

Феномен Schramm'a, как ранний признак поражений спинного мозга.

Ассистента клиники Я. Е. Гальперштейна.

Диагностика страданий мочевого пузыря и растройств мочеиспусканий на почве заболеваний нервной системе не представляет затруднений в случаях с ясно выраженными симптомами страдания нервной системы. В начальных стадиях заболевания спинного мозга эти симптомы, однако, могут быть настолько неясны, что при исследовании, особенно неспециалистом, могут остаться нераспознанными. В этих случаях всякий признак, который может указать на имеющееся страдание нервной системы и тем установить причину заболевания пузыря и растройств мочеиспускания, приобретает большую диагностическую ценность.

В 1920 г. Schramm'ом описан симптом, наблюдавшийся им исключительно у больных с ясно выраженными признаками заболевания спинного мозга и у лиц, в анамнезе которых имеется травма позвоночника и спинного мозга. Этот признак, или феномен Schramm'a, состоит в том, что у лиц, страдающих заболеваниями спинного мозга или имеющих в анамнезе травму позвоночника, при выдвигании из пузыря цистоскопа с повернутым книзу клювом, последний попадает в более или менее ярко освещенную заднюю уретру, причем удается рассмотреть через цистоскоп заднюю уретру и семенной бугорок, и можно бывает видеть, что задняя часть внутреннего сфинктера зияет, образуя как бы ворота, величина которых бывает различна—вплоть до сравнительно узкой щели, все же пропускающей достаточное количество света для того, чтобы можно было рассмотреть семенной бугорок. Schramm утверждает, что наличие этого признака является безусловным показателем заболевания спинного мозга.

Pfister наблюдал этот симптом при паретических пузырях на почве компрессионных переломов позвоночника, огнестрельных ранений его, при повреждениях мозга, но в то же время наблюдал и такие случаи, когда при цистоскопии был найден симптом Schramm'a, а произведенное вслед за этим неврологическое исследование не обнаружило никаких патологических изменений в центральной нервной системе.

Osw. Schwarz, наблюдавший симптом Schramm'a у табетика, все же не придает ему диагностического значения вследствие того, что, с одной стороны, он находил этот симптом и у лиц со здоровым спинным мозгом, а с другой—он у одного и того же субъекта при одном исследовании находил этот симптом, а при повторном исследовании обнаружить его не мог; мало того, даже и во время одной и той же цистоскопии тот симптом то получается, то исчезает.

Goldenberg также отмечает явления, наблюдавшийся Osw. Schwarzem, а именно, что при одновременном исследовании одного и того же пациента симптом Schramm'a то имеется, то отсутствует, и что во время одного и того же исследования симптома может не быть, а затем он может появиться—вследствие особой, по его мнению, установки цистоскопа. В двух случаях с ясно выраженной *tabes dorsalis* он не обнаружил симптома Schramm'a. Кроме того, по мнению указанного автора, невидный до того симптом Schramm'a может появиться, если цистоскопировать не при обычно применяемом наполнении пузыря 150,0 жидкости, а при максимальном его наполнении. На основании изложенного Goldenberg считает, что положительный феномен Schramm'a не говорит абсолютно об имеющемся органическом страдании спинного мозга, так как этот симптом может быть преходящим явлением функционального раздражения.

Otto Schwarz на основании своих 30 случаев считает симптом Schramm'a ценным диагностическим признаком, который может указать на имеющееся страдание нервной системы в начальных стадиях заболевания. Сам Schramm объясняет появление этого феномена параличем всей мускулатуры дна таза, вследствие чего внутрибрюшинным давлением задняя стенка уретры оттесняется в каудальном направлении. Osw. Schwarz считает, что зияние задней части внутреннего сфинктера представляет собою рефлекторный процесс, вызванный введением цистоскопа. Причиной задержки мочи или затрудненного мочеиспускания в таких случаях, как и причиной трабекулярной гипертрофии пузырной мышцы, является, по его мнению, гипертония внутреннего сфинктера. Вследствие такой повышенной рефлекторной возбудимости последнего затрудненное мочеиспускание, по мнению Osw. Schwarz'a, есть результат рефлекторной возбудимости сфинктера вследствие растяжения детрузора пузыря, а феномен Schramm'a—результат раздражения внутреннего сфинктера цистоскопом. Rost думает, что в этих случаях имеется расслабление части мускулатуры сфинктера, и что при этом раздражения, вызываемого инструментом, бывает достаточно, чтобы вызвать расслабление сфинктера.

Приведенные выше объяснения происхождения феномена Schramm'a встречают весьма веские возражения. Так, против объяснения, которое дает Schramm, говорит уже то обстоятельство, что паралич мускулатуры тазового дна встречается далеко не во всех случаях. С другой стороны Natanson приводит случай подострого сифилитического менинго-миелита с резко выраженным параличем мышц тазового дна, с расстройством чувствительности и атонией sphincter'a ani, где феномена Schramm'a не было. Кроме того, как указывает Goldenberg, при цистографии на рентгеновском снимке в таких случаях, когда имеется феномен Schramm'a, получается над симфизом резко идущая поперечная линия, а не ожидаемая, если согласиться с объяснением Schramm'a, форма сердечка.

Равным образом и объяснение, которое дает Osw. Schwarz, считающий феномен Schramm'a проявлением усиленной рефлекторной возбудимости внутреннего сфинктера, не может, в сущности, как указывает Natanson, считаться несомненным, так как непонятным остается, почему постепенное раскрытие сфинктера может появиться только при

его гипертонии. *Natanson* полагает, что причина появления феномена лежит в ослаблении контрактильной способности тонуса внутреннего сфинктера. В таких случаях, как указывает *Natanson*, затрудненное мочеиспускание объясняется ослабленным рефлексом к открытию, вначале мочеиспускания, внутреннего сфинктера, а феномен *Schramm'a* — понижением способности внутреннего сфинктера к тоническому сокращению, которое при обычных условиях еще может быть достаточным для полного закрытия шейки пузыря, но при заведенном цистоскопе, когда требуется более энергичное сокращение сфинктера, у такого сфинктера сокращения не наступает. Против объяснения *Osw. Schwarz'a* говорит еще и то обстоятельство, что вначале акта мочеиспускания всегда имеется рефлекс к раскрытию внутреннего сфинктера, а не наоборот, как это полагает *Osw. Schwarz*, полагаящий, что затрудненное мочеиспускание или задержка мочи появляется в результате рефлекторного сокращения сфинктера, вызванного растяжением детрузора (*Natanson*). Трудно, наконец, по *Meyers'sy*, допустить, чтобы при *tabes dorsalis* была гипертония внутреннего сфинктера в то время, когда при этом страдании обычно наблюдаются атония мышц и связок и полное отсутствие состояний гипертонии.

Мы наблюдали положительный феномен *Schramm'a* в 22 случаях, из числа которых в 12 имели место *lues cerebrospinalis* и *tabes dorsalis*. У 10 из этих больных были налицо ясно выраженные симптомы со стороны нервной системы и парез пузыря. У одного больного, поступившего с жалобами на учащенные позывы на мочу и наступающее по временам непроизвольное мочеиспускание по ночам, мы при цистоскопии обнаружили лишь незначительную трабекулярную гипертрофию пузырной стенки; при выдвигании цистоскопа с повернутым книзу клювом здесь был обнаружен симптом *Schramm'a*, причем произведенное по этому поводу исследование нервной системы невропатологом обнаружило у больного *lues cerebrospinalis*. Другой больной обратился к нам по поводу болей в области мочевого пузыря, без каких-либо жалоб на расстройства мочеиспускания; при цистоскопии был также обнаружен феномен *Schramm'a*: исследовавший больного невропатолог обнаружил у него *tabes dorsalis incipiens*. Эти случаи свидетельствуют, что данный признак бывает не только в случаях ясно выраженной спинной сухотки, но и в ранних стадиях последней. Факт этот находит себе подтверждение в случаях *Otto Schwarz'a*, где у больных с расстройствами мочеиспускания и почти без изменений в пузыре, при положительном феномене *Schramm'a*, было заподозрено заболевание спинного мозга, и произведенное по этому поводу невропатологом исследование нервной системы обнаружило т. наз. *praetabes*. Положительный феномен *Schramm'a* в начальном периоде спинной сухотки наблюдал также *Schwarzwald*. Мы встретили этот признак у одного больного с *myelitis luetica* и у одного со *sclerosis disseminata*.

Наличие признака *Schramm'a* при травме позвоночника мы встретили в 3 случаях. Во всех этих случаях у больных после полученной травмы в течение некоторого времени, — в одном случае в течение 6 мес., — существовала параплегия. Далее, в одном случае наличие этого симптома была установлена нами у больного с травмой черепа в анамнезе; подобный же случай описывает *Pfister*. Два раза мы, затем, на-

блюдали феномен Schramm'a у больных с enuresis nocturna, где произведенная затем рентгеноскопия обнаружила наличие spinae bifidae. Наконец, встретили мы и два таких случая, где при положительном симптоме Schramm'a невропатолог не обнаружил у больных со стороны нервной системы никаких признаков ее заболевания; один из этих больных обратился по поводу учащенных позывов на мочеиспускание, укорочения мочевого струи и ослабления эрекций; в анамнезе у него был сифилис; второй пациент обратился также по поводу учащенных позывов, затрудненного мочеиспускания и недостаточных эрекций. В обоих случаях при цистоскопии была обнаружена трабекулярная гипертрофия пузырной стенки, а во втором случае—еще явления цистита.

Вообще, как указывают некоторые авторы (Goldenberg, Osw. Schwarz, Natanson) симптом Schramm'a может встречаться и без органических поражений центральной нервной системы, особенно у неврастеников (Natanson). Тем не менее, имея в виду, что явления со стороны мочевого пузыря могут быть первым и, как указывает Stutzin, единственным симптомом страдания нервной системы, а также принимая во внимание, что расстройство мочеиспускания даже у неврастеников должно, по Courtade, всегда заставлять думать о заболевании спинного мозга, мы полагаем, что наличие у подобных больных феномена Schramm'a является подозрительным в смысле возможности начального поражения центральной нервной системы. Особенно трудно исключить возможность последнего у больных, в анамнезе которых имеется lues. Что симптом Schramm'a может появиться значительно раньше, чем неврологическое исследование в состоянии обнаружить различные признаки со стороны нервной системы,—свидетельствует случай, описанный Otto Schwarz'ем, где у больного с расстройством мочеиспускания, соответствующими изменениями в мочевом пузыре и наличием симптома Schramm'a невропатолог не мог обнаружить признаков поражения нервной системы; а через несколько месяцев у больного появился паралич нижних конечностей, и тогда только невропатолог установил the позвоночника. Интересный в этом отношении случай приводит также Natanson: он наблюдал феномен Schramm'a у одного больного с polyomyelitis acuta; когда же у этого больного произошло обратное развитие симптомов, исчез и феномен Schramm'a. Этот случай указывает на несомненную связь феномена Schramm'a с заболеванием центральной нервной системы.

И действительно, как указывают наши случаи и данные других авторов (Otto Schwarz'a, Natanson'a), симптом Schramm'a наблюдается часто при спинальных заболеваниях и особенно при tabes dorsalis. Мы встретили этот феномен во всех 12 случаях tabes dorsalis, а Otto Schwarz среди 14 табетиков не нашел этого симптома только у одного.

Подобные случаи с отсутствием данного феномена при tabes dorsalis, которые приводит и Goldenberg, указывают, по нашему мнению, лишь на то, что отрицательный результат исследования по Schramm'у, как это признают также Blum, Glingar и Hryntschak, не говорит против tabes dorsalis, положительный же результат имеет диагностическое значение. Особенно следует отметить, как мы уже выше указали, что наличие этого симптома может быть первым признаком, указывающим на начинающееся страдание спинного мозга. Если сравнить частоту феномена

Schramm'a в начальных стадиях заболевания последнего с частотой другого симптома, хотя встречающегося и при других заболеваниях, но которому всеми авторами придается важное значение при заболевании центральной нервной системы, а именно, с трабекулярной гипертрофией пузырной мышцы, то оказывается, что, по наблюдениям Natanson'a, признак Schramm'a в ранних стадиях заболевания более постоянен. Некоторые из тех наблюдений, которые приводят в качестве возражений против диагностического значения этого феномена Osw. Schwarz и Goldenberg, мы тоже можем подтвердить: мы также наблюдали, напр., различной величины зияние задней части сфинктера, имевшее вначале исследования форму щели, а потом уже во время исследования настолько расширившееся, что оно было почти в четверть окружности; мы наблюдали отсутствие феномена вначале исследования и появление его во время исследования; мы наблюдали также в нескольких случаях, что феномен во время одного и того же исследования то появлялся, то исчезал, то снова появлялся; в одном случае мы наблюдали зияние в виде узкой щели, которое на наших глазах увеличивалось до четверти окружности, затем снова суживалось до небольшой щели, и так все время исследования, причем до полного закрытия щели не доходило; получить, подобно Goldenberg'y, феномен Schramm'a при максимальном наполнении пузыря нам не удавалось. Однако, мы полагаем, что приведенные наблюдения указывают лишь на то, что мы до сих пор не имеем еще исчерпывающего объяснения происхождения феномена Schramm'a; но они не говорят против диагностического значения его при заболеваниях центральной нервной системы.

На основании всего изложенного мы полагаем, что наличие феномена Schramm'a может служить в ранних стадиях заболевания спинного мозга единственным признаком, указывающим на то, что причину страдания пузыря и расстройства мочеиспускания следует искать именно в этом заболевании, и что поэтому всякий больной, у которого обнаружен феномен Schramm'a, должен быть подвергнут тщательному, а иногда и повторному неврологическому исследованию.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

- 1) Blum, Glingar u. Hryntschak. Urologie und ihre Grenzgebiete. Wien. 1926.—2) Courtade. Journ. de méd. de Paris, 1921, № 26.—3) Dennig Die Innervation der Harnblase. Physiologie u. Klinik. Berlin. 1926.—4) Goldenberg. Verh. d. deut. Urolog. Gesellsch., 1924.—5) Meyers. Цит. по Natanson'y.—6) Natanson. Zeit. f. Urologie, Bd. 21, 1927.—7) Perlmann. Ibid., Bd. 20, 1926.—8) Pfister. Ibid., Bd. 15, 1921.—9) Rost. Pathologische Physiologie des Chirurgen. Leipzig. 1925.—10) Schramm. Zeit. f. Urol., Bd. 14, 1920.—11) Schwarz Osw. Zeit. f. urol. Chir., Bd. 10, 1922.—12) Schwarz Otto. Zeit. f. Urol., Bd. 19, 1925.—13) Schwarz Otto. Verh. d. deut. Urol. Ges., 1924.—14) Schwarz Otto u. Perlmann. Münch. med. Woch., 1925, № 22.—15) Schwarzwald. Zeit. f. urol. Chir., Bd. 7.—16) Stutzin. Deut. med. Woch., 1922, № 11.—17) Alexejeff. Zeit. f. Urol., Bd. 8, 1914.