

## 失語並びにその近縁症状の剖検的所見

千葉大学医学部神経精神科学教室（主任 荒木直躬教授）

竹之内 弘

HIROSHI TAKENOUCHI

（昭和 35 年 1 月 25 日受付）

## 目 次

I 緒 言	II 考 察
II 症 例	IV 結 語

## I 緒 言

失語症に於ける類型及び其病理解剖学的領域に就いては、現在猶、種々の論点の認められる処である。即ち、臨床型分類に於ては、Wernicke-Lichtheim の古典言語模式に始まり、Kleist. K., の体型分類、其の他、Liepmann-Kramer, Goldstein, Monakow, Henry-Head 等の分類<sup>1)</sup>有り。猶、画一的類型をみないが、井村<sup>2)</sup>は一般に失語症類型の臨床型区別は、静態的に現在証に依り行なわれ、其全経過に対する顧慮が少ないと批判し、又、病理解剖学的失語領域と、範囲に就いて、Wernicke は、Fissura Sylvii を囲む erste Windung を想定した。其記載する領域に就いては、失語症論の変遷、即ち、Goldstein を初めとする、所謂全体論傾向に於ても、概略的に、著しい見解の差異を示しては居ないものの、猶、不明な点多く、其臨床病理解剖学的研究は、現在に於ても欠くべからざるものであり、又、多くの業績発表が試みられている。

私も又、昭和 17 年より、昭和 33 年に至る間、我教室に於いて、失語及びその近縁症状を呈したものの、9 例に就いて、死後剖検する事を得たので、茲に其所見を発表する次第である。

## II. 症 例

## 症例 1. A. K. 33 才 右利

疾患名 脳軟化症（運動性失語症）

## 1) 既往歴

昭和 14 年、卒中発作に罹患。意識回復後、右片麻痺と同時に思う様に喋れず、又、毎年春季になると、時々癲癇様痙攣発作が出現する様になった。併

し、格別治療せずに経過したが、前記症状不変で、好転の徴候無く、昭和 17 年 1 月 29 日入院した。

## 2) 入院時所見並びに経過

入院時、意識障害は認められないが、著明な失語症状を呈し、身体的には、顔面筋の右側軽度麻痺を認め、瞳孔は左右同大、対光反応及び眼球運動は、正常であつた。併し、視野検査は、領解悪く不能。胸腹部に異常所見を認めないが、右側上下両肢の筋強剛、運動並に知覚異常（触覚鈍麻）有り。右側性片麻痺を呈し、右側二頭並に三頭筋腱反射は著しく亢進して居たが、下肢の病的反射、膝及び足間代等は認められなかつた。血圧は 140~120 mmHg で、血管壁は硬化性を帯び、握力は左側 35、右側 9 で、右側の減弱有り。脳脊髄液検査に於ては、液圧 170~110 mmH<sub>2</sub>O、細胞数 13/3、Pandy (±)、Nonne (—)、ノルモ乳脂反応正常で、脳脊髄並びに血液梅毒反応は、熟れも陰性であつた。其の後の経過では、同年 7 月気脳撮影に於て、左側脳室後角の拡大有り。同年 8 月中旬に至り、突然叫声と共に頸部を左側に屈曲させ、強直性間代性痙攣発作 1 回出現。併し、爾後格別変化は無かつたが、昭和 19 年 11 月頃より、漸次知的障害高度となり、又、自室にて無為閉居の生活をし、この頃には、自発言語も全く認められず、翌昭和 20 年 2 月中旬より好轉、又、食思欠損と共に、瘦削、失禁有り。同年 4 月頃から、終日臥床し、瘦削高度となり、同年 6 月 25 日死亡した。

## 3) 入院中の失語及び近縁症状

当初、自発語極めて悪く「ウン。」「ヘイ。」（『はい』の意。）と云う程度の単純な、又、極少数の発語のみで、言語理解も不完全、音読、自発書字等、

書字言語も高度に障害され、更に身体部位指示も、不能であつた。約6ヵ月後より自己の姓名についての自発書字及び書取は可能、但し、漢字のみで仮名文字は不能であつた。その他、模写も良好となつたが、喚語困難、見当識、記憶、記銘力等は依然悪く、爾後は、著変無く経過した。入院後約2年半頃より自発語、模倣語は錯語を加えて少々可能となつたが少数の言語で又、機械的であつた。約3年後より、音読に於ても錯読を認めるが、少々可能になる等、音声言語及び書字言語障害の軽度改善の徴候が認められたが、記憶、記銘力、計算力等、智的面に於ける改善は認められなかつた。

#### 4) 剖検所見(附図1. 2. 3参照)

左側後中心回下1/3より下頭頂葉上縁回の大部、及び角回、更に第一側頭回、後1/3に亘る鶏卵大の軟化巣あり。軟化巣は、髓質深部迄波及し、左側島回は著しく破壊され、又、レンズ核にも及び、軟化巣は更に上方髓質、又、前方第三前頭回脚部、前中心回にも波及して居た。左側脳室は拡大し、特に左側脳室後角は、外側方に著しく拡大し、第一側頭回の軟化巣とは、浅薄な白質を以つて境されて居た。其他、左前中心回中央部皮質にも、小軟化巣を認めた。

#### 症例2. Y. H. 50才 右利

疾患名 脳軟化症(運動性失語症)

##### 1) 既往歴

昭和19年3月頃から、持続性の頭痛出現し、同年5月初旬、血液梅毒反応強陽性の為、駆梅療法を受けたが、著効無かつた。5月中旬より、次第に頭重、頭痛(特に前額部)増悪し、又、軽度乍ら、右上肢運動不全出現し、同時に思う様に喋れず、更に新聞を読む事や、手紙を書く事も困難になつて来た。其の他、物忘れが目立ち、煙草の名を思い出せなかつたり、計算能力も低下し、仕事は殆んど出来ず、時々「考が纏らない。」と言ひ、茫然として居る事が多くなつた。同年5月下旬、再び駆梅療法を受けたが、依然として同様の状態で、10月28日入院。

##### 2) 入院時所見並に経過

顔面少々非対称性で右側顔面筋の軽度麻痺有り、瞳孔は、左右共少々散瞳して居るが、左右等大、対光反応迅速、眼球運動正常であるが、両側性視野狭窄有り。特に右側は外方1/4欠損が認められた。胸腹部に異常所見無く血圧は170~84 mmHgで握力は、右5、左9で両側共減弱して居た。右上肢、稍

々麻痺性であるが、四肢の運動並に知覚異常は認めず、両側、二頭並びに三頭筋腱反射、膝蓋腱反射は著明に亢進して居た。併し病的反射は認められなかつた。血液梅毒反応は Wa. R. (卅)、井出(卅)、村田(卅)、脳脊髄液所見は液圧170~110 mmH<sub>2</sub>O 細胞数3/3, Pandy(±), Nonne(-), ges. Eiweiss 16 mg%, Wa. R. (-), ノルモ乳脂反応は、正常であつた。又、著明な失語症の他に、感情鈍麻の傾向が認められた。

爾後病状経過は、悪化の一步をたどり、昭和19年12月癲癇様痙攣発作出現し、同月中旬より、1日1回1~2時間に互り、発作的に苦悶様表情を呈す様になり、感情易怒の傾向がみられると共に、食事摂取は極めて悪く瘦削し、翌年1月中旬より殆んど喋らず、1日中横臥し、同年4月に死亡した。

##### 3) 入院中の失語及びその近縁症状

当初、言語理解は概ね正常であるが、自発語悪く「困つた」「知らない」等の、単純な、少数の発語及び著明な喚語障害有り、物品を提示しても、名称を思い出せず、迂廻操作有り。又「エート」等と云う、副詞的再帰性発語が頻発、更に、反問性の反響語、保続症有り。模倣語に錯語を認め、書字言語に於ては、文字理解に軽度の障害有り。音読に於ては、漢字仮名共障害されて居た。自発書字は、殆んど不能で、模写及び書取は不完全、特に仮名に於て著しい。身体部位指示も不完全で誤多く、模倣行為は「首を曲げる」「下肢の伸展」等、単純な行為は可能であるが、複雑な行為は、不可能で、又、積木細工、図画等に於て、構成失行が認められた。以上の状態は、殆んど改善されず、末期迄認められた。

##### 4) 剖検所見

左側、上頭頂葉より下頭頂葉及び後頭葉に著しい脳回の破壊有り。又、角回、上縁回より第二側頭回の大部に互り、髓質に及ぶ瀰漫性の軟化巣有り。更に左前中心回より、後中心回の大部に互り、皮質より皮質下に達する瀰漫性の軟化巣を認め、右側に於ては、角回及び第一側頭回後1/4皮質下に軟化巣有り。第三脳室上外側角部髓質内に、大豆大の軟化巣及び内包外上方にも髓質内に軟化巣があり。

#### 症例3. S. T. 38才 右利

疾患名 進行麻痺(Lissauer型)(健忘性失語症)

##### 1) 既往歴

昭和18年頃から、性格変化が目立ち、些細な事で易怒、亢奮し、時々、実母に暴行する事有り。其後

次第に暴力行為著しくなり、昭和20年8月頃から、実母は勿論、家族全体に対し、怒鳴り散らし、暴行を働き、常に刀物を携帯、時には、「母を殺す」等と口走る等もあつた。又、仕事に身が入らず稼動しても、収益は飲酒し、更に多食の傾向が、出現して来た為、同年10月入院した。

#### 2) 入院時所見並びに経過

顔面痴鈍様を呈し、精神的には、感情易怒、拒絶の傾向有り。領識、記憶、記銘、計算は稍々悪い。身体的には、瞳孔は、両側共不正、且つ、不同(右>左)、対光反応は、両側共、遅鈍であつた。胸腹部、四肢の運動、知覚に特記すべき所見を認め無いが、軽度の言語蹉跌があり。脳脊髄液は、液圧180~100 mmH<sub>2</sub>O、細胞数158/3、Pandy(卅)、Nonne(卅)、ノルモ乳脂反応、5.5.5.4.3.2.1.1.0.0. Wa. R. は、血液共強陽性であつた。其の他、不眠、頭痛を訴えて居たが、数日後癲癇様痙攣発作出現。其後約7時間位、意識濁濁有り。意識回復後より、床上に横臥し、或いは徘徊し、又、便所に手を突込む等、異常行動、不安状態が出現したが、発熱及び駆梅療法に依り、同年10月下旬漸次平静となり、異常行動や、不安状態は消褪し、昭和20年12月3日退院した。併し、1年とは続かず、再び落着き無く、稍々多弁、多幸性となり、昭和21年10月19日再入院した。間も無く加療に依り平静となつたが、稍々多幸性気分、感情鈍麻、領識、記憶、記銘障害が認められ、更に、この頃より、軽度持続性の失語が出現した。其後、翌昭和22年1月21日より2月18日迄の間に、強直性間代性痙攣発作頻発し、其回数8回にも及んだ。後、好褥感情鈍麻の傾向が著しくなり、又、同年7月頃より失語著明となつた。同年9月頃より稍々瘦削し、昭和23年に入つてからは余り喋らず、同年11月下旬、再び痙攣発作頻発。其後昏睡状態となり、一時意識障害の回復をみたが全身衰弱著しく、同年12月中旬に死亡した。

#### 3) 入院中の失語所見

当初、軽度の喚語困難、及び呼称テストの際に、著しい保続的色彩を帯びた一種の再帰性発語(「コレハ」等)、及び書取に於て、軽度の錯書有り。併し、自発言語、文字及び言語理解、自発書字、模写等に於ては、格別の異常無く、更に失認、失行症も認められなかつた。以上の状態で著変無く経過したが、昭和22年7月頃より喚語困難稍々著しく、又、音節性錯語(ヨージ→ヨウデ)あり。同年10月頃からは、喚語障害著明となり、言語理解の軽度障害

及び、音読に於ける錯読が認められ、自発書字、書取、模写に於ては、軽度の錯字、脱字が有り。又、文字理解には著しい障害は無いが、軽度の失認、失行症も認められた。併し、模倣語に著変は無かつた。翌昭和23年3月頃からは、自発語の減少が認められたが、他の症状は持続性に末期迄、認められた。

#### 4) 剖検所見(附図4参照)

全体的に脳膜は、濁濁し、頭頂部では、軽度の脳膜癒着有り。脳回は、全般に萎縮し、特に左側第三側頭回より、側頭葉先端に至る下面、及び右側第三前頭回下面に於て萎縮が著明である。剖面に於ては、左第三前頭回より前中心回下1/3に至る皮質下及び右第二前頭回より前中心回下1/3に至る軟化巣を認め、更に、左側島回に於ける脳回萎縮を認める。

#### 症例4. M. H. 15才 右利

疾患名 脳腫瘍(Kraniopharyngiom)(運動性失語症)

#### 1) 既往歴

昭和22年3月頭部外傷後より、飛視、眩暈、両側性視力障害有り。同年暮脳腫瘍の診断を受けた。併し、手術不要と言われ、其儘放置したが、視力障害は軽快せず、盲啞学校に転校した。当時、視力障害の他は、格別之と云う事無く、又学業成績は常に上位であつた。其後、昭和26年夏、一過性の熱発後、視力消失し、時々眩暈、嘔気出現。昭和27年12月に至り、約10日間、後頭部劇頭痛あり。其後物事に対する興味無く、又根気無く自閉的、且つ寡言、更に性慾異常亢進が認められ、この頃より、漸次、学業成績は低下した。翌昭和28年3月、一過性の意識消失有り。同年10月頃より多食、肥満、頭痛、睡眠発作出現。其後、同年11月中旬より、右片麻痺、知覚鈍麻、失語症状がみられる様になり、同年12月20日入院した。

#### 2) 入院時所見並びに経過

入院当時、意識障害は認められず、知能年令は低下し、11才であつた。身体的には、右顔面筋麻痺、嗅覚鈍麻、共働性内斜視有り。両眼視力は、光覚を弁ずる状態であつた。胸腹部に異常所見は無いが、右上肢前腕部に知覚過敏有り。握力は右24~10、左23~20で四肢の運動、知覚障害は認めなかつた。膝蓋腱反射は右側、亢進して居るが、病的反射は認められない。脳脊髄液検査に於ては、液圧320~270 mmH<sub>2</sub>O、細胞数9/3、Pandy(卅)、Nonne(卅)、

ノルモ乳脂反応, 1. 2. 3. 4. 4. 4. 3. 2. 1.0 脳脊髄並に血液梅毒反応は熱れも陰性であつた。気脳撮影に於ては, トルコ鞍部, 高度に侵蝕され, 又, 軽度の石灰沈着を認めた。爾後, 脳液排除に依る脳圧低下を試み, 其結果, 睡眠発作は消褪したが, 其他の症状は不変であつた。昭和29年3月に入り, 脳血管撮影を実施したが, 後, 熱発と共に構音障害出現, 又脳脊髄液圧は最高500 mmH<sub>2</sub>Oにも及び, 外観は, 暗褐色を呈し, 総コレステリン量は, 13 mgに及んだ。同年3月下旬より漸次瘦削し, 5月下旬より, 意識濁濁, 頻回の嘔吐が出現した為, 前額部開頭し, 視束交叉前部囊腫の, 一部切除を実施したが, 全身状態の軽快をみず, 9月中旬に死亡した。

### 3) 入院中の失語, 及びその近縁症状

当初, 自発言語は少々困難で, 何か言おうとする途中で「駄目だ, 言えない。」等と言ひ, 又, 喚語障害も認められるが, 模倣言語, 言語理解に異常無く, 更に, 点字の文章を音読し, 理解する事も可能であつた。其他, 失行, 保続症は, 認められないが, 嗅覚の鈍麻あり。更に, 自発語困難の際は, 少々不機嫌となる。かかる超皮質性運動失語の状態は, 末期迄不変の儘, 持続した。

### 4) 剖検所見(附図5.6参照)

左 Sylvii 裂下髓質内に発生した Kraniopharyngiom で, 左側脳室は, 下方に圧迫縮小され, 左前頭極部より, 左第一前頭回前3/4, 第二及び第三前頭回の大部, 前中心回下1/3の広範囲に互る脳回の萎縮, 及び右側頭葉前極部の脳回は殆ど形状を留めぬ迄不明瞭になり, 囊腫様形成を示し, その大き, 鶏卵大で, 脳実質とは, 被膜を以て接している。又, 左側頭葉後部, 島回, 第一側頭回, 後中心回下1/3に互り, 腫瘍に依る脳回の圧迫萎縮有り。更に, 第四脳室底部にも波及し, 第四脳室を上方に圧迫している。猶基底動脈は, 囊皮に包被されて居た。

### 症例5. 45才♀ 右利

疾患名 蜘蛛膜下出血症兼脳出血症(運動性失語症)

#### 1) 既往歴

昭和27年7月28日極度の疲労感, 肩凝, 頭重, 頸部緊張感有り。翌29日に至り, 劇頭痛, 嘔吐発熱したが, 意識障害及び運動麻痺は, 全く認められなかつた。其後引続き自宅にて加療したが, 劇頭痛軽快せず, 同年8月15日入院した。

#### 2) 入院時所見並びに経過

意識障害無く, 顔面は, 左右対称性で麻痺無く, 瞳孔は, 左右等大, 対光反応, 少々遅鈍であつた。又, 頸部強直, Kernig 症候等, 脳膜刺激症状が認められたが, 胸腹部異常所見無く, 四肢の運動, 知覚, 病的反射は認められなかつた。血圧は, 110~90 mmHg で血管硬化無く, 脳脊髄液所見は, 液圧300~150 mmH<sub>2</sub>O (5 cc 排除) に及び, 外観は純血液様であつた。脳脊髄液並に血液梅毒反応は熱れも陰性であつた。猶, 当時失語症状は認められなかつた。同年8月19日, 高熱と共に, 嘔吐, 意識障害, 尿失禁有り。一時昏睡状態に陥入つたが, 8月21日頃より漸次下熱, 意識障害も次第に回復して来た。併し之と同時に, 著明な失語症状と, 右片麻痺を認めた。失語症, 及び右片麻痺は, 時日と共に軽快し, 特に歩行は, 自発的歩行可能となり, 又, 脳脊髄液所見も良好となつたが, 時々原因不明の微熱有り, 同年12月に至り, 全身黄疸と共に, 肝臓肥大し, 種々加療するも軽快せず, 血液 Birubin 量は33~42倍陽性を示した。翌昭和29年4月, 未治退院し, 5月21日 Cholemie で死亡した。

### 3) 入院中の失語並にその近縁症状

当初は, 完全失語症状を呈し, 言語理解, 自発言語等全く不能であつたが, 数日後発語衝動の制止症状が認められ, 又, 之の消褪と共に, 時々再帰性発語, 或は「窓しい」等の簡単な発語及び言語理解の軽度改善がみられた。10月中旬には, 言語理解可能となつたが, 自発語に著変無く, 自発書字は極めて悪く, 錯読又, 模写, 書取に於て錯書あり。更に仮名文字の障害著しく, 漢字は, 割合容易な点が認められた。模倣語に於ては, 音節を個別的に発音する事は困難で, 錯語を起し易い。更に, 保続症, 喚語困難の他に, 色性失認症が認められた。其後の経過に於て, 文字理解障害の軽度改善が認められたが, 其他の症状は回復せず最後迄残つて居た。

### 4) 剖検所見

左第一前頭回より, 左第二前頭回及び前中心回に亘り皮質下に少々陳旧性小出血性軟化巣, 及び, 左前中心回の髓質より内包に至る部に, 同様, 出血性軟化巣有り。脳底動脈は, 部分的に, 破壊の像を示し, 分岐部に小動脈瘤と, 其破綻出血巣を認めた。

### 症例6. K. N. 64才♂ 右利

疾患名 脳軟化症(運動性失語症)

#### 1) 既往歴

10才頃から飲酒を覚え, 30才頃には毎日清酒1

升以上痛飲。昭和29年に入つてからは焼酎毎日3合程度飲酒すると云う程、酒を嗜んだが、同年2月20日飲酒後熟眠し、一酸化炭素中毒に罹患し、一時意識不明となつた。意識回復後、頭重を訴えたが以前より寡言となり、漸次、物忘れが目立つと共に、日中でも茫然とし、同月28日には火を燃した儘買物に行き、又支払を忘れ、更に自宅の失火でも、茫然と突立つて見て居る様な事有り。翌日より歩行困難が生じ、又左上肢運動不全、失禁、更に極めて口数寡く臥床し勝ちになつたが、時に塵を払う様な、奇妙な身振をする様になつて来た為、同年3月17日入院した。

#### 2) 入院時所見並びに経過

顔貌稍々痴鈍様を呈し、注意稍々散漫、時に奇行の行為が有つたが、不安、不眠状態は、認められなかつた。又、入院当初より、後述の様な、失語所見有り。身体的には、瞳孔、左右等大、稍々散大、対光反応は速かで、視力障害無く、胸腹部にも異常所見は無い。右下肢に、軽度の、運動不全麻痺、知覚障害が有るが、病的反射は認められず、両側膝蓋腱反射は減弱していた。血圧は、168~88mm Hgであるが、軽度血管硬化が認められる。脳脊髄液所見は、液圧250~180 mmH<sub>2</sub>O、細胞数12/3, Pandy (±), Nonne (—), 総蛋白量20mg% ノルモ乳脂反応正常で、脳脊髄液並びに血液梅毒反応は、熟れも陰性で有つた。其後、病状は一進一退であつたが、4月13日脳撮影後、頭痛、嘔吐、熱発と共に全身状態悪化し、睡状態に陥入り、4月19日に死亡した。

#### 3) 入院中の失語、及びその近縁所見

当初より自発語極めて悪く、僅かに肯定語を發する程度で、喚語（特に名詞）困難、音読障害も認められた。自発書字、及び書取模写に於ては、無意味な、実線を書く丈で、文字理解も、軽度に障害されているが、言語理解及び模倣語は正常で、保続性言語は認められなかつた。又色性失認症有り。更に単なる行為、例えば「舌を出す」「頭をかく」等の単純な命令遂行は可能であるが、複雑な行為は不能で、其他計算も悪かつた。この様な状態より、3月中旬に至り、自発語障害は稍々軽快して来たが、其他の病状は不変の儘末期迄認められた。

#### 4) 剖検所見

脊椎動脈及び基礎動脈は稍々硬化し、右脳半球は全体的に軽度萎縮し、蜘蛛網膜は、脳底に於て稍々肥厚して居た。又、左側頭葉も全般に亘り、軽度、脳

回の萎縮あり。剖面に於て、両側性内包に小出血性軟化巣を認め、更に第三脳室は、左右共に拡大、特に左側は、右側より大である。

#### 症例7. S. N. 25才 右利

疾患名 脳軟化症（運動性失語症）

#### 1) 既往歴

昭和29年暮頃から時々物忘れする様になつたが、日常生活に、格別支障は無かつた。昭和30年5月、急に飛視複視、右上肢震顫を訴え「勘定や暗算が出来無い。字も書けない、物の名も言えなくなつた。」等と言ひ、数日間自宅で休養した事が有る。同様の行為が同年9月下旬にも有り。約1週間後普通に復したが、10月上旬突然意識消失し、一時昏睡状態に陥つた。之の時も数日後回復し、稼動する様になつた。併し、其後漸次仕事に身が入らず、時々茫然とする様になり、翌昭和31年1月16日頃より、時々意味無く首を振り、体を動かし、稍々落着かず、更に、「腰が立たない」と言ひ失禁した事が有るが、一兩日で平静となつた。爾後視力障害を訴え、2月3日より1日1~2回の嘔吐が出現する様になつた為2月8日入院。猶、入院時迄痙攣発作無く、言語障害も認められなかつたと云う。

#### 2) 入院時所見並びに経過

顔貌痴鈍様を呈し、領識、見当識、計算力が悪かつたが、意識障害は無く、又不安、亢奮等認められず、更に失語症状も認められなかつた。身体的には視力低下（V. D. 0.03 V. S. 0.01）有り。又視野は両眼22°の範囲で管状狭窄を認めた。瞳孔は両側稍々縮瞳して居るが、対光反応は速かである。胸腹部に異常所見は無いが、両下肢に、軽度の知覚過敏あり。両側、膝蓋腱反射は消失するも、病的反射は認められなかつた。脳脊髄液所見は、液圧450~260 mmH<sub>2</sub>O、細胞数10/3, Pandy (±), Nonne (—), 総蛋白量20mg%, ノルモ乳脂反応正常で、脳脊髄液並びに血液梅毒反応は、熟れも陰性であつた。処が入院後2日目に突然嘔吐意識濁あり。後、一時昏睡状態となつたが、同月12日頃から、意識障害軽快して来たものの、依然大小便の失禁あり。腰部に褥創出現、脳脊髄液圧は、著しく亢進し、450~260 mmH<sub>2</sub>Oにも及んだ。其後脳圧低下の方法を試み、同年2月23日頃から、意識障害及び、嘔吐等全く消褪したが、之の頃から失語並びに失行症状を呈して来た。爾後、全身状態は漸次悪化し、4月下旬頃より時々意識障害出現した。5月中旬より持続的に意識障害有り、且つ瘦削著しく7月23日に死亡した。

## 3) 入院中の失語並びにその近縁症状

当初、自発語、模倣語の障害は認められなかつたが、喚語（特に名詞）の困難、及び言語理解の軽度障害有り。書字言語に於ては、錯読有り。自発書字、模写、書取は不能で単純な線を書くのみであつた。又、失認、失行症有り。翌3月には自発語稍々困難又、保続症認められ、模倣言語も複雑な言葉は不可能で、時に全く意味不明の言葉を発する事有り。言語理解は悪く、この様な状態は軽快しない儘末期迄認められた。

## 4) 剖検所見

両側共軽度の出血性内硬膜炎の像を呈して居り、又、左側頭葉に於ける脳回は全般に平坦となり、両側、第三側頭回先端部は、膜様を呈し、更に、左側上縁回下部より、角回に至る脳回の萎縮有り。剖面に於ては、両側、第二及び第三側頭回皮質下に軟化巣有り。特に左側は胡夫大に達し、両側共該部は皮質、白質の区別全く不鮮明であつた。又、左前中心回中央部皮質下に大豆大軟化巣2個を認めた。

## 症例 8. S. H. 44才♀ 右利

疾患名 脳腫瘍 (Meningioma) (健忘性失語症)

## 1) 既往歴

昭和32年6月頃から両眼視力減弱（特に右側）し翌年3月頃には、時々頭痛、全身疲労感有り。同年6月、視力低下は著しく、右眼0.02、左眼0.4となり、又右眼視野に外上方1/4半盲を認め、9月15日には頻回の嘔吐後約3日間意識濁濁有り。意識回復後、右上肢の軽度運動障害、並びに企図震顫、左半身不全麻痺を来し、爾後臥床勝ちとなつたが、食欲異常亢進、月経過多の他に、性格の変化が見られ、呑気、多幸症となり、又著明な記憶障害を認め、更に思う様に喋れなくなつた為、同年9月19日入院した。

## 2) 入院時所見並びに経過

稍々多幸性気分を有し領識、記憶、記銘力、計算何れも悪く、又、高等感情鈍麻の傾向有り。意識障害は認められないが、後述の様な失語所見がある。身体的には、顔面对称性であるが、口閉に際し、左側稍々減弱して居る。眼球運動は正常で、瞳孔対光反応は、右側稍々遲鈍で両側性右上1/4半盲有り。眼底は左鬱血乳頭、右側は外側部蒼白であつた。胸腹部に格別の所見は無いが、右不全片麻痺、右上肢企図震顫、両側下肢に筋強剛を認めるが、四肢に知覚異常は認められなかつた。膝蓋腱反射は、右側欠如

し、左側は減弱して居た。又左側に Babinski 反射を認めるが、その他の病的反射や膝及び足間代は認められなかつた。握力は右、5~6、左5~5、血圧は120~95 mmHg で、脳脊髄液所見は、液圧300~100 mmH<sub>2</sub>O、細胞数39/3、ノルモ乳脂反応は、2.3.4.3.2.1.1.1.0.0であつた。其後、10月中旬より、浅眠が認められ、又笑い方に実感が伴はず、強迫的印象有り。更に、大小便の失禁あり。気脳撮影に於ては右、側脳室は、全般に拡大し、右、側脳室は上方に挙上し、前角は側方に圧迫され、後角は膨大し、左右側脳室の交通は閉鎖して居た。又、左側脳室前角は欠如し、三角部の膨大、トルコ鞍部の崩壊を認めた。10月下旬には両側視力、高度に障害され、特に右側は光覚程度になり、又、嗅覚脱出を来す様になつた。11月初旬より、人物誤認あり。脳波所見では全般的に、slowwave で左右の差が認められなかつた。又動脈撮影では、左中大脳動脈の、前上方への圧迫移動、及び該動脈の全体的に挙上されて居る印象有り、11月中旬頃より、全身衰弱を来し、11月23日から意識濁濁し、又歯車現象が認められ、12月22日に死亡した。

## 3) 入院中の失語、並びに、その近縁症状

話し方は、稍々緩徐であるが、自発語、言語理解、模倣語に障害は無いが、著明な喚語障害有り。特に名詞に著明で、又、例えば鍵を示すと「こういう風にやる」と言い、鍵をあける動作をしたり、コップを示すと「薬を、こきえて飲むものでせう」等と言ひ、飲む動作をする等、所謂随伴現象としての迂廻操作が認められる。更に、保続的色彩を帯びた再帰性発語（コレハ、コレハ等）有り。模写は稍々不完全で、音読に於ては漢字、仮名共障害は無い。又失行症状も認められなかつた。同年11月中旬より、軽度の文字理解障害が加わり、個々の単語は理解出来るが、全体の文章理解は稍々困難で、又、自発語にも軽度の発語困難がみられた。併し喚語困難は稍々軽快し、名称呼称も良好となつて来たが、末期には、高度の智的能力の低下を来し、又問に対する正答は無く、独語的に、思い付いた名詞を喋り、保続症が著明であつた。

## 4) 剖検所見

左側頭葉下面より、小鶏卵大の Meningioma の発生有り。左第三側頭回より前極部迄達し、該部の脳回は殆んど形状を留めず、又左第二側頭回の萎縮左中心前回中央部より、第一前頭回に至る皮質下に於て長さ約4cm程度の扁平な陳旧性出血巣有り。

出血巣外周には、被膜形成が認められる。その他左側脳室は挙上し、第三脳室の形状不同（右>左）が認められる。

#### 症例 9. S. K. 49才 右利

疾患名 脳腫瘍 (Astroblastom) (運動性失語症)

##### 1) 既往歴

昭和 33 年 8 月中旬頃、歩行時、両側下肢の鈍重感有り。9 月 24. 5 日頃から、歩行困難の他に、右上下両肢の触覚鈍麻、両側上肢の運動障害も出現し、特に手先の運動悪く、箸やパイプの取扱がやつと可能と云う状態になり、9 月 29 日入院した。

##### 2) 入院時所見並びに経過

意識障害無く、顔面筋運動及び知覚異常認められず、瞳孔は、形状、対光反応共に正常で有つた。併し両側性周辺視野狭窄有り、胸腹部にも、特記所見は認められない。又、右手小指根部、稍々扁平で萎縮の傾向有り。更に右、上下両肢は麻痺性で軽度の触覚鈍麻を認め、歩行に際し、右下肢は、引摺る様な、格好であつた。右側、二頭及び三頭筋腱反射、膝蓋腱反射は、亢進して居たが、病的反射、及び、膝、並びに足間代は、認められなかつた。握力は、格別異常無く、左 37~42、右 34~28 であつた。10 月初旬より頭重、頭痛、項部強直、浅眠を訴え、時々嘔気、嘔吐有り。更に、前記病状悪化し、両側性周辺視野狭窄、鬱血性乳頭、右側足間代、又、左側に於ける仮性足間代を認め、握力は、低下(右 0. 左 25) し、箸を扱う事も不可能となつて来た。脳脊髄液所見は、液圧、430~130 mmH<sub>2</sub>O、細胞数 33/3 Pandy (卅)、Nonne (卅)、総蛋白量 133 mg%、ノルモ脂反応、2. 3. 4. 4. 3. 2. 1. 1. 0. 0 で、脳脊髄液並びに、血液梅毒反応は熟れも陰性であつた。猶、この頃は応答正常で、格別言語障害、失語所見等認められなかつたが、10 月下旬より、失語症状出現し、記憶記憶力も障害されて来た。11 月初旬より、見当識障害、又、時々失禁有り。11 月中旬より、全身瘦削の傾向が現われ、12 月に入り、嚥下障害、頻回の嘔吐、脳圧の著しい亢進 (500 mmH<sub>2</sub>O)、高度瘦削を来し、翌年 1 月に至り意識溷濁を起し、1 月 6 日に死亡した。

##### 3) 入院中の失語、並びに、その近縁症状

当初、喚語困難、又、不完全ではあるが、尿器を「水の入れ物」等と云う様に、用途を述べて説明する等、代理現象有り。更に、自発語には単なる感情的発語多く、又、錯語性発語を認め、模倣語は割合

機械的で、錯語を認める。

併し言語理解の障害無く、書字言語に於ては、音読の際、漢字の一部に失読が認められる。文字理解は概ね良好であるが、自発書字は全く不能で、書取、模写に於ては、意味不明な実線を記載するのみである。更に保続症、又、「マッチ」を啜って煙草を捜す等失認、或は失行症が認められた。

##### 4) 剖検所見 (附図 7. 8 参照)

左第一前頭回、第二前頭回の各後 1/3 より、前中心回上 1/2、後中心回上 1/3 に亘る脳回は、殆んど形状を留めず、割面に於ては左第一前頭回より、後方、後頭葉上、中部に亘る巨大な腫瘍 (Astrocytoma protoplasmaticum) の発生有り。左第三脳室は腫瘍の為、殆んど消失、更に腫瘍は、上外側に於ては脳表より隆起し、脳膜を挙上し、内側部に於ては、脳室に接している。又、左側内包は、その形態を消失、左側島回は平坦となり、皮質下組織の崩壊著しい。更に腫瘍は瀰漫性に脳実質内に波及し、その上部は、前中心回及び後中心回の皮質下領域に迄達して居る。

### III. 考 察

以上 9 例に於ける、発病よりの経過、及び失語並びにその近縁症状、更に剖検所見を記載したが、之で種々の業績報告と比較しつつ、総括的考察を試みる。

#### 1. 失語症の年齢発生的関係

失語を呈する年齢は、所謂発語を生ずる年齢より認められる事は当然であるが、症候的に、言語に限つての欠陥は、相当若年の頃から報告され、1896 年 Morgan は 10 才代の児童に於ける、文字言語障害の研究で、Congenital wortblindness を発表した。現在成人の場合の、一度充分に発達した機能とは、区別されて居り、angeborene Lesen-und Schreibschwäche と云われ、概念的差別が生ずる様になつた。又、Foix<sup>(3)</sup> は老人に於ける、播種性癩痕硬化に於て、失語症状を呈すると発表している。本 9 例に於ける発生的年齢は 15 才より 64 才に亘つているが、(別表 1 参照) 前者、即ち Morgan の症例の様な一般的概念と異なる症例は認められず、又 Foix の如き症例もみられなかつた。各例に於ては、通例的な基礎疾患に依る失語所見を示して居た。

#### 2. 疾患と失語症との関係

失語症の臨床型分類に就いては、種々の論点がみ

別表1. 基礎疾患, 発語発生前後の期間, 失語症名

症例	年齢	利側	疾患名	発病より失語を呈する迄の期間	失語発生前より死亡迄の期間	失語症名
1	33	右	脳軟化症	?	3年以上	運動性失語症
2	50	"	"	2ヵ月	11ヵ月	"
3	38	"	進行麻痺	?	13ヵ月	健忘性失語症
4	15	"	脳腫瘍	1ヵ月	12ヵ月	運動性失語症
5	45	"	蜘蛛網膜下出血症 兼 脳出血症	26日	9ヵ月	"
6	64	"	脳軟化症	1ヵ月	1ヵ月	"
7	25	"	"	6ヵ月	14ヵ月	感覚性失語症
8	44	"	脳腫瘍	14ヵ月	2ヵ月	健忘性失語症
9	49	"	"	2ヵ月	2ヵ月	運動性失語症

られ、殊に Wernicke-Lichtheim の理論的研究分類には、現今多くの疑問点有り。例えば皮質或は超皮質等と云う言葉は、解剖学的基礎が有る訳では無い等である。従つて症例に於ける失語の分類は、一般分類知見に基いた。9例中、運動性失語症6例、健忘性失語症2例、感覚性失語症1例であつた。次に失語領域損傷に基く基礎疾患は、多種に亘るが、Foix<sup>(3)</sup>に依れば、剖検例中、90%以上に失語領域軟化を認めたと、報告して居る。局在的病巣所見は後述するとして、疾患別に見た中、脳軟化症例は、4例で多く、其他脳腫瘍3例、Lissauer型進行麻痺1例、蜘蛛網膜下出血症兼脳出血症1例であつた。(別表1参照)又、失語症と、基礎疾患に於ける脳脊髄液所見、及び血液梅毒反応の關係に就いては、各疾患個有の所見を呈し、失語症との關係に於て、特記所見は認められ無い。(別表2参照)

3. 病状と、失語並びにその近縁症状の關係、及び経過  
基礎疾患発病より、失語を呈する迄の期間は別表1の通りで、約1ヵ月弱より、約14ヵ月後の発生、又、失語を呈してから死亡迄の期間は、約1ヵ月より約3年に及ぶ等多種に亘つて居る。失語経過に於て、症例5は当初完全失語を呈して居たが、約1ヵ月後漸次回復し、次第に運動性失語の像を呈した。之に就いては、脳の解離現象に依り、説明し得るものと考えられ、仁志川<sup>(4)</sup>は同様な症例に対し、一時的に Dischiasis 等に依り、全失語を呈したのが、本来の語彙領域に無關係の為に恢復して、Broca領域の損傷に基く運動失語の像を呈したものであると述べて居る。入院中に於ける失語経過の概略は、別表3の通りであるが、症例1.5.8に於ては、稍々軽快、症例3に於ては、稍々悪化をみたが、其他

別表2. 脳脊髄液所見、並びに血液梅毒反応所見

症例	脳脊髄液所見						血液 W. R.	
	液圧(mmH <sub>2</sub> O)	細胞数	グロブリン反応	ノルモ乳脂反応	外観	W. R.		
症例1	170~110	13/3	P(+). N(-)	2.2.2.1.1.1.0.0.0.0	透明・水様	(-)	(-)	
症例2	170~110		P(±). N(-)	2.2.2.1.1.1.1.0.0.0	"	(-)	(卅)	
症例3	180~	158/3	P(卅). N(卅)	5.5.5.4.3.2.1.1.0.0	"	(卅)	(卅)	
症例4	320~270	9/3	P(卅). N(卅)	1.2.3.4.4.4.3.2.1.0	"	(-)	(-)	
症例5	300~150	.....	.....	.....	血液様	(-)	(-)	
症例6	250~180	12/3	P(±). N(-)	1.1.1.1.1.1.0.0.0.0	水様・透明			
症例7	450~260	10/3	P(±). N(-)	2.2.2.1.1.1.0.0.0.0	"	(-)	(-)	
症例8	330~	39/3		2.3.4.3.2.1.1.1.0.0	"	(-)	(-)	
症例9	430~130	33/3	P(卅). N(卅)	2.3.4.4.3.2.1.1.0.0	"	(-)	(-)	



別表 3. 失語，及びその近縁症状の，発症初期，並びに後記症状

	音 声 言 語					書 字 言 語					失認症	失行症	保続症	知障的害
		自発語	模倣語	言語理解	喚語	音読	文字理解	自発書字	書取	模写				
症例 1	初期 後期	不能 錯語	不能 稍々可	不完全 可		不能 錯読	不完全 可	不能 不完全	不能 不完全	不能 可	(+) (+)	(+) (+)	(-) (-)	
症例 2	初期 後期	極めて 悪い	錯語	稍々 不完全	口難	錯読	稍々 悪い	不能	不完全	不完全	(+)		(+)	(悪い)
症例 3	初期 後期	可 錯語	可 "	可 稍々 悪い	口難 稍々 悪い	可 錯読	可 稍々 悪い	可 稍々 悪い	軽度 錯書 稍々 悪い	可 稍々 悪い	(-) 漸次 著明	(-) (+)	(-) (+)	
症例 4	初期 後期	稍々 悪い	可	可	稍々 口難	可	可				(-)	(-)	(-)	(良)
症例 5	初期 後期	不能 極めて 悪い	不能 錯語	不能 可	口難	錯読	稍々 悪い	極めて 悪い	不完全	錯書	(+)	(-)	(+)	
症例 6	初期 後期	極めて 悪い 稍々 可	可 "	可 "	口難 "	錯読 "	稍々 悪い "	不能 "	不能 "	不能 "	(+) "	(+) "	(-) "	(悪い)
症例 7	初期 後期	可 不完全	可 不完全	不完全 "	口難 "	錯読 "	稍々 悪い "	不能 "	不能 "	不能 "	(+) "	(+) "	(-) "	(悪い)
症例 8	初期 後期	可 稍々 悪い	可 "	可 "	口難 稍々 可	可 "	可 稍々 悪い			不完全	(+)	(-)	(+)	(悪い)
症例 9	初期 後期	錯語 "	錯語 "	可 "	口難 "	稍々 悪い "	可 "	不能 "	不能 "	不能 "	(+) "	(-) (+)		(悪い)

は概ね著しい変化を示さなかつた。(別表 3 参照)  
次に、自発書字に於て、症例 6. 7. 9 では、意味の無い実線を記載するのみで、文字としての形態を為さず、所謂“Amorphe Gekritzeln”であり、高度の失行性失書が認められた。又、症例に於ける失読、失書所見で仮名文字より漢字の方が軽度である。この事は、本邦に於ける失語症研究で、古くから注目され多くの報告が有るが、この相違に就いては、青木<sup>5)</sup>、木村<sup>6)</sup>等の脳髓に於ける機能系の差異に基くもの或は、小谷<sup>13)</sup>等の Gestalt 的要因等の説有り。猶、症例 1. 2. 3. 5 に於ける平仮名、片仮名の両者間の差異に就いては、症例に依り異なる所見を示し、固定して居なかつた。又、失語の経過中保続的色彩を帯びた指示、否定、肯定語(症例 1. 3. 5. 8)や副詞的語彙(症例 2 に於ける『エート』)等の一種の再帰性発語有り。喚語困難と関連して多く認められ、殊に、喚語困難は、多くの例に、且つ持続的に認められた。この中で、井村<sup>7)</sup>が記載する

如く、名詞が最も困難で、又時に迂廻操作の現象が有り、呼称に於ける用途の説明は可能であつても、言語主体に於ける名詞の喚起が不可能な為、迂廻操作、再帰性発語に依り、迂遠的説明を為するものと考えられる。

模倣語の障害に於ては、単純な語音は可能で有つても複雑な語音、又は文章が困難であつた。(症例 1. 3. 5) 錯語に於ては単音の脱落又は音節性の錯語(症例 1: マッチ→アッチ, 自動車→ヒドウハ, 症例 2: 10本→ジュボン, 症例 5: 炭→ツミ, 等)が認められ、錯語に於ける一般的現象と考えられる。

4. 剖検所見と、失語並びに近縁症状、との関係  
(1) 局在的脳障害部位と、失語並びにその近縁症状について。

一般に感覚失語の中核は、左側第一側頭回、後方 1/3、即ち、Wernicke 領域の障害に依るものとされているが、確定した局在部位ではない。即ち、

Minkowski, Isserlin は左側第一側頭回後部 1/3 と限定せず、単に後部領域とし、Henschen は中部及び後部 1/3 としている。更に、荒木<sup>8)</sup> は第一、及び第二側頭回後半部、Schuster Paul<sup>9)</sup> は、第一、及び第二側頭回深部髄質後 1/3、その他、Walter Misch<sup>10)</sup> の第一、及び第二側頭回深部髄質、Kleist, K<sup>11)</sup>、の Brodmann 22 皮質領野等、種々の説が有るが、感覚失語を示した、症例 7、に於ては、第一側頭回、全般に於ける脳回萎縮或は髄質下軟化巣を示し、感覚性失語の出現は当然の様であるが、症例 1 に於て、臨床上、運動性失語症（所謂、皮質性運動性失語症）を呈したにも拘わらず、剖検上 Broca 領域は勿論、Wernicke 領域とされている第一側頭回後部 1/3 領域に障害の認められた事である。この点に付き、Goldstein は、感覚性失語の局在病巣は、第一側頭回中央部限定領域とし、仁志川は、中部 1/3 にあり、としている。これ等の点より考えれば症例 1 に於ける、Wernicke 領域並びに Broca 領域の障害に於ても運動性失語のみを示した点に付き、臨床、解剖的説明は可能となる。即ち感覚性失語領域の局在部位は、第一側頭回中部 1/3 に在り。従つて、症例 1 に於ては、本来の感覚失語領域が障害されて居らない故、臨床上、運動失語を呈したものと考えられる。又 Noica<sup>12)</sup> は角回皮質障害も、Wernicke 失語を呈する、と述べて居るが、症例 1 に於て上縁回の大部、並びに角回に亘る軟化巣、又症例 2 に於て角回の軟化巣を認めるにも拘らず、臨床上、感覚失語を示さなかつた点より考えれば、否定され得るものである。運動性失語領域に就いては、左第三前頭回後部領域、即ち、Broca 領域と

されているが、Liepmann, Foix 其他に依り、更に、それに接する前中心回や、島回、第二前頭回を広く運動性失語症を起す領域と考える見方もあり。又、Broca 領域の障害に於ける陰性例も Monakow に依り報告されている。症例、1. 2. 4. 5. 9 に於て該部領域の障害を認めたが、症例 6 に於ては、該部領域、損傷無く、所謂、「側頭脳性語啞」に類するものと考えられる。健忘性失語領域の局在は、不明であるが、一般に、第二側頭回の後部で、頭頂に近い部や、Wernicke 領域に軽い損傷のある場合が考えられる<sup>14)</sup>と云う。症例 3 に於ては、Broca 領域、並びに第二及び第三側頭回の広範な病巣あり、限局した局在所見を、認め得ない。

次に失行症を呈した症例は、1. 2. 3. 6. 7. 9 であるが、Liepmann<sup>15)</sup> の失行症好発部位と、比較すれば、中心領域損傷を示したものは、症例 6 を除き全部で、該部の失行症好発を認める。症例 6 に於ては内包の障害が認められた。

Liepmann は左側内包障害に際しての失行症を否定して居るが、症例 6 に於て失行症所見を呈した点より見れば否定され得るものではない。即ち内包障害に際しても失行症が出現し得る。又 Liepmann は、中心領域損傷高度な場合には、右半身運動麻痺を来すと云うが症例中該部領域損傷に依り運動麻痺を併発したもの（別表 4 参照）は症例 1. 9 で症例 2. 7 に於ては損傷高度にも拘わらず運動麻痺を来さなかつた。又、左側上縁回、角回髄質障害を示したものは、症例 1. 2. 7 で該部障害に依り Kroll<sup>16)</sup> Liepmann の記述する如く企図運動性失行を認め、更に、Gerstmann<sup>17)</sup>、Lange<sup>18)</sup> の云う手指認識障

別表 4. 失語出現時に於ける視力並びに視野、運動、知覚障害

症 例	視力並びに視野障害	運 動 障 害	知 覚 障 害
1	?	右片麻痺	右上下肢知覚鈍麻
2	両側性視野狭窄 特に右側外方 1/4 半盲	な し	な し
3	?	な し	な し
4	両眼視力光覚 (共働性内斜視)	右顔面筋麻痺 其の他なし	右上肢前腕部知覚 過敏、嗅覚鈍麻
5	な し	右片麻痺	右上下両肢知覚鈍麻
6	な し	軽度右下肢麻痺	な し
7	両眼 220 の範囲で管状狭窄	な し	軽度両側下肢知覚過敏
8	両眼視力減弱 両側性上 1/4 半盲	右半身不全麻痺	な し
9	な し	右側上下肢麻痺性	右側上下肢 軽度知覚鈍麻

害，失書，計算障害を認めた。

(2) 剖検例よりみたる両半球の相違に就いて

優位半球一側障害と，両側障害の比較に於て，前者症例中 1. 5. 8 に於て多少共軽快の徴候が認められたにも拘らず，両側半球障害例中，軽快の認められたものは無かつた。Henschen<sup>23)</sup>は多数の失語症例中に於ける両側性並びに，一側性半球障害の比較研究に於て，両側性半球障害の場合は，軽快を認め得なかつたと報告して居るが私も又，全く同様の所見を得た。又，優位半球に於ける運動，或は感覚失語領域の障害症例 1. 2. 7. 9 に於ても或程度の錯語性発語或は機械的模倣語を認め得た点よりすれば，劣半球の代償機能的関与を考慮することが出来る。又氏家<sup>19)</sup>の薬物投与に依る劣半球の機能の亢進或は，植木<sup>20)</sup>，岡本<sup>21)</sup>等の児童大脳半球剔除にも拘わらず，失語を生じなかつた点より劣半球の機能を論じて居り，大橋<sup>22)</sup>等も半球優位の問題を述べている。併し乍ら，児童に於ける半球剔除に際し，失語をみなかつた事は，児童に於ては，半球優位の未固定に基くもので，半球優位は，成人期迄に固定するが，その時期は，個体の体質，或は置かれた環境，其他種々の要因に依り相当の差が有るものと考えられる。然して劣半球に於ける能力は Liepmann の云う如き，全面的代償機能を有するものでは無く，優位半球に於ける様な，高度の機能を営み得ず，且つ其の亢奮性弱い為，優位半球失語領域の高度障害時には，失語の改善が著明でなく，長期に亘り機械的模倣語，及び不完全な言語形態としての，錯語性発語等，低次機能が認められ，又優位半球は，之等に対しては構成，統御的役割を有するものと思われる。

#### IV. 結 語

昭和 17 年より昭和 33 年に至る間，我教室に於て失語及び，その近縁症状を呈したもののうち，9 例に就いて，死後剖検し得たので，生時の臨床症状と，剖検所見とを対比検討し，次の様な結論を得た。

1) 感覚性失語中枢局在部位は，左側第一側頭回中部 1/3 に有り。又，上縁回並びに角回は失語に於ける局在的主体を為すものとは思われない。

2) 偶角回並びに近接領域に於て手指認識障害，失書，失行症状が出現する。又内包障害に際しても失行症状が認められる。

3) 大脳半球優位は，成人期迄に固定するが，其時期は体質環境其他，種々の要因に依り，著しい差

異有るを示す。又，劣半球に於ける能力は，その亢奮性弱く，優位半球の如き高度の機能を営む事が出来無いが，優位半球の高度障害に際しては，機械的な模倣言語，錯語性の発語，単なる感情的言語が出現する。この事実は，劣半球に於ける代償的機能の一面を示すものと考えられる。

稿を終るに当り，終始懇篤なる御指導，御校閲を賜わつた恩師荒木直躬教授並に鈴木助教，石郷岡医局長又御助力を下さつた教室員諸先生に，深甚なる感謝の意を捧げます。

#### 文 献

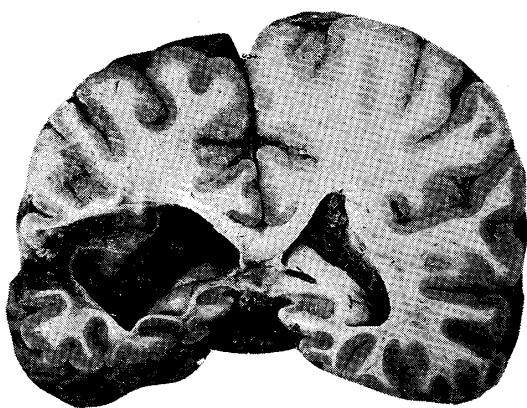
- 1) 秋元波留夫：失行症，1935.
- 2) 井村恒郎：精神誌，44，1940.
- 3) Foix：Z. bl. Neurol. u. Psychiat., 46, 1927.
- 4) 仁志川種雄：千葉医会誌，25，4，7，1949.
- 5) 青木義作：精神誌，31，4.
- 6) 木村 潔：精神誌，37，昭9.
- 7) 井村恒郎：異常心理学講座，(II)，昭33.
- 8) 荒木千里：脳神経領域，9，昭26.
- 9) Schuster, Paul：Z. Neurol. u. Psychiat., 105, 1920.
- 10) Walter, Misch：Zbl. Neurol. u. Psychiat., 53, 1929.
- 11) Kleist, K.：J. Psychol. u. Neurol. 37, 1928.
- 12) Noica：J. Neurol., 30, 1930.
- 13) 小谷庄四郎：実験心理学研究，2，1935.
- 14) 笠松 章：臨床精神医学，昭34.
- 15) Liepmann：Apraxic. Brugschs Ergebnisse der gesamten; Medizin, 1, 1920.
- 16) Kroll：Beitraäge zum Studium der Apraxie; Z. Neur., 2, 1920.
- 17) Gerstmann：Finger agnosic. Eine umschreibene Störung der Orientierung am eigenen Körper; Wien.Klin. Wschr., 1924.
- 18) Lange：Problem der Fingeragnosie; Z. Neur., 147, 1933.
- 19) 氏家不二雄：精神誌，54，1952.
- 20) 植木幸明：神経研究の進歩，2，1，昭32.
- 21) 岡本 詮：神経研究の進歩，2，1，昭32.
- 22) 大橋博司：精神誌，60，3，1958.
- 23) Herschen：Arch. Neur. & Psychiatr., 13, 1925.



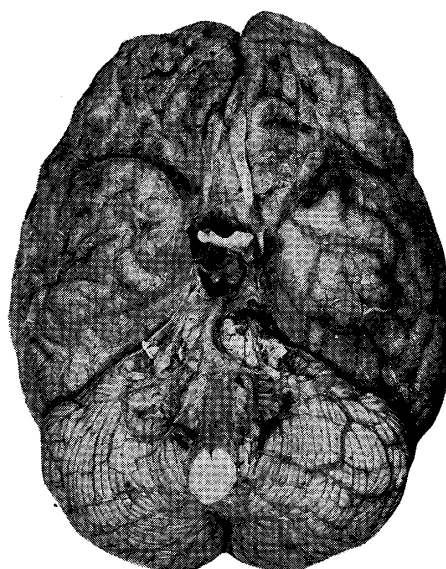
附圖 1. (Fall. 1)



附圖 2. (Fall. 1)



附圖 3. (Fall. 1)



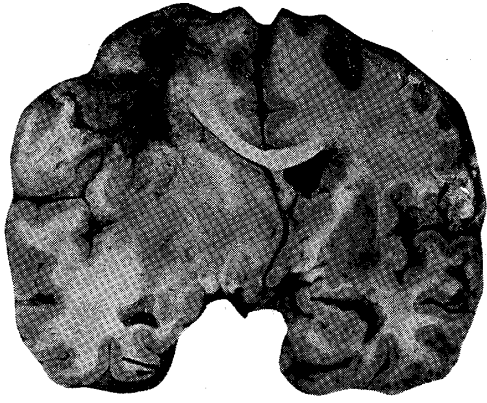
附圖 4. (Fall. 3)



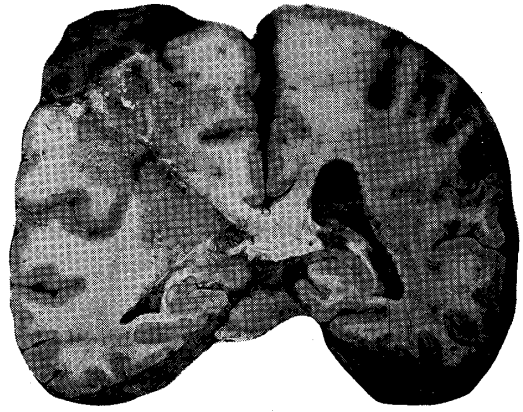
附圖 5. (Fall. 4)



附圖 6. (Fall. 4)



附圖 7. (Fall. 9)



附圖 8. (Fall. 9)