

が爲めに起る現象である。眞性下垂症との區別は、本症に於ては眼縁は下垂してゐない、即ち眼裂は普通の大きさを保つてゐる。唯、弛緩した眼瞼皮膚だけが、そこへ懸垂してゐるのである。皮膚は多少明かに發赤して、觸れると菲薄の感があつて殆ど弾力性がない、弛んでゐる。老人性皺襞に似てゐるが、患者の年齢からしてそれを除外することが出来る。更に他の顔

面殊に外背附近には皺襞の形成が全くない。又一眼に止まるとが多い。

第百五十八圖



右眼上皮膚弛緩症

第五十八圖は鈴木某といふ十八歳の婦人(大正十二年十一月二十六日入院)に發せる右眼の眼瞼皮膚弛緩症で、患者は既に十一歳の頃から之れを氣付いてゐたといふ。初期には相當に發赤が強く、一、二の醫師は之れを麥粒腫と診斷したとの事であつたが、別に疼痛も無く、其儘経過して現在に及んだといふてゐる。左眼には何等異常がないのに、右眼に於ては、上眼瞼皮膚は多少とも赤味を帯び、眉毛と眼縁との間に於て著しく弛緩し、その爲めに睫毛は蔽はれて觀えず、眼裂も亦狭小せるが如きも、弛緩せる皮膚を上擧すれば、眼縁は普通の位置にあつて決して下垂してゐない。

本症の發生には内分泌障礙が關係を有するものと觀てゐる人がある。

心臟及び腎臓に疾患があつて眼瞼に浮腫を發するとき、眼裂の狭小となる爲めに、下垂症の觀を呈することがある。

療法 原因を除き得るもの例へばトラホーム・パンヌスに觀るものは、本來のトラホーム治療によつて輕快若くは治癒せしむることが出来る。

後天性麻痺性下垂症で、微毒に原因するものは、嚴重なる驅微療法を絶對的に必要とする。斯くして其の豫後多くは佳良で、第百五十三圖の患者の如きは遂に完全に治癒した。

眼瞼皮膚弛緩症は弛緩せる皮膚の部分的切除によつて輕快する。

先天性下垂症には唯手術的療法あるのみである。手術書を繙くと、そこには種々なる術式が掲げられてゐるけれども、大體は二通りに區別することが出来る。その一は、麻痺せる筋を前頭筋に結び付け、即ち顔面神経の助けを借りるのである。眼瞼挙筋の不全麻痺の時は、單にこれを短縮するといふ方法も、この部類に入れてよからうと思ふ。他の一つは、上直筋の一部を截離して眼縁に近く皮下へ縫ひ付け、それによつて眼瞼を上擧させるといふので、若し都合よく行けば、眼球との共同運動も出來て、慥かに效果的である。然しこれは一つ誤ると、其の爲めに眼球の上轉運動が障礙せられて、傾斜視を來し、患者を苦しめることがあるから、特別の場合の外は應用することが困難である。

従つて通例、下垂症の手術といへば、前頭筋の助けを借りる事である。それにはパーゲンステッヘル氏法、ヘス氏法、マヘーク氏法、河本氏法、小川氏法、エルシュニヒ氏法等種々なる術式が考案されてゐる。それ等の中には、有柄或は無柄の皮膚瓣とか、筋膜とかを持つて來て、それ等の媒介によつて前頭筋の働きを眼瞼へまで及ぼさせやうとするのがある。然しながら、かうして皮下に挿入した組織は、孰れもいつまでも其の儘そこに留まつてゐるものではない、一定の時日を経過すると必ず吸収されて、其あとには唯比較的強靱なる索狀若くは膜様の結締織を形成し、それが前頭筋に連續して眼瞼を上擧する作用を營むのである、即ち術式にこそ種々なる相違はあれ、斯る結締織を作らせるといふ點に於て、それ等は總て一致してゐるのである。従つて下垂症手術の本義は、眼縁から彼の眉毛部に附着點を有する前頭筋に向つて、縦走する強靱なる皮下癢痕組織を形成せしむる

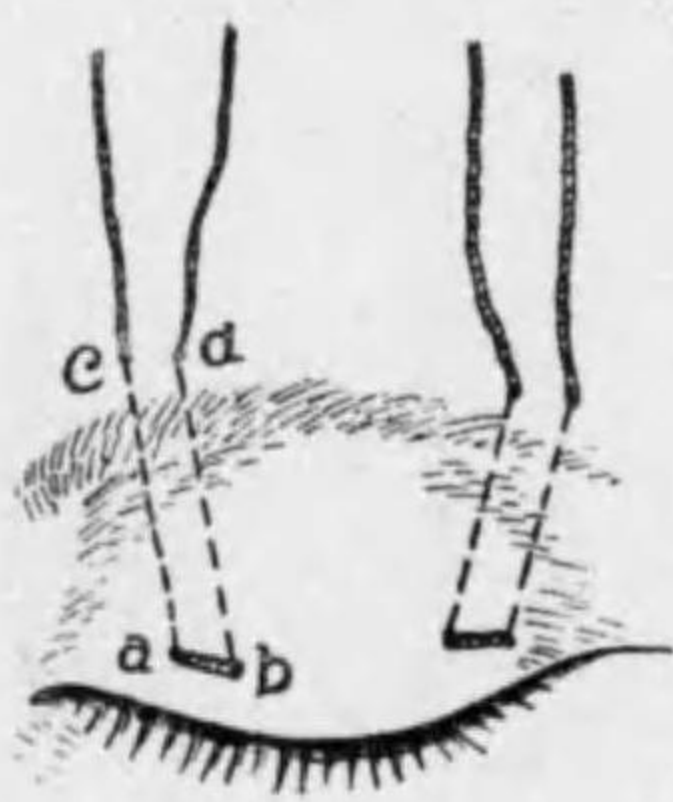


こと、それが具合よく出来れば、目的は達せられる譯である。  
 所が、この縦走結締織たるや、たとひ形成されても通例は比較的容易に吸収されて仕舞ふのである。手術後、數ヶ月の間は大へんに具合がよい、早速その事を雑誌に發表する、然しそれは多くは持続的で無い。著者の如きも、さういふ経験を有してゐる。曾て或る症例に對してエルシュニヒ氏の方法に従つて、大腿筋膜を移植して好成績を収めたので、患者を供覽して寫眞まで撮つて置いた。一年餘を経て患者が再來したのを觀ると、それが再び全く手術以前の狀態に復してゐた。各方面から報告せられてゐる下垂症手術の成績なるものが、果して二年も三年も好成績を保つてゐるか、どうか、著者はそれを疑問としてゐる。

然し手術によつて形成せられた索狀の縦走結締織が、いつまでも其の儘であれば、勿論成績はよい筈であるから、その如何なる術式によるにしても、この事を念頭に置くべきである。この意味に於て、著者は彼のパーゲンステッフヘル氏法を今少し改良して、皮下に吸収され難い結締織索を作ることが出来れば、最も簡單で且つ效果的だらうと思つてゐる。

パーゲンステッフヘル氏法 成るべく太い絲を二本とり、その各の兩端に、長い丈夫な針を通して置く。先づ第一絲の二本の針を、眼瞼の鼻側半部に於て、相互の間隔を五―八ミリとして、瞼縁より約二ミリのところへ刺入し、皮下を縫ふて、眉毛の上縁に至り、そこで再び皮膚に刺出する。第二の絲も同じ様にして、顛側半部の眼瞼皮下に、二條の並行線を作らせる。斯くして瞼縁に生ぜる二つの係蹄へは、綿花を小楊子程の太さに卷いたものを挿入し、然る後、適度に絲を引締めて、軽く結んで置く。この際敢て強く眼瞼を引き上げることなく、繃帶の下で兎眼を起さない程度にする、勿論

圖九十五百第



氏ルヘッテスゲンパー 法術手症垂下

下垂症は尙ほ相當に残つてゐてもよいのである。

絲は一週間から十日間位は抜き去らずに其の儘にして置く、少々化膿した方が却つてよい。さうすればそこに絲に添ふて縦走するところの強靱なる結締織が新生し、それによつて瞼縁と前頭筋とが強く結び付けられ、後者の働らきによつて眼瞼が上舉されることになる。

眼瞼外反症

圖十六百第



續に炎膜骨高眼性核結 症反外性痕癢るせ發

火傷腐蝕等の外傷に續發するものが最も多い。母親の不注意により、幼兒が圍爐裡へ落ちて顔面を火傷し、或は鐵瓶の熱湯や汁鍋を被つて怪我をしたやうなのが即ちそれである。近頃は又労働爭議などにて、故意に硫酸や鹽酸を顔面に浴せ掛けられ、その爲に眼瞼皮膚の腐蝕せられて發するものもある。之れ等の外傷に亞いでは、狼瘡による皮膚の癩痕收縮、眼窩縁に於ける結核性骨膜炎の治癒後及び慢性瞼縁炎に續發するもの等が比較的多い。第六十一圖は、右の下眼瞼に護謨腫を生じ、やがてそれが潰瘍を形成し、驅黴療法によつて治癒したけれども、そこに著しい癩痕性外

反症を遺したものである。

稀に小兒に於て、何かちよつとした刺戟症狀が眼に現はれ、その爲めに眼瞼輪匝筋の攣縮を來し



圖一十六百第



眼裂反外性腫脹發せ

圖二十六百第



眼裂反外性縮攣

て、そこに攣、縮、性、外、反、症、を、起、す、こ  
と、が、あ、る。か、う、し、て、外、部、に、露、出  
さ、れ、た、結、膜、は、容、易、に、發、赤、腫、起、し  
て、其、の、整、復、が、困、難、と、な、る、さ、う、す  
る、と、腫、起、は、愈、加、つ、て、後、に、は、何、か  
結、膜、に、腫、瘍、で、も、發、生、し、た、の、で、は

無いかと思はれる程になり、勿論外反も亦それに伴ふて加つて来る。  
外反症の極く輕いのを涙、點、離、隔、症、Ectasis puncti lacrymalis と呼んでゐる。顔面神經麻痺の時に  
通例下眼瞼に觀られるのが、それである。又慢性、瞼、緣、炎、に於ても好んで之れを續發する。

療法 眼瞼皮膚の癢痕收縮による外反症に對しては、皮膚瓣の移植が行はれてゐる。著者は通  
例患者の上膊から無柄皮膚瓣を採つて移植してゐる。未だ曾てそれが壞疽に陥つたことがない。  
何も強いて面倒なる有柄瓣を用ふるに及ばないと思つてゐる。然し相當に大なる皮膚瓣でも之  
れを截り取つて見ると案外に小さいものである、實際に必要な大さよりも其の三分の一位は大  
きい瓣を切り取るやうにすべきである。又移植する際は、少しそれが大き過ぎる位がよい、例へば  
上眼瞼ならば、その爲めに下垂症を起す程度の方がよい、時日を経過するにつれて、漸次收縮する。  
患者が退院する頃に丁度具合のよいやうでは、更に數ヶ月を経過すると、其の成績は餘程減退し、時  
には手術以前の狀態と餘り變らないやうになることもある。二度も三度も移植を繰返すのは、徒  
らに癢痕を多く作つて、益外貌を減損するに過ぎない。

圖三十六百第



眼裂反外性癢痕

圖四十六百第



眼裂反外性癢痕の圖上、植移の瓣膚皮柄無るす

狼瘡による癢痕性外反症  
は、多分は限局性であるから、  
少し注意して植皮すれば、そ  
の成績は多くは良好である。  
チールシュ氏法による上  
皮膚の移植は比較的簡單で  
は、あるが、折角移植した皮膚はそこに多くの皺、襞、を、形、成、し、勿、論、收、縮、が、強、い、か、ら、其、成、績、は、期、待、に、副  
はないことが多い。

結核性骨膜炎に原因するもので、其癢痕の小なるとき、之れを切除して、其の周圍を基底より剝離  
し創縁を引きよせて縦の方向即ち切創が瞼縁に直角を爲すやうに縫合する。或は又骨の缺損に  
よつて陥凹せる部分に、脂肪の小塊を充填して、そこに新たに結締織を増殖させるやうにすれば、少  
くとも手術後當分の間は成績がよい。然し果して持続的效果を齎らすかどうかは疑問である。  
小兒の攣、縮、性、外、反、症、に對しては、鋏刀にて外眥を切開し、眼瞼輪匝筋の作用を除き、それによつて  
眼瞼を常位に整復し、瞼裂を絆創膏にて閉鎖する。結膜の腫瘍狀肥厚は漸次輕減し、それに伴ふて  
外反症も亦自ら消退する。この場合、結膜を切除することは絶対に避くべきである。

これに反して慢性瞼緣炎に續發する外反症に於ては、皮膚の短縮によるよりも、寧ろ多く瞼縁に  
近い結膜が、不斷の刺戟を受けて肥厚し、其の容積を増す爲めであるから、クーント氏法に従ひ、結膜  
の方を瞼板と共に楔狀に切除して整復せしめるのである。この方法によると一時皮膚の方に皺



襲が出来るけれども其の内に自然と消失する。眞の原因たる瞼縁炎の治癒せぬ限り、再發の免れ難きは勿論である。

ベル氏現象 *Bellet's Phenomenon* 眼瞼閉鎖と共動的に眼球が上方に轉向する、一種の生理的現象をいふのである。尤も眼球はこの時常に必ずしも上轉するとは限らない、上内方或は内方稀には下内方にさへも向ふことがある。今若し上眼瞼に高度の癩痕性外反症があるときは、瞼裂を閉鎖しても角膜の大部分はそこに露出するから眼球は下眼瞼の庇護を受けるより外は無いため、普通ならば上轉するのを、反對に眼瞼閉鎖運動に伴つて却つて下方に轉向する、即ち異型、ベル氏現象を呈するのである。然るに之れに對して、外反症手術を行ひ、其の結果眼球が上眼瞼にて蔽はれるやうになると、再び眼球は眼瞼閉鎖に伴ふて上轉する。そこに反射性に共動運動が營まれるのである。

兔眼症

兔眼症

廣い意味に於ては、外反症も亦兔眼症の一つである。が然し通例は顔面神経の麻痺によつて、眼瞼輪匝筋の働きが障礙せられ、瞼裂の閉鎖が不能若くは不充分となる、その状態をいふのである。さうした結果、角膜及び眼球結膜は睡眠時に於ても、一部分若くは大部分瞼裂に露出し、絶えず外來の刺戟を受けるからして、そこに兔眼による角膜炎を發し、時には潰瘍を形成することもある。兔眼による角膜炎は、其の特徴として、角膜の下三分の一のところに、瞼裂に相當して横に長い潤濁を生ずるのである。潰瘍も亦同じやうな形狀を呈するが、續發傳染を起さない限り、穿孔するやうなことは無い。

顔面神経麻痺が永い間持續してゐると、丁度高度の癩痕性外反症の時と同じやうに、眼球は眼瞼

閉鎖に伴ふて、已れを最もよく庇護してくれる眼瞼の下へ轉向運動を營むからして、多くの場合、角膜炎を起さないやうになる。

療法 對症的には睡眠時、瞼裂に露出してゐる角膜を外來の刺戟に對して保護する爲めに眼簾又は綿花を以て被蔽するか或は保護繃帯を施して置く。既に角膜炎を發したならば、續發傳染を起さぬやうに注意し、又潤濁を透明に復せしむる爲めに二%黃降汞軟膏を點入する。

最後の方法としては、内眥或は外眥に近く、瞼縁の縫合を行つて瞼裂を狭くする。然し之れは餘り効果的ではない、寧ろ兔眼の原因を除くことに力を盡す方が合理的である。

顔面神経痙攣症

顔面神経痙攣症

通例一側に現はれる。顔面神経全枝の痙攣に伴ひ眼瞼輪匝筋も亦痙攣を發するのである。一般に中年以上の者殊に婦人に多い。心身の安靜なる時は殆ど現はれないか或は軽度であるのに、少し興奮すると、それが顯著になる、觀てゐても氣の毒なくらゐで、その激しい場合は殆ど開瞼することが出来ない、その爲めに社交上にも支障を來すやうになる。勿論不隨意のもので、人によつては睡眠中にも現はれるのがある。

療法 成るべく心身を安靜に、興奮することのないやうに努めるのが肝要である。對症療法として顔面神経が腦底骨壁を貫いて乳嘴突起の所へ現はれる、そこへ七〇%酒精一ccを注射して神経を麻痺させるとよいと云ふ人もある。然しこの方法は、時とすると顔面神経に接觸してゐる外頸動脈を傷ける恐れがあるので、誰にでも容易に行ひ得るとは云ひ難い。それよりも、もつと末梢



の眼瞼輪匝筋へ神経が分布する、その少し前の部位を撰む方が、簡單でもあり且つ効果的である。即ち外聽道の直前約二横指の所で、觀骨弓の外側皮下に、血管を傷けないやうに針を皮膚面に並行に外背の方へ向けて刺入し、八〇%酒精に少許のストヴァイン或はホロカインを滴加せるもの二ccを徐々に注射する。注射の直後、患者は軽い眩暈を訴へることがある、それは約二十分間持続する。効果のあるときは、注射と同時に一つの大きな攣縮が起つて、やがてそれに續いて麻痺が来る。注射による疼痛は二、三時間持続するけれども、左程強いものでないから、外來患者にも施すことが出来る。然し注射後四十八時間ぐらゐは横臥してゐる方がよい。勿論注射部は多少強く腫起するけれども一週間もすれば消退する。注射の合併症としては、特に注意すべきものがない。勿論對症療法だからして再發はあり得るが、短かい場合でも二ヶ月は効果が續いてゐる、一回の注射で二ヶ年以上も持続的に治癒せる例もあるといふ。再發した時は又注射を反覆すればよい。

(Gerard: Ann. d'oculist. Tom. 163. p. 277. 1926)

### 眼瞼内反症及び倒生睫毛症

眼瞼の皮膚が短縮して外反症を起すと同じ理由で、結膜が癒痕收縮を來すとき、眼瞼は内反する。従つて本症は其の大多數がトラホームの末期に發するのである。眼瞼が内反すれば、瞼縁は當然眼球の方に向ひ、睫毛によつて角膜は絶えず刺戟される。殊に斯る場合には、殆ど毎常同時に倒生睫毛があるから、益強く角膜に器械的刺戟を及ぼし、輕くとも表層の潤濁を來し、少し重いものになると、潰瘍さへも形成することがある。兩眼に發し、多くは上眼瞼だが、時に下眼瞼のこともあり、或は

眼瞼内反症  
及倒生睫毛症

又同時に上下とも内反してゐる症例も少くない。

本症は稀にトラホームと無關係に、眼球摘出後とか或は羞明の強いときなどに、一時的現象として發することがある。又五歳以下の小兒で少し肥えてゐる者では、他に何等眼疾患のないのに、下眼瞼が内背に近く内反症を呈してゐることがある。

**療法** トラホームに續發するもの以外は、大抵原因を除くことによつて治癒する。小兒の下眼瞼に發するものなども、その爲めに睫毛が角膜に觸れて、多少の流涙はあつても、手術的に處置するまでの必要は殆ど無い、寧ろ注意してその経過を觀察し、角膜の方に何かそれに原因する變化が現はれて來てから、適宜の處置を講じて、決して遅きに失することはない。通例は年と共に自然に治癒するものである。

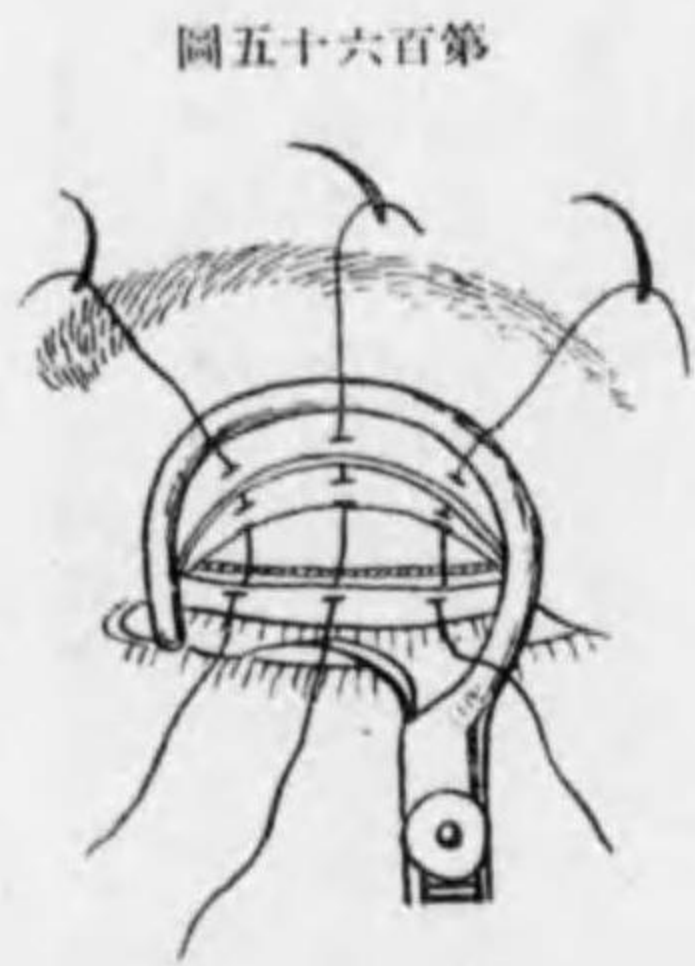
結膜の癒痕收縮による内反症に對しては、手術的療法を絶対に必要とする。それには種々なる術式があるけれども、著者は主としてホッツ氏法を行つてゐる。

多くの人は、この内反症の手術を極く簡單容易なものやうに思つてゐるらしいが、決してさうでない。下手にやると直ぐに再發する。下眼瞼の場合に殊にさうである。内反症の手術が常に思ひ通り效果的に行ひ得るやうになれば、専門家としては既に堂に入つたものである。例へばホッツ氏の術式にしてが、實に絲一本の掛け具合、皮膚切創の部位、大小等も亦其の成績に影響するのである。初學者としては、後來稀にしか機會の無い白内障や緑内障の手術に、大なる關心を持つよりも、寧ろ實際的に最も必要な内反症手術に就て、能ふ限り多くの経験を積むことが、患者の側から言ふても亦望ましいことである。



尙ほ術式の種類によつては、内反せる眼縁の睫毛發生部を切除し、若くは剝離して、そこへ皮膚の移植を行ふやうなものもある。然し移植せる皮膚面は相當に粗糙で、しかも澤山の纖毛が生えてゐる。その爲めに矢張り角膜は常時刺戟を受けて、そこに上皮細胞の胼胝様増殖による瀾濁を來し時には浸潤潰瘍さへも生ずることがある。又粘膜の移植は兎角外貌を減損することが多い。

**ホツツ氏術式** 眼瞼皮下に一カコカイン一筒を注射し、角膜を傷けないやうに、眼瞼と眼球の間に角板を挿入する。上眼瞼ならば挾眼器を用ひると出血が少なく都合がよい。



圖五十六百第

式術手症反内氏ツッホ

先づ上眼瞼に就いて述べると、眼縁から約三ミリの邊に、之れに竝行に、其の全長に互る皮膚の切開を行ふ。その直下にある輪匝筋を離解して、軟骨様の硬度を有する眼板に達したならば、そこで更にその前面の組織を剝離して、眼板全部を手術野に露出する。このものは内反症の程度に略竝行してゐるといふてもよい位に肥厚して且つ蒲鋒形になつてゐる。次にこの蒲鋒の頂上とも覺しき所に皮膚の切開と同じ方向に二條の切創を加へる、しかもそれが眼板全層に及ばない以前に相合するやう言ひ換へれば、斯くして細長い、斷面の楔狀を爲せる眼板組織を切除するのである。其の全層に及ばないやうにと言ふのは、結膜を傷けないやうにとの注意で、初心者は稍もすると結膜に大きな孔をあけることがある。

楔狀に切除した後の眼板創面が、互に相接觸すれば、眼縁は自ら正しい位置に復するのである。

それには皮膚を縫合するときの糸のかけ方が大切で、眼瞼に近い皮膚の創縁から通した糸は、一度眼板を、その上縁に近い所で軽く掬つて、それから他方の皮膚創縁に刺出して結紮する。糸は三本か四本でよい、しかも成るべく創縁に近く浅くかける。其の時、患者が老人で眼瞼皮膚に皺襞のあるときは、皮膚の一部分を切除することもあるが、若い人ならば却つて切除せない方がよい。手術後の皮膚の皺痕を目立たぬやうにするには、創縁の重り合はぬやうに注意し、又糸は三日目ぐらゐに抜去する。大體、手術直後の成蹟がよければ、再發は無いものである。

上眼瞼の内反症手術に於ては、眼板の切除を餘りに眼縁に近い所で行ふと、丁度其の邊のところを前後に貫いてゐる動脈弓を傷け、出血させることがある。勿論細い血管ゆへに、其の場ではさまざま強い出血を見ないけれども、ヂクヂクといつまでも歇む事なく、手術後七、八時間或はそれ以上も持続し、血友病者ではないかと思はせるやうな場合がある。少し強く壓迫繃帶をして置けば、其のうちには止んで、別にそれ以上の不快なる症狀を呈することは無いけれども、一時は驚かされることがある。

下眼瞼の内反症手術に於ては、皮膚の切創は、成るべく眼縁に近く、睫毛根部を傷けない程の所に之れを設け、上眼瞼の時と同じく、眼板を露出する。然し、下眼瞼の眼板は一般に狭小だから、それを楔狀に切除することは出来ない。従つてこの時には、眼縁に近い方の皮膚の創縁に糸を通して、眼板を軽く縫ひ、更に輪匝筋層に掛けて其の働きを借り、それによつて眼瞼の整復するやう適當に引締めて結紮する。下方の皮膚創縁は其の儘とする、即ち皮膚創口は縫合せないのである。手術の簡單なるだけに、又糸一本の掛け具合如何が大に影響する。



瞼裂異常

倒、生、睫、毛、に對して手術を要する場合は、大體に於て内反症の手術を共儘行へばよい。兩者は通例相伴ふてゐるからである。

内、反、症、を、伴、は、な、い、倒、生、睫、毛、だ、け、の、手、術、は、其、の、内、眥、若、く、は、外、眥、に、近、い、も、の、に、限、り、ス、ペ、ン、サ、ー、ワ、ト、ソ、ン、氏、法、が、效、果、的、で、あ、る、が、少、數、の、倒、生、睫、毛、に、對、し、て、は、著、者、は、手、術、を、せ、な、い、方、が、よ、い、と、思、つ、て、ゐ、る。何となれば、さうした場合全く健康なる睫毛を傷けることなく、病的のものだけを手術的に除くことは殆ど不可能だからである。面倒ではあるが毛抜で抜き取る方がよい。然し手術書中には種々なる方法が記されてあるから、試みるのは勿論差支へないことである。

眼瞼缺損症

本症は一種の先天性發育障礙であつて、從來報告せられたるもの大多數は、上眼瞼の部分的缺損である。而かも同時に角膜縁の皮様腫、結膜下脂肪皮様腫を合併するものも多く、中には又更に耳殼の發育異常を伴ふものがある。胎生初期未だ眼瞼の形成せられないとき、羊膜の一部分が索状を爲して無蓋の眼球に接觸し、其の發育の障礙せられる爲めだらうと言ふてゐる人が多い。遺傳的關係については尙ほ不明だが一般には稀に觀る疾患である。

療法 缺損の比較的小なる場合は、缺損部に新しい創面を作つて、皮膚はその兩縁を縫合し、結膜の方は其の儘として置く。缺損の大なるものに對しては眼瞼整形手術を試むべき

圖六十六百第



症損缺瞼眼上眼右  
雄勇○渡者患  
(○六八一、入三、昭)

眼瞼缺損症

だが、第六十六圖の如き症例に於ては相當困難である。

第十八章 眼球の位置の異常及び運動障礙

斜視

斜視  
の眼球の位置  
異常及び  
運動障礙

普通我々が斜視と呼んでゐるのは、共、働、性、斜、視、*Strabismus concomitans* のことである。患者をしてその眼前にある或る一點を注視させるとき、一方の眼は注視點に向つてゐるのに、他方の眼は内方若くは外方に轉向してゐる。それで兩眼の視線が、注視點よりも眼に近い所で交叉してゐるのを、内、斜、視、*Strabismus convergens* といひ、反對に注視點よりも遠くその前方に於て交叉するか或は全く交叉しないものを外斜視 *Strabismus divergens* と呼んでゐる。然

し其の孰れにしても眼球それ自身の運動には、少しも故障が無い。即ちそこには外眼筋の麻痺がない、従つて兩眼の視力が善良であつても、通例、複視を訴へることが無い。

尤も内直筋作用不全、即ち潛伏性外斜視が現在性外斜視へ移行する時期には、往々にして複視を覺えることがある。

症例 齋○孝二、十四歳、昭和六年七月三十日入院。患者は從來健康であつて、眼に關しては何等訴ふところが無かつた。然るに昨年末に至り、母親は患者の眼の様子は何となく普通と異なり

圖七十六百第



全不用作筋直内るあに期行移視斜外  
(視斜外眼左) (位整眼兩)

眼球の位置の異常及び運動障礙



稍もすると其の一方が外方へ轉向するのに氣付いたが、其の中に患者自身も時々複視を訴ふるやうになり、某眼科醫によつて三稜鏡を處方された。その結果にや暫くの間は複視を覺えなかつたが約二ヶ月以來眼鏡裝用時に於ても亦時々、殊に眼の疲勞せるとき、複視を發することがあるといふのである。

本例は、明かに内直筋作用不全が將さに外斜視へ移行せんとする時期にあるもので、一方の外直筋後轉を行つただけで、爾後總ての症狀は霧消した。

**内斜視** 多くは遺傳を證明する。然しそれが現はれるのは生後一定の歳月を経てからである。左右兩眼が交替性に斜視を呈するものを、交替性斜視、*Strabismus alternans* といひ、相當に多く觀るものである。さうした時、兩眼の視力は、大抵善良である。

内斜視には遠視を合併することが比較的多い、然し稀には近視のこともある。

**外斜視** 勿論先天性のものもあるけれども、通例は後天性である。一般に十歳以後に於て、一眼に高度の視力障礙を發するとき、例へば角膜の中央部に大なる癒着性白斑を生じたやうな場合には、その眼は大抵外斜視となる。尤も幼時に内直筋麻痺を患ひ、其の結果、外斜視になつたやうなのは、視力は始め善良であつても、後に廢用性弱視、*Amblyopia ex anopsia* に陥つて減退する。従つて症

例によつては、弱視と外斜視とその孰れに原因のあるのか判然せないことがある。

一眼が上方若くは下方へ轉向してゐる場合があり、それが又外斜視若くは内斜視と同時に現はれてゐることがある第

百六十八圖 *Strabismus sursum bzw. deorsum vergens. 1054.*



右眼内斜視に視線上に斜視を併合せる例

第百六十八圖

斜視の診斷は、醫家の注意がそれに向けられさへすれば、極めて容易である。眼筋麻痺と鑑別を要するやうなことは殆ど無い。唯、本症はどういふものか婦人に割合に多いやうで、患者のうちには進んで自らそれと明かに告げず、却つて醫師から氣付かれるのを待つてゐるといふ遠慮深いのが往々ある。

**療法** 斜視に陥つた眼の視力が著しく減退して、殆ど兩眼視を營むことの出来ないものに對しては、その整形手術は如何なる場合に於ても、之れを行つて少しも差支ない。

これに反して兩眼の視力の比較的善良なるものに對しては、種々なる點について、慎重なる検査を行ひ、其の結果によつて手術の適否を定めることを忘れてはならない。この注意に缺けた所があつたといふので、患者から訴訟を起された専門家が、あると聞いてゐる。

それには先づ第一に屈折異常の有無を検査する。外斜視にあつては近視、内斜視には遠視の存在を考へ、尤も時には内斜視にして近視のこともある、そこに屈折異常が檢出されたならば、それを矯正するに適當なる、或はそれよりも少し強い位の眼鏡を裝用せしめ、それが斜視に如何なる影響を及ぼすか、若し眼鏡の裝用により斜視の輕減するやうな場合は、暫くの間、當時それを裝用せしめ、それでも尚ほ依然斜視の存在するときは、そこに始めて手術の適應がある。次には手術後に於て、それが適當に行はれたのに拘らず、複視を發することがある。その主なる理由は、患者の合像能力、*Fusionsvermögen* が充分に發達してゐない爲めである。即ち兩眼の網膜黃斑部に於ける結像を、腦の認識中樞に於て合一させることが出来ないからである。この合像能力の有無を比較的簡單に検査するには、反射のない黒色平面上に或る一定の視標例へば白色の線を設け、それを初めに先づ



水平となして、一方の眼にて一、二分間注視させ、更にその白色線を垂直の方向に置き換へ、それを今度は他方の眼で同じく一、二分間注視せしめ、然る後軽く兩眼を閉ぢさせると、そこに白色線の像、*Neuhild* が観えて来る。それが中央に於て交叉してゐるのは合像能力の存在してゐる證據で、手術の成績に多少の過不足があつても、患者の自己補正によつて、丁度具合よくなり、複視を起すやうなことはないから、直ちに手術してよい。

之れに反して若し兩眼の後像が互に其の中央に於て交叉せず、孰れにか偏してゐるのは、合像能力の發達が不十分なものを告ぐるもので、手術後、複視を生ずる惧れがある。それ故に斯る患者に對しては、豫めその事を告げて置く必要がある。さうした斜視に對して、若し手術をするとすれば、初めに先づ部分的矯正を行ふ。患者は勿論複視を訴へる。然し中にはそれが間もなく消失するのがある。さういふのは、更に二次的に完全矯正を行つてよい。若し然らずして部分的矯正後に、複視が持続的に残つてゐるやうなのは、寧ろ手術以前の狀態に置くべきである。

斜視手術後の複視に就ては、患者は相當に強い苦痛を感じるものやうで、この苦痛に耐え難く、結局複視の起らないやうにと、一方の眼の視神經を切斷したといふ症例も聞いてゐる。

**内斜視手術** 外直筋の前轉と内直筋の後轉とがある。兩者其孰れを擇むべきかといふに、人によつて意見が異なつてゐる。それには各相當の理由のあることで、中には斜視の角度から割り出して、外直筋を何ミリだけ前轉すればよいなどと細かい數字を擧げてゐる人もある。著者も其の昔、助手時代にはさうする事が正しい遣り方と思つた。然し實際には種々なる條件が、個々の症例に於て一樣でない例へば出血が多いとか、テノン氏囊を廣く切開し過ぎるとか、筋を強く損傷する

内斜視手術

圖九十六百第



視斜内眼右 (前術手)

圖十七百第



後術手 上同

とか、或は絲の結紮狀態等も相當に關係するだらうし、更に又筋其のもの發育狀態にも可なり著明なる個人的相違のあることは、二三の症

例について經驗すれば、誰れにでもそれと首肯されることである。五ミリ前轉するつもりで行つた手術が、三ミリにも及んでゐないといふやうな事は決して稀でない。著者は茲に斷言してよいと思ふ、如何なる術式でやつても豫め計算して置いた數字通り正確なる効果は擧げられるものでないといふことを。殊に前轉法は一般に其の終局的効果、*Endresult* が手術直後に比して著しく減退するものである。

著者は殆ど總ての内斜視に於て、先づ一眼の内直筋を充分に後轉する。決して過度になることはない。斜視の高度なるもの即ち五ミリ以上のものでは、更に第二眼の内直筋を後轉する。斯くして斜視が尙ほ二ミリ内外の殘存を示してゐるとき、始めて一側若くは兩側の外直筋を前轉する。勿論如何に注意深く手術しても、そこに多少の過不足はあるものだ。一分一厘も誤ることなく希望通りに手術することは不可能である。假りに出來ても、それは寧ろ偶然のことである。然し、さうした過不足はあつても、上に述べたやうに合像能力の充分に發達してゐる患者である限り、自己補正によつて、丁度よい具合になつてくれるものである。この自己補正の力は、蓋し相當に大なる



もので、彼の潜伏性外斜視が能く兩眼單視を営み得る事實によつても略想像することが出来る。前轉法では筋腱は必ず眼球に附著するけれども後轉法では稀に截腱した筋が眼球結膜に附著してゐることがある。さうした事なく、筋は眼球に附著してゐても、反覆して手術すると、遂に截腱された眼筋は不全麻痺の状態に陥り、眞直ぐに前方を視るときは、兩眼整位にあつて具合がよいけれども、視線を側方に向けやうとするときに運動障礙を來して、複視を訴ふことがある。それ故に同一の筋に對して二回以上手術することは、寧ろ避くべきである。

次に注意すべきは、前轉は勿論後轉の場合でも、筋の新附著部は常に角膜縁に並行し、斜めにならぬやう、言ひ換へれば内直筋及び外直筋の作用が同時に眼球を上方若くは下方に轉向させないやうに心掛けなければならない。さもないと手術後に合像、不可能なる傾斜複視を生じて、患者を苦しませることがある。

眼筋の後轉を行ふときは拮抗筋の作用が減退するからして、眼球突出を來して、外貌を減損するといふけれども、少くとも邦人に於ては、それが眼につく程の事は無い、杞憂に過ぎないと思ふ。

斜視の手術に過不足があつても、其の程度なるときは、立體鏡を用ひて、兩眼單視の稽古をする、それを矯正することが出来るやうに書いた書物が多い。然し著者の經驗によれば、殆ど其の必要がない。否それ計りでなく、内斜視の場合は却つて折角具合よく出来た手術の成績を減退させることさへもあるやうに思ふ。何となければ立體鏡によつて、兩眼單視を營まうとする時には、殆ど本能的に輻輳機能働き掛けてくる。即ち兩眼内直筋に對して刺戟が加はるからして、都合よく矯正されかけてゐる眼球が、再び斜視位を採るやうになるからである。

外斜視手術

立體鏡練習よりも大切なことは、手術した眼の繃帯を能く限り速かに取り除くこと、二十四時間以上は其の必要がない。即ち一刻でも早く兩眼視を行はせ、それによつて筋が新しい場所へ堅く癒着する以前に、手術の過不足を能く補正させるやうに心掛くべきである。徒らに長く繃帯をした儘で置くと、この大切な自己補正が出来なくなり、折角の手術も効果が半減される譯である。

外斜視手術

内斜視の場合と同様に、著者は先づ外直筋の後轉を行ひ、更に必要があつたならば、

圖一十七百第



右眼外斜視 (前術手)

圖二十七百第



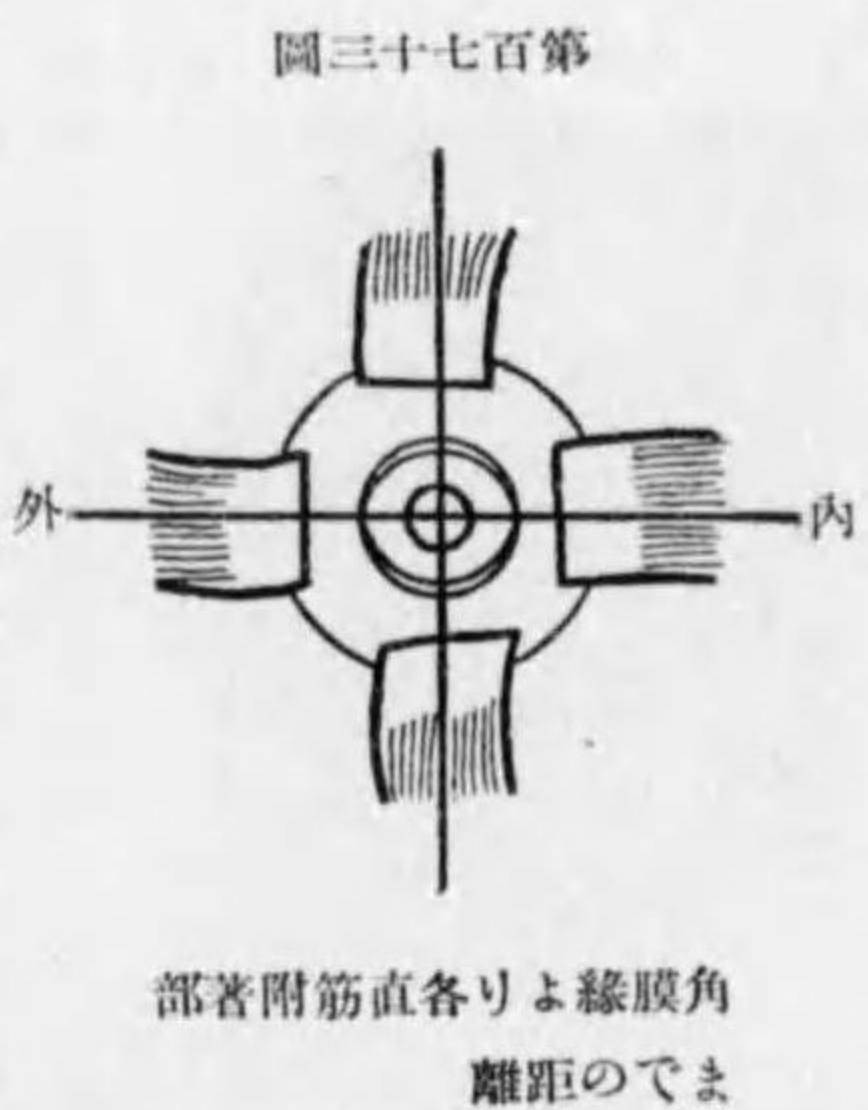
同上 後術手

内直筋の前轉をすることにしてゐる。然しこの内直筋は既に其の本來の鞏膜附着部が角膜縁に近いので、之れを前轉する場合には、腱の一部を切除せな

いことには、効果が少ない。所で外斜視では視力の善良なるものは別として、一般にはそれが著しく減退してゐるので、殆ど兩眼視を營むことが出来ないから、たとひ手術直後の成績は申分がなくとも、再び以前の状態に戻る傾向が多い。その代り如何なる場合でも複視を訴へることが無い。尤も高度の近視などで、内直筋作用不全の結果、外斜視となつたものは、此限りでない。上方若くは下方斜視に對しては、そこに視力の著しく障礙されてゐる場合を除き、一般には整形手術は行はぬ方がよい。稍もすると合像不能の複視を結果するからである。



斜視手術の種類 共働性斜視に對して前轉後轉其の孰れを行ふにしても、術式は實に澤山にあつて、其の撰擇に迷ふ程である。この事は又偶以てそれ等の手術殊に前轉法が如何に期待の効果を齎らさないかと云ふことを如實に物語るものである。それで彼れ此れと種々なる方法を次ぎ次ぎと試むるよりも、寧ろ或る一つの方法について、自己の経験を重ねた方がよい。同じ術式でも、經驗の多少により、絲一本の掛け方までが、その成績に影響するものである。「名人も經驗から *Thune macht den Meister* といふ諺は、ここにも能く當てはまるのである。



斜視の手術を行ふに當つて知つておなければならぬことは、筋の眼球附着部である。大體、内直筋は角膜縁を距る後方五五ミリ(睫の長さ四ミリ)。外直筋は約七ミリ、睫の長さ六五ミリ、孰れもテノン氏囊にて裏まれてゐる。上直筋七五ミリ(睫は五ミリ)、下直筋六六ミリ(睫は四三ミリ)。

尙ほ斜視の手術に際して著者の氣づいた點を述べて置く。截、睫の時には、コカイン、アドレナリン局所麻酔の後固定鑷子を以て眼球結膜の上から、今截睫しやうとする筋を、其の附着部に近く掴んで軽く引き挙げ(餘り強くすると患者は疼痛を訴へる)、結膜と共に剪刀にて、睫を截斷する、斯くすれば出血も少ないし、テノン氏囊を不必要に深く傷けることが無い。截睫した筋の働らきを検査し、それが減弱してゐないのは、未だ一部分が附着した儘、残つて居るからである。依つて茲に初めて小なる斜視鉤を創口より挿入して、上下兩縁の所に残つてゐる部分の筋睫を搜して引掛け、更に截斷する。結膜の

縫合は創口が小さいから、一個所でもよいのだけれども、二個所にして置く方が癒合するときに具合がよいやうに思ふ。

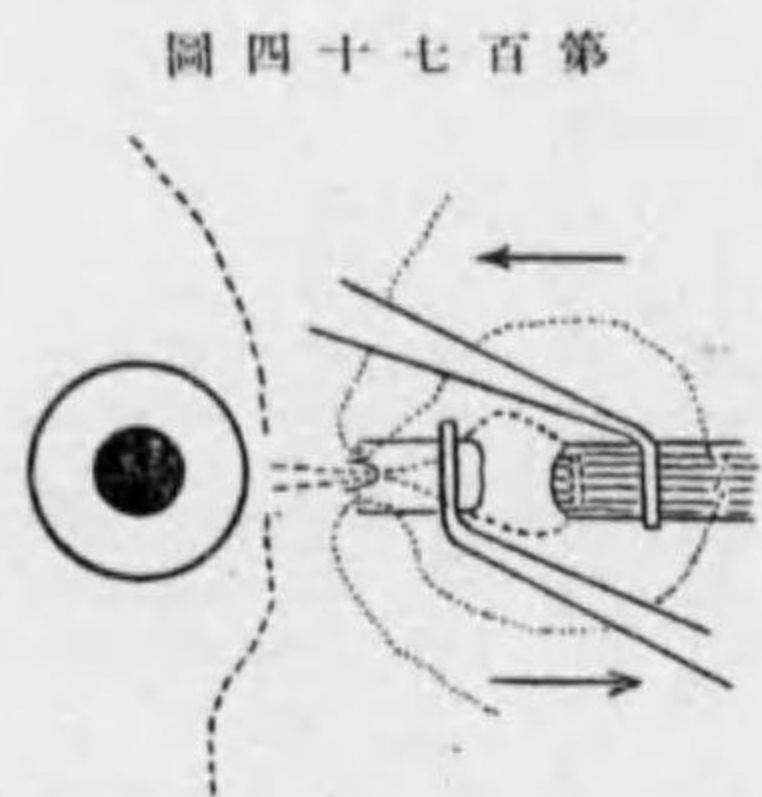
前にも述べて置いた通り、内斜視の時に最初に行ふ内直筋截睫は、大抵の場合強きに失することはないが、二次的に他眼の内直筋を截睫する時には、或は過度の後轉を來すことが無いとも限らない。殊にこの後轉は手術の直後よりも、多少時日を経過してから効果が加はることがあるから、筋睫の全部を截斷せず、その一部分を残して置く方が注意深い處置で、數日を経て斜視の尙ほ完全に矯正されない時、始めて其の殘部を截睫する。或は始めに全部を截睫して、それへ絲を一本かけて置き、過度に後轉する恐れのある時、この絲を引き締めて、必要の程度に筋を前轉することも一方法ではあるが、著者は今迄さうした必要を感じたことがない。それといふのも、兩眼内直筋を截睫するやうな内斜視に於ては、多くは更に尙ほ外直筋の前轉を行はねばならぬ位に、それが残つてゐるからである。

内斜視に限らず、筋の前轉を行ふ場合の術式には、種々なる方法があるけれども、夫れ等は孰れも言ひ合せたやうに、如何にすれば筋を具合よく新附着部へ固定させることが出来るか、といふ點に苦心の存してゐるのが能く判る。前にも述べた通り、前轉の効果は一般に手術直後に比して著しく減退する。それは畢竟、筋が新附着部からヅレて後退する爲めだらうといふ想像に基くものらしい。さうした事のないやうに成るべく確かりと筋睫を鞏膜へ結び付ける事にすればよい、といふのにあるやうだ。著者の如きも亦、永い間さうすることがよいと思つてゐた。然し此頃では、何も左程に鞏固に二重にも三重にも絲で結び付けなくても、筋は決してさう容易に後退するもので

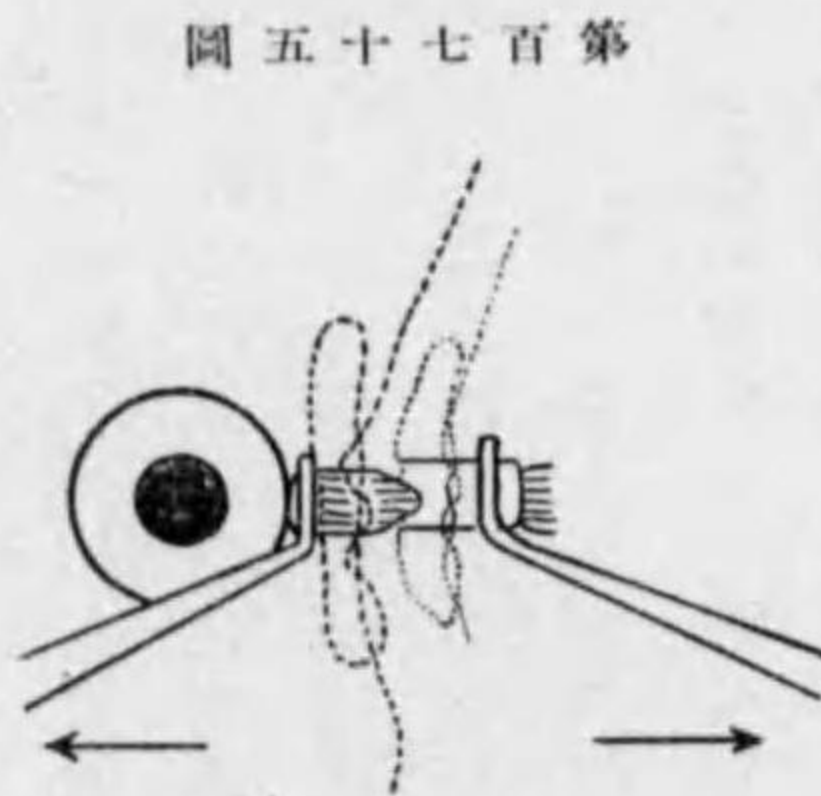


ない、寧ろ唯軽く糸を掛けて置くだけで充分である、又其の方が却つて筋を損傷することも少ないといふことが明かになつた。それで以前は主としてブルツェル氏前轉法を行つてゐたが今日では大抵はメルレル氏法によつて手術してゐる。

**ブルツェル氏法** 外直筋前轉の場合について述べる。局所麻酔の後、眼球結膜を水平に外眼角の近くまで切開し、更にテノン氏嚢を截開して、廣く外直筋を露出する。腱附着部より後方九一



(一其)法轉前氏ルエツルブ



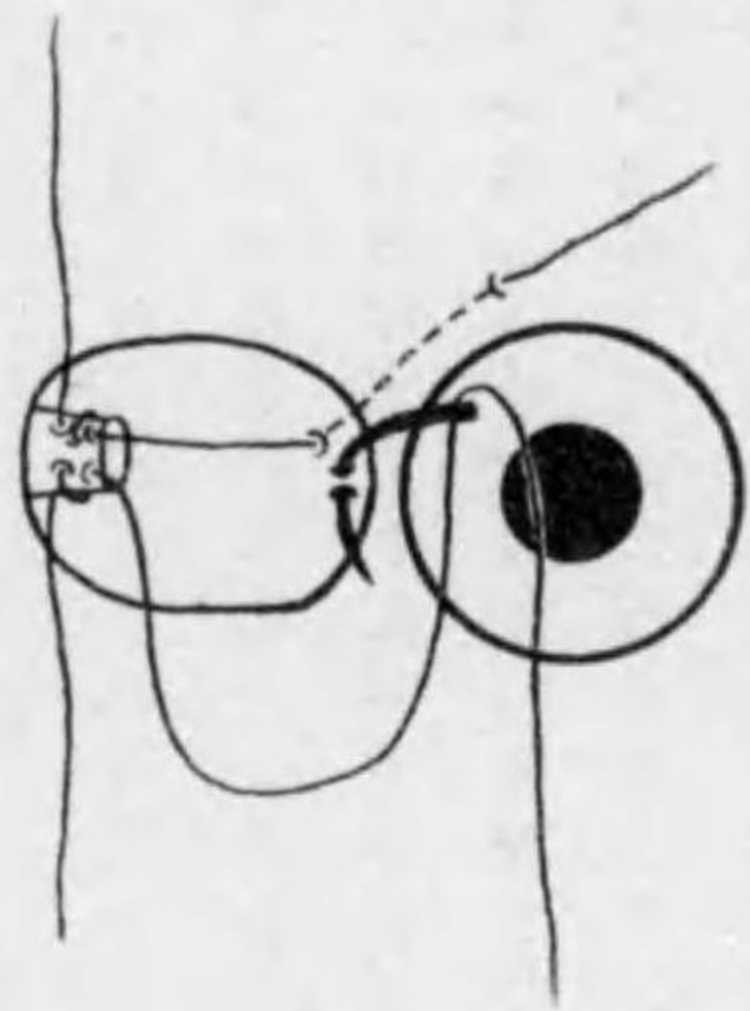
(二其)法轉前氏ルエツルブ

〇ミリの所に先づ一本の糸を第七十四圖に示すやうに掛ける。それよりも更に後方約六ミリの所に第二の糸を筋腹内に同じく圖の如く刺通し、筋腱の大部分を鞏膜に残して、筋を截断する。鞏膜に附着せる儘の腱に裂孔を設け、そこから第一の糸を引き出し、即ち筋の断端が

裂孔から出て来る、それを第一の糸にて角膜縁に近く、鞏膜に堅く結び付ける。次に第二の糸を採つて、之れを腱裂孔の上下の兩縁に刺通して結紮する。

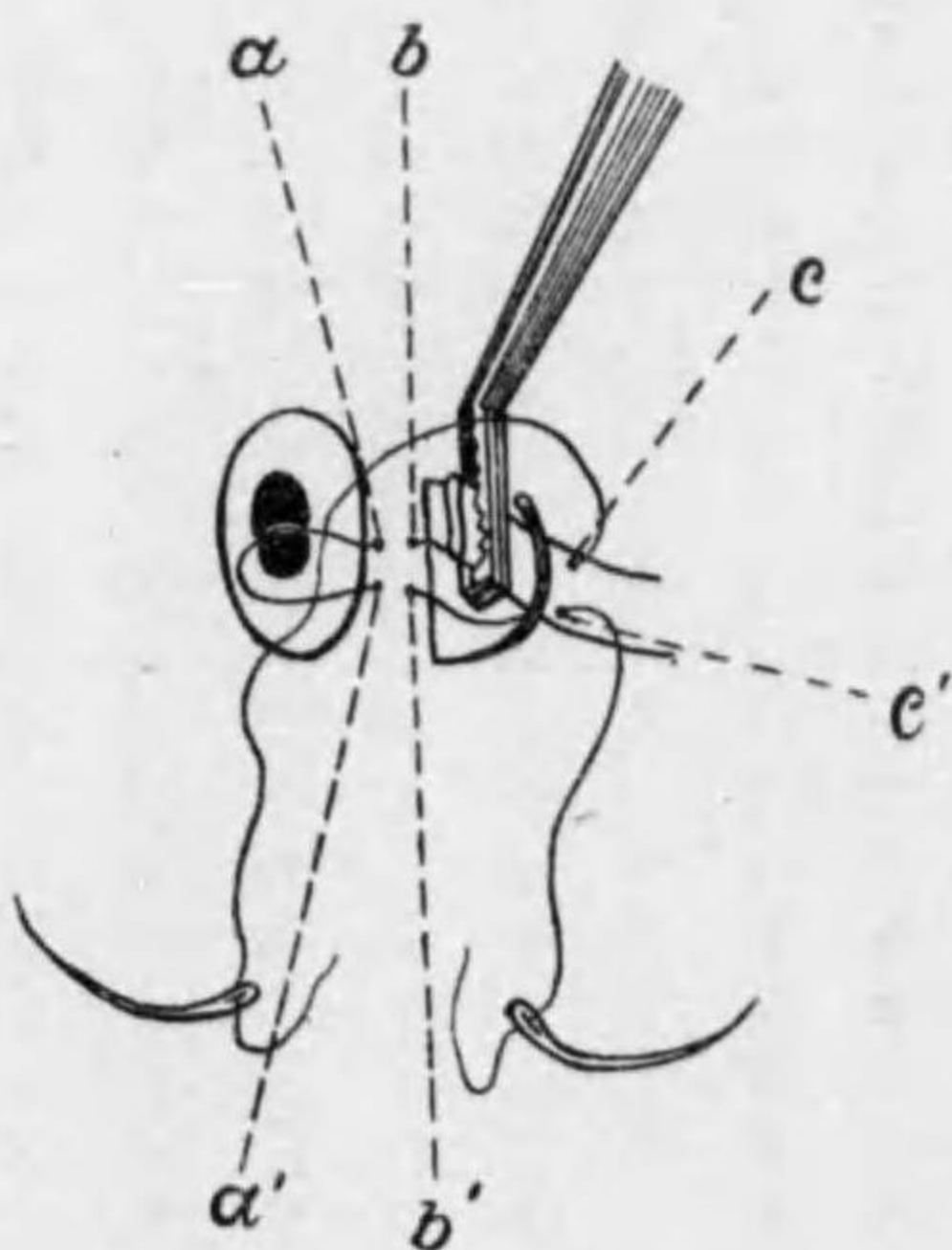
**メルレル氏法** 前の方法よりも簡單で、筋の断端に近く、各上下の兩縁より、第七十六圖の如く二重に一本宛の糸をかける。各の糸にて筋は約半分づつ括られてゐる。今糸の一方の端に通してある針を角膜縁に近く、鞏膜上層内に刺入して更に斜めに僅か計り層間を縫ふて再び結膜面に

圖六十七百第



法轉前氏ルレルメ

圖七十七百第



法轉前氏-キスウヨシルビ

刺出し、各の糸を別個に結紮する。

**ビルショウスキー氏法** 第七十七圖に示せる如く前轉せんとする筋を露出せる後、重複鈎を以て筋腱を固定し、二本の針を有する糸を採つて、先づ角膜縁に接してa及びa'の二個所に針を結膜に刺入して、鞏膜上層を縫ふて、夫々b及びb'に刺出し、其處に一個の係蹄を作り、更に兩針を結び、bに於て筋の後面より表面に刺出し、同時に結膜をも貫き、一方の針は更に前に設けたる係蹄を潛らせ、糸を引き締めて結紮する。

筋の前轉に使用した糸は、手術後少くとも一週間は其儘として置く。又抜糸する際にも成るべく新らしい筋附着部を傷けないやうにする。抜糸せず放置すると、後に糸を中核とする肉芽腫を發することがある。尤も稀には糸が自然に脱落することもある。



要するに斜視手術の効果は、一般には主として筋の後轉に歸すべきもので、前轉法は其の補助たるに過ぎないと著者は観てゐる。

複視

## 複視

複視といふのは、自覺症狀のうちでも可なり、はつきりした特異のものである。患者がこれを訴へて來るとき誰しも恐く即座に外眼筋の麻痺を想像するだらうと思ふ。然し實際には、患者の複視と稱するものには、眞の複視ばかりでなく、朦視即ち物體が明瞭に視えないのをも含めてゐるのである。慢性結膜カタル、トラホーム等の爲めに、分泌物が角膜の表面に附着してゐるか或は角膜に薄い潤濁があつて、視力の減退してゐるやうなとき、患者は能く複視と稱して訴へて來る。而かもそれが比較的多いのである。又眼精疲労を複視と言ふてゐる患者もある。

實際に物體が二つに観える時でも、それが眼筋麻痺では無く、片眼複視、即ち一方の眼だけで複視を覺えることがある。其の適例は水晶體の半脱臼で、瞳孔の一半には水晶體が缺けて居り、他の一半には尙ほそれが存在してゐるのである。外傷其の他の理由で、虹彩に裂孔が形成せられた時にも亦、片眼複視を來すことがある。ヒステリー患者に於て、時に同様なる訴へを聞くことがある。然し孰れにしても片眼複視といふのは、極く稀に觀るものである。

外眼筋麻痺

**外眼筋麻痺** 本症に於ける主要の症候は、兩眼複視である。尤も内直筋作用不全即ち潛伏性外斜視が現在性のものへ移行する時期及び視力の善良なる眼に斜視手術を施した後に於ても亦往々複視を訴へることがあるけれども、それ等を除けば全部が眼筋麻痺の爲めである。

外眼筋麻痺でも其の程度の強いときは、眼球は麻痺筋の作用すべき方向には動かす、拮抗筋に打勝たれて其の方に偏位し、所謂麻痺性斜視、Strabismus paralyticus を呈してゐるから診斷は容易である。けれどもそれが不全麻痺の時は、眼球の偏位や運動障礙を明かに認めることが出來ないからして、殆ど唯一の自覺症狀であるところの複視の現はれ方によつて、どの筋が麻痺してゐるかを診斷せなければならぬ。多くの眼科書には、その外に頭部の傾斜とか、顔面の轉向とかいふやうなことも細々と書いてはあるが、實際上それ等にはさまでの診斷的價値が無い。

患者の訴ふる複視のみによつて、眼筋麻痺を診斷しやうとするには、先づ第一にそれが同側性複視、即ち右眼の像が右側に、左眼の像が左側に觀えるか、或は交叉性複視、即ち右眼の像が左側に、左眼の像が右側に現はれるかといふことを検査する。それには一定の視標例へば燭火を採つて、之れを患者の眼前約五〇センチメートルの所に置き、被檢眼の左右孰れか一方に、赤色（勿論他の色でもよい）硝子を裝ひ、之れを透して燭火を觀させる。一方の眼の像は著色されてゐるから、それによつて容易に複像が同側性か、或は交叉性かといふことが判る。

同側性複視は外轉筋即ち眼球を外方へ動かす筋の麻痺で、其の最も多いのは外旋神經麻痺である。又交叉性複視は内轉筋即ち眼球を内方へ動かす筋の麻痺によつて起るのである。

外眼筋の作用

次に左右の孰れが患眼であるかといふと、兩像の距離が最も大なるときに、視界の外方即ち周邊部に位してゐるものが患眼の像であるから、それによつて確實に診斷することが出來る。念の爲め茲に外眼筋の作用を記して見ると、  
内轉筋—内直筋、上直筋及び下直筋。

眼球の位置の異常及び運動障礙



外、轉筋—外直筋、上斜筋及び下斜筋。  
上、轉筋—上直筋及び下斜筋。  
下、轉筋—下直筋及び上斜筋。

即ち内直筋及び外直筋はそれぞれ専ら内轉及び外轉を司るも、他の筋は同時に又上轉若くは下轉作用を營むのである。それ故に二つの像に高低の差がある時、それは眼球の上轉若くは下轉を司る筋の麻痺で、内直筋及び外直筋を除いた總ての外眼筋麻痺に於て、それが單獨麻痺である限り、必ず現はれる筈である。尤も軽度の高差、Höhenunterschied は内外兩直筋の麻痺に於ても、往々觀られるところである。然しこの場合には視線を孰れの方向に向けても、その高差に著しい増減を來すことが無い。

兩像に高差あるとき、これと左右の間隔とは並行せないのが通例である。今例を上直筋、麻痺に、とつて説明すると、このものでは視線を上方に向けるとき、高差は最も強く現はれる。けれども、左右の間隔は視線を内方即ち鼻側に強く轉ずるときに最も大となるのである。

滑車神経から司配されてゐる上斜筋の麻痺は、外傷以外には殆ど觀られないといふてもよい程に稀なものである。

それに反して外旋神経の司配を受けてゐる外直筋は、單獨麻痺として來ることが、恐く最も多いと思ふ。

爾餘の外眼筋は孰れも動眼神経の司配下にあるので、同時に二つ若くはそれ以上が侵されることが多く、内眼筋の麻痺を併發することさへも稀でない。二個以上の眼筋麻痺は複像検査だけで

は、其の孰れの筋が侵されてゐるか明かでないことがあるけれども、かうした時には、他の附隨症候例へば眼瞼下垂症、散瞳、調節障礙、眼球の偏位及び運動障礙等によつて、診斷は比較的容易である。

それよりも治療上から言へば、眼筋麻痺の原因を知ることが必要である。

最も多い外直筋麻痺に於て、先づ考ふべきは各種の腦底疾患、殊に微毒性のものであるが、内耳の疾患に原因する場合も尠くない。脊髄、癆瘵、糖尿病、比較的稀に腎臓炎に於ても亦、一過性に之れを發

することがある。腦腫瘍殊に孤立結核に於て、外直筋

麻痺が唯一の初期症狀たることもある。

症例一、藤○イシ、十四歳、大正十四年二月九日入院。

前年九月初旬即ち約五ヶ月以前、既に右眼外直筋麻痺を發して居り、當時眼科に於ては勿論のこと、内科及び耳鼻科をも煩はして、種々その原因を調べて觀たが何等得る

第百七十八圖



右眼外旋神經麻痺の初發時と現る

所なく、約三週間の後に、患者は一度歸郷したのである。

今回再來したのを觀ると、獨り外直筋麻痺が著しくなつてゐるばかりでなく、眼底には左右ともに高度の鬱積乳頭を起して居り、最早それが腦腫瘍であることは、毫も疑ふ餘地がなく、その中に内科的にも著明なる小腦腫瘍の症狀が現はれて來た。患者は間もなく死亡したとの事である。

かうした例は、まだ他にもある。動眼神経麻痺は腦底微毒に原因することが多い、その時、前驅症狀として激しい偏頭痛を訴ふることが診斷上、注意すべきである。

症例二、川○富久美、四十八歳、昭和二年四月二日入院。約二十日前より右側偏頭痛を發し、夜間に於



圖九十七百第



痺麻全經神眼動眼右

て殊に強く、内科及び耳鼻科の診察を受けたが、病症を詳かにせなかつた。然るに昨日に至つて、右眼の上眼瞼下垂を來し、且つ視力の障礙をも覺えるやうになつたと訴ふるのである。  
診ると、右眼に下垂症ある外に、眼球は外方に偏位し、殆ど總ての方向に運動障礙がある。唯外方及び下方に對しては、比較的それが軽度である。瞳孔も右の方は約八ミリ、左眼の三五ミリに比して著しく散大してゐる。即ち本例は獨り外眼筋ばかりでなく、内眼筋も侵され、實に動眼神経全枝の麻痺を起したものである。ワ氏反應陽性。

幸ひに本例は原因療法によつて數ヶ月の後完全に治癒した。

外眼筋の單獨麻痺は腦實質殊に筋核若しくは其の附近の出血に因ることが多いやうに言はれてゐるが、必ずしもさうでない。動眼神経の末梢例へば腦底に病竈があつても、其の一部分だけが侵されることもある。このことは原因を知らうとする時に、特に留意すべきである。

症例三、伊〇トメ、三十二歳、昭和九年八月六日入院。患者は約一ヶ月前、右眼の眼瞼下垂と同時に複視を氣付いた。多少鈍頭痛を覺えたが、それ以外には何等腦症狀の如きものは起らなかつたといふ。眼瞼及び眼球の運動障礙は第百八十圖に示せる通りで、右眼に於て著明なる下垂症がある(I)。眼瞼を舉上して直前方を注視させると、左眼は整位にあるのに、右眼は下方に轉向してゐる、即ちそこに上轉筋の麻痺がある(II)。次に視線を右方に向けさせると、左眼の内轉運動は軽度なるも、明かに障礙されてゐる(III)。又左方を瞥見せしむるときは、左眼は其の中央より左方へは動かない、即ちそこに外轉筋は殆ど完全に麻痺してゐる(IV)。更に視線の上轉及び下轉により、右眼上轉筋及び左眼下轉筋の不全麻痺が現はれて來る(V-VI)。視力は左右共に一二で、眼球運動障礙を除いては、前眼部には勿論、眼底にも何等の

圖十八百第



痺麻筋眼外よに血出の近附核筋

病變なく、視野も亦全く健常である。中樞神経系統を精査しても、そこに運動並びに知覺麻痺を證明しない。ワ氏反應陰性、血壓一一八ミリ水銀柱。

本例に於ては、動眼神経と同時に外轉筋も亦明かに麻痺を呈し、而かもそれが左右の兩眼に現はれてゐる。此の點に於て、病竈の眼窩及び腦底で無いことは明かである。眼筋以外に運動及び知覺麻痺の無いところから、腦實質即ち核以下腦底迄の間にも異常の無いことは想像に難くない。結局核自身若しくはその近圍に病變の存在するものと見做すべきである。然らば、その病變は何であるかといふに、單なる對症的吸收療法のみにより、發病後約二ヶ月にして總ての症狀の殆ど全く消退せる所から觀て、恐く小なる出血であつたらうと思ふ。

療法、眼筋麻痺に於て、病竈の所在及びその原因が明かになつたならば、それに對して適當なる處置を講ずべきではあるが、一般には、對症的吸收療法が能く奏效するものである。

斜視手術後に發する複視に就ては三九四頁に、又片眼複視が水晶體半脫臼による場合は二六三



眼球震盪症

頁にそれぞれ記述してある。

**眼球震盪症 Nystagmus** 眼球が不隨意なる振子様の運動を營むとき之れを震盪症といふ。多くは水平の方向に震盪するけれども時にはそれが垂直若くは斜めなることがあり、更に又視線を軸として回轉する場合もある。斯る眼球震盪が振子様で無く、或る方向には遅徐で、それと反対の方向には急速なるとき、之れを反撥性震盪症 *Rücknystagmus* といひ、彼の耳前庭性震盪症 *vestibulärer Nystagmus* が即ちそれである。

幼時兩眼に高度の視力障礙を來せる者例へば先天性白内障があるとか或は角膜軟化症の爲めに失明した者などにあつては、通例そこに眼球震盪症を起してゐる。

比較的興味のあるのは、葡萄膜の色素缺乏、網膜黄斑部發育障礙及びこの眼球震盪症の三者が好んで相伴ふて現はれることで、殆ど毎常遺傳を證明する。

職業的疾患として、石炭坑夫に本症を發することがある。加藤直吉氏の統計的調査によると、坑夫はその約六%に於て罹患し而かも勤続年數と共に漸く増加するといふことである。

腦腫瘍に於て、四疊體の壓迫せられるとき、視線の上轉に當り、眼球は垂直震盪症を起すと同時に後退する、後退性震盪症 *Nystagmus retractorius* と呼ばれてゐる。

散在性多發性硬化症に於ては、本症がその主要症候の一ではあるけれども、我が國には極めて稀で、殆ど無いといふてもよい程に少ない疾患である。

**療法** 石炭坑夫に發するものは、その職業を廢することによつて容易に消退する。他の總ての場合には不治で、對症的にも何等施すべきものが無い。

眼球突出症

眼球突出症

眼窩の病的に狹隘となれるとき、或はその内容の増加するとき、眼球は之れが爲めに壓排せられて前方に突出する。その原因が眼窩若くはその近圍に存する場合突出は多くは一眼だけけれども、全身病と關係を有するときは、通例兩眼に現はれるものである。眼球突出の兩側性で而かも軽度なるときは、果してそれが病的かどうか明かでないことがあるけれども、片眼だけであれば、比較的僅微の突出でも、目測によつて之れを知ることが出来る。

眼球突出の度を數字的に示さうとする時には、ヘルテル氏突出計 *Hertel's Exophthalmometer* を用ひて測定する。

眼球突出を來すとき、患者は大抵之れを眼疾患と思ひ、我々の診療を需める、勿論局所的眼疾患たることが多いけれども、時としては又其の原因が全く他科の領域に存してゐることがある、従つて原因療法の必要がある場合には、患者を當該科に委託せなければならぬ。それ故に我々は眼球突出症の患者に出遭つた場合には常に先づそれが如何なる原因によつて起つたものであるかといふ事を確める必要がある。今その比較的多く遭遇するものから述べて觀ると、

**パセドウ氏病** 眼球突出の患者を觀たならば、それが兩側性のときは勿論、一眼であつても先づ本症を考へ、甲狀腺腫の有無、速脈等について注意すべきである。本症の約五分の四に於て眼球突出を來すと言はれてゐる。突出の高度なるとき、眼球は容易に破裂から脱臼することさへもある。然し如何にして斯る突出を來すものか尙ほ未だ十分には説明せられてゐない。



圖一十八百第



セバウド氏病に於ける  
高度の眼球突出症

動物には眼窩にミユル氏筋 (Müller'scher Muskel) 及びランド  
ストレーム氏筋 (Landström'scher Muskel) といふ二種の滑平筋があつ  
て、孰れも頸部交感神経から支配されてゐる。それで其の交感  
神経がバセドウ氏病の時には異常に緊張する、その爲めに眼球  
突出を來すのだといふ。此の説は我々が通例實驗に使用して  
ゐる動物に於ては、立證することが出来るけれども、既に猿に於  
ては如何に頸部交感神経を刺戟しても眼球は突出して來ない、勿論人類に於ても同様である。そこで  
一部の人々はバセドウ氏病に於ては、眼球の後方に脂肪が増加するのだらうとか或は眼窩に循環障礙  
が起つて浮腫を來すのだらうとか考へてゐるやうであるが、最近新しい事實としてバセドウ氏病の眼  
球突出に於ては、外眼筋が變性に陥り、その爲めに、筋の容積が著しく増大(三乃至六倍)するといふ報告を  
してゐる人がある。

眼球突出以外にもバセドウ氏病に於ける眼症状として擧ぐべきものがある。即ち一、瞼裂、開  
主として上眼瞼の牽縮によつて發するものでダリムブル氏症、Dalrymple'sches Symptom と云ひ、眼  
球の突出とは直接の關係が無い。二、ギッパルド氏症、Giffard'sches Zeichen 上眼瞼反轉の困難なる  
ことで、早期尙ほ未だ眼球突出を來さない時分に既に之れを發することが多いと言はれてゐる。  
三、グライトフス氏症、Graefesches Phänomen 眼球の下轉に伴ふところの上眼瞼の下垂が、共動的に營  
まれぬ。四、ステルワトグ氏症、Stellwag'sches Phänomen 反射的なる瞬目運動の頻度の少ないのを  
いひ、バセドウ病者の眼が一種特有の光澤を帯びてゐるのは、之れが爲だといはれてゐる。五、メビ  
ウス氏症、Mebius'sches Phänomen 幅轉機能の障礙即ち患者をして或る點例へば指頭を注視せしめ

圖二十八百第



セバウド氏病に於ける  
及及びダリムブル氏症  
状(開裂瞼)

つゝ、漸次之れをその眼に近づけると、視線の幅轉は  
困難となり、稍もすれば分散せんとする傾向を示すの  
である。尤も本症は患者が近視なるときに限り、顯  
著に現はれるといはれてゐる。

腫瘍 眼窩に腫瘍を發するとき、眼球は抵抗の少な  
い前方に向つて突出し且つ通例同時に偏位してゐる。

護膜腫、内被細胞腫、癌腫、肉腫等は比較的多く觀るもので、其他、單一淋巴細胞腫、血管腫、淋巴管腫、皮様  
腫、眼窩囊腫、畸形腫等があるけれども、之れ等は孰れも稀である。

眼窩内に直接腫瘍を觸知することが出来れば、診斷は比較的容易だが、原發病竈は時として副鼻  
腔殊に上顎竇若くは篩骨蜂窩に存することがある。

眼窩蜂窩織炎 一八八頁參照。

副鼻腔の蓄膿症若くは粘液蓄積症 之れ等の病變が永い間持續してゐると、眼窩骨壁に器械的  
壓迫を加へて、眼窩を狭隘ならしめ、遂に眼球は突出するやうになる。時には又蓄膿症が眼窩骨壁  
を破りて或は骨破裂より眼窩内に出で、而かも眼窩蜂窩織炎を起すに至らず、能く結締織を以て包  
裹せられ、腫瘍の觀を呈することがある。

前頭竇粘液蓄積症に於ては、眼球は前方に突出すると同時に、外下方に偏位してゐる、經過の緩慢  
なるが爲めに、眼球は運動障礙を伴ふこと少なく、視力も亦多くは善良である。

白血病、假性白血病、クローム等にて、時に眼球突出を來すことがある。眼窩若くは其骨壁に



添ふて淋巴細胞の腫瘍状に増殖するか或は眼窩内に出血する爲めである。眼球突出と同時に鬱積乳頭を發せる患者に對しては、常に先づ白血病に疑を置いて、血液の検査を行ふべしといはれてゐる。

間歇性眼球突出症 眼窩内に

分布する靜脈の瘤状擴張を來せる時に本症を發し、上體を強く前屈するか或は頸靜脈を壓迫する時、突出は其度を増すけれども、反對に直立若くは仰臥位を採ら

圖三十八百第



症出突球眼性歇間眼右 (時通普)



よに迫壓脈靜頸上同 出突球眼る

せると明かに輕減する。

搏動性眼球突出症 外傷其他の理由によつて内頸動脈が海綿竇を通過する部分に於て破裂する時、動脈血は直接竇内へ進入するからして、眼窩内に分布する靜脈は、血液の還流が障礙せられて怒張し、茲に眼球突出を來すのである。斯る場合、動脈搏動は直接眼窩内靜脈に傳達するからして、眼球に軽い指壓を加ふる時、能く搏動を觸知し、又雜音を聽取することが出来る。

網膜グリオームが早期に後方に向つて増殖するとき、眼球突出を來すことがある。患者の幼少なるとき、此の事に注意すべきである。

白髮染即ちパラフエニールデアミンの急性中毒に於て、眼球の突出を観ることがある。

塔形頭蓋、ラヒチス、腦水腫等に於て、頭蓋骨の發育異常を來し、其の結果眼窩の變形して狹隘とな

るとき亦眼球は突出する。

高度の近視、眼牛、角膜若くは鞏膜、葡萄腫等にあつては、眼球それ自身が部分的若くは全體に亘つて増大する爲に、眼窩及びその骨壁には何等の病變なきに拘らず、尚ほ且つ眼球は突出して、驗裂が哆開してゐる。

要するに眼球突出といふのは、勿論一個の症狀であつて、種々なる原因によつて之れを發するか否か、斯る患者に出遭つたならば、先づ發症時の狀況及び經過を訊ね、次で發赤、疼痛等の刺戟症狀の有無、眼球殊にその前部に於ける病變の存否、其他眼球の運動障礙若くは視力減退があるか、眼窩内に腫瘍状の硬結を觸知するか、加壓によつて眼球は陷凹するか、或は搏動するか、更に又隣接腔の病變、眼球突出を來し得る全身病、ワ氏反應等に就て順次精細に検査し、因つて診斷し得たる病竈の所在に従ひ、患者を當該専門家に托して適宜處置すべきである。

### 第十九章 腫瘍及び類似の所見を呈する疾患

網膜グリオームを除いて、眼球内に腫瘍を發生することは、邦人には一般に少ない。それに反して、眼瞼、涙腺、眼窩等には、それが相當に多いのである。勿論眞性腫瘍もあれば、炎症性のものである。時には退行變性が腫瘍の外觀を呈することもある、或は又異物の刺戟によつて、その組織の腫瘍状増殖を來すこともある。さうかと思ふと、眞性腫瘍でありながら、外觀的には潰瘍の形を以て進行するものもある。

腫瘍及び類似の所見を呈する疾患

腫瘍及び類似の所見を呈する疾患



眼瞼及び其附近に發生する腫瘍

基底細胞癌 或は蠶蝕性眼瞼潰瘍 Basalzellkrebis oder Ulcus rodens palpebrae ともいふ。初發部位は通例内眼角に近い下眼瞼第百八十四圖であるが、時には外眥に近い所から(第百八十五圖始まる



圖四十八百第  
發初に部背内瞼眼下眼右  
四者患) 癌胞細底基るせ  
(歳五十



圖五十八百第  
るせ發初に部背外瞼眼下眼左  
(歳四十五者患) 癌胞細底基

炎症性の組織増殖、驅蝕療法は無効等からして、實際に於ては、容易に鑑別することが出来る。

潰瘍は獨り皮膚を侵すに止まらず、好んで結膜及び瞼板にまでも擴がつて行く、而かも常に穿掘性で、その進行の模様は彼の角膜に於ける蠶蝕性潰瘍に幾分類似してゐる。臨牀上更に注意すべきは本症の経過の極めて緩慢なることで、十年若くはそれ以上の歳月を経過するのは稀で無い。潰瘍進行の様子を観ると、最初内眼角に近く發せるものは、先づ下眼瞼に添ふて、極めて徐々に外眼角に進み、外眥を越えて更に上眼瞼に及んで行く、勿論結膜にも擴がるからして、後には眼球だけが潰瘍の中央部に残つてゐる。斯くして腫瘍細胞は漸次眼窩の深部にも侵入して、遂には腦底に

達し、結局不幸なる轉歸をとるに至るのである。

本來は非常に経過の長い本症も、之れに放射線療法を施すとか或は部分的切除を試むる等によつて、腫瘍細胞に刺戟を加ふるとき、中途から其の態度を變じて、比較的急に進行することがある。

殊に一旦眼窩の深部へ潛入した腫瘍の増殖は著しく迅速である。

マイボーム氏腺癌 本症は其の臨牀的所見に於て、今述べたものとは全く趣きを異にしてゐる。最初は霰粒腫若くは麥粒腫の像を呈することが多い。これを文献に徴しても、從來報告せられたものの中には、最初から本症と診斷せられたのではなく、寧ろ單なる霰粒腫或は麥粒腫として切開治療を爲し、それが頻々と再發するので、始めて悪性のものと氣付かれたのが尠くない。即ち頑固なる再發を除けば、他の症状は決して破壊的急進的なもので無い、そこに診斷を誤まることがある。勿論本症と雖も、後には悪性腫瘍としての本來の性質を發揮して來るけれども、それにしても矢張り経過は相當に緩慢である。

症例一、秋〇ちか、七十七歳、大正十五年十二月六日。三年前の十月初旬、左眼の上眼瞼に刺戟症状を伴はない小指頭大の腫瘍を生じ、同年十二月に霰粒腫の診斷の下に醫療を受けた。一旦治癒したかに觀えたが、約五ヶ月を経たる翌年四月に至り再發したので、更に醫療を受け、同年九月三たび再發し、茲に初めて腺癌と診斷せられ、前後十回レントゲン放射線療法を受け、殆ど痕跡を止めずに治癒してゐたのに、最近復々腫瘍の發生を氣付いたといふのである。

腫瘍は上眼瞼中央部に占居し、小指頭大、少しく扁平で、近圍組織とは可なり明確に境されてゐる。然し、其の腺癌なるべきは全く疑ふ餘地が無かつたので、思ひきつて上眼瞼の三分の二以上を切除した。老人の事として、皮膚には充分の餘裕があつた爲めに、腫瘍切除後の眼瞼缺損部はさまでの醜貌を止めず、



其合よく縫合することが出来た。腫瘍の組織的所見は、勿論臨牀診断を裏書したのである。

腫瘍切除後の経過は極めて良く、従来の如き再發を觀ること全く無く、其の後七年を経過せる昭和八年患者は七十七歳の高齡を以て逝去した。

症例二、但○けさ、五十六歳、大正八年九月二十九日。本例も亦霰粒腫の診断の下に繰返して切開手術を受けたマイボーム氏腺癌で、著者のクリニクへ初めて来た頃既に腫瘍は左眼上眼瞼の大部分を侵し、一部分は勿論結膜にも及んでゐた。手術的に腫瘍の完全なる剔出は不可能だったので、眼球を犠牲にする程度に強く、レントゲン放射療法を行つた。其の爲めに一時腫瘍は臨牀的には全く痕跡を留めない程になつたが、其の後再び増大したので、大正十一年更にラディウム療法を試みた。其の結果腫瘍は著しく輕快の徴を呈して来たが、既に眼窩の深部へも侵入して居つたので、遂に大正十二年の春死亡したとの事である。それでも初發以來の全経過は五ヶ年以上に及んでゐる。

療法

基底細胞癌及びマイボーム氏腺癌は孰れもそれが最初期ならば、患部を周囲の健康なる組織と共に、思ひきつて充分廣く切除する。それ以外に療法はない。この際、外貌を顧慮する必要は全くない、問題は生命に關係してゐるのである。

外國の報告などを觀ると、眼瞼の悪性腫瘍と雖も、適當量

の放射線療法によつて能く治癒するやうである、然し著者は經驗上、之れを信することが出来ない。さうした治療では必ず再發すると思ふ。勿論手術的療法によつては到底根治する見込のない程に、既に病機の進行してゐるものに對しては、放射線療法も一時的には相當の効果を齎らすもので

圖六十八百第



再發增大のマイボーム腺癌 (二例症)

はあるが、症例によつては其の爲めに却つて経過の迅速となることがある。

結局本症は其の最初期を的確にそれと診断することが、治療の第一要件である。老齡の患者にして、霰粒腫を生じ或は眼瞼に潰瘍を認めたる時、常に先づ悪性腫瘍を考ふべきである。

肉腫 既に小兒時に本症を發することがある。中年の者に比較的多い、好んで顳部、骨髄内に巨大細胞肉腫として初發し、漸次眼瞼に及んで来る。勿論常に進行性で経過も早く、潰瘍を作ることなく、何處までも悪性腫瘍として侵蝕する。

本症は放射線療法によつて一時輕快するけれども、容易に再び増殖進行する、勿論手術的治療の餘地が無い。

霰粒腫 Chalazion

マイボーム氏腺の慢性炎症である。然し、その急性炎とは全く所見を異にし、

炎症症状は殆ど無い。發病も徐々で経過も永く、全く腫瘍の性状を呈してゐる。小さいのは米粒大、大きいのも豌豆大ぐらゐ、時には同時に二つも三つも發生することがあるけれども、通例は一個である。眼瞼皮下に少しく隆起してゐる。勿論眼瞼板内に生じてゐるので、これとは密接なる關係を示してゐるが境界は一般に極めて明瞭である。眼瞼を反轉して觀ると結膜の方へは殆ど高まつてゐない、唯其の所在に一致して、少しく充血してゐる位である。

老人にあつてはマイボーム氏腺癌が霰粒腫の像を以て始まることがある。又實際最初には霰粒腫であつたものが後に悪性に變ずることもあるやうに思ふ。

霰粒腫は其の儘放置すると、遂には自潰する、通例は結膜の方へだが、稀には眼瞼の皮膚に破れることもあるといふ。然しそれだけでは治癒せない、結膜面に自潰すると、好んでそこに肉芽腫を發



し、それが茸腫のやうになつてゐる。時にはこの肉芽腫だけが残つて、本來の霰粒腫は跡方もなく治癒してゐることがある。自潰を待たず切開を加へても、其の内容を充分に搔爬剔出せないことには、容易に再發し或は又肉芽腫を生ずることがある。

霰粒腫の發生については未だ明かでない、組織的には結核様構造を呈してゐるので結核性の病變と觀てゐる人もあるやうだが、著者はさうとは思はない。

**療法** 小さいものであれば其の儘にして置ても別に差支ないが、矢張り治療を加へた方がよい、それには結膜の方から、他のマイボーム腺を傷けないやうに切開する。然し切開しただけでは治らない、必ず鋭匙を以て、その内容を完全に剔出すべきである。

稀に霰粒腫手術後に頑固なるチクチクと浸み出すやうな出血を來すことがある。瞼縁に近く瞼板を貫いてゐる小なる動脈弓を損傷する爲めで、出血の數時間或は十數時間の久しきに及んだなどといふ例も聞いてゐる。

霰粒腫は之れを手術したからとて、直ちにその部分が收縮するものではない。何しろ鞏固なる瞼板によつて取り圍まれてゐるのだから、それが全く以前の健康状態に復するまでには、矢張り多少の時日を要する、この事は豫め患者に注意して置いた方がよい。

霰粒腫自潰後の肉芽腫は、通例之れを剪除するだけで治癒するけれども、若し再發の恐れあるときは、鋭匙を以て霰粒腫の遺殘組織を充分に搔爬すべきである。

患者が老人であつて、適當に處置せるに拘らず、反覆して霰粒腫を生ずる場合は、そこに腺瘤を考へる必要がある。

#### 傳染性軟疣 *Molluscum contagiosum*

本症は時とすると霰粒腫若くは麥粒腫と誤られることがあるといふ、著者は未だ本症に遭遇せる經驗が無い。或は見逃してゐるのかも知れないが、眼科の領域に於ては稀に觀るものである。本症は小なる結節狀隆起として好んで瞼縁に生じ、其の頂點は常に必ず多少明かに隆高を形成してゐるといふ、更に其の陥凹部から壓出せる分泌中に、所謂モルスクム小體を證明することが出来れば診斷は確實である。

本症は時に急性結膜カタルの原因となることがあると言はれてゐる。

**黄色腫 *Xanthelasma*** 中年以上の者殊に婦人に多い。左右相對的に、内眼角に近く、多くは下眼瞼に、然し上眼瞼にも發生する。腫瘍といふよりも寧ろ黄色斑といふ方が適當なる言ひ表はし方である。それ程に扁平なる、周囲の皮膚からは極めて僅か高まれる黄色の斑點として、少ないときは一個多いときには數個を生じ、形狀も大きさも一樣でない。其の大なるものでもミリメートル單位にて示される程度である。

糖尿病者に本症を好發するといふ。

本症は殆ど進行性の増殖を來すことが無い。又邦人にあつては、特に著しく外貌を減損することも無いから、強いてこれを切除するにも及ばない。

**蔓狀神經纖維腫 *Ranke-neuroma*** 上眼瞼に於て、外眥に近く好發する。通例一側性である。患側の眼瞼は肥大して、高度の下垂症を呈し、爲めに瞼裂は全く閉されて、開瞼することが出来ない。疼痛及び發赤は全然缺如してゐる。腫瘍は柔軟で脂肪腫の感じを與へるが、少し注意すると其の中に多少弾力性ある索狀硬結を觸れる、それが即ち神經纖維の腫瘍狀に増殖肥大したものである。



本症は極めて徐々ではあるが、進行する傾向を有してゐる。本症はその患側眼に縁内障を合併することが比較的多い。それが或は單純縁内障として、或は又牛眼として現はれて来る。

**療法** 腫瘍を切除することは必ずしも困難ではないが殆ど根治せない。従つて又手術後に於ても下垂症は依然として存してゐる。

**血管腫及び血管母斑(血瘰)** 本症の診断は極めて容易である。通例顔面の一侧に現はれ常に先天性である。本症に對する我々の興味は、主として甚だ屢牛眼若くは縁内障を合併或は續發すること、で眼底検査によりて、網膜血管殊に靜脈の往々著しく擴張迂曲してゐるのを認めることがあ

る。不治。

**眼瞼護膜腫** 通例微毒感染後、數年乃至十數年を経過してから發症する。最初は無痛性の硬い、豌豆大の結節として現はれ、漸次増大する。患部の皮膚は帶青赤色を呈し、勿論同時に多少明かに腫起してゐる。此の時期に適當なる微驅療法を行はずに放置すると、腫瘍は遂に崩壊して潰瘍を形成する。さうなると初期硬結と誤まることがあるけれども、この方では大抵耳前腺が腫起してゐる、護膜腫の方にはそれが無い。好發部位として内眼角に近い下眼瞼が擧げられてゐる。又涙囊所在部に相當して、護膜腫を發することがある。内眼角附近に原因不明の腫瘍狀硬結を認めたならば、先づ本症を疑ひ、嚴重なる驅微療法を試むべきである。

瞼板に發生する護膜腫も、廣い意味に於ては眼瞼護膜腫で、勿論その進行するとき、獨り瞼板ばかりでなく、更に眼瞼皮膚をも侵すに至り、後には果してその孰れに原發したものか不明のことがあ

圖七十八百第



血るぜ生に部頭び及面顔側右  
(す發併を障内縁純單)斑母管  
圖八十八百第



腫膜護瞼眼るせ生發に部囊涙眼左  
圖九十八百第



腫膜護瞼眼上右

る。

**療法** 多くの場合原因療法奏效が顯著である。尤も既に潰瘍を生ぜるものにあつては、そこに高度の癢痕性外反症を後貽する。

**涙腺腫瘍** 涙腺は腫瘍の好發部位である。而もその多くが混成腫瘍だといはれてゐる。炎症性的のものとしては結核性腫瘍が最も多い。患者の小兒なるとき殊にさうである。

**症例** 出○傳吉十一歳、昭和八年五月十七日。患者は本年二月以來左眼涙腺所在部に一致して腫瘍の發生を氣付いた、爾來漸次増大する傾向あるも、毫も疼痛を覺えないといふのである。尙ほ患者は近時腹膜炎を患ひ、頸部淋巴腺も著しく腫大してゐる。

左上眼瞼に隆起せる腫瘍は、明かに涙腺に原發せるものであつて、約拇指頭大相當に鞏固なるも表面は平滑で凹凹を觸知せず、眼瞼とは癒著してゐない。眼球とも無關係である。腫瘍の所在部附近の結膜は軽度の限局性發赤を呈してゐるが、自發痛及び眼痛ともに缺如してゐる。

腫瘍及び類似の所見を呈する疾患



本例の如きは、患者の年齢、全身症状、経過等より想像して、其の結核性腫瘍であることは明かである。

時には先天性發育異常として涙液の輸出管が閉塞し、その爲めに涙液は涙腺内に停滞して腫瘍状に増大することがあるといふ。

涙腺所在部に一致して皮様囊腫畸形腫等を発生することがある。

左右兩側の涙腺に、相對的に腫瘍を形成するとき、特に之れをミクリッツ氏病 Mikulitzsche Krankheit と呼んでゐる。結核性のもが多いといふが、確かにさうで無いものがある。殊にこの場合に比較的特異であるのは、獨り涙腺ばかりでなく、耳下腺、顎下腺等も亦同時に左右共に腫大することである。而かもそれ等が何等特別の處置を施さず、單なる對症療法によつて治癒し得るのである。

後に述べる眼窩腫瘍殊に内皮細胞腫、腺腫等は、其の大多數が涙腺に原發し、漸次眼窩の深部に進入したものである。

療法 眞性腫瘍で、未だ耳前腺に轉移せないやうなのは、成るべく早く剔出すべきである。皮膚の方から切開して行けば、手術は比較的簡單で、勿論局所麻酔の下に行ふことが出来る。然し涙腺には比較的太い動脈が入り込んでゐるから、時に相當強い出血を観ることがある。

炎症性腫瘍でも、経過の思はしくないものは、之れを切除した方が早く治癒することがある。

眼瞼の異物腫瘍 Fremdkörpergeschwulst der Lider 眼瞼皮下若くは結膜下に異物の存在するとき、そ

れが刺戟となつて、著しい結締織の増殖を來し、以て腫瘍を形成するに至り、時にはそれが全く炎性症状を伴はず、又異物が如何にして其處に到達せるか不明なることがある。著者の経験せる症例

圖十九百第



(一其) 瘡腫物異の瞼眼

圖一十九百第



(二其) 瘡腫物異の瞼眼

中、特に一般の注意を促す必要があると思ふものの第一は、耳鼻科に於て急性乳嘴突起炎の手術後、創面の肉芽増殖を促進させる目的で局所に使用せられたグラヌゲノール Granugenol と稱する、パラフィン近似の物質が、組織液の交流に伴ひ、眼瞼皮下及び皮内に到達して、そこに沈着し、その刺戟によつて上下

兩眼瞼に大なる異物腫瘍を形成したもので、第百九十圖及び第百九十一圖に示せる二例とも最初には多少の刺戟症状もあつたらしいが、著者の診察せる頃には全然之れを缺如してゐた。

著者は此他に某眼科醫がトラホーム治療と稱して、何か不明の物質を結膜下に注射し、それが其の儘そこに停滞して、相當に強い刺戟症状を伴ふところの異物腫瘍を形成したのを二例も経験してゐる。

隆鼻術としてパラフィンの皮下注射の行はれた後に、それが眼瞼の方へ移動して來て、其の爲めに異物腫瘍を發生することもあり得ると思ふ。

療法 異物腫瘍の切除は甚だ困難である。著者の経験せる症例にあつては、孰れも異物は皮下及び皮内に或は結膜下に深く浸透してゐたので、僅かに其一部分を切除し得たに過ぎない。

結果から觀て難治である、寧ろ之れを豫防することに留意すべきである。

腦及び腦膜脫出 Meningoencephalocle 稀に觀るものである。篩骨と前頭骨との接合部即ち鼻根



腫瘍及び類似の所見を呈する疾患



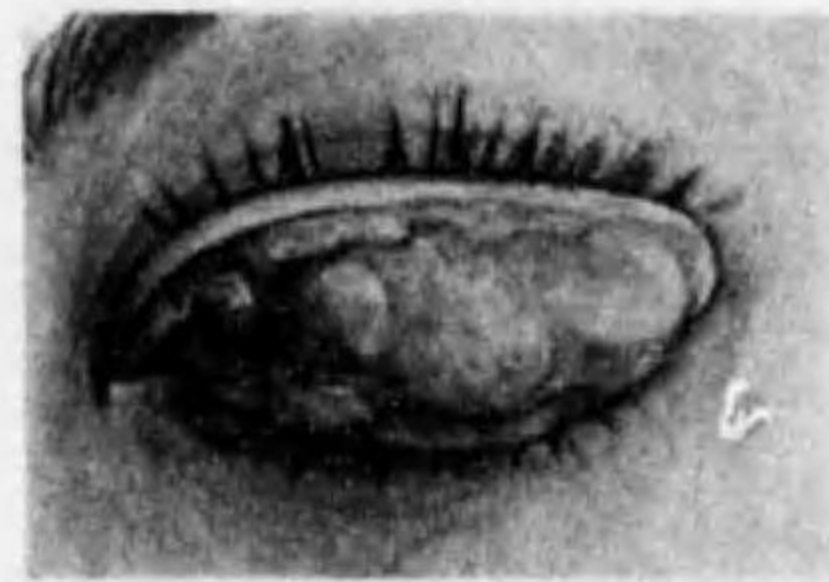
圖二十九百第  
出脱膜腦及び腦  
(月ヶ七後生者患)

に相當する個所に、腦膜及び腦實質の部分的脱出を來し、それが腫瘍狀に隆起し、或は皮下に腫瘍狀硬結として觸知される。皮様囊腫若くは淚囊疾患と誤ることがある。豫後は勿論不良で、患兒は通例生後一、二年にして早世する。

結膜及び眼球表面に發生する腫瘍

結膜プラスチック 一種の炎症性腫瘍として知られてゐるが、次に述べる結膜の變性に前驅するものと觀てゐる人もある。好んで慢性の結膜炎症殊にトラホームに合併して來るものである。通例は眼瞼結膜に發するけれども穹窿部及び眼球結膜の特に強く侵されることも稀で無い。眼結膜に生ずるプラスチックは甚だ屢深く瞼板内へも進入してゐる、然るときそれに相當して眼瞼

圖三十九百第



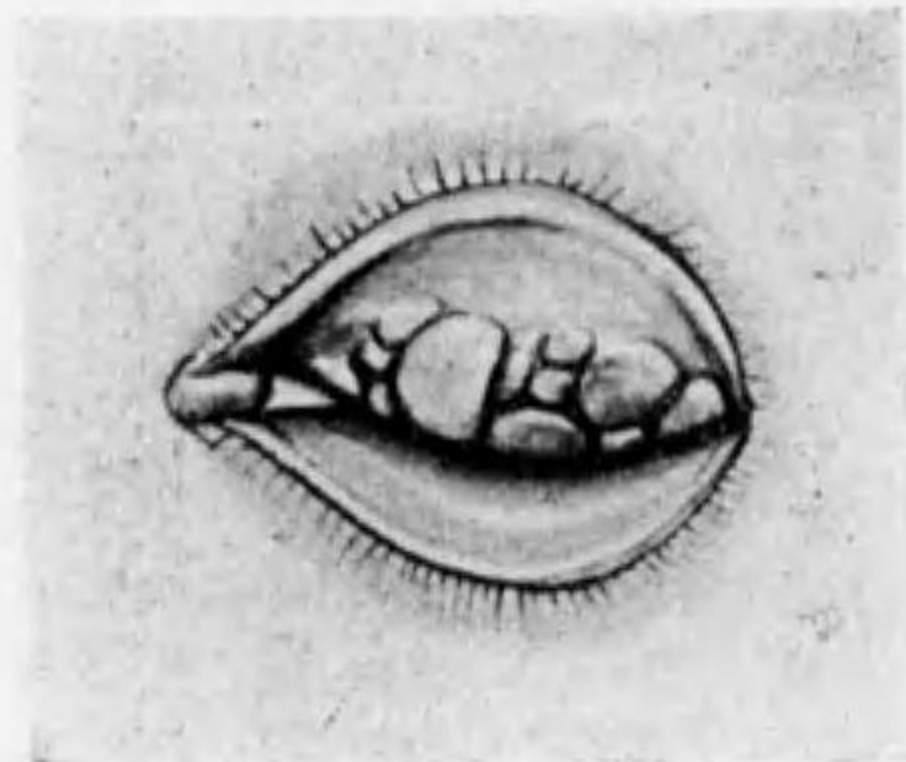
(一其)ムーモスラフ膜結

圖四十九百第



モスラフ膜結  
(二其)ムー

圖五十九百第



(三其)ムーモスラフ膜結

下垂症を呈するのは勿論である。本症は圖に示せるやうに、その形狀、大きさ等一様でない、増殖の比較的輕度なるは單なるトラホーム性肥厚若くは春季カタルに類似するも、その高度なるは寧ろ澱粉様若くは硝子様變性に近く、事實に於て之れ等への移行型を示してゐるものもある。時には又それが多發性茸腫を觀るが如く、或は宛がら崩れかけた石垣のやうな狀態を爲してゐるものもある。さうかと思ふと、穹窿部から眼球結膜へかけて發生せるものでは、割合に充血の少ない爲めに、膠様半透明で觀るからに軟かい感じを起させるものもある。然しそれでも増殖の強いときは、瞼裂外にはみ出でんばかりになつてゐる。

組織的所見は勿論名の示すやうに、プラスチック細胞の腫瘍狀集團である。

療法 結膜の小部分に限局してゐるか或は茸腫のやうなのは之れを切除することも出来るが、既に結膜の大部分に及んでゐるものでは、それも叶はず、トラホームとの關係を考慮して、消炎療法を試みられるけれども、これとても殆ど効果が無い。さればとて徒らに刺戟を加ふるのは却つてその増殖を旺ならしむるに過ぎない、寧ろ避くべきである。

澱粉様及び硝子様變性 トラホーム若くは慢性結膜カタルに續發することが多い。變性とは言ふものの、臨牀的には結膜組織は腫瘍狀に肥厚してゐる。其の兩眼に發し、又上下兩眼瞼を侵す等はプラスチックに能く似てゐる。結膜と同時に大抵瞼板も亦變性に陥り、時にはその孰れが原發であるか明かでないことがある。變性の進んだものでは組織の肥厚も著しく、勿論それに相當して眼瞼は下垂してゐる。罹患結膜に殆ど充血の認められないのがプラスチックと異なる點ではあるが、組織的所見に於て、同時にプラスチックを併發してゐるものもある。同じ様に澱粉様變

腫瘍及び類似の所見を呈する疾患



性と硝子様變性との移行型の存するものも事實である。

**療法** 變性肥厚の著しい部分を切除する以外には、特に施すべき方法がない。

**翼狀贅片** 一五六頁参照。

**結膜囊腫** 眼球結膜殊にその鼻側及び半月狀皺襞に好發する。先天性のこともあるが、多くは後天性である。即ち結膜上皮細胞が何等かの機會例へば極く軽い外傷等によつて結膜下組織内へ迷走して、そこで増殖し、分泌液が滯留して遂に囊腫を生ずるに至るものである。小指頭大乃至拇指頭大に及ぶけれども、殆ど全く刺戟症狀を伴はない。

翼狀贅片の頭部に囊腫を形成することがある(一五六頁第四十七圖)。

**療法** 手術的に囊腫を切除する。然しこれを完全に取り出すことは困難で、相當に注意深くやつても大抵は途中で、破れるものである。一度内容が漏れると、囊腫は忽ち收縮して最早その存在さへも不明となる。従つて勢ひ不全剔出に止まるけれども、それで少しも差支ない、再發するやうなことは殆ど無い。

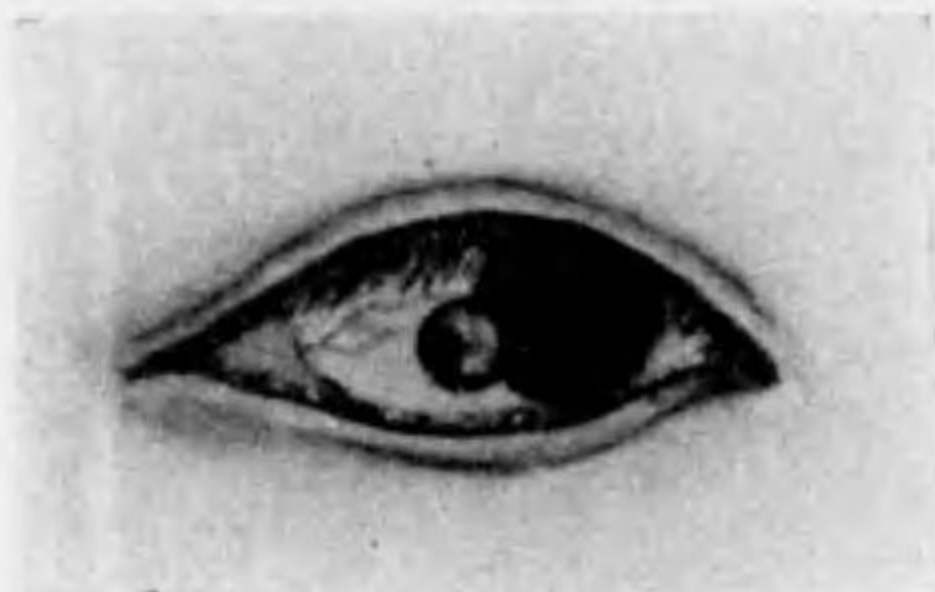
**皮様腫、皮様囊腫及び脂肪皮様腫** 孰れも先天性發育異常で、多くは遺傳を證明するが、中には胎生時、外因によつて羊膜の一部分が眼球に癒着して、其の部分の發育を障礙せる爲めに生ぜる非遺傳性のものである。皮様腫の好發部位は外方若くは外下方の角膜縁であつて、之れに跨つて小指頭大若くは豌豆大の半球形の腫瘍として發生する、勿論其の境界は明かで、充血の如き炎症症狀は無い。腫瘍の表面は平滑ではあるが、丁度結膜乾燥症を觀るやうに乾燥してゐる。一、二の纖毛さへも生じてゐることがある。硬度は柔軟なる消しゴムの如く、殆ど増大する傾向を示さない。

圖六十九百第



膜角眼左及び症損缺眼上眼右  
腫樣皮るな大るす居占に部縁

圖七十九百第



腫樣皮るせ生發てり跨に縁膜角

圖八十九百第



るせ發に部背外眼右  
腫樣皮脂肪

皮様腫は又脂肪腫を伴ふことがある。或は單に脂肪腫のみのもある。然るとき通例眼球の下外方即ち外背に近い結膜下に生じ、眼球を上方若くは内方に轉向せしむるとき、淡黄色の隆起として現はれて来る。全く健康なる結膜を以て蔽はれ、其表面は平滑で凸凹がない、勿論著しく柔軟である。

その外、皮様腫と同時に、眼瞼の部分的缺損、外背連合の缺如、剩耳即ち耳殼に過剩の軟骨突起を生じてゐることがある。

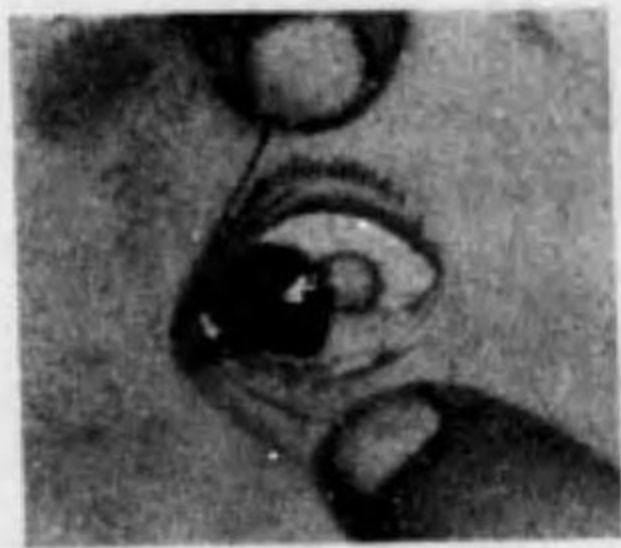
**療法** 外貌を整ふる上から、腫瘍の切除を行ふだけである。幸ひに腫瘍の増大若くは再發を來すことがないから、患者の幼少なる限り、別に急いで手術するにも及ばない。

**レプローム** 瘤患者に於て、鞏膜殊に角膜に近接して米粒大、小豆大若くは小指頭大の腫瘍を發

腫瘍及び類似の所見を呈する疾患



圖九十九百第



ムーロブレ

することがある。それが即ち本症で、境界は比較的明瞭ではあるが、殆ど常に多少著明なる充血を伴ふてゐる。従つて時として結膜フリクテーン若くは他の原因による鞏膜炎と鑑別を要することがある。又充血の輕微なるとき皮様腫と誤ることがないでもない。それ故に疑はしい場合は、身體の他の部分殊に眉毛部、前額等に於ける癩性變化の有無を検査すべきである。若し知覺鈍麻を伴ふ紅斑の

存在、眉毛の脱落等があれば、診断は比較的容易である。

療法 眼科としては特に施すべき何ものも無い。

表眼球腫瘍 角膜縁部附近を好發部位とする。その悪性なるに拘らず、鞏角膜に向つて侵蝕性に行進する傾向なく、寧ろ常に表在性に増殖するのが特異である。即ち眼球とは比較的粗鬆なる結合を營んでゐるので、容易に切除することが出来る。然し一方に於て再發の傾向が著明なる爲め、結局は眼球周囲の組織内に深く侵入して遂に治癒し難きに至るのである。その臨牀的所見並びに經過は次の二例によつて、能く之れを知ることが出来る。

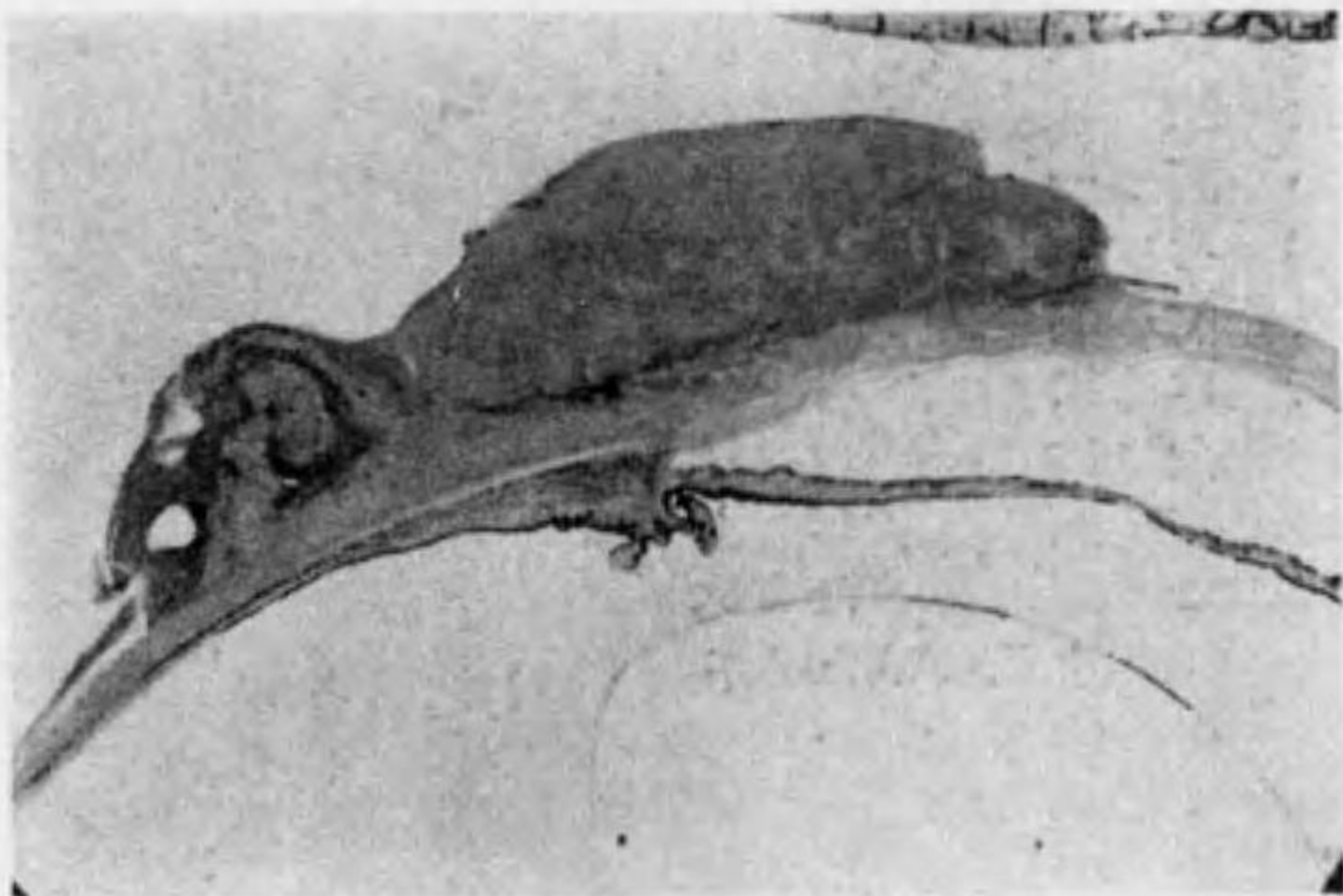
圖百二第



(例一第) 痛 球 眼 表

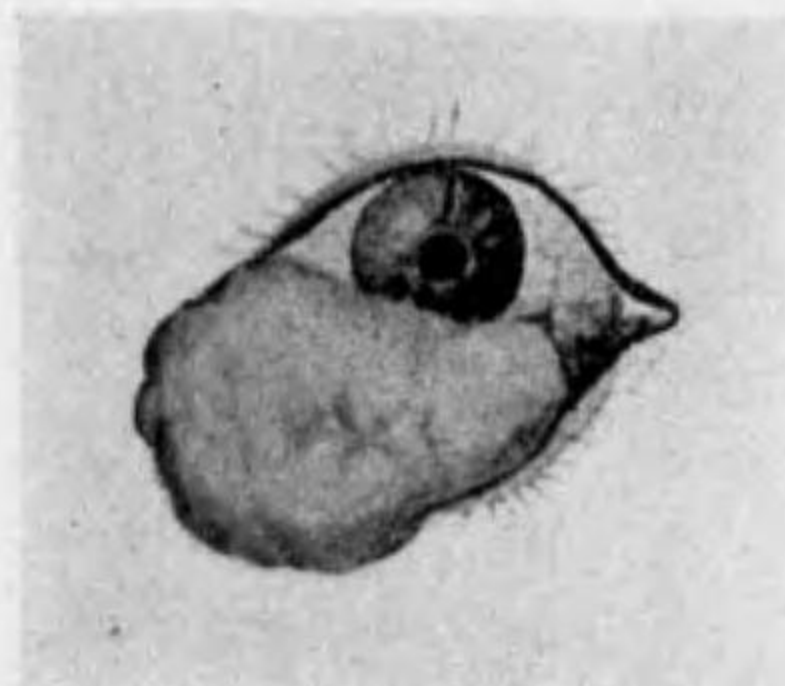
症例一、植○孫太、四十九歳、大正十二年一月十四日。前年の春頃より右眼の外方角膜縁に近接して眼球結膜に限局性の充血を來し、同年八月半頃から、そこに米粒大の赤い結節狀隆起を生じた。この小結節は其の後漸次増大して、同年の十一月の初旬には既に今日觀る通りの大きになつたといふのである。

圖一百二第



見所的織組の痛球眼表

圖二百二第



痛球眼表るせ大増くし著 (例二第)

腫瘍は右眼外方角膜縁に跨り、豌豆大、長さ十五ミリ幅十ミリで比較的固く、帯赤灰色を呈し、その境界は極めて明瞭であるが、表面は可なり粗糙で、恰も苺か桑の實を觀るやうである。眼球と腫瘍とは鞏く癒着してゐる。

それにも拘らず腫瘍は其の全部を比較的容易に切除することが出来た。之れによつても、それが角膜及び鞏膜組織内に深く入り込んでゐなかつたことが判る。勿論腫瘍細胞が遺残してゐるのは想像し得るので、切除後に於て、レントゲン放射療法を行つたが一ヶ年後の書面によれば、再發はしてゐなかつたやうである。

症例二、北○吉太郎、七十五歳、昭和三年十一月二日。昨年八月頃に、右眼の眼球結膜の外下方に、險裂に相當する部分に針で突いた程の小なる赤色を帯びた隆起物の發生を氣付いたが、別に何等の苦痛もなかつたので、其儘にして置いたところ、段々と増大して來た。そこで本年二月これを切除して貰つた。然るに間もなく再發し、五月に至り更に手術を受けた。三ヶ月を經たる八月に復又再發し、而も今回はその増殖が一段と迅速になつたといふのである。第二百二圖に示せるものが、それである。

本例に於ける腫瘍は勿論表眼球癌で、その増殖は第一例のものに比して遙かに著しく、既に眼球

腫瘍及び類似の所見を呈する疾患



よりも大きくなつてゐた。それ計りでなく、周囲の組織へも相當に深く侵入し、本來の悪性を發揮してゐたのである。

腫瘍の大部分を切除し、更にレントゲン放射を行つて置いたが、其の後の経過を詳にしない、無論間もなく再發したと思ふ。

以上の二例は孰れも老齡であるが、茲に注意すべきは、彼の色素性乾皮症に於て、患者の若年なるに拘らず、好んで表眼球痛を發生することである。

**症例三**、大〇林太郎、十六歳、大正十三年八月五日。患者は既に五歳の時より色素性乾皮症と診斷せられた。本年二月以降左眼の内下方角膜縁に近く腫瘍を發生し、漸次増大して來た。其の外、鼻根の皮膚にも相前後して同様なる腫瘍が發生したといふのである。

眼球に於ける腫瘍其のものの性状は、上記二例に於けると全然同一であつて、その表眼球痛たることは一點疑ふの餘地なく、幸ひに未だ著しく増大してゐなかつたので、殆ど全部を完全に切除し得たのに拘らず、約一ヶ月にして早くも再發の徴候を呈して來た。

尙ほ他の一例は十九歳の女子で、既に二歳の頃から同じく色素性乾皮症を患ひ、二年前より左眼角膜縁に腫瘍を發生し、之れを切除したが、幸ひに其の方は再發を免れたのに、最近右眼の角膜縁に、前と同様の腫瘍を發したといふのであつた。その時切除した腫瘍は約小指頭大で、勿論表眼球痛であつた。

**療法** 一般的には、腫瘍を切除せる後、レントゲン放射を行ふのがよい。若し早期に眼球を廣い部分の結膜を附けた儘で、摘出することが出来れば萬全である。けれどもレントゲンの効果の認められない時まで待つても、必ずしも遅くはない。尤も上記第二例のやうに反覆再發し、腫瘍の既

に明かに眼球以外の組織内へ進入したもので、眼球摘出よりも寧ろ眼窩内容除去の方が適應の處置である。とは言ふものの、實際に於て患者にそれを承諾させることは殆ど不可能で、苦者の經驗としても、悪性腫瘍の故を以て眼窩内容除去を行つたことは、今迄に唯二回あつただけである。

#### 眼球内に發生する腫瘍

**虹彩及び毛様體の腫瘍** 邦人にあつては、眞性の腫瘍を観ることは殆ど無いといふてもよい。組織的に偶然、毛様體に良性上皮細胞腫の見出されることはあるが、臨牀上には全然問題にならな。幼兒にあつては網膜グリオームが、時に虹彩に轉移するのは事實だけれども、此の時には腫瘍としての外觀を呈してゐない。寧ろ結核性虹彩毛様體炎若くは化膿性虹彩毛様體炎を思はしむることが多い。

鞏膜炎が反覆再發した後に、それに相當する個所に限局性の鞏膜葡萄腫を續發するとき、それが眞性腫瘍と誤られることがある。

虹彩に腫瘍狀増殖を來すものの多數は、孤立結核と護膜腫である。前者は五歳以上十四、五歳迄の小兒に多く、後者は又二十歳から三十歳迄の間に好發し、臨牀的には護膜腫と呼んでゐるか、組織的には大抵は蕾疹に屬すべきものである。兩者孰れも相當に強い刺戟症狀を伴つてゐる。即ち最初には腫瘍としてよりも、寧ろ急性虹彩毛様體炎の症狀が顯著である。けれども幾もなく、そこに組織が腫瘍狀に肥厚して前房を充實し、更に角膜縁に近く鞏膜を破つて穿孔する。尤も時としては最初から腫瘍のやうに觀えることもあるが、さういふときには大抵虹彩根部に限局して發生

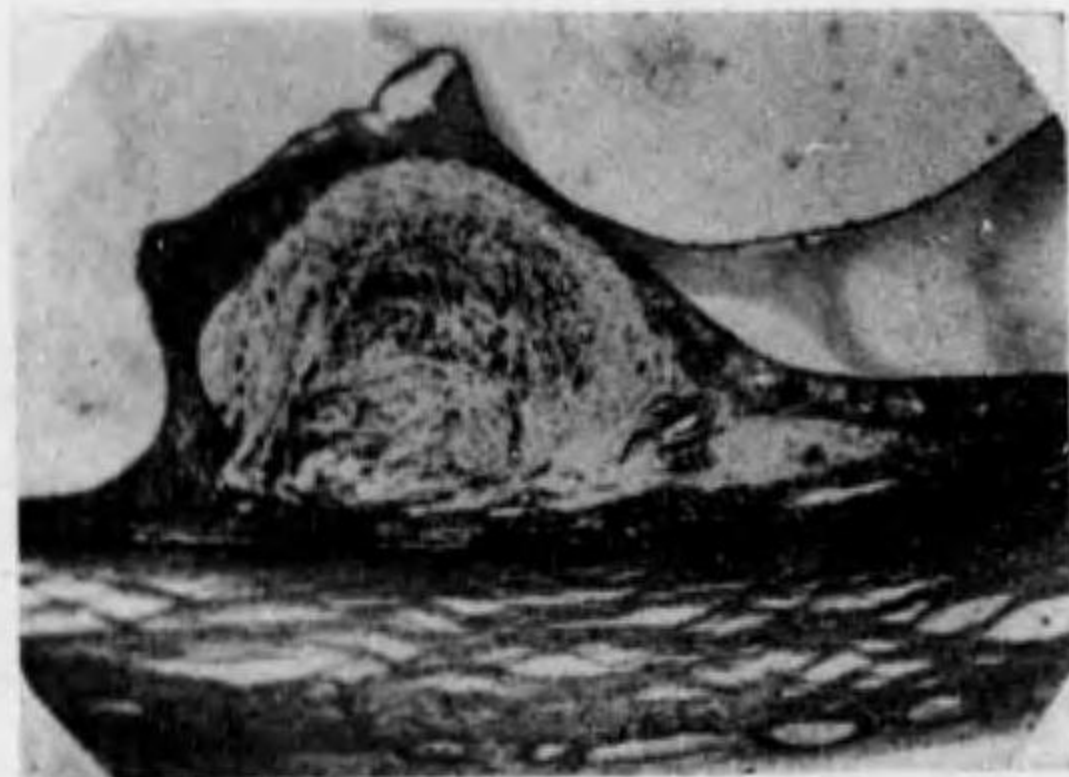


し、多少の刺戟症状を必ず伴つてゐるものである。  
療法 それが結核なるときは勿論、微毒であつても原因療法は殆ど奏效せない。結局は眼球摘出の已むなきに至るものである。

脈絡膜腫瘍

孤立結核の小さな腫瘍として發するのは往々觀られる所であるが、眞性腫瘍とし

圖三百二第



脈絡膜に發生せる孤立結核腫

て茲に原發するのは殆ど肉腫に限られてゐる。それも歐米の報告によれば、相當に多いやうであるが、我が國では極めて少ない。著者の如きは確かなる記憶としては一例だけしか経験してゐない。轉移性のもものには、癌腫や其の他の腫瘍も報告されてゐるが、之れとても一般的には極く稀に觀るものである。従つて初期にそれと的確に診斷することは、特別の場合を除いては、殆ど不可能である。

尤も腫瘍が或る程度の大さに達すると、必ず網膜剝離を起して来る。一般には網膜が剝離すると、眼内壓は下降するものである。然るに脈絡膜腫瘍の時は却つてそれが亢進してゐる、そこに診斷上の注意點が置かれてゐる。けれどもさういふことは又滲出性網膜炎に於てもあることで、著者の経験せる一例といふのも、たしか滲出性網膜炎なる診斷の下に摘出されたと思つてゐる。

かうした時の鑑別に、特別の装置により強い光線を以て鞏膜を照射すると、肉腫の場合には、その發生部位に相當して濃い陰影が現はれるといふけれども、邦人のやうに色素の多量なる眼には、應

用することは出来まいと思ふ。

療法 眞性腫瘍である限り、眼球摘出の絶對に必要なのは勿論である。

網膜グリオーム 瞳孔領の異常の章(二三五頁)に詳記して置いた。

視神經腫瘍 稀である。視神經内に原發するものと、視神經鞘から始まるものとがある。孰れにしても視力障礙は早期に現はれ、腫瘍の増大に伴ふて勿論、眼球の突出が眼につく。腫瘍が早く乳頭の所に現はれ、検眼鏡でそれを認めることが出来れば、兎も角然らざる限り、眼窩深部の腫瘍とは之れを鑑別することが極めて困難である。

眼窩に發生する腫瘍

眼窩に發生する腫瘍

眼窩に腫瘍を發生するとき、その主要症状として、そこに必ずや眼球の突出と同時に、その運動障礙が現はれて来る。経過の比較的長いものと、發赤、疼痛等の刺戟症状を缺くことによつて、眼窩蜂窩織炎、全眼球炎、眼窩骨膜炎等を除外することが出来る。若し眼窩内に腫瘍状硬結を觸知すれば、最早診斷は確實である。

そこで問題は腫瘍の種類といふことになる。患者の年齢、全身症状、経過、副鼻腔の健否等からして、或る程度の想像は出来るけれども、著者の經驗上、常に先づ考ふべきは、護膜腫、で可なり多いものである。驅蠱療法が著しく奏效せる報告例もあるやうだが、却つて奏效の認められないのが多いやうに思ふ。其の爲めに又診斷を誤るのである。著者の一例(第二百五圖)の如きは、最初は護膜腫と診斷したが、殆ど全く治療的效果がない、そこで悪性腫瘍の疑を懐き、試験的切除を行つて組織的

腫瘍及び類似の所見を呈する疾患



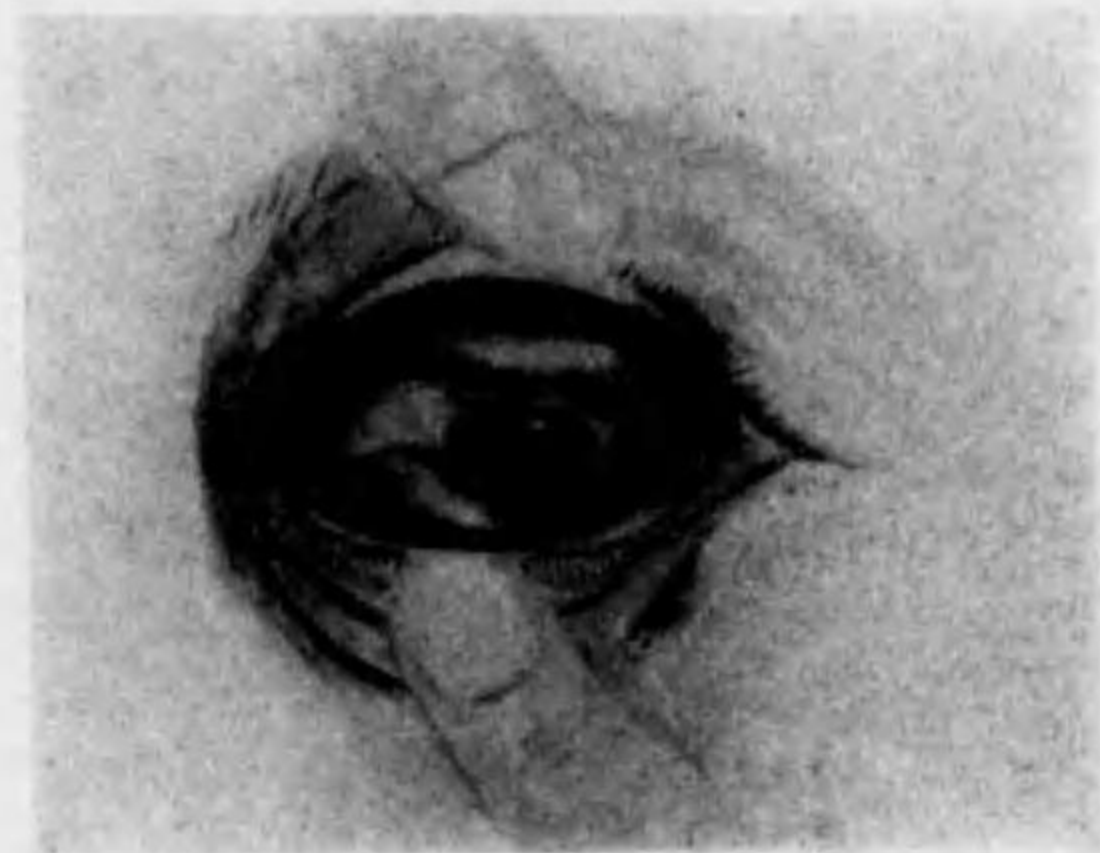
圖四百二第



腫膜護高眼側兩  
圖五百二第



(左)腫膜護高眼るれら誤と腫肉  
圖六百二第



腫膜護高眼るべ及でまに膜結

圖七百二第



(右)瘡腫高眼るよに移轉の瘡乳  
圖八百二第



(右)腫肉高眼  
圖九百二第



(右)腫管血性洞空高眼  
圖十百二第



(右)腫囊蟲胞高眼

に検査したところ、矢張りそれが護膜腫であつた。その次には前にも述べて置いたが涙腺を原發病竈とする眼窩腫瘍である。これは摘出も比較

的容易で自然豫後も佳良だからして、特に注意する必要がある。眼窩の上外方に於て直接腫瘍を觸知することが出来るとき、多くはそれである。

副鼻腔に發生した腫瘍が、眼窩へ侵入して來ることも往々ある。肉腫或は癌腫である。尤も時にはそれが反對に眼窩から副鼻腔の方へ逆に傳播することもあり得ると思ふ。孰れにしてもかうした症例に於ては、全然加療の餘

地がない。

副鼻腔殊に前頭竇の蓄膿症が眼窩の上方骨壁を破つて眼窩内へ出

で、それが眼窩腫瘍を起すに至らず、結締織を以て完全に包裹せられて

眞性腫瘍の觀を呈してゐることがある。

圖一十百二第



眼るせ發原に腺淚  
(右)瘡腫高

圖二十百二第



頭前るせ呈を觀の瘡腫高眼  
(右)瘡膿竇

其の他、眼窩腫瘍の中には、癌腫、肉腫、綠色腫等の悪性のものもあれば、又空洞性血管腫、淋巴細胞腫、内皮細胞腫、囊腫等の如き比較的良性のものもある。

眼窩腫瘍は之れを診斷すると同時に、それが如何なる種類のものであるか、言ひ換へると、一藥物療法之餘地があるか、二觀血療法を必要とするか、若し必要ならば如何なる術式によるべきか、三、放射線療法より外に方法は無いか、この三點に就て先づ判定すべきである。

療法 護膜腫と診斷せるときは勿論のこと、多少なりともその疑ひを置き得る場合は嚴重なる

腫瘍及び類似の所見を呈する疾患



腫瘍及び類似の所見を呈する疾患  
驅微療法を行ふべきである。

又副鼻腔に原發せる腫瘍殊にそれが肉腫とか癌腫のやうに悪性のものであれば、殆ど手術的治療の餘地が無いけれども、尙ほ放射線療法によつて或る程度に輕快せしめることは出來得るからして、その方の處置を講ずるのは合理的である。

手術によつて腫瘍を剔出し得る見込のあるとき、如何なる術式を撰むべきかは、腫瘍の種類及び大小等個々の症例によつて一様でないが、著者は特別の場合を除き、眼窩内容除去は行はないことにしてゐる。又さうすることが效果的だと思はれるやうな症例には殆ど出遭はない。涙腺に原發せる腫瘍は、それが相當の大きさに達してゐても、多くは周囲の健康組織と明確に離隔されてゐる。



圖三十三百二第

(左)出突球眼の度高  
瘤腫窩眼るせ來を



圖四十四百二第

法氏ンイランーレク上同  
見所の後剔瘤腫るよに

従つて眼窩の上外方に比較的大きい切開創を作ることによつて、完全に剔出切除することが出来るものである。空洞性血管

腫とか囊腫とかいふやうなのは、不全摘出を行つても、殆ど再發することがない。問題はクレインライン氏法の應用である。本法は眼球を保存して、腫瘍だけを眼窩の深部から摘出しやうとするときに行はれるのである。即ち眼窩の顛顚側骨壁を楔狀に截斷し、そこから腫瘍を取り出し、然る後再びその骨片を還置するのである。眼科の手術としては、相當に面倒なもの

クレインライン氏法

と見做されてゐる。眼科専門でありながら、生涯一回も本法を行はない人も多數にあることだらうと思ふ。これは獨り我が國計りでなく、外國でもさうだらうと想像される。本法によつて幸ひに腫瘍を摘出することが出來ても、比較的屢外直筋、麻痺、顔面神経、麻痺、或は動眼、神経、麻痺等を後遺することがある。

元來が本法の主なる目的は、眼球の保存にあるので、それが視力を有するときは勿論のこと、たとひ視力が著しく障礙せられてゐても、外貌を整ふる上に於て望ましいのは勿論である。然るに若し、今述べたやうな麻痺を起すとすれば、相當に外貌を減損することになる。著者の経験した一例は、可なり強い眼瞼下垂症を起して殆ど全く開瞼不能となつて仕舞つた。かうなると眼球は無いのも同然で、寧ろ眼球を腫瘍と共に摘出して、其の跡へ義眼を挿入した方が患者にとつては、少くとも美觀的には幸福であつたらうと思つてゐる。患者が少女であつただけに、折角の好意が却つて仇になつたやうな氣がする。

併し我々専門家としての立場からすれば、矢張り眼球摘出は最後の手段であるから、これを保存して腫瘍を剔出することの可能な場合には、クレインライン氏法によつて手術すべきである。著者は從來、全身麻酔の下にのみ本法を行つたが、近頃の報告によれば、局所麻酔で充分だといふことである。さう出來れば勿論それに越したことはない。

手術に當り、顛顚部の皮膚切開は顔面神経の麻痺を遺さないやうに注意すべきである。著者はビール氏法に従つて、先づ眉毛部に一致して、その外側半部を横に切開し、その連続として更に外側眼窩骨縁に沿ふて、内方に凹なる曲線切開を加へ、下方額骨弓に至り、それより更に又このものに沿

腫瘍及び類似の所見を呈する疾患

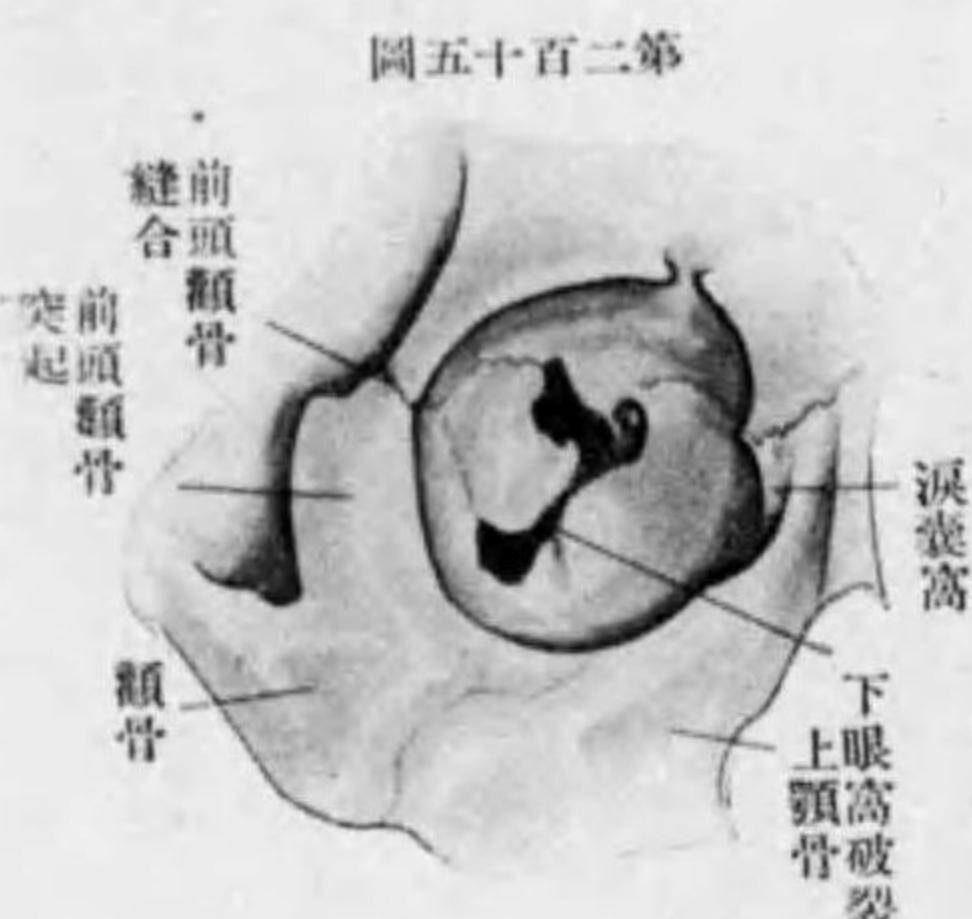


腫瘍及び類似の所見を呈する疾患

ふて外後方適宜の長さに及ぶのが最もよいと思ふ。さうすることによつて顔面神経の損傷は之れを最小限度に止めることが出来る。

次に外側眼窩骨壁を楔状に截断するに先ち、その内面を蔽ふてゐる骨膜を剝離すべきやうに、總ての眼科書には記載してあるけれども、著者の経験によれば之れは餘りにも理論に拘泥したもので全然不必要である。又實際に於ても、さうして剝離した骨膜は得てして之れを損傷し或は離断してその所在を見失ひ、後に至つて再び之れを還置することの出来ないことがある。骨膜剝離は全く改むべき方法で、それを剝離せ、ないでも何等差支ないものである。

更に骨壁を楔状に截断するときには、扁平なる鑿を用ひるやうにと書いてゐる書物もあるが、事實上、鑿にて截断することは甚だ困難である。殊に局所麻酔の下に手術が行はれる場合、鑿の打ち込まれる度毎に、患者は大なる不安を感じるに相違ない。少くとも骨壁の前三分の一を截断する



圖五百十二第

間は尖鋸を用ひる方がよい、之れも成るべく薄、先の尖つた齒の間は尖鋸を用ひる方がよい、之れも成るべく薄、先の尖つた齒の細かいものが便利である。それからこの截断線は、一は前頭額骨縫合の少しく上部に、他は額骨弓の上縁即ち前頭額骨突起の基底に、孰れも略水平に之れを設け、而かも兩者は能ふ限り眼窩の深部に於て、互に出遭ふやう、言ひ換へると、そこに成るべく大なる楔状骨片を切り取ることが、手術野を廣くする上に有利である。尖鋸を以て截断せる骨片は、後に之れを還置するとき、そこに多少の間隙を生じてゐるので移動することがあるから、さうした事のない

やうに注意する。

尙ほ局所麻酔を行はうとするには、ザイデル氏の方法に據るのがよいといふことである。それには(一)手術野に相當する顔面皮下に、アドレナリン添加一%ノボカイン約六ccを注射する。(二)長さ約五cmの注射針を採り、之れを眼窩の上外方隅角部に於て前頭額骨縫合そこには指頭にて極く浅い截痕を觸れる(の邊より眼窩内に刺入し、下眼窩破裂の前、中、後の各三分の一の部分に、略三等分して、アド添四%ノボカイン約五ccを注射する。(三)眼窩の外側壁を構成して垂直を爲すところの前頭額骨突起の後縁に添ふて、眼窩の上外方隅角を距る外方一横指の所に於て、針を少し深く上方より下方へ向けて刺入し、液が前頭額骨突起の後面に充分に行き亘るやうに、アド添一%ノボカイン約六ccを注射する。(四)眼窩の外下方隅角部より下眼窩破裂に添ふて、三―四cmの深さまで針を刺入し、そこにアド添二%ノボカイン三ccを注射する。(五)この終りの注射後、十分間を経て、手術を開始するといふのである (Graefes Arch. f. Oph. Bd. 91. S. 294. 1916)。

眼科診療新書終

腫瘍及び類似の所見を呈する疾患



索引 (五十音)

ア、イ、ウ、エ、オ

アトロピン散瞳……………一  
 中毒……………二  
 特異質……………三  
 暗點……………三  
 閃輝性……………三  
 霰法……………三  
 遺傳性視神経消耗症……………三  
 異物腫瘍、眼瞼の……………三  
 鬱積乳頭……………三  
 ウイタミナA缺乏……………三  
 炎症線内障……………三  
 圓錐角膜……………三  
 圓筒狀視野狭窄……………三  
 圓板狀角膜炎……………三  
 遠方に對する視力障礙……………三  
 黄色腫、眼瞼の……………三  
 黄斑部孔形成……………三  
 小口氏病……………三  
 小口氏病……………三  
 カ、キ、ク、ケ、コ……………三  
 懷爐霰法……………三  
 外眼筋麻痺……………三

索引

外科視

外科視……………三  
 手術……………三  
 外傷性近視……………三  
 散瞳……………三  
 前房出血……………三  
 水晶體脱臼……………三  
 白内障……………三  
 外反症……………三  
 角膜炎、圓板狀……………三  
 硬化性……………三  
 細絲狀……………三  
 深層化膿性……………三  
 前房蓄膿性……………三  
 兎眼による……………三  
 フリクテーン性……………三  
 表層點狀……………三  
 瀰漫性……………三  
 芒把狀……………三  
 麻痺性……………三  
 角膜潰瘍……………三  
 カタル性……………三  
 蠶蝕性……………三  
 倒生睫毛による……………三  
 トラホームに併發する……………三

角膜潤濁

角膜潤濁……………三  
 帶狀……………三  
 角膜實質炎……………三  
 脂肪變性……………三  
 上皮缺損症……………三  
 周圍鞏膜炎……………三  
 點墨……………三  
 軟化症……………三  
 薄翳……………三  
 葡萄腫……………三  
 邊緣擴張症……………三  
 變性……………三  
 ヘルペス……………三  
 下垂症、眼瞼……………三  
 手術、パーゲンステッヘル氏……………三  
 假性近視……………三  
 グリオーム……………三  
 カタル性角膜潰瘍……………三  
 化膿性、深層角膜炎……………三  
 眼外傷……………三  
 穿孔性……………三  
 非穿孔性……………三  
 の處置……………三  
 スキーによる……………三  
 の豫後……………三  
 眼窩骨膜炎……………三

腫瘍

腫瘍……………三  
 膿瘍……………三  
 蜂窩織炎……………三  
 眼震盪症……………三  
 摘出術……………三  
 内容除去術……………三  
 鐵鏟症……………三  
 發赤……………三  
 突出症……………三  
 間歇性……………三  
 搏動性……………三  
 眼筋麻痺……………三  
 間歇性眼球突出症……………三  
 眼瞼縁炎、急性……………三  
 黄色腫……………三  
 外反症……………三  
 下垂症……………三  
 氣腫……………三  
 血管腫……………三  
 缺損症……………三  
 保護腫……………三  
 内反症……………三  
 膿瘍……………三  
 皮膚弛緩症……………三  
 の異物腫瘍……………三  
 眼疾患の對症療法……………三

一



眼精疲労	九	の合併及び續發症	五
眼底の病變	二八	眼鏡補正	九
管維術	一八一	成因	八七
甘露(蒸氣製)	二二	筋性眼精疲労	六
完全白内障	二五	筋無力症	三三
緑内障	一七六	巨大磁石	二〇〇
顔面神経痛	一六三	鞏膜炎、結核性	一九
丹毒	一六二	鞏膜炎	一九
球後視神経炎、急性	一七	、角膜周囲	一六二
、慢性	一七三	、膠様	一六二
急性眼結核炎	一七〇	鞏膜破裂	一六
球後視神経炎	一七〇	、葡萄腫	一六
結膜カタル	一七九	グラメゲノール	一五〇
、瀰漫性脈絡膜炎	一七三	クレイデ氏點眼法	一五〇
緑内障	一七四	グレイフニ氏症候	一四八
、涙腺炎	一七六	クレインライン氏術式	一四八
急發する視力障礙	一七六	血管母斑	一四八
牛乳の皮下注射	一七九	結核性鞏膜炎	一四〇
基底細胞癌	一八三	、網膜静脈周圍炎	一四〇
キフオールド氏症候	一八六	結膜カタル、急性	一三九
義眼挿入手術	一八三	、慢性	一三九
義膜性結膜炎	一八三	下注射	一三九
筋強直性營養障礙症	一八六	銀病	一三
近距離視力障礙	一八六	結核	一三
近視	一八	、囊腫	一三
、外傷性	一八	、プラスモーム	一三
變性	一四三	變性	一四三
一、軸性	一四三	一、性充血	一四三
一、特有性	一四七	検査法	一四三
視神経缺損症	一四七	眼縁炎、急性	一四三
、再發、微毒の	一四七	、重桿菌性	一四三
挫傷	一四七	、重桿菌性	一四三
腫瘍	一四三	、重桿菌性	一四三
視野、健常	一四三	、重桿菌性	一四三
測定	一四三	、重桿菌性	一四三
一、狭窄、ヒステリー性	一四三	、重桿菌性	一四三
視力障礙、遠方に對する	一四三	、重桿菌性	一四三
、近距離に對する	一四三	、重桿菌性	一四三
耳性眼球震盪症	一四三	、重桿菌性	一四三
出血性緑内障	一四三	、重桿菌性	一四三
四分の一盲症	一四三	、重桿菌性	一四三
實質性角膜炎	一四三	、重桿菌性	一四三
實扶埤里後麻痺	一四三	、重桿菌性	一四三
脂肪皮腺腫	一四三	、重桿菌性	一四三
變性症、角膜	一四三	、重桿菌性	一四三
神經性眼精疲労	一四三	、重桿菌性	一四三
腎炎性網膜炎	一四三	、重桿菌性	一四三
滲出性網膜炎	一四三	、重桿菌性	一四三
進行性角膜周圍炎	一四三	、重桿菌性	一四三
深層化膿性角膜炎	一四三	、重桿菌性	一四三
弱視、ヒステリー性	一四三	、重桿菌性	一四三
斜視	一四三	、重桿菌性	一四三
シャルラハロート	一四三	、重桿菌性	一四三
症候性眼精疲労	一四三	、重桿菌性	一四三
蒸汽製甘露	二二	變性	一四三
小視症	二二	一、性充血	一四三
硝子體混濁	二二	検査法	一四三
、吸引療法(ツール、ネッデ	二二	眼縁炎、急性	一四三
ン氏)	二二	、重桿菌性	一四三
出血	二二	、重桿菌性	一四三
閃輝症	二二	、重桿菌性	一四三
膿瘍	二二	、重桿菌性	一四三
硝子様結膜變性	二二	、重桿菌性	一四三
硝酸銀	二二	、重桿菌性	一四三
初生兒膿漏眼	二二	、重桿菌性	一四三
靜脈血栓、網膜	二二	、重桿菌性	一四三
睫毛倒生症	二二	、重桿菌性	一四三
重桿菌性眼結核炎	二二	、重桿菌性	一四三
重症虹彩毛様體炎	二二	、重桿菌性	一四三
收斂劑	二二	、重桿菌性	一四三
春季カタル	二二	、重桿菌性	一四三
水晶體脱臼	二二	、重桿菌性	一四三
一、偏位症	二二	、重桿菌性	一四三
一、濁濁	二二	、重桿菌性	一四三
水浴槽結膜炎	二二	、重桿菌性	一四三
スキによる眼外傷	二二	、重桿菌性	一四三
ステルワーグ氏症候	二二	、重桿菌性	一四三
ストリヒモノンの皮下注射	二二	、重桿菌性	一四三
青色白内障	二二	、重桿菌性	一四三
青年性再發性網膜硝子體出血	二二	、重桿菌性	一四三
星芒狀網膜炎	二二	、重桿菌性	一四三
脊椎病	二二	變性	一四三
赤綠色盲	二二	一、性充血	一四三
顯微鏡コロモス	二二	検査法	一四三
一、半盲症	二二	眼縁炎、急性	一四三
穿孔性眼外傷	二二	、重桿菌性	一四三
閃輝性暗點	二二	、重桿菌性	一四三
全眼球炎	二二	、重桿菌性	一四三
全色盲	二二	、重桿菌性	一四三
全身的對症療法	二二	、重桿菌性	一四三
先天性夜盲症	二二	、重桿菌性	一四三
一、微毒性虹彩毛様體炎	二二	、重桿菌性	一四三
一、網膜脈絡膜炎	二二	、重桿菌性	一四三
前房出血、外傷性	二二	、重桿菌性	一四三
一、蓄膿性角膜炎	二二	、重桿菌性	一四三
一、葡萄膜炎	二二	、重桿菌性	一四三
創傷傳染	二二	、重桿菌性	一四三
增殖性網膜炎	二二	、重桿菌性	一四三
續發性視神経萎縮	二二	、重桿菌性	一四三
一、白内障	二二	、重桿菌性	一四三
一、緑内障	二二	、重桿菌性	一四三
對症療法、眼疾患の	二二	、重桿菌性	一四三
一、全身的	二二	、重桿菌性	一四三
帶狀角膜炎	二二	、重桿菌性	一四三
多瞳孔	二二	、重桿菌性	一四三
多發性麥粒腫	二二	、重桿菌性	一四三
タ、チ、ツ、テ、ト	二二	、重桿菌性	一四三
ダリムブル氏症候	二二	變性	一四三
單純緑内障	二二	一、性充血	一四三
丹毒、顔面	二二	検査法	一四三
蛋白尿性(腎炎性)網膜炎	二二	眼縁炎、急性	一四三
中間透明體の混濁	二二	、重桿菌性	一四三
中心暗點	二二	、重桿菌性	一四三
一、靜脈血栓、網膜の	二二	、重桿菌性	一四三
一、動脈の栓塞及び血栓	二二	、重桿菌性	一四三
一、性網膜炎	二二	、重桿菌性	一四三
調節力	二二	、重桿菌性	一四三
一、性眼精疲労	二二	、重桿菌性	一四三
鎮痛療法	二二	、重桿菌性	一四三
デイオニン	二二	、重桿菌性	一四三
鐵片抽出	二二	、重桿菌性	一四三
轉移性眼炎	二二	、重桿菌性	一四三
電擊性緑内障	二二	、重桿菌性	一四三
一、白内障	二二	、重桿菌性	一四三
點狀表層角膜炎	二二	、重桿菌性	一四三
點墨	二二	、重桿菌性	一四三
傳染性軟疣	二二	、重桿菌性	一四三
一、白内障	二二	、重桿菌性	一四三
一、強直	二二	、重桿菌性	一四三
一、散大	二二	、重桿菌性	一四三
一、左右不同	二二	、重桿菌性	一四三
一、遮斷症	二二	、重桿菌性	一四三
一、ヒステリー性	二二	變性	一四三
一、性猫眼	二二	一、性充血	一四三
ゴナン氏烙刺療法	二二	検査法	一四三
昆蟲刺傷	二二	眼縁炎、急性	一四三
サ、シ、ス、セ、ソ	二二	、重桿菌性	一四三
細絲狀角膜炎	二二	、重桿菌性	一四三
再發性前房蓄膿性葡萄膜炎	二二	、重桿菌性	一四三
一、網膜硝子體出血	二二	、重桿菌性	一四三
挫傷白内障	二二	、重桿菌性	一四三
一、網膜脈絡膜炎	二二	、重桿菌性	一四三
一、眼瞼	二二	、重桿菌性	一四三
散在性脈絡膜炎	二二	、重桿菌性	一四三
散瞳	二二	、重桿菌性	一四三
一、外傷性	二二	、重桿菌性	一四三
一、散瞳	二二	、重桿菌性	一四三
一、色素性網膜炎	二二	、重桿菌性	一四三
一、色盲及び色弱	二二	、重桿菌性	一四三
一、職業	二二	、重桿菌性	一四三
軸性視神経炎	二二	、重桿菌性	一四三
刺戟療法、非特異性	二二	、重桿菌性	一四三
刺戟、眼の	二二	、重桿菌性	一四三
視神経萎縮	二二	、重桿菌性	一四三
一、原發性	二二	、重桿菌性	一四三
一、續發性	二二	、重桿菌性	一四三
視神経炎	二二	、重桿菌性	一四三

眼精疲労	九	の合併及び續發症	五
眼底の病變	二八	眼鏡補正	九
管維術	一八一	成因	八七
甘露(蒸氣製)	二二	筋性眼精疲労	六
完全白内障	二五	筋無力症	三三
緑内障	一七六	巨大磁石	二〇〇
顔面神経痛	一六三	鞏膜炎、結核性	一九
丹毒	一六二	鞏膜炎	一九
球後視神経炎、急性	一七	、角膜周囲	一六二
、慢性	一七三	、膠様	一六二
急性眼結核炎	一七〇	鞏膜破裂	一六
球後視神経炎	一七〇	、葡萄腫	一六
結膜カタル	一七九	グラメゲノール	一五〇
、瀰漫性脈絡膜炎	一七三	クレイデ氏點眼法	一五〇
緑内障	一七四	グレイフニ氏症候	一四八
、涙腺炎	一七六	クレインライン氏術式	一四八
急發する視力障礙	一七六	血管母斑	一四八
牛乳の皮下注射	一七九	結核性鞏膜炎	一四〇
基底細胞癌	一八三	、網膜静脈周圍炎	一四〇
キフオールド氏症候	一八六	結膜カタル、急性	一三九
義眼挿入手術	一八三	、慢性	一三九
義膜性結膜炎	一八三	下注射	一三九
筋強直性營養障礙症	一八六	銀病	一三
近距離視力障礙	一八六	結核	一三
近視	一八	、囊腫	一三
、外傷性	一八	、プラスモーム	一三
變性	一四三	變性	一四三
一、軸性	一四三	一、性充血	一四三
一、特有性	一四七	検査法	一四三
視神経缺損症	一四七	眼縁炎、急性	一四三
、再發、微毒の	一四七	、重桿菌性	一四三
挫傷	一四七	、重桿菌性	一四三
腫瘍	一四三	、重桿菌性	一四三
視野、健常	一四三	、重桿菌性	一四三
測定	一四三	、重桿菌性	一四三
一、狭窄、ヒステリー性	一四三	、重桿菌性	一四三
視力障礙、遠方に對する	一四三	、重桿菌性	一四三
、近距離に對する	一四三	、重桿菌性	一四三
耳性眼球震盪症	一四三	、重桿菌性	一四三
出血性緑内障	一四三	、重桿菌性	一四三
四分の一盲症	一四三	、重桿菌性	一四三
實質性角膜炎	一四三	、重桿菌性	一四三
實扶埤里後麻痺	一四三	、重桿菌性	一四三
脂肪皮腺腫	一四三	、重桿菌性	一四三
變性症、角膜	一四三	、重桿菌性	一四三
神經性眼精疲労	一四三	、重桿菌性	一四三
腎炎性網膜炎	一四三	、重桿菌性	一四三
滲出性網膜炎	一四三	、重桿菌性	一四三
進行性角膜周圍炎	一四三	、重桿菌性	一四三
深層化膿性角膜炎	一四三	、重桿菌性	一四三
弱視、ヒステリー性	一四三	、重桿菌性	一四三
斜視	一四三	、重桿菌性	一四三
シャルラハロート	一四三	、重桿菌性	一四三
症候性眼精疲労	一四三	、重桿菌性	一四三
蒸汽製甘露	二二	變性	一四三
小視症	二二	一、性充血	一四三
硝子體混濁	二二	検査法	一四三
、吸引療法(ツール、ネッデ	二二	眼縁炎、急性	一四三
ン氏)	二二	、重桿菌性	一四三
出血	二二	、重桿菌性	一四三
閃輝症	二二	、重桿菌性	一四三
膿瘍	二二	、重桿菌性	一四三
硝子様結膜變性	二二	、重桿菌性	一四三
硝酸銀	二二	、重桿菌性	一四三
初生兒膿漏眼	二二	、重桿菌性	一四三
靜脈血栓、網膜	二二	、重桿菌性	一四三
睫毛倒生症	二二	、重桿菌性	一四三
重桿菌性眼結核炎	二二	、重桿菌性	一四三
重症虹彩毛様體炎	二二	、重桿菌性	一四三
收斂劑	二二	、重桿菌性	一四三
春季カタル	二二	、重桿菌性	一四三
水晶體脱臼	二二	、重桿菌性	一四三
一、偏位症	二二	、重桿菌性	一四三
一、濁濁	二二	、重桿菌性	一四三
水浴槽結膜炎	二二	、重桿菌性	一四三
スキによる眼外傷	二二	、重桿菌性	一四三
ステルワーグ氏症候	二二	、重桿菌性	一四三
ストリヒモノンの皮下注射	二二	、重桿菌性	一四三
青色白内障	二二	、重桿菌性	一四三
青年性再發性網膜硝子體出血	二二	、重桿菌性	一四三
星芒狀網膜炎	二二	、重桿菌性	一四三
脊椎病	二二	變性	一四三
赤綠色盲	二二	一、性充血	一四三
顯微鏡コロモス	二二	検査法	一四三
一、半盲症	二二	眼縁炎、急性	一四三
穿孔性眼外傷	二二	、重桿菌性	一四三
閃輝性暗點	二二	、重桿菌性	一四三
全眼球炎	二二	、重桿菌性	一四三
全色盲	二二	、重桿菌性	一四三
全身的對症療法	二二	、重桿菌性	一四三
先天性夜盲症	二二	、重桿菌性	一四三
一、微毒性虹彩毛様體炎	二二	、重桿菌性	一四三
一、網膜脈絡膜炎	二二	、重桿菌性	一四三
前房出血、外傷性	二二	、重桿菌性	一四三
一、蓄膿性角膜炎	二二	、重桿菌性	一四三
一、葡萄膜炎	二二	、重桿菌性	一四三
創傷傳染	二二	、重桿菌性	一四三
增殖性網膜炎	二二	、重桿菌性	一四三
續發性視神経萎縮	二二	、重桿菌性	一四三
一、白内障	二二	、重桿菌性	一四三
一、緑内障	二二	、重桿菌性	一四三
對症療法、眼疾患の	二二	、重桿菌性	一四三
一、全身的	二二	、重桿菌性	一四三
帶狀角膜炎	二二	、重桿菌性	一四三
多瞳孔	二二	、重桿菌性	一四三
多發性麥粒腫	二二	、重桿菌性	一四三
タ、チ、ツ、テ、ト	二二	、重桿菌性	一四三
ダリムブル氏症候	二二	變性	一四三
單純緑内障	二二	一、性充血	一四三
丹毒、顔面	二二	検査法	一四三
蛋白尿性(腎炎性)網膜炎	二二	眼縁炎、急性	一四三
中間透明體の混濁	二二	、重桿菌性	一四三
中心暗點	二二	、重桿菌性	一四三
一、靜脈血栓、網膜の	二二	、重桿菌性	一四三
一、動脈の栓塞及び血栓	二二	、重桿菌性	一四三
一、性網膜炎	二二	、重桿菌性	一四三
調節力	二二	、重桿菌性	一四三
一、性眼精疲労	二二	、重桿菌性	一四三
鎮痛療法	二二	、重桿菌性	一四三
デイオニン	二二	、重桿菌性	一四三
鐵片抽出	二二	、重桿菌性	一四三
轉移性眼炎	二二	、重桿菌性	一四三
電擊性緑内障	二二	、重桿菌性	一四三
一、白内障	二二	、重桿菌性	一四三
點狀表層角膜炎	二二	、重桿菌性	一四三
點墨	二二	、重桿菌性	一四三
傳染性軟疣	二二	、重桿菌性	一四三
一、白内障	二二	、重桿菌性	一四三
一、強直	二二	、重桿菌性	一四三
一、散大	二二	、重桿菌性	一四三
一、左右不同	二二	、重桿菌性	一四三
一、遮斷症	二二	、重桿菌性	一四三
一、ヒステリー性	二二	變性	一四三
一、性猫眼	二二	一、性充血	一四三
ゴナン氏烙刺療法	二二	検査法	一四三
昆蟲刺傷	二二	眼縁炎、急性	一四三
サ、シ、ス、セ、ソ	二二	、重桿菌性	一四三
細絲狀角膜炎	二二	、重桿菌性	一四三
再發性前房蓄膿性葡萄膜炎	二二	、重桿菌性	一四三
一、網膜硝子體出血	二二	、重桿菌性	一四三
挫傷白内障	二二	、重桿菌性	一四三
一、網膜脈絡膜炎	二二	、重桿菌性	一四三
一、眼瞼	二二	、重桿菌性	一四三
散在性脈絡膜炎	二二	、重桿菌性	一四三
散瞳	二二	、重桿菌性	一四三
一、外傷性	二二	、重桿菌性	一四三
一、散瞳	二二	、重桿菌性	一四三
一、色素性網膜炎	二二	、重桿菌性	一四三
一、色盲及び色弱	二二	、重桿菌性	一四三
一、職業	二二	、重桿菌性	一四三
軸性視神経炎	二二		



縮小	三〇七	トリパフラウイン	七
閉鎖症	三〇六	ナ、ニ、ヌ、ネ、ノ	
反應の反射路	三〇四	内管贅皮症	三三三
異常	三〇五	内斜視	三三〇
傾の異常	三〇五	手術	三三〇
膜遺殘症	三〇五	内反症、眼瞼	三三〇
の大きさ	三〇五	手術(ホツツ氏法)	三三〇
不正形	三〇七	乳頭陷凹	三三〇
倒生睫毛症	三〇六	一周圍網膜脈絡膜炎	三三〇
による角膜潰瘍	三〇六	腫積	三三〇
同側半盲症	三〇八	萎縮	三三〇
一性複視	三〇一	二重穿孔、眼球の	三三〇
糖尿性白内障	三〇五	妊娠網膜炎	三三〇
網膜炎	三〇六	尿毒性黒内障	三三〇
兎眼による角膜炎	三〇五	脳及び脳膜脱出	三三〇
兎眼症	三〇三	脳下垂腫瘍	三三〇
特有性視神経炎	三〇七	膿漏性結膜炎	三三〇
特發夜盲	三〇〇	ハ、ヒ、フ、ヘ、ホ	
一性虹彩毛様體炎	三〇九	微毒性網膜炎	三三〇
トネル状視野狭窄	三〇七	白兒	三三〇
トラホーム	三〇七	白内障	三三〇
一パンヌス	三〇九	一、外傷性	三三〇
一併發する角膜潰瘍	三〇九	一、挫傷	三三〇
一の療法	三〇九	一、電撃	三三〇
一の経過	三〇九	一、摘出手術	三三〇
一の豫防	三〇九		
トレバナチオン	三〇八		
		白濁狀網膜炎	三〇七
		搏動性眼球突出症	三〇〇
		麥粒腫	三〇三
		蜂の刺傷	三〇三
		反射性瞳孔強直	三〇三
		半盲症、顛顛側	三〇三
		一、同側	三〇三
		原田氏病	三〇三
		パーゲンステッヘル氏術式	三〇三
		バリノー氏結膜炎	三〇三
		バルキンソニスムス	三〇三
		パセドウ氏病	三〇三
		非穿孔性眼外傷	三〇三
		非特異性刺戟療法	三〇三
		ヒステリー性弱視及黒内障	三〇三
		瀧澤性角膜膜炎	三〇三
		貧血性網膜炎	三〇三
		皮膚腫	三〇三
		一、囊腫	三〇三
		表眼球痛	三〇三
		表層點狀角膜炎	三〇三
		一瀧澤性角膜炎	三〇三
		ビトー氏乾燥斑	三〇三
		ビルンショウスキー氏前轉法	三〇三
		鼻性視神経炎	三〇三
		鼻涙管狭窄	三〇三
		風眼(膿漏性結膜炎)	三〇五
		フォシユス氏輪狀瀾濁	三〇六
		複視	三〇〇
		輻輳障礙	三〇九
		偏行性角膜潰瘍	三〇五
		副中心暗點	三〇四
		副瘤	三〇九
		葡萄腫、角膜	三〇〇
		プラスモーム(結膜)	三〇三
		フリクテーン性角膜炎	三〇三
		一結膜炎	三〇三
		一パンヌス	三〇三
		ブルツネル氏前轉法	三〇八
		プレチビターテ	三〇七
		フロツクルス、虹彩の	三〇三
		邊緣擴張症、角膜	三〇三
		變形症	三〇三
		ヘルベス、角膜	三〇三
		ベル氏現象	三〇三
		ベルリン氏瀾濁	三〇三
		包括體性膿漏眼	三〇三
		放射線療法	三〇三
		芒把狀角膜炎	三〇三
		ホツツ氏術式	三〇三
		ホルスト水	三〇三
		マ、ミ、ム、メ、モ	

マイホーム氏腺癌	三〇三	一、増殖性	三〇三
麻痺性角膜炎	三〇三	一、中心性	三〇三
一斜視	三〇三	一、糖尿性	三〇三
慢性炎性緑内障	三〇三	一、妊娠	三〇三
一球後視神経炎	三〇三	一、微毒性	三〇三
一結膜カタル	三〇三	一、貧血性	三〇三
一瀧澤性脈絡膜炎	三〇三	一、輪狀	三〇三
一淚囊炎	三〇三	一、網膜剝離	三〇三
蔓狀神経腫	三〇三	一、網膜脈絡膜炎、先天微毒性	三〇三
マリオット氏盲斑	三〇三	一、乳頭周圍	三〇三
ミクリツツ氏病	三〇三	一、網膜有髓神經纖維束	三〇三
脈絡膜萎縮	三〇三	一、グリオーム	三〇三
一缺血症	三〇三	一、血管の異常	三〇三
一孤立結核	三〇三	一、出血	三〇三
一腫瘍	三〇三	一、種々なる	三〇三
一破裂	三〇三	一、高血圧による	三〇三
脈絡膜炎、急性瀧澤性	三〇三	一、硝子體出血、再發性	三〇三
一、散在性	三〇三	一、色素線形成	三〇三
一、慢性瀧澤性	三〇三	一、退行變性症	三〇三
無色素性色素性網膜炎	三〇三	一、網膜靜脈枝別の血栓	三〇三
メビウス氏症候	三〇三	一、新行症	三〇三
メルレル氏前轉法	三〇三	一、網膜前出血	三〇三
網膜炎、腎炎性(蛋白尿性)	三〇三	一、中心動脈の血行杜絶	三〇三
一、色素性	三〇三	一、靜脈の血栓	三〇三
一、滲出性	三〇三	一、蔓狀血管痛	三〇三
一、星芒狀	三〇三	一、毛様充血	三〇三
		ラ、リ、ル、レ、ロ	
		癩性角膜瀾濁	三〇三
		螺旋狀視野狭窄	三〇三
		輪狀暗點	三〇三
		一網膜炎	三〇三
		一、完全	三〇三
		一、出血性	三〇三
		一、單純	三〇三
		一、電撃性	三〇三
		一、慢性炎性	三〇三
		一、性暈輪	三〇三
		一、硫酸亞鉛	三〇三
		一、兩顛側半盲症	三〇三
		一、淚腺炎、急性	三〇三
		一、腫瘍	三〇三
		一、摘出術	三〇三
		一、淚點離隔症	三〇三
		一、淚囊炎、急性	三〇三
		一、周圍炎	三〇三
		一、摘出術	三〇三
		一、膿漏	三〇三
		一、レプローム	三〇三
		一、レミヂン	三〇三
		一、レントゲン放射療法	三〇三
		老視眼	三〇三
		老人環	三〇三
		一、性白内障	三〇三
		濾胞性結膜炎	三〇三
		ヤ、ユ、ヨ	
		野兔病性結膜炎	三〇三
		ヤトレンカゼイン	三〇三
		夜盲症	三〇三
		一、先天性	三〇三
		一、特發性	三〇三
		疣形成、脈絡膜硝子膜の	三〇三
		一、雪盲	三〇三
		一、癒著性白斑	三〇三
		翼狀贅片	三〇三



昭和九年十二月廿五日 第一版印刷  
昭和十年一月一日 第一版發行

眼科診療新書

正價金八圓五拾錢

著者 小 柳 美 三

株式會社南江堂代表者

發行者 小 立 鉦 四 郎

東京市本郷區春木町三丁目三十二番地

印刷者 加 藤 晴 吉

東京市本郷區湯島切通坂町五十一番地

印刷所 合資 正文舍第二工場

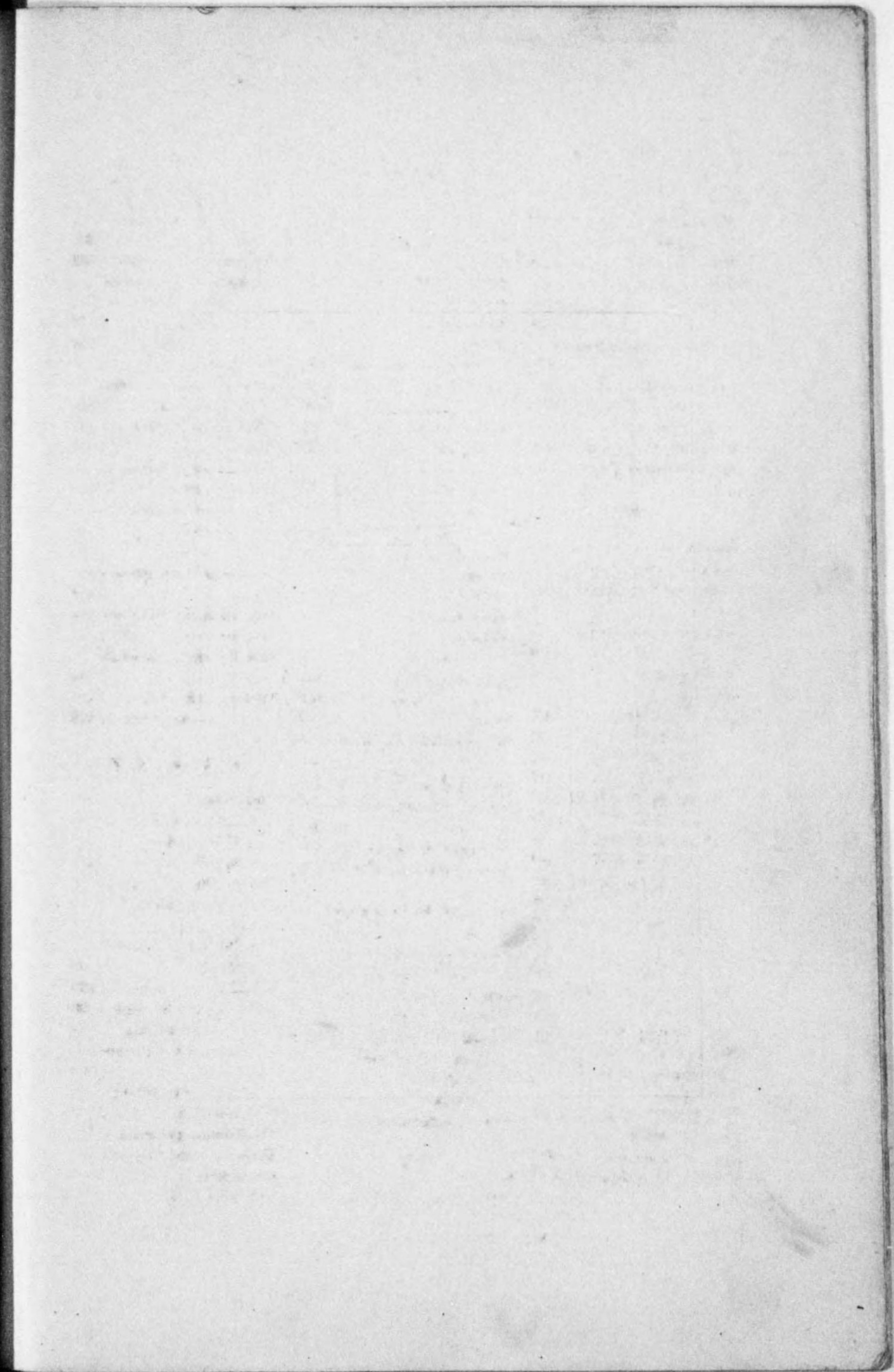
東京市本郷區湯島切通坂町十五番地



### 發行所

東京市本郷區春木町三丁目二番地 株式會社 南江堂  
(電話小石川三五〇・三九六九番)  
京都市中京區寺町通御池南入一丁目一〇番 株式會社 南江堂  
(電話上二〇三〇番) 支店







## Sachregister

### A

A-Avitaminose . . . . . 101  
 Ablatio retinae . . . . . 67  
 Absaugung des Glaskörpers  
 . . . . . 284  
 Absolute Glaukom . . . . . 178  
 Absolute Pupillenstarre . 275  
 Adenokarzinom des Lides 413  
 Aderhautatrophie . . . . . 320  
 —kolobom . . . . . 319  
 —ruptur . . . . . 34  
 Adstringierende Mittel . . 4  
 Akkommodationsbreite . . 93  
 —lähmung . . . . . 98  
 Akkommodative Asthenopie  
 . . . . . 96  
 Akuter Bindehautkatarrh . 139  
 Akutes Glaukom . . . . . 174  
 Albinismus . . . . . 266  
 Amaurose, hysterische . . 76  
 —, urämische . . . . . 79  
 Amaurotisches Katzenauge  
 . . . . . 236  
 Amaurotische Pupillenstarre  
 . . . . . 274  
 Amblyopie, hysterische . . 76  
 Amyloidartung der Bindehaut  
 . . . . . 423  
 Aneurysma racemosum retinae  
 . . . . . 307  
 Angeborene Hemeralopie 109  
 Angioma cavernosum orbitae  
 . . . . . 432  
 Angioma palpebrae . . . . . 418  
 Anisokorie . . . . . 270  
 Antiglaukomatöse Operationen  
 . . . . . 179  
 Aqua Horsti . . . . . 6  
 Arcus juvenilis . . . . . 233  
 —senilis . . . . . 233  
 Argentum nitricum . . . . . 4

Argyrosis conjunctivae . . 5  
 Asthenopie . . . . . 95  
 Asteroidhyalitis . . . . . 281  
 Astthrombose der Zentralvene  
 . . . . . 62  
 Atropinmydriasis . . . . . 1  
 Atropinvergiftung . . . . . 2  
 Augenmuskellähmung . . 400  
 Augentabes . . . . . 298  
 Augenverletzungen . . . . 20  
 Aussparung der Makula . 355

### B

Bandförmige Hornhauttrübung  
 . . . . . 234  
 Basalzellenkrebs des Lides 412  
 Basedowsche Krankheit . 407  
 Bellsches Phänomen . . . 382  
 Berlinsche Netzhauttrübung  
 . . . . . 32  
 Bielschowskysche Vornähung  
 . . . . . 399  
 Bindehautkatarrh, akuter 139  
 —, chronischer . . . . . 115  
 Bindehauttuberkulose . . 153  
 —zyste . . . . . 424  
 Bitemporale Hemianopsie 353  
 Bitotscher Fleck . . . . . 101  
 Blennorrhoe . . . . . 145  
 Blennorrhoea neonatorum 148  
 Blepharitis eczematosa  
 acuta . . . . . 370  
 Blepharitis diplobacillaris 371  
 Blepharochalasis . . . . . 375  
 Blinder Fleck, Mariottescher  
 . . . . . 333  
 Blitzstar . . . . . 31  
 Bulbusrötung . . . . . 137

### C

Calomel vap. . . . . 13

Carcinoma epibulbare . . 426  
 Cataracta . . . . . 243  
 —coerulea . . . . . 245  
 —complicata . . . . . 246  
 —diabetica . . . . . 245  
 —nigra . . . . . 244  
 —senilis . . . . . 244  
 —totalis . . . . . 245  
 —traumatica . . . . . 21  
 Chalazion . . . . . 415  
 Chorioiditis diffusa acuta . 322  
 — — chronica . . . . . 322  
 —disseminata . . . . . 312  
 Chronischer Bindehautkatarrh  
 . . . . . 115  
 Chronische Dacryocystitis 130  
 Ciliarinjektion . . . . . 137  
 Cocain, Wirkungsweise des 8  
 Cocainismus, lokaler . . . 9  
 —corneae . . . . . 203  
 Coloboma iridis . . . . . 272  
 —nervi optici . . . . . 306  
 —palpebrae . . . . . 388  
 Conjunctivale Rötung . . 138  
 Conjunctivitis catarrhalis  
 acuta . . . . . 139  
 — — chronica . . . . . 115  
 —blennorrhoeica . . . . 145  
 —follicularis . . . . . 115  
 —phlyctenulosa . . . . . 151  
 —pseudomembranosa . 143  
 —tularensis . . . . . 142  
 —vernalis . . . . . 128  
 Conus nach aussen (temporalis)  
 . . . . . 306  
 Crédésches Verfahren . . 150  
 Cystenbildung der Bindehaut  
 . . . . . 424

### D

Dacryoadenitis acuta . . 368  
 —cystitis acuta . . . . . 364



Dacryoclenitis chronica . . . 130  
 Dalrymplesches Symptom 408  
 Degeneration der Hornhaut,  
 fettige . . . . . 207  
 Dermoid u. Dermoidzyste 424  
 Dionin . . . . . 13  
 Diplopie . . . . . 400  
 Diszision der Linsenkapsel 255  
 Doppelperforation des Bul-  
 bus . . . . . 25  
 Doppeltsehen . . . . . 400  
 Drusenbildung der Glashaut  
 . . . . . 321

## E

Ectopia lentis . . . . . 263  
 Einengung des Gesichtsfel-  
 des, hysterische . . . . . 77  
 Einschlussblennorrhoe . . 148  
 Eisenextraktion . . . . . 47  
 Ektropium . . . . . 379  
 Embolie der Zentralarterie 72  
 Embryotoxon . . . . . 233  
 Emphysem der Lider . . . 38  
 Entartung der Bindehaut . 423  
 Entropium palpebrae . . 384  
 Entropiumoperation (Hotz)  
 . . . . . 386  
 Entzündliches Glaukom . 174  
 Enucleatio bulbi . . . . . 50  
 Epibulbärkarzinom . . . 426  
 Epicanthus . . . . . 373  
 Erosio corneae . . . . . 227  
 Erworbene Farbensinnstö-  
 rungen . . . . . 114  
 Erysipelas . . . . . 361  
 Essentielle Hemeralopie . 100  
 Eversio puncti lacrymalis . 380  
 Exenteratio bulbi . . . . . 53  
 Exkavation der Papille . . 302  
 Exophthalmus . . . . . 407  
 Exstirpation der Tränen-  
 drüse . . . . . 156  
 — des Tränensäckes . . 132  
 Extraktion der Katarakt . 248  
 —, lineare . . . . . 255

## F

Facette der Hornhaut . . 229  
 Fazialiskrampf . . . . . 383  
 Fäcchenkeratitis . . . . . 227  
 Farbenblindheit . . . . . 111  
 —, totale . . . . . 113  
 Farbenschwäche . . . . . 111  
 Farbensinnstörungen, ange-  
 borene . . . . . 111  
 —, erworbene . . . . . 114  
 Fettige Degeneration der  
 Hornhaut . . . . . 207  
 Feuermal des Lides . . . 418  
 Flimmerskotom . . . . . 348  
 Flocculus iridis . . . . . 273  
 Flügelfell . . . . . 156  
 Fremdkörpertumor der  
 Lider . . . . . 420  
 Frühjahrskatarrh . . . . . 128

## G

Gekreuzte Diplopie . . . 401  
 Gesichtserysipel . . . . . 361  
 Gesichtsfeld, normales . . 350  
 —einengung, hysterische 77  
 Giffordsches Zeichen . . . 408  
 Glaskörperabsaugung (zur  
 Nedden) . . . . . 284  
 —abszess . . . . . 240  
 —blutungen . . . . . 58  
 —trübung . . . . . 279  
 Glaucoma absolutum . . . 178  
 —acutum . . . . . 174  
 —fulminans . . . . . 176  
 —haemorrhagicum . . 177  
 —inflammatorium chro-  
 nicum . . . . . 177  
 —secundarium . . 177, 305  
 —simplex . . . . . 301  
 Glaukom, absolutes . . . 178  
 —, entzündliches . . . 174  
 Glaukomoperationen . . . 180  
 Gleichnamige Diplopie . . 401  
 Glioma retinae . . . . . 235  
 Graefes Phänomen . . . . . 408

Granugenol . . . . . 421  
 Gumma palpebrae . . . . . 418  
 — orbitae . . . . . 432

## H

Haemorrhagia retinae . . 57  
 Häorrhagisches Glaukom  
 . . . . . 177  
 Hagelkorn . . . . . 415  
 Halo glaucomatosus . . . 305  
 Handmagnet . . . . . 46  
 Hemeralopie . . . . . 100  
 —, angeborene . . . . . 109  
 Hemianopsie, bitemporale 353  
 —, homonyme . . . . . 358  
 —, Quadrant— . . . . . 360  
 Hereditäre Optikusatrophie 246  
 Herpes corneae . . . . . 225  
 Homonyme Hemianopsie 358  
 Hordeolum palpebrae . . . 362  
 Hornhautgeschwür . . . 210  
 — bei Trachom . . . . . 216  
 — durch Trichiasis . . 226  
 Hornhauttrübung . . . . . 229  
 —, bandförmige . . . . . 234  
 Hutchinsonsche Trias . . . 192  
 Hyaline Entartung der  
 Bindehaut . . . . . 423  
 Hypophysentumor . . . . . 354  
 Hypopyonkeratitis . . . . 216  
 —uveitis, rezidivierende 164  
 Hysterische Amblyopie u.  
 Amaurose . . . . . 76

## I

Idiopathische Hemeralopie 100  
 Idiosynkrasie des Atropins 3  
 Ignipunktur (nach Gonin) 70  
 Injektion, subkonjunktivale 11  
 Insektenstich . . . . . 371  
 Intermittierender Exoph-  
 thalmus . . . . . 410  
 Iridodialyse . . . . . 29  
 Iridozyklitis . . . . . 162  
 — luetica congenita . . 264

Iriskolobom . . . . . 272  
 Iritis . . . . . 162

## K

Katarakt . . . . . 243  
 Katarrhalisches Hornhaut-  
 geschwür . . . . . 220  
 Katzenauge, amaurotisches 236  
 Keratitis diffusa superficialis  
 . . . . . 206  
 — disciformis . . . . . 203  
 — fasciculosa . . . . . 222  
 —, Fäcchen— . . . . . 227  
 — e lagophthalmo . . . 225  
 — neuroparalytica . . . 226  
 — parenchymatosa . . . 192  
 — — avasculosa . . . . . 196  
 — phlyctenulosa . . . . . 221  
 — punctata superficialis  
 . . . . . 141, 207  
 — pustuliformis profun-  
 da . . . . . 207  
 — sclerificans . . . . . 221  
 Keratokonus . . . . . 233  
 Keratomalazie . . . . . 211  
 Koloboma des Lides . . . 388  
 — der Aderhaut . . . . . 319  
 — — Iris . . . . . 272  
 Kokainschädigung der  
 Hornhaut . . . . . 203  
 Kontusionskatarakt . . . 31  
 Konvergenzstörung . . . 99  
 Krönleinsche Operation . 434

## L

Lagophthalmus . . . . . 382  
 Lähmung der Augenmus-  
 keln . . . . . 400  
 Lappenextraktion der Ka-  
 tarakt . . . . . 248  
 Lepröse Hornhauttrübung 209  
 Leprom . . . . . 425  
 Leucoma corneae . . . . . 229  
 Lidabszess . . . . . 367  
 Lidkolobom . . . . . 388  
 Linsenluxation . . . . . 362

Linsenluxation, traumatische 30  
 Linsenextraktion . . . . . 248  
 Lipodermoid . . . . . 424  
 Lochbildung der Makula . 33  
 Luxatio lentis . . . . . 262  
 — — traumatica . . . . . 30

## M

Macula corneae . . . . . 229  
 Maligne Skleritis . . . . . 161  
 Mariottescher blinder Fleck  
 . . . . . 333  
 Markhaltige Nervenfasern  
 der Netzhaut . . . . . 398  
 Mellersche Vornähung der  
 Augenmuskeln . . . . . 398  
 Membrana pupillaris perse-  
 verans . . . . . 265  
 Meningoencephalocoele . . 420  
 Metamorphopsie . . . . . 339  
 Metastatische Ophthalmie 185  
 Mikropsie . . . . . 338  
 Mikulitzsche Krankheit . 420  
 Miosis . . . . . 270  
 Moebiusches Phänomen . 408  
 Molluscum contagiosum . 417  
 Muskellähmung . . . . . 400  
 Muskelvornähung . . . . . 393  
 Muskuläre Asthenopie . . 96  
 Multiple Hordeola . . . . . 362  
 Myasthenie des Levators . 373  
 Mydriasis . . . . . 268  
 —, traumatische . . . . . 28  
 Myopie . . . . . 81  
 —, traumatische . . . . . 30  
 Myotonische Dystrophie . 246

## N

Nachtblindheit . . . . . 100  
 Nebenpocken . . . . . 369  
 Nervöse Asthenopie . . . 96  
 Netzhautablösung . . . . . 67  
 —blutungen . . . . . 57  
 —gliom . . . . . 235  
 Neuritis axialis . . . . . 342  
 — specifica . . . . . 287

Neuritis nervi optici . . . 286  
 — retrobulbaris acuta . . 74  
 — — chronica . . . . . 342  
 Neurorezidiv . . . . . 287  
 Nubecula corneae . . . . . 229  
 Nystagmus . . . . . 406

## O

Occlusio pupillae . . . . . 265  
 Oguische Krankheit . . . 110  
 Opacitates corporis vitrei . 279  
 Ophthalmie, metastatische 185  
 —, sympathische . . . . . 40  
 Optikusatrophie . . . . . 295  
 —, hereditäre . . . . . 246  
 —, primäre . . . . . 297  
 —, sekundäre . . . . . 296  
 Orbitalphlegmone . . . . . 188  
 —tumoren . . . . . 431  
 Otogener Nystagmus . . . 406

## P, Q

Panophthalmie . . . . . 185  
 Pannus phlyctenulosus . . 222  
 — trachomatosus . . . . . 119  
 Parazentralskotom . . . . . 334  
 Parinaudsche Konjunktivi-  
 tis . . . . . 142  
 Parkinsonismus . . . . . 100  
 Perforierende Verletzungen 21  
 Peridacryocystitis . . . . . 364  
 Periostitis orbitae . . . . . 190  
 Periphlebitis retinalis tuber-  
 culosa . . . . . 58  
 Phthisis corneae . . . . . 230  
 Pigmentdegeneration der  
 Netzhaut . . . . . 104  
 Pigmentstreifenbildung der  
 Netzhaut . . . . . 312  
 Plasmoma conjunctivae . . 422  
 Polykorie . . . . . 272  
 Postdiphtherische Akkom-  
 modationslähmung . . . 98  
 Präretinale Blutung . . . 57  
 Präzipitate . . . . . 277, 163  
 Presbyopie . . . . . 92



Pseudogliom . . . . . 240  
 —myopie . . . . . 81  
 Ptosis der Lider . . . . . 373  
 Ptosiooperation . . . . . 377  
 Pterygium . . . . . 156  
 —operation . . . . . 158  
 Pulsierender Exophthalmus  
 . . . . . 410  
 Pupillengröße . . . . . 267  
 —starre . . . . . 274  
 Pupillotonie . . . . . 275  
 Purtschers Vornähung . . 398  
 Quadrantemianopsie . . 380

## R

Randektasie der Hornhaut 234  
 Rankenneurom des Lides . 417  
 Reflektorische Pupillen-  
 starre . . . . . 274  
 Reflexbahn der Pupillen-  
 reaktion . . . . . 274  
 Reiztherapie . . . . . 18  
 Remijn . . . . . 7  
 Retinitis anaemica . . . . 331  
 — centralis . . . . . 336  
 — circinata . . . . . 314  
 — diabetica . . . . . 346  
 — exsudativa . . . 242, 330  
 — gravidarum . . . . . 328  
 — nephritica . . . . . 325  
 — pigmentosa . . . . . 104  
 — — sine pigmento . 107  
 — proliferans . . . 60, 320  
 — punctata albescens . 107  
 — stellata . . . . . 315  
 — syphilitica . . . . . 324  
 Retinochorioiditis luetic  
 congenita . . . . . 109  
 — juxtapapillaris . . . 332  
 Rezidivierende Netzhaut-  
 blutungen . . . . . 58  
 Riesenmagnet . . . . . 46  
 Ringskotom . . . . . 335  
 Rotgrünblindheit . . . . . 111  
 Rucknystagnus . . . . . 406  
 Ruptura chorioideae . . . 34  
 — sclerae . . . . . 26

## S

Sarcoma orbitae . . . . . 432  
 Scharlachrotalbe . . . . . 13  
 Schattenprobe . . . . . 84  
 Schielen . . . . . 389  
 Schieloperationen . . . . . 392  
 Schneeblindheit . . . . . 139  
 Schwimmbalkonjunktivitis 140  
 Seclusio pupillae . . . . . 265  
 Sehnerventrophie . . . . . 295  
 —kolobom . . . . . 303  
 Sehstörung für die Ferne . 81  
 — — — Nähe . . . . . 92  
 Siderosis bulbi . . . . . 44  
 Silbernitrat . . . . . 4  
 Skiaskopie . . . . . 84  
 Skiverletzung . . . . . 35  
 Skleralruptur . . . . . 26  
 Skleritis . . . . . 159  
 — sulzige . . . . . 161  
 Sklerokeratitis . . . . . 201  
 Skleroperikeratitis . . . . 161  
 Skotom . . . . . 333  
 Solitär tuberkel der Ader-  
 haut . . . . . 341  
 Stauungspapille . . . . . 290  
 Staphyloma corneae . . . . 230  
 — sclerae . . . . . 160  
 Stellwagsches Phänomen . 408  
 Stichverletzungen des Auges  
 . . . . . 21  
 Störungen des Farbensinnes  
 . . . . . 111  
 Strabismus concomitans . 389  
 — paralyticus . . . . . 401  
 Strahlentherapie . . . . . 14  
 Strictura canalis nasolacry-  
 malis . . . . . 130  
 Subkonjunktivale Injektion 11  
 Sulzige Skleritis . . . . . 161  
 Sympathische Ophthalmie 40  
 Symptomatische Asthenopie 96

## T

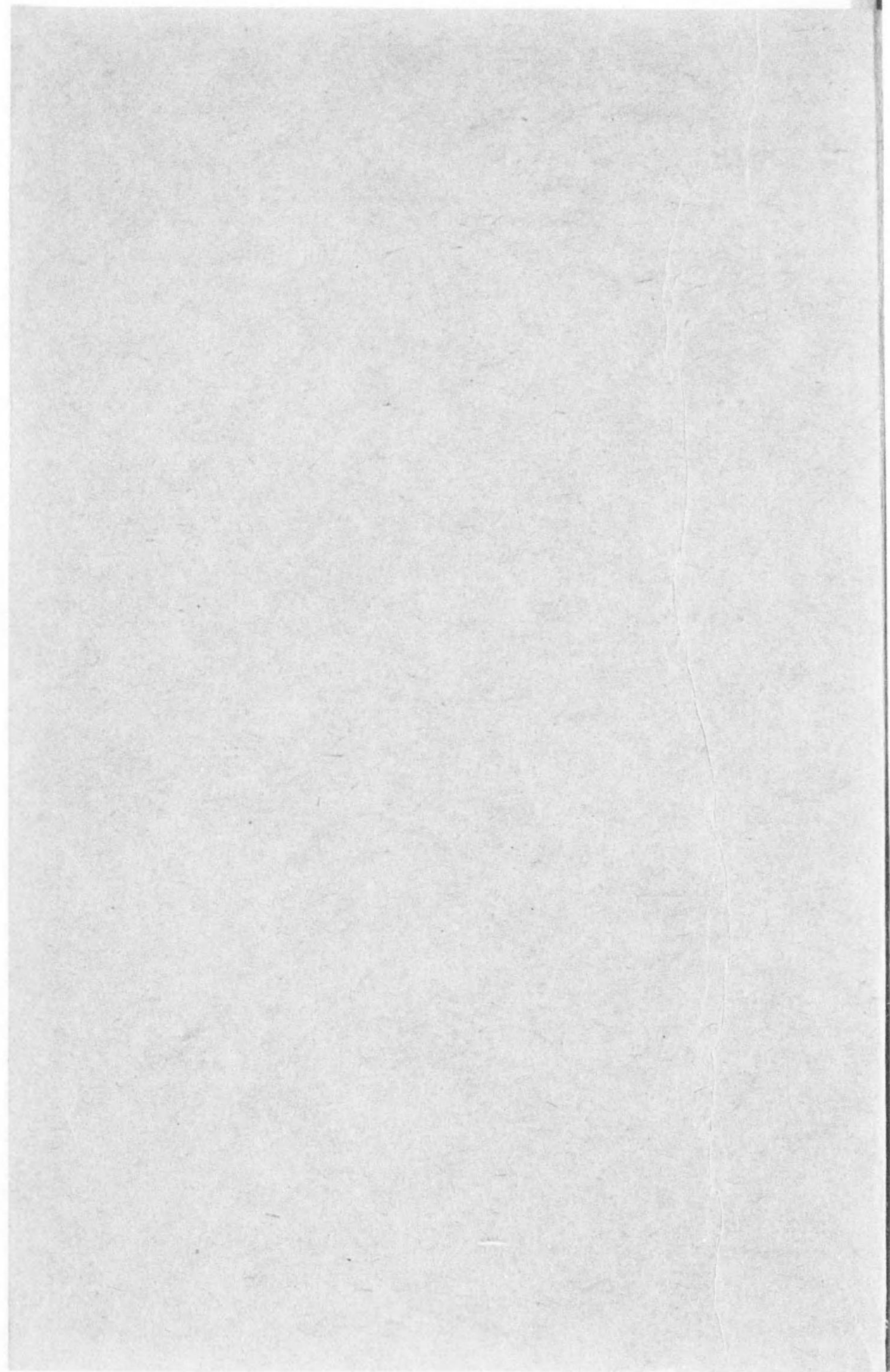
Tabes dorsalis . . . . . 238

Tätowierung der Horn-  
 hauttrübung . . . . . 231  
 Temporale Hemianopsie . 353  
 Therapie, symptomatische 1  
 Thrombose der Zentralar-  
 terie . . . . . 72  
 — — Zentralvene . . 64  
 Tic convulsif . . . . . 383  
 Tortuositas vasorum retinae  
 . . . . . 308  
 Totale Farbenblindheit . 113  
 Trachom . . . . . 117  
 Tränensackblennorrhoe . 130  
 —exstirpation . . . . . 132  
 Traumatische Katarakt . 21  
 — Mydriasis . . . . . 23  
 — Myopie . . . . . 30  
 Trepanation nach Elliot . 181  
 Trichiasis . . . . . 384  
 Trübungen der Hornhaut 228  
 Trypaflavin . . . . . 7  
 Tuberkulose der Bindehaut  
 . . . . . 153  
 Tumoren der Orbita . . . 431  
 — — Tränendrüse . 419

## U, V, W, X, Z

Ulcus corneae . . . . . 210  
 — rodens corneae . . . 223  
 — — palpebrae . . . 412  
 — serpens corneae . . 215  
 Umschläge . . . . . 10  
 Urämische Amaurose . . . 79  
 Uveitis . . . . . 169  
 Venenthrombose in der  
 Netzhaut . . . . . 62  
 Verlagerung der Linse . . 263  
 Verletzungen des Auges . 20  
 Vorderkammerblutung . 27  
 Vornähung der Augenmus-  
 keln . . . . . 398  
 Vossiusche Ringtrübung . 28  
 Wundinfektion . . . . . 49  
 Xanthelasma palpebrae . 417  
 Xerosis conjunctivae . . . 100  
 Zentralskotom . . . . . 334  
 Zinksulfatlösung . . . . . 6







55  
155



終