

■ シンポジウム 脳血管障害と脳変性疾患による巣症状

超皮質性感覚失語像について

中川賀嗣* 田辺敬貴** 池田 学* 山本晴子*** 数井裕光****

要旨：脳血管障害、葉性萎縮、瀰漫性萎縮、および痴呆を伴う運動ニューロン疾患による超皮質性感覚失語例について日常会話の特徴、系列語句の補充能力、漢字の音読の成績を比較検討した。各群の会話状況での失語像の違いには随伴症状による修飾が、理解障害が語にとどまるか否か、そして漢字の音読における類音的錯読の出現頻度の違いには主に病変部位の差異が関与すると考えられた。ただし葉性萎縮例でみられた語義失語像は、障害される語が一貫し、呼称時の語頭音効果が無効であり、かつ諺の補完現象が選択的に欠落しており、このことから葉性萎縮例では語の意味を担う神経基盤が系統的に障害されるのではないかと推察された。

神経心理学 10:77~86

Key Words：超皮質性感覚失語、血管障害、葉性萎縮、瀰漫性萎縮、語義失語

Transcortical sensory aphasia, cerebrovascular disease, focal atrophy, diffuse atrophy, Gogi (word meaning) aphasia

はじめに

超皮質性感覚失語 (TCSA) は、「発話は流暢で復唱良好であるが、了解障害を有しかつ重篤な語想起障害を呈する」失語型である (Kertesz, 1979)。しかし TCSA として報告されている失語像の内容は必ずしも一様ではない。そこで本研究では脳変性疾患と脳血管障害という異質の障害機転によって生じた TCSA 像について比較検討してみた。なお結果の一部は以前の報告と重複することをお断わりしておく (田辺ら, 1992b; Nakagawa et al., 1993)。

I 自発話と聴覚的理解

先述の定義に準じて TCSA とみなしえた脳

血管障害 (A群) 5例および脳変性疾患16例の計21例における TCSA 像について検討した。うち14例は先の報告 (Nakagawa et al., 1993) と同じ症例で、新たに2例 (B9ならびにC3) を加えた。全例右利き (B4は矯正右利き)。失語型の判定には標準失語症検査 (SLTA) の成績および田辺ら (1992b) が考案した語義失語テストで用いる線画の聴覚的理解の成績を用いたが、これらの系統だった検査を施行できなかった患者でも臨床的に本失語像を呈している場合には対象に加えた (表1)。

変性疾患16例は、全例1年以上に及ぶ進行性の病像を示し、かつ患者の呈した症状を説明しうる明らかな血管性病変は認めなかった。この16例はさらに画像上の萎縮の形態及び臨床所見から以下の3群に分けられた。すなわち葉性脳

1994年4月15日受理〔協同研究者：白石純三****〕

Comparison of Focal Symptoms Due to Degenerative Diseases and Cerebrovascular Disease—Transcortical Sensory Aphasia—

*兵庫県立高齢者脳機能研究センター-老年精神科, Yoshitsugu Nakagawa, Manabu Ikeda: Hyogo Institute for Aging Brain and Cognitive Disorders

**大阪大学精神神経科, Hiroataka Tanabe: Department of Neuropsychiatry, Osaka University Medical School

***国立循環器病センター-内科脳血管部門, Haruko Yamamoto: Cerebrovascular Division, Department of Medicine, National Cardiovascular Center

****大阪大学健康体育部, Hiroaki Kazui, Junzo Shiraiishi: Faculty of Health and Sport Sciences, Osaka University

表1 対象患者

患者	年齢	性別	発症後または経過年月数	呼称 (20)	呼称不可語の語頭音効果数	単語の理解 (10)	単語の理解 (田辺ら) (1/5)	口頭命令に従う (SLTA)	Marie's 3-paper test	復唱可能な文の構成語数	諺の補完現象 (10)
A1	76	M	3ms	9	1	9	—	1	2	6	2/3**
A2	51	F	7ms	6	1	7	—	0	2	3	5
A3	72	M	1m	1	2	6	—	0	—	2	1/2**
A4	51	F	7ms	0	4	6	4	0	1	4	8
A5	64	M	8ms	0	0	0	0	0	0	6	7
B1	71	M	3yrs	12	2	10	2	10	3	6	0
B2	59	M	3yrs	11	0	10	1	7	3	4	0
B3	64	F	3yrs	4/15*	—	—	0	—	—	3	0
B4	73	F	1yr	7	0	10	—	8	3	6	2/4**
B5	58	M	8yrs	7	0	9	2	6	3	4	0
B6	69	M	5yrs	5	1	9	3	0	3	3	0
B7	71	F	3yrs	4	0	9	—	0	3	6	0/5**
B8	60	F	5yrs	1	0	7	0	0	3	4	0/3**
B9	55	M	1.5yrs	0/3*	—	—	1	—	1	3	0
C1	78	F	5yrs	5/10*	—	—	4	—	—	2	3
C2	65	F	4yrs	2/4*	1	—	1	—	1	2	9
C3	76	F	5yrs	9	2	10	4	4	2	2	3
C4	81	M	5yrs	8	1	9	4	2	1	4	8
C5	70	F	6yrs	3/9*	1	—	—	—	0	2	4
C6	64	F	5yrs	0/3*	1	—	—	—	1	2	1/5**
D1	64	M	2yrs	7	7	9	—	0	1	4	4

m, ms 発症後経過月数, yr, yrs 経過年数
 — 不施行, * 類似課題の成績, ** 部分施行

Marie の 3 枚の紙試験の結果は, 3 は 3 枚の紙の経時的命令の遂行可能, 2 は不能であるが 2 枚の紙の入れ替えまで, また 1 は各紙の指示が可能であったことを示し, 0 はすべて不能であったことを示す

萎縮（B群）9例、瀰慢性脳萎縮（C群）6例、および痴呆を伴う運動ニューロン疾患（D群）1例である。B群の患者ではCTおよびMRI上、限局性の楔状の萎縮が観察され、臨床ならびに画像的にPick病と診断された（Onari et al., 1926）。言語以外の症状については別誌を参照されたい（田辺ら, 1992a; 田辺ら, 1993）。C群の患者は瀰慢性の脳萎縮を有し、記憶力低下および構成障害、計算障害等の後方皮質症状を呈しており、NINCDS-ADRDAの診断基準に従えばprobableアルツハイマー病に相当する。D群の1例は多幸的でTCSAのほか相手の表情を真似るといった行為も認められた症例で、その後の剖検で痴呆を伴う運動ニューロン疾患（Mitsuyama, 1984）と確定診断がなされている。

全例日常会話場面での発話に迂言が目立つものの文としての体裁は整っていた。語性錯語を認めたが、字性錯語は明らかでなかった。また相手の言葉を反復する「反響言語」を多少とも認め、検査場面で語レベルでの理解障害が確認された。この21例について日常ならびに検査時の言語症状の特徴を各群毎にまとめてみた。

A群の患者は、発話は流暢なもの語の産生は多くなく、また自分の言葉の障害を多少とも理解しているせいか、少々こみいった話をする時には、注意深く意味や脈絡を確認しながら発話しているようで、文節毎にゆっくりと話す傾向があった。反響言語をしばしば認め、その様子は反復しながら相手の言葉の意味を理解しようと努力しているかのようであった。重篤なTCSA像を呈したA5を除いて呼称時の語頭音効果が認められた。表1に示した呼称時の語頭音効果数は1音節を与えての結果だが、1音節で正答できなくとも聞かせる音節を増やすと正答できる場合があった。単語レベルですでに理解障害を認めたが、例えば大・中・小の紙の各紙を指示できる場合でも、この三つの紙を連続的に操作するMarieの3枚の紙試験は不能だった。また諺の補完現象を全例で多少なりとも認めた。

以下のB群からD群の変性疾患例では血管障

害例と比較すると、全般的に自発話中の錯語に気づかず、自己訂正が少ない傾向を認めた。

B群の患者は時として唐突に話題を変え、迂言や言葉足らずな説明のために、その内容が検者に解かりにくい場合があるものの、時間をかけて詳しく聞くと自発話の意図は患者にとって明確な場合が多く、一つの話題毎には文章としての脈絡も認められた。呼称課題では語頭音効果を概して認めず、障害される語におおむね一貫性を認めた。また呼称できない語では語頭音を増やしても呼称できないことが多かった。例えばB5は毎朝、タオルという名前が出てこず、またタオルと聞いてもその意味が理解できず、このような顕著な再認の障害が日常生活場面で幾つかの物品についてすでに認められ、かつ理解できない語に一貫性があった。この顕著な語の再認もしくは理解の障害はB群の患者全例に認められた。Marieの3枚の紙試験は1例を除き可能であった。この課題で個々の紙の指示までしかできなかったB9は日常会話でもすでに動詞や形容詞に障害を認めた症例で、例えば検査でも「高い」の反対を聞けば、「高いの意味がわからん」と答えるごとくであった。諺の補完現象は、1例を除き認めなかった。また昔の経験談を長々と話すオルゴール時計症状ないし滞続言語を3症例で認めた。

C群の患者は、全例検査には協力的であったが、課題から注意がそれるような場面もあった。自発話の内容は文としてのまとまりはあるが、その内容は空虚で形式的な間投詞や相づち等が目立ち、その場を繕うような反応が多かった。文章としては意図していたはずの内容から徐々にずれていき、一つの話題のなかでもまとまりに欠ける傾向があった。反響言語は血管障害例と比べて少なかった。呼称では語頭音効果を認め、理解障害は語レベルの障害のみにとどまらずMarieの3枚の紙試験も不能でありA群の症状と類似していた。諺の補完現象は多少とも認められた。

D群の1例は、自発話は短文調で、反響言語が最も顕著に出現した。理解障害は語頭音効果を認める語理解障害を認め、またMarieの3

枚の紙試験は不能であった。諺の補完現象を認めた。

各群の病変部位は、A群の患者はCT上、A1, A2で左前頭葉を含む領域に病巣を、A4は左半球言語領野を後方から取り囲む領域に、またA3とA5は、この両方の領域にそれぞれ独立した病巣を有していた。病巣はいずれもBroca-Wernicke領野を含む言語領域には及んでいなかった。B群の病変は、CTあるいはMRI上両側側頭葉前方部に楔状の萎縮像(B1は右側頭葉に、他患は左に強い)を全例で認め、B6, B7を除く患者に施行したSPECTでもMRIで認めた萎縮部位にはほぼ一致した低灌流域を認めた(田辺ら, 1992b)。C群では大脳皮質の瀰慢性萎縮がCT, MRIで確認され、C1, C6に施行したSPECTでは両側側頭・頭頂領域に血流低下を認めた。D群の患者はMRIで両側前頭葉と側頭葉前方部の軽度の萎縮を、SPECTで同部位の顕著な血流低下を認めた。

II 日常会話での症状差、および復唱、呼称あるいは理解障害の違い

今回TCSAの診断基準としてKerteszのものをを用いたが、それ以外にも語性錯語や反響言語の存在といった共通した病像が認められ、これらの症状の性質が各疾患毎に若干違っていた。例えばD群の患者では反響言語が最も多く出現したが、表情を真似るといった仕草も認められ、全般的な被影響性が亢進しているために反響言語が頻発したとも考えられた。こうした症状の違いが生じる一つの要因として、変性疾患の場合病巣の拡がりにも特徴があるように、言語以外の神経心理学的な障害が、比較的高い頻度で言語症状に随伴したり、修飾したりすることが考えられる。各群の日常会話でみられた障害内容の差異についても、自分の疾患に対する理解や態度、常同的な要因や、注意の転導性など言語以外の認知機能の状態が影響しているものと思われる。Kerteszの診断基準の復唱が良好であるという点に関しても、例えばC群の患者は他群の患者の復唱能力と比較すると若干

悪い(表1)。これはC群すなわちAlzheimer型痴呆例では聞いた文の即時記憶的な把持力の低下や、注意障害が認められたことと関係していると思われる。理解障害についても同じ要因が考えられ、倉知ら(1992)もこの点を指摘している。

さてここで再び対象群毎に理解障害の特徴についてみると次のように要約される。A, C, D群の患者の失語像は、Marieの3枚の紙試験は不能であり、したがって語の理解障害に加えて文の複雑さや長さ依存した理解障害を呈していた。また呼称時に語頭音効果を概して認めた。一方B群の患者ではMarieの3枚の紙試験は1例を除き可能であり、理解障害は語に選択的にみられ、井村の言う語義失語と診断された(井村, 1943; 田辺ら, 1992b)。Marieの3枚の紙試験ができなかった1例(B9)は、名詞のみでなく動詞や形容詞の理解にもすでに障害を認めた症例で、その結果この課題が遂行できなかったと考えられる。したがってB群のSLTAにおける口頭命令に従うの成績低下は、他群の患者の成績低下と異なり、名詞を主とする語レベルでの障害を反映しているものと解した。加えて葉性萎縮例では理解できない語に一貫性があり、呼称にて語頭音効果を概して認めなかった。語頭音効果の無効な呼称障害は、語頭音を増やしていても無効である場合が多く、例え完全に語を与えてしまっても理解できないことがしばしばあり、このことは日常生活場面でみられた顕著な語の再認障害と連続した症状と解した。ただし日常生活場面での語の再認の障害は、患者がそれをごまかすといった態度をとれば目立たなくなる。

このようにB群と他群では語障害の性質の違いを認めたが、これは随伴症状や病変部位の違いによって説明できるのだろうか。この問題のさらなる検討のために、次のような2課題を施行した。

III 系列語句

1. 対象と方法

A群2例, B群4例, およびC群2例について

て、九九、数唱、曜日といった繰り返し学習して修得した系列語あるいは慣用句の補完能力を検討した。九九では、例えば「ににんが」までを与えて「し」または「ににんがし」と答えるかどうかを可能な範囲でランダムに調べた。したがって各患者が提示された九九の難易度は症例毎に異なっている。九九の回答は原則的には即時正答のみを正答とした。数唱では1, 2あるいは3までの初めの数個を例示し、検者が何を問うているのかが患者にわかるよう配慮しながら1から10まで続けるよう指示した。曜日も同様の手続きをとった。

2. 結果

結果は表2に示した。全群完全な欠落を示すことはなく、たとえ障害されていても相対的な障害にとどまっていた。なお九九ではB2, B3は例えば「シサン4×3」を、「サンシ3×4」というように質問部分を言い換えての正答が二、三みられたが、これは正答とみなした。

3. 系列語句、慣用句の口述能力

TCSAでは一般に補完現象が認められるとされている。補完現象とは、本来了解障害のために、聞いた言葉を理解できない患者でも、繰り返し学習した系列語もしくは慣用句を途中まで聞いた場合には、その後を補い、完成することができる現象をさす。そのため理解できない系列語や慣用句についても、音韻そのものは本失語患者でも保たれていて、それが初めの数語を与えることにより自動的に引き出されるのだと解されている(Benson, 1979)。今回用いた系列語の成績をみると、どの群でも正答を認めた。本検査のような操作的な場面で得られた結果を、全て自動的な音韻の引き出しとするのはやや問題があるかもしれない。たとえば意味的な助けがあったのかもしれない。さて、以前に検討した諺の補完の成績をみるとB群でのみこの補完現象がほとんど欠落しており(表1)、この諺の補完現象の全般的な欠落は、今回検討した他の系列語句が何らかの手段を用いて引き出されたのとは対照的に、B群の患者が意味的にも音韻的にも諺を引き出せなかった結果とみなせよう。これは諺の補完が他の系列語句の補

表2 系列語句の結果

症例	九九	月～土	1～10
A2	12/35	—	○
A5	15/20	○	○
B2	16/38	○	○
B3	8/8	○	○
B5	59/64	○	○
B6	8/9*	○	○
C3	13/36	○	○
C4	29/64	—	—

*文字にて提示した結果

—不施行, ○は可能であったことを示す

完よりも単に難しいという理由のみに帰することはできない。もしそうだとすると他の疾患群でも同様に諺の補完が欠落するはずである。それではB群の患者では音韻系列の引き出し能力が他群に比べて悪いためかというところでもない。なぜなら他の系列語句の補完はB群でも比較的保たれていた。従来業性萎縮による語義失語例の検討でも諺以外の系列語の補完あるいは口述能力は保たれている(地引ら, 1979; 越賀ら, 1969)。他の系列語句にはみられない‘諺の補完’の脱落の原因は、諺という引き出されるべき記憶素材そのものの性質に関わっているのではないか。この現象は語レベルの理解障害の各群の患者の障害特徴と類似している。すなわちA, C, D群の語の理解障害は、語頭音効果を認める場合が多く、B群では概して認めなかったが、この語頭音効果の有無は、語レベルでの補完現象の有無と捉えることもできる。呼称時の語頭音ヒントは、語という一つの意味単位の一部を提示して音韻全体を引き出す手法であり、諺の補完の場合も同様である。すなわち諺は慣用句として音韻的に繰り返し学習した記憶である点で他の系列語句と共通しているものの、諺全体で表象として一つの意味単位をなし、途中までの音節で切れば意味をなさない。数や個々の曜日は、語や諺と同一の単位とみなせる。一方九九は週や数系列に比較して音韻的側面がより強く、音韻的に掛け算の結果を引き出す手法であり、「ににんがし」はやはり意味的な結びつきよりも全体としては音韻的な

結び付きが強い。このように諺の‘全体で一つの意味を表わす表象’としての側面が、B群の患者で選択的に障害され、語と同様に補完現象が脱落したものと考えられる。ただし葉性萎縮例でも語健忘の目立つ時期、あるいは語義の障害が未だ目立たない時期には諺の補完を認める場合がある(山田ら, 1993)。

IV 漢字の音読

1. 対象と方法

A群2例, B群6例, C群4例, D群1例に加えて、明らかな失語を有さない前頭側頭型の葉性萎縮1例, 瀰漫性萎縮2例も対照として検討した。この明らかな失語を有さない葉性萎縮例の側頭葉の萎縮の程度は、今回の葉性萎縮による失語群とおおむね同じであることが、MRI および SPECT で確認されている(田辺ら, 1992b の症例 S. T.)。用いた漢字は田辺ら(1992b)が語義失語テストで用いた漢字5単語すなわち「三味線」「海老」「団子」「妻楊子」「三日月」である。正答できない場合には、単語を構成している一つ一つの漢字を個別に読む誤り(類音的錯読)を含む場合と、それ以外の誤りとに区別して評価した。

2. 結果(表3)

‘類音的錯読’はB群で最も顕著であったが、他の痴呆性疾患例でも少なからず認められ、明らかな失語を呈さなかった痴呆例においても認められた。

3. 音読の障害

類音的錯読は語義失語の一つの特徴といわれ、語義失語に関する文献ではこの錯読の記載がほとんどの症例で認められる。今回語義失語を呈していたB群でも顕著な類音的錯読を認めたが、C群の症例でも認められた。したがって類音的錯読は語義失語を呈したB群に顕著であるとはいえ特有の障害とは言い難い。この類音的錯読が語義の障害をきたす場合には必ず随伴する症状かという問題には、変性疾患による検討よりもむしろ病変が限局する血管障害での語義失語例の検討が重要と考えられるが、その結論を出すには症例の蓄積がまだまだ不十分と思わ

れる。ただし今回失語群のみでなく、明らかな失語を呈していない痴呆性疾患例でも類音的錯読が認められ、また文献的にも類音的錯読あるいはその字義的理解が具体語理解の障害を伴わずに独立して認められた症例も報告されており(池田ら, 1994; 岡本ら, 1948), 類音的錯読が語義の障害とは別の機序でも生じうることが示唆される。

V 病変部位と疾患特異性

今回の検討では語の理解障害を生ぜしめる病変部位として、3領域を挙げることができる。まず血管障害例の病変部位から左半球前頭葉、ならびに後方言語領野を取り囲む領域が指摘できる。この2領域の損傷で生じる症状の差異については今回の検討では明らかとならなかった。これらの症状差については他の報告を参照されたい(濱中ら, 1992; 佐藤ら, 1991; 大槻ら, 1993; 石黒ら, 1994)。さてA群の患者では語と語操作に必要な文理解の両方が障害されていた。したがってその了解障害については語の理解障害と文理解障害を区別して考えるよりはむしろ同じ機序で考えることが妥当なように思われる。すなわち意味処理系と音韻処理系との相互の変換過程にその障害基盤があって、その結果呼称や指示課題では語音(例えば「えんぴつ」という音韻)から語の意味(「鉛筆」の表わす意味)への、あるいは語の意味から語音へのみかけ上の2方向性の障害が観察され、かつ文レベルでは課題が複雑になるにつれ、理解障害が増すと考えられた。系列語の操作については無傷ではないものの相対的な低下にとどまっており、操作的な検査場面であったことを考慮すれば、音韻的な引き出しのみでなく意味的処理が介在したために生じた結果とも解しうる。C, D群の障害も随伴症状の関与が少なからず考えられる内容を除けば基本的にA群の症状と類似しており、同様の機転が生じたと考えられる。

一方左側頭葉を主座とする損傷によって、語義の選択的障害、すなわち語義失語が葉性萎縮群にのみ認められた。ただし他の疾患でもこの

表3 漢字の音読課題の結果

非失語群

失語群

三味線		A5											葉性萎縮			
海老		○	B2	ミニセン	○	B3	○	B5	サンミセン	B6	サンミセン	B8	サンミセン	B9	×	サンミセン
妻揚子		×	B2	カンロウ	○	B3	○	B5	カイロン	B6	カイロウ	B8	カイロウ	×	○	○
団子		×	B2	ユウヨウコ	ツマヨウコ	B3	ツマヨウコ	B5	ツマ	B6	ツマヨシ	B8	ツマヨス	ツマ	○	○
三日月		×	B2	ダンシ	ダンコ	B3	ダンコ	B5	○	B6	ダンシ	B8	ダンシ	×	○	○
			B2	ミツカゲン	○	B3	○	B5	ミツカゲン	B6	ミツカゲン	B8	ミツカゲン	ミツカゲン	○	○
三味線		C1											慢性萎縮1			
海老		○	C1	シヤクセン	○	C2	シヤクセン	C3	サンミセン	C4	サンミセン	慢性萎縮2				
妻揚子		×	C1	×	×	C2	×	C3	カイロウ	C4	×	○	○	○	○	○
団子		○	C1	×	×	C2	×	C3	ダンシ	C4	○	○	○	○	○	○
三日月		○	C1	×	×	C2	×	C3	ツマヨウコ	C4	○	○	○	○	○	○
			C1	○	○	C2	×	C3	○	C4	○	慢性萎縮1				
三味線		D1											慢性萎縮2			
海老		○	D1	○	○	D2	○	D3	○	D4	○	慢性萎縮1				
妻揚子		○	D1	○	○	D2	○	D3	○	D4	○	慢性萎縮2				
団子		○	D1	○	○	D2	○	D3	○	D4	○	慢性萎縮1				
三日月		○	D1	○	○	D2	○	D3	○	D4	○	慢性萎縮2				

○は可能であったことを示す。
 ×は、類音的錯読を含まない反応で、無反応を含んでいる。

領域に損傷が生じれば語義理解の障害を呈することが報告されている (Casselli et al., 1991; 田辺ら, 1993; 松田ら, 1994; 脇阪ら, 1987)。田辺ら (1992b) はその責任病巣として左側頭葉中間部が重要ではないかと推測している。左側頭葉のある特定の領域が語の操作に必要なまとまった機能系を形成している可能性は高い。PET による機能画像的検討でも興味深い知見が最近得られつつある (Imamura et al.,

1993; 今村ら, 1994)。ところで語義の障害を呈する葉性萎縮例では、語に関わる機能が系統的に脱落するのではないかとの考察がある (倉知ら, 1992; 田辺ら, 1992b; Nakagawa et al, 1993)。今回の葉性萎縮例の語義障害は、理解できない語が一貫し呼称において語頭音効果 (すなわち語の補完現象) が見られないという特徴を有した。また、諺の補完現象が系列語句のなかにおいて選択的に欠落していた。

ところでこの語と諺で観察された補完現象の欠落は、先に述べたとおり語と諺がもつ意味表象としての側面が障害されるために、その音韻が意味とともに崩壊した結果生じたと考えられた。しかし例えばB2では諺の補完現象の成績は0/10であり、検討した全ての諺が補完できなかった。一方具体語は20のうち11個が呼称可能であり、自発的に呼称できる語が残存していた。すなわち語の補完現象の欠落は、この呼称できなかった9個の具体語について認められた現象であって、諺のように全ての諺が引き出せない事態とは頻度の面で異なる。しかもこれは今回検討した葉性萎縮例のほぼ全例で認められた障害特徴である。諺を用いた場合に補完現象が顕著に欠落するのは、具体語に比して諺が、複数の語からなり、その複数の語の意味を媒介として成り立っている意味表象であるためかもしれない。すなわち今回検討した葉性萎縮例にみられるような、具体語が個々のレベルで崩壊しつつある時期には、諺の成立に必要な複合的な意味関係を維持するだけの神経基盤がすでになくなっているために諺がより顕著に障害されるのかもしれない。

血管障害、ヘルペス脳炎例でたとえ語義失語像を呈することがあってもこのような語や諺の補完現象の欠落は報告されていない。SLTAの成績上、失語の程度がB1と同等もしくは若干強いヘルペス脳炎による自験語義失語例(田辺ら, 1992)でも、障害は語に限局しているものの理解できない語に浮動性があり、語頭音効果が認められた。また諺を含めて系列語句の補完能力は相対的に保たれていた(諺の補完は6/10)。

無論、こうした葉性萎縮例に特異的と思われる症状でも個々にとりあげれば、病変部位の組み合わせによって他の疾患でも認められるのかもしれない。しかしこれら一つ一つの症状の有無を論じるよりもむしろ葉性萎縮例が呈する語に関する障害様式(障害される語に一貫性があり、かつ語や諺の補完がみられない)に、系統的な機能脱落の可能性が示されているように思われる。

他の疾患による語義失語を、語の命名・理解の2方向性の障害とするならば、葉性萎縮例の語の障害は名詞に代表される機能語の音韻とその意味が選択的に喪失した病態、すなわち一定の領域の障害のみでは説明しきれない語や諺の意味記憶そのものに関わる神経基盤が、選択的に崩壊したために生じた病態と考えられる。

謝辞 司会の労をお取りいただいた座長の山鳥重先生ならびに岩田誠先生に深謝致します。また貴重な御意見を賜った池尻義隆先生ならびに諸先生方に感謝致します。

文 献

- 1) Benson DF: Aphasia, Alexia, and Agraphia. Churchill Livingstone, New York, 1979
- 2) Casselli R: Associative anomia: dissociating words and their definitions. Mayo Clin Proc 66; 783-791, 1991
- 3) 濱中淑彦, 波多野和夫, 石黒聖子ら: 前頭葉と失語——超皮質性感覚失語像をめぐる——. 失語症研究 12; 130-144, 1992
- 4) 池田学, 田辺敬貴, 森隆志ら: 特異な初老期痴呆の1例——Alzheimer病・Pick病との比較検討——. 脳神経 46; 175-181, 1994
- 5) 井村恒郎: 失語——日本語における特性. 精神神経誌 47; 196-218, 1943
- 6) 石黒聖子, 川上治, 橋爪真言ら: Broca 領野損傷により語義失語的要因を認める流暢性失語症例. 失語症研究 14; 21-22, 1994
- 7) Imamura T, Nagasawa H, Itoh M et al: Focal activation of Wernicke area during semantic processing. J Cereb Blood Flow Metabol 13 (Suppl. 1), S495, 1993
- 8) 今村徹, 山鳥重: 語の意味. Brain Medical 6; 45-50, 1994
- 9) 岩田誠: 失語・失読・失書にみる日本語の特徴. 精神科 Mook No. 29 神経心理学, 金原出版, 東京, 1993, pp. 106-114
- 10) 地引逸亀, 倉知正佳, 遠藤正臣ら: 語義失語(井村)に類縁な失語症状を呈した初老期痴呆の1症例. 精神医学 21; 43-52, 1979
- 11) Kertesz A: Aphasia and Associated Disorders. Grune & Stratton, New York, 1979
- 12) 越賀一雄, 浅野裕一, 今道裕之ら: 語義失語の1例. 精神医学 11; 212-216, 1969

- 13) 倉知正佳, 松井三枝, 藤井 勉: 脳と了解障害——Alzheimer型痴呆と失語症との比較. 失語症研究 13; 174-182, 1993
- 14) 松田実, 水田秀子, 原健二ら: 語義理解障害を中核症状とする超皮質性感覚失語の3例. 失語症研究 13; 279-287, 1993
- 15) Mitsuyama Y: Presenile dementia with motor neuron disease in Japan: clinico-pathological review of 26 cases. J Neurol Neurosurg Psychiatry 47; 953-959, 1984
- 16) Nakagawa Y, Tanabe H, Ikeda M et al: Completion phenomenon in transcortical sensory aphasia. Behavioural Neurology 6; 135-142, 1993
- 17) 岡本重一: 失書失讀, 計算障害を主症候とする1失語症例の分析. 心理 4; 33-43, 1948
- 18) Onari K, Spatz H: Anatomische Beiträge Zur Lehre von der Pickschen umschriebenen Grosshirnrinden-Atrophie "Picksche Krankheit". Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 101; 470-511, 1926
- 19) 大槻美佳, 相馬芳明, 辻省次: 左前頭葉病変による超皮質性感覚失語の1例. 失語症研究 14; 19-20, 1994
- 20) 佐藤睦子, 後藤恒夫, 渡辺一夫: 左前頭葉病変により超皮質性感覚失語と同語反復症を呈した1例. 神経心理 7; 202-208, 1991
- 21) 田辺敬貴: 語義失語症者・その人となり——器質性病変と性格の変容——. 神経心理 8; 34-42, 1992a
- 22) 田辺敬貴, 池田学, 中川賀嗣ら: 語義失語と意味記憶障害. 失語症研究 12; 153-167, 1992b
- 23) 田辺敬貴, 池田学, 中川賀嗣ら: 脳変性疾患の脳画像と神経心理. 西村健編, 精神医学レビュー No.8 老年期の精神障害, ライフ・サイエンス, 東京, 1993, pp. 32-52
- 24) 脇阪圭子, 山鳥重, 遠藤美岐: 二方向性障害を持つ健忘失語の一例. 失語症研究 7; 307-312, 1987
- 25) 山田典史, 数井裕光, 橋本衛ら: 語健忘がめだった側頭葉優位型葉性萎縮の一例. 神経心理 9; 268, 1993

**Comparison of focal symptoms due to degenerative diseases
and cerebrovascular disease
——transcortical sensory aphasia——**

Yoshitsugu Nakagawa*, Hirotaka Tanabe, Manabu Ikeda*,
Haruko Yamamoto***, Hiroaki Kazui******

*Hyogo Institute for Aging Brain and Cognitive Disorders

**Department of Neuropsychiatry, Osaka University Medical School

***Cerebrovascular Division, Department of Medicine, National Cardiovascular Center

****Faculty of Health and Sport Sciences, Osaka University

We investigated characteristics of transcortical sensory aphasia due to various etiologies. In aphasics of this type following cerebrovascular disease, diffuse atrophy or motor neuron disease with dementia, comprehension deficits were not selective for words, words not comprehended were inconsistent, and some phonemic cue effects were observed in naming. Completion phenomena were also often observed. In

contrast, a selective and consistent impairment in word comprehension without phonemic cue effects in naming were observed in patients with focal atrophy. Additionally, completion phenomena for proverbs were totally absent, while those for multiplication tables, serial numbers and names of days were frequently noted. These discrepancies between aphasic symptoms with focal atrophy and with other

diseases cannot be wholly explained by differences in lesion location nor severities of aphasia. It is suggested that pathological processes

of focal atrophy with temporal predominance might selectively affect the semantic memory system for language as a unit.