

Изъ нервной клиники Московскаго Университета (Директоръ проф. В. А. Муратовъ).

## Къ казуистикѣ «*poliomyelitis anterior chronica*» post trauma.

Д-ра А. А. Напустина и ж.-вр. М. Н. Арунянцъ.

Сравнительная клиническая рѣдкость хроническаго полиомиелита у взрослыхъ при неясной въ общемъ этиологiи этого заболѣванiя даетъ намъ извѣстное основанiе для опубликованiя нашего наблюденiя, интереснаго по своему генезу и по развитiю симптомовъ, тѣмъ болѣе, что травматическiй моментъ въ анамнезѣ б-ныхъ отмѣчается авторами довольно рѣдко.

Б-ой Т. Д. 53-хъ лѣтъ, коммерсантъ. Принятъ въ клинику 19-го февраля 1913 г. съ жалобами на слабость верхнихъ и нижнихъ конечностей.

Наслѣдствен.: со стороны наслѣдственности ничего особеннаго не отмѣчается.

Отецъ б-го умеръ 70 лѣтъ отъ неизвѣстной причины. Матери б-го—73 года, здорова; у нея было 4 беременности, въ живыхъ двое: нашъ больной и одинъ братъ, который пользуется удовлетворительнымъ здоровьемъ. Изъ умершихъ одинъ скончался въ раннемъ дѣтствѣ, а сестра б-го умерла 22 лѣтъ отъ туберкулеза.

Б-ной отрицаетъ въ своемъ роду алкоголизмъ, психическiя заболѣванiя, падучую и заболѣванiя съ атрофiей мускулатуры.

Анамнезъ б-го:

Нашъ б-ной родился вторымъ по счету. Родился въ въ срокъ, ходить сталъ во время. 7 лѣтъ захворалъ корью, 8 лѣтъ—оспой; 9-ти—скарлатиной. 15 лѣтъ перенесъ малярию, которая временами рецидивировала до 25 лѣтъ; лѣчилъ хининомъ, принимая его въ большомъ количествѣ. Половую жизнь началъ 25 лѣтъ. 28 лѣтъ заразился трипперомъ и будто бы lues'омъ. Сдѣлалъ въ то время 40 уколовъ Hg и пилъ іодистый калий.

Б-ой оправился и семь лѣтъ чувствовалъ себя удовлетворительно. Черезъ семь лѣтъ у б-го появилась язва въ горлѣ; б-ой вторично продѣлалъ специфическое лѣченіе; на сей разъ онъ сдѣлалъ 30 втираний ртутной мази и въ теченіе 2-хъ мѣсяцевъ пилъ іодистую микстуру. Б-ой поправился и больше ни разу не повторялъ специфическаго лѣченія.

34-хъ б-ой женился. Въ первый же годъ жена б-го забеременѣла. Всѣхъ беременностей у жены было 3; выкидышей и мертворожденныхъ не было. Дѣтей у б-го 3, всѣ они вполне здоровы.

Съ 25 лѣтъ сталъ злоупотреблять спиртными напитками и куреніемъ табака. Пилъ почти ежедневно до 2-хъ бутылокъ кахетинскаго вина и выкуривалъ до 100 папиросъ въ день. Однако, у б-го ни разу не было ни галлюцинацій, ни бреда, равно и расстройства памяти, при повышевіи t°.

#### *Настоящее заболѣваніе.*

6-го мая 1912 г. у б-го умерла жена, что очень сильно потрясло б-го. 8-го мая т. г. б-ой поѣхалъ на почту и на обратномъ пути, когда б-ой попробовалъ сѣсть на ходу въ вагонъ трамвая, то это ему не удалось, и б-ой, держась за ручку трамвая, повисъ на ней, при чемъ трамвай протаскилъ его шаговъ 15—20 такимъ образомъ, что б-ой касался земли лѣвымъ бокомъ и лѣвой ногой. Б-ой очень испугался; ему показалось, что трамвай перерѣзалъ ему ноги. Б-ой упалъ безъ чувствъ. Особыхъ ушибовъ онъ не получилъ, если не считать незначительныхъ синяковъ на лѣвомъ плечевомъ и колѣнномъ суставахъ. Переломовъ и вывиховъ не было. Это произошло въ 2 часа дня; на извозчикѣ б-го взяли домой, гдѣ б-ой пролежалъ безъ сознанія (по его словамъ) до 8 часовъ

слѣдующаго дня. Судорогъ и разстройства пузыря не было. Утромъ слѣдующаго дня температура оказалась повышенной до 38°. Вслѣдствіе слабости ногъ б-ой не могъ не только ходить, но даже стоять; однако извѣстная слабость была и въ рукахъ, т. е. б-ой не могъ здороваться, умываться, брать ложку въ руки и т. п.

По совѣту врачей б-ой началъ принимать сѣрныя ванны въ 28°, которыя онъ принималъ въ теченіе 3-хъ недѣль. Тутъ б-ой легъ въ городскую больницу, гдѣ и пробылъ около 3-хъ недѣль, лѣчили его электричествомъ, общими ваннами въ 28°, гидроэлектрическими (четырекамерными); лежалъ б-ой подъ диагнозомъ „полиневрита“. Лѣченіе въ больницѣ нѣсколько помогло б-му; б-ой сталъ совершать конечностями нѣкоторыя движенія, хотя очень ограниченныя и съ большимъ трудомъ.

За это время (т. е. послѣднихъ 30-хъ нед.) б-ой сталъ замѣчать похуданіе мелкихъ мышцъ висти. Похуданіе постепенно распространялось выше на предплечье, плечо, а затѣмъ и на мышцы плечевого пояса. Возможность пользованія ими еще болѣе ограничилась по мѣрѣ похуданія мышцъ.

Въ августѣ 1912 года въ домѣ б-го случился пожаръ; б-ой также сильно взволновался и перепугался. Съ этого времени онъ сталъ замѣчать, какъ постепенно у него атрофируются голеностопныя мышцы.

Изъ анамнеза б-го явствуетъ, что какъ въ верхнихъ, такъ и въ нижнихъ конечностяхъ параличъ предшествовалъ атрофіямъ мышцъ, б-ой также отмѣчаетъ, что развитіе аміотрофіи шло отчасти симметрично, какъ на верхнихъ, такъ и на нижнихъ конечностяхъ. Въ тѣхъ сегментахъ конечностей, гдѣ имѣется атрофія, въ началѣ заболѣванія была ломота, которая позже перестала его беспокоить.

Въ декабрѣ б-ой поступилъ въ московскую солдатенковскую больницу, гдѣ и пробылъ около 2-хъ мѣсяцевъ съ диагнозомъ „полиневритъ + полиоміелитъ“. Была найдена атрофія мышцъ на верхнихъ и нижнихъ конечностяхъ, пониженіе сухожильныхъ рефлексовъ, отсутствіе ригидности и наличности фибриллярныхъ подергиваній. Отмѣчалась будто-бы болѣзненность нервныхъ стволовъ.

При поступленіи въ клинику былъ отмѣченъ слѣд. status:

Со стороны внутреннихъ органовъ ничего особеннаго не отмѣчается, кромѣ явленій хроническаго уретрита, благодаря чему у б-го издавна существуетъ задержка мочеиспусканія.

Со стороны черепныхъ нервовъ ничего ненормальнаго. Зрѣніе, слухъ, обоняніе и вкусъ сохранены. Дно глаза—нормально.

Реакція зрачковъ на свѣтъ и конвергенцію получается. Мимика сохранена, симметрична. Бульбарныхъ расстройствъ никакихъ: глотаніе не нарушено; рѣчь правильная, языкъ не атрофиченъ и при высовываніи не отклоняется въ сторону. Глазодвигательные нервы въ порядкѣ. Нистагма и диплопія нѣтъ.

Субъективно б-ой не жалуется ни на боль, ни на ползаніе мурашекъ, только ощущенія подергиванія въ мышцахъ.

Объективно.—Отсутствіе болѣзненности къ давленію какъ въ мышцахъ, такъ и въ нервныхъ стволахъ.

Всѣ виды чувствительности всюду нормальны. Локалізація ощущеній правильная.

Ходитъ б-ой съ большимъ трудомъ, переваливаясь съ боку на бокъ, безъ посторонней помощи почти не можетъ ходить.

Активныя движенія головы впередъ и въ особенности назадъ нѣсколько ограничены и сила въ нихъ ослаблена.

Въ плечевомъ суставѣ, локтѣ и кистяхъ обѣихъ верхнихъ конечностей активныя движенія сильно ограничены. Б-ой не можетъ поднять руку до горизонтальнаго положенія, почесать голову, брать руками ложку, писать и вообще совершать какія-либо тонкія движенія пальцами.

Въ тазобедренномъ суставѣ обѣихъ ногъ активныя движенія нѣсколько ограничены, а въ голеностопныхъ суставахъ сгибаніе стопъ совершенно не выполнимо вслѣдствіе паралича и атрофіи перонеальной группы мышцъ.

Въ плечевомъ поясѣ атрофированы: *m. n. cucullaris, splenius capitis et colli, supraspinatus et infraspinatus.*

На верхнихъ конечностяхъ атрофированы: *m. n. deltoideus, biceps, brachialis int, supinator brevis et longus,* и группа сгибателей кисти. *M. triceps* и вообще разгибательныя мышцы верхнихъ конечностей пострадали въ меньшей степени, чѣмъ сгибатели. Сильно пострадали мышцы кисти, въ особенности *thenaris* и *hypothenaris.*

На нижнихъ конечностяхъ атрофіи подверглись *m. m. glutei, quadriceps cruris, biceps, semitendinosus* и *semimembranosus*, всѣ они очень дряблы и похудѣвшіе. На голени рѣзко пострадала перонеальная группа.

Разгибатели стопа относительно удовлетворительнаго питанія, хотя также дрябловаты.

Въ мышцахъ наблюдаются фибриллярныя подергиванія съ нѣкоторымъ преобладаніемъ въ мышцахъ верхнихъ конечностей. Подъ вліяніемъ кожныхъ раздраженій и душевныхъ волненій фибриллярныя подергиванія усиливаются.

При постукиваніи молоточкомъ по атрофированнымъ мышцамъ получается мышечный валикъ.

Смотря по степени пораженія мышцъ, наблюдается количественное уменьшеніе фарадической водбудимости и частичная реакція перерожденія.

#### Электровозбудимость.

N. facialis dex.	фарад. токъ 80; гальван токъ КЭС=2,0; АЗС=3,0	сокращеніе живое.
N. ulnaris dex.	фарад. токъ 60; гальван. КЭС=3,0; АЗС=7,0	сокращеніе вяловатое:
N. ulnaris sin.	фарад. токъ 65; гальван. КЭС=3,0; АЗС=6,0	сокращеніе вяловатое.
N. peroneus dex.	фар. токъ 60; гальван. КЭС=6,0; АЗС=10,0	сокращ. вяловатое.
M. deltoideus dex.	фар. токъ 40; гальван. 6,5=КЭС; АЗС=4,0	сокращ. вялое.
— —	sin. фар. токъ 4,0; гальван. КЭС=6,0; АЗС=4,0	сокращ. вялое.
M. triceps dex.	65; КЭС=6,0; АЗС=8,5	} Сокращ. вялое.
— —	65; КЭС=6,0; АЗС=8,0	
M. biceps dex.	40; КЭС=5,0; АЗС=4 0	
— — sin.	40; КЭС=6,0; АЗС=4,5	
M. interos I d.	70; КЭС=2,0; АЗС=3,0	сокр. вяловатое.
— — I sin.	75; КЭС=1,6; АЗС=2,0.	
M. peroneus ling. d.	на фар.—abs; КЭС=16,0; АЗС=20,0	сокращ.
— — sin.	30; КЭС=14,0; АЗС=18,0	червеобразн.
M. extens. dig. comm. brev.	} сокращ. не получается ни на	} фарад., ни на гальван. токъ.
dex. и sin		

Активная сила во всѣхъ суставахъ верхнихъ и нижнихъ конечностей сильно ослаблена; при чемъ на рукахъ сгибатели пострадали больше разгибателей

Pressio manus dex.=5,0. } по динамо-  
Pressio manus sin.=10,0 } метру.

Пассивныя движенія во всѣхъ суставахъ верхнихъ и нижнихъ конечностей совершаются въ полномъ объемѣ.

При пассивныхъ движеніяхъ наблюдается нѣкоторая hypotonia; иногда наблюдаются фибриллярныя подергиванія.

Рефлексы.

съ m. biceps } отсутствуютъ  
съ m. triceps } на об. сторон.

Колѣнный }  
Ахиллов. } живые на об. стор.

Съ m. cremaster—есть.

Подошвенные }  
брюшные } не получаютъ.

Клонусовъ (чашки и стопы), Бабинскаго нѣтъ.

Рѣчь не нарушена.

Со стороны психики ничего патологическаго не отмѣчается.

Разстройства памяти также нѣтъ.

Такимъ образомъ, сопоставляя данныя исторіи болѣзни мы отмѣчаемъ у нашего б-го слѣдующій симптомовомплексъ: 1) травма въ анамнезѣ, 2) парезъ четырехъ конечностей вслѣдъ за травмой непосредственно, 3) одновременно со слабостью б-ой сталъ замѣчать и похуданіе мышцъ сперва верхнихъ конечностей, а затѣмъ и нижнихъ; 4) отсутствіе спастическихъ явленій; 5) отсутствіе сухожильныхъ рефлексовъ на верхнихъ конечностяхъ и наличность ихъ на нижнихъ конечностяхъ; отсутствіе разстройствъ чувствительности; 7) отсутствіе болѣзненности въ мышцахъ и въ нервныхъ стволахъ; 8) отсутствіе разстройства тазовыхъ органовъ; 9) цѣлость черепномозговыхъ нервовъ, а равно и отсутствіе бульбарныхъ

симптомовъ; 10) качественное и количественное измѣненіе элеэтровозбудимости въ атрофированныхъ мышечныхъ группахъ; 11) наличие фибриллярныхъ подергиваній въ мышцахъ; 12) медленное прогрессивное теченіе.

Въ дифференціально - діагностическомъ отношеніи придется остановиться на множественномъ невритѣ, боковомъ амиотрофическомъ склерозѣ, прогрессивной мышечной атрофіи спинальнаго типа и на гематоміэліи.

I. Отличіе хроническаго поліоміэліта отъ множественнаго неврита въ общемъ можно обосновать въ нашемъ случаѣ на слѣдующихъ данныхъ: нѣтъ расстройства чувствительности периферическаго типа, не наблюдается у нашего б-го и болѣзненности нервныхъ стволовъ въ давленію; нѣтъ атаксіи, расстройства психики; нѣтъ явленій отравленія свинцомъ, мышьякомъ; не было дифтерійной инфекціи въ анамнезѣ; сверхъ того, распредѣленіе паралича не периферическаго типа, т. е. пораженіе захватило не только дистальные отдѣлы конечностей, но, пожалуй, больше центральныя части; да и теченіе болѣзни, скачками, при томъ неизмѣнно прогрессивные, не соотвѣтствуютъ тому, что мы обычно наблюдаемъ при множественномъ невритѣ.

II. Для отличія отъ *sclerosis lateralis amyotrophica* нужно считаться со слѣдующими данными: 1) у нашего б-го нѣтъ совершенно бульбарныхъ симптомовъ, 2) нѣтъ и намева на ригидность и контравтуры; 3) не наблюдается у нашего б-го и ранняго повышенія (по Déjérine, у) сухожильныхъ рефлексовъ; 4) нѣтъ у него также и спастическихъ симптомовъ, нѣтъ клонусовъ, симптомы Бабинскаго, да и рефлексы на верхнихъ конечностяхъ отсутствуютъ, а то, что рефлексы на нижнихъ конечностяхъ живые, то это обстоятельство уже отмѣчалось авторами при хроническомъ поліоміэлитѣ, напр. въ случаѣ проф. Даръшевича; 5) развитіе паралича и атрофіи идутъ въ нашемъ случаѣ такимъ образомъ, что по мѣрѣ развитія

паралича атрофическія явленія становятся всё замѣтнѣе и сильнѣе.

III. Наличие фибриллярныхъ подергиваній, реакція перерожденія, отсутствие мышечной гипертрофіи (истинной или ложной), цѣлость лицевой мускулатуры, возрастъ б-го, все это даетъ возможность (срав. Déjérine'a) отличить нашъ случай отъ различныхъ формъ прогрессивныхъ мышечныхъ атрофій.

IV. Остается исключить теперь гематоміэлію; при послѣднемъ заболѣваніи мы обычно наблюдаемъ maximum симптомовъ вначалѣ съ послѣдующимъ прогрессивнымъ теченіемъ, пока болѣзнь не приведетъ къ установленію извѣстнаго резидуум'a; въ нашемъ же случаѣ теченіе вся время неизмѣнно преогрессивное; нѣтъ у нашего б-го и расстройства чувствительности; нѣтъ симптома Brown-Séguard'a какъ и oculo-pupillar'ныхъ расстройствъ.

Такимъ образомъ, приходится думать, что въ нашемъ случаѣ имѣется poliomyelitis anterior chronica, развившійся вслѣдъ за травмой.

Просматривая литературныя данныя хроническаго поліоміэліта, мы довольно рѣдко встрѣчаемъ указанія на травматическую моментъ въ анамнезѣ больныхъ.

Такъ, *Erb* сообщаетъ два случая, въ которыхъ вслѣдъ за травмой у совершенно здоровыхъ лицъ развился poliomyelitis anterior chronica; въ первомъ изъ нихъ имѣлась картина poliomyelitis anterior lumbalis со всеми характерными симптомами; въ анамнезѣ отмѣчается паденіе на ягодицы (auf det Gelass); во второмъ—poliomyelitis anterior cervicalis послѣ сильнаго растяженія обѣихъ рукъ.

Далѣе *Charcot* и *Datil* также описали случай poliomyelitis anterior chronica съ аутопсіей. У б-го 56 лѣтъ за два года до смерти появилась слабость рукъ безъ всякой видимой причины. Болей никакихъ не было; черезъ годъ отъ начала заболѣванія стали слабѣть и ноги. На верхнихъ конечностяхъ



пострадали мышцы плечевого пояса и мышцы кисти, а на нижнихъ были ослаблены всѣ движенія въ различныхъ сегментахъ. Ни намека на ригидность и контрактуру. Фибриллярныя подергиванія. Чувствительность была не разстроена. Реакція перерожденія. При микроскоп. изслѣдованіи было найдено слѣд.: вдоль всего спинного мозга была найдена атрофія гангліозныхъ клѣтокъ переднихъ роговъ съ нейпрогліальнымъ склерозомъ; найдены были измѣненія въ переднихъ корешкахъ и дегенеративныя измѣненія въ мышечныхъ волокнахъ.

Въ случаѣ *Oppenheim*'а рѣчь идетъ о 52-хъ лѣтней женщинѣ, у которой сперва появилась слабость въ правой рукѣ а спустя 2 недѣли и въ лѣвой ногѣ; черезъ нѣсколько мѣсяцевъ развилась слабость въ лѣвой рукѣ и, наконецъ, въ правой ногѣ. Черезъ годъ б-ая съ трудомъ передвигала ногами при ходьбѣ и почти не владѣла руками. Никакихъ болѣй, парестезіи, расстройства пузыря и кишечника не отмѣчалось. Параличъ былъ вялый; одни мышцы особенно сильно пострадали, другіе же въ меньшей степени или почти ни пострадали, т. н. *deltoideus*, *biceps*, *brachialis intern.*, *supinator longus* сильно пострадали, тогда какъ *triceps* сохранился, далѣе похудѣли *extensores manus et digitorum* въ противоположность flexог'ной группѣ. На нижнихъ конечностяхъ пострадали мышцы, иннервируемыя перонеальнымъ нервомъ. Электровозбудимость—реакція перерожденія. Въ парализованныхъ мышцахъ—фибрилярныя подергиванія. Чувствительность не разстроена. Черепные нервы въ порядкѣ.

При микроскоп. изслѣдованіи было найдено слѣд.: въ переднихъ рогахъ спинальнаго мозга во всѣхъ его отдѣлахъ атрофія гангліозныхъ клѣтокъ и склеротическое перерожденіе основного вещества; въ основномъ веществѣ увеличеніе дейтерсовыхъ клѣтокъ; задніе рога, Кларковы столбы и бѣлая субстанція были ненарушены; въ мышцахъ волоконца оказались источенными при увеличеніи ядеръ.

Въ случаѣ *Raymond* и *Philippe* интересно то, что страданіе началось съ нижнихъ конечностей у 52-хъ лѣтняго субъекта, при чемъ моторная слабость шла все время параллельно похуданію, не сопровождаясь ни разстройствомъ чувствительности, ни спастическими явленіями. По вскрытіи была констатирована значительная атрофія по всему спинному мозгу большихъ клѣтокъ сѣраго вещества со вторичными перерожденіями переднихъ корешковъ, периферическихъ нервовъ и мышцъ.

Проф. *Л. О. Даркиевичъ* также описалъ случай хроническаго поліоміалита у 6-го 48 лѣтъ, гдѣ болѣзнь длилась всего лишь 2 года. Слабость началась съ правой руки, потомъ, черезъ 8 мѣсяцевъ, стала ослабѣвать и лѣвая рука; и только въ концѣ второго года стали слабѣть и ноги. При изслѣдованіи было найдено похуданіе мышцъ тыльной поверхности шеи, включая сюда и *m. cucullaris*, также мышцъ спины, праваго и лѣваго надплечья, равно и грудныхъ мышцъ.

Интересно, что на предплечьяхъ разгибатели оказались болѣе атрофированными, нежели сгибатели. На кистяхъ рукъ мелкія мышцы похудѣли лишь справа, слѣва же сохранились достаточно хорошо. На ногахъ мышцы представлялись сплошь похудавшими.

Электровозбудимость—для нижнихъ конечностей оказалась количественно пониженной, а въ мышцахъ верхнихъ конечностей—частичная реакція перерожденія. Ригидности, клonusовъ не было. Рефлексы съ *m. triceps*, *tendo Achillis* не вызывались. Черепные нервы въ порядкѣ; чувствительность была не разстроена.

При изученіи спинного мозга измѣненія ограничивались областью переднихъ роговъ той и другой стороны и сводились „къ поражению гангліозныхъ клѣтокъ и измѣненію основнаго вещества“. Гангліозныя клѣтки уменьшены въ числѣ и ясно атрофичны. Въ основномъ веществѣ переднихъ роговъ

замѣтна атрофія сѣти нервныхъ волоконъ съ разрастаніемъ Deiters'овыхъ клѣтокъ при измѣненіяхъ кровеносныхъ сосудовъ. Кровеносные сосуды въ предѣлахъ переднихъ роговъ представлялись набитыми форменными кровяными элементами. „По мѣстамъ попадались ясныя, довольно обширныя кровоизліянія“. „Задніе рога и Кларковы столбы не представляли ничего особеннаго“. Въ бѣломъ веществѣ было найдено „весьма незначительное разрѣженіе волоконъ всего бокового столба той и другой стороны, повидимому, вслѣдствіе атрофіи нѣкоторыхъ изъ нихъ“. Атрофичны были и передніе корешки. Мышечныя волокна были крайне истончены, отмѣчалась пролиферація мышечныхъ ядеръ. Попадались также гипертрофированныя мышечныя волокна, въ которыхъ были кое-гдѣ вакуолы.

Д-ръ *Grunow* описываетъ б-го, 56 лѣтъ, у котораго страданіе началось, какъ и въ случаѣ *Raymond'a* съ нижнихъ конечностей, гдѣ сильно пострадала перонеальная группа, особенно справа. На рукахъ же атрофіи не наблюдалось. Разстройства чувствительности, какъ и измѣненія мышечнаго тонуса не отмѣчалось. Были фибриллярныя подергиванія. Въ дальнѣйшемъ развилось похуданіе и верхнихъ конечностей. Отмѣчался зудъ и незначительныя боли въ спинныхъ мышцахъ. Нервные стволы были безболѣзненны къ давленію. Пателлярныя рефлексы не получались. Частичная и мѣстами полная реакція перерожденія.

Смерть въ этомъ случаѣ послѣдовала отъ катарральной пневмоніи. При изученіи микроскоп. препаратовъ было найдено слѣд.: въ мышцахъ на ряду съ нормальными мышечными волокнами были другія истонченныя; наблюдалось увеличеніе интерстиціи и ядеръ сарколеммы.

Въ спинномъ мозгу, кромѣ обычной атрофіи ганглиозныхъ клѣтокъ переднихъ роговъ, были наблюдаемы явленія сосудистаго воспаленія, особенно въ *arteria fissurae spinalis*

anterior, а также въ артеріяхъ вблизи центрального канала и въ переднихъ рогахъ.

Любопытно отмѣтить, что авторъ наблюдалъ отдѣльные некротическіе участки въ области боковыхъ пирамидныхъ пучковъ; атрофію гангліозныхъ клѣтокъ переднихъ роговъ авторъ объясняетъ тѣми сосудистыми измѣненіями, о которыхъ, мы упомянули только что.

Намъ кажется совершенно достаточнымъ приведенія вышеописанныхъ случаевъ, а потому мы не будемъ останавливаться на другихъ случаяхъ, какъ-то проф. *Dégérine*'а, проф. *Medea* и др.

Въ нашемъ случаѣ приходится остановиться на травматическомъ моментѣ, что нами отмѣчено въ анамнезѣ б-го, какъ на факторѣ, вызвавшемъ развитіе полиоміелита у нашего б-го, что вполне согласуется съ мнѣніемъ *W. Erb*'а, настаивающаго на травматической этиологіи хроническаго полиоміелита. *Schmaus - Lacki* показали, что вслѣдствіе сотрясенія мозга происходитъ расстройство циркуляціи лимфы и крови съ некрозомъ ткани съ послѣдующимъ развитіемъ спинно-мозгового заболѣванія.

Возможно допустить, что у нашего б-го подъ вліяніемъ полученной травмы развились сосудисто-воспалительныя явленія въ области переднихъ роговъ спинного мозга, измѣненія аналогичныя описаннымъ другими авторами, напр. *Grunow*'ымъ *Даркишевичемъ*; отсюда можно заключить, что атрофія клѣтокъ переднихъ роговъ въ нашемъ случаѣ, какъ и въ случаѣ *Grunow*'а является не первичной, а вторичной, на почвѣ сосудистаго воспаления.

Такимъ образомъ, нашъ б-ой представляетъ собой случай poliomyelitis anterior chronica, и если принять во вниманіе травму въ анамнезѣ, то можно сказать, что это — poliomyelitis ant. chr. traumatica.

Замѣтнаго улучшенія status'a нашего б-го намъ не удается отмѣтить, кромѣ нѣкоторыхъ субъективныхъ ощущеній, съ чѣмъ б-ой и покинулъ клинику; такъ что предсказаніе въ данномъ случаѣ малоутѣшительно для б-го; болѣзнь обычно неуклонно прогрессируетъ, лишь изрѣдка дѣлая ремиссія; exitus наступаетъ или отъ паралича діафрагмы, какъ было въ случаѣ Charcot, или отъ какого-либо интеркуррентнаго заболѣванія, напр. пнеймоніи, какъ было въ случаѣ Grunow'a.

Въ заключеніе приносимъ благодарность глубоководящему профессору Владимиру Александровичу Муратову за предоставленіе въ наше распоряженіе столь интереснаго случая и за общія руководящія указанія при изслѣдованіи его.

#### Л И Т Е Р А Т У Р А.

- 1) *W. Erb.* Über Poliomyelitis anter. chronica nach Trauma. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. 1897. № 11.
- 2) *A. Dutil* и *J. Charcot.* Note sur un cas de poliomyélite Anter. chronique. Progrès medical. 17 mar. 1894.
- 3) *H. Oppenheim.* Über die Poliomyelitis anterior chronica. Archiv für Psychiatrie. XIX. 1888.
- 4) Проф. *Л. Даркшевичъ.* Случай хроническаго полиомиелита. Медц. Обзорѣніе. Т. XXXVII № 3.
- 5) Д-ръ *Grunow.* Zur Poliomyelitis anterior. Deutsche Zeitschrift für Nervenkrankheiten. 1901.
- 6) *Medea* prof. Beitrag zur Kenntniss der Poliomyelitis anter. subacuta adutorum. Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie. 1908.