

■ 原 著

顕著な Spieluhrsymptom を示した原因不詳の痴呆例

大東 祥孝* 浜中 淑彦** 大橋 博司***

要旨：Mayer-Groß の Spieluhrsymptom に相当する病像を示した52歳右利き男性例を経験した。発症は42～43歳で、CT 上、左側頭葉を中心とする全般的な萎縮所見を認め、アルコールコルサコフ病またはピック病が疑われているが、病因はなお不詳。自験例、文験例を通して Spieluhrsymptom と stehende Redensarten (Schneider, C.) との関連を検討し、前者はより語り (récit, Janet) に近い volontaire な性格を帯びたものであるのに対し、後者は récit のみならず、より automatique な決まり文句や同語反復 (palilalie) に近いものをも含む概念であること、および両者は一部の領域を共有しつつ連続的に移行する概念であると考えられること、を指摘した。またその発現について、特殊な人格障害、言語思考障害、記憶障害の関与が想定されることを述べた。 神経心理学, 1; 151～158

Key Words : オルゴール時計症候群, 蓄音機症候群, 滞統言語, ピック病, アルコールコルサコフ病
Spieluhrsymptom, gramophone symptom, stehende Redensarten, Pick's disease, Alcohol-Korsakow disease.

I はじめに

Mayer-Groß のいう Spieluhrsymptom(1931) ないし gramophone symptom (1954) と、Schneider, C. の stehende Redensarten (1927) との関連は、かならずしも明らかでない。筆者らは、前者の記載にほぼ相当すると思われる1例を経験した。本稿の主な目的は、自験例の症状分析や文献例の記載を通して両者の関連性を考察することにあるが、できうるならば、こうした症状の発現に関わる諸条件の抽出をも試みたいと思う。

II 症例 K. T.

現在 (60年9月) 52歳の右利き男性。中学卒業後、トラックの運転手を経て、発病までタクシーの運転手をつとめていた。20歳代から、日に3～5合、時

に1升到及ぶかなりの飲酒歴があった。42歳の時に、一過性(1日以内)の意識障害に見舞われ、某院で同時に慢性肝炎を指摘されたが、飲酒をやめなかった。43歳のある日、自宅の台所で人事不省となって倒れているのを妻に発見された。後頭部に、冷蔵庫の角か何かで打ったと思われる外傷があり、急遽某院に入院した。昏睡状態は約1週間に及び、次第に意識は回復してきた。CAG では特記すべき所見をみとめないが、血清学的検査で、GOT 115, GPT 97, LDH 614, γ -GTP 141などの異常がみとめられた。意識がほぼ清明となった段階で、重篤な記憶力障害と強度の失見当を主とする健忘症候群、および特異な失語性障害(後述)の存在に気付かれた。知的減弱もみとめられ、とりわけ言語性IQの低下が著明であった。その後数カ月のうちに言語性IQはどんどん低下してゆき(図1)、約半年後にはWAIS でみると、数唱と算数問題をわずかに残して他はすべて評価点0になってしまった(動作性は

1985年11月11日受理

On a Case Presenting Marked "Spieluhrsymptom"

*京都大学保健管理センター神経科, Yoshitaka Ohigashi : Department of Neuro-Psychiatry, Center for Student Health, Kyoto University.

**京都大学附属病院精神神経科, Toshihiko Hamanaka : Department of Neuro-Psychiatry, Kyoto University Hospital.

***国立京都病院, Hiroshi Ohashi : Kyoto National Hospital.

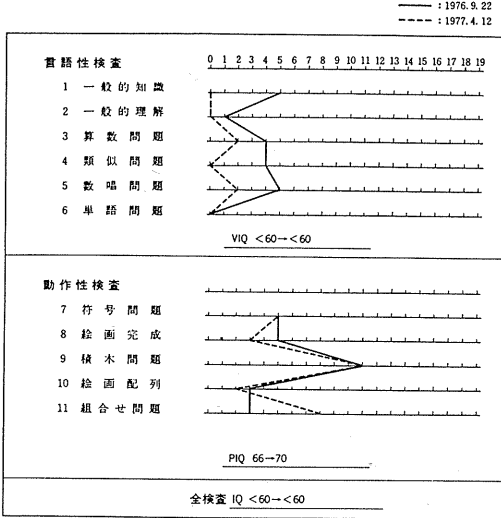


図1 症例 K. T. の WAIS

70)。そしてその頃から、会話状況とは直接関連をもたない、自分の生活歴に関したことを繰り返し話すようになった。46歳以降入院を続けているが、50~52歳の最近では、毎日十数回も同じ話を繰り返し、Mayer-Groß (1931) のいういわゆる Spieluhrsymptom が定着するに至っている。

1. 最近(昭和58年~60年)の神経学的所見

感覚系、運動系に特記すべきことなく、瞳孔、対光反射、眼球運動を含め、脳神経領域にも異常をみとめない。失調や Romberg 徴候もない。筋緊張は正常で、腱反射に左右差なく、病的反射もみとめない。脳波は規則的 α 波 (10~11 c/s) で正常域所見 (図2)。唯一、CT 所見のみ異常をみとめ、前額断 CT で、左側側頭葉を中心に前頭葉にも及ぶ全般的な萎縮像をみとめた (図3)。

2. 神経心理学的所見 (昭和58年~60年)

後述する常同的「語り」以外に、①きわめて重篤な見当識障害 (患者はほとんどの場合、「ワカラン」としか言わない) と前行性健忘、および少なくとも数年にわたる逆行性健忘 (失語があるため、若い頃から病前までのスナップ写真を見せて、既視的表情反応の有無で判断した。完全な逆行性健忘とはいえず、多少とも健忘期間においても残存部分が存在した)、を中心とする健忘症状群 (作話はほとんどみとめられ

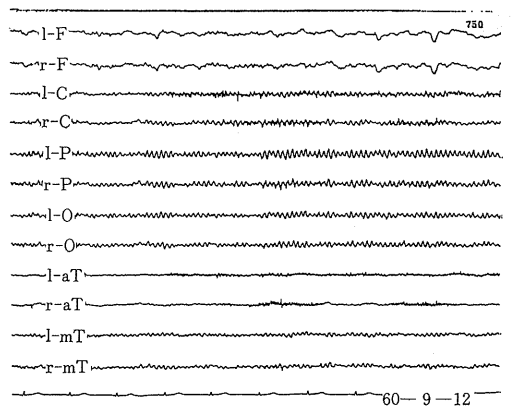


図2 症例 K. T. の脳波所見 (60年9月12日)

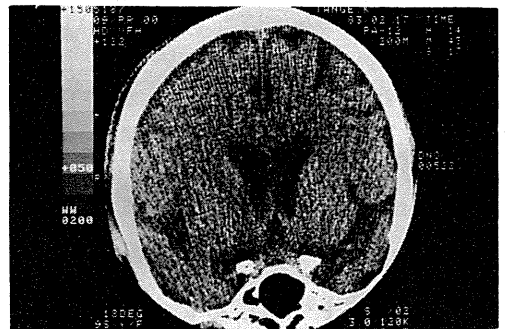


図3 症例 K. T. の前額断CT所見 (58年2月17日)

ず)、②中等度の了解障害、かなり重度の語健忘 (せいぜい2~3/10)、語性錯語、保続、少なくとも語ないし語句レベルでの復唱の保存、などが前景に出た。超皮質性感覚失語に近縁の失語性障害、③重篤な失書、失算がみとめられたが、④構成失行を含め、いわゆる失行性障害はみとめられず、⑤また明確な失認性障害も存在しないようであった。

3. 精神症状 (昭和58年~60年)

①多幸的 (入院していることは、たとえば「出られへん」と言ったりすることからみて、少なくとも漠然と了解していると思われるけれども、ほとんどそのことを苦にしている様子はなく、また、自ら退院を希望することもない)、②病態失認的 (「どっこも悪うない、どうもないのに入院ばかり言いよる」と言った表現や、「物忘れする？」と問うと「そんなことない」と答えたり、物品呼称で、ハンカチを「ウ

ィスキー」と答えて平然としている、などの点からその存在がうかがわれる), ③放置すると、茫乎としてうずくまっていたり、壁にもたれかかっていたりして、自ら何かすることはほとんどなく、一見発動性の低下が目立つにもかかわらず、手招きしたり、眼があったりすると走りよってきて、きわめて熱心に生々と常同的“語り”を始めるのであるが、その時の様子は、むしろ発動性の異常な亢進をうかがわせる。すなわち本例にあっては、“逆説的”ともいふべき特殊な発動性の病態が存在すると考えられる。④放置されている限り、患者はほとんど何に対しても(テレビ、新聞などを含め)関心を示さず、他の患者と話しあったりすることもなく、きわめて孤立的である。⑤常同的“語り”を行なっている時は、その内容にふさわしい自然な感情表出をみせるが、放置していると、表情は空虚で茫漠としている。⑥診察の際、医師の前に座るや否や、机の上に置いてあるいくつかのカルテをキョロキョロ見渡し、自分のカルテに触れにいて、「これ、オレやけどな」と言ったり、少しでも間があくと、あたりを見回して、たいていは灰皿を目ざとく見つけて、吸いながらを手にとり、「これ、もろとこ」と耳介と側頭部の間にはさんだりすることが多く、程度は軽いが、多少とも、いわゆる Hypermetamorphose の傾向がみとめられるように思われた。oral tendency はない。性的活動性はむしろ減退しているようにみえた。⑦種々の心理学的検索をしようとしても、「ワカラン、ワカラン」と言うばかりで、こちらの問いに真剣に答えようとするとはほとんどなく、投げやりで、いわゆる“考え不精”(Denkfaulheit)の傾向がみとめられる。⑧常同的“語り”を行なっているうちはよいが、神経心理学的な検査に導入しようとする時、時にはほとんどすぐさま、せいぜいなだめても2~3分すると、「もうええわ」と立ち上がって診察室から出て行ってしまうことが多い(“立去り行動”, 吉田ら, 1981)。⑨常同的“語り”については後述するが、言語以外の滞続症状、たとえば行為や表情面での滞続現象はほとんどみられていない。

4. 常同的“語り”の内容

言語性 IQ がどんどん低下していった、それとともに最初に出現してきたのは、「オレ、生まれたん岡山やけどな、タクシー乗ってんの、誰か知らんけど人の車で金もうけしよる」といった内容のものであった(患者は病前、個人タクシーの運転手となっていて自分の車を持っていたが、発病後乗れなくなって、友人に車を貸していた)。これに続いて、「オレ、車買ってたのに、病気もしてへんのに、オバハン(妻のこと)病気や病気や言いよる」と繰り返し語り始めた。46歳で入院してしばらくは、「オレ、あかんのか、もうあかんのか? あかんのやったらもう死ぬわ」と何度も繰り返ししていたが、入院後数カ月経った頃から、「あかんのか?」とは言わなくなり、それにとって代わって、「年とったら誰でも死ぬんやけどな、生きとかなあかんの、オバハン病気もしてへんのに連れてきよる」と言い始めた。これは50~52歳の最近でも、時折自発的に、あるいは誘発されて語ることがあるが、ここ1~2年最もよく出現するのは次のようなかなり長い内容のもので、ほぼ固定してきている。すなわち、「生まれたん岡山やけどな、役場があって、写真屋があって、一軒おいてオレとこあった。幼稚園近かったけど学校遠かった。そいで京都出てきてタクシーやって、車買ってたねやけど、一番遠いの、東京行って、奈良行って、三船敏郎積んで、また東京行った。オバハン京都、ジャリ子学校や」(“ジャリ子”は息子のこと。2人いて、現在はもう23歳と20歳になっていて、2人とも職についている)。

5. 常同的“語り”の性質

①放置していると茫乎として何も言わないが、たとえばこちらと眼があったり、近づいていたり、手招きしたりすると、「オレか?」と近寄ってきて、上述のごとき“語り”を始めるし、また診察のために医者の前に座るや否や、医者に向かって全く同様の“語り”を始める。さらには、こちらからどんな具合かをたずねたり、極端な場合には、「ん?」と問い返すだけで、上述の常同的“語り”が誘発され、繰

り返される。②“語り”の内容は一定期間のあいだいつも一定していて、会話の状況にそぐうものではない。③上述の常同的“語り”は、繰り返されるたびごとに、常に初めて言うかのごとき熱心さと、その内容にそぐう感情表出を伴って語られるが、かなり性急で、促迫的な言表であることも否めない。④「どこで生まれた?」とか「年いったら?」とか、既述のごとくただ「ん?」と問い返すだけの語句に触発されて、少なくとも十回以上、繰り返し、上述の常同的“語り”を続けることがある。この場合にも、③の性質を伴っている。⑤常同的“語り”が何度も繰り返されてゆく様子は、単に促迫的というのみでは不十分で、ある面においては、Wernicke 失語や超皮質性感覚失語の際に時折みられる語漏 (Logorrhoe) に近く、また別な側面からみると、ほとんど強迫的ともいえる発話衝動の亢進がその本態であるという印象もつけた。

III 考 察

症状論的分析もさることながら、本症例の原因疾患について触れずに済ますわけにはゆかないであろう。発症当初は、それまでのアルコール飲酒歴の性格や、慢性肝炎の合併、とりわけその発症のあり方 (意識障害があって、それが回復してくるとともに重度の健忘症状群に気づかれている点) からみて、アルコール性コルサコフ病が最も疑われた。しかし、発端となった約1週間に及ぶ昏睡の原因が (入院先の病院においては) 結局明らかにならず、何らかの頭部外傷によって意識消失に陥り、回復過程において通過症状群としての健忘症状群を呈しているという可能性も完全には否定しきれなかった。とは言うものの、昏睡期間中の CAG において何ら特記すべき所見がみとめられず、加うるに、健忘症状群は重篤なまま一向に回復のきざしをみせず、むしろ悪化していった経過からみて、少なくとも外傷性要因のみによっては十分説明しきれないように思われた。

さらに問題となるのは、意識回復後、約半年ほどの間に急速に進行していった言語障害 (超

皮質性感覚失語の一型) が、いかなる病因に基づくものかという点である。アルコール性コルサコフ病および議論の多いアルコール性痴呆に関する記載は数多くあるけれども (Lishman, W. A., 1981), 本例のような失語性障害および Spieluhrsymptom 様の滞続言語を示したという報告は、東保ら (1983) による Wernicke 脳症の急性期に palilalia が出現したという記載を除くと、筆者らの検索しえた限りでは見出すことができなかった。そしてまた、CT スキャンでみとめられた本症例におけるがごとき萎縮像のかなり顕著な左右差 (主に側頭葉、および前頭葉、ともに左>右) も、アルコールに帰因する可能性のある CT 上の萎縮所見 (それ自体は各方面で確認されつつある, Cala et al., 1981, etc) ではみとめられていないようであり、こうした点を考慮すると、本例を、疑問の余地のないアルコール性コルサコフ病とみなすことには、多少ともためらいの念を禁じえない。

一方、視点を変えて、Spieluhrsymptom やその他の精神症状の長期経過からみた場合、本症例のような“典型的”ともいべき滞続言語は、そのほとんどが Pick 病において記載されているといっても過言ではない (Schneider, C., 1927; Stertz, 1926; Lüers, 1947; 山崎, 1966; 羽田, 1976; 松原ら, 1984, 他多数)。Mayer-Groß (1931) の Spieluhrsymptom 例は、Pick 病と進行麻痺であった。この他、長谷川 (1960) の報告では、側頭葉切除例でも滞続言語が観察されているが、本症例は無論切除例ではないし、血清の TPHA 反応は陰性であり、瞳孔の病的症状もなく、進行麻痺もまず否定してよいと思われる。

むしろ、ことに最近になって Denkfaulheit 様の症状や、“running-away behavior” (吉田ら, 1981) が目につくようになってきていること、またほとんど Spieluhrsymptom でしか問いに対して反応しなくなってきていること、および CT 上で見られる萎縮の左右差は Pick 病の場合には稀ならず記載されていること (松原ら, 1984; 山崎, 1966) などを考慮すると、本症例が Pick 病である可能性も否定しえない状

況になってきた。しかしながら、既述のごとき急激な発症のあり方や、重篤な健忘症状で始まっている点は、明らかに従来の Pick 病の記載とは異なっている。

アルコール性要因と Pick 病の合併という可能性もないではないが、要するに、さしあたっては、本症例の病因は不詳であるというべきであり、今後の長期的な経過観察にまつほかはないと思われる。

次に、症候論的な考察に移ろう。筆者はここまで、Mayer-Groß (1931) の Spieluhrsymptom と Schneider, C. (1927) の stehende Redensarten とを、あまり明確に区別せずに使用してきたが、本論文の目的の1つは、最初にも述べたように、両概念の相互関連を検討することにあつた。Schneider (1927) の記載によれば、滞続言語は、より一般的な滞続症状 (stehende Symptome) (身ぶりや表情、行為などにおいてもみられる) の1つであつて、決して言語のみに限られているわけではない。これに対して、Mayer-Groß (1931, 1954) の方は、もっぱら言語面に焦点の向けられた概念である。両者の相違は、しかし、単にこの点にとどまるものではない。

Schneider (1927) は、自験例以外に、Stertz (1926), Liepmann, Pick, Scholz らの例を引用している。そこにおいて stehende Redensarten として記載されているものは、かなり多様である。たとえば Stertz 例は、“Hast du gut geschlafen, ich habe gut geschlafen, ich bin immer gesund und kräftig, mir geht alles wieder weg”のごとく、かなりまとまりをもった、あいさつ的な表現を含む、ほとんど“語り”に近い常同症を示しているのに対し、Schneider の自験例は、“Du bist verrückt”といった、人を馬鹿にしたようなはなはだそっけない単純な言句を繰り返しているだけである。さらに Scholz の例になると、“belle, belle, belle, bille, bille”といった発話であつて、これはもうほとんど語唱 (Verbigeration) ないし同語反復 (Palilalie) に近いと言つて差し支えない。本邦の報告例においても、Pick 病の滞続言

語として記載されている内容はかなり多様ではあるが、どちらかといえば、比較的短い語句の記載が多いように見うけられる (古川, 1938; 岡田ら, 1962; 山崎, 1966; 羽田, 1976; 松原ら, 1984, 他)。ただし、Pick 病の場合には、経過とともに滞続言語が単純化してゆく傾向があるようなので、滞続言語の記載の時期が重要なポイントであることは言うまでもない。ともあれ、ここで筆者は、これ以上 Pick 病そのものの滞続言語について論じるつもりはない。

Mayer-Groß (1931) は、Spieluhrsymptom の例として、“Also nachher gehe ich runter, da hol ich meine Kleider—dann folgte eine lange Aufzählung der einzelnen Kleidungsstücke—dann fahr ich mit der Bahn nach K’ruhe, dann mit der Elektrischen bis zur Richard-Wagner-Straße, dann gehe ich in die Sofienstraße Nr. 167 im 4 Stock, da wohnen wir”という“語り”を全く違えずに日に20~30回も繰り返したと言う。この例だけをみても、Schneider, C. の滞続言語と、Spieluhrsymptom とが、かなりニュアンスを異にすることが窺われる。Mayer-Groß は、1931年にも、その後1954年に“gramophone symptom”として記載しなおした際にも、滞続言語との関係についてはっきりと触れてはいないので、両者の異同については、それぞれの記載内容に従つて判断するほかはない。

発話内容だけを見ると、stehende Redensarten は、Janet (1928) のいう“語り (récit)” (彼は“語り”を、保存 (conservation), 伝達 (commission), 叙誦 (récitation), 記述 (description), 叙述 (narration) といった階層的な水準に区別されると考えた (浜中, 1985) が、ここで言う“語り”は、その内容、性質からみて、せいぜい commission, ないし récitation のレベルのものをさすとみなされよう) に近いものから、決まり文句 (cliché) あるいは同語反復 (palilalie) のような自動的 (automatique) なものまでをも含む、かなり広汎な現象をさす概念であると考えられるのに対し、Spieluhrsymptom の方は、話し方も内容も、より自然で、

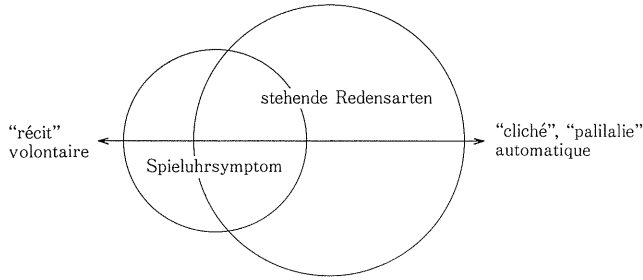


図4 Spieluhrsymptom と stehende Redensarten の関係

Janet の“語り (récit)” (ここでは、むしろ *récitation* ないし *description* に相当しよう) を主体とする、より随意的 (*volontaire*) な印象を与える現象をさす概念である、と考えるのが適当であるように思われる。これを図示すれば、図4のようになるであろう。

このような発話内容の差異にもかかわらず、両者の間には、①他者との疎通を促されるような外的刺激によって誘発されること、②状況とは無縁な内容の繰り返しであること、③促迫的な *Logorrhoe* に近く、強迫的ともいべき発話衝動の亢進を伴うこと、などの点で通底する部分も多く、その意味においても、図4に示すように、両症状は連続的に移行するもので、互いに共通する領域を有する概念であると思われる。ちなみに、こうした病態が側頭葉病変と関連の深いものであることは、すでに多くの論者によって指摘されているところであるが (羽田, 1976; 古川, 1938; 小阪, 1976; 松原, 1984; 山崎, 1966), 本例は剖検例ではないし、病因も不詳であるので、病変部位との関連については、今回はあえて立ち入らないことにする。

Mayer-Groß (1954) は、“gramophone symptom” について、(1)発話衝動の亢進 (*an increased urge to talk*), (2)観念内容の貧困化 (*poverty of ideation*), (3)記憶把持の喪失 (*loss of retention*) が、その出現のための主要要因であると述べている。また、Schneider (1929), 古川 (1938), 羽田 (1976), 松原ら (1984) なども、滞続言語の発現について、それぞれの立場から論及を行なっている。これら

を参考にして、自験例について今少し詳しく検討してみると、まず、放置するとほとんど何もせず、発動性の低下を思わせるのに、人との関わりを求められるような刺激が加わると、むしろ発話衝動は亢進する、という特殊な発動性の病態があげられよう。第2に、言語理解や表出の障害、観念の貧困化、体験記憶の障害があるにもかかわらず、働きかけられると他者との疎通を保とうとする構えのみは存続していることが指摘される。しかしながら、病態失認ないし多幸症のためにこの間の齟齬には気づかれぬまま、一過性に発話衝動が亢進するに伴って、希薄化した自己の体験記憶の一部を繰り返し語ることになると思われる。第3に、語漏に近い、促迫的、強迫的な発話衝動の亢進があげられるが、これは、超皮質性感覚失語に時折見られる *Logorrhoe* の要因と、誘発的な発動性亢進の言語面における現われとに帰因すると考えることができよう。

こうしてみると、*Spieluhrsymptom* と *stehende Redensarten* とに通底する病態は、①“逆説的”な発動性の亢進と、病態失認、多幸症を主とする人格障害、② *Logorrhoe* を伴う超皮質性感覚失語、および観念の貧困化を主とする言語—思考障害、③さらには、体験記憶の希薄化を主とする記憶障害、といった諸要因が同時的に生起することによってもたらされるものである、と考えるのが妥当なようである。これをあえて図式化すれば、図5のようになるであろう。

ただし、こうしたいくつかの要因のうち、いずれが最も主要な役割を果たしているか、とい

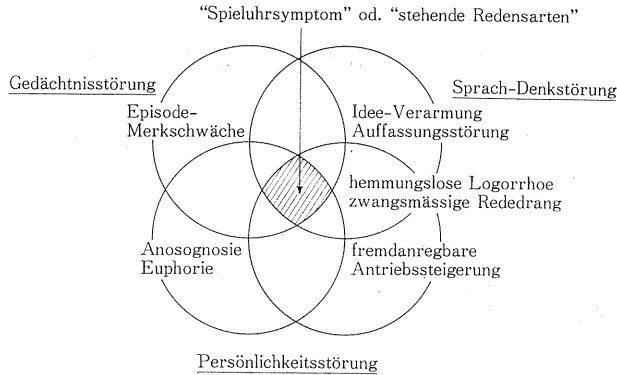


図5 Spieluhrsymptom ないし stehende Redensarten の発現に関わる要因

う問題は未だ充分解明されたとは言い難い。しかし、上記いずれかの要因を完全に欠いて、Spieluhrsymptom ないし stehende Redensarten を示した症例というのは、文献的にみてもまず存在しないようであり、今後の課題として残るのは、むしろ、それぞれの要因の、当該症状発現に対する関与の度合い、ないしは関与の仕方、をめぐる問題ではないかと思われる。

参考文献

- 1) Cala, L. A. et Mastaglia : Computed tomography in chronic alcoholics. Alcoholism, 5 ; 283-294, 1981.
- 2) 浜中淑彦 : 意識, 知能, 記憶の病理. 医学書院, 東京, 1986.
- 3) 羽田忠 : ピック病の巢的精神症状. 臨床精神医学, 5 ; 331-339, 1976.
- 4) 長谷川保 : 側頭葉切除後の精神症状について. 精神経誌, 62 ; 398-431, 1960.
- 5) 古川復一 : Pick 病における巢症状に就いて. 精神経誌, 42 ; 368-395, 1938.
- 6) Janet, P. : L'évolution de la mémoire et la notion du temps. Chahine, Paris, 1928.
- 7) 小阪憲司 : Pick病における失語症について——自験3症例と本邦報告例49症例の検討——. 精神医学, 18 ; 1181-1189, 1976.
- 8) 倉知正佳, 大塚良作, 福田孜 : Pick 病における感覚失語について——脳血管障害例との比較. 精神経誌, 76 ; 447, 1976.
- 9) Lishman, W. A. : Cerebral disorder in alcoholism syndromes of impairment. Brain, 104 ; 1-20, 1981.
- 10) Lüers, T. : Über den Verfall der Sprache bei der Pickschen Krankheit (umschriebene Atrophie der Grosshirnrinde). Arch. Psychiat. Nervenkr., 179 ; 94-109, 1947.
- 11) 松原三郎, 榎戸秀昭 : Verbal Stereotypy (Pick 病の側頭葉型). 精神医学, 26 ; 711-716, 1984.
- 12) Mayer-Gross, W. : Zur Symptomatologie organischer Hirnschädigungen. 1. Das Spieluhrsymptom. Arch. Psychiat. Nervenkr., 92 ; 433-439, 1931.
- 13) Mayer-Gross, W., Slater, E. et Roth, M. : Clinical Psychiatry. Bailliere, Tiddall and Cassel, London, 1954.
- 14) 岡田万之助, 伊沢正義, 林和幸, 原常勝, 岡田英子 : Pick 病の2剖検例. 精神経誌, 62 ; 1434-1460, 1962.
- 15) Schneider, C. : Über Picksche Krankheit. Mschr. Psychiat., 65 ; 230-275, 1927.
- 16) Schneider, C. : Weitere Beitrag zur Lehre von der Picksche Krankheit. Z. ges. Neurol., 120 ; 340, 1929.
- 17) Stertz, G. : Über die Picksche Atrophie. Z. ges. Neurol., 101 ; 729-747, 1926.
- 18) 東保みず枝, 藤井薫, 中川慎一郎 : 反復性の経過を示したアルコール性 Wernicke 脳症の一臨床例. 九州神経精神医学, 29 ; 354-358, 1983.
- 19) 山崎達二 : Pick 病の臨床病理学的研究——特に人格変化を中心として. 精神経誌, 68 ; 891-908, 1966.
- 20) 吉田哲雄, 松下正明, 長尾佳子, 高橋洋子 : 前頭葉型ピック病の1例——前頭葉症状群ならびに「立ち去り行動」と関連して——. 精神経誌, 83 ; 129-146, 1981.

On a Case Presenting Marked "Spieluhrsymptom"

Yoshitaka Ohigashi*, Toshihiko Hamanaka**

Hiroshi Ohashi***

*Department of Neuro-Psychiatry, Center for Student Health, Kyoto University

**Department of Neuro-Psychiatry, Kyoto University Hospital

***Kyoto National Hospital

The authors reported a 52 y. o. right-handed male, presenting marked "Spieluhrsymptom" (Mayer-Gross). The brain atrophy, especially of left temporal lobe, was indicated by CT scan, but the etiology is not yet confirmed even though Alcohol-Korsakof disease or Pick's disease will be suspected. We examined the relationship between "Spieluhrsymptom" and "stehende Redensarten" (C. Schneider), analysing these symptoms of our case and of cases reported in the literature.

Our conclusion is as follows: "Spieluhrsymptom" is in the nature of "récit" (Janet) and of

voluntary speech action. On the other hand "stehende Redensarten" not only is in the nature of "récit" but also include usual phrase or palilalia, the character of which is more automatic than that of "Spieluhrsymptom". However these two concepts hold certain parts in common and there may be continuity between these.

Concerning the mechanism provoking these symptoms we supposed particular personality disorders, language disturbances and memory impairments as the important factors.