

60

1364

60-1364



1200501272973

臨牀醫學講座
第一四六輯

徵毒と眼疾患

下卷

伊東彌惠治著

始



講學醫學臨牀



患疾と毒徴 (下卷)

千葉醫科大學教授 醫學博士

伊東彌惠治

-146-

★★★★★

東京 金原商店 大阪 京都



千葉醫學科 伊東彌惠治講述

黴毒と眼疾患 (下卷)

(不許複製)

〔臨牀醫學講座 第一四六輯〕

株式會社 金原商店發行



伊東彌惠治博士略歴

静岡縣の人、明治二十四年生、大正六年東京帝國大學醫科大學卒業、直ちに同大學河本教授の下に眼科學研究、同八年千葉醫學專門學校講師兼縣立千葉病院眼科部長に任じ、同十年文部省在外研究員として眼科學研究の爲に歐米に留學、瑞西ベルン大學に於て生理學を研究、更らに獨逸ベルリン大學に轉じ藥物學教室へフター教授の下に研究、其の間獨、瑞、澳諸國の眼科學教室を歴訪し大正十二年歸朝、同年千葉醫學專門學校は千葉醫科大學に昇格せるを以つて同大學教授となる、同十四年醫學博士の學位を授與、昭和三年より四年千葉醫大附屬醫院長、同四年歐洲に出張、五年歸朝す、從來眼科學教室主任として現在に及ぶ。

臨牀醫學講座 第一四六輯 目次

(二) 第二期以後の微毒と眼疾患……………(一)

一、眼 瞼……………(二)

二、結 膜……………(三)

三、淚 器……………(四)

四、角 膜……………(五)

五、鞏 膜……………(二)

六、葡萄膜(一)(虹彩、毛様體)……………(二)

七、葡萄膜(二)(脈絡膜)……………(九)

八、網 膜……………(二)

九、視神經……………(三)

十、硝子體、水晶體、綠内障……………(二)

十一、眼 窩……………(三)

十二、先天微毒と眼疾患……………(三)

十三、腦微毒……………(五)

七、結 語……………(五)

微毒と眼疾患（下巻）

千葉医科大学教授

醫學博士 伊東彌惠治



(二) 第二期以後の微毒と眼疾患

第二期微毒は皮膚粘膜等に微毒疹を發生する病期であつて、薺薇疹、丘疹、膿疱疹を生じ、濕性丘疹、粘膜圓斑、コンジュローム、骨膜炎、骨膜腫脹、化骨性骨膜炎、爪、毛髮等の變化、脱毛、血液の血色素減少等が見られる。眼の微毒性疾患の多數がこの第二期に屬するものであつて、眼瞼、瞼板、結膜等の

外表性組織はもとより虹彩、脈絡膜、網膜等の炎症、硝子體濁濁其他深部の疾患が此病期に密集する。潜伏微毒及び第三期には視神經及び腦微毒を發して多數の眼症狀を示し、又變性微毒に見る眼症狀の重要性は何人も知る所である。

一、眼 瞼

皮膚微毒疹が全身皮膚の部分現象として此部にあらはれる。かゝる患者は眼科よりも直接皮膚科を訪れる。屢々上眼瞼皮膚、瞼縁等に来り眉毛や睫毛の脱落を起し禿毛症を起す。時に發疹がなくて禿毛丈けを見ることがある。又微毒性眼瞼縁炎がある。第三期の護膜腫も亦眼瞼に見られ、特有な潰瘍を作り所見からも已に疑を抱かせる。微毒性瞼板炎は割合多く、其の四分の一は先天微毒の子供であると言はれるが我々の經驗も是に當嵌まる。後天微毒でも來り、此時は中年の男子がよく犯される。變化は肉芽組織の増殖浸潤であつて多發性霰

粒腫或は結核結節などと誤ることもあるから注意する。多くは一側の眼瞼を犯し、軟骨が顯著に腫脹し、皮膚は稍紅色となる。護膜腫は治癒したあとには癍痕を生じ是が牽引せられる爲めに眼瞼に醜形を残し外翻症なども生じあとから病氣の推定がつく。

二、結 膜

結膜は第二期以後の疾患は少ないとせられて居るが、此處で注意すべき事がある。それは單純性結膜炎の中に微毒が根柢にあるものがあり、それが療治上の妨害になる點である。我國の如くトラコーマの蔓延して居る國では、其難症に遭遇した時萬一微毒の合併があるかとの疑義を懐くのは寧ろ有利である。漁夫其他微毒の多い職業のものには常に是を考へ、疑を持つ時はせめて水銀沃度丈けでも併用すれば非常に有效である。結膜に丘疹や圓斑が出來て色が蒼白で

周圍から際立つて居る時もある。丘疹の初期はフリクテン等と誤る。丘疹が潰瘍に化し廣汎な癩痕を作つて結膜囊の萎縮及癒着等を起し、あとから見ると非常に高度なトラコーマか、或は鶯口瘡の結果を思はせる時がある。尤も結膜鶯口瘡の所謂本態性結膜萎縮症が餘程微毒を疑はせるものでもある。丘疹の代りに汎發性浸潤を來す事があり、この時は角膜の周圍に結膜腫脹があつて、堤防状となり、四周は更に強く浸潤を示す。故なく結膜に浮腫を起し、殊に穹窿部附近に強い様な時、或は單純なものに見える結膜下出血が微毒を根柢に持つ事があるのである。

三、涙器

涙腺に無痛の硬結を生じ微毒と言はれる事がある。然しこれは非常に稀なもので、果して初期硬結を意味するか或は第二次的の炎症なるかは議論のある處

である。然しずつと後になつて此處に微毒性涙腺炎の來る事は認められて居る。涙囊は時々護膜腫に犯されるが、原發するのではなくて四周から來るものと見られて居る。附近の骨膜炎、微毒性臭鼻、同副鼻腔疾患、皮膚粘膜炎等より侵襲を受ける。原因は多く先天微毒で、男子よりも女子に多いと言はれて居る。先天微毒で鞍鼻に流涙を訴へる患者はよく見られるが、鞍鼻がなくて流涙丈けの事もある。同じく晚發型にて涙囊炎、臭鼻、角膜實質炎の合併も時々見る所である。其他涙囊膿漏、涙囊蜂窩織炎、瘻管等もある。要するに先天微毒は涙道を犯す傾向が大きい事は知つて置くべきである。

治療は先づ局所的に充分行ふ事に重心を置くべきであつて、全身驅微療法の効果はあまり顯著でないと言はれる。ハイネは沃度の効果を特に擧げて居る。

四、角膜

角膜實質炎が先天梅毒の一つの主要徴候であることは何人も知る處であり、此の際のワ氏反應陽性率は非常に高い。イーゲルスハイメルは九一・九%と記述し、我々の調査は一三四例中一一四例即ち八五・〇%と出た。殆んど全部が先天梅毒であるけれ共、後天梅毒でも起る。其症状は周知の如く角膜實質に濁濁を生じ是に深層の血管浸入があり、刺戟症状は強く、毛様充血著しく、治療の有無を問はず一度は全角膜を犯し盡すといふのが原則である。潰瘍は作らない。豫後は割合よいが、悪い時は濃厚な濁濁を残留し、或は合併症が強く前眼部の萎縮を起して失明する事もある。虹彩炎其他の合併症の軽重は豫後に關係する。實質炎と同時に鞏膜炎虹彩炎を起した様なものは重症と思ふべきである。如何なる場合と雖も虹彩炎は多少に拘らず存在する。経過は最高潮に達してから漸次退行的所見となり、眼球の刺戟状態が消退し、角膜は周邊から透明

となりこれが中心に及ぶ。一般に始め急劇に病氣の進行する型は治る時にも早い。経過の豫断は中々困難なものであつて、私の教室員が今回統計的に集めた結果によると、罹患當初から刺戟症状の消退する迄の期間は、最も多いのが三ヶ月以内であるが、其内早いのは一月以内、遅いのは一年以上にも及ぶ。又本症は必ず兩眼を侵すと言はれ、實際もその通りである。第二眼發病までの間隔は三ヶ月以内のものが多く、中にも一ヶ月以内が最も多い。最長は四五年といふのもあるが、大體半年以内に第二眼發病を見ると考へてよい。再發も時に見られる。角膜が一度透明に歸した直後或は短時日を経て再び實質炎の徴候を示して來るのである。これは限局性なるが多く、又全角膜に及んだのを私は見た事がない。経過も良好である。

治癒後の視力は、正常に還るものも相當數にあるが大多數は幾らか障礙を殘

中には全然失明する場合もある。イーゲルスハイメルによれば五九・二％は良好の視力或は實際生活に役立つ四〇・八％は不良視力であつたと言ふ。

豫後の差はどの疾患にもあるが、此の場合は角膜に残る潤濁の強さ、同後面の沈着物、虹彩及毛様體合併症の強さ、續發性緑内障の措置等に關係する。

療法は、局所にアトロピン點眼、溫罨法、それから沃剝内服は誰でも行ふところ、又必須である。眼壓の上昇を無關心にアトロピンを使へば結果は恐るべきである。この時はピロカルピン等を按配する。デオニンは初期の刺戟症狀が減退を見せる頃から用ゐた方がよいと言ふ、然し私は始めから使ふ。刺戟がなくなれば黃降汞軟膏塗擦、結膜下食鹽水注射等にて角膜透明を謀る、私は是等の外にヨードクロールのイオントフォレーゼを加へる。

驅微療法の効果は決して即効的ではないのが普通である。初期に前房に空氣

注入をなしそれに驅微療法を加へる事を繰返すと效があるといふ人もある。私はサルワルサンを直接角膜内にイオントフォレーゼにて送入する事を試みた。斯かる措置が他に比してどれだけ有效であるかを個々の例に就て決定する事は非常に困難であつて、只多數に行つた結果を綜合して推定する程度である。

其他本症に對して治療上の示唆をなす人は多數あるけれ共、其判斷の正鵠を期する事は一般に困難である。又我々が角膜實質炎を治療する時には、無論其眼を治す事を心懸けるが、同時に他眼の發病を防ぐ道はないかと考へる。そこで強力な驅微の併用療法を行つて見るが、是を阻止し得たとは思はれない。

一面本症は與し易い病氣でもある。治療措置が特に逆行的でない限り、極期の刺戟症狀は漸次消退して行くのは普通であつて、極端に言へば放任しても相當には治る。結局醫師の力は合併症に對する措置と、如何なる程度に角膜を透

明になし得るかに在る。故に醫師は角膜透明のための措置は充分考究すべきであつて、單に食鹽水注射や黃降汞丈で萬策盡きるが如く考へてはならぬ。我は種々のイオントフォーレーゼによつて古い濁濁をも治療の對象として居る。

其他の微毒性角膜疾患としては微毒性點狀角膜炎と稱するものが成書には擧げてある、然し是は非常に稀なものと思ふ。角膜實質に點狀帽針頭大の濁濁を多數に生ずるもの、本來角膜實質炎の一種と見て差支なく、其他にも角膜實質炎には種々の異型がある事は誰も知るところである。

角膜に護膜腫性炎症がある事を成書は記載する。是は角膜實質に浸潤が起り其表面が潰瘍に化するもので、既往症や他の狀況から微毒性疾患と認められる角膜炎を言ふのであつて、全角膜が濁濁し邊緣に潰瘍を作る時もあるとせられる。フックスの角膜深部膿疱も一部分は是ではないかと考へる人もある。多年

臨牀にたづさわつても的確にこれと診する場合は恐らく少ないであらう、私は今この一例を診て居る。

五、鞏膜

鞏膜炎に微毒は少なく、角膜炎に結核は少ないと人が言ふ。實際鞏膜が原發性に微毒に犯される事は非常に稀である。是が犯される時は周圍の組織の微毒性變化の波及である。青色鞏膜は先天微毒の徴であるといふ事は確證のない話である。然しながら時に角膜實質炎に當つて虹彩毛様體と共に鞏膜が犯され、治癒後に暗青色の鞏膜の部位が膨隆して居るのを残す事は相當にある。斯かる實質炎の結果は悪く、角膜濁濁が強いつか、續發性緑内障が起つて居つたりして多くは視力は不良である。

六、葡萄膜(一)、(殊に虹彩及毛様體)

葡萄膜は眼球の中で最も血管の豊富な組織であつて微毒性變化も亦最も屢々見られるところである。此の膜は虹彩、毛様體及び脈絡膜から成り夫々が單獨に犯される事と、三者が共に犯される事とがある、就中虹彩と毛様體とは同時に犯される事が多いのである。

微毒性虹彩炎にて一番多い型は汎發性纖維素性のものであるとせられるが、實際臨牀に當つて全部の症例に外觀上微毒に特異な所見がある譯ではない。診斷には全身的に本症を證明すれば非常に参考になる。我々の調査では虹彩毛様體炎の三三・三三%に血清反應陽性であつた。是は古くグレノー又近頃バトラーなどの言ふ如く前部葡萄膜疾患の約四分の一が微毒によるものよりも陽性率が高い。グレノーは又後天微毒性眼疾患全體に對して四四・七%が虹彩炎であると言ふ。恰も先天微毒に角膜實質炎が多い様に後天微毒では是が王者

である。

他の原因による虹彩炎が偶々微毒患者に合併する事も度外視する事は出来ない。殊に微毒感染から長年經て居る場合に疑は深い。實際此種の虹彩炎の原因は結核や焦點傳染に有るからである。感染後已に三年目以上のもので、驅微療法に反應を示すか否かを以つて、微毒性虹彩炎と微毒に合併した虹彩炎の鑑別にしようとする人がある、是は先づ妥當と見てよい。

初期微毒に充分強力な驅微療法を施して置けば虹彩に第二期疾患を起す事は確かに少なくなるが、若し不十分な事をして中絶して置けば、決して少なくはならない。寧ろ條件は悪くなる事が認められて居る。殊に甚だしい場合としてテルリンクの所謂虹彩再發症の如きはサルヴルサン注射後間もなく起る虹彩炎を指すもので、不完全な驅微の悪影響をよく示して居る。

臨牀症狀は汎發性の炎症と丘疹の形成との二つが外觀上個々に生じ或は合併して居るのであつて、前者の場合は虹彩血管の充血が強く、是と浸出液のために虹彩の腫脹を生ずる。殊に瞳孔縁及び小虹彩輪等に強い。急激に進行して強力な後癒着を水晶體表面との間に生じ、前房水は時に濁り角膜後面には沈着物が多い。前房蓄膿等は起さず、纖維素性の浸出物も目立つ程にはない。虹彩表面は濁つて光澤を失ひ腫脹充血が顯著で毛様充血がある。自覺的には發病時に急に起る疼痛、流涙、羞明、視力障碍、及び前頭痛がある。

次に丘疹の出来る型は、大きさも種々な、又數も種々な丘疹が、瞳孔縁に近い部分、或は遙か周邊部に生ずるのである。新生血管が此部に集中するから、小血管叢が丘疹の隆起したところや、隆起の顯著でないところにも出来る。大きな丘疹は灰白色に隆起し其周圍を新生小血管が取り巻いて居る。是等の所見

は微毒に特異なものであつて何人も疑ふ所ではない。

丘疹は皮膚のそれと同じものであつて、決して護膜腫ではない。

丘疹は稀に前房に破れる事もあるが、一般には吸収せられ、あとに癍痕が出来て其部の虹彩萎縮の像を残す。

丘疹の出来る時でも汎發性浸出性炎症は無論併存して居る。又組織内にかくれた小さな丘疹も多數あるのである。

上記の定型的なもの、外に、漿液性虹彩炎、蓄膿性虹彩炎や、前房の浸出物多量なものなどがあつて斯様な時は所謂ロイマチ性、結核性、焦點傳染等のそれとの鑑別が問題になる。

本虹彩炎の發生は第二期微毒の皮切りをする事も多く、故に血清反應は非常に高率に陽性に出る病期に當つて居る。イーゲルスハイメルなどは一〇〇%に

陽性であると言ふ程である。故に此場合は血清反應の陰性が大に意義を持つ事は興味がある。それに第二期の始めであるから、感染時を距ること二三ヶ月でもあり、患者の自供、全身症状、初期硬結の痕なども診断に役立つ。人によつては前房を開いて丘疹を破り、前房水と共に取り出して是にスピロヘータを證明したりして居る。此の病氣は五〇—七五%に片側に來るのが特徴である。

先きにも述べる通り虹彩炎と毛様體炎とは同時に來ると思ふが正しく、只其程度は夫々に輕重がある。是に反して脈絡膜が同時に犯されることは少なくなる。特發性葡萄膜炎の時は三者同時に犯されるが、輕重は虹彩と脈絡膜とにて差があり、其の病期によつても差が起る。然しこれは一般に微毒を證明する場合は少ない。

毛様體炎が起れば硝子體に浸出物が出て、視力を害し、飛蚊症を起し、濃く

なれば眼底検査がうまく行かなくなる。虹彩毛様體はその血管が房水産出に係し、炎症によつて房水がプラスモイドになると眼壓上昇の因をなし、又毛様體炎では眼壓は下降する。已に炎症丈けでもかくの如く眼壓の安定を害する上に、虹彩後癒着などの爲めに房水流通が悪くなり、随つて續發性の眼壓上昇を來すことが多い。此の點は臨牀家が常に留意して必要な場合には虹彩切除其他の措置によつて急を救はねばならぬ。又眼壓が高いからと言つてアトロピンを用ゐずに居り、癒着を増し瞳孔閉鎖等を起せば益々結果が悪い。此邊は眼科に於て最も練達を要するところである。虹彩炎に續發性緑内障を發した場合に、拱手して失明させる様な事があつてはならぬ。

是等の外に角膜、鞏膜(稀)、網膜、視神經、中樞神經等に併發する合併症があるから常に注意を拂ふべきであらう。

治療法は上述の難所に遭遇すると否とを問はず、全身的に強力な驅微療法を行ふ事は必須であり、是は眼疾患治癒後も續けて行ひ根治せしむるのが理想的であらう。

此際の驅微療法は顯著な効果を示すのを普通とする。

毛様體の微毒の内、特異な立場を示すものは其の護膜腫或は廣く言へば微毒腫である。發見される時は比較的急劇な症狀が出て疼痛が強いがそれ迄は長い間分らずに居る事がある。疼痛を起す頃には腫瘍が見えて来る。原發するのは毛様體であるが前房隅角から前房に向つて擴大し、或は外方鞏膜に、又内方硝子體の方に擴がる。鞏膜に出ると變色した隆起を生じ是に黒味がある。腫瘍のまわりに色素が附着する爲めの現象であつて是は終には結膜囊に破れて乾酪様の内容を排出する事がある。前房に擴大すれば蓄膿を起し又膠様の浸出物を生

じたりする。虹彩に是と連続した護膜腫の出来る事もあり、是を虹彩護膜腫と呼ぶが、此處に原發するものも稀にはある。

毛様體護膜腫は重篤な眼疾であつて、眼球の萎縮を起し、或は眼内を全く破壊し、輕くても視力障碍は極めて高度に残る。幸な事には非常に稀な疾患であつて滅多に出逢ふ事はない。

強力な驅微療法をすれば確かに有效であるが既に器質的にひどく破壊せられた後では役に立たない。

微毒病期としては二期と三期の混在であつて全身症狀は第二期のものを見る事が五〇%であると言はれて居る。護膜腫といふ代りに微毒腫と稱するのは其邊の消息を物語るものである。

七、葡萄膜(二)(脈絡膜)

脈絡膜は先天微毒の好發部位であるが是は後章にのべる。後天微毒では中心性脈絡膜炎、或は微毒性反覆性中心性網膜炎、汎發性網膜脈絡膜炎等の形にて出て来る。散在性脈絡膜炎と稱して眼底散在性に病竈が出来て、後に是に相當した萎縮竈、色素沈着を起すもので時に微毒性のものがある。眼球後極部に限局して来るものは我國では増田氏中心性網膜炎と鑑別を要す。前者は黄斑部を中心として少し汚穢な潤濁と腫脹とを生じ周圍に漸次移行して居るが、後者の限界は明確であり色も汚くない。此の病竈の範圍が更に一層廣くなり、眼底の大部を犯し、四周に向つて徐々に輕くなつて居る様なのを汎發性脈絡膜炎と呼んで居る。前述の特發性葡萄膜炎との鑑別を要する。

脈絡膜に護膜腫の來る事もある。

治療法としては新鮮な症例には驅微療法が效くが古いものには無効に近い。

水銀療法はどれにも有效である。其他廣く轉調療法もよい。

八、網膜

脈絡膜が微毒に犯されるから、網膜の外層は近接組織としてともに犯され易い。殊に其部は重要な視細胞の層であり、又これが脈絡膜毛細管によつて營養せられて居るために、眼機能に對して重要性がある。即ち侵された部に相當した暗點を視野に生じ、場面が汎發性であれば夜盲を起して来る。病氣が古くなつて網膜脈絡膜萎縮が起れば恰も網膜色素變性症の様に、灰白色の斑點と色素増殖との混じた眼底にて血管は細小となり、乳頭は萎縮し、夜盲を訴へる状態を生じて来る、故に兩者は鑑別を要する。

網膜の原發性變化としては血管の變化が先行する病變が見られる。その一つは網膜出血であつて、出血は小量と大量とがあり、後者の場合は硝子體出血の

状態になる。網膜の内境界膜の下に出血すれば所謂網膜前出血として特異な眼底像を示す、丁度透明な袋に半ば血液を満した様な像を生じ血液の表面が水平をなして居る。

微毒性網膜炎と稱する眼底も主に血管變化と浸出液が原因した像と考へられる。是は乳頭と黄斑部附近を占める汚穢な、稍々帶縁の溷濁として見られるものである。是は屢々遭遇する疾患であつて慣れて來れば一見して微毒を疑はしめる。同じく網膜出血にて、所謂中心靜脈тромボゼと稱するもの、即ち靜脈幹或は分枝に血栓を生じて全眼底或は其の分枝範圍に出血を來すものを屢々見るが、是は微毒と直接の關係はない。然るに網膜中心動脈エムボリーは却つて微毒に原因する時が確かにあると言はれる。後者の場合に驅微療法が満足するに足る効果を示さないのは惜しい事である。

血管の微毒性變化による網膜疾患は、かくの如く血行杜絶を來すとか、或は血管壁の透過性變化によつて組織内に浸出液増加して病的状態を生ずる。然も網膜には此種の變化が時々見られるのである。

我々の調果では、網膜炎五七例中微毒陽性は四二・一一%、網膜變性四八例中、陽性三五・四二%、網膜出血二八例中三二・一四%、中心性網膜炎一一六例中二〇・六九%、色素變性症一七例中一七・六五%等の微毒陽性の結果を得た。是等眼底疾患に於て微毒の持つ意義が分ると思ふ。

九、視神經

微毒による視神經乳頭の變化は、單なる充血から強度の乳頭炎、鬱積乳頭迄が見られ、又球後の變化によつて球外視神經炎の像を示すこともある。是は虹彩と共に後天微毒の好發部位の一つであつて全微毒性眼疾患の二〇—二五%に

當ると言はれる。我々の調査では、視神経炎五一例中血清陽性四一・一八%、乳頭炎二〇例中六五・〇〇%、各種視神経萎縮六四例中五七・八二%、視神経網膜炎四五例中六〇・〇〇%といふ様に、是等の疾患に微毒が高率に存在して居る事を示して居る。

視神経炎の臨牀像は、乳頭の充血、境界不鮮明、中心静脈擴張等であるが、炎症の強さに應じて浸出物が増し、浸出物による網膜の濁濁範圍が廣まり、視神経網膜炎の像となる。更に乳頭の膨隆を生じ血管の怒張迂曲出血等を生じて来れば乳頭炎の像となる。膨隆特に甚だしい時は鬱積乳頭の形になる。此の最後の場合、脳腫瘍に見られるそれとは炎症症状の多少によつて區別する事が出来る。

斯かる變化は乳頭附近の炎症と認められるが、然し腦底に腦膜炎を起しても

此種の變化が屢々眼底にあらはれる。後者には視野の變化に特異な點がある。何れの場合も視力障碍、羞明等を持ち視野に狹窄がある。又網膜脈絡膜、虹彩其他に合併症を持つ事が多い。然し視神経炎自體は微毒以外の病氣でも屢々見られ臨牀的所見と微毒にのみ特異な譯ではない。只乳頭炎となると直ちに本症の疑が濃厚になる。

病理解剖的に見れば上記は傳導路障碍が少なく主に視神経鞘膜疾患と認むべきものであるが、他に傳導路障碍を顯著に示すものがある。後者には視野の變化が特異である。即ち神経幹が四周から侵されて来れば求心性狹窄を、神経幹の軸が侵される時は中心暗點を、其中間も同時に侵される時は中心暗點が周邊まで連續する。即ち種々の形の球外視神経炎或は軸性視神経炎が現出する。視神経交叉部及びそれより上位に病變が起れば半盲症の性質を具へた視野變

状が見られる。

最後に所謂視神経再発症に就て述べる。是は不完全な驅微療法を行つてから六乃至八週間後に、突然多くは一眼に發生する高度の乳頭網膜炎である。尤も神経再発症の廣く包含する範圍は決して上記に限らない。視神経に於てももつと軽い視神経炎やもつと重い乳頭護膜腫もあり、他の眼組織では虹彩、毛様體、網膜、眼筋等にも起る。其他聽神経や三叉神経にも起るのであるが、最も多い型は乳頭網膜炎である。微毒第一期及び第二期の患者を不完全に治療し、殊にサルブールサン注射の量が少ない時によく來る。最も多いのは一二回注射で中止した場合であるが、五回十回注射したものでも見られる事はさきにも述べた。網膜の腫脹瀾濁も強く直ちに強い視力障害を起して來る。治療法は驅微療法の強行にある。それで病勢は顯著に退くけれ共、あとは視神経が萎縮状とな

り視力も完全に恢復する事は少ない。然し全然失明に終る事は必らずしも多いものではない。診断は臨牀所見と既往治療の口述と血清診断とにまつが、我々は最近診察した視神経再発症五例中血清反應陰性のもの一例を見た。

微毒性視神経疾患の診断には、血清検査の外に腦脊髄液の検査を必要とする場合がある。腦脊髄液にて微毒を證明する事は此際大に意義がある。詳細は後段腦脊髄微毒のところ述べるが、斯くして診断を早く確定し、早く驅微療法を行ふことは極めて緊要である。視神経纖維が破壊せられてしまつては役立たぬのである。適當に措置してもあとに多少共炎性萎縮の像を残し、視力視野に障害を残すのが普通である、況んや不完全な治療をなし、或は微毒の存在を閑却して居る様では結果が一層悪いのは當然である。驅微療法は併用療法をとる事はもとよりであるが、中樞神経に疾患のある様な時には普通よりも強力な治

療を施さねば効果が少ない。又實施に當つては先人の作つた要約に準すべきである。

十、硝子體、水晶體、綠内障

硝子體及水晶體に微毒は原發しない。又原發性綠内障は眼内血管變化が重要視されるから、この見方からは微毒による炎症も問題にならぬ譯ではない、然し實際上其推定が當筈まる場合に遭遇しない。綠内障の血管變化は細小血管壁の麻痺が主體であつて微毒とは綠の遠い何か植物性毒素を推定する方が妥當である。然し微毒が原因する隱微な血管變化が發病のペライトシャフトに與るかも知れないとの想像は出来る。本症治療上驅微療法が効果を收めた報告もあり我々も應用する事がある。是に反して續發性綠内障は非常に屢々見られる。是はさきに述べてある通り、角膜實質炎、虹彩毛様體炎、硝子體出血等に當つて

二次的に眼壓上昇を來す場合であつて、醫師が常に注意を放つて居なければならぬ重要事である。硝子體は、微毒性の眼球疾患には殆んど常に溷濁が見られる。虹彩、毛様體炎には最も強く、其他視神經炎でも網膜脈絡膜炎でも多少共出る。よく見ると硝子體後半部に強く乳頭附近に割合密にあるもので、此點は腦腫瘍の鬱積乳頭と微毒の場合の區別にもなる。溷濁の性質は細かい塵垢状のものから雲絮状のものまであるが前者が多く、特有な飛蚊症の自覺症狀を生ずる。又網膜出血が大きくて硝子體に出血して來れば急激に視力を失ふ。硝子體出血の患者に檢眼鏡で光を入れても瞳孔は暗黒である。患者に上方を見させ、醫が下方から光を入れると瞳孔の上方がいくらか明るいのが普通である。是は血液の沈下して居る爲めである。

水晶體も續發性變化を示す丈けである。虹彩からの浸出物で表面に濁りや沈

着を生じ、それが濃厚になれば時に血管も入つて行く。又前囊を破つて中まで入る事もある。又虹彩毛様體炎の時に水晶體の後囊の裏面に沈着物の廣くつく事がある。是は細隙燈で見るとよく分る。又後癒着の甚だしく、そして葡萄膜の強く犯された様な場合に白内障を生ずる事も屢々見るところである。

十一、眼窩

微毒第二期の骨膜炎は屢々眼窩骨壁を犯す。外表に近い所であれば指でその腫脹を觸れ、壓痛が著しい。深部にあれば患者は疼痛を訴へる外に、眼球の突出眼筋運動の制限がある。よく外上方の壁に起る爲めに眼球が内下方に向つて突出して来る。一般に片側性に起り、驅微療法が有效であるから直ちに開始するがよい。微毒は眼窩腫瘍の内重要な位置を占めると思ふのは、我々の調査で一〇例の眼窩腫瘍中六例に血清陽性なるを認めたのでも分る。視力障碍は眼窩

深部の時最も強度であつて、まだ眼球突出を明らかに示さない内に失明する事もあるから此際患者の訴へる疼痛は大切な事である。

眼窩に急性の化膿を起し、所謂眼窩膿瘍を生じ、急劇な症状を示すことがあるから、炎症と言はず腫瘍と言はず眼窩に關しては血清反應を見る必要があらう。

十二、先天微毒と眼疾患

微毒は遺傳子によつて遺傳する譯ではなく、母體に微毒がある時胎内に於て感染したものが所謂遺傳微毒であるから、これは先天微毒と言ふ方が正しいと思ふ。

先天微毒と眼との關係を先づ明らかにした恩人はハッチンソンである。凡そ眼の組織にて是に侵されないといふものは無いけれ共、最も代表的のものは何

と言つても周邊性の網膜脈絡膜炎及び角膜實質炎である。後者に就ては既に述べてあるから此處には前者に就て特に述べて見ようと思ふ。

先きに先天微毒の全貌を簡単に述べる。眼疾患は先天微毒では重要な表現であつてその四〇—五〇%に眼疾患を見ると言はれる。然し後天性のものも合した微毒性眼疾患全體から見れば三%を占めるに過ぎない。

患者の年齢から言へば已に初生兒に病變が見られる。これは葡萄膜、網膜、視神經乳頭等を好んで犯して居る。初生兒の角膜實質炎は稀ではあるが時には見られる。又已に視神經の萎縮して居るものもある。

小兒期には全身的にコンジューロムが見られ、内臓器管に孤立性微毒腫も出てくる、又中樞神經疾患も漸次出現してくるのであつて、此時機の特異な眼疾患は網膜脈絡膜炎である。これから遅れて角膜實質炎の出現を見るといふ順序

になる。五—六才以後には先天微毒の晩發型として聽器、關節、神經系統等の障礙が角膜實質炎など、共に出て來る。

先天微毒性眼疾患では血清反應は五〇%位に陽性である。診斷は然しハッチンソンの三症候其他是に特有な所見が多數にあるから先づ誤る事はない。

先天微毒の網膜脈絡膜炎は眼底周邊部に強く、後半部に漸次輕いのが特徴である。後に脈絡膜の萎縮及び色素斑點の不平等散布、此の部の網膜の萎縮、血管細小色素増殖等によりて、西洋では「胡椒と鹽」の眼底などと言ひ一度見て置けば其特徴をよく銘記し間違へる事のないものである。網膜に見る色素には更に塊の大きく又多量なものや、色素變性症の様な像を示すものなど異型がある。變化が高度の時は乳頭萎縮、視力低下、夜盲等を持つ。輕い時には自覺症狀が少ない爲めに、醫師に偶然發見せられるものである。斯様な變化は又例外

に眼底後部に出る事もある。先天性も後天性も病氣の性質及範圍に本質的の大きな差がある譯ではない。

治療法は相手が小兒であるために、藥劑の用量及び用法に特別の注意をすべき要約がある。輓近は此方面も非常に發達したものの、如く、サルブルサン、水銀、蒼鉛等の併用療法が小兒専門の方で行はれる。然し先天微毒は早期治療が緊要であると言はれ、生後第一年迄に行へば豫後がかなりよいと言はれるが第三年以後にてはワ氏反應を陰性にする事は困難であると言ふ。生後三ヶ月以前から始めるがよいと其道の人は言ふ。此の治療は小兒科に頼むが賢明である。

眼科に先天微毒患者が受診するのは、此時期を経たものが多いから、是にワ氏反應を陰性にする事は頗る困難であると大體に於いて承知して居るべきである。

十三、腦微毒

腦微毒は、無治療に放置した後天微毒の九・五%に於て見られると近頃モルガンが言ふ。然しブルウスガルドは一―二%であると言つて居る。而もモルガンによれば初期硬結其他定型的症狀の下に経過するものよりも、無症狀で過ぎたものに多いとの事である。又角膜實質炎其他眼に微毒を生ずるものには神経系統微毒も多いとも言はれて居る。實際眼科の微毒患者には定型的症狀を既往に持つたものが割合に少數であり、又第二期微毒のものでも身體他部に顯著な特異の症狀を具へて居る如きものはむしろ少數である。又此の無症狀感染は特に女子に多いものとせられて居り、眼科の微毒が一般微毒罹患の比率に比して女子に多い事も事實である。

腦微毒は一般に眼症狀を示す。故に其診斷には眼所見が必須のものである。



腦と眼との關係を細かに述べる事は此際不可能であるが、大體を言へば、先づ胎生學的に視神經や網膜が腦と同じものであり、血管は同根であり、そして藥物に對する反應などから見ても身體他部のそれとは區別せられ、又其分枝も所謂エンドアルテリアの型である、リクオールは交通し、視神經鞘膜は腦膜の延長である、更に多數の腦神經が眼に關係する。植物性神經はもとより動眼、滑車、外旋、顔面、三叉等の諸神經が眼球、眼瞼、瞳孔等の運動、及び眼の知覺に關係して居るのである。其他視神經自體はその交叉部にて半分交叉をなし、索、外膝狀體、内囊後脚底部、扇狀放射、後頭葉皮質視中樞まで蜿々たる道程を持つて居る。又眼筋關係の神經は夫々の核を有し、これに核上位性中樞が腦幹神經節、腦半球にあるから、凡そ腦内に起る變化は其位置の如何を問はず何等かの形に於て眼に表現を持つと言ふも過言ではない。

腦微毒の病變及病竈は多岐である。是は自ら眼症狀の組合せを特異にするから病竈確定も可能になる。故に病機の輕重、經過判斷に有益なる事は言ふ迄もない。さて腦に來る微毒性變化は病理解剖的には

- (一) 腦血管の微毒性變化。血管内膜炎、動脈炎、動脈周圍炎、動脈中脈炎等にて其影響によりて血行の障礙、附近組織の侵害が起る。即ちトラムボージェ、エムボリー、軟化、出血、組織の炎症性浸潤等が起る。
- (二) 微毒性新生物、護膜腫。微毒腫、孤立腫瘍、簇生腫瘍等の形をとり、一般腦腫瘍と似たる症狀を起す。
- (三) 平面性汎發性護膜腫腦膜炎。是は腦底に屢々見られ、蜘蛛膜下組織に發生する、場所は視神經交叉部、腦脚の中間部に、又全腦底に不規則な散在を示す。是は眼症狀を豊富に起す型である。

(四) 護膜腫性神経炎。腦底の視神経道、動眼神経其他を犯して来る。

(五) 稀であるが腦炎様症状を起し、後に微毒性パーキンソニスムスの症状を残す。

是等は單獨に、或は數四合同の形にて生じ、増悪、消退等を示し、其上に脊髄の微毒性症状が附加して来る。

以上は大體微毒第三期に屬する變化であるが、正確に第三期と銘を打つ事の出来ないものもあらう。即ち潜伏微毒の時期に相當するもの、或は變性微毒と混在する様な場合も有る。

變性微毒にては脊髄癆、進行性麻痺等に當つて眼症状が非常に重要なものである事は何人でも知るところである。

故に是等全體に互る眼症状を記述するには紙數も要し此の講座には盛り切れ

ないから、極く概括的に述べるに止める。

(一) 先づ眼底變化から言へば乳頭及び血管に注目すべく、腦膜に變化のある時には乳頭に充血、或は視神経炎の像を呈し、靜脈の怒脹がよく見られる。時として乳頭炎、鬱積乳頭までも示す。護膜腫が腫瘍狀に腦に出れば、腦腫瘍としての意義をも持つから眞性の鬱積乳頭も出て来るのである。腦底の微毒性増殖が原因となつて視神経の壓迫次で最後に萎縮を起すこともある。何れの場合にても重い時には後に萎縮が見られ、此の時は脊髄癆の時などの單性萎縮とちがつて乳頭の境界が不鮮明、血管に白鞘を残し、所謂神経炎性萎縮の像である。又全く眼底には異常のないものが約半數にある。視路の上部、或は一般に腦質自體に病變のある様なものは乳頭の變化は少なく、後に萎縮を示すにしても時を経てからである。

(一) 視力障碍。視路が犯される時は其位置に應じた視力障碍の型がある。其型については從來充分考究の積まれたものであつて信賴するに足る。視神経索から上位にて犯された時は同名性視野缺損の形を取り是に完全半盲症と不完全のそれとがある。交叉部では兩耳側性半盲症が多く、稀には兩鼻側性にも出で又同名性の形が加味せられる事がある。是は交叉部と共に索或は視神経幹がどの程度に犯されるかによつて分れるところであつて研究者に取つては教訓深いものである。

又同心性狹窄、中心外視野在留、中心暗點、盲點擴大等がある。

(三) 眼運動障碍。動眼神經と外旋神經の麻痺が最も多い。前者の時は交代性の半身不隨と一緒に來ることがある。然しこれは非常に多いものではない。普通は兩眼又は片眼性に來る麻痺であつて核性麻痺、神經束性麻痺、幹麻痺、各

分枝麻痺等一般に末梢性麻痺と呼ばれるものが見られて居る。是に劣らず多いのは外旋神經麻痺であつて、患者は麻痺性内斜視を起す。最も少ないのは滑車神經麻痺である。三叉神經は屢々犯され、かくて腦橋の病竈では外旋、顔面、三叉の異常と交代性半身不隨側方瞥見麻痺などが見られる。又腦底の増殖性病變や、微毒性神經炎に筋麻痺がある。

核上位に障碍を受ける時は瞥見運動、輻輳、開散等の作用に障碍を受け専門的に見ると興味のある症狀であるが、本來最も是等をよく示すのは慢性腦炎である。核上位性眼筋麻痺は腦炎が蔓延して以來非常によく觀察研究せられた。微毒が原因して慢性腦炎の症狀を呈し、微毒性パーキンソニスムスの名稱のある事は上に述べた。

(四) 瞳孔障碍。是は變性微毒では非常に高率に出て、有力な症狀であるけれ

ども、二期三期のそれではずつと低率のものである。此場合の反射性强直は一〇%であるとハイネは言ふ。然し我々のよく見るものは左右不同症であり、殊に一方が少し散大して居る場合が多く、ターベスの様に縮瞳の顯著なものは確かに少数である。

以上は腦微毒に於ける眼症状であつて、上記の症状を全然持たないものは全例の一五%に過ぎないと言はれるのである。

次に診断及び治療に關して叙ぶれば、ハイネの経験では腦微毒五〇例中、五例は先天微毒で、其の三七例に血清反應陽性を見たと言ふ。即ち七四%の陽性率に當る。九大武谷内科では是が四六・三%と出て居る。腦微毒は微毒後期のものであるから血清反應の陽性率は第二期のそれに比して低く、ても當然である。其代りリクオールの變化が此際は非常に問題になるのである。血清の陽性

とリクオールのワ氏反應陽性とは並行しない場合が多數にあるから、是は兩者の検査をして行く方が診断上にも治療の効果判断の上からも大切である。單に血清が陰性となつたのを以つて安心すればリクオールに病氣を残して居るといふ場合も考へられ、又リクオール丈けを注意して行くと、もとゞリクオールのワ氏反應陽性率が血清よりも少ないのであるから、矢張り不完全な治療に終る事が考へられるのである。

要するに腦微毒の診断に當つては上記の諸症状をよく吟味すると共に所謂ノンネ氏の四反應（血液及脊髄液のワ氏反應、ノンネ、アペルト第一次反應、淋巴球數増加）はもとより、他の補反應を参考にすべきである。是等は又變性微毒との間の鑑別にも使用せられ、治療効果の判断にも役立つものである。腦脊髄液の變化は腦微毒では次の通りである。

一般に壓は上昇し、ノンネ、アベルト陽性、細胞數増加陽性(種類は淋巴球)ワ氏反應はノンネによれば二〇—三〇陽性、血液ワ氏反應七〇%陽性である。

治療上、腦微毒が他と特異な點は根治の中々困難な事である。本症としては初期の間、即ち是は凡そ微毒第二期の後半に屬すると思ふが、此の時期には比較的効果が見られるけれ共、後期になつては根治は大困難であり、僅かに護膜腫丈けが比較的よいとせられて居る。驅微療法も普通に行ひ方では弱力であつて、此處に強力な措置をすべきであり、サルヴルサンなども一週一回など、言ふ緩慢な道を選ばず毎日或は隔日といふ密度に行ひ、是に沃剝及び水銀等が併用せられ、上述の諸反應を検しつゝ、クールを繰返して行く。其順序はドライブースなどの行ふところに従へば安全であり、漠然と強力にやるのでは効果も少なく副作用も起る。サルヴルサンの靜脈内注射では不充分であるとなして是を

腰椎に注射する方法も用ゐられる。是を食鹽水に溶解して入れ或はスチフト、エリスはサルヴルサン靜脈内注射をした血清を注射するなどの工夫がある。是等は何れも議論のあるところであるが、斯く種々の策を講ずるのは腦微毒の根治が困難な爲めである。

斯く根治が困難である時は、不完全な治療で中止する事が自然多くなり、後難は一層怖るべきものがある。

既に臨牀的症狀は消退した患者に向つて、其後のクールを繰返し、完結するまで長時日辛棒させる事が實際上困難なのである。

又逆に言へば、自ら健康の如く考へて居る人の中に、自覺的に無症狀の軽い腦微毒が相當數にあり得るといふ事になる。近來は血清やリクオールの検査がよく行はれる爲めに、單に視野の周邊に狹窄を示すとか、或は軽い視神經炎、

或は一過性眼筋麻痺等にて原因の徴毒に歸せられるものが發見せられる事は少なくない。斯様な場合は特に治療が不完全に行はれる可能性が大である。

次に變性徴毒の眼症狀を簡單に記述する。

ターベスにては脊髄症狀が少なくて眼症狀丈けが特に顯著な場合がある。斯かる型は眼ターベス、又は上部ターベスなど言はれ眼症狀は極めて重要である。又他面腦徴毒と合併して來る事もある。其の眼症狀は視力減退、視野の狹窄、暗調應障礙、色神異常、乳頭の單純性萎縮、眼筋麻痺、瞳孔の縮小、不同、對光強直、アーガイルロバートソン氏症狀等が代表的のものであらう。是等に就ては普通の眼科書に記載があるから是丈けにして置く。又麻痺性癡呆に於ても是等の症狀は見られるけれ共、一般に言つて瞳孔縮小は少なく、むしろ一方が少し大きい爲めに不同を來して居る様な事が多く、アーガイル、ロバートソン

ンよりも完全強直或は其傾向を帯びた反射障礙が多いのである。視神經萎縮も亦この方が少ない。是も成書にあるから省く。

只此處にアーガイル、ロバートソン症狀即ち反射性瞳孔強直と絶對性强直との差違をのべて置き度いと思ふ。光線に對する直接間接反應が陰性であつて輻輳反應が極めて敏感の時にもみ反射性强直といふ名を用ゐよとペーヤが言つて居るのは肯定出来る。之に反して輻輳反應が不充分であるが然し存在して居るといふ様なものは、絶對性强直の不全型と認め兩者をしつかり區別すべきものとして居る。實際臨牀にて注意して居れば此の考への妥當な事を認めざるを得ない。

然るに從來の報告中には絶對性も反射性も區別なく、全部を反射性强直と見做してある極端なものから、少しでも輻輳反應が見付ければ反射性强直にして

居るものなどがあつて、統計蒐めには不便であり、又信頼する事が出来ない。

今後はアーガイル、ロバートソンを上記の理想型に限局したいものである。

所謂變性微毒なる名稱も、野口氏がスピロヘータを麻痺狂の腦で高率に認め多數の追試者の確認があつて以來は、從來とちがつて是を一種の微毒性の疾患と見做す人が多いと思ふ。一般には是等は微毒感染後多年を経て發するのに、腦微毒は比較的短い間に發するといふ確然たる差がある如くであるが、實際は病理解剖的にも又臨牀的經驗からも、両者が合併して存在して居る事が度々見られ時に全く逆の場合もあるのである。只兩者共無症狀の微毒から起り易い事は共通である。

さて我々は眼科の立場から、腦微毒治療に於ける我々の科の重要性に考を及ぼさざるを得ない。是等の疾患が初期に眼症狀を示し、多く眼科に於て其發病

初期に發見せられる事を重視すべきである。

ターベスに、早く視神經萎縮を起し、瞳孔變常を示すことは同症の發見に極めて役立つ事であり、早期症狀とも言はれる所以であるが、斯くして眼科によつて根柢にある疾患が發見せられ、早期に治療に取りかゝる事が出来れば、其全身豫後も亦非常に良轉するのである。

武谷氏によれば神経系統微毒の驅微療法は發症後遅くも四週日以内に嚴密に開始せられなければ輕快しても後に障礙を残すとの事である。又近年の驅微療法發達以前にはターベス、バラリュューゼに對しては殆んど無力の如くに思はれて居たものが、現在は相當の効果を期待し得られるに至り、殊に發熱療法も種種工夫せられ、長期に互る効果の顯著なものが我々の經驗にもあるのである。然る時は眼科は決して神経系統微毒の症狀を眼で確認するのが能事ではなく、早

く是を見付け得る點又随つて早く治療を施す動機となる點の長所を充分に活用すべきである。

七、結 語

私は始め執筆に當り、微毒性眼疾患の内數四を選んで記述しようか、或は全般に亙る記述をしようかを考へ、そして後者を探つた。又各種眼疾患を書く丈けに止めようか、總論的のことも入れようかを考へ、是も亦後者を探つた。其結果豫定の紙數を超過する結果となつたのである。

私が全汎に亙る記述を探つたのは、此種の著述が比較的少ない爲めに眼科方面に於て案外是を必要とする考へたのによる。數四の微毒に特有な眼疾患に關しては、特にかゝる講座に依らずとも成書や雜誌に多數見る所であると思ふ。

又私が總論的記述を加へたのは、微毒性眼疾患の診斷及び治療に於て、局所的又姑息的の態度から全身的又徹底的の態度への轉換を要望する爲めであつて、現今の實際眼科に於て特に其必要を感じるものがあると思ふのである。

私は更に、如何に眼科が多くの疾患や症状によつて、微毒の各型各期を表現しつゝあるかを指示し、其のために微毒がどれ程眼科の力によつて發見せられるかも間接に知らしめたつもりである。即ち眼科は臨牀微毒學に於て重要な立場に在る事を廣く認識してもらひ度いのである。

此の衿持と共に、眼科の負ふべき義務についても私は幾度か觸れた。それは早期に微毒を發見し、是に根治の道を講せしむる義務である。若し局所の疾患の消退丈けを以つて眼科の能事終れるものとなす人があれば、私は其考を不完全であると思ふのである。況んや姑息な驅微療法をなし、或は是を早く中絶し

〔星印は定價にして ***は 30錢 **は 40錢 以下準之 送料何れも 3錢〕

既刊書目	
— 内 科 —	
1 治療上に於けるヴァイタミンB	*** 島蘭順次郎教授
2 主要傳染病の早期診断	*** 高木逸磨教授
5 腦溢血の診断と療法	*** 西野忠次郎教授
8 狭心症の診断と療法	*** 大森憲太教授
15 人工氣胸療法	*** 熊谷岱藏教授
16 治療食 餌(上)	*** 宮川米次教授
17 治療食 餌(下)	*** 宮川米次教授
18 性ホルモンの應用領域	** 碓居龍太教授
20 肺結核患者の食慾増進と盗汗療法	*** 平井文雄教授
21 肺炎の診断と治療	** 金子廉次郎教授
22 胃潰瘍の診断と療法	*** 南 大曹博士
25 蛋白質養の基礎知識	** 古武彌四郎教授
26 腎臓病の食餌療法	*** 佐々廉平博士
27 傳染病上臨牀醫家の注意すべき事項	*** 井口乘海博士
28 過酸症及び溜飲症に就て	*** 小澤修造教授
30 精製痘苗の皮下種痘法	** 矢追秀武助教授
33 肺結核の豫後	*** 有馬英二教授
34 腎疾患各型の治療方針	*** 佐々廉平博士
37 膽石の其治療の根本義	*** 松尾 巖教授
38 疫痢と赤痢	*** 熊谷謙三郎博士
39 鴨性及び糖尿病の治療	*** 坂口康藏教授
43 高血壓の成因と其療法	*** 加藤豊治郎教授
44 各種治療の臨牀的應用	*** 宮川米次教授
46 神經疾患の一般治療法	*** 島蘭順次郎教授
50 癌種の診断及び治療(上)	** 稻田龍吉教授
51 癌種の診断及び治療(下)	*** 稻田龍吉教授
52 蟲様突起炎の内科的治療	** 坂口康藏教授
53 内科的急發症と其處置	*** 眞鍋嘉一郎教授
55 肺結核の治療指針	*** 田澤鎌二博士
56 デフテリアの豫防法	*** 宮川米次教授

て放任するが如き事があれば、後難を倍加するのであつて、是は眼科の注意を要する所である。我々は視神經再發症を見て、過去の治療の不完全な事を難する。然し翻つて考ふれば、我々眼科も亦他に向つて同様の過誤をして居るのである。

我々は微毒性眼疾患を診断し、治療する事に萬全を盡すべきはもとより、其根抵の微毒に向つて根治を策するのでなければ、眞に其患者を救ひ、民族に益する所以ではないと思ふ。私は此意味に於ける眼科醫のとるべき態度について反省を試みて居るつもりである。然しながら此事は實際上非常な困難を伴ふことであつて、皮膚科に於てすら微毒根治まで患者を繼續治療する事は全部に出来るものではないと聞いて居る。それならば是は單に眼科醫丈けの反省に止まらないのである。

〔星印は定價にして ***は 30錢 ** は 40錢 以下準之 送料何れも 3錢〕

49	交通外傷の急救處置 *** 前田友助博士
65	一般に必要な小外科 *** 前田友助博士
71	外科醫より見た肺肋膜炎 ** 佐藤清一郎博士
111	急性膿瘍の診断と治療に就て *** 大槻菊男教授
116	外科に於ける制腐の問題 *** 中田瑞穂教授
117	開腹術の後療法 (上) *** 土井保一博士
118	開腹術の後療法 (下) *** 土井保一博士
121	「イレウス」の診断と治療 *** 小川 蕃教授
131	穿孔性汎發腹膜炎の治療 *** 岩永仁雄教授
135	肺壞疽の診断と療法 *** 佐藤清一郎博士
— 整形外科 —	
7	形態異常(畸形)の治癒成否 *** 高木憲次教授
24	整形外科學近況の趨移 *** 伊藤 弘教授
76	一般に必要な整形外科 *** 片山國幸教授
— 小兒科 —	
48	乳兒營養障礙の治療方針 *** 栗山重信教授
58	乳兒氣管支治療の實際 *** 瀨川昌世博士
68	消化不良症の診断と治療 *** 唐澤光德教授
86	小兒脚氣 *** 太田孝之博士
88	本邦乳兒急性營養障礙に就て *** 戸川篤次教授
102	小兒結核の診断 *** 栗山重信教授
108	乳幼兒の肺炎及び其治療 *** 太田孝之博士
113	乳幼兒敗血症 ** 戸川篤次教授
— 産婦人科 —	
9	産褥熱の療法 *** 川添正道博士
36	月經異常と其治療 *** 安藤畫一教授
54	妊娠のホルモン診断法 *** 篠田 糺教授
64	癌腫の放射線療法常識 *** 安藤畫一教授
66	産婦人科「ホルモン」療法 ** 小榮次郎博士
83	科三婦人科疾患のレントゲン治療 *** 白木正博教授
87	不妊症の成因と治療 *** 篠田 糺教授

〔星印は定價にして ***は 30錢 ** は 40錢 以下準之 送料何れも 3錢〕

59	糖尿病及合併症の療法 (上) ** 飯塚直彦教授
60	糖尿病及合併症の療法 (下) *** 飯塚直彦教授
61	消化器疾患の一般治療法 *** 松尾 巖教授
62	慢性循環機能不全の治療法一般 *** 稻田龍吉教授
63	利尿劑の使用法 *** 佐々廉平博士
69	浮腫と其療法 (上) ** 小澤修造教授
70	浮腫と其療法 (下) *** 小澤修造教授
75	狭心症の治療 *** 吳 建教授
77	動脈硬化症に因る疾患 ** 西野忠次郎教授
80	温泉療法概説 *** 西川義方博士
82	脳膜炎候群の鑑別診断 *** 柿沼昊作教授
84	臨床上必要な非經口的栄養法 ** 山川章太郎教授
85	ロイマチス ** 鹽谷不二雄教授
91	浮腫と其療法 *** 柿沼昊作教授
92	腹水の診断と治療 *** 藤井尙久教授
93	戦疫を中心とした国際傳染病に就て ** 村山達三博士
94	黄疸及び其の治療 ** 小澤修造教授
95	肺結核の對症療法 *** 田澤隼二博士
100	冬季流行する急性熱性傳染病の診断 *** 高木逸磨教授
103	臨牀家に必要な消毒法 (上) ** 小島三郎教授
104	臨牀家に必要な消毒法 (下) *** 小島三郎教授
119	エレクトロカルディオグラムの知識 *** 橋本寛敏博士
120	高血圧と其療法 *** 佐々廉平博士
123	急性腎臓炎 *** 神保孝太郎博士
126	國民處方 (上) *** 小澤修造教授
127	國民處方 (下) *** 小澤修造教授
129	貧血と其治療 ** 布施信良教授
130	下劑の選擇 *** 中川 諭教授
132	慢性心筋疾患の診断と治療 *** 大森憲太教授
140	肋膜炎の診療 (上) *** 眞鍋嘉一郎教授
141	肋膜炎の診療 (下) *** 眞鍋嘉一郎教授
142	心臟病の診療 *** 佐々廉平博士

〔星印は定價にして ***は 30錢 **は 40錢以下準之 送料何れも 3錢〕

89	妊娠と浮腫(上)	***	久慈直太郎博士
90	妊娠と浮腫(下)	***	久慈直太郎博士
105	帯下の診断と治療	***	久慈直太郎博士
112	妊娠悪阻の療法	**	八木日出雄教授
皮膚泌尿器科			
6	血尿の鑑別診断と其の療法	***	高橋 明教授
12	膿尿の診断及び療法	***	北川正惇教授
13	膿皮症と其治療	**	太田正雄教授
29	丹毒の診断と療法	**	遠山郁三教授
31	實地醫家の心得べき尿検査法	***	藤井暢三教授
40	易診し皮膚疾患の鑑別並に療法	***	皆見省吾教授
41	微毒療法の実際	***	遠山郁三教授
57	淋疾の治療の實際	***	高橋 明教授
72	慢性淋疾の治療	**	北川正惇教授
81	濕疹と内臓變化	**	三宅 勇教授
98	皮膚結核の診断と治療	***	伊藤 實教授
99	腎 臟 結 核	***	高橋 明教授
101	皮膚疾患の一般療法	***	太田正雄教授
114	軟性下疳の診断と治療	*	横山 碕教授
124	瘡 痒と其療法	**	横山 碕教授
139	濕 疹の療法	***	谷村忠保助教授
眼 科			
10	結膜炎の診断と治療	*	石原 忍教授
79	内科的疾患に見らるる眼症状と其治療	***	石原 忍教授
115	兒 童 の 視 力	***	中島 實教授
134	春期に多き眼疾患	***	中島 實教授
136	全身病と眼病との關係	***	庄司義治教授
耳 鼻 咽 喉 科			
23	鼓膜穿孔と耳漏	**	中村 登教授
73	耳鼻咽喉科領域の結核性疾患に就て	***	佐藤重一教授
96	別を要する耳科疾患	**	山川強四郎教授
107	アデノイドと其治療の實際	***	鳥居惠二教授

〔星印は定價にして ***は 30錢 **は 40錢以下準之 送料何れも 3錢〕

110	耳 痛 と 其 療 法	***	廣瀬 涉博士
125	急性中耳炎の治療	**	増田胤次教授
133	頭痛と耳鼻咽喉の疾患	***	鰐淵 源教授
放 射 線 科			
14	癌腫の放射線療法	***	中泉正徳教授
精 神 科			
3	精神病患者の一般診察法	***	三宅鑛一教授
19	季節と精神變調	**	丸井清泰教授
42	神 經 性 不 眠 症	***	杉田直樹教授
67	性慾異常と其療法	***	植松七九郎教授
78	主なる精神病の薬剤療法	*	三浦百重教授
109	精神垂離症(早發性癡呆)の診断及び治療	***	杉田直樹教授
122	發 熱 療 法	***	植松七九郎教授
128	癲癇の診断と治療	***	内村祐之教授
137	持續睡眠療法に就て(上)	***	丸井清泰教授
138	持續睡眠療法に就て(下)	**	丸井清泰教授
145	微毒と眼疾患(上)	**	伊東彌惠治教授
144	喉 頭 癌 の 療 法	*	田中文男教授
143	尿閉の原因と治療に就て	*	北村包彦教授
最 新 刊			
106	遺 傳 病 の 概 念	**	古屋芳雄教授
97	結核に對する施設	**	春木秀次郎博士
47	血液型と其の決定法	***	古畑種基教授
35	近 代 の 化 學 戰	***	福井信立教官
32	細菌毒素概論	**	細谷省吾教授
11	血清化學の進歩と實地醫學への應用	***	三田定則教授
74	診 療 過 誤	**	山崎 佐博士
其 他			
11	新編 女醫の將來と其の使命	*	吉岡彌生先生
106	新編 音 聲 と 國 語	**	颯田琴治助教授



總意による最新版の内科学書

分擔執筆 内科学 全三卷

(上卷) 三三判 772 頁 別表 8 三色圖版 10
各册 定價 ¥ 10.00 (中卷) 三三判 600 頁 別表 8 三色圖版 10
(下卷) 三三判 750 頁 三色圖版 1

執筆者

京都府立医科大學教授	飯塚直彦先生
公衆衛生院教授	石川憲三先生
千葉醫科大學教授	石川憲三先生
東京帝國大學教授	柿沼泉先生
名古屋帝國大學教授	勝沼泉先生
九州帝國大學教授	金子廉次郎先生
佐世保海軍病院長	田中肥太郎先生
東京帝國大學教授	竹内松次郎先生
長崎醫科大學教授	角尾晉先生
北陸帝國大學教授	中川諒先生
帝國女子醫學校校長	額田晉先生
海軍病院長	福井立先生
九州帝國大學教授	操坦道先生

【内 容】

卷下	卷中	卷上
一般療法 原因 に依る 治療 技術	呼吸器 液 尿 分泌 器 疾 患	消化器 器 器 疾 患
輸送	循環	血液
神経質 代謝 疾 患	肝臟 疾 患	肺臟 疾 患
運動毒 器 疾 患	腎臟 疾 患	脾臟 疾 患
中毒 疾 患	泌尿器 疾 患	淋病 疾 患
航空病 疾 患	內分泌 疾 患	傳染病 疾 患

本書は因と簡明内科学(上・下二卷)として額田晉博士單獨執筆であつたものを、今回大改訂に當り、廣く各部門に涉る知識の總動員を敢行し新たに十數教授の御参加を懇ひ、**分擔内科学(上中下三卷)**と改裝して上梓するに至つた。執筆の諸家は何れも是れ内科学戰線各方面の最高指揮官、現に最前線に活躍中の權威者であり、其の眞摯なる學究的責任に於て本書の爲め全蘊蓄を傾注された。

内科学は常に内科醫の内科学に非ずして小兒科・産婦人科は勿論、眼科・耳鼻科・皮泌科・外科等にも必須不可缺の内科学であり而して本書こそ是等諸彦の好き師傅とし又好伴侶として其信憑に應へ得るものと確信する。

株式會社 金原商店 東京・大阪・京都

眼科臨牀の爲に

大邱醫學博士 山本守部先生著
全身諸病と眼疾患とはその診療上に於いて密接なる關係を有つ。本書は他疾患と眼疾患との關係に就きその要項を指示し、以て一般實地醫家並に學生諸子の爲に眼科必須の知識を提供せるもの。尙收むる處の手術篇は數多き眼科学書中獨り異彩を放つてゐる。

〔刊新〕 定價四・〇〇千一〇
袖珍美裝一二二頁
挿入圖一九五個
原色別表一四葉

小 眼 科 學

〔訂 增〕 定價一〇・〇〇千六
菊判アト三七八三
挿入圖一四三
原色別圖一四三
簡明的確なる記述、精巧無比の挿圖、兩々相俟つて眼科の諸症に涉り掌を指すが如く其の要點を説き盡してゐる。内容の豊富且つ斬新なること本書の如きは甚だ稀である。學生諸子の修學上最良の書として既に定評あり。是非一冊を各位の机邊に備へられよ。

東大教授 石原 忍先生著
醫學博士

金原商店 東京・大阪・京都

—は座講學醫牀臨—

- **内容の厳選** 千百の目次を並べた一流雑誌でも眞に読みこたへある好篇は僅に一、二であつて頁數や誌代の多いのが、よい雑誌とは言はれない、その意味で本講座には無駄がない
- **讀書の容易** 一部三十錢乃至七十錢送料三錢・切手代用一割増、書物の大きさ四六判ポケット入、一冊三十頁乃至七十頁平均一時間にて讀了し得、往診の途上に診療室の寸暇に最適
- **選擇の自由** 各冊とも分賣でありますから、讀者は自由に自己の欲する巻數を選択、購買し得ることが出来ます
- **特別購讀方法** 然しながら各冊分賣は實際には比較的高價となり且つ送金等に種々御面倒も生じますので、毎號御購讀者に限り特別廉價提供の方法を講じ半ヶ年(十八冊分送料共)前金五圓・一ヶ年(三十六冊分送料共)前金九圓の特別購讀料を以て御便宜を計ることに致しました、假りに毎號五十錢平均と假定すれば十冊分代金五圓で、十八冊を得ることとなり(一冊平均三十錢弱となり)十八冊分代金九圓で實に三十六冊(一冊平均二十五錢となり)を購讀し得ることとなる譯であります、御利用を御薦め致します



昭和十四年八月八日 印刷納本
昭和十四年八月十日 發行

臨牀醫學講座 每月三回 第一四六編

定價 本輯に限り金五十錢
半年分(十八冊)金五圓
一年分(三十六冊)金九圓

著者 伊東彌惠治
發行者 金原作輔
印刷者 河合勝夫
印刷所 東京市板橋區志村町五番地 凸版印刷株式會社

發行所 株式會社 金原商店
東京店 東京市本郷區湯島切通坂町 電話(小石川) 三三八四〇
大阪店 大阪市西區江戶堀上通二丁目 振替口座東京 二四〇六八
電話(土佐堀) 二四一三三
京都店 京都市上京區河原町通丸太町上 振替口座京都 四一四一七
電話(上) 四一四一七



複方酵母製劑

食慾亢進栄養補給

マダロン

【組成】

マダロンは豊富なる栄養價を有せる酵母を主劑となし、これに従來の酵母製劑の缺點たる無機塩類の不足を補ふ目的を以て栄養上必須のマツコラム氏塩を添加し且強力なる消化劑を配合せる理想的食慾亢進栄養補給劑にして、服用極めて容易なり

【適應症】

食慾不振、消化器系統の諸症、肺結核、其他結核性疾患、小兒腺病質、脚氣、佝僂病、糖尿病、諸種熱性病、貧血、重症恢復期等

【包裝】

粉末	50g .50	100g .80
	250g 1.60	500g 3.00
	1kg 5.50	5kg 25.00
	10kg 47.00	
錠劑	60T .40	300T 1.50
	1000T 4.50	

製造發賣元

株式會社 塩野義商店

本店 大阪市東區道修町三丁目
支店 東京市日本橋區本町二丁目



塩野製品

60
1364

國產代表的砒素驅黴劑

NEOARSAMINOL

本劑はネオアルゼノベンゾールに相當する本邦獨資の化學的製品にして、農學博士鈴木梅太郎氏の研究に係り、六〇大號共同發見者醫學博士秦佐八郎氏により品質效力の檢定を経て完成せる國產砒素驅黴劑の鼻祖なり。

ネオアルサミノールは、國際標準に合致する品質を有するは勿論、局方試驗殊に其效力試驗に於て著しく卓越せる性能を有す。

厚生省衛生試驗所調査試驗成績参照
(同所彙報第4卷所載)

包 裝

0.15瓦 1管	¥ 43	1管	¥ 4.00	50管	¥ 17.00
0.30瓦 1管	¥ 84	10管	¥ 7.70	50管	¥ 33.00
0.45瓦 1管	¥ 126	10管	¥ 10.50	50管	¥ 44.50
0.60瓦 1管	¥ 170	10管	¥ 13.50	50管	¥ 56.00
0.75瓦 1管	¥ 200	10管	¥ 16.50	50管	¥ 65.00
0.90瓦 1管	¥ 230	10管	¥ 19.50	50管	¥ 76.00

(文 獻 進 呈)

東京・墨町

三 共 株 式 會 社



ネオアルサミノール

終