

## ■原著

## 全失語から Wernicke 失語へ移行した4例

田中春美\* 三宅裕子\*\* 波多野和夫\*\*\*

**要旨：**全失語から Wernicke 失語へ移行した4例 (jargon 失語へ移行した2例を含む) を報告した。この4例は発症後30日以内に言語評価を行ない、追跡可能であった全失語21例中の19%にあたる。症例1・3・4は左MCA梗塞、症例2は左被殻出血であった。症例1・4の病巣はCT上運動野を含まず、発症時より麻痺は軽微であり、「片麻痺を伴わぬ全失語」の概念に近かった。全例、経過中に neologistic jargon を呈する時期があり、全失語と jargon 失語の臨床的な近縁性が指摘された。全失語からどの失語型へ移行するかを、初診時の言語症状・病巣から予測することは必ずしも容易ではなかったが、麻痺を伴わないかあるいは麻痺が急速に改善する症例は、Wernicke 失語へ移行する可能性の高いことが示された。

神経心理学, 5; 124~133

**Key Words:** 全失語, Wernicke 失語, ジャルゴン失語, 片麻痺を伴わぬ全失語  
total aphasia, global aphasia, Wernicke aphasia, jargon aphasia, global aphasia  
without hemiparesis

## I はじめに

全失語は近年その臨床像の細分類や病巣との関連が報告されている (Vignolo ら, 1986; Scarpa ら, 1987)。また全失語の経過については、全失語のままほとんど変化の見られない例や、Broca 失語へ移行する例が多いとされており、Wernicke 失語への移行は2, 3の教科書などに示唆されているもの (大橋, 1987; Albert ら, 1981)、具体的な症例の追跡報告はほとんどなく、そのような症例の頻度・症状変化の実情などについては十分に明らかではない。

われわれは過去2年間に全失語から Wernicke 失語へと移行した4例を経験したので、その言語症状の経過を報告し、関連文献との比

較検討を行なってみた。

## II 背景症例群に関する資料

## 背景症例群について

4例の症例報告に先立ち、この4例が見出された背景をなす症例群について述べる。それは次の七つの条件を満たす82例である。①昭和61年1月～昭和63年3月に、兵庫医科大学病院または神戸市立中央市民病院に入院し、②発症後30日以内(1日～30日、平均11.4日)にSTによる言語評価を受けた、③脳血管障害による、④右利きで、⑤左半球のみの損傷(CTによる)を有する失語症例である。ただし、⑥それ以前に脳卒中の既往がある者と、⑦初診時に著明な意識障害を認めた者は除外されている。

## 全失語の定義

1988年12月16日受理

Evolution from Global Aphasia to Wernicke's Aphasia: A study of four cases.

\*兵庫医科大学病院リハビリテーション部, Harumi Tanaka: Rehabilitation Center, Hyogo College of Medicine.

\*\*神戸市立中央市民病院リハビリテーション科, Hiroko Miyake: Department of Rehabilitation, Kobe Central Municipal Hospital.

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

全失語とは、発語、呼称、理解、復唱、文字言語のすべての機能にわたって重篤な障害をきたす(山鳥, 1985)状態を言う。そして自発的に、または言語治療士(ST)の問いかけに対して、何らかの反応を示そうとする点で、発語発動性の欠如(または著しい低下)である無言症(mutism)と鑑別される。

#### 全失語の出現率

背景失語症例群82例のうち、初診時全失語は25例で、その出現率は30.5%であった。ちなみに他の失語型は、Broca失語は19例(23.2%)、Wernicke失語は25例(30.5%)、失名詞失語1例(1.2%)、伝導失語2例(2.4%)、超皮質性失語7例(8.5%)、分類不能3例(3.7%)であった。

#### 全失語の経過

初診時全失語であった25例中、転院等による追跡不能4例を除く21例の発症後2カ月時の言語評価は、全失語のままが11例(52.3%)、Broca失語6例(28.6%)、Wernicke失語4例(19%)であった。

#### 初診時発話状態

初診時全失語であった25例の発話状態を、A:発語なし、B:2~3の残語、C:再帰性発話や無意味音の短い羅列、D:発話量はやや多いが、構音障害を伴っている了解困難な発話(いわゆる mumbling)、に分けた。Aに属する者は17例(68%)と最も多く、Bは4例、Cは3例、Dは1例であった。

追跡可能であった21例の、初診時の発話状態と失語タイプの変化との比較を表1に示した。初診時発語のみられない全失語例(A)のその後の経過の少なくとも2カ月後の予測は、初診時の言語症状のみからはほとんど不可能であることが判る。また、B・D群でBroca失語に移行する症例や、C・D群でWernicke失語に移行する症例はなかったが、このことが法則として一般化し得るか否かは、症例数が少ないので決定できないように思われる。いずれにせよ、初診時の発話状態から、その後の経過における失語タイプの変化を予測することは必ずしも容易ではない。

表1 初診時の言語症状と経過

	全失語 ↓ 全失語	全失語 ↓ Broca	全失語 ↓ Wernicke
A. 発語なし	7	5	2(1)
B. 残語	1		2(2)
C. 無イミ・再帰性	2(1)	1	
D. 了解困難	1		

追跡不能4例を除く21例

( )内は発症後2カ月時に麻痺のなかった4例の内訳を示す。

#### 病巣との比較

CT上の損傷部位をVignoloら(1986)、Scarpaら(1987)を参考に以下の4グループに分けた。前-後方型:第3前頭回脚部(以下後方言語野とする)と第1側頭回後半部(以下後方言語野とする)の両方を含む皮質・皮質下の病巣、前方型:前方言語野を含む皮質・皮質下病巣で後方言語野は含まない、後方型:後方言語野および隣接する皮質・皮質下病巣で前方言語野は含まない、深部型:深部皮質下の病巣で皮質は保たれている。前-後方型は14例(56%)、前方型は3例(12%)、後方型は2例(8%)、深部型は6例(24%)であった。男女の割合は、前-後方型:男9・女5名、前方型:男2・女1名、後方型:男2名、深部型:男4・女2名であった。

追跡可能例21例の病巣と失語タイプの変化との関連を、図1に示す。症例数が十分でないので断定的な結論を導くことは困難だが、前・後方型と深部型病変例では、失語タイプの変化を予測できないこと、また前方型病変例がWernicke失語に移行することはないこと、等が示唆される。ただし、後方型病変例でBroca失語に移行した1例があったが、この例では皮質下病変の広がりの影響を考慮する必要があるかもしれない。

#### 麻痺との比較

2カ月時の身体機能について、下肢は装具・杖なし独歩可能で上肢は補助手レベル以上を麻痺(-)とし、それよりも重篤な場合を麻痺(+))として、失語型の変化と比較した(表

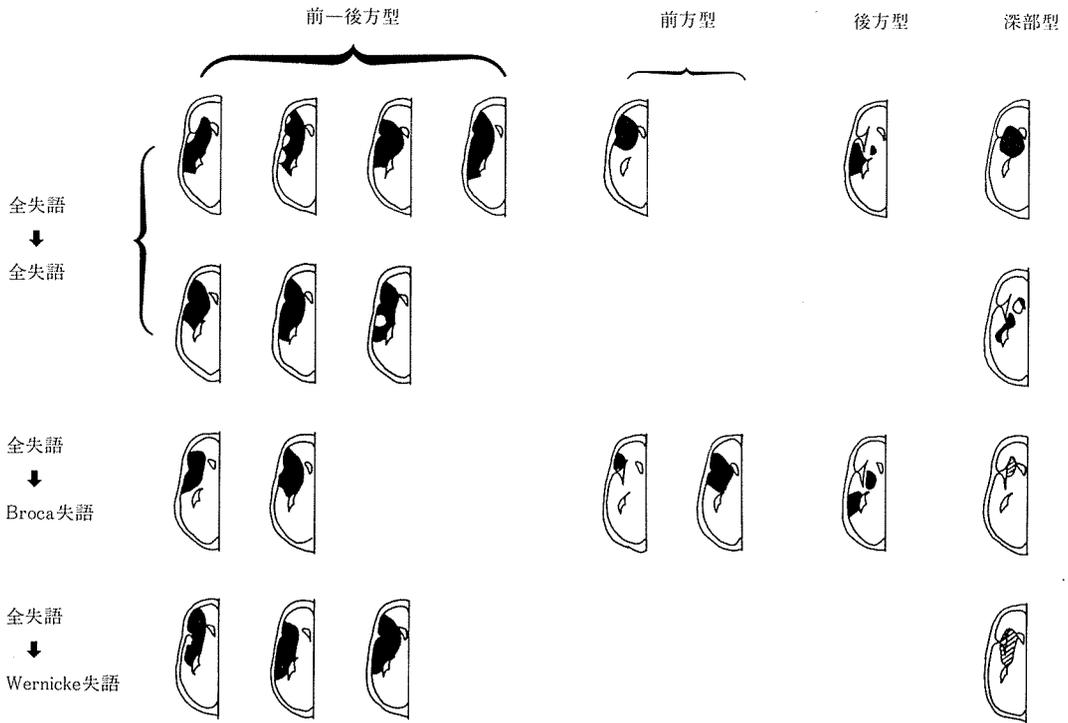


図1 CT上の病巣と経過との比較  
canthomeatal line と15度の平面で、松果体部を通るレベルでのシェーマ  
黒塗りは低吸収域、斜線は高吸収域を表わす。

1)。

全失語→全失語群では麻痺(+)は10名・麻痺(-)は1名、全失語→Broca失語群では6名全てが麻痺(+), 全失語→Wernicke失語群では麻痺(+)が1名・麻痺(-)が3名であった。全失語のまま、または全失語からBroca失語に変化する群に比べ、全失語からWernicke失語に変化する群は麻痺を伴わない傾向が認められた。(χ<sup>2</sup>=10.240, p<0.001)

### III 症例報告

以下に全失語からWernicke失語へ移行した4例を報告する。全例、生活史的にも家族的にも左利き素因を全く認めない、右利きである。また初診時から昭和63年8月の現在に至るまで、STによる観察や言語訓練が続けられている。

#### 症例1

男。61歳。S62.4.11左MCA領域梗塞(図

2)による、右上下肢筋力低下・失語で発症。発症後17日のST初診時、閉眼・開口などの簡単な指示にも従えなかった。質問に対し答えようとはするが、その努力は顎の大きな開閉や首の左右への振り、という動作にしかならなかった。意図的にはもちろん、自動的な発声もみられず、全失語と診断した。ただし、付き添っていた妻によると「イタイ」の発語はあったという。麻痺は独歩可能、右上肢に軽度の巧緻運動障害がある程度であった。

発症後1カ月で、質問に対し発語がみられるようになった。気管支喘息による嘔声を合併しているので聞き取りにくい、構音そのものに障害はなかった。自発語はfluentでプロソディーの障害や失文法はなく、新造語やjargon様発語が頻回にみられた。呼称・音読・復唱でも同様であった。この時点で、既に全失語とは言えず、jargon失語と診断した。(例)生年月日:「ワカカノリスパン、ミエスット、マッ

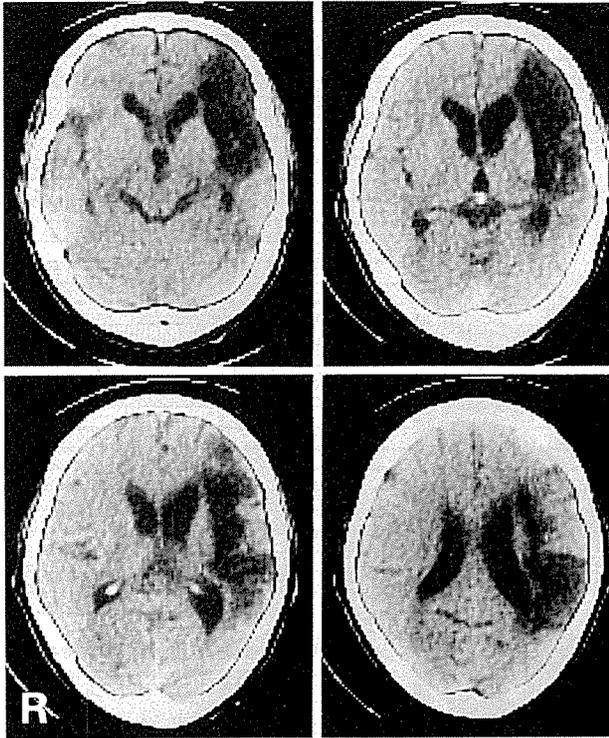


図2 症例1のX線CT

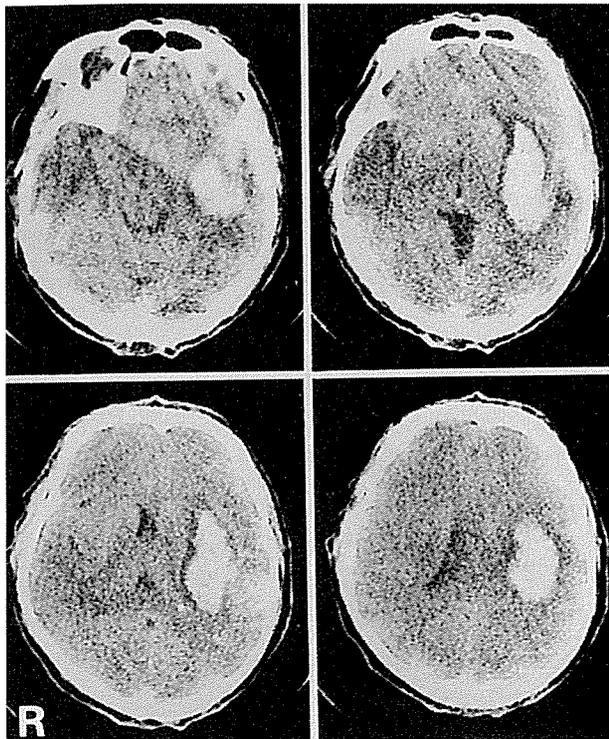


図3 症例2のX線CT

ター、ヨーワカラanneー」。

発症2カ月後、発話には相変わらず新造語が多いが、有意味語も若干増え、言語理解は不変ながらも、状況判断にやや改善をみた。

発症10カ月後のSLTAの成績は、聴く・単語の理解が4/10、短文の理解が5/10、読む・漢字単語の理解が8/10、仮名单語の理解が7/10、短文の理解が3/10、漢字単語の書字が2/5、単語の復唱が2/10、計算が12/20、他の項目は無得点であった。この頃、自らの発話に対する病識が高まると共に発話量は減少し、質問に対しても喚語困難による途切れが目立つようになった。しかし自らの意思で話し出すと、発話は相変わらず新造語が多く、嗄声による聞き取りにくさも加わって情報量はほとんどなく、jargon 失語のままであった。書字は漢字は想起困難か錯書、仮名は錯書であった。

症例2

男。44歳。S 62.6.21 左被殻出血(図3)による意識障害・右片麻痺・失語で発症。同日血腫除去術施行。発症後10日のST初診時、日常物品の聴覚的理解は二者択一で50%可能なのみであった。質問に対し答えようとする反応はあるが、発声発語は全くなく、ア・オの口型模倣ができたのみで、全失語と診断した。下肢は弛緩性麻痺、上肢は協同運動のレベルであった。

発症後30日の訪床時、麻痺の回復は著しく、杖歩行可能で患側上肢を用いての書字も可能となっており、自ら話し始めた。語音探索行動があり、そのために1・2音節で途切れることが多いが、発話は基本的には流暢で、新造語や錯語が多量に混入し、構音やプロソディーに障害なく、neologistic jargon 失語の病像を呈していた。(例)お話しはどお?:「ソレハネ、ソ、



発症後1カ月には呼称で、本：「トマイノ」、時計：「トウサガノ」といった新造語を認めた。自発語は短く、力んだ発声のいわゆる「割れた声」のために若干音の歪んだいくつかの残語を自動的に発するのみであった。SLTAでは、単語の復唱が2/10、読む・漢字単語の理解が4/10、仮名单語の理解が1/10以外は全て無得点であった。

発症後2カ月頃には、日常会話の理解に若干の改善がみられたものの、単語の理解は二者択一でも不可能であった。

発症6カ月後、SLTAで聴く・単語の理解が3/10可能になった以外に変化はみられない。発話は大変 fluent で、構音・ブロンディー共に障害はなく、新造語が多くみられ、neologistic jargon 失語であった。呼称・復唱・音読でも同様に新造語が頻発した。(例) 家で歌を歌ってますか? : 「コービーコレマッタ、コレデ、ナンヤ、コウベスマデネ、コレバ……ト、ト、エー、ナントカ、コー、モイタインダナー (笑)」

独歩は可能になったが、上肢の麻痺は完全な実用段階になるまでには改善しておらず、書字は左手で行なうが、氏名を書ける程度である。

#### 症例4

女。47歳。S63.2.9左MCA梗塞(図6)による右上肢不全麻痺・失語で発症。発症7日後のST初診時、自発語は「エート、アノー」に限られており、母音の口型模倣のみ可能であった。指示は閉眼に従えたのみで、他の簡単な指示にも従えず、全失語と診断した。書字は右手を用いて氏名が書けるのみであった。

発症1カ月後には錯語・新造語を混じえつつも、文レベルが fluent に発語可能となり、発話量も多くなった。しかし発話は、質問のテーマに沿ってはいるものの、文意のまとまりに欠け、冗長で回りくどい表現であり、時に新造語をまじえ、jargon 的傾向が認められた。(例) 大学生ですか? : 「イエ、イエ、モウ、イッ

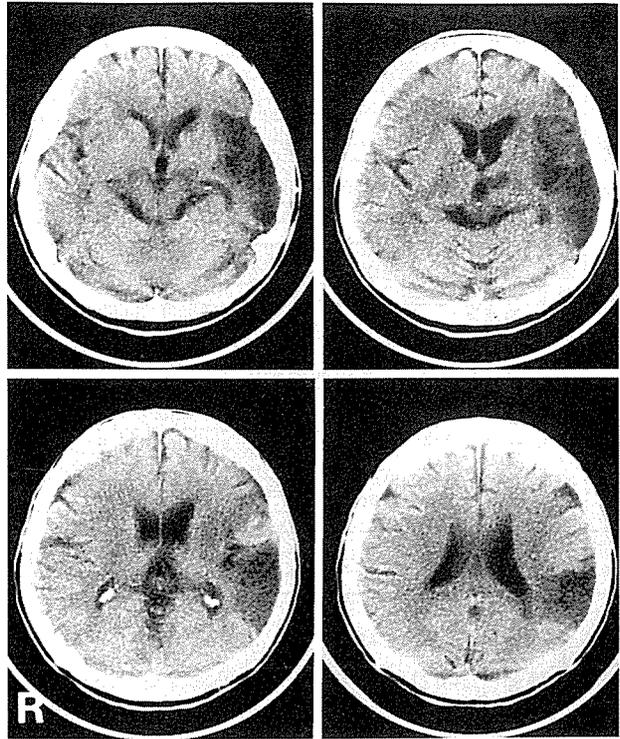


図6 症例4のX線CT

ショメツバス」。また、簡単な日常会話の理解はかなり可能となったが、対照的に単語の聴理解は選択肢2枚でも不安定であった。

発症2カ月後には単語の理解も改善され、発話における neologistic jargon の要素は消退したが、文意のまとまらぬ冗長な発話が継続した。

6カ月後には新造語はみられなくなったが錯語は減少せず、発話量に比べると情報量は乏しかった。呼称では無反応か意味性錯語が多く、復唱では単語レベルでも重度の障害がみられたので、Wernicke 失語と診断した。SLTA の変化は図7の通りである。

## IV 考 察

### われわれの症例群について

1. 全失語の出現率は、慢性期では12~26%であるが、発症後15~30日での評価では42.6%であるという(Scarpa ら, 1987)。今回われわれの施設で発症後1日~30日に評価した結果

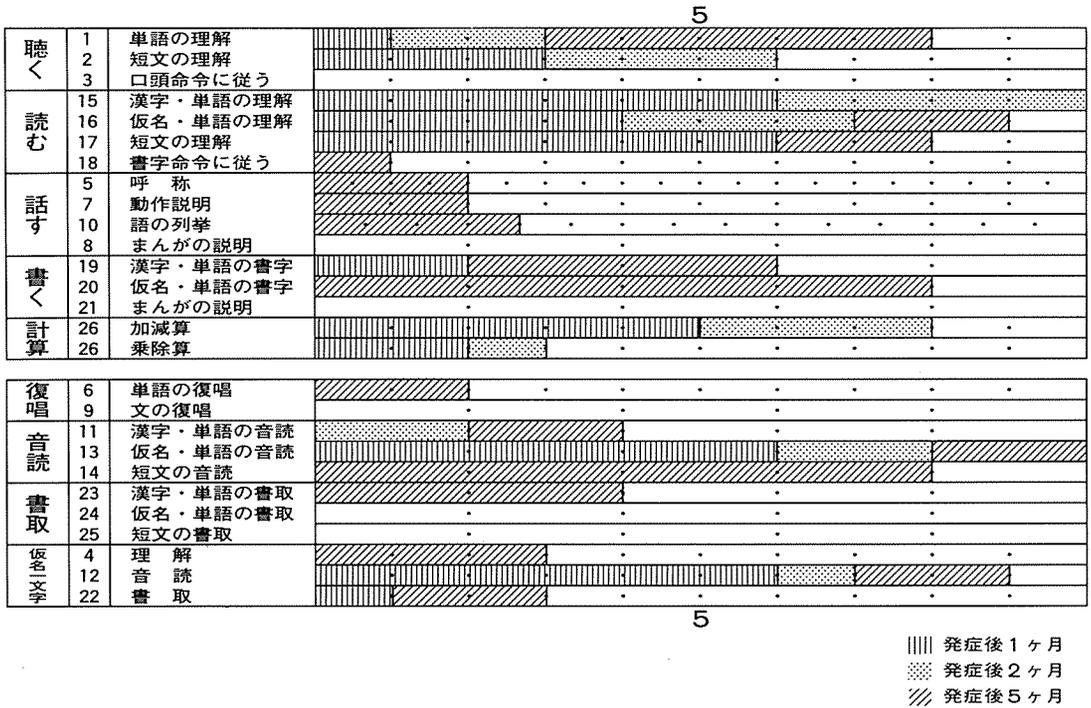


図7 症例4の標準失語症検査成績

は30.5%であった。両施設とも Scarpa らの施設と同様総合病院であるにもかかわらず、その出現率に差がみられたのは、①われわれは eye contact が付き、確実に communication をとろうとする態度のある者を対象とし、意識障害があれば症例として取り上げなかったが、Scarpa らは昏睡または全く協力できない者のみを評価不能として外し、このような最重篤例以外の全ての者を評価対象とした。したがってわれわれの対象群に比べ、意識障害などを合併する症例の割合が高く、そのために言語症状が重篤に評価された例が多く含まれた可能性がある。②医師が失語症状が重篤すぎると判断し、ST に評価を依頼しなかった者が存在したので、われわれの対象者には最重度の者が少なかった、とも考えられる。

2. Vignolo ら (1986) は全失語の CT 像を調べた結果、前+後方病変が59%・前方病変22%・後方病変8%・深部病変11%であり、前方病変を有する者は全て男性、後方病変を有する者は全て女性であったと報告した。しかし

Scarpa ら (1987) の研究では、前+後方病変53%・前方病変9%・後方病変6%・深部病変32%であり、前方・後方病変における性差は認められなかった。われわれの結果 (56%・12%・8%・24%) でも、前方または後方に病変を有する者の間に性差はなかった。深部型の割合が、Scarpa ら32%・われわれ24%に比し Vignolo ら11%と低かったのは、Scarpa らやわれわれが出血例を対象に含んでいるのに対し、Vignolo らは梗塞例のみを対象としたためと考えられる。

3. 全失語の経過に関しては、予後は極めて不良で全失語のままである (Kertesz, 1983; Sarno & Levita, 1981) といわれ、発症後平均16日という急性期に初回評価した Demeurisse ら (1980) の研究でも、9名の全失語全例に変化はみられなかった。しかし、発症後14~25日に初回評価をした Kertesz (1979) の研究では、全失語の内のかかなりの者が Broca または (彼の言う) mixed anterior aphasia に移行したという。このように一般的に、全失語は変

化しないかまたは nonfluent type の失語型へ移行すると考えられている。われわれの研究では、初診時に全失語と診断された25例中、追跡可能であった21例の発症後2カ月時の言語評価は、全失語のままおよび Broca 失語が計80.9%を占め、従来の知見と一応一致している。と同時に、全失語から Wernicke 失語へ移行した例が4例(19%)あった。

#### 失語型の変化と言語症状・病巣・麻痺との関連

表1・図1にみられるごとく、全失語→全失語、全失語→Broca 失語、全失語→Wernicke 失語という変化を、初診時の言語症状・病巣から予測することは必ずしも容易ではなかったが、麻痺を伴わぬ者あるいは麻痺が急速に改善する者は、Wernicke 失語に移行する可能性の高いことが明らかにされた。

#### 報告の4例について

1. Albert (1981) は全失語が変化する場合を以下の3通り述べている。①明らかな麻痺を伴わぬ全失語が、超皮質性運動失語を経て、数週で正常になる場合。②明らかな麻痺を伴わぬ全失語が、数日～数週で fluent aphasia の1タイプになる場合。(左側頭葉の大出血) ③片麻痺と半側知覚障害を伴い、数カ月にわたってゆっくりと回復し続け、language の障害は軽微になるが、speech は“cluttering”様になる場合。(深部の高血圧性脳出血)

①②のような麻痺を伴わぬ全失語については、近年“global aphasia without hemiparesis”として文献中に報告が散見される(Horn & Hawes, 1982; Ferro, 1983; Tranel ら, 1987; Legatt & Kaplan, 1987)。Horn & Hawes の3例も Tranel らの3例も、共に梗塞により左半球に前方・後方の2病変を有するが、運動野を含まなかったため、麻痺を生じなかったと考えられている。これら麻痺を伴わない全失語の言語症状の改善については、Tranel ら(1987)は「良い回復」、Legatt & Kaplan (1987)は「急激に改善する」と述べているが、ほとんど変化していない例(計5例)も報告されている(Horn & Hawes, 1982; Ferro,

1983)。

2. 梗塞により左半球の MCA 領域に前後にわたる病巣を有し、運動野は保たれていたので麻痺をほとんど伴わず、全失語から急激に改善した点で、われわれの症例4は“global aphasia without hemiparesis”の概念に該当するが、Wernicke 失語へ移行した点に注目される。症例1は、Albert (1981) の“片麻痺を伴わぬ持続する全失語”の病巣(感覚運動皮質の中・上方は保存、前頭弁蓋後方とシルヴィウス溝周辺の側頭頭頂葉後方は破壊)にはほぼ等しいが、全失語は持続せず jargon 失語へ移行した。症例2は被殻出血で、血腫除去術を受けた例であり、発症10日後の検査時、脳浮腫等の影響を受けていた可能性は充分にあり、このため一過性に全失語を呈したのではないとも考えられる。症例3は左半球 MCA 領域に広範な病巣を有し、右片麻痺を伴っていたにもかかわらず全失語から fluent type へ移行した例であるが、この病巣と失語タイプの変化との関連は従来の知見や Albert ら、Ferro (1983, 病巣が似ている)の報告のいずれにも当てはまらぬように思われる。

3. 全失語から fluent type の失語型への移行を示唆したのは、上述の Albert (1981) の他に、Benson (1979, 「急激に他の標準的な失語症候群の一つに変化する」)、大橋(1987, 「回復するものは Broca 失語か Wernicke 失語に移行する」)などであるが、その具体的な頻度や症例の記載はない。山鳥(1985)は「急性期の全失語から Wernicke 失語へ移行した症例を経験したことはない」と異なる見解を述べている。Tranel らの3例の数カ月後の病像は residual aphasia, residual Broca's aphasia であり、Legatt & Kaplan の6例も報告を読むかぎりでは、fluent type へ移行した例はないようである。しかし上記の Albert ら(1981)の②の記述の他に、発症初期と3カ月後を比較した長田(1980)は、症状記載はないものの、全失語から Wernicke 失語へ移行した1例を記載し、さらに波多野ら(1986)は全失語から ジャルゴン失語へ移行した1例の言語症状の変

化を詳細に報告している。波多野らの例もわれわれの4例も neologistic jargon を多発したことは、興味深い。

以上、われわれの研究で jargon 失語を含む Wernicke 失語へ移行した全失語が4例あったこと、および報告例が若干ではあるが存在することから、全失語から Wernicke 失語へ移行する例は稀とは言い難い事が確認できた。

また背景症例の25例の全失語例に眼を向けてみても、症状、病巣、経過のいずれの点についても、全失語は均質であるとは言い難く、これは、近年さまざまな形で注目されつつある全失語の多様性という観点を支持するものであると考えられた。

#### 参考文献

- 1) Albert, M. L., Goodglass, H., Helm, N. A., Rubens, A. B. & Alexander, M. P.: Clinical Aspects of Dysphasia. Springer-Verlag, Wien, 1981.
- 2) Benson, F.: Aphasia, Alexia, and Agraphia. Churchill Livingstone, New York, 1979. (笹沼澄子, 伊藤元信, 福沢一吉, 飯島俊子訳: 失語・失読・失書. 協同医書出版社, 東京, 1979.)
- 3) Demeurisse, G., Demol, O., Derouck, M., De Beucklaer, R., Coekaerts M. J. & Capon A.: Quantitative study of the rate of recovery from aphasia due ischemic stroke. Stroke, 11: 455—458, 1980.
- 4) Ferro, J. M.: Global aphasia without hemiparesis. Neurology, 33: 1106, 1983.
- 5) 波多野和夫, 松田芳恵, 名村裕弘, 岡本興一, 濱中淑彦: 全失語からジャルゴン失語へ経過した1例. 神経心理学, 2: 164—173, 1986.
- 6) Horn, G. V. & Hawes, A.: Global aphasia without hemiparesis; a sign of embolic encephalopathy. Neurology (Ny), 32: 403—406, 1982.
- 7) Kertesz, A.: Aphasia and Associated Disorders. Grune & Stratton, New York, 1979. (横山敏監訳, 河内十郎訳: 失語症と関連障害. 医学書院, 東京, 1979.)
- 8) Kertesz, A.: Localization in Neuropsychology. Academic Press, New York, 1983. (田川皓一, 峰松一夫監訳: 神経心理学の局在診断. 西村書店, 新潟, 1987.)
- 9) Legatt, A. D., Rubin, M. J., Kaplan, L. R., Heaton, E. B. & Brust, J. C.: Global aphasia without hemiparesis; multiple etiologies. Neurology, 37: 201—205, 1987.
- 10) 長田 乾: 脳血管障害にもとづく失語症について—CT, rCBF 所見よりみた失語症の予後—. リハ医学, 17: 165—173, 1980.
- 11) 大橋博司: 失語症 (改訂6版). 中外医学双書, 東京, 1987.
- 12) Sarno, M. T. & Levita, E.: Some Observations on the nature of recovery in global aphasia after stroke. Brain Lang., 13: 1—12, 1981.
- 13) Scarpa, M., Colombo, A., Sörgato, P. & De Renzi, E.: The incidence of aphasia and global aphasia in left brain-damaged patients. Cortex, 23: 331—336, 1987.
- 14) Tranel, T., Biller, J., Damasio, H., Adams, H. P., Jr. & Cornell, S. H.: Global aphasia without hemiparesis. Arch. Neurol., 44: 304—308, 1987.
- 15) Vignolo, L. A., Boccardi, E. & Caverni, L.: Unexpected CT-Scan findings in global aphasia. Cortex, 22: 55—69, 1986.
- 16) 山鳥 重: 神経心理学入門. 医学書院, 東京, 1985.

**Evolution from global aphasia to Wernicke's aphasia :  
A study of four cases.**

**Harumi Tanaka\***, **Hiroko Miyake\*\***, **Kazuo Hadano\*\*\***

\*Rehabilitation Center, Hyogo College of Medicine

\*\*Department of Rehabilitation, Kobe Central Municipal Hospital

\*\*\*Department of Psychiatry, Kyoto National Hospital

Four cases of vascular aphasia, showing the clinical evolution from global aphasia to Wernicke's aphasia, were reported.

It was hard to predict the development of aphasia from the symptomatology and the site

of lesion in the acute stage.

The multiplicity or heterogeneity of global aphasia was discussed in term of the clinical evolution.