

ハ大量ノ肺炎菌血清(五〇cc)ヲ皮下ニ注射シ、同時ニ其局處ニハ乾燥血清ヲ散布ス。其他一般の療法ニ從テ處置ス。

連鎖球菌性結膜炎

單獨ニ來ルコトアリ、コチフテリイ菌トノ混合傳染タルコトアリ。何レニシテモ多クハ重症ニシテ結膜ノ壞疽、角膜ノ破壊ヲ將來ス、ノミナラス其生命ニモ關ス。診斷上肺炎菌トノ區別ヲ要ス。

早期ニ連鎖球菌血清ヲ注射ス可シ、然シ其効毎常一樣ナラス、之レ恐ラク其菌株ノ差ニ因スルモノナル可シ。其他一般の療法ニ從ヒ處置ス可シ。

其他偽膜性結膜炎ノ病原體トシテ認メラル、ハ淋菌、腦脊髄膜炎球菌、コッホ、ウキークス菌、葡萄狀球菌、フリードレンデル肺炎桿菌、大腸菌等ナリ。之等ノ特異血清ナキモノニ於テハ一般法則ニ從ヒテ處理ス可シ。

一般療法

常ニ結膜ノ處置ニ際シテハ角膜ニ觸ル、ヲ禁ズ

- (1) 健眼ニハ保護繃帶ヲ裝用セシム。
- (2) 眼瞼皮膚及瞼緣ニ附着セル分泌物ヲ清除シ常ニ眼ヲ清淨ニ保ツ可シ。

(3) 結膜囊ヲ二%硼酸水、五千倍ノ昇汞、一萬倍ノ過マンガン酸カリウム(凡テ微温ヨシトス)ニテ洗滌シ且ツ剝脫セル偽膜ヲ注意シテ除去ス可シ。

(4) 強キ腐蝕劑ハ川ユ可カラズ、只沃度「フォルム」ノ散布又ハ沃度「フォルム」軟膏(五%)、昇汞「ワゼリン」(二千倍)、黃降汞「ワゼリン」(一%)ヲ結膜囊ニ入ル、カ又ハ結膜面ニ橙汁或ハ千倍昇汞水ヲ塗布スルニ止ム可シ。

重症ニハ「ピオチアナーゼ」ノ塗布効アリ。

(5) 偽膜ノ形成止ミ分泌高マリ眼瞼硬分軟クナレバ此ニ於テ硝酸銀(一%)「プロタルゴール」又ハ「アルギロール」ノ點眼ヲ初メ(但シ新ニ偽膜ヲ作り又ハ深部ニ浸潤ヲ發來ヒバ直ニ癢ス可シ)、發赤、腫脹、分泌減退スル迄持續ス。

(6) 冷卷法ハ川フ可カラズ(唯初期ニハ浸潤ノ擴延ヲ止ムルガ故ニ川ヒラル)、之レ高度ニ浸潤セル組織ノ營養ヲ容易ニ阻害シ壞疽ニ陥ラシムルガ故ナリ。

壞疽ヲ起シ結膜ノ一部剝脫セシ場合ニハ將來ス可キ瞼球癒着ヲ避ケンガ爲メニ時々眼瞼ヲ眼球ヨリ離シ或ハ油(「オレーフ」油)浸セル綿花ヲ瞼球ノ間ニ挿入ス。

(7) 已ニ角膜合併症ヲ起セバ何等ノ治法ナシ、只潰瘍ノ中央ニアル時ハ「アトロピン」、邊縁ニアル時ハ「エゼリン」ヲ點眼スルノミ、其他沃度「フォルム」軟膏(五—一〇%)、昇汞「ワゼリン」(二千—一萬倍)、「オルトフォルム」ワゼリン(一〇%)、「ザリチール

グリセリン(1—3%)ヲ結膜囊内ニ入レ置ク可シ。

●初生兒淋菌性結膜炎

Conjunctivitis gonorrhoeica neonatorum

入院、隔離ヲ要ス。

初期即チ眼瞼ノ腫脹及疼痛甚シクシテ到底結膜ニ對シ治療ヲ施シ得サルガ如キ時期ニハ先ツ第二眼(健眼)ノ豫防ヲ講シ(防腐洗滌ヲ施シ一日一回宛一%硝酸銀又ハ一〇%「プロタルゴール」ノ點眼ヲ行ヒ患眼ヲ下ニシテ分泌物ノ流入ルナキヲ期ス)。次テ第一眼(患眼)ノ處置ヲ行フ。

(1) 拂拭

看護者ヲシテ眼瞼皮膚及瞼縁ヲ一%硼酸水ニ浸セル綿花ヲ以テ晝夜兼行毎三十分毎ニ顫顫側ヨリ鼻側ニ向テ拂拭セシム、此際ニハ拭綿又ハ手指ヲ角膜ニ觸レシム可カラズ。使用セル綿ハ燒捨テ器具及手指ハ充分洗淨消毒セシム可シ。

(2) 洗眼

之モ看護人ヲシテ爲サシム。下眼瞼ヲ少シク引下テ硼酸水(3%)、昇汞水(五千一

倍)、過「マンガ」酸「カリウム」液(一萬倍)、青酸々化氷水(二千倍)、生理的食鹽水ノ如キ洗滌料ヲ以テ囊内ニ貯留セル膿汁ヲ洗出セシム。液ハ四十一—四十二度ナルヲ良トシ、其回数ハ晝夜兼行三十分乃至一時間毎トス。勿論此際ニモ角膜ニ觸ル、ヲ禁シ且ツ其用具及手指ノ消毒ハ嚴行セシム可シ。

(3) 塗膏

拂拭及洗滌ノ中間時ハ硼酸「ワゼリン」(1—2%)白降汞「ワゼリン」(1%)ヲ瞼縁及瞼皮ニ塗布シ眼瞼殊ニ外眥部表皮ノ糜爛ヲ防グ。

數日後腫脹少シク去リ分泌物膿様トナリ、結膜ニハ乳嘴増殖スルニ至レバ注意シテ靜カニ眼瞼ヲ翻轉シ結膜面ニ二%ノ硝酸銀ヲ毛筆ニテ塗布ス、其回数ハ普通一日ニ一回ナレモ「ニヨリテ」ハ二回ヲ稱用ス、又膿漏盛ナルモノニハ五—一〇%或ハ桿ヲ使用スル人モアリ。硝酸銀ノ塗布液ハ直ニ生理的食鹽水ニテ洗淨ス。其後少時(一—二時間)冷卷法ヲ行ヒ、次ニ看護者ヲシテ拂拭、洗滌ヲ始メ三十分又ハ一時間毎ニ之ヲ反覆セム。(「ア」クセ「ンフェルド」ハ硼酸水又ハ過「マンガ」酸「カリウム」液ニテ一日ニ二—三回結膜囊内ノ大洗滌ヲナスヲ賞用ス)。(「アダム」ハ二時間毎ニ洗眼シ其後「ブレノレ」ニツェット「軟膏」ヲ結膜囊内ニ入レ置クハ効アリト云フ)。

カクノ如クニシテ徐々ニ腫脹分泌消退セバ(重病ニテリテハ四—五週後)硝酸銀ノ濃度

ヲ減シ一%トナシ、其回数モ一週一二回トナシ、遂ニハ皸瘳水ニ移行ス。
 結膜及眼瞼ノ浮腫甚シク血液循環ヲ阻害シ、分泌物ノ排外ヲ困難ナラシメ、且ツ角膜ニ
 壓迫ヲ及ボスガ如キ場合ニハ顛顛部ニ水蛭(五、六條)又ハ亂切或ハ外眥切開ヲ施ス。
 角膜合併症ヲ將來セバ正直ニ云ヘバ吾人ハ最早之ヲ防止シ又ハ治癒セシメ得ルノ策ヲ
 知ラザルナリ。故ニ全力ヲ擧ゲテ之ガ發生ヲ未然ニ防キ或ハ已來セシモノハ可及的將
 來ス可キ後害ヲ少カラシムルニ努力セザル可カラズ、サレド是亦今日ノ吾人ノ知ラザル
 處、唯知ル、時アリテ結膜面ノ濃厚(一〇%)硝酸銀ノ塗布、「バクレン」ノ燒灼、又ハ搔
 抓ノ偉効ヲ奏シ、危劇ヨリ角膜ヲ救ヒ或ハ潰瘍ヲ進行ヲ止メ得ルガ如キコアルヲ。
 一般ニハ角膜ノ表層性浸潤ニ對シテハ「デオニン」(五%)、一日數回)及「アトロピン」ヲ
 以テ闘ヒ。潰瘍中央部ニ起レバ「アトロピン」、邊緣ニ起レバ「エゼリン」ヲ點眼シ、穿孔免
 レ難キ時ハ穿孔術ヲ行ヒ、角膜穿孔シ虹彩脫出ヲ起セバ疾患ノ經過後脫出部ヲ切除ス
 ルカ又ハ燒灼ス。角膜合併症ヲ起スモ膿性分泌アル間ハ硝酸銀塗布ヲ癢ス可カラズ、
 已ニ角膜全ク破壊シ其失明疑ナキ時ト雖モ分泌アル間ハ必ズ塗銀ヲ續行ス可シ、之レ健
 眼ノ豫防上必要ナルノミナラズ他ハニ對スル、染豫防ノ一タレバナリ。
 硝酸銀ノ代用品ハ種々呈供サレタレモ尙吾人ハ他ニ之ヲ凌駕スルアル者ヲ知ラズ。但
 シアキセンフェルドハ「プロタルゴール」ヲ稱用ス、之レ硝酸銀ニ比シ腐蝕及蛋白凝固

力少クシテ殺菌力ニ富ミ且ツ深部ニ迄モ作用シ而モ刺戟作用少クシテ用ヒ易キガ爲メ
 ナリ、同氏ハ晝間一回一〇—二〇%液ヲ點眼シ、夕ト夜間トニ五%液ヲ點眼ス。
 膿漏眼ニ對スル療法ハ古來ヨリ諸學者ノ腐心セル處、從テ種々ノ方法案出セラレタリ。
 サレド未ダ一ツトシテ信賴シ得可キノ法ナク、畢竟其時ノ病原體ノ性狀ト患者ノ素質ト
 ニヨリテ運命ノ吉凶定マリ所謂個人ノ經驗及學識ノ如キハ其經過上唯幾分ノ甲乙ヲ齎
 スニ過ザルナリ。
 予ハ今此ニ細菌性傳染症ニ對スル治療學ヨリ見テ膿漏眼ニハ如何ナル治療法ガ理想的
 ニシテ且ツ研究ノ價值ヲ有スルカヲ吐露スルモ敢テ贅言ナラズト信ズ。
 抑モ細菌性傳染症治療ノ第一策ハ其病原體ヲ撲滅スルニアリ、サレド我膿漏眼ニ於テハ
 從來吾人ガ用フルガ如キ程度ノ濃度ニ於ケル洗眼液ヲ以テハ到底結膜囊内ノ細菌ヲ滅
 殺シ得ルモノニアラズ、而モ間斷ナキ濃膿ヲ清掃シ囊内ニ貯溜ナキヲ期センニハ少クモ
 五—一〇分毎ニ洗滌セザル可カラズ、カク頻次ナル洗眼ニ於テハ早クモ上皮ノ障害ヲ齎
 スモノナリ。又吾人ノ使用スル銀劑ノ如キモ其作用表層的ニシテ到底皺裂間又ハ組織内
 ニ存スルモノニ向テハ何等ノ効ヲモ及ボシ得サルナリ。カクシテ藥劑的病原菌撲滅策
 ハ一ツノ理想的療法ニ外ナラザレモ今日ニテハ不可能ノ一ナリ。
 次ニ吾人ノ理想トスル第二策ハ其局處ニ免疫ヲ附與シ、細菌ヲシテ發病力ヲ逞シ得サラ

初生兒膿漏性結膜炎

シムルニアリ。而シテ吾人ハ此局處免疫療法ノ空想的ナラザルヲ知ル、何トナレバ臨床上吾人ハ分泌物ノ消散後暫時尙結膜囊内ニ淋菌ヲ證明シ得ルヲ知ル之レ、所謂其結膜ガ該淋菌ニ對シテ局處性免疫ヲ得タルヲ證スルニ外ナラザレバナリ。然ラバ如何ニシテ此局處免疫ヲ附與シ得ルヤト云フニ其法ニアリ、一ツハ活動性免疫ニシテ他ハ被働性免疫ナリ。然ルニ活動性免疫ハ多クノ時日ヲ要シ免疫ヲ得タル時期ニハ已ニ角膜ノ運命ハ決定セラレ居ルナリ。故ニ之ハ何等ノ價値ヲモ有セズ。被働性免疫ハ一般ニヨク火急ノ用ヲナス、故ニ此場合ニ適應ス、サレド吾人未ダ正確ナル血清ヲ有セズ。レヨイメル氏ハルッペル氏ノ淋菌血清ノ粉末ヲ結膜囊内ニ散布シ、洗眼料トシテ一%血清(〇・八五%食鹽水一〇〇・〇血清一・〇)ヲ稱用ス。

豫防法

(1) 膿漏アル妊婦ハ豫メ治療ヲ施ス可シ。

(2) クレーデ氏法(二%ノ硝酸銀點眼ハ餘リニ結膜ヲ強ク刺戟シ加答兒ヲ起スガ故ニ一

%ヲ稱用スルモノアリ)

銀ノ代用品トシテハ「プロタルゴル」(一〇%)「ゾフォール」(五—一〇%)、「アルギロール」(一〇—二〇%)、「アルバルギン」(一〇—二〇%)ヲ愛ス、凡テ藥液ハ新調ノモノヲ加温シテ用フルヲヨシトス。

● 大人淋菌性結膜炎 Conjunctivitis

gonorrhoea adultorum

大畧此療法ハ初生兒ノ場合ノ如シ。唯注意スベキハ初生兒ノ者ニ比シ角膜ノ合併症ヲ起ス危險多キニアリ、從テ治療中ハ常ニ此點ニ向テ注意セザル可カラズ。一般ニ此角膜合併症ハ膿漏ノ最モ旺盛ナル時期ニ發ス。又球結膜ノ浮腫高度ナルモノハ其危險大ナリ、尙結膜面ニ偽膜形成スルハ重症ノ徵ナリ。

初期ニアリテハ唯其分泌物ノ排除ニ努力ス可シ但シ結膜囊内ノ洗滌ニ當リ角膜緣部ト浮腫セル球結膜トノ間ニ分泌物ノ停滯セザル様注意ヲ拂フ可シ、勿論此際角膜上皮ヲ毀損セザル様細心ニ洗滌ス可シ。

膿漏期ニ入レバ硝酸銀ノ塗布ヲ始ム。疼痛アル場合ニハ氷冷セル浸潤「ガーゼ」ノ少片ヲ以テ冷卷法ヲ行フ。

豫防上淋病患者ニハ自他ニ其害ヲ及ボサザランガ爲メ淋疾ノ分泌物ガ膿漏眼ノ原因タルヲ教ヘ、苟モ其分泌物ノ附着セシ恐アルモノハ眼ニ致スヲナカラシム、殊ニ搔痒性又ハ分泌物アル眼疾患者ニハ充分其注意ヲ與ヘ置クノ必要アリ。又他人ニ對シ傳染ヲ豫防ス可シ、殊ニ醫師及看護人ハ患者ニ接スル毎ニ膿ノ眼ニ閃入セザル様保護眼鏡ヲ裝シ

大人淋菌性結膜炎

大人淋菌性結膜炎

施術後ハ手指ノ消毒ヲ忽ニス可カラズ。

尙成人膿漏眼ハ通常先ヅ一眼罹患シ次デ他眼ヲ襲フモノナルガ故ニ第二眼ヲ救済スルハ醫ノ義務ナリ。之ニハ健眼ニ保護繃帶ヲ施ス可シ。

(1) 圓形ノ硼酸「リント」ヲ置キ更ニ昇汞綿ヲ重テ其周邊ヲ脾創膏又ハ「コロヂューム」ニテ固封ス。

(2) 圓形ノ「ゴム」紙ノ邊緣ヲ「クロ、フォルム」ニテ溶カシテ眼邊ノ皮膚ニ固着セシム。

(3) 眼窩部ニ輪狀ノ綿花ヲ置キ其上ニ時計「ガラス」ヲ配シ、更ニ其緣ニ少量ノ綿花ヲ載セ「コロヂューム」ニテ閉ス。

(4) 皿形ノ革製板ノ中央ニ平面鏡ヲ裝セル者ヲ使用スルモ可ナリ。

(5) 甲狀「セルロイド」板ヲ用フルモヨシ。

要ハ密閉ニアリ、然レ且時々之ヲ取りテ換氣ヲ行フ可シ。保護繃帶ヲ裝用スルモ努メテ患眼ヨリ膿ノ流入スル「ナキ」期センガ爲メ睡眠中ハ患側ヲ下ニス可シ。

▲轉移性淋疾性結膜炎

急性ノ劇甚ナル加答兒ヲ兩眼ニ來ス。分泌物中ニハ淋菌ヲ見ズ。尿道膿漏ノ再炎ニ際シ此者モ再來ス尙此炎症ニ固有ナルハ炎症症狀ガ驗結膜ヨリモ穹窿部ニ盛ナルニア

リ。療法—靜臥、洗眼、温巻法。

●非淋菌性初生兒加答兒

(初生兒加答兒ノ約三〇—四〇%ヲ占ム)

病原體トシテ認メラルキナル者ハ肺炎双球菌、黃色膿膿性葡萄狀球菌、コッホ、ウチークス菌、フリードレンデル肺炎桿菌、大腸菌、モラクサス、アクセンフェルド重桿菌、膿膿性連鎖球菌、「インフルエンザ」菌、「デフテリ」菌等ナリ。尙近來細胞内包括物(プロワチエック體ト同物)ノ膿漏ノ因ヲナスヲ説ク。其他無論病原菌トシテ認ム可キモノヲ有セザル場合モ少カラズ。

本症ト淋菌性ノモノトヲ比スルニ此者ニアリテハ一般ニ其症狀輕度ニシテ腫脹分泌高度ナラズ且ツ經過モ短クシテ急ニ散ス。

又多クハ出産後六—十二日ヲ經テ發病ス。

治療—洗眼、硝酸銀塗布、冷巻法。

非淋菌性初生兒加答兒

●春季加答兒 Frühlingscatarrh.

治法ナシ、唯症狀ヲ幾分軽減シ、苦痛ヲ少カラシメ得ルノミ。
貧血ニ對シテハ砒素劑又ハ鐵劑ヲ與フ。

鼻疾患ノ有無ヲ檢シ之ヲ治ス可シ、殊ニ粘膜ノ腫脹ハ去ル可シ。

氣候ノ變化ト本症ノ發作トノ間ニ關係ヲ有スルヲアリ、殊ニ夏期ニ増悪スルヲアルヲ見ル、カ、ル者ニアリテハ夏期山間ニ送り又ハ時々冷水浴ヲナサシメ或ハ一日數回冷、氷浴法ヲ十五—三十分宛行ハシム。又光線ハ本症ノ原因上何等カノ關係ヲ有スルモノ、如シ、現ニ遮光縞帶ニヨリ一時症狀ノ減退ヲ來スヲ見ルヲアリ、サレド此ノ如キ療法ハ到底長ク繼續シ得ラル可キニアラス。唯吾人ハ羞明強キ場合ニ其因タル可キ葦外線ヲ吸收シ得ルハルヲウエル又ハオイフオス或ハ黄色「グラス」ノ眼鏡ヲ處ス。

分泌アル者ニハ硼酸水(一—二%)、過「マンガン」酸「カリニウム」液(一萬倍)、鹽素酸「カリニウム」(一—二%)、硫酸亞鉛(〇、五)、「アンチピリン」(五—一〇%)、ノ點眼。又ハ昇汞「ワゼリン」(〇、〇三%)ノ擦入。硝酸銀ハ只分泌非常ニ盛ナル場合ニ用ヒラル、ノミ。一般ニ刺戟劑ハ用ヒザルヲ良トス。嚴重感異物感ニ對シテハ生理的食鹽水又ハ硼酸水ノ洗眼。焮灼搔痒感ニ對シテハ「コカイン」アドレナリン」又ハ稀薄醋酸液(一〇—二〇c.c.ノ水ニ一滴ノ比)、「イヒチオール」水溶液(一%)ノ點眼又ハ冷—氷罌法。

一般ニ昇汞水(千—五千倍)、黃降汞「ワゼリン」(一—二%)、「イヒチオール」軟膏(一—二%)、白降汞「ワゼリン」(一—二%)ノ「マツサージ」、其他「デオニン」又ハ「キセロフォルム」ノ散布、「ピオクタニン」(〇、五%)塗布有効ナリ。兎ニ角非常ニ慢性ノ疾患ナレバ(時トシテハ春機發動期ニ至リ忽然消散スルヲアリ)時々用藥ヲ變更スルノ要アリ。
角膜緣部ニ於ケル高度ノ増殖ハ切除ス可シ(再發多シ)。
軟骨結膜面ニ於ケル高度ノ肥厚ニ際シテハ其軟骨ヲ切除ス。

●天疱瘡 Pemphigus.

砒素劑ノ内服。「アトキシール」(二%)ノ皮下又ハ筋肉内注射。第一回ノ注射量ヲ十分ノ二筒トシ、五日毎ニ十分ノ二筒宛ヲ増量シテ遂ニ一回量一筒ニ達セシメ、爾後毎二日ト三日ニ一筒宛ヲ用ヒ、全量一〇—三〇筒ニ至ラシム。局處ニハ硼酸「ワゼリン」ヲ塗布シ喉球癒着ノ將來ニ備フ可シ。已來セシモノニ向テハ手術。
高度ノ癩痕ヲ形成セシ場合ニハ「フキプロリジン」ノ注射ヲ試ム(一週ニ二筒、脊部皮下注射)。

●結核性結膜炎 Conjunctivitis tuberculosa.

一般ニ入院加療ヲ要ス。

吾人が藥治的療法ヲ試ミ得ルハ唯輕度ニシテ病的範圍ノ狹小ナル者ニ限り、彼ノ重症ニシテ而モ淚囊結核ヲ合併シ殊ニ骨ヲモ侵セルガ如キ者ニ至リテハ無論手術ヲ要ス(此ノ如キモノハ一般ニ豫後不良ナリ)。

先ヅ局處ヲ切除シ、銳匙ヲ以テ搔抓シ、後「バクレン」ニテ燒灼ス(此際常ニ大ナル後害ヲ貽サザル様注意ヲ拂フ可シ)。又ハ潰瘍部ニ濃厚ナル(五〇%)乳酸ヲ度々(一日ニ一回)塗布シ、其部ノ腐蝕ヲ試ム(乳酸ハ角膜ニ附カザル様心掛ク可ク又塗布後ハ水洗スルヲ要ス)。

燒灼後又ハ腐蝕法ノ中間時ニハ沃度「フォルム」、或ハ「アイロール」ノ散布ト洗眼トヲ行フ。

「フエンゼン」療法モ効アリト云フ。

一般ニ小ニシテ限局性ノモノハ手術殊ニ燒灼ニヨリテ除去スルヲ良トシ、稍大ナルモノニハ乳酸療法或ハ「フエンゼン」燈ヲ採用ス。

角膜合併症ヲ起セバ「アトロピン」ヲ要ス。

「ツベルクリン」療法ハ結膜ノ結核ニ對シテ何等ノ効ヲモ顯ハサズ。

結膜潰瘍ノ診斷

(1) 結核 全身検査ヲ行ヒ結核ノ有無ヲ診ス、細菌検査殊ニ切片ニ於テ、病理組織學的

検査、動物試験、「ツベルクリン」反應 臨床上ニ於テハ慢性ニシテ進行性ノ潰瘍及

灰白黄色ノ微小結節ヲ形成スルヲ以テ特異トナス。

(2) 微毒 罕、全身検査、ワッセルマン反應。

(3) 天疱瘡 他ノ體部ニ水泡ヲ見ルヲ多シ、其場合ノ潰瘍ハ癍痕ヲ形成ス、他部ニ水泡ヲ見ルヲアリ。

(4) 霰粒腫ノ内方ニ破レタル時 眼瞼皮膚上ヨリ觸ル、ニ軟骨内ニ硬キ球狀物ヲ認ム。

(5) 其他「フリクテン」、「トラホーム」、膿疱、痘瘡、種痘疹、火傷、腐蝕ニヨリテ生ズルヲモアリ又「デフテリ」或ハ連鎖球菌ニ因スル重症偽膜性結膜炎ニ際シ潰瘍ヲ形成スルヲアリ。

濾胞性結膜炎

●濾胞性結膜炎 Conjunctivitis follicularis.

「アトロピン」ニ因スル者ハ其使用ヲ廢シ、代用トシテ「ヒヨスチン」、「ヒヨスチアミン」、
「莨菪越幾斯」、「スコボラミン」ヲ點ズ。局處ニハ硝酸銀(〇・三%)、皓礬水(〇・五%)ヲ用
ヒ、冷器法ヲ施ス。

急性結膜炎ノ一症狀トシテ發來セルモノハ何等特殊ノ療法ヲ要セズ。結膜炎ノ消散後ノ
遺胎セルモノニハ明礬桿ヲ用フ。

學砂濾胞ハ硼酸水ノ洗滌ト皓礬水ノ點眼トヲ行ヒ、一般衛生上ノ注意ヲ怠ラザレバ治ス
其他點眼トシテ稱用ス可キハ

處方

硼砂

一・五

處方

昇汞 〇・〇〇三

溜水

二〇・〇

ワセリン

一〇・〇

一日二回點眼

一日二―三回結膜囊内ニ擦入

頑症ニハ千倍ノ靑酸々化汞水(一日二回點眼)、明礬桿(一週ニ二―三回)。千倍ノ三鹽化
沃度又ハ千倍昇汞ヲ浸セル綿花ノ「マツサージ」(輕ク)有効ナリ。尙不治ノ者ニ於テハ
斷然西洋子楊ニテ濾胞ヲ一擦清去ス可シ。

●結膜翼狀贅片 terygium conjunctivae.

瞳孔領ヲ侵スニ至リテハ視力ノ障害ヲ齎ス故ニ早期ニ除去スルノ要アリ。

此手術ニ際シ注意ス可キハ贅片ノ角膜上ニ殘ラザル様且ツ角膜ヲ餘リ深ク損セザル様
心掛ク可シ。切除後ノ缺損部ヲ蔽フニ他側ノ健康球結膜瓣ヲ移植セバ最モ可ナリ。

電氣分解ハ小ナルモノニ適ス(四五頁參照)

結膜翼狀贅片

濕疹性角膜結膜炎

● 濕疹性角膜結膜炎

Keratoconjunctivitis

eczematosa

本症ハ外見上全ク健康ナルモノニモ來ルナキニアラザルモ多クハ營養不良ナル小兒殊ニ腺病質ノ者ヲ襲ヒ、又數々顔面、鼻腔及頭部ノ濕疹ヲ有スル者ニ見ラル。故ニ本療法上吾人ハ先ツ腺病質小兒ノ全身療法ヲ講シ、追次委細ニ亘ラントス。

此ニ本療法ヲ述ブルニ先チ豫メ注意シ置ク可キハカ、ル患者ハ多クハ貧民ノ子弟ニシテ到底吾人ノ理想的療法ヲ適用シ得ラレサルモノナルガ故最モ普遍的ニシテ實際ニ行ハシ得可キモノヲ以テ満足セサル可カラザルニアリ。

腺病質ノ患者ノ療法トシテ心得可キハ左ノ五點ナリ

空氣、光線、清潔、運動、營養。

全身ノ營養ヲ増進センガ爲メニハ消化シ易キ滋養ニ富メル食餌ヲ過不及ナク與フ可シ。但シ單食ハ宜カラズ、蛋白、含水炭素、脂肪ヲ適量ニス即チ肉(殊ニ淡白ナル魚肉)、鶏卵、牛乳、野菜(新鮮ニシテ纖維少キ)等ヲ適當ニ與フ可シ。

時々日當リノ好キ清新ノ氣中ヲ逍遙セシム殊ニ海濱ハ可ナリ、蓋シ日光ハ皮膚ニ一種ノ刺戟ヲ與ヘ動脈性充血ヲ招來シ疾患治癒ヲ補助スレバナリ。此日光浴ハ多少ノ羞明アル

場合ニモ羞明ナケレバ疾患發作時ニハ羞明、疼痛甚シクノ一時癢セザル可カラズ、サレド症狀多少減退セバ直ニ日光浴ヲ初ムルヲ良トス。田舎生活ハ新鮮ノ氣ト充分ナル日光トヲ供給スル點ニ於テ市井ノ小兒ニ適應ス。高山療法殊ニ溫泉療法或ハ海水浴モ亦可ナリ(一週ニ二―三回)、(非常ニ虛弱ナル者ニハ適セス)。溫泉又ハ海水浴ノ不能ナル者ニハ食鹽或ハ湯ノ花ヲ混セル温浴、食鹽水摩擦(毎朝、「タオル」ニ食鹽水(三―一・五%)ヲ浸セルモノニテ全身ヲ摩擦ス)ヲ良トス。非常ニ虛弱ナル小兒ニアリテハ初メハ乾燥全身摩擦ヲ行ヒ、次テ「アルコホル」水(等分液)ノ摩擦、更ニ進ンテ冷水及食鹽水摩擦ヲ勵行セシム。其他新陳代謝ノ旺盛ヲ圖ランガ爲メ「マツサージ」、體操ヲ行ハシム。

衣類ハ清潔ニシテ温ナル可ク而モ輕キヲ貴ブ。

又全身皮膚殊ニ手指ヲ清潔ニ保タシメ、且ツ眼ノ摩擦ヲ禁ス。腺病質小兒ニ對スル藥治療法トシテハ肝油、鐵劑、砒素劑ヲ稱用ス。即チ肝油(一日ニ一―三回、一茶匙宛)、沃鐵舍利別(一日ニ一―五・宛)、鐵蛋水(一日ニ半―一茶匙宛)、法列兒水(一日ニ滴ヨリ漸次増量十二滴ニ及ブ)。其他

處方

炭酸「グアヤコール」 〇・一―〇・三
砂糖 〇・三

與三十包一日三回一包宛(食後)

處方

炭酸「グアヤコール」 三・〇
肝油 二〇〇・〇

一日二回一食匙宛(食後)(用時振盪)

濕疹性角膜結膜炎

濕疹性角膜結膜炎

處方

炭酸「クレオソット」 二〇・〇

處方

「シロリン」

一日三回六―八滴宛牛乳又ハ肝油

一日三―五茶匙宛(食後)

ニ混シテ用フ(食後)

處方

沃度「フェラト―セ」

處方

含糖沃度鐵

一日三―五茶匙宛(食後)

大黃根末

砂糖

爲十二包一日三回一包宛(食後)

皮膚病殊ニ頭部及顔面濕疹ノ處置

頭部ニ於ケル濕疹ニ對シテハ豫メ頭髮ヲ短刈シ、痂皮ヲ軟化セシメンガ爲メニ夜間「オレフ」油ヲ浸セル布片ニテ頭部ヲ包ミ、其翌朝痂皮ヲ取り去リ、「ベンチン」ニテ油ヲ洗流シ、潰瘍部ニハ二%硝酸銀ヲ毛筆ニテ塗布シ、次テ之ヲ食鹽水ニテ中和シ、後乾燥「ガゼ」ニテ充分濕氣ヲ去リ、軟膏ヲ塗布ス。軟膏トシテハ

處方

黃降汞 一〇―二〇

處方

亞鉛華

一〇―一〇

ワゼリン 一〇〇・〇

單軟膏

五・〇

處方

亞鉛華 一・〇

處方(膿痂疹性濕疹ニ適ス)

赤色硫化汞

一・〇

次硝酸蒼鉛 一・〇

昇華硫黃

二四・〇

單軟膏 一〇〇・〇

黃色ワゼリン

七五・〇

緩和軟膏 一〇〇・〇

ベルモツト油

三〇滴

顔面ノ濕疹ニ對シテモ同様ニ痂皮ヲ去リ、潰瘍部ハ硝酸銀ニテ腐蝕シ、後軟膏ヲ塗布ス(ヘブラ膏、亞鉛「イヒチオール」軟膏ヲ稱用セラル)。

處方

單鉛硬膏 二五・〇

處方

硫酸亞鉛

〇〇・二

オレフ油 二五・〇

イヒチオール

一・〇

白色「ワゼリン」一〇〇・〇

鼻腔ノ濕疹ニ對シテハ硼酸軟膏ヲ布シ其痂皮及凝着分泌物軟化ノ除去シ「ロカイン、アドレナリン」ヲ點シ、軟膏殊ニ黃降汞「ワゼリン」ヲ塗布シ又ハ之ヲ綿ニ附シテ輕ク填塞ス。尙此等ノ濕疹ニ際シ五%「ピオクタニン」塗布モ偉効ヲ奏スル「アリ」(痂皮ヲ去リテ布ス可シ)。

濕疹性角膜結膜炎

濕疹性角膜結膜炎

淋巴腺腫脹ニ對シテハ沃度加里軟膏、「ヨチオン」軟膏効アリ。
 體幹皮膚ニ甚シキ病變ナキ者ニハ新陳代謝ヲ盛ニセンガ爲メニ綠石鹼ヲ「フランチル」
 ニテ其後下身ニ塗布シ、五十一〇分間摩擦シ、後温浴洗浄ス（一回量食匙宛、一―二―三
 日毎ニ一回）。或ハ一食匙ノ綠石鹼ヲ同様ニ後半身ニ塗布シ、十五分間放置シ、後温湯ヲ
 以テ洗浄スルモ可ナリ。本療法ハ六―八週間持續スルヲ要ス。但シ皮膚ノ發赤腫脹、創
 傷ヲ來セバ二―三日間休止ス可シ。
 局處療法

總テ眼部ヲ隱蔽スルヲ殊ニ繃帶ハ嚴禁トス、何トナレバ涙液及分泌物ノ停滯ヲ來シ、其
 病機ヲ増悪セシムルノ虞アレバナリ。サレド吾人ハ深行性角膜潰瘍ノ有スル場合ニハ其
 眼ヲ安靜ナラシメンガ爲メニ保護繃帶ヲ施ス、勿論之トテモ時々變換シ、分泌物ノ除去
 ヲ圖ラザル可ガラス。

眼瞼緣炎アレバ先ヅ之ヲ治ス可シ、即チ睫毛ヲ短刈シ、瞼緣ニ軟膏ヲ布シ、痂皮ヲ軟化
 シテ除去シ、潰瘍部ニハ二％ノ硝酸銀ヲ塗布シ、食鹽水ニテ中和シ、次デ濕氣ヲ去リ、
 黃降汞、亞鉛「イヒチオール」軟膏又ハ三％「ピオクタニン」ヲ塗布ス（一日二―三回殊
 ニ就床前ニハ必要トス）。

局處ニ對シテハ蒸氣製甘汞ノ散布又ハ黃降汞「ワゼリン」ノ擦入ヲ行フヲ常法トス。

甘汞ノ適應

- (1) 只角膜緣ニ發疹アリテ加答兒症狀ヲ伴ハザルモノ
- (2) 角膜ニ合併症ナキモノ
- (3) 芒把狀角膜炎ノ初期又ハ退降期

甘汞ノ禁忌

- (1) 分泌盛ナル場合
- (2) 角膜ニ深行性潰瘍ノ存スル場合
- (3) 沃度加里内服時

黃降汞軟膏ノ適應症

- (1) 結膜及角膜緣ノ發疹
 - (2) 濕疹性「パンヌス」
 - (3) 退降期ニ於ケル角膜潰瘍
 - (4) 角膜ノ小疹
 - (5) 角膜ニ於ケル發疹又ハ潰瘍後ノ翳
- 黃降汞軟膏ヲ用ヒテ強キ刺激性症狀ヲ招來スルガ如キ場合ニハ先ヅ三％硼酸「ワゼ
 リン」又ハハニ二％「コカイン」ヲ試ム可シ。

濕疹性角膜結膜炎

濕疹性角膜結膜炎

黃降永療法ハ治後少クモ數月繼續スルヲ要ス(再發ノ虞アルガ故)。

卷法

冷温適宜タル可キモ一般ニ温ヲ變ス。皮膚織物ナルモノニハ豫メ驗皮ノ塗脂ヲ要ス。卷法料トシテハ硼酸水(三%)、鹽素水(水一「リ」テル)ニ一匙ヲ混ジ、三鹽化沃度(〇・〇四%)初期ニ於テ眼瞼ノ腫脹セルモノニ適スヲ用フ。卷法時間ハ一日三四回、十一十五分宛。

又同様ノ藥液ヲ以テ蒸氣卷法ヲ施スヲ得ハ一層可ナリ(一日三四回、三十分宛)眼瞼痙攣アレバ原因ノ療法ヲ施スヲ以テ第一トス、即チ

(1) 外眥部皮膚ニ裂創アレバ其部ヲヨク綿花ニテ拂拭シ、硝酸銀桿ニテ腐蝕シ、食鹽水ノ中和ヲ行ヒラツサル氏巴斯答ヲ塗布ス。又裂創ハ綿花拂拭後三%「オクタニン」ヲ布スルモ可ナリ。

處方

「ザリチール」酸

〇・三

澱粉

〇・三

亞鉛華

三・〇

米國製白色「ワゼリン」

一〇・〇

一日數回塗布

(2) 若シ此痙攣ノ單ニ角膜又ハ結膜ニ於ケル發疹ニ由來スルモノナレバ顔面ヲ水中ニ入ル、カ、ハ五%「コカイン」、ワゼリン」ヲ結膜囊内ニ入レ置ク可シ。

(3) 頑症ニテ瞼裂縮小ヲ伴ヘル場合ニハ外眥切開又ハ西洋揚子ヲ以テ結膜面ヲ擦過シ、角膜緣及發疹部ニ五%ノ硝酸銀液ヲ塗布シ、食鹽水ノ中和ヲナシ、後暫時冷器法ヲ施ス。

元來濕疹性結膜炎ハ一部分ニ局限スル性アル疾患ナレモ時ニハ結膜全面加答兒性ニ陥リ分泌盛ナルヲアリ此時ニハ一%ノ銀筆塗布ヲ行フ、但シ腐蝕過劇ニ亘ル可カラズ、偽膜形成ノ虞アレバナリ。

一般ニ濕疹性角膜炎ノ初期ニハ温卷法(一日四回十分宛)ト「アトロピン」ノ點眼トヲ行フ已ニシテ發疹ノ頂點破潰スルヲ見バ三%「ビオクタニン」ノ塗布ヲ行ヒ温卷法ヲ持續ス、カクシテ靜カニ刺戟症狀ノ去ルヲ待チ、已ニ潰瘍ニ血管ノ入り來ルヲ見バ甘汞又ハ黃降永療法ニ移ル。然レモ深行性潰瘍ニ穿孔ノ虞アレバ此部位ニ應ジ「アトロピン」又ハ「エゼリン」ヲ點眼シ、繃帶ヲ施シ置クヲ良トス、但シ分泌多キ場合ニハ時々之ヲ取換ヘ、其度毎ニ注意シテ洗眼ス可シ。又此際昇汞「ワゼリン」(〇・〇三%)ノ効アルヲアリ。芒把狀ノ膜發ノ際ニハ其頭部ヲ銳起ニテ搔爬スルカ又ハ「パクレン」ニテ燒灼シ、三%ノ「オクタニン」ヲ塗布セバ其治癒迅速ナリ。尙極メテ頑固ナル者及濕疹性「パンヌス」ニ

濕疹性角膜結膜炎

對シテハ「トラホーム」性「パンヌス」ト同様ニ搔抓塗銀法ヲ斷行ス可シ。
 角膜潰瘍穿孔シ虹彩脱出ヲ起セバ保護綑帶ヲ裝シ、安靜ヲ保チ、刺戟症狀ノ消散後「バ
 クレン」ニテ燒灼スルカ又ハ切除ス可シ。
 疾患經過後遺貽セシ翳及斑ニ對シテハ黃降汞軟膏(久シク連用セバ漸次濃度ヲ増スノ要
 アリ)「デオニン」、温罌法ヲ續行ス。時宜ニヨリテ剝刺、但瞳孔ヲ設ク可シ。

● トラホーム Trachom.

「トラホーム」ノ傳染性ナリヤ否ヤニ就テハ尙未ダ定論ヲ缺ク從テ其病原體ノ何物タル
 ヤハ不明ナリ、サレド予ハ多クハ學者ト共ニ恐ラク其傳染性ニシテ而モ病原體ハ分
 泌物中ニ混ジ他ニ傳播サル、モノナル可シト信ズ。
 豫防上注意ス可キハ分泌物ナリ。

藥物療法

最モ古クヨリ稱用ヒラレ且ツ確カニ有効ナルハ硝酸銀ト硫酸銅トナリ。

- (1) 硝酸銀 普通ハ「1-2」%ノ水溶液ヲ點眼ス。毛筆ニテ結膜凹ニ塗布シ居レバ頑症
 ニハ5%ノモノヲ用フ(毛筆ニテ)。乳嚙増殖盛ニシテ分泌多キ場合ニ

適ス。

- (2) 硫酸銅 $O \cdot 2 - 1$ %ノ水溶液ヲ點眼トシ、又ハ其結晶ヲ以テ結膜面ヲ擦過ス。癩
 痕期、「パンヌス」ニ適ス。潰瘍アルモノニ用フ可カラズ。

硝酸銀ハ塗布後長ク疼痛ヲ感ジ、硫酸銅ハ一時烈シキ疼痛ヲ起スモ直ニ去リ爽感ヲ與フ
 銀劑(「プロタルゴール」、「アルゲンタミン」、「ラルギン」、「コルラルゴール」、「イヒタル
 ガン」、「イトロール」、「アルゴニン」等)、銅劑(枸橼酸銅、醋酸銅、中性青酸化銅、「クシロ
 ール」)ニハ種々アレバ其適應同ジク其効モ大同小異ナリ。

- (3) 明礬結晶 其効硫酸銅ニ同ジク稍緩和ナリ。癩痕期ニ用ヒラル。
 (4) 白又ハ黃降汞 消炎セル痕般性「トラホーム」、「パンヌス」後ノ翳ニ用ヒラル。
 其他一般ニ腐蝕劑ハ「トラホーム」ニ奏効ス、サレバ「クローム」酸、沃度酸ノ如キ酸モ有
 効ナリ。

凡テ慢性炎ハ其藥物的タルト機械的タルトヲ問ハズ急性炎ヲ招來セバ治癒スル「ア
 ル」モノナリ。實際上「トラホーム」ニ於テモ丹毒ノ如キ急性炎ノ經過後ニハ往々著シク輕快
 セシ「ア」見ルナリ。此理ヲ應用シタルハ膿漏眼ノ膿接種法及「ジキリトール」療法ナリ。
 炎症狀ノアル間ハ藥物療法ニ冷罌法、洗眼ヲ兼ネ、尙刺戟症狀ノ旺盛ナル時及潰瘍ノ
 發來セシキハ「アトロピン」ノ點眼ヲナス可シ。

手術療法

手術療法中稱用ス可キハ抓搔法、壓碎法ナリ。元來吾人ガ此等ノ手術的治療ニ期待スル點ハ慢性ニ陥リ容易ニ動サル組織ノ病變ニ適當ノ機械的刺戟ヲ與ヘ吸收ヲ促ガサントスルニアリテ顆粒ノ除去ハ寧ロ副業ニ屬ス、サレバ強キニ失シ組織ヲ破壊シ後害ヲ貼スガ如ク暴ナル可カラズ、又弱キニ過ギテ所要ノ刺戟ヲ與ヘザルガ如ク優ナル可カラズ。

「トラホーム」ノ如キ慢性ノ疾患ハ到底只一回ノ手術又ハ施藥ニヨリ治癒セシメ得可キモノニアラザレバ此抓搔乃至壓碎法ノ如キモ時々反覆ノ要アリ。

又此等ノ手術的療法ニ際シ注意ス可キハ手術其物ヨリモ却テ後療法ニ重テ置カサ可カラサルニアリ。

適應ハ顆粒多キ場合。「バンヌス」及潰瘍アル場合。後者ニアリテハ同時ニ球結膜部ニ

○%硝酸銀ヲ塗布ス可シ。「バンヌス」濃厚ナルモノニハ其上ニモ塗銀スルヲ良トス。後療法

冷罌法、洗眼。

硝酸銀塗布又ハ點眼(病變一程度マテ減退シ一時中止狀態トナレバ濃厚ナル者ヲ毛筆ニテ塗布ス「バンヌス」アル片ハ球結膜ニモ之ヲ行フ)。

カイニンク氏摩擦法(消炎一時中止セル片又ハ癩痕期)。

ハクレン(乳嚙増殖盛ナル時、消炎一時中止ヲ來ス片、又ハ癩痕期)。

硫酸銅(炎症減退シ顆粒ノ殘レル片、「バンヌス」)。

黃降汞軟膏(癩痕期、「バンヌス」、「バンヌス」後ノ翳)。

其他「トラホーム」及其合併症ニ對スル療法ニハ種々アレドモ專問書ニ讓ル。

●乾燥症 Xerosis.

結膜ノ癩痕性萎縮ニ因スルモノ(「トラホーム」、「チフテリー」、火傷、天疱瘡)。

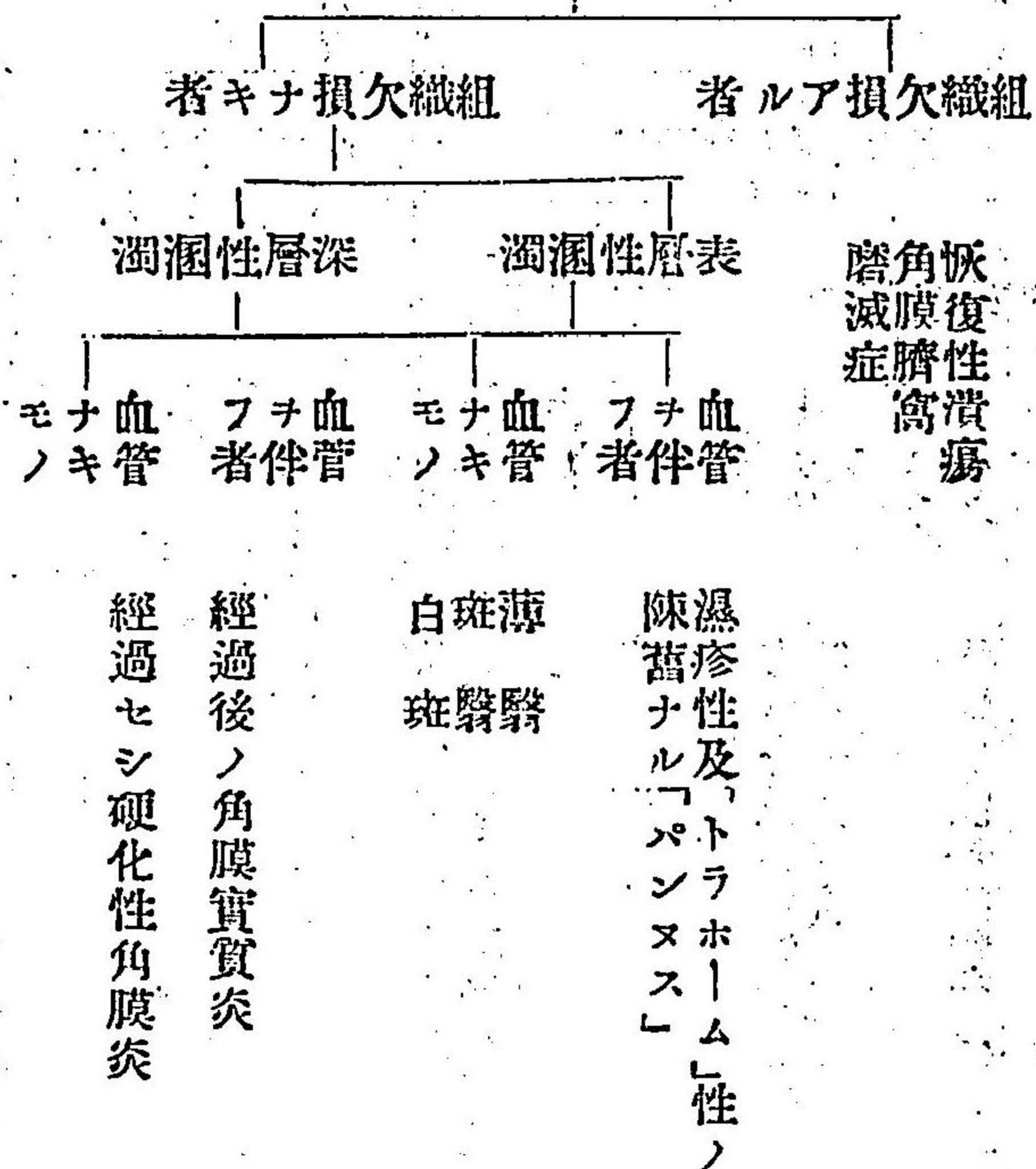
何等特殊ノ治法ナク唯乳汁、肝油、「オレフ」油、重曹水ヲ點眼シテ其苦痛ヲ輕減シ得ルノミ。

瞼裂閉塞不全ニ因スルモノ(外翳症、兔眼症)。

油劑ノ點眼ニ兼ヌルニ縋帶(「リント」ニ軟膏ヲ塗布シタルモノヲ眼瞼上ニ置キ其上ヨリ縋帶ス)ヲ以テスルカ眼瞼軟骨縫合ヲ行フ、高度ナルモノハ瞼裂ヲ全ク閉塞スルノ外ナシ。

角膜疾患

者キ古症炎



無膿性角膜炎

(一) 表層性角膜炎

▲ 濕疹性角膜炎 Keratitis eczematosa.

本症ハ角膜病中最モ多キ疾病ニシテ、一名腺病性角膜炎トモイヒ、腺病質是レガ主因ヲナス、

療法 (一九八頁参照)。

▲ パンヌス Pannus.

「トラホーム」性「パンヌス」。(二〇六頁参照)
「フリクテン」性「パンヌス」。(一九八頁参照)
外傷性「パンヌス」。原因タル眼瞼内反症、睫毛亂生症等ヲ治療ス可シ。

▲ 角膜「ヘルペス」 (Herpes Corneae)

熱性「ヘルペス」 (Herpes febrilis.)

熱性病殊ニ氣管枝炎、肺炎ノ如キ呼吸器病、稀ニ窒扶斯、間歇熱ニ伴ヒ口唇「ヘルペス」

角膜疾患

角膜疾患

ト共ニ來タル。水泡ハ微細ニシテ證明ノ液ヲ含ミ、急速ニ破壊スルモ通例二三週ニテ經過シ痕跡ヲ留メズ。發生時ニハ刺戟症狀アリ。大人ニ多ク顔面ノ一側ニ限ラル、ハ通例ナリ。

療法 規那、「アンチピリン」、「アスピリン」ノ内服。

局所ニハ保護繃帯ヲナシ「アトロピン」ヲ點眼シ(時アリテハ「コカイン」ヲ混ズ)、温罨法ヲ命ズ。

銳匙ヲ以テ水泡部ヲ抓去シ、三%「ピヨクタニン」液ヲ塗布スルモ可ナリ。

鎮痛劑トシテハ二—五%「ジオニン」液若クハ軟膏ヲ用フ可シ。

帶狀「ヘルペス」(Herpes Zoster)

眼部帶狀「ヘルペス」ニ合併シ來タリ神經痛甚ダシ。眼壓往々減少シ又々虹彩炎ヲ併發スルコトアリ。

療法 前者ト同ジ。又々平流電氣ノ陽極ヲ痛點ニ、陰極ヲ項部ニ置ク。尙ホ効ナキ時ハ二三叉神經第一枝或ハ第二枝神經切斷法若クハ切除法ヲ行フコトアリ。

▲小水泡性及大水泡性角膜炎

(Keratitis vesiculosa und bullosa.)

癍痕アル角膜又ハ虹彩毛様炎、内壓亢進(綠内障)ノ爲メ既ニ失明セル眼ニ來タルモノニシテ、上皮ハ水様泡ニ膨起シ澄明ノ漿液ヲ含ム。

療法

症候的ニハ疼痛ヲ緩和スルタメ10%「オルトホルム」軟膏ヲ擦入シ、又々温罨法及ビ繃帯ヲ命ズ。

姑息療法ニシテ効ナ奏セザレバ、泡壁ヲ穿破シ底面ヲ硝酸銀桿ヲ以テ腐蝕ス可シ。又々内壓亢進セバ虹彩切除ヲ行フ。屢々再發シ且ツ疼痛甚シケレバ毛様神經神經ヲ切除スルカ或ハ眼球ヲ摘出ス可シ。

▲點狀角膜表層炎 (Keratitis Punctata superficialis.)

本症ハ近來ノ發見ニ係リ、其ノ原因不明ニシテ幼年者ニ多ク、急性結膜炎ノ症候ヲ以テ角膜中央部ノ表層ニ一〇—一〇〇ヲ灰白色ノ斑點突然散發。然レモ水泡、上皮剝離、前房蓄膿等ヲ生ズルコト無キヲ以テ角膜「ヘルペス」ト容易ニ鑑別シ得可シ。

角膜疾患

療法 刺戟症狀アレバ「アトロピン」ヲ點眼シ、温罨法ヲ命ジ、刺戟去レバ一%黄降汞軟膏ヲ擦入シ、又タ一五%「ジオニン」液ヲ點眼ス。

(一) 深層性角膜炎

● 角膜實質炎 (Keratitis Parenchymatosa.)

本症ハ四歳乃至十歳、平均十二歳ヨリ十四歳ノ間ニ多ク起リ、男子ヨリモ女子ニ多シ殊ニ先天性微毒ニヨルモノ大多數ヲ占ム(大約七十%以上)。又タ後天性微毒ニ依ルモノアリ、其ノ他結核等ニ起因スルモアレド概シテ稀ナリ。結核ニ因ルモノハ屢一側ニ留マリ急性ナルハ稀ナリトイフ。近時角膜實質炎組織中ニ「スピロヘーテ」ヲ證明シタリトノ報告アレド尙ホ今後ノ研究ヲ要ス。

經過中鞏膜炎、虹彩炎、脈絡膜炎、虹彩毛樣體炎ヲ併發シ、又稀ニハ續發性綠内障ヲ起ス。表在性組織缺ナキヲ以テ潰瘍トノ鑑別容易ナリ。

療法

一般的療法 微毒ノ疑アルモノハ勿論原因不明ナル時モ驅微法ヲ行ヒ沃剝ヲ内服セシ

ム。結核ニ因ルモノハ「ツベルクリン」皮下注射ヲ行フ。後日砒素ヲ投藥スルコトアリ。即チ砒素ハテスセメット氏内被細胞新生ヲ促シ、隨ツテ房水ノ角膜ニ入ルヲ防グトイフ。其ノ他營養ヲヨクス可シ。

局所的療法

虹彩炎ヲ併發セル時、及ビ虹彩炎ヲ豫防スルタメニ、「アトロピン」或ハ〇・五%「スコボラミン」液ヲ點眼シ炎症々狀アル間ハ瞳孔ヲ散大狀態ニ保ツ可シ、

小兒ニシテ流淚多キ時ハ一%「アトロピン」軟膏ヲ用フ。

炎症々狀激キ時ハ保護眼鏡、遮光帶等ヲ用キテ光線ヲ避ケ、温罨法ヲ命ジ、毛樣充血甚シケレバ氷巻法却テ効ヲ奏スルコトアリ(一日數回十分乃至二十分間)。

羞明疼痛アル時ハ一五%「ヂオニン」ヲ一日數回點眼シ、劇痛アレバ鎮痛劑、睡眠劑ヲ與フ。

炎症去リ合併症ナケレバ、瀾濁吸收ヲ促スタメ黄降汞軟膏ヲ擦入シ約十分間眼瞼上ニ按摩ス。ソノ他二、〇—一〇・〇%「ヂオニン」點眼、昇汞軟膏、沃度加里軟膏、灰白軟膏ノ擦入或ハ一・〇%「ヘトール」液點眼(疼痛ヲ起ヌヲ以テ一・〇%「コカイン」ヲ混ズ)「鹽血療法」(吸角ヲ以テ。一日一—二回十分間)ヲ行フ可シ。

食鹽水ノ結膜下注射ハ進行期ニ於テモ亦タ退行期ニモ用キテ効アリ。

壓充進モ「アトロピン」ノ使用ヲヤメ、濕布繃帶ヲ命ジ一日ヲ經ルモ尙ホ充進ヤエ

角膜疾患

「アトロピン」点眼、又ハ「エゼリン」ヲ點眼ス、甚キ時ハ角膜ヲ穿孔スルカ或ハ虹彩ヲ切除ス。
瀾濁容易ニ吸收セラレザレバ假腫孔ヲ作ル可シ。

▲點狀角膜炎 (Keratitis Punctata.)

(デスセメット氏膜炎 Descemetitis.)

角膜ノ後面殊ニ其ノ下方ニ數多ノ灰白色ノ小斑點發生シ三角形ヲ形成ス。漿液性虹彩炎毛様炎ニ伴ヒ又ハ先天性微毒ニ由來シ、經過頑固ニシテ治シ難シ。

療法 虹彩炎、毛様炎ノ治療ヲ施ス可シ。(二四〇頁参照)

▲深在性角膜炎 (Keratitis Profunda.)

(要脈質断性角膜炎、
限局性角膜實質炎)

角膜ノ中層又ハ深層殊ニ中心部ニ灰白ノ瀾濁ヲ生ズ。炎症刺戟ハ種々ニシテ、成人ノミ
ヲ侵シ、一側ニ來タルヲ例トス。

原因ノモトム可キモノナク、或ハ慢麻質斯性ナルアリ、「マラリア」惡液質又ハ外傷殊ニ
打撲ニ由ルモノアリ。

療法 原因明ナレバソレヲ治療ス。

「アトロピン」點眼、温罌法、繃帶ヲ命ズ、炎症去レバ刺戟劑ヲ用キテ吸收ヲ促ス。

▲硬化性角膜炎 (Sklerosierende Keratitis.)

上鞏膜炎ノ合併症ニシテ又々重性毛様體疾患ニ續發ス。炎部附近ノ角膜縁ヨリ畧ボ三角
形ヲナシタル灰白ノ瀾濁起リ中央ニ向テ漸時進行シ、多クハ硬化シテ灰白ノ癍翳ヲ留メ
又角膜全部瀾濁シ不治ノ失明ヲ來タス。若年ノ人殊ニ婦人ニ多ク屢々兩眼ヲ侵ス。

鑑別、角膜實質炎ト異リ血管全クナキカ或ハ僅少ニシテ、瀾濁深ク位シ濃厚ナル灰白ヲ
呈シ、且ツ附近ニ鞏膜炎アルカ或ハ其ノ痕跡ヲ留ム。

療法 鞏膜炎ニ於ケルト同シ。(二五四頁参照)

角膜疾患

角膜疾患

▲癩性角膜炎 (Keratitis leprosa.)

知覺脫失スルモ麻痺性角膜炎ハ稀ナリ。「バンヌス」最モ多ク殊ニ角膜上部ニ來ルコト多シ。
角膜縁附近ノ鞏膜ニ結節ヲ生ジ、ツイデ角膜灰白色ニ溷濁肥厚ス。角膜ノ一部ニ結膜ヨリ血管集入シ翼狀贅片ノ如キアリ。
癩菌ハ結節癩ニ多ク、主トシテシユレンム氏管ノ附近ヲ本據トス、毛様神經ニ癩菌列宿ス。

ガミン氏ニ依レバ癩患者ノ¹/₃ハ眼疾患ニカ、ルトイフ。

療法 大楓子油或ハ「クレオソート」ヲ、初期ニハ撒里夫爾酸ヲ投藥ス。

化膿性角膜炎

角膜潰瘍ノ療法總論

角膜上皮ニ缺損アル時、結膜囊或ハ涙囊内ノ細菌角膜組織中ニ侵入シテ潰瘍ヲ起ス。即チ外傷(燒灼腐蝕、器械の傷害、異物、睫毛亂生等)、兔眼、或ハ局所の營養不良ノタメ角膜

壞疽ヨリ潰瘍原發シ、又ハ結膜炎(「トラホーム」、實扶的里性、淋菌性等)及ビ皮膚疾患濕疹、疱疹、天泡瘡、酒渣鼻)等ニ續發ス。或ハ内因ニ由來セル角膜膿瘍破レテ潰瘍トナルコトモ罕ニ存ス。

療法 潰瘍ノ進行ヲ早ク止メ、視力障礙ヲ少クスルヲ以テ治療ノ主眼トス。

原因療法 角膜潰瘍ノ原因ニ注意シテ是レヲ治療ス可シ。若シ淚囊膿漏アラバ速ニ是レヲ摘出ス可シ。

局所療法 結膜囊ヲ日ニ數回五千倍ノ昇汞水又ハ千倍ノ過滿俺酸加里液ヲ以テ洗滌シ、分泌多キ時ハ一%硝酸銀液ヲ點滴ス。

潰瘍面ニ沃度「ホルム」、「アイロール」、「キセロホルム」、「オルトホルム」、「オイロフェーン」ヲ散布スルカ、又ハ二%沃度「ホルム」、「キセロホルム」、「一〇%「オルトホルム」ノ軟膏ヲ擦入シ、固定繃帶ヲ施ス。

眼瞼濕疹ヲ豫防スルタメ亞鉛軟膏ヲ塗布シ又タ分泌多キ時ハ保護眼鏡ヲ代用ス。疼痛甚シケレバ二%「コカイン」液點眼、又ハ二%「コカイン」軟膏ヲ用ヒ或ハ「アンチピリン」、「アスピリン」、抱水「クロラール」、「モルヒネ」等ヲ與フ。

温罨法ヲ命ジ尙ホ上皮ノ再生緩慢ナル時、或ハ潰瘍再發ニ傾ケル時ハ、日ニ一二回高温罨布ヲ施シ、二―五%「ヂオトニン」軟膏(又ハ溶液)ヲ擦入ス。

角膜疾患

合併症トシテ來ル虹彩充血及虹彩炎ヲ豫防スルタメ〇・五—一・〇%「アトロピン」ヲ點
眼シ一度極度ニ瞳孔散大セバ更ニ狭クナル迄用キルヲ要セズ、但シ深部ヲ侵ス邊縁潰瘍
アル時ハ虹彩脫出ノ恐アルヲ以テ後癒着アルニアラザレバ用フ可ラズ。

潰瘍ノ進行止マザル時ハバクレン氏烙白(金コレナキ時ハ鐵線ヲ酒精火ニテ燒キテ)潰
瘍ノ縁界ト底面ヲ悉ク燒灼ス可シ。又タ豫メ銳匙ヲ以テ潰瘍ヲ搔除ノ後燒灼スレバ更ニ
ヨシ。潰瘍ノ縁界不明ナレバ「フロレスチン」(「フロレスチン」〇・〇〇五)ヲ點下シテ後燒
灼スルヲヨシトス。

潰瘍破壊セントスル時、若シ潰瘍角膜中心部ニ位スレバ破ル、モ虹彩脫出セザルタメニ
「アトロピン」ヲ點眼シ瞳孔ヲ散大ス、是レニ反シ潰瘍邊縁ニ存スレバ「エゼリン」ヲ點
眼ス可シ。又タ時アリテハ角膜穿孔術ヲ行フ、此ノ際創狀刀或ハ角膜穿孔針ヲ用フルカ
或ハ燒灼シツ、其ノ一部ニ於テ穿孔セシムルコトアリ。

潰瘍穿孔セバ虹彩前癒着ヲ少クシ且ツ硬平ナル癍痕ヲ作ラシムル様注意ス可シ、即チ穿
孔ハ小ニシテ中心部ニ存セバ「アトロピン」ヲ點眼シ繃帶ヲ施シ、安靜ヲ命ズ。穿孔若シ
邊縁ニアレバ「エゼリン」ヲ點眼シ壓迫繃帶ヲナス。穿孔大ニシテ虹彩脫出シ「エゼリン」
點眼後二十四時間内ニ虹彩自由トナリ前房再ビ生ゼザレバ脫出セル虹彩部ヲ切除ス。
大ナル潰瘍穿孔シ水晶體是レニ拵入スル時ハ水晶體ヲ切開シテソノ内容物ヲ除去ス可

シ。

潰瘍ノ缺損大ナル時ハ角膜縁ヨリ附近ノ球結膜ヲ剝離シテ被フコトアリ。

穿孔、虹彩脫出陳舊ナレバ穿孔ヲ反覆シ壓迫繃帶ヲ行フ。

角膜膨脹症ニハ繃帶ヲナシ安靜ヲ守ラシム。

角膜瘻孔遺存セバ「エゼリン」、「ピロカルピン」點眼、繃帶、安靜ヲ命ズ、若シ効ナケレ
バ瘻孔ヲ燒灼シ、或ハ虹彩切除ヲ行ヒ、又タ瘻孔ニ創面ヲ作り、結膜瓣ヲ移植シテ被フ
コトアリ。

癍痕期ニ至レバ、即チ潰瘍清潔トナリ上皮ヲ以テ完全ニ被ハルレバ刺戟藥ヲ用キテ組織
ノ新生ヲ促シ、且ツ癍痕ノ透明トナルヲ促進スルヲ要ス。潰瘍ノ穿孔セシモノ殊ニ虹彩
前癒着アル時、又癍痕ノ膨脹アル場合ニハ能ク注意シ、續發縁内障起レバ直ニコレヲ治
療ス可シ。

癍痕膨脹シ「エゼリン」、壓迫繃帶及ビ安靜ニ依リ一週ヲ經ルモ正規ノ穹窿ニ復セザレバ
虹彩ヲ切除スルカ又ハ其ノ部ヲ燒灼ス。

▲單性潰瘍 (Ulcus simplex)

角膜ノ外傷又ハ結膜病ニ併發シ常ニ激キ刺戟症狀ヲ伴フモノナリ。

加多兒性潰瘍 (Katarhales Geschwür.)

邊緣潰瘍トモイヒ、半月狀ヲナス。慢性結膜炎ニ由來スルモノ多ク、深入ノ傾向アリ。結膜炎ヲ治療ス可シ。

濕性潰瘍 (ekzematoses Geschwür.)

トラホーム性潰瘍 (二〇四頁參照)

痲疾性、膏扶的里性結膜炎ニ併發スル潰瘍

重桿菌潰瘍 (Diplobacillen-Geschwür.)

角膜ノ殆下中央部ニ位シ圓板形ヲナシテ蔓延シ、邊緣ノ一端ハ特ニ強ク浸潤ス。加之ニ虹彩モ侵サレ、前房蓄膿ヲ生ズ。但シ潰瘍ノ浸潤ノ度ハ一様ニシテ且ツ其ノ基底ハ匍行性潰瘍ニ於ケルヨリモ深く浸潤スルヲ常トス。

モラックス、アクセンフェルド氏菌ニ因ルモノニシテ細菌検査ニ依リ匍行性潰瘍トノ鑑別容易ナリ。

療法 皓礬水ノ點眼及同眼浴ヲ命ジ、夜間ハ亞鉛軟膏ヲ擦入ス。

▲匍行性潰瘍 (Ulcus serpens)

一名蓄膿性角膜炎 (Hypopyon-Keratitis.)

俗間ニ「ツキメ」ト稱シ稻間ノ草ヲ取ル六、七月ノ候ニ多ク見ル。即チ角膜上皮缺損シ結膜囊中ニ存スルフレネケル氏肺炎菌侵入シテ本症ヲ誘起ス。故ニ勞働者ニ多ク、是レヲ職業的疾患トイフヲ得可ク、殊ニ淚囊疾患アレバ此ノ危險最モ大ニシテ、本症ノ半數以上ハ淚囊炎ヲモツトイフ。又タ慢性結膜炎ヲ有スル人ニシテ能ク唾液ヲ以テ眼ヲ拭フ惡習ヲ有スルモノアリ、若シ此人ニシテ口中ノ清潔ヲ忽ニセンカ、肺炎菌ハ常ニ口内ニアルヲ以テ眼部ニ持チ運バレ僅ノ角膜缺損アルモ直ニ匍行性潰瘍ヲ招來スルノ危險アリ故ニ能ク注意ス可シ。

初メ負傷部殊ニ角膜中央部ニ當リ表在性帶黃灰白ノ浸潤起リ圓形ヲ呈シ、其ノ表面ハ粗糙ニシテ角膜面ヨリ隆起ス。浸潤ハ第一日目ニ破レテ潰瘍トナリ炎症甚ク前房ニ蓄膿ス。(角膜穿孔ナキ間ハ蓄膿中ニ肺炎菌ナシ)。其ノ後日ナラスシテ定型的症狀ヲ呈シ潰瘍ハ圓板狀トナリ、進行性ヲ有スル部ニ於テ溷濁濃厚ナリ、其ノ底面ハ帶黃色又ハ灰白ニ溷濁シ、潰瘍ノ周圍モ亦々灰白ニ溷濁シ曇暈ヲ劃シ或ハ放線狀ヲ呈ス。潰瘍ハ深行ス

ルヨリモ横面的ニ蔓延スル傾向ヲ有シ且ツソノ一方ハ清メラレ上皮ヲ以テ被ハル。而シテ本症ハ全身ノ素質、角膜ノ抵抗力及ビ損傷ノ仕方竝ニ肺炎菌ノ毒力ニ依リテ各々輕重アリ。即チ運ヨキハ角膜ノ浸潤ニ留ルコトアリテ之レヲ肺炎菌浸潤 (Pneumokokkeninfiltrat) トイフ。多クハ虹彩炎ヲ併發ス甚キハ全眼球炎ヲ招來ス。

上記ノ諸症候ニ鑑ミ、且ツ細菌的検査ヲ行ヘバ診斷容易ナリ。

療法 世ノ開業醫タルモノハ本症患者ヲ直ニ眼科専門醫ニ送ル可シ。

(一) 淚囊疾患ノ有無ヲ檢シ是レヲ治療ス可シ。

(二) 虹彩炎ヲ防グタメ「アトロピン」點眼、

(三) 診斷確ナル迄ハ五千倍青酸々化水液ヲ以テ數回洗滌シ、一〇%「オルトホルム」軟膏又ハ二%沃度「ホルム」¹、「キセロホルム」軟膏ヲ擦入ス。但シ冷罨法セザルヲヨシトス。

(四) 診斷ツキシナラバ、電氣燒灼ヲ行フハ最モヨシ。即チ潰瘍ノ進行緣ヲ充分ニ燒灼ス可シ。病菌ハ破壊サレ病機ノ進行止ム、燒灼後沃度「ホルム」¹、「アイロール」粉末ヲ撒布スルカ又ハ昇汞軟膏等ヲ塗布シ又タ「アトロピン」點眼、繃帶、安臥ヲ命ズ。斯ノ如ク燒灼ハ最良法ナリト雖、又次ノ缺點アルヲ忘ル可ラズ。即チ二―三回ノ燒灼モ其ノ効ナキコトアルハ勿論燒灼後増悪スル場合モ存シ又タ燒灼ノタメ角膜ヲ傷クルコト廣大ニシテ後日白斑ヲ留ムル度モ強シ。

(五) **ゼーミツシユ**氏角膜切開術ヲ行フコトアレド効ナキコト多シ。切開後潰瘍留ルモ虹彩創口ニ箔入シ後日線内障ヲ起シ失明スルヲ以テ眼瞼穹窿部ヲ硝酸銀桿ニテ腐蝕スル人アリ。

術式グレ¹フェ氏線狀刀ヲ潰瘍緣ヲ距レル健康部ニ刺入シテ他側ノ健康部ニ刺出シ

(六) コノ時刀ハ前方ニ向フ潰瘍ノ全徑ヲ除クニ切開スルニアリ。

(七) 蓄膿ガ前房ノ¹/₃ヲ占ムルニ至レバ角膜穿孔術ヲ行フ可シ。

(八) 肺炎菌血清療法 レーメル氏ハ匍行性潰瘍ニシテ即時燒灼スル必要ナキ時ニ該血清五〇cm³ヲ腹壁皮下ニ(近來靜脈内ニ注射ストイフ)注射シ安靜ヲ保チ、加之ニ石炭酸ヲ含マザル血清ヲ數回點眼シ結果良好ナレバ二―三日目ニ再ビ注射ス可シト。但シ潰瘍二十四―四十八時ヲ經ルモ清ラカトナル傾モナク進行セントスレバ直ニ燒灼ヲ行フハ勿論ナレド血清ヲ注射セル時ニハ恢復可良ナルガ如シトイヘバ是レヲ試ムルモ可ナラン。

(九) 釀母血清療法、ハ餘リ効ナシ

(十) 癢痕期ノ療法ハ既ニ述べタルガ如シ。

▲蠶蝕性角膜潰瘍 (Ulcer, rodens)

表在性ノモノニシテ深層ヲ侵シ穿孔スルコトナク疼痛甚シキモ他ノ刺戟症輕ク且ツ前房ニ蓄膿ナシ。其ノ原因不明、通常全角膜面ヲ侵シテ後止ム。

療法 治療セザルガ即チ治療法ニシテ施スニ策ナシ。

潰瘍小ナル時焼灼スレバヨシトスル説アレド却ツテ有害ナルコトアリ。潰瘍ハ深行セズ。淺表ニ留レバ後日視力モ多少恢復スルヲ以テ一般ニ放任スルヲ可トス。

▲圓板形角膜炎 (Keratitis disciformis.)

角膜ノ中央部ニ圓板形ノ灰白浸潤ヲ生ジ其ノ境界判然タリ。潰瘍ハ深行スルモノナレド角膜ヲ破壊スルコトナク。又タ前房蓄膿輕微ナルカ或ハ全クナシ。本症ノ原因不明ニシテ外發性傳染ニ由ルモノナラン。

種痘漿ニ由來スル種痘後角膜炎モ是レニ似タリ。

療法 高温翳布、壓迫繃帶ヲナシ、虹彩炎アレバ「アトロペン」ヲ點眼ス。

▲絲狀菌性角膜炎 (Keratitis aspergillina.)

本症ハ外傷ノ際絲狀菌ニヨリ角膜ニ限局性ノ小潰瘍生ジ其ノ底面ハ乾燥シ、前房蓄膿ヲ伴フ。

療法 銳匙ヲ以テ搔抓スルカ或ハ電氣燒灼ヲ行フ。

▲枝狀角膜炎 (Keratitis dendritica.)

溝狀角膜炎 (Furche-Keratitis.)

病因不明ノ疾患ニシテ角膜「フリクテン」、「ヘルペス」ノ一種トシ或ハ一種ノ傳染性角膜炎トスル人アリ。角膜ノ表面ニ淺溝ノ潰瘍ヲ生ジ刺戟症狀甚シ。

療法 「オルトホルム」軟膏擦入、繃帶ヲ命ズ、又タ昇汞水ヲ以テ洗滌ス可シ

病勢頓挫セザレバ焼灼ス可シ。

▲輪狀膿瘍 (Ring-abscess.)

通例角膜ノ穿孔性外傷並ニ手術後或ハ又々眼球ノ轉移性傳染(多クハ綠膿桿菌ニヨル)ニ際シ角膜中層ニ輪狀膿性浸潤起リ角膜縁ヲ圍繞ス。而シテ該浸潤ハ忽チ中心部ニ迄及ビ全角膜ヲ侵シ甚キハ全眼球炎ヲ招來ス。

療法 一般療法ニ於ケルト同ジ。

▲角膜軟化症 (Keratomalacie)

營養不良ノ小兒ニ多ク見ルモノニシテ、同時ニ結膜乾燥症及ビ夜盲症アルヲ常トス。(一〇九參照)

▲兔眼性角膜炎 (Keratitis e lagophthalmus.)

眼瞼輪匝筋麻痺、眼瞼外反症及ビ眼球突出ノタメ角膜下部曝露シテ乾燥セル時其ノ部溷濁シ破レテ淺キ潰瘍トナル。黴菌深入シ角膜化膿シ、前房蓄膿ヲ起シ穿孔スルコトアリ、甚キハ全眼球炎ヲ誘發ス。

療法 瞼裂不閉症ニハ瞼裂縫合術ヲ行フカ若クハ一時繃帶ヲナス可シ。

潰瘍ヲ生ゼバ防腐法ヲ施シテ晝夜繃帶ス。

手術及ビ繃帶ヲナシ得ザル者ニハ硼酸「ワゼリン」ヲ點入ス。

▲神經麻痺性角膜炎 (Keratitis neuroparalytica.)

三叉神經第一分枝麻痺シ角膜知覺ヲ失ヘル時ニ起ル。即チ角膜ノ瞼裂部ニ當リ溷濁シ横楕圓形ノ潰瘍ヲ生ジ化膿シテ前房ニ蓄膿起リ遂ニヤブレテ失明ヲ來タス。

療法 保護繃帶ヲナシ温巻法ヲ命ジ或ハ瞼裂ヲ縫合ス。

又「ストリヒニン」ヲ一回〇・〇〇二—〇・〇〇五ヲ顳顬部皮下ニ注射スルコトアリ。

●變性的變化 (degenerative Veränderungen der Hornhaut.)
 ▲老人環 (Arcus senilis.)
 角膜中層ニ於ケル脂肪變性或ハ「ヒヤリン」變性ニシテ多クハ考人ニ發ス。
 治療法ナシ。

▲ボーマン氏膜ノ硝子疣形成
 極メテ稀有ノモノニシテ、上皮ノ營養障礙ニヨリテ生ズ。
 視力障礙ヲ來セバ角膜刮去術ヲ施シテ後一〇%「オルトホルム」軟膏ヲ擦入シ繃帶ス可シ。

▲ボーマン氏膜ノ限局性石灰變性

瞳孔鎖ニ存スル時ハ注意シテ角膜ヲ刮去シテ後極メテ稀薄ノ鹽酸液ヲ點滴シ更ニ曹達水ヲ以テ中和ス可シ。

▲結節狀角膜濁濁

角膜上皮ノ直下ニ灰白色斑點ヲ生ジ僅ニ角膜表面隆起ス。壯年時ニ發生シ、時々刺戟症狀ヲ呈シテ蔓延ス。

▲格子狀角膜濁濁

一家族内ニ多發シ、通例春機發動期後ニ來ル。
 治療法ナシト雖、クレーフエ氏線狀刀ヲ以テ表面ヲ薄ク切離セバ外貌上大ニヨシ。

▲帶狀角膜濁濁

營養障礙其原因ヲナシ。虹彩脈絡膜炎、完全緣内障等ニテ既ニ失明セル眼ニ來リ、瞼裂ニ當ル角膜部ニ灰白色ノ帶狀濁濁生ジ、角膜ノ兩側ヨリ稍距テ、起リ中央ニテ相合ス。

石灰質沈着シ且ツ突隆シテ結膜ヲ刺戟スレバ是レヲ除去シ、又タ疼痛アレバ眼球ヲ摘出ス。

●角膜翳 (Hornhaut-Becke)

角膜翳トハ角膜炎症ノ經過後或ハ外傷等ノ後ニ残留セル溷濁ニシテ、其ノ所在表層ナルアリ、深層ナルアリ、又タ中心性及周邊性トアリテ一定セズ。

- (一) 薄翳 (Nubecula) 菲薄ニシテ殆ド透明ナリ。
 - (二) 斑翳 (Macula) 半透明ナリ。
 - (三) 白斑 (Leukoma) 濃厚ニシテ不透明白色ナリ。
- 癒著性白斑 (Leucoma adhaerens) 虹彩ノ前癒着ヲ伴フモノタイプ。
溷濁薄ク殆ンド透明ニシテ且ツ角膜面ヨリ低クキ時ハ之レヲ磨滅症 (Fecette) トイフ。

療法 翳ノ厚薄、所在、新舊及ビ年齢(若キ程ヨシ)ニ依リ其ノ恢復セラル、度各異ナル。

老人ナレバ四週、小兒ナレバ三、四ヶ月ヲ經過セルモノハ復明期シ難シ。

- (一) 新翳ニハ——一%黄降汞軟膏又ハ白汞降軟膏、二%、沃度「ホルム、ワゼリン」等ヲ擦ハシ或ハ蒸氣甘汞撒布後眼瞼上ニ十分以上按摩ス可シ。其ノ他一・〇——一・〇〇%「チオニン」點眼、又ハ五・〇——一・〇〇%食鹽水結膜下注射、一〇%「ヨヂピン」ノ結膜下注射ヲ行ヒ、温卷法或ハ蒸氣卷法ヲ命ズ。平流電氣ヲ用フルコトアレド、コハ餘リ効ナシ。
- (二) 舊翳ニ對シテモ前記ノ諸法ヲ試ミ、石灰沈著アレバ五%酒石酸「アンモニウム」ヲ以テ眼浴シ又表上ニアレバ銳匙ニテ除去ス可シ。
- (三) 瞳孔孔ニ在ル時ハ豫メ「アトロピン」ヲ點眼シテ視力ノ増進スルヲ確メシ後溷濁ノ最モ少キ方向ヲ撰ンデ假瞳孔手術ヲ施ス可シ(薄翳ナレバ却テ害アルヲ以テ瞳孔孔ニハ墨ス可シ)。
- (四) 斑翳ハ其ノ部位ニヨリ剝刺法(入墨法)ヲ行ヘバ視力ヲ恢復ス。又タ美貌上ヨリ白斑ニモ是レヲ行フ。

剝刺術 (Tatowierung)

無毒的洗滌 古川因水及ビ「アドレナリン」液點眼後、五十倍ノ昇汞水ニテ唐墨ヲ磨リ、是レヲウエツケル氏東針又ハ少溝狀針ヲ以テ點々刺針シ、墨ガ組織内ニ入りシナ

ラバ更ニ角膜面ニ墨ヲ塗りテ繃帶ス。(虹彩ノ著色ヲ模倣スルタメニハ朱ヲ混ズ可シ。)

血管ノ入レル翳及ビ白斑ニアリテハ點墨容易ニ吸收セラル、モノナリ。

該法ハ癍痕陳舊ニシテ硬固ナルモノニノミ用フ可シ。

(五)癒着性白斑ニシテ眼内壓亢進スル時ハ虹彩切除術ヲ行フ。

(六)白斑高度ノ者ニ人工角膜術或ハ角膜移植術(人間又ハ動物ノ角膜)ヲ行フ法アレド効果疑ハシク現今尙ホ一般ニ應用スル能ハズ。

●角膜葡萄腫 (Staphyloma Corneae.)

本症ハ角膜癍痕ノ膨起セルモノニシテ、多クハ潰瘍穿孔後ニ發生スルモノナリ。而シテ癍痕ノ裏面ニ虹彩癒着シ青色ヲ呈スルガ故ニ葡萄腫ノ名アル所以ナリ。

(一)局部葡萄腫 (Staphyloma Partiale.)

(二)全部葡萄腫 (Staphyloma totale)
圓錐形、球形、或ハ覆盆子狀ヲナスアリ。

療法

(一)豫防法、初ノ虹彩脫出セル時「エゼリン」ヲ點眼シ或ハ虹彩脫出部ヲ切除シテ後壓迫繃帶ヲ施シ安靜ヲ命ズ。

(二)局部葡萄腫。

癍痕形成後幾週ヲ經ザルニ葡萄腫發生セルモノニハ虹彩切除尙ホ効ヲ奏ス可ク、加之癍痕ヲ焼灼ス可シ。

時久ウシテ虹彩切除効ナキ時ハ局所或ハ全身麻酔ノ下ニ葡萄腫ノ一部ヲ切除シ壓迫繃帶ヲナシテ其ノ創口ヲ一二針縫合シ新癍痕ヲ作ル可シ。

術式、切除セントスル部ノ中央ヲグレイフエ氏線狀刀ヲ以テ横切シ更ニ剪刀ヲ以テ其ノ瓣ヲ切除シテ縫合スルニアリ。

(三)全部葡萄腫。

(イ)初期ニシテ壁薄キモノニハ線狀刀ヲ以テ單ニ分割シ、水晶體ヲ摘出シテ後壓迫繃帶ヲ施セバヨシ。

(ロ)ベール氏法、ベール氏内障刀ヲ葡萄腫ノ根ニ通ジ初メ上半ヲ切斷シ、次ニ剪刀ヲ以テ角膜縁ニ沿ウテ下半部ヲ剪截ス、此ノ時眼球内容物ノ流出スルモノハ出シ洗滌繃帶ヲナス。眼内出血、全眼球炎ヲ起スコトアレド極メテ稀ナリ。

(ハ) リッチー氏法

該法ハ毛様體炎或ハ交感性眼炎等ヲ起スヲ以テ用フル人ナシ。

(ニ) ウエツケル氏法

角膜ノ周圍ニ於テ球結膜ヲ切開シ且ツ少シク剝離シコレニ巾著ノ緒ノ如クニ絲ヲ豫メ通ジ置キ、次ニ葡萄腫ヲ切除セル後是レヲ結紮ス。傳染、化膿等ヲ防ギウルヲ以テ現今最モ多ク用キラル、法ナリ。

(ホ) 河本氏法

グレーフェ氏線狀刀ヲ葡萄腫ノ基底部分ニ外方ヨリ内方ニ送りテ少シク創口ヲ作ル時ハ房水洩レテ眼球軟カトナル、次ニ鑷子ニテ葡萄腫ノ内外兩側ヲ摘ム時ハ葡萄腫ハ易ク皺裂トナル可シ、是ニ刀ヲ以テ右皺裂ノ中央ヲ之レニ鉛直ニ切り其ノ創口ノ基底部分先ヅ縫合ス、葡萄腫ハ左右二個ノ皺裂ニ分タル、依テ其ノ各々ヲ切除シテ縫合ス可シ。

(ニ) 葡萄腫大ニシテ鞏膜ノ膨脹ヲ兼ネ甚シク突出セル時ハ眼球摘出或ハ眼球内容除去術ヲ行フ可シ。

● 角膜ノ彎曲

▲ 圓錐角膜 (Keratoconus)

本症ハ稀有ノ疾患ニシテ先天或ハ後天ニ由來シ十二歳ヨリ二十歳ノ間ニ始マリ、男子ヨリ女子ニ多ク、通例兩眼ニ來ル。

角膜中部軟化シテ眼内壓ノタメ隆起スルニ由ルモ、其ノ原因不明ナリ。

而シテ圓錐ノ頂點遂ニ濁濁シ視力ノ障碍ヲ更ニ増悪ス。

療法

(一) 凹凸球面「レンズ」或ハ圓柱鏡ヲ併用ス。又々凹圓錐鏡ヲ用フルコトアリ。

(二) 眼鏡ニ依ルモ視力ニ變化ナク、凸隆甚キモノニハ「トレパン」ヲ以テ角膜ノ一部ヲ切除スルカ或ハ烙白金ヲ以テ焼灼シ、硬固ノ癍痕ヲ作りテ是レニ入墨シ且ツ假瞳孔術ヲ施ス。

(三) 「エゼリン」點眼、壓迫綑帶及ビ虹彩切除等ニ依リ眼内壓ヲ減ジ膨隆ヲ防止セントスル人アレド多クハ効ナシ。

角膜疾患

▲球形角膜 (Keratoglobus.)

本症ハ先天若クハ後天ニ小兒ニ發スルモノニシテ多クハ兩眼ヲ侵ス。

角膜全面膨脹シ、眼球全體ニ及ビ内壓亢進セバ、牛眼 (Buphthalmus) 又ハ水腫眼 (Hydrophthalmus) トイフ。

療法

輕症ニハ虹彩切除ヲ、重症ニハ前鞏膜切開術ヲ試ム可シ。

●虹彩炎 Iritis

吾人ガ此ニ主トシテ述ベントスルハ外傷性(傳染性、非傳染性)、交感性、續發性(角膜潰瘍、實質炎、鞏膜炎、水晶體膨脹、硝子體膿瘍、眼内腫瘍、眼内胞蟲)等ノ如キ所謂外因性ノモノニアラズシテ全身病性ノモノナリ。而シテ此等ノ虹彩炎ニアリテハ其初期ニ適當ノ治療ヲ施ト否トハ其豫後上大差ヲ有ス、サレド虹彩炎ノ診斷ハ已ニ虹彩ノ變色、紋理不明、腫脹、結節、後癒着及房水濁濁、前房蓄膿又ハ出血、角膜裏面ノ沈着物

等ヲ發來セルガ如キ場合ニアリテハ多クハ容易ナレトモ此初期ニ於ケル者ニアリテハ頗ル困難ノ業ナリ。而シテ此場合ノ診斷上注意ス可キハ毛様充血(漿液性症ニハ時トシテ之ヲ缺ク)ト瞳孔ノ狀況(瞳孔ハ必ズシモ狹小ナルニハアラザレドモ少クモ散大セズ、對光反應遲鈍、「ゴカイン」點眼ニヨル散瞳遲鈍(五%ノモノヲ兩眼ニ點眼シ三十分後ニ對比セバ其差著シ)トニシテ、鑑別ヲ要ス可キハ結膜炎、角膜炎、異物、綠内障(殊ニ亞急性)ナリ(綠内障ノ章ヲ參照セヨ)。

毛様體炎ヲ合併セバ角膜裏面ノ沈着物、硝子體濁濁、毛様體部ノ壓痛等ノ諸徵ヲ兼發ス。

カクシテ假ニ吾人ハ虹彩炎及虹彩毛様體炎ノ診斷ヲ確定シ得タリトスルモ尙診斷ノ一廓ヲ得タルニ過ズ、進ンデ其性ノ如何ナルモノナルヤヲ決定セザル可カラズ、之ニハ先ヅ全身検査ヲ行ヒ、其診定シ得タル全身病ト此虹彩炎トヲ比シ、其兩者ノ間ニ何等カノ關係ヲ有スルヤ否ヤヲ定メ、始メテ原因的診斷ヲ確定シ該當治療ノ方針ヲ定メ得ルナリ。サレド吾人眼科醫タル者ガ虹彩炎ニ遭遇シ、全身検査ヲ行ヒ始メテ其原因ヲ定メ得ルガ如キハ迂遠ト云ハザル可カラズ、宜シク一步ヲ進メ虹彩炎ヲ一見シ直ニ畧ボ其原因ノ何タルヤヲ推定シ得ルノ知能ヲ涵養セザル可カラズ。然レモ吾人尙其正則ヲ知ラズ、唯稍特徴的ノモノニ二三ヲ紹介シ得ルノミ。

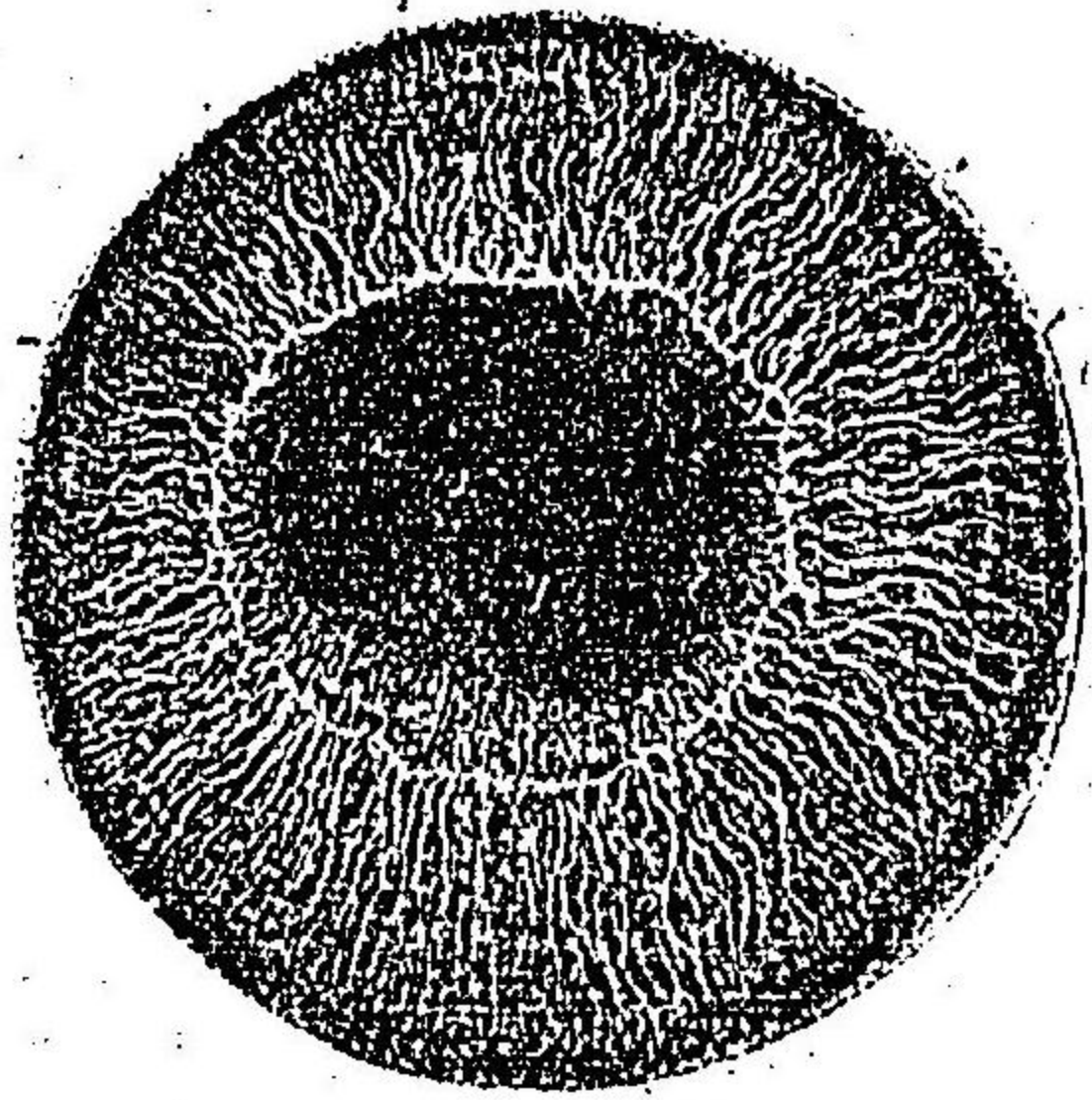
虹彩炎

虹彩炎

虹彩炎ヲ大別シテ表層性ト深層性トノ二トナス。表層性ノモノニ遭遇セバ先ヅ僂麻質
斯性、淋疾性ト考へ、深層性ノモノニ遭遇セバ先ヅ微毒、結核及類ニ考テ及ボス可シ。
表層性虹彩炎

(1) 僂麻質斯性

初期ニアリテハ蓋明、流淚ヲ訴ヘ結膜充血乃至炎症々狀ヲ呈ス。數日ニシテ二―三ノ虹彩表
層ノ血管ノ充血、毛様充血ヲ來シ、瞳孔縮小ノ傾向ヲ示ス(時トシテハ却テ一時輕度ノ開大ヲ

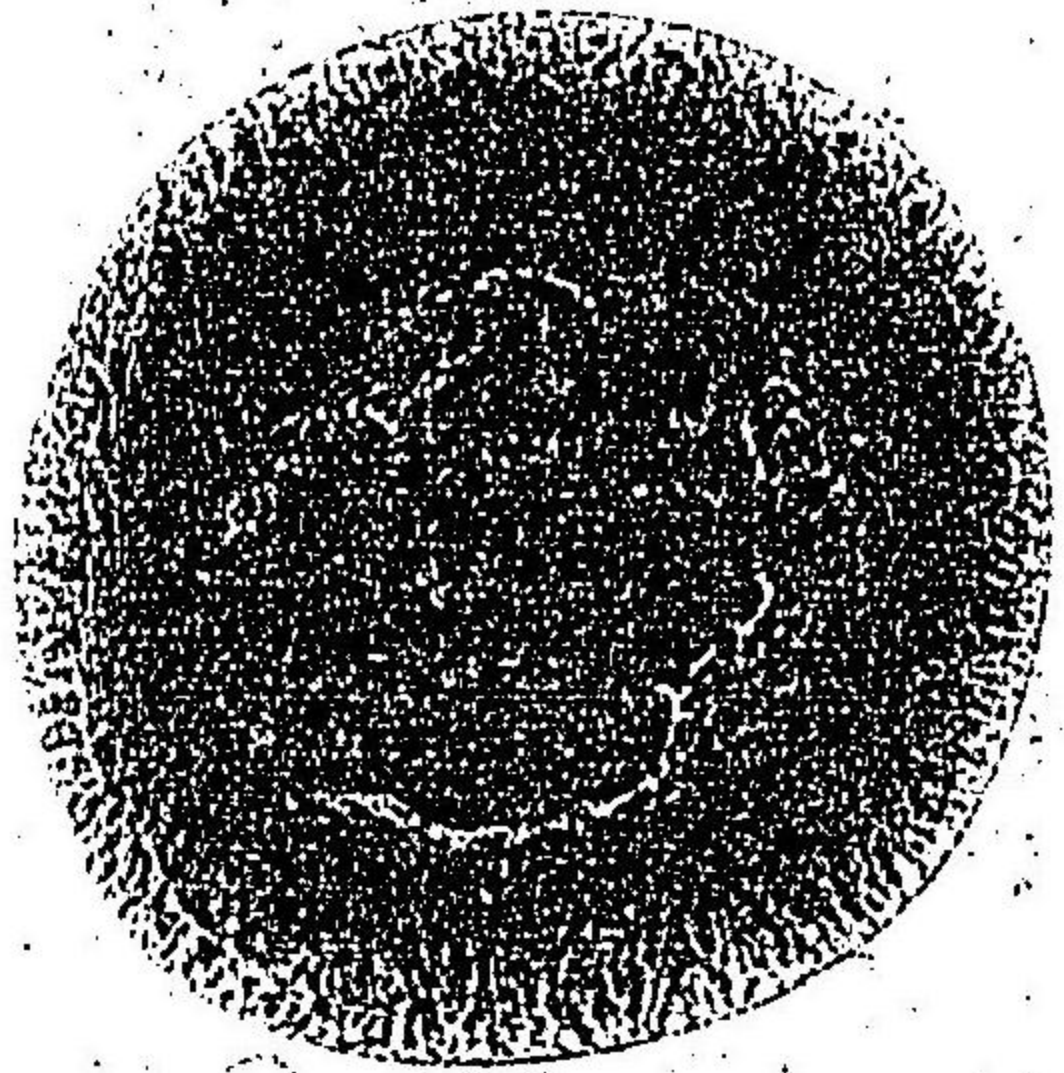


圖一十五第

來ス(アリ)。尙炎症進行セバ虹彩前面ニ散在性ニシ
テ小斑狀又ハ線狀ノ灰白色纖維素ノ沈着ヲ見ル(然
レモ瞳孔及虹彩一様ニ膜狀ニ蔽ハレ、トモアリ、此
瞳孔閉塞ハ「アトロピン」ニヨリテ剝離シ得)、又瞳孔
緣部ノ色素上皮層ノ線狀乃至絲狀ノ癒着ヲ來ス(決
シテ瞳孔緣部ノ腫脹及深層ノ限局性病竈ヲ來ス(ナ
ク又廣大ナル後癒着ヲ發來セズ)、而モ此色素層癒着
ハ下部瞳孔緣部ニ來ル(多ク(長ク)病床ニアル者ニ
於テハ顛顛側緣ニ來ル)、且ツ「アトロピン」ニヨリテ
離解シ得、水晶體前面ニ線狀ノ色素ヲ留ムル(多シ、(剝離セサル場合ニハ色素層ノミ癒着狀

虹彩炎

圖二十五第



態ニ止リ實質ハ後退ス、而モ此瞳孔ノ散大時瞳孔緣部ハ鋸齒狀ヲ呈セスシテ鈍圓ナリ(五十一
圖)。其他本症ハ角膜後面ノ沈着物ヲ見ル(アリ)。又數々テスセメット膜ノ皺襞形成ニヨリ角
膜後面ニ格子ヲ現ハス。尙本症ハ再發性ニ富ム。
毛様體ハ急性僂麻質斯ノキハ侵サル、ト少キモ重症又ハ再發性ノモノニハ多シ。

(2) 淋疾性

初期ニハ虹彩前面ニ於ケル微細ナル纖維素沈着ノ外著膿樣ノ滲出物前房ニ出ル(數々アリ。
(容易ニ消散スル性アリ)。此場合ニ於ケル後癒着ハ線狀乃至絲狀ヲ爲シ、散瞳ニヨリ瞳孔緣
鋸齒狀ヲ呈セズ。反覆再發セル者ニアリテハ水晶體前面ニ沈着セル線狀乃至絲狀ノ色素數層

ノ求心圓狀ノ配列ヲナスヲ以テ特異トス(五十二圖)。
又本症ハ僂麻質斯性ノモノト異ナリ多クハ急性ニ縮瞳
ヲ來ス。數々再發ス。
毛様體ヲ侵スニ至レバ角膜後面ニ沈着、微細ナル塵樣
硝子體溷濁、毛様體部壓痛アリ。脈絡膜炎ヲ合併シ來
ル(トハ甚ク罕ナリ)。
本症ハ尿道淋疾ノ急性期ニ起ル(少ク、末期殊ニ關節
炎ヲ起ス時期ニ來ル)多シ。尿道淋疾全ク消失セル時
ニ突然來襲スル(トモアリ)。男子ニ多ク、多クハ兩眼ヲ

虹彩炎

侵ス。

(3) 痛風性

夜間突然關節痛(拇趾)ト共ニ兩眼(多クハ)ニ於ケル劇痛ヲ以テ發來シ、高度ノ球結膜發赤アルガ故ニ一見急性結膜炎ノ初期ヲ見ルガ如シ、サレド仔細ニ觀察セバ毛様充血、角膜裏面ノ沈着、虹彩ノ變色、紋埋ノ不明即チ表層性虹彩炎ノ存在ヲ認メ得。但シ重症ニアリテハ稍深層ヲモ侵シ毛様體炎ヲモ合併ス。再發多ク、經過慢性、老人ニ多シ。

(4) 糖尿病性

著シキ纖維性(成形成性)虹彩炎ニシテ其瞳纖維ヲ以テ閉サレ、前房底ニ小蓄膿ヲ起ス。此虹彩炎ハ一見惡性ノ觀アルモ多クハ其經過佳良ニシテ滲出物直ニ吸收セラレ。前房蓄膿ナクシテ角膜裏面ノ沈着ヲ來ス漿液性虹彩炎トシテ來ルアリ。

深層性虹彩炎

(1) 徵毒性

紅斑 皮膚ノ紅斑トハ其趣ヲ異ニシ幽ナル鮮紅ノ樹枝狀、星狀、線狀ノ表層性充血ニシテ(日本人ニハ明ナラズ)虹彩ノ前面ノ内三分ノ一ノ部ニ生ズルコト多シ、患者ニハ何等ノ苦痛ヲモ與ヘズ、且ツ治療ヲ待ズシテ速ニ治ス。多クハ感染後六週ニシテ起ルモ尙早期(皮膚發疹前)ニ起ルコトアリ又後期ニ過性ノ再發性紅斑トシテ來ルコト

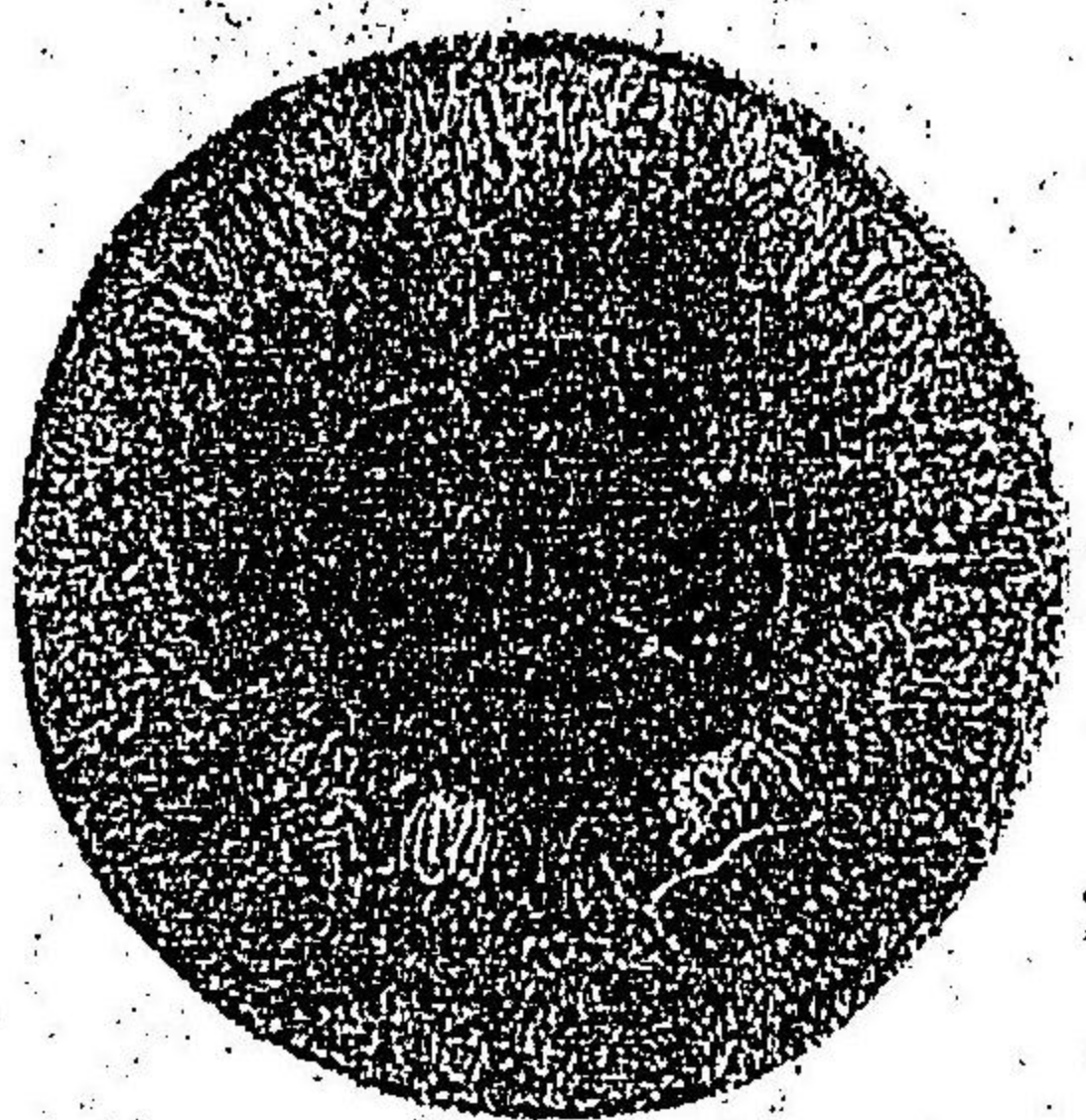
虹彩炎

アリ、又後期ニ丘疹ノ前初徵トシテ現ハル、アリ。成形成性炎 他ノ原因ニヨル成形成性虹彩炎ト同様ニ、毛様痛、毛様充血、虹彩ノ水腫様腫脹(殊ニ括約筋部ニ甚シキアリ又處々其度ヲ異ニセルアリ)、變色、理紋ノ不明、後癒着、前房出血、膠様滲出物、角膜裏面ノ沈着(時トシテ虹彩ノ腫脹最モ強キ部ニ相當セル角膜後面ニノミ沈着ヲ見ルコトアリ。カク沈着ヲ起シタル者ハ後ニ角膜後層ノ浸潤ヲ起シ、遂ニハ癩痕性濁濁ヲ殘遺ス)等ヲ見ル。合併症トシテ見ル可キハ毛様體炎、脈絡膜炎、乳頭充血乃至視神經炎、網膜炎、角膜實質炎(一象限ニ於ケル周邊ノ濁濁)等ナリ。カク此虹彩炎ニハ何等診斷上特異ノ點ヲ有セザルヲ知ル、サレド此炎症ハ明ニ深層性ニシテ而モ限局性ヲ有ス即チ「アトロピン」ヲ大量ニ點眼シ散瞳セシムルニ瞳孔緣鋸齒狀ヲ呈シ且ツ癒着固クシテ離解シ得ザルナリ。本症ハ多クハ感染後三ヶ月前ニハ來ラズ、數々皮疹、粘膜炎ト共ニ來ル、又往々第二期徵毒ノ先驅トシテ發現スルコトアリ。サレド多クハ感染後一―二年以内殊ニ六乃至十二ヶ月ニ來ル。外傷及其他ノ障礙ハ數々其誘因ヲナス。通常一眼ヲ侵スモ其約四分ノ一ハ後ニ他眼ヲモ襲フ。虹彩角膜炎ト稱シ、角膜實質炎殊ニ有血管性角膜實質炎ニ此虹彩炎ノ併發スルコトアリ

虹彩炎

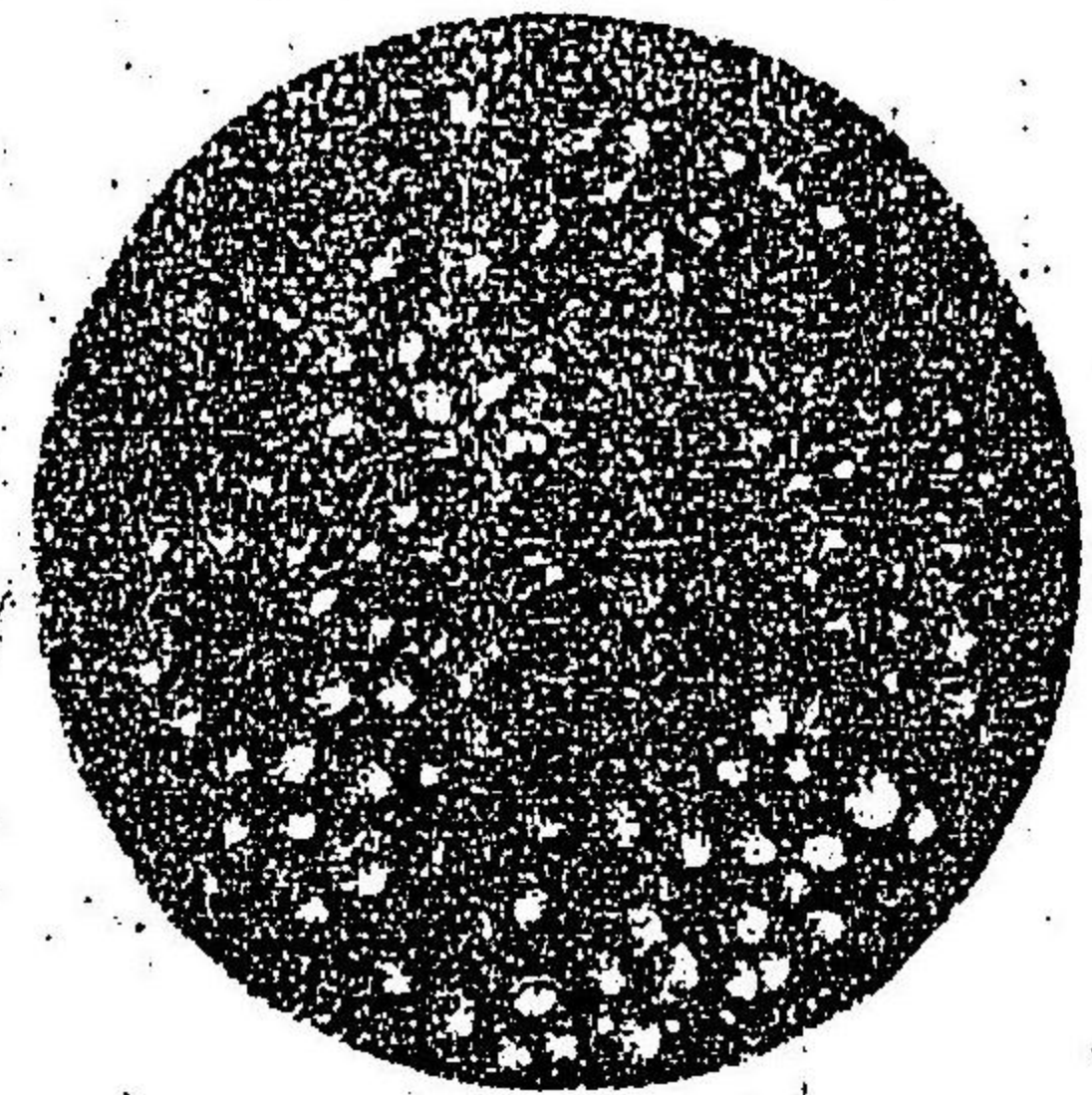
リ多クハ先天微毒ニ因ス。
 尙先天微毒ニヨリ初生兒ニ來ルモノハ其炎症輕少ニシテ滲出物輪狀ナシ瞳孔領
 又ハ虹彩ノ前面ニ現ハル、コアリ、又瞳孔閉塞ヲナセルコアリ。或ハ已ニ胎生期中
 ニ炎症々狀經過シ唯後癒着ノミヲ殘遺セルアリ。
 蕾疹 之モ第二期ニ發スルモノニシテ成形性虹彩炎トノ間ニハ明境ナシ、只臨床
 蕾疹ヲ著明ニ見得ルヲ蕾疹性虹彩炎ト命スルニ過ギズ。之ニ初期ニ來ルモノト後期
 ニ來ルモノトアリ。

圖三十五第



蕾疹性虹彩炎ニアリテハ蕾疹ノ外、毛様充血、虹彩ノ變色、紋理ノ不明ヲ認ム。蕾疹
 ノ大サハ通常針頭大ノ半球狀物ナレモ初期ノ
 モノハ小ニシテ後期ノモノハ稍大ナリ。色ハ
 種々ニシテ一定セズ即チ鮮紅、灰白赤、褐赤、
 灰白黃、黃等ノ諸級アリ。サレド初期ノモ
 ノハ赤色度強シ。其他初期ノモノニアリテハ
 瞳孔縁ニ近キ虹彩表層ニ生シ多クハ直ニ消散
 ス、時ニ炎症浮腫ノ爲メニ蕾疹上ノ虹彩層ガ
 水泡様ニ舉上セラレ、之ガ破レテ前房出血ヲ

圖四十五第



虹彩炎

起シ、疹上ニハ纖維素沈着ヲ來スコアリ。後期ノモノニアリテハ好シク括約筋部ニ
 發シ(必シモニ非ラズ)、數ハ一數個ヲ生スレモ初期ノ者ニ反シ癒合ノ傾向ヲ缺
 ク、其硬度ハ初期ノモノニ比スルニ高ク、其表面モ初期ノモノヨリ滑澤ナリ、尙其
 周圍ノ充血モ初期ノ者ニ比シ少ク、又其増大スル方向ハ邊縁(瞳孔領ト反對ノ方)ニ
 向ノ。尙初期蕾疹ニハ種々ノ變型アリ。例ヘバ一數個(六個以上ニハ及バズ)括約
 筋部ニ生ズルアリ、全瞳孔縁部ニ多クヲ生シ之ガ互ニ癒合シ一見赤色ノ堤狀ヲナス
 ヲリ、又同様ノモノガ瞳孔縁ノ唯一部ニ限局シテ生ズルアリ。
 時トシテ著シク出血ノ傾向アル蕾疹ヲ見ルコアリ、之ハ主トシテ其血管ガ罹患セル
 爲ナリ。

又群發性蕾疹ト稱シ、虹彩ノ處ヲ嫌ハズ(一
 象限ニ限ラル、コモアリ)多クノ蕾疹現ハル
 、コアリ而モ夫等ハ各時期ヲ異ス、サレド一
 般ニ大ナルハ毛様體ヨリ生シ、小ナルハ寧ロ
 瞳孔領ニ近ク生ズ(五、四圖)。老人ニシテ
 衰弱シタル治療ヲ受ケザル重症微毒患者ニ來
 ル。再發多ク、且ツ後ニハ神經中樞侵ツルノ

虹彩炎

際アリ。

蕾疹ハ破壊スルカ又ハ吸收サル。破壊スル片ハ前房出血ヲ起シ、其跡ニハ疣狀ノ肉芽組織ヲ生ズ。吸收サル、片ハ前層脫色シ虹彩其物ハ菲薄トナリ、色素層透見スルニ至ル、(此脫色斑ハ感染數週乃至數月ニシテ來ル白斑ト混合スル勿レ、此白斑ハ多ク虹彩根部ニ生シ、其底面ニハ白色ニ見ユル血管枝狀ヲナシテ存ス、尙此者ハ回復シ得ルモノナリ)、又後癒着而モ強固ノ後癒着ヲ殘ス、サレバ散瞳ニヨリ瞳孔縁鋸齒狀ヲ呈ス。

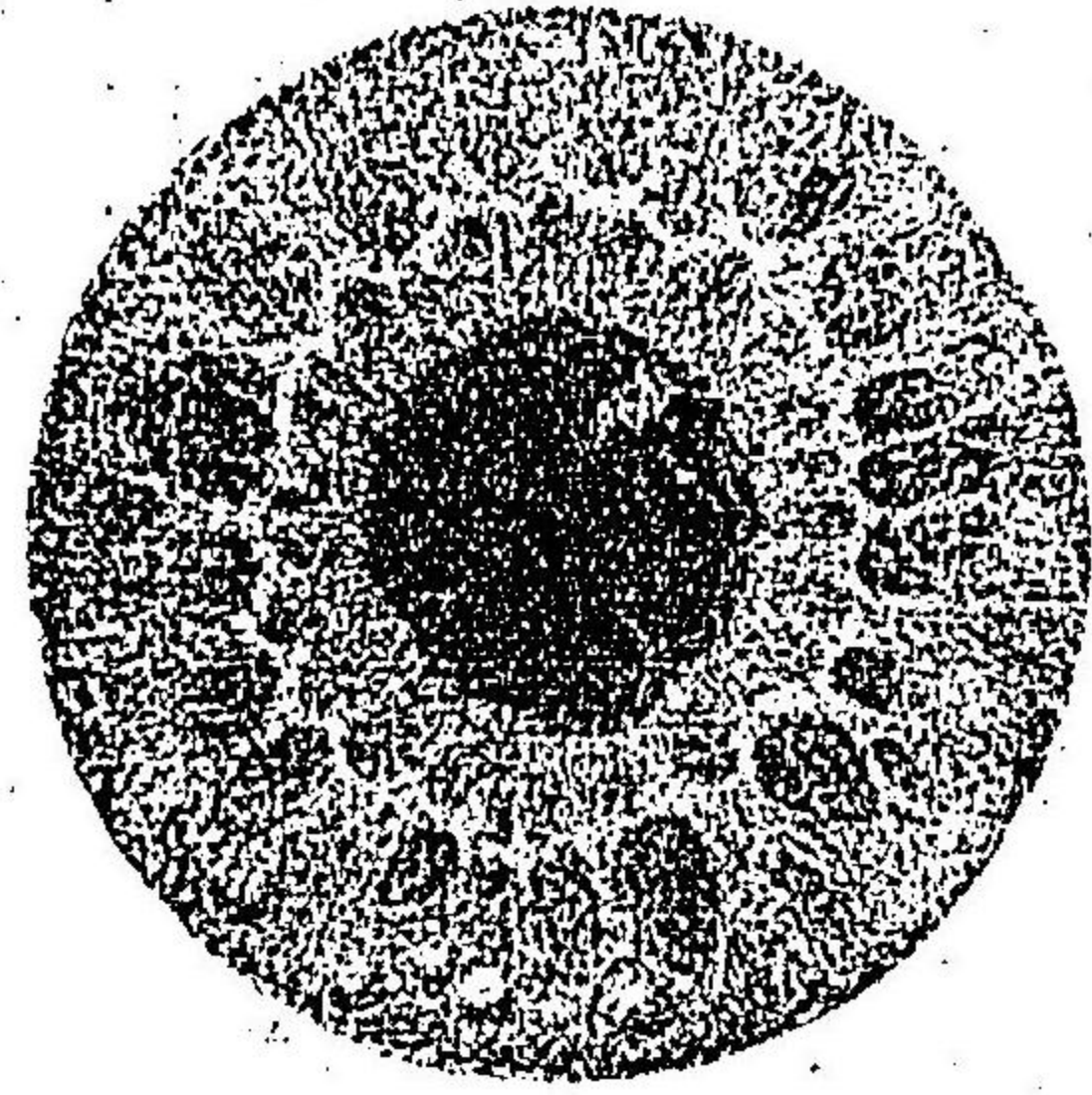
蕾疹ハ成形性炎ヨリモ早期ニ生ス、二十乃至四十歳ノ男子ニ見ルコト多シ。

護膜腫 第三期ニ生ス、多クハ一眼ニ來リ、一箇ヲ生ジ而モ根部又ハ毛樣體ヨリス殊ニ上方ニ初發ス(毛樣體ヨリ發スル片ハ劇痛ヲ訴フ)。漸次増大スレバ遂ニ前房ヲ充シ進シテ毛樣體部ノ鞏膜ニ青黑色ノ隆起ヲ起シ遂ニ一部ヨリ破壊ス。成形性炎ヲ併發スルコトアリ又然ラザルコトモアリ。其他此護膜腫ノ發生部ニ近キ角膜ニハ溷濁ヲ起シ、角膜ノ裏面沈着ヲモ將來スルコトアリ。

經過ニ種々アリ初期ニ治癒セバ治後灰白色ノ瘢痕ト後癒着トヲ殘ス。前房内ニ破ル、片ハ前房蓄膿ヲ起ス。毛樣體部ヨリ破壊シ治癒セシモノハ其後ニ暗黑色ノ色素斑ヲ留ム。漸次進行セバ水晶體ヲ白内障ニ陥ラシメ又ハ其一部ノ吸收ヲ招來ス更ニ進

ンデハ綠内障ヲ起シ遂ニハ眼球萎縮ヲ來スニ至ル。

第五十五圖



(2) 結核性

(a) 虹彩根部ニ透明樣ノ血管少キ又ハ全クナキ灰白黄色ノ點狀又ハ針頭大ノ結節(數個)ヲ生ズ。同時ニ紋理ノ不明ト數個ノ後癒着トアリ(五十五圖)。

此結節ハ微毒ノ蕾疹ト異リ小動脈壁ニ生ズルモノナルガ故彼ノ毛細管ニ富メル瞳孔縁部ヲ襲ハズシテ却テ根部ニ來ルナリ、サレ

ド元ヨリ每常然ルモノニハアラズ、寧ろ微細小結節ハ瞳孔縁部ニ生ズ。

(b) 慢性ノ虹彩炎トシテ來ル。結節ナク、虹彩全體ガ非常ニ肥厚シ其面凹凸トナル。

又輪 癒着ヲ起シ、虹彩牽牛花狀トナルコトアリ。

(c) 房角ニ孤立性結核ヲ生ズルコトアリ、之ハ大トナリ全前房ヲ充シ遂ニハ毛樣部鞏膜ノ菲薄ヲ來シ葡萄腫ヲ起シ遂ニ破壊シ眼球癆ニ陥ル。

(3) 癩性

極メテ慢性ニシテ炎症々狀輕少ナリ。アトロピンニヨリテ散瞳セシムルコト頗ル難

虹彩炎

虹彩炎

治療

シ。虹彩其色澤ヲ失シ汚穢灰白色トナル。
 結節ヲ生ズルヲ罕ナリ、瞳孔緣部ニ發シ、色ハ乳白色。
 本症治療上最モ必要ナルハ原因的全身治療ナリ、サレド予ガ此ニ眼科者トシテ專ラ述ベ
 ントスルハ局部的對症療法ナリ、而シテ此際常ニ心得可キハ散瞳、鎮痛、内壓監視ノ三
 要點ナリ。
 虹彩炎治療上最モ必要ナル藥劑ハ「アトロピン」ナリ。

處方

中性硫酸「アトロピン」 〇・〇五—〇・一
 蒸餾水 一〇・〇

「アトロピン」ハ瞳孔ヲ散大セシム、之ガ爲メニ虹彩ハ狹縮ヲ來シ、充血ヲ輕減シ虹彩ノ運動及
 調節作用ヲ廢シ、之等ヲ安靜ナラシメ且ツ後癒着ヲ離解シ、又其新生ヲ豫防ス。

其膿度及點眼ノ量ハ元ヨリ其炎症ノ度ニ準ズ。大人ニ於ケル一日ノ極量ハ〇・五%液ノ
 八—十滴ニ相當ス。「アトロピン」ハ其効ヲ増進セシメンガ爲メニ結晶7月ヒ、又ハ「コ
 カイン」ヲ伍用ス。(其他温罨法、蒸氣罨法後ニ點眼ハルカ或ハ就褥前ニ點眼ハルモ其
 効増進セラル)普通吾人ハ〇・五%「アトロピン」ト五%「コカイン」トヲ三滴宛點眼ス。

虹彩炎

一日三回ヲ超ユ可カラズ。炎症度中等ノモノニアリテハ一日ニ一回「アトロピン」ト「コ
 カイン」トヲ三滴宛點眼シ、尙二—三回一%「アトロピン」軟膏ヲ結膜囊内ニ塗入ス。
 已ニシテ炎症退降期ニ入レバ唯其散大シ得タル瞳孔ヲ維持スルニ充分ナル「アトロピ
 ン」點眼ヲ持續スレバ可ナリ。炎症全ク去リテ癒着ヲ起スノ懼ナキニ至レバ廢ス。

「アトロピン」ハ人ニヨリテ容易ニ結膜加答兒ヲ起ス。カ、ル者ニハ「スコポラミン」又ハ「ガイ
 スカポール」(〇・二五%)ヲ以テ代用ス。

疼痛劇シケレバ「アトロピン」、コカイン」軟膏ヲ用フ。

處方

中性硫酸「アトロピン」 〇・一
 鹽酸「コカイン」 〇・五
 米國製白色「ワセリン」 一〇・〇

一日二—三回硝子棒ヲ以テ結膜囊内ニ塗入ス。

其他「デオニン」點眼、温罨法、蒸氣罨法、巴布(一日數回、眼瞼皮膚ノ濕疹ヲ豫防センガ爲
 メニ硼酸「ワセリン」ヲ塗布シ置クヲ良トス)、水蛭(頰顳部)電氣療法(感傳)ヲ用フ、尙場合ニ
 ヨリテハ「フニナツニチン」、「ツリゲミン」(〇・五—一・〇)、「モルヒネ」(内服又ハ皮下注射)
 ヲ與フ。

虹彩炎

又滲出物ノ吸收ノ促進センガ爲メニ發汗療法、食鹽水ノ結膜下注射(炎症アル間ハ禁ズ)水銀、沃度加里ヲ與フ。

著色眼鏡ヲ處シ眼ノ安靜ヲ圖ル。

近業、過勞、喫煙、飲酒等ヲ避ケ便通ヲ整理ス。

虹彩炎治法ニ際シ最モ注意セザル可カラザルハ内壓ノ監視ナリ。故ニ吾人ハ「アトロピン」ヲ點眼セントセバ毎常先ヅ其内壓ヲ檢セザル可カラズ。殊ニ多クノ後癒着アル片、毛様體炎ノ存スル片、「アトロピン」ニヨリテ疼痛ヲ發スル片及老人ニアリテハ必ず内壓亢進ノ有リヲ檢セザル可カラズ。若シ「アトロピン」使用中内壓亢進ヲ來セバ直ニ其使川ヲ廢シ、只「コカイン」ノミヲ以テ闘フ。若シ其翌日ニ至ルモ減降セザレバ縮瞳藥(一%「エゼリン」一日ノ極量ニ滴宛三回)ヲ點眼シ内壓ヲ正常ニ復セシム。一旦正常トナレバ後再ビ「コカイン」ヲ試ミ、次テ數日後「アトロピン」ヲ試ム可シ。

若シ「エゼリン」ヲ用フルモ内壓ノ降セザレバ、止ムヲ得ズ穿孔又ハ虹彩切除ヲ行フ(普通炎症時ニハ虹彩手術ヲ禁ズ)。一旦内壓減降シタル者ニ於テハ其再發ヲ防ガシガ爲メニ炎症ノ消散後虹彩切除ヲ行フ。

凡テ「アトロピン」ニヨリ散瞳セシメ得ザルガ如キ者ハ多クハ毛様體ノ高度ニ侵サレ居ルモノニシテ内壓亢進ノ危險大ナル者ト知ル可シ。

慢性ニ流レ諸法効ナキ虹彩炎ニ角膜穿孔及虹彩切除ノ奏効スルコトアリ(無論此等ノ手術ハ炎症時ニナス可カラズ)。

輕度ノ後癒着ハ數々「アトロピン」又ハ「アトロピン、コカイン」ニテ離解シ得ラル、若シ此等ニテ成効ヒザレバ先ヅ「エゼリン」ヲ點シ一旦縮瞳セシメ次デ「アトロピン」ヲ強ク(四―五滴)働カシム。若シ之ニテモ成効セザレバ唯其運命ニ委スルノ外途ナシ。

輪狀後癒着ハ虹彩切除ヲ要ス。若シ此際同時ニ又ハ單獨ニ瞳孔閉塞アレバ兩房ノ交通ト假瞳孔トノ目的上虹彩切除ヲ下部ニ行フ。

卒後癒着ニアリテハ先ヅ虹彩切除ヲ試ム。不可能ナレバ虹彩切除ト共ニ水晶體摘出ヲ兼行ス。

續發性線内障ニ就テハ該當章ヲ參照セヨ。

硝子體濁濁アレバ食鹽水、「ヨヂピン」ノ結膜下注射、「チオニン」點眼、發汗療法、沃度加里ノ内服。

虹彩炎

●上鞏膜炎及ヒ鞏膜炎 Episkleritis et Skieritis.

鞏膜表層ノ炎症ヲ上鞏膜炎ト稱シ、角膜ニ近ク帶青赤色ノ斑點ヲ生ズ、コレ上鞏膜靜脈ノ怒張ニヨルモノナリ。時ト共ニコノ部ニ硬固ナル浸潤ヲ生ジ、稍鞏膜面ヨリ突出ス。結膜ニ來ル「フリクテン」ト誤診スル事アレハ、「フリクテン」ニアリテハ浸潤ハ結膜ノ表面ニアレハ、上鞏膜炎ニアリテハ、結膜ハ單ニ赤發シテコレヲ掩フニ止マルガ故ニ結膜ト浸潤トノ間ニハ何等ノ關係ナキヲ證明シ得可シ。

カ、ル浸潤ハ數週ノ後ニ自カラ消失スルモ、幾何モナクシテ再發シ、再發ニ次クニ再發ヲ以テシ、遂ニ全角膜周圍ヲ周遊スル事アリ、凡テ炎症ノ消失ト共ニコノ部鞏膜ハ青灰色ヲ呈シ組織ガ菲薄トナルガ爲メニ膨脹シ易シ。

鞏膜ノ深層ニ炎症ヲ生シタルモノハ、屢葡萄膜炎ヲ犯ス、即チ虹彩炎、毛樣體炎ヲ見ル事多シ、又硬化性角膜炎ハ合併症ノ最モ著シキモノナリ。

原因、「レウマチス」、痛風ニヨルモノ最モ多ク、其他結核、黴毒、癩病等ヲ原因トシテ認メ得可シ、鞏膜結節ガ眼球前部ニ生ズル時ハ多クハ「レウマチス」及痛風ニヨルモノナレハ、赤道部又ハ其ノ後部ニ生ズルモノハ結核及黴毒ヲ疑ハシム、但シ眼球前部ニモ粟粒結核ヲ生ジ、屢癒合シテ大ナル結節ヲ作り、乾酪變性ヲ經テ崩壞スルニ至ルモノアリ。

アリ。

近來鞏膜炎患者ノ約九五%ハ凡テ「ツベルクリン」反應陽性ナリト稱スル人アリ。痛風ニヨリテ起ルモノハ疼痛極メテ著シ。

療法

局所療法トシテハ温罨法ヲ用ヒ、(疼痛甚シキ時ハ冷罨法ヲ宜トス)虹彩ノ犯サル時ハ「アトロピン」ヲ點眼シ、浸潤ニ對シテハ五千倍昇汞水、生理的食鹽水、空氣等ノ結膜下注射ニヨリテ著シキ奏効ヲ認ムルヲアリ。炎症稍減退スルニ至レバ、一—三%黃降汞軟膏ヲ點眼シテ按摩セシム。或ハ初メヨリ浸潤部ヲ鈍匙ヲ以テ搔擦スルカ、電氣燒灼器ヲ以テ燒却スベシ。

局所療法ト同時ニ全身療法又怠ル可カラズ。刺戟症狀盛ナル時ニ眼ノ安靜ヲ命ジ、居室ヲ暗クシ、著色眼鏡ヲ與フルモ可ナリ。「レウマチス」ニ對シテ撒曹ヲ與へ、黴毒ノ疑アルモノ及ビ原因不明ナルモノニハ沃度加里ヲ與フ。便秘アルモノニハ適度ニ下劑ヲ與へ、月經不順ノモノハ其ノ原因ヲ除ク可シ。

疼痛ノ極メテ甚ダシキモノニハ「アスピリン」、「アンチピリン」等ヲ與へ、時トシテ睡眠劑ヲ要スル事アリ。

上鞏膜炎及ヒ鞏膜炎

鞏腫膨張症

Staphyloma sklerae.

後方ニ膨張スルモノ

近視ノ後葡萄腫

赤道部ニ膨張スルモノ

緑内障ノ末期ニ來ル

角膜周圍ニ來ル膨張

鞏膜炎ノ後其抵抗ノ貧弱ナルニ乘ズ

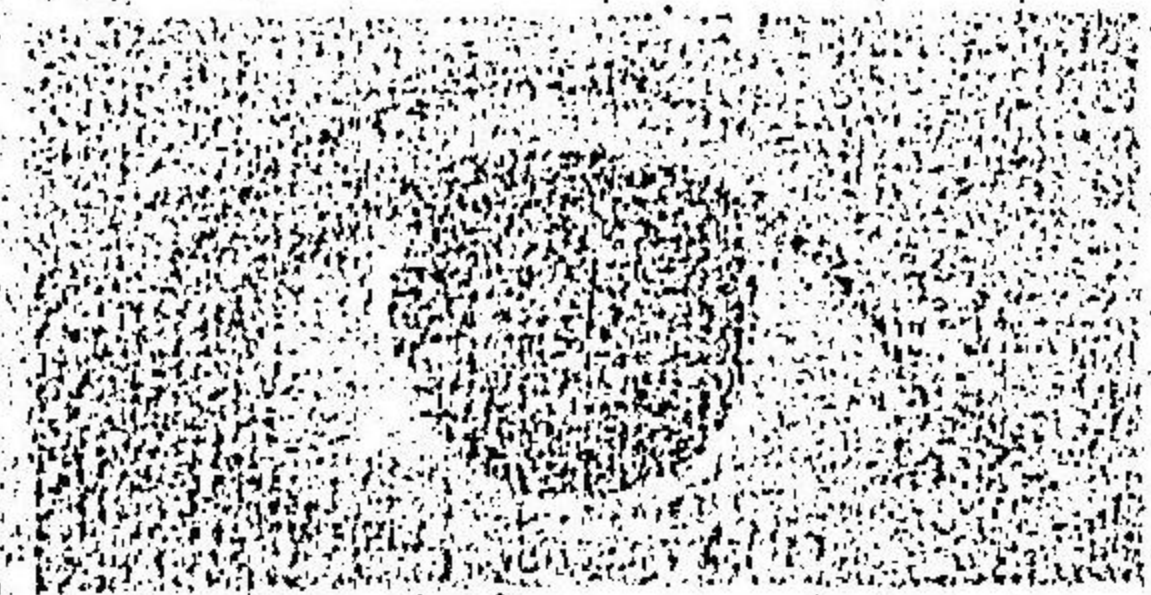
全鞏膜膨張症

所謂牛眼ニシテ少年期 緑内障ト見做ス可ク内壓亢進

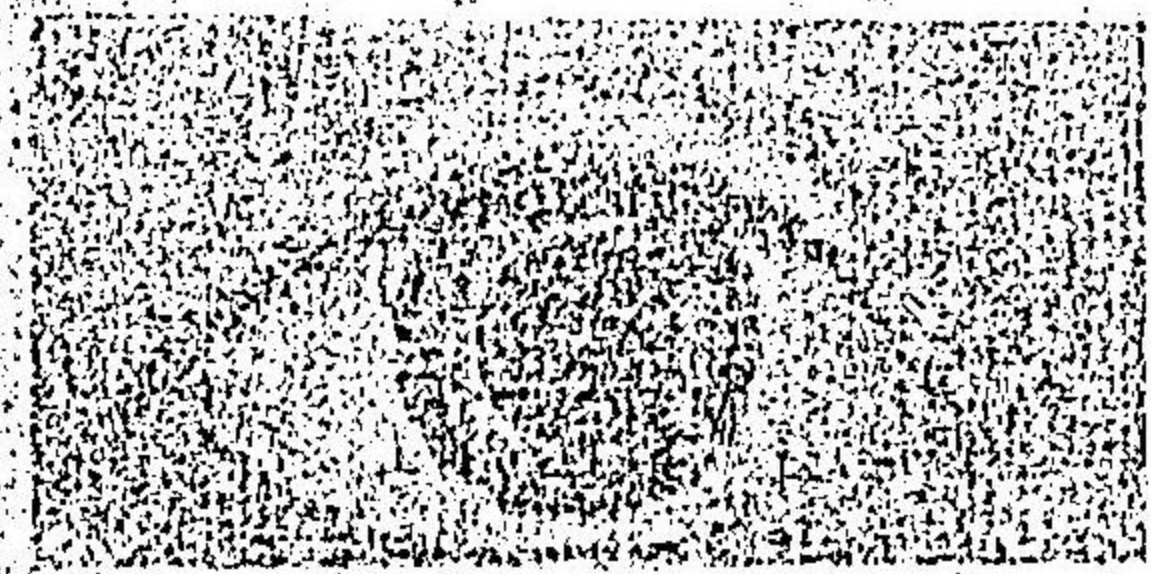
ノ結果全鞏膜ハ膨脹シテ青色ヲ帯ビ眼球ハ稍突出ス。

内壓亢進ノ徵アリテ葡萄腫ノ危險アル時ハ虹彩切除ヲ行フ。必ズシモ有効ナラズ。成立セル葡萄腫ハ切開シ癬痕菲薄ナル部ヲ切り去リ縫合ス可シ、縫合不能ナル場合ハ單ニ壓迫繃帶ヲ置クニ止ム。

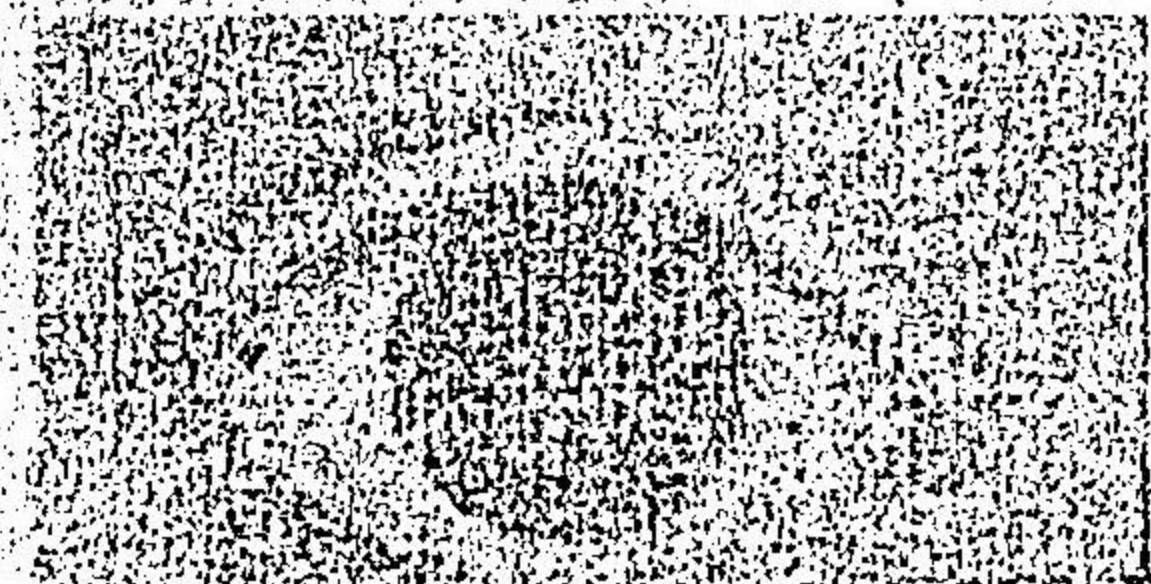
已ニ失明セルモノハ、醜形ヲ殘シテ何等ノ得ル處ナカル可シ、眼球摘出又ハ眼球内容除去ヲ行フ。菲薄ナル葡萄腫ハ屢々破壊シテ化膿ヲ來スノ恐アルト同時ニ、屢疼痛ノ襲來スル場合アリ直チニ摘眼ス可シ。



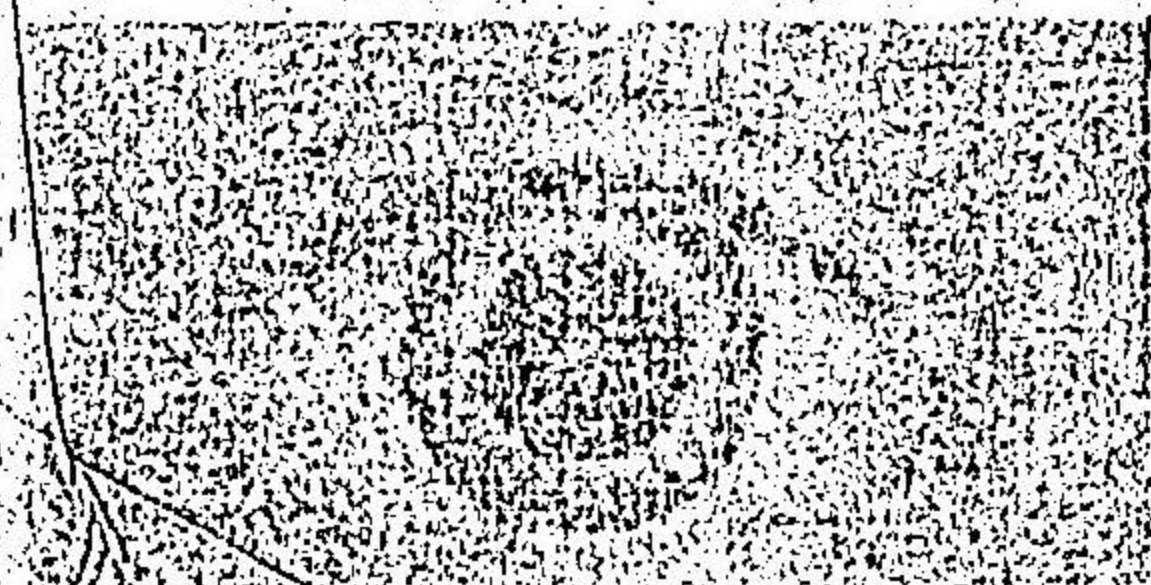
(法照徹) 眼 視 正



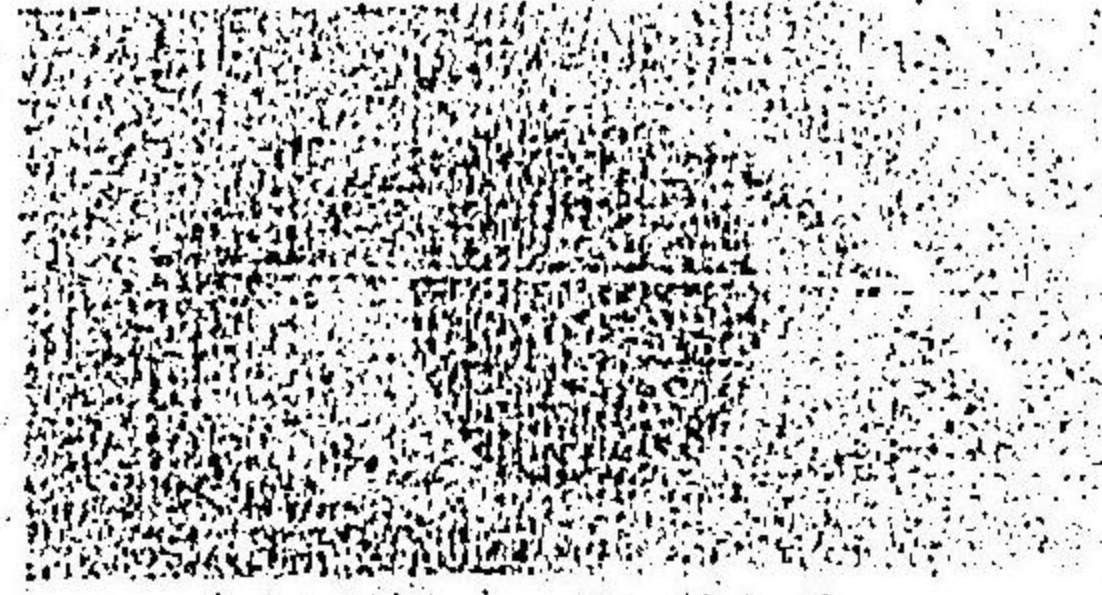
(法照斜) 角 膜



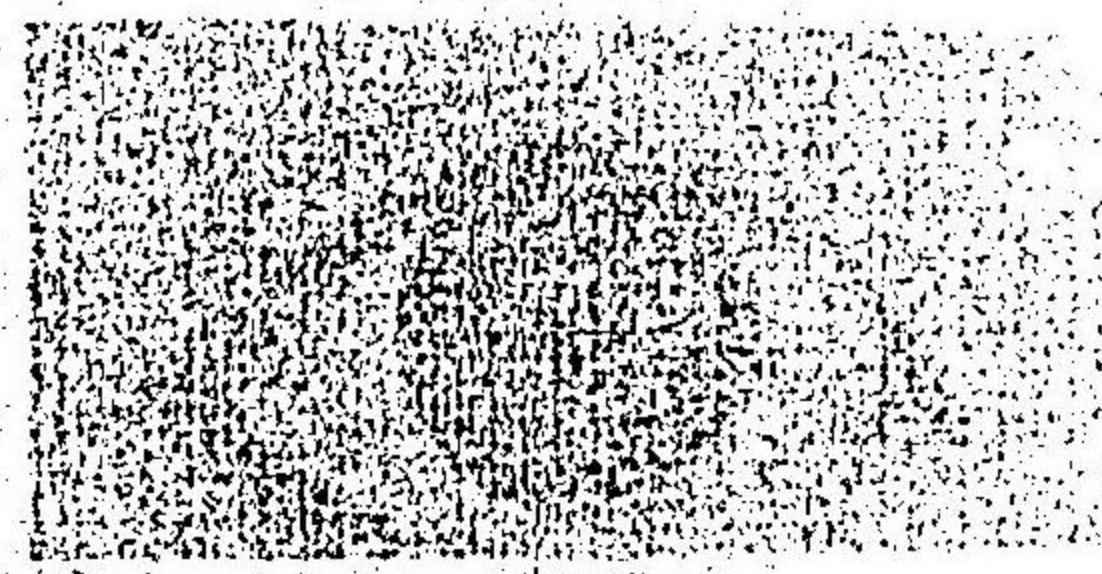
(法照斜) 障 内 白 人 老



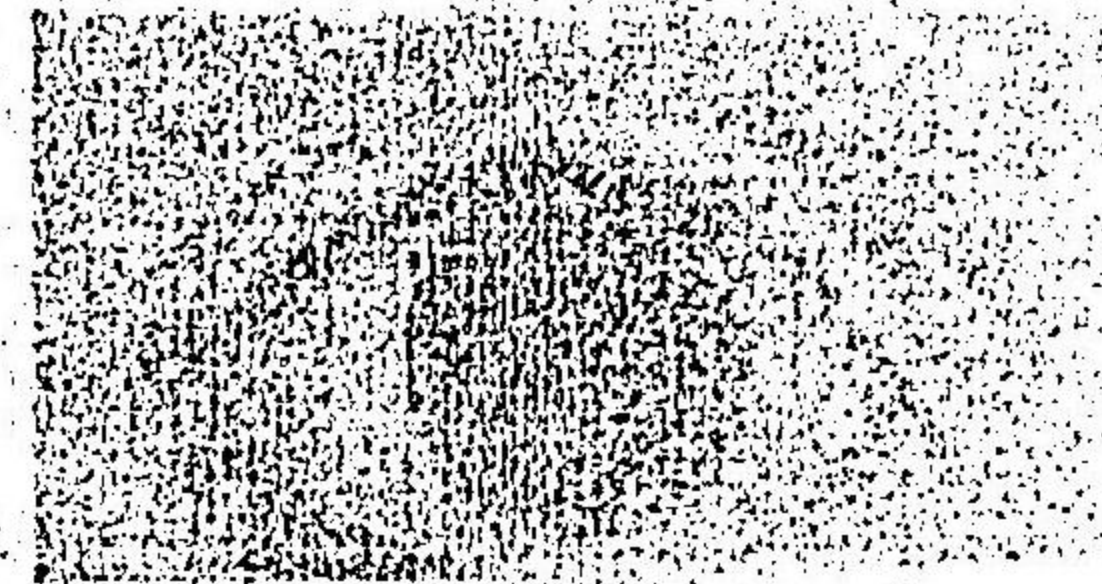
注核(法照斜)障内白人老



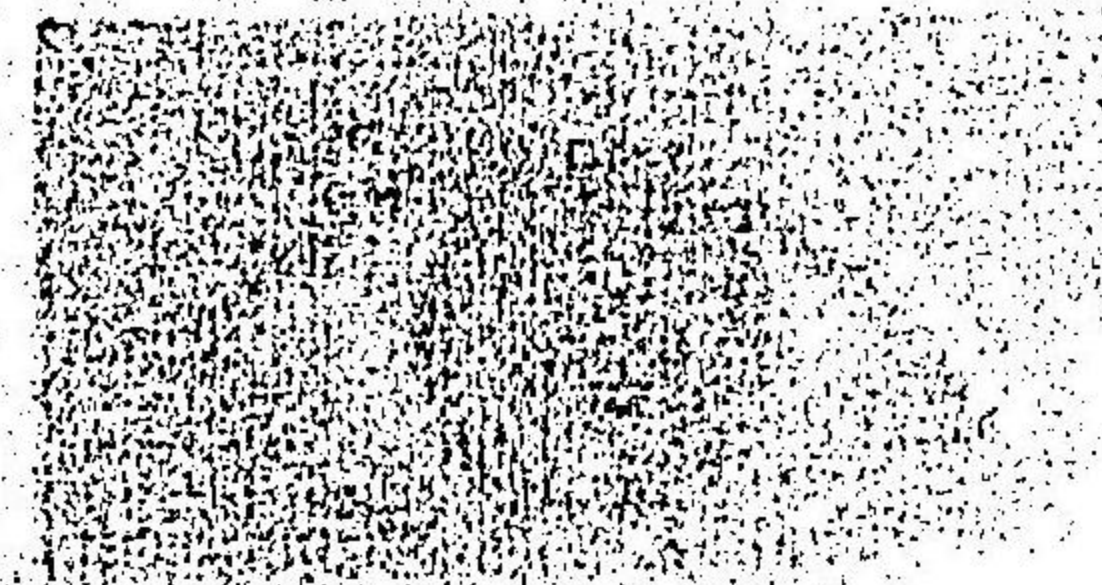
(法照徹) 眼 視 正



(法照斜) 角 膜



(法照徹) 障 内 白 人 老



注核(法照斜)障内白人老

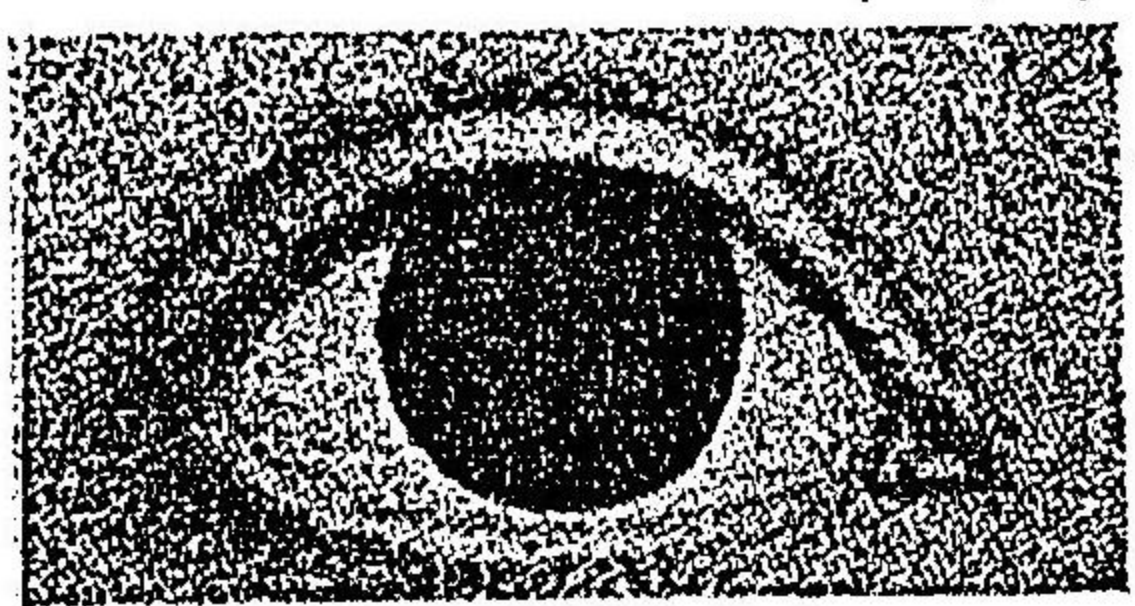
上蓋膜炎及ヒ蓋膜炎

蓋腫膨張症 Staphylococci sclerae

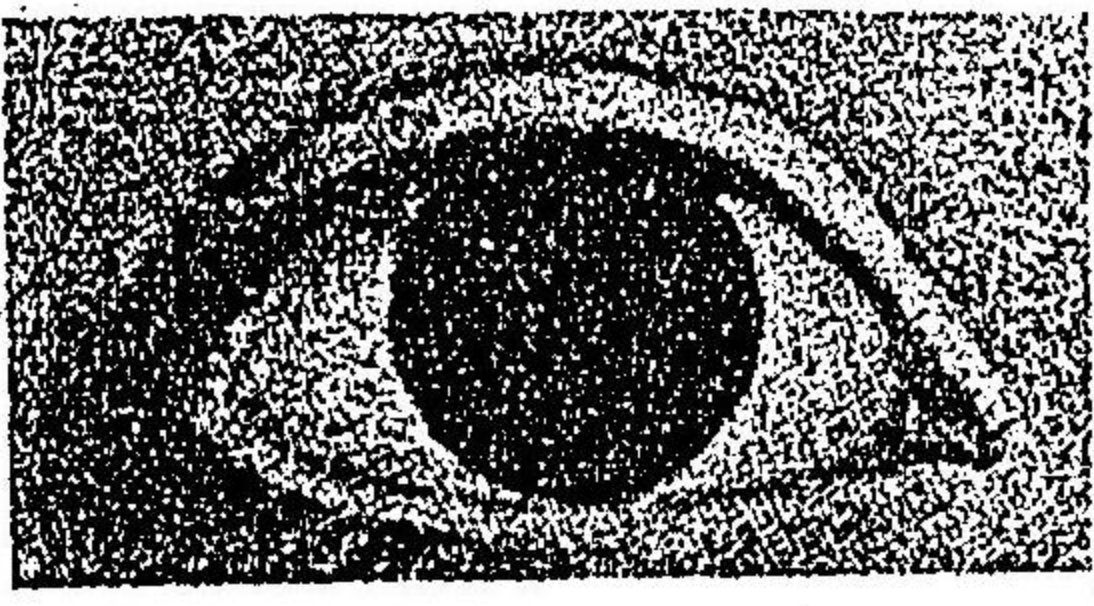
後方ニ膨張スルモノ
赤道部ニ膨張スルモノ
角膜周囲ニ來ル膨張
全蓋膜膨張症

近視ノ後葡萄腫
線内障ノ末期ニ來ル
鞏膜炎ノ後其抵抗ノ貧弱ナルニ乘ズ
所謂牛眼ニシテ少年期
線内障ト見做ス可ク内障互進

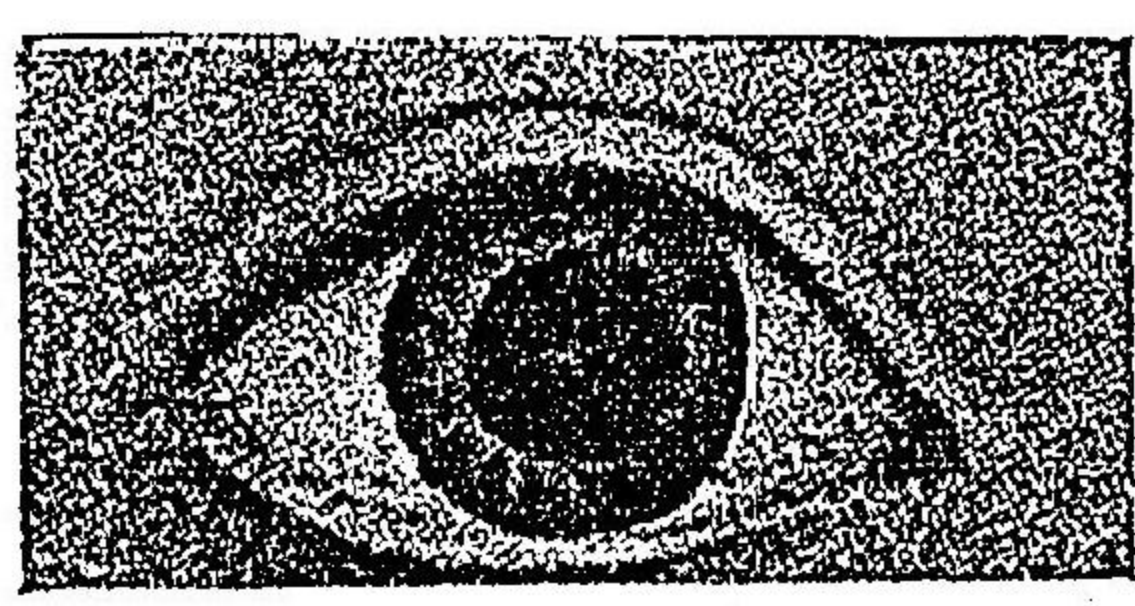
内障互進ノ微アリテ葡萄腫ノ危險アル時ハ虹彩切除ヲ行フ。必ズシモ有効ナラズ。底立セル葡萄腫ニ切開シ縦線菲薄ナル部ヲ切り去リ縫合ス可シ。縫合不能ナル場合ハ單ニ膠泊綫帶ヲ置クニ止ム。
已ニ失明セルモノハ、醜形ヲ殘シテ何等ノ得ル處ナカル可シ。眼球摘出又ハ眼球内容除去ヲ行フ。菲薄ナル葡萄腫ハ屢々破壊シテ化膿ヲ來スノ恐アルト同時ニ、屢疼痛ノ襲來スル場合アリ直チニ摘眼ス可シ。



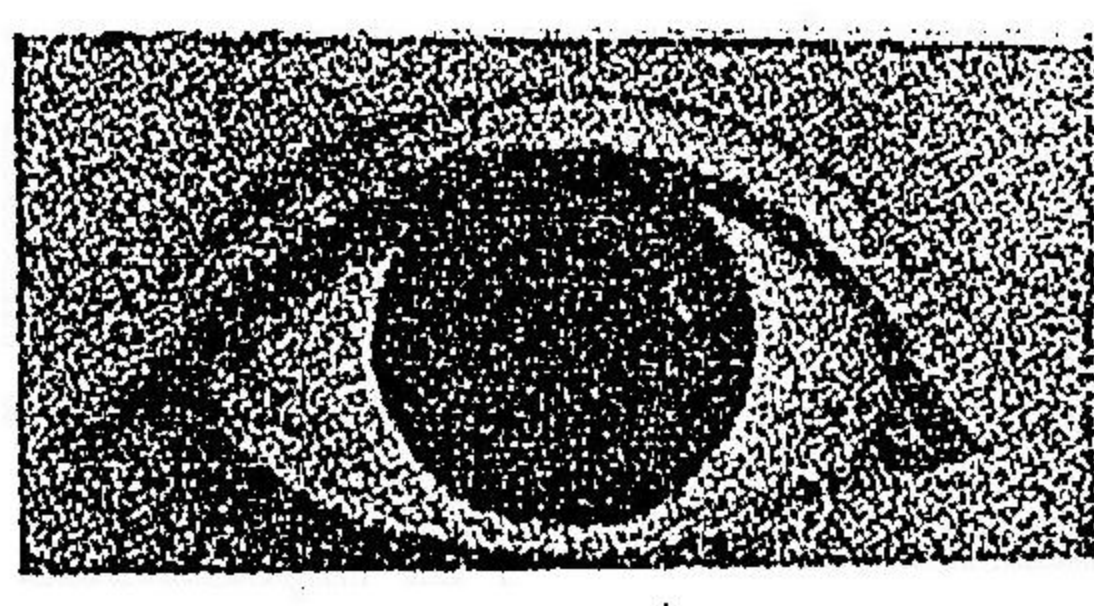
(法照徹) 眼 視 正



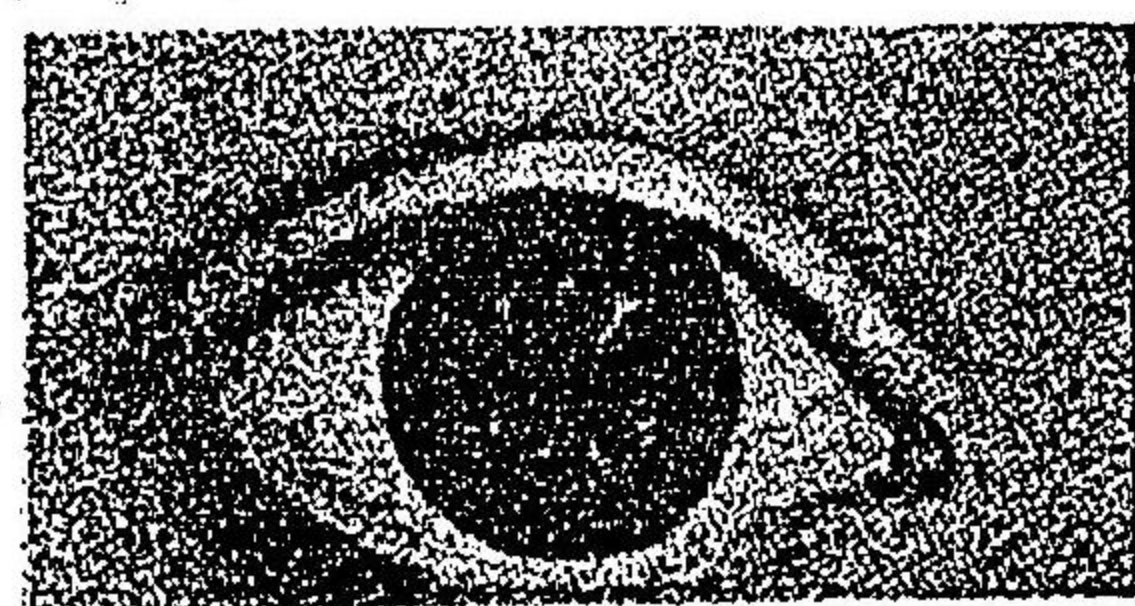
(法照徹) 眼 視 正 非



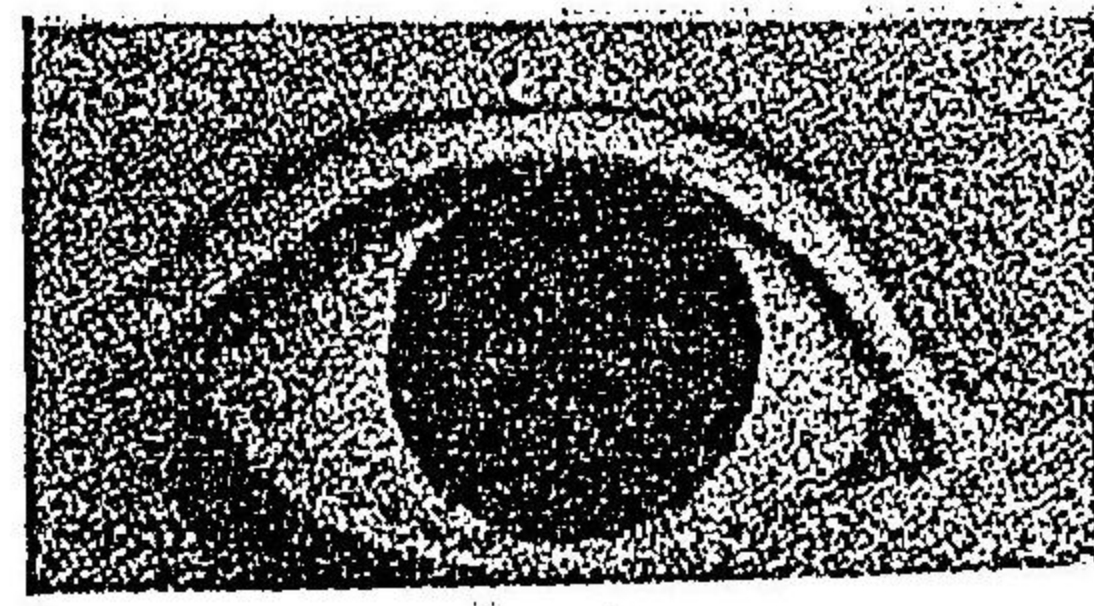
(法照斜) 翳 膜 角



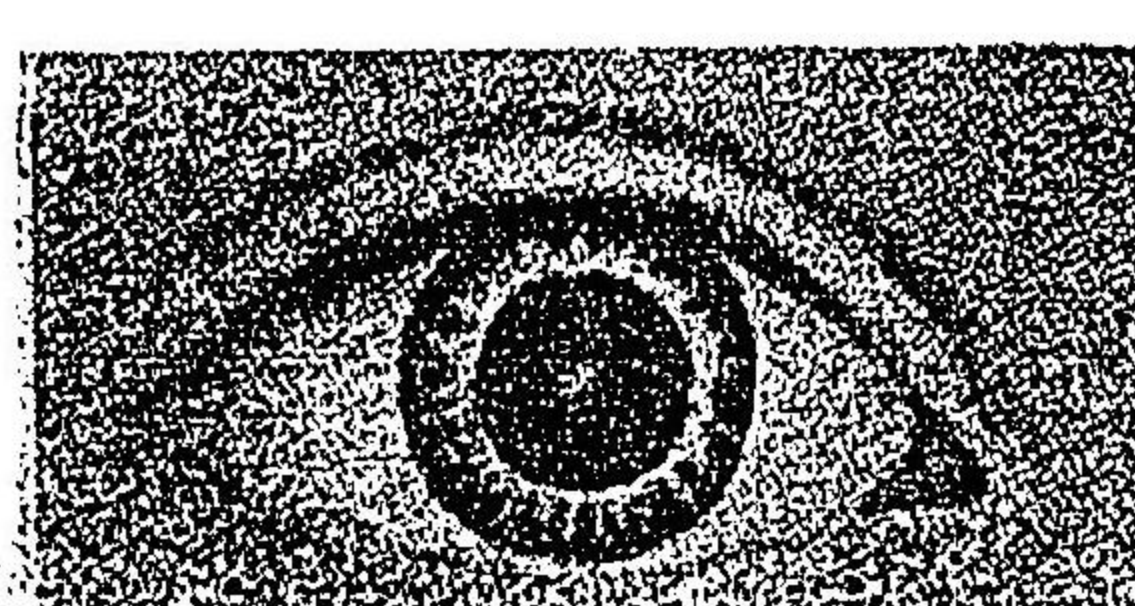
(法照徹) 翳 膜 角



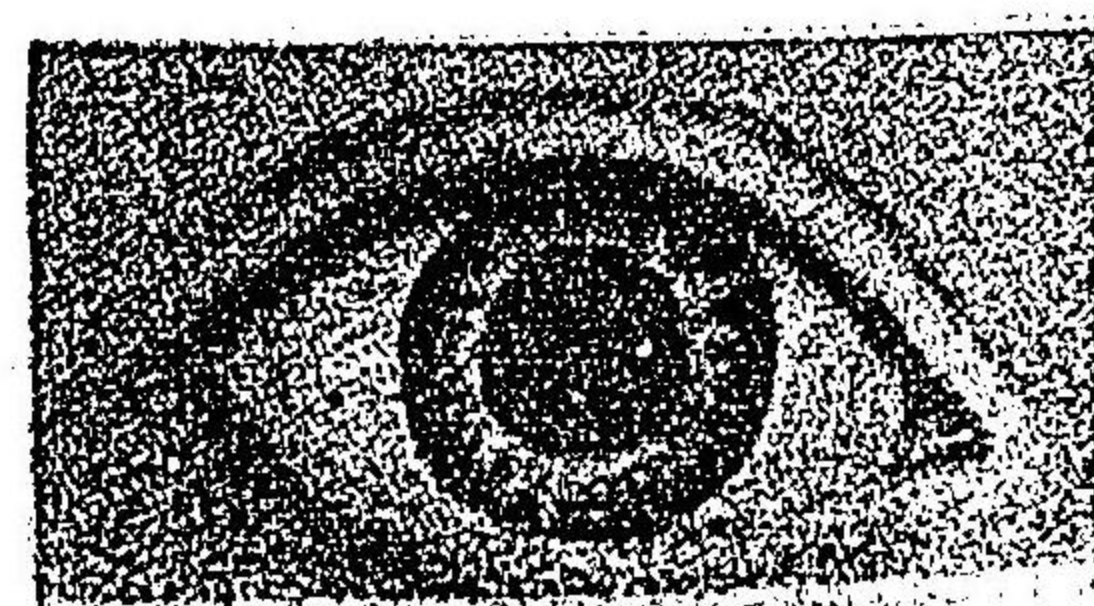
(法照斜) 障 内 白 人 老



(法照徹) 障 内 白 人 老



性核 (法照斜) 障 内 白 人 老



性核 (法照徹) 障 内 白 人 老

● 水晶體諸病 Erkrankungen der Linse

一、白内障 Cataract

水晶體ノ濁濁ヲ凡テ白内障ト稱ス

白内障眼ノ検査

水晶體濁濁ハ單ニ患者ニ接スルノミニヨリテ發見シ得ル事多シ、

若シ夫レ委細ニ検査セント欲セバ斜照法及直射法ニヨラザル可カラズ、斜照法ニヨリテ濁濁ハ灰白色ヲ帶ビ徹照法ニヨリテ濁濁ハ暗黒ノ翳トシテ認メラル、必ズニ應ジテ散瞳藥ヲ用ユルモ可ナリ、相シ嚴ニ眼壓亢進ノ徵ナキ場合ニ限ル。

水晶體ノ濁濁ハ屢ニ屈折面ニ於ケル病變ト誤ラル、事アリ、即チ角膜ノ種々ナル層ニ於ケル濁濁、虹彩炎ノ結果トシテ來レル瞳孔膜及硝子體濁濁等是ニシテ、確カニ水晶體ノ濁濁ト認メタルト合ノ外ハ輕々シク白内障ノ診斷ヲ下ス可カラズ、最モ危険ニシテ且ツ有リ得可キ誤斷ハ綠内障ナリトス、已ニ綠内障ノ條下ニ云ヘル如ク綠内障眼ハ高度ノ視力障害ト角膜ノ濁濁ヲ有スルガ故ニ誤ツテコレヲ白内障ト診斷シ爲メニ失明ニ終ラシメタル例ニシカラズ。

故ニ再ビ云フ單ニ視力障害ヤ患者ノ年齢ニ重キヲ置カズシテ確カニ水晶體ノ濁濁ヲ認メ得タル後始メテ白内障ト診斷ス可シ。

尙ホ注意ス可キハ白内障ニ縁内障ヲ伴フ場合ナリ、コノ際宜シク患者ノ訴フル視力障害ト水晶體ノ濁濁ノ度トヲ比較ス可シ、他ノ縁内障ニ來ル症候ニ就テ追求スルハ言フ迄モナカル可シ。

白内障ノ種類

委シクハ成書ニ譲リ二三重要ナルモノノ記載ニ止ム。

一、老人性白内障 *Cataracta senilis*

其ノ數ニ於テ、其ノ興味ニ於テ、其ノ歴史ニ於テ群白内障ヲ壓スルモノハ老人性白内障ナラズンバアラズ、而カク幾多ノ研鑽ヲ經タルニモ不拘其ノ成因ニ至ツテハ未ダ定説ヲ得ルニ至ラズ。或ハ水晶體構成ニ先天的異和アルベシト疑ヒ或ハ毛様體上皮ノ變化ヲ稱へ、或ハ罪ヲ頸動脈ノアテローム變性ニ置キ、最モ近クレーメル氏ハ水晶體ノ自家細胞中毒説ヲ説ケリ而カモ悉ク想像説ニ過ギズ。

老人性白内障ハ概シテ高齢ノ人ヲ襲フ、臨床上左ノ四期ニ區別シ得可シ。

第一期 初發期ト稱ヘテ水晶體ノ邊縁ニ基底ヲ置ケル楔狀ノ濁濁數箇ヲ見ル可シ濁濁ノ間ニ尙ホ透明ナル部分ヲ殘スガ故ニ視力障害ハ高度ナラズ前房ハ深シ。

第二期 膨脹期ト稱ヘテ濁濁ノ進ミテ星狀ヲナスト同時ニ水晶體ハ膨脹シテ前房爲メニ淺シ、水晶體ハ青白色ヲ呈ス、所謂虹彩影ヲ認メ得可シ。

コノ膨脹期ニ來ル奇ナル現象アリ、ソハ水晶體膨脹ノ結果屈折率ノ増加ニヨルモノニシテ、嘗テ老視又ハ遠視(遠視眼ハ白内障ニ陥リ易シト云フ、何トナレバ遠視眼ハ調節機ノ筋力ヲ要スルガ故ニ毛様筋ハ收縮ノ狀態ニアルト多シ、其ノ結果トシテ水晶體ハ榮養ヲ阻害セラレテ遂ニ病的變化ニ陥ル可シ)ニ患メル人ガ俄カニ一時性ノ近視トナリテ凸鏡ヲ要セズシテ近業ヲ營ミ得可シコレヲ第二ノ視力ト云フ。

第三期 成熟期ト稱ヘテ水晶體ハ稍收縮シテ前房ハ平常ノ深サヲ保ツニ至ル可シ、星狀濁濁ハ認ム可シト雖凡一般ニ灰白色ニ變シ不透明ノ度ヲ増シ、視力障害著シ虹彩影ハ認メ難シ。此期ニ於テハ皮質ガ完全ニ濁濁スルガ故ニ核ハ水晶囊ヲ脱出シ易シ故ニ最モ手術ニ適ス

第四 過熱期 水晶體ハ其ノ本來ノ組成ヲ破壊セラレテ最早星狀ノ濁濁ハ認ム可カラズ、溶解ト同時ニ水分ヲ失シテ硬固ノ物質ニ變ズ、故ニ前房ハ極メテ淺シ同時ニ種々ナル退行變性ニ陥リ易ク殊ニチレ氏帶ノ缺陷或ハ硝子體ノ液化ニ乘シテ水晶體ノ脱臼ヲ見ル稀ナラズ、手術ハコノ期ニ於テ甚ダシク困難ナル可シ。

老人性白内障ノ經過ハ不定ニシテ三四ヶ月ニシテ(時トシテハ數週)成熟スルモノアリ、或ハ數年ニ渡ツテ尙成熟ニ至ラザルモノアリ、患者ノ年齢ガ若キ丈ケ速ニシテ、濁濁ガ暗キモノヨリ明ナルモノガ速ナルヲ普通トス。

老人性白内障ニ似テ比較的若年ノモノヲ犯ス一種ノ白内障アリ未ダ硬核ヲ有セザルガ故ニ軟性白内障ト稱ス。

療法

藥治法 初發期ニハユリク、先ヅ眼ノ安靜ヲ命シ、モシ濁濁ガ中央ニ限局スル場合ハアトロピンニヨリテ視力ヲ増ス場合アリ。

一、沃度療法 佛人バダールノ稱導スル處ニシテ内用及ビ點眼ヲ試ミタリ、コレニヨリテ濁濁ノ進行ヲ止メ時トシテハ既存ノ濁濁ノ吸收ヲ促シ得可シトナセリ、コレニ次テ獨人ツルツグハ沃度ノ結膜下注射ヲ創始シテ良果ヲ得タリ。

處方

沃度加里

〇・二

少クモ四週間ノ持續ヲ處ス

食鹽

〇・二

蒸餾水

一〇〇〇

コレニ少量ノアコイント加ヘ一ccヲ結膜下注射トシテ用ユアコインノ爲メニ注射部カ壞疽ニ陥ル場合アリ注射時ニ烈シキ疼痛ヲ訴フルヲ不愉快ナル點ナリトス。

二、レントカリン療法

獨人レーメルノ創見ニカ、リ氏ノ白内障假定説ニ基キテ生ジタル療法ナリトス、即チ老人ノ血液中ニハ水晶體ト結ビテ之レヲ害ス可キ毒素ナ有ス、コノ毒素ガ隅毛様體ノ異狀等何等カノ條件ノ下ニ前房ニ現ハル、時ハ茲ニ水晶體ノ細胞ハ結ビテ白内障ヲ惹起ス可シト云フ。サレバコノ毒素ヲ中和ス可キ物質ニヨリテ白内障ヲ豫防シ得可シトノ見知ノ下ニ牛ノ水晶體ヨリ得タル物質ニレントカリンナル名ヲ與ヘテ多クノ患者ニ試ミタルニ稍良効ナル成績ヲ得タリト報告ス、毎日錠劑一箇ヲ與ヘテ三ヶ月ノ持續ヲ要ス(七十七頁參照)

三、最近左ノ處方ヲ用ヒテ良結果ヲ得タリト報告スル人アリ。

沃度ナトリウム

五・〇

結晶クロールカルシウム

五・〇

毎日一回眼浴ヲ行フ

水

四〇〇〇

手術療法

白内障ノ最モ確カナル療法ハ手術ヲ措テ他ニ求ム可ラズ古來成熟期ハ手術ニ適スル最好ノ時期ナリトセラレタリ。

傳染ノ本體ガ明カナラザリシ時代ニ於テハ白内障手術ニヨリテ來ル傳染ハ手術用ノ器械ガ眼球内ノ組織ヲ刺撃スルガ故ニ起ルモノト想像セリ。故ニ術者ハナル可ク眼

球内ヲ刺撃セザル様換言スレバナル可ク一度ノ手術ニヨリテ濁濁セル水晶體全部ヲ抽出シ後發白内障ヲ起ササル時期ヲ撰バントセリ。コノ意味ニ於テ成熟期ハ絶好ノ時期ナラザル可カラズ、傳染ノ本體ヲ明ニスル現時ニアリテモ手術ノ輕易或ハ其ノ手數ノ點ニ於テハ成熟期ハ最モ手術ニ適スルハ隱レナキ事實ナリ、然ルニ病機ノ進行ニハ一定ノ時ヲ要シ患者ガ初メテ視力障害ヲ訴ヘテヨリコノ期ニ達スル迄ハ視界不明ノ爲メニ不愉快ナル幾多ノ歲月ヲ忍ハザル可カラズ、苦心ハコノ方面ニ注ガレタル結果案出セラレタルモノヲ

白内障ノ人工成熟法ナリトス。躊躇セル水晶體ノ濁濁ヲ割合ニ短時日ノ中ニ進行セシメントスルノ意ニ外ナラズ。

一、**摩擦法** 豫メ虹彩切除ヲナシ、角膜上ヨリ斜視鉤ノ臂ヲ以テ水晶體ニ輕度ノ壓ヲ與ヘナガラ摩擦ス。或ハ虹彩切除ノ創口ヨリ鉤ヲ入レテ直接ニ水晶體ヲ摩擦ス、コノ際加フル壓ガ餘リニ大ナル時ハチン氏帶ヲ傷ケテ水晶體ノ脱臼ヲ來スコトアリ。
二、**注射法** プラワノ注射器ヲ以テ前房水ヲ吸引シコレヲ其儘水晶體中ニ注入ス或ハ前房水ノ代リニ體温度ニ温メタル水ヲ注入スルモ可ナリ、三四日ニシテ完成セル濁濁ヲ得可シト云フサレモ其ノ術式ノ難キト術後刺撃症狀ヲ惹起シ眼壓亢進ノ危険ナシトセズ。

三、**截囊法** 水晶體ヲ開キテ房水ノ浸入ニ任ス時ハ須臾ニ濁濁ヲ増加スベシ、サレモ膨脹ガ急ナル時ハ眼壓亢進ヲ憂フ可シ須ラク虹彩切除ヲ伴ハザル可カラズ。
四、七十度ニ加温セル空氣ヲ眼球及ビ其ノ周圍ニ送り（毎日二三回九分間以上ニ渉ル可カラズ）著シク濁濁ヲ増進シ得タリト云フ。
五、感傳電流ヲ送りテ良果ヲ得タル人アリ。

茲ニ畧述セル人工成熟法ガ而カク短時日ニ濁濁ヲ増進シ、後發白内障ヲ惹起スル場合少ク而カモ手術ヲ容易ナラシムルモノナランガ、實ニ白内障ノ手術ニハ最モ重寶ナル先驅タルヲ承認セザル可カラズ。悲哉實驗ハ而カク統一シタル成績ヲ得ル能ハズ。手術ニ伴フ危険、濁濁ノ遲延、後發白内障スラモ全ク防キ得ザルニ至ツテハ未ダ俄カニ推稱ス可カラズ。況ンヤ未熟白内障（全ク透明ナル水晶體スラモ）ヲ單ニ一度ノ手術ニヨリテ完全ニ抽出シ得ルニ於テオヤ、人工成熟法ハ向後幾多ノ研鑽ニ待タザル可カラズ。

手術ハ辨狀抽出法ニヨル可シ。場合ニヨリテハ虹彩切除ヲ伴フモ可ナリ。
手術ノ時期及ビ適應

視力障害ノ著シキ場合ハタトヘ成熟セザル白内障ト雖モ直チニ手術ヲ試ム可シ。但シ未成熟ノ白内障ヲ手術スルニ先ツテ常ニ考フ可キハ膨脹セル水晶體ノ爲メニ前房

水晶體諸病

淺ク、手術ハ術式ノ上ニ多少ノ困難ヲ感ズルト及ビ透明ナル皮質ガ囊内ニ殘留シテ後發白内障ヲ惹起スルノ恐アルモノ一條件ナリ。サレモ虹彩切除ヲ伴フ辨狀摘出ニヨリテハコレ等ノ障害ハ重キヲ措クニ足ラズ。

然ルニ過熱セシ白内障ニ於テハ種々ナル危險ヲ伴フモノトス。例バ硝子體ハ脫出シ、肥厚シ且ツ溷濁セル水晶體ガ眼球内ニ殘留シ殊ニ不愉快ナルハコレ等ノ破壞セル物質ニヨリテ虹彩ガ刺撃セラレテ虹彩炎ヲ起スアルガ如シ、故ニ溷濁ガコノ期ニ進ム迄躊躇ス可カラズ。

特ニ考フ可キハ一眼ガ成熟セル白内障ヲ有シ他眼健全ナル場合ナリトス、理論上病眼ニ手術ヲ行ヒテ其ノ水晶體缺乏ニヨリテ起ル屈折異常ヲ矯正シナバ何等差支ヲ生ゼザル筈ナレモ實際ニ於テハ兩眼視機ハ阻害セラレテ却ツテ手術前ノ視機及ビ矯正セラレザル視機ガ優ルガ如キ奇觀ヲ呈スル事アリ、カクテハ多少ノ危險ヲ担ヒシツ、ナセル手術モ何等ノ價值ヲ有セザル可シ。故ニ曰ク視力ノ優レタル眼ガ以下ノ視力トナリタル場合ニ視力ノ劣レル眼ノ手術ヲ試ム可シ。

手術ニ先ツテ注意ス可キハ

- 一、**眼内病ヲ有無** 例バ網膜剝離ガ溷濁セル水晶體ノ裏ニ隠レタル場合ナド如何ニ卓越セル手術モ無効ニ終ル可キハ云フ迄モナカル可シ、而シテ眼球内ノアル種

ノ病機ハ好シテ白内障(合併性白内障)ヲ起スモノ忘ル可カラザル事實ナリトス特ニ水晶體ノ後極ニ局在セル溷濁ハ眼球内ノ病變ニヨル事多シ。

白内障眼ハ常ニコノ意味ニ就テ投推ノ検査ヲ處ス水晶體ノ溷濁ハ如何ニ増進スルモ彼ハ明ニ明瞭ヲ辨ズ可ク且ツ光線ノ動クニツレテ其ノ位置ヲ投推シ得可シ、コノ試ニ於テ不満足ナル結果ヲ得シカ恐ラク何等ガ他ノ合併症ノ存在ヲ疑ヒ得可シ、勿論カ、ル場合ノ手術ハ多クノ効果ヲ期待ス可カラズ。黒内障眼ノ手術ニ適セザルハ云フ迄モナカル可シ。

二、**尿ノ検査** 尿中蛋白或ハ糖分ヲ検査ス可シ、何トナレバコレ等ハ手術ニヨリテ生ズル創傷ノ治癒ヲ防ケ且ツ殊ニ糖尿病ニ於テハ往々ニノ硝子體ノ液化ヲ見レバナリ豈ニ輕々ノ手術ヲ免サンヤ然レモコレ等ハ絶對ノ價値ヲ有スルモノニハ非ズ。

三、**淚囊及結膜ノ検査** 白内障手術ニ伴フテ來ル最モ厭フ可キハ傳染ニ指テ屈セザル可カラズ。

苟モ淚囊炎ノ疑アル場合、結膜ニ炎症ノ存スル場合ニハ手術ハ全ク適應セザル可シ、先ヅコレ等ノ病變ニ對スル處置ニ向ツテ急カザル可カラズ(淚器扁參見)淚囊及ビ結膜ニ何等病變ヲ認ム可キナク且ツ充分ニ手術部ヲ清洗シタルニモ不拘傳染

水晶體諸病

水晶體諸病

ノ生ズルコトナキニ非ズ故ニ豫メ手術ノ前ニ當ツテ肺炎菌血清ノ注射ヲ稱導スル人アリ、蓋シ傳染ハ多ク肺炎菌ニヨルヲ以テナリ。

白内障手術ニヨリテ水晶體ヲ失ヒタル眼ハ大ナル屈折異常ヲ殘ス可シ、其ノ眼ガ正視眼ナリシ場合ニハ約十度ノ凸鏡ヲ要ス、但シ水晶體缺乏ニヨリテ調節ヲ缺クガ故ニ近用ニハ尙高度ノ凸鏡ヲ處スベシ、凸鏡ヲ眼ヨリ遠クル時ハアル程度迄ハ調節ヲ助クルガ故ニ患者ニ遠用ノ凸鏡ヲ與ヘ近用ニハ眼鏡ヲ近ケシムルモ可ナリ。

白内障手術後ニ來ル亂視

手術ハ角膜ニ創傷ヲ作り創傷ハ癢痕ヲ以ツテ治癒スルガ故ニ角膜ハ其ノ彎曲ヲ變ズベシ、コレ亂視ノ起ル所以ナリ、多クハ不正亂視ヲ生ズ同時ニ手術ニヨリテ來ル視力減退(視力減退ノ動感ハ水晶體後囊而囊ノ一部水晶體纖維ノ少量ガ遺殘シテ光線ノ射入ヲ防ゲ且ツ瞳孔ノ(アレンメトリー)ヲモ考量セザル可カラズ)ニヨリ矯正ノ結果普通視力ノ半バヲ得ナバ満足セザル可カラズ。

水晶體缺乏症ノ眼ニ於ケル所見

- 一、前房ハ深ク虹彩ハ稍後退ス。
- 二、眼ノ運動ニツレテ虹彩ノ顫動ヲ見ル可シ。
- 三、瞳孔ハ濃黒色ニシテ水晶體特異ノ反射ヲ缺グ。

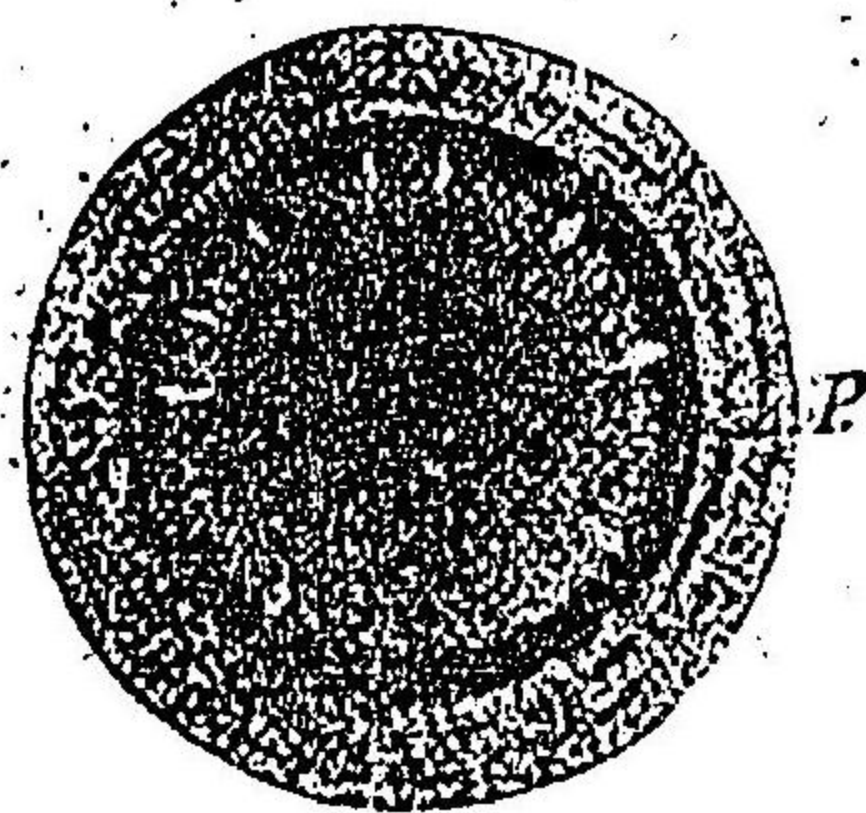
四、ブルキンエ氏ノ水晶體像ヲ缺ク

後發白内障 凡テ白内障手術ノ後水晶體皮質ノ殘片及ヒ水晶囊ノ肥厚等ニヨリテ視力ヲ害スルモノヲ云フ手術ハ截囊ニヨリテ目的ヲ達スベシ

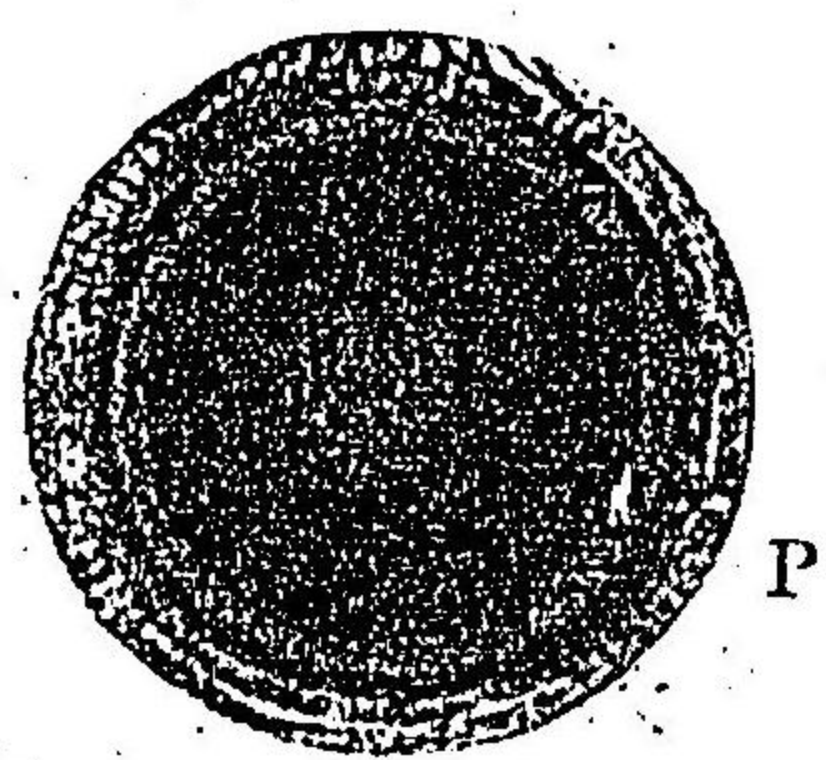
二、層間白内障 Schichtstarr

先天性白内障ニシテ遺傳及ビ擣搦ノ歴史ヲ認ム可シ又カ、ル小兒ハ往々「ラヒチス」ノ徵ヲ有ス、瞳孔ヲ散大スル時ハ中央ニ圓盤狀ノ濁濁ヲ見ル可シ、圓盤ノ中心部ハ周邊ニ對

圖六十五第



圖七十五第



シテ稍濁濁ノ度薄シ、而シテ水晶體ノ邊縁ハ透明ナルヲ常トス、奇ナルハ圓盤ノ周圍ニ騎子ト稱フル小ナル濁濁ヲ認ムルコトナリ。

療法 手術ニヨル可シ截囊ニ

ヨリテ房水ヲ入ルニ儘セ漸時吸收セラルトヲ待ツベシ。

手術ニヨリテ起ル極メテ不愉快ナル結果ハ水晶體缺乏ノ爲ニ調節力ヲ失ヒテ遠近兩用ノ凸鏡ヲ處ス可シ而カモ患者ハ皆幼年ナル丈ケ忍ビ難キモノ多シ、層間白内障ハ常ニ

水晶體諸病

水晶體諸病

水晶體邊縁ハ透明ナルガ故ニ虹彩切除ヲ以テコレニ換ユ可シ、虹彩切除前散瞳藥ト裂孔鏡ニヨリテ果シテ視力ヲ得可キヤヲ檢ス可シ、但シ水晶體邊縁ハ其中央ニ比シテ遙カニ光線ノ屈折強キガ故ニ豫期セルカ如キ結果ヲ得ルコト少シ。

層間白内障ノ手術ノ適應ニ就テ次ノ數條ヲ心得サル可カラズ。

- 一、細字ヲ些ノ滯滞ナク讀ミ得ルモノ、或ハ視力が普通ノ三分一又ハ夫レ以上ナル時ハ手術ス可カラズ。
- 二、瞳孔ヲ散大シタル場合ガ前條ノ視力ヲ得タル時ハ虹彩切除ヲナスベシ。
- 三、瞳孔ヲ散大スルモ依然トシテ視力が $\frac{1}{3}$ 以下ナル時ハ茲ニ初メテ截膜術ヲ施ス可シ。

二、極白内障 Polstarr.

水晶體ノ前極或ハ後極ニ局存スル囊皮ノ濁濁ニシテ凡テ停止性ナリトス、濁濁ハ僅カニ限ラレタル一部ニ存スルト雖モ其ノ瞳孔ノ中心ニアルヲ以テ割合ニ視力障害大ナリ晝盲症ヲ訴フルコト多シ、散瞳藥ニヨリテ透明ナル水晶體部ガ現ハル、時ハ著シキ視力ヲ得可シ茲ニ於テ裂孔鏡ヲ裝フ時ハ患者ハ大ナル満足ヲ感ズ可シ已ニ「アトロピン」ト裂孔鏡ニヨリテ視力ノ増進ヲ來ス場合ハコノ部ニ於テ光學的虹彩切除ヲ行フ可シ。

二、水晶體ノ脱臼 Luxation des Linse

水晶體ノ脱臼ハ必ズ「チン」氏帶ノ變化ガ先驅ヲナスモノニシテ其ノ變化ハ先天的ナルコトアリ又ハ外傷ニヨリテ來ルコトアリ或ハ何等原因ノ認め難キ場合モ多シ。モシ「チン」氏帶一部ガ害サレタル時ハ水晶體ハ不全脱臼ニ陥リ、全部害セラレタル時ハ完全ナル脱臼ヲ生ズ可シ。

- 一、前房ニ脱臼セル場合ハ恰モ油滴ノ如キ外看ヲ有ス。
- 二、硝子體腔ニ脱臼セル場合ハ虹彩ノ顫動ヲ認ム可ク、又白内障手術ノ際ニ於ケルガ如キ高度ノ遠視トナル可シ、檢眼鏡ニヨル時ハ水晶體邊縁特異ノ屈折ニヨリテ二ツノ乳頭ヲ見ルノ奇觀アル可シ。

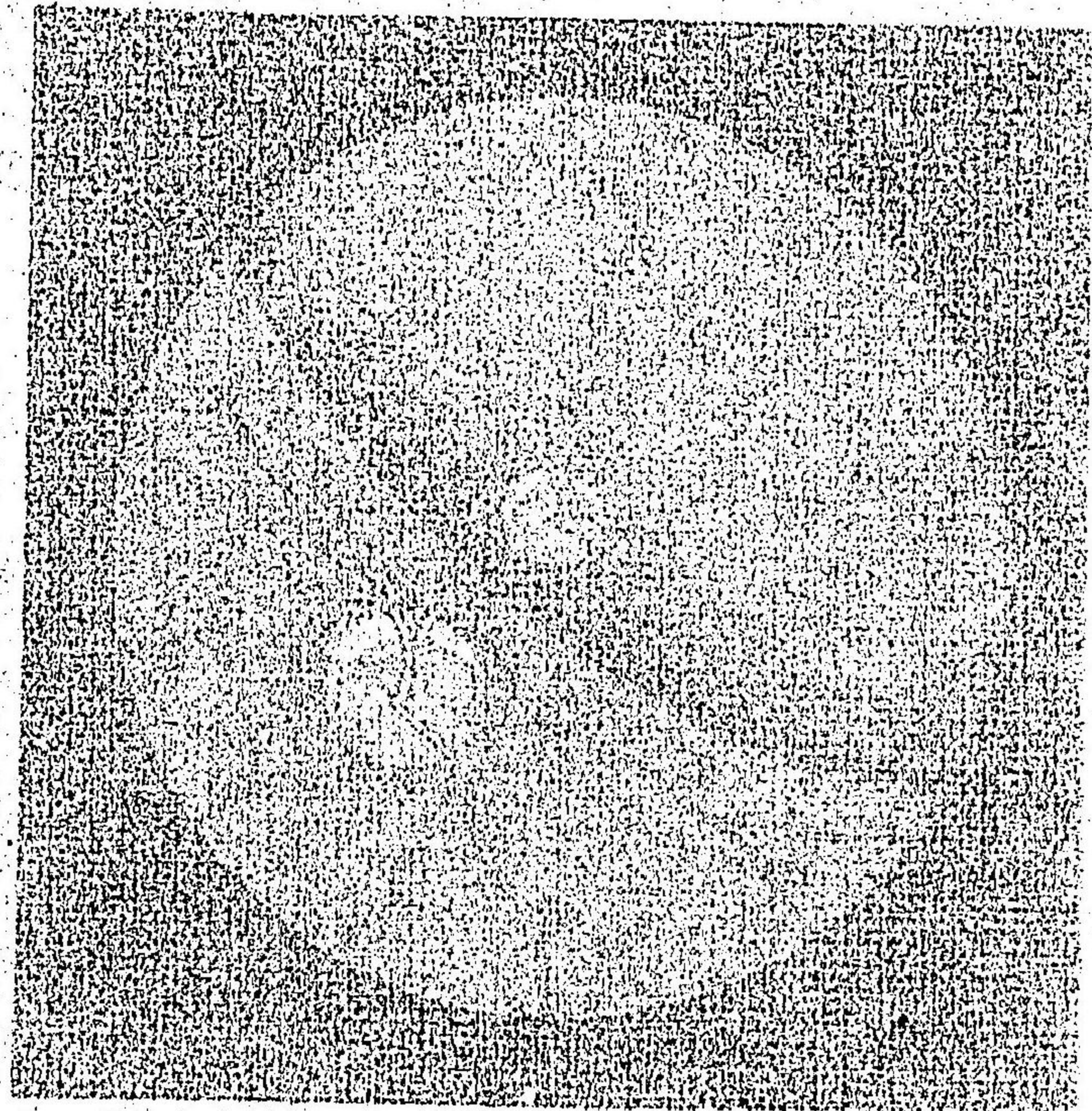
三、鞏膜結膜下ニ脱臼セル場合即チ鞏膜ガ鈍力ニヨル外傷ノ爲メニ破レテ結膜ノミガ彼ノ固有ナル彈力ニヨリテ裂傷ヲ免レ水晶體ハコノ結膜ノ下ニ止マル事アルモ結膜ガ破ル、時ハ水晶體ハ容易ニ脱出シ得可シ。

水晶體脱臼ノ危険ハ續發性緑内障ノ發生ニアリ、故ニ水晶體ハ可及的速ニ除去スル可シ特ニ前房ニ脱臼セル場合ヲ然リトス。コノ際水晶體ニ接スル角膜ハ漸時濁濁ニ赴ク可シ、危険ナリト云ハサル可カラズ。水晶體ガ瞳孔領ニ侵入シテ綠内障ヲ起シタル場合ハ「エゼリン」ノ代リニ「アトロピン」ヲ用ユ可シ、不全脱臼ノ際ニハ續發性緑内障ニ對スル危険

水晶體諸病

水晶體諸病

ハ少シ故ニ危険ナル症候ノ現出スル迄單ニ光學的矯正ニヨリテ満足ス可シ即チ瞳孔領
ノ大部ガ水晶體ヲ失フ時ハ適度ノ凸鏡ニヨル可クハモシ瞳孔領ニ水晶體ノ邊緣ガ現ハ
ルハ場合ハ却ツテ屈折力ヲ増スガ故ニ宜シク適度ノ凹鏡ヲ與ヘザル可カラズ。



日 鏡 體 晶 本
(nach Haab)

● 緑内障 Glaucom.

分類

甲、原發性緑内障

- 一 炎性緑内障 急性炎性緑内障
慢性炎性緑内障
- 二 單性緑内障

乙、續發緑内障

續發緑内障ハアル確カナル病機ガ先驅ヲナシテ來ル者ニシテ、原發緑内障ハ原因不明ノ者ニ屬ス。古來幾多ノ研究モ未ダ此神秘ヲ闡明スルニ至ラズ或ハ分泌増加說ヲ稱ヘ或ハ滯留說ヲ稱ヘ隅々見得タル解剖的所見ニヨリテ種々ナル假定ヲ説クト雖モ、未ダ歸一シタル説明ニ到達スルヲ得ズ。

甲 原發性緑内障

- 一 炎性緑内障 *Glaucoma inflammatorium*

271
高齡ニシテ而カモ著シキ視力障害ヲ訴フル患者ニ接センカ、吾人ハ先ツ疑テ緑内障ニ置カザル可カラズ。而シテ患者ノ訴フル處ヲ聽ケバ、一夜急ニ頭痛、齒痛ヲ覺エ、同時ニ發熱嘔吐ヲ兼ネ、視力ハ急ニ減退シテ手動ヲスラ辨ジ能ハザリシト云フ。コレ實ニ所

緑内障

綠内障

謂綠内障ノ發作ヲ示スモノナリ。茲ニ於テ發作前ノ眼ノ狀態ニ就テ聽ケバ、嘗テ屢視界
 濁濁、燭火ノ周圍ニ虹輪ヲ見タルヲアリト云フ。コレ所謂綠内障ノ前驅ヲ示スモノナリ
 (茲ニ前驅ト云ヒ又發作ト云フモ比較的區別ニ過ギズシテ前驅ノ稍烈シキモノヲ發作ト
 名クルニ過ギズ、慢性綠内障ハ實ニコノ事實ヲ證明スルモノニシテ兩者ノ移行ハ極メ
 テ不明ナリ)
 病歴ニヨリテ已ニ綠内障ノ診斷ヲ下シ得可シ次ニ患者ノ眼ニ就テ他覺的檢査ニ急カザ
 ル可カラズ。

綠内障眼ノ臨床的所見

結膜ハ輕度ノ浮腫ヲ呈シ、角膜ノ周圍ニハ著シキ毛様充血ヲ見ル可シ、角膜ハ濁濁シ
 テ擴大ニヨリテ其面ノ凸凹不平ナルヲ認メ得可シ。前房ハ淺ク瞳孔ハ散大シ反應遲鈍
 ナリ、瞳孔領ハ稍青灰色ニ着色ス。
 モシ角膜ノ濁濁ガ眼底檢査ヲ許ス程度ニ止マル時ハ乳頭ノ充血ヲ見得可シ、最重要ニ
 シテ而カモ綠内障ニ特有ナル症候ハ眼壓亢進ナリトス(但シ單性綠内障ハ然ラズ)
 患者ヲシテ輕ク閉目セシメ(コノ際稍下方ヲ見セシムルヲ可トス)檢者ハ左右ノ示指
 ヲ上眼瞼ニ置キテ恰モ膿瘍ノ波動ヲ檢スルガ如クス可シ、眼瞼ノ浮腫アル場合ニハ
 却ツテ眼壓ノ減退ト誤ルヲアリ注意セサル可カラズ、眼壓亢進ノ度ヲ示スニ次ノ如

綠内障

キ記號ヲ以テス。
 眼壓異常ナキ場合ハ「」稍亢進シタルモノハ「+」著シク亢進シタルモノハ「++」而
 シテ眼壓ノ高キ事恰モ石ニ觸ル、ガ如キモノヲ「+++」ト記ス
 眼壓ニ次テ重要ナルハ視野ノ狹縮ニシテ而カモ綠内障ニ特有ナルハ視野ガ常ニ鼻側ニ
 缺損セル事ナリトス
 コレ等ノ所見ト既往症トニヨリテ吾人ハ略綠内障ノ診斷ヲ下シテ誤ラザル可シ然レモ
 往々ニシテ他ノ炎性疾患殊ニ屢虹彩炎ト誤診シ、綠内障ニ絶對ノ禁物タル「アトロピン」
 ヲ用フルガ如キ失體ナキニ非ズ。

類症鑑別

- 一、結膜炎 結膜ニ現ハレタル特異現象ヲ見分泌物ノ細菌檢査ハ必須ノ要件ナリ、羞
 明ニ異物ノ感ヲ伴ヒ、多少ノ流淚ヲ見ル可シ而シテ結膜炎ニ毛様充血ヲ見ル事ハ極メ
 テ稀ニシテタトヘ充血スル場合ト雖モ輕度ニ過キズ。
- 二、表層角膜炎(上皮欠損、ヘルペス)ハ稀ニ誤診セラル、事アリヨロシク廓大鏡、斜
 照法、或ハ「フルオレスチン」ニヨリテ診斷ヲ確メザル可カラズ。
- 三、角膜實質炎ノ濁濁ハ綠内障ニ於ケルガ如ク平等ナラズ。
- 四、慢性或ハ單性綠内障ト白内障トヲ誤ル事少カラズ、已ニ白内障ノ條下ニ述タル

綠内障

如ク確カニ水晶體ノ濁濁ヲ認メザレバ白内障ノ診斷ハ輕々ニ下ス可カラズ。
 五、虹彩炎ニヨリテ前房及ビ角膜ノ濁濁ヲ生シ毛様充血ヲ認ムル場合ニ綠内障トノ鑑別ニ必要ナルハ瞳孔ノ關係ナリ。即チ虹彩炎ニ於テハ瞳孔ハ縮小シ往々癒着ニヨリテ不正形ヲナス、虹彩ハ光澤ヲ失ヒテ肥厚シ且ツ濁濁ス、虹彩炎ニ伴ツテ來ル疼痛ハ「コカイン」ニヨリテ除キ得可シ、視力障害ガ稍高度ニ進ムト雖モ綠内障ニ見ルカ如キ定型的ノ視野狹縮ヲ來スナシ。

虹彩炎……瞳孔小ニシテ眼壓普通

綠内障……瞳孔大ニシテ眼壓亢進

經過

單ニ一回ノ發作ニヨリテ失明ニ終ルモノアリコレヲ電擊性綠内障ト稱ス。凡テノ綠内障ガカク急劇ニシテ悲慘ナル運命ヲ有スルモノニハ非ズ、發作ハ大抵數時間乃至數日ノ後ニ止ミ鬱血症狀ハ去リ眼壓降り視力ヲ回復スベシ。

サレモ發作ハ單ニ一回ニ止マルモノニハ非ズ、暫ラクニシテ新シキ發作ヲ生ジ、發作ニ次クニ發作ヲ以テスルガ故ニ最早視力ノ回復充分ナラズ、眼壓ハ依然トシテ亢進シ鬱血症狀モ余ク地ヲ拂フニ至ラズ、コレ所謂綠内障狀態ニシテコノ際眼底ノ検査ヲ許セバ乳頭ノ陷凹著シキヲ見ル可シ。コハ綠内障ニ特異ノ變狀ナリトスカクテ發作ノ繼發ト共ニ

欠

MISSING

一、單性綠内障 Glaucoma Simplex

單性綠内障ノ診斷ハ炎症ノモノニ比シテ遙カニ困難ナリ何トナレバ、自覺症狀トシテ單ニ視力ノ減退ト多少ノ神經痛様ノ訴アルニ止マルベケレバナリ。而カモ眼ニ炎症症候ノ認ム可キナクンバ寧ロ綠内障トヨリハ多ク他ノ疾患ニ考ヘラル可キ餘地ヲ有ス、況ンヤ他ノ綠内障ニ固有ナル眼壓亢進ハ單性綠内障ニ於テハ著シカラズ、或ハコレヲ缺キ或ハ却ツテ眼壓ノ減退ヲ見ル場合アルニ於テオヤ（時ヲ隔テ屢眼壓ノ検査ヲ行フ時ハ必ズ亢進ヲ認メ得可シト云フ）確カニ單性綠内障ノ診斷ヲ下サント欲セバ視神經ノ陷凹ヲ認メタル後ナラザル可カラズ、未ダ其ノ本體ノ明ラカナラサリシ時代ニアツテハ單性綠内障ヲバ視神經陷凹ヲ有スル黒内障ト名ケラレタル如ク、視神經ノ陷凹ハ必發ノ症候ナリ、コノ見地ノ下ニ綠内障の症候ヲ求メンカ鼻側ノ視野狹縮ヲ發見ス可ク前房淺ク瞳孔ハ稍散大シ往々上鞏膜靜脈ノ驚張ヲ見ル可シ。

經過ハ炎症ノモノト異ナラズ時ト共ニ視神經陷凹ハ進ンデ消耗ヲ加ヘ、遂ニ完全綠内障ニ陥ル可シ、カクテ早晚退行變性ニヨリテ所謂變性綠内障ノ期ニ到達ス可シ。

二、續發綠内障 Sekundäre Glaucom

他ノ眼疾患ニヨリテ危險ナル合併症トシテ來ルモノヲ云フ。故ニ其ノ原因ヲ除ケバ綠内障ハ去ル可シ凡テ綠内障の症候ノ中最モ著明ニ現ハル、モノハ眼壓ノ亢進ナリトス

サレバ次ニ述アル如キ疾患ニ對シテハ常ニ眼壓ニ注意ヲ拂ハザル可カラズ即チ虹彩及ビ毛様體ノ疾患特ニ紅彩ノ前後癒着手術創ニ於ケル虹彩竝入、膨張セル水晶體ノ脱臼變位、瞳孔ノ閉鎖、眼内出血及腫瘍等、凡テ血行ヲ障害スル疾患ニ併發シ得ルモノトス。

療法

一、藥治療法

縮瞳藥ガ線内障ニ用ヒラレタルハラキユール、ウエーベル兩氏(1876)ノ創見ニ初マル縮瞳藥ノ中好シテ用ヒラル、ハピロカルピン及ビエゼリンニシテ水溶液又ハ軟膏トシテ用ヒラル。特ニエゼリンハ腐敗シ易キガ故ニコレテ防ク爲メニ軟膏トシテ用ユルヲ便ナリトスレモ軟膏ノ通弊タル視力ヲ害スルノ不便アリ、エゼリンハ普通〇・三—〇・五%ノモノヲ用ユ然ルニエゼリンノ縮瞳力ハ場合ニヨリテハ餘リニ強キニ過ギテ虹彩炎ヲ惹起シ、不斷ノ縮瞳ニヨリテ後癒着ヲ起スノ恐レナシトセズ、故ニ此者ニエゼリンハ處方ヲ與フル下ハ禁物ナリトス。コノ意味ニ於テ重寶ナルハ一%ノピロカルピンニシテ場合ニヨリテハエゼリン以上ノ縮瞳ヲ呈スルヲアルアルモ、多クノ顧慮ヲ要セズシテ患者ニ持續ヲ命シ得可シ。

エゼリントコカイン(コカインハ血管ヲ收縮セシムルカ故ニ稍有効ナリトセラルトノ

混和液又ハエゼリントピロカルピントノ混和液ヲ用ユルモ可ナリ。

縮瞳藥ヲ以テ線内障ノ治療ナリトスルハ大ナル誤リニシテ、隨ツテ線内障ノ手術ヲ排スル程ノ効果ヲ有スルモノニハ非ズ。一時縮瞳ニヨリテ虹彩ノ邊緣ヲホシタナ氏腔ヨリ離シテ眼球内淋巴液ノ交流ヲ滑カナラシムルモノニ外ナラズ、コレニヨリテ眼壓ハ一時減降シ淋巴ノ鬱積ニヨリテ起ル凡テノ症狀ヲ除キ得ルモノナリ、故ニ縮瞳藥ノ持續ニヨリテ發作ヲ抑ヘテ比較的良好ナル結果ヲ得タルコアリト雖モ、而カモ一ニコノ稍姑息ナル療法ニノミ一任シテ能事終レリトナサンカ病機ハ容赦ナク進行シテ遂ニ失明ニ陥ラシムル場合少ナカラズ、サレバコノ療法ニヨリテ眼壓ハ依然トシテ高ク、視力ハ急減退スルアラシカ、直チニ手術ニヨリテコレヲ救フ可ク、而カモ急性炎症線内障ニアリテハタトヘコノ療法ガ充分ナル奏効アル場合ト雖モ原則トシテ視神經ガ未ダ損サレザル前ニ當ツテ手術セザル可カラズ。

單性線内障ニアツテハ手術ニヨリテ却ツテ不幸ナル轉機ヲ取ルモノ多キガ故ニ、一ニコノ縮瞳藥ノ持長ヲ命ジ、モシコレニモ不拘病機ガ依然トシテ進行スル場合ハ直チニ手術ニ向ツテ急ガザル可カラズ。

其ノ他嘗テ報告セラレタル療法

一、按摩法、按摩法ニ種々アリ

線内障

イ、振顫按摩法

ロ、單ニ拇指ヲ以テ眼瞼ノ上ヨリ壓テ加ヘツ、頻回按摩スルモノ

ハ、空氣按摩法ト稱ヘテ堅ク眼瞼ヲ閉チシメコノ上ニ空氣鐘ヲ置キポンプニヨリテ空氣ヲ出入セシム。

凡テコレ等ノ按摩法ハ眼壓ヲ減ズルノ効アリト云フ、殊ニ縮瞳藥ヲ點眼シタル後ニ行フ時ハ藥劑ノ効力ヲ確實ニスベシト云フ。

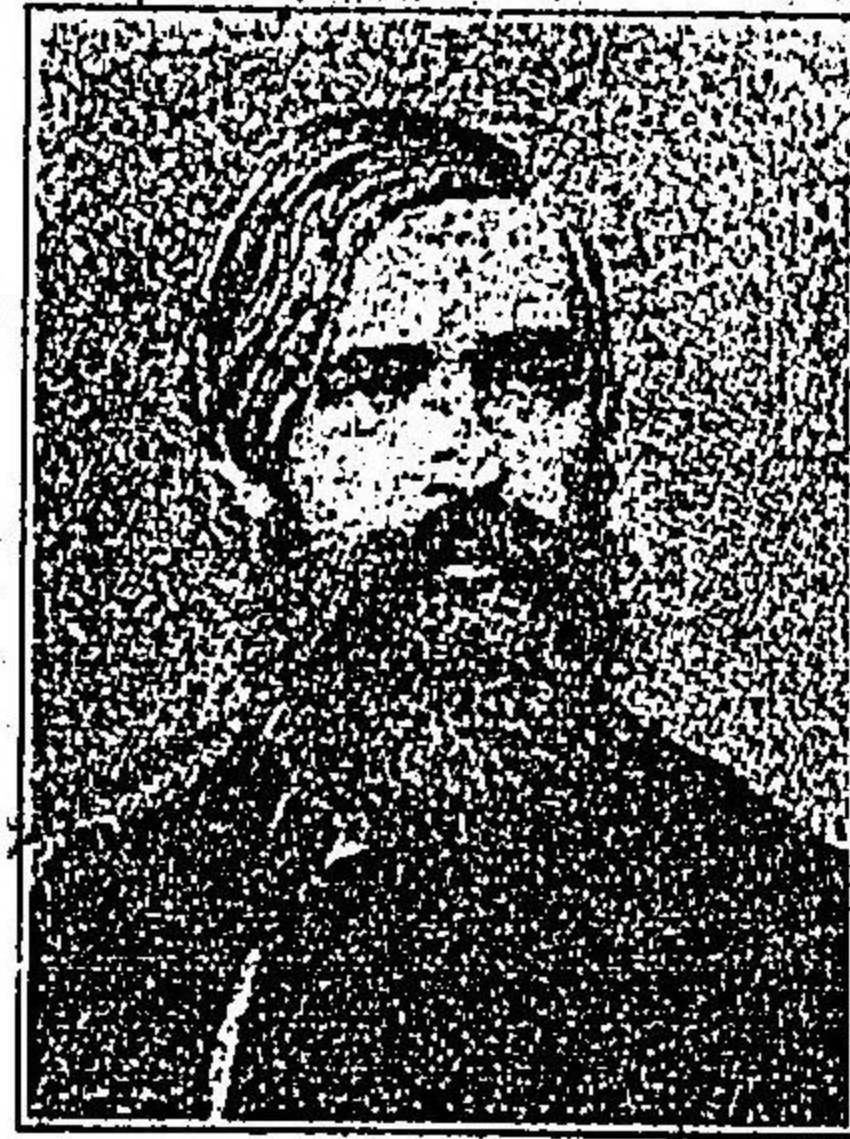
鞏膜切除ヲ行ヒタル後直チニ按摩法ヲ行フ時ハ有効ナリト稱スル人アリ。

二、交感神經ニ平流電氣ヲ處理スル法 單性線内障及ビ完全線内障ニ用ヒテ幾分ノ視力ヲ回復スベシト云フ消極ヲ脊部ニ積極ヲ胸鎖乳頭筋ニ置クベシ、大ナル効果ハ期待スベカラズ。

線内障ニ向ツテ鎮痛劑ヲ要スルコトアリ「コカイン」最モ用ユベク殊ニ「ピロカルピン」ト混和シテ與フ可シ、「コカイン」ハ幾分散瞳作用アルニ不拘、鎮痛ト同時ニ血管ヲ收縮セシムルガ故ニ眼壓ノ減降ヲ來ス。

近來「チオニン」ヲ粉末狀又ハ七十%ノ溶液トシテ用ユレバ鎮痛ニ効アリト云フ、尙「チオニン」ニヨリテ急性ノ發作ヲ和ゲ得タリト云フ報告アリ。完全線内障ニ來ル疼痛ニ對シテハ多クノ藥劑ハ無効ナリトセラル、モ、時トシテハ「スコポラミン」ノ點眼又ハ顫

圖九十五第



クレ、フェ氏

顫部ニ蟬ヲ貼用シテ奏効スルコトアリ。

近來チンメルマン氏ハ線内障ノ原因ヲバ網膜中心動脈ノ血流ガ減少スル結果脈絡膜及ビ毛様體ニ充血ヲ來スニアリトナシモシ患者ノ血壓ヲ高ムル場合ニハ線内障ハ自カラ治癒ニ赴ク可シトナシ、盛ニ高地ノ滞在ヲ推稱シ、同時ニ水治法、ストロファンツスノ内服ヲ有効ナリトセリ、然ルニ線内障患者ハ動脈硬變腎臟疾患等ニヨリテ血壓ノ高キモノ多キハ疑モナキ事實ナリ、サレバ血壓ノ低キ稀ナル場合ニノミ試ム可キモノニシテ而カモ其後ノ實驗ハ何等ノ影況ヲモ與ヘザル事ヲ語ルモノ多シ。

或ハ排尿機能ノ減退ヲ線内障ノ原因ト推定シ腎臟ノ機能ヲ高ムル爲メニ牛乳療法ヲ試ミ或ハ發汗療法ニヨリ恰モ腎疾患ニ對スルガ如クスル時ハ頓ニ諸症候ノ緩和ヲ見タリト云フ人アリ。

二、手術療法

手術療法ハ虹彩切除ニ初マルクレ、フェ氏ノ創見ニカ、リ(1856)嘗テ施スニ策ナシトセラレタル線内障ガコノ手術ニヨリテ復活ノ曙光ヲ認メ得タリ、然ルニ虹彩切除ガ何故ニ線内障限ニ有効ナリヤハ未ダ確

線内障

綠内障

説ニ接スル能ハズ或ハ虹彩切除ノ目的ノ爲メニナサレタル鞏膜部ヲ創ガ濾過作用ヲ有スル癩板ヲ作りテ眼球内ノ淋巴ノ調節ヲナスベシト稱ヘ、或ハ等シク虹彩ノ切除ニ重キヲ置キテ論スル人モ各其ノ説ヲ異ニス或ハ綠内障ヲ虹彩ノ神經ヨリ生ズル一種ノ反射作用ナリト云フ見地ノ下ニ、虹彩切除ハ虹彩ノ緊張ヲ弛ムルガ故ニ効アルナラント云ヒ、或ハ交感神經ノ刺撃ヲ綠内障ノ原因トシテ認ムル人ハ虹彩ノ中部ニアル神經叢ヲ除クガ故ニ有効ナリト主張ス、或ハ虹彩切除ニヨリテ其ノ部ノ血管ガ除カル、時ハ創口ニアル動脈ト靜脈トハ毛細管ノ助ケヲ籍ラズシテ交通シ得ルガ故ニ血行ハ順調ニ赴キ次テ眼壓ノ減降ヲ來スト主張スル人アリ。

其他ハ綠内障ノ原因ナラント想像セル、自説ノ爲メニ有利ナル説明ヲ附スルモノ多シト雖モ未ダ俄カニ首肯シ難シ、虹彩切除ノ適用ハ從來ノ綠内障トシ云ヘバ一モノモナク虹彩切除ヲ用ヒタル時代ニ比シテハ遙カニ狭メラレタル感ナクンバアラズ、急性炎性綠内障ニテ而カモ病ノ初期ニ行ハレタル手術ハ極メテ卓越ナル効果ヲ擧ク可キモ、急性炎性綠内障ノ屢發作ヲ重キタルモノハ已ニ網膜視神經等ニ認ム可キ變化ヲ殘ス故ニ手術ニヨリテ視力ガ全ク回復スルコトハ不能ニ屬スベシ、病機ノ進行ヲ阻止シ得テハ成効ト云ハザル可カラズ。

慢性炎性綠内障ニアリテハ手術ニヨリテ顯著ナル効果ヲ收ムルコトハ稀ニシテ漸ク病機

ヲ進行ヲ止ムルニ過ギズ。故ニ手術ハ病ノ初期ニナサレザル可カラズ。

單性綠内障ハ虹彩切除ニヨリテ却ツテ病機ノ増悪スル事例多シ、炎症ヲ缺キタル綠内障ガ手術ニヨリテ炎性綠内障ニ變シ、而カモ極メテ危険ナル經過ヲ取ルニ至ル可シ、所謂惡性綠内障ハ即チ是ナリ

惡性綠内障ハ特ニ單性綠内障ヲ手術シタル際ニ起ル症候ニ名ケタル者ニシテ、普通手術ニヨリテ前房水ノ流出ト共ニ眼壓ノ低減ヲ來ス可キ筈ナルニ、コノ場合ニ於テハ眼壓ハ然トシテ亢進シ、翌日ニ至ルモ前房ハ回復セズ、虹彩水晶體ハ濁濁セル角膜ノ下ニ密着シ、流淚盛ニシテ角膜周雍充血ヲ見ル可ク、視力ハ益々減退ス、時トシテハ已ニ硝子體濁濁及ビ網膜剝離ヲ合併スルコトアリ、數日ノ後前房回復スルコトアレバ視力ハ再び回復ス可カラズ(前房回復ノ困難ナル場合ニアトロピンヲ用ユレバ甚ダ有効ナリ、コレ綠内障ニアトロピンヲ用ユル唯一ノ場合ナリトス)

故ニ單性綠内障ニ於テハ單ニ縮瞳藥ヲ持續ス可ク眼壓ノ亢進ガ止マザル時ニ至ツテ初メテ手術ヲ行フベキモノトス。

但シ單性綠内障ニハ後ニ述ブル所ノ鞏膜切開ヲ行ヘバ虹彩切除ニ於ケルガ如キ危険ヲ少經過ヲ取ルコトナクシテ眼壓ノ減降ヲ得ベシト云フ。虹彩切除ハ綠内障ニ對スル唯一ノ療法ニ非ズ爾來多數ノ經驗ト研究トハ種々ナル手術

綠内障

式ヲ産出セリ或ハ鞏膜切開術ト云ヒ、或ハ眼内筋切離法ト云ヒ、交感神経節切除法ト云ヒ、各異レル見地ノ下ニ創意セラレタル術式ニシテ場合ニヨリテハ極メテ有利ナル手術タル事アリ、吾人ハコノ小冊子ニコレ等ノ術式ノ批評ヲ試ムルノ地ヲ行セズ只ダ云ハント欲スル處ハ、コレ等種々ナル手術式ハ凡テ遺憾ナガラ虹彩切除術ヲ排スル程ニ承認セラレタルモノニ非ザルト、多クハ虹彩切除方行ヒ難キアル特別ナル場合ニノミ試ム可キモノナル事トナリ。

三、全身療法

發作ヲ誘發ス可キ動機ヲ遠クザル可カラズ、コノ意味ニ於テ暴飲暴食ヲ禁ジ身ヲ閑散ノ地ニ置クヲ要ス、能ク可クシバ職業ヲ廢シテカメテ精神ノ安靜ヲ要スモシ患者ガ神經過敏ノ傾アル場合ハコレニ臭素劑ヲ與ヘ、神經痛ニ患メルモノニハヒニンヲ與フ。常ニ便通ノ如何ニ鑑ミ苟モ便秘ノ傾アルモノニハ速カニ下劑ヲ用ユルヲ忘ル可カラズ、月經閉止期又ハ月經不順ノ婦人ニ向ツテハ毎夕坐浴ヲ命ズ。コノ際ナル可ク温キ浴槽ヲ可トス。

眼ニ來ル刺戟ヲ避クル目的ノ爲メニハ着色眼鏡ヲ與フベク當然海岸及ビ積雪ノ國ニ住居スルハ光線ガ眼ヲ刺戟スル點ニ於テ喜ブ可キ現象ニ非ズ、患者ガモシ屈折異常ヲ有スル時ハコレヲ矯正シ、近業ハ禁ズルヲ可トス。

● 脈絡膜諸病 *Erkrankungen der Chorioidea*

一、網膜脈絡膜炎

名ノヨツテ起ル所以ハ脈絡膜ノ炎症カ殆ト常ニ網膜ノ外層ヲ犯スガ故ナリ、脈絡膜ノ疾患ハ屢虹彩及毛樣體ノ疾患ニ續發ス。

自覺症狀

視力障害 コハ脈絡膜疾患自身ヨリモ寧ロコレニ伴ツテ來ル處ノ硝子體濁濁ハ主タル原因ヲナス硝子體濁濁ハ徹照法ニヨリテ容易ニ發見シ得可シ

變視症 直線ヲ誤ツテ曲線ト認ムルヲアリテコノ症候ハ黃斑部ガ犯サレタルヲ證明スルモノナリ時トシテハ小視症ヲ訴フル事アリ。

刺戟症狀 眼火閃發及ビ浮動症ヲ見ル可シ。

病機ハ極メテ慢性ニ流レ再發シ易ク時トシテハ失明ニ陥フシムル事ナキニ非ズ殊ニ水晶體ガ營養ヲ害セラレテ所謂脈絡膜性白內障ヲ惹起スル事アリ。

眼底所見 病ノ初期ニアリテハ炎症滲出物ノ爲メニ黃白色ノ斑點ヲ見ル可シ、然ルニ程ナクコノ滲出物が吸收セラル、ト共ニ脈絡膜ノ萎縮ヲ來シ、白色ナル鞏膜ヲ透見シ

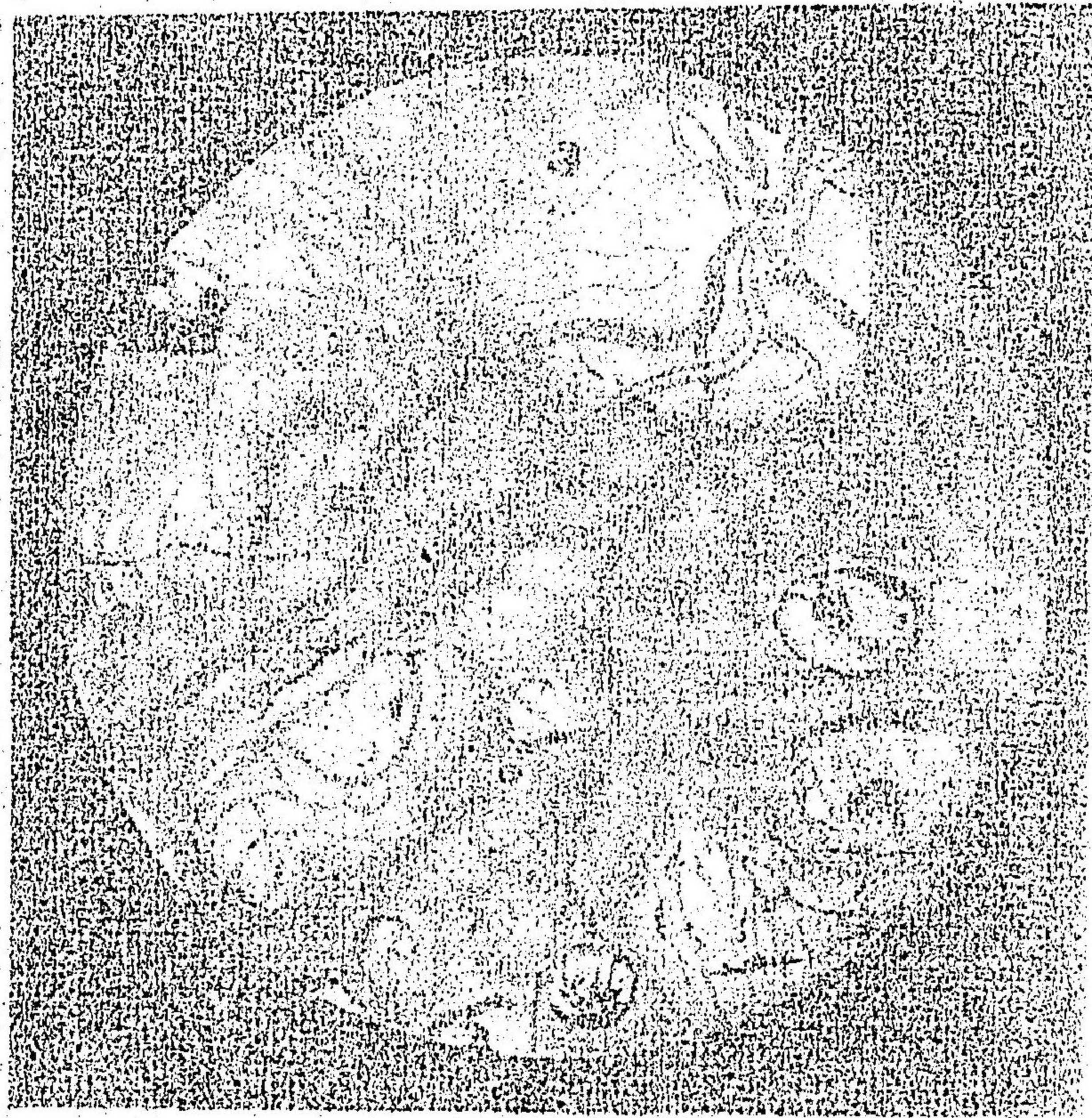
脈絡膜諸病

得ルニ至ル可シ。時トシテコノ斑點ノ周圍ニ色素ノ沉着ヲ見ル事アリ、カ、ル變狀ノ形狀及ビ位置ニヨリテ蔓延性、散在性、中心性等ニ分ツ、近視ニ來ル「コーヌス」モ又一種ノ脈膜炎ニ外ナラス

原因トシテ梅毒、結核、血管硬變及ビ近視等ヲ認メ得可シ、サレバコレ等原因ノ鑑別ニ向ツテハ須ラク詳細ニ全身症狀ヲ檢シ殊ニ血精診斷ハ缺ク可カラザル要件ナリトス、

眼底ノ所見ニヨリテ結核性ノモノ或ハ動脈硬變ニヨルモノ等ノ類症鑑別ハ困難ナレトシテ極メテ容易ニ行ハル、場合アリ、即チ血管ノ變化ハ結核ニ於テハ稀ニ見ル處ナレトシテ、梅毒性ノモノニハ必發ノ症狀ニシテ初メハ血管細ク脈管ハ太ク透明ノ度ヲ減ス、病機ノ進ムニツレテ血管ハ益不透明トナリ二條ノ白線ノ間ニ細小ナル血柱ヲ認メ、遂ニハコノ細小ナル血柱モ失ハレテ血管ハ單一小白線トシテ殘ルニ至ル可シ血管ハ殊ニ脈絡膜毛細管ガ犯サル、ト多シ、故ニコレニ營養ヲ仰グ色素上皮ハ失ハレテ脈絡膜ハ極メテ明カニ透明シ得ラル可シ。

但シ眼底ニ於ケル病竈ニヨリテ結核ト梅毒トヲ區別スルハ困難ナレトシ、色素ノ關係ガ稍コレニ向ツテ判斷ナラシ得可シ、即チ梅毒性ノモノハ色素増殖盛ナルモ結核性ノモノハ其ノ増殖少ク病竈ノ中央部ニ微細ナル色素ヲ生ズル事アリ、或ハ全ク色素ヲ缺ク場合モアリミツヘル氏ハ結核性脈絡膜炎ノ特性トシテ述ベテ曰ク恰モ色素ヲ溶解ス



散在性脈絡膜炎 (nach Oeller)

散在性脈絡膜炎は、眼の各部分に散在して起る炎症である。其の起る原因は、多岐にわたるが、主として、血行障害、中毒、感染、アレルギー等によるものと見られる。其の病態は、網膜、脈絡膜、硝子体、角膜、虹彩、瞳孔、晶状体、水晶体、眼房水、涙液等に波及し、各部分に炎症を起す。其の結果、視力障害、眼痛、眼瞼腫脹、涙液分泌過多、眼紅腫等を生ずる。其の診断は、眼の各部分に散在した炎症の徴候を認め、眼の各部分に炎症を起すことにより行われる。其の治療は、原因を除去し、炎症を抑へ、眼の機能を回復させることである。

散在性脈絡膜炎の病態は、網膜、脈絡膜、硝子体、角膜、虹彩、瞳孔、晶状体、水晶体、眼房水、涙液等に波及し、各部分に炎症を起す。其の結果、視力障害、眼痛、眼瞼腫脹、涙液分泌過多、眼紅腫等を生ずる。其の診断は、眼の各部分に散在した炎症の徴候を認め、眼の各部分に炎症を起すことにより行われる。其の治療は、原因を除去し、炎症を抑へ、眼の機能を回復させることである。

散在性脈絡膜炎の病態は、網膜、脈絡膜、硝子体、角膜、虹彩、瞳孔、晶状体、水晶体、眼房水、涙液等に波及し、各部分に炎症を起す。其の結果、視力障害、眼痛、眼瞼腫脹、涙液分泌過多、眼紅腫等を生ずる。其の診断は、眼の各部分に散在した炎症の徴候を認め、眼の各部分に炎症を起すことにより行われる。其の治療は、原因を除去し、炎症を抑へ、眼の機能を回復させることである。

散在性脈絡膜炎の病態は、網膜、脈絡膜、硝子体、角膜、虹彩、瞳孔、晶状体、水晶体、眼房水、涙液等に波及し、各部分に炎症を起す。其の結果、視力障害、眼痛、眼瞼腫脹、涙液分泌過多、眼紅腫等を生ずる。其の診断は、眼の各部分に散在した炎症の徴候を認め、眼の各部分に炎症を起すことにより行われる。其の治療は、原因を除去し、炎症を抑へ、眼の機能を回復させることである。

散在性脈絡膜炎の病態は、網膜、脈絡膜、硝子体、角膜、虹彩、瞳孔、晶状体、水晶体、眼房水、涙液等に波及し、各部分に炎症を起す。其の結果、視力障害、眼痛、眼瞼腫脹、涙液分泌過多、眼紅腫等を生ずる。其の診断は、眼の各部分に散在した炎症の徴候を認め、眼の各部分に炎症を起すことにより行われる。其の治療は、原因を除去し、炎症を抑へ、眼の機能を回復させることである。

散在性脈絡膜炎の病態は、網膜、脈絡膜、硝子体、角膜、虹彩、瞳孔、晶状体、水晶体、眼房水、涙液等に波及し、各部分に炎症を起す。其の結果、視力障害、眼痛、眼瞼腫脹、涙液分泌過多、眼紅腫等を生ずる。其の診断は、眼の各部分に散在した炎症の徴候を認め、眼の各部分に炎症を起すことにより行われる。其の治療は、原因を除去し、炎症を抑へ、眼の機能を回復させることである。

散在性脈絡膜炎の病態は、網膜、脈絡膜、硝子体、角膜、虹彩、瞳孔、晶状体、水晶体、眼房水、涙液等に波及し、各部分に炎症を起す。其の結果、視力障害、眼痛、眼瞼腫脹、涙液分泌過多、眼紅腫等を生ずる。其の診断は、眼の各部分に散在した炎症の徴候を認め、眼の各部分に炎症を起すことにより行われる。其の治療は、原因を除去し、炎症を抑へ、眼の機能を回復させることである。



散在性脈絡膜炎 (nach Oeller)

ル毒素ヲ生シタルガ如ク病竈ニ色素ヲ缺クト同時ニ其ノ接近セル周圍ノ色素モ消褪スルヲアリト。

微毒性ノモノト動脈硬變ニヨルモノトハ全身症狀ニヨル外鑑別ノ途ナカル可シ。
療法

原因療法ヲ旨トスベシ、動脈硬變及ビ微毒ニハ沃度ヲ持續ス、微毒性ノモノ特ニ病ノ初期ニアリテハ驅微療法ヲ試ミザル可カラズ確實ナル奏効ヲ認ムル事アリ
發汗療法及ビ瀉血ハ時トシテ試ム可キモ決シテ卓効ヲ期待ス可カラズ殊ニ發汗療法ハ組織ノ抵抗力ヲ弱メテ却ツテ有害ナル場合アリ、食鹽水ノ結膜下注射ヲ稱導スル人多キモ未ダ一般ニ承認セラレタル療法トハ云フ可カラズ

二、脈絡膜ノ腫瘍

脈絡膜ノ腫瘍ハ甚ダ稀ニ遭遇スル處ニシテ色素性肉腫ヲ見ルコト多シ。
臨床上左ノ四期ニ分ツテ得可シ

- 第一期 網膜剝離ノ時期ニシテ視力障害ヲ訴フ可シ、コノ時期ハ單ニ眼底検査ニヨリテ診斷セラル可キ者ニシテ網膜剝離トノ類症鑑別ヲ要ス(二九九頁參照)
- 第二期 炎症線内隙ノ時期ニシテ急ニ失明ニ陥リ、次テ頭痛及眼痛ヲ訴フ(普線内障)

脈絡膜諸病

葡萄膜ノ化膿性疾患

ニ於テハ疼痛ガ前驅ヲナシテ以テ失明ヲ來スモノトス

第三期 腫瘍ガ眼ノ外被ヲ破リテ生長スル時期ニシテ今迄甚ダ慢性ニ經過シタル腫瘍ガ一旦外被ヲ破ルヤ俄ニ其ノ増殖ヲ逞フス。

第四期 病毒移轉ノ時期ニシテ肝臟ヲ犯ス多シ。

コレ等ノ經過ハ網膜膠腫ニ甚ダシク近似スルモ膠腫ハ十歳以下ノ小兒殊ニ四五歳ノモノニ多ク肉腫ハ中年ノモノヲ好ンデ犯ス可シ

療法

可及的速カニ腫瘍ヲ取り去ラザル可カラズ第一期及ビ第二期ノモノハ摘眼ニヨリ第三期及第四期ノモノハ眼窠内容除去ニヨラザル可カラズ、豫後ハ一ニ手術ノ遅速ニ關シ第三四期ニ手術セラレタルモノハ多クハ再發ヲ免レズ

●葡萄膜ノ化膿性疾患 eiterige Uveitis

原因

- 一、外發性傳染ニヨルモノ 穿孔性外傷、手術、角膜潰瘍ノ穿孔等
- 二、内發性傳染ニヨルモノ 膿毒症、殊ニ產褥熱ニ於ケル敗血症、急性傳染病、腦膜炎等

炎症ガ眼球ノ前方ニ止マル場合ハ特ニ化膿性虹彩脈絡膜炎ト稱シ虹彩炎及ビ硝子體濁ヲ伴フ、サレバ虹彩癒着ノ爲メニ續發線内障ヲ惹起ス危險ナシトセズ、尙病機ガ進行シテ明カニ硝子體膿瘍ヲ作り、又ハ瞳孔領ニ炎症滲出物多ク稍硝子體膿瘍ヲ疑ハシムル場合ハ、已ニ已ニ失明ヲ豫期セザル可カラズ、モシコノ膿液ガ濃厚トナリテ同時ニ炎症ガ去ル時ハ眼球ハ漸時縮少ス可シ(眼球勞)反之炎症ガ極メテ慢性ニ流ル、時ハ誤ツテコレヲ眼腫ト診斷スル事アリ。

化膿性葡萄膜炎ノ定型的ノモノハ所謂全眼球炎ナラザル可カラズ。

眼瞼ノ浮腫甚ダシク眼球ハ稍突出シ運動ヲ缺ク疼痛極メテ甚ダシク、時ニ發熱及ヒ嘔吐ヲ伴フ、モシ膿汁ガ排出ノ途ヲ得ナバ諸症候ハ頓ニ輕減シ以テ眼球勞ニ陥ル可シ。

全眼球炎ト屢々誤診セラレ易キ疾患ハ

- 一、眼瞼ノ膿瘍及ビ癰腫、眼球ニ何等變狀ナシ眼球突出ヲ缺キ炎症ノ認ム可キナク、運動障害ナシ、須ラク、眼瞼ノ浸潤或ハ波動ヲ證明ス可シ。
- 二、結膜ノ膿漏症ハ眼球ノ運動ニ些ノ障害ナク淋菌ノ鏡檢ハ診斷ヲ確メ得可シ。
- 三、眼窩膿瘍、眼球ハ突出シ運動障害著シ屢々結膜浮腫ヲ見ル可ク甚ダシク診斷ヲ躊躇セシムルモノアリト雖モ虹彩ノ健全ナルヲ見ナバ恐ラクハ全眼球炎ヲ否定シ得可シ、其他膠腫ト誤リ種々ナル眼球突出症トノ鑑別ヲ要スルヲナシトセズ。

葡萄膜ノ化膿性疾患

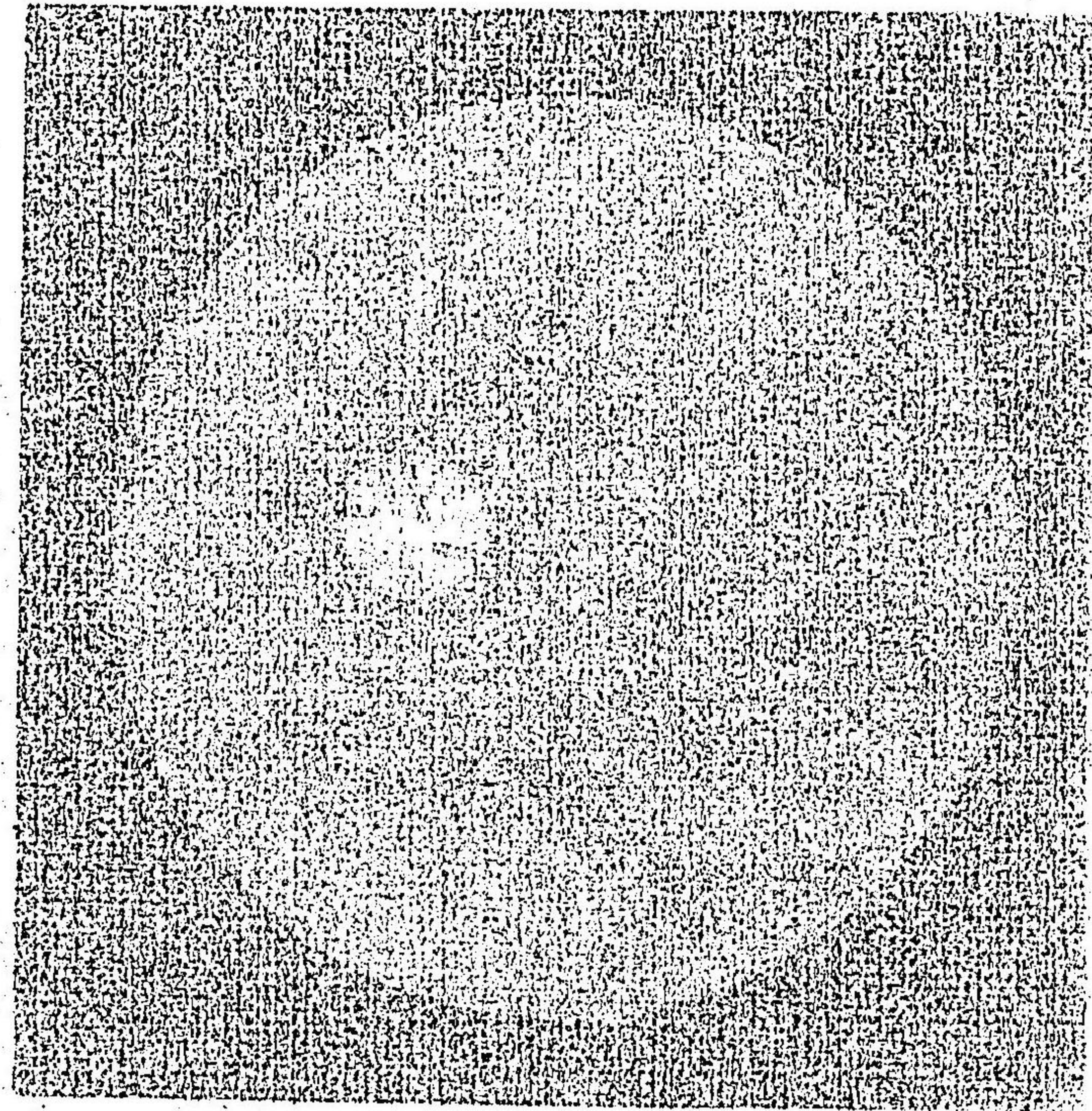
療法

虹彩炎ニハ眼壓ニ注意シツ、アトロピンヲ用ヒ烈シキ疼痛ニ向ツテハ温罨法、コカイ
ン時ニ睡眠劑ヲ必要トスル場合アリ、穿孔セル潰瘍、虹彩竝入、或ハ穿孔セル外傷ガ
傳染ノ門戸ヲナセル場合ハ、丁寧ニコノ部ヲ焼灼スベシ。
全眼球炎ヲ生シタル場合ハ直チニ切解ヲナシテ排膿系ヲ置ク可シ、コノ際切解ス可キ
部位ハ豫メ破裂ニ傾ケル部(結膜ハ稍持チ上ゲラレテ鞏膜ハ稍黄色ヲ呈ス)ヲ撰バザル
可カラズ、モシ穿孔セル潰瘍ガ傳染ノ門戸ヲナセル場合ハコノ部ヲ切解ス可シ
炎症尙去ラザルニ望ンテ眼球摘出ヲナスハ禁物トス、何トナレバコレガ爲メニ腦膜炎
ヲ惹起セル例少ナカラス、單ニ眼球内容除去ヲ以テ満足セザル可カラズ。

● 網膜諸病 Krankheiten der Retina

一、網膜炎 Retinitis

網膜炎ハ虹彩、毛様體、脈絡膜等ノ疾患ニ續發スル場合アリト雖モ特ニ興味ヲ以テ見
ラルル網膜炎ハ多ク全身疾患ニ伴フ場合ナリ。已ニ全身疾患ニ伴フ以上ハ、其ノ兩眼
共ニ犯サレ易キハ想像シ得ラル可キ事實ナリトス。



底 眼 康 健

患者ノ訴フル處ヲ聽ケバ悉ク視力障害又ハ視野ノ狹縮ノ外ニ出デズ、障害ノ部位及ビ程度ニヨリテ異ナリ、或ハ隅々小視症、變視症ヲ訴フルモノアリ、眼邊壓迫ノ感ヲ云フモノアレバ、疼痛ヲ訴フルモノニ至ツテハ極メテ稀ナリ。

眼底所見

疾患ヲ誘發シタル原因ニヨリテ其ノ像ヲ異ニス可キモ、常ニ見ル變狀ハ網膜ノ瀾濁ナリトス（蛋白尿性網膜炎ニハ時トシテ瀾濁ヲ缺ク）爲メニ充血セル乳頭ノ境界ヲ不明ナラシムル場合アリ、直像法ニヨリテ詳細ニ眼底ヲ透見スル時ハ瀾濁ハ多ク網膜ノ内層ニ占位スルガ故ニ、神經纖維ノ走行ニツレテ著シク、時トシテ明カニ線樣ノ瀾濁ヲ認ムル場合ナキニ非ズ。

屢認メラル、特異ノ變狀ハ、滲出物ニヨル種々ナル白斑ナリ。其ノ形狀及ビ位置ハ明カニ病機ヲ代表スル場合多シ。

網膜ノ血管ハ脈絡膜血管ノ如ク多クノ吻合ヲ有セズ而カモ極メテ破碎シ易キ傾キヲ有スルガ故ニ、凡テ血管ニ來ル疾患、或ハ網膜ノ異常ニ際シテ血管ハ容易ニコレニ反應ス可キハ想像スルニ難カラズ、出血ハ實ニ網膜炎ノ重要ナル眼底所見ノ一ニシテ出血ノ部位及ビ大小ハ視力障害ニ大ナル影響ヲ與フ可シ。

療法

網膜諸病

急務トシテ原病ニ對スル處置ヲ要スルハ言テ俟タズ、對症療法トシテハ必ず先ヅ眼ノ安靜ヲ守ラザル可カラズ、即チ職業ヲ廢シ眼ニ來ル光線ヲ避ク可シ、暗室ニ生活スルハ最良ノ方法ナル可キモ患者ハ多大ノ苦痛ヲ感ズ、故ニ遮光眼鏡ヲ與フルニ止ム、屢用ヒラレタル綠色眼鏡ハ最モ有害ニ作用スル紫色光線又ハ紫外線ヲ遮リ得ザルガ故ニ適當ナル遮光眼鏡ト云フ可カラズ、コノ意味ニ於テ最モ用ユ可キハ暗灰色ノ眼鏡ニシテ帶黄色ノ眼鏡モ確カニ紫外線ヲ遮斷スルノ作用アリト云フ、患者ガ屈折異常ヲ有スル時ハ着色セル矯正眼鏡ヲ與フ可シ。

網膜炎ハ其ノ微毒性タルト否トテ問ハズ、先ヅ沃度劑ヲ與ヘ、水銀療法ヲ試ム可シ蓋シ意外ノ効果ヲ招來シ得可ケレバナリ。其ノ他通利ヲ正シウシ發汗療法ヲ行ヒ、或ハ時トシテハ瀉血法ヲ行フ可シ。

重要ナル網膜炎ノ一二

1、蛋白尿性網膜炎 Reinitis albuminurica.

蛋白尿性網膜炎ノ特異ナル點ハ黃斑部ニ羅列スル光輝アル星狀ノ白斑ナリトス、白斑ノ位置ガ偶黃斑部ニアルヲ以テ視力障害ハ比較的大ナルガ故ニ患者ハ屢早ク眼醫ヲ訪フモノ多シ眼底ノ所見ハ常ニカ、ル星狀ノ白斑ヲ見ルトハ限ラズ、サレバ脂肪樣ノ光

輝アル白斑ヲ眼ノ後極ニ近ク發見スル時ハ必ず先ヅ尿ノ検査ヲ怠ル可カラズ。

蛋白尿ノ検査

- 一、豫メ濾過セル尿ニ醋酸ヲ加ヘテ強ク酸性トナシコレニ十%ノ黄色血滴鹽ヲ加フル時ハ蛋白ノ存在ニヨリテ尿ハ漸時ノ後白色ノ溷濁ヲ生ズ(加温ヲ要セズ)
- 二、ブルヲオザルチール酸ノ飽和溶液一二滴ヲ濾過セル尿中ニ加フル時ハ白色ノ溷濁ヲ生ズ。
- 三、尿ヲ弱酸性トナシテ煮沸ス可シ蛋白ニヨリテ白色ノ溷濁ヲ得可シ。

萎縮腎ニ最モ多ク見ル病變ニシテ患者ハ多クハ一二年ノ後ニ死ノ轉機ヲ取ル可シ、故ニ普通網膜炎ニナスガ如ク、全ク眼ノ使用ヲ禁シテ近業ヲ執ラシメザルハ甚ダ氣轉アル療法ト云フ可カラズ、ヨロシク患者ノ意ニ任セテ短キ餘生ヲ樂シマシム可シ。コノ際内科的療法ノ缺ク可カラザルハ云フ迄モナカル可シ。

猩紅熱腎臟炎、及ヒ妊娠腎ニ同様ノ網膜炎ヲ惹起スルコトアリ、豫後ハ萎縮腎ノモノ、如ク不良ナラズ、猩紅熱ニヨルモノハ絶體ニ安靜ヲ命シテ專ラ原病ノ處置ニカム可ク、妊娠腎ニヨルモノハ視力ガ漸時増悪スル場合ハ、人工早産ヲ必要トスル場合アル可シ、奇ナルハ次ノ妊娠ニ際シテ再發ノ傾アル事ナリトス。

尿毒性黒内障

數時間或ハ一日ノ中ニ完全ニ失明シ、コノ際眼ニ於テハ何等ノ所見ヲ得ル能ハズ、多クノ場合ニ於テハ完全ナル失明ニモ不拘光ニ對スル瞳孔反應ヲ明ニ認メ得可シ、

網膜諸病

カクテ數日ノ後ニ漸時視力ヲ回復スルヲ常トス。視力障害ノ襲來ト同時ニ他ノ神經性症候ヲ伴フ、即チ烈シキ頭痛、嘔吐、呼吸困難、痙攣等、所謂尿毒症ノ症候ヲ伴フモノトス。

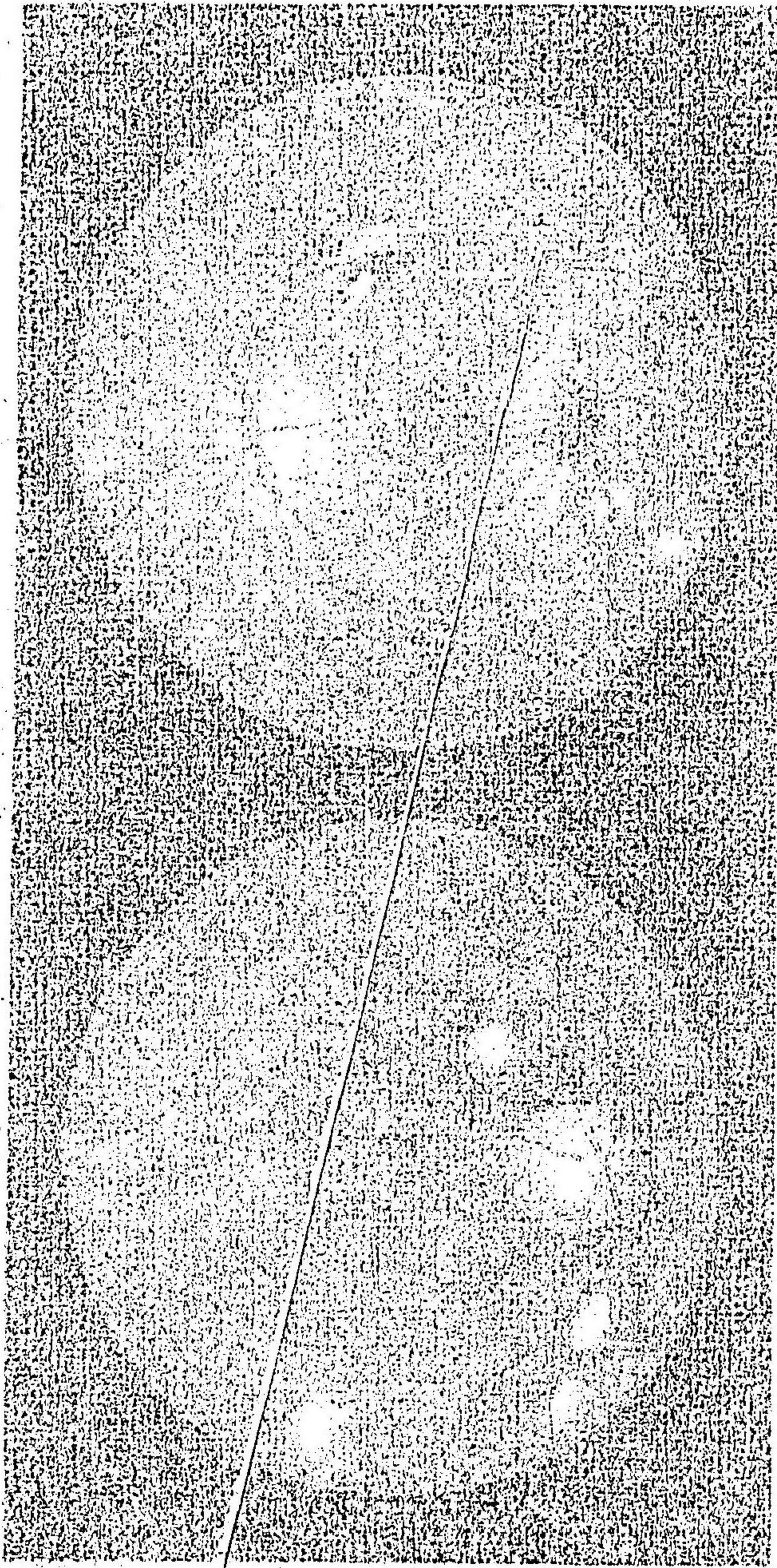
尿毒症黒内障ト蛋白尿網膜炎トハ嚴ニ其ノ眼底所見ト經過ニヨリテ區別セザル可カラズ。尿毒症黒内障ニ於テハ何等眼底ニ變狀ヲ有セザルト同時ニ、視力障害モ甚タシク急劇ニ襲來シナガラ尙且ツ回復ノ餘地ヲ有ス可キニ反シ、蛋白尿性網膜炎ハ眼底ニ彼ノ特異ノ變狀ヲ有スルト同時ニ、視力障害ハ極メテ遅々トシテ進ミ、而カモ減退セル視力ハ容易ニ回復ニ向フモノニハ非ズ。茲ニ容易ニ想像シ得ラル可キハ、已ニ蛋白尿性網膜炎ニ患メル患者ガ尿毒症黒内障ノ襲撃ヲ受ケル場合ナリトス、原病ノ關係ハコノ事實ヲ説明シテ誤ラザル可シ。

ロ、糖尿性網膜炎 Retinitis diabetica.

糖尿性網膜炎ニ見ル特異ナル眼底ノ變化ハ黃斑部ニ近ク散在スル光輝アル白斑ニシテコレ等ノ白斑ノ間ニ點狀或、線狀ノ出血ヲ見ルヲ稀ナラズ、白斑ハ蛋白尿性網膜炎ニ見ルモノト異ナリ、不規則ニ羅列シテ星狀ヲ取ルヲナシ、網膜及ビ乳頭ニ於テハ炎症性變化ヲ見ル事甚ダ稀ナリ。

尿ノ検査

一、尿ヲ試験管ニ取りテ約三分ノ一ノ加里滴汁ヲ加ヘコレニ十%ノ硫酸銅溶液ヲ溶解ノ極度迄滴下シ液ノ上層ニ加温スル時ハ糖ノ存在ニヨリテ帶黃赤色ヲ呈ス可シ。



(nach Haab)

二、ニールランデル氏試薬ヲ尿量十分ノ一ヲ加ヘテ加熱スル時ハ糖ノ存在ニヨリテ漸時黒褐色ニ變ズ可シ

試薬 鹽基性硝酸酸化若鉛 二・〇
酒石酸加里那馬倫誤 四・〇
八%那馬倫誤汁 一〇〇・〇

糖尿性網膜炎ハ稀ニ遭遇スル疾患ニシテ而カモ好ンテ重症ノ糖尿病患者ヲ犯ス、故ニカ、ル網膜炎ノ豫後ハ不良ナルヲ免レズ。

ハ、徵毒性網膜炎 Retinitis syphilitica

後天性梅毒ハ屢網膜炎ノ原因ヲナス、汎發性ニ漿液性浸潤ヲ生ジ（乳頭ノ附近最モ著シ）或ハ斑點狀ノ黃斑ヲ生ズ（好ンデ血管ニ添フテ生ズ）網膜ハ其ノ位置ノ關係ヨリ網脈絡膜炎トシテ來ルヲ稀ナラズ、概テ乳頭ノ境界ハ不明トナリ、血管ハ著シク緊張シテ迂曲スルモ出血ヲ見ル事稀ナリ、病ノ進行ト共ニ微細ナル硝子體濁濁ヲ生ズルアリ、或ハ虹彩ニ或ハ毛様體ニ病機ノ轉移ヲ見ルアリ。

速ニ驅黴療法ヲ行フ時ハ痕跡ナク治癒ニ赴ク可キモ、多クハ色素ヲ失ヒタル白色ノ癍痕ヲ殘ス、コノ癍痕ハ視力障害ト大ナル關係アリ、時トシテ萎縮セル網膜ニ色ヲ生ジテ其ノ狀恰モ色素性網膜炎ニ酷似スル事アリ。

二、白血病性網膜炎 Retinitis leucaemica

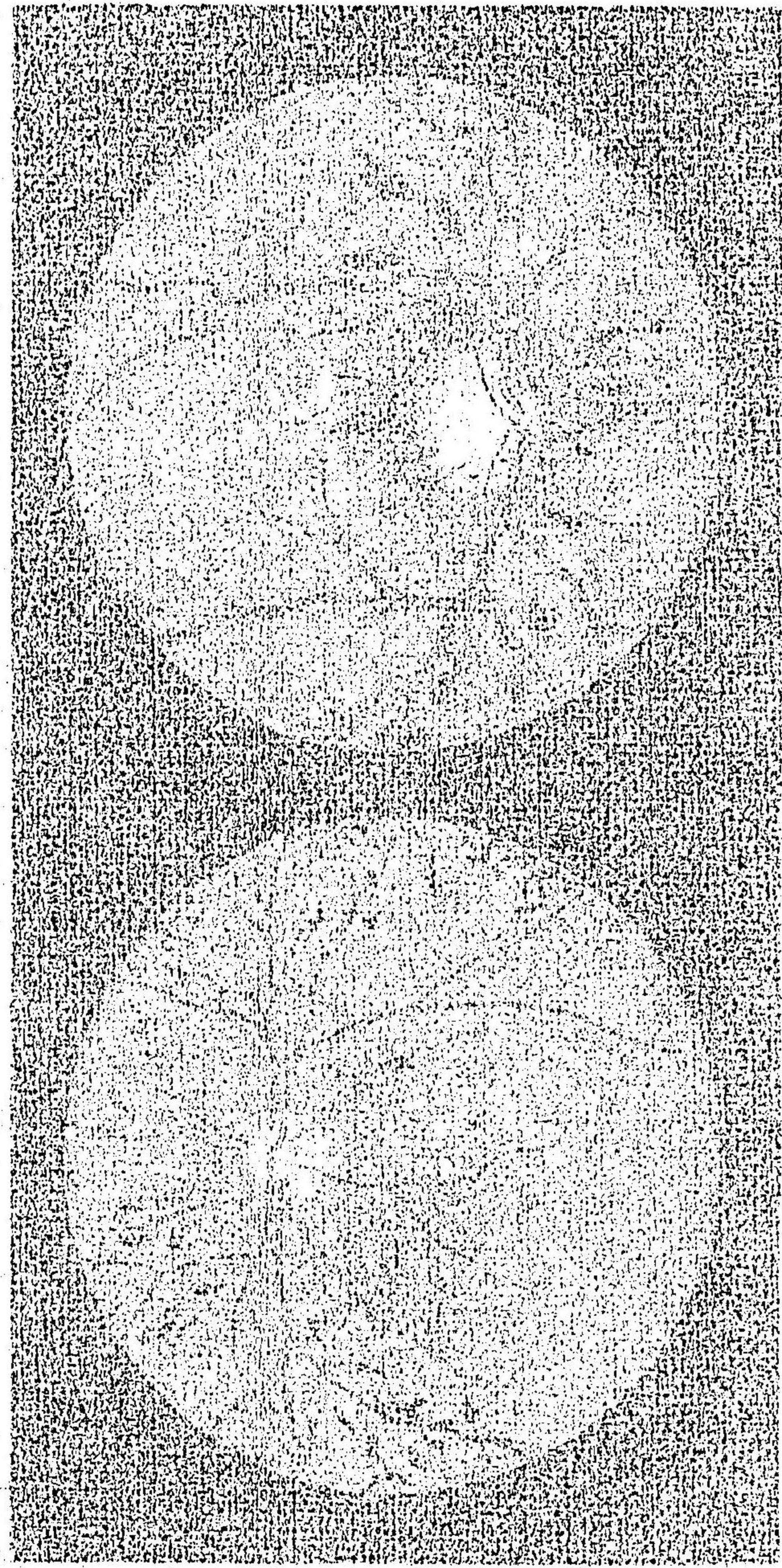
白血病固有ノ他ノ症候ニ伴フテ來ル、網膜疾患ニシテ、網膜ハ褐色ニ着色シ、處々ニ點狀
或ハ稀ニ大ナル出血竈ノ散在スルヲ見ル可シ、出血ニ固有ナルハ中央ハ灰白色ニ赤色
ノ暈ヲ有ス、灰白色ナルハ白血球ノ推積ニノ赤色ナルハ赤血球ニヨリテ生ズル者トス。

網膜ニ來ル出血ニハ常ニ大ナル注意ヲ拂ハザル可カラズ、特發性ニ出血ヲ生ズルモノハ、殊ニ
老人ノ動脈硬化症ニ患メルモノニ來ル場合ハ極メテ危險ナル出血ト認メザル可カラズ、何トナ
レバ網膜出血カ先驅ヲナシテ腦出血ヲ起スト甚ダ稀ナラザレバナリ、コノ際大量ノ瀉血ヲ行ヒ
テ將ニ來ラントスル危險ヲ除キ得可シ。

白血病性網膜炎ニ向ツテ適當ナル療法ヲ得ル能ハズ、一ニ原病ノ如何ニ關シ眼科醫ハ
單ニ白血病ノ一症候トシテ眼底變化ヲ内科醫ニ語レバ足ルベシ。

ホ色素性網膜炎 Retinis pigmentosa

吾人が夜盲症ヲ訴フル患者ニ接シタル時ハ直チニ疑テ色素性網膜炎(或ハ乾燥症)ニ置
カザル可カラズ。先天性疾患ナルガ故ニ夜盲症ハ多少共幼時ヨリ存在スルヲ常トス、而
カモ家族ガ同一疾患ニ犯サル、事甚ダ稀ナラズ、視野ハ始メ輪狀暗點ヲ生ジ病機ノ進
行ト共ニ暗點ハ周圍ニ及ブ中心視力ハ比較的永ク保タル、ヲ常トス、コレヲ眼底検査



(nach Haab)

ニ見ル時ハ網膜周圍部ニ於テ無數ノ色素斑散在シ、病ノ後期ニ及ンデハ、色素斑ハ黄斑部附近ニモ進ミ、乳頭ハ消耗シテ臘黄色ヲ呈シ、血管系ヨリモ細シ。豫後ハ絶對ニ不良ニシテ早晚失明ノ轉機ヲ取ル可シ、然レモ其ノ失明ノ數年後ナル可キヤ、數十年後ナル可キヤ豫言シ難シ、適當ナル療法ヲ見ザル限リハ、患者ノ慰安ニ力メザル可カラズ。

色素性網膜炎ニ似タル眼底變化ヲ先天敵毒性網膜消耗ニ見ルヲ得可シ、眼底ハ恰モ胡椒ヲ散布シタルガ如キ看ヲ有ス、コレ色素増殖ト脈絡膜消耗トニヨリテ生スルモノナリ。

II. 網膜膠腫 Glioma retinae

幼兒ヲ犯ス疾患ニシテ如何ナル統計モ拾一歳以上ニ出ツルモノナシ、最モ多キハ二―三歳ニ來ル、病ノ初期ハ何等炎症ノ認ム可キナク、偶然幼兒ノ眼ガ異様ノ光澤ヲ有スルコトニヨリテ發見セララル、モノトス、所謂黒内障性猫眼ト稱シ恰モ猫眼ガ夜間異様ノ光澤ヲ有スルニ似タルヲ以テコノ名アリ。コノ際斜照法ニヨリテ眼底ヲ照ス時ハ眼球内部ニ凸凹不平ナル腫瘍ヲ發見シ得可シ、腫瘍ノ經過ハ脈絡膜ニ來ル肉腫(二八七頁参照)ト異ナラス

網膜膠腫ハ時トシテハ家族性ニ現ハル、事アリ極メテ稀ニハ多クノ同胞ガ盡ク膠腫ニ

網膜諸病

犯サレタル例モアリ

療法

網膜膠腫ノ療法ハ絶對ニ手術ニヨラザル可カラズ、而カモ手術ノ後後ハ一ニ膠腫ノ時期ニ關ス、多クノ實驗ハ可及的迅速ニ手術スベキ事ニ一致ス、已ニ猫眼ヲ認メテ後半年以上ノ經過ノ後ニ手術セルモノハ多クハ再發ヲ免レズ。

一般ニ認メラル、手術ノ原則トシテ腫瘍ノ第一期第二期ニ於テ眼球摘出ヲ行ヒ、第三期ニ於テハ眼窩内容除去ヲ行フ。實際ニ於テ第三期ノ膠腫ハタトヘ細心ニ眼窩内容除去ヲ行フト雖モ多クハ再發ヲ免レズ。

手術ノ前ニ當ツテ吾人ガ最モ注意ス可キハ第二期ト第三期トノ鑑別ナリ。普通教科書ノ教フル第二期ハ緑内障期ニシテ、腫瘍ノ生長ト共ニ慢性炎症性緑内障ノ像ヲ呈シ、眼内壓ノ亢進ヲ來スト云フ、第三期ハ破裂期ニシテ腫瘍ハ眼ノ囊皮ヲ破リテ附近ノ組織ヲ犯ストセラル、モ、監床上コノ兩期ハ極メテ混同セラレ易シ。モシ第三期ニ於テ腫瘍ガ眼球ノ前部ニ破ル、場合ハ何等議論ノ餘地ヲ殘サザレモ、眼球ノ後部ニ破レタル場合ニハ往々ニシテ看過セララル、ノ恐ナシトセズ。コノ際特ニ第三期ノ膠腫ヲ想像セシム可キ特徴ハ、眼球運動ノ障害、眼球ノ突出ニシテ同時ニ眼球ノ膨大ト其ノ眼壓トノ間ニ權衡ヲ失スル場合ナリ。

III 網膜剝離

Netzhautablösung

診断 健康ナル眼底ニ徹照スル時ハ瞳孔領ニ赤色ノ反射ヲ得可シ今コノ赤色ナル瞳孔領ノ一部ガ灰白色或ハ灰綠色ノ色調ヲ帶ブル時ハ吾人ハ直チニ疑テ網膜剝離ニ置カザル可カラズ、直像法及ビ倒像法ニヨリテ委細ニ眼底検査ヲ行フ時ハ、剝離セル網膜部ハ他ノ網膜面ヨリ明カニ境セラレ、血管ノ走行ニ於テ、其ノ着色ニ於テ、或ハ其ノ屈折ノ相違(剝離セル網膜部ハ著シク遠視ノ状態トナルヲ以テ直像ニヨリテコノ面ノ明視ヲ得ント欲セバ却ツテ鏡後ニ弱度ノ凸レンズヲ加ヘザル可カラズ或ハ屢徹照法ニヨリテモ剝離面ノ皺及ビ其ノ上ヲ走ル血管ヲ認メ得可シ)ニ於テ恐ラクハ診斷ヲ誤ラザル可シ。剝離セル網膜ニ一致シテ視野ノ欠損ヲ生ズ、而カモ漿液性又ハ血性ノ剝離ニ於テハ上部ニ於ケル剝離ト雖モ漸次液體ノ下降ト共ニ下部ノ剝離ト變ズルガ故ニ視野ハ上部ニ欠損ヲ見ル事多シ。

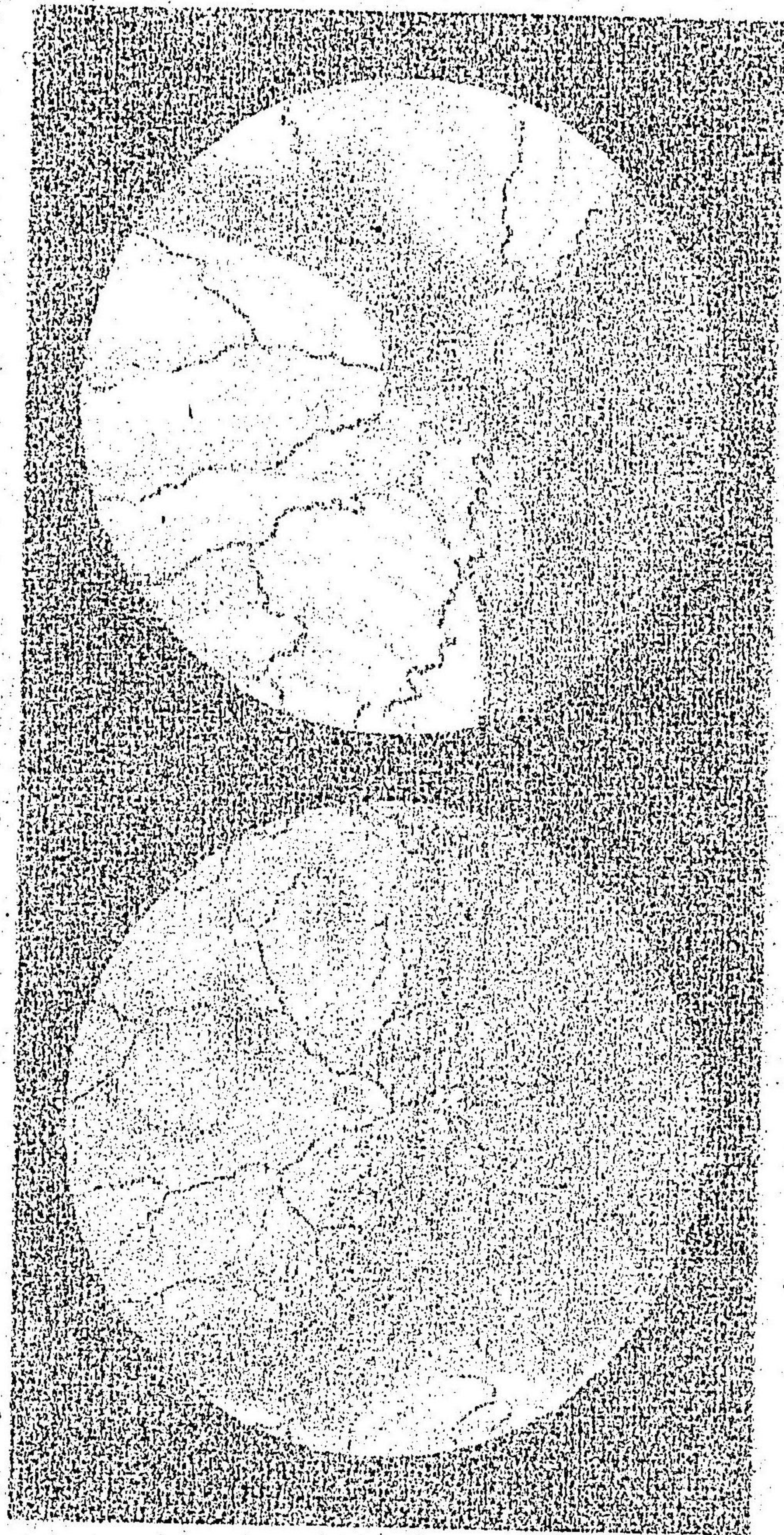
診斷ハ網膜ノ剝離ヲ認メタルノミヲ以テ満足ス可カラズ、進ンデ其ノ剝離セル網膜下ニ何物ノ隠メルヤヲ判定ス可シ。漿液性滲出物ナル可キヤ、血液ナル可キヤ、或ハ脈絡膜腫瘍ナル可キヤ、コレ等ノ判定ハ實ニ病機ノ豫後ニ至大ノ關係ヲ有スルモノナラズンバアラス。

一、漿液性網膜剝離 網膜ハ多クノ皺ヲ作り、剝離ノ境界ハ多クノ凹凸ヲ示シ、眼球ノ運動ニツレテ振盪ス、眼壓、下降シ、前房淺シ。解剖學ノ教ユル如ク網膜ノ外面ト色素上皮トノ間ニハ更ニ組織的結合ヲ有セズ、剝離セル網膜ハコノ色素上皮ニ遠カルガ故ニ他ノ網膜面ニ比シテ稍灰白ノ色調ヲ帶ブ可シ。

二、出血性網膜剝離 漿液性ノモノト異ル點ハ剝離面ノ着色ニシテ、網膜下ノ血液ニヨリテ暗紅色ヲ呈ス。

三、腫瘍 特發性網膜剝離ハ高度ノ近視ニ來ルモノヲ除キテ常ニ疑ヲ脈絡膜腫瘍ニ置ク可シ。剝離面ハ滑澤ニシテ皺ナク境界又凹凸ヲ缺ク、眼球ノ運動ニヨリテ振盪スル事ナシ脈絡膜腫瘍ハ多クハ黑色肉腫ナルガ故ニ、剝離モ又コレニ準シテ黒褐色ヲ呈ス可シ、眼壓高ク、血行ニヨリテ前部毛様充血ヲ見ル事多シ。腫瘍ト網膜ノ間ニ滲出物ヲ生シタル時ハ診斷ハ稍困難ナレモ、コノ際眼壓ノ亢進ヲ認メ得ナバ、腫瘍ト診斷シテ誤ラザル可シ。

療法 腫瘍ニヨル者ハ直チニ摘眼ス可ク須ク二八七頁ヲ参照ス可シ、漿液性又ハ出血性ノモノハ網膜下ニ液體ノ吸收ヲ促ス凡テノ手段ヲ試ミザル可カラズ、普通用ヒラル、ハ發汗療法(ピロカルピンノ注射或ハサルチル酸曹達ノ内服)下劑、沃剝ノ内服、食鹽水ノ結膜下注射等ニシテコノ際患者ノ眼及ヒ身體ノ安靜ヲ命ズ、眼ニハ壓迫繃帶ヲ置



(nach Haab)

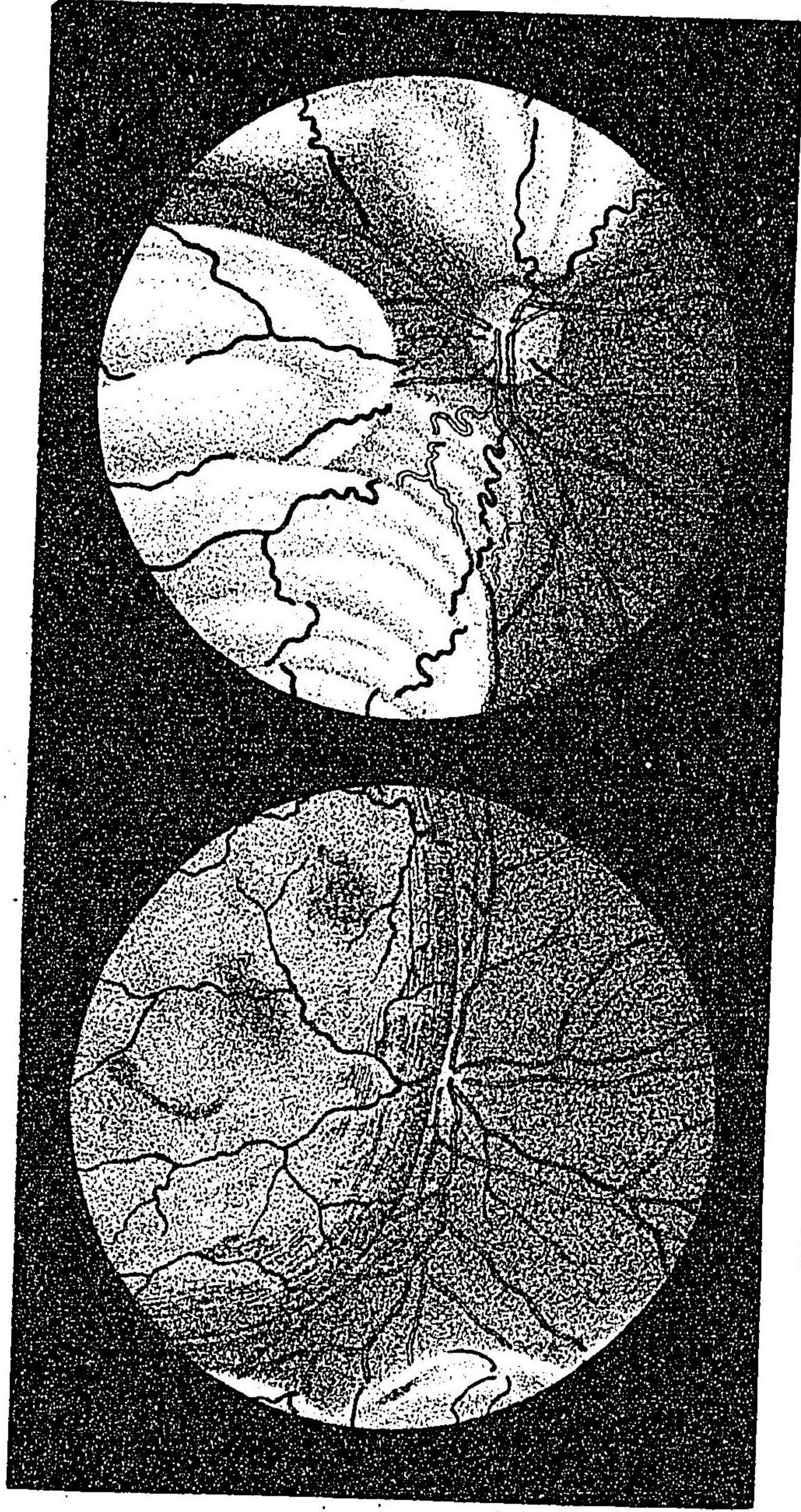
一、漿液性網膜剝離 剝離ハシタノ後ニ在リ、剝離ノ位置ハ多クハ週性ニ在リ、眼
 球ノ運動ニツキテ推移ス、脈厚ニ下降シ、前房淺シ。解剖學ノ教ニル如ク網膜ノ外面ト
 色素ト皮トノ間ニハ透明ノ網膜の結合ヲ有セズ、剝離セル網膜ハ色素上皮ニ接カル
 方故ニ他ノ網膜同ニ比シテ暗灰白ノ色調ヲ帶ブ可シ。

二、出血性網膜剝離 漿液性ノモノト異ル如ク剝離部ノ着色ニシテ、網膜下ノ血
 液ハコトコト暗紅色ヲ呈ス。

三、膿液性網膜剝離 高度ノ近視ニ來ルモノニ於テ常ニ疑フ膿液性剝離ニ
 因リ得、發病部ハ赤道ニシテ眼軸ノ長ク、眼球ノ運動ニヨリテ膿液性剝離
 事ナシ脈絡膜層厚ハ多クハ黑色肉腫ナルガ故ニ、剝離ノ又コレニ準シテ黒褐色ト呈ス
 可シ、眼後部ノ、血行ニヨリテ前部ニ擴充シテ見ル事多シ、腫瘍ト網膜ノ間ニ膿液物
 ラ生ジ、其時ハ診察ハ困難ナレバ、コノ際直眼ノ充進ヲ認メ得テハ、腫瘍ト剝離シテ
 誤ラザル可シ。

療法 腫瘍ニヨル者ハ直ニニ摘眼ス可ク須ク、七八頁ヲ参照ス可シ、漿液性又ハ出血
 性ノモノハ網膜下ニ液體ノ吸收ヲ促ス凡テノ手段ヲ試ミザル可カラズ、普通用ヒラル

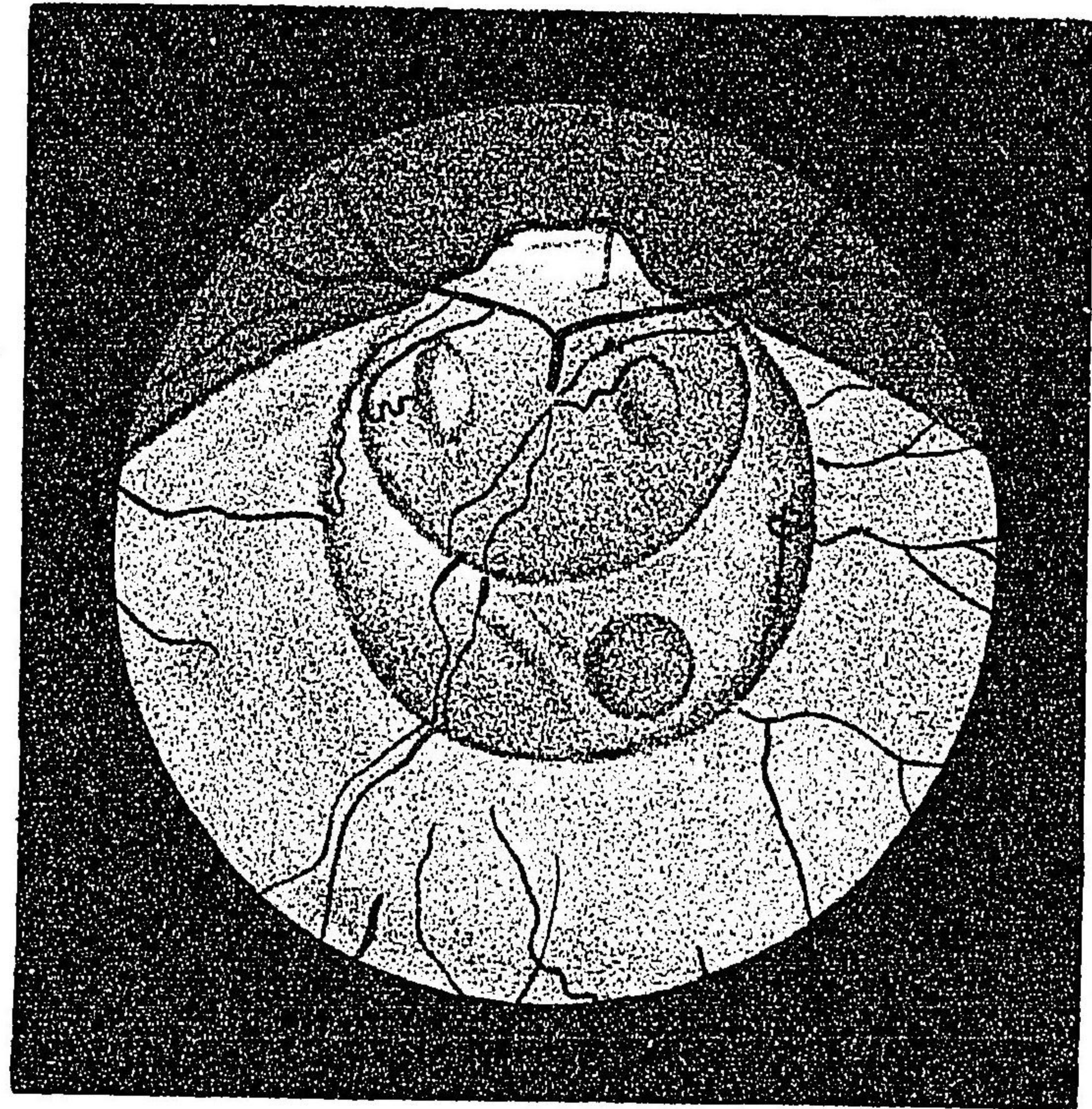
ルニ、コトコト暗紅色ヲ呈ス。



網膜剝離(漿液性)

脈絡膜肉腫ニヨル網膜剝離

(nach Haab)



離剝膜網ノヨニ蟲胞
(nach Haab)

クテ可トス一週ノ後尙吸收ノ跡ヲ認メ得ザル時ハ鞏膜穿刺ヲ行フ。檢眼鏡ノ下ニ細心ノ注意ヲ要ス。液體ヲ全ク排出セシメタル後ハ壓迫繃帶ヲ置キ臥床セシム、鞏膜穿刺ハ一回ニテ成效ス、少シ必ズヤ滲出ハ再ヒ起リ穿刺ヲ繰リ返サザル可カラズ、一旦剝離セル網膜ガ永キ時ヲ距テ、元ニ返リタル際ハ多クハ其ノ機能ヲ失フガ故ニ治療ハナル可ク早ク行フ可シ。

兎ノ硝子體ノ移植ヲ稱道シ、或ハ虹彩切除ヲ良効アリト云フ人アレモ確ナラズ。

稀ニ胞蟲カ網膜ト脈絡膜トノ中間ニ來リテ、網膜剝離ヲ起ス事アリ。其ノ新鮮ナル場合ハ、網膜面ハ半透明ニシテ、胞蟲ノニ頭、首、吸盤等ヲ透見シ得可キモ、後ニ至ツテ溷濁及ビ炎症ガ來ル時ハ、診斷ハ不能ナリ

● 視神經疾患 Schneevenerkrankung.

視神經疾患ハ治療ニ向ツテヨリハ寧ロ診斷ニ重キヲ置カザル可カラズ、危險ナル疾患ガ單ニ視神經ニ現ハレタル病變ニヨリテ知ラル、場合極メテ多シ。

一、視神經炎(乳頭炎) Neuritis optica (Papillitis)

眼球内視神經炎ノ眼底所見ハ乳頭ノ充血、溷濁、及ビ腫張ノ外ニ出デス。網膜靜脈ノ怒張ト同時ニ視神經ニアル細小ナル血管ガ充血ヲ來スガ故ニ乳頭ハ着シキ赤色ヲ呈ス可

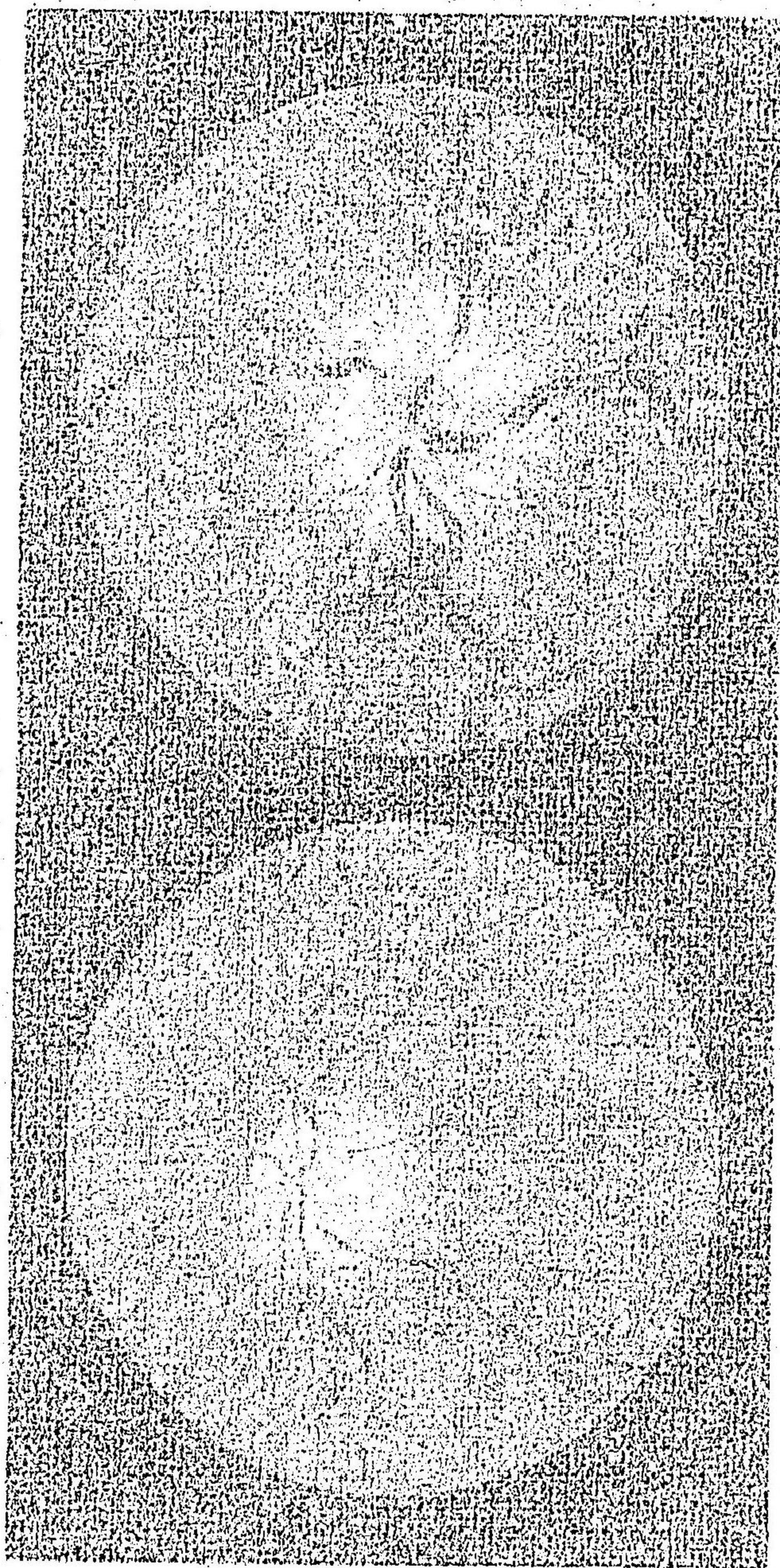
シ。但シ乳頭ノ赤色ハ人ニヨリテ異ナリ、何等病的ノ變狀ナクシテ著明ナル赤發ヲ見ルコトアリ、須ラク他眼ノ乳頭ニ比較セザル可カラズ。
 濁濁モ病ノ時期ニヨリテ異ナルト雖モ多クハ乳頭ノ内側ニ初マリ、時ト共ニ全乳頭ヲ圍繞シ盡シテ全ク乳頭ノ境界ヲ不明ナラシム。腫張ハ神經纖維層ニ於ケル漿液滲出物ノ爲メニ生ズ。モシコノ腫張ガ極メテ高度ナル時ハ吾人ハ別ニコレヲ鬱血乳頭トシテ考ヘザル可カラズ

鬱血乳頭

乳頭ニ限局セル炎症ニシテ視神經炎ニ見ル凡テノ症候ハ稍著シク現ハ

レ。乳頭ハ菌狀ニ腫張シ、汚灰白色ニ着色シ、血管ハ著シク怒張シ、乳頭ノ附近ニ於テ白斑血斑ヲ見ル事稀ナラズ。普通吾人ガ眼底検査ヲナス際ニ當リテ透明部ノ濁濁セル場合ヲ除キ、少クモ乳頭ハ直チニ求メ得ルヲ常トスルモ、腫張ノ著シキ場合ハ乳頭ノ存在ニ疑ヲ抱キ、漸ク血管ノ走行ニヨリテ乳頭ノ所在ヲ想像シ得ル場合アリ。腫張ガ乳頭ニ限局シタル場合ハ接眼鏡ヲ近接シ又ハ遠クルコトニヨリテ乳頭ノ突出ヲ證明シ得可シ。

定型ノ鬱血乳頭ハ頭蓋内ノ腫瘍ヲ代表スルモノナリ。サレト凡テノ頭蓋内腫瘍ガ盡ク鬱血乳頭ヲ作ルモノニハ非ズ。其ノ比ハ七十一九十%ナリト云フ腫瘍ノ大小(頭蓋内ノ充進ノ強弱)ハ鬱血乳頭ニ關係ナク、極メテ小ナル癆腫ニヨリテ生シ、極メテ



(nach Heub)

大ナル腫瘍ニヨリテ生ゼザルコトアリ。然ルニ腫瘍ノ位置ハ大ナル影況ヲ與ヘ、最モ屢
 鬱血乳頭ヲ生ズルハ後頭蓋窩殊ニ小腦ノ瘍腫ニシテ腦底ヨリ生スルモノニハ少シ。
 其ノ他ノ原因トシテ腦膿瘍、腦質炎、腦膜炎、腦底出血等ヲ舉ク可キモ、盡ク稀ナリ。
 視神經炎ハニ兩側ヲ犯スモノハ常ニ頭蓋内ノ疾患ヲ考ヘザル可カラズ、最モ多キハ腦
 膜炎ニシテ炎機ハ腦膜ニ添フテ下降ス、コノ意味ニ於テ腦底ニ來ル腦膜炎ハ最モ容易
 ニ視神經炎ノ原因タル可シ。微毒ハ直接ニ視神經ヲ犯シ、頭蓋内又ハ眼窩内ノ微毒性疾
 患ハ容易ニ視神經ニ移行ス可シ、其ノ他急性熱性傳染病ニ伴ヒ種々ナル中毒ニ同伴ス。

療法

原病ニ對スル處置ハ最大急務タルト同時ニ局所療法トシテ

- 一、眼ノ絶對的安靜 能フ可クンバ暗室ニ起臥セシメ常ニ暗色ノ保護眼鏡ヲ用ヒシ
 ム可シ嚴ニ眼ノ使用ヲ禁ズ可ク身體及ビ精神ノ安靜ヲ守ラシム可シ。
- 二、瀉血 顳額部或ハ乳嚙突起部ニ於テナス可シ、水蛭ヲ貼用スルモ可ナル可ク、亂
 切刀ヲ用ユルモ可ナリ大ナル効果ヲ望ム可カラズ。
- 三、發汗療法 「ピロカルピン」ノ持續的注射ヲ賞用ス。
- 四、其他療驅微療法ハ原因ヲ微毒ト認メタル場合、又ハ原因不明ナル場合ニ用ユ可
 シ、サレモ視神經ノ疾患ハ却ツテコノ療法ニヨリテ増悪スル事ナキニ非ス、カ、

ル場合ニハ單ニ沃度加里ノミヲ持續ス可シ。

鬱血乳頭ノ際ハ直ニ外科的ニ頭蓋ヲ開キテ内壓ノ減退ヲ計ル場合アリ、或ハクインケ氏ノ腰部穿刺術ヲ行フテ良果ヲ得タル例アリ。鬱血乳頭カ時トシテハ眼球ノ後部ニ發スル腫瘍ニヨリテ生ズル事アリ、宜シク、クレインライン氏術式ノ下ニ病因ヲ除却スルニカム可シ。

二、球外視神經炎 Retrobulbäre Neuritis

球外視神經炎ハ急性ト慢性ニ區別シ得可シ。

急性ノモノハ名ノ示ス如ク、俄カニ全ク視力ヲ失フモノニシテ同時ニ眼球内或ハ眼窩深部ニ疼痛ヲ覺エ、或ハ偏頭痛様ノ訴ニ接スル事アリ、眼球ノ運動ニヨリテ疼痛ノ度ヲ増加ス。コノ眼底ニ於テハ、等變化ノ認ム可キナク、只時トシテ乳頭ノ充血、乳頭ノ境界ガ輕度ニ濁濁スル場合アリ。

一度失ヒタル視力ガ遂ニ回復セザルニ至ル事アリ、サレモコハ極メテ稀ニ遭遇スル處ニシテ、多クハ永キ經過ノ中ニ(大約四週間)、漸時視力ヲ周邊ヨリ回復シ、遂ニ完全ナル視力ヲ得ベク、或ハ中心暗點ヲ殘シテ治癒ス。

原因トシテハ寒胃、熱性病、月經異常、勞動過度等ヲ認ムベク、散在性硬化性ハ最も屢

ノ疾患ヲ將來ス。

慢性ノモノハ稍視神經消耗ニ似タル疾患ニシテ何等炎症候ヲ伴ハズシテ、急ニ注視ノ不能ヲ感ズ、コノ際視野ノ檢索ニヨリテ中心暗點ノ存在ヲ確メ得可シ。病勢ノ尙微弱ナル時ハ比較的暗點ニ止マレモ、病勢ガ進ム時ハ遂ニ完全暗點トナリ、全ク注視ハ不能ナル可シ。病ノ初期ニアリテハ乳頭ニ異常ヲ認ムルヲ得サレモ、後期ニ及ンデ乳頭外下方ノ消耗ヲ見ルニ至ル、コレコノ疾患ガ黃斑部纖維束ヲ犯スガ故ナリ(健眼ノ乳頭ニテモ外下方ニ多少蒼白ノ部アルハ吾人ノ屢遭遇スル處ナリ故ニ診斷ヲ確實ニセント欲セバ必ズ先ツ中心視力ヲ檢シ其ノ比較的或ハ完全暗點ノ存在ヲ認メタル後ナラザル可カラズ)慢性球外視神經炎ハ最も屢酒及ビ煙草ノ中毒ニヨリテ來ル日本ニ於テハ脚氣ノ經過中ニ遭遇ヘル事甚ダ多シ、其ノ他急性症ノ條下ニ述タル原因ハ同時ニコノ慢性症ノ原因ヲナス。

療法

療法ハナル可ク速カニナサレザル可カラズ。眼ノ安靜ヲ命シ、光線ノ刺撃ヲ避ケモシ中毒ト認メ得可キ場合ハ絕對ニ其ノ毒ヲ遠ケ發汗療法及ビ沃剝ノ内服ハ必須ノ要件ニシテ兼テ下劑ヲ與フルヲ宜シトス。已ニ乳頭ニ消耗ノ現ハル、ニ至ラバ消耗ニ對スル療法ニ向ツテ力メザル可カラズ。

視神經疾患

一、顛顛側ノ消耗

乳頭ノ形チ、其ノ境界、及ビ血管ニハ何等ノ變狀ナク、單ニ乳頭ノ顛顛側ノミガ蒼白色ヲ呈ス（乳頭ノ顛顛側ニハ生理的ノ陷凹ヲ有シコレヲ消耗ト誤診スル場合ナキニ非ズ）コノ種ノ消耗ハ大部分ハ酒精及ビ煙草ノ中毒ニヨリテ來ル（球外視神經炎ノ條參照）

稀ニ糖尿病ガコレト同様ノ消耗ヲ來スヲアリ、尿ノ検査ヲ忘ル可カラズ、日本ニ於テハ屢脚氣ニ於テコノ種ノ消耗ヲ見ル事多シ甚タ稀ニ出血、分娩、授乳、クローゼ」等ニ來ル。

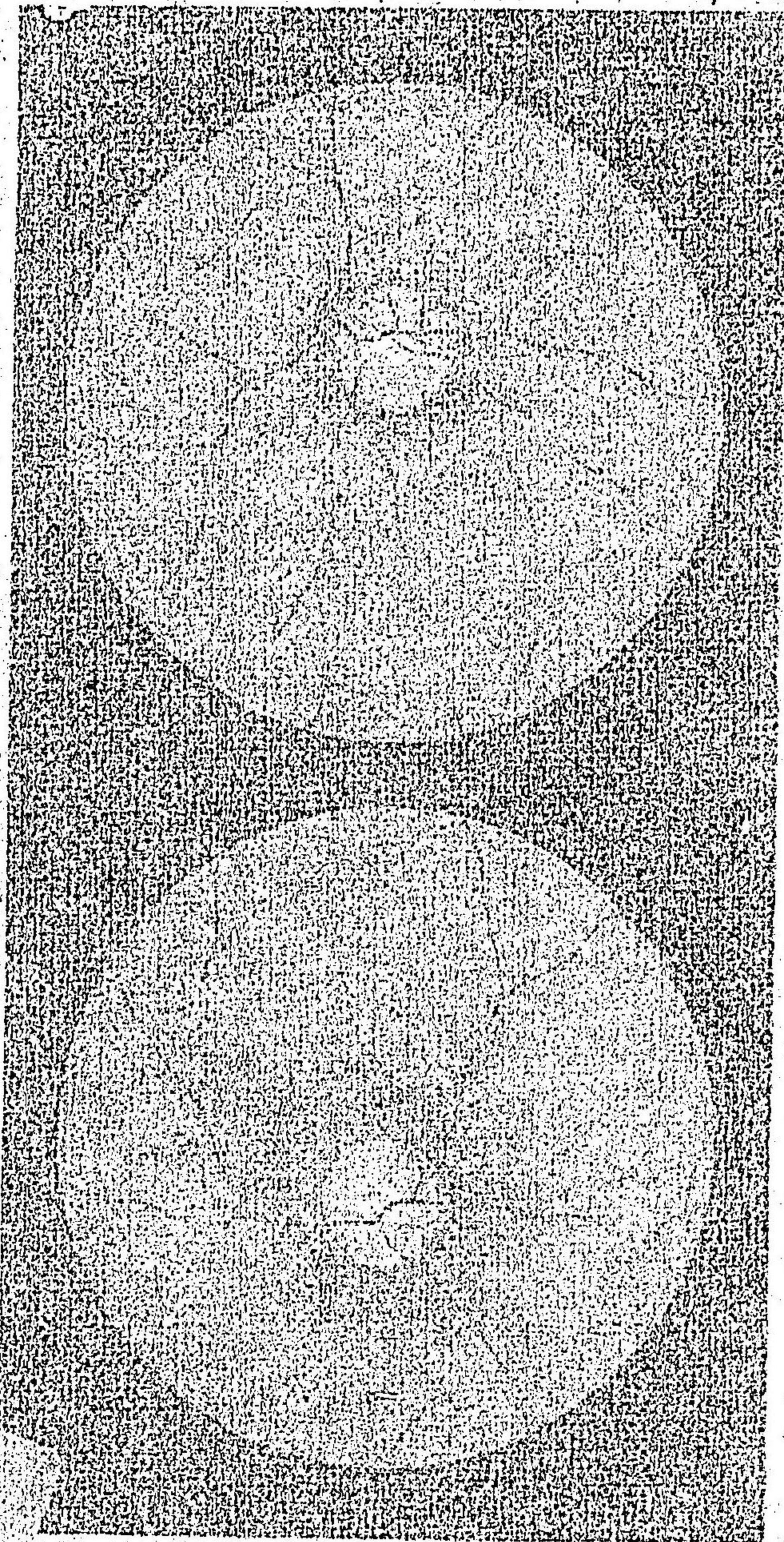
以上原因トシテ述タルモノハ凡テ兩側性ノモノナレド、稀ニ一側ヲ犯シ、或ハ甚タシク時期ヲ異ニシテ兩側ヲ犯スモノハ散在性硬化症或ハ微毒ヲ疑フ可シ。

二、分象性消耗

動脈ガ栓塞及ヒ血塞ニヨリテ血管ガ閉塞セラレタル場合ニ續發ス甚タ稀ナリ。

視神經消耗ニ對スル療法ハ多クハ原病ノ治療ニヨリテ満足セザル可カラズ而カモ原病ハ各甚ダシク治癒シ難キ、寧ロ危険ナルモノニ屬スルガ故ニ隨ツテ消耗症ノ豫後ハ極メテ不良ナリ。

一般ニストリヒニン、ピロカルピンノ注射ヲ試ミ平流電氣ニヨリテ稍視力ヲ回復スル場合アリト雖モ一時性ニ過キズ、驅微療法ハ好ンテ用ヒラル、處ナレド脊髄勞ナド



三、視神經消耗症 *Schnervenatrophie.*

視神經消耗ヲ完全消耗ト部分消耗ノ二者ニ分ツテ得可シ

甲、完全視神經消耗症

一、單性消耗症

乳頭ハ白色又ハ帶綠白色ニシテ境界及ヒ血管ニ異常ヲ見ズ。吾人ハカ、ル乳頭ニ接スル時ハ直チニ脊髓勞ニ想到ス可シ實ニコノ疾患ノ半ハ單性消耗症ヲ伴フモノトス、殊ニ脊髓勞ニ必發ノ他ノ症候ガ現ハレザルニ先ツテ單ニコレノミガ早期ノ症狀トシテ來ルヲ甚ダ稀ナラズ。兩側ニ來ルヲ普通トス。次ニ脊髓勞ニ極メテ近似セル進行性麻痺痴呆ニ於テモコノ單性消耗症ヲ見ル事多シ。尙考フ可キハ視神經路ニ於ケル微毒ナリトス、球外視神經炎トシテ初マリ下降性ニ消耗ヲ生スルモノニシテコノ際脊髓勞トノ區別ガ極メテ困難ナル場合アリ。瞳孔ガ光線ニ對テ反應ヲ行スル時ハ確カニ微毒ト認メテ誤リナカル可シ同時ニ兩側ノ動眼神經麻痺、眼瞼下垂症或ハ内眼筋麻痺ヲ兼ヌル場合ハ殊ニ然リトス中心暗點、半盲症等モ寧ロ微毒ニ多ク、殊ニ久シク一眼ノミヲ犯ス場合ハ脊髓勞ニハ考フルテ得ズ。

二、視神經炎性消耗症

視神經炎ニ續發スル消耗症ニシテ、灰白色又ハ汚灰色ノ乳頭ハ其ノ境界ヲ明ニスル能ハズ、血管ハ狹小スレテ、時トシテハ久シク怒張ヲ殘

ス

三、動脈硬化症ニヨル消耗症

老人ニ見ル變狀ニシテ乳頭ハ蒼白色ヲ呈シ乳頭周圍ノ色素上皮ノ消耗ヲ伴ヒ、乳頭ノ境界ハ判明ヲ缺ク、コノ際注意シテ神經症ニ對シテ求ムレテ何等得ル處ナカル可シ、今直像法ニヨリテ乳頭ノ血管ヲ檢スル時ハ血管ノ直經ノ不規則ナル事、血管壁ノ肥厚、小ナル血管ノ狹窄等凡テ動脈硬化症ニ見ル如キ血管ノ變狀ヲ見得可シ。

眼底ニ於テカ、ル變狀ヲ見ザル場合ニ於テモ老人ニシテ他ニ原因トシテ認ム可キ何者ヲモ行セザル時ハ眼動脈或ハ内頸動脈ガ硬化症ノ結果トシテ血管瘤ヲ作りコレガ視神經ヲ壓迫シテカ、ル消耗ヲ起ス事アリ。

四、黃色消耗症

乳頭ハ黃色ニシテ其ノ境界判明ナラズ、血管ハ狹小ナリ、色素性網膜炎及ビ網脈脈絡膜炎ニ續發ス

五、綠内障性消耗

炎症綠内障ガ慢性ニ流レタル時或ハ單性綠障内ニ見ル處ニシテ他ノ綠内障性症候ニ伴フ即チ乳頭ノ綠内障性陷凹、コレニ伴フテ起ル血管ノ迂折及ビ乳頭ノ周圍ニ生スル綠内障性暈輪等ヲ見ル可シ。

乙、部分的視神經消耗症

一、顳側ノ消耗

乳頭ノ形チ、其ノ境界、及ビ血管ニハ何等ノ變狀ナク、單ニ乳頭ノ顳側ノミガ蒼白色ヲ呈ス（乳頭ノ顳側ニハ生理的ノ陷凹ヲ有シコレヲ消耗ト誤診スル場合ナキニ非ズ）コノ種ノ消耗ハ大部分ハ酒精及ビ煙草ノ中毒ニヨリテ來ル（球外視神經炎ノ條參照）

稀ニ糖尿病ガコレト同様ノ消耗ヲ來スアアリ、尿ノ検査ヲ忘ル可カラズ、日本ニ於テハ屢脚氣ニ於テコノ種ノ消耗ヲ見ル事多シ甚タ稀ニ出血、分娩、授乳、クローロゼ等ニ來ル。

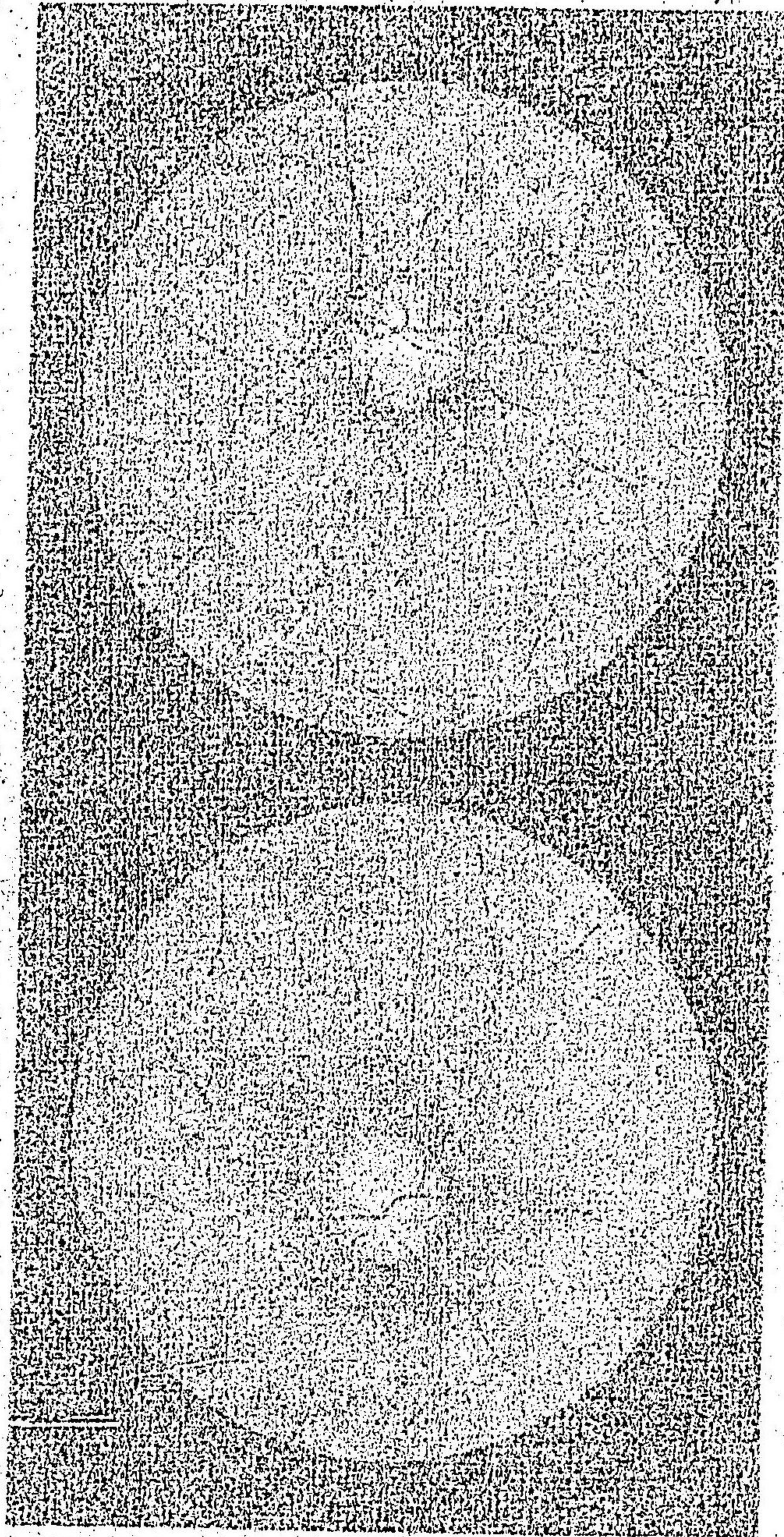
以上原因トシテ述タルモノハ凡テ兩側性ノモノナレトモ、稀ニ一側ヲ犯シ、或ハ甚タシク時期ヲ異ニシテ兩側ヲ犯スモノハ散在性硬化症或ハ微毒ヲ疑フ可シ。

二、分象性消耗

動脈ガ栓塞及ヒ血塞ニヨリテ血管ガ閉塞セラレタル場合ニ續發ス甚々稀ナリ。

視神經消耗ニ對スル療法ハ多クハ原病ノ治療ニヨリテ満足セザル可カラズ而カモ原病ハ各甚ダシク治癒シ難キ、寧ロ危険ナルモノニ屬スルガ故ニ隨ツテ消耗症ノ豫後ハ極メテ不良ナリ。

一般ニストリヒニン、ピロカルピンノ注射ヲ試ミ平流電氣ニヨリテ稍視力ヲ回復スル場合アリト雖モ一時性ニ過キズ、驅微療法ハ好ンテ用ヒラル、處ナレトモ脊髄勞ナド



ニ來ル消耗症ニハ却ツテ有害ナル場合多シ。
球外視神經炎ニ續發スル消耗症ハ其ノ原因ヲ除キ發汗療法ヲ持續スル時ハ容易ニ治癒
ニ赴ク事アリ。

●視野ノ異常 Anomalien des Gesichtsfeldes

視野ノ缺損ハ時トシテハ其ノ病機ヲ代表スルコトアリ、色神ノミ犯サレタル時ハコレヲ
比較的暗點ト稱シ全ク光神ヲ失ヒタル場合ハ完全暗點ト稱ス、普通完全暗點ヲ以テ視
野缺損ノ標準トシテ可ナリ。

一 中心暗點 中心暗點ハ一側ヨリモ兩側ニ來ル事多シ「アルコホル」及煙草ノ中毒ニ
ヨル弱視ニ伴フテ來ルコト多シ、コノ際眼底ニハ何等ノ變化ヲ認メサルヲ普通トスルモ
時トシテハ乳頭ノ顛顚側ガ稍々蒼白色ヲ呈スルコトアリ即チ球外視神經炎ト呼ブモノニ
屬ス、日本ニ於テハ脚氣ニコノ暗點ヲ見ル事多シ。其他微毒性網膜炎、糖尿性網膜炎
ニコノ種ノ暗點ヲ見ルコトアリ、高度ノ近視眼、老人性黃斑部變性等ニハ黃斑部ノ變化ニ
ヨリテ中心暗點ヲ生ズ。

二、同心性視野狹縮 種々ナル原因ニヨリテ來ル鬱血乳頭殊ニ其ノ結果トシテ來ル
視神經消耗ニヨリテ生ズル事多シ、脊髄勞等ニ來ル視神經消耗又ハ多發性硬化症ニコ

ノ種ノ狹縮ヲ見ルコトアレモ甚タ稀ナリ、ヒニン中毒ニヨル弱視ニハ著シキ狹縮ヲ來ス
色素性網膜炎ニモ屢コノ事アルヲ見ル可シ。ヒステリー等ノ官能的疾患ニ就キテハ後
ニ述ブ可シ。

三、截痕狀視野缺損

網膜血管ノ閉鎖ニヨリテ來ル事アリ、缺損セル視野ノ頂點ハ
閉塞セル血管ヲ示スモノナリ截痕狀暗點ノ境界ガ不規則ナル時ハ疑テ多發性硬化症及
脊髄勞性視神經消耗ニ置ク可シ。兩側ニ來ル截底狀暗點ハ半盲ノ症トシテ取扱フヲ得
可シ。

四、輪狀暗點

後毛様血管ノ犯サレタル場合ニ見ルコト多ク、黴毒及糖尿病ニ來ル、
色素性網膜ニ來ル場合ハ兩側のナリトス。

五、周邊的視野缺損

脊髄勞等ニヨリテ起ル視神經消耗ノ場合ニ見ルコトアリ、網膜
剝離ノ際ニ來ルモノハ剝離ノ部位ニ相當ス可シ綠内障ニ來ル鼻側ノ視野狹縮ハ即チ定
型的周邊視野缺損ナリ。

六、半盲症

視神經交叉部、視神經索等ヨリ後頭葉ノ皮質ニ至ル迄ノ經路ニ於テ障害
アル時視野ニ特有ナル變化ヲ生ズ可シ。

甲、同側性半盲症 視神經交叉部ヨリ後頭葉皮質ニ至ル經路ニ於テ例ハ右側ノ視

神經索ガ全ク犯サレタル場合ハ左右兩眼ノ右側半部ガ失明ス可シコレヲ視野ニ現ハ
ス時ハ同側性左側半盲症トナル、モシ視神經索ガ單ニ其ノ一部分ノミ犯サレタル場
合ハ截痕狀ノ半盲症ヲ生ズコト際截痕ノ頂點ハ注視點ニ一致スルヲ特徴トナス。
後頭葉皮質ニアル視機中樞ガ犯サレタル場合、其ノ障害ノ程度ニヨリテ視野缺損ノ
度ヲ異ニス輕度ノモノハ島嶼狀或ハ截痕狀ノ視野缺損ヲ生ズ、中樞ガ全ク破壊セラ
レタルモノハ明暗ノ境界線ガ一直線ヲナサズシテ黃斑部ニ於テ暗面ニ向ツテ一小陷
凹ヲ作ル可シ、故ニ兩側ノ中樞ガ同時ニ犯サレタル場合ハ全ク失明ニ終ル事ナクシ
テ、漸ク黃斑部ニ相當スル一小視野ヲ殘ス可シ、故ニカ、ル患者ハ細字ヲ讀ム事ヲ
得レモ周圍ノ視機ヲ缺クガ故ニ全ク歩行ノ自由ヲ失フニ至ル可シ

半盲性瞳孔反應(ウェルニツケ)ハ同側性半盲症ヲ惹起ス可キ病竈ノ判斷ニ重要ナル
場合アリ即チ光線ニ對スル瞳孔反應ノ神經纖維ハ四疊體ノ附近ニ於テ視神經索ヲ去
リテ動眼神經ノ核ニ入ルガ故ニモシ四疊體內方ニ障害アル時ハ何等ノ變化ヲモ起サ
ザレモ外方ニアル時ハ視野缺損アル網膜ノ半面ニ光ヲ投スル時ハ、瞳孔反應ハ著シ
ク微弱ナリ。

同側性半盲症アリテ視野ノ犯サレザル兩半部ノ視力ハ著シク減退スルヲ普通トス視
神經索ノ障害ハ腦底ノ黴毒ニヨルコト最モ多ク稀ニハ頭蓋底或ハ小腦ノ腫瘍ニヨリ腦

視神經疾患

底腦膜炎及ビ顛顫葉ノ膿瘍モコレガ原因ヲナスコトアリ。又屢内囊部ノ出血血栓ニヨリテ生シ、其他腦髓炎、鉛毒、腦病、ニヨリテ來ルコト多シ。

乙、異側性半盲症 視神經交叉部ノ中央ニ障害アル時ハ交叉セル神經纖維ガ犯サル、ガ故ニ鼻側ノ網膜半面ニ異常ヲ來ス可シ、視野ハ即チ共ニ顛顫側ノ半盲症ヲ來ス、反之障害ガ交叉部ノ外方ヨリ即チ換言スレバ交叉セザル截維ガ犯サル、場合ハ鼻側ノ半盲症ヲ生ズ。脊髓勞ノ患者ニ視神經消耗ノ來ル場合偶然ニモコレガ相對的ニ視神經ノ犯シタル場合ニハ診斷ヲ困難ナラシムル場合アリ。

顛顫側半盲症ノ原因トシテハ下垂體ノ腫瘍、腦底微毒、等ヲ認ム可ク稀ニ第三腦室ノ水腫蝴蝶骨ノ腫瘍ニヨリテ來ル。

鼻側半盲症ハ極メテ稀ニ見ルモノニシテ相對的ニ來ル障害ヲ考ヘザル可カラズ交叉部ノ兩側ヲ走ル内頸動脈瘤ガ原因トナル事アリ。

七、機能的視野障害

周邊的視野狹縮ヲ來スコト多シ特ニ高度ノ狹縮ニテモ尙定位ヲ誤ルコトナキハ注意ス可キ點ナリトス、視野ノ測定ニ際シテニ倍三倍ノ距離ヲ用ユル時ハ其ノ都度缺損ノ度ヲ異ニス故ニ一見僞盲ノ疑ヲ生ズルコトアリ、ヒステリヤ或ハ稀ニ外傷性神經症ニアリテハ同心性視野狹縮ヲ見ル事アリ、而カモ視野検査ノ都度視野

ガ益狹縮スルノ奇觀アリ、故ニ連續的視野検査ヲ行フ時ハ螺旋狀ノ視野缺損トナル可シ、外傷性神經症ニ特有ナルフェルステル氏移動型ナルモノアリ即チ初メ外方九十度ニテ認メラレタル物體ガ移動ニツレテ鼻側三十一四十度ニテ消失シタリトセンカ今内方九十度ヨリ初ムル時ハ鼻側六十度ニテ已ニ認メラレテ顛顫側ニテハ六十一七十度ニテ消失スルガ如キ場合アリ前後ノ検査ニカクノ如キ差違ヲ生スルハ物體ノ出現ニヨル印象ハ消失ニヨル印象ヨリモ大ナル刺撃ヲ與フルガ故ナラザル可カラズ。

●眼窩ノ疾患 Erkrankungen der Orbita.

眼球ノ轉位ハ眼窩疾患ニ特異ナル一症候ナリ

眼球カ眼窩ニ於テ普通ノ位置ヲ保チ得ルハ種々ナル要約ノ下ニ束縛セラル、結果ニシテ、例ヘバ眼球ノ形狀、其ノ大サ、或ハ眼窩ノ廣サト云ヒ眼筋ノ筋力平衡ト云ヒ或ハ眼瞼ノ壓迫ト云ヒ凡テ眼球ノ突出ヲ防キ陥入ヲ阻止スルモノナラズンバアラス。一度コレ等ノ要約ニアル缺陷ヲ生センカ眼球ハ忽チ眞ノ位置ヲ去ツテ或ハ突出シ或ハ陥入ス可シ。吾人ガ日常接スル處ノカノ高度ノ近視ニアツテハ眼軸延長ト眼窩トノ間ニ平衡ヲ失シテ眼球ノ突出ヲ將來スルモノニシテ、カノ斜視ノ手術ニヨリテ内

眼窩ノ疾患

眼窩ノ疾患

外何レカノ直筋ノ截断ヲ行ヒタル場合ノ如キ四直筋(眼球ノ後退ヲ掌ルモノ)ニ斜筋(眼球ノ前進ヲ掌ルモノ)ノ間ニ平衡ヲ失シテ稍眼球 突出ヲ招クハ普ク人ノ知ル處ナリトス。モシ夫レコカインノ點眼ニヨリテ眼裂ノ開大ニ伴ツテ多少ノ眼球突出ヲ來スニ至ツテハ恰モ交感神経ノ刺撃ニヨリテ來ル症狀ト撰バズ。

(眼球ノ陷入ハ甚ダ稀ナリ、其ノ一時性ニ來ルモノハ眼窩内組織ガ水分ヲ失ヒタル場合ニ見ル處ニシテコレヲ、赤痢、高度ノ羸瘦ハ其ノ原因ヲ構成ス可シ、持續的ノ眼球陷入ハ屢眼窩内ノ組織殊ニ深部ニアル脂肪組織ガ除カレタル際ニ見ル可ク、而シテ最モ興味アルハ外傷性眼球陷没症ナリトス、屢外傷ニヨリテ眼球ノ陷凹ヲ來スモノニシテ其ノ原因ニ至ツテハ極メテ不明ナリ或ハ眼窩ノ後壁ハ骨折ヲ疑ヒ或ハ眼球ヲ支持スル腱及ビ靨帶ノ離断ヲ原因トシテ認ムルモノアレモ多クハ其ノ眞因ヲ求ムル事難シ。時トシテハ眼球ガ鼻壁ヲ破ツテコ、ニ陷入シ偶々鼻孔ヨリ物像ノ明視ヲ得タル文献ヲ求メ得可シ。)

突出セル眼球ハ多少其眼球ノ運動障害ヲ有ス殊ニ側方ニ轉位スル場合ハ複視ヲ訴フ可ク、突出ノ原因ガ視神經ノ附近ニ存在シテコレヲ壓迫スル時ハ視力障害ヲ惹起ス可シ、茲ニ眼窩ノ疾患ト題スルモノハコノ眼球突出ヲ伴フ場合ニシテ、何物カ眼窩ノ空洞ヲ狭メ換言スレハ眼球以外ノ眼窩内容ノ増大ヲ意味スルモノナリ普通原因ト

シテ認メラル、モノハ

一、炎性眼球突出

イ、眼窩壁ノ疾患

ロ、眼窩膿瘍

ハ、眼窩靜脈瘤

ニ、バテノン氏囊炎

二、非炎性眼球突出

イ、腫瘍

ロ、眼窩ノ血管異常

ハ、全身病(バセドウ氏病、白血病)

診断ノ順序

眼球突出カ幾何ナルヤヲ知ラント欲セバ巧妙ニシテ複雑ナル装置ニ乏シカラズト雖モ暫ク由テ論ゼズ、順序トシテ視診ヨリ始メザル可カラズ。

先ヅ注意ヲ拂フ可キハ眼球ノ偏位ト運動障害ニシテ、コレニヨリテ畧病竈ノ那邊ニアルヤヲ察知シ得可キ場合多シ。眼瞼ノ浮腫、結膜ノ浮腫、充血等ハ屢炎症性眼球突出ニ伴フ症候ニシテ而カモ時トシテハ腫瘍ニヨリテ鬱血ノ結果コレト同様ノ現象ヲ見ル。

眼窩ノ疾患

眼窩ノ疾患

ナキニ非ス、思ハザル可カラズ。
眼球突出ガ兩側ニ來ル場合ハ原因ヲ先ツ全身病ニ疑ヒバヘド、氏病ニ對シテハ他人特異ナル症候（心悸亢進、甲狀腺肥大等）ヲ考ヘ白血病ニ對シテハ常ニ血液ノ検査ヲ怠ル可カラズ。

高度ノ眼球突出殊ニ角膜ノ刺撃性ガ減弱セル場合ハ、兎眼性角膜炎ヲ見ル事多シ、蓋シ極メテ危險ナル合併症ニシテ、直チニ眼瞼ヲ縫合シテコノ炎症ノ進行ヲ阻止セザル可カラズ。

觸診

眼球周圍ノ觸診ニヨリテ波動或ハ抵抗ヲ確メ得ル場合アリコノ際指ヲ眼窩深部ニ送ル必要アルガ故ニ常ニ小指ヲ用ユルコトニ馴ル、ヲ要ス。

確カニ波動ヲ觸知シ得タル場合ハ、試験的穿刺ヲ行ヒテ内容ノ化學的顯微鏡的検査ヲ要ス腫瘍ハ觸診ニヨリテ其ノ形狀其ノ硬軟ヲ知ル可ク凡テ吾人ガ外科學ニ於テ學ヘル知識ヲ遺忘ナク應川スルニ吝ナル可カラズ。

實際ニ於テ眼窩ノ炎症ト腫瘍トハ甚タシク其鑑別ヲ困難ナラシムル場合多シ例ハ割合ニ多キ眼窩縁ヨリ發スルゴム腫ノ如キ或ハ骨竇ノ炎症ニヨリテ起ル所謂粘膜炎（ヘルニヤ）ノ如キ病機ハ極メテ緩漫ニシテ而カモ炎症の症候モ着シカラズ一方ニハタトヘ腫瘍ト雖モ眼瞼及ビ結膜ニ鬱血ヲ來シテ甚シク炎症病機ヲ疑ハシムル場合ナキニ非ズコノ

際吾人ガ屢々用ユルハ驅微療法ニシテ診斷ノ範圍ハコレニヨリテ著シク狹メラルニ至ルベシ。

鼻ノ検査

眼窩ノ疾患ニ際シテ最重要ナルハ鼻ノ検査ニシテ殊ニ副鼻腔ノ検査ハ必須ノ要件ナリトス吾人ガ嘗テ原因不明ト認めタルモノガ近時鼻科學ノ進歩ト共ニ明ナル説明ヲ與ヘ得タルコト一再ニ止マラス副鼻腔ノ疾患ガ次テ眼窩ノ炎症ニ轉ズル例ハ實ニ夥シキ數ニ達ス。

眼底検査

眼球突出ニ伴フテ鬱血乳頭ヲ見得タリトセンカ病竈ヲ球外ト判定シテ誤ラザル可シ時トシテハ眼球壁カ内方ニ没入スルコトアリ時トシテハ眼球ノ搏動ヲ觸知シ得ルコトアリ（尙聽診ニヨリテ血管音ヲ聽ク）内頸動脈ガ海綿（靜脈）竇ニ破レテ生ズルモノニシテ患者ハ眼窩内ノ雜音ノ爲メニ苦シムコト大ナリ今モシ頸動脈ヲ壓迫センカコノ雜音必直チニ消滅ス可シコノ際眼底ニ鬱血ノ像ヲ見ル可ク或ハ中心血管ノ壓迫ニヨリテ網膜ノ貧血ヲ見ルコトアリ。

眼窩内動脈瘤ニヨリ間歇性眼球突出症ヲ生ズ頭首ヲ前下方ニ傾クル時ハ眼球突出ヲ來ス、コノ際轉動下血管音トチ缺ク可シ甚ダ稀遭遇スル疾患ナリトス

視神經ノ犯サレタル際ハ早ク視野ノ狹縮ヲ來ス可シ

クレインライン氏ノ手術

屢眼窩内ノ殊ニ球外腫瘍ノ診斷ニ用ヒラル、手術ニシテ同

眼窩ノ疾患

眼窩ノ疾患

時ニ腫瘍ノ摘出ニ便ナル可シ。

療法

眼窩ノ疾患ハ概テ手術ニ待タサル可カラズ、外科的手腕ヲ有スルニ非ザルヨリハ輕々手ヲ下ス可カラズ、茲ニハ只ダ二三ノ眼窩病ニ對スル處直ニ就テ更述ス可シ

眼窩腫瘍ハ最モ危險ナル疾患ナリ、其ノ易ク腦膜炎ヲ將來スルニ由ル、囊ニ曰ヘル如ク眼窩腫瘍、甚ダ屢副鼻腔ノ疾患ニ續發スルガ故ニ必ズ先ヅ其ノ原病竈ヲ開ク可シ、眼窩腫瘍ハ其ノ初刻ニ於テ自カラ消散スルニ至ル事アリ、膿瘍自己ニ向ツテ可及的迅速ニ排膿ヲ施サザル可カラズ、刀ヲ下ス位置ハ其ノ最モ膿液ヲ待チ設ケ得キ部位ナルヲ要ス、但シカメテ眼筋ノ損傷ヲ避ク可シ、モシ上内方ニ刀ヲ入ル、時ハ上斜筋ヲ、下内方ニ於テハ下斜筋ヲ、中央上部ニ於テハ眼筋ヲ傷害スルノ危險多シ、其ノ他ノ筋ハ割合ニ眼球ニ近ク位スルカ故ニ眼窩縁ニ添ヘテ刀ヲ挿入スル時ハ恐ラクハ危險ヲ免シ得可シ、創口ニ排膿系ヲ置ケバ炎症ハ頓ニ消褪ス可シ、場合ニヨリテハ眼筋ヲ犠牲ニ供シテ上下何レカニ大ナル創口ヲ要スル事アリ。

眼窩腫瘍ハ良性ノモノハクレインライン氏手術式ノ下ニ眼球ノ保留ニカム可キモ惡性腫瘍ハ其ノ診斷ノ確メラル、ヤ直チニ眼窩内容除去ヲ行フ可シ、動脈瘤ニヨルモノハ同様一クレインライン氏手術式ヲ用ユ可キモ頸動脈ガ海綿(靜脈)竇ニ破レタルモノハ總

頸動脈ヲ手指ニヨリ又ハ器械的ニ壓迫スル事ニヨリテ目的ヲ達シ得可シ、カ、ル壓迫一週間ニ渡ルモ尙ホ良結果ヲ得ザル場合ハ總頸動脈ノ結束ヲ要ス、コレニヨリテ膊動ト血管首ハ直ニ消失シ眼球ハ漸時復位ス可シ。時トシテハ總頸動脈結束ニヨリテ腦症狀ヲ發スル事アルハ不愉快ナル點ニシテ、而カモ手術再發ヲ見ル事ナキニ非ズ。間歇性眼球突出症ハ深ク眼窩ノ深部ニ五十%ノ抱水コロラールヲ注射シテ靜脈瘤ノ血液ノ凝固ヲ促シテ良結果ヲ得可キ報告アリ。

斜視 Strabismus

斜視ヲ大別シテ麻痺性、共働性及ヒ潜伏性ノ三者トス

麻痺性斜視ト共働性斜視トノ類症鑑別ハ種々ナル點ニ於テ極メテ容易ニナサレ得可シ、麻痺性ノモノハ概シテ其ノ襲來ノ急劇ナルニ反シテ共働性ノモノハ多クハ除々トシテ現ハル可シ。

共働性内斜視ハ最モ屢少年時ニ現ハレ殊ニ遠視ヲ有スルモノニ多シ。麻痺性内斜視ハ少年時ニ來ルコト嘗テ考ヘラレタル程ニ稀ナラザレモ、概シテ成年ニ多キハ爭フ可カラズ、其ノ原因トシテ屢認メラル、所ノ微毒、脊髓癆、糖尿病、或ハ「レウマチウス」等ハ

斜視

少年時ニ少ク成年ニ多キ事實ハコレガ有利ナル證明ヲ與フルモノナラズンバアラス。共働性斜視ハ常ニ兩眼視機ヲ失ヒタル場合ニ來ル、故ニ凡テノ年齢ニ遭遇シ得可シ。原則トシテ共働性ノモノハ麻痺性ノモノニ特有ナル複視ヲ見ル事ナシ、時トシテハ共働性ノモノト云ヘテ複視ノ訴ヲ云フモノアレテ其ノ性ニ於テ麻痺性ノモノト異ナリ、即チ前者ノ複視ハ交互視ニヨリテ生ズルモノナルガ故ニ明瞭ニ複像ノ巨リヲ示シ得ル事ナシ。例外トシテ麻痺性斜視ニアリテモ複視ヲ訴ヘザル事アリ、麻痺ノ襲來以前ニ已ニ兩眼視機ヲ失ヒタルモノ、或ハ斜視ガ陳舊ニ及ベルモノノ如シ。但シ後者ノ場合ニアリテハアル機會ニヨリテ再ビ複視ノ現出ヲ見ル事アリ。共働性斜視ニヨリテハ其ノ何レノ眼ヲ注視ニ用ユル場合ト雖モ斜視ノ度ニ些ノ變化アル事ナシ。反之麻痺性斜視ニアリテハ麻痺セル側ノ眼ヲ注視ニ用ヒタル場合ノ斜視角ハ健眼ナリタル場合ノモノヨリ大ナリ、換言スレバ麻痺性斜視ニ特有ナル第二斜視角ハ共働性斜視ニ求メ得ズ。隨ツテ共働性斜視ニハ投推ノ誤ヲ生ズル事ナシ。共働性斜視ハ兩眼ガ同様ニ犯サル、ガ故ニ斜視ニヨリテ來ル現象ハ同時ニ兩眼ニ現ハル可キ理ナリ、コレヲ瞻視野ニ見ル時ハ常ニ斜視ノ反對側ニ缺損ヲ生ズ、即チ内斜視ニアリテハ顚顚側ニ外斜視ニアリテハ鼻側ノ瞻視野缺損アリ、麻痺性斜視ノ瞻視野缺損ハ麻痺眼ニ止マリ且ツ麻痺セル眼筋ノ作用ニ應ズ、但シ兩眼共ニ麻痺ヲ有スル場合ハ時トシテ共働性ノモノト誤ル事アリ例バ共働性内斜視ト兩側性外直筋麻痺ノ如シ、然レモ瞻視野計測ヲ精密ニ行フ時ハ、外直筋麻痺ニヨルモノハ瞻視野ハ顚顚側ニ於テ明カナル陥凹面ヲ見ル可キモ共働性内斜視ニアリテハ瞻視野ハ外側ニ稍凸面ヲナシ決シテ陥凹ヲ見ル事ナシ。

一 麻痺性斜視 Strabismus paralyticus

診斷

診斷ハ眼筋ノ運動障害ニヨリテ確メ得可シ、患者ノ眼前ニ檢者ノ指頭ヲ置キ患者ノ頭首ヲ動かストナク指頭ヲ注視ス可ク命ジテ指頭ヲ上下左右ニ動かス時ハ、麻痺セル眼筋ノ作用ニ相當スル方向ニ於テ眼球ノ運動ハ不充分ナルヲ發見ス可シ。(普通健眼ノ外轉ハ角膜ノ外縁ガ外眥ニ到着スルヲ極度トシ内轉ノ極度ハ瞳孔ガ下眼瞼ノ涙點ニ達ス可シ)。カクテカ、ル眼球運動障害ト同時ニ眼球ガ麻痺セル筋ノ對側ニ斜位ヲ取ルニ至ツテハ恐クハ眼筋麻痺ノ診斷ヲ下シテ誤ラザル可シ。實際ニ於テ單ニコレノミニヨリテ明カニ何レノ筋ガ犯サレタリヤテ明ニスルヲ得ル事アリ。然レモ眼球ノ運動障害及眼球ノ斜位ハ而カク吾人ガ期待スル程ニ著シキ場合ハ稀ナリ、障害ガ左右何レニ存スルヤテスラ明カニセザル場合多キニ至ツテハ吾人ハ他ノ標徴ニヨリテコレヲ探求セザ

ル可カラズ。

複視 複視ハ麻痺性斜視ニ必發ノ症候ニシテ而カモ患者ガ最モ不快ヲ感ズル所ナリトス。

複視ノ檢定 患者ヲ暗室ニ伴ヒ偏眼ニ着色(赤)硝子ヲ裝ヒ、檢者ハ患者ノ前方三迷ニ燭火ヲ以テ立ツ可シ、複視ヲ訴フル患者ハコノ際燭火ニ隣スル着色セル燭火ヲ見ル可シ、茲ニ於テ燭火ヲ左、右、中間及ビ上、下、中間、ノ都合九ヶ所ニ動かシテ複像ノ關係ヲ檢問ス可シ、注意ス可キハ例バ燭火ガ上方ニ行クニ隨ヒテ患者ガ頭首ヲ仰視ノ狀態ニナス時ハ現ハレタル複視ノ價値ヲ減殺スルノ嫌ナキ能ハズ、故ニ燭火ヲ中央ニ患者ノ眼ノ高サニ固定シ却ツテ患者ノ頭首ヲ上ゲテ燭火ヲ俯視セシメ頭首ヲ下ゲテ仰視セシメ或ハ頭首ヲ左右ニ向ケテ燭火ヲ斜ニ見セシムルノ方法ヲ取ラバ正シキ價ヲ得可シ。複視ノ檢定ニ於テ知り得可キ事項ハ、一、着色セル燭火ハ裸燭ノ何レノ側ニ位ス可キヤ換言スレバ同側性ナル可キヤ交叉性ナル可キヤ、二、着色光ト裸燭トハ何レガ明瞭ナル可キヤ三、兩光何レガ高キ、而シテ高サハ燭火ガ如何ナル位置ニ置カレタル時ハ、(頭首ヲ如何ニ傾ケタル時)最モ著シキヤ。四、同様ニ兩光ノ距離ガ最モ著シキ時ノ燭火ノ位置。五、垂直ナル裸光ニ對シテ他ノ光燭ハアル傾斜ヲ有ス可キヤ、其ノ傾斜ノ度及ビ性。

以上ノ關係ニヨリテ略ホ何レノ筋カ何レノ眼球ニ犯サレタリヤヲ知り得可シ。即チ

一、麻痺ハ何レノ眼ニ存在ス可キヤ

- イ、麻痺眼ニヨリテ生ズル像ハ健眼ノ像ヨリモ明瞭ナラズ。
- ロ、像ノ高低ノ差ガ燭火ガ上方ニ行クニ隨ツテ増加スル時ハ高キ像ハ患眼ニヨリテ作ラレタル像ニシテ反之燭火ガ下方ニ行クニ隨ヒテ像ノ高低ノ差ヲ増ス時ハ低キ像ハ患眼ニヨリテ作ラレタル者ナリ。
- ハ、兩像ノ距リガ燭火ヲ右スルニ隨ヒテ増加セバ右眼、左スルニ隨ヒテ増加スレバ左眼ノ麻痺ヲ示スモノトス、茲ニ燭火ヲ右スルト云フハ檢者ノ側ヨリ考ヘタルモノトス。

二、麻痺筋ノ診斷

- イ、交叉性複視ハ常ニ眼軸ガ開散的ナル場合ニ生ズ換言スレバ多少内轉力ヲ有スル筋ガ犯サレタル場合ナリ。(内直筋、上直筋、下直筋)
- ロ、同側性複視ハ常ニ眼軸ガ輻輳的ナル場合ニ生ズ、換言スレバ多少外轉力ヲ有スル筋ガ犯サレタル場合ナリ。(外直筋、上斜筋、下斜筋)
- ハ、内外兩直筋ヲ除キ他ノ諸筋ノ麻痺ニアリテハ常ニ復像ノ高低ヲ生ズ、即チ燭火

ヲ上舉スルニ隨ヒテ益復像高低ノ差ヲ増スモノハ上直筋或ハ下斜筋ノ犯サレタル場合ニシテ蠟火ヲ下グルニ隨ヒテ益復像高低ノ差ヲ増スモノハ下直筋或ハ上斜筋ノ犯サレタル場合ナラザル可カラズ。

ニ、像ノ傾斜モ又診斷ノ一助タル可シ、上直筋及ビ上斜筋ノ麻痺セル場合ハ内傾シ、下直筋及ビ下斜筋ノ麻痺セル場合ハ像ハ外傾ス。茲ニ内傾ト云ヒ外傾ト云フハ同側復視ノ場合ヲ根據トシテ考ヘタルモノニシテ、上直筋及ビ下直筋ノ如ク交互復像ヲ生ズルモノハ假リニ傾斜セル像ヲ同側ニ持チ來シテ考量スルヲ要ス。以上畧述セル所ニヨリテ其ノ何レノ筋ニ障害アルヤヲ察知スルニ難カラズ。然ルニ凡テノ麻痺ガカ、ル簡單ナル復視狀態ヲ示ストハ限ラズ、精細ニ檢定スルト雖モ尙容易ニ麻痺筋ヲ知り得ザル場合多シ、例バ

二ツ以上ノ眼筋ガ犯サレ、殊ニ兩眼ニ渡ツテ來ル場合ノ如キ、或ハ一ツノ筋ハ完全ニ麻痺セルモ他ノ筋ハ不全麻痺ニ止マル場合ノ如キ、陳舊ナル筋麻痺ハ復視ヲ避クルニ馴レテ不測ノ誤リヲ生ズルコトアリ、コノ際眼前ニ不斷動搖スル蠟火ヲ置クカ又ハ著シキ色彩ヲ帶ベル硝子ヲ裝ヒテ容易ニ復視ヲ喚起シ得ル場合アリ

頭首ノ傾斜

時トシテハ診斷ヲ助クル事アリ。

一、顔面ノ左方ニ向ヘルモノハ兩眼球ヲ左轉スル筋（左側外直筋、右側内直筋）ノ麻

痺ニヨリ又却ツテ輕度ニ眼球右轉ノ作用アル筋（左側上下兩直筋、右側上下兩直筋）ノ麻痺ヲ示ス。

二、顔面右方ニ向ヘルモノハ眼球右轉ノ作用アル筋（右側外直筋、左側内直筋）ノ麻痺ニヨリ又却ツテ輕度ニ眼球左轉ノ作用アル筋（右側上下兩直筋、左側上下兩斜筋）ノ麻痺ヲ示ス。

三、頭首ヲ左方ニ傾クルモノハ左側ノ下直筋、下斜筋、右側ノ上直筋、上斜筋等ノ麻痺ヲ想像セシム。

四、頭首ヲ右方ニ傾クルモノハ右側ノ下直筋、下斜筋、左側ノ上直筋、上斜筋等ノ麻痺ヲ想像セシム。

定位ノ誤認

モ屢容易ニ發見シ得可シ。患者ヲシテ彼レノ健眼ヲ掩ハシメ、急ニ彼レ

ノ前ニ豫メ置カレタル物體ヲ握ル可ク命ズル時ハ、麻痺セル眼筋ガ眼筋ヲ動かス方向ニ物體ヲ求メテ決シテ速カニ目的ヲ達スルコトナシ、即チ右方廻轉力ヲ有スル眼筋ノ麻痺ナレバ右方ニ眼球ヲ上舉スル筋ガ犯サレタル時ハ上方ニ物體ヲ求ム可シ、或ハ患者ニ一定ノ目途ヲ定メテコレニ向ツテ直線的急行ヲ命ズル時ハ體ヲ左右ニ動かシナガラ意ノ如ク直線的步行ヲナス能ハズシテ必ズアル一定ノ方向ニ曲行ス其ノ曲行ノ模様ハ物體ヲ握ラシムル場合ト同様ノ方向ニ於テス。

斜視

眼筋麻痺ノ原因ト障害ノ部位

眼筋麻痺ノ原因ハ極メテ多シ、今其ノ重要ナルモノヲ列舉スル時ハ

イ、外傷 外傷ハ屢眼筋及ビ神經ニ働キテ直接ノ障害ヲ來ス事アルト同時ニ又間接

ニ外傷ニヨリテ來ル出血、滲出物ニヨリテ障害ヲ惹起スル事多シ。

ロ、副腔ノ疾患殊ニ茲ニ生ジタル腫瘍膿瘍等ガ屢原因トシテ認メラル。

ハ、腦延髓及ビ其レ等ノ被膜ノ疾患 腦底腦膜炎ニヨリテ屢眼筋麻痺ヲ來ス可キハ

人ノ知ル處ナリ、其ノ他神經中樞ニ生ジタル腫瘍、出血、軟化竈、血管腫、鬱血、腦

脊髓液ノ壓力高マル場合ニ來リ、脊髓勞、多發神經炎、進行性麻痺性痴呆、神經空洞

症、震顫麻痺、散在性硬化症等ニヨリテモ來リ得可シ。

ニ、傳染病 急性ト慢性トヲ問ハズ屢々原因トシテ認メ得可ク殊ニ「ヂフテリ」「ロイ

マチス」微毒等ニ多シ。

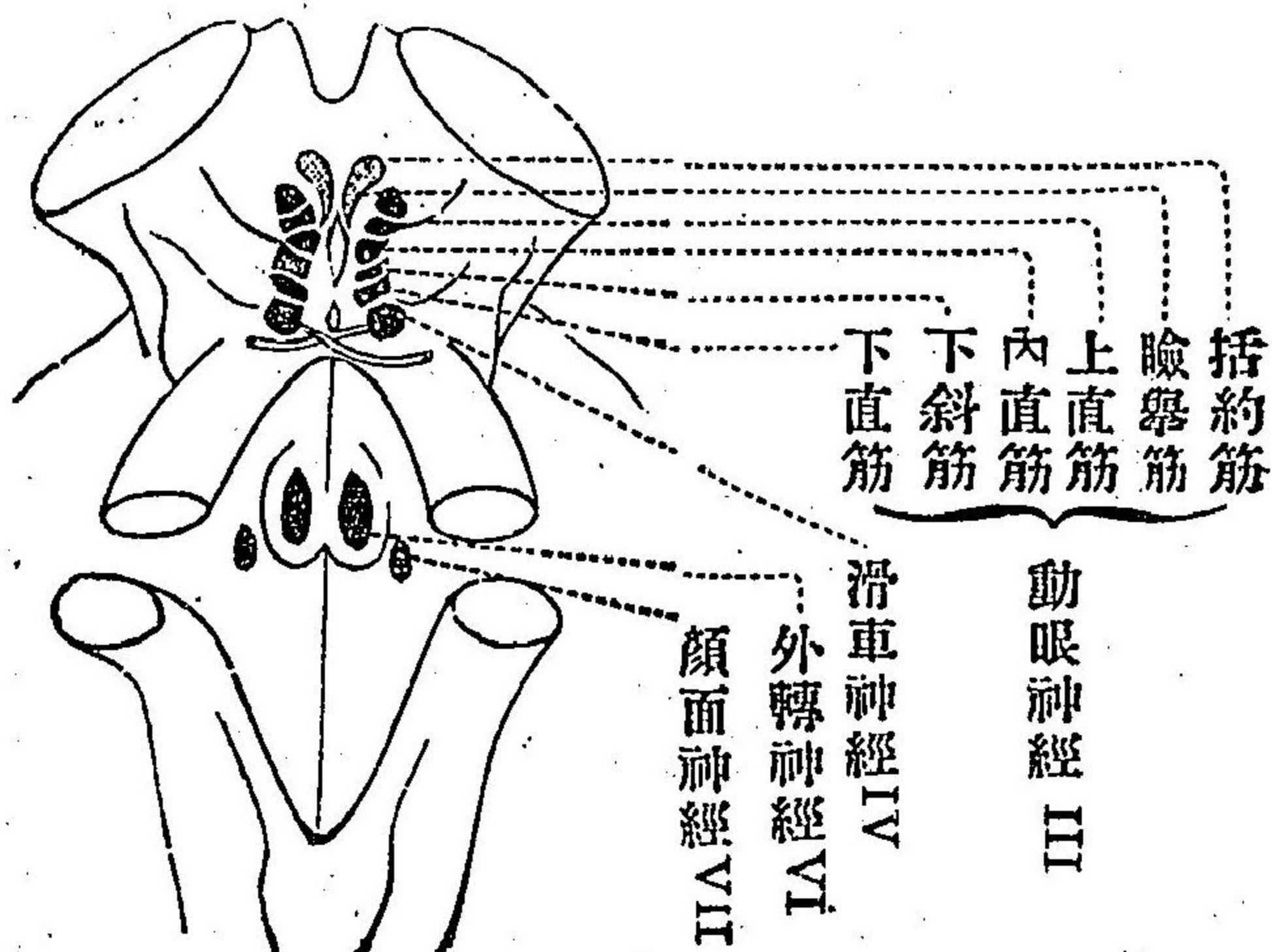
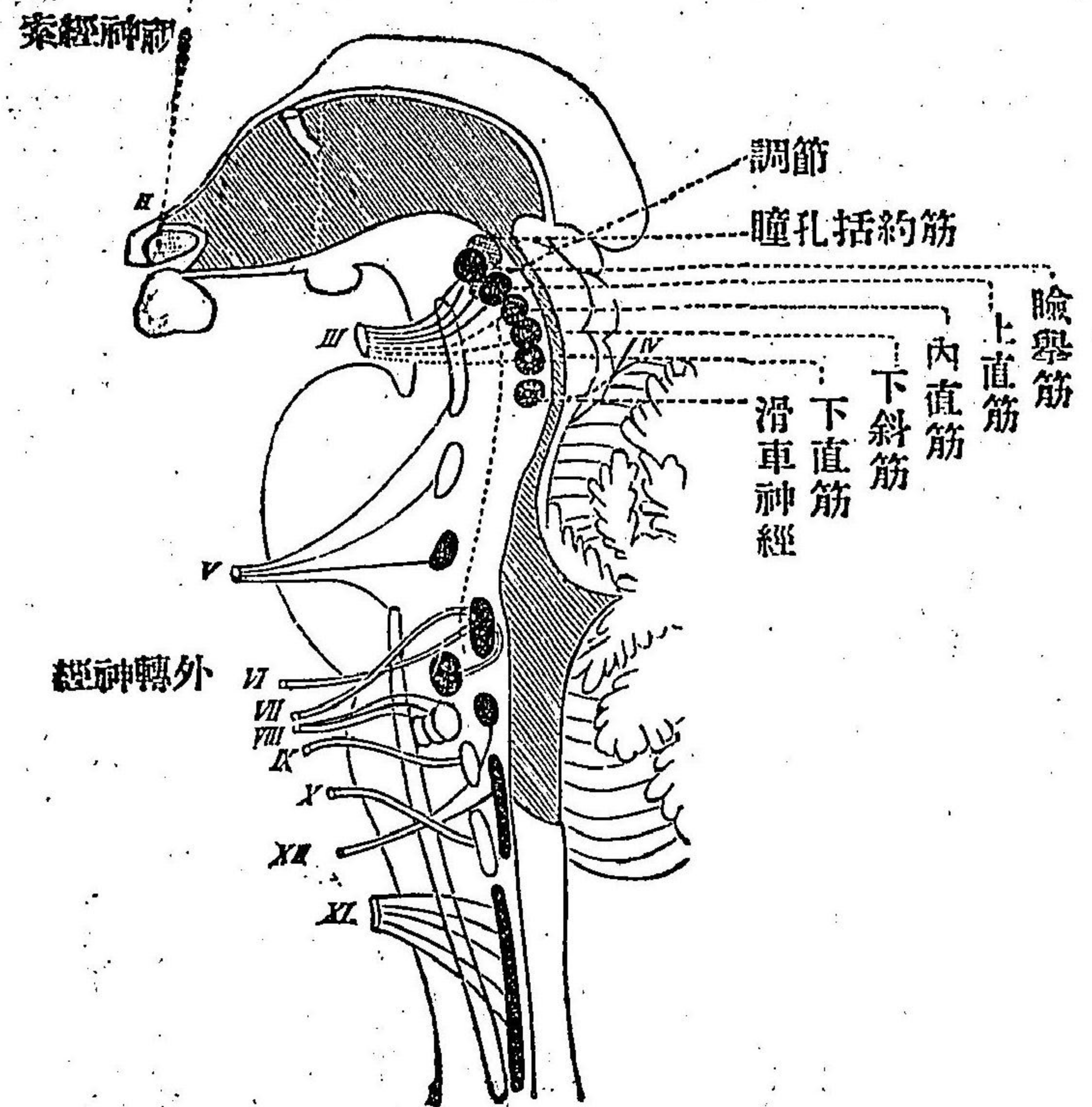
ホ、中毒 酒精中毒、鉛毒、「ヒニン」等ニヨリテ屢障害ヲ起ス、又自家中毒(尿毒症、

敗血症)ヲ舉ゲタル報告アリ。

ヘ、先天的ニ神經中樞或ハ核ガ發育不良ナル場合又ハ眼筋ニ異和アル場合ヲモ考量

セザル可カラズ。

眼筋ニ來ル神經ハ主ニ動眼神經、滑車神經、外轉神經ノ三者ヲ名ケ得可シ、殊ニ動眼



(nach Poirier und Bernheimer)

神經ハ上眼窩破裂ノ附近ニ於テ一ツノ神經幹ヲ形成スル前ニ、眼筋ニ相當スル核配列ガ一定ノ關係ノ下ニアルガ故ニ、臨床上現ハレタル眼筋麻痺及ヒ同伴症狀ニヨリテ稍障害ノ部位ヲ明カニスルヲ得可シ。

一、外轉神經及ビ滑車神經ノ麻痺

滑車神經ガ單獨ニ犯サル場合ハ比較的稀ナリ其ノ核ノ位置ガ丁度動眼神經ノ核列ノ下位ニ位スルガ故ニ寧ロコノ神經ノ麻痺ニ伴フ場合多シ、只ダ記憶ス可キハ滑車神經ノ纖維走行ガ全ク交叉スル事ニシテ對側の麻痺ヲ原因ス可シ前額竇ノ膿瘍ニ向ツテ根治的手術ヲナセル後ニ屢單獨性滑車神經麻痺ヲ生ズ。

外轉神經ハ其ノ核ノ位置ガ遙カニ動眼神經ノ核列ヲ離レテ第四腦室ノ底面ニ位スルガ故ニ最モ屢單獨ニ犯サル、ヲ見ル可ク且ツ核ニ接近シテ顔面神經ノ核が存在シ且ツ其ノ纖維ガ前者ノ核ヲ圍繞スルガ故ニ顔面神經ノ麻痺ニ外直筋麻痺ノ伴フ場合ハ恐ラクハ核麻痺タル事ヲ斷言シ得可シ。

同側ノ顔面神經及ヒ外轉神經麻痺ニ對側ノ半身不隨カ同伴スル時ハガロリー氏橋ノ下部ニ於ケル障害ヲ意味ス。

小腦トヴロリー氏橋トノ作ル隅角ニ生ズル聽神經腫瘍ハ屢外轉神經ヲ犯シ同時ニ聽神經、顔面神經、ニ又神經ヲ犯ス事多シ、若シコレニ眼球震盪症及ビ眩暈ヲ伴フ場合ハ小

斜視

腦及ヒ蝸牛殼ノ障害ヲ想像スルニ難カラズ。外直筋ノ麻痺及ビ癱瘓ハ屢中耳炎ノ經過ニ見ル所ナリ。

其ノ他眼窩外縁ノ骨膜炎、顛顛骨ノ骨折等ニヨリテ外轉神經ノ犯サル可キハ云フ迄モナカル可シ。

兩側ノ外轉神經ガ同時ニ犯サル、ハ腦底及ヒ核部ノ障害ニヨル事多クコノ際兩者ノ別ハ同伴症狀ニヨラザル可カラズ、又屢脊髓癆ニヨリテ兩側麻痺ヲ見ル事アリ。

二、動眼神經ノ麻痺

動眼神經ハ甚タ多クノ眼筋ヲ養フ、而シテ各眼筋ニ對スル核ハ一定ノ順序ニ配列セラシ、先ツ滑車神經ノ核ノ上ニ下直筋ニ對スル核ヲ認ム可ク以下、下斜筋、內直筋、上直筋、及ヒ驗舉筋ノ順序ヲ取ル可シ、コレヨリ前方中央部ニ虹彩括約筋及ヒ毛様筋ニ對スル核ヲ見ル可シ。コレ等ノ核ヨリ出ツル神經纖維ノ交叉ニ就キテハ未ダ統一シタル結論ヲ見ズ。

動眼神經ニ養ハレタル眼筋ガ只タ一ツ犯サレタル場合ハ原因ヲ核及ビ其ノ附近ニ求ム可ク或ハ却ツテ眼窩内ノ障害ニヨルモノト認メザル可カラズ。小ナル出血又ハ軟化竈即脊髓癆、傳染病、中毒等ニヨリテ中樞性ノ原因ヲ構成シ、外傷、腫瘍、副竇ヨリ生シタル炎機等ハ眼窩性原因トシテ數フ可シ。後者ニアリテハ其ノ位置ノ關係ヨリ驗舉筋ト上

直筋ガ同時ニ犯サル、事多キハ幻想ニ難カラズ。

動眼神經ノ一纖維ガ單獨ニ犯サレタル場合顔筋及ヒ四肢ニ運動障害ヲ伴發スル時ハ障害ノ位置ハ核ト動眼神經ガ一ツノ神經索ヲ作ル迄ノ中間部即チ纖維性麻痺ニシテ四肢ノ障害ハ常ニ對側的ナリ、コレ畢竟圓錐體行路ガ遙カニ下方ニ於テ交叉スルガ故ナリトス。眼瞼下垂症ハ屢動眼神經麻痺ノ先驅ヲナスハ、容易ニ核例ヨリ考ヘ得可ク而シテ病竈ハ多ク核性ナリ、但シ驗舉筋ハ一部交感神經ノ支配下ニアルヲ以テ交感神經麻痺ニヨリテモ眼瞼下垂症ヲ生ズ、而シテ同伴症狀トシテハ縮瞳、輕度ノ眼球陷凹或ハ顔面半部ノ潮紅等ヲ認メ得可シ。今健康眼ニ「コカイン」ヲ點眼スル時ハ散瞳驗裂開大ヲ認ム可キモ交感神經麻痺ニヨル眼ニハコノ反應ヲ缺ク可シ、聊カ其ノ診斷ヲ助クルモノナラズンバアラス。眼瞼下垂症ニ就キテハ別ニ章アリ參照ヲ要ス。

一、一側性部分的眼筋麻痺

- 甲、外眼筋麻痺
- 乙、眼筋麻痺

二、一側性總眼筋麻痺

斜視

三、兩側性部分的筋眼麻痺

四、兩側性總眼筋麻痺

一、一側性部分的筋眼麻痺

核配列ノ圖ニ示スガ如ク眼球ノ運動ヲ掌ル眼筋ノ核ト毛様筋、虹彩括約筋ニ對スル核トハ著シク、其位置ヲ異ニス、加之兩者ハ彼等ガ營養ヲ受クル血管ヲ異ニス（前者ハ後大臆動脈ニヨリ後者ハ腦底動脈ニヨリテ養ハル）故ニ兩者ガ必ズシモ同時ニ犯サル、トハ限ラス或ハ、却ツテ別ニ障害ヲ蒙リ易キハ想像ニ難カラズ。

外眼球麻痺ノ際特ニ眼瞼下垂ガ左程ニ著明ニ現ハレサル事多シコハ瞼舉筋ガ一部顔面神經ト交神經トニヨリテ養ハレタルガ故ナラズンバアラス。

内眼筋麻痺ガ下斜筋麻痺ト同伴スル時ハ其ノ原因ヲ眼窩内ニ求メザル可カラズ、即チ毛様神經節ノ短根カ傷害ヲ蒙リタル場合ノ如シ。

動眼神經ニ養ハレタル凡テノ眼筋ガ他ノ筋麻痺ヲ伴フ事ナクシテ喚起セラレタル場合ハ、病竈ハ神經幹ニアルヤ明ニシテ、且ツ蝴蝶骨破裂ヨリ内方ニアル事ヲ想像セシム、何トナレバ神經幹ガコノ破裂部ニ於テ犯サル、時ハ必ズ他ノコレト共ニ通過スル神經ガ障害ヲ蒙ル可ケレバナリ。

稀ニ核部ニ於ケル充血作用ニヨリテ全動眼神經麻痺ヲ生ズル事アリ、其ノ際烈シキ疼痛

及ヒ嘔吐ヲ兼テ、其ノ來ルヤ或ハ同一眼ニ或ハ他眼ヲ襲フ、夙ニ閃發暗點症ト稱ヘテ人ノ知ル處ナリ。

動眼神經麻痺ニ他側ノ顔面及ビ半身ニ麻痺ガ同伴スル時ハ、其ノ病竈ハ必ズ腦脚内側ニ於ケル出血、軟化竈ヲ考量セザル可カラズ。モシ動眼神經麻痺ニ外轉神經、顔面神經、三叉神經等ノ麻痺ヲ伴ヒ且同時ニ對側又ハ兩側ノ半身ニ麻痺ノ襲來ヲ見ルアラシカ、ワロリ氏橋ノ腫瘍ニシテコレガ眼筋ノ核部、ジルビー氏導水管、及ビ四疊體附近ニ及ブモノト想像シ得可シ。

二、一側性總眼筋麻痺

病竈ハ眼窩蝴蝶骨破裂ノ附近、或ハ海綿竇ニ存在ス、コレ等ノ間ノ鑑別ハ同伴症狀ニヨラザル可カラズ、海綿竇ノ障害ハ他ニ鬱血ノ症狀ヲ求ム可ク、殊ニ搏動性眼球突出ヲ生シタル場合ナドハ、内頸動脈ガ海綿竇ニ向ツテ破裂セシメテ想像セシム可ク、眼窩内障害ハ副竇ノ炎症ニ注意ヲ拂フ可ク、外傷又ハ腫瘍ニヨル時ハ屢近接セル神經、例ヘバ淚腺神經、前頭神經、鼻神經或ハ視神經等ヲ傷害ス可シ。

三、兩側性部分的總眼筋麻痺

一側ニ輕度ノ眼球運動障害アリテ他側ニ總眼筋麻痺ヲ生ジタル場合コレニ對側ノ半身

不隨症ヲ伴ヒタル場合ハ、障害ノ部位ハワロリー氏橋ニ存在シ、コレニ視神經、視神經交又、視神經索等ガ犯サレタル場合ハ、恐ラク病竈ハ腦底ニ求メテ過タザル可シ、コノ際腦底ノ疾患ヲ疑ハシム可キ症候ナクシテ却ツテ、球麻痺ノ痛候ヲ現ハシ顔筋及舌ノ麻痺ヲ伴フ場合ハ、核中ノ障害タルヲ想定シ得可シ、而シテ内眼筋ハ健全ナルヲ常トス。眼筋麻痺ガ三叉神經痛ヲ伴ヒ及ビ身體ノ鈞合ヲ失ヒタル場合ハ、小腦脚ノ附近ニ障害ノ存在スルガ故ニシテ殊ニ腫瘍ナル事多シ。

兩眼ガ左右何レカノ一側ニ偏向シテ動カザル場合ハ一側ノ内直筋ト他側ノ外直筋トガ同時ニ痺麻シタル場合ニ來リ得可ク、且ツ反對ニコノ二筋ガ痙攣ニ陥リタル場合ヲモ考ヘ得可シ。コノ症狀ノ特ニ著シク現ハル、ハ半身不隨症ニ同伴スル場合ニシテブレボスト次ノ如ク云フ。

眼球ト頭首ガ麻痺側ト反對ノ方向ニ傾ク時ハ、換言スレバ半身不隨症ヲ惹起シタル病竈ニ向フ時ハ、障害ハ皮質又ハ皮質下ニ存シ、腦麻痺ト斷定シ得可ク、反之患者ガ麻痺側ニ眼球頭首ヲ傾クル時ハ、ワロリー氏橋ノ麻痺ト考フ可シト。眼球頭首ノ偏向ガ痙攣性ナル場合ハコレト反對ナリ。蓋シ眼球ニ行ク神經纖維ト四肢ニ向フ者トハ其ノ纖維交叉ノ關係ガ前者ハワロリー氏橋ノ上部ニ行ハレ、後者ハ下部ニ行ハル、ガ故ナリ。兩眼ガ上下何レカノ一側ニ偏向スル事ハ甚ダ稀ナリ。

兩眼輻輳ノ中樞ハ兩動眼神經核列ノ中央ニ存在ス、此中樞ガ破壊サル、時ハ輻輳麻痺ヲ生ズ、常ニ第三腦室ノ後部及ヒ四疊體附近ノ障害ヲ認メ得可シ。輻輳麻痺ニ類似ノ症候ハ「ヒステリー」後ニ一時性ニ又ハ持續性ニ襲來スル事アリ、コノ際他ノ「ヒステリー」症候ヲ追求セザル可カラズ。對照筋ノ痙攣ニヨリテ輻輳不能ヲ生ズル時ハコレヲ麻痺ト分ツ爲メニ全身麻痺ヲ試ム可シ。

四、兩側性總眼筋麻痺

コノ際患者ハ特異ノ外貌ヲ有ス、ハツチンソン氏顔面ト稱ヘテ恰モ失神セルガ如シ、甚ダ稀ニ遭遇スル處ニシテ、病竈ハ常ニ腦底ニ求ム可シ、即チ腦底ニ廣汎ナル腫瘍ヲ生シタル場合ノ如シ。注意ス可キハ腦底ノ廣汎ナル障害ニハ常ニ他ノ腦神經ノ障害ヲ伴フガ故ニ同伴症候ヲ求メザル可カラズ。

療法

先ツ原因ニ對スル治療ヲ急ガザル可カラズ、例バ微毒性ノモノニハ微療法ヲ行ヒ、癩麻質斯性ノモノハ「サルチル」酸曹達、又ハ發汗療法ヲ行フ可シタトヘ微毒ニヨラザルモノト雖モ先ヅ必ズ沃度加里ノ服用ヲ命ズ、デフテリ後ニ來ルモノハ「ストリヒニン」ノ皮下注射ヲ行フ。

局處療法トシテ慶川ヒラル、ハ電氣療法又ハ麻痺筋ノ伸展ナリトス電氣療法ハ平流電氣ヲ以テス可ク消極ノ頂部ニ置キ積極ハ眼筋ニ直接ニカ又ハ眼瞼上ヨリコレニ置キ毎日約五分間數週ノ持續ヲ要ス奏効セザルコト多シ。

眼筋ノ伸展ハ時トシテ有効ナリ即チ固定鑷子ヲ以テ麻痺筋ヲ結膜ト共ニ摘ミコレヲ強ク引キ或ハ弛ルメ三分間コレヲ反復ス可シ、或ハ結膜ヲ開キテ麻痺筋ヲ露出シ直チニコレヲ摘ミテ伸展スルモ可ナリ、然ルニコノ伸展ハ多クハ頑固ナル麻痺ニ用ヒラル、モノニシテ已ニ結膜ヲ開キテ眼筋ヲ露出スルノ勞ヲ厭ハザル程ナラバ宜シク進ンデ筋ノ截斷又ハ前轉ヲ行フ可シ、遙カニ確實ナル効果アル可シ、時トシテハ強力ヲ以テスル伸展ノ代リニ、麻痺筋ヲ結膜上ヨリ輕ク按摩シテ極メテ効果ヲ得可キ場合アリ。

眼筋麻痺ノ患者ガ最モ苦痛トスル處ハ複視ニアリ複視ガ輕度ニ止マル時ハ二稜鏡ニヨリテコレヲ矯正シ得可シ四度以下ノ二稜鏡ナラバ、其ノ重量モ、其ノ分光作用モ、大ナル障害トハナラズ持長シテ裝用セシメ得可シ、或ハ多少ノ複視ヲ殘ス程度ノ二稜鏡ヲ與ヘテ合像力ノ練習ヲ試ミサシムル可モナリ。

凡テノ方法ガ無効ニ終リタル場合ニ已ムテ得ズ手術ニヨリテ眼ノ復位ヲ計リ得可シ、即チ麻痺セル筋ノ前轉又ハ對稱筋ノ切斷ヲ行フ。今新鮮ナル眼筋麻痺ノ患者ニ接シテ無造作ニ手術ヲ施サンカ、モシ幸ニシテ麻痺ノ原因ガ去リタル場合ハ眼ハ却ツテ前ヨリ反

對ノ斜位ヲ取ルニ至ル可シ極メテ不愉快ナル結果ト云ハザル可カラズ。
對稱筋ガ強直ニ陥ル時期ハ絕對ニ手術ヲ要スルハ容易ニ了解セラレ得可シ。

二、共働性斜視 Strabismus Concomitans

甲、内斜視 Strabismus Convergens

成因 筋肉説ハ最モ古ク行ハレタル説ニシテ内直筋ノ短小、緊張力ノ缺乏ヲ以テ説明セント試ミタレ、斜視ニカ、ル眼筋異常ヲ見ル事ハ極メテ稀ニシテ偶々外轉力ノ缺乏セル例ニ遭遇スル事アレ、コハ眼ガ古ク斜位ヲ取レル結果トシテ來ル續發的眼筋短縮ニシテ之ヲ直チニ原因ト認ムルハ誤レル説明ナズンバアラズ、況ンヤ、斜視眼ハ麻酔時ニ於テハ常ニ正位ニ復スルニ於テオヤ。コレニ次テ起レル説ハドンテルスノ屈折説ニシテ調節ニ心ズ輻輳ノ伴フ可キ結果トシテ遠視患者ガ常ニ高度ノ調節ヲ要スルカ故ニ、隨ツテ異常ノ輻輳ヲ餘儀ナクセラレテ、コレガ習ヒ性トナリテ眼ハ内方ニ斜位ヲ取ル可シト説明セリ。確カニ容易ニ首肯セラル可キ説明ニシテ、内斜視患者ノ約八十%ハ遠視ヲ伴フ、然レモ遠視患者ノ内斜視ニ陥ル數ハ極メテ少ク約三%ニ過キズト云フ、他ニ何等カノ説明ヲ要求セザル可カラズ、即チ現今專ラ行ハル、説ハ合像力ノ欠乏ナリトス。眼筋ニ於テ何等ノ異常ヲ認ムル事ナク、屈折ヲ檢シテ些ノ遠視ヲ發見スル事ナキ内斜視