

INAH 注入に依り著効を治め人工気腹療法にて 全治せしめた結核性膿胸の一例

昭和33年4月28日 受付

信州大学戸塚内科教室 (指導: 戸塚忠政教授)

西 田 哲 郎

1. 緒 言

結核性膿胸は一般に難治の疾患であり、近年有力な抗結核剤の発見に伴って多くの報告者により胸腔内注入療法が試みられ、PASを始め TBI, SM 注入で相当な効果のある事が報告されている。併し薬剤注入は膿胸内面の酵膿膜、壊死組織の為に其の効果が減弱されるので、膿胸内面を消浄にする試みとして酵素療法が一部に行はれるに至っている。然しこれら注入療法は多くの場合、長期間頻回の穿刺が必要であり、又必ずしも充分な効果は期待出来ない現状にある。膿胸治療の最も有力な手段として外科的療法が挙げられるが、之は同時に存在する肺病変の状態や全身状態から適応の存する例は僅少である。

著者は最近気管支と交通を有する結核性膿胸が前胸壁に穿孔して、膿瘍を形成し將に外部に穿孔せんとしていた症例に INAH を局所に注入し、更に肋膜炎死腔に対し、人工気腹療法を行い短期間に全治せしめ得たので之を報告する。

2. 症 例

松○あ○江 31才女 無職

主 訴: 高熱, 咳嗽喀痰。

家族歴: 姉二人肺結核にて夫々26才, 17才で夫々昭和8年, 10年に死亡した。

既往歴: 昭和9年麻疹に罹患し引續いて肺結核と診断され, 3年間療養した。その後現在迄咳嗽, 喀痰, 発熱のため感冒として2~3ヶ月宛休養する事が屢々あった。

ツ反応は施行した事がない。

現病歴: 昭和29年6月風邪気味で頭痛が続いていたが38~39°Cに発熱した。某医に右肋膜炎と言はれSM週1回1g宛10gの注射を受けた。PASを併用したが食慾不振が強く殆ど服用不能であつた。8月中旬に至り体温は平熱となり自覚症状は消失し平常の生活が可能となつた。昭和30年2月中旬何等誘因と思はれるものなく急に強烈な上腹部痛が現れ同時に強い咳嗽, 膿性痰, 及び38~39°Cの発熱が現れた。同医に右肋膜炎と言はれSM 0.5g宛週2回計20gの注射を受け, PAS 1日10g宛計100g, INAH 1日100mg宛

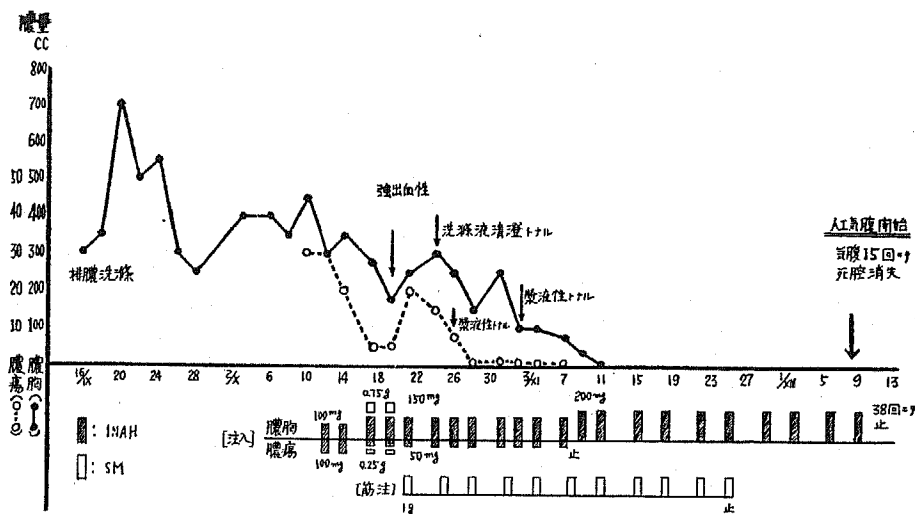
計約3gを胃腸障碍のため不規則な間隔を置いて服用した。腹痛は約1週間で治癒したが高熱及び咳嗽喀痰は持続した。更に右側胸部及び背痛が現れる様になつた。8月中旬一時体温は37°C代となり咳嗽喀痰も軽減したが同月下旬再び悪感戦慄を伴つて38.5°Cに発熱し, 咳嗽喀痰が増強した。9月に入り右前上胸部に疼痛を伴つた腫脹が現れて, 又右背部に神経痛様疼痛が現れる様になつた。次第に全身衰弱が加つて来たので9月15日当科に入院した。

入院時所見: 入院時はいさう著明, 消耗性顔貌を示し, 強烈な咳嗽を避ける為常に右側臥位を強制された。脈膊細小, 数1分間100を超へ, 呼吸数1分間30, 体温39°Cを超へた。眼瞼結膜貧血性, 胸部は鳩胸を示し第II肋骨胸骨附着部に手拳大痛性発赤腫脹あり中心部は波動を有す。打診上右側前後濁音を呈し, 聴診上呼吸音殆ど聴取し得ず。心濁音界は左側は左乳線より三横指径内側, 上界及び右界決定不能, 心音清なるも第II肺動脈音亢進す。血圧 $100/75$ 腹部には異常所見なし。

喀痰一日量約60cc膿性なるも結核菌は塗抹培養共に陰性, 血液像は血色素60%, 赤血球307万, 白血球11,200, 白血球分類に於て核の左方移動を認める。赤洗一時間値107耗, ツ反応 $\frac{0}{11 \times 11}$, 尿は強く尿酸塩を混じ, ウロビリソ (+), ウロビリノーゲン (H), チアゾ反応 (+), 洗査に白血球各視野10~15ある他異常なく, 結核菌も陰性, 大便のトリプレ反応陰性である。肋膜炎試験穿刺にて灰白黄色濃膿性の穿刺液を証明, 特に強い悪臭はなく蛋白含量上澄にて4.5g/dl, 結核菌は塗抹培養共に陰性, 化膿菌も培養陰性である。肋膜炎腔内に色素を注入した所, 喀痰中に該色素の排出を見, 肋膜炎腔と気管支との交通が証明された。

治療経過 (第1図): 結核菌の検索及び適正な抗結核剤の使用を期し, 当初は排膿後リッゲル氏液にて胸腔内洗滌のみにて経過を観察した。9月16日より2日に1回胸腔穿刺を行い500~700cc排膿洗滌した。排膿洗滌後右前上胸部の膿瘍は, 一時縮少し且つ自発痛の軽減が見られたが洗滌液が清澄となる事はなかつた。排膿洗滌5回にて体温は37°C代になつたが10月1日

第1図 治療に依る膿量の変化



再び 38°C に発熱した。ネオイスコチンを内服させたが悪心が強く服薬不能であった。穿刺洗滌を繰返すうちに胸腔内の膿は出血性となり血漿も多く出る様になって来た。膿量は減少の傾向を示さず且つ前胸壁の膿瘍は次第に増悪して波動は著明圧痛も甚だしく外部に穿孔せんとする状態となった。10月10日膿瘍の穿刺を行い、空気10cc及び胸腔内膿と略同性状の膿約20ccを採取した。該部に色素を注入した所喀痰中に該色素の排出が見られた。外科医の診察を受けた所、外科的治療不能と言ふ意見に依り INAH 注入療法を施行する事とした。10月12日に於ける胸部レ線所見(第2図, a)は右側全面濃厚陰影に覆れ、第V胸椎高に水平像を微かに認める。心臓影は強く右に索引され左第IV弓を僅かに胸椎影左縁に認めるのみ、左中肺野に胡桃大、葉間肋膜肺底影を見る。

10月12, 14両日 INAH (イスコチン注射薬) を胸腔内には排膿洗滌後、膿瘍内には排膿後夫々 100mg 宛注入した。17, 19両日は膿瘍内に INAH 150mg と SM 0.75g, 膿瘍内に INAH 50mg と SM 0.25g を混合注入した。然るに膿は強度に血性となったので SM は21日から週2回 1g 宛の筋注とし、INAH のみを膿瘍内に 150mg, 膿瘍内に 50mg 宛注入した。膿瘍は INAH 注入に依り回と共に膿量減少し、10月26日(第7回目)には 3cc 漿液性となり、全28日(第8回目)には採液不能となった。その後回採液は不能であったが局所に同量の INAH を注射した。自発痛、圧痛共に消失したので11月7日(第17回目)を以て中止した。以後再発の様子は全くない。膿胸も回と共に膿量減少し10月24日(第6回)目に洗滌液が初めて清澄となり、全31日

(第9回目)より膿は稀薄になり11月2日(第10回目)には漿液性となり量も著明に減少した。11月9日より INAH 200mg 注入し、全11日(第14回目)に至り採液不能となった。注入開始1ヶ月後の11月12日の胸部レ線所見(第2図, b)は極く少量の滯留液を認めるのみとなった。その後は毎週2回 200mg 宛注入を継続しているが再発の様子は全く認められない。

この頃から右側臥位以外の体位を取っても咳嗽発作は現れぬ様になり、11月24日には血色素65%, 赤血球411万, 白血球11,400, 白血球分類に於て核左方移動はなく、赤洗一時間値15耗であった。尿ウロピリン(-), ウロピリノーゲン正常, ゼアゾ反応(-), 洗査に白血球各視野2~3個と入院時に比較して軽快した。喀痰は10月21日以来消失し、体温は全日より平熱に復した。

11月25日 SM 筋注後頭痛、皮膚癢痒感が現れ白血球分類に於て好酸球13.5%を示し、SM の副作用が考へられたので全日を以て總計 13g にて中止した。

11月26日膿胸治癒後の右胸腔内圧を測定した所 -8 ~ -16cm/H₂O で戸塚^①の分類に依る第V型を示し膨脹不全肺を思はせた。

12月2日フェノールズルフオンフタレインに依り肋膜吸収能を検した所、4時間後34.2%, 24時間後69.2%で正常値を示していた。

INAH の注入療法に依り膿は短期間で消失せしめ得たが、残った肋膜死腔に対し外科的治療は全身状態の改善が不充分であり、時期尚早と考へられたので人工気腹療法を試みた。

12月8日第1回目を施行し 300cc 送気した。術後体

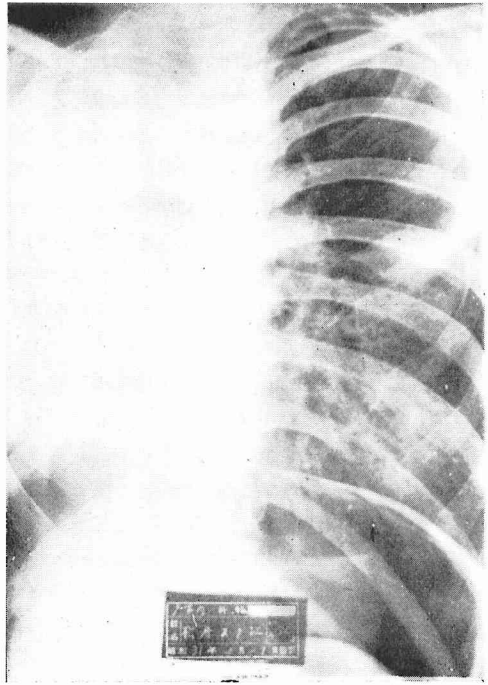
第 2 図

(a)



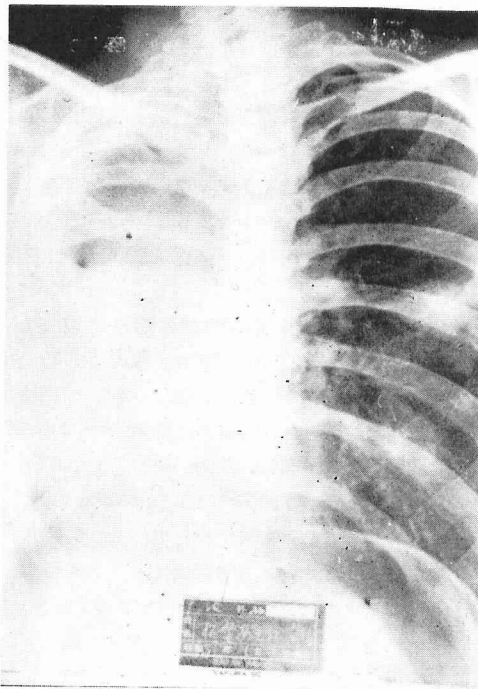
12/x-1955 INAH 注入前

(b)



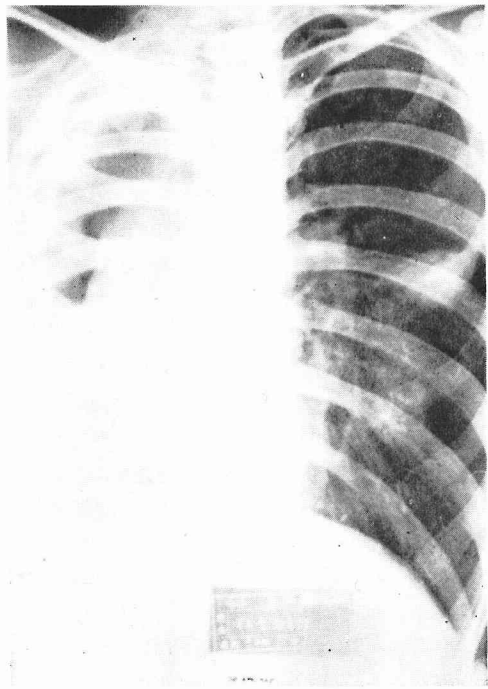
12/x-1955 INAH 注入 1 ヶ月にて膿消失

(c)



9/1-1956 気腹 6 回施行し肋膜死腔縮少

(d)



27/1-1956 肋膜死腔消失し膿胸全治

動に際してのみ上腹部肩に疼痛を訴へ食欲も稍衰へた。12月12日第2回目を施行し500cc送気し、その後腹部膨満感を訴へる様になつた。全19日第3回目を施行し700cc送気した処約1時間後悪心が現れその後2回嘔吐した。頭痛、軽い呼吸困難を訴へたが鎮静剤の注射に依り軽快した。全26日第4回目を施行、以後毎回600cc宛送気したがその後は特別な訴へなく送気可能であつた。胸部レ線透視に依り肝臓は後面に於て全面横隔膜と癒着し、肋膜は高度の肥厚が見られたが、次第に肋膜死腔は縮少し始め INAH 注入時穿刺場所を上昇させないと注入不能となつた。その後時々軽い腹痛を訴へ食欲不振があつたが死腔が次第に縮少するので気腹を継続した。

昭和31年2月6日滲出液の増量、膿胸の再発の傾向は見られなかつたので INAH 注入は38回總量7.4gで中止した。2月23日気腹13回目施行後胸部レ線透視にて死腔は不明となつた。この日から4日間右前上胸部に著明な摩擦音が聴取されたが、2月27日胸部レ線写真(第2図, d)に於ては死腔は消失し肋膜は完全に癒着した。3月5日試験穿刺に於て採液不能となつた。全身状態の改善も著明で気腹は3月23日第15回目を以て中止し、4月1日全治退院した。

3. 総括並びに考按

本例は約20年前重症肺結核として3年間安静療法を行い当時既に予後不良なる事を宣せられている。その後発熱、咳嗽喀痰のため感冒として2~3ヶ月安静養する事屢々であつたが大體普通の生活を営み乍ら最近に及んでいる。昭和29年6月発熱あり右肋膜炎と言はれ2ヶ月間治療を受け SM 10g 使用した。その後一時自覚症状は消失し激動を避けた普通の生活が可能であつた。昭和30年2月再び発熱、咳嗽、膿性痰が現れ右肋膜炎と言はれ SM 20g, PAS 100g, INAH 3g の投与を受けたが軽快せず、9月に至り右前胸部に膿瘍を作り全身衰弱著明となつて入院して来た。入院後気管支と交通を有する結核性膿胸で且つ前胸部膿瘍は膿胸の穿孔して生じたものである事が判明した。気管支瘻を有する結核性膿胸は予後不良とされ馬場^②は45例中32例の死亡を、田村^④は4例中3例の死亡を報じ、細田^④は17例中5例の死亡を経験し速かに外科的治療を行うべきであると言つている。本例は気管支瘻の他に胸壁に穿孔した結核性膿胸で而も著明な全身衰弱のため、外科的治療は全く不可能であり、予後絶対不良と考へられた。

結核菌の検索、抗結核剤の適正な使用を吟味するため入院後約3週間は排膿後リングル氏液での洗滌を隔日に施行した。六角^⑤は結核菌自身からは結核性膿胸

は発生せずと言ひ、結核性膿胸に抗菌剤の注入は誤謬であると言ひ重曹水に依る洗滌を推奨している。然し本例に関しては洗滌のみにて膿の性状及び量は軽快する傾向は見られなかつた。而も前胸壁膿瘍は將に外部に破れんとする状態に至つたので、抗菌剤の注入療法を施行する事にした。膿瘍内には排膿後、膿胸内には排膿後充分洗滌して注入した。間隔は毎週3回初めの2回は INAH のみを100mg 宛膿瘍及び膿胸内に、次で次の2回は膿胸内に INAH 150mg と SM 0.75g, 膿瘍内に INAH 50mg と SM 0.25g を混合注入した。而るに SM 添加注入に依り膿は両方共強く血性となつたので次回から INAH のみとし SM は筋注した。膿瘍は第8回目、膿胸は第14回目注入時排液不能となり、レ線像に於ても殆ど滲溜液を認めない状態となつた。これと共に咳嗽喀痰の消失、全身状態の著明な改善が見られた。即ち本例は治療前膿中より結核菌の証明不能であつたが、INAH 注入に依り驚くべき効果を示した。

結核性膿胸は難治の疾患であり、外科的治療が最も有力な手段とされている。然し乍ら多くの場合直ちに外科的治療を施行し得る例は非常に少数である。斯くて膿胸内抗結核剤注入療法は広く試みられ多くの報告がある。TBI に関しては Koch^⑥, Mertens^⑦, 光井^⑧, 加藤^⑨, 藤田^⑩PAS に関しては Dempsy^⑪, 馬場^⑫, 遠藤^⑬, 加藤^⑭, 田村^⑮, 熊谷^⑯, 津田^⑰, 池田^⑱, 細田^⑲, 藤田^⑳, SM に関しては Stahle^㉑, 加藤^㉒, 奥田^㉓, 堂野前^㉔があり特に SM の効力には膿の pH が影響するとされている。これら抗結核剤の効果は膿腔内面の纖維素、壊死組織、醜膿膜等に依り減ぜられ、又これは炎症の治療を妨げるものである。これを溶解排除せんとするために酵素療法が試みられ Tillett^㉕, Goldmann^㉖, Klüppelberg^㉗, 堂野前^㉘, 篠井^㉙に依り相当の効果を示す事が報告されている。

結核性膿胸に対する INAH 注入療法に就ては、Gerzamis^㉚は2~3日毎に200mg 注入して4~7週間で10例中8例が完全に治癒し瘻孔を有する1例は6週間で治癒したと報じ、神津^㉛は毎週150~200mg の注入で10例中5例が有効、3例が稍有効で中3例は液の消失を見たを報じ、津田^㉜は毎日100mg 注入して40日目に有効であつた1例を報じている。又日山^㉝は4日毎に5~20mg の注入で9回にて有効であつた1例を、山田^㉞は PAS 注入無効の3例に3~7日毎に30~250mg の注入で有効であつた例を報じ、山口^㉟は9例に7~10日毎に100mg を注入し膿の粘稠度の高いものは効少く軽症者に有効であつたと報じ、INAH 注

入療法の優れた効果を示す報告が多い。Sonntag^⑩は膿胸に抗結核剤を注入し膿は屢々希薄となり、漿液性に変化し続いて滲出液が消失して臨床的に治癒するが、これは薬剤の非特異的作用に依り粘膜が膿を溶解吸収する能力をたかめた結果に他ならないと言ふ事を、その動物実験及び臨床的成績を基にして報告しており、薬剤の抗菌性以外の諸性状が治療効果に関係がある事を示している。著者の例は結核菌検索不能のまま INAH 局所注入療法を施行した所、1ヶ月の短期間で膿瘍の全治及び胸水の消失が見られ著効を収めた。

然し結核性膿胸は肋膜炎を伴い、膿は清浄化しても肺の膨脹不全を伴つて肋膜炎を残すのが通常であり、死腔の存在する限り膿胸の再燃は避け難く従つて根本的治療は膿の消失のみで終るものではない。堂野前^⑪は早期のものなら、保存的療法で治癒するが肋膜炎を残したものの或いは、状態の改善せぬものは外科的療法の併用が重要であると言つている。伊藤^⑫は抗結核剤及び酵素療法は、極めて早期のものには良いが他は外科的療法の補助手段であると言ひ、細田^⑬も速かに外科的療法を行ふべきであると言つており、脇坂^⑭は抗結核剤注入洗滌のみで治療する事は時代遅れですべて外科的に行ふべきであると言つており、最終的には外科療法に待たねばならないと言ふ主張が多い。

近時人工気腹療法が行はれるに至つて、Trimble^⑮、向山^⑯、三好^⑰、山本^⑱は人工気腹が肋膜炎滲出液に対し有効で、Banyai^⑲、Mitchell^⑳、Mellius^㉑は結核性膿胸に有効であることを報じ、戸塚^㉒は気胸又は肋膜炎滲出液又は膿胸に依り肺が膨脹不全に陥り、その結果肋膜炎死腔を生じた11例に人工気腹を行い、7例に横隔膜神経麻痺術を併用し、全治7例、軽快3例、不変1例と言う死腔閉鎖に対する良結果を報告している。本例は著明な全身衰弱を伴つて入院し、INAH 注入に依り速かに膿の消失が見られたが、未だ全身状態の回復は外科的侵襲に対して不充分と考へられたので、人工気腹を試みた。肋膜炎肥厚は高度であつたが人工気腹15回2ヶ月余にて肋膜炎死腔を完全に消失させ、INAH 注入開始から通算して3ヶ月間で結核性膿胸を完全に治癒させる事が出来た。

4. 結 語

結核性膿胸が前胸壁に穿孔し膿瘍を形成し、而も気管支瘻を有し、高度の咳嗽、多量の膿性痰を喀出し、高熱あり全身衰弱著明な例に INAH を週3回、膿瘍内に50mg 宛注入し、7回目にて漿液化、8回目には採液不能となり、膿胸内には100mg より増量して150~200mg 宛注入し10回目に漿液化、14回目に採液不能

となつて短期間に著効を収めた。

次いで人工気腹療法を行い2ヶ月間、15回の送氣に依り肋膜炎死腔を完全に消失せしめ得た。即ち、INAH 注入と人工気腹を併用して、治療開始より通算して3ヶ月の短期間で結核性膿胸を全治せしめ得た。

拙筆するに當り、終始御懇篤なる御指導と御校閲を賜つた恩師戸塚忠政教授に深謝致します。

文 獻

- ①戸塚忠政・他：治療、36-8, 842 (1954)。②馬場治賢：結核、26-9, 10, 11, 425 (1951)。③田村政司・他：胸部外科、6-2, 103 (1953)。④細田 厚・他：結核の臨床、3-4, 18 (1955)。⑤六角高雄：日本臨牀結核、14-7, 638 (1955)。⑥Koch, F.: Beitr. Klin. Tbk. 102, 59 (1950)。⑦Mertens, A. et al: Am. Rev. Tuberc. 61-1, 20 (1950)。⑧光井庄太郎：結核、26-9, 10, 11, 548 (1951)。⑨加藤威司・他：胸部外科、6-2, 13 (1953)。⑩藤田真之助・他：診断と治療、39-11, 718 (1951)。⑪Dempsey, T. G.: Lancet. 2, 871 (1947)。⑫遠藤英夫：結核、26-9, 10, 11, 538 (1951)。⑬田村政司：結核診療室、5-6, 25 (1953)。⑭能谷岱藏・他：治療、35-1, 61 (1953)。⑮津田広信・他：医療、8-5, 29 (1954)。⑯池田晃一：結核の臨床、2-417 (1954)。⑰Stahle, I.: Am. Rev. Tuberc. 66-3, 285 (1952)。⑱奥田道雄・他：医療、8-7, 367 (1954)。⑲堂野前維摩郷・他：治療、34-12, 1068 (1952)。⑳Tillett, W. et al: Am. Rev. Tuberc. Abstract. 65-2, 24 (1952)。㉑Goldmann, A.: Dis. Chest. 21, 478 (1952)。㉒Klippelberg, H.: Am. Rev. Tuberc. Abstract. 65-4, 80 (1957)。㉓篠井金吾：治療、35-4, 411 (1953)。㉔Gerzamins, P.: Tbk-Arzt. 8-1, 15 (1954)。㉕神津克己・他：臨牀内科小児科、8-3, 138 (1953)。㉖津田 稔：臨床と研究、30-1, 77 (1953)。㉗日山完吾・他：最新医学、8-11, 95 (1953)。㉘山田 武・他：最新医学、10-3, 190 (1955)。㉙山口正民・他：医療、7-3, 54 (1953)。㉚Sonntag, K.: Beitr. Klin. Tbk. 109-2, 131 (1953)。㉛伊藤健次郎・他：診療室、7-5, 350 (1955)。㉜脇坂順一：臨床と研究、29-11, 938 (1952)。㉝Trimble, H. G.: Am. Rev. Tuberc. 57-5, 433 (1948)。㉞向山誠三：治療、34-7, 680 (1952)。㉟三好正浩：日本臨牀結核、12-10, 714 (1953)。㊱山本 寿・他：京大結核紀要、3-2, 177 (1955)。㊲Banyai, A. L.: Pneumoperitoneumtreatment (1945)。㊳Mitchell: Am. Rev. Tuberc. 55, 306 (1947)。㊴Mellius, C. J.: ㊵より引用

A Case of Empyema Thoracis Tuberculosis Successfully Treated with Intrathoracal Injection of INAH and Artificial Pneumoperitoneum

Tetsuro Nishida

Department of Internal Medicine, Faculty of
Medicine, Shinshu University
(Director: Prof. T. Tozuka)

The patient was a 31 year old female, with empyema thoracis tuberculosa dextra combined with bronchopleural fistula and perforated subcutaneous abscess in her right anterior breast wall.

The patient was successfully treated with the injection of INAH three times weekly into the subcutaneous abscess and empyema thoracis. The abscess healed completely following the injection of INAH, only seven times with the amount of 350 mg in total, and the pus of the empyema disappeared after the injection of INAH fourteen times, with the amount of 3,700 mg in total.

Then we treated the dead space as a result of the empyema with artificial pneumoperitoneum and after short term of two months the dead space disappeared.

眼 瞼 膿 瘍 の 2 例

昭和33年6月26日受付

北 信 病 院 眼 科

松 原 小 一 郎

1. 麻疹後の重篤な両眼瞼膿瘍の一例

緒 言

麻疹の際には種々の合併症及び後遺症が来るが、眼にも亦此等を来す事は衆知の事実である。私は昨夏麻疹経過後比較的稀と考えられる両眼瞼膿瘍の重篤な一例を観察し得たので報告する。

症 例

3才, 男, 初診: 32年8月31日。

主 訴: 両眼瞼の甚だしい腫脹。

既往歴, 家族歴: 特記す可きものなし。

現病歴: 8月21日に某診療所受診当時全身に発疹, 頬粘膜にはコプリック氏斑が認められ, 且右前下胸部に水泡音が聴診され, 麻疹の診断の下に油性ベニシリン(油Pと略)30万筋注及びサルファアチアゾール内服授与を受けた。以後油Pの筋注により諸症状は軽快したが, 8月28日に至り右下眼瞼腫脹し, 波動を証明したので切開を受け, 局所にはテラマイシン軟膏(以下T軟)全身的にはサルファ剤が授与された。

初診時所見: 体温 37°8'。顔面殊にその上半部は暗紫赤色に色素沈着し, 腫脹して光沢を有し, 径2~3耗の湿潤する痂皮が多数散在して居た。上眼瞼は両眼共に著しく腫脹し瞼裂は中央でも0.5耗, 腫脹のため反転不能で僅に見得た範囲では瞼結膜に瀰胞なく, 発

赤, 腫脹, 混濁のみで角膜も正常の様であつた。故に眼瞼膿瘍を疑い, P軟の点眼及び温罨法を行つた。

経 過: 9月2日, 両上眼瞼の腫脹, 発赤は側頭部に迄波及し, 左上眼瞼中央部及び外眥部の二ヶ所に瘻孔を生じ, 自然排膿を見た。眉間の痂皮下には黄色の膿の貯溜が透見出来た。9月4日, 右上下眼瞼が更に腫脹し, 上眼瞼に新たな瘻孔を生じ, 膿汁が流出し始めた。以後通常の経過をとり, 局所に認めた硬結も次第に消退し, 9月7日精査した時には他に異常所見なく, 9月11日で治療を中止した。しかし9月30日に至り同様膿瘍を生じ, 前記診療所でT軟点眼, 油P30万の筋注続行, サリアジンシロップ内服等を約2週間受ける事により治癒したと云ふ。

考 按

麻疹後には結核の発病するのが稀ではないと言はれる様に, 幼弱児にとっては本症による高度の発熱及び腸・気管支カタル等は容易に栄養障害をもたらして全身衰弱を来し, ために抵抗力も減弱して, 本症の経過中より後にわたり, 種々の合併症, 後遺症を来す事はよく知られて居る所である。眼合併症及び後遺症として報告されたものとしては, 網膜炎, 視束炎, 鱗血乳頭, 球後視束炎, 汎発性脈絡膜炎, 虹彩毛様体炎, 角