

## 両眼の後極部に境界不鮮明な白斑状病変の出現がみられた 1 例

阿部 信一, 西勝 久恵, 安井 朝輝

いわき市立総合磐城共立病院眼科

### 要 約

両眼の視力低下を主訴として眼科を受診した 34 歳男性の症例に、両眼の眼底後極部を中心として 1/5~1/7 乳頭径大で境界やや不鮮明な白斑状病変の出現を認めた。フルオレセイン蛍光眼底造影検査(以下, FA)では白斑は過蛍光を示した。血液検査では単純ヘルペス, 水痘帯状ヘルペス抗体価の上昇, 抗核抗体陽性(speckled type)が認められた。ステロイド治療開始後白斑の軽減がみられたが, その後再発が認められた。インドシアニングリーン赤外蛍光眼底造影検査(以下, IA)では白斑は過蛍光を示した。眼底所見からは多発性消失性白斑症候群(multiple evanescent white dot syndrome: 以下, MEWDS)

を考えたが, ①白斑状病変の形態が若干異なること, ②白斑出現部位がより後極側であること, ③両眼性の発症であること, ④再発がみられたこと, ⑤IA 所見で後期の低蛍光像が観察されなかったこと, などの相違があるように思われた。(日眼会誌 102:462-466, 1998)

キーワード: 眼底後極部を中心とした境界やや不鮮明な白斑状病変, 多発性消失性白斑症候群(MEWDS), 両眼性および再発性, インドシアニングリーン赤外蛍光眼底造影(IA), IA での造影後期の低蛍光像

## A Case of Ill-defined Vitiliginous Lesions in the Posterior Polar Regions of Both Eyes

Shin-ichi Abe, Hisae Nishikatsu and Tomoki Yasui

Department of Ophthalmology, Iwaki Kyoritsu General Hospital

### Abstract

In a 34-year-old man, who was examined for binocular visual disturbance as chief complaint at the department of ophthalmology, we found ill-defined vitiliginous lesions of a size about 1/5~1/7 the diameter of the papilla in the fundal posterior polar regions of both eyes. Fluorescein angiography (FA) revealed hyperfluorescence of the vitiligo. Blood tests showed increased herpes simplex and herpes zoster varicellous antibody titers and positive anti-nuclear antibodies (speckled type). Following steroid treatment, the vitiligo remitted, but reappeared later. Indocyanine green infrared fluorescein angiography (IA) revealed hyperfluorescence of the vitiligo. Fundus findings suggested multiple evanescent white dot syndrome (MEWDS), but were judged to

be negative because ① the vitiliginous lesions were morphologically different, ② the onset site of the vitiligo was more posterior and polar-sided, ③ onset of the vitiligo was binocular, ④ the vitiligo recurred and ⑤ late hypofluorescence was not observed in IA. (J Jpn Ophthalmol Soc 102:462-466, 1998)

Key words: Ill-defined vitiliginous lesions in fundal posterior polar region, Multiple evanescent white dot syndrome (MEWDS), Binocular and recurrent, Indocyanine green infrared fluorescein angiography (IA), Late hypofluorescence

### I 緒 言

両眼の後極部に境界不鮮明な白斑状病変の出現を認め、その症例を経験した。眼底所見からは多発性消失性白斑症

候群(multiple evanescent white dot syndrome: 以下, MEWDS)に最も近い病態と考えたが, 白斑状病変の形態や経過などからすると種々の相違点が認められた。過去には報告のない新しい疾患である可能性が考えられ, 症

別刷請求先: 980-0811 宮城県仙台市青葉区一番町 4-8-29 阿部眼科診療所 阿部 信一  
(平成 9 年 8 月 13 日受付, 平成 10 年 2 月 14 日改訂受理)

Reprint requests to: Shin-ichi Abe, M.D. Abe Eye Clinic, 4-8-29 Ichiban-cho, Aoba-ku, Sendai-shi Miyagi-ken 980-0811, Japan

(Received August 13, 1997 and accepted in revised form February 14, 1998)

例を供覧し、若干の考察を交えて報告する。

## II 症 例

症例は 34 歳の男性で、1995 年 12 月 11 日の起床時から両眼中心部の霧視を自覚し、翌 12 月 12 日に近医眼科を受診した。網膜の血流障害が考えられるとのことで内服薬を処方されたが、自覚的に視力低下が進行したため、翌 12 月 13 日にいわき市立総合磐城共立病院眼科を受診した。既往歴および家族歴に特記すべきことはなかった。視力は右眼 0.3 (矯正不能)、左眼 0.2 (矯正 0.4)、眼圧は右眼 14 mmHg、左眼 15 mmHg であり、前眼部および中間透光体に異常所見はみられなかった。眼底検査で両眼の後極部を中心として 1/5~1/7 乳頭径大で境界やや不鮮明な白斑状病変が散在していた (図 1 A: 右眼, B: 左眼)。フルオレセイン蛍光眼底造影検査 (以下, FA) で眼底にみられた白斑状病変に一致して過螢光が観察され、造影後期まで過螢光が持続した (図 2 A: 右眼, B: 左眼)。耳側周辺部には白斑状病変が線状に癒合したような所見があり、FA で明瞭に観察された (図 3)。視野検査では両眼に中心暗点が検出されたが、マリオット盲点の拡大はみられなかった。網膜電図検査 (ERG) では negative ERG を呈し、中心フリッカー検査では軽度低下していた。一般血液検査に異常所見はみられず、CRP (C 反応性蛋白) は (-)、赤血球沈降速度は正常範囲、梅毒定性検査 (-)、B 型肝炎ウイルス抗原 (-)、C 型肝炎ウイルス抗体 (-) であり、肝機能検査、腎機能検査、電解質および血清脂質には異常がなかった。単純ヘルペス 1 型 IgG 128.0 以上 (正常値: 2.0 未満)、水痘帯状ヘルペス IgG 30.1 (正常値: 2.0 未満) と抗体価の上昇がみられ、ツベルクリン反応は (+)、胸部 X 線検査に異常所見はみられず、ACE (アンジオテンシン変換酵素) は 4.9 IU/l と正常範囲内であった。抗核抗体が 160 倍 (Speckled type, homogeneous) を示したが、LE 細胞は (-)、IAP (免疫抑制酸性蛋白) は 486 mcg/ml と正常範囲内であった。血液凝固学的検査でも出血時間 2.0 分、PT (プロトロンビン時間) 100%, APTT (活性化部分トロンボプラスチン時間) 27.6 秒、フィブリノーゲン 292 mg/dl と異常値は確認されず、HLA (組織適合抗原) 検査では、A-24, A-26, B-7, B-76, CW-3, CW-7 が確認された。

ステロイドパルス療法 (ソルメドロール 1,000 mg/日) を 3 日間、以後プレドニン内服で漸減開始後、次第に網膜の白斑状病変が消退し、自覚症状の軽減とともに視力の改善が得られた。初診から 2 週間後の 12 月 27 日の矯正視力は右眼 1.2、左眼 0.9 であり、両眼の後極部を中心としてみられた白斑状病変がほぼ消退していた。FA では白斑状病変の位置に小さな過螢光点の散在がみられたが、初診時よりも明らかに減少していた。視野検査では両眼の中心暗点が検出されず、ほぼ正常と判定した。ところが、その 5 日後の 1996 年 1 月 1 日に右眼の視力低下を訴

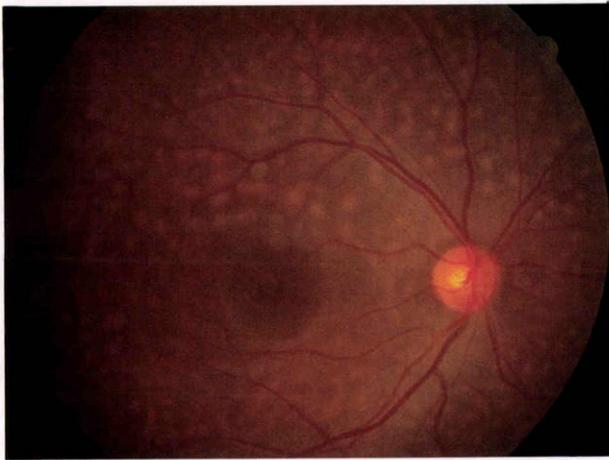
え、右眼矯正視力は 1.2~0.7 まで低下していた。特に右眼において、初診時よりは少ないものの白斑状病変の出現が観察され、FA では初診時と同様に白斑状病変に一致した過螢光がみられた。プレドニンは 4 錠/日まで漸減していたので、再びソルメドロール 1,000 mg/日に戻して 2 回目のステロイドパルス療法を開始した結果、眼底所見および自覚症状の改善が得られ、右眼矯正視力も 1.2 まで回復した。しかし、その 3 日後の 1 月 4 日に今度は左眼の視力低下を自覚し、左眼矯正視力は 1.0~0.6 まで低下しており、右眼の再発時と同様に白斑状病変の増加が観察された。

治療開始から約 1 か月を経過した 1 月 17 日、インドシアニングリーン赤外螢光眼底造影検査 (以下, IA) を機器を借用して施行する機会を得た。この時の矯正視力は右眼 1.2、左眼 0.8、初診時よりはかなり軽減しているものの、特に左眼の黄斑上方に淡い白斑状病変がみられた (図 4)。FA では、この白斑状病変に一致した過螢光がみられた (図 5)、IA でも白斑状病変に一致した過螢光が造影早期から造影後期まで観察された (図 6 A: 早期像, B: 後期像)。この時点での ERG では Op 波が減弱していたが、初診時と比較して著明に改善していた。その後は白斑状病変の出現はみられることなく経過しており、1997 年 10 月再来時の矯正視力は両眼とも 1.2、眼底所見、FA 所見、IA 所見にも異常所見は観察されなかった。

## III 考 按

本症例は広義の斑状網膜疾患 (flecked retina disease) に該当するものと考えられ、鑑別疾患には数多くの疾患を念頭におく必要がある。急性後極部多発性円盤状網膜色素上皮症 (acute posterior multiple placoid pigment epitheliopathy, APMPPE)<sup>12)</sup> は白斑の形態が検眼鏡的には類似していると考えられるが、FA の早期像が低螢光を示す逆転現象が特徴であり、終始過螢光を示した本症例においては否定的である。Krill<sup>3)</sup> が「Flecked retina disease」の中で述べている fundus albipunctatus, fundus flavimaculatus も検眼鏡的には考慮すべき疾患と考えられるが、遺伝性疾患であり、本症例の経過とは合致しない。Folk らは「White dot chorioretinal inflammatory syndromes」<sup>4)</sup> の中で、鑑別すべき疾患として MEWDS<sup>5)-12)</sup>, punctate inner choroidopathy (PIC)<sup>13)</sup>, multifocal choroiditis with panuveitis<sup>14)-16)</sup>, diffuse subretinal fibrosis<sup>16)17)</sup> を示し、竹田ら<sup>18)</sup> が報告した急性散在性網膜色素上皮症は MEWDS と同一疾患であると述べている。さらに、MEWDS の類縁疾患とされる acute zonal occult outer retinopathy (AZOOR)<sup>19)-21)</sup> も白斑状病変を呈することが知られており、鑑別疾患の中に入れる必要があると思われる。

今回我々は、両眼の視力低下で発症した 34 歳男性の症例に、両眼の眼底後極部を中心とした 1/5~1/7 乳頭径大



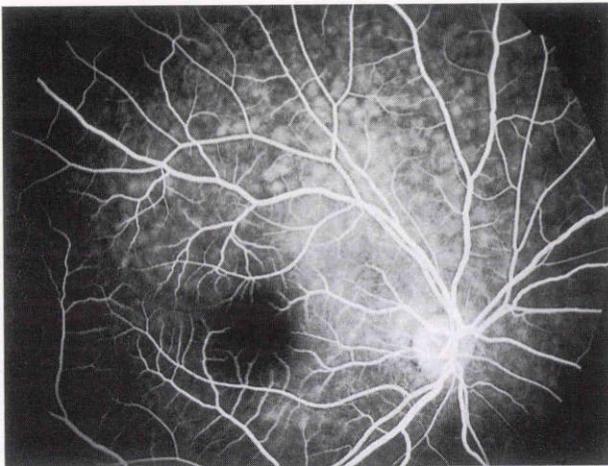
A



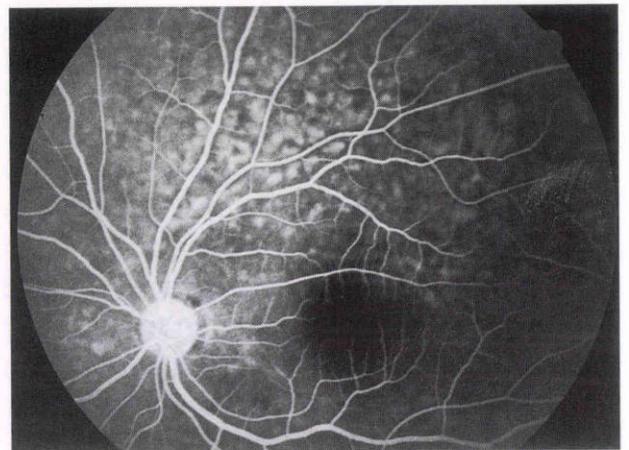
B

図1 初診時眼底写真(A:右眼,B:左眼).

後極部を中心として1/5~1/7乳頭径大で境界やや不鮮明な白斑状病変の散在が認められた.右眼矯正視力は0.3,左眼矯正視力は0.4であった.



A



B

図2 初診時フルオレセイン蛍光眼底造影写真(A:右眼早期像,B:左眼後期像).

白斑状病変に一致した過蛍光が観察され,造影後期も過蛍光を呈した.

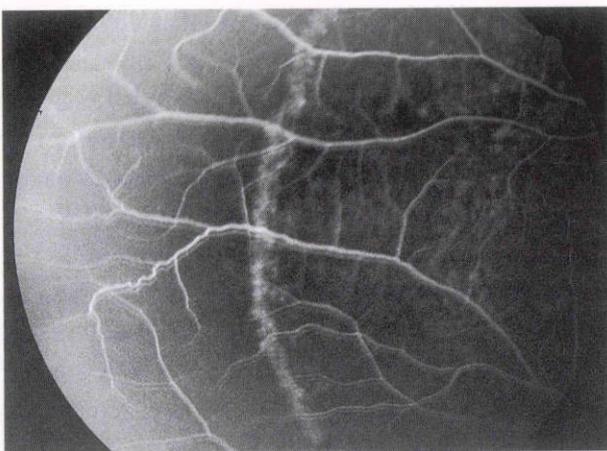


図3 初診時右眼耳側フルオレセイン蛍光眼底造影写真.耳側周辺部には白斑状病変が線状に癒合したような過蛍光が観察された.

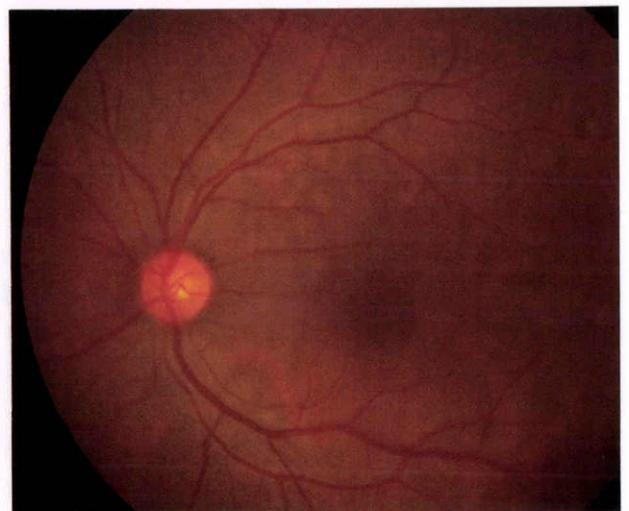


図4 1か月後の左眼底写真.

左眼の黄斑上方に淡い白斑状病変が認められた.この時の左眼矯正視力は0.8であった.

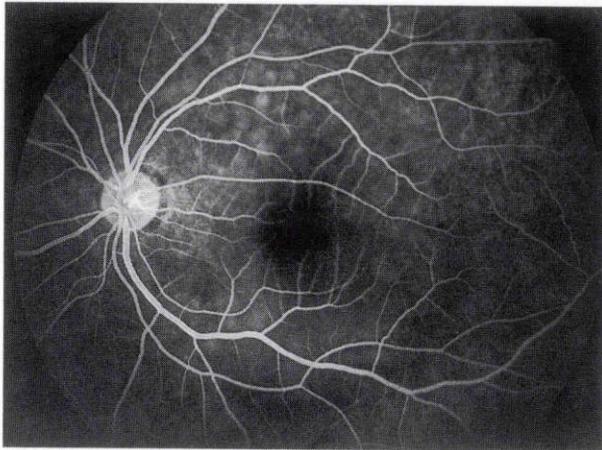
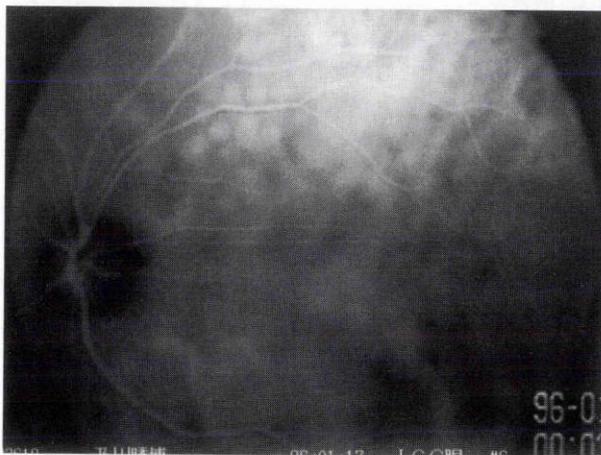


図 5 1 か月後の左眼フルオレセイン蛍光眼底造影写真。黄斑上方の白斑状病変に一致した過蛍光が認められた。

で境界やや不鮮明な白斑状病変の出現が認められ、FA では白斑は過蛍光を示した。視力低下で発症したこと、眼底所見および FA 所見を総合して本症例に対する診断として MEWDS を第一に考えた。MEWDS は、Jampol ら<sup>5)</sup>、Sieving ら<sup>6)</sup>によって報告された疾患で、主として若年者の片眼に急激な視力低下および中心暗点で発症し、網膜深層から網膜色素上皮層レベルの白斑が認められるという。通常、MEWDS は片眼性の発症で再発がみられないとされているが、Aaberg ら<sup>8)</sup>は再発が観察された 2 例と両眼性に発症した 2 例とを報告している。このことから、両眼性で再発がみられたとしても MEWDS を否定することはできないと考えた。しかし、IA 所見に関しては MEWDS と明確に違った所見を呈した。当科には IA 検査の設備がなかったために、眼底変化が著しい時期には IA 検査が実施できなかったことが非常に残念である。それでも本症例に対する検査を目的として機器を借用し、時期は遅くなったが IA 検査を施行して新知見を

得ることができた。MEWDS の IA 所見に関しては、Ie ら<sup>11)</sup>、尾花ら<sup>12)</sup>によって報告されており、造影後期には白斑に一致して低蛍光斑が観察されることが特徴的であると述べている。低蛍光斑が生じる機序として、脈絡膜毛細血管より深層の脈絡膜血管の炎症によって血液眼柵の障害が生じ、分子量の小さなフルオレセインは血管から漏出して FA の過蛍光を呈するが、分子量の大きいインドシアニングリーンは漏出せず、さらに炎症の存在する部位では血流動態の変化が生じて、そこを避けて血液が流れるために IA で低蛍光となると推測している。これに対して、本症例では造影早期から造影後期に至るまで過蛍光を呈した。過蛍光になる理由を推測すると、分子量が大きいインドシアニンググリーンでさえも血管外漏出を起こすほどの血液眼柵の障害が生じたのであろうか。いずれにしても、IA 所見の明確な違いは脈絡膜レベルでの病態そのものの違いに基づくものと考えた。

本症例にみられた特徴をまとめると、① 34 歳という若年男性であること、② 境界不鮮明な白斑状病変を呈したこと、③ 白斑が MEWDS から後極部を中心としてみられたこと、④ 両眼性の発症で視力低下を伴っていること、⑤ negative ERG がみられ、眼底所見および視力の改善とともに回復がみられたこと、⑥ FA および IA では早期から後期まで過蛍光を示し、MEWDS の特徴とされる IA での後期の低蛍光像が観察されなかったこと、⑦ 再度ステロイドパルス療法を開始した時にも再発が起り、ステロイド剤の効能が低いように考えられたこと、などがあげられる。当初は MEWDS と診断して治療経過観察を開始したが、IA の後期像所見の相違は明確であり、MEWDS とは異なった疾患であると考えられた。発症から約 2 年を経過し、現在は白斑状病変の再発も認められず、FA でも IA でも異常所見は確認されていない。MEWDS に近い病態と考えられたが、白斑状病変の形態や経過および IA 所見などに相違点が認められ、現時点



A



B

図 6 1 か月後の左眼インドシアニンググリーン赤外蛍光眼底造影写真(A：造影早期、B：造影後期)。白斑状病変に一致した過蛍光が観察され、造影後期も過蛍光を呈した。

でも適切な診断を付けるには至っていない。非常に貴重な症例であると考えられ、今後も密な経過観察を継続する予定である。

稿を終えるに当たり、御校閲および御指導いただいた東北大学医学部眼科学教室玉井 信教授、シオノ眼科医院院長塩野 貴博士、市立札幌病院眼科部長竹田宗泰博士に深謝いたします。

本論文の要旨は第 13 回眼微小循環研究会(富山市)で報告した。

## 文 献

- 1) **Gass JDM**: Acute posterior multifocal placoid pigment epitheliopathy. *Arch Ophthalmol* 80:177—185, 1968.
- 2) **Kirkham TH, Ffytche TJ, Sanders MD**: Placoid pigment epitheliopathy with retinal vasculitis and papillitis. *Br J Ophthalmol* 56:875—880, 1972.
- 3) **Krill AE**: Flecked retina disease: Hereditary retinal and choroidal disease. Harper & Row, Publishers, Inc, New York, 739—824, 1977.
- 4) **Folk JC, Reddy CV**: White dot chorioretinal inflammatory syndromes: Medical and surgical retina. Mosby, St Louis, 385—399, 1994.
- 5) **Jampol LM, Sieving PA, Pugh D, Fishman GA, Gilbert H**: Multiple evanescent white dot syndrome. I. Clinical findings. *Arch Ophthalmol* 102:671—674, 1984.
- 6) **Sieving PA, Fishman GA, Jampol LM, Pugh D**: Multiple evanescent white dot syndrome. II. Electrophysiology of the photoreceptors during retinal pigment epithelial disease. *Arch Ophthalmol* 102:675—679, 1984.
- 7) **Nakao K, Isashiki M**: Multiple evanescent white dot syndrome. *Jpn J Ophthalmol* 30:376—384, 1984.
- 8) **Aaberg TM, Campo RV, Joffe L**: Recurrences and bilaterality in multiple evanescent white-dot syndrome. *Am J Ophthalmol* 100:29—37, 1985.
- 9) **Mamalis N, Daily MJ**: Multiple evanescent white-dot syndrome. A report of eight cases. *Ophthalmology* 94:1209—1212, 1987.
- 10) **Tsai L, Jampol LM, Pollock SC, Olk J**: Chronic recurrent multiple evanescent white dot syndrome. *Retina* 14:160—163, 1994.
- 11) **Ie D, Glaser BM, Murphy RP, Gordon LW, Sjaarda RN, Thompson JT**: Indocyanine green angiography in multiple evanescent white-dot syndrome. *Am J Ophthalmol* 117:7—12, 1994.
- 12) **尾花 明, 楠見匡代, 森脇光康, 山口昌彦, 三木徳彦**: インドシニンググリーン蛍光造影を施行した multiple evanescent white dot syndrome の 2 例. *日眼会誌* 99:244—251, 1995.
- 13) **Watzke RC, Packer AJ, Folk JC, Benson WE, Burgess D, Ober RR**: Punctate inner choroidopathy. *Am J Ophthalmol* 98:572—584, 1984.
- 14) **Dreyer RF, Gass JDM**: Multifocal choroiditis and panuveitis. A syndrome that mimics ocular histoplasmosis. *Arch Ophthalmol* 102:1776—1784, 1984.
- 15) **Morgan CM, Schatz H**: Recurrent multifocal choroiditis. *Ophthalmology* 93:1138—1147, 1986.
- 16) **Cantrill HL, Folk JC**: Multifocal choroiditis associated with progressive subretinal fibrosis. *Am J Ophthalmol* 101:170—180, 1986.
- 17) **Palestine AG, Nussenblatt RB, Parver LM, Knox DL**: Progressive subretinal fibrosis and uveitis. *Br J Ophthalmol* 68:667—673, 1984.
- 18) **竹田宗泰, 木村早百合, 田宮宗久**: 急性散在性網膜色素上皮症. *眼紀* 35:2613—2620, 1984.
- 19) **Gass JDM**: Acute zonal occult outer retinopathy. *J Clin Neuro-ophthalmol* 13:79—97, 1993.
- 20) **Holz FG, Kim RY, Schwartz SD, Harper CA, Wroblewski J, Arden GB, et al**: Acute zonal occult outer retinopathy (AZOOR) associated with multifocal choroidopathy. *Eye* 8:77—83, 1994.
- 21) **Gass JDM, Stern C**: Acute annular outer retinopathy as a variant of acute zonal occult outer retinopathy. *Am J Ophthalmol* 119:330—334, 1995.

## <編集委員からのコメント>

本論文の掲載に当たって、以下に挙げた問題が査読者および編集委員会で討議されたことを付記します。

ここで報告されている症例が新疾患であるのか、いわゆる多発性消失性白斑症候群 (MEWDS) であるのかの鑑別が本論文の生命線です。残念ながら、蛍光眼底造影写真、インドシアニンググリーン蛍光眼底造影写真ともに、その質がいま一つであり、情報が乏しいものとなり決め手に欠けるうらみがあります。その結果、著者が本文で述べているように、さらに経過観察を行い、新疾患としての病像が明確になった段階で発表すべきである、との意見がありました。編集委員会としては、本論文は、予報的なレベルであるとの認識を持っています。しかし、眼底所見は特徴的で、新疾患の可能性も高く、今後、同様な症例が多数発見され、新疾患の臨床像が明らかとなる可能性に学術的意義を見出し、本論文を掲載するに至りました。

## 編集室

### 1年間の回顧

日眼会誌の編集責任者として、前任の田野常務理事から引き継いでから1年になります。編集委員の8名の方々と、事務局の西村・小林両氏に助けられて、やっと軌道に乗ってきました。

現在の日眼会誌の編集は、おおむね次のような手順で進んでいます。

まず論文が投稿されてくると、編集委員会の編集幹事である新家教授がまず内容を拝見し、それに応じて3名の査読者に査読をお願いします。査読が戻ってくると、査読用紙と共に原稿が私のところに送られ、以後の処理を進めることとなります。

投稿されてくる原稿は、どれも力作なので、「拒否」reject というのはめったにありません。ほとんどがそのまま受理となるか、または査読のコメントを参考にして、著者に改訂をお願いすることになります。

改訂原稿は、次の二つの方法で処理されます。もし初回の査読で「再査読の必要あり」と評価されていた場合には、ふたたび同じ査読者に送られて評価を受け、それを私が拝見します。初回の原稿が完全に近く、「小改訂が必要」とされていた場合には、そのままこちらに送られてきます。その結果、受理する場合と、再々改訂をお願いする場合とができてきます。

問題になるのは、査読者の意見が「拒否」となっているか、または再査読で「大幅な改訂が必要」とされた場合です。この際には、毎月一回ある9人の編集委員会で扱い方を検討することになっています。

投稿された先生方には、この査読を「うるさい」と感じられる方もおありかと存じますが、これは日眼会誌としてどうしても必要な手順であると御承知願いたいです。

雑誌を発行することは、日本眼科学会の寄付行為にも、学会の目的として、総集会とともに主要な事業として規定されています。日眼会誌は、いわば日本眼科学会の「顔」でもあり、また、日本の眼科学の代表でもあります。

査読のことは、英語では peer review と言います。Peer というのは、「同僚」、「同業者」の意味であり、同じ分野の専門家のことです。この査読があることで、掲載される論文の価値が保障されることにもなります。日眼会誌の論文は、国際的な抄録雑誌である Index Medicus にも要約が転載されていますが、これも「査読がしっかりしているから」というのがその大きな理由なのです。

この1年間の編集方針は、歴代の編集委員会のそれを

ほぼ踏襲してきましたが、最近になって新しい変化が出てきました。

その一つは、小さなことではありますが、会員にお送りする雑誌の封筒が変わったことです。それまでの茶色のハترون紙だったのが、透明な袋になりました。費用はほとんど同じなのですが、開封しなくても外から雑誌の表紙が見えるようにという配慮からです。

もう一つは、和文と英文要約のスタイルの変更です。国内でも最近の学会発表の抄録では、目的・方法・結果・結論と、項目を分けて書くようになっています。この形式は、英語では structured abstract と言いますが、日眼会誌でもこの形式で要約を作っていたことにしました。当分の間は、新旧スタイルの要約が混在するはずですが、年内にははすべて新方式に統一することになります。投稿される方にはお手数ですが、よろしくご協力をお願いします。

もちろん、論文の内容によっては、必ずしもこの項目にこだわる必要はありません。症例報告などでは、目的ではなく「背景」、方法は「症例」、結果は「所見」などとされても結構です。

要約の話が出たついでに、現在の日眼会誌での英文要約をどのように扱っているかをご説明します。要約の文章も査読の対象になりますので、場合によっては査読者から注文が出ることもありますが、最終的に論文の受理が決まると、英文要約は在日のある外人の方にみられています。いわゆる native speaker に手直しをお願いします。御自分の書かれた文章に朱筆が入っているのは、このためだと御承知ください。もちろん、著者校正の段階で、どうしてもご納得がいかないときには、注文を出していただいてもよろしいのです。問題が大きければ、編集責任者の私が判断させていただきます。

「これからの日眼会誌は前途洋々」と申し上げたいのですが、必ずしもそうではありません。他の海外雑誌にならって大判化が実現し、堂々たるスタイルになったのですが、雑誌の格を規定するのは、掲載される論文の数と内容だからです。

論文の数については、ひと昔前とはかなり様相が変わってきました。端的に申せば、雑誌が薄くなってきています。私が駆け出しの医局員だった頃は、「原著を提出しなければ総会で講演させない」という原則が徹底していました。会場に行くと、ロビーに事務局の担当者の机がありました。私どもは「石川のオバサン」と陰で呼んでいま

したが、発表の前に原稿を出したものです。ですから、例えば150の発表があれば、必ず150の論文がその秋の日眼会誌に掲載されたものです。それが20年ばかり前から、「総会での講演は討論の内容を踏まえて手直しし、後から論文を提出する」ということになりました。

この原則そのものは結構なのですが、その悪い副作用として、「講演はしたけれども論文は出さない」ことがとくに最近が目だってきました。

似たような傾向は、秋の臨眼でもあると聞いています。臨眼では、口演とポスターを合わせて500近い発表が毎年ありますが、それが論文になるのは4割前後らしいのです。

いまさら言うまでもありませんが、研究は論文として発表されてこそ意義があります。言い換えれば、「原著にならなかった発表は存在しない」のです。

日眼総会では、口演には複数の会場が使われます。会場の数は年によって違いますが、4会場から6会場が普通なようです。これを別の見方で計算すると、いくら頑張っても、口演すべてを聞くことは物理的に不可能であり、4会場なら25%、6会場なら17%が限度なのです。学会で発表しても原著が出なければ、「手元に残るのは抄録集だけ」ということになります。

学会の発表は、永年にわたる著者の叡智と努力の結晶です。これが眼科学界すべてに公開され、後世に残る遺産となるために、「話したものは必ず書く」という努力をお願いしたいのです。

日眼会誌に掲載される論文は、学会原著だけではありません。それ以外の臨床研究や症例報告も含まれるからです。今の時代に新疾患を発見することは容易ではありませんが、ここ10年間だけを考えても、疾患概念の変遷や新しい検査法の出現は目を見張るものがあります。この方面の論文にも日眼会誌は広く門戸を開いていますの

で、どしどし投稿をお願いしたいのです。

先にも申しましたが、日眼会誌に掲載された論文は、その抄録が国際的な雑誌 Index Medicus に転載されます。これは、先取権 priority を主張するためにも実に有利なことです。日眼会誌に欧文要約が掲載されるようになったのは、昭和2年からです。西暦では1927年ですが、これ以前の論文は日本語だけで書かれていました。高安病、原田病、小口病など、日本人が発見した疾患でも、これが海外に知られるようになるまでには、別の形で欧文で発表しなければ国際的には認知されなかったのです。そのような意味でも、日眼会誌を大いに利用していただきたいのです。

この国際化の流れと逆行するようですが、日眼会誌では「なるべく日本語で書くこと」という建て前になっています。外国の方々に理解してもらうために、表や図の説明を英語にしてはという提案が過去にはありました。国内でも眼科以外の雑誌ではこのような方針のところがありません。なにしろ徹底していて、たとえばアンケートで行った研究でも、質問事項まで英語で記述されていたりします。日本の読者に理解しにくくだけでなく、追試をしようとしても、それをもう一度日本語に直さなければならず、それが元の文章と同じである保証はまったくないのです。

もし、「この研究こそ英文で」とお考えの方には、日本眼科学会が出している英文雑誌を御利用になることをお勧めします。Japanese Journal of Ophthalmology, 略して Jpn J Ophthalmol または J.J.O. がそれで、年6回、隔月に刊行されています。投稿の方法は日眼会誌の場合と同じです。日本語で出た論文でも、日眼が版權を共有しているので、まったく問題はありません。

どうか会員皆様のお力で日眼会誌を盛り立ててください。