

古典紹介

Rudolph Bálint

Seelenlähmung des Schauens, optische Ataxie,
räumliche Störung der Aufmerksamkeit

〔Mschr. Psychiat. Neurol., 25; 51-81, 1909〕

— 第 2 回 —

翻訳 森 岩 基* 石 黒 健 夫**

III. 解剖所見

剖検では脳以外で次のような病変を報告し、直ちに脳について報告する。

下行大動脈起始部に嚢状動脈瘤。大動脈、冠動脈やほとんどの部位の末梢動脈に高度の拡張やアテローム変性。左外側股動脈の塞栓症。左心室の肥大と拡張。右肺下葉に散在性の気管支肺炎。直腸と S 状結腸の慢性赤痢。亜急性肺炎。胆石症。

頭蓋はひどく扁平で冠状縫合と矢状縫合の交点が鞍状に陥凹している。骨はごく薄く、板間海綿質は少ない。硬膜は弛緩して部分的な陥凹や摺襞があり、中位の血液内容がある。脳脊髄液は明らかに増加している。脳は萎縮して小さく、その外表面は高度に変形している。その変形は両側の頭頂葉の後部、側頭葉の上部、そして後頭葉に最も強い。左側では非常に際立った変形が、上および下頭頂小葉の後部、角回、第一後頭回、そして第二側頭回の後部に肉眼的にみられる。これらの箇所は脳表面の水準下に著しく陥凹しており、その脳回は高度に萎縮し、狭く、その実質は極度に軟化している。軟膜はそれらの箇所皮質と癒着している。そのほかに左側では中心回に小さな病変があり、後中心回でより強く、前中心回で軽い。

前頭葉ならびに大脳半球の上・下表面は完全に正常な形を示している。

右側半球上には左側半球とほとんど対称的に並ぶ軟化巣がみられる。これらは上頭頂小葉後部、角回を含み、また程度はわずかだが上縁回と第一後頭回を含んでいる。右側半球の他の皮質部分、とくに中心回、前頭葉、中央ならびに下方表面は何の変化も示していない。

脳底血管は著しく肥厚し、硬く、断面からみると、その内膜には脂肪斑があり、凹凸が著しい。左脳梁体動脈は血栓でつまっている。

脳は新鮮な状態では解剖せず、保存のためにまずホルマリンの中に入れ、次いで Müller 氏液の中に移した。こうして保存した脳からそれぞれの半球より別々に水平方向の連続切片をつくり、そしてそれらを Weigert-Wolters 氏染色法によって処理した。私はその標本を一つ一つ詳しく記述しようという意志はなく、これらの病変が一部は軟化巣であること、一部はこれによる二次的変性であることを証明したい。

左半球

頭頂間溝の上部を通るシュニットでは、前中心回の軟化のほか、とくに後中心回の軟化が目立っている。前楔部の軟化はわずかであるが、上頭頂小葉の後頭極に大きな欠損がある。それに対して、前頭小葉と傍中心小葉は完全に正常である。中心回および頭頂小葉に対応する半卵円中心の部分はほとんど完全に破壊されており、正常の脳回に対応する髄質にのみ正常な線維がみられる（表図 1 訳注）。もう少し下方、頭頂間溝のそばのシュニット

訳注) 実際には本文章中にはこれらの図や表はない。以下も同じである。

* 東京医科歯科大学医学部附属病院、検査部（部長：島菌安雄教授）、Motoi Moriiwa: Dept. of Clinical Laboratory, Tokyo Medical and Dental Univ. School of Medicine (Director: Prof. Y. Shimazono)

** 自治医科大学精神医学教室（主任：宮本忠雄教授）、Takeo Ishiguro: Dept. of Psychiatry, Jichi Medical School (Director: Prof. T. Miyamoto)

では、中心回はまったく正常である。ここでもまた、前頭葉、中心傍小葉、前楔部は正常である。これに対して、上頭頂小葉の後頭極、第一後頭回の上には高度の欠損がある。その脳実質部分には収縮した、厚い結合織がみられる。

半卵円中心にもまた高度の欠損がある。それは中心回と前頭頂葉に対応している。半卵円中心の軟化巣は前中心回の髄質錐体 Markpyramiden にまで及んでいる。下頭頂葉を通して角回に達するようなさらに下方で切られたシュニットでは——頭頂葉と後頭葉皮質を除けば——まったく正常の形をしている(表図2)。このシュニットでは、角回、後頭頂回、そして第一後頭回はほぼ完全に欠落している。半卵円中心の欠損はここではもう小さくなって、主として頭頂葉のあたりに局限している。しかし、ごく小さな軟化巣が半卵円中心のなかで後中心回に相応する部位にみられる。

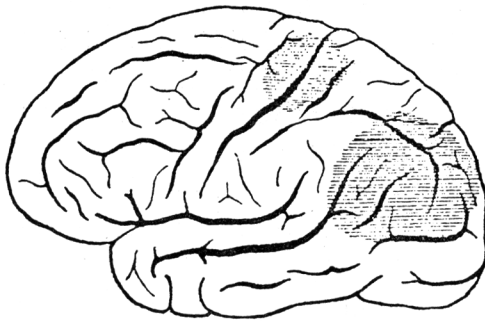
さらにもう少し下方、脳梁体の上面にあたる高さで切ったシュニットでは、次のような欠損形成がある(シュニットの平面は完全に水平というわけではなくほんの少し上方内側から外側下方へ傾いているということを書いておかなければならない。表図3)。このシュニットでは皮質の破壊は一カ所だけで、これは角回と上側頭回の後部に相当する。この皮質領域に相当して密に線維化した結合織がみられ、有髓神経線維は認められない。この皮質の軟化は上述の脳葉の髄質と後頭葉の中まで達しているが、鳥距溝には達していないし、他の脳回の髄質錐体も侵していない。私は鳥距溝の髄質はまったく正常であり、同じく後頭回も正常であることを強調する。この標本に現れてきた脳梁体の最背側部分には、はっきりした線維脱落がある。ここにはすでに矢状層の最背側層も出現している。その矢状層はいくつかの短い線維束となって軟化巣の中にあり、その走行は軟化によって中断されている。さらにもう少し下方で切られたシュニットでは、第一と第二側頭葉(Schläfenlappen—原文)がより広範囲にみられる(表図4)。このシュニットでは第二側頭回の中央と後方の部分と角回に非常に大きな欠損が示される。後頭葉、とくに鳥距溝のあたりはまったく正常にみえる。軟化はここでもまた髄質の内部に達しており、矢状層の線維が中断している。脳梁膨大に相当する脳梁体の後方部分には高度の欠損があり、内包にも同様の欠損がみられる。

このシュニットでは一つの細長い変性帯を強調したい。それは後頭葉で健全な矢状層の線維と並んでのびていて、次のシュニットでもこれがみられる。ここでは視床が出現しはじめている。その背側の線維は完全に正常

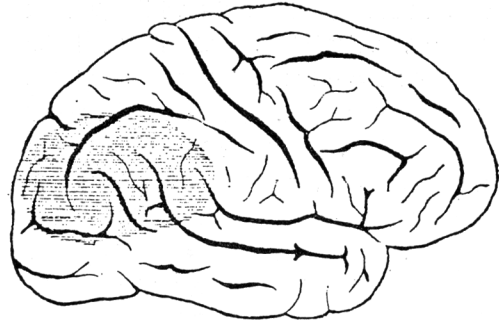
な状態にある。視床の上四分の一に相当するシュニットでは、軟化はごく小さな拡がりしかみせず、皮質はほとんど全視野で正常である。ただ、第二側頭回の髄質錐体にのみ小さな欠損がみられる(表図5)。このシュニットで鳥距溝の領域は完全に無傷で拡がっている。側頭葉に対応する髄質に小銭大くらいの軟化巣がみられる。それは内包の後レンズ核部分にまで拡がっている。この軟化巣によって矢状層は中断される。その最も内側部、障板はまったく正常である。それに反して、内側と外側の矢状層はその軟化巣のところまでしか追うことができない。その軟化巣と後頭葉の間に線維が脱落した鮮明な変性帯が目立っている。それは内外側の矢状層の間を走る黒い線維束としてみられ、鳥距溝のあたりで消失している。この変性帯はすでに前のシュニットで述べた変性線維束に相当する。線維脱落が脳梁体の後三分の一にわずかながらみられる。視床の線維はすでにここではやや薄くなっていて、内包後脚の線維脱落が著しい。視床の下三分の一で切った次のシュニットでは、もう皮質は正常である。非常に小さな変性巣が側頭葉に一致して、内包の後レンズ核部の周囲にみられる。内包のこの部分は線維に乏しく、また、内包後脚にはより大きな欠損がみられる。視床枕、視床、そして視床腹側核の領域では線維欠損が高度である。外側矢状層は側頭葉の先端に向かって、非常に強力な肥厚した束としてのびている。内側矢状層は内包の後レンズ核部のところで中断されている。後頭葉の線維はこのシュニットではすでに正常の状態を示す。上方のシュニットにみられた変性帯は、内側および外側矢状層の間ですでに一条の痕跡となっている。脳梁体はまったく正常である。もともとずっと下のシュニットにはまったく異常はみられない。矢状層は無傷であるし、外側膝状体の線維と同様四丘体の線維もまったく正常である。視床や視神経には欠損はない。

右半球

上頭頂小葉を通過するシュニットは上頭頂小葉、とくにその後頭部分に高度の軟化を示している。そのほかの皮質部分、とくに中心回はまったく正常である。しかし、半卵円中心には大きな欠損がみられ、前中心回から後頭極近くに至るまでがほとんど完全に軟化している(表図6)。この軟化は脳回の髄質錐体には達していない。頭頂間溝の下半分を通り、脳梁体の最背側層にあたるシュニットには大きな軟化巣がみられる。それは下頭頂小葉の大部分と角回を含み、それよりも程度は少ないが上縁回、後頭頂回、第一後頭回、そして第二側頭回を含んでいる(表図7)。また、このシュニットでは半卵円



Schema 1 左半球模型図



Schema 2 右半球模型図

中心の線維に高度の軟化がみられ、前方は前頭葉に達し、脳回のなかでは前楔部の線維が損われている。もう少し深いシュニットでは、皮質の形態は正常像を示しはじめ、軟化巣は多く中心部の髄質に局限される。しかし、下頭頂小葉、角回、上縁回の大部分、そして第二側頭回の後の部分の皮質では、髄質の線維がまったくみられない。後頭回はまったく正常である。内包には損傷がなく、脳梁にはわずかに線維脱落がある。第二側頭回の後の部分では、頭頂と後頭葉に一致する脳髓が、完全に脱髄した軟化巣におきかえられている。変性帯によって中断された線維束は、楔部と前楔部から出て側方と下方へと走っている。それは下縦束の一部分のようにみえる(表図8)。

それほど下方ではなく、視床の線維が出現する前に、皮質の変性はすでに第二側頭回に局限されるようになる。また髄質の軟化は、このシュニットではもはや一連の大きな軟化巣の形にはならず、脱髄し、軟化した箇所がただ斑状にみえ、これによって線維が中断されている。このシュニットではすでに鳥距溝の後部が出現しているがまったく損傷されていない。その周囲にはまた小さな軟化巣がみえており、それが矢状層を中断している(表図9)。前楔部の髄質錐体はこのシュニットではもう正常の形態を示しているが、そこから出て側頭葉のほうへびている線維束は、脱髄した部分によってこれまた中断されている。矢状線維はそれぞれのシュニットで、後頭方向においても側頭方向においてもその走行中に小さくあるいは大きく中断されている。脳梁の後三分の一にも脱落がみられる。なお一層下方で、視床の背面の高さでは、皮質の形態はまったく正常である。頭頂と後頭葉の軟化はただ二、三の小さな斑点をつくっている。また、前楔部から出てくる線維はひどく明るくみえる。矢状線維は後頭葉のみその全長がみられる。鳥距溝の最後部のそばには小さな軟化巣がみえ、そこから矢状線維に沿って変性帯が出現してきて、その最も正中間を

占めている。脳梁のより後部にもなお小さな脱落がある(表図10)。

次の標本では視床の背側の線維は完全に正常である。どこにも軟化はみられない。皮質はまったく正常であり、とくに鳥距溝やその近辺もまた矢状線維と同様まったく正常である。ただ、脳梁体の後部にのみ小さな脱落がみられる。そこから下方に向かうと、ほとんどまったく正常な一連のシュニットを得る。ただ、視床枕や視床の腹側核の領域にのみ、わずかな線維脱落をみいだす。ここではすべての脳回、矢状線維、外側膝状体、視束、四丘体、内包などはまったく正常である。この面では視束や視神経に何の変化もみられない。大脳脚、橋、そして延髄の標本は左側の錐体路の変性を、脊髓の標本は右側の錐体路変性を示している。

このほかのシュニットには軟化はみられない。

今まで述べてきた病変を要約してみると、高度の軟化が両側半球にあり、その一部はほとんど完全に左右対称である。皮質の一部が軟化すると、それはまた半卵円中心にも侵入し、その線維系路のある部分を破壊している。その対称性の軟化巣は主として頭頂葉の下部を占めている。しかもそれは左では下部頭頂葉の後部分、主に角回と後頭頂小葉を完全に破壊し、より軽度であるが、上頭頂小葉、第一後頭と第二側頭回を破壊している。このほかにまだ後中心回に欠損があり、前中心回の上部に小さい欠損がみられる(Schema 1)。右半球にも同様、下部頭頂小葉に非常に小さな破壊がある。また、上部頭頂小葉の後部が破壊され、第一後頭回の上部、そして第二側頭回の後部も同様であり、さらにこの軟化は上縁回にも及んでいる(Schema 2)。髄質においては高度の欠損が両側半卵円中心にある。背側のシュニットでは、これらの軟化は両側性に前方に向かって前頭葉に及んでいる。頭頂溝の下半分へ入れたシュニットでは、これらは頭頂葉と後頭葉にしか及んでおらず、そこでは矢状線維の一部が破壊されている。この軟化は左で深く右では浅

い。しかも、左では視床の上部の高さに小範囲の軟化欠損がみられるが、これに対して、右では視床の最上部の表面に相当するシュニットには、もはや軟化巣はみられない。矢状線維に関する限り、背側のシュニットで破壊されていただけであり、腹側やおそらくは中央部にもまったく異常なかった。これらの一次的軟化のほか、さらに別の欠損をみつけたので、これに若干ふれてみよう。その一つに、まず左側の内包の変性がある。それは内包の後脚と後レンズ核部にみられる。右では内包の後レンズ核部に欠損があるが、これはほんのわずかにすぎない。このほかに両側に脳梁の後部、さらに視床枕、そして視床腹側核あたりに欠損をみつけた。左は右よりも著明であった。終りにさらに左側頭—後頭葉の間に走っていた帯状の変性を強調する必要がある。

さて、変性が一次的軟化とどのように関連しているかをみてみよう。左内包の後脚の変性が中心回と半卵円中心の軟化によっていることは、何よりもまず疑いない。——まったく同様に脳梁の後部の萎縮が、頭頂皮質、および、矢状層と脳梁膨大の最内側部の部分的破壊によっていることも疑いない。——

次に他の部位の変性に注目してみよう。

人体における病理学領域の研究は、視覚の固有作用を行なう視放線のその部分が、矢状層の腹側面とその内側面の一部を占めることを証明している。——これらの事実は、われわれの症例において矢状層の中心部に異常なかったということや、臨床経過から知られるように患者はほとんど十分な視力と十分正常な視野をもっていたという状況とよく一致する。——矢状層の背側面の線維は、Déjerine ら、とくに Monakow の新しい研究によって解明された。Monakow は一方ではサルでの切除実験によって、他方では下頭頂葉が破壊されている一症例によって、矢状層の背部の一部は下頭頂葉に、一部は視床枕や視床の腹側核群と結合し、実際の視覚作用には無関係であることを証明した。——

Monakow の他の一症例も同じことを証明している。この場合、視床枕の破壊は二次的変性を伴い、矢状線維の背側面を越えて下頭頂葉の髄質に達している。——われわれの症例によって、これらの事実は直接的にも間接的にも証明される。

すなわち、視床枕、視床の腹側核群そして内包

の後脳室部の変性は、矢状線維の背側部の破壊によっていることが直接証明されるように思われる。しかし、矢状線維の背側部が下頭頂葉の投射線維を形成しているかどうかは、われわれの症例は何の説明も与えない。というのは矢状層の破壊は二次的変性ではなく、一次的軟化の結果であるからで、したがって、軟化した矢状層は軟化した下頭頂葉とではなく、後頭葉皮質に関連する可能性も考えねばならない。——しかしこれと関連して、われわれは Probst の症例から一つの資料を得た。この症例は後頭葉の三つの脳回が崩壊しており、その二次的変性は後頭回の投射線維が矢状層の下層にあって、外側膝状体と一部は視床枕と外側視床核群へ行っていることを明らかにした。

矢状層の上層はこのように後頭回とは連絡していないから、それを下頭頂葉の投射線維とみなさなければならない。このようにわれわれの症例は、Monakow が証明した事実を確認した。すなわち、下頭頂葉の投射線維は矢状層の背側層を通過し、そこから内包の後レンズ核部を経て視床枕と視床の腹側核群へ至っている。——

この線維について、もっと細部に立ち入ってみよう。そうすれば矢状線維とりわけその外側部、下縦束に関して、ある面で説明を与えることができる。——左半球の各シュニットを通じて、軟化は非常に小さく限局した形で側頭葉のみにみられる。病巣は外側矢状層を遮断し、その病巣から外側矢状層の健康部分の内側を一つの明瞭な変性帯が後頭に向かって走っているのを認める。この領域の後頭葉は障害されておらず、ただ変性帯が側頭—後頭方向にのみみられるだけである。そしてそれ以外のところには一次的病巣はみいだせない。変性した線維束の起始は側頭葉としなければならない。このようにそれは側頭葉と後頭葉の間に連合関係を形成している。この変性した線維束は、最近 Schaffer もその存在を側頭葉の病巣で証明しているが、下縦束を評価する上に非常に重要性をもっているように思われる。下縦束は長い間ずっと側頭葉と後頭葉の間の連合線維束と考えられていた。しかし最近では、Flechsig と Niessl-Mayendorf が発生学的に髄鞘形成の時期から推定して、下縦束とよばれる線維束すなわち外

側矢状層は、連合路でもなく、側頭葉へ向かうものでもなく、外側膝状体から求心的に後頭葉の方向に向かっていること、および、本来の一次的な視覚路であることを証明した。一症例を通じて Probst も同じ結論に到達している。その症例で、彼は後頭葉が破壊された後も側頭葉に向かって走る変性を認めず、このような連合線維束は存在しないと結論した。——Schaffer の症例も私の症例も、側頭葉の病巣に向かって変性線維束が出現した。それは外側矢状層の一部分に一致し、そして後頭葉への方向に向かっている。それは後頭葉と側頭葉の間に長い連合神経路が存在し、二種の方向の線維——後頭—側頭と側頭—後頭——を含むことを証明しているかのようである。

さて、剖検所見は臨床的に観察された現象といかに関連するのであろうか？

この問題を扱うにあたって一つの銘記すべき点を前おきしておかなければならない。——この患者は発病してから4年後に病院にやってきた。彼の陳述によると、その状態はこの4年間まったく変わらなかった。また、病院で観察した2年間、彼の状態には少しの変化もなかった。症状は存続して消褪も増強もせず、新しい症状も現れなかった。確かにこの患者は観察していた2年間に片麻痺が起きた。しかし、その片麻痺の解剖学的所見は長年存在していた病巣とははっきりと分離できたので、続発症としてそれとは区別することができる。大脳の病巣が6年を経た軟化であることを考慮すると、これらの病巣が脳機能の局在に関して重要な資料を提供しうることは明らかである。——この症例ではあらゆる遠隔作用、あらゆる刺激的近接作用、あるいは、(たとえ二次的な浮腫、圧迫などによってもたらされた) 大脳近接部位の麻痺性の影響であっても、われわれはこれらを確実に除外できる。

われわれがずっと観察してきたこれらの現象はこのように真の巣症状とみなすべきものである。他方われわれは、これから述べるように、否定的な意味ではあるが重要な推論を引き出すことができる。これは肯定的な推論よりもおそらくもっと重要である。というのは、これまでみてきたように、大脳においては一ないし数コの隣接した脳

回が軟化しているだけでなく、その軟化が大脳の髄質にも波及し、そして障害が大きな範囲に広がっていたからである。それは一つ一つの症状の局在の決定を困難にしている。それ故、われわれは個々の症状を、系列をたどりながら観察していくことにしたい。

注視の精神麻痺は、すでに述べたように高度の精神的機能の障害であり、注意のそして意志の障害である。——だからこそ私は、この現象の局在について考えるとき、Monakow の言葉を引用したい。「精神過程の局在を論ずる際に最も困難なことは、正しい問題設定である。中枢神経系のより高度な働きは一般的な心理学的概念に含まれるもので、それを生理学的なもの、解剖学的なものにすっかりおきかえることは、少なくとも現在ではほとんど不可能である。個々の感官の働きに直接結びついているものはまずもって精神的作用であって、それが複雑であればあるほど、そしてその過程が確実に皮質全体の関与のもとに起きていなければならないほど、脳回や皮質野へ局在させようとする視点からこのようなプロセスを観察するのを、人はちゅうちょするようになる」。

それ故、われわれは視覚性精神麻痺を巣症状として把握できない。われわれの解釈をおしすすめると、この現象は連合路の欠損としてのみ把握できるということになる。それ故、その症状は一つの連合麻痺である。しかし、連合という概念には——最近 Jendrassik によって指摘されたように——連合を一つの中枢に局在させえないという考えが包含される。連合は種々の中枢の間の連合路の上に生ずるのであって、連合麻痺は一定の神経路の中断によってのみ起こりうる。この連合神経路はどこに局在しているのかは、私の症例からは確実に結論しえない。というのは——すでに前に言及したように——頭頂葉の左右対称的な軟化巣のほか、主として半卵円中心に拡がった軟化巣がみだされたからである。頭頂葉の軟化の場合、類似の現象がまだ観察されていないことも、同様に局在づけを困難にしている。しかし、こういうことは事実である。すなわち、頭頂葉の対称的な病巣(とりわけ上縁回と角回)について観察された症状群 |(Bruns の精神麻痺、Liepmann の

失行症など)は連合一神経路の麻痺に基づいており、そのことからわかるように、頭頂葉の下部分は非常に連合一神経路に富んでいる。——しかし、その失行症、運動の精神麻痺あるいは注視の精神麻痺をひき起こす区域または神経路の遮断はどこなのか、——少なくとも現在は決定できない。——

視覚失調の局在づけも、少なからず困難である。さきにこの現象は、視覚領を手の運動中枢に連結し、視覚によって手の協調運動を行なう神経路の遮断に基因するとした。しかし、多数の破壊された神経路の一体どれがここで問題となるのかは決められない。

両側性下頭頂葉障害の症例では、多くの研究者が眼筋の皮質性麻痺を観察している。

Pick が記載した、新しい一症例では、患者は物体を注視せず、目の前に保持した物体を把むことに失敗し、物体の傍、あるいは後を把んだ。このあとのほうの現象は、われわれの患者の運動障害と同じであり、そして障害の場所もわれわれの症例に似ているので、この二種の現象が同一のものでないのかがどうか、問題となる。Pick はこの現象を、彼の患者の場合、深部中枢を介する眼筋の神経支配—感覚の障害から説明している。われわれの患者ではただ単に右手の運動に欠陥があっただけで、眼筋の神経支配障害はまったくなかった。

三番目の現象の局在には多少の準拠すべき点がある。

われわれの患者の注意は常に空間の右側に向いていた。それは眼筋の運動が一側半球の神経支配優位によって右へ強く傾く要因を得たことに帰せられる。したがって、これは右側への共同偏視の傾向以外の何ものでもないだろう。

たとえば、右の下頭頂小葉の障害の場合、左半球の神経支配優位のために右への共同偏視が成立する、ということが知られている。

共同偏視はたいてい一過性の症状にすぎない。われわれの症例において明らかな共同偏視を観察したことはまったくなかったが、この患者に存在する現象は共同偏視とは大体において区別されなかった。このように、この現象を下頭頂葉の病変

で説明できることは疑いがない。いな、おそらくもっとそれ以上のことがいえるだろう。われわれの患者は右方偏位であり、左半球の神経支配が優位性をもっていた。前に述べたように、両側半球の障害はほとんど対称的であったが、右では病巣が上縁回に及んでいたのに対し、左では上縁回は異常がないという相違を伴っていた。角回は両側ともその全領域にわたって破壊されており、眼筋の右側への偏位は左上縁回に保たれている機能に関係づけるのが正しいことと思われる。したがって、眼筋の共同運動の皮質中枢は角回にはなく、上縁回にあるということになる。

下頭頂葉の両側性障害と同様、一側性障害の症候学はかなり豊富である。——連合一麻痺の系列のすべて、健忘失語、失行症、精神麻痺など、もろもろの知覚障害、とりわけ、筋覚障害や立体覚失認、けいれん、そしてまだ他の多数の現象が下頭頂葉の病変で観察され、当然のことながら、その病巣によってできた欠陥を基礎に説明しようと試みられる。私の症例は、前に言及したように、一つの純粹な症例であって、遠隔—近接効果は除外されうる。しかし、この症例の症候学は、下頭頂葉の孤立した病変ではこれらの症状はまったく出現しないことを示している。したがって、そのような症状がある時には、頭頂葉の障害ではなく、他の大脳部位の機能の障害の中にその基礎を探すべきである。例外的に頭頂葉に起源をもつと考えられるたった一つの症状は、眼筋による側方運動の障害である。すなわち、確実に下頭頂葉に局在するただ一つの中枢は眼筋の共同運動中枢である。

□ 解 説 □

ルドルフ・バリント著

「“注視”の精神麻痺、視覚失調、空間性注意障害」について

石 黒 健 夫

Bálint 症状群は半側空間無視とともに視空間失認の中核症状であるが、その報告は比較的まれ