

+ Abstract on pg. 3 1763-1767
104-105



STATUS
Submitted 20151007
SOURCE
ILLiad
BORROWER
PFM
LENDERS
PPC, *ZAP, CUN

TYPE
Copy
REQUEST DATE
10/05/2015
RECEIVE DATE

OCLC #
1378498
NEED BEFORE
11/04/2015

155102923

DUE DATE

BIBLIOGRAPHIC INFORMATION

LOCAL ID
AUTHOR

2-3

ARTICLE AUTHOR Hata, B.

TITLE Nippon Ganka Gakkai zasshi = Acta Societatis
Ophthalmologicae Japonicae.

ARTICLE TITLE The development of glioma in the eye to which
the cornea of patient, who suffered from glioma

IMPRINT 880-02 Tōkyō : Nippon Ganka Gakkai

FORMAT Serial
EDITION

ISSN 0029-0203

VOLUME 43
NUMBER 2
DATE 1939
PAGES 1763-67

INTERLIBRARY LOAN INFORMATION

ALERT

AFFILIATION

VERIFIED <TN:290788><ODYSSEY:130.49.243.59/ILL>

COPYRIGHT US:CCG

MAX COST OCLC IFM - 15.00 USD

SHIPPED DATE

LEND CHARGES
LEND RESTRICTIONS

FAX NUMBER 412-648-9020

EMAIL hslsdoc@pitt.edu

BORROWER NOTES (maxCost: 15.00)

ODYSSEY 130.49.243.59/ILL

ARIEL FTP

ARIEL EMAIL

BILL TO

same

BILLING NOTES IFM, EFTS preferred but invoice is acceptable

SHIPPING INFORMATION

SHIP VIA Ariel to 136.142.17.15
SHIP TO

RETURN VIA
RETURN TO

9.5 X 13

Document Delivery Services/Falk Library of the

v.43:T-3
C 2 988 227-229

10/12/15
RW
6 Pages

PFM.12

TOMUS XXXXIII (PARS SECUNDA)

FASCICULUS VII

ACTA

SOCIETATIS OPHTHALMOLOGICAE JAPONICAE

JULIUS MDCCCXXXIX

TOKIO

SOCIETAS OPHTHALMOLOGICA JAPONICA

APUD INSTITUTUM OPHTHALMOLOGICUM IN UNIVERSITATE IMPERIALI TOKIO

日本眼科學會雜誌

第四十三卷 (中卷)

昭和十四年七月發行

財團法人 日本眼科學會

221213

29. 佐藤得自 小眼球ト近視(圖6)1519

30. 大塚任 圓錐體竝ニ桿狀體ノ暗調應ニ就テ(圖15,表10).....1533

31. 江原勇吉 網膜ニ於ケル暗調應(圓錐體暗調應)ノ速度決定因子ニ就テ(圖7,表1)1562

32. 井街謙 所謂眼迷走神經反射ノ刺激傳達ニ關スル實驗的研究續報,第一篇,脊髓内ニ於ケル該反射遠心性傳導路存在ノ有無ニ就テ,第二篇,該反射神經刺激化學的傳達ノ可能性ニ就テ(圖4).....1576

33. 田中敬二 「ナフトリン」白內障ニ關スル研究,第一報,正常竝ニ「ナ」投與家兎水晶體ノCa量及ビ含水量ノ消長ニ就テ(圖3,表14).....1589

34. 井上無限 所謂硝子體閃輝症ニ於ケル閃輝性物質ノ化學成分補遺(圖5)1606

35. 横地良次 「パーキンソノスムス」血清内ノ抗「ヒヨリン」性物質ノ減少ニ就テ(圖18,表4)1617

36. 大槻頼雄 眼筋無力症患者血清内ノ抗「ヒヨリン」性物質ノ含量ニ就テ(圖17,表8).....1645

37. 船石平八郎 「トリパフラピン」ノ眼房水内移行ニ就テ(圖9,表8)1674

38. 下山勝太郎 角膜新陳代謝ノ研究,第一報,生育期ニ於ケル角膜新陳代謝ニ就テ(圖3,表3)1694

39. 田村茂美 低溫ノ視器ニ及ボス影響ニ就テ(圖2)1704

40. 佐竹義雄 網膜ノ新陳代謝ニ及ボス諸種ノ影響,第三報,硝子體吸引ガ網膜新陳代謝ニ及ボス影響ニ就テ(圖3,表8).....1712

41. 桐澤長徳 眼部局所超短波放射ニ關スル二三ノ補遺(圖6,表11).....1716

42. 林脩 超短波ノ眼球ニ及ボス影響,實驗的研究,第二報,眼球各部ノ溫度ニ及ボス影響(圖3,表12).....1727

43. 石田憲吾 角膜「アレルギー」現象ノ實驗的補遺(圖4,表4)1736

44. 熊野誠毅 點狀表層角膜炎ニ就テ(圖9,表13).....1747

45. 畑文平 角膜移植手術ニ伴ヒ老人眼内ニ迷入増殖セル網膜「クリオーム」ニ就テ(圖2).....1763

46. 菊池武信 戰傷眼整形手術(圖32)1768

47. 菊池武信 射創ニ因ル所謂直接網膜脈絡膜破裂(其ノ一,臨牀所見)(圖98,表9).....1780

48. 西郷隆一 上顎齶膿腫根治手術後ニ起レル慢性淚囊炎ノ治療ト經過ト就テ(圖3,表13)1837

49. 若山美知 珍奇ナル先天性畸形ニ就テ(圖6,表1)1844

50. 百々次夫 閉塞性血栓性血管炎(ブールゲル氏病)ニ伴ヘル低血壓性眼血管症(Ophthalmangiopathia hypotonica bei Thromboangiitis obliterans(Bürger))ニ就テ(圖8,表4)1853

51. 平澤英司 Netzhäutlichen(Axenfeld)ニ就テ(圖3)1869

52. 三國政吉 腦腔内「トロトラス」注入剖見例ノ眼球竝ニ視神經ノ病理組織學的所見(圖7,表1)1874

53. 東貞雄 硝子體液排出路ニ關シX線造影法應用ニ依ル實驗的研究(圖11).....1882

54. 鬼怒川親雄 高血壓性眼底病變ノ發生ニ關スル實驗的研究(圖8)1892

55. 金子佐 貧血症ニ於ケル眼ノ變化ニ關スル實驗的研究,第一報,貧血時ニ於ケル毛様體上皮細胞ノ微細構造ニ就テ(圖40,表11).....1898

56. 廣瀬知治 綠色腫ノ2例(圖2).....1919

講演外抄録

1. 生井浩 各種反應元ヲ以テセル吉田氏反應1924

2. 三井幸彦 眼科患者ニ對スル「アルセンフェラトセ」,「アルセン,ブルトセ」及ビ「アルセンポリタミン」ノ效力比較1924

3. 田野邊富藏 所謂黑血病ノ眼症狀1924

4. 山田武信 頭部戰傷ニ於ケル同側半盲性中心暗點ノ症例1925

5. 菊池弘 力 視神經髓炎(Neuromyelitis optica)ニ於ケル視野缺損ノ變動ニ就テ1925

6. 金子 太 先天全色弱ノ家族例ニ就テ1925

7. 渡邊宏 太 檢影法ノ注意1926

8. 小口忠 太 近視ニ關スル二三ノ統計1926

9. 大山信 郎 眼瞼ニ發生セル硬性纖維腫1926

10. 矢野俊 男 淚囊窩ヲ穿孔セル淚囊摘出術ニ就テ1926

11. 瀬戸 糾 慢性「トラコーマ」ニ於ケルアロツェーグ氏小體1926

12. 岡村清 水 「トラコーマ」ニ就テノ實驗的研究(續報)1927

13. 越藤貞英 郎 岡山縣下白石島ニ於ケル「トラコーマ」檢診成績1927

14. 赤梶五雄 臺灣ニ於テ觀ラレル一種ノ急性結膜炎ニ就テ1927

15. 水田田 雄 球結膜血管竝ニ角膜内侵入血管ノ線隙燈知見補遺1927

16. 熊野 誠 毅 「ツバルクリン」眼内注射ニ因ル變化ニ就テ1927

17. 田丸 朔 「グイタミン」A缺乏食ニテ飼養サレタル白鼠眼組織ニ於ケル濱崎氏糸,耐酸性顆粒ノ消長ニ就テ1928

18. 緒方 昇 眼手術ノ腦脊髄液壓ニ及ボス影響ニ就テ(其ノ一)家兎眼球摘出ノ腦脊髄液壓ニ及ボス影響1929

19. 野島鐵之助 鋤片外傷ニヨリ角膜輪狀膿瘍ヲ起シタル眼球ノ變化,殊ニ眼内ニ於ケル枯草菌ノ分布狀態1929

20. 菊池武信 戰傷ニ見ラレタル稀有ナル角膜變化ノ2例ニ就テ1930

21. 吉田秀一 蠶蝕性角膜潰瘍病理所見ニ就テ1930

22. 布村晴 一 夏期流行性腦炎病毒ノ「マウス」角膜接種成績ニ就テ1930

23. 有澤良 一 結核性鞏膜,角膜疾患ニ對スル自家血清結膜下注射ニ就キテ1931

24. 淺山亮 二 Vitamin CノStabilisierungニ關スル研究1931

25. 水川 孝 虹彩ノ反應法ニ就テ1931

26. 田中清 人 實驗的白內障ニ關スル研究,第三篇,「カラクトーセ」白內障ニ就テ1931

27. 田中好文 「カラクトーセ」白內障ノ研究,幼若家兎實驗的「カラクトーセ」白內障ノ臨牀的觀察1932

28. 佐々木統一郎 眼炎症ノ細胞學的研究1932

29. 仲井芳 雄 酸化還元ヨリ見タル硝子體ノ生化學的研究1933

30. 增田義 哉 壯年性反復性網膜硝子體出血ノ原因ニ就テ1933

31. 補原秀 夫 視紅ニ關スル知見補遺1934

32. 中島實 平 網膜中心血管ノ走行ト網膜出血トノ關係1934

33. 村田義 雄 Coats氏病ト思ハル一ノ眼ノ稀有ナル剖檢所見ト所謂廣義滲出性網膜炎ノ本態ニ就テ1934

H. 5 S. (1932). — 73) Fage, Variabilité des formes de l'herpès de la cornée. Zbl. f. d. ges. Ophth. Bd. 29, S. 485, 1933. — 74) Fradkine, Trois cas de kératite superficielle. Étiologie, Thérapeutique. Zbl. f. d. ges. Ophth. Bd. 29, S. 486, 1933. — 75) Doggart, Superficial punctate keratitis. Brit. J. Ophthalm. 17, 65 (1933). — 76) Aust, Über die Keratitis nummularis Dimmer. Graefes Arch. 129, 576 (1933). — 77) Sjaaf, Über keratitis superficialis punctata. Nederl. Tijdschr. Geneesk. 1933, 4888. — 78) Kirwan, Epidemic superficial punctate keratitis in Bengal. Proceedings of the all India Ophthalm. Society. Vol. 3, 1 (1933). — 79) Salzmänn, keratitis nummularis. Dimmer. Graefes Arch. 132, 399 (1934). — 80) Kirwan, Epidemic superficial punctate keratitis in Bengal. Fol. Ophthalm. Orient. 1, 345 (1935). — 81) Szekely, Über die Keratitis nummularis Dimmer. Ein Nachtrag zu Salzmanns gleichnamiger Veröffentlichung. Graefes Arch. 134, 184 (1935). — 82) Stocker, Keratitis superficialis und Vitamin A. Schweiz. med. Wschr. 1936, 335. — 83) Hambresin, Kératite tachetée du type de la kératite ponctuée superficielle chronique. Bull. Soc. franç. Ophthalm. 48, 91 (1935). — 84) Rossano, Kératite ponctuée sous-épithéliale chez un ouvrier vernisseur. Bull. Soc. Ophthalm. Paris Nr. 9, 756 (1935). — 85) Biozzi, La cheratite punctata superficiale come manifestazione eczematosa. Bologna: Tipogr. Luigi Parma 1936. 9 S. — 86) Ling, Keratitis punctata superficialis and swimming pool conjunctivitis. Chin. med. J. 50, 1381-1392 (1936). — 87) Makarow, Zur Frage der Augenerkrankungen bei

Malaria. Sovet. Vestn. Oftalm. 9, 319 (1936). — 88) Parson, Diseases of the Eye. p. 27. — 89) Berens, The Eye And Its Diseases. p. 511, 1936. — 90) Cowan, A. and T. H. Cowan, Superficial punctate keratitis. Arch. of Ophth. 1938. p. 709. — 91) Hobson, Acute epidemic superficial punctate keratitis. Amer. J. of Ophth. Vol. 21, 1153 (1938). — 92) Duke-Elder, Textbook of Ophthalmology. Vol. II, p. 1882, 1938.

討 論

小柳 美三 私ハ 點狀表層角膜炎ハ其ノ成立經過竝ニ唯今 演者ノ述ベラレタヤウナ所見ヨリ考ヘテ見テモ之レハ一種ノ角膜「アレルギー」ダラウト思ツテ居ル。ソコデ文献ヲ涉獵シテ見タルガ未ダ本症ヲ「アレルギー」ト言ツテ居ル人ハナイヤウデアカラ。特ニ此ノ機會ニ於テ私ノ意見ヲ發表シテ置ク。

大塚 任 私ハ 點狀角膜ノ點狀濁ヲ豫防スル目的デ今 演者ガイハレマシタ如ク 角膜表層ニ隆起物ヲ生ジタ時期ニ グレーフ氏刀デ 角膜上皮表層ヲ擦過スルコトヲ行ツテ居リマス。スルト 濁濁ガ殆ド残ラズニ 治ツテ仕舞フ場合ガアリ。或ハ再ビ濁濁ヲ起スモノガアリマス。カハル方法ガ 本病ニ對シ治療的意義ガアルカドウカ私ハ判ラナイノデアリマスガ。若シ 演者ニ御經驗ガアリマシタラ 教ヘテ戴キタイト思ヒマス。

熊野 誠毅 (答) 初期點狀濁ヲ擦過スル事ハ 良イデアラウト思ヒマスガ。家兎角膜ニ接種試験ヲスル爲。數例ニ於テ既ニ白クナツタ點狀濁ヲ擦過シタ事ガアリマスガ。其ノ結果ハ 特別ニ良カッタト思ヘマセンデシタ。

角膜移植手術ニ伴ヒ老人眼内ニ迷入増殖セル網膜「グリオーム」ニ就テ (圖 2)

畑 文平 (岡山醫大 眼科教室)

實驗例

角膜被移植患者(A)

近〇〇〇, 54歳。女。初診 昭和11年10月8日。既往症 10歳頃。兩眼ノ角膜炎ト言ハレタ。14歳頃ヨリ 視力増進増加シ。47歳及ビ50歳ノ兩時 某大學病院ニ於テ 角膜面ノ掻爬手術ヲ受ケタ。當時 一時視力ノ増進ヲ見タガ。間モナク 以前ヨリモ尙ホ視力が減弱シタ。患者ノ姉ノ一人ニモ 同様ノ疾患ガアルト。

現症 健康。肥満セザル女子ニテ。眼以外ニハ 何等ノ自覺的 或ニ 他覺的 症病ヲ存シナイ。血液型〇型。

眼所見 左右共 殆ド同様ノ所見デアルガ。角膜縁ニ沿ヒテ 幅約0.5mmノ透明部ヲ殘シテ 他ノ部分ハ 一面 灰白色ノ濁濁ガアル。コレハ 不正形微粒狀濁濁ノ集合融合セルモノヨリ成ル如ク。性質カラ云ヘバ グレーフ氏結節狀角膜濁濁ニ屬スベキ 表在性實質層ノ變性ト診ラレタ。

唯 既往症ニアル 2回ノ掻爬手術ノ爲ニ 濁濁ノ増加シタモノト思ハレル。上皮ハ稍凸凹アルガ 表面透明。平滑ヲ示ス。

結膜。鞏膜。其他ニ 炎症ノ徵候ハ全ク無ク。角膜ノ周邊ノ透明部ヨリ視力ニ 前房ハ尋常。虹彩異常ナク。瞳孔ハ對光反應正常。瞳孔内ニ濁濁ヲ認メズ。眼底ハ視ビ得ナイガ 暗室ニ於ケル 光源投垂力ハ尋常デ。眼底ノ健康ナルヲ推定サレタ。

視力ハ 兩眼共 眼前手動辨(眼鏡不應)デ「アトロピン」ノ散瞳ニ依テ 稍。視力増進スル。此ノ患者ノ 右眼角膜中央部ヲ 圓錐ニテ切除シ 其ノ跡ニ 角膜提供患者ノ角膜瓣ヲ 同一「トランパン」ヲ用ヒテ 採取。移植シタデアル。

角膜片提供患者(B)

三橋〇雄。4歳。初診 昭和10年2月6日。

既往症 10日前ニ 左眼ノ瞳孔内輝照ヲ 注意セラレタ。

角膜濁濁患者ノ 瞳孔縁ニ當ル角膜ノ一部ヲ切除シ。其ノ代リニ 動物若クハ 他ノ人眼角膜片ヲ以テ補綴シ。視力恢復ヲ得トスル事ニ就テハ Reisinger (1824年)ノ 家兎角膜片。Power (1875年)ノ 人眼角膜ヲ以テセル實驗以來。Hippel (1877年), Wagenmann (1888年), Fuchs (1894年), Magitot (1911年), Ascher (1919年), Elschmig (1920年), Nizeti Zdravko (1936年), 其ノ他 多數ノ文献アリ。本邦ニ於テモ 古クハ 水尾源太郎氏 (1905年)。市川清氏 (1922年)ノ 臨牀研究カラ。緒方清躬氏 (1926年)ノ 廣汎ナル動物實驗。更ニ近クハ 越智貞見氏 (1926, 1936年)ノ 成功例ガ 學會ニ供覽サレテ 興味ヲヒタノハ 未ダ記憶ニ新シイ所デアル。

動物眼材料ヨリ 所謂 異種移植(Heteroplastik)ハ 移植片透明保持ノ目的ニハ 期待ガ乏シイガ。同種移植(Homoplastik)ハ 屢。成功ヲ見ラレテキル。但シ 被移植眼ト同時ニ 角膜片提供者ガ必要ナノデ。常ニ其ノ實行ノ機會ニハ 恵マレ難イ憾ガアル。

余ハ 昭和11年 兩眼角膜ノグレーフ氏結節狀角膜濁濁ノ 高度ト思ハレル症例ニ於テ。越智氏ノ例ニ從ヒ 網膜膠腫兒童ノ 摘出眼ノ角膜片ヲ移植シ。手術ノ結果 極メテ良好ナル一例ヲ得。之レヲ 第23回中國四國眼科集談會ニ供覽シタガ。該患者ガ 約1年後 漸次 慢性全眼球炎ノ 症狀ヲ發シ。失明シテ 摘出ノ餘儀ナキニ至リ。之レヲ 鏡檢シタルニ。虹彩毛様體 及 鞏膜内ニ 増殖セル「グリオーム」デアツテ。其ノ芽(Keim)ガ 恐ラク 角膜移植手術ノ際 角膜片ト共ニ 移入サレ。發育セルモノト思ハレル 極メテ稀有ナル症例デアルノデ。標本ヲ 供覽スルト共ニ 移植用材料ノ 選擇ニ就テ 一般ノ注意ヲ喚起セントスル次第デアル。

現症 右眼異常無ク、左眼モ 外眼部、虹彩、水晶體等 異常ハ無イガ、乳頭附近ヨリ下方一面ニ 黄白色ノ腫瘍形成アリ。精細ナル検査ニ依ツテ 網膜「クリオーム」ナル事 確實デアツタ。

経過 治療トシテ 5.5 mg ノ「ラヂウム」針 2 本ヲ 外下部、赤道部鞏膜ヲ通シテ 腫瘍中ニ刺入シ、396 mg 時放置スル。2 週間後 腫瘍著シク縮小シタ。1 箇月後 更ニ 耳側赤道部ヲ經テ 同様 「ラヂウム」針ヲ 腫瘍體內ニ刺入、286 mg 時 作用セシメタ。1 箇月後ノ所見ハ 腫瘍體極メテ縮小シ、眼底ニハ 微細ナル黄白色點狀塊ヲ散在セルニ過ギナカツタ。

然ルニ 之レヨリ約 16 箇月後(昭和 11 年 8 月 6 日) 患者再診ヲ乞ヒ來レルヲ見ルニ、左眼ハ 白内障ヲ起シ居リ、眼内ヲ窺フ事ヲ得ナカツタガ、球結膜著シク充血シ、外下方鞏膜面ニ 小指頭大ノ堅キ腫瘍ヲ生ジテ居タ。

更ニ 1 箇月後ニ來診セル場合ニハ 同様ノモノガ 内上側ニモ出來テ居タ。之レ恐ラク 眼内ニ再發シタ「クリオーム」ガ 「ラヂウム」針刺入ノ抵抗減弱部ヲ通り 球外ニ發育シテ來タモノデアアル。猶ホ 眼球突出モアルノデ 視神經方面ヘノ 眼球外發育モ推定セラレタ。A 患者ト殆ンド同日ニ來診シタノデ 角膜及前房ニハ異常ガ見エナカツタヲ幸ヒ コノ眼球ヲ摘出シ、直後ニ 角膜片ヲ切除シテ 移植ニ用ヒタノデアアル。

本患者ノ血液型ハ A 型デアツタ。

移植手術

全身麻酔ノ下ニ 「クリオーム」眼球ヲ摘出シ、3.5 mm ノ「トレパン」ヲ用ヒテ 角膜中央部ヲ圓鋸シ 全層ヲ切除シ、コレヲ傷ケザル様注意シテ 「スパーテル」上ニ乗セ 微温生理的食鹽水中ニ 一度ヨク洗滌スル。之レ 「クリオーム」細胞ノ浮游附著ニテモアレバ 可能的除クデアアル。

其ノ間ニ スバヤク被移植患者ノ 右眼角膜中央部ヨリ 同大ノ「トレパン」ヲ用ヒテ 角膜片ヲ切除シ、此處ノ跡ハ 前述ノ取り出セル 角膜片ヲ移植シ、別ニ縫合等ノ處置ヲ行フ事無ク、僅カノ「ワセリン」ヲ塗り、皰裂ヲ閉鎖シ、卷軸帶ヲ施シ 絶對安靜ヲ命ジタ。

経過 2 日間 其儘置キ、3 日目ニ檢セルニ、移植瓣ハ 黴シモ潤濁ヲ生セズ 克ク癒著シ、其ノ周圍ニモ 反應ヲ起シテオラナイ。

12 日目 接合線ニ接シテ 移植片ノ内皮ガ 僅カニ薄ク潤濁セルノミデ、中央大部分ハ 全ク透明。前房透明。虹彩及瞳孔ヨク透見スル。水晶體ニハ薄翳 即チ 初發白内障ヲ發見スルヲ得タ。

視力 1.5 m, 指數辨アリ。一人歩キ可能トナル。

以後 1 箇月半後ノ視力(右眼ガ手術眼デアアル)

R: 2.5m/Fz(4m/Fzm+0.5 D○+Cyl 0.5 D↑),
L: 50cm/Fz.

即チ 手術眼ハ 未熟白内障アルニ係ハラズ、手術前ノ視力 眼前手動辨ノモノガ 矯正視力 4 m 指數辨トナツタデアアル。尤モ 左眼モ 「チオニン」、黃降汞、溫卷法等ノ持長ニ依リ 50 cm 指數辨迄 恢復ヲ見タ。

移植部角膜ハ 手術後 10 日頃ヨリ 稍、肥厚セル如ク、細隙燈検査ニ依ツテハ 移植部ダケ 稍、強ク彎曲シ、輕ク前方ニ突出セル觀ガアツタ。

然シ 漸次 又扁平トナリ、2 箇月後ニハ 周圍ト同一面トナリ、境界ニ於テ 光輝アル線ヲ見タデアアル。

昭和 11 年 12 月 17 日 退院歸郷ス。

切除變性角膜片ノ組織的所見 A 患者ノ切除角膜片ハ ボーマン氏膜ニ接セル 角膜實質層内ニ 硝子様變性物ノ堆積スルヲ見タ(「ヘマトキシリン、エオジン」ニ橙色、ワンギンソン氏染色ニ橙黄色、ルッセル氏染色ニ輝紅色、ウンナパッペンハイム氏法ニ依リ淡青色、「メチールビオレット」ニ染色陰性、) 標本ハ 教室員鶴見義夫氏ニ依リ 第 23 回中國四國眼科集談會ニ共覽サレタ(中眼、29 卷、788 頁)。

被移植 A 患者 再診 昭和 13 年 3 月 11 日(手術後 約 1 年 3 箇月)。

1 週間以前ヨリ 右眼ニ著シク疼痛ヲ發シ、前頭ニ放散ス。視力ハ 著シク不良トナツテ來タ。

現症 右眼ハ 角膜ニハ 以前ト變化ヲ認メ得ズ。即チ 角膜一般ニ潤濁シ、中央移植部ハ透明ニシテ 前房瞳孔ヲ覗ビ得ル。然シ 前房内ニハ 血赤色ヲ混ズル黄色ノ 蓄膿ト見做サル可キモノアリ。前房ノ半ヲ滿シ、概ネ瞳孔中央ニ達スル。角膜周圍ニ周擁充血アリ。視力ハ 右眼(手術眼) 光覺モ無ク、眼壓ハ 56 mmHg 綠内障狀デアアル。左眼ハ前ニ見タル場合ト 概ネ異ナラナイガ 稍、透明トナル如ク、視力モ 0.1 ヲ有シテ居タ。

右眼ノ診斷ハ 慢性前部眼球炎ニ續發セル 綠内障。仍テ 先ヅ 右眼ノ前房ヲ穿刺シ、之レヲ洗滌スルニ 房内清潔トナリ、角膜殊ニ移植片ニハ異常無ク 透明デアアル。穿刺液中ニハ 葡萄狀、連鎖狀、其他ノ細菌ヲ證明セズ。

穿刺後 數日經レバ 再び以前ト同様ニ 蓄膿ヲ生ジ、斯クシテ 1 箇月間ニ 前後 4 回ノ穿刺ヲ反覆セルモ 效果無ク、又 炎症ノ性状ニモ不審アリ。且ツ 綠内障症狀 益々増悪スル故ニ 摘出手術ヲ行ツタ。

手術後ノ患者病態 順調ニ創口癒合 義眼ヲ挿入シ

テ退院ス。

摘出眼球ノ組織的所見 眼球ハ ツェンケル氏液固定、「ツロイデン」包埋、連續切片、「ヘマトキシリン、エオジン」染色、ヴァンギーソン氏、ワイグルト氏染色、及 リオ、ホルテガ氏 「アンモニア」炭酸銀染色法。

角膜 角膜ハ 中央部ニ於テ 約 3.5 mm ノ間隔ヲ置イテ 此レヲ橫斷スル 二條ノ瘻痕ヲ見ル。是レ 謂フ迄モ無ク 移植セラレタル角膜片ノ 癒合セル場所デ、角膜層板ノ纖維ハ 之ノ境界線ニ於テモ 内外ニ連絡移行シテ居ルガ 稍、波形ノ屈曲ヲ示シテ居ル。結締織ノ細胞モ 多ク見ラレル。彈力纖維ダケハ 此ノ所ヲ連絡ガ切レテ居ル様ニ見エタ。

移植部ハ 基礎部トハ 其ノ厚サモ 彎曲程度モ 殆ンド差異ガ無ク、上皮層モ普通テ 僅カニ薄イ感アルノミ。切片テハ 移植部上皮ガ 大部分 人工的ニ脱落シテ居ルガ、其ノ存セル所デアハ ボーマン氏膜モ存シテ居ル。基礎角膜ノ實質表層ニハ 黄褐色ノ硝子様變性ガ 著明ニ見エテ居ルガ、其ノ存セル部分デアハ ボーマン氏膜ガ 殆ンド見ラレナイ。膜ノ見ユル場所デアハ ソレガ 變性物質ヲ破壞サレテ 亂レテ居ル所モアルカラ 之レヨリ推シテ ボーマン氏膜モ 硝子様變性ニ陥ツタモノト思ハレル(變性部ノ手術ニ依ルボーマン氏膜缺損モ考ヘラレルガ、ソレノミテハ 説明サレナイ)。

角膜ノ後面ハ 内皮及 ピダスメ氏膜ガ 移植部ニモ 基礎部ノ何レニモ健存シテ居ル。但シ 癒著部デアハ 兩者ノ結合無ク、互ニ喰ヒ違ヒ、且ツ捲縮シ、或ハ二重ニナツテ居ル所モ見ラレル。

猶ホ 特殊ノ所見トシテハ 角膜周邊部デアハ 上皮下ニ 血管新生、圓形細胞浸潤シ、「パンヌス」様ヲ呈シテ居ル。殊ニ上縁デアハ 臨牀上 前房穿刺ヲ行ツタ箇所ハ 角膜全層ヲ斜ニ切斷セル跡ガ 線狀ノ瘻痕組織ヲ爲シ、其ノ上皮ニ近キ所ニハ 血管新生ト 膠腫細胞ト見ラレル所ノ 圓形細胞ノ集團ガ見ラレル。之レハ後述ノ 虹彩及前房内ニ充滿シテ居ツタ膠腫細胞ガ 前房穿刺ノ際 此ノ創間ニ附著シ、腫瘍ノ移植ガ行ハレタルモノト思ハレルガ、未ダ定型的ノ膠腫病竈ノ構造ハ示シテ居ナイ。此ノ部ノ上皮細胞ニハ 著シキ肥厚ガ見ラレル。

虹彩 上半部ニハ 變化尠ク、下半部ニ著シキ病變ヲ見ル。即チ 厚徑ハ 4 乃至 8 倍ニ肥厚シ、廣狹ニ様テ無イ。虹彩組織内ハ 一面ニ 「ヘマトキシリン」ニ濃染スル 大ナル圓形核ヲ有スル 細胞ニ依テ充サレ、僅カニ 含色素ヲ有スル 實質組織ノ散在 及ビ 囊狀被包ニ依テ 夫レト知ラル「許リ」デアアル。

此ノ細胞群ヲ精檢スレバ 新生セル血管ノ周圍ニ 主トシ

テ 比較的大ナル 濃染ノ大核ヲ有スル細胞ガ 套狀ニ、或ハ 索狀ニ集合シ、隣接セルモノノ間隙ニハ 比較的淡染セル小核ノ細胞充滿シ、又 多數ノ菊花狀細胞配列、即チ 「ロセッテン」ヲ見ル。是等ノ所見ハ 疑ヒナク 虹彩組織内ニ 「クリオーム」ノ發育充滿セルモノナルコト 疑ヲ入レヌ所デアアル。

隣接セル毛様體中ニモ 虹彩ヨリ連續的ニ 腫瘍細胞ノ浸潤行ハレ、毛様體ノ著シキ肥厚ヲ見ル。

下部虹彩ハ 根部附近 全ク角膜ノ後面ニ接觸シ、前房角ハ消失シ、方々ノ其ノ接觸面ヨリ 直接 角膜内ヘノ腫瘍侵入ハ見ラレナイガ、柳狀鞏膜ノ淋巴間隙内ニハ 腫瘍細胞充滿シ、前毛様血管ノ貫通技ニ沿フテ 鞏膜中迄モ 侵入シテ居ルモノモアル。角膜縁ニ近イ鞏膜表層ニモ 血管ノ新生ト 腫瘍細胞ノ浸潤ガ見ラレル。

虹彩ノ上半部ニ於テハ 變化尠ク、虹彩炎症狀タル 血管ノ擴張ト 前房隅角部ノ癒著ガアル。之レハ 臨牀上見タル 續發線内障ニ基キ 或ハ其ノ結果ト思ハレル。

其他ニハ 虹彩表面ニ 所々 島嶼狀ニ 腫瘍細胞ノ播種竈ガアリ、虹彩面ニ増殖スルト共ニ、虹彩組織内ニモ 侵入蔓延スル様ト見ラレル。

前房及後房内ニモ 膠腫細胞ノ遊出セルモノガ 見ラレルガ、多クハ 變性萎縮ニ傾ケルモノデ、中ニ 點々 比較的新鮮ナル細胞群ガ 混在シテ居ル。

眼球後半部ノ網膜、脈絡膜、視神經、鞏膜等ニハ 組織的病變ガ 見ラレナカツタ。

總括考案

本症例ハ 54 歳ノ女子、廣汎ナル角膜結節狀潤濁ヲ有スル患者ノ 角膜中央部徑 4 mm ヲ 全層 「トレパン」ニテ切除シ、茲ニ 4 歳ノ網膜膠腫患者ノ 新鮮ナル同大角膜片ヲ移植挿入、固定縋帶ヲ施セルノミデ治癒シ、著シク視力ヲ恢復シタガ、1 年後 眼内殊ニ虹彩毛様體部ニ 膠腫ヲ發生シ、失明シ、遂ニ摘出ノ餘儀ナキニ立至ツタモノデアアル。

人眼ニ於ケル 角膜移植例ハ 極メテ多數ノ報告例ガアリ、又 成功例モ尠ク無イガ、移植シテ相當日數ノ經過後 何カノ原因ニ依テ 其ノ眼球ヲ摘出シ、之レヲ鏡檢ニ附シタ例ハ 動物實驗ハ別トシテ 極メテ尠イ。僅カニ フックス (E. Fuchs, Zur Keratoplastik, Zeitschrift für Augenheilkunde Bd. V, S. 1, 1901) ノ 1 例ト、アッシュェル (K. W. Ascher, Histologische Untersuchungen an menschlichen

Keraloplastikmaterial, Archiv. f. Oph. Bd. 111, S. 446. 1923) ノ2例報告ガアルノミデアアル。

フックスノ1例ハ移植後2年半後再手術ノ目ノデ切除サレ。アッセルノ第1例ハ6週間後「パンヌス」ノ生成ノ爲失明セルタメ 摘出シ。第2例ハ6箇月後死亡セルタメ 眼球ガ摘出サレタモノデ。何レモ移植片ガ完全ニ癒合シ。原組織ガ吸収セラレズニアツタ事ヲ證シテキル。

余ノ例ハ 剖見セラレタ 第4番目ノ例ト云ヒ得ルガ。極メテ能ク癒合シ居リ。彎曲面ニモ 著シキ變化ナク。透明度ヲ保有シ。移植片内ニハ 細胞浸潤。血管新生等 病的炎症ハ見ラレズ。唯 奇トスル所ハ 患眼ノ虹彩毛様體ヲ主トシテ 眞性ノ膠腫ガ發育シ居リ。前房其他ニ破出シテ居ツタ點デアアル。眼球後部 殊ニ乳頭附近ノ網膜。脈絡膜。視神經等ハ 全ク變化ガ無カツタ點ヨリ見テ。膠腫ハ虹彩ニ發シタモノト 見做ササルヲ得ナイ。

抑、膠腫ハ 幼年ニ發スルモノデアリ。10歳以上ハ 既ニ稀デアアル (Wintersteiner ノ統計デハ 膠腫467例中 11-16歳ニ 7例アツタノミ)。況ンヤ 54歳ノ老婆ニ 然カモ 好發部位ナラザル虹彩ニ發症セルハ 理論上ヨリ見テモ 自然的ノ原發症トハ 云フ事ハ出來ナイ。

又 文獻ヲ調査シテモ 斯カル例ノ報告ハ無イ。之レハ 何ウシテモ 移植サレタル膠腫患者ノ角膜片ト 因果關係ガアルシナケレバナラヌ。換言スレバ 膠腫ノ芽トナル可キ新鮮細胞ガ 角膜片内ニ在リ。或ハ之レニ 偶然附著シテ 此ノ老婆ノ眼内ニ迷入シテ 發育シタモノト 考ヘザルヲ得ナイ。

然ラバ 其ノ芽ハ 如何ニシテ伴ハレタカ。膠腫ハ 原眼デハ 水晶體後面カラ 後房ニ達シテ居タカラ。其ノ細胞ガ既ニ前房内ニ遊出シ居リ。角膜片ニ附イテ居タカモ知レナイ。食鹽水ヲ念ノ爲 數回輕ク洗滌ヘシタノダガ。之レデモ 尙ホ附著シテ居ナカツタトハ云ヘナイ。他ノ考ヘ方ハ 本膠腫ハ 再發ニ當リ 治療ニ用ヒタ「ラヂウム」針ノ刺入孔ヲ通ジテ鞏膜ヲ通過シ。結膜下ニ小腫瘍ヲ作ツテ居タカラ。鞏膜カラ 角膜ノ淋巴腔ニ 既ニ腫瘍細胞ノ流入ガアリ。仍テ 切斷片ノ内部ニアツテ 移植ト同時ニ 被手術眼ニ 轉入シタノカモ知レナイ。

其レニシテモ 移植角膜部ニハ 少シモ膠腫ハ存セズ。深ク且ツ遠キ 虹彩組織内ニ 發育シテ居タノハ奇デアアル。芽ガ發病迄1箇年間 眼内ニ潛ンデ居ツタノカモ知レナイ。猶ホ 患者ハ 此ノ摘出手術後 既ニ1年以上ニナルガ。現在健康デ 身體何レニモ 疾患ヲ有セズト云フ。即チ 最初ノ角膜移植後 2年半経ルガ。全身ノ膠腫轉移ハ 見ラレナイノデアアル。

扱テ 本例ノ觀察カラシテ 角膜片ヲ 膠腫眼ヨリ 採取スレバ 被移植眼ニ「グリオーム」ヲ發生。失明ニ陥ラシムル事ノアリ得ベキ事ガ 證明サレタ譯デアアルガ。茲ニ於テ 移植角膜片ノ出所ヲ ヨク研究スル必要ガ起ル。移植材料トシテハ 元來 如何ナルモノガ用ヒラレテ居ツタデアラウカ。文獻上ニ之レヲ調査シテ見ルト。角膜移植研究ノ創始時代 即チ Nussbaum(1815年)等ハ 義角膜。人工角膜ヲ。Reisinger(1824年)等ハ 家兎角膜。Hippel(1877年)等ハ 犬若クハ家兎眼ヲ。Adamük(1887年)等ハ 犬。鼠ヲ。全層移植ニ成功セル Wagenmann(1888年)ハ 總ベテ家兎角膜ヲ。Kubnt(1898年)ハ 結膜ヲ用ヒタガ。Fuchs(1901年)ニ至ツテ 初メテ 病的ノ人眼ノ角膜ヲ用フルニ至ツタ。

然ラバ 如何ナル人眼ガ材料ニサレタカ 其ノ種類ヲ調査シテ見ルト。文獻上明カニサレタモノニハ 次ノ如キモノガアル。

1. 毛様體炎眼ニFuchs(1901), 水尾(1905), Ascher(1919),
2. 萎縮眼球ニHa:elberg(1914), Ascher(1919),
3. 併發白內障眼ニAscher(1919),
4. 綠內障眼ニMagitot(1916), 水尾(1905),
5. 外傷眼ニAscher(1919), 市川(1922), Filatov(1912), Feldman(1935),
6. 球後腫瘍眼ニAscher(1919),
7. 脈絡膜肉腫眼ニLöhlein(1910), Frieberg(1914),
8. 網膜膠腫眼ニ越智(1926, 1936),
9. 死體健康角膜ニNizeti Zdravko(1936)

即チ 移植材料トシテハ 外傷ニ依リ失明セル眼ガ 最モ多ク。次デ 眼内ノ炎症ニ依テ 眼球萎縮ニ陥レルモノガ 屢、用ヒラレテ居ル。

眼内ノ惡性腫瘍アルモノヲ材料トシタノハ 前述ノ Löhlein(1910年), Frieberg(1914年)ノ2例アル

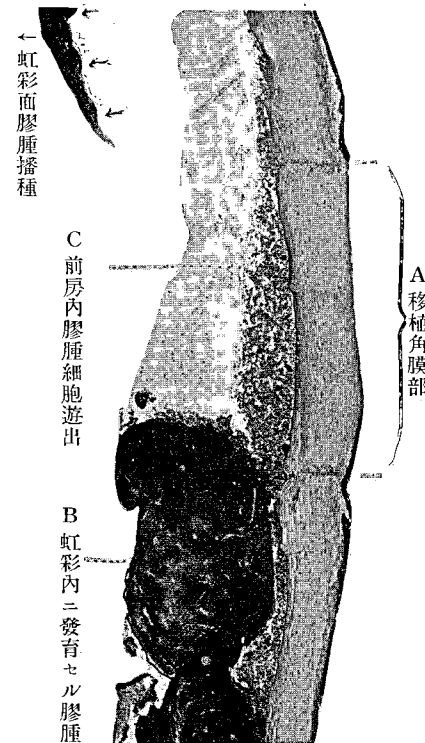
ノミ。網膜「グリオーム」眼ヲ用ヒタルハ 吾ガ越智貞見氏 (角膜移植ニ就テ。大正15年及昭和11年日眼總會講演) ノ2例アルノミデアアル。

此等ノ例ニ於テ 後年 惡性腫瘍ヲ被移植眼内ニ 發生シタカ如何カハ 報告ガ無イカラ不明デアアルガ。無カツタモノトスレバ 余ノ例ガ 文獻上最初ノ例デアリ。移植片供給者ニ就テノ警告ヲ與フル上ニ 重要ナル役

Fig. 1



Fig. 2



割ヲ勤ムルモノト信ズル。

結論

同種角膜全層移植ニ依リ 視力恢復上 好結果ヲ得タ例デアアルガ。移植片ニ伴ツテ迷入シタ思ハル 膠腫芽細胞ガ 1年半後ニ 54歳ノ老人ノ虹彩毛様體中ニ發育シ。遂ニ失明ノ轉歸ヲ與ヘ。摘出鏡檢ニ依リ 腫瘍ノ外 移植角膜癒合状態ヲモ觀察シ得タ。文獻上 前例ナキ奇例デアアル。

附圖説明

第1圖 角膜移植患者寫眞。右眼手術眼。中央部透明ニ見ユルハ移植部。左眼對照眼。一般ニ灰白色ニ潤濁ス。

第2圖 同前患者。「グリオーム」發生セルモノハ 眼球組織標本。A. 癒合セル移植部角膜。B. 下部虹彩毛様體中ニ發育セル「グリオーム」體。C. 前房中ニ遊出セル「グリオーム」細胞。D. 上部虹彩面ニ播種サレタル「グリオーム」細胞群。

討論

越智貞見 斯ノ如キ症例ヲ公表セラレテ 此種ノ手術者ニ 注意ヲ促ガサレタコトヲ 感謝致シマス。私ハ 角膜移植術ヲ 色々ト實驗シタ結果トシテ。好シデ結膜膠腫ノ眼球ヨリ角膜移植片ヲトツテ居リマスガ。コノ報告例ノ如キ場合ニハ 未ダ接シテ居リマセン。ソレハ私ガ 結膜膠腫ノ初期ノモノ。少クモ 増壓期ニ達シテ居ナイモノヲ 採用シテ居ル爲デアリマスマイカ。然ラバ何故ニ 初期結膜膠腫ノ眼球ヨリ 角膜片ヲ取カトイフニ ソレハ角膜移植ノ良成績ヲ望ムガ爲ニ (1) 年齢ノ成ルベク若イモノヨリトイフコト。(2) 移植スベキ角膜片ガ 健康状態ニ在ルトイフコトノ2點ニ 歸スルノデアリマス。

庄司義治 私モ 3年前 越智君ニ倣ヒテ 初期「グリオーム」患者ノ角膜ヲ 移植セシ事アリ。ヨク癒合シタルモ。後ニハ 徐々ニ潤濁シテ 光學的ノ目的ハ達セザリシモ。「グリオーム」發生等ノ事ハナカリキ。

44

Aus der Augenklinik der Taiwan Kaiserlichen Universität zu Taihoku.
(Vorstand: Prof. Dr. A. Motegi.)

Über Keratitis superficialis punctata.

Von Dr. S. Kumano, (Taihoku).

In der Zeit vom Juli 1937 bis Juni 1938 wurden an der Augenklinik der Taiwan Kaiserlichen Universität zu Taihoku, 38 Fälle von Keratitis superficialis punctata beobachtet, (ca. 1.5% der gesamten Augenkranken). Die meisten Fälle (70%) fielen in die Monate Juli bis Oktober. Männer (am häufigsten zwischen dem 20 und 30 Lebensjahre) erkrankten häufiger als Frauen; 23:15. Meist trat die Erkrankung beiderseitig auf (22:14).

Bei allen Fällen begann die Erkrankung mit einer akuten Conjunctivitis. Die Keratitis erscheint nach Ablauf von ca. 10 Tagen, während die Conjunctivitis abzuklingen beginnt. Klinisches Bild der Conjunctivitis ist verschieden: Conjunctivitis catarrhalis acuta (10 Augen), Conjunctivitis follicularis acuta (9 Augen) Conjunctivitis pseudomembranosa (2 Augen) und Hyperämia conjunctivae (6 Augen.) Nach den bakteriologischen Untersuchungen wurden bei 19 Fällen, Koch-Weeks-Bacillen (6), Pneumokokken

(1) und Xerosebazillen (3) gefunden und bei anderen 9 Fällen fielen die Untersuchungen negativ aus.

Der Verf. untersuchte die ersten Anfänge der Keratitis superficialis punctata mit der Spaltlampe. Es treten zweierlei punktförmige Hornhautveränderungen hervor: Typ. I von 0.3-0.4 mm Grösse, die deutlich erhaben und durchscheinend sind, Typ. II von 0.1-0.2 mm Grösse, nicht prominent, oberflächliche Trübungen. Diese zwei Typen werden bald von Anfang an auf einer Hornhaut gesehen. Bald anfangs nur Typ. II und dann tritt Typ. I auf. Die typischen Fleckchen bei Keratitis superficialis punctata entwickeln sich von diesen beiden Pünktchen, die aber auch Neigung haben frühzeitig zu verschwinden. Diese Typen haben Zusammenhang mit der Schwere der Conjunctivitis, die vor den Hornhautveränderungen vorausgeht, d.h. bei schwerer Conjunctivitis finden wir hauptsächlich Typ. II und bei leichter Typ. I.

45

Aus der Augenklinik der Okayama Medizinischen Fakultät. (Vorstand: Prof. Dr. B. Hata.)

Über die Gliomentwicklung im Altersauge, dem die Hornhaut des Gliomkranken optisch transplantiert wurde.

Von Prof. Dr. B. Hata, (Okayama).

Eine 54 jährige Patientin litt schon lange an der hochgradigen knötchenförmigen Hornhautdegeneration beiderseits. Beide Visus: H.B.v.d. Auge. Die

rechte Cornea wurde in der Mitte 3.5 mm breit mit dem Trepan ganzschichtig reseziert, und dafür mit dem klaren frischen Hornhautlappen des 4 jähr.

Netzhautgliomkinds ersetzt. Glatte Heilung und Zunahme der Sehschärfe bis 0.1. Nach 1 1/2 Jahre aber fiel das operierte Auge allmählich anscheinlich einer schweren Hypopyoniritis mit nachfolgendem Glaucoma anheim.

Durch die mikroskopische Untersuchung des enuklierten blinden Auges konnte der Verf. bestätigen, dass es nichts anders als eine gliomatöse Wucherung im vorderen Bulbusteil, vor allem Iris, Ziliarkörper und benachbarten Organgewebe sei, während die transplantierte Hornhautzone ohne Schaden glatt einheilte.

Zum Schluss betont der Verf.: 1) Die Hornhauthomoplastik ist eine erfolgreiche interessante Operation; aber in Bezug auf die Wahl des Spenders soll man höchst

vorsichtig sein, möglichst das bösartige Geschwulstauge zu vermeiden. 2) Aus eingetrübten Keime kann selbst auch im Greisenauge das typische Gliom sich entwickeln. (Autoreferat.)

Erklärung der Abbildungen im Text:

Fig. 1. Operiertes Auge; R: In der Mitte implantierter Hornhautlappen, der transparent aussieht. L: das Kontrastauge, diffus grauweiss.

Fig. 2. Präparat desselben Auges. A: Das implantierte Hornhautstück. B: Die in der Iris und im Ziliarkörper entwickelte Gliommasse. C: In der Vorderkammer ausgewanderte Gliomzellen. D: Gliomdissemination auf der Irisoberfläche. E: Gliomansiedelung in der punctierten Stelle des Limbus corneae.

46

Aus der Augenklinik der Militärärztlichen Akademie. (Vorstand: Generalarzt Dr. A. Matuda.)

Plastische Operationen an der Augengegend bei Kriegsverletzten.

Von Dr. Sirō Inoue und Dr. Takenobu Kikuti, (Tōkyō).

Die Verff. beschäftigten sich mit den plastischen Operationen an der Augengegend bei Kriegsverletzten im jetzigen japanisch-chinesischen Kriege und erfuhren über 350 Fälle.

Die Operationen bezweckten meist das Einsetzen der Prothesen. Dass derartige Operationen sehr schwierig, und bei Kriegsverletzten besonders schwierig sind, ist allgemein bekannt. Also in manchen Staaten war es unvermeidlich, bei einem Teil der Kriegsverletzten die Ekto-prothesen zu benutzen.

Unter Berücksichtigung der bisherigen Literatur, aber hauptsächlich auf Grund ihrer eigenen Erfahrungen erfanden und modifizierten die Verff. mehrere Operationsmethoden.

Die Verff. beschreiben ihre Methoden für folgende 4 typische Verletzungen und

zeigt deren Anwendbarkeit auf nicht typische und komplizierte Fälle. Viele Schemata und Photographien sind veröffentlicht.

1. Totaler Defekt des oberen Lides mitsamt der oberen Übergangsfalte und des Augapfels.

Ein grosser gestielter Hautlappen (9 cm x 3 cm) wird gebildet und dessen Wundfläche wird mit einer Thierschen Hautscholle belegt. Der Lappen wird, sobald oder nach der vollendeten Anheilung der Scholle, auf die Stelle des verloren gegangenen oberen Lides transplantiert. Beim ersten Falle wird die Scholle durch einige Nähte an den Lappen fixiert.

2. Totaler Defekt des unteren Lides mitsamt der unteren Übergangsfalte und des Augapfels.