當に強い充血を起させても、其の爲めに症狀の増悪するやうなことは萬々無い。アトロピン散瞳までには及ばない。

コカインによる角膜濁濁

本症は決して稀なものではない。統計的に觀て相當に多い。實質性角膜炎ほどには無いかも知れないが、然し恐らくそれに近い數字を示してゐると思ふ。それにも拘らず、専門家の注意が殆ど本症に向けられてゐないのは、寧ろ不思議である。

コカインは本來局所的に交感神経を刺戟して血管を收縮させる作用があるから、それを點眼すると貧血を起し、自覺的には眼が涼しくなつて氣持がよい。然し、それは一時的現象で、後には却つて反動的の充血が来る。それゆへにコカインを過度に點眼すると、結局はそこに刺戟症狀の方が強く現はれて眼球は發赤する。そこで益頻々と點眼するやうになると患者は通例、先づ他覺的所見に不相應に強い羞明を覺えてくる。之れはコカインの爲めに角膜の上皮細胞層が侵されて丁度其の所に終止してゐる知覺神経の末端が露出して、直接外來の刺戟を受けるからである。角膜の潤濁は瀰漫性ではあるが全く表在性で、實質炎に觀るやうに、深層には及んでゐない。又潤濁は灰白色といふよりも寧ろ白色といつた方が適當である。比較的特異なのは、さうした潤濁の中に更に針の先きで突いたやうな、小さい點狀の、一段と濃い潤濁が澤山に存在してゐる。試みにフルオレスチン溶液の一滴を點眼すると、これ等の點狀潤濁は綠染するからして、一層明かに認めることが出来る。

潤濁は潰瘍を作る傾向もなければ、新生血管をも伴つてゐない。然しながら若しコカイン點眼の動機が角膜に潰瘍若くは浸潤を生じてゐた爲めであれば、勿論それ等は治癒することなく、その儘そこに存在してゐるから潰瘍の有無は、診斷上の鑑別には役立つたない。

角膜の潤濁はコカインの使用を中止すれば比較的容易に消退して再び透明に復するけれども、

時には永久不治の白濁を残すことがある。

症例一、大〇久馬、四十五歳、大正十二年十月五日入院。役場吏員として村内のトッホーム治療に關與し、コカインが自由になつた所から、勝手にその濃厚液を作り、さしたる變化の無い、勿論視力の善良であつた自分の眼に點眼した。後にはそれを點眼せないと却つて具合が悪いやうになり、當時之れを使用し、その結果遂に角膜に白色の潤濁を生じ、視力は左右共に三メートル指數にまで減退して仕舞つたといふ。虹彩切除によつて右眼は〇一まで改良したが、潤濁は遂に透明にはならなかつた。

症例二、國〇深四十六歳、大正十五年三月三十一日(外、七二六)。久しい以前からトラホームに罹り、昨年より實質性角膜炎と診斷されたが、その少し以前よりコカインを常用してゐたといふ。角膜の瀰漫性潤濁は相當に強いが全く表在性で、深部實質にまでは及んでゐない、勿論實質性角膜炎ではなく、却つて定型的のコカイン中毒であつた。

症例三、伊〇保次郎、十七歳、昭和五年三月二十五日(外、六五六)。兩眼に軽度の發赤があつた故、某藥店よりコカインを買求め、既に十日間も持續的に使用してゐる。然るに刺戟症狀は日を追ふて益強く、三日前より右眼に視力障礙を來し、角膜は一樣に潤濁したといふ。

コカイン中止後、五日にして、角膜の潤濁は全く消退し、視力も三メートル指數から一〇に回復した。症例四、稻〇賢作、四十二歳、昭和三年二月二十九日入院。約一ヶ月半前に、右眼に發赤を來せるため、知人の藥劑師よりコカイン水(濃度不明)を買ひ、一日四―五回點眼した。初めは點眼後、心氣爽快となり、眼症狀も多少輕快を覺えたが、一週間後にはコカイン點眼後、却つて眼症狀の増悪するのを氣付いたので、之れを中止し、其の代りにロート目薬を使用したところ、更に流淚、羞明及び疼痛が顯著となり、最早自ら眼を開くことが出来ないといふのである。

角膜には殆ど定型的の、直ちにそれと首肯される汎發性の潤濁があつたが、コカイン點眼を中止しただけで、一週間も経たないうちに總ての症狀は霧消した。

療法 コカインの使用を絶対に禁止する。唯それだけである。

表層瀰漫性角膜炎 Keratitis diffusa superficialis 角膜の表層が瀰漫性に薄く濁濁し、其の爲めに視力は減退する。然し血管新生は見られない、組織の缺損も無い、表面は多少滑澤を缺いてゐるけれども、決して粗糙ではない。且つ一般に充血、羞明、疼痛、流涙といふやうな刺戟症状は缺如してゐる。通例両眼に發し、患者の多くは中年若くはそれ以上で、小児には全く觀ないものである。結膜にトラホーム性變化のあるものに比較的屢本症を發するけれども、さうした結膜の變化の無いものにも現はれ時には内分泌障礙と何か關係がありはせぬかと思はれるものもある。脚氣患者に本症を觀たといふ人もあり、全身の若くは局所的に發する角膜の榮養障礙を考へさせられる場合もある。

稀にアスピリン、アンチピリン其他の藥劑に對する特異質として、本症酷似の病變を呈することがある。尤もこのときには、少し注意すると、濁濁は極く微細なる無數の小點から出來てゐる。

鑑別 トラホーム・パンヌスには結膜にトラホーム性變化のあると同時に、角膜の濁濁は必ず新生血管を伴つてゐる。コカインによる角膜濁濁には常に強い羞明がある。又實質性角膜炎には毛様充血のある外に濁濁其のものは一般に濃厚で、勿論深層實質にも存在してゐる。

療法 角膜の榮養を佳良にするのが最も合理的である。即ち温卷法、黃降汞、デオニン等が廣く用ひられてゐる。肝油の内服も時に效果の認められることがある。

表層點狀角膜炎 Keratitis punctata superficialis 本症は殆ど其の全部が急性結膜カタルに續發する、時にはまだその結膜炎の存在してゐる間に發することがあるけれども、多くは既にそれが消退して二、三週間経てから現はれ、遅いときは三ヶ月以上を過ぎ、患者は以前の結膜カタルとは何等關係

の無いものと思ひ、此方から尋ねられて、始めてそれと氣が付くといふやうな場合もある。比較的急に視力障礙を自覺するが、然し、それ以外には何等刺戟症状を伴ふことが無い。他覺的には、丁度瞳孔縁に相當する角膜表層に、淡い瀰漫性の濁濁があり、その中に一段と濃い小なる點狀濁濁を生じ、それが通例、數個乃至十數個を算するのである。少し時日を経過すると、瀰漫性濁濁は消え去つて、唯、點狀濁濁のみが存在してゐる(一五三頁第四十八圖參照)。

療法 對症的に緩和なる刺戟劑、例へば黃降汞軟膏の點入位で容易に治癒する。長く濁濁を殘すことは殆ど無い。

貨幣狀角膜炎 Keratitis nummularis Dinnert 著者は確かにそれらしい症例を唯一回經驗せるに過ぎないけれども、記載によれば本症は表層點狀角膜炎に近似の所見を呈してゐる、即ち好んで角膜中央部に、恐らくその中層に數個の、五、一、五ミリ位の圓形の濁濁斑を生じ、その數の少ないときは比較的大きく、時には圓板狀角膜炎を思はしむるものがある。之れ等の斑點はやがて潰瘍を作らずに僅か計り陥凹してマアッェッテンを形成する、それが又診斷上注意すべき點である。原因は不明だが、角膜ヘルペスの一類では無いかといふ人がある。經過は長く數ヶ月から年餘に及び、十年の歲月を経て尙ほ痕跡を止めてゐた例もあるといふ。農業に従事する十五歳乃至二十歳の青年に最も多く、又季節からいふと秋頃に發病するものが多いやうである、我國に於ても既に一二の症例報告があり、少しく注意すれば稀に見るものではあるまい。



貨幣狀角膜炎

脈脂様ブレヤセター、即ち遊走結節が時に本症と誤ることがあるかも知れない。

深層化膿性角膜炎 Keratitis postuliformis profunda これはソックス氏の名づけたもので、角膜深層に境界の比較的明かな、限局性の濃厚濁濁を生ずるのが特異で、多少黄色調を帯びてゐる。人によつ

ては之れを深部膿瘍と言ふてゐる。原因は殆ど全部が微毒である。然しこの場合は前に述べた實質炎とは異なり、驅微療法が可なり、能く奏效する。但し一般に本症は稀であるから、診断には注意を要する。

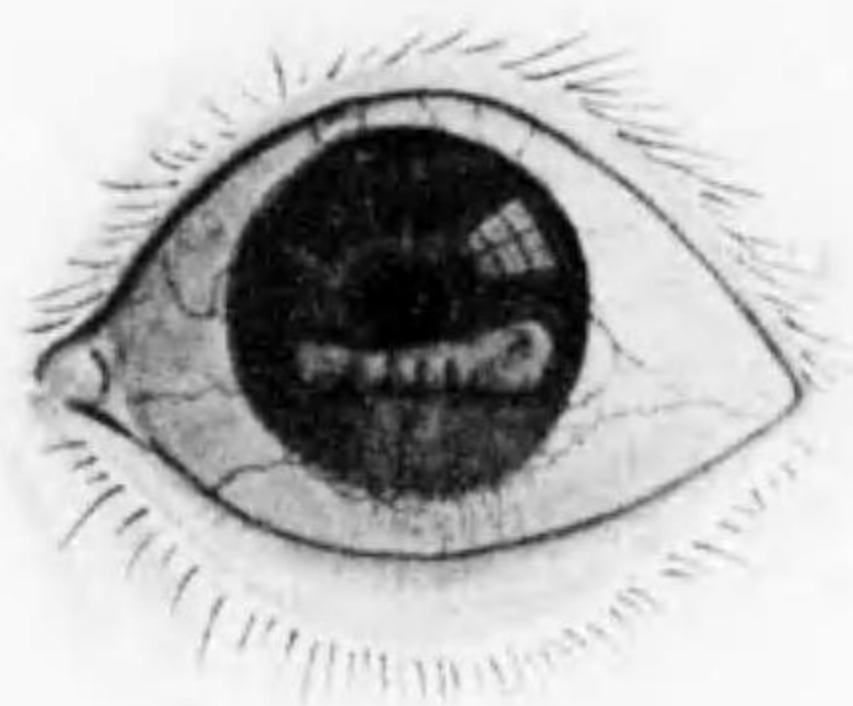
角膜脂肪變性症

角膜脂肪變性症 Fatty Degeneration der Hornhaut 本症は元來が變性で炎症として取り扱ふのはどうかと思ふが、然し、そこに時々發作性に比較的強い刺戟症狀が現はれる。それが又本症に特異である。この反覆發作する刺戟症狀を苦痛として、眼球の摘出を希望して來た患者があつた。刺戟の強いときには、宛がら定型的の實質性角膜炎のやうに觀

える。實際またさうだと思つて、旺んに驅微療法の行はれた實例がある。之れ等を觀ても本症に於ける刺戟症狀の程度を想像することが出来ると思ふ。

尤も本症は脂肪變性であるから、角膜潤濁部は黄色を帯びてゐる。如何に刺戟症狀が強くとも一見して、容易にそれと診断されるといふ人があるかも知れない。然し症例によつては、この黄色調なるものは餘り著明でない。彼の角膜老人環が一種の脂肪變性でありながら、殆ど黄色を呈してゐない事實と思ひ合せるとき、潤濁部の色調のみによつて診斷することの出来ないのが了解されるだらうと思ふ。

圖四十八第



症性變脂肪膜角ふ作を狀症戟刺

本症に於ける潤濁は殆ど角膜の全體に互つてゐることもあるが、多くは中央部に限局して不正

圖五十八第



症性變脂肪膜角性發原眼兩

圓板狀を呈してゐる。尤もトラホーム・パンヌスの經過中に發せるものは、上方に偏してゐることがある。時には又皸裂に相當して横に長くなつてゐることもある。第八十四圖がそれで、この患者(佐〇〇まさ十九歳、昭八、八三〇三七)には兩眼に發生してゐた。潤濁の幅の廣い右眼の方には下眼瞼に少數の倒生睫毛があつて、それが丁度潤濁部を摩擦してゐた。潤濁部は兩餘の角膜面よりも僅か計り高まつてゐるかの如く觀える。又實際多少明かに隆起してゐることもある。

潤濁部には割合に太い新生血管がある。それが多くは鞏膜から出てゐるのに拘らず、樹枝狀に分岐し、或は又この潤濁を包裹せんとするやうな状態を示してゐることもある。發作性刺戟症狀の現はれるとき、この血管の充血は特に著しいのである。それ故に斯る新生血管は、角膜潤濁部に生ぜる脂肪を吸收する爲めのもではなく、寧ろそこへ脂肪を運んで來て、沈著させる作用を營むのではないかと考へてゐる人がある。

家兎をヒヨレステリンの如き脂肪質に富んだ食物で飼育すると、血液中の脂肪質の含量は著しく増加する。然しそれだけでは、角膜に脂肪は沈著せない。然るに今角膜を傷けてそこに血管を新生させる、さうするとその新生血管の周囲に脂肪が盛んに沈著して来る。人類の場合でも似たやうな関係があるのではあるまいか。

癩性角膜濁

角膜脂肪變性は不治である。然し、それが潰瘍を形成することは無い。刺戟、症狀を伴はない、爾餘の、角膜、濁、に就ては後に之れを總括して述べることにする。

癩性角膜濁 癩病患者に於て、比較的屢々角膜に種々なる種類の濁濁を生ずることがある。例へばパンヌス様濁濁、表層點狀角膜炎、表層瀰漫性角膜炎、實質性角膜炎、角膜肉芽腫等が報告されてゐる。鑑別上、濁濁其のものゝの性状に就ては特に注意すべきものは無い。唯、それが癩性である限り、必ず同時に顔面殊に眉毛、前頭部、眼瞼、結膜、鞏膜、虹彩等の孰れかの部分に癩性變化が現はれてゐる。角膜だけが侵されるといふことは、先づ無いと觀てよい。眼科としては何等處置すべきものがない。

角膜潰瘍

角膜潰瘍

潰瘍其もの存在を知ることには極めて容易である。彼の單なる上皮缺損でさへも、フルオレスチン溶液の點眼によつて、明かに之れを認めることが出来る。従つて診療上から言へば

- 一、潰瘍は如何なる種類に屬するか
 - 一、潰瘍は今、如何なる時期にあるか、それとも既に治癒機轉を採りつつあるか
- 先づこの二點について注意すべきである。角膜潰瘍が如何なる種類のものであるかといふこと

とは、潰瘍それ自身の特異なる所見からして、直ちにそれと診斷される場合が多いけれども、尙ほ二、三参考に資すべきものがある。

先づ患者の年齢から言ふと、三歳以下の小兒では、角膜軟化症が第一位を占めてゐる。それに亞いでは膿漏性結膜炎に續發するカタル性潰瘍を考ふべきである。又五歳から十二、三歳までの患者では、フリクティン性角膜炎及び芒把狀角膜炎が多く觀られる。其の他の潰瘍では年齢との關係は餘り顯著でない。

症例の多少から言へば、トラホーム、パンヌスと關係のあるもの及び諸種の結膜炎に續發するカタル性潰瘍が、角膜に原發するものよりも遙かに多い。従つて角膜潰瘍の診斷に當つては、常に結膜の所見に注意を拂ふことを忘れてはならない。

同じ様に又、瞼縁の變化殊に内反症、倒生睫毛或は兎眼等に原因する場合がある。僅か一本か二本の倒生睫毛は、兎角見逃し易いもので、其の爲めに潰瘍の治癒し難いか、或は容易に再發することがある。

初期より、新生血管を伴ふ潰瘍は、トラホーム、パンヌスに併發するもの、芒把狀角膜炎及び蠶蝕性角膜潰瘍である。其の他の潰瘍で血管の進入して来るのは、既に治癒機轉を示してゐるのである。進行の極めて迅速なるは、角膜軟化症、麻痺性角膜炎、膿漏眼及び義膜性結膜炎に續發する角膜潰瘍等で、僅か二、三日の中に穿孔することが多い。

殆ど穿孔することのないのは、慢性結膜カタルに續發する角膜潰瘍、角膜ヘルペス、トラホーム、パンヌスに併發する潰瘍、芒把狀角膜炎、倒生睫毛及び兎眼による角膜炎、蠶蝕性角膜潰瘍等である。

前房、著膿を生ずるもの、第一は匍行性角膜潰瘍だが、トラホームの経過中に角膜潰瘍を生じ、そこに肺炎菌が續發傳染を來すとき、即ち前房、著膿性、角膜炎、Hypopyon-Keratitis に於ても亦、著膿が現はれてくる。麻痺性角膜炎に於ても同様である。次に主なる角膜潰瘍に就て記述する。

角膜軟化症

角膜軟化症

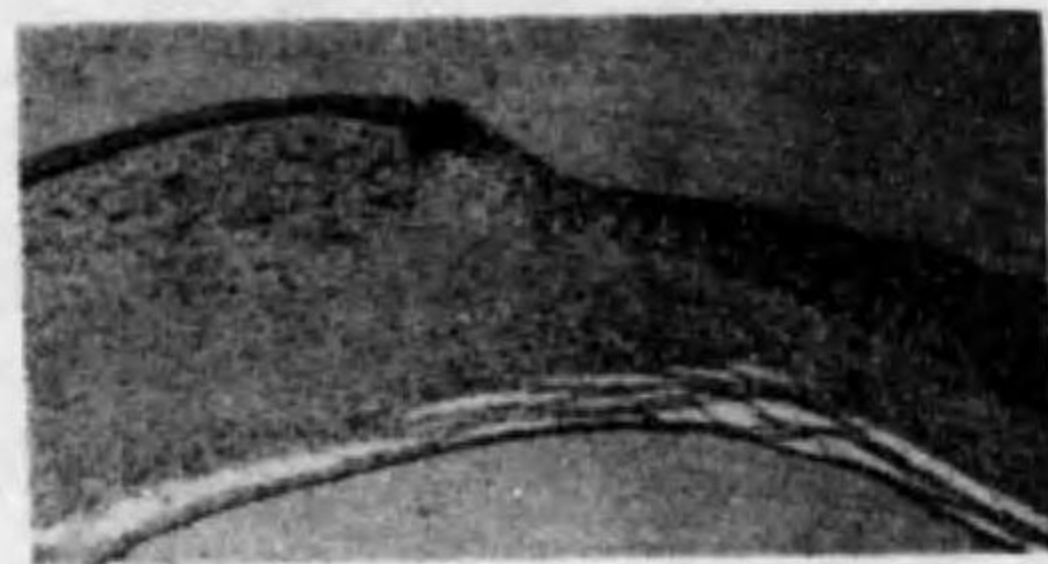
我が國に於ては、今日尙ほ本症の爲めに失明するものが相當に多い。統計上には、失明の原因として常に其の主座を占めてゐる。然しながら本症は初期に診斷して適當に加療することが出来れば、必ず治癒するもので、決して、失明に陥らしめることは無い。之れを著者の経験に徴するに、本症は本來、眼科の病氣ではあるけれども、同時に可なり重い全身症状を呈する爲めに、患者は大抵、小兒科若くは内科の診療を受けてゐる。所が主治醫の注意が兎角眼の方にまで及ばず、加療の時機を逸して、不幸遂に救ふ可らざるに至る、大多數がさうである。

本症患者は多くは三歳以下の乳兒だけれども、それ以上の年齢の者にも、勿論發することがある。著者は九歳の兒童の罹患せるのを觀たことさへもある。本症に罹るやうな患兒の全身の營養状態は甚だ不良で、遺傳微毒の徴候を呈するものが多い。この營養障礙は主としてヴィタミンAの缺乏によるもので、之れを攝取する量が少ないか、攝取しても胃腸障礙の爲めに、體内に吸収されないか、或は又體内へは吸収されても、肝臓の機能障礙があつて、そこに貯へることが出来ないといふやうな理由で、遂に本症を發生する。従つて人工營養の乳兒殊に遺傳微毒に罹つてゐる者に、本症

を觀ることが多い。尙ほ茲に著者の注意して置きたいのは、營養の佳良なる小兒であつても、それが、麻疹、急性肺炎等の爲めに、全身の衰弱せると、本症を發して、失明する、それが、又、少くないといふことである。

本症の前驅、症状として、夜盲及び結膜乾燥症を必發する。夜盲の方は既に三歳以上であれば、患者自ら之れに氣付く筈であるが、全身症状の重い時などは、其の儘看過され易い、三歳以下では勿論患兒自ら訴ふる所が無い。又結膜乾燥症の方も主治醫にさへも知られずにゐることが寧ろ普通といつてもよい程に等閑視されてゐる。尤も一歳未満の乳兒であると、其の泣き聲がギーギーと一種獨特であるから、少しく經驗すると、其の聲を聞いただけで、眼の方は觀なくとも本症の診斷がつく。

結膜の乾燥と相前後して、角膜も亦乾燥する。やがて間もなく、角膜の下三分の一の所に、皸裂に相當して、横に、長い、濁が、現はれて、來る、この頃になると患者は強い羞明を覺えて、絶えず眼を閉ぢ、開かうとせない、これが又診斷上、注意すべき點である。一體小兒といふものは眼に



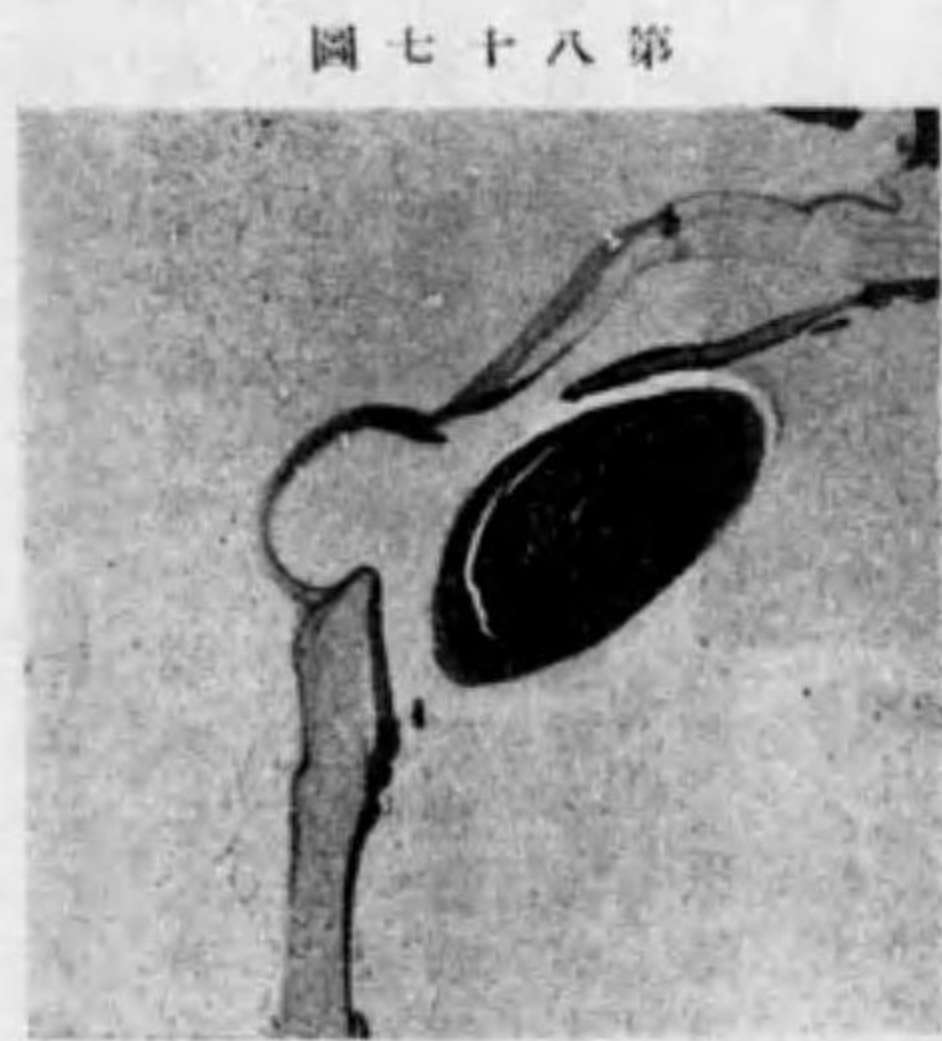
角膜軟化症に於ける進行状態の圖

第八十六圖

別條のない限りは、睡眠時を除き、必ず眼を開いてゐるものである。それ故に若し小兒が目覺めてゐるのに拘らず、眼を開かない時には、そこに何か眼に變化があるものと思はなければならぬ。其所が多くの非専門家は、小兒が眼を閉ぢてゐると、敢てそれを開いてまで検査しやうとしない、其の儘に放置しておく、十中八九がさうである。殊に麻疹の経過中に肺炎でも起すと、其方に全力を傾

ける。全身症状が軽快して、どうやら生命を取り止め、一安神する頃には、角膜はその大部分が軟化症に陥つてゐる。驚いて我々の治を需むるけれども、時既に遅く、最早再び視力を得る望みは無い。殆ど版で押したやうである。

著者はかうした不幸な患者を観る時いつも誰れが果して其の責任を負ふべきであるかを考へずには居られない。つい横道へそれたが、上記の角膜濁濁部はやがて容易に軟化崩壊して潰瘍を形成する。そこには二次的に肺炎球菌が傳染する爲めに、屢々又前房蓄膿が現はれる。潰瘍の進行は甚だ急速で、その重症なるときは僅か二三日の間に角膜の大部分を侵して遂に穿孔する。虹彩の脱出するのはいふまでもない。従つてその治療するに當り、軽くとも癒着性白斑、重いものでは角膜葡萄腫を後貼する。



第 七 十 八 圖

角膜軟化症は一般に刺戟症状を伴はず、眼球結膜の發赤も極めて輕微であるが、時にはそれが甚だ顯著なることがある。彼の麻疹の恢復期に於て、全身の衰弱の甚しい所へ、結膜に相當に強い急性炎症を發することが能くある。さうすると、平素ならば角膜にも可なり強い抵抗力があるのに、それが不思議な位に速かに潰瘍を形成して穿孔する。著者は此の種ものを局所性角膜軟化症と呼んでゐる。最近に經驗せる一例は麻疹との關係も無く、勿論ビタミンシンの缺乏でも無く、充分に注意して加療したのに拘らず、遂に兩眼角膜は全部崩壊して救ふことが出来なかつた。尙

ほ幼児の膿漏眼に於て角膜中央部に好發する潰瘍の如きも、淋菌毒素の作用もあるには、あるだらうが、それよりも寧ろ激しい結膜炎の爲めに角膜の栄養が著しく障礙せられた結果と見做すべきだと思つてゐる。同様なる理由によつて、義膜性結膜炎に於ても亦其の重症なるとき、角膜軟化症を起す危険は大である。

角膜軟化症は時として角膜縁に近く限局性に發生することがある。

療法 栄養の不良なる、殊に遺傳毒に罹つてゐる小兒であれば、何を措いても先づ第一にビタミンAに富んだ藥餌を與ふべきである。古くから用ひられて最も偉效を奏するのは肝油である。ビタミンAの缺乏を補給するといふ意味から言へば、成るべく多量を與へた方がよい譯である。然し肝油の奏效は必ずしも其の量にばかり關係しない。ビタミンA以外に尙ほ不明の有効成分が含まれてゐるものと思ふ。肝油の服用後、六時間位で眼症状には輕快の徴候が現はれてくる。肝油以外に、尙ほ種々なるビタミンA製劑が發賣されてゐる。勿論用ふるに足るけれども、肝油が最も効果的である。飲みにくいといふが、角膜軟化症に罹つてゐる小兒は又不思議に肝油を好んで服用するものである。

時々小兒科の意見として、消化不良の兒童に肝油を用ふると、益下痢を起させて衰弱を増させるやうなものだ寧ろ禁忌すべきであるといふことを耳にする。然し、既に角膜軟化症を發し、或は發せんとする状態にある者に對してはその爲めに多少の下痢を起しても、尙ほ且つ之れを服用させた方がよい、眼症状は著しく輕快する。斯くして角膜潰瘍に進行の危険がなくなる、そこで始めて全身の栄養回復に努めても決して遅くはない。角膜軟化症に對する肝油の投與は確かに一つの

救急療法である。

肝油の内服と同時に忘れてならないことは、局所的原因の存在である。殊に全身の栄養の比較的佳良なる小児にあつては、結膜に於ける急性炎の症状に注意し、この方から来る角膜の栄養障礙を除くことに努力すべきである。それ等の處置に就ては、既に急性結膜炎の各項に詳記して置いたから、茲には省略する。

匍行性角膜潰瘍

匍行性角膜潰瘍

本症も亦初期に適當の處置を講ずることが出来れば、能く相當の視力を保有して治癒するけれども、既に或る程度以上に潰瘍の進行したものは殆ど絶望である。本症は其の大多數に於て、夏時、農夫が田の草を取る際、稻の葉で眼を突き、角膜に上皮缺損を來せる所へ、醗菌が感染して潰瘍を形成するもので、俗に「ツキ目」と呼んでゐる。上皮缺損は角膜の任意の部分に起り得るのに、それが又不思議と中央部瞳孔領に好發する。最初は極めて小さい浸潤を認めるに過ぎないが、漸く増大し、因つて生ぜる潰瘍の進行に伴ひ、勿論視力障礙が強くなる。然し患者が醫療を需むるのは、この視力障礙よりも、寧ろ疼痛の耐へ難い爲めである。

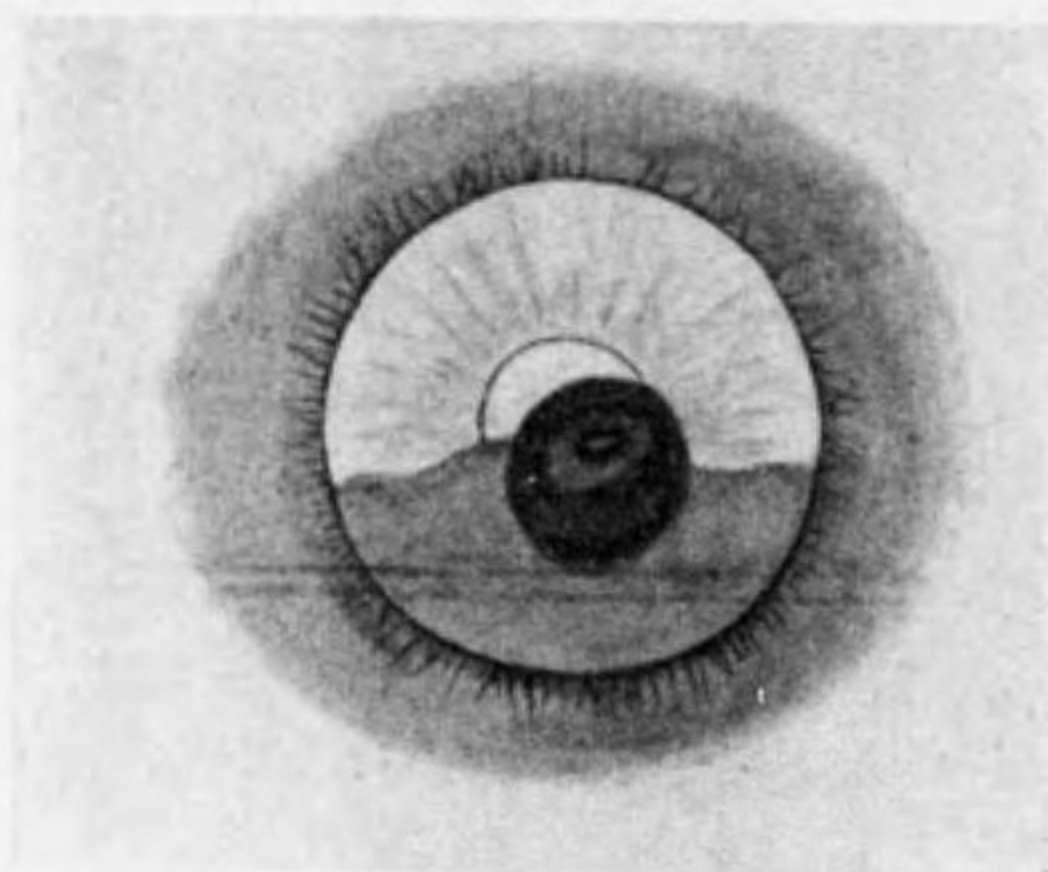
他覺的に特異なのは、潰瘍の尙ほ未だ左まで進行せない間に、早く既に前房蓄膿を生ずることである。尤もその僅微なるときはそれが角膜下縁にある半透明の鞏膜帯の爲めに蔽はれて認め難いから、疑はしい時は、この部分に軽い指壓を加へる。若しそこに蓄膿があれば、それが上方へ押し上げられて、透明な角膜のところへ現はれてくる。更に潰瘍それ自身を観ると、其の進行縁は常に溷

圖八十八第



(期初)瘍潰膜角性行細菌

圖九十八第



(期孔穿)瘍潰膜角性行細菌

濁し、且つ多少明かに穿掘して
 みる。溷濁部には白血球が澤
 山に浸潤してゐるので、黄色に
 観えるといふけれども、さうい
 ふ色調によつて本症を診断す
 ることは困難である。それよ
 りも潰瘍面から塗抹標本を作
 つて病原體を検出することが
 出来れば最も確實で、本症は極
 めて少數の症例を除き、肺炎雙球菌によつて起るものである。潰瘍は平面的にも擴がり、同時に又
 深部へも進行する。経過は比較的急速ではあるが、然し角膜軟化症程ではない。
 毒力の弱い肺炎球菌に原因する角膜潰瘍は、時にその経過が甚だ緩慢で、前房に蓄膿を生ぜず、爲
 めにその診断を誤ることがある。症状一進一退して容易に治癒し難き潰瘍に對しては、〇五%レ
 ミジン溶液の點眼を試むべきである。

角膜に他の原因によつて例へばトラホーム、パンヌスに合併して、先づ潰瘍を生じ、そこへ更に肺
 炎球菌の感染することがある。特に前房蓄膿性角膜炎、Hypopyonkeratitisと呼んでゐるが、臨牀的所
 見は匂行性潰瘍と何等異なる所がない。麻痺性角膜炎に於ても亦類似の潰瘍を形成することが
 ある。

或る經驗に富める地方の専門家の直話に、夏時、農夫が稻の葉で眼に怪我をすることは相當に多いが、大抵は左程のこともなく容易に治癒する。其の匂行性潰瘍を發するに至るは極く一部分で、凡そ二割位のものだといふ。外傷直後に於て、合理的に處置するか或は耕作時、保護眼鏡を用ひるならば、本症は充分に之れを豫防することが出来る。

尙ほ本症患者は其の多數に於て、慢性淚囊炎、若くは淚囊膿漏に罹つてゐる。即ちその結膜囊には肺炎球菌が常時既に澤山に存在してゐる譯である。

療法 角膜の損傷後間もない時は、缺損せる上皮の再生を促がす爲めに、1% シャルラハロート軟膏或は2% 黃降末軟膏を點入する位で、未發に豫防することが出来る。既に潰瘍を生じたものでも、其の最初期には0.5% レミジン水溶液一日數回の點眼だけで、速かに治癒することがある。1% 以上の濃厚レミジン液は、獨り肺炎菌計りでなく、健康なる角膜組織をも侵して、不治の潤濁を生ぜしむることがあるから使用しない方がよい。同じ意味に於て、コカインの點眼は禁忌である。このものは一方疼痛を緩解させる作用があるけれども、他の半面に於て、局所の抵抗力を弱める不利益を伴ふてゐるからである。本症患者に、若し慢性淚囊炎があつたならば、取り敢へず小淚管を結紮し、或は淚點を焼灼して、淚囊の内容物が結膜の方へ出て來ないやうに應急的處置を講じて置く。レミジンの頻回點眼によつて、潰瘍の進行を防ぐことが出来ない時は、更にそこを焼灼する。場所が多くは瞳孔領なる爲めに、後に殘る癢痕を顧慮して、誰しも充分に廣く焼灼することを躊躇する。然しこの時分には病原菌は既に周圍の健康に觀える角膜組織内へも侵入してゐるので、其の邊までも思ひ切つて焼灼せないと、炎症は再燃し易いのである。焼灼には敢て烙白金のやうな特

別の器具を必要としない。硝子棒を酒精燈で熱したものでよい、或は火箸でも結構である。要は唯肺炎菌を死滅せしめ得る溫熱を作用させることが出来ればよい。而かも其の溫熱によつて角膜組織が傷けられなければ、蓋し理想的である。此の目的に適應するやうに作られたものに、高橋武衛氏の電氣燒灼器がある。攝氏六十度内外ならば、肺炎球菌は即ちに死滅するけれども、角膜組織は殆ど侵されることがない。既に潰瘍の廣く瞳孔領を侵した場合、視力の充分なる回復は到底望まれない。それよりも成るべく速かに潰瘍の進行を阻止して、治癒機轉を採らせるやうにすることが必要である。

二〇% 硫酸亞鉛水を、小楊子の先端に綿花を僅か計り巻き附けたものに含ませて、それを潰瘍面に軽く數秒間働かせた後、他の健康部を腐蝕せないやうに直様洗滌する方法も、時に奏效することがある。

潰瘍が角膜を穿孔すると、それを機會に治癒に向ふことの多い事實に教訓を得て、前房の反覆穿刺、潰瘍部の角膜切開等が以前から行はれてゐるが、近頃は又更に潰瘍の進行縁に於て、成るべく瞳孔領を避けて、角膜のトレパナチオンを行ふと、それが効果的であるといふことが報告されてゐる。試むべきである。

本症の病原たる肺炎球菌は、其の菌株によつて毒力に可なり著しい強弱がある。それ故に或る症例に、或る療法が非常に能く奏效したからといふて、それが總ての症例に、同じ様に作用するとは限らない。各症例に對して成るべく種々なる治療法を行ひ、自ら經驗して取捨すべきである。

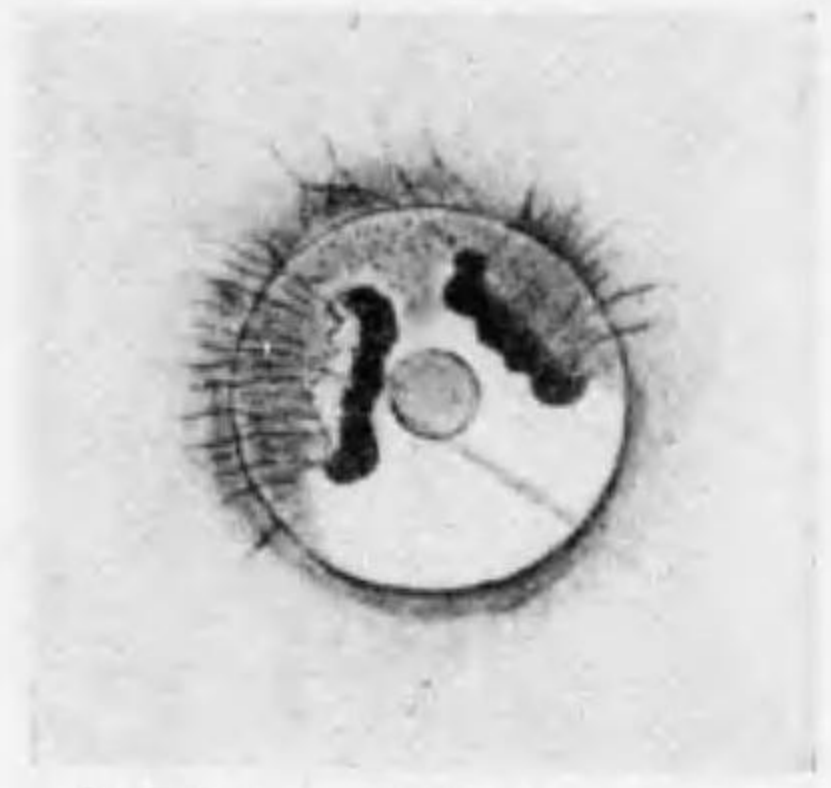
本症は稀にモラックス・アクセンフェルド氏重桿菌に原因することがある。さうした時には暗

禁水の頻回點眼が著しく効果的である。
 近頃結膜及び角膜の急性傳染性疾患に、トリパフラウインの點眼が偉効を奏するやうに言ふてゐる人があるけれども、少くとも本症には絶対禁忌で、この爲めに却つて角膜に不治の潤濁を生ずる危険がある。

トラホームに併發する角膜潰瘍

多くはパンヌスの進行縁に生ずるけれども、時には又それと無關係に發することがある。尤もこの時には彼のカタル性潰瘍に近似の性状を呈し、好んで角膜の周邊部から始まつてくる。コカインの濫用された場合には、先づ角膜の中央部を侵すこともある。孰れにしても潰瘍は深部に進む傾向を、殆ど有してゐない、主として平面的に擴がつて行く。然し、これも徐々であつて、急性の結膜炎に見るが如き迅速なものではない。
 パンヌスの進行縁に添ふて求心性に生ずる潰瘍は、彼の蠶蝕性角膜潰瘍に酷似し、經驗に富める人でも其の經過を観察しないことには鑑別の不可能なことがある。

療法 結膜の方は既に大部分、瘻痕を形成してゐても、角膜に潰瘍の存する限りは、〇・三—〇・五%硝酸銀水の點眼は、殆ど絶対的に必要である。然し、この場合、銀水は成るべく潰瘍面に觸れないやうに、また點眼後は能く食鹽水で洗滌中和して置く、濕性溫巻法は行つてよいが、潰瘍面を徒らに器



第十九圖

トラホームに併發する角膜潰瘍

械的に刺戟して、上皮の再生を妨げることのないやうに注意すべきである。寧ろ懷爐巻法が效果的だと思ふ。

潰瘍面に上皮の再生を促す意味に於て、黃降柔軟膏、シヤルラハロート軟膏等が用ひられ、可なり能く奏效することもあるが、時とすると却つてそれが刺戟を與へて症狀の輕快せないことがある。二、三回使用して様子を觀ることにする。

患者によつては硝酸銀水は刺戟が強いので耐へられないといふのがあつた。然し、この場合コカインは用ひない方がよい。潰瘍の治癒を遅延せしめるばかりでなく、却つてその進行を助けることさへもある。

硝酸銀水によつて潰瘍の進行を防ぐことの出来ないやうなのは、續發傳染を起してゐるのかも知れないから、軽く潰瘍面を焼灼して見る、意外に能く奏效することがある。

トラホーム、パンヌスに併發する潰瘍は、可なり多い。之れ等個々の症例に就て、已れ、の、意、の、如く、治療成績を擧げること、出来る、人は、既に、立派な、専門家、といふべきである。
 内反症若くは倒生睫毛のある場合は、これに對して適當なる手術的療法を必要とする。

カタル性角膜潰瘍

本症には二種類ある。一は膿漏性結膜炎、義膜性結膜炎、急性結膜カタル等に續發するもので、他は主として慢性結膜カタルに觀るものである。前者は患者の大人なるとき、通例、角膜縁に初發するも、その小兒なるとき好んで先づ中央部が侵される、そこには起炎毒の作用もさることながら、恐

らく又角膜の栄養障碍に陥ることが大に關與するだらうと思ふ。この種の角膜潰瘍は一般に迅速に廣く且つ深く進行するゆえ穿孔の危険が多い。膿漏性結膜炎に於て殊に然りである。慢性結膜カタルに併發する潰瘍は、角膜縁に近く之れに並行に、鑲狀若くは三月形を呈してゐる。殆ど進行する傾向は無いが、原因の除き難い爲めに、好んで再發する、患者は中年若くはそれ以上の者が多い。

療法 潰瘍其のものに對しては、何等特別に處置する必要がない。トラホームに併發する潰瘍の處置に準じて、結膜の方の症狀を輕快せしむるやう専念すれば、潰瘍は容易に速かに治癒して、殆ど痕跡を留めないやうになる。

フリクテーン性角膜炎

フリクテーン性角膜炎

本症は腺病質の一見伶俐な、睫毛の長い、顔面の蒼白にして、神経質らしい小兒に多いけれども、往々にして又年齢の若い婦人に觀ることがある、屢々慢性縁炎を伴ひ、同時に好んで結膜フリクテーンを併發する。孰れも其の原因を同じうするのである。

フリクテーンは角膜の任意の部分に發するけれども、その瞳孔領なることが比較的多い。最初は小なる浸潤として現はれ、間もなくそれが潰瘍となる。平面的に擴がることは殆ど無いけれども、丁度噴火口を觀るやうに、深部に進む傾向が強い。従つて適當に處置されないものでは穿孔することがある。然し一般には、それまでに至らずして輕快に赴き、小なる薄翳若くは翳を残して治癒するものである。唯茲にも患者の體質の強壯とならない限り、繰返して再發し、其の度毎に潤濁

及び血管を新生し、後には角膜はその大部分に互つて透明が失はれ、所謂フリクテーン性パンヌス *Pannus phlyctenulosus* を形成するやうになる。通例、兩眼を侵すからして、視力の障礙も相當に著しい。尤もかうして出來た小兒時の潤濁は、成長するにつれて、可なり能く透明に復し得るから、必しも苦慮するには及ばない。

小兒時に反覆して結膜及び角膜フリクテーンを患つた人は、成長してから胸腹部の結核性疾患に罹ることが少ないと言はれてゐる。

療法 局所的には角膜上皮の再生を促がす爲めに、1% シャルラハロート軟膏若くは2% 黃降汞軟膏を點入する。潰瘍の深部に進行して穿孔の危険があるやうな場合でも、別に散腫劑とか縮腫劑の如きを點眼するまでの必要は無い。患者が十歳以下の小兒であつたならば、デオニンは成るべく用ひない方がよい。潰瘍の頻回再發するものに對しては、放射線療法の時、奏效することがある。場合によつては前房穿刺を試みてもよい。

再發を豫防する意味に於て、全身の栄養を佳良にして、其の抵抗力を増進せしむることは、必要である。

芒把狀角膜炎

芒把狀角膜炎

原因は角膜フリクテーンと全く同一である。夫れにも拘らず潰瘍其のもの所見は大に異つてゐる。第一に本症は常に角膜縁に初發する。第二に潰瘍の進行には必ず新生血管を伴つてゐる。第三に穿孔の傾向はない。然し潰瘍は好んで角膜中央部に向つて、名の示す如く、芒把狀を爲して進行し、その中央部に達するや、更にそれを越えて進むといふことはなく、却つて蹄係を描いて再び邊緣に復歸する。第四に經過が比較的長く、時には半年若くはそれ以上持續

してゐることもある。自然的に治癒する傾向はすくない。
療法 先づ小なる鋭匙を以て潰瘍を搔爬し、そこに新生してゐる血管を全部除去し、然る後、一般潰瘍に於けると同様に處置する。潰瘍の進行に伴ふて新生せる血管を、其の儘にして置いては、治癒に導くことが困難である。
 原因療法として、全身の栄養を佳良にして抵抗を高めるやうにすべきは、フリクティン性角膜炎の場合と同様である。

蠶蝕性角膜潰瘍

蠶蝕性角膜潰瘍

患者の年齢は、その大多数が三十歳以上である。尤も著者は近頃十五歳といふ弱年者に、本症を發せるを経験し、念の爲めに文獻を調べたところ、三十歳以下のものが合計十三例、その最年少者は著者の症例と同じく十五歳であつた。トラホームと何等かの關係があるやうに思はれる症例もあるが、然し、本來はトラホームと全然無關係に發症するものである。

本症は毎常必ず角膜縁に初發し、新生血管を伴ひつつ、中央部に向つて求心性に擴がつて行く、潰瘍縁は穿掘してゐるが、深部に進む傾向は無い。輕重の別はあるが、常に一定の角膜層を侵すことが他の潰瘍と異なる點である。相當に重症で、實質の大部分が侵されても、穿孔することは殆ど無い。尙ほ本症は一方にその進行を續けると同時に、他方又治癒機轉を示してゐる。即ち多少時日を経過すると、初發部は早く既に上皮細胞にて蔽はれ、瘢痕組織の増殖さへも觀られるのが通例で、他の潰瘍には無いことである。

潰瘍はまた時として求心性でなく、角膜の一方の側から他方の側へ、ひら押しに進んで行くことがある。左右兩眼に發するけれども、通例は先づ一眼を侵し、數ヶ月或は一年乃至數年を経て、更に他眼に發病する。兩眼が同時に罹患することは甚だ稀である。

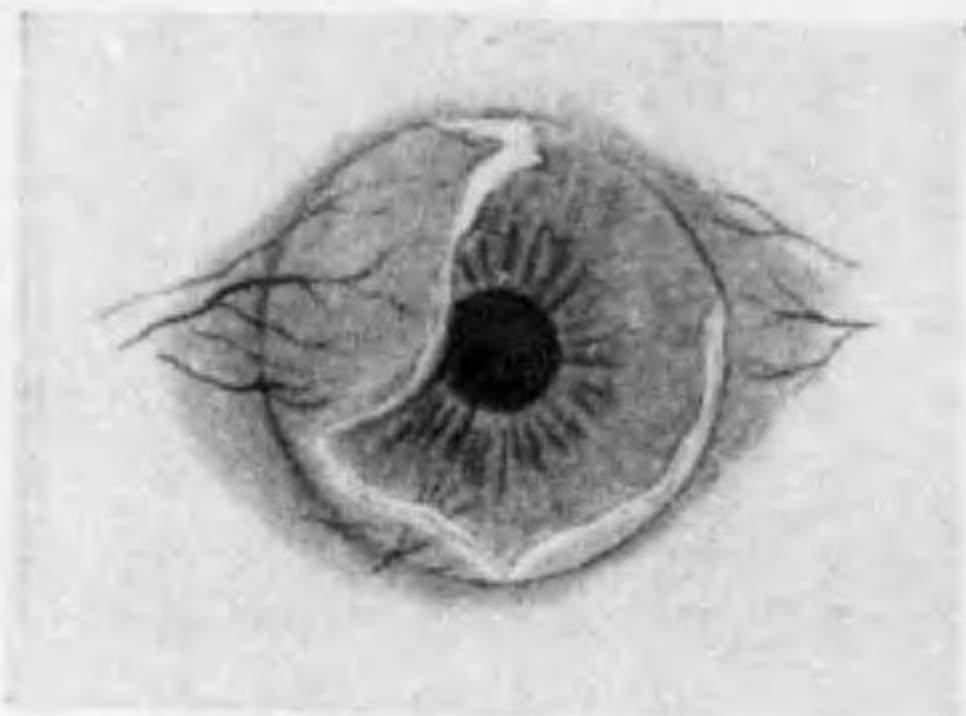
本症は又相當に強い刺戟症狀殊に激しい疼痛を伴ふことが多いので、炎症として取り扱はれてゐるが、一種の栄養障礙による角膜組織の壞疽と見做してゐる人もある。

本症は其の比較的輕いものでは、中途からその進行を停止して、治癒に赴くこともあるけれども、多くは角膜の全體に及ぶもので、そこには可なり濃い潤濁を残すばかりでなく、角膜の彎曲さへも變つて來るので、視力の著しく障礙せられるのは勿論である。

本症の本態は今日全く不明である。角膜栄養障礙による原發性壞疽説、炎症殊に傳染説等が唱へられてゐるが、著者は角膜上皮細胞が一定の刺戟により、實質組織内へ異常の増殖を來し、その爲めに潰瘍を生ずるのでは無いかと、密かに思つてゐる。

療法 本症に對しては、何等處置することなく、其の儘に放置しておく、それが即ち療法である、と言つた人がある。或はさうかも知れない。然しながら實地家としては、さういふ譯には行かないので、種々なる療法が試みられてゐる。例へばレントゲン或はラヂウムの放射を行ふとか。雪狀炭酸の凍冷を患部殊に潰瘍の進行部に働かせるとか或は又潰瘍面を眼球結膜を以て被蔽する等が、時に效果的だといふことである。新らしい文獻にグレンツシュトラーレンの著效が報告さ

圖一十九第



蠶蝕性角膜潰瘍

兎眼による
角膜炎

れてゐる。

兎眼による角膜炎 癩痕性外反症、顔面神経麻痺及び重症患者等にあつては、瞼裂を完全に閉鎖することが出来ない。その開いた儘の所に露出してゐる角膜は、外來の刺戟に對して保護されてゐないから容易に乾燥して潤濁を生じ、重いで浸潤潰瘍等が現はれてくる。それが顔面神経麻痺であれば、潰瘍は角膜の下三分の一のところ、即ち瞼裂に相當して横に長い形を爲してゐる。それ以外には潰瘍に特異の所見が無い。然し續發傳染を來さない限り、餘り進行せずまた穿孔することも無い。

療法 原因を除くのが第一で、その外は對症的に處置するのみである。

角膜ヘルペス

角膜ヘルペス 三叉神経第一枝に於ける眼帶狀ヘルペスに併發することもあり或は又熱性ヘルペスとして角膜にだけ限局してゐることもある。

最初角膜表面に小なる水泡を生じ、やがてそれが破れて潰瘍を作る。潰瘍其のものとしては別に進行する傾向がない。唯、水泡が次から次へと、その數を増すと、因つて生ずる潰瘍も亦互に融合して、樹枝狀、地圖狀等を呈するやうになる。潰瘍は極めて淺く、僅かにボウマン氏膜を破つて、實質の最上層を侵すに過ぎない。通例は新生血管を伴つてゐないから、治癒した後にも餘り目立つ様な潤濁を残さないけれども稀には相當に深い潰瘍を作ることもある。

刺戟症狀強く、疼痛を訴ふる患者が多いのに拘らず、角膜の知覺は却つて減退してゐる。

本症は以前には、角膜の榮養を司つてゐる三叉神経の、單なる機能障礙によるものと思はれたが、近頃の研究によれば、このヘルペスは一種の病原體によつて發するものだといふことが動物實驗

癩痕性角膜
炎

の結果明らかになつた。家兎に於ては、この病原體は好んで神経系統を侵し、又それを傳ふて身體の他の部分へ擴がつて行く、人類の場合でも恐らく同様なる病理によつて症狀を發するものと思ふ。

療法 局所的には、角膜を外來の刺戟に曝露せないやうに、又上皮細胞の再生を旺ならしめ、兼ねて疼痛を緩解させる爲めに、二―五%ダイオニン水若しくは軟膏、一%シャルラハロート軟膏、五―一〇%オルトフォルム軟膏等を點入して、保護繃帯を施して置く。

その他同時にザリチル酸曹達、アスピリンの内服、發汗療法等が效果的である。

癩痕性角膜炎 三叉神経の麻痺によつて角膜の榮養が障礙せられ、其の結果ヘルペスの時に觀るやうな變化を呈して來る。然し、同時に角膜の知覺が減退若しくは消失してゐるので、續發的に醜膿菌等に肺炎球菌が感染して、化膿性角膜潰瘍を生ずることが能くある。然るとき、本症が匍行性角膜潰瘍の像を呈するのは言ふまでも無い。

療法 原因の除き難いものには、對症的に涙點の燒灼、小涙管の結紮等を試むると、良いといふ人もあるが、奏效するとしても多くは一時的である。

倒生睫毛に
よる角膜潰
瘍

倒生睫毛による角膜潰瘍 一本か二本の、稍もすると見逃されるやうな倒生睫毛によつて、角膜潰瘍を生ずることがある。潰瘍其のものには何等特異の所見はない。原因不明の角膜潰瘍に出遭つたならば、瞼縁の狀態に倒生睫毛の有無に注意することが必要である。

療法 倒生睫毛を抜き去るだけである。

角膜上皮缺
損症

角膜上皮缺損症 外傷によつて生ずるものだけれども、外傷は患者がそれと氣の付く程のものでないことが多い。例へば眼に異物が入つたので、少し強く擦つたぐらゐの程度のものである。

角膜の上皮が欠損すると、そこに分布してゐる痛覺神經の末端が露出して、刺戟を受ける爲めに患者は思ひの外に強い疼痛を覺える。同時に、流淚、羞明及び多少の充血さへも伴ふてゐる。それにも拘らず、他覺的に角膜のどこにも殆ど全く濁濁を認めない。然し、さうした時に試みにフルオレステイン溶液(〇・五%亞爾加里性)の一滴を點眼すると、上皮欠損部は極めて鮮明に縁染する、最も確實なる診斷法である。

欠損せる上皮は、容易に數時間にして再生する。尤も同時にボウマン氏膜に變化があるか或は再生せる上皮と此の膜との間に滲出液でもあると、再生せる上皮は再び脱落する。斯くしてそこに反覆して上皮欠損を來すことがある。

一度欠損せる上皮細胞が過度に再生するとき、それが細い絲のやうになつて、角膜の表面に附着してゐる、名けて細絲狀角膜炎、Fidhenkeratitis といふ。時に結膜分泌物の附着せるものと誤まることがある。

症例 佐〇正次郎、四十三歳、大正十五年六月十五日、四日前に左眼に異物の入つた後、刺戟症狀を發して羞明流淚あり、三日間醫藥を受けたが輕快せないといふ。視力〇・二。

診ると、左眼角中央部に上皮欠損があり、その傍らに細絲狀物の附着せるを認め、顯微鏡検査を行つたところ、それは上皮細胞の連續して索狀を爲せるものであつた。

療法 再發性欠損症に對しては、輕く患部を搔爬し、又細絲狀角膜炎を起せるものは、之れを除去して欠損部を再び aufziehen して新らしいものと爲し、然る上一%シャルラハロート軟膏を點入して、輕く保護繃帯を施す、五六時間を出でずして、完全に治癒する。若し十二時間以上を経過するも、尙ほ欠損部に上皮の再生不十分なるは、何か他に理由のある爲めで、場合によつては彼の匂行性角

膜潰瘍を續發するかも知れないから注意せなければならぬ。

以上の外、稀に眼瞼の副瘻に伴ふて角膜に潰瘍を生ずることがある。又角膜縁に發せる、痛腫が潰瘍の形を以て經過することがある。其の他、膠樣、漿膜炎に於て、角膜縁部に潰瘍を續發し、それが求心性に進行することもある。

角膜濁濁

ここに角膜濁濁といふのは、今迄述べて來た炎症性のもので及びこの次に述べんとする各種の變性を除外した總てを指すのである。炎症の旺んる時に現はれる角膜の濁濁は、主として滲出液、細胞の浸潤、實質組織の崩壞等によつて角膜透明の遮られて生ずるのである。今やその炎症が輕快して治癒に向ふとき、之れ等の病的産物は漸次吸收せられるけれども、崩壞脱落せる實質組織の代償として、そこには種々なる程度に於て、結締組織が新生し、因つて以て瘢痕を形成する。炎症殊に潰瘍に續發する角膜濁濁が即ちそれである。

結締組織の新生増殖が旺んであれば、あるほど濁濁は強い、言ひ換へると、角膜の組織欠損が大なれば、その後に来る濁濁も亦それに相應して濃厚である。角膜表層の一小部分に生ぜる淺い潰瘍は、其の治癒後に輕微なる組織欠損 Epithelium を止めるだけで、殆ど全く濁濁を残さないことがある。

それに反して、角膜全層の侵された場合は、後貽濁濁は恰も鞏膜のやうに白色を呈してくる。辛ふじて認め得る程度の濁濁を薄翳、Mucosa、明かにそれと指示することの出来るものを翳、Mucosa と言ひ、更にその著しく白色を呈するとき、之れを白斑、Leucoma と名けてゐる。斯る濁濁が瞳孔領

に存するとき、その爲めに視力の障礙せられるのは勿論だけれども、それは決して濁濁の濃度に比例するものではない。寧ろ、薄い濁濁が却つて、強く視力を害すことが多い。その譯は、薄い濁濁は或る程度までは光線の通過を許すけれども、そこを通過した光線は、不規則に屈折する爲めに、因つて生ずる網膜像は著しく明瞭を缺く。之れに反して濃厚なる濁濁は、光線の通過を許さないけれども、若しそこに瞳孔領の一小部分たりとも、角膜が透明に止まつて居れば、そこから射入する光線は、規則正しく屈折し、鮮明なる網膜像を結ぶからして、比較的ではあるが視力の減退を來すことが少ない。

角膜白斑即ち濃厚なる濁濁は、屢々色素斑を伴つてゐる。角膜潰瘍若くは外傷が穿孔せる時、そこへ虹彩が侵入して其の儘治癒した結果で、癒著性白斑、Leucoma adherens と呼んでゐる。單純なる白斑との區別は、瞳孔の形に注意すれば直ぐ判る。即ち癒著性のものでは、瞳孔は白斑の方へ牽引せられてゐるから、其の形が變つてゐる。又前房の深さが一樣でない。癒著性白斑は、甚だ屢々、緑内障を續發する、房水の還流が阻障されるからだと言明されてゐる。かうして緑内障を起して來れば、たとひ濁濁は瞳孔領を蔽ふてゐなくとも、視力は減退する。癒著性白斑が角膜の大部分を占めてゐると、そこに出來た瘢痕組織は弾力性に乏しいから、眼内壓に對して抵抗することが出來ず、伸展膨隆して、茲に角膜葡萄腫、Staphyloma corneae を形成する。尤も同じ癒著性白斑でも、そこに増殖した縮結織が比較的強靱なる時例へば、角膜後面に存する内皮細胞の増殖による結締織即ち endothelogenous Bindegewebe が主として瘢痕形成に關與してゐる如き場合には、眼内壓によつて伸展せない計りでなく、却つて收縮し、其の著しいときは、角膜は扁平となり、扁平角膜、Applanatio

cornae 或は角膜癆、Pthiasis corneae に陥ることがある。

我々は角膜の炎症性疾患の治療に従事するとき、炎症其のものを消退せしむるだけではなく、同時にそこに遺さるべき瘢痕即ち濁濁を、能ふ限り僅少ならしめなければならぬ。蓋しそこに又、専門家としての苦心が存するのである。

處置 第一に視力について、然る後、外貌を整ふることに就て考慮すべきである。十歳以下の幼少なる患者では、炎症の爲めに生じた濁濁は、可なり濃厚なものでも、身體の發育に伴ふて漸く稀薄となり、それにつれて視力も亦意外に改良するものである。従つて、たとひそれが瘢痕性濁濁のやうに觀えても、點墨の如きは成るべく之れを見合せた方がよい。

十歳以後に生ぜる角膜濁濁で、炎症の全く消退してから既に一ヶ年以上を経過したものは、多くは最早それ以上に薄くなることは望み難いけれども、若しそこに尙ほ視力増進の見込みあらば、先づその方の手術を行ふべきである。それにはホマトロピン散瞳によつて視力が如何ほど改良するかを検査する。多少なりとも改良すれば、視的虹彩切除術、optische Iridectomy を施す。又たとひ、瞳孔領に濁濁があつても、それ以外の角膜のどこかに透明なる部分があれば、そこに假瞳孔を設けるのは合理的處置である。尤もかかる場合には、角膜は透明に觀えても、偕て假瞳孔を作つて見ると、案外に強い濁濁のあるのに氣のつくものである。

視力は現在以上に改良する見込みの無い場合でも、角膜濁濁が癒著性白斑で、既に續發綠内障を起してゐるか、或は起す危険のあるものに對しては、對綠内障性虹彩切除を行つて置いた方がよい。尤も膿漏性結膜炎に續發せる癒著性白斑にあつては、炎症の全く消退してからでも、尙ほ相當に永

い間、眼内壓は可なり著しく下降してゐる。従つて斯る場合には虹彩切除の目的を以て、鉗形刀を前房内に刺入しやうとしても、刀は角膜層間を縫ふばかりで、刀尖は容易に前房内へ出て來ない。漸くのことでも出て、角膜を深く斜めに縫ふてゐる爲め、其の後面の創口は意外に小さく、虹彩鑷子を挿入することが出来難いかたとひ出来ても更にそれを開いて虹彩を挟むことは殆ど不可能である。假りに虹彩切除が出来たとしても、今述べたやうに、鉗形刀が斜めに角膜層間を縫ふた爲めに、そこに潤濁を生じて、折角假瞳孔を作つても、期待した程の視力が得られない。さうかといふて、餘りに勢強く鉗形刀を角膜縁に突き刺すと、今度は又反對に深く入り過ぎて、刀尖は虹彩根部を貫き水晶體赤道部にまでも及び、外傷性白内障を起すことになる。更に一層惧るべきは、癒著性白斑に對して虹彩切除を行ひ、其の結果、交感性眼炎を惹起せしむること、既に前にも述べた所であるが、特に重ねて茲に注意して置く。

次に美觀的處置、*Kosmetische Behandlung*であるが、それには今日でも尙ほ點墨、*Tilovierung*が廣く行はれてゐる。然しながら多くの場合、期待の成績が得られないやうである。殊に潤濁部に新生血管の多い癒著性白斑の如きは出血の爲めに墨汁が入り難いし、又折角入つても血管の多い爲めに吸収され易い。其の外、不注意に點墨すると、そこに癒著してゐる虹彩を傷けて、交感性眼炎を起すこともある。稀ではあるが點墨後に化膿性全眼球炎を起したといふので、訴訟になつた實例さへも聞いてゐる。

近頃は又鹽、*化金溶液*の化學的反應を應用する方法がクナップ氏によつて考案され、好評を得てゐる。即ち局所麻酔の後、點墨しやうとする部分の角膜上皮層を充分に能く搔爬し、そこへ5%鹽

化金溶液を豫め重曹水若くは苛性加里を以て中和して弱酸性と爲したものを綿花に含ませて約三分間作用せしめ、然る後洗滌するのである。墨汁を點入するよりも遙かに成績が好良だけれども、それが黄褐色を呈するので、邦人のやうに虹彩の黒褐色を呈する者には、好ましい方法とは言ひ難い。

視力の全く失はれたる廣汎なる角膜白斑若くは角膜葡萄腫の爲めに、著しく外貌を減損するときは、最後の方法として、之れを摘出するか或は其の内容を除去し、後に義眼を挿入するのであるが、その以前に尙ほ試むべきものがある。それは人爲的に眼球を萎縮せしむることである。それには先づ第一に著者の考案せる濃厚食鹽水の硝子體內注入で、その詳細は既に一九五頁に述べて置いたが、若しこの方法を一二回試みて、それで效果のなかつた時は、更に第二の方法として、沃度、丁幾(瀬戸科氏)若くは二―五%膽汁酸ナトリウム(山田邦彦氏)の少量を同じく硝子體內へ注入するときは、それ等の孰れかによつて目的を達することが出来る。尤も之れ等の方法は、其の優劣を考慮して行ふよりも、寧ろ實行の比較的容易であつて、而かも患者に與ふる苦痛即ち刺戟症候を伴ふことの少ない方法を、先づ撰ぶべきである。

尙ほ眼球摘出及びその内容除去に就ては、既に眼外傷の條(下五十六頁及び五十九頁)にそれぞれ記述して置いたから、参照してその通り行へばよい。

角膜變性

角膜變性

老人環

老人環 *Arcus senilis*

角膜の疾患

五十歳若くはそれ以上の年配になると、生理的の老人性變化として、兩眼角膜

に略同一程度の特異の濁濁が現はれて来る。それが一種の脂肪變性であることは、高安右人氏によつて詳細に研究せられたのである。臨牀的には角膜縁に近く殊に其の上方及び下方に於て、最初三日月形若くは鎌状の濁濁を生じ、後にはそれが角膜の全縁に添ふて輪環を描くに至る。終始刺戟症状を缺き、潰瘍を形成せないので勿論、新生血管をも伴ふことが無い。脂肪變性ではあるが、然し濁濁は灰白色で、殆ど全く黄色調を帯びてゐない。角膜縁に初發する病的濁濁殊にトラホーム・パンヌスとの鑑別には、それが老人環なるとき、之れと鞏膜縁との間には狭いけれども透明なる角膜組織が必ず介在してゐる、即ち其の外方の境界は常に明瞭である。之れに反して内方に對しては濁濁は徐々に透明なる角膜に移行してゐる。それかといふて、それが更に求心性に進行するやうなことは無い。本症は時として四十年代の人にも、相當に著明に現はれることがある、血壓の亢進してゐる人に多く觀られるやうである。

臨牀上、本症に酷似の角膜濁濁が、稀に若年者或は初生兒にさへも發することがある。この方は一種の發育異常と見做すべきで、それ等は又 *Arcus juvenilis* 及び *Embryotoxon* と呼ばれてゐる。

圓錐角膜 Keratoconus パンヌス其の他の病變を呈してゐない透明なる角膜に於て、其の中央部が菲薄となり、眼内壓の爲めに伸展突隆して圓錐形を呈するものを云ひ、概して稀に觀る疾患である。通例思春期に發症するけれども、その素因は既に先天的に享受して居り、一種の内分泌障礙によるものなることは、今日多數の認むるところである。

角膜邊緣擴張症 Randekasie der Hornhaut 本症は角膜の邊緣殊に好んで上方に發し、該部に於て角膜組織は菲薄となり、第九十二圖に示すやうに、漸次伸展突隆して來るのである。トラホーム・パ

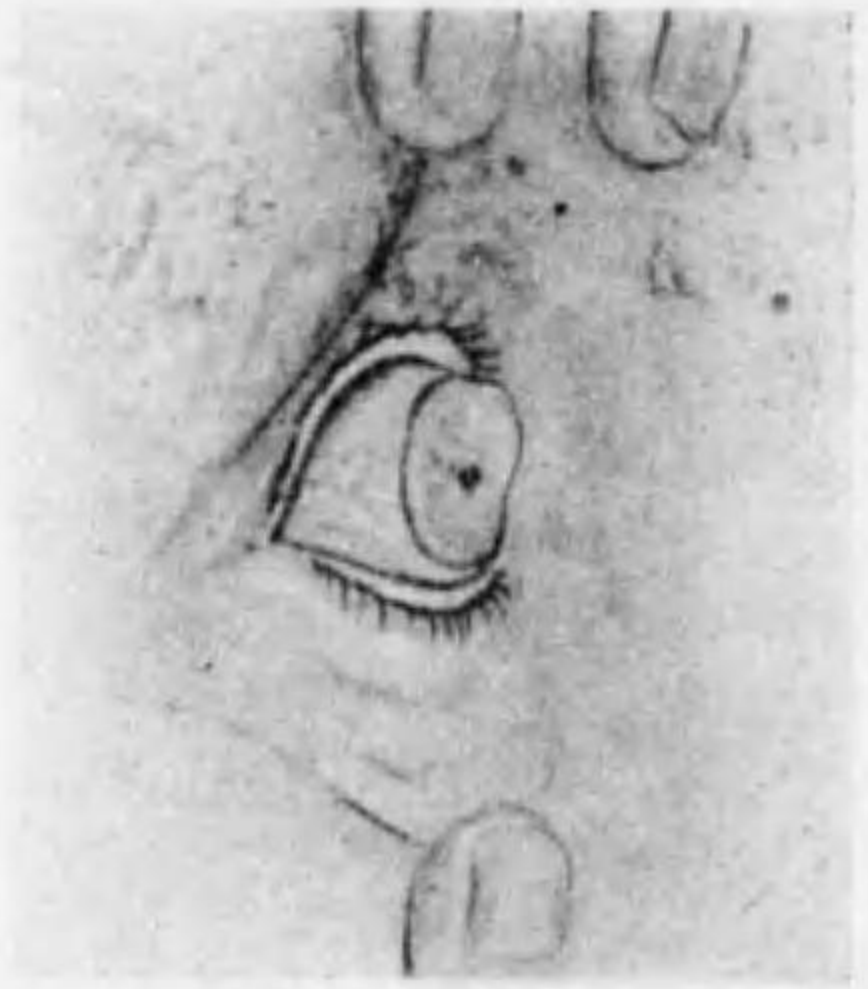
圓錐角膜

角膜邊緣擴張症

帶狀角膜濁

ンヌスに合併することがあるけれども、時には又全くさうした局所的病變のない者に、本症を觀ることがある。通例兩眼に發し、その隆起せる部分は透明に止まり若くは僅かに軽く濁濁してゐるに過ぎないが、健康部との境の所に、幅の狭い、比較的濃い濁濁を生じてゐる。

圖二十九第



角膜邊緣擴張症

組織的には明かに一種の原發變性で、圓錐角膜と同様に内分泌障礙によつて發するものと思はれる。角膜邊緣に潰瘍を形成し、其の結果菲薄となれる爲めに、本症を續發することがあるといふてゐる人もある。或は又パンヌス其の他の角膜病變によつて局所的に營養障礙を來して變性に陥り、遂にそこに擴張症を觀るに至るといふ意見も發表されてゐる。

帶狀角膜濁 Bandförmige Hornhauttrübung 本症は角膜に於ける一種の局所的營養障礙であつて、濁濁は險裂に相當する部分に、表層性に横に長く帶狀を爲してゐる。全く刺戟症状を伴ふことがないけれども、殆ど常に重症の虹彩毛様體炎若くは完全縁内障に續發するものである。

其他、角膜硝子様變性、結節状若くは格子状角膜濁濁等もあるも一般に稀に觀るものである。

療法 老人環は不治 *mielikes* である。圓錐角膜に對しては、内分泌障礙を考慮して、ホルモン療法を試み、之れを治癒せしめたと報告してゐる人があるけれども、疑はしいものである。又角膜の突隆せる部分に焼灼其の他の方法によつて瘰癧を形成せしむるとき、その續發收縮によつて症状が輕快するといふも、果して持続的に効果があるか疑問である。正常角膜の彎曲に等しい接眼硝

子 *Hatiglas* を用ふるとすき、視力の改良するは事實らしいが、このものは價格の著しく高い計りでなく、常時装用することが出来ないので、實用に適しない。角膜邊緣擴張症及び帶狀濁濁に對しても亦目下のところ何等效果的療法は無い。

第十一章 瞳孔領の異常

正常なる瞳孔は黒色を呈してゐる。尤も高齢者即ち水晶體の核の著しく増大せるものにあつては、斜照すると、そこから光線の一部分が反射する爲めに灰色に觀え、白内障の初期と誤まること無いでもない。然し、斯る場合と雖も徹照すれば、硝子體及び眼底に變化のない限り、瞳孔は黄赤色に輝き、そこに何等の陰影をも認めない。

網膜グリオーム

瞳孔領の異常として何よりも先づ腦裡に印象すべきは本症で、患者の多くは一歳未満だけれども時には二歳、三歳のこともある。然しその五歳以上に觀られるのは甚だ稀で、著者は八歳の小兒を而かも二例經驗したが、勿論例外と見做すべきである。本症は徐々に發生するが腫瘍の増大に伴ひ何時とはなしに、その瞳孔領に黄灰色を呈する異様の反射が現はれて來る。それが診斷上最も注意すべき點で、宛がら闇に光る猫の眼を觀るやうである。勿論周圍の素人眼にもそれと氣が附く、従つてこの訴へを以て醫療を需むるのが通例である。而かも斯る眼は除外例なしに既に全く失明してゐるので、黒内障性猫眼 *amaurotisches Katzenauge* と呼ばれてゐる。それは要するに網膜

圖三十九第



ムーオリグ膜網

圖四十九第



ムーオリグ膜網

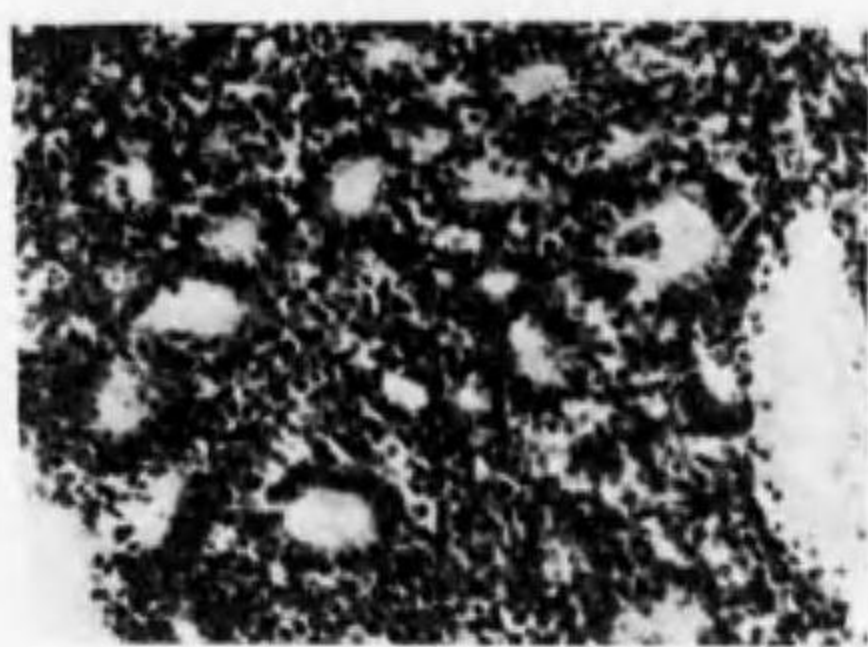
に原發せる腫瘍即ちグリオーム (Glioma) *retinae* が漸次硝子體に向つて隆起し、そこから光線が強く反射して來る爲めである。本症は歐米に比して我が國に多い。通例は一眼に止まつてゐるが、往々にして兩眼が侵される。著者の教室に於ける統計

では、兩眼に發したのが比較的多い。然しそれは腫瘍が一眼から他眼へ轉移するのではなく、既に先天性に發病の素因が兩眼に存してゐるのである。由來、本症は局所的には好んで再發するにも拘らず、遠隔の臓器に轉移する傾向は殆ど無い。兩眼に本症を發するとき、多くは時日を異にするけれども、其の一眼に腫瘍の著しく増大せるものに於て、他方の眼底、殊にその外方若くは下方の周邊部を精査すると、そこに既に初發病竈の見出される事がある。

網膜グリオームは、果してそれが名の示すやうに、グリア細胞から發する腫瘍であるかどうか、未だ明かでないが、少くとも腦のグリオームとは全然其の性状を異にし、悪性腫瘍といふ點に於ては、癌腫及び肉腫と並び稱せられてゐる、即ち老人には癌腫、中年者及び若年者には肉腫、而して幼兒にはこのグリオームである。

經過、第一期即ち黒内障性猫眼の時期 *Stadium des reinen Verlaufs* は比較的永く、一ケ年位續くかも知れない。亞いで第二期即ち緑内障期 *Stadium glaucomatosum* へ移行する。腫瘍が眼内に於て漸くその大きさを増し因つて以て眼内壓の亢進を來するのである。既に此の時期になれば診斷は

第五十九圖



見所的組織のムーオリグ膜網
(成形シテゼロなる著顯)

比較的容易だけれども、それでも尙ほ時に類症を鑑別する必要がある。第三期は腫瘍が眼球を破つて外部に出で、眼窩内に増殖する、即ち穿孔期 Stadium des Durchbruches である。更に第四期 Stadium der Verilgenenennung となれば、重篤なる全身症状が現はれて、遂に不幸なる轉歸を採るに至るのである。

鑑別診断 本症は出来得る限り早期に、的確にそれと診断を下すことが絶対必要である。それには種々なる類症を鑑別せなければならぬ。

假性、グリオーム、二五三頁参照。
結核性、虹彩毛様體炎、グリオームに於ては好んで腫瘍細胞が崩壊離散して、網膜の到る所に擴がる計りでなく、前眼部にも及んで、虹彩の前面に數多の小結節を生じ、或は又前房内に新生増殖して、著眼の觀を呈し、一見虹彩毛様體炎を想はせるものがある。然し能く觀ると、そこには殆ど全く炎症の症状が無い。尤もグリオームが其の第二期に入つて、線内障様症状を呈するやうになると、發赤が相當に強く現はれて來て、患兒は著しく不機嫌となる。結核性炎症が通例五歳以上の小兒を侵すといふことは、グリオームとの鑑別上、注意すべきである。

角膜葡萄腫、グリオームが内方即ち硝子體に向つて著しい増殖を來さず、却つて早く後方に向ひ視神經に添ふて進行するとき、自然眼球は突出する。其の結果角膜に潰瘍を生じ、やがて又それが穿孔して、そこに虹彩が脱出し、角膜葡萄腫を形成する、而かも本來の腫瘍は確かにそれと認め難

く、診断を誤ることがある。

牛眼及び全眼球炎と誤診せられたグリオームを觀たことがある。ちよつと想像がつき兼ねるけれども事實である。似寄つた症状を呈する場合があると思ふ。

療法 早期即ち腫瘍が尙ほ未だ眼球内に限局してゐる間に、眼球摘出を行ふことが絶対無條件に必要である。増殖せる腫瘍の爲めに既に眼膜が破れて穿孔せる後では殆ど手の付けやうがない。臨牀的には別にまだ線内障様の内壓亢進が認められなくとも、腫瘍は早く視神經を傳ふて後方に進行することがあるからして、眼球を摘出するときには常に視神經の切斷端に注意し、若しそこに多少なりとも肥大の疑があつたならば、更に深く視神經を切斷せなければならぬ。又たとひ肉眼的には異常がないやうに觀えても、成るべく早くその部分を組織的に検査して、侵蝕の有無を確めるやうにする。尤も視神經は全く病變から免れてゐる場合でも、腫瘍細胞は毛様血管及び毛様神經に添ふて眼球外に進出することがある。

症例 如○ 吉夫、二歳一ヶ月、右眼網膜グリオーム、昭和四年六月二十一日摘出。組織的検査に於て、腫瘍細胞は一部分既に乳頭から篩狀板を越えて後方へ進出してゐたが、然し切除せる視神經には尙ほ全く腫瘍の侵蝕を受けない部分がある。三ミリ以上もあり、眼膜は何處にも穿孔してはなかつた。所が眼球摘出後、約三ヶ月を経て、腫瘍は第九十六圖に示せるやうに眼窩内に再發せる計りでなく、近圍の組織殊に頭蓋骨に多くの轉移腫を形成し、遂に不幸なる轉歸を採つた。

そこで標本を更に再検査したところ、漿膜を貫いてゐる顛顛側渦狀靜脈の血管周圍の淋巴腔が擴大して、そこに腫瘍細胞が充満してゐた、即ち此の部分から眼球外へ出でて、再發したことが明かとなつた。それ故に比較的早期に眼球を摘出することが出来たからとて、それだけで再發を免れ得るとは

圖六十九第



再發と同時に骨蓋頭に轉
移せる網膜オリム

圖七十九第

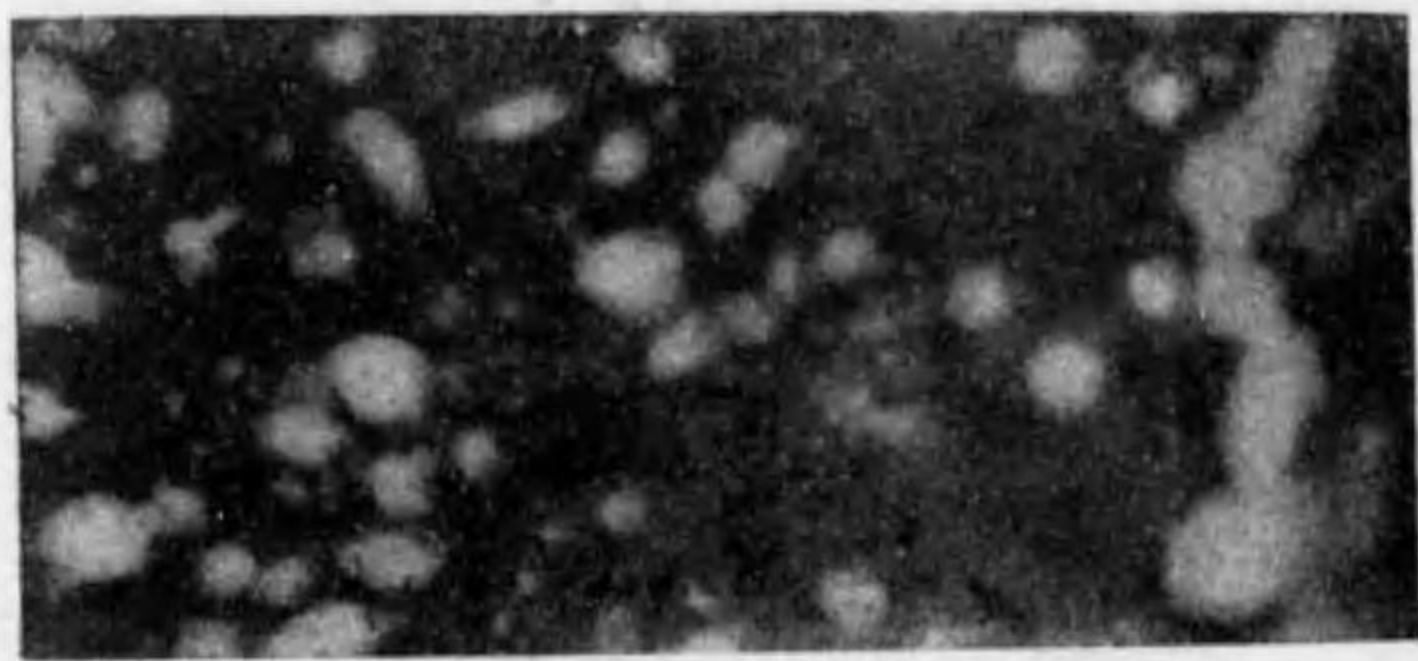


再發せる網膜オリム

二五二
限らない、念の爲めに
眼球摘出後、更に
適量のレントゲン
放射を行つて、腫
瘍細胞の絶滅を期
すべきである。

網膜グリオーム

圖八十九第



網膜オリムが同一網膜の全面に
無数の轉移をせるもの

が眼球を摘出することなく、唯反覆してレントゲン療法を行つただけで、完全に治癒したといふ報告がある。然しそれは極めて稀なことで、寧ろ特別の場合であるから、初期に於ては眼球摘出が唯一の根治療法である。第九十八圖に示せるものは網膜グリオームに於て、腫瘍細胞が網膜の全面に撒布せられ、そこに無数の小轉移を生じ、既に検眼鏡検査に於ても、それ等が孰れも白色の小滴として觀られたものである。同じ網膜に斯様に澤山の轉移を爲すやうなものには、レントゲン療法の効果は到底之れを期待することが出来ない。

唯問題は患者が可憐なる幼児であるから、周囲の人達が容易に醫師の忠言を受け容れない、中には視族會議まで開いて眼球

摘出の諾否を決するなどといふのもある。それで愈摘出する迄には大抵は數人の専門家の意見を徴してゐる、無理もないことである。斯る場合に若し一人でも摘出に及ばないなどと、氣休めに無責任なることを言はうものなら、それこそ其の爲めに治療の時機を逸して、遂に救ふ可らざるに至るのである。各自注意せなければならぬ。かうした時に往々問題になるのは、次に述べる假性グリオームである。尤も既に兩眼にグリオームを發した場合は、如何に適應の處置だからとは言へ、兩眼の摘出は情に於て忍び難いものがあるから、さうした時には、一眼だけはレントゲン療法に其の運命を委ねるのも是非ない事である。

假性グリオーム

グリオームに似て非なるものの總稱である。その中、我々の最も多く觀るのは轉移性硝子體膿瘍及び滲出性網膜炎の二つである。

硝子體膿瘍 (Chikokyo-nanzyo) 身體の他の部分に化膿菌があつて、そこから起炎體が血行によつて眼内に達し、そこに化膿性炎症を起し、それが重症なるときは全眼球炎となり、比較的軽いものが硝子體膿瘍である。前眼部殊に瞳孔領に現はれる所見だけでは、網膜グリオームと殆ど區別することが出来ない。唯一の相違は眼内壓の下降である、多くの場合正に其の通りである。乍併實際問題としては、グリオームに罹るやうな幼少なる小兒の、眼内壓の測定といふことが甚だ困難である。病氣の爲めに不機嫌な小兒は、ちよつと眼に觸れただけでも泣き出して、強く眼瞼を閉ぢるからして、それが硝子體膿瘍であつても、眼内壓の充進してゐるやうに感じられることが往々ある。外國

ではかうした時には、無造作に麻酔剤を用ひて、精確に内壓を測定するといふけれども、我が國ではさうした検査は思ひも及ばない。従つて眼内壓の高低によつて、兩症を鑑別することは困難である。時には又確かに硝子體膿瘍であつて、而かも眼内壓の亢進してゐることがある。

症例 菊〇 正吾、十六歳、昭和九年四月十六日入院。約二週間前、就寢中、弟の手にて強く右眼を打たれ、其の翌朝から、その方の眼に進行性の視力障礙を覺えたといふ。初診時の視力は眼前手動で、軽度の毛様充血はあつたが、瞳孔が灰白色に濁濁してゐたので、外傷性白内障と診断された。然し間もなく、その濁濁といふのは虹彩毛様體炎による滲出物であることが判り、散瞳劑の點眼及び對症療法によつて、症状は著しく輕快し、唯虹彩後癒著を留むるのみとなつた。所がそれから約一週間を経て、再び増悪して進行性となり、原發化膿菌は不明であつたが、遂に立派な轉移性眼炎の像を呈するに至り、視力は全然喪失して仕舞つた。然し前眼部の症状は比較的輕く、眼球の摘出も内容除去も承諾せないので、其の儘にして、経過を観察したところ、毛様充血は持続的に相當に強く、前房は殆ど全く消失し、眼内壓も三三乃至三九ミリの間を上下し、健側の二〇ミりに比して明かに亢進してゐた。加ふるに瞳孔領からの反射は帶黄灰色で、そこに少數の血管さへも認められたのである。

本例の如きは、若し最初からの経過を知らず、又患者の年齢を考慮せなければ、之れをグリオームと診断する人があつても、決して誤りとは言へない。これを觀ても眼内壓の高低といふことは、常に必ずしもグリオームの眞偽を鑑別するに役立つものでない。硝子體膿瘍がグリオームの診断の下に摘出せられるのは、かうした場合が多いと思ふ。然し既に硝子體膿瘍を發した眼は、早晚眼球癆に陥り視力は得られないから、疑はしい症例に於ては、寧ろ摘出すべきである。眞性グリオームを硝子體膿瘍と誤るのに比して、勝ること萬々である。硝子體膿瘍に對しては何等施すべきものが無い。

滲出性網膜炎 Retinitis exsudativa

本症初期の所見に就ては、後に「眼底の病變」の章に於て述べるが、其経過中に網膜は通例比較的廣汎に亘つて剝離し、それが水晶體のつい近くまで浮き上つて來るから、瞳孔領にはそれに相當して灰白色の反射が現はれ、而かもそこに網膜血管さへも明かにそれと認められる。殊に剝離の存在するに拘らず、眼内壓は殆ど毎常著しく亢進してゐる。網膜グリオームを考ふるのは蓋し當然である。

症例 差〇 重藏 八歳、大正十二年五月十五日入院。約一ヶ月前始めて患兒の左眼瞳孔より異様の反射あるを氣付いた、早速醫察を受けたが漸次増悪の傾向あり、一週間以來患兒は疼痛を訴ふるに至り、眼球も亦多少著明に發赤を呈するやうになつたといふのである。

他覺的に、左眼には中等度の毛様充血があるけれども、角膜は透明、虹彩毛様體炎の症状は無い。瞳孔は約五ミリ、斜照によつて帶黄灰色の反射を呈し、眼内壓は五〇ミりに亢進し、毛様疼痛も相當に強く、爲めに患兒は夜間睡眠することが出来ないといふ。第二期網膜グリオームの診断の下に、眼球を摘出した。然るに固定後、切削して觀ると、腫瘍らしいものは眼内の何處にも見當らず、全剝離を起せる網膜は部分的には多少肥厚せる個所もあるが、グリオームとは全然所見を異にしてゐる。更に組織的検査によつて、それが滲出性網膜炎であることを確め得たのである。

此の種の症例は、文獻にも相當に多く載せられてゐる。尤も滲出性網膜炎は通例五歳以後に於て發するものであるから、患者の年齢に注意すれば多くの場合、診断を誤ることは無いといふが、著者は七歳の少女千〇八重子、昭五、外三二〇に於て、滲出性網膜炎の疑の下に摘出した眼球が、却つて立派な網膜グリオームであつたのを經驗してゐる。グリオームと雖も稀には十歳以後、時には二十歳前後に於てすらも發生することがある。

瞳孔領の異常
網膜、全剝離を起した時或は再發性網膜硝子體出血に於て、硝子體內に結締織の増殖を來した時等には、瞳孔領だけの所見は時にグリオームに類似してゐることがある。

白内障

白内障

水晶體の濁濁してゐるのは總て白内障である。この濁濁の進行して、その爲めに既に瞳孔領の白色に見えるやうになつたものの診断は極めて容易である。唯それが老人であると前にも述べた通り、水晶體皮質は透明であつても、核の増大するがため、斜照では灰白色に觀え、時に診断を誤ることが有るけれども、一たび徹照すれば容易に鑑別することが出来る。
濁濁の極く薄いか或はその一部分に限局してゐる白内障は、經驗に富める人でも、時に見逃すことがある。然しその程度の白内障ならば、未だ初期であるか或は停止性のものであるから、さうした病變の存在は、患者としては寧ろ知らない方がよいくらゐだ見逃したからとて別に治療の時機を逸することは無い。

患者が既に視力障礙を訴へ、斜照及び徹照によつて白内障の診断がついたならば、更に之れが治療として手術の適否及び時機並びに視力に關する豫後等を定めなければならぬ。それで先づ白内障そのものの性状からいふと、それが進行性か、或は停止性かといふ事を知る必要がある。
停止性白内障といふのは、水晶體の前極稀れに後極若くは一定の皮質層にのみ限局する白内障で、殆ど其の全部が先天性である。通例水晶體摘出は適應の處置でない。
之れに反して進行性白内障はその先天性なると後天性なるとを問はず、早晚水晶體の皮質全部

先天性白内障

第九十九圖



先天性白内障

第一百圖



層内白内障

が濁濁するからして療法としては、これが摘出を必要とする。然しそれには大體摘出の時機があつて、何時でも善いといふのではない。能ふべくは成熟期即ち濁濁が水晶體囊直下にまで及んで來たときが一番よい、透明なる皮質の殘存してゐる間は、水晶體摘出後に發する所の後發白内障が著しい計りでなく、屢々虹彩毛様體炎を續發して、手術の成績の思はずしくないことがある。尤も場合によつては未熟の白内障でも、それを摘出した方が種々なる進行性白内障の中、今その主なよいことがあり、さうしなければならぬこともある。種々なる進行性白内障の中、今その主なものを擧げて見ると、

先天性白内障

Cataracta congenita

遺傳を證明するものが多いけれども、中には胎生時の外因的發育障礙と認むべきものもある。濁濁の水晶體前極若くは後極に限

第一百圖



障内白内障

局するもの或は兩極を貫いて紡錘形を爲すもの、或は一定の皮質層のみに現はれるもの等は、通例停止性であるが、之れ等以外は既に生れながらにして所謂完全白内障を起してゐるか或は生後に於て徐々に進行する。
時とすると第九十九圖に示すやうに、水晶體赤道部附近は透明に止

まり、前方より觀て瞳孔領だけが一樣に濁濁し、その一部分は既に吸收せられて組織の缺損を來し

瞳孔領の異常

瞳孔領の異常

老人性白内障

て陥凹し、而かもそこに石灰の沈着を思はせる如き白堊様白色の斑點の生じてゐることもある。
老人性白内障 (Cataracta senilis) 通例五十歳以後に發し、六十歳前後が最も多いけれども、稀には早發性として四十年代の者にも觀ることがある。時の遅速はあるが必ず兩眼を冒し、經過は緩慢でその進行の状況に従ひ、次の四期を區別する。

初期 (Cataracta incipiens) 濁濁は好んで赤道部に初發し、水晶體軸に向つて放射狀即ち車輻狀を爲してゐる。尤も時にはそれが先づ瞳孔領に生ずることもあるがさうした時には好んで雲霧狀若くは斑點狀の濁濁として現はれる。

未熟期 (Cat. immatura bzw. immanescens) 濁濁が段々と進行して皮質の大部分を冒すに至ると、水晶體は灰色若くは帶青白色を呈し、水分を吸収して膨隆する爲めに、前房は明かに淺くなる。然し此の時期には體囊直下の皮質は尙ほ幾分透明に止まり、光線の通過を許すからして、斜照するとき光源側瞳孔縁に添ふて三日月狀の陰影即ち虹彩影、*Filhschatten der Iris*を生ずるのが注意せられる。

成熟期 (Cat. matura) 白内障摘出に最も適當なる時期である。即ち濁濁は體囊直下の皮質にまで及び最早虹彩投影は觀られない。一旦吸収した水分も再び失はれ、水晶體は以前の容積に復するから、前房の深さは尋常となる。勿論徹照しても眼底を窺ふことは出來ない、視力も亦多くは明暗を辨する程度に減退する。老人性白内障にあつては初期より成熟期に達すまでには通例三、四年の歲月を要する。

過熟期 (Cat. hypermatura)

成熟期に水晶體を摘出することなく放置すると、濁濁せる皮質は或は崩壊液化し或は漸次水分を失つて收縮し、更に上皮細胞の増殖若くは石灰、ヒヨレストリン等の沈着を來し、それに伴ふて前房はその深さを増してくる。

黒色白内障

黒色白内障 (Cataracta nigra) 核質の著しく増大してゐるものではたとひ皮質が濁濁しても、それは灰白色には觀えず、却つて黒褐色を呈する故に、斯く呼ぶのである(第百二圖)。摘出するときに角膜縁を普通よりも幅廣く切開する必要がある。

糖尿性白内障

糖尿性白内障 (Cataracta diabetica) 糖尿病に合併するもので中年以下の者にも之れを發し、通例兩眼殆ど同時に發病する。進行は一般に迅速で、時には僅々數ヶ月或はそれよりも尙ほ短時日で成熟に達するものがある。糖尿性白内障は手術の成績の餘り良くないことが往々ある。それは創傷傳染を起し易いのと、眼内に出血を來す傾向の多い爲めである。



第百二圖 黒色白内障



第百三圖 青色白内障

又白内障其のものは老人性であつても、その患者の尿中に糖を證明する限り、手術の上からは之れを糖尿性白内障と同様に取扱はなければならぬ。即ち食餌療法若くはインシュリンの皮下注射等によりて、少くとも手術の前後を通じて三週間ぐらゐは尿中に糖の出て來ないやうにするか、或はそれを最小限度に止めて置くべきである。

青色白内障

青色白内障 (Cataracta coerulea) 或は點狀白内障とも云ふ。小桿狀の濁濁が水晶體の極と赤道部との中間、丁度虹彩を以て辛ふじて蔽はれるぐらゐの所に、輪狀に配列してゐる(第百三圖)。この濁濁

瞳孔領の異常

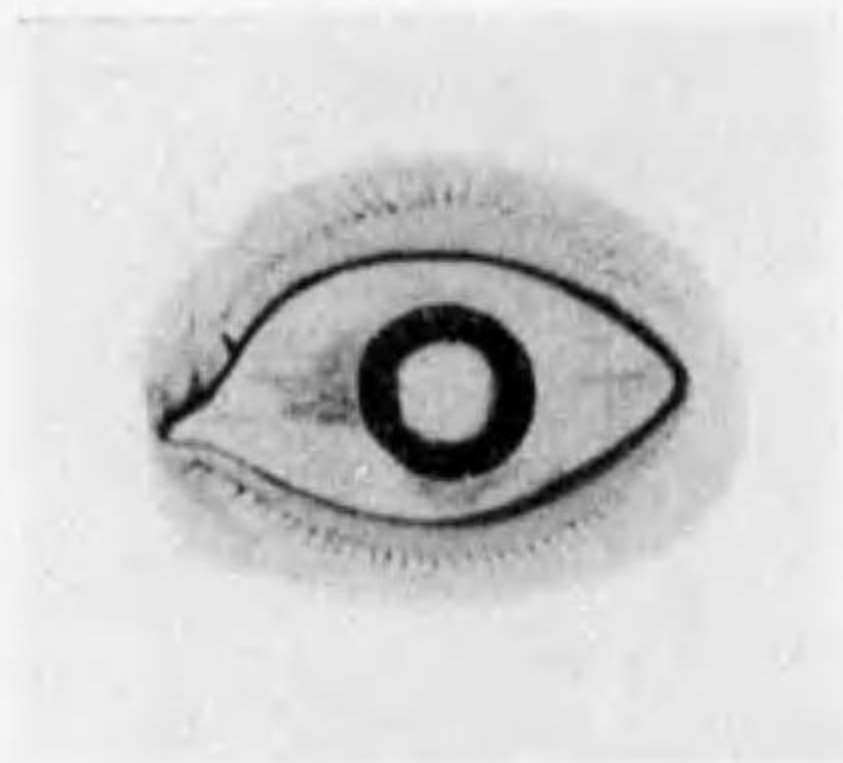
濁は斜照すると極めて美しく、鮮やかなる青色乃至緑色を呈する。然し徹照するとその陰影の非常に淡いために時に之れを見逃すことがある。以前には停止性のもと思はれたが、矢張り進行して遂には完全白内障 *Cataracta totalis* に至るものが多い。若い三十歳以下の人に發するけれども、経過は緩慢で手術を必要とするまでには十年以上の時日を要するのが通例である。又この白内障は體囊裁開によつて摘出して後發白内障を起すことが殆ど無い。

續發白内障

續發性白内障 *Cataracta complicata* 葡萄膜殊に虹彩毛様體の

炎症、網膜剝離、色素性網膜炎、硝子體濁濁、完全綠内障等の眼疾患に續發するものの總稱である。臨牀上、別に特異の所見はないけれども、初期に於ける濁濁は好んで水晶體の後極に現はれ、多くは星形を呈してゐる。勿論進行性である。この種の白内障は之れを摘出して、それによつて視力を得ることは望まれない、多くの場合單なる美貌的處置に過ぎない。

圖四百第



完全白内障

筋強直營養障礙症に併發する白内障



圖五百第

筋強直營養障礙症

本症患者は眼症狀以外に一見、癩皮症に酷似の皮膚の變化を呈し、同時に全身の筋肉に著明の萎縮がある。内分泌腺殊に甲状腺上皮小體の機能障礙と密接なる關係があるといはれてゐる。白内障は通例二十歳から三十歳の間に初發し、性の

別なく、大多數に於て遺傳的家族的關係を證明する。本症に於ける白内障は之れを摘出した後、角膜創口の癒合が著しく不良である。時には一ヶ月以上を経過して尙ほ且つ容易に再び哆開して、虹彩、硝子體等の脱出することがある。

硝子吹きに發する白内障 我が國には未だ左まで多くはないやうだ。然し、之れに似てゐるのは銀冶屋が絶えず熱火に眼を曝してゐる爲めに白内障を起すことで、さうした時、火に近い方の眼が早く發病する。

挫傷、白内障、電撃、白内障、眼外傷の條下參照等も勿論進行性である。

初期の白内障は藥物療法によつて之れを透明に復せしめ得るとか或は其の進行を阻止することが出来るといふ人があるけれども、著者はさういふことは絶対不可能だと思つてゐる。

白内障摘出後、果してどれだけ視力を得られるかといふことは、結局水晶體以外の部分に於ける病變の有無によつて決するわけで、若し角膜や虹彩に變化があれば、それは直接之れを認めることが出来るけれども、水晶體の向ふ側、殊に眼底に於ける變化は不明である。そこで患者の眼前種々な方位に光源を移動して、其都度、患者が光源の所在を一々確かに告げることが出来れば、先づ眼底には變化のないものと思つてよい、即ち手術によつて視力の回復する見込がある。又實際さういふのを手術して都合よく行けば、視野は或る程度の狭窄を來すことが多いけれども、補正眼鏡の裝用により、中心視力は健康眼と同様若くはそれに近く改良する。

一方の眼の視力が比較的善良なる場合、若くは續發性白内障の如きもので、視力の得られる見込のないものでも、白内障摘出は之れを行ふて差支ない、少くとも禁忌ではない。眼科専門家として

世に立たうとする程の人は、自己の経験を重ねる必要からいふても、機会を逸せず手術すべきである。潤濁せる水晶體は決して再び透明に復するものでないから、それが進行性である限り、手術を適應の處置とするものである。尤も手術時並びに手術後に起り得る種々なる出來事に對して、細心の注意を拂ふべきは勿論である。

白内障の手術的療法

手術前の注意としては、尿、中糖の有無を検査し、若し糖があれば、その方の處置を行はなければならぬ。創傷傳染を起す危険が多いからである。同様なる意味に於て、涙、囊、炎のあるとき、先づ之れを處置し、應急手段としては小尿管の結紮若くは涙點の焼灼を行ふ。又翼狀贅片のある場合は、必ず先づこの方の手術をしてからでなければ、白内障摘出は爲すべからずと言はれてゐる。著者は未だ經驗しないが、何でも翼狀贅片を其儘にして置くと、殆ど必然的に創傷傳染を來すといふことである。

既に核の形成せられてゐる水晶體即ち年齢三十歳以上の患者に對しては、通例、*penextraktion*、*Lapp.*を行ふのである。以下初心者として特に注意すべき事項を列擧すると

第一、充分平靜に落着いて刀を執り、如何なる事が起つても、例へば刀を虹彩に引掛けても、前房に出血を來しても、或は硝子體の脱出があつても、決して狼狽せないことである。

第二、開瞼器を以て眼球に壓を加へないこと、同様に固定鑷子にて眼球を押しつけないやうに習慣づけることが必要である。稍もすると線狀刀を持つ方の手にのみ氣を奪はれて、眼球を固定し

てゐる方には注意が向けられてゐない。

第三、虹彩切除は成るべく行はないこと。それには瞳孔は多少散大してゐる方がよいけれども、さればといふて、アトロピン點眼は不必要である。コカインとアドレナリンだけで充分である。

特別の場合には手術の數時間前か、前日にホマトロピンの稀釋液を一滴點眼する位で、手術時、丁度望み通りに瞳孔はハミリ見當に散大してゐる。

第四、角膜の瓣狀切開に當つて、稍もすると線狀刀の刀刃が思つたよりも後方へ、或は反對に前方へ向ひ過ぎるものである。前者の場合は虹彩が刀に纏ひ附いて、爲めに之れを傷け、患者に無益の疼痛を感じしめて、手術を面倒にする。又その後者なるとき、結膜瓣を作ることが困難で、創口の癒合を遅延せしめ、時には手術後に於て虹彩脱出さへも來す恐れがある。それ故に成るべく刀身を虹彩面に並行に持して、切開を進めて行く。この時、刀の切れ味が大きな關係を有するから、手術前に刀を吟味することを忘れてはならない。刀身は成るべく幅の廣い方がよいけれども、切開の途中に刀刃の方向を前方若くは後方へひねつて、變へる必要の起つたときは、細い方が始末のよいこともある。

第五、刀を對側角膜縁に刺出する際には、此處と思ふ所よりも少し手前で角膜を貫く、それで丁度望み通りの所へ出る。それといふのが隅角部では刀尖はその實在の場所よりも少し前方へ浮き上つて觀えるからで、一種の視的錯覺である。

白内障の摘出に當つて、角膜瓣さへ望み通りに設けることが出來れば、最早手術は七分通り成功したと見てよい。あとの操作は比較的容易である。

第六角膜の瓣状切開後水晶體囊を截開するとき、チヌストーム Cystotom が能く虹彩に引掛るものである。さりとて之れを懸念して其の尖端を角膜の方へ向けて前房内へ入れると、今度はそれで角膜の後面を傷けることがある。又體囊鑷子 Kapselpincette で體囊を離断せんとするとき、力を加へ過ぎると、水晶體を硝子體內へ突き落すことが無いでもない。或は又體囊と同時に虹彩を挟んで、患者に苦痛を與へることがある。近年エルシュニヒ氏の考案による水晶體囊を截開せず、に摘出する體囊内摘出術 Extraktion in der Kapsel が大に専門家の興味を惹いてゐる。然し此の方法は一般には餘り推賞すべきでない。著者も以前試みたことがあるけれども、今日は殆ど顧みない。どうしても角膜創口を大きくする必要があり、大抵は虹彩を切除するからして、自然硝子體の脱出を來し易い。結果から觀て、必ずしも好ましい手術でない。通例の術式で體囊が遺残しても、後發白内障を截開すればよい、美觀的には勿論視的立場からしても、著者は體囊内摘出の長所を認めることが出来ない。

體囊を截開すると、時として牛乳のやうに濁つた液が出て來ることがある。過熱して、皮質の大部分が液化し、そこに小さい核だけが残つてゐるのである。それ故に注意せないと、核を硝子體內へ落下させることがある。

第七、體囊を截開すると皮質は膨出する。そこでダヴィール氏 *Davies Starlight* を採つて眼球の下方から壓を加へる、この時初めは軽く靜かに、水晶體の上縁が前方に轉向して、丁度瞳孔のところへ現はれるのに具合のよい程度にする。上縁がそこに觀えて來たならば、少し強目に前方へ押し上げる氣持で加壓する、然しそれも既に水晶體の半ばが瞳孔を通過する迄のことである。一氣

呵成に娩出せしめんとする時は、その力が餘つて水晶體ばかりでなく、硝子體も飛び出し、同時に虹彩が脱出する、患者は疼痛を覺えて、思はず眼瞼を閉ぢやうとする、それが又脱出を助けて、意外の失敗を招くことがある。それ故に水晶體が七分通り瞳孔を通過したならば、最早壓を加へず、自然の娩出に任せる。唯、觀てゐるだけで角膜創口からすらと出て來る。

核と共に濁濁せる皮質の大部分が出た後に、遺殘皮質を押し出す、この時には相當に強い力を加へても少しも差支ない、虹彩切除を行はない限り、決して硝子體の脱出するものでない。皮質の大部分が出て仕舞へば、創口に侵入してゐる虹彩をスパーテルで還納する、それだけである。

著者の白内障摘出術

重複の嫌があるけれども、左に現今著者の行ひつゝある白内障摘出の順序を記して置く。

患者の尿中に糖が出ない。涙道に故障がないと云ふことを先づ確める。それから型の如く前處置を施し、上眼瞼睫毛を剪断する。外眥部から下眼瞼へかけて二%ノボカイン二ccを皮下に注射する、眼瞼輪匝筋の作用を弱める爲めである。即ち斯くすることによつて、患者が手術中に眼を閉ぢやうとしても、その影響が眼球へまでは及ばない。次に開瞼して上直筋附着部に所謂チューゲルナート Zügelnaht をかける。角膜瓣を設けた後に、眼球の上轉を抑制し、同時に之れを固定する爲めである。瓣状切開の時には、固定鑷子で結膜ばかりでなく、必ず鞏膜組織の一部分をも掴むやうにする、老人の結膜は脆く、容易に離断するからである。

角膜水平主經線の少し上のところで、顛顛側角膜縁より成る可く幅の廣い線状刀を前房内へ刺入して鼻側に貫き、創口より房水の漏れ出づる以前に、早くも刀刃をば瞳孔の上縁を過ぎて虹彩根部近くまで進める、即ちこの操作中、固定鑷子にて眼球に壓を加へないやう、換言すれば房水の漏れ

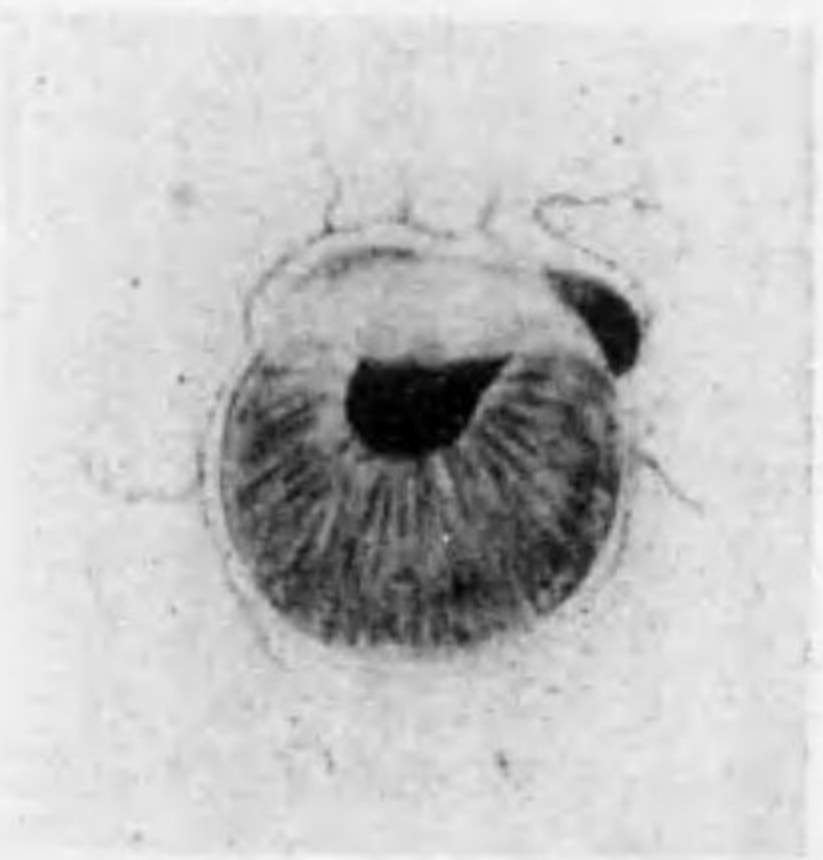
ないやうに心掛けて切開する。斯くして角膜瓣が出来て、刀刃が結膜下に現はれたならば、そこで刀をぐつと後の方へひねつて、必ず舌状の結膜瓣を作るやうにする。角膜切開後は、固定鑷子を用ひず、専ら例のチューゲルナートを把持して、眼球に壓を加ふることなく之れを固定し、稍もすればその上轉せんとするのを抑へて置く。水晶體囊を截開するには、體囊鑷子若くはチュストームを用ひる。チュストームを用ひるときには、體囊を成るべく細かに截斷する後、發白内障の形成を、能ふ限り僅微ならしむる爲めである。

然る後、ダヴィール氏匙を採つて、先づ軽く眼球の下方角膜縁と赤道部との間即ち水晶體の下後方から前上方に向つて徐々に加壓する。水晶體が前方に轉向して、その上縁が瞳孔に現はれて來るのを見たならば、そこで壓を加減する。即ち水晶體が瞳孔を通過する爲めには、瞳孔が適當に散大せなければならぬ、餘り強い壓を加へると瞳孔が充分に散大せないのに、無理に水晶體がそこを通過することになるから、さうしたことのないやうにする。又若し水晶體上縁がうまく瞳孔に現はれず、その上で虹彩を後から押し上げるやうなときには、更に水晶體が前方に轉向するの都合のよいやうに加壓する。

水晶體の大半が瞳孔を通過したならば最早特に壓を加へる必要はないから其の儘にして置く。尤も角膜瓣が比較的小さいか或は水晶體の核の大きい場合は、尙ほ續けて軽く加壓する。

核が娩出したならば、一旦スパーテルにて脱出虹彩を還納整復し、然る後更にダヴィールを以て遺殘せる皮質及び體囊を壓し出す、この時には思ひ切つて強く加壓する。虹彩が切除してないか

第百六圖



白障手術後に發せぬ虹彩脱出

ら硝子體の脱出することは決して無い。

皮質が大方出て仕舞つたのを見たとき、再び虹彩を還納し、更に結膜瓣の捲れないやうにして、それで手術を了る。

かうして手術した症例に於て、二、三回患者の不注意か、それとも助手の手落ちであつたか、翌日になつて虹彩が角膜創口へ箱入してゐた事があつた。それ以來、手術を了はると、一%エゼリンを一滴點眼することにしたが、さうすると虹彩脱出

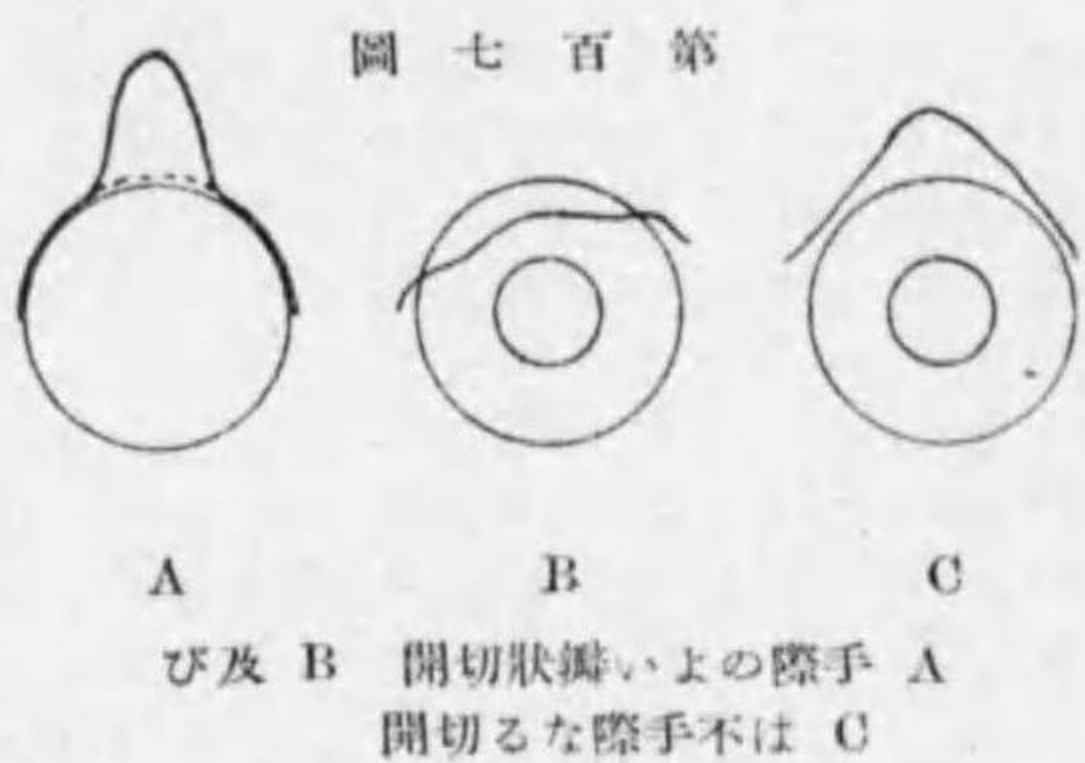
の危険はないが、瞳孔の縮小する爲めに後發白内障と瞳孔縁とが癒着することがあるので、近頃は又特別の場合を除き、エゼリン點眼を行はないことにしてゐる。

手術時、虹彩は多少の刺戟を受けてゐるから、充血を起して、瞳孔は縮小する傾向を有してゐる、患者が怒責、咳嗽等を爲さぬ限り、又助手が後處置に當つて不注意に開瞼せない限り、手術後の虹彩脱出は無いつてゐる。

手術後二十四時間は、兩眼繃帯を施して成るべく安靜を命ずるが、その後は片眼とする。結膜瓣は手術後五、六時間で癒着する、それと同時に前房も形成される。従つて患者をして二十四時間以上に亙つて絶對安靜を守らせるには及ばない。尤も前房の形成は時として四、五日遅れることもあり、又患者によつて中々安靜に出來ないのがあるから、さうした場合は臨機の處置をとる必要がある。

著者は相當に永い歳月に亙つて白内障摘出手術の經驗を持つてゐるが、今日尙ほ角膜の瓣状切

開が常に必ずしも意の如くに出来ないのを遺憾とする者である。これさへ手際よく行けば後は極めて容易なもので、少し注意すれば決して失敗することはないと信じてゐる。白内障手術の巧拙は要するに、一に懸つて角膜瓣状切開の如何にありといふべきである。



今より三十餘年前著者が助手として淺山先生に師事せし頃には、先生は必ず虹彩切除をせられた、勿論著者もその通りにした。どうも硝子體脱出や前房出血を來すことが多く、手術の成績が餘り芳しくなかつた。やがて周邊虹彩切除 *periphäre Iridektomie* を行ふやうになつてから、硝子體脱出は殆ど見ないやうになつた。其後、エルシュニヒ氏の虹彩根部切開 *Wurzeldiätomie* をやつて見たが、之れでは兎角瞳孔の形が歪んで圓くならない、これも面白くないので、近年虹彩は切除も切開もせない事にしてゐる。結局その方が一番成績がよい、手術後の處置さへ誤らなければ、不愉快なる虹彩脱出を起すことは全く無いといふてもよい。

眼科書の中には今でも尙ほ水晶體摘出には必ず虹彩切除を行ふべきものであるかのやうに書いたものがあり、少くとも初心者はさうする方がよいやうに思つてゐる人もあるが、著者の経験から言へば、初心者は寧ろ虹彩切除を行はない方が却つて失敗が少ない。尙ほ時とすると、線状刀を前房へ刺入するとき誤つて刀刃を下方へ向けることがある。勿論角膜瓣を造ることが出来ない、一時中止せなければならぬ。刀を引き抜けば同時に房水が漏れる。然し一、二時間すれば前房は再び形成せられる筈であるから、それを待つて更めて手術すること

が出来、何も翌日に延ばすに及ばない。唯この場合二回目の時には少し充血を増して來るか、其の積りでアドレナリンを餘分に點眼することを忘れないやうにする。

水晶體に未だ核の形成せられてゐない白内障即ち患者の年齢が三十歳以下であつたならば、線状刀を用ふる代りに鉸形刀を用ひ、所謂線状摘出、*lineare Exstruktion* を行ふ。この場合には手術其のことに就いては特に注意すべきものが無い。唯これを綠内障に對する虹彩切除を行ふときの練習の積りで、鉸形刀を前房内へ刺入する際に、水晶體囊を傷けないやうに心掛けるのは、賢明なる遣り方といふべきである。刀を抜くときに體囊を截開するか或は別にチュストームを用ゐてもよい。其の外の操作は瓣状摘出と同様である。

先天性白内障で、患者の幼少なるときは、線状摘出さへも思ふに任せぬことがある。さうした場合に已むなく、單なる體囊、*capsula*、*Dissection* を行ふのであるが、相當に幅廣く且つ深く截開しても、外傷性白内障のときのやうに、皮質が充分に前房内へ膨隆して來ない、三回も四回も繰返して截開することがある。時には然し唯一回の截開で急に強く膨隆し、其の爲めに眼内壓の亢進を來して、綠内障の如き症狀を呈することがある。それゆへに通例第一回の體囊截開は餘りに幅廣く行はず、皮質の膨隆する様子を觀て、それが著しくなかつたならば第二回目より廣く切開するのが注意深い方法である。

皮質が急に膨隆して綠内障様の症狀を呈するのは、その膨隆せる皮質の爲めに瞳孔が閉塞せられて前房と後房との交通が遮断せられるからである。従つてこの場合に減壓の目的で縮瞳劑を點眼するのは、全く間違つた處置で、寧ろ散瞳劑を用ひて、瞳孔を大きくして、後房から前房への途を

開くやうにせなければならぬ。

先天性白内障に於て、時に溷濁せる皮質が過熟して液化し、液中にヒロステリンの如きもの含まれてゐることがある。かうして液化した白内障は、單に體囊截開を行つただけで、瞳孔領は全く透明になる。大へんに具合のよいやうに思はれる。然し實際は斯る場合には必ず前房穿刺を行つて、そこに出てゐる水晶體内容物を全部取り除くやうにせなければならぬ。さもないと甚だ屢々手術後六時間以内に急に眼内壓の亢進を來して、急性緑内障の症狀を呈するものである。多分水晶體内に含まれてゐた固形成分が隅角部からシュレンム氏管内へ入り、そこに侵入して房水の還流を妨げる爲めだと思ふ。従つて其の瞳孔閉塞の時と、症狀は似てゐても決して散瞳劑を用ひてはならない、却つて縮瞳劑の頻回點眼によりて隅角部及びシュレンム氏管を閉通させることが必要である。著者の教室に於て先年相前後して二例を経験したから、覆轍を踏まぬやう、茲に其の一例を掲げて置く。

症例 渡○善行、十歳、大正十五年七月五日入院。兩眼に先天性白内障があり、汎發性に灰白色を呈してゐる以外に、更に濃厚なる細線狀及び點狀溷濁を認めただけでも、それが液化してゐるとは思へなかつた。視力は眼前手動、手術前の眼内壓は一三・五ミリ。

先づ左眼白内障の摘出を行つた。其の際ナツプ氏針狀刀を用ひて、型の如く、水晶體囊を截開したところ、液化せる水晶體は直ちに創口より前房内に出でて、之れを充した。勿論核のあるべき筈がないので、其の儘針狀刀を抜き去り、極く簡単に手術を了つた。

然るに其の後七八時間を経て、患者は手術せる眼に激しい疼痛を訴へ、且つ嘔吐を催して來た。夜中だつたので取り敢へず鎮痛劑を與へ、翌朝検査したところ、瞳孔は約五ミリで、左程著しい散大はなかつ

たが、毛様充血、眼内壓亢進三日後に於て尙ほ三十六ミリを示してゐた等、急性緑内障の症狀が歴然と現はれてゐた。一%エゼリンの頻回點眼によつて、幸ひに症狀は比較的速かに消退した。

第二眼の手術の折には、體囊截開と同時に前房穿刺を行ひ、液化せる水晶體成分を漏らした爲めと思ふが、遂に緑内障を起さなかつた。

總ての液化白内障が、かうした症狀を呈するのでも無いやうではあるが、兎に角注意すべきことである。

尙ほ次の例は液化白内障では無いが、手術後に緑内障を起せる點に於て、同じく實地家として注意すべきものがあると思ふ。

症例 栗○耕、十三歳、昭和五年八月三十日入院。兩眼先天性白内障、左眼に對して普通の術式によつて體囊截開を行ひ、何等の故障なく經過し、補正凸鏡六Dにて〇・四の視力を得て退院した。右眼の方は其の後患者は滿洲に居住してゐたので、彼の地にて手術を受けた、それは昭和六年の十一月から十二月へかけてであつたといふ。其の翌七年の一月に、患者は再び仙臺へ戻つたが、彼地で手術した右眼の視力が改良せないので來訪した。

所見 以前著者の教室で手術した左眼の方には何等の異常がないのに、右眼には尙ほ相當に澤山の皮質が遺殘し、而かも眼内壓五十六ミリといふ亢進を示して、緑内障様の症狀が現はれてゐた。エゼリンピロカルピンの頻回點眼によつて、症狀が輕快せない、デラウコザンも効果が無い。已むなく二月廿六日にトレバチオンを行つた。

それによつて總ての症狀は消退して、視力も補正眼鏡凸三五Dで〇・四まで改良するやうになつた。

本例に於ける緑内障様眼壓亢進が如何にして起つたか、尙ほ不明だが、前房内へ膨出した皮質の一部分が隅角部を閉塞したのではないかと思つてゐる。兎も角一方の眼には何等異常のなかつ

たのに觀ても手術時及び後處置に於て、充分なる注意を要することである。

小兒の先天性白内障の體囊裁開は比較的容易であるが、手術後の経過は個々の症例に於て、決して一様で無いといふことを知つてゐる必要がある。

白内障摘出後に縁内障を起せる症例について今一つ記して置きたいのがある。それは著者が京都の府立醫專時代の經驗で、患者の氏名は記憶してゐないが、滋賀縣から來た或る男子の老人性白内障を手術した所、相當に良い視力が出て、患者は喜んで歸國した。約三ヶ月を経てから再來したのを觀ると、其の手術した方の眼に、炎性縁内障の症狀を起してゐる。早速虹彩切除を行はうと思ひ、鉸形刀を前房へ刺入した。對縁内障性切除だから無論可なり幅廣く角膜縁が切開せられたのである。それにも拘らず房水らしいものが漏れて來ない。能く觀ると創口へは膠様の硝子體がはみ出てゐるではないか、即ちそれが隅角部を閉塞した爲めで、そこに縁内障を起した原因を明かにすることが出來た。依つて更に角膜を切開して、前房に出てゐた硝子體を大部分取り去つた。眼内壓は下降して、縁内障の症狀は消退したが、視力は遂に改良せなかつたと思つてゐる。

白内障摘出後に網膜、剝離を來すことがある。それは必ずしも硝子體の脱出する爲めばかりではない。

先天性白内障は既に小兒時に於ても過熟して強く萎縮し、膜様組織に變じ、且つそこに石灰の如きが沈着して非常に強靱となり、針狀刀にて裁開の出來ないことがある。而かもさういふ變化は水晶體の前後兩極を貫き瞳孔領の中央に於て、顯著になつてゐることがある。それを前面から觀ると、水晶體の中央が特に深く噴火口狀に陥凹して一種特異の所見を呈してゐる。

老人性白内障に於ても亦、それが過熟すると種々なる變化を續發するものである。

白内障摘出後の處置及び續發症 無菌的並びに制腐的處置を講ずることは出來ないのだから、能ふ限り傳染の機會を少なくせなければならぬ。それには手術眼には成るべく觸れないやうにするのが治療の第一義である。矢鱈に繃帯を交換したり、無益の點眼などは其の中でも慎まなければならぬ。何といふても最も不快なるは創傷傳染で、その化膿性なるは大抵手術後二十四時間以内に創口の所に初まつて來るが、時として手術後二週間位を経過してから發することもある。かういふのは或は内的傳染といふべきものかも知れない。外的傳染の方は既に前房が形成せられたならば創口は閉鎖してゐるのだから之を除外し得ると思ふが、然し未だほんの上皮細胞層だけの癒合であるから、少し手荒くすると、例へば眼瞼の上から、強く眼球を壓するとか或は患者が少し強く眼瞼を閉鎖して、急に眼壓が亢進するやうな時には、容易に再び哆開する。手術後數日を経てから虹彩の脱出するが如きは、蓋しかうした動機によるものである。

創傷傳染に亞いで注意すべきは手術後に發する虹彩脱出である。折角無虹彩切除で手術して、圓形の瞳孔の出來てゐるのが、そのために不正形になるのは何とも言へぬ不愉快さである。極く僅かな脱出或は單に角膜創口に虹彩の一部分が嵌入したに過ぎないやうなもので、その爲めに瞳孔は段々と上方に引張られて行くのである。尤もかうした虹彩脱出は、後に刺戟症狀が全く消退してから、今一度角膜の瓣狀切開を行つて、其の癒着部から離斷することも可能ではあるが成るべくは脱出させないやうにするに越したことは無い。

その次に不愉快なのは、大體角膜創口もよく癒合したと思はるる頃になつて前房に出血するこ

とである。時にはそれが前房の半ばに及ぶことがある。尤も尿中に糖を證明するやうな時は、既に手術の翌日にかうした出血を見ることがあつて、豫後は餘り佳良でないけれども、一般にはさまでの影響がない。

それから手術後、眼底に小出血を來すことがある、それが黄斑部であると、折角手術しても視力の改良せないことになるが、幸ひに多くは容易に吸収されるものである。

手術後の瞳孔は四ミリ程度であれば、別に散瞳剤を用ふる必要はないが、後發白内障の強いときは、六ミリぐらゐにして置く方がよい。

手術後の繃帯は二十四時間ぐらゐは兩眼、それ以後は手術眼だけにして置き、五日もすれば繃帯は除いて、ギッテル Citter に替へる方がよい。

患者が手術した方の眼で物を観ようと努めると、其の爲めに結膜に充血を來し易い、それでなくとも繃帯を長くして置くと、其の眼は充血して眼脂が出て來る、殊に慢性の結膜カタルやトラホームのある眼は、得てして炎症を起し易い、さればといふて餘り早く繃帯を除くと又そこに外來の刺戟が働いて、充血を増すことがある。必要に應じては薄い硝酸銀水ぐらゐは用ふべきだが、成るべくは避けた方がよい。其の邊のところは臨機の處置を取るより外はないが、軽く保護繃帯を行ふのが一番よいと思ふ。

外眼部の炎症は比較的容易に輕快するけれども、困るのは虹彩に炎症を起して來ることである、傳染性非化膿性のこともあり、或は單に遺殘せる皮質の刺戟によることもあるが、其の爲めに後發白内障は顯著となり、増殖せる結締織が膜様となつて瞳孔領を蔽ふて來る。かういふときに矢鱈

に後發白内障の截開を行ふと、却つて刺戟を加へることに、なつて、成績が思はしくない。かやうに手術後に虹彩炎を起したときは勿論起さないまでも、さうした恐れのあるときは、灰白軟膏の塗擦、沃度加里の内服時に又ザリチル酸曹達さへも用ひる必要がある。然し患者の多くは老人であるから、心臓や腎臟の方に特に注意せなければならぬ。

角膜創口が水晶體核に比して小さかつた時は、手術後角膜は其創縁から下方に向つて幾條もの線狀洞濁を生じ、所謂線狀角膜炎を呈することがある、デッセメット氏膜の皺襞形成と言はれてゐる。容易に消退して透明に復するから、特に處置する必要は無い。

患者が酒客であると、手術後兩眼繃帯を行つて安靜を命じて置くのに拘らず、往々にして酒客、譫妄、症を發して騒ぎ廻ることがある、さうした時には繃帯は、寧ろ手術をした眼だけにして置く方がよい。

幸ひに總てが順調に經過すれば、殆ど後發白内障を生ずることはない、二週間ぐらゐで補正眼鏡を用ふることが出来る。若し後發白内障があれば刺戟症狀のなくなるのを待つて成るべく早く之れを截開する、早い程がよい。但しこの時に注意するのは截開針を深く硝子體の中へ刺入せぬことである。それから又慣れないと、針の尖端が虹彩に突き刺さることがある。

白内障摘出後二週間では、角膜は未だ可なり強い亂視を呈し、角膜瓣に相當して縦の軸の彎曲が弱くなつてゐるから普通の球面凸レンズだけでは充分に視力が出て來ない、然し其の内に段々と創口は瘢痕收縮を來すからして、特に圓柱レンズを組合せて眼鏡を處方するにも及ばない。

白することがある。然し全く健康な眼には無いことで、著者の経験せる大部分は、高度の近視に於てである。即ち近視の強いになると、硝子體は液化する、又眼軸の長くなるにつれて、眼球は多少明かに大きくなり、水晶體を支持してゐるチン氏が伸展し或は離断する、そこで僅かな外力が作用しても、例へば少し強く俯向いたくらゐでも、水晶體は脱臼する。かうした症例もある、それは瞳孔を散大させると前房へ脱臼し、縮瞳劑を點眼すると原位置に復するといふのである。

近視に限らず、他の理由で硝子體の液化したときも水晶體脱臼の起り得るのは勿論である。それといふのも水晶體を支持してゐるのは、獨りチン氏帯ばかりでなく、それよりも寧ろ主として硝子體が其の主なる役割を勤めてゐるのであるから、それが液化するとき眼内液の動搖が水晶體に及んで、遂にそれを脱臼に導くことは、蓋し容易に想像される所である。

外傷によらない水晶體脱臼は部分的即ち半脱臼のことが多い。勿論全脱臼のこともあるが、その後者なるとき、大ていは硝子體内へ落ちてゐる。従つてさういふ眼は水晶體を摘出した後と同じ様に、前房が深くなる以外に、特に注意を惹くのは虹彩が眼球の運動につれて、著しく動搖することである。徹照すると、其の眼は高度の遠視眼の如き屈折状態になつてゐる。尤も全脱臼といつても多くの場合、水晶體縁の一部分は尚ほ瞳孔領に觀えてゐる。又前房内へ脱臼したときは、丁度油の一滴がそこに浮んでゐるやうである。

著者は曾て外傷性虹彩囊腫を水晶體脱臼と誤診した記憶がある。

半脱臼であれば、水晶體は其一部分若くは大部分が尚ほ瞳孔領に留まつてゐる。従つて眼内へ射入する光線の一半は水晶體を通過し、他の一半は水晶體の無い部分を通過するからして、それ等

は各別個の網膜像を結ぶこととなり、患者は其の爲めに片眼複視を訴へる。檢眼鏡検査に於ても、倒像法によつて二様の眼底像を目撃することが出来る、殊に徹照の際、水晶體縁が黒色の弧線として瞳孔領に見える事が、何よりも先づ注意を惹く。脱臼した水晶體が毛様體に不斷の刺戟を加へると、そこに更に虹彩毛様體炎の症狀が現はれてくる。又前房に脱臼したときは、勿論のこと、硝子體内へ落ちたときでも、縁内障を續發することが多く、然るとき、それに相當する症狀が加はつてゐる。

水晶體偏位症 臨牀的所見は水晶體半脱臼であるが、それが一種の發育異常として現はれるとき、特に之れを偏位症と呼び、可なり著明な遺傳を證明する。

第百八圖に示せるは父及び其の一男に本症を發したもので、兩者ともに既に幼少の頃より發病したといふ。恐らくチン氏帯の發育が先天的に不充分なる爲めだらうと思ふ。

療法 前房内へ脱臼した水晶體は殆ど無條件に之れが摘出を必要とするけれども、硝子體内への場合には必ずしもさうでない。虹彩毛様體炎、縁内障等の刺戟症狀の現はれないものは、寧ろ其の儘にして置いた方がよい。

半脱臼も亦同じ様に、患者が複視を苦にせない限り、強いて之れが摘出を試むるには及ばない。若し手術をすれば、それは摘出よりも硝子體内へ壓下する方が却つて成績がよいやうに思ふ。既に硝子體の液化してゐる眼に對して摘出を企てるのは相當に経験を積んだ人でも、成功せ



父に現はれたる先天性水晶體偏位圖

ない事がある。著者は水晶體脱臼の摘出手術に於て豫期の効果を収め得たことが殆ど無い。脱臼せる水晶體を摘出せんとするとき、角膜切開は脱臼の前房内なると將た硝子體なるとを問はず常に水晶體の存在する部位と反對の側に、之れを設けることを忘れてはならない、即ち水晶體の上方に脱臼せるときは下方に、又側方なるときは對側に作るべきである。

先天微毒性虹彩毛様體炎

先天微毒性虹彩毛様體炎 これも瞳孔領に一種特異の病變を呈するものである。患者は初生兒或は生後一年以内の乳兒で、その瞳孔が普通ならば黒く見えるのに、本症に罹れる小兒に於ては甚だ屢々赤くなつてゐる。丁度目の丸のやうだと形容してゐる人がある。然し虹彩そのものにはさまでの變化がないこともあるし、或は又甚だ著明なる變化として、小なる灰白色の斑點が、或は小虹彩輪に添ふて環狀に、或はその全面に散在性に現はれてゐる。瞳孔の赤く見えるのは其處に生ぜる滲出物中に多數の血管の新生せる爲めで、又斑點は虹彩窩孔より出でたる纖維素に富める滲出物である。このものは時として前房基底に沈降して、恰も蓄膿の觀を呈することがある。勿論急性の炎症であるのに拘らず眼球それ自身には毛様、充血もなければ、結膜の發赤も殆ど全く、缺如してゐる。

これが診斷上注意すべき點で、兩眼に發するのが通例である。結核性のものは茲には考慮に容れる必要がない、何となれば、生後一年未滿の乳兒には結核性眼疾患は絶無といつてもよいからである。唯網膜グリオームが時として類似の症狀を呈することがある。

療法 授乳しつゝある母體及び患兒に對して嚴重なる驅微療法を行ふことが出来れば豫後は比較的佳良である。アトロピン點眼は其の効果が無い許りでなく、時には却つて中毒を起すから、

瞳孔閉鎖及び遮斷症

寧ろ行はぬ方がよい。

瞳孔閉鎖及び遮斷症 *Occlusio und Stenosis pupillae* 虹彩毛様體炎が亞急性性若くは慢性に經過すると毛様體からの滲出物が瞳孔領に現はれ、やがてそれが機化して膜様の組織となり、以て瞳孔領を閉鎖する。その爲めに視力の著しく障礙せられるのは勿論である。かうした膜様組織は白色を呈し、一見續發性白内障と誤まることがあるけれども、能く觀ると虹彩殊にその瞳孔縁に、輪狀の後癒著即ち瞳孔遮斷症を併發してゐる。尤もこの瞳孔閉鎖症と續發性白内障とが同時に存在してゐる場合もある。

瞳孔閉鎖症を起してゐる眼の内壓は時として明かに亢進して續發性内障の症狀を呈することがあり、或は又反對に却つて下降し、眼球勞の状態に陥つてゐる。

療法 既に眼内壓の著しく下降してゐるものには、加療の餘地がないけれども、然らざる限りは虹彩切除によつて假瞳孔を造り、同時に前後兩房の通路を設けることは合理的處置である。かうして切除した虹彩は、決してそこに再生機能を營むことはないが、斯る眼は一見全く炎症が消退してゐるやうに觀えても、手術によつて少しでも刺激を加へると、容易に再び炎症を發し、其の爲めに生ぜる滲出物によつて、折角造つた假瞳孔の閉鎖せられることが多いものである。従つて本症に對する手術的療法は、そこに炎症の全く無くなつたのを見定めてから始めて之れを行ひ、而かもその炎症を再燃せしめないやうに注意せなければならぬ。

瞳孔膜遺殘症

瞳孔膜遺殘症 *Membrana pupillaris persistens* 胎生中、吾人の眼の瞳孔は薄い膜様組織を以て蔽はれてゐる。この膜様組織が充分に退化することなく、其の一部分稀に大部分が生後に於ても尙ほ

遺残してゐるのが即ち本症である。軽度の遺残膜は僅か計りの極く細い虹彩と同じ色彩の索状物として虹彩の前面小虹彩輪の邊から出て、水晶體の前面へ附着し、突起状或は橋状を爲してゐる。それが比較的著明なるときは、丁度瞳孔領に蜘蛛が手を擴げてゐるかのやうに觀える。時には又單に水晶體前面中央部に色素の斑點状を爲して附著してゐるのに過ぎないことがある。その最も高度なるときは、瞳孔が全部この膜の爲めに蔽はれることさへもある。

鑑別を要するものは虹彩、後、癒、著である。このものにありては、虹彩は主として瞳孔縁に於て癒著し、それが瞳孔の散大に伴ひ、細索を爲してゐることがある。然し此のものは必ずそこに瞳孔縁と水晶體とを結びつけてゐる。それに反して、遺残膜であると、瞳孔縁とは全く關係なく、却て虹彩の前面から起始してゐる。従つて光線に對して瞳孔は極めて顯著に反應して、虹彩は自由に伸縮する。勿論遺残膜其のものも虹彩と同じ様に弾力性に富んでゐる。

檢眼鏡では眼底を窺ふことが出来ない程に高度の遺残膜でも、必ずそこに多少の裂隙があるから、患者は存外善良なる視力を有してゐる。尤も本症は好んで他の發育異常殊に脈絡膜缺損症を伴ふもので、さうしたとき、それに相當する視力の減退を見るのは當然である。

療法 何等施すべきものがない。軽度なるは勿論これを除去するに及ばず、又高度なるは、之れを除去せんと試むるも多くは失敗に終るものである。普通の虹彩切除では殆ど出血を見ないので、此の遺残膜を切除せんとするときは、出血することが比較的多いやうである。

白兒 Albinismus 極端の例を挙げると、瞳孔は宛がら白色家兎の眼のやうに、赤く觀える。それといふのも、かうして色素の少ない人の眼にあつては、光線は獨り瞳孔から計りでなく、一部分は鞏膜

を透しても眼内へ入るからで、自然患者は絶えず強い羞明を覺える。

全身の皮膚及び毛髮に色素の少ない人は、眼内にも色素が少ないものである。尤も時としては身體の他の部分には別に異状がなく、唯眼底にだけ色素の缺乏してゐることがある。斯る人は外觀だけでは判らない、檢眼鏡検査を行つて始めてそれと診斷せられる、即ち部分的、白兒、partideller Albinismus である。

本症患者にありては又黄斑部の發育障礙が比較的特異の所見で、それが全く形成せられてゐないか或はたとひあつても極めて不完全で、患者の視力は夫れに相應して不良である。其外に眼球震盪症を呈してゐる者が多い。尤も之れは一方から言へば視力不良の結果かも知れない。要するに白兒に於ける眼症状として注意すべきは、眼底に於ける色素の缺乏、黄斑部の缺如若くは發育不全及び眼球震盪症、この三者が相伴ふてゐる事である。

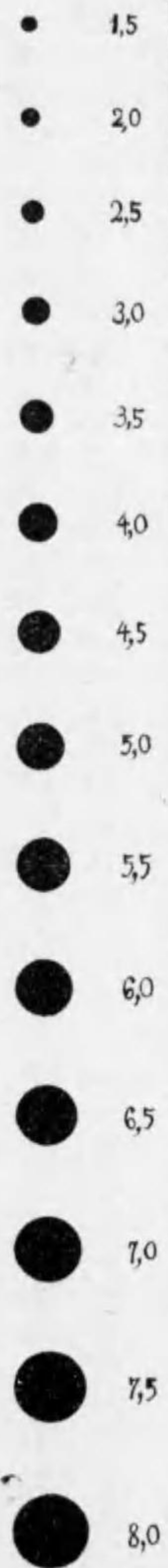
療法 羞明を防ぐ爲めに鞏膜と眼球結膜との間へ點墨を施すと良いといふ人があるけれども、黄斑部の發育不充分なる爲めに、視力の改良は望まれない。

第十一章 瞳孔の大きさ、形状及び反應

瞳孔の大きさは、既に生理的にも、年齢によつて一様でない。一般に初生兒にありては小さく、その直徑二ミリ内外だけれども、成長するに従ひ漸く大となり、五歳から二十五歳の間は於て最も大きく、三乃至五ミリである。それより以後再び漸く小となり、高齢者になると、初生兒と略同じ大きさである。又婦人の瞳孔は同じ年齢の男子よりも大きいのが通例である。更に眼の屈折状態からい

ふときは、近視眼では一般に大きく、遠視眼では小である。其他睡眠中の瞳孔は、醒覺時に比して小さく又著しく疲勞してゐる者にあつては、其の然らざる者よりも一ミリ以上も瞳孔の大きくなつてゐることがある。不安危惧、驚愕等の精神感動に伴ふて又瞳孔は幾分其の大きさを増すものである。

第九百九圖 ミリメートルを以て示せる瞳孔の大きさ



瞳孔散大

瞳孔散大 Mydriasis 瞳孔が病的に散大してゐるのは、若しそれが二眼だけであれば、左右を比較することによりて、容易に知ることが出来る、我々は目測によりて既に一ミリの相違を明かに認め得るのである。日常最も多く觀る散瞳は、コカインの點眼によるもので、賣藥の點眼水にはコカインを含有してゐるものが多いやうである。

コカインを點眼すると、その爲めに瞳孔擴大筋が刺戟せられて散瞳する。その程度は六ミリ位のところで、光線に對する反應は、この場合殆ど何等の影響をも受けてゐない、瞳孔括約筋の麻痺を伴ふことが無いからである。

結膜下食鹽注射を行った時の瞳孔は、コカインの作用のなくなつた後に於ても、尙ほ多少明かに散大してゐる。矢張り瞳孔擴大筋の刺戟せられる爲めである。

家兎殊にその幼若なるものは、アドレナリンの點眼によつて可なり著明に散瞳する。人類に於てもさうした作用の現はれることが往々ある。我々はそれを利用して虹彩毛様體炎に縁内障樣症狀を併發したとき、之れが治療としてアドレナリン(千倍液 0.2cc位)の結膜下注射を行ふ事があ

る。 一眼の角膜中央部に、小なる點狀濁濁の存在するとき、その方の瞳孔は健康なる他眼に比して、幾分大きくなつてゐることがある。視力の著しく減退してゐる眼の瞳孔も亦多少散大してゐるものである。

以上の場合を除けば、散瞳は大概瞳孔括約筋の麻痺によるものである。然し、かうした時でも、それを病的と見做す以前に、醫師が診斷若くは治療の目的で、ホマトロピン或はアトロピンを點眼したのでは無いか、といふことを思はなければならぬ。患者の中には、我々の門を叩く以前に、既に他の醫師の治療を受け、而かもそれを秘してゐるのが相當に多い。ホマトロピンの散瞳は數時間を出でずして消退するけれども、アトロピンの方は、一、二週間は持續してゐるものである。

散瞳劑の點眼を全然除外することが出来たならば、それは明かに病的散瞳であるが、斯る場合、何よりも先づ念頭に浮べなければならぬのは、縁内障である。これも急性發作の時、既に述べたやうに種々なる特異症狀を具備してゐるから、それと氣が付きさへすれば診斷に迷ふことは無い。然るに慢性の炎症性縁内障では、眼底や視野の検査を行はない限り、瞳孔散大が唯一の症狀たることが往々ある。

動眼神經麻痺による散瞳は、同時に必ず毛様筋の麻痺即ち調節麻痺を伴ふものである。且つ甚

だ屢々眼瞼舉筋其の他の動眼神経から司配を受けてゐる外眼筋に、麻痺を併發するからして、散瞳以外に尙ほ眼瞼下垂症、複視、近距離視力障礙、羞明等の症狀が現はれてくる。更に又三叉神經顔面神經等の麻痺の加はつてゐることもある。

瞳孔散大を唯一の症狀とする動眼神経麻痺で、アトロピン點眼によらないものは、殆ど其の全部が腦毒である。

虹彩炎の時には瞳孔は縮小するけれども、さうした眼には通例、散瞳劑が使用せられてゐる。その爲めに虹彩炎にして尙ほ且つ瞳孔の散大してゐることがある。

外傷性散瞳は直接瞳孔括約筋が挫傷せられて消耗萎縮に陥る爲めである。

瞳孔縮小 Miosis 病的のものとして先づ學ぐべきは虹彩炎に觀るもので、その光線に對する反應は遅徐である。之れに反して、脊髄癆に發するものにおいて、反射性强直あるも輻輳反應は顯著である。

緑内障に對する藥物療法として、縮瞳劑の點眼せられてゐる眼の瞳孔も亦縮小してゐる。頸部交感神経麻痺即ちホーナ氏症候群 Horner'scher Symptomenkomplex に於ては、瞳孔擴大筋の麻痺する爲めに、同じく瞳孔は縮小する。

流行性腦膜炎若くは腦炎に於て、往々縮瞳を來すは動眼神経の刺戟せられる爲めである。

瞳孔左右不同 Anisokorie 一方の眼に散瞳劑或は縮瞳劑を點眼するとき、左右の大きさが不同となるのは勿論であるが、然らずして、それが病的現象として發するのは、脊髄癆の時、實にその主要症候の一つである。斯る場合に更に注意すると、瞳孔は多く同時にその形が變つて、楕圓形若くは不

瞳孔縮小

瞳孔左右不同

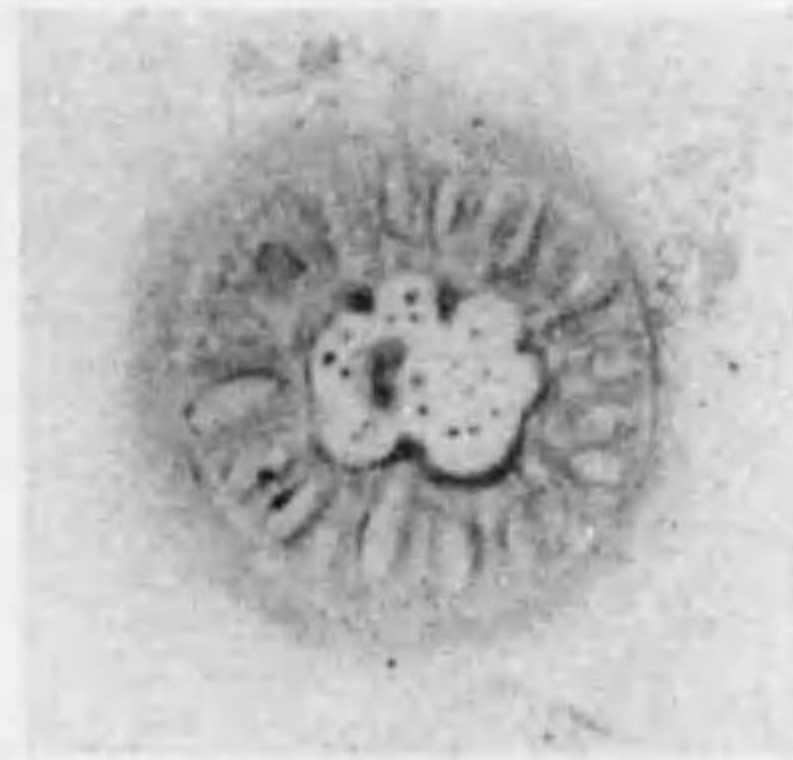
形瞳孔の不正

正圓形を呈してゐる。其の外に尙ほ特異であるのは、反射性瞳孔強直で、若し眼底を檢查することが出來れば、そこには又原發性視神經萎縮の像が現はれてゐる。

稀に嗜眠性腦炎の後胎症狀として、瞳孔の左右不同を呈することがある。

瞳孔の不正形 種々なる疾患に於て、瞳孔の形状は變化する。その最も多いのは、虹彩に炎症があつて瞳孔縁と水晶體前面とが癒着するとき、即ち虹彩後癒着を起した時である。瞳孔縁が其の全周に於てでなく、あちこちと數個所癒着してゐるときは、アトロピンを點眼すると、丁度梅の花のやうな形になる(第百十圖)。軽い漿液性虹彩炎に於ては、瞳孔は其の下半部だけが部分的に癒着し

第百十圖



虹彩後癒着に著る瞳孔の不正形

て上半部には異狀がない、全く fix. である。之れに反して比較的重い滲出性若くは成形性炎症の時は、瞳孔縁は好んで其の全周に亘つて癒着する、即ち虹彩後癒着の状態によつて、虹彩炎の輕重を判斷することが出来る。

角膜に生じた潰瘍が穿孔するか或は穿孔性角膜外傷に於て、虹彩の脱出するときは、癒着性白斑を生ずるからして、勿論それにつれて瞳孔の形も變つて來る。角膜に白斑の存する

とき、そこに果して虹彩が癒着してゐるか否かを知らうとするには、瞳孔の形状に注意すればよい。若し瞳孔が全く圓形であれば、如何に角膜の潤濁は強くとも、そこには穿孔を來さず従つて虹彩の脱出はなかつたのである。

緑内障に於て瞳孔は屢々不正形を呈し、且つ上方若くは上内方に偏位してゐる。

先天性無虹彩

外傷によつて虹彩が其の瞳孔縁に於て斷裂するとき瞳孔の形は變つてくる。同じ様に虹彩根部が毛様體から離斷したときも亦不正形を呈するものである。極めて稀には外傷によつて虹彩全部が千切れて、無虹彩の状態となることもある。

先天性無虹彩といふのは一種の發育異常で、虹彩は其の全體が殆ど發育しないか、或は極く一部分だけが根部の所に觀える位で、その爲めに瞳孔は著しく散大した形になつてゐるが、斯る眼は多く同時に他の發育異常を伴ひ、且つ眼内壓は充進して緑内障様の症狀を呈し、或は既に牛眼に陥つてゐる。虹彩の發育障礙に加ふるにシレンム氏管も亦充分に形成せられない爲めである。

虹彩缺損症

虹彩缺損症 *Iriskolom*

その先天性發育異常として來るものは、通例、虹彩の下方が缺損し、瞳孔は其の爲めに丁度、西洋梨子或は杓子のやうな形になつてゐる。これは發育學上、第二眼胞期に於て、その腹部の方に存する眼裂 *Angenspalte* の閉合が不完全なる爲めに生ずるもので、好んで同時に又脈絡膜缺損症、小眼球、先天性白内障、小角膜等を伴ふてゐる。

先天性虹彩缺損症と區別すべきは、一定の疾患に對して治療の目的で設けられた、人工的虹彩缺損である。この方は原則としては上方に造ることになつてゐるが、往々にしてそれが下方に出來てゐるのを觀ることがある。さうした時に先天性のものとの鑑別は、小虹彩輪の状態に注意することである。即ちその先天性なるとき、虹彩輪は缺損部に添ふて虹彩根部にまで延びてゐる。然るに人工的缺損であれば、それが切除されるのだから、虹彩缺損部の兩脚の所で、急に斷絶してゐる。又缺損部の幅が瞳孔縁に於て狭く、虹彩根部に於て廣いのは人工的缺損で、そこには虹彩切除を必要とする他の病變例へば角膜白斑とか緑内障とか水晶體缺如とかが觀られる筈である。

多瞳孔

多瞳孔 *Polykorie*

一種の發育異常で、極めて稀に觀るものである。主瞳孔に近接して別に一個乃至數個の小なる副瞳孔を生じ時にはそれが距れて虹彩根部に生じてゐることもある。然るとき外傷性虹彩離斷に似てゐる。

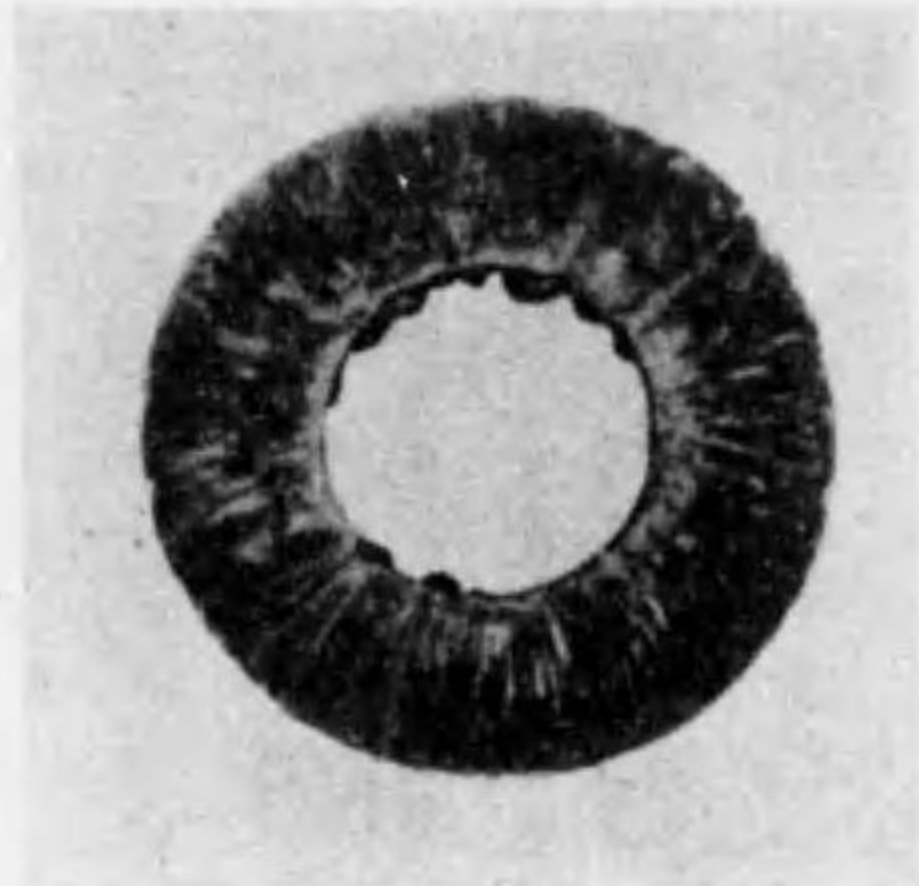
文獻によると、後天的に虹彩が炎症の爲めに續發萎縮に陥り、諸所菲薄となつて、多くの小なる裂孔を生じてゐるものも亦多瞳孔と呼ばれてゐる。

虹彩のフロククルス

虹彩のフロククルス *Flocculus iridis*

適當なる譯語が無い。これも發育異常の一つである。患者自身には何等の自覺症狀なく、勿論その爲めに視力の障礙せられる事は無い。従つて多くは偶然に見出されるのである。

第百一十圖



虹彩のフロククルス

瞳孔の大きさ及び形状には變りが無い。唯その縁の所に、虹彩の裏面を蔽ふてゐる色素細胞層がはみ出てゐる、それが黒葡萄の小粒が竝んでゐるやうにも觀えるし、又小さい黒頭巾或は巾着のやうなものも幾つも吊り下つてゐるやうでもある。或は又單なる皺襞を爲してゐることもある。

多くは瞳孔縁の上半部にだけ、或はそこに特に澤山に出來てゐるが、時には下半部に生ずることもある(第百一十一圖)。瞳孔反應の迅速顯著なる點に於て、虹彩後癒著とは明かに區別される。瞳孔膜遺殘とも亦全く異つた所見を呈してゐる。

其他、似て非なるものを舉げると、緑内障の末期に於て、虹彩がその根部を以て、前房隅角部を閉塞

し、早いで續發萎縮に陥つて收縮する、その結果として虹彩後面なる色素細胞層が瞳孔縁に於て外反する、その時の状態である。然し、之れとても虹彩の萎縮内壓の充進、瞳孔の反應缺如若くは遅徐等に注意すれば混同することは無い。

瞳孔反應の異常 先づ第一に擧ぐべきは反射性强直、reflektorische Pupillenstarreである。即ち光線を以て刺戟しても反應が現はれて來ないか或はそれが極めて遅徐なる状態をいふので、前に述べた瞳孔の左右不同と共に脊髄癆に於ける重要な眼症状である。然し、茲に注意せなければならぬのは視力の失はれてゐる眼には黒内障性瞳孔強直、anarotische Pupillenstarreといふのがあつて、それは光線を眼に送つても、それを感受しないか或は感受しても更に之れを腦中樞に向つて傳達することが出來ない、換言すれば、瞳孔反應の求心性傳達が不可能なる爲めに、反應が現はれて來ないか、たとひ現はれても極めて遅徐である。脊髄癆性視神経消耗症に於て、視力の著しく減退せる患者にありては、此の黒内障性強直が反射性のもつと誤まられることがある。

瞳孔反應の反射路 Reflexbahn der Pupillenreaktion は網膜から始まる。瞳孔反應に關與する神経纖維は視神経と共に其の交叉部に至り、そこで二つに分れて左右の視索へ移行する。視索から四疊體へ、更に動眼神経核へと連絡し、茲から今度は遠心性に動眼神経纖維を傳ふて其の末梢に向ひ、瞳孔括約筋に到りて、そこに終止する。

それ故に一方の眼に光線を送つても、其の反應は必ず兩眼に現はれる。光線を送られた方を直接反應、direkte Reaktion とし、これに對して他眼の方の間接、或は同感反應、indirekte oder kontinuelle Reaktion と呼んでゐる。

動眼神経は毛様神経節叢から眼球内へ入り、瞳孔括約筋及び調節を司る毛様筋に分布してゐる。

それ故に此の毛様筋の働くとき即ち調節を營むとき、瞳孔括約筋も亦共に刺戟せられて、瞳孔は縮小する、之れが即ち調節反應、或は輻輳反應、Akkommodations- oder Konvergenzreaktion である。

瞳孔反應は上に述べたやうな反射路によつて現はれるのであるから、今若し網膜から視神経交叉部までの間に病變があつて、求心性傳達が斷絶するときは、瞳孔は光線に對して反應しない。これが即ち黒内障性強直である。又四疊體から動眼神経核までの間に病變があるときは、反射性瞳孔強直を來すのである。然し、之れ等の場合は、動眼神経核から瞳孔括約筋までの間には故障が無いのだから、調節反應には何等異常のない譯である。又一眼の求心性傳達は妨げられても、他眼の健全なる限り、光線に對する間接反應は存在してゐる。

動眼神経の麻痺する時、例へばアトロピンを點眼すると、その方の眼に於ける總ての反應は缺如する。之れが即ち絶對強直、absolute Starre である。

反射性强直の診斷を下す爲めには、黒内障性及び絶對強直を除外しなければならぬ。

瞳孔の光線反應を検査するときには、常に光源の所在に注意する必要がある。懐中電燈の如きを用ふる場合は別として、普通の暗室に於て、集束レンズにて斜照するとき、光源に近い方の眼の反應は、それに遠い方よりも顯著に現はれる。射入光線の量が左右全く同一でないからである。又光線反應を検するときには、調節反應を除外する爲めに、患者をして視線を成るべく遠く前方に向けさせることを忘れてはならない。

眼瞼閉鎖反應 Lid-schlussreaktion 眼瞼を閉鎖するとき、之れに伴ふて瞳孔は縮小する。然しこの反應は一般には左程注意する必要が無い。

瞳孔緊張症 Pupilotonia 文獻の記載によると、本症は通例片眼に現はれる。瞳孔は健眼に比して常に幾分散大してゐる。光線反應は直接、間接ともに缺如してゐるが、長い間、明るい所或は反對に暗い所に居つた後には、そこに著明なる反應を呈するやうになる。それから又輻輳或は調節に際して、瞳孔は緩徐に收縮を始め、數秒の後に極度となり、輻輳又は調節を休止するも、尚ほ瞳孔は一定時、其儘の收縮を保つものと、調節休止と同時に再び徐々に散瞳するものがある。本症の本態に就ては今日尚ほ全く不明である。

第十三章 中間透明體の濁濁

角膜、前房、水晶體硝子體等の屈折中間體に濁濁があつて、其の透明の遮られる時、その程度に應じて視力は減退する。斯る場合、比較的特異の自覺症候として飛蚊症、Mickenschen を訴ふる患者がある。多くの眼科書には、この飛蚊症は硝子體濁濁に於ける主要の症候として記されてゐる。それに相違は無いけれども、然し實際に於て吾人の出遭ふ多數は、寧ろそれが慢性結膜カタル若くは痕痕期トラホーム等に於て、結膜分泌物若くは涙液が小さい、多くの水泡として角膜の表面に附著してゐる爲めに起るものである。而かもそれが兎角閉却され勝ちのやうに思ふ。硝子體を檢査する以前に、先づ以て結膜及び角膜の病變の有無に注意すべきである。

角膜自身に存する濁濁にしても、それが白斑とか翳とかであれば、恐らく何人にも直ちにそれと氣がつくだらうけれども、幼少の頃にフリクテーンを患つた後の濁濁若くは比較的軽いパンヌス、表層滲透性角膜炎、實質性角膜炎の治癒後に残れる繊細なる血管及び一本か二本の細い倒生睫毛

の刺戟による角膜上皮細胞層の肥厚の如きは、稍もすると見逃がすことがある。それ故に單にハルトナック氏ルーベを用ひて、斜照の下に檢査するだけでなく、更に平面反射鏡の後面に約一〇Dの凸レンズを取り付け、それで徹照して見る。斯くして尚ほ瞳孔領に少しも陰影を認めなかつたならば、そこに初めて角膜は透明だと言ひ得る。然し、それだけでは不十分で、角膜の彎曲の異常即ち不正亂視は未だ除外されてゐない。この方の檢査には通例ブラチドー氏角膜計、Placidos Kern-*test* Kop. が用ひられるが、必ずしもそれを必要としない。簡單なる方法として、手近にある窓の十字格子を角膜面に映して、其の反射像によつても、尚ほ能く變化の有無を知ることが出来る。

斜照によつて見出されず、徹照して始めてそこに極く薄い陰影を生ずるやうな角膜の濁濁と水晶體の初期濁濁とは、種々なる點を考慮に容れて、尚ほ且つ鑑別の困難な事がある。陳舊トラホーム、パンヌスと初期白内障とが比較的屢々混同される事實は、著者の日常經驗する所である。尚ほ瞳孔領に存する角膜濁濁はその濃厚なるものよりも稀薄なるものの方が、却つて割合に強く視力を障礙する。

前房の濁濁

これは本來獨立のものとしては現はれて來ない、必ず角膜若くは虹彩或は毛様體の炎症に伴ふもので、自然さうした部分に於ける顯著な變化に蔽はれてゐるからして、通例は餘り目につかない、唯、比較的特異なのは角膜後面に生ずるプレチビターテ Precipitate である。このものは小なる點狀灰色斑として、澤山にそこに附著し、それ等の全體としては基底を下方に有する三角形を爲してゐるが、個々の點狀斑はその頂點より基底へ降るに従つて段々と大きくなつてゐる、即ち其の形状、大きさ及び配列からして、容易に他の種類の濁濁と區別することが出来る。このプレチ

ビターテは房水中へ移行した滲出液中に含まれてゐる成形物が、角膜後面に附著して生ずるもので、常に虹彩毛様體炎の存在を告ぐるものである。彼の潛行性虹彩毛様體炎に於ては、爾餘の病變は殆ど其の痕跡だも認められず、このプレチビターテだけが唯一の症狀として現はれてゐることがある。

水晶體の濁濁

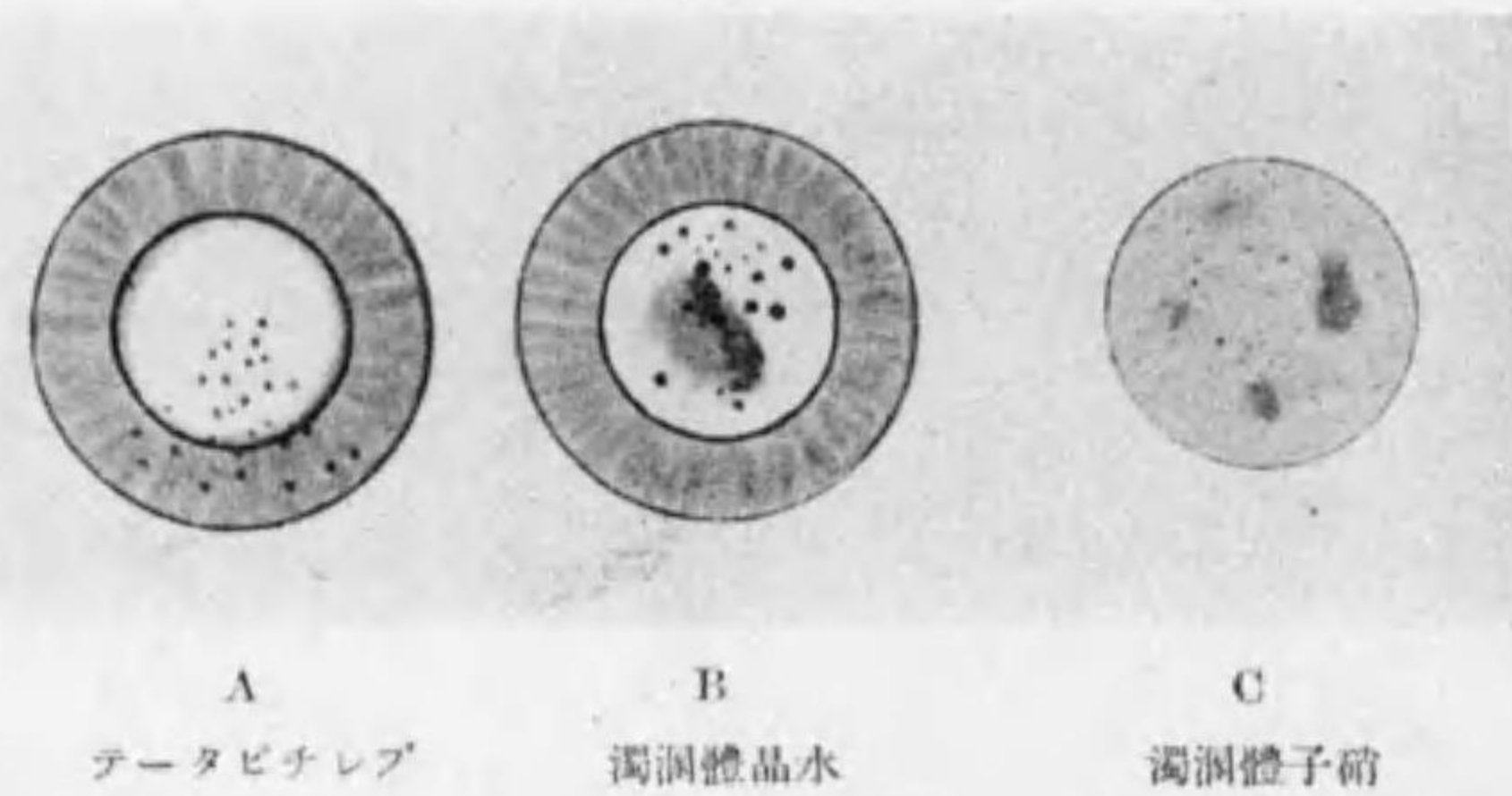
水晶體の濁濁 斜照によつてそれと明かに認め得るやうなものは、既に、瞳孔領の異常の章に述べて置いたから、茲には主として初期の濁濁に就いて記すことにする。

赤道部附近に初發する濁濁は、通例、虹彩によつて蔽はれてゐる故、患者としては其の爲めに視力障礙を覺えることは無い。濁濁は主として水晶體皮質に發するもので、それに先つて皮質纖維は水分を吸収して膨脹する。この時期に少しく注意して觀ると、水晶體の前面に、多數の小さい露滴狀物が形成せられてゐる。然し、それ等は能く光線の通過を許すからして、徹照しては殆ど全くそれに相當する陰影が現れない。視力も餘り障礙されてゐない。唯、水晶體が全體として其の容積を増すからして、勢ひ其の前面の彎曲が強くなり、屈折性近視の状態を呈してくる。患者が若し老人であると、今迄讀書時凸鏡を用ひてゐたのに、其の必要がなくなる。然し、其の中に今度は實際の濁濁が始まつて視力が減退するやうになる。

水晶體の濁濁は、それが車輻狀を爲してゐるとか或は星形であるとかいふやうなのは、その特異なる形狀からして、如何に初期であつても容易にそれと診斷することが出来る。けれども極く微細なる點狀濁濁であるとか或は雲霧狀濁濁であると、果してそれが水晶體に存するものか、どうか判然せないことがある。獨りそれが角膜濁濁と紛らはしい計りでなく、硝子體濁濁との區別も往

硝子體濁濁

圖 二 十 百 第



A テータビチレブ
B 濁濁體品水
C 濁濁體子硝

々にして困難である。眼科の教科書には此の點に就て種々なる鑑別法を掲げてはあるが、實際にはそれによつて的確に診斷せられない事がある。第一百十二圖は潛行性虹彩毛様體炎の患者に於て、角膜後面に、例のプレチビターテ(A)を生じ、又硝子體には塵埃狀の細かい濁濁(C)があつたが、長い

經過中に、遂に水晶體に續發白内障として斑點狀の濁濁(B)が現はれて來たのを描寫したもので、此の三種の濁濁は少くとも徹照しただけで、其の各を、それと明かに區別することが出来なかつた。進行性であるべき水晶體濁濁と、治愈し得べき角膜若くは、硝子體の濁濁とは、其の豫後に著しい相違がある。

硝子體濁濁 (Glaskörpertrübungen) 如何に薄い濁濁でも、それが斜照によつて認め得るのは、硝子體の濁濁では無い。何となれば此のものは常に必ず徹照によつてのみ、そこに現はれて來るからである。硝子體に濁濁の存するとき、通例、硝子體それ自體は液化してゐる。即ち水中に塵埃が浮動してゐると同様である。従つて一度眼球を動かすと、その靜止後に於ても濁濁は猶ほ暫くの間、その動搖を續けてゐる。斯る事は角膜及び水晶體の濁濁には全然觀られない所である。更に濁濁其のものゝ形狀に就ても、若しそれが絮狀、索狀、細線狀、螺旋狀等であれば明かに硝子體のものである。

硝子體濁濁が微細塵埃状なるとき、それが水晶體に於ける濁濁と鑑別し難い計りでなく、網膜に於ける汎發性濁濁とも混同されることが稀でない。尤も網膜の濁濁は多く同時に、血管の變化出血、白斑等を伴ふてゐるから、さうした場合にはならないが、それにしても薄い硝子體濁濁を透して眼底を窺ふ時は、そこが一般に多く赤色調を帯び、恰も視神經炎若しくは視神經網膜炎があるやうに思はれる。然し、かうした時の鑑別としては、若し濁濁が眼底即ち網膜に存するものであるば、如何にそれが汎發性だといふても、周邊部を精査するとき、何處にか濁濁を免れてゐる部分必ず存在してゐる。所が硝子體濁濁であれば、眼底は其の全體に亘つて一様に明瞭を缺く、此の點に注意を拂へば、診斷は比較的容易である。とは言ふものの實際に於ては、視神經網膜炎殊にそれが微毒性なるとき、眼底の病變と同時に又硝子體濁濁を發してゐることが相當に多い即ち視神經網膜炎は硝子體濁濁の一つの原因を爲してゐる。

虹彩毛様體炎に於て、殆ど必然的に硝子體濁濁を來すことは、既に繰返して述べて置いたが、この時には通例、虹彩それ自身に炎症性變化があり、更に後癒著、プレチビターテ等が存在してゐるから、それに原因することが判る。前眼部に異常なく、又視神經網膜炎も起してゐないで、唯硝子體濁濁だけが著明である、といふやうな場合は、先づ急性の彌蔓性脈絡膜炎を考ふべきである。各種の熱性病例へば、腸チフス、ウイルス病、猩紅熱等に於て、其の恢復期に硝子體濁濁を發することがあるのは、孰れも脈絡膜炎の結果である。

症例の數に於て比較的多いのは、彼の青年性再發性網膜硝子體出血に於ける硝子體濁濁である。この場合は無論網膜からの出血が硝子體內へ注ぎ込む爲めで、濁濁は可なり強く、眼底の徹照しな

第三百三十三圖



濁濁體子硝狀點白雪

いこともある。或は又濁濁其のものが著しく赤味を帯びて明かに之れを出血として認め得ることもある。然らずとも此の種の濁濁は、通例、硝子體の下方に於ては濃厚だが、上方に至るに従ひ漸く稀薄となつてゐるのが比較的特異で、患者が朝起きた計りの時などは、眼底を検査すると、其の上方の部分には能く認めることが出来る。出血が下方に沈降する爲めで、若し同時に網膜に出血斑を見出せば、診斷は確實である。

上に述べた濁濁と少しく趣きを異にするものに、硝子體閃輝症、Asteroidhyalitisといふのがある。通例老人に觀るもので、硝子體內に無數の星のやうな小さい雪白の輝く點狀の濁濁が現はれてゐる。然し硝子體は液化してゐない事が多い、従つて此の點狀物は他の硝子體濁濁のやうに著しい動搖を示さない。

症例 佐○〇、まこと、六十五歳、昭和二年六月二十一日、約六ヶ月前より兩眼殊に右眼に強い視力障礙があるといふのである。視力右四メートル指數、左〇・二、眼鏡によつて改良せず。他覺的には兩眼ともに乳頭から黄斑部へかけて、可なり著明なる老人性脈絡膜萎縮がある。又網膜血管も既に硬變を起してゐるらしく、小なる一、二の出血さへも認められる。

特異なるは視力の特に強く減退してゐる右眼の硝子體に、射入光線を反射する雪白の點狀濁濁が實に無數に、其の全體に亘つて散在性に現はれてゐることである。大さは孰れも略同一で、彼の白澤點狀

網膜炎の白點ぐらゐに観える。この點狀物以外には硝子體には何等の異狀が無い。眼球運動につれて點狀物の動搖の餘り著明で無いのに徴しても硝子體の液化してゐない事が判る。虹彩毛様體には炎症の痕跡もない。左眼の硝子體は健全。種々對症療法を試みたが何等の影響も無かつた。尙ほ本例に於ける白色點狀物は之れを吸出して検査せる結果大體脂肪酸石灰及び炭酸石灰が其の主成分であつた。

前にも述べたやうに硝子體に濁濁の存するとき患者は屢々飛蚊症を訴へるが時としてそれにも拘らず角膜の表面には勿論のこと硝子體内にも何等濁濁の認められないことがある。即ち自覺症狀のみで他覺的所見を缺いてゐる。恐らく生理的に硝子體内に存する成形物が網膜に投影する爲めであらう。近視眼にして適當なる眼鏡を裝用せない者に於て能くこの訴へに接する。又近視でなくとも極く緻密な仕事をするとき例へば顯微鏡検査などに従事する場合に注視點附近に小なる珠數の如きもの或は細い絲のやうものが現はれそれ等に惱まされることがある。之れなども廣い意味では矢張り飛蚊症である。

稀に發育異常として硝子體動脈の遺殘が濁濁の形に於て或は乳頭の近くに或は又水晶體の直後に存在してゐることがある。

療法 結膜に慢性の炎症があつてそこからの分泌物が角膜の表面に附著してゐる以外何處にも濁濁の認められないものには暗霰水の點眼を處方する。

角膜自身に存する比較的新しい濁濁に對しては二―四%黃降汞軟膏を一日二回位點入して眼瞼の上から軽く按摩する其他の緩和なる刺戟劑も亦用ふるに足る。

角膜に不正亂視があつて強い濁濁の無いものは接眼硝子 *Hafgins* によつて視力の改良するの

は事實のやうだが慥むらくは未だ實用の域に達してゐない。

水晶體の初期濁濁が藥物療法によりて透明に復し得るかの如く言ふてゐる人もあるが著者はそれを信ずることが出来ない。經過を観察して若しそれが進行性であれば適當の時期に之れを摘出するより外に方法がない。又停止性であれば寧ろ其の儘に放置すべきである。

硝子體の濁濁に對しては先づ其の由來を確める。虹彩毛様體炎があれば其の方の處置が第一である。又網膜硝子體出血の時は多分は結核性であるから出血の再發を豫防することに努むべきである。更に微毒性視神經網膜炎に併發するものに於て驅微療法が必要なることは勿論である。次に對症療法としてその吸收を促がす爲めに結膜下注射が行はれる比較的能く奏效する。時には僅か三、四回の注射により驚く計りに視力の改良することがある。その外には水銀軟膏の塗擦沃度加里の内服等を處方する。

濁濁せる硝子體の吸引療法といふことが一時廣く行はれたやうであつたが著者は餘り之れを好まない。それといふのもこの場合繰返して鞏膜穿刺を行ふと少くとも動物實驗に於ては穿刺部からして結締織が硝子體内へ可なり深くまで進入増殖する。恐らく人類に於ても同様なことが起ると思ふ。さうすればその爲めに却つて硝子體濁濁を新らしく造ることになる。假りに吸引療法を行ふとしてがその一回に吸出すべき量は〇.6cc以下でそれ以上に及ぶと却つて濁濁を増加させることになる。勿論頻々之れを反覆するのはよくない精々二週間に一回ぐらゐのものである。然し若し行はうとすればツールネッデン氏法に従ひ次の如くするのである。

ブラウツ氏注射器に内徑〇.8乃至一ミリの針を取り付け角膜縁を距る後方五、六ミリ即ち略々網膜

鋸齒狀縁に相當する部位の鞏膜より刺入する。其際眼球の動かぬやう、場合によつては二個所に於て之れを固定する。毛様體及び脈絡膜渦狀靜脈を損傷せぬやう特に注意する。鞏膜へ刺入する以前に針を少し結膜下を縫はせると、後に結膜を以て鞏膜穿刺部が完全に被蔽されるから、傳染の危険が無い。然し通例はそれには及ばない。針は其の断面の丸いものよりも、三角形を爲せるものの方が刺入し易いが、それにしても相當に強い抵抗を感じるものである。針が硝子體內へ入ると同時に抵抗がなくなる。針は成るべく動かさないやうにする、さもないと其の尖端にて眼内組織殊に網膜を傷ける恐れがある。硝子體は多くは既に液化してゐるから、特に吸引する迄も無く、注射器の中へ出て来るけれども、時には軽く吸引する必要がある。針を引き抜く時に、眼球はその内壓が著しく下降して、幾分歪んでゐる爲めに、往々にして毛様體を傷けることがある。(Klein, M. F. A. Pal. 64. 1920)

硝子體血管遺殘、老人に觀る閃輝性濁濁等は不治 *musculos* である。

濁濁の認められない飛蚊症に對しては、若しそれが近視と關係があるやうならば、適當なる眼鏡を處方し、其の他の場合は寧ろ神經性的ものと見做して、餘り氣に掛けない様にと注意する程度である。増悪することは無い。

第十四章 眼底の病變

眼底に於ける病變の有無を知らうとするには、或る特別の場合を除き、常に檢眼鏡検査を必要とする。以前ランプや瓦斯を光源とした時代には、通例先づ倒像法によつて大體の様子を窺ひ、そこに變化を見出した時、更に直像法を以て其の部分を探査したものであつた。所が今日では内藤氏によつて案出せられた極めて便利なる電氣檢眼鏡が用ひられるやうになつたので、最早倒像法に

よらず、直像法のみにて眼底の到る處を自由に而かも詳細に検査することが出来る。然し、それにしても矢張り我々は最初に先づ乳頭及びその附近に於ける病變の有無に注意し、並いで黄斑部の健否を知り、然る後更に中心血管に添ふて周邊部に及ぶことにしてゐる。それで茲にも大體その順序に従つて記述して行く。

乳頭に現はれる病變

乳頭に於ける病變としては、視神經炎、鬱積乳頭、原發性及び續發性萎縮、縁内障性陥凹、コーヌス等が其の主なるもので、中心靜脈の搏動の如きも、時には之れを病的現象と見做し得ることもある。初學者の眼に映する眼底は、それが健康眼であつても、一般に赤味が強く、稍もすると乳頭の境界が明瞭を缺いてゐるやうに思はれる。それは要するに檢眼鏡検査に熟達せない爲めに、被檢眼の眼底から出て来る光線を、己れの網膜にはつきりと結像させることが出来ないからである。硝子體に軽度の塵埃狀濁濁の存するときも亦、眼底は一般に發赤してゐるかの如くに觀える。健康なる乳頭でも其の上下の兩縁に於ては網膜血管と一緒に多くの神經纖維束が重なり合つて出て行く爲めに、多少不明瞭になつてゐる。

近視及び遠視の比較的強いものでは、乳頭の境界は甚だ屢々明瞭を缺き、何かそこに炎症でも起してゐるのでは無いかと疑はれることがある。尤も之れは敢へて屈折異常眼のみには限らない。正視眼に於ても亦同様なる所見を呈するものがある。假性視神經炎、*Scheimnouritis* と呼ばれてゐる。斯る症例にあつては唯一回眼底検査を行つたくらゐるでは、果してそれが單なる發育異常であるか、

それとも實際の視神經炎若くは鬱積乳頭の初期であるか經驗に富める人でも鑑別は殆ど不可能で相當の期間に亘つてその経過を観察することによつて始めて的確なる診斷が下される症例としては必ずしも稀に觀るものでない。

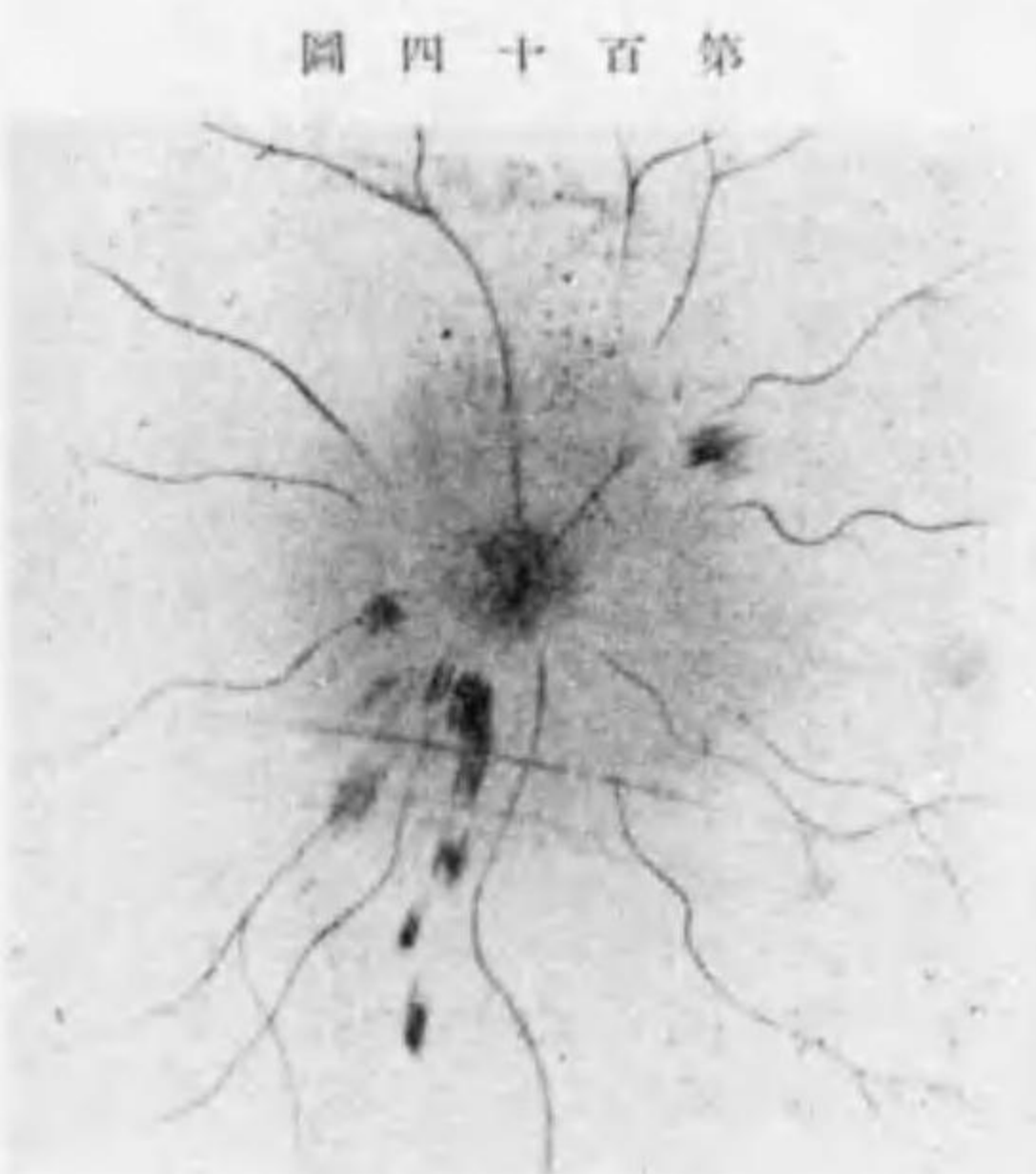
視神經炎

視神經炎

眼底疾患としては多く觀る部類に屬してゐる。本症の自覺症狀は言ふ迄も無く視力障礙でそれが相當に著しいこともあるけれども時には又他覺的所見の甚だ高度なるに拘らず健常若くはそれに近い視力を保有してゐるのがある。従つて視力が善良だからといふて眼底殊に視神經に炎症が無いなどと思つてはならない。微毒性視神經炎の場合に殊にさうである。炎症の強いときは視神經纖維が過敏となつてゐるので患者は屢々羞明を覺え明るい所よりも暗い所の方が却つて氣持がよいと訴ふることがある。

他覺的所見に就て述べると一體我々が通例視神經炎と呼んでゐるものは炎症が其の周邊部即ち視神經鞘から始まるところの周邊性視神經炎、Neuritis periphericaであるから乳頭の境界は必然的に明瞭を缺いてゐる。この變化は直像法よりも寧ろ倒像法の方が確かにそれと能く認められる。然し唯それだけでは炎症の去つた後の續發性萎縮も同様でこれと區別するには乳頭に充血即ち發赤があり且つそれが滲出液によつて潤濁してゐるといふ點に注意せなければならぬ。尙ほこの潤濁は獨り乳頭だけに止まらずその周圍の網膜にまで及んでゐる。炎症の強い時には、勿論發赤も著しいがそれよりもこの潤濁即ち滲出液の多量なる爲めに乳頭は硝子體に向つて多

少明かに腫起してゐる時にはそれが鬱積乳頭といふてもよい位に強いことがありさういふ状態のものの特に乳頭炎、Papillitisと呼んでゐる人もある。滲出液が隣接網膜の神經纖維層に及ぶとき乳頭を中心として灰白色の細い線が澤山に放射状を爲してゐるのを觀ることがある。更に網膜中心血管殊に靜脈は怒張し乳頭縁に近く明かに迂曲してゐる。出血は全然これを缺くこともあるが時には却つてそれが特に高度なることがある。



第百四十四圖 視神經炎

視神經炎の典型的のものは、微毒に原因する所の彼の特有性視神經炎、Neuritis specificaと呼ぶものである。このものにありては乳頭の發赤腫起は餘り激しくないが同時に乳頭に近い硝子體に生ずる潤濁も手傳つて宛がら臚にかすむ春の夜の月影を觀るが如くである。靜脈の充血も左ほど強くないどころかと言へば炎症其ものは割合に穩かな感じを懐かせる。通例兩眼で少しく經驗すると一見してその微毒性なることが判る。微毒性視神經炎に於ては他覺的所見に比して視力の善良なることが多い。

同じ微毒に原因するものでも例の神經性再發、Neurozeidivになると全くその所見を異にしてゐる。これは不徹底なる驅微療法殊にサルヴァルサン注射を二回で中止しそれから二三ヶ月を経るから發するもので兩眼のことが多いけれども時にはそれが一眼に止まつてゐる。この種の視

視神經再發

神經炎はその症狀が極めて激烈で、視力も著しく減退する。乳頭に現はれる濁濁は多く白色調を帯び、時にはその爲めに血管の走行全く不明となり、全體何處に乳頭があるのか、その所在の知り難いことがある。かうした強い濁濁に伴ふて又大なる出血斑が現はれてくる。これも他の原因による視神經炎には到底觀られない程に著しく、濁濁よりも却つてこの出血の方が強いことさへもある。出血其ものは多く鮮紅色で、一方白色の濁濁と相照して一種の美觀を呈し、京都の友染模様を想はせるものがある。

視神經炎の著しいものでは、視野を測定すると、生理的に存在するマリOTT氏盲斑は多少とも明かに増大してゐる。然しそれ以外には通例中心暗點を證明しない。若しそれがあれば、たとひ眼底の所見は視神經炎に酷似してゐても、實際は球後視神經炎で、炎症性變化が下降して乳頭の所へ現はれて來たものである。

この球後視神經炎即ち軸性視神經炎と本來の視神經炎即ち周邊性視神經炎とは、學生用教科書などには容易に鑑別し得るやうに書いてあるが、實際に於ては兩者の混同されてゐることが往々ある。著者の教室などに於ても、時にさうした誤診をすることがあるのではないかと思ふ、多忙なる醫家としては、單に眼底の検査だけを行ひ、視野を測定する餘裕のない時、かうした間違は無理でないかも知れないが、然し其の原因に於て、従つて又其の療法に於て、大に異なる所があるから、注意せなければならぬ。

症例 小〇 ます、二十九歳、昭和三年三月六日入院。患者は地方廳官吏の家族として、各地を轉々してゐる中、前年十一月初旬中國の某縣にありし頃、兩眼の視力障礙を覺え、同縣立病院眼科の診察を受け

たが前眼部及び眼底には變化が無いと言はれ、其の儘に打過ぎた。本年一月南海の某縣に轉せる頃から視力が一層減退したので、同縣赤十字病院を訪ひ、微毒性視神經炎なる診斷の下に、嚴重なる驅微療法を受け、其の爲めか視力は〇・二より〇・七まで改良したが、然しそれ以上には出でず、其の中に又更に宮城縣に轉任することになつたといふので、前任地の主治醫から著者の許へ、治療方法に關して懇篤なる添書があつた。

成る程、眼底を観ると立派に視神經炎が現存してゐる。V氏反應が陽性で、既往に確かに傳染の機會があつたといふので、それを微毒性のものと考え、その一應は無理のない所である。然し一歩進んで少し注意すると、炎症の劇合に乳頭の腫起が強い。かうした所見は少く経験のある人ならば、誰でも殆ど直覺的に鼻性球後視神經炎を想ひ出さずには居られない。そこで視野を測定すると、マリOTT氏盲斑を含む定型的なる橢圓形の暗點があつた。患者の言によると、今迄一度もさうした視野の検査は勿論、耳鼻科の診察をも受けた事が無いとのこと。早速、後副鼻腔の處置をしたところ、眼底の所見は著しく輕快し、視力も三週間後の退院當時には左右一・二の健常に復した。

本例の如きは、最初からの経過を少し注意して考察すれば、診斷を誤ることは無かつたらうと思ふが、眼底の所見だけで視神經炎と斷定した爲めに、その他の検査が全く行はれなかつたらしいのである。かうした誤りは、初學者よりも却つて経験のある専門家によつて繰り返されてゐることが多いやうに思ふ。

視神經と同時に、網膜の侵されてゐることが屢々ある。殊に彼の蛋白尿性網膜炎にあつては、其の多くが最初に視神經炎の像を呈し、次いで網膜に特異的變化が現はれて來る。又たとひそれが網膜に初發した場合でも、後には必ず視神經炎を合併するもので、此の點からは視神經網膜炎といふ方が正しいのである。

結核性視神経炎も比較的多いものである。然し檢眼鏡的所見には別に特異の點が無い。交感性眼炎に於て、第二眼の發病は殆ど毎常視神経炎を以て始まつてくる。腦微毒と變態微毒例へば脊髄癆との鑑別に當り前者は多く視神経炎を、後者は専ら原發性萎縮を伴ふことに注意すべきである。妊娠の前半期に之れに關聯する視神経炎を發するとき、妊婦の生命に對する豫後は多くは不良である。

療法 原因を除くこと以外には一般對炎症療法あるのみである。局所的には成るべく強い光線の射入を避け、徒らに視神経に刺戟を與へないやうにする。如何なる理由か不明なるも往々視神経炎の患者にアトロピン散瞳を起させてみるのを見ることがある、寧ろ禁忌である。

微毒性のもの殊に視神経再發には嚴重なる驅微療法が著しく奏效する。結核に原因するとき、ツベルクリン特殊療法も亦試むるに足る。

鬱積乳頭

鬱積乳頭

本症は一般には鬱血乳頭と呼んでゐるけれども、決して血液の鬱滯する爲めに發するものではなく、却つて淋巴或は組織液の交流障礙である。即ち生理的に乳頭から視神経の方へ向つて移動すべき液が、病的に兩者の間に生ぜる壓力の相違からして、其の儘乳頭の所に停滯鬱積する爲めに起る現象であつて、多くの場合、眞の病竈は乳頭以外の部分に存するのである。例へば腦腫瘍に於て頭蓋内の壓が亢進するとか或はその方には異常が無くとも穿孔性眼外傷に於て眼内壓の著し

く下降する時の如きがそれである。従つて乳頭それ自身には炎症性變化は無く、よしや有つても輕微である。尤もかうした鬱積が持續してゐるか或は乳頭に直接何か害的作用を爲すものがあ

る時、そこに炎症を加味してゐるのは勿論である。乳頭の鬱積は要するに高度の浮腫である。即ち乳頭は抵抗の比較的少ない硝子體に向つて腫起し、其直径も健常の二倍若くはそれ以上にも及ぶことがある。檢眼鏡検査によつて三Dの高さ即ち一ミリ以上の腫起を認めたる時、最早それは立派な鬱積乳頭である。さうなると又自然網

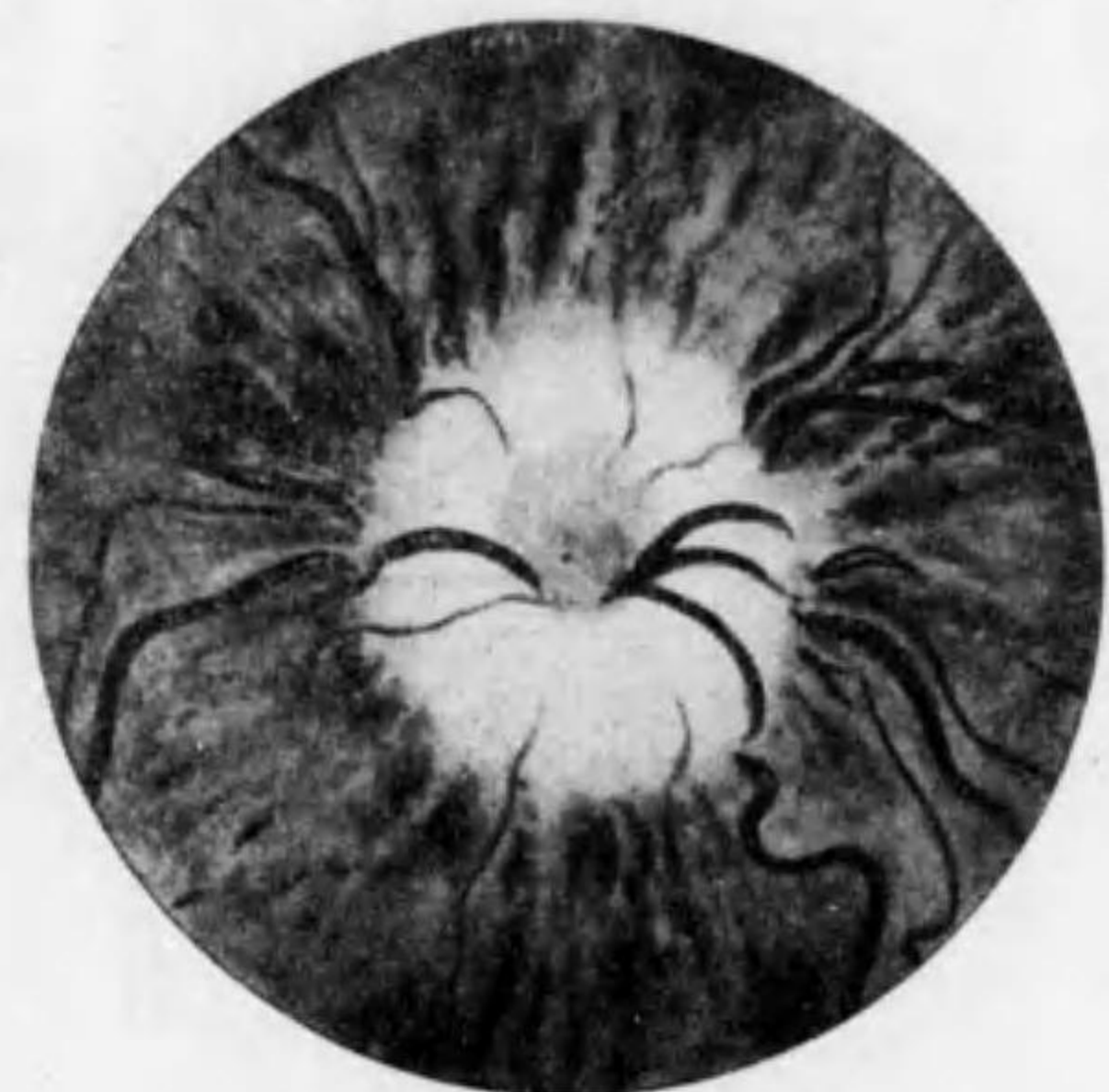


圖 五 十 百 第

頭 乳 積 鬱

線内障性乳頭陷凹とが屢々混同されたものだといふことを聞いてゐる。

眼底の病變

膜血管の走行にも變化を來す。先づ第一に影響を蒙むるのは靜脈で、血液の還流が妨げられるからして、強く充實蛇行する。更に一層注意すべきは、さうした血管が乳頭縁に於て著しく屈曲し、時にはそこで一時其の走行が不明となる。即ち乳頭が其のやうに腫起してゐる爲めに網膜血管は懸崖を攀ち上つて乳頭面に現はれて來るのである。之れに似たやうな血管の走行は線内障の時にも觀られることがあるけれども、この場合は乳頭の陷凹によるものであるから、少し注意すれば兩者の區別は極めて容易である。然し實際に於て檢眼鏡用法が今日の如く發達せなかつた往時にあつては、鬱積乳頭と

鬱積乳頭には彼の蛋白尿性網膜炎に觀るやうに、同時に視神經炎の症狀を呈する計りでなく、更に近圍の網膜に汎發性の浮腫、濁濁白斑、出血等を生じてゐるものがある時には視神經だけに限られてゐる病變に於ても、それが鬱積乳頭とも言へるし、又高度の視神經炎とも觀られるやうな兩者の移行状態にあるものもある。

鬱積乳頭は通例兩眼に發するけれども、時に一眼に止まり、兩眼でも其の程度が左右必ずしも同一でない。本症は又それが永い間續いてゐると、遂には視神經纖維の萎縮を續發する。然し、それまでは視力は多くの場合に善良である。従つて視力が良いからといふて眼底の検査を忽諸に附すべきでない。視野を測定すると視神經炎の時と同じく、マリオット氏盲斑は常に増大してゐる。本症の診斷は一たび眼底検査を行へば極めて容易で、他に鑑別を要するものは無い。唯その原因の如何は、生命に對する豫後に大なる關係を有するからして、その方の詮議は充分注意して之れを行はなければならぬ。

原因として先づ第一に擧ぐべきは腦腫瘍である。吾人の遭遇する鬱積乳頭の約四分の三は實に腦腫瘍によると言はれてゐる。今日我が國では腦腫瘍は内科の疾患だと思つてゐる人が多く、又其の臨牀上の所見、診斷等は内科書に最も詳細に記載されてゐる。然しながら、さうした内科書を少し注意して讀んで觀ると、それは結局、腦壓の亢進によつて起るところの症狀に過ぎない、例へば嘔吐、頭痛、心悸遅徐等がそれである。固より鬱積乳頭も其の中の一症狀となつてゐる。

所で、然らば腦腫瘍の患者に於て、さうした症狀は全體いつ頃から起つてくるかといふに、之れ等を具備する臨牀講義向きの患者といふものは寧ろ稀で、よしや有つても、それは既に末期になつて、

如何なる名醫も策の施すべきものが無くなつた時分に觀られるものである。否、さうした末期に於てさへも何等内科的症狀の、それと現はれて來ないことが多いのではないかと思ふ。

症例 藤〇一五郎 三十五歳、昭和三年六月二十日入院。約二十日前までは農業に従事してゐた。其の頃から兩眼の視力障礙を覺え、それが比較的急に著しくなつたといふ。現在は兩眼とも眼前辛じて指數を辨するに過ぎない。眼底を検査すると、そこには實に典型的の鬱積乳頭があつて約六D腫起してゐる。副鼻腔には異狀なく、内科の診察を請ふたところ、甲の内科では何等の所見も無いといひ、乙の内科では多少アタキシがある、腦腫瘍としても症狀は唯それだけであるとの返事、更に精神科の意見を聞いたところ、進行性麻痺の疑ひがあるといふのである。

そこで腰椎穿刺をして見ると、腦脊髄壓は六〇〇ミリ水柱を超えてゐる。他に炎症性所見なく、ワ氏反應も陰性だつたので、更に注意して病體症狀を検査したが、唯一の據り所は軽度の失調症しかない、患者が外科的處置を希望したので、小腦の腫瘍といふ診斷の下に手術を行つたが、出血が多量で遂に腫瘍の所在を究むることも出來ず、其の儘不幸なる轉歸を採つた。剖檢によつて矢張り腫瘍は比較的多く觀るところの小腦と橋髓との間に發生した、鶏卵大の *Wickeltumor* であつた。

本例に觀るやうに、腦腫瘍に於ける鬱積乳頭は、内科的症狀に先立つて發することが比較的多い。この外に著者の教室だけでも實に澤山の例證がある。勿論、眼底所見だけでは、的確に診斷を下す譯には行かないが、そこに鬱積乳頭があつたならば、先づ腫瘍を考ふべきである。

その次に鬱積乳頭を發することの多いのは、漿液性、腦膜炎、熱發、項部強直、腦脊髄液の性状等からして、注意がそこへ向けられさへすれば、診斷を誤ることはない。

血液諸病殊に白血病の經過中に鬱積乳頭を起すことがある。原因不明の本症に出遭つたならば、先づ血液を検査せよと言はれてゐる。

蛋白尿性網膜炎が、鬱積乳頭を伴ふことは比較的多い。これは腦脊髄壓の亢進の結果と見られる場合もあるが、それよりも著者は視神經乳頭及び其の近圍の局所的病變によるものと思つてゐる。

輕症の虹彩毛様體炎に關聯して、比較的顯著なる鬱積乳頭の發生が注意されてゐる。穿孔性外傷に於ても亦同様なる眼底所見を呈することがある。

一、側の鬱積乳頭は、後副鼻腔に原因の存することが多い。固より兩側性の時と雖も亦、一應は耳鼻科の意見を徵することが、治療上必要である。

微毒性視神經炎が時に鬱積乳頭の檢眼鏡像を呈することあるを忘れてはならない。

齶齒と鬱積乳頭との因果關係を認めてゐる人もある。

療法 局所的對症療法として視神經鞘を切開するとよいといふ人がある。然し鬱積乳頭は以前考へてゐたやうに、果して視神經鞘開腔に腦脊髄液が滯積する爲に起るのか、それとも一派の人の唱ふるやうに視神經實質の浮腫であるか、其の邊のところは未だ明かでない、假りに前者としても、かうした切開手術といふものは、手術に巧者な人ならば兎も角、一般には行はれ難いものと思ふ、著者は經驗したことが無い。

其他對症的には腦壓を低くすることが出来れば、少くとも總ての症狀は一時輕快する。前掲の症例に於ても患者の切なる希望により、約三ヶ月の間に前後二十一回の腰椎穿刺を行ひ、多い時には一回に一五ccもの腦脊髄液を採つたことがある。然うした事は、腫瘍が小腦に發生してゐる疑ひがあつて、高度の平衡障礙及び強い眩暈を訴ふる時は寧ろ避くべきで、この爲めに腫瘍が腦底

大孔 Foramen magnum を閉鎖して患者を急死せしむることがある。

それに反して漿液性腦膜炎の場合には、腰椎穿刺は實に偉效を奏するものとして各方面から殆ど無條件に推賞されてゐる。

腦腫瘍の診斷が確實で幸ひに熟達せる腦外科の大家に、患者を托することが出来れば之れに越したことはない、内科的には殆ど施すべき處置がない。

唯、護膜腫の如きものであれば嚴重なる驅微療法によつて效果の認められることがある。疑はしい場合には先づ試むべきである。

後副鼻腔に多少とも變化のあるとき、耳鼻喉科を煩はすべきは勿論である。

要するに鬱積乳頭の眞の原因は、多くは眼科以外に存在してゐるから、其の點を充分考慮して、適宜の處置を講じ、遺漏なきを期すべきである。

視神經萎縮

視神經纖維は鞏膜篩狀板を通過する際に、その髓鞘を失ふからして、乳頭に現はれてゐる部分は既に全く透明なる纖維となり、そこに分布してゐる血管の影響を受けて帶赤黄色を呈してゐる。これが常態の乳頭の色合である。然るに一たびこの視神經纖維が消耗萎縮し、そこに代償的にグリア組織が増殖すると、それが光線を不規則に屈折反射せしむる爲めに、乳頭は白色、帶青白色、或は銀色を呈してくる。勿論黄色調は失はれ最早そこには透き通るやうな色澤が無い、これが即ち乳頭に現はれて來る視神經萎縮の檢眼鏡像である。

視神経萎縮を認めたとすれば、それが續發性か或は原發性かといふことを判定せなければならぬ。症例の多少からいふと續發性萎縮の方が遙かに多い。

續發性視神経萎縮 視神経に炎症があつて其の結果として萎縮を來せるものが大部分である。消耗せる視神経纖維の代償として、ここに増殖するものは、獨りグリア組織ばかりでなく、血管の周圍に存する結締織も亦大に關與する所がある。従つて蒼白色に褪せてゐる乳頭の境界は通例明瞭を缺き、同時に中心血管は其の壁が肥厚して内腔が狭くなるか或は血管の兩側に添ふて白色線狀の結締織が走つてゐる。視神経それ自身に炎症のなかつた場合でも、類似の所見を呈する續發萎縮の現はれることがある。それは網膜内層に廣汎の變性が起つて、神経節細胞層が強く侵される場合で、彼の色素性網膜炎に觀る視神経萎縮が其の適例である。

視神経纖維中の一部分は第一視覚中樞たる外膝狀體 *Corpus semicircularum laterale* に存する神経節細胞より起始するところの下行性のものもあるが、大部分は網膜にある神経節細胞よりの上行性纖維である。それ故にこの方の節細胞が變性に陥れば當然そこに視神経萎縮が現はれる、而かもこの時は、同時に網膜血管にも硬變を來し、その方から結締織が増殖するからして、乳頭の境界は炎症の時ほどには無いが、兎に角明瞭を缺いてゐる。尤も色素性網膜炎の場合には、消耗萎縮に陥れる乳頭は、萎縮のやうに黄白色を呈してゐることが比較的特異だといはれてゐる。然しさうした色によつて萎縮の本態を區別することは實際に於ては殆ど不可能である。

球後視神経炎に於て炎症の下降せる時も亦續發萎縮を來すものである。

高度の近視眼にあつては時として乳頭が續發萎縮の檢眼鏡像を呈することがある。

病氣の經過から言へば明かに續發萎縮でありながら眼底の所見は寧ろ原發性萎縮を思はせるやうな場合がある。漿液性網膜炎に觀るものの如きが其例である。

療法 原因療法あるのみである。既に萎縮に陥つた視神経纖維は決して再生するものでないから、減退せる視力は改良の餘地がないけれども、唯それが微毒に原因する場合に限り發病後一ケ年以上を経過して、明かに萎縮を呈してゐるものでも、更に嚴重なる驅微療法によつて、意外に視力の改良することがある。

原發性萎縮

原發性視神経萎縮 視神経に最初から消耗の起る場合で、炎症性變化は少くとも檢眼鏡的には全く認められない。即ち乳頭は蒼白となり、銀盤の如く、而かも其の境界は常に明瞭である。之れは消耗せる神経纖維の代りに、増殖するものは主としてグリア組織で、結締織は殆ど關與せない、そればかりでなく、過度のグリア増殖もないから、注意して検査すると、乳頭は幾分明かに陥凹してゐる。然し其の程度は次に述べる緑内障性陥凹のやうに顯著なものではない。

血管の方には餘り目に立つ變化はない。唯、末期になると、中心動脈が慥かに細小にはなるけれども、別にそれに相當する壁の肥厚の認められる譯でもなく、臨牀上には特に診斷を助ける程の所見ではない。本症は變態微毒殊に脊髄癆に於ける重要な眼症狀の一である。

脊髄癆に於て腦脊髄の病竈に、始めて微毒病原體を發見したのは野口英世氏で、これが氏の偉大なる業績となつてゐる。この事實からして脊髄癆は矢張り一種の炎症であるといふことになり、従つて視神経の萎縮も亦同様であることを組織的には證明することが出来るといふ。然しながら臨牀上、檢眼鏡に映する限りに於ては、何としてもこれは炎症性萎縮とは認められない、全然様子が

が異なつてゐる。

脊髄癆に視神経萎縮を發するのは其の約一〇%に過ぎないといふ、餘り多い合併症とはいひ得ないかも知れない。けれども本症は他の内科的症狀に先驅することが多く、其の點に於て診斷上の價値は相當に大である。内科的には他に何等それと注意されるほどの症候の現はれないのに眼底に立派なる變化が觀られる。即ち脊髄癆が眼科の人によつて始めてそれと診斷されるといふやうなことは往々ある。若し同時に瞳孔障礙として其の左右不同、反射性强直等があれば、最早確實なるものである。かうして脊髄癆の症狀が、主として眼に現はれてゐるとき、特に眼ターベス *Argentales* と呼んでゐる。全身症狀よりも數年或は十數年も先驅することがある。

同じく變態微毒による進行性麻痺に於ても、殆ど同じ頻度に於て視神経萎縮を發するやうに歐米の書物には記してある。然し著者は未だ曾て進行性麻痺に視神経萎縮を觀た記憶が無いので密かに疑ひを懐いてゐたところ、最近或る人の發表せる見解によれば、彼の地に於ても進行性麻痺には原發性視神経萎縮の來るものでない、若し之れを發せる症例があつたとすれば、それは *Tabo-Paralyse* 即ち脊髄癆に進行性麻痺を合併せるものに他ならないといふ、固より著者の贊同する所である。

脊髄癆は一般には中年若くはそれ以後に發するものだけれども稀には又若年性脊髄癆 *Tubes juvenilis* といふのがある。矢張り同様に視神経萎縮を伴ひ、それによつて始めて内科的症狀の注意されることさへもある。

症例 上○淺雄、十八歳昭和四年十一月二十七日入院。約二ヶ月以來、兩眼の視力減退を氣付いたが、

全身的には何等訴ふるところがないといふ。中心視力は比較的善良で、右〇・九、左一〇。然し視野は兩眼ともに可なり強く求心性に狭窄し、殊に綠色神が強く侵されてゐる。マリオット氏盲斑は普通の大きさで、中心暗點は無い。眼底を檢査すると、乳頭は明かに原發性萎縮の状態を呈してゐるが、別に病的陥凹はなく、爾餘の眼底には何等病變の認むべきものがない。患者自身に微毒傳染の機會は絶対にないといふのに、ワ氏反應は前後三回の檢査に於て何れも強陽性であつた。

内科及び精神科に依頼して特に精細なる檢査を受けたところ、内科的所見として、別に取り立てていふ程のものはないけれども、種々綜合して幼若性脊髄癆の診斷を下すのが妥當だとの事であつた。

小兒に於て、勿論脊髄癆とは何等の關係なしに、乳頭に特發性萎縮の檢眼鏡像を觀ることがある、漿液性腦膜炎に續發する下降性視神経萎縮或は急性球後視神経炎に續發せる消耗を考ふべきである。

遺傳性家族性に現はれる軸性視神経炎が後に増悪すると、特發性萎縮と區別することの出來ない眼底所見を呈してくる。

アトキシール、綿馬エキス、木精キニーネ、オプトヒン等稀にはサントニンによつても、視神経の中、毒性萎縮を發することがある。

外傷に於て、腦底骨折に伴ひ視神経管内を通過してゐる部分の視神経に挫傷を來すとき、其の方の乳頭に特發萎縮と同様なる變化が、外傷後一ヶ月以上を経過してから現はれてくる。

或る婦人に於て、妊娠と密接なる關係を有する特發性視神経萎縮を觀たことがある、妊娠の度毎に、症狀が増悪して遂に完全失明に至つた。内分泌障礙による自家中毒の爲めではないかと思つてゐる。

最も注意すべきもので、而かも往々にして其の失敗の繰返されるのは、腦下垂體腫瘍の視神經交叉部を壓迫する爲めに、生ずる下降性萎縮を、原發性視神經萎縮と誤診することである。これは獨り著者の教室に於て計りでなく、他にもある事のやうに思つてゐる。外來患者の診療に多忙な所では、免れ難いかも知れない。腦下垂體腫瘍でも、眼症狀と同時に全身症狀例へば肢端肥大症、脂肪過多、生殖器發育障礙等の顯著なるものは、其の方からして直ちにそれと氣が付くけれども、中には眼以外には何等異常のないものが相當にある。さういふ患者は甚だ屢々脊髓性視神經萎縮と簡單に診斷されてゐる。何となれば眼底には立派な特發性萎縮の像が現はれて居り、しかもさうした時に瞳孔障礙、全身症狀等はたとひ之れを缺如しても、それ等は遅れて發することが、いくらでもあり得るからである。

然しながら、さうした症例でも一度視野を測定すれば、そこに特異の顛顛側半盲症があるから、一も二もなく的確に鑑別することが出来る。更にレントゲン像によつて、土耳其鞍の異常が認められるれば尙ほ一層確實である。

療法 變態微毒に原因する場合でも、矢張り一般には驅微療法が行はれてゐる。けれども其の效果には殆ど期待すべきものが無い。稀に比較的成績のよいこともあるが、それは寧ろ假性脊髄癆、Pseudotumor cerebriで眞性のもので無いと言ふ人もある。實際の脊髄癆性視神經消耗では、驅微療法は單に効果のない計りでなく、時とすると反對に、その爲めに却つて失明の時期を早めることがある。殊に水銀剤を用ひる時にさうした事が多いやうである。例へば患者を入院させて、驅微療法を行ふと、間もなく中心視力も改良し、視野も擴大して來たやうに思はれる。然しこれは多

くの場合、患者が我々の繰返して行ふところの検査に慣れて、其の注意力が増して來る爲めで、實際に病症が輕快したのでないことが多い。それを加療の効果が現はれたものと思ひ、退院後に於ても、患者は同じ處方で驅微療法を續けて行く、半年も経て再來したのを觀ると、症狀が増悪して視野の如きも著しく狭窄してゐる、大に注意すべきことである。サルヴァルサンは害はないやうだが、水銀剤は多くの場合用ひない方がよい。然しそれならば何故にそれが害になるかといふと、目下學問上には之れを説明すべき何の根據もない、唯さうした事實があるといふだけである。其の他の視神經萎縮に對しては原因を除くより外に方法がない。

單純綠内障

單純綠内障

本症は中年以下に多く、漸次に加はる、視力障礙が唯一の自覺症狀で、急性綠内障とは大にその趣をき異にしてゐる。

他覺的に外眼部には何等の異狀もなく、瞳孔は散大して、虹彩は、倒像法では殆ど區別がつかないけれども、直像法で少く注意して検査すると、乳頭は全體として、眼底の他の部分に比して明かに陥凹し、その程度に應じて網膜血管は乳頭縁に於て屈曲してゐる、尤も陥凹の輕度なるとき即ち初期にあつては、かうした屈曲は、細い血管例へば乳頭から直接黃斑部へ向つて走つてゐるやうなものに於てのみ認められ、太い血管では左程著明でないことがある。それに反して、陥凹の高度にして、釜狀を爲せるものは、勿論屈曲も強く、それ等の血管中には乳頭縁に於て、忽然其の走行の斷絶してゐるのさへもある。

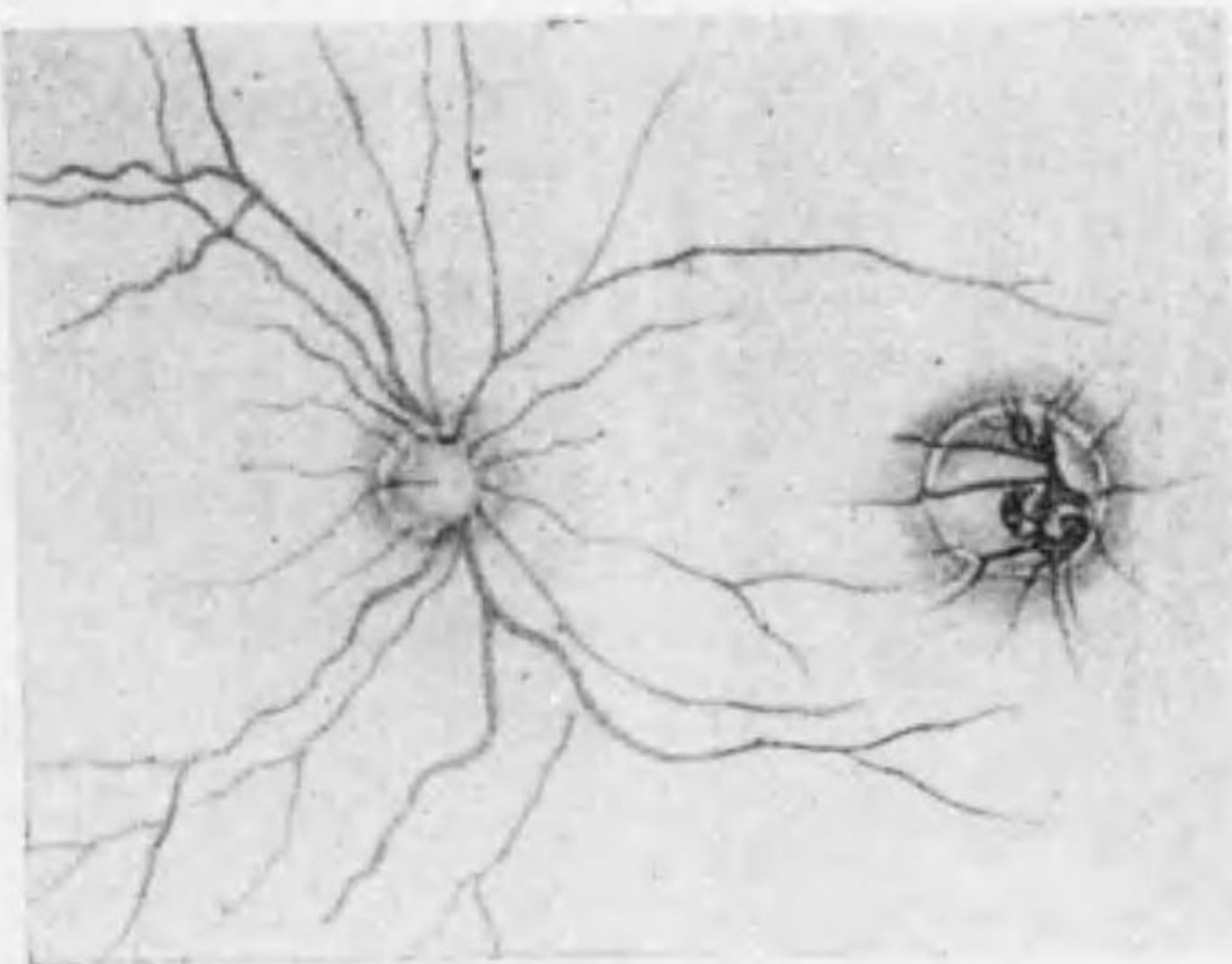
其の關係は彼の鬱積乳頭の場合と全く反對でありながら、平面的に觀た眼には能く似たところがある。

時として綠内障性視神經萎縮でありながら、乳頭は殆ど全く陥凹してゐないことがある。恐らく乳頭篩狀板の特によく發育してゐる爲めで、かうした時には、檢眼鏡検査だけでは、特發性萎縮と鑑別することが出来ない。

そこで更に視野を測定する必要がある。即ち綠内障の時にはその多數に於て、マリオット氏盲斑から上と下とへ突起狀若くは三日月形或は鎌狀の暗點が派生してゐる(第百十七圖)。ビエルム氏或はザインデル氏暗點といふのがそれである。原發性視神經萎縮には決してこれを證明せず、必ず缺如してゐる。

視野の外廓についても、綠内障の方は多くは内方若くは上内方に於て、狭窄が特に著しいと言はれてゐる。然し、これは必ずしも特異のものでは無い。それに反して色神視野の狭窄には大に注意すべきものがある。即ち原發性萎縮に於ては、綠色神が最も早く且つ強く侵される。然るに綠内障であれば、青赤綠の各色神は、孰れも大體同じ程度に狭窄して行く、それ故に如何に視野が狭くなつてゐても、綠色神はいつまでも永く残つてゐる。この點に於ても兩症は區別されるのである。

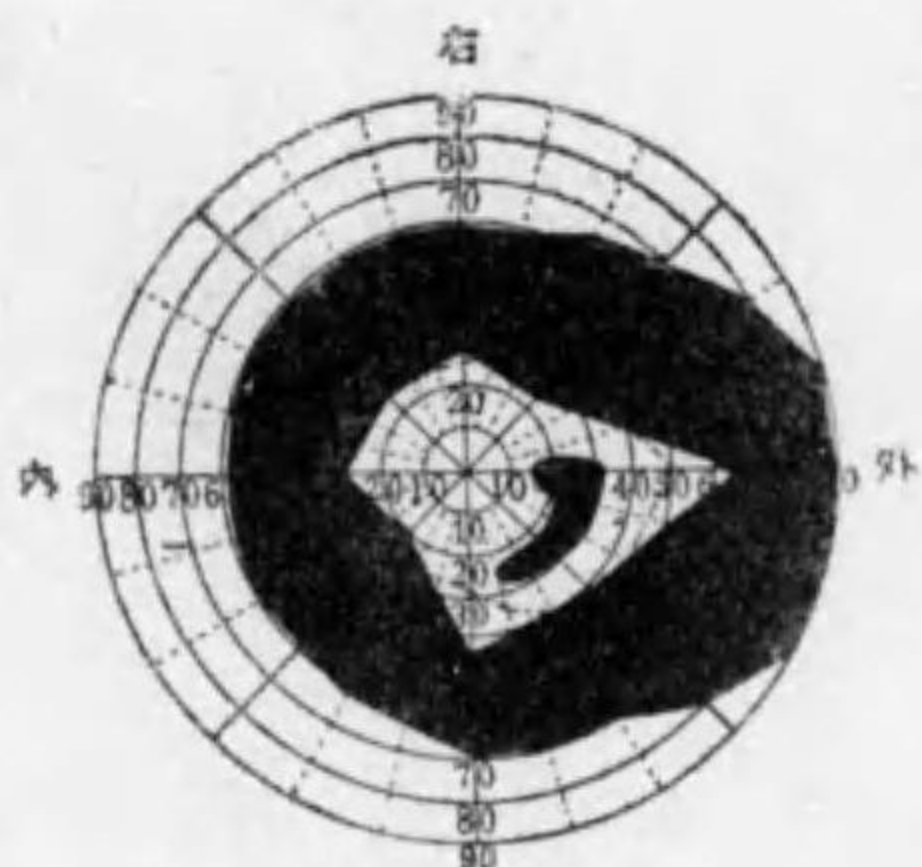
圖六十百第



凹陥頭乳性障内綠

綠内障性乳頭陥凹に似て非なるものは、生理的に存する乳頭陥凹の特に大なるものである。視神經纖維は網膜血管が乳頭の所で分岐するとき、一緒に互に分散して網膜面へ擴つて行く、自然そ

圖七十百第



び及窄狭野視性障内綠
點暗氏ルデイザ

こに乳頭は中央部に漏斗狀の陥凹即ち脈管漏斗 Cereb. trichter を生じてゐる。この神經纖維の分散が早く行はれると、それに相應して陥凹の度も強い、而かもそれは常に血管の分岐と相伴ふてゐる。それを檢眼鏡で見ると、綠内障性陥凹に類似の像を呈してゐる。然し、少し注意すると、この時の血管の屈曲は乳頭縁ではなく、そこを通過して、乳頭の中へ入り込んだ後であることが判る。尤も時とすると、この生理的陥凹が乳頭の孰れか一侧に偏

在してゐることがあつて、その時にはその部分の血管は乳頭縁で屈曲してゐる。然し他の部分では明かに乳頭の中に於て初めて屈曲する。其他、生理的陥凹であれば如何にそれが著明でも決して視力に障礙を起してゐないから、中心視力及び視野を測定すれば、それによつて確實に區別することが出来る。
視、神經、缺、損、症、も亦綠内障性陥凹と鑑別を要することがある。
單純綠内障でも、其の本態は炎性綠内障と同じく、眼内壓の病的亢進である。然し、このものにあつては臨牀的に前眼部には殆ど何等の刺戟症狀がなく、眼内壓も亦左まで亢進してゐない。多數の患者にあつては夜中とか早曉とか大抵夜半から早朝迄の間に、眼壓を測定すると、明かに亢進し

てゐるけれども、其の他の時間即ち通例患者が我々の診察を受ける頃になると、下降してゐることが多い。尤も暗室で瞳孔の散大するとき、之れに伴つて眼内壓は充進することがあると言はれてゐるが、然しそれにしても指壓によつて觸診し得る程度には至らない。従つて一般に單純綠内障に於ける眼内壓充進の有無を知らうとするには是非共内壓計の助けを籍りなければならぬ、而かもその際内壓が充進してゐないからとて、本症を除外することは出来ない。



第百八十八圖

單純綠内障の併合せる右側面部の血管母斑

單純綠内障に於ても不注意に散瞳劑を點眼すると、急性綠内障の症狀を呈して來ることが多い。顔面に血管母斑を有する者或は眼瞼に蔓狀神經纖維腫を發生せる者に於て、甚だ屢々同側の眼に單純綠内障を起してゐる。局所的に血管の發育異常或は之れを司配してゐる神經の病變と關係を有するものと思ふ。

一部の人は單純綠内障に觀る乳頭の陥凹は、眼内壓充進の影響もさることながら、それよりも寧ろ乳頭篩狀板の發育の不良なる爲で、乳頭陥凹と内壓充進とは決して並行するもので無いといふてゐる。

急性綠内障殊にそれが慢性に經過するとき、乳頭の陥凹萎縮を來すは勿論のことである。従つて眼底の變化と同時に、若し前眼部に急性綠内障の症狀があり、眼内壓も持続的に充進してゐるやうなのは、慢性綠内障ではあるが、然し單純綠内障では無い。

以前は近視眼には綠内障を發する傾向がないやうに言はれてゐたが、近頃の研究によると、この

單純綠内障は甚だ屢々比較的高度の近視に隨伴することが明かとなつた。

綠内障性乳頭陥凹を起し又は起さんとしてゐる眼底には乳頭を取り圍んで帶狀の脈絡膜萎縮の現はれてゐる事がある。綠内障性暈輪 Halo Flucomatosis と呼ばれてゐる。恐らく乳頭の萎縮に伴ふて、其の附近の脈絡膜血管に循環障礙を來す爲めと思ふ。

單純綠内障は其多數に於て兩眼を侵し且つ甚だ屢々遺傳を證明する。角膜に癒著性白斑のあるときに續發する綠内障も、多くの場合この單純綠内障の形を以て經過する。

單純綠内障は通例中年以下に發するものだといふことは前に述べたが、然し小兒に觀ることは殆ど無いといふてもよい程に稀で、我國の文獻には慶應大學の眼科から滿六歳三ヶ月の少女に發せる單純綠内障の一例といふ報告がある。著者自身には經驗がない。

色素性網膜炎に單純綠内障を併發することは往々ある。療法 急性綠内障は殆ど其の全部が、手術的療法を必要とすることは既に述べて置いたが、この單純綠内障に於ては寧ろそれを禁忌する場合が多い。時とするると其の爲めに却つて失明の時期を早めることがある。従つて先づ以てピロカルピンの如き縮瞳劑に對して如何に眼内壓が調整されて行くか、殊に夜中から早朝へかけての動搖を精細に検査し、そこに縮瞳劑の効果の認むべき

ものがあつたならば、その持続的點眼が蓋し最良の處置である。尤も癒著性白斑による續發綠内障に對しては、多くの場合虹彩切除、トレパナチオン等を行ふ必要がある。

視神經缺損
症及びコー
ヌス

視神經缺損症及びコーヌス

嚴密なる意味に於て、視神經それ自身の缺損症といふものは、無いといふてよい。臨牀上我々が視神經缺損症と呼んでゐるのは、通例一種の發育障礙として現はれるもので、彼の脈絡膜缺損症の發生と同じく、胎生第二眼胞期に於て、腹部眼裂 *ventrale Augenspalte* が視神經乳頭を形成する部分に於て、完全に閉合せない爲めに生ずる變化である。即ち乳頭の下縁に於て、視神經纖維は部分的に缺如し、そこには勿論脈絡膜もなく、唯鞏膜のみが露出するか、或はグリア組織の増殖を觀るだけである。さうした状態を我々は又一に下方コーヌス *Conus nach unten* と呼んでゐる。然し、この爲めに事實上視神經纖維の發育も充分でないから、そこに或る程度の視力障礙を作つてゐる。又この缺損部は他の乳頭の部分に比して、多少明かに陥凹してゐるので、時とすると縁内障性陥凹と混同することが無いでもない。

顛側側コー
ヌス

顛側側コーヌス *Conus nach aussen* これは乳頭の變化といふよりも、事實は脈絡膜の限局性萎縮で、その外側なる鞏膜の透見せられるものであるが、それが餘りにも著しく乳頭に近接し、又其の爲めに乳頭自身の形も多少變つて來るので、一般には乳頭に現はれる病變と觀て、差支ない。殆ど毎常比較的高度の近視に附隨してゐる。其輕いものでは、乳頭の顛側縁に三日月形若くは鎌狀の灰白色斑として生ずるが、高度なものになると、其の大き即ち幅が廣くなり、それに從つて又一方乳頭は縦に長い楕圓形を呈することが多く、さうなると、このコーヌスと本來の乳頭との境界は明かでない。かゝるコーヌスは時には乳頭を輪狀に取り巻いてゐることもある、然し最初から鼻側に

生ずることは無い。不治である。

網膜血管の異常

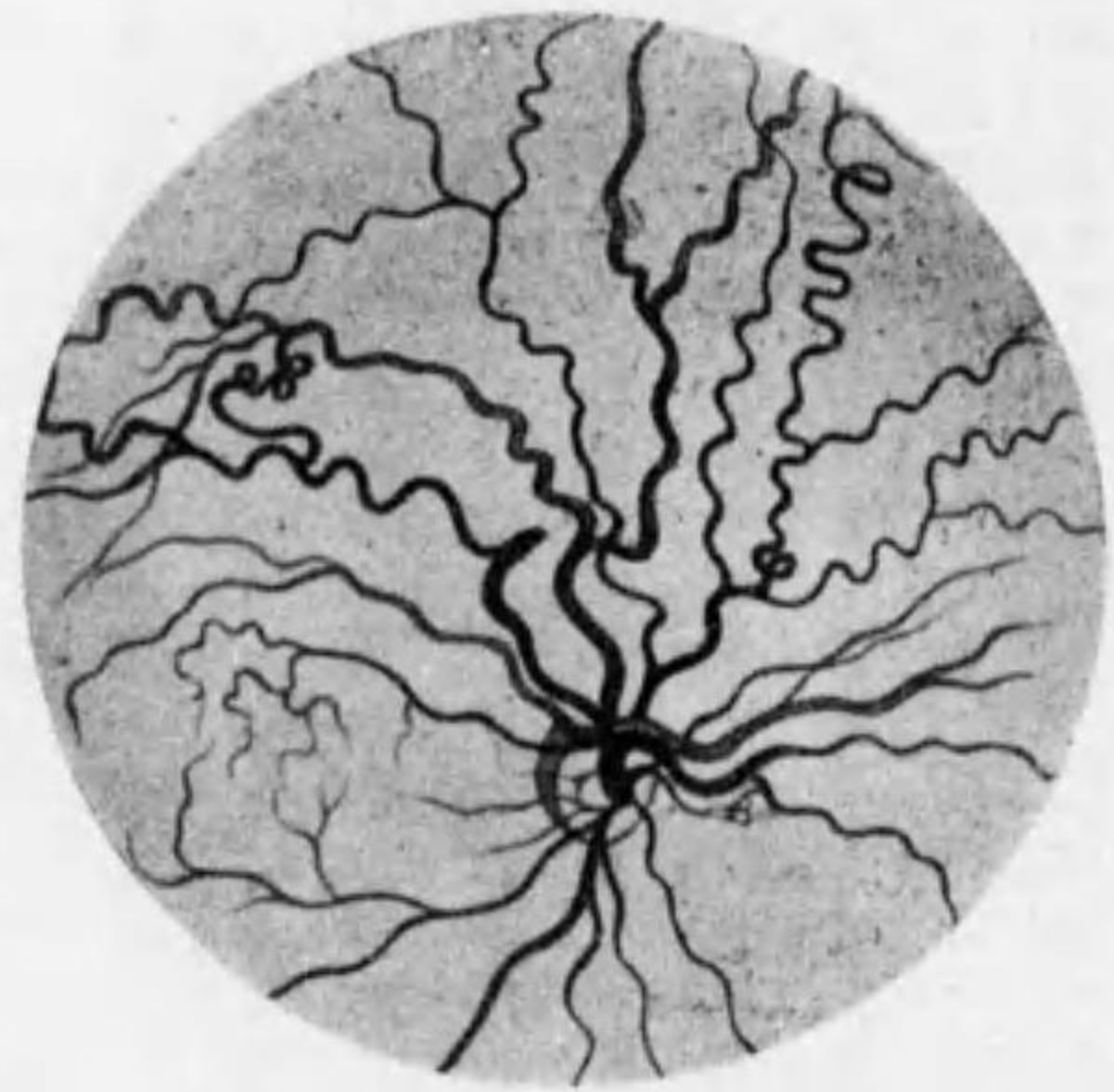
網膜に分布してゐる血管即ち中心動脈 *A. centralis retinae* は所謂終末動脈で、その分枝は互に吻合を營まない。血管の發育異常として、脈絡膜の血管即ち後短毛様動脈の分枝が乳頭の附近から出て來て、網膜の一定の部分に分布してゐることがある、毛様網膜動脈 *A. cilioretinalis* と云ひ、このものと本來の中心動脈との間にも吻合はない。毛様網膜動脈のある眼は、中心動脈に血行杜絶を來すことがあつても、その爲めに全く失明するやうな事はない。

網膜血管の病變として先づ注意すべきは、靜脈の充實、蛇行で、その多くは視神經炎若くは鬱積乳頭の存在を告ぐるものである。たとひ網膜自身に病變の認められる時でも、そこには必ず同時に視神經の罹患してゐるものと觀てよい。尤も斯る充實蛇行の一、二の靜脈分枝に限局してゐるのは、その靜脈に血栓の存することが多く、大抵廣汎なる出血を伴ふてゐる。網膜だけの病變では、靜脈は多少太くなることもあるが、特にそれと目に着く程ではない。中心動脈が硬變症に陥るか、或は強く攣縮するとき、靜脈の方は通例却つて充實するけれども、この時は靜脈よりも寧ろ動脈の所見がより多くの診斷的意義を有してゐる。

網膜中心靜脈の血栓即ち乳頭篩狀板よりも後方に於て、靜脈血の還流が妨げられる時にも亦網膜靜脈は充實蛇行するも、通例は出血が著しく且つそれが廣汎に亘つてゐるので、その方が多く注意せられる變化である、七十一頁第二十四圖參照。

網膜蔓狀血管瘤 *Aneurysma racemosum retinae* と云ふ一種の發育異常がある。これは獨り靜脈は

網膜血管の
異常



網膜血管狀瘤

かりで無く、同名の動脈も亦同時に太く且つ著しく蛇行してゐる。之れに似て非なるものに網膜靜脈、*Tortuositas vasorum retinae*といふのがあ
る。名の如く、強く充實せる網膜靜脈は迂曲轉捻してゐるのが特異で、好んで緑内障を併發する。然し兩症とも稀に觀るものである。更に一層稀なるものとしては網膜血管腫、*Angiomatosis retinae*といふのがあ
るけれども、著者は未ださうした症例に出遭つた事が無い。

滲出性網膜炎に於て、往々網膜血管の細小分枝

に多數の粟粒、血管瘤を生ずることがある。

白血病若くは高度の貧血に於て、網膜血管殊に靜脈は往々にして強く充實してゐる。動脈の方は、視神經、網膜等に炎症があつて充血すれば、多少は太くなるけれども、然し一般にはそれが餘り著明でない。それに反して、その狭小なるとき、そこに診斷的價値を有することが多い。例へば前に述べた動脈硬變症及び高血壓に於ては、可なりそれが目立つて觀え、それによつて血壓の亢進してゐるのを、的確に診斷することが出来ると言ふ人もある。

之れに亞いで網膜動脈の明かに細小なるは、色素性網膜炎である。本症に於ては通例、眼底に特異の形態を呈する色素の増殖を來すけれども、時として色素斑の全く現はれないか或はそれが極

めて僅かしか觀られない事がある。さうした時には、この動脈の細いといふ事が診斷上注意すべき點で、而かも彼の動脈硬變症と異なり、靜脈の方も同時に細くなつてゐる。従つて乳頭から少し隔つた所では、血管の走行は既に著しく不明瞭となり、更に末梢に向つて追跡することが困難である。先天、微毒性網膜脈絡膜炎に於ても亦、同じ様に網膜血管は細小となつてゐる。

中心動脈に栓塞若くは血栓を生ずるとき、其の直後から數日の間は動脈は細く、時には絲の如くになつてゐる。そこには血行が杜絶されてゐるから、眼球に強い壓を加へても、中心血管に搏動が現はれて來ない。

原發性視神經消耗症に於ても、その末期になると、通例網膜血管は細くなつてくる。

網膜血管が動靜脈ともに、その太さに變りはないのに、或る一定の部分に、多くは下方に於て波狀の迂曲を爲してゐるとき、それは疑ひもなく網膜剝離である。

網膜血管が乳頭縁に於て明かに屈曲してゐるのは、鬱積乳頭に非ずんば、綠内障、陷凹によるものである。尤も時に生理的乳頭陷凹が類似の所見を呈することがある。

網膜血管に添ふて屢々部分的に細い白色の線が生じてゐる、脈管周圍炎によつて、そこに結締織の増殖を來せる爲めである。それが動脈であれば多くは微毒性で、乳頭及び其の附近に好發する。又靜脈であれば大抵は結核性の變化で、周邊部血管に多く現はれてゐる。血管壁が肥厚して其の内腔が全く閉塞すると、血行は杜絶するからして、血管は白い細索を爲してゐる。之れも結核性靜脈周圍炎の時、細小血管に能く觀る變化であるが、微毒性動脈内膜炎の爲めなる事も勿論ある。血管壁が肥厚すれば内腔が狹隘となるから、當該血管は細くなる譯である。然し斯くして血管壁の

肥厚したものと、單なる攣縮によつて細くなつてゐるものとを、臨牀的に識別することは困難で、時には全く不可能である。血管交叉部の状態によつて判るかの如く言ふてゐる人もあるが、著者はそれを首肯することが出来ない。

網膜血管に吻合の無いことは、既に述べて置いたが、靜脈血栓或は其の他の理由によつて、部分的に血行の障礙を來せるものにあつては、そこに繊細なる血管を新生し、それによつて不完全ながらも吻合を營むことがある。又乳頭に炎症を發し或は出血を來せる時などには、その部分に澤山の蹄係血管を新生し、比較的特異の所見を呈することがある。

網膜血管は二枝分岐が常態であるのに、時には發育異常として、三枝分岐を營み、或は又動脈と靜脈とが繩の如く撚れ合つてゐることもある。

網膜靜脈に現はれる搏動の時として、眼内壓の亢進を物語ることがある。

網膜脈絡膜炎の爲めに、眼底は瀰漫性に濁濁して、乳頭の所在の不明なる時には、網膜血管の走行に注意し、これを根幹の太い方へ追跡して行く、二本以上の血管が一緒に集まつてゐる所、そこが即ち乳頭である。

色素斑

色素斑

眼底に病的色素斑を生ずるのは、通例、脈絡膜、網膜、病變がある爲めである。臨牀的には網膜だけの病變で色素斑を生ずるやうに思はれても、必ずや同時に色素細胞層も亦侵されてゐる。

網膜には固有の血管はあるけれども、之れによつて榮養されるのは、その内層だけで、外層なる視

細胞は、これに隣れる色素細胞層と共に、脈絡膜毛細血管系から榮養を受けてゐる。それでこの色素細胞は一たび榮養障礙に陥ると、容易にその固有層から脱落する。脱落した色素細胞は、其の一部分は變性現象を呈して來るが、大部分は却つて旺んに増殖するといふ一種特異の性質を有してゐる。増殖した色素細胞は、好んで網膜組織内へ進入する。斯くして臨牀的に種々なる大きさ及び形狀を呈する色素斑を生ずるのである。尤も色素斑は時として色素上皮細胞の固有層に於ける増殖によることもあり、或は又脈絡膜に於ける色素細胞の増殖たることもある。

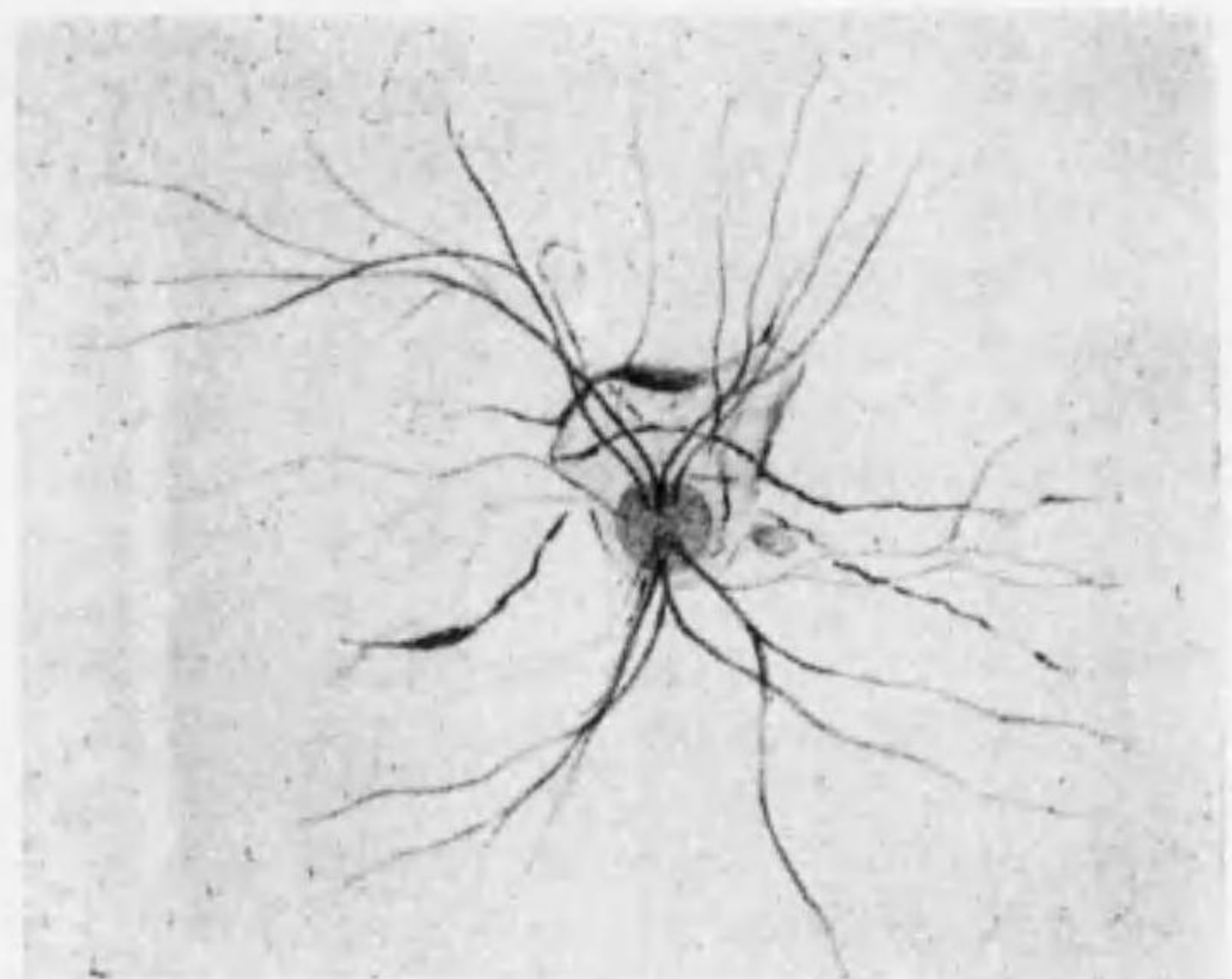
稀に網膜及び脈絡膜に出血せる後に、そこに血色素斑を生ずることもあるといふが、臨牀上には果してそれが病的色素斑として吾人の眼に映するか、どうか著者はそれを疑問としてゐる。

眼底に色素斑を認めたならば、先づその所在を知り、更にその大きさ、形狀及び多少について注意する。周邊部に散在性に現はれ、微細點狀なるは、先天微毒性網膜脈絡膜炎(一六頁)で、同時に又同じく點狀の灰白色斑がそれに混在し、西洋では胡椒、日本で言へば胡麻鹽を振り蒔いたやうに觀える。色素斑が比較的大きく、角張つた、尖りの多いのは、色素性網膜炎(一一頁)に特異のもので、その初發部は矢張り赤道部に近い周邊であるが、末期には黄斑部及び乳頭の附近にまで進出する。それが漸く多數になると、互に連絡して、索狀樹枝狀網狀等を呈して來る。それといふのも本症に於ける色素斑は、好んで網膜血管に添ふて増殖するからである。

色素性網膜炎の色素斑と殆ど同様なる所見を呈するものに、後天微毒に原因する網膜脈絡膜炎(フェルステル氏)がある。兩者の鑑別は其の經過を能く觀察しないと、時に殆ど不可能で、治療診斷に俟つより外は無いことがある。

散在性脈絡膜炎 (Chorioiditis disseminata) 眼底に現はれる色素斑は一般に比較的大きく、不規則で、大體に於て圓味を持つてゐる。能く観ると、それ等の多くは白色の萎縮斑を取り圍み或は之れと混在してゐる。その部位は不定だけれども、周邊部よりも却つて乳頭に近く、散在性に發生し、或は又眼底の或る部分にだけ限局してゐる。勿論本來の病竈は脈絡膜に存するのである。本症の初期には、そこに斑點狀若くは地圖狀の色素増殖は、たとひあつても未だ、はつきりと浮き上つて觀えない、薄い潤濁を以て蔽はれてゐる。病機が進行して、やがて萎縮が始まつて來ると、一方に脱色素斑を生ずると同時に、他方に於ては今述べた増殖色素斑が顯著になる。経過の常に慢性なる爲めに、その陳舊なるものでは、炎症性變化はそれと明かに認められない事が多い。

圖 十二百 第



網膜色素線形成

本症の原因は先天若くは後天微毒性のものが多いけれども、近頃の報告によると、結核性のもものも少なくないやうである。本症には原因療法が比較的能く奏效する。網膜色素線形成 (Pigmentstreifenbildung der Netzhaut) 稀に觀るもので、乳頭を中心とする一定の範圍に限局し、網膜血管の向ふ側に、數條の細い色素線を形成する。その多くは網膜血管と同じく大體放射線狀を爲してゐる

圖 一十二百 第



高倍率に皮膚の發生源を顯る 力假性黃色色素

が、中には不規則なる環狀線を描いてゐるものもある(第百二十圖)。斯る色素線の走行に一致して、脈絡膜は多少明かなる萎縮を呈してゐる。多分脈絡膜硝子膜の龜裂に伴ふ色素細胞の線狀増殖だらうとの事である。本症患者は通例、同時に頸部腋窩等の皮膚に弾力性假性黃色腫 (Pseudoxanthoma elasticum) を併發してゐる(第百二十一圖)。著者の經驗せる症例(大〇みき、五十九歳、昭九入、三一二)に於ては、その眼底の所見は圖示せる如く、從來の記載に一致し、更に之れと關聯して、右眼黃斑部に限局性滲出性網膜炎、zentrale seröse exsudative Retinitis in der Macula を發してゐた。

ば原發性の退行變性と觀るべきである。

以上述べた色素斑の外に、高度の近視眼に於て、眼球後極の伸展に伴ひ、脈絡膜に萎縮を來すとき、そこに矢張り色素斑が現はれる。又種々なる原因により、脈絡膜血管が高度の硬變に陥るとき、網膜色素細胞の不規則なる増殖の認められることが多い。脈絡膜缺損症、外傷性脈絡膜破裂等に於ても亦、因つて生ずる白斑を圍んで色素が増殖する。

白斑

病的現象として眼底に現はれる白斑には種々なるものがある。その或るものは、これのみによつて直ちに病症の何たるかを知ることが出来る。

網膜有髓神經纖維束 Markhaltige Nervenfasern der Netzhaut 人類の網膜に分布してゐる視神經纖維

眼底の病變



維には髓鞘がないから透明である。所が發育異常として、時に部分的に髓鞘を有してゐることがある。然るとき、それは白色を呈し、好んで乳頭附近その上下に、稀には又そこから少し離れた所に存在する。白斑其ものだけを觀ると、他の眼底疾患殊に蛋白尿性若くは糖尿性網膜炎に發するものと混同することが無いでもないが、直像法によると、そこに光澤のある白毛を束ねたやうに、個々の神経纖維をはつきりと認めることが出来る。かうした白斑の所在部を通過する血管は、之れが爲めに蔽はれてゐるけれども、それを除いては眼底の何處にも異常が無い。患者としても視力障礙を訴ふることは全く無い。

本症は屢々遺傳を證明する、不治である。

動物殊に家兎の眼底を觀ると乳頭から光澤のある銀色の翼が前方と後方とへ延びてゐる。即ち有髓神經纖維である。

輪狀網膜炎

輪狀網膜炎 *Retinitis circumata* 比較的廣汎なる網膜出血、例へば靜脈分枝の血栓に於て、其の經過中に出血せる個所に相當して、形狀大小一様でない然し一般に小なる澤山の白斑を生ずることがある。出血の吸收されるに従つて、それが漸く著明となり、小なる斑點は互に融合して、大となり、出血の大部分が消え失せる頃になると、これ等多數の白斑は大體に於て輪環狀若くはそれに近い形の、配列をとり、而かも殆ど、每常、黃斑部を中心としてゐる。それが即ち本症である。

網膜の出血竈には種々なる變化が續發するから、その爲めにも白斑の生ずることは考へられるのである。然し本來出血其のものと直接の關係なく、寧ろそこに存する網膜血管の局所的循環障礙が、主なる原因を爲して、ゐるらしいのである。

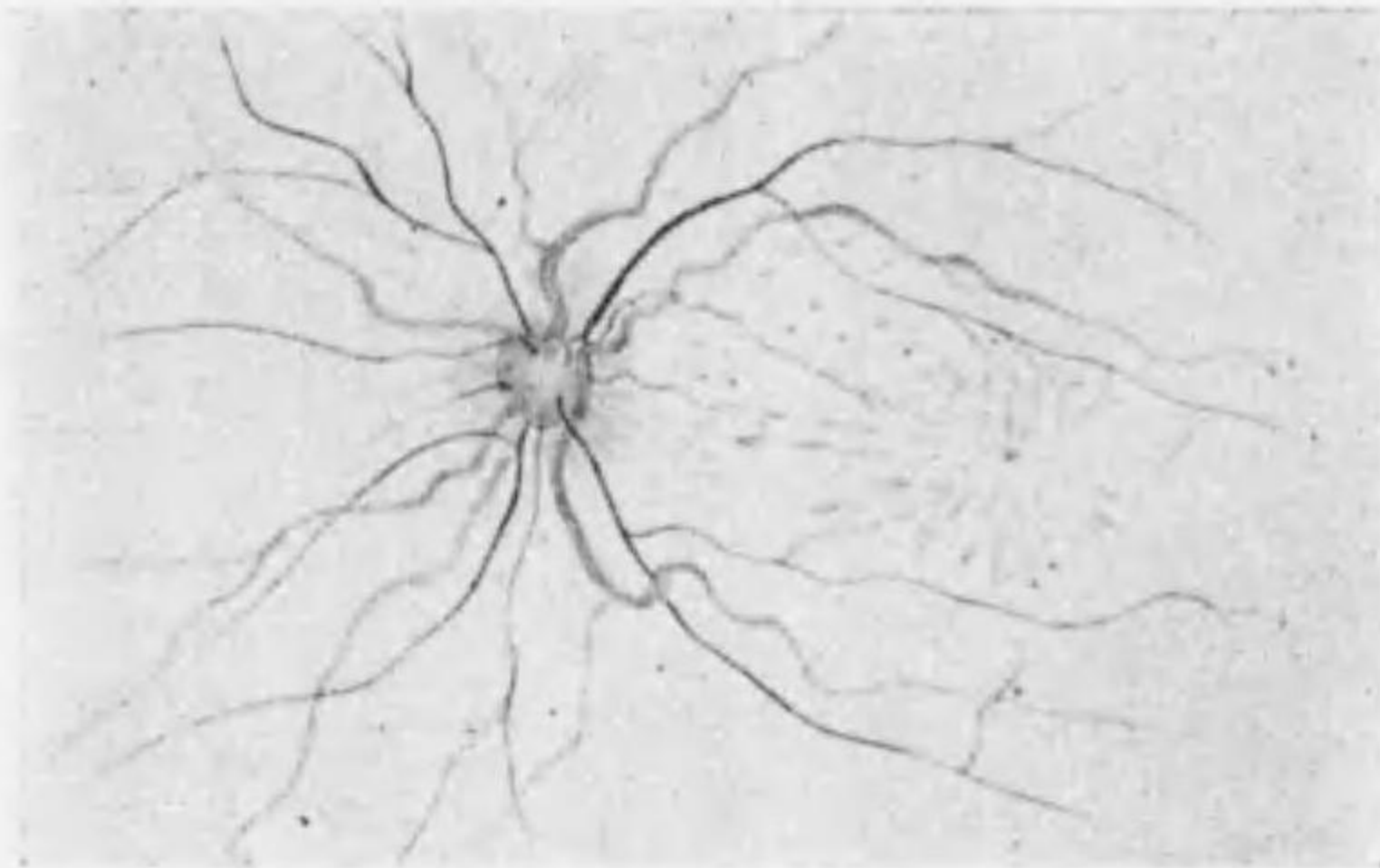
星芒狀網膜炎

療法 對症的に吸收を促がすだけである。

星芒狀網膜炎 *Retinitis stellata* 腎臟の機能障礙とか、血壓の亢進とかいふ全身症狀とは無關係に、而かも檢眼鏡的には彼の蛋白尿性網膜炎に觀るものと、全く同様なる星狀白斑の黃斑部に現はれてゐるものが本症である。第百二十二圖に示せるは十七歳の少女高〇英子の左眼に發せる定型のもの、白斑以外には出血は勿論潤濁をも伴はず、唯、中心靜脈が健側に比して多少明かに怒張し、且つ其の血壓は亢進して居つた。多分、乳頭篩狀板の後方に結核性中心靜脈炎とでもいふやうな病變があり、其の爲めに發せるものと思ふ。約半ヶ年の經過に於て、別に増悪するでもなく、さりとて輕快の様子も無かつた。

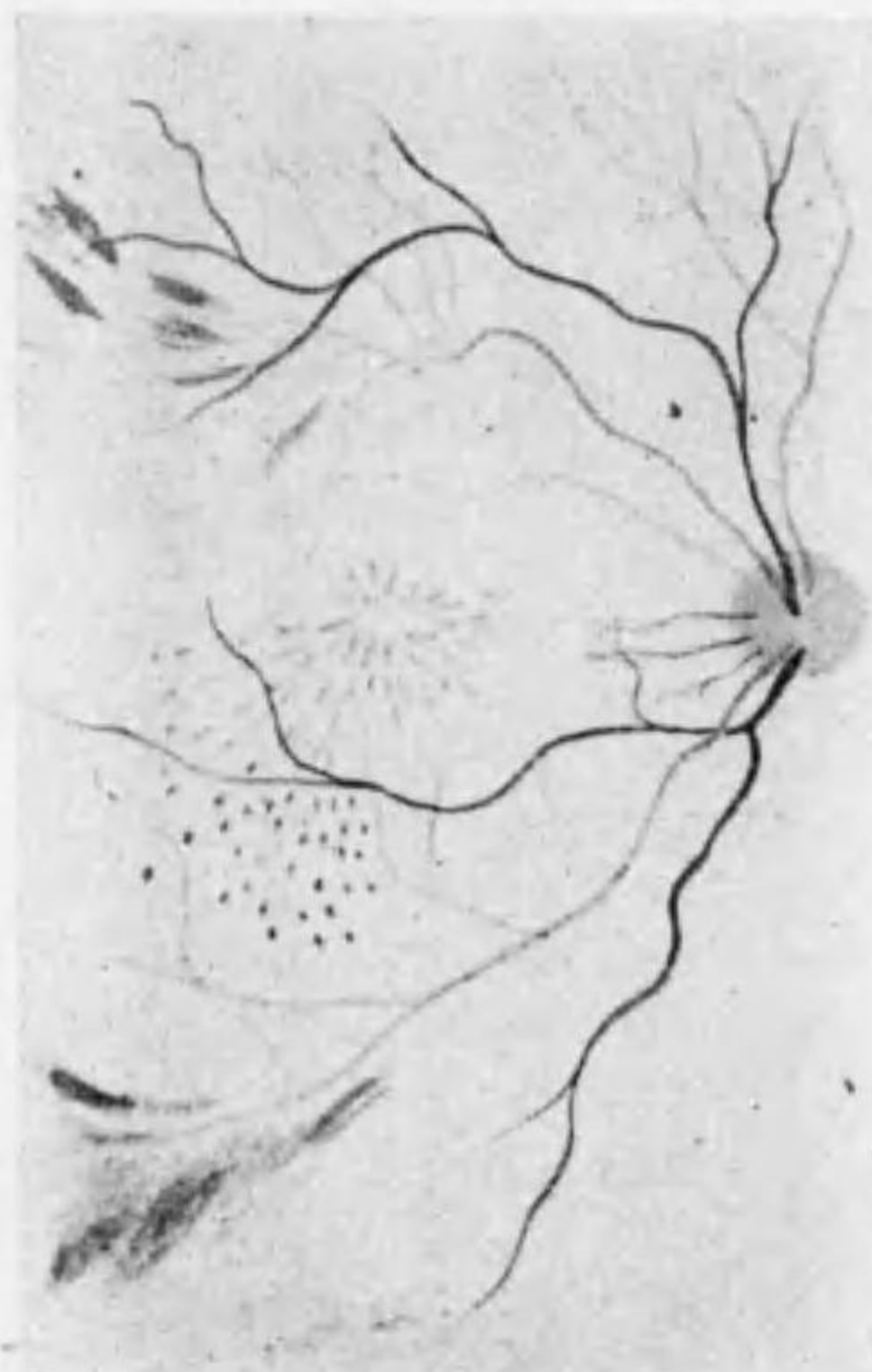
星狀白斑と同時に、他の眼底病變を呈するものでは結

圖 二 十 二 百 第



定型的星芒狀網膜炎

圖 三 十 二 百 第



結合性網脈靜脈周圍炎に發せし星芒狀白斑

眼底の病變
 核、性、網、膜、靜、脈、周、圍、炎、第、百、二、十、三、圖、及、び、中、心、靜、脈、の、血、栓、(第、百、二、十、四、圖)が比較的能く知られて居り、
 結、核、性、視、神、經、炎、第、百、二、十、五、圖、脈、絡、膜、孤、立、結、核、第、百、二、十、六、圖、等、にも亦時々星狀白斑を發すること
 がある、何か結核と密接なる關係でもあるかのやうに思はれるが然し、腦腫瘍による鬱、積、乳、頭、(第、百、
 二、十、七、圖、)微、毒、の、視、神、經、再、發、第、百、二、十、八、圖、等、にも亦其不全型を觀ることが稀でない。
 要するに原因は何であつても、兎に角、黃斑部附近の網膜殊に其の外層に組織液の交流障礙を來
 すとき、本症を發するものらしく従つて網膜血管よりも寧ろ乳頭と黃斑部との間に該當する部分
 の、脈、絡、膜、血、管、に、於、ける、病、變、が、主、役、を、演、ず、る、こ、と、が、多、い、の、で、は、無、い、か、と、思、ふ。

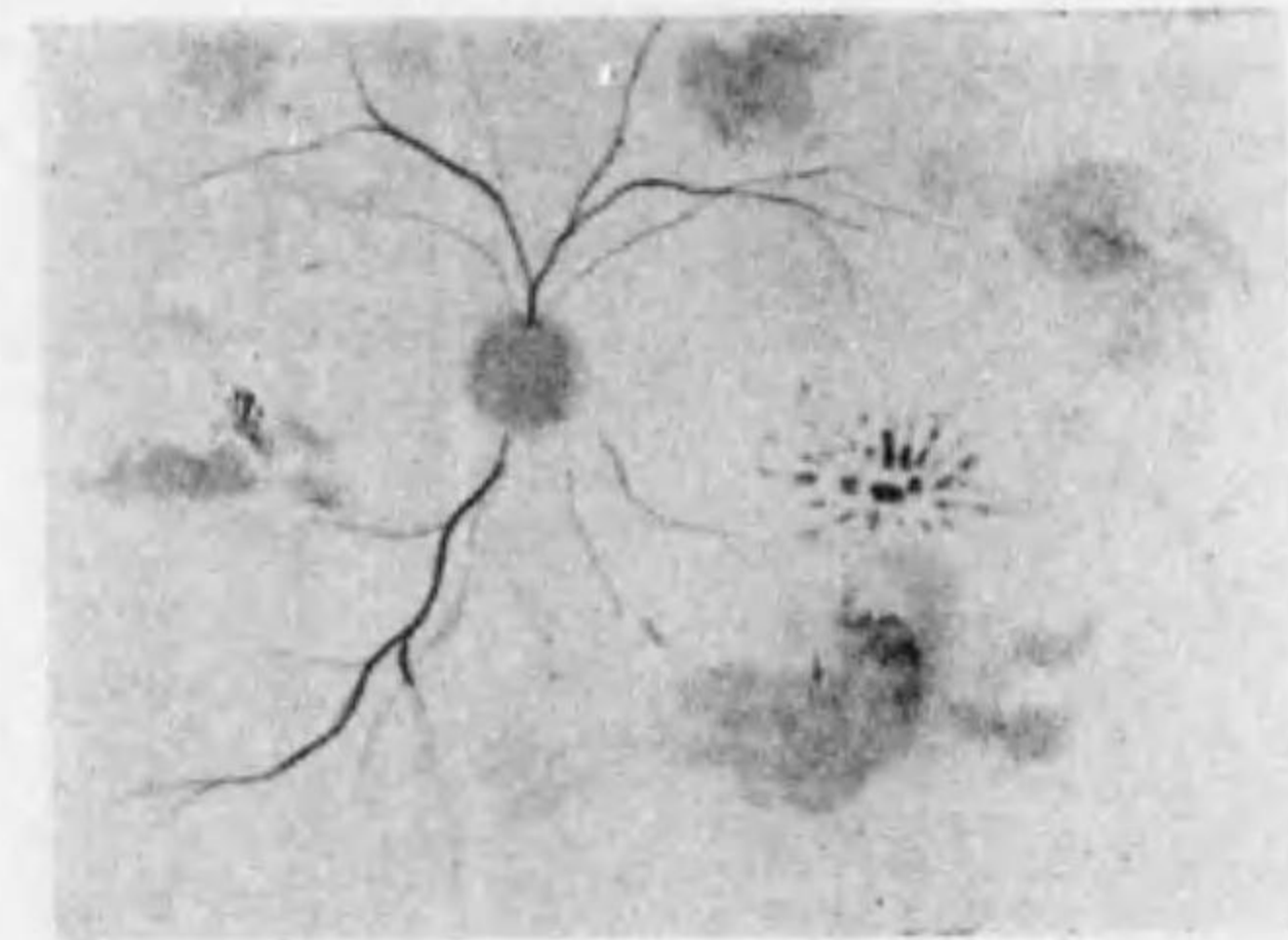
療法 特に注意
 すべきものが無い。

糖尿病性網膜炎
 Retinitis diabetica

本症に於ても亦、眼
 底殊に乳頭に近い
 ところに、散在性に
 白斑を生ずる、比較
 的大きいけれども
 其數は少ない、算へ
 ることが出来る、く

糖尿病性網膜炎

圖 四 十 二 百 第



斑白狀芒星の發に栓血脈靜心中膜網

圖 五 十 二 百 第



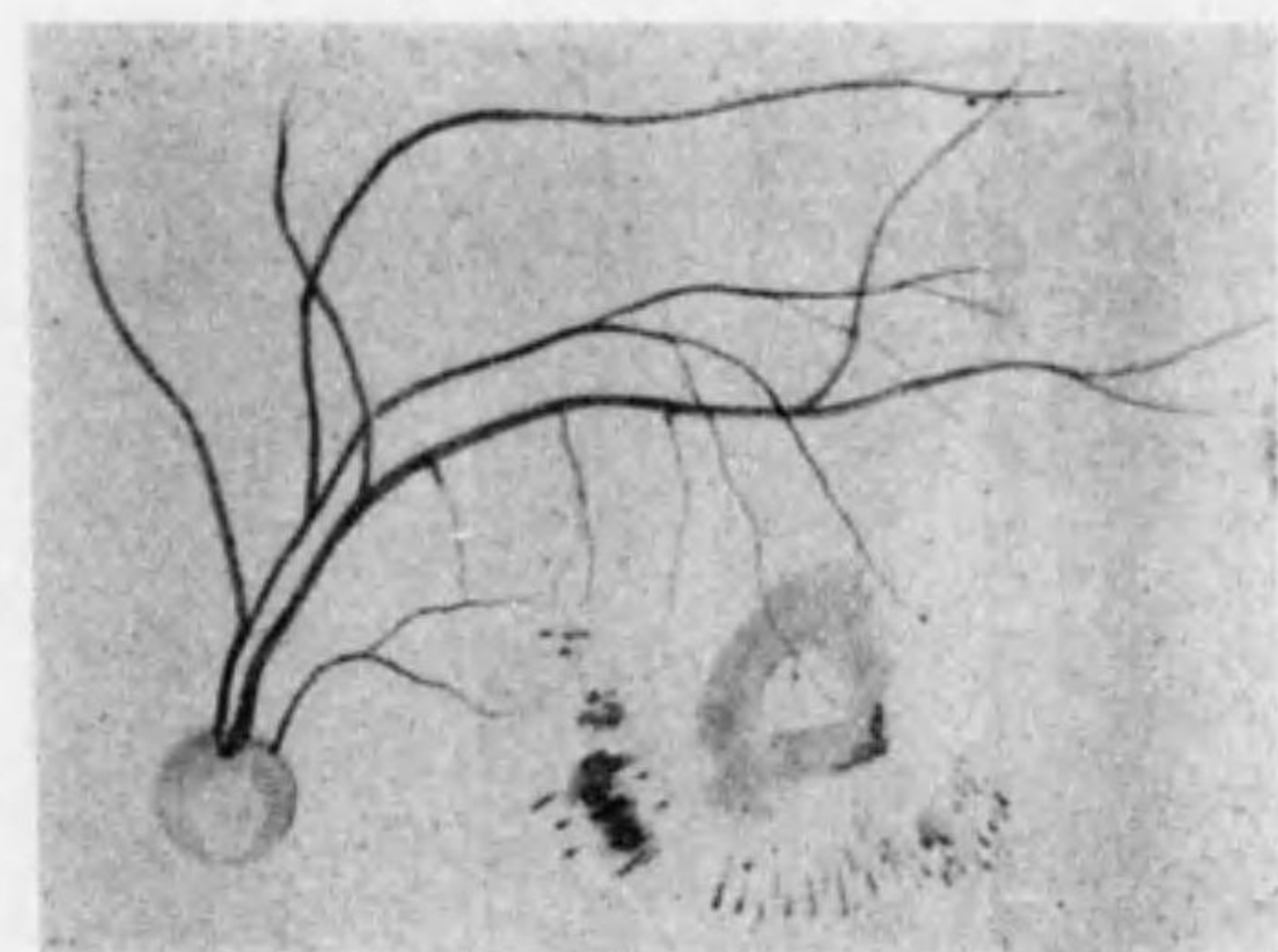
斑白狀芒星の發に炎經神視性核結

眼底の病變

といふことである。勿論兩方が共に關係があると觀れば問題は無いが、必ずしもさうでない。斯
 る場合の鑑別に役立つのは、一般に糖尿病性網膜炎では、眼底殊に乳頭、黃斑部の邊に、汎發性の濁濁を
 缺いてゐる。それが腎臟炎の場合には反對に比較的著明である。又糖尿病性網膜炎では、白斑より
 も出血の方がより多く眼につく、然し血管それ自身は細くもならず、怒張してもゐない。

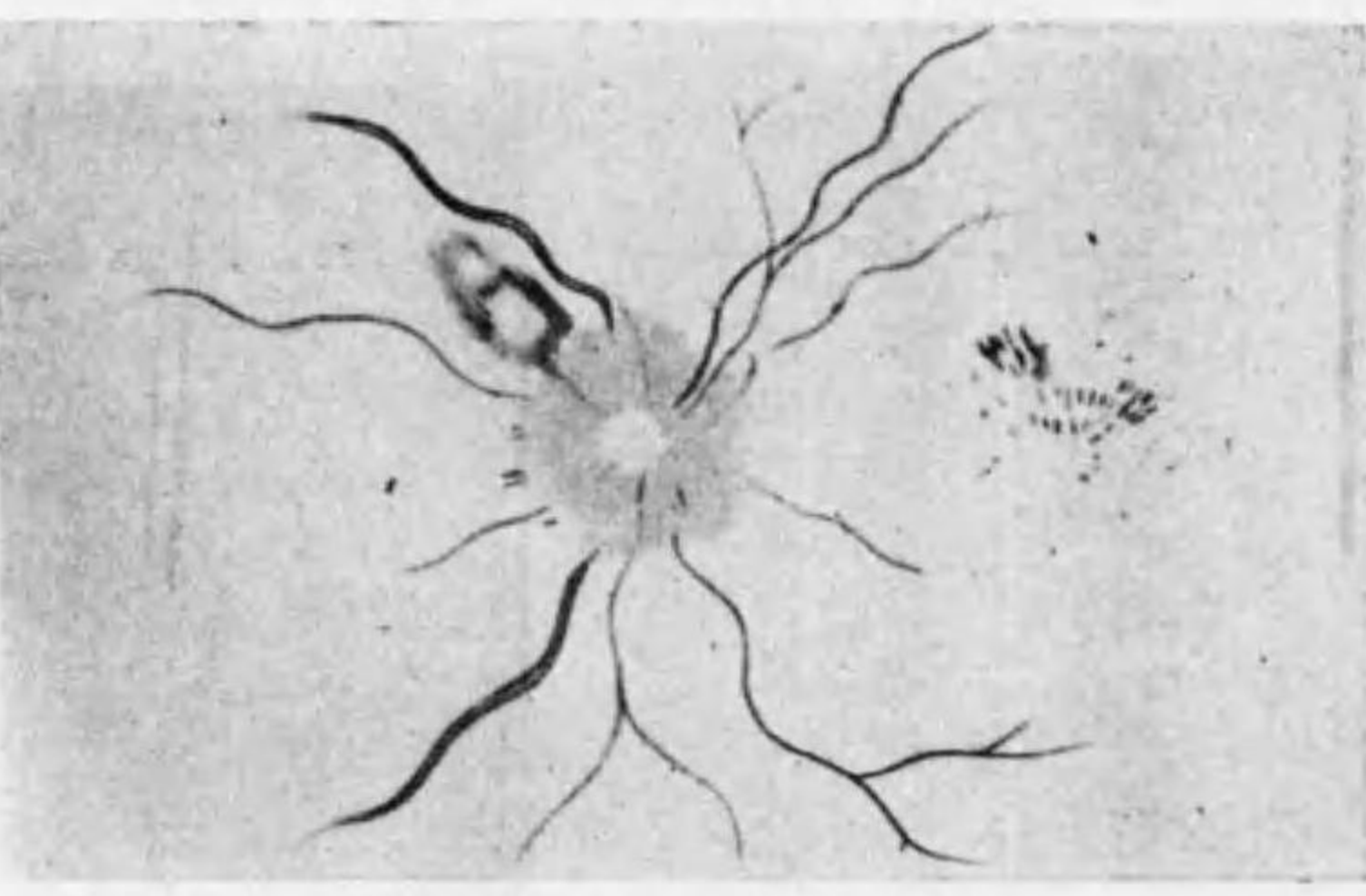
其の他糖尿病者には、白内障、一過性屈折異常等を發するけれども、これ等は眼底の變化と並行す

圖 六 十 二 百 第



斑白狀芒星の發に核結立弧膜絡脈

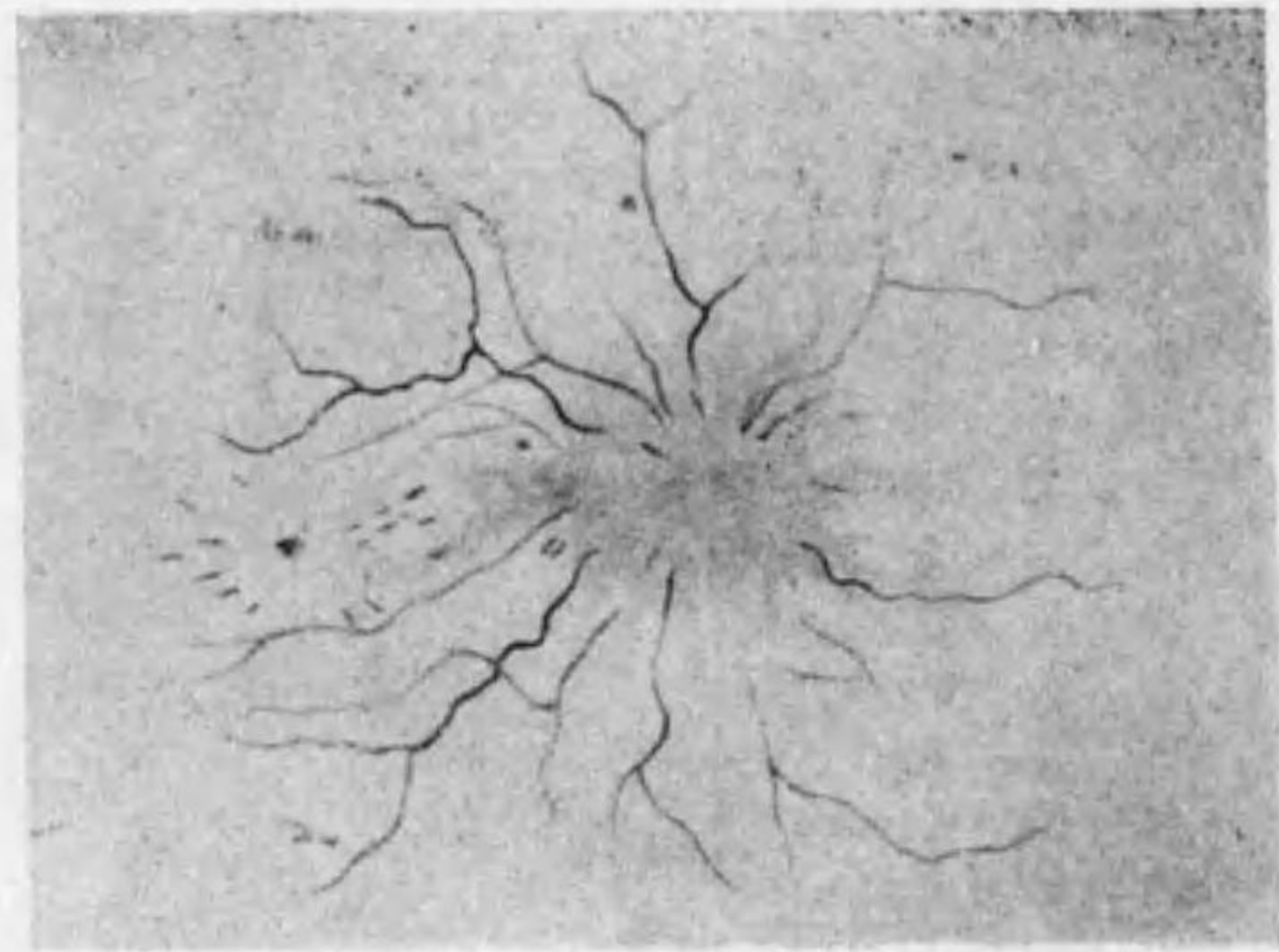
圖 七 十 二 百 第



斑白狀芒星の發に頭乳積鬱

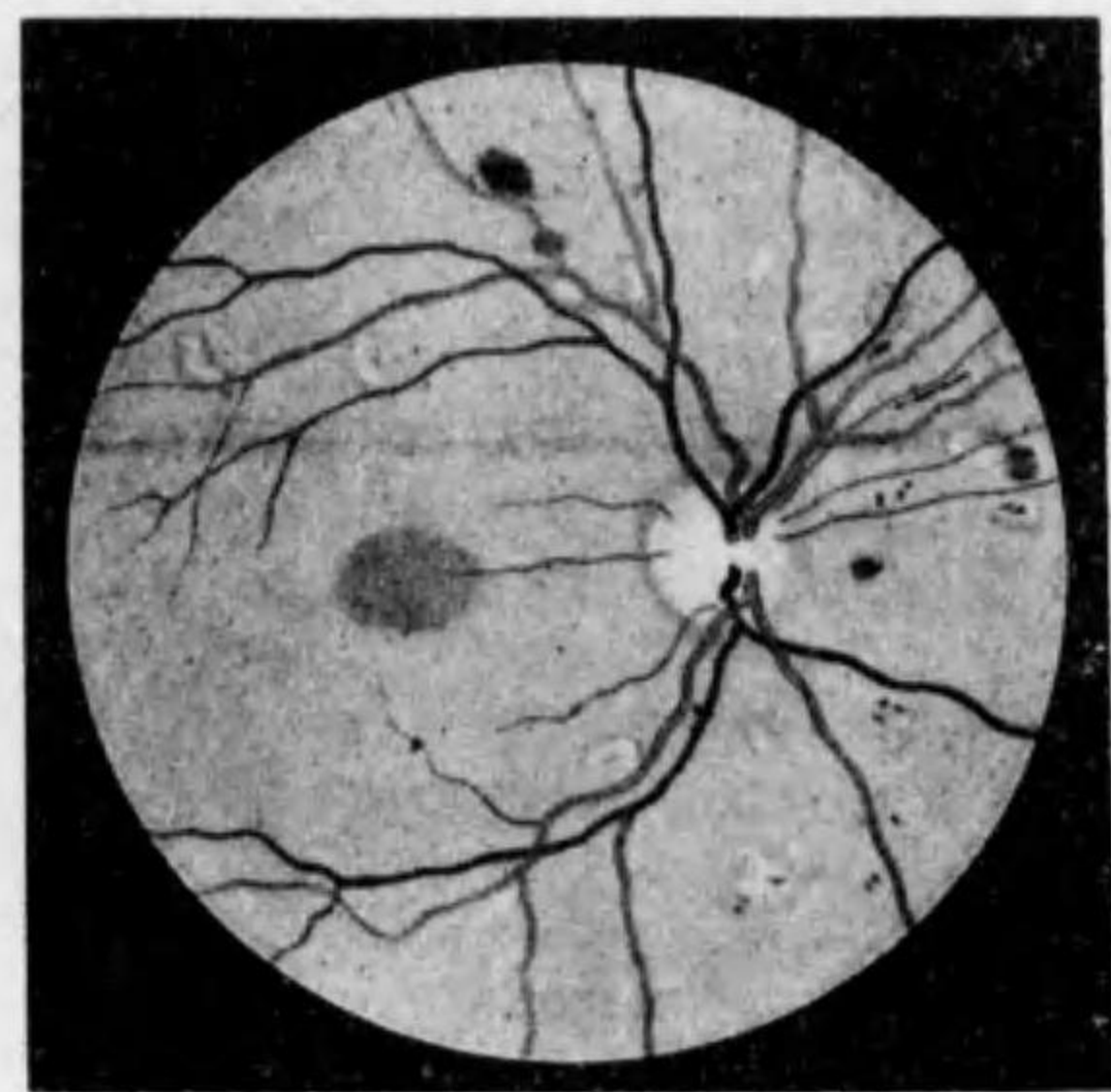
らゐである。形
 狀は一様でない、
 毎常出血を伴つ
 てゐる。
 能く問題にな
 るのは、腎臟炎の
 ある患者が、同時
 に糖尿病に罹つ
 てゐる。さうし
 た時に眼底に現
 はれた變化が、兩
 者の孰れと因果
 關係を有するか

圖 八 十 二 百 第



斑白狀星部斑黄るけ於に發再經神視の毒徴

圖 九 十 二 百 第



炎膜網性尿糖

るものでない。既に白内障の始まつてゐるのに、眼底には出血も白斑も観られないことが多い。著者の経験せる一例には、初め糖尿病性網膜炎を發し、或る期間の後に、それが大部分消退し、その頃から今度は水晶體に濁濁の現はれて來たのがある。

次に本症の豫後であるが、彼の蛋白尿性網膜炎の場合は、邦人にあつても大體歐米人と同様の経過を採るけれども、糖尿病性網膜炎の方は多少趣きを異にしてゐる。あちらでは眼底に病變を發した糖尿病患者の生命に關する豫後は、腎臓炎に比しては好良だけれども、然し必ずしも樂觀を許さな

いと言はれてゐるのに、邦人の糖尿病は、たとひ眼底に定型的の網膜炎を發しても、全身的には著しい症狀の増悪を來すもので無い。著者の経験した一例の如きは、大正十二年十二月一日初診當時五十五歳の糖尿病患者で、眼底には相當に著しい出血と白斑とが現はれ、(第百二十九圖)又兩足部には壞疽さへも起して、歩行が困難であつた。その人が昭和八年十一月末まで、即ち滿十ヶ年以上も存命で、而かも相當に活躍してゐた。

療法 糖尿病に對しては、食餌療法、インシュリン注射等が或る程度に奏效するのは事實で、それが眼底の病變にも亦好影響を齎らすだらうことは考へ得られる所である。然し、そこに大なる期待はかけられない。

脈絡膜缺損症

脈絡膜缺損症 Aderhautkolobom 一種の發育異常で、脈絡膜の缺如せる部分は、其の外側なる鞏膜の透見せられる爲めに、陶器様白色を呈してゐる。發育學的關係よりして、本症は通例乳頭の下、赤道部に近いところに好發する。其の範圍は個々の症例により著しい相違がある。小さいのは乳頭よりも僅か計り大きい位だが、大なるものでは可なり廣汎に互り、直像法では勿論、倒像法によつても、其の外廓を見定めるのが困難なことがある。缺損部には少數の細い鞏膜血管を認めるが、之れと無關係に網膜血管が又其上を走つてゐる。缺損部の縁に、時としては又其の内部に散在性に、色素の増殖が多少とも必ず存在してゐる。

本症は屢々同時に視神經缺損症及び虹彩缺損症を伴ひ、發育障礙の特に著しい時には小眼球 Mikrophthalmus を呈してゐる。遺傳の證明される場合が多い。不治。

脈絡膜缺損症は時に非定型的のものとして、黄斑部若くはその附近に發することがある。

脈絡膜萎縮 Aderhautatrophie 脈絡膜に限局性若くは散在性の炎症があり、或は血管硬變があつて、萎縮を續發するとき、それに相當して色素は大部分脱退し、同時に結締組織が増殖するからして、そこに白斑を生ずるやうになる。通例炎症は既に消退してゐるので、萎縮に陥れる脱色素斑の境界は大體明瞭である。その内部には壁の肥厚せる少數の脈絡膜血管の走つてゐるのが認められ、又之れを取り囲んで、多少著明なる色素の増殖がある。個々の症例に於て、後者の特に目に立つこともあり、さうかと思ふと又脱色素斑だけが主要なる變化として現はれてゐる場合もある。高度の近視眼に於て、乳頭の顛頂側に生ずるコーヌス及び黄斑部萎縮も亦同じ様に限局性の脈絡膜萎縮で、其の著しい時には、眼底の白斑として吾人の眼に映するのである。網膜、グリオーム、殊に其初期に於て、腫瘍は同じく白斑として眼底の任意の部分殊に好んで黄斑部若くは下方に發生する。

滲、出、性、網、膜、炎、に於ける眼底の病變は多くの場合、非炎症性の白斑として現はれて來る。

脈、絡、膜、孤、立、結、核、も亦限局性白斑の檢眼鏡像を呈することが能くある。

脈、絡、膜、破、裂、の治癒後に生ぜる眼底の白斑は、三、日、月、形であつて、通例その凹面が視神經乳頭に向つてゐる。必ず眼外傷の既往症がある。

増殖性網膜炎 Retinitis proliferans 網膜硝子體に比較的少量の出血があつて、それが吸収される

頃になると、そのあたりに結締組織の増殖が始まる。或は薄い膜様組織として、出血竈を包まんとするが如く、或は不規則なる索狀を爲して種々なる方向に走つてゐる、それについての形容は、破れた蜘蛛の巣、とでも言つたら、比較的眞に近い感じが出て來ると思ふ。それが網膜から硝子體の方へ

伸びてゐるとき、或る部分は、はつきりと、他の部分はぼんやりするが、青味を帯びた白色を呈してゐる。炎症性の潤濁や浮腫とは一見容易に區別し得るけれども、網膜剝離とは時に混同することがある。尤も斯る結締組織の増殖は、甚だ屢々その續發收縮によつて網膜剝離を起すものである。

増殖性網膜炎は、稀に出血と無關係に發生することがある。

療法 本症は其の大多數が結核性網膜靜脈周圍炎による再發性網膜硝子體出血に續發するもので、對症的にも種々なる吸收療法を試みられるけれども、それよりも寧ろ原因療法に力を注ぐことが大切で、その奏效するとき、増殖せる結締組織も亦比較的能く、時には殆ど痕跡を留めざる迄に吸収されることがある。

白、濁、點、狀、網、膜、萎、一、一、五、頁、參、照、及、び、時、に、特、發、夜、盲、症、一、〇、七、頁、參、照、に、於、て、も、亦、眼、底、に、多、く、の、點、狀、白斑が現はれる。

脈絡膜硝子體に於ける疣形成 Drusenbildung der Glashaut 老人性變化として、黄斑部附近に限局性に、或は又乳頭の周圍に散在性に發生する小なる帶黄灰白色の點狀斑が、それである。

眼底即ち網膜が確かに潤濁してゐるといふ爲めには、その以前に硝子體の潤濁を除外することが必要である。潤濁が實際網膜に存するものであれば、それが如何に汎發性であつても、通例、眼底周邊部の何處にか潤濁してゐない部分がある。之れに反して硝子體の潤濁では、眼底は到る處明瞭を缺いてゐる。尤も或る種類の疾患に於ては硝子體と網膜とが同時に潤濁することがある。

眼底の病變

慢性瀰蔓性脈絡膜炎

又檢眼鏡検査に熟達せないと眼底は常態でも濁濁してゐるかに観える。
慢性瀰蔓性脈絡膜炎 Chorioiditis diffusa chronica 眼底は唯全體に極く薄く濁濁してゐるだけで、それ以外には殆ど變化が無い。檢眼鏡的には彼の色素性網膜炎及び先天微毒性網膜脈絡膜炎の初期に近似してゐる。然し患者の主訴は、夜盲よりも寧ろ徐々に進行する視力障礙に存し、中年若くはそれ以後に發し、一眼に止まることが多い。従つて患者の年齢と経過とを参考すれば鑑別は困難でない。本症に於ては、他覺的所見に比して視野殊に赤、青兩色神の求心性狹窄が著しく、暗調、應、機、能、も、亦、減、退、し、て、ゐ、る。

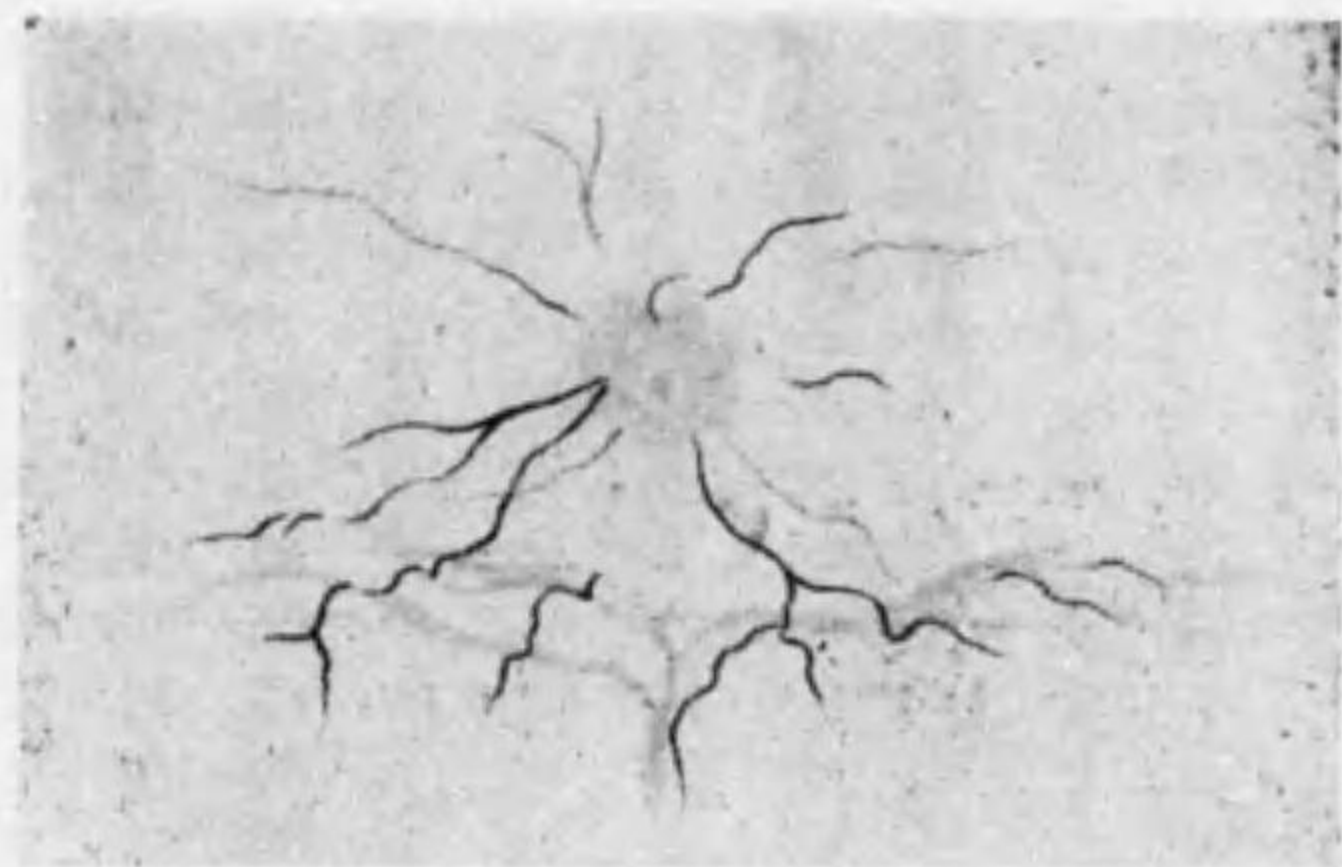
原因は以前は微毒が多いやうに言はれてゐたが、今日では結核性と認められる症例も少くないやうである。

急性瀰蔓性脈絡膜炎

急性瀰蔓性脈絡膜炎 Chorioiditis diffusa acuta

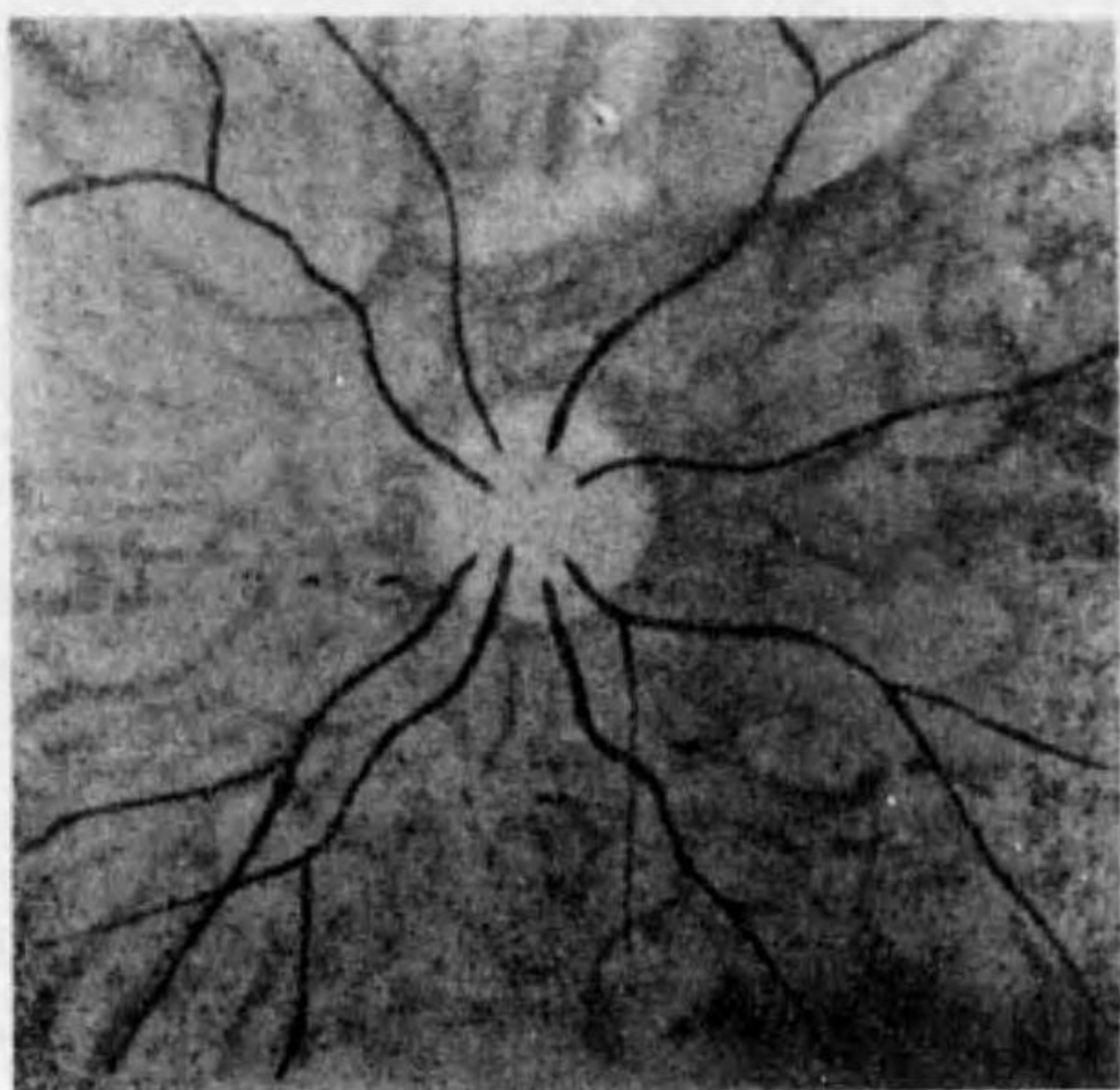
本症は寧ろこれを葡萄膜炎と言ふ方が妥當かも知れない。それといふのも、本症は時とすると虹彩毛様體炎の症狀を以て始まることもあり、又最初は脈絡膜炎だけであつても、後になると大抵は虹彩及び毛様體を侵して、そこに結局葡萄膜全體の炎症を起して來るからである。それで前眼部の症狀が強いつきは、勿論眼底を窺ひ難いけれども、さもなければ檢眼鏡的に比較的特異の所見を呈してゐる。即ち眼底は其の全體に互つて汎發性に濁濁してゐる。尤も硝子體にも微細なる塵埃狀の濁濁があるにはあるが、その方の影響は僅か、主として網膜自身及び原發竈たる脈絡膜の病變によるものである。濁濁の強いつきは、網膜の血管はその比較的太い部分だけが、而かも部分的にぼんやりと観えるに過ぎない。乳頭と爾餘の眼底とを區別することは殆ど不可能で、唯血管を其の根幹に向つて追跡することによつて、始め

第三百一十圖



網膜剝離を併發する急性瀰蔓性脈絡膜炎

第三百一十一圖



恢復に向つて急性瀰蔓性脈絡膜炎

て乳頭の所在をそれと想像し得るに過ぎない。眼底の下方赤道部若くは更に周邊部を精査すると、そこに甚だ屢々網膜剝離が存在してゐる。この剝離

は時とすると顛顛側に於て、而かも乳頭に比較的近い所に初發することがある。剝離の程度は固より一様でない。時には全経過中に之れを缺くこともある。出血、白斑等を生ずることが殆ど無いのは、類症との鑑別に役立つ位である。尤も極く小さい灰白色の點狀斑の澤山に現はれることがある、恐らく色素細胞層の病變で、そこに色素の脱退を來すものらしい。何となれば、少しく時日を経過すると、この色素の脱退は可なり著しく、最早や個々の脱色素斑としてでなく、却つて色素細胞層全體に互つて、一様に色素の減少を來し、その結果、濁濁してゐる網膜を透して脈絡膜の充血が観える爲めに、眼底は宛がら、夕照の空のやうに、赤色を呈してゐる。一見してその本症たることを

眼底の病變

診断し得る程である(一八〇頁第六十四圖参照)。それでも尙ほ部分的には色素の遺残若くは多少の増殖さへもあるからして、そこに地、圖、狀、の、不、規、則、な、る、斑、點、が、現、は、れ、て、來、る。この頃になると網膜剝離は多くは消退するけれども、時にはいつまでも永く其の儘残つてゐる。

網膜が剝離してゐるときは勿論だが、剝離の認められない時でも、眼内壓は著しく下降し、既に指壓によつても容易にそれと知られるが甚だ屢々一〇ミリ以下となり、或は數字を以て現はすことの出来ない程になつてゐることがある。

同時に前眼部に虹彩毛様體炎を發してゐるものでは、虹彩は獨り瞳孔縁に於てのみならず、廣汎に互つて水晶體前面と癒著し、爲めに前房は著しく深くなる。刺戟症狀が輕快して、唯、虹彩後癒著が残されてゐると、今度は續發的に内壓が亢進して、綠内障の症狀を呈してくる。

以上述べたやうな葡萄膜炎に於ては、眼、症、狀、の、外、に、好、ん、で、重、聽、耳、鳴、毛、髮、の、白、變、脫、落、及、び、白、癩、風、等を合併することが又診断上注意すべき點である(一八〇頁参照)。

原因としては結核を想像せしむることがあるけれども、多くは不明である。必ずしも一樣ではあるまい。歐米よりも我が國に比較的多く、全國到る所に觀られる疾患である。

療法 現在に於ては唯對症的に、消炎吸收療法を行ふ以外に何ものも無い。

微毒性網膜炎

微毒性網膜炎 *Reinitis syphilitica* 本症は特有性視神經炎に伴ふか或は瀰蔓性脈絡膜炎に併發することが多い。その前者なるとき、瀰濁は乳頭を中心として、その近圍の網膜に強く現はれるが、若し後者であれば、黄斑部中心窩を含む其の附近一帯が最も著しく侵される。同時に網膜血管の罹患せるものにあつては、出血を觀るけれども白斑を生ずるのは稀である。

本症は時として、蛋、白、尿、性、網、膜、炎、と、近、似、の、所、見、を、呈、す、る、こ、と、が、あ、る。

微毒の視神經再發に於ても、其の病變の網膜に波及するとき、そこに強い瀰濁を發するものである(三〇一頁参照)。

療法 嚴重なる原因療法が必要で、多くの場合、それが又能く奏效する。網、膜、中、心、動、脈、の、血、行、が、杜、絶、す、る、と、き、眼、底、は、又、一、過、性、で、は、あ、る、が、汎、發、性、に、瀰、濁、す、る。

蛋白尿性網膜炎

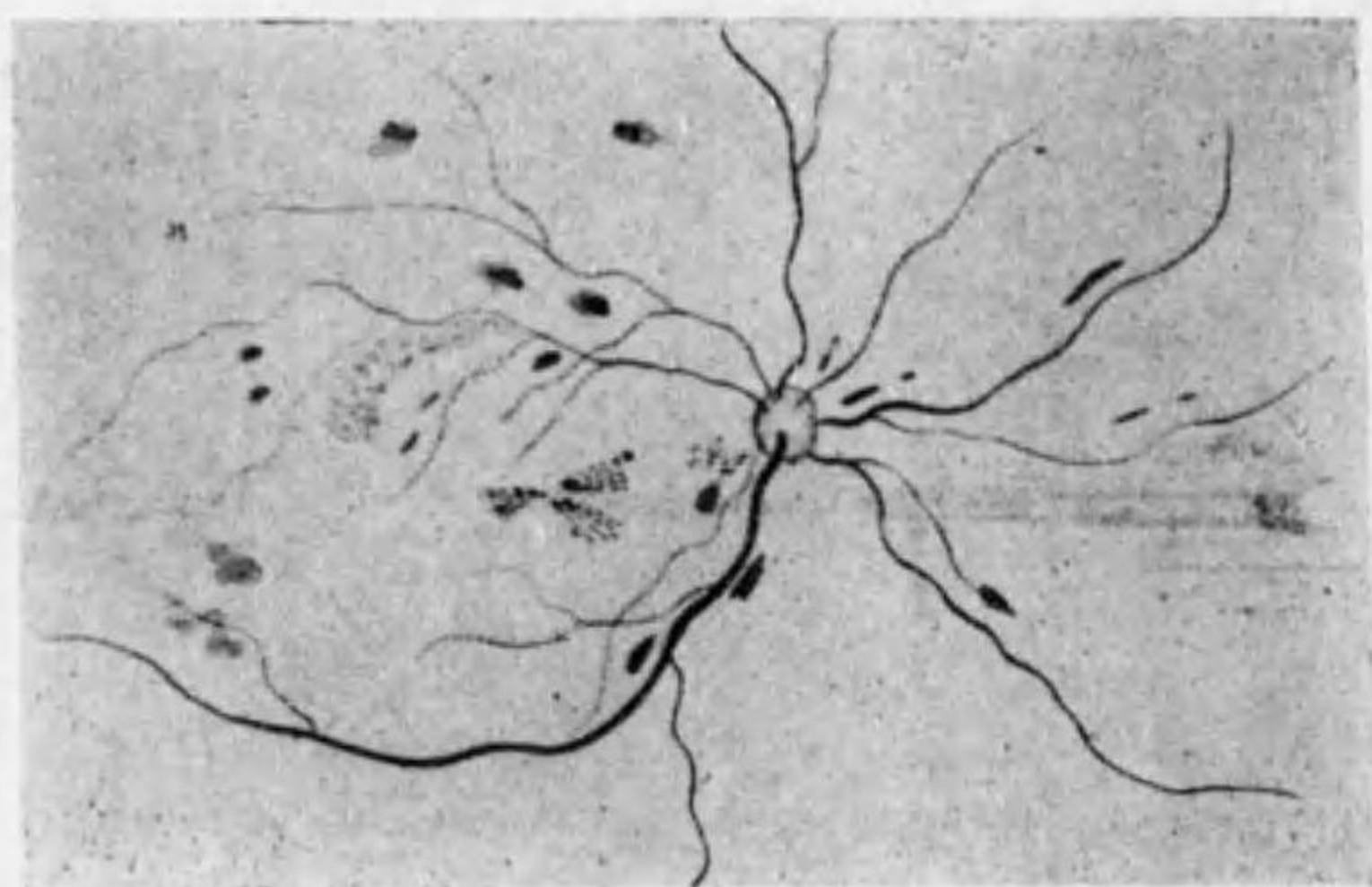
蛋白尿性網膜炎 *Retinitis albuminurica* 本症は時に中心性網膜脈絡膜炎の像を以て始まること

もあるらしいが、著者の經驗では、寧ろ、視、神、經、炎、の、症、狀、を、以、て、初、發、す、る、こ、と、が、多、い。名は網膜炎だが實は視神經炎若くは視神經網膜炎である。即ち最初にそれと氣がつくのは、乳頭が幾分發赤瀰濁して、其の境界の明瞭を缺くことである。尤も人によつては斯る所見を單に乳頭の浮腫と呼んでゐる。然し、かうした變化は少くとも臨牀上には、矢張り炎症と名づくべきである。尙ほ本症に於ては網膜中心動脈は多少とも細くなり、屢々それが特に著しい事もあるけれども、靜脈の方には一般に餘り變化が無い。

視神經炎の症狀が漸次加はつて來ると、乳頭の腫起、瀰濁も強くなり、靜脈は太く充實し、好んで乳頭附近に於て迂曲し、それ等に添ふて小なる、多くは線狀の出血が點々として生ずるに至る。此の時期に於ては、それ故に果してそれが蛋白尿性網膜炎の初期であるか、それとも他の原因による視神經炎殊に微毒性のものであるか、檢眼鏡的所見だけで識別することが出来ない、著者は時折さうした症例に遭遇する。

その中に乳頭の周圍から黄斑部へかけて、網膜の汎發性瀰濁が現はれ、それに伴ふて形狀、大小の

圖二十三第



(一其) 炎膜網性尿白蛋

圖三十三第



(二其) 炎膜網性尿白蛋

三四〇
一様でない、境界の明かなる白色斑が現はれてくる時と共にその數も加はり、大きくもなる。白斑と出血とは必ずしも並行して増加するもので無いが、然し通例兩者は同時に存在してゐる。

症狀の漸く増悪する時、或は比較

的早期に黄斑部に星状斑、Stemfigurと呼ばれる特異の變化が現はれる。これも小なる白斑が澤山に集まつて、それが黄斑部に於ける組織液の交流に従つて放射状に配列し、恰も星芒の如くに觀えるので、此の名がある。多くの場合、その放射線は先づ乳頭に近い方の側に生じ、段々と中心窩を取り圍むやうになる。この星状斑は乳頭の變化と相俟つて本症の診斷上、注意すべき所見である。然し、それが決して本症に特有のもので無いことは、既に述べた星芒状網膜炎なるもの存在によ

つても、之れを知ることが出来る。蛋白尿性網膜炎の總ての症例に於て、必發するものでも無い。本症は末期になると、網膜剝離を合併することが相當に多い。従來の記載には稀に觀るものとなつてゐるが、著者の經驗では、決してさうで無い。若し患者の死に先つこと二、三週間に眼底を檢査するならば、其の多數に於て網膜剝離が認められるに相違ない。

以上述べた眼底所見の中、個々の症例に於て、或る變化だけが特に著しく現はれることは勿論ある。即ち或る時は視神經炎の症狀の高度にして、鬱積乳頭さへも起してゐるのに、網膜の方は存外に侵されないことがある。又他の場合には出血の特に甚しいこともある。著者自身の經驗に於ても、本症を滲出性網膜炎、貧血性網膜炎、微毒性視神經炎等と誤まつたことがある。以て其の如何に眼底の所見が一律でないかを想像することが出来る。恐らく蛋白尿性網膜炎は、眼底に於けるあらゆる種類の炎症、疾患の檢眼鏡像を呈して、經過するものと思ふ。

斯る場合鑑別の一助となるのは、末梢血液中に出現する鹽基嗜好性赤血球の増加である。これは著者によつて始めて詳細に研究せられたのであるが、それによれば、蛋白尿性網膜炎患者に於ては、この種の赤血球が彼の鉛中毒に於けると同様若くはそれ以上に著しい増加を示してゐる。疑はしい場合には血液検査を行ふべきである。

本症に關する限り、何故に吾人はそれ程迄にして診斷を確める必要があるかといふに、一たび本症を發するとき患者の生命に對する豫後は、殆ど絶對に不良で、早いものでは發病後二、三ヶ月、長いでも二年を越えず、大抵は一年内外にて死の轉歸を採るといふ事が、今日一般的に認められてゐるからである。尤も著者の經驗せる一例には、前後六ヶ年間眼症狀の持續してゐたのがある。又彼

の戰爭腎炎及び猩紅熱腎炎に續發する本症は治癒の可能性がある。

本症患者は、其の多數に於て血壓が著しく亢進してゐる、正に事實である。それで今日多數の學者殊にフォルハル下氏は、擴張期血壓一〇〇ミリ水銀柱以下ではたとひ腎臓に機能障礙があつても、本症を來すに至らない、それに反してそれ以上に血壓亢進の著しい者では、腎臓疾患の有無に拘らず、本症を發する危険が大である、換言すれば本症は腎臓疾患とよりも寧ろ血壓亢進との間に密接なる關係があるのだと主張してゐる。而してこの種の血壓亢進は、全身の末梢細小動脈の攣縮に由來するもので、網膜動脈も亦其の例に洩れず、高度に攣縮して虚血に陥り、そこに網膜組織は内窒息を起して上記の病變を呈するのだと説明してゐる。然しながら著者は此の假説には何としても賛成することが出来ない、それよりも循環血液の中に含有せられてゐる或る種の代謝産物が直接脈絡膜竝に網膜血管及び色素細胞層に有害に作用するものと確信してゐる。其の代謝産物の尿中に排泄されないのは、言ふ迄もなく腎臓に機能障礙が存するからである。

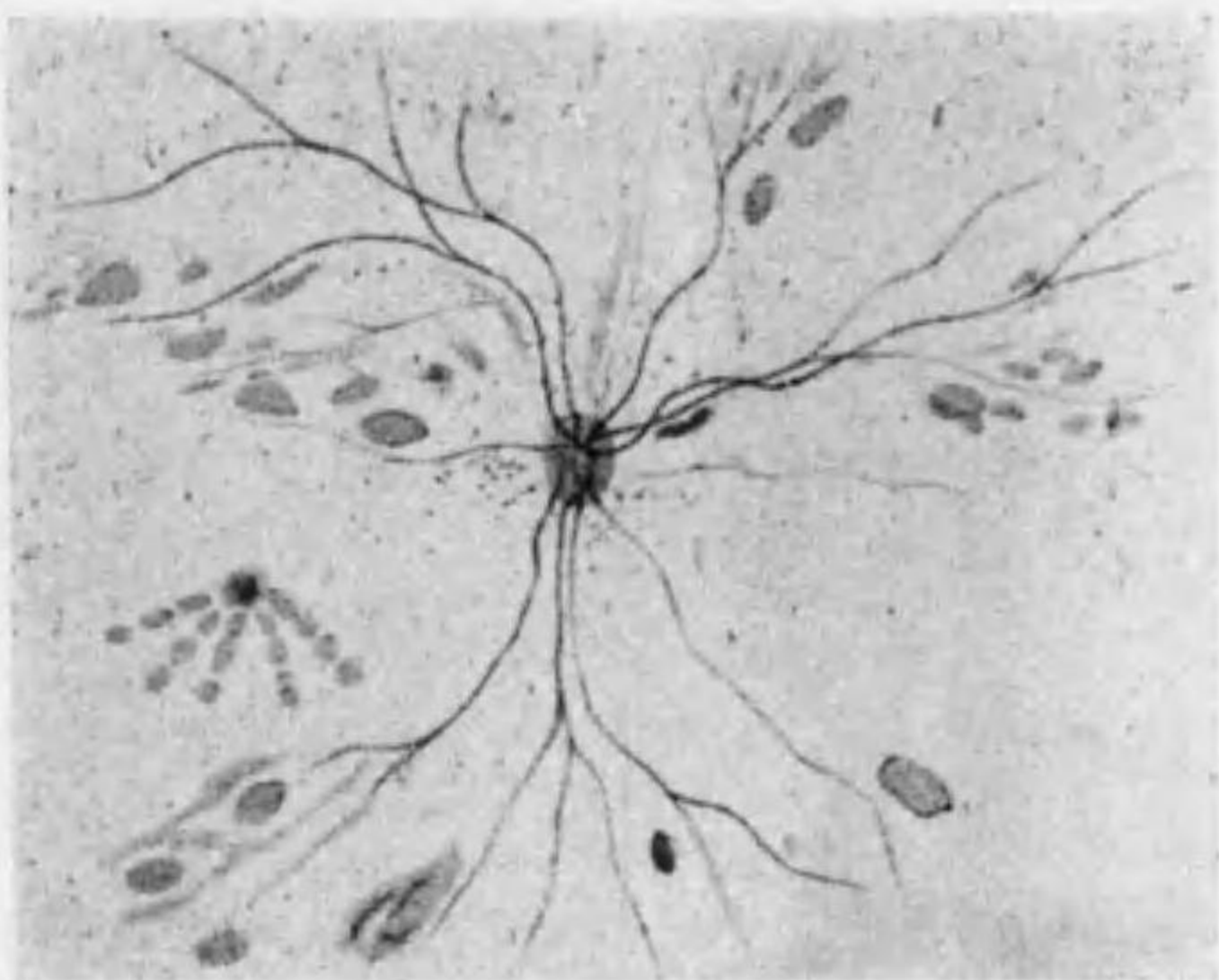
療法 眼に對しては局所的に何等施すべきものが無い。

妊娠網膜炎 *Retinitis gravidarum* 妊娠の後半即ち第七月頃から網膜に一定の病變を呈することがある。血壓高く、尿中に多量の蛋白を證明するところの妊、娠、腎、に好發する。眼底の所見は大體に於て、今述べた蛋白尿性網膜炎と同様である。尤も小異を擧ぐれば、網膜の潤濁が比較的強く、白斑も多數に現はれるが出血は少ない。乳頭の炎症性變化も餘り著しくない、唯、網膜剝離はこの方に、より多く合併する。とは言へ實際に於ては眼底の變化だけで、本症と蛋白尿性網膜炎とを鑑別することは、殆ど不可能である。

症例 塚〇ムメヨ、三十四歳昭和七年三月三十一日

入院。眼底の所見は疑ひもなく蛋白尿性網膜炎で、血壓は一六〇ミリ前後であつたが、時には二〇〇ミリ以上にあつたこともあり、尿中に多量の蛋白を含有してゐた。内科の診斷も慢性汎發性腎絲球體炎といふので、生命に對する豫後も不良だらうと思つた。尤も病歴によれば約半年以前に分産してゐるのだが、それと關係があるとは思へなかつた。然るに其の内に内科的症狀は漸次輕快に赴き、それにつれて眼底の變化も追々と消失し、遂には殆ど其の痕跡を留めるに過ぎない程になつた。約二ヶ月を経て、患者の退院する頃には、内科の方では診斷を妊娠腎と改めたといふ事であつた。眼底の所見には別に特異の點も無かつたが、其の

第三百四十四圖



妊娠網膜炎

經過から觀て矢張り妊娠網膜炎だつたと思ふ。因にこの患者は其後更に又分産したといふこと、昭和十一年までは健在であつたが、その後の消息を明かにしない。

本例の如きは、勿論極めて稀に觀るものだが然し、妊娠網膜炎が分娩後に初めて發生すること及び分娩後却つて一時症狀の増悪することは往々ある。

豫後 蛋白尿性網膜炎とは反對に、本症は必ず治癒する。一般には分娩若くは妊娠の中断によつて、症狀は急速に輕快して行く、唯然しそれが既に慢性腎臓炎に罹つてゐる婦人が、妊娠して本症を發したとき、即ち慢性腎臓炎に妊娠腎を加味したもので、問題は自ら別である。

療法 本症にして網膜剝離を合併せる場合は、即時に妊娠を中斷する必要があるけれども、さもなくば注意して経過を観察し、正規の分娩を俟つてよい。分娩後には特に眼科として處置すべき何ものも無い、一般状態殊に腎臟機能の回復に伴ひ、眼底の變化も消退する。尤も乳頭黄斑部附近には相當に長い間點状色素斑が散在性に残つてゐる。

滲出性網膜炎

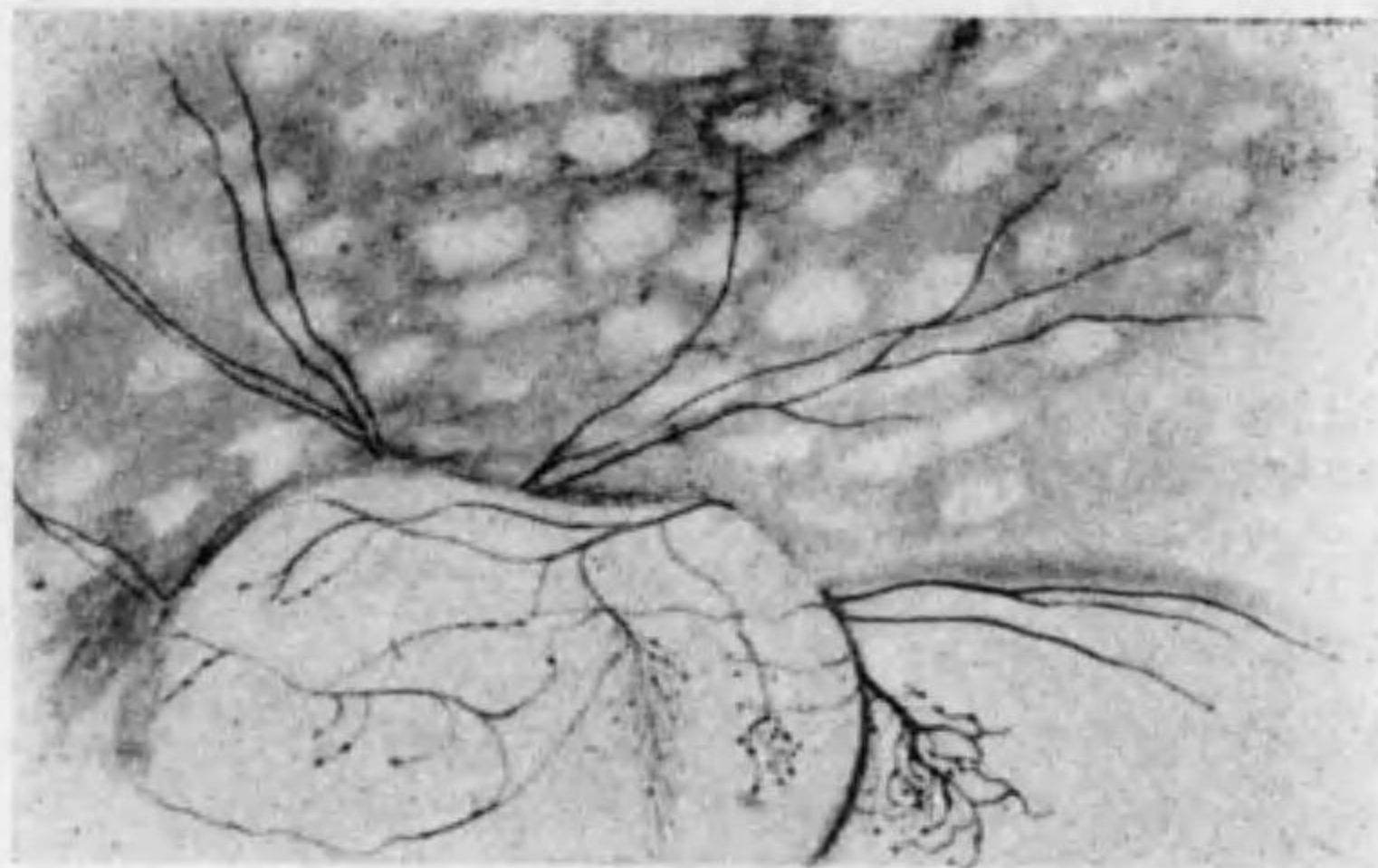
滲出性網膜炎 Retinitis exsudativa 本症も蛋白尿性網膜炎に類似の所見を呈することがある。即ち乳頭から黄斑部へかけて汎發性の滲濁を生ずるのである。然し滲濁は主として網膜の外層或は網膜下に液の滲溜する爲めで、網膜血管は通例この滲濁の上を走り、之れを以て蔽はれる如きことは殆ど無い。滲濁其ものは、より多く白色調を帯び、時には何か腫瘍が網膜の彼方に發生しつつあるのでは無いかと疑はれることがある。本症が往々にして網膜グリオームと誤まれるのも、其の理由の一は茲に存するのである。

更に注意すべきは、殆ど例外なしに網膜剝離を合併すること、而かもそれが多く同時に眼内壓の亢進を伴つてゐる。又統計的に觀て、患者の多數は十五歳以下の小兒である。かうした事からしても亦グリオームの疑ひの懷かれるのは無理の無いことである。それから本症に於て、甚だ屢々網膜の細小血管に多數の粟粒血管瘤を生ずることがある。出血は必發の症狀では無い。

最近著者の研究する所によれば、本症に於て網膜下に滲溜する液の大部分は、網膜色素上皮細胞から分泌されたもので、此の事實は今迄何人にも注意されなかつた所である。本症は比較的稀に觀るもので、通例は一眼に止まつてゐるが、視力の回復は絶対に望まれない。

貧血性網膜炎

第三百五十五圖



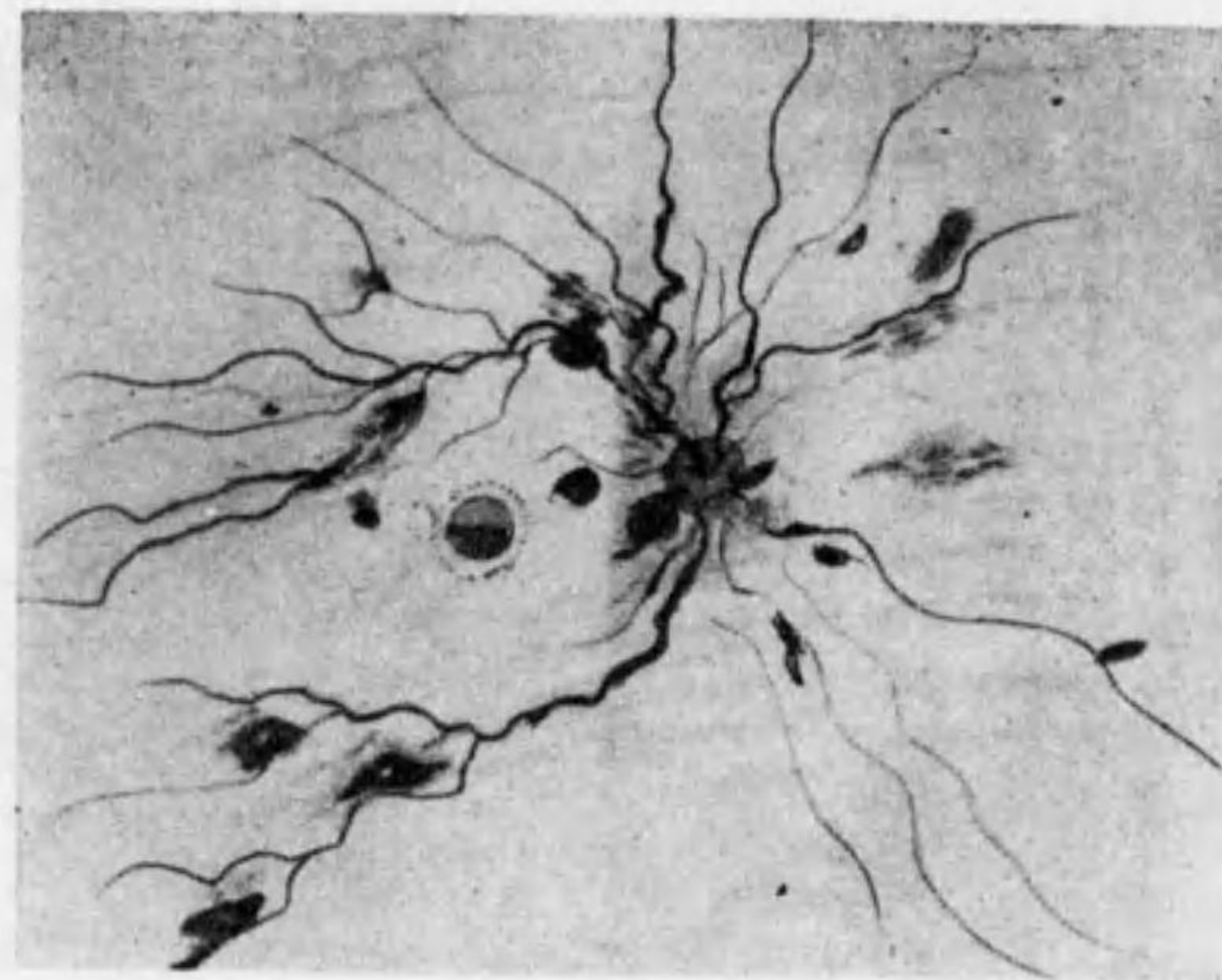
滲出性網膜炎

尙ほ本症を網膜グリオームと誤ることのあるのは既に述べたが、著者は反對に又網膜グリオームを本症と誤まり、組織的検査によつて始めてそれと知つた一例を経験してゐる。

療法 眼内壓の亢進が著しく、緑内障様症狀の去り難いものに對しては、眼球摘出を行ふ。

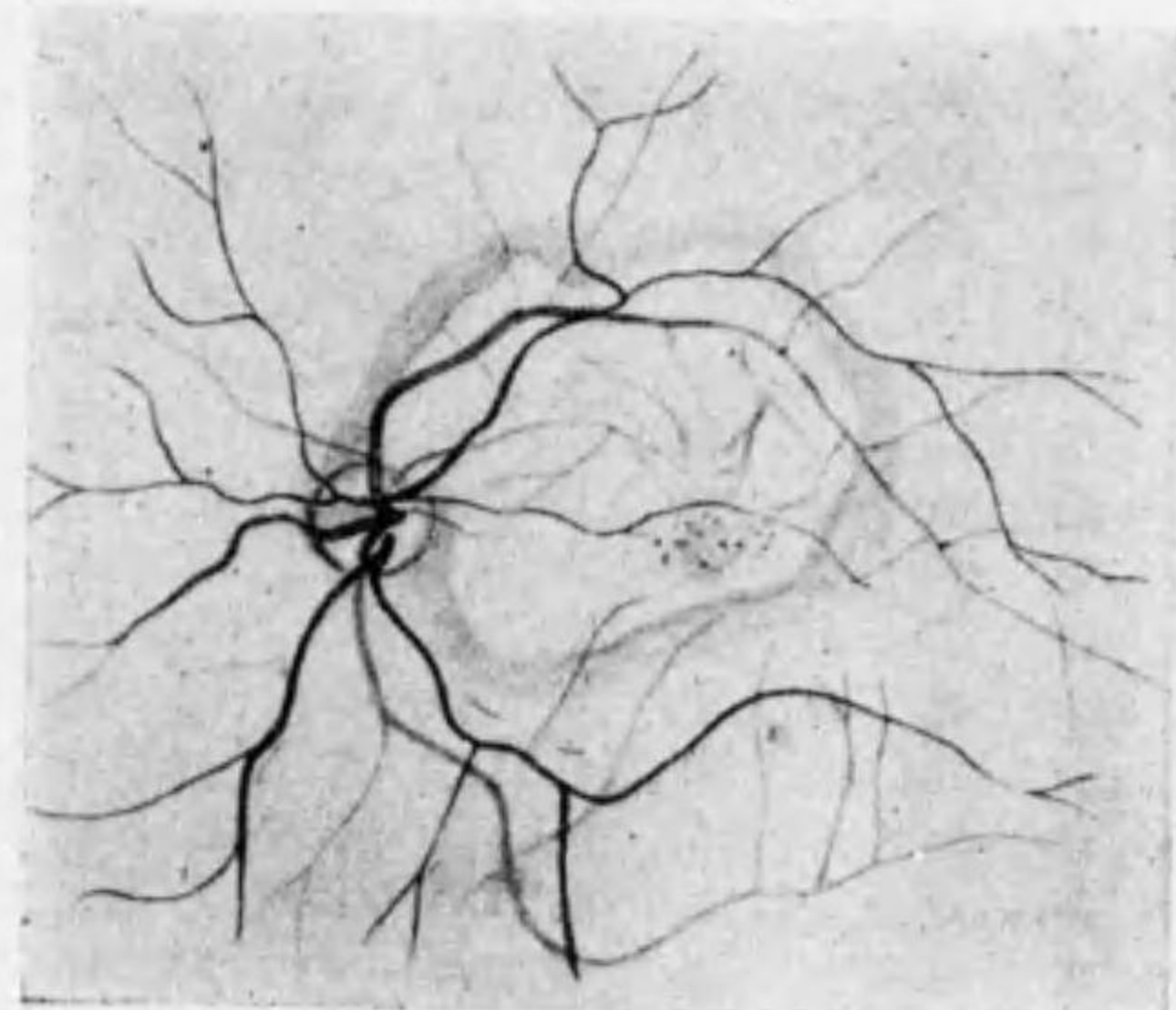
貧血性網膜炎 Retinitis anaemica 種々なる原因によつて高度の貧血を起してゐる患者に、時として眼底にそれと關係のある特異の變化の現はれることがある。それは乳頭を中心として、其の周圍の比較的廣い部分に互つて、網膜に汎發性の滲濁を生じて來る。乳頭それ自身も多少濁つてゐるけれども、發赤は殆ど觀られない。寧ろ黄

白色を呈して、視神經萎縮でも始つてゐるかのやうに思はれる。靜脈は殊の外強く充實し且つ蛇行してゐる。動脈の方は別に細くない。比較的太い血管に添ふて出血があり、其の或るものは小なる白斑を中心に之れを圍んでゐる。それが又本症に比較的特異の所見だと言はれてゐる。出血に伍して種々なる形狀及び大きさの白斑が存在する。黄斑部には特別の所見は無いけれども、それを除けば、前に述べた蛋白尿性網膜炎に近似の檢眼鏡像を呈してゐる。其の發生病理に於て、兩



炎膜網性血貧

圖七十三百第



炎膜絡脈膜網近頭乳

乳頭近網
膜絡脈
炎

者一脈相通するものがあるのではないかと著者は考へてゐる。
療法 眼症狀に對しては、局所的に何等處置する必要は無い。幸ひに全身症狀さに回復すれば自ら治癒するものである。

乳頭近網膜絡脈膜炎 Retinohoroiditis juxtapapillaris (E. Jensen) 乳頭に近く網膜に、乳頭の大さ若くはそれよりも少しく大なる限局性の薄い潤濁 haunwollenfloekartige Trübung が現はれ時には小

なる出血を伴ふことがある。發症は比較的急だが經過は多く慢性で、其の陳舊なるものにあつては、色素細胞層に色素の脱退を來すと同時に又増殖せる色素斑を觀ることがある。後短毛様動脈が乳頭の周圍に分布してゐる部分に、結核性若くは微毒性の病變の存在を考へてゐる人が多い。若し然りとすれば、本症は一種の限局性網膜脈絡膜炎ではあるが、その他の部分に發するものとの間に、本態的相違は無い筈で、第百三十七圖の如きも、病變の範圍は多少擴大してゐるが、矢張り本症に屬すべきものといひ得るのである。

第十五章 視野に特異の缺損を生ずる疾患

一定の眼疾患に於ては、視野に特異の缺損を生じ、それによつて能く病變の所在を知ることが出来る。以下述べんとする暗點及び半盲症は、蓋し其の代表的ものである。

暗點 *Kotom* 視野の内部に存する島嶼狀の缺損は總て之れを暗點と稱し、廣い意味では健康眼の視野にも、亦既に存在してゐる。それは注視點から顛顛側に偏すること、十五度乃至二十度の所にあつて、彼の視神經乳頭に該當する生理的のもので、マリ、オート、氏盲斑、*Mariontescher blinder Fleck* と呼んでゐる。之れを除外すれば、他は全部病的缺損である。尤もこのマリ、オート、氏盲斑と雖も、視神經炎若くは鬱積乳頭の時などには、甚だ屢々病的に増大する。又單純線内障の初期に、この盲斑から更に上方及び下方に向つて鎌狀の暗點を派生し、或はそれが不全輪環を描いて、注視點を抱擁せんとするやうな形を爲してゐることもある。

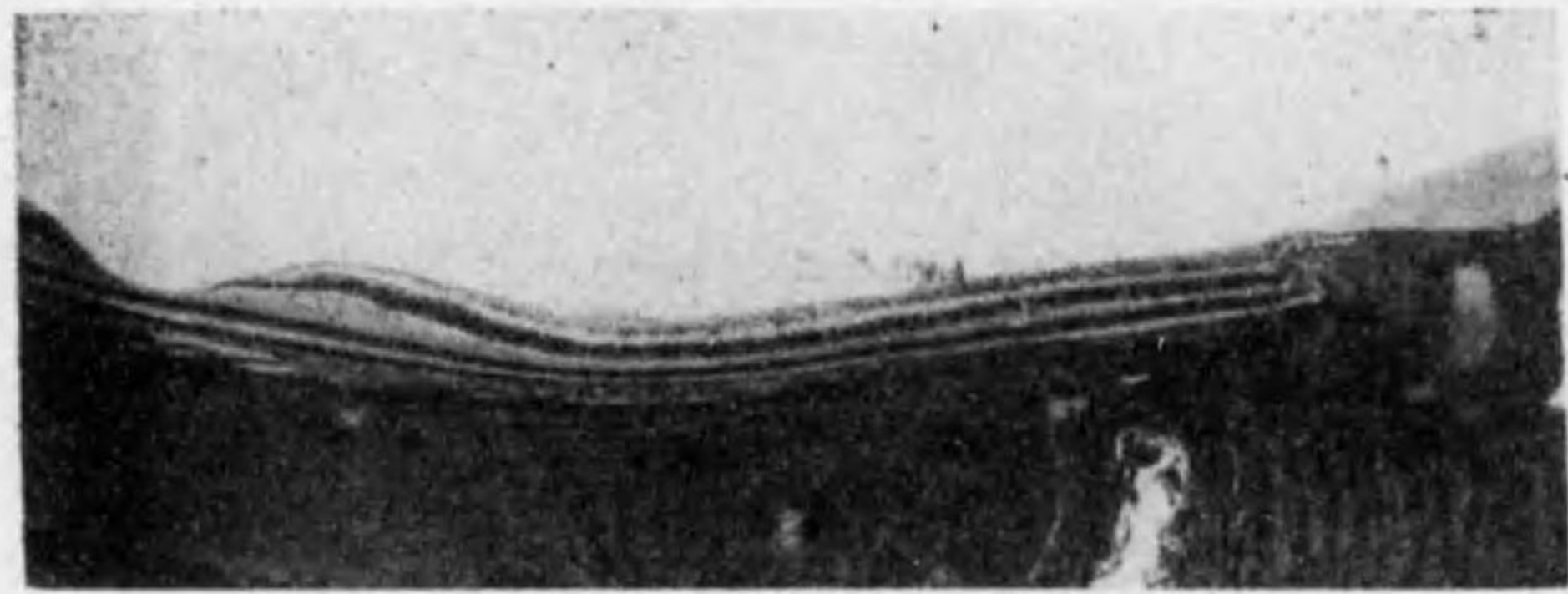
然し、病的暗點は、慢性球後視神經炎即ち軸性視神經炎及び中心性網膜脈絡膜炎に於て、最も多く

視野に特異の缺損を生ずる疾患

視野に特異
の缺損を生
ずる疾患

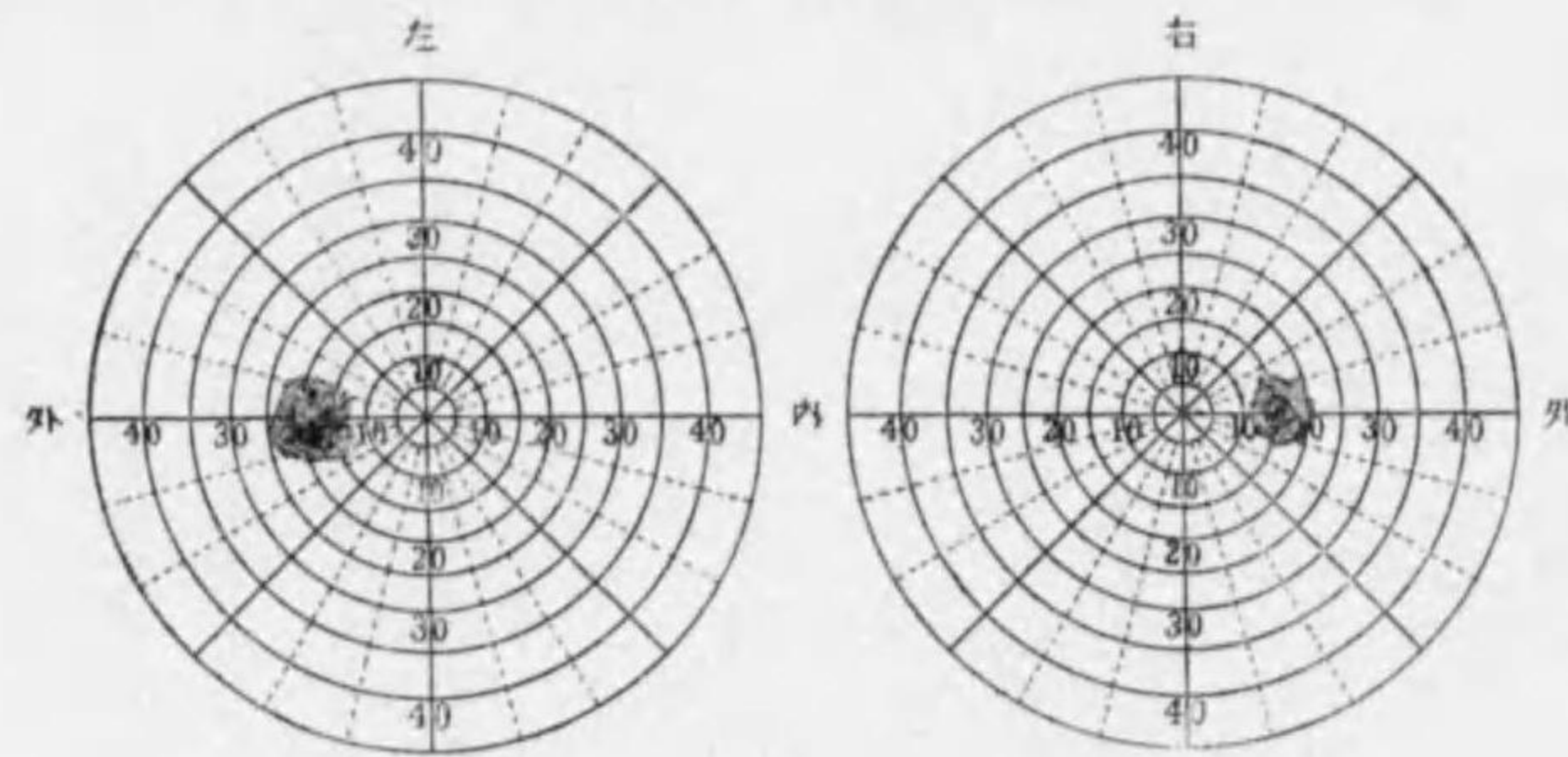
之れを發し、而かも之れ等の場合には、それが殆ど毎常視野の中央部に存在するので、之れを中心暗點、zentrales Skotomと名けてゐる。若しそれが中心を外れて居れば副中心暗點、paracentrales Skotom又注視點を取り圍んで輪狀を爲せるものは輪狀暗點、Ringskotomで色素性網膜炎の初期に大なる

圖八十三百第



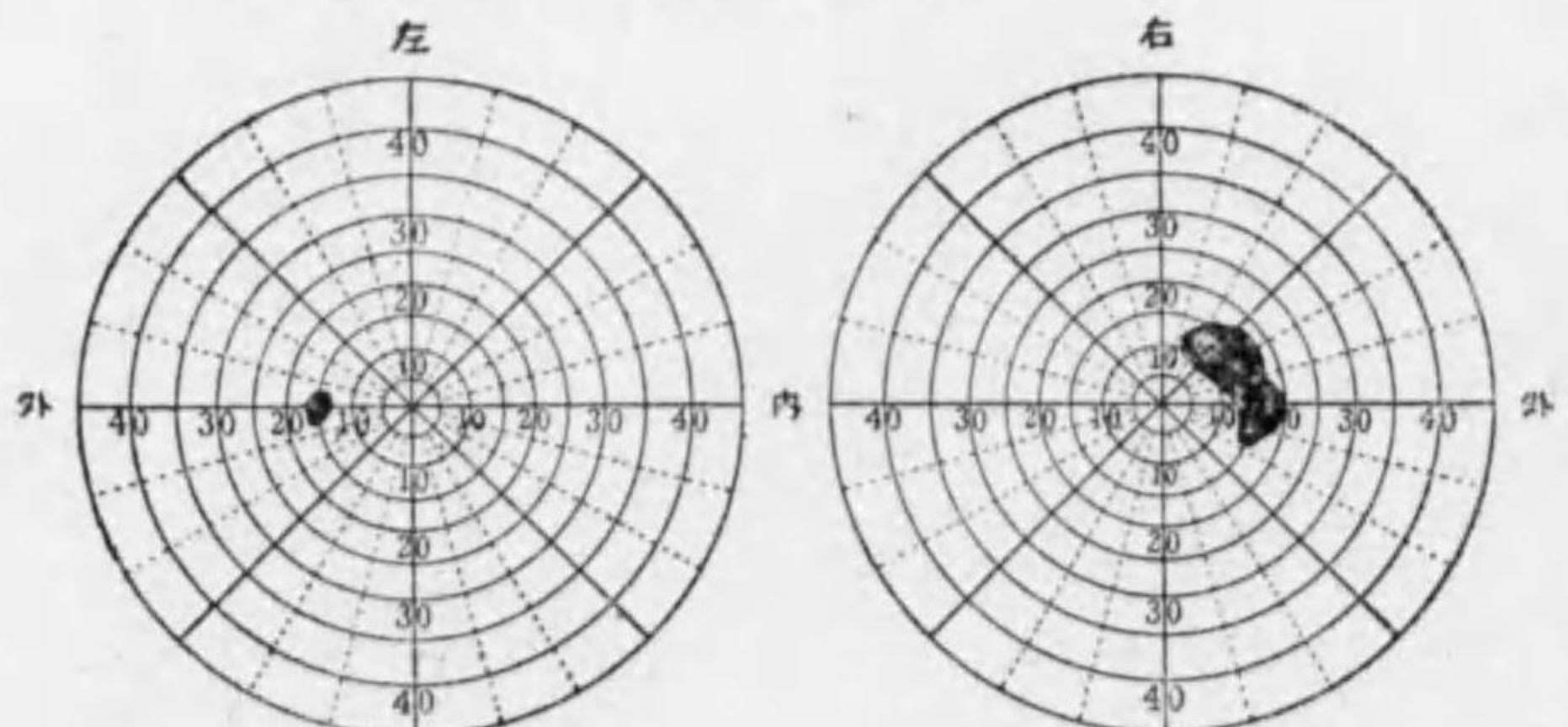
(態常)部極後球眼るけ付結をと部斑黄膜網と頭乳經神視

圖九十三百第



斑盲氏トッオリマるせ大增にめ爲の頭乳横斷

圖十四百第



斑盲氏トッオリマ

點暗るけ於に障内線純單 (む含を斑盲氏トッオリマ)

輪狀暗點の現はれることは既に述べたところである。

網膜内層に於ける病變例へば出血の如きも、暗點の原因たることもあり、更に角膜に於ける濁濁も亦同様なる陰影を視野に投ずることがあるけれども、之れ等の場合は、暗點の所在、形狀、大きさが極めて不規則で、實際に於ては餘り問題にする必要は無い。

腦、下垂體腫瘍の初期に兩眼の視野に所謂半盲症性暗點を生ずることがある。病機の進行に伴ひ、暗點の漸次増大するのは勿論だが、それが常に顛顛側視野内に止まり、鼻側に及ばないのが特異である。

ヒステリー性弱視には暗點を生ずることが無いと言はれてゐるが、然し往々にして之れを證明する。それといふのも、この暗點の檢出といふことは、常に必ずしも容易でない、時には或る程度の誘導が必要である。さうした事からヒステリー患者にあつては、醫師の暗示によつて暗點を自覺するやうになるのが通例である。

以上の中、我々が日常の診療に於て最も多く觀るものは、今も述べたやうに、軸性視神經炎と中心性網膜炎とに於ける暗點であつて、以前我が國ではこの兩症が可なり混同されてゐたらしく、日本眼科學會雜誌第十卷乃至第二十卷のあたりを繕いて見ると、能くそれが窺はれる。然し暗點そのものについて注意すれば、鑑別は極めて容易である。それにも拘らず、今日尙ほ稍もすると診斷の誤られてゐる症例に出遭ふので、左に少しく詳細に述べて置かうと思ふ。

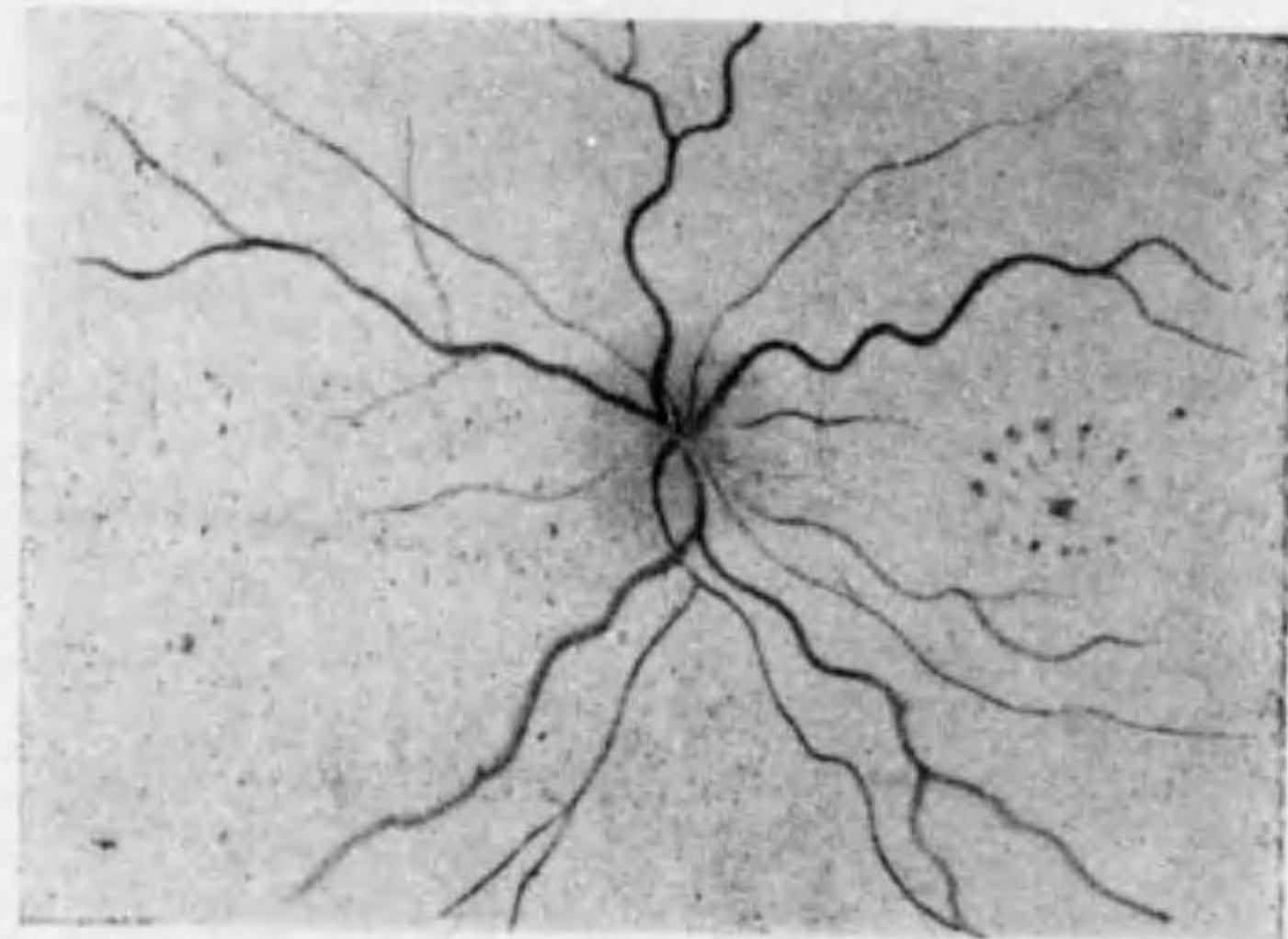
中心性網膜炎或は網膜脈絡膜炎

本症は兩眼に同時に發することもあるけれども、通例は一眼である。既にこの點に於て軸性視神經炎とは相違してゐる。患眼の視力は勿論障礙せられてゐるが、その一眼なる爲めに、中にはいつ發病したか氣が付かず、何かの機會に於て偶然それを發見し、恰もその時急に發病したものの如く訴へて來るのがある。さうかと思ふと、注意深い知識階級の患者になると、注視點を中心とする一定の範圍内に陰影の如きものの存在を自覺し、醫師の検査を俟たずに、それを告げるものもある。即ち自覺的、陽性、暗點、*subjective positive skotom*で、病變の網膜及び脈絡膜に存するときに起る比較的特異の症狀である。

視力障礙以外には疼痛も羞明も伴はず、前眼部には異狀が無い、又減退した視力は〇・五乃至一Dの凸鏡によつて幾分改良し、時に遠視の存在を想はせることがある。病理解剖的に丁度、黄斑部中心窩のところ、に漿液性の滲出液を生じ、それが網膜を舉上し、その爲めに遠視眼の如き屈折状態になるのではないかと思ふ。

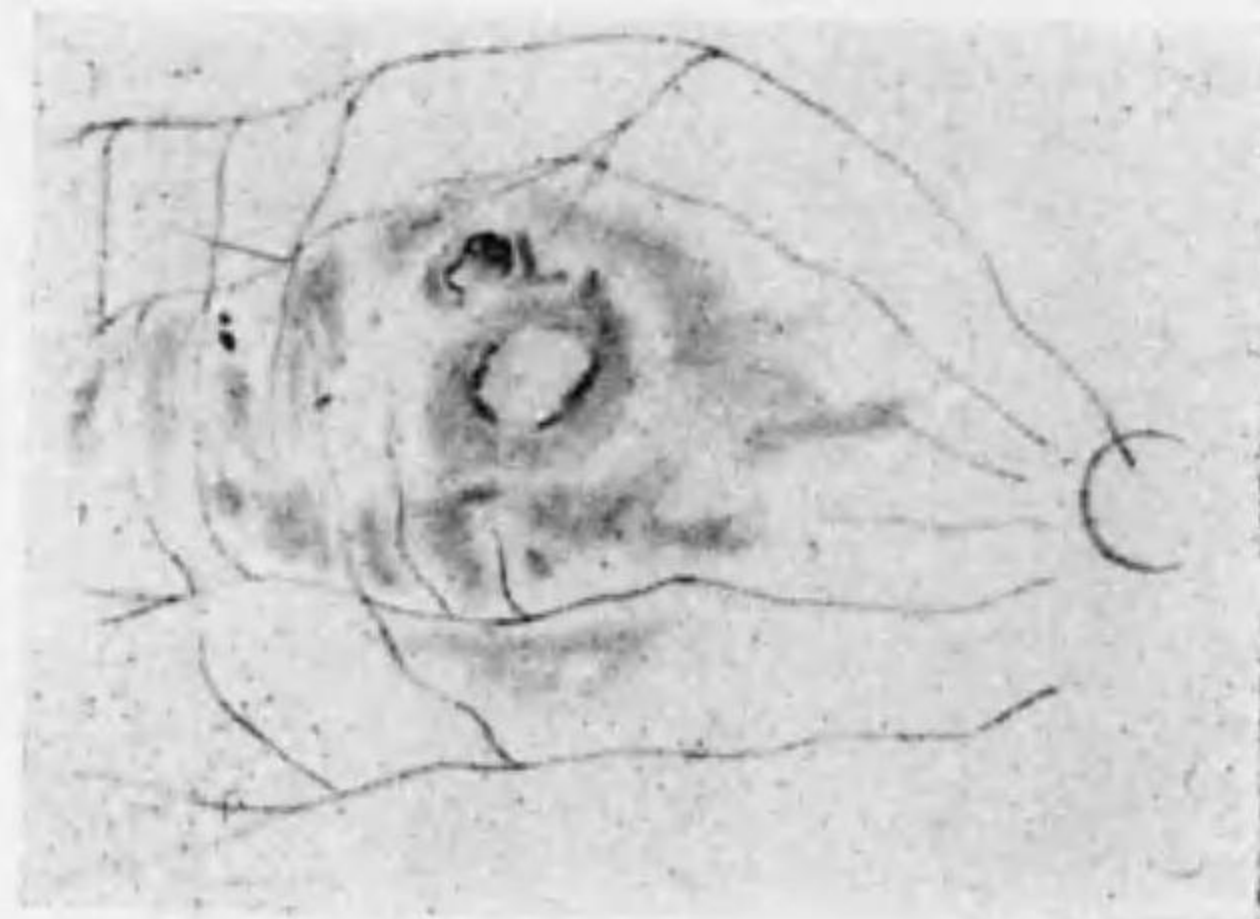
眼底を検査すると、色素の比較的多い人では、全經過を通じて病變の認められないものもあるけれども、直像検査法を行へば、大抵、網膜黄斑部は、健康なる他眼と比較して幾分暗さを増してゐるとか或は薄く濁つて、兎も角明瞭を缺いてゐる。自然、中心窩反射 *Forcahrreflex* も黄斑輪反射 *Forcahrreflex* も不明である。尤も黄斑輪反射の方は中年以上の者には、健康眼に於ても之れを缺くことが多いから、其の點は豫め知つて置かなければならぬ。少し時日を経過すると、殊に色素の比較的少ないも

圖一十四百第



(期初)見所斑黄るけ於に炎膜網性心中眼左

圖二十四百第



(期末)見所斑黄るけ於に炎膜網性心中眼右

のでは、黄斑部は明かに雲霧狀に濁濁し、そこに針の先きで突いたやうな灰白色の斑點が澤山に現はれてゐる、稀には小出血を伴ふこともある。更に時日を経過すると、小なる少數の色素斑或はそれと同時に又一方脱色素斑

が觀えて來る。けれども斯る變化は孰れも微細であるから、擴大の弱い倒像検査では認め難く、今日のやうに容易に直像法を行ひ得なかつた時分には、眼底には異狀が無いと言はれてゐた。その爲めに甚だ屢々次に述べる慢性球後視神經炎と混同せられたのである。

我が國では、この中心性網膜炎は最初京都大學の淺山教授によつて研究の歩が進められ、軸性視神經炎殊にそれが脚氣と關係があるといふことは、主として東京大學の河本教授によつて高唱せられた。従つて其の當時には幾分學派的關係もあつて、眼底に餘り著明なる變化の認められない症例で、暗點の

視野に特異の缺損を生ずる疾患

検出せられるとき、一方はより多く中心性網膜炎を考へ、他方は成るべく之れを軸性視神経炎として取扱はんとしたことが、今日から観て可なり明かである。蓋し研究者として迫るべき當然の道筋かも知れない、そこに又學術の進歩があるのだと著者は思つてゐる。

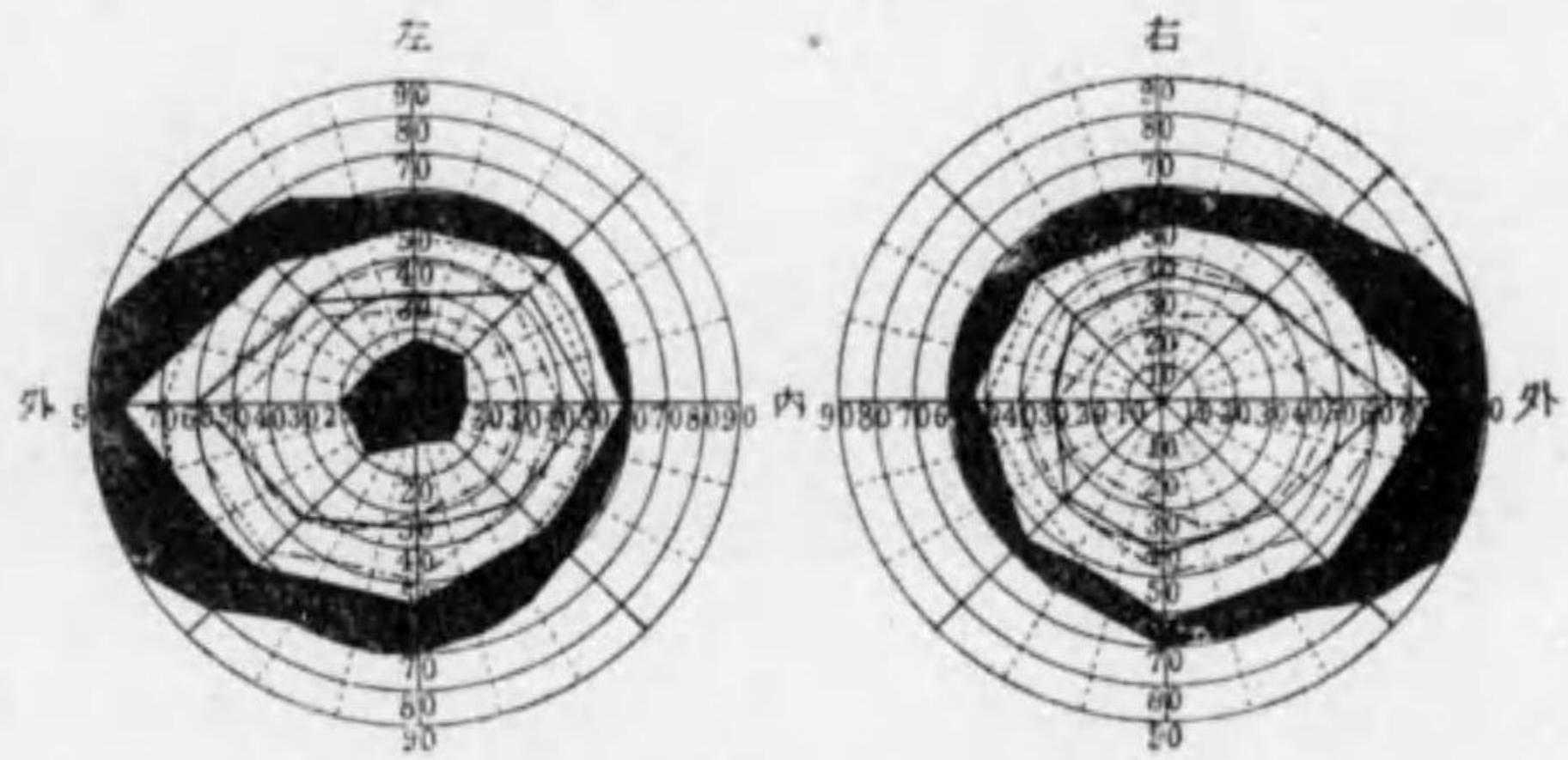
一部の人は、中心性網膜炎に於ては黄斑部に現はるる所見からして、其の原因までも知ることの出来るやうに言ふて居るが、それは寧ろ少數の場合である。

眼底に著明な變化のないときは勿論よし、あつても必ず検査すべきは暗點の存否である。それが中心性網膜炎である限り、必ずやそこに中心暗點が存在する。尤も時にはそれが副中心暗點若しくは輪狀暗點のこともある。その大きさは通例二〇度以下で、それ以上にはならない。従つて彼のマリ、オット、氏盲斑とは連続してゐない、この事が又軸性視神経炎との鑑別に役立つ。中心暗點が既に二〇度以上に擴がつてゐるときは、それは最早中心性網膜炎ではなく、寧ろ他の種類の網膜脈絡膜炎で、同時に視野の外野も狭窄を來してゐることが多い。時に或は脈絡膜に於ける孤立結核を想はなければならぬ。

本症に於ける中心暗點は、時として比較的であつて、絶對的のもので無く、即ち白色視標では検出されない、赤とか青とかの小さい色視標を用ひて始めて證明されることが往々ある。

視野に中心暗點がある、然しそれだけでは軸性視神経炎を完全に除外することが出来ない、といふ時には、更に他の附隨症狀として小視症及び變形症の有無、必要に應じては又暗適應機能障礙即ち夜盲の存否を検査すべきである。小視症、Mikropsieといふのは、物體が實際よりも小さく観えることで、患者によつては、能く之を自覺して訴へて來るけれども、さもない時は一方の眼に約一〇度

圖三十四百第



(左)點暗心中るけ於に炎膜網性心中

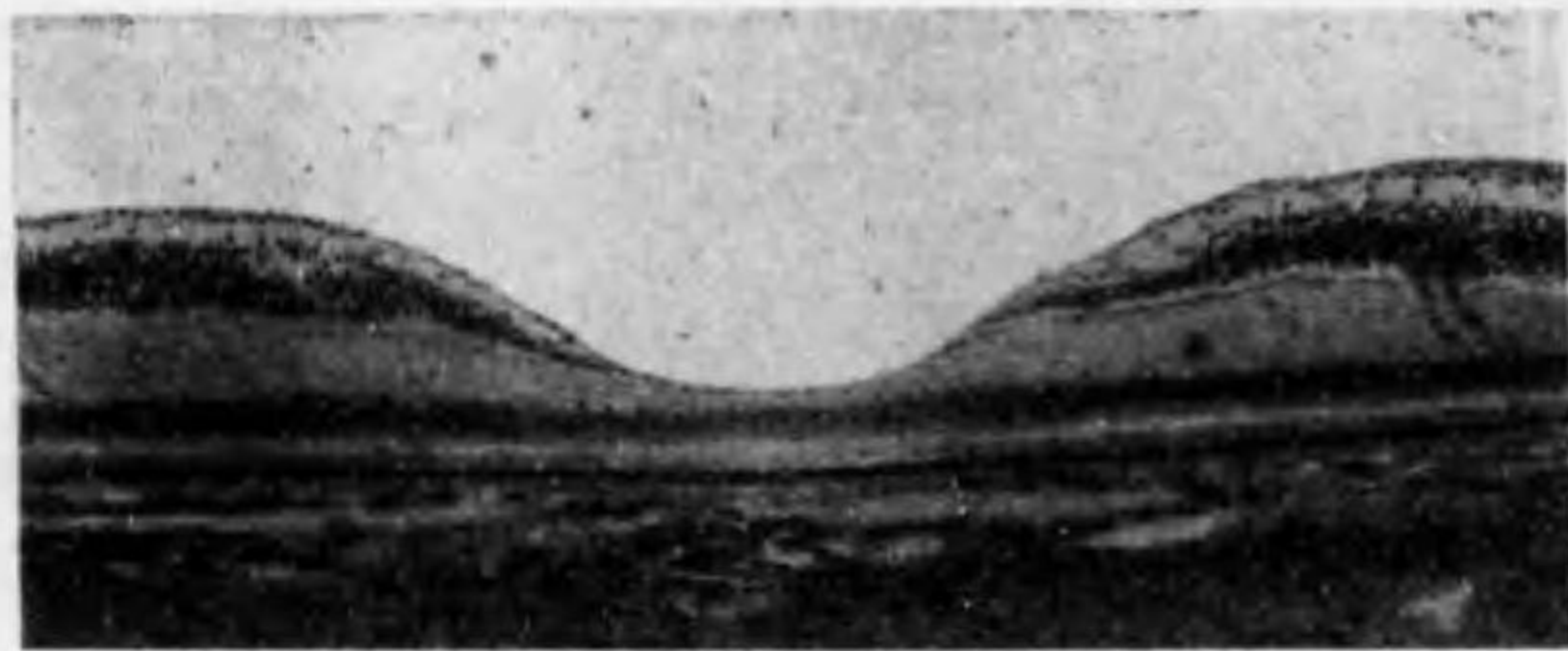
の三稜鏡を、その基底を上方若しくは下方にして裝用させる、そこに一個の物體に對して二個の像が現はれる。其の二つに大小があるか、無いかを尋ねると直ぐ判る。尤もこの場合には三稜鏡を左右の眼に交互に裝用せしめて、常にその一方の眼即ち右なら右の眼の像が小さいといふときに初めて小視症の存在が確となる。何となれば三稜鏡を裝用せる眼に映する像は、その爲めに幾分大きく観えるものだからである。小視症は、軸性視神経炎には現はれて來ない。又變形症、Metamorphopsie といふのは、物體の形狀が變つて観えることで、例へば直線が波を打つてゐるとか、或は方形のものが歪んでゐるとか、兎に角本來の形狀とは變つて観えるのだから、其の有無は比較的容易に知ることが出来る。

黄斑部には網膜像を感受する視細胞が澤山にある、一ミリ平方に約六〇〇個もある。今そこに炎症があつて滲出液が出て來れば、それ等の規則正しい配列は當然亂されて、相互密接せず、離隔して間隙を生ずる、そこに小視症を發するのである。同時にその配列が不規則となるから、そこに又變形症が起つて來る。従つて場合によつては小視症と反對に大視症を覺ゆることがあつてもよい譯ではあるが、實際に於て、さうした症狀は殆ど證明せられない。

網膜外層に病變があると、當然そこに暗調、應機能が障礙せられ、それが廣汎に互れば患者は夜盲を覺えるのである。中心性網膜炎では病竈が黄斑部に限局してゐるので、さうした訴へを聴く

ことは殆ど無いが、然し暗點を検査するとき、空を少しく暗くすると、明るい所で検査したものよりも多少明かに増大する、そこに矢張り廣い意味に於ける夜盲が存在してゐる。尤も黄斑部視細胞は殆ど其の全部が圓錐體で、暗調應を司る桿狀體は餘り侵されな

圖四十四百第



網膜黄斑部中心窩

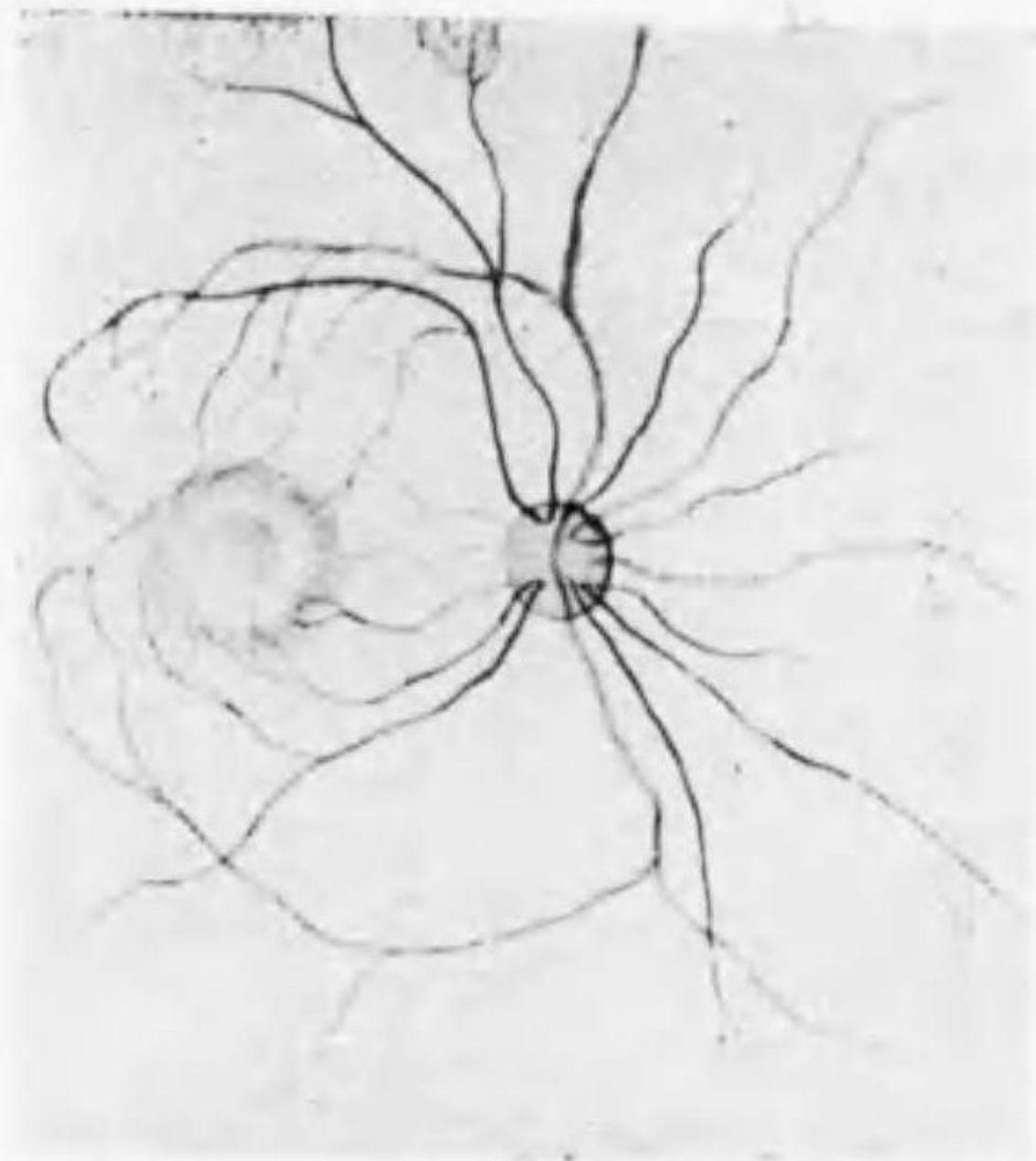
い管であるから、通例夜盲は特に注意する程の症狀としては現れて來ない。
中心性網膜炎の原因には、以前は多く微毒が考へられてゐた。それが近頃各方面の研究によると、寧ろ結核が其の主座を占めてゐるといふことで、中には本症の全部が結核性だともいふてゐる人さへもある。少し行き過ぎてゐるやうにも思はれるが、個々の症例を綜合して考へると、結核性のものが多いといふのは事實のやうである。然し微毒その他不明の原因によるものも勿論ある。飛行機監視兵に時に本症を發することがあるといふ。

豫後は原因の如何に關せず、一般に良好であるが、再發する傾向が多い。本症に似て非なるものに脈絡膜の孤立結核がある。蛋白、尿性網膜炎が中心性網膜炎の症狀を以て始まることがある。

療法 特に注意すべきものが無い。原因の明かなる場合は、勿論それに対する處置を必要とする。結核性のものにはツベルクリン製劑が比較的能く奏效する。然し單なる對症療法でも、發病後二、三ヶ月の間ならば、必ず治癒する。それには水銀軟膏塗擦、沃度加里の内服、各種の發汗療法、結膜下注射等を行ひ、眼を成るべく使用せぬことである。尤も全快までには、少くとも二ヶ月、殊にすると三ヶ月若くはそれ以上の日子を要するからして、其の積りで加療すべきである。

脈絡膜孤立結核 本症は體格榮養の佳良な若い人殊に婦人に多いやうである。脈絡膜の或る

圖五十四百第



脈絡膜孤立結核

圖六十四百第



脈絡膜孤立結核

部分に局限して、そこに結核菌直接の作用による腫瘍状の炎症性増殖を來すのである。本症の好發部位は最も血管に富める、黄斑部若しくは其の附近に相當する脈絡膜で、初期の症状は中心性網膜炎に酷似し、勿論暗點を生ずるから、兩者の區別は時に殆ど不可能である。然し少し時日を経過すると、孤立結核の方は病竈が漸次高まつて來る。若し其の上を網膜血管の細いのも走つて居れば、病竈の縁部に於て明かに屈曲し且つ好んで小出血を伴ふてゐる。やがてその色素が脱褪して、灰白色を呈してくれば最早診斷は確かである。

脈絡膜孤立結核の豫後は一般には佳良である。患者の營養状態さへよければ、大抵は治癒する。少くとも常に進行性のもでは無い。第四百十六圖に示せる症例に於ては臨牀上、増悪するか、如く思はれたので、眼球摘出を行つたが、組織的には結締織の増殖が著明で、石灰の沈着さへも來し、そこに明かに治癒的傾向を示してゐた。

療法 ツベルクリンの注射、レントゲン放射等は適應の處置である。それ以外には全身の健康状態を顧慮しながら、對症的吸收療法を講ずるだけである。

慢性球後視神經炎

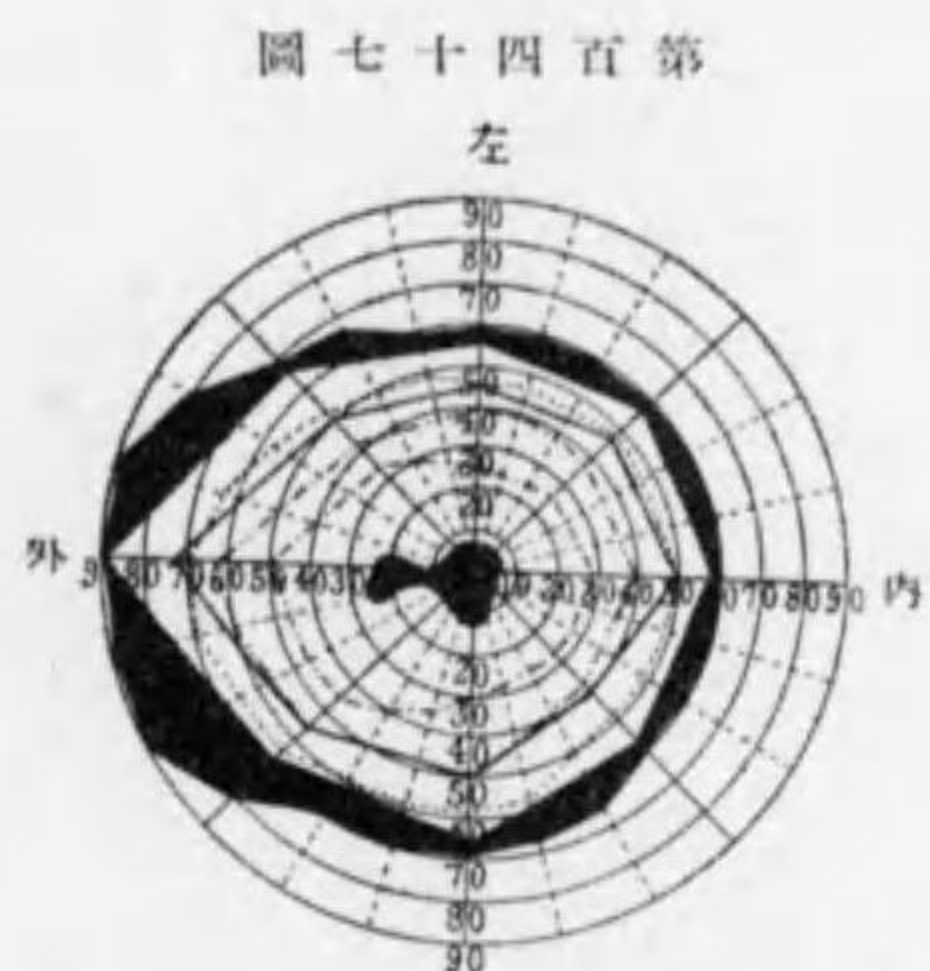
慢性球後視神經炎軸性視神經炎

本症は通例兩眼に發するが、然し稀には一眼に止まることもある。視力の障礙は相當に強く、時としてはメーテル指数にまで減退する。何等の刺戟症状をも伴はない。又減退せる視力は凸レンズを用ひても改良しない。他、覺的、所見として、乳頭には變化のないのが寧ろ普通である。初期に於て、乳頭顛側半部が蒼白に觀えると書いてゐる書物もあるけれども、この部分は既に生理的

にも蒼白だからして、病的の場合との鑑別は一般には困難である。又理論上からも、何故に初期にさうした變化が現はれるか、未だ説明されてゐない。勿論萎縮とは違ふ、さればとて單なる浮腫でないことも明かである。病變かも知れないが、著者はさうした所見に確なる診斷的價値を認めることを躊躇するものである。

本症の本態が機能の特に鋭敏なる乳頭、黄斑、纖維束の病變なるは、特に説明するまでもないこと、この纖維束は乳頭の所では、其の顛側側に片寄つてゐるが、既に篩狀板を過ぎた後方に於ては、視神經の中軸を爲してゐる、そこに即ち軸性視神經炎といふ名稱が由來するのである。

病竈が眼球よりも後方にあつても、それが比較的乳頭に近いつき、例へば後副鼻腔の影響によつて本症を發するときは甚だ屢々周邊性視神經炎の症状を呈してゐる。時としては又乳頭の鬱積が比較的顯著で、檢眼鏡検査だけでは本症とは思はれない事がある。實際に於て、本症が往々視神經、若しくは鬱積乳頭と誤られてゐる。斯かる場合には檢眼鏡検査によるよりも、寧ろ視野の測定を行ふ方が却つて正確なる診斷を下し得るのである。何となれば、それが普通の視



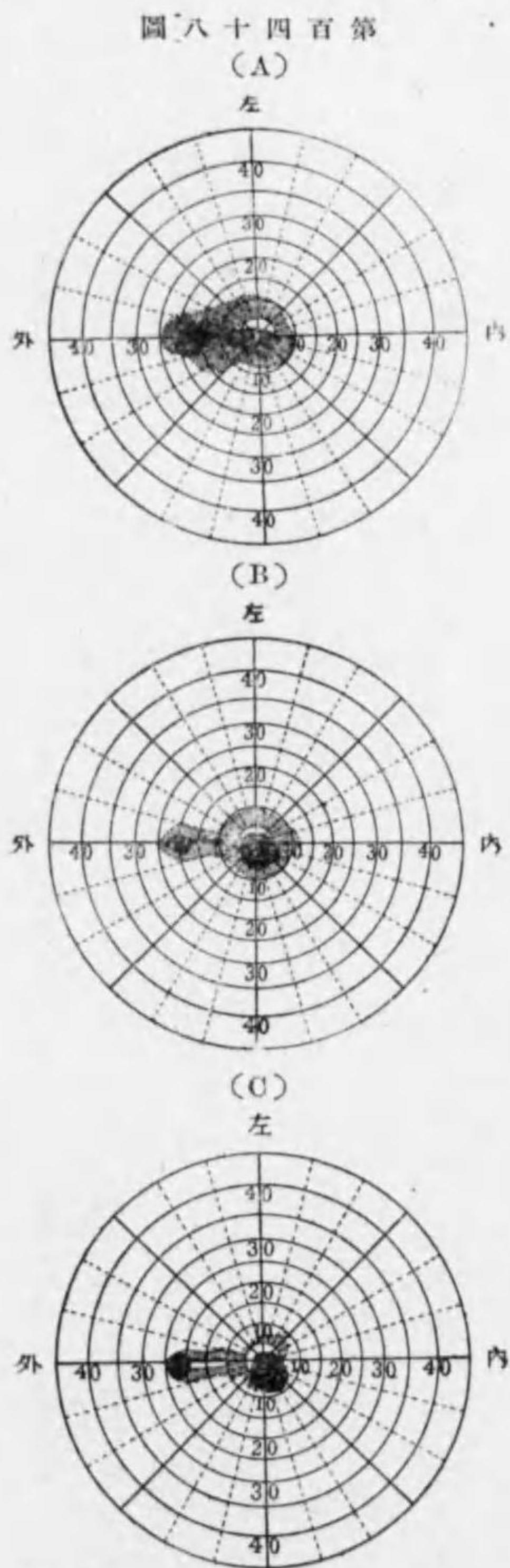
視野に特異の缺損を生ずる疾患

軸性視神經炎に於ける中心暗點

神經炎若しくは鬱積乳頭であれば、症状の如何によつてはマリット氏盲斑の増大することはあるけれども、それ以外の暗點を生ずることは無い。然るに軸性視神經炎の時は、必然的に病的暗點が存在してゐる。而かも其の暗點たるや、彼の中に心性網膜炎に觀るものとは大に異なり、必ずや注視點とマリ

オ、ト、氏、盲、斑、と、を、結、び、付、け、る、と、こ、ろ、の、横、楕、圓、形、を、爲、し、て、ゐ、る。即ち少し経験すれば、この暗點の形状だけで、本症を診断することが出来る。中にはこの暗點の形状によつて、本症の原因までも知り得るかの如く言ふてゐる者もあるが、著者はそれに同意することが出来ない、如何となれば之れを同じ患者について觀ても、其の經過中に、暗點の形状及び大きさといふものは或る程度の變化を示すからである(第百四十八圖A、B、C)。それといふのも、この暗點は主として乳頭黄斑纖維束及びその周囲の視神經纖維が侵されて、其の機能が減退する爲めに發する症狀で、同一の原因でも、時に強く、時に軽く作用することは當然である、即ち視神經纖維に現はれる障礙の程度は、決して原因からのみ左右されるもので無い。

症狀の軽い場合には、暗點も比較的のものとなり、普通に用ひる白色視標では檢出されない。小



同例の經過中に暗點の現はれる状態及び大きさの變化(A、B、C)の點

さい色視標によつて始めて、其の存在の知られることがある。さうした時に、綠色神が常に最も強く、侵されてゐるといふことは、中心性網膜炎の時に青色神の障礙せられるのと、好い對照である。

本症には小視症及び變形症は現はれて來ない。

病氣が永い間持續してゐると、後には乳頭黄斑纖維以外の部分も侵され遂には乳頭全體に互つて著明なる萎縮が現はれて來る。遺傳性視神經消耗症の如きは、蓋し其の適例であつて、中心視力の減退及び視野の狹窄が高度となるのは言ふまでもない。

著者は脊髄癆患者に於て、原發性視神經消耗症の經過中に更に加へて軸性視神經炎を發せる症例を経験した記憶がある。

腦下垂體腫瘍の初期に於て、軸性視神經炎の像を呈することがあるといふ人もあるが、此ものにあつては、さういふ時でも少し注意すれば、暗點は必ず顛側半部の視野内のみ存し、如何にそれが小さくとも既に半盲症型を示してゐるから、その點に於て鑑別することが出来る。

軸性視神經炎は急性、亜急性若しくは慢性に經過する。名稱は能く似てゐるが、初發症狀の全く異なるのは彼の急性球後視神經炎である。これに就ての詳細は、既に急發する視力障礙の章(八〇頁)に述べて置いたが、其の特異なる點は、眼球の後方に於て、視神經全體が急に強く侵され、其の爲めに明暗さへも辨別し得ない程になる。然しそれが治癒に向ふと、視野の外界から視力の回復が始まつてくる。それで或る時期になると、丁度乳頭黄斑纖維だけに障礙が残つて、そこに軸性視神經炎の症狀を呈するやうになる。これなどは嚴密に言へば球後視神經炎ではあるが、最初からの軸性視神經炎では無い。

原因 東西を通じて、軸性視神経炎の原因ほど我が眼科学界の問題となつたものは少ないと思ふ。我が國では脚氣と授乳、歐米では副鼻腔と散在性硬化症がそれである。歐米の書物には本症の原因として先づ散在性硬化症と酒精及煙草の慢性中毒とが挙げられてゐる。然し之れは現在の我が國としては殆ど考へて見る必要もない。何となれば散在性硬化症といふ病氣は邦人には無いといふてもよい程に稀だと聞く、又酒や煙草も今後は知らず、目下の所では如何に之れを濫用してもその爲めに眼の方に慢性中毒症を發する程のものは發賣されてゐないやうである。更に脚氣と授乳之れも今日では兩者に共通するビタミンB缺乏症といふことで、一先づ論戰は打切られた形である。然し、研究は尙ほ今後も続けられなければならないだらう。

副鼻腔と軸性視神経炎との因果的關係は、歐米に於ては近頃之れを否定せんとする學者が相當に多い、我が國でもそれに共鳴してゐる人がある。然し其の根據は孰れも臨牀的觀察から殆ど一歩も踏み出してゐない、殊に歐米には散在性硬化症といふ誠に都合のよい原因が他に存してゐる。著者と雖も臨牀的經驗に根柢を置くものではあるが、少くとも我が國には後副鼻腔と因果關係を有する軸性視神経炎が確かに存在してゐる、換言すれば、耳鼻科の處置によつて眼症狀の急に著しく輕快するものがある。尤も中にはそれはアドレナリンの効果で、所謂アレルギー性の疾患であるといふてゐる人もあるが、眼科でアドレナリンを用ひても影響のないとき、耳鼻科へ頼んで後副鼻腔を開いて、その換氣法を行ふと、それを機會に症狀が輕快する。殊に鬱積乳頭の症狀を呈してゐるものに於て能く奏效するやうである。

比較的稀に遺傳性に本症を發することがある。通例、春機發動期ごろに急に症狀を呈してくる、

性の差別はないが、男子に多いかと思ふ。女子にあつては又月經閉止期に發病することもある。一種の内分沁障礙と觀るべきである。

其他統計上、原因の不明なるものは症例の約半數に及んでゐる。

療法 何よりも先づ原因を精査することである。かうした場合、稍もすると先入觀念から出發する人が多いやうである。例へば副鼻腔を原因から除外しやうとする人は、其の反證となるやうなことを種々搜し出す、其のくせ自分の想像してゐる原因を認めやうとするときは、有るか無いか判らぬ程の症狀をも直ちに大きく考へて、據り所にするといふ傾きがある。或る學派の一員として學術研究に従事し、以て其の學說を擁護せんとするならば、兎も角、唯、忠實なる臨牀家として患者本位に、最も適切なる治療を行はうとする人々は、能ふ限り自由なる見地に立ち、種々なる點から其の原因を探究するやう心掛けなければならない。

原因さへ明瞭になれば、あとはそれを変除するだけである。例へば副鼻腔が疑はしければ耳鼻科に托してこれが検査を請ひ、脚氣が原因であれば、内科の意見に従つて處置し、若し授乳と關係があれば小兒科と相談して、乳兒の榮養の衰へない程度に、一時授乳を中止するといつた風である。

原因の全く不明なる場合に於ても、それが中毒性のものなることは、考へられるのであるから、代謝機能を旺んにすると同時に、榮養殊に各種のビタミンを充分に攝取するやうにする。局所的には別に施すべき方法がない。ストリキニーネの顛顛部皮下注射の如きは、著者は之れを試むる考へすらも持つてゐない。

閃輝性暗點

閃輝性暗點

症例一、西○貞子二十二歳大正十五年四月二十九日入院。患者は再發性網膜硝子體出血を患ひ、その爲めに兩眼の視力は著しく減退し、右一メートル指數左○五メートル指數であつた。或る朝突然不快の感を催ふすと同時に、右側、偏頭痛を覺えた。すると正午近くに至り、右眼の視野の中央とも思はるゝ所に、光輝ある白色の斑點が現はれ、それが漸次邊緣に向つて増大して行くのを氣付いたが、其の進行は明かに鋸齒狀を爲してゐた。此の白色斑點が視野の大半を蔽つたと思ふと、やがて又跡方もなく霧消し、引續いて右側に激しい偏頭痛を發して、嘔吐した。斯る發作は其の日の夕刻までに三回も反覆した。患者は以前にも斯る症狀を發したことがあると物語つてゐた。

症例二、後○貞子十七歳學生、昭和三年十二月二十四日。一昨年十一月頃より、時々、直徑一〇センチメートル程の紫色を呈する斑點が眼前に現はれ、それは兩眼を閉ぢてもはつきりと見え、周邊はチクツァクに山道形を爲して、次第に其の大きさを増して行くが約三十分程で消失し、其の後二、三日は頭痛を覺えるのが例である。月經前後に特に著明に現はれるやうに思つてゐるといふ。

症例三、松○理七郎、二十六歳商人、昭和四年四月十三日。約十五年前から一週間一回位、朝起きた時分に視野に暗點が現はれ、それが段々と擴つて行く、約一時間位で消散する。その後必らず頭痛が来る。暗點の進行は丁度、忠臣藏の義士の服装にある山道模様似てゐる。暗點の消失するときには先づこの境界が漸く不明になる。約十年前に副鼻腔の手術を行つたが、其の爲めか、現今では月に一回位の發作に減少したといふ。

之れ等の症例に於て患者が述べてゐるやうに、本症は常に一過性の暗點として現はれ、殆ど毎常偏頭痛を伴ふてゐる。それ故に一に眼、偏頭痛、Augenmigräneとも言はれてゐる。この暗點は最初

注視點に最も近いところから副中心性に現はれ、そこから段々と視野の周邊に向つて増大して行く、特異なるは暗點の進行する邊緣が鋸齒狀を呈して、閃々と輝くことである。斯くして遂に視野の全半側を侵して同側半盲症のやうになる。尤もその頃になると既に暗點の初發部は多少視力を回復して來ることもある。

時としては、それが半盲症にまで至らず、單純なる中心暗點で止まり、或は稀に視野の上半部若くは下半部の缺損として現はれることもある。

斯る暗點は視力の良否とは全く無關係で、通例は兩眼に現はれ、中樞性のものであるが、時にはそれが一眼にのみ發して、末梢性であるかの如く思はれることもある。發作の頂點に達するとき、閃輝先づ止み、次で邊緣より再び縮小して遂に消失する。

發作時間は其の短かきものは數分間、長いのは數時間に及ぶけれども、通例十五分乃至三十分間である。頻度も亦人によつて異なり、生涯唯一回の發作しかないこともあり、或は日々現はれる人もある。又症例第二のやうに月經と關係を有する場合もある。

發作後は激しい頭痛を覺え、悪心、嘔吐、欠伸、神氣沮喪等を來すのが通例である。

本症は好んで神經質の家族に現はれ、遺傳を證明することが多い。思索家、畫家、小説家等も亦本症に罹り易い。

療法 心身の過勞を避け、能ふべくんば優游自適の生活を營むのが一番よい。

以上は暗點を特異の症狀とする疾患であるが、次には視野の外廓より狭窄を來すものに就て述べることにする。而してそれには先づ大體視野の廣さと、之れを簡單に測定する方法を知つて置

いた方がよい。

健全なる視野は、注視點を中心として、その顛側側に存する部分が最も廣く、下方之れに亞ぎ、鼻側と上方とは略同一で、下方よりも少しく狭くなつてゐる。視野の大きさを示すには角度を用ひてゐる。今其の大體の數字を擧げると

	顛側	下方	鼻側及び上方
白色	九〇	七〇	六〇
青色	七〇	五〇	五〇
赤色	五〇	四〇	四〇
綠色	四〇	三〇	三〇

視野に狭窄があるか、どうかといふことを詳細に知らうとするには、視野計、Perimeterを用ひなければならぬ。然し多忙なる臨牀家にあつては、さうした検査は相當に面倒な事と思ふ、次の如くすれば簡單である。

便宜上、患者の右眼の視野に就て述べると、先づ患者をして、其の食指を檢者と自分との中間距離の所に置かせて検査しやうとする右眼を以て注視させる。檢者はこの時、患者の右眼と相對向してゐる左眼を以て、同じく患者の差し伸べてゐる指端を注視する。勿論患者の左眼と檢者の右眼とは閉ぢられてゐる。斯る状態の下に、檢者は視野の周邊より一定の視標例へば一小平板の前後兩面に全く同一の視標を印せるものを、徐々に動かしながら、注視點に近づけ、それを患者が始めて認識する、其の瞬間に適當なる合圖をさせる。一、二回反覆すると患者は容易にそれを會得する

ものである。

今、注視點に近づきつつある視標を檢者の方では既に明かにそれと認め得たのに拘らず、患者の尙ほこれを氣付かないのは、丁度その部分の視野に狭窄の存するのを告ぐるものである。斯くして内、外、上、下の各周邊より求心性に、或は反對に注視點から遠心性に、視標を移動して検査すれば、視野の孰れの部分に、如何なる程度の狭窄があるかといふことを、可なり正確に知ることが出来る。この際檢者の視野に異常のないことを前提とするは勿論である。尙ほこの検査に於て注意すべきは、視標と注視點とを含む平面が、患者と檢者の中間に於て、双方より等しい距離にあることである。それから又上方の視野は、上眼瞼の爲めに妨げられて、實際よりも幾分狭く現はれることを忘れてはならない。

白色視標で検査せる視野が、大體に於て求心性に狭窄して居り、且つ同時に青色神が、赤色神よりも、強く侵されてゐるのは、殆ど除外例なしに、網膜外層及び脈絡膜の疾患を告ぐるものである。斯る場合、必ず光神の減退を伴ふからして、少し暗い所で視野を測定すると、其の狭窄が一段と著しく現はれて来る。

白内障摘出手術を行つた後の眼は、網膜及び脈絡膜に、これぞといふ病變のないのに拘らず、求心性の視野狭窄を示すものである。

上眼瞼の影響を全く除外して、尙ほ上方の視野に缺損のあるのは、其の多數が網膜剝離によるものである。

截痕狀の視野缺損は網膜血管の部分的血行障礙例へば靜脈分枝の血栓に於て能く觀るところ
視野に特異の缺損を生ずる疾患

視野に特異の缺損を生ずる疾患である。

原發性視神經萎縮に於ては、餘り特異の狹窄は現はれて來ない唯、綠色神が他のどれよりも早く侵されて狹窄し、或は全く認識不能となることが時に診斷的價値を有するのである。これに反して、慢性緑内障では、乳頭だけの所見は、往々原發性萎縮に似てゐるけれども、一たび視野を測定して見ると、それが可なり強く狹窄してゐる。それでも綠色神は他の色神と共に、尙ほ永く殘存するのが通例で、茲に兩者の鑑別點を見出すことが出来る。尙ほ緑内障の時は視野の内方若くは内上方の特に強く狹窄することが比較的特異だといはれてゐるが、それよりも今日では彼のビ、エルム、氏或はゼ、イ、デル、氏、暗點の存在が、より多く診斷に役立つのである。以上は専ら片眼についての視野缺損で、病變が視神經交叉部よりも末梢の部分に存する時に現はれるものである。

次に視神經交叉部及び、それ以後に、病竈のあるときは、兩眼の視野に同時に比較的特異の缺損即ち半盲症、Hemianopsieを呈して來る。何となれば視神經纖維は、その大部分が網膜の顛顛側半部から來たら起始し、それ等が相集つて視神經を構成して交叉部に至り、そこで網膜の顛顛側半部から來たものは、其ま同側の視神經索へ、又鼻側半部よりのものは交叉して對側の視神經索へ移行するからである。即ち若しこの交叉部に病變があれば、兩眼の交叉性神經纖維が先づ侵される、又視神經索及びそれ以後の部分に變化があれば、必ず一方の眼の交叉性纖維と、他眼の非交叉性纖維とが同時に侵されるのである。

前眼部より視神經乳頭までの間にある病變は、多くの場合に直接之れを認めることが出来るけ

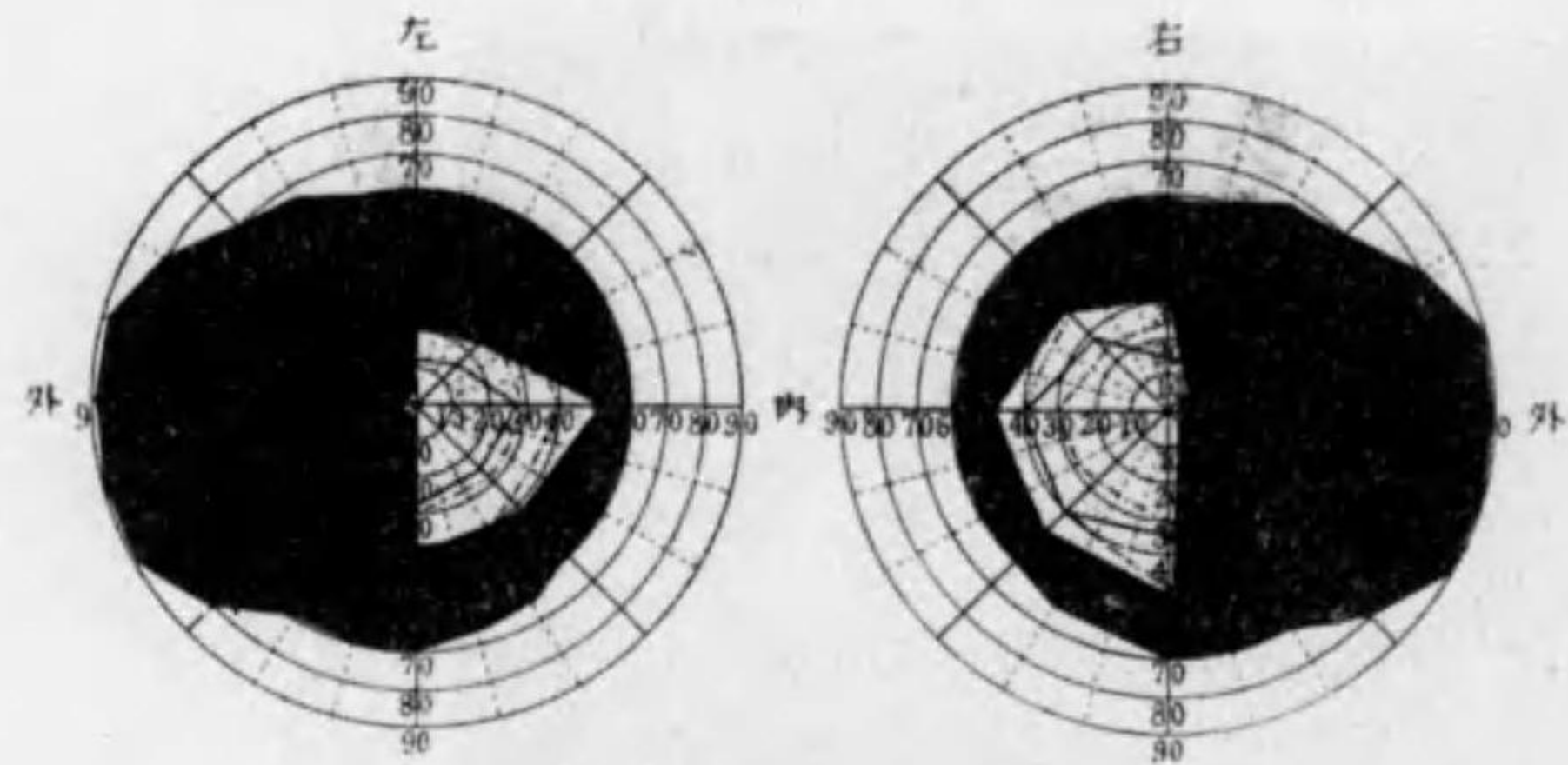
れども、視神經交叉部及びそれ以後に存するものには、檢眼鏡の力が及ばない、已むなく視野の測定によつて之れを診斷せなければならぬが、幸ひ、そこには多くの場合特異の視野缺損を生じてゐる。

兩顛顛側半盲症

腦下垂體腫瘍に必發する重要な症狀である。解剖學上、腦下垂體は視神經交叉部と腦底

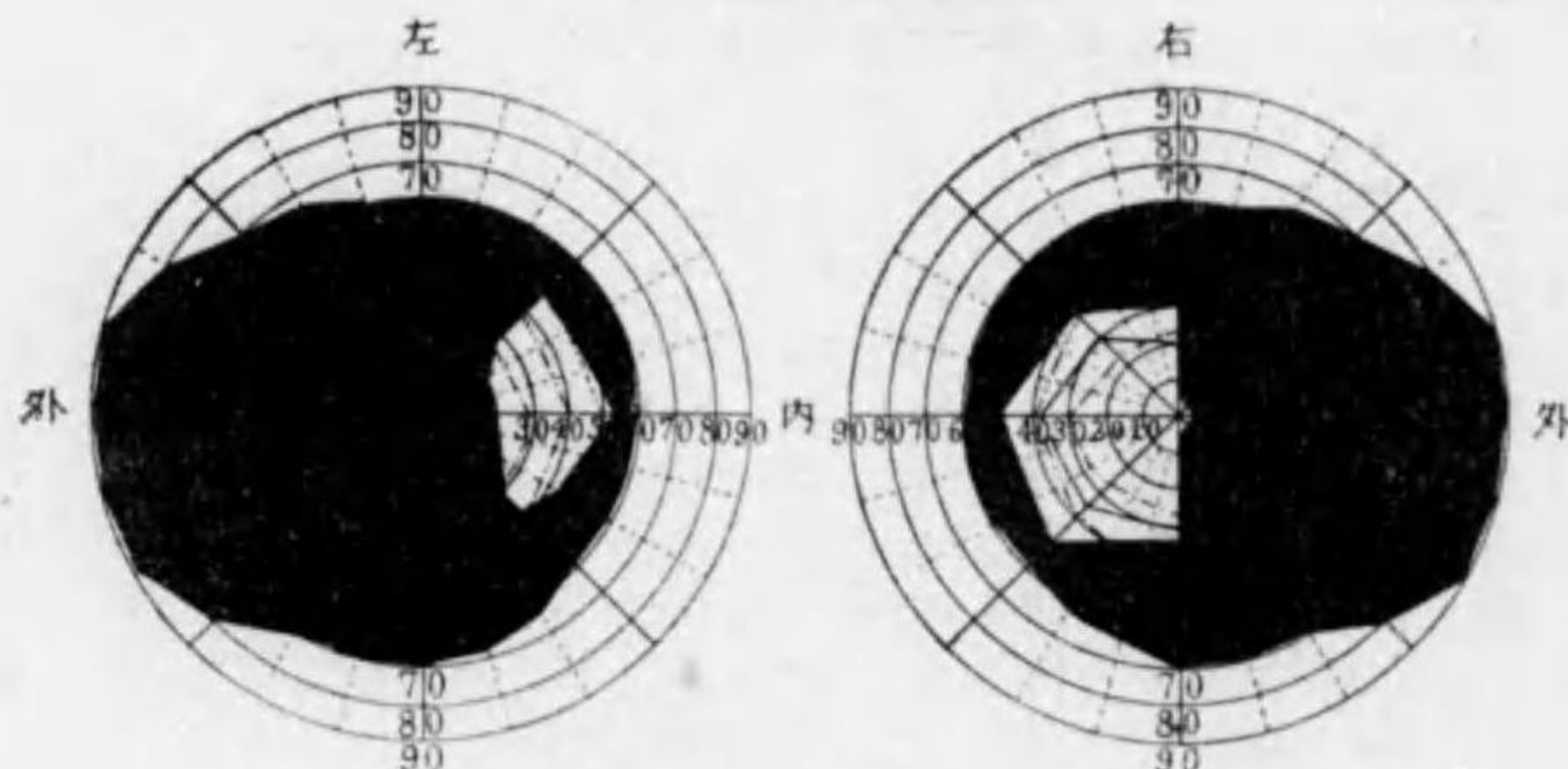
兩顛顛側半盲症

圖九十四百第



(一其)症盲半側顛顛兩るよに瘍腫體垂下腦

圖十五百第



(二其)症盲半側顛顛兩るよに瘍腫體垂下腦

骨土耳古鞍との間に介在してゐる。それ故に此處に腫瘍を發生するとき、直接其の影響を蒙むるのは視神經交叉部で、其の際先づ侵されるものは交叉性神經纖維である。即ち兩眼に於ける網膜の鼻側半部より起始せる神經纖維は、機能障礙に陥り、その爲めに視野の顛顛側半部に缺損が現は

視野に特異の缺損を生ずる疾患