

Изъ клиники нервныхъ болѣзней Новороссійскаго Университета
проф. Н. М. Попова.

Къ вопросу объ апраксии и смежныхъ съ нею разстройствахъ.

Прив.-доц. В. Н. ОБРАЗЦОВА.

Далеко не новый, но по прежнему полный самого живого интереса, вопросъ объ разстройствахъ рѣчи, чтенія и письма за послѣдніе годы началъ освѣщаться съ нѣскольکو иной точки зрѣнія, а именно съ точки зрѣнія утраты или ослабленія подъ вліяніемъ болѣзненнаго процесса тѣхъ привычныхъ двигательныхъ актовъ, которые, какъ необходимые элементы, входятъ въ сложный процессъ рѣчи внутренней, рѣчи звуковой и рѣчи матеріализированной, т. е. письма.

Ученіе объ афазіи включаетъ въ себя разстройства письма и чтенія; въ видѣ примѣчанія, если можно такъ выразиться, находятся тамъ указанія на разстройства дѣйствій, ранѣе объясняемыя утратой представленій о назначенія предмета, а теперь утратой представленій о цѣли или самаго движенія, необходимаго для достиженія цѣли.

Liermann, Бехтеревъ, Pick, Kleist и др. подняли вопросъ объ апраксии на должную высоту и отмѣтили его клиническое значеніе въ симптоматологіи тѣхъ формъ нервного страданія, которыя сопровождаются пораженіемъ опредѣленныхъ участковъ головного мозга.

Казуистическій матеріалъ апраксіи еще не великъ, но онъ съ убѣдительностью доказываетъ, что она имѣетъ право занять видное мѣсто на ряду съ афазіей и, что для выясненія послѣдней, нельзя оставлять безъ вниманія самой апраксіи, если подъ этимъ именемъ разумѣть не узко понимаемое разстройство въ пользованіи предметами, а разстройство цѣлевыхъ движеній, не предопредѣляя заранѣе, чѣмъ это цѣлевое движеніе должно быть выражено словомъ, чтеніемъ, письмомъ, работой, мимикой, движеніемъ, употребленіемъ какого либо предмета въ дѣло и т. п.

Еще большій интересъ является въ этомъ вопросамъ тогда, когда разстройства афатического и апрактического характера встрѣчаются одновременно. Выясненіе ихъ взаимныхъ отношеній другъ къ другу,—это серьезная задача, которую ставитъ себѣ современная невропатологія.

Вотъ почему мы не можемъ умолчать о случаѣ, подвергнутомъ нашему клиническому наблюденію, полагая, что описаніе его не отяготитъ казуистики, а въ особенности, если принять во вниманіе чрезвычайно интересную комбинацію, встрѣчающихся въ немъ вышеупомянутыхъ разстройствъ.

Исторія болѣзни. 24 января 1912 года съ домашняго амбулаторнаго приѣма проф. Н. М. Попова былъ направленъ для помѣщенія въ клинику больной К—хъ.

Семейный и личный анамнезъ его заключается въ слѣдующемъ. Отецъ умеръ 65 лѣтъ, въ концѣ жизни страдалъ параличемъ; мать умерла отъ апоплексіи. Въ семьѣ, кромѣ больного, имѣются еще одинъ братъ и двѣ сестры,—въ общемъ здоровые люди, но сестры страдаютъ сильными головными болями. Дядя со стороны матери въ возрастѣ, когда ему было 15 лѣтъ, страдалъ припадками и скончался отъ какого-то мозгового заболѣванія. Ни мать, ни отецъ водки не пили; выкидышей у матери не было.

Больной рожденъ былъ въ срокъ, въ дѣтствѣ развивался правильно. Обучаться грамотѣ сталъ съ 8 лѣтъ, отличался способностями средними, будучи лѣнивъ. Половой жизнью

пользуется съ 18—19 лѣтъ, не злоупотребляя ею. Въ бракъ вступилъ 21 года, имѣеть сейчасъ 3 совершенно здоровыхъ дѣтей; выкидышей у жены не было.

Изъ перенесенныхъ болѣзней отмѣчается на 16 году тифъ, въ эти же годы подвергался паденію (ушибъ головы), безъ потери сознанія. Два года тому назадъ у него появились астматическіе припадки и сильныя носовыя кровоточенія. Сифилисъ и другія венерическія заболѣванія категорически отрицаются. За полгода до настоящаго заболѣванія у него наблюдались сильныя головныя боли.

Въ настоящее время больному 40 лѣтъ, по національности онъ нѣмецъ, занимается писмеводствомъ, исполняя должность писаря при сельскомъ управленіи.

Заболѣваніе, приведшее его въ клинику, развивалось, по словамъ больного, сразу, недѣли двѣ тому назадъ при слѣдующихъ обстоятельствахъ. Больной отправился во дворъ своего дома для выполненія естественной надобности. Возвращаясь оттуда и пройдя половину двора, онъ почувствовалъ темноту въ глазахъ, головокруженіе и состояніе близкое къ обмороку. Это затруднило его движеніе, но тѣмъ не менѣе онъ самостоятельно добрался до крыльца и тутъ замѣтилъ, что не знаетъ, какъ ему совершить дальнѣйшій путь, подняться на ступеньки крыльца и т. д. Его растерянность была замѣчена домашними и онъ уже съ помощью другихъ довершилъ путь. Въ это время, какъ сообщаетъ больной, онъ видѣлъ окружающіе его предметы, сознавалъ что ему нужно выполнить, но „не могъ направиться туда, куда хотѣлъ“. Это своеобразное расстройство движеній увеличивалось въ продолженіи 3—4 дней и достигло такихъ размѣровъ, что больной предпочиталъ болѣе оставаться въ постели, а если приходилось совершать движенія, то принужденъ былъ пользоваться услугами провожатаго, который водилъ его, слегка потягивая за руку.

Теряясь въ догадкахъ отчего это происходитъ, больной считалъ это даже за „слѣпоту“, но поражался однако, тому обстоятельству, что, хотя онъ и дѣлаетъ все, какъ слѣпой, но въ то же время и видитъ. Онъ полагалъ, что терминъ— „слѣпота“ болѣе всего подходитъ для обозначенія его болѣзни.

Спустя недѣлю послѣ развитія вышеуказанныхъ явленій,

онъ пріѣхалъ въ Одессу и обратился за совѣтомъ къ проф. Н. М. Поцову. Явился онъ на пріемъ въ сопровожденіи двухъ лицъ, которые ввели его въ кабинетъ какъ слѣпого, но тотчасъ же изъ распросовъ можно было убѣдиться, что больной все прекрасно видитъ и вполне отдаетъ отчетъ въ окружающей его обстановкѣ.

При объективномъ изслѣдованіи больного въ клиникѣ было найдено слѣдующее: больной выше средняго роста, удовлетворительнаго тѣлосложенія и питанія. Активные движенія по объему можно считать достаточными, но правая рука и правая нога при изслѣдованіи грубой мышечной силы нѣсколько слабѣе лѣвой. Въ лицѣ легкая ассиметрія: правая носогубная складка удлинена и слажена, правый уголокъ рта немного отстаетъ при показываніи зубовъ отъ лѣваго. Со стороны пассивныхъ движеній ничего неправильнаго не обнаружено; произвольныхъ движеній нѣтъ. Рефлексы съ колѣнной чашечки повышены, (пожалуй, едва живѣе съ правой стороны), съ сухожилій руки не получаютъ; кожные и со слизистыхъ оболочекъ нормальны; чувствительность кожи на всѣ виды совершенно нормальна; глубокое мышечное чувство не нарушено. При изслѣдованіи органа зрѣнія специалистомъ—офтальмологомъ найдено: правый зрачекъ слегка шире лѣваго; реакція на свѣтъ вяловата, лѣвая—реакція живая, реакція содружественная и на аккомодацию сохранена, движенія глазъ правильны. При офтальмоскопированіи никакихъ уклоненій; при изслѣдованіи периметромъ найдено суженіе поля зрѣнія, незначительное, но своеобразное: для ощущеній выпали въ большей мѣрѣ верхнія части сѣтчатки.

При изслѣдованіи внутреннихъ органовъ нужно отмѣтить, что у больного имѣется пресистолическій шумъ сердца и увеличеніе границъ сердечной тупости. Моча патологическихъ частей не содержитъ.

Такимъ образомъ, при поступленіи больного подъ наше наблюденіе у него можно было констатировать слабый парезъ правой половины тѣла, настолько мало выраженный, что самъ больной даже не обратилъ на него вниманія, сосредоточившись единственно на разстройствахъ движенія. Кромѣ этого его

особенно смущало и слѣдующее обстоятельство: онъ потерялъ способность опредѣлять по часамъ время.

Больной былъ подвергнутъ всестороннему изслѣдованію и наблюденію за беспокоящими его симптомами, при чемъ резюмируя результаты изслѣдованій можно было придти къ слѣдующимъ выводамъ.

Въ сферѣ активныхъ движеній ненормальность выступила у больного лишь тогда, когда онъ для движенія ставилъ какую либо сознаваемую имъ цѣль; во всѣхъ остальныхъ случаяхъ никакой неправильности не наступало. Изъ самонаблюденій онъ приводитъ напр., что, встрѣчаясь на улицѣ съ экипажемъ, онъ естественно испытывалъ необходимость принять то или иное положеніе, чтобы не попасть подъ лошадь, но не знаетъ, какъ это нужно сдѣлать, какъ повернуть въ сторону, не знаетъ, въ какую сторону нужно сдѣлать поворотъ и т. п. Въ первые дни пребыванія въ клиникѣ онъ, возвращаясь въ свою палату, принималъ ложное направленіе, сознавая, что уйдетъ не туда, куда слѣдуетъ, такъ какъ замѣчаетъ, что окружающая его обстановка иная; если больного попросить произвести, какой либо двигательный актъ, для выполнения котораго ему необходимо имѣть въ виду конечную цѣль, то онъ его выполняетъ съ большими затрудненіями или неправильно. Напримѣръ просьбу положить книгу на столъ онъ понимаетъ, но какъ бы ловить ее въ воздухѣ, чтобы взять изъ рукъ и класть на столъ такимъ образомъ, что положеніе книги оказывается чрезвычайно неудобнымъ, способъ же выполнения движеній таковъ, какъ можетъ выполнить это ребенокъ, непривыкшій къ движеніямъ. Когда больному предлагаютъ сѣсть на стулъ, то онъ дѣлаетъ это съ усиліями, приспособляя повороты тѣла къ необходимости выполнить предложенную ему задачу. Въ самомъ началѣ заболѣванія у него всѣ эти явленія наблюдались въ болѣе рѣзкой степени, при чемъ даже была утрачена возможность пользоваться пред-

метами домашняго обихода, онъ не могъ одѣться, раздѣться, не зная, какъ выполнить этотъ актъ.

Кромѣ этого слѣдуетъ отмѣтить, что у больного возможно было наблюдать аналогичныя явленія въ сферѣ поворотовъ головы. Когда приходилось его окликнуть, то прежде чѣмъ фиксировать свой взглядъ на говорящемъ, онъ долженъ былъ нѣкоторое время искать необходимое направленіе, поворачивая голову въ ту и другую сторону.

Только что указанныя явленія существовали очень не долго: мы ихъ могли наблюдать въ клиникѣ въ теченіе 1—2 дней и больной самъ замѣчалъ быстрое исчезновеніе ихъ.

Въ первые же дни пребыванія въ клиникѣ у него отмѣчалась утрата способности пользоваться часами. Прогрессивное улучшеніе этого симптома являлось даже для него показателемъ приближающагося поправленія, благодаря этому онъ многократно испытывать себя, держа часы почти постоянно передъ собою.

Явленіе это тоже мало-по-малу за время пребыванія больного въ клиникѣ сгладилось.

Монеты больной опредѣляетъ точно.

Кромѣ этого была обнаружена утрата способности читать нотные знаки и утрата способности играть на роялѣ.

Слѣдуетъ имѣть въ виду, что больной воспитывался въ училищѣ, гдѣ преподавалась музыка, самъ играетъ на корнетѣ, а на пѣянино давалъ уроки своему сыну. Опытъ изслѣдованія его музыки, далъ абсолютно отрицательные результаты: больной ничего не могъ сыграть на пѣянино, не ориентируясь совершенно въ клавиатурѣ, не могъ перенести на клавиатуру, глядя на ноты, ни одного нотнаго знака и даже назвать по тетрадѣ ноту.

Этотъ симптомъ все время остается стойкимъ.

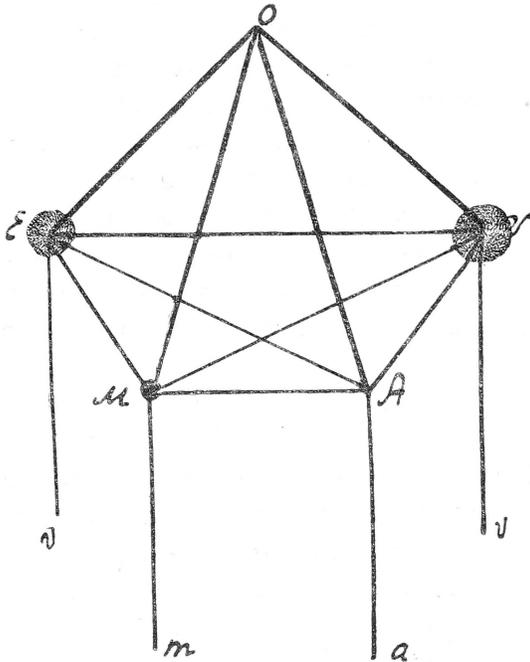
Пострадавшими оказались рѣчь, чтеніе и письмо, правда не въ одинаковой мѣрѣ.

Больной говоритъ связно, но съ нѣкоторымъ затрудненіемъ, какъ бы подбирая слова. Хотя онъ по національности нѣмецъ, но по русски говорилъ всегда свободно, не хуже чѣмъ по нѣмецки. Въ началѣ можно было наблюдать, что показанный ему предметъ больной не всегда способенъ назвать, видимо нѣкоторые двигательные образы слова были у него утеряны, но явленія эти были, нужно сказать, не рѣзко выражены и скоро совершенно исчезли. Повтореніе словъ возможно; дѣлаегъ это больной безъ какихъ либо затрудненій.

Чтеніе больного пострадало существенно. По отдѣльности онъ узнаегъ каждую букву и называетъ ее правильно, но при чтеніи нѣкоторыхъ словъ онъ совершенно не въ состояніи ихъ произнести правильно, и съ каждымъ произношеніемъ, пропускаегъ слова, переставляетъ ихъ. Кромѣ того, онъ, самымъ тщательнымъ образомъ, слѣдя за строками, начинаетъ читать на одной строкѣ и переходитъ на другую, при чемъ замѣчаетъ, что читаетъ не то, что нужно, такъ какъ выборъ строки и фиксированіе на ней своего взора является для него затруднительнымъ. Слѣдуетъ замѣтить, что явленія эти одинаково наступаютъ при чтеніи какъ мелкаго, такъ и крупнаго шрифта.

Письмо больного обладаетъ своеобразными особенностями. Прежде всего на себя обращаетъ вниманіе манера писать. По словамъ больного, когда онъ былъ здоровъ, актъ письма не являлся для него затруднительнымъ: онъ писалъ по немѣцки и по русски бойко и относительно красиво. Въ настоящее же время актъ письма выполняется очень неумѣло, неуклюже, по-дѣтски. Перо (ручка) иногда берется въ руки неправильно, вогнутой стороной бываетъ повернута вверхъ, а не къ плоскости бумаги. Кромѣ того больной видимо не достаточно ориентированъ въ томъ пространствѣ, на которомъ ему надлежитъ писать, начиная письмо настолько близко къ краю, что часть буквы пишется имъ на столѣ; равнымъ образомъ, оканчивая строку, онъ не сообразуется съ мѣстомъ и

продолжаетъ писать, стараясь уместить письменный знакъ близъ только что написаннаго. Ассиметрія письма наблюдается и въ вертикальномъ *направленіи*. Строки и буквы идутъ то вверхъ, то внизъ, одна выше другой. Когда ему удается удержаться приблизительно *направленія* строкъ, то одно слово онъ долженъ отставлять отъ другого. Предложенную ему задачу написать что либо между двухъ, заранѣе начертанныхъ, строкъ выполнить ему не удастся: буквы не подчиняют-



ся указанному *направленію*. Можно считать характернымъ то замѣчаніе, которымъ сопровождается больной свою работу: „не знаю, куда поставить эту букву“.

Только что указанная особенность письменной работы остается неизмѣнной при всякаго рода задачахъ предлагаемыхъ больному.

Самостоятельное письмо выполняется больнымъ съ явными дефектами. Нѣкоторыя буквы не могутъ быть имъ выполнены. Онъ не могъ написать свое имя по нѣмецки потому, что забылъ какъ пишется нѣмецкое „А“. Нѣкоторый дефектъ замѣчается въ выполненіи буквъ и русскаго алфавита.

Письмо подъ диктовку тоже является разстроеннымъ; оно рѣзко страдаетъ орфографическими ошибками.

Списываніе съ книги тоже пострадало. При сопоставленіи образчиковъ письма, можно было сдѣлать выводъ, что самостоятельное письмо, пожалуй, менѣе пострадало, чѣмъ списываніе или письмо подъ диктовку.

Такимъ образомъ у нашего больного можно было діагносцировать: *Hemiparesis sinistra, aphasia, alexia, agraphia, arachia*; послѣдніе три симптома, но въ значительно меньшей степени, остались у него и въ моментъ выписки изъ клиники.

Мы позволимъ себѣ нѣсколько подробнѣе остановиться на этихъ симптомахъ, а также и на ихъ взаимоотношеніяхъ, но сначала набросаемъ общую психологическую схему этихъ разстройствъ:

Рѣчь больного, по крайней мѣрѣ въ началѣ страданія, была разстроена: онъ не всегда былъ въ состояніи назвать предлагаемый ему предметъ. Симптомъ этотъ исчезъ настолько быстро, что намъ почти не удалось наблюдать его. Можно сдѣлать лишь предположеніе, что у больного пострадалъ или путь ОМ (см. рисун. на стр. 8) или центръ М. Повторять слова онъ могъ, слѣдовательно путь МА является цѣлымъ; больной могъ со словами связывать понятія,—цѣлость пути МО.

При чтеніи мы наблюдали разстройства. Зрѣніе не могло служить препятствіемъ (VV незатронуть), но путь VM нужно считать разстроеннымъ, т. е. зрительный образъ не передавался правильно на двигательный образъ слова. Но судя по тому, что повтореніе словъ было безпрепятственно, нужно думать, что разстройства касались или пути MV или самого V.

Письмо тоже разстроено. Однако нужно принять во вниманіе, что произвольно больной пишетъ лучше, чѣмъ списываетъ, изъ чего можно заключить, что путь ОЕ свободенъ, списываетъ плохо,—значить путь VE затрудненъ, при чемъ разстройства прежде всего нужно поставить въ связь съ утратой зрительныхъ образовъ, т. е. изъ предыдущаго видно, что V пострадало. Но этого мало, если бы дѣло было только въ V, то письмо подъ диктовку было-бы возможно, но этого нѣтъ, а такъ какъ А не поражено, то разстройство письма нужно поставить въ связь съ поражениемъ центра Е.

Такимъ образомъ на основаніи представленной схемы можно было придти къ выводу, что мы имѣемъ дѣло съ поражениемъ больше всего центра зрительныхъ образовъ слова, письменныхъ образовъ слова, а можетъ быть, въ началѣ страданія—съ поражениемъ центра и двигательныхъ образовъ словъ.

Мы умышленно остановились на объясненіи этихъ явленій по указанной схемѣ. Совершенно не отрицая ея дидактическаго значенія, тѣмъ не менѣе мы должны замѣтить, что схема эта далека отъ истинной иллюстраціи речевого механизма и не исчерпываетъ объясненій клинической картины.

По нашему мнѣнію, слѣдуетъ остановить вниманіе на болѣе широкомъ вопросѣ, а именно на разстройствѣ пространственныхъ представленій и на ихъ значеніи въ оцѣнкѣ афатическихъ и апрактическихъ симптомовъ.

Уже 8 лѣтъ тому назадъ, работая надъ вопросомъ о письмѣ у душевно-больныхъ, знакомясь съ механизмомъ этого акта, а одновременно и съ учениемъ объ афазіи, намъ пришлось, конечно, убѣждаться, что всѣ предлагаемыя схемы рисуютъ слишкомъ грубо механизмъ этого акта, что многое при афатическихъ разстройствахъ нельзя объяснить утратой только зрительныхъ образовъ и что подъ этой утратой скрыты въ свою очередь комплексы рефлекторныхъ явленій, не стоящихъ въ непосредственномъ отношеніи къ зрѣнію, какъ это обыкновенно понимается.

Въ 1874 году, какъ извѣстно, Hitzig открылъ на наружной поверхности затылочной доли у собаки т. наз. „зрительный центръ“, Ferriger указалъ на существованіе такого же центра у обезьяны въ g. angularis, а Muncsk опредѣлилъ даже въ корѣ наружной доли центръ яснаго зрѣнія, въ которомъ откладываются въ качествѣ воспоминаній зрительные образы. Но дальнѣйшими работами, начиная съ 1890 года, проф. Бехтеревымъ и его учениками Агаджновымъ и др. было доказано, что указанія на локализацию зрительнаго центра въ этой области недостаточно точны. Оказалось, что только разрушеніе внутренней поверхности коры затылочной доли даютъ стойкія измѣненія со стороны зрѣнія и что зрительный корковый центръ слѣдуетъ у собаки помѣщать именно здѣсь, а отнюдь не тамъ, гдѣ локализовалъ его Muncsk. Разрушенія же наружной корковой области даютъ лишь нестойкія явленія геміанопсіи, которыя дѣлаются стойкими лишь по мѣрѣ углубленія самого разрушенія.

Что касается клиники, то она склонна была локализовать корковый центръ зрѣнія у человѣка на *внутренней* поверхности затылочной доли въ такъ наз. regio areata въ области сосѣдней съ fis. calcarina

Проф. Бехтеревъ въ одной изъ послѣднихъ своихъ работъ по поводу этого говорить, между прочимъ, „что ученіе о локализациіи зрительнаго центра на наружной поверхности затылочной доли получило развитіе между прочимъ въ зависимости отъ наблюдаемыхъ здѣсь явленій раздраженія, при чемъ, какъ извѣстно, Muncsk, Obregio и др. авторы, получаемыя при раздраженіи токомъ наружной поверхности затылочной доли движенія глазъ вверхъ, внизъ и противоположныя стороны объяснили возникающими при этомъ зрительными эффектами, иначе говоря, искусственно вызванной галлюцинаціей“. Явленія эти, а равнымъ образомъ движенія аккомодационной мышцы, при раздраженіи указанной доли были

экспериментально доказаны Бехтеревымъ, Герверомъ, Бѣлицкимъ и др.

Такимъ образомъ внутреннюю поверхность затылочной доли слѣдуетъ считать приспособленною для ощущеній свѣта и цвѣта, что же касается наружныхъ областей, то функція ихъ болѣе сложная, чѣмъ это рисуетъ схема.

По этому поводу проф. Бехтеревъ говоритъ слѣдующее: „не касаясь ближе вопроса о значеніи специально теменныхъ центровъ движенія глазъ, мы должны признать за движеніями глаза, получающимися при раздраженіи зрительнаго поля заднихъ отдѣловъ мозговой коры, рефлекторный характеръ, но причина этихъ движеній заключается, по нашему мнѣнію, не въ субъективныхъ ощущеніяхъ или представленіяхъ, а въ томъ, что съ самаго ранняго дѣтства съ опредѣленными зрительными ощущеніями и представленіями ассоціировались опредѣленныя *формы* движенія глазъ, для которыхъ и возникли особые *рефлекторные центры* въ предѣлахъ той-же зрительной сферы, гдѣ возникаютъ зрительныя представленія. Такимъ образомъ, мы имѣемъ здѣсь дѣло съ настоящими двигательными центрами, но произвольными, а рефлекторными или мимовольными, дѣятельность которыхъ находится въ непосредственной связи съ зрительными впечатлѣніями. Поэтому, когда устранены эти центры, то у животнаго не происходитъ произвольно-двигательнаго паралича упомянутыхъ движеній, но у нихъ вмѣстѣ съ зрѣніемъ выпадаетъ весь комплексъ двигательныхъ актовъ, тѣсно связанныхъ съ зрительной функціей“.

Если принимать все это во вниманіе, то за наружной зрительной областью должна быть признана зрительно-сочетательная функція, при чемъ внутреннія стороны полушарій, воспринимая зрительныя впечатлѣнія, какъ ощущенія свѣта и тьмы, цвѣтовъ, передаютъ эти ощущенія на наружную сторону поверхности, и тамъ, сообразуясь съ ранѣе приобретеннымъ опытомъ, являются не зрительнымъ ощущеніемъ, въ

узкомъ смыслѣ этого слова, а ощущеніемъ чувство-двигательнаго характера, что, будучи ощущаемо совмѣстно, даетъ воспріятіе внѣ насъ находящагося объекта такъ, какъ онъ локализируется въ пространствѣ. Иначе говоря, актъ зрѣнія комбинируется съ актомъ смотрѣнія.

На это обстоятельство, какъ-то мало обращаютъ вниманія при условіяхъ, когда заинтересованъ актъ зрѣнія, а въ особенности при оцѣнкѣ симптомовъ, въ развитіи которыхъ актъ этотъ долженъ играть доминирующее значеніе.

Обращаясь къ нашему случаю, мы остановимся на актѣ чтенія. Представлялось явленіе парадоксальное, такого же характера, какое наблюдается при словесной слѣпотѣ (разница только въ степени), такъ какъ больной видѣлъ, но не могъ правильно читать. Спрашивается, почему? На это обыкновенно отвѣтятъ: потому, что зрительный образъ печатнаго слова у него если, не полностью, то отчасти утерянъ. Но за этимъ объясненіемъ чувствуется схема старыхъ авторовъ. Мы отказываемся представить себѣ, едва ли не отпечатокъ буквы въ нашемъ мозгу. Необходимо сдѣлать поясненіе, что, дѣйствительно, зрительный образъ у больного пострадалъ, но въ той части акта зрѣнія, благодаря которой опредѣляются пространственныя представленія, иначе говоря, создаются отношенія между отдѣльными буквами и даже ихъ отдѣльными частями. Благодаря этому обстоятельству для больного не представляется возможнымъ опредѣлить, съ чѣмъ онъ имѣетъ дѣло, съ какой буквой, хотя онъ и знаетъ о ея существованіи по другимъ сочетательнымъ рефлексамъ; напр., по слуховымъ, по чувство-двигательномъ ихъ произношеніи.

Къ тому же порядку явленій слѣдуетъ отнести и симптомъ амюзіи, но опять таки въ той части процесса, когда требуется опредѣлить потный знакъ, такъ какъ игра на роллѣ по слуху или на память должна быть поставлена въ зависимость отъ соединительныхъ рефлексовъ иного порядка.

Тѣмъ-же обстоятельствомъ объясняется, съ нашей точки зрѣнія, утрата способности узнавать время по часамъ.

Утратой сочетательно-рефлекторныхъ комплексовъ, входящихъ въ составъ пространственныхъ представлений, по нашему мнѣнію и слѣдуетъ объяснять всѣ эти явленія.

Алексія, какъ одинъ изъ видовъ афатическихъ разстройствъ, подвергалась многократному изслѣдованію, но съ большимъ интересомъ ею стали заниматься послѣднее время. Въ лицѣ Déjérine'a, Monakow'a, Wernicke, Redlich'a и др. можно видѣть представителей различныхъ взглядовъ и теорій по поводу процесса чтенія.

Déjérine допускаетъ существованіе двухъ участковъ мозговой коры, необходимыхъ для процесса чтенія. Первый изъ нихъ,—это общій зрительный центръ, воспринимашій впечатлѣнія, второй—сохраняетъ слѣды этихъ впечатлѣній,—это центръ чтенія, въ собственномъ смыслѣ слова, помѣщающійся въ g. angularis. По Déjérine'у зрительные образы чтенія должны сохраняться въ иномъ мѣстѣ, чѣмъ зрительные образы письменныхъ знаковъ, такъ какъ при афазіи наблюдаются случаи, когда существуетъ аграфія и отсутствуетъ алексія. Замѣтимъ, между прочимъ, что съ точки зрѣнія рефлекторно-сочетательной дѣятельности рѣчевого акта это не должно удивлять, такъ какъ зрительный рефлексъ при письмѣ долженъ сочетаться съ чувство-двигательнымъ ощущеніемъ руки. Вопросъ о томъ, какой изъ центровъ лѣвый или правый предвѣщенъ для сохраненія слѣдовъ словъ и буквъ, Déjérine рѣшаетъ въ пользу лѣваго; случаи же гемипареза, при которыхъ однако не наблюдается алексіи объясняются имъ тѣмъ, что здоровый зрительный центръ передаетъ свои возбужденія черезъ мозолистое тѣло проэкціонному полю въ лѣвое полушаріе.

Что касается Monakow'a, Wernicke, Redlich'a, то они освѣщаютъ вопросъ нѣсколько иначе, да и не мудро: ихъ слѣдуетъ отнести къ сторонникамъ децентрализа-

ціи рѣчевого акта и болѣе крайнимъ, чѣмъ Déjérine'a. Они полагаютъ, что особаго зрительнаго центра буквъ не существуетъ и, что образы воспоминанія локализируются какъ въ правомъ, такъ и лѣвомъ полушаріи. Разстройства чтенія происходятъ потому, что нарушается связь зрительной сферы съ областями, принимающими участіе въ процессѣ рѣчи. Связи эти зрительно-слуховыя перекрещенныя и не перекрещенныя комиссуры.

Мы не будемъ касаться разбора этихъ, далеко не полно приводимыхъ нами сейчасъ взглядовъ, боясь выйти за предѣлы описанія клиническаго случая, и, если позволили себѣ отмѣтить ихъ, то лишь съ цѣлью лишній разъ указать, что вопросъ объ афазіи и ея видахъ далеко не такъ простъ, какъ можно это вынести изъ разсматриванія схемъ, что онъ нуждается въ новомъ освѣщеніи и переработкѣ. Теперь на сцену выступаетъ рефлекторно-сочетательная роль мозговой коры и зрительный образъ долженъ быть раздробленъ на такія комплексы, которые слѣдуетъ отнести къ представленіямъ пространственнаго характера.

Возвращаясь къ нашему больному, мы должны отмѣтить, что у него кромѣ разстройства чтенія и письма наблюдались явленія и апраксія,—у него оказалась разстроенной способность правильно приспособлять повороты своего тѣла къ необходимымъ потребностямъ (въ этомъ отношеніи онъ очень напыминалъ случай, послужившій темой для нашего доклада и предыдущей работы по вопросу объ апраксіи), онъ не зналъ, какъ ему надѣть на себя платье, какъ нужно пользоваться предметами домашняго обихода и т. п., наконецъ, у него была разстроена способность комбинировать предметы въ опредѣленномъ порядкѣ (складныя картины). Безъ сомнѣнія эти симптомы слѣдуетъ отнести къ разстройствамъ пространственныхъ представленій въ сферѣ общаго чувства.

Если мы сопоставимъ имѣющіеся у нашего больного симптомы, то найдемъ въ нихъ нѣчто общее, и на нашъ

взглядъ нѣчто существенное, а именно,—разстройства привычныхъ дѣйствій, т. е. то, что является характернымъ признакомъ апрактическихъ явленій, конечно, понимаемыхъ не съ точки зрѣнія объективнаго признака, а въ смыслѣ механизма происхожденія этихъ явленій. Разсматривая вопросъ въ этомъ направленіи, мы думаемъ, что апраксія посягаетъ на самостоятельность афазіи, вѣрнѣе, нѣкоторыхъ ея видовъ. Но по этому поводу у насъ есть намѣреніе остановиться въ одной изъ послѣдующихъ работъ.

Что касается локализациі пораженія, то она не представляетъ затрудненій. Симптомы стоятъ въ зависимости отъ разстройствъ кровообращенія въ области развѣтвленій *art. fossae Sylviae*... Мы думаемъ, что болѣе стойкимъ пораженіямъ подверглись области, соотвѣтствующія *g. angularis* и *supramarginalis*. Возможно, что процессъ распространился на различныя вѣтви этой артеріи, и благодаря этому создалась довольно сложная картина афатическихъ и апрактическихъ симптомовъ.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

1. Liepmann H. Das Krankheitsbild der Apraxie („motorischen Aymbolie“). Berlin. 1900.
2. Liepmann H. Drei Aufsätze aus dem Apraxiegebiet. Berlin. 1908.
3. Бехтеревъ В. М. О локализациі двигательной апраксіи. Обзор. Психіатр. 1906. № 1.
4. Никитинъ М. Объ апраксіи. Врач. Газета. 1909.
5. Образцовъ В. Н. Къ вопросу объ апраксіи. Труды Общ. Русс. Врачей при Импер. Новор. У—тѣ. 1910.
6. Образцовъ В. Н. Къ вопросу объ апраксіи. Неврол. Вѣстникъ 1911 г.

7. Pick Arnold. Studien über motorische Apraxie. Wien. 1905.

8. Kleist. Ueber Apraxie. Monats. f. Psych und Neurol. 1906.

9. Бехтеревъ В. О зрительной площади мозговыхъ полушарій. Арх. Психіатриі. 1890 г.

10. Бехтеревъ В. О локализациі зрительнаго центра коры по внутренней поверхности затылочной доли у собакъ. Обзор. Психіатриі 1911 г. № 8.

11. Бехтеревъ. Основы учения о функціяхъ мозга. Вып. VII. 1907 г.

12. Бехтеревъ. Русскій Врачъ. 1911 г.

13. Déjérine. Semiologie du Systeme nerveux. Traite de psychol. geusc. Bouchard. T. V. 1901 г.

14. Redlich. Ueber die Sogenannte Subcuticole Alexie Jahrbuch. f. Psych. u. Neurol. 1895. Bd. XIII.

2358-38

