
 古典紹介

Rudolph Bálint
**Seelenlähmung des Schauens, optische Ataxie,
räumliche Störung der Aufmerksamkeit**

[Mschr. Psychiat. Neurol., 25; 51-81, 1909]

— 第 1 回 —

翻訳 森 岩 基* 石 黒 健 夫**

私が上記のタイトルでまとめようとしている 3 つの構成要素からなる症状群は、私が永年第一病院で診ていた一人の患者によって確かめたものである。

私はこの症状群の 3 つの構成要素すべてに新しい名をつけなければならない。というのは、一つ一つの症状に似た現象は文献のあちこちに漠然とは書かれているものの、類似の症状群の詳細な記述はみあたらないからである。

この患者で観察された現象は非常にこみ入っているが、知能の高い患者を対象にしたことによって、その説明と解釈はかなり容易になった。そしてこのことは、無論、症状を評価する上にも重要な意味をもっている。

短期間の中断を除いて、私はこの疾患の経過を患者が死亡するまで観察した。そして剖検後、中枢神経系の詳細な組織学的検索を行なった。

——症例は以下の通りである。

患者は生来健康であった。前に梅毒感染はなく、アルコール嗜癖もなかった。1894 年 11 月、格別の異常なく過ごしていた彼は、突然およそ 5 時間にわたる眩暈発作におそわれた。しかし、意識は失わなかった。この病気で彼は医師に勧められ、床についた。発作は 4 日目にも

う一度起こった。しかし、意識の喪失は一度もなかった。数日間横になった後で仕事に行こうと起きた時、彼は腕を正確に動かすことができないことに気付いた。腕の力は保たれていたが、機能がまったく変化していた。しかし、彼はそれをどう表現したらいいかわからなかった。

こういう事情で彼は画を描くことも字を書くこともできなくなり、生業を営むことに困難を感じるようになった。同時に彼は視覚が変化したことに気付いた。このため、画を描くことや字を書くことのほかに読むこともずっと下手になり、時にはまったく不可能になってしまったが、この変化について彼は正確に表現することができなかった。永年の後、1903 年 12 月にわれわれの病院を受診し、1906 年に死亡するまで治療を受けていた。彼の臨床経過は以下の通りである。

全身状態

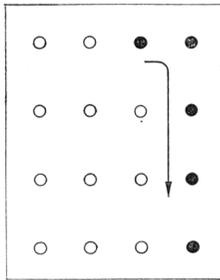
患者はたくましい体格をしていて、いくらか肥満気味である。梅毒感染はない。彼は顔面骨に比して小さなやや扁平な頭蓋骨をもっているが、特に非対称はみられない。内臓には特に異常はない。軽度の動脈硬化症があり、大動脈第 II 音は亢進しているが、心臓機能は正常である。病感はなく、腸の機能は良好で食欲もある。尿には蛋白も糖もでていない。

神経系

顔面・舌下・三叉神経支配筋は正確に機能しており、眼球運動は正常。嚥下は異常はない。頸部、軀幹、下肢の筋はよく保たれ、正常の運動性を示す。上肢の筋力は保たれており、その要素的運動はまったく正常であるが、ただ、ある状況のもとでは機能障害を示す。この詳細は後でふれる。知覚障害はすべての身体表面で認められず、触覚は痛・温覚と同様に皮膚のすべての表面で異常ない。同様に、四肢の筋覚も保たれているが、これに

* 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 Moriwa: 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 College (Director: Prof. T. Miyamoto)



〈訳者〉

〈訳者〉とある図は原文にある図ではなく、訳者が描いた挿絵である（以下同）。

については手の立体知覚と共に後に言及したい。

下肢と同様に上肢の腱反射は左右差なく、睾丸挙筋反射、足底反射は保たれ、バビンスキー反射はない。

感覚器官についていえば、視覚には重大な障害があり、これについては徹底的に論ずることとする。聴覚、味覚、嗅覚は正常である。患者は音楽を習って育ち、昔ピアノを沢山弾いた。現在は音符を読めないが、病気になる前から、記憶により二、三のピアノの小品くらいは弾けると自称する。彼の読字については後にふれる。

彼の話しぶりはほとんど正常から逸脱していない。彼はその談話の中でしばしば、「mein Lieber」とか「mein Vater」という言葉を使って話しかけた。彼は注意された時にだけこのことに気付いたが、彼によれば発病する前には、これらの言葉は上述のように決して使わなかったという。

彼の知的能力はやや鈍ったようだが、これはおそらく発病以来精神的に少しも働かなかったことに帰せられよう。すなわち明白な痴呆は認められず、とりわけ要素的な精神的な課題は非の打ちどころなくできた。次に構築された病的現象を——概観しやすいように——まとめて記述することにし、観察によって病像が次々に明らかになった順序にしたがって書くことはやめる。

I. 視覚障害

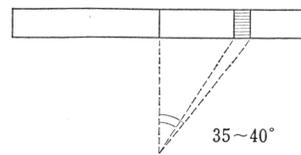
患者には軽度の老眼がある。矯正視力は右：5/5、左：5/10で、眼底は両側とも正常である。

視力検査中、奇妙な現象が明らかになった。——患者は検査表を読むよう命ぜられると、一番上の文字を読み、次に二行目の右端の文字、それから三行目の右端という具合に各行の端の文字を読んだ（上図参照）。——さらに注意をひくのは、各行を読むにはいちいち促がされなければならない

ことであった。——「なぜ端の文字だけ読むのか」と問うと、「まだ何かほかにあるんですか」といぶかった。「読んだ文字から左に文字の列がありますよ」と注意を向けさせると、あちこち探して各行の残り、を読む。——この読み方は半盲を考へさせるので、われわれは直ちに視野検査を行なった。彼を視野計の前に坐らせて、われわれは視野検査の方法を彼に説明した。検査の結果は、対象視野、色彩視野とも正常で、半盲は否定された。——これに加えて最近の観察でも上述の視覚の特殊性は半盲の特徴をまったく示さない。——すなわち、患者は視野の右にある文字を読むのではなく、右端の文字を読むのである。われわれの質問に、彼ははじめ一番上の文字だけを見、もっと読むように注意されると、一行下を見るが、しかしそこでもたった一つの文字、すなわち、右端の文字しか見えなかったのだと答えた。このように彼は促がされると別の行に移ってしまう。「読んだ文字の左隣に別の文字があるでしょう」と注意されると、初めてそれを注視して読む。この症状に注目して、私はそれが他の状況でもみられるのかどうかを検討した。彼は私に自分はいつも右側しか見えないのだと説明したが、つまり彼は空間の右側に進んでいってしまい、そこにあるもののみを認知したのである。彼の左側に何があっても、彼はそこに像を形成することができない。しかし、彼は「左に何かありますよ」とか、「ものがみつかりますよ」と注意されると、すぐに気付くのである。われわれは同様の現象がさらに現実には彼に起きるのを観察した。ある日、彼は病院の庭に坐って、前方をぼんやり見ているようだった。あらゆる方角から車がガタガタ走ってくる。私は音もなく後から彼の左側に来て、彼の傍のベンチの空席に近づくことに成功した。彼は気付かなかった。腕を伸ばして何度も彼の顔の左半分になんげける、やはり気が付かなかった。同じことを右からやるとすぐに気付いた。しかし、予め彼の左目の前にもものが現れたら、いつもすぐに気が付くようにしなさいと再三注意しておく、いつもすぐに気付いた。この現象を私は彼について様々な状況のもとでしばしば検査したが、いつも同じ結果に終わった。——いつも同じ状態が注意をひ

いた。読みものや 2 個以上の物体を短時間順々に彼に見せると、彼自身が言うことだが、たとえば読みものの上に他の文字がまだ沢山あるのを知りながら、右側の対象や文字しか見えない。残りの文字に注目するためには、新たに促がされたり励まされることが必要であった。これについてはまた後に論じよう。

今までの検査から、患者の注意はいつも空間の右側に向けられ、右端のものしか見ないということが明らかとなった。患者の注意はある対象のみに固着するが、とりわけ問題になるのは、その対象は空間の右側の任意の遠くに選ばれたのか、それとも右に偏位する注意にはある境界があるかである。この問いを解くために、私は板の上に、横に一行の文字を書いた。促がされて患者は右側の一文字を読んだが、一番端のものではなかった。繰り返し調べて比べてみると、患者の注意は右に $35\sim 40^\circ$ 傾いており、彼はそこにあるものをまず見ることが明らかになった(右上図参照)。この長い文字列の検査によって、患者は中心線から約 35° 右にある文字を読み、他には何も見ないということが判った。——「もっと文字がありますからよく板を見てください」と促がすと、固着していたその文字から右方にある文字を読んだ。そして何度も促がされると、それから左方の文字を読んだ。これらのことから一つのものに固着している注意を他に向けなければならない時は、左方よりも好んで右方に向けようとするのが明らかになった。同じ現象を私は別の機会に別の状況で観察した。たとえば、患者に一つの物体を示し、注視するよう指示した。それからその右と左にさらに一つずつ物体を置いた。しかし、患者にはそれが判らなかつた。最初はこれらのどちらも見ない、やがてそれに注意するよう促がされると、まず右にあるものを注視し、その後左のものを注視した。この検査から非常に重要なことが判った。患者の視野にはいつもたった一つの対象しかその場を占めえなかつたのである。対象が中心視覚を占めるやいなや、対象の右にあるものも左にあるものも認知されない。そして促がされてそれに対する刺激を得るとはじめて認知するようになった。患者の視野はまた——そう表現してよけれ



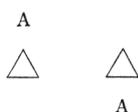
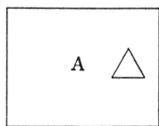
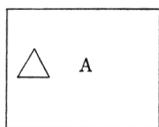
〈訳者〉

ば——中心性に狭縮しているように思われた。——この現象の不変性について、私はさらに何度もそして別の実験をもとにして確かめた。たとえば、患者の目の前に文字を置き、患者がそれを読んでいる間、別の文字をその右側のすぐ隣にもってきたが、私がそれを注意させるまで気付かなかつた。——

これまでのことから、患者の注意あるいは中心視覚が右方に傾き、——一つの像が視野に場所を占めるや、それから右や左にある像はまったく知覚されないというように視野が狭縮することが判った。すでに説明したように、この患者には高度の求心性視野狭縮があるのかのようにみえるが、この現象は視野狭縮と呼ぶことはできない。というのは、一定の状況のもとでは、患者の視野は正常の大きさになるからである。これは視野検査によっても証明される。すなわち、実際どうなっているかということ、視野に映るすべての対象からの刺激は皮質にまで達しているが、患者の注意がたった一つのものに集中している時には、患者はその映像すべてを意識して見ているわけではない。実際の視野に高度の中心性狭縮が本来あるわけではなく、注意視野あるいは精神的視野とでもよんだらいいような視野の狭縮があるのである。——この注意ないし精神的視野の中にこそ狭縮があるのだが、このことについては後の考察で詳述する。

この現象の精神的な性質はその随伴症状から観察される。本来の高度の視野狭縮においては、視野はまったく小さな面積の像の一つしか映せないほど狭い。つまり、より大きな像については、患者はその一部分しか見ない。そして Förster らはそれを両側後頭葉の疾患で観察した。

しかし、私の患者は違っている。——彼は一定の限られた大きさの視野をもつのではなく、視野



〈訳者〉

の中にたった一つの映像面しかもたないのである。この像は任意の大きさでありうる。彼はそれを完全に見る。だが、一つの小さな像であっても視線がそれに固着している時には、他のものについての認識を失ってしまうのである。たとえば、人間の全身を一瞥すると、彼はその大きさを言えるし、服の色なども言えるのである。しかし、一本のピンに固着していると、彼は5 cm 前に立っているローソクに気がつかなくなってしまう。——私は次の実験を行なった（上図参照）。彼を黒板の前に立たせ、黒板に一つの文字を書く、それを読ませた後、彼に見せることなく私は一つの幾何学的図形——三角形——を、文字の傍に描き、文字が三角形の右側に来るようにした。彼を黒板のほうに向かせ、「何が見えますか？」と問うと、彼は再び文字を読んだ。——「他には何も見えませんか」と問うと、「はい今見えました」と言って文字の左にある幾何図形の名を言った。——今度はすでに認知している文字の右に幾何図形を描く、つまり文字が三角形の左側にくるようにすると、彼はまず三角形を見た。——「もっとほかに見えませんか？」と問うと——「はい、文字が見えます」と答えた。——三角形の先端あるいは底に文字を書くと、三角形か文字かどっちは見るが、三角形と文字を同時には見なかった。——最後に黒板に一つの文字を書いた。そしてそれを読

ませてから、その文字が書かれた場所を注視するよう指示した。——彼がそうしている間、私はその傍に何か書いた、が彼は見るができなかった。文字自体を変えても同様に彼は文字しか読まなかった。すなわち、そこから近くにある数字や図形は、私が指示してやってはじめて気付くのであった。——これらの実験から、これまでわれわれがみてきたことと同じことが明らかとなった。それは第一に二つの像のうちいつも右側のものだけを認知するという、第二に一つの像を注視すると右にあるものも左にあるものも気が付かないが、催促されると気付くということである。そのほか彼の視野はどんなに小さなものであろうと、たった一つの対象しか捉ええないようである。一方、視野に映る対象はまたもっと大きいものでありうるのであって、その像の一部が欠損するということはない。——

この注目すべき二現象についてさらに述べねばならない。——三角形の左に文字があると、まず彼は三角形を見、新たな刺激によってはじめて文字を見た。つまり、三角形を認めた際には、三角形の一方の側が一つの文字でふさがっていることに彼は気付かなかった。こういう現象は、いずれにせよ患者の注意の不完全さに関係づけるべきものである。各視覚作用からみると、彼の注意は非常に皮相である。また、ものを見ると一つの全体像を掴み、大きさと全体を正しく認識するが、細部にまで突込んで見ることを好まない。これがさらにある種の視覚活動では、本質的な障害を起こす原因になる。彼は三角形を見た最初の瞬間、それが三角形であることを認めた。そして彼の好奇心が満足された後、彼の皮相な注意に相応して、もはや三角形の片側にある文字に気付くことはなかった。私が彼にそれへ注意を向けさせると、彼は笑って、「ああ、それには全然気が付かなかった」と言った。彼のこのような注意の減弱とその皮相さを私は何度も経験することができた。

すでに一度ふれたことではあるが、ここであらためて主張しておきたいことがこれらの実験からでてくる。これらの実験を私は彼について度々行なっていたので、後に行なった実験では、自分が黒板を見ていない間に、私が文字の傍に何かを書

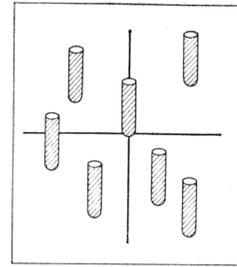
きつけるのを彼はすでに知ることができたし、また知っていた。ひょっとすると、彼はチョークで書くときに出る音を聞くことができた。しかし、彼が黒板に注意を向けたときには、文字にせよ三角形にせよ、たった一個の像しか見なかったのである。だから、私はその都度黒板にまだ何か書いていないかもっとよく探すように彼に直接促がさざるをえなかった。——このように彼には注意あるいは注意することの自発性が欠けていた。そして催促あるいは強い刺激によってはじめて彼は注意し、見たのである。

この患者にみられた異常視の現象はまた次のようにもまとめられよう。

患者は同時にはたった一つの対象しか見ない。しかしこの対象を認めるに際し、彼の注意は非常に皮相なので、彼は対象を表面的にしか認知しない。つまり、詳細は直接促がしてやってはじめて気付くのである。その対象の外側にあるものには無頓着で、自発的にまったく認知しようとしませんが、促がされることによって刺激を受けると、彼はより注意深くなり、これらをも注視するようになる。患者の注意は常に空間の右側に向けられていて、一つの対象に固着している注意をもう一つの対象に向けるよう要求されると、彼の注意の方向は左よりも右のほうへ行きやすい。——

では次に、彼の他の視覚作用について観察してみよう。まず、私は精神盲のほとんどすべての症状は彼にはあてはまらないということに注目しなければならない。彼の空間における見当識は損われておらず、彼は対象を正しく呼称し、正しく使用する。また、個々の対象の形、色、定義をそらんじて記述できるなど、彼の視覚的追想能力もまた完全に正常であり、色覚もよい。——

立体視の検査は、通常、どっちが近くにあるのか、どっちが上にあるのかなどを言わせるかたちで行なわれるが、彼は滅多に間違えることはない。しかし、問題の解答に手間どることと何度も促がされた末にはじめてできることが目立った。彼は理由を述べた「一つのものを見ると、他のものは見えない。それで——促がされて——他のものを見つめるまでに時間がかかってしまうのです」と。興味深いのは目測の誤りである。円、四角形、



〈訳者〉

他の単純な幾何図形の中心をまったく間違えて描く。後にふれるように、この間違いには手の運動障害が本態的に関与していることは確かであるが、それだけでなく、記入した中心の位置が間違っているのに必ずしも気付かない。同じように線分を二等分する時も、同様の間違いをする。線を長い間じっとみつめてから、間違えて二分する。二等分が正しいかどうか見直すように促がすと、再び、長い間みつめてから、時とすると誤りに気付くことがある。——鉛筆、杖の長さを目測で判定させるなどの初歩的な問題はかなり正確にできる。——この目測の誤りの原因として、彼の注意力の皮相さと高度の易疲労性が考えられる。彼自らも、一つの像の多くの部分に同時に注意を注ぐことができない、という。たとえば、彼は四角形とそして間違えて描いた中心点とを見るが、これらの相互の関係を同時に判定することができない。つまり中心点を探し見入ると、もはや四角形は見えなくなる。——この現象がどの程度のものなのかは次の実験から明らかであった(上図参照)。私は十字形を見せて、その交点を指示するように促がした。彼はこれができなかったが、その大部分は手の運動障害に由来していた。そこで私は実験を次のように変えた。すなわち、私はチョークを手に持ち、黒板の上の多くの点にチョークを次々と立てていき、私がチョークをちょうど交点に置いたら合図するように指示した。——しかし、彼はいつも間違った。さらに実験を変えて、チョークの代りに赤い厚紙をしっかりと巻きつけた棒を使い、私がそれで交点を指したら言うようにした。色の違いによって問題はやさしくなったはずなのに、彼はまれにしかできなかった。彼は「十字の交点を見ると、先生の手が見えない、先生の

手を見ると、交点が見えない、というわけで、それをある時間見ていると互いの関係がはっきり判らなくなってしまうのです」と言う。——

注意の障害は形態を認知する際にも明らかになる。彼はものやその形像をすぐに認知する。同様に簡単な幾何学図形も一瞥すると、その性状が判る。——たとえば、三角形、四角形、時に五角形も判り、名を呼称する。——しかし、たとえば、図形を認知するとき、健康人ならただ角の数を言えばいいところを、いちいち角の数を数えようと極力注意するため、彼はすぐに混乱してしまう。

今度は読字の問題に移ろう。——彼は個々の文字はいつもまったく誤りなく読む。しかし、黒板に単語を書く際に、文字を互いに広くあけると、右側にある文字のみを読み、促がされてはじめて単語を完全に読む。その時に単語を読むよう指示しておく、彼は懸命に探して、単語の最初の文字から読み始める。彼自らも言っているように、右から左に注意を向けていくと、単語の右端をみつける。そしてその後を追って行って、はじめて単語の最初の文字を探しだす。

こういう操作はかなり長く続く。黒板に単語をみつけると、短い単語は誤りなく読む。長い単語だとしばしば一文字か一音節を飛ばしてしまう。疲れている時は特にその傾向がある。個々の文字は判るのだが、その一つ一つを探さなければならぬので、そのうちに注意力が疲労し、時々二、三の文字を飛ばしたり、取り違えるとかいうことが起こるのだと、彼は言う。これには証拠があって、彼の目の前で単語を書くと、すぐさま読みあげることができ、決して間違えない。チョークの動きを見ることによって、注意を正しく向けているのである。本を読むときも、事情は同様である。短く簡単な単語は読むように言うと読み、疲れていない時は間違えずに二行も読む。長い単語がでてくると、また飛ばし読みするか取り違えて読む。特にいくらか疲れている時は、三ないし四行目にある単語から読んでしまう。——そのわけを彼は再び疲労のせいにする。すなわち、それぞれ次にくる単語を探すが彼にとってなかなか困難で、次にくる単語ではなく、別の単語を読んでしまうということが起きる。——

しかし、読書には特徴的な状況がある。——私は個々の対象を認知したり、独立した文字や対象を認識するために、いつも直接的な刺激が必要であることを強調した。しかし、本を読むときはそれはあてはまらない。逆に、本を手持たせて読むように促がすと、はじめの単語から次々と催促なしに疲労するまで、いわば自発的に読み、見るのである。——よく使われ、長い間なじんだ読書のメカニズムによって、直接の刺激なしに読めるのであろう。すでに自発的注意が高度の疲労を示している場合においても、他の視覚活動の時のように、その注意を傍で強いてふるい起こす必要がないのである。——同様の現象を書字においてもみることができるが、その理由は同じである。——視覚障害を考察する際にしばしば言及してきたことは、手の運動障害が症状の成立に関与しているということである。ここで運動障害を観察してみよう。

II. 運動障害

この患者の全身状態の項で述べたが、筋力は下肢も上肢も完全に保たれ、要素的運動の大部分は間違いないことができる。——視覚障害のために不安があるということで、歩行は多少控え目できちない。彼は車の音や電車のガタガタという音は聞こえるのだが、それをよける判断をすることが大変むずかしく、こんなことから、事故が起きないか心配だと言う。まさにそのため、彼は長い間通りを歩かなかった。入院中もよく何かにつまづくので、あまり歩き回らなかつた。彼の通い慣れた道を行くと庭に出る。彼は堤の上に腰かけ、病室へ帰る時間がくるまで彼は静かに坐っていた。彼の歩行には、この用心深さ以外には何ら異常は認められない。失調はなくて、目を閉じても動揺せず、片方の足の受動的姿勢を他方の足で誤りなく模倣する。——

しかし、右手の動きには本質的な異常がある。——彼自身その障害について、タバコに火をつけるとき火が煙草の真中に入ってしまい、端につけられないといってこぼす。皿の上の肉片を切るとき、左手のフォークで抑えた肉を（見当はずれの）皿の外に右手のナイフで探すということがよ

くあるという。そのわけはその目的とするものがよく見えないせいだと彼は述べる。そして明らかに、彼は空間を探る時、大きな間違いをおかす。目の前に出されたものを右手で掴まえるよう促がすと、必ずその近くを手で掴もうとし、手がそのものに突き当たってはじめて掴みうるのである。——

十字を描いて、その交点を人差指で当てさせてみても、決してみつからない。これができないのは、運動障害のほかに視覚障害があるためであろう。というのはわれわれは彼に十字の交点を示しても、それを当てることができないのを観察したからである。しかし、すでに述べた行動からいっても、これから述べる行動からいっても、視覚障害よりも運動障害のほうが優勢であることは疑いのない事実である。つまり右手では失敗するようすすべての運動を、左手だとまったく誤らないかほんのわずかの誤りをおかすにすぎない。——右手における障害が何に由来しているかをここで観察してみよう。

Liepmann の再帰性運動 reflexive Bewegungen とよばれるすべての運動、および、個々の自己身体部位にふれることを目的とするすべての運動は誤りなくできる。——命ぜられると非協調的な動きを混えることなく、速やかな合目的な動きで、彼は耳や鼻やその他の任意の身体部位を呈示しうる。——閉眼で左手の被動的な姿勢を右手で誤りなく模倣する。——しかし、私の手の格好を模倣するよう促がすといつも別の格好をしてしまう。この試みから、視覚によって調節されるような運動がうまくいかないことが判る。この運動機能障害は描画と書字によって最も顕著となる。——

〔描画〕すでに簡単な問題、たとえば線を引いておいて二等分せよという場合に、手の本質的な運動障害が目立った。すなわち、彼は与えられた線を二等分するのだが、あるいは長くあるいは短く分割した。黒板上に描かれた二点を線で結ぶという課題を与えられると、決してうまくいくことがなかった。そもそもチョークが最初の点にぶつからなかった。チョークを持った手を片方の点の上に置いてやると、他方の点を目で探してから結ぼうとした。しかし、線の向きはいつも大きくそれてしまった。左手で行なうと、この課題は容

易となり、まったく間違いなくできることもよくあった。——上に取り上げた課題のような簡単な図を描くのに、右手を合目的に動かすことができなかったが、これは目あるいは視線が手の動きをうまく誘導できないということによって説明される。——これは容易に納得できるであろう。たとえば、私が彼の右手を片方の点の上に、左手の人差指を他方の点の上に乗せ、二つの点を結ぶよう促がすといつもうまくいく。これは以前は視覚によって行なわれていた統制を触覚あるいは筋覚が引き受けたためだろう。その運動障害はまたより複雑な画を描くときにも障害として関与してくる。——彼の視覚的な記憶像はすでに述べたようにまったく異常がない。個々の物体の形象はまったく十分に述べることができるのだが、それを描くことができないのである。——より複雑な描画の際、患者は次のようにふるまう。

三角形：三角形の一辺を描き、その線の端から出て、黒板からチョークをはずさず他の辺を描く。これを厳密に全体を見渡すことなしに行なう。さて、この二つの線を三番目の線で結ばねばならない。これもまた、二点間を結ぶのと同様にほとんどうまくいかない。四角形、五角形なども同様ちゅうちょなく描くが、長い間、黒板からチョークを離さないままである。一度離したら最後もはや点はみつからなくなる。このようにして彼は最後の線を結ぶとき、いつものように失敗する。——複雑な描画の課題は、一般にうまくない。たとえば、フォークを描かせると、画はまったく乱雑な線でできている。家を描くと、描き始めはまったく正しいように見える。すなわち、彼は、屋根を一筆で描く、しかし、壁を描くとき、もはや屋根がみつからなくなって、壁を間違っただけ描き、窓は家からはみ出してしまふ。——この間違いには視覚の障害が、あるいは、いずれにせよ注意の障害がある。しかしながら、描画の障害において運動障害が主たる原因になっていることは、左手で描かせると、不慣れであるにもかかわらず、すべてのこれらの課題ははるかにうまくいくということから明らかである。——

以上のように、彼の描画操作の障害は右手の運動を視覚で統制できないことに基づくことをわれ

われは知りえた。

〔書字〕 個々の文字は書取でも、模写でも正しく書き、短い音節の単語も同様である。——このように、文字や単語の書字には障害がない。——しかし、われわれはまた描画と同じ現象をみる。単語の綴りの場合、描画の時と同様に、ペンかチョークを紙か黒板から離したとたん、もうその正しい場所がみつからなくなってしまい、したがって、次の文字が前の文字の下方か上方にきてしまう。次の単語に移る場合も同様である。——線の上に書くようにいっても、彼には同じ高さを保って書くことができない。単語はいつも紙の上に曲って書かれている。左手で書くと大変にゆっくりで下手にしか書けないが、前のような間違いはしない。——

やや長めの単語を書く場合、ときどき二文字を入れ替えたり、抜かしてしまったりすることがある。間違ったことを注意されると、それに気が付く。このように間違ふことについて、彼は文字を一つ一つ書くとき非常に強く注意を集中しなければならぬので、すでに書いてしまった文字はもう見えないし、続けて書こうとする単語の位置も間違ってしまうのだという。このようにここでわれわれは記憶の錯誤に出会うことになる。この錯誤は視覚の統制が欠如することによって別の方向に注意が集中している間、起きるものである。

右手の運動を視覚によって統御できないということから患者の運動障害が起きることを、書字においても描画においてもわれわれは観察した。書字および描画における障害は、他のより単純な手の障害と同じ意味であるらしい。

次に、この障害が高次の連合作用的な性格の障害なのか協調作用の障害なのかが問題となる！

検討すべき二つの高次の連合障害がある。その一つは視覚性失書、もう一つは失行である。失書については多くの根拠からいって問題外である。一つに、障害は書字、描画に限らず、すべての運動にみられる。二つに、患者の視覚的記憶像は異常ないが、このようなことは視覚性失書ではありえない。そして左手なら同じ視覚的統御のもとで運動がはるかに正確に行なわれるという状況が、この失書の仮定を最終的に否定する。

失行症というと、視覚的記憶像と運動感覚の間の結びつきの断絶が考えられる。しかし、患者の運動は失行的ではなく、ただ非協調的なのである。彼は失行症の患者がやるように、求められた課題のかわりに、他の合目的なそれ自身は協調的な行動を行なうわけではない。彼の動作は合目的な性格があるが、彼は動作を非協調的に行なおうとするのである。——このようなわけで、彼はたとえばフォークの形を指で空中にまったく正しく描くが、この場合も同様に、線と線がきちんと結ばれているわけではない。右手の運動障害は、このように要素的な非協調運動で、感覚要素の脱落に基づく障害である。そして運動の協調に重要な役割を演じているこの感覚要素が視覚である。

この運動障害では、視覚の調節の欠如は脊髄癆性失調における筋覚の障害と同じ役割を演ずる。——脊髄癆患者では、筋覚によって調節される運動がうまくいかないが、われわれの患者の場合は目の調節による運動がうまくいかない。脊髄癆患者はその筋覚の欠陥を視覚で補い、運動を補正するが、われわれの患者は視覚による調節の欠陥を触・筋覚で補正するのである。——われわれの患者では、このように運動の協調性の要素、すなわち、視覚性の要素を失っている。運動障害はこのように協調運動障害でもある。すなわち、これは一つの失調症で、私はこれを他の失調症と区別するため、**視覚失調症**と名付けたい。

文献にはこの病像について症状の個々を示唆するようなものはあるが、全体としてはもちろん、個々の症状の記載はみあたらない。——それ故に私は症状をその一つ一つにつき論じたい。

症状はことごとく視覚作用に関係があるので、その基礎を視覚領域 *Sehsphäre* の障害にも求めてみる必要がある。この症例ではわれわれは視覚領域として、末梢視覚器官、視神経、一次中枢、視放線、および刺激が入ってくると直ちにこれを受容する皮質部分の総体——J. Müller はこれを、*„Sehsinnssubstanz“* という名称で総括したが——として理解するだけでなく、脳領域の完全複合体すなわちそれが視覚に際して光が目に入ってから意識に像が到達するまでの、視覚に関与する全体としてとらえる必要がある。

われわれの患者では、いわゆる *Sehinnsubstanz* は異常なしとしなければならない。つまり病理学的変化は視覚作用の一つの部分、すなわち視覚領からの刺激が意識に達するまでの部分、いわば視覚作用の精神的なその部分に求めるべきである。——この精神的領域の障害は、われわれが確かめたように、注意の障害が実体である。——当然、人は注意の障害が問題ならば、何故視覚領域の疾患などというのかと異議を唱えるだろう。しかし、患者は注意以外は侵されておらず、他の感覚器官に刺激が加われば、非常に弱い刺激にも気付くし、視覚作用に結びつかないすべてのものに対して、いつも非のうちどころのない注意力をもっているのである。——

このように彼の注意力は光刺激に対してのみ変化しており、彼の観察圏の変化は光刺激が意識に達することを妨げている。そして私はそのために注意の障害を視野の障害と称したのである。

すでに述べたことを吟味すると、われわれは研究していくうちにある境界にぶつかること、この境界はしっかりした基盤に立った生理学の領域を、いく分不安定な基礎に立っている心理学や思弁哲学から分けたり、あるいはこれらと結びついたりする境界であることが、明らかになった。それ故、人は心理学の領域にふみこんでこの症例の解釈を試みようとする、簡単に企てるかもしれない。しかし、私は目下のところ臨床的・病理的関連を論ずるとどめ、したがって、各々の心理学的解釈はひかえて、別の機会にゆずろうと思う。

患者の注意障害は、一度に一つの対象しか見ず、他の対象については認識がまったくないというところにある。また、この一つの対象をも表面的にしか見ないので、細部はその見えた対象のまわりにあるものと同様、催促されてはじめて気付くのである。この現象はまず第一に注意の本質的減弱を表している。——注意とは脳の間断なき働きである。すなわち、注意はある時は強く、ある時は弱く、しかし、ある程度は間断なく働いていて、われわれは周囲から絶え間ない知識を受けている。視覚についていえば、われわれの意識のうちにある像はわれわれの関心をそそり、——そしてわれわれはより注意するというわけである。

——われわれの患者ではこの間断なき注意が非常に弱まり、最も強い刺激として働いた像、すなわち、黄斑像のみが意識に到着するという結果になる。そしてこの像に注がれた注意自体が表面的であったのである。彼は辺縁にある対象をまったく見ない、すなわち、それらに付随する刺激は視覚中枢内には受容されているのに意識されない。——患者はこのように本来は見るができるのだろうが、“注視”しない。すなわち、感覚の随意の要素が失われている。しかし、完全に失われているというわけではない。彼は促がされると注視し、見る。また、対象の細部やまわりにあるものをも注視する。ただ自ら自発的に注視しない。彼には注視の自発性が失われている、あるいは減弱しているといっていだろう。

これに似た感覚の自発性の障害は、今まで臨床症状として記載されていない。しかし、運動面の領域で同様の現象をわれわれは見出した。——Bruns は彼の一人の患者についてこの現象を観察し、詳細に記載した。彼の患者は真の麻痺はないのに、右腕をほとんど使わないので、完全に腕が麻痺しているような病像を呈した。しかし、使うように促がされると、右手でどんな運動も正確にやってみせた。この症例でも麻痺はなく、行為の自発性が失われているだけである。Bruns はこの状態を「精神麻痺」と呼んだ。——同じような現象を Anton, Oppenheim らが彼らの患者で観察している。——

Bruns は彼の症例を一部は臨床観察から、一部は剖検所見から次のように解釈した。

随意運動も本質的にはまた単なる高次の反射にすぎず、皮質の連合によって成立する。そしてこの連合もまた、当該の四肢についての情報を絶えずもたらす種々の感覚要素の影響下にある。さていま——彼の患者におけるように——この感覚要素が大多数脱落し、運動中枢へ連絡している連合路の大部分が崩壊すると、表面的に麻痺を印象づけるような状態が現れて、患者は随意的に四肢をほとんど使わないという状態が生ずる。さていま残存する連合路を何らかのかたちで、たとえば聴覚性の連合で促がすことによって通じさせると、患者はそれに関した運動を行なうようにな

る。——

私の患者の状態はそれと比較できるだろうか？片方の麻痺は運動面に現れて、他方は感覚面に現れている。この違いは、しかし、本質的ではないと私は信じている。2つの障害はその障害をいずれの領域（運動領または感覚領）にもよっていないことが明らかだからである。

一方の症例では運動が、他の症例では知覚がある一定の条件のもとでは誤りなしに起きる。——すなわち、その障害は脳の高次の機能にその座があり、この高次の脳機能の障害は、一方の症例では運動の障害、他方では感覚の障害という結果に終わるといふだけのことである。そしてこの高次の脳機能は心理学では意志と呼ばれる。——注意それ自身は意志に依存する機能、すなわち、随意機能のすべての徴候を備えた感覚の随意的要素である (Wundt)。そして人が注意あるいは視覚の自発性について論ずる時、ちょうど運動の自発性の障害を問題にする時のように、実は意志の障害について論ずることにほかならない。

この二つの症例の間には、このように本質的な相違はない。——しかし、この二種類の現象の生理学的解釈は同一でない。というのはわれわれの症例の場合、ある一つの感覚器官の状態に関係するような連合の欠陥はほとんど問題になりえない。それにもかかわらず、とくに以下のことを考慮するならば、この症例の障害は連合の脱落に基づくものであるらしい。

あるものを熟視したり、深く観察しているとき、他のものについては何も認識しないということは日常よく経験される。すなわち、一つの対象へのわれわれの注意の集中は非常に高度になりうるので、視野の辺縁部にある対象は、そこから出た光線が異常なくわれわれの目の中に達し、そしてそこに起きた興奮がわれわれの大脳皮質の視覚領に完全に到達するにもかかわらず、知覚されない。光刺激が大脳皮質に完全に到達するためには、いわゆる *Sehinnsubstanz* が障害されていないということが前提とされるが、何かに気付くためにはそれだけでは不十分である。——それには精神的要素とその生理学的な代理となるもの、すなわち、連合が不可欠である。どの精神機能も連

合に依存している。たったいま述べた日常的な例からも判るように、この連合機能は他の機能の犠牲によってのみ強く要求されたある方向に集中される。そしてこのような状況では他の連合機能は成立しないので、辺縁に起きた刺激の知覚作用は起きない。——

以上を考慮すれば、われわれの患者の状態は、視覚作用に関与する連合路の大部分の欠落によって説明される。このように連合路が成立するには最も強い刺激、しかも黄斑部を通して皮質に達するような刺激が要求される。この刺激に相当する像を患者は見ると、辺縁からきたより弱い刺激からは何も認識しない。しかし、他の（聴覚的な）連合を介した催促により、連合路が成立し促進（注意促進）された後は——精神的運動麻痺の場合のように——弱い末梢からの刺激も患者の意識にのぼるのである。

この解釈を受け入れるためには、この患者で、視覚領には異常なく連合路に中断があることを証明しなければならない。それに対しては視覚領が正常であることに視野欠損がないことが相応していたし、また、視覚領は解剖学的に正常で、連合路は明らかに破壊されていることが剖検で証明されたが、これについては後に報告する。

運動性ならびに感覚性の精神麻痺において、同様な様式の障害があることを私は強調したい。——Bruns が報告した右手を随意的に使えない患者は、随意性をあまり意識しない運動では、いちいち催促されずに右手を使って運動を行なった。たとえば、彼はベットから起き上がる時、彼は手で身体を支えた。私の患者は一つだけ置かれた文字やものを認知するためには、促がされなければならないのだが、本を手に持たせると、いちいち催促されることなく、彼の緊張した注意が疲労するまでの間読んだ。読書という習熟した機構を遂行するには彼は何ら新たな連合を必要としなかった。

以上から、われわれはわれわれの患者で観察した現象、すなわち自発的に見ないあるいは注視しないという現象を視覚または注視の精神麻痺と名付けたい。

注意の自発性の障害は、多くの著者によってふ

れられている。ただし、それは患者の注意の全体的な領野 (Kreis) についてである。——Liepmann は彼の有名な失行症の患者について、周囲に起きたすべてのことに対する注意が決定的に減弱したこと、しかし、彼と愉快に語らう時はまったく健康な印象を与えることを記載した。この症例においては、すべての種類の刺激に対して患者の注意が減弱してしまったのだった。——

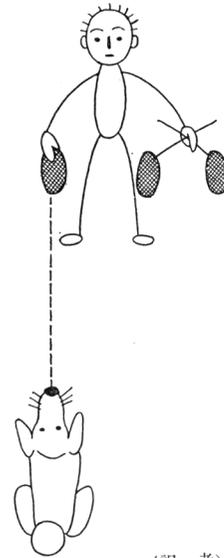
私の患者と同じように視覚だけが障害されている同様の現象を、私は Hartmann によって記載された一人の症例にのみみつけた。Hartmann は彼の患者について次のように記載している。「後に繰り返して行なった視野検査によって、独特の障害が明らかとなった。患者は実際に半盲がないにもかかわらず、注意するように言われてはじめて対象を見た。患側視野中にある対象に興味と注意が起きず、そのために患側視野はその内容の価値判断を喪失したのである」。

このようにこの患者はわれわれの患者に一面通ずるところがある。——しかし Hartmann の場合、症状が単に述べられているだけで徹底的に論じられてはいない。

視覚障害の別の要素は、患者は多くの対象で常に右端にあるものを注視し、その注意はいつも空間の右側に向いていたことである。われわれはまた右方への注意のこの傾きには一定の限界があり、 40° を越さないことを観察した。

ヒトで同じような視覚障害が観察された例を、私は文献的にもみることがない。しかし、実験生理学の領域では、同じ現象がみられている。

器用な実験家である J. Loeb は、イヌの一定の大脳部分を切除した後、同じような現象を観察した (右上図参照)。——イヌの一方の、たとえば、右の後頭葉の表層部分を除去すると、次のような行動が観察された。彼は二本の棒で作ったハサミの二つの先端に、肉片をそれぞれ一つずつ突き刺した。次いでハサミを左手にとり、一つの肉片を右手に持った。彼はイヌの注意をある一定の方向にしばりつけるために右手にある肉片をイヌの前に出し、同時に肉片がついている棒切れを左手でイヌにさし出した。そして彼の右手にある肉が中心線にきて棒の上にある肉がイヌの右半側視野に



〈訳者〉

映るようにした脚注)。

さてイヌは次のように行動した。まず中心線の肉をパクリとくいつく、この瞬間、他の二つの肉はイヌの右の視野にある。さてイヌはそちらに押し寄せ、まったく規則的にまず右端の肉をとり、それから正中よりの肉に戻る。このイヌの振舞いはまったく規則的であって、Loeb の実験を追試して私自身納得した。

このようにイヌの視覚刺激に対する行動はわれわれの患者の視覚障害に完全に一致している。二つの棒を互いに遠く離すと、犬がより近くにあるものをまず選ぶということも一致している。問題は、この障害の真の原因は何であるかということである。Loeb の説明はわれわれの症例には役立たない。それだからこそ、このイヌにさえおそらく完全には当てはまらないだろう。Loeb はつまり次のような説明をしている。正常な動物は経験的に二つの肉のうち、より近くにあるものをと

脚注) 肉片のこのような配置はこの実験の評価のために重要である。すなわち、右の後頭葉の一部を除去されたイヌでは、左側の同名半盲を生じ、視野の左側にある対象に気付きにくくなる。したがって、一つは左側に一つは右側にという具合に目の前に二つの対象があれば、その注意はまず右側の対象に固定される。しかし、これは単に知覚の鋭さに拠っているにすぎない。このように、両方の対象がともに視野の同側にくるように、実験を行なわねばならない。

る。これは労働がより少なくてすむからである、と(次の文は Loeb の引用の続きのようである—訳者)。

右を手術した動物の場合、無傷の左半球の機能が優位性を獲得し、神経支配は右側により強い比重を得る。したがって、飛びかかる時、間違っただけを訂正しないならば、動物は肉の右を飛び過ぎてしまうだろう。この訂正的抑制は動物の前にたった一つの物しかない時には、常に成立する。しかし、右の視野に二つの物体があると、次のようなことになる。すなわち、イヌはより近くにある肉に飛びかかるが、右側により強い神経支配があるために、イヌはそれから右へそれる。しかしイヌはこのずれを訂正しないので、他の肉片によりたやすく届いてしまうというわけである。このような経過があることは、二つの肉を互いに遠く離れた時の例によって証明されると Loeb はいう。すなわち、イヌはより近くにある肉のそばを飛び越すが、肉はずっと遠くにあるのでとても届かず、また新たな跳躍をしなければならぬ。しかし、右に偏った神経支配を抑制するよりはそれは多くの労力を費すに違いない。そこでイヌは好んで後者を選ぶ。すなわち、神経支配の右側への偏重を抑制し、自分により近くにある肉片を捉えるのである。このように Loeb は症状群のすべてを労働力節約の理論から説明している。

しかし、この説明はすでに言及したように、われわれの患者で観察した現象の説明には役立たない。——われわれの患者は二つの対象のうち右側を見、そして右側のみを見たのである。

目の前に二つの対象がある時、彼はより近くにあるものを注視しようとするのだが、彼の黄斑部は眼筋—神経支配の強い右側への偏りのために右へそれてしまうのではないかと考えられる。すると黄斑はそこに別の対象をみだしてその位置に止まり、そして患者は右偏位を抑制すべき理由をまったくもたない。このような意識的または本能的抑制または非抑制は彼には認められない。というのは彼はたった一つの対象しか見ないからである。すなわち、常に右側のものしか見ないからである。このように彼については労働節約の理論は問題にならない。

しかし、いずれにしても、注意を右に向ける傾

向が、眼筋—神経支配の右側への強い偏りに基づいていないのではないかという疑問はありうる。

それぞれの半球に中枢があり、その刺激が反対側への目の共同運動をひき起こすことはよく知られている。そしてこの中枢が脱落すると反対側への共同回転の消失と、関連する筋群の共同運動麻痺をもたらす。こうしてこれらの中枢の刺激は、反対側への共同偏視を起し、逆に、中枢が脱落すると、他の半球の機能が優位性を獲得し、そして障害側へ眼球偏位を生ずるという結果になる。

われわれの患者では眼球運動はまったく異常なく、共同偏視はみられなかった。——にもかかわらず、一側半球の神経支配優位によって——われわれの例では左半球——眼筋の運動が右側への強い偏りを獲得したことは確からしい。また、動物実験 (Loeb) によれば、動物の各運動は一側半球の神経支配優位によって、対側への(他の側に向けられる)要素を獲得したことが示されており、おそらくは眼筋の運動も同様である。——また、注意は眼球運動と一緒に移動するので、われわれの患者における注意の右への指向性は、おそらく眼筋を右へ回転させる強い神経支配が関係している。患者が注意を一つの対象から他の対象へ向けなければならない時、注意を左よりは右へ、より容易にそして速やかに向けるという現象も、この推理を証明するものであろう。——私の考えによれば、これはまた手術したイヌの挙動に対しても、力の節約の理論よりはより単純な説明となる。つまり、イヌはわきにある肉に気付く、それを視線に捉え、側方を見る。そして眼球運動の側方への偏重が優勢となり、イヌは外側の肉を注視し、——それが広く隔っていなければ——近くの肉よりも早く食いつくのである。

記述した三番目の病像については、いふべきことはほとんどない。——すでに述べたように、それは視覚と右手の運動が非協調的なことを本質とする。要するにこの現象は、皮質にきた視覚刺激を受容する中枢と手の運動中枢とを連結する系路が遮断されることによって惹き起こされたものであることをわれわれは認めなければならない。

* * *

私はもう少し患者のその後の経過を報告したい。

二、三カ月の中断があったが、患者は2年半近くわれわれの観察のもとにいた。観察期間の最初の2年というものは上述したような症状群はまったく変化することがなかった。空間における注意の障害、ならびに手の運動障害や自発視の麻痺が常に存在していた。しかしそのほか、彼の視覚にはほとんど変化がなかった。彼の視野は常に正常だったし、視力も悪化することなく、色彩視もよかった。最後の半年の間に、彼の状態は急速に悪化した。その悪化は右片麻痺の増悪から始まった。はじめ

はそれはごく軽度にすぎず、失語も伴わなかったが、一カ月後には失語は急激にその頂点に達した。すなわち運動性失語が出現し、そしてその時から彼の知的能力は急激に減退した。際立った痴呆が現れるとともに、時折興奮や非常に大食を伴う強いうつ状態を示した。まもなく彼はベットに寝たきりとなり、もはやベットを離れることはなくなった。1906年3月1日、彼は気管支肺炎のため死亡した。

(9月号につづく)

□ 学会告知板 □

VI World Congress of Psychiatry

Honolulu, Hawaii, USA

August 28—September 3, 1977

The World Psychiatric Association (WPA) will hold its VI World Congress in Honolulu, Hawaii, from August 28 to September 3, 1977. The Host Society is the American Psychiatric Association (APA). The first World Congress was held in Paris, in 1950; the second, in Zurich, in 1957; the third, in Montreal, in 1961; the fourth, in Madrid, in 1966; and the fifth in Mexico City, in 1971. The World Psychiatric Association was founded in 1961, having grown out of the Society for the Holding of World Congresses of Psychiatry. Its first president was the late Ewen Cameron. Officers included Francis J. Braceland, Henri Ey, Juan J. López Ibor, William Sargant, and Paul Sivadon. The aim of the WPA was to form an Association of National Societies of Psychiatry. Then, as now, it was hoped to include eventually all such societies in every country of the world, without political or other distinction.

The Association now comprises 77 international member societies, representing more than 60,000 psychiatrists. The official languages of the WPA are English, French, German, and Spanish.

The purpose of the WPA, as defined in its statutes is "to advance international co-operation in the field of psychiatry by co-ordinating on a world-wide basis the activities of its member Associations and in other ways promote activities designed to lead to increased knowledge in the field of mental illness and better care for the mentally ill."

Of particular significance in fulfilling the purpose of the WPA is the international exchange of information with respect to the problems of mental illness. With the cooperation of the Host Society, the American Psychiatric Association, the World Psychiatric Association will emphasize at the VI World Congress of Psychiatry the following objectives:

1. Encourage international relations, productive communication, and social and cultural exchange among scientists;
2. Promote increased knowledge, understanding, and concern for the nature and scope of mental illness throughout the world;
3. Stimulate improvement in the availability and quality of intervention and care, particularly by identifying goals clearly and examining innovative ways of delivering optimum services;
4. Review and exchange information about recent research and clinical experiences on an international level.

An invitation to participate in the VI World Congress of Psychiatry is extended to professionals who are interested in any aspect of mental illness. The official languages of the Congress are English, French, German, and Spanish.
