

К диагностике врожденного сифилиса у грудных детей¹⁾.

Д-ров П. Нанейшвили и Е. Вартазаровой.

Диагностика врожденного сифилиса, будучи весьма легкой в хорошо выраженных случаях, нередко, однако, может представлять довольно значительные трудности. Lesser думает, что в половине случаев врожденный сифилис на первом году жизни может ничем не проявляться. Описаны, далее, случаи, когда он проявлялся роковыми симптомами только по прошествии 2—3 десятков лет от рождения; таковы случаи Nobl'a и Remanowsk'ого, а также Schaffer'a и др. Кораблев указывает, что конгенитальный сифилис очень часто остается нераспознаваемым; причину этого нужно видеть отчасти в том, что многие из симптомов врожденного сифилиса, каковы увеличение селезенки, печени и кубитальных желез, расширение вен головы и пр., не являются патогномоничными, — они только возбуждают подозрение, но далеко не решают вопроса в положительном смысле, как часто не дает этого решения и реакция Wassermann'a. При таких условиях нужно приветствовать применяемое некоторыми педиатрами использование цереброспинальной пункции для диагностики врожденного сифилиса. Главной целью настоящей работы и является освещение значения исследования цереброспинальной жидкости при сифилисе у детей; предварительно, однако, мы считаем нужным остановиться на некоторых клинических симптомах врожденного сифилиса.

Обследованный нами материал может быть подразделен на 3 группы: в I группу входят 24 ребенка, у которых был установлен на основании положительной WaR; во II группу вошли 22 ребенка, у которых данное заболевание подозревалось на основании тех или иных клинических симптомов, нашедших подтверждение в патологических изменениях цереброспинальной жидкости, Wassermann'овская же реакция крови была отрицательна; наконец, к III группе относятся 32 ребенка, у которых WaR была отрицательной, а цереброспинальная жидкость не была исследована; для 7 детей этой группы мы, однако, считаем lues установленным на основании анамнеза.

Таким образом у нас имеется всего 53 случая, из коих в 24 lues был установлен положительной WaR крови, в остальных же 29 случаях — изменениями цереброспинальной жидкости и анамнезом, а также целым рядом клинических симптомов.

При выяснении частоты тех или иных симптомов, имевших место в наших случаях, мы использовали весь материал в 53 случая, для выяс-

¹⁾ Доложено 2/VI 1927 г. на заседании Грузинского Медицинского Общества

нения же частоты lues'a выделили из 53 детей 38 (17 детей из I группы, 16—из II и 5—из III). Эти случаи взяты исключительно из Консультации и приходятся на 584 детей, зарегистрированных с 1/VI до конца апреля текущего года, что дает 6,5%. По другим авторам частота конгенитального lues'a выражается в пределах от 2 до 4% (Neumann, Pfaundler и Гурвич). Хотя Pfaundler и полагает, что цифры выше 4% нуждаются в проверке, но нам думается, что эта проверка нисколько не уменьшит нашей цифры 6,5, а скорее повысит ее.

Клинические симптомы в наших случаях распределяются следующим образом: на 53 случая встретились

насморк	21 раз (39,6%),
специфическая сыпь	8 " (15%),
увеличенная селезенка	33 " (62,2%),
лакированные подошвы	14 " (26,4%),
высокое небо	2 " (3,7%),
paralysis Parrot	5 " (9,4%),
увеличенная печень	12 " (22,6%),
увеличенные локтевые железы	30 " (56,6%),
расширенные вены головы	24 " (45,2%),
paronychia	2 " (3,7%).

25 матерей имели 47 аборт, из коих 30 в первой половине беременности, а 17—во второй. Анамнез в 27 случаях положительный, в том числе 8 раз сифилис отмечался у матерей, зараженных этой болезнью от первых своих мужей; 7 из них вышли замуж после развода, и только одна—после смерти мужа; при этом все они так же, как и их мужья, представляли в ЗАГС свидетельство от врача в том, что они совершенно здоровы. Вообще, если, по соображениям евгеники, для вступления в брак необходимо требовать свидетельство врача о состоянии здоровья супругов, то превращение этого справедливого требования закона в простую формальность равносильно его полному аннулированию.

Относительно аборт считаем нужным отметить, что Finkelstein, Zappert и Fischl особенно подчеркивают то обстоятельство, что для сифилиса наиболее характерно прерывание беременности во второй ее половине; что же касается ранних аборт, то они, по словам этих авторов, не имеют связи с сифилисом плода, так как в плодах первых четырех месяцев сифилитическая инфекция никем не установлена. Fischl в „Diagnostische und therapeutische Irrtümer und deren Verhütung“ утверждает, что аборт первой половины беременности в очень небольшой части случаев—„zum kleinsten Teil“—имеют связь с сифилитической инфекцией: они, как уверяют и гинекологи, по словам Fischl'я должны быть результатом тех или других болезней половых органов женщины. Но то обстоятельство, что из 47 прерываний беременности мы отметили только 17 раз преждевременные роды, 30 же раз имели дело с абортами, а также то, что в некоторых случаях у одной и той же матери, больной сифилисом, аборт чередовались с преждевременными родами, не говорит в пользу меньшего значения аборт для диагностики конгенитального сифилиса. За сифилитическое происхождение, во многих случаях, и ранних выкидышей говорят и многие старые авторы: Kassowitz, Heubner, Fournier, Hochsinger и др. Груздев в своем руководстве по акушерству считает сифилис одной из главных причин прерывания

беременности в обеих ее половинах. Возможно, что разница в оценке значения абортов у старых и новых немецких авторов объясняется тем, что в настоящее время и диагностика, и терапия сифилиса значительно подвинулись вперед, а это, конечно, не могло не отразиться на уменьшение количества абортов в первой половине беременности. На основании своих данных мы позволяем себе думать, что диагностика конгенитального сифилиса только выиграет, если каждый аборт, в какой бы стадии беременности он не происходил, считать подозрительным.

Кубитальные железы оказались у нас увеличенными в 56,6% случаев. Тогда как одни авторы (Hochsinger, Goldreich, Götzky и др.) считают увеличение их симптомом, характерным для сифилиса грудных детей, другие (Reiche, Fabris, Lust, Hutinel, Nobl, Remanowsky, Müller) не признают его патогномоничным для него. Grosser и Dessauer в 34% случаев сифилиса не прощупали кубитальных желез в то время, как в 42% случаев рахита последние оказались увеличенными. В наших случаях диагноз конгенитального lues'a, заподозренный иногда только на основании увеличения кубитальных желез, не раз, однако, подтверждался. Finkelstein отмечает, что этот симптом не является абсолютно-патогномоничным для lues'a, но часто является единственным симптомом, возбуждающим подозрение, нередко подтверждаемое последующими наблюдениями. Поэтому мы думаем, что диагностика конгенитального lues'a не только не выиграет, но проиграет, если увеличение кубитальных желез вычеркнуть из списка его симптомов.

Расширение вен головы Гурвич отмечает в 10% своих случаев, мы же находили в 45,2%. При этом считаем нужным отметить, что в указанные 45,2% входят только те случаи, когда расширение вен было достаточно хорошо выражено; но и в остальных случаях вены были настолько выражены, что, напр., взятие из них крови для WaR редко, когда нам не удавалось. Хотя этот симптом наблюдается и при рахите, но при сифилисе он проявляется раньше, в первые 3 месяца жизни грудных детей, когда рахит не так часто встречается. Отсюда следует, что и этому симптому нельзя приписать решающего значения, но совместно с другими он может помочь нам в диагностике lues'a.

Лакированные подошвы отмечены у нас 14 раз, в том числе 8 раз одновременно с другими сифилидами; в остальных 6 случаях этот симптом был слабо выражен, а другие проявления lues'a на коже и вовсе отсутствовали. „Ein leichtes glänzendes Zohlenerithem“, которая, по словам Finkelstein'a, не всегда привлекает к себе со стороны врачей достаточно внимания, повидимому, является нередкой формой этого симптома.

Относительно частоты кожных сыпей при конгенитальном lues'e авторы дают разные цифры, начиная с 3,1% (Leredde) и до 90—96% (Glarka), мы же отметили эти сыпи в 15% наших случаев.

Из 21 случая насморка два раза имело место кровянистое отделяемое. В двух случаях, которые относились к месячным детям, причиной кровянистого насморка были дифтерийные палочки. Поэтому нам кажется ценным совет Lust'a—при кровянистом отделяемом из носа не забывать дифтерии; в указанных двух наших случаях дифтерии носа температура не была повышена, дети были очень слабы, так что подозрение на lues направлялось само собою, но после впрыскивания антидифтерийной сыворотки дети совершенно поправились.

Заканчивая обзор клинических симптомов врожденного сифилиса в нашем материале, считаем нелишним несколько остановиться на весе сифилитических детей. По Finkelstein'у и Zappert'у вес и развитие последних могут быть вполне удовлетворительными, Neuberg же пишет: „Сифилитические новорожденные даже при вскармливании грудью хуже прибавляют в весе“. Вообще среди врачей распространен взгляд, что вес сифилитических детей должен быть меньше нормального. Нередко на консультациях приходится слышать такую фразу: „Трудно представить, чтобы такой прекрасный ребенок был люэтиком“... Посмотрим теперь, что дают наши цифры.

Данными относительно первоначального веса детей. Консультация не располагает, так как обычно детей приносят туда спустя несколько недель от рождения. Мы приводим наши наблюдения над прибавкой веса в течение первого месяца наблюдения:

прибавку больше 900,0	имели	12	детей,
от 600,0 до 900,0	„	15	„
„ 300,0 до 600,0	„	7	„
меньше 300,0	„	12	„

Мы видим, таким образом, что из 46 детей 27 дали прибавку больше 600,0, а 12 из них — больше 900,0, что даже превышает обычную прибавку веса. Поэтому, если в каком-нибудь случае тот или другой симптом дает возможность заподозрить лues, то хорошее развитие ребенка не может рассеять этого подозрения.

Теперь перейдем к вопросу о значении данных лабораторных исследований в диагностике лues'a. Тут, конечно, первым долгом должна быть упомянута реакция Wassermann'a. Хотя эта реакция, как известно, очень часто является прекрасным подспорьем при выяснении диагноза, но имеется большой % случаев, когда, при несомненном сифилисе у взрослых, реакция Wassermann'a оказывается отрицательной; при сифилисе же детей она еще чаще бывает отрицательной. По Абрамову при конгенитальном лues'e WaR только в 30—50% случаев положительна. По наблюдениям других авторов (Roleston) она часто бывает отрицательной в первые 6—8 недель внеутробной жизни, а потом становится положительной. В этом же возрасте иногда получается, при исследовании по Wassermann'у, неспецифическая положительная реакция, так что, если вообще для диагноза важно исследование ретроплацентарной крови по Wassermann'у, то не надо при этом упускать из виду и возможности неспецифической реакции.

На своем материале мы получили в 23 случаях положительную WaR, в том числе 18 раз в крови детей, в остальных же случаях она оказалась положительной в крови матери, отца, или же в liquor'e ребенка. Из 19 исследованных матерей 10 дали положительный результат. В одном случае WaR была отрицательной, когда ребенку было 4 месяца, при повторном же исследовании, через 8 недель, она оказалась положительной. Что касается WaR liquor'a детей, то на 13 исследований положительный результат получился у нас 7 раз (54,7%). 12 раз liquor был исследован параллельно с кровью, причем 4 раза положительные результаты совпали, а 3 раза liquor дал положительный результат, тогда как кровь — отрицательный. Другие авторы получили положительную WaR в liquor'a у грудных детей в 20% (Gutfeld и Meyer, Fesner, Kundratitz).

M-me Ménard из 14 исследованных случаев получила положительный результат в 6, что близко подходит к нашим данным.

В последнее время цереброспинальная жидкость, помимо реакции Wassermann'a, исследуется на глобулиновые реакции (Pandy, Nonne-Apelt), коллоидные (Mastix-Reaktion, Benjoin-Reaktion, Goldsol-Reaktion), на давление, на содержание клеток и белка и т. д.

Изменения цереброспинальной жидкости при сифилисе взрослых обнаруживаются в ранних стадиях болезни: целый ряд авторов (Dreyfuss, Generich, Kyrle, Гржебин и др.) находили изменения жидкости на втором году сифилитической инфекции (некоторые даже в 80%). Результаты исследования ее при сифилисе у детей можно найти у Gutfeld'a, Fesner'a, Kundratitz'a, Heschels'a и др. Breuer, который у детей старшего возраста патологические изменения жидкости нашел в 73,2% случаев, в жидкости грудных детей никаких изменений не находил. Kundratitz из 24 грудных детей обнаружил увеличение числа клеток у 7; впрочем он производил только счет клеток, исследовал WaR, Nonne и Pandy. Более систематично и полно производил свои исследования Heschels, почему его результаты мы и приводим ниже параллельно с нашими. M-me Ménard из 14 грудных сифилитических детей у 7 получила положительную Benjoin-colloidal-реакцию. У наших больных жидкость была исследована как в тех случаях (20), где lues был подтвержден положительною WaR, так и в случаях, где она не давала подтверждения, но lues подозревался на основании клинических данных (из 22 случаев 10 с положительным анамнезом). В обеих группах были исключительно - грудные дети; между прочим в I группу был включен один 2-месячный ребенок, у которого все реакции, кроме Wassermann-п'овской, дали положительный результат, lues же был подтвержден на вскрытии при исследовании печени.

Результаты наших исследований мы располагаем в 2 отдельных столбцах, так как с самого начала мы хотели изучить изменения жидкости прежде всего в случаях с несомненным сифилисом, чтобы по полученным результатам иметь возможность оценить эти изменения и в случаях подозрительных. Давление мы определяли манометром Henri Claude'a, количество клеток в жидкости — счетом в камере Nageotte'a, количество белка при помощи rachialbuminometr'a Sicard'a и Cantaloube'a, из глобулиновых реакций применяли pp. Pandy и Nonne-Apelt'a, а из коллоидных - Mastix-Reaktion и Benjoin-Reaktion. Останавливаться на методике последних мы здесь не будем, — ее можно найти в соответствующих руководствах. Скажем лишь несколько слов об оценке результатов некоторых исследований.

Вместе с Dreyfuss'ом считаем количество клеток в 1 куб. мм. более 5 повышенным, хотя многие авторы увеличенным признают лишь количество более 10 (Kundratitz, Fesner и др.). При серозных менингитах, закончившихся полным выздоровлением, мы нераз видели, что количество клеток падало ниже 5, — обычно до 2—3.

Что касается давления, то надо сказать, что большинство исследователей уделяет ему мало внимания, так как оно находится под влиянием многих моментов, как плач, учащенное дыхание и т. д. Между тем Dreyfuss отмечает, что в ранних стадиях болезни давление часто является единственным симптомом. Насколько позволяют наши наблюдения, мы

думаем, что влияние плача детей на давление может быть более или менее учтено,—после того, как мы выпускали из спинномозгового канала достаточное количество жидкости, давление больше не повышалось выше 5—10 см. даже при сильном крике ребенка. Поэтому нам думается, что, если мы из показания манометра вычтем 10, то получим приблизительно истинное давление. Безусловно, давление может также зависеть от положения иглы в цереброспинальном канале: всякий, кому приходилось делать люмбальную пункцию, знает, как часто стоит только повернуть иглу в ту или другую сторону, чтобы жидкость, вытекавшая раньше по каплям, потекла струей. Но это обстоятельство, т. е. положение иглы, может оказать влияние на давление лишь в смысле понижения его, но ни в каком случае не повышения. Таким образом, если мы из показания манометра вычтем 10, то найдем истинное давление в сантиметрах водяного столба, хотя возможно, что вследствие неудобного положения иглы мы не получаем полностью того давления, которое на самом деле имеется в цереброспинальном канале. С этими поправками мы считаем давление ниже 25 см. нормальным, в 25—35 см.—подозрительным, выше 35 см.—безусловно повышенным.

Приведем в ‰ ‰ наши положительные результаты в виде следующей таблички:

I группа		II группа.	Данные Heschele's ^a	
Давление	из 21 дет. 88,8‰	21 дет. — 76‰	до лечения	после лечения
Randy	» 19 » 78,8%	19 „ — 73,6‰	78‰	54‰
Nonne-Apert . . .	» 13 » 38,4‰	12 „ — 16,6‰	67‰	31‰
C-i ¹⁾	» 18 » 88,8‰	20 „ — 80,5‰	50‰	16‰
Увеличен. колич. белка	» 18 » 50‰	17 „ — 41,2‰		
Mastix-Reaktion . .	» 19 » 84,2‰	17 „ — 70,5‰	Goldsol 70‰	31‰
Benjoin-Reaktion . .	» 16 » 81,25‰	15 „ — 66,6‰	WaR 13‰	8,3‰

Benjoin-Reaktion мы считали положительной, когда она выпадала субпозитивной в сифилитической зоне: иногда одновременно, как то отмечает и m-me Ménard, осадок получался и в менингитической зоне. Mastix-Reaktion считалась положительной при наличии ясного осадка или же мути,—если последняя была так выражена, что совершенно не пропускала света (Kaffka).

В первой группе 14 раз Benjoin-Reaktion была поставлена параллельно с Mastix-Reaktion, причем 8 раз результаты обеих совпали (60‰), в остальных же 6 случаях совпадения не получилось—3 раза при положительной Mastix-Reaktion Benjoin-Reaktion получилась отрицательной, а 3 раза было наоборот. Во второй группе из 15 параллельно поставленных реакций мы 14 раз получили одинаковые результаты (93,3‰), в одном же случае, где мастичная реакция дала положительный результат, Benjoin-Reaktion оказалась отрицательной.

¹⁾ Количество клеток в 1 куб. мм.

Отсюда видно, что у нас нет оснований какую-либо из этих реакций считать более чувствительной, но, так как иногда они дают разные результаты, желательно их ставить параллельно. Здесь мы должны подчеркнуть то обстоятельство, что как коллоидные реакции, так и другие, кроме Wassermann'овской, нельзя считать патогномоничными для lues'a, так как и другие болезни центральной нервной системы, и в первую очередь менингиты, могут дать какую-нибудь из упомянутых реакций. При всем том, если возможно исключить эти заболевания, как в наших случаях, то упомянутые реакции усиливают подозрение относительно lues'a, возникшее при клиническом исследовании. Поэтому мы вместе с другими авторами думаем, что возможно частое исследование цереброспинальной жидкости на все указанные реакции может оказать ценные услуги диагностике конгенитального lues'a,—тем более, что в нашем распоряжении пока нет такой реакции, которая выручала бы нас во всех случаях.

Из отдельных случаев нашего материала считаем нужным отметить один, где в liquor'e все реакции выпали отрицательными и только WaR liquor'a дала 4 плюса; кровь отца, матери и ребенка также дали отрицательный результат, хотя клинически у ребенка с I же месяца находили насморк, плотную печень, кубитальные железы величиною с горошину, а на VI месяце—увеличенную селезенку; в анамнезе у матери было мертворождение на IX месяце. Несмотря на это, WaR дала отрицательный результат, что вызвало негодование матери за яко бы зря причиненную боль ребенку (при получении крови); при таких условиях возбуждать разговор о цереброспинальной пункции мы сочли лишним и решили ждать. Когда ребенку исполнилось 7 месяцев, на одном из пальцев руки у него обнаружилась рагонущия. Этот новый симптом принудил мать привести ребенка на пункцию, а 4 плюса в liquor'e окончательно помпировали ее с нами; теперь она регулярно приносит ребенка в клинику для лечения. Считаем нужным отметить, что WaR в крови осталась здесь отрицательной.

Кстати упомянем еще о другом случае, где у 2-месячного ребенка был заподозрен сифилис на основании клинических симптомов (пониженный вес—3400,0, сухой, хронического характера насморк, увеличенные и плотные печень и селезенка), но WaR крови была отрицательной, в цереброспинальной же жидкости обнаружено повышенное давление, положительный Pandy, Alb. 0,3, Mastix-Reaktion 6 7 III III I 0 0..., Benjoin-Reaktion—0110022210...¹⁾. Таким образом патологические изменения liquor'a оказались здесь достаточно выраженными. Больной погиб и был вскрыт. При микроскопическом исследовании печени обнаружились довольно резкие цирротические изменения с развитием соединительной ткани преимущественно вокруг сосудов; волокна соединительной ткани были хорошо видны также внутри долек на препаратах, окрашенных по Van-Gieson'u; около сосудов было хорошо заметно скопление мелкоклеточных элементов. Этот случай еще раз подчеркивает то большое значение, какое имеет исследование цереброспинальной жидкости в диагностике lues'a.

¹⁾ Mastix-Reaktion вместо обычно принятых кривых мы, как и Benjoin-Reaktion, выражаем в виде числового ряда, причем римскими цифрами от I до III обозначаем муть (III обозначает высшую степень помутнения), арабскими же цифрами, с 1 до 7,—различные степени осадка (7 обозначает полное выпадение).

Диагностическое значение изменений жидкости, между прочим, хорошо подтверждается еще тем обстоятельством, что они легко уступают антилюэтическому лечению. Приводим один характерный в этом отношении случай из нашего материала.

Жидкость до лечения.		После лечения.		
	4/X	24/X	20/I	28/I
Давление	31 см.	20 см.	55 см.	50 см.
Randy	+	+	+	+
N.-Apelt	+	+	—	—
C.-i.	13	9	6	2,9
Albumen	0,3	0,22	0,22	0,22
Mastix-R.	+(III III II 0 0)	+(II 4 II 1 00..)	—	—
Benjoin-R.	+	+(1000000110...)	—	—

Здесь мы видим, что количества клеток и белка постепенно падали, давление, правда, повышалось, р. Randy оставалось без изменения, р. Nonne-Apelt'a только первые 2 раза дала положительный результат, мастичная реакция при повторном исследовании лучше была выражена, но потом дала отрицательный результат, Benjoin-Reaktion 24/X положительная, в конце лечения—отрицательная. Если вообще считать симптом люэтическим, когда он уступает антилюэтическому лечению, то приведенные изменения цереброспинальной жидкости надо признать люэтическими.

Еще в одном случае мы имели возможность наблюдать провокационное влияние антилюэтического лечения, когда вначале лечения имели C.-i. 2, а в конце—80,8. Провокационное влияние хорошо известно, после работ Genenrich'a, при сифилисе взрослых. Kundratitz упоминает в своей работе об одном ребенке, у которого до лечения было 38 клеток, а через 3 месяца после лечения—214; другой грудной ребенок имел до лечения 40 клеток, после же пройденного курса лечения салварсаном—2205. Этот автор отмечает также появление патологических изменений жидкости под влиянием лечения у тех детей, которые до лечения имели вполне нормальную жидкость.

Такая провокационная роль лечения имела место и у нас, в одном случае из II группы. В анамнезе здесь имеется несомненный lues у отца; до рождения ребенка его мать имела 3 аборта, а у самого ребенка была большая голова, напоминавшая caput natifforme, и расширенные вены; WaR—отрицательная. С провокационной целью ему были выпрыснуты 2 раза биохинол и 1 раз маленькая доза неосальварсана. WaR осталась отрицательной. Через 3 месяца она дала опять отрицательный результат, но в отношении других реакций мы имели: 8 клеток вместо 3,5, давление 55 см. вместо 18 см., наконец, положительную Benjoin-Reaktion вместо прежней отрицательной.

В другом случае той же группы, хотя все реакции были отрицательны, и только C.-i. равнялся 6, мы все же заподозрили lues; в анамнезе у матери было мертворождение на VIII месяце, у ребенка со II месяца появились увеличенные кубитальные железы. И действительно, когда, через

неделю после первой пункции, она была сделана вторично, — на этот раз давление оказалось равным 40 см., Ранду дала 2 плюса, Nonne-Apert'a — слабо-положительна, С. i. — 5,5, общее количество белка осталось в пределах нормы, WaR в liquor'a дала 3 плюса, хотя в крови она осталась отрицательной.

В остальных случаях II группы мы получили в жидкости отчетливые положительные результаты, которые, совместно с клиническими симптомами, достаточно освещали диагноз конгенитального lues'a. И тут, так же, как всегда при лабораторных исследованиях, отрицательный результат не имел решающего значения. Вообще только положительные результаты могут подтвердить диагноз, отрицательные же не исключают его.

Следует помнить, таким образом, что там, где по какому-либо симптому, или анамнестическим данным, можно подозревать у грудного ребенка lues, — никогда не надо забывать об исследовании цереброспинальной жидкости, каковое исследование может обнаружить целый ценный ряд данных во многих т. наз. бессимптомных или малосимптомных случаях. Только, так как реакции цереброспинальной жидкости не идут параллельно, то мы при конгенитальном lues'e, по нашим наблюдениям, не можем удовлетвориться 4 реакциями Nonne (pleocytosis, Nonne, WaR liquor'a и крови), как это считает достаточным для практических целей проф. Гржебин при сифилисе взрослых. Нам попадались случаи, где все эти 4 реакции давали отрицательный результат, а коллоидные реакции обнаруживали патологические изменения жидкости. Поэтому мы думаем, что одновременно с четырьмя реакциями Nonne при подозрении на конгенитальный сифилис желательнее производить и другие.

Кроме диагностического значения исследование цереброспинальной жидкости имеет и прогностическое значение, что для взрослых является достаточно доказанным, а для детей, вероятно, выяснится систематическими исследованиями жидкости. Наблюдения эти сделать тем легче, что произвести цереброспинальную пункцию у детей гораздо удобнее, чем взять кровь, что отмечает и m-me Ménard.

Известно, что лечение конгенитального lues'a, если даже оно проводится под контролем WaR, не всегда дает достаточно удовлетворительные результаты в отношении психического развития детей. Если, однако, к Wassermann'овскому контролю добавить контроль со стороны liquor'a, как то делал Heschel's, то надо думать, что результаты улучшатся, и понизится % психической отсталости, который, по наблюдениям Breuer'a, Pese и др., достаточно велик после лечения по методу Erich'a Müller'a. Если Dreifuss говорит, что дерматолог, которого интересует участь больного, должен после лечения обязательно исследовать цереброспинальную жидкость, то это требование Dreifuss'a, думается нам, тем более относится к педиатру, судьба пациента которого еще куется и который с меньшим страхом, чем у взрослых, может исследовать жидкость вначале и в конце каждого лечебного курса.

Из всего сказанного мы делаем следующие выводы:

1. Материал IV Тифлисской Консультации для грудных детей показывает, что распространение конгенитального lues'a среди грудных детей на Авлабаре ¹⁾ велико и выражается цифрой в 6,5%.

¹⁾ Район Тифлиса, обслуживаемый IV Консультацией.

2. Если Fournier справедливо требует не забывать о Lues'e при исследовании всякого больного, педиатр также должен всегда иметь эту болезнь в виду при исследовании здоровых детей в консультации.

3. В виду того, что диагностика конгенитального Lues'a подчас очень затруднительна, врач должен с особой осторожностью относиться ко всякому подозрительному симптому; только продолжительное наблюдение, иногда длящееся годами, позволяет ему прийти к тому или другому заключению.

4. Всякий раз, как какой-нибудь подозрительный случай (хотя бы по анамнезу) представляется бессимптомным, исследование цереброспинальной жидкости должно решить, действительно-ли это бессимптомный случай, или в нем только отсутствуют внешние симптомы.

5. Наш материал подтверждает, что исследование цереброспинальной жидкости может оказать ценные услуги диагностике врожденного сифилиса.

6. Само собой разумеется, что результаты исследования цереброспинальной жидкости должны оцениваться сообразно с клиническими данными.

7. Исследование цереброспинальной жидкости должно быть полным, чтобы не упустить какого-нибудь патологического изменения, ибо различные реакции не всегда идут параллельно.

8. Для большей доступности этого исследования желательно, чтобы там, где ставят War крови, брали и liquor для исследования.

9. Мы подчеркиваем то обстоятельство, что жидкость должна быть взята там же, где ее будут исследовать, ибо это очень важно для некоторых исследований (давление, счет клеток).

10. Пункция никакой опасностью ребенку не угрожает, и ее выполнение не требует специальной хирургической подготовки.

11. Желательно, чтобы лечение конгенитального Lues'a проводилось под контролем исследования цереброспинальной жидкости.

12. При выдаче свидетельств о здоровье для представления в ЗАГС врач должен обращать особенное внимание на сифилис; желательно, чтобы подобные свидетельства выдавала специальная комиссия, которая в подозрительных случаях должна производить соответствующие лабораторные исследования.

В заключение считаем своей приятной обязанностью выразить глубокую благодарность многоуважаемому профессору Владимиру Федоровичу Бургсдорфу, любезно принявшему на себя труд просмотреть нашу работу.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

- 1) Иванова. Журн. по из. ран. дет. возр., 1925, № 2.—2) Hochsinger. Wien. med. W., 1926, № 10.—3) Levy u. Selter. Arch. für Kind., B. 75, H. 4.—4) Gutfeld u. G. Meyer. Ibid., B. 75, H. 4; B. 76, H. 1.—5) Koeppe. Ibid., B. 78, H. 2 з.—6) Fluser. Ibid., B. 77, H. 1/2.—7) Knauer. Ibid., B. 78, H. 1.—8) Heschels. Ibid., B. 77, H. 3.—9) Heschels. Mon. für Kind., B. 34, H. 3-6.—10) Fischl. Congenitale Lues und Reizung. Jahrb. für Kinderh., B. 61, H. 5/6.—11) Szir-

- mai. Ibid., B. 54, H. 5.—12) Bruk. Zeit. für Kind., B. 39, H. $\frac{2}{3}$.—
13) Orel. Ibid., B. 40, H. 4.—14) Schilling u. P. Hoffmann. Ibid.,
B. 38, H. 5.—15) Kundratitz. Jahrb. f. Kinderh., B. 51, H. $\frac{5}{6}$.—
16) Tüdös. Ibid., B. 58, H. $\frac{3}{4}$.—17) Tüdös. u. Riss. Ibid., B. 61,
H. $\frac{3}{4}$.—18) Pese. Ibid., B. 62, H. $\frac{1}{2}$.—19) Breuer. Deut. m. Woch.,
1921, № 43.—20) Gutfeld. Ibid.—21) Goldscheider u. Witt-
genstein. Ibid., 1924, № 16.—22) Dreifuss. Münch. m. Woch.,
1920, № 48.—23) Gennerich. Ibid., 1922, № 25.—24) Stimpke.
Ibid., 1922.—25) Nobl u. Remanowsky. Wien. kl. Woch., 1924,
№№ 13, 14.—26) Абрамов. Патогенные микроорганизмы. 1922.—
27) Cassel. Deut. m. Woch., 1922, № 31.—28) Гржебин. Каз. Мед-
Журн., 1926, № 12.—29) Zappert. Syphilis. Pfaunder u. Schloss-
manns Handb. der Kindh., B. II, 1923.—30) Hutinel. Mal. des
enfants, t. II.—31) Филатов. Семiotика и диагностика детских болез-
ней.—32) Lesser. Berl. kl. Woch., 1921, № 24.—33) Lesser. Ibid.,
№ 35.—34) Blaschko. Ibid., 1921, № 41.—35) Lesser. Ibid.—
36) Lesser. Ibid., № 47.—37) Lesser. Deut. m. Woch., 1921,
№№ 2, 3.—38) Ménard. Le Nourisson, 1925, № 3.—39) Joseph.
Половые болезни. 1926.—40) Григорьев. Рук. по вен. болезням. Сара-
тов. 1923.—41) Kyrle. Сифилис. 1922.—42) Финкельштейн. Сб.
статей по вен. болезням. Вып. I. 1922.—43) Вольфсон. Там же.—
44) Дергачев. Педиатрия, IX, № 4.—45) Райц. Журн. по из. ран-
дг. возр., 1925, № 4-5.—46) Там же.—47) Schaffer. Presse med.,
1927, № 40.
-