

Современныя направленія въ ученіи объ афазіи.

Д-ра Г. И. Маркелова.

Ординатора клиники нервныхъ болѣзней въ Одессѣ.

Въ исторіи ученія объ афазіи насчитывается уже нѣсколько эпохъ. Наболѣе вѣрнымъ моментомъ въ исторіи этого ученія былъ 1861 г., когда *Broca* сдѣлалъ въ Парижской Медицинской Академіи докладъ, въ которомъ, на основаніи двухъ аутопсій, утверждалъ, что для правильнаго образованія рѣчи необходима цѣлость третьей и отчасти второй лѣвыхъ лобныхъ извилинъ.

Нѣсколькими годами позже былъ отмѣченъ тотъ фактъ, что нарушеніе цѣлости извилины *Broca* неминуемо влечетъ за собою афазію, но что далеко не всегда афазія связана съ поражениемъ извилины *Broca*. Уже *Meynert* (1866) и *Sander* (1869) доказывали, что симптомокомплексъ афазіи и анатомическое ея основаніе гораздо сложнѣе, чѣмъ это предполагалъ *Broca*. Послѣ извѣстнаго случая *Parrot*, изслѣдованіями того же *Broca* было доказано, что въ то время, какъ у правшей рѣчевые центры локализируются въ лѣвомъ полушаріи, у лѣвшей наоборотъ они локализируются въ правомъ. Фактъ этотъ впоследствии нашелъ себѣ объясненіе въ томъ, что рѣчевые центры развивались въ мозгу

человѣка въ связи съ центрами наиболѣе развитой руки принимающей, какъ извѣстно, громадное участіе въ первичной мимической рѣчи. Поэтому локализація рѣчевыхъ центровъ генетически установилась у большинства людей въ области того полушарія, гдѣ помѣщается центръ наиболѣе развитой руки.

Въ 1874 г. въ Германіи выступилъ съ своимъ ученіемъ *Wernicke*. Съ него начинается вторая эпоха въ исторіи ученія объ афазіи. Онъ указалъ, что существуетъ цѣлый рядъ различныхъ, вполне опредѣленныхъ формъ афазіи, которыя рѣзко отличаются отъ афазіи *Broca*, какъ своими клиническими проявленіями, такъ и этиологіей, или вѣрнѣе, своей патолого-анатомической основой. Въ своемъ „*Der aphasische Symptomencomplex*“ онъ доказалъ существованіе пяти видовъ афазіи. Въ противоположность *Broca*, творцу ученія объ активной или моторной афазіи, онъ открылъ существованіе особой, пассивной или сенсорной афазіи, причина которой кроется въ поврежденіи тѣмъ или инымъ процессомъ первой лѣвой височной извилины. Установивъ, что эта область является центромъ звуковыхъ образовъ словъ и предположивъ особый путь, соединяющій этотъ центръ съ центромъ *Broca*, онъ положилъ начало ученію о центральной и проводниковой афазіи.

Съ *Charcot* начинается третій періодъ въ ученіи объ афазіи. *Charcot* и его ученики доказали самостоятельность четырехъ центровъ рѣчи: центровъ памяти звуковыхъ образовъ словъ, зрительныхъ, двигательныхъ и центра письма. При этомъ пораженію каждаго изъ центровъ соответствовала особая форма афазіи: съ пораженіемъ первой височной извилины связывали словесную глухоту, съ пораженіемъ *gyrus angularis*—словесную слѣпоту, съ пораженіемъ второй лѣвой лобной извилины—аграфію и съ третьей лѣвой лобной извилиной—моторную афазію. Соответственно этимъ четыремъ функціямъ рѣчи, *Charcot* и раздѣлялъ людей на четыре

Класса въ зависимости отъ того, какой изъ этихъ центровъ принимаетъ большее участіе въ процессъ „внутренней рѣчи“ (*langage interieur*). При пораженіи подобнаго индивидуальнаго центра неминуемо должно наступить то или иное разстройство рѣчи. Такъ какъ большинство людей мыслить слуховыми образами, то, естественно, наибольшее значеніе послѣдователи этой теоріи придавали центру *Wernicke*.

Уже *Charcot* придавалъ большое значеніе особому высшему центру—центру понятій, уже онъ отмѣчалъ пониженіе интеллекта, при афазіи. *Lichtheim*, дальнѣйшій продолжатель и наиболѣе видный дѣятель въ ученіи объ афазіи, придавъ этому центру понятій еще большее значеніе, установивъ специальную форму транскортикальныхъ афазій въ зависимости отъ пораженія пути, соединяющаго сенсорный или моторный центры съ центромъ понятій. Схема *Lichtheim*'а и его классификація афазій, несмотря на существованіе безчисленнаго множества схемъ другихъ авторовъ, считалась до послѣдняго времени наиболѣе объясняющей афазическія разстройства.

Изъ позднѣйшихъ авторовъ, разработывавшихъ вопросъ объ афазіи, нужно отмѣтить *Dejerine*'а и его школу. Область рѣчи, по *Dejerine*'у, занимаетъ нижнюю часть третьей лѣвой лобной извилины, заднюю часть височныхъ извилинъ и угловую извилину (*pli courbe*). Лобная извилина является центромъ двигательныхъ образовъ артикуляціи, височная—центромъ слуховыхъ образцовъ рѣчи, а *pli courbe*—центромъ зрительныхъ образовъ. Такимъ образомъ, *Dejerine* признаетъ три рѣчевыхъ центра. Они стоятъ въ такой тѣсной связи другъ съ другомъ, что пораженія одного изъ нихъ влечетъ за собой довольно замѣтное пораженіе и другого. Пораженіе можетъ локализоваться или въ рѣчевой области или внѣ ея. Въ первомъ случаѣ афазія будетъ или корковой двигательной, или корковой сенсорной, смотря по тому, будетъ ли поражена зона *Broca* или зона *Wernicke*. Внутренняя рѣчь при этомъ

всегда рѣзко измѣнена. Во второмъ случаѣ, когда поврежденіе локализуется внѣ рѣчевой сферы, въ области проводниковъ, будутъ имѣть мѣсто чистыя формы афазій (*aphasies pures*): субкортикальная моторная афазія, чистая словесная слѣпота и чистая словесная глухота. При этихъ трехъ формахъ въ противоположность корковымъ афазіямъ, внутренняя рѣчь не разстраивается, такъ какъ сфера рѣчи остается невредимой. Построивъ подобнаго рода схему рѣчевыхъ разстройствъ, *Dejerine* умышленно обходитъ созданные *Charcot* и *Lichtheim*'омъ центры понятій и отрицаетъ такимъ образомъ транс-кортикальныя формы афазій.

Въ Германіи послѣ *Wernicke* и *Lichtheim*'а увлеченіе схемами дошло до того, что чуть ли не каждый авторъ, писавшій объ афазіи пытался дать свою схему для объясненія особенностей того или иного случая. Но данныя аутопсій сплошь и рядомъ не соотвѣтствовали этимъ схемамъ. Клиническій матерьялъ сплошь и рядомъ не укладывался въ рамки теорій. Эти неудачи во многихъ породили разочарованіе, и въ результатѣ вслѣдъ за эпохой догматической вѣры наступилъ періодъ скептицизма. Схемы мало по малу начинаютъ исчезать изъ литературы. Какъ бы въ противовѣсъ классической школѣ появляется рядъ ученій съ явной тенденціей къ децентрализаціи. Этимъ отчасти объясняется тотъ фактъ, что въ послѣднее время въ Германіи нашло себѣ пристанище ученіе *Bastian*'а.

Послѣдній, какъ извѣстно, является противникомъ признанія въ мозгу отдѣльныхъ, специальныхъ, строго локализованныхъ центровъ. По его мнѣнію, впечатлѣнія одинаково воспринимаются обоими полушаріями, благодаря чему каждое изъ нихъ и развивается параллельно другому, но волевые импульсы у большинства людей идутъ изъ лѣваго полушарія, какъ генетически лучше организованнаго.

Ученіе *Bastian*'а было пропагандировано въ Германіи *Freud*'омъ. *Freud*, подобно *Bastian*'у, считаетъ представленія

разсѣянными по всей корѣ большого мозга. Онъ отвергаетъ классическое ученіе съ его строгой локализацией, какъ несоответствующее современнымъ потребностямъ и сохраняетъ за нимъ лишь дидактическое значеніе. Подвергнувъ остроумной критикѣ классическое ученіе о центрахъ, *Freud*, высказалъ взглядъ, что поле рѣчи занимаетъ не только область корковыхъ центровъ, но и область, лежащую между ними, что ассоціаціонные пути при этомъ идутъ черезъ самую кору. Такимъ образомъ *Freud* сдѣлалъ прежніе рѣчевые центры „периферическими частями“ рѣечевого поля. *Stroch* принялъ ученіе *Freud*'а и подкрѣпилъ его цѣлымъ рядомъ психологическихъ данныхъ. Онъ доказалъ психологическую невозможность рѣзкаго раздѣленія между звуковыми образами слова и двигательными представленіями. Возникшій путемъ слуховыхъ ощущеній, словесный образъ вполне идентиченъ съ тѣмъ, который вызывается волей въ двигательномъ рѣчевомъ актѣ. Рѣчь, занимая центропетальные и центрофугальные пути, т. е. пути отъ идеи къ ея выраженію въ словѣ и обратно, является сенсорно-моторной функціей правильно организованнаго мозга. Въ этомъ пунктѣ нѣмецкая школа подошла довольно близко къ тѣмъ выводамъ, которые позже сдѣлалъ *Marie*. Реакція противъ классическаго ученія такимъ образомъ въ Германіи началась гораздо раньше, нежели во Франціи, хотя въ Германіи она и не приняла тѣхъ формъ абсолютнаго отрицанія, въ какихъ она, какъ увидимъ ниже, выразилась въ послѣдней.

Естественно, что въ результатѣ всѣхъ этихъ разногласій и противорѣчій въ дальнѣйшемъ предъ невропатологіей предстала дилемма: или совершенно отказаться отъ классическаго ученія, или, считая послѣднее неизбѣжнымъ, попытаться создать на его основѣ дополняющія его теоріи. Однимъ изъ авторовъ, сдѣлавшихъ подобнаго рода попытку дополнить классическую докторину соответствующими теоріями, является *Monakow*. Еще въ своемъ капитальномъ трудѣ „*Gehirnpat-*

hologie“ и въ особенности въ появившейся въ 1906 г. статьѣ „*Aprasie und Diaschisis*“ онъ пытается установить новое понятіе *diaschisis*'а, которое, по его мнѣнію, можетъ освѣтить нѣкоторыя особенности клиническихъ формъ афазіи и уничтожить частое несоответствіе послѣднихъ съ данными патолого-анатомическихъ изслѣдованій. При пораженіи какого-либо участка мозговой коры, говоритъ онъ, страдаютъ (или выпадаютъ) не только функціи, непосредственно связанныя съ правильнымъ отправленіемъ даннаго участка, но въ то же время страдаютъ и функціи другихъ участковъ, связанныхъ съ поврежденнымъ при помощи разнообразныхъ нервныхъ путей. Функціи участковъ мозговой коры, обычно работающихъ при условіяхъ живого обмѣна возбужденіями съ заболѣвшимъ участкомъ, не могутъ не пострадать при внезапно измѣнившихся условіяхъ. Такимъ образомъ возникаютъ клиническія расстройства, зависящія отъ выпаденія связей, соединяющихъ поврежденный участокъ мозговой коры съ другими участками ея. Это выпаденіе и названо *Monakow*'ымъ діасхизисомъ (отщепленіемъ). Діасхизисъ дѣйствуетъ шокообразно. Подвергшіеся его дѣйствію участки постепенно оправляются, равновѣсіе ихъ восстанавливается и они вновь начинаютъ функціонировать. Тѣ же афазическія расстройства, которыя непосредственно зависятъ отъ поврежденнаго участка мозговой коры, отличаются стойкостью. Изъ сказаннаго слѣдуетъ, что явленіе діасхизиса нужно отнести къ категоріи *Fernwirkungen*, т. е. дѣйствій на разстояніи. Діасхизисомъ авторъ пытается объяснить многія явленія, которыя раньше понимались иначе. Такъ напр., постепенное возвращеніе рѣчи у афазика онъ объясняетъ не викарной дѣятельностью другихъ участковъ мозга, а тѣмъ, что эти расстройства рѣчи находились въ зависимости отъ діасхизиса, вліяніе котораго постепенно сгладилось. Таковы въ общихъ чертахъ поправки, вносимыя *Monakow*'ымъ въ ученіе объ афазіи.

Въ томъ же 1906 г. появилась работа *Pierre Marie*: „Revision de la question de l'aphasie: la troisième circonvolution frontale gauche ne joue aucun rôle spécial dans la fonction du langage“ („Semaine medicale“. 1906. 23 mai). Уже, какъ показываетъ самое заглавіе статьи, авторъ намѣревается разрушить одно изъ самыхъ старыхъ и, казалось бы наиболѣе прочно обоснованныхъ звеньевъ въ ученіи объ афазіи, именно значеніе третьей лѣвой лобной извилины, какъ двигательнаго рѣчевого центра. Основываясь главнымъ образомъ на своихъ наблюденіяхъ въ теченіе цѣлаго ряда лѣтъ и имѣя большой клинической и патолого-анатомической опытъ, выразившійся между прочимъ болѣе чѣмъ въ 50 аутопсіяхъ афазиковъ, авторъ приходитъ къ выводу, что все современное ученіе объ афазіи, основанное на признаніи опредѣленныхъ рѣчевыхъ центровъ, построено чисто искусственнымъ путемъ исключительно на схемахъ и теоріяхъ.

Въ основу господствующаго ученія объ афазіи легло наблюденіе, что у каждаго афазика въ той или иной степени утрачена способность понимать устную рѣчь. Въ однихъ случаяхъ больные почти совершенно не понимаютъ устной рѣчи, въ другихъ же, менѣе тяжелыхъ, больные легко понимаютъ какой-нибудь несложный вопросъ и въ точности выполняютъ сдѣланное имъ приказаніе, но стоитъ лишь, говорить *Marie*, тотъ же вопросъ предложить въ болѣе сложной, запутанной формѣ, какъ тотчасъ же обнаружится характерный для афазіи дефектъ. Не нужно только при изслѣдованіи больныхъ ограничиваться стереотипными приказаніями: „кашляните, плюньте, покажите языкъ, закройте глаза“ и т. п., а слѣдуетъ давать больному болѣе сложныя приказанія въ родѣ тѣхъ, которыми обычно пользуется авторъ. Напр.: 1) „изъ трехъ неравныхъ кусковъ бумаги, лежащихъ на этомъ столѣ, вы подадите мнѣ наибольшій, разорвете на клочки средній и бросите на полъ, а самый маленькій положите себѣ въ карманъ“, или 2) „вы под-

ниметесь со стула, постучите три раза пальцемъ въ окно, снова вернетесь къ столу, обойдете вокругъ вашего стула и сядите на него“. Варируя приказанія, можно легко убѣдиться, что больные съ трудомъ выполняютъ подобнаго рода послѣдовательные акты. Но можетъ быть скажутъ, что здѣсь имѣется дѣло съ словесной глухотой, что больной не понимаетъ смысла обращенныхъ къ нему словъ, что онъ воспринимаетъ ихъ лишь какъ неопредѣленный шумъ. Такъ, по крайней мѣрѣ, до сихъ поръ толковали это явленіе, слѣдуя классической доктринѣ. Не трудно доказать, что подобное толкованіе совершенно ошибочно. Стоитъ только повторить больному одно изъ прежнихъ приказаній, разбивъ его на отдѣльные акты, и больной вполне совершенно выполняетъ ихъ. Что здѣсь дѣло идетъ не о непониманіи больнымъ словесныхъ приказаній, не о непониманіи смысла словъ, это можно доказать еще другимъ путемъ. Если продѣлать передъ больнымъ цѣлый рядъ вышеупомянутыхъ актовъ и при помощи мимики заставить его повторить ихъ, то окажется, что въ громадномъ большинствѣ случаевъ афазикъ не въ состояніи справиться съ подобной задачей. Тутъ уже не можетъ быть и рѣчи о потерѣ смысла словъ, тутъ идетъ дѣло о гораздо большемъ—о замѣтномъ ослабленіи интеллекта вообще. По мнѣнію *Marie* этотъ дефектъ интеллекта долженъ считаться основнымъ фактомъ въ пониманіи происхожденія афазіи. Какъ мало до сихъ поръ обращалось вниманія на эту сторону афазического симптомокомплекса, указываетъ между прочимъ то обстоятельство, что большинство авторовъ, считаясь съ господствующей доктриной, въ своемъ опредѣленіи афазіи всегда прибавляютъ: „при этой клинической формѣ интеллектъ остается нормальнымъ“.

Другимъ доказательствомъ ослабленія интеллекта можетъ служить также и то, что у афазика можно констатировать не только то или иное разстройство рѣчи, но и рѣзкій дефицитъ во всемъ томъ умственномъ матеріалѣ, который

приобрѣтенъ путемъ долгаго предварительнаго изученія того или иного предмета. Развѣ вслѣдствіе простаго разстройства рѣчи музыкантъ утрачиваетъ музыкальныя способности,—не только композицію или чтеніе нотъ, но даже способность играть хорошо знакомыя ему вещи? Развѣ вслѣдствіе разстройства рѣчи больной не можетъ, взглянувъ на часы, опредѣлить, который теперь часъ? Авторъ приводитъ одинъ экспериментъ, который онъ продѣлалъ съ поваромъ-афазикомъ, заставивъ его приготовить самое простое кушанье. Больной, будучи прежде хорошимъ поваромъ, обнаружилъ въ этомъ опытѣ утрату самыхъ элементарныхъ своихъ спеціальныхъ способностей.

Дефектъ интеллекта афазика—несомнѣнный фактъ, но для того, чтобы констатировать его наличность, нужно подвергать больного методическому изслѣдованію. Съ перваго взгляда больной не представляетъ ничего особеннаго: дома онъ принимаетъ участіе въ общесемейной жизни, въ больницѣ онъ ведетъ себя почти такъ же, какъ его сосѣди, ничѣмъ не выдѣляясь среди нихъ. Но стоитъ присмотрѣться поближе къ больному, чтобы увидѣть, что умственный горизонтъ его чрезвычайно узокъ, что онъ лишень почти всякой инициативы, что онъ ограничивается лишь выполненіемъ простыхъ, несложныхъ актовъ. Если это обстоятельство не бросается сразу въ глаза, то только потому, что другая сторона душевной жизни—эмотивная—бываетъ у подобнаго рода больныхъ не только вполне сохранена, но даже повышена.

Внимательно изучая душевную жизнь афазика въ ея виѣшнихъ проявленіяхъ, легко замѣтить рѣзкія измѣненія и въ его выразительныхъ движеніяхъ, въ его мимикѣ, какъ эмотивной, такъ въ особенности описательной. Афазикъ не можетъ такъ разумно, такъ экономно пользоваться движеніемъ для выраженія своихъ чувствъ и мыслей, какъ это присуще здоровому субъекту. Своими излишними, ненужными движеніями афазикъ напоминаетъ ребенка. Эта потеря умѣнья

управлять своей мимикой, дѣлать ее послушнымъ орудіемъ интеллекта является также однимъ изъ признаковъ ослабленія духовныхъ силъ афазика. Все это приводитъ къ тому заключенію, что доктрина словесной глухоты не можетъ быть положена въ основу ученія объ афазіи. Такимъ образомъ рушится самое основаніе теоріи сенсорной афазіи, афазіи *Wernicke*.

Далѣе авторъ переходитъ къ вопросу о моторной афазіи и ея локализации въ ножкѣ третьей лѣвой лобной извилины. Здѣсь, говоритъ *Marie*, мы встрѣчаемся съ извѣстнаго рода догмой, принятой и усвоенной многочисленными поколѣніями врачей на вѣру безъ всякой критики и борьбы. Поэтому можетъ показаться прямо преступнымъ выступать съ критикой подобной догмы.

Результаты анатомо-клиническаго изученія афазіи привели автора къ выводамъ совершенно противоположнымъ тѣмъ, которые являются господствующими въ наукѣ. Аргументы, которые приводитъ *Marie* противъ господствующей теоріи, сводится къ слѣдующему: 1) существуютъ случаи, гдѣ у правой изолированное разрушеніе задней части третьей лѣвой лобной извилины не влекло за собой афазіи. Одинъ такой случай авторъ наблюдалъ самъ. 2) Существуютъ случаи афазіи *Broca*, при томъ клинически рѣзко выраженной, гдѣ на аутопсіи была констатирована полная интактность третьей лѣвой лобной извилины. Цѣлый рядъ такихъ случаевъ описанъ различными авторами, въ томъ числѣ *Bernheim*'омъ и *Touche*. Авторъ имѣлъ возможность наблюдать нѣсколько случаевъ типичной моторной афазіи съ цѣлостью третьей лѣвой лобной извилины. Изъ сопоставленія этихъ двухъ категорій случаевъ можно сдѣлать лишь одинъ выводъ, а именно, что третья лѣвая лобная извилина не играетъ никакой спеціальной роли въ функціи рѣчи. Но можно возразить, говоритъ *Marie*, что существуетъ гораздо большее число наблюдений, гдѣ моторную афазію сопровождало пораженіе лобной извилины.

Авторъ не только не оспариваетъ этого факта, но даже указываетъ, что на своемъ большомъ матерьялѣ онъ видѣлъ это соотвѣтствіе почти въ половинѣ всѣхъ случаевъ моторной афазіи. Самъ по себѣ это неоспоримый фактъ, все дѣло лишь въ томъ, какъ толковать это явленіе. Не слѣдуетъ упускать при этомъ изъ виду, что афазія чаще всего вызывается размягченіемъ мозга вслѣдствіе облитераціи *art. fossae Sulvii* въ ея верхней части, гдѣ артерія даетъ вѣтвь, питающую третью лобную извилину.

Доказавъ ложность теорій сенсорной афазіи и афазіи *Broca*, *P. Marie* тѣмъ не менѣе съ клинической стороны считаетъ ихъ вполне реальными явленіями. Причина недоразумѣнія между нимъ и классической доктриной заключается лишь въ формулировкѣ мнѣнія о природѣ и о способѣ происхожденія этихъ двухъ разновидностей афазіи. Прежде чѣмъ перейти къ вопросу объ ихъ происхожденіи, *Marie* даетъ опредѣленіе такихъ трехъ кардинальныхъ клиническихъ явленій, какъ афазія *Broca*, афазія *Wernicke* и анартія.

Наиболѣе характернымъ клиническимъ явленіемъ афазіи *Wernicke* по мнѣнію *Marie*, служитъ то, что больной можетъ говорить, хотя иногда очень мало, а иногда очень плохо. Большею частью при этомъ наблюдается жаргонъ-афазія или парафазія. Больные плохо понимаютъ или совсѣмъ ничего не понимаютъ изъ того, что имъ говорятъ, не вслѣдствіе такъ называемой словесной глухоты, а вслѣдствіе дефекта интеллекта. По той же причинѣ они не могутъ читать или писать. При афазіи *Broca* больные не могутъ читать, писать, они плохо понимаютъ обращенную къ нимъ рѣчь—словесная глухота отмѣчена многими авторами при афазіи *Broca* (*Thomas, Roux*)—словомъ, клинически наблюдается почти полная аналогія между этими двумя формами. Но есть и существенная разница,—при афазіи *Broca* больные совсѣмъ не могутъ говорить.

Третій терминъ, который опредѣляетъ *Marie*, это—анартрія. Подъ ней онъ понимаетъ не только абсолютную анартрію, но также повышенную дизартрію. Анартрія, о которой здѣсь идетъ рѣчь, характеризуется или тѣмъ, что больной совсѣмъ утратилъ рѣчь, или тѣмъ, что послѣдняя становится совершенно непонятной. Въ этомъ отношеніи тутъ есть большое сходство съ афазіей *Broca*, но въ то же время есть и громадная разница. Въ противоположность афазіку анартрикъ отлично понимаетъ даже самую сложную и запутанную фразу. Анартрія еще не есть афазія. Что касается локализациі пораженія при анартрії, то всѣ согласны въ томъ, что оно должно имѣть мѣсто или въ *nucleus lenticularis* или по соседству съ нимъ въ передней части и въ колѣнѣ *capsulae internaе* или же въ *capsula externa*. Важнѣе всего то обстоятельство, что анартрія не связана съ однимъ только лѣвымъ полушаріемъ и можетъ имѣть мѣсто при пораженіи того и другого. При пораженіи одного только полушарія анартрія можетъ обнаружить наклонность къ быстрому исчезновенію вѣроятно по той причинѣ, что соотвѣтствующую функцію беретъ на себя здоровое полушаріе. Въ случаяхъ же, гдѣ поражены оба *nuclei lenticulares*, анартрія становится уже стойкой.

Итакъ единственной существенной разницей между афазіей *Wernicke* и афазіей *Broca* является то, что въ первомъ случаѣ больной говоритъ плохо, а во второмъ совсѣмъ не говоритъ. Иными словами, афазія *Broca* есть афазія *Wernicke*, соединенная съ анартріей. Такимъ образомъ по существу афазія одна. Но въ такомъ случаѣ и ея локализациа должна быть общей. Въ дѣйствительности это такъ и есть. Единственная мозговая территория, пораженіе которой вызываетъ афазію, это есть такъ называемая территория *Wernicke gyrus supramarginalis, pli courbe* и ножки первыхъ височныхъ извилинъ. Не слѣдуетъ забывать, что по *Fleischig'u*, эта область является спеціальнымъ ассоціаціоннымъ центромъ. И дѣйствительно, если изучать безъ всякой пред-

взятой идеи психическую жизнь афазика, то прежде всего бросятся въ глаза разстройства въ ассоціаціи идей, что, конечно, и отражается въ рѣчи больного. Итакъ, афазія *Broca* есть ничто иное, какъ афазія вслѣдствіе пораженія самой зоны *Wernicke* или подлежащаго вещества—анартрія вслѣдствіе пораженія *nuclei lenticularis* или смежныхъ съ нимъ частей. Въ своей патолого-анатомической основѣ афазія *Broca* имѣеть большей частью размягченіе въ области *art. fossae Sylvii*. Пораженіе можетъ быть поверхностнымъ, корковымъ или же глубокимъ. Такъ какъ пораженный участокъ лежитъ очень близко къ *Wernicke*'овской зонѣ и *nucleus lenticularis*, съ одной стороны, и такъ какъ въ распредѣленіи кровеносныхъ сосудовъ въ этой области наблюдаются чрезвычайно большія индивидуальныя колебанія, съ другой, то и становится понятнымъ, почему въ патологическій процессъ вовлекаются и такіе участки, какъ третья лобная извилина или *nucleus lenticularis*. Иногда питающая третью лобную извилину вѣточка беретъ начало выше бифуркаціи *art. fossae Sylvii*, иногда въ самой бифуркаціи, а иногда послѣ бифуркаціи, слѣдуя за одной изъ вѣтвей *art. fossae Sylvii*. Изученіе этихъ индивидуальныхъ варіацій въ распредѣленіи вѣтвей этой артеріи и дѣлаеть понятнымъ, почему въ извѣстныхъ случаяхъ въ процессъ размягченія принимается и третья лѣвая лобная извилина.

Противъ теоріи *Marie* и въ защиту классическихъ воззрѣній на афазію выступилъ *Dejerine*. Въ основѣ теоріи *Marie* лежитъ отрицаніе существованія въ мозгу специальныхъ центровъ рѣчи: слуховыхъ, зрительныхъ, двигательныхъ. *Dejerine* въ своихъ возраженіяхъ по этому поводу основывается на данныхъ психологіи и психопатологіи и относитъ измѣненія психики и у афазиковъ, которыя *Marie* объясняетъ извѣстной степенью дементности, на счетъ пораженія этихъ специальныхъ центровъ. Почему, спрашиваетъ онъ, пониженіе интеллекта наблюдается лишь при лѣвостороннемъ пора-

женіи рѣчевой зоны? Наконецъ, почему при сенсорной афазіи мы не встрѣчаемъ, какъ обычнаго явленія, психической слабости и, наоборотъ, можно быть въ высокой степени дементнымъ, не обнаруживая при этомъ афазическихъ разстройствъ.

По поводу утвержденія *Marie*, что бывають случаи моторной афазіи безъ пораженія центра *Broca*, *Dejerine* указываетъ на настоящую необходимость въ такихъ случаяхъ детальнаго микроскопическаго изслѣдованія этого участка на послѣдовательныхъ серіяхъ срѣзовъ. Что касается до физиологической роли извилины *Broca*, то по *Dejerine*'у, она не представляетъ изъ себя двигательнаго центра мозговой коры. Она есть лишь центръ памяти движеній, необходимыхъ для артикуляціи словъ. Поэтому при ея пораженіи не наступаетъ паралича рѣчевой мускулатуры. Да и вообще при одностороннемъ пораженіи мозговой коры или внутренней капсулы никогда не наблюдается анартріи. Вотъ почему и пораженіе одного *nuclei lenticularis* не можетъ вызвать анартріи, такъ какъ рѣчевая мускулатура иннервируется обоими полушаріями. Поэтому приходится строго отличать анартрика отъ моторнаго афазика—у перваго имѣется параличъ или парезъ соотвѣтствующей мускулатуры, тогда какъ у втораго на первомъ планѣ потеря памяти артикуляціи.

Въ послѣдующей, отвѣтной *Dejerine*'у работѣ *Pierre Marie* подвергается анализу вопросъ о субкортикальныхъ афазіяхъ. Принято различать корковые афазіи (афазія *Broca*, афазія *Wernicke*) и подкорковые (*Lichtheim*) или, по *Dejerine*'у, чистыя афазіи (чистая словесная глухота, чистая словесная слѣпота, чистая двигательная афазія). *Pierre Marie* возстаетъ противъ этой старой классификаціи афазіи и считаетъ ее схематичной и чисто теоретической, такъ какъ съ одной стороны ни афазія *Broca*, ни афазія *Wernicke* не суть чисто корковые афазіи (пораженіе всегда распространяется изъ корковыхъ центровъ и на ниже лежащее бѣлое вещество), а съ другой стороны

автору никогда не удавалось видѣть чистой словесной глухоты при полной сохранности интеллекта. Поэтому онъ послѣднюю считаетъ миеомъ. Этотъ миеъ поддерживался идеей о существованіи въ первой височной извилинѣ слухового центра звуковыхъ образовъ. На этой-то ложной идеѣ и базировалась теорія *Wernicke*. Пораженіе области *Wernicke*, по мнѣнію *Marie*, вызываетъ афазію не потому, что эта область является сенсорнымъ центромъ, а потому, что она представляетъ собою одинъ изъ интеллектуальныхъ центровъ, разрушеніе котораго ведетъ къ непониманію. *Marie* по этому поводу цитируетъ прежнія работы *Dejerine*'а, который раньше опредѣленно высказывался, что у каждаго афазика можно констатировать наличность пониженія интеллекта, и лишь въ послѣднее время отказался отъ этихъ взглядовъ.

Что касается словесной слѣпоты, т. е. изолированнаго разстройства рѣчи въ смыслѣ алексіи, то для *Dejerine*'а это значить, что пораженіе разрушило связь между общимъ зрительнымъ центромъ—центромъ двустороннимъ—и лѣвымъ *pli courbe*, центромъ зрительныхъ образовъ рѣчи. По мнѣнію *Marie*, *pli courbe* не играетъ этой роли. Авторъ, ставъ на біологическую точку зрѣнія, вообще оспариваетъ существованіе подобнаго центра. Устная рѣчь развивалась мало-помалу съ глубокой древности человѣчества и человѣкъ путемъ тысячелѣтнихъ упражненій и приспособленій выработалъ спеціальнѣйшій органъ рѣчи съ особымъ мозговымъ центромъ, завѣдующимъ этой функціей, передаваемой по наслѣдству въ болѣе развитой и болѣе совершенной формѣ. Въ какой же моментъ эволюціи человѣка появилась письменная рѣчь—чтеніе и письмо? И то и другое—функціи по сравненію съ устной рѣчью совершенно новыя. Человѣчество пишетъ сравнительно недавно, при томъ письмо для многихъ не представляетъ постоянной потребности въ обиходѣ, тогда какъ устная рѣчь существуетъ съ доисторическаго времени и постоянно упражняется. Наши предки за четыре или за пять поволеній

до насъ не умѣли еще ни писать, ни читать. Когда же успѣлъ образоваться специальный мозговой центръ для этой функціи? Даже чисто логическое разсужденіе не позволяетъ допустить существованіе подобнаго центра.

Переходя затѣмъ къ подкорковой двигательной афазіи *Lichtheim'a* или, по терминологіи *Dejerine'a*, чистой двигательной афазіи, авторъ крикуетъ установившіеся въ наукѣ взгляды по этому поводу. По мнѣнію *Dejerine'a* эта послѣдняя зависитъ отъ пораженія волоконъ, которыя соединяють извилину *Broca* съ бульбарными ядрами. При подобномъ пораженіи весь рѣчевой актъ совершается правильно за исключеніемъ артикуляціи звуковъ, которая рѣзко разстраивается. По мнѣнію *Marie*, подобный видъ афазіи представляетъ собою ничто иное, какъ чистую анартрію, вызванную пораженіемъ *nuclei lenticularis*, которое ведетъ къ разстройству координаціи движеній, необходимыхъ для артикуляціи звуковъ.

Отрицая такимъ образомъ существованіе субкортикальных или чистыхъ афазій, *Marie* отвергаетъ и прежнюю классификацію. Въмѣсто прежняго дѣленія на корковые и подкорковые афазіи онъ предлагаетъ дѣленіе на эндогенныя и экзогенныя. Первые въ томъ случаѣ, когда поражена зона *Wernicke* или ея пути. Сюда онъ относитъ то, что до сихъ поръ было извѣстно подъ именемъ афазіи *Broca* и афазіи *Wernicke*. Вторыя, экзогенныя, когда поражены участки, смежныя съ *Wernicke'*овской областью. Въ патологической картинѣ афазій бѣлому веществу, по мнѣнію *Marie*, принадлежитъ болѣе важная роль, нежели сѣрому.

Разрушивъ такимъ образомъ всѣ обычные представленія объ афазіи, о локализаціи рѣчевыхъ разстройствъ и въ частности отрицая всякое специальное значеніе третьей лѣвой лобной извилины для акта рѣчи, *Pierre Marie* задается вопросомъ, чѣмъ же объяснить тотъ фактъ, что чисто ошибочное представленіе о роли третьей лобной извилины могло

лечь въ основу ученія объ афазіи. Въ слѣдующей статьѣ: „Revision de la question de l'aphasie. Essai de critique historique sur le genèse de la doctrine de Broca“ (Semaine médicale. 1906 28 nov). *Marie* пытается набросать историко-критическій очеркъ возникновенія этого ученія. Доктрина о специфичности третьей лѣвой лобной извилины, какъ артикуляторномъ центрѣ въ актѣ рѣчи, основана на двухъ аутопсіяхъ *Broca*, сдѣланныхъ имъ въ 1861 г. Оба историческихъ мозга хранятся до сихъ поръ въ музеѣ *Dupuytren'a*, *Marie* началъ съ того, что тщательно обследовалъ оба эти препарата. Въ одномъ случаѣ мозгъ представляетъ слѣдующія измѣненія: разрушеніе третьей лѣвой лобной извилины въ задней части, разрушеніе Роландовыхъ извилинъ въ ихъ нижней половинѣ и первой височной извилины на очень большомъ протяженіи. Ножка первой височной извилины также задѣта размягченіемъ. *Gyrus supramarginalis* разрушенъ на значительномъ протяженіи. Словомъ, пораженіе захватило и значительную часть *Wernicke'*овской области. При осмотрѣ мозга другого больного *Marie* не нашелъ никакого очаговаго пораженія третьей лобной извилины. Изъ описанія *Broca* видно, что онъ констатировалъ поверхностное пораженіе въ области лобной доли въ видѣ скопленія подъ *riamater* серозной жидкости. Локалізація пораженія въ этомъ случаѣ совпадала съ локалізаціей въ первомъ случаѣ. Это и дало *Broca* поводъ высказаться о специфичности третьей лѣвой лобной извилины. Чтобы показать, что эта гипотеза попала на подготовленную почву, *Marie* рисуетъ картину состоянія неврологической мысли въ началѣ 60-хъ годовъ. Это была эпоха борьбы матеріализма съ умирающимъ спиритуализмомъ. Ученіе объ опредѣленныхъ локалізаціяхъ въ мозгу давало матеріализму новое оружіе въ его борьбѣ съ отживавшимъ свой вѣкъ спиритуалистическимъ міровоззрѣніемъ. Такимъ образомъ это ученіе попало на достаточно подготовленную и совсѣмъ не критически настроенную почву.

Таковы въ общихъ чертахъ основные взгляды *P. Marie* по вопросу объ афазіи.

Вслѣдъ за этими работами *Marie* послѣдовалъ цѣлый рядъ работъ различныхъ авторовъ, носящихъ главнымъ образомъ провѣрочный характеръ.

Bernheim опубликовалъ результаты микроскопическаго изслѣдованія своихъ пяти случаевъ моторной афазіи. Ни въ одномъ изъ нихъ пораженіе не ограничивалось областью *Broca*. Во всѣхъ случаяхъ были рѣзко выражены и субкортикальныя явленія. Моторная афазія, по *Bernheimu*, происходитъ вслѣдствіе перерыва волоконъ, идущихъ отъ коры лобныхъ долей къ бульбарнымъ артикуляціоннымъ центрамъ.

Souques сообщилъ случай, касающійся больной, у которой послѣ апоплектического инсульта наблюдалась моторная афазія съ правосторонней гемиплегіей и съ нѣкоторыми намеками на словесную глухоту. Чтеніе было невозможно, письмо съ большими дефектами. Въ клинической картинѣ доминирующимъ элементомъ была моторная афазія. На вскрытіи былъ найденъ очагъ размягченія въ первой лѣвой лобной извилинѣ, который захватилъ отчасти и смежныя извилины. Заднія извилины *insulae* и задняя половина первой лѣвой височной, ровно какъ задненаружная часть *nuclei lenticularis* и сосѣдней капсулы были разрушены. Лѣвая лобная извилина, ровно какъ и вся лобная доля, была интактна, въ чемъ можно было убѣдиться на серіи сдѣланныхъ въ этой области срѣзовъ.

Далѣе *Marie et Moutier* описали случай, гдѣ у больного былъ цѣлый рядъ психическихъ расстройствъ, въ числѣ которыхъ была и вербигерація, при чемъ больной не проявлялъ никакихъ симптомовъ афазіи. За два часа до смерти онъ еще отвѣчалъ на предлагаемые ему вопросы, при чемъ какихъ-либо артикулярныхъ расстройствъ рѣчь его не представляла. Способность чтенія провѣрить было нельзя, такъ какъ больной былъ слѣпъ. На вскрытіи третья лѣвая лобная

извилина (больной былъ правша) оказалась размягченной. Другой небольшой фокусъ размягченія былъ найденъ въ ножкѣ первой височной извилины. Nucleus lenticularis не было повреждено. Единственнымъ симптомомъ, указывающимъ на поражение *Wernicke*'овской области, была вербигерація, которую авторы относятъ на счетъ дефектовъ интеллекта.

Тѣ же авторы представили два другихъ случая. Въ одномъ изъ нихъ, при полномъ отсутствіи какой бы то ни было афазіи, на вскрытіи было обнаружено поражение третьей лѣвой лобной извилины. Въ другомъ, у больного съ гемиплегіей клинически были распознаны моторная и сенсорная афазія (афазія *Broca* и анартрія). На аутопсіи оказались пораженными nucleus lenticularis и *Wernicke*'овская область, захваченная больше въ своей подкорковой части, чѣмъ въ корѣ. Эти два случая снова доказываютъ, что при афазіи *Broca* третья лобная извилина можетъ оставаться интактной.

Вслѣдъ за работами *Marie* и его учениковъ, устанавливающими новое пониманіе афазіи, вышелъ пѣлый рядъ небольшихъ критическихъ работъ *Dijerine*'а, *Grasset*, *Heilbronner*, *Debray* и др. Наиболѣе вѣскія и систематизированныя возраженія были сдѣланы *Degerine*'ымъ въ его работѣ: „L'aphasie motrice et sa localisation corticale (L'encéphale. 1907 № 5). Уже въ своей первой критической статьѣ *Dejerine* привелъ соображенія, мѣшающія ему принять новую доктрину, которая видитъ причину афазіи въ „очень замѣтномъ уменьшеніи интеллектуальной способности вообще“. Въ послѣдней работѣ онъ ссылается на новѣйшія наблюденія различныхъ авторовъ (*Duxour*, *Zotmar*, *Montet*, *Dupré*), которыя показываютъ, какъ ничтожны измѣненія интеллекта, наблюдающіяся у больныхъ съ моторной афазіей. *P. Marie* приводитъ случаи, гдѣ на вскрытіи было найдено поражение третьей лѣвой лобной извилины, между тѣмъ какъ эти субъекты, будучи правшами, не проявляли, при жизни никакихъ афазическихъ разстройствъ. *Dejerine*, ссылаясь на случаи *Dufour*'а и свой собственный,

говорить по этому поводу, что у подобныхъ субъектовъ въ анамнезѣ могла быть моторная афазія, которая исчезла за-долго до смерти. *Dufour* объясняетъ это явленіе возстановленія рѣчи при разрушенной моторной зонѣ *Broca* тѣмъ, что соотвѣтствующую функцію беретъ на себя другой участокъ лобныхъ долей того же полушарія или даже другое полушаріе. Случаи подобнаго рода пораженія третьей лобной извилины безъ афазіи описаны многими авторами и были предметомъ весьма интересныхъ соображеній (*Ross, Wyllie, Bastian*). Большинство пытались найти объясненіе подобнаго явленія или въ томъ, что въ такихъ случаяхъ дѣло идетъ объ амбидекстрахъ, или же въ томъ, что здѣсь на помощь является гомологичная извилина.

Далѣе *Dejerine* приводитъ два клиническихъ случая, доказывающихъ, что третья лѣвая лобная извилина имѣетъ отношеніе къ рѣчевой зонѣ и что ея пораженіе обуславливаетъ моторную афазію типа *Broca*. Эти два случая показываютъ кромѣ того, что коль скоро поражена извилина *Broca*, то симптомы не ограничиваются только областью устной рѣчи, но что сюда присоединяются и расстройства внутренней рѣчи—болѣе или менѣе скрытыя измѣненія психическаго чтенія и довольно замѣтныя измѣненія въ письмѣ, какъ самостоятельнымъ, такъ и подъ диктовку. Въ этомъ обстоятельствѣ *Dejerine* видитъ новое доказательство существованія въ рѣчевой области тѣсной взаимной связи различныхъ центровъ образовъ словъ.

На *Genève—Lausanne*'скомъ конгрессѣ 1—7 авг. 1907 г. лозаннскій профессоръ *Mahaim* выступилъ съ докладомъ по вопросу объ афазіи. Прежде всего докладчикъ дѣлаетъ упрекъ *Marie* въ томъ, что его препараты не были изучены имъ на серияхъ послѣдовательныхъ микроскопическихъ срѣзовъ (*Marie* изслѣдовалъ препараты на макроскопическихъ срѣзахъ). По мнѣнію *Marie*, говоритъ *Mahaim*, *insula* и подлежащія части суть двигательные органы артикуляторной рѣчи. Ихъ

разстройства обусловливаютъ анартрію въ томъ новомъ смыслѣ, который ему приписываетъ *Marie*. Не соглашаясь съ теоріей *Marie*, докладчикъ хочетъ бороться съ ней, опираясь на клиническій матерьялъ и данныя аутопсій. Онъ приводитъ три наблюденія. 1-й случай сенсорной афазіи. Жаргонъ—афазія, больной говоритъ безъ умолку и днемъ и ночью. На аутопсии: двустороннее пораженіе височныхъ долей. Слѣва разрушены *insula*, *claustrum*, *capsula externa* и *putamen* въ заднихъ его $\frac{4}{5}$. При жизни не было никакой анартріи въ смыслѣ *Marie*. 2-й случай: при жизни не наблюдалось никакихъ слѣдовъ двигательной афазіи, несмотря на разрушеніе всей *insula*. Первая передняя извилина, *claustrum* и *capsula externa* нормальны. 3-й случай—полная афазія. На аутопсии: кажущаяся цѣлость третьей лобной извилины. На серіи микроскопическихъ срѣзовъ всѣ фронтальныя волокна въ *centrum ovale* прерваны. Нѣтъ никакой связи между третьей лобной извилиной и височной долей. Этотъ случай какъ нельзя лучше показываетъ необходимость изслѣдовать интактность третьей извилины на цѣлой серіи срѣзовъ.

На основаніи своихъ трехъ случаевъ *Mahaim* утверждаетъ, что *insula* не играетъ никакой роли въ артикуляторной рѣчи. Точно также ничего общаго съ функціей артикуляторной рѣчи не имѣетъ и *nucleus lenticularis*. Впечатлѣніе, произведенное этимъ докладомъ было нѣсколько двойственное, что и дало поводъ *Anglade*'у заявить, что приведенные *Mahaim*'омъ факты не только не опровергаютъ теоріи *Marie*, но даже скорѣе поддерживаютъ ее.

Изъ приведенныхъ выше краткихъ резюме работъ различныхъ авторовъ и цѣлаго ряда казуистическихъ сообщеній ясно, что вопросъ объ афазіи остается еще открытымъ, Небольшой литературный и анатомо-клиническій матерьялъ не позволяетъ еще вполне опредѣленно высказаться по поводу новаго ученія. Какъ и во всякой новой доктринѣ, въ теоріи *Marie* есть, конечно, чрезвычайно много спорнаго, неяс-

наго. Многіе изъ его опорныхъ пунктовъ шатки (напр. причинная зависимость между психическимъ разстройствомъ и афазіей), съ другой стороны нѣкоторыя изъ его возраженій противъ классической доктрины мало убѣдительны. Насколько теорія *Marie* окажется жизнеспособной, покажетъ будущее. Но какъ бы то ни было появленіе этого новаго ученія оказало невропатологіи громаднѹю услугу уже однимъ своимъ „revision“, заставивъ пересмотрѣть одну изъ наиболѣ темныхъ и наименѣ изученныхъ главъ. вмѣстѣ съ тѣмъ новая доктрина заставила критически отнестись и ко всему накопленному за многіе годы клиническому матерьялу и ко всѣмъ выводамъ, сдѣланнымъ на основаніи этого матерьяла. Новое ученіе объ афазіи должно быть построено на новыхъ данныхъ, полученныхъ при помощи новыхъ, болѣе точныхъ методовъ изслѣдованія.

Литература.

- Wernicke.* Der aphasische Symptomencomplex. 1874.
Dejerine. Anatomie des centres nerveux. т. II 1901.
Dejerine. Sémiologie du système nerveux. 1901.
Ereïd. Tür Auffassung der Aphasien 1891.
Monakow. Gehirnpathologie. 1905. 912 стр.
Monakow. Aphasie und Diaschisis. Neur. Cenralblatt. 1906 № 22.
P. Marie. Revision de la question de l'aphasie etc. La Semaine medicale. 1906. № 21, 42, 48.
Dejerine. L'aphasie sensorielle et l'aphasie motrice. La presse médicale. 1907 № 4.
Marie et Moutier. Bullet. et mémoires de la Soc. méd. des Hôpitaux de Paris. 1906.
Dejerine. L'aphasie motrice et sa localisation corticale. L'encephale. 1907. № 5.
Rapports. Du cengrès de Geneve—Lausanne.
Mahaim. L'aphasie motrice. L'encephale. 1907. № 11.