LEFT RHINOGENIC RETROBULBAR OPTIC NEURITIS CAUSED BY RIGHT SPHENOID SINUSITIS.

By

SHOJI NIHO

(Yokohama Kyoyu-kai)

SHIGERU KIMURA

(Japan Red Cross Central

Hospital, Department of Oto-laryngology)

Twenty-eight-years-old house wife diagnosed ophthalmologically as left optic atrophy with apex syndrome had been treated conservatively about 40 days in an university hospital, but v.s. worsened nil. On August 30, 1965, she was hospitalized in NIHO-Institute. Rhinological Diagnosis was chronic bilateral odontogenic sinusitis and left rhinogenic retrobulbar optic neuritis.

Pansinectomy of both sides, removal of 2] and decompression of the left optic canal by the trans-ethmoidal route were performed.

Grades of the inflammation of sinuses were as follows: Left side: Maxillar cavity: severe. Frontal sinus: severe. Posterior ethmoid: mild.

Only the most posterior ethmoid near the optic canal: severe. Sphenoidal sinus was not found. Right side: Maxillar cavity: severe. Ethmoid: severe. Frontal sinus: mild. Sphenoidal sinus was very big, and developed to the left optic canal, and its inflammation was severest.

In the specimens of the mucous membrane of the right sphenoidal sinus obtained during the operation many big bony sequestrums were found.

Route to the optic canal of the development of the inflammation was confirmed as follows: 2], maxillar sinusitis, ethmoiditis, sphenoidal sinusitis of the right side and then the left optic canal, were involved.

反対側蝶形洞炎より発生した 鼻性球後視神経炎の1例

横浜鏡友会

仁 保 正 次
に は しょう じ

日赤中央病院耳鼻科

木 村 繁
き むら しげる

第1章 緒 言

鼻性球後視神経炎の問題は1904年 Onodi が局所解剖学的方面から論じて以来、数々の議論をされながら、最近我が国の眼科学会では殊に1957年桑島助教授、鈴木宜民教授、井街護教授の球後視神経炎と題する特別講演以後は、桑島助教授の理論により、その影を没しそう

になった。

それは従来耳鼻科でちよつと治療したらよくなった、手術をしたらよくなったと報告されたものの診断根拠の薄弱さが、自然治癒傾向の強い脱髄疾患と対比するとその真実性が疑われる根拠となつたものである。

井街教授の球後視神経炎の分類基準をここに記載すれ

ば以下の如くである

- (1) 脱髄疾患
- (2) 交感性視神経炎(副鼻腔炎, 眼窩疾患)
- (3) 脳膜炎, 脳炎の視神経波及限局性のものに視交叉網膜炎がある
- (4) 内因毒(急性伝染病毒等)
- (5) 外因毒, 中毒性弱視(タバコ, メチール, 鉛等)
- (6) 内分泌障害, 新陳代謝疾患(糖尿病, 妊娠, 授乳等)
- (7) 欠乏性視神経炎(V A, V B, 欠乏等飢餓)
- (8) 局所循環障害(貧血, 出血, 腫瘍圧迫等)
- (9) 遺伝性球後視神経炎, レーベル氏病
- (10) 原因不明のもの, その他

仁保正次は最近数年間, 日本眼科学会会員となり, 数々の論文を発表し, 桑島氏の理論は現在流行の脱髄疾患(本邦人には稀)にこり過ぎている点を指摘した。又耳鼻科の鼻性球後視神経炎の診断も眼科から耳鼻科の診断はあてにならぬと言われないように, 手術により後部篩骨蜂巣あるいは蝶形洞視神経管骨壁を直接に眼で見て, でき得ればその部の粘膜, 骨膜あるいは視神経管骨壁を組織学的に検索し, 眼科, 耳鼻科医の誰が見ても鼻性であると納得の行くものを鼻性球後視神経炎とすれば, 眼科, 耳鼻科がお互いに離反する事はないであろうと述べた

本例は左側前頭洞, 側窩の炎症が左上眼瞼部の腫脹を来し, 左眼窩漏斗尖端部症候群の内の, 動眼神経麻痺症状を増強させ, 左側蝶形洞は殆んど欠除, 右側蝶形洞には大量の膿汁, 腐骨があり, 右側蝶形洞は大きく, 左側迄拡大発育していたために, その左上壁近くを走る左視神経管骨壁がやられ, 左球後視神経炎が起つた事が, 手術時所見及び手術時に採取した組織標本により確定された興味深い症例であるので, ここに報告して諸賢の御批判を仰ぐものである

第2章 症 例

患者 小○美○, 28才♀, 農業

初診 昭和40年8月30日

現病歴 昭和40年5月20日頃より左視力が低下し某眼科でデキサメサノ等の治療を受け, 一時軽快した。6月19日, 眼痛と左眼瞼の腫脹感があり, 左眼瞼下垂と眼筋麻痺がおこり, 某大学眼科に精査のために受診, 6月24日入院した

入院時眼科的所見 Vd=12, Vs=30cm 手動弁左側眼瞼下垂と全眼筋麻痺を認める 眼底所見は網膜細

動脈硬化著明 他は異常所見はない 左眼は乳頭が右眼に比べて耳側が多少蒼白である他は異常所見はない 視野測定では中心暗点を認める 左眼窩漏斗尖端部症候群並びに左視神経萎縮と診断された

入院後経過並びに 諸検査所見 Betamethason, アリナ、ノ等の内服を行い 耳鼻科, 神経科, 内科, 歯科等で原因の追求を行つた 一方眼筋麻痺に対し ATP 10mg 筋注を行つた 7月16日頃より眼球運動が現われ, 左眼瞼下垂も軽快してきた 8月3日頃には眼球運動もほぼ完全に回復した Vs=0.4 に視力も上昇した ところが8月10日突然 Vs=0.04 に低下 11日に Vs=30cm 手動, 14日 Vs=0 に低下した 即ち僅かに3日間で0になつてしまつた しかし今回は眼球運動は障碍されず, 眼瞼下垂は起らなかつた

Betamethason を再び投与したが, 8月30日に仁保耳鼻咽喉科に紹介され, 9月5日左汎副鼻腔手術, 左視神経管開放術を受け その後次第に Vs=SI になる迄は全く0であつた

その間に行われたその他の検査所見は次のようである

(1) 神経科検査 頭部レ線 検査では松果体の石灰化を認めるが, 変位はないようである 脳波検査は正常 脳動脈撮影では欠損の占居部位はなく, 軽度の動脈硬化がみられる 脳脊髄液検査では, 初圧180mmH₂O, 6cc 採取し終圧140mmH₂O 細胞数5/3 水様透明 蛋白20mg% Pandy(+) ワ氏反応(-) 圧が高い以外には特に異常はない

(2) 耳鼻科検査 両側慢性副鼻腔炎 両側慢性扁桃炎 しかし副鼻腔炎は手術するほどは悪くないと言われた

これでは診断を依頼した眼科の方はなんと致し方かない この理由は限局している時はよいが, 急性増悪時には骨髓炎の型をとる歯性副鼻腔炎かぬけているからである 歯性副鼻腔炎の時は後頭前頭撮影では「歯牙と上顎洞底のぼけ」に注意する(昭和9年に阿久根教授その他により報告されている) 更に患側側面のレ線写真で歯根と上顎底の関係を見るとよい 更に歯牙のレ線写真を参考にする 鼻内所見に重きをおくと失敗する事がある

(3) 内科的検査 赤血球, 339万 白血球, 8900 Hb, 62.5% 尿 蛋白(-) 糖(-) 扁平上皮7~8/F 空腹時血糖, 97mg/dl CRP(-) RA(-)

なお患者は最高血圧180, 最低血圧90以上で, 内科的

には腎性高血圧は否定できないか、神経性因子が関与した高血圧症と考えられ、原因追求中とのこと 血圧の日差は最高血圧で 30mmHg 程度認められ、コントロールを内服していた

(4) 視束管撮影 異常所見はない トルコ鞍撮影 異常所見はない

(5) 歯科的所見 ⑬ 歯石附着による 歯肉炎 ⑭、残根 ⑮、C₈、根管の感染 7月下旬⑭⑮の抜歯が行われた これは眼科教授の所に仁保の「歯性副鼻腔炎の臨床並びに病理組織学的研究 日耳鼻 67巻, 787頁, 1965」が贈呈されていたために行われた手術である しかしながら⑭の抜歯創は仁保耳鼻科で10月14日に再掻爬される迄瘻孔を形成して、治癒しなかつた これは残根除去後の周囲罹患骨組織の掻爬が不十分のためであった なお右側歯性副鼻腔炎の原因歯②③、サンプラ冠も見落されていた

昭和40年9月3日仁保耳鼻咽喉科入院

鼻科的所見 鼻腔粘膜はやや暗赤色を呈し、左中鼻道には小鼻茸がある 鼻中隔は上部が右側に彎曲している 左上眼瞼上部、左側窩部には僅かに腫脹が見られる

レ線所見(図1) 左上顎洞にはかなりの陰影がみられ、右上顎洞底にも陰影がみられる 左前頭洞は中等大、右前頭洞は小 側面撮影では⑬根周囲に骨融解がみられるが、歯科レ線撮影では⑬は保存できそうである ⑭抜歯後の瘻孔部には骨融解がある(図2)

上顎洞穿刺洗滌所見 両側とも微細性膿少量が証明された 洗滌後頭痛、頭重が楽になったと述べた

脳脊髄液所見 初圧、180mmH₂O 水様透明 Pandy(一)

歯牙所見 ⑭抜歯後瘻孔がある ②③サンプラ冠 ②③は根のぼけ、根管のぼけ 根尖端に骨融解がある(図3)

眼科的所見 Vd=12, Vs=0 左側眼底、乳頭萎縮あり 血管は動脈硬化者明 眼球運動正常

9月6日 左上顎洞根治手術、篩骨蜂巢手術、左鼻外前頭洞根治手術 鼻外篩骨蜂巢手術、左視神経管開放術を行った

手術所見 組織学的所見を記載するから手術所見は簡記する 上顎洞粘膜は浮腫性腫脹強く、陥凹部、底部に濃厚膿汁の貯溜があり、殊に原因歯⑭附近は歯性副鼻腔炎の特徴である 上皮層と骨膜層の間に黄色の貯膿が認められた ⑭裏面の骨面は比較的良好であったので、

齒槽骨搔爬は行なわかつた これで歯性副鼻腔炎の診断は確実となつた

後部篩骨蜂巢は部分的に貯膿のあるもの、比較的良好の蜂巢も見られたが、深部になるとその所見が良好なのは奇異に感ぜられた 前頭洞粘膜は中等度に浮腫性腫脹があり、黄色粘稠膿の貯溜が認められた

側窩一段目はこれを開放すると、黄色膿が噴出し、粘膜骨膜の発赤、浮腫性腫脹が最も強かつた これで左眼瞼上部 この部の腫脹、以前の眼瞼下垂、動眼神経麻痺症状の中にこれが加味されていた事も判明した なおこれかとなると眼科的には眼球運動は正常となつていたか、眼球運動は更に楽になつたと述べた

所がこれより深部になると却つて急性炎所見は減少した 視神経管開放のための眼窩内壁にしても深部になると却つて骨病変は減少した 蝶形洞は経上顎洞的に開放しようとしたか、斜めの厚い骨壁に当つて開放できなかった 鼻外的に開放しようとしたが、やはり図4のように斜めの骨壁にぶつかつた 眼窩内壁を除去し、視神経管附近になると再び粘膜骨膜は肉芽状となり、膿汁があり、骨も軟くなつた 仁保はこれは右側蝶形洞が大きく その隔壁が斜めの骨壁であると考え、あるいは右側蝶形洞の病変から左側視神経管骨壁が侵されたのではないかと考えた 左側蝶形洞はないか、あつても極めて小さく、篩骨蜂巢との区別は手術時ではできない型で、これはよくある奇型で反対側手術によつて確認される 何れにしても全副鼻腔の粘膜骨膜を完全に除去し、視神経管開放術第一度を行った

術後経過 翌9月5日、右眼を銀紙と掌で完全に遮蔽すると、瞳孔が術前より小さくなつたようで、うつすら明いと云う 9月6日～10日真暗 9月11日、左方に1円位の丸に明るく見えると云う 瞳孔運動が少し出て来た 9月18日、明るい所がなくなつたと云う 9月19日、瞳孔反応はあるか 真暗だと云う

9月21日、右側副鼻腔手術、②③抜歯、齒槽骨搔爬を行つた その直前に暗室で眼科医に検査をして戴いた

眼科的所見 左眼乳頭、境界鮮明 萎縮著明 動脈細小、硬化像を呈し、静脈拡張 対光反応の直接反応は、左眼に外側より光を入れると反応はあるが、右眼に比して弱い 間接反応は左眼迅速、右眼は縮瞳が弱い

右側副鼻腔手術 この手術は左側球後視神経炎をよくするためと、右側副鼻腔炎の治癒及び右側鼻性球後視神経炎の予防のために行われたものである

上顎洞粘膜は浮腫性腫脹中等度 原因歯が2つあるもので、その変化は前下部内側に強く、内側歯槽窩を剝離すると骨膜下膿瘍から濃厚膿汁が湧出した 後部篩骨蜂巢は左側より悪く、蝶形洞に入ると濃厚膿汁が湧出した 鼻外手術では前頭洞、側窩の変化は左側より遙かに軽微であつた 鼻外的に頭蓋底、眼窩内壁の病変を除去し、術野を広くして大きな右蝶形洞の粘膜の完全除去に成功した 蝶形洞には汚穢な膿汁が大量にあり、粘膜骨膜病変も甚だしく、一部壊死性に褐色を呈していた これで右蝶形洞、視神経、視神経交叉の解剖は図5のようて、右側歯性副鼻腔炎から左側鼻性球後視神経炎が発生したことがわかつた

術後経過 この手術で患者は生まれ変わったような鼻になり、頭痛も全く消失し、非常に喜んだ 視力 腫孔反応は一進一退を繰返していた

10月14日、16後方の瘻孔が某大学病院歯科で17残根の除去を行われたのにも拘らず、2カ月半も閉鎖しないので、歯槽骨搔爬、罹患骨の除去を行つた

これが悪かつたのか、10月13日から病室における絶対安静から、治療のために階下の診療室に歩行させたのが悪かつたのか、10月16日眼科医に診察して戴いた時は $V_s = 0$ 、対光反応、直接（－）、間接（－）となつてしまつた

10月17日より再び病室で絶対安静を保たせた 11月1日眼科医に診察して戴いた時は $V_s = S1$ 、（外側40°位の所のみ）対光反応が遅鈍ながらある 5回程繰返しても同じなので $S1$ 及び対光反応は確かであろうといわれた

11月19日より歩行の練習をさせ、歩行が視力を悪化させないかを確めて、12月6日に退院させた 鼻中隔粘膜下窓形切除術は前回の視力低下にこりて、次回に行うようにすすめた

退院時 各副鼻腔は両側上顎洞、後部篩骨蜂巢、前頭洞、いずれも洗滌しても膿汁は全くなく、16後方の瘻孔も閉鎖し、 $V_s = S1$ 外側より光を入ると10円銅貨大であつたのが、上方下方に少し拡大して来たという 対光反応も外方より投光すれば（＋）

12月16日、今回は1月11日入院時もほぼ同様であつた

昭和41年3月16日 某大学眼科受診時所見 診断、左側視神経萎縮 眼球運動、左側下方視において多少障害ある他は正常 眼球突出なし 眼底所見 右側ほぼ正常 左側、乳頭萎縮、境界鮮明 動脈狭小、硬化あり

黄斑部、多少萎縮を呈している 視野 強い光で耳側に光覚弁を感じる（図6）

3月24日、この手紙を持参して来院した時も各副鼻腔洗滌所見は全く清浄で、臭覚も家族中て最もよいと喜んでた

第3章 病理組織学的所見

（1）左上顎洞粘膜 上皮層は比較的よく保たれている所もあるが、Metaplasie あるいは脱落している所、却つて増殖している所もあり、腔内に膿汁の見られる所もある 上皮下層は高度の浮腫、血管の拡張、血管壁の肥厚、器質化、所により強い細胞浸潤を認める部もある 嚢胞を形成している部もある 骨膜層も一部では結合織の増殖により高度に肥厚している 要は歯牙より骨が侵され、生来の慢性副鼻腔炎があつた上に歯牙からの炎症が入つて、これに抵抗するために骨膜層は結合織の増殖により肥厚し、固有層にも結合織が増殖し、種々の炎症性変化をあらわしている 浮腫を主とする慢性炎症の部分と 急性増悪の所見を早する部分とがある（図7）

（2）左前頭洞粘膜 上皮層は概ね線毛も維持され一部に膿汁の貯溜が見られる 上皮下層は浮腫、充血、中等度の円型細胞浸潤が見られる 炎症は上顎洞より遙かに新鮮で、急性炎症所見は強い（図8）

（3）左側窩粘膜 上皮は殆んど脱落し、線毛のある部は極めて僅かに一部に Metaplasie も見られる 炎症はかなり古く、上皮下層、骨膜層に癰疽化の傾向が見られる 細胞浸潤も中等度に見られ、一部表面に壊死組織が附着している

この所見が側窩部の眼瞼腫脹に関与し、これが動眼神経麻痺による眼瞼下垂を助長していた事、更に眼科的に眼球運動は正常に復したが、これが除かれると上方からの圧迫がとれて、眼球運動が更に楽になつたと述べたこともうなづかれる（図9）

（4）左視神経管内壁 骨は変性甚だしく、全体として染まりが悪くなつている 核は濃縮、偏在あるいは消失し、骨の紋理は消失、HE 染色ではエオジンをとるよりは寧ろ薄くヘマトキソリンをとつている「ハ」管は概ね拡大し、血管周囲に線維素の折出が見られる 又長期間の破壊、新生の繰返しを物語る新旧時代を異にする骨組織の境界はヘマトキソリンに濃染して見られる（図10）

一方軟部は細胞浸潤を伴う若い肉芽組織で、視神経嚢骨壁に長期間の炎症性変化があり、その上に比較的新し

い急性炎が入ったものを物語っている

(5) 右蝶形洞粘膜 1 皮層は一部は線毛が保たれているか、その部の上皮層は浮腫を示している 上皮細胞の排列の乱れ、線毛の消失、Metaplasie を示している部分の上皮層、骨膜層には結合組織の増殖を認める 一部の骨にはかなりの細胞浸潤を認め、慢性炎症急性増悪の所見を以て、一部には大きな腐骨を認める (図 11)

手術所見で述べたようにこの慢性炎症により左側視神経管骨壁がやられ、慢性炎症急性増悪により視力の急速な低下が起つたもので、これでは薬物療法は益よりも害の方が多い

第 4 章 総括並びに考案

患者、28 才、女子 昭和 40 年 5 月より左視力低下 6 月中旬より眼瞼下垂、眼筋麻痺が現われ、某大学病院に入院、種々の検査を受けた 所か耳鼻科 歯科に歯性副鼻腔炎の知識のある人がいなかったために 2) のサノプラ冠が見のがされ、17 抜歯後瘻孔は閉鎖せず 耳鼻科では手術をする程悪くないと手術を断られた 一時視力、眼筋麻痺 眼瞼下垂もよくなつたが、8 月 10 日から僅かに 3 日間 $VS=0$ となつてしまつた

本例に 両側副鼻腔手術、左視神経管開放術、2) 抜歯、歯槽骨搔爬を行い、頭痛、鼻閉、鼻漏、肩凝、その他の歯性副鼻腔炎の症状は全く消失し、嗅覚も回復し、 $Vs=S1$ となつた $Vd=12$ もちらちら感がとれはつきり見えるようになった

更に本例の視神経炎の発生経路は手術時所見並びに組織学的検索により、2) → 歯槽骨骨髓炎 → 右上顎洞炎 → 右篩骨蜂巣炎 → 右蝶形洞炎 → 左視神経管骨壁骨髓炎 → 左球後視神経炎なる事が確認された

本例はもし手術されなかつたならば他の原因の球後視神経炎の分類の中に入れられていたであろう

鼻性球後視神経炎と多発性硬化症球後視神経炎 -

仁保は昭和 35 年 4 月 18 日に数名の眼科医に本例のような症例を供覧した 減圧と同時に視力が上昇するのを眼科医が見て一瞥し、これでは眼科医も考えなおさねばならないと述べた 著者等は視力のよくなるのか普通と考えていたので 眼科医の驚いている原因がわからなかつた 聞いてみるとその原因が 著言に述べた昭和 32 年の特別講演、殊に桑島氏の講演であつた 桑島氏の著書「神経眼科の臨床」177 頁を引用してみよう

欧米で鼻性球後視神経炎 retrobulbare Neuritis nasalen Ursprungs を例証し、もしくはその説を承認しようとする場合 まず 副鼻腔の化膿性疾患はむしろ除

外され、せいせい漿液性ないしカタル性であること 検眼鏡的には著明な乳頭変化を欠く片眼性の球後視神経炎であること、および中心盲点ではなく、視野の扇状亀裂型欠損につづいた中心暗点を示すこと、などがその条件として重視された

鼻性球後視神経炎に対する反論

このような条件を満足させるとき、そのような鼻性球後視神経炎の存在を立証し、もしくは承認しようとすることは 極めて困難であり、そこに多くの矛盾の伴うことが避けられない

仮りに化膿性病巣による焦点感染説を採用しようすれば、それは、特に視座に隣接する副鼻腔では却つて矛盾があり、少くとも鼻性に限るものではなく、歯牙疾患、扁桃腺炎その他のいろいろな病巣による一般的な焦点感染性非化膿性神経炎の問題に還元されてくる

わが国の鼻性球外視神経炎

ただわが国では、眼球の後方に炎症性病変におかされる視座疾患は、すべて球後もしくは球外視神経炎であり、これはすなわち、retrobulbare Neuritis であるとし、その前提のもとに、鼻性球後視神経炎の問題を、一般的鼻性視神経炎の問題にすりかえてしまつた (註 34、増田胤次 副鼻腔疾患と眼との関係、日耳鼻、32 巻、3 号 (大 15~昭 2))

従つて、かような鼻性視神経疾患の存在は、誰にも疑いないものとなり、欧米とは全く反対に、副鼻腔蓄膿症や鬱血乳頭を伴うことか、むしろ、その特徴であるとされ、欧米のそれとはちかう問題をさすに到つた (註 35、中村康 鼻性視神経炎、大日眼全書、VIII、3、636 (昭 9))

以上が桑島氏の鼻性球後視神経炎に対する反論であつて、これは耳鼻科の方には難解と思われるが、それは著言に述べた 井街教授の球後視神経炎の分類の (1) 脱髄疾患の問題である 桑島氏は米国式に球後とつける場合は 1886 年に Graefe の定義した「局部的かつ非連続的」な視神経炎、この代表は 多発性硬化症 (MS) であるか、この脱髄疾患に限ると云うだけである 鼻性視神経炎ならよいが、鼻性球後視神経炎とはいけないと云うに過ぎない

所が一般の眼科医は球後を広義に解釈しているために本例のような直接的に視神経管骨壁を侵す鼻性球後視神経炎もなくつたような印象を受けてしまつた

桑島氏も「副鼻腔の化膿性疾患によつて眼窩に蜂窩織炎その他の合併症をきたし、視座にもそれが波及する事のある事実は誰にも肯定される」と述べている 但し氏

図 1 2)サンブラ冠の全体の所見は歯科レ線写真より判る.

図 2 ⑥根周囲の骨融解, ⑦抜歯後の骨創

図 3 2)サンブラ冠, 右上顎洞底

図 4 左副鼻腔略図

図 5 右蝶形洞, 左視神経罹患

図 6 術後6カ月視野

仁保 木村論文附圖(Ⅱ)

圖 7 左上顎洞粘膜

圖 8 左前頭洞粘膜

圖 9 左側 嵩 粘膜

圖 10 左視神經管骨壁

圖 11 右蝶形洞内腐骨

によればこのような症例のは Perineuritis から同質炎の型をとるから、Graefe 以来の球後視神経炎とは区別しなければならぬと云うだけである。しかも氏は検眼鏡的にこの区別がきくと云い、一般の眼科医はできないと云う。多発性硬化症と云う病気は診断がむづかしく、診断には長年月を要するし、日本では稀な疾患であるから桑島氏の理論がおかしい。

以上が1957年以來の鼻科と眼科との間にできた溝であるが、両科は歩みよつて本例のような症例を作らないように努力すべきである。

第5章 結 語

(1) 28才、女子。歯性副鼻腔炎による左眼窩漏斗尖端部症候群、左鼻性球後視神経炎の患者、長期の薬物療法を受けている中に眼瞼下垂、全眼筋麻痺はなおあり、視力も大分回復したか、突然僅かに3日間て視力0になつてしまつた。

(2) 本例に対し②抜歯、齒槽骨骨髓炎掻爬、同側汎副鼻腔手術、左視神経管開放術を行い V s = 光覚となり、好結果を得た。

(3) 本例の鼻性球後視神経炎の発生経路は②サンプラ冠→齒槽骨髓炎→右上顎洞炎→右篩骨蜂巢炎→右蝶形洞炎→左視神経管骨髓炎→左鼻性球後視神経炎である事が、手術所見、組織学的所見により判明した。

(4) 1957年以來、眼科では桑島氏が多発性硬化症球後視神経炎に凝り過ぎて、「球後」なる語を狭義に解するか、広義に解するかの問題に多くの眼科医は困惑されて、鼻性球後視神経炎はなくなつたかの錯覚に陥つた。

この誤を指摘し耳鼻科、眼科は協力してこのような症例を減らすように希望した。

文 献

- 1) 仁保正次、他 鼻性球後視神経炎の種々相、日耳鼻、64、1、7、1961
- 2) 仁保正次、他 鼻性球後視神経炎と多発性硬化症球後視神経炎に就いて、日眼、65、10、77、1961
- 3) 桑島治三郎 神経眼科の臨床、1957
- 4) 桑島治三郎 日本の医学の1959年、第15回日本医学会総会学術集会記録、V 718
- 5) 口眼全書 第2冊、第1分冊、120、1954
- 6) A. Lunck Kurzes Handbuch d. Ophth., V 168, 1930
- 7) 井街誠 球後視神経炎、口眼、61、10、2040、1956
- 8) 鈴木宣民 本邦における球後視神経炎、日眼、61、10、2040、1956
- 9) 仁保正次、他 所謂視神経管骨折の臨床、手術、病理組織、口眼、64、10、2607、1960
- 10) Nihō, S. Decompression of the optic canal by the transtethmoidal route, American J. of Ophth. 51, 4, 659, 1961
- 11) 村上郁夫 鼻性動眼神経麻痺の手術治療例、並に上眼窩裂減圧手術について、日眼、65、12、2445、1961
- 12) 仁保正次、他 歯性副鼻腔炎の臨床並びに病理組織学的研究、日耳鼻、67、5、787、1964

摺筆にあたり千葉大学眼科、鈴木教授、齋取博士に深甚の謝意を表します

(原稿到着＝昭和41.3.31日＝急載)