

嗅神経(I), 視神経(II)

嗅神経(脳神経 I , Nn. olfactorii)

解剖

鼻粘膜上部にある双極性の感覚細胞から成り、左右約20条の神経を作り(B), 篩板(Lamina cribriformis)を貫いて嗅球へ到り、ここでニューロンを変える。更に嗅索を経て中枢側へ行き、いわゆる嗅脳(海馬、扁桃核等)へ行く。

検査

嗅物質(香水、タバコなど)で鼻孔を一側ずつ検査する。アンモニア、酢酸はさける。

臨床

両側性嗅覚脱失は意義が少ない(鼻疾患でみられる)。

片側性嗅覚脱失は神経学的意義がある。

前頭蓋窩骨折(頭部外傷): 頭部外傷で逆行性健忘がある時、しばしば見られる。

嗅神経窩(Olfactory groove)の腫瘍

ヒステリー: 一側の嗅脳(海馬)の傷害では一般に嗅覚は侵されない。

嗅覚刺激症状: 海馬鉤(Uncus hippocampi)の腫瘍などにより、幻嗅をみ(鉤状回発作Uncinate fits)、側頭葉腫瘍にみられる。また精神病者でも幻嗅をみる。

視神経(脳神経 II , N. opticus)

解剖

網膜の錐状体、杆状体が、双極細胞に接し、更に次の神

経細胞に接して、その軸索が視神経乳頭に集まり、視束となる。視束は視神経孔から頭蓋内に入り(図A)、視神経交叉をする。視神経交叉(Chiasma opticum)は半交叉をなし、網膜の外側半から来るものは交叉せず同側の脳に到り、内側半から来るものは交叉し対側に到る。視束交叉内では複雑な走行をしており(図D)、単純ではない。交叉後視索となり外膝状体に到る。

検査

1. 視力、 2. 視野(対面法または視野計)、 3. 眼底

臨床

交叉前傷害: 単眼性または両眼性。中毒(メチルアルコールなど)、炎症(脱髄性疾患)、脳底部動脈瘤、腫瘍、脳

水腫による圧迫など。

交叉部傷害: 両側半盲。下垂体部腫瘍、動脈瘤、炎症など。

交叉後傷害: 同名性半盲の型を示す。視索傷害では前述の線維束の走り方により左右の視野の「非相似性の同名性半盲」を示し、側頭葉傷害では対半盲を示すことが多く、後頭葉視放射線の傷害では「相似性同名性半盲」を示す。

乳頭浮腫(Papilledema) ← 視神経炎、乳頭炎
うっ血乳頭

眼底所見では区別が付き難く、うっ血乳頭は後期まで視力が保たれ、真の炎症によるものは早くから視力が低下する。

視神経萎縮: 一次性、二次性がある。

網膜変化: 時に疾患に特有の変化をみる。

