

## Современное состояніе ученія объ афазіи

Г. Идельсона.

(Продолженіе; см. т. V, вып. 1).

### Х.

#### ЛОКАЛИЗАЦІЯ РАЗСТРОЙСТВЪ РЪЧИ.

Наибольшій интересъ въ ученіи объ афазіи несомнѣнно представляетъ вопросъ о локализациі разстройствъ рѣчи. Со времени замѣчательнаго открытія Броуса всѣ авторы старались опредѣлить тѣ мѣста мозговой коры, поврежденія которыхъ влекутъ за собою различныя формы афазіи, и въ настоящее время это хорошо обоснованное ученіе о локализациі безспорно можетъ считаться однимъ изъ величайшихъ достояній науки. Благодаря открытію Броуса, ученіе объ афазіи, которое до этого времени имѣло лишь научно-теоретическій интересъ, получило выдающееся практическое значеніе.

Современная мозговая хирургія обязана своими блестящими успѣхами главнымъ образомъ ученію о локализациі, основаніе которому положилъ Броусъ.

Извѣстны многочисленные случаи, въ которыхъ благодаря увѣренности, съ которой могъ быть поставленъ топографическій діагнозъ, моторная афазія, происшедшая отъ Trauma capitis, была уничтожена операціей, словно чудомъ.

Съ особенной точностью опредѣляется локализациа моторной афазіи, но и для другихъ разстройствъ рѣчи локализациа болѣе или менѣе извѣстна. Какъ же представить себѣ эту локализацию?

Въ нашей работѣ мы, по мѣрѣ возможности, избѣгали говорить о центрахъ рѣчи; мы говорили только о центрахъ для различныхъ формъ афазіи. Рѣчь—какъ умственный процессъ—находится въ зависимости отъ всей мозговой коры; поэтому нельзя локализовать ея. Едва-ли существуетъ какой нибудь разлитой процессъ въ мозговой корѣ (мѣстѣ нахождения всѣхъ психическихъ функцій), который не сопровождался бы разстройствомъ рѣчи. Каждая форма психическихъ болѣзней и различныя настроенія духа отражаются въ рѣчи, влияя на ея внѣшній характеръ или на содержаніе. Нельзя поэтому говорить о центрѣ рѣчи, локализованномъ въ извѣстномъ мѣстѣ мозговой коры. Мѣста, которыя обозначаются какъ центры рѣчи, это ничто иное, какъ мѣста, гдѣ происходитъ переходъ психическаго процесса въ механизмъ рѣчи, который даетъ ему въ образной формѣ жизненность и силу, или тѣ мѣста, гдѣ матеріальный физическій процессъ переходитъ въ психическій актъ пониманія, уразумѣнія.

Если мы желаемъ произнести какое-нибудь слово, то прежде всего возникаетъ понятіе о немъ, затѣмъ является образъ слова, (звуковой, двигательный или же какой нибудь другой), а затѣмъ уже намѣреніе произнести его, и тогда лишь психическіе процессы изъ всей мозговой коры должны быть переданы въ то мѣсто и тамъ соединиться, гдѣ должна произойти передача ихъ въ органы рѣчи. Это мѣсто опредѣленное и зависитъ отъ положенія центровъ для ядеръ нервовъ, завѣдующихъ мышцами рѣчи. Точно также и пониманіе прочитаннаго или слышаннаго слова прежде всего связано съ тѣми органами чувствъ, которые переносятъ чисто физическое впечатлѣніе оптической или акустической природы неизмѣнно къ центральному концу чувствительнаго пути. То мѣсто, гдѣ матеріальный актъ превращается въ психическій, должно по необходимости находиться тамъ, гдѣ соприкасается проводящій путь, служащій для матеріальныхъ процессовъ, съ областью чисто психическихъ процессовъ. Такое мѣсто въ мозговой корѣ и называется—центромъ.

Пораженіе въ центрѣ не должно, конечно, отзываться на психическихъ процессахъ; только одно становится невозможнымъ—переходъ отъ одного акта къ другому, и этотъ переходъ тѣмъ болѣе становится труднымъ, чѣмъ больше поврежденіе отодвигается отъ середины мозговой коры къ периферіи, т. е. къ тѣмъ мѣстамъ, гдѣ сходящіяся по всеѣмъ направленіямъ психическіе процессы сливаются въ ограниченный центробѣжный проводящій путь, или на оборотъ, гдѣ ограниченный центростремительный проводящій путь лучеобразно развѣтвляется въ область мозговой коры.

Разсматривая таблицу Наунун'а, мы видимъ, что при вскрытіяхъ послѣ афазіи находили поврежденія на всей поверхности гемисферы. Но вмѣстѣ съ тѣмъ мы замѣчаемъ, что извѣстныя мѣста, расположенныя ближе къ краю гемисферы, поражены чаще другихъ. Поврежденіе этихъ опредѣленныхъ мѣстъ всегда вызываетъ афазію, пораженіе же какой нибудь другой части мозга—сравнительно гораздо рѣже. Мы поэтому правѣ утверждать, что тѣ вышеупомянутыя мѣста стоятъ въ совершенно особенной связи съ рѣчью и могутъ быть разсматриваемы какъ центры рѣчи въ патологическомъ смыслѣ, между тѣмъ какъ физиологическая область рѣчи находится посреди этихъ центровъ и ограничивается ими, какъ конечными точками <sup>1)</sup>.

Гдѣ же находятся эти центры?

Они расположены, какъ извѣстно со времени Броуса, у преобладающаго большинства людей въ лѣвой гемисферѣ, у лѣвшеи же въ правой.

Такъ какъ расстройства рѣчи большей частью сопровождаются гемиплегіей, то полагали, что причины гемиплегіи и афазіи тождественны и, такъ какъ пирамидныя пучки перекрещиваются, то гемиплегію объясняли только гнѣздомъ въ противоположной гемисферѣ. И нашли только въ такихъ случаяхъ гемиплегію, осложненную афазіей, въ которыхъ пара-

---

<sup>1)</sup> Freud. O. C.

личь былъ правосторонній, т. е. при поражениі лѣвой гемисферы.

Кажущееся исключеніе замѣчалось у лѣвшеі, у которыхъ лѣвосторонняя гемиплегія, а не правосторонняя была сопровождаема афазіей.

Изъ этого вытекаетъ законъ, что центры рѣчи всегда заключаются въ той гемисферѣ, которая обыкновенно иннервируетъ руку для болѣе тонкихъ движеній. И такъ слѣдуетъ предположить, что лѣвая (или у лѣвшеі правая) гемисфера обладаетъ особенностями, которыя дѣлаютъ ее болѣе способной чѣмъ противолежащую не только для исполненія телесныхъ функцій, но и функцій рѣчи.

Почему же одна гемисфера, которая анатомически едва ли отличается отъ противоположной, обладаетъ такимъ громаднымъ преимуществомъ передъ другой? Относительно этого существуетъ много гипотезъ, изъ коихъ мы упомянемъ нѣкоторыя.

Говорятъ, что гемисфера, обладающая означеннымъ преимуществомъ, снабжена болѣе широкой сонной артеріей, и вслѣдствіе этого лучше питается, чѣмъ лѣвая; дѣйствительно—измѣреніями доказано <sup>1)</sup> что обыкновенно лѣвая, а у лѣвшеі (изъ 3 случаевъ въ двухъ) правая сонная артерія имѣетъ болѣе ширій діаметръ, чѣмъ другая; однако я полагаю, что если и существуетъ такая разница, то она должна быть разсматриваема какъ слѣдствіе болѣе усиленныхъ функцій соответствующей гемисферы, а не какъ причина. Всякій органъ, функционирующій сильнѣе, представляетъ болѣе обширный районъ для оттока крови и чѣмъ больше этотъ районъ, тѣмъ шире становятся приводящія сосуды. Gratiolet утверждаетъ, что лѣвая гемисфера развивается раньше правой, однако это многими оспаривается; кромѣ того этимъ объясненіемъ вопросъ ничуть не исчерпывается. Во всякомъ случаѣ доказано, что ребенокъ уже является на свѣтъ съ мозгомъ, лѣвая гемисфера

---

<sup>1)</sup> Ogle. Цит. по Bateman'у.

котораго болѣе приспособлена для рѣчи, чѣмъ правая. Старались доказать, что вслѣдствіе большаго развитія правой руки воспитаніемъ явилась болѣе тонкая организація лѣвой гемисферы. Однако это безъ сомнѣнія ошибочно.—Ребенокъ, вѣдь, говоритъ уже въ такое время, когда болѣе сильная правая рука еще не выяснилась, это замѣчается лишь позже, и въ теченіи слѣдующихъ лѣтъ ребенокъ употребляетъ одинаково обѣ руки, и часто приходится обращать его вниманіе на то, что онъ долженъ пользоваться правой рукой. Тѣмъ не менѣе можно себѣ представить, что употребленіе правой руки родителями въ теченіи всей ихъ жизни вызываетъ у нихъ болѣе тонкую организацію лѣвой гемисферы, которая затѣмъ передается ребенку. Наслѣдственность пользованія лѣвой рукой лѣвшею, происходящаго часто отъ лѣвшею, кажется, можетъ служить доказательствомъ вышеизложеннаго.

Расположеніе центровъ мы постараемся описать въ связи съ изложеніемъ отдѣльныхъ формъ афазіи, однако упомянемъ сперва о тѣхъ, въ высшей степени интересныхъ фактахъ, которые доказываютъ параллельность между психической дѣятельностью и высшимъ анатомическимъ развитіемъ тѣхъ частей мозга, въ которыхъ заключаются эти функціи.

Третья лѣвая лобная извилина имѣетъ разныя формы, смотря по полу, расѣ и индивидуальности. Прежде всего нужно замѣтить, что лѣвый центръ Broca показываетъ болѣе сложную извилину, чѣмъ соотвѣтствующая извилина на правой сторонѣ (Bernard) <sup>1)</sup>. Rüdinger <sup>2)</sup> въ подробномъ трудѣ опубликовалъ массу изслѣдованій, относящихся къ занимающему насъ вопросу. У женщинъ *Gyrus frontalis tertius s.* меньше развитъ, чѣмъ у мужчинъ, особенно тотъ отдѣлъ, который непосредственно граничитъ съ *Gyrus centralis*. „У мужчины эта извилина отличается болѣе большимъ числомъ малыхъ третичныхъ извилинъ, которыя образуютъ болѣе большую поверхность, чѣмъ у

---

<sup>1)</sup> Bernard pag. 59.

<sup>2)</sup> Rüdinger. Zur Anatomie des Sprachcentrums. Stuttgart. 1882.

женщины“. Третью лобную извилину въ мозгу одного готтветотта и негра онъ нашелъ особенно неразвитой не только въ сравненіи съ извилинами другихъ мозговъ, но и въ сравненіи съ извилинами въ остальныхъ мозговыхъ доляхъ. Мозгъ у французовъ показываетъ большее развитіе третьей лѣвой лобной извилины, чѣмъ у тюрковъ. Наибольшія различія наблюдаются при разной психической индивидуальности.

Изъ 11 мозговъ евреевъ въ двухъ, которые принадлежали образованнымъ людямъ, третья лобная извилина была длиннѣе и болѣе развита, чѣмъ у остальныхъ, стоявшихъ въ умственномъ отношеніи ниже тѣхъ двухъ. Расоваго отличія Rüdinger впрочемъ не нашелъ. У одного обладавшаго даромъ слова юриста (Wulfert) лѣвая regio temporalis выдавалась сильно впередъ; и при вынутіи мозга оказалось, что лѣвая лобная и височная доли были настолько увеличены, что и смежныя черепныя кости были выпуклы. Особенно интереснымъ оказалось углубленіе черепа въ томъ мѣстѣ, гдѣ надъ „Orbita покоится Gyrus frontalis tertius“ (pag. 38).

Въ работѣ Rüdinger'a приведена еще масса подобныхъ примѣровъ. Въ мозгу Гамбетты была особенно сильно развита третья лѣвая лобная извилина. Laborde <sup>3)</sup> и Fieuza, которые настаивали на производствѣ вскрытія блестящаго оратора, нашли ножку третьей лѣвой лобной извилины удвоенной, „изобиліе извилинъ представляло идеальный типъ изящнаго“.

Можно также привести нѣсколько примѣровъ обратныхъ явленій; такъ знаменитый демографъ Bertillon не умѣлъ хорошо говорить—у него такъ-таки и нашли значительное уменьшеніе третьей лѣвой лобной извилины. У обезьянъ, глухонѣмыхъ и слабоумныхъ эта извилина представляетъ собою только rudimentъ.—(Laborde).

<sup>3)</sup> Laborde. L'union méd. pag. 295—«des aphasies».

## XI.

## ОБЪЯСНЕНІЕ РАЗЛИЧНЫХЪ ФОРМЪ АФАЗІИ.

## Моторная афазія.

Центръ моторной афазіи находится въ ножкѣ III лѣвой лобной извилины. Это мѣсто было найдено Broca и поэтому называется извилиной Broca. Она обимаеъ въ сущности по Ferrier ножку III лобной, передней и задней центральныхъ извилинъ и ограничивается спереди и сзади восходящей короткой и длинной горизонтальными вѣтвями Fissurae Sylvii. Ferrier предполагаетъ тамъ-же мѣстонахожденіе иннерваціонныхъ центровъ для языка и губъ. Въ новѣйшее время однако Horsley доказалъ на обезьянахъ, что центръ Broca не совпадаетъ съ ними, что ножка III лобной извилины лежитъ снаружи отъ центровъ для языка и губъ, и что только ножка передней и задней центральныхъ извилинъ принадлежитъ какъ центру рѣчи, такъ и простому моторному центру. Если бы оба центра совпадали, то можно было-бы разсматривать моторную афазію, какъ простой параличъ мускуловъ рѣчи. Параличъ согласно сказанному существовалъ бы, но только въ незначительной степени. Грубыя движенія были-бы сохранены, тонкія же, необходимыя для рѣчи были-бы уничтожены. Параличъ такимъ образомъ былъ-бы только кажущимся. Такое предположеніе было высказано Ross'омъ <sup>1)</sup>, и онъ поэтому объясняетъ афазію, какъ параличъ, при которомъ грубыя движенія сохраняются, артикуляціонныя же уничтожаются, вслѣдствіе ихъ большей сложности. Такъ какъ тождественность моторныхъ центровъ губъ и языка съ центромъ Broca по меньшей мѣрѣ сомнительна, то мы должны отказаться отъ опредѣленнаго сужденія о дѣйствительной причинѣ афазіи.

---

<sup>1)</sup> Ross. On aphasia; being a contribution to the subject of the dissolution of speech from cerebrale disease. London. 1887. Pag. 106.

Можетъ быть въ ножкѣ III лѣвой лобной извилины находятся другія клѣтки, необходимыя для рѣчи, пораженіе которыхъ вызываетъ афазію? Можетъ быть тамъ находятся принятыя всѣми авторами двигательныя представленія? Тогда достаточно было-бы пораженія одной только ножки III лѣвой лобной извилины, чтобы вызвать моторную афазію. Однако существуетъ слишкомъ мало точныхъ наблюденій, на основаніи которыхъ можно было-бы ограничиться только однимъ этимъ мѣстомъ.

Изъ прилагаемаго рисунка (I) видно, что, не смотря на разнорѣчивыя мнѣнія авторовъ относительно этого вопроса, ножка III лобной извилины въ ея двухъ верхнихъ третяхъ, всѣми принимается какъ часть центра для моторной афазіи и въ виду этого можно съ увѣренностью разсматривать эту часть какъ дѣйствительный центръ.

Раньше, чѣмъ намъ будутъ извѣстны новые факты, мы должны предположить, что двигательныя представленія находятся въ этомъ мѣстѣ. Они, какъ всѣми принято, образовались оттого, что мышечныя движенія при рѣчи оставляютъ послѣ себя цѣлый рядъ ощущеній. Эти ощущенія повторяются при каждомъ извѣстномъ движеніи и составляютъ постепенно образы воспоминанія, — т. е. двигательныя представленія. Съ теченіемъ времени, благодаря упражненію, рѣчь выходитъ изъ подъ вліянія ощущеній, на которыхъ основывалось ея изученіе (Wernicke), и сами двигательныя впечатлѣнія становятся тогда исходнымъ пунктомъ опредѣленныхъ движеній рѣчи. Ясно, что подобныя ощущенія могутъ быть переданы только центро-стремительнымъ нервомъ, которымъ безъ сомнѣнія является чувствительная часть Trigemini's'a. Онъ же оканчивается въ темянной области большого мозга <sup>1)</sup>, двигательныя представленія должны такимъ образомъ находиться въ темянной долѣ, а не въ лобной извилинѣ. Или не находятся-ли мышечныя ощущенія въ темянной долѣ, а двигательныя пред-

<sup>1)</sup> Бехтеревъ. Пути мозга.



ставленія совершенно отдѣльно отъ нихъ въ концѣ третьей лѣвой лобной извилины? Почему же теряется весь запасъ словъ? Вѣдь можетъ случиться пораженіе только половины или части центра, и тогда должна была-бы сохраниться часть двигательныхъ представленій, а слѣдовательно и часть словъ. Это еще не разрѣшенные вопросы. Изчезновеніе двигательныхъ образовъ не должно повлечь за собой полной потери рѣчи. Надо предполагать, что при этихъ обстоятельствахъ больной находится въ такомъ же положеніи, какъ ребенокъ, не приобрѣтшій еще этихъ двигательныхъ представленій. Такой ребенокъ плохо говоритъ, но онъ можетъ повторять нѣкоторыя слова. При моторной афазіи больной, хотя и не въ состояніи хорошо говорить, долженъ былъ-бы однако умѣть повторять отдѣльныя слова, какъ ребенокъ. А это бываетъ весьма рѣдко.

Основываясь на законахъ природы происхожденія двигательныхъ образовъ можно, впрочемъ, вывести заключеніе, что и Trigemini другой стороны возбуждаетъ тѣ-же ощущенія и передаетъ ихъ правой гемисферѣ. Отсюда вытекаетъ предположеніе о существованіи такого же центра, какъ центръ Broca, и въ противоположной гемисферѣ. Это предположеніе подтверждается многими фактами. Обыкновенно движенія рѣчи иннервируются только одной лѣвой гемисферой, хотя они производятся мышцами обѣихъ сторонъ. Это не должно казаться страннымъ. Извѣстно, что всѣ движенія, производимыя одновременно обоюдосторонними мышечными группами, могутъ быть возбуждаемы одной гемисферой. Такъ, напримѣръ, грудныя и горловыя мышцы обѣихъ сторонъ функционируютъ всегда вмѣстѣ, и при гемиплегіи, которая парализуетъ всѣ мышцы одной половины тѣла, эти обѣстороннія мышцы, функционально связанныя между собою, остаются непораженными. Повидимому здоровая гемисфера принимаетъ на себя иннервацію обѣихъ сторонъ. Для движеній рѣчи существуетъ такое же отношеніе; какъ лѣвая, такъ и правая гемисфера могутъ иннервировать ихъ. Обыкновенно этотъ процессъ совершается лѣвой гемисферой и, если центръ Broca въ лѣвой

гемисферѣ пораженъ, то теряются только движенія рѣчи; обѣстороннія же движенія языка, неба, губъ для другихъ цѣлей (жеванія, глотанія и т. д.) сохраняются. Здѣсь, слѣдовательно, дѣйствуетъ центръ другой стороны; движенія сохранены не смотря на то, что, какъ это часто бываетъ, поврежденіе не ограничивается центромъ Броуса, но распространяется на моторный центръ языка, неба и т. д. Только рѣчь теряется. Впрочемъ при нормальномъ состояніи лѣвой гемисферы всетаки нельзя признать за соотвѣтствующимъ мѣстомъ правой гемисферы способности рѣчи.

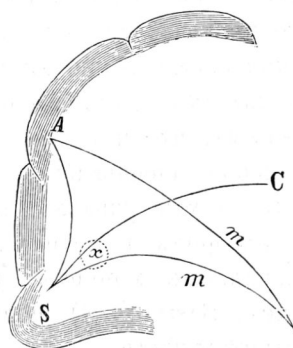
Какъ же въ виду этого себѣ объяснить, что дѣти, какъ и нѣкоторые взрослые, пораженные моторной афазіей, снова приобрѣтаютъ способность говорить? Англійскіе авторы <sup>1)</sup> полагаютъ, что изъ лѣваго центра Броуса черезъ мозолистое тѣло (corpus callosum) ведетъ спайка (commissura) въ симметричный пунктъ другой гемисферы. Этотъ путь способствуетъ передачѣ импульсовъ рѣчи въ правую гемисферу, которая тогда уже иннервируетъ обѣстороннія мышцы. Такой случай такъ-таки и наблюдался. Мальчикъ былъ пораженъ правосторонней гемиплегіей, осложненной афазіей, отъ которой онъ скоро оправился. Спустя четыре мѣсяца онъ заболѣлъ лѣвосторонней гемиплегіей, которая также сопровождалась афазіей. Кромѣ того образовался параличъ жевательныхъ и артикуляціонныхъ мышцъ. Вскрытіе показало существованіе размягченнаго гнѣзда величиною въ шиллингъ въ каждой гемисферѣ въ мѣстахъ соприкосновенія передней центральной со второй и третьей лобными извилинами <sup>2)</sup>. У взрослыхъ такая заступающая дѣятельность правой гемисферы рѣдко встрѣчается, такъ какъ мозгъ у взрослыхъ не такъ легко приспосабливается. Поврежденіе въ лѣвой гемисферѣ, расположенное такъ, что оно поражаетъ какъ центръ, такъ и спайку (commissura), должно въ виду этого произвести неизлѣчимую афазію. Такой случай повиди-

<sup>1)</sup> Gowers. Nervenkrankheiten.

<sup>2)</sup> По Ross'y. On aphasia. pg. 115.

тому наблюдался Луус'омъ <sup>1)</sup>. У 60-лѣтней женщины III лобная извилина не была поражена, только одно гнѣздо небольшого размѣра поразило мозговой слой подъ центромъ Broca и „вѣроятно, выходящіе оттуда бѣлыя пучки“. Подобный же случай описалъ Raynaud. Gowers и Lichtheim этимъ же способомъ хотятъ объяснить тотъ странный фактъ, что пораженія во внутренней сумкѣ производятъ только изрѣдка и то временную афазію, между тѣмъ какъ пораженія самой мозговой коры или же непосредственно подъ ней лежащаго мозгового слоя производятъ продолжительную афазію (см. рисунокъ 7). У дѣтей правосто-

Рис. 7.



(По Gowers).

Схема для вѣроятнаго положенія путей исходящихъ изъ центра Broca.

A. Центръ для руки въ срединѣ передней центральной извилины. Am волокна къ внутренней сумкѣ. S центръ Broca. SC волокна къ спайкѣ и Sm къ внутренней сумкѣ. SA соединеніе съ центромъ руки. При поврежденіи mm слѣдуетъ ожидать временную афазію, такъ какъ иннервационный импульсъ для рѣчи пойдетъ по пути SC къ спайкѣ и къ центру рѣчи другой стороны; при поврежденіи x послѣдуетъ афазія постоянная, такъ какъ прерываются не только волокна, ведущія къ спайкѣ, но и къ внутренней сумкѣ; писаніе будетъ сохранено, такъ какъ соединеніе центра рѣчи съ центромъ руки не нарушено.

<sup>1)</sup> Contribution à l'étude des troubles de la parole. L'encephale. 1885. pg. 271.

ронній центръ, какъ кажется, въ короткое время становится самостоятельнымъ, такъ что даже не смотря на перерывъ спайки, рѣчь снова восстанавливается.

Мы видѣли, что афазія можетъ проявиться въ легкой и тяжелой степени. За типъ мы приняли потерю произвольной рѣчи, при сохраненной способности повторять и читать вслухъ. Но подобные случаи чрезвычайно рѣдки; большей частью исчезаетъ и способность читать, а также часто и способность повторять слова. Схема Lichtheim-Wernicke стремится объяснить такія варіаціи поражениемъ извѣстныхъ путей или центровъ. Но такъ какъ существованіе такихъ путей не доказанно и ассоціаціи между отдѣльными центрами и понятіями безчислены и вѣроятно простираются по всей области мозговой коры, то вообще врядъ-ли допустимо объясненіе варіацій моторной афазіи топическими моментами; кромѣ того гипотезы о путяхъ проводимости даютъ столь обильный просторъ всякимъ предположеніямъ, что при каждомъ отдѣльномъ случаѣ можно принять особое поврежденіе; на другіе недостатки гипотезы Lichtheim'a мы уже указали при изложеніи взглядовъ французскихъ авторовъ и хотимъ теперь попытаться, опираясь на функціональные моменты, выяснить различныя формы афазіи. Гипотеза Bastian'a <sup>1)</sup>, повидимому болѣе всего соотвѣтствуетъ дѣйствительности.

Bastian полагаетъ, что поврежденіе мозговой коры не всегда влечетъ за собой полнѣйшее уничтоженіе функцій, локализованныхъ въ данномъ мѣстѣ, но что центръ иногда бываетъ только ослабленъ въ своей возбудимости. Аналогичное явленіе можно было бы усмотрѣть въ томъ, что небольшое кровоизліяніе въ серединѣ центральной извилины не ведетъ къ изолированному параличу одного пальца, но къ парезу всей руки; подобное явленіе наблюдается при остающихся послѣ гемиплегій парезахъ, которые являются вмѣсто паралича,

---

<sup>1)</sup> Ch. Bastian, On different Kinds of aphasia, with special reference to their classification and ultimate pathology. Brit. Méd. Journ. 1887.

послѣ того какъ гнѣздо уменьшилось. Существуютъ 2 способа, по которымъ пораженіе центра оказываетъ вліяніе на зависящій отъ него аппаратъ: 1) либо оно поражаетъ его въ легкой степени во всѣхъ его частяхъ, 2) либо одну только часть, но въ сильной степени, не касаясь другихъ частей. Пораженія, которыя не вполне разрушаютъ центръ, повидимому, отзываются на аппаратъ рѣчи въ формѣ, означенной подь 1). Никогда, на примѣръ, не случается, чтобы терялась одна половина запаса словъ, между тѣмъ какъ другая половина сохранялась; теряется либо весь запасъ словъ, или всѣ слова поражаются въ одинаковой степени. Въ чемъ же выражается частичное пораженіе рѣчи? Самой легкой формой понятно будетъ та, гдѣ произвольная рѣчь утеряна, но возможно еще повторять и читать вслухъ. Слѣдующей степенью будетъ та, гдѣ поражены какъ произвольная рѣчь, такъ и способность чтенія вслухъ. Самая тяжкая форма, наконецъ, характерна тѣмъ, что и повтореніе словъ невозможно. Въ первомъ случаѣ ассоціація и чувственное возбужденіе еще въ состояніи вызвать дѣятельность ослабѣвшаго центра. Во второмъ случаѣ этимъ вліяніемъ обладаютъ лишь чувственное возбужденіе: слухъ или зрѣніе; въ третьемъ случаѣ, наконецъ, ни ассоціація, ни прямое чувственное возбужденіе не въ состояніи принудить центра къ дѣятельности. Дальнѣйшимъ доказательствомъ гипотезы является фактъ, что произвольная рѣчь есть функція памяти и, какъ таковая, зависитъ отъ всѣхъ законовъ памяти. Рѣчь есть „вспоминаніе“ извѣстныхъ словъ, въ тѣсномъ смыслѣ воспроизведеніе двигательныхъ представленій, слѣдствіемъ которыхъ являются эти слова. Это воспроизведеніе, какъ репродукція вообще, можетъ быть невозможнымъ по двумъ причинамъ. Въ одномъ случаѣ могутъ быть совершенно потеряны двигательныя представленія, въ другомъ же они хотя и сохранены, но не могутъ быть возбуждаемы, такъ какъ болѣе не реагируютъ на волевой импульсъ. Въ обоихъ случаяхъ потеряно представленіе. Но легко убѣдиться, что въ первомъ случаѣ наступаетъ полное забвеніе словъ, во

второмъ же преходящее. Бываютъ больные афазіей, которые вовсе неумѣютъ говорить, или такіе, которые покрайней мѣрѣ въ состояніи повторять и читать или только читать. У первыхъ совершенно потеряны двигательныя представленія, у послѣднихъ они отчасти сохранены. Хотя у этихъ произвольной иннерваціей и нельзя болѣе вызвать скрытаго представленія, но его возможно вызвать возбужденіемъ слуха, зрѣнія, осязанія и пр., или же другого какого-нибудь представленія, связаннаго съ недостающимъ.

Обыденная жизнь даетъ намъ массу примѣровъ. Мы желаемъ, напримѣръ, назвать имя (лица) и забыли его; какъ намъ помочь себѣ? Мы представляемъ себѣ (въ умѣ) эту личность, стараемся припомнить ея голосъ, качества, обстоятельства, при которыхъ мы съ ней встрѣчались; нѣкоторые начинаютъ отгадывать и повторять просебя по порядку буквы алфавита; однимъ словомъ, мы прибѣгаемъ ко всѣмъ уловкамъ, которыми пользуются больные афазіей, и припоминаемъ тогда большей частью имя; если это не удается намъ такимъ образомъ, то мы его тотчасъ распознаемъ, какъ искомое, если оно кѣмъ нибудь произносится, и мы съ живостью выражаемъ свое согласіе. Почему же въ нѣкоторыхъ случаяхъ двигательное представленіе такъ трудно воспроизводится? Въ данномъ случаѣ причина кроется 1) въ пониженной возбудимости тѣхъ нервныхъ элементовъ, въ которыхъ заключается представленіе, или 2) въ уменьшенной интензивности импульса, вызывающаго воспроизведеніе. Въ подтвержденіе обоихъ предположеній какъ фізіологія, такъ и патологія представляютъ достаточно примѣровъ. Чѣмъ больше промежутокъ времени между моментомъ, когда представленіе пріобрѣтено, и моментомъ воспроизведенія его, тѣмъ значительнѣе уменьшается возбудимость означенныхъ нервныхъ элементовъ, тѣмъ труднѣе воспроизводить представленіе. Событія, происшедшія третьяго дня, не такъ легко воспроизводятся, какъ вчерашнія.

„Забвеніе отдѣльныхъ фактовъ зависитъ, помимо времени, также отъ ихъ непрочной ассоціаціи, недостаточнаго интереса, съ которымъ они раньше были усвоены, и. т. д.“

„Забывчивость„ напротивъ, касается всѣхъ представлений почти въ одинаковой степени и есть частое явленіе въ старости при общемъ разслабленіи, при разлитыхъ процессахъ въ мозгу, при общихъ расстройствахъ питанія и. т. д.; слѣдуетъ понятно ожидать, что она главнымъ образомъ коснется тѣхъ областей представленій, организація которыхъ по чисто психологическимъ причинамъ уже не прочна. Примѣромъ для перваго предположенія служитъ моторная афазія, какъ ее описываетъ Bastian, примѣромъ для втораго предположенія—такъ называемая амнестическая афазія. Она представляетъ видоизмѣненіе моторной афазіи. Причина амнестической афазіи кроется въ общей пониженной способности воспроизведенія, или не достаточной возбудимости центра Broca. Она принципиально не разнится отъ мот. афазіи. А въ первомъ случаѣ ея нельзя ни куда локализовать, такъ какъ воспроизведеніе есть функція всей мозговой коры.

Вернемся теперь къ изложенію моторной афазіи и постараемся согласовать факты съ только что высказанными взглядами. Разрушительное пораженіе большей частью уничтожаетъ совершенно центръ, такъ что ни ассоціація, ни восприимчивость не въ состояніи возбудить двигательныхъ образовъ рѣчи. Но всетаки въ четырехъ случаяхъ способность повторенія и чтенія вслухъ сохранена, въ остальныхъ же только способность читать вслухъ. Больной Charcot читаетъ путемъ ассоціативной восприимчивости осязанія; такимъ же способомъ находятъ наименованіе предметовъ больные Freund'a, Moeli, Farges'a. Ассоціація между словомъ и мелодіей даетъ возможность больному Grasset'a находить слова посредствомъ иѣнія и. т. д. Больной Grashay'a долженъ упорно смотрѣть на предметъ и только такимъ образомъ у него возникаютъ отдѣльныя буквы, а затѣмъ и все наименованіе предмета. Чего не въ состояніи воспроизводить произвольная иннервація, то удается иногда подъ сильнымъ вліяніемъ аффекта, и больной афазіей, разсерженный, испускаетъ длиннѣйшія проклятія. Раздражающее дѣйствіе крови, измѣнившейся при лихорадкѣ, высказа-

лось въ случаѣ Brown-Sequard'a. Опредѣленіе афазіи, какъ расстройства памяти, объясняетъ также слѣдующіе интересные факты. Бываютъ случаи, когда забываются только собственные имена, которыя, кромѣ одной слабой ассоціаціи съ личностью, не имѣютъ никакой связи съ внѣшнимъ міромъ, въ то время какъ имена нарицательныя труднѣе забываются. Имена существительныя, которыя имѣютъ какое нибудь специальное значеніе, теряются изъ памяти, между тѣмъ какъ понятія о предметахъ, обладающихъ многочисленными ассоціаціями, сохраняются. Какимъ образомъ иногда подсказанныя слова даютъ толчекъ къ возникновенію послѣдовательнаго стройно ассоціированнаго ряда словъ, показываютъ какъ ежедневный опытъ, декламація, такъ и случай, который пришлось наблюдать автору (сохраненіе молитвы).

Число предлоговъ, прилагательныхъ и глаголовъ несравненно меньше, чѣмъ число существительныхъ. Послѣднія повторяются въ рѣчи рѣже и вслѣдствіе этого теряются легче, чѣмъ первые. Что многократное повтореніе имѣетъ значеніе при запоминаніи словъ и цѣлыхъ предложеній, доказывается вышеприведенными примѣрами. Выраженіе или чувство (Gefühlston), съ которымъ были произнесены или услышаны слова, имѣютъ большое вліяніе на воспріятіе ихъ. Поражающее извѣстіе „еще долго раздается въ нашихъ ушахъ“; оскорбительное слово мы не скоро забываемъ. Восклицанія, употребляемыя обыкновенно въ моменты аффекта, вѣроятно, по этой причинѣ запечатлѣваются сильнѣе и не забываются даже при моторной афазіи; а повторныя выраженія, „recurring utterances“, изъ которыхъ мы привели нѣсколько примѣровъ, стали прочнымъ достояніемъ потому, что они впервые были высказаны въ состояніи глубокаго смущенія или сильной боли. Если такимъ образомъ и возможно себѣ легко объяснить рядъ бросающихся въ глаза явленій, то опять таки бываютъ случаи, которые прямо противорѣчатъ нашимъ выводамъ. Что больной забываетъ языкъ, изученный въ позднѣйшемъ возрастѣ, а свой родной языкъ сохраняетъ, объясняется законами памяти (Ribot), которая



легче измѣняетъ позже пріобрѣтеннымъ и болѣе спеціальнымъ познаніямъ.

Но какъ же объяснить себѣ потерю родного языка и сохраненіе позже изученнаго? Гдѣ найти причины такого явленія, когда существительныя свободно произносятся, а глаголы, прилагательныя, мѣстоименія и проч. забыты (I случай Lichtheim'a)?

Разъяснимъ теперь вліяніе моторной афазіи, являющейся слѣдствіемъ ограниченнаго поврежденія, на прочія функціи рѣчи.

Страдающій афазіей обыкновенно не въ состояніи писать, если рука его и не парализована. Это, собственно говоря, не должно насъ удивлять, такъ какъ писаніе есть функція, которая развивается только на основаніи уже раньше пріобрѣтенной способности рѣчи. При писаніи слова постоянно раньше произносятся—ребенокъ и неопытный дѣлаютъ это громко и сознательно, образованный же бессознательно: (я наблюдалъ товарища, который при писаніи дѣлалъ соотвѣтственныя движенія губами). Гораздо труднѣе объяснить явленіе, что пораженные афазіей всетаки могутъ писать. Gowers <sup>1)</sup> предполагаетъ, что въ этихъ случаяхъ путь отъ центра рѣчи къ центру руки остается неповрежденнымъ, путь же ко внутренней сумкѣ и къ другой гемисферѣ прерванъ. Результатомъ этого и является, по его мнѣнію, сохраненіе способности писанія и потеря рѣчи (см. прилагаемый рисунокъ).

Такой случай описанъ Wernicke <sup>2)</sup>.

Однако едвали можно во всѣхъ случаяхъ предположить существованіе такого ограниченнаго пораженія, при которомъ сохранилась бы способность писанія; такіе же случаи, въ которыхъ найдены распространенныя пораженія въ области III лобной извилины, мы можемъ объяснить предположеніемъ Charcot, что въ данномъ случаѣ больной принад-

<sup>1)</sup> Gowers. Handb. d. Nervenkrankheiten. Bd. II. 1892, p. 113.

<sup>2)</sup> Neurol. Centralblatt, Jahrgang V.

лежитъ къ типу пользующихся при мышленіи звуковыми образами. Онъ „слышитъ“ слова, такъ что онъ при писаніи можетъ обойтись безъ центра двигательныхъ образовъ. Тотъ же, который пользуется при письмѣ исключительно двигательными образами, долженъ былъ бы потерять всѣ 4 функціи рѣчи при пораженіи центра Вроса. Пассивная рѣчь, т. е. пониманіе произносимаго, всегда сохранена при моторной афазіи, а способность чтенія довольно часто потеряна. Причиной, вѣроятно, служитъ то, что при чтеніи слова всегда произносятся тихо, и только благодаря переходу оптическихъ образовъ буквъ въ соотвѣтствующіе звуки можно понимать прочитанное. Вслѣдствіе этого можно читать лишь настолько, насколько въ то же время могутъ быть произносимы слова. Хорошій случай представляетъ намъ Parisot: больной могъ читать лишь тѣ слова, которыя онъ умѣлъ произносить.

При парафазіи наблюдается также паралексія.

То, что мы называемъ внимательнымъ чтеніемъ, есть, по моему мнѣнію, ничто иное, какъ напряженіе вниманія, чтобы сосредоточиться на этомъ процессѣ перехода видимаго въ понимаемое. Мы можемъ иногда пробѣгать глазами цѣлую страницу безъ того, чтобы понять хоть одно слово. Мы прочитываемъ ее снова внимательно и тогда лишь понимаемъ. При этомъ мы замѣчаемъ, что оптическое впечатлѣніе порядка словъ намъ кажется знакомымъ, только содержаніе прочитаннаго намъ ново, другими словами: первая половина процесса чтенія повторяется, вторая совершается лишь теперь въ первый разъ.

Моторная афазія часто является одновременно съ правосторонней гемиплегіей, что объясняется смежностью центра Вроса съ моторными центрами руки и ноги въ обѣихъ центральныхъ извилинахъ.

Пораженія внутренней сумки вызываютъ почти всегда одну только гемиплегію (Lichtheim). Психическія функціи остаются неповрежденными, и больныхъ афазіей нельзя съ точки зрѣнія судебной медицины считать невмѣняемыми <sup>1)</sup>.

<sup>1)</sup> В. Ф. Чижъ. Лекціи по судебной психопатологіи, р. 199—204.

Обыкновенныя осложненія моторной афазіи и гемиплегіи другими формами разстройствъ рѣчи объясняются анатомически распредѣленіемъ сосудовъ въ мозговой корѣ. Большинство различныхъ формъ афазіи происходитъ вслѣдствіе тромбоза или эмболіи *Arteriae Fossae Sylvii*. Если тромбъ находится въ начальной части *Art. Fos. Sylv.*, то слѣдуетъ полная афазія; если закупоривается первая вѣтвь, снабжающая III лобную извилину, то слѣдствіемъ этого является моторная афазія. Если тромбъ закупориваетъ одновременно и вторую вѣтвь, снабжающую центральныя извилины, то слѣдствіемъ является какъ афазія, такъ и гемиплегія.

Въ связи съ вышеизложеннымъ упомянемъ объ „оптической афазіи“. Она состоитъ въ томъ, что больные узнаютъ предметы, но не находятъ ихъ названія, глядя на нихъ—а только осяпывая предметъ. Тутъ, повидимому, осязательнѣе впечатленіе должно поддерживать оптическое—такъ какъ послѣднее недостаточно, чтобы вызвать соотвѣтствующее слово.

Эта форма афазіи частію совпадаетъ съ амнестической афазіей, частью она обусловлена поврежденіями въ затылочныхъ доляхъ или въ проводящихъ путяхъ, ведущихъ въ послѣднимъ <sup>1)</sup>. Эта форма встрѣчается довольно рѣдко; оттого мы ограничимся этимъ указаніемъ.

## XII.

### СЛОВЕСНАЯ ГЛУХОТА.

Словесная глухота локализируется по *Wernicke* <sup>2)</sup> въ двухъ заднихъ третяхъ первой и на верхнемъ краю второй лѣвой височныхъ извилинъ. Всѣ почти авторы согласны съ такой локализацией и только въ очертаніи ея нѣсколько расходятся. Случаи, приводимые въ опроверженіе такой локализациі,

---

<sup>1)</sup> *C. S. Freund. Ueber optische Aphasie und Seelenblindheit. Arch. f. Psych. XX. 1889.*

<sup>2)</sup> *Wernicke. Der aphasische Symptomencomplex. Breslau 1874.*

однако не безъ слабыхъ сторонъ. Такъ, напримѣръ, случай K<sup>o</sup>rner'a <sup>1)</sup>, который Kussmaul приводитъ противъ означенной локализациі, хотя и показываетъ разрушеніе переднихъ частей I-й височной извилины, однако „задняя половина“ I-й височной извилины была неповреждена. „Слухъ и пониманіе словъ были сохранены“. Въ другихъ случаяхъ не обращено вниманіе на то, лѣва-ли субъектъ или нѣтъ. Кромѣ того словесная глухота есть разстройство, которое относительно скоро проходитъ и больной можетъ подвергнуться изслѣдованію, когда у него уже больше нѣтъ словесной глухоты; но быть можетъ она существовала раньше и теперь прошла. Если такой случай доходить до секціи, то удивляются, находя гнѣздо въ I-й височной извилинѣ, которое не обнаруживало никакихъ симптомовъ. Второй случай K<sup>o</sup>rner'a ничего не доказываетъ, такъ какъ поврежденіе височной извилины было найдено только справа. По изслѣдованіямъ Sepilli <sup>2)</sup> въ большомъ количествѣ случаевъ словесной глухоты было найдено также пораженіе во второй височной извилинѣ.

Такъ какъ послѣдняя во многихъ случаяхъ встрѣчается неповрежденной, первая же всегда обнаруживаетъ пораженіе, то мы имѣемъ, конечно, полное основаніе придать первой височной извилинѣ особое значеніе для этиологіи словесной глухоты.

Мы должны здѣсь обратить вниманіе на звуковые образы, имѣющіе большое значеніе для словесной глухоты. Они прежде всего пріобрѣтаются при усвоеніи родного языка. Ребенокъ долгое время сперва прислушивается къ словамъ и затѣмъ только постепенно пріучается произносить ихъ подъ вліяніемъ слуховой памяти. При дальнѣйшемъ упражненіи, моторныя представленія переходятъ въ тѣсно опредѣленные координаціи, такъ что исчезаетъ зависимость отъ слуховой памяти.

---

<sup>1)</sup> Körner. Zwei Fälle von grossen erworbenen Defecten im Schläfenlapp. Neurol. Centralbl. 1885, pag. 274.

<sup>2)</sup> Op. cit.

Степень такой самостоятельности у различныхъ субъектовъ различна.

Нѣкоторые могутъ терять звуковые образы безъ вреда для активной рѣчи. У иныхъ вліяніе на активную рѣчь выражается въ томъ, что они путаютъ только отдѣльные слоги, у другихъ наступаетъ парафазія, которая иногда достигаетъ такой сильной степени, что больной ни одного слова не произноситъ вѣрно (жаргонная афазія—Gibberish aphasia англичанъ). Наконецъ произвольная рѣчь можетъ быть даже совсѣмъ потеряна. Такой случай въ самомъ дѣлѣ и наблюдался <sup>1)</sup>. Для другихъ формъ имѣется достаточно примѣровъ. Быть можетъ, степень расстройства активной рѣчи зависитъ отъ степени распространенія гнѣзда въ височной извилинѣ. Ross полагаетъ, что при полной потерѣ активной рѣчи поражены всѣ 3 височныя извилины. I-я височная извилина, по его мнѣнію, находится въ непосредственной связи съ приводящими путями N. acustici, II и III—въ посредственной. Такъ какъ у человѣка пониманіе слышанныхъ словъ развивается въ связи съ чувствомъ слуха, то поражение II и III височныхъ извилинъ, какъ частичное поражение этого центра, повлечетъ за собою только частичную потерю, напротивъ же поражение I-й височной извилины—полную потерю всѣхъ звуковыхъ образовъ. И здѣсь, какъ при моторной афазіи утратятся сперва спеціальныя, а затѣмъ общіе образы памяти. Однако имѣется весьма мало данныхъ, поддерживающихъ такую гипотезу.

Повтореніе словъ въ большинствѣ случаевъ невозможно; но многіе авторы обращаютъ вниманіе на то, что больные часто еще въ состояніи повторять слова, когда ихъ медленно произносятъ.

По теоріи, собственно говоря, повтореніе слышанныхъ словъ должно было бы быть возможнымъ; больной похожъ на Европейца, которому говорятъ фразу на китайскомъ или другомъ, ему вполне чуждомъ, языкѣ. Онъ ничего не по-

---

<sup>1)</sup> Leva. Op. cit.

нимаетъ и не въ состояніи повторить слышанное предложеніе, если оно было сказано съ обыкновенною скоростью; но если ему говорится слово или предложеніе медленно, по слогамъ, то онъ можетъ повторять слова.

По мнѣнію Lichtheim'a и Wernicke, способность повторять слышанное обыкновенно потеряна и только при транскортикальной сенсорной афазіи сохранена. Такое явленіе основано, по ихъ мнѣнію, на перерывѣ пути проводимости въ извѣстномъ мѣстѣ. Но Heubner <sup>1)</sup> и Pick <sup>2)</sup> на основаніи данныхъ вскрытій опровергли предположеніе о существованіи подобной транскортикальной локализациі. Случай Lichtheim'a не подвергся вскрытію. Субкорткальная сенсорная афазія, какъ полагаютъ, характеризуется словесной глухотой при сохраненной рѣчи и обуславливается пораженіемъ пути аА. Но здѣсь не можетъ быть доказанъ особенный проводящій путь для передачи звуковыхъ образовъ, и это разстройство, кажется, основывается скорѣе на ослабленной функціи слухового аппарата вообще. Freud <sup>3)</sup> видитъ причину въ разстройствахъ слуха, которыя именно болѣе всего обнаруживаются при воспріятіи словъ, и онъ доказываетъ это случаями Lichtheim'a (pag. 228), Adler'a <sup>4)</sup> и Arnaud'a.

Въ послѣднее время Pick'омъ <sup>5)</sup> описанъ случай словесной глухоты при ясно выраженной общей глухотѣ, и Bleuler <sup>6)</sup>, на основаніи опыта, приходитъ къ заключенію, „что легкое разстройство слуха въ состояніи уничтожить пониманіе словъ, безъ значительнаго разстройства воспріятія другихъ звуковъ“. Такимъ образомъ трудно рѣшиться принять

<sup>1)</sup> Heubner. Ueber Aphasie. Schmidt Jahrb. 1889. Band. 224. S. 220.

<sup>2)</sup> Pick. Ein Fall von transcorticaler sensorischer Aphasie. Neurol. Centralbl. 1870, № 21.

<sup>3)</sup> Freud. L. C. pag. 73.

<sup>4)</sup> Adler. Neurol. Centralbl. № 10 и 11, 1891.

<sup>5)</sup> Pick. Beitrage zur Lehre von den Stoerungen der Sprache. Archiv für Psychiatrie. Bd. XXIII, 1892, pag. 896. III.

<sup>6)</sup> Bleuler. Zur Auffassung der subcorticalen Aphasieen. Neurol. Centralbl. № 18. 1892.

особенный приводящій путь для рѣчи въ смыслѣ Lichtheim'a, и мы на первыхъ порахъ должны только придерживаться единственной опредѣленной локализаціи въ корѣ I-й височной извилины и въ верхнемъ краю II-й.

Словесная глухота есть потеря памяти для значенія словъ и аналогична физиологическому „забвенію“ языка, на которомъ продолжительное время не говорили. Замѣчательно то, что теряется знаніе всего языка—ни одно слово не сохраняется. Словесно-глухого можно сравнить съ человѣкомъ, къ которому обращаются на совершенно чуждомъ ему языкѣ.

Словесная глухота есть разстройство памяти, чѣмъ объясняются многія особенности этой болѣзни. Изъ нѣсколькихъ языковъ тотъ тѣмъ позже утрачивается, который былъ усвоенъ раньше (Charcot, Bernard).

Что не воспринимается слухомъ, то можно еще понять ассоціативнымъ путемъ (Скворцова и Fränkel). Сохраненія же остатковъ рѣчи, какъ при моторной, или потери извѣстныхъ группъ словъ, какъ при амнестической афазіи, здѣсь, кажется, не существуютъ.

Осложненіе, часто встрѣчающееся при словесной глухотѣ, есть словесная слѣпота. Во многихъ случаяхъ, пораженіе перешло на смежный центръ для словесной слѣпоты, такъ что связь между обѣими болѣзнями понятна. Но если только пораженъ центръ Wernicke, то объясненіе осложненія съ словесной слѣпотой уже нѣсколько затруднительно. Wernicke настаиваетъ на прямой зависимости чтенія отъ невредимости понятія о словѣ, т. е. отъ двигательныхъ и звуковыхъ образовъ рѣчи. Мы уже видѣли, что въ большинствѣ случаевъ это такъ и выходитъ. Въ нѣкоторыхъ же случаяхъ всетаки при словесной глухотѣ сохраняется чтеніе (Girardeau, Скворцова). И здѣсь индивидуальныя различія, кажется, обусловливаютъ степень участія звуковыхъ образовъ при соединеніи оптическихъ впечатлѣній словъ съ пониманіемъ ихъ.

Если больной принадлежитъ къ типу тѣхъ, которые пользуются при мышленіи зрительными представленіями, то у

него словесная глухота не повліяетъ на способность чтенія; напротивъ у индивидуума, мыслящаго съ помощью звуковыхъ образовъ, чтеніе при словесной глухотѣ будетъ прекращено. Разстройства писанія и здѣсь идутъ параллельно съ разстройствами произвольной рѣчи.

Осложненіе словесной глухоты гемиплегіей, понятно, рѣже, чѣмъ при моторной афазіи, такъ какъ моторная сфера находится вблизи центра Броса, и поэтому легко поражается. Почти постоянное осложненіе словесной глухоты съ словесной слѣпотой основывается на томъ, что оба центра снабжены 4-ой и 5-ой вѣтвями *art. fossae Sylviae*, мѣста развѣтвленія которыхъ близки другъ къ другу и такимъ образомъ могутъ легко быть закупорены однимъ и тѣмъ же тромбомъ. Слѣдствіемъ этого должно явиться размягченіе зависящихъ отъ нихъ частей мозга. При кровоизліяніи поврежденіе легко можетъ задѣвать смежные центры. Психическія функціи въ общемъ остаются неизмѣненными при этомъ поврежденіи; но такъ какъ съ больнымъ нельзя сговориться, то иногда очень трудно исключить психическое разстройство.

Словесная глухота раньше, должно быть, часто и смѣшивалась съ психозами и по этой причинѣ такъ поздно распознали это разстройство рѣчи.

### ХІІІ.

#### СЛОВЕСНАЯ СЛѢПОТА.

Словесная слѣпота есть разстройство, осложняющееся весьма часто словесной глухотой, а иногда даже моторной афазіей. Поэтому, задача находить особенный центръ для словесной слѣпоты не легкая. Случаи словесной слѣпоты, которые не обнаруживали-бы при секціи какихъ либо осложненій и которые давали бы строго ограниченныя гнѣзда, очень рѣдки.



Поэтому большинство авторовъ не легко рѣшается видѣть этиологию словесной слѣпоты въ пораженіи извѣстнаго центра. По мнѣнію Charcot, поврежденіе при словесной слѣпотѣ локализуется въ нижнемъ lobus parietalis съ участіемъ или безъ участія gyrus angularis. „Но, говорить онъ, мы крайне осторожно рѣшаемся на допущеніе такой локализаци. Ballet <sup>1)</sup> считаетъ преждевременнымъ высказаться окончательно относительно этого. Сильный толчекъ этому вопросу дали изслѣдованія Naunyn'a <sup>2)</sup>, который пришелъ къ тому заключенію, что мѣсто перехода gyrus angularis въ lobus occipitalis находится въ связи съ оптической формой сенсорной афазіи; о которой пока еще мало извѣстно. Относительно, проводящихъ путей зрительнаго нерва мы знаемъ только то, что они оканчиваются въ корѣ lobi occipitalis. Путь ихъ проходитъ черезъ Tracti optici, Thalami и волокна, идущія отъ нихъ черезъ пучки Gratiolet'a къ lobus occipitalis.

Въ каждомъ lobus occipitalis получаютъ свѣтотыя впечатлѣнія, идущія отъ противоположной половины поля зрѣнія. Предметы воспринимаются и узнаются. Это только тогда возможно, если каждый lobus occipitalis соотвѣтствуетъ обѣимъ половинамъ поля зрѣнія; и мы въ самомъ дѣлѣ видимъ, что между обѣими затылочными долями существуетъ связь—*commissura cerebri anterior*, благодаря которой каждому lob. occipitalis передаются также свѣтотыя впечатлѣнія, идущія изъ той же самой половины поля зрѣнія. Поэтому легкое поврежденіе въ обѣихъ затылочныхъ доляхъ должно вызвать душевную слѣпоту (*Seelenblindheit*), т. е. больной, хотя и получаетъ свѣтотыя впечатлѣнія, но онъ ихъ не въ состояніи воспринять. По Nothnagel'ю, послѣднія получаютъ въ первой затылочной извилинѣ и въ *Cuneus*. При поврежденіи этихъ частей на лѣвой сторонѣ не можетъ быть воспринимаемъ свѣтъ, идущій съ противоположной половины поля зрѣнія, т. е. съ лѣвой;

---

<sup>1)</sup> Цит. по Ballet, 1890, pag. 177.

<sup>2)</sup> Naunyn и Nothnagel. Zur Localisation der Gehirnkrankheiten. VI. Congr. f. inn. Med. pag. 144.

происходитъ правосторонняя геміанопсія. Gowers нѣсколько не согласенъ съ этимъ взглядомъ: онъ относитъ элементы, поражение которыхъ вызываетъ душевную слѣпоту, къ задней части темянной доли. По его мнѣнію, въ этомъ мѣстѣ происходитъ сліяніе буквенныхъ образовъ съ ихъ значеніемъ. Этимъ самымъ онъ приближается къ тому мнѣнію, которое высказали въ послѣднее время на основаніи тщательныхъ наблюденій надъ случаями словесной слѣпоты Déjérine <sup>1)</sup> и Sérieux <sup>2)</sup>. Они именно находятъ локализацию свѣтовыхъ образовъ буквъ въ *Gyr. angularis* лѣваго полушарія. Оптическое воспріятіе послѣднихъ происходитъ, говорятъ они, въ затылочной долѣ; отсюда свѣтовые впечатлѣнія проходятъ въ *Gyr. angularis* и тутъ-то они узнаются, какъ буквы, и читаются. Изъ прилагаемой схемы III это видно. Кора лѣвой затылочной доли воспринимаетъ впечатлѣнія отъ правой половины поля зрѣнія; отсюда они проходятъ въ лѣвый *Gyrus angularis*; туда же проводятся свѣтовые впечатлѣнія отъ лѣвой половины поля зрѣнія посредствомъ *commissura cerebri anterior* изъ правой затылочной доли. Каждая затылочная доля получаетъ прямо свѣтовые впечатлѣнія посредствомъ пучковъ Gratiolet'a. Предположимъ, что лѣвый *Tractus opticus* (на схемѣ черный) прерванъ вслѣдствіе какого-либо поражения: это повлечетъ за собою гомонимную правостороннюю геміанопсію (въ черной половинѣ поля зрѣнія). Но при этомъ нѣтъ словесной слѣпоты, такъ какъ буквы, видимыя правосторонней ретиной проводятся комиссурой къ *Gyr. angularis*, а въ немъ они узнаются. Пораженіе *Thalami* или волоконъ, идущихъ отъ него, а также пораженіе мозговой коры затылочной доли даютъ подобныя явленія. Напротивъ же по-

<sup>1)</sup> Déjérine. Sur un cas d'aphasie sensorielle. *Compt. rend. de la Soc. de Biol. Mars.* 1891.

Ergo же. Sur la localisation de la cécité verbale. *Compt. rend. de la Soc. d. Biol.* 1892.

<sup>2)</sup> Sérieux. Cécité verbale avec agraphie. *Compt. rend. Jan.,* 1892.

Ergo же. Des diverses formes d'agraphie etc. *Gaz. méd de Paris.* 1892.

лучается двухсторонняя геміанопсія, т. е. совершенная корковая слѣпота при пораженіи коры обѣихъ затылочныхъ долей. Чрезвычайная рѣдкость двухсторонней геміанопсіи говорить за то, что причина заключается въ корѣ обѣихъ затылочной долей; наблюденія надъ животными подтверждаютъ это <sup>1)</sup>). Пораженіе *Cyrg. angularis sin.* повлечетъ за собой уничтоженіе памяти для образовъ печатныхъ и письменныхъ буквъ: больной иногда видитъ ихъ, но не понимаетъ, слѣдствіемъ чего является словесная слѣпота.

Какъ видно, послѣдняя не всегда должна быть связана съ геміанопсіей. Если пораженіе ограничивается только центромъ и не касается волоконъ, то не происходитъ геміанопсіи. Больной видитъ обѣ половины поля зрѣнія; онъ видитъ, узнаетъ всѣ предметы, а буквы кажутся ему какими-то непонятными знаками. Но очень часто такое пораженіе въ *Cyrgus angularis* вызываетъ кромѣ словесной слѣпоты и аграфію. Это объясняется тѣмъ, что больные теряютъ изъ памяти оптическія образы буквъ, которыя необходимы какъ при чтеніи, такъ и при писаніи. При такой потерѣ больной походитъ на челоуѣка, никогда не обладавшаго этой памятью, т. е. никогда не умѣвшаго ни писать, ни читать. Но не всегда словесная слѣпота сопровождается аграфіей. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ больной въ состояніи писать, но онъ не можетъ прочесть имъ же написанное. Тутъ память для буквенныхъ образовъ еще сохранилась, но для чтенія больной ими пользоваться не можетъ, такъ какъ со стороны оптическаго аппарата они не воспроизводятся. Въ такихъ случаяхъ мы видимъ мѣсто пораженія при  $\alpha$  (ср. схему III). Сообщение центра въ *Cyrg. angularis* съ внѣшнимъ міромъ прервано, такъ какъ главнѣйшій путь проводимости къ нему—лѣвый пучекъ Gratiolet'a и соединеніе его съ правымъ полушаріемъ—разрушено. Но возможно еще воспроизведеніе ихъ со стороны слухового, осязательнаго и другихъ центровъ, или благодаря внутреннему воз-

---

<sup>1)</sup> Gowers. *Loc. cit.*

бужденію со стороны всего мозга: больной можетъ пользоваться буквами для писанія, а иногда даже и для чтенія.

При этомъ, конечно, существуетъ также правосторонняя геміанопсія, такъ какъ лѣвый оптический путь къ корѣ затылочной доли прерванъ. Теперь должно быть понятно, почему словесная слѣпота такъ часто осложняется правосторонней геміанопсіей; вѣдь пораженіе въ этой области вслѣдствіе существующихъ здѣсь анатомическихъ условій бываетъ довольно значительно, если кровоизліяніе изъ вѣтви артеріи *Fossae Sylvii* или *Embolus* въ ней привели къ размягченію мозга.

Изъ вышеизложеннаго мы приходимъ къ слѣдующимъ заключеніямъ <sup>1)</sup>:

1. Пораженіе оптическаго рѣечевого центра даетъ словесную слѣпоту и аграфію.

2. Пораженіе оптическаго речевого центра даетъ словесную слѣпоту безъ геміанопсіи, если пораженіе ограничивается только сѣрой корой; если же оно простирается глубже и достигаетъ пучковъ *Gratiolet'a*, то получается и геміанопсія.

3. Пораженіе оптическаго центра въ корѣ затылочной доли даетъ правостороннюю геміанопсію, но не словесную слѣпоту, такъ какъ оптической словесный центръ въ лѣвомъ полушаріи находится въ связи съ оптическимъ центромъ въ правомъ полушаріи.

4. Пораженіе бѣлаго вещества затылочной доли, расположенное въ такомъ мѣстѣ, что оно поражаетъ волокна, идущія отъ обѣихъ затылочныхъ долей къ *Gyr. angularis*, вызываетъ словесную слѣпоту, но не аграфію. Но такъ какъ такое пораженіе вмѣстѣ съ тѣмъ и коснется пучковъ *Gratiolet'a*, то одновременно съ первой должна произойти и геміанопсія.

*Déjérine* <sup>2)</sup> описываетъ одинъ случай словесной слѣпоты, соединенной съ геміанопсіей. Но за десять дней до смерти

<sup>1)</sup> *Wyllie*. On the disorders of speech. *Edinb. Med. Journ.* 1893—1894, p. 503....

<sup>2)</sup> Цит. по *Wyllie*.

вдруг присоединилась аграфія (паралича или расстройства сознания не было). Вскрытіе показало въ лѣвомъ полушаріи слѣдующее: 1) старое гнѣздо размягченія въ *Cuneus* и *Gyrus occipitalis*, которое простиралось вглубь и прорѣзало волокна изъ правой затылочной доли къ лѣвому *Gyrus angularis* и 2) свѣжее пораженіе въ области *Gyrus angularis supra-marginalis*.

Въ двухъ случаяхъ, описанныхъ *Wyllie*, существуетъ словесная слѣпота безъ аграфіи при пораженіи затылочной доли.

Границы центра словесной слѣпоты у всѣхъ авторовъ, допускающихъ таковой центръ, одинаково опредѣлены. Всѣ авторы согласно указываютъ, что этотъ центръ занимаетъ извилину вокругъ I-го *Sulcus temporalis gyrus angularis*; только *Naunyn* присоединяетъ сюда еще извилину, переходящую въ затылочную долю.

Изъ всѣхъ теорій о словесной слѣпотѣ вышеописанная кажется болѣе всего соотвѣтствующей дѣйствительности. Между зрительными образами и двигательными образами писанія существуетъ непосредственная связь, такая же, каковая, по нѣмецкимъ авторамъ, существуетъ между двигательными и звуковыми образами устной рѣчи. Но, принимая послѣднюю только условно, мы охотно соглашаемся съ *Déjérine*'омъ, который ставитъ способность писать въ зависимость отъ сохраненія памяти для буквенныхъ изображеній. Пораженіе центра *Wernicke* почти никогда не уничтожаетъ активной рѣчи, оно вызываетъ только расстройство ея въ болѣе или менѣе сильной степени, и то не всегда. Но пораженіе центра въ *Gyrus angularis* совершенно уничтожаетъ способность писать. (Возможность вторичнаго усвоенія писанія и развитіе его въ другомъ полушаріи не исключается).

Эти факты вполне согласуются съ нашими психологическими наблюденіями. Зависимость произвольной рѣчи отъ сенсорной почвы, на которой она развивается, гораздо меньше зависимости произвольнаго писанія отъ его сенсорной почвы.

Рѣчью своею мы обыкновенно пользуемся гораздо дольше и чаще, чѣмъ письмомъ; поэтому словесные образы гораздо глубже успѣли вкорениться въ памяти, чѣмъ письменные. Для писанія требуется больше созванія, чѣмъ для рѣчи. Мы говоримъ и при этомъ иногда думаемъ о другомъ, между тѣмъ какъ на письмѣ мы должны сосредоточить все наше вниманіе. Стоитъ только хоть немного забыться, какъ мы описываемся и вообще далѣе писать не можемъ. Безсознательное писаніе невысказано.

Словесная слѣпота, какъ и словесная глухота и моторная афазія, представляетъ также иногда отклоненія отъ общаго типа. Иногда бываетъ, что центръ письменныхъ образовъ не вполне разрушенъ. Многочисленные факты говорятъ за то, что и здѣсь бываетъ ослаблена возбудимость центра. Последнюю можно предполагать по вышеизложенному въ такихъ случаяхъ, гдѣ существуетъ только словесная слѣпота, т. е. безъ аграфіи.

Словесная слѣпота есть потеря памяти для письменныхъ образовъ. И здѣсь мы для объясненія формъ, уклоняющихся отъ общаго типа, пользуемся общими законами, существующими для памяти. Центръ для письменныхъ образовъ можетъ быть возбуждаемъ путемъ ассоціаціи, такъ что больной въ состояніи читать другимъ способомъ. Больной Bernard'a, сшивая письменные образы, способенъ понимать ихъ: онъ переписываетъ ихъ на свою руку и уже благодаря чувству осязанія онъ понимаетъ слово. Въ другомъ случаѣ больной могъ прочесть слово въ строкѣ, послѣ того какъ оно было произнесено кѣмъ нибудь <sup>1)</sup>. Гласныя, которыя чаще встрѣчаются въ рѣчи, чѣмъ согласныя, будутъ тѣмъ скорѣе узнаваться и читаться больнымъ. Больной Bernard'a узнавалъ буквы х и у только тогда, когда онѣ находились въ словахъ. Больной Ross'a читалъ слова, не понимая ихъ связи.

<sup>1)</sup> Bernheim. Contribution à l'étude de l'aphasie. Revue de Med. 1885, pag. 625.

Какъ слова, которыя болѣе часто употребляются въ рѣчи, они лучше вкоренились въ памяти, но комбинаціи ихъ для выраженія какой нибудь мысли была для больного совершенно нова, поэтому словъ связныхъ онъ не могъ понять.

Подобнымъ образомъ объясняется то, что иногда отдѣльныя буквы понимаются, но не сочетаніе ихъ въ словахъ. Буквы встрѣчаются въ рѣчи гораздо чаще, чѣмъ слова: буквъ только 30, словъ же много тысячъ.

Мы, значить, пришли къ тому заключенію, что объясняемъ согласно Wernicke субкортикальную алексію перерывомъ на извѣстномъ пути *opticus'a*. Напротивъ, транскортикальная алексія объясняется существованіемъ пораженія въ *Gyr. angularis*.

Такъ называемую „verbale“ алексію вслѣдствіе разрушенія понятія о словѣ, которую Wernicke объясняетъ перерывомъ въ проводящихъ путяхъ, мы распознали какъ, хотя частое, но не постоянное осложненіе кортикальной сенсорной или моторной афазіи. Вспомнимъ только, что значеніе звуковыхъ образовъ для рѣчи у различныхъ лицъ неодинаково; функціональное преимущество звуковыхъ образовъ дѣлается еще болѣе сомнительнымъ, если принять во вниманіе, что алексія по чисто анатомическимъ условіямъ должна такъ часто осложняться словесной глухотой.

Распредѣленіе сосудовъ въ мозгу указываетъ намъ, что кровоизліаніе изъ вѣтви 4 *art. fossae Sylviae* поражаетъ какъ кору I-go *sulci temporalis*, такъ и *Gyr angularis*. Тромбъ или эмболъ на мѣстѣ развѣтвленія 4 и 5 вѣтви должны вести къ размягченію обоихъ центровъ, а на мѣстѣ развѣтвленія, какъ извѣстно, обыкновенно и локализируются тромбы или эмболы. Объ осложненіи словесной слѣпоты моторной афазіей мы говорили при описаніи послѣдней.

(Окончаніе слѣдуетъ)