

Къ патологіи разстройствъ рѣчи (афазія)*.

Н. Е. Осонина.

Афазія съ 1906 г., со времени извѣстныхъ возраженій Р. Магіе противъ ученія о ней классиковъ, сдѣлалась предметомъ весьма частыхъ обсужденій въ печати и специальныхъ обществахъ. Насколько вопросъ этотъ считается въ настоящее время интереснымъ, видно уже изъ того, что на предстоящемъ XI сѣздѣ русскихъ врачей въ память Н. И. Пирогова онъ поставленъ въ программу секціи нервныхъ и душевныхъ болѣзней. Все это и въ особенности то обстоятельство, что въ нашемъ Обществѣ эта тема не затрагивалась, оправдываетъ мое желаніе представить Вамъ описаніе случая афазіи, который къ тому же представлялъ нѣкоторыя особенности. вмѣстѣ съ тѣмъ я позволю себѣ, хотя бы въ сжатомъ очеркѣ, представить важнѣйшія данныя развитія ученія объ афазіи.

Въ основѣ ученія о механизмѣ рѣчи лежатъ знаменитыя патологоанатомическія изслѣдованія Вгоса, относящіяся къ 60-мъ годамъ прошлаго столѣтія, которыя показали, что для правильнаго образованія рѣчи необходима цѣлость 3-ей лобной извилины лѣваго полушарія мозга.

Значеніе этого открытія опредѣляется не только тѣмъ, что оно положило начало анатомофизиологическому пониманію рѣчевой функціи, но и тѣмъ, что оно разрушило старое мнѣніе о функциональной равнозначности мозговой коры и дало толчекъ для цѣлаго ряда дальнѣйшихъ изслѣдованій о локализациі мозговыхъ центровъ, что составляетъ гордость современной науки о строеніи и функціяхъ мозга. Сущность афазіи Вгоса видѣлъ въ утратѣ памяти о тѣхъ движеніяхъ, которыя необходимы для произнесенія словъ и соотвѣтственно этому участокъ мозга въ 3-ей лобной извилинѣ

*) Сообщено въ засѣданіи Физико-Медицинскаго О-ва въ г. Саратовѣ 9-го Апрѣля 1910 г.

разсматривалъ, какъ хранилище воспоминаній о тѣхъ процессахъ, которыя должны быть осуществлены при артикуляціи словъ.

Слѣдующимъ важнѣйшимъ моментомъ въ исторіи развитія ученія о рѣчевой функціи является открытіе въ 1874 г. Wernicke сенсорнаго рѣчевого центра. Подобно Broca, объяснившему своимъ открытіемъ анатомофизиологическую сущность продуктивной рѣчевой функціи, Wernicke выяснилъ сущность процесса пониманія чужой рѣчи, т. е. рецептивной рѣчевой функціи, которую связалъ съ открытымъ имъ центромъ въ 1-ой лѣвой височной извилинѣ. Такимъ образомъ для произнесенія и повторенія сказаннаго слова нужны два участка, изъ которыхъ въ первомъ сохраняются двигательные образы словъ (центръ Broca), а во второмъ—звуковые образы (центръ Wernicke). Это послужило основой для выдѣленія двухъ основныхъ формъ афазіи: двигательной (Broca) и чувствительной (Wernicke). Но изолированное существованіе указанныхъ участковъ не объясняло еще самого процесса рѣчи. Нужно было допустить существованіе связей между ними. Въ этомъ отношеніи большое значеніе имѣла работа Lichtheim'a, появившаяся въ 1885 г. Въ этой работѣ впервые были установлены особыя формы афазическаго расстройства, зависящія отъ перерыва связей между корковыми рѣчевыми центрами и центромъ понятій, причемъ подъ послѣднимъ разумѣлся не ограниченный какой либо участокъ мозга, а комбинированная дѣятельность всей сенсорной сферы.

Воззрѣнія Lichtheim'a нашли для себя въ лицѣ Wernicke горячаго сторонника. Развивъ воззрѣнія и обосновавъ ихъ клиническими наблюденіями, Wernicke выдѣлилъ нѣсколько видовъ афазіи въ зависимости отъ того, поражены ли сами центры, нервные пути, идущіе отъ центра къ периферіи или связи между центрами, наконецъ, нарушена ли связь сферы понятій съ центрами Broca или Wernicke (транскортикальныя формы афазіи).

До настоящаго времени еще не утратила своего значенія схема Charcot, который доказывалъ самостоятельность четырехъ центровъ рѣчи: 1) памяти звуковыхъ образовъ словъ, 2) зрительныхъ, 3) двигательныхъ и 4) письма. При этомъ пораженію cadaго изъ центровъ соответствовала особая форма афазіи: съ пораженіемъ первой височной извилины связывали словесную глухоту, съ пораженіемъ gyrus angularis—словесную слѣпоту, съ пораженіемъ 2-ой лѣвой лобной извилины—аграфію и съ 3-ей лобной извилиной—моторную афазію. Соответственно этимъ четыремъ функціямъ рѣчи Charcot и раздѣлилъ людей на четыре класса: visuelles, auditives, moteurs et agraphiques, въ зависимости отъ того, какой изъ этихъ центровъ принимаетъ большее участіе въ процессѣ внутренней рѣчи (langage interieur). При устной рѣчи мы пользуемся въ огромномъ большинствѣ слу-

чаевъ воскрешеніемъ звуковыхъ образовъ слышаннаго слова, тогда какъ при письмѣ преобладаютъ зрительные образы буквъ. Съ другой стороны, согласно Charcot, всѣ три акта, какъ рѣчь, чтеніе и письмо, стоятъ въ тѣсной зависимости между собой, и у взрослого грамотнаго человѣка требуютъ участія слухового центра, зрительнаго, чувственнаго центра звуковыхъ образовъ слова, центра оптическихъ воспоминаній письменныхъ знаковъ, а также двигательнаго центра рѣчи и центра, завѣдующаго движеніями при письмѣ. Всѣ эти центры объединяются въ ассоціативномъ центрѣ понятій, дѣлая указанные акты продуктомъ высшей психической и исполнѣ сознательной произвольной дѣятельности.

Изъ позднѣйшихъ авторовъ, разрабатывавшихъ вопросъ объ афазіи, нужно отмѣтить Déjerine'я. Онъ признаетъ три рѣчевыхъ центра: 1) центръ Broca въ 3-ей лобной извилинѣ лѣваго полушарія для двигательныхъ представленій словъ—это центръ тѣхъ импульсовъ, которые необходимы мышцамъ языка, губъ, щекъ и гортани для артикуляціи даннаго слова, 2) центръ Wernicke въ задней части 1-ой височной извилины для слуховыхъ образовъ рѣчи, 3) центръ, помѣщающійся въ gyrus angularis, для зрительныхъ представленій словъ. Въ соотвѣтствіи этому разрушеніе лобнаго центра (F_3) вызываетъ двигательную афазію—утрату членораздѣльной рѣчи; заболѣваніе височнаго (1-ой височной извилины) и теменнаго центра (g. angularis) вызываютъ сенсорную афазію. Нужно при этомъ замѣтить, что термины „двигательная“ и „чувствительная“ афазія не совсѣмъ точны, такъ какъ выпаденіе одного центра рѣчи ведетъ, смотря по индивидуальности, въ большей или меньшей степени къ разнообразнымъ рѣчевымъ расстройствамъ, напр., у страдающаго двигательной афазіей оказывается расстроеннымъ письмо и чтеніе; у страдающаго сенсорной афазіей отмѣчаются часто двигательныя расстройства въ формѣ аграфіи и парафазіи. Но встрѣчаются и случаи чистыхъ формъ двигательной или чувствительной афазіи. такіе случаи—подкорковаго происхожденія и вызываются пораженіемъ проводниковъ.

Таковы схемы для рѣчевыхъ расстройствъ, которыя считаются классическими. Но не нужно забывать, что полнаго осуществленія соотношенія этихъ схемъ къ реальнымъ фактамъ ожидать нельзя. Клиническій матеріалъ сплошь и рядомъ не укладывается въ рамки теорій. Эти неудачи породили во многихъ разочарованіе, въ результатъ чего наступилъ періодъ скептицизма и явился цѣлый рядъ авторовъ, какъ то: Bastian, Monakow, Freud, Bernheim, высказавшихся противъ признанія въ мозгу отдѣльных, строго локализованныхъ рѣчевыхъ центровъ. Въ особенности подвергся нападкамъ пунктъ о гипотетическомъ центрѣ понятій и самостоятельности транскортикальной афазіи.

Но самый рѣшительный ударъ классическому ученію о рѣчевыхъ расстройствахъ, казалось бы, долженъ быть нанесенъ теоріей *Marie*, основанной на большомъ клиническомъ и патолого-анатомическомъ матеріалѣ. Сущность ученія *Marie* сводится, какъ известно, къ тому, что 3-ья лобная лѣвая извилина не имѣетъ никакого отношенія ни къ рѣчевой функціи, ни къ афазіи; симптомо-комплексъ афазіи *Brosca* является результатомъ сочетанія анарт-риі съ афазіей *Wernicke*. Последняя возникаетъ не вслѣдствіе утраты слуховыхъ представлений, какъ думали раньше, а вслѣдствіе расстройства интеллектуальной сферы, которую *Marie* локализируетъ въ такъ называемой территоріи *Wernicke*, въ которую входятъ: *gyrus supramarginalis*, *g. angularis* и задній отдѣлъ двухъ верхнихъ височныхъ извилинъ. Центръ *Wernicke* въ 1-ой височной извилинѣ представляетъ не что иное, какъ часть интеллектуального центра. Съ клинической стороны непониманіе посторонней рѣчи, по мнѣнію *Marie*, вовсе не составляетъ специфическаго симптома одной сенсорной афазіи; оно, при болѣе глубокомъ анализѣ, обнаруживается и у тѣхъ больныхъ, которые согласно господствующей классификаціи должны быть отнесены къ страдающимъ моторной афазіей. Прежнее мнѣніе о сохранности пониманія при моторной афазіи, по мнѣнію *Marie*, было ошибочно и основано на томъ, что больнымъ при изслѣдованіи этой функціи предлагаются слишкѣмъ несложные вопросы. *Marie* заставлялъ больныхъ исполнять болѣе сложные приказанія, напр.: 1) изъ трехъ бумажекъ неровной величины большую дать врачу, среднюю разорвать и бросить на полъ, а самую маленькую положить себѣ въ карманъ, 2) встать со стула, подойти къ окну, постучать три раза пальцемъ по стеклу, затѣмъ вернуться, обойти вокругъ стула и сѣсть. Во всѣхъ подобныхъ случаяхъ, по *Marie*, у больныхъ афазіей замѣчаются неправильныя дѣйствія; поэтому онъ заключаетъ, что при моторной афазіи есть симптомы, характерныя для сенсорной, откуда дѣлаетъ и дальнѣйшій выводъ, что имѣется одна истинная афазія; афазія же *Brosca* представляетъ собою результатъ комбинарованнаго пораженія зоны *Wernicke* и лентикулярной области, которую онъ опредѣляетъ слѣдующимъ образомъ: отъ передняго и задняго угла островка проводитъ параллельныя линіи; эти линіи служатъ передней и задней границами лентикулярной области. Такимъ образомъ въ нее входятъ: оба колѣна внутренней капсулы, часть зрительнаго бугра, часть *corporis caudati*, *nucleus lenticularis*, *capsula externa claustrum* и *capsula externa*. Всѣ рѣчевыя функціи (пониманіе словъ, письмо, чтеніе) подчинены этой зонѣ, не имѣя въ ней какихъ либо границъ. Степень и форма расстройствъ этихъ функцій зависятъ не отъ локализаціи пораженія въ отдѣльных частяхъ зоны, а отъ количества пораженнаго вещества. Что изви-

лина Вгоса не имѣетъ отношенія къ функціи рѣчи, авторъ выводитъ изъ слѣдующихъ фактовъ: 1) существуютъ случаи, что у правшей изолированное разрушеніе задней части 3-ей лѣвой лобной извилины не влекло за собой афазіи, 2) существуютъ случаи афазіи Вгоса, гдѣ на аутопсіи была констатирована полная интактность 3-ей лѣвой лобной извилины, 3) случаи, приводившіеся въ доказательство локализациі афазіи въ 3-ей лобной извилинѣ, включая сюда и первые 2 случая, описанные самимъ Вгоса, являются, по мнѣнію Marie, неубѣдительными, такъ какъ пораженіе никогда не ограничивалось этимъ участкомъ, но распространялось на сосѣднія области и захватывало часть Wernicke'овской области.

Первоначальныя положенія Marie и развитыя потомъ въ цѣломъ рядѣ работъ его самого и его учениковъ: Moutier, Guillaın, Souques, встрѣтили рѣзкую критику со стороны остальныхъ невропатологовъ (Déjérine, Spiller, Thomas, Ziehen). Наибольше несочувственно къ нимъ отнесся Déjérine. Значительная часть и весьма существенныхъ возраженій принадлежитъ также русскимъ авторамъ, а именно Аствацатурову, Маркелову, Кролю. Названные авторы подтверждаютъ, что дѣйствительно существуютъ случаи моторной афазіи безъ пораженія извилины Вгоса и, наоборотъ, пораженіе этой извилины безъ афазіи, но считаютъ, что эти факты допускаютъ себѣ достаточно ясное толкованіе безъ того, чтобы нарушалось существовавшее раньше представленіе о рѣчевыхъ функціяхъ. Такъ, для нѣкоторыхъ случаевъ афазіи безъ пораженія извилины Вгоса должно быть допущено психологическое объясненіе. Рѣчь есть сложный результатъ болѣе элементарныхъ функцій, находящихся между собой въ чрезвычайно тѣсной зависимости, вслѣдствіе чего при выпаденіи одной изъ нихъ, разстраиваются остальные, несмотря на сохранность соотвѣтствующаго имъ анатомическаго субстрата. Такимъ образомъ моторная функція рѣчи можетъ быть рѣзко разстроена (несмотря на сохранность центра Вгоса) при пораженіи области сенсорной функціи; въ этомъ случаѣ двигательные образы словъ не могутъ воплощаться въ соотвѣтствующія движенія вслѣдствіе утраты слуховыхъ словесныхъ образовъ, подъ контролемъ которыхъ при нормальныхъ условіяхъ осуществляются рѣчевыя движенія. Другая часть случаевъ афазіи безъ пораженія извилины Вгоса можетъ, повидимому, разсматриваться, какъ результатъ вліянія со стороны гнѣзднаго пораженія на область, находящуюся внѣ предѣла этого гнѣзда. Гораздо большую важность представляетъ 2-ая группа противорѣчащихъ теоріи фактовъ, именно существованіе случаевъ полного уничтоженія извилины Вгоса, не сопровождающихся афазіей. Но относительно этихъ случаевъ необходимо отмѣтить, что они чрезвычайно рѣдки и описанія ихъ отличаются брат-

костью, такъ что остается неизвѣстнымъ, касались ли эти случаи лѣв-шей или правой или амбидекстровъ, что естественно имѣть большую важность; наконецъ, въ основѣ такихъ случаевъ могло лежать бывшее прежде кратковременное разстройство рѣчи, которое въ силу компенсаторной дѣятельности праваго полушарія выровнялось (Аствацатуровъ). Однимъ изъ самыхъ слабыхъ пунктовъ ученія Магіе по признанію его оппонентовъ является его положеніе о зависимости афазіи отъ разстройства интеллекта. Нѣтъ сомнѣнія въ томъ, что больной съ анатомическимъ поражениемъ мозга представляетъ собою и независимо отъ локальныхъ поражений въ умственномъ отношеніи не совсѣмъ полноцѣнный типъ. Всѣмъ, конечно, извѣстно, пишетъ Кроль, значеніе рѣчи для мышленія, вопросъ, который въ послѣднее время опять въ особенности интересуетъ философовъ. Если смотрѣть на слово, какъ на символъ, который эквивалентенъ для насъ цѣлому ряду сложнѣйшихъ представлений, ассоціацій, отгѣнковъ, если вспомнимъ, что благодаря лишь слову возможна колоссальная экономія мышленія путемъ образованія общихъ понятій психологіи изъ цѣлой массы конкретныхъ представлений, то станетъ очевиднымъ, что всякое нарушеніе въ возникновеніи словесныхъ образовъ рѣчи должно самымъ пагубнымъ образомъ дѣйствовать на теченіе цѣлаго ряда существенныхъ процессовъ. Но несомнѣнно, что дефектъ психики, вносимый рѣчевымъ разстройствомъ, не имѣетъ ничего общаго съ психіатрическимъ понятіемъ слабоумія и долженъ быть разсматриваемъ не какъ причина, а какъ слѣдствіе его. Съ другой стороны, когда афазія сочетается со слабоуміемъ въ истинномъ смыслѣ слова, то въ такихъ случаяхъ рѣчевое и интеллектуальное разстройство должны быть разсматриваемы не какъ причина и слѣдствіе, а какъ самостоятельныя явленія, имѣющія одну общую причину—органическое поврежденіе мозга. Мы переходимъ къ послѣднему возраженію противъ ученія Вгоса. Оно сводится, какъ уже сказано, къ тому, что ни одинъ изъ случаевъ, приводившихся въ доказательство этой теоріи, не представляется убѣдительнымъ, такъ какъ патологическій процессъ не ограничивается ножкой 3-ей извилины, что афазія Вгоса не есть самостоятельная клиническая форма, а лишь осложненіе афазіи Wernicke анартріей, которая зависитъ отъ поврежденія лентиккулярной зоны. По поводу утвержденія о нетипичности поврежденія 3-ей лобной извилины полагаютъ, что оно совершенно не соотвѣтствуетъ дѣйствительности, такъ какъ въ литературѣ имѣется достаточно случаевъ ограниченнаго поврежденія 3-ей лѣвойлобной извилины, которая клинически выражалась афазіей. Dejerine при этомъ совершенно реабилитировалъ взглядъ Вгоса на патологическую анатомію его случаевъ, въ которыхъ, вопреки утвержденію Магіе, можно было

констатировать измѣненія въ извилинѣ В г о с а. Кромѣ того, возраженія противъ ученія классиковъ, основывающіяся на рѣдкости полного соответствія между клиническими явленіями и существующими схемами разстройствъ рѣчи, могутъ вообще касаться вопроса о личной пригодности схемъ, а не противъ тѣхъ теоретическихъ предположеній, которыя воплощаются въ этихъ схемахъ и правильность которыхъ можетъ быть доказана другими способами, а именно такъ называемыми „чистыми“ (въ симптоматическомъ смыслѣ) случаями. Что касается локализаціи отождествляемой съ афазіей В г о с а—анартрии въ лентикулярной зонѣ, подъ которой *Marie* разумѣетъ, какъ мы видѣли, обширную область, занимаемую чрезвычайно разнообразными частями мозга, то въ этомъ отношеніи возраженія сдѣланы *m-me Déjerine*, которая прежде всего находитъ недопустимымъ называть такую обширную область по имени очевиднаго ядра и считаетъ попытку поставить въ зависимость определенное разстройство отъ пораженія столь обширной области совершенно не соответствующей ученію о локализаціи. Кромѣ того, *m-me Déjerine* указываетъ, что отрицать значеніе 3-ей лобной извилины на основаніи цѣлости ея при афазіи неправильно, такъ какъ въ такихъ случаяхъ могутъ быть поражены пути, идущіе къ ней или отъ нея и находящіеся въ четырехъ-угольникѣ *Marie*. Мнѣ остается еще остановиться на одномъ спорномъ пунктѣ, въ которомъ еще не достигнуто согласія, а именно по вопросу о существованіи самостоятельнаго центра для письма. Гипотеза обособленнаго графическаго центра была высказана въ 1881 г. *Exner*омъ. Въ теоріи образоваія рѣчи *Charcot* и нѣкоторыхъ другихъ французскихъ невропатологовъ (*Pitres*, *Bollet*, *Brissaud*) этому центру отводилось уже определенное мѣсто, причемъ центръ стали локализовать во 2-ой лѣвой лобной извилинѣ. Но *Wernicke*, *Déjerine*, *Migolbe* высказались противъ существованія особаго центра для письма. *Déjerine* при этомъ опирается на тотъ фактъ, что писать можно не только правой рукой, но и лѣвой рукой и въ нѣкоторыхъ случаяхъ даже ногой. Въ этомъ же смыслѣ высказался и *T. Piccini* (1902). „Тѣмъ не менѣе,—говоритъ проф. Бехтеревъ, никто не станетъ отрицать, что письмо правой рукой доходитъ до естественно автоматическаго движенія, чего ничуть нельзя сказать ни про писаніе лѣвой рукой, ни тѣмъ болѣе про писаніе ногой, если, конечно, ни для того, ни для другого не было достаточнаго упражненія. Поэтому, врядъ ли, можно отрицать, что въ отдѣльныхъ случаяхъ, гдѣ письмо правой рукой выполняется вслѣдствіе долгаго упражненія вполне автоматически, можетъ существовать и отдѣльный центръ письма, развившійся дополнительно къ центру правой руки въ заднемъ отдѣлѣ 2-ой лобной изви-

лины лѣваго полушарія. Тотъ фактъ, что центръ для письма не существуетъ съ постоянствомъ у всѣхъ людей, можетъ быть объясненъ тѣмъ, что человѣчество пишетъ сравнительно недавно и притомъ письмо для многихъ лицъ далеко не составляетъ постоянной потребности въ обиходѣ, тогда какъ рѣчь у людей существуетъ уже съ доисторическихъ временъ и упражняется постоянно. Въ последнее время Н. Gardinier и Sciamanna сообщили о случаяхъ, убѣдительно доказывающихъ самостоятельность центра для письма.

Приведу теперь краткую исторію своего больного. Р., 29 л., женатъ, имѣетъ одного ребенка, по профессіи машинистъ одного изъ пассажирскихъ пароходовъ на Волгѣ, обратился ко мнѣ 19 мая 1908 г. съ жалобой на слабость въ правой половинѣ тѣла и расстройство рѣчи. Больной происходитъ изъ здоровой семьи, образованіе получилъ въ ремесленномъ училищѣ. За 6 лѣтъ предъ настоящимъ заболѣваніемъ получилъ *ulcus durum*, но специфическаго леченія не проводилъ. Водку не пилъ. Другихъ какихъ либо тяжелыхъ болѣзней не имѣлъ. Заболѣлъ вдругъ въ Январѣ 1908 г.: отнялась правая половина тѣла и расстроилась рѣчь, причемъ больной понималъ обращенныя къ нему слова, но самъ не могъ говорить, не могъ также и выразить свои мысли помощью письма. Рука и нога черезъ нѣсколько недѣль вернулись къ нормѣ, немного позднѣе получилъ возможность говорить, но письмо осталось расстроеннымъ въ прежней степени. Послѣ заболѣванія сталъ получать рѣдкія выпрыскиванія, но не провелъ полнаго курса вслѣдствіе образования абсцессовъ. Въ Маѣ того-же года обратился въ Казань къ проф. Л. О. Даркшевичу, который затѣмъ передалъ его мнѣ для проведенія специфическаго леченія. При изслѣдованіи больного мною въ Маѣ 1908 г. обнаружено слѣдующее: больной хорошаго сложенія, внутренніе органы въ порядкѣ. Со стороны нервной системы: *hemiparesis dextra*, причемъ черепные нервы—*hypoglossus* и *facialis*—представлялись наиболѣе затронутыми, рука и нога паретичны въ небольшой степени; сильно выражены тѣмог правой руки; колѣнный рефлексъ справа усиленъ; чувствительность сохранена. Изслѣдованіе рѣчи дало слѣдующее: сенсорная рѣчевая функція сохранена; больной въ состояніи слѣдить за разговоромъ, все понимаетъ и правильно отвѣчаетъ; произвольная рѣчь представлялась расстроенной въ значительной степени: больной не можетъ говорить полными фразами, а говоритъ отдѣльными словами; помимо этого, расстроено и произношеніе. При чтеніи вслухъ наблюдались тѣже недостатки, что и при произвольной рѣчи. Письменная рѣчь оказалась сильно расстроенной, не смотря на то, что до болѣзни больной имѣлъ въ этомъ отношеніи хорошія знанія: произвольно не могъ написать ничего кромѣ своей

фамиліи, равнымъ образомъ не могъ составить словъ изъ отдѣльныхъ буквъ разсыпной азбуки. Подъ диктовку писалъ только нѣсколько начальныхъ буквъ перваго слова. Списываніе съ книги менѣе сильно разстроено, а именно больной, хотя и былъ въ состояніи списывать съ книги письменными буквами, но писалъ очень медленно, вглядываясь въ каждую букву списываемой фразы. Печеркъ дрожацій. Написать наизусть прочитанное слово не могъ. Срисовываетъ простыя фигуры правильно. Цифры легко читаетъ и удовлетворительно совершаетъ простыя ариѳметическія дѣйствія, какъ устно, такъ и письменно. Изслѣдованіе музыкальныхъ способностей, къ сожалѣнію, не было произведено втеченіе всего времени наблюденія. Память вполне удовлетворительна. За время моего наблюденія скорѣе всего исчезли двигательныя расстройства руки и ноги, потомъ лица, исчезли также скоро и слѣды моторной афазіи, что я приписываю производившимся упражненіямъ въ артикуляціи рѣчи, но письмо представлялось разстроеннымъ въ прежней степени, причемъ слѣдуетъ замѣтить, что больной не особенно былъ расположенъ къ упражненію въ письмѣ. Въ прошлое лѣто 1909 г. больной уже исполнялъ свои обычныя обязанности машиниста на пароходѣ, не встрѣчая никакихъ затрудненій, кромѣ письменной рѣчи, которая осталась разстроенной. При послѣднемъ посѣщеніи больного, передъ отъѣздомъ его въ Астрахань, въ Январѣ 1910 г., письмо оказалось разстроеннымъ въ прежней степени.

Резюмируя данныя настоящаго наблюденія, мы видимъ, что доминирующимъ элементомъ въ симптомокомплексѣ нашего больного является аграфія. Хотя нами и не было произведено изслѣдованіе съ бумажками, какъ дѣлаетъ P. Marie, но, принимая во вниманіе имѣющіяся у насъ данныя и то обстоятельство, что больной остался въ состояніи нести отвѣтственную службу машиниста, мы имѣемъ достаточно основаній сказать, что афазическое расстройство не являлось признакомъ пораженія интеллекта.

Относительно патогенеза аграфіи на основаніи имѣющихся въ настоящее время анатомическихъ данныхъ можно предположить, что она зависитъ отъ пораженія ассоціаціонныхъ путей, а именно отъ нарушенія связи слухового центра съ областью, гдѣ залегаютъ предполагаемые центры воспріятій ощущеній для активныхъ движеній и частью отъ нарушенія цѣлости пути, связывающаго центръ письма съ зрительнымъ центромъ. Пораженіе самого центра письма исключается въ виду неполной потери письма. Какъ показали наблюденія (Wernicke, Déjerine) въ подобныхъ случаяхъ болѣзненный очагъ находится въ области capsulae externae, въ заднемъ ея концѣ или въ заднемъ отдѣлѣ nucl. lenticularis.

Нашимъ случаемъ лишній разъ подтверждается предположеніе о существованіи особой ассоціоціонной связи для передачи зрительныхъ представленій математическихъ знаковъ, такъ какъ мы видѣли, что больной, несмотря на утрату письма, цифрами хорошо владѣлъ. Относительно болѣзненныхъ измѣненій, въ виду опредѣленнаго этиологическаго момента, можно полагать, что у нашего больного имѣются сифилитическія измѣненія въ мозговой ткани склеротическаго характера и въ сосудахъ: въ артеріяхъ и, можетъ быть, въ венахъ.

Прогностика, въ отношеніи аграфіи, мало утѣшительна, такъ какъ она представляется втеченіе двухъ лѣтъ стаціонарной, хотя упорнымъ и настойчивымъ обученіемъ больного можно было бы попытаться возратить утраченную имъ функцію.