

■原 著

全失語からジャルゴン失語へ経過した1例

波多野和夫* 松田芳恵** 名村裕弘***
 岡本興一*** 濱中淑彦****

要旨: 1回の脳梗塞により全失語になって2カ月後、急速に語新作ジャルゴン失語の病像に変化し、そのまま固定した臨床例を報告した。CT 所見としては、左半球外側面の側頭頭頂領域と左半球前頭葉内側面に低吸収域が見出された。全失語の概念を再検討し、この特異な経過に対して前頭葉内側病変の有する意味について若干の考察を行なった。その結果、全失語と語新作ジャルゴン失語という、一見全く相違しているように見える二つの失語型が、実は案外近い距離にあるのではないかという考えに到達した。

神経心理学, 2; 164~173

Key Words: 全失語, ジャルゴン失語, 語新作ジャルゴン失語, 前大脳動脈, 失語症候群
 total aphasia, jargon aphasia, neologistic jargon aphasia, anterior cerebral artery, aphasic syndrome

I はじめに

我々はかつて、5例の自検例に基づいて語新作ジャルゴン失語をめぐる諸問題を論じ(波多野ら, 1984a), このうち特に興味深い経過と病巣を示した1例についてやや詳細な臨床病理学的報告(波多野ら, 1986a)とジャルゴン症状の神経言語学的分析(波多野ら, 1986b)を行なった。これらの経験と文献の示すところでは、ジャルゴン失語は基本的には流暢性失語に属する失語症候群である。この意味で極めて paradoxical であると思われるが、我々は上記の症例群とは別個に、非流暢性のジャルゴン失語を経験したので、その臨床報告を行ない、症候論的問題について若干の議論を試みた(波多野ら, 1984b)。また今回新たに我々は、非流暢性失語である全失語で発症し、これが約2カ

月続き、その後になって急速にジャルゴン失語の病像を呈したという症例を経験した。CT 所見よりの推定病変が、通常語新作ジャルゴン失語の責任病巣と言われる左側頭・頭頂葉の大病巣の他に、左半球内側面にも認められた。このような経過と病変はジャルゴン失語としてやはり特異であると言わざるを得ず、ここに報告して臨床的な意味を検討したい。

II 症例報告

症例YY

昭和9年生まれの右利き男性(血縁に左利きなし)。山陰地方出身。義務教育終了。バス運転手。やや山陰方言のアクセントで話す。外国語は話せない。家族歴、既往歴に特記すべきものなし。生来健康で特に無口でもおしゃべりでもなかった。

現病歴

〔共同研究者〕 大橋博司*

1986年8月26日受理

On a Case of Aphasia with the Evolution from Total Aphasia to Jargon Aphasia.

*国立京都病院精神科, Kazuo Hadano, Hiroshi Ohashi: Department of Psychiatry, Kyoto National Hospital.

**洛和会音羽病院言語室, Yoshie Matsuda: Department of Speech Therapy, Rakuwakai Otowa Hospital.

***洛和会音羽病院神経内科, Yasuhiro Namura, Kouichi Okamoto: Department of Neurology, Rakuwaki Otowa Hospital.

****京大病院精神神経科, Toshihiko Hamanaka: Department of Psychiatry, Kyoto University Hospital.

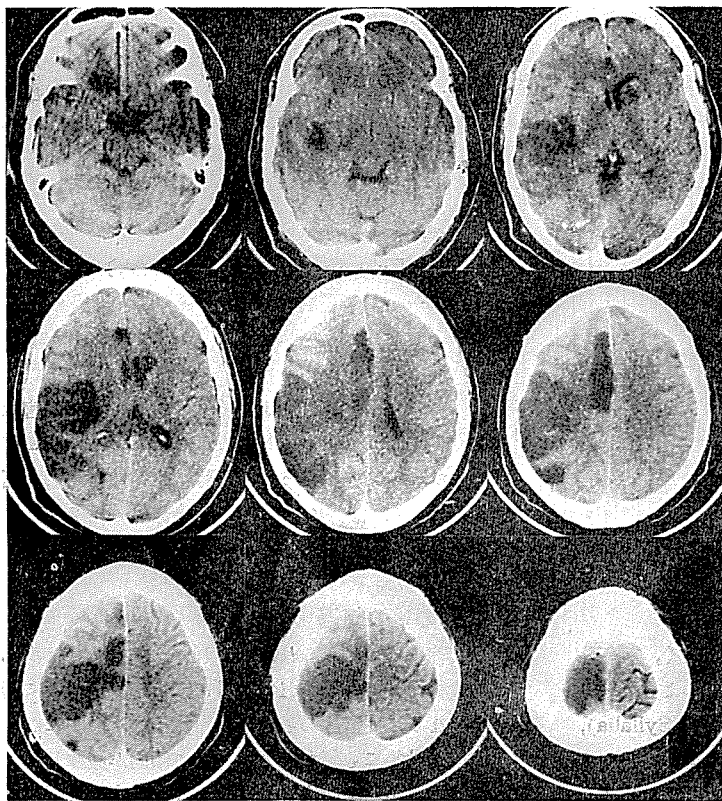


図1 CT 所見 (昭和60年11月18日)

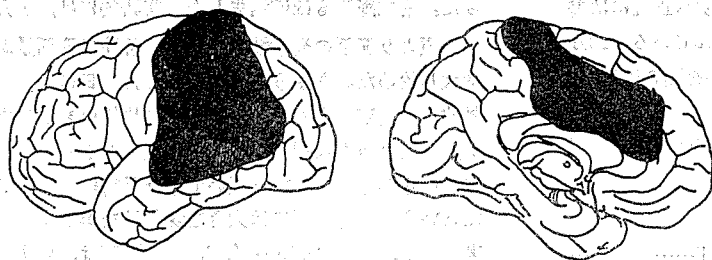


図2 CT 所見よりの推定病巣

昭和60年11月16日朝、仕事先で突然意識を失い、C病院に入院した。ただちに施行されたCTスキンの所見から脳梗塞と診断され、内科的保存的治療を受けた。意識障害は徐々に消退し、数日後には意識はほぼ清明になったが、高度の右片麻痺と、「はい」、「うん」以外の発話が見られないというような言語障害が残存した。11月18日のCT所見として、左半球内側面と側頭頭頂部に大きな二つの低吸収域が認められた(図1, 2)。60年12月7日、リハビリテーションを目的に、洛和会音羽病院神経内科へ転院し、以後我々が治療を担当した。

転院時の状態

転院時の一般内科学的検査では特に問題となる所見はない。神経学的には、顔面を含む右片麻痺の状態である。右半身の知覚低下と右下四半盲が存在するようであるが、言語障害のため正確な検索が出来ない。嚥下障害や下顎反射亢進などの仮性球麻痺症状は認められない。精神医学的には、意識は一応清明であると思われるが、ボーッとして精神的な反応が鈍く、精神緩慢(Bradyphrenie)の状態である。言語障害のため十分な検査が出来ないが、記憶、思考、見当識に著しい障害があることはまず間違いなく、いわゆる重度通過症候群(Durchgangssyndrom, Wieck)に相当する病像であると思われた。情動面の不安定さが著明で、ささいなことで感情失禁に陥り、感情的には抑うつに傾くことが多かった。神経心理学的には、重篤な口部顔面失行が認められ(口形の模倣すら不可能)、構成失行が疑われたが、これら以外は、高度の言語障害の存在のために、検査が著しく困難であった。患者の言語的なコミュニケーション能力は、了解面も発話面も著しく障害されており、ほとんど実用をなさないほどである。発話の発動性は、消失してはいないまでも

(われわれの知る限り無言(Mutismus)であったことはない)、かなり低下していると言わざるを得ない。会話では、「うん」、「んーとね」という程度の自動的な発話が見られる以外は、ほとんどが断片的な1個のシラブルの散発的な出現を見るに過ぎず、語のレベルの発話は事実上ない。さらにかなり重篤な声量低下(hypophonia)(気息性という程ではないが)が認められ、発話は単調(monotony)で、嗄声様にかすれる傾向があり、このような発声とプロソディーの段階に於ける障害以外にも、構音のレベルでも障害が認められ、正確な音素が発せられているとは言い難い。再帰性発話は見られない。時に二つの語音から成る「語」を発

しており、この点でやはり実用をなさず、さらに自己の発話が通じないという点についての病識が不十分で、失語としては相変らず重篤であると言わざるを得なかった。呼称、復唱、音読は、いずれもほぼ同様に、多くの語新作が出現する。ただこのようなテスト状況に於いては、時々発話量が低下することがあり、会話に於いてはほとんど常に語漏の状態であるというのと対照的なことがあった。このような両者の解離は、数週間後には大きく目立たなくなっていたが、その後もテスト場面で回答を模索して意識を集中する時などには、発話量がやや低下する傾向が続いた。これは例えば、単語の復唱(下記の発話例参照)の場合などに於いて、語新作を一つポツリと言うようなことに現われている。読字理解はかなり改善されたが、書字はさして変化がなく、相変らずほとんど不可能である。以上よりこの状態像は語新作ジャルゴン失語に相当すると考えられた。以上の言語面の変化は、2週間程度の期間の間に進行し、極めて急速という印象に当惑しつつ、事態の変化を見守るほかなかった。この変化の後でCTスキャンが施行されたが、発症時とほとんど変化はなく、新しい病巣が出来たとは考え難かった。2月7日SLTAを再度施行した(図3)。この時期の発話例を以下に示す。

会話例：「お仕事は何をしておられました?」「んーとね、あの……ヒノノサカーというかね……オイケー、ト、トリイシテもーてね……ソデ、あの……シンガーセンワ、あの……ガクセーシトフマしてね、ケーセー、ハイトしてね……」、〔バスの運転手さんしてられた?〕「はー」、〔何というバスですか?〕「あの、ジ、リョーショーがね……ナンマンクーでね、オ、オーツ、デノ……シガケーセンの……ウー、シガ……スーバス、ネ、滋賀県の……ニオクナシですわ」、〔家族(4人)は何人おられますか?〕「オーテシマ、シマテね……オ、オンスは、4名ですわ」、〔あ、4名ですか?〕「ネ、イートク、あの……デ、ニーヘイでね……サイニュー、ジューブ……ノモノ、ソデ……ジミョー、グミョーの3名ですわ」、〔3名ですか?〕「はい」、〔子供(2人)は何人ですか?〕「アンツーは、あの、ひとりで……ガト、イマイデ……アト、ムト、カメクイデ」、

呼称例：〔時計〕「ヒオケズの、ヒオキーね……モリョーウエー、アー……ヒョ、ヒョケビト」、〔櫛〕「んーと、ショク、ショク、んーとね……ワイゲケ、

ヤク、チト」、〔歯ブラシ〕「ショクジュ、ショクメと、ヒャクね……ベ、ベテ……ケメセ」、〔眼鏡〕「これは……あの、ソラ、ヒョクエの、パンケ」、〔魚〕「これは、ア、アメで……ア、あの……ションベ、ベです、オンマチの、ショクジュ……」、〔煙草〕「これはたばこがウド……ハマクの、ハウデて、ですわ……きいたこ」とない」、〔靴〕「これ、ゲー、キの……シチャです……ジシでしょ、アメ、ガタエの、ヒコヒコーでしょ」、

復唱例：「今日は良い天気です」「カイデ、ジマイモーですかね……ハチ、マト、アエが」、〔けさ新聞を読みました〕「しんぶんをジモ……ちょっと、リョージノセンナ」、〔京都は美しい町です〕「ヒノウチ、サイーチェンですかな」。〔めがね〕「ニー、エーマチ」、〔とけい〕「トケシ」、〔さかな〕「……ヤクケ」、〔げた〕「サクジュ」、〔こま〕「ホーケ」、〔ほうき〕「モエキ」、〔かみなりおこし〕「カーチャージェクジュ」、〔てっぽううち〕「ヒョククエ、ニョングェチェ」、〔いのしし〕「ヒョクナッカイ」、〔となくい〕「オヤカイ」(昭和61年2月7日)。

その後もほぼ同様の状態が続き、同院言語室にて言語治療が続けられた。全体的なコミュニケーション能力という点で多少の改善がないことはないが、相変わず発話には大量の語新作が含まれ、言語的に改善されたというよりは、精神的にしっかりしてきたという要因が大きいようであり、重篤な失語の状態であることには変わりがない。61年6月同院を退院し、以後定期的に通院し言語治療を受けているが、その後も大きな変化はなく、ジャルゴン失語に変わってから既に半年以上が経過したのであり、この状態を一過性とは考えにくく、既に持続性のジャルゴン失語と言って良いと思われる。

III 考 察

本例は、脳梗塞発症約2カ月間全失語の状態が続き、その後急速に語新作ジャルゴン失語の病像を呈し、その状態ではほぼ固定したという症例である。本邦でのジャルゴン失語の症例報告はさして多くはなく、我々自身のジャルゴン失語の経験についても、一過性の発見例を含めてもせいぜい十数例を数えるに過ぎず、これらから一般的法則的なことがらを帰納することは、基本的に困難である。このことを十分認識した上で、少なくとも我々が経験した症例に関

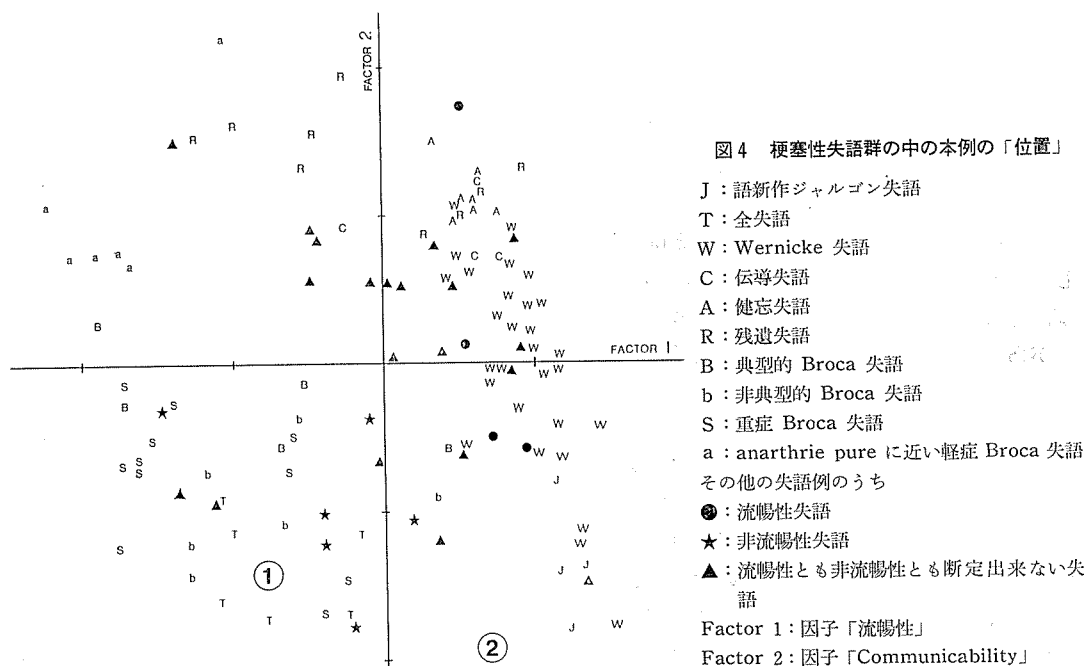
する限り、本例のような経過を経てジャルゴン失語へ到った例は、他に見当たらないし、さらに過去の文献的記載を検索しても、本例の如き経過は他に例がないのではないと思われる。

発症後から1月中旬までの失語像について、当時我々は全失語、特に Stachowiak et al. (1977) の第2型、あるいは Vignolo et al. (1986) の type B に該当する全失語であると判断した。その後の経過を経験した現在の時点で、録音を再生し、発話を書き起こして、全経過を retrospective に再検討しても、この診断を訂正する必要はないと思われる。著しいコミュニケーション能力の障害（あるいはほぼ消失したというに近い）、SLTA 結果からも十分にうかがい知れる聴覚的言語理解の極端な障害、発話量は極めて少なく、わずかの自動的発話（「んーとね」、等）以外は1シラブル（時に2シラブル）の断片的な「発語」が見られるに過ぎず、文字の視覚的理解が多少保たれている（しかしこれも相当な障害である）以外の、全ての言語の様態（modality）（了解、呼称、復唱、書字、音読、等）に渡る言語能力の著しい障害の存在。これらはいずれも、通常の神経心理学の教科書的な全失語の診断基準（Poeck, 1982; Benson, 1979; Albert et al., 1981; 大橋, 1965, 等）を満たすと言っても、恐らくはさしたる反論はなからうと思われる。例えば、Poeck (1982) によれば、全失語にしか見られない神経言語学的特徴は、発話に利用出来る音素目録の制限であり、この特徴は他の失語症候群には見られないとされている。この事実を本例に於いて完全に実証することは困難であるとしても、発話例を一瞥すれば、音素目録中の全ての音素を常に完全に自由に利用しているというのとは程遠い状態であることは明らかであろう。特に、この時期の本例の失語像は、非流暢性失語に属するそれであって、どう考えてみても流暢性失語ではないことは言うまでもないであろう。

11月中旬以後の失語像が語新作ジャルゴン失語に相当すると考えた根拠は、我々の定義、

すなわち、ある程度発話量があって、何を言っているか聞き手が理解出来ないような発話をする症状をジャルゴン、これが前景を占めている失語型をジャルゴン失語、理解出来ない理由が大量の語新作にある時に語新作ジャルゴン失語と言う、という定義に基づいている（波多野ら, 1984 a）、この定義を満足するという以外にも、著しい言語理解障害、流暢で語渾的な発話、多幸的な感情障害、自己の発話に対する病識が完全でないこと、語新作に見られる押韻常同パターン（または音韻性変復パターン）の傾向（例、「ジミョー、グミョー」、「ショクジェ、ショクメメ」）、等は、語新作ジャルゴン失語に高頻度で観察される現象であり（波多野ら, 1986 b）、この言語症状群を語新作ジャルゴン失語と診断することをさらに積極的に支持している。

我々はかつて、脳梗塞による失語症例 117 例について、問診に際しての会話の録音から、43個の言語症状を抽出し、これを定量的に評価し、数量化された43変量を因子分析した結果、第1因子を「流暢性」、第2因子を「communicability」と解釈した。さらに各症例の第1、第2因子の因子得点を計算し、これを2次元座標にplotして、臨床的印象に基づいて直感的に診断された失語型との対応を見た（波多野ら, 1985）。本例はこの117例の症例群には含まれていないが、試みに同様の43個の言語症状を評価し、これに完全に同一の因子得点の計算公式を適用して、因子の計算をしてみると、本例は図4に示したような「位置」を占めた（図中、①は全失語時代の60年12月、②はジャルゴン失語時代の61年2月の状態である）。第2因子「communicability」はほとんど変化せず、ただ第1因子の「流暢性」のみが上昇して（右方へ移動して）、全失語または重度 Broca 失語（図中では、TとSで表わす）の領域から語新作ジャルゴン失語（図中ではJ）の近傍領域に経過していることが一目瞭然である。これはほとんど我々の臨床的「印象」と一致するものであり、このことは、逆に言えば、我々の失語型の「印象」診断を客観的に裏づけていると言えよう。



一方 SLTA の結果の方は、失語病像がこれ程変化したにもかかわらず、基本的にはほとんど変化が見られず(図3), SLTA が失語型の変化に対して鋭敏でないことを物語っている(波多野ら, 1986c)。

本例の特異性は、以上に述べた全失語から急速に語新作ジャルゴン失語に移行し固定したという経過であり、さらにこれと並んでその CT 病巣の局在である。発症直後と2日後の CT の比較によって、本例の病巣が1回の脳梗塞(60年11月16日)で成立したことが推定された。中大脳動脈と前大脳動脈は、いずれもその梗塞によって何らかの失語を発症せしめる領域であるが、この両方の領域に同時に梗塞巣が生じた場合に、どのような形の失語が出現するのか、という問題は未だ十分な検討がなされていないように思われる。たとえば、浜中ら(1984)に於いて検討された、梗塞性失語の130例の自験症例群の中には、本例のような病巣を示した症例はなかった。

そこでどうしてこのような経過が生じたのかという問題について、さし当たり、以下の三つの可能性を考えてみた。(1) von Monakow の

Diaschisis, つまり急性期にある局在病変が他の部位の正常な機能を低下せしめる現象によって説明する。(2)全失語の経過としてあり得る一つの場合として理解する。(3)前頭葉内側面の病変が全失語状態の成立と解消に何らかの意味を有したと考える。ちなみに、語新作ジャルゴン失語そのものの発生は側頭頭頂領域の大病変で説明可能であると思われる(波多野ら, 1984a)。

(1)は、具体的には、側頭頭頂病変と内側面病変とが、急性期だけ、全ての言語領野の機能を低下させたので、全失語になったという解釈である。しかしこの立場については、急性期といっても、2カ月も全失語が続くのは少し長過ぎはしないだろうか。さらにまた、Diaschisis 自体は急性期に於ける極めて一般的な現象であるはずであり、そうであれば、語新作ジャルゴン失語例の中に、本例と類似した経過をもっと高頻度に見出すことが出来るのではなからうか。このような疑問点から、Diaschisis の概念によって本例の経過を完全に説明するというのは、ただそれだけを説明仮説にするというのであれば、少し無理があるように思われる。

(2)については、全失語については、Grasset

(1873) や Atkinson (1876) の「完全失語」を別にすれば、Lichtheim (1885) によってその概念が確立したと言っても良いが、「最も重要な失語型であるにもかかわらず、文献的には不当に無視されてきた」という Leischner (1979) の嘆きはやや大げさだとしても、研究テーマとしてこの失語型が取り上げられることは、必ずしも多くはなかったようである。私見によれば、全失語には少なくとも次の四つの理解の仕方があり、それに応じてその後の経過や予後についての考え方が異なってくるように思われる。

(a)全失語とは Broca 失語の重篤型であり、両者に質的な差異を認めないという立場。Marie~Foix 以来、「大 Broca 失語」(grande aphasie de Broca) とは全失語のことである(大橋ら, 1985)。一般に仏語圏では全失語を Broca 失語から特別に区別しない傾向がある(例えば, Hécaen, 1972)。この立場からは、全失語が回復した場合、Broca 失語になる以外は考えにくい。全失語例のかなりの部分にこのような経過が認められることは確かであろうが、本例の場合には、この考案があてはまらないことは言うまでもない。

(b)これと反対に、全失語を他の失語型に還元され得ない、積極的に独立した失語の亜型として認知する立場 (Stachowiak et al., 1977; Poeck, 1982; Mattes et al., 1978)。この場合、回復後の失語像は、Broca 失語とも Wernicke 失語とも言い難く、広義の「全失語」あるいは「汎失語」(global aphasia) と呼ばざるを得ぬような病像であり、場合によっては、これに対し混合失語や分類不能失語という名称が冠せられることもある。このような経過も、全失語のかなりの部分にあてはまると思われるが、本例には該当しない。

(c)全失語に Broca 失語要素と Wernicke 失語要素をほぼ対等に認め、その合併として理解する「古典論」的な見解 (Lichtheim, 1885; Dejerine, 1914; 大橋, 1965)。このような立場から経過を考えてみると、どちらか一方が優先的に消退すれば、Broca 失語か Wernicke 失語

へと回復することになる。Albert et al. (1981) は、全失語の Wernicke 失語への移行があり得ることを認めており、例えば、左側頭葉に大きな出血巣が生じた時、急性期に一過性に、右片麻痺を伴わない全失語が発生することがあるが、この場合には、数日乃至数週間で何らかの流暢性失語へ移行すると述べている。この立場から本例を考察する場合、やはり2カ月という期間が長すぎはしないかという点と、語新作ジャルゴン失語を簡単に Wernicke 失語のうちに含めて良いかという問題が生じる。

(d)全失語を「単一で一貫した症候群」であるとは考えず、雑多な失語の集まりに過ぎないとする立場 (Benson, 1979; Vignolo et al., 1986)。Benson (1979) は全失語が、健忘失語と共に、非局在性 (nonlocalizing) であると言い切る。Vignolo et al. (1986) は、全失語は症候論的には単純なように見えるが、種々様々な臨床的な entities を含むものであると述べ、臨床型を A 型~C 型の 3 型に分ち、自験例 37 例を検討し、Broca 領野を含まない後方病変による全失語 3 例と、Wernicke 領野を含まない前方病変による全失語 8 例を比較して、前者が全員男性で、後者が全員女性であるという事実を見出し、その意味を論じている。本例は内側病変を無視すれば前者に該当し、しかも男性である点で、一応一致している。このような (d) の立場は (c) を極端に推進したものとも考えられ、どんな失語像に経過したとしても例外とは言えず、従って、本例のような経過も許容されることになる。しかし理論的にはそうであっても、実際に全失語から語新作ジャルゴン失語に経過する症例は極めて稀であろう。このような稀なことが実際に起こったのであるから、このことは記録に残す価値があると我々は考えた。以上のように検討してみると、本例の場合には、(d) のような全失語解釈から理解するのが最も容易であることは明らかであろう。

(3)について。前大脳動脈域の病巣によって生ずる言語障害は、病巣が頭頂葉に及ぶことがなければ、言語発動性低下を主症状とする超皮質性運動失語であり (Rubens, 1975; 本村ら、

1985; 安村ら, 1985, 等), これには声量低下を伴うことがあり (Jürgens et al., 1982), また稀であるが反復言語 (palilalia) を見ることがある (Alajouanine et al., 1959; 永渕ら, 1984)。いずれにせよ, この領域の病巣は, 失語本来のいわゆる「内言語障害」を惹起するというよりも, 言語表出を形式的に保証する発話の精神運動性を障害するということが出来る。そこでもし本例の場合, この経過と病巣とに積極的な相関を想定出来るとしたら, 左側頭頭頂領域の大病変によって, 本来語新作ジャルゴン失語になるべき症例が, 同時に発生した左前頭葉内側病変の pathoplastic な効果によって, 声量低下, 等の発声障害を伴う全失語の病像を呈したと理解する可能性が開けはしないか。さらに, 前頭葉内側病変による超皮質性運動失語は比較的予後が良く, 短期間で言語の精神運動性障害が回復すると言われており (Rubens, 1975, 等), このような前頭葉内側病変の効果は長期に渡らないという一般のことがらを本例の場合に当てはめてみると, 全失語の期間が2カ月間だったということが, 一応符合しないことはないのである。ちなみに, 左側頭頭頂領域の大病変というのは, 持続性の語新作ジャルゴン失語の病変 (の一つ) である (波多野ら, 1984 a)。ただし我々はここで, 「全失語=語新作ジャルゴン失語+超皮質性運動失語」かつ「責任病変=左側頭頭頂領域大病変+左前頭葉内側病変」などという, P. Marie 流の「失語の代数学」的解釈に完全に依拠しているわけではない。何らかの単一障害の責任病変たり得る単一病巣が, 複数合併した時に, 如何なる障害が出現するのか。単一障害の単なる加法的な組合せに過ぎぬ場合もあろうし, 「乗法的」, あるいは「積分的」とでも言わざるを得ないような効果が生ずる場合も考えられよう。このような問題が, 失語の枠内の症状の組合せについて, 具体的にはどのようなになっているのかについて, 我々は未だ十分な知識を持ち合わせていない。従ってここでは, 前頭葉内側病変の意味については, 断定を避けて示唆にとどめ, むしろ今後検討を要する問題として提起することに

する。

言うまでもないと思われるが, 以上の三つの可能性は, いずれも互いに他を排斥する仮説ではなく, 多かれ少なかれ, 本例の特異な経過の成立に寄与しているものと思われる。また, このように考えて来ると, 非流暢性失語の最重篤型である全失語と, 流暢性失語の最重篤型であるジャルゴン失語とは, 見掛け上はあまりにも遠い存在のように見えるが, 案外近縁な失語型であるのかもしれない。少なくとも, 全失語のある種のもの, ジャルゴン失語のある種のものが, 極めて近い距離に隣接しているという考えが, 本例を眺めてみる時, 極めて自然に湧出して来るのである。そう考えるとかつて我々が報告し (波多野ら, 1984 b), その時は極めて paradoxical と思われた, 全失語と語新作ジャルゴン失語との移行型とも言うべき失語像についても, この種の失語像の存在もまた十分にあり得る, という議論が非常に受け入れやすくなるのである。我々はこの症例を両失語型の移行型としつつも, 語新作ジャルゴン失語寄りに解釈して, 「非流暢性のジャルゴン失語」と理解したが, 本例の最初の状態の場合は, 語新作様の発話がせいぜい2シラブルで長く続かないこと, 発話量全体がさらに少ないことの2点を重視して, あくまで全失語の枠内にその位置づけを求めた。いずれにせよ, これらの例は全失語と語新作ジャルゴン失語の症状論的な近接性または連続性について, 重要な証言をなす症例ではないかと思われる。

文 献

- 1) Alajouanine, T., Castaigne, P., Sabouraud, O. et Contamin, F.: Palilalie paroxystique et vocalisations itératives au cours de crises épileptiques par lésion intéressant l'aire motrice supplémentaire. Rev. Neurol., 101: 685-697, 1959.
- 2) Albert, M. L., Goodglass, H., Helm, N. A., Rubens, A. B. and Alexander, M. P.: Clinical Aspects of Dysphasia. Springer-Verlag, Wien, 1981.
- 3) Atkinson, R.: Case of sudden and complete aphasia and partial right hemiplegia. J. Ment.

- Sci., 22 ; 406-416, 1877.
- 4) Benson, D. F. : Aphasia, Alexia and Agraphia. Churchill Livingstone, NY, 1979.
 - 5) Dejerine, J. : Sémiologie des Affections du Système Nerveux. Masson, Paris, 1914.
 - 6) Grasset, J. : Observation d'aphasie complete suivie de guerison, avec des specimens de l'écriture du malade aux diverses phases de la maladie. Monpell. Med., 1873 ; 93-125, 1873. (Mattes et al. (1978) より引用)
 - 7) 波多野和夫, 浜中淑彦, 大東祥孝, 大橋博司 : ジャルゴン失語について——語新作ジャルゴン失語の5例. 精神医学, 26 ; 701-710, 1984 a.
 - 8) 波多野和夫, 浅野紀美子, 森宗勸, 浜中淑彦, 大橋博司 : 非流暢性のジャルゴン失語の症例報告. 精神神経学雑誌, 86 ; 897-909, 1984 b.
 - 9) 波多野和夫, 平川顕名, 浜中淑彦, 大橋博司, 森宗勸 : 失語に於ける流暢性概念の再検討. 精神医学, 27 ; 679-688, 1985.
 - 10) 波多野和夫, 豊島正憲, 松田芳恵, 林三郎, 浜中淑彦, 大橋博司 : ジャルゴン失語の症例報告——言語症状と剖検所見について. 脳と神経, 38 ; 1035-1042, 1986 a.
 - 11) 波多野和夫, 松田芳恵, 豊島正憲, 浜中淑彦 : ジャルゴン失語症候論補遺——「意味性変復パターン」と「音韻性変復パターン」について. 失語症研究, 6 ; 1152-1158, 1986 b.
 - 12) 波多野和夫, 立岡良久, 森宗勸, 浜中淑彦, 平川顕名 : 失語症における psychometric test の役割について. 失語症研究, 6 ; 1146-1151, 1986 c.
 - 13) 浜中淑彦, 大橋博司, 大東祥孝, 波多野和夫 : CT 所見より見た失語の類型学. 神経研究の進歩, 28 ; 1020-1031, 1984.
 - 14) Hécaen, H. : Introduction a la neuropsychologie. Larousse, Paris, 1972.
 - 15) Jürgens, U. and von Cramon, D. : On the role of the anterior cingulate cortex in phonation : a case report. Brain Lang., 15 ; 234-248, 1982.
 - 16) Leischner, A. : Aphasien und Sprachentwicklungsstörungen. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1979.
 - 17) Lichtheim, L. : On aphasia. Brain, 7 ; 433-484, 1885.
 - 18) Mattes, K. und Leischner, A. : Ätiologie und Verlauf der Totalaphasie. Folia Phoniatrica, 30 ; 13-21, 1978.
 - 19) 本村暁, 永江和久 : 前頭葉内側面と言語. 精神医学, 27 ; 665-670, 1985.
 - 20) 永渕正昭, 青木恭規, 新妻博, 沖田直 : 一過性に生じた同語反復症. 失語症研究, 4 ; 677-682, 1984.
 - 21) 大橋博司 : 臨床脳病理学. 医学書院, 東京, 1965.
 - 22) 大橋博司, 浜中淑彦, 編 : Broca 中枢の謎. 金剛出版, 東京, 1985.
 - 23) Poeck, K. : Klinische Neuropsychologie. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1982. (浜中, 波多野訳 : 臨床神経心理学. 文光堂, 東京, 1984)
 - 24) Rubens, A. B. : Aphasia with infarction in the territory of the anterior cerebral artery. Cortex, 11 ; 239-250, 1975.
 - 25) Stachowiak, F.-J., Huber, W., Kerschensteiner, M., Poeck, K. und Weniger, D. : Die globale Aphasie. J. Neurol., 214 ; 75-87, 1977.
 - 26) Vignolo, L. A., Boccardi, E. and Caverni, L. : Unexpected CT-scan findings in global aphasia. Cortex, 22 ; 55-69, 1986.
 - 27) 安村修一, 伊藤直樹, 佐藤茂, 岩淵麗子, 中村フミエ, 関啓子 : 前大脳動脈領域梗塞症例における言語障害について. 失語症研究, 5 ; 803-809, 1985.

On a case of aphasia with the evolution from total aphasia to jargon aphasia

Kazuo Hadano* Yoshie Matsuda** Yasuhiro Namura***
Kouichi Okamoto*** Toshihiko Hamanaka****

*Department of Psychiatry, Kyoto National Hospital

**Department of Speech Therapy, Rakuwakai Otowa Hospital

***Department of Neurology, Rakuwakai Otowa Hospital

****Department of Psychiatry, Kyoto University Hospital

A case of cerebral infarction with persistent neologistic jargon aphasia, evolved dramatically from total aphasia 2 months after the onset, was reported. CT findings of this case showed large low density areas in the left temporo-parietal

region and the inner side of left frontal lobe. The concept of total aphasia, the aphasiological meaning of this evolution, the symptomatological relationship between total aphasia and neologistic jargon aphasia was discussed.