

К вопросу об алексии.

Ассистента И. С. Алуфа.

Работая по вопросу об афазии*), мы пришли к выводам, что 1) нет никаких данных, доказывающих существование наряду с общим слуховым центром—специального центра для воспоминаний слуховых образов слов, наряду с общим зрительным центром—специального центра для воспоминаний зрительных образов слов, наряду с общим кинэстетическим центром в широком смысле слова—еще специальных центров неясной физиологической природы,—двигательной и недвигательной в одно и то же время,—для двигательных образов воспоминаний устной и письменной речи (центры Broca и Exner'a); 2) что все речевые расстройства хорошо истолковываются без допущения таких центров. Случай алексии с этой точки зрения представляются особенно ценными в виду их тесной связи с таким объективным симптомом определенной локализации, как гемианопсия.

Словесная слепота была, как известно, выделена Kussmaul'em из общего, открытого Wernicke, симптомокомплекса сенсорной афазии, с чем Wernicke был несогласен, а Déjèrine затем локализовал словесную слепоту в gyrus angularis. В связи со схемами Lichtheim'a - Wernicke, выдвинувших вопрос о проводниковых афазиях и пытавшихся уложить все формы афазии в конструктивные центры и пути, Déjèrine разработал учение об истинных и чистых афазиях, соответствовавших кортикальным и субкортикальным формам Lichteim'a - Wernicke. Mirallié принадлежит обстоятельное изложение взглядов Déjèrine'a. Истинная словесная слепота, как поражение langage interieur, является, по Déjèrine'у, частью истинной сенсорной афазии, от которой она, строго говоря, не может быть отделена. В зависимости от локализации поражения в gyrus supramarginalis, g. angularis (pli courbe фр. авт.) или I височной извилине получают формы или с одинаково выраженными словесной глухотой и словесной слепотой

*) Труды I Поволжского Съезда Врачей в г. Казани.

(*g. supramarginalis*), или с преобладанием словесной слепоты (*pli courbe*), или с преобладанием словесной глухоты (I височная извилина).

Истинная словесная слепота, будучи частью истинной сенсорной афазии, характеризуется следующими признаками. Больной видит контуры букв, но не понимает их значения, не умеет читать. По степени может быть *sécité litterale*, *asyllabie* и *sécité verbale* (буквенная, слоговая и словесная слепота). Ведение пальцем по очертаниям букв не облегчает чтения. Иногда только наблюдаются оптическая афазия *Freund'a* и психическая слепота, большею же частью асимболия отсутствует, больные хорошо играют в карты, домино. Со стороны произвольной речи реже всего наблюдается двигательная афазия, всего чаще — парафазия и жаргонафазия. Существует более или менее высокая степень аграфии. Списывание сервильно. Часто, почти постоянно правая гемиспинальная гемипарезия. Психика понижена.

В отличие от истинной словесной слепоты поражение при чистой словесной слепоте лежит вне зоны языка и заключается, по *Déjèrine'у*, в перерыве связей между специальным зрительным центром воспоминаний образов слов и общими зрительными центрами. Признаки чистой словесной слепоты: больной не в состоянии читать, кроме своего имени и некоторых других обычных слов. Копирует механически печатный шрифт печатным же, но слышит и понимает хорошо и повторяет правильно произнесенные ему слова. Равным образом произвольное письмо сохранено, и больной понимает писанные слова, обводя буквы пальцем, так что он читает в то же время, как пишет; но одним только взглядом он читать писанное не в состоянии. Психика нормальна. Всегда имеется правая гемипарезия. Известны три случая чистой словесной слепоты с аутопсией: *Déjèrine'a*, *Willye* и *Redlich'a*. Во всех этих случаях поражения занимали затылочную область (конец *gyrus lingualis* и *gyrus fusiformis*). *Pli courbe* в этих случаях была не задета.

Как уже выше было указано, *Déjèrine* на основании этих случаев видит причину чистой афазии в перерыве связи между специальным зрительным центром воспоминаний образов слов и общим зрительным центром *Redlich* объясняет алексию перерывом связей между этим последним и слуховым словесным центром. Характерно, что в сравнительно уже простых случаях из одних и тех же патолого-анатомических фактов делаются различные выводы, что, конечно, объясняется тем, что выводы идут гораздо дальше фактов. Сам по себе факт нахождения поражения в определенном месте мозга отнюдь еще не дает основания ни для каких выводов, в особенности по вопросу о центрах, если не изучены детально связи и функции области. Вокруг

вопроса об афазии вообще накопилось столько неясностей именно оттого, что авторы, отправившись по умозрительно-локализационному пути, не замечали или игнорировали эту свою ошибку и по сути дела не столько пользовались патологической анатомией для решения реальных биологических задач, сколько обращали ее на службу локализационному умозрению. Точка зрения Redlich'a совпадает с взглядом на словесную слепоту Wernick'e, отрицающего существование зрительных образов слов, причем развитие алексии при одностороннем поражении gyrus angularis может быть рассматриваемо, как результат перерыва ассоциационных волокон, сообщающих буквенный центр (или оба, если допустить двустороннюю локализацию для буквенных образов) с односторонне расположенным центром слуховых образов слов. Этот взгляд Wernicke является прямым следствием его воззрения, что письмо и чтение целиком подчинены моторному и сенсорному центрам звуковой речи.

В своей ревизии афазии Pierre Marie не обошел и словесной слепоты. Прежде всего он констатировал, что, в противоположность чистой словесной глухоте (*cecité verbale pure*, субкортикальная сенсорная афазия), существование которой он совершенно отрицал как в смысле клиническом, так и в смысле патолого-анатомическом, чистая словесная слепота действительно существует. Его клиническое описание этой формы заслуживает особого внимания. Не очень редко, говорят P. Marie, можно встретить больных, потерявших более или менее внезапно способность читать. Иногда эта алексия является почти моносимптоматической, но чаще она не так одиночна: больные представляют, особенно в первые 2 или 3 дня после начала болезни, легкую парафазию, легкое затруднение понимания обращенной к ним речи и незначительное состояние более или менее преходящей „изумленности“. Хотя их и нельзя приписать за афазиков, тем не менее чувствуется, что они очень близки к ним.

Но, признавая действительное клиническое существование чистой словесной слепоты, P. Marie резко выступает против вышеприведенного толкования Déjèrine'a, что чистая словесная слепота есть следствие разрушения связей между двусторонним общим зрительным центром и специальным зрительным центром слов в *pli couché*. Он высказывается против существования такого центра, исходя как из общих соображений относительно развития речи, так и из патолого-анатомических данных. Общие соображения P. Marie—следующие: хотя первые графические изображения человеческой мысли и теряются во тьме времен, однако, наше чтение и письмо очень недавнего происхождения. Соберем сведения в семье каждого из нас и мы убедимся, что наши предки за 4 или 5 по-

колений до нас не знали ни чтения, ни письма,—стало быть, у них не могло быть и речи об органе для функции, которая не существовала. Отсюда уже, на основании простой логики, ясно, что существование допускаемого Déjègine'ом центра зрительных образов слов мало вероятно. Патолого-анатомические данные P. Marie таковы: поражение, дающее начало чистой словесной слепоте, не занимает территории, орошаемой art. fossae Sylvii, а зависит от поражения района, орошаемого arteria cerebri posterior. Первичный очаг в этих случаях захватывает волокна, принадлежащие зрительной области, отсюда и правая гомонимная гемианопсия при чистой словесной слепоте. Но одного поражения волокон зрительной области недостаточно для появления алексии; так, ее не бывает при поражении левого cunei, несмотря на наличие правой гемианопсии. Чтобы алексия имела место, необходимо, чтобы поражение занимало, наряду с зрительными волокнами, и волокна зоны языка. Поражение на уровне l. lingualis и l. fusiformis удовлетворяет этому условию. Оттого, насколько орошение art. cerebri posterioris задевает слегка и зону языка, зависят и те примеси сенсорной афазии, которые примешиваются к чистой словесной слепоте. P. Marie эту мысль хорошо выражает, когда говорит, что каждый афазик проделывает свою афазию так, как распределены его сосуды, а не мозговые извилины. Но никогда сенсорно афазические примеси к чистой словесной слепоте не достигают степени сенсорной афазии, ибо в основе дела здесь, по Marie, лежит поражение в бассейне art. cerebri posterioris, а не art. fossae Sylvii. Против центров зрительных образов слов выступает и Mingazzini.

Из изложенного, нам думается, ясно, как стоит вопрос о словесной слепоте, и какие главнейшие пункты являюся предметом спора авторов. В нашем распоряжении имеется наблюдение над больным с правой гомонимной гемианопсией, дающее, как нам кажется, некоторые основания для заключений по вопросу об алексии.

Больной 54 лет, русский, с средним образованием, по профессии б. землевладелец и земский деятель, теперь служащий, поступил в Клинику 20/V 1923. Со стороны наследственности в анамнезе у него ничего патологического не обнаружено. Все родственники больного как по прямой линии, так и по боковой—нормальные, уравновешенные люди; страдавших душевными болезнями, тяжелыми психоневрозами, эпилепсией, алкоголизмом, наркоманией среди них не отмечается. Больной родился в срок, нормально, никакими детскими болезнями нервной системы не страдал. Прорезывание зубов протекало правильно, ходить и говорить больной стал вовремя. Духовное развитие нормально, школьные успехи удовлетворительные. Половое развитие и половая жизнь нормальны. Ованизм отрицает. Женился 32 лет. Семейная жизнь протекала нормально, у больного

2 живых и здоровых детей, умерших нет, выкидышей у жены не было. Жилищные условия, общие условия жизни и профессиональной работы больного удовлетворительны. Из острых инфекций перенес 25 лет тому назад брюшной тиф, а 20 лет—острый суставной ревматизм, который рецидивировал; из хронических инфекций болен и болеет малярией. Лет 15—20 тому назад у пациента появились сердцебиение, одышка и незначительные отеки, а также иногда легкие боли в области груди, которые объясняли, как грудную жабу. 35 лет тому назад больной болел гонорреей. В 17-летнем возрасте *pleus durum*? Пациент довольно много пил, в связи с семейной жизнью и революцией подвергался сильным душевным потрясениям. Настоящую болезнь заболел 10—15/IV. В это время он служил; со своими довольно сложными обязанностями справлялся хорошо, хорошо читал, память была нормальна. Числа 10—15/IV больной приехал в Казань и почувствовал особенное усиление болей в области груди; боли эти бывали по ночам и длились очень долго, в течение 4 часов. Накануне Пасхи боли были особенно продолжительны, больной получил 2 раза нитроглицерин и 1 раз морфий, но безрезультатно. К утру больной получил еще 2 раза морфий, заснул и проснулся через 5 часов уже с легкими только болями. Ночью во время припадка болей он впал в состояние психического возбуждения, сопровождавшегося непрерывным разговором, причем самые слова он произносил неправильно, переставляя звуки. Это состояние продолжалось часа 2. После сна больной был совершенно нормален, но чрезвычайно слаб и апатичен. Такое состояние продолжалось дней пять. Вечером накануне 6-го дня у пациента повысилась температура до 38° с десятичными, и он спал очень тревожно. На следующее утро обнаружилось, что больной видит предметы неясно, а в течение часа он даже ничего не видел. Больной также не был в состоянии говорить,—скажет 2—3 слова и дальше затрудняется, не может подыскать соответствующих слов. Все, что ему говорили, он понимал, но с некоторым трудом. Те слова, которые он говорил, он выговаривал правильно. Приглашенный в это время к больному невропатолог констатировал, что больной не в состоянии читать.

Status praesens. Движение глазных яблоков нормально. При показывании зубов обнаруживается некоторая асимметрия. Остальные черепно мозговые нервы нормальны. В области распределения спинномозговых нервов все движения по объему в пределах нормы, но равномерно ослаблены по силе. Координация движений не нарушена. *S. Romberg's* отсутствует (больной, однако, стоит с закрытыми глазами, слегка покачиваясь). Церебеллярных симптомов нет. Судороги и тремор отсутствуют. Сухожильные рефлексы сильно оживлены на верхних и нижних конечностях, одинаково с той и другой стороны. Брюшные рефлексы: средние—живые, нижние—немного слабее нормы, верхний правый не вызывается совершенно, левый иногда вызывается. Подошвенные рефлексы: справа нормален, слева большой палец неподвижен, малые расходятся веером. Зрачки равномерны, реакция на свет и конвергенция нормальны. Тазовые органы нормальны, тонус мышц нормален. Общая чувствительность без изменений. Со стороны зрения правая гомо-

нимная гемипарезия на все цвета. Щитовидная железа нормальна. При исследовании сердца — миокардит и остатки перикардита; артериосклероз.

Исследование речи. 1) Понимание устной речи сохранено. Все простые задачи больной выполняет безукоризненно и понимает разговор на сложную отвлеченную тему, но опыта Рieggеа Marie с тремя бумажками выполнять не в состоянии, хотя тот же опыт, но расчлененный, выполняет безукоризненно. 2) Устная речь не расстроена. Парафазии нет. Больной в состоянии поддерживать разговор на довольно сложную тему. Однако он иногда не в состоянии бывает называть предметы, которые узнает. Так, при предъявлении трех предметов, — пуговицы, таблетки и спички, — он все три узнал, но назвал пуговицу правильно, таблетку капсулей, а спички назвать был не в состоянии. 3) Понимание письменной речи (чтение про себя) отсутствует. Больной в состоянии в тексте отличать одну букву от другой, одно слово от другого, в состоянии при помощи пальца расчленять слово на буквы (но не на слоги), текст на слова, но букв, слов не узнает и понять написанного не в состоянии. Понимание чисел расстроено в той же степени, что и текста. 4) Произвольное письмо возможно, но прочтение написанного невозможно. Больному дается, далее, следующая задача: „Представьте в уме букву Н“. Вопрос: „Представили себе Н“? Ответ: „Да“. „Напишите теперь Н“. Написал Л, после чего заметил: „Ах, я не то себе представлял“. Видоизменение той же задачи: „Представьте себе К и на ладони свой покажите, что себе представляете“. Больной начинает изображать на ладони не К, потом замечает: „Ах, это не то“ и начинает правильно изображать К. Произвольное письмо с закрытыми глазами возможно. 5—6) Повторение слов безукоризненно. 7—8) Чтение вслух невозможно, причем обведение текста пальцем почти не улучшает чтения. 9—10) Письмо под диктовку возможно как с открытыми, так и с закрытыми глазами. 11—12) Списывание невозможно, возможно только копирование, причем печатный текст больной изображает печатным же. Апраксия отсутствует. Асимболия имеется. Больной не узнает карт. Задача:

Больному предъявлены:

Семерка бубен.

Десятка червей.

Десятка пик.

Дама треф.

Король пик.

Девятка червей.

Валет червей.

Король треф.

Валет бубен.

Туз червей.

Ответы больного:

Семерка бубен.

Десятка бубен.

Десятка пик, кажется.

Дама треф.

Туз пик.

Девятка бубен.

Валет бубен.

Король, — как он называется? — треф.

Валет бубен.

Король треф.

Психическая сфера *). 1) Сознание личности: ориентировка во времени нарушена, — не определяет года, числа, дня; ориентировка

*) Экспериментально-психологическое исследование больного произведено Е.М. Курдюмовой, которую просим принять нашу искреннюю благодарность.

в собственной личности, в месте сохранена; дезориентировка во времени может быть объяснена плохой запечатлеваемостью. II) Ощущения и восприятия: асимболия, о чем подробно выше; в остальном не нарушены; ложные восприятия отсутствуют. III) Мышление: а) Запас знаний и представлений соответствует образованию и общественному положению больного, бредовых идей не имеется. б) Течение ассоциативных процессов, как свободных, так и связанных, замедлено в 4 раза; количество свободных ассоциаций уменьшено в 4 раза; по характеру она близки к норме и относятся к внутренним ассоциациям. в) Память: запечатлеваемость понижена по картону Binet, Bergstein'a, показыванием ряда цифр; воспоминание резко нарушено,—больной не может сказать, когда женился, когда и где жил, не помнит дат общественной жизни; запоминание понижено. д) Внимание уменьшено по объему и ослаблено по длительности (показатель 3). е) Высшие процессы: суждения, умозаключения, абстракция достаточны; отсюда вывод—личность сохранена, и слабоумия нет, несмотря на значительное выпадение памяти. IV) Чувство: настроение и самочувствие понижены, характер эмоций не изменен. V) Воля—без изменений.

Во время пребывания в Клинике у больного замечено очень незначительное улучшение со стороны чтения и гемипарезии. 20/VI больной выписался.

Спрашивается: с какой формой *cecitas verbalis*,—с точки зрения классической школы в учении об афазии, в частности Déjèrине'a,—мы здесь имеем дело? Очевидно, с типической *cecitas verbalis pure*, ибо письмо возможно, парафазии и вообще явлений афазии нет. А между тем у больного имеется резкое расстройство памяти, замедление ассоциативных процессов, расстройство внимания, асимболия. Он не только не читает, но и не может себе представить букв; обведение пальцем не облегчает чтения. Как все это объяснить с точки зрения с. v. pure Déjèrине'a? Перед нами, думается, убедительный пример того, в какой тупик попадают реальные клинические факты, когда их пытаются подчинить конструктивно-локализационному умозрению, в данном случае допущению существования специального центра зрительных словесных представлений в g. angularis.

Как следует понимать этот же случай с точки зрения нашего рецепторно-ассоциативного взгляда на афазии, который позволяет истолковывать ее лишь с точки зрения тех локализаций, которые являются установленными (а таковой по отношению к данному случаю является лишь локализация общего рецепторного зрительного центра (анализатора) в затылочной области)? Нам думается, что ту форму афазии, которая здесь имеется, можно понимать следующим образом: различение букв и слов без их понимания производится за счет правого полушария; непонимание слов объясняется разрушением

общей зрительной области левого полушария и ее ассоциативных связей с другими отделами мозга, в частности речевой областью, а также с общою зрительной областью правого полушария. В поражение ассоциативных систем хорошо укладываются и растройство памяти, и асимболия. По отношению к символистическим ассоциациям заслуживает внимания только тот факт, что эти ассоциации проводятся, повидимому, как и речевые, только левым полушарием, — явление очень интересное, бросающее некоторый свет на происхождение языка. Все остальные функции речи сохранены, так как их рецепторные области и ассоциативные связи не поражены, кроме связей с зрительною областью, выпадение которых недостаточно для клинических проявлений со стороны других анализаторов. Но по некоторым деталям можно заметить, что все же и остальная речевая область находится в состоянии некоторой функциональной недостаточности (амнестическая афазия, опыт Marie, парафазия в течение 2 часов вначале болезни).

Так, нам думается, можно понять наше наблюдение и в свою очередь сделать из него имеющие некоторое значение выводы, стоя на почве всего разнообразия клинических фактов. Клиника в этом отношении может оказать биологии немалую помощь, ибо, по словам проф. И. П. Павлова, он вынес прочное убеждение в больших услугах, которые может оказывать бесконечный ряд всевозможных патологических клинических вариаций и комбинаций функций организма физиологическому мышлению.

ЛИТЕРАТУРА.

- 1) И. С. Алуф. К учению об афазии.—2) Kussmaul. Die Störungen der Sprache, 1876.—3) Wernicke. Die aphasische Symptomencomplex, 1874.—4) Lichtheim. Ueber Aphasie, 1885.—5) Mirallié. De l'aphasie sensorielle. Thèse de Paris, 1896.—6) Déjérine. Contribution à l'étude anatomo pathologique et clinique des différentes variétés de cécité verbale.—7) А. Райхлин. Об афазии и ее различных формах: психологическая физиология речи по Déjérine'y и Ch. Mirallié—8) Willye. The disorders of speech, Edinburg, 1894.—9) Redlich. Jahrb. für Psychiatrie und Neur., XIII, 1894—10) P. Marie. Semaine médicale, 1906.—11) P. Marie. L'évolution de langage considérée au point de vue de l'étude de l'aphasie. Presse méd., 1897.—12) И. П. Павлов. 20-летний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности животных. 1923.