脳梗塞による感覚失語の病像について：12症例の検討

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2017-10-04 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/2297/8700

金沢大学十全医学会雑誌　第87巻　第1号　104—121（1978）

脳梗塞による感覚失語の病像について－12症例の検討

金沢大学医学部神経精神医学教室（主任：山口成良教授）
倉知正佳
遠藤正臣
山口成良

金沢医科大学神経精神医学教室（主任：鳥居方策教授）
榎戸秀昭

（昭和53年1月12日受付）

1874年Wernicke[1]により記載されたいわゆるWernicke失語は，Foix[2]や大橋[3]がこれを1つの症状群としてとらえているように，言語その他の諸側面にわたって多彩な症状を呈し，その全体的病像を把握するのは必ずしも容易ではない．また，症例ごとにある程度の差異があるだけでなく，原因疾患によってもかなり異った病像と予後（KerteszとMcCabe[4]）を呈することが少くない．

失語症状の成り立ちや基礎障害を検討していく際には，このような原因疾患による病像の差異と，病因によるより正確な病変の分布を十分考慮することが望まれる．そこで，本論文では脳梗塞による感覚失語の一般的病像とその特徴について，12症例を対象に検討した結果を報告し，今後他の疾患による感覚失語の病像と比較検討する際の参考としたい．

対象

対象は脳梗塞により感覚失語を生じた12症例で，8例はWernicke失語，2例は復唱障害の著明な感覚失語，2例は復唱の比較的保たれた感覚失語である．

なお，症例や諸症状間の比較のために，各症状について5段階の簡単な臨床評価を行い，神経心理学的所見の各項目のかっこ内にその評価を数字で付記した．この基準の概要は表1のごとくで，0：不能，1：高度の障害，2：中等度の障害，3：軽度の障害，4：正常を示す．

症例

I. 第1群．Wernicke失語

症例1． 松○津○，62才女，右利き，婦長

病歴：昭和43年10月28日心房細動のため当院第2内科入院．11月1日頭痛と嘔吐があり，翌日より，人の名前を思い出せないこと，読字や書字の障害に気づき，当科を受診した．

検査所見：血圧は136/74mmHg．神経学的には著変を認めない．心陰影の拡大著明で，血糖負荷では境界型，脳脊髄液（昭43．12．26）は水様透明，細胞数は8/3，蛋白46mg/dl，糖183mg/dlであった．

神経心理学的所見（昭43年12月）

言語表現（3.5）：流ちょうで，叙述的な陳述もかなりできるが，やゝ冗慢で，時に喚語が遅れ，錯語も認められた．文の構成はほゞ可能であった．

喚語（3）：物品呼称は6/8までできたが，錯語や喚語の遅れが認められた．

言語理解（2）：日常会話ではほとんど障害に気づかれないほどで，口命による物品指示は2つ続けてもできたが，組み合わされた口命（鉛筆をコップの中に入れ，私にマッチを渡して下さい）はできなかった．

復唱（2）：4文節（時計には針が2本あります）までは復唱可能だが，やゝ長い文章ではできなかった．

読字（音読：1.5，読解：1.5）：単語の音読・理解は漢字，仮名ともにかなりできたが，文の読みは不良で，とくに仮名部分で錯読に陥り，文章も理解できなくなった．

Clinical Picture of Sensory Aphasia due to Cerebral Infarction －Observation of the Twelve Cases. **Masayoshi Kurachi, Masaomi Endo, Nariyoshi Yamaguchi,** Department of Neuropsychiatry (Director; Prof. N. Yamaguchi), School of Medicine, Kanazawa University; **Hideaki Enokido,** Department of Neuropsychiatry (Director; Prof. H. Torii), Kanazawa Medical University.

書字（1.5）：住所，氏名は正しく書ける．単語では，仮名では錯書が混じるが，漢字の方がさらに不良である．短文の書取りでも，漢字の失書が目立ち，仮名の一部に錯書が混じる．

計算（3）：2桁の計算もかなり良くできた．

その他：時計の読みでは，短針の読みは正しいが，長針は文字盤の数字をそのまゝ読み（1時55分→1時11分），その誤りに気づかなかった．保続は軽微で，身体認知や構成行為にも障害はなかった．

その後，失語症はかなり回復したが，3年4ヵ月後に第2回の卒中発作があり，左片麻痺が生じ，62才心不全で死亡した．病理学的に，左半球の後側頭動脈領域に一致して，陳旧性梗塞巣が認められた．

以上，本例は軽症 Wernicke 失語であるが，読字，書字がやゝ不良で，時計の読みにも明らかな障害が認められた．

症例2．中○宗○郎，64才男，右利き，農業．

病歴：昭和49年より高血圧の治療を受けていた．昭和50年5月1日頃，便所で倒れていた．それ以後，つじつまの合わないことを云うようになり，家族の云うことも分からぬ様子であるが，簡単な問には答えることができる．同年6月2日に当科に入院した．

検査所見：血圧は148/102mmHg．神経学的には右の握力がやゝ低下している他は著変ない．内科的には僧帽弁膜症と心房細動を認めた．

神経心理学的所見（6月下旬～7月上旬）．

言語表現（2）：氏名，住所，生年月日や職業などは云え，多弁傾向や錯語はさほど目立たないが，まとまりが悪く，表現力に乏しい．絵画説明（ボート）では「川つくって，ここに橋かけてある．舟に橋かけてある．ろを…子供2人に大人1人…子供3人に大人1人」と述べた．音韻変化はない．

喚語（2）：4/10しか呼称できず，軽度の錯語も混じる．モーラ数は云えず，「はさみ」で，語頭音を与えたが，効果はなかった．

言語理解（1）：1個ずつの物品選択は一応できるが，2つ以上続けると把持できなくなった．組み合わせた口命も理解できなかった．

復唱（1）：短い単語（3～4音節）ならほゞ可能だが，それ以上長い単語ではできない．短文の復唱もできない．例，窓が開いています→「まどりがひえています」．

読字（音読：1.5，読解：2）：漢字や仮名単語の音読・理解は可能，漢字・仮名まじりの短文（3～4文節）の音読・理解は可能で，上述の復唱の例文の音読なども正しくできた．しかし，4～5文節位の文章でも，文意は理解できても，音読ではとくに仮名部分で錯読に陥ることもあった．

書字（0.5）：町名と氏名を書けるのみで，単語は仮名・漢字ともにほとんど全く書けなかった．しかし，

表1　失語症状の臨床評価の基準

表　1

臨床評価 / 症状項目	0（不能）	1（高度の障害）	2（中等度の障害）	3（軽度の障害）	4（正常）
言語表現	全く不能	断片的で，日常会話も著しく困難	短文程度で，表現力に乏しい	やや長い表現もできるがまとまりが悪い	障害なし
喚　語	〃	日常物品の呼称：1～3割のみ可能	4～6割は可能	7～9割は可能	〃
言語理解	〃	ごく簡単な口命や，単語程度は可能	二つ続けた口命も可能	3語ないし，組み合わされた口命も可能	〃
復　唱	〃	単語程度は可能	短文（3～4文節）もほぼ可能	5文節文位も可能	〃
読　字	〃	単語程度は可能	短文は可能	やや長い文章も可能だが，長文で障害	〃
書　字	〃	単語で書けるものがある	単語は一応可能	短文でも可能	〃
計　算	〃	1桁の加減算は可能	2桁の加減算も可能	2桁の加減乗除がかなり可能	〃

図1のように字の書き出しをcue(手がかり)として与えると，仮名は少数しかできない（3/15）が，漢字はかなり良くできた(8/9).写字は比較的良好であった.

計算（0.5）：暗算だけでなく，筆算も著しく不良で，1桁の加減算などごく簡単な筆算もできなかった.

その他：時計の読みは不良,マッチ棒による構成や平面図形の模写はできたが，立方体の模写は不良であった(図8).その他の失行や失認はないように思われた.

本例はやゝ重症であるが，ほゞ典型的なWernicke失語と思われる.なお,聴覚的理解より読解の方がやゝ良く，復唱より音読の方が良かったが，書字，ことに仮名の書字は最も強く侵されていた.

症例3. 山○勝○郎，60才男，右利き，漆器業.

病歴：躁うつ病の既往がある．昭和48年7月より躁状態，8月下旬より軽うつ状態となり，当科に入院し，抗うつ剤の投与でほゞ軽快していたが，9月27日卒中発作が生じ，失語症が認められた.

検査所見：血圧は140/94mmHg,神経学的には著変ない．脳脊髄液（10月4日）は水様透明で，細胞数1/3，総蛋白60.5mg/dl.脳スキャン（10月9日)で左中大脳動脈の領域の一部に異常集積像が認められた（図2）.

神経心理学的所見（昭和48年11月9日）

言語表現（3）：住所，氏名，生年月日，年令，職業などは云え，簡単な日常会話は可能だが，錯語が混じ，やゝまとまりが悪い．患者は言語理解より表現の障害を訴えていた：(自分ではどこが悪い?)「頭です，打ったわけでもないが，しゃべられんようになったんです」(人の話は良く分かるか)「分かるのは分かるんです.それが話をするということができんのです」

喚語（3）：物品呼称は7/10位可能で，用途の説明も何とか可能であった．例，くつべら→「それはヘルですか…くつの…はてでないですか，フベキですか」(何するものか)「靴の…こう…きちっと入れさせる」

言語理解（2.5）：物品の口命指示は2つ続けても可能で，中等度の口命（鉛筆を灰皿の中に入れて，眼

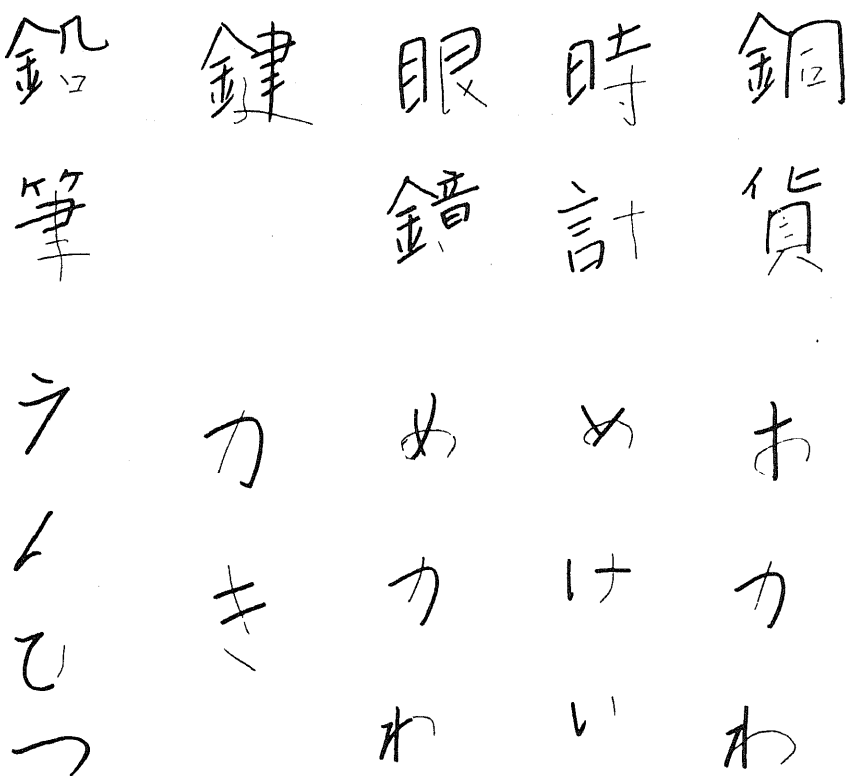


図1　症例2（中○）の書取りにおけるcuing効果(昭和50.6.28)
太字は検者が与えたcueの部分で，細字は患者が書いた部分．漢字ではかなりcuing効果が認められる。

鏡を私に渡して下さい）も2度目には正しくできたが，P. Marieの3枚の紙テストはできなかった．

復唱（2）：3文節文（犬は速く走ります）は可能で，4文節文（時計には針が2本あります）も2度目にはほゞできたが，5文節以上になると2度繰返してもできなかった．例．

食事の前には必ず手を洗います→「食事の先には必ず手をあげ…あなけます．」「食事の前には必ず目をひらい…いらします」．

読字（音読：2.5，読解：2.5）：短文（例，花びんのそばに読みかけの本があります）の音読，理解は可能であるが，数行の文章になると錯読が多くなり，文意も理解できなかった．

書字（1.5）：町名と氏名は可能．仮名単語はかなり書けるが，一部に錯語が混じる．漢字の単語はほとんど書けない．短文の書取りでは把持が不十分なためもあり，正しく書けない．

計算（3）：暗算では14＋19，16－9，6×8などは可能だが，17×3，100－34，24÷6は誤った．なお，10日後の筆算では2桁の加減乗算もできたが，除算は一部に誤りが認められた．

その他：身体認知では，口命による左右や手指の指示は良い．呼称では薬指を「くすりく指」と云った他は正しくできた．Headの手眼耳テストも対面模倣はすべて正しく，口命も2度云えば正しくできた．

なお，保続も軽度であった．

本例は軽症Wernicke失語であるが，文章のレベルで，音読や聴覚的理解より復唱の障害がやゝ目立った．10日後に，9種類の文章で復唱と音読を比較したところ，復唱はすべて誤ったが，音読は8/9正しくでき，同様の結果であった．

症例4．阿○さ○，68才女，右利き，主婦

病型：感覚失語＋Gerstmann症状群

病歴：数年前より高血圧を指摘されていた．昭和45年1月9日に卒中発作があり，話はできたが，呂律がまわらない様子であった．3日後より自分で食事をしはじめたが，さじを逆さまに持ったりすることがあり，同年1月21日当科に入院した．

検査所見：血圧146/80mmHg，神経学的には膝蓋腱反射が右＞左，Babinski系の病的反射が左に認め

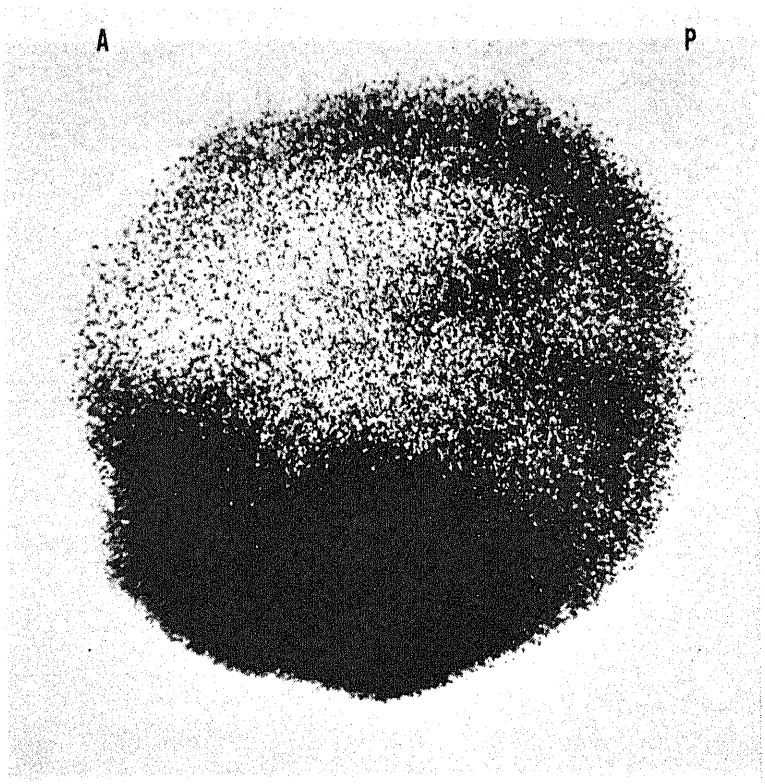


図2　症例3（山○）発病12日後の脳スキャン
左中大脳動脈の領域に異常集積像が認められる。

られた他は著変なかった．脳波（1月26日）では，左の頭頂や後頭の誘導でα波の出現がやゝ不良で，右＞左の振幅の左右差が認められた．脳脊髄液（1月22日）は水様透明，細胞数3/3，総蛋白60mg/dl，糖104mg/dl．頸動脈写では左の角回動脈と後側頭動脈の領域が造影されず（図3），脳スキャン（1月30日）でもこの領域に一致して異常集積像が認められた．

神経心理学的所見（昭和45年1月27日～2月2日）

言語表現（1）：多弁でまとまりが悪く，錯語も多く，jargon傾向が認められた．絵画説明（がけくずれ）では「先生でちがいますか，遊んでおいでるのか分からんけど」と状況も十分理解していないようであった．

喚語（1）：1/5～2/10しか呼称できないが，用途の説明はかなり可能であった．例，鉛筆→「何でもわし，分かっとって云われんのがはがやしい…学校へ持って行くがやけど」

言語理解（1）：日常会話でも障害が目立つが，「目を閉じて」などごく簡単な口命は可能で，物品の口命指示も4/5まで可能であった．

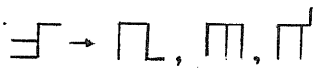
復唱（0.5）：単語では1/5しか復唱できず（例，とけい→「そけい」），単音でもしばしば誤り，語音把握の障害が著明であった．

読字（音読：0.5，読解：0.5）漢字単語の音読・理解は3/5可能であったが，平仮名では，音読・理解ともに正答は全くなかった．

書字（ほゞ0）：名前はかろうじて書けるが，住所は書けず，単語の書取りは漢字，仮名ともにすべて不能であった．写字はある程度可能であった．

計算（0.5）：1＋1はできたが，2＋3はできなかった．

その他：保続が著明で，すぐに破局反応に陥った．手指の呼称と口命提示はほとんど全く不能，手指名の復唱もできない．自己及び検者の左右は認知できたが，Headの手眼耳テストでは交叉欠如が認められ，後半は保続に陥った．また，示指をつき出す形もつくれなかった．マッチ棒による構成は下のごとく著しく不良であった．



描画は自発・模写ともにきわめて拙劣で，簡単な平面図形はできるが，立方体や家の絵の模写はできない（図8）．又，手指や身体による構成も不良であった．しかし，マッチに点火するような行為は可能であった．

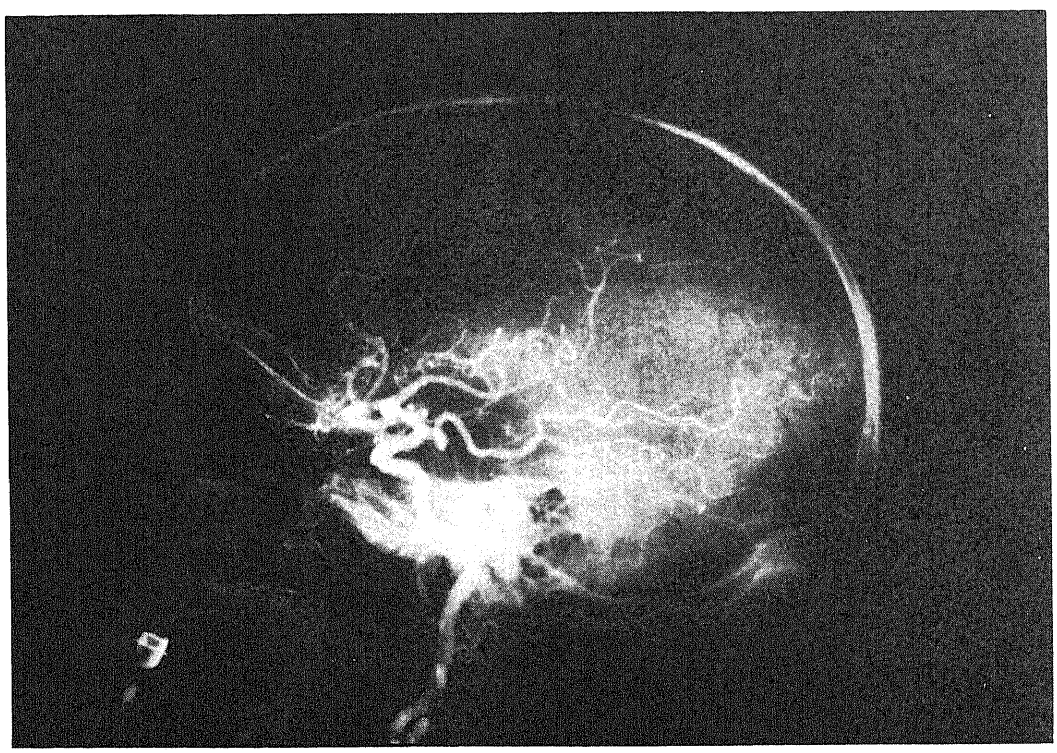


図3　症例4（阿○）左頸動脈写
角回動脈と後側頭動脈の閉塞（狭窄）が認められる。

時計時間は全く読めなかった．例，1時30分→「二十…三と違いますけ．ここが半分で，又，ここが…は，何かはいっとるがやろ」

以上，本例は重症 Wernicke 失語で，ことに語音把握レベルでの障害も著明で，又，読字では漢字より仮名の方が不良であった．

症例5． 石○勝○，45才男，右利き，会社員

病歴：4年前より高血圧があり，昭和46年7月より左下肢を引きずるようになり，左手のしびれを認めていた．昭和47年1月24日より言語障害が生じ，1月31日某病院に入院した．

検査所見：神経学的には，握力は右33，左34kgで，明らかな運動麻痺は認めなかった．脳脊髄液(2月3日）は水様透明，細胞数11/3，総蛋白 40mg/dl．糖62.5mg/dl．左頸動脈写で，中大脳動脈の狭窄が認められた．

神経心理学的所見（昭和47年3月8日）

言語表現（0.5）：氏名，住所は云えるが，仕事は云えず，保続に陥りやすい．錯語がきわめて著明で，jargon に近い，絵画説明（がけくずれ）では「これ（線路）がテレッペやろう…（人）ショラッケど…あれ，何ちゅう…（汽車）列車から…何かこいつがやられたが…石が…ソショウから…石やら…（人）こいつが手ハラが…」と著しく不良であった．

喚語（0）：0/5で，顕著な喚語困難があり，ほとんどが無意味な語音の羅列になる．例，10円銅貨→「イチダウチ…エッセイ，ドーハン…チョウハン」．使う真似はできるが，用途の説明はできなかった．

言語理解（1）：1つずつの物品指示や，「目を閉じて」などのごく簡単な口命は理解できたが，「窓を閉めて下さい」の口命には，窓を開けてきたり，組み合わされた口命は理解できなかった．

復唱（0.5）：単語の復唱には錯語が混じ，単音節では4/12，2音節では2/6しか正答できず，語音把握の障害も著明であった．短文の復唱は3度繰返してもできない．例，犬は速く走ります→「キミラダシカ」「イミ…犬ダシ」「犬ダシヤ？」

読字(音読：ほぼ1，読解：1)物品の書命指示は，漢字・仮名ともに4/5できたが，音読はいずれも2～3/5で障害がかなり著明．しかし，仮名1文字ずつの音読は40/45，易しい漢字では50/60でき，この際，いくつか唱えて最後に正答に達することもあった．例，「代」→「ダラ，ダシ，シラ，ドヤ，ダイ」．短文の音読は不良で，とくに仮名部分で錯読が著明で，文意も理解できなかった．

書字（0.5）：町名と氏名が書ける程度で，その他はほとんど全く書けなかった．写字は正しくできた．

計算：暗算では問題の把持ができない．筆算で2桁の加減算（18＋17，39－15）はできたが，乗除は1桁（6×8，8÷2）でもできなかった．

その他：手指の呼称（例，小指→ナカウリ）や指示はすべて誤った．左右の認知は正しい．Head の手眼耳テストの口命はできず，対面模倣では交叉欠如の傾向が認められた．構成，その他の失行はなく，失認もないように思われた．

本例も重症 Wernicke 失語で，12例中 Jargon 傾向が最も目立った．

症例6． 谷○義○，47才男，右利き，工場長

病歴：昭和47年9月下旬より頭痛，立ちくらみを覚え，10月1日しゃべりにくかったがすぐ治った．10月15日より傾眠がちで，スプーンの持ち方などもぎこちなく，10月16日某病院に入院した．

検査所見：血圧130/88mmHg．明らかな運動麻痺は認められない．脳波（10月19日）では，左の中心，側頭，後頭の誘導で，α波の出現が不良で，徐波がみられた．

神経心理学的所見（10月27日～11月11日）

言語表現（1）：氏名，年令，生年月日は可能だが，住所は金沢市までしか云えない．絵画説明（がけくずれ）では「(線路を指して)針金がはいっとる．ここ(がけくずれ)にくずれかかっている．(犬)これはあれ…」と著しく不良であった．語健忘や錯語も著明だが，音韻変化はなかった．

喚語(0.5)：日常物品の呼称はほとんどできず(0～1/5)，保続も著明であった．

言語理解（1.5）：1つずつの口命による物品指示は可能であるが，2つ続けると，復唱はしていても，片方しか指示できなかった．組み合わされた口命は全くできなかった．

復唱（2）：3～4文節の短文(例，時計には針が2本あります）まではできることもあるが，それより長くなるとできなかった．

読字（音読：2，読解：2）：平仮名単語の音読・理解は可能．漢字でもほゞ可能（4/5）．短文の音読・理解は保続による誤りが混入するが可能．長い文章では保続や錯読が目立ち，理解も伴わなかった．

書字（1）：住所，氏名をかろうじて書ける程度で，単語の書取りでは，漢字，仮名ともに正書できるものは「時計」のみで（図4），短文（山の上に大きな木があります）の書取りも（図5）のように著しく不完全であった．写字は可能．

計算（2）：暗算では課題の把持が不良．筆算では，

桁送りのない2桁の加減算や簡単な掛算はできたが，17 + 18や21 ÷ 7は誤った．

その他：手指の呼称は親指と小指だけ可能，口命提示では中指と薬指を間違えた．自己及び検者の左右の認知は正しく，Headの手眼耳テストの対面模倣も結局すべて正しくでき，口命でも4/8は正しくできた．但し，口命による身体部位の指示は不良であった．その他，構成行為や認知に障害はなく，時計時間の読みも正しくできた．

症例7．星〇理〇，66才男，右利き，農業

病歴：10年前より，高血圧と心肥大を指摘されていた．昭和47年2月23日，急に話の内容がおかしくなったが，運動障害はなかった．昭和47年2月26日某病院に入院した．

検査所見：血圧186/122mmHg．神経学的には右口角の下垂を軽度に認めるほかは著変なかった．脳波では左側頭部に徐波が認められた．脳脊髄液（同年2月28日）は水様透明，細胞数は7/3，総蛋白50mg/dl，糖55mg/dl．であった．

神経心理学的所見（昭和47年4月26日）

言語表現（2）：住所，氏名は可能だが，まとまった表現は困難で，時々錯語が混じ，保続に陥りやすい．

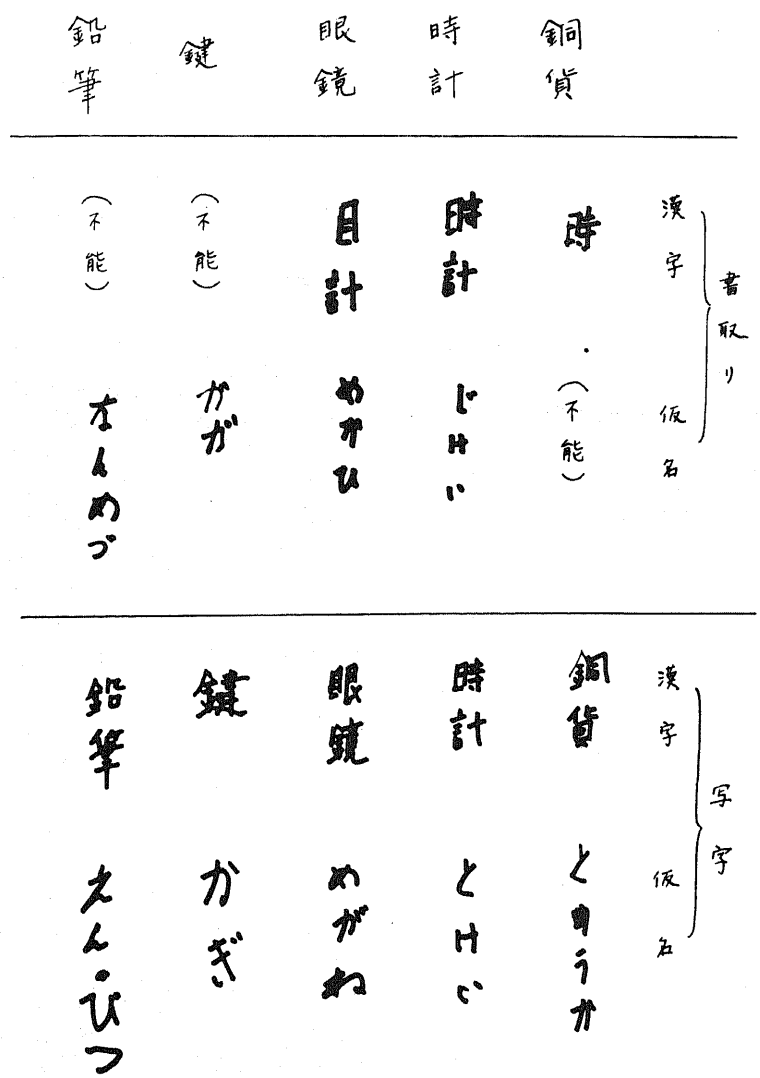


図4　症例6（谷〇）の単語の書取りと写字
書取りは障害されているが，写字はほぼ保たれている。

絵画説明（がけくずれ）では「子供の絵…鉄道でしょう…ここは…大砲が…鉄道がここ走ってくると…（子供は何してる?）あゝ,何ちゅうかね…たいそう旗というかね…バンザイしてかって…」と述べた．また，何が困るかの問には「云おうと思うてもなかなかできない．ちょっと…しているとハアーン，ハアーンと思い出す」（人の云うことは分かるか）「云うことならちょっと分かります」と答えた．

喚語（1.5）：3～4/10で語健忘著明，茶碗に対して，「茶碗」と口をすべらすように云うが，もう一度と促すと，「茶菓子」と答えた．語頭音を与えて，云えることも，云えないこともあった．

言語理解（1.5）：簡単な口命（窓を閉めてきて下さい）や1つずつの物品指示はできたが，2つ続けて命じると，2つの物品名を正しく復唱していても指示は誤る．組み合わされた口命（鉛筆を箱の中に入れて，時計を私に渡して下さい）はできない．

復唱（1.5）：単語の復唱はほゞ可能．3文節文（犬は速く走ります）は可能だが，4文節文では3度繰返してもできなかった．例，ちょっと電話をかして下さい→「ペンをかして下さい，仕事をかして下さい」，「ちょっとでんぴょうを…」，「ちょっと電話して下さい」

読字（音読：1.5，読解：1.5）：字や単語の音読，理解は，漢字・仮名とも比較的速やかにできた．短文（鳥が飛んでいます）の音読・理解も可能であったが，「机の上にペンとインクがあります」は「椅子…とんで…すず…あいます．机は…ペン．上…あいにペスとイン…すず…あります」と錯読が著明で，意味も理解で

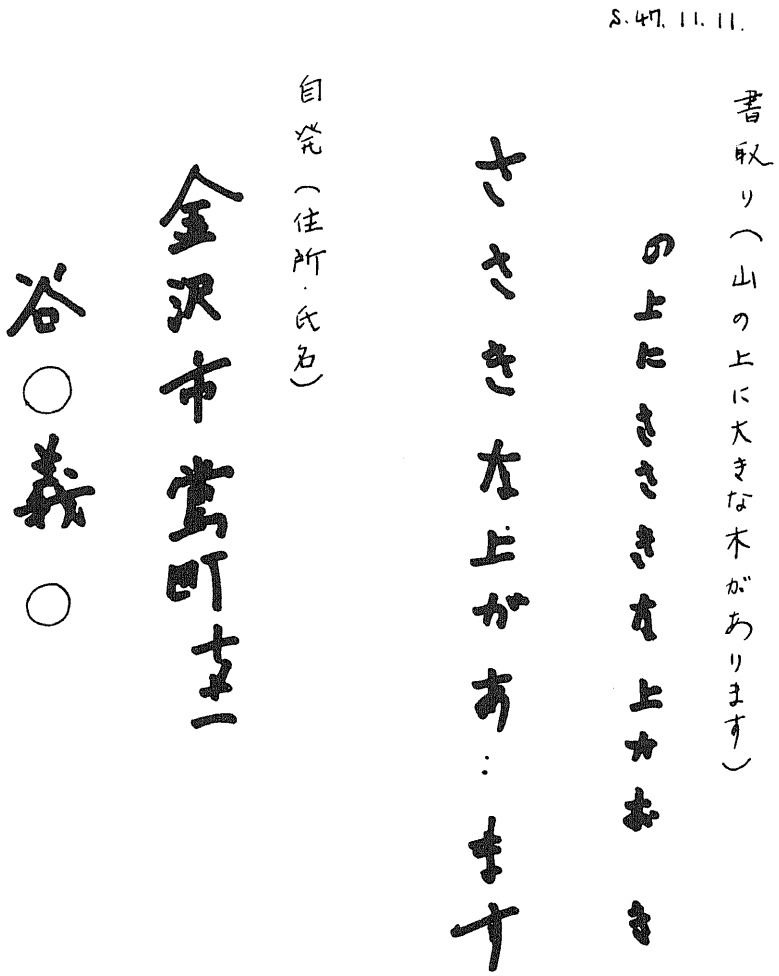


図5　症例6（谷〇）の書取り（文）と自発書字（住所・氏名）
住所・氏名は正書できるが，文の書取りはほとんどできない。

きなかった．

書字（0.5）：住所，氏名は可能だが，物品名の書取りは，漢字，仮名とも全く書けない（表2）．平易な字では，下のように漢字の一部に書けるものがあった．

山（○），川（×），手（○），足（×），女（○），松（○）

やま（や），かわ（×），て（×），あし（×），おんな（×），まつ（×），写字は漢字・仮名ともほゞ可能であった．

計算（3.5）：1桁の加減乗除は暗算で可能，筆算で補うと，2桁の加減乗算（27 × 13など）も正しくできた．

その他：手指の呼称や提示は結局正しくでき，自己，及び検者の左右の認知も保たれていた．Headの手眼耳では，最初の3施行は正しくできたが，あとの5施行は保続的に右手を左眼ないし左耳にあてていた．構成行為，時計の読みや地誌的記憶は保たれていた．

以上の症例6と7は中等度のWernicke失語である．口命で復唱できても理解が不十分のことがあったが，両者が解離しているというほどではない．

症例8． 和○清○，70才男，右利き，会社役員

現病歴：以前より高血圧を認めていたが，昭和47年10月よりトンチンカンなことを頻繁に口にするようになり，また，マッチを手にとり，一生懸命ライターのようにして火をつけようとすることもあった．食事や用便は自分できちんとしていたが，精査のため，昭和48年6月，当科に入院した．

神経学的所見：右瞳孔やゝ不正円（50才頃に右眼底出血）．眼底はArteriosclerosis retinae KW IIb．上肢の深部腱反射と膝蓋腱反射は右減弱＞左はほゞ欠如．その他には特記すべき所見はない．

神経心理学的所見（昭和48年6～7月）

言語表現（2）：簡単なことなら表現できるが，やゝ長い内容では錯語も混じ，まとまりが悪くなる．絵画説明（がけくずれの絵）では「鉄道の途中に事故があった．それを誰かが列車をつかまえたことです．…山くずれですね．貨車の崩壊ですね」．3語からの文の構成では「子供が足をころんでいる」と述べた．

喚語（2）：4/8可能だが，後半は保続に陥った．

言語理解（0.5）：日常会話や検査場面でも理解が不十分であった．口命による物品指示は5/10しかできず，正しく復唱していても指示できないものが4/10，復唱，指示ともにできないものが1/10であった．

復唱（1）：短い単語はほゞできるが，短文では不良であった．例，夏になると暑い→「なじによるといかれる」．

読字（音読：2，読解：2）：漢字単語は音読・理解ともに可能だが，仮名単語は音読はできるが，物品指示が遅れたり，誤ったりする．短文でも音読・理解できることが多いが（例，机の上にペンとインクがあります→「本の上にペンとインクがあります…机の上に」），やゝ長い文章ではとくに仮名部分で錯読が目立ち，意味も理解できなかった．

表2　症例7（星○）普通物品の呼称と認知

表　2　　星○理○　S．47.4.26

検査／物品	呼称	口命	復唱	書命				書取		写字	
				漢字		平仮名					
				音読	指示	音読	指示	漢字	平仮名	漢字	平仮名
銅貨	ぜに… …1円か	○	○	○	○	○	○	×	×	○	○
時計	○	○	○	○	○	○	○	×	×	時計	○
眼鏡	×	○	○	○	○	○	○	×	×	○	めかね
鍵	○…×	○	○	○	○	○	○	×	×	○	○
鉛筆	○	○	○	○	○	○	○	×	×	○	○

書取りの障害が最も著明である

書字（1.5）：住所，氏名は可能，平仮名の単語の書取りはある程度書けたが（3/5），漢字は障害が強い（1/5）．なお，自発書字では「鍵」を「どりや」と呼称して，「どりや」と書くことがあるが，「眼鏡」を正しく呼称しつつ「めかみ」と書く錯書もみられた．文章の書取りは把持不良もあって正しく書けない．短文の写字は正しくできた．

計算（1.5）：暗算では課題を把持できない．筆算では1桁の加減算はできるが，2桁はできない．乗除は記号の意味を理解できないが，「15を3で割ると」のように文章題で示すと簡単な割算は可能であった．

その他：手指呼称は4/5可能，口命提示は復唱はほゞできるのに，提示は2/5しかできない．漢字や仮名の書命でも，音読はほゞできるのに，提示は1/5しかできなかった．左右の提示は口命ではできないが，書命ではできた．Headの手眼耳テストは口命では把持不良のためもあり，ほとんど不能で，対面模倣では7/8が鏡像形成となった．時計時間の呼称はすべて誤り，最も多い誤りは，短針は正しく読むが，長針を文字盤の数字のまゝに読むことによる．例，1時半→「1時60分…6分」．時刻の作製でも同様の傾向が目立った．構成その他の行為や認知には障害を認めなかった．

以上，本例はかなり高度のWernicke失語である．復唱に理解が伴わないこともあるが，超皮質性感覚失語といえるほどの明らかな差ではない．なお，聴覚的理解に比べて読解の方が良く，また，短文では復唱より音読の方がかなり良い傾向が認められた．

以上8例のWernicke失語の平均的プロフィールは図7（黒い棒グラフ）である．

II. 第II群．復唱障害が著明な感覚失語

症例9． 松○又○，56才男，右利き，機械製造業

病歴：過労気味であった昭和49年2月23日夜より言葉がでない様子で，「あのう」を連発し，翌日も同様で，本人ももどかしく思った．他人の話も理解できないようだが，意識や行為面などには障害を認めず，同年3月4日に当科を受診した．

検査所見：血圧は142/90mmHg．内科的に心房細動と糖尿病を認めたが，神経学的には著変ない．脳波（3月4日）では左の前頭から側頭の誘導にかけてθ波を認め，脳スキャン（3月15日）では左中大脳動脈の領域に一致して異常集積像が認められた．

神経心理学的所見（3月13日～18日）

言語表現（2）：流ちょうであるが，軽度の語健忘や錯語が混入する．叙述的表現は十分でなく，絵画説明（がけくずれ）では「やくの…せきしやが，ここで…危いので…それをきげん，危険のための，ここで旗のようなものので，それの…何と云えば良いか…危険…危い信号をした」と述べた．

喚語（3.5）：結局は10/10できたが，錯語が先行したり，喚語が遅れたりした．

言語理解（2）：1つずつの口命指示は可能．繰返せば，2つ続けて命じてもでき，組み合わされた口命ができることもあるが，動揺があり，簡単なことでも把持できなかったりする．

復唱（0.5）：単語でも5/10までしかできず，後半は保続に陥った．3文節文（犬は速く走ります）は3回繰返してもできない．

読字（音読：2.5，読解：3）：単語では漢字，仮名とも音読・理解は可能．数行の文章では，時々錯読が混じるが，文意は理解し得る．

書字（0.5）：住所，氏名は可能，物品を示しながらの単語の書取りでは，漢字はごく一部しか書けず，仮名では錯書が多い．

計算（3）：筆算では2桁の加減算も可能であったが，乗算に障害が認められた．

その他：手指の呼称，口命指示ともに全くできず，物品の場合と対照的であった．しかし，漢字の書命では音読・提示ともに円滑にできた．左右障害はなく，Headの手眼耳テストの口命はできないが，対面模倣はすべてできた．色彩の呼称や口命指示は不十分で，時計の読みでは，長短針を逆に読むことがあった．その他，構成，その他の失行や失認は認めなかった．

以上，本例は，聴覚的理解より復唱の方が明らかに不良であるが，読字はかなり良かった．

症例10． 中○末○，67才女，右利き，主婦

病歴：昭和49年4月19日朝，急に言語理解が悪く，まとまらないことを云うようになった．5月9日某病院脳外科を受診し，精査を受けた後，6月18日某精神病院に入院した．

検査所見：血圧は168/104mmHg．神経学的には膝蓋腱反射が右＞左のほかは著変ないが，脳スキャンで左側頭領域に異常集積像が認められた．脳脊髄液は水様透明，細胞数6/3，総蛋白31.7mg/dl，ワ反応陽性．

神経心理学的所見（昭和49年7月14日）

言語表現（2）：まとまりが悪く，叙述的な表現は十分できない．話題が転じると，保続に陥りやすい．絵画説明（がけくずれ）では，「これが…雨が降った時，風でも…おれたんでしょうね．大きな船が…船じゃない．危いから助けて…汽車ここまでくるんですね」と述べた．

喚語（2）：4/10しかできない．

言語理解（2）：物品の口命指示は2つ続けて命じ

ても可能だが，3つ以上になると把持できない．組み合わされた口命はできない．

復唱（0.5）：単音では一応できたが，単語では理解していても復唱は5/10しかできない．短文は3度繰返しても正しく復唱できないが，自己流の表現での云いかえは可能であった．例，犬は速く走ります→「犬は…走り…引越した」「犬は走り行ってたかく」「犬が…こわいんですね」(意味は?)「犬が足で行くのに速く行けること」

読字（音読：0.5，読解：2）：書命による物品指示は漢字，仮名とも6/6可能だったが，音読は，漢字4/6，仮名3/6しかできなかった．短文でも理解はでき，自己流の表現で説明はできるが，音読は著しく障害されていた．

書字（0.5）：氏名は書けるが，住所は不完全で，単語の書取りは漢字，仮名ともにほとんど全く書けない．しかし，誤字訂正はほゞ可能で，写字障害もなかった．

計算（2）：2桁の加減算はできたが，乗除は不良であった．

その他：手指の呼称は全くできないが，口命提示は可能，左右の認知は正しく，Headの手眼耳テストの対面模倣も結局正しくできるものが多い．時計の読みでは長短針を逆に読むことがあり，書命による時刻作製でも，分針を文字盤の数字のまゝに置く傾向があった．構成失行や失認はなかった．

本例も復唱障害が著明であったが，音読は症例9より強く侵されていた．これら2例の平均的プロフィルは図7（斜線の棒グラフ）のごとくである．

Ⅲ．第Ⅲ群．復唱の比較的保たれた感覚失語

症例11．泉　○治，70才男，右利き，染色業

病歴：昭和51年1月27日の朝食の際に，箸が持ちにくく，つじつまの合わない事を云うようになり，家族の云うことも通じなくなってきたので，同年1月30日に某病院に入院した．入院時の所見では，自発語に音韻変化はないが，喚語困難が著明で，錯語やperiphraseが目立った．物品の口命指示も全くできなかったが，それらの復唱はすべて可能であった．なお，立方体の模写もほゞ可能であった．

検査所見：血圧は162/96mmHg．神経学的には右上下肢に軽度の不全麻痺を認め，右下肢にBabinski反射が陽性であったが，独歩は十分可能であった．脳脊髄液は水様透明，細胞数1/3，総蛋白65mg/dl，糖50mg/dlであった．

本例はその後，精査のために当科に転科し，経過を観察した．以下の所見はある程度，言語理解が回復した時期の病像である．

神経心理学的所見（昭和51年9月～10月）

言語表現（2）：住所，氏名，十二支などは正しく云え，音韻変化もないが，仕事の説明などは著しくまとまりが悪く，絵画説明（がけくずれ）では「ここに何か花が…ここに衝突するわけやね，はあ…ここに(石を指して）大きいそばありまして…それをこの（人を指して）衝突したというわけ」と述べ，文の構成も不良であった．

喚語（1）：著しく不良で1/10しか云えないが，語頭音を与えると呼称できるものが3個あった．

言語理解（1.5）：口命による物品指示は1つずつならすみやかに可能だが，2つ続けて命じると復唱していても指示できないことがあった．組み合わされた口命はできなかった．

復唱（2.5）：4文節文（例，時計には針が2本あります）までは一度で可能で，5文節文（例，机の上にペンとインクがあります)でも2度目には可能であった．

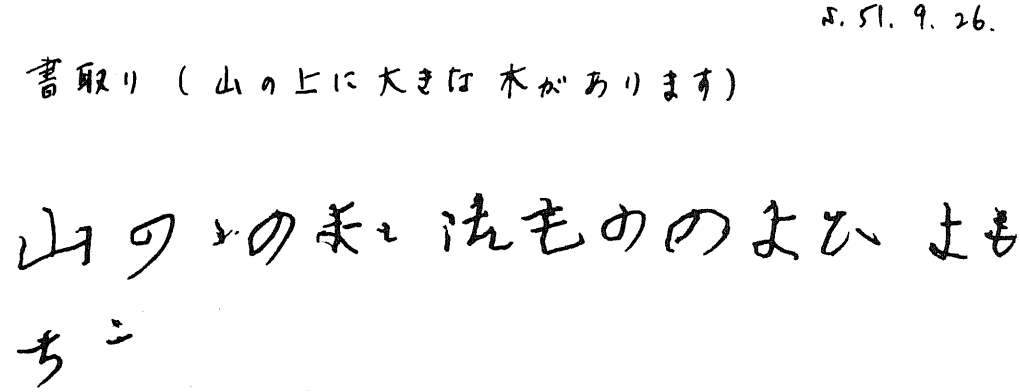


図6　症例11（泉）の文の書取り

読字（音読：2，読解：2.5）：単語の音読・理解は漢字ではほゞ可能で，仮名では時に誤りがみられた．短文（例，馬が水を飲んでいます）の音読・理解もできたが，やゝ長い文では理解はできても，音読は不良であった．2～3行の文章では音読・理解ともに不良であった．

書字（0.5）：住所，氏名を書ける程度で，漢字や仮名の単語はほとんど全く書けず，短文でも障害が著明であった（図6）．しかし，漢字では検者が書き出しをcueとして与えるとかなり書くことができた．

計算（1.5）：筆算では，加算は2桁でもできたが，減・乗・除算は1桁の簡単なものでもできなかった．

その他：左右や手指の口命提示は良いが，手指呼称は示指と薬指ができなかった．Headの手眼耳テストの対面模倣はほとんど正しくでき，構成，その他の失行も認めなかった．時計時間の読みでは，分針の読みを文字盤の数のまゝに読むことがあり，又，何時何分前という表現ができなかった．地誌的記憶はほゞ保たれていた．

本例は発病当初から言語理解の障害に比べて，復唱が比較的良く保たれていて，いわゆる超皮質性感覚失語に属する症例であるが，文字言語については第1群のWernicke失語と同様であった．

症例12． 長○亀，56才男，右利き，運転手

病歴：昭和47年8月30日一過性の言語障害を認め，翌31日に言語障害と右上肢不全麻痺が生じた．その後，かなり改善していたが，10月26日急に右片麻痺が生じ，失語症状も悪化した．

検査所見：血圧は140/88mmHg．神経学的には右同名半盲を認め，四肢の腱反射は右＞左で，右上下肢に病的反射陽性，脳脊髄液では（10月28日），水様透明，細胞数8/3，蛋白20mg/dl，頸動脈写（12月11日）で，左中大脳動脈起始部に閉塞が認められたが，前大脳動脈から角回動脈や後頭頂動脈への著明な側副血行が認められた．

神経心理学的所見（昭和47年11月17日）

言語表現（1）：音韻変化はないが，表現力に非常に乏しく，錯語や保続が認められた．

喚語（2）：2～3/5は可能だが，錯語が混じ，保続に陥りやすかった．

言語理解（0.5）：物品指示は3/5しかできず，ごく簡単な口命（目を閉じて下さい）位しか理解できない．

復唱（2）：単語の復唱は可能で，短文の復唱も正しくできた．

読字（音読：1，読解：ほゞ0）：漢字や仮名単語の音読は円滑にできたが，その意味は理解できず，物品指示は全くできない．文章の読みは錯読が著明で，とくに仮名部分でつまづいた．

書字（2.5）：住所，氏名の書字が可能であるだけでなく，短文の書取りもかなり可能であった．写字もほゞ可能であった．

計算（ほゞ0）：暗算では1桁の加減算もできなかった．

その他：手指の呼称は1/5，口命提示は2/5，だけできた．左右障害はなく，Headの手眼耳テストの対面模倣も結局すべて正しくできた．時計の読みでは長短針を逆に読む傾向が認められたが，その他の，失行や失認は認めなかった．

本例は理解を伴わない復唱や音読が認められ，発病の比較的初期から超皮質性感覚失語の傾向を示していた．また，書字能力のかなり保たれていることが特徴的であった．

これら2例の平均プロフィルは図7（白い棒グラフ）のごとくである．

最後に全症例の立方体の模写をまとめて図示すると（図8），症例2と症例4において明らかな図形の構成障害が認められる．

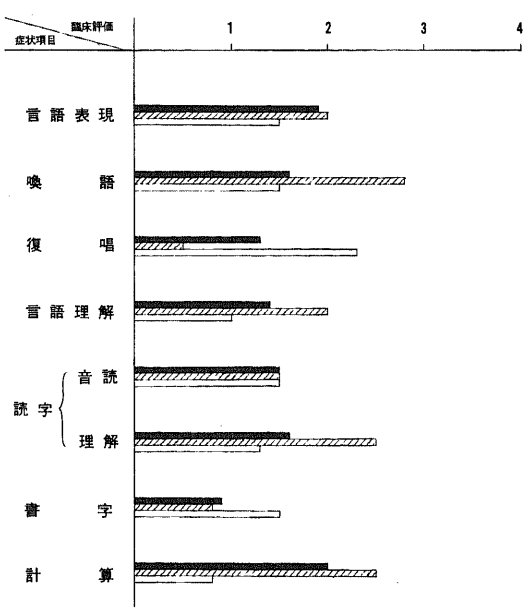


図7　感覚失語の平均的プロフィル
■：第1群，Wernicke失語の8例，▨：第2群，復唱障害の著明な感覚失語の2例，□：第3群，超皮質的傾向を示した感覚失語の2例。
Wernicke失語では失書が最も著明だが，復唱より音読，聴覚的理解より読解の良いことがまれでない。

考　　察

失語症研究の最近の動向については，大橋[5)6)]や浜中[7)]の総説に紹介されているので，ここでは自験12症例の神経心理学的所見にもとづいて，感覚失語の各症状について簡単にまとめておくことにしたい．

1．音声言語障害について

Wernicke失語を含め，いわゆる感覚失語の言語表現は，言語理解と並んで常に障害を受けている．われわれの12例でも，症例1のようにやゝ冗慢で時々喚語の遅れや錯語が混じる軽症例から，症例4や5のようにJargonを呈する重症例まであるが，一般に言語表現は多弁で，まとまりが悪く，多かれ少なかれ錯語の混入が認められた．絵画説明では状況は理解し，主題は維持されていても，叙述的な説明はできないことが多かった．個々の句のレベルでは必ずしも誤りではなくても，文中での用法としては不適切なことが少くない．このような表現面での障害は，fluent, paraphasic speech (Benson[8)], Goodglass と Kaplan[9)], Kerschensteiner ら[10)]) と要約されているように，喚語困難（語健忘や錯語）の関与が大きいようであるが，それだけでなく，文としての統一性や完結性（時枝[11)]）に障害が生じているように思われ

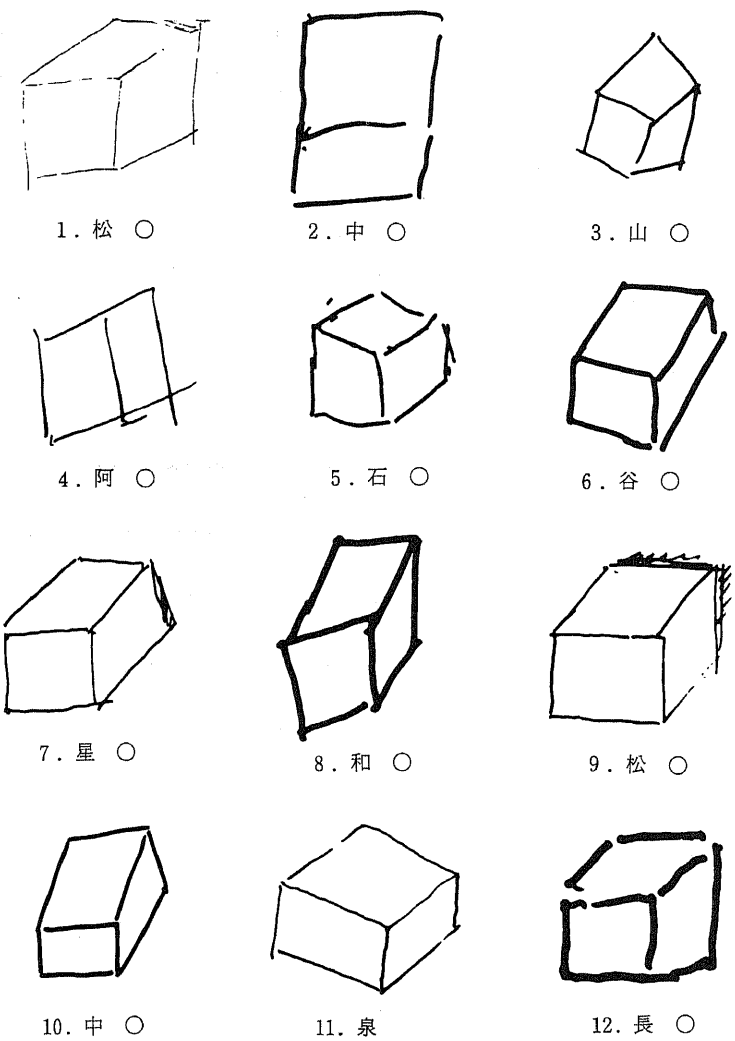


図8　12例の立方体の模写
症例2（中○）と症例4（阿○）では明らかな障害が認められる。

る．Huber ら[12]は Wernicke 失語を錯語の種類（phonematisch vs semantisch）と伝達内容の障害の程度から4型に分けているが，Paragrammatismus (Kleist) を言語表現の共通の特徴として重視している．日本語での錯文法ないし統語機能の障害については，井村[13]の記述や最近では藤田[14]の報告がある．

喚語は平均して中等度に障害され，談話中や物品呼称において，しばしば錯語が認められた．12例にみられた物品呼称の際の錯語を集計すると表3のごとくで，3群に分けられるようである．第1群は全く無意味な語音の羅列で言語新作（neologism）に相当し，症例5でしばしば認められた．第2群は語音の一部に誤りが認められるもので字性錯語（音節性ないし，音素性錯語），第3群は他の名称を呼称する語性錯語である．この語性錯語は何らかの面で同一範疇の語とみなし得るものが大多数を占めている．病的状態では正常機構のある側面が顕現してくるとすれば，正常の喚語過程においても，同じ範疇の語群から順次正しい語が選択されているのかも知れない．なお，杉下[15]は20名の失語症患者を対象にモーラ数の想起について検討し，5名（うち3名は Broca 失語）でそれが可能であったと報告している．Wernicke 失語の語健忘ではモーラ数の想起は困難のように思われるが，今後さらに確認される必要がある．

言語理解は高度～中等度に障害されている．しかし，重症例でも「目を閉じよ」などのごく簡単な口命は理解できた．また，1つずつの物品指示はほとんどの例（10/12例）で可能であったが，2つ続けて命じるとむしろできないことが多かった（7/12例）．日常会話はある程度可能なことが多いが，話題が転じるとそれに追従できないことが少くない．検査場面より，会話の方で理解がやゝ良い傾向を示すこともあるが，その理由として，単に状況だけでなく，一般に日常談話の72.5％は4文節以下の短文[16]であることや，言語面での応答が多く，言語～行為の統合の必要が少いことなども関与していると思われる．

復唱は平均してかなり高度に障害されている．言語理解と復唱を比較すると，両者がほゞ平行する第1群（Wernicke 失語）が8/12例で最も多いが，この中には多少復唱の方が悪い例（症例3，4，5）や，逆にやゝ良い例（症例6，7，8）も含まれている．しかし，後者の場合でも，語音把握にその精力が奪われる結果，意味理解までの余裕がないという印象が強かった．この他に，復唱の方が明らかに良く，「超皮質性」感覚失語の傾向を示す第3群は2/12例（症例11，12）であった．本例を含めて，超皮質性感覚失語における語(音)の意味作用（signification）ないし，指向機能（fonction référentielle）の障害の本態については今

表3　12例にみられた物品呼称に際しての錯語

表　3

neologism	音節性（音素性）錯語	語性錯語
10円 玉→いちだうち(5) 眼　鏡→てれっきょ(5) 鍵　→てし(5) 鉛　筆→いれさん(5)	手　袋→てぶら(1)，てぶろ(2) さ　じ→しやじ(3) 鍵　→ヒー(2) 時　計→ときょう 歯ブラシ→ブラジ(3)，ハジブ(2) 歯ブリブシ(9)	10円 玉→50円(6)，50銭(6)，商品(11)，切手(11) 100円 玉→1000円札(12) 眼　鏡→時計(4) 時　計→眼鏡(10) 手　袋→靴(2)，ふたつ(3) 鍵　→ペン軸(8) 鉛　筆→ペン(2)，絵の具(11) マッチ→タバコ(4) 茶　碗→茶菓子(7) しゃもじ→包丁(4) 歯ブラシ→歯みがき紛(12)
	歯ブラシ　→　歯ジマキ紛(2) くつべら　→　くつのはて(3)	

肩数字は症例番号を示す．保続による錯語は除外してある．語性錯語は同一範疇の語とみなし得るものが多い．

後さらに検討される必要がある．他方，復唱の方が著しく不良な第2群も2/12例（症例9，10）であった．これらの例は，伝導失語的傾向を有する感覚失語とみなすのが妥当と思われる．Duboisら[17]やHécaen[18]は，伝導失語は文のプログラミングの障害（trouble du la programmation de la phrase）であり，表現失語群（Les aphasies d'expression）に属し，伝導失語の運動失語に対する関係は，行為の領域にたとえるならば，観念運動失行の肢節運動失行に対する関係に相当するという．Hécaenは伝導失語と感覚失語との構造的関連を否定しているが，伝導失語を生じる病巣としては，角回と上縁回から側頭葉後部にかけての部位を重視しているようである．脳血管障害による感覚失語では，後側頭動脈の閉塞と共に，角回動脈や後頭頂動脈が侵されやすいことを考慮すれば，伝導失語的傾向を有する感覚失語も十分存在し得よう．なお，われわれの臨床経験からは，伝導失語の復唱障害は語音把握の障害だけに環元できず，文図式ないし，Hécaenの文のプログラミングの障害を想定するのが妥当と思われる．また，Penfield[19]のposterior speech areaの損傷による失語病像には，高位の言語表出過程の障害が含まれるように思われ，その意味では「感覚失語」という名称は誤解を招きやすい．

2．文字言語障害について

読字については，単語の音読・理解だけでなく，短文の読解も可能な例が多かった（8/12例）．音読と読解を比べると，6/12例では両者がほゞ平行していたが，音読より読解の方が良い例も少くない（5/12例：症例2，5，9，10，11）．逆に，1/12例（症例12）では音読できても理解が伴わなかった．漢字と仮名の読みを，普通物品の書命で一応比較してみると，両者が平行することが多いが（9/11例），仮名単語の悪い例が2/11例（症例4，8）あった．文章のレベルでは，仮名の部分で錯読に陥いる例が多かった．

書字は一般に言語機能の中で最も強く侵されていて，住所ないし町名と氏名をかろうじて書けるだけで，単語は漢字も仮名も正しく書けない例が最も多い（7/12例）．書字が多少できる例でも，少数の単語を仮名書きできる程度で，そこにも錯書が混じやすい．しかし，書字障害がきわめて高度であった症例10や11でも，誤字の訂正問題はかなり良くできた．また，症例2や11のように，書字障害が高度でも，書き出しをcueとして与えると，書けることもあり，これは物品呼称において語頭音を与えると，喚語困難が改善するのと軌を一にする現象と思われる．以上のような所見は，感覚失語で失書が高度であっても文字図式自体は保たれていること，及び失書の要因としては語音ないし語義の作用の障害だけでなく，語像喚起過程自体の障害がかなり強く関与していることを示唆している．

なお，復唱が比較的良く保たれている第3群のうちでも，症例11の書字障害は第1群のWernicke失語と同程度に顕著であった．即ち，この例は発病当初から音声言語では明らかに超皮質性感覚失語の病像を呈していたが，文字言語では漢字・仮名の書字障害が共に顕著で，井村の語義失語[13]の定型的病像とはかなり異っている．このような所見は語音系の比較的な健存と仮名文字能力とが必ずしも一義的な関連を有しないことを示している．他方，症例12では超皮質性感覚失語の傾向を示し，かつ漢字，仮名まじりの短文の書取りも可能であった．本例は左頸動脈写で，前大脳動脈から角回動脈や後頭頂動脈への側副血行が認められたことから，頭頂領域はあまり障害を受けていないと推定される（倉知と竹越[20]）．

書字表現においては，語音ないし語義の作用と共に，それらに対応した語像喚起が適切に行わなければならない．前述のごとく，後側頭動脈の閉塞では角回動脈も共に侵されやすいことを考慮すると，脳血管障害による感覚失語の失書には角回領域の機能低下の関与している場合が少くないと推定され，語像喚起障害がその表現形態なのかも知れない．なお，語音及び語義の作用にとっては，上側頭回（狭義のWernicke領野）及び中・下側頭回の健存も重要のようであるが，この点は別の機会に検討してみたい．

3．音声言語と文字言語の比較

復唱と音読を比較すると，両者がほゞ平行しているのは3/12例（症例6，7，10）で，6/12例（症例2，3，4，5，8，9）では音読の方が良い傾向がみられ，ことに症例9ではその差が顕著であった．音読の方がやゝ不良と思われたのは3/12例（症例1，11，12）であった．以上の所見は，感覚失語では聴覚的受容が不安定なのに対し，視覚的受容の方はより安定していることが少くないことを示している．

聴覚的理解と読解を比べても，両者がほゞ平行しているのは4/12例（症例3，5，7，10）で，5/12例（症例2，6，8，9，11）では読解の方が良い傾向がみられた．読解の方がやゝ悪いように思われたのは3/12例（症例1，4，12）だけであった．読解の方が良い5例では短文の読解も可能であったが，この場合は視覚的受容の安定性のほかに，漢字による意味理解の促進（呈示文は漢字・仮名まじり文）という要因もかなり関与しているようである．なお，最近，山鳥[21]も失語症にお

ける聴覚的理解と読解をtoken testを用いて比較し，後者の方が良いことが少くないと報告している．

書字表現は前述のごとく最も強く侵されるので，感覚失語では，Broca失語のように口頭表現より書字表現（漢字）の方が良いということはないのが通例である．

4．随伴症状について

計算：筆算で1桁の加減算もできないものから，かなり計算が良くできるものまであるが，平均して中等度の失算を示す．加減乗除のうち，乗除，ことに除算の困難なことが多い．また，症例5や8では，乗ないし除算の記号の意味が分からなかった．症例8では「÷」の意味は理解できなくても，「15を3で割ると」のように文章題で示すとできたこと，病前の知的水準もかなり高い（元会社重役）と思われるので，言語記号に関連して，算術記号の意味理解の障害が生じたものと思われる．

時計時間：時計の読みの障害はかなり多く認められた（8/12例）．このうちの2例ではほとんど全く不能であったが，ある程度読める他の6例では，その障害に2つの傾向が認められた．1つは長短針を逆に読む場合で3例（症例9，10，12）に，もう1つは分針の示す時刻を文字盤の数字のまゝに読む場合で3例（症例1，8，11）に認められた．症例10でも時刻の作製の際には同様の傾向が認められた．このような失語に伴う時計時間の障害は，劣位半球損傷例とは異なる特徴を示すようで（倉知ら[22]），Alzheimer病のように両側の頭頂～後頭葉病変が推定される場合は両者の特徴が混合して認められる（倉田ら[23]）．なお，時計失認を扱った成瀬ら[24]の症例も両側損傷例である．

身体認知：身体認知の通常の検査法は言語を介するものが多く，失語症例の身体失認の判定には慎重を要する．一応，手指と物品の呼称を比較してみると，明らかな差のない例が多いが，（6/10例），手指呼称の方がやゝ良い例が2/10例（症例7，8），逆に手指呼称の方が不良な例が2/10例（症例9，10）あった．ことに症例9では物品呼称が10/10できたのに，手指呼称は0/5で全くできなかった．つぎに，手指と物品の口命提示を比較すると，両者がほゞ平行するものは7/11例で，手指の方が不良なものは4/11例（症例4，5，6，9）であった．しかし，症例9でも漢字の書命による手指提示はすべて正しくできた．左右の認知は正しい例が多いが（10/11例），1/11例（症例8）では誤りがみられた．Headの手眼耳テストの対面模倣では7/10例では正しくでき，2/10例（症例4，5）で交叉欠如などの誤りが多く，1/10例（症例8）では著しく鏡像形成がみられた．

これらの所見を総合すると，症例1，3，7，10，11，12では身体認知は良く保たれ，症例8も本来は良いようである（合計7/11例）．他方，症例4には身体失認が合併し，残りの3/11例（症例5，6，9）ではある程度の身体図式障害を伴っていた可能性を完全には否定できない．

構成行為：立方体の模写で明らかな障害を認めたのは2/12例（症例2，4）だけであった．

以上のように随伴症状としては，計算障害，時計時間障害がしばしば認められ，身体失認が疑われる例もまれではないが，構成失行は比較的少なかった．

要　　約

脳梗塞による感覚失語の病像について，12症例を対象に検討を加えた．

音声言語：言語表現は多弁で，まとまりが悪く，中等度の喚語困難を示した．言語理解ではごく単純な口命は理解できることが多いが，2つ以上続けた口命などでは大抵失敗した．復唱と聴覚的理解はほゞ同程度のことが多い（8/12例）が，2/12例では復唱がとくに不良で伝導失語的傾向を示し，2/12例では復唱の方が良く，超皮質性感覚失語の傾向が認められた．感覚失語にみられる言語表出過程の障害は喚語困難だけでなく，文の統一性など言語表出の高位の過程にも障害が生じているように思われた．

文字言語：読字では単語の音読・理解だけでなく，短文の読解が可能な例も多かった（8/12例）．音読と読解は6/12例でほゞ平行していたが，読解の方が良いことも少くなかった（5/12例）．書字は一般に言語の諸側面のうちでは最も強く侵され，住所と氏名をかろうじて書ける例が最も多かった（7/12例）．書字障害が著明な理由として，血管支配の関係から，角回領域の機能低下による語像喚起過程の障害が推定された．

音声言語と文字言語の比較：復唱と音読は3/12例でほゞ平行していたが，6/12例で音読の方が良い傾向が認められた．聴覚的理解と読解でも4/12例でほゞ平行していたが，5/12例では読解の方が良い傾向が認められた．以上から，感覚失語では聴覚的受容には障害があっても，視覚的受容の方はより安定していることが少くないことを述べた．

随伴症状：保続のほか，平均して中等度の失算を伴い，加減乗除のうち，乗除ことに除算の困難なことが多かった．乗除の記号の意味が分からない例もあった（2/12例）．時計の読みの障害も多くみられ（8/12例），長短針を逆に読んだり，分針を文字盤の数字のまゝに

読む特徴がみられた．その他，明らかな身体失認は1/12例に，構成失行は2/12例に認められた．

終わりに，本研究に対して御援助と有益な御教示をいただき，症例10を御紹介して下さった金沢医大神経科精神科の鳥居方策教授に厚く御礼申し上げます．また，症例観察の機会を与えていただいた鳴和病院副院長織田邦夫先生（症例6と11），北陸病院内科の竹越忠美先生（症例12），及び本学第2内科の東福要平先生（症例5と7）に深謝致します．

文　献

1) **Wernicke, C.** : Der aphasische Symptomencomplex, Breslau, Max Cohn and Weigert, 1874.（浜中淑彦抄訳：精神医学，**17**, 747, 1975).

2) **Foix, C.** : Aphasies. Nouveau traité de médecine, XVIII, p.135, Paris, Masson et Cie, 1928.

3) 大橋博司：臨床脳病理学，47頁，東京，医学書院，1965.

4) **Kertesz, A. and McCabe, P.** : Brain, **100**, 1 (1977).

5) 大橋博司：臨床精神医学，**9**, 1153 (1977).

6) 大橋博司：神経進歩，**21**, 861 (1977).

7) 浜中淑彦：臨床精神医学，**5**, 277 (1975).

8) **Benson, D. F.** : Cortex, **3**, 373 (1967).

9) **Goodglass, G. and Kaplan, E.** : The assessment of aphasia and related disorders, Philadelphia, Lea and Febiger, 1972.（笹沼澄子，物井寿子訳：失語症の評価，東京，医学書院，1975).

10) **Kerschensteiner, M., Poeck, K., and Brunner, E.** : Cortex, **8**, 233 (1972).

11) 時枝誠記：日本文法，口語編，230頁，東京，岩波書店，1967.

12) **Huber, W., Stachowiak, F.-J., Poeck, K. und Kerschensteiner, M.** : J. Neurol., **210**, 77 (1975).

13) 井村恒郎：精神医学研究，78頁，143頁，292頁，東京，みすず書房，1967.

14) 藤田郁代：国立聴力言語障害センター紀要，**2**, 51 (1976).

15) 杉下守弘：精神医学，**14**, 631 (1972).

16) 国立国語研究所報告8：談話語の実態，東京，国立国語研究所，1955.

17) **Dubois, J., Hécaen, H., Angelergues, R., Maufras du Chatelier, A. et Marcie, P.** : Neuropsychologia, **2**, 9 (1964).

18) **Hécaen, H.** : Introduction à la neuropsychologie, p.21, Paris, Larousse, 1972.

19) **Penfield, W. and Roberts, L.** : Speech and brain mechanisms, Princeton, Princeton University Press, 1959.（上村忠雄，前田利男訳：言語と大脳，東京，誠信書房，1965).

20) 倉知正佳・竹越忠美：脳と神経，**29**, 1085 (1977).

21) 山鳥　重：第18回日本神経学会（名古屋），演題191, 1977.

22) 倉知正佳：未発表

23) 倉田孝一・地引逸亀・倉知正佳・山口成良：精神医学，**19**, 1041, (1977).

24) 成瀬　浩・栗原雅直・大熊輝雄・徳田良仁：精神経誌，**59**, 721 (1957).

Abstract

Clinical pictures of aphasia seem to be variable in the various etiological diseases. In this report, the symptoms of sensory aphasia due to cerebral infarction were summarized on the basis of the observations of twelve cases.

In brief, spontaneous speech was characterized by fluent, periphrasic speech with difficulty in word-finding. Paraphasia was divided into three groups : neologism, literal, and verbal paraphasia. Verbal paraphasias mostly. appeared to belong to the same category e.g. spectacles as watch, match as tobacco. Comprehension was always disturbed but in most cases a simple command such as "point to a pencil" could be understood. Repetition was impaired in the same degree as comprehension in 8/12 cases (Wernicke's aphasia), but there were 2/12 cases of which repetition was rather well preserved than comprehension (transcortical sensory aphasia). However, in 2/12 cases, disturbance of repetition was much more marked than that of comprehension and

these two cases might be considered as conduction aphasia with mild sensory aphasia. In sensory aphasia due to the lesion of the posterior speech area by Penfield, language expression process seemed to be impaired in its higher level.

Reading was also impaired, and disturbance of reading aloud and comprehension was parallel in 6/12 cases, but in 5/12 cases reading comprehension was better than reading aloud.

In comparison of oral with written language, reading comprehension was impaired in the same degree as auditory comprehension in 4/12 cases, but in 5/12 cases reading comprehension was better than auditory comprehension, and also reading aloud was better than repetition in 6/12 cases. Therefore, in sensory aphasia, visual input seemed to be more stable than auditory input.

Writing disability was out of proportion between the various aspects of language function and most patients could only write their addresses and names, but scarcely words or sentences. This agraphia seemed to be due partly to disturbance of retrieval process of word-image as suggested by the cuing effect in writing. This disturbance might be related to dysfunction of the angular area, considering that the angular artery is often involved with the posterior temporal artery.

Associating symptoms : Dyscalculia was frequently accompanied ; in the four rules in arithmetic, multiplication and division, especially the latter were more difficult, and in 2/12 cases significance of × and ÷ was not understood. Appreciation of clock-time was also frequently (8/12 cases) impaired ; frequent error was confusion of the long with the short hand and wrong estimation of minutes e.g. 1 : 55 as 1 : 11. Constructional apraxia was evident in 2/12 cases and Gerstmann syndrome was accompanied in 1/12 cases.