

Изъ клиники нервныхъ болѣзней проф. Н. М. Попова и изъ Одесской городской больницы.

## Къ симптоматологіи дрожательнаго паралича.

Ординатора клиники Г. И. Маркелова.

Основной чертой въ клинической картинѣ дрожательнаго паралича нужно признать повышенную ригидность мускулатуры, мышечную скованность. Эта послѣдняя налагаетъ на больного тотъ своеобразный отпечатокъ, который часто даетъ возможность уже по одному внѣшнему виду распознать это заболѣваніе. Давая въ различныхъ случаяхъ тѣ или иныя колебанія въ распредѣленіи и въ интенсивности, эта повышенная ригидность мускулатуры является наиболѣе характернымъ признакомъ Паркинсоновой болѣзни.

Представляя ниже два наблюденія надъ этой болѣзненной формой, мы остановимся главнымъ образомъ на тѣхъ клиническихъ особенностяхъ, которыя вызваны именно этой мышечной скованностью, достигшей и въ томъ и въ другомъ случаѣ очень рѣзкой степени.

*1-й случай.* И. А., 46 лѣтъ, дворянка, замужняя, поступила въ Валиховское отдѣленіе Одесской городской больницы 10.VI. 1907 г. Мать больной здорова. Отецъ умеръ отъ неизвѣстныхъ причинъ. Два брата больной страдали туберкулезомъ.

Настоящее заболѣваніе началось года за три до поступленія въ больницу. Первымъ по времени явленіемъ было дрожаніе рукъ. Мало-по-малу это дрожаніе смѣнилось неподвижностью, скованностью мышцъ. По временамъ, въ особенности въ началѣ болѣзни, общее состояніе нѣсколько улучшалось, но не надолго.

*Status praesens.* Больная средняго роста, съ удовлетворительно развитой мускулатурой. Большею частью сидитъ, опустивъ голову на грудь и согнувъ спину. Самостоятельно, безъ посторонней помощи встать не можетъ. Поставленная на ноги, сохраняетъ такое положеніе довольно свободно. При попыткѣ сдѣлать нѣсколько шаговъ впередъ, падаетъ. (При поступленіи въ больницу, т. е., года  $1\frac{1}{2}$  тому назадъ, больная еще могла ходить безъ посторонней помощи, хотя уже и тогда очень часто падала при ходьбѣ). Поддерживаемая другимъ лицомъ, можетъ идти довольно свободно. Сѣсть на стулъ безъ посторонней помощи также не можетъ, такъ какъ вмѣсто того, чтобы медленно опускаться на стулъ, падаетъ на него сразу всѣмъ туловищемъ. Когда больную садятъ, ноги въ колѣнномъ сочлененіи почти совершенно не сгибаются и остаются въ вытянутомъ положеніи, не касаясь пола.

Голова больной всегда наклонена впередъ. Выраженіе лица однообразное, неподвижное. На лицѣ застывшая улыбка. Лицо одутловатое. Лобъ безъ морщинъ. Брови на одномъ уровнѣ (фиг. 1). Глаза плотно закрыты. Носогубныя складки рѣзко выражены съ обѣихъ сторонъ, симметричны. Ротъ больная открываетъ съ трудомъ и не широко. Ъсть и пить безъ посторонней помощи не можетъ. Твердую пищу жевать не въ состояніи, глотаетъ съ нѣкоторымъ затрудненіемъ, по временамъ при глотаніи пищи давится. Языкъ высунуть за предѣлы зубовъ больная не можетъ. ( $1\frac{1}{2}$  года тому назадъ больная могла еще довольно свободно владѣть языкомъ, при чемъ тогда въ языкѣ наблюдалось дрожаніе). Рѣчь больной невнятная, глухая, съ носовымъ отгѣнкомъ. Говоритъ не раскрывая рта. На вопросы отвѣчаетъ неохотно. Изъ рта почти все время выдѣляется слюна въ довольно значительномъ количествѣ.

Полтора года тому назадъ, какъ это отмѣчено въ скорбномъ листѣ, вѣки были еще не вплотную сомкнуты, глаза были еще полуоткрыты. Для того чтобы вполне открыть глаза, больная поднимала пальцемъ лѣвое вѣко, тогда медленно

раскрывались оба глаза. Въ настоящее время глаза вполноту закрыты вѣками и больная по прежнему не можетъ раскрыть ихъ при помощи волевыхъ усилій. Въ силу увеличившейся мышечной скованности больной очень трудно поднять руку и потому она неохотно пользуется прежнимъ приемомъ, предпочитая сидѣть съ закрытыми глазами. На просьбу открыть глаза больная лишь съ большимъ трудомъ подноситъ лѣвую руку къ верхнему вѣку и приподнимаетъ его. Сначала раскрывается лѣвый глазъ, а затѣмъ мало по малу раскрывается и правый (фиг. 2). Путемъ такого приема можетъ раскрытъ глаза больной и другое лицо. При поднятіи пальцемъ верхняго вѣка въ т. orbicularis oculi всегда ощущается ясная напряженность. Зрачки равномѣрны, на свѣтъ и аккомодацию реагируютъ. Взоръ почти неподвиженъ. Произвольныя движенія глазныхъ яблоковъ очень медленны и крайне ограничены въ своемъ объемѣ. Больная лишь съ большимъ трудомъ немного отводитъ глаза внаружи. Кверху и внизу движенія глазъ совершенно невозможны. Однако при фиксаціи подвижнаго объекта глазныя яблоки совершаютъ движенія довольно свободно и въ полномъ объемѣ по всѣмъ направленіямъ. При прикосновеніи къ conjunctiva или cornea, равно какъ при хлопаньи передъ глазами больной въ ладоши, получается ясный и живой мигательный рефлексъ вѣкъ. Въ открытомъ состояніи глаза могутъ оставаться минутъ 10—20, а затѣмъ снова непроизвольно закрываются.

Движенія головы въ стороны крайне ограничены, почти невозможны. Когда больная пытается дать утвердительный отвѣтъ кивкомъ головы, послѣдній такъ мало замѣтенъ, что его легко просмотрѣть. Туловище больной въ нижней его части нѣсколько изогнуто взади, а въ верхней грудной и шейной частяхъ сильно наклонено вперед. Руки согнуты въ локтевомъ сочлененіи подъ прямымъ угломъ. Обѣ кисти слегка согнуты во всѣхъ сочлененіяхъ и имѣютъ типичное для *paralysis agitans* положеніе. Руки совершенно спокойны. Ни въ той, ни въ другой, равно какъ и въ другихъ частяхъ тѣла, дрожанія не замѣчается. Грубая мышечная сила рѣзко ослаблена, какъ въ верхнихъ, такъ и въ нижнихъ конечностяхъ, но распределена довольно равномѣрно. При пассивныхъ движеніяхъ во всѣхъ конечностяхъ замѣчается крайне рѣзко

выраженная ригидность мускулатуры, не увеличивающаяся и не уменьшающаяся при повторныхъ движеніяхъ. Сухожильные рефлексъ, какъ на верхнихъ, такъ и на нижнихъ конечностяхъ, повышены. Ни кожная чувствительность, ни чувствительность слизистыхъ оболочекъ измѣненій не представляютъ. Въ мочѣ нѣтъ ни бѣлка, ни сахара. Интеллектъ больной замѣтно пониженъ.

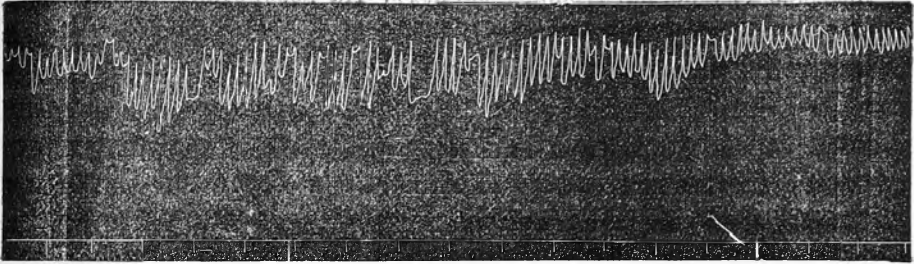
Такимъ образомъ, въ первомъ случаѣ мы имѣли ту форму Паркинсоновой болѣзни, которая извѣстна подъ именемъ *paralysis agitans sine agitatione*. Мышечная скованность достигла здѣсь крайнихъ предѣловъ. Наиболѣе интереснымъ клиническимъ проявленіемъ послѣдней является участіе въ основномъ процессѣ мышцъ вѣкъ и глазныхъ яблокъ.

*2-й случай.* А. Г., 65 лѣтъ, вдова по національности болгарка, поступила въ клинику нервныхъ болѣзней 21.X 1908. Отецъ больной умеръ отъ туберкулеза. Мать умерла въ возрастѣ около 70 лѣтъ также отъ какой то болѣзни легкихъ. Одна изъ сестеръ больной умерла въ молодости отъ туберкулеза легкихъ, другая сестра умерла при явленіяхъ отека.

Родилась больная въ срокъ. Росла и развивалась нормально. Первые регулы получила на 14 году, 22-хъ лѣтъ вступила въ бракъ. Беременна не была. Въ дѣтствѣ перенесла оспу. Въ возрастѣ около 45 лѣтъ перенесла брюшной тифъ и воспаленіе легкихъ. Три года тому назадъ при паденіи съ воза получила сильный ушибъ головы. Настоящее заболѣваніе началось около 2-хъ лѣтъ тому назадъ. Первоначально больная замѣтила дрожаніе въ правой рукѣ. Вслѣдъ за этимъ появилась неувѣренность въ походкѣ, больная стала часто падать, въ особенности при поворотахъ. Подобнаго рода затрудненіе при ходьбѣ, дрожаніе и общая слабость и заставили ее обратиться въ клинику.

*Status praesens.* Больная средняго роста, довольно крѣпкого сложенія, съ удовлетворительно развитой мускулатурой. Будучи предоставлена самой себѣ, больная стоитъ нѣсколько наклонивши впередъ туловище и голову. Руки нѣсколько согнуты въ локтевыхъ суставахъ. Кисти слегка согнуты во всѣхъ сочлененіяхъ, большой палецъ приведенъ внутрь. Рѣзко замѣтное дрожаніе обѣихъ рукъ, рѣзче выраженное справа.

Наибольшую амплитуду колебаній дѣлаетъ большой палецъ. Кривая, полученная на пишущемъ приборѣ, показала шесть дрожаній въ секунду.



Дрожаніе въ слабой степени имѣется и въ мышцахъ нижнихъ конечностей и головы. Дрожаніе всюду синхронично съ дрожаніемъ пальцевъ. Голова слегка наклонена впереди. Глаза плотно закрыты (см. фиг. 3). Въ вѣкахъ того и другого глаза замѣчается мелкое дрожаніе. Подобное же дрожаніе наблюдается и въ языкѣ. Лицо совершенно безжизненно, маскообразно, безъ какаго бы то ни было опредѣленнаго выраженія душевнаго состоянія. Мышцы лба въ состояніи значительнаго напряженія. Брови на одномъ уровнѣ.

Путемъ волевыхъ усилій больная не можетъ раскрыть глазъ. Для раскрыванія ихъ она подноситъ къ верхнему вѣку указательный палецъ и приподнимаетъ послѣднее,—при этомъ всегда одновременно открывается и другой глазъ (см. фиг. 4). Въ такомъ положеніи вѣки удерживаются сравнительно недолгое время, вскорѣ вслѣдъ за этимъ наступаетъ прежнее смыканіе ихъ. Въ лежащемъ положеніи съ слегка запрокинутой назадъ головой больной нѣсколько легче можетъ удерживать глаза открытыми. При пассивномъ поднятіи вѣкъ всегда ощущается одинаково выраженная въ томъ и другомъ глазу ригидность *m. orbicularis oculi*. Остальная мимическая мускулатура лица работаетъ чрезвычайно вяло. На просьбу показать зубы, надуть щеки больная очень запаздываетъ съ выполненіемъ соответствующихъ движеній. При наморщиваніи лба появляющіяся кожныя складки остаются довольно долго и исчезаютъ медленно, сглаживаясь лишь постепенно (феноменъ Мочутковскаго).

Рѣчь больной монотонная, глухая. Больной очень трудно начать разговоръ, произнести первое слово, въ дальнѣйшемъ же рѣчь становится свободнѣе. Ходить больная неувѣренно, довольно сильно нагнувшись впередъ. На поворотахъ шатается. При попыткѣ сдѣлать нѣсколько шаговъ впередъ испытываетъ вначалѣ нѣкоторую неловкость, но въ дальнѣйшемъ движеніе совершается довольно быстро, даже нѣсколько стремительно. При ходьбѣ больная почти совсѣмъ не отнимаетъ ногъ отъ пола, скользя по послѣднему какъ на лыжахъ. Общая скованность, рѣзко выраженная въ состояніи покоя не покидаетъ больную и при движеніи. Ясно выражены *anteropulsio* и *retropulsio* и нѣсколько менѣе ясно *lateropulsio*. Грубая мышечная сила, какъ верхнихъ, такъ и нижнихъ конечностей представляется нѣсколько пониженной, но распределенной равномерно (сжимаетъ динамометръ той и другой рукой на 30 дѣленій). При пассивныхъ движеніяхъ въ конечностяхъ мышечный тонусъ представляется значительно повышеннымъ. Сухожильные рефлексy на верхнихъ конечностяхъ довольно ясные. Колебательные рефлексy, въ особенности правый, повышены. Глоточный рефлексъ выраженъ ясно. При прикосновеніи къ *conjunctiva* и *cornea*, равно какъ при внезапной вспышкѣ передъ глазами магнія, получается живой мигательный рефлексъ вѣкъ. Кожная чувствительность нигдѣ не разстроена. Глубокая чувствительность измѣненій не представляетъ. Со стороны органовъ чувствъ нѣтъ никакихъ рѣзкихъ уклоненій отъ нормы. Глазное дно нормально. Интеллектъ больной нѣсколько пониженъ.

Итакъ, во второмъ случаѣ мы имѣли типичную форму дрожательнаго паралича съ рѣзко выраженными явленіями мышечной скованности и характернымъ дрожаніемъ. Наиболее интереснымъ въ клинической картинѣ, какъ и въ первомъ случаѣ, является участіе въ основномъ процессѣ *m. orbicularis oculi* обоихъ глазъ.

Выше мы уже отмѣтили, что больная все время держала свои глаза закрытыми и не могла раскрыть ихъ путемъ волевыхъ усилій. Въ вѣкахъ обоихъ глазъ имѣлся спазмъ *m. orbicularis oculi* и для того, чтобы преодолѣть его, больная



должна была слегка приподнять которое-нибудь изъ вѣкъ. Тогда сразу раскрывались оба глаза. Что касается природы этого спазма, то предположеніе объ истерическомъ происхожденіи послѣдняго должно быть оставлено, такъ какъ въ исторіи болѣзни нѣтъ нивакихъ другихъ проявленій невроза. Предположить моносимптоматическую форму да еще въ преобладающемъ возрастѣ было бы большой натяжкой. Поэтому представляется болѣе правильнымъ связать повышенную ригидность *m. orbicularis oculi* съ основнымъ страданіемъ, захватившимъ почти всю мышечную систему. Подобнаго рода предположеніе тѣмъ болѣе вѣроятно, что вмѣстѣ съ повышенной ригидностью *m. orbicularis oculi* въ послѣднемъ наблюдалось также и характерное дрожаніе.

Просматривая литературу о дрожательномъ параличѣ, мы встрѣтили лишь очень краткія и крайне немногочисленные указанія на участіе въ основномъ процессѣ мышцъ вѣкъ и глазныхъ яблоковъ.

Дрожаніе въ *m. orbicularis oculi* наблюдали *Gowers, Brissaud-Meige, Bruns* и *Wollenberg*<sup>1)</sup>. Послѣдній говоритъ по этому поводу: „Am seltensten scheint hier der Orbicularis oculi betroffen zu sein; wir konnten das Zittern hier in der Ruhe nur in einem Falle und auch da nicht sehr ausgesprochen beobachten“.

Что касается повышенной мышечной ригидности, то въ нѣкоторыхъ случаяхъ съ рѣзко выраженными явленіями послѣдней въ процессъ вовлекались не только крупныя мышцы лица, но и мышцы глазъ. *Debove, Neumann*<sup>2)</sup>, *Быховскій*<sup>3)</sup>

<sup>1)</sup> Nothnagel's Specielle Path. u. Therapie. Bd. XII 2-te Hälfte. 1899. Seite 132.

<sup>2)</sup> Цит. по *Compin*. Etude clinique des formes anormales de la maladie de Parkinson. 1902.

<sup>3)</sup> *Rychowski*. Beiträge zur Nosographie der Parkinson'schen Krankheit. Archiv für Psychiatrie. Bd. 30.

наблюдали при *paralysis agitans* замедленіе движеній глазныхъ яблокъ. *Galezowski* <sup>1)</sup> точно также наблюдалъ при *paralysis agitans* уменьшенную подвижность глазныхъ яблокъ, неподвижность взора и вмѣстѣ съ тѣмъ опусканіе верхнихъ вѣкъ. *Brunns* <sup>2)</sup> въ одномъ изъ своихъ случаевъ встрѣтилъ комбинацію дрожательнаго паралича съ двусторонней офтальмоплегіей. Симптомы послѣдней однако нѣсколько предшествовали дрожательному параличу. Наблюдалось дрожаніе и судорога обоихъ *mm. orbicularis oculi*, доходящая до блефароспазма. Въ другомъ случаѣ *Brunns* имѣлъ гемиплегическій типъ дрожательнаго паралича, при чемъ на сторонѣ пораженія наблюдался *ptosis* (?). *Wollenberg* <sup>3)</sup> наблюдалъ при *paralysis agitans* контрактуру *m. orbicularis oculi*. Въ случаѣ *Oppenheim*'а <sup>4)</sup>, гдѣ имѣлся гемиплегическій типъ дрожательнаго паралича, на сторонѣ пораженія наблюдался симптомъ *Graefe*.

*Minkowski* <sup>5)</sup> наблюдалъ комбинацію дрожательнаго паралича съ *ophthalmoplegia externa*. Глаза больной были совершенно закрыты, вѣки активно не могли быть подняты. При поднятіи вѣкъ пальцемъ, взоръ представлялся неподвижнымъ, а глазныя оси параллельными другъ другу. Боковыя движенія глазъ существовали лишь въ видѣ намека. Движенія вверху и внизу невыполнимы. Авторъ считаетъ офтальмоплегію результатомъ характернаго для Паркинсоновой болѣзни мышечнаго напряженія, достигшаго здѣсь высшей степени.

<sup>1)</sup> Troubles oculaires dans la paralysie agitante. Цит. по *Compin*.

<sup>2)</sup> Zur Symptomatologie der Paralysis agitans. *Neurol. Centralbl.* 1904 г. № 21.

<sup>3)</sup> Op. cit. 140.

<sup>4)</sup> Lehrbuch der Nervenkrankheiten. 5-te Auflage. 1908 г. S. 1502.

<sup>5)</sup> Ophthalmoplegia externa bei Paralysis agitans. *Internationale Beiträge zur inneren Medicin.* Berlin. 1902 г. S. 437.



Анатомическое изслѣдованіе показало въ глазныхъ мышцахъ интерстиціальнѣйшій миозитъ.

Мочутковскій<sup>1)</sup> приводитъ одинъ случай дрожательнаго паралича, гдѣ больная, подобно нашимъ, точно также не могла путемъ волевыхъ усилій раскрыть глазъ, вслѣдствіе повышенной ригидности *m. orbicularis oculi*.

Изъ этихъ скудныхъ литературныхъ данныхъ видно, что въ патологическій процессъ при *paralysis agitans* могутъ быть вовлечены не только крупныя мышцы туловища и конечностей, но также и такія мелкія и тонкія, какъ мышцы глазъ и вѣкъ. Объ этомъ, помимо литературныхъ данныхъ, свидѣтельствуютъ и оба нашихъ наблюденія, которыя въ этомъ отношеніи особенно демонстративны.

Представляя большую рѣдкость, случаи подобнаго рода, какъ мы увидимъ ниже, могутъ служить до извѣстной степени ключомъ къ выясненію патогенеза дрожательнаго паралича или, по крайней мѣрѣ, локализациі патологическаго процесса.

Большой интересъ представляетъ также и то клиническое наблюденіе, что больныя и въ томъ, и другомъ случаѣ, не будучи въ состояніи раскрыть глазъ путемъ волевыхъ усилій, механическимъ приподнятіемъ одного изъ верхнихъ вѣкъ раскрывали оба глаза. Больныя затрачивали весь maximum волевого напряженія, но тѣмъ не менѣе волевыхъ усилій было недостаточно для того, чтобы преодолѣть сопротивленіе *m. orbicularis oculi*; когда же къ этимъ волевымъ импульсамъ присоединялся еще внѣшній, механическій факторъ, эффектъ достигался. Очевидно, что въ моментъ присоединенія этого фактора освобождалась часть импульсовъ, направленныхъ для выполненія нужнаго движенія, и передавался на соотвѣтствующій участокъ противоположной стороны. Съ другой сто-

---

<sup>1)</sup> VI съѣздъ русскихъ врачей въ память Пирогова.

роны, принимая во вниманіе, что движенія вѣкъ являются по преимуществу движеніями содружественными, въ случаяхъ, гдѣ произвольная двигательная способность рѣзко понижена или совершенно утрачена, а рефлекторная остается нормальной или даже повышенной, можно допустить и другое объясненіе, а именно, что одновременное раскрываніе обоихъ глазъ при поднятіи одного изъ вѣкъ является чисто содружественнымъ движеніемъ.

Нельзя не поставить въ связь съ подобнаго рода явленіями другія содружественныя движенія, наблюдаемыя при *paralysis agitans* и отмѣченныя впервые *Oppenheim'омъ* <sup>1)</sup> и *Франкомъ* <sup>2)</sup>. Заставляя больного съ одностороннимъ дрожательнымъ параличемъ разгибать большой палецъ больной ноги или дѣлать сгибательныя или разгибательныя движенія больной рукой, они наблюдали аналогичныя движенія въ соответствующихъ частяхъ тѣла противоположной стороны. Согласно ихъ объясненію, волевой импульсъ, встрѣчая на пораженной сторонѣ препятствіе для своего распространенія, переходитъ путемъ иррадіаціи на противоположную, гдѣ вызываетъ довольно легко аналогичное движеніе.

Наиболѣе характернымъ такимъ образомъ для дрожательнаго паралича является существованіе какого-то препятствія для проведенія двигательныхъ импульсовъ къ мускулатурѣ. Интереснѣе всего тотъ фактъ, что здѣсь идетъ дѣло не о затрудненіи движенія вообще, а лишь только о затрудненіи *движенія волевого*. При рѣзкомъ ограниченіи послѣдняго въ нашихъ двухъ случаяхъ и даже полной его невозможности въ мышцахъ вѣкъ, рефлекторныя движенія и въ томъ и въ другомъ случаѣ выполнялись безукоризненно. При отсутствіи малѣйшихъ произвольныхъ движеній въ мышцахъ вѣвъ, существовалъ ясный и живой мигательный рефлексъ вѣвъ, полу-

<sup>1)</sup> Lehrbüch. 1908 г. Seite 1501.

<sup>2)</sup> Zur Symptomatologie der Paralysis agitans. Monatschr. f. Psychiatric. Bd. VIII и Русскій медицинск. вѣстникъ. 1901 г. № 4.

чаемый какъ при раздраженіи *conjunctivae et corneae*, такъ и при помощи хлопанья передъ глазами больной въ ладоши или при внезапной вспышкѣ магнія. Въ первомъ нашемъ случаѣ больная, не въ силахъ будучи произвольно двигать глазами, вполнѣ свободно и въ полномъ объемѣ совершала эти движенія, фиксируя подвижный объектъ, т. е., когда имѣлось рефлекторное раздраженіе со стороны зрительнаго нерва.

Все это съ очевидностью указываетъ намъ, что въ данныхъ случаяхъ пострадала лишь область волевыхъ движеній, въ то время какъ область рефлекторныхъ двигательныхъ актовъ осталось пощаженной. Эта-то сторона симптоматологии дрожательнаго паралича и остается до сихъ поръ еще совершенно необслѣдованной и даже не отмѣченной въ литературѣ. Просматривая послѣднюю, мы нигдѣ не нашли указаній на эту, на нашъ взглядъ, характерную особенность клинической картины дрожательнаго паралича.

Не рѣшая вопроса о патогенезѣ даннаго заболѣванія, мы, на основаніи вышеупомянутыхъ соображеній, можемъ только отмѣтить, что въ основѣ его лежитъ несомнѣнно черепномозговой процессъ съ довольно высокой, во всякомъ случаѣ супрануклеарной локализацией. Подтвержденіемъ этому можетъ служить до извѣстной степени и то обстоятельство, что въ послѣднее время все чаще и чаще встрѣчаются въ литературѣ случаи дрожательнаго паралича, гдѣ отмѣчается та или иная степень пониженія интеллекта.

Изъ другихъ особенностей клинической картины нашихъ больныхъ нужно отмѣтить усиленную саливацію въ первомъ случаѣ. Впервые на слюнотеченіе при *paralysis agitans* обратилъ вниманіе *Eulenburg* (*Realencyclopädie* 1898), затѣмъ *Compin* (1902<sup>1</sup>) и особенно подчеркнулъ это явленіе *Oppenheim* (1903). Въ общемъ, это явленіе всетаки довольно рѣдкое

---

<sup>1</sup>) Op. cit. page 40.

и встрѣчается главнымъ образомъ въ далеко зашедшихъ случаяхъ. *Bruns* въ своихъ 74 случаяхъ дрожательнаго паралича наблюдалъ слюнотеченіе только въ 5 изъ нихъ. Что касается происхожденія этого явленія, то мы въ своемъ случаѣ склонны объяснить его скорѣе механическими причинами, чѣмъ допускать гипотезу о первичной гиперсекреціи, какъ это дѣлаетъ *Bruns*. Выше мы уже видѣли, что глотательныя движенія у больной были затруднены. Мускулатура губъ, щекъ, языка, мягкаго неба и глотки выполняла лишь тотъ *minimum* движеній, который необходимъ для поддержанія наиболѣе важныхъ отправленій организма. Поэтому слюна, встрѣчая въ вышеупомянутой спованной и напряженной мускулатурѣ естественное препятствіе, вмѣсто того, чтобы проходить въ желудокъ, большей своей частью вытекала наружу. Этимъ мы, однако, отнюдь не исключаемъ возможности существованія здѣсь и первичной гиперсекреціи. Но послѣдняя можетъ считаться вполнѣ доказанной лишь тамъ, гдѣ въ общій процессъ не вовлечена мускулатура полости рта и глотки, чего какъ разъ и нельзя сказать относительно нашего случая.

1  
Фиг. 1.



Фиг. 2



Фиг. 3.



Фиг. 4.

