

論 説

失 語 の 臨 床

大塚良作・鳥居方策・遠藤正臣・福田 孜
 倉知正佳・小山善子・伊崎公徳
 金沢大学医学部神経精神医学教室(主任 大塚良作教授)

I 緒 言

大脳の一部が器質的に損傷されることによって、各種の精神々経機能の要素的障害が起ることは古くから知られており、大脳の巣症状 **Herdsymptom** として大脳損傷の局所診断に大きな意義を持つことは、改めて述べる必要のないところである。

さて失語 **Aphasia** は最も重要な巣症状の一つであり、その研究の歴史は古く、失語に関する文献は膨大な数にのぼっている。本邦ではすでに大橋の **Monograph** などが公にされており、文献的なくわしい紹介がなされているので、ここではわれわれが蒐集した症例を中心に、失語について纏めた結果を報告したい。

II 失語の症状

個体相互の意志疎通の媒体をなすもので、しかもそれが最も分化し、体系化されたのが言語である。この言語機能が大脳の一部の器質的病変によって障害された状態が失語であり、末梢器官の障害による言語表出あるいは言語受容の障害は除外されると同時に、他の高次の精神機能の障害に起因する言語機能の障害も除外される。しかし厳密に考えるならば、大脳損傷があつて、他の精神機能に全く変化が及ばないという保障はなく、これは所詮相対的なとりきめにすぎない。すなわち、他の精神機能の障害が比較的軽いにもかかわらず、言語象徴の障害が高度であるという程度の規定である。

言語には音を媒体とする口頭言語と文字を媒体とする書字言語があるが、一般に失語と呼ぶばあいには口頭言語の障害を意味し、書字言語の障害である失読あるいは失書と区別している。しかし、失語と失読、失書は密接な関係にあり、失読、失書のある部分は失語症状の一部を構成している。したがって失語の症状を大まかに分類すると表1の如くである。

口頭言語の障害は、A. 言語表出の障害とB. 言語理解の障害に大別される。この中に各種の症状が含まれるが、この表について補足的な説明を加えたい。

純粹な外言語障害は構音障害で、自己の話すべき言語の意味を十分に理解しているにもかかわらず、構音ができず、高度なばあいにはいわゆる自動言語あるいは感情言語を除いて、全く発語は不能となる。しかし外言語の機能が一部残存している場合には、いくつかの発語が可能であり、発語の速度が極めて遅く、発語に著しい努力が必要で、しかも爆発的で、十分に分節されていないために極めて聞きとりにくい言葉となる。しかし語彙は保たれており、錯語のないのが特徴をなし、語啞 **Wortstummheit** と呼ばれている。

内言語障害では語彙の忘却、すなわち語健忘があ

表1. 失語症状

-
- I 口頭言語の障害
 - A. 言語表出の障害
 - 1. 自発語の障害
 - a. 外言語の障害 (語啞)
 - b. 内言語の障害 (語健忘, 錯語, 失文法, 錯文法)
 - 2. 言語模倣の障害
 - 3. 唱歌の障害
 - B. 言語理解の障害 (語聾)
 - 1. 語音の了解障害
 - 2. 語義の了解障害
 - 3. 音楽の了解障害
 - II 書字言語の障害
 - A. 書字言語の表出障害 (失書)
 - 1. 自発書字障害
 - 2. 書取障害
 - 3. 写字障害
 - 4. 錯 書
 - B. 書字言語の了解障害 (失読)
 - 1. 字性失読
 - 2. 語性失読
 - 3. 錯 読
-

り、しばしば保続がおり、字性、語性の錯語を生じ、失文法、錯文法が起る。

言語模倣の障害は、自発語の障害と同時に現われることもあるが、両者はしばしば独立して現われる。一般に語音の把握が悪いと、模倣は障害されるが、語義の把握が悪くても、語音の把握能力が保たれておれば模倣は可能である。また言語理解はほとんど障害されていないにもかかわらず、模倣で錯語を生ずる場合もある。

唱歌の障害も自発語の障害と合併しあるいは独立に出現し、一般に運動性失音楽症と呼ばれている。

言語理解の障害は、高度になれば、言語は意味のない雑音と化し、従来語聾 *Worttaubheit* と呼ばれる状態になる。この障害の中には語音、語義および音楽の了解障害が含まれる。失語症状としては前二者が重要な意味をもっている。語音の了解障害があれば言語模倣が強く障害されるが、語義の了解障害の独立して存在する症例では、言語の意味は理解しないにもかかわらず、言語模倣は比較的良好に保たれているという特徴を備えている。音楽の了解障害は感覚性失音楽症と呼び、失語症状とは別に取り扱われるのが普通であるが、言語了解が全く不能な症例で、音楽のリズム、メロディー、テンポ等がよく理解されるものもある。

書字言語の障害は、通常失書 *Agraphie* および失読 *Alexie* と呼んで、失語とは区別されている。しかしこれらの症状は独立して現われることもあるが、口頭言語の障害に随伴して現われることが多く、症状の解析に重要な意味を持つ。この書字言語の障害も表出障害（失書）と了解障害（失読）に分けられるが、これらの症状があるからといって、直ちに言語機能に障害があると速断することはできない。それはこれらの症状を発現させる要素として、失語要素のほかに失行あるいは失認要素がしばしば介入するからである。この点については詳細は省略し、ここでは口頭言語の障害を中心に記述することにする。

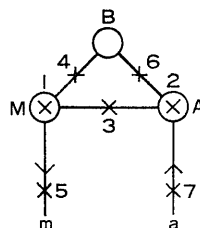
Ⅲ 失語の臨床分類

失語の臨床分類は多数の人によって試みられているが、未だ決定的な分類はない。しかし原則的には前述の各種の症状の組み合わせによって決まるもので、症状の組み合わせられ方が複雑であることと、各研究者の用語の差によって、さまざまな分類が行なわれる結果になっている。

古典論的分类で現在もなをその命脈を保っているものに *Wernicke-Lichtheim* (1884) の図式がある。

この図式では聴覚言語中枢 (A=Wernicke 中枢)、運動言語中枢 (M=Broca 中枢)、および概念中枢 (B) を想定し、これらの各部位およびこれらの部位を結合する経路の損傷によって、7種類の失語型が区別されている。

表2. *Wernicke-Lichtheim* の分類



1. 皮質性運動失語 *Corticale motorische A.*
2. 皮質性感覚失語 *Corticale sensorische A.*
3. 伝導失語 *Leitungsaphasie*
4. 超皮質性運動失語 *Transcorticale m. A.*
5. 皮質下性運動失語 *Subcorticale m. A.*
6. 超皮質性感覚失語 *Transcorticale s. A.*
7. 皮質下性感覚失語 *Subcorticale s. A.*

この分類は論理的であり、かつ解剖学的な概念をも導入している点で特徴をもっているが、その反面あまりにも機械論的であり、かつ解剖学的用語に幻惑されて、臨床症状と器質的損傷部位の短絡的結合を起す危険をはらんでいる。

表3. *Kleist* の分類

- A. 感覚失語 *Sensorische Aphasie* (言語聾 *Sprachtaubheit*)
 1. 音声聾 *Lauttaubheit*
 2. 復唱失語 *Nachsprechenaphasie* (伝導失語)
 3. 単語聾 *Worttaubheit*
 4. 純粹錯語 *Reine Paraphasie*
 5. 文章聾 *Satztaubheit* および側頭葉性錯ないし失文法 *temporale Para- u. Agrammatismus*
 6. 語義聾 (名辞聾) *Wortsinntaubheit* (*Namentaubheit*)
 7. 健忘失語 *Amnestische Aphasie*
 8. 寡語 *Spracharmut*, 言語衝迫 *Rededrang* usw.
- B. 運動失語 *Motorische Aphasie*
 1. 音声啞 *Lautstummheit*
 2. 単語啞 *Wortstummheit*
 3. 名辞啞 *Namenstummheit* (自発啞 *Spontanstummheit*)
 4. 文章啞 *Satzstummheit*

今世紀に入ってから多くの臨床分類が試みられているが、いずれも一長一短がある。Head (1926), Kleist (1934), Weisenburg & McBride (1936) などの分類を一括表示し、説明の詳細は省略する。

表4. Head の分類

1. 単語性失語 Verbal aphasia	
2. 統辞性失語 Syntactical aphasia	
3. 名辞性失語 Nominal aphasia	
4. 文意性失語 Semantic aphasia	
Weisenburg & McBride の分類	
1. (predominantly) expressive aphasia	
2. (predominantly) receptive aphasia	
3. expressive-receptive aphasia	
4. amnesic aphasia	

いずれの分類を用いるかによって症状の規定が異なるので、われわれは一応つぎに述べる大橋の分類に準拠したので、この分類のごく概略を記しておく。

表5. 大橋の分類

A. 第I群
1. Broca 失語
2. Wernicke 失語
3. 全失語
B. 第II群
1. 純粹運動失語 (純粹語啞)
2. 純粹感覚失語 (純粹語聾)
3. 伝導失語 (中枢性失語)
4. 健忘失語
C. 第III群
1. 「超皮質性」運動失語
2. 「超皮質性」感覚失語
3. 混合型および反響言語

この表では3群10亜型が区別されている。

第I群

1. Broca 失語. 最も主要な症状は言語表出の障害で、自発語、言語模倣はともに侵され、さらに書字言語も障害され、言語理解にもかなりの障害が起る。Wernicke-Lichtheim の分類の皮質性運動失語に一致する。

2. Wernicke 失語. 言語理解が最も強くおこされるが、同時に言語表出にも障害がおよび、語健忘、錯語および Jargon, 錯文法ならびに保続などがみられ、言語模倣も障害される。さらに症例によって程度の差はあるが、書字言語の障害も伴っている。Wernicke-Lichtheim の分類の皮質性感覚失語に相当する。

3. 全失語は Broca および Wernicke 失語の両

者の性質を併有するもので、言語表出および理解の両面の機能が強く障害され、書字言語にも強い障害が起る。

第II群: この群に属するものは第I群のものに比して症状がより要素的で、比較的単純な症状を呈する。

1. 純粹運動失語 (純粹語啞). 純粹な外言語障害で、自発語と模倣言語のみが侵され、重症例では感情言語を除く全ての発語が不能に陥るが、書字言語は障害されず、内言語の障害のないことがわかる。Wernicke-Lichtheim の分類の皮質下性運動失語に相当する。

2. 純粹感覚失語 (純粹語聾). 言語理解のみが障害され、これに付随して言語模倣も不能となるが、自発語はほぼ完全に保たれており、書字言語も、書取りを除く全てが健存するのが特徴である。Wernicke-Lichtheim の分類で皮質下性感覚失語にあたる。

3. 伝導失語. 言語模倣の障害と錯語を主症状とし、さらに書字言語における高度な錯読、錯書も主要症状としてあげられている。

4. 健忘失語. 語健忘すなわち喚語 (Wortfindung) の障害を主症状とし、名詞ことに物体の呼称や形容詞の発語が困難となり、会話はいくらか円滑を欠くことになるが、普通の対話では著明な障害はなく、言語理解ならびに書字言語でも粗大な障害はみられない。

第III群. いわゆる超皮質性の失語群である。言語表出あるいは言語理解のいずれかが強く障害され、時としてはその両者が同時に障害されているにもかかわらず、言語の模倣機能がよく保たれている点が極めて特徴的である。超皮質性 transcortical という命名には問題があるが、従来からの慣習に従ってこの用語が採用されている。日本語における他の失語型においては、漢字の読み書きが仮名に比して良好である場合が多いのであるが、仮名に比して漢字の読み書きが強く障害される、井村のいう語義失語は、超皮質性感覚失語に属すると考えられている。

以上述べた失語の臨床分類は、症候論的な興味ばかりでなく、後で述べる大脳の損傷部位との関係において重要な意味を持つので、以下大橋の分類に使用されている用語を用いて失語型を区分し、記述を進める。しかし実際の症例でどの型の失語に属するかを正確に決められないものもある。

IV. 自験例の臨床的検討

口頭言語および書字言語の両者あるいはそのいずれか一つの著明な障害を主症状とした症例で、過去約10

表 6

症例	年齢	利き手	臨床診断 (病因)	口頭言語障害						書字言語障害						失語型	他の主な症状	神経症状	予後
				表出			理解			自発書字	書取	書字	読字		文章				
				模倣	喚語	錯語	保語	簡單	復雜				字	漢字					
1. 的場	24	右	脳塞栓	+	+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	Broca 失語	失算	右片麻痺	死亡 (剖検)	
2. 直江	69	右	脳血管障害	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	Broca 失語	失算	右片麻痺	死亡 (剖検)	
3. 祐安	82	右	脳軟化	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	Broca 失語	失算	右片麻痺	死亡 (剖検)	
4. 黒田	59	右	脳血管障害	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	Broca 失語	失算	右片麻痺	死亡 (剖検)	
5. 橋本	48	右	脳軟化	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	Broca 失語	失算	右片麻痺	死亡 (剖検)	
6. 安江	57	右	脳腫瘍	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	Broca 失語	失算	右不全片麻痺	死亡 (剖検)	
7. 松浦	70	右	脳血管障害	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	Broca 失語	失算	右不全片麻痺	死亡 (剖検)	
8. 西村	50	左	脳軟化	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	Broca 失語	失算	右不全片麻痺	死亡 (剖検)	
9. 河内	59	右	脳梗塞	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	Broca 失語 (全失語?)	失算 觀念失行, 失算 Gerstmann 症 状群	右不全片麻痺	死亡 (剖検)	
10. 阿尾	68	右	脳軟化	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	Wernicke 失語	失算, 構成失行	右不全片麻痺	死亡 (剖検)	
11. 武部	67	右	脳血管障害	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	Wernicke 失語	失算	右不全片麻痺	死亡 (剖検)	
12. 下村	71	右	脳軟化	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	Wernicke 失語	失算	右不全片麻痺	死亡 (剖検)	
12'. "	76	右	(2回目 Insult)	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	全失語	失算	右不全片麻痺	死亡 (剖検)	
13. 広田	62	右	脳出血	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	Wernicke 失語	失算	右不全片麻痺	死亡 (剖検)	
14. 菊野	61	右	Pick 氏病?	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	Wernicke 失語?	失算, 失行, 身体失認	右不全片麻痺	死亡 (剖検)	
15. 中治	70	左	脳軟化	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	Wernicke 失語	失算, 失行, 身体失認	右不全片麻痺	死亡 (剖検)	
16. 嘉美	41	右	脳血管障害	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	Wernicke 失語	失算, 失行, 身体失認	右不全片麻痺	死亡 (剖検)	
17. 佐野	64	右	脳血管障害	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	Wernicke 失語	失算, 失行, 身体失認	右不全片麻痺	死亡 (剖検)	
18. 勝木	43	右	脳軟化	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	Wernicke 失語	失算, 失行, 身体失認	右不全片麻痺	死亡 (剖検)	

19.	東 出	68	右	腦軟化	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	失算, 構成失行 Gerstmann 失 算	右不全片麻痺	惡	化
20.	姉 崎	45	右	腦挫傷	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	失算, 構成失行	右片麻痺	死	亡
20'	"	46	"	"	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	失算, 構成失行	右不全片麻痺 右半身知覚鈍麻	(剖検)	
21.	坂 江	71	右	腦血管障害	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	失算, 構成失行	右片麻痺	輕	快
22.	川 道	42	右	腦軟化	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	失算, 構成失行	右不全片麻痺		
23.	吉 田	65	右	左内頸動脈 血栓症	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	失算, 左右障害	右半身知覚鈍麻		
24.	酒 井	18	右	腦塞栓	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	失算	右片麻痺	輕	快
24'	"	21	"	"	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	失算	右不全片麻痺		
25.	升 谷	45	右	腦軟化	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	失算	右片麻痺	輕	快
26.	出 口	42	右	腦軟化	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	失算, 構成失行	自突性減退	治	
26'	"	49	右	"	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	失算, 構成失行	{右不全片麻痺 自突性減退 右不全片麻痺 {嗅覚脱失	不	
27.	増 田	54	左	腦軟化	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	{失算, 算 {Gerstmann 症 {状態		不	
28.	西 川	56	右	腦軟化?	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	{失算, 算 {Gerstmann 症 {状態	輕	快	
28'	"	59	右	"	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	{失算, 算 {Gerstmann 症 {状態	輕	化	
29.	松 井	58	右	腦軟化	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	失算・手指失認 地誌的記憶障害	{右片麻痺・右知覚 鈍麻・右同名半盲 (左側頭葉腫瘍) 右同名半盲	不	變
30.	獅子山	51	右	腦腫瘍	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	地誌的記憶障害 {構成失行・視覚失 認・地誌的障害 嗅覚失認 {純粋失認 {顔面麻痺 {色覚健忘(軽度) {歩行失認("	全	治	
31.	橘	54	右	腦軟化	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	{構成失行・視覚失 認・地誌的障害 嗅覚失認 {純粋失認 {顔面麻痺 {色覚健忘(軽度) {歩行失認("	輕	快	
32.	渡 辺	65	右	腦軟化	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	{構成失行・視覚失 認・地誌的障害 嗅覚失認 {純粋失認 {顔面麻痺 {色覚健忘(軽度) {歩行失認("	輕	快	
33.	稻 葉	54	右	腦血管障害	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	{構成失行・視覚失 認・地誌的障害 嗅覚失認 {純粋失認 {顔面麻痺 {色覚健忘(軽度) {歩行失認("	輕	快	
34.	黒 川	58	右	腦血管障害	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	{構成失行・視覚失 認・地誌的障害 嗅覚失認 {純粋失認 {顔面麻痺 {色覚健忘(軽度) {歩行失認("	輕	快	
35.	下 谷	11	右	発達障害?	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	失算・手指失認 地誌的記憶障害 {構成失行・視覚失 認・地誌的障害 嗅覚失認 {純粋失認 {顔面麻痺 {色覚健忘(軽度) {歩行失認("	不	變	

年間にわれわれが直接検診したものは表に示す35例である。

このうち、書字言語のみに障害のある失読-失書 **Alexie-Graphie** あるいは純粋失読 **reine Alexie** が7例あるが、この7例については別の機会に報告することとし、ここでは狭義の失語の症例28例について検討を加えたい。この表には言語面の症状が要約して記載されており、各項目について+は高度な障害があるかあるいはその機能が全く廃絶している場合であり、+は中等度ないし軽度の障害のある場合である。この障害程度の表示には多少検者の主観的判断が加わることはやむをえない。

僅かの症例から結論を出すことはできないが、この表から読みとれるいくつかの傾向について述べる。

1. 年令構成

40歳以下の症例は2例にすぎず、40歳代が7例、50歳代が6例、60歳代が8例、70歳以上が5例で、中年以後の症例がその大部分を占めている。これは次の病因と密接な関係にあることは言を俟たない。

2. 原因疾患別構成

脳軟化、脳塞栓、脳梗塞 および 脳出血などを含めて、脳血管障害によると思われるものが28例中24例で、その大半を占めている。これはわれわれの診療科の特殊性を考慮しなければならないとしても、従来いわれているごとく、広義の脳血管性病因によって、失語その他の大脳巣症状が好発することを如実に物語っている。

3. 症状の要約

口頭言語と書字言語の障害を概括的に自発語、模倣、喚語、錯語、保続、簡単な理解、複雑な理解、自発書字、書取り、写字、仮名・漢字・文章の読みの13項目についてしらべてみると、障害の程度に多少の差はあるが、各症例ごとに比較的簡単にその臨床症状の特徴を知ることができる。

4. 失語型の構成

Broca 失語9例、**Wernicke** 失語9例、全失語6例で、大橋の分類による第I群に属する症例が28例中24例(85%)の多くを占めている。これは病巣の部位と広がりに関係することであるが、一方われわれが実際に臨床的に遭遇する症例の大部分のものが、第I群に属する失語型である可能性の極めて高いことを示している。このことはとりもなおさず、病巣が多くの症例でかなりの広がりを持ち、しかも言語機能の面からいえば、言語表出と言語理解の大きな2つの面に共に障害が及んでいることを示唆している。

5. 失語に伴伴するその他の巣症状

注目しなければならない症状は失算 **Akalkulie** である。この症状は各例によって程度の差はあるが、28例中20例に認められており、しかも失語の臨床型による発現頻度の差がみられない。したがって失算は言語障害ことに内言語の障害と極めて密接な関係にあるといえよう。その他の巣症状として構成失行、**Gerstmann** 症状群などが認められるが、これは頭頂後頭葉に侵襲が及んでいるか否かを覗う上に重要な所見といえる。

6. 神経症状

最もしばしば認められる症状は、優位半球に対して反対側の片麻痺である。われわれの症例では右の片麻痺または不全片麻痺の認められたものが28例中13例、左の不全麻痺が1例である。明らかな麻痺がなく、病的反射のみ陽性にてた例を加えれば更に高率となる。ことに **Broca** 失語では9例中6例、全失語では6例中4例と高率に認められるが、これに反して **Wernicke** 失語では9例中1例に右の不全麻痺を認めるにすぎない。これは **Broca** 失語または全失語においてはその侵襲部位が、解剖学的に運動領に隣接しており、運動領そのものあるいはその遠心線維の同時損傷を起しやすいことは、改めて強調する必要のないところである。

7. 予 後

一部の例を除いて長期の **follow-up** をしていないので、正確な事はのべられない。しかしわれわれの観察例のみについての印象を述べるならば、脳軟化などで症状の軽快するものも若干はあるが、一般に高令者の予後は不良のように思われる。これはわれわれの対象例の多くが、比較的高令の脳血管性病因によって発現した失語症の症例であることに大きな要因があるためと思われる。

以上われわれの全症例についての概括的印象であるが、個々の症例について説明を加える予裕がないので、失語型の確定が比較的困難で、かつ疾患の経過中に失語型の変遷のみられた症例について簡単に説明を加えてみたい。

症例12. 下村。本例については次章の剖検所見について述べる際に説明を加える。

症例20. 姉崎, 48歳, 男子, 右利き。

現病歴: 昭和43年8月26日交通事故で、10日間意識障害が続いた後、言語障害と右片麻痺のあることが明らかとなった。はじめ脳外科で諸検査、治療をうけていたが、症状の変化があまりみられないために、同年12月20日精神病院に転院した。

入院時所見: 口頭言語の表出はいずれも高度に障害

されて、自発語は「アカンナー」の一語のみであり、模倣も全く不能である。言語理解も強く障害されているが、「目を閉ちなさい」という程度の簡単な口命は理解可能で、表出面の障害よりも理解面の障害の方がやや軽度であるという印象をうける。書字では自発書字、書取りはともに不能であるが、写字はある程度可能である。また読字では仮名、漢字とも音読は不能であるが、漢字の意味はある程度理解する。このほかに極めて高度な失算と右の不全麻痺が認められるが、失行、失認などはみられない。

この症例の入院時の言語に関する所見からすれば、全失語か Broca 失語の重症型かの鑑別が困難であるが、言語理解の障害もかなり高度であるので、全失語として分類した。

入院後の経過：入院中言語訓練を行っていたが、本人の訓練に対する意欲は盛んで、受傷後約1年頃から次第に病像が変化し、言語模倣が著しく改善され、「犬は早く走ります」という程度の短文の模倣が可能となり、構音失行による音韻変化も軽くなった。しかし、それと同時に自発語、言語理解の障害は高度であるにもかかわらず、あらゆる口命をオーム返しに復唱するいわゆる反響言語 Echolalie の傾向が顕著となった。

この状態は失語の臨床分類からいえば、超皮質性失語の混合型と呼ぶべきものであろう。

一般に全失語の症状が改善をみる場合には、Broca 失語あるいは Wernicke 失語に移行するのが普通であるが、本例はこの意味で特異である。その原因は脳挫傷という脳損傷の特異性、すなわち損傷部位が瀰漫性に広がっていることに関連するが、言語訓練の影響も無視できないように思われる。

症例24. 酒井, 21歳, 男子, 右利き。

既往歴：2歳で感冒に罹患した際に不整脈を指摘されたことがあるが、その後無症状に経過していた。小学校の時、運動した際に何回か心悸亢進をきたし、失神発作を起したことがある。中学時代に何等の誘因なく徐脈あるいは頻脈をきたし、稀に痙攣発作を起すことがあった。

現病歴：昭和42年4月(18歳)に心悸亢進と胸内違和感を訴え、本学第二内科に入院し、心耳性フラッターの診断のもとに各種の治療が行なわれたが、症状の改善はあまりみられなかった。翌43年2月10日突然呼びかけに応じなくなり、発語も全く不能で、同時に右不全片麻痺が出現した。この時には軽度の意識障害があったものと思われるが、その後1週間以上を経過して、意識障害がなくなった時点でも、自発語は僅かの

残語がみられるのみで殆んど不能、模倣は全く不能。言語理解も極めて悪く、書字、読字ともに不能であるが、写字のみ可能であった。要するに発病初期は全失語の病像を呈していたが、その後症状は言語訓練とあいまって次第に回復し、約2年半を経過した現在、自発語はほぼ自分の意志を伝えうるまでに回復しているが、なお音韻変化があり、助詞のいいまちがえが多く、軽度の失文法を呈している。言語模倣は渋滞し、音韻変化があり、やや長い文章になると不能である。言語理解の障害もあるが軽く、繰返して述べればかなり複雑な指示も了解可能である。書字は右の不全麻痺のために左手で書き、拙劣ではあるが、書字機能そのものは正常である。読字では音読障害が顕著で、仮名の読みが漢字に比して一層悪く、動詞の活用、助詞の読み誤りや、錯読がみられる。

本例の現在の病像は純粋運動失語に近い病像であるが、言語理解の障害も残存しているので、軽症の Broca 失語として分類するのが妥当と考えられる。なお本例は本学耳鼻科で言語訓練をうけており、その間に著明な病像の改善がみられており、言語訓練の奏効例として注目された症例である。

症例26. 出口, 49歳, 男子, 右利き。

現病歴：昭和35年9月と11月(42歳)に右半身のしびれ感とめまいをおぼえたが、いずれも一過性であった。同年12月1日より口数が少く動作も遅鈍となり、同年3日以後は自発語がなくなった。

同年12月6日にわれわれの科に入院したが、当時明らかな神経症状はなく、精神的には自発性が減退し不活潑で、WAISの動作テストでI.Q. 90であった。言語障害としては、著明な喚語困難がみられ、比較的簡単な質問には応答できるが、説明、物語りの要約、複雑な表現はできない。言語模倣は良好で、音韻の変化、失文法、錯語はなく、保続傾向がみられる。言語理解の障害も僅かにあり、読字、書字、計算の障害も軽度に認められた。

約40日間入院していたが、退院時には語健忘その他の症状はなくなり、長い物語りの要約は困難であるが、自発性の減退を除いては他に症状をみないまでに回復しており、さらに約半年後にはほぼ全治といえる状態にまで回復した。

昭和42年5月2日(49歳)に突然返事をしなくなり、簡単な質問に僅かに応ずるが自発語はなく、夜尿がみられるようになり、まもなく再入院した。当時右不全片麻痺があり、自発性減退、動作の反復などがみられた。言語面では自発語はほとんどなく、語健忘や保続はあるが、言語模倣は良好で、錯語はない。読

字、書字は軽度に障害されている。その他の巣症状として中等度の失算、構成失行、地誌的記憶障害が認められた。その後右不全片麻痺のみが消失したが、他の症状は不変のまま経過し、昭和43年3月から8月の間に数回の痙攣発作が起り、左の不全片麻痺が加わったが、言語面の障害は不変であった。この間失算、構成失行、地誌的記憶障害が高度となり、着衣失行が認められるようになった。その後症状不変のまま昭和44年5月に退院している。

本例の初回入院時の状態は喚語困難が最も顕著である点で健忘失語に近く、また第2回目の発作以後は自発語の障害に比して言語模倣の機能がよく保たれている点から超皮質性運動失語とよべるが、いずれも純粋な型ではなく、臨床分類に問題のあった症例である。

症例28. 西川, 59歳, 男子, 右利き。

現病歴: 昭和41年の春頃(55歳)から、次第に身振り手振りを加えて話をするが多くなった。昭和42年の春頃から、言語理解の悪いことに気づかれ、本人も「話のポイントがつかめない」と訴え、表現面でも語健忘および話の纏りの悪いことが周囲から指摘され、日常生活に障害となるために、入院した。

入院時所見: 神経学的には著変なく、一般精神状態もやや多幸的である以外には変化なく、言語障害に対する自覚はある。

言語面の障害をみると、自発語はほぼ保たれているが軽度の喚語困難があり、文章構成テストで文法障害のあることが明らかとなる。模倣もかなり障害されており、短文の模倣では正答が得られることもあるが、やや複雑な文章や、意味のない音の模倣では誤りが目立つ。言語理解も障害されており、とくに語義の把握が困難である。書字は自発書字、書取りともに仮名では容易であるが、とくに書取りにおいて漢字にあて字が多くなる。読字では逆に仮名の意味理解が漢字のそれに比して悪く、漢字の音読では錯読が目立つ。

本症例の失語型は伝導失語に近いが、錯語が著明でなく、言語理解にも障害のおよんでいる点を考慮すれば、Wernicke失語の軽症型と理解することもできる。

その後現在まで約3年間経過を観察しているが、言語表出面での障害が明らかとなり、言語理解の障害が極めて顕著となり、また書字では書取りが著しく悪く、読字では仮名より漢字の意味理解がややよいが、全体に障害の程度が進んでおり、現在の臨床像は、Wernicke失語と考えるのが最も妥当である。しかし本例には現在でも失算はなく、かなり困難な暗算も速かにこなすことができる。

本例においては病巣部位のみならず、その背景をなす病因が問題である。表には初期の臨床診断を引用して脳軟化と記載したが、経過からみると、初老期の変性疾患を考える方がより妥当と思われるが、痴呆は前景に現われていない。本例のような病的過程の進行するものにおいては、失語の臨床型も時とともに変貌し、限局病巣を有する他の症例に比して、臨床分類が困難な場合もありうることは、容易に理解できる。

以上われわれの臨床例の一部を紹介したが、臨床症状の背景をなす脳病変をいかに正確にとらえるかが、われわれ臨床家に与えられた大きな課題である。そこで次に病理解剖学的所見について少し述べてみたい。

V. 失語の病理解剖学的検討

失語を主症状とする症例で、われわれが剖検によって病巣を正確に知り得た例は3例にすぎない。したがってこの経験から何等の結論もひきだすことはできないが、文献を参考にしながら、失語の局在について若干の考察を加えてみたい。

症例3. 祐安, 82歳, 女子, 右利き。

現病歴: 昭和43年4月22日老人ホームの庭で意識喪失して倒れているのを発見され、その2日後に某病院に入院しているが、その時の記載によると右片麻痺、失語、尿失禁があったということである。その後経過はよく、歩行も可能となり、摂食、排便も自力でできるようになったが、8月にいたって夜間譫妄がみられるようになったために、精神病院に転院した。

この時の臨床所見には右側の不全片麻痺と同時に錐体路症状がみられた。言語面では自発語はほとんどなく、言語模倣も著しく障害され、時に錯語も見られた。また言語理解も簡単な口命には応じられるが、やや複雑になると不能で、言語理解にも障害の及んでいることがわかる。さらに自発書字は全く不能、写字もできない。読字は一部可能であるが、保続がみられる。このほかに高度な失算があるが、失行失認症状はみられない。

この症例は発病以来約1年4カ月の経過で老衰による心衰弱により死亡しているが、この間失語症状はほとんど不変で、その臨床症状から脳軟化によるBroca失語と診断されている。

剖検所見: 脳の動脈に広くAtherom変性がみられ、ことに中大脳動脈は左側が右側に比して強い硬化像を示している。脳表面では左の下前頭回転のPars opercularis (Broca中枢)を中心とする領域が著しく軟らかく、この部の皮質が萎縮し、皮質下に軟化巣の存在することを示唆している。この部の剖面では下

8 表

症例	年齢	利き手	臨床診断 (病因)	口頭言語障害						書字言語障害						失語型	他の主な	巣症状	神経症状	予後		
				表			出			理解			書	字	読						字	文
				模倣	喚語	錯語	保読	簡易	複雑	自発語	書取	写字										
3. 祐安	82	右	脳軟化	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	失算	失算	右片麻痺	
12. 下村	71	右	脳軟化	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	失算	失算		
"	76		"	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	失算	失算		
22. 川道	41	右	脳軟化	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	失算	失算	右片麻痺	
"	42		"	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	失算	失算	右片麻痺	

前頭回転の **Pars opercularis** ならびに前中心回転の下部の髄質が軟化に陥っており、軟化巣は後方ではさらに内包の前端、中前頭回転髄質、島葉の前端部にも広がっている。この病巣の位置は、従来 **Broca** 失語の好発部位とされている下前頭回転の **Pars opercularis** ならびに前中心回転の下部約1/3の領野を完全に侵襲しており、臨床的にみられた **Broca** 失語の病理学的背景がよく説明される症例である。

症例12. 下村, 76歳, 女子, 右利き。

現病歴: 昭和39年6月13日頭痛を訴えて某病院に入院したが、睡眠が悪く、落ち着きがなく、辻褄の合わないことをいうので、同年6月18日に精神病院に転院した。

入院時所見: 身体的には 176~80 mmHg の高血圧があり、頭痛を訴えており、脳波に左右差が見られる以外には所見がない。これに反して言語面での障害は強く、自発語では高度な喚語障害と保続がみられ、言語模倣が全く不能であるにもかかわらず、自発語の量は却って著しく増加し、しかも錯語、錯文法が顕著で、いわゆる **Jargon** 失語があり、一旦話しはじめると、意味のわからないことを喋り続ける。一方言語理解はごく一部の語をのぞけば殆んど不能である。したがって書字言語について十分な検査はなしえないが、かなり高度な失書および失読を随伴していることは確かである。しかし日常の動作には大きな障害はなく、多幸的で自己の重篤な言語障害を気にしている様子はみられない。すなわち、入院時の状態像は脳軟化による **Wernicke** 失語である。

この症例はその後約5年間生存しており、昭和40年9月頃に第二回目の発作があり、**Jargon** 失語が変貌し、自発語はほとんどなくなり、言語表出と言語理解の両面に強い障害がみられるようになり、全失語の状態で末期に原因不明の高熱が起り死亡した。

剖検所見: 主な肉眼的所見を要約すると、脳動脈に強い硬化があり、ことに左中大脳動脈、左椎骨動脈の硬化が著明で、内腔は強く狭窄している。側頭極をよぎる割面で、下前頭回転および島葉前部の髄質に限局性の軟化巣がみられる。さらに脳梁膨大部よりやや前方の割面では **Sylvius** 溝周辺の下頭頂小葉および上側頭回転髄質に主座をもつ大きな軟化巣がみられる。これらの軟化巣はおのおの独立しており、軟化巣の広がりや脳表面の **Schema** で示すと図2の如くなる。すなわち2つの大きな皮質下軟化巣が、おのおの **Broca** 中枢および **Wernicke** 中枢を含む領野を独立に侵している。

この症例の頭初にみられた **Jargon** 失語の状態は

图 1

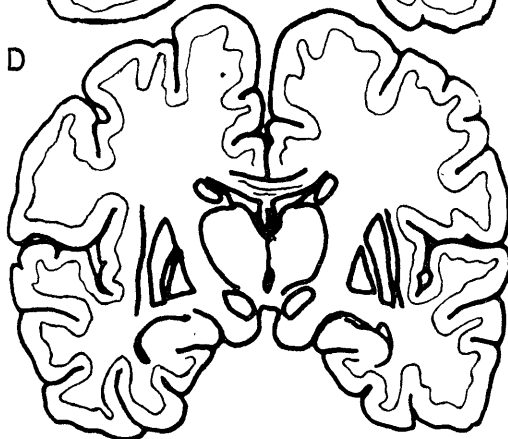
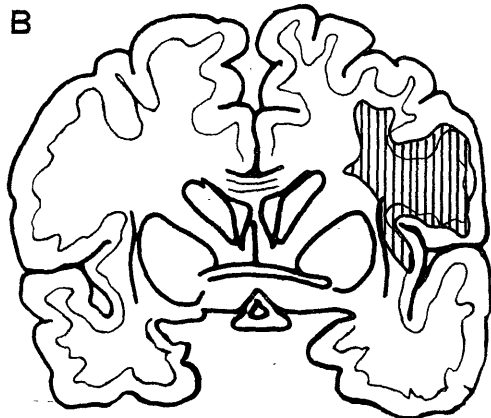
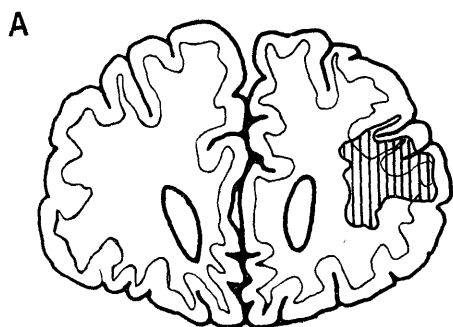
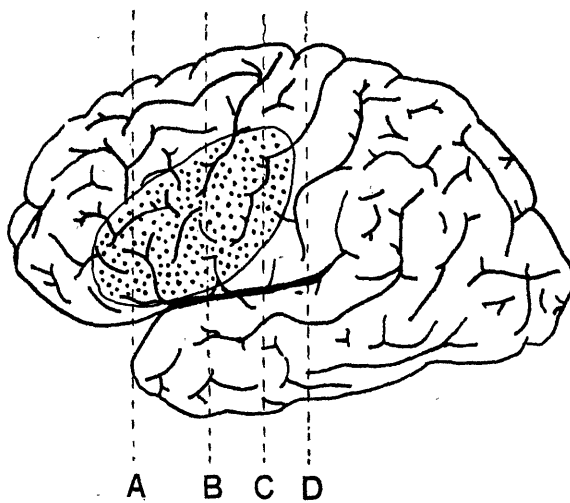


图 2

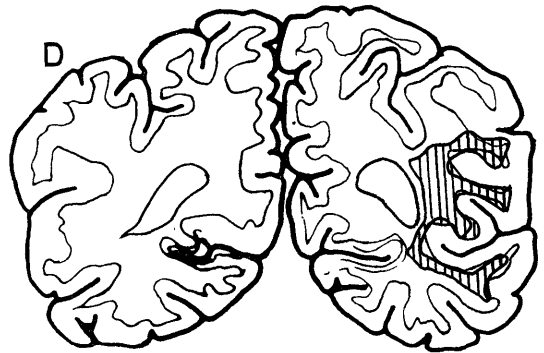
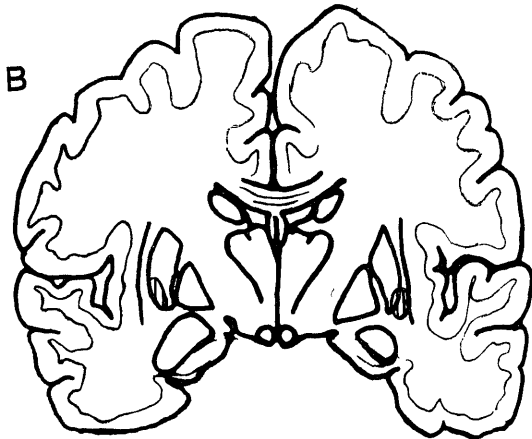
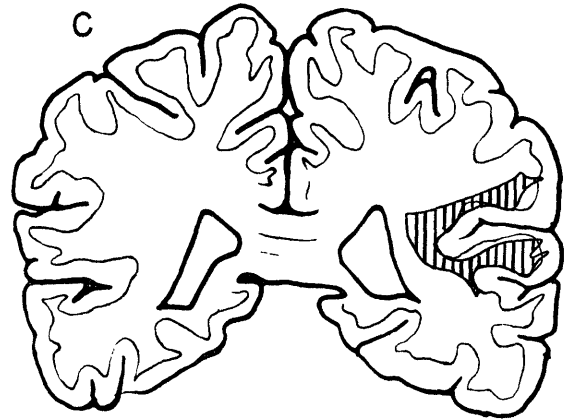
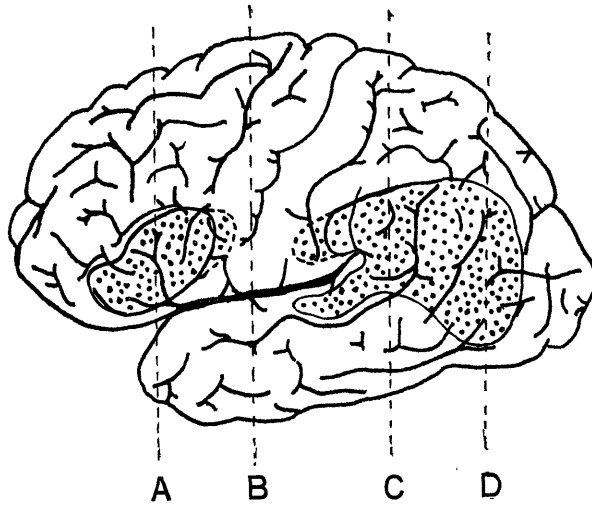
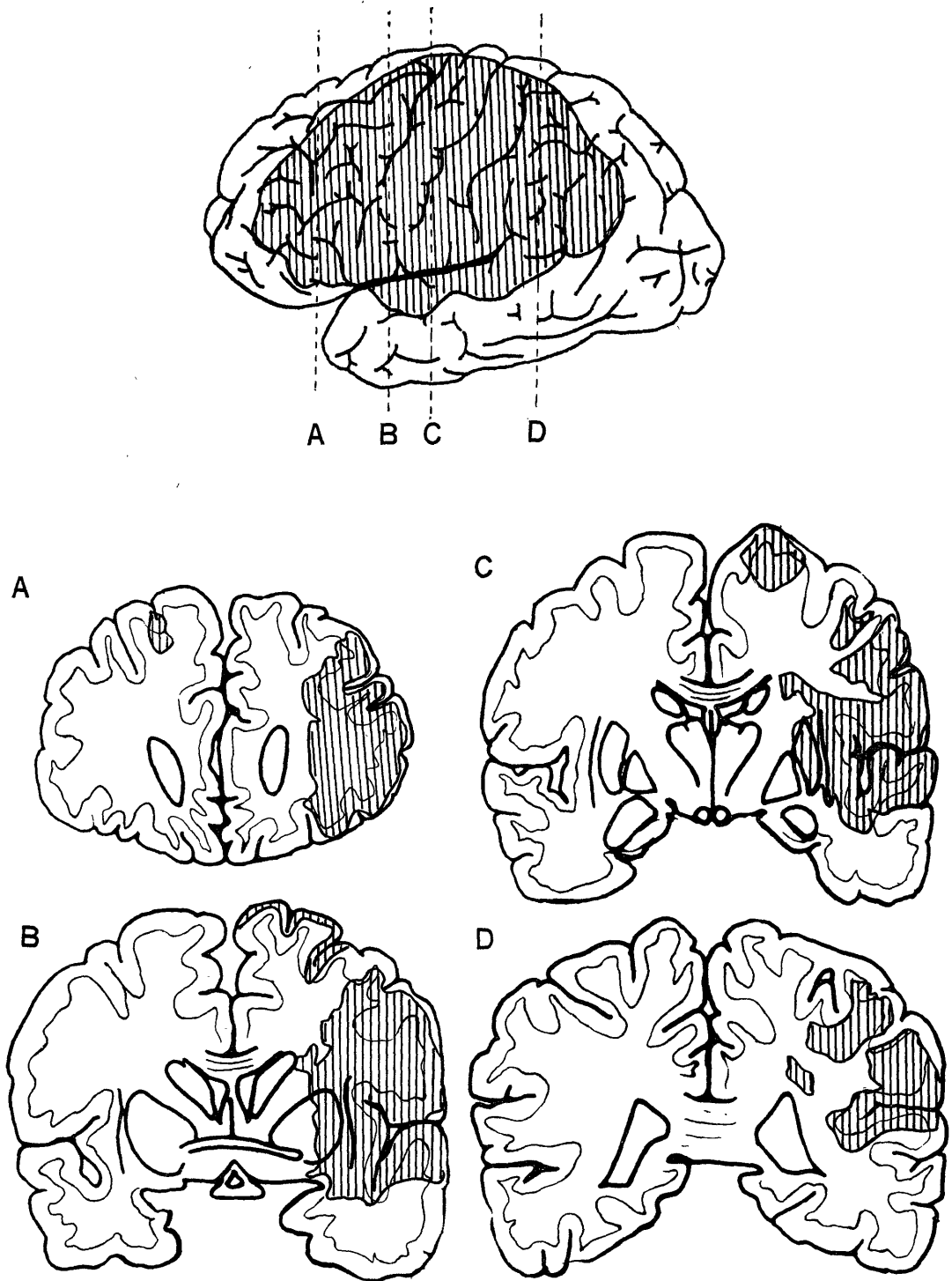


図 3



側頭—頭頂—後頭にまたがる病巣より発現し、後に前頭の軟化が加わって全失語に移行したものと考えれば、病理所見と臨床症状との関連性がよく理解できる。

症例22. 川道, 42歳, 男子, 右利き。

現病歴: 昭和43年7月から8月にかけて、冷房のきいた場所に入った時約10分位い発語が不能となるという発作症状が3~4回繰返し起つている。しかし当時医師の診察を受けていないため正確な症状はわからないが、家人の話を経合すると、一過性の純粹運動失語か軽症の Broca 失語であったことが推測できる。同年11月14日急に意識喪失と同時に全身の痙攣発作をきたし、約1時間後に意識はやや回復し、数日後には外見上意識清明にみえる状態になったが、言語表出、言語理解はともに強く侵されており、口頭言語を媒体とする意志疎通は全く不能な状態でわれわれのところに入院した。

入院当時の症状: 口頭言語は表出、理解ともに強くおかされており、また書字言語も書取り、音読は全く不能であるが、写字は良く、簡単な文章は理解可能であった。その他の症状として高度な失算がみられたが、日常の生活態度からみて、少くとも高度な失行、失認症状はみられなかった。一般にこのような症例では右の片麻痺を伴うものが多いが、この症例ではみら

れなかった。

本例の症状は一部悪化した。同年12月20日に至って再び左の半身痙攣をおこして昏睡状態に陥り、さらに失外套症候群を呈するようになり、右の片麻痺が明瞭となり、翌年4月9日に死亡するまで、約4カ月間この状態が持続した。

要するにこの症例は、はじめ純粹運動失語または軽症の Broca 失語と思われる症状が一過性に出現し、その後全失語の症状が持続的に現われ、さらに末期には失外套症候群を呈して死に至ったものである。

剖検所見: 主な病変を要約すると、左の中大脳動脈の支配領域、すなわち外側大脳裂をとりまくように中、下前頭回転の後方部、前中心回転の下半部、後中心回転、下頭頂小葉および上側頭回転の後半が強く萎縮し、硬度は軟で、広汎な軟化巣があることが判る。剖面でこの軟化巣は島葉皮質、被殻、淡蒼球および内包の上野、半卵円中心に達する巨大な病巣を呈している。この病因は極めて高度な脳動脈硬化であり、病変の広がりには Schema に示した通りである。

この軟化巣は最初からのものではなく、第2回目の発作によって拡大したものと思われるが、障害部位が従来記載されている言語機能に関係のある領域のほとんど全てに及び、全失語の発現は当然といえる所見である。

表 9

失語型 障害部位	Broca 失語	純粋 運動失語	「超皮質 性」 運動失語	Wernicke 失語	純粋 感覚失語	「超皮質 性」 感覚失語	全失語	「超皮質 性」 混合型	伝導失語	健忘失語
F ₃ Pars opercularis	+	+ ?					+	-		
G. prae- centralis. 6aa	+	+					+			
Lobus front. (瀰漫)			+				+	+		
Corpus callosum (前半)	+ ?						+			
Insula							+		+	
G. temp. transversi							+		+	
T ₁ 後 $\frac{1}{2}$ ~ $\frac{1}{3}$				+	+		+	-		
Lobulus parietalis inferior				+		+	+	+	+ ?	+
T ₂ } 後部 T ₃ }				+		+	+	+	+ ?	+

われわれの剖検例は以上述べた3例にすぎず、これからは何等の結論も得られないが、従来の記載を逡巡して感じることは、失語の各病型別の定位が必ずしも容易でないということである。ちなみに従来記載されている脳の損傷部位と臨床失語型との関係をまとめてみると表9のごとくなる。

Broca 失語、純粋運動失語、超皮質性運動失語などの口頭言語の表出に最も強い障害をもつ運動失語群では、前頭葉とくに下前頭回転の *Pars opercularis* (**Broca** 中枢)を中心とした前頭葉下部およびこれに続く脳梁などの侵襲によって起り、古典論という皮質性、皮質下性の区別は実際にはないようである。

これに反して **Wernicke** 失語、純粋感覚失語、超皮質性感覚失語など、言語理解の障害の最も高度な感覚失語群では上側頭回転の後方 $\frac{1}{2}$ ~ $\frac{1}{3}$ の **Wernicke** 中枢を中心として、下頭頂小葉、中一下側頭回転後部の侵襲によって起っている。全失語は前2者の侵襲を併有するもので、改めて説明を要さない。

上に述べた3群から漏れるものが超皮質性失語の混合型、伝導失語および健忘失語である。このうち超皮質性混合型は頭頂葉および側頭葉の広範な瀰漫性病巣をもちながら、**Broca** および **Wernicke** 中枢は健存

していると考えられるものである。伝導失語では島葉および横側頭回転の損傷が重視されている。また健忘失語では中一下側頭回転の後部が重視されているが、下頭頂小葉の損傷が無視できないという説もあり、定位の困難な失語型である。これは独立して出現することが稀で、他の失語型の経過中に一過性に現われる場合が多いために定位を困難にしている。

VI. 結 語

われわれの僅かな経験例をもとにして、失語の研究に新しい何ものも加えることはできないが、臨床医として失語症状をより深く分析することによって、大脳の局所診断に裨益すると同時に、その症状の動きをとらえることによって病因、予後および治療に有益な示唆が与えられる。他方、大変不幸な出来ごとではあるが、言語機能の解体が自然に、しかもさまざまな形態で作り出されている失語症は、言語学的な立場からみても興味の尽きない研究課題であるはずである。われわれの如く言語学的素養の乏しい臨床医にとっては、言語学的な接近は困難であり、今後この方面からの接近によって、失語症の言語学的研究に大きな成果があげられることを期待している。

本稿は第15回日本音声言語医学会総会の特別講演の原稿をほとんど加筆せず掲載したもので、原著の形式をとっていないのはこのためである。

大塚良作