

~~BIBLIOTEKA~~  
~~Klinika Dermatologiczna U.M.C.S.~~  
~~Ks. Dz. Lp. 2314~~

Dr. Feliks Malinowski.

## Choroby weneryczne

TOM II.

Wrzód weneryczny, zgorzelinowy,  
zwyczajny. Zapalenie żołądki. Lepieże  
stożkowate.

## RZEŻĄCZKA

ORAZ

DODATEK DO TOMU I-ego

*(Znaczenie odczynu Wassermann'a i Chemoterapia)*

Z 40 rysunkami w tekście

Wydano przy współudziale Kasy Pomocy dla osób pracujących  
na polu naukowym imienia dr. med. Józefa Mianowskiego.

WARSZAWA

SKŁAD GŁÓWNY W KSIĘGARNI GEBETHNERA I WOLFFA

1916.

288



1263-R

---

Geprüft und freigegeben durch die Kais. Deutsche Presseabteilung  
Warschau den 15. VI. 1916. - T. Nr. 1442. Dr. Nr. 93.

---

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

nr inw.: G - 27813



BG 1263-R

---

DRUK K. KOWALEWSKIEGO, WARSZAWA, PIĘKNA 15.

Akc 186 / 2018 / 14 / 52

## Przedmowa do tomu drugiego.

W osiem lat po pierwszym tomie, zawierającym naukę o syfilisie, wydaję tom drugi, który omawia pozostałe choroby weneryczne. Ponieważ w ciągu powyższego czasu zjawiły się nowe zdobycze w dziedzinie syfilidologii, uzupełniam wykładem o ważniejszych, nowszych zagadnieniach z tej dziedziny niniejszą część dla dania czytelnikowi całości.

Materyał kliniczny dostarczyły mi oddziały i ambulatoryum w Szpitalu Ś-go Łazarza, a także oddziały w szpitalu na Zakroczymskiej. Badania bakteryologiczne i serologiczne przeprowadziłem w pracowni kol. S. Serkowskiego. Dla uplastycznienia opisów opatrzyłem tekst 40 rysunkami i 7 tablicami kolorowemi.

Malowidła i rysunki wykonał artysta malarz p. Kowalczewski, a tablice i cynkotypy: Huśnik w Pradze Czeskiej. Głowczewski i Helios (ta ostatnia firma ze szczególniejszą starannością) w Warszawie.

**Autor.**

Warszawa w Czerwcu 1916 r.

BIBLIOTEKA  
KLINICZNO-PATOLOGICZNA  
Akademii Medycznej w Lublinie

Ks. .... Dz. 1314, sp. ....

## SPIS RZECZY.

	<i>str.</i>
Wrzód weneryczny. Szankier miękki . . . . .	1
Wstęp . . . . .	1
Bakteryologia . . . . .	2
Charakterystyka wrzodu . . . . .	7
Układ chłonny . . . . .	11
Rozpoznanie . . . . .	14
Rokowanie . . . . .	17
Anatomia patologiczna . . . . .	17
Leczenie . . . . .	21
Wrzód zgorzelinowy . . . . .	25
Wrzód zwyczajny . . . . .	29
Zapalenie żołądki . . . . .	31
Lepieże stożkowate, Szyszkowiny weneryczne	34
Anatomia patologiczna . . . . .	35
Leczenie . . . . .	37
Rzeżączka. Tryper, Wiewiór . . . . .	39
Wstęp . . . . .	39
Rzeżączka i jej rozprzestrzenienie . . . . .	39
Krótki rys historyczny . . . . .	40
Pasożyt rzeżączki . . . . .	43
Morfologia i biologia gonokoka . . . . .	44
Hodowla gonokoków . . . . .	45
Barwienie gonokoków . . . . .	49
Różniczkowe rozpoznanie gonokoków . . . . .	53
Zakażanie tkanek gonokokami . . . . .	55
A. Rzeżączka u mężczyzny . . . . .	58
Rzeżączka cewki moczowej . . . . .	58
Budowa cewki . . . . .	58
I. Ostra rzeżączka cewki . . . . .	61
1. Rzeżączka cewki przedniej . . . . .	61
2. Rzeżączka cewki tylnej . . . . .	66
Rozpoznanie . . . . .	70
Rokowanie . . . . .	73

## II

	<i>str</i>
Anatomia patologiczna . . . . .	74
Leczenie ostrej rzeżączki cewki . . . . .	75
Ogólne uwagi . . . . .	75
Leczenie ostrej rzeżączki cewki przedniej . . . . .	77
Leczenie poronne . . . . .	77
Leczenie higieniczno-dyetyczne, objawowe i bakteryobójcze . . . . .	78
Leczenie ostrej rzeżączki cewki tylnej . . . . .	86
System miejscowego leczenia . . . . .	92
II. Chroniczna rzeżączka cewki . . . . .	93
Ogólne uwagi . . . . .	93
1. Chroniczna rzeżączka cewki przedniej . . . . .	94
2. Chroniczna rzeżączka cewki tylnej . . . . .	96
Rozpoznanie . . . . .	98
Wygląd cewki normalnej . . . . .	105
Nacieczenia miękkie . . . . .	107
Nacieczenia twarde . . . . .	109
Rokowanie . . . . .	110
Anatomia patologiczna . . . . .	111
Leczenie chronicznej rzeżączki cewki . . . . .	118
Leczenie ogólne . . . . .	118
Leczenie miejscowe . . . . .	118
Leczenie mechaniczne . . . . .	121
Metoda mechaniczna w połączeniu ze środkami farmaceutycznymi . . . . .	125
Leczenie elektrolizą i temperaturą . . . . .	121
Metoda leczenia . . . . .	128
III. Powikłania miejscowe rzeżączki cewki moczowej	129
Zapalenie rzeżączkowe żołądki . . . . .	130
Zapalenie rzeżączkowe przewodów przycewkowych . . . . .	132
Okółocewkowe rzeżączkowe nacieczenia i ropnie . . . . .	133
Zapalenie rzeżączkowe gruczołów opuszkowocewkowych . . . . .	134
Zapalenie rzeżączkowe naczyń i gruczołów chłonnych . . . . .	134
Zapalenie rzeżączkowe sterczu . . . . .	135
Zapalenie sterczu ostre . . . . .	136
Zapalenie sterczu przewlekłe . . . . .	141
Zapalenie rzeżączkowe najądrza . . . . .	148
Zapalenie rzeżączkowe pęcherzyków nasien-nych . . . . .	154
Zapalenie rzeżączkowe pęcherza . . . . .	155
Zapalenie rzeżączkowe miedniczek nerkowych i nerek . . . . .	158
B. Rzeżączka u kobiet . . . . .	162
Uwagi ogólne . . . . .	162
Rzeżączka cewki . . . . .	164

### III

	<i>str</i>
Objawy i przebieg . . . . .	162
Rozpoznanie i rokowanie . . . . .	166
Leczenie . . . . .	166
Zapalenie sromu niewieścigo . . . . .	167
Objawy . . . . .	167
Zapalenie rzeżączkowe gruczołów przedston- kowych wielkich . . . . .	168
Zapalenie rzeżączkowe pochwy . . . . .	170
Zapalenie rzeżączkowe macicy . . . . .	172
Zapalenie rzeżączkowe jajowodów . . . . .	176
Zapalenie przymaciczne . . . . .	176
Nieplciowe umiejscowienie rzeżączki . . . . .	176
Zapalenie rzeżączkowe prostonicy . . . . .	176
Zapalenie rzeżączkowe jamy ustnej i nosa . . . . .	177
Rzeżączka u dzieci . . . . .	177
Ogólne rzeżączkowe zakażenie . . . . .	179
Zapalenie rzeżączkowe stawów . . . . .	180
Zapalenie rz. układu krwionośnego, oddecho- wego, nerwowego i innych . . . . .	185
Zapalenie rzeżączkowe oka . . . . .	188
Wysypki skórne i podskórne . . . . .	189
Rozpoznanie i rokowanie ogólne . . . . .	190
Ogólne leczenie . . . . .	193
Wakcynoterapia i Seroterapia . . . . .	193
Dodatek do tomu pierwszego . . . . .	199
Znaczenie odczynu Bordet Gengou, t. zw. Reakcji Was- sermanna, w przymiocie . . . . .	201
Chemoterapia syfilisu . . . . .	219

### ZAUWAŻONE OMYŁKI DRUKU:

---

<i>str.</i>	<i>wiersz:</i>	<i>wydrukowano:</i>	<i>powinno być:</i>
43	od dołu 7	M o t ---	M o t z
54	" góry 13	metrylowy	metrylenowy
84	" dołu 4	collargolu	kollargolu
92	" " 4	kalium	kali
129	" " 9	II	III
130	" góry 13	poczas	podczas
162	" " 1	opuszczono przed tytułem — B.	
195	" " 13	" po słowie następnie opuszczono stosowali szczepionki.	

---



# WRZÓD WENERYCZNY. SZANKIER MIĘKKI.

(ULCUS VENEREUM, MOLLE).

## WSTĘP.

Rozwój pojęcia o wrzodzie wenerycznym znajduje się w ścisłym związku i w zależności od rozwoju pojęcia o wrzodzie pierwotnym przymiotu.

Aż do XVI wieku znajdujemy u różnych autorów opisy miejscowego zaraźliwego cierpienia narządów płciowych (Celsius, Avenzoar, Marcellus, De Vigo). Gdy syfilis w XVI stuleciu rozwinął się nagminnie, stawiano w związku z tą chorobą wszystkie cierpienia zaraźliwe narządów płciowych. Wprawdzie niektórzy autorowie (Benjamin, Bell, Swediaur) zauważyli, że nie każdy wrzód na narządach płciowych sprowadza ogólne objawy, jednak nie rozróżniano wrzodu wenerycznego od wrzodu pierwotnego przymiotu. Dopiero Hunter w 1786 roku zaznaczył różnicę pomiędzy temi dwoma cierpieniami. Hunter jednak utożsamiał rzeżączkę z przymiotem; skutkiem tego pomieszanie pojęć o wszystkich chorobach wenerycznych pozostało w swej sile. Właściwie dopiero Ricord w 1831 roku na mocy swych doświadczeń wyodrębnił z pomiędzy owrzodzeń wrzód weneryczny i wrzód pierwotny przymiotu. Następnie Simon (1831 r.), Basserau (1852 r.), Diday, a ostatecznie Rollet ugruntowali teorię o dwistości jądów. Rollet stwierdził, iż wrzód pierwotny nie może być zaszczipiony osobnikowi, już syfilisem dotkniętemu, zaś szankier miękki może się zjawiać w życiu wielokrotnie. Rollet objaśniał te przypadki, w których objawy ogólnego przymiotowego zarażenia występowały po zagojeniu szankra miękkiego—zarażeniem mieszanem.

Jednak prawie do ostatnich czasów znajdujemy zwolenników unitarystycznego pochodzenia owrzodzeń na narządach płciowych, i nawet wybitny dermatolog K a p o s i był zwolennikiem tej teorii.

### Bakteryologia.

Jeszcze w 1685 roku Hartsacken i Abercrambicus twierdzili, że cierpienia weneryczne są wywoływane przez zarazki żywe (*Contagium vivum*), a Didier w 1710 roku wskazuje na małe robaczki. Donné w 1835 roku uzależniał tworzenie się wrzodu wenerycznego od grzybka (*vibrio linneola*). Dopiero jednak w ostatnim trzydziestoleciu udoskonalona technika barwienia naprowadziła badanie na właściwe tory. W 1885 roku Primo Ferrari z Katanii znalazł w preparatach z ropy wrzodu wenerycznego małe krótkie laseczniki, ułożone grupami. W dwa lata później Petersen i Veland er wspólnie, przeszczepiając seryami wrzody miękkie, otrzymywali ostatecznie w ropie krótkie laseczki. W 1889 roku Ducey z Neapolu zakomunikował na pierwszym zjeździe dermatologów, że udało mu się, za pomocą szczepień na chorych, wyhodować krótki lasecznik, swoisty zarazek miękkiego szankra. Ducey szczepił z wrzodów piątej i szóstej generacji, zawierającej tylko laseczniki, i otrzymywał typowe wrzody weneryczne, takie same, jakie tworzą się po stosunku. W jednym przypadku, szczepiając choremu, mającemu temperaturę 40° Celsjusza, nie osiągnął żadnych rezultatów. Również choremu ze żrącym miękkim szankrem na członku Ducey zaszczepił ropę, zawierającą czystą hodowlę laseczników z wrzodu wenerycznego, i otrzymał znów wrzód żrący, stąd wniosek, że charakter wrzodu wenerycznego zależy od podłoża, a nie od jadu. W 1892 roku Krefting potwierdził wyniki badań Ducey'a i prócz tego dodał wiele swych własnych. Laseczniki znalazł on nie tylko w ropie wrzodów wenerycznych, ale i w ropie dymienic i w skrawkach z wyciętych wrzodów i gruczołów; znajdował je w komórkach i pomiędzy komórkami, często w wielkiej ilości.

W tymże czasie Unna znalazł laseczniki, ułożone w sznureczki, w skrawkach z wyciętego wrzodu miękkiego. Laseczniki te różniły się od opisanych przez poprzednich badaczy, dlatego też Unna uważał je za odmienne i na-

zwał *streptobacilli*. U n n a spotykał te drobnoustroje w przestrzeniach chłonnych międzykomórkowych, nie spostrzegł zaś ich wcale ani w naczyniach, ani w komórkach. Skutkiem powyżej nadmienionych cech, U n n a uważał swoje drobnoustroje za różne od laseczników D u c r e y'a i K r e f t i n g'a, jednakowoż dalsze badania wykazały, że te ostatnie są identyczne z prątkami łańcuszkowymi U n n y. A u d r y, B u s c h k e, C h e i n i s s a, D ü r i n g, N i c o l l e, K o p p, R i l l e, v. Z e i s s l i inni potwierdzili odkrycie D u c r e y'a.

W ropie z wrzodu wenerycznego laseczniki D u c r e y'a spotykamy w najrozmaitszych postaciach. Najczęściej widzimy prątki krótkie o jednostajnej szerokości i zabarwieniu z końcami zokrąglonymi. Długość ich wynosi 1,5—1,7 $\mu$ , a szerokość 0,4 $\mu$ . Powyższe prątki mogą być z obu stron pośrodku nieco wgłębione, wtedy przyjmują wygląd hantli (K r e f t i n g). Prątki bywają niekiedy tak krótkie (długości 0,4 $\mu$  i szerokości 0,3—0,35 $\mu$ ), iż prawie nie różnią się od ziarniaków. Prątki mogą występować w postaci dwoinek, prawie stykających się pośrodku, o długości 1,0—1,5 $\mu$  i szerokości 0,3—0,4 $\mu$ . W prątkach spostrzegamy niekiedy środkową niezabarwioną przestrzeń o postaci owalnej, ciągnącej się wzdłuż osobnika. Jeśli końce takich laseczników są zokrąglone, to przyjmują one postać okrętu („*en navette*“). Tego rodzaju laseczniki bywają zwykle nieco szersze 0,5—0,6 $\mu$ , podczas gdy długość ich wynosi 1,1—1,5 $\mu$ . Spotykają się zazwyczaj w warstwach głębszych.

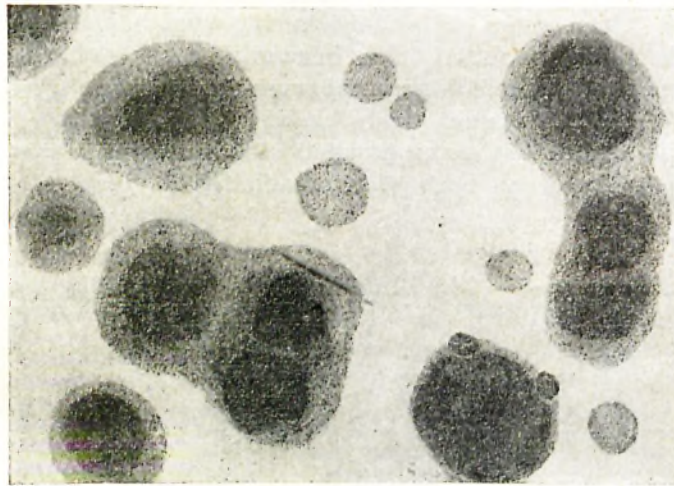
W warstwach głębszych laseczniki układają się w łańcuszki, niekiedy równoległe do siebie. W warstwach, powierzchniowej leżących, spotykamy zazwyczaj pojedyncze laseczniki, gromadki ich, niekiedy zaś krótkie łańcuszki. Wielopostaciowość laseczników D u c r e y'a objaśniają (F i s c h e r, L a n g l e t) tem, iż spotykamy je w najrozmaitszych okresach rozwoju i podziału.

W 1897 roku na agarze, przygotowanym na skórze ludzkiej, wyhodowali laseczniki swoiste I s t o m a n o w i A s p j a n c. W następnym roku hodowle mikrobów wrzodu miękkiego otrzymał L e n g l e t. Przyrządzał on pożywkę z agaru z dodatkiem drobno posiekanej skóry ludzkiej, pepsyny i krwi. Po 48 godzinach można było spostrzedz małe okrągłe opalizujące kolonje, słabo przytwierdzone do powierzchni pożywki, o brzegach nierównych przy słabem powiększeniu. B e s a n ç o n, G r i f f o n i L e S o u r d hodowali bardzo łatwo laseczniki wrzodu miękkiego

na pożywce z agaru i świeżej tętniczej krwi królika w stosunku 2:1. *Himmeli* otrzymał hodowlę na pożywce ze zwykłej krwi, *Sowinski* na agarze z płynem puchlinowym i w buljonie z płynem puchlinowym lub z krwotocznym wysiękiem opłucnowym. *Serkowski* otrzymywał z łatwością hodowlę na pożywkach *Cantani*ego i na agarze z krwią ludzką. Niektórzy badacze otrzymywali wzrost laseczników *Ducrey'a* na skrzepniętej krwi morskich świnek, na surowicy króliczej i ludzkiej i t. d. Istnieją wskazówki, że laseczники mogą stopniowo przyzwyczaić się do hodowli na zwykłych podłożach, tracą jednak w znacznym stopniu zjadliwość (*Serra*). W taki sposób możnaby objaśnić spostrzeżenia *F. Lessera*, iż od kobiety, posiadającej w cewce prątki łańcuszkowe *Unny*, lecz żadnych owrzodzeń, zarażali się mężczyźni miękkim szankrem. Wielokrotnie spotykałem w cewce kobiecej *streptobacilli*, które tam pasorzytniczyły, nie wywołując żadnych owrzodzeń. Przeważnie po bliższym badaniu mogłem stwierdzić, iż są to tak zwane laseczники cewki *streptobacilli urethrae*, które barwią się częściowo Gramem.

Na wszelkich podłożach hodowle udaje się tylko w warunkach usunięcia wszelkiej obcej flory przez dokładne kilkukrotne przemycie ranki i zaszczepienie soku tkankowego z dna jej. Również nie należy przed zamierzonym szczepieniem zasypywać ranki proszkami aseptycznymi. *Karwacki*, chcąc otrzymać materiał odpowiedni, gruntownie odkaża dno wrzodu i przykrywa go warstwą kolodyonu jodowego. Pod tą powłoką w ciągu 24 godzin zbiera się zwykle ropa, zawierająca prawie wyłącznie laseczники *Ducrey'a*; ułatwia to otrzymanie czystej hodowli. Kolonje laseczników *Ducrey'a* (Rys. 1) rozwijają się w przeciągu 24 do 48 godzin: z początku lekko wzniesione nad powierzchnią, później spłaszczają się i stają się nieprzezroczyste, szare, opalizujące. Wielkość kolonii wynosi od  $\frac{1}{2}$  do 2 mm. średnicy; są one okrągłe szarawe. Do podłoża są przytwierdzone słabo. W surowicy krwi króliczej i ludzkiej rozrastające się hodowle sprowadzają lekkie zmętnienie i wytwarzają kłaczkę, opadającą na dno. W wiszącej kropli laseczники nie posiadają ruchów dowolnych. Tylko jeden *Sowinski* spostrzegł wyraźny ruch. Zarodników nie posiadają. Barwią się wszystkimi barwnikami anilinowymi, a metodą *Gram*a odbarwiają się,—a więc zupełnie tak samo, jak i gonokoki (patrz barwienie gonokoków). Laseczники wrzodu mięk-

kiego w ropie spotykamy wewnątrz lub zewnątrz komórek w grupach po 2—6 osobników, albo ułożonych w łańcuszki niekiedy równoległe do siebie, albo znów zwróconych do siebie pod kątem często prostym.



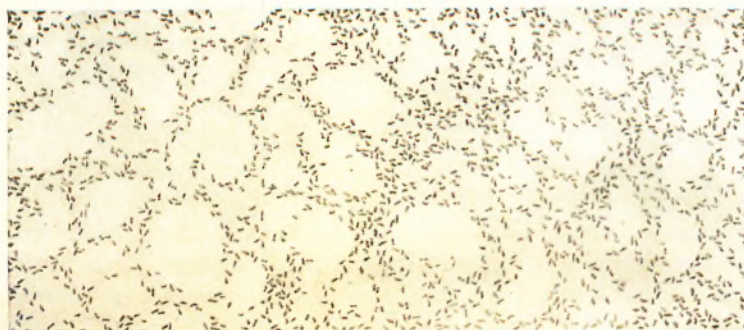
Rys. 1. Lupa. Leitz.

Wygląd laseczników z podłoża stałego a płynnego nieco się różni. Otrzymane z powierzchni agaru skośnego (Rys. 2) są zbliżone wyglądem do znajdujących w ropie i tkankach, długość ich waha się od wymiarów ziarniaka do  $\frac{1}{2}$ — $2\mu$ , a szerokość do 0,4—0,6 $\mu$ .

Te drobnoustroje, hodowane w pożywkach płynnych, przypominają nadzwyczaj paciorkowce; tworzą one bardzo długie łańcuszki. Bieguny oddzielnych laseczników bywają mniej zaokrąglone, przestrzenie niezabarwione mniej wydane. Jednak na surowicy wyjałowionej zbliżają się wyglądem do laseczników, znajdujących w ropie, i nie układają się tak wyraźnie w łańcuszki. Wogóle laseczniki *Ducrey'a* odznaczają się wybitną wielopostaciowością. W kulturach 5—7 dniowych laseczniki podlegają zmianie wstecznej, tworząc postacie ziarniakowe. Prątki wrzodu miękkiego najlepiej rozmnażają się przy  $t^{\circ}$  ciała ludzkiego  $36^{\circ}$ — $37^{\circ}$ , są one bardzo wrażliwe na działanie wysokiej ciepłoty i przy  $38^{\circ}$  przestają się rozradzać, a przy wyższej

zamierają w ciągu 12 — 24 godzin. Znacznie słabiej oddziaływa na laseczniki D u c r e y'a niska ciepłota.

Według B a b e s a, laseczniki wrzodu wenerycznego mają otoczkę, która posiada słabe powinowactwo barwnikowe, a nawet może się barwić metachromatycznie; przytem osłonka ta skleja oddzielne osobniki, tworząc łańcuszki. Laseczniki w łańcuszkach wyrodniają szybko, a ich powinowactwo do barwników słabnie: formy, podlegające zwyrodnieniu, zabarwiają się gorzej. Skutkiem tej nadzwyczajnej łatwości wyrodnienia należy przeszcześcić hodowle na pożywkach laboratoryjnych co dwa dni, jednak i w tych warunkach hodowla z czasem



Rys. 2. Immersya  $\frac{1}{12}$ . Okul. 4. Leitz.

zamiera. Czystą hodowlę można szczepić z dodatnim wynikiem nie tylko ludziom, gdyż wrzód weneryczny wywołali Thibièrge, Ravaut, Nicolle, Zeissl, Auzias Turenne przez szczepienie hodowli laseczników małpom, Diday—kotom, a Sowiński—królikom i świnkom morskim. Według Sowińskiego, lasecznik wrzodu miękkiego nie wydziela toksyn właściwych, chorobotwórczość zaś jego zależy od obecności endotoksyn w samej plazmie laseczki. Sowiński dodawał do hodowli laseczników wysokoku w stosunku 1:3. Niewielka ilość otrzymanego strątu, wprowadzona pod skórę, wywoływała silny odczyn zapalny, a wprowadzona w otrzewną i do błony śluzowej macicy — ropienie. Większa ilość strątu wywoływała śmierć zwierzęcia.

Hodowie świeże są również w niektórych wypadkach bardzo trujące dla zwierząt. Świnki morskie, według S o w i ń s k i e g o, giną w 10—12 godzin po zastrzyknięciu 0,3% wagi hodowli w stosunku do wagi zwierzęcia. Według T o m a s z e w s k i e g o zastrzyknięcia do otrzewny wywoływały tylko miejscowe ropienie, laseczniki były pochłaniane i niszczone przez fagocyty. Według H i m m e l a laseczniki D u c r e y 'a, wstrzyknięte do otrzewny świnki morskiej, już po 24 godzinach były całkowicie pochłonięte przez białe ciała krwi. W ten sposób stara się on wyjaśnić, czemu u zwierząt i u ludzi nie może nastąpić ogólne zarażenie. Próby odczynu B o r d e t - G e n g o u dawały zawsze wynik ujemny.

#### Charakterystyka wrzodu.

W stosunku do częstości zajmuje wrzód weneryczny w rzędzie chorób wenerycznych trzecie miejsce po rzeżączce i syfilisie. Według moich osobistych spostrzeżeń jeden taki przypadek zdarza się na 27 pozostałych chorób wenerycznych, a nawet w ostatnich latach jeszcze znacznie rzadziej. Zakażenie nie następuje nigdy w skórze nieuszkodzonej, a jedynie w miejscach, które uległy choćby nawet niewidzialnym zadrapaniom lub pęknięciom. Wrzód weneryczny, raz powstały, bynajmniej nie zabezpiecza przed nowym zakażeniem. Często powstają nawet obok jednego wrzodu inne, przez samozakażenie. Może być ono wywołane albo na przylegającej do wrzodu fałdzie skóry, albo nawet na bardzo odległym miejscu, skutkiem drapania, zanieczyszczenia brudną bielizną i t. d. To też dzięki tej łatwej zaraźliwości wrzody weneryczne występują zazwyczaj w liczbie mnogiej.

Zwykle po dwudniowym lub trzydniowym okresie wylegania zjawia się w miejscu zakażenia nieznaczne wzniesienie, lekko zaczerwienione i miękkie, które w środku szybko przeradza się w krostę (1-szy okres — *pustulatio*). Następnego dnia naokoło krosty rozszerza się mniej lub więcej czerwona zapalna obwódka, a powierzchnia krosty zasycha w strupek. Nie pozostaje on długo na powierzchni; po jego odpadnięciu widać głęboko sięgający wrzód o brzegach wysokich, podminowanych, przy dotknięciu bolesnych (2-gi okres — *ulceratio*). Wrzód weneryczny w ciągu najbliższych

dni rozszerza się wszcz i wgląb i przy samoistnym przebiegu nie posiada w ciągu wielu tygodni żadnych skłonności do zagojenia.

Dno wrzodu wenerycznego bywa zazwyczaj przykryte nalotem białym lub biało-żółtawym, który można dość łatwo usunąć, poczem widać dno zwykle nierówne, często bardzo usiane dołeczkami,—skutkiem tego przypomina jakby plaśter wosku; brzegi są zawsze nierówne, wystające i zazwyczaj nawet podminowane. Brzegi nie są gładkie nawet wtedy, gdy wrzód posiada w przybliżeniu okrągłą postać, lecz zazwyczaj ponacinane, jakby wyjedzone. Niekiedy wrzód weneryczny przedstawia się w ciągu wielu dni jako krostka, przykryta strupkiem, dopóki strupek nie bywa wypadkowo usunięty skutkiem tarcia albo drapania. Przy samoistnym przebiegu, a często nawet pomimo leczenia, wrzód rozszerza się w ciągu 2—4 tygodni, a czasem i więcej, i w ciągu tego czasu posiada zygzakowato podryte brzegi i rozpadające się dno. Następnie na dnie wrzodu po usunięciu nekrotycznych mas zaczyna zjawiać się pagórkowata, brodawkowata ziarnina (3-ci okres-*elevatio*). Dno oczyszcza się, brzegi spłaszczają się, owrzodzenie wypełnia się czystą ziarniną, i wrzód po 4—6 tygodniach trwania pokrywa się naskórkiem (4-y okres-*restitutio*). Skutkiem zniszczenia warstwy brodawkowej pozostaje wyraźna blizna.

Przebieg niezawsze bywa tak typowy; spotykamy najrozmaitsze wyjątki. Okres wylęgania może się przedłużyć do 2 nawet 3 tygodni. Czasem wrzód bywa mały, niedostrzegalny prawie, z drugiej zaś strony wrzód może przyjąć charakter rozpadowy, szerząc się daleko wgląb albo na powierzchni. Zdarza się, że wrzód z jednej strony goi się, a z drugiej szerzy się na obwodzie, pełzając; jest to tak zwany wrzód weneryczny p e ł z a j ą c y (*Ulc. ven. serpiginosum*). Niekiedy zaś wrzody bywają w ą t ł e: nie powiększają się, lecz i nie poddają się żadnemu leczeniu. Odwrotnie zaś zdarza się, iż ziarnina rozrasta się bardzo obficie, lecz jest nietrwała; przykrywa ona brzegi owrzodzenia i wystaje nad powierzchnią skóry w postaci grzybka: jest to t. zw. wrzód weneryczny w y n i o s ł y (*Ulcus venereum elevatum, luxurians, fungosum, framboesoides* albo *chancre vegetant*); wrzody zaś, odznaczające się znaczną bolesnością albo silnymi zapalnymi objawami, podobnymi do róży, noszą nazwę r ó ż o w a t y c h. W miejscach owłosionych, najczęściej w sąsiedztwie narządów płciowych, występują często małeńkie, ale



bardzo głębokie, nadzwyczaj uporczywe wrzody weneryczne; powstają one skutkiem zakażenia otworu mieszka włosowego; początkowo widać nawet otwór mieszka włosowego; skutkiem tego często znajdujemy guziczki z małym owrzodzeniem pośrodku, przez które przechodzi włos. Są to t. zw. wrzody wener. m i e s z k o w e.

U mężczyzn spotykamy wrzody weneryczne w różnych okolicach narządów płciowych, szczególnie jednak powstają one tam, gdzie skóra przy spółkowaniu łatwo podlega uszkodzeniom, pęknięciom albo nadżarci; najczęściej więc na wędzidełku, w rowku założonym, jako też na brzegu napletka przy stulejce. Wrzody, umiejscowione na wędzidełku, często w ciągu krótkiego czasu przeżerają wędzidełko albo nawet zupełnie go niszczą. W rowku założonym wrzody często nie posiadają postaci okrągłej, lecz nieprawidłową, zygzakowatą, są płytkie lub głębokie, szczelinowate. Na brzegu napletka spotykamy zwykle sporo wrzodów, powstałych skutkiem samozakażenia; posiadają one przeważnie postać gwiazdy, której promienie ciągną się wzdłuż fałd. Przy stulejce, skutkiem samozakażenia, często powstają wrzody weneryczne w dużej ilości na wędzidełku, a także w rowku założonym i na wewnętrznej powierzchni napletka. Przyczyną licznych wrzodów w tym przypadku jest łatwe powstawanie zapalenia żołądździ, skutkiem czego zmacerowana i nadżarta błona śluzowa łatwo ulega zakażeniu, szczególnie na wędzidełku przez spływającą z worka napletkowego wydzielinę. Również przy stulejce, najczęściej skutkiem wtórnego zakażenia, dochodzi do szybkiego rozpadu, do martwicy, gdyż stulejka ułatwia rozwój beztlenowych, wywołujących martwicę, drobnoustrojów. W tych razach napletek i skóra na prąciu stają się obrzmiałe, mocno zaczerwienione, a z worka napletkowego spływa wydzielina, krwisto zabarwiona. Na brzegach cewki znajdujemy niekiedy małe powierzchowne wrzody weneryczne, rzadko jednak można spotkać wrzody, umiejscowione głębiej w otworze cewki.

U kobiet wrzody weneryczne umiejscawiają się przeważnie przy wejściu do pochwy w dołku łódkowatym i pomiędzy resztkami błony dziewiczej lub na powierzchni wewnętrznej małych warg. Często znajdujemy je także przy ujściu przewodu gruczołu przedstonkowego lub przy otworze cewki; znacznie rzadziej spotykamy miękkie szankry na części pochwowej macicy, a bardzo rzadko — na ściankach

pochwy. Przy wejściu do kiszki stolcowej zdarzają się u kobiet wrzody weneryczne znacznie częściej, niż u mężczyzn.

Wrzody, umiejscowione w dołku łódkowatym, nie pozostawiają zazwyczaj po sobie żadnych widocznych blizn; gnieźdzące się na małych wargach, na napletku lub na brzegach lechtaczki mogą czasem przebijać na wylot fałdy skóry; przy ujściu gruczołów przedsionkowych pozostawiają po sobie często bliznę w przewodzie, rozszerzonym kraterowato. Na dużych wargach wrzody umiejscowiają się często w mieszkach włosowych; na części pochwowej macicy przybierają nierzadko wygląd wyniosłych; umiejscowione w tych okolicach przez samozakażenie mogą dojść do bardzo dużej ilości, a pojedyncze łączyć się w jedno duże ognisko; w ściankach pochwy przeważnie prowadzą do dużego ubytku tkanki, o postaci nieprawidłowej. Wrzody w kiszce stolcowej mieszczą się przeważnie w promienisto rozchodzących się fałdach, rzadko naokoło otworu kiszki; nazewnątrz chętnie gnieźdzą się w mieszkach włosowych; powstałe naokoło otworu kiszki stolcowej utrudniają w wysokim stopniu wypróżnienia i wywołują silne parcia na stolec; rzadko sięgają aż za zwieracz wzdłuż fałd kiszki. Niekiedy skutkiem rozpadu i wtórnego zakażenia powstają naokolokiszkowe ropnie. Przez przeniesienie ropy z szankrów miękkich na narządach płciowych powstają czasami nowe w sąsiedztwie: na wżgórku łonowym, biodrach i t. d. Wrzody, powstałe drogą niepłciową, mogą naturalnie przez samozakażenie zjawiać się współcześnie lub następczo z wrzodami na narządach płciowych. Mogą one jednak powstać gdziekolwiek bądź na powłokach skórnych lub błonach śluzowych wyłącznie skutkiem wypadkowego zakażenia. Mianowicie, względnie często zdarzają się one na palcach rąk u lekarzy i akuszerok, rzadziej występują na wargach, podbródku i języku. Zależnie od umiejscowienia i powłoki, na której mieszczą się wrzody weneryczne, przybierają one odmienny charakter: szankry na skórze rozszerzają się powoli, ale dosięgają większych rozmiarów; szankry, powstałe w cienkiej skórze albo w błonie śluzowej, dosięgają niekiedy do tkanki podskórnej lub podśluzowej, rozszerzają się tam na wielkiej przestrzeni i niekiedy daleko pod zewnętrzną powłoką; takie owrzodzenia spotykamy na wewnętrznej powierzchni bioder; sięgają one tam głębiej i przyjmują znacznie większe rozmiary, aniżeli mieszczące się na powierzchni zginaczy. Również rozluźnienie i nabrzmienie tkanki skutkiem ciąży po-

siada zazwyczaj niekorzystny wpływ na przebieg i szerzenie się wrzodu.

Gdy w jednym i tem samym miejscu współcześnie nastąpi zakażenie mikrobami kiły i szankra miękkiego, występuje najpierw typowy szankier miękki. Po trzech, czterech tygodniach przyjmuje on powoli coraz to więcej właściwości pierwotnego wrzodu przymiotu: jest to t. zw. szankier mieszany. U osobnika, zarażonego przymiotem, wrzód weneryczny przybiera zazwyczaj z biegiem czasu stwardnienie i występuje, ze względu na wygląd i kliniczny przebieg, jako twór syfilityczny; jest to t. zw. s z a n k r o i d.

Miękki szankier może niekiedy uleść martwicy. Przy szankrach martwicowych (*ulc. ven. phagedaenicum*) owrzodzenie pokrywa się brązowym, nawet czarnym nalotem, który rozmięka pośrodku, staje się więcej wodnisty i wydziela płyn surowiczno-krwawy; od brzegów zaś i podstawy sprawa zazwyczaj bardzo szybko postępuje naprzód. Sąsiednie okolice bywają zwykle mocno obrzęknięte i zaczerwienione. Temu cierpieniu towarzyszy często podniesienie ciepłoty i ogólne osłabienie. Po dłuższym lub krótszym czasie sprawa przestaje posuwać się naprzód; na granicy części zdrowych zjawia się linia odgraniczająca, strup rozpływa się i odpada w dużych strzępach. Powstałe w taki sposób zazwyczaj duże owrzodzenie pokrywa się czystą ziarniną i zabliznia się. Następstwem tej postaci szankra może być znaczne zniszczenie główki prącia, samego prącia lub zewnętrznych narządów płciowych kobiecych. Według Balzera, takie powikłanie miękkiego szankra wywołują beztlenowe mikroby, jako też *vibrio septicus* Pasteur'a (prawidłowej *bac. oedematis maligni* Koch).

Błonicowate powikłanie szankra zdarza się przeważnie w późniejszym okresie jego rozwoju. Wrzód pokrywa się białym albo szarawym błonicowatym nalotem, przylegającym bardzo ściśle do mało bolesnej podstawy wrzodu, z którego wydziela się nieco wodnistej płynu. Szczepienia nie dają w tym razie dodatnich wyników. W takim stanie wrzód może pozostawać tygodnie i miesiące, na koniec błona rozpływa się, a z brzegów i podstawy występuje dobrotliwa ziarnina.

#### Układ chłonny.

W przebiegu wrzodów wenerycznych, a nawet niekiedy po ich zagojeniu, może rozwinąć się zapalenie na-

czyń chłonnych i ewentualnie zapalenie gruczołów chłonnych.

Zapalenie naczynia chłonnego na grzbietowej części prącia zdarza się często przy wrzodach wenerycznych wewnątrz stulejki, jakoteż przy wrzodach na wędzidełku i wogóle przy licznych i zaniedbanych wrzodach. Zapalenie naczynia chłonnego, szczególnie na grzbiecie prącia, posiada postać okrągłą, wałkowatą i spoistość miękką. Często skóra wzdłuż takiego naczynia czerwieni się. Niekiedy spostrzegamy zajęcie naczynia chłonnego od wieńca główki prącia aż do gruczołów pachwinowych. Zazwyczaj zapalenie naczynia chłonnego przechodzi w kilka dni przy spokoju i zimnych okładach; wyjątkowo tylko na jednym lub kilku miejscach dochodzi do wytworzenia się ropnia wielkości orzecha laskowego, czyli powstają t. zw. *bubonuli* (szankry N i z b e t a).

Zajęcie sąsiednich gruczołów chłonnych zdarza się często przy wrzodach wenerycznych i może doprowadzić do zropienia tkanki gruczołu. To powikłanie miękkiego szankra szczególnie często występuje u osób, które prowadzą ruchliwe życie, dużo chodzą, pracują fizycznie albo nie bardzo dbają o utrzymanie czystości i o leczenie cierpienia. Częstość występowania ropni gruczołów przy wrzodach wenerycznych dochodzi w praktyce szpitalnej do 20% nawet 30%, jednak w praktyce prywatnej, u osób, znajdujących się w lepszych warunkach i więcej dbałych o swe zdrowie, procent ten nie przenosi 3. Dymienica rozwija się zwykle podczas trwania wrzodu wenerycznego, rzadziej po zagojeniu jego, a w wyjątkowych razach może zjawić się po bardzo długim przeciągu czasu, nawet w wiele miesięcy po wyleczeniu wrzodu wenerycznego. Zdarza się to zazwyczaj wtedy, gdy występujące podczas istnienia wrzodu wenerycznego obrzmienie gruczołów prawie zupełnie przeszło pod wpływem odpowiedniego leczenia i spokoju, następnie jednak, pod wpływem szkodliwych czynników, jak forsowny ruch, z pozostającego w gruczołach jadu nanowo rozwija się zapalenie gruczołów. W ogólności zajęcie gruczołów chłonnych zjawia się tem częściej, im wrzody są większe, gorzej utrzymane i liczniejsze. To też przeważnie tworzą się dymienice przy wrzodach, znajdujących się wewnątrz stulejki, a również przy wrzodach na wędzidełku lub brzegu napletka, które łatwo podlegają drażnieniu i uszkodzeniu. Nieprawidłowe leczenie, jak częste przypalanie, może wpły-

nać na powstawanie dymienicy: pod strupem zatrzymuje się ropa i wsysa się do gruczołów. Ropnie gruczołów, występujące wobec niewidocznego lub niezauważonego wrzodu wenerycznego, nazywano dawniej fałszywie *bubo d'emblée*. Obrzmienie i zropienie gruczołów może nastąpić z jednej albo obu stron. Najczęściej zdarzają się one po stronie umiejscowienia wrzodów wenerycznych, rzadziej zaś — z przeciwnej. Niekiedy uwidocznia się połączenie między wrzodem i gruczołami na skórze za pomocą czerwonych pasków. Przed odkryciem Ducrey-Ubnowskich laseczników istniały różne poglądy na powstawanie dymienic. Jedni przyjmowali, że są one wywoływane przez swoiste bakterye miękkiego szankra; inni, że przez produkty ich wydzielania. Najnowsze poszukiwania Colombini'ego, Bezanson'a, Griffon'a, Le Sourd'a, Lenglet'a, Lipschütz'a wykazały, że przy wszystkich obrzmieniach gruczołów chłonnych, powstałych skutkiem miękkiego szankra, działają nie tylko toksyny, lecz i bakterye, i nawet w wielu razach, gdy poszukiwania mikroskopowe nie dały żadnego rezultatu, można było dowieść obecności laseczników Ducrey'a za pomocą szczepień. Możemy jednak przypuścić, że w otorbionym gruczole swoiste bakterye giną czasem bardzo wczesnie. Niekiedy bywa zakażenie mieszane laseczników Ducrey'a z paciorkowcami i gronkowcami, Swoiste bakterye znajdowano również w bubonulach.

W samym początku zajęcia gruczołu chłonnego spostrzegamy powiększenie jego. Gruczoł staje się twardszym i przy ucisku nań wrażliwszym. Równocześnie z powiększaniem się gruczołu zwiększa się i jego wrażliwość.

Gdy obrzmiały gruczoł dochodzi już m. w. do wielkości laskowego orzecha, chory poczyną czuć tępe i ciągnące bóle, szczególnie przy ruchu odpowiednią kończyną. W ciągu następnych dni guz dochodzi do wielkości orzecha włoskiego i więcej, a współcześnie zwiększa się również uczucie napięcia i bólu. Następnie bóle wyczuwają się jako kłujące i pulsujące, zarazem skóra ponad obrzmiewającym gruczolem staje się nieruchoma i przybiera objawy zapalnego obrzmienia i zaczerwienienia. Wtedy, przy macaniu obrzmiałych gruczołów, wyczuwamy albo jeden powiększony półokrągły, dochodzący do wielkości małego jabłka, guz, albo też kilka guzów, zlewających się i tworzących jeden, który może dochodzić do wielkości pięści. Nabrzmiiałe gruczoły są bolesne, szczególnie przy dotknięciu, nieprzesuwal-

ne na podłożu, o spistości ciastowatej. Zwykle w 2—3 tygodnie po powstaniu obrzmienia możemy w guzie przez zaczerwienioną i przyrośniętą skórę wyczuć chęłbotanie. O ile odpowiednie zachowanie się i leczenie może doprowadzić w okresie początkowym do wessania się obrzmienia i powrotu do zwykłego stanu, o tyle w tym okresie powrót do stanu prawidłowego jest nadzwyczaj rzadki. Wtedy zwykle przy powiększającym się zcieńczeniu skóry następuje przedziurawienie nazewnątrz, jeśli nie przystąpiono wcześniej do zabiegu chirurgicznego. Często podczas obrzmiewania gruczołu, a szczególnie w okresie jego ropnego rozpadu, powstaje podniesienie ciepłoty, która opada szybko po otwarciu ropnia samoistnem lub operacyjnem. Niekiedy brzegi i podstawa samoistnie albo operacyjnie otwartego ropnia gruczołowego rozpadają się i przyjmują wygląd i dalszy przebieg wrzodu wenerycznego. Szczepienie z takiej szankrowatej dymienicy daje zazwyczaj bardzo łatwo typowe wrzody weneryczne. Szankrowate dymienice przebiegają zwykle bardzo powoli, opierają się uporczywie leczeniu i pozostawiają po sobie głęboką bliznę.

Bardzo często sprawa zapalna z gruczołu chłonnego przechodzi na otaczającą go tkankę, tworząc rozlane nacieczenie (*perilymphadenitis*). Powyższe nacieczenie może osiągnąć niekiedy bardzo dużych rozmiarów, zwykle łatwiej podlega ropnemu rozpadowi i trudniej goi się. Znajdujemy w niem niekiedy oprócz laseczników D u c r e y'a, paciorkowce i gronkowce.

#### Rozpoznanie.

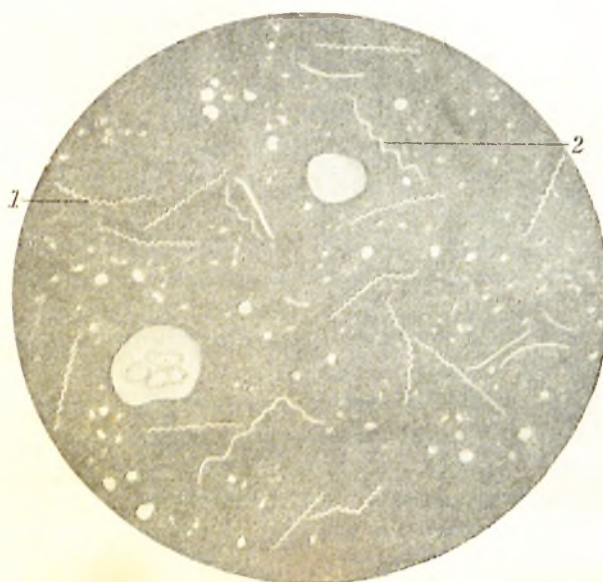
Wrzód weneryczny rozpoznaje się zwykle łatwo na mocy jego cech, obrzmienia sąsiednich gruczołów chłonnych, a także na mocy badania mikroskopowego wydzieliny z wrzodu. Pewne usługi może wyświadczyć wywiad, przeszczepienie i obejrzenie osoby, która mogła być źródłem zarazy (konfrontacya). Objawy kliniczne wrzodu zwykle są dość charakterystyczne i one jedne przeważnie wystarczają do rozpoznania; również, bardzo ważne rozpoznawcze znaczenie posiada postać wtórnego schorzenia gruczołów chłonnych, która jest objawem charakterystycznym i łatwym do stwierdzenia. Badanie mikroskopowe dostarcza ważnych wskazówek, jest łatwe do przeprowadzenia i może być zawsze skutecznie,

jednak nieznaalezienie prątków *D u c r e y'a* nie może bezwarunkowo wykluczyć swoistości sprawy, gdyż nie zawsze i nie w każdym okresie wrzodu pierwotnego można odnaleźć swoiste bodźce. Krótki okres wylęgania i dodatnie wyniki przeszczepień, naturalnie na tym samym osobniku, jak również samozaszczepienie, będą przemawiać za swoistością sprawy. Wyniki szczepienia są bardzo przekonujące, jednak tylko istotna korzyść dla chorego i bezwarunkowa jego zgoda może nas skłonić do tego rodzaju zabiegu: nowoutworzone wrzody powiększają cierpienia i nie wykluczają bynajmniej w skutkach najrozmaitszego rodzaju powikłań, np. wyżeru i ropienia gruczołów. Owrzodzenia weneryczne należy odróżniać przy rozpoznaniu od objawów pierwotnych przymiotu i owrzodzeń trzeciorzędnych, jako też od owrzodzeń, wywołanych bakteriami ropotwórczymi, i od opryszczek. Najczęściej musimy odróżniać wrzody weneryczne od szankra twardego.

Szankier twardy stanowi zwykle owrzodzenie jednoogniskowe, płytkie, z brzegami niepostrzeżenie przechodzącymi w zdrową tkankę, z dnem równym, zabarwieniem miedziano-czerwonym, spoistości twardej; wydziela płyn surowiczokrwawy, w którym znajdujemy krętki blade. Można odnaleźć je szybko albo za pomocą ultramikroskopu lub też metodą *Bur i'ego* (do kropelki wody przekroplonej lub nawet przegotowanej, zmieszanej z wydzieliną, dodajemy kroplekę płynnego tuszu, rozcieramy drugim szkiełkiem i po wyschnięciu rozpatrujemy w olejku cedrowym—Rys. 3 patrz str. 16). Sąsiednie gruczoły są obrzmiałe, liczne, twarde i pojedynczo dające się od siebie oddzielić. Obrzmiewaniu gruczołów nie towarzyszy zapalny odczyn skóry, leżącej nad nimi i okrażającej tkanki. Należy jednak dodać, że gruczoły kiłowe mogą także ulegać zapaleniu, zwłaszcza wtedy, gdy wrzód pierwotny jest zanieczyszczony, drażniony i t. p.

Wrzód weneryczny stanowi zwykle owrzodzenie wielogniskowe głębokie, z brzegami ostro oberżniętymi, spadzistem dnem nierównym, często brodawkowatym, pokrytem żółtym nalotem; wydziela ono obficie ropę, w której znajdują się pałeczki *D u c r e y'a*. Spoistość wrzodu miękkiego bywa miękka, a sąsiednie gruczoły pozostają albo niezmiennione, albo jeden gruczoł zropiały, albo też pakiet gruczołów, z których niektóre rozmiękają. Zaczerwienienie skóry nad gruczołem, unieruchomienie jej, bolesność gruczołu, chelbotanie w nim w późniejszym okresie rozwoju sprawy, a nawet

owrzodzenie, przyjmujące również niekiedy wygląd miękiego szankra—wszystko to znakomicie ułatwia różniczkowe rozpoznanie. Należy jednak zwrócić uwagę, iż w miejscach, obfitujących w naczynia chłonne,—głównie brózda wieńcowa, a także poczęści otwór cewki, brzeg napletka i dużych i małych warg—wrzody weneryczne posiadają podstawę niekiedy dość twardą; twardość ta jednak może powstać i na każdym innym miejscu pod wpływem zewnętrznego podrażnienia i przyżegania.



Rys. 3. 1) Krętek bladej, 2) krętek zwykły. Immers.  $\frac{1}{18}$ . Ok. 4.  
(R e i c h e r t).

Przy rozpoznawaniu trzeba zarazem mieć na uwadze wrzód mieszany (*ulcus mixtum*), o czym już mówiliśmy w tomie pierwszym.

Owrzodzenia, wywołane zwykłymi ropotwórczymi bakteriami i powstałe skutkiem urazu, posiadają zwykle brzegi nierówne, dno płytkie i goją się szybko. Również owrzodzenia rzeżączkowe posiadają powyższą postać i podobny przebieg. Owrzodzenia opryszczkowe są bardzo powierzchowne, posiadają brzegi, wijące się w małe zatoki, a prócz tego, w sąsiedztwie spotykają się często pojedyncze pęcherzyki lub małe, odpowiadające im, nadżarcia.



Owrzodzenia gruzlicze, szczególnie przy wejściu do kiszki stolcowej, posiadają zwykle brzegi kręte, spadziste, niekiedy nawet podminowane, dno przeważnie nierówne, miękkie, żółtawe. Owrzodzenie to bywa najczęściej dość obszerne, wielogniskowe i bolesne. W pobliżu dużych owrzodzeń mieszczą się niekiedy w błonie śluzowej małe twardy guziczki, przypominające wykwit tocznia, wielkości mniej więcej łebka szpilki, zabarwienia różowego do fioletowego, i również małe owrzodzenia. Wykwity te, a szczególnie nadzwyczaj przewlekły przebieg, decydują o rozpoznaniu gruźlicy.

Przy rozpoznawaniu dymienicy należy mieć na uwadze przepuklinę pachwinową (*hernia inguinalis* — spoistość i możliwość wprawienia), zapalenie najądrza przy *kryptorchismus* (nieobecność jądra w mosznie i bardzo silne bóle), naczynek żyły podskórnej odpiszczelowej (spoistość i zmniejszenie objętości przy ucisku poniżej guza) i tętniak gołeniowy (pulsacja, odpowiadająca skurczom serca).

#### Rokowanie.

Wrzody weneryczne posiadają zazwyczaj charakter dobrotliwy. Istotnie jest to sprawa, która może się nawet samoistnie zgoić i nie sprawia zbyt silnych dolegliwości. Nawet powikłanie wrzodu wenerycznego wyżerem nie sprawia zbyt wielkiego spustoszenia,—mniej lub więcej obszerne zniszczenie i zniekształcenie napletka, główki prącia, małych i dużych warg, zwężenie kanału moczowego i t. p.

Jest to wyłącznie cierpienie miejscowe, które przy odpowiednim leczeniu i zachowaniu się przechodzi po paru, a najwyżej po kilku tygodniach. Tylko zropienie sąsiednich gruczołów chłonnych należy do powikłań bolesnych i uciążliwych, choć nie niebezpiecznych. Ropnie gruczołów, nieodpowiednio leczone, mogą wywołać obszerne owrzodzenia i zniekształcające blizny, a nawet pozostawić po sobie przetoki, jednak tylko w wyjątkowych razach przy zakażeniu wtórnym i słabej odporności ustroju mogą spowodować zejście śmiertelne.

#### Anatomia patologiczna.

Dzięki łatwemu przeszczepianiu wrzodów wenerycznych na drodze doświadczalnej, posiadamy możliwość badania mikroskopowego w każdym okresie ich rozwoju.

Znaczną tylko trudność przedstawia barwienie w skrawkach laseczników *Ducrey'a*, ponieważ bardzo łatwo odbarwia je wyskok. Stosujemy zazwyczaj następujące metody:

1. *U n n y i T o m a s c z e w s k i e g o*: Należy barwić skrawki do 24 godzin w następującej mieszaninie:

Methylenblau  
 Kali carbonici aa 1,0  
 Aq. destil. 100,0  
 Spirit. 20,0  
 Coque ad remanent. 100,0, adde  
 Methylenblau  
 Borax aa 1,0  
 Aq. destil. 100,0

Silnie przebarwione skrawki wysuszyć bibułą, odbarwić mieszaniną gliceryny z eterem, odvodnić w absolutnym wyskoku, przejaśnić w olejku bergamotowym i zachować w olejku kanadyjskim.

2. *L o t h a*: Barwić w ciągu 5 minut wielobarwnym błękitem metylenowym i następnie odbarwić mieszaniną gliceryny z eterem.

3. *U n n y—P a p p e n h e i m a*: Barwić 5—10 minut w roztworze *P a p p e n h e i m a—K r z y s z t a ł o w i c z a* (patrz barwienie gonokoków). Opłukać w wodzie. Wyskok *Ksylol Balsam*.

4. *Z i e l e r a*: Barwić skrawki 8—24 godzin w słabym roztworze orceini. (Rp. Orceini 0,1. Offic. ac. nitr. 2,0. 70% alcohol. 100,0). Opłukać 70% wyskokiem i wodą, potem działać 10 minut wielobarwnym błęk. metyl. i następnie mieszaniną gliceryny z eterem lub 5 (*L i n d n e r*): Barwić 12 godzin w równych częściach barwnika *G i e m s y* i 1/2% kwasu octowego. Opłukać w wodzie. Wyskok absolutny. *Ksylol*. Olejek cedrowy.

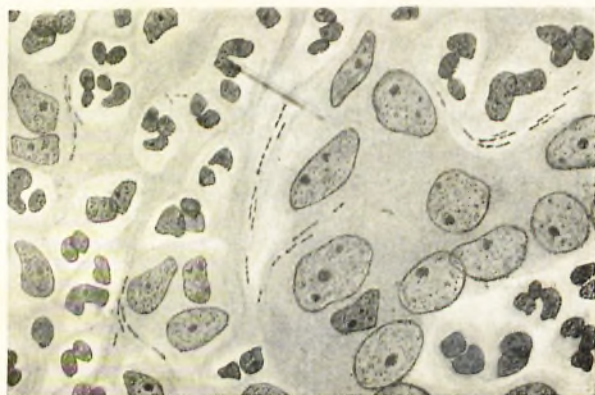
Charakterystyczną cechą histopatologicznego obrazu szankra miękkiego jest odczyn zapalny na skutek najścia laseczników *Ducrey'a*.

W pierwszych dniach powstawania wrzodu wenerycznego spostrzegamy w odnośnym miejscu na bardzo ograniczonej przestrzeni rozszerzenie naczyń warstwy brodawkowej i liczne leukocyty pomiędzy komórkami warstwy kolczastej. W samych komórkach tej warstwy zmian jeszcze nie widać, a ciała wysiękowe, napływające w coraz większej ilości, tworzą ropny pęcherzyk. Już w tym okresie

w warstwie brodawkowej, w przestrzeniach łączno-tkankowych spotykamy długie szeregi laseczników (Rys. 4), ułożonych często falisto. Naokoło tego ogniska spostrzegamy rozszerzenie naczyń krwionośnych i chłonnych, a okrażają je obficie komórki, przeważnie plazmatyczne, obok ciałek wysiękowych, wśród których leżą.

We wrzodach, jeszcze lepiej rozwiniętych, w warstwach komórek plazmatycznych, położonych najbliżej powierzchni, spotykamy bardzo dużą ilość leukocytów. Idąc ku głębi plazmomy, leukocytów widzimy coraz to mniej. Zupełnie identycznie bywa i z lasecznikami.

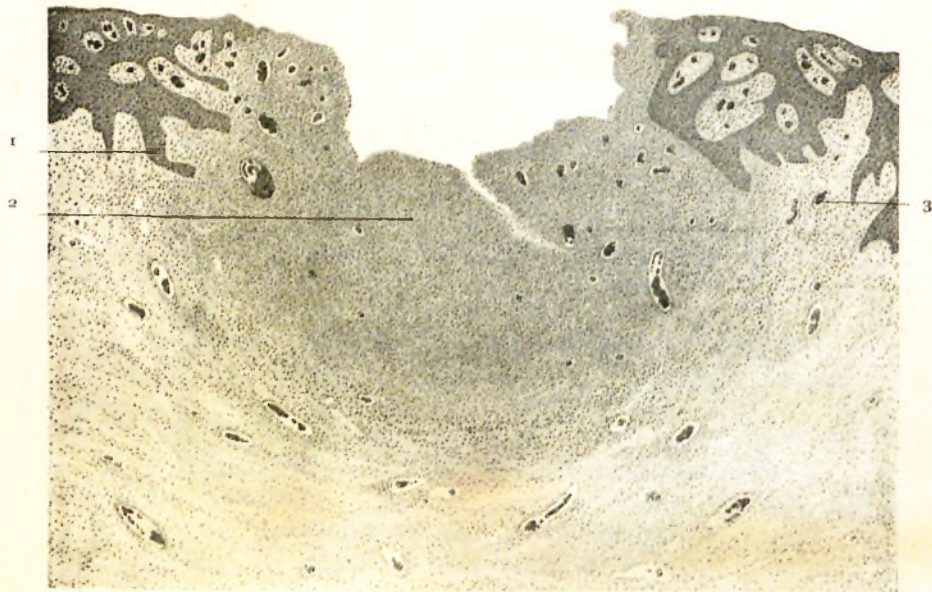
W zupełnym swym rozwoju wrzód weneryczny przedstawia się jako zapalne nacieczenie, (Rys. 5). Komórki nabłon-



Rys. 4. Immers  $\frac{1}{12}$ . Ok. 4. (Leitz).

ka i nacieczenia podlegają na swobodnej powierzchni martwicy i ziarnistemu rozpadowi. Nacieczenie rozprzestrzenia się w warstwie brodawkowej i draży dość głęboko w skórę właściwą. Ku głębi widzimy liczne ropne ciała i różańce *streptobacillusów*, resztki tkanki łącznej klejodajnej i elastycznej, a wokoło ciągnie się gruba warstwa komórek plazmatycznych-plazmoma. Naczynia w nacieku są rozszerzone, często napełnione ciałkami ropnymi; śródbłonki naczyń nabrzmięte, niekiedy złuszczone. W plazmomie spotykamy komórki plazmatyczne najrozmaitszej postaci: młode, w pełni rozwoju i zanikające. Pomiedzy niemi w pobliżu ropnych ognisk znajdujemy leukocyty, najczęściej w postaci ziarna z resztką cytoplazmy lub z cytoplazmą obrzękniętą i z wodniczkami.

Idąc głębiej, widzimy coraz to mniej komórek ropnych, a za to komórki plazmatyczne, dobrze uformowane, z mniej lub więcej obfitemi ziarnkami chromatyny. Jeszcze głębiej spotykamy coraz to częściej komórki plazmatyczne z bardzo nielicznymi ziarnkami chromatyny, i skutkiem tego zbliżone wyglądem do komórek łącznotkankowych. Jeszcze dalej ku obwodowi spotykają się coraz to liczniej komórki łącznotkankowe, wrzecionowate, pająkowate i t. p. Przylegające do wrzodu brodawki są kolbowato nabrzmięte, wydłużone i rozszerzone. Sople nabłonkowe sięgają między nimi głęboko.



Rys. 5. 1) Wydłużony sople nabłonkowy, 2) naciek, 3) rozszerzone i napelnione krwią naczynie. Lupa. Ok. 2 (Zeiss).

W następnym okresie rozwoju obumarła i rozpadła tkanka z łasecznikami oddziela się, a z nowopowstałej tkanki łącznej, bogatej w komórki wrzecionowate, wytwarza się blizna, zaciągająca się naskórkiem.

Wrzód pierwotny przymiotu różni się znacznie od powyżej opisanego wrzodu wenerycznego; posiada on: nacieczenie więcej rozlane i rozrzucone około naczyń, mniej obfity rozpad tkanki i mniejsze ropienie, naczynia mniej wyraźne i mniej rozszerzone i znacznie mniej plazmatycznych komórek.

### Leczenie.

Zapobieganie tworzeniu wrzodów wenerycznych jest nadzwyczaj trudne. Obmywanie zaraz po stosunku narządów rodnych ciepłą wodą z mydłem i roztworem sublimatu może jednak usunąć i zniszczyć swoiste zarazki.

Małe ledwie rozpoczynające się wrzody udaje się niekiedy z dobrym skutkiem usunąć od razu za pomocą wycięcia albo energicznego przyżegania. Do tego ostatniego celu mogą służyć w stanie zgęszczonym *zincum chloratum*, *stibium chloratum*, *acidum nitricum fumans*, *acidum trichloroaceticum*, żegadło P a q u e l i n a i t. p. Do leczenia poronnego bardzo dobrze nadaje się zgęszczony kwas karbolowy. Przy tym rękoczynie dla uniknięcia bólu należy dotknąć tylko zleżka owrzodzenie płynem. Po 30—60 sekundach można już owrzodzenie dokładnie smarować penzelkiem bez obawy wywołania bólu (F. L e s s e r). Rękoczyn powyższy powtarzamy codziennie dopóty, dopóki owrzodzenie nie oczyści się zupełnie. Poronne leczenie nie nadaje się do usuwania większych wrzodów. Niekiedy nie można go zalecać ze względu na umiejscowienie. W zwykłych przypadkach należy przedewszystkiem owrzodzenie dobrze oczyszczać i bezpośrednio potem stosować środki przeciwnie.

Brzegi podryte lub zatokowate, jak również wrzody wyniosłe z obfitą ziarniną, wygładzamy ostrą łyżeczką. Dno nieczyste, pokryte brudnym szarym błonicowatym nalotem, smarujemy delikatnie stężonym roztworem kwasu karbolowego, dwuchloroctowego i t. p. Wrazie powstania stulejki, skutkiem której nie można ściągnąć napletka i oczyścić swobodnie wrzodu, wskazane jest rozcięcie stulejki. Lepiej w tych razach dopiero po wyleczeniu wrzodu zrobić całe obrzezanie, ponieważ ewentualnie cała powierzchnia przecięcia może stać się szankrowatą. W razie umiejscowienia wrzodów na wgłębieniach obok wędzidelka, jak również na samym wędzidelku, które w tych razach bywa przedziurawiane, najlepiej wędzidelko przeciąć, ażeby ułatwić dostęp do wrzodów. Przecięcie można wykonać pomiędzy dwoma szwami, dla przeszkodzenia krwawieniu z *arteria frenularis*. Przy umiarkowanej stulejce udaje się niekiedy uniknąć operacji za pomocą codziennych kilkakrotnych przemywań worka żołądki słabym roztworem sublimatu, nadmaganianu potasu lub innego środka przeciw-

gnilnego i przez następne wprowadzanie w worek żółdziej gazy jodoformowej. W razie jednak powstania znacznego obrzmienia skóry na prąciu lub zajęcia naczynia chłonnego na grzbietowej powierzchni, lepiej nie zwlekać z przecięciem, gdyż w taki sposób udaje się niekiedy zapobiedz zajęciu gruczołów chłonnych.

Miejscowo stosujemy środki przeciwnilne: w pierwszych okresach rozwoju szankra w proszku lub płynie, a w końcowych—w maści. W okresie ropienia nie należy stosować maści lub plastrów, jak również częstego i energicznego przyżegania, gdyż skutkiem zatamowania odpływu ropy łatwo może powstać zapalenie naczyń chłonnych i dymienica. Z pomiędzy proszków najlepiej stosować jodoform, lecz ze względu na obrzydliwy zapach zamieniamy go eurofenem, jodoformogenem, airolem, kseroformem, jodolem, cynkiem sodzodolowym i t. p. Na wrzody nieczyste, trudno gojące się, wpuszczamy parę razy dziennie jodoform, rozpuszczony w eterze siarczanym, w stosunku 1:7. Z pomiędzy płynów stosujemy  $\frac{1}{4}$ -półprocentowy siarczan cynku: zmaczane w nim małe kawałeczki waty zmieniamy co godzinę—dwie. Działa również niekiedy dobrze balsam peruwiański (20,0) z lapisem (0,1) lub woda utleniona 2 — 3%. T a t a r c z u c h i B r u h n s leczyli szankry miękkie 30% wodą utlenioną. Mniej korzystnie stosujemy okłady z półprocentowego spirytusu salicylowego i wody,  $\frac{1}{2}$  do 1% sublimatu, 1 — 2% karbolu.

Z bardzo dobrym skutkiem przepisujemy na wrzody weneryczne ciepło i zimno. Działaniu wysokiej temperatury poddajemy wrzody za pomocą wody mniej więcej 50°C, przebiegającej przez aparat metalowy lub kauczukowy, a izolowany od wrzodu za pomocą cienkiej warstwy gazy albo waty. Również działamy na wrzód przez dłuższy czas termokauterem w odległości  $\frac{1}{2}$  centymetra (A u d r y, Ż y d ł o w i c z). Zamrażanie wrzodów odbywa się za pomocą opryskiwania chlorkiem etylu 2 — 3 razy dziennie. Maście zaczynamy stosować wtenczas, gdy owrzodzenie goi się, t. j. gdy brzegi spłaszczają się, a dno pokrywa się czystą ziarniną. Najczęściej używamy maści 10% jodoformogenowej, eurofenowej, bornej na wazelinie, a nawet M i k u l i c z a.

W razie zajęcia naczyń chłonnych lub rozpoczynającej się dymienicy, przedewszystkiem należy zalecać spokój, leżenie w łóżku i miejscowo zimne okłady z 1%-go płynu B u r o w a lub wody ołowianej. W razie silnego bólu,

można położyć lód w pęcherzu. Chociaż gorzej znoszone przez chorych, działają często lepiej okłady gorące z powyższych środków i z rozcieńczonego wysokoku pod ceratką. Działanie jodowych preparatów nie przynosi zazwyczaj żadnych korzyści, a tylko drażni skórę.

Gdy w dymienicach wyczuwamy chęłbotanie, a skóra nad nimi zaczerwieniona i nabrzmiąta, stosujemy najrozmaitsze metody chirurgiczne, zazwyczaj nie pod narkozą, a tylko znieczuliwszy skórę chlorkiem etylu, Schleichem, lub 1—2% eukainą z adrenaliną. Można zalecać (B o r z y - m o w s k i):

Rp. Novocaini 0,3  
Suprarenini gtt. tres  
Heroini 0,01  
Coffeini natrobenz. 0,2  
Sol. sal. physiolog. 50,0.

Z operacją nie należy zbyt spieszyc się; lepiej poczekać na zupełne zropienie gruczołów: udaje się nam niekiedy usunąć dymienicę bez operacyi, za pomocą dłuższego spokoju i okładów lub bańki Biera,—samej lub z uprzedniem nakłuciem, albo naświetlaniem promieniami Roentgena. Lepiej przytem operować wtenczas, gdy podrażnienie sąsiedniej tkanki zmniejszy się. Najwięcej kosmetyczną operacją jest nakłucie, zarazem może ono skrócić bardzo okres leczenia. Do nakłucia nadają się przedewszystkiem te przypadki, przy których powstaje tylko jeden jedyny otorbiony ropień. Za pomocą ostrego bisturi robimy małe ukłucie w chęłboczący ropień; uciskając go i masując, wydalamy jak najwięcej ropy i wstrzykujemy w jamę za pomocą szprycki  $\frac{1}{2}$ —2% roztworu lapisu, 5—10% zawiesiny jodofornu w glicerynie lub 1% roztworu będzwianu rtęci w fizyologicznym roztworze soli kuchennej; następnie, zatykając otwór do jamy ropnia, masujemy go, wypuszczamy zawartość, znów wstrzykujemy i nakładamy uciskający opatrunek. Wymycie ropnia i opatrunek powtarzamy początkowo codziennie, później co drugi dzień, a gdy z ropnia poczyna wydzielać się tylko surowicza jasno-żółta ciecz, ograniczamy się zwykłym uciskającym opatrunkiem. Mniejsze ropnie można wyleczyć w taki sposób w ciągu 1—2 tygodni, a większe — w ciągu 2—3. Przy większych ropniach możemy robić nakłucia na dwóch biegunach i przeprowadzać przez ropień dziurkowany dren.

Powyższe zabiegi zwykle nie wystarczają, gdy dymie-

nica jest duża lub obejmuje większą ilość gruczołów. Jeśli znajduje się jeden duży otorbiony ropień, to można zrobić małe nacięcie i, nie wyskrobując zawartości ropnia łyżeczką, wytamponować jamę paskami gazy. Tamponowanie należy powtarzać co drugi dzień. Mniejsze ropnie goją się mniej więcej w 2 — 3 tygodnie, większe — w 4 — 6 tygodni.

Chirurdzy zwykle otwierają wrzód szerokim cięciem i wyskrobują zawartość dokładnie łyżeczką. Przeważnie tego rodzaju zabieg nie skraca okresu leczenia, a pozostawia bardzo widoczną i kompromitującą bliznę. Jeszcze bardziej szpeczące i utrudzające chorego jest wyłuszczenie gruczołów, jednak prawie zawsze niezbędne przy dymienicach wołowatych, a także wtedy, gdy ulega zapaleniu cały pakiet gruczołów w najrozmaitszych okresach rozwoju. W taki sposób skracamy okres leczenia, gdyż odrazu usuwamy całe chorobowe ognisko; zapobiegamy przytem tworzeniu się przetok. Przy wołowatych dymienicach należy choremu podawać wewnątrz środki wzmacniające, jak: arszenik, chinina, żelazo, i usilniej go odżywiać.

---



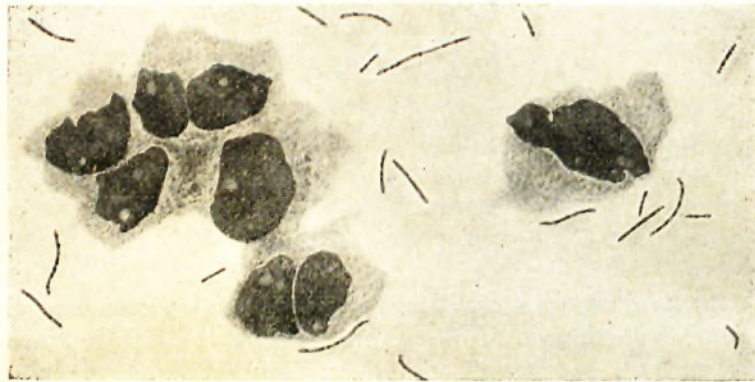
## WRZÓD ZGORZELINOWY.

(ULCUS GANGRAENOSUM).

Istota wrzodu zgorzelinowego jeszcze i teraz nie jest zupełnie wyjaśniona. Należy przypuszczać, że tak zwana *noma*, zgorzel szpitalna i wieloliczna zgorzel skóry są identyczne z wrzodem zgorzelinowym. Wrzód zgorzelinowy rzadko bywa pierwotny, a przeważnie — wtórny. Najrozmaitszego pochodzenia owrzodzenia na narządach płciowych, jak wrzody weneryczne, syfilityczne twory, nadżarcia żołądki i t. p. niekiedy nagle zmieniają swój charakter i podlegają szybkiemu rozpadowi tkanki i obszernemu zniszczeniu. Dawniej za przyczynę tworzenia się wrzodów zgorzelinowych przyjmowano osobnicze usposobienie, ostre zatrucie wyskokiem, wyniszczenie, gnilec, żoły i t. p. W nowszych jednak czasach, przyjmując powyższe czynniki jako usposabiające, przypuszczano, iż wrzody zgorzelinowe mogą być wywołane najrozmaitszymi bakteriami, jak paciorkowce ropotwórcze lub ich odmiany, *bacterium lactis aërogenes*, ameby, laseczniki ropy błękitnej i t. d. *M a t z e n a u e r* znajdował w wydzielinie i w skrawkach, wziętych z brzośa, szczególnie w przejściu ze zgorzelinowej do zapalnie nacieczonej tkanki, małą pałeczkę, długości od 3 — 4 $\mu$ , szerokości 0,3 — 0,4 $\mu$ , prostą, czasem lekko zagiętą, która leżała przeważnie pojedynczo, czasem układała się w łańcuchy. Prątek ten barwi się Gramem i jest beztlenowcem, w cukrowym agarze rośnie wzdłuż ukłucia bez tworzenia gazu w przeciągu 2 — 3 dni w dolnych  $\frac{2}{3}$  kanału. Kanał przedstawia się jakby delikatnie przyprószony.

*V i n c e n t* znalazł we wrzodzie zgorzelinowym lasecz-

niki, bardzo zbliżone do opisanego przez Matzenauera, lecz nie barwiące się metodą Grama. Rona, Pollak, Polland, Müller i Scherber potwierdzili dane Matzenauera. (Być może, autorzy, zwłaszcza Vincent, mieli do czynienia z krótką modyfikacją *bac. necroseos seu necrophorus*. Rys. 6). Matzenauer taką samą



Rys. 6. Immers.  $\frac{1}{12}$ . Ok. 4. (Leitz).

pałeczkę, jak we wrzodzie zgorzelinowym, znalazł również przy *noma*, a Vincent, Plaut i inni — przy *angina gangraenosa seu necrotica*, przy *stomatitis ulcerosa et gangraenosa*, przy wielolicznej gangrenie skóry, przy gangrenie płuc, przy ropnym zapaleniu opłucnej. Vincent znalazł tego



Rys. 7. 1) Lasecznik wrzecionowaty, 2) krętek. Immers.  $\frac{1}{12}$ . Ok. 4. (Leitz).

pasorzyta również przy *balanopostitis erosiva circinata*, Müller i Scherber — przy *balanitis gangraenosa*, jakoteż przy *angina necrotica i noma*. Balzer przypuszcza, że współzycie *bacillus fusiformis* Vincent'a i *spirilli* (Rys. 7),

analogicznej do tej, którą znajdowali Berdal i Bataille przy zapaleniu żołądździ, powoduje tworzenie się wrzodu zgorzelinowego.

Wrzody zgorzelinowe w skórze narządów płciowych znajdujemy najczęściej w brózdzie wieńcowej prącia albo w kącie prąciomosznowym, rzadziej na żołądździ, wewnętrznej powierzchni napletka, na małych wargach, brzegach cewki, na sromie niewieścim lub w pochwie. Początek wrzodu zgorzelinowego niekiedy daje się spostrzec w pobliżu już istniejącego. Występują przede wszystkim małe ropne pęcherzyki i węzłki, odpowiadające mieszkom włosowym, lub też od razu zjawia się płaski biały nalot, wielkości główki szpilki lub ziarnka śrótu. Bywa on zawsze okrażony żywo-czerwoną zapalną obwódką i wygląda na zmacerowaną cząsteczkę skóry lub nabrzmiałe ognisko naskórka. Wrzód zgorzelinowy szybko rozszerza się, i sprawa zmienia się również szybko. Zjawia się nalot ciemno-szary, szaro-zielony, nawet czarny, często szeroki i gruby. Nalot rozpada się szlamowato. Podczas rozszerzania się wrzodu, brzeg jego bywa po większej części zlekka spłaszczony, jak fasetka lustrzanej tafli. Z brzoza wydobywa się nie ropa, lecz nieznaczna ilość cieczy ciągnącej się, zawierającej rozpadłą tkankę; a gdy wrzód przestaje rozszerzać się, to brzeg jego oddziela się ostro i spadaście, jak gdyby był nożem wycięty albo miejscami nawet podminowany. Naokoło wrzodu widzimy wąską blado-czerwoną zapalną obwódkę. Wrzody zgorzelinowe rozprzestrzeniają zapach wysoce przenikliwy zgnilizny. Towarzyszy zwykle tym wrzodom podniesienie ciepłoty, szczególnie widoczne, gdy wrzód rozszerza się, a mogące dochodzić i do 39° C. Miejscowo chory odczuwa często ból, chociaż rzadko odpowiadający natężeniu sprawy.

Po kilku, rzadko kilkunastu dniach, strup odpada i widać wtedy zazwyczaj wielki ubytek tkanki. Jeśli sprawa umiejscawia się na prąciu, to powoduje znaczne zniszczenie tego narządu, a nawet doprowadza do odkrycia lub wypadnięcia jąder; podczas odpadania strupa zdarza się niekiedy silne krwawienie *ex arteria dorsali penis*. Po odpadnięciu strupa rana pokrywa się ziarniną, i następuje zwykle szybkie zagojenie nawet po wielkich ubytkach. Wrzodowi zgorzelinowemu rzadko towarzyszy zapalenie naczyń i gruczołów chłonnych.

Pod względem histologicznym powyższy wrzód przed-

stawia się jako sprawa zapalna, która bardzo wczesnie doprowadza do zgorzeli skrzeplinowej tkanki. Ta szybka zgorzel ścianek naczyń, zanim światło ich ulegnie zamknięciu, doprowadza często do obfitego krwawienia.

Wrzody zgorzelinowe zazwyczaj bardzo łatwo i szybko poddają się działaniu środków przeciwnilnych. Najlepiej oddziaływa jodoform w eterze, np.

Rp. Jodoformii 3,0

Aether. sulfur. 25,0

S. Zwilżyć wrzód pędzelkiem z waty 3—4 razy dziennie. W początkowych okresach dobrze działają ciepłe kompresy z 1—2% wody Burowa i gulardowej pod ceratką, ciepłe miejscowe długotrwałe kąpiele. Należy przytem zawsze zalecać częste oczyszczanie wrzodu, spokój, a nawet leżenie w łóżku.

## WRZÓD ZWYCZAJNY.

(ULCUS SIMPLEX BUSCHKE).

---

Na narządach płciowych spotykamy niekiedy owrzodzenia, które na pierwszy rzut oka przypominają wrzody weneryczne; różnią się jednak od nich przebiegiem klinicznym i odmiennem pochodzeniem. Sprawa ta rozwija się na skutek obrażeń naskórka przy spółkowaniu i nieodpowiedniego obchodzenia się z powstałą ranką, a również na tle cierpień ogólnych, jak cukrzyca, niedokrewność i t. p. Pasożyty w tych przypadkach posiadają charakter ropotwórczy; współżyć też mogą i czysto saprofityczne bakterye i grzybki. W owrzodzeniu, mającem wygląd identyczny z wrzodem wenerycznym, pierwszy Buschke znalazł paciorkowce i otrzymał z nich czystą hodowlę. Również niektórzy pisarze francuscy znajdowali paciorkowce w ropie z owrzodzeń i zapalenia żołądki. Jednak należy zauważyć, iż paciorkowce stanowią stałą florę skóry i błon śluzowych, szczególnie u kobiet w głębi narządów rodnych. Należałoby więc zawsze stwierdzić, czy w owrzodzeniu nie są one domieszką przypadkową i czy mają znaczenie etyologiczne. Paciorkowce powinny znajdować się w owrzodzeniu albo wyłącznie lub co najmniej przeważnie i również w głębszych warstwach owrzodzenia. Gronkowce wnikają jeszcze częściej wszelakiego rodzaju sprawy zapalne, i jeszcze trudniej stwierdzić ich znaczenie etyologiczne w owrzodzeniach. Wprawdzie Buschke przypisał im rolę czynnika przyczynowego narówni z paciorkowcami w *ulcus pseudovenereum* i w *ulcus simplex*, jednak do obecnej chwili nie posiadamy możliwości za-

decydowania o ich chorobowym znaczeniu. Najczęściej spotykają się typowe odmiany gronkowca: biały, żółty i woskowy, następnie *micrococcus Doyeni*, *staphylococcus magnus* i t. p.

Owrzodzenia na narządach płciowych, w których spotykają się wyłącznie lub przeważnie paciorkowce i gronkowce, są niekiedy bardzo zbliżone wyglądem do wrzodu wenerycznego. Jednak przeważnie posiadają brzegi nie tak ściśle ograniczone i dno płytsze. Leczą się za pomocą tych samych środków przeciwnieżylnych, jak i wrzody weneryczne.

W owrzodzeniach, zbliżonych pod względem klinicznym do wrzodu wenerycznego, znajdowano również łaseczniki sienne, gonokoki, nitki grzybni wraz z zarodnikami i t. p. Zdaje się, iż wszystkie powyższe drobnoustroje wnikają tylko sprawy innego pochodzenia i utrudniają ich gojenie.

---

## ZAPALENIE ŻOŁĘDZI.

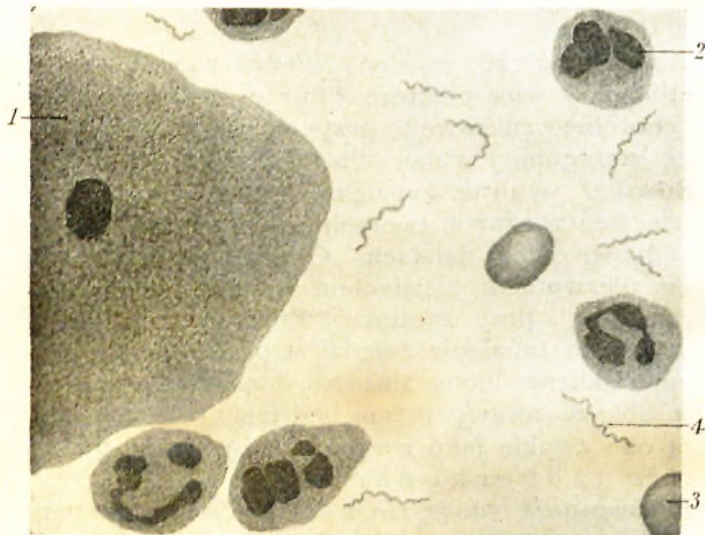
(BALANITIS).

Większa część zapaleń żołądki wchodzi w zakres dermatologii, a więc niektóre wtórne zapalenia: powstałe przy chorobie cukrowej, przy opryszczkach, łojotoku żołądki, szczególnie wobec długiego wąskiego napletka.

Również wtórne zapalenie żołądki przy rzeżączce, wrzodzie wenerycznym, tworach przymiotu, są rozpatrywane w odpowiednich działach. Obecnie zatrzymujemy się nad tem pierwotnem zapaleniem żołądki, które powstało drogą zakażenia przy stosunku. Ponieważ rzadko zdarza się samo tylko zapalenie żołądki, a przeważnie występuje zarazem zapalenie błony śluzowej napletka, a więc *balanopostitis*, obie te sprawy razem będziemy rozpatrywać. Występują one zwykle jako **z a p a l e n i e ż o ł ę d z i i n a p l e t k a n a d ż e r k o - o b r ą c z k o w a t e**.

*Balanopostitis erosiva circinata*, cierpienie weneryczne miejscowe, zjawia się po stosunku prawie bezpośrednio, bez długiego okresu wylegania. Ponieważ daje się bardzo łatwo przeszczerpić drogą doświadczalną za pomocą ukłucia żołądki lancetem, zmoczonym w wydzielinie tego cierpienia, możemy obserwować łatwo cały przebieg choroby. W dwadzieścia cztery godziny po ukłuciu zjawia się mała czerwona, nieco wystająca plama. Na drugi dzień bywa już ona okrażona wąziutką małą obwódką. Na trzeci dzień miejsce, gdzie była plamka, jest nieco nadżarte, a okrażająca je obwódka nieco wyraźniejsza. Na piąty lub szósty dzień nadżarcie, powiększając się, osiąga wielkości grochu, 5, 15-tu kopiejek, o brzegach zatokowatych.

Powierzchnia nadżarcia—żywo czerwona, błyszcząca, wydziela płyn surowiczny. Nadżarcie bywa okrażone cieniutką białawą obwódką, nieco wzniesioną. Obwódka tworzy się z odstających komórek naskórkowych. Wydzielina z nadżarcia bywa często obfita, żółtawa, lub żółtawo-zielonawa, o zapachu przenikliwym, zawiera złuszczone płateczki naskórka. W ciągu następnych kilku dni cała błona śluzowa żołądź i napletka traci swój naskórek, tylko nieznaczne ocalałe resztki okrażają otwór cewki. Cierpienie nigdy nie przenika do samej cewki. W tym czasie występują najsilniej zwykle towarzyszące zapaleniu żołądź objawy obrzęk, ból, pieczenie. Po kilku dniach, szczególnie, jeśli dotknięte miejsce utrzymywać w czystości, zaczynają się



Rys. 8. 1) Komórka nabłonkowa, 2) ropne ciało, 3) czerwony krążek krwi, 4) krętek zwykły. Immersya  $\frac{1}{12}$ . Ok. 4. (Leitz).

pokrywać naskórkiem miejsca, przedewszystkiem najdawniej dotknięte cierpieniem, i żołądź po kilku dniach przyjmuje swe zwykłe zabarwienie. Nawroty bywają jednak dość częste, występują po nowym stosunku, lub gdy pozostawi się choćby najmniejsze niewyleczone ognisko. Nawroty przebiegają zwykle z mniejszem nasileniem, niż pierwotne cierpienie. Wyleczenie następuje zazwyczaj po 4—5 tygodniach. Niekiedy cierpienie zjawia się od razu



w kilku miejscach: wtedy ogniska, spotykając się, tworzą jeszcze wyraźniej występujące zatokowate nadżarcia. Innym razem, nadżarcie nie rozszerza się na całej powierzchni żołądź i napletka. *Balanitis circinata erosiva* jest bardzo zbliżona do zjawiającego się na języku cierpienia, pod nazwą — *linguitis exfoliativa circinata*. B a t a i l l e i B e r d a l, którzy pierwsi opisali ten rodzaj zapalenia żołądź, znaleźli w wydzielinie z nadżarcia *spiryllę*. S c h e r b e r znalazł w niem krętka zwykłego (*spirochaete refringens* — Rys. 8). *Balanopostitis erosiva circinata* jest cierpieniem nadzwyczaj charakterystycznym i skutkiem tego łatwym bardzo do rozpoznania: powierzchowne nadżarcie, brzegi zatokowate i biała obwódka pozwalają odrazu odróżnić to cierpienie od innych. Leczenie zapalenia żołądź zasada się na zachowaniu czystości i stosowaniu środków przeciwnieżylnych. Obmywamy w ciągu dnia kilkakrotnie żołądź i wewnętrzną powierzchnię napletka rozczyntem: 1 : 250, 1 : 1000 lapisu, słabym rozczyntem kwasu bornego i nadmanganianu potasu, pudrujemy nadżarcie i owrzodzenia: xeroformem, dermatolem, eurofenem lub tlenkiem cynku, talkiem i t. p. W razie stulejki wstrzykujemy pod napletek powyższe rozczynty za pomocą miękkiego cewnika lub też bez niego, przyciskając zlekką otwór napletka naokoło główki strzykawki.

## LEPIEŻE STOŻKOWATE. SZYSZKOWINY WENERYCZNE.

(CONDYLOMATA ACCUMINATA).

---

Są to narośle o powierzchni brodawkowej i mieszczą się głównie na zewnętrznych narządach płciowych. Nadzwyczaj często spotykamy je przy rzeżączce, a szczególnie u prostytutek, posiadających ukrytą albo jawną rzeżączkę. Wielu bardzo autorów przyjmuje szyszkowiny za zaraźliwe. Inni uważają, iż szyszkowiny same przez się nie są zaraźliwe, występują tylko jako powikłania choroby zakaźnej. D u c r e y i O r o notowali przypadki bezpośredniego zakażenia u drugiego małżonka. Również K r a n z i C a t h c a r t szczepili dodatnio szyszkowiny u zdrowych osób. Pod tym względem więc szyszkowiny stanowią cierpienie analogiczne z brodawkami płaskimi. Inni przyjmują, iż wyciek u kobiet, przekrwienie organów rodnych, mastka lub nawet choroba cukrowa (Martin) drażnią narządy rodne i wywołują powstawanie szyszkowin. Cierpienie rozpoczyna się od grudek różowych, mających w przecięciu 1—2 mm. o powierzchni brodawkowej. Grudki rosną szybko, brodaweczki wydłużają się w nitkowate wzniesienia. Tworzy się bukiet, złożony z długich brodawek, rozgałęziających się w kształcie odnóg gałęzi. Oddzielne brodaweczki posiadają długość wielkości jednego do dwóch mm., a cały bukiet łączy się ze skórą za pomocą cienkiej nóżki. Skóra, nad którą wznosi się narośl, nie przedstawia żadnych zmian. Często oddzielne brodaweczki rosną, rozwidlają się wielokrotnie i tworzą narośle, mające postać nadzwyczaj zbliżoną

do kalafioru. Są one różowe albo białawe i miękkie. Często wydzielają płyn mętny o przenikliwym zapachu w zależności od warunków wilgotności okolicy, w której powstają, i od stopnia podrażnienia powierzchni narośli. Narośle są mało bolesne przy dotyku, a nawet przy ich rozrywaniu, przyczem bardzo łatwo i obficie krwawią. Najobfitsze narośle znajdujemy u kobiet. Niekiedy zajęta jest niemi cała zewnętrzna powierzchnia narządów rodnych, aż do otworu pochwy; ku wewnątrz, od otworu pochwy aż do otworu szyjki macicznej bardzo rzadko je widzimy. Niekiedy narośle sięgają aż do sąsiedniej zewnętrznej powierzchni pośladków, do międzykrocza, otworu kiszki stolcowej, a drażnione i macerowane tarciami powierzchni skóry i wydzieliną z powierzchni narośli i z pochwy przechodzą w stan zapalny i stają się bolesne. Szczególniej usposabia do rozrastania się szyszkowin ciąża i obfite upławy ropne, szczególnie u kobiet, nie dbających o czystość. U mężczyzn szyszkowiny spotykają się nieco rzadziej, niż u kobiet. Mieszczą się one najczęściej w bródzie wieńcowej, na żołądki i na wewnętrznej powierzchni napletka, rzadziej znacznie na mosznie, w otworze kiszki stolcowej lub w pachwinach.

U mężczyzn narośle nie osiągają zwykle wielkich rozmiarów. Jednak u osób z wrodzoną stulejką szyszkowiny mogą zająć cały worek napletkowy i zjawiają się na brzegu jego w postaci grzyba. Wtedy zdarza się, iż napletek, rozciągnięty i uciśnięty przez szyszkowiny, podlega obumarciu na większej lub mniejszej przestrzeni, tworzą się skutkiem tego otwory, przez które mogą występować narośle na zewnątrz.

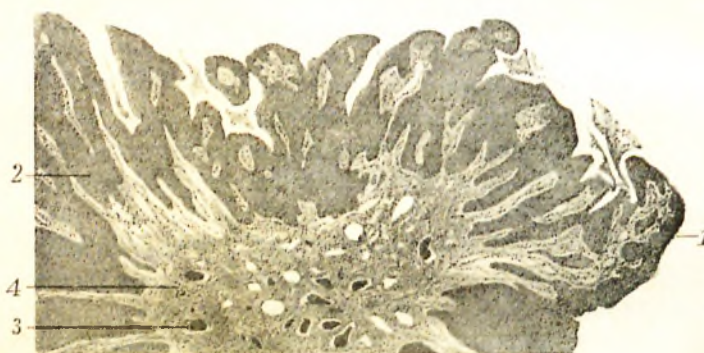
Szyszkowiny, powstające wewnątrz worka napletkowego przy wrodzonej stulejce, mogą być przyjęte za nabłoniaki, rzeżączkę lub twory syfilityczne. Odróżniają się jednak tem, że w odpowiedniej wydzielinie nie znajdujemy ani gonokoków, ani krętków białych, lecz tylko niewielką ilość komórek ropnych, dużo komórek nabłonkowych i krętki, załamujące światło.

#### **Anatomia patologiczna.**

Podstawowe zmiany przy tworzeniu się szyszkowin są następujące: rozszerzenie powierzchownych krwionoś-

nych naczyń skóry i tworzenie się nowych, a także wydłużenie brodawek (Rys. 9).

W skórze właściwej uderza tylko powiększona ilość ropnych ciałek. Warstwa brodawkowa (Rys. 10) jest najbardziej zmieniona: brodawki długie i rozgałęzione. Ilość komórek powiększona. Czasami dość znaczna ilość leukocytów. Włoskowate naczynia krwionośne i limfatyczne bardzo rozszerzone, wyłożone gęsto małymi komórkami śródbłonkowymi, występującymi niekiedy w światło naczynia. Włókna elastyczne widzimy tylko niekiedy u podstawy narośli w postaci niewielkich włókienek. Włókien nerwowych nadzwyczaj mało. Warstwa podstawowa nabłonka normalna. Warstwa koleczasta bardzo zgrubiała, przerosta,



Rys. 9. 1) Naskórek, 2) soplek nabłonkowy, 3) naczynie rozszerzone i napełnione krwią, 4) naciek. Lupa (Reichert).

komórki powiększone znacznie, słabiej się barwią, a przestrzenie międzykomórkowe znacznie rozszerzone. W komórkach widzimy często wodniczki. Warstwa ziarnista posiada dużą ilość komórek, przytem dużych. Warstwa rogowa, zależnie od umiejscowienia narośli, jest duża w miejscach suchych, a mała, łuszcząca się (*parakeratosis*) i obficie usiana leukocytami w miejscach macerowanych. Odnosnie do włókien nerwowych spotykamy najrozmaitsze zdania. Reisner i Wollmer znajdowali często zakończenia nerwowe nie tylko u podstawy narośli, lecz i w samym naskórku. Jednak Leloir, a następnie Rocchi nie znaleźli ich wcale w naroślach i tem objaśniają małą ich bolesność.

**Leczenie.**

Przedewszystkiem należy usunąć przyczyny powstawania narośli: często przemywać pochwę, obmywać miejsca dotknięte, pudrować je talkiem, tlenkiem cynku. Dobrze



Rys. 10. 1) Sople nabłon., 2) wydłużona brodawka, 3) rozszerzone naczynie, 4) naciek. Ob. AA. Ok. 2 (Zeiss).

działa posypywanie narośli proszkiem *sabinae* — samej lub w połączeniach z równych części z ałunem lub kwasem salicylowym. Stosujemy również przyżeganie za pomocą *acidum carbolicum concentratum*, *acidum aceticum cristalisatum*, *acidum chromicum*, *acidum bichloraceticum*, *argentum nitricum* i t. d. Również można usunąć narośle za pomocą nożyczek, termokauteru albo galwanokauteru. W cięższych przypadkach wyskrobujemy pod narkozą szyszkowiny lub wycinamy za pomocą krzywych nożyczek. Powstający przytem obfity krwotok wstrzymujemy za pomocą ucisku w ciągu kilku godzin kompresem, a później nakładamy obojętną masę. W cięższych przypadkach, nawet u kobiet ciężarnych, nie czekamy na rozwiązanie, lecz przystępujemy do operacji. Przy stulejce, gdy napletek jest bardzo rozciągnięty naroślami, należy zrobić obrzezanie, a następnie zniszczyć narośle.

# RZEŻĄCZKA. TRYPER. WIEWIÓR.

(GONORRHOEA).

---

## WSTĘP.

---

### Rzeżączka i jej rozprzestrzenienie.

Rzeżączka należy do chorób szkodliwych dla zdrowia, bardzo zaraźliwych i rozpowszechnionych.

Rzeżączkę zaliczają do cierpień miejscowych. Jednak, obok przykrych i czasem śmiertelnych powikłań w narządach płciowych, jak np. wrzody gruczołu krokowego, zapalenie miedniczek nerkowych, — może ona wywołać ogólne zakażenie z powikłaniami w sercu, naczyniach, opłucnej, płucach, otrzewnej, oczach, stawach i t. d., które grożą utratą życia lub kalectwem.

Rzeżączka bywa przeważnie trudno uleczalna i bardzo długotrwała (przypadek *Ricord'a* — wznowienie po 40-tu latach, *Desormeaux* — po 50 latach). To też cierpi na tę chorobę bardzo duża odsetka ludności.

Ilość chorych na rzeżączkę zależy w znacznym stopniu od gęstości zaludnienia, zajęcia, wieku i płci. Po wsiach i małych miastach spotykamy znacznie mniej chorych na rzeżączkę, niż w miastach dużych; przytem mężczyźni podlegają jej znacznie częściej, niż kobiety. Rzeżączka w dużych miastach spotyka się tak często, iż niemieckie przysłowie brzmi, że na 100 ludzi jedna połowa chorowała na rzeżączkę jeden raz, a druga — kilkakrotnie.

Według *Judice'a* procent schorzenia mężczyzny na rzeżączkę dochodzi do 61,9%, przytem 77% chorych zaraziło się do 25 roku życia, a 23% — powyżej tego wieku. *Blasch-*

ko obliczył, że w Berlinie rocznie z pomiędzy młodych ludzi w wieku od 20 do 30 lat choruje na rzeżączkę prawie piąta część. Liczba cierpiących na rzeżączkę studentów i kupców w wielkich niemieckich miastach według sprawozdań pojedynczych kas chorych (Krankenkassen) wynosi rocznie 10—25%.

Według ankiety, zebranej w 1910 r. w Charkowskim Uniwersytecie przez F a r a, na 1191 studentów połowa przechodziła rzeżączkę, a z tej liczby blisko połowa zaraziła się jeszcze podczas studyów gimnazjalnych. Według ankiety K o w a l s k i e g o i moich danych, nie mniejszy procent studentów, którzy przechodzili rzeżączkę, znajdował się w Warszawskim Uniwersytecie.

Ilość kobiet, cierpiących na rzeżączkę, bywa znacznie mniejsza, niż mężczyzn. Według mojej statystyki, kobiety stanowiły prawie szóstą część ogólnej liczby chorych na rzeżączkę. O ilości chorych kobiet na rzeżączkę dają pewne pojęcie sprawozdania niektórych zakładów położniczych, gdzie rzeżączkowe zapalenie oczów u noworodków, przed wprowadzeniem metody C r e d e' g o, wynosiło 10 — 14%, t. j. takż co najmniej procent matek, zarażonych rzeżączką. W każdym razie należy przyjąć, że wszystkie prawie prostytutki chorują na tę chorobę, również znaczna bardzo część kobiet, oddających się nie jednemu mężczyźnie, a i z pomiędzy mężatek m. w. 5—10% zawdzięcza to cierpienie swemu małżonkowi.

#### Krótki rys historyczny.

Rzeżączka zjawiała się prawdopodobnie w historycznym zaraniu ludzkości. W najdawniejszych pamiętnikach piśmiennictwa hebrajskiego, greckiego i rzymskiego znajdujemy wyraźne opisy tej choroby i sanitarno-policyjne przepisy, skierowane przeciwko niej.

Mojżesz w „*Leviticus*” nakazuje usuwać starannie wszystko, czego się dotykał chory, cierpiący na wyciek z cewki (*fluxum seminis*).

A n g l a d a donosi, że rzeżączka była bardzo rozpowszechniona pomiędzy żydami.

H i p p o k r a t e s wspomina o uczuciu palenia przy oddawaniu moczu i o *fluxor albus* u kobiet.

A r y s t o t e l e s, S e n e k a, P l a t o n znali bardzo



dobrze tę chorobę i podobno Epikur cierpiał na nią całe swe życie.

Galen opisuje nasieniotokę u mężczyzn i sposoby jego leczenia w taki sposób, iż można wywnioskować, że mowa tu o rzeżączce. Utworzył on dla tej choroby nazwę „*gonorrea*”: *gonos*—nasienie i *reo*—cieknę.

Celsjusz posiadał w zupełności sztukę cewnikowania mężczyzn i kobiet.

Arabscy uczeni jeszcze dokładniej opisują rzeżączkę, jako wyciek zepsutego nasienia. Haby-Abbar opisuje zapalenie cewki, połączone z białym wypływem i bólem przy oddawaniu moczu. Rhazes przeciwko ropnym wydzielinom z cewki radzi używać *bolus armenus*, krew wężową i szprycowania.

Godnym uwagi jest ten fakt, że leczenie rzeżączki w wiekach średnich było poniekąd zbliżone do teraźniejszego, np. Jan Ardern radzi szprycować do cewki mleko niewiasty, karmiącej dziecię płci męskiej, a więc środek łagodzący. Uczeni w tych czasach pojmowali już zależność zapalenia jąder od zapalenia cewki (Jan Corege XV w.), przyczem była im znana zaraźliwość rzeżączki. Przepisy sanitarne przestrzegały usuwania chorych kobiet z domów nierządu. Do takich rozporządzeń trzeba zaliczyć dekret Joanny, królowej obojga Sycylii w r. 1347 i rozporządzenia w Londynie z 1430 r.

De Vigo, Marianus Sanctus, Rabelais (XVI-wiek) odróżniali rzeżączkę od syfilisu i dokładnie opisywali objawy pierwszej.

Gdy w XVI wieku syfilis stał się prawie nagminną chorobą, pojęcie o syfilisie i rzeżączce zostało pomieszane. Pierwszy Brassa-volus w 1553 r. przyjął rzeżączkę za objaw syfilisu i nazwał go *gonorrhoea gallica*. Jednakowoż odróżnia on zwyczajną rzeżączkę od rzeżączki, będącej objawem syfilisu. Tomitanus przyjmuje każdą rzeżączkę za syfilityczną. Tego samego mniemania byli i inni.

Wojciech Oczko za czasów panowania Stefana Batorego miał już mniej więcej dokładne pojęcie o istocie rzeżączki i jej leczeniu.

„I przetoż mówię”, pisze on, „mieszając się z nierządnicą, co jej miesięczne plugastwa złe odeszły, albo się zaciągnąwszy a ugniwszy zatkały, albo co się wszetecznikami trąc francie dostała... albo która zbyt a niemiara w jedzeniu i w picciu rozetka a zasmrodzi, jako o to prędko jądra

pod niemi drugie mniejsze, meaty, żyły, arterye... skoro tego (rzeżączkę) dostanie, wnet uryna żołądz pali, tak iż wychodzić przez rzezania nie może, wnet ropa, przez pendent ciekąc, koszulę, szaty i samego przesmrodzi“. W leczeniu rzeżączki nie radzi O c z k o stosować merkuryuszu, pietruszki, siemienia konopnego, zaleca zaś dyetę, oczyszczenie, chinę, cieplice, wino czerwone, oddalenie rozpustnych myśli i zabrania spółkowania.

W tymże czasie A m b r o i s e P a r é (1564) opublikował swe sławne dzieło pod tytułem: „*Des chaudes—pisses et carnositez engendrées au méat urinal*“. Chociaż łączył on objawy rzeżączki i syfilisu, jednak w leczeniu rzeżączki wykazał wielką umiejętność. Jego przepisy dyetytyczne nie wiele różnią się od będących w obiegu obecnie. Przy ostrej rzeżączce zaleca on terpentynę, przy chronicznej—rozszerzania cewki i maść, którą stosował „*avec une petite chandelle de cire ou sonde entortillée d'un linge bien délié, lequel demeurera dans la verge contournant la sonde ou chandelle d'autre sens qu'elle aura été entortillée et couverte*“.

Dopiero na początku XVIII wieku C o c k b u r n przyszedł do wniosku, że rzeżączka nie należy do symptomatów syfilitycznych. Badania H u n t e r a opóźniły wyjaśnienia tej sprawy. H u n t e r nieszczęśliwym zbiegiem okoliczności, szczepiąc sobie jad rzeżączkowy, zaszczepił również przymiot. Dopiero po 20 latach B e l l na mocy swych doświadczeń przyszedł do przekonania, że istnieją dwa niezależne od siebie jady: rzeżączkowy i syfilityczny. Wnioski B e l l a potwierdziło wielu innych lekarzy. Przeciwno nim wystąpili zwolennicy dawnych poglądów, wywołując zamęt w tym przedmiocie. R i c o r d zakończył walkę tych dwóch obozów, ostatecznie wyjaśniając sprawę. Dokonał on 600 szczepień wydzieliny rzeżączkowej pod naskórek i ani razu nie wywołał syfilisu. W poglądach R i c o r d a pozostały się jednak jeszcze pewne fałszywe pojęcia; przypuszczał on, że wydzielina rzeżączkowa nie zawiera zarazka swoistego, że o tyle tylko jest ona zakaźną, o ile jest zakaźnem każde zapalenie błony śluzowej.

Zwolennikami tej awirulistycznej teorii byli między innymi F o u r n i e r, L a n g l e b e r t, T a r n o w s k i, J o u l l i e n. Tacy zaś badacze, jak R o l l e t, Z e i s s l, D i d a y, S i g m u n d, B ä r e n s p r u n g, A u s p i t z,

twierdzili, że rzeżączkę wywołuje pewien nieznany swoisty zarazek.

Hallier znajdował w ropie i we krwi przy rzeżączkowych zapaleniach stawów „wewnątrzkomórkowe mikroby”, a Salisbury opisał grupki po 2—4 bakterye wewnątrz komórek w ropie gonokokowej.

Jednak sławę odkrywcy swoistego zarazka rzeżączki zdobył sobie dopiero Neisser w 1879 r. W r. 1884 Bum otrzymał kulturę gonokoków i wywoływał za pomocą szczepienia tych hodowli do cewki kobiet objawy rzeżączki. Następnie Vertheim wynalazł praktyczną metodę dla otrzymania hodowli gonokoków.

Podłoża agarowe z krwią zastosowali do gonokoków Bezanson i Griffon, surowicę ściętą—de Christmasa s. Nad dalszym rozwojem nauki o gonokokach, zwłaszcza nad serodyagnostyką pracowali Brückner, Cristeanu, Vannod, Brück, Meakins, Teayne i Torrey, nad endotoksynami — Nicolaysen, Wassermann, Morax, nad seroterapią—de Christmas, Brückner, i Cristeanu, Vannod, Rogers i Torrey, nad wakcynoterapią—Wright, sero-wakcynacją—Bezredka, Cruveilhier.

W piśmiennictwie polskim mamy prace Serkowskiego, Lenartowicza nad naukowem uzasadnieniem wakcynoterapii gonokokowej, Karwackiego nad bakterjologią gonokoków.

Pomijając bardzo wielu mniej lub więcej zasłużonych badaczy, należy jednak wspomnieć, że metodę endoskopowania stworzył pierwszy w 1854 r. Desormeaux, nazwany też słusznie ojcem endoskopii, Beniqué sporządził metaliczne cewniki, odpowiadające naturalnemu kierunkowi męskiego przewodu moczowego; Oberlander i Kollman udoskonaliili metodę endoskopowania i rozszerzania cewki; a Finger, Bukowsky i Motdokładniej zbadali histologiczne zmiany tkanki w przebiegu rzeżączki.

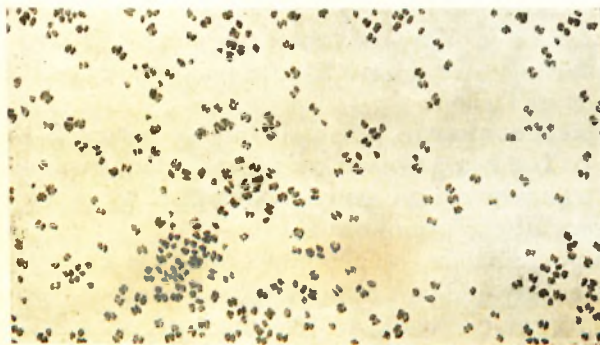
### PASORZYT RZEŻĄCZKI.

Zwolennicy wirulistycznej teorii za posorzyta rzeżączki przyjmowali pierwotnie: to *Trichomonas vaginalis*, to *Crypta gonorrhoea*, to *Coniothecium gonorrhoeicum*. Dopiero Neis-

s e r stale znajdował w ropie rzeźączki cewki i śluzówki oka pewną formę mikrokokka, następnie B o k e i, W a t s o n - C h e y n e, H a a b i inni potwierdzili swoistość tego pasorzyta i nazwali go dwoinką (*diplococcus gonorrhoeae*) N e i s s e r a albo gonokokiem.

### Morfologia i biologia gonokoka.

Gonokok (Rys. 11) posiada wygląd albo ziarenka kawy, przylegającego do drugiego płaską powierzchnią, albo też biszkoptu lub ósemki, starsze zaś—ziarenek kawy. U starszych osobników widać pośrodku poprzeczne jaśniejsze pasemko. Na dwóch przeciwległych jego biegunach zjawia się zagłębienie, które, powiększając się, tworzy nowy gonokok w postaci ósemki, a ona z czasem przybiera wygląd 2-ch ziarenek kawy. Z tej pary w takiż sposób tworzy się czwórka, a z czwórki ósemka i t. d. Na preparatach



Rys. 11. Immersya  $\frac{1}{12}$ . Ok. 4. (Leitz).

spotykają się gonokoki przeważnie w postaci ziarenek kawy i ósemki, prawdopodobnie dlatego, że przez inne okresy rozwoju przechodzą znacznie szybciej.

Wielkość pojedynczych ziarniaków jest różną w zależności od okresu rozwoju. Wykształcone osobniki posiadają długość 1,6  $\mu$ , szerokość po środku 0,8  $\mu$ , gdy młode osobniki, których linia odgraniczająca jest jeszcze słabo zaznaczona, posiadają 0,8  $\mu$  długości i 0,6  $\mu$  szerokości. Na wielkość osobników wywiera naturalnie wpływ sposób utrwalania i zabarwiania. Użycie wysokoku skurecza i zmniejsza ziarniaki, zaś przy mocniejszym zabarwieniu wydają się one większymi,

wskutek zabarwiania się otoczek. Zdolności samodzielnego ruchu gonokoki nie posiadają.

W wydzielinie ropnej mieszczą się gonokoki przeważnie w protoplazmie ciałek ropnych, rzadziej — nabłonków. W jądrach leukocytów gonokoków nie znajdowano.

Wewnątrzkomórkowy układ dwoinek Neissera ma być objawem silnie występującej fagocytozy, jak twierdzą Plato, Scholz, Lanz i inni.

Zjawisko to można wywołać doświadczalnie w jamie brzusznej morskiej świnki przez wytworzenie sztucznej leukocytozy i następne wprowadzenie czystej hodowli gonokoków. Że jednak fagocytowane gonokoki nie giną wewnątrz leukocytów, dowodzi fakt, iż mogą w nich długo zachować swoją żywotność: zarówno zdolność rozmnażania się, jak i zjadliwość.

#### Hodowla gonokoków.

Bumm i Wertheim pierwsi otrzymali czyste hodowle gonokoków na skrzepłej surowicy krwi ludzkiej (tożyska). Do tej pory uważamy za najlepsze podłoże pożywki z dodatkiem surowicy krwi ludzkiej. Zamiast surowicy krwi można brać i inne surowicze płyny ludzkie, jako to: zawartość wodniaka, torbieli, puchliny brzusznej, puchliny opłucnej. Czasem niektóre z tych płynów posiadają wypadkowe składniki, hamujące rozwój gonokoków. To też należy zawsze przed przygotowaniem pożywek na szerszą skalę zrobić odpowiednie próbne doświadczenie.

Najlepiej jest używać 1 część surowicy na 2 części pożywki agarowej.

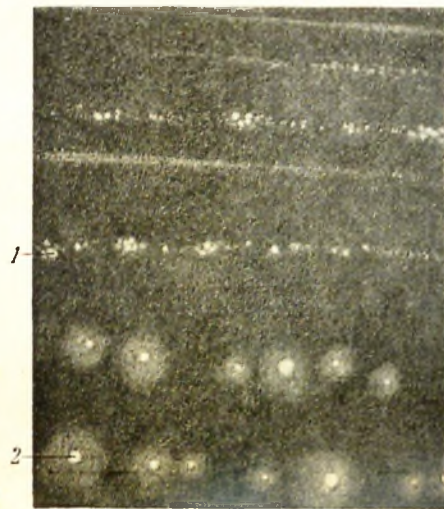
Z powodu trudności w otrzymaniu surowicy staramy się ją zastąpić w najrozmaitszy sposób. Powierzchnię agaru powlekamy kroplą krwi ludzkiej lub paroma kroplami surowicy wysiękowej. Zamiast surowicy ludzkiej używamy surowicy krwi z wołów, królików, świń, lecz wogóle wzrost kolonii w tych razach jest dość tępy. Surowiczy agar można zastąpić w pewnym stopniu pożywką Wasserman'a.

Przygotować ją należy w następujący sposób: mieszać w kolbie Erlenmeyera 15 cm<sup>3</sup> świńskiej surowicy krwi, 30—40 cm<sup>3</sup> wody, 2—3 cm<sup>3</sup> gliceryny, 0,8 cm<sup>3</sup> nutrozy, ostrożnie nagrzewać, potrząsając kolbą aż do zagotowania nad płomieniem — otrzymuje się przezroczysty płyn. W ciągu na-

stępnych dwóch dni gotować od 20—30 minut zawartość kolby nad płomieniem. W taki sposób przygotowana pożywka może pozostać użyteczną dość długi przeciąg czasu, tylko przed użyciem należy do niej dodać, z zachowaniem warunków aseptycznych, równą ilość płynnego agaru tak dla przygotowania płytek, jako też skośnej powierzchni w probówce.

Przy zasiewaniu gonokoków na podłoża należy przede wszystkim dobrze obmyć ciepłą wodą otwór cewki i dołek łożkowaty i zasiane pożywki niezwłocznie wstawić do termostatu z ciepłotą od 35 — 37° Cels.

Kolonie gonokoków (Rys. 12) na odpowiednich podłożach po 24-godzinnem staniu w termostacie przy ciepłocie



Rys. 12. 1) Kolonie gonokoków, 2) kolonie gronkowców, rozpuszczających krwinki czerwone. Wielkość naturalna.

krwi przedstawiają się w postaci jakby kropel rosy zleпка szarawych, dosyć przezroczystych, lepkich, nie dosięgających łebka szpilki, nie posiadających skłonności do zlewania się.

Z wyglądu hodowle te są dość podobne do kolonii paciorkowców. Mikroskopowo przedstawiają się one jako powierzchnia drobnoziarnista z brzegiem płaskim. Środek, szczególnie u starszych kolonii, jest złożony z większych grudek.

Od brzegu ku środkowi idą często rysy, które nadają całej kolonii charakterystyczne piętno.

Ponieważ stale obok gonokoków otrzymuje się na podłożach z krwią lub płynem puchlinowym wzrost i innej flory, np. gronkowców, czworniaków i in., należy więc z pierwszego posiewu nie później jak po 24 godzinach przenieść osobnione kolonie gonokoków (po uprzednim sprawdzeniu na preparatach) na nowe także podłoże w celu otrzymania czystej kultury.

Dla różniczkowego rozpoznania różnych kolonii należy w kulturach 24—48 godzinnych wykonać preparaty mikroskopowe, zabarwione błękitem Loefflera i według Grama. Pod względem różniczkowym ma ważne znaczenie fakt, iż na zwykłym agarze gonokoki nie rosną wcale lub nadzwyczaj mizernie. Ciepłota najlepsza dla wzrostu kolonii jest 36° C., jednakowoż wzrost może odbywać się pomiędzy 26 — 39° C. Przy 40° C. już po sześciu godzinach gonokoki obumierają. W ustroju ludzkim ciepłota nawet powyżej 40° C. i to wciąż wielu dni nie gubi w zupełności gonokoków, lecz tylko rozrost ich znacznie zmniejsza, tak, że przy takiej temperaturze często wypływ z cewki czasowo prawie zupełnie znika. Na mieszaninie surowicy z agarem czyste hodowle przy odpowiedniej ciepłocie żyją tygodniami, należy je tylko chronić od wysychania. Gonokoki w hodowlach i wydzielinie przy ciepłocie pokojowej wegetują, lecz nie rozmnażają się, póki posiadają wilgoć. W zimnej wodzie szybko obumierają, podczas gdy w ciepłej, np. w kąpeli, żyją i posiadają zdolność zakażenia w ciągu przeszło 24 godzin.

Bakterye, zanieczyszczające hodowle gonokoków, mają różny wpływ na ich wzrost. Prątek ropy błękitnej nie oddziaływa na gonokoki, lecz toksyny jego wstrzymują wzrost gonokoków. Schäffer nie zauważył, żeby paciorkowiec i gronkowiec złocisty wpływały ujemnie na kolonie gonokoków. Wstrzymują zaś ich wzrost hodowle prątka ropy błękitnej, tyfusowe, cholery, gronkowca, nagrzane do 98° C., co nasuwa przypuszczenie, że przy wyższej temperaturze z hodowli tych bakteryi wydziela się jad. Różne środki farmaceutyczne, t. zw. *antiparasitaria i antiseptica*, posiadają nadzwyczaj zabójczą własność dla hodowli gonokoków. Stanowi to ważną wskazówkę przy terapii rzeżączki.

Schäffer i Steinschneider w klinice Neissera ułożyli następującą tablicę dla działania niektórych środków na hodowle gonokokowe w bulionie z płynem puchlinowym, a więc w sferze, najwięcej zbliżonej do ludzkiej tkanki (patrz str. 48).

Z powyższej tablicy wynika, że najbardziej zabójczo na hodowle gonokokowe działają preparaty srebra.

Gonokoki zawierają jad, działający szkodliwie nie tylko na ludzi, lecz i na zwierzęta. Jad ten, gonotoksynami zwany, znajduje się według Nikolaysena, Wassermana

Nazwa środka	Koncentracja	Działanie w ciągu	
		5 minut	10 minut
Argentum nitricum	1 : 1000	—	—
	1 : 4000	nielicz. kol.	—
Argentamina	1 : 2000	—	—
	1 : 4000	—	—
Argonina	1½%	nielicz. kol.	—
Protargol	¼%	dość obf. kol.	pojed. kol.
	1%	nielicz. kol.	—
Sublimat z sol. kuch. 1 : 10	1 : 10000	kil. kol.	1—2 kol.
	1 : 20000	"	4—5 kol.
Hydrargyrum oxy- cyanatum	1 : 3000	—	—
Kali hypermang.	1 : 1000	obfite	obfite
	1 : 2000	"	"
Zincum sulfuricum	1 : 400	"	"
Ammonium sulfo- ichthyolicum	1%	liczne kol.	1 kol.
	2%	4—5 kol.	—
Resorcinum	2%	dość obfite	nieliczne
	4%	nieliczne	—

na, Scholtza w ciele gonokoka i należy do ciał proteinowych. Sam zaś gonokok według wszelkiego prawdopodobieństwa nie wydziela na zewnątrz toksyny. Nikola ysen, wysuszywszy hodowle i roztarłszy je na proszek, znalazł, że najmniejsza śmiertelna dawka tego proszku dla myszy wynosi 0,01 gr.

Gonotoksyny tracą swą zabójczą własność dopiero po dłuższym nagrzewaniu przy 100°. Odporności względem nich u zwierząt nie udało się otrzymać. Gonotoksyny u ludzi, zastrzyknięte pod skórę, wywoływały miejscowo zaczerwienienie, jak przy różycy, z nabrzmieniem, podniesieniem temperatury i bólem kończyn i mięśni. Zastrzyknięcie jadu do cewki wywoływało po 6—12 godzinach umiarkowaną ropną wydzielinę, znikającą po 24—48 godzinach. Należy



jednakowoż zauważyć, że tego rodzaju ropienie bywa również po zastrzyknięciu zabitych hodowli innych bakterij, np. gronkowców, *bact. coli*.

### Barwienie gonokoków.

Gonokok barwi się zasadowymi anilinowymi barwnikami (błękit metylowy, fuksyna, fioletowa gencyana, dahlia i t. d.) z następnem przemyciem preparatu wodą. Ze względu na łatwość odbarwiania należy unikać wysokoku i kwasu. Preparaty przed zabarwieniem poddawano działaniu kwasu octowego dla uwydatnienia w ropie gonokoków. Praktyczniej w tym celu, zamiast poprzedniego podkwaszania, używać do obmywania preparatów nie zwykłą wodę, a 1% roztwór soli kuchennej. Najlepiej działają odczynniki świeżo przygotowane.

Warstwa wydzieliny na szkiełkach musi być cienka i równomiernie rozprowadzona. Przed barwieniem należy preparat utrwalić: preparaty bezpośrednio z ropy przez zanurzenie w wysokoku absol. lub mieszaninie alkoholu z eterem aa w ciągu 20 — 30 minut, preparaty zaś z hodowli — przeciągając przez płomień lampki gazowej lub spirytusowej aż do nagrzania się szkiełka (ca 65°); pokrywkowe szkiełka wystarczy przeprowadzić przez płomień trzykrotnie; po barwieniu najlepiej preparat wysuszyć na powietrzu i przechowywać w balsamie kanadyjskim, nakrywszy szkiełkiem pokrywkowym.

Jedne sposoby barwienia służą do dyagnozy różniczkowej (Gram), inne tylko do kontrastowego uwydatnienia bakterij wogóle na tle śluzu, ropy, protoplazmy ciałek ropnych i nabłonków (met. Pick'a i Jacobsona, Pappenhaima — Krzysztalowicza i in.).

### Metoda GRAM'a.

a) Barwić preparaty  $\frac{1}{4}$  do 1 minuty <sup>1)</sup> w niezbyt długo przechowywanym roztworze gencyany na wodzie ani-

<sup>1)</sup> Do zabarwienia kultur gonokoków wystarczy 15 — 20 sekund, cienko rozartych preparatów ropy 20 — 30 sekund, śluzoropnych nitek mniej więcej 1 minuta.

linowej <sup>1)</sup>; b) działać 1/2 minuty mieszaniną jodu i jodku potasu <sup>2)</sup>, c) odbarwić preparat (nie obmywając wodą lub po przepłukaniu wysuszywszy go) absolutnym wyskokiem, póki preparat nie stanie się bezbarwnym (przy cienkiej warstwie ropy wystarczy mniej niż 1/2 minuty), d) obmyć wodą, e) podbarwić krótko (20 do 30 sekund) 1/20 % wodnego roztworu fuksyny lub roztworem wezuwiny <sup>3)</sup>.

Metoda Grama posiada wielkie znaczenie w rękach doświadczonego bakteriologa. Przy nieprawidłowym zabarwieniu jednak może prowadzić do błędnych wniosków: tak mianowicie, jeżeli preparat nie jest równomiernie cienko rozarty, to w grubszych warstwach spotykają się nieodbarwione gonokoki, w cieńszych odbarwione; przy nadmiernej długości zabarwiania i zbyt krótkotrwałym odbarwianiu mogą być wszystkie gonokoki Gram + i odwrotnie, zbyt długotrwałe traktowanie roztw. Lugola i wyskokiem odbarwi nam nie tylko gonokoki, ale i bakterye, barwiące się według Grama, jak np. staphylococci. Początkujący winni dla wprawy barwić preparaty, wykonane z mieszaniny 2 gatunków bakteryj: jednego Gram + (np. *staphylococci*, *sarcinae*) i drugiego Gram — (np. *gonococci*). Przy użyciu dopełniającego barwnika-fuksyny będziemy mieli na takich preparatach ciemnofioletowe bakterye (*staphyl.*) i czerwone, a przy wezuwinie brunatno żółte gonokoki.

Niekiedy trudno bywa wykonać z wydzieliną śluzoropnej preparat jednolicie cienko rozarty i — pomimo zupełnie prawidłowego zabarwienia metodą Grama — uniknąć przebarwienia preparatu w miejscach zbyt grubych. Należy wówczas przy mikroskopowaniu orjentować się zabarwieniem komórek protoplazmatycznych — ciałek ropnych i nabłonków: mianowicie należy uważać za miarodajne tylko takie pola widzenia, w których jądra komórek są zabarwio-

1) Do dokładnie rozbełtanej i świeżo przefiltrowanej mieszaniny ol. anilinowego i wody przekroplonej w stosunku 3:100 dodać 10% wyskokowego stężonego roztworu fioletowej gencyany. Zamiast roztworu w wodzie anilinowej można użyć 10% roztworu barwnika w 2% wodzie karbolowej. (*Gent. violett. 1,0, Alcoh. 10,0, Ac. carb. puri 2,5, Aq. dest. 100,0.*)

2) *Jodi puri 1,0, Kali jodati 2,0, Aquae destillatae 300,0* (roztwór Lugoli).

3) Z nasyconego na gorąco wodnego roztworu wezuwiny przygotować 4-6% rozcieńczenie.

ne, a protoplazma odbarwiona według Grama; w tych polach i bakterye są zabarwione prawidłowo.

Gonokoki przedstawiać się będą żółto-brunatnymi (wezuwina czyli Bismarckbraun) lub czerwonymi (fuksyna), gdy inne bakterye zabarwią się intensywnie na kolor fioletowy. Metoda ta ma ważne różniczkowe znaczenie i w ostrych sprawach dostarcza podług Fingera w 95,35% pewne rezultaty.

Dość trudno jest odnaleźć gonokoki w nitkach przy chronicznej rzeżączce, gdyż wtedy postać i umiejscowienie gonokoków są mniej charakterystyczne, preparaty barwią się często nierównomiernie i niezbyt wyraźnie. W takich razach tylko wielokrotne badanie coraz to nowych preparatów i porównywanie podejrzanych bakteryj z istotnymi gonokokami może usunąć wątpliwości.

Prócz Grama zabarwić trzeba preparaty z wydzieliny (nie z kultur) jednym z poniżej podanych sposobów, z których prawie każdy odpowiada celowi, t. j. barwieniu kontrastowemu.

#### Metoda PAPPENHEIMA-KRZYSZTAŁOWICZA.

Barwić roztworem zieleni metylowej i pyroniny<sup>1)</sup> w ciągu 20—30 sekund.

Gonokoki ciemno-purpurowo-czerwone, jądra ropnych ciałek zielone, protoplazma wielojądrowych komórek niebiesko-zielona, jednojądrowych leukocytów i limfocytów czerwono-niebieska.

#### Metoda FRAENKLA.

a) Utrwalić preparat na pokrywkowym szkiełku w ciągu 40 minut w wysoku i eterze aa, b) barwić 10—15 minut roztworem eozyny i methylenblau<sup>2)</sup>. Gonokoki i jądra niebieskie, protoplazma mocno różowa.

<sup>1)</sup> *Methylgrün* 0,15. *Pyronini* 0,25. *Alcohol* 2,5. *Glycerini* 20,0. *Aq. carbolicæ* 20/0 od 100,0.

<sup>2)</sup> *Eosini* 0,5. *Sol. aquosæ concentratæ methylenblau* 100,0.

### Metoda PICKA i JACOBSONA.

Barwić preparaty na pokrywkowym szkiełku 8—10 sekund w mieszaninie fuksyny i błękitu metylowego <sup>1)</sup>. Gonokoki ciemno-niebieskie, jądra jasno-niebieskie, protoplazma—jasno-czerwona.

### Metoda LANZA.

Barwić na pokrywkowych szkiełkach nasyconą mieszaniną tyoniny i fuksyny <sup>2)</sup>  $\frac{1}{4}$  do  $\frac{1}{2}$  minuty; gonokoki niebieskie, jądra niebieskawo-czerwone, protoplazma czerwona.

### Metoda WAHLA.

Barwić 10—15 sekund w roztworze auraminy, tyoniny i zieleni metylowej <sup>3)</sup>. Gonokoki czerwono-fioletowe (w grubszych warstwach prawie czarne); inne bakterie albo bezbarwne albo bardzo słabo fioletowe.

### Metoda LESZCZYŃSKIEGO.

Z kroplą wody na szkiełku zmieszać małą ilość ropy, rozprzewadzić cienko na szkiełku, utrwalić preparat nad płomieniem lub w absolutnym wysoku, zanurzyć na minutę w roztworze tyoniny <sup>4)</sup> opłukać w wodzie, działać mieszaniną *acidi picrici* i *kali caustici* <sup>5)</sup> w ciągu jednej minuty, włożyć na 5 sekund bez opłukania do absolutnego wysoku, opłukać w wodzie, wysuszyć. Gonokoki-czarne, inne bakterie-jaśniejsze, protoplazma komórek jasno-żółta, jądra ciałek ropnych wiśniowe.

1) Karbolowej fuksyny 15 kropli, stężonego wysokowego roztworu metylenblau 8 kropli, wody przekrojonej 20,0.

2) Z nasyconego roztworu tyoniny i fuksyny w 2% wodzie karbolowej brać do barwienia 4 części tyoniny na 1 część fuksyny.

3) 2 cent. sześć. nasyc. wysok. roztworu auraminy; 1,5 ctm. sz. wysoku 95%; 2 ctm. sz. nasyc. wysok. roztw. tyoniny; 3 ctm. sz. nas. wodnego roztw. zieleni metylowej, 6 ctm. sz. wody przekrojonej.

4) *Thionini solut. satur. aq. 10 cem.; aq. dest. 88 cem.; ac. carbol liq. 2 cem.*

5) *Sol. aq. satur. acidi picrici; sol. aq. kali caustici 1:1000 ua 50 cm<sup>3</sup>.*

Ograniczając się przytoczeniem powyższych złożonych metod dla różniczkowego i kontrastowego barwienia gonokoków, przytoczę jeszcze parę najprostszych, lecz mniej pewnych:

Barwić preparat (metoda Bumma) na przedmiotowym szkiełku  $\frac{1}{2}$  minuty w nasyconym wodnym roztworze fuksyny. Gonokoki czerwone.

Barwić w ciągu paru sekund błękitem Löfflerowskim: gonokoki ciemno-niebieskie, jądra komórek blado-niebieskie, protoplazma jeszcze słabiej zabarwiona.

Co do zabarwienia preparatów z hodowli, najlepiej po utrwaleniu ich w płomieniu (jak podano wyżej) zabarwić według Grama i błękitem, a nie kontrastowymi metodami, stosowanymi tylko do preparatów ze śluzu i ropy.

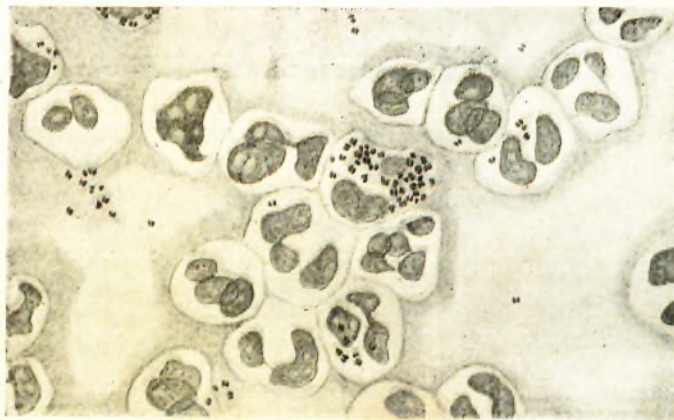
#### Różniczkowe rozpoznanie gonokoków.

Wygląd ziarniaków, ich ugrupowanie (grupki dwoinek), umiejscowienie (wewnątrz ropnych ciałek) i hodowle stanowią o rozpoznaniu gonokoków. Należy zawsze brać pod uwagę wszystkie powyższe cechy, żeby uniknąć omyłki. Spotykamy sporo przypadków (np. w *vulvo-vaginitis* małych dziewczynek, w chorobach oczu i t. d.), gdzie ziarniaki są ładząco podobne do gonokoków; widzimy je nawet wewnątrz komórek, i tylko hodowle pozwalają na dokładne rozpoznanie. Lustgarten i Mannaberg wskazali, że nawet w zdrowej cewce znajdują się ziarniaki, podobne z wyglądu do gonokoków i mieszczące się niekiedy wewnątrz komórek. Nazwali je oni pseudogonokokami. Pseudogonokoki znajdowali wielokrotnie w narządach moczopłciowych mężczyzn i kobiet: Kutscher, Dreyer, Noquès i Wassermann, Johnston, v. Zeissl, Bährmann, Hoffmann, Pfeiffer i wielu innych. Steinschneider i Galevsky znajdowali je nie tylko w normalnej cewce, lecz i w wydzielinie przy rzeżączce. Bumm opisuje dwoinkę (*diplococcus subflavus*), z wyglądu podobną do gonokoków; spotykamy ją w wydzielinie pochwy kobiecej i w odchodach połogowych. *Diplococcus subflavus* różni się od gonokoków tem, że nie odbarwia się Gramem i rośnie bardzo obficie na zwykłych podłożach (agar, buljon, żelatyna).

Hogge znalazł ziarniaki, podobne z wyglądu do gono-

koków, znajdujące się wewnątrz komórek i odbarwiają się nawet Gramem. Te same własności mają *meningococcus* i *micrococcus catharralis*, odróżniają się jednak właściwościami hodowli, a pierwszy z nich — i serodyagnostycznie za pomocą aglutynacji. Pod względem hodowli ma duże podobieństwo do gonokoków *bacillus*, opisany przez Finger'a, Ghona i Schlagenhaufera. Tworzy on bardzo dobrze hodowle na psiej surowicy i mieszaninie agaru z moczem.

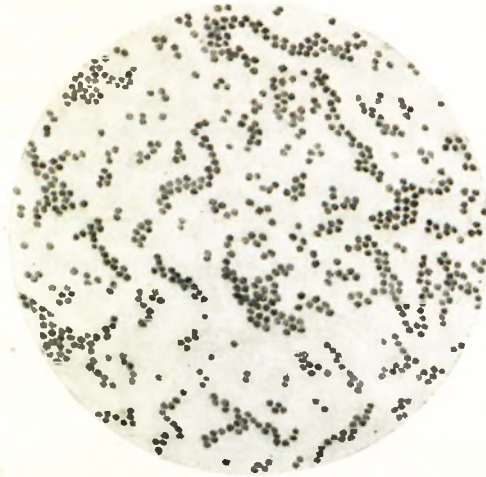
Prócz tego, codzienna praktyka wykazuje nam, że najczęściej powodem omyłek rozpoznawczych mogą być *micr. tetragenus* i *staphylococci* (Rys. 13 i 14), jedno i drugie bowiem, nieraz na preparatach, barwionych błękitem metylowym,



Rys 13. Gronkowiec złocisty, barwiony błękitem metylowym.  
Immersya  $\frac{1}{12}$ . Ok. 4. (Leitz).

mają łudzące podobieństwo do gonokoków, ale obydwa te gatunki barwią się według Grama i rosną na zwykłym agarze nawet przy pokojowej temperaturze w przeciwieństwie do gonokoków.

Różnica w rozmiarach ziarniaków również niekiedy stanowi o rozpoznaniu gonokoków. Szczególniej paciorkowce (Rys. 15) i niektóre rodzaje gronkowców (Rys. 16) łatwo dają się rozpoznać przy porównawczym oglądaniu ze względu na wielkość.



Rys. 14. Gronkowce żółte z hodowli, barwione według Grama.  
Immersya  $\frac{1}{12}$ . Ok. 4. (Leitz):

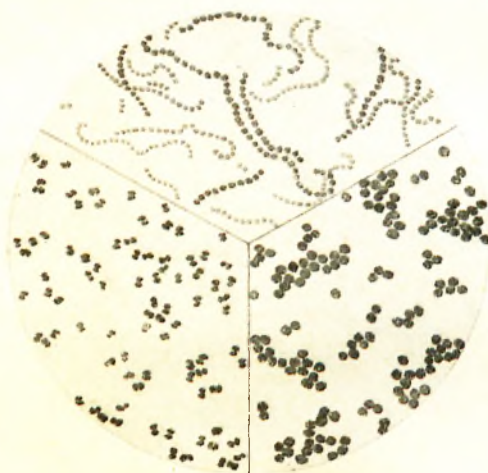


Rys. 15. Paciorkowce w ropie i w hodowli, barwione według Grama. Immersya  $\frac{1}{12}$ . Ok. 4. (Leitz).

#### Zakażanie tkanek gonokokami.

Gonokoki najchętniej gnieźdzą się w ludzkiej błonie śluzowej. Błona śluzowa zwierząt jest odporna na gonokoki. Jednak zarazki te, świeżo wydzielone z cewki, można przy

pewnych warunkach zaszczepić zwierzętom — psom i królikom do cewki i spowodować zapalenie gonokokowe, o ile uprzednio wywołamy uraz śluzówki, np. przez przewiązanie członka: doświadczalnie fakt ten został stwierdzony przez Turro i Kopytowskiego. Zato ludzkiej błony śluzowej do tej pory nie udało się jeszcze uczynić niewrażliwą na te drobnoustroje. Przebyta rzeżączka nie tylko nie uodparnia ludzkiej błony śluzowej, lecz czyni ją często nawet wrażliwszą na gonokoki. Również nawet sprawę przewlekłą można obostrzyć nowym zakażeniem. Wrażliwość ludzkiej błony śluzowej na gonokoki bywa zależna nie tylko od na-



Rys. 16. Porównawcza wielkość gonokoków, paciorkowców i gronkowców białych z hodowli, barwionych według Grama. Immersya  $\frac{1}{12}$ . Ok. 4. (Leitz).

rzędu, lecz i od osobistych właściwości pojedynczych osobników i od ich wieku. Najłatwiej zakaża się błona śluzowa cewki, i tutaj wiek nie odgrywa zbyt wielkiej roli. Łącznica oka jest nadzwyczaj wrażliwa u noworodków. Z wiekiem wrażliwość ta zmniejsza się, i u dorosłych rzeżączka łącznicy oka, pomimo częstej i łatwej sposobności zakażenia, spotyka się rzadko.

Błona śluzowa pochwy małych dziewczynek jest bardzo wrażliwa na gonokoki. Z wiekiem wrażliwość ta zmniejsza się i dochodzi do minimum u wieloródek. Błona śluzowa macicy i jej przydatków u małych dziewczynek cierpi na rzeżączkę bardzo rzadko; możemy to jednak obja-



ścić tylko zupełnem zamknięciem światła szyjki macicznej w tym wieku. Zato kobiety dojrzałe nadzwyczaj łatwo podlegają zakażeniu błony śluzowej macicy, jajowodów i t. d.

Wrażliwą na gonokoki jest również błona śluzowa kiszki odchodowej; dowodem tegoż dość częste zapalenie prostnicy u kobiet z powodu łatwości przedostania się zarazków z ropą, ściekającą z narządów moczopłciowych.

Błona śluzowa pęcherza posiada niezbyt znaczną wrażliwość na gonokoki, i przypadki jej zajęcia zaliczają do rzadkich.

Jeszcze rzadziej zdarza się zajęcie przez gonokoki błony śluzowej ust, dziąseł, nosa i woreczka łzowego.

Gonokoki rozprzestrzeniają się głównie *per continuitatem*, lub ściekając z ropą po powierzchni błony śluzowej. Rozmnażają się one tam nie tylko w powierzchniowych warstwach komórek nabłonkowych, lecz i w głębszych, a nawet w warstwie brodawkowej i podbrodawkowej i ze szczególniejszem upodobaniem gnieźdzą się w zagłębieniach i przewodach gruczołów. To też u mężczyzn najłatwiej podlegają rzeżącce przewody gruczołów Littré'go i gruczołu opuszkowo-cewkowego w części przedniej cewki, a gruczołu krokowego (stercz, *prostata*) w części tylnej. U kobiet sprawa bardzo łatwo przechodzi na przetoki gruczołów przedsiolkowych.

Rzadziej gonokoki rozprzestrzeniają się za pomocą naczyń chłonnych, np. tą drogą mogą one przenieść się do najadrza, oszczędzając nawet błonę śluzową przewodu nasiennego, lub do tkanki przymaciczej z jajowodów. Również za pomocą dróg krwionośnych gonokoki mogą być przeniesione nie tylko do sąsiednich, lecz nawet do bardzo dalekich narządów, np. z cewki do stawów, pochewek, ścięgni, zastawek sercowych i t. d., a nawet do skóry i podskórnej tkanki. Wogóle jednak skóra, nawet uszkodzona, zachowuje się odpornie względem gonokoków.

## A. RZEŻĄCZKA U MĘŻCZYZN.

## RZEŻĄCZKA CEWKI MOCZOWEJ.

## Budowa cewki.

Ze wszystkich błon śluzowych najczęściej podlega rzeżącce cewka moczowa. Stanowi ona rurkę, mającą kształt zbliżony do odwróconej litery *S* przy zwieszonym prąciu, zaś kształt, przypominający przecinek, przy naprężonym prąciu. Cewkę dzielimy na dwie części: dłuższą (12—16 cm.) część przednią i krótszą (4 cm.) część tylną. Podział ten jest ugruntowany pod wieloma względami. Przedewszystkiem embryologicznie część tylna kanału tworzy się z mieszka moczopłciowego (*sinus urogenitalis*), gdy część przednia powstała z prącia (*phallus*), t. j. wzniesienia, które zjawilo się na przedniej części kloaki. W dolnej części wzniesienia, podczas jego wzrostu, tworzy się brózda, której brzegi łączą się, tworząc przednią cewkę prącia. Pod względem budowy różnica polega na tem, że część przednia jest jamista, gdy tylna mięśniowa. Pod względem czynności fizyologicznej, przednia cewka służy jako narząd płciowy, a w oddawaniu moczu odgrywa tylko bierną rolę; tylna zaś mięśniowa cewka stanowi niezbędną część narządu, wyprowadzającego mocz.

Przednia cewka rozpoczyna się wązkim otworem, następnie rozszerza się (dół łódkowy, *fossa navicularis*), potem trochę zwęża się, tworząc najdłuższą część cewki (jamista, *cavernosa*), wreszcie rozszerza się po raz wtóry (część cewki opuszkowa, *pars bulbosa*). W tej ostatniej znajdujemy dwa otworki przewodów gruczołu opuszkowo-cewkowego (*gl. Cowperi*).

Tylna część cewki dzieli się na dwie równe co do długości części (po 2 cm.). Po wyjściu z części opuszkowej kanał przechodzi przez przeponę moczopłciową (*diaphragma urogenitale*); nosi tutaj cewka nazwę błoniastej (*pars membranacea*) i dąży przez gruczoł krokowy, od którego ta część przybiera nazwę krokowej albo sterczowej (*pars prostatica*). Krokowa część cewki przechodzi bezpośrednio w pęcherz. W części krokowej błona śluzowa tworzy wzniesienie nasienny (*caput gallinaginis sive colliculus seminalis*),

na którym otwierają się obydwie przewody wytryskowe (*ductus ejaculatorii*) po obu stronach przewodów gruczołu krokowego.

Część tylna cewki, jak już zaznaczyliśmy, ma budowę mięśniową. Istnieje w niej podwójny pokład pęczków włókien mięsnych gładkich: zewnętrzny — okrężny, i wewnętrzny — podłużny. Ku przodowi cewki ginie powoli najpierw pokład okrężny, a następnie podłużny, pozostawiając jedynie tu i owdzie rozrzucone pęczki włókien mięsnych.

W części błoniastej, na zewnątrz od mięśni gładkich, istnieje szeroka warstwa mięśni prążkowanych, przebiegających w różnych kierunkach. Wszystkie te mięśnie tworzą zwieracz części błoniastej (*musculus compressor partis membranaceae*) albo inaczej zwieracz cewki (*compressor urethrae*).

Część krokowa w sąsiedztwie części błoniastej zawiera nadto mięśnie prążkowane, tworzące zwieracz pęcherza albo sterca zewnętrznego (*sphincter vesicae seu prostaticus externus*). Część cewki, przylegająca bezpośrednio do pęcherza, posiada, oprócz własnych, już wyżej opisanych warstw mięśniowych, jeszcze pierścień włókien gładkich, przechodzących nań z pęcherza i łączących się z nimi w ogólną masę, która nosi nazwę zwieracza pęcherza albo sterca wewnętrznego (*sphincter vesicae internus*, właściwiej *sphincter prostaticus internus*). Podścielisko błony śluzowej obfituje na całej długości cewki w włókna sprężyste; tworzy ono tylko w dole łódkowym wyraźne brodawki.

Obfita sieć żylna znajduje się na całej przestrzeni błony śluzowej cewki i w części jamistej łączy się bezpośrednio z zatokami ciała jamistego. Nabłonek w dołku łódkowym bywa płaski wielowarstwowy, dalej w cewce walcowaty, na koniec w części krokowej komórki stają się znów spłaszczone. W błonie śluzowej mieszczą się dość obficie rozrzucone małe, rozgałęzione gruczołki cewkowe, wysłane nabłonkiem walcowatym (*glandulae Littrii*) i zagłębienia w błonie śluzowej (*lacunae Morgagni*). Ścianka cewki, skutkiem elastycznej budowy, jest nadzwyczaj rozciągliwa. Normalnie ścianki przylegają do siebie, błona śluzowa układa się w podłużne małe fałdy i tworzy tylko małeńki otwór. Właściwie więc nie możemy mówić o szerokości cewki w najrozmaitszych jej częściach, lecz tylko o rozciągliwości jej, którą mierzymy za pomocą przyrządów, zwanych uretrometrami.

Zewnętrzny otwór cewki daje się rozciągnąć mniej więcej do 8 mm. co odpowiada 24 skali Charrière'a. W jamie łódkowej cewka rozszerza się do 10—11 mm. (30—33 Ch.). Część gąbczasta posiada na całej długości prawie równą rozciągliwość 9—10 mm. (27—30 Ch.). Część opuszkowa — 14 mm. (42 Ch.). Część błoniasta — 10 mm. (30 Ch.). Część krokowa na początku — 10 mm. (30 Ch.), w środku — 15 mm. (45 Ch.), a przy końcu — 11 mm. (33 Ch.). Część tylna cewki skutkiem swego umięsienia znajduje się normalnie w stanie napięcia skurczowego. Muskulatura tej części posiada olbrzymie znaczenie tak w normalnej czynności wydzielania moczu, jak i w patologii i terapii rzeżączki. Pęcherz nie posiada swego własnego zwieracza; trzechwarstwowe jego gładkie mięśnie przy skurczu zmniejszają objętość pęcherza, — działają więc tylko jako wypieracz moczu (*detrusor*). To też wychodzeniu moczu z pęcherza przeszkadza wyłącznie muskulatura cewki tylnej. Przy pustym albo umiarkowanie napełnionym pęcherzu, rolę zwieracza pęcherza spełnia *sphincter prostaticus internus*; przy dalszem napełnianiu się pęcherza ciśnienie moczu przemaga ten mięsień; mocz wchodzi wewnątrz części krokowej cewki i, drażniąc specjalne zakończenia nerwów, wywołuje chęć moczenia się; wtedy rolę zwieracza odgrywają wspólnie *sphincter prostaticus externus* i *compressor partis membranaceae*, i zarazem cewka skraca się m. w. o 2 cm., co można stwierdzić, zakładając cewnik do miejsca znajdowania się moczu. Zwieracze cewki tylnej przeszkadzają przechodzeniu moczu do przedniej cewki, a również nie pozwalają płynom, znajdującym się w części sterczowej, wypływać na zewnątrz: spływają one do pęcherza. *Musculus compressor* również odgrywa ważną rolę przy zjawisku, zwanem skurczem cewki.

Niekiedy w okolicy wylotu cewki, w szwie (*raphe*), w rowku wieńcowym (*sulcus coronarius*) znajdują się maleńkie punkcikowate otwory przewodów, przebiegających równoległe do cewki i przeważnie ślepo zakończonych. Te przycewkowe przewody (*ductus paraurethrales*), wysłane zwykle warstwowym płaskim nabłonkiem, dosięgają niekiedy kilku-centymetrowej długości. Niekiedy wyloty tych przewodów mieszczą się na wewnętrznej powierzchni cewki.

## I. OSTRA RZEŻĄCZKA CEWKI.

### 1. Rzeżączka cewki przedniej.

Rzeżączka cewki powstaje skutkiem przeniesienia na jej błonę śluzową gonokoków. Jest to jedyne źródło rzeżączki. Najczęściej zakażenie następuje podczas spółkowania z kobietą, cierpiącą również na rzeżączkę. Przytem naturalnie tylko od chorej na rzeżączkę kobiety można zakażać się rzeżączką. Rzadziej następuje zakażenie za pomocą rąk, instrumentów, np. cewników, zgłębników. Nie jest wykluczone także zakażenie za pomocą gąbek kąpielowych, nawet wody kąpielowej, choć to ostatnie u chłopców następuje znacznie trudniej, niż u małych dziewczynek. Przeniesienie się zarazka rzeżączkowego do cewki męskiej podczas stosunku płciowego następuje w taki sposób, iż przy ruchu prącia naprzód wciska się wydzielina rzeżączkowa z gonokokami przez ziejący otwór cewki naprężonego członka. Można zarazem przypuścić, że cewka po wyrzuceniu nasienia działa do pewnego stopnia na wydzielinę, znajdującą się w pochwie, jak pompa ssąsa. Gonokoki, przedostawszy się do cewki, a właściwie do jej dolka łódkowego, muszą znaleźć odpowiednie dla swego rozmnażania się warunki,—w przeciwnym razie giną bez śladu. Niektóre cewki posiadają mało podatne warunki dla rozwoju gonokoków, skutkiem czego możnaby myśleć o zupełnej ich niewrażliwości na zarazek rzeżączkowy. Jednakowoż ta niewrażliwość nie jest stała i w pewnych warunkach zmienia się. Wrażliwość cewki zwiększa się przy przedłużaniu stosunku, jak to bywa szczególnie pod wpływem wysokości. Przy dłuższem trwaniu stosunku, również przy silniejszym naprężeniu członka, obfitszą bywa wydzielina gruczołów cewki o odczynie zasadowym, który dodatnio wpływa na rozwój gonokoków. Silniejszym również bywa przekrwienie błony śluzowej, i łatwiej mogą na niej powstać nieznaczne uszkodzenia.

Skutkiem tego stosunek, przeciągany sztucznie lub wielokrotnie powtarzany, usposabia do nabycia rzeżączki. Usposabia również do powtórnego zakażenia przebyta już raz rzeżączka. Budowa członka może także ułatwić przenoszenie zarazka, np. wielkość, szeroki wylot cewki, wrodzona stulejka, przewody przycewkowe. Wszystkie te warunki, należy przypuszczać, wpływają na stwierdzony

niejednokrotnie fakt, iż nie wszyscy spółkujący zaraz po sobie z tą samą chorą kobietą zakażają się rzeżączką. Również zdarza się, iż mężczyzna, spółkujący przez dłuższy przeciąg czasu z jedną i tą samą kobietą, zakaża się dopiero wtedy, gdy jest więcej „usposobiony”. Na udzielenie zarazy może jednak wpłynąć obostrzenie się przewlekłej rzeżączki kobiety pod wpływem pewnych okoliczności. Wtedy zjawia się większa ilość gonokoków, lub może stają się one więcej złośliwe.

Gonokoki, przeniesione początkowo do dolka łódkowego, leżą tam w ciągu krótkiego czasu zupełnie powierzchownie, i można je wtedy zniszczyć środkami bakterjobójczymi lub zmyć mechanicznie moczem; kwaśny jego odczyn działa również zabójczo na gonokoki.

Gonokoki, znalazłszy dla siebie grunt odpowiedni, rozmnażają się i rozprzestrzeniają powoli w ciągu następnych paru dni z jamy łódkowej ku tyłowi cewki, przenikają dość szybko pomiędzy warstwę komórek walcowatych i wywołują zapalny odczyn błony śluzowej.

O k r e s w y l ę g a n i a (*stadium incubationis*), t. j. czas pomiędzy zakażeniem i wystąpieniem pierwszych klinicznych objawów, trwa przy rzeżączce od 2—14 dni, najczęściej 3 dni. Wcześniejszy lub późniejszy okres wylegania zdarza się rzadko. Pierwsze kliniczne zjawiska rzeżączki polegają na lekkim zaczerwienieniu i obrzmieniu brzegów wylotu cewki, które po dłuższym oddawaniu moczu zlepiają się. Z cewki, szczególnie po wyciśnięciu, zaczyna sączyć się początkowo w nieznacznej ilości dość przezroczysta szarawa wydzielina. Staje się ona stopniowo białawą-mleczną, nieprzezroczystą. W moczu widać już wtedy liczne kłaczki i niteczki, a moczenie niekiedy już bywa nieco częstsze i połączone z nieznacznym swędzeniem i paleniem cewki, które nawet mogą występować stale. U bardzo wrażliwych osobników zdarzają się już w tym okresie lekkie ogólne objawy: znękanie, znużenie, brak apetytu. Wszystkie te oznaki nie są jeszcze zbyt widoczne dla chorego, i najczęściej szuka on porady dopiero w następnym okresie choroby.

O k r e s r o z w o j u (*stadium floritionis*) rozpoczyna się na 5—7 dzień choroby, gdy zapalenie szerzy się coraz dalej wzdłuż cewki, aż do tylnej jej części.

B ł o n a ś l u z o w a otworu staje się nabrzmiąta, wywinięta. W przypadkach ostrzejszych zaczerwienienie

i obrzmienie przechodzi na całą żołądz członka. Wywnięcie brzegów wylotu cewkowego powiększa się, przy czem zjawiają się na niem nadżerki, lekko krwawiące. Napletek albo obrzmiewa i czerwieni się również, lub też zachowuje swe normalne zabarwienie.

Zapalenie może przejść na skórę członka i na naczynia chłonne podskórne, tworząc niekiedy obrzmienia w kształcie sznurków, grubości pióra kurzego i nawet grubsze, okrągłe albo owalne, przebiegające po środkowej linii grzbietu członka. Zgrubienia te biorą czasem swój początek od wędzidelka, obejmują żołądz z obu stron i mogą ciągnąć się po *dorsum penis* aż do spojenia łonowego. Sprawa zapalna przechodzi również na gruczoły Littré'go wewnątrz cewki, przewody przecewkowe i Tysonowskie krypty na żołądzi. Przy ucisku cewki (zwykle bardzo bolesnym, szczególnie w okolicach jamy łódkowej), możemy wyczuć mniej lub więcej liczne stwardnienia, czasami w postaci różańca do cewki przylegające, wielkości ziarnka prosa i większe. Po usunięciu ropy z otworu cewki, często widzimy na wewnętrznej powierzchni wylotu maleńkie, jak ostrza szpilki, otworki gruczołów śluzowych lub ślepych zagłębień cewki, z których daje się wycisnąć ropa.

Wydzielina z wylotu cewki stopniowo z białawej śluzopropnej przechodzi w ropną, gęstą, bardzo obfitą, żółtego, a nawet zielono-żółtego koloru. Wydzielina może stać się tak obfitą, iż ropa z cewki sączy się kropla po kropli, walając części płciowe i bieliznę chorego. Ropa wydziela się obficie nad ranem, niż nad wieczorem. Nie jest to tylko pozorny skutek rzadszego moczenia się podczas nocy, — działają tu czynniki inne, wewnętrzne: wszystkie te szkodliwe wpływy, jakim chory podlega podczas całego dnia.

Wyciekająca na zewnątrz ropa pochodzi tylko z części przedniej, gdyż gdyby nawet sprawa wkroczyła do cewki tylnej, to mięśnie części błoniastej zatrzymałyby wydzielinę.

Mocz z cewki wydobywa się cienkim strumieniem, skutkiem zmniejszenia się elastyczności ścianek cewki, jej nabrzmienia, a więc i zwężenia jej światła, a także osłabienia brzuszego ciśnienia ze względu na ból. Silny ból może wywołać podczas moczenia odruchowy skurcz zwieracza cewki, a więc przerwy w oddawaniu moczu. Po

ukończeniu czynności moczenia wycieka często jeszcze kilka kropli moczu.

Pierwszy strumień moczu zmywa ropę, zbierającą się w przedniej części cewki, skutkiem tego oddana do naczynia pierwsza część moczu bywa zawsze mętna, gdy następna pozostaje przezroczystą. Mętność uryny wzrasta z powiększeniem objawów zapalnych. Po ustaniu się moczu, tworzą się w naczyniu na dnie dwie warstwy osadu: dolna—ropna, koloru żółtawego, a nawet zielonawego, cieńsza lub grubsza, w zależności od natężenia zapalnych objawów, i górna—śluzowa, szarawa, nad którą znajduje się już przezroczysty płyn.

**P o d r a ż n i e n i e p ł c i o w e**, występujące początkowo pod postacią częstszego i silniejszego naprężenia prącia i zwiększonego popędu płciowego, dość nawet przyjemnego dla pacjenta, stopniowo staje się dla niego źródłem męki: cewka, utraciwszy swą elastyczność, nie może stosować się do rozszerzeń i wydłużeń ciała jamistego, i chory odnosi wrażenie, jakby mu wyciągano i rozrywano prącie, a drgawkowe skurcze mięśni *ischio—i bulbo-cavernosi* podnoszą jeszcze czasem to uczucie. Silne i częste naprężenia prącia wobec bardzo silnych objawów zapalnych mogą spowodować naderwanie błony śluzowej—krwawienia. W takich razach domieszka krwi zabarwia specjalnie ropę. Pubudliwość płciowa bywa niekiedy tak znaczna, że każdy zewnętrzny wpływ, a najwięcej ciepłe łóżko, wywołuje naprężenie prącia. Naprężenia mogą trwać długo, godzinami, i doprowadzać do wygięcia członka ku dołowi, gdyż wydłużające się nad nierozciągliwą cewką ciała jamiste zaginają prącie ku dołowi. Wygięcie to w lżejszych przypadkach ogranicza się tylko do żołądki, a w silniejszych—do całego członka, który tworzy nadzwyczaj bolesny wzwód prącia (*hordu venerea*).

Bardzo bolesna bywa chwila wytrysku nasienia. Odbywa się on z trudnością powoli, nawet kroplami. Zmazy (*pollutiones*) mogą zdarzać się często.

**S u b j e k t y w n e o b j a w y** należą do bardzo uciążliwych. Początkowe uczucie palenia przechodzi stopniowo w ból, szczególnie dotkliwy na początku moczenia, gdy pierwsze krople płynu przechodzą przez cewkę. Bóle te niekiedy bywają tak przykre, iż chorzy wszelkimi sposobami starają się jak najrzadziej oddawać mocz i wstrzymują się od płynnych pokarmów. Ból odczuwa się albo w całej



zwisłej części prącia albo też najdotkliwiej w jakiejś jej okolicy. Szczególniej w okresie rozwijania się zapalenia choroby odczuwają przeszywające bóle nie tylko wzdłuż części zwisłej, lecz także wzdłuż sznurka nasiennego — ku pachwinom i jądom. Bóle te przy moczeniu dają się we znaki samoistnie lub zależnie od ucisku, np. skutkiem złego położenia prącia, ciągłego siedzenia lub zbytniego ruchu.

Objawy ogólne przeważnie występują w lekkiej formie. Należy je przyjąć na karb psychicznego przygnębienia, bezsenności skutkiem ciągłych wzwodów prącia, a szczególnie wessania się z cewki do krwi gonotoksynów. Często spostrzegamy lekkie dreszcze, podniesienie temperatury ciała, szczególnie wieczorem, na 1—1½ stopnia, rzadziej powyżej 38°, znużenie, brak apetytu, blado — nawet żółto-zieloną cerę, podkrążone oczy i t. p.

Sprawy zapalne typowo dochodzą do zenitu w końcu trzeciego tygodnia, poczem zaczynają stopniowo zmniejszać się (okres zdrowienia).

Obrzmienie i zaczerwienienie powoli znika. Wyciek staje się mniej obfity i zmienia swój wygląd: z ropnego, żółto-zielonkawego przechodzi w śluzo-ropny, żółtawo-białawy, następnie śluzowy, bezbarwny, zlekka mętny; zjawia się na koniec tylko nad ranem, sklejjąc zlekka otwór cewki, i znika zupełnie. Zarazem i mocz staje się coraz więcej przezroczysty, wreszcie czysty z niewielką ilością kłaczek lub nitok. Moczenie dla chorego jest mniej bolesne, strumień moczu grubszy. Również znikają powoli objawy subiektywne i ogólne. Po 5—6 tygodniach od chwili zakażenia rzeżączka może nawet samoistnie zupełnie ustąpić.

Jednakowoż powyżej opisany typowy przebieg rzeżączki przedniej cewki zdarza się rzadko. Sprawa podlega wahaniom w najrozmaitszych okresach swego rozwoju tak co do długości, jak i natężenia: przedłużać się może okres rozwoju choroby lub zdrowienia; na zenicie natężenia może pozostawać przez dłuższy przeciąg czasu; podczas zdrowienia sprawa może obostrzać się wielokrotnie. Wpływa zazwyczaj na to: zła budowa ciała, choroby wycieńczające ustrój, jak żoły, gruźlica, przymiot, następnie przeziębienie, zły stan narządów trawienia; oddziałują również ujemnie: silne pobudzenia płciowe, zmazy, stosunek płciowy, trunki, ostre potrawy, zbyt natężony ruch, jak np. bieganie, tańce, jazda konna, w trzesącym ekwipażu i t. p. Ostre zaraźliwe choroby

zmniejszają znacznie natężenie objawów zapalnych, lecz, wyniszczając zarazem ustrój, przewlekają przebieg rzeżączki.

Stosownie do natężenia i długości trwania powyżej opisanych objawów, można wyodrębnić trzy postacie rzeżączki przedniej cewki: podostrą, ostrą i nader ostrą.

Postać podostra najczęściej występuje przy wtórnych zakażeniach. Przebieg rzeżączki wtedy jest od samego początku powolny, wyleganie trwa dłużej, natężenie objawów obiektywnych i subiektywnych słabsze: zaczerwienienie i obrzęk mniejsze, wydzielina staje się najwyżej śluzo-ropną, mleczną. Ogólne wrażenie otrzymujemy, jakby zarazki straciły na swej sile, lub cewka stała się odporniejszą. Lecz wrażenie to jest złudne, gdyż sprawa zaciąga się i wywołuje powikłania. Zależy to w dużym stopniu od zachowania się chorych, którzy zwykle lekceważą swe niezbyt dokuczliwe cierpienia.

Postać ostrą, występującą najczęściej przy pierwszym zakażeniu, jest już nam znana z powyższego opisu, choć natężenie rzeżączki nie we wszystkich kierunkach dochodzi do tak silnego stopnia.

Postać bardzo ostrą, ropowicza rzeżączka, odznacza się nader szybkim rozwojem nadzwyczaj silnych obiektywnych i subiektywnych objawów: znaczne obrzmienie całego członka, zapalenie naczyń chłonnych, obfity ropny, krwisty wyciek, bolesny wzwód prącia, zmazy, silne bóle i zły stan ogólny. Godną uwagi jest wtedy zazwyczaj wielka ilość gonokoków w ropie.

## 2. Rzeżączka cewki tylnej.

Nader rzadko rzeżączka ogranicza się tylko do przedniej cewki. Zwieracz cewki stanowi dla tego cierpienia przeszkodę bardzo słabą i niedostateczną.

Zazwyczaj ku końcowi trzeciego tygodnia przebiegu rzeżączki, gdy zapalenie dochodzi do zenitu, gonokoki powoli przechodzą na część błoniastą.

Przeważnie podczas leżenia na wznak przy naprężonym prąciu ropa z gonokokami ścieka do tylnej części cewki, wywołując tam swoistą sprawę. Wpływają również na rozszerzenie sprawy silnie działające, nieantyseptyczne lub zawczasie stosowane wstrzykiwania, wprowadzanie narzędzi

do cewki, nieodpowiednie zachowanie się, nadużycia płciowe, nieprzestrzeganie diety, ogólny zły stan ustroju i wogóle wszystko to, co przyczynia się do obostrzenia sprawy. Naturalnie, że czynniki powyższe mogą przyspieszyć zajęcie części tylnej cewki w drugim, a nawet w pierwszym tygodniu trwania choroby, zamiast w trzecim. Sprawa ta może także rozpocząć się znacznie później, np. w 4 — 5 tygodniu podczas okresu zdrowienia. Może również od samego początku występować nie tylko w ostrej postaci, lecz w podostrej, a nawet przewlekłej; zdarza się to najczęściej podczas obostrzeń rzeżączki cewki przedniej.

Z przejściem sprawy zapalnej na część tylną cewki zmniejsza się zwykle natężenie objawów chorobowych w części przedniej.

Rzeżączka części tylnej cewki należy do powikłań bardzo częstych. Według statystyk najrozmaitszych autorów przecięciowa liczba zajęcia części tylnej cewki wynosi około 70% wszystkich przypadków rzeżączki. Stosunek ten bywa w znacznej mierze zależny od sfery, do której należą chorzy, i może wynosić 90% — 100% u osób, które pracują ciężko fizycznie, pozostają w złych warunkach materialnych lub leczą się niedbale i nieodpowiednio.

Objawy obiektywne bywają dość znamienne dla rzeżączki cewki tylnej.

Ilość wydzieliny ropnej z wylotu kanału zaraz w początku sprawy trochę się zmniejsza, mocz zaś staje się mętniejszym, gdyż, przechodząc przez kanał, wymywa ropę z obu jego części. Po kolejnym oddaniu moczu w dwie szklanki spostrzegamy, iż jest mętny w obu szklankach. Pierwsza porcja moczu bywa jednak mętniejsza od drugiej. Ponieważ zwieracz cewki nie przepuszcza ropy z części tylnej na zewnątrz, ścieka ona do pęcherza, a więc pierwszy strumień moczu będzie zawierał oprócz ropy, zebranej w pęcherzu, jeszcze ropę, wymytą z całej cewki, — podczas gdy w końcowej części moczu znajduje się tylko ropa, która ściekła poprzednio do pęcherza. Stopień zmętnienia zależy od natężenia zapalnych objawów, od częstości oddawania moczu i od pory dnia. Przy częstem urynowaniu ropa, zebrana w nieznacznej ilości w części tylnej cewki, nie ścieka jeszcze do pęcherza; pierwszy strumień moczu może ją wymyć całkowicie, i wtedy końcowa porcja moczu bywa nawet zupełnie czysta. Podczas nocy podobnie, jak przy rzeżączce przedniej części cewki, obostrzają się objawy zapal-

ne. Wobec tego mocz, oddany rano, bywa w obu porcyach mętniejszy, niż w ciągu dnia. Męty w urynie, po ustaniu się, tworzą osad zupełnie analogiczny do opisanego przy zapaleniu cewki przedniej.

Białkomocz bywa w nieznacznym stopniu; w każdym razie ilość jego jest większa, niżby ją całkowicie można było uzależnić od obecności ropy. Białkomocz zależy prawie w zupełności od parcia na mocz: zazwyczaj zmniejsza się ilość białka z osłabieniem powyższego objawu, zwiększa się, gdy parcie występuje silniej. F i n g e r przypuszcza, że białkomocz jest spowodowany temi odruchowemi zjawiskami, które towarzyszą zapaleniu cewki tylnej, gdyż środki uspakajające wpływają na zmniejszenie się jego ilości. Zdaje się, iż musimy tu przyjąć również pod uwagę pewne podrażnienie nerek wessanemi do krwi gonotoksynami.

Białkomocz jest zazwyczaj wskaźnikiem silnego zapalenia i podrażnienia cewki.

Krwawe moczenie (*haematuria*) występuje w silniejszych stopniach rzeżączkowego zajęcia części tylnej cewki. Najczęściej krwawienie spotykamy podczas wyciskania ostatnich kropli moczu: zwieracz cewki, ściskając błonę śluzową, znajdującą się w stanie zapalnym, a nawet nadżartą, zabarwia krwawo ostatnie krople moczu. Rzadziej znacznie, wobec bardzo ostrych objawów zapalnych, widzimy ciągle krwawienie z części tylnej. Wtedy mocz w obu porcyach bywa krwisto zabarwiony, a przy końcu moczenia wydziela się kilka kropel czystej krwi.

Subiektywne objawy bywają zwykle dość intensywne.

Parcie na mocz należy do najprzykrzejszych i najwięcej męczących i występuje stale we wszystkich ostrzejszych przypadkach. Następuje podrażnienie zakończeń specjalnych nerwów w błonie śluzowej części krokowej cewki skutkiem przekrwienia i wysięku. Chory moczy się często, niekiedy co kilka minut. Przytem wychodzi za ledwie kilka kropel moczu, gdyż pęcherz nie zdążył się jeszcze napełnić, ale pomimo to parcie nie ustaje. W mniej ostrych przypadkach dopiero pierwsze krople moczu, przedostające się do części sterczowej cewki, drażnią niezmiernie błonę śluzową, zmienioną chorobowo, i powodują gwałtowne parcie.

Parcie po oddaniu moczu przechodzi na pewien czas.

Wszystkie okoliczności, powiększające zapalenie, jak

np. silny ruch, konna jazda, zwiększają również parcie na mocz.

We wszystkich przypadkach, jeśli nawet niema parcia na mocz, chorzy skarżą się na palenie, swędzenie, lekkie przeszywające bóle w cewce i ku stolcowej kiszce. Objawy powyższe powiększają się niekiedy po oddaniu moczu lub stolca.

Podrażnienie piciowe występuje analogicznie do opisanego przy rzeżączce przedniej części cewki. Mniej wprawdzie dokuczają wzdoby prącia, zato często występują zmały w połączeniu z silnym, kłującym bólem. Zależy on od zapalnego stanu *capitis gallinaginis seu colliculi seminalis*. Objaw powyższy jest zamienny dla zapalenia cewki tylnej.

Ogólne zjawiska występują prawie tak samo, jak przy zajęciu cewki przedniej, jednak natężenie ich jest zazwyczaj silniejsze.

Bywa zwykle podniesienie ciepłoty, dreszcze, brak apetytu, czasami uporczywe zaparcie stolca. Również spostrzega się zieloną cerę, podkrążone oczy.

Naturalnie wszystkie powyższe objawy w mniej ostrych przypadkach występują w słabszym stopniu.

Zapalenie cewki tylnej niekiedy nie przedłuża wyżej już zaznaczonego dla rzeżączki 5 — 6 tygodniowego czasu trwania.

Ostre objawy mogą już po kilku dniach ustąpić, i rozpoczyna się dłuższy okres zdrowienia.

Najniebezpieczniejszym w tem cierpieniu jest okres ostrych objawów, ze względu na łatwość powikłań ze strony sąsiednich narządów, np. gruczołu krokowego, najądrza, pęcherzyków nasiennych i t. d.

Podczas okresu zdrowienia skutkiem działania ubocznych przyczyn, a także wpływających z samej sprawy, np. częstych zmas, mogą następować nawroty, okres zdrowienia może się przeciągać, i najczęściej sprawa przybiera charakter przewlekły.

Jak i przy zajęciu części przedniej, odróżniamy trzy postaci rzeżączki części tylnej cewki.

1) W postaci p o d o s t r e j wydziela się mało ropy, druga porcyja moczu bywa mętna, przeważnie tylko z rana. Parcie na mocz występuje trochę częściej, niż w zwykłych okolicznościach, i z chwilą zjawienia się jest bardzo silne.

2) W postaci o s t r e j wydzieliną ropna bywa obfita, druga porcyja moczu prawie zawsze mętna. Subiektyw-

ne objawy występują szczególnie silnie, i ciągle parcie na mocz zdarza się częściej.

3) W postaci *nader ostrej* wszystkie powyższe objawy, w połączeniu z krwawieniem i ciężkim ogólnym stanem, przejawiają się w bardzo silnym stopniu.

### R o z p o z n a n i e.

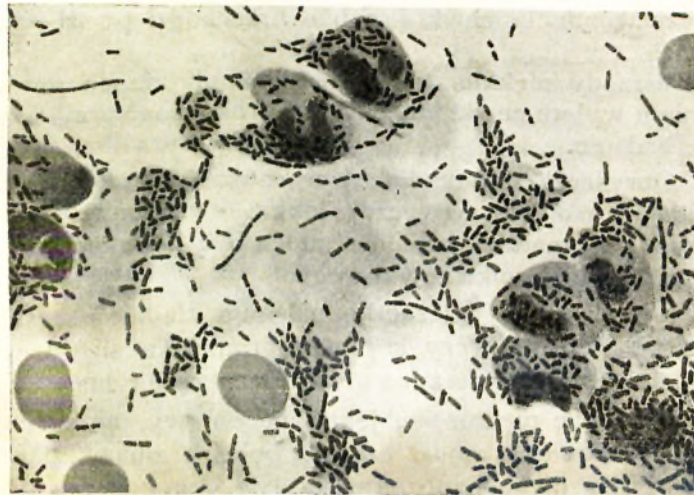
W czasie wycieku (śluzowego, śluzo-ropnego albo ropnego) z cewki należy przedewszystkiem wyjaśnić, jakiego on jest pochodzenia. Opisano cały szereg przypadków ostrego zapalenia cewki, w których nie znaleziono gonokoków, lecz inne bakterye w ilości, stwierdzającej ich chorobotwórczość w danym przypadku. Do takich drobnoustrojów należą *cocci* (A u b e r t, B o c k h a r d t, R a n c i e r), *streptococci* (B o c k h a r d t), *micrococcus cereus albus* (L e g r a i n), *diplococci* (R a n c i e r), *bacterium coli* (V a n d e r P l u y m, T e e r, L a a g), *staphylococcus aureus*, *staphylococcus liquefaciens*, *staphylococcus albus i t. d.* (N o q u è s). Również za pomocą doświadczeń stwierdzono, że nie tylko gonokoki mogą wywoływać zapalenie cewki, lecz i inne drobnoustroje (*micrococcus pyogenes albus*, *b. pyocyaneus*, *bacterium coli*, *proteus vulgaris* (Rys. 17), *staphylococcus aureus* i wiele innych drobnoustrojów.

Ażeby wyjaśnić pochodzenie zapalenia, badamy na szkiełkach mikroskopowych wydzielinę, zabarwioną kontrastowo oraz koniecznie metodą G r a m a.

W wydzielinie ropnej chorych na rzeżączkę mieszczą się gonokoki przeważnie w protoplazmie ciałek ropnych. W jądrach leukocytów gonokoków nie znajdowano. Najtrudniejsze zadanie ma bakteryoskopia w tych przypadkach, kiedy gonokoki rozsiane są wyłącznie zewnątrzkomórkowo. Liczba leżących wewnątrz komórek gonokoków jest różna w każdym poszczególnym przypadku i zależy przytem od okresu rzeżączki, ilości ropy i sposobu brania wydzieliny. Póki wydzielina jest przeważnie śluzowa z małym dodatkiem ropy, znajdujemy też zwykle małą ilość gonokoków wewnątrz ropnych ciałek, zato sporo gonokoków leży swobodnie, i dość liczne komórki nabłonkowe są nimi obłożone. Gdy wydzielina staje się coraz więcej ropną, przybywa ilość ropnych ciałek, wypełnionych gonokokami. Stosunek ten zmienia się ze zmniejszeniem się ilości ropy, tak że w ślu-

zowo-ropnej wydzielinie i w nitkach spotykamy gonokoki przeważnie na zewnątrz ropnych ciałek.

Mikroskopowy obraz zmienia się również w zależności od sposobu brania wydzieliny do badania, np. po urynowaniu w ropie, otrzymanej z cewki przy silnem wyciskaniu, lub też w ropie, wziętej delikatnie platynowem uszkiem ze ścianek cewki, znajdujemy mało gonokoków zewnątrz ropnych ciałek, zato liczne gonokoki, leżące w grupkach lub też oblepiające komórki nabłonkowe. Tak samo będą się przedstawiały gonokoki z ropy, zebranej w głębi gruczołów i jam, jako też gonokoki, znajdujące się zewnątrz nabłonkowych



Rys. 17. *Proteus vulgaris*. Immersya  $\frac{1}{12}$ . Ok. 4. (Leitz).

warstw. (Przemawiałoby to do pewnego stopnia za przedstawianiem się gonokoków do wnętrza ropnych ciałek dopiero na powierzchni nabłonka). Jeśli chcemy przeprowadzić badanie drobnowidzowe zaraz po wymyciu cewki moczem, to należy zeszkrobać delikatnie platynowem uszkiem lub wąską blaszką trochę wydzieliny z błony śluzowej.

Zdobycie odpowiedniego materiału do badania bywa niekiedy znacznie utrudnione w razie zupełnego zakrycia wylotu cewki napletkiem, jak to zdarza się najczęściej przy współczesnem zapaleniu żołądki (*balanitis*): przez otwór obrzmiałego zaczerwienionego napletka wydziela się mniej lub więcej gęsta ropa i w niej olbrzymia ilość najrozmaitych

szych drobnoustrojów, rozmnażających się w ropie obficie pod napletkiem.

Wtedy należy naprzód wypłukać za pomocą szprycy zawartość worka napletkowego lekkim aseptycznym rozczynek, np. kwasu bornego, i dopiero potem wycisnąć z cewki wydzielinę, przeznaczoną do badania.

Brak w wydzielinie ropnej nie tylko gonokoków, lecz i innych drobnoustrojów, bywa najczęściej po wywołaniu podrażnienia cewki zastrzyknięciem silnych drażniących środków, np. w celu zapobiegawczym po stosunku podejrzanym; wtedy wyciek zjawia się bardzo szybko po zastosowaniu lekarstwa, najczęściej nie wywołuje obrzmienia i zaczerwienienia cewki i szybko przechodzi po 24—36 godzinach.

Wrzody miękkie, ze względu na płytkie ich umiejscowienie u wylotu cewki, można łatwo rozpoznać przy dokładnym badaniu.

Opryszczki błony śluzowej cewki zdarzają się dość rzadko, powodują zazwyczaj lekkie swędzenie i palenie i bardzo nieznaczne ropienie, mogą być łatwo rozpoznane za pomocą wziernika cewkowego.

Rozpoznawszy rzeżączkę, należy dokładnie określić jej umiejscowienie, t. j., czy sprawa ograniczyła się do części przedniej cewki, czy też już przeszła na część tylną.

Pomijając niektóre subiektywne objawy, jak np. częste i bolesne parcie na mocz, częste i bolesne zmazy, najważniejsze wskazówki rozpoznawcze daje nam badanie moczu. Chory powinien kolejno do dwóch szklanek oddać mocz. Jeśli pierwsza porcja moczu jest mętna, a następna czysta—rozpoznajemy zapalenie cewki przedniej; jeśli obie porcje moczu są mętne, to—zapalenie cewki tylnej, a właściwie zapalenie całej cewki.

W razie zmętnienia drugiej porcji moczu, należy mieć na uwadze, że zmętnienie może być spowodowane nie ropą, a innymi substancjami—najczęściej moczanami sodu (mocz kwaśnej reakcji), fosforanami (mocz zasadowy), rzadziej—węglanem wapniowym.

Fosforany nadają moczowi wygląd białawy, jakby mleczny, osadzają się po pewnym czasie na dnie i rozpuszczają się nadzwyczaj szybko po dodaniu kilku kropli kwasu octowego.

Przy bakteryomoczu drobnoustroje sprawiają zmętnie-



nie, podobne wyglądem do tumanu kurzu, jak to bywa w hodowlach buljonowych.

Kropla takiego moczu pod drobnowidzem zawiera masę drobnoustrojów i niekiedy ropne ciała w nieznacznej ilości.

W zapaleniach pęcherza nierzeżączkowego pochodzenia najłatwiej wyjaśnia rozpoznanie badanie drobnowidzowe osadu.

W zapaleniach pęcherza, wywołanych gonokokami, mocz, oddany kolejno w trzy szklanki, bywa najmętniejszy w ostatniem naczyniu, gdyż zawiera ropę, z której opróżniają się przy końcu moczenia dno i ścianki pęcherza. Próba ta nie jest jednakowoż bezwzględnie pewna.

Dla rozpoznania umiejscowienia rzeżączki w razach wątpliwych i gdy zapalenie nie jest zbyt silne, można przed moczeniem posilkować się przemyciem części przedniej kanału. Przemywanie uskuteczniamy ciepłą wodą czystą lub z kwasem bornym za pomocą cienkiego (Nr. 14—16 Ch.) nelatonowskiego cewnika, wprowadzonego do opuszki. Przemywać należy ostrożnie, żeby nie wprowadzić ropy za pomocą cewnika lub zbyt silnego ciśnienia z przedniej cewki do tylnej, i dokładnie, żeby nie pozostawić w przedniej części kanału wydzieliny, która może dać powód do fałszywych wniosków.

Dla usunięcia tej ostatniej wątpliwości zastrzykują do cewki przedniej przed wymyciem słaby rozczyn błękitu metylenowego lub fuksyny, które zabarwią wyłącznie tylko wydzielinę z części przedniej.

Po przemyciu części przedniej cewki zawarte w moczu kłaki i męty będą pochodziły z części tylnej przewodu moczowego.

### Rokowanie.

Zapalenie cewki przedniej nie przedstawia przeważnie niebezpieczeństwa dla życia, gdyż albo kończy się wyzdrowieniem, albo też, co najczęściej spostrzegamy, przechodzi w stan przewlekły. Rokowanie bywa zwykle lepsze w postaciach ostrych, z krótkim okresem wylegania i szybkim przebiegiem, niż w postaciach podostrych, i lepsze przy pierwszej rzeżączce, niż przy następnych.

Po przejściu rzeżączki na cewkę tylną, sprawa staje się groźniejszą, może niekiedy doprowadzić skutkiem po-

wikłań do utraty życia, do kalectwa lub też do nadzwyczaj przykrego stanu przewlekłego.

Rokowanie w znacznej mierze jest zależne od leczenia, lecz jeszcze w większej mierze od zachowania się pacjenta, jego właściwości psychicznych i fizycznych.

### Anatomia patologiczna.

Wyniki badań anatomo-patologicznych przy rzeżączce cewki są jeszcze niedostateczne ze względu na trudność w otrzymaniu odpowiedniego materiału do badania.

B u m m, T o u t o n, J a d a s s o h n, F a b r y i F i n g e r najwięcej zasług położyli w tej sprawie. B u m m dokonał swych poszukiwań na łącznicy oka noworodków i doszedł do wniosku, że gonokoki szybko przedostają się przez nabłonek i drażą w górne warstwy skóry właściwej. T o u t o n, J a d a s s o h n i F a b r y badali przewody przycewkowe i spostrzegali gonokoki tylko na powierzchni nabłonka i pomiędzy 2—3 górnymi szeregami komórek. Poniżej w nabłonku i w tkance łącznej gonokoków nie zauważyli.

Ze względu na różnicę w wynikach badań u B u m m a i u powyżej przytoczonych autorów nadzwyczaj doniosłe znaczenie mają dane, ogłoszone przez F i n g e r a. Szczepił on wspólnie z G h o n e m i S c h l a g e n h a u f e r e m do cewki osób bliskich skonu zarazek rzeżączkowy. Pośmiertne badania wykazywały już na 3 dzień po zakażeniu przenikanie gonokoków przez warstwę nabłonkową i drażnienie w górne warstwy skóry właściwej.

Ponieważ wyżej wymienieni autorowie robili swe poszukiwania na tkance osób, wyniszczonych chorobą, a więc mało odpornej, już na trzeci dzień po zakażeniu spostrzegali taki odczyn zapalny, jaki u zdrowych spotyka się znacznie później i może nawet w mniejszym stopniu.

Gonokoki, przenikające pomiędzy komórkami nabłonkowymi do tkanki łącznej, wywołują rozszerzenie naczyń, surowiczy wysięk i obfitą emigrację leukocytów. Skutkiem tego rozluźnia się spistość komórek, oddzielają się one jedna od drugiej i w wielu miejscach zupełnie giną. W okresie zdrowienia miejsca, obnażone z nabłonka, pokrywają się nim nanowo.

W tkance podśluzowej następuje znaczne rozszerzenie naczyń z surowiczym wysiękiem i z silnym nacieczeniem komórkami okrągłymi i wielojądrowymi leukocytami. Największym zmianom podlega błona śluzowa naokoło zagłębień *Morgagniego* i przewodów *gl. Littrii*.

W komórkach wyżej wymienionych zagłębień i przewodów następuje taka sama zmiana, jak w wyściełających cewkę, zaś w wydzielających komórkach gruczołu zmian nie dostrzeżono. Komórki płaskie w jamie łódkowej opierają się napaści gonokoków daleko skuteczniej, niż komórki walcowate, i podlegają daleko mniejszym zmianom. Ponieważ część tylna cewki posiada przeważnie spłaszczone komórki, i brak w niej zagłębień i małych gruczołów śluzowych — ulubionych kryjówek gonokoków — przeto sprawa przebiega w niej więcej powierzchownie. Ma ona jednak swoje słabe miejsca w postaci przewodów gruczołu krokowego i przewodów wytryskowych, w których często albo przy ujściu albo też głębiej gonokoki obierają sobie siedlisko.

### Leczenie ostrej rzeżączki cewki.

#### *Ogólne uwagi.*

Leczenie rzeżączki cewki bardziej, niż leczenie wielu innych cierpień, obfituje w metody i środki, gdyż stanowi nadzwyczaj trudne i często niewdzięczne zadanie lekarza, — zapobiedz cierpieniu, jeśli można, a w przeciwnym razie, najszybciej i najzupełniej usunąć zarazki rzeżączki i jej objawy, a zarazem zapobiedz powikłaniom i przejściu sprawy w stan przewlekły.

Dla zapobieżenia cierpieniu najlepiej unikać obcowania płciowego poza małżeństwem. W razie zaś podejrzanych stosunków nie przedłużać ich i nie powtarzać.

Po obcowaniu należy obmyć żołądź ciepłą wodą z mydłem, oddać moc i zastrzyknąć do cewki kilka kropli silnego roztworu bakterjobójczego środka, np. 5 — 10% *no-warganu* lub *protargolu*, 1 — 2% *albarginy*, a nawet w takim samym rozcieńczeniu *lapisu*. Najlepiej chronią od przeniesienia zarazka do cewki kondomy, o ile naturalnie nie są poprzednio zanieczyszczone, nie pękają podczas stosunku, lub też nie są zdejmowane nieuważnie.

Gdy już nastąpi zakażenie, to zdawałoby się, iż samemu ustrojowi można pozostawić zwalczanie sprawy, usuwając tylko to, co może zaszkodzić jej naturalnemu biegowi. Byłoby tu więc samoistne wyleczenie, skutkiem zwiększenia odporności, wytworzenia przeciwciał bakteryobójczych pod wpływem endotoksyn gonokokowych i t. p., i wtedy przebieg rzeżączki byłby okresowym (cyklicznym), jak to wyłuszczyliśmy przy opisie klinicznych objawów. Jednak samoistne wyleczenie rzeżączki zdarza się rzadko. Najczęściej sprawa, pozostawiona sama sobie, staje się przewlekłą, podlegając nadzwyczaj często najrozmaitszym powikłaniom.

Nie można również zwalczać tylko objawów choroby, pomijając jej przyczynę (gonokok). Objawowe leczenie jest skierowane ku zmniejszeniu wysięku za pomocą środków przeciwzapalnych i ściągających. Po zaprzestaniu stosowania tych środków następuje zazwyczaj nawrót, gdyż pozostały nietkniętymi bodźce chorobowe.

Dlatego też zadaniem naszym w leczeniu rzeżączki jest zniszczyć gonokoki — przyczynę samej choroby.

Staramy się to przede wszystkim skutecznie w okresie wylegania. To poronne leczenie daje częstokroć dobre rezultaty, i można je objaśnić tylko szybkim i dokładnym zabiciem wszystkich gonokoków.

Gdy objawy rozwiną się, to, starając się odrazu zniszczyć wszystkie gonokoki, znajdujące się pomiędzy komórkami, w przewodach gruczołów, w tkance łącznej, uszkodzilibyśmy znacznie tkankę, a wtedy pozostałe gonokoki rozwijałyby się jeszcze silniej. W razie więc rozwoju sprawy możemy osiągnąć cel, działając stale, choć mniej energicznie.

Przy miejscowym stosowaniu środków bakteryobójczych w słabym roztworze błona śluzowa cewki pod wpływem ciśnienia staje się nadzwyczaj cienka, a więc łatwa dla przenikania lekarstw. Nie można również wykluczyć, żeby lekarstwa nie przenikały do przewodów gruczołowych na mocy włoskowatego przyciągania. Podczas systematycznego bakteryobójczego leczenia większa część gonokoków zostaje zniszczona, z pozostałą więc ilością nawet łatwiej może sobie dać radę sam ustrój. A i te gonokoki, które nie są zabite odrazu, tracą na swej żywotności; następuje to po części także skutkiem zmiany podłoża ich działalności.

Należy również przypuścić, że tkanka łączna nie przedstawia dobrej pożywki dla gonokoków; zabijając je więc ciągle na powierzchni błony śluzowej, przeszkadzamy drażnieniu coraz to nowych gonokoków wgląd, a te, które się tam przedtem dostały, mogą z czasem same zginąć.

To samo możnaby było powiedzieć o gonokokach, znajdujących się w przewodach gruczołów. Ponieważ, skutkiem ciągłego odkażania ich wylotów, nowe gonokoki nie przybywają, stare więc mogą z czasem wyginać.

W podobny sposób postępujemy przy syfilisie, malarji, gdzie również tylko powoli możemy wygubić swoje drobnoustroje.

### Leczenie ostrej rzeżączki cewki przedniej.

#### *Leczenie poronne.*

Gdy chory udaje się do lekarza w okresie wylegania rzeżączki (w pierwszym lub drugim dniu po zarażeniu), to po starannem zbadaniu wydzieliny i odszukaniu w niej gonokoków, można przystąpić do poronnego leczenia, t. j. do natychmiastowego zniszczenia zarazka.

Istnieje sporo metod tego leczenia. Dawniej używali (Diday) 2%-go lapisu do szprycowania, które uskuteczniłi kilkakrotnie w ciągu pierwszego dnia, zatrzymując za każdym razem lekarstwo na kilka minut w cewce; w ciągu następnych paru dni szprycowali słabsze rozczynty. Dla zmniejszenia bólu po zastrzyknięciu neutralizowano lapis rozczyntem soli kuchennej, którym prze-mywano cewkę.

Ullmann i Scholz wlewają do przedniej cewki mniej więcej  $\frac{1}{4}$  część tryprowej szpryki 1% rozczyntu lapisu i, nie odejmując szpryki, trzymają płyn w cewce  $\frac{1}{2}$  minuty. Rękoczyn ten powtarzają oni kilkakrotnie w ciągu pierwszych paru dni. Dla usunięcia bólu można po zastrzyknięciu i przed każdym oddaniem moczu wlewać do cewki na 4--5 minut  $\frac{1}{4}$  szpryki 1% rozczyntu *novocaini* lub *alypini nitrici*.

Żydłowicz zalecał 10% rozczynt lapisu.

Welandier stosuje protargol w 4% rozczyntie po 10 minut 1 raz dziennie.

Blaschko w ciągu 3-ch pierwszych dni szprycuje do cewki na 3--5 minut 4% protargolu lub 1--2% albarginy.

Neisser i Finger zalecają protargol  $\frac{1}{4}\%$  — 1% argoninę 1—2%, argyrol lub antypyrinę 5—10%.

Ahlström w ciągu 4—5 dni wlewa do przedniej cewki 2 razy dziennie po 5—10 gramów 2—5% protargolu, a następnie w ciągu dalszych 3—5 dni tyleż razy 1—2% protargolu na 10—15 minut.

Engelbreth radzi przemywać przednią cewkę  $\frac{1}{4}\%$ -ym lapisem z irygatora za pomocą cewnika, wprowadzonego niegłęboko, lub bez tegoż. Przemywania skutecznie się pod ciśnieniem 70—125 cm. w ilości 500—600 gramów t° 37° Cels. kilkakrotnie w odstępach 6—12 godzinnych. Dla zmniejszenia bólów można wstrzyknąć do cewki 2—3 gramów 1—2% roztworu nowokainy lub alypiny.

Leszczyński gorąco poleca nowargan 15%, który i ja chętnie obok protargolu 5—10% i albarginy 2% stosuję.

Janet i Valentine zalecają używać do obfitych przemywań cewki przedniej, zamiast *argentum nitricum*, roztworu 1 : 5000 do 1 : 3000—*kali hypermanganicum* w ciągu pierwszych 4—5 dni, a w ciągu następnych kilku dni roztwór silniejszy tegoż środka — 1 : 2000 do 1 : 1000. Gdy przemywanie powyższe wywoła zbyt silny surowiczy wyciek, to należy je czasowo przerwać.

Poronne leczenie, wczesnie rozpoczęte, daje mniej więcej w 50% przypadków dobre rezultaty. Nie należy uciekać się do poronnego leczenia, gdy już dostrzeżemy ropny wyciek, t. j. gdy od chwili zakażenia przeszło zazwyczaj więcej, niż 3—4 dni. Trzeba również być bardzo ostrożnym z rokowaniem o ostatecznym wyleczeniu ze względu na możliwość nawrotów po upływie pewnego czasu.

#### *Leczenie higieniczno-dyetyczne objawowe i bakterjobójcze.*

Z chwilą zjawienia się objawów rzeżączki należy przedewszystkiem zabezpieczyć ustrój przed wszelkimi zewnętrznymi szkodliwymi wpływami. Tu leży w pierwszym rzędzie usunięcie takich potraw i napojów, które działają drażniąco na narządy płciowe, wywołują ich przekrwienie, naprężenie prącia, zmazy. Do takich potraw zaliczamy wędzone mięsiwa, marynaty, ryby, ostrygi, sery, szparagi, selery; również ostre przyprawy, jak pieprz, papryka, sosy angielskie, musztarda, chrzan, cebula, ocet,

należą do szkodliwych. Powodują przekrwienie narządów płciowych pokarmy trudno strawne, jak np. gęś, kaczka, węgorz, lub też przyjęte w zbyt dużej ilości, a szczególnie niezadługo przed pójściem spać. Unikać należy: 1) wszelkich napojów wyskokowych, jak wódki, koniaki, likiery, wina, szczególnie mocne, jak węgierskie, hiszpańskie, włoskie, i musujące, jak szampańskie, piwa mocne i młode, 2) napojów z kwasem węglowym, jak woda sodowa, selcerska, Gieshübler, 3) mocnej kawy i herbaty.

Lekkie piwo starsze i lekkie wino czerwone w małej ilości, szczególnie u osób, do ich użycia przyzwyczajonych, może nie wywoływać złych następstw.

Powinno się wystrzegać wszelkich wstrząśnień fizycznych, powodujących podrażnienie i przekrwienie narządów płciowych, a więc ruchów forsownych podczas pracy, biegania, skakania, tańców, gimnastyki, ślizgania, fechtowania, jazdy konnej i rowerowej, jazdy po ulicach i drogach trzęskich, szczególnie w pojazdach bez resorów lub ze złymi resorami.

Dla zabezpieczenia jąder od wstrząśnień i uderzeń należy nosić dobre i należycie dopasowane woreczki mosznowe (suspensorya), które utrzymują jądra i cewkę, a przynajmniej jej głębszą część w spokoju. Suspensoryum nie powinno uciskać prącia, jąder i krocza, lecz unosić trochę mosznę do góry ku dolnej części brzucha o tyle tylko, żeby jądra leżały w woreczku, a nie wisały i nie ciągnęły za sobą sznurków nasiennych.

Dobre suspensoryum posiada oprócz pasa, okrążającego brzuch, jeszcze paseczki, które, obejmując pośladki, biegną do głównego pasa.

Używają również woreczków z klapką, która odchyła prącie lekko na bok, nie uciskając go, i ułatwia w razie potrzeby robienie mokrych opatrunków (susp. Teuffla).

Należy unikać woreczków mosznowych z jednym tylko pasem brzuszным lub wogóle źle dopasowanych. Stosunki płciowe, zmysłowe rozmowy, książki, obrazki, towarzystwo młodych kobiet, ciepłe i miękkie łóżko, leżenie na wznak, należą do mniej lub więcej szkodliwych.

Powinno się unikać wyczerpującej i denerwującej pracy, wstrząśnień moralnych, chronić od przeziębienia, zachowywać bezwzględna czystość narządów płciowych, rąk, bielizny i ubrania.

W ciągu całego przebiegu ostrej rzeżączki, a szczególnie ostrych objawów, chętnie stosujemy środki wewnętrzne.

Największym zastosowaniem z pomiędzy tych środków cieszą się olejki balsamiczne. Sposób działania ich nie jest zupełnie jasny. Przypuszczają, iż po ich przyjęciu wydziela się z moczem substancja, która ma wpływać to bakterjobójczo, to przeciwzapalnie i uspakajająco, to moczopędnie. Być może także, iż substancja owa krąży z sokami ustroju i wydziela się do cewki za pomocą gruczołów śluzowych.

Wskazówki niejaki pod tym względem dają nam doświadczenia laboratoryjne i kliniczne. Odpowiednia pożywka gonokokowa, do której dodano mocz osoby, przyjmującej środki balsamiczne, staje się mało przydatną do hodowania gonokoków; powyższy mocz, używany do szprycowania, działa podobno dodatnio na rzeżączkowe zapalenie cewki.

Praktyka kliniczna wykazuje, że ilość gonokoków w wydzielinie nie wiele się zmniejsza pod wpływem balsamica; można też powątpiewać o wyraźnej bakterjobójczej własności olejków eterycznych. Najwidoczniejsze ich działanie zawiera się w zmniejszeniu wysięku.

Istotnie, wydzielina staje się mniej obfita, ale tylko póty, póki stosujemy te środki. Po ich usunięciu, wyciek powraca. Niektóre balsamica posiadają bez zaprzeczenia własności moczopędne, lecz cel ten można osiągnąć takimi środkami, które nie wywołują zarazem zjawisk ubocznych. Zresztą pędzenie moczu nie odgrywa przy rzeżączce zbyt wielkiej roli leczniczej. Ogranicza się ono tylko do częstego przemywania moczem cewki, żeby ropa, zastawszy się, nie przeciekła do tylnej części cewki. Może to przytrafić się szczególnie osobom, obdarzonym bardzo wązkim wylotem.

Zjawiska uboczne należą do dość częstych przy stosowaniu olejków balsamicznych; drażnią one żołądek, kiszki i nerki; używane długo i w większych ilościach, mogą nawet spowodować zapalenie tych narządów, wywołują niekiedy wysypki. Podrażnienie żołądka i przykre odbijania można zmniejszyć, stosując olejki balsamiczne w kapsułkach gelatynowych.

Najchętniej przepisujemy olejek sandałowcowy i balsam kopaiwiany, rzadziej kubiebiec, kawa-kawa, *matico*, terpentynę i t. d. Olejek sandałowcowy, *ol. santali*, dajemy po 10—15—20 kropel 3—4 razy dziennie w gorącym mleku lub kawie, a najlepiej w kapsułkach gelatynowych po 0,5 w jed-



nej, dziennie 4 — 6 sztuk. *Ol. santali* drażni niezbyt żołądek i kiszkę, zato znacznie więcej nerki. Często też chorzy, przyjmując ten środek, skarżą się na ciągnące bóle w okolicach nerek, również częstym jest białkomocz, jednak bez wałeczków moczowych. To też należy być ostrożnym podczas podawania *ol. sandalowcowego*, badać często mocz na białko, a w razie zjawienia się jego, urządzać przerwy, poczem białko szybko znika. W ostatnich czasach weszły nadzwyczaj w użycie oczyszczone preparaty olejku sandalowcowego, niekiedy z domieszką innych środków balsamicznych, pod nazwą: *arrheolu, santylolu, gonosanu, gelosanu* i t. p.

Balsam kopaiwiany—*balsamum copaivae*, podaje się w takiej samej ilości, jak olejek sandalowcowy; drażni on bardzo często żołądek, powodując brak apetytu, odbijanie, nawet wymioty, rzadko zaś podrażnienie nerek.

Przy próbie z kwasem azotowym na białko należy pamiętać, że kwas kopaiwiany daje osad w postaci białych kłaczków, nader zbliżonych do osadu białka. Kłaczkę te jednak rozpuszczają się w większej ilości wysokoku lub eteru siarczanego. Balsam kopaiwiany wywołuje niekiedy wysypki skórne plamiste albo rozlane. Kubebiec, *cubeba*, owoc *piper methysticum*, działa słabiej, niż poprzednie środki. Działanie uboczne jego bywa niezbyt silne. Wywołuje on czasami podrażnienie żołądka lub pokrzywkę. Kubebiec używamy w proszku 2—3 razy dziennie po 1,0—3,0; również w ilości 10 razy mniejszej jego eterowy wyciąg—kubebinę.

Rzadziej stosujemy kawa-kawa, korzeń *piper methysticum*, jako wyciąg w pigułkach 4—8 dziennie po 0,1 i jako wyciąg płynny (*extractum fluidum kawa-kawa*) po 1/2 łyżki stołowej 3 razy dziennie, i *matico* (liście *piper angustifolium*), jako proszek wewnątrz i napar do szprycowania. W praktyce biednej można stosować również oczyszczony olejek terpentynowy w ilości 5—20 kropel 3 razy dziennie; wywołuje on jednakże często, szczególnie w większych dawkach, podrażnienie nerek i żołądka.

W okresie rozwoju rzeżączki cewki przedniej—wobec dość silnych objawów podrażnienia miejscowego, jak np. mocnego obrzmienia i zaczerwienienia wylotu cewki, obfitego wycieku ropnego, niekiedy nawet z krwią, zapalnego obrzęku żołądki, napletka, naczyń chłonnych na *dorsum penis*, bólów nieznośnych przy moczeniu, podrażnienia płciowego — staramy się zwalczać powyższe objawy przede-

wszystkiem za pomocą środków dyetetyczno higienicznych w całej ich rozciągłości. Przy ropowiczej rzeżączce zalecamy bezwarunkowo leżenie w łóżku, przy postaci ostrej—leżenie jest bardzo korzystne, choć niekonieczne. Dla zmniejszenia wydzieliny podajemy wewnątrz środki balsamiczne i środki moczopędne. Te ostatnie, szczególnie u osób z wązkim otworem cewki, oczyszczają często kanał i nie pozwalają ropie zastać się, działają przytem (jak *folia uvae ursi*) lekko ściągająco. Chory przyrządza sobie co rano mocny napar z jednej łyżki liści *uvae ursi* na kwartę wody i wypija w ciągu dnia. W razie bólów przy moczeniu możemy do *folia uvae ursi* dodać w równej ilości *hb. herniar*. Zalecamy również w celu rzadszego oddawania moczu przyjmowanie jak najmniejszej ilości pokarmów płynnych.

Niektórzy wenerolodzy radzą podczas takiego stanu przemywać przednią cewkę rzeżączkową szprycą. Przemywanie to skuteczniają bardzo ostrożnie, żeby nie przecieść sprawy do cewki tylnej, za pomocą 3% ciepłego roztworu kwasu bornego lub 1%—2% roztworu ichtyolu, następnie zastrzykują na kilka minut 3—4 ccm. 1%—2% roztworu *novocaini*. Lepiej jednakowoż w tym okresie wstrzymać się zupełnie od szprycowania i stosować miejscowe przeciwzapalne środki w postaci często zmienianych mokrych zimnych kompresów. Możemy również kłaść na członek pęcherz z kawałkiem lodu. Dla ułatwienia krążenia limfy w bardzo obrzmiałym członku, możemy go utrzymywać w pozycji podniesionej do góry, np. za pomocą bandaża, okrążającego w kształcie ósemki pas i członek. Przy bardzo silnym wycieku lepiej zaniechać tego sposobu, który może ułatwić ściekanie ropy do tylnej części cewki.

Podrażnienia płciowe powinniśmy starannie usuwać: wywołują one ból, a co ważniejsza, powodują przekrwienie, rozciąganie błony śluzowej, ściekanie ropy ku tylnej części cewki. Podrażnieniu płciowemu w znacznej mierze przeciwdziałają zimne okłady, twarda i chłodna pościel. Musimy również uciekać się do środków wewnętrznych uspokajających, podawanych najlepiej przed pójściem spać. Bardzo dobre usługi w tym względzie oddaje trional w dawce 1,0; można go stosować co drugi wieczór ze względu na długotrwałe działanie. Niemniej skutecznym jest veronal po 0,5 codziennie i brom np.

Rp. Natri bromati 20,0  
 Antipyrini 6,0  
 Aq. destil. 300,0

S. 1—2 łyżki stołowe przed pójściem spać.

Używamy również z dobrym skutkiem lupulinę z kamforą po 0,2 lupuliny i 0,1—0,2 kamfory w proszkach lub pigułkach, a przy silnych i uporczywych naprężeniach pęca—morfine z wyciągiem belladonny w czopkach:

Rp. Morphii muriatici  
 Extr. belladon. aa 0,2  
 Butyr. cacao q. s. ut f. supposit.  
 rectalia conica NXX

S. 2—3 czopki dziennie,  
 lub morfinę pod skórę w dawkach 0,005—0,01 a nawet 0,02.

Gdy objawy silnego zapalnego podrażnienia cewki przejdą, przystępujemy do leczenia miejscowego za pomocą szprycowania lub przemywania.

Szprycowanie jest sposobem najłagodniejszym i najłatwiejszym tak, iż może je skutecznie sam chory, zachowując jednakowoż pewne ostrożności. Strzykawka powinna posiadać odpowiednią objętość, nasadę i tłok. Objętość strzykawki należy zastosować do objętości cewki, a ta się waha w normalnym stanie u dorosłych pomiędzy 11—15 cm., zaś w stanie zapalenia, ze względu na obrzmienie błony śluzowej i utratę jej elastyczności, tylko pomiędzy 8—11 cm. płynu. Po zniknięciu objawów zapalnych, dla wygładzenia fałd błony śluzowej i rozciągnięcia otworów gruczołowych, można wlewać około 12 cm. płynu. Miara napełnienia cewki dla chorego może służyć uczucie pełności w cewce, po którym następuje już ból.

Tłok w cylindrze powinien być dobrze dopasowany, nie przepuszczać płynu, posuwać się łatwo i równomiernie.

Nasada najlepsza jest w kształcie tępego stożka lub oliwki z materiału twardego, gładkiego i łatwego do odkazania po każdym użyciu. Należy unikać nasad ostrych, wchodzących głęboko do cewki, również nasad miękkich, np. gumowych, trudnych do odkazania. Przed szprycowaniem należy oczyścić cewkę przez oddanie moczu, następnie, siadając na krawędzi siedzenia, odciągnąć napletek z żołądki, ucisnąć lekko dużym palcem i wskazicielem lewej ręki otwór cewki z dołu i z góry, rozszerzając go, i wło-

żyć doń prawą ręką zakończenie nasady strzykawki, następnie uchwycić temiż palcami ręki lewej żołądź trochę powyżej, żeby się nie wyslizgnęła, pociągnąć pręcie ku przodowi i, przyciskając prawą ręką nasadę do wylotu i tłok w cylindrze, wlewać powoli i równomiernie płyn do cewki. Przed szprycowaniem można, dla oczyszczenia ścianek z moczu i wydzieliny, wlać do cewki na parę sekund pół szpryki lekarstwa. Płyn do szprycowania powinien być nagrany do temperatury ciała. Wybór lekarstwa, jego stężenie i długość szprycowania uzależniamy od stopnia zapalenia cewki. Początkowo przy silniejszym zapaleniu wybieramy lekarstwa łagodniejsze, najlepiej z własnościami bakteryobójczymi, używamy je w stężeniach słabszych, rzadziej i krócej. Następnie, wraz ze zmniejszeniem się objawów zapalnych, dajemy stężenie silniejsze z własnościami bakteryobójczo-ściąającymi, działamy na cewkę częściej i dłużej.

Przy wyborze środka należy uwzględnić, oprócz okresu choroby i jej umiejscowienia, także osobistą wrażliwość i przyzwyczajanie się do pewnych środków. Trzeba również uwzględnić i nadwrażliwość niektórych osobników na pewne lekarstwa. Zdarza się, iż chorzy reagują nadzwyczaj silnie na bardzo łagodnie zazwyczaj działający środek, podczas gdy dobrze znoszą mocne rozczyyny drażniących lekarstw.

Szprycować należy w równych odstępach czasu podczas dnia. Dobrze jest również uskutecznić to raz podczas nocy, lecz tylko wtedy, gdy pacjent sam się obudzi, żeby go nie męczyć i nie powodować podrażnień płciowych. W przypadkach bardzo uporczywych staramy się szprycować częściej i dłużej.

Szprycowanie środkami bakteryobójczymi przy względnie silnym stanie zapalnym rozpoczynamy od nowarganu, albarginy, larginy lub protargolu po 0,2:100,0, stosowanych 3—4 razy dziennie po 4—5 minut. Po 2 dniach pacjent może zazwyczaj szprycować 4 razy dziennie po 5—6 minut 0,3:100,0 powyższych środków, a po następnych 2—4 dniach 5—6 razy dziennie po 8—10 minut — 0,5—0,75—1,0:100,0, lub ichtarganu 1:2000—1:1000—1:500, collargolu 1:200—1:100, itrolu 0,03:200,0 (K a r w o w s k i).

Zamiast na 8—10 minut lepiej—w odstępach kilkuminutowych zastrzykiwać płyn 2—3 razy na 5 minut, a to dla

uniknięcia sforsowania zwieracza cewki i przedostania się lekarstwa do tylnej cewki.

Gdy ilość ropnych ciałek staje się jeszcze mniejsza a zwiększa się znacznie łuszczenie nabłonka, t. j. m. w. w 4 tygodniu przebiegu choroby, rozpoczynamy stosować środki bakteryobójczo-ściąające.

Jednym z lepszych w ich szeregu jest mieszanina **U l t z m a n n a**:

Rp. Alum. depur.  
Zinci sulfurici  
Acidi phenyl.  
aa 0,2 — 0,4  
Aq. destil. 100,0.

Następnie można stosować roztwór azotanu srebra 1:4000. Często już podczas szprycowania tym środkiem wydzielina z cewki przestaje być widoczna i w osadzie z moczu nietylko nie znajdujemy gonokoków, lecz nawet bardzo nieznaczna ilość ropnych ciałek. Przerwywamy wtedy szprycowanie na parę dni i następnie powtórnie badamy osad. W razie znalezienia choćby nawet tylko leukocytów w znaczniejszej ilości, stosujemy dalej azotan srebra w roztworach 1:2000 — 1:1000 dwa—trzy razy dziennie po 1—2 minuty.

W wielu razach od lapisu lepiej działa argemina. Niekiedy zamiast powyższych środków z dobrym skutkiem stosujemy nadmanganian potasu 0,02—0,1. 100, roztwory 2%—3% *alumnolu*, *ichtyolu* 1/2—1% również 5% zawiesiny *airolu*, *dermatolu*, *bismutli subnitrici* lub nawet w ostateczności *hydrarg. oxycyanatum* 1:10000—1:3000.

Otrzymując stale w osadzie dość znaczną ilość leukocytów i podejrzewając, iż w głębi błony śluzowej ukrywają się jeszcze gonokoki, możemy zastosować żrący środek — *acidum picricum*. W roztworze od 0,1 i stopniowo wzmacniany do 0,3:100,0 nie wywołuje on znacznego podrażnienia, choć silnie łuszczy nabłonek.

**P r z e m y w a n i a** cewki przedniej rzadziej są stosowane, niż szprycowania, gdyż muszą być wykonywane przez samego lekarza; przytem drażnią one dość silnie błonę śluzową. Przemysywania najczęściej robimy za pomocą cewnika nelatonowskiego Nr. 12—14 Char. półelastycznego z bocznymi otworami, wprowadzonego do opuszki. Przez cewnik wlewamy za pośrednictwem ręcznej szprycy

objętości 100—150 ccm. lekarstwo, co chwila ściskając wylot cewki. W taki sposób napełnia ono i rozciąga kanał, rozszerza otwory gruczołów i wymywa dobrze wszystkie zaułki cewki.

Przed wprowadzeniem cewnika, dla uniknięcia bólów, można wlać do cewki na 3—4 minut 4—5 ccm. 1%—2% roztworu nowokainy lub alypiny. Cewnik należy zwilżyć gliceryną i wprowadzać nadzwyczaj ostrożnie dużym palcem i wskazicielem prawej ręki. Środki stosujemy takie same, jak do szprycowania, choć zwykle w 2—5 razy słabszych stężeniach. Na raz zużywamy mniej więcej pół kwarty lekarstwa, nagrzanego do ciepłoty ciała.

Metoda powyższa jest energiczna, jednak niebezpieczna ze względu na możność jeszcze większego podrażnienia cewki i przeniesienia wydzieliny rzeżączkowej do tylnej części cewki; może ona być tylko stosowana skutecznie w przypadkach uporczywie powracających lub podostrych.

2. Przemycanie można robić bez cewnika za pomocą dużej ręcznej szprycy (Guirard, Kuttner, Engelbreth) z nasadą w kształcie oliwki lub za pomocą irygatora z kanką, w takiż sposób zakończoną. Kanka może mieć z boku odpływ dla płynu, skutkiem czego powstaje ciągły prąd lekarstwa w cewce przedniej. Przemycanie należy ostrożnie i nie podnosić zbyt mocno ciśnienia, ażeby nie przepchnąć płynu do tylnej części cewki. Nawroty choroby leczymy, jak odpowiedni okres rzeżączki ostrej, stosując tylko energiczniejsze środki ze względu na nieco przytępioną wrażliwość cewki w tych razach.

#### **Leczenie ostrej rzeżączki cewki tylnej.**

W ogólnych zarysach nie różni się ono od leczenia ostrej rzeżączki cewki przedniej: przedewszystkiem usuwamy silne objawy zapalne, a następnie dopiero przechodzimy do leczenia miejscowego przyczynowego.

Podczas trwania silnych objawów zapalnych przestrzegamy przepisy higieniczno-dyetyetyczne jeszcze dokładniej, niż przy rzeżączce cewki przedniej. W razach bardzo ostrych należy bezwarunkowo zalecić leżenie w łóżku.

Wewnętrzne środki przy rzeźączce cewki tylnej przynoszą daleko większą korzyść, niż przy rzeźączce cewki przedniej. Pochodzi to prawdopodobnie z tego powodu, iż podczas silniejszego napelnienia pęcherza lekarstwa wydzielane z moczem działają dość długi czas na błonę śluzową cewki tylnej.

Oprócz środków balsamicznych stosujemy chętnie preparaty salicylowe, jak salicylan sodu, salol, aspirynę, salipirynę po 0,5 — 1,03. Środki powyższe nie tylko zmniejszają ilości wydzieliny z cewki tylnej, lecz, czyniąc mocz kwaśniejszym, zabezpieczają od przejścia sprawy na pęcherz.

Przy silnem parciu na mocz, oprócz bezwzględego spokoju, zalecamy ciepłe niasiadówki 39°—41° C. mniej więcej po pół godziny. Działają one uspakajająco, choć zwykle na krótki przeciąg czasu. Można zastosować również gorące okłady i termofory na dolną część brzucha i międzykrocze. Najlepiej w tych razach działają *narcotica*: przy słabszych objawach brom z antipiryną, przy silniejszych kodeina po 0,01—0,02 lub morfina po 0,005—0,01 pod skórę lub w połączeniu z belladonną w czopkach. Gorzej działają: *decoctum seminis lini*, podawane co dwie godziny po łyżce, albo *hyoscyamus*:

Rp. Extr. hyoscyami  
 Extr. cannab. indic. aa. 0,3  
 Sacchari albi 3,0  
 Divid. in dos. aeq. N X  
 S. 3—4 proszki dziennie.

Przy skurczu mięśni, doprowadzającym do zatrzymania moczu, stosujemy również ciepłe niasiadówki i *narcotica*.

W wyjątkowych razach można dla usunięcia odruchowego skurczu zwieracza kokainizować przednią część cewki za pomocą elastycznego cewnika.

Końcowe krwawienie zwykle samo przez się ustępuje ze zmniejszeniem się parcia na mocz i objawów zapalnych.

W przypadkach nadzwyczaj silnych i uporczywych można bardzo ostrożnie zastrzyknąć do cewki tylnej mniej więcej 1 ctm. adrenaliny 1 : 1000 samej albo w połączeniu z 2% roztworem nowokainy. Stosują również w tym razie ergotynę i roztwór chlorku żelazowego:

- Rp. Ferri sesquichlorati sol. 2,0  
Aq. destill. 200,0  
Syrup. cinnamon. 20,0  
S. co 3 godziny łyżkę stołową.
- Rp. Ergotini 1,0  
Laudani p. 0,1  
Sacchari albi 2,0  
M. f. pulv. Divid. in dos. aeq. N X.  
S. co 3 godziny proszek.
- Rp. Extr. secalis cornut. 1,0  
Sacchari albi 2,0  
M. f. pulv. Divid. in dos. aeq. N. X.  
S. co 3 godziny proszek
- Rp. Extr. haemostat.  
Eloeosacch. cinnam.  
aa. 0,5  
M. f. pulv. Divid. in dos. aeq. N X  
S. co dwie godziny proszek.

Przy silnem podrażnieniu pęciowem, przy częstych zma-  
zach zalecamy oprócz scislego przestrzegania środków dyc-  
tetyczno-hygienicznych: *natri bromati* 2,0—3,0 przed pójściem  
spać, *camphorae monobromatae* 0,2 dwa razy dziennie i prosz-  
ki Ricorda.

- Rp. Natri bromati 30,0  
Camphorae rasae 3,0  
Ergotini 0,3  
Divid. in dos. aeq. N X  
S. 1—2 proszki dziennie.

Można także zalecać i inne środki, wymienione już w od-  
powiednim dziale przy leczeniu rzeżączki cewki przedniej.

Gdy pod wpływem objawowego leczenia podrażnienie  
przeminie, gdy wydzielina ropna i zmętnienie moczu zmniej-  
szy się, wtedy rozpoczynamy:

Leczenie miejscowe, albo za pomocą przemy-  
wania kanału moczowego wielką ilością płynu w słabem  
stężeniu, lub też za pomocą zastrzykiwania kroplami lekar-  
stwa o silniejszym stężeniu.

Trzy są sposoby przemywania cewki:

1. Sposób D i d a y' a, najmniej drażniący, skuteczniejsza  
się w następujący sposób:



Wprowadzamy choremu delikatnie do pęcherza, t. j. dotąd, póki nie zacznie wychodzić mocz, zwilżony gliceryną cewnik nelatonowski N 12—16 Char. i cofamy cewnik mniej więcej na 4—5 cm. w tył do początku części tylnej cewki. Doświadczony lekarz odrazu po oporze odczuwa, kiedy cewnik przechodzi z części przedniej cewki do tylnej. Następnie za pomocą szprycy ręcznej lub irygatora wlewamy do pęcherza 100—150 ccm. lekarstwa. Podczas wlewania płynu można ostrożnie kręcić cewnikiem, żeby otwór obszedł cały obwód cewki. Po wlaniu całej porcji lekarstwa, wprowadzamy cewnik do pęcherza i opróżniamy pęcherz, potem wysunąwszy na 4—5 cm. cewnik, znów wlewamy lekarstwo do pęcherza, poczem cewnik usuwamy ostrożnie, a pacjent, mocząc się, oddaje płyn. Chcąc silniej podziać lekarstwem, każemy choremu moczyć się, gdy cewnik pozostaje jeszcze w cewce, i znów wlewamy nową porcję płynu, powtarzając całą manipulację wielokrotnie. Zamiast cewnika z jednym bocznym otworem lepiej używać cewników durszlakowato podziurkowanych, bo wtedy lekarstwo przemyna odrazu przednią i tylną cewkę ze wszystkich stron.

Płyny do przemywań powinny być nagrzane do t° ciała.

Co się tyczy wyboru lekarstwa i jego stężenia, to tutaj powodujemy się wskazówkami, wyłożonemi przy leczeniu rzeżączki części przedniej. Należy nadmienić, że lapis przy leczeniu rzeżączki cewki tylnej ma szerokie zastosowanie, gdyż cewka ze względu na swą dość prostą budowę nie wymaga głębokiego działania lekarstw. Z drugiej znów strony tworzące się połączenie srebra z chlorem i białkiem czyni z tkanki nieodpowiednią dla gonokoków pożywkę, a nawet, jak wskazują doświadczenia Schäffera i Steinschneidera, lapis szybciej robi pożywkę nieodpowiednią dla gonokoków, niż protargol. Lapis ma jeszcze tę dobrą stronę przy przemywaniu, iż, szybko tworząc objętne związki z solami moczu, znajdującemi się w pęcherzu, mało drażni błonę śluzową pęcherza. Przemywania uskuteczniamy najczęściej co drugi dzień, choć w przypadkach, wymagających energiczniejszego działania, można je odbywać codziennie.

2. Metoda Janet'a przemywań kanału moczowego bywa z wielu stron gorąco zalecana (Borzęcki).

Można tym sposobem przemywać cewkę albo za pomocą ręcznej szprycy objętości 100—150 ccm., albo też za

pomocą irygatora. Jak w jednym tak i w drugim razie nasada powinna posiadać kształt oliwki.

Lekarz chwyta palcami lewej ręki żołądz, prawą zaś przyciska nasadę do otworu cewki. Pierwszym strumieniem płynu przemywamy ostrożnie cewkę przednią i wypuszczamy płyn. Następnie dla wprowadzenia lekarstwa do cewki tylnej staramy się rozluźnić jej zwieracz. Każemy więc choremu głęboko oddychać i robić mięśniami miednicy ruchy, właściwe przy moczeniu. Mając do czynienia z osobnikami bardzo wrażliwymi, staramy się odwrócić ich uwagę na sprawy uboczne.

Przy przemywaniu ręczną szprycą uciskamy tłok bardzo powoli i ciśnienie zwiększamy stopniowo, póki nie sforsujemy zwieracza, i płyn nie przejdzie do tylnej części cewki i do pęcherza. Po wlaniu w taki sposób 1–2 szprycy każemy choremu opróżnić pęcherz. Powyższą czynność powtarzamy kilkakrotnie, zużywając ogółem mniej więcej  $\frac{1}{2}$ –1 kwarty płynu. Stosując do przemywań irygator, zawieszamy go na wysokości 1–1 $\frac{1}{2}$  metr. ponad miednicą chorego, gdyż ciśnienie takiego słupa płynu wystarcza do zwalczenia skurczu zwieracza cewki. Następnie, przemywamy przednią cewkę, wpuszczamy powoli i ostrożnie 300–400 ccm. lekarstwa, póki chory nie odczuje parcia na mocz. Wtedy chory opróżnia pęcherz. Całą powyższą manipulację powtarzamy parokrotnie, zużywając ogółem około kwarty płynu.

U bardzo wrażliwych osobników można przed przemyciem znieczulić cewkę, zastrzykując za pomocą cewnika Guyona kilka kropli 1%–2% *novocaini* lub *alyipini nitrici* lub też wlewając zwykłą rzeżączkową szprycą roztwór 1 : 200–400 powyższych środków. Podrażnienie po przemyciu sposobem Janet'a, szczególnie w pierwszym razie, bywa silne.

Zjawia się często mocne i dokuczliwe parcie, trwające niekiedy po kilka godzin. Najlepszym środkiem przeciwko temu są ciepłe nasiadówki. Rzadko bardzo zmuszeni jesteśmy uciekać się do zastrzykiwań morfiny. W razach nadzwyczajnej wrażliwości chorego można mu zalecić wkładanie do prostnicy czopka z morfiną i belladonną na godzinę przed przemyciem.

Płyn do przemywań nagrzewany do t<sup>o</sup> ciała. Z lekarstw najczęściej używamy nadmanganianu potasu w roztworze 1 : 10.000 — 1 : 500. Można także używać i inne miej-

scowe środki, unikając tylko silnie drażniących błonę śluzową.

Korzyści z przemywania sposobem *Janet'a* są dość znaczne. Działamy na cewkę dużą ilością płynu i podwójnie t. j. przy wpuszczaniu i wypuszczaniu lekarstwa. Przytem płyn rozciąga błonę śluzową i otwory gruczołów, łatwiej wszędzie przenikając. Szczególniej nadaje się ta metoda przy podostrych uporczywych przypadkach, gdy jednocześnie jest zajęty cały kanał moczowy i pęcherz.

Ujemne strony zasadzają się przedewszystkiem na dość silnem podrażnieniu po stosowaniu przemywań *Janet'a*. Skutkiem tego niebezpiecznie ich używać przy ostrych objawach rzeżączki ze względu na możliwość wywołania powikłań. Sposób *Janet'a* ma jeszcze i tę niedogodność, iż jednakowo oddziałuje na części przednią i tylną cewki, a może nawet silniej na przednią, tymczasem wrażliwość błony śluzowej części przedniej jest znacznie większa, niż tylnej.

3. W braku szprycy dużej lub irygatora przemywanie można skutecznie zwykłą rzeżączkową szprycą. Chory wlewa wielokrotnie coraz to nową ilość płynu, zatrzymując poprzednio wprowadzony.

Dla oddziaływania miejscowo na część tylną cewki niewielką ilością lekarstwa, posilkujemy się cewnikiem włoskowatym *Guyona* lub cewnikiem metalowym *Ultzmana*.

Cewnik *Guyona* z oliwką N. 12 — 15 na końcu i ze szprycą, objętości mniej więcej 10 ccm., bywa używany najczęściej.

Cewnik, zwilżony gliceryną, wprowadzamy ostrożnie aż do zwieracza cewki, ciągnąc przytem łagodnie prącie ku przodowi dla wygładzenia fałd błony śluzowej. Następnie przekraczamy zwieracz i, posuwając oliwkę na przestrzeni 3 cm. naprzód i ku tyłowi dla wygładzenia fałd błony śluzowej, zwilżamy powoli kropla po kropli i dokładnie cewkę tylną. Jeśli nie udaje się odrazu przekroczyć zwieracza cewki, to zostawiamy na parę minut oliwkę w części opuszkowej i znów staramy się przedostać do cewki tylnej, co przeważnie udaje się.

W razach bardzo uporczywych znieczulamy błonę śluzową przedniej cewki roztworem 1 — 2% *novocaini*.

Wkraplanie cewnikiem *Guyona* jest nadzwyczaj proste, a zarazem celowe, mało drażniące i może być stoso-

wane nawet przy dość silnym zapalnym odczynie błony śluzowej.

Cewnik metalowy *U l t z m a n n a* 14 — 16 Char. i 16 cm. długości posiada umiarkowaną krzywiznę i jeden otwór na końcu lub też kilka po bokach. Wprowadzamy go do części tylnej cewki w taki sposób, jak metalowe zgłębniki (patrz niżej), i wyciągając powoli cewnik, wkraplamy za pomocą maleńkiej szprycki lekarstwo do tylnej cewki.

Wkraplanie za pomocą cewnika *U l t z m a n n a* nie posiada w porównaniu z wkraplaniem za pomocą cewnika *G u y o n a* żadnych dodatnich stron, a za to niektóre ujemne: wprowadzanie metalowego instrumentu jest trudniejsze i więcej drażni błonę śluzową, to też przy ostrej rzeżączce stosujemy go bardzo rzadko. Do wkraplań i do przemywań zalecamy te same miejscowe środki, co i przy leczeniu cewki przedniej.

Cewka tylna ze względu na swą budowę znosi dobrze nawet dość drażniące i w mocnym stężeniu lekarstwa. Stężenie środka zależy od sposobu jego użycia.

Przy przemywaniach obfitą ilością płynu (*D i d a y*, *J a n e t*) rozpoczynamy od stosowania bardzo słabych rozczyńców i stopniowo dochodzimy do trochę silniejszych.

Przy wkraplaniach (*G u y o n*, *U l t z m a n n*) używamy od samego początku środki w dość silnym stężeniu po mniej więcej 5 cm. i zwiększamy je stopniowo, zmniejszając ilość lekarstwa do 1 cm.

### System miejscowego leczenia.

Po usunięciu ostrych zapalnych objawów, rozpoczynamy najczęściej przemywać kanał moczowy sposobem *D i d a y*'a co drugi dzień, niekiedy częściej.

Przedewszystkiem stosujemy środki bakterjocydyczne: novargan, protargol i argoninę w rozczywie 1—10 : 1000, albarginę 1—5 : 1000, collargol 1 : 1000 (*T a n s a r d*), itrol 0,15 : 100 (*K a r w o w s k i*). Ze zmniejszeniem się objawów zapalnych i ilości wydzieliny przechodzimy do środków bakterjocydyczno-ściąających: mieszaniny *U l t z m a n n a* 1—2 : 1000, a następnie *kalium hypermanganicum* i *argentum nitricum* 1 : 10000—1 : 500.

Przemywanie za pomocą nadmanganianu potasu można już skutecznie sposobem *J a n e t*'a zamiast *D i d a y*'a.

Gdy wydzielina z otworu cewki staje się śluzowo białą z rzadkimi bardzo gonokokami, nielicznymi leukocytami i obfitym nabłonkiem, a mocz zrobi się przezroczystym z pływającymi w nim nitkami, wkraplamy do cewki tylnej cewnikiem *G u y o n'a* azotan srebra w roztworze 1:1000—2:100. Jeśli w wydzielinie nie znajdujemy stale gonokoków, a tylko nieliczne leukocyty, możemy jeszcze tym samym sposobem wkraplać środki ściągające, jak *cuprum sulfuricum* w roztworze 1—5-10:100.

Przy wzmacnianiu stężenia środka lub jego zmianie należy zawsze baczyć pilnie na otrzymany odczyn, żeby nie podrażnić sprawy.

Podczas leczenia rzeżączki cewki tylnej, staramy się ją zarazem usunąć z cewki przedniej. Przemycania działają na obie części kanału moczowego. Wkraplania leczą do pewnego stopnia również i część przednią cewki, gdyż, cofając cewnik, pozostawiamy trochę lekarstwa w przedniej części. Współ z wkraplaniami dobrze jest również stosować szprycowania.

W ostatnich czasach próbowano leczyć rzeżączkę kanału moczowego przemycaniem gorącą wodą, termoforami, a nawet przekrwieniem biernym (sposób *B i e r'a*). Przemycania gorącą wodą 44—45 °C. skutkują nieźle, jednakowoż bez porównania lepiej łączyć działanie lekarstwa z działaniem temperatury, t. j. nagrzewać lekarstwo do odpowiedniej °. Co się zaś tyczy termoforów i sposobu *B i e r'a*, to zdaje się, iż w terapii rzeżączki ostrej prędko przejdą one do archiwum.

## II. CHRONICZNA RZEŻĄCZKA CEWKI.

### *Ogólne uwagi.*

Nazwą chroniczna albo przewlekła rzeżączka oznaczamy takie gonokokowego pochodzenia cierpienie cewki, które zakorzeniło się w pewnych mniej lub więcej ograniczonych miejscach, podczas gdy w innych sprawa wygasła zupełnie. Od chronicznej rzeżączki należy ściśle odróżniać te okresy zdrowienia w przebiegu ostrej rzeżączki, gdy sprawa wielokrotnie obostrza się i rozszerza na całą cewkę. Należy jednak pamiętać, że i chroniczna rzeżączka może się obostrzyć, ustępując pod względem nasilenia, rozprzestrzenienia i trwania poprzedniej sprawie.

Przy chronicznej rzeżączce gonokoki znacznie słabiej rozmnażają się i wywołują daleko mniejsze objawy zapalne, niż przy rzeżączce ostrej. Skutkiem tego należałoby przypuścić, że zmniejszyła się jadowitość gonokoków, a także wrażliwość tkanki, skutkiem zmian w niej podczas przebiegu rzeżączki.

Za zmniejszeniem się jadowitości gonokoków przemawiają szczególnie niektórzy ginekolodzy. Według ich opinii, chroniczna rzeżączka mężczyzny może spowodować u kobiety również chroniczną rzeżączkę od samego początku. Spostrzeżenie powyższe jednakowoż sprowadza się do tego, iż podczas stosunku do szyjki macicznej często dostaje się wraz z nasieniem nieznaczna ilość zarazka rzeżączkowego, a w szyjce macicznej cierpienie może przebiegać bez silnych objawów niezależnie od tego, czy zaraza pochodzi od ostrej, czy też od chronicznej rzeżączki.

W niektórych przypadkach rzeżączka cewki przebiega od samego początku z bardzo nieznacznymi objawami, a więc prawie tak, jak rzeżączka chroniczna. Przebieg taki jednakowoż zależy od osobistych właściwości cewki danego ustroju. Gonokoki, pochodzące od osobników z chroniczną rzeżączką, po przeszczepieniu na pożywki sztuczne lub na zdrową cewkę, wykazują taką samą żywotność, jak i brane od osobników z ostrą rzeżączką.

Przyczyny przechodzenia rzeżączki ostrej lub podostrej w chroniczną leżą niekiedy w nieopowiednim leczeniu lub zbyt wczesnem jego przerwaniu, a znacznie częściej we właściwościach ustroju i w tych zewnętrznych wpływach, które sprowadzają obostrzenia, nawroty a także — w coraz to nowych zakażeniach. Rzeżączka chroniczna może usadowić się w najrozmaitszych okolicach kanału moczowego; umiejscawia się ona znacznie częściej w cewce przedniej, niż w tylnej. Według danych statystycznych F i n g e r a stosunek ten wyraża się mniej więcej jak 2 : 1, zależy to głównie od obecności w części przedniej kanału moczowego dużej liczby gruczołów, w których z upodobaniem zagnieżdżają się gonokoki.

### 1. Chroniczna rzeżączka cewki przedniej.

W wylocie cewki, dotkniętej chroniczną rzeżączką, spostrzegamy niekiedy przy badaniu kroplę wydzieliny.

Zdarza się to prawie wyłącznie po całonocnem zatrzymaniu moczu. Ze sklejonego otworu może się również nie wydzielać i dopiero wyciskanie kanału moczowego taką kroplę wydobywa; niekiedy zaś i otwór nie skleja się i wyciskanie nie daje żadnego rezultatu.

Kropla wydzieliny (*goutte militaire*) w wylocie cewki pokazuje się wtedy, gdy sprawa umiejscawia się blisko otworu, lub gdy wydzielina w okolicach dalej położonych, np. w opuszce, wytwarza się w tak dużej ilości, iż ścieka siłą ciężkości ku wylotowi, przyczem w zagłębieniu opuszki pewna ilość wydzieliny może zatrzymać się i przylegać również potrochu do ścianek części przedniej cewki (*partis pendulae*).

Na obfitszy wyciek wydzieliny z otworu cewki w rannej porze wpływają, oprócz zatrzymania moczu podczas nocy, i te szkodliwe wpływy, którym chory podczas dnia podlegał.

Wydzielina bywa w świeższych przypadkach żółtawo-białą lub białą, w starszych szarawo-białą, serwatkowatą.

Mocz wychodzi bez bólu lub co najwyżej z lekkim śwędzeniem w okolicach otworu. Mocz, oddany w dwa naczynia, w pierwszej porcyi bywa z nitkami i kłaczkami, mętny lub przezroczysty, a w drugiej porcyi zawsze czysty. Naturalnie, iż w moczu rannym widać zawsze więcej wydzieliny, niż w dziennym.

Zmętnienie moczu bywa następstwem rozlanego kataralnego zajęcia błony śluzowej, gruczołów i śluzowego zwyrodnienia nabłonka, wskazuje ono na świeżość przypadku lub na obostrzenie sprawy, gdy, obok stałych ograniczonych ognisk, znajduje się ostrzejsze rozlane zapalenie błony śluzowej.

W starszych przypadkach, w których zdarzają się przeważnie ograniczone chroniczne nacieczenia, mocz bywa zazwyczaj czysty, a w nim pływają nitki.

Nitki lub kłaczkki spotykają się trzech rodzajów: długie przezroczyste, ciągnące się,—krótsze, twardsze, łamliwe i bielsze, a także maleńkie w kształcie przecineczków lub punkcików.

Różnica w wyglądzie zależy od składowych części: w długich przezroczystych nitkach bywa więcej śluzu, a zato mniej komórek i przedewszystkiem ropnych ciałek, niż w krótszych twardszych kłaczkach; małe przecineczki stanowią czopki gruczołów przedniej cewki i składają się przeważnie ze złuszczonych nabłonkowych komórek.

Przebieg zależy od głębokości sprawy: jeśli rzeżączka umiejscawia się tylko w błonie śluzowej, to przebieg bywa dość łagodny. Rzeżączka chroniczna może trwać bez końca, obostrzając się od czasu do czasu pod wpływem podrażnienia, lub może zakończyć się powierzchownym bliznowaceniem, nieszkodliwym dla chorego. Gorzej bywa znacznie, gdy sprawa sięga głębiej, na tkankę podśluzową, na ciało jamiste. Wtedy w miejscach chronicznych nacieczeń wytwarzają się głębokie blizny łączno-tkankowe, które powodują zwężenia światła kanału moczowego (*stricturae*).

Tego rodzaju bliznowate zwężenia są twarde, mieszczą się przeważnie w opuszce (*bulbus*) i jego okolicach. Mocz przez silniej wyrażone zwężenia przedostaje się z trudnością, ciekąc cienkim, grajczarkowatym strumieniem. Niekiedy może dojść nawet do tego, iż mocz przedziera się za ledwie kroplami lub nawet przestaje wydzielać się.

Zanim nacieczenia podlegną zbliznowaceniu, tworzą również organiczne zwężenia, a to skutkiem nabrzmienia błony śluzowej; są one miękkie ze względu na swą soczystość. Miękkie zwężenia rzadko bardzo dosięgają znaczniejszych rozmiarów; w *pars pendula* i *bulbosa* nie przenoszą szerokości wylotu cewki, skutkiem tego można je wykryć jedynie za pomocą uretrometrów. Cewniki elastyczne z gąłkami przechodzą przez nie bez trudu.

## 2. Chroniczna rzeżączka cewki tylnej.

Wydzielina z tylnej części przylega zazwyczaj do ścianki. Może więc chroniczna rzeżączka cewki tylnej przechodzić dla oka niepostrzeżenie, gdyż pierwszy strumień moczu wymywa wydzielinę nietylko z części przedniej, ale i z tylnej. W przypadkach świeżych, gdy znajdują się również rozlane zapalenia, śluzowo ropna wydzielina wytwarza się w większej ilości, szczególnie podczas nocy, i ścieka do pęcherza. Wtedy w drugiej porcy moczu znajdziemy także wydzielinę. Zwykle jednak przeważa zmętnienie i ilość nitek w pierwszej porcy. W drugiej porcy moczu możemy prócz tego dostrzedz małe twarde kłaczkowate punkcików lub przecineczków. Pochodzą one z otworów przewodów sterczowych; skurcz masy mięśni zwieraczy wywiera je zwykle stamtąd przy końcu moczenia.



Sprawa nadzwyczaj często umiejscawia się w części sterczowej cewki i zagnieżdża się we wzgórkę nasiennym (*caput gallinaginis*), miejscu nadzwyczaj obficie unerwionem. Spostrzegamy wtedy bardzo ciężkie zaburzenia w wydzielaniu moczu, w czynnościach płciowych i wogóle w układzie nerwowym. Parcie na mocz występuje najczęściej po oddaniu stolca, t. j. po ucisku, wywołanym przez twarde masy kałowe na gruczoł krokowy, takie parcie można również wywołać sztucznie, uciskając gruczoł krokowy palcem przez prostopadłość.

U niektórych osobników parcie na mocz występuje po stosunku płciowym, po zmazie nocnej, a niekiedy bez żadnych widocznych przyczyn. Przechodzi ono niekiedy dopiero po kilkakrotnym moczeniu.

Neurastenia płciowa zdarza się dość często. Może ona przejawiać się w postaci braku zadowolenia płciowego podczas stosunku, przytem w chwili wytrysku nasienia niekiedy zjawia się ból w tylnej części cewki. Niemoc płciowa w mniejszym lub większym stopniu zdarza się również. Według *F ü r b r i n g e r a* chroniczna rzeżączka cewki tylnej powoduje połowę wszystkich przypadków niemocy płciowej.

Najczęściej przejawia się ona w zbyt szybko następującym wytrysku nasienia, niekiedy wprost przy dotknięciu do narządów płciowych kobiety. Spostrzegamy również zwiotczenie prącia, zmniejszenie jego wrażliwości na dotyk, lub zbyt powolne występowanie wytrysku nasienia.

Mogą również zdarzać się częste zmazy nocne, powtarzające się wielokrotnie w ciągu jednego tygodnia, a nawet jednej nocy.

Dość często spostrzegamy sokotok sterczowy, a niekiedy nawet nasieniok.

Plemniki wydzielają się przez rozluźnione przewody nasienne i bywają nieruchome, skutkiem braku domieszki kwaśnej sterczowej wydzieliny. *F i n g e r* przypuszcza, że kwaśny odczyn soku sterczowego może być neutralizowany zasadowym odczynem wydzieliny przewlekłej rzeżączki cewki, co wpływa na niepłodność.

Bardzo często występują zarazem subiektywne objawy neurastenii, jak uczucie palenia i kłucia w cewce przy oddawaniu moczu, bóle strzelające lub tępe wzdłuż sznurków nasiennych, w jądrach, wzdłuż międzykrocza do otworu stolcowego, świąd odbytu, opryszczki na częściach rodnych,

występujące samodzielnie lub po podrażnieniu płciowem, ucisk i ból w krzyżu, ucisk na głowę, bicie serca i t. d. Wszystkie te objawy neurastenii płciowej wywołują niekiedy nadzwyczaj silne przygnębienie, mogące doprowadzić nawet do samobójstwa.

Przebieg mało różni się od opisanego przy przewlekłem zapaleniu cewki przedniej. Sprawa może trwać bardzo długo — lata całe. Najporczywiej trwają ogniska w części sterczowej cewki. Zwężenia twarde w tylnej części cewki tworzą się przeważnie na początku części błonistej, t. j. w najbliższem sąsiedztwie opuszki (*bulbus*).

### Rozpoznanie.

Wobec objawów chronicznego zapalenia cewki należy przedewszystkiem dokładnie upewnić się, czy sprawa wywołana jest przez gonokoki, t. j. czy jest przewlekłą rzeżączką, a następnie, gdzie umiejscowia się i jaki posiada charakter.

Na pierwsze pytanie daje odpowiedź badanie mikroskopowe wydzieliny. Stało się ono niezbędnem przy rozpoznawaniu, a również przy leczeniu chronicznej rzeżączki.

Pod mikroskopem znajdujemy w wydzielinie komórki nabłonkowe, ciała ropne, drobnoustroje. Komórki nabłonkowe bywają albo duże płaskie, albo też okrągłe i owalne przejściowe z dużem jądrem; spostrzegamy również komórki walcowate, tłuszczowo zwyrodniałe i hyalinowe; te ostatnie, ze względu na łatwość zabarwienia jodem, nazywają również jodofilami.

Twarde ropiaste kłaczkki składają się przeważnie z leukocytów i z niewielkiej ilości komórek nabłonkowych; śluzo-ropne nitki zawierają, oprócz śluzu, mniej lub więcej liczne komórki nabłonkowe i niezbyt liczne ropne ciała, a śluzowe nitki — śluz, nieliczne komórki nabłonkowe i rzadkie bardzo ropne ciała.

Przecineczki posiadają często dwie warstwy walcowatych komórek: większe komórki wyraźnie walcowate i mniejsze prawie okrągłe.

Drobnoustroje spotykają się w wydzielinie rzeżączki chronicznej nie stale. Niekiedy mamy do czynienia z wydzieliną, w której nietylko nie znajdujemy przez dłuższy

przeciąg czasu gonokoków, lecz i innych drobnoustrojów. Zazwyczaj obok gonokoków widzimy najrozmaitsze drobnoustroje. Przeważnie są to ziarniaki (gronkowce białe), niekiedy posiadają własności hemolizujące; obok nich zjawiają się i inne bakterie ropotwórcze oraz flora obca, nieswoista. Gonokoki w wydzielinie chronicznej rzeżączki spotykają się niezawsze; można ich nie wykrywać w przeciągu wielu dni, a później znów zjawiają się; częściej bywają gonokoki w nitkach śluzo-ropnych, a rzadziej znacznie w śluzowych, i gonokoki znajdują się przeważnie na zewnątrz komórek. Najlepiej brać do badań wydzielinę całonocną. Dla ułatwienia sobie poszukiwań, można podrażnić przedtem cewkę piciem trunków, zastrzyknięciem 1% roztworu lapisu za pomocą cewnika *G u y o n a* lub *U l t z m a n a*; wielokrotne przemywania roztworem sublimatu 1 : 20000—1 : 10000 wywołują również ropienie cewki. Po zastosowaniu w celach prowokacyjnych środków bakteryobójczych należy, przed zebraniem materiału do szczepień, kanał przemyć wodą jałową. Przy obostrzeniach, gdy gonokoki zjawiają się w obfitości, wszelkie inne drobnoustroje giną. Obfita domieszka ropnych ciałek nasuwa podejrzenie, iż w tkance ukrywają się gonokoki. Prócz badania drobnowidzowego (preparatów zabarwionych kontrastowo metodą *P i c k ' a* lub *P o p p e n h e i m a - K r z y s z t a ł o w i c z a* i różniczkowo metodą *G r a m a*) należy też posiłkować się hodowlami na podłożach krwistych.

W sterczotokowej wydzielinie znajdujemy w obfitości wielokątne albo walcowate komórki, ciała skrobiowate, lecytynowe i charakterystyczne kryształki nasienne w kształcie igieł lub osełek, a niekiedy nieliczne plemniki i wielojądrowe leukocyty. Do badania należy zebrać wydzielinę sterczowa na szkiełku przedmiotowym bez domieszki moczu i przykryć szkiełkiem pokrywkowym, dodawszy kroplę 1% roztworu fosforanu amonowego, a przy niezbyt gęstej wydzielinie—1 kroplę rozcieńczonego wodnego roztworu eozyiny (preparat badać natychmiast, zanim wyschnie). W nasieniotokowej wydzielinie spostrzegamy liczne bardzo plemniki, a w cewkotokowej—nieliczne komórki nabłonkowe, pojedyncze ropne ciała i śluz.

Przy *phosphaturia* znajdujemy: fosforan wapniowy neutralny w postaci bezkształtnych drobnoziarnistych mas i igieł w pęczkach, zbliżonych do kryształów tyrozyny (mikrochemicznie rozpuszczają się w kwasie octowym), fosfo-

rany amonjak–magnezy (trójfosforany) w postaci przykrywek trumiennych, często w osadzie moczu zasadowego razem z obojętnymi fosforanami, węglanami i z ropą, — oraz węglan wapnia w postaci szarawych ziarenek, kulek (mikrochemicznie rozpuszczają się pod wpływem kwasów mineralnych z wydzielaniem  $\text{CO}_2$ —całe pola widzenia pokryte są drobnymi pęcherzykami gazu); kwas octowy bardzo szybko rozpuszcza te kryształy.

Przy bakteriomoczu widzimy nadzwyczaj obfitą ilość drobnoustrojów w moczu świeżo oddanym (rozpoznanie różniczkowe ich *vide*: Serkowski. Semiotyka moczu).

Umiejscowienie chronicznej rzeżączki można do pewnego stopnia określić za pomocą oglądania moczu, oddanego w dwie szklanki. Najlepiej przed oddaniem moczu przemyć dokładnie przednią cewkę słabym roztworem kwasu bornego. Wydzielina w moczu po przemyciu będzie pochodziła z cewki tylnej.

Przecieczki w drugiej porcyi moczu albo też w pierwszej, po wypłukaniu przedniej części cewki, przemawiają za zajęciem części sterczowej; zaburzenia w oddawaniu moczu i w czynnościach płciowych przemawiają również za powyższem umiejscowieniem.

Macanie cewki daje niekiedy dobre wyniki, szczególnie po wprowadzeniu do kanału moczowego metalowego zgłębnika z krzywizną Dittla (Rys. 18) albo Guyona (Rys. 19).

Wyprowadzanie zgłębnika odbywa się dwoma sposobami:

Przy pierwszym sposobie nadbrzusznym (*tour de ventre*) stajemy po lewej stronie chorego, trzymając zgłębnik, dobrze odkażony za pomocą gotowania, dziobem ku dołowi, trzema palcami prawej ręki, jak pióro do pisania, a małym palcem opierając się o środkową linię brzucha, rozszerzamy uciskiem palców lewej ręki wylot cewki i naciągamy prącie na zgłębnik, z lekka posuwając dziób po górnej ściance cewki na dół poza spojenie łonowe aż do zwieracza cewki. Następnie podnosimy ostrożnie i powoli po środkowej linii brzucha rączkę zgłębnika do linii pionowej, opisując  $\frac{1}{4}$  koła, i wprowadzamy dziób do części sterczowej cewki.

W zbliżony sposób wprowadzamy również i wzierniki cewkowe z zatyczkami. Dla obejrzenia przedniej cewki wystarczy położenie pionowe wziernika, a dla obejrzenia cewki

rylnej zakreślamy jeszcze  $\frac{1}{4}$  koła, żeby wziernik znajdował się na linii poziomej.

Przy drugim sposobie nadpachwinowym (wprowadzania zgłębników) trzymamy cewnik metalowy wzdłuż pachwiny chorego i naciągamy nań prącie, a gdy dziób cewnika dojdzie do zwieracza cewki, przesuwamy rączkę do linii środkowej brzucha, a następnie, uciskając lewą ręką koniec cewnika przez krocze ku górze, podnosimy rączkę do linii pionowej.

Cewnikowanie jest przeciwwskazane podczas ostrych objawów rzeżączki i podczas świeżych powikłań rzeżączki cewki tylnej.

Nad cewnikiem wyczuwamy wyraźnie nacieczone gruczoły cewkowe w postaci twardych guziczków wielkości łebka szpilki. Można również wyczuć twarde nacieczenia, a niekiedy i miękkie.

Do badań używamy również cienkich elastycznych świeczek z guzikiem na końcu; guzik powinien odpowiadać wielkością otworowi cewki. Prawą ręką wprowadzamy powoli do cewki świeczkę elastyczną, odpowiednio odkażoną i posmarowaną oliwą lub wazeliną, trzymając ją jak pióro przy pisaniu, a lewą ręką pociągamy zlekka żołądz ku górze.

Świeczka w normalnej cewce łatwo przechodzi do części opuszkowej, zwalcza opór zwieracza cewki, z pewnym trudem przekracza część błoniastą i następnie dopiero zwalcza opór zwieracza wewnętrznego pęcherza. Świeczka, napotykać miejsca, dotknięte chroniczną rzeżączką, powoduje ból, a zarazem natrafia na pewien opór. Doświadczony badacz może w taki sposób rozpoznać obrzmienie wzgórka nasiennego i brodawczaki na błonie śluzowej.

Nacieczenia, nieznacznie zmniejszające objętość kanału, często uchodzą uwagi. Lepiej je badać za pomocą uretrometrów, zaopatrzonych w odkażone gumowe przykrycia i rozśrubowywanych w odpowiednich miejscach.

Charakter sprawy rzeżączkowej często określa nam dość dokładnie endoskop.



Rys. 18. Rys. 19.

**BIBLIOTEKA**

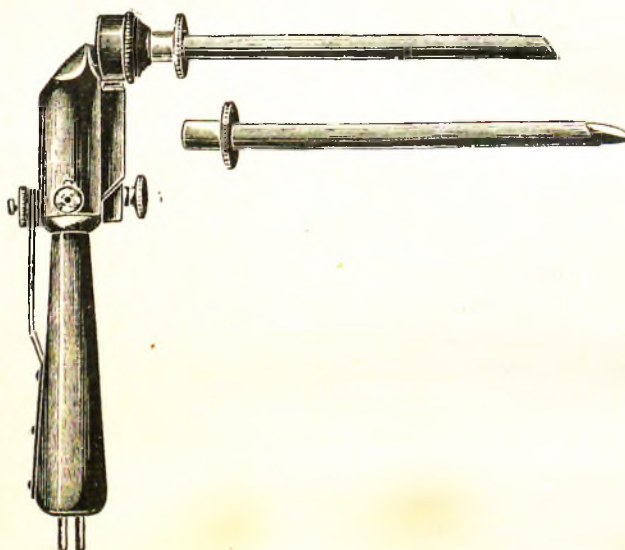
KLINIKA ...  
Akademii Medycznej w Lublinie

Ks. .... Dz. ....

Endoskop—wziernik cewkowy—nie jest nowym wynalazkiem. Pierwotnymi przyrządami posługiwali się już Bazzini z Frankfurtu w 1805 r. i Ségalos w 1826 r.

Uretroskopia zyskała prawo obywatelstwa w medycynie głównie dzięki ulepszeniom, poczynionym przez Desormeaux (1853 r.).

Z pomiędzy wzierników cewkowych, używanych w bieżącej chwili, najlepszymi są Casperra—z oświetleniem zewnętrznym i Valentine'a, zmodyfikowany przez Luyssa—z oświetleniem wewnętrznym.



Rys. 20.

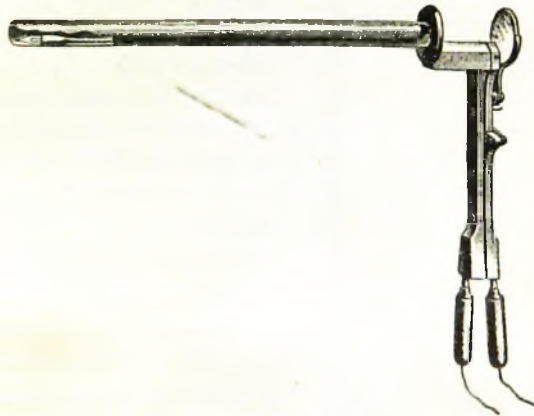
Wziernik Casperra (Rys. 20), jest bardzo prosty i dogodny w użyciu. Składa się on z rączki, zaopatrzonej w przerywacz prądu. Tubusy, t. j. rurki, wstawiają się w pierścień, umocowany naprzeciwko lampki. Promienie światła elektrycznego, skoncentrowane w soczewce, są rzucone wprost w rurki za pomocą pryzmatu. Rurki używamy metalowe niklowane, długości około 15 cm., szerokości od 23—30 Char., ścięte nieco ukośnie na końcu. Każda rurka posiada zatyczkę—obturator dla uchronienia cewki od uszkodzenia przy wprowadzaniu przyrządu. Zatyczki rurek, wstawiane do części sterczowej cewki, posiadają na końcu odno-

gę ruchomą, której się nadaje wymagany kąt za pomocą śrubki.

Wziernik cewkowy Valentine'a, zmodyfikowany przez Luys'a (Rys. 21), jest nieco kłopotliwszy w użyciu od poprzedniego, jednakże lepiej oświetla błonę śluzową i daje wyraźniejszy obraz.

W tym przyrządzie małą elektryczną lampeczkę, wielkości ziarnka pszenicy, wprowadzamy na cienkim pręciku aż do skośnego końca rurki, tak jednakowoż, żeby lampeczka nie dotykała do błony śluzowej.

Pręcik powinien być prosty, żeby nie zasłaniał pola widzenia. Długość pręcika należy zastosować do długości rurki.



Rys. 21.

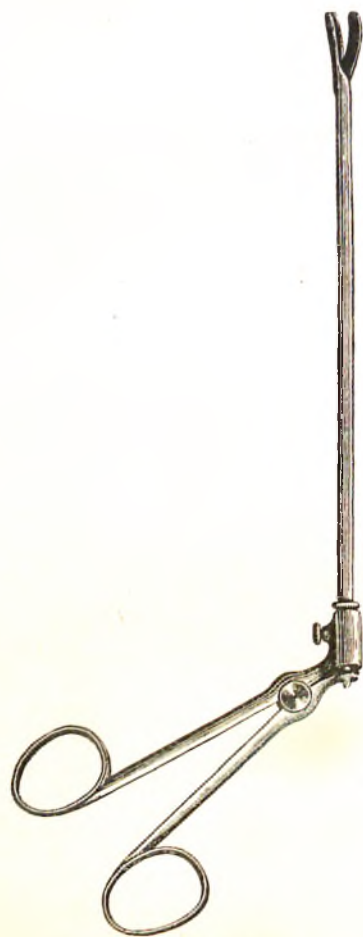
Do rączki przytwierdzona jest ruchoma lupa, dzięki której widzimy zmiany na błonie śluzowej w powiększeniu. Lupa ze względu na jej ognisko musi być również zastosowana do długości rurki.

Lampki nie nagrzewają silnie błony śluzowej i przylegają do ścianki rurki, nie stanowią przeszkody dla oka.

Najczęściej używamy rurek długości 7 i 13 cm. dla cewki przedniej i 14—15 cm. dla cewki tylnej. Przez rurki krótsze widzimy dokładniej.

Im grubsze są rurki, tem lepiej wygładzają fałdy błony śluzowej i rozszerzają pole widzenia. To też wybieramy najgrubsze rurki, jakie mogą się zmieścić w ujściu zewnętrznym cewki moczowej, a nawet w razie potrzeby rozszerzamy otwór za pomocą przecięcia (meatotomia).

Przed wziernikowaniem należy uprzednio poznać możliwie dokładnie stan błony śluzowej cewki chorego za pomocą badania zgłębnikiem. Dopiero potem (najlepiej podczas następnej wizyty) można przystąpić do zabiegu. Chory powinien rozebrać się do koszuli i nie oddawać moczu od kilku godzin. Umieszczamy go na odpowiednim stole, najwłaściwiej na krześle ginekologicznym, w razie potrzeby nawet na krawędzi łóżka tak, żeby nogi zwieszały się, a miednica była podniesiona do góry.



Rys. 22.

Umieszczamy go na odpowiednim stole, najwłaściwiej na krześle ginekologicznym, w razie potrzeby nawet na krawędzi łóżka tak, żeby nogi zwieszały się, a miednica była podniesiona do góry.

Przed zabiegiem należy dobrze obmyć lekkim środkiem odkażającym żołądź i wyłot cewki. Do cewki nie wstrzykujemy żadnego płynu, a żeby nie usuwać przedwcześnie patologicznych wydzielin gruczołów kanału moczowego. Tylko bardzo wrażliwym osobnikom wlewamy do cewki 8—10 ccm. 1% stowainy, 1—2% nowokainy lub 2—3% eukainy.

Na stoliku, umieszczonym z prawej strony lekarza, powinny być przygotowane tamponiki z odkażonej waty. Używamy je za pomocą cienkich patyczków albo też odpowiedniego imadła. Należy również mieć pod ręką szczypczyki cewkowe (Rys. 22) do chwytania osuniętych tamponów. Rurki powinny być odkażone przez gotowanie w wodzie

z sodą, a lampeczki (endoskop L u y s'a) w formalinie. Odpowiednią rurkę z zatyczką przed użyciem zwilżamy gliceryną i wprowadzamy do kanału moczowego ostrożnie i powoli sposobem wskazanym przy cewnikowaniu. Następnie delikatnie usuwamy zatyczkę i zakładamy rączkę z lampką.



Wziernikowanie cewki jest przeciwwskazane podczas ostrych objawów rzeżączki i podczas świeżych powikłań rzeżączki cewki tylnej, np. zapaleniem jądra, gruczolu krokowego.

#### *Wygląd cewki normalnej.*

Część błony śluzowej kanału moczowego, widziana przez wziernik, ma postać zbliżoną do lejka. Wierzchołek jego, t. zw. centralną figurę, będzie stanowiło światło cewki, a ścianki-rozciągnięta przez rurkę błona śluzowa.

Głębokość lejka zależy od położenia rurki. Lejek posiada średnią głębokość, gdy rurka leży swobodnie w kanale. Lejek wydłuża się przy wysuwaniu wziernika, a szczególnie przy jednoczesnym pociąganiu za pracę; widać wtedy profil kanału i wszelkie na nim wzniesienia. Lejek staje się krótkim, a nawet może zupełnie zniknąć przy posuwaniu rurki naprzód, a błona śluzowa, wciskając się do rurki, pozwala dokładnie obejrzeć każde miejsce.

Odchylając rurkę od osi cewki, tracimy stopniowo z oczu centralną figurę i mamy przed sobą tylko ściankę kanału moczowego, której takim sposobem można się szczegółowo przypatrzeć. Kształt figury centralnej zależy od okolicy kanału moczowego, jak to później zobaczymy. Od figury centralnej rozchodzą się fałdy błony śluzowej wzdłuż lejka ku podstawie w postaci promieni koloru różowego z żółtawym odcieniem. Są one mniej lub więcej zaznaczone, na co wpływa również wielkość rurki, t. j. stopień rozciągnięcia błony śluzowej.

Od figury centralnej idą zarazem mocno czerwone prążki podłużne, zależne od unaczynienia.

Błona śluzowa na całej przestrzeni swej jest gładka, błyszcząca. Na zabarwienie jej ma wpływ wiele okoliczności. Tylna część kanału jest najczerwieńsza; ku przodowi błona śluzowa kanału blednie; blednie ona również pod wpływem ucisku rurką dużych rozmiarów i pod wpływem kokainy.

W poszczególnych okolicach kanału moczowego obraz endoskopowy posiada pewne charakterystyczne cechy.

W szyjce pęcherza, skutkiem normalnej krzywizny kanału, środkowa figura znajduje się u góry, oglądamy też więc przeważnie dolną powierzchnię cewki. Od figury centralnej rozchodzą się wachlarzowato ku dołowi fałdy błony

śluzowej. Zwykle dwie krańcowe fałdy, skutkiem ucisku dolnym końcem rurki, przedstawiają się grubiej, wyraźniej. Pochylając silnie ku dołowi rączkę wziernika cewkowego, można otrzymać centralną figurę pośrodku lejka. Będzie ona miała kształt punktu, od którego rozchodzą się promienisto fałdy.

W części sterczowej zjawia się na dole zaokrąglone wzniesienie różowego koloru, trochę bledszego od sąsiedniej błony—wzgórek nasienny. Można na nim niekiedy dojrzeć po środkowej linii blisko wierzchołka małą pionową fałdę—otwór *sinus prostaticus*. W wyjątkowych okolicznościach udaje się z boku tej fałdy odnaleźć otwory przewodów nasiennych. W części błoniastej centralna figura przybiera postać punktu, od którego rozchodzą się promienisto silnie zaznaczone fałdy błony śluzowej.

W części opuszkowej centralna figura przedstawia się w kształcie szczeliny pionowej długiej, silnie zaznaczonej. Postać ta zależy od szerokości światła kanału i od działania z boków mięśni *bulbo et ischio-cavernosi*.

W części jamistej centralna figura przyjmuje postać małej poprzecznej szczeliny, ząbionej w zależności od najgłębszych fałd; fałdy te są dość wyraźne, choć wogóle niewielkie.

W dole łódkowym centralna figura często ma kształt szczeliny pionowej, niekiedy zbliżonej do trójkątu; fałdy błony śluzowej zwykle giną zupełnie; błona śluzowa posiada przeważnie kolor biały z sinawym odcieniem; naczynia tam można dojrzeć tylko przy bocznym położeniu rurki.

W części przedniej cewki spostrzegamy sporą ilość zagłębień Morgagniego; są one umieszczone przeważnie na górnej ścianie cewki w kształcie litery V, zwróconej kątem ostrym ku podstawie lejka; zagłębienia te nie różnią się zabarwieniem od sąsiedniej błony.

Otwory gruczołów Littre'a, rozsiane obficie na całej powierzchni przedniej cewki, nie są widoczne w normalnym stanie błony śluzowej.

Otwory gruczołów Cowper'a najczęściej pozostają schowane w fałdach błony śluzowej, niekiedy jednak można je dostrzedz w postaci litery V.

Każda ze zmian, zaznaczonych przy opisie chronicznej rzeżączki, jest widoczna podczas endoskopowania.

### Nacieczenia miękkie.

Wprowadzenie rurki do kanału moczowego, dotkniętego nacieczeniami miękkimi, nie przedstawia zwykle zbyt wielkich trudności.

Błona śluzowa może krwawić przy dotknięciu rurką lub tamponikiem. Krwawienie łatwo usunąć przez posmarowanie odpowiednich miejsc roztworem adrenaliny, lubo niekiedy, po pewnym przeciągu czasu, krwawienie wraca z większą siłą.

Błona śluzowa—obrzmiąta, przekrwiona, mocno czerwona, a nawet sinawa, matowa i szorstka. Miejsca nacieczone są porozrzucane w cewce ogniskowo i nieregularnie; najczęściej spotykamy je w środku części jamistej, w części opuszkowej i błoniastej—w sąsiedztwie poprzedniej.

Wielkość nacieczeń—różna od paru milimetrów do wielu centymetrów, kształt bardzo nieregularny; granice nie są ściśle oznaczone, lecz przechodzą potrochu w sąsiednią zdrową błonę.

Spotykamy również miejsca ziarninujące, w postaci małych, mocno czerwonych plam, łatwo krwawiących, a niekiedy nawet brodawczaki, bardzo zbliżone do szyszkowin.

Brodawczaki bywają pojedyncze i w grupach, długie i cienkie lub krótkie i grube. Najczęściej spostrzegamy je w opuszcze i w okolicach wzgórka nasiennego. Figura centralna bywa zwykle niewyraźna, słabo zaznaczona, niekiedy nawet przykryta fałdami błony śluzowej.

Fałdy podłużne są zmienione. Zamiast licznych fałd widać parę źle odgraniczonych, wgłębiających się w światło rurki.

Wzgórek nasienny, zajęty nacieczeniem, przedstawia się ciemno czerwonym, nabrzmiętym i powiększonym. Ziejący z obrzmiętymi brzegami otwór zatoki sterczowej wydziela płyn śluzowy lub ropny. Obrzmiąta błona śluzowa niekiedy zakrywa zupełnie ten otwór. Gruczoły cewkowe (*gl. Littrii*) i zatoki w błonie śluzowej (*lacunae Morgagnii*) są zawsze zajęte w miejscach, objętych nacieczeniem miękkim.

*Gl. Littrii* nie spostrzegamy przy wziernikowaniu; niekiedy widać wydzielający się płyn śluzowy lub ropny z otworów gruczolowych, który można zebrać za pomocą pipetki cewkowej (Rys. 23).

*Lacunae Morgagnii* tworzą wzniesienia, dochodzące niekiedy do rozmiarów małego ziarnka grochu. Brzeg otwo-

rów zatok bywa nabrzmiąły, z nich również wydobywa się wydzielina.

Nacieczenia miękkie spotykamy najczęściej we wczesnym okresie chronicznej rzeżączki; mogą one znajdować się



Rys. 23. Pipetka Kollmanna.

współcześnie z nacieczeniami twardymi. Ogniska są oddzielone od siebie przeważnie zdrową, a niekiedy zaczerwienioną, przekrwioną błoną śluzową.

#### *Nacieczenia twarde.*

Skutkiem rozwoju tkanki łącznej w nacieczeniach miękkich tworzą się tak nazwane przez *Oberlaendera* nacieczenia twarde.

W początkowych okresach tej sprawy błona śluzowa bywa jeszcze nabrzmiąta, zaczerwieniona, następnie traci swą gibkość i elastyczność i ostatecznie przeobraża się w twardą bliznę. Przy wprowadzaniu rurki do cewki, odczuwamy w odpowiednich miejscach opór, skutkiem zmniejszenia się rozciągliwości błony śluzowej. Niekiedy nawet nie możemy zupełnie wprowadzić rurki do cewki.

*Oberlaender* szematycznie segreguje nacieczenia twarde na takie: 1) które zmniejszyły nieznacznie objętość cewki, 2) przez które może przejść rurka Nr. 23 Char. i 3) które nie przepuszczają nawet Nr. 23. W początkowych okresach nacieczeń twardych błona śluzowa bywa słabiej od normalnej zabarwiona z szarawym odcieniem; w późniejszych okresach staje się ona białawo lub żółtawo-szara. Powierzchnia cewki traci swój połysk, gładkość i przezroczystość, staje się matową, nierówną, jakby pogarbioną; obok wzniesień wysokości m. w. 1 mm. widać niekiedy mniejsze lub większe ubytki tkanki, łatwo krwawiące.

W starszych przypadkach spotykamy plamy szaro-perłowe, przeważnie okrągłe, wielkości łebka szpilki, 1 cm.

i większe; powstały one skutkiem zbyt obfitego bujania nabłonka. Nacieczenia twarde, powstając z miękkich, spotykają się w tych samych miejscach, takiej postaci i wielkości, jak poprzednie. Figura centralna cewki, skutkiem utraty gębkości jej ścianek, przedstawia się w kształcie lejka gębkości 1—2 ctm., często nawet rurki; ścianki lejka blade, suche, jakby z kartonu zrobione; fałdy podłużne zmniejszone, a czasem zupełnie nikną.

Wzgórek nasienny wydaje się spłaszczonym, matowym, suchym, blade żółtym, niekiedy nawet szaro-żółtym.

Otwór *sinus prostaticus et ductus ejaculatorius* bywa niekiedy zwężony, okrążony czerwoną obwódką.

W obrębie twardych nacieczeń są zawsze zajęte gruczoły cewkowe i zagłębienia błony śluzowej: 1) wydzielają one swą zawartość, lub też 2) tworzą torbiele. Pierwsza postać nosi nazwę gruczołowej (*glandularis*), druga torbielowej, suchej (*follicularis*). W postaci gruczołowej otwory gruczołów i zagłębien są powiększone, kraterowate, otoczone czerwoną obwódką. Z otworów wydziela się śluzowa lub ropna zawartość, co łatwo w razie potrzeby uwidocznić, naciskając w sąsiedztwie błonę śluzową brzegiem rurki. *Lacunae Morgagnii* są znacznie większe, niż *gl. Littrei*, tworzą nad powierzchnią błony czerwone wzniesienia wielkości, dochodzącej ziarnka grochu.

Postać torbielowa nosi także nazwę suchej, gdyż zarośnięte przewody gruczołowe nie wydzielają wcale płynu. Gruczoły przetwarzają się w małe podnabłonkowe torbiele, napełnione substancją koloidową, albo ropą, wielkości ziarnka prosa, konopi, a nawet orzeszka, koloru białawego lub żółtawego. Niekiedy torbiele położone są głębiej w tkance i przykryte grubą warstwą nacieczonej błony. Odnaleźć je wtedy trudno za pomocą endoskopu, łatwiej za pomocą macania. Torbiele powierzchniowe zwykle łatwo pękają przy naciśnięciu brzegiem rurki, głębiej położone nadzwyczaj trudno.

Postać mieszaną, t. j. połączenie gruczołowej z torbielową, spotykamy również niekiedy.

Podczas zdrowienia w nacieczeniach miękkich zmniejsza się nabrzmienie i zaczerwienienie błony śluzowej, powierzchnia jej staje się powoli błyszcząca, przezroczysta, fałdy—delikatniejsze i liczniejsze, czerwone prążkowanie—wyraźniejsze, najdłużej zmiany są widoczne w gruczołach. W twardych nacieczeniach fałdy z początku są

krótkie, poprzerywane niewygasłymi ogniskami zajętych gruczołów i powoli bardzo odzyskują swój normalny wygląd; szaro perliste plamy szybko giną; luszczenie zmniejsza się powoli, najdłużej pozostaje matowy wygląd powierzchni.

W postaci gruczołowej gruczoły tracą bardzo powoli nabrzmienie i zaczerwienienie. Zanikają one często, pozostawiając po sobie cieniutką bliznę.

W postaci suchej również po usunięciu torbieli tworzą się blizny. Wogóle przy tej postaci powrót do normy odbywa się nadzwyczaj powoli, a nawet przy bardzo posuniętych twardych nacieczeniach błona śluzowa nie odzyskuje nigdy swych zwykłych własności i pozostaje szaro lub żółtawo-czerwoną. Pozostają również często suche luszczące się plące.

Sprawę możemy wtenczas uważać za zupełnie usuniętą, gdy powróci normalne zabarwienie, połysk i fałdowanie błony śluzowej, gdy gruczoły potracą czerwone obwódki i wypuklenia, a blizny staną się gładkimi, błyszczącymi.

Należy zapamiętać, że lekarstwa również wywołują pewne zmiany na błonie śluzowej cewki, np. sole cynkowe-niebieskawe strupki, rezorcyna w silnych roztworach-nabrzmienie i luszczenie nabłonka, lapis powoduje białoszary osad, a po dłuższym użyciu niebieskawy-czarne plamy, najsilniej występujące naokoło gruczołów (argyria).

### Rokowanie.

Rokowanie przy rzeżączce przewlekłej powinno być jeszcze ostrożniejsze, niż przy rzeżączce ostrej. Nadzwyczaj trudno określić, jak długo będzie trwało cierpienie. Można jednak twierdzić, iż umiejętne leczenie wspólnie z cierpliwością i sumiennością chorego czyni chroniczną rzeżączkę w znacznej większości przypadków wyleczalną.

Trudniejszymi do usunięcia są sprawy, umiejscowione głębiej w tkance, w gruczołach i na szerszej przestrzeni, niż powierzchniowe i mniejsze ogniska.

Chroniczną rzeżączkę cewki uważamy za usuniętą: 1) jeśli wydzielina zupełnie znikła, lub w pozostałych nitkach w ciągu ostatnich paru tygodni nie znaleziono ani razu gonokoków, nawet po sztucznym podrażnieniu kanału

moczowego, 2) jeśli nitki nie zawierają wcale ropnych ciałek lub bardzo nieznaczną ich ilość, 3) jeśli wziernik nie wykrywa żadnych większych zmian.

Jednakże nawet i w tych razach nie należy wypowiadać ostatecznej decyzji, lecz jeszcze w ciągu długiego czasu (mniej więcej pół roku) chorego kilka razy dokładnie zbadać.

Chroniczna rzeżączka, pozostawiona sama sobie, może niekiedy ciągnąć się latami bez żadnych uciążliwych dla chorego następstw, to znów przebiega nadzwyczaj ciężko, wywołując zwięzienia, zaburzenia w moczeniu i w czynnościach płciowych—neurastenię płciową, powikłania w gruczole krokowym, jądrach i t. d.

#### Anatomia patologiczna.

Przewlekła rzeżączka pod względem histologicznym jest dotychczas mało zbadana. Na uwagę zasługują tylko prace Vajdy, Neelsena, Weichselbauma, Fürbringera, Zeissla, Frischa, Lohnsteina, Motza, Fingera (25 przyp.), a przede wszystkim Bukowsky'ego (68 przyp.). Spotykamy tę sprawę znacznie częściej w przedniej cewce, niż w tylnej. Umiejscowienie według Fingera na 22 razy w części przedniej było 12 razy w części sterczowej i 2 razy w części błoniastej.

Siedliskiem zmian bywa cała łączno-tkankowa część ściany cewki i łączno-tkankowe przegrody ciał gąbczastych. przyczem zmienia się również nabłonek, wyściełający cewkę, cały aparat gruczolowy i naczynia krwionośne. Zrazem może zmieniać się i światło cewki.

Głównie podlega sprawie zapalnej tkanka łączna ścianki cewki. Między włóknami łączno-tkankowymi gromadzą się okrągłe jednojądrowe komórki i większe nabłonkowate z domieszką niekiedy wielojądrowych ropnych ciałek. Natężenie zapalenia bywa różne; niekiedy spostrzegamy ledwie dostrzegalne skupienie komórek w tkance podnabłonkowej, to znów nacieczenie tak obszerne i gęste, iż nie widać wcale podścieliska łączno-tkankowego; nacieczenie może zająć nawet całą ściankę cewki. Może ono również ześrodkować się naokoło naczyń, wzdłuż których niekiedy przenika bardzo głęboko w przedniej części do ciał

gąbczastych, w części błoniastej wgląb aż między mięśnie, a w części krokowej do podścieliska łączno-tkankowego sterzu.

Zapalne objawy ciągną się wzdłuż przewodów gruczołów cewkowych (Rys. 24), gruczołów C o w p e r a i sterzu;



Rys. 24. Gruczolny cewkowe, otoczone naciekiem. Ok. 4. Ob. 3. Reichert. (Przypadek Bukowsky'ego).



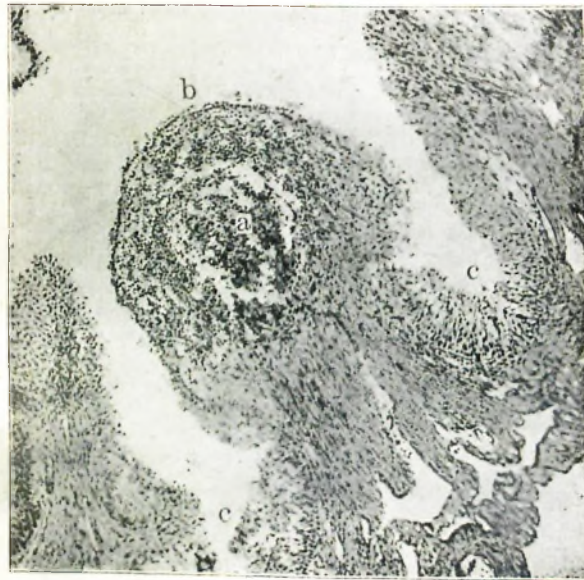
Rys. 25. Tylna część partis pendulae. Ograniczony naciek (a). Nabłonek kostkowy wielowarstwowy (b). Ok. 4. Ob. 3. Reichert. (Przypadek Bukowsky'ego).

zwykle, zmniejszając się, zanikają przed samym trzonem gruczołów; rzadziej obejmują i same gronka gruczołowe i przenikają do pojedynczych przegród.



Nacieczenie bywa albo rozlane równomiernie, albo też w postaci większych lub mniejszych ograniczonych skupień komórkowych.

Skupienia ograniczone różnej wielkości znajdują się to odosobnione dość głęboko w tkance podśluzowej, to w pewnym oddaleniu od nabłonka, to tuż pod nabłonkiem (Rys. 25), to znów wypychają nabłonek do światła cewki (Rys. 26) i tworzą w świetle cewki narośle najrozmaitszych kształtów: pałkowate, stożkowate, grzybowate. Spotykamy je najczęściej,



Rys. 26. Tylna część partis pendulae. Nacieczenie, wypychające w postaci grzybka ściankę cewki (a). Nizki, złuszczeni nabłonek (b). Wielowarstwowy, walcowaty nabłonek w lakunach (c). Ok. 4. Ob. 4. Reichert. (Przypadek Bukowsky'ego).

gdy nacieczenia ciągną się z tkanki podśluzowej aż do nabłonka. Skupienia ograniczone spotykają się niekiedy i pośród rozlanych nacieczeń. Nacieczenie rozlane przebiega w taki sposób, iż po dłuższym trwaniu sprawy okrągłe jednojądrowe komórki wydłużają się, przyjmując postać wrzecionowatą; wrzecionowatych komórek ciągle przybywa, zaczynają one przeważać. Następuje więc organizacja zapalenia—tworzenie się tkanki łącznej — tkankowej.

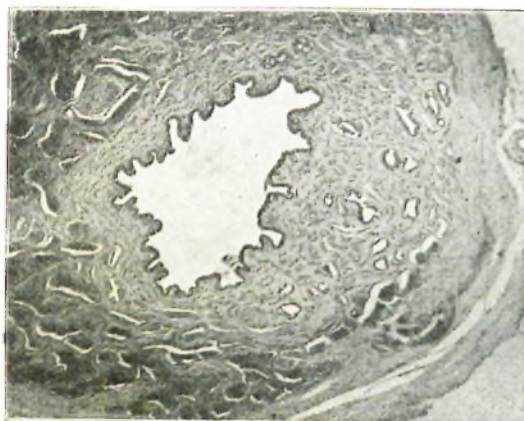
Z przybywaniem tkanki łącznej może nastąpić zbliżo-

wacenie ścianki cewki; staje się ona stopniowo cieńsza, a włókna łączno—tkankowe grubsze i mniej faliste.

Jeśli organizacyi zapalenia podlegają ciała jamiste (Rys. 27), to na koszt ich następuje rozwój tkanki łącznej, i ciała te mogą dojść do takiego ściśnienia, iż będą się przedstawiały w postaci małych i wąskich szpar.

W ograniczonych zapalnych skupieniach komórek przemiana łączno—tkankowa rozpoczyna się zazwyczaj na obwodzie, pośrodku zaś widzujemy nawet sprawy wsteczne: komórki z rozpadającym się jądrem i słabiej barwiące się.

Naczynia włoskowate w miejscach dotkniętych bywają zwykle nadzwyczaj rozszerzone. Są one albo rozrzucone



Rys. 27. Pars pendula. Rozszerzona cewka. Przestrzenie jamiste ciała gąbczastego, ściśnięte sklerotycznie. Ok. 4. Ob. 1. Reichert. (Przypadek Bukowsky'ego).

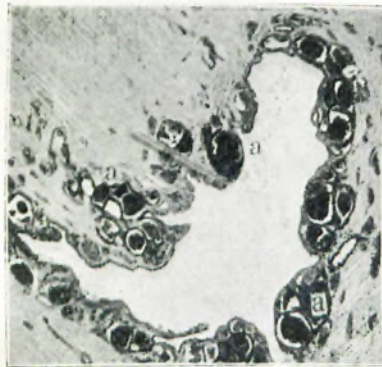
w całej tkance podśluzowej, albo też tworzą skupienia, przypominające bardzo naczyniaki, które wypełniają zupełnie podnabłonkową warstwę cewki (Rys. 28). Widujemy je często aż pod samym wysłaniem nabłonkowym. Ścieńczają one niekiedy nadzwyczaj zapalną tkankę łączną do stanu cienkich przegródek. Ściany naczyń, aczkolwiek są mocno rozciągnięte, jednak przedstawiają się prawidłowo.

Zmiany w nabłonku są następne skutkiem zmian w tkance łącznej. Lekkie lub też dawno przebyte zapalenie nie wywiera żadnego wpływu na nabłonek; przedstawia się on normalnie.

Nad świeższymi i gęstszymi nacieczeniami komórki zapalne przedostają się do warstwy nabłonkowej, a same komórki nabłonkowe obrzękają, powiększają się i złuszczają. Zmniejsza się ilość warstw w nabłonku, powierzchnia jego przestaje być gładką. Może dojść stopniowo do jednej tylko warstwy, do pojedynczych niezłączonych z sobą komórek nabłonka, do zupełnego zniszczenia nabłonka z wypukleniem się nacieczenia do światła cewki.

Złuszczenie nabłonka bywa zarówno nad nacieczeniem rozlanym, jak nad ograniczonym; na wierzchołkach fałd występuje w silniejszym stopniu, aniżeli w zagłębieniach.

Sprawy zapalne wpływają na przekształcenie się nabłonka. F i n g e r przytacza 3 rodzaje zmian: Pierwszy typ

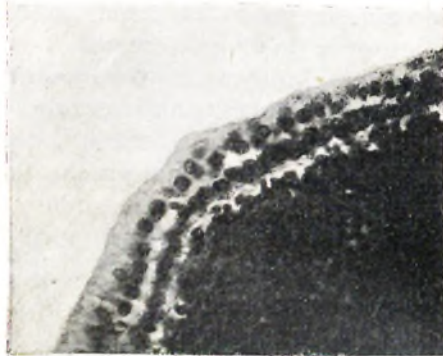


Rys. 28. Część krokowa cewki. Na wzgórku nasiennym i ściankach cewki wzniesienia, wywołane przez rozszerzone naczynia. (Przypadek Bukowsky'ego).

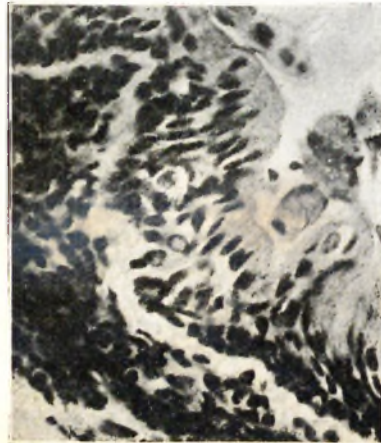
budową swą przypomina nabłonek walcowaty podczas bujania; przytem górną warstwę zamiast komórek walcowatych stanowią niskie kostkowe i wielokątne. Drugi typ—naskórkowy—składa się z dolnej warstwy sześciennej, na niej znajdujemy kilka warstw komórek, podobnych do komórek rete Malpighii, spłaszczających się w miarę zbliżania się do powierzchni. Trzeci typ stanowi nabłonek o niewielu warstwach niskich kostkowych komórek.

W dotkniętem sprawą chorobową miejscu spotykali albo jeden typ, albo też wszystkie obok nabłonka walcowatego. Trzecia postać odpowiada zapaleniom najdawniejszym. F i n g e r twierdzi dalej, iż skutkiem rozciągania nabłonka komórki walcowate przekształcają się w niższe, bar-

dziej sześciennie, a nawet płaskie. B u k o w s k y jednak przychodzi do wniosku, iż rozmaite postacie nabłonka nie są w związku ze zmianami w tkance łącznej. Kostkowy nabłonek znajdujemy nad nacieczeniem rozlanem i ograniczonym, ale zdarza się i nad prawie normalną lub też minimalnie zmie-



Rys. 29. Potężne nacieczenie pod walcowatym nabłonkiem, Ok. 4. Ob. 8. Reichert, (Przypadek Bukowsky'ego).

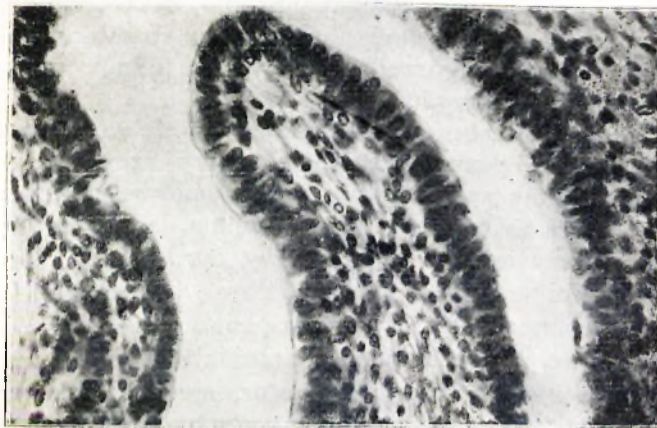


Rys. 30. Zapalenie tkanki podśluzowe, kryte wielowarstwowym walcowatym nabłonkiem. (Przypadek Bukowsky'ego).

nioną tkanką łączną, podczas gdy jednocześnie pod nabłonkiem walcowatym znajdujemy silny stan zapalny (Rys. 29 i 30). B u k o w s k y spotykał nizki kostkowy nabłonek, a również pięknie zachowany walcowaty nabłonek (Rys. 31) o niewie-

łu warstwach nad bliznowaciejącą i starą zbliznowaciałą tkanką. Według niego w normalnej cewce nie zawsze w przedniej części (*orificium* i *fossa navicularis*) nabłonek jest kostkowy, dalej walcowaty, a w tylnych częściach typu pęcherzowego. Od tej zasady widzimy wiele wyjątków. B u k o w s k y przypuszcza, iż nad przewlekłym zapaleniem nabłonek pozostaje takim, jakim był pierwotkowo, a nawet zniszczony odradza się w swej pierwotnej postaci.

B u k o w s k y w licznych przypadkach znajdował wiele komórek kubkowych, wydzielających śluz. Spotykał on je wśród różnych rodzajów nabłonka. Komórki śluzowe ulegają takim zmianom, jakim podlega i nabłonek (łuszcze-



Rys. 31. Pars pendula. Zapalenie organizujące się z niskim walcowatym nabłonkiem. Ok. 4. Ob. 8. Reichert. (Przypadek Bukowsky'ego).

nie). Gruczoły cewkowe, C o w p e r a i stercz dotknięte są głównie następczo. W silniejszych stanach zapalnych ropne ciała przenikają do nabłonka, złuszczają go. Nabłonek wydzielniczy (*acini*) zmianom nie ulega.

Nacieczenie, a szczególnie powstająca tkanka łączna, może uciskać przewody zrazików, tworząc torbiele, których zawartość stanowi zatrzymana wydzielina ze złuszczonej komórkami nabłonkowymi i leukocytami. Skutkiem ucisku blizną może nastąpić rozciągnięcie przewodu w kształcie wałeczka, na którym tkwią zmniejszone znacznie zraziki.

Powyżej opisane sprawy wpływają niekiedy na zmianę światła cewki. Może nastąpić spłaszczenie światła cewki

w kształcie szpary, może znacznie zmniejszyć się, zwięzić światło; na ścianach cewki mogą fałdy wygładzić się, to znów utworzyć się narośle najrozmaitszego kształtu (wypuklenie nabłonka przez ograniczone nacieczenia i przez rozszerzone i pomnożone naczynia). Również światło cewki mogą zmienić torbiele, powstałe przez zasklepienie przewodów gruczołowych.

### Leczenie chronicznej rzeżączki cewki.

#### *Leczenie ogólne.*

Leczenie chronicznej rzeżączki jest nadzwyczaj trudne, wymaga ze strony lekarza wielu wysiłków i zmuśnej pracy, często jednak niebezowocnej. Środki dyetetyczno-hygieniczne i wewnętrzne, choć posiadają w stosunku do miejscowych tylko drugorzędne znaczenie, jednak przynoszą choremu pewną korzyść.

Zostawiamy choremu większą swobodę w zaspakajaniu swych potrzeb i przyzwyczajzeń, niż przy rzeżączce ostrej, zalecamy jednak wystrzeganie się nadmiernego fizycznego natężenia, jak to biegania, jazdy konnej, a szczególnie na rowerze, usuwamy również potrawy bardzo ostro przyrządzone, trunki mocne i w znacznej ilości, a szczególnie wódki i wino szampańskie. Stosunek płciowy działa przeważnie niekorzystnie na przebieg leczenia, niekiedy jednak jesteśmy zmuszeni pozwolić na ten akt, naturalnie w kondomie. Po stosunku nie należy stosować mocnych środków miejscowych, ażeby nie powiększać w taki sposób mogącego nastąpić podrażnienia sprawy.

Regulowanie wypróżnień, ciepłe nasiadówki i wanny, a również morskie kąpiele bywają nieraz ważnym pomocniczym czynnikiem w leczeniu chronicznej rzeżączki.

Środki wewnętrzne mają nadzwyczaj mały wpływ na sprawę i są wskazane tylko przy obostrzeniu zapalenia przewłękłego cewki tylnej i przy zajęciu pęcherza; przy podrażnieniu płciowem stosujemy *narcotica i nervina*, wskazane w odpowiednim miejscu terapii ostrej rzeżączki; wody mineralne, jak np. Narzan, Vichy, Wildungen, Fachingen, pozostają zwykle bez żadnego dodatniego wpływu.

#### *Leczenie miejscowe.*

W sprawach powierzchownych lekarstwa, miejscowo stosowane, mogą w wielu razach zupełnie usunąć ogniska

rzeżączki, zaś w sprawach głębszych wywołują zaledwie przejściowe polepszenie i schodzą na drugi plan wobec leczenia mechanicznego.

L e k a r s t w a, miejscowo używane przy chronicznej rzeżączce cewki, należą do rzędu bakterycyobójczo-ściąających, ściąających i żrących. Wyjątkowo w razie obostrzeń uciekamy się również do środków bakterycyobójczych.

Środki powyższe i cel ich użycia są już nam znane z opisu leczenia rzeżączki ostrej. Stosowanie ich jest przeciwwskazane przy powikłaniach świeższych, jak np. zapalenie jądra, gruczołu krokowego, pęcherzyka nasiennego.

Sposoby stosowania są nadzwyczaj różnorodne:

S z p r y c o w a n i a działają tylko na sprawy umiejscowione w cewce przedniej; używamy w tym celu zwykle, stopniując pod względem czasu i częstości, coraz to mocniejszych rozczyńców.

Dla silniejszego oddziaływania na błonę śluzową możemy po zaszprycowaniu zostawić płyn w kanale na  $\frac{1}{2}$  — 1 godzinę, przewiązawszy ostrożnie żołądz bawełnianą nitką (Moz). Bardzo dobre wyniki daje kwas pikrynowy w rozczyźnie 0,1 — 0,2:100,0. Przemysywnia stosujemy sposobem D i d a y' a.

Używają przy obostrzeniach rozczyńcu U l t z m a n a:

Rp. Alum. depur.  
Zinci sulfur.  
Acidi phenyl. aa 1,0 — 4,0.  
Aq. destil. 1000,0,

a w starszych przypadkach *argentum nitricum* i argentaminę w rozczyźnie 1:5000 — 1:500.

Stosują również i inne środki, np. *Hydrarg. salicyl. Kali carbonici* aa 1,0. *Aq. destil.* 5000,0. S. 1 część lekarstwa na 3—2 — 1 część ciepłej wody. (U l t z m a n n).

P r z e m y w a n i a sposobem J a n e t' a z kali hypermanganicum 1:6000—1:1000 niekiedy dają bardzo dobre rezultaty. J a n e t, przy wtórnych zakażeniach wespół z gonokokami, używa sublimatu 1:20000—1:10000.

B a l z e r stosuje *Collargol* 1:1000.

W k r a p l a n i a cewnikiem G u y o n a lub U l t z m a n a stosujemy chętnie zwykle co drugi dzień, gdy znajdują się dość ściśle określone ogniska rzeżączkowe, szczególnie w cewce tylnej. Do wkraplań używamy środków silnie działających w mocnym stężeniu, np. lapisu  $\frac{1}{4}$ ‰—3‰,

siarczaniu miedzi 1%—10% w wodzie przekroplonej lub w glicerynie.

Ponieważ dość trudno natrafić otworem cewnika na pożądane miejsce, zwilżamy przeto zwykle całą błonę śluzową kanału. Do części tylnej kanału wstrzykujemy nie więcej, niż 1 ccm., żeby ściekającym płynem nie podrażnić błony śluzowej pęcherza. Nie należy przed zabiegiem opróżniać zupełnie pęcherza.

Wkraplania wywołują często przejściowe ropienia i ból, a w tylnej cewce prócz tego silne, często wiele godzin trwające, parcie na mocz.

Ten sposób najlepsze wyniki daje przy zajęciu wzgórka nasiennego.

Smarowanie błony śluzowej uskuteczniamy za pomocą wziernika cewkowego (najlepiej z kauczukową rurką) i odpowiednim pendzelkiem. Do pendzlowania używamy *argentum nitricum i cuprum sulfuricum* 2—20%, jodu w postaci nalewki jodowej, roztworu Lugola, jodu z gliceryną, tanniny z gliceryną aa, sublimatu  $\frac{1}{2}$ —1% w wyskoku. Największą korzyść przynosi smarowanie ziarninujących powierzchni i wzgórek nasiennego nalewką jodową lub 10—20% lapisem.

Smarowanie większych przestrzeni błony śluzowej silnymi środkami wywołuje bardzo często uporczywy ropny odczyn. Dla przedłużenia oddziaływania lekarstw stosujemy je w postaci maści, pałeczek lub antroforów.

Maście najczęściej przepisujemy następujące:

Rp. Argenti nitr. lub cupr. sulfur., a nawet creolini lub jodoformii 1,0—5,0  
Lanolini 95,0  
Ol. olivar. 5,0;

albo:

Rp. Argenti nitr. lub cupr. sulfur. 1,0—5,0  
Lanolini  
Vasel. fl. Amer. aa 50,0.

Na część sterczową cewki dobrze działa następująca maść:

Rp. Kali jodati 5,0  
Jodi puri 1,0  
Lanolini 95,0  
Ol. olivar. 5,0  
Misce exactissime ut f. ungt.



Maście stosujemy za pomocą metalowego cewnika NN 16—18 Char. z tłokiem, t. zw. pistoletu Tomassołego.

Pałeczki można używać z jednym z następujących środków w przepisanej ilości:

Jodoformii 0,5 albo  
Tannini 0,2       "  
Zinci sulfur. 0,2   "  
Cupri sulfur. 0,1   "  
Arg. nitr. 0,05

gelatinae albae q. s. f. supposit. urethralia conica longitudinis 5 cm., crassitudinis 0,5 cm. NX.

Po posmarowaniu oliwą wprowadzamy czopek za pomocą ucisku palcami do odpowiedniego miejsca kanału moczowego, gdzie szybko rozpuszcza się.

Można również sporządzać następujące pałeczki:

Rp. Alum. depur. 1,0  
albo: Tannini p. 0,3—0,5  
      " Zinci sulfur. 0,15—0,3  
      Argenti nitr. 0,1

Butyr. cacao q. s. f. supposit. urethral. brevia NV, które wprowadzamy za pomocą porte-remede Dittla. Przyrząd ten przypomina konstrukcją rurkę endoskopu z zatyczką, tylko że rurka ma krzywiznę, a zatyczka służy również za tłok.

Antrofony, mało teraz używane, składają się z węzowniowato zgiętego drutu, mającego na jednym końcu wypolerowaną gładką gałeczkę, a na drugim pierścień. Drut po-grąża się w nagrzaną maść lapisu lub siarczanu miedzi 2% w gelatinie i następnie, po zastygnięciu maści, wprowadza się do cewki.

#### *Leczenie mechaniczne.*

Dla osiągnięcia wessania głębokich ognisk rzeźączki stosujemy na nie ucisk i rozciąganie.

Dawniej w tym celu używano woskowe i elastyczne świeczki, a w obecnej chwili—metalowe zgłębniki i rozszerzadła. Zgłębnikowanie rozpoczynamy od największego numeru narzędzia, jakie przechodzi przez nacieczenia. W razie zbyt wielkiego zwężenia staramy się przed użyciem

metalowych zgłębników rozszerzyć przejście mniej więcej aż do N 16 Char., za pomocą elastycznych świeczek. Zgłębnikujemy zwykle co drugi dzień, starając się na każdym następnym posiedzeniu wprowadzać narzędzie o jeden numer większe, unikając jednak starannie uszkodzenia błony śluzowej. W razie krwawienia po rękoczynie nie należy stosować na następnym posiedzeniu grubszego cewnika.

Po silnym krwawieniu skutkiem naderwania błony śluzowej należy zgłębnikowanie odłożyć przynajmniej na tydzień. Nie należy również zgłębnikować wobec podrażnienia sprawy, np. bolesnego parcia na mocz, bólów w jądrach, białkomoczu. Przy zbyt wązkim wylocie kanału moczowego nacinamy otwór (meatotomia). Przed zgłębnikowaniem, szczególnie gdy spodziewamy się krwawienia, przemywamy kanał moczowy słabym roztworem kwasu bornego. Cewnik przed zabiegiem powinien być dobrze wygotowany i zwilżony wyjałowioną gliceryną lub oliwą, a żołądz obmyta słabym roztworem odkażającym.

Najczęściej stosujemy metalowe zgłębniki z krzywizną Dittla albo Guyona, tylko wyłącznie do przedniej cewki bierzemy proste cewniki ze stożkowatym zakończeniem.

Cewnik zostawiamy na 10—20—30 minut i dłużej w kanale i następnie ostrożnie wyjmujemy.

Bardzo skutecznie działa miesienie cewki na cewniku. Beni qu'ego, szczególnie gdy wyczuwamy zgrubienia, odpowiadające nacieczeniom gruczołu lub torbielom. W ciągu 2—3 minut staramy się opróżnić zawartość gruczołu za pomocą palców, a następnie zastrzykujemy do cewki 1—2,0 roztworu kollargolu 1:20 (Tansard) albo 5,0 wody utlenionej na 95,0 wody przekroplonej (Mottz). Zgłębniki, ze względu na niejednakową rozciągliwość kanału moczowego w różnych okolicach, nie wywierają na całej długości równomiernie silnego ucisku. Rzadko również bywa możliwe wstawienie wyższych numerów ponad 30 Char. Braki te usuwamy, stosując rozszerzadła.

Rozszerzadła, bardzo zalecane przez wielu urologów (Kollmann, Oberlander, Wossidlo), będąc zaśrubowane, mają niewielką objętość i można je wprowadzać nawet przez wązki otwór kanału moczowego; objętość rozszerzadła po rozśrubowaniu stosuje się w każdym miej-

scu do normalnej rozciągliwości cewki, skutkiem czego ucisk wszędzie jest równomierny.

Obecnie najlepsze są rozszerzadła Kollmanna z czterema okrągłymi ramionami, tak że nie wymagają nawet zakładania powłoczki gumowej. Długość i krzywizna rozszerzadeł bywa różna w zależności od ich przeznaczenia do przedniej wyłącznie, czy też zarazem i do tylnej części kanału.

Rozszerzadła ośmioramiennie działają równomierniej na błonę śluzową kanału, niż czteroramiennie, lecz są mniej trwałe.

Rozszerzadła powinny być przed użyciem dobrze wyjałowione w gotującej wodzie i zwilżone wyjałowioną gliceryną lub tłuszczem, po użyciu wysuszone, a ramiona rozszerzadeł posmarowane parafiną.

Technika rozszerzania nie różni się wiele od techniki zgłębnikowania. Pacjent oddaje mocz i przyjmuje pozycję leżącą. Po obmyciu żołędzi i napletka słabym roztworem sublimatu, wlewamy do cewki chorem bardzo wrażliwym parę ccm. środka znieczulającego, np. 2% lub 3% B-eukainy na kilka minut. Lepiej jednak obywać się bez znieczulania, gdyż niewrażliwa błona śluzowa może być zbyt silnie rozciągnięta. Rozszerzadło, po dokładnem zaśrubowaniu, należy wprowadzać bardzo ostrożnie i powoli do kanału moczowego. Wprowadzanie odbywa się sposobami, podanymi przy zgłębnikowaniu. Zauważymy, że dla rozszerzania części opuszkowej zakrzywionymi rozszerzadłami koniec dzioba powinien znajdować się w części błoniastej, a narzędzie pod kątem 45° do linii poziomej ciała. Po wprowadzeniu rozszerzadła do odpowiedniego miejsca rozpoczynamy powoli rozśrubowywanie. Gdy pacjent czuje silne rozciąganie błony śluzowej, przerywamy czynność, a w razie bólu ześrubowujemy nawet rozszerzadło. Wrażliwą i łatwo krwawiącą błonę śluzową rozszerzamy zwykle na pierwszym posiedzeniu nie wyżej ponad 25 Char, a przy silnych zwężeniach znacznie mniej. Na każdym następnym posiedzeniu posuwamy się o pół, jeden, najwyżej o dwa numery wyżej, zależnie od wrażliwości chorego, krwawienia błony śluzowej, twardości nacieczeń i stopnia rozciągnięcia cewki, czyli od wysokości numeru: Do 32 Char. można na każdym nowym posiedzeniu rozśrubowywać mniej więcej o 1-2 numery, od 32-35 Char. najwię-

cej o numer, a powyżej 35 Char. nigdy ponad pół numeru. Posiedzenia trwają przy rozszerzaniu do N 32 Char. około 10 minut, od 32 do 35 Char. 15—20 minut, a powyżej 35 Char. 30 minut.

Do nowego posiedzenia można tylko wtedy przystąpić, gdy odczyn po poprzednim przeszedł, najczęściej bywa to po 8 dniach, w razie krwawienia należy poczekać najmniej dwa tygodnie.

Przy rozszerzaniach okazuje nam wielkie usługi wziernik cewkowy, wskazując umiejscowienie nacieczeń i stan błony śluzowej po zabiegu. Rozszerzania wywołują zapalny odczyn tkanki, który prowadzi do wessania nacieczeń, rozgniecenia torbieli i opróżnienia zawartości gruczołów. Zarazem gonokoki, umiejscowione w głębi tkanki, wydostają się na powierzchnię błony śluzowej. Często powstają małe podłużne pęknięcia, na których nabłonek przeważnie nie jest wcale uszkodzony. Nacieczenia miękkie i nacieczenia twarde gruczołowe w ciągu kilku dni po pierwszych rozszerzaniach wydzielają zwykle obficie ropę lub śluzo-ropę.

Po następnych—odczyn zapalny stale się zmniejsza, niekiedy jednak niespodziewanie zjawia się obfity ropny wyciek.

Torbielowate twarde nacieczenia rzadko bardzo po pierwszych rozszerzeniach dają obfity wyciek. Zwykle ilość wydzieliny zmniejsza się od samego początku, choć niekiedy nagle się powiększa. Krwawienia po rozszerzaniach należy starannie unikać; powstaje ono najczęściej skutkiem zbyt silnego albo pośpiesznego rozsrubowania rozszerzadła, szczególnie gdy błona śluzowa jest znieczulona. W niektórych przypadkach trudno się od krwawienia ustrzedz, usuwamy je uciskiem cewki lub pałeczkami:

Rp. Stypticini 0,03—0,04  
But. cacao 1,0.

Gorączka zjawia się niekiedy nawet po odpowiednim wyjałowieniu narzędzi i przemyciu cewki roztworem kwasu bornego przed zabiegiem.

Chorym, skłonny do gorączkowania, podajemy przed rozszerzeniem proszek urotropiny lub antypiryny, a po rozszerzeniu przemnywamy cewkę roztworem lapisu 1 : 1000, zalecamy spokój, gorącą herbatę lub czarną kawę.

U osób, skłonnych do mdlenia, unikamy rozszerzeń w pozycji siedzącej i na czczo.

Zabieg ten jest przeciwwskazany przy obostrzeniach sprawy, przy świeżych powikłaniach ze strony gruczołu krokowego, jąder i t. d., przy gruźlicy organów moczopłciowych, a także często przy cukrowej chorobie i zapaleniu nerek.

Obecność w wydzielinie nieznacznej ilości gonokoków i drobnoustrojów wtórnego zarażenia nie tylko nie powinna powstrzymać od powyższego zabiegu, lecz nawet do niego zachęcać.

*Metoda mechaniczna w połączeniu ze środkami farmaceutycznymi.*

Działanie mechaniczne ucisku i rozciągania często łączymy z działaniem lekarstw.

W tym celu stosujemy zgłębniki, posmarowane maściami (Casper, Unna), i rozszerzadła opłukujące (Kollmann, Wossidlo).

Zgłębniki smarujemy takimi maściami, które rozplývają się przy nieznacznem nawet nagrzewaniu, np.

Rp. Butyr. cacao 10,0  
Tannini puri 2,8  
Extr. opii 0,5

Rp. Butyr. cacao 10,0  
Arg. nitr. 0,5  
Extr. belladonnae 1,0

Rp. Butyr. cacao 10,0  
Cerae flavae 0,2—0,5  
Argenti nitr. 0,1  
Bals. Peruviani 0,2

Zamiast okrągłych cewników można stosować rowkowane, a zamiast butyr. cacao—gelatine, jako constituens. Twardą masę przed posmarowaniem należy zlekka nagrzać i rozpuścić; zastyga ona dość szybko na zgłębniku. Powyższy rękoczyn ma tę niedogodną stronę, iż poddaje zarazem i zdrową tkankę działaniu bardzo mocnych lekarstw, a przytem twardych; masę najczęściej ściiera się ze zgłębnika o brzeg twardych nacieczeń i nie przedostaje się głębiej.

Rozszerzadła opłukujące (Rys. 32) różnią się od zwykłych tem, iż posiadają kanał z otworami w osi przyrzędu. Płyn wchodzi do kanału przez jeden otwór w ręczce rozszerzadła, opłukuje cewkę i wychodzi drugim otworem. Narzędzia te posiadają najmniejszą grubość 25 Char. i naturalnie używają się bez gumowych powłoczek.



Rys. 32.

Podczas stopniowego rozsrubowywania rozszerzadła opłukującego w cewce przemywamy wielokrotnie błonę śluzową lekarstwem, nagrzanem do  $1^{\circ}$  30 $^{\circ}$ , a niekiedy nawet 50 $^{\circ}$  C. zostawiamy narzędzie na kilka-kilkanaście minut w odpowiednio rozciągniętym kanale moczowym i znów przemywamy parę razy podczas zaśrubowywania. Za każdym razem używamy 100,0—200,0, a w ogólnej ilości na posiedzeniu 1—2 kwarty środków bakteryobójczo-ściąających, jak np. kalii hypermang., argent. nitr., argentaminy, ichtarganu w roztworach 1 : 5000 — 1 : 3000 — 1 : 1000, kollargolu 1 : 1000 i t. p. Niekiedy w lżejszych przypadkach lub u osób bardzo wrażliwych można ograniczyć się do stosowania ciepłego roztworu kwasu bornego.

Po zabiegu widzimy zwykle obfitą ropną wydzielinę, która szybko znika. Rozszerzania opłukujące powtarzamy przeważnie co 5—10 dni w zależności od odczynu. Drażnią one zwykle błonę śluzową nie więcej, niż zwykłe przemywania, a zabezpieczają w znacznej mierze od dość często zdarzających się ubocznych działań przy zwykłych rozszerzeniach. Ta metoda okazuje się skuteczna przy wszystkich postaciach chronicznej rzeżączki, a szczególnie przy miękkich nacieczeniach, przy twardych gruczolowych nacieczeniach i przy umiejscowieniu chr. rzeżączki w tylnej części cewki.

#### *Leczenie elektrolizą i temperaturą.*

Niekiedy, nawet po najdokładniejszych rozszerzeniach opłukujących, pozostaje pewna ilość gruczolów cewkowych w stanie zapalnym, które wydzielają ropę lub śluzo-ropę

i mogą posłużyć za punkt wyjścia do nowych obostrzeń i rozprzestrzeniania się sprawy. Gruczoly te najlepiej znisz-



Rys. 33. Elektr. igła Kollmana.

czyć za pomocą elektrolizy (Kollmann, Bensa, Janet, Luy s), choć można to uskutecznić również przez wyskrobywanie małą łyżeczką, zastrzyknięcie do otworów gruczolowych za pomocą szpryki z długą i cienką igłą paru kropli kilkoprocentowego lapisu i t. d.

Elektrolizę wykonywamy zawsze przy pomocy endoskopu; wprowadzamy ostrze igły platynowej (Rys. 33) do otworu gruczolowego i, działając prądem o sile 3—5 miliamperów w ciągu 1—2 minut, niszczymy w taki sposób na jednym posiedzeniu 2—3 gruczoly. Po mniej więcej 10 dniach dobrze jest wprowadzić do kanału cewnik możliwie gruby, żeby przypadkowo nie utworzyła się zbyt ściągająca blizna.

Przy czysto nerwowych objawach i przy przewlekłych nacieczeniach (Rei s s) dobrze niekiedy działa prąd galwaniczny; w pierwszych przypadkach stosujemy w ciągu 5 minut 1—2 miliamp., a w drugich 5—20 miliamp., postawiwszy na krocze elektrodę dodatnią (węgiel), a ujemną (cynkowy zgłębnik — Rys. 34 i 35) wprowadziwszy do cewki.

Na stan zapalny wzgórek nasienno, na wynikłe skutkiem tego zaburzenia w sferze płciowo-nerwowej, często bardzo dobrze działają psychrofony,



Rys. 34. Rys. 35.

t. j. metalowe cewniki, we wnętrzu których krąży woda i nadaje cewnikowi odpowiednią ciepłotę. Rozpoczynamy zwykle od pokojowej temperatury i dochodzimy stopniowo na następnych posiedzeniach do 10° C. i poniżej. Można również i podnosić temperaturę do 40° i wyżej. Posiedzenie trwa 10—20—30 minut. Psychrofony działają zarazem jak zgłębniki skutkiem ucisku.

#### *Metoda leczenia.*

Przedewszystkiem staramy się usunąć stan podostry, połączony względnie z dość obfitym ropnym lub śluzo-ropnym wyciekami, za pomocą przemywań i wkraplań na cały kanał moczowy, a szprycowań do przedniej jego części. Po usunięciu sprawy rozlanej i powierzchownej, pozostają głębokie nacieczenia, na które działamy, łącząc zgłębnikowanie i rozszerzanie z przemywaniami i wkraplaniami (a dla cewki przedniej zarazem ze szprycowaniem).

U l t z m a n n podał następujący szemat zastosowania powyższej metody:

- 1 posiedzenie—Zgłębnik N. 21. Przemywanie ciepłym rozczynek U l t z m a n n a 1 : 750
- 2 posiedzenie—Zgłębnik N. 22. Przemywanie powyższym rozczynek 1 : 500
- 3 posiedzenie—Zgłębnik N. 23. Przemywanie rozczynek kali hypermang. 1 : 2000
- 4 posiedzenie—Zgłębnik N. 24. Przemywanie rozczynek kali hypermang. 1 : 1300
- 5 posiedzenie—Zgłębnik N. 25. Przemywanie rozczynek argent. nitr. 1 : 1500
- 6 posiedzenie—Zgłębnik N. 26. Przemywanie rozczynek argent. nitr. 1 : 1000
- 7 „ Wkraplanie 3% *cuprum sulfur.* 3,0
- 8 „ Zgłębnik N. 27. Przemywanie rozczynek kali hyperman.
9. Wkraplanie 5% *cuprum sulfuricum* 3,0
10. Zgłębnik N. 28. Przemywanie rozczynek kali hyperm.
11. Wkraplanie 2%—5% arg. nitr. 2,0
12. Zgłębnik N. 29. Przemywanie rozczynek kali hyperm.
13. Wkraplanie 5% arg. nitr. 1,0
14. Zgłębnik N. 30. Przemywanie rozczynek kali hyperm.



Lepsze rezultaty dają rozszerzania lub opłukujące rozszerzania co 6—10 dni (Reiss), a w trakcie pomiędzy nimi co drugi dzień przemywania sposobem D i d a y'a lub J a n e t'a (B o r z ę c k i) za pomocą rozczyń kalic hyperm., a następnie argentum nitr. 1 : 5000 — 1 : 1000, póki odczyn po rozszerzaniu nie ustąpi.

Zarazem można stosować szprycowania do przedniej części cewki.

Nie należy przemywać zbyt często, np. codziennie, i nie stosować zbyt drażniących i w zbyt mocnym stężeniu środków. Zaraz po rozszerzaniu lub nawet po przemywaniu przerywamy szprycowanie, żeby nie wywołać silniejszego podrażnienia.

Niepoddające się rozszerzaniu twarde blizny leczymy wewnętrzną uretrotomią lub nożem wewnątrzcewkowym (Rys. 36) przy pomocy wziernika cewkowego.

Pozostałe po rozszerzaniach uporczywe zapalenia gruczołów usuwamy za pomocą elektrolizy, przyżegania, a zaburzenia przy zajęciu wzgórka nasiennego — za pomocą psychroforów, wkraplania lub smarowania rozczynek stężonego łapisu i t. p.

Gdy sprawa pomimo energicznego zastosowania wszystkich możliwych środków nie poddaje się leczeniu, należy zabiegi przerwać i po pewnym odpoczynku znów je wznowić, często już z daleko lepszym rezultatem. Naturalnie należy zarazem leczyć powikłania.



Rys. 36.

## II. POWIKŁANIA MIEJSCOWE RZEŻĄCZKI CEWKI MOCZOWEJ.

W wielu przypadkach rzeżączki cewki moczowej następują powikłania w narządach moczopłciowych: zapalenie żołądki i przewodów przycewkowych, nacieczenia i ropnie okołocewkowe, zapalenie gruczołów Cowperi, naczyń i gruczołów limfatycznych—przy rzeżączce cewki przedniej, zapalenie gruczołu krokowego, najądrza, pęcherza, pęcherzyków nasiennych, miedniczek nerkowych i nerek—przy rzeżączce cewki tylnej. Powikłania powstają zwy-

kle w ostrym okresie rzeżączki lub podczas obostrzeń w przewlekłym, niekiedy jednak zjawiają się one w przewlekłym okresie rzeżączki bez żadnej widocznej przyczyny.

#### **Zapalenie rzeżączkowe żołądźci.**

Zapalenie żołądźci i wewnętrznej powierzchni napletka zdarza się dość często, szczególnie u osób nieporządnym i obdarzonych długim i wązkim napletkiem.

Wrodzony krótki napletek lub też obrzezany zabezpiecza prawie zawsze przed zakażeniem.

Zapalenie rzeżączkowe napletka powstaje zwykle skutkiem zbierania się pod nim rzeżączkowej wydzieliny, pochodzącej z cewki. Rzeżączkowa wydzielina z pochwy kobiecej może również dostać się podczas spółkowania pod długi napletek i wywołać zapalenie żołądźci jeszcze nawet przed zjawieniem się rzeżączki cewki moczowej. Należy przypuścić, iż zapalenie żołądźci bywa powodowane nie tylko drażniącą ropną wydzieliną, lecz i samymi gonokokami i produktami ich działalności, gdyż spotykamy niekiedy w owrzodzeniach żołądźci czyste hodowle gonokoków.

W początkowym okresie zapalenia żołądźci zjawia się palenie i swędzenie, a niekiedy podrażnienie płciowe. Z otworu worka napletkowego wydziela się ropa, często bardzo cuchnąca. Po odciągnięciu napletka i po obmyciu ropy widać ogniska ściśle ograniczone lub też całą powierzchnię zaczerwienioną, nabrzmiąłą, pozbawioną miejscami naskórka. W późniejszym okresie spotykamy już dość głębokie i szerokie owrzodzenia. Z wzmożeniem się objawów zapalnych nie możemy odciągnąć napletka, staje się on coraz więcej nabrzmiąły, bolesny; tworzy się zapalna stulejka. Sprawa zapalna przechodzi również na naczynia chłonne grzbietowej powierzchni prącia. Przebiegają one nieraz w postaci twardych i zaczerwienionych sznureczków aż do wzgórka łonowego i łączą się z obrzmiętymi gruczołami pachwinowymi. W bardzo ostrych przypadkach prącie przyjmuje mocno czerwone zabarwienie, zjawiają się ogniska niebieskawe, podlegające zgorzeli, które następnie oddzielają się; poczem owrzodzenia ziarninują i zablźniają się. Współcześnie ze zjawieniem się zgorzeli może nastąpić podniesienie ciepłoty i ogólne niedomaganie.

Rozpoznanie bywa łatwe, póki można odciągnąć napletek.

Nadżerki i owrzodzenia rzeźączkowego zapalenia żołądźci odróżniają się od miękkiego szankra tem, iż są więcej płaskie, nie posiadają słoninowatego nalotu i ostro podniesionych brzegów, goją się przytem szybko przy czystym utrzymaniu owrzodzenia.

Twarda spoistość owrzodzeń w rowku wieńcowym może wzbudzić podejrzenia co do syfilitycznego ich pochodzenia. W tych razach o charakterze sprawy decyduje przeważnie przebieg owrzodzeń.

O pochodzeniu ropy można łatwo przekonać się, odciągając napletek, obmywając żołądź i wyciskając cewkę.

Trudniejszym bywa rozpoznanie przy zapalnej stulejce.

Przedewszystkiem mikroskop decyduje, czy w wydzielinie znajdują się gonokoki, następnie za pomocą cienkiego cewnika przemywamy starannie worek napletkowy i z oddanego następnie przez chorego moczu wnioskujemy o stanie cewki moczowej.

Miękki szankier rozpoznajemy gdy: 1) w wydzielinie spotykamy laseczniki *Ducrey'a*, 2) wydzielina szczepiona wywoła szankry miękkie i 3) zjawia się ostre i mocno wyrażone zapalenie gruczołu pachwinowego. Ten ostatni objaw bywa również i przy *balanitis ulcerosa*. Często też dokładne rozpoznanie udaje się nam dopiero po operacji stulejki.

Za syfilitycznym szankrem przemawia twardość przy macaniu, niebolesne obrzmienie gruczołów chłonnych, a niekiedy już i wtórne objawy przymiotu; syfilityczne grudki i kilaki rozpoznajemy z wywiadów i z innych, towarzyszących przymiotowi drugo i trzeciorzędnemu, objawów.

Rokowanie przy zapaleniu żołądźci bywa względnie dobre, przechodzi ono zwykle w ciągu tygodnia; niekiedy jednak pozostają zrosty żołądźci i napletka i zeszpeceńia, powstałe po zgorzeli.

Leczenie w lżejszych przypadkach zasadza się na usunięciu wydzieliny i oczyszczeniu żołądźci i napletka wodą czystą, borną, roztworem  $\frac{1}{4}\%$  argenti nitr. lub kali hypermanganici, przysypywaniu grubo talkiem, mączką ryżową.

Nadżerki i owrzodzenia smarujemy lapisem  $1\%$ — $20\%$ , rezorcyną  $5$ — $10\%$  lub siarczanem cynku z atropiną:

Rp. Atropini sulfur. 0,05  
 Zinci sulfur. 0,1  
 Acidi borici 0,25  
 Aq. destil. 25,0

przysypujemy tanniną, tannoformem i t. d.

Po każdym zabiegu należy dokładnie naciągnąć na żołądz napletek, żeby nie spowodować załupka.

Przy powikłaniach stulejką usuwamy starannie ropę za pomocą częstego szprycowania pod napletek ciepłej wody bornej, lapisu  $\frac{1}{4}\%$ , rezorcyny  $1\%$ — $5\%$ ; silne zapalne objawy zmuszają położyć chorego do łóżka, wcierać masę szarą, nadać wysokie położenie prąciu, robić okłady z *alum. acet.*  $1\%$ — $2\%$  przy pomocy woreczka Teufla, a nawet okłady z lodu.

Jeśli wszystkie powyższe środki nie zmniejszą stanu zapalnego, i grozi zgorzel, należy dokonać grzbietowego nacięcia lub obrzezania. Wązki i obrzmiały napletek niekiedy nie daje się naciągnąć na żołądz, wewnętrzna powierzchnia napletka wypukła się miejscami na zewnątrz, zostaje on silnie uciśnięty pierścieniem *limbi praeputii*,—tworzy się załupek, który skutkiem utrudnienia w krążeniu krwi może doprowadzić do częściowej zgorzeli napletka.

Załupek staramy się usunąć, naciągając przedewszystkiem napletek na żołądz. W tym celu palcem środkowym i wskazującym obejmujemy wypukłony nazewnątrz napletek, a dużym palcem uciskamy na żołądz z boku. Stosowanie okładów z *alum. acet.*  $1\%$  na mocno obrzmiały narząd ułatwia niekiedy znacznie wprawienie. Jeśli zabieg pozostanie bez skutku, należy przeciąć napletek po grzbietowej powierzchni i najlepiej zaraz potem dokonać obrzezania.

#### Zapalenie rzeżączkowe przewodów przycewkowych.

Przewody przycewkowe stają się niekiedy siedliskiem gonokoków i innych drobnoustrojów, jak np. gronkowców i paciorkowców. Gonokoki, pozostając w tych przewodach po usunięciu sprawy z cewki, mogą być przyczyną zarażenia powtórnego lub udzielenia się rzeżączki kobiecie.

Otwory zajętych przewodów przycewkowych bywają niekiedy zaczerwienione, często zaś tylko wychodząca przy ucisku ich ropa zdradza obecność tego powikłania. Prze-

bieg i kierunek przewodów można zbadać za pomocą cieniutkiej metalowej sondy, szczególnie po wprowadzeniu do cewki metalowego zgłębnika.

Usuwanie przewodów zajęte za pomocą elektrolizy lub galwanokaustyki, a gdzie to możliwe, za pomocą zupełnego wyluszczenia. Gdy otwory są dość duże, można przez nie zastrzyknąć 5%—10% lapisu. Szczególniej uporczywymi bywają zajęte przewody, idące od wewnętrznej powierzchni cewki, które mogą tworzyć ropnie wielkości grochu, z czasem otwierające się na zewnątrz lub wewnątrz cewki.

#### **Okółocewkowe rzeźączkowe nacieczenia i ropnie.**

Gonokoki, przerastając ścianki gruczołów cewkowych, głębiej leżących, i sąsiednią tkankę łączną aż do ciał jamistych, wywołują nacieczenia naokoło tych gruczołów i często zarośnięcie ich przewodów; w taki sposób tworzą się dość twarde nacieczenia i ropnie wielkości ziarnka konopi, grochu. Szczególniej często zjawiają się one w okolicy wędzidełka i opuszki na dolnej powierzchni cewki. Te nacieczenia mogą wessać się w ciągu kilku tygodni, lub częściej, ropiejąc otwierają się na zewnątrz lub wewnątrz cewki.

Zwykle nie pozostawiają one po sobie większego zwięzienia cewki. Niekiedy jednak tworzą się znacznie większe ropnie, zajmujące ciała jamiste, które po opróżnieniu na zewnątrz lub wewnątrz cewki, stają się powodem bardzo złych następstw: po utworzeniu się ropnia wewnątrz cewki, może powstać zaciek i zakażenie moczowe lub przetoka; zabliznianie się tych miejsc wywołuje silne zwięzienia, wyginania się prącia przy naprężeniu, a nawet niemożność spółkowania.

Czasami chory nie odczuwa przy nacieczeniach i ropniach okółocewkowych żadnych przykrości, często jednak zjawiają się bóle, które powiększają się przy moczeniu i naprężeniu prącia.

Macając, wyczuwamy mniej lub więcej bolesne guziki; naciskając je, możemy niekiedy z otworu cewki wygniść nieco ropy. Leczenie w tych razach powinno być przede wszystkim wyczekujące. Należy wystrzegać się wszystkiego, co może podrażnić sprawę i sprzyjać rozszerzaniu się jej w głąb. To też przy dużych nacieczeniach należy miejscowe leczenie stosować bardzo ostrożnie, lub lepiej

zupełnie je przerwać, zaś przy mniejszych—ostrożne przemywania lub szprycowania nie są przeciwwskazane. Na nacieczenia przedewszystkiem stosujemy okłady ze środków ściągających, a później—okłady gorące borowinowe, jodvasogen, szarą maść i t. d.

Jeśli tylko można uprzedzić opróżnienie się ropnia na wewnątrz do cewki zewnętrznem nacięciem, należy to pospiesznie wykonać. Zacieki moczowe i przetoki wymagają odpowiedniego chirurgicznego leczenia.

#### **Zapalenie rzeżączkowe gruczołów opuszkowo-cewkowych** (gl. Cowperi).

Gruczoły opuszkowo-cewkowe rzadko podlegają rzeżączkowemu zapaleniu, częściej bywa zajęty tylko ich przewód. Skutkiem przejścia sprawy zapalnej na gruczoły i okrażającą je tkankę, wyczuwamy z jednej, a rzadko bardzo z obu stron krocza podługowate, twardsze lub miększe guzy wielkości mniej więcej śliwki, bolesne przy ucisku. Często chory uczuwa nawet w stanie spoczynku dotkliwy ból, który zwiększa się podczas ruchu. W razie zropienia gruczołów, ból powiększa się, skóra nad gruczołem silnie czerwieni się; ropień przeważnie odkrywa się nazewnątrz. Niekiedy następuje powolne zmniejszanie się objawów zapalnych, które mogą nawet zupełnie zniknąć, lub pozostawiają po sobie mały twardy guzik. Ropienie, przechodząc na sąsiednią tkankę łączną, daje niekiedy początek dużym ropowicom na kroczu. Spostrzegamy wtedy u chorego utrudnione oddawanie moczu, a podczas ropienia gorączkę.

Leczenie w ostrym okresie zasadza się na dawaniu wewnątrz środków przeciwgnilnych i balsamicznych, położeniu chorego do łóżka, ciepłych okładach na krocze; w razie silnych bólów stosujemy na krocze lód, a do kiszki stolcowej—czopki z morfiną i belladonna. W przewlekłym okresie zalecamy gorące borowinowe okłady, szarą maść na krocze, gorące nasiadówki i miesienie gruczołów.

#### **Zapalenie rzeżączkowe naczyń i gruczołów chłonnych.**

Podczas ostrego okresu rzeżączki cewki spostrzegamy niekiedy na grzbiecie prącia bolesne nabrzmienia naczyń chłonnych i w pachwinach nabrzmienie gruczołów,

Gruzoły chłonne mogą być zajęte nawet wtedy, gdy naczyńca pozostają nietknięte.

Przeważnie gruczoły nie są zbyt powiększone i rzadko bardzo ropieją. Zajęcie powyższych narządów można objaśnić przedostaniem się po drogach chłonnych gonokoków, lub innych drobnoustrojów, a może do pewnego stopnia działaniem wessanych gonotoksyn.

Spokój, okłady, szara maść usuwają zwykle szybko te objawy.

Zropiałe gruczoły należy przeciąć, np. następującym sposobem: zrobić małe nacięcie, wielkości  $\frac{1}{2}$  cm. nacięcie, za pomocą wprowadzonego do otworu zgłębnika, zniszczyć przegródki, wygnieść ostrożnie ropę, wymyć jamę 1% lapisem i wypełnić ją za pomocą szprycy nagrzaną 5% jodoformową lub protargolową maścią na waselinie. Pierwszy opatrunek robimy po 2—3, a następny po 5—6 dniach.

#### Zapalenie rzeżączkowe sterczu (*Prostata*).

Zapalenie gruczołu krokowego jest jednym z najcięższych i najczęstszych powikłań rzeżączki cewki tylnej, dla tego też zasługuje na specjalną uwagę. Stercz obejmuje cewkę w części, która bierze od niego swą nazwę, posiada normalnie wielkość mniej więcej kasztana, należy do gruczołów pęcherzykowo-kanalikowych, składa się z 30—50 zrazików, których jamki są wysłane walcowatymi komórkami. Przez odbytnicę wyczuwamy palcem wierzchołek sterczowy w odległości mniej więcej 4—5 cm. od otworu stolcowego; sięgając dalej palcem, możemy dobrze wymacać gładką, napiętą, elastyczną powierzchnię gruczołu pod przesuwalną ścianką kiszki. W odległości mniej więcej 7—7 $\frac{1}{2}$  cm. od otworu stolcowego wyczuwamy wgłębione nieco spojenie obu bocznych zrazów; przedniego zrazu palcem nie udaje się wyczuć. Badanie palcem dla chorego bywa nie tyle bolesne, ile nieprzyjemne. Badanie można sobie ułatwić, wstawiwszy do kanału moczowego zgłębnik metalowy, lub pomagając sobie palcami drugiej ręki, jak w ginekologicznej praktyce. Przejście sprawy rzeżączkowej z cewki tylnej na przewody sterczowe i sam gruczoł jest nadzwyczaj łatwe ze względu na ścisły związek anatomiczny tych narządów. To też według Petersena zapalenie gruczołu krokowego zjawia się w 50% ostrej rzeżączki cewki i w 87% przewlekłej.

### Zapalenie sterczu ostre.

Ostre zapalenie sterczu nie występuje zwykle wcześniej, niż przy końcu trzeciego tygodnia od zarażenia, wyjątkowo tylko zjawia się wcześniej przy *abusus in Baccho et Venere* i przy przeniesieniu ropy za pomocą narzędzia do tylnej cewki. Przejawia się w następujących postaciach:

1) Przekrwienie sterczu zdarza się najczęściej. Chorzy przy tem odczuwają ból i ciężkość w kroczu i pełność w kiszce stolcowej. Parcie na mocz zwykle bywa wzmożone, a oddawanie stolca połączone z lekkim bólem. Badanie palcem przez kışkę stolcową wykazuje powiększenie, bolesność i podniesienie ciepłoty gruczołu. Mocz, oddany kolejno do dwóch szklanek, jest w obu mętny, wydzielina z cewki obfita. Stan ten znika sam przez się z ustąpieniem ostrego okresu rzeżączki, jeśli tylko zewnętrzne podrażnienia nie spowodują przejścia w następne postaci.

2) Zrazikowa postać (*prostatitis follicularis*) występuje w 6—24 godzin po podrażnieniu. Zjawia się częste i silne parcie na mocz, palenie i ból w okolicy tylnej części cewki. Obfita przedtem wydzielina zwykle zmniejsza się. Obie porcyce moczu—mętne z nitkami. Przy zatkaniu odpowiedniego przewodu, a więc przy tworzeniu się wrzodu zrazikowego, ból wzmagą się.

Przy badaniu przez prostnicę wyczuwamy zwykle w mięszu sterczu małe, twarde, wielkości grochu guziczki, bolesne przy ucisku.

Po opróżnieniu się zawartości ropnia na zewnątrz zmniejszają się subiektywne objawy i powiększa się ilość ropy w ostatniej porcyi moczu, lecz niedługo znów się zmniejsza. Postać ta ma wielką skłonność do przejścia w upartą, przewlekłą i do nawrotów po każdym podrażnieniu.

3) Mięszowe zapalenie (*pr. parenchymatosa*) powstaje z powyżej opisanych, lub też samodzielnie. Początkowo objawy jego nie różnią się wiele od ostrego zapalenia cewki tylnej, i możnaby nawet nie zauważyć zjawienia się tego cierpienia, gdyby nie badanie przez odbytnicę, które wskazuje na ogólne albo częściowe obrzmienie i bolesność gruczołu.

Ze zwiększeniem się nabrzmienia sterczu cierpienia chorego stają się silniejsze. Powiększa się uczucie pełności w kiszce stolcowej, zjawiają się w kroczu i w prostej kiszce silne, rwące, strzelające bóle w kierunku do żołądźi, krzyża i biodra. Skutkiem bólu przy ucisku na krocz,



chory nie może siedzieć i leży na wznak z rozpostartymi i zgiętymi w kolanach nogami. Oddawanie moczu bywa utrudnione, a nawet dochodzi do zatrzymania go. Zaparcie stolca, zmniejszenie wycieku z cewki, zwiększanie się bólów przy wypróżnianiu, długotrwałe naprężenia prącia i zmaży, a nawet, przy silnym zapaleniu, dreszcze i gorączka towarzyszą często tej postaci.

Badanie przez prostnicę wykazuje wyraźnie odróżniające się od sąsiedniej tkanki nabrzmienie zapalne w postaci twardego napiętego lub elastycznego, obrzękniętego guza, z powierzchnią gładką lub nierówną. Guz bywa zwykle dwa i więcej razy większy, niż normalny stercz, i ucisk na niego bolesny.

W razie zajęcia tylko jednego zrazu, guz nie dosięga tak dużych rozmiarów, łatwo jednak odróżnia się od normalnych sąsiednich zrazów. Już po tygodniu, dwóch, od chwili zjawienia się, mięszone zapalenie albo zaczyna się powoli rozchodzić, albo też ropieje.

W pierwszym przypadku ustępują powoli wszystkie objawy mięszonego zapalenia, i powraca obfitszy wyciek z cewki.

W drugim przypadku ropieniu towarzyszą dreszcze, gorączka przerywana. Bóle przy moczeniu stają się coraz silniejsze; niekiedy następuje zatrzymanie moczu, dokuczają również ból i pulsacja w okolicach sterczu, parcie na stolec, ból głowy, pragnienie, bezsenność.

Ropień po kilku-kilkunastu dniach pęka, najczęściej podczas moczenia lub wypróżniania stolca; chory uczuwa silny lecz krótki ból, poczem przeważnie do cewki lub kiszeki stolcowej zaczyna ściekać ropa z domieszką krwi; natychmiast obniża się temperatura ciała, nikną wszystkie subiektywne objawy, ropa przestaje wydzielać się po kilku albo niekiedy po kilkunastu dniach. Ropnie opróżniają się nie tylko do cewki i kiszeki prostej. Ze 140 przypadków, zebranych przez S e g o n d a, ropnie pękły:

w 64 przypadkach	do cewki,
„ 43	„ „ kiszki prostej,
„ 15	„ „ krocza,
„ 8	„ „ jamy kulszowo-odbytniczej,
„ 3	„ „ pachwin,
„ 2	„ „ otworu zasłonowego,
„ 1	„ „ pępka,

w 1	przypadku	do	otworu	kulszowego,
„ 1	„	„	jamy	brzuszej,
„ 1	„	„	jamy	Retzii,
„ 1	„	„	na	brzegu rzekomych żeber.

W wielu razach jama ropnia wypełnia się ziarniną, i następuje szybko wyleczenie. Niekiedy do ropnia przedostaje się mocz lub kał, następuje nacieczenie moczowe, gnilne zakażenie, ropnica i śmierć; mogą również utworzyć się przetoki. Z pomiędzy 114 przypadków *Segonda* ropień zagoił się 70 razy, śmiertelnych zejść było 34, a pozostały przetoki uporczywe u 10 osób.

Mięszkowa postać nie zawsze kończy się zupełnym wessaniem nacieczenia lub zropieniem. Ropień może niezupełnie oczyścić się i wypełnić ziarniną, następują wielokrotne nawroty, czasem powstaje mniejszej lub większej objętości worek, z którego wydziela się początkowo ropny, a później sluzo-ropny płyn, tworzy się chroniczny ropień. Oprócz tego mięszkowe zapalenie sterczu może przejść w stwardnienie, przyczem w twardą tkankę przeobraża się cały gruczoł lub pewna jego część.

4) Okołoścerczowa ropowica zdarza się rzadko. Ropa zbiera się zwykle pomiędzy sterczem i kiszka prostą, również ku przodowi, a nawet może przedostać się do otrzewny, do opuszkowej części cewki i t. d.. Przy badaniu palcem przez odbytnicę gruczoł nie ma ściśle zaznaczonych konturów, gdyż na jego granicy rozpościera się nacieczenie; unieruchamia ono zwykle ściankę kiszki.

5) Jeszcze rzadziej spotykamy zapalenie żył przysterczowe, które przebiega, jak ropowica. Niekiedy przez odbytnicę udaje się wyczuć nierówny guz, który robi wrażenie pakietu, złożonego z twardych sznurków.

**Rozpoznanie.** Wywiady, objawy subiektywne, a szczególnie badanie przez odbytnicę zwykle odrazu wyjaśniają sprawę. Niekiedy, wobec objawów ostrego zapalenia cewki tylnej, mogą zachodzić rozpoznawcze trudności. W tych razach zmętnienie najsilniejsze w ostatniej porcyi moczu nasuwa podejrzenie na zajęcie sterczu. Należy uważnie i bardzo ostrożnie zbadać stercz przez prostnicę, żeby potwierdzić swe podejrzenia, gdyż męty mogły również uagromadzić się obficie w pęcherzu przy zajęciu cewki tylnej, a nawet pęcherza i wyciekać przy ostatnich skurczach jego.

W wydzielinie ze sterczu znajdujemy pod mikroskopem, oprócz zwykle spotykanych ciałek lecytynowych, *corpora amylacea* i kryształów Böttchera, jeszcze sporą ilość ropnych ciałek i gonokoków.

Przerost gruczołu krokowego odróżniamy na mocy wywiadów i przebiegu choroby. Trudniej zróżniczkować gruźlicę sterczu od zrazikowego zapalenia. Objawy ich obiektywne mogą być bardzo zbliżone. Guziczki jednak gruźlicze są bardziej twarde i końciaste, a gruczoł wrażliwszy na ucisk. Prócz tego spotykamy zarazem gruźlicę innych narządów, gdyż pierwotne gruźlicze zajęcie sterczu zdarza się rzadko.

Rak sterczu rozpoznaje się po przebiegu złośliwego nowotworu.

**Rokowanie.** Zapalenie rzeżączkowe gruczołu krokowego jest jednym z najcięższych powikłań rzeżączki cewki. Dobre przeważnie rokowanie daje rozlane przekrwienie, gorsze już—zrazikowa postać ze względu na skłonność do nawrotów i przejścia w chroniczne zapalenie, a najgorsze—ropnie i okołosterczowa ropowica, które grożą przetokami, gnilnem zakażeniem i śmiertelnym zejściem. W każdym razie to ostatnie zdarza się niezbyt często, rzadziej, według mych spostrzeżeń, niż możnaby wywnioskować ze statystyki Segonda.

**Anatomia patologiczna.** W zajęтым gruczole krokowym przewody i zraziki są rozszerzone, nabłonek nacieczony okrągłymi komórkami, a światło napelnione zluszczonym i śluzowo zwyrodniałym nabłonkiem, a także komórkami okrągłymi; tkanka łączna podnabłonkowa—nacieczona drobno-komórkowo (Finger, Ghon, Schlagenhauer). Gdy zapalenie zwiększa się, nabrzmiewają ścianki przewodów, zatrzymuje się wydzielina w zrazikach, i może utworzyć się mały ropień, który z czasem zamienia się przez bliznę. Blizny te mogą zamknąć światło jednego lub obu przewodów nasiennych. Jeśli zapalenie staje się jeszcze intensywniejsze, to mamy również przekrwienie i surowicze nasiąkanie całej tkanki gruczołu.

Zapalne przekrwienie i obrzmienie gruczołu może samoistnie ustąpić. Niekiedy pomiędzy zrazikami następuje ogniskowe nacieczenie, które rozplywa się i tworzy ropień. Skutkiem utworzenia się wielu takich ognisk może powstać jeden duży ropień, obejmujący nawet prawie cały gruczoł krokowy i otoczony jego torebką.

**Leczenie.** Przy wszystkich postaciach ostrego zapalenia sterczu należy zalecić ściśle przestrzeganie dyetyczno-hygienicznych przepisów, a nawet zupełny spokój i leżenie w łóżku; miejscowe leczenie, jak np. przemywania, szprycowania, musi być przerwane.

Ciepłe nasiadówki usuwają objektywne i subiektywne objawy, dlatego też powinny być przede wszystkim stosowane przy wszelkich postaciach ostrego zapalenia gruczołu krokowego. Najlepiej używać nasiadówki 35—40° C. 3—5 razy dziennie po 1/2 godziny.

Przy silniejszym bólu i zatrzymaniu moczu używamy morfinę, opium i kodeinę w czopkach i enemach; narcotica można również zalecać podskórnie i wewnętrznie. Dla usunięcia sprawy zapalnej stosujemy częste wlewanie do prostnicy wody, o ile można najcieplejszej. Działają również wsysająco jod, kali jodatum, ichthyol i ungt. ciner. z extr. belladonnae w czopkach np.

Rp. Jodi puri 0,1  
 Extr. belladonnae 0,15  
 Kali jodati 1,0  
 Butyr. cacao q. s. f. supposit. rectalia  
 conica N. X. S. 2 czopki dziennie

Rp. Ungt. ciner. lub Ammonii sulfoichthyol.  
 3,0—5,0  
 Extr. belladonnae 0,15  
 Butyr. cacao q. s. ut. f. supposit. analia  
 conica N. X.

Można również niektóre z powyższych środków podawać w enemach np.

Rp. Ammonii sulfoichthyol. 2,0—5,0  
 Aq. destil. 100,0

S.Nagrzać i wprowadzać do prostnicy 3 razy dziennie, a w razie dokuczliwych subiektywnych objawów, dodawać codeini phosphorici po 0,03—0,06.

Przy miąższowym zapaleniu sterczu, a także przy ciężkim zrazikowem, stosujemy miejscowo ogrzewania za pomocą przyrządu *A r z b e r g e r a* (Rys. 37), wkładanego do odbytnicy, i okładów na krocze. Zalecają również 10—15 pijawek na krocze (*T h o m p s o n, G u y o n*), lód lub też

ochładzanie sterczu za pomocą przyrządu *Arzbergera*. Lepiej jednak stosować tylko wysoką ciepłotę, gdyż ona przyspiesza wysysanie nacieczeń, mających skłonność do zropienia, podczas gdy niska—uśmierza wprawdzie ból, lecz opóźnia przebieg sprawy.

Miejsca rozmiękczone, ciastowate, bolesne, przy badaniu przez prostnicę wyczuwalne w głębi nabrzmiałego gruczołu krokowego, bywają oznaką tworzenia się ropnia. Zdaje się, iż lepsze rezultaty otrzymujemy, pozostawiając ropień własnemu biegowi, t. j. żeby zebrał się i opróżnił do cewki lub prostnicy, niż uciekając się do zabiegu chirurgicznego. Jednakowoż, gdy przebieg jest bardzo ciężki, lub gdy obawiamy się rozszerzenia sprawy ropnej na sąsiednią tkankę, należy ropień otworzyć. Po pęknięciu staramy się w miarę możliwości odkażać miejsce, do którego ropień otworzył się, np. przemywać prostnicę roztworem kwasu bornego i zakładać czopki po 0,03—0,06 jodoformii. Za pomocą miesienia można niekiedy ułatwić opróżnianie się ropy i rozsykanie pozostałych nacieczeń. W tym celu w 2—3 dni po pęknięciu ropnia wprowadzamy palec do odbytnicy i nadzwyczaj ostrożnie, żeby nie spowodować powikłania zapaleniem najądrza, miesimy stercz z prawej strony ku lewej i z góry ku dołowi. Miesienia skuteczniamy zwykle co drugi dzień. W razie zatrzymania moczu należy pęcherz opróżnić, wprowadzwszy cewnik *Nelaton*a lub z krzywizną *Merciera*. Bardzo wrażliwą cewkę można uprzednio znieczulić 2% nowokainą lub alypiną. Jeśli powyższe zabiegi nie doprowadzą do celu, należy dokonać nakłucia nad spojeniem łonowem.



Rys. 37.

#### *Zapalenie sterczu przewlekłe.*

**P o w s t a n i e i o b j a w y.** Ostre zapalenie sterczu w wielu przypadkach przechodzi w zapalenie przewlekłe. Podlegają temu wszystkie postacie, a szczególnie zrazikowe; również miąższowa zostawia po sobie często całkowite lub częściowe stwardnienie gruczołu i współcześnie

wewnątrzrazikowy katar; po pęknięciu ostrego ropnia, jak już wyżej wspominaliśmy, pozostaje w wielu razach ropień chroniczny.

Przewlekłe zapalenie tylnej cewki może również powikłać się zapaleniem sterczu. Często w tych razach z początku obserwujemy lekkie ostre zapalenie gruczołu krokowego, prawie niedostrzegalne dla badacza, z czasem wzmaga się ono i przechodzi w sprawę przewlekłą; pozornie też wygląda, jak gdyby zapalenie było przewlekłe od samego początku.

Przy przewlekłym zapaleniu sterczu bardzo często spotykamy wtórne zakażenie gronkowcami, paciorkowcami i t. p. Widujemy je nadewszystko przy dłuższym trwaniu sprawy, co niestety bywa często. Do powstania chr. zapalenia gruczołu krokowego przyczynia się wszystko to, co wywołuje zapalenie cewki tylnej ostre i chroniczne.

Jako uboczne przyczyny można przytoczyć: onanizm i wogóle częste podrażnienie płciowe, zwiężenia cewki, zapalenia pęcherza, kamienie sterczu i pęcherza, a również nieumiejętną mechanoterapię.

Objawy chr. zapalenia sterczu bywają nadzwyczaj różne i zmienne, czasem brak ich zupełnie, to znów przejawiają się w nadzwyczaj ciężkiej postaci. Zazwyczaj nie mają one swoistych cech. Skutkiem ścisłego anatomicznego związku sterczu z cewką tylną, objawy nerwowe miejscowe i ogólne, opisane przy zapaleniu przewlekłym cewki, towarzyszą również chr. zapaleniu sterczu. Obfitsza ilość wydzieliny pod koniec moczenia nie zawsze bywa przy tem cierpieniu. Przecieczki i osad w końcowej porcyi moczu mają o tyle tylko znaczenie różniczkowe, o ile znajdują się w nim obficie walcowate komórki i warstwowate *corpora amylacea*.

Niektórzy autorowie (Fürbringer, Guyon, Soini, Güterbock), jako główny objaw chr. zapalenia sterczu, uważają sterczotok, podczas gdy inni (Rosenberg, Feleki, Groszlik, Frisch), do których i ja się zaliczam, spotykali ten objaw dość rzadko.

Badanie sterczu i jego wydzieliny. Najważniejsze rozpoznawcze znaczenie ma badanie sterczu przez odbytnicę. Należy zwrócić uwagę na wielkość, kształt, spoistość i wrażliwość gruczołu. Wrażliwość nawet normalnego sterczu bywa różna, to też szukamy pewnych szczególnie bolesnych miejsc w stosunku do pozostałych okolic sterczu.

Gruczoł może być powiększony lub zmniejszony, a nawet zwykłej wielkości, asymetryczny—jedna część większa od drugiej, gładki lub nierówny, pagórkowaty, ciastowaty lub twardawy, bolesny lub niewrażliwy na dotyk. Zmianom powyższym może uleżeć tylko część gruczołu, gdy reszta pozostaje normalna, lub różne części sterczu podlegają odmiennym zmianom. Niekiedy macanie nie wykrywa żadnych nienormalności, wtedy tylko badanie wydzieliny może dostarczyć pewnych wskazówek.

Badanie wydzieliny sterczowej należy skutecznie w każdym przypadku chronicznej rzeżączki cewki tylnej. Przy wyciskaniu palcem wydzielina sterczowa wypływa z wylotu cewki i może być zebrana na szkiełko przedmiotowe, lepiej do wyjąłowanego naczynia, nap. płytki Petri'ego, lub spływa do pęcherza. Ażeby otrzymać z pęcherza płyn sterczowy bez domieszki moczu i wydzieliny cewkowej, należy przed miesieniem gruczołu przemyć czystą przegotowaną wodą cały kanał moczowy i pęcherz.

Odczyn wydzieliny chr. zapalenia sterczu bywa prawie zawsze zasadowy. Niekiedy gołym okiem można zauważyć, że płyn jest ropny lub śluzo-ropny, niekiedy różowokrwisty (domieszka krwi). O rozpoznaniu sprawy decyduje odnalezienie pod mikroskopem gonokoków lub choćby ropnych ciałek. Liczba leukocytów zależy od natężenia zapalenia i waha się od pojedynczych do obficie zalegających pole widzenia. O ile nie można wykryć przy badaniu bakterioskopowym gonokoków, innych ropotwórczych bakterii (gronkowce złociste i białe), ani gruźlicy, to sprawę wyjaśniają hodowle na podłożach krwistych—oddzielnie przez szczepienie materiału z przedniej cewki, oddzielnie z wydzieliny sterczowej; przy takim porównawczem badaniu wyjaśnia się i umiejscowienie sprawy (naprz. mało kolonii gronkowców w 1-ej porcyi, dużo hemolizujących kolonii gronkowcowych lub gonokoków, niekiedy równorzędnie obydwóch gatunków w wydzielinie sterczu). Oprócz niteczek, pochodzących z przewodów i złożonych z górnej warstwy komórek walcowatych i dolnej okrągłych, spotykamy nieliczne czerwone ciała i *corpora amylacea*. Liczba ciałek lecytyny zdarza się zwykle w odwrotnym stosunku do ropnych ciałek. Gonokoki znajdują się przeważnie w świeższych przypadkach, w starszych zaś częściej spotykamy: *staphylococcus albus*, *streptococcus*, *bacterium coli* i inne ziarniaki lub lasieczniki.

**Rozpoznanie i rokowanie.** O rozpoznaniu decyduje przede wszystkim odnalezienie gonokoków i ropnych ciałek w wydzielinie sterczowej, a również wycucie zmian w sterczu przy badaniu przez prostnicę. Należy zauważyć, że powiększenie sterczu może nastąpić u osobników, praktykujących onanizm i *coitus interruptus*.

Sterczotokowa wydzielina nie zawiera ropnych ciałek i odpowiednich drobnoustrojów.

Przerost sterczu odróżnia się charakterystycznymi objawami i czasem powstawania.

O gruźlicy sterczu i złośliwych nowotworach wspominaliśmy w odpowiednim miejscu zapalenia ostrego sterczu. Przy badaniu bakteryoskopowym na laseczniki gruźlicze należy pamiętać o zbliżonych kwasoodpornych nieswoistych gatunkach, które nie zawsze można odróżnić pod względem morfologicznym lub przez różniczkowe zabarwienie metodą Gabbeta lub Pappenheima. W razie więc wykrycia laseczników kwasoodpornych, ostateczne ustalenie rozpoznania niekiedy możliwe jest tylko przez szczepienie materiału do jamy brzusznej świnki morskiej.

**Rokowanie** powinno być bardzo ostrożne: cierpienie jest bardzo uporczywe, w niektórych razach nie możemy go usunąć, a nawet po jego usunięciu niekiedy pozostaje się neurastenia płciowa.

**Anatomia patologiczna.** Zmiany mikroskopowe w sterczu zachodzą takie same, jak w gruczołach cewkowych. Według Bukowsky'ego nawet przy najrozleglejszym zapaleniu nie bywają dotknięte wszystkie zraziki, i zmiany w nich nie są jednakowe. W jednych przypadkach pewne części uległy mocnemu złuszczeniu nabłonka, podczas gdy w sąsiednich nie było zapalenia. W innych zaś razach przy mocnym zapaleniu nabłonek pozostał nienaruszony. Zwykle główne i najwięcej wyrażone zmiany zachodzą w bliskości cewki. Stąd w głąb gruczołu ciągnie się sprawa zapalna wzdłuż „*utriculus*”, przewodów, kanałów nasiennych i wzdłuż naczyń. W taki sposób powstałe ogniska zapalne mogą dochodzić do znacznych rozmiarów i w postaci siatki znajdować się w całym sterczu. Jeśli one zbliżowacieją, może nastąpić skutkiem ucisku zupełny zanik niektórych zrazików. Bukowsky spotykał również w bliskości gruczołów pojedyncze ogniska, nie mające z nim łączności, i zapalenia okołogruczołowe przy nienaruszonym nabłonku.



Opisywali również (Rokitanski) powszechne tłuszczowe wyrodzenie elementów gruczołowych (Milchende Prostata).

Leczenie chronicznego zapalenia sterczu wymaga od lekarza wielkiego starania i cierpliwości. Przedewszystkiem należy zwrócić uwagę na ogólny stan chorego i w razie potrzeby wzmocnić ustrój, wyczerpany cierpieniem, za pomocą podawania wewnątrz preparatów żelaza, chininy, arseniku. Niektóre nerwowe objawy ustępują same po usunięciu chr. zapalenia sterczu, inne należy leczyć według wskazówek neurologii. Należy stosować umiarkowany ruch na świeżem powietrzu, potrawy lekko strawne i pokrzepiające, umiarkowanie w jedzeniu i picu, regulowanie wypróżnień.

Płciowy stosunek jest zakazany, póki w wydzielinie znajdujemy gonokoki, zaś niekiedy dozwolony w kondomie, gdy leukocyty same bez gonokoków zalegają pole widzenia w mikroskopie. Na płciowe zaburzenia działają dobrze między innymi nerwowymi środkami brom, a bóle można uśmierzyć, nawet usunąć, za pomocą morfiny, kodeiny, a również antypiryny i fenacetyny. Parcie na mocz i na stolec uspokajają małe lewatywy z opium i antypiryny.

Na usunięcie zapalenia chr. sterczu środki, wewnątrz podawane, mają zwykle bardzo mały wpływ. Oppenheim osiągnął w pewnych przypadkach nasieniotoku bez gonokoków polepszenie za pomocą podawania wewnątrz wyciągu sterczowego po 0,13 trzy razy dziennie.

Miejscowe środki działają znacznie skuteczniej:

Dawniej stosowano odciągania na krocze w postaci pijawek, smarowania jodową nalewką, maścią szarą i kantarydową, lecz bez widocznych korzyści. Dobrze działają jod, ichtyol i rteć, stosowane miejscowo przez prostnicę w postaci czopków lub wlewań. Przy obszernych nacieczeniach i stwardnieniach zalecają przedewszystkiem jod, jako środek rozsysający i ograniczający wydzielanie gruczołu. W celu zmniejszenia podrażnienia kiszki dodaje się opium, belladonnę lub kali bromatum:

Rp. Kali jodati —  
 Kali bromati aa 2,0—5,0  
 Butyr. cacao q. s. f. supposit. rectalia conica  
 NX. S. 2 czopki dziennie.

Rp. Kali jodati 2,0  
 Jodi p.  
 Extr. belladonnae aa 0,2  
 Butyr. cacao q. s. f. supposit rectalia N XX

a nawet:

Rp. Jodoformii 0,05—0,1  
 Olei amygd. dulc. q. s. ut f. solutio  
 Butyr. cacao q. s. ut f. suppositor. N. IV.

Środki w wodzie działają zazwyczaj lepiej, niż w tłuszczu, zato częściej drażnią kışzkę. Lewatywy można stosować za pomocą wlewań szprycą *O i d t m a n n a*:

Rp. Kali jodati  
 Kali bromati aa 10,0  
 Extr. belladonnae lub t-ae opii 0,6  
 Aq. destil. 300,0  
 S. na 20 lewatyw po 2 dziennie.

Do kaźdej lewatywy można dodawać jeszcze po 3—10 kropli nalewki jodowej.

Ichtyol ma zastosowanie ze względu na własności rozsysające i zwięzające naczynia.

Rp. Ammonii sulfoichtyol. 1,0—2,0  
 Butyr cacao q. s. f. supposit N. X.

Rp. Amonii sulfoichtyolici 3,0  
 Extr. belladonnae 0,2  
 Butyr. cacao q. s. f. supposit. rectalia conica  
 N XX S. 3 czopki dziennie.

Rp. Ammonii sulfoichtyol. 5,0—20,0  
 Extr. opii 0,25—0,75  
 Extr. bellad. 0,5—1,0  
 Aq. destil. 100,0  
 S. 3 razy dziennie wlewać do prostnicy po 5,0—6,0 za pomocą szprycy *O i d t m a n n a*.

Wsysanie jodu i ichtyolu przez ściankę kışzki wzmacnia się, gdy uprzednio wymyjemy kışzkę b. ciepłą wodą.

Jako środek rozsysający stosują również rtęć.

Rp. Ungt. ciner. 2,0  
 Extr. belladon. 0,2  
 Butyr. cacao q. s. ut f. supposit rectalia  
 N XX. S. 3 czopki dziennie.

Rp. Olei cinerei 30,0  
 Ol. olivar. 70,0  
 S. 3—5 ccm. 2 razy dziennie wlewać  
 do kiszki.

Czopki i lewatywy lecznicze są ważnym i prawie zawsze niezbędnym pomocniczym środkiem przy leczeniu chr. zapalenia sterczu. Właściwe jednak leczenie zasadza się głównie na zabiegach wodoleczniczych, termicznych i mechanicznych.

Hydroterapia i termoterapia zmniejszają przekrwienie, działają rozsypująco na nacieczenia i uspokajająco na nerwy. Zawsze korzystnie działają wanny 28—30° R. po 10—20 minut, również gorące niasiadówki 30—33° R. po pół godz.

Zalecają także zimne niasiadówki 8—15° R. po 2—5 minut przy zwiótczeniu sterczu z nieropnym sterczotokiem. Skutecznie działa przyrząd Arzbergera, wprowadzony do prostnicy i połączony ze zbiornikiem ciepłej wody. Można również co chwila podnosić i obniżać temperaturę, wprowadzając po kolei wodę t° 12—18° R. i 30—36° R.

Zmienne termiczne leczenie pobudza obieg krwi, wzmacnia wsysanie, jest jednak przeciwwskazaniem przy objawach ostrego i podostrego zapalenia cewki tylnej lub pęcherza.

Psychrofor z zimną wodą usuwa naprężenie prącia i zmaży, pozostaje jednak bez skutku na zmiany zapalne w sterczu.

Stosują również termofory i priessnitzowskie okłady za pomocą opaski w kształcie litery T i kataplazmy.

Przy sterczotoku lepiej wstrzymać się od nagrzewania. Miesienie sterczu usuwa wydzielinę chorobową ze zrazików i przewodów i wzmacnia wsysanie zapalnych produktów skutkiem wzmocnionej działalności sterczo i okołosterczowych krwionośnych i chłonnych naczyń: tępe i ostre strzelające bóle w kroczu, ropny wyciek, objętość gruczołu—zwykle szybko zmniejszają się.

Niekiedy jednak polepszenie następuje bardzo powoli, a zbyt długie miesienie może wpływać ujemnie na układ nerwowy. W tych razach należy ten zabieg zamienić innym, najwłaściwiej elektryzacją.

Miesienie sterczu uskuteczniamy zwykle co drugi dzień wskazującym palcem prawej ręki w gumowym kondomie. Ponieważ palec nie zawsze może osiągnąć górnej części gruczołu i wykonywać dostateczny ucisk, przeto używają w powyższym celu przyrządu F e l e k i e g o.

Po miesieniu należy zawsze przemyć kanał moczowy roztworem środka odkażającego, np. lapisu.

Elektryczność w postaci prądu faradycznego stosujemy szczególnie w przypadkach bardzo przewlekłych i bolesnych.

Działamy zwykle w ciągu m. w. 5 minut prądem, jak można najsilniejszym, wprowadziwszy jedną elektrodę, odpowiednio skonstruowaną (Rys. 38), do odbytnicy na gruczoł krokowy, a drugą na krocze lub do cewki. Prąd galwaniczny działa dobrze przy czysto nerwowych objawach (1—2 Milliamp.) i przy stwardnieniach (5—20 Milliamp.); elektrodę dodatnią (węgiel) można postawić na krocze, a ujemną (cynkowy zgłębnik) wprowadzić do cewki.



Rys. 38.

Do elektromasażu używamy odpowiedniego palucha, połączonego z ujemną elektrodą. Paluchem przy 5 — 15 Milliamp. wykonywamy miesienie sterczu ruchem ze środka ku obwodowi. Póki trwa podrażnienie cewki i pęcherza, wystrzegamy się miesienia i stosujemy wyłącznie odpowiednie przemywania kanału moczowego i pęcherza w połączeniu z działaniem na gruczoł ciepła i lekarstw. Po usunięciu podrażnienia narządów moczopłciowych, można przystąpić do miesienia, nie zaniebując zarazem leczenia cewki, np. rozszerzaniem; rozszerzania działają również do pewnego stopnia dodatnio na chroniczne zapalenie sterczu.

Miesienia, stosowane w trakcie pomiędzy rozszerzaniem, powinny być połączone z innymi wyżej wyłożonymi zabiegami, np. z nasiadówkami, czopkami, elektryzacją.

#### **Zapalenie rzeżączkowe najądrza.**

Najczęstszem i najpoważniejszym powikłaniem rzeżączki cewki po zapaleniu sterczu, jest zapalenie najądrza. Podług najrozmaitszych statystyk zdarza się ono w 12—30%

wszystkich przypadków rzeżączki praktyki szpitalnej, a w 7,5% praktyki prywatnej.

Według moich badań na 500 przeszło mężczyzn, którzy przechodzili niegdyś rzeżączkę lub zgłosili się z ponownym zakażeniem, wykryłem w trzeciej prawie części ślady po przebytem zapaleniu najądrza.

Zajęte bywa przeważnie jedno najądrze prawe lub lewe m. w. w równych ilościach. Obustronne zapalenie zdarza się rzadziej i nie wynosi nawet 10% ogólnej liczby zapalenia najądrza.

Powstaje ta sprawa najczęściej w okresie największego napięcia objawów zapalnych w cewce tylnej, t. j. w czwartym tygodniu przebiegu rzeżączki skutkiem przejścia gonokoków z cewki tylnej na przewód wytryskowy nasieniowód i na najądrze, a także drogą naczyń chłonnych (Bernard Cuneo). Może jednak nastąpić w kilka lat po zarażeniu, gdy chory uważa się za zupełnie zdrowego. Zapalenie najądrza może być wywołane i wtórnem zarażeniem ropotwórczymi drobnoustrojami. Powoduje zapalenie wszystko to, co obostrza przebieg rzeżączki cewki tylnej, a przedewszystkiem fizyczne urazy, *abusus in Baccho et in Venere*, również wprowadzania narzędzi do kanału moczowego podczas ostrego okresu rzeżączki cewki, przedwczesne miesienie sterczu i t. d.

Przebieg i objawy. Sprawa może rozwinąć się nagle w ciągu zaledwie paru godzin: zjawia się niespodziewanie silny ból w jądrach, podniesienie temperatury niekiedy do 40° i obrzmienie najądrza. Podniesiona ciepłota, podlegając wahaniom (38—40°), może utrzymywać się w ciągu kilku dni.

Częściej jednakowoż zapalenie rozwija się powolniej. Chory w ciągu paru dni skarży się na ogólny zły stan zdrowia, brak apetytu, częstsze parcie na mocz i bóle w kierunku pachwiny i jądra; najdłużej po 2—3 dniach zjawia się w główce, rzadziej w ogonie, bolesne, silnie odznaczające się nabrzmienie, wielkości m. w. łaskowego orzecha, wrażliwe przy ucisku. Ból i obrzmienie szybko powiększają się i dosięgają w ciągu jednego—kilku dni wielkości orzecha włoskiego, a niekiedy nawet pięści. Przy macaniu wyczuwamy twarde, nierówne, bolesne przy ucisku obrzmienie, które często z tyłu, z góry i z dołu obejmuje elastyczne normalne jądro. Każdy ucisk i ruch uraża silnie chorego, skutkiem tego stara się on przy chodzeniu nie

dotykać biodrem odpowiedniego najądrza i podtrzymać go. Najmniej bólu sprawia leżenie na wznak z rozstawionymi i zgiętymi dolnymi kończynami. Zaparcie stolca zwykle towarzyszy temu zapaleniu.

Po okresie nasilenia, który trwa około tygodnia, następuje okres stacjonarny—bez widocznych zmian,—takieje mn. w. długości, a następnie rozpoczyna się okres wsysania, który trwa b. długo—kilka tygodni, miesięcy, lat. Zwykle pozostaje małe stwardnienie na głowie lub ogonie. Jeśli zapalenie najądrza powstaje podczas ostrego przebiegu rzeżączki, to zwykle towarzyszy mu zmniejszenie się wydzieliny z cewki.

Zapalenie może objąć cały nasieniowód, a nawet powrózek nasienny. Zajęty nasieniowód wymacujemy w postaci sznurka ruchomego, twardego, bolesnego, wielkości pióra gęsiego, wyczuwalnego do zewnętrznego pierścienia pachwinowego, a przez prostnicę niekiedy znacznie dalej. Zapalenie przechodzi na tkankę łączną, okrażającą nasieniowód, na naczynia i nerwy i tworzy sznurek grubości niekiedy palca. Zwykle zapalenie najądrza jest poprzedzane zapaleniem nasieniowodu. Można jednak spostrzegać zajęcie najądrza bez widocznego zajęcia nasieniowodu. Należy wtedy przyjąć, iż zapalenie po nasieniowodzie rozszerzało się powierzchownie, lub gonokoki przeszły na najądrze po drogach chłonnych, oszczędzając nasieniowód.

W razie wysięku w powrózku nasiennym, pomiędzy dwoma blaszkami osłony pochwowej, tworzy się ostry wodniak powrózka nasiennego.

Objawy zapalne w cewce tylnej, jak ból i wydzielina, zwykle chwilowo zmniejszają się przy powstawaniu zapalenia najądrza. Zależy to przeważnie od podniesienia ciepłoty.

Niekiedy podczas okresu zdrowienia następują nawroty w tym samym najądrzu, lub sprawa przechodzi na drugie.

Rzadko bardzo, przy bardzo silnem zapaleniu, tworzą się ropnie w najądrzu lub około jądra; otwierają się one zazwyczaj nazewnątrz, opróżniają i goją się po częściowem zniszczeniu narządu, a niekiedy pozostawiają po sobie przetoki.

Same jądra bardzo rzadko podlegają rzeżączkowemu zapaleniu. Niekiedy zapalenie powrózka nasiennego wywołuje podrażnienie otrzewny. W takich razach powstającemu zapaleniu najądrza towarzyszą silne bóle brzucha w kie-

runku krzyża, i bioder, podniesienie znaczne ciepłoty, czkawka, wymioty, wzdęcie brzucha i zapad; w dolnej, bocznej okolicy brzucha wyczuwamy wyraźnie stwardnienie, sięgające do małej miednicy.

Objawy zapalenia otrzewny często ustępują z chwilą ujawnienia się nabrzmienia w najądrzu, mogą powstać również ropnie wewnątrz-brzuszne, niekiedy ze śmiertelnym zejściem.

Szczególniej niebezpiecznym bywa zapalenie jądra, pozostającego w pachwinie. *Epididymitis intrainguinalis* i *subcruralis* może spowodować objawy uwięźnienia. W razie znajdowania się w mosznie przepukliny podczas powstawania zapalenia najądrza następuje niekiedy zapalenie otrzewny z następczym przyrośnięciem pętli kiszki. Może to doprowadzić do utworzenia się przepukliny, nie dającej się odprowadzić. Objawom ostrym zapalenia najądrza towarzyszą zwykle zaburzenia żołądkowe i niekiedy białkomocz.

Po zapaleniu najądrza może pozostać nerwoból jądra.

Rozpoznanie wobec opisanych objawów, szczególnie, jeśli zwrócić uwagę na towarzyszące objawy zapalenia cewki, jest bardzo łatwe. Obecność gonokoków w najądrzu można stwierdzić za pomocą nakłucia (B a e r m a n n, Q u e y r a t) i badania pod mikroskopem ropy z ropni (P i r r i n i, M u r p h y), lecz najłatwiej badając nasienie. Po przekłuciu próbnym materiał bada się według ogólnych metod na gonokoki (preparaty i hodowle) oraz na laseczniki gruźlicze tylko bakterioskopowo, ponieważ w tym materiale domieszki kwasoodpornych nieswoistych laseczek być nie może; należy jednak wykonać szereg preparatów, niekiedy bowiem udaje się wykryć laseczniki gruźlicze w bardzo nikłej liczbie, nap. 1—2 laseczniki na kilkadziesiąt pól widzenia. Oczywiście bywa ich niekiedy znacznie więcej.

*Epididymitis intrainguinalis* i *subcruralis* mogą być przyjęte za przepuklinę lub dymienicę, lecz brak jądra w mosznie ułatwia rozpoznanie.

Rokowanie co do życia jest dobre, jeśli nie nastąpi zapalenie otrzewny lub ropień.

Powrót do zupełnie normalnego stanu bywa rzadko; najczęściej pozostają stwardnienia, które ścieśniają lub zamykają światło nasieniowodu.

Stwardnienie, umiejscowione w ogonie najądrza, może tylko zmniejszyć ilość wydzielanego nasienia, a ulokowane w główce zupełnie nie wypuszczać go na zewnątrz. W razie

zajęcia główek obu najądrzy, może nastąpić zupełny brak nasienia i bezpłodność. Należy zwrócić uwagę na długotrwałą zarażliwość tych chorych za pomocą nasienia. Niekiedy pozostałe stwardnienie staje się, jako *locus minoris resistentiae*, punktem wyjścia gruźlicy jądra, szczególnie u osób gruźliczych.

**Anatomia patologiczna.** Mikroskopowo najądrze bywa powiększone, przekrwione; kanały nasienne często znacznie rozszerzone i napełnione szaro-żółtą masą. W główce i w ogonie można znaleźć ropne ogniska wielkości ziarnka grochu. W razie utworzenia stę ostrego wodniaka otoczki pochwowej zawartość jego bywa przezroczysta, lub skutkiem domieszki nabłonka i leukocytów lekko zmętniała, a niekiedy od domieszki czerwonych ciałek krwi odpowiednio zabarwiona.

Drobnowidzowo nabłonek przewodów nasiennych — mętnie nabrzmiąły, pozbawiony rzęs, w części odpada. Podścielisko nabłonka i tkanka łączna pomiędzy przewodami — obrzęknięta i drobnokomórkowo nacieczona. W przewodach znajdują się w obfitej ilości: nasienie, ropne ciała i nabłonek. Po przejściu ostrego okresu w miejscach, szczególnie silnie nacieczonych, tworzy się nowa tkanka łączna, która z czasem kurczy się, wywołując stwardnienie lub torbiele. W tkance łącznej zwykłym sposobem mogą powstać ropnie.

**Leczenie.** Przedewszystkiem zalecamy spokój, najlepiej leżenie w łóżku, staramy się regulować stolec i bezwarunkowo zaprzestajemy wszelkiego miejscowego leczenia. Przy silnych bólach podajemy wewnątrz narkotyki i salicylaty lub zastrzykujemy pod skórę morfinę. Chory powinien leżeć z przyciągniętymi i rozstawionymi nogami, a jądro należy podnieść do góry, podłożywszy pod nie wałek lub ręcznik, opasujący oba biodra i spięty agrafką. Na chore miejsce należy natychmiast położyć gorące okłady, często zmieniane z *alum. acet.* 1 — 2% albo wody gulardowej lub ciechocińskiego szlamu. Lód, choć zmniejsza bóle, jednak przedłuża i pogarsza przebieg zdrowienia.

Nakłucie oddaje niekiedy bardzo dobre usługi, szczególnie gdy występuje ostry wodniak pochwy jądrowej (F o u r n i e r). W ostatnich czasach wielu autorów (E s c a t, Q u e y r a t, D u h o t, D i n d) zalecają ten rękoczyn we wczesnym okresie bolesnego zajęcia najądrza.

Jeśli ostry okres przeszedł, lub od samego początku nie był zbyt silny, pozwalamy choremu chodzić, byle uważnie,



założywszy na okład woreczek Lang-Lebertha, Horanda lub Neissera: płatkami, kilkakrotnie złożonym i zmoczoną w powyżej zaznaczonym płynie, obwijamy jądro, powyżej kładziemy szeroki kawałek papieru gutaperkowego, lub batystu Billrotha, a na wierzchu sporą ilość waty i woreczek. Należy uważać, żeby przystęp powietrza był zamknięty do mokrego okładu i woreczek dobrze do góry podciągnięty w celu wywierania łagodnego ucisku na jądro. Kompresy zmieniamy co 2 — 3 godziny. Zalecamy również ciepłe wanny i nasiadówki. Gdy nabrzmienie jądra zmniejszy się i pozostanie tylko stwardnienie, rozpoczynamy stosować miejscowo smarowania jodwasogenem 6% — 8% lub wcieranie maści:

Rp. Kali jodati 2,0  
 Jodi puri 0,2  
 Lanolini 18,0  
 Ol. Olivar. 2,0  
 i 1 — 2 gr. dziennie wewnątrz kali jodati.

Bardzo dobrze działa 10% maść ichtyolowa. Używamy również gwajakolu do smarowania po 1 — 2 gr. na dzień i maść:

Rp. Guajacol. puris. 5,0  
 Lanolini —  
 Resorbini aa 15,0  
 M. f. ungt. S. użyć w ciągu 3 — 4 dni.

Gwajakol można zalecać w ostrym okresie, jako środek uśmierczający ból (Balzer, Lacour i Tavitian).

Na wtartą maść kładziemy płótno, powyżej watę, papier gutaperkowy i woreczek.

W razach silnego bólu Du Castel używał z dobrym skutkiem chlorku metylu.

Przepisują również 10% maść lapisową. Zamiast woreczka zalecano pasma elastycznego lepkiego plastra, naklejane na mosznie w poprzecznym i podłużnym kierunku i wywierające ucisk na chore miejsce.

Po przejściu ostrych objawów można stosować w celu wessania nacieczenia stały prąd elektryczny 5 — 15 M-A po  $\frac{1}{4}$  —  $\frac{1}{2}$  godziny codziennie.

Niekiedy dobrze działa elektryczność nawet w ostrym okresie: elektrodę dodatnią stawiamy na dolnym końcu zajętej strony, a ujemną na brzuchu powyżej zewnętrznego pa-

chwinowego pierścienia; rozpoczynamy od  $\frac{1}{2}$  M. A. i co dwa — trzy dni podnosimy siłę prądu o  $\frac{1}{2}$  — 1 M. A. aż do 3 M. A. Po usunięciu ostrych objawów zapalenia najądrza można rozpocząć ostrożnie miejscowe leczenie cewki. Ażeby usunąć bezpłodność radzą (Bardenheuer, Scaduto, Baermann, Humbert, Balzer i inni) transplantację w zdrową część jądra.

### Zapalenie rzeżączkowe pęcherzyków nasiennych.

Pęcherzyki nasienne leżą bezpośrednio nad sterczem, pomiędzy prostnicą i pęcherzem, na jego tylnodolnej ściance. Bywają one często zajęte przez gonokoki (Gaussail, Guelliot, Finger, Feleki, Collan, Dind, Möller, Le Fur, Petersen). Wobec ścisłego anatomicznego związku pęcherzyków nasiennych z przewodami wytryskowymi należy przypuścić zajęcie pęcherzyków nasiennych w większości przypadków zapalenia przewodów wytryskowych i najądrza. Zdaje się nawet, iż rzeżączka łatwiej może przenieść się na pęcherzyki nasienne, niż na dalej położone najądrza, to też niekiedy udaje się wykryć zapalenie pęcherzyków nasiennych bez odpowiedniego zapalenia najądrzy.

Objawy i przebieg ostrego zapalenia pęcherzyków nasiennych nie są charakterystyczne dla tego cierpienia: podniesienie temperatury niekiedy do  $39 - 40^{\circ}$ , bóle w prostnicy i zaburzenia moczopłciowe. Ważne rozpoznawcze znaczenie ma domieszka krwi i ropy do nasienia podczas zmas, jednakowoż i ten objaw może zdarzyć się również przy ostrem zapaleniu cewki tylnej i sterczu. Przebieg sprawy zwykle bywa dobry, następuje stopniowo wessanie i zmniejszenie wszelkich objawów. Niekiedy tworzą się ropnie, które otwierają się przeważnie do prostnicy, rzadko do jamy brzusznej i powodują zapalenie otrzewny, nawet z zejściem śmiertelnym (Kocher), niekiedy może nastąpić *phlebotrombosis plexus venosi Santorini*.

Często ostre zapalenie przechodzi w chroniczne, które nie różni się objawami od chr. zapalenia sterczu i cewki. Pewnych rozpoznawczych danych dostarcza wymacanie zajętych pęcherzyków nasiennych. Z powodu zbyt wysokiego umiejscowienia pęcherzyków zwykle trudno je dostać palcem. Badanie nieco ułatwia się po napełnieniu pęcherza.

Zapalny pęcherzyk nasienny wyczuwamy, jako guz okrągławy, twardawo-elastyczny lub ciastowaty, a nawet chleboczący, gorący i nadzwyczaj bolesny przy ucisku.

Można czasami przy przewlekłej postaci wymacać twarde, mało bolesne zgrubienie.

W celu rozpoznawczym można również wycisnąć zawartość z pęcherzyków nasiennych i zbadać pod mikroskopem; ciała ropne i gonokoki wskazują na rzeżączkową sprawę, a sagowate ciała na pochodzenie wydzieliny z pęcherzyków nasiennych.

Zmiany anatomo-patologiczne są bardzo zbliżone do opisanych przy zajęciu nasieniowodów.

Leczenie rzeżączkowego zapalenia pęcherzyków nasiennych nie wiele różni się od leczenia odpowiedniej sprawy gruczołu krokowego: zachowanie dyetetyczno-hygienicznych przepisów, stosowanie lekarstw, metod termicznych i mechanicznych jest wskazane w takich samych okolicznościach, jak przy zapaleniu sterczu. Miesienie pęcherzyków nasiennych rzadko można wykonywać palcem. Do tego celu służy przyrząd F e l e k i e g o.

### Zapalenie rzeżączkowe pęcherza.

Powikłanie to należy do rzadkich, gdyż płaski nabłonek pęcherza stanowi dla gonokoków złą pożywkę.

To też prawdopodobnie najczęściej sprawę chorobotwórczą wywołują bakterye okrężnicy, gronkowce, paciorkowce i t. d., a następnie do nich przyłączają swą działalność gonokoki; nie rozkładają one mocznika; amoniakalny lub zasadowy mocz nie jest produktem ich działalności.

Zapalenie *trigonum Lieutandii* skutkiem przejścia sprawy z sąsiedniej części sterczowej cewki zdarza się względnie częściej, niż zapalenie całego pęcherza. Należy zauważyć, że rzeżączki części sterczowej kanału moczowego nie można uważać za rzeżączkę szyjki pęcherza: w normalnych warunkach szyjki tej niema, tworzy się ona dopiero przy przepełnieniu pęcherza.

To też wydają mi się niesłuszne poglądy wielu autorów, szczególnie francuskich, którzy zapalenie pęcherza uważają za bardzo częste powikłanie (Heissler 20%) w przebiegu rzeżączki cewki. Należy przypuścić, iż biorą oni rów-

niez pod uwagę zajęcie wytworzonej przy napełnianiu moczem szyjki pęcherza.

Zapalenie pęcherza występuje przeważnie w 3—4 tygodniu przebiegu ostrej rzeźączki cewki, zwykle u osób z ustrojem mało odpornym i na skutek podrażnienia narządów moczopłciowych. Silny uraz fizyczny, forsowne szprycowania, wprowadzanie narzędzi do kanału moczowego mogą tę sprawę wywołać znacznie wcześniej. W okresie podostrym lub chronicznym obostrzenia rzeźączki cewki tylnej sprzyjają przejściu zapalenia na błonę śluzową pęcherza. **O b j a w y.** Zapaleniu pęcherza zwykle towarzyszy zajęcie części tylnej kanału moczowego. Od przewagi jednej sprawy nad drugą zależą i objawy. Parcie na mocz, bóle przy oddawaniu moczu, końcowe krwawienia zjawiają się, jak w jednym tak i w drugim przypadku, jednak w razie występowania na pierwszy plan zapalenia pęcherza, objawy te są słabsze. Mocz w obu porcyach bywa mętny, ilość osadu zależy od rozprzestrzenienia sprawy, od jej natężenia i głębokości. W pierwszej porcyi moczu oprócz ropy z pęcherza, znajdować się mogą i nitki z cewki; w ostatniej porcyi mętność moczu zwykle bywa największa. Odczyn moczu przeważnie kwaśny, rzadko zasadowy; zawartość białka zależy od ilości ropy, a zmiany w odczynie moczu pochodzą najczęściej nie od gonokoków, lecz spowodowane są przez florę ropotwórczą początkowo wspólnie z gonokokami; później zastępują ich miejsce inne: naprz. *b. coli com.*—przy kwaśnych moczach, *proteus vulgaris*—przy zasadowych. Po ustaniu się moczu w naczyniu na dole zbiera się ropa, pośrodku śluz, a na górze przezroczysty mocz. Osad zawiera obfitą ilość ropnych ciałek, komórek nabłonka pęcherzowego, śluzu i drobnoustrojów.

W chwili zjawienia się zapalenia pęcherza zwykle zmniejsza się wyciek z cewki.

Objawy ogólne, jak podniesienie ciepłoty, brak apetytu, ogólne niedomaganie — zwykle bywają w dość silnym stopniu.

W postaci podostrej objawy są mniej znaczne, parcie na mocz występuje silniej przy chodzeniu i staniu, niż przy leżeniu, gdyż w ostatnim razie mocz mniej drażni wewnętrzny otwór cewki.

Przewlekłe zapalenie pęcherza zdarza się nadzwyczaj rzadko; rozwija się z ostrego skutkiem niezachowania przepisów dyetetyczno-hygienicznych lub nieodpowiedniego le-

czenia i nie posiada żadnych charakterystycznych objawów. Przebieg ostrego zapalenia pęcherza bywa zwykle dobry, i sprawa może przejść w ciągu tygodnia—dwóch. Niekiedy zapalenie ustępuje bardzo powoli, z częstymi nawrotami, może przejść w postać chroniczną lub sięgnąć w głąb ścianki, przedziurawić ją i wywołać zapalenie otrzewny z śmiertelnym zejściem, może rozprzestrzenić się na moczowody, miedniczki nerkowe i nerki. Zapalenie rzeżączkowe pęcherza u tuberkulików niekiedy daje pochop do rozwinięcia się gruźlicy pęcherza.

Rozpoznanie najczęściej bywa dość trudne. Obfity osad w ostatniej porcyi moczu jeszcze nie decyduje o rozpoznaniu zapalenia pęcherza; osad ten może pochodzić również z cewki tylnej, lecz w takich razach pierwsza porcyja moczu zwykle bywa mętniejsza od drugiej. Silne zmętnienie ostatniej porcyi moczu bywa również i przy zajęciu sterczu. Wtedy pod mikroskopem znajdujemy charakterystyczne dla wydzieliny sterczowej kryształki i oprócz tego często ciała skrobiowate, zaś w osadzie przy zapaleniu pęcherza spostrzegamy oprócz ropnych ciałek, drobnoustrojów i śluzu, obfity nabłonek pęcherzowy. Najważniejszą jednak cechą różniczkową jest obecność w osadzie dużych spoistych mas śluzoworopnych, zawierających tysiące polynuklearów: przy unoszeniu na pipetce podnoszą się obfite masy śluzu i ropy (w stopniu znacznie większym, niż przy zapaleniach ostrych cewki), nawet mocz dłużej trzymany w pęcherzu (w czasie stanu zapalnego) nabiera galaretowato-śluzowych własności.

Zapalenie pęcherza gonokokowe odróżnia się od innych obecnością odpowiednich drobnoustrojów, zwykle tylko w pierwszym okresie, w następnych zaś gonokoki ustępują miejsca *b. coli* lub odmieńcom. W rozpoznaniu zapalenia chronicznego ważne usługi oddaje cystoskopia.

**Anatomia patologiczna.** Błona śluzowa w zależności od natężenia i rozprzestrzenienia się sprawy bywa albo nabrzmiąta i zaczerwieniona całkowicie, albo w postaci plam, albo też usiana drzewkowato rozgałęzionymi i rozszerzonymi naczyniami. Nabłonek oddziela się od podściółki nadzwyczaj obficie, i nabrzmiąte follikuły występują jako ciemno-czerwone punkty.

Podnabłonkowa tkanka łączna—drobnokomórkowo nacieczona. Gonokoki można znaleźć w osadzie i w górnych warstwach podnabłonkowej tkanki łącznej.

**L e c z e n i e.** Zalecamy przedewszystkiem zupełny spokój, leżenie w łóżku, lekko strawne i niedrażniące pokarmy i regulowanie stolca, najlepiej ciepłemi lewatywami. Zasadowych wód należy wystrzegać się, żeby nie zmniejszać kwaśności moczu.

Bardzo dobre rezultaty daje podawanie wewnątrz olejków balsamicznych i środków przeciwnilnych.

Z pomiędzy tych ostatnich w największem użyciu są salicylady: aspiryna i salol. Urotropina i helmoł przy rzeżączkowych zapaleniach pęcherza działają bardzo słabo. *Folia uvae ursi, herba herniariae, folia bucco* w naparze mogą okazać pewną pomoc, stosowane wspólnie z salicydami. Przeciw parciom na mocz i bólom stosujemy morfinę pod skórę i w czopczkach razem z belladonną. Na powyższe objawy działają bardzo skutecznie gorące wanny i nasiadówki, stosowane według wskazówek, podanych przy leczeniu zapalenia sterczu, a również gorące kataplazmy na dolną powierzchnię brzucha i termofory.

Leczenie miejscowe przemywaniami albo wkraplaniami rozpoczynamy dopiero wtedy, gdy ustępują ostre objawy podrażnienia.

Przemywania najlepiej uskutecznić za pomocą cewników *N e l a t o n a*. Zwykle na jednym posiedzeniu przemywamy pęcherz wielokrotnie niezbyt dużą ilością płynu, nagrzanego do t<sup>o</sup> ciała. W lżejszych przypadkach używamy roztworu kwasu bornego, w cięższych—środków bakteriobójczych i bakteriobójczo-ściąających według wskazówek, podanych przy leczeniu rzeżączki cewki tylnej. *Lapis* i w tej sprawie oddaje wielkie usługi. Przed jego użyciem należy przemyć dobrze pęcherz roztworem kwasu bornego. Bardzo skutecznie działają przemywania obfitą ilością kali hypermang. za pomocą metody *J a n e t a*. Wkraplanie uskuteczniamy tylko wtedy, gdy nadmiernie wrażliwa błona śluzowa pęcherza nie znosi przemywań. W powyższym celu najczęściej stosujemy *lapis* w 1/4—5% stężeniu.

#### **Zapalenie rzeżączkowe miedniczek nerkowych i nerek.**

Występują one względnie rzadko w przebiegu rzeżączki kanału moczowego. W pojedynczych tylko przypadkach znajdowano same gonokoki w ogniskach chorobowych, przeważnie zaś w towarzystwie gronokowców, paciorkowców i bakterii okrężnicy.

Zapalenie rzeżączkowe miedniczek nerkowych i nerek najczęściej powstaje skutkiem przejścia rzeżączki z pęcherza po moczowodach. Najwięcej sprzyja temu zatrzymanie moczu w pęcherzu przy zwężeniach cewki i przeroście sterczu, gdyż wtedy rozszerzają się otwory moczowodów. Należy przypuścić, iż wszelkie sprawy, które wywołują przekrwienie lub stan zapalny miedniczek i nerek, współdziałają w przejściu na nie rzeżączki.

Do takich czynników możemy zaliczyć nadmierne używanie środków balsamicznych, odruchowe przekrwienie nerek przy zapaleniu części tylnej cewki i pęcherza, kamienie w nerkach i nowotwory. Choroby, zmniejszające odporność ustroju, jak gruźlica, przymiot, niedokrwistość, alkoholizm, ułatwiają zagnieżdżanie się gonokoków w miedniczkach i nerkach. Gonokoki mogą przejść na powyższe narządy również drogą naczyń krwionośnych i chłonnych; drogą krwionośną dostają się gonokoki zwykle po urazie cewki lub pęcherza, a po chłonnych naczyniach rozprzestrzeniają się najczęściej do tkanki około-nerkowej, wywołując przy i nadnerkowe zapalenia.

O b j a w y i p r z e b i e g. Zapalenie miedniczek nerkowych objawia się zwykle nagle dreszczami i podniesieniem ciepłoty ciała do 39—40°C. Dreszcze i podniesienie ciepłoty bywają nieznaczne tylko w tych razach, gdy sprawa rozwija się powoli. Gorączka trwa niedługo, jeśli wydzielina ma odpływ; pozostaje zaś, przerywana dreszczami, gdy tworzą się ropnie, lub ropa nie ma odpływu. Gorączce niekiedy towarzyszą: mały częsty puls, wymioty i śpiączka. Podniesienie ciepłoty przy chronicznej postaci bywa nieznaczne, ma charakter przerywany lub zwalnający. W ostrej postaci bóle w okolicy jednej lub obu nerek zwykle występują albo samoistnie, lub też dopiero przy ucisku i rozchodzą się ku pęcherzowi, prąciu i biodrom; w chronicznej postaci, jeśli wydzielina odpływa swobodnie, to tylko w okolicy odpowiedniej nerki wyczuwamy jakby tępy ucisk.

Parcie na mocz może występować odruchowo i tylko przy zajęciu części sterczowej kanału moczowego.

Zaburzenia żołądkowe zwykle towarzyszą ostrej postaci; przy chronicznej niekiedy spostrzegamy schudnięcie i upadek sił.

Zmiany w moczu są dość znaczne. Ilość moczu w początkowym okresie często zmniejsza się, a następnie może powiększyć się w dwójnasób, a nawet w trójnasób. Od-

czyn mocz u kwaśny, jeśli sprawa w pęcherzu nie zmienia go na zasadowy. Mocz mętny, jednak chwilowo przy zatkaniu dopływu z chorej nerki może być zupełnie czysty. Osad zawiera oprócz ropnych ciałek, czerwonych krążków krwi, drobnoustrojów i najrozmaitszych komórek, pochodzących z dróg moczowych, w razie zajęcia nerek, charakterystyczne wałeczki moczowe i nabłonek nerkowy w postaci małych, okrągłych lub okrągłograniastych komórek z delikatnie ziarnistą zarodnią i z dużym, podwójnie konturowanym jądrem. Białko przy zapaleniu miedniczek odpowiada ilości ropy w moczu, znacznie ją przewyższa przy zajęciu nerek. Nerki można tylko wtedy dobrze wyczuć za pomocą macania i ostukiwania, gdy następuje zatkanie moczowodów i zakaźne wodonercze.

**R o z p o z n a n i e.** Nagłe zjawienie się gorączki z dreszczami, bóle w okolicy nerek, wałeczki moczowe i komórki nerkowe wyjaśniają rozpoznanie. Mogą je potwierdzić badanie wydzielniczej działalności moczowodów i cewnikowanie moczowodów, jeśli to jest możliwe ze względu na przebieg sprawy we wszystkich narządach moczopłciowych. Przy różniczkowaniu należy wykluczyć: zwykłe zapalenia nerek, gruźlicę,—o ile materiał nie mógł być zebrany przez cewnikowanie moczowodów lub pęcherza, w takim razie należy przy badaniu mocz u laseczki gruźlicze zachować te same ostrożności, o jakich była mowa wyżej przy gruźlicy sterczu,—ropiejące nowotwory, kamienie nerkowe i ropne wodonercze.

**R o k o w a n i e.** Ostre rzeżączkowe zapalenie miedniczek nerkowych zwykle prędko i dobrze przechodzi. Zły obrót może przyjąć sprawa przy ciężkich ropnych zapaleniach pęcherza, przy chronicznej postaci zapalenia miedniczek, ze względu na możliwość przejścia rzeżączki na nerki. Zapalenie nerek jest zawsze ciężkim i niebezpiecznym cierpieniem. Rzeżączka nerek może dać pochop do rozwinięcia się gruźlicy w tym narządzie.

**A n a t o m i a p a t o l o g i c z n a.** Błona śluzowa przy ostrem zapaleniu miedniczek nerkowych może być mniej lub więcej zaczerwieniona, nabrzmiąta w zależności od natężenia sprawy. W miedniczkach znajdujemy nabłonek, ropne ciała i ewentualnie, w razie udziału nerek, wałeczki moczowe i komórki nerkowe.

Przy chronicznym zapaleniu miedniczek błona śluzowa staje się zgrubiała nierówna i biaława. Skutkiem rozwoju



włóknistej tkanki w ściankach światło zwykle zmniejsza się.

Przy współczesnem zajęciu nerek mogą nastąpić w nich ropienia, zapalenie śródmiąższowe i miąższowe, zmiany zanikowe i martwicowe, a nawet zmniejszenie się znaczne całej substancji nerkowej.

**L e c z e n i e.** Przy ostrej postaci należy zalecić spokój i leżenie w łóżku, lekkostrawny i niedrażniący pokarm, regulowanie stolca, narcotica przy bólach, a antipyretica przy wysokiem podniesieniu ciepłoty ciała. Dobrze działa aspiryna, salol i środki balsamiczne, te ostatnie w umiarkowanej dawce i jeśli je chory dobrze znosi, *folia ursi* w naparze i kwaskowate napoje.

Przy chronicznej postaci należy ewentualnie usunąć zwięzienia i zatrzymanie moczu, leczyć zapalenie pęcherza. Wewnętrznie podajemy również salicylaty, środki balsamiczne i wodę w dużej ilości, szczególnie kwaskowatą do picia. W bardzo uporczywych przypadkach można stosować przemywania moczowodów, nawet niekiedy przy ciężkiej pyelonephritis należy uciec się do operacyi.

## RZEŻĄCZKA U KOBIET.

## Uwagi ogólne.

Rzeżączka u kobiet może rozprzestrzenić się po wszystkich moczopłciowych narządach, częściej jednak umiejscawia się tylko w pewnych określonych. Zakażenie następuje zwykle bezpośrednio przez stosunek płciowy, rzadziej pośrednio przez narzędzia zakażone, jak np. gąbki, poduszki miesięczkowe, kanki i t. p.

Rzeżączka u kobiet posiada pewne odrębne właściwości—mianowicie, zjawia się przeważnie odrazu w postaci podostrej lub nawet przewlekłej, ograniczonej tylko do pewnego miejsca i mającej skłonność do przebiegania skrycie. Postać ostra, więcej rozprzestrzeniona występuje znacznie rzadziej.

Rzeżączkę ostrą widzujemy zazwyczaj u osobników młodych anemicznych, żółzowych; zapaleniu ostremu ulegają zewnętrzne części narządów moczopłciowych: pochwy i cewki, może ono następnie przejść na macicę, jajowody i jajniki, a nawet na tkankę łączną miednicy i otrzewną (*pelvi-peritonitis*).

Jest to postać wstępująca rzeżączki ostrej (*Gonor. ascendens*). Zdarza się również i postać zstępująca (*Gonor. descendens*), gdy przedewszystkiem zarażeniu podlega szyjka maciczna, a stamtąd gonokoki z ropą przedostają się do zewnętrznych części narządów płciowych i do cewki.

Nawet ta ostra postać rzeżączki przebiega przeważnie od samego początku łagodnie, a z czasem przechodzi w przewlekłą, więcej ograniczoną i ukrytą. Postać przewlekłą prawie zawsze spotykamy u mężatek i bardzo często u prostytuttek. Zakażenie zazwyczaj następuje po stosunku z mężczyzną, który ma ranną *goutte militaire*, a mocz z nitkami. Sprawa rozpoczyna się niepostrzeżenie,—szczególniej u kobiet, nie podejrzewających nawet możliwości zarazy,— od słabego zapalenia zewnętrznych narządów rodnych i pochwy, nieznacznych upławów, lekkiego swędzenia. Te objawy bywają zazwyczaj przyjmowane, jako

podrażnienie po pierwszych stosunkach płciowych. Z czasem, najczęściej po miesiączce, zjawia się zapalenie cewki, zapalenie gruczołów przedsionkowych albo macicy.

Zarazem spostrzegamy wielokrotnie objawy ogólne, jak anemię, zaburzenia żołądkowe, objawy histeryi, neurastenii i t. p. wespół z zaburzeniami w miesiączkowaniu.

Zapalenie powyższe zazwyczaj umiejscawia się tylko w pewnych narządach, a właściwiej, w jednych wyraża się silniej, podczas gdy w innych przebiega skrycie.

Gonokoki spostrzegamy w nieznacznej ilości. Najczęściej znajdujemy je w wydzielinie z cewki, rzadziej z szyjki macicznej (W e l a n d e r w cewce 89%, a w szyjce macicznej 43,7%). Do działalności gonokoków mogą przyłączyć się inne drobnoustroje, jak łańcuszkowiec ropotwórczy, różne gronkowce i inne ziarniaki, *bact. coli commune*, rzadziej laseczniki *K o c h a i t. p.* i na gruncie, przygotowanym przez gonokoki, rozszerzają swą działalność, a z czasem występują na plan pierwszy. Gonokoków coraz to mniej, i coraz ich trudniej odszukać. Pobudzają ich działalność dopiero takie czynniki, jak miesiączka, stosunek płciowy, ciąża, poród. Wtedy gonokoki przechodzą do sąsiednich narządów i drążą głębiej w tkankę, tak że usunięcie ich stamtąd jest bardzo trudne albo nawet niemożliwe.

Skutkiem tego rozpoznanie przewlekłej rzeżączki u kobiet i leczenie jej jest bardzo uciążliwe. Badać należy szczegółowo wzrokiem i palpacją poszczególne części narządów płciowych, jak duże i małe wargi, cewkę, gruczoły cewkowe i przycewkowe i gruczoły przedsionkowe, macicę i jej przydatki, a również za pomocą wziernika pochwę i szyjkę maciczną, pod mikroskopem wydzielinę z szyjki macicznej, z cewki i z gruczołów przedsionkowych.

Również należy zwrócić uwagę na stan ogólny, zaburzenia w miesiączkowaniu, w trawieniu, zaburzenia nerwowe i t. p. Leczenie jest nadzwyczaj trudne i często beznadziejne. Stanowi prawdziwy „Krzyż Pański” lekarzy, szczególnie, gdy przejdzie na przydatki.

Zapobieganie rzeżączce u kobiet daje często dobre wyniki. Należy w tym celu po podejrzanym stosunku zaraz przemyć pochwę roztworem nadmanganianu potasu, sublimatu 1 : 1000, hydrarg. exycyan. 1 : 2000—1 : 1000 lub innego bakteryobójczego środka w odpowiednim stężeniu, a do cewki po oddaniu moczu wkraplać parę gramów 5—10% protargolu, nowarganu, albarginy i t. p.

### Rzeżączka cewki.

Rzeżączka cewki występuje albo samoistnie lub też wspólnie z każdym rzeżączkowym zapaleniem zewnętrznym i wewnętrznym narządów płciowych, spotyka się znacznie częściej w postaci przewlekłej, niż ostrej.

Cewka kobieca stanowi krótki kanał, który od strony pęcherza zamyka się silnym zwieraczem. Zwieracz składa się z gładkich i prążkowanych mięśni i nie pozwala wydzielinie ściekać z kanału moczowego do pęcherza. Cewka tworzy się z dwóch warstw: zewnętrznej—warstwy mięsnej i wewnętrznej błony śluzowej. Pęczki włókien mięsnych przebiegają w dwóch kierunkach: zewnętrzne okrążają światło cewki obrączkowo, wewnętrzne idą równolegle do osi cewki. Nabłonek, pokrywający błonę śluzową, jest wielowarstwowy. U niektórych osób powierzchowne komórki bywają spłaszczone, częściej jednak posiadają charakter nabłonka walcowatego. W błonie śluzowej kanału spotykamy dość skąpo rozrzucone drobno rozgałęzione cewkowe gruczoły. Po prawej i po lewej stronie ujścia zewnętrznego cewki znajdujemy, równolegle do jej osi, dwa długie cewkowe gruczoły, wysłane nabłonkiem walcowatym. Odpowiadają one prawdopodobnie męskiemu sterczowi. Oprócz tych gruczołów spotykamy mniejsze gruczoły przycewkowe, które otwierają się często w liczbie 4—5 u wylotu cewki, często w dolnej części nad wejściem do pochwy. W błonie śluzowej rozpościera się gęsta sieć naczyń żylnych, analogiczna ciału jamistemu męskiej cewki.

### *Objaw i przebieg.*

Okres wylegania rzeżączki trwa krótko, mniej więcej 2—6 dni. Po upływie tego czasu w bardzo ostrych przypadkach lub u osób wrażliwych zjawia się nieznaczna gorączka, dreszcze, ogólne niedomaganie, palenie, swędzenie w cewce i częstsze moczenie, połączone w końcu czynności z bólem. Wylot kanału moczowego staje się czerwony, nabrzmiąły. Przy ucisku palcem na cewkę od strony pochwy wyczuwamy bolesny sznurek, a z kanału wypływa kropla ropy, czasem w połączeniu z krwią. Mocz w pierwszej części mętny, w drugiej czysty. Zmętnienie w drugiej części oznacza zapalenie pęcherza. Wszystkie powyższe objawy znikają u kobiet dość szybko, mniej więcej w ciągu

2--3 tygodni, lecz nie zawsze giną zupełnie. Często sprawa przechodzi w przewlekłą lub od samego początku jako taka występuje.

Objawy przewlekłej rzeżączki bywają przeważnie obiektywne. Przy wyciskaniu z cewki wydobywa się zwykle kropla śluzo-ropy zabarwienia mlecznego. Mocz w pierwszej części, jak u mężczyzn, bywa albo lekko zmętniały lub czysty z nitkami. Zapalenie może objąć całą cewkę; często jednak umiejscawia się w części przedniej, w gruczołach cewkowych i w zagłębieniach kanału; z czasem może doprowadzić do zgrubienia, stwardnienia cewki (*urethritis fibrosa*). Zwężenia spotykają się dość rzadko. Również znajdujemy rozszerzenia kanału w postaci jakby kieszeni, gdzie zbiera się ropa. W dolnej części kanału spostrzegamy niekiedy ropień naokołocewkowy (*urethrocele vaginale—uretrite sacculaire de Verchère*), który można usunąć tylko drogą chirurgiczną.

Niekiedy spotykamy na powierzchni cewki dużą ilość brodawczek, czasami rozwidlających się i łatwo krwawiących (*urethritis proliferans*). Mogą one spowodować nietrzymanie moczu (*incontinentia urinae*).

Zapalenie przycewkowych gruczołów (*Astruca*) powoduje często nadzwyczajną uporczywość rzeżączki.

Gruczoły powyższe powiększają się, twardnieją i pozwalają wycisnąć z zaczerwienionych otworów nieco ropy.

Bardzo często sprawa ta wikła się ropniami okołogruczołowymi, które, otwierając się do cewki lub pochwy, mogą pozostawiać po sobie przetoki.

Zdarza się również dość często współczesne częściowe zajęcie pęcherza, które przechodzi zwykle szybko i łatwo. Zwykle wtedy bywa zajęta szyjka pęcherza (R e b l a n d). Chora często oddaje mocz, w ostatnich kroplach którego możemy nawet spostrzedz krew. Rzadsze znacznie i uporczywsze bywa zajęcie pęcherza. Na gruncie, przygotowanym przez gonokoki, zwykle zagnieżdżają się wtórnie inne drobnoustroje.

Badanie wziernikiem cewkowym wykazuje w ostrej postaci rzeżączki cewki zaczerwienienie, nabrzmienie i rozpulchnienie nabłonka błony śluzowej cewki. W chronicznej postaci zaczerwienienia bywają w kształcie plam, smug. Niekiedy zdarzają się nadżerki, ziarninujące powierzchnie lub zaczerwienienia naokoło otworu wystającego do światła cewki gruczołu.

### *Rozpoznanie i rokowanie.*

Rozpoznanie bywa zazwyczaj łatwe, gdyż w wydzielinie przeważnie spostrzegamy sporo gonokoków. Utrudnia badanie, zwłaszcza w sprawach podostrych i przewlekłych, ta okoliczność, że prócz gonokoków obecne są nieraz obfite bakterye ropotwórcze i gnilne, nieraz w tak przeważającej liczbie, że o otrzymaniu hodowli z takiego materiału niema mowy. Tembardziej należy więc starannie przeszukiwać całą seryę preparatów w celu wykrycia form wewnątrz-komórkowych na preparatach kontrastowych i barwionych metodą Grama; najmniej nadaje się pojedyncze barwienie błękitem metylenowym. Z cewki wydzielinę zbieramy bardzo ostrożnie, zeszkrobując ją ze ścianek blaszką wąską. Chora nie powinna przedtem oddawać moczu. Oddawanie moczu przed braniem wydzieliny, jak to czynią zazwyczaj prostytutki, utrudnia badanie. Rzeżączka cewki kobiecej, leczona starannie i metodycznie, jest łatwiejsza zazwyczaj do usunięcia, niż odpowiednia rzeżączka u mężczyzn.

### *Leczenie.*

Przepisy dyetetyczno-hygieniczne i środki miejscowe stosujemy takie same, jak u mężczyzn, tylko te ostatnie zalecamy zwykle znacznie wcześniej. Przed szprycowaniem należy zostawić w pęcherzu nieco moczu, a do szprycowań brać płynu najwyżej pół zwykłej rzeżączkowej szprycy (4,0 — 5,0). Używamy przeważnie silniejsze stężenia, niż u mężczyzn, np. protargol, nowargan i albargina 3—5%, arg. nitr.  $\frac{1}{4}$ —2%, ichtyol 1—5%, hydrarg. oxycyan. i sublimat 1:4000—1000. Chore szprycują sobie 4—6 razy dziennie małą rzeżączkową szpryczką, zatrzymując w cewce lekarstwo po 3—5 minut. Przed szprycowaniem należy oddać mocz. Smarowania błony śluzowej, dzięki krótkości cewki i jej rozciągliwości, mogą być wygodnie uskuteczniane.

Do smarowań stosujemy 1—3 razy dziennie argenti nitr. i argentaminę 5%, protargol, albarginę, nowargan i argoninę 10%. Zajęte gruczoły przycewkowe należy niszczyć za pomocą elektrolizy, cienkiego żegadła Paquelin'a lub cienkiej pałeczki lapisu, a zapalenie pęcherza leczymy, jak u mężczyzn, przemywaniami.

### Zapalenie sromu niewieściego (*Vulva*).

#### *Objawy.*

Zapalenie sromu niewieściego rzadko bardzo występuje samodzielnie; zwykle towarzyszy ono albo zapaleniu cewki albo też pochwy. Objawy rozpoczynają się od palenia i swędzenia, dochodzącego do bólu. Szczególniej bolesne bywa moczenie i ruch. Cały srom i skóra w sąsiedztwie zwykle—silnie nabrzmiała, zaczerwieniona, cieknąca, przykryta ropą, niekiedy popękana lub pokryta nadżarciami. Ropa znajduje się przeważnie w dużej ilości i strasznie cuchnie. Niekiedy występuje współcześnie bolesne zapalenie gruczołów pachwinowych, mogące dojść do zropienia, i zapalenie naczyń chłonnych sromu. Spostrzegamy również (Werner, Gravagna, Salomon) na małych wargach owrzodzenia ze stwardnieniem, nalotem czarnawym i licznymi gonokokami, a Thalmann i Karwacki opisali owrzodzenie, wywołane przez gonokoki i bardzo zbliżone wyglądem do wrzodu miękkiego. Zapalenie ostre sromu niewieściego przy odpowiednich warunkach szybko znika, rzadziej przechodzi w postać chroniczną.

Przy chronicznej postaci skóra na sromie staje się ciemniejsza, niż normalnie, z brązowym, niekiedy fioletowym odcieniem. Najczęściej pozostaje tylko uporczywe zapalenie gruczołów sromu, naokoło których skóra staje się zaczerwieniona, a nawet ziarninująca. Częstem następstwem zapalenia przewlekłego sromu bywają szyszkowiny stożkowate.

Rozpoznanie zwykle łatwe, jeśli mieć na uwadze przytoczone powyżej objawy i współczesne rzeżączkowe zapalenie innych narządów płciowych. Zapalenie sromu małych dziewczynek najczęściej bywa pierwotne i stąd przechodzi na inne narządy; u dorosłych sprawa ta zawsze prawie jest wtórna, wywołana raczej drażniącą wydzieliną. Powinno się przytem pamiętać, że obrzęk i zaczerwienienie sromu może być spowodowane miękkimi szankrami, pierwotnymi lub wtórnymi objawami syfilisu, masturbacją i ciążą.

Leczenie. Należy przedewszystkiem srom niewieści utrzymywać w czystości i suchości, do tego służą obmywania zewnętrznych narządów płciowych, przemywania pochwy, pudrowanie sromu i zakładanie waty pomiędzy faldy. W uporczywych i ostrzejszych przypadkach można

przykładać na wacie *plumbum aceticum* i *aluminium aceticum* 1—2%, a po usunięciu obrzęku smarować lapisem  $\frac{1}{2}$ —5%, siarczanem cynkowym i alunem  $\frac{1}{2}$ —1% i następnie zakładać suchą watę.

Zajęte gruczoły sromowe niszczymy elektrolizą lub cienkim żegadłem P a q u e l i n a. Naturalnie należy zarazem usuwać źródło cierpienia.

### Zapalenie rzeżączkowe gruczołów przedsionkowych wielkich (gl. Bartholinii).

#### *Objawy i przebieg.*

Gruczoły przedsionkowe (wielkie), wydzielające śluz, otwierają się z obu stron wejścia do pochwy. Odpowiadają one gruczołom Cowperi mężczyzny. Mogą być zajęte podczas przebiegu rzeżączki ostrej lub przewlekłej w innych narządach. Rzeżączce podlega to przewód wydzielniczy, to znów cały gruczoł i tkanka okołogruczołowa.

Ostre rzeżączkowe zapalenie gruczołu przedsionkowego rozwija się przeważnie po jakimś podrażnieniu, nap. forsownym ruchu lub spółkowaniu. Niekiedy szybko, w ciągu kilku godzin, zjawia się nabrzmienie dużej wargi, przeważnie lewej, zaczerwienienie, podniesienie ciepłoty, silny ból. Często obrzmiewa zarazem i mała warga.

Pod skórą dużej wargi wyczuwamy twarde bolesny guz, wielkości włoskiego orzecha i większy. Przy ucisku z przewodu gruczołowego pokazuje się niekiedy nieco ropy. Obrzmienie i zaczerwienienie w ciągu paru następnych dni może znacznie powiększyć się, obejmując skórę aż do pachwiny. Guz robi się ciastowaty, następnie chleboczący i często traci ściśle zaznaczone granice ze względu na zajęcie tkanki przygruczołowej. Skóra nad guzem ścięcza się, pęka, i zawartość ropnia opróżnia się przeważnie na wewnętrznej powierzchni warg. Jeśli ropa po pęknięciu otoczki nie przerwie skóry, to może ściekać ku tyłowi i zrobić sobie otwór na kroczu, lub w ścianie prostnicy, często tworząc uporczywe przetoki.

Ropa bywa krwawa, cuchnąca, niekiedy z resztkami miąższu gruczołowego. Jama ropnia zwykle szybko wypełnia się ziarniną. Często bardzo ropa zbiera się w przewodzie gruczołowym, tworząc pozorne ropnie skutkiem zatkania światła przewodu.



Zanim nacieczenie rozplynie się, guz może przejść w stwardnienie, przyczem powoli znikają wszystkie zapalne objawy.

Często objawy nie nikną zupełnie, pozostaje torbiel lub twarde niebolesny guzik, który przy ucisku wydziela mleczną śluzo-ropę lub przezroczysty śluzowy płyn, zawierający w wielu razach gonokoki. Stwardnienie może wcale nawet nie utworzyć się, lecz przy ucisku gruczołu pokazuje się z otworu wydzielina patologiczna, i naokoło niego skóra pozostaje zaczerwieniona (macula gonorrhoeica S a e n g e r'i), niekiedy owrzodzona lub pokryta brodawkowatymi naroztami.

Powyzsze objawy przewlekłej rzeżączki gruczołu przed-sionkowego wielkiego są nadzwyczaj ważne ze względów praktycznych, gdyż przy nieuważnem badaniu mogą być niezauważone i mogą dać powód do omyłek w rozpoznaniu.

Zapalenie rzeżączkowe gruczołu przed-sionkowego występuje po większej części odrazu w postaci przewlekłej. W przewodach gruczołu znajdujemy często gonokoki, zazwyczaj jednak z innymi ropotwórczymi drobnoustrojami, bardzo często z tetradami (*micr. tetragenus*, Gram+). *Bartholinitis chr.* bywa zazwyczaj bardzo uporczywa i niejednokrotnie przy obostrzeniu stawała się przyczyną poważniejszych cierpień, jak np. *pelvipерitonitis*, może również wkląć się zapaleniem pachwinowego gruczołu chłonnego, który niekiedy ropieje (*Donati*).

Rozpoznanie jest łatwe ze względu na zaczerwienienie otworów przewodu, wyciek ropny z gonokokami lub guz w odpowiednim miejscu. Gdy wyciek bywa nieznaczny, zostawiamy na noc na wysokości otworu przewodu gruczołowego tamponik, w którym nazajutrz spostrzegamy kroplę ropy (tampon S c h u l t z e' g o).

Podczas tworzenia się ropni należy zalecić spokój, gorące okłady, a przy bólu—lód. Z chwilą zjawienia się w guzie chełbotania należy ropień szeroko rozciąć, przemyć jamę słabym roztworem sublimatu i wytamponować gazą wyjałowioną. W chronicznej postaci, dzięki rozszerzeniu się przewodu, można zastrzykiwać do gruczołu za pomocą szprycki A n e l a mocne przyżegające środki, lub po żółtkowanej sondzie rozciąć przewód i przyżegać gruczoł. W przypadkach stwardnienia i uporczywych nawrotów najlepiej gruczoł wyluszczyć.

### Zapalenie rzeżączkowe pochwy.

Pochwa jest pokryta wielowarstwowym płaskim nabłonkiem i nie zawiera gruczołów, skutkiem tego zjawia się w niej przeważnie zapalenie rzeżączkowe wtórnie; przechodzi ono na pochwę ze sromu niewieściego, z cewki albo z macicy.

Jednak delikatny nabłonek pochwy małych dziewczynek, słabo zbudowanych blondynek i kobiet anemicznych stanowi niezłą pożywkę dla gonokoków, które mogą tam wywołać (Dorn, Schwartz Länger, Touton, Brose, Finger, Jodassohn i inni) zapalenie pierwotne.

Zapalenie pochwy objawia się uczuciem ciężkości i palenia w narządach płciowych. Wydzielina staje się obfita, zielono-żółta, cuchnąca, zawiera sporo śluzu, komórek nabłonkowych, ciałek ropnych i posiada odczyn kwaśny. Bóle, dość silne niekiedy, rozchodzą się ku miednicy, biodrom, powiększają się przy ruchu, oddawaniu stolca i zmuszają wrażliwe kobiety do leżenia w łóżku. Niekiedy towarzyszą zapaleniu dreszcze i podniesienie ciepłoty.

Palec, wprowadzony do pochwy, wyczuwa podniesienie ciepłoty i nabrzmienie fałd błony śluzowej, szczególnie w tylnych częściach, gdzie sprawa zwykle przebiega najsilniej. Niekiedy takie badania wywołują silny ból, skurcz pochwy i pochwicę.

Gdy objawy zapalne nie są zbyt znaczne, można wprowadzić do pochwy wziernik. Błona śluzowa, po oczyszczeniu tamponem, przedstawia się nabrzmiałą, zaczerwienioną, z powierzchownymi lekko krwawiącymi nadżerkami, skutkiem złuszczenia nabłonka, usianą niekiedy czerwonymi wzniesieniami wielkości ziarnka konopi (*vulvitis granulosa*). Błona śluzowa części pochwowej macicy również podlega zapaleniu; na wargach często bardzo tworzą się nadżerki.

W szczególnie ciężkich przypadkach zapalenie tkanki podśluzowej może spowodować tworzenie się ropni wzdłuż ścianki pochwy, które niekiedy otwierają się do prostnicy (*vaginitis dissecans Martineau*). W razach wyjątkowych zapalenie pochwy może wikać się martwicą. Pod nazwą *vaginitis diphteroidea* Verschère opisał ciężką postać zapalenia pochwy, w której nalot ropny przystaje silnie do zaczerwienionej i ziarninującej błony śluzowej.

Zapalenie pochwy zwykle przechodzi w 3—4 tygodnie. Bywają nawroty, szczególnie po miesiączkowaniu; bardzo zaś często sprawa przechodzi w przewlekłą. Postać przewlekła nie odznacza się zwykle objawami subiektywnymi. Wydzielina może być dość znaczna. Badanie przez wziernik wykazuje zgrubienie błony śluzowej, ciemniejsze, niż zwykle, zabarwienie, ziarninujące wysepki i nadżerki na wargach macicznych. Postać przewlekła również nadzwyczaj często umiejscawia się w tylnym pochwowo-macicznym zagłębieniu.

**R o z p o z n a n i e** zapalenia pochwy jest łatwe, zważywszy na zmiany w błonie śluzowej i współrzędne zajęcie innych narządów moczopłciowych. Badanie wydzieliny na gonokoki bywa zwykle utrudnione, a za pomocą hodowli nawet niemożliwe ze względu na obfitą domieszkę najrozmaitszych drobnoustrojów. **R o k o w a n i e** powinno być bardzo ostrożne, gdyż sprawa często bywa bardzo uporczywa. Usunięcie jej zazwyczaj zależy od wyleczenia pierwotnego cierpienia, a w tych razach, gdy jest pierwotna, może przejść na macicę.

**L e c z e n i e.** Przy bardzo ostrych objawach należy zachować spokój, dbać o regulowanie stolca, stosować gorące nasiadówki i kąpiele, a przy silnych bólach—zimne nasiadówki, zimne okłady na części rodne i krocze.

Przy nader silnych bólach należy podawać środki narkotyczne.

Gdy objawy pozwalają już na wprowadzenie do pochwy wziernika, stosujemy przepłukiwania z irygatora. Irygator powinien być nie wysoko umieszczony i zakończony kanką zakrzywioną i durszlakowato podziurawioną. Do przemywań używamy środków bakteryobójczych i bakteryobójczo-ściąających. Skutecznie bardzo działają smarowania zajętej błony, np. 1% lapiem lub jodyną, a nawet roztworem chlorku żelazowego. Przed smarowaniem należy oczyścić błonę śluzową tamponem, a po smarowaniu dobrze pochwę wytamponować. Zabieg powyższy można uskutecznić co drugi dzień, a nawet raz dziennie na zmianę z przemywaniami słabszym roztworem. Podczas miesiączkowania należy przerwać miejscowe leczenie. Nie przeszkadza mu początkowy okres ciąży, zaś w końcowym okresie leczenie bywa niewdzięczne.

### Zapalenie rzeżączkowe macicy.

Rzeżączkowe zapalenie umiejscawia się w macicy nadzwyczaj często. Może ono w macicy występować pierwotnie i stąd rozprzestrzeniać się na pochwę i cewkę. Może zaś również przechodzić następczo z zewnętrznych narządów.

Gonokoki, tak jak i inne pasorzyty pochwy (W i n t e r, D ö d e r l e i n, M e n g e, B u m m), bardzo łatwo przedostają się do szyjki macicznej; zdaje się jednak, iż na ciało przechodzą rzadziej. Spotykamy zapalenie macicy ostre i przewlekłe. Zapalenie ostre może przejść w chroniczne, jednak często od samego początku przejawia się w bardzo łagodnej podostrej postaci. Ostre zapalenie macicy może być powierzchowne, wtenczas tylko sama błona śluzowa bywa przekrwiona, lekko krwawiąca i nacieczona.

Gdy zapalenie przejdzie na tkankę, głębiej leżącą, aż do mięśni, wtedy nazywa się ono głębokie, śródmiąższowe.

Gonokoki wgłąb tkanki mogą przejść nietylko *per continuitatem*, lecz również za pomocą naczyń chłonnych.

Ostre zapalenie może ograniczyć się tylko w szyjce macicznej, a może również stamtąd skutkiem zgłębnikowania, miesiączki, poronienia, połogu, rozprzestrzenieć się na całą błonę śluzową macicy.

Gdy zapalenie występuje w ostrzejszej postaci, zarazem zwykle głębiej sięga.

Często sprawa rozpoczyna się od dość silnych tępych bólów miednicy i w dolnej części brzucha, promieniujących do łądźwi, albo do kości krzyżowej i występujących szczególnie silnie przy ruchu, skutkiem czego chora zmuszona jest leżeć w łóżku. Zarazem zjawiają się dreszcze, podniesienie ciepłoty i zaburzenia żołądkowe. Częściej jednak rzeżączka rozpoczyna się prawie niepostrzeżenie.

Badanie macicy za pomocą macania lub wziernika bywa bardzo bolesne. Jest ona nabrzniata, powiększona. Nabrzmiewa również błona śluzowa otworu zewnętrznego szyjki, skutkiem czego otwór zwęża się, szczególniej naturalnie u tych, które jeszcze nigdy nie rodziły.

Prawie zawsze błona śluzowa nietylko w otworze, lecz również na całej zewnętrznej powierzchni szyjki macicznej, pokrywa się nadżarciami, mniej lub silniej wyrażonemi.

Z otworu szyjki macicznej wydziela się śluzo-ropna zielonawa lub żółtawa wydzielina, niekiedy z domieszką krwi

Często ostremu zapaleniu macicy towarzyszy ostre zapalenie pochwy, co utrudnia znacznie badanie.

Zapalenie głębsze śródmiąższowe może przejść na tkankę przy i okołomaciczną, a także i na otrzewną (*metropéritonitis*), może również przejść na jajowody i jajniki. Zapalenie rzeźączkowe macicy może wystąpić odrazu pod postacią podostrą, lub też postać ostrą przechodzi w chroniczną. Przewlekłe zapalenie macicy charakteryzuje się objawami subiektywnymi i obiektywnymi. Niekiedy chore przez długi czas spostrzegają u siebie białe upławy, a czasem tylko bóle po miesiączce. Często jednak chore skarżą się na tępe bóle w miednicy i w krzyżu, szczególnie po ruchu, spółkowaniu, przed i podczas miesiączkowania, które jest zazwyczaj połączone z silnymi bólami i długotrwałym krwotokiem. Chore skarżą się często na zaburzenia ogólne ustroju, jak anemia, osłabienie ogólne, neuralgie, palpityacje, zaburzenia w układach trawienia i nerwowym.

Przy badaniu za pomocą wziernika spostrzegamy w otworze macicy wydzielinę obfitą, śluzo-ropną, ciągnącą się.

Szyjka maciczna wrażliwa, powiększona, błona śluzowa zaczerwieniona, spulchniona, nadżarta. Nadżarcie często rozpościera się tylko naokoło zewnętrznego otworu szyjki. Często również widzimy na szyjce, szczególnie na jej grzbietowej części, dość obszerne owrzodzenia o powierzchni nierównej, krwawiącej (ziarnina), o brzegach mniej lub więcej wyraźnie ograniczonych. Owrzodzenia szczególnie często spotykamy u kobiet, które już rodziły, podczas gdy u tych, które nie rodziły, szyjka bywa zwykle więcej wydłużona, lecz mniej owrzodzona. W zależności od powierzchni lub głębiej przebiegającej sprawy, od zajęcia tylko szyjki lub też i ciała macicy, od tworzenia się krwawiących brodawek na powierzchni błony śluzowej, od tworzenia się w nacieczonej tkance łącznej blizn, powodujących zwężenia szyjki, od krwotoków, występujących często i obficie — chroniczne rzeźączkowe zapalenie macicy otrzymuje charakterystyczne cechy i odpowiednią nazwę (*collitis, parenchymatosa, fungosa, sclerosa, haemorrhagica i t. p.*). Przewlekłe rzeźączkowe zapalenie macicy bywa bardzo uporczywe i wywołuje różne powikłania, często powoduje bezpłodność, poronienia, szczególnie zaś przedstawia niebezpieczeństwo podczas ciąży i po porodzie. Podczas ciąży bardzo często wzmaga się na-

tężenie objawów, a po porodzie może nastąpić popołożowe gonokokowe zapalenie macicy.

Gonokoki dobrze rozmnażają się w odcinach położowych (Bum m, Ste i n b u c h e l) i mają ułatwioną możliwość rozprzestrzenienia się przez rozwartą otwór i po przekrwionej, spulchnionej i uszkodzonej błonie śluzowej na całą macicę i dalej do jajowodów, jajników, na tkankę przy i naokółmaciczną.

Rozpoczyna się ta sprawa w 3—7 tygodniu po porodzie, towarzyszy jej niezbyt silne podniesienie ciepłoty, zarazem mogą tworzyć się ropnie w macicy i jej przydatkach, może wystąpić popołożowe zapalenie stawów (P a t e n o s t r e, B a r, V i n a y, B e g o u i n); w tych razach znajdowano albo same gonokoki (K r ö n i g, N e u m a n n), albo też zarazem i inne drobnoustroje: paciorkowce, gronkowce, *bact. coli commune*, *pneumococci* i t. p.

Rozpoznanie. W wydzielinie z macicy bardzo często znajdujemy gonokoki. J e r s i l d w zapaleniu macicy u prostytutek odnajdywał je w 90%. Dla stwierdzenia, czy zarazem zajęte jest i ciało macicy, S c h u l t z e wprowadzał na 24 godziny tamponik do szyjki macicznej, na którym w razach odpowiednich znajdował wydzielinę ropną.

Rozpoznawcze znaczenie badania wydzieliny na gonokoki jest bardzo wielkie.

Objawy subiektywne i obiektywne, choć mogą wskazać umiejscowienie cierpienia, lecz nie wykryją jego pochodzenia. Nawet wydzielina w postaci białych upławów może zdarzać się przy rzeżączkowym zapaleniu macicy, i w tej śluzowej wydzielinie znajdujemy gonokoki.

Leczenie. Przy b. ostrych objawach należy ograniczyć się do zwykłych przeciwzapalnych środków: łóżko, gorące okłady na brzuch, czopki z morfiny i opium, zwalczanie zatwardzenia. Po przejściu podrażnienia, jeśli zapalenie nie przeszło na ciało macicy i jej przydatki, smarujemy wewnętrzną powierzchnię szyjki 5—10% roztworem protargolu, 1—2% argenty, lapisu lub jodiny raz—2 razy dziennie, szpryczką B r a u n a lub W i n t e r a (Rys. 39) bardzo ostrożnie, żeby nie przekroczyć wewnętrznego zwieracza szyjki, zastrzykujemy codziennie 2—5—10% novargan, albarginę, protargol; P a r a d i zaleca w tym celu roztwór 5% natr. lygosin.; przemywamy za pomocą cewnika R u g e ' a (Rys. 40) protargolem 1 : 1000, lapisem 1 : 4000—1000 sublimatem 1 : 5000—2000, kali hypermang. 1 : 5000—1000, karbo-

lem 1—2%. Przed odpowiednim zabiegiem należy dokładnie usunąć z otworu szyjki wydzielinę. Nadżarcia smarujemy 10% chlorkiem cynkowym, 10—25% lapisem co 4—5 dni. Zarazem leczymy odpowiednimi przemywaniami pochwę, a zapalenie przydatków macicy tamponami, nasyczonymi: rozczyntem Lugola, protargolem i gliceryną 5—10:100, jodoformem 10:100, ichtyolem 5—10:100 i t. p. wannami gorącymi, słonemi lub błotnemi i t. p.



Rys. 39.



Rys. 40.

Balzer radzi stosować przy chronicznem zapaleniu macicy błękit metylenowy w rozczyntie 1:5 lub nawet w proszku raz—dwa razy na tydzień, przyczem chora pozostaje w łóżku. Niektórzy autorowie zalecają również ołówki lecznicze z jodoformu, tanniny, kollargolu lub lapisu, wdmuchiwanie proszku protargolu (F. Lesser), nowarganu lub argoniny. Zamiast wdmuchiwań praktyczniej jest wprowadzać do szyjki macicznej, ewentualne do ciała macicy, umocowany na zgłębniku tamponik i obsypyany obficie proszkiem protargolu; tamponikiem starannie wycieramy błonę śluzową; protargol szybko rozpuszcza się i działa bardzo energicznie na gonokoki. Podrażnienie po takim zabiegu zwykle

bywa niewielkie, w każdym razie mniejsze, niż po innych, np. zastrzykiwaniu szprycą Braun'a.

W razie krwotocznego lub uporczywego zapalenia zalecają również skrobanie macicy. Należy je jednak, jak i zastrzykiwania, stosować niezbyt pośpiesznie i bardzo ostrożnie, żeby nie wywołać zapalenia otrzewny lub przydatków.

**Zapalenie rz. jajowodów (*salpingitis*)** powstaje skutkiem rozszerzenia się rzeżączki z macicy na jajowody; jest ono najważniejszym i najczęstszym ze wszystkich rzeżączkowych zapaleń przydatków macicy. Zajęte jajowody często sklejają się z jednej lub obu stron (macicy i otrzewny), a pośrodku zbiera się ropa. W taki sposób powstaje ropniak jajowodu (*pyosalpinx*), może on opróżnić się do macicy albo do jamy brzusznej i stosownie do tego powoduje zapalenie macicy lub otrzewny. Zapalenie rzeżączkowe może rozszerzyć się na jajniki i na całe omacicze (*oophoritis, perimetritis i pelveoperitonitis*).

**Zapalenie przymaciczne (*parametritis*)** najczęściej bywa spowodowane zakażeniem mieszanym.

Omówienie ściślejsze powyższych cierpień, jako wchodzących w zakres ginekologii i chirurgii, pomijam w moim wykładzie.

### NIEPŁCIOWE UMIEJSCOWIENIE RZEŻĄCZKI.

**Zapalenie rzeżączkowe prostnicy** zdarza się najczęściej skutkiem ściekania na odbyt ropy, zawierającej gonokoki, szczególnie u kobiet, choć może powstać i u mężczyzn w razie pęknięcia ropnia rzeżączkowego sterczu do prostnicy lub przy spermatocystitis (Jadassohn). Gonokoki mogą być również przeniesione do prostnicy podczas stosunku *per anum*, za pomocą kanki, waty, palców.

Ostremu zapaleniu prostnicy towarzyszą zawsze: silne bóle, szczególnie podczas ruchu i oddawania stolca, często promieniujące do sąsiednich narządów, parcie na stolec, zaczerwienienie błony śluzowej prostnicy, niekiedy z nadżarciami lub narostami, i skóry naokoło odbytu, obfity ropny wyciek. Sprawa ta może wikłać się ropniami naokoło odbytu (*periproctitis*), przetokami i zapaleniem żył (Grisson).

Dla rozpoznania należy zawsze uciekać się do badań mikroskopowych. Niekiedy zapalenie rzeżączkowe



prostnicy musimy różniczkować od krwawnic, wyprysku, miękkiego szankra, różnych spraw ropnych i t. p.

Chroniczne zapalenie może spowodować zwięzienia w prostnicy, tworzenie się wyrostów brodawkowatych (Hamonic), rzeżączkowe zapalenie stawów (B r a q u e h a y e i M a l i g n o n).

L e c z e n i e daje zwykle dobre rezultaty. Stosujemy wielokrotnie w ciągu dnia przemywania za pomocą cewnika, *à double courant* słabych rozczyńców protargolu, argoniny, nowarganu, kollargolu, lapisu, sublimatu, kali hypermang. kw. bornego, ichtyolu i t. p. Zalecamy również te same środki wespół z morfiną i opium w czopeczkach, maściach, smarujemy wyrosty silniejszymi rozczyńcami lapisu i t. p.

#### Zapalenie rzeżączkowe jamy ustnej i nosa.

Najczęściej spostrzegali powyższe cierpienie u noworodków (R o s i ń s k i, D o h r n, C o l o m b i n i) i znajdowali gonokoki w nadżarciach języka i podniebienia. Na błonie śluzowej ust wielokrotnie obserwowali powyższą sprawę u dorosłych po *coitus ab ore* (C u t t l e r).

Zapalenie rzeżączkowe dziąseł u dzieci widzieli K i m b a l l i M é n a r d, a u dorosłego — J ü r g e n s, zapalenie błony śluzowej nosa u dorosłego — C o z z o l i n o, a u noworodków Z i e m, K r o n i g, K i m b a l l, S t e l l o. Wszystkie te przypadki były leczone z dobrym skutkiem za pomocą lapisu i nadmanganianu potasu.

Prócz tego C r o s b y spostrzegł zajęcie gonokokowe jamy ustnej i nosa, współcześnie z zajęciem swoistem krtani, oskrzeli, płuc i opłucnej, jako następstwo rzeżączkowego zajęcia obu oczu. Również P o s e y obserwował podobny przypadek zajęcia *sinus sphenoidalis* u dziecka.

#### RZEŻĄCZKA U DZIECI.

Rzeżączka u dzieci spotyka się dość często, przytem lwią część przypada na płeć żeńską.

U chłopców zakażenie najczęściej bywa spowodowane nienormalnymi stosunkami płciowymi: chłopców, uwiedzionych przez rozpustne kobiety, lub też małych chłopców z małymi dziewczętami.

U małych dziewcząt gonokoki bardzo często bywają przenoszone za pomocą gąbki, waty, bielizny, termometrów, kanek, palców, a nawet kąpeli, które wielokrotnie powodowały, w domach wychowawczych nagminne gonokokowe zakażenia. Nie możemy wykluczyć zakażenia dziecka przez matkę podczas porodu (Chatinière). Często również zakażenie następuje skutkiem psychopatycznego popędu chorych mężczyzn do małych dziewczyn, a także przesądu w ciemnych warstwach gminu, iż stosunek lub jego próba z *virgo intacta* leczy rzeżączkę.

Rzeżączka u chłopców przebiega w taki sam sposób, jak i u dorosłych. Tylko zapalne objawy występują zwykle bardzo intensywnie. Szczególniej ostry przebieg posiada rzeżączkowe zapalenie worka napletkowego.

Przy rozpoznaniu należy zawsze badać wydzielinę na gonokoki, gdyż u dzieci dość często spotykamy zapalenie cewki, wywołane innymi drobnoustrojami (często micr. tetragenus Gaffky).

Rzeżączka cewki leczy się łatwo, lecz może również przejść w stan chroniczny, może spowodować zwężenia cewki i t. p.

Leczenie jest takie same, jak u dorosłych: zalecamy spokój, dietę mleczną, środki balsamiczne, salicyłaty, szprycowania (*protargol*, *novargan*  $\frac{1}{4}\%$  —  $\frac{1}{2}\%$ ) i przemywania (kal. hyperm. 1 : 10000 — 1 : 1000), znieczulając przedtem u osobników bardzo wrażliwych cewkę nowokainą lub alypiną  $\frac{1}{4}\%$ .

Rzeżączka u dziewczynek rozprzestrzenia się głównie na srom niewieści, pochwę i cewkę. Rzeżączkowe zapalenia macicy i pęcherza spotykają się rzadko. Opisywali również (Sänger, Welandner, Dubreuilh, Marfan i in.) zapalenie rzeżączkowe jajowodów i otrzewny, niekiedy z zejściem śmiertelnem. Rzeżączka przebiega nadzwyczaj uporczywie, następują łatwo nawroty i obstrzenia.

Rozpoznanie często jest trudne, ale zupełnie możliwe za pomocą hodowli. Prócz badania bakterioskopowego (Gram) duże znaczenie posiada sposób zebrania materiału na preparaty i podłoża, ponieważ powierzchniowe warstwy, prócz swoistych, stale zawierają obcą florę, a głębsze jedynie właściwe bodźce chorobowe. Gonokoki należy odróżniać od pseudogonokoków, znajdujących również u zdrowych. Przytem należy pamiętać, iż u dziewczynek

spotykamy wielokrotnie zapalenie sromu, wywołane przez micr. tetragenus lub inne drobnoustroje, które też mogą posiadać własności zakaźne (K o p l i k, E p s t e i n).

L e c z e n i e. Srom niewieści przemywamy nowarganem, albarginą, protargolem 1 : 1000—200, kali hypermang. 1 : 4000—1000, sublimatem 1 : 4000. Zapalenie pochwy leczymy przemywaniami powyższych środków za pomocą cienkiej kanki, szprycowaniami za pomocą gumowych gruszek lub smarowaniami protargolu, albarginy, nowarganu, ichtarganu 1—5—10%, lapisu  $\frac{1}{4}$ —1—2% i t. p. Zapalenie cewki traktujemy jak u chłopców.

### OGÓLNE RZEŻĄCZKOWE ZAKAŻENIE.

Rzeżączka z choroby miejscowej może stać się ogólną ustroju ludzkiego. Gonokoki mogą przeniknąć do naczyń krwionośnych i chłonnych, z prądem krwi i limfy rozprzestrzenić się po ustroju i wywołać zapalenie w najbardziej od pierwotnego ogniska oddalonych narządach. Do naczyń krwionośnych gonokoki mogą przedostać się, czy to będąc uniesione przez ciała ropne, czy też przenikając przez cienkie ścianki zmienionych chorobowo drobnych naczyń podnabłonkowych: W e r t h e i m znajdował gonokoki w ściankach naczyń krwionośnych. We krwi odnajdywano gonokoki wielokrotnie (T h a y e r, L a z e a r, C o l o m b i n i, A h m a n, U n g e r, B a r b i a n i, M a r k h e i m, D i g g e l m a n n, B r e s s e l, R e y e, N o b l, K r a u s e, W y n n, P r o c h a s k a, D u v a l i L e w i s, W i d a l, F a u r e i B e a u l i e u). Ze śledziona przy ropowicy gonokokowej wyosobnił gonokoki L e n h a r t z. W gruczołach limfatycznych pachwinowych i szyjnych stwierdzili obecność gonokoków C o l o m b i n i, H o c h e i s e n i M y s i n g. Również nadzwyczaj często stwierdzano ich obecność czy to wprost, czy też za pomocą hodowli w różnych narządach (B u r c k h a r d t N e i s s e r, D e u t s c h m a n n i L a n g, A f a n a s i e w, J a c o b i, F i n g e r, G r i f f o n i i n n i). Gonochaemia nie bywa rzadka w przebiegu rzeżączki. Według W a r e'a występuje w 12%, jednak według N e i s s e r a tylko w 0,7%. Nawet i powyższy odsetek jest bardzo wysoki, zważywszy na ogólną ilość chorych na rzeżączkę. Bezpośrednią przyczyną ogólnego gonokokowego zakażenia bywa

obostrzenie w przebiegu rzeżączki i zjawienie się powikłań miejscowych. U mężczyzn spotykamy je najczęściej, gdy rzeżączka przechodzi na część tylną cewki, oblitującą w bardzo powierzchowną sieć naczyń włoskowatych, na stercz lub najądrze, u kobiet — gdy gonokoki przenikają w głębsze warstwy ciała macicy i do jej przydatków.

Podczas ogólnego gonokokowego zakażenia zostają porażone najrozmaitsze narządy, jak stawy, serce, nerki, wątroba, nerwy, oczy, skóra i t. p.

Wiele objawów ogólnego zakażenia (podniesienie ciepłoty, ogólna niedokrwistość) należy sprowadzić do działania nie samych gonokoków, lecz gonotoksyn (G u y o n, J a n e t, F ü r b r i n g e r, W a s s e r m a n n). Bardzo często następnie do działania gonokoków przylączają swą działalność i inne drobnoustroje, skutkiem czego stwierdzamy gono-staphylococciam, gono-streptococciam, gono-pneumococciam i t. p., w których to zakażeniach jednak główną rolę przypisujemy gonokokom.

To współzycie może się ujawnić od samego początku choroby, nawet z wystąpieniem na plan pierwszy innych ropotwórczych drobnoustrojów. B a l z e r i L a c o u r spostrzegali od samego początku ogólnego zakażenia tylko gronkowce w krwi, podczas gdy w cewce gronkowce z gonokokami.

#### **Zapalenie rzeżączkowe stawów.**

Najczęściej podczas ogólnego gonokokowego zakażenia bywa dotknięty układ ruchu, szczególnie stawy. Zajęcie stawów towarzyszy przeważnie nawet cierpieniom innych narządów. Rzeżączkowe zajęcie stawów zjawia się zazwyczaj u tych osobników, których ustrój wogóle jest skłonny do zajęcia stawów, którzy już przechodzili zwykły reumatyzm stawowy. Przypuszczają, iż zmiany w składzie krwi wpływają na powstawanie rzeżączkowego zajęcia stawów. T o m m a s o l i stwierdził w tych razach jakoby wpływ zmniejszenia zasadowości krwi.

Stwierdzenie w stawach przy stanach zapalnych obecności gonokoków za pomocą hodowli udało się wielu badaczom, że wymienimy: B o r d o n i-U f f r e d u z z i, E. N e i s s e r, F i n g e r, G h o n i S c h l a g e n h a u f e r, T u n d e l l, M e y e r, U n g e r, Y o u n g, N a t h a n i L a r r i e r, M o s n y i B e a u f u m é, N o b l, W y n n i i n n i.

R i n d f l e i s c h i N a s s e na 30 przypadków *arthritis gonorrhoeica* stwierdzili gonokoki w 19-tu. Zajęte stawy powinny być badane niezwłocznie, ponieważ gonokoki w stawach szybko obumierają i wegetują później tylko w membrana synovialis. Nie można wykryć ich już po upływie 6 dni, jak twierdzi B a u r.

Gdy gonokoków nie udawało się odnaleźć, starano się wyjaśnić powstawanie zapalenia działaniem gonotoksyn lub zaburzeniami w układzie naczynio-ruchowym, co z drugiej strony stanowczo odrzuca wielu autorów (naprz. I. K o c h), winiąc jedynie tylko gonokoki. Zapalenie rzeżączkowe stawów zdarza się znacznie częściej u mężczyzn, niż u kobiet. B o r n e m a n n, na 229 przypadków tego cierpienia u mężczyzn, wylicza tylko 42 przypadki u kobiet.

U mężczyzn najczęściej występuje ono po urazie, stosunku płciowym, podrażnieniu sterczu (np. masażem) i t. p., u kobiet—po miesiączkowaniu, poronieniu, porodzie, skrobaniu macicy i t. p. Niekiedy zapalenie stawów może powtarzać się po każdym nowym zakażeniu lub przy każdym obostrzeniu chronicznej rzeżączki. U dzieci bywa powyższe powikłanie rzeżączki dość często—M o n c o r v o na 47 przypadków rzeżączki u dzieci widział zapalenie stawów 15 razy. Występuje ono częściej u dziewczynek, niż u chłopców. Rzeżączkowe zapalenie może być jednostawowe. Często jednak bywają zajęte 2—3 stawy, a nawet więcej. Zwykle jednak liczba zajętych stawów jest mniej liczna, niż przy zwykłym reumatyzmie. Najczęściej cierpienie obejmuje staw kolanowy, piszczelowo-stopowy, napięstkowy i palcowy. Według danych F i n g e r a na 376 przypadków *arthritis gon.* staw kolanowy był zajęty 136 razy, piszczelowo-stopowy—59, napięstkowy—43, palcowy—35, łokciowy—25, barkowy 24, biodrowy—18, żuchwowy—14, śródstopny—7, krzyżowobiodrowy—4, mostkowo-obończykowy—4, chrząstkowo-żebrowy—2, międzykręgowy—2, pierścienno-nalewkowy—2, piszczelowo-strzałkowy—1.

Zapalenie rzeżączkowe stawów może przejawiać się w najrozmaitszym stopniu: ból stawów, puchlina, ropowicze zapalenie, a nawet ropniak.

Najłagodniejszym przejawem rzeżączkowego zapalenia stawów jest ból (*arthralgia*).

B ó ł w stawie może być odrazu bardzo dokuczliwy i szybko powiększać się. Niekiedy początek bywa prawie

niedostrzegalny. Bóle bardzo powoli zwiększają się i rzadko dochodzą do zbyt silnego natężenia.

Najczęściej spostrzegamy puchlinę stawów. Początek jej może być gwałtowny albo też powolny. Towarzyszy jej ból w mniejszym lub większym stopniu, utrudnienie lub niemożność ruchu i krótkotrwałe podniesienie ciepłoty ze zwolnieniem.

Podniesienie ciepłoty do 40° i wyżej zdarza się rzadko; częściej waha się ona pomiędzy 38° i 39,5°. Rzadko wspólnie zjawiają się obfite poty, częściej występuje osłabienie, bladeść, schudnięcie. Wysiłek bywa surowiczny lub surowiczo-włóknikowy, czasem dość obfity, zwykle jednak mniejszy, niż przy zwykłej puchlinie stawów. W wysięku bardzo często znajdowano gonokoki. Puchlina rzeżączkowa ostra niekiedy prędko znika po kilku tygodniach, często przechodzi w postać chroniczną i ma wielką skłonność do nawrotów przy każdym nowym zakażeniu lub obostrzeniu. Niekiedy nawet dość szybko może powstać zeszywnienie stawu—częściej włókniste, niż kostne (Brandes, Gosselin), i stały zanik przylegających mięśni. Gdy sprawa przechodzi już w jednym stawie, może powstać w drugim. Wyjątkowo bywa zajętych odrazu wiele stawów. W jednym przypadku obserwowałem rz. zapalenie aż 14 stawów.

Ropowicze zapalenie stawów przebiega zwykle również z silnym bólem, lecz z niezbyt wysokim podniesieniem ciepłoty. Wysiłek do stawu zwykle nie jest znaczny, i nabrzmienie następuje skutkiem zajęcia tkanki naokołostawowej, błony maziowej, więzów, chrząstek, okostny, kości. Zwykle towarzyszy tej sprawie silny ból i zaczerwienienie, i może nastąpić dość szybko zniszczenie kości i chrząstki (Sudek) z następczem stężeniem stawu lub nadwichnięciem albo też przykurczeniem.

Ropniak rzeżączkowy stawu zdarza się rzadko. W ropie takiej sprawy najczęściej znajdowano gronkowce i paciorkowce. Występują oznaki prawdziwej ropnicy (*pyemii*) z gorączką, dreszczami, osłabieniem, ogólnym niedomaganiem i t. p. (Fournier, Haslund). Może zjawić się następczo zator w płucach i ropny wysięk w opłucnej. Ropieniu w stawach może towarzyszyć silne nabrzmienie z zaczerwienieniem skóry. Ropa może opróżnić się przez mięśnie w pewnym oddaleniu od stawu, w którym więzy i chrząstka bywają zniszczone, okostna obnażona, kość objęta przez zapalenie. Może nastąpić zakażenie gnilne z śmier-

telnem zejściem, a najczęściej zupełne stężenie stawu. Ropienie może przejść w stan przewlekły.

Zapalenie rzeżączkowe ze stawów (rzadziej niezależnie) przechodzi często na sąsiednie tkanki, a szczególnie na kaletki maziowe, ścięgna i okostną.

Z pomiędzy kaletek maziowych rzeżączkowemu zapaleniu podlega najczęściej piętowa, rzadziej—przedrzepkowa, podrzepkowa i inne. Cierpienie to jest bardzo uporczywe i może być usunięte za pomocą nacięcia lub usunięcia kaletki maziowej.

Zajęcie rzeżączkowe pochewek ścięgniowych zdarza się dość często (Mauriac, Fournier). Horwitz, również Bujwid, Hansen, Young, Wynn i Hocheisen stwierdzili w nich obecność gonokoków. Zapalenie może objawiać się w różnym stopniu, rozpoczynając od zwykłego bólu przy ruchu, aż do bolesnego nabrzmienia czasem znacznego i uporczywego. Zarazem zwykle występuje zapalenie rzeżączkowe ścięgna samego. Najczęściej podlegają mu ścięgna na ręce i nodze, powstaje w kierunku ścięgna podługowate ciastowate bolesne nabrzmienie; skóra nad ogniskiem zapalnym staje się zwykle zaczerwienioną, obrzękłą. Najczęściej po kilku tygodniach następuje rozessanie wysięku. W razie współczesnego zajęcia poblizkiego stawu pozostają niekiedy na czas dłuższy zaburzenia ruchowe.

Zapalenie rzeżączkowe okostnej (Finger, Ghoni Schlagenhauser, Königstein, Nouell, Hefter, Kienböck, Hirtz, Ullmann, Watsinni), przeważnie goleni, obojczyka i łopatki, zjawia się w postaci ograniczonych, ściśle do kości przylegających, na nasadach umiejscowionych bolesnych nabrzmień, które pozostawiają po sobie zgrubienie kości.

Ullmann obserwował również rzeżączkowe zapalenie szpiku kostnego w dolnej części ramienia.

Zapalenie rzeżączkowe mięśni występuje rzadko. W ropniach przerzutowych stwierdzili za pomocą hodowli gonokoki—Strong, Harris, Haskell, Dedjurin, a przy *myositis suppurativa*—Heller, Becker, Schlesinger. W mięśniach zjawiają się bóle i ograniczone, twarde, łatwo wyczuwalne zgrubienia, nad którymi skóra pozostaje niezmienną, przesuwalną. Powrót do zdrowia zwykle bywa powolny. Często następuje zanik mięśnia, szczególnie w bliskości stawu.

Rozpoznanie bywa zwykle łatwe, jeśli zwrócić uwagę na obecność rzeżączki moczopłciowych narządów i obecność następujących charakterystycznych dla rzeżączkowego zapalenia stawów oznak: mniej liczne, niż przy zwykłym zapaleniu, i przeważnie o ulubionem umiejscowieniu zajęcie stawów, mniejsze i krótsze podniesienie ciepłoty, brak pocenia się, mniejsze bóle, rzadkie powikłania w sercu i przeważnie mała lub żadna wrażliwość na działanie preparatów salicylowych, uporczywość i skłonność do przejścia w stan chroniczny, skłonność do tworzenia zmian okołostawowych, obostrzenia w zapaleniu stawów współcześnie z obostrzeniami w przebiegu rzeżączki narządów moczopłciowych. Niekiedy udaje się odszukać gonokoki w stawie lub we krwi (Faure, Beaulieu), szczególnie za pomocą hodowli. Przy rozpoznaniu należy pamiętać, że również syfilis, gruźlica i inne choroby zaraźliwe mogą wywoływać zapalenie stawów.

**R o k o w a n i e.** Najszybciej przechodzą te przypadki rzeżączkowego zapalenia stawów, które powstały w miejscach, zajętych uprzednio przez zwykły reumatyzm stawów, i poddają się działaniu salicylatów. Nieco uciążliwsze są przypadki puchliny, lecz często przechodzą po kilku tygodniach, miesiącach.

Inne przypadki są uporczywsze. Następują w stawach obostrzenia wespół z obostrzeniami miejscowej rzeżączki. Niekiedy powrót stawów do normy bywa niezupełny, pozostają ograniczenia w ruchach, trzeszczenia w stawach i zanik mięśni; zdarza się również unieruchomienie stawów. Przy ropnym zapaleniu, oprócz zniekształcenia stawów, zdarzały się i zejścia śmiertelne.

Współcześnie z rzeżączką stawów może występować zapalenie wsierdzia, osierdzia, opłucnej, oka, błon mózgowych i rdzenia i t. p.. Najciężej przebiegają zapalenia, wywołane zakażeniem mieszanym, a szczególnie gruźliczem.

**L e c z e n i e.** Przedewszystkiem należy bardzo ostrożnie leczyć współistniejące miejscowe rzeżączkowe cierpienie, żeby nie wywołać obostrzenia sprawy.

Niekiedy pewne polepszenie w ostrym okresie sprawiają salicylaty: natr. salicyl., phenacetyna, salol, aspiryna, salipiryna, salophen, pyramidon. Stosujemy unieruchomienie stawów, ucisk nań, również wcierania maści kollargolowej, gwajakolowej, salicylowej (acidi salicyl., ol. terebinthin, lanolini aa. 10,0, ax. porci 80,0), a nawet w ciężkich przypad-



kach zastrzykiwania śródżylne sublimatu albo kollargolu. Gdy ostry okres przejdzie, zalecamy ucisk kauczukowym bandażem, ruch, masaż naokołostawowy i mięśniowy, połączony niekiedy z elektryzacją, smarowaniem t-ra jodi. *Balzer* przepisuje wanny terpentynowe:

Rp. Emul. aq. saponis nigri  
Terebinthinae aa. 200,0 i

na każdą wannę po 200,0 — 400,0 tej mieszaniny. Stosują również: *Ullmann* — hydrotermoregulator, *Jullien* — balneum *Dowsinga*. W okresie przewlekłym zalecamy wewnątrz kali jodatam, wanny siarczane i z soli kuchennej, wanny elektryczne, radioaktywne, ogrzane powietrze, gorący piasek. Zastrzykują do stawu emulsię jodoformową, jodynę, *Rendu* — 5—6 sześciennych ctm. roztworu sublimatu 1:1000, *König* — wodę karbolową 5:100, *Bouchard* zastrzykuje pod skórę naokoło stawu roztwór natrii salicyl. Niekiedy bywa konieczne opróżnienie stawu za pomocą nakłucia, a w ciężkich przypadkach — jak najszybsza interwencja chirurgiczna: otwarcie stawu, wycięcie.

#### Zajęcie rz. układu krwionośnego, oddechowego, nerwowego i innych.

Zapalenia wsierdzia spostrzegamy daleko rzadziej, niż zapalenie stawów, i przeważnie współcześnie z tem ostatnim. *Jadassohn* przytacza 25 przypadków zapalenia wsierdzia na 167 przypadków zapalenia stawów. Rzadko zaś spotykamy samoistne zapalenie wsierdzia. *Morel* na 13 przypadków zapalenia wsierdzia tylko w dwóch razach nie spostrzegł zajęcia stawów. Najczęściej zapalenie wsierdzia powstaje niepostrzeżenie i tylko przypadkowo bywa wykrywane. Sprawa przeważnie usadawia się na zastawce aorty, trójdzielnej lub tętnicy płucnej. Może ona występować pod postacią łagodną lub też złośliwą (*Węgrzynowski*) (*endocarditis vegetans ulcerosa*) nawet z objawami posocznico-ropnicy (*Martin*, *Roswell-Park*, *Rendu-Hallé*, *Houl*, *Thayer* i *Lazear*, *Michaelis*, *Harris*, *Prochaska*, *Mc.Leod*, *Dabney* i inni) ze zgorzela, z zawałem zatorowym w głównych naczyniach, może przejść na mięsień sercowy z śmiertelnem zejściem (*Marini*).

W sprawach łagodniejszych znaleziono wielokrotnie same gonokoki, lecz w złośliwych zwykle wspólnie z dwóinkami zapalenia płuc (Leyden), z gronkowcami i paciorkowcami (Weichselbaum).

Łagodniejsze sprawy mogą przejść, podczas gdy cięższe mają przebieg nadzwyczaj uporczywy, niekiedy bez nadziei. Zdarza się również zapalenie osierdzia (Gluziński, Lehmann, Bordoni-Uffreduzzi, Prochaska, Ullmann, Silvestrini, Huber, Becker, Crosby) i mięśnia sercowego (Councilman); może ono wystąpić wspólnie z zapaleniem wsierdzia. Przypadek zapalenia rzeżączkowego tętnicy płucnej notuje Fürth i Parkes.

Zapalenie rzeżączkowe żył w zależności od ogólnego zakażenia spostrzegano wielokrotnie. Według zestawienia Hellera dotychczas opisano 25 przypadków thrombophlebitis gonorrhoeica, w tym u 20 mężczyzn i u 5 kobiet, częściej na dolnych kończynach (*vena saphena magna*), rzadziej na górnych. Zdrowienie trwa bardzo długo, nawroty bywają często, niekiedy sprawa kończy się zejściem śmiertelnym.

Brouardel ogłosił dwa przypadki zapalenia żył, *sinus prostatici* i *ligamenti lati*, które zakończyły się śmiercią skutkiem zatoru płucnego.

Przy rzeżączkowym zapaleniu opłucnej stwierdzili obecność gonokoków Mazza, Cardile, Hansen, Prochaska, Paldrock, Hall i Crosby, przy *broncho-pneumonia* — Finger, przy *pneumonia gonorrhoeica* — Bressel (zarazem wykryto gonokoki i we krwi), przy *abscessus pulmonum* — Wynn.

Prosówkowe ropnie w płucach, zawierające gonokoki, opisał Wyrton, obustronny zator płucny — Mühlring.

W ropniach śledziony, obok ropni w mięśniu sercowym, znalazł gonokoki Marini, a w seryach skrawków mocno zmienionej wątroby, jaką zwykle bywa przy ostrem żółtem zaniku, Waitz. Zapalenie rzeżączkowe otrzewny opisuje Horowitz, Zeissel, Bodenstein, Young i inni.

Zajęcie rzeżączkowe nerwów obwodowych i ośrodków nerwowych notowano wielokrotnie.

W nerwach obwodowych (Bloch, Pickenbach, Delamare, Kienböck, Eulenburg, Nürnberg,

berger, Lasarus, Bernhardt) rzeżączkowa sprawa występuje albo pod postacią nerwobólów, lub też zapalenia pojedynczych, a nieraz wielu nerwów (*polyneuritis acuta* — Kucharski) przeważnie na kończynach.

Najczęściej podlega zapaleniu *nervus ischiadicus*, i występują nagle silne bóle, które zwykle prędko przechodzą. Od zwykłego ischiasu tem się różni rzeżączkowy, iż przy nim często zdarza się gorączka przerywana.

Rzadziej spotykamy zajęcie nerwu goleniowego (*cruralis*), zasłonowego (*obturatorius*), krętniczopachwinowego (*ileo inguinalis*), sromowego zewnętrznego (*pudendus externus*), jeszcze rzadziej — słuchowego (*acusticus*), ocznego (*opticus*).

Objawy rozpoczynają się od bólów błyskawicznych i porażenia poprzecznego kurczowego. Następnie przyłączają się zaburzenia odżywcze, zanik mięśni nogi, goleni i uda.

Sprawy powyższe powstają raczej na skutek działania gonotoksyn, niż samych gonokoków, czemu jednakże wielu badaczy przeczy, winiąc wyłącznie same gonokoki.

Objawy opono-mózgowe spostrzegano wielokrotnie (Gosselin, Prochaska, Desnos i inni) podczas przebiegu ostrej rzeżączki i to przeważnie u ludzi młodych. Przy nakłuciu lędźwiowym kanału kręgowego w płynie mózgowo-rdzeniowym ujawniono gonokoki.

Zazwyczaj z polepszeniem sprawy miejscowej (zapalenie cewki) następowało polepszenie sprawy opono-mózgowej i odwrotnie — obostrzenie podczas nawrotów i obostrzeń rzeżączki miejscowej.

Należy więc w tych razach pośpiesznie leczyć miejscową rzeżączkę. Stosują zarazem wanny siarczane, elektryzację mięśni, masaże.

Ostre zapalenia rdzenia, jako powikłanie ostrej rzeżączki, opisali: Leyden, Engel, Rad, Bloch, Debve i Koelichen, a rozsiane stwardnienie (*sclerosis multiplex*) Szecsi.

W mózgu mogą powstać cierpienia rzeżączkowe drogą przerzutów i bezpośredniego przejścia sprawy z sąsiednich narządów, jak oka i ucha. D'Annato opisał podobny przypadek rzeżączkowego zapalenia mózgu w następstwie po rzeżączkowym zapaleniu oka.

Obserwowano również rzeżączkową płasawicę (*chorea* -- *Boissonas*) i psychozy w następstwie rzeżączki.

Opisują ostry obłąd pod nazwą — obłąkanie rzeżączkowe. Sprawa powyższa może wystąpić niezależnie od rzeżączkowego zapalenia stawów, najczęściej po wielokrotnie powtarzanych zakażeniach (*Casella*).

Spotykamy również często podrażnienie nerek, wywołane gonokokami (*Sterling*).

Pomijając białkomocz przejściowy w początkowych okresach rzeżączki, który można objaśnić działaniem gonotoksyn, spostrzegamy postacie ciężkie z silnymi ogólnymi objawami (ból głowy, gorączka, ogólny upadek sił) z bólami w okolicy nerek i wydzielaniem się w moczu znacznej ilości białka.

Sprawa może ciągnąć się długo — miesiąc i więcej. Białkomocz może występować z obrzękiem kończyn i z puchliną podskórną ogólną. Rzeżączkowy białkomocz występuje pod postacią *nephritis parenchymatosa acuta*, kończy się zwykle dobrze. Leczenie — jak przy zwykłych zapaleniach nerek. *Le Fur* spostrzegł rzeżączkowe ropoczerce podczas ogólnego rzeżączkowego zakażenia.

#### Zapalenie rzeżączkowe oka.

Najczęściej spostrzegamy zapalenie łącznicy. Wielu autorów twierdzi, iż powstaje ono na skutek działania gonotoksyn, aczkolwiek *Morax* i *Sidler* znaleźli w tych zmianach gonokoki. Przy słabym zapaleniu widzimy tylko dość żywe zaczerwienienie i nabrzmienie łącznicy w kącie powieki. Zapalenie może być silniejsze, może zająć całą łącznicę z obfitym nieżytowym wyciekami.

Po ustąpieniu z jednego oka zapalenie łącznicy może przejść na drugie, może jednak jednocześnie, choć nierównomiernie, zająć oba oczy. Rzadziej widzimy (*Lidler*, *Rusche*, *Trousseau*, *Ullmann*, *Greef*, *Griffith*, *Markheim*, *Apetz*, *Lehmann*, *Lapersonne*, *Gałęzowski* i inni) głębsze zmiany w oczach: zapalenie tęczówki (*iritis serosa*), rogówki (*keratitis posterior punctata* — *Panas*), tęczówko-naczyniówki (*iridochorioiditis*), siatkówki (*retinitis*) i nerwu ocznego (*neuritis optica* — *Panas*).

Powyższe cierpienia chętniej przyjmujemy za objaw przerzutowy, niż wywołany działaniem gonotoksyn. L i d l e r badał 14 przypadków, w których powstało cierpienie rzeżączkowe oczu drogą przerzutów, i w pięciu z nich znalazł w krwi gonokoki, zaś w jednym przy *iridocyclitis* udało mu się z zawartości przedniej komory oka wyhodować gonokoki.

Opisywali również zapalenie gruczołów łzowych, kaletki surowiczej pozaocznej (*bursa serosa retroocularis*).

Zapalenie rzeżączkowe ucha opisali: K r ö n i g, D e u t s c h m a n n, R e i n h a r d i P s t r o k o Ń s k i (*otitis media*). Wszyscy oni stwierdzili pochodzenie sprawy za pomocą hodowli.

#### Wysypki skórne i podskórne.

Wysypki skórne pochodzenia rzeżączkowego spostrzegamy wielokrotnie, prawie zawsze u mężczyzn, pod postacią rumienia płoncowatego (*erythema scarlatiniforme* — A u d r y), rumienia guzowatego (*er. nodosum*), obrączkowego (*iris*), pęcherzykowatego (*vesiculosum*), a również zwyczajnych mniejszych lub większych plam, grudek, pęcherzyków (B u s c h k e, H o d a r a, O s m a n — B e y, C h e v k i e t — B e y, P r o c h a s k a, W l i s z, P a u l s e n i i n n i).

W przypadkach S c h o l t z a (rumienia guzowatego), A u d r y ' e g o — rumienia wielokształtnego, również w przypadku L ö h e ' a (wysypki pęcherzykowej) znaleziono w wykwitach gonokoki.

Pomimo tego pochodzenie powyższych rz. wysypek skórnych wielu autorów objaśnia albo bezpośrednio miejscowym działaniem gonotoksyn, albo też działaniem pośrednim na układ nerwowy — *erythema angio-neuroticum*.

Wyjątkowo tylko powstawanie plamicy (*purpura*), zdarzającej się zwykle w cięższych przypadkach zakażenia, przypisują albo samym gonokokom, albo ich toksynom lub też zakażeniom mieszanym.

V i d a l, J a c q u e t, J e a n s e l m e, M e l h e r b e, B a e r m a n n, A r n i n g i i n n i wielokrotnie spostrzegali ciekawe schorzenie skóry — nadmierne rogowacenie naskórka, ponawiające się współcześnie z nawrotami rzeżączki

miejscowej. Cierpienie powyższe występuje pod postacią rogowatych wyniosłości, mniej lub więcej szerokich, przeważnie umiejscowionych symetrycznie na dłoniach i podszwach, lecz również na owłosionej powierzchni ciała, na powierzchni porażonych rzeźączkowym zapaleniem stawów (J a c q u e t) i w innych okolicach.

Wykwity nadmiernego rogowacenia naskórka bywają dość uporczywe i ginąc pozostawiają po sobie również dość długotrwałe barwikowe plamy.

Pochodzenie powyższego cierpienia objaśniają działaniem gonotoksyn bezpośrednio na dane miejsce, lub też na odpowiednie ośrodki nerwowe, a także zakażeniem wtórnym.

Nadmiernemu rzeźączkowemu rogowaceniu towarzyszą często zaburzenia w układzie nerwowym, zanik porażny mięśni, wypadanie paznokci, zmiany czuciowe i odruchowe.

Bardzo wielu autorów, jak: Lang, P a l t a u f, H o r w i t z, M e y e r, A l m q u i s t, R a y m o n d, A u d r y, K l e m p e r e r i inni spostrzegali podskórne ropnie.

Różowawa ich ropa zawierała dużą ilość gonokoków, które zostały pod skórę przyniesione z potokiem krwi.

Ropnie znajdowano również w gruczole przyuszny, w mięśniach i naokoło prostaty. P o w e r s spostrzegał ropowicę pochodzenia gonokokowego wzdłuż całej kończyny górnej.

---

## ROZPOZNANIE I ROKOWANIE OGÓLNE.

---

R o z p o z n a n i e w sprawach miejscowych ostrych u mężczyzn i kobiet bywa zwykle łatwe. Charakterystyczne objawy i przebieg, badanie ropnej wydzieliny pod mikroskopem i posiewy — przeważnie od razu określają swoistość sprawy. Znacznie trudniej wyświecić pochodzenie ostrych ogólnych zakażeń; należy posilkować się zawsze, oprócz wyszukiwania pierwotnego ogniska i oprócz przebiegu sprawy, badaniem bakteryologicznym krwi i, jeśli można, wycieku lub ropy z ognisk wtórnych; posiewy należy

robić wielokrotnie, szczególnie podczas obostrzeń, mając na uwadze połączone z poszukiwaniami trudności. Najuciążliwsze jednak bywa rozpoznanie sprawy przewlekłej. Badanie okiem, aczkolwiek konieczne, jest niedostateczne.

O charakterze zmian przedewszystkiem decyduje poszukiwanie bakteryologiczne, które należy wykonywać nadzwyczaj starannie i, przy wynikach ujemnych, wielokrotnie co pewien przeciąg czasu, uciekając się nawet do sztucznego podrażnienia odpowiedniej błony śluzowej, albo do zastrzykiwania gonowakcyny. Łatwiej wtedy następnego dnia odnaleźć gonokoki, gdyż pokazują się one w wycieku w znaczniejszej ilości.

Badanie można przeprowadzić w następującym porządku: u mężczyzn—przedewszystkiem oglądamy zewnętrzne narządy moczopłciowe, wyciskamy wydzielinę z cewki i z gruczołów dostępnych od zewnątrz (cewkowych i *Cowperi*) i bierzemy z nich materiał do badań bakteryologicznych, starając się o ile można do posiewów wziąć materiał z głębi i odrzucić powierzchowny, zawierający obcą florę; oglądamy mocz, oddany po kolei do dwóch, niekiedy do 3 szklanek; osad z moczu po odwirowaniu później badamy; macamy gruczoł krokowy i pęcherzyki nasienne palcem przez odbytnicę, biorąc do poszukiwań bakteryologicznych wyciśniętą wydzielinę (przez cewkę na zewnątrz lub też z moczem); badamy za pomocą zgłębnika zmiany w cewce, a za pomocą wziernika cewkowego zmiany w jej błonie śluzowej. Niekiedy bywa wskazane również badanie błony śluzowej pęcherza za pomocą cystoskopu, a nasienia, szczególnie u zamierzających wstąpić w związki małżeńskie, bakteryologicznie.

U kobiet – oglądamy przedewszystkiem zewnętrzne narządy, wyciskamy wydzielinę z cewki, gruczołów przycewkowych i przedsionkowych, którą następnie badamy mikroskopowo. Następnie za pomocą wziernika oglądamy pochwę i szyjkę maciczną, biorąc z nich wydzielinę do badań. W końcu macamy macicę i jej przydatki i badamy okiem i bakteryologicznie mocz. Zgłębnikowanie, endoskopowanie i cystoskopowanie niekiedy jest również konieczne.

Osiągnięte za pomocą powyższego poszukiwania wyniki dają nam wskazówki nie tylko co do charakteru sprawy, lecz i co do jej natężenia i umiejscowienia.

Szczególniej dokładne powinny być badania u osób, mających wstępować w związki małżeńskie. Należy zawsze

o tem pamiętać, iż rzeżączka sprowadza nieszczęście w życiu rodzinnem. Bardzo znaczny procent (przeszło 70%) bezpłodności małżeństw zależy od obustronnego zapalenia jąder u mężczyzn lub jajników u kobiet.

Podług F ü r b r i n g e r a bezpłodność małżeństw w jednej trzeciej zależy od rzeżączki u męża, a w 10—15% od rzeżączki u żony. Podług B u r k o r d a małżeństwa, które przechodziły rzeżączkę, są o 33% mniej płodne od tych, które jej nie miały.

Podług B e n z l e r ' a płodność małżonków, którzy cierpieli na rzeżączkę, zmniejsza się 4 razy. Znaczna część gorączkowych popołożowych spraw z śmiertelnym zejściem matki bywa spowodowana przez rzeżączkę narządów płciowych. Mniej więcej 7 razy na 10 przypadków zapalenie gruczołów przedsiolkowych, macicy, jajników, pęcherza i t. d. u kobiet zamężnych pochodzi od chronicznej rzeżączki ich mężów. N o e g g e r a t h podaje, że w New-Jorku na 1000 mężczyzn żonatyh 800 przechodziło rzeżączkę, a z pomiędzy nich 90% nie było jeszcze wyleczonych, co naturalnie odbiło się i na ich żonach. Od matek zarażają się dzieci, stąd częste rzeżączkowe zapalenie oczów u noworodków.

W Niemczech żyje w tej chwili mniej więcej 30 tysięcy osób, oslepiętych skutkiem *blenorrhoea neonatorum*.

To też lekarz u osób, mających zamiar wstępować w związku małżeńskie, powinien z całym przeświadczeniem odpowiedzialności moralnej, jaką na siebie przyjmuje, niezmiernie szczegółowo, dokładnie i wielokrotnie przeprowadzić badanie.

Stały brak gonokoków i brak zmian patologicznych w wyglądzie tkanki daje względnie dobre rokowanie. Względną pewność dostarcza prawie zupełny brak ropnych ciałek w wydzielinie.

Dłuższa i dokładna obserwacja potwierdza nasze wnioski. Należy jednak pamiętać, że leczenie przewlekłej rzeżączki bywa często bardzo długotrwałe i ciężkie, że zdarzają się przypadki, szczególnie z umiejscowieniem w macicy i jej przydatkach, nieuleczalne, że rzeżączka miejscowa narządów moczopłciowych może stać się chorobą ogólną ustroju, może spowodować kalectwo albo i śmierć.



## OGÓLNE LECZENIE.

**Wakcynoterapia i Seroterapia.**

Leczenie szczepionkami polega na czynnem uodpornianiu chorych: wprowadzona do ustroju zawiesina zabitych zarazków wywołuje w nim stan czynnej odporności przeciw tymże zarazkom. Sposób, w jaki ustrój pokonywa zakażenie, objaśniali albo fagocytozą (M i e c z n i k o w) albo też powstawaniem swoistych niweczników, krążących w surowicy krwi, zabijających i rozpuszczających zarazki.

Powyższe teorie stara się pogodzić nowa—opsoninowa W r i g h t'a. Według niego wprowadzona do ustroju zawiesina zabitych zarazków wpływa na powiększenie ilości, a może też i jakości opsonin, t. j. ciał które znajdują się w normalnej surowicy krwi; nie niszczą one zarazków, lecz przysposabiają białe ciała krwi do fagocytozy. Stosunek liczby pochłoniętych zarazków do liczby białych ciałek krwi nazywają wskaźnikiem fagocytarnym badanej surowicy, a stosunek jego do wskaźnika fagocytarnego normalnej surowicy otrzymał nazwę wskaźnika opsoninowego i oznacza siłę opsoninową surowicy w stosunku do danego zarazka.

W r i g h t stwierdził, że wskaźnik opsoninowy w ustrojach, zakażonych danymi drobnoustrojami, jest mniejszy od normalnego, że obniża się on jeszcze bardziej po wprowadzeniu do ustroju odpowiednich szczepionek (ujemna faza), a następnie szybko wzrasta (dodatnia faza).

Każdej fazie ujemnej odpowiada odczyn ogólny i miejscowy ustroju, a nowe wprowadzanie zarazków podczas ujemnej fazy jeszcze bardziej obniża wskaźnik opsoninowy, t. j. zdolności surowicy do zwalczania zarazków.

Nauka o odporności przeciw zakażeniu gonokokowemu napotkała na przeszkodę w swem rozwoju ze względu na odporność zwierząt na powyższe zarazki, a więc i niemożność przeprowadzenia badań doświadczalnych na zwierzętach.

Wprawdzie W e r t h e i m, M a ś l a k o w s k i, H a l l e i V e i l l o n opisywali sztucznie wywołane zakażenie gonokokowe otrzewny u królików, Heller—zakażenie oczu, C o l o m b i n i—zapalenie rzeżączkowe narządów płciowych, a S o r r e n t i n o—zapalenie stawów u tegoż zwierzęcia, również

Hornes—doświadczalne rzeżączkowe zapalenie narządów płciowych u suki. Pojedyncze przypadki sztucznego zakażenia cewki gonokokami u psów spostrzegali również K o p y t o w s k i. Większość jednak badaczy (Finger, Neisser, Jadassohn i t. d.) nie mogła żadną miarą osiągnąć sztucznego zakażenia, czemu prawdopodobnie w znacznej mierze sprzyja wyższa normalnie ciepłota ciała, niż ta, którą znoszą gonokoki. Sztucznemu uodpornianiu przeciwgonokokowemu szczepionkami u ludzi zajął się De C h r i s t m a s, a następnie J a d a s s o h n i B r u c k. Znaleźli oni, że tylko podczas ostrego rzeżączkowego zapalenia wytwarzają się ciała swoiste, że przenikają one do krwi i skutkiem tego wówczas surowica posiada własność wiązania dopełniacza. Bruck, Müller, Oppenheim stwierdzili zjawisko odchylenia dopełniacza tylko przy rzeżączkowych zapaleniach stawów, zapaleniach przydatków macicy i irydocyklitis.

B r u c k przekonał się również na mocy badań surowicy krwi zwierząt, uodpornionych sztucznie przeciw rzeżączce, że nawet tam, gdzie nie można było wykazać aglutynin swoistych, udało się z łatwością, na mocy odchylenia dopełniacza, odkryć swoiste niweczniki. V a n n o d doświadczenia powyższe posunął jeszcze dalej. Wykazał on, że niweczniki swoiste, jak również i aglutyniny, znajdują się równocześnie w surowicach zwierząt, uodpornionych przeciw rzeżączce. Odchylenie dopełniacza pozwoliło mu również różniczkować dwoinki rzeżączkowe od dwoiniek zapalenia opon mózgowych.

B r u c k w przypadkach rzeżączki niepowikłanej przypisywał największe rozpoznawcze znaczenie skórnym szczepieniom gonokokowych wakcyn podług wskazówek P i r q u e t'a; wywoływały one odczyn dodatni nawet u osobników, którzy już dawniej przechodzili rzeżączkę.

Do tych samych wniosków doszedł również K ö h l e r.

Metodą odchylenia dopełniacza dla celów rozpoznawczych powikłań rzeżączkowych posługiwali się również F o i x i S a l i n, S t e r n, D e m b s k a, S e r k o w s k i i L e n a r t o w i c z. D e m b s k a przypisuje odczynowi wiązania dopełniacza wielkie znaczenie w rozpoznawaniu różnych cierpień ginekologicznych pochodzenia rzeżączkowego. L e n a r t o w i c z w tego rodzaju cierpieniach stwierdził odczyn dodatni w 83,3%, podczas gdy w rzeżączkowym zapaleniu stawów w 80%, w zapaleniu przy-

jądrza w 52,2%, a w zapaleniu gr. przedstonkowych w 25%.

Merkuriew, Schwartz i Mac Neil, na mocy swych badań, utrzymują, że w rzeżączce bez powikłań występuje często odczyn wyraźny, a Merkuriew nawet dochodzi do wniosku, że rzeżączkę należy uważać za chorobę ogólną, a nie miejscową, gdyż wywołuje ona wytwarzanie się swoistych niweczników w surowicy krwi.

Powyższe teoretyczne badania uzasadniły najzupełniej stosowanie szczepionek gonokokowych. W celach leczniczych opierali się początkowo na określaniu wskaźnika pochłonnego metodą Wrighta, a następnie i bez niego.

Według Brucka niema najmniejszej zasady opierania się na wskaźniku pochłonnym przy takim cierpieniu, przy którym stale i w najwyższym stopniu odbywa się pochłanianie (fagocytoza). Również określenie fazy ujemnej odbywa się wyłącznie na podstawie zmian klinicznych.

Do szczepień najczęściej używamy obecnie t. zw. wielowartościowych wakcyn, t. j. wakcyn, przygotowanych z czystych hodowli gonokoków różnorodnego pochodzenia. Przedstawiają one płyn mniej lub więcej mętnawy, zależnie od gęstości zawiesiny, zawierający zabite przy 56—60° C hodowle gonokoków, pochodzące od różnych chorych. Jeden ctm. sześcienny tego płynu zawiera od 1 do 800 milionów gonokoków. Wielu autorów przenosi nad działanie wielowartościowej szczepionki autowakcynę t. j. pochodzącą od samego chorego.

Serkowski i Maute ze względu na możliwość przystosowania się gonokoków do nowych warunków bytu przygotowują po 5—6 zastrzyknięciach szczepionkę z gonokoków, ponownie wyosobnionych, własności biologiczne których bywają nie identyczne z pierwotnie wyosobnionymi. Przygotowanie autowakcyny w późniejszych okresach rzeżączki bywa dość trudne—zwłaszcza wtedy, jeżeli wyosobnieniu gonokoków w czystych hodowlach stoi na przeszkodzie współzycie gronkowców i innej flory. Również zalecają wakcyny uczulone, otrzymane za pomocą działania surowicy uodpornionych zwierząt na żywe świeże hodowle gonokoków (Bezredka, Miecznikow, Cruveilhier). Nicolle i Blairot sporządzili wakcynę

nę pod postacią stałego ciała, łatwo rozpuszczalnego w wodzie, z hodowli gonokoków i „sinokoków“ w stosunku 1:9. Działa ona jakoby tak silnie, jak uczulona.

Znaną jest również szczepionka *Brucka*, wyrabiana przez fabrykanta *Scheringa*, pod nazwą arthigonu i szczepionka *Neissera* pod nazwą gonarginy.

Zastrykujemy wakcyny przeważnie pod skórę lub śródmięśniowo, podczas gdy *Steinitz*, *Kyrle* i *Mucha*, *Bardach* wlewali z lepszym skutkiem dożylnie arthigon, a *Schumacher*—gonarginę.

Pierwsze podskórne lub śródmięśniowe zastrzyknięcie zazwyczaj wynosi 5 milionów gonokoków w sześciennym ctm., jednak może być uważane tylko za próbne, gdyż najniższa lecznicza dawka u dorosłej osoby nie zawiera mniej, niż 25 milionów, a nawet 50 milionów. Każde następne szczepienie można zastosować co 3—4—5 dni, t. j. po przejściu odczynu ogólnego i miejscowego. Każda następna dawka może wynosić o 50—100 milionów więcej. W taki sposób dochodzimy do 300, a nawet 500—800 i więcej milionów gonokoków na dawkę. Jeśli odczyn po zastrzyknięciu bywa dość silny, należy przez pewien przeciąg czasu dawek nie powiększać i w każdym razie nie stosować nowej, zanim odczyn nie przejdzie.

Wielu autorów uważa szczepienie przeciwwskazane przy silnem wyczerpaniu i wysokiem podniesieniu ciepłoty, podczas gdy inni nawet w tych razach stosują, wprawdzie ostrożniej, wakcynę.

Dożylnie wlewają wakcyny znacznie mniej: *Steinitz* — 0,12 arthigonu, *Kyrle* i *Mucha* po 0,1, *Bardach* po 0,2—0,4—0,6, a dochodził nawet do 1,0 i 2,0 powyższego środka.

Odczyn po zastrzyknięciu trwa zwykle krótko — kilka, kilkanaście godzin, 1—2 dni, może być miejscowy i ogólny. Przy stosowaniu szczepionek podskórnie zwykle naokoło miejsca zastrzyknięcia skóra po kilku godzinach czerwieni się, obrzmiewa, staje się bolesna. Po 36—48 godzinach odczyn miejscowy zazwyczaj ustępuje samoistnie. Niekiedy po szczepieniu zjawia się obostrzenie zapalenia w miejscu, zajętem przez rzeżączkę. Szczególniej często spostrzegamy powiększenie bólów w zajętem najądrzu i jajniku. Ciepłota podnosi się o stopień — dwa. Niekiedy nawet temperatura bywa wyższa, zjawiają się dreszcze, wymioty. Zarazem chory odczuwa ogólne osłabienie. Ten silniej-

szy odczyn można otrzymać nie tylko po większych dawkach, lecz nawet po najniższych.

W ostatnich czasach ogłoszono bardzo wiele prac o działaniu wakcyn gonokokowych. Poglądy autorów na skuteczność tego środka przy różnych rzeżączkowych cierpieniach są bardzo rozbieżne.

Najlepsze wyniki daje wakcynacja przy leczeniu rzeżączkowego zapalenia stawów. Wszyscy prawie badacze stwierdzają w najporczywszych przypadkach poprawę. (Schumacher, Steinitz, Klaus, Töckler, Feuerstein, Papée, Kopytowski, Hanusowicz i inni). Według moich spostrzeżeń poprawa następuje tak szybko i pewnie, iż w rzeżączkowych cierpieniach stawów uważam gonotoksynę za środek swoisty.

Bardzo dobre wyniki dają szczepionki w sprawach rzeżączkowych najądrzy (Aronstam, Schumacher, Bardach, Klaus, Gerschuni, Finkelstein, Reiter, Kyrle i Mucha, Sowiński, Papée, Kopytowski, Hanusowicz i inni). W tego rodzaju cierpieniach uważam gonowakcynę za bardzo skuteczny środek obok miejscowego leczenia. Szczepionki przyspieszają wysysanie się nacieku i uśmierzają bardzo szybko ból.

Podobne rezultaty otrzymałem przy rzeżączkowym zapaleniu jajników, jajowodów, tkanki przy i okołomacicznej, i w cierpieniach przydatków macicy wyniki moje zgadzają się ze spostrzeżeniami niektórych autorów (Tuttle, Töckler, Fischer, Klaus, Wainstein, Borowska, Dembska).

Dodatkowo działanie szczepionek w sprawach rzeżączkowych sterczu spostrzegali: (Aronstam, Töckler, Wernic i inni) i macicy (Töckler, Wainstein, Borowska). W rzeżączce sterczu otrzymywałem przeważnie powolną poprawę: powoli zmniejszała się objętość tego narządu i zanikały gonokoki; a w rzeżączce macicy, aczkolwiek również powoli, zmniejszała się ilość ropy i ginęły gonokoki.

W zapaleniu sromu i pochwy małych dziewczynek leczenie szczepionkami przeprowadzali obficie, szczególnie amerykańscy badacze, choć z różnymi wynikami (Butler i Lang, Churchill, Soper, Hamilton i Cooke, Rygierówna, Borowska i inni).

Najrzadziej (S o w i ń s k i, A r o n s t a m, A l l e n, W a i n s t e i n, H a n u s o w i c z) spostrzegano dodatnie działanie wakcyny gonokokowej na błonę śluzową cewki moczowej i przy zapaleniu pęcherza (A l l e n). W tych ostatnich cierpieniach również mogłem stwierdzić tylko ograniczone działanie szczepionek. Jednak w uporczywych, przewlekłych przypadkach zapalenia cewki oddają one często znaczne usługi, przy współczesnym stosowaniu miejscowego leczenia.

Ogólne gonokokowe zakażenie (W y n n), wrzody na rógówce i zapalenie tęczówki (A l l e n, B r y a n i H a r d y) były wielokrotnie wyleczone szczepionkami.

Na mocy powyższych doświadczeń wnioskujemy, iż wakcyny gonokokowe silniej działają na nacieki otorbione (stawy, najądrza, jajniki, stercz), niż na zajęte błony śluzowe. Różnicę tę B r u c k i S c h i n d l e r tłumaczą w taki sposób, iż niweczniki w dostatecznej ilości mogą wytworzyć się tylko tam, gdzie następuje stały i wybitny rozpad gonokoków, i wydalanie ich odbywa się powoli; zaś na otwartych błonach śluzowych rozpad ten i wydalanie rozpadłych ciał gonokoków odbywa się zbyt szybko, żeby dać możność wytworzenia się swoistych niweczników w znaczniejszej ilości.

Surowica uodpornionych zwierząt, przeważnie kozy, znalazła również zwolenników. Stosowano surowicę P a r k e D a v i s a, surowicę z Bernu w Szwajcaryi, surowicę D o p t e r a z instytutu P a s t e u r a. S c h i e l e i D ö r b e c k z pomyślnym wynikiem leczyli surowicą przeciwgonokokową przypadek rzeżączkowego zapalenia wsierdza, L e s c h n e w—rzeżączkowe zapalenie stawów, H o r w i t z i O r w i l l e—ciężkie przypadki zapalenia najądrza, mięśnia sercowego, ostre i podostre zapalenie stawów, R o g e r s i T o v r e y—przypadki zapalenia gruczołu krokowego, najądrzy i jajników, zapalenia stawów, źrenic oczu, wsierdza, opłucnej i opon mózgowych.

Uodpornianie bierne w postaci surowicy P a r k e D a v i s a dało mi bardzo nieznaczne wyniki we wszelkich rzeżączkowych sprawach u mężczyzn i kobiet; przestałem ją też obecnie zupełnie stosować.

DODATEK  
DO TOMU PIERWSZEGO.

---

(Znaczenie odczynu Wassermann'a  
i Chemoterapia).

## ZNACZENIE ODCZYNU BORDETT- GENGOU, t. zw. REAKCYI WASSER- MANNA, W PRZYMIOCIE.

Serodyagnostyka przymiotu, pomimo krótkiego (od 1906 r.) istnienia, zdążyła już wzbudzić olbrzymie zainteresowanie nie tylko wśród lekarzy—specjalistów, lecz i wśród praktyków, a nawet laików.

Zainteresowanie to jest zupełnie zrozumiałe ze względu na olbrzymie rozprzestrzenienie syfilisu i niszczące jego działanie na ustrój z jednej strony, a często mało charakterystyczne objawy choroby lub brak ich z drugiej. To też serodyagnostyka przymiotu posiada już olbrzymią literaturę, obejmującą tysiące prac, pomiędzy którymi znajdziemy sporo polskich, że przytoczę, trzymając się m. w. chronologicznego porządku: Malinowskiego, Modrzewskiego i Reizego, Karwackiego, Wojciechowskiego, Wernica, Jaworskiego i Łapińskiego, Feuersteina, Stopczyńskiego, Eisenberga, Mutermilcha Stefana i Stanisława, Springera, Serkowskiego, Goldmana, Lenartowicza i Potrzebowski, Borzęckiego i Nitscha, Jastrzębskiego, Rosenberga, Rejchmana i Szymanowskiego, Sternborna i innych.

Pochop i zachętę do serodyagnostycznych badań w przymiocie dały doświadczenia francuskich badaczy Bordet'a i Gengou'a. Wykazali oni w surowicy krwi pewne swoiste ciała, t. zw. niweczniki, zapomocą odchylenia dopełniacza, t. j. zahamowania hemolizy.

BIBLIOTEKA  
KLINICZNA  
Akademii Medycznej w Lublinie



W r. 1906 *Wassermann, Neisser i Bruck* ogłosili, iż zapomocą powyższej metody można w surowicy małą, zakażonych kifa, wykryć swoisty amboceptor, używając, jako antygeny, wodnego wyciągu z narządów, zawierających obfitą ilość krętków białych. Badania *Detré'go*, a następnie *Wassermann, Neisser, Bruck* a i *Schuchta* stwierdziły, iż również surowica ludzi kiłowych wiąże dopełniacz z wyciągiem luetycznym.

Nadto *Wassermann, Plaut, Marie Levaditi* i inni dowiedli, iż surowica krwi i płyn mózgo-rdzeniowy paralityków i tabetyków posiada także same własności. Okazało się jednak, iż również wyciąg wyskokowy, a nawet nie tylko wyciągi z narządów luetycznych, lecz i zdrowych, nie tylko ludzkich, ale i zwierzęcych, co więcej, nawet ciała i związki nieorganiczne, mogą służyć jako antygen w odczynie *Wassermann*a. Możliwość stosowania wyciągów normalnych (a nie luetycznych) dokonała przewrotu w poglądach na istotę tego odczynu.

Przestał on być uważany za swoistą reakcję odpornościową.

Niektórzy autorowie przypuszczają, iż w odczynie *Wassermann*a dopełniacz ulega wiązaniu dzięki połączeniu, jakie bywa między lipidami, a pewnymi związkami koloidalnymi, znajdującymi się w surowicy luetycznej, gdyż jak stwierdzili *Wassermann i Citron, Landsteiner i Stankowitz, Seligmann* i inni, połączenie dwóch koloidów, nawet bez precypitacji, może wiązać dopełniacz. *Stefan Muter milch* starał się dowieść, iż substancje, działające w odczynie *Wassermann*a, nie mogą być przyjmowane za niweczniki, stwierdził on, iż hemolizyny i wogóle swoiste niweczniki posiadają własność przesączania przez kolodyum, podczas gdy surowice luetyczne i płyny mózgordzeniowe parasyfilityków, po przesączeniu przez woreczki kolodyonowe, tracą własność dawania odczynu *Wassermann*a.

Zapomocą tej metody przesączania *Muter milch* oddzielił z surowicy królików, zakażonych świdrowcami, istotne niweczniki: przeszły one do przesączu, podczas gdy substancja nieswoista, pozostała w woreczku kolodyonowym, wiązała dopełniacz z wyciągiem luetycznym, t. j. dawała odczyn *Wassermann*a. To też teoria o działaniu w tej próbie niweczników nieswoistych, komórkowych ma coraz mniej zwolenników.

Przypuszczają, iż w odczynie *Wassermann*a odgrywa rolę wzmożona zawartość w surowicy krwi — globulin, gdyż przy dyalizie jej wraz z globulinami wypadają w osadzie ciała czynne, dające odczyn *Wassermann*a. Podają również, iż wzmożona lub zmniejszona zawartość lecytyny wpływa do pewnego stopnia na wynik tego odczynu.

*Manwaring* wypowiada przypuszczenie, iż odczyn *Wassermann*a polega na wzmożeniu działania zaczynu autolitycznego, zawierającego się prawdopodobnie w surowicy świnki morskiej i rozkładającego zawarty w niej dopełniacz.

Wzmożenie działania tego zaczynu następuje dzięki obecności w surowicy luetycznej, jak i w wyciągu luetycznym, ciał, posiadających charakter kofermentów albo stimulatorów, t. j. związków, uruchamiających zaczyny.

Inaczej objaśnia sobie odczyn *Wassermann*a *Liefmann*, opierając się na badaniach *Ferrary*, który dowiódł, iż komplement składa się z dwóch części, mogących być rozdzielonemi zapomocą dyalizy: część, nie rozpuszczająca się w czystej wodzie, składa się z globulin, a w roztworze pozostają się ciała białkowe i lipoidy. W odczynie *Wassermann*a przedewszystkiem następuje strącenie globulin surowicy oraz części globulinowej dopełniacza. Rozkład dopełniacza uniemożliwia hemolizę czerwonych krążków krwi. Nadto na przebieg hemolizy musi wpływać strącony wraz z globulinami normalny amboceptor króliczy względem erytrocytów baranich. Strącanie zaś zostaje wywołane przez związki, zawarte w antygenie: lecytynę, sole kwasów żółciowych, mydła.

Istnieją jeszcze i inne teorie, które interesujący się tą sprawą znajdą w książce *Levaditiego*, wyłożone przez *Müllera*.

Widzimy więc, iż podstawy teoretyczne odczynu *Wassermann*a nie są jeszcze zupełnie wyswietlone i o istocie jego nic jeszcze pewnego nie wiemy.

Skutkiem niezajomości teoretycznych podstaw odczynu *Wassermann*a o wartości i znaczeniu jego możemy sądzić tylko na mocy doświadczenia.

Przedewszystkiem należy roztrząsnąć zapytanie, czy odczyn *Wassermann*a jest swoisty dla syfilisu.

W tym względzie najlepszą odpowiedź znajdziemy w danych statystycznych.

Według statystyki, zebranej przez *Brucka* do końca 1910 roku, na 5028 surowic krwi, wziętych od ludzi normalnych dla kontroli, tylko 59 dało odczyn dodatni. A i wartość tej liczby 59 jest nader wątpliwa.

Przedewszystkiem w praktyce zarażenie syfilisem może być przeoczone, i często dopiero rozbiór pośmiertny zwłok wskazuje ślady przebytego przymiotu.

Według *Fourniera* 10% cierpiących na trzeciorzędowe objawy nie wiedziało nic o swej chorobie, według *Lassara* było takich aż 30%, według *Webera* 44,9% mężczyzn i 68% kobiet, według *Viana'y'a* 52%.

W powyższej więc zebranej liczbie 59 pozornie zdrowych osób, a reagujących dodatnio, mogli być i chorzy.

Niektóre z pomieszczonych w powyższej statystyce przypadki znajdowały się w stanie bardzo ciężkim, prawie w agonii, a jak wykazały badania *Ponfika*, *Winklera* i in. surowica zmarłych często bardzo daje odczyn dodatni.

Pozatem należy zwrócić uwagę, iż po narkozie znajdowano przemijający odczyn dodatni.

Rozpoznawczą wartość odczynu *Wassermanna* dla przymiotu znacznie chwilowo obniżyły doniesienia *Mucha* i *Eichelberga*, którzy w 40% surowic osób chorych na płonicę, znaleźli zatrzymanie hemolizy.

Taką samą reakcyę otrzymali *Jaworski* i *Lapinski* w 3 przypadkach na 6.

Jednak inni badacze, jak *Schleissner* w 20 przypadkach płonicy, *Jochmann* i *Töpfer* w 33, *Meier* w 52, *Höhne* w 37 nie znaleźli tego odczynu ani razu, a *Boasi* i *Hauge* na 61 przypadków tylko raz szybko przemijające nieznaczne zatrzymanie hemolizy. Co więcej ciż sami *Mucha* i *Eichelberg* przy dalszych badaniach nad surowicą chorych płoniczych przekonali się o szybkim przemijaniu dodatniego odczynu, a *Zeissler* w badaniach pod kierunkiem *Mucha* na 42 przypadki płonicy tylko w 3 znalazł odczyn dodatni. *Seligmann* i *Klopsztock* przypuszczają, iż wynik *Mucha* i *Eichelberga* można objaśnić na mocy ich własnych doświadczeń; działając jednym i tym samym wyciągiem luetycznym u 13 chorych płonicznych, początkowo otrzymali u nich odczyn ujemny, a po pewnym przeciągu czasu dodatni.

Tenże jednak wyciąg począł dawać i z normalnemi surowicami odczyn dodatni, czyli był zepsuty.

Również badania Halberstädter'a, Müllera i Reicha wskazują, iż niekiedy jeden wyciąg luetyczny może dawać z surowicą płoniczą przejściowo odczyn Wassermann'a ujemny. Zważyć jednak należy, że przy płonicy, nie robiąc nawet dla kontroli doświadczeń z różnymi wyciągami, otrzymujemy odczyn dodatni tylko przejściowo.

Przy zimnicy Böhm na 46 przypadków znalazł odczyn dodatni w 16, t. j. 35,5%, Jaworski i Łapiński w jednym przypadku, Reinhardt 3 razy, Baermann i Wetter znaleźli podczas ataku u nieleczonych 15 razy dodatni i 31 razy ujemny, u leczonych zaś 1 raz dodatni i 7 razy ujemny; po ataku zaś u nieleczonych 3 razy dodatni i 18 razy ujemny, u leczonych 1 dodatni i 32 ujemny. Z pomiędzy 20 dodatnio reagujących przypadków już po 2—5 dniach u 11 odczyn dodatni przeszedł w ujemny, jednak w 9 przypadkach odczyn pozostał nadal dodatnim.

Według Scha'o odczyn dodatni u chorych na zimnicę występował tylko podczas wyraźnych objawów choroby.

Inaczej nieco sprawę odczynu Wassermann'a przedstawiają de Blasi i Cziknawarow, którzy nie znaleźli u badanych przez nich chorych na zimnicę dodatniego odczynu. Frongia ten dodatni odczyn objaśnia zdolnością surowic malarycznych wiązania silnie dopełniająca bez wyciągu luetycznego.

Przy *recurrens* Korschun i Leibfreid znaleźli odczyn dodatni w 28 przypadkach, a ujemny w 22. Należy jednak dodać, iż te surowice reagowały dodatnio z wyciągiem z wątroby tyfusu powrotnego 26 razy, a tylko 1 raz ujemnie.

U osób, które przeszły leczenie przeciw wścieklicznie, Cumming i Smithies znajdowali odczyn dodatni.

Przy toczniu rumieniowym znaleźli Reinhardt, Hauck, Zumbusch i Feuerstein po jednym przypadku z dodatnim odczynem. Hauck i Feuerstein zauważyli, iż u chorych podczas poprawy odczyn dodatni przeszedł w ujemny.

Często spostrzegano dodatni odczyn Wassermann'a w chorobach, które u nas nie spotykają się wcale, lub tylko w niewielu miejscowościach, jak *framboesia*, *trypanosomiasis* i trąd.

Przy *framboesia* spostrzegali bardzo często dodatni odczyn Wassermann'a Baermann i Wetter,

Hoffmann, Blumenthal, Brucki inni. Jest to choroba bardzo zbliżona do kily, jak również krętek ją wywołujący *spirochaete pertenuis* (Castellani) nadzwyczaj zbliżony do *spirochaete pallida*. Przy trypanosomiasis występowało zatrzymanie hemolizy według badań Schilinga i Meiera, a również Landsteinerja, Müllera, Pötzla, Levaditi'ego, Mutermilcha i innych.

U trędowatych znajdowało bardzo wielu badaczy odczyn dodatni: Eitner, Wassermann, Bruck, Wechselmann, Meier, Grancher, Almqvist i t. d.

Zarazem dodam, iż surowice trędowatych reagują według Eitnera, Wechselmanna i Meiera także z wyciągiem normalnym i że dodatnio reagujące surowice trędowatych w takiż sam sposób zachowują się po dodaniu tuberkuliny.

Z powyższego wynika, iż wyłączając surowice, wzięte podczas ciężkich gorączkowych ogólnych cierpień wprost przed agonią, zaraz po narkozie, jak również surowice osób, cierpiących na choroby u nas nieznanne lub spotykające się tylko w pewnych miejscowościach, jak również surowice ze słabym odczynem, wszystkie inne, dające dodatni odczyn, możemy przyjąć z bardzo wielkim prawdopodobieństwem za syfilityczne.

Wobec tego należy sobie uprzytomnić, jak wielkie rozpoznawcze znaczenie posiada ten odczyn ze względu na przebieg kily, która ma okresy zupełnego utajenia, t. j. brak objawów klinicznych, może zarazem oddziaływać na każdy narząd ustroju, a oddziaływanie to często wyraża się w postaci, nie posiadającej nic charakterystycznego.

Ze względu na olbrzymie rozprzestrzenienie kily we wszelkich, nasuwających pewne podejrzenia i wątpliwości przypadkach, czy to skórnych, czy wewnętrznych, nerwowych, chirurgicznych, ocznych, ginekologicznych i t. d., należy przedewszystkiem wykonać odczyn Wassermann'a, pamiętając jednak, że wskazuje on tylko, iż dany osobnik jest zakażony luesem, a nie, iż dany objaw bezwarunkowo jest luetycznego pochodzenia.

Odczyn Wassermann'a wyjaśnił nam zarazem wiele ciemnych i fałszywie pojmowanych spraw. Dowiódł, iż w małżeństwie ojciec przenosi chorobę nie wprost na dziecko, lecz zaraża matkę, która rodzi znów chore dzieci, że pozornie zdrowe matki chorych dzieci są również chore,

że wiele pozornie zdrowych dzieci kilowatych rodziców są również zarażone kiłą. Stąd praktyczne wskazówki, że należy takie matki i dzieci leczyć. Również przy zawieraniu małżeństw, wyborze mamek, nianiek i wogóle służby domowej, odczyn ten może dać nieocenione usługi.

Należy jednak pamiętać, iż charakterystyczne objawy kiły są pewniejszym dowodem jej obecności i że kliniczne zaznajomienie się z jej objawami i ewentualnie odpowiednie zbadanie chorego nie powinno być nigdy zaniedbywane.

Należy teraz rozstrzygnąć pytanie, czy wprost przeciwny wynik próby *Wassermana*, t. j. odczyn ujemny wyklucza obecność jadu syfilitycznego. W tym celu przejrzymy choć pobieżnie tak liczną statystykę w każdym z 3 okresów syfilisu, a także w cierpieniach parasyfilitycznych.

W pierwszorzędnym okresie otrzymali:

Dodatni odczyn *Wassermana*:

Arning . . . . .	60%
Bering . . . . .	84%
Blaschko-Citron . . . . .	90%
Bruck-Stern . . . . .	48,2%
Boas . . . . .	60%
Detre-Brezowski . . . . .	43 i 95,5%
Ledermann . . . . .	52,6 i 65,2%
Feuerstein . . . . .	63,6%
F. Lesser . . . . .	69%
Levaditi . . . . .	46%
Malinowski . . . . .	60%
Marcus . . . . .	63%
Meier . . . . .	68%
Merz . . . . .	71,6%
Modrzewski i Reize . . . . .	83%
Springer . . . . .	62%
Stopczański . . . . .	50%
Rosenberg . . . . .	76,5%
Wojciechowski . . . . .	66%

Przedewszystkiem rzuca się w oczy ogromna rozbieżność w wynikach nawet u tych samych autorów w doniesieniach z różnych czasów. Różnica ta zależy przedewszystkiem od okresu, w którym była brana krew do odczynu. Wiemy z doświadczalnych badań Neissera na

małpach, iż odczyn dodatni występował już często w 3 lub 4 tygodnie po zakażeniu i nawet często przed zjawieniem się pierwotnego objawu. U ludzi Bruhns i Halberstädter zauważyli najczęściej występowanie dodatniego odczynu na 16 dni przed zjawieniem się pierwszej wysypki. Fleischmann zanotował najwcześniejsze występowanie odczynu W. w 10 dni po ukazaniu się pierwszego owrzodzenia. Ledermann w 6 tygodni, a Mauriac w 4—5 tygodni po zakażeniu.

Levaditi najwcześniejsze występowanie odczynu W a s e r m a n a zauważył w 8—15 dni po wystąpieniu pierwszego owrzodzenia w 33%, w 15—30 dni już w 57%. F i s c h e r w 5—6 tygodni po zakażeniu dostrzegł odczyn dodatni w 27,3%, w 7—8 tygodni 75%, a w 9—10 tygodni już 80,8%. Blumental w 3—5 tygodni 25%, a w 6—8 tygodni 59%. Czyli, że u ludzi odczyn dodatni występuje m. w. w 6 tygodni po zakażeniu, gdy jad rozprzestrzenił się już po ustroju. Jako wyjątki można przytoczyć przypadki F. L e s s e r a, gdzie dodatni odczyn zjawiał się w 8 dni po zakażeniu i na 14 dni przed wystąpieniem wrzodu pierwotnego, B a s s e t-S m i t h a w 14 dni po zarażeniu i R e i n h a r d t a 2 przypadki w tydzień i 2 w 2 tygodnie po stosunku.

Chociaż w pierwszorzędnym okresie, szczególnie w pierwszej jego połowie, odczyn W. nieczęsto stwierdza nam zakażenie kilowe, jednak dopełnia rozpoznawcze badania na krętki blade, daje możliwość przystąpienia do wczesnego zapobiegawczego leczenia i w pewnych okolicznościach chroni ludzi od przenoszenia zarazy, jak to np. bywa przy wstępowaniu w związku małżeńskie.

W drugorzędnym jawnym syfilisie liczby przedstawiają się inaczej:

Arning	otrzymał	wynik	dodatni	w	93%
Bering	"	"	"	"	98%
Bruck	"	"	"	"	94,1%
Citron	"	"	"	"	100%
Feuerstein	"	"	"	"	91,3%
Janowski i Łapiński	"	"	"	"	85,3%
Malinowski	"	"	"	"	86,5%
Mutermilch	"	"	"	"	93%
Rosenberg	"	"	"	"	92,4%
Springer	"	"	"	"	95%
Wojciechowski	"	"	"	"	82,5%

Czyli że w drugorzędowym okresie odczyn dodatni występuje m. w. 90% t. j. tylko 10% ujemny, a przy powtórnej reakcji, lub z innym wyciągiem można jeszcze w wielu z tych 10% otrzymać odczyn dodatni. Jednak zdarzają się przypadki takie, gdzie nawet wobec obfitej wysypki otrzymano odczyn ujemny. H e c h t objaśnia ten fakt przede wszystkim wpływem leczenia, następnie opóźnieniem się odczynu w 10—14 dni po zjawieniu się wysypki, silnym wyniszczeniem ustroju niektórych osób, ukryciem dodatniego odczynu przez komplementoidy i powiększenie się ilości lecytyny w surowicy i występowaniem pojedynczych i nieznanych objawów (miejscowe, a nie ogólne działanie jadu).

W tym więc okresie jednorazowy ujemny wynik nie przemawia przeciw rozpoznaniu przymiotu. Przemawia jednak z dużym prawdopodobieństwem stale otrzymywanie ujemnego odczynu przy wielokrotnych próbach. Odczyn W a s s e r m a n n a w 2 rzęd. jawnym okresie posiada jednak mniejsze znaczenie, niż w innych wobec klinicznych objawów. Czasem jednak te objawy są niewyraźne, wątpliwe, jak na przykład rozsiane lysienie, leucodermata.

W trzeciorzędowym jawnym okresie otrzymali odczyn W a s s e r m a n n a dodatni:

Arning . . .	90%	
Bering . . .	93%	przy rozprzestrzenionych objawach
	37%	
Bruck . . .	73,9%	"
Feuerstein	81,8%	
Ledermann	96,2%	
F. Lesser .	90%	
Rosenberg.	78,5%	
Springer .	85,7%	
Jordan . .	32,7%	

Na ten więc okres wypada około 70—80%, mniej więc, aniżeli w drugorzędowym okresie. Różnica w liczbach zależy głównie od tego, czy występują objawy ogólne, czy też pojedyncze, a również, jak później omówimy, od poprzedniego leczenia. W każdym razie i w tym okresie spotykamy przypadki z obszernymi ogólnymi objawami, które nawet przy częstym sprawdzaniu dają stale odczyn ujemny.



Dyagnostyczna wartość odczynu W. w tym okresie jest nadzwyczajnej wagi. W chorobach skórnych spotykamy często kilaki, podobne do tocznia i raka. W chorobach nerwowych i umysłowych (syfilis układu mózgo-rdzeniowego), w chorobach wewnętrznych, szczególnie wątroby, serca i naczyń, w cierpieniach dzieciennych (Plaut), w chirurgii, gdzie rozpoznanie może wahać się między nowotworem, a kilakiem, lub kilakiem a gruźlicą, w aku-szeryi, przy częstych ronieniach, wyborze mamek i t. p. w cierpieniach gardła, nosa, oczu i t. d., — wszędzie może rozjaśnić wątpliwości, naprowadzić na właściwą drogę.

W okresie utajonym dane statystyczne zależą od długości trwania zakażenia. W okresie wczesnym utajonym, t. j. w pierwszych paru latach trwania choroby, Blaschko otrzymał 80% wyników dodatnich, Blumenthal—Roscher 48%, Bruck—Stern 33%, Fleischmann 64%, Ledermann 75,6%, Rosenberg 44%, ja 60%; a więc znaczenie rzadziej, aniżeli w okresie wtórnym ze zmianami klinicznymi. Jeszcze rzadziej występuje odczyn w okresie utajonym późnym. W tym okresie Blaschko—Citron miał 57% wyników dodatnich, Blumenthal—Roscher 40%, Bruck—Stern 30,8%, Fleischmann 42%, F. Lesser 46%, Bruhns—Halberstädt 28%, Springer 33,3%. Różnica, jak widzimy, znaczna, zależna w znacznej mierze od ilości ubiegłych od zakażenia lat.

W tym okresie często otrzymujemy ważne praktyczne wskazówki (np. w kwestyi matrymonialnej) u osób, u których rozpoznanie przymiotu było od samego początku wątpliwe, lub ukrywających swą chorobę z najrozmaitszych względów.

Wyniki badań na odczyn W. cierpień parasyfilitycznych są różne w zależności od tego, czy badamy płyn mózgo-rdzeniowy, czy też surowicę krwi.

W wiądzie rdzenia na 100 przypadków Schütze otrzymał z surowicy krwi w 65% odczyn dodatni, z płynu mózgo-rdzeniowego w 80%, Springer w 50% z surowicy i w 62,5% z płynu mózgo-rdzeniowego, natomiast Plaut z surowicy w 79% i z płynu mózgo-rdzeniowego w 64%, Nonne w 90% z surowicy i w 50% z płynu mózgo-rdzeniowego, Citron w 80% z surowicy, a z płynu mózgo-rdzeniowego w 22%.

W bezwładzie postępującym Marie i Levaditi otrzymali dodatni odczyn z surowicy w 59<sup>o</sup>/<sub>o</sub>, z płynu mózgo-rdzeniowego w 93<sup>o</sup>/<sub>o</sub>, Springer z surowicy w 77<sup>o</sup>/<sub>o</sub>, a z płynu mózgo-rdzeniowego w 83,3<sup>o</sup>/<sub>o</sub> czyli częściej, natomiast Plaut na 156 przypadków bezwładu postępującego we wszystkich z surowicy krwi—wynik dodatni, a z płynu mózgowo-rdzeniowego 94,5<sup>o</sup>/<sub>o</sub>.

Plaut znajdował u tych chorych odczyn dodatni niemal od samego początku cierpienia, podczas gdy Marie i Levaditi rzadko, bo w 10<sup>o</sup>/<sub>o</sub> w początkowych okresach, a coraz częściej w miarę rozwoju choroby.

Rozpatrzywszy się w danych ze wszystkich okresów, przychodzimy do wniosku, że przy syfilisie nie zawsze otrzymujemy odczyn Wassermann'a dodatni, i że procent reakcji ujemnej jest różny, w zależności od okresu choroby, to też ujemny odczyn Wassermann'a bynajmniej nie wyklucza obecności jadu kiłowego w ustroju.

Należy teraz określić znaczenie odczynu Wassermann'a pod względem prognostycznym i terapeutycznym. Sprawa ta jest nadzwyczaj ważna. Od niej zależy, czy na mocy reakcji Wassermann'a możemy w pewnych razach luetyków uznać za wyleczonych, t. j. niezaraźliwych i wolnych od wszelkich obaw na przyszłość, czy też dalej leczyć.

W okresie wczesnym utajonym odczyn Wassermann'a nie posiada wartości pod względem prognostycznym, gdyż jest zmienny. Natomiast co do okresu utajonego późnego istnieją dwojaki rodzaj zdania.

Jedni (jak Kopp, Werther, Zeleniew) twierdzą, iż dodatni odczyn w okresie utajenia posiada tylko dyagnostyczne znaczenie, a nie prognostyczne, ponieważ reakcja Wassermann'a nie wskazuje bynajmniej, czy choroba, inaczej ogniska krętków, są obecne w ustroju, analogiczną więc jest do próby Vidala, którą można spostrzegać jeszcze wiele lat po przejściu tyfusu. Badacze ci również biorą pod uwagę cały szereg ludzi z odczynem dodatnim, a którzy żyją w dobrym zdrowiu długie lata, mają zdrowe żony i dzieci.

Przypuszczają oni (Hartach, Jakimow, Weil-Braun, Fischer), iż dodatni odczyn Wassermann'a przetrwał sam syfilis.

Inni, jak Neisser, Bruck, Citron, F. Lesser, Blaschko i t. d. twierdzą z wielką słusnością, iż dodatni odczyn Wassermann, wobec braku objawów syfilisu, przemawia z dużym prawdopodobieństwem za jego istnieniem. Gdyby tu chodziło o niweczniki lub wogóle o ciało, powstałe pod wpływem działania krętków, to takowe wydzielają się szybko z ustroju, gdy zniknie wywołująca je przyczyna. Powyższy fakt stwierdziły doświadczenia Wassermann, Citrona i Brucka. Przyjmując analogicznie pod uwagę reakcję Vidala, musimy przyznać, iż może ona wskazywać również na obecność bakterii tyfusowych, jak to zresztą stwierdzają badacze, znajdując po 7-u latach pałeczki tyfusu w drogach żółciowych.

Istnieje pewna równoległość między odczynem Wassermann, a klinicznymi objawami syfilisu, gdyż ze zjawieniem się objawów przeważnie występuje odczyn Wassermann, który z ustąpieniem ich znika, żeby później znów wespół z nimi powrócić. Istnieje również zgodność badań anatomo-patologicznych i serologicznych: w późnym okresie utajonego syfilisu znajdujemy odczyn Wassermann również często, jak i zmiany syfilityczne w głębi tkanek zmarłych osobników z tegoż okresu syfilisu.

Pozorne zdrowie u tych luetyków, którzy mają zdrowe żony i dzieci, niczego nie dowodzi, gdyż syfilis, po wielu latach utajenia, może nagle przejawiać się, a nawet spotykamy ludzi z objawami trzeciorzędowymi, którzy nie zarażają żon i rodzą zdrowe dzieci.

Czyli, że dodatni odczyn wskazuje zawsze na obecność przymiotu, na to, iż gdzieś w ustroju jest obecny jad syfilityczny i że po wielu latach takie ogniska mogą być czynne i doprowadzić do objawów.

Za zupełnie więc wyleczonych można przyjąć z wielkim prawdopodobieństwem tych, u których w kilka lat po zakażeniu, pomimo niestosowania od dłuższego czasu leczenia swoistego, nie występują żadne objawy syfilisu, a zarażeniem kilkakrotnie w pewnych odstępach czasu dokonywany odczyn Wassermann stale wykazuje wynik ujemny. Takiemu też tylko osobnikowi należałoby dać pozwolenie na ożenie się. W myśl tego wszystkich chorych z odczynem Wassermann dodatnim należałoby leczyć i starać się sprowadzić odczyn dodatni w ujemny.

To też należy rozstrzygnąć pytanie: 1) jak wpływa leczenie na reakcję W a s s e r m a n n a i 2) czy dodatni odczyn można zawsze na stałe sprowadzić w ujemny.

Przedewszystkiem rozpatrzmy wpływ leczenia dawniejszymi środkami i metodami.

Według C i t r o n a na 34 nieleczone przypadki luetyków i tabetyków odczyn dodatni wypadł 81%, a na 67 takich leczonych chorych w 65%.

B r u c k podaje następujące dane: W d r u g i m okresie mieli odczyn dodatni leczeni 45,1%, a nieleczeni 87,1%, w t r z e c i m okresie — leczeni 45,1%, a nieleczeni 66,6%, we wczesnie utajonym 18,7% leczeni, a 50% nieleczeni. Czyli w sumie reagowali dodatnio z pomiędzy leczonych 29,5%, a z pomiędzy nieleczonych 82,3%.

F e u e r s t e i n miał na 263 przypadki nieleczonej kiły w 90,6% odczyn dodatni, a takież odczyn w 42,8% na 102 przypadki leczonej.

F. L e s s e r na 115 przypadków dobrze leczonych miał w 38%, a na 53 źle leczone przypadki — w 55% dodatni odczyn.

B e r i n g na 147 przypadków okresu utajonego syfilisu miał nieleczonych 8, w tem 7 razy odczyn dodatni, na 70 mało lub źle leczonych 50 razy odczyn dodatni; a na 69 leczonych chronicznie przestankowo tylko 11 reagowało dodatnio.

Słusznie więc B e r i n g przedstawia znaczniejsze korzyści leczenia chronicznego przestankowego nad symptomatycznym.

L e d e r m a n n daje następującą statystykę:

Wczesny utajony syfilis		Dodatni odczyn	%
leczony	88	69	78,8
nieleczoney	} 27	24	88,8
lub mało leczony			
Późny utajony syfilis		Dodatni odczyn	%
leczony	63	26	41,1
nieleczoney lub	} 15	10	66,6
mało			

Utajony zaś syfilis wszystkich okresów po 1—3 kuracjach na 92 przypadki dał w 68 dodatni odczyn t. j. w 73,9%, po 4 i więcej kuracjach na 59 przypadków odczyn dodatni 27 razy, t. j. w 44,7%.

Ja na 550 przypadków nieleczonej lub słabo leczonej kiły miałem odczyn Wassermann'a dodatni w 84%, na 420 leczonej starannie kiły w 43%.

A więc im gruntowniejsze było leczenie i im późniejszy okres choroby, tem rzadziej występuje odczyn dodatni.

Blumenthal i Roscher znaleźli również w okresie utajenia, iż liczba dodatnich odczynów zmniejsza się proporcjonalnie do gruntowności leczenia.

Zarazem wynika z tego, że szczególnie w późniejszych okresach syfilisu liczba dodatnich odczynów znacznie się zmniejsza zależnie od energiczniejszego leczenia, a także od wczesnego rozpoczęcia kuracji. Czyli leczenie usuwa nie tylko widoczne objawy, lecz także prawdopodobnie zależne od choroby biologiczne zmiany w krwi.

Odnosnie zaś do działania poszczególnych kuracji rtęciowych, t. j. działania tego środka zaraz po zastosowaniu, znajdujemy pewną różnicę zdań: Müller badał wogóle 48 przypadków przed i po zastosowaniu rtęci, z tych 29 t. j. 60,4% nie wykazywały żadnej różnicy w sile odczynu; osłabienie odczynu, aż do zupełnej hemolizy wskazało 18 przypadków.

Przytem przy pierwszych wysypkach i wczesnych nawrotach łatwiej odczyn dodatni przechodził w ujemny, niż przy późniejszych nawrotach i trzeciorzędowych postaciach. Heller badał stale 77 luetyków w przeciągu leczenia, w tej liczbie u 20, którzy przed leczeniem mieli odczyn ujemny, pozostał on po leczeniu w 18 razach, a przeszedł w dodatni w 2 przypadkach z pierwotnymi owrzodzeniami, a u 57, którzy przed leczeniem mieli odczyn dodatni, pozostał on dodatnim w 18 przypadkach, osłabił się w 17, a przeszedł w ujemny w 22-ch.

Müller zauważył, że najuporczywsze przypadki były z przymiotem dziedzicznym i z szybko powtarzającymi się nawrotami.

Blumenthal i Roscher zauważyli, iż reakcja dodatnia utrzymała się często pomimo forsownego leczenia, a w 5 przypadkach na 33 z odczynem ujemnym przed leczeniem, po leczeniu stał się on dodatnim.

Boas podaje, iż u 76 na 82 luetyków odczyn dodatni przeszedł po leczeniu w ujemny.

Blaschko na 90 przypadków otrzymał po leczeniu 84% wyników ujemnych lub słabo dodatnich.

S p r i n g e r otrzymał po leczeniu we wcześniejszym okresie odczyn ujemny w 86,6% (z objawami) i w 75% (okres utajony), a w późnym w 20%.

F e u e r s t e i n na mocy swych badań dochodzi do następujących wniosków:

1. Leczenie rtęciowe wpływa niewątpliwie w większości przypadków na ustępowanie dodatniego odczynu.
2. Ustępowanie to jest tem częstsze, im energiczniejsze jest leczenie rtęciowe.
3. Najczęściej ustępuje dodatni wynik po leczeniu wstrzykiwaniem rozpuszczalnych soli rtęciowych, podlegających szybkiemu wessaniu.
4. W niektórych przypadkach wynik dodatni nie ustępuje pomimo energicznego leczenia i pomimo, że zewnętrzne objawy kiły ustąpiły wśród tegoż zupełnie.

Zaznaczę, iż według C i t r o n a najlepiej działają na przejście odczynu dodatniego w ujemny wcierania, H ö n n e m u znów najlepsze wyniki dawał kalomel, inni wreszcie badacze, jak P ü r c h k a u e r, B l a s c h k o, nie zauważyli, aby rozmaite sposoby stosowania rtęci, jako też różne jej preparaty wywierały niejednakowy wpływ na znikanie dodatniego odczynu W a s s e r m a n n a.

Wszyscy więc autorowie stwierdzają niewątpliwą wpływ leczenia rtęciowego na ustępowanie dodatniego odczynu.

Różnicę widzimy tylko w odsetkach.

Być może zależy ona od siły leczenia, mogą zaś tutaj działać nieuchwytnie dla nas czynniki.

Zachodzi teraz pytanie, czy czasem rtęć, wprowadzona do surowicy krwi, nie wpływa bezpośrednio sama przez się na wynik próby.

B r u c k w drodze doświadczałnej stwierdził, iż dodatek sublimatu do surowicy kiłowej *in vitro* nie wpływa zupełnie na wynik próby.

Jednak K y r á l i f i z jednej strony, a E p s t e i n i P ř i b r a n z drugiej ogłosili, iż dodatek w bardzo wielkim rozcieńczeniu sublimatu do surowic luetycznych zmienia odczyn dodatni na ujemny.

Do tych samych wyników doszedł F e u e r s t e i n i S a t t a z D o n a t t i m. F e u e r s t e i n jednak, dzięki swym badaniom, dochodzi do wniosku, iż rtęć po leczeniu nie może krążyć w surowicy w postaci sublimatu i że według wszelkiego prawdopodobieństwa surowice kiłowe

po leczeniu nie zawierają w sobie rtęci w postaci i w ilości potrzebnych do bezpośredniego rozpuszczania krwinek, wobec czego nie mamy prawa przypisywać przeistoczeniu się dodatniego wyniku po leczeniu czysto hemolitycznym własnościom zawartej w surowicy rtęci.

B r u c k i S t e r n ó w n a, a następnie i B r a u e r starali się dowieść, iż nie tylko dodatni odczyn ustępuje po leczeniu nie skutkiem obecności w surowicy rtęci, lecz że leczenie rtęciowe działa wprost na jad kiłowy, nie dopuszcza do wytwarzania przezeń reaginów.

Nie tylko za pomocą rtęci, ale i jodu udaje się niekiedy usunąć dodatni odczyn W a s s e r m a n n a, jak to twierdzi F. L e s s e r.

B i z z o z e r o mógł również zanotować pewien wpływ jodu na zmianę reakcyi, jednak zmiana ta jest słabsza i nie tak stała, jak przy rtęci. Doświadczenia S t ü m p k a i B r u c k a stwierdziły, iż zmiana odczynu w tych razach nie zależy od bezpośredniego oddziaływania wprowadzonego do surowicy krwi jodu.

Słabo bardzo działa dekokt Z i t t m a n a. S t e r n o w i z pomiędzy 14 chorych, leczonych tym środkiem, udało się odczyn dodatni sprowadzić w ujemny w 1 przypadku.

Z powyżej wyłuszczonego wnioskujemy, iż wpływ kuracyi na odczyn wprawdzie bywa, ale nie zawsze natychmiast wyraźnie i prawidłowo występuje.

Nawet za pomocą szczególnie energicznej kuracyi nie zawsze udaje się sprowadzić odczyn dodatni w ujemny. Zmiana odczynu nie jest zawsze stała, po pewnym czasie ujemny odczyn może przejść znów w dodatni, skutkiem czego na podstawie jednego ujemnego wyniku nie można wyciągać daleko idących wniosków.

Zdarzają się przypadki, w których wynik dodatni ustąpił po leczeniu wraz z ustąpieniem objawów klinicznych i pozostał ujemnym pomimo nawrotu, który wkrótce potem wystąpił, a początkowo ujemny zamienił się w dodatni w środku leczenia rtęciowego lub po skończeniu tegoż.

Dodatni wynik utrzymuje się u chorych, nieleczonych przez dłuższy przeciąg czasu, bez zmiany, ale znane są też przypadki (M u l z e r, F i s c h e r), w których spostrzegano wahanie się wyniku próby niezależnie od leczenia.

W ostatnich czasach największą uwagę zwrócił na siebie atyxoł, arsacetyna, hektyna, arsenophenylglicyna, a przede wszystkim salvarsan.

Atoxyl (L e s s e r) i arsacetyna nie działają lub wogóle działają bardzo słabo. Hektyna według moich doświadczeń 2 razy tylko na 28 przypadków po użyciu 3—4 pudełek H. B. przemieniła odczyn dodatni w ujemny, i to robiony po 3 miesiącach odczyn W a s s e r m a n n a wykazał znowuż odczyn dodatni.

Arsenophenylglicyna według A l t a dała już znacznie lepsze rezultaty.

Silniejsze jednak bez zaprzeczenia działanie na odczyn W a s s e r m a n n a posiada salvarsan.

Według pierwotnych spostrzeżeń po jednorazowym zastosowaniu tego środka dodatni odczyn W a s s e r m a n n a przechodził w ujemny nadzwyczaj często, bo w 92% u S c h r e i b e r a, w 90% u W e c h s e l m a n n a, czasem jednak nadzwyczaj rzadko, bo w doniesieniu B a g e t a w 3%.

Należy przytem zaznaczyć, że w wielu bardzo przypadkach po krótkim przeciągu czasu odczyn ujemny znów przechodził w dodatni. Jednak po kilkakrotnem zastosowaniu salvarsanu liczba dodatnich odczynów stale się zmniejszała. Ciekawemi pod tym względem są spostrzeżenia G e r o n n e'a. Na 125 przypadków z II- i III-rzędowego okresu po pierwszym zastrzyknięciu w 57 odczyn dodatni przeszedł w ujemny, podczas gdy w 67 pozostał bez zmiany. Po powtórnym jednak zastrzyknięciu na 32 z liczby tych ostatnich odczyn W a s s e r m a n n a jeszcze u 25 przeszedł w ujemny.

Następne doniesienia, aczkolwiek nie zaprzeczają oddziaływania salvarsanu i neosalvarsanu na reakcję W a s s e r m a n n a, jednak w znacznie słabszym stopniu, niż to podał G e r o n n e, co i ja wielokrotnie stwierdziłem w swojej praktyce.

Sam salvarsan jako taki, według doświadczeń M a y e r a *in vitro*, w dawkach, przewyższających nawet wprowadzany do ustroju, nie miał żadnego wpływu na wyraźnie dodatnie lub ujemne odczyny, w jednym tylko przypadku podziałał na zwiększenie hemolizy.

Na mocy powyższego dochodzę do następujących wniosków odnośnie wartości odczynu W a s s e r m a n n a dla wskazań leczniczych:



Leczenie należy rozpocząć z chwilą rozpoznania syfilisu, nie czekając w 1-szorzędownym okresie na zjawienie się dodatniego odczynu W a s s e r m a n n a.

Leczenie to powinno trwać nietylko do zniknięcia objawów, lecz możliwie do ustąpienia dodatniego odczynu.

Wynik dodatni w okresach utajenia jest wskazaniem, o ile to możliwe, do dalszego leczenia.

Wynik ujemny, stale otrzymywany w późnym utajonym okresie syfilisu, gdy kuracja nie była już przez dłuższy czas stosowana, wskazuje na zaprzestanie leczenia.

## CHEMOTERAPIA SYFILISU.

(LECZENIE PREPARATAMI ARSZENIKOWYMI).

Ważny przełom w leczeniu syfilisu stanowi chemoterapia. Nauka ta rozwój swój zawdzięcza E h r l i c h o w i i jego uczniom. Starał się on wynaleźć środek taki, któryby, po jednorazowym zastosowaniu, zabijał pasorzyty, znajdujące się w ustroju (*Therapia sterilisans magna*). Tego rodzaju przetwór powinien posiadać: wielką żarłoczność w stosunku do pasorzytów, a możliwie najmniejszą w stosunku do tkanek. Pierwotnie E h r l i c h zwrócił uwagę na atoxyl wynaleziony przez B e c h a m p'a. Ponieważ atoxyl okazał się przy leczeniu niezbyt skutecznym i wywoływał niekiedy, wprawdzie po długim i nadmiernem użyciu, działanie uboczne, jak zanik nerwu wzrokowego, przeto E h r l i c h zwrócił się do przetworów pochodnych atoxyłu, lub wogóle do niego zbliżonych składem chemicznym. Takich przetworów wypróbował E h r l i c h setki na zwierzętach, zakażonych przez trypanosomy i spirylle. Z pośród tych środków należy wyróżnić arsacetynę, która już nie wywoływała ubocznego działania na nerw wzrokowy, a przede wszystkim arsenophenylglicynę. Najskuteczniejszym jednak okazał się *dioxy-diamido-arseno-benzol*, wynaleziony przy współdziale B e r t h e i m a. Preparat ten oznaczony dla krótkości liczbą „606“ i nazwany później *salvarsanem*, o formule chemicznej  $C_{12}H_{12}O_2N_2As_2$  i kwaśnej reakcji, w listopadzie 1910 r. japończyk H a t a, współpracownik E h r l i c h a, wypróbował na śwince morskiej. Zastrzyknął on ten środek do pierwotnego owrzodzenia syfilitycznego u świnki morskiej, w którym roiło się od krętków

bladych, i w 24 godzin po zastrzyknięciu wszystkie one znikły. Ehrlich, słusznie uważając, iż wszedł na nową drogę leczenia przymiotu, z całą ostrożnością powierzył wypróbowanie swego nowego środka różnym klinicytom, a zarazem starał się udoskonalić go, ażeby uniknąć w mniejszym lub w większym stopniu występujących ubocznych objawów.

Pierwsze rezultaty doświadczeń z „606” ogłosił Alt w marcu 1911 r., a następnie Iversen, Schreiber i Hoppe, Treupel, Wechselmann, Neisser, a z pomiędzy polskich autorów: Wicherkiewicz, Korczyński, Malinowski, Reiss, Krzyształowicz, Łukasiewicz, Borzęcki, Świątkiewicz, Lenartowicz, Watraszewski, Golc, Mondschein, Trzeciński i inni.

*Dioxydiamido-arsenobenzol* jest preparatem niestałym. Trwalszy jest jego dwuchlorowy lub jednochlorowy związek. Połączenie to jednak, jako takie, nie może być wprowadzone do ustroju tak wewnątrzmięśniowo, podskórnie, jako też śródżylnie, przeto należy „606” zapomocą dodania ługu sodowego przeistoczyć w sól jedno albo dwu sodową i rozpuścić, a otrzymany roztwór zaraz stosować, ażeby uniknąć rozkładu.

Właściwie śródmięśniowe i podskórne zastrzyknięcia salwarsanu mają teraz tylko historyczne znaczenie. Obecnie stosujemy ten środek tylko śródżylnie.

Zastrzykując salwarsan śródżylnie unikamy bólów, nacieków i zgorzeli, nie wytwarzamy sztucznego składu w mięśniach lub tkance podskórnej, dawkujemy dokładniej, działamy szybciej. Działanie środka po zastrzykiwaniach śródżylnych nie jest tak przemijające, jak przypuszczano dawniej, powstaje zapas arszeniku głównie w wątrobie, następnie rozchodzi się powoli po ustroju i w moczu, jak stwierdzają Bornstein, Heuser, Stumpke, Siegfried i inni, znajduje się po kilku tygodniach, a nawet miesiącach. Rozczyn salwarsanu przygotowujemy w ten sposób, że do wyjałowionego cylindra z korkiem szklanym wlewamy mniej więcej 100,0 wyjałowionego fizyologicznego roztworu soli kuchennej, podgrzanego do temperatury ciała, wsypujemy dawkę salwarsanu, rozpuszczamy, silnie wstrząsając naczyniem, i dodajemy 10% ług sodowy kroplami, aż do zupełnego rozpuszczenia się mętnienia, powstałego przy pierwszysch kroplach ługu.

Można również wstrzykiwać roztwór kwaśny z dodaniem kilkunastu kropli 1/10 N. NaOH, jak zaleca D u h o t, lecz w tych razach poboczne objawy występują silniej. Następnie dolewamy fizjologicznego roztworu soli kuchennej w stosunku do 200,0—235,0 całkowitej ilości na 0,6 preparatu.

Najwygodniejszym do wlewań jest przyrząd H a u p t m a n n a. Składa się on z 2-ch połączonych rurką szklaną z korkiem cylindrów: jednego dla roztworu soli, drugiego dla roztworu salwarsanu. Manipulując korkiem szklanym z podwójnym otworem, możemy w każdej chwili dowolnie wpuszczać jeden lub drugi płyn do gumowego węża z rurką szklaną, poza którą przytwierdzamy igłę.

Przed użyciem należy starannie przyrząd wyjałowić i uwolnić od powietrza. Możemy również posługiwać się przyrządem B o b r o w a, J a n e t a lub nawet szprycą. Wstrzykiwania robimy głównie w żyłę przegubu łokciowego, przytem chorzy pozostają zawsze podczas całego zabiegu w postawie leżącej. Po odkażeniu skóry w odpowiednim miejscu i po nałożeniu powyżej przepaski gumowej, wkłuwamy w naczynkę skutkiem tego żyłę igłą, połączoną z przyrządem. Jeśli żyła występuje niezbyt wyraźnie i nie jesteśmy pewni, czy uda się odrazu dobrze wprowadzić igłę, to wkłuwamy najpierw samą igłę, a gdy z nasadki jej pokazuje się krew, szybko łączymy z nią rurkę gumową i zwalniamy opaskę uciskającą. Jeśli płyn fizjologiczny dobrze wchodzi i nie tworzy nacieku w miejscu ukłucia, wpuszczamy roztwór salwarsanu, a następnie przepłukujemy rurę i żyłę fizjologicznym roztworem. Wprowadzenie odpowiednio wielkiej i ostrej igły do światła żyły nie przedstawia zazwyczaj trudności. W miejscu zastrzykiwania, jeśli tylko przypadkowo podczas wlewania salwarsanu nie przebito żyły na wylot, niema żadnych powikłań, a i w tym ostatnim razie rzadko w następstwie powstałego podrażnienia tkanki pozostaje się stwardnienie. Wlewanie trwa zależnie od wielkości igły i ilości płynu od 10—20 minut. Po wyjęciu igły smarujemy miejsce ukłucia jodyną i zakładamy opatrunek z gazy wyjałowionej. Cały zabieg jest niebolesny. Ból zaś w miejscu wkłucia igły podczas wlewania salwarsanu jest dowodem, że płyn dostaje się po za światło żyły, na co wskazuje również powstający naciek. Należy wtedy igłę wyjąć, a płyn ile możności wycisnąć i poszukać innej żyły do wstrzykiwania. Również należy przerwać zabieg, gdy działalność serca staje się nienormalną.

Niekiedy chorzy skarżą się po zabiegu na ucisk w skroniach, rzadziej na silny ból głowy, który trwa najwyżej kilka godzin i przechodzi bez śladu. W znacznej mniejszości przypadków w godzinę, dwie po wlewaniu chorzy odczuwają dreszcze, częściej lekkie, rzadziej silne. Przytem podnosi się ciepłota ciała o  $1^{\circ}$ — $1\frac{1}{2}^{\circ}$ . Wyjątkowo tylko temperatura dochodzi do  $39^{\circ}$ — $40^{\circ}$  i to prawie zawsze przy świeżych obfitych drugorzędnych postaciach. Ciepłota po paru, kilku godzinach opada do normy.

Nieco częściej notujemy po wlewaniu salvarsanu nudności, czasem w połączeniu z wymiotami, biegunką. Najczęściej chorzy mają biegunkę: 2—4 stolce wolne bez bóleści w kilka godzin po wlewaniu. Rzadziej, niż biegunka, występują nudności. Niekiedy dochodzi do wymiotów. Wszystko to zdarza się przeważnie w godzinę, dwie po zastrzyknięciu i trwa zazwyczaj krótko. U silniej gorączkujących mogą zjawić się opryszczki na wargach ust. Objaw ten szybko przemija.

Do przemijających również należy odczyn nerwów (neuroreakcja) po zastosowaniu salvarsanu. Neuroreakcje wczesne są bardzo rzadkie. Benariona 14000 przypadków stosowania salvarsanu zebrał ich tylko 9. Zaburzeniom podlegały głównie nerw uszny i oczny. Objawy szybko przechodziły.

Oprócz powyżej opisanego wczesnego odczynu notowano wielokrotnie odczyn późniejszy — w kilka godzin, nawet dni.

Przebiega on zwykle ciężiej, gdyż może wystąpić podrażnienie nerek (C. Treupel, Mohr, Geronne, Stümpke, Weiler, Wahle, Fordyce, Berger i inni), żołądka i kiszek (Schmitt, Sarkisow, Caraven, Pinkus i inni), wątroby (Ullmann, Covic, Balzer i Garsaux, Milian i Friboes, Vogt, Lévy-Bing i Durcux, Stümpke i Bruckmann, Wechselmann i inni), płuc (Meissner, Gennrich, Fischer, Hoffmann, Tile i inni), skóry (Sobotka, Schreiber, Queyrat, Nicolas i Moutot, Bettmann, Hudelo, Leredde, Klingmüller, Tomaszewski, Finger, Vignolo-Lutati i inni), a głównie układu nerwowego: *meningo-encephalitis* (Ruhemann, F. Lesser), *hemiplegie* (Leredde, Künnemann), napady padaczkowate (Müller), *amnesia* (Lévy-Bing), psychozy

(Berger, Gaucher, Gougerot i Thibaut, Dimitz).

W nerkach spostrzegano zapalenie przewlekłe, ostre, a nawet krwotoczne; wielokrotnie notowano białkomocz, urobilinurię, zatrzymanie lub nietrzymanie moczu. W żołądku i kiszkiach salwarsan wywoływał owrzodzenia, wylewy krwawe; spostrzegano bóle, nudności, wymioty i t. p.; wyczuwano powiększenie wątroby, śledziony, notowano żółtaczkę, przekrwienie, tłuszczowe zwyrodnienie. W płucach widywano zawały i zatory, zastoinowo — zapalne objawy, obostrzenie zastarzałych spraw gruźliczych. Na skórze wielokrotnie spostrzegano: obrzęki, *urticaria*, *erythema papulosum*, *erythema multiforme*, *herpes zoster*, *melanodermia* i t. p.

Neuroreakcje mogą występować bardzo późno, bo w 6 do 12 tygodni po zastrzyknięciu. Gdy Arning, Dörr, Duhot, Fordyce, Gennericz nie spostrzegali ani jednej, Galewsky miał 1 na 235 przypadków, Treupel i Lewi również 1 na 250, Desneux i Dujardin—6 na 360, Beck—6 na 100, a Häuser, Finger, Rille i Bettmann mieli ich bardzo wiele. Benario na 14000 przypadków stosowania „606” naliczył tego rodzaju schorzeń nerwów 126. Szczególniej dużo dał ich *nervus acusticus* (Berlstein i Lenartowicz): w statystyce Benario połowę wszystkich przypadków. Nieco rzadziej bywa zajęty *nervus opticus*, a następnie inne czaszkowe nerwy, jak *facialis*, *abducens*, *trigeminus*, *trochlearis* i t. d. Znajdowano również obwodowe polineuryty (Brown-Séquard) i zajęcie pojedynczych obwodowych nerwów, np. *ischadicus*. Wszystkie powyższe objawy, zdaje się, należy rozpatrywać jako nawroty syfilisu ze strony nerwów, gdyż występują przeważnie po małych dawkach preparatu lub zastosowanego w postaci, trudnej do wessania, i ustępują zazwyczaj szybko po nowem zastrzyknięciu „606” lub po stosowaniu rtęci. Niektórzy autorowie, jak Finger, Buschke, Rille, Delbancó, Trömer zarzucają salwarsanowi, iż po stosowaniu go daleko częściej występują nerwowe objawy syfilisu, niż po leczeniu rtęcią i czynią to nawet zależnem od samego preparatu. Zarzuty powyższe wydają się niesprawiedliwe. Okazało się niespodziewanie ze statystyk najrozmaitszych autorów, iż i dawniej (gdy leczono wyłącznie prawie rtęcią) neurorecydywy syfilisu były bardzo częste. Habermann w klinice usznej w Gracu obserwował takich przypadków 67. Profesor Urhantschitsch

z Wiednia obserwował podobne objawy po leczeniu rozpuszczalnymi związkami rtęci. Ponieważ w wielu przypadkach neurorecydyw po zastosowaniu „606” reakcja W a s s e r m a n n a była ujemną, E h r l i c h przypuszcza, iż zdarzają się one przy prawie zupełnem wyjałowieniu ustroju, gdy tylko pozostają nieliczne krętki blade w mało unaczynionych kanałach kostnych, przez które przebiegają powyżej wymienione nerwy czaszkowe.

A l m k w i s t, M i l i a n, F i s c h e r i inni opisują śmiertelne przypadki skutkiem *encephalitis haemorrhagica* po zastosowaniu salwarsanu.

W e s t p h a l na mocy swego przypadku wyprowadza wniosek, że w tych razach, gdy mamy jakiegokolwiek podejrzenia co do syfilitycznego zajęcia górnego odcinka rdzenia pacierzowego, należy być bardzo ostrożnym w stosowaniu salwarsanu, żeby nie wywołać zbyt silnego przekrwienia (Odczyn J a r i s c h - H e r x h e i m e r a). Szczególniej należy być ostrożnym, gdy schorzenie rozciąga się na nerwy: *phrenici*, *vagi* lub ich jądra (objawy bulbarne).

Według doświadczeń N i c o l a i, R i e h l a, R ü k e r a K n a p p e g o, K i o n k i, C z u b a l s k i e g o, S i e s k i n d a, G e n n e r i c h a i i n. salwarsan obniża ciśnienie krwi niekiedy dość znacznie i rozszerza naczynia krwionośne. Obniżenie długotrwałe (1—4 dni) może być poprzedzane przez krótkotrwałe podniesienie ciśnienia krwi (T r e u p e l, L e v i, G a u s m a n n, G ó r k i e w i c z). S i e s k i n d, opierając się na badaniach H a n s a, M e y e r a i G o t t l i e b a, czyni odpowiedzialnym za obniżanie ciśnienia krwi arszenik, który w dawkach toksycznych wywołuje paraliż mięśni naczyń mesenteryalnych, skutkiem tego następuje ich przekrwienie, podczas gdy obwodowe naczynia mają krew dostarczaną w ilości niedostatecznej. Niebezpieczeństwo powyższe nie zagraża zdrowemu układowi krwionośnemu, gdyż arszenik stosujemy w znacznem rozcieńczeniu i w dawkach nietoksycznych. Jednakowoż należy unikać stosowania salwarsanu u chorych z bardzo słabem ciśnieniem krwi.

Nie można zaprzeczyć, żeby arszenik w pewnych razach nie oddziaływał ujemnie na komórki mięszzowe narządów. Działanie to jednak zwykle jest przemijające. Jak stwierdzają badania nad przemianą materii po zastosowaniu salwarsanu, między innymi praca R z ę t k o w s k i e g o, nie posiada ten środek jakiegos wybitnego organotropizmu o charakterze zabójczym.

Pa w ł o w zauważył w ciągu pierwszych dni po zastosowaniu salwarsanu zmniejszoną przemianę materyi, a następnie powiększoną. Capelli twierdzi, iż w ciągu 1-ego dnia ustrój przyjmuje mniej azotu. Według Marischlera i Schneidra zwiększa się ilość wydzielanego z moczem wapna, fosforu i zmniejsza się ilość azotu. Ferranini Luigi, Fleig, Jeanselme i Touraine inni nie znajdowali zmian w czerwonych krążkach krwi, podczas gdy Dorn, Gastoldi spostrzegali po śródżylnych zastrzykiwaniach salwarsanu szybko ustępującą hemolizę czerw. kr. krwi, skutkiem czego w moczu zjawia się urobilinogen i urobilina. Sabrazesi Dubourg notowali początkowo zmniejszenie się ilości czerwonych kr. krwi i hemoglobiny, a następnie szybkie ich zwiększanie się. Zwiększanie się ilości czerw. kr. krwi spostrzegał Ewdokimow, Sicard, Bloch, Thévenot i Brissaud, Tempka i Valter.

Według większości badaczy po zastosowaniu salwarsanu następuje czasowa leukocytoza, a według Lévy-Binga, Dureux i Dogny zmniejsza się zdolność krwi do krzepnięcia.

Należy przypuścić, iż zmiany w ciśnieniu krwi i jej własności zależą przeważnie od wprowadzonego w większej ilości do krwi fizyologicznego roztworu soli kuchennej.

W każdym razie salwarsan przy umiejętnem stosowaniu nie jest środkiem niebezpieczniejszym od innych, tak obficie przez dermatologów, internistów i innych lekarzy stosowanych. Wiele nieszczęśliwych przypadków należy zaliczyć na karb nieumiejętnej techniki, szczególnie przy wstrzykiwaniach śródżylnych, następnie w zależności od ciężkiego schorzenia serca, nerek, wątroby i innych narządów, gdzie stosowanie salwarsanu jest przeciwwskazane. W wyjątkowych razach może się jednak zdarzyć pewna idyosynkrazia ustroju do tego środka, jak to zresztą bywa przy bardzo wielu środkach, a nawet produktach spożywczych.

Niektórzy autorowie, chcąc uniknąć objawów ubocznych, stosują salwarsan *in dosi refracta*—np. co parę dni po 0,2. Na ogół taka metoda jest zbyt uciążliwa dla chorego i niepotrzebna, może być jednak stosowana w pojedynczych przypadkach przy ciężkim stanie organów wewnętrznych, a szczególnie w przypadkach nerwowych, gdy obawiamy



się t. zw. reakcji Herxheimera, np. w mózgu, w ważnych centrach życiowych.

Dawki salwarsanu do wstrzykiwań stosujemy u kobiet m. w. 0,3, u mężczyzn 0,4, następne dawki możemy podwyższyć do 0,4—0,5 u kobiet i 0,5—0,6 u mężczyzn. Naturalnie należy przytem brać pod uwagę budowę chorego i jego stan ogólny, a także stan poszczególnych narządów. Dawki powtarzamy po tygodniu—dwóch, ażeby uniknąć kumulacyjnego działania arszeniku, gdyż on wydziela się z ustroju nie odrazu.

Na wszystkie objawy bezpośrednio luetyczne salwarsan działa przeważnie tak szybko i pewnie, jak żaden z dotychczasowych środków. Za pomocą salwarsanu można zdaje się osiągnąć poronne wyleczenie syfilisu. Należy natychmiast po rozpoznaniu syfilisu na mocy badania bakteriologicznego, szczególnie za pomocą ultramikroskopu lub metody tuszowej wlewać dożylnie salwarsan. Jednocześnie w sąsiednie okolice wcierają rtęć, a na pierwotne owrzodzenie stosują salwarsan w postaci proszku lub maści.

W celu poronnego leczenia wlewamy kilkakrotnie w odstępach kilkodniowych dość duże dawki z dobrym bardzo często rezultatem, szczególnie, gdy leczenie rozpoczęto bardzo wcześnie. Milian twierdzi, że w  $\frac{3}{4}$  swoich przypadków przerwał przebieg syfilisu, t. j. nie spostrzegał drugorzędowych objawów, otrzymywał stale odczyn Wassermana ujemny i nawet w kilku przypadkach spostrzegł powtórne zakażenie przymiotem. Również o dodatnich, choć może w mniejszym stopniu, wynikach poronnego leczenia donoszą: Neisser, Kreibich, Hecht, Hoffmann, Nobl. Oppenheim, Sachs, ja i inni. Jednak przy ocenie rezultatów poronnego leczenia należy zawsze brać pod uwagę, że drugorzędowe objawy mogą rozpoczynać się bardzo późno, mogą występować w słabej postaci tak, iż można ich nawet nie zauważyć. Również odczyn Wassermana może wystąpić bardzo późno, a za pierwotny objaw (*reinfectio*) można przyjąć pewne objawy drugorzędowego i trzeciorzędowego syfilisu.

Najefektowniejsze leczenie otrzymujemy w przypadkach trzeciorzędowych ciężkich i syfilisu złośliwego, gdzie dotychczasowe leczenie rtęcią i jodem było bezskuteczne, lub działało zbyt powoli i niepewnie. Owrzodzenia na błonach śluzowych i skórze, sprawy kostne i t. p. goją się szybko i doszczętnie. Szybko również bywają usuwane objawy

drugo i pierwszorzędowe. Czasem, rzadko wprawdzie, widzimy mniej dobre rezultaty.

W cierpieniach syfilitycznych układu nerwowego tam, gdzieśmy nie mieli do czynienia ze sprawami wtórnymi, otrzymujemy mniej lub więcej wybitną poprawę. Mniejsze naogół wyniki osiągamy w wiaździe rdzenia, poprawy często w jednym lub więcej kierunkach: przechodzą parestezye, nietrzymanie moczu i t. d., lecz zwykle tylko na pewien okres czasu. Zpełnego powstrzymania postępu choroby nie można stwierdzić. Przy *neuritis optica*, podczas wiaźdu rdzenia, nie widziałem pogorszenia sprawy po salwarsanie, nawet kilkakrotnie zastosowanym, lecz niekiedy nawet nieznaczną poprawę. Wszyscy uważają porażenie postępujące za najmniej odpowiedni teren do działania salwarsanu. Istotnie w wielu razach, szczególniej bardziej posuniętych, nie można już nic pomódz, lecz niejednokrotnie otrzymujemy poprawy znaczne, czasem niespodziewane. Przypuszczając nawet możliwość omyłki rozpoznania paraliżu postępującego zamiast syfilisu mózgu, wobec tego, że takie omyłki są możliwe, i że dotychczasowe leczenie porażenia postępującego nie dawało dodatnich rezultatów, uważam, iż każdego chorego na porażenie postępujące należy poddawać leczeniu salwarsanem, choćby w małych dawkach, tem bardziej, iż najnowsze badania stwierdziły, iż wiaźdu rdzenia i porażenie postępujące są wywołane krętkami bladymi. W przypadkach przymiotu dziedzicznego salwarsan działa równie dobrze, jak i w przymiocie nabytym; oseskom i dzieciom do lat 7—10-ciu wstrzykujemy salwarsan, ze względów technicznych tylko śródmięśniowo. Działanie lecznicze mleka matki, której wstrzyknięto salwarsan na objawy przymiotu u osesków również możemy stwierdzić. Od czasu, jak w mleku tem wykryto arsenik, jemu przypisujemy lecznicze działanie, a nie niwecznikom luetycznym.

Drugi punkt, t. j. wyjałowienie doszczętne ustroju z krętków bladych, przedstawia się obecnie jaśniej. Jednorazowe zastosowanie preparatu nie wystarcza do wyleczenia chorego. W okresie wczesnym drugorzędowym często po pewnym przeciągu czasu, po 6—10 tygodniach, po 3—4-ch i więcej miesiącach, zjawiają się nawroty na skórze, błonach śluzowych i w innych narządach. Do nich zaliczamy i wyżej wspomniane neurorecydywy. Mogę jednak zaznaczyć, iż ogólnie nawroty po salwarsanie występują nie częściej, niż po leczeniu rtęcią i jodem, choć

zdarzają się przypadki bardziej odporne na działanie salwarsanu, szczególnie w świeżym drugorzędowym przy-  
mocie.

Na odczyn *Wassermann*a salwarsan działa niejednakowo. Najsilniejsze działanie spostrzegamy, gdy obok salwarsanu stosujemy rtęć. W tych razach nawroty syfilisu spotykają się rzadziej i występują w słabszych postaciach. To też teraz przeważnie staramy się, szczególnie w cięższych postaciach i w świeżym drugorzędowym okresie, przeplatać leczenie rtęcią zastrzykami salwarsanu, np. podczas kursu leczenia za pomocą wcierań wlewamy dożylnie 2–3 razy „606“.

Na mocy powyżej wyłożonego dochodzimy do następujących wniosków:

Salwarsan jest znakomitym swoistym środkiem przeciwkiłowym.

Najlepszą metodą stosowania salwarsanu jest wlewanie śródżylne.

Poboczne objawy bywają zazwyczaj nieznaczne i nieszkodliwe. Niekiedy zdarzają się przypadki idyosynkrazji. Bez względu na przeciwwskazań do stosowania salwarsanu niema, jednak należy być ostrożnym przy ciężkich schorzeniach wewnętrznych narządów i rozpoczynać leczenie w tych razach od małych dawek. Salwarsan leczy szybko wszystkie objawy syfilisu, a szczególnie efektownie działa na ciężkie ropadkowe postaci. Po stosowaniu salwarsanu, jak i po rtęci, bywają nawroty, szczególnie we wczesnym okresie drugorzędowego syfilisu. Najlepsze profilaktyczne działanie w tych razach wykazuje mieszane leczenie rtęcią i salwarsanem. Zupełne usunięcie krętków białych z ustroju możemy osiągnąć, zdaje się, tylko w początkowym rozwoju wrzodu pierwotnego i po metodycznej przewlekłej kuracji.

W październiku 1911 r. *Ehrlich* udzielił *Schreiberowi* do prób nowy środek — neosalwarsan albo „914“. Jest on pochodnym salwarsanu; przedstawia połączenie jego z formaldehydo-sulfoksylatem sodu w postaci również żółtego proszku; odznacza się on łatwiejszą rozpuszczalnością w wodzie, przyczem rozczynty posiadają odczyn obojętny. Pod względem siły każde 1,5 neosalwarsanu odpowiada 1,0 salwarsanu. Rozczyn neosalwarsanu bardzo szybko utlenia się i niekiedy, szczególnie przy silnym i długim wstrząsaniu, już po 15 -- 30 minutach bronzowieje. Do za-

strzykiwań śródżylnych używano wody wyjałowionej przekrojonej lub nawet tylko przegotowanej albo wyjałowionego fizyologicznego roztworu soli kuchennej 0,4% w stosunku 25,0 na każde 0,15 neosalwarsanu przy temperaturze nieco poniżej 20°. Maksymalna doza dla mężczyzn — 1,5, a dla kobiet 1,2. Schreiber zastrzykiwał dożylnie „914“ zwykle kilkakrotnie co drugi dzień po 0,9 — 1,2 — 1,35 — 1,5, a czasem więcej tak, że w ciągu siedmiu dni chory otrzymywał 6,0 neosalwarsanu, co odpowiada 4,0 salwarsanu. Znacznie mniejsze dawki stosował on przy bólach głowy, objawach nerwowych, szczególnie mózgowych. Według tego autora po nowym środku objawy ustępowały szybciej, niż po salwarsanie, przytem objawy uboczne były znacznie mniejsze: rzadko zjawiały się objawy żołądkowe, podniesienia temperatury zdarzały się tylko w tych razach, gdy w ustroju znajdowały się liczne blade krętki, i po paru godzinach ustępowały. Schreiber nigdy nie spostrzegł białkomoczu. Po zastrzykiwaniu większych dawek pomiędzy 8 a 12 tym dniem zjawiały się niekiedy — wysypki lekowe. Odczyn Wassermanna z pomiędzy 97-u zbadanych później był w 61 przypadkach ujemnym i 36 razy dodatnim. Neosalwarsan przy zastrzykiwaniach śródmięśniowych szybciej znacznie się wsysa i mniej boli, niż dawny środek.

W podobny sposób o tym nowym środku odzywają się: Touthon, Grünfeld i Iversen, a również Balzer, Hudelo, Brocq, Milian, Leredde, Spillmann, Boulangier, Darier, Libelt i wielu innych autorów.

Wszyscy prawie wyżej wymienieni badacze francuscy uważają dawki Schreibera za zbyt duże i stosują neosalwarsan w dłuższych odstępach czasu.

Doniesienia Wolffa i Mulzera, Kalla i Bertheima i innych są już nieco mniej pomyślne dla neosalwarsanu.

Zauważyli oni słabsze lecznicze działanie nowego środka w porównaniu z dawniejszym, a zarazem objawy uboczne, spotykane poprzednio, choć bezwarunkowo rzadziej i przeważnie w słabszym natężeniu.

Pod względem technicznym neosalwarsan przedstawia olbrzymie udogodnienia.

Przedewszystkiem otrzymujemy odrazu nadzwyczaj czysty płyn, którego nie trzeba już neutralizować za pomo-

czą ługu sodowego. Unikamy więc wszelkiego rodzaju zanieczyszczeń i pomyłek, które prawdopodobnie wespół z nieodpowiednim przygotowaniem roztworu były przyczyną większości nieszczęśliwych przypadków, notowanych w literaturze zagranicznej, następnie zmniejsza się wielokrotnie ilość zastrzykiwanego płynu: na średnią dawkę 0,6 neosalwarsanu można brać 60,0—30,0 fizjologicznego roztworu soli kuchennej 0,4%, co również skraca kilkakrotnie czas trwania rękoczynu i mniej obciąża działalność serca.

W ostatnich czasach zaczęliśmy stosować neosalwarsan w jeszcze więcej stężonym roztworze (Ravaut, Strauss, Wolff, Schmitt, Millian, Loeb i bardzo wielu innych). Dawkę (0,5—0,75) neosalwarsanu, rozpuszczoną w 5—10,0 fizjologicznego roztworu soli kuchennej (0,4%) lub nawet w wodzie przekroplonej i przegotowanej, zastrzykujemy bardzo powoli kropla po kropli szprycą Recorda wprost do żyły. Choć dalsze ograniczania płynu zastrzykniętego nie mają już wielkiego praktycznego znaczenia, jednak w tym kierunku postępowano dowolnie naprzód. Ilość płynu zmniejszali do 2,0—1,5 (Wernic), a nawet do 1,0 (Seyffert). Zastrzykiwania stężonych roztworów znacznie upraszczają stosowanie neosalwarsanu i potwierdzają przypuszczenie, że większa część ubocznych objawów, notowanych dawniej, zależała nie od środka, a od wprowadzenia do ustroju dużej ilości fizjologicznego roztworu soli kuchennej.

Neosalwarsan, zastrzyknięty śródmięśniowo, wywołuje znacznie mniejsze bóle, niż w podobny sposób stosowany salwarsan. Dla tego też niekiedy ze względów technicznych (u osób, nie posiadających widocznych żył, u dzieci) bywa w powyższy sposób zalecany.

Objawy uboczne po zastrzyknięciu neosalwarsanu bywają nieznaczne. W szczególności, objawy żołądkowe po neosalwarsanie są rzadsze i słabsze, niż po salwarsanie, jak również bóle głowy, podniesienia ciepłoty i uczucie ogólnego osłabienia. Również późniejsze ciężkie odczyny zdarzają się znacznie rzadziej po nowym środku.

Zastrzykiwania powtarzamy po tygodniu — dwóch, żeby uniknąć kumulacyjnego działania arszeniku; następnie, po każdym zastrzyknięciu stosujemy leczenie rtęciowe, przeważnie wcieraniami, — po ukończeniu których zazwyczaj znowuż wlewamy neosalwarsan. Ten sposób le-

231.

czenia wydaje się najbardziej skuteczną, szczególnie w wczesnym drugorzędowym okresie.

Nieco energiczniej stosujemy neosalwarsan przy pierwotnych owrodożeniach. Często wydaje się, iż objawy syfilisu, pod wpływem nowego środka giną powolniej, niż pod wpływem dawnego.

Również oddziaływanie neosalwarsanu na dozyn Wassermana wydaje mi się więcej słabym i przejściowym, niż salwarsanu.

W każdym razie ze względu na dogodności techniczne i słabsze uboczne działanie neosalwarsan prawie zupełnie zastąpił swego poprzednika.

W Francji w 1909 roku Moynierat wspólnie z Balzerem zaczął stosować preparat arsenikowy Fleklynę. Stanowi ona sól sodowa kwasu benzosulfoparawaminophenylarszenikowy i zawiera 21% arseniku. Powyższy środek, wstrzykiwany w rozczynach pod skórę lub śródmięśniowo (gotowe ampułki), bywa dobre i noszony i działa dość skutecznie na objawy syfilisu (W. Sterling i Dr.

Jermulowicz), a szczególnie na niektóre objawy wiaśdu rdzenia. Fleklyna ustępuje znacznie salwarsanowi i neosalwarsanowi pod względem działania i bywa zalecana zazwyczaj w tych przypadkach, gdzie powyższe środki są przeciwwskazane.

Milian, Hallopeau i inni twierdzą, że poronne leczenie  
syfilisu można z dobrym rezultatem przeprowadzić za  
pomocą heptyny prof. Mouneyrat. Jednak heptyna działa  
naprawdę słabiej, niż salwarsan, i za pomocą niej może  
osobiście nie udało się nigdy osiągnąć celu.

Mouneyrat połączył heptynę z hydrargyrum oxycyanatum  
pod nazwą heptygery. Łączy ona w sobie działanie obu  
części składowych i daje wyniki wogóle średnie.

---

Koniec Tomu II-go.

*Hauptaufsatz 1819 Nr. 1.*

**PRZYMIOT**  
(SYFILIS).



Dr. Feliks Malinowski.



Choroby weneryczne  
TOM I.



# PRZYMIOT

(SYFILIS)

□ Z 50 rysunkami w tekście □  
i 30 tablicami trójkolorowymi.



WARSZAWA.  
SKŁAD GŁÓWNY W KSIĘGARNI GEBETHNERA I WOLFFA.  
1908.



## Przedmowa do tomu pierwszego.

---

Niniejszą książkę wydaję ze względu na brak w polskim piśmiennictwie odpowiedniego dzieła.

W założeniu postawiłem sobie opracować przedmiot w taki sposób, iżby stał się dostępny dla każdego lekarza, a nawet słuchacza medycyny.

Materyał kliniczny dostarczyło mi moje ambulatoryum w Szpitalu Ś-go Łazarza, a badania anatomo-patologiczne przeprowadziłem w pracowni uniwersyteckiej pros. Z. Dmochowskiego.

Ze względu na charakter materiału i założenie dzieła obszerniej traktowałem przymiot skóry i dostępnych do badania błon śluzowych, niż przymiot narządów wewnętrznych.

Cheąc uplastyczyć opisy anatomo-patologiczne i kliniczne, opatrzyłem książkę w 50 rysunków w tekście i w atlas, składający się z 30 trójkolorowych tablic. Malowidła i rysunki wykonał artysta-malarz p. Kowalczewski, a tablice i cynkotypy zakłady Hušnika w Pradze Czeskiej.

Autor.

Warszawa, w Listopadzie 1908 roku.

---

## SPIS RZECZY.

---

	<i>Str.</i>
WSTĘP.	
Przymiot i jego rozprzestrzenienie . . . . .	1
Krótki rys historyczny . . . . .	4
Pasorzyt syfilisu . . . . .	10
Dane historyczne . . . . .	10
Morfologia i biologia krętka bladego . . . . .	11
Barwienie krętka bladego . . . . .	14
Okresy i charakter przymiotu . . . . .	20

---

### CZĘŚĆ PIERWSZA.

---

#### Okres pierwszorzędowy.

Wrzód pierwotny . . . . .	27
Sposoby powstawania przymiotu nabytego . . . . .	27
Okres wylegania . . . . .	29
Wygląd wrzodu pierwotnego . . . . .	30
Typowy twardy szankier . . . . .	31
Nietypowy twardy szankier . . . . .	33
Właściwości szankra twardego, zależne od umiejscowienia . . . . .	39
Cierpienia układu chłonnego . . . . .	47
Gruzoły . . . . .	47
Zapalenie naczyń chłonnych . . . . .	50

II

	<i>Str.</i>
Rozpoznanie . . . . .	52
Rozpoznanie różniczkowe . . . . .	54
Rokowanie . . . . .	61
Anatomia patologiczna . . . . .	63
Wrzód pierwotny . . . . .	63
Układ chłonny . . . . .	72
Leczenie miejscowe . . . . .	74

## Okres drugorzędowy.

Ogólna charakterystyka . . . . .	85
Wysypki skórne . . . . .	89
Ogólna charakterystyka . . . . .	89
Wysypka plamista . . . . .	92
Ogólna charakterystyka . . . . .	92
Odmiany . . . . .	94
Wznowy . . . . .	95
Rozpoznanie . . . . .	96
Wysypka grudkowata . . . . .	99
Ogólna charakterystyka . . . . .	99
Wysypka grudkowata zwykła . . . . .	100
Wysypka grudkowato-soczewkowata . . . . .	101
„ wielko-grudkowata . . . . .	102
„ drobno-grudkowata . . . . .	103
„ grudkowato-błyszcząca . . . . .	103
Wysypka grudkowato-luskowata . . . . .	104
Wysypka grudkowato-luskowata na dłoniach i stopach . . . . .	105
Wysypka grudkowato-nadżerkowata . . . . .	107
„ grudkowato-guziczkowata . . . . .	110
Wysypki grudkowate późne . . . . .	111
Rozpoznanie . . . . .	111
Rokowanie . . . . .	114
Wysypka wrzodziasta . . . . .	114
Bielactwo i czerniaczka skóry . . . . .	118
Bielactwo zanikowe skóry . . . . .	120
Lysienie . . . . .	121
Opis . . . . .	121
Rozpoznanie . . . . .	123
Rokowanie . . . . .	124
Zanokcica i przynokcica . . . . .	125
Zanokcica . . . . .	125
Przynokcica . . . . .	127
Wysypki śluzowe (moknące) . . . . .	129
Ogólna charakterystyka . . . . .	129
Wysypka nadżerkowata . . . . .	131

	<i>Str.</i>
Wysypka grudkowato-nadżerkowata . . . . .	132
"    "    przerostowa . . . . .	134
"    wrzodziasta. . . . .	134
Wysypki moknące na organach płciowych . . . . .	135
u kobiet . . . . .	136
u mężczyzny . . . . .	140
Wysypki moknące u otworu kiszki stolcowej. . . . .	142
"    "    w jamie ustnej i gardzieli . . . . .	143
Ogólna charakterystyka . . . . .	143
Wysypka nadżerkowata . . . . .	145
"    grudkowato-nadżerkowata i grud-	
kowato-przerostowa . . . . .	148
"    wrzodziasta. . . . .	148
Wysypki moknące w krtani, nosie, uchu, oku i t. d. . . . .	149
Krtani . . . . .	149
Nos. . . . .	150
Ucho . . . . .	150
Oku. . . . .	150
Sutki i brodawki ich . . . . .	150
Pachy . . . . .	150
Pępek . . . . .	150
Palce nóg. . . . .	151
Łuszczyca jamy ustnej . . . . .	151
<b>Cierpienie układów . . . . .</b>	<b>153</b>
Układ chłonny . . . . .	153
"    ruchowy. . . . .	155
"    nerwowy. . . . .	159
Narządy zmysłów . . . . .	162
Układ krwionośny. . . . .	165
"    oddechowy. . . . .	168
"    trawienia. . . . .	168
"    moczopłciowy. . . . .	170
Gorączka . . . . .	172
<b>Rozpoznanie i rokowanie . . . . .</b>	<b>176</b>
<b>Anatomia patologiczna . . . . .</b>	<b>177</b>
Plama . . . . .	177
Grudka . . . . .	181
Owrzodzenie. . . . .	194
Grudka moknąca . . . . .	198
<b>Leczenie miejscowe. . . . .</b>	<b>206</b>
Wysypki plamiste i grudkowate . . . . .	206
Owrzodzenia. . . . .	208
Łysienie . . . . .	208
Zanokcica. . . . .	209
Przynokcica . . . . .	209
Wysypki moknące. . . . .	209
Obrzmienie gruczołów i naczyń chłonnych. . . . .	211
Kości i mięśnie . . . . .	211

	<i>Str.</i>
Oko . . . . .	212
Łuszczyca jamy ustnej . . . . .	213

## CZĘŚĆ DRUGA.

### Okres trzeciorzędowy.

Ogólna charakterystyka . . . . .	217
Wysypki skórne i śluzowe . . . . .	222
Kilaki skóry . . . . .	222
„ błony śluzowej . . . . .	226
Cierpienie układów . . . . .	229
Układ chłonny . . . . .	230
„ ruchowy . . . . .	231
„ nerwowy . . . . .	237
Mózgowie . . . . .	237
Rdzeń kręgowy . . . . .	243
Nerwy . . . . .	246
Narządy zmysłów . . . . .	247
Oko . . . . .	247
Ucho . . . . .	249
Węch i smak . . . . .	249
Dotyk . . . . .	250
Układ krwionośny . . . . .	250
Serce . . . . .	250
Naczynia . . . . .	251
Śledziona . . . . .	253
Układ oddechowy . . . . .	254
Krtani . . . . .	254
Tchawica . . . . .	254
Oskrzela . . . . .	256
Płuca . . . . .	256
Opłucna . . . . .	257
Układ trawienia . . . . .	257
Jama ustna . . . . .	258
Język . . . . .	258
Przełyk . . . . .	259
Żołądek i kiszki . . . . .	259
Rzyc . . . . .	260
Ślinianki . . . . .	260
Trzustka . . . . .	261
Wątroba . . . . .	261

	<i>Str.</i>
Układ moczopłciowy . . . . .	266
Prącie . . . . .	266
Cewka . . . . .	266
Ciała jamiste . . . . .	266
Jądra . . . . .	267
Powrózek nasienny . . . . .	268
Pęcherzyki nasienne . . . . .	268
Guczoł krokowy . . . . .	268
Srom . . . . .	268
Pochwa . . . . .	268
Jajowody . . . . .	269
Jajniki . . . . .	269
Pęcherz . . . . .	269
Nerki . . . . .	269
Nadnercza . . . . .	270
Guczoł sutkowy . . . . .	270
Przysadka mózgową . . . . .	270
Guczoł tarczowy . . . . .	270
Tkanka łączna miednicy . . . . .	270
Rozpoznanie . . . . .	271
Serodyagnostyka . . . . .	273
Rokowanie . . . . .	276
Anatomia patologiczna . . . . .	279
Naczynia . . . . .	279
Kilaki ograniczone . . . . .	287
Kilaki rozlane . . . . .	293
Leczenie miejscowe . . . . .	299

## Leczenie ogólne.

Krótki rys historyczny . . . . .	303
Leczenie zapobiegawcze i poronne . . . . .	308
Leczenie swoiste . . . . .	310
Rtęć . . . . .	310
Wcierania . . . . .	316
Wstrzykiwania . . . . .	318
Rozpuszczalne preparaty rtęci . . . . .	320
Nierozpuszczalne preparaty . . . . .	322
Wewnętrzny sposób . . . . .	324
Okurzenie . . . . .	327
Jod . . . . .	327
Leczenie pomocnicze . . . . .	332
Metoda leczenia . . . . .	334



## Przymiot wrodzony.

Nabywanie przymiotu . . . . .	341
Objawy wrodzonego przymiotu . . . . .	346
Wysypki skórne i śluzowe . . . . .	346
Cierpienie układów i narządów . . . . .	355
Gruzoły chłonne . . . . .	355
Stawy . . . . .	355
Kości . . . . .	355
Mózg, rdzeń kręgowy i nerwy . . . . .	356
Oko . . . . .	358
Ucho . . . . .	358
Serce i naczynia . . . . .	358
Śledziona . . . . .	359
Płuca . . . . .	359
Żołądek i kiszki . . . . .	359
Wątroba . . . . .	360
Trzustka . . . . .	360
Nerki i przynereza . . . . .	361
Jądra . . . . .	361
Gruzoł tarczowy . . . . .	361
Grasica . . . . .	361
Rokowanie i leczenie . . . . .	362
Rokowanie . . . . .	362
Leczenie . . . . .	362

## WSTĘP.

### I. PRZYMIOT I JEGO ROZPRZESTRZENIENIE.

Przymiot wspólny z gruźlicą i alkoholizmem słusznie jest zaliczany do trójcy plag rodzaju ludzkiego.

Przymiot jest chorobą ciężką, jak to później zobaczymy, rozpowszechnioną, zaraźliwą, ogólną i posiadającą swój typowy przebieg.

Szczególnej strasznymi są późniejsze objawy kily. Główną ich ofiarą staje się układ nerwowy. Bardzo duża liczba tego rodzaju cierpień kończy się po dłuższym lub krótszym przeciągu czasu śmiercią, a spora pozostawia po sobie ciężkie kalectwa, jak bezwład, utrata wzroku, słuchu i t. p. Przymiot odgrywa również poważną rolę w etiologii cierpień organów krążenia, a także trawienia, wydzielania moczu i t. p. Kila przenosi się na potomstwo.

Pod wpływem kily dzieci umierają najczęściej jeszcze podczas ciąży, lub w pierwszych dniach i miesiącach po przyjsciu na świat. Przymiot przodków, nie przechodząc nawet na następne pokolenia, upośledza je pod względem fizycznym i psychicznym. Szczęściem, że złe skutki przymiotu mogą być w znacznej mierze usunięte. Odpowiednie leczenie łagodzi przebieg kily i zapobiega zazwyczaj jej późniejszym ciężkim objawom.

Kila jest bardzo rozpowszechnioną. Niema kraju, gdzieby kila się nie spotykała. Różnice jednak w ilości chorych mogą być znaczne, zależnie od rozwoju przemysłu i handlu, od

ogólnego dobrobytu, obyczajności i t. p. Najmniej chorych na przymiot posiadają podobno środkowe kraje Afryki, mające małą styczność z krajami cywilizowanymi. Najwięcej zaś kiła grasuje w ruchliwych miastach portowych, jak np. w Londynie, Hamburgu, Marsylii, wzdłuż handlowych dróg, np. traktów karawanowych Arabii i w przemysłowych miastach staro- i nowego świata, gdzie nędza proletaryatu sprzyja zarażaniu przymiotem i utrudnia walkę z nim.

Co się tyczy poszczególnych krajów, to w Stanach Zjednoczonych Ameryki północnej procent ludności zarażonej kiłą podają na 10%. Liczba ta w wielu państwach Ameryki południowej ma być większą. Szczególniej panuje przymiot w Meksyku.

Dużą ilością kilowatych odznaczają się kraje Azyatyckie: Indie, Chiny, Japonia, Persya, Armenia. W Arabii procent zarażonych przymiotem podają na 12% całej ludności.

W Anglii 1875 roku na 33 miliony mieszkańców liczba chorych na przymiot wynosiła 1,652,500 osób, co czyni mniej więcej 5%.

W obecnej chwili procent ten podobno nawet się podniósł.

We Francji, Włoszech, Niemczech i Austrii rozprzestrzenienie przymiotu jest prawdopodobnie nieco mniejsze, niż w Anglii.

W państwach tych naturalnie wielkie miasta prym trzymają. W Paryżu, według Mauriaca, zaraża się rocznie przymiotem 5000—8000 osób. W Berlinie Blaschko podaje tę liczbę mniej więcej na 5000 osób.

Gorzej od swych wielkich sąsiadów przedstawia się stan w Belgii, Portugalii, Hiszpanii i Turcyi, a nieco lepiej w Danii i w państwach Skandynawskich. Mało kilowatych mają posiadać północne niemieckie kantony Szwajcaryi, podczas gdy południowe nie różnią się pod tym względem wiele od ościennych państw.

Przymiot bardzo jest rozpowszechniony w krajach słowiańskich. W Bośni i Hercegowinie, Serbii i Bułgarii kiła panuje endemicznie. Również w Rosyi grasuje ona nadzwyczaj nietylko w miastach lecz i po wsiach wzdłuż Wolgi, w gub. Kurskiej, Astrachańskiej, Samarskiej, Wiatskiej, w stepach Kirgizkich, na Kameczatce i Syberyi.

Polskie dzielnice również są bardzo dotknięte tą klęską. Szczególniej często spotyka się przymiot w dużych miastach i przemysłowych centrach, jak Warszawa, Łódź, Kraków, Lwów, Poznań, Częstochowa, Zagłębie Dąbrowskie.

W Warszawie nie można ściśle oznaczyć liczby osób, zarażonych przymiotem, ze względu na brak danych statystycznych i nadzwyczajną trudność ich zebrania. Prawdopodobnie jednak stosunek ten do ogółu ludności przedstawia się gorzej, niż w Paryżu i Berlinie. U mnie w Ambulatorium Szpitala Ś-go Łazarza w ciągu ostatnich sześciu lat leczyło się na przymiot nabyty 6,026 osób i na przymiot dziedziczny 311 osób. W tej pierwszej kategorii chorych uderza bardzo duża ilość kobiet—2,891 na 3,135 mężczyzn. Podobny stosunek obu płci, leczonych na kilę w ciągu ostatniego sześciolecia, znalazłem na oddziałach Szpitala Ś-go Łazarza: 4,179 kobiet na 4,406 mężczyzn.

Sporą odsetkę, bo przeszło 15%, stanowili u mnie Żydzi. Procent ten jest znacznym ze względu na liczebny stosunek ich do ogółu ludności i ze względu na posiadanie w Warszawie swego własnego szpitala i ambulatorium. Dla tego też wątpię bardzo o zapobiegawczym znaczeniu obrzezania.

Choć zajęcie mężczyzn nie odgrywa przeważnie roli w nabywaniu przymiotu, jednak zaznaczę, iż najwięcej leczyło się na kilę robotników fabrycznych i szewców.

Pomiędzy kobietami najliczniej według zajęć były reprezentowane prostytutki, zapisane w kontroli i tajne, a następnie szwaczki, robotnice fabryczne, praczki i służące.

---

## II. KRÓTKI RYS HISTORYCZNY.

Przymiot ze względu na znaczenie jego dla rodzaju ludzkiego był zdawna przedmiotem dociekań bardzo wielu uczonych. Lecz o ile nasze wiadomości znacznie posunęły się w kierunku poznania istoty tej choroby, jej przejawów i leczenia, o tyle w historii jej znajdujemy jeszcze po dziś dzień wiele niewyjaśnionych punktów. Nawet co do pochodzenia ogólnie przyjętej w początkach XVII-go wieku nazwy „syfiliś” istnieje kilka zdań. Jedni wyprowadzają ją od greckiego słowa „σφιλις”, co znaczy brak, niedokładność, inni od imienia pewnego pasterza, który pierwszy miał być dotknięty tą chorobą, to znów od greckich słów: „σός” i „φύλαξ”. Przed XVII-em stuleciem przymiot był znany pod najrozmaitszymi nazwami w różnych krajach, np. pudendagra, lub mentulagra, choroba św. Rocha, św. Benona, lub św. Kolumba, a najczęściej pod nazwą choroby tego kraju, skąd przymiot przywędrował. Holendrzy i Anglicy nazywali syfiliś chorobą hiszpańską, francuzi—chorobą neapolitańską, Niemcy—chorobą francuską, Rosjanie—chorobą polską i t. d. W Polsce, jak podaje Bloch, używano w różnych czasach następujących synonimów dla oznaczenia syfiliśu: przymiot, kiła, francza, franca, francuzy, niemoc neapolitańska, francowata choroba, niemoc francuska, francuza, francowata niemoc, krosty francowate, francuski gościec, francuska ospa, pani franca, choroba francuska, francya, hiszpańska ospa, ogólna franca, dworska niemoc, dworska choroba, przymiot dworski, choroba syfilityczna, francuska świerzba, choroba weneryczna, lubieżna choroba, weneryczna zaraza, wenerya, niemoc weneryczna, kwarciana ospa, ospa dworska,

„σφιλις” - brak

ospicie albo niemoc kurewników i cudzołożników, choroba przymiotowa, katar kanoniczny, zaraza syfilityczna, przymiotnica.

Do tej pory również nie jest dokładnie wyświetlone pytanie, kiedy i przy jakich okolicznościach zjawił się po raz pierwszy przymiot. Dawniej przypuszczano, iż powstał jako kara za grzechy ludzkie, szczególnie sodomie, lub skutkiem wpływu gwiazd. Bardzo wielu zwolenników znalazło zapamiętywanie, iż przymiot przywieźli Hiszpanie z Ameryki, a rozniósł go po świecie wojsko Karola VIII-go, króla francuskiego. Najwłaściwszem jest twierdzenie, iż kila istnieje tak dawno, jak i ród ludzki, a tylko rozpowszechniła się epidemicznie w końcu XV-go wieku. Istnieją liczne i wiarogodne dane, że kila istniała w świecie historycznym przed końcem XV-go wieku. Wprawdzie opisy kily z tych czasów są czasem niewyraźne i niedokładne, jednakowoż nawet w piśmiennictwie z epok najdawniejszych istnieje sporo mniej lub więcej przekonujących dowodów. Przytoczę choć ważniejsze z nich.

W książkach chińskich już na 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> tysiąca lat przed narodzeniem Chrystusa spotykamy najrozmaitsze dokładne opisy kily.

To samo można powiedzieć o pamiętnikach japońskich z IX-go wieku przed naszą erą.

W papirusach egipskich, pochodzących mniej więcej z XVI-go stulecia przed naszą erą, wspomina się o konstytucjonalnej chorobie „Uchedu“, która wywołuje plamistą wysypkę na skórze, powoduje cierpienie oczu, ust, kości i miejsca naokoło odbytnicy.

Mojesz w rozdziale o karach za zaniedbywanie obrzędów religijnych opisuje cierpienie około kiszki odchodowej, które można przyjąć za płaskie łepieże.

W Indjach już na 800 lat przed naszą erą znano według wszelkiego prawdopodobieństwa przymiot pod nazwą perskiego ognia i leczono go rtęcią.

W dziełach Hippokratesa znajdujemy sporo opisów, które najwidoczniej odnoszą się do kily.

Dion Chryzostom grozi mieszkańcom Tarsu karą Afrodyty w postaci choroby, pociągającej za sobą utratę nosów. Również w „Morbus campanus“ Horacego można upatrywać kilę.

Celsus w I-ym wieku po Chrystusie opisuje dokładnie

owrzodzenia części płciowych, to czyste i suche, to wilgotne i ropiejące, owrzodzenia ust, migdałów i nosa.

Dość są również charakterystyczne dla przymiotu opisy przytaczane przez Galena Juwenala i Martialisa.

Przymiotem prawdopodobnie zaraził się Nero, u którego zjawiała się wysypka plamista i widocznie ciekące łepieże płaskie.

W wiekach średnich rozszerzaniu się przymiotu sprzyjały wojny krzyżowe i związane z nimi częste przemarsze wojsk, żądnych uciech zmysłowych. To też współcześni pisarze lepiej zaznajomili się z kiłą i dokładniej ją przedstawili. Bez wątplenia wiele opisów pod nazwą trądu (lepra albo elephantiasis) należy odnieść do przymiotu.

W rękopisie z IX w., odszukanym przez Daremberga, spotykamy żywo przedstawione łepieże płaskie na częściach płciowych i naokoło odbytnicy.

Arabscy uczeni (Rhazes w IX w. i Awicenna w XI w.) odróżniają szankry twarde od miękkich. Gariopontus przytacza opisy cierpień odbytu w postaci łepieży, krost i pęknięć.

Brunus Longoburgensis (1252 r.) odróżnia wrzody twarde i miękkie.

Donato Velluti i Hugon z Sieny opisują chorych z najrozmaitszymi wykwitami przymiotowymi.

Friedberg podaje, że w protokołach klasztoru św. Wiktora w Moguncyi z r. 1472 znajduje się prośba śpiewaka, proszącego o uwolnienie go od obowiązków dla leczenia choroby, zwanej „Mala francos“.

Piotr Olaus twierdzi, iż w Danii już w 1483 r. grasowała choroba, zwana „Morbus gallicus“.

Piotr Anglerius ubolewa w 1487 roku nad cierpieniem Ariusa Luzytańczyka, zwanem „Morbus gallicus“.

Franciszek Delicado twierdzi, że w Rapalo panowała kiła już w r. 1488 i przez majtków Kolumba była zawleczona do Ameryki.

Bapt. Fulgosi, doża genewski, podaje, iż na dwa lata przed wkroczeniem Karola VIII do Włoch istniała tam kiła, zawleczona przez Hiszpanów z Etyopii.

Mikołaj Scyllatius stwierdza, iż Morbus gallicus była mocno zakorzenioną w Barcelonie już w roku 1494.

W Polsce, według słów Friedberga, kiła istniała już przed końcem XV wieku, gdyż, sądząc z opisu Janka z Czarn-

kowa, Mikołaj, biskup poznański, umarł w 1382 roku na przymiot.

Strykowski twierdzi, iż kila istniała w Polsce już 1493 roku.

Bielski zgadza się ze zdaniem Strykowskiego i podaje, iż francję przyniosła do Krakowa z Rzymu pewna białogłowa, która tam na odpust chodziła.

Nieco odmiennego zdania jest Oczko. Według niego, dworska niemoc albo przymiot zjawił się w Polsce 1498.

Od schyłku XV stulecia następuje nowa era w historii przymiotu. Szerzy się on prawie epidemicznie po całej zachodniej, a nawet wschodniej, Europie. Na rozprzestrzenienie się kily wpłynęły w znacznej mierze dwa ważne zdarzenia w owym czasie: odkrycie Ameryki (1492 r.) i wyprawa Karola VIII, króla francuskiego, do Neapolu (1494 r.)

Odkrycie Ameryki oddziaływało na wzrost stosunków handlowych i przenoszenie szybkie zarazy. Wyprawa Karola VIII również przyczyniła się do rozszerzenia kily. Przy wojsku jego znajdowała się duża liczba prostytutek. Miasta włoskie, szczególnie Rzym, były również nierządnicami przepelnione. Niechlujni i zmysłowi żołdacy najemni, wracając z wyprawy, roznieśli przymiot po Francji i sąsiednich krajach. W Niemczech i Szwajcaryi kila rozprzestrzeniła się w 1495 i 1496 roku, w Niderlandach, Danii i Anglii — 1496 r., w Szkocji — 1497 r., a w Czechach i Rosji — 1499 r.

Od tego też czasu datuje się również lepsza znajomość choroby i dokładniejsze opisy jej przejawów.

Jan de Vigo za czasów pontyfikatu Jana II, zmarłego: „Scabie, quam gallicam vocant, totus opertus“, wyróżnia wrzody, spowodowane przez przymiot i przez szankra, i uważa kilę za chorobę, ogarniającą wszystkie części ciała.

Następnie jednak zaczęto mieszać szankra miękkiego z przymiotem, a to ze względu, iż obie choroby powstawały na częściach rodnych zazwyczaj skutkiem spółkowania i nadto często jednocześnie dotykały organizm. Zwolna też zacierały się różnice pomiędzy szankrem miękkim i pierwotnym objawem przymiotu, i widziano we wszystkich tych objawach jedną chorobę: „morbus gallicus“. Te fakty, iż pomimo wrzodów pierwotnych nie spostrzegano dalszych objawów kily,



starano się objaśnić skuteczną kuracją, która się w owych czasach odznaczała szczególniejszą energią.

Pierwszym pisarzem w duchu unitarystycznym, t. j. utożsamiającym szankra miękkiego z przymiotem, był Jerzy Vella (1508 roku). Pogląd ten przetrwał aż do czasów Huntera. Należy jednak zaznaczyć, iż te dwa pojęcia szankra miękkiego i przymiotu nie zlewały się zupełnie; gdyż przyjmowano kilę za chorobę, niedawno poznaną, gdy szankier był znanym starożytnym. Wahania te i wątpliwości przebijają z prac poprzedników i współczesnych Huntera.

Hunter w 1786 roku wyodrębnił wyraźnie z pomiędzy rozmaitych owrzodzeń na prąciu twarde szankier (Hunterowski szankier). Zły wpływ rtęci na najrozmaitsze owrzodzenia pobudziły Huntera do odróżniania ich od przymiotowych.

Ricord w 1831 roku rozpoczął szereg swych wiekopomych doświadczeń. Wyodrębnił on z owrzodzeń szankra twardego i miękkiego. Szankier twarde raz tylko w życiu może się zjawić i wywołuje niechybnie zakażenie ogólne organizmu. Ricord twierdził jednak, że kila nie daje się przeszczepić zwierzętom, zaprzeczył zaraźliwości wtórnych i trzeciorzędowych objawów przymiotu i uważał syfilityków za bezwzględnie odpornych względem zarazka kilowego.

Bassereau w 1852 roku przyjmował również oddzielny zarazek dla szankra miękkiego i dla przymiotu, a zarazem wykazał zaraźliwość objawów wtórnych przymiotu.

Rollet ostatecznie ugruntował teorię o dwoistości jądów. Stwierdził on, iż szankier przymiotowy nie może być zaszczipiony osobnikowi, dotkniętemu kilą, zaś szankier miękki można mieć w życiu wielokrotnie. Rollet te przypadki, w których po przebiegu szankra miękkiego występowały objawy ogólnego przymiotowego zakażenia, objaśniał zarażeniem mieszanem.

Następnie doświadczenia Martineau i Hammonica na małpach, a także doświadczenia Turenne'a, Klebsa i w późniejszym czasie Miecznikowa, Neissera, Fingera, Zabołotnego i innych stwierdziły, iż przymiot można przeszczepiać zwierzętom, przytem nawet trzeciorzędowe produkty kily okazały się zaraźliwymi (Neisser, Finger).

Również sprawa wtórnego zarażenia (reinfectio) przymiotem jest już obecnie rozstrzygnięta twierdząco, a to na

zasadzie licznych spostrzeżeń, w których syfilitycy w kilka lat po pierwszej infekcyi powtórnie zarażali się kiał, i również na zasadzie licznych i przekonujących doświadczeń Queyrat'a, Gaucher'a, Fingera i innych.

Sprawę poznania istoty przymiotu znacznie posunęły naprzód dokonane w ostatnich latach badania nad wynalezieniem swoistego zarazka kily.

O wszystkich tych zdobyczach pomówimy obszerniej w odpowiednim miejscu.

### III. PASORZYT SYFILISU.

#### Dane historyczne.

Astorn i Cazanave byli pierwszymi uczonymi, którzy wygłosili przypuszczenie, iż przyczyną przymiotu są „małeńkie żyjątka.“

Donné 1837 r. znalazł w ropie pierwotnych owrzodzeń przymiotu pasorzyta, którego nazwał „vibrio lineola.“ Był on prawdopodobnie znanym nam krętkiem pospolitym.

W ciągu ostatnich 27 lat blisko 30 drobnoustrojów przyjmowano po kolei za swoiste dla kily.

Z pomiędzy nich na uwagę zasługują laseczniki Klebsa, obdarzone powolnym ruchem i nazwane przez niego helikomonadami. Stają się one jakoby przy dalszym rozwoju spiralnymi. Lustgarten w 1884 r. odnalazł we wrzodach pierwotnych, w łepieżach płaskich i kilakach laseczniki, zbliżone z wyglądu do gruzliczych. Klemperer wykrył również w wydzielinie z łepieży płaskich na organach płciowych laseczniki identyczne z Lustgartenowskimi, lecz spotkał je zarazem w smegmie.

W następnym roku Disse i Tag otrzymali z wrzodów pierwotnych i łepieży płaskich krótkie laseczniki i szczepili hodowle ich białym myszom, królikom, owcom i psom. Na miejscach szczepienia tworzyły się stwardnienia, a następnie zjawiały się trzeciorzędowe objawy, jak kilaki w organach wewnętrznych i próchnienie kości czaszkowych. Zaciekawienie wzbudziły hodowle z nasienia syfilityków, otrzymane w 1902 roku przez Josepha i Piorkowskiego na łożyskach. Szczepy składały się z laseczników, na jednym końcu kol-

bowato zgrubiałych i często ziarnisto zwyrodniałych. Okazały się potem te drobnoustroje lasecznikami rzekomo błoniczymi.

W tymże roku Bordet i Gengou znaleźli w pierwotnem owrzodzeniu i w łepieżach płaskich krętka bladego, lecz nie przywiązywali wielkiej wagi do swego odkrycia.

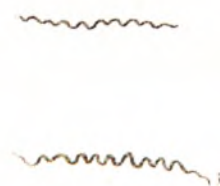
Nakoniec w kwietniu 1905 roku Schaudinn i Hoffmann ogłosili wyniki swych badań o nowym pasorzytce przymiotu — krętka bladym.

Krętek blady (*spirochaete pallida*) narobił wielkiej wrzawy w świecie naukowym. Rozpoczęto przeprowadzać nad nim ściśle badania. W setkach prac, jak Paschena, Miecznikowa i Roux'a, Krausa, Oppenheima, Lipschütza, Krzyształowicza i Siedleckiego, Zabolotnego, Levaditi'ego, Karwackiego i innych, stwierdzono obecność krętka bladego w przeważającej liczbie tworów kilowych u ludzi i również w przymiotcie doświadczalnym u małp. Znajdowano go często nietylko w produktach kily pierwszorzędowej, drugorzędowej i dziedzicznej, lecz i trzeciorzędowej. Ponieważ w zmianach niekilowych nie udało się wykryć istotnego krętka bl., lecz niekiedy tylko pasorzyty bardzo do niego zbliżone, przeto brakuje jeszcze tylko czystych hodowli *sp. pallida* i doświadczeń z nimi, żeby krętek ten niewątpliwie został uznany za swoisty pasorzyt przymiotu.

### Morfologia i biologia krętka bladego.

Krętek blady (rys. 1), nazwany tak ze względu na nikłą budowę, słabe załamywanie światła i słabe powinowactwo barwnikowe, posiada długość, według obliczeń Ploegera, od 4 do 20  $\mu$ , szerokość zaś  $\frac{1}{4}$   $\mu$ . W porównaniu do krętka pospolitego skręty jego są strome, głębokie, regularne. Liczba skrętów u jednego osobnika wynosi od 2 do 18. Krętki z małą ilością zgięć spotykają się rzadziej, niż z większą. Według Krzyształowicza i Siedleckiego krętek blady, kurcząc się podczas ruchu, może dochodzić do grubości krętka pospolitego. Najrozmaitsze zewnętrzne wpływy, jak utrwalanie i barwienie, oddziałują na grubość ciała tego drobnoustroju: wyskok czyni je cieńszymi, a zaprawy i srebrzenie grubszymi. Końce krętka bladego są ostro wydłużone i, według Schaudinna i Mulzera, obdarzone jedną lub dwiema delikatnymi rzęskami. U większych osobników dają się spo-

strzedz miejsca nieco jaśniejsze od reszty ciała, przyjmowane za jądra. Występują one zazwyczaj w części mniej skręconej i z początku sprawiają wrażenie, jak gdyby krętek blady był przerwany. Karwacki i inni uważają te jaśniejsze miejsca za produkt zwyrodnienia. Krętki mogą grubieć, zniekształcać się lub rozpadać na ziarna brylkowate, co szczególnie często widziano u chorych, leczonych rtęcią. Pewne światło na tę



Rys. 1.

sprawę rzucają badania Wechselmanna i Löwenthala, Krzyształowicza i Siedleckiego, Schütza i Beera. Pierwsi badali krętki blade przy pomocy ultramikroskopu i stwierdzili w ciele ich ciemne i jasne przestrzenie, występujące kolejno. Schütz przy silnem oświetleniu za pomocą zwykłego mikroskopu zauważył, że pasma ciemne są dwa razy szersze od jasnych, a Beer widział nawet powstawanie wyraźnych paciorkowatych zgrubień u krętków bladych, które były przechowywane bez dostępu tlenu w roztworze fizyologicznym soli kuchennej.

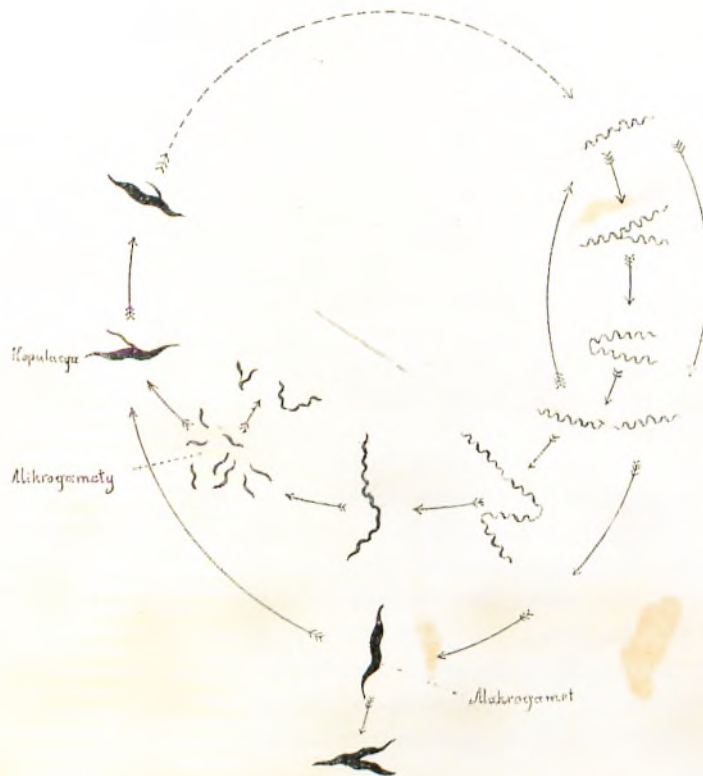
Otoczka u krętków bladych uwydatnia się dopiero przy srebrzeniu, a także przy bejcowaniu. Występuje ona wtedy czasem w postaci podwójnego konturowania.

W kropli wiszącej z fizyologicznego roztworu soli kuchennej krętek blady przedstawia się jako delikatna, blada, śrubowato zgięta nitczka, posiadająca ruchy dowolne różnego rodzaju: ruch obrotowy wokół osi podłużnej, ruch postępowy i wsteczny i ruch zginający ciało (falowanie).

W fizyologicznym roztworze krętek blady nie traci ruchów kilka, a nawet więcej dni. Po dodaniu gliceryny krętki w 5—10 minut tracą zupełnie ruchy dowolne, nie zmieniając jednak przez pewien czas swego wyglądu. Po godzinie mniej więcej skręty się wygładzają, pasorzyt wyprostowuje się

i kurczy, a po upływie całej doby przybiera postać owalną, uważaną przez Schaudinna za formę spoczynkową.

Krętki przedostają się niekiedy do wnętrza komórek stałych lub ruchomych, zarówno do zarodki, jak i jądra; wywołuje to najczęściej zwyrodnienie komórki. Zwyrodnieniu ulegają najłatwiej komórki ruchome, a głównie wielojądrowe leukocyty. Na zwyrodnienie komórek działają prawdopodob-



Rys. 2.

nie toksyny, wydzielane przez krętki blade. Podrażnienie toksynami z początku może niekiedy wpływać na rozrost komórek—na tworzenie się tak zwanych komórek olbrzymich.

Finger zauważył, że ilość krętków bl., wykrywanych u danego osobnika, podlega wahaniom w ciągu dnia i nocy, wywnioskował też, że krętki blade nie pozostają stale w jednych organach.

Krętek bladey przechowuje się dobrze przez pewien czas w wydzielinach i wydalinach ludzkich (w ropie, moczu, nasieniu i t. p.), a poza odpowiednim dla jego życia środowiskiem szybko ginie.



Rys. 3.



Rys. 4.

Sposób mnożenia się krętka bladego nie jest dostatecznie znany. Wszyscy prawie badacze są za istnieniem podziału bezpłciowego, dokonywanego się podłużnie. Krzyształowicz i Siedlecki przypuszczają zarazem podział poprzeczny i rozmnażanie się drogą płciową (rys. 2), przy czem mikrogamety odgrywają rolę osobników męskich, a makrogamety żeńskich. Można przypuszczać, iż pasorzyt przymiotu przechodzi przez pewien szereg przeobrażeń. Schaudinn, a za nim Karwacki przyjmują nawet, iż cytorrhycetes Siegel'a (rys. 3 i 4) i krętek bladey są jednym i tym samym pasorzytem w różnych okresach rozwoju.

#### Barwienie krętka bladego.

Barwienie krętka bladego nie przedstawia zbyt wielkich trudności. Sposób przyrządzania preparatów zależy od rodzaju materiału.

Gdy twory przymiotowe są pozbawione naskórka (wrzody twarde, łepieże płaskie), przykłada się czyste szkiełko wprost do zmiany kiłowej. Ponieważ przy tym sposobie preparaty są bardzo zanieczyszczone najrozmaitszymi drobnoustrojami, przeto

lepiej jest naprzód gruntownie obmyć owrzodzenie fizyologicznym roztworem soli kuchennej, następnie zeskrobać i usunąć tępym narzędziem warstwę powierzchniową, a badać dopiero zeskrobinę warstw głębszych, gdyż w tych warstwach znajduje się zazwyczaj obfitsza ilość krętków białych. Lepiej jest, po zeskrobaniu powierzchniowych warstw, uciskać z boków tworzy przymiotowe i brać do badania wydobywającą się ciecz. Można również wywołać wysięk surowicy na powierzchni owrzodzenia za pomocą lekkiego lecz częstego drapania łopatką platynową. Dla otrzymania płynu do badania z wykwitów suchych dobrze jest na nie działać pryszczycielem w ciągu 6—8 godzin.

Z gruczołów chłonnych można wciągać sok do badań za pomocą nakłucia gruczołu strzykawką, wprowadzając igłę równoległą do powierzchni i masując zlekka gruczoł podczas wciągania płynu.

Krew, według Noeggeratha i Stachelina, bada się w taki sposób, iż 1 cm. sz. krwi rozcieńcza się w 10 cm sz.  $\frac{1}{3}\%$  kwasu octowego, mieszaninę poddaje się działaniu wirówki i bada się otrzymany w taki sposób osad na krętki.

#### *Sposób Schaudinna.*

Do barwienia używa się płynu Giemzy. Najwygodniej przygotować barwnik o następującym składzie:

Azur II — Eozyna	3,0
Azur II	0,8
Gliceryna (Merck'a)	250,0
Alkohol metylowy (Kahlbauma)	250,0

Odczynnik ten rozcieńcza się przed użyciem wodą przefiltrowaną w stosunku 1: 10.

Preparat przed barwieniem należy utrwalić w ciągu 15—20 minut w wysoku bezwodnym i barwić przygotowanym powyżej płynem w ciągu godziny. Schaudinn radzi utrzymywać preparaty nie w wysoku, a nad kwasem osmowym.

Krętki barwią się na kolor fioletowo-różowy, a jądra komórkowe na mocno fioletowo-czerwony kolor.



*Sposób Zabolotnego.*

Preparat, utrwalony w wysokoku, poddaje się działaniu 5% kwasu karbolowego i barwi się, łagodnie szkiełko nagrzewając, w ciągu m. w. 15 minut, dolawszy na preparacie do 0, 1% azuru 0, 2% eozyny.

*Sposób Sachs'a i Oppenheima.*

Na preparat wysuszony, lecz nie utrwalony, nalewa się barwnik, złożony z 10,0 nasyconego roztworu wysokowego fioletu gencyanowego i 100,0—5% kwasu karbolowego i zagrzewa się nad płomieniem aż do parowania.

*Sposób Davidsona.*

Preparat poddaje się działaniu barwnika, złożonego z szczypty krezylfioletu na 100 cm. sz. wody w ciągu  $\frac{1}{2}$ —40 godzin.

Dla dokładniejszego uwydatnienia krętków białych, można przed barwieniem poddawać preparaty działaniu zapraw. Są to sposoby więcej złożone i dlatego też nie zawsze mogą być stosowane.

*Sposób Proca i Vasilescu.*

Cienko i równomiernie rozarty preparat po wysuszeniu traktuje się w ciągu 10 minut zaprawą, składającą się z 50,0 fenolu, 40,0 garbnika, 100 cm. sz. wody, do czego dodaje się 2,5 fuksyny zasadowej, rozpuszczonej w 100 cm. sz. wysokoku. Następnie zaprawę zmywa się wodą i barwi się w ciągu 1—5 minut świeżo przyrządzonym odczynnikiem, złożonym z 10,0 nasyconego roztworu wysokowego fioletu gencyanowego i 100,0 5% kwasu karbolowego.

*Sposób Reitmana.*

Preparat utrwala się w wyskoku, zmywa wodą i poddaje działaniu 2% kwasu fosforo-wolframowego w ciągu 5 minut, opłukuje wodą, wyskokiem 70%, znowu wodą i barwi się nad płomieniem w zwykłej fuksynie karbolowej, następnie opłukuje wodą, wyskokiem, znowu wodą, suszy i bada w balsamie.

Krętki blade barwią się na czerwono, jądra na mocno czerwono, a zaródź na blado czerwono.

*Sposób Karwackiego.*

Sposób ten, stanowiący modyfikację barwienia rzęskowego, zapobiega zanieczyszczeniu ściętym i silnie zabarwionym osadem surowiczym, który stale towarzyszy preparatom, bejcowanym wielu innymi sposobami.

Po dokładnem oczyszczeniu szkiełek wodą z mydłem i wyskokiem, przeprowadza się je jeszcze przez płomień. Następnie rurką włosowatą kładzie się na szkiełko 10—15 kropelek obok siebie wody przekroplonej, dokładnie wypalonym uszkiem igły platynowej bierze się ropę lub sok z produktów kilowych i dotyka każdej kropli na szkiełku bez powtórnego dobierania ropy. W ten sposób w ostatnich kroplach ropa jest nadzwyczaj rozcieńczona. Po wyschnięciu preparat utrwala się na ogniu i poddaje działaniu bejcy Pepplera w ciągu 15 minut.

Bejca sporządza się w następujący sposób: 20,0 taniny rozpuszcza się na gorąco w 80 cm. sz. wody i po ostudzeniu dodaje się 15 cm. sz. 2,5% kwasu chromowego. Bejca powinna mieć 4—6 dni.

Preparat zmywa się wodą i barwi zwykłym karbolowym roztworem barwników anilinowych w ciągu 2—5 minut.

Jeżeli do barwienia był używany fiolet gencyanowy, to po zmyciu preparatu można nań w ciągu jednej minuty działać płynem Lugol'a i zmyć wodą. Preparat po wysuszeniu należy oglądać w balsamie kanadyjskim. Właściwy przedmiot poszukiwań stanowią ostatnie krople, gdyż pierwsze posiadają zbyt gęsty osad. Krętki przy tem barwieniu występują wyraźnie.

*Sposób Levaditi'ego.*

Sposób ten, polegający na srebrzeniu krętków, służy do odszukania ich w skrawkach. W tym celu kawałki tkanek grubości 1 milim. 1) utrwała się w 10% formolu w ciągu doby, potem 2) wymywa się w wodzie i 3) przenosi na dobę do 96% wysokoku. Następnie stosuje się 4) kąpiel wodną i 5) kąpiel w azotanie srebra 1,5<sup>o</sup>/<sub>o</sub>—3<sup>o</sup>/<sub>o</sub> w ciągu 3 do 5 dni przy ciepłocie 38<sup>o</sup>, potem 6) wymywa się w wodzie przekroplonej i 7) kładzie kawałki tkanki na 1—2 doby przy ciepłocie pokojowej do kąpeli redukcyjnej o następującym składzie: wody przekroplonej 100 cm. sz., pirogallolu 2,0—4,0, formolu 5 cm. sz., i 8) po wymyciu w wodzie przekroplonej 9) zatapia w parafinie zwykłym sposobem.

Skrawki powinny być nie grubsze nad 5 p. Można je wprost po zmyciu parafiny ksylolem rozpatrywać w balsamie kanadyjskim. Krętki barwią się na czarno i występują bardzo wyraźnie. Levaditi stosuje do srebrzonych preparatów następujące sposoby barwienia:

1). Działać płynem Giemsy w ciągu kilku minut, zmyć wodą, zróżniczkować wyskokiem bezwodnym z dodatkiem kilku kropel olejku gwoździkowego, rozjaśnić olejkim bergamotowym, zmyć ksylolem i przykryć balsamem kanadyjskim.

2). Zabarwić nasyconym roztworem błękitu tolluidynowego, zróżniczkować wyskokiem bezwodnym z dodatkiem kilku kropel mieszaniny etero-glicerynowej Unny, rozjaśnić olejkim bergamotowym, zmyć ksylolem i przykryć balsamem kanadyjskim.

*Sposób Levaditi'ego i Manouélian'a.*

Różni się on od poprzedniego tem, że do kąpeli srebrnej, zawierającej 1% azotanu srebra, dodaje się przed samem użyciem 10% pyridyny i pozostawia się w niej kawałki tkanki na 2—3 godziny w ciepłocie 58<sup>o</sup>, wymywa się w 10% pyridynie i działa w ciągu kilku godzin następującym redukującym płynem: wody przekroplonej 100 cm. sz., pirogallolu 4,0, acetonu 10%, pyridyny 15%, przyczem aceton i pyridyna dodają się przed samem użyciem.

Skrawki można barwić błękitem Unny, albo według Schlimperta działać w ciągu 3—5 minut roztworem neutral-rothu lub fuksyny karbolowej, rozcieńczonej 1:20 i następnie włożyć preparaty do 1% kwasu octowego.

*Sposób Verse'go.*

Dla usunięcia osadu srebra kładzie się preparaty, srebrzone metodą Levaditi'ego, do roztworu jodu w jodku potasu lub do 10% roztworu żelazocyanku potasowego i działa 20%—28% roztworem tiosiarczynu sodu, następnie przemywa się dokładnie preparaty wodą i barwi 1% roztworem zieleni jodowej, zmywa wodą, 75% wysokiem, acetonem, olejkiem gwoździ-kowym, ksylolem i przykrywa balsamem kanadyjskim.

---

#### IV. OKRESY I CHARAKTER PRZYMiotU.

Zarazek przymiotu, dostawszy się do organizmu ludzkiego i znalazłszy odpowiednie dla swego rozwoju podłoże, zaczyna mnożyć się. Przechodzi zazwyczaj kilkanaście dni, a nawet kilka tygodni, zanim na miejscu wejścia zarazka zjawi się odczyn tkanki w postaci krosty lub grudki. Pasorzyty kły, mnożąc się, rozprzestrzeniają się po organizmie drogą przestrzeni limfatycznych i naczyń krwionośnych. Po kilku tygodniach, a nawet po paru miesiącach, gdy pasorzyty nagromadzą się w odpowiedniej ilości we wszystkich miejscach organizmu, zaczynają one wywoływać zmiany widoczne na skórze i błonach śluzowych. Zmiany te początkowo bywają powierzchowne i przelotne, a przy odpowiednich dla rozwoju pasorzytów warunkach stają się głębszemi i uporeczywszemi. Pasorzyty w organizmie z czasem mogą wyginąć zupełnie.

Zaznaczony powyżej przebieg przymiotu pobudził badaczy do podziału jego na okresy. Za podstawę podziału przyjmowano albo kolejność objawów, stwierdzonych klinicznie, lub też budowę anatomo-patologiczną tworów kilowych.

Kliniczną podstawę przyjął Ricord. Według Ricorda okres pierwszorzędowy (*accident primitif*) rozpoczyna się od utworzenia pierwotnego miejscowego objawu i przechodzi w okres drugorzędowy (*accidents secondaires*) z chwilą zjawienia się ogólnych powierzchownych objawów na skórze i błonach ślu-

zowych. Okres trzeciorzędowy (accidents tertiaires) występuje nie zawsze; zjawia się po paru, kilku, a nawet kilkunastu i więcej latach od chwili zarażenia i dotyka tkanki, przeważnie głębiej leżące.

Zauważono jednak, że, zamiast objawów okresu drugorzędowego, mogą występować odrazu zmiany trzeciorzędowe, lub zmiany obu tych okresów mogą istnieć współcześnie.

Przeto Baerensprung i następnie Virchow przyjęli za podstawę podziału na okresy budowę anatomiczną tworów przymiotu. Według ich twierdzenia objawy drugorzędowe zasadzają się na przekrwieniu i wysięku, gdy trzeciorzędowe można poczytywać za nowotworzenie.

Zeissl, stosownie do najcharakterystyczniejszych w obu okresach zmian, nazwał drugorzędowy okres Ricorda lepieżowym, a trzeciorzędowy kilakowym (ziarninowym).

Lanceraux rozróżnia w kile cztery okresy: 1) okres utajenia choroby, który trwa od chwili zarażenia aż do ukazania się miejscowego pierwotnego objawu, 2) okres objawu pierwotnego, 3) okres objawów ogólnych (drugorzędowy okres Ricorda), 4) okres zmian kilakowych (trzeciorzędowy okres Ricorda).

Niektórzy autorowie wyodrębniali jeszcze jeden okres — charłactwa, jako następstwo zakażenia kilowego, inni okres objawów kily w wewnętrznych organach (Bazin).

Najodpowiedniejszym wydaje się podział Ricorda, który można przyjąć z pewnemi zmianami. Naturalnie, że ten podział, jak każdy inny, jest tylko sztuczny, lecz ułatwiający klasyfikację objawów kily. Można go wyrazić w następujący sposób:

1-szy okres pierwotnego miejscowego objawu rozpoczyna się od czasu zarażenia, a kończy się z chwilą wystąpienia ogólnych objawów. Trwa on około 2 miesięcy.

2-im jest okres występowania powierzchownych objawów ogólnego zakażenia na skórze i błonach śluzowych.

Zmiany w głębokich tkankach mogą się zjawiać i w drugorzędowym okresie, lecz zazwyczaj szybko przechodzą, nie wywołując większego zniszczenia.

Okres ten trwa przeważnie przez kilka lat, choć może się skrócić do kilku miesięcy lub rozciągnąć na kilkanaście i więcej lat. Objawy okresu drugorzędowego zazwyczaj z cza-

sem słabną, wskazując, iż choroba dąży do zupełnego wygaśnięcia.

3-ci okres następuje przeważnie wobec niekorzystnych okoliczności życia i zaniedbanego leczenia. Objawy trzeciorzędowego okresu są w większości wypadków ograniczone do pewnych miejsc, dotyczą zwykle organów głębiej leżących i wywołują zmiany cięższe. Okres ten, jeśli występuje, to zazwyczaj rozpoczyna się w kilka lat po zarażeniu, choć może nastąpić po paru miesiącach, a nawet istnieć współcześnie z objawami drugorzędowymi.

Przymiot wszystkich trzech powyżej wymienionych okresów jest zaraźliwy choć w nierównej mierze. Wrzody pierwotne, a szczególnie cięknące lepieżę płaskie, należą do bardzo zaraźliwych, gdy kilaki aż do ostatnich czasów były przyjmowane za niezaraźliwe. Wprawdzie Fournier i jego uczniowie wypowiadali inne zdanie, lecz nie mieli na to odpowiednich dowodów. Dopiero szczepienia małpom produktów trzeciorzędowych kiły, wykonane z dodatnim skutkiem przez Neissera i Fingera, wyświełliły ostatecznie powyższą kwestyę.

Można jeszcze przyjąć 4-ty okres—następstw po przebytej kile. Lecz okres ten, obejmujący dział t. zw. cierpień parasyfilitycznych, nie będzie się tutaj, ściśle rzecz biorąc, odnosić.

Charakter kiły u każdego osobnika, a nawet każdego jej okresu, może być nahlwycyżaj różnorodny. Przebieg kiły niekiedy bywa bardzo łagodny (*lues benigna*) i zasada się tylko na nielicznych, prędko przemijających i powierzchownych zmianach. W innych razach kiła od samego początku posiada charakter ciężki, złośliwy (*lues maligna*); zjawiają się głębokie i szybko rozpadające się owrzodzenia, zostają dotknięte głębsze i ważniejsze organy, a wysoka gorączka szybko dobija wyniszczoney organizm. Taki lub inny przebieg nie zależy przypuszczalnie od mniejszej lub większej złośliwości pasorzytów, lecz od odporności organizmu, na którą się składa mnóstwo czynników, jak np. dziedziczność i warunki higieniczne, a w znacznej mierze leczenie. Przebyte choroby, szczególnie przewlekłe, niekorzystnie wpływają na przebieg kiły, gdy ostre choroby zwykle na pewien czas osłabiają natężenie jej objawów.

Należy przypuszczać, iż w samym organizmie wytwa-

rzają się środki ochronne, zwalczające działalność pasorzytów przymiotu.

Zupełnej odporności na kilę ludzie nie posiadają: każdy człowiek może się zarazić przymiote. Nawet w przebiegu kily odporność na nowe zarażenia jest tylko względna. Zarażenie powtórne (*superinfectio*) jest możliwe. W każdym jednak razie przymiot powrotny posiada zazwyczaj przebieg mniej lub więcej poronny.

---



Część pierwsza.

**Okres pierwszorzędowy.**

## WRZÓD PIERWOTNY.

### Sposoby powstawania przymiotu nabytego.

Zarażenie przymiotem może nastąpić tylko przy warunkach, sprzyjających przedostaniu się do organizmu pasorzytów swoistych. Nienaruszony naskórek i nabłonek bronią zarazkom przystępu, umożliwiając go zaś owrzodzenia, rany, pęknięcia i draśnięcia. Należy przypuścić, że długotrwałe dotykane płynami, zawierającymi zarazki, może zmacerować naskórek i ułatwić pasorzytom swoistym przenikanie do głębi tkanki; następuje to prawdopodobnie często przez gruczoły.

Zarazić się można bez względu na sposób przeniesienia pasorzytów, wiek, płeć osobnika i t. p. okoliczności.

Własności zarazków kiłowych utrzymywania się przez pewien czas przy życiu w wydzielinach i wydalinach sprawiają, iż przymiot udziela się nie tylko drogą bezpośredniego zetknięcia organizmu chorego ze zdrowym, lecz również drogą pośrednią.

Zarażenie *bezpośrednie* ma miejsce najczęściej przy najrozmaitszego rodzaju stosunkach płciowych. Ilość zarażenia drogą płciowego obcowania wynosi podług statystyki Fourniera 93% wszystkich przypadków. W Serbii, Bośni, Hercegowinie i wogóle w krajach mało kulturalnych procent ten jest mniejszym ze względu na bardzo częste zarażenia bez udziału narządów płciowych, a u nas, zdaje się, większym.

*Spółkowanie* wytwarza takie okoliczności, które bardzo ułatwiają pasorzytom swoistym przedostawanie się z jednego organizmu do drugiego: bezpośrednie i długie zetknięcie i przekrwienie błony śluzowej organów płciowych, obficie od natury

unaczynionych, tworzenie się pęknięć, nadżarć, maceracya wydzielinami i t. p.

U mężczyzn, jak świadczy umiejscowienie pierwotnych objawów, zarazki przenikają najczęściej przez wewnętrzną powierzchnię napletka, szczególnie w brózdzie wieńcowej, przez wędzidelko i brzeg wąskiego, nie odprowadzającego się napletka, rzadziej znacznie przez skórę prącia, moszny, przez wylot cewki, kışkę odchodową i t. p.

U kobiet pierwotne objawy umiejscawiają się przeważnie na wielkich i małych wargach, na spoidle dolnym i w zagłębieniu czółenkowatym, rzadziej zaś na części pochwowej macicy, w okolicach łechtaczki, u wejścia do pochwy, u wylotu cewki i u górnego spoidła warg wielkich, a w wyjątkowych tylko razach w pochwie.

W kışce stolcowej u kobiet zdarzają się objawy pierwotne względnie często. Powstawanie ich w tem miejscu można objaśnić nietylko nienaturalnem spółkowaniem, lecz i ściekaniem odpływów z pochwy po spółkowaniu.

Skutkiem nienaturalnego spółkowania zjawiają się niekiedy u obu płci pierwotne objawy kiły na wargach ust, na błonie śluzowej dziąseł, języka, podniebienia, na skórze brzucha, pośladków, bioder, pach i t. p.

*Niepośrednie* zarażenie może mieć miejsce we wszystkich dostępnych okolicach ciała ludzkiego. Najczęściej zdarza się na ustach, skutkiem pocałunków, a także u osesków od kiłowatej karmicielki. Odwrotnie, często spotykamy u mamek objawy pierwotne przymiotu na brodawce sutkowej i jej okolicy, skutkiem karmienia kiłowatych dzieci. Bynajmniej nie należy do wyjątków zarażenie się lekarzy i akuszerok przy badaniach i rękoczynach, wykonywanych na osobach, dotkniętych przymiotem. Również trafiają się objawy pierwotne, powstałe od ukąszenia, spania z osobą chorą i t. p.

*Pośrednie* zarażenie kiłą najczęściej powstaje na ustach, a niekiedy na organach, znajdujących się w jamie ustnej, skutkiem użycia naczyń, zanieczyszczonych przez syfilityków. Spotykano zarażenie narzędziami leczniczymi, szczególnie w tych czasach, gdy nieznanem jeszcze było postępowanie przeciwnie. Trafiają się zarażenia przy szczepieniu limfy humanizowanej, obrzezaniu, tatuowaniu, używaniu odzieży noszonej i t. p. Również przy spółkowaniu organ płciowy jednego osobnika może służyć za roznościela zarazy, sam pozostając niezaka-

zonym. Czy pasorzyty takie, jak pchły, pluskwy i t. d., mogą przenieść zarazki przymiotu, nie posiadamy żadnych danych.

Przy przenoszeniu przymiotu drogą bezpośrednią lub pośrednią, najbardziej zaraźliwymi okazały się wydzieliny twardego szankra, łepieży płaskich i krew (w tych płynach znaleziono największą ilość krętków białych). Również przymiot może być przeniesiony przez mocz i nasienie; (w tych wydzielinach u syfilityków stwierdzono w ostatnich czasach obfitą ilość krętków białych).

Niekiedy nie udaje się odnaleźć pierwotnego objawu kily, i choroba jakoby odrazu rozpoczyna się objawami ogólnymi. Tego rodzaju zapatrywanie o przymiocie samoistnym (*sypylis d'emblée*) jest najczęściej wynikiem niedokładnego, powierzchownego badania chorych. Objaw pierwotny mógł być nadzwyczaj małym lub umiejscowionym w okolicach, trudno albo wcale niedostępnych dla badania, np. w cewce, pod napletkiem przy stulejce, na macicy, migdale i t. p., mógł być przyjmowany za inne niewinniejsze cierpienie, np. opryszczki, owrzodzenie zapalne napletka, miękkiego szankier i t. p. Niekiedy jednak najdokładniejsze dociekania nie doprowadzają do pozytywnych rezultatów, pozostawiając fantazyi odnalezienie wrót, przez które do organizmu przedostały się niepostrzeżenie swoiste pasorzyty kily.

#### Okres wylegania.

Przy kile, jak i przy innych zakaźnych chorobach, odróżniamy czas wylegania, t. j. rozradzania się zarazków. Kresem jego jest chwila, kiedy powstaje na miejscu wtargnięcia pewien objaw, dostrzegalny dla oka.

Najkrótszy czas od zarażenia do wystąpienia objawu pierwotnego trwa kilka dni, choć notowano (Diday) przypadek jednodniowego wylegania, najdłuższy zaś czas — do 3 miesięcy (Simonet i Le Fort). Najczęściej jednak, czy to po sztucznym zaszczepieniu przymiotu, czy też po zarażeniu, okres wylegania trwa około 3 tygodni. Na długość tego okresu nie wywiera wpływu ani miejsce, na które się zarazki dostały, ani też miejsce i postać choroby, z której pochodzą. Pewien wpływ, zdaje się, może mieć tylko głębokość wniknięcia pasorzytów i uboczne drażniące czynniki, jak bakterye i skład-

niki, zanieczyszczające produkty kilowe i powodujące przejściowe zmiany zapalne bezpośrednio po zarażeniu.

Należy przypuszczać, iż zanim jeszcze wystąpi pierwotny objaw, już zarazki kilowe zostaną uniesione daleko od wrót wtargnięcia. To też zapobiegawcze usunięcie miejsca zarażenia może zniszczyć zarazem wszystkie wnikaające pasorzyty swoiste zaledwie w ciągu bardzo krótkiego czasu od chwili infekcyi. Tem więcej bez znaczenia jest usuwanie już istniejących objawów pierwotnych. Wycinając szankry do badań anatomo-patologicznych w najrozmaitszych okresach ich rozwoju, nie tylko nie zapobiegłem ani razu rozwojowi kily, lecz nawet nie osłabiłem jej przebiegu. Niekiedy tylko objawy drugorzędowe występowały nieco później i początkowo w słabem natężeniu.

#### Wygląd wrzodu pierwotnego.

Pojęcie o całkowitym przebiegu pierwotnego objawu na skórze dają nam dokonywane na ludziach i małpach *szczepienia* przymiotu.

Po okresie wylęgania zjawia się najczęściej na miejscu szczepienia nieznaczne zaczerwienienie. Miejsce to powoli nieco się wypukla i przechodzi po kilku dniach w pryszczyk, a częściej początkowo w grudkę, lekko wystającą nad powierzchnią sąsiedniej skóry. Grudka posiada zazwyczaj wielkość ziarnka soczewicy, kolor czerwony. Na powierzchni grudki tworzą się luski, a następnie strupek. Po usunięciu strupka spostrzegamy obnażoną z naskórka powierzchnię, z której sączy się surowiczy płyn, czerwony na obwodzie, a po środku pokrytą biało-szarawym nalotem. Nalot ten utrzymuje się w ciągu 10—15 dni; przy wysychaniu wytwarza się strupek. Strupek nie może się utworzyć w razie istnienia bardzo obfitej wydzieliny. Grudka wciąż powiększa się wszcz i w głąb, staje się coraz to więcej zbitą i twardą, i w ten sposób powstaje t. zw. twarde szankier. Dosięgnąwszy maximum swego rozwoju, pierwotny wrzód może pozostać 1—3 tygodnie w tym okresie dojrzałości bez widocznych zmian. Następnie rozpoczyna się okres gojenia. Nalot oddziela się lub strupek odpada, powierzchnia owrzodzenia oczyszcza się i zaczyna się pokrywać ziarniną i narastającym od brzegów ku środkowi naskórkiem. Przytem

brzezi owrzodzenia nieco się obniżają. Nakoniec pozostaje tylko twardawa, czerwonawa blizna, która z czasem blednie, zmniejsza się i nakoniec niknie.

W razie *sarażenia* się musi również powstawać przedewszystkiem plamka i grudka, a dopiero później owrzodzenie. Pierwsze dni istnienia owrzodzenia zwykle nie posiadają żadnej charakterystycznej cechy. Bywa też ono przyjmowane najczęściej za zwykłe nadżarcie, opryszczki strupiate, a w razie zaczerwienienia się skóry naokoło i za wrzodziejące zapalenie żołądki. Powierzchnowe nadżarcie z czasem powiększa się, u podstawy twardnieje, i tworzy się twardy szankier.

*Typowy twardy szankier.*

Typowy pierwotny objaw przymiotu przejawia się zwykle pod postacią pojedynczego ogniska. Postać jego zależy od umiejscowienia: na równej powierzchni skóry bywa okrągły lub owalny, w brózdach podługowaty. Wielkość pierwotnych wrzodów zwykle nie jest zbyt znaczna, dochodzi rozmiarów fasoli, migdała (5—15 kop. srebrnych).

Wrzód pierwotny najczęściej przedstawia się jako prosta nadżerka, a rzadko jako owrzodzenie, dochodzące co najwyżej do średnich warstw skóry.

*Brzeg* wrzodu pierwotnego bywa zwykle nieco wyniosły czerwonawy, niepodminowany.

Brzeg najczęściej nieznacznie spada ku środkowi, nie tworząc wyraźnej granicy przy przejściu do dna, i z drugiej strony nieznacznie przechodzi w otaczającą tkankę, skutkiem tego wrzód pierwotny, wbrew zapatrywaniu wielu badaczy, nie jest zazwyczaj objawem ściśle ograniczonym.

Brzeg może być także zupełnie równy z otaczającą powierzchnią, a nawet wgłębiony. Podniesienie brzegów ponad okolicę zależy głównie od nacieku u podstawy wrzodu.

*Dno* bywa przeważnie równe, gładkie, niekiedy jakby polerowane i błyszczące w zależności od płynu surowiczego. Wydzielina powierzchni dna zwykle nieznaczna, surowicza z dodatkiem ropy lub krwi, koloru szarawego, szaro-żółtego lub czerwonawa, mętna, nieciągła się. Ropa obficie wydzie-

la się tylko przy wtórnem zakażeniu ropotwórczymi drobnoustrojami.

*Zabarwienie* dna porównywano dawniej do koloru szynki lub miedzi. Zwykle jednak zabarwienie bywa szare lub koloru świeżego mięsa.

Zabarwienie szare dna zależy od nalotu, który tak silnie przystaje, że nie można go oderwać. Nalotu na obwodzie przeważnie nie bywa, skutkiem tego dno w miejscu tem posiada czerwone zabarwienie, właściwe obnażonej skórze (*corium*).

Zabarwienie czerwone, właściwe mięśniom, posiada dno wtedy, gdy naczynia nie są zbyt obfite i rozszerzone, a nalot nie wytwarza się wcale.

*Stwardnienie*, spowodowane naciekiem, należy do najcharakterystyczniejszych cech pierwotnego objawu przymiotu.

Stwardnienie to niekiedy jest bardzo łatwe do stwierdzenia, prawie widoczne, w innych zaś razach tylko przy dokładnem badaniu wyczuwalne. W tym celu ujmujemy pierwotny wrzód palcami dużym i wskazującym na dwóch przeciwległych biegunach, podnosimy nieco ku górze równoległe do powierzchni i zlekka uciskamy. Stwardnienia najczęściej bywają albo guzowate, półkoliste, głębokie w kształcie od połówki ziarnka pieprzu do połówki śliwki i większe, albo też płaskie, powierzchniowe, grubości miedzianej monety, pergaminu a nawet papieru, znajdującego się pod owrzodzeniem.

Twarde szankry są zwykle *niebolesne* i rzadko powodują zaburzenia funkcyonalne. Często też zostają czas dłuższy przeoczane przez chorych. Niekiedy dopiero lekarz po raz pierwszy wskazuje pierwotny wrzód choremu, gdy ten się zwraca o poradę ze względu na inne objawy przymiotu. W okresie *gojenia*, jak już zaznaczyliśmy, nalot na powierzchni szankra niknie, dno jego pokrywa się ziarniną, staje się czerwonawem lub różowem, jak przy zwykłych ranach, i zlekka się podnosi. Brzegi owrzodzenia w kierunku ku środkowi szybko pokrywają się naskórkiem. Z początku blizna posiada zabarwienie ciemno-czerwone, które z czasem blednie i niknie, również mięknie i niknie stwardnienie blizny, długość trwania której zależy przeważnie od wielkości. Papierowate giną szybko, prawie równocześnie z zagojeniem, nieco grubsze po kilku

tygodniach, a bardzo grube po kilku miesiącach, a nawet po roku pozostają niekiedy wyczuwalne.

Długość trwania szankrów zależy od różnych okoliczności. Szankry małe i powierzchowne goją się szybciej, niż głębsze i większe. Wtórne zakażenia lub drażnienia znacznie przedłużają trwanie szankrów.

Przeciętnie szankry trwają od 4 do 6 tygodni, rzadko poniżej 3 tygodni, a niekiedy 2 miesiące i dłużej.

Ze względu na powyższe własności typowego twardego szankra tak go można scharakteryzować:

Pierwotny objaw przejawia się przeważnie pod postacią pojedynczego, niezbyt ściśle ograniczonego ogniska. Częściej przyjmuje on charakter niezupełnie regularnego nadżarcia, niż owrzodzenia; posiada niezbyt wybitnie zaznaczone brzegi, przechodzące stopniowo w otaczającą tkankę; płaskie, gładkie, równe dno, koloru najczęściej szarego albo czerwonego, zbliżonego do koloru świeżego mięsa, i stwardnienie guzowate lub płaskie.

#### *Nietypowy twarde szankier.*

Szankry bardzo często nie mają typowego wyglądu; niektóre objawy są zaznaczone słabo, innych brak zupełnie, natomiast występują nowe, co wpływa na wielką różnorodność obrazów.

Wrzody pierwotne zjawiają się czasem w liczbie *mnogiej*. Fournier w swej statystyce wyraża stosunek objawów pierwotnych pojedynczych do mnogich, jak 5:1; rzadko ich bywa powyżej 3. Ricord podaje przypadek z 19 twardeymi szankrami na prąciu i mosznie, a Fournier z 23 szankrami u kobiety na obu sutkach. Najwyższa liczba szankrów, obserwowanych przezemnie, wynosiła 14; mieściły się one wszystkie na żołądki i skórze prącia u mężczyzny w podeszłym wieku.

W liczbie mnogiej najczęściej szankry występują wtedy, gdy uprzednio był uszkodzony w wielu miejscach naskórek, jak to się zdarza np. przy świerzbie.



Czasami szankry w liczbie mnogiej zjawiają się nie od razu, lecz po pewnym czasie. Źródłem ich może być albo jedno i to samo zarażenie, a wtedy okres wylegania w najrozmaitszych miejscach u jednego i tego samego osobnika posiada niejednakową długość, (od 1-go do 25-ciu dni), lub też szankry pochodzą od następczych zarażeń, jak to stwierdzono wielokrotnie na drodze doświadczalnej. W ostatnim razie jad przymiotowy, zaszczipiony osobnikowi, dotkniętemu już pierwotnym wrzodem, wywołuje na miejscu szczepienia, po paru tygodniach wylegania, grudkę, którą należy uważać jako nowy pierwotny objaw przymiotu. Pierwotne objawy po zaszczipieniu występowały również u kilowatych w okresie drugorzędowym w postaci guziczków, nie przewyższających ziarnka soczewicy, a nawet w trzeciorzędowym okresie początkowo w postaci rumienia, w środku którego tworzyło się nacieczenie, analogiczne trzeciorzędowym wykwitom, spotykanym u danego chorego.

*Wielkość* pierwotnego wrzodu często bardzo odbiega od typu. Spotykamy nieraz wrzody bardzo dużych rozmiarów, obejmujące np. całą dużą wargę, lub całą przednią powierzchnię moszny.

Odwrotnie, zdarzają się bardzo małe wrzody pierwotne, mające w średnicy zaledwie parę milimetrów. Zaznaczamy, że wielkość szankrów bynajmniej nie wpływa na charakter dalszego przebiegu kily.

*Kształt* pierwotnego ogniska przymiotu nie zawsze bywa okrągły lub owalny. Trafiają się szankry długie a wąskie, szczególnie w fałdach, lub kształtów zupełnie nieprawidłowych.

Oprócz nadżarcia i powierzchownego owrzodzenia spotykamy lepież, guz, głębsze owrzodzenie, trafiają się również: zapalne silne podrażnienie owrzodzenia, martwica, a nawet wyżer.

Szankier *lepieżowy* wznosi się na 2—4 mm. ponad poziom otaczającej tkanki i posiada powierzchnię płaską. Zupełnie przypomina on lepież płaski, zjawiający się jako drugorzędowy objaw przymiotu. Objaw pierwotny przeobraża się w tę postać najczęściej w drugiej połowie swego rozwoju. Zdarza się to przeważnie na dolnej powierzchni prącia lub wogóle w fałdach, podlegających ciągłemu tarcu.

Niekiedy szankry wystają znacznie, bo 5—8 mm. nad powierzchnię sąsiedniej zdrowej tkanki, w kształcie *guza* (tulus elevatum). Bywa on twardy, okrągły lub mniej prawidłowo zaznaczony, owrzodzony na powierzchni, koloru mocno czerwonego i wydziela brunaty mętny płyn. Tego rodzaju pierwotne objawy kiły sprawiają wrażenie owrzodziałych nabłoniaków i zdarzają się najczęściej na policzkach, brodzie, wznórku łonowym i dużej wardze.

Owrzodzenie powierzchni szankra może sięgać *głęboko* w skórę właściwą, a nawet dochodzić do tkanki podskórnej, tworząc jakby lejek. Owrzodzeniu podlega w tych razach zwykle tylko nacieczenie u podstawy. Skutkiem tego takie szankry po zagojeniu zostawiają po sobie nieznaczną i nie bardzo twardą bliznę.

Wrzody pierwotne mogą podlegać silnemu *zapalnemu podrażnieniu* skutkiem nieczystego utrzymania. Najczęściej zdarza się to przy pierwotnych objawach pod napletkiem, gdzie nagromadza się rozkładająca się wydzielina. Sprawę tę może spowodować również nieodpowiednie miejscowe leczenie drażniącymi środkami, stosunek płciowy i t. p.

W takich razach brzegi szankra puchną, okrażają się czerwoną obwódką, stają się bolesnymi przy dotyku. Powierzchnia owrzodzenia staje się ciemno-czerwoną, rzadziej żółtawą, brązową lub ciemną. Wydzielina bywa bardzo obfita, surowiczo-krwawa.

Zapalny odczyn może się szerzyć daleko na otaczającą tkankę pod postacią obrzęku ciastowatego, który przyjmuje kolor różowy, może przejść na naczynia chłonne, które przybierają postać różańca, i na gruczoly chłonne.

Stan ten u mężczyzn pociąga za sobą niekiedy utworzenie się zapalenia żołądki i napletka, stulejki, załupka, a u kobiet zapalenia sromu, najczęściej w sąsiedztwie szankra; skutkiem tego wargi duże, a szczególnie małe mogą się powiększyć kilkakrotnie.

Rzadziej powstaje t. zw. twardzina sromu: duża warga, a niekiedy mała staje się twardą, jakby zrobioną z pergaminu lub z papier-maché. Twardzina ta ustępuje zwykle bardzo powoli.

Silne zapalne podrażnienie może doprowadzić niekiedy nawet do martwicy.

Wrzód pierwotny *martwicowy* (gangraena) posiada początkowo zabarwienie sinawe lub szarawo-żółte, które następnie czernieje. Całe owrzodzenie pokrywa się brudno-brunatną masą, silnie przywierającą do dna i obrzydliwie cuchnącą. Martwica powoduje zupełną niewrażliwość tkanki na dotyk.

Po pewnym, zwykle dość krótkim czasie, strup odpada częściowo kłaczkami lub też całkowicie w postaci krążka lub monety, odkrywając czystą, czerwoną ranę, która się szybko goi i pozostawia po sobie zwykle niewielką miękką bliznę.

Niekiedy szankry podlegają martwicy tylko częściowo; w wyjątkowych razach przyjmują one postać błonicowatą.

*Wyżer* czyli *wrzód żrący* (phagedaena) należy do rzadkich powikłań. Charakteryzuje się on utworzeniem na dużej przestrzeni martwicy, szerzącej się szybko, której towarzyszy przeważnie bolesność przy dotyku. Na powierzchni wrzodu formuje się duży strup; posiada on ciemno-brunatny, a nawet czarny kolor. Strup ten odpada, a pod nim i obok tworzą się takie same nowe strupy, które częściowo odpadają. Często bardzo towarzyszy tej sprawie krwawienie. Stosownie do tego, czy sprawa posuwa się więcej w głąb, czy też wszerej, odróżniamy dwie postaci wyżeru: najwięcej zniszczenia sprawia wyżer, przenikający szybko w głąb tkanek, które podlegają niedostrzegalnemu prawie, cząsteczkowemu rozpadowi. Tego rodzaju szankry noszą miano zapalnego albo czerwonego wyżeru, gdyż przy nim owrzodzenie, okrążone czerwoną obwódką, posiada mocno-czerwone zabarwienie i wydziela brudno-krwawy płyn. Do rzadszych jeszcze postaci należy wyżer, który szerzy się głównie po powierzchni. Nie posiada on prawie wcale wystających brzegów, lecz gładkie równe dno, najczęściej również mocno czerwonego koloru; w wyjątkowych tylko razach wygląd dna przypomina sprawę błoniczą. Wyżery rzadko bardzo przybierają pełzającą postać t. j. posuwają się w jednym kierunku, podczas gdy na dawnym miejscu powstaje blizna.

Wrzód żrący trwa zwykle krótko: kilka tygodni, najwyżej 2—3 miesiące, nie wpływa na ogólny stan organizmu i miej-

scowo sprawia często wielkie zniszczenie, które obok zniekształcenia może spowodować zwężenia, przetoki i t. p.

Do wyjątkowych przypadków należy wyżer, któremu towarzyszą posocznicowe ogólne objawy, jak: dreszcze, podniesienie temperatury, osłabienie i t. p.

Wyżery umiejscawiają się przeważnie na główce prącia— u wylotu kanału moczowego i w brózdzie wieńcowej, na skórze prącia, moszny i na dużych wargach.

Zarażenie wyżerem wywołuje zwykle wrzody pierwotne i odwrotnie—zwykle szankry mogą spowodować wyżer. Skutkiem tego przyczyny powstawania wyżeru należy, zdaje się, głównie szukać w nadzwyczaj małej odporności tkanek, osłabionych np. charłactwem albo alkoholizmem, podeszłym wiekiem, cierpieniami moralnymi lub zbyt silnem drażnieniem wrzodu pierwotnego np. ropą, częstym przyżeganiem. Niekiedy jednak zdarza się wrzód żrący u osób krzepkich i ochłodożnych.

*Kolor* objawów pierwotnych przymiotu często nie różni się od zabarwienia zwykłej rany. Bywa on, szczególnie przy dłuższym trwaniu wrzodu, blado-różowym, różowo-żółtym, żółtawym. Zdarzają się różnobarwne szankry np. szankier posiadający w środku ciemno czerwone zabarwienie, które okala pas żółtawy, okrążony na zewnątrz czerwoną obwódką. Najrozmaitsze zewnętrzne warunki często wpływają na specjalne zabarwienie szankrów: ciąża nadaje im ciemno-fioletowy odcień skutkiem utrudnionego odpływu krwi, przyżeganie solami miedzi barwi je na niebiesko, solami ołowiu na białe, a lapisem na szare.

Zdarza się niekiedy zabarwienie brunatne, zależne od wynaczynienia krwi; wtedy cała powierzchnia może być jakgdyby usiana brunatnymi kropeczkami.

*Stwardnienie* bywa bardzo różnorodne. Pomijając te szankry, które ze względu na swe umiejscowienie pozostają niedostępne lub trudne dla macania, jak np. na szyjce macicy, na migdałach, w dołku czółenkowatym, niekiedy spotykamy pierwotne objawy z stwardnieniem tak nieznaczne lub wątpliwe, że nie może być na pewno oznaczone. Szczególniej często takie wątpliwości zdarzają się przy badaniu szankrów na organach płciowych kobiet. Jednakowoż w tych razach przy dokładniejszym badaniu najczęściej wyczuwamy choć papierowate stwardnienie. Niekiedy u kobiet pierwotne objawy

na dużych wargach, na lechtaczce i przy wylocie cewki posiadają bardzo znaczne stwardnienie. U mężczyzn brak jakiegokolwiek stwardnienia należy do rzeczy rzadkich.

Stwardniałe tkanki, po zagojeniu owrzodzenia, czasami nie wsysają się, lecz pozostają lata całe, niekiedy zaś rozpadają się niedługo.

Wtedy stwardnienie może albo 1) powierzchownie się owrzodzić, tworząc jak gdyby powrotny szankier (chankier redux), albo 2) rozpaść się w środku i opróżnić przez tworzące się ku powierzchni niewielkie przetoki, przytem szankier przybiera charakter, jakby kilaka, (chankier pseudo-gummosus).

Choć powyższe sprawy różnią się pod względem klinicznym, jednak obie zasadzają się na cząsteczkowym rozpadzie nadzwyczaj silnie stwardniałych tkanek. Zdarzają się też najczęściej w brózdzie wieńcowej prącia, gdzie stwardnienie odznacza się nadzwyczajną spoistością i wielkością. Powstają one po upływie kilku dni, rzadziej kilku tygodni od chwili zagojenia owrzodzenia.

W pierwszym przypadku zjawia się na powierzchni stwardnienia nadżerka lub owrzodzenie, bardzo przypominające pierwotny szankier. Owrzodzenie wydziela zwykle wodnisto-mętną ciecz, zawierającą sporo rozpadowych cząsteczek. Rozpadowi może uleżeć nawet cała blizna, lecz prawie zawsze nie przechodzi on na otaczającą tkankę.

W drugim przypadku rozpad następuje pośrodku stwardniałej tkanki, która się rozplywa, i w postaci żółtawej, zbliżonej do ropy cieczy, wydziela się przez jeden lub parę małych otworków na powierzchni, tworząc pośrodku stwardniałego ogniska jamistą przestrzeń. Rozpadowi ulega zwykle prawie cała blizna. Zostają się tylko niekiedy obwodowe części, lecz i one niedługo ulegają wessaniu.

W obu przypadkach sprawa trwa niedługo, 2—3 tygodnie, szybko postępując naprzód, ale też i szybko się gojąc.

Dla uzupełnienia tego działu dodam, że na błonie słuzowej lub skórze, w tych miejscach, gdzie one przylegają do szankra, niekiedy tworzą się odbitki wrzodu, przybierające postać swego pierwowzoru t. j. twardego szankra, lub też postać ciekącego lepieża płaskiego.

*Właściwości szankra twardego, zależne od umiejscowienia.*

Pewne właściwości pierwotnych objawów kiły zależą od umiejscowienia, czy to, ogólnie rzecz biorąc, na skórze lub błonach śluzowych, czy też w poszczególnych miejscach płciowych organów lub innych okolic ciała ludzkiego.

Objawy pierwotne kiły na *błonach śluzowych* nieco się różnią od typowej postaci skutkiem ciągłego zwilżania śluzem. Posiadają one wszystkie cechy owrzodzenia bez nalołu, czy to w postaci powierzchownego nadżarcia, czy też utraty głębszych warstw tkanki. Na *skórze* zaś wrzody pierwotne zazwyczaj obfitują w strupy i posiadają też często wygląd niesztowic (ecthyma). Strup bywa brązowego lub nawet czarnego koloru, mniej lub więcej gruby, nierówny na powierzchni, przystaje silnie do dna i po oderwaniu go szybko tworzy się nowo.

Na organach płciowych męskich, w zależności od umiejscowienia, spotykamy niekiedy znaczne różnice w wyglądzie szankrów.

Na *główce prącia* objaw pierwotny przedstawia się zwykle w postaci nadżarcia z nieznacznym bardzo stwardnieniem. W *brózdzie wieńcowej* stwardnienie przeważnie bywa duże. Należy dodać, że w tych miejscach, ze względu na obfite unaczynienie, nawet niewinnym drażnięciom i opryszczkom towarzyszy często znaczne stwardnienie. W brózdzie wieńcowej szankry posiadają jeszcze jedną charakterystyczną właściwość; obok pierwotnego objawu często tworzy się jedno lub kilka stwardnień, które mogą się łączyć i opasują główkę prącia częściowo lub całkowicie. Stwardnienia te zależą od okrażających główkę prącia w brózdzie naczyń chłonnych. Szankry na *wędzidelku* mają postać podługowatą, kolor czerwony lub żółtawy. Szankry w *dolkach* z obu stron wędzidelka odznaczają się zwykle nadzwyczaj małą wielkością i nieznacznym stwardnieniem. Wrzody pierwotne u *wylotu cewki* umiejscawiają się na jednej lub obu wargach, nie są zbyt głębokie, koloru bywają najczęściej mocno czerwonego i łatwo krwawią. W *cewce* usadawiają się szankry blisko wylotu, wydzielają krwawo-mętny płyn i łatwo są wyczu-

walne przy macaniu cewki wzdłuż, a nie w poprzek. Po zbliżeniu często stają się one powodem zwężeń, zniekształceń lub nawet, w razie przeżarcia ścianek, przetok.

Na *brzegu* wolnym *napletka* objawy pierwotne kily mają postać nieprawidłową w kształcie szczeliny z stwardnieniem rozlanem, obejmującym niekiedy cały brzeg wolny, skutkiem czego tworzy się często stulejka.

Na *wewnętrznej powierzchni napletka*, pokrytej błoną śluzową, owrzodzenie i stwardnienie zwykle bywa nieznaczne. Niekiedy jednak objaw pierwotny obejmuje większą przestrzeń i odznacza się silnym stwardnieniem. Tego rodzaju szankry utrudniają często ściągnięcie napletka i są powodem tworzenia się załupka.

Na *skórze prącia* i *moszny* owrzodzenie pierwotne posiada często regularny, okrągły lub owalny kształt, mało wyniosłe brzegi, obfitą bardzo wydzielinę żółtą lub brudno-krwistą, zasychającą łatwo w gruby strup, pod którym widać mocno czerwoną, żółtą lub szaro-żółtą powierzchnię owrzodzenia. Stwardnienie w tych miejscach bywa zawsze dość znaczne.

Na *wzgórkach łonowych* włosy zatrzymują wydzielinę i ułatwiają tworzenie się bardzo grubego strupa. Powierzchnia owrzodzenia pod strupem często bywa pokryta bujającymi brodawkami, co może spowodować utworzenie się wyniosłego szankra (*ulcus elevatum*).

U kobiet szankier na *dużych wargach* posiada najczęściej typowy wygląd. Owrzodzenie bywa owalne w kierunku podłużnej osi, powierzchnia dna mocno—czerwona, często jednak brodawkowata i znacznie wzniesiona nad poziom skóry (*ulcus elevatum*), w późniejszym okresie swego rozwoju niekiedy przyjmuje wygląd lepieża płaskiego, wydziela zwykle niezbyt obfity płyn, odznacza się przedewszystkiem znacznym stwardnieniem. Często bardzo cała nawet warga powiększa się i pogrubia.

Na *małej wardze* owrzodzenie zwykle jest niegłębokie, stwardnienie zbyt znaczne. Dno bywa najczęściej koloru mocno-czerwonego, choć może być pokryte żółtym lub szarym nalotem. Owrzodzenia, znajdujące się na zewnętrznej powierzchni małej wargi, tworzą często odbitki na odpowiedniej powierzchni dużej wargi i odwrotnie.

Na *techtacze* i jej *napletku* szankry bywają przeważnie nadżerkowate z nieznacznem stwardnieniem, choć niekiedy zdarzają się duże o chrząstkowej spoistości, obejmujące techtaczkę, napletek i sąsiednie okolice.

U *wyło'u cewki* objawy pierwotne posiadają zwykle znaczne stwardnienie i bardzo powoli się goją. Często otwór zewnętrzny przedstawia się opuchniętym, rozwartym, czerwonym, krwawiącym i może być przyjęty łatwo za nabłoniak.

U *wejścia do pochwy* szankry usadawiają się najczęściej na strzępkach błony dziewiczej, odznaczając się uporeczywem trwaniem i stwardnieniem, lub pomiędzy strzępkami błony dziewiczej, przyjmując najczęściej postać maleńkiej, zwykle z trudnością zaledwie dostrzegalnej szczeliny.

Na *spoidle dolnym* i w *jamie czólenkowatej* szankry, odznaczają się przeważnie nieprawidłowym kształtem, żółtym lub szaro-żółtym nalotem i niezbyt znacznem stwardnieniem.

W *pochwie* objawy pierwotne przymiotu należą do rzadkości. Przedstawiają się one w postaci nadżerki okrągłej z mało zaznaczonem stwardnieniem.

Na *szyjce macicznej* szankry spotykają się względnie często. Objaw pierwotny może się usadowić w środku szyjki macicznej lub na zewnętrznej powierzchni warg. W pierwszym razie szankry znajdują się u samego otworu, na jednej lub obu wargach, zaś w drugim przeważnie na dolnej wardze.

Szankry środkowe okrążają częściowo lub całkowicie otwór, a odsrodkowe posiadają kształt okrągły lub owalny. Wielkość ich bywa różna, od migdała do fasoli, powierzchnia dna nadżerkowata, gładka, równa, kolor jego szary, szaro-biały i matowo-biały lub żółtawy z wybroczykami; brzegów wydutych szankry zwykle nie posiadają, odgraniczają się tylko czerwoną obwódką. Z czasem przyjmują one postać lepieża płaskiego. Wydzielają nieznaczną bardzo ilość płynu i nie sprawiają żadnych subiektywnych zaburzeń. Stwardnienie zwykle bywa prawie niedostrzegalne, tem bardziej, że szyjka maciczna posiada sama przez się dość znaczną spoistość.

Szankier ten zwykle prędko się goi: po kilku, a rzadko kilkunastu dniach traci on swój charakterystyczny wygląd,



i przedstawia się, jak zwykła nadżerka, która szybko się zabliznia.

Na *sutkach* u kobiet wrzody pierwotne zdarzają się dość często. Powstają one przeważnie u mamek, karmiących dzieci kilowate, posiadające zmiany chorobowe na wargach i w jamie ustnej. Objawy pierwotne przymiotu zdarzają się częściej na jednej sutce, niż na obu. Przeważnie szankier umiejscawia się na brózdzie, oddzielającej brodawkę od jej otoczki, niekiedy na samej brodawce i na otoczce brodawki sutkowej, a wyjątkowo na wypukłości sutki. Wygląd tych szankrów niezem się nie różni od zazwyczaj spotykanych na skórze, owrzodzenie jednak rzadko bywa pokryte strupkiem, gdyż ten się zwykle przy ssaniu odrywa. Objawy pierwotne tutaj odznaczają się wybitnym stwardnieniem i często skutkiem ciągłego drażnienia przyjmują w drugiej połowie swego rozwoju postać lepieża płaskiego. W brózdzie oddzielającej brodawkę od jej otoczki spotykamy często szankry w postaci pęknięcia. U mężczyzn szankry na sutce należą do rzadkości.

Pierwotne objawy kily na miejscach, nie mających żadnej łączności z czynnościami rozrodczymi, spotykają się w równej mierze u osobników obu płci i sadowią się przeważnie na głowie, a tam znów najczęściej na wargach.

Na *wargach* zarażenie następuje przede wszystkim od pocałunków. Możliwość przeniesienia od kilowatych zarazy przy pocałunku jest wielka, gdyż wtórne objawy przymiotu bardzo często gnieźdzą się na błonie śluzowej warg.

Na wargach osesków szankry mogą powstać skutkiem ssania kilowatych mamek.

Na wargach często się zdarzają zarażenia pośrednie. Parasorzyty przymiotu mogą się dostać za pośrednictwem przedmiotów, przechodzących z ust do ust, jak np. łyżek, widełecy, szklanek, kubków, wykałaczek, papierosów, cygar, papierosnic, pipetek, szczoteczek do zębów, wzierników krtaniowych, narzędzi dentystycznych, mundsztuków instrumentów muzycznych dętych i t. p. i nawet takich przedmiotów, do których choćby nawet wypadkowo dotknięto się ustami.

Naturalnie nie można tutaj wykluczyć i zarażenia płciowego u osobników, uprawiających nienormalne stosunki za pomocą ust.

Szankry na wargach bywają przeważnie pojedyncze i to na dolnej wardze w znacznie przeważającej ilości przypadków, niż na górnej. Rzadko zdarzają się objawy pierwotne przymiotu w kątach ust. Szankry na wargach posiadają najróżnorodniejszą postać. Szankier w kształcie nadżerki odznacza się niekiedy małą wielkością. W tych razach bardzo jest on zbliżonym do nadżarcia opryszczkowego lub nadżarcia, wynikłego skutkiem palenia. Również szankry w kształcie pęknięcia nie posiadają wielkich rozmiarów. Szankier może być przykryty strupkiem, często bardzo grubym, koloru brązowego i trudnym do oderwania. Strupek ten leży niekiedy na głębokim owrzodzeniu. Owrzodzenie może być wolne od strupka, widać wtedy zagłębione dno i wystające brzegi. Spotyka się również szankier w kształcie lepieża płaskiego, wystającego nad powierzchnią otaczającej zdrowej tkanki, i niekiedy szankier w kształcie guza, bardzo zbliżonego z wyglądu do owrzodzonego nabłoniaka. Do wyjątków należy postać wyżerowata, która może zniszczyć znaczną część, a nawet całą wargę. Przy szankrach warga bywa czasem znacznie obrzękła, wielokrotnie powiększona, niekiedy przeświecająca i często bolesna.

Szankry *języka* spotykają się częściej u mężczyzn, niż u kobiet, częściej na przedniej grzbietowej powierzchni, niż na końcu, bocznych lub tylnej powierzchniach i częściej w postaci nadżarcia lub owrzodzenia, niż w postaci pęknięcia. Postać nadżerkowata posiada wielkość mniej więcej 5 kopiejek srebrnych, kształt okrągły lub owalny, kolor czerwony, gładkość skutkiem złuszczenia nabłonka, która ją wybitnie odróżnia od sąsiedniej części, pokrytej brodaweczkami, i stwardnienie. Postać owrzodziasta odznacza się zwykle dość znacznym stwardnieniem. Postać szczelinowata usadawia się się w brózdach języka i posiada najczęściej kształt litery Y, lub gwiazdy. Stwardnienie może stanowić niekiedy dominującą cechę wrzodu pierwotnego, jak to się zdarza na końcu języka, przyczem stwardnieniu podlega czasem cała przednia część języka. Wyżerowaty szankier na języku spotyka się tylko wyjątkowo.

Szankry *dziąseł* przeważnie spotykają się na zewnętrznej powierzchni u szyjki zębów. Najczęściej przedstawiają się one w postaci nadżarcia w kształcie sierpa, posiadającego powierzchnię gładką, równą, kolor czerwony, lub w postaci

owrzodzenia, najczęściej nieściśle odgraniczonego i otoczonego zaczerwienioną i usianą brodawkczkami błoną śluzową.

Szankry *podniebienia twardego, miękkiego i luków* bywają zwykle nadżerkowate lub wrzodziejące i nie posiadają żadnych szczególnych oznak.

Szankry *migdałów* spotykają się prawie zawsze pojedynczo, posiadają kształt okrągły, owalny lub nieprawidłowy, wielkość 5—10 kop. srebrnych i odznaczają się uczuciem bólu z odpowiedniej strony, szczególnie przy polykaniu. Postać nadżerkowata posiada dno opałowe, szare, lub czerwone, niekiedy równe i gładkie, częściej jednak nierówne, i stwardnienie zwykle dość wyraźne przy macaniu. Ból występuje niezbyt silnie. Postać wrzodziejąca wywołuje już znaczniejsze objawy subiektywne. Migdał staje się opuchniętym. Dno owrzodzenia bywa koloru ciemno-brązowego, szarego, szaro-żółtego lub brudno szarego. Niekiedy żółte lub szare plamy pstrzą czerwone dno. Towarzyszy zwykle tym wrzodom znaczne stwardnienie.

Do tych dwóch postaci szankra migdałów dołącza się niekiedy zapalenie gardła. Może ono przedstawiać się jako zwykle zapalenie gardła, przy którym migdały stają się opuchniętymi, czerwonymi i twardymi, współcześnie z subiektywnymi objawami, jak bóle gardła, szczególnie przy polykaniu i z objawami ogólnymi, jak ogólne niedomaganie, podniesienie temperatury ciała, nudności i t. p.

Może się zjawić również zapalenie gardła, podobne do błoniczego, lub nawet zapalenie gardła zgorzelinowe. Przy pierwszym na powierzchni szankra tworzy się gruby, silnie przystający nalot, w kształcie jakby błony koloru szarawego, szaro-żółtawego, a nawet szaro-zielonkawego. Przy nim zwykle objawy subiektywne i ogólne są bardzo silnie wyrażone. Zapalenie gardła zgorzelinowe odznacza się niezmiernie silnymi objawami subiektywnymi i ogólnymi. Migdał nadzwyczaj puchnie, czerwienieje, powierzchnia szankra pokrywa się częściowo lub całkowicie ciemnymi, a nawet czarnymi, bardzo przykro cuchnącymi strupami. Stwardnienie zwykle bywa znaczne. Szankry te trwają od 5 do 8 tygodni i nie powodują zbyt złych następstw.

Szankry błony śluzowej *gardła i nosa* zdarzają się rzadko i nie przedstawiają nic szczególnego.

Szankry *oka* spotykają się na powiece, na brzegu rzęsowym i na spojówce i zależnie od umiejscowienia przyjmują

postać szankrów skórnych lub śluzowych. Powstają one od pocałunków, dotknięcia zanieczyszczonymi palcami, gąbkami, chustkami, ręcznikami, a nawet wodą, którą się mył przedtem kilowaty. Bywają zarażenia bezpośrednie śliną podczas rozmowy z kilowatym, a szczególnie podczas kaszlu, na skutek pędzlowania płaków w gardle.

Szankry na *pozostalej części głowy, na ırzonie i kończynach*, jako skórne, odznaczają się wielkością, stwardnieniem i często spotykają się w liczbie mnogiej. Powstają one skutkiem pocałunku, zadrapania, ukąszenia, używania zanieczyszczonych narzędzi, brzytwy do golenia, lancetów do puszczania krwi, palczek lapisu, a właściwie ich oprawy, plasterków rozmięczonych śliną, igiel przy tatuowaniu, również grzebieni, moczalek kąpielowych, ubrania, bielizny, nocników, sedesów ustępowych i t. p. i nie przedstawiają w ogólności nic szczególnego. Na uwagę zasługują tylko szankry palców i odbytu.

Szankry *palców* trafiają się częściej na ręce prawej, niż na lewej, i to przedewszystkiem na grzbietowej powierzchni palców średniego, dużego i wskazującego. Są one zazwyczaj dość bolesne i posiadają przeważnie postać nadżarcia półkolistego naokoło paznokcia, choć spotykają się w kształcie guza owrzodziałego i sporego skutkiem nadzwyczaj silnego nacieku. Również spotykają się szankry, przy których palec opuchła, staje się bardzo czerwonym, nacieczonym, bolesnym i z wyglądu zupełnie przypomina otwierającą się i owrzodziałą zanokcię.

Niekiedy zdarza się szankier w kształcie grzybka, skutkiem rozrostu brodaweczek; dotyka on przeważnie tylko ostatni paliczek. Szankry palców zwykle bardzo powoli się goją. Zdarzają się one najczęściej u lekarzy, akuszerok, dentystów, posługaczy i praczek szpitalnych i można je nazwać profesjonalnymi, choć mogą też powstać skutkiem najrozmaitszych manipulacji płciowych, ukąszenia i t. p.

Szankry *odbytu* nie są częste i zdarzają się rzadziej u mężczyzn, niż u kobiet. Zresztą stosunek ten zależy od kraju i jego obyczajów. Na wschodzie według Duringa szankry odbytu stanowią 74% wszystkich objawów pierwotnych kiły, spotykanych na niepłciowych organach; podlegają im przeważnie dzieci płci męskiej. Mogą te wrzody pierwotne powstać

na skutek działania zakażonych odpływów z pochwy po spółkowaniach, na skutek potarcia zanieczyszczonym papierem klozetowym, gąbką, palcem i t. p. Ponieważ szankry odbytu sadowią się w fałdach skóry lub błony śluzowej, przeto mają najczęściej postać głębokich szczelin, pęknięć. Zanieczyszczają się one bardzo łatwo, sprawiają ból przy oddawaniu stolca i bardzo powoli goją się.

Szankry w *kiszce stolcowej* zdarzają się nadzwyczaj rzadko, posiadają zwykły wygląd i nie wywołują nigdy żadnych poważnych następstw np. znacznego zwężenia кишки.

## CIERPIENIA UKŁADU CHŁONNEGO.

---

Wrzód pierwotny wywołuje następcze zmiany w układzie chłonnym. Zmianom tym podlegają głównie gruczoły, a w znacznie mniejszym stopniu naczynia chłonne, łączące gruczoły z wrzodem pierwotnym.

Objaw ten jest stałym towarzyszem szankra twardego i nie bywa go tylko w wyjątkowych razach.

### **Gruczoły.**

*Objawy* zajęcia gruczołów są bardzo charakterystyczne. Przeważnie cała grupa gruczołów chłonnych, znajdujących się w danym miejscu, podlega obrzmieniu. Najczęściej gruczoły bywają zajęte w nierównym stopniu. Jeden gruczoł zwykle przewyższa inne rozmiarami.

Zajęte gruczoły posiadają przeważnie wielkość umiarkowaną, najczęściej nie przenoszącą ziarnka grochu lub orzecha laskowego.

Obrzmiewaniu gruczołów nie towarzyszy zapalny odczyn skóry, leżącej nad nimi, i okrażającej tkanki. Skóra nie różni się od zwykłej zabarwieniem, ani też ciepłotą i przesuwą się swobodnie. Gruczoły zajęte pozostają ruchome i nie zrastają się z leżącymi z boków i poniżej tkankami i z sąsiednimi gruczołami.

Gruczoły stają się twarde, przypominają spoistością laną piłkę gumową, a niekiedy chrząstkę.

Sprawa powyższa przebiega bez bólu. Nie sprawia zwykle przykrych uczuć nawet przy ruchu i macaniu. Skutkiem tego chorzy mogą swobodnie odbywać wszystkie swe codzienne czynności i często nie zwracają wcale uwagi na powstające obrzmienie gruczołów.

*Umiejscowienie* sprawy zależy przede wszystkim od umiejscowienia wrzodu pierwotnego, a więc w razie usadowienia się szankra na organach płciowych i naokoło odbytnicy podlegają zmianom przede wszystkim gruczoły pachwinowe,

na sutce	gruczoły pachowe,
„ palcach	„ łokciowe,
„ ustach i podbródku	„ podżuchwowe
„ szyjce macicznej	„ miednicowe, a wyjątkowo pachwinowe i t. d.

Najciekawiej przedstawia się obrzmienie gruczołów przy umiejscowieniu wrzodów pierwotnych na organach płciowych, a szczególnie na prąciu. Dymienica w pachwinie może być jednostronną lub dwustronną, t. j. podlegają jej gruczoły w jednej pachwinie, albo w obu.

*Jednostronna* dymienica najczęściej powstaje na tej stronie, na której usadowił się wrzód pierwotny. Czasami jednak zdarza się na przeciwległej stronie.

*Dwustronna* dymienica rozwija się niekiedy w jednakowym stopniu z obu stron. Częściej jednakowoż dymienica jest lepiej rozwinięta po stronie, odpowiadającej szankrowi twardeму, choć niekiedy zdarza się i odwrotnie.

Zajęte gruczoły przy kile, jeśli tego nie spowodowały jakieś uboczne miejscowe lub ogólne przyczyny, nigdy nie ropieje. Cecha ta jest nadzwyczaj charakterystyczną.

Dymienica typowa zaczyna się tworzyć bardzo szybko po uformowaniu się szankra.

*Czas* dostrzegalnego klinicznie obrzmiewania gruczołów można określić na początek drugiego tygodnia, choć niekiedy wyczuwają się one już w końcu pierwszego tygodnia, czasem zaś nawet w trzecim tygodniu trwania pierwotnego wrzodu.

Sprawa w gruczolach chłonnych posiada przebieg przewlekły; rozwija się ona powoli; osiąga największych rozmiarów przed zjawieniem się ogólnych objawów przymiotu, pozostaje zwykle w takim stanie w ciągu kilku tygodni do kilku miesięcy i następnie zaczyna się bardzo powoli zmniejszać. Zanikanie obrzmienia następuje samoistnie bez żadnych zabiegów leczniczych; gruczoly chłonne zmniejszają się, tracą swą twardą spoistość. Całej tej sprawie zwykle nie towarzyszą żadne ostre zapalne objawy.

Gruczoly chłonne przede wszystkim obrzmiewają w najbliższych okolicach wrzodu pierwotnego, a następnie w coraz to dalszych. Jeśli wrzód pierwotny, jak to bywa najczęściej, usadł na organach pleiowych, to przy końcu trzeciego tygodnia po zarażeniu obrzmiewają gruczoly pachwinowe, w piątym albo szóstym tygodniu zaczynają obrzmiewać gruczoly pachowe i łokciowe, a następnie przednie i tylne gruczoly szyjowe, sutkowe, przeduszne, potyliczne, podbródkowe i podżuchwowe. Przy końcu siódmego tygodnia od chwili zarażenia wszystkie dostępne do macania gruczoly przeobrażają się w okrągławe twarde guzy, wielkości zazwyczaj od grochu do łaskowego orzecha. Przytem najbliższe od wrzodu pierwotnego gruczoly są zwykle najwięcej obrzmiałe. W miarę odległości i wielkości się ich zmniejsza.

Tylko w bardzo nielicznych przypadkach schorzenie gruczolów odbiega od powyższego opisu. Obrzmienie gruczolu może być bardzo nieznaczne, nie dochodzić nawet ziarnka pieprzu. Najczęściej gruczoly bardzo słabo obrzmiewają u kobiet.

Spotykają się odwrotnie obrzmienia gruczolów bardzo znaczne. Obrzmiewają albo pojedyncze gruczoly, powiększając się do rozmiarów jajka gołębiego, a nawet więcej, lub pakiety gruczolów, połączonych z sobą.

Połączenie oddzielnych gruczolów może być tak szczelne, że tworzy się kulisty lub owalny guz, położony równolegle do fałdy biodrowej i przenoszący czasem wielkością jajko kurze. Niekiedy schorzenie gruczolów przybiera charakter więcej ostrego zapalenia. Pod wpływem podrażnienia, np. uciążli-



wymi marszami, płciowemi nadużyciami, współcześnie istniejącą ostrą rzeżączką cewki, stulejką, załupkiem, zapaleniem żołądki, sromu niewieściego, pod wpływem drażnienia wrzodu pierwotnego przyżeganiem, moczem, kałem, rozkładającą się wydzieliną i t. p., skóra przykrywająca gruczoły może się zaczerwienić, gruczoły mogą zmięknąć i stać się bolesnymi. Szczególniej często zdarza się takie powikłanie z gruczołami podżuchowymi przy szankrach warg lub jamy ustnej. Zwykle podrażnienie po usunięciu źródła prędko łagodzi się.

Nadzwyczaj rzadko nabrzmiałe gruczoły pachowe ropieją, tworząc ropień, jak przy wrzodach wenerycznych. Ropień ten, otwarty samoistnie lub nożem, goi się powoli, nie powiększa się wszcz i wgłęb, i nigdy nie przeobraża się w szankrowate ognisko. Jeszcze rzadziej, i to zazwyczaj u osób z podupadłym odżywianiem, tworzy się obrzmienie gruczołów włośnate, które można również nazwać charłaczem.

Gruczoły chłonne w tych razach, powiększając się i zlewając się w jedną masę, zrastają się ściślej z tkanką sąsiednią, a nawet ze skórą, mięknią, stają się ciastowate i ropieją.

**Zapalenie naczyń chłonnych** stanowi dość częste powikłanie wrzodu pierwotnego. Zapaleniu temu podlegają naczynia, wychodzące z okolic, dotkniętych szankrem.

Zajęte naczynia chłonne przedstawiają się w postaci okrągłych twardych walczków, z obrzmieniami, jak w rózańcu, ruchomych i niebolesnych; grubość waha się od zwykłej nitki bawełnianej do pióra kurzego. U mężczyzn spotykają się one najczęściej na grzbietowej powierzchni prącia, a rzadziej na bocznych i na napletku. U kobiet zajęte naczynia chłonne spotykają się najczęściej na skórze równoległe do fałdy pachwinowej i biegną one ku organom płciowym, niekiedy łącząc się po kilka jakby w wążką wstążeczkę. Zapalenie naczyń chłonnych na wzgórku łonowym zdarza się rzadziej i występuje w postaci stwardnień okrągławych wielkości grochu. Przy szankrach na palcach spotykają się najdłuższe obrzmienia naczyń chłonnych, biegnące w postaci twardych sznurków wzdłuż części przedramienia lub ramienia.

Zapalenie naczyń chłonnych zwykle po paru lub kilku ty-

godniach trwania przechodzi samoistnie, nie wywołując powikłań. Niekiedy tylko następuje obrzęk tej części ciała ludzkiego, która odpowiada rozgałęzieniu przestrzeni chłonnych zajętego naczynia chłonnego, np. napletka, dużych i małych sromnych warg i t. p.

## ROZPOZNANIE.

Wrzód pierwotny rozpoznaje się na mocy cech jego własnych i wtórnie obrzmiałych gruczołów chłonnych, a także na mocy badania drobnowidzowego wydzieliny z wrzodu; niekiedy w celu rozpoznawczym pewne usługi może wyświadczyć wywiad, szczepienie i obejrzenie osób, które mogły być źródłem zarazy. Objawy kliniczne wrzodu pierwotnego przeważnie nie posiadają decydującego rozpoznawczego znaczenia. W każdym jednak razie obecność cech, wyłożonych przy opisie wrzodu pierwotnego, rzuca pewne, dość silne nawet niekiedy podejrzenia co do swoistości sprawy.

Bardzo ważne rozpoznawcze znaczenie posiada charakter wtórnego schorzenia gruczołów chłonnych. Jest to objaw zwykle wyraźny, łatwy do stwierdzenia i stały. Świadczy on zazwyczaj dobitnie o rodzaju sprawy, a niekiedy również daje ważne wskazówki odnośnie umiejscowienia wrzodu pierwotnego i czasu jego trwania, wielokrotnie zaś w późniejszym nieco okresie stanowi jedyny kliniczny objaw przymiotu.

Badania drobnowidzowe, dzięki ostatnim donosnym, zdaje się, odkryciom w dziedzinie parazytologii przymiotu, dostarczają ważnych wskazówek i w razach wątpliwych powinny być zawsze przedsiębrane. Odnalezienie krętków białych w wydzielinie wrzodu pierwotnego przy wprawie i starannem poszukiwaniu nie jest trudne. Brak jednak krętków nie może bezwarunkowo wykluczyć swoistości sprawy: często dopiero po wielokrotnem badaniu wydzieliny wrzodu udaje się spotkać krętki.

Niekiedy dla określenia charakteru sprawy można oprzeć się na wywiadach odnośnie okresu wylegania.

Ponieważ zwykły okres wylęgania kily trwa najczęściej 3 — 4 tygodnie, a rzadko poniżej 2 i powyżej 8 tygodni, to wykluczamy swoistość owrzodzeń, które się zjawiały w okresie wcześniejszym lub późniejszym po podejrzanem spółkowaniu, ale to tylko wtenczas, jeśli można z pewnością określić jego datę.

Również w razach wątpliwych pod względem rozpoznawczym można się niekiedy uciekać do szczepień, naturalnie na tym samym osobniku. Dodatnie wyniki szczepienia będą przemawiać przeciw rozpoznania wrzodu pierwotnego, ujemne zaś nie pozwolą na żadne wnioski, gdyż szczególnie na organach płciowych spotykamy sporo owrzodzeń, które nie posiadają własności zarażania.

Często ma miejsce samozaszczepianie, które naturalnie będzie przemawiać przeciwko swoistości sprawy. Za samozaszczepienie wrzodu pierwotnego nie należy przyjmować odcisków szankra twardego, które w gruncie rzeczy stanowią już objaw drugorzędowy przymiotu.

Obejrzenie osoby, która mogła być źródłem zarazy należy do najtrudniejszych, choć często najpewniejszych sposobów rozpoznania. Trudność polega na tem, iż często nie wiadomo, kogo z pomiędzy wielu osób obarczyć podejrzeniem przeniesienia choroby, następnie obwinieni o zarażenie wielokrotnie z łatwo zrozumiałych powodów uchylają się od oględzin. Stwierdzenie u jednej z osób spółkujących objawów zaraźliwych przymiotu, np. wrzodu pierwotnego, lepiej ciekających, pozwala niekiedy podejrzewać możliwość zarażenia drugiej osoby nawet przed zjawieniem się u niej objawu pierwotnego, a zwykle daje możność określić charakter owrzodzenia zaraz po jego utworzeniu się. Przytem badanie powyższe pozwala nieraz szybko upewnić się o bezpodstawności obaw i usunąć długie chwile dręczących oczekiwań.

## ROZPOZNANIE RÓŻNICZKOWE.

Przy rozpoznaniu różniczkowem opieramy się na porównaniu cech, właściwych wrzodom pierwotnym i innym zbliżonym sprawom.

W ciągu pierwszych kilku dni istnienia szankra twardego nie można go odróżnić od wielu innych owrzodzeń. Dopiero, gdy objaw pierwotny przymiotu rozwinię się, różniczkowe rozpoznanie bywa przeważnie łatwe, niekiedy zaś tylko trudne lub zgoła do pewnego czasu nawet niemożliwe.

Wrzody pierwotne, występujące w postaci prostego nadżarcia, mogą być przyjęte za opryszczki lub uszkodzenia, wywołane urazem, mechanicznymi środkami, chemicznymi lub ropotwórczymi drobnoustrojami.

**Opryszczki** niekiedy tworzą nadżarcia, ładząco podobne do szankra nadżerkowatego. Bywa to wtenczas, gdy pęcherzyki pękają i zlewają się, lub gdy ubytek tkanki w pojedynczych wykwitach sięga powierzchniowych warstw skóry właściwej, albo też gdy zdarzają się pojedyncze wykwity z bardzo powolnym przebiegiem.

Należy wtedy w celu rozpoznawczym zwrócić uwagę, iż objawy pierwotne przymiotu posiadają kontury mniej więcej okrągłe, dno stwardniałe i powodują wtórne, długotrwałe obrzmienia gruczołów chłonnych, które stają się twarde, niebolesne.

Opryszczki zaś tworzą wrzód o brzegach krętych, wijących się maleńkimi półkołami, o dnie miękkim. Przy sprawie tej gruczoły chłonne pozostają niezmiennione. Cechy powyższe występują zwykle tak wybitnie, iż stanowią dostateczną podstawę do rozpoznania. Niekiedy jednak i przy opryszczkach wy-

stępuje stwardnienie dna. Wytwarza się ono przy podrażnieniu naokoło opryszczek lub przy umiejscowieniu ich w okolicach, które obfitują w naczynia chłonne (finger), np. w brózdzie wieńcowej, na wędzidelku lub przy wylocie cewki. Również gruczoły chłonne w sąsiedztwie opryszczek niekiedy nabrzmiwiają, nie tylko pojedynczo, lecz nawet grupami, i stają się twarde, niebolesne. Skutkiem tego objawy powyższe mogą stać się bardzo zbliżone do objawów twardego szankra, szczególnie w pierwszym okresie jego rozwoju. W takich wątpliwych razach należy przyjąć pod uwagę cechę, uważaną prawie za znamienne dla opryszczek: nadżarcie opryszczkowe, powstające ze zlania się całej grupy wykwitów, posiada odpowiednio do ich konturów brzeży, wijące się w małe zatoki, a oprócz tego w sąsiedztwie ogniska spotykają się często pojedyncze pęcherzyki lub małe, odpowiadające im nadżarcia.

Należy zawsze mieć na względzie wypadkowe współistnienie wrzodu pierwotnego i opryszczek, gdyż one zjawiają się często przy szankrze twardym, a nawet zależnie od niego, i grupują się czasami naokoło wrzodu.

Prócz tego dla różniczkowego rozpoznania należy pamiętać, iż opryszczki u jednego i tego samego osobnika zjawiają się zwykle stale, co pewien przeciąg czasu, i są poprzedzane objawami podmiotowymi, jak swędzenie, palenie i ból; wykwitły opryszczek bywają przeważnie liczne, małe i tworzą nadżarcia bardzo powierzchowne.

Pierwotne zaś wrzody nie powtarzają się, stanowią ogniska zwykle pojedyncze, głębsze i większe, niż przy opryszczkach, i nie są poprzedzane objawami podmiotowymi.

W przypadkach bardzo wątpliwych o rozpoznaniu sprawy może ostatecznie decydować jej przebieg:

Opryszczki zwykle trwają krótko, prędko się goją, nie zostawiając po sobie śladów, a powstałe niekiedy obrzmienia gruczołów również prędko przechodzą.

Przeciwnie, wrzody pierwotne posiadają przebieg bardzo powolny, po zagojeniu pozostawiają po sobie twardą bliznę, i w sąsiedztwie ich zjawia się charakterystyczne obrzmienie gruczołów chłonnych. W razach wątpliwych o istocie sprawy decyduje jeszcze dalszy przebieg, ewentualnie zjawienie się objawów wtórnych.

Nadżarcia, wywołane mechanicznym urazem, chemikaljami i zwykłymi ropotwórczymi drobnoustrojami, odróżniają się

od pierwotnego objawu przymiotu na mocy spoistości dna wrzodu i stanu sąsiednich gruczołów chłonnych. Jednak działanie niektórych przyżegających środków, jak np. lapisu, azotanu rtęci, karbolu, może również spowodować wyraźne stwardnienie, szczególnie tam, gdzie się obficie znajdują naczynia chłonne (Finger); to też w razach wątpliwych należy się upewnić, czy choremu nie stosowano przyżegania. Również obrzmienie gruczołów może się zjawić po przyżeganiu, zatarciu i t. p., lecz objaw ten w takim razie trwa zwykle niedługo i rzadko bardzo przyjmuje wygląd, charakteryzujący sprawę kiłową.

Objawy pierwotne przymiotu, występujące w postaci owrzodzenia, mogą być przyjęte za wrzody weneryczne, świerzbowe, gruźlicze, nowotworowe, figówkowe i t. p.

**Wrzód weneryczny** albo **szankier miękki** najczęściej łatwo odróżnia się od szankra twardego na mocy następujących danych:

Szankier miękki stanowi zwykle owrzodzenie wieloogniskowe, głębokie, z brzegami ostro oberzniętymi, spadzistymi, dnem nierównym, często brodawkowatym, koloru wybitnie żółtego; wydziela ono obficie ropę, w której znajdują się pałeczki Ducrey'a.

Objawy te są tak różne od objawów wrzodu pierwotnego, iż niekiedy pierwszy rzut oka wystarcza dla rozpoznania sprawy. Częściej jednak różniczkowanie opiera się na spoistości dna owrzodzenia i stanie sąsiednich gruczołów chłonnych, dostępnych dla badania.

Spoistość wrzodu miękkiego, jak sama nazwa wskazuje, bywa miękka. Nawet jeśli tkanki dna wrzodu miękkiego grubieją, to powstałe stwardnienie posiada przeważnie spoistość ciastowatą i nie ogranicza się samą podstawą owrzodzenia, czyli jest rozlane. Różnica ta, w porównaniu do stwardnienia tkanek dna przy wrzodzie pierwotnym, jest bardzo znaczna. Jednak zdarza się, iż miejsca, obfitujące w naczynia chłonne, posiadają również przy szankrze miękkim stwardnienia, bardzo zbliżone do występujących przy szankrze twardym.

Stan gruczołów chłonnych w obu powyższych sprawach, bywa bardzo różny. Przy wrzodzie miękkim gruczoły pozostają albo niezmienione, lub też jeden gruczoł pod-

lega ostrym zmianom zapalnym i ropieje. Zaczerwienienie skóry nad gruczołem, unieruchomienie jej, bolesność gruczołu, chębotanie w nim w późniejszym okresie rozwoju sprawy, a nawet owrzodzenie przyjmujące niekiedy również wygląd miękkiego szankra,—wszystko to różni się wielce od charakterystycznego obrzmienia gruczołów przy wrzodzie pierwotnym.

Niekiedy w celu rozpoznawczym można uciekać się do przeszczepiania wydzieliny wrzodu, naturalnie temu samemu osobnikowi. Zwykle zaszczipiona wydzielina wrzodu miękkiego już po 24—48 godzinach powoduje tworzenie się krosty, która następnie przeobraża się we wrzód miękki.

Rezultaty szczepienia są bardzo przekonywujące, jednak tylko istotna korzyść dla chorego i bezwarunkowa jego zgoda może nas skłonić do tego rodzaju zabiegu, gdyż nowo utworzone wrzody powiększają cierpienie i nie wykluczają bynajmniej w skutkach najrozmaitszego rodzaju powikłań, np. wyżeru, ropienia gruczołów. Lepiej też jest ograniczyć się tylko do zbadania wydzieliny na krętki blade i paleczki Ducrey'a.

Po dokładnem zbadaniu i porównaniu cech właściwych obu powyższym schorzeniom, gdy jeszcze pozostaje wątpliwość co do istoty sprawy, uciekamy się do środka zwykle najbardziej przekonywającego — do śledzenia przebiegu choroby i dalszych jej następstw. Dodam, iż nawet łatwe i od razu dokonane rozpoznania powinny być następnie zawsze sprawdzane.

Należy mieć także na uwadze możność współistnienia u jednego i tego samego osobnika szankra twardego i miękkiego, które mogą utworzyć się w jednym miejscu lub obok siebie.

Wrzód pierwotny i miękki, w jednym miejscu powstały, czyli tak zwany wrzód mieszany, posiada wszystkie zewnętrzne cechy szankra miękkiego i oprócz tego znaczne stwardnienie. Rozpoznanie w tych razach bywa zwykle trudne i opiera się na analizie objawów, właściwych obu tym wrzodom i na obserwowaniu przebiegu choroby.

Rozpoznanie różniczkowe pomiędzy wrzodem pierwotnym i wenerycznym bywa nadzwyczaj utrudnione przy stulejce, gdy szankry znajdują się na błonie śluzowej napletka, w brózdzie wieńcowej i na główce pozostają ukryte. W tych



razach pewnych danych mogą dostarczyć sami chorzy, mogą wskazać, kiedy się utworzyły i jak wyglądały wrzody przed utworzeniem się stulejki. Więcej jeszcze danych rozpoznawczych dostarcza spoistość owrzodzenia, wyczuwana przez napletek, stan gruczołów, a w ostateczności przebieg choroby. Należy jednak mieć na uwadze, iż stwardnienia, wyczuwane pod napletkiem, mogą pochodzić również od ciał obcych, np. od tamponów, od szyszkowin stożkowatych, od obrzmiałych w kształcie węzłów naczyń chłonnych i t. p.

Wrzody żrące przymiotowe i weneryczne również niekiedy są trudne do odróżnienia, tembardziej, że przy wrzodzie żrącym przymiotowym zwykle i gruczoły chłonne nabrzmiewają bardzo słabo. Jednak wrzody żrące obu rodzajów zatrzymują do pewnego stopnia niektóre swe pierwotne cechy, ułatwiające rozpoznanie; a w razach wątpliwych, jak zwykle, o charakterze sprawy wyrokuje dalszy przebieg.

**Wrzody świerzbowe** niekiedy mają postać bardzo zbliżoną do wrzodów pierwotnych przymiotu i przy umiejscowieniu na prąciu mogą być przyjęte za szankry twarde. Jednak obecność wykwitów świerzby w innych miejscach skóry, spoistość zazwyczaj miękką dna owrzodzenia, brak obrzmienia gruczołów lub powiększenie ich bardzo nieznaczne, działanie środków przeciwświerzbowych lub w ostateczności obserwowanie dalszego przebiegu, pozwalają zawsze odróżnić świerzbę od kily.

**Owrzodzenia rakowe**, szczególnie przy umiejscowieniu na wardze, języku, twarzy, sutce i prąciu, bywają niekiedy przyjmowane za wrzody pierwotne.

Owrzodzenie rakowe posiada przeważnie dno nadzwyczaj nierówne, często usiane żółtymi guziczkami, i bardzo łatwo krwawiące, brzegi wyniosłe, grube, czasem wywrócone. Oprócz tego rak prawie zawsze tworzy się u osób starszych i posiada przebieg bardzo powolny. Owrzodzenie rakowe takie, któreby mogło wzbudzić pewną wątpliwość ze względu na swój wygląd i obrzmienie gruczołów sąsiednich, może się utworzyć dopiero po kilkomiesięcznym trwaniu. Wszystko to są cechy ułatwiające łatwo rozpoznanie.

**Owrzodzenia gruźlicze**, szczególnie na języku i przy wejściu do kiszki stolcowej, posiadają niekiedy pewne podobieństwo do wrzodów pierwotnych. Podobieństwo to może być nawet bardzo ludzące, gdy skutkiem przypalania lub ciągłego

drażnienia dno owrzodzenia staje się twarde, a sąsiednie gruczoly chłonne obrzmiewają.

Owrzodzenie gruzlicze posiada zwykle brzegi nieprawidłowo zakreślone, kręte, spadziste, niekiedy nawet podminowane, dno przeważnie nierówne, miękkie, żółtawe. Owrzodzenie to bywa najczęściej dość obszerne, wielogniskowe i bolesne, szczególnie pod wpływem zewnętrznego podrażnienia. W pobliżu dużych owrzodzeń mieszczą się niekiedy w błonie śluzowej małe twarde guziczki, przypominające wykwity tocznia, wielkości m. w. łebka szpilki, koloru od różowego do fioletowego, i również małe punkcikowate owrzodzenia. Wykwity te decydują o rozpoznaniu gruzlicy. Obecność oznak gruzlicy w innych organach lub nawet wskazówki w wywiadach na przebyłą gruzlicę rzucają również pewne światło na charakter sprawy; choć wypadkowo może ona współistnieć z wrzodem pierwotnym. W razach wątpliwych o charakterze sprawy decyduje przebieg choroby, który przy gruzlicy jest nadzwyczaj przewlekły.

**Owrzodzenia kitowe trzeciorzędowe** na skórze bywają niekiedy bardzo podobne do wrzodów pierwotnych, jednak omyłki w rozpoznaniu łatwo uniknąć, zważywszy na wywiady, stan gruczołów, przebieg i t. p.

**Owrzodzenia guzowate figówki** na twarzy również można zawsze odróżnić od wrzodu pierwotnego, pamiętając, iż figówka przy ucisku wydziela ropę przez mnóstwo otworów, bywa pokryta włosami, łatwo, jakby z masła, dającymi się wyciągnąć, że w pobliżu głównego owrzodzenia znajdują się małe krosty z czerwoną podstawą, odpowiadające mieszkom włosowym, a w wydzielinie niekiedy grzybki liszaja strzygącego.

**Owrzodzenia ospy** po zaszczepieniu zwykle można łatwo odróżnić od wrzodu pierwotnego na mocy wywiadów. Jednak w razach wyjątkowych i niepewnych należy pamiętać, iż owrzodzenia po szczepieniu ospy zjawiają się szybciej, niż wrzód pierwotny, bo w 12 — 15 dni, i rozwijają się zarazem szybciej. Również w wyglądzie są znaczne różnice, gdyż owrzodzenie szczepionej ospy jest okrążone czerwoną obwódką, posiada zwykle brzegi wysokie, spadziste, dno nierówne o ciastowatej spistości i wydziela obficie ropną wydzielinę; owrzodzeniom tym niekiedy towarzyszą powikłania, jak stan gorącz-

kowy, ropnica, róża, zajęcie naczyń i gruczołów chłonnych, podobnie jak przy wrzodzie miękkim.

**Owrzodzenia języka**, wywołane skutkiem drażnienia zębami zepsutymi lub odkładającymi się na nich kamieniami, posiadają niekiedy brzegi dość ściśle ograniczone, dno czerwone lub szare, twarde i mogą spowodować nawet obrzmienie gruczołów chłonnych szyi. Wszystko to sprawia na pierwszy rzut oka wrażenie wrzodu pierwotnego, lecz umiejscowienie owrzodzeń, odpowiednio do zębów zepsutych lub kamieni, również szybkie gojenie się owrzodzenia i zmniejszenie się obrzmiałych gruczołów po usunięciu przyczyny sprawy czyni rozpoznanie zwykle łatwym.

**Owrzodzenia krwawnicowe** niekiedy są zbliżone do wrzodów pierwotnych odbytu. Lecz istnienie objawów krwawnic przed zjawieniem się owrzodzeń i podczas ich trwania, a również miękka spoistość dna owrzodzenia i brak charakterystycznych dla kiły objawów obrzmienia gruczołów wyświełtają sprawę.

**Owrzodzenia na wargach macicy** podczas zapalenia jej błony śluzowej można odróżnić od wrzodu pierwotnego na tej podstawie, iż owrzodzenia te często wychodzą z głębi otworu macicznego i ciągną się na dolną wargę, zwykle posiadają powierzchnię ziarnistą, istnieją często wespół z opuchnięciem szyjki macicznej i zawsze razem z charakterystycznymi dla zapalenia błony śluzowej macicy objawami, jak: śluzowo-ropna lub ropna wydzielina z szyjki macicznej, zaburzenia w miesiączkowaniu, bóle promieniujące do pachwin i pasa i przebieg nadzwyczaj powolny.

**Owrzodzenia szczelinowate** na sutce i odbytnicy niekiedy mogą być przyjęte za wrzody pierwotne. Pęknięcia te jednak tem różnią się od wrzodów pierwotnych, iż są zwykle wąskie, w kształcie kreski, przeprowadzonej piórem, łatwo krwawiące, miękkie, bolesne i nie powodują charakterystycznego dla wrzodu pierwotnego obrzmienia gruczołów.

## ROKOWANIE.

Wrzód pierwotny, choć jest pierwszym objawem bardzo ciężkiej choroby, sam przez się jednak, jak to już widzieliśmy, posiada zazwyczaj charakter dobrotliwy. Istotnie, jest to sprawa, która goi się samoistnie, wygląda bardzo niewinnie, gdyż bywa zwykle bardzo powierzchowna, niebolesna i nie sprawia żadnej dolegliwości, tak że niekiedy pozostaje niezauważona przez chorych w ciągu całego jej przebiegu.

Na dalszy przebieg kily nie wpływa zupełnie umiejscowienie wrzodu pierwotnego. Wrzody pierwotne na głowie bynajmniej nie są początkiem groźniejszej kily, niż wrzody na organach płciowych lub kończynach, i wrzody te nie przebiegają bynajmniej gorzej. Tylko wrzody palców często są bardzo bolesne, lecz na dalszy przebieg bolesność ta nie wywiera żadnego wpływu.

Nawet powikłanie wrzodu pierwotnego wyżerem nie sprawia zbyt wielkiego spustoszenia: mniej lub więcej głębokie i obszerne zniszczenie i zniekształcenie napletka, główki prącia, warg, zwężenie wylotu kanału moczowego i t. p. Przytem jest to zwykle tylko objaw miejscowy, nie wpływający na ogólny stan organizmu; tylko bardzo rzadko występują przy wyżerze objawy ogólne, jak podniesienie temperatury, dreszcze, bredzenie, i przechodzą one zwykle prędko; w wyjątkowych tylko razach dochodzi do śmiertelnego zejścia.

Jednak wrzód żrący przymiotu, świadcząc w wielu razach o małej odporności organizmu, przepowiada w następstwie ciężki bardzo przebieg kily, gdyż często bardzo zjawiające się

po nim objawy wczesne drugorzędowe noszą charakter przedwczesnych trzeciorzędowych.

Podług Bassereau charakter wrzodu pierwotnego jest próbnym kamieniem organizmu. Dobrotliwość szankra przepowiada lekkie następne objawy, a złośliwość ciężkie. Stosunek ten szankrów do najpierw występujących drugorzędowych objawów nosi miano prawa Bassereau i często może być w praktyce stwierdzany.

Wtórne obrzmienie gruczołów również należy do bardzo dobrotliwych spraw; przechodzą one samoistnie, nie bolą i nie ropieją. Nawet występująca po podrażnieniu gruczołów lekka bolesność zwykle szybko przechodzi. Zdarzające się rzadko zropienie gruczołów, pomijając zakażenie mieszane, jest wyrazem ogólnego złego stanu organizmu, posiada przebieg przewlekły i przepowiada ciężkie następne objawy kiły.

Obrzmienia naczyń chłonnych również przechodzą zazwyczaj samoistnie w ciągu kilku tygodni. Niekiedy tylko wywołują one bierny i przewlekły obrzęk tkanek, odpowiednio do rozgałęziającej się w nich sieci dróg chłonnych.

## ANATOMIA PATOLOGICZNA.

### Wrzód pierwotny.

W sprawie tej zmianom chorobowym podlega głównie warstwa tkanki łącznej, podczas gdy naskórek zajęty bywa tylko wtórnie — w zależności od zmian, odbywających się w tkance łącznej.

Naskórek zwykle w ciągu pierwszych kilku dni tworzenia się objawu pierwotnego przymiotu grubieje we wszystkich warstwach, przytem często więcej w części środkowej grudki (poprzedzającej wrzód), niż na obwodzie. Na obwodzie sople nabłonkowe znacznie się wydłużają, rozgałęziają, tworząc jakby sieć. Ten wał graniczny obejmuje zwykle kilka soplei.

*Warstwa rogowa* grubieje, łuszczy się. Spotykamy często w tej warstwie komórki niezupełnie zrogowaciałe, z jądrami barwiącemi się dość wyraźnie, i twory kuliste, powstałe z substancji rogowej.

W nieco późniejszym okresie rozwoju objawu pierwotnego przymiotu, warstwa rogowa znika pośrodku razem z innymi warstwami naskórka, pozostając tylko na obwodzie.

*Warstwa ziarnista* zachowuje się podobnie, jak warstwa rogowa: nieco grubieje w pierwszej fazie rozwoju objawu pierwotnego przymiotu, a następnie zanika w środku, pozostając w kilku szeregach na obwodzie wrzodu.

*Warstwa kolczasta* podlega bardzo znacznym zmianom. W początkowych okresach rozwoju objawu pierwotnego komórki kolczaste, szczególnie w górnych warstwach, stają się większe, tracą mostki międzykomórkowe. Zaródź ich robi się przejrzysta, a jądro bledsze. Przytem powiększają się często

przestrzenie okołojądrowe i otaczają spłaszczone sierpowato i wydłużone jądra. W dolnych szeregach warstwy koleczastej komórki dłużej, niż w innych szeregach, barwią się dobrze i zachowują swe mostki międzykomórkowe; komórki tam bywają mniejsze i więcej spłaszczone; rozradzanie komórek odbywa się bardzo obficie, jak świadczą liczne figury karyokinetyczne, spotykane szczególnie w najniżej leżących szeregach. Na obwodzie objawu pierwotnego komórki warstwy koleczastej są duże i dość dobrze się barwią; często w nich znajdujemy obfite figury karyokinetyczne.

Z biegiem rozwoju wrzodu pierwotnego szeregi górne warstwy koleczastej, a nawet i dalsze, giną pośrodku sprawy. Najdłużej przechowują się resztki soplei nabłonkowych, drążących w głąb tkanki w postaci długich stożkowatych smug.

Pomiędzy komórkami warstwy koleczastej, podczas całego przebiegu sprawy, spotykamy sporo leukocytów. Najwięcej ich widzimy w zgrubiałej warstwie koleczastej na obwodzie. Znajdują się one tam pomiędzy powiększonymi przestworami międzykomórkowymi pojedynczo, a na samej granicy owrzodzenia w skupieniach, tworząc nawet rodzaj małych ropnych pęcherzyków.

*Warstwa podstawowa* komórek na obwodzie początkowo pozostaje bez zmian, a pośrodku układa się w parę szeregów komórek walcowatych, w których często spotykamy figury karyokinetyczne. Z rozwojem sprawy i ta warstwa pośrodku objawu pierwotnego może zaginać, tworząc nadżarcie, a nawet owrzodzenie.

Może dojść do tego, iż na powierzchni owrzodzenia pozostaje się masa, składająca się z licznych ciałek ropnych, cieczy i resztek komórek z soplei naskórkowych, ku obwodowi ilość pozostałych komórek naskórkowych zwykle zwiększa się, zmniejsza się zaś ilość ropnych ciałek.

Na dnie głębokich owrzodzeń niekiedy wcale już nie znajdujemy elementów nabłonkowych, a tylko pozostałe komórki z torebek włosowych i ewentualnie z gruczołów potowych.

W części skóry *łącznotkankowej* zwraca uwagę przede wszystkim naciek, ciągnący się u góry prawie w jednej masie od której odchodzą drobniejsze odnogi ku dołowi i ku bokom. Naciek ten pozostaje w pewnym stosunku do naczyń.



Rys. 5.

Objaw pierwotny przymiotu na wewnętrznej powierzchni napletka: warstwa nabłonkowa pośrodku prawie zupełnie zanikła, a na obwodzie sople nabłonkowe wydłużone; w warstwie brodawkowej i podbrodawkowej — naciek obfity, tworzący jedną masę; naczynia znacznie rozszerzone i pomnożone; w skórze właściwej naciek grupuje się naokoło rozszerzonych naczyń. Okul. 2. Lupa. (Zeiss).



Naczynia włosowate posiadają światło rozszerzone i zazwyczaj wypełnione obficie krwią, a śródbłonek sterczący ku światłu i barwiący się dobrze. Szczególniej rozszerzone są naczynia włosowate w górnej części nacieku w warstwie brodawkowej i podbrodawkowej. Ilość tych naczyń wydaje się znacznie większa od normalnej, przebiegają one w kierunku ku powierzchni owrzodzenia.

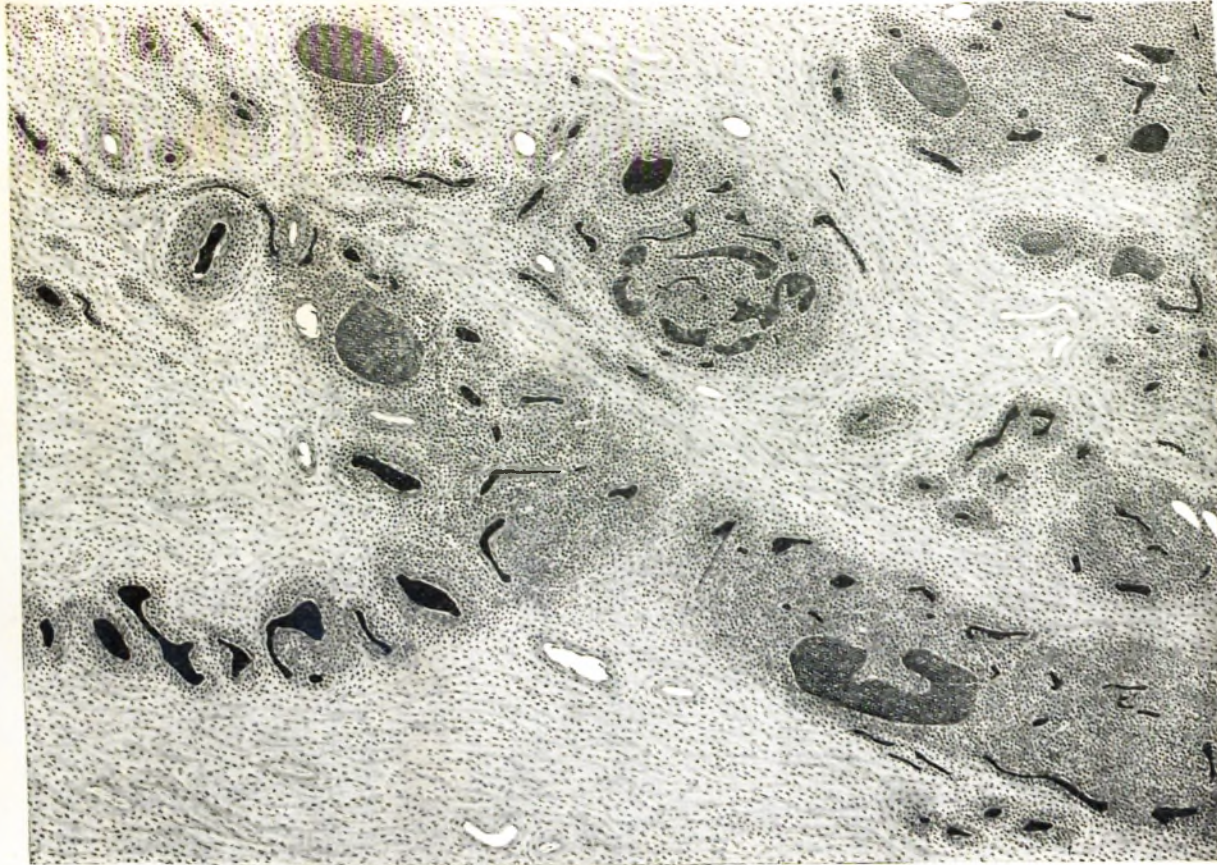
Zżyły są również znacznie zmienione. Najmniejszym zmianom ulega ich warstwa wewnętrzna, choć niekiedy może ona, rozrastając się, doprowadzić do zupełnego zamknięcia światła. Zwykle jednak zwężenie światła następuje skutkiem obfitego nacieku błony zewnętrznej i środkowej żył i niekiedy rozrostu błony zewnętrznej.

Najmniejszym zmianom podlegają tętnice. W mniejszych tętnicach spotykamy jeszcze wyraźny rozrost błon: błona zewnętrzna bywa nacieczona, zgrubiała w postaci licznych warstw włóknistej tkanki łącznej; środkowa błona posiada rozrośniętą warstwę mięśniową, a w wewnętrznej tylko komórki śródbłonkowe powiększają się. W tętnicach większych wszystkie opisane powyżej zmiany występują w znacznie mniejszym stopniu.

Naczynia chłonne, szczególnie w nacieku i jego najbliższym sąsiedztwie, mają światło rozszerzone i śródbłonek nabrzmiąły.

Naciek, tak obficie występujący we wrzodzie pierwotnym, gromadzi się naokoło naczyń, okrąża je, tworząc jakby płaszcze dla nich.

W górnych warstwach, pod samem owrzodzeniem, naciek jest bardzo obfity, tworząc jedną masę, tak że nie można tam nawet określić zależności jego od naczyń. Występuje on zato wyraźniej w częściach obwodowych sprawy. Najgęstszy i najszerszy płaszcz otacza naczynia włosowate i małe żyły. W sąsiedztwie większych żył, jak to widać najlepiej na obwodzie sprawy, nacieczenie występuje już mniej silnie i mniej regularnie. Naokoło małych tętnic naciek zjawia się w nieznanym stopniu, a naokoło większych często bywa nieobecny, lub okrąża tylko częściowo tętnice i odpowiada właściwie okrążającym je drobnym naczyniom, ewentualnie vasa vasorum, przebiegającym w zewnętrznej błonie ścian. Naczynia chłonne są bardzo nierównomiernie okrążane naciekiem. Jedne z nich posiadają bardzo obszerny płaszcz, inne bardzo nieznaczny,



Rys. 6. Objaw pierwotny przym otu na napletku. Na preparacie, podwójnie nastrzykniętym, widać naciek w głębi błony, gromadzący się naokoło naczyń krwionośnych (ciemna zawartość — metylenblau) i naokoło naczyń chłonnych (kropkowana zawartość — ferrum dialysatum). Ok. 1. Ob. A. (Zeiss).

jak to można wywnioskować z preparatów nastrzykniętych podwójnie.

Naciek naokoło naczyń składa się z komórek plazmatycznych, zróżniczkowanych—łączno-tkankowych, limfocytów i leukocytów.

W początkowych okresach rozwoju wrzodu pierwotnego ilość komórek plazmatycznych w naciekach okołonaczyniowych bywa znaczna, podczas gdy w późniejszych okresach znacznie się zmniejsza na korzyść zróżniczkowanych komórek łączno-tkankowych. Pomiędzy komórkami plazmatycznymi spotykamy sporo małych młodych, z wyglądu nieróżniących się przy małym powiększeniu od limfocytów. Na wielkość plazmatycznych komórek wpływa widocznie gęstość nacieczenia, gdyż w obfitym nacieku bywają te komórki mniejszych rozmiarów i okrągłojszych kształtów, niż w nacieku luźnym.

Komórki łącznotkankowe najrozmaitszego kształtu spotykają się już w pierwszych chwilach istnienia wrzodu pierwotnego, a z biegiem rozwoju przybywa ich coraz to więcej.

Niekiedy, nieco opodal od głównego nacieku, tworzą one prawie zbitą masę. Najczęściej spotykamy komórki wrzecionowate. Zdarzają się również komórki okrągławe, blaszkowate, a także komórki z wypustkami i pająkowate. Komórki z wypustkami, wielokrotnie łącząc się z sobą, tworzą siatkę, która obejmuje komórki plazmatyczne i pęczki włókien klejodajnych. Pomiędzy komórkami, tworzącymi okołonaczyniowe płaszcze, spotykamy dość liczne komórki tuczne, szczególnie na obwodzie, a prócz tego wszędzie porzrzucane leukocyty. Nigdy nie spostrzegłem komórek olbrzymich.

Włókna klejodajne w brodawkowej i podbrodawkowej warstwie skóry są porozsuwane, napęczniałe, często w masie nacieku prawie niedostrzegalne; w skórze właściwej włókna klejodajne bywają również nieco zgrubiałe, jednolite i bardziej prostolinijne, są one porozsuwane przez nacieki i otaczają jakby pochewką pojedyncze nacieki i ich grupy.

Włókna elastyczne w samej masie nacieku znajdują się w zmniejszonej liczbie. Ku obwodowi spotykamy je prawie w normalnej ilości. Są one tam tylko pokręcone i porozsuwane. Spostrzeganne włókna nerwowe bywają zwykle bez zmian.

We wrzodach pierwotnych głębszych ogólny obraz drobnowidzowy pozostaje bez zmiany. Poza zupełnym zanikiem

warstwy naskórkowej i nawet niekiedy warstwy brodawkowej, w pozostałych warstwach ma tylko miejsce większe zniszczenie włókien klejodajnych i elastycznych, często większy obrzęk tkanek i powiększona znacznie ilość ciałek ropnych; tworzą one nadto niekiedy niewielkie ropnie, w których niezadko można znaleźć ropotwórcze drobnoustroje.

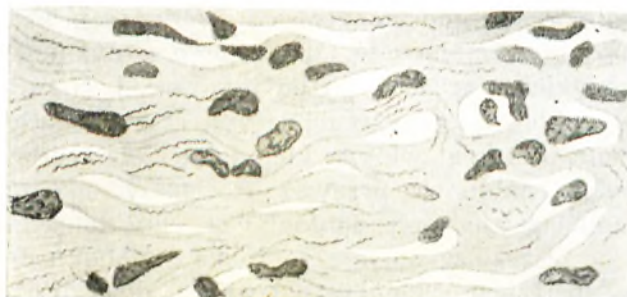
Po zabliznieniu się owrzodzeń, jeszcze przez bardzo długi przeciąg czasu spotykamy na miejscu objawu pierwotnego przymiotu resztki zapalnej sprawy w postaci nacieczenia. Nacieczenie grupuje się zawsze około naczyń i występuje w warstwie brodawkowej, podbrodawkowej skóry i nawet w skórze właściwej. Składa się ono z dość licznych komórek plazmatycznych i z bardzo licznych dużych zróżniczkowanych komórek łączno-tkankowych, pomiędzy którymi dominują komórki wrzecionowate. Oprócz tego spotykamy komórki tuczne. Skutkiem nacieczenia i bujania tkanki, co w znacznej mierze dotyka błony zewnętrznej naczyń, często światło ich bywa zwężone. Pozatem włókna klejodajne i elastyczne wydają się normalne, nabłonek przeważnie cieńszy, niż normalnie, posiada zmniejszone sople nabłonkowe, choć także miejscami spotyka się jeszcze zgrubienie nabłonka z głęboko drażącymi soplami. Zabarwienie ciemniejsze, trwające dość długo po zagojeniu się wrzodu, pochodzi przeważnie od powiększonej ilości barwnika, leżącego w komórkach naskórka i tkanki łącznej i pomiędzy nimi.

Na mocy powyższego opisu można nakreślić następującą charakterystykę zmian anatomo-patologicznych w pierwotnym objawie: tworzy się dość ostro ograniczony i bardzo gęsty naciek, złożony pierwotnie z leukocytów, a następnie z bujnie się rozwijających komórek plazmatycznych, zróżniczkowanych łącznotkankowych i tucznych. Naciek grupuje się pomiędzy włóknami tkanki łącznej naokoło naczyń, przeważnie włosowatych i drobnych żylnych, a następnie chłonnych, większych żylnych i w ostatnim rzędzie tętnic. Gromadzący się naciek i rozrastająca się tkanka łączna, uciskając na siebie, wywołują charakterystyczne dla pierwotnego wrzodu stwardnienie.

Powyższe dane o budowie wrzodu pierwotnego nieco się różnią od wyników, otrzymanych przez niektórych badaczy.

Unna, opisując zmiany w bardzo świeżym objawie pierwotnym, zaznacza obfitość nacieku naokoło naczyń krwionośnych i żył, podczas gdy w naczyniach chłonnych spostrzega

tylko trochę nacieku w warstwie zewnętrznej, a śródbłonki pozostają niezmiennione. Uważa on spotykane zarośnięcie naczyń krwionośnych (arteriitis et phlebitis obliterans) przeważnie za następstwo nacieczenia chłonnaczyniowego, przerost zaś śródbłonek za sprawę następczą; przyczem naciek rozpoczyna się od drobnych naczyń błony zewnętrznej i, przechodząc między warstwami ścianek oddziałuje na śródbłonki. Neisser, Neumann, Finger i Lesser są zdania, iż naczynia chłonne pozostają nietknięte, i zmianom podlegają naczynia krwionośne. Lang znajduje, iż naczynia chłonne biorą udział w sprawie, wprawdzie mniejszy, niż krwionośne. Bieder zaś twierdzi, iż głównie naczynia chłonne i żyłne bywają okrążone



Rys. 7.

naciekiem, w znacznie zaś mniejszym stopniu tętnice, których ściany zmieniają się dopiero przy dłuższym trwaniu sprawy.

Wyniki te są najbardziej zbliżone do moich.

Dalej jeszcze idzie Ehrmann. Twierdzi on, iż przede wszystkim i głównie są zajęte przestwory śródtkankowe, a następnie naczynia chłonne. Na mocy tego można zawsze odróżnić objawy pierwotne od spraw drugorzędowych, przy których są zajęte naczynia krwionośne naciekiem, złożonym z ciałek wysiękowych i komórek plazmatycznych.

Wyniki Ehrmanna potwierdzałyby więc przypuszczenie, iż krętki blade przede wszystkim wdrażają się w przestwory śródtkankowe, następnie dosięgają naczyń chłonnych i wywołują w nich zmiany, a później dopiero przedostają się do naczyń krwionośnych. Istotnie wielokrotnie stwierdzono umiejscowienie się krętków białych w przestworach śródtkankowych (rys. 7), a nawet sam Ehrmann znalazł te pasorzyty w obfitej ilości pomiędzy oddzielnymi włóknkami nerwów (rys. 8).

Wyniki dwóch naszych znanych i cenionych badaczy, Biesiadeckiego i Krzyształowicza, znacznie odbiegają od powyżej wyłożonych danych pod względem rodzaju zajętych naczyń. Według Krzyształowicza, choć odnosi się wrażenie, jakoby naciek brał początek od naczyń włoskowatych, leżących w otoczeniu naczyń większych, jednak „tętnice zdają się być więcej otoczone naciekiem, niż żyły, naczynia chłonne zaś czynnego udziału w tej sprawie nie biorą, ich ściany najczęściej są wolne, a światło rozszerzone (Biesiadecki).” Biesiadecki i Krzyształowicz twierdzą, iż naczynia krwionośne mogą mieć światło zwężone przez zgrubienie ścianek, ale zawsze choć częściowo drożne, gdyż nie spotykali naczyń, zarosłych tkanką.



Rys. 8.

Przedstawiony powyżej obraz zmian anatomo-patologicznych przy wrzodach pierwotnych jest o tyle dla nich charakterystyczny, iż pozwala najczęściej mikroskopowo odróżniać te sprawy od mniej lub więcej do nich zbliżonych, jak np. wrzodu miękkiego, nabłoniaka złośliwego, opryszczek, gruźlicy i t. p. Najczęściej w praktyce musimy odróżniać wrzody pierwotne przymiotu od wrzodów miękkich.

*Wrzód miękki* posiada cechy ostrego zapalenia. Naciek w tym wrzodzie w przeciwstawieniu do wrzodu pierwotnego przymiotu jest bardziej rozlany i zawiera znacznie więcej wielojądrowych leukocytów, a oprócz tego pałeczki Ducrey'a. Brzeży wrzodu miękkiego są podminowane lub strome, co już na pierwszy rzut oka odróżnia tę sprawę od szankra twardego.

W zakażeniu *mięszanem* (kiła i wrzód miękki) środek owrzodzenia odpowiada wrzodowi miękkiemu, a obwód wrzo-

dowi pierwotnemu przymiotu. Skutkiem tego i w tych razach rozpoznanie nie bywa trudne.

Owzrodczenia *gruźlicze* zawierają oprócz laseczników gruczołicy i liczne gruzelki z olbrzymiami komórkami.

*Rak* naskórkowy posiada pod drobnowidzem tak charakterystyczny wygląd, iż w rozpoznawaniu nie przedstawia trudności.

*Opryszczki* mają również cechy, czyniące rozpoznanie łatwym: pęcherzyk w warstwie kolczastej, napęczniony cieczą z ciałkami ropnymi, z resztkami komórek naskórkowych i z komórkami balonowatymi, obrzęk warstwy brodawkowej z licznymi ciałkami ropnymi.

#### Układ chłonny.

*Gruczoły* w początkowym okresie rozwoju sprawy otrzymują większą ilość krwi, i tkanka gruczołowa nabrzmiewa. Występuje potem obfite powiększenie się liczby komórek drobnych, okrągłych, mięszkowych, przyczem łącznotkankowe beleczki (trabeculae) grubieją. Zatoki chłonne są napęcznione komórkami limfatycznymi dużymi, często tłuszczowo zwyrodniałymi.

W naczyniach krwionośnych występuje wybitne nacieczenie błony zewnętrznej, a również i środkowej, skutkiem czego światło naczyń staje się bardzo zwężone.

Przewlekłe stwardnienie gruczołów, notowane przy klinicznym opisie, warunkuje się znacznym rozmnażaniem się komórek we wszystkich częściach gruczołów, a również zgrubieniem i stwardnieniem łącznotkankowej siatki. Zmniejszenie się gruczołów następuje skutkiem zwyrodnienia tłuszczowego komórek, a niekiedy zwyrodnienia serowatego z wysysaniem się produktów rozpadu i z następczem wytworzeniem się dokoła tkanki bliznowatej. Rzadko zdarza się skrobiowate zwyrodnienie gruczołów, występuje ono współcześnie z odpowiednim zajęciem innych narządów i raczej może być przyjęte nie za objaw przymiotu, lecz za skutek chery, spowodowanej przymiotem.

*Naczynia chłonne*, łączące gruczoły z wrzodem pierwotnym, posiadają ścianki zmienione, podczas gdy otaczająca je

tkanka łączna pozostaje często nietknięta. Ścianka naczyń chłonnych bywa mniej lub więcej nacieczona, przyczem odżywiający je naczynia są pomnożone i otoczone nacieczeniem. Od nacieczenia ścianek zależy i zwężenie światła naczyń chłonnych, choć niekiedy można spostrzedz i bujanie śródbłonna.

Węzélki na tych naczyniach chłonnych powstają skutkiem obfitego skupienia się nacieczenia na zewnętrznej części ścianki naczynia. Według zapatrywania większości autorów nie są one właściwie nowo powstałą grudką chłonną. Ten pozór nadaje jej utworzenie się jakoby otoczki na zewnątrz węzélka, a również sieci łącznotkankowej z obfitymi, nowo-powstałymi naczyniami krwionośnymi wewnątrz. Węzélki te niekiedy okrążają naczynie chłonne i, rozmiękcżając się, tworzą t. zw. bubonuli. W tych razach przedewszystkiem pośrodku nacieczenia ginie sieć włosowatych naczyń, a potem następuje zwyrodnienie tłuszczowe i następnie serowate komórek.



## LECZENIE MIEJSCOWE.

---

Przedewszystkiem należy zapobiegać możności przeniesienia zarazy.

Ponieważ zarazki przymiotu mogą się przedostać do organizmu nie tylko przy stosunku płciowym, należy zachowywać przeto zawsze i wszędzie wszelkie przepisy higieny co do czystości, które u narodów kulturalnych powinny być wyssane z mlekiem matki. A więc przedewszystkiem należy mieć zawsze czyste ręce, myć je przed każdym jedzeniem i pójściem spać, używać do jedzenia i picia zawsze tylko czystych naczyń i przyrządów, unikać używanej przez innych odzieży, brzytw nieczystych, narzędzi lekarskich, nie odkażonych dokładnie, i t. p. Lekarze przed badaniem ręcznym jam ciała powinni zwracać uwagę na całość naskórka swych palców, nadżerki przykryć plastrem, posmarować palce wazeliną borną, a nawet zabezpieczyć je gumowymi palcami. Również przy oglądaniu gardła chorych, a szczególnie przy wszelkich w niem rękoczynach, powinni unikać obryzkania śliną, wobec mogącego nastąpić odruchowego kaszlu.

Mamki, a również dzieci, oddawane do karmienia matkom, powinny być starannie zbadane i t. d.

Najczęstszem źródłem zakażenia przymiotem są stosunki płciowe, a to poza małżeństwem. Prostytucya, czy to kontrolowana, czy też tajna, bezwątpienia jest tą drogą, po której zaraza tak szeroko u nas się szerzy.

Kontrola policyjno-lekarska taka, jaka jest, zupełnie nie odpowiada swemu zadaniu. Kobiety z stemplem urzędowym zdrowia zarażają swą klientelę. Przytem tak dużo kobiet odda-

je się tajnej prostytutce, iż żadna policja nie jest w możności roztoczyć nad niemi swej opieki. Skutkiem tego teraźniejszy system reglamentacyjny można nazwać bezużytecznym, a nawet szkodliwym ze względu na to, iż wprowadza w błąd ufających mu i deprawuje strasznie pod względem moralnym osoby mu podległe. Powinien być też on zgodnie z postępem kultury i ze względu na dobro ogółu jak najprędzej zniesiony.

Zamiast tego należy uświadamiać młodzież o skutkach chorób wenerycznych, a szczególnie przymiotu, i zaprowadzić prawną, osobistą odpowiedzialność za świadome zarażenie. Należy przytem zwrócić uwagę na szkodliwość najrozmaitszych sprzedawanych po podrzędnych księgarniach i antykwarniach broszurek, które, zamiast uświadamiać, deprawują młodzież.

Prostytucya, skutkiem najrozmaitszych wadliwych warunków ekonomicznych i społecznych, jest i będzie na nieszczęście trwać, przynajmniej w najbliższej przyszłości. Powinny więc osoby obu płci, oddające się nierządowi, zabezpieczać swe organy płciowe na stałe lub też na czas stosunku od niebezpieczeństwa przeniesienia zarazy. Najwięcej są narażeni na zarażenie mężczyźni, posiadający wążki napletek lub za krótkie wędzidelko, którym radzimy uczynić obrzezanie. Należy zawsze czysto utrzymywać narządy płciowe, obmywać je codziennie ciepłą wodą z mydłem. Szczególniej to jest zalecane zaraz po stosunku z następnem odkażaniem organów płciowych słabym roztworem sublimatu. Spowodowane pęknięcia lub zatarcia należy natychmiast posmarować jodyną. Najlepiej chronią od przeniesienia zarazy na prącie kondomy, o ile naturalnie nie są uprzednio zanieczyszczone, nie pękają podczas stosunku, lub też nie są zdejmowane nieuważnie. Miecznikow radzi po stosunku, dla zapobieżenia zarażeniu przymiotem, wcieranie 30% maści kalomelowej. Środek ten jednak okazał się mało skutecznym.

Gdy zarażenie przymiotem już nastąpiło, i zaczyna się tworzyć objaw pierwotny, najwłaściwiej wydawałoby się usunąć jak najprędzej zarazki z organizmu, zanim nastąpi ogólne zakażenie. W tym celu należałoby wypalić lub wyciąć jak najprędzej i jak najszerszej objaw pierwotny przymiotu. Wypalanie, ponieważ należy do sposobów niepewnych, gdyż nigdy nie wiadomo, jak głęboko sięga, nie jest stosowane. Wielu zwolenników, szczególnie przed paroma dziesiątkami lat, posiadała metoda wyrzynania wrzodów pierwotnych.

W tym celu za pomocą pincetki podnosi się wrzód wysoko, a więc w takich tylko miejscach, gdzie skóra nie przylega ściśle do niżej leżących warstw i gdzie ją można w fałdę zgąć, i obcina się ją nożyczkami, albo chwyta się wrzód i jego okolice pincetą z okienkiem, podobną do używanej przy ocznych operacjach (Wolff, Michielson) i obcina schwytane miejsce wzdłuż brzegów pincety. Po usunięciu krwawienia z rany, zszywa się ją kilkoma ściegami.

Niektórzy lekarze, jak np. Jullien, Kölliker, Krówczyński, Lesser, Sacharowicz, Jadassohn, osiągnęli przy tego rodzaju poronnym leczeniu jakoby dobre rezultaty. Jednakowoż liczba dodatnich rezultatów jest bardzo nieznaczna wobec olbrzymiej liczby przypadków o wynikach ujemnych, przy których objawy wtórne, pomimo pozornego wyleczenia wystąpiły i to nawet w tych razach, gdy operacyi dokonano w kilka godzin po spółkowaniu (Reiss). Niekiedy nawet na miejscu wyciętego wrzodu pierwotnego powstaje jeszcze obszerniejszy wrzód i większe stwardnienie. Również badania nad krętkami bladymi, domniemanymi swoistymi zarazkami przymiotu, wskazują, iż do chwili wystąpienia pierwotnego objawu rozchodzą się one daleko po organizmie, co uniemożliwia zupełne usunięcie wszystkich zarazków wraz z wycięciem objawu pierwotnego przymiotu.

Wycinanie ma jeszcze tę niedogodną stronę, iż zostawia po sobie znak w postaci blizny. Stosujemy też tę metodę tylko w celu badań naukowych lub w celu usunięcia razem z owrzodzeniem i stulejki.

Wrzód pierwotny, jak już wspominaliśmy, po pewnym przeciągu czasu samoistnie się goi; a zatem leczenie tego objawu zasadza się głównie na usuwaniu warunków, które mogą przeszkadzać naturalnemu rozwojowi sprawy.

Przedewszystkiem należy usuwać to wszystko, co może zapalne objawy podrażnić; oprócz stosunków płciowych, które również ze względu na możliwość rozprzestrzenienia zarazy muszą być surowo wzbronione, powinno się unikać pobudzających napojów, jak wyskok i kawa mocna, wstrząśnień fizycznych, wyczerpującej i denerwującej pracy i wstrząśnień moralnych. Głównie zaś należy chronić wrzód od zanieczyszczenia i usuwać starannie wydzielinę. W tym celu powinno się wrzód pierwotny oczyszczać obmywaniami za pomocą waty opatrunkowej. Do obmywań można używać wody zwyczaj-

nej ciepłej przegotowanej, przekroplonej, lub słabego roztworu kwasu borowego, sublimatu lub wody utlenionej, np.:

Rp. Sol. hydrarg. bichlor 1:2000—200,0.  
S. Do obmywania 2 — 3 razy dziennie.

Rp. Hydrogenii peroxydati 3‰—200,0  
S. Do obmywania 2 — 3 razy dziennie.

Szczególniej często należy uskutecznić obmywanie w tych razach, gdy wrzód podlega wielokrotnemu w ciągu doby zanieczyszczaniu, np. kałem, uryną.

Po każdym obmyciu osuszamy wrzód suchą wyjałowioną watą i nakładamy na niego opatrunek. W pierwszej połowie rozwoju wrzodu do opatrunku używamy najczęściej maści, a w drugiej — proszku. Maść w pierwszym okresie rozwoju szankra twardego dla tego jest najodpowiedniejsza, iż chroni go od uszkodzenia, nie przystaje, nie przysycha i nie wywołuje krwawienia przy zmianie opatrunku. Maści należy używać najlepiej obojętnych, choć można przepisywać i drażniące rtęciowe np.:

Rp. Acidi borici 1,5—3,0  
Vasel. fl. Amer. 30,0  
S. Maść.

Rp. Hydrargyri oxydati flavi 0,5  
Vasel. fl. Amer. 30,0  
S. Maść.

Rp. Calomel. 1,0—2,0  
Vasel. fl. Amer. 30,0  
S. Maść.

Rp. Hydrarg. praecip. albi 1,5  
Vasel. fl. Amer. 30,0  
S. Maść.

Powyższymi maściami smarujemy kawałeczek waty i przykładamy na owrzodzenie. W niektórych okolicach ciała wata sama dobrze się trzyma, np. przy wrzodach pod napletkiem wystarcza go tylko na opatrunek naciągnąć. W innych zaś miejscach trzeba watę umocować bandażykiem. Przytem należy pa-

miętać, żeby nie ścisnąć zbyt mocno prącia; najlepiej je tylko delikatnie przewiązać i końce pojedynczego supełka przymocować do paska suspensoryum. Opatrunek u kobiet na zewnętrznej powierzchni organów płciowych przymocowujemy za pomocą bandaża w kształcie litery T.

W okresie gojenia wrzodu pierwotnego stosujemy opatrunki suche. Po obmyciu owrzodzenia powyżej wymienionymi płynami i wysuszeniu jego powierzchni watą opatrunkową, sypimy na nią proszek i przykładamy watę.

Proszek powinien być wysuszający i niedrażniący, np.:

Rp.	Ectogani	3,0	lub
	Airoli	"	
	Jodoli	"	
	Natri sozodolici	"	
	Xeroformii	"	a nawet
	Zinci oxydati	"	
	Magisterii bismuthi	"	
	S. Do przysypywania.		

W końcowym okresie gojenia można przyspieszyć bieg sprawy za pomocą smarowania powierzchni owrzodzenia lapisem co parę dni. Lapisu lub stężonego kwasu karbolowego niekiedy używamy i we wcześniejszych okresach rozwoju wrzodów pierwotnych, gdy powierzchnie ich pokryły się nieczystym nalotem (błoną wrzekomą) lub zbyt obfitą ziarniną.

Na powstałe po zagojeniu znaczne stwardnienia, w celu zmiękczenia ich, stosujemy plastry rtęciowe, np.:

Rp.	Empl. hydrargyri elast.	$\frac{1}{4}$ mtr.	lub
	Empl. de Vigo cum hydrarg.	$\frac{1}{4}$ mtr.	
	S. Plaster przykładać 2 razy dziennie.		

Oprócz tego, podczas miejscowego leczenia, zaleca się co parę dni ciepłe wanny dla zachowania czystości okolic, sąsiadujących z wrzodem pierwotnym.

Powyższa metoda leczenia może być nieco zmodyfikowana w zależności od umiejscowienia wrzodów. Największe trudności nastroczają się przy leczeniu szankrów wylotu cewki, gdyż opatrunki muszą być zmieniane po każdym moczeniu i przymocowywane bandażem lub kondomem. Oprócz

częstych waniach ogólnych, naznaczamy kilkakrotne w ciągu dnia miejscowe maczania. Po zagojeniu rozszerzamy zwężony otwór świeczkami, a nawet w razie potrzeby rozcinamy go.

Szankry wewnętrzcewkowe leczymy świeczkami cewkowymi z niedrażniającymi środkami, jak ectogan, airoł i t. p. np.:

Rp. Ectogani 2,0  
Butyr cacao (lub gelatinae) q. s. ut. f.  
supposit. urethralia longit.  
2 ctm., crassitud. 3 mm. № XV  
S. Czopek wkładać po każdym moczeniu.

Należy przytem zalecać używanie wewnątrz jak największej ilości niedrażniających napoi lub nawet lekko ściągających środków.

Rp. Foliae uvae ursi 150,0  
S. Łyżkę naparzyć na  
kwartę wodę i wypić w ciągu dnia.

Szankry szyjki macicznej i jamy ustnej wymagają również częstych przemywań. W tym celu używamy najchętniej słabego roztworu kwasu bornego lub nadmanganianu potasu.

Nieco odmiennie postępujemy przy powikłaniach wrzodu pierwotnego. Ponieważ powstają one najczęściej skutkiem nieczystego utrzymania, drażnienia nieodpowiednimi środkami leczniczymi lub obcem ciałem, należy więc przedewszystkiem usunąć te przyczyny, a wtedy sprawa sama przez się ustępuje. Zdarzają się i przyczyny trudne lub nawet niemożliwe do usunięcia, jak np. brzemienność, charłactwo, starość, moczówka.

Przy silnem zapalnem podrażnieniu powinno się choremu zalecić spokój, a nawet leżenie w łóżku w razie bardzo mocnych objawów. Należy przytem stosować, oprócz niedrażniających opatrunków, okłady z 1—2% roztworu octanu alunu, kilkakrotne w ciągu dnia miejscowe wanny i przynajmniej raz dziennie—ogólną; ciepłota i długość trwania waniach powinna być jak można największa. Do wody dodajemy niekiedy krochmalu lub otrąb.

Gdy zapalne podrażnienie spowoduje stulejkę, która znów zazwyczaj wywołuje zapalenie żołądka, należy stosować środki, oczyszczające wrzód pierwotny i zarazem działające

ściągać na żołądz. Używamy w tym celu słabych rozczy-  
nów środków ściągających, np.

Rp. Sol. kali hypermang 1:2000—200,0 lub

„ argenti nitr. 1:250 „

„ alumin acet. 1:100 „

S. Do przemywań kilka razy dziennie.

Przemywania odbywamy za pomocą szpryki z miękkim końcem, który przyciskamy do otworu prawą ręką, nasuwając nań lewą zwężony otwór napletka i wymywamy kilkakrotnie worek napletkowy. Można przemywać również za pomocą miękkiego cewnika №№ 14 — 15, wprowadzonego nieco pomiędzy główkę i napletek.

W razie bardzo silnych zapalnych objawów przy stulejce, gdy grozi martwica, należy rozciąć napletek po środkowej grzbietowej linii wzdłuż sondy rowkowanej i leczyć następnie obnażony wrzód pierwotny i zapalenie żołądzi w powyższej przytoczony sposób.

Stulejkę należy przedewszystkiem postarać się wprawić, a jeśli się to nie udaje, działać na obrzęk okładami z octanu ołowiu lub z octanu alunu, miejscowymi i ogólnymi ciepłymi wannami. Gdy zaczyna grozić martwica, należy przeciąć ściągający główkę mostek.

Przy martwicy i wyżerze, oprócz usunięcia przyczyn i obowiązkowego spokoju, częstych, długich i b. ciepłych miejscowych i ogólnych wanień, stosujemy jodoform. Unikając przeważnie tego środka przy leczeniu zwykłych wrzodów pierwotnych ze względu na jego obrzydliwy zapach i często drażniące działanie, musimy się zazwyczaj do niego uciekać przy martwicowym, a szczególnie żrącym wrzodzie pierwotnym. Jodoform najlepiej przepisywać w eterze, gdyż wtenczas głębiej i szerzej działa:

Rp. Jodoformii 5,0

Aether. sulfur. 35,0

D. ad guttametr.

S. wpuszczać kilka kropli na wrzód 3—4 razy dziennie po uprzednim dokładnem jego obmyciu lub po miejscowej ciepłej kąpieli.

W razach bardzo silnego zapalnego podrażnienia tkanek i lepiej jest przepisywać jodoform w maści:

Rp. Jodoformii           3,0  
Vasel. fl. Amer. 30,0  
S. Maść.

Niekiedy chorzy nie znoszą jodoformu, lub działanie jego jeszcze powiększa podrażnienie. Należy wtedy zastąpić ten środek innym jakim z wyżej wymienionych proszków lub maści, albo nawet smarowaniem słabym roztworem nalewki jodowej.

Przytem przy martwicy i wyżerze bardzo dobrze, i niekiedy nawet jedynie, działa ogólne przymiotowe leczenie, to jest stosowanie rtęci, a często nawet rtęci i jodu zarazem, czyli tak zwane leczenie mieszane.

Obrzmienie gruczołów i naczyń chłonnych zwykle nie wymaga żadnego leczenia, gdyż sprawa ta samoistnie przechodzi. Należy tylko zalecić choremu spokój, unikać wstrząśnień fizycznych, jak uciążliwe marsze, bieganie, tańce, jazda konno, na rowerze i t. p. W razie rozpoczynającego się zapalnego podrażnienia gruczołów, oprócz bezwzględного spokoju, stosujemy ciepłe i długotrwałe wanny, ciepłe okłady pod ceratą, smarowanie jodyną lub niekiedy nawet muszkę. Zropienie gruczołu, następujące w rzadkich bardzo przypadkach, leczymy drogą operacyjną, stosując w razie powolnego bardzo przebiegu sprawy słone wanny, smarowanie jodyną i t. p. Przy wolowatych dymienicach, gdzie sprawa przechodzi nadzwyczaj powolnie i jest wynikiem ogólnego złego stanu organizmu, należy uciekać się do ogólnego pocrzepiającego leczenia, a więc do środków pożywnych i odżywczych, jak żelazo, arsenik, fosfor, przytem wanny słone, siarczane, kąpiele morskie, powietrze górskie i t. d.

---



**Okres drugorzędowy.**

## OGÓLNA CHARAKTERYSTYKA.

W okresie drugorzędowym objawy przymiotu mogą się zjawiać w każdym narządzie; choroba więc z miejscowej staje się ogólną. Nie znaczy to jednak, żeby i poprzednio zarazki przymiotu umiejscawiały się tylko we wrzodzie pierwotnym i jego okolicach. Stopniowe i powszechne obrznięcie gruczołów, występujące często, szczególnie w końcu pierwszorzędnego okresu, świadczy między innymi wymownie o przebywaniu zarazków w najrozmaitszych miejscach organizmu. Należy przypuścić, iż do pewnego czasu ilość rozmnażających się ciągle zarazków nie jest jeszcze dostateczna, lub też wytwarzane toksyny nie starczą, żeby wywołać zmiany ogólne, widoczne dla badacza.

Ogólne objawy przymiotu, t. j. początek okresu drugorzędowego, rozpoczynają się najczęściej w 72 dni, czyli blisko w  $2\frac{1}{2}$  miesiąca po zarażeniu. Niekiedy zjawiają się one nieco wcześniej, choć rzadko przed 2 miesiącami. Często zaś ten okres występuje później, bo po trzech, a nawet czterech miesiącach.

Wczesne wycięcie wrzodu pierwotnego niekiedy nieco opóźnia chwilę zjawienia się objawów drugorzędowych; również wczesne energiczne leczenie swoiste ma podobny, a nawet znacznie silniejszy wpływ.

Objawy ogólne, świadczące o owładnięciu chorobą całego organizmu, występują prawie odrazu, lecz nie zawsze odrazu we wszystkich narządach. Najczęściej spotykamy obja-

wy przymiotu na skórze i błonach śluzowych, choć może zarazem cierpieć i narząd nerwowy, krwionośny, ruchowy, rozrodczy i t. p.

Objawy te, w porównaniu do objawów okresu trzeciorzędowego, są dość lekkie i prędko przemijające, nie wywołują ciężkich następstw i, ogólnie rzecz biorąc, są niebezpieczniejsze dla otaczających ze względu na zaraźliwość, niż dla samego chorego. Szczególniej zaraźliwym bywa początek okresu drugorzędowego. Zarazki przymiotu działają wówczas zarazem niezmiernie zabójczo na potomstwo.

Okres drugorzędowy trwa zwykle niezbyt długo: 2 — 3 lata, choć może się przedłużyć do kilkunastu, a nawet kilkudziesięciu lat. Niekiedy objawy jego, szczególnie przy dłuższym trwaniu, występują współzależnie z objawami trzeciorzędowymi. Odznacza się drugorzędowy okres obfitością i różnorodnością objawów. Objawy podlegają pewnym prawom. Jedne z nich zjawiają się zwykle na samym początku okresu, inne zaś po miesiącach, a nawet latach jego przebiegu, przytem odróżniają się stale nie tylko wyglądem, lecz umiejscowieniem, przebiegiem i ciężkością sprawy, a również odczynem różnym na pewne lecznicze środki swoiste.

Objawy drugorzędowe można szematycznie podzielić na wczesne i późne. Niektóre z późnych posiadają już wiele cech wspólnych z objawami trzeciorzędowymi. Przebieg okresu drugorzędowego u każdego osobnika bywa odmienny. U jednych ogranicza się do bardzo nielicznych i krótkotrwałych zmian na skórze; u innych zmiany cięższe występują ciągle, obejmując cały organizm, lub ograniczając się tylko do jednego narządu.

Zależnie od odczynu poszczególnych narządów i całego organizmu na chorobę odróżniamy kilka rodzajów przebiegu drugorzędowego przymiotu.

W znacznej części przypadków, a to liczniej u mężczyzn, niż u kobiet, przymiot widocznie nie oddziaływa prawie zupełnie na ogólny stan organizmu. Chorzy czują się pełnymi sił, energii, wyglądają dobrze i mogą zupełnie normalnie pracować. Bywa to najczęściej u osób z bardzo nieznacznymi objawami przymiotu, choć może się zdarzać u dotkniętych ciężkimi objawami, lecz tylko skórnymi. Tego rodzaju przebieg przymiotu możnaby nazwać *skórnym, sezonętrznym*.

W innych razach, gdy choroba działa na narządy wewnętrzne, a przede wszystkim na system nerwowy, krwionośny i trawienia, wszystkie czynności organizmu słabną i organizm niszczeje.

Często zmiany w wewnętrznych organach po kilku lub kilkunastu tygodniach przechodzą samoistnie. Niekiedy jednak, ciągnąc się kilka, a nawet kilkanaście miesięcy, podrywają na zawsze lub na pewien czas zdrowie do tego stopnia, iż mogą uczynić chorego niezdolnym do pracy.

Niektórzy autorowie odróżniają cztery typy przebiegu tego t. z. *wewnętrznego* przymiotu:

1. niedokrwisty
2. nerwowy
3. dystroficzny
4. mieszany.

*Typ niedokrwisty* charakteryzuje się bledością skóry i błon śluzowych, a nawet szmerami żylnymi, osłabieniem, chudnięciem, łatwo występującem zmęczeniem, zadyszaniem się i biciem serca. Jako skutek anemii mogą nastąpić zaburzenia w systemie trawienia i nerwowym. W każdym jednak razie anemia rzadko występuje w ciężkim stopniu. Spotyka się ona najczęściej w początkowej fazie okresu drugorzędowego. Podlegają jej przeważnie osoby młode, delikatnie zbudowane, a więc przeważnie kobiety i blondyni.

*Typ nerwowy* albo *niedomożny* najczęściej się zdarza u młodych kobiet. W najsilniejszych swych przejawach tego rodzaju przebieg przymiotu przypomina okres wyzdrowiania po ciężkich zaraźliwych chorobach. Charakteryzuje się ten typ ogólnem osłabieniem organizmu i skłonnością do najrozmaitszych nerwowych zaburzeń. Osłabieniu sił życiowych i umysłowych organizmu towarzyszą również zaburzenia w narządzie trawienia.

*Typ dystroficzny* zasadza się na zaburzeniach w odżywianiu. Chorzy zaczynają chudnąć, tracą na wadze, słabną, dostają ziemistej cery i t. p. Niekiedy stan chorych dochodzi do charłactwa.

*Typ mieszany* zdarza się najczęściej i przedstawia połączenie objawów wszystkich trzech powyższych typów w mniejszym lub większym stopniu.

Tego rodzaju przebieg przymiotu, osłabiając znacznie organizm ludzki, czyni go mniej opornym, a zato więcej podatnym na najrozmaitsze inne choroby zaraźliwe, a przedewszystkiem ogólne. Przeważnie gruźlica najłatwiej się zjawia w organizmach, podkopanych przymiotem, i najsilniej i najszybciej w nich się rozwija. Można tu zaliczyć i wiele innych cierpień, jak np. nerwica, łysina, łuszczycy jamy ustnej.

Objawy przymiotu drugorzędowego najczęściej spotykamy na skórze i błonach śluzowych.

## WYSYPKI SKÓRNE.

### Ogólna charakterystyka.

Wysypki, czyli osutki skórne, zjawiają się podczas całego drugorzędowego okresu. Można przyjąć prawie za pewnik, iż niema drugorzędowego okresu bez wysypek skórnych i że w tych nielicznych względnie przypadkach, w których dopiero trzeciorzędowe wysypki obserwowano, drugorzędowe były niezauważone. Istotnie, niektóre wysypki są bardzo nikle — i kilka lub kilkanaście plam, ledwie widocznych przy bardzo dobrem oświetleniu, można z łatwością przy zwykłym świetle dziennym nie zauważyć.

Osutki skórne przymiotowe posiadają pewne mniej lub więcej charakterystyczne cechy.

*Podmiotowych* objawów, jak swędzenia, palenia, bólu wysypki zwykle nie wywołują, skutkiem czego mogą one być bardzo łatwo niezauważone przez chorych, szczególnie jeśli umiejscawiają się w okolicach ciała, mało widocznych.

*Przebieg* osutek bywa zwykle bardzo powolny: mogą one bez widocznych prawie zmian trwać tygodnie, miesiące, a nawet i lata.

*Zabarwienie* posiadają wysypki często bardzo charakterystyczne: występuje ono niekiedy jako ciemno-czerwone, zbliżone do koloru mięsa lub chudej szynki na przekroju, rzadziej zaś jako czerwono-żółte, przypominające kolor odpolerowanej miedzi. To ostatnie zabarwienie można otrzymać w wielu razach sztucznie, uciskając wykwity szkiełkiem podmiotowem od preparatów drobnowidzowych.

*Działaniu rtęci* poddają się wszystkie osutki przymiotowe w mniej lub więcej silnym stopniu. Działanie to jest najwidoczniejsze przy wysypkach uporczywych, długotrwałych, gdyż nieznaczne, krótkotrwałe mogą i samoistnie szybko zniknąć.

*Umiejscawiać* mogą się wysypki wszędzie, jednak w pewnych okolicach ciała zjawiają się z upodobaniem, podczas gdy innych wyraźnie unikają. Wczesne wysypki widzimy najwcześniej i najobficiej na bocznych powierzchniach piersi i brzucha, a potem dopiero na powierzchni zginaczy ramienia i przedramienia, biodra i goleni.

Późne wysypki bardzo często spotykają się na dłoniach, podszwaczach, czole i tyłogłowi, na granicy owłosionej powierzchni głowy, na pośladkach, na bocznych i tylnych powierzchniach goleni i wogóle na miejscach, w których przylegają do siebie fałdy skóry. Rzadko zaś bardzo osutki przymiotowe zdarzają się na grzbietowej powierzchni dłoni i stopy.

Umiejscawianie się powyższe można wytłómaczyć kilkoma przyczynami. Przedewszystkiem niektóre z poprzednio wymienionych okolic ciała ulegają ciągłym przekrwieniom, np. skutkiem tarcia ubranie na fałdzie międzypośladkowej, tarcia o siebie fałd skórą—do czego dołącza się działanie drażniące potu i rozkładającego się tłuszczu, a także skutkiem stałego przekrwienia u osób, podległych fojotokowi, na granicy owłosionej powierzchni głowy i na brzoździe nosowo-ustnej; żyłkowate rozszerzenia naczyń na goleniach i rozszerzenia żył na sromie niewieścim podczas ciąży wywołują i podtrzymują osutki. O wpływie przekrwienia na powstawanie wysypek możemy się przekonać i drogą doświadczeń, drażniąc stale przez dłuższy przeciąg czasu pewne miejsce lub poddając chorego działaniu wanien siarczanych, które powodują przyływ krwi do skóry.

Często widoczny jest również wpływ nerwów na umiejscowienie się osutek, które może być symetryczne na obu połowach ciała, lub, co ważniejsze, wzdłuż nerwów.

Jednak w sprawie umiejscowienia osutek natrafimy na sporo ciemnych kwestyi. Jak np. sobie objaśnić, że różyczka omija zawsze twarz, że grudki, lokując się tak często na dłoniach i podszwaczach, omijają starannie ich grzbietowe powierzchnie.

Wygląd wysypek t. j. ich ilość, wielkość, kształt i ugrupowanie, a także zabarwienie bywają różne i zależą od najrozmaitszych przyczyn. Przedewszystkiem na osutki wywiera wpływ stan ogólny organizmu: budowa ciała, przebyte ostre choroby i przewlekłe, które stopniowo wyniszczają organizm, jak np. gruźlica, podagra, alkoholizm; miejscowe przyczyny, jak np. żylaki, wyprysk, podnoszą zwykle natężenie wysypek.

Szczególniejsze znaczenie pod względem ilości i jakości osutek posiada alkoholizm. Osutki u alkoholików przyjmują często miedziane zabarwienie, bywają zwykle więcej rozlane, zlewające się, głębsze i posiadają skłonność do owrzodzeń. Na gołeniach z rozszerzonymi żyłami dosięgają niektóre z wysypek największych rozmiarów i najintensywniejszego zabarwienia.

Gęstość i obfitość wysypek znajduje się przeważnie w stosunku odwrotnym do wielkości pojedynczych wykwitów.

Czas występowania wysypek oddziałują również silnie na ich postać. Podczas gdy wczesne drugorzędowe wysypki bywają zwykle rozsiane, więcej powierzchowne i dobrotliwe, mają skłonność do samodzielnego zaniku, nie zostawiając po sobie zmian w tkankach w postaci blizn, — późne zajmują głębsze warstwy skóry, trwają znacznie dłużej — miesiące, a nawet lata i znikając zostawiają po sobie ślady w postaci głębszych blizn, tak, że te wysypki są często bardzo zbliżone do trzeciorzędowych. Przytem występują one w grupach usystematyzowanych i to często na pojedynczych tylko okolicach ciała.

Ugrupowanie tych późnych wykwitów w kształcie najrozmaitszych figur, np. koła, a jeszcze lepiej w postaci półkoła, odcinka koła, jak również kształt pierścieniowaty lub półksiężycowaty oddzielnych wykwitów jest nadzwyczaj charakterystyczny dla osutek późnych, drugorzędowych. Należy tylko pamiętać, iż w postaci koła mogą również występować wykwity luszczycy, rumienia obrączkowatego, łupieża różowego, grzybicy strzygącej.

Wykwity wysypek drugorzędowych zjawiają się pod trzema postaciami:

- 1) plam,
- 2) grudek i
- 3) powierzchownych owrzodzeń.



Należy dodać, że i tutaj znajdują się postacie przyścio-we, skutkiem czego klasyfikacja powyższa, jak zwykle, jest tylko szematyczna.

W zależności od rodzaju wykwitów, wchodzących w skład wysypek, może być ona 1) plamista, 2) grudkowata, 3) wrzodziejąca. Często bardzo wysypki przymiotowe drugorzędowe bywają wielopostaciowe, to jest składają się z naj-rozmaitszego rodzaju wykwitów.

*Objawy ogólne* towarzyszą niekiedy wysypkom drugo-rzędowym i to wyłącznie prawie najwcześniejszym, a przy-tem zwykle w bardzo łagodnej postaci; tylko u kobiet i osób nerwowych natężenie tych objawów bywa nieco sil-niejsze. Zjawiają się one najczęściej współcześnie z ukaza-niem się wysypki, niekiedy na parę dni przedtem, a rzadko bardzo po kilkodniowym jej trwaniu. Przeważnie występuje uczucie zmęczenia i osłabienia, szczególnie kończyn, apatya, brak apetytu, bezsenność, zawrót głowy, bledość, chudość.

Zarazem mogą się zjawić bóle w kończynach, plecach, mostku, stawach i mięśniach, nerwobóle międzyżebrowe i głowy, szczególnie jednej jej połowy. Silne bóle głowy występują dość często, przeważnie napadowo; zwykle zja-wiają się one pod wieczór około 6 — 7 godziny, a w dzień przechodzą.

Czasami zdarzają się objawy gorączki i krótkotrwałe dreszcze. Gorączka bywa przeważnie wieczorami lub nocą i, jak i inne objawy ogólne, zazwyczaj nie dosięga silnego stopnia i nie posiada typowego przebiegu. Osutki przymio-towe, zjawiając się nawet wspólnie z gorączką, następnie roz-wijają się już bez niej.

Zaznaczę, iż osutkę przymiotową, szczególnie najwcześ-niejszą, poprzedzają niekiedy takie skórne sprawy, jak po-krzywka i półpasiec.

### **Wysypka plamista.**

(Exanthema maculosum, roseola).

#### **Ogólna charakterystyka.**

Postać plamista osutki jest najczęstsza ze wszystkich. Składa się ta wysypka z plam, niewystających ponad po-

ziom skóry, nie łuszczących się na powierzchni i niezmieniających naskórka.

*Wielkość* plam bywa różna—od ziarnka maleńkiej soczewicy do srebrnej dwudziestokopiejkówki. Rzadko plamy zdarzają się większych rozmiarów, chyba oddzielne wykwitły, zlewając się, tworzą duże blaszki. Kształt plam bywa nieprawidłowo okrągławy lub owalny, podługowaty, brzoگی nieznacznie przechodzą w zdrową skórę i często są nierówne, zazębione.

*Kolor* plam bywa różny, w zależności przede wszystkim od czasu trwania i intensywności wysypki. Plamy, bardzo świeże, posiadają zabarwienie delikatno różowe, z kąd pochodzi często używana nazwa „różyczka”; przytem zabarwienie to często bywa tak słabe, iż plamy mogą być łatwo niezauważone; występują one jednak wyraźniej u chorych, trzymanyh w ciągu kilku minut na chłodzie. Plamy świeże bledną i nikną zupełnie przy naciskaniu palcem.

W trakcie zupełnego rozwoju swego plamy stają się ciemniejsze, więcej nasycone czerwonawo, i przypominają zabarwieniem zwykłą odrową wysypkę; przy naciskaniu palcem nie zupełnie znikają i coraz mniej bledną.

W okresie przemiany wstecznej plamy przybierają odcień żółtawy, a następnie szaro-bronzowy i nie zmieniają zabarwienia przy naciśnięciu palcem.

Wysypka ta nie powoduje żadnych podmiotowych objawów, jak np. swędzenie i palenie.

Osutka planista bywa najczęściej najwcześniejszą przymiotową wysypką. Rozpoczyna ona okres drugorzędowy w siódmym, ósmym tygodniu, a najczęściej w 45 dni po utworzeniu się objawu pierwotnego.

W wielu razach zjawia się ona skrycie, niepostrzeżenie dla samego chorego, bez żadnego odczynu ze strony organizmu. Niekiedy jednak wysypkę planistą poprzedzają lub z nią współcześnie występują kilka dni trwające objawy ogólne, o których obszerniej mówiliśmy w poprzednim rozdziale, a przede wszystkim ogólne rozbicie, wieczorne bóle głowy i dreszcze, a oprócz tego zapalenie gardła i niekiedy strupki na owłosionej skórze czaszki.

*Rozwój* wysypki bywa zawsze stopniowy i powolny: na początku pokazuje się tylko kilka plam, najczęściej na bocz-

nych powierzchniach piersi i brzucha; do nich codziennie przylączają się nowe, i zazwyczaj po tygodniu osutka osiąga największego swego rozwoju,—pozostaje w tym stanie dość długo, bo parę, kilka tygodni, a nawet niekiedy miesięcy, prawie bez widocznych zmian, następnie staje się coraz to ciemniejsza, jakby szaro-bronzowawa i wikła się wtedy często innego rodzaju wykwitami, jak grudkami, a nawet krostami; plamistą jednak osutką pozostaje ze względu na przeważającą ilość tego rodzaju wykwitów.

Po pewnym przeciągu czasu wysypka plamista nawet samoistnie zanika i znika. Niekiedy niknie ona nawet bardzo prędko, bo po kilku dniach, i nie pozostawia po sobie nigdy trwałych śladów. Pod wpływem leczenia wysypka plamista prawie zawsze bardzo szybko blednie i niknie.

*Umiejscowienie* plam przy wczesnej wysypce bywa zwykle rozsiane nieprawidłowo, symetryczną ją można nazwać chyba dlatego, iż dotyka zawsze prawie jednakowo obie połowy ciała.

*Gęstość* wysypki bywa różna. W przypadkach, pozostawionych samoistnemu biegowi, plamy zwykle są dość gęste, zachowując jednak pomiędzy sobą pewną przestrzeń niezajętej skóry. Czasami plamy bywają tak gęste, iż skóra jest niemi formalnie usiana. Może dojść nawet do tego, iż plamy, zlewając się, tworzą całe przestrzenie rumieniowe, jak to widzieliśmy w przypadku, przedstawionym przeze mnie na posiedzeniu sekcji skórno-wenerycznej d. 18/VI 1905 r.

Wysypka zalega zwykle boczne powierzchnie klatki piersiowej i brzucha, plecy i powierzchnie rozginaczy kończyn, a nigdy nie zjawia się na twarzy i na grzbietowej powierzchni dłoni i stóp.

### O d m i a n y.

Osutka plamista, w zależności od pewnych cech swych składowych elementów, może przybierać nieco odmienne postacie, które jednak na ogół zdarzają się dość rzadko. Nieco częściej spotykają się następujące odmiany:

1. Różyczka drobnoplamista składa się z plam bardzo małych, wielkości ziarenka zboża — malej soczewicy.

2. Różyczka wielkoplamista składa się z plam dużych, wielkości srebrnej monety 10—15—20 kopiejkowej.

3. Różyczka blada odróżnia się od innych plamami blado-różowemi nikłemi, trudno dostrzegalnemi na zwykłej skórze.

4. Różyczka pokrzywkowata, zwana także różyczką grudkowatą, odznacza się plamami, nieco wzniesionemi nad poziom skóry, tak że wzniesienie to można określić wzrokiem i dotykiem; przypominają one wzniesione nieco nad powierzchnią skóry bąble pokrzywki.

5. Różyczka punkcikowata, zwana również ziarnistą, składa się z plam, usianych nadzwyczaj małemi, prosówkowatemi wyniosłościami, przedziurawionemi zwykle włosami. Na każdej plamie znajduje się często kilka takich wzniesień, odpowiadających mieszkom włosowym, które jak wiemy są silnie unaczynione.

### W z n o w y.

Wysypka plamista w ciągu drugorzędowego okresu może się powtarzać wielokrotnie co pewien przeciąg czasu. Wznowy wtórne należą do dość częstych. Rzadziej już zdarzają się wznowy po raz trzeci, czwarty i piąty, choć trafiają się i więcej razy. Wyjątkowo u mężczyzny, leczącego się dość starannie, obserwowałem w ciągu lat pięciu 11 wznów plamistych; występowały one początkowo co 2 — 3 miesiące, a później w coraz to dłuższych odstępach czasu. Przeważnie wznowom wysypek plamistych podlegają osoby, które się leczą dość starannie; t. j. po odpowiednim leczeniu zjawiają się wysypki dobrotliwe, podczas gdy nieleczoney przymiot przebiega znacznie złośliwiej.

Wysypki plamiste ponowne, im są późniejsze, tem bardziej występują w postaci słabszej, a nawet w szczątkowej; stają się one coraz to mniej liczne, tak że czasami można naliczyć wszystkiego kilka lub kilkanaście plam. Rozmiary plam przytem bywają większe, niż przy wysypce pierwotnej, dochodzą do wielkości pół, a nawet całego rubla srebrnego. Zabarwienie tych wykwitów bywa bardziej blade, nikłe, skutkiem czego nadzwyczaj łatwo mogą być one niezauważone.

Postać plam przeważnie bywa owalna, czasem półowalna. Grupują się one przeważnie w półkoła i odcinki koła. Wszystkie te osutki poddają się zwykle łatwo swoistemu leczeniu i są oznaką, jak zaznaczyliśmy, dobrotliwego przebiegu przymiotu, posiadają tę tylko ujemną stronę, iż źle oddziałują na psychikę pacyentów, szczególnie gdy się zjawiają bardzo późno.

Niekiedy wysypki plamiste ponowne występują bardzo późno, po kilkunastu, a nawet kilkudziesięciu latach, i wtedy odznaczają się zwykle bardzo znaczną wielkością m. w. 5 — 15 ctm. w średnicy koła albo w dłuższej osi owalu. Takie późne wysypki mają przebieg powolniejszy, mniejszą skłonność do powtarzania się i nie poddają się łatwo swoistemu leczeniu; skutkiem tego takie późne plamiste ponowne wysypki niektórzy autorowie przyjmują za trzeciorzędowe. Jednak i te późne wysypki nie różnią się zasadniczo od wcześniejszych, a przytem należą one do dobrotliwych; nie można więc ich przyjmować za trzeciorzędowe, które są wogóle objawami ciężkimi przymiotu i pozostawiają po sobie zwykle znaczniejsze ślady.

Do rzadszej postaci wznów należy różyczka obrączkowata (*roseola circinata*). Zjawia się ona zwykle późno, w końcu pierwszego, w ciągu drugiego, trzeciego roku, a nawet znacznie później. Składa się ona z różowych, płaskich, czasem nieco wystających plam w kształcie okrągłych lub owalnych pierścieni, częściej jednak półkoli, półksiężyców, odcinków koła, połączonych z sobą końcami. Promień tych plam posiada m. w. 1 — 2 ctm., a krótka oś owalu 2 — 3 ctm., przytem wykwity bywają często poprzerywane pasemkami normalnie wyglądającej skóry. Postać ta, pozostawiona samoistnemu biegowi, trwa zwykle bardzo długo, pod wpływem leczenia swoistego ustępuje łatwo, lecz również łatwo powraca.

### **Rozpoznanie.**

Bywa ono zwykle dość łatwe, jeśli przyjąć pod uwagę nie tylko postać samej wysypki plamistej, lecz i wszystkie towarzyszące jej okoliczności. Przedewszystkiem przy przy-

miocie znajdujemy wrzód pierwotny lub bliznę po jego zagojeniu, a także odpowiednie obrzmienie gruczołów chłonnych; oprócz tego, szczególnie wspólnie z wysypkami, dłuższymi trwającymi, mogą się znajdować i różne inne objawy drugorzędowego przymiotu, jak np. łepięże płaskie, bielactwo, łysiny swoiste i t. p., a przytem wywiady wyjaśniają nam w znacznej mierze dotychczasowy przebieg sprawy.

Postać wysypki również może być bardzo charakterystyczna dla przymiotu. Jednak na samym wyglądzie wysypki opierać się nie można dlatego, iż zmienia się ona bardzo przy dłuższem trwaniu i często jest bardzo zbliżona do wysypek plamistych innego pochodzenia.

*Wysypka odrowa* bywa niekiedy bardzo podobna do wysypki plamistej przymiotu. Jednak przy odrze jest ona więcej ogólna, gdyż obejmuje twarz i grzbietowe powierzchnie dłoni i stóp. Ogólne objawy są zwykle znacznie silniej wyrażone, niż przy przymiocie. Oprócz tego bywają zajęte zazwyczaj: łącznica oczów, błony śluzowe nosa, krtani i oskrzeli; całemu przebiegowi wysypki towarzyszy prócz tego dość silna gorączka, która poprzedza wystąpienie osutki na 3—4 dni.

Niekiedy jednak i objawy ogólne przy odrze są słabe (odra przelotna); wtedy o rozpoznaniu różniczkowem decydują objawy, towarzyszące wysypce (obrzemiecie gruczołów, wrzód pierwotny lub blizna po nim—przy przymiocie).

*Różyczka lekowa* bywa również niekiedy bardzo zbliżona do przymiotowej. Najczęściej takie osutki występują po przyjmowaniu wewnątrz balsamu kopaiwianego i antypiryny, niekiedy również kubeby i olejku sandałowego.

Różyczki po przyjęciu olejków balsamicznych przeważnie posiadają postać rumienia rozlanego lub osutki płonniczej, niekiedy jednak przedstawiają bardzo wiele podobieństwa do różyczki przymiotowej. Dla różniczkowego rozpoznania tych wysypek należy przedewszystkiem dowiedzieć się, czy chory przyjmował jeden z wymienionych leków; następnie tego rodzaju różyczki lekowe prędzej przechodzą, swędzą i posiadają żywsze czerwone zabarwienie, niż przymiotowe; oprócz tego różnią się jeszcze często gęstością plam na kończynach i zwykle obecnością ognisk większych, powstałych ze zlania się pojedynczych plam na powierzchni rozginalców (kolano, łokieć, dłoń i stopa).

Różyczka lekowa po przyjęciu antypiryny może być również rozpoznana na mocy wywiadów, a prócz tego na mocy przebiegu i wyglądu. Różyczka ta powstaje odrazu i nadzwyczaj szybko się rozwija, może umiejscawiać się w tych okolicach ciała, w których nie zdarza się różyczka przymiotowa, posiada zabarwienie żywo-czerwone i bywa często wielopostaciowa t. j. wespół z różyczką widać rumień plonicowaty, szczególnie na powierzchniach wyprostnych, pokrzywkę, pęcherze, miejscowe obrzęki i t. p.; a prócz tego zjawia się ta wysypka niekiedy w towarzystwie objawów ogólnego zatrucia antypiryną, jak mdłości, zawrót głowy, dreszcze, poty i t. p.

*Różyczka zwyczajna* (roseola simplex, exanthematica, vernalis, aestivalis) również rozprzestrzenia się po całym ciele i składa się wyłącznie z plam, jednak występuje przeważnie wespół z ogólnymi objawami, umiejscawia się na twarzy, bardzo krótko trwa i często bardzo swędzi.

*Plamy niebieskawe* (maculae caeruleae) przy wszawicy miejsc porosłych włosami, szczególnie wzgórka łonowego, posiadają odcień sinawy, umiejscawiają się w pobliżu okolic owłosionych, w których spostrzegamy wszy t. zw. mędoweszki.

*Łupież pstry różowy* (pityriasis versicolor rosea) jest to właściwie zwykły łupież pstry, który niekiedy, skutkiem niewiadomych przyczyn, przyjmuje różowe zabarwienie i wtedy może być nadzwyczaj podobny do różyczki przymiotowej. Łupież ten jednak rozpoznaje się łatwo, gdyż wysepki jego w kształcie plam delikatnie się łuszczą i po podrapaniu paznokciem oddzielają strużki naskórka, w których pod mikroskopem można łatwo wykryć grzybek łupieżowy.

*Liszaj wylysiający plamisty* (herpes tonsurans maculosus) łatwo odróżnić od różyczki przymiotowej na mocy zabarwienia, łuszczenia, swędzenia i badania mikroskopowego.

*Różyczka łuskowata* albo *łupież różowy* (roseola squamosa, pityriasis rosea), cierpienie rzadkie, składa się z plamek wielkości soczewicy, które zaczynają się łuszczyć już po paru dniach trwania w postaci drobniutkich, białawych albo szarawo-białych łuszczonek; przyczem na obwodzie spostrzegają się typowe cieniutkie płateczkowate łuszczonek. Oprócz tego, spotykamy zwykle jeszcze kilka wykwitów dużych, nadzwyczaj charakterystycznych, zwanych ze względu na wygląd medalio-

nami (pityriasis circinata). Medaliony posiadają na obwodzie pasek skóry szerokości 2—3 mm. różowy, płaski, lub nieco wzniesiony, posypany delikatnymi luseczkami, niekiedy jakby mączką, —pośrodku zaś skórę ciemno-bronzową lub popielatą, zbróżdżoną w pionowych do siebie kierunkach. Wykwity te zwykle swędzą nieznacznie.

### **Wysypka grudkowata.**

(Exanthema papulosum).

#### **Ogólna charakterystyka.**

Osutki grudkowate podczas całego okresu drugorzędowego należą do bardzo często spotykanych i najbardziej urozmaiconych postaci. Często rozpoczynają one okres drugorzędowy i spotykają się wielokrotnie podczas jego przebiegu, a nawet w najbardziej oddalonym jego czasie, stając przytem nieraz postacią przejściową do wykwitów trzeciorzędowego przymiotu.

Osutki grudkowate składają się z twardych nieznacznych wzniesień skóry. Te wysypki mogą podczas swego przebiegu podlegać najrozmaitszym zmianom wstecznym, jak luszczenie, przeczos, a nawet owrzodzenie. Niekiedy zmiany te występują od samego początku trwania osutki, w innych razach dopiero po pewnym przeciągu czasu. Zmiany odbywają się na powierzchni grudek lub też w ich mięszu i często stoją w związku z umiejscowieniem wykwitów i z czasem występowania w ciągu drugorzędowego okresu.

Zależnie od tych zmian, wysypki grudkowate występują w czterech postaciach:

- I. Wysypka grudkowata zwykła (exanthema papulosum).
- II. Wysypka grudkowato - luskowata (ex. papulo-squamosum).
- III. Wysypka grudkowato-wrrodziejąca (ex. papulo-ulcerosum).



#### IV. Wysypka grudkowato - guzowata (ex. papulo - tuberculosum).

Trzy pierwsze rodzaje wysypek grudkowatych, zależnie od wielkości wykwitów, przedstawiają się jako:

1. wysypka grudkowato-soczewkowata (ex. papulosum lenticulare).
2. wysypka drobno-grudkowata (ex. micro-papulosum).
3. wysypka wielko-grudkowata (ex. macro-papulosum).
4. wysypka grudkowato-błaznkowata albo zlewająca się (ex. papulosum confluens).

Grudki niekiedy bywają bardzo silnie rozwinięte i pod względem wysokości znacznie wystają nad powierzchnią skóry; czasami zaś odwrotnie, rozwój grudek może być nadzwyczaj słaby, tak, że są one prawie niedostrzegalne dla oka i niewyczuwalne palcem. O obecności grudek w tych razach świadczy tylko zaczerwienienie, łuszczenie się skóry, i przytem nieznaczne stwardnienie.

Wysypki grudkowate rozwijają się stopniowo i powoli, powiększając się co do ilości i wielkości wykwitów; trwają zwykle dłuższy przeciąg czasu i powoli zanikają i nikną, pozostawiając po sobie łuszczącą się przez niejaki czas skórę i brunatnawe zabarwienie, które również powoli blednie i niknie.

W wyjątkowych razach powyższe zabarwienie bywa nadzwyczaj silne: gdy łuszczenie po zaniku grudek się skończy, zaczynają zjawiać się plamy, początkowo ciemno - czerwone, następnie czerwono brązowe i ciemnieją, stając się niekiedy prawie zupełnie czarne; plamy powyższe są bardzo uporczywe i nie poddają się łatwo leczeniu; pozostawione swemu biegowi mogą trwać bardzo długo,  $\frac{1}{2}$  roku, a nawet  $1\frac{1}{2}$  i więcej; spotykają się zwykle współcześnie z innymi ciężkimi objawami przymiotu.

#### **Wysypka grudkowata zwykła.**

Postać ta może istnieć jako taka bez żadnych zmian aż do chwili wessania się, albo też po pewnym przeciągu czasu przeobraża się częściowo lub całkowicie w wysypkę grudkowato-łuskowatą lub też grudkowato wrzodziejącą; jest też naj-

ważniejszym i najbardziej charakterystycznym rodzajem grudkowatych osutek.

Najczęstszą jej odmianą bywa:

*Wysypka grudkowato-soczewkowata.*

Zjawia się przeważnie w ciągu pierwszych miesięcy okresu drogorzędowego, niekiedy nawet go rozpoczyna, występując często w połączeniu z wysypką plamistą, jako osutka plamisto-grudkowata.

Wysypka grudkowato-soczewkowata rozwija się stopniowo, t. j. w ciągu pierwszych dwóch tygodni trwania zjawiają się coraz to nowe małe grudki, które powiększają się odśrodkowo i dochodzą do zwykłej swej wielkości dopiero po upływie kilku dni. Skutkiem tego, szczególnie w pierwszych tygodniach trwania wysypki, spotykamy grudki najrozmaitszej wielkości.

Gęstość wysypki grudkowato-soczewkowatej bywa różna: spostrzegamy wysypki nadzwyczaj rzadkie, składające się z kilkudziesięciu wykwitów, porzrzucanych po całym prawie ciele, to znów nadzwyczaj gęste, usiewające prawie całą przestrzeń skóry.

Wielkość grudek, wchodzących w skład tej wysypki, bywa rozmiaru dużych soczewic, m. w. 3—5 mm. w średnicy wystają one nad poziom skóry na  $1\frac{1}{2}$  — 1 mm. Grudki są płaskie, okrągławe, często prawidłowo okrągłe, jakby cyrkiem nakreślone. Brzeg nieznacznie obniża się i przechodzi w zdrową skórę.

Zabarwienie grudek bywa z początku różowe, stopniowo czerwienieje, a nawet może stać się ciemno-czerwonym, przypominającym zabarwienie chudej szynki, niekiedy zaś żółto-czerwonym, jakby miedzianem; przytem grudki otrzymują czasem połysk woskowy, a nawet mogą błyszczeć, jak polakierowane. Odcienie te rzadko spotykamy na wszystkich grudkach, przeważnie tylko niektóre starsze i większe posiadają go. Zabarczenie miedziane grudki można często wywołać sztucznie, uciskając grudek palcem albo szkiełkiem przedmiotowem. Dowodzi to, iż krwioobieg przyjmuje żywy udział w zabarwieniu wysypek przybierając tak grudki na goleniach,

szczególnej gdy znajdują się wobec rozszerzonych żył, posiadają przeważnie zabarwienie ciemniejsze, mocno czerwone, nawet fioletowe.

Spoistość grudek—twarda, przypomina nieco spoistość objawu pierwotnego przymiotu: przy uciskaniu grudki z dwóch stron palcami otrzymuje się wrażenie, jakby w mięszu skóry zaległa nieustępliwa soczewica.

Weczesna wysypka grudkowato-soczewkowata bywa rozsiana po całym ciele nieprawidłowo. Posiada ona szczególnie ulubione umiejscowienie na plecach, na bocznej części brzucha, na czole i naokoło ust, a unika grzbietowej powierzchni stóp i dłoni.

Wysypka, osiągnąwszy swój zupełny rozwój, istnieje zazwyczaj bez widocznych zmian w ciągu kilku tygodni, a nawet, pozostawiona swemu własnemu biegowi, może potrwać kilka miesięcy i następnie przechodzi w okres zaniku: grudki stają się więcej płaskie, niskie i wsysają się zupełnie, pokrywając się trwałym, łuszczącym naskórkiem. Pozostawiają one po sobie na pewien czas ciemno-brązową plamę, która następnie znika bez śladu. Długotrwałość wysypki zależy od najrozmaitszych przyczyn, jak np. ogólnego stanu organizmu, alkoholizmu. Największy wpływ na zanik grudek posiada ogólne przymiotowe leczenie. Pod wpływem ręki wysypka ginie szybko w parę, najwyżej w kilka tygodni.

#### *Wysypka wielko-grudkowata.*

Jest to odmiana rzadziej występująca, niż wysypka grudkowato-soczewkowata. Różni się ona od poprzedniej głównie wielkością wykwitów. Grudki dochodzą do rozmiarów 10 kop. srebrnych, 1 rubla srebrnego i nawet większych. Wysypka wielko-grudkowata, szczególnie z dużymi bardzo grudkami, nie spotyka się samodzielnie, a zwykle w ilości kilku—kilkunastu wykwitów dołącza się do zwykłej grudkowato-soczewkowatej osutki. Kształt dużych grudek bywa również okrągły, może nawet więcej matematycznie okrągły, niż soczewkowatych. Zabarwienie bywa przeważnie intensywne, powierzchnia zwykle gładka, równa, błyszcząca, jakby polakierowana. Wsysają się duże grudki bardzo powoli, pozostawiając po sobie plamę

ciemno-bronzową, niekiedy bardzo wyraźną i nadzwyczaj po woli ustępującą.

*Wysypka drobno-grudkowata.*

Różni się ona od wysypki grudkowato - soczewkowatej mniejszą objętością grudek, a przytem większą zwykle wypukłością.

Rozmiary wykwitów nie przenoszą często rozmiarów łepka szpilki, najwyżej małej soczewicy; połowa grudki zazwyczaj wystaje nad powierzchnią skóry. Te drobne wypukłe grudki posiadają spoistość twardą, i, ze względu na wygląd swój, noszą miano osutki grudkowatej drobnoziarnistej. Bywa ona przeważnie bardzo gęsta i nadzwyczaj uporczywa. Pozostawiona sama sobie może trwać kilka, nawet kilkanaście i więcej miesięcy, a pod wpływem ogólnego swoistego leczenia ginie bardzo powoli, najczęściej odrazu cała wysypka, i pozostawia po sobie ciemno bronzowe zabarwienie.

Wysypka drobno-grudkowata niekiedy bywa tak drobna, iż przedstawia się kształcie jakby punkcików — osutka grudkowata punkcikowata. Te maleńkie grudki przypominają sobą wzniesienia gęsiej skórki i zazwyczaj na wierzchołku posiadają białą lub szarawą łuseczkę, albo maleńki rdzawy strupeczek. Gęstość tej osutki bywa nadzwyczajna; niekiedy skóra jest nią formalnie usiana. Najwięcej grudek bywa zwykle na plecach, następnie na bocznych powierzchniach tułowia, na pasie, pośladkach i kończynach, a nigdy prawie nie zdarza się na grzbietowych powierzchniach dłoni i stóp, a szczególnie na twarzy. Osutka drobno-grudkowata spotyka się przeważnie u ludzi, posiadających organizm wyniszczony długotrwałymi chorobami.

*Wysypka grudkowato-blaszkowata.*

Przedstawia się ona w postaci blaszek mniejszych lub większych rozmiarów, pochodzących ze zlania się pojedynczych grudek. Najczęściej blaszki powstają w taki sposób, iż bardzo gęsto obok siebie położone grudki, powiększając się

odśrodkowo, zlewają się z sobą. Skutkiem tego blaszki posiadają brzegi nieprawidłowe, zatokowate, przyczem na obwodzie, a rzadziej pośrodku, widać jeszcze oddzielne grudki, niezupełnie zlane w jedną przestrzeń. Niekiedy jednak wysypka w kształcie blaszki zjawia się jakby odrazu i później dopiero może się jeszcze wszerek powiększyć.

Blaszki wyglądem i przebiegiem rozwoju w niczem nie różnią się od grudek, z których powstały. Posiadają one często w poprzecznicy 5—15 cm., mogą jednak czasami dochodzić do rozmiarów olbrzymich, np. mogą pokrywać całą okolicę łonowoudową (u kobiet), powierzchnie między pośladkami, jamę podkolanową i podpachową.

#### **Wysypka grudkowato-luskowata.**

Bardzo często na starszych grudkach, szczególniej soczewkowatych, zaczynają tworzyć się łuseczki. Naskórek, przykrywający grudkę, skutkiem rozciągnięcia go, staje się błyszczący, a następnie pęka, rozpada się na maleńkie, cienkie płateczki i łuszczy się. Sprawa ta może się odbywać na całej powierzchni grudki, albo tylko na obwodzie jej.

W pierwszym przypadku białawe lub szarawe, rzadkie, na pół przezroczyste łuseczki przykrywają grudkę, i przez te łuseczki przebija czerwone zabarwienie.

W drugim przypadku szarawo-białe łuseczki na obwodzie okalają w kształcie kołnierzyka (Bielt) czerwoną, gładką powierzchnię grudki pośrodku.

Przeobrażenia powyższe w przebiegu osutek grudkowatych, szczególniej soczewkowatych, zdarzają się często. Przeważnie tylko część wykwitów podlega łuszczeniu się.

Łuszczenie naskórka na powierzchni grudek bywa niekiedy bardzo znaczne. Grudki, szczególniej w środkowej części, mogą być zupełnie przykryte szarawymi lub białoszarawymi łusczkami. Łuskwina zwykle jest dość łamliwa, odpada łatwo i zamienia się nową. Czasami łuszczenie na powierzchni grudki bywa tak obfite, iż tworzy się warstwa łusek grubości  $\frac{1}{2}$ —2 mm., stanowiących na grudce jakby pan-cerz gipsowy. Tego rodzaju osutki bywają bardzo podobne

do łuszczycy i noszą miano osutek grudkowato-łuszczycowatych (exanthema papulosum psoriasiforme).

Szczególniej często i obficie łuszczą się blaszki grudkowate.

Niekiedy znów na blaszkach łuseczki trzymają się dość luźno, łatwo odpadają, skutkiem czego nie wytwarzają takich grubych nawarstwień, jak przy łuszczycy; są płatkowate, dość szerokie, lecz cienkie, jak łuseczki z cebuli. Ta ostatnia postać należy do nadzwyczaj uporczywych i bardzo powoli poddających się swoistemu leczeniu.

*Osutka grudkowato-łuskowata na dłoniach i stopach.*

(Psoriasis palmaris et plantaris).

Wysypka grudkowato-łuskowata na dłoniach i stopach, skutkiem nadzwyczaj grubej warstwy rogowej w tych miejscach, przyjmuje specjalny wygląd. Wygląd ten był przyczyną, iż wyodrębniano tę wysypkę i nadano jej nazwę: „psoriasis palmaris et plantaris”.

Wysypka powyższa przeważnie należy do ponownych w okresie drugorzędowym; zdarza się ona dość często, szczególnie u osób nieleczonych lub leczonych niedostatecznie; rzadko zachodzi na boczne powierzchnie palców, a nigdy prawie nie zdarza się na grzbietowej powierzchni dłoni i stopy. Umiejscowienie tej wysypki dość często bywa symetryczne na obu dłoniach lub podszwach, a czasem od razu w obu tych miejscach. Jednakowoż w sporej liczbie przypadków trafia się ona tylko na jednej stronie.

Osutka grudkowato-łuskowata na dłoniach i stopach spotyka się w kilku postaciach.

Najczęstszą są zwyczajne grudki soczewkowate. Sprawa rozpoczyna się od małych różowych plam, wielkości soczewicy, które następnie zaczynają się wypuklać i łuszczyć na powierzchni. Grudki bywają zwykle okrągłe, twarde, suche i szorstkie, szarawe, gdy naskórek się łuszczy, a czerwone, gdy odpadnie, i w tym ostatnim razie zazwyczaj otoczone wiankiem pozostałych łuszek. Na dłoniach spotykają

się najczęściej pośrodku dłoni, a rzadziej na palcach. Na podszwach zaś grudki te umiejscawiają się najczęściej pośrodku podszwy i rzadziej na palcach, a jeszcze rzadziej na pięcie. Przytem wykwyty na podszwach pozostają przez czas dłuższy w postaci plam pod naskórkiem. Plamy te są bledsze, niż na dłoni, zabarwienia szaro-różowego lub zlekką żółtawo-różowego; szczególnie wyraźny żółtawy odcień posiadają plamy, umiejscowione na wewnętrznym brzegu stopy; łuski, szczególnie na pięcie, są również grubsze i większe, niż na dłoni. Na palcach nóg grudki przybierają zawsze wygląd moknący, nadzerkowaty. Tworzą się tam na dolnej powierzchni palców czasem pęknięcia. Pęknięcia głębokie i odczyn zapalny naokoło nich mogą się tworzyć pod wpływem podrażnienia zewnętrznego na dłoni, szczególnie pomiędzy palcami. Niekiedy grudki na dłoniach i podszwach odznaczają się nadzwyczajną twardością. Przy macaniu otrzymuje się wrażenie jakby odcisku, znajdującego się głęboko w skórze. Twardość zależy od silnego nacieku w głębi tkanki i od znacznej grubości przykrywającego naskórka (grudki rogowe).

Wysypka grudkowato-łuskowa na dłoniach i podszwach bywa zawsze niebolesna i nieswędząca. Należy ona do bardzo uporczywych. Leczenie swoiste usuwa ją w najlepszym razie zaledwie po kilku tygodniach. Pozostawiona samoistnemu biegowi, może trwać miesiące, a nawet lata, przyczem, jak zwykle, postacię powierzchnijsze i wcześniejsze przechodzą łatwiej i szybciej, niż głębsze i późniejsze.

Współcześnie z wysypką grudkowatą na dłoni lub niezależnie od niej zdarzają się odpowiednie wykwyty na zgięciach stawowych palców. Są to grudki eliptyczne, wyciągnięte w poprzecznym kierunku palców; w tej poprzecznicy posiadają około 1 ctm., gdy w przeciwnej parę milimetrów. Grudki te mogą być bardzo nieznacznych rozmiarów i występować w postaci paseczka długości paru milimetrów, a szerokości jednego. Zabarwienie większych grudek bywa najczęściej blado-różowe, huszczące się tylko w miejscach, odpowiadających fałdom, gdzie się przedstawiają jako szarawe lub białawe paseczki; małe grudki występują całe w takiej postaci, jak powyższe paseczki.

W miejscach, odpowiadających fałdom skóry, tworzą się niekiedy przez miąższ grudki szczelinowate pęknięcia, często bardzo głębokie i bolesne.

Na brzuścach palców również mogą się zjawiać grudki. Umiejscawiają się one albo pośrodku brzuśca, albo po jego bokach lub nawet naokoło brzoźdy podpaznokciowej. Zdarzają się one na jednym palcu, lecz częściej na kilku odrazu. Grudki w tych miejscach występują nad powierzchnię skóry w kształcie okrągłej soczewicy lub posiadają kształt nieprawidłowo okrągły, bywają one zwykle nadzwyczaj twarde niekiedy łuszczące się, zabarwienia szarawo-różowego, przypominają wyglądem małą płaską brodawkę lub odcisk.

Są to zazwyczaj bardzo uporczywe, najczęściej późne drugorzędowe objawy przymiotu.

Niekiedy na dłoniach i podszwach zdarzają się blaszki łuskowate, zajmują one tam przestrzenie długości i szerokości m. w. 2 — 4 ctm. a nawet i znacznie większą, ciągną się w kierunku fałd skóry.

Blaszki na dłoniach i podszwach łuszczą się w postaci grubych rogowych łuskw, mogą być nawet zupełnie naskórka pozbawione, lecz zawsze na obwodzie pozostaje się wianek odstającego naskórka.

Niekiedy blaszki łuskowate występują w tych okolicach w postaci paska festonowatego, przechodzącego czasami nadzwyczaj prawidłowo z jednego palca na drugi.

#### **Wysypka grudkowato-nadżerkowata (strupkowata).**

Powierzchnia grudek może stać się nadżartą i przykrywać się strupkiem, i o tych tylko strupkowatych grudkach tutaj będziemy mówić, gdyż grudki cieknące na skórze, przeważnie w jej fałdach umiejscowione, należą do postaci analogicznych łepieżom płaskim i razem z tymi ostatnimi będą opisane.

Nadżarcie na powierzchni grudki bywa zazwyczaj powierzchowne. Grudki nadżerkowate posiadają najczęściej małe rozmiary. Na dużych grudkach nadżarcie tworzy się zwykle po środku grudki i wtedy nie przenosi wielkością lepka szpilki lub małej soczewicy.

Nadżarcie może formować się w taki sposób, iż, niedługo po zjawieniu się grudki, powierzchnia jej marszczy się, staje



się mętna i pokrywa się nalotem, który wysychając, przemienia się w strupek. Często jednak na powierzchni grudki przedewszystkiem tworzy się małe pęcherzyk, krosteczka lub nawet krosta, która przeważnie trwa krótko i wysycha w strupeczek.

Strupeczki bywają zwykle cienkie, pokrywają częściowo lub nawet całkowicie grudkę, lecz nie drążą w nią i przypominają strupeczek przy opryszczkach lub co najwyżej przy liszajcu zaraźliwym. Po odpadnięciu strupeczka, powierzchnia grudki bywa albo sucha, łuszcząca się lub też nieznacznie nadżarta i w takim razie znów się przykrywa małym strupeczkiem. Skutkiem tego grudkowato-nadżerkowata osutka w wielu razach bywa nadzwyczaj zbliżona do osutki grudkowato-łuskowatej.

Przebieg osutki grudkowato-nadżerkowatej bywa zwykle bardzo powolny.

Zależnie od sposobu tworzenia się strupka i wielkości grudki, tworzą się wykwity, zbliżone pod wieloma względami do różnych postaci, spotykanych w dermatologii. Skutkiem tego często określają osutkę grudkowato-nadżerkowatą, jako opryszczkowatą (herpetiformis), pęcherzykowatą (vesiculosa), ospicowatą i ospowatą (varicelliformis et varioliformis) trądzikowatą (acneiformis), liszajcowatą (impetiginosa) i t. d.

Choć pomiędzy temi wszystkimi postaciami niema żadnych zasadniczych różnic, jednak dla łatwiejszego zorientowania się w tego rodzaju wysypkach można ustanowić następujące kliniczne postacie:

1. Wysypka grudkowo-nadżerkowata opryszczkowata (herpetiformis).
2.       "               "               "               trądzikowata (acne syphilitica).
3.       "               "               "               liszajcowata (impetigo syphilitica).

*Wysypki grudkowato-opryszkowe* tworzą się w taki sposób, iż na małej grudce wielkości łepka szpilki lub ziarnka prosa zjawia się mały pęcherzyk, (jak przy herpes vulgaris), który zawiera małą kroplę przezroczystego płynu. Po kilku dniach pęcherzyk pęka i na wierzchołku grudki formuje się przeczos albo też szaro-bronзовый suchy strupeczek, który

odpada niedługo, pozostawiając po sobie zlekką łuszczącą się powierzchnię naskórka. Gęstość tej osutki przeważnie bywa b. znaczna. Zwykle jest ona rozsiana, choć może być umiejscowiona, zależnie od czasu występowania. Najwięcej ulubione okolice—tułów i kończyny. Spotyka się najczęściej w pierwszym i drugim roku choroby.

*Osutka grudkowato-trądzikowata* składa się z grudek nieco większych niż poprzednie, jednak małych — wielkości łepka szpilki albo połówki grochu koloru ciemno-czerwonego. Posiadają one podstawę twardą i na wierzchołku ropny pęcherzyk, który zwykle po pewnym przeciągu czasu wysycha w strupeczek szaro-bronзовый albo żółtawy. Strupeczek bywa przeważnie cienki, przylega mocno i przykrywa nadżerkę; odpada on następnie, i grudka wsysa się, pozostawiając ciemno-bronзовą plameczkę z małą blizną pośrodku, które stopniowo zanikają.

Ilość tych wykwitów bywa zwykle nieznaczna, umiejscawiają się one przeważnie na twarzy, na klatce piersiowej, plecach i szyi i zazwyczaj występują współcześnie z innego rodzaju osutkami.

Do osutek grudkowato-trądzikowatych należy zaliczyć wykwity na owłosionej powierzchni głowy, które spotykają się w mniejszej lub większej ilości, szczególnie często w pierwszych miesiącach drugorzędowego okresu.

Przeważnie są to nadzwyczaj mało wydatne grudki, przykryte cienkim szaro-bronзовym strupkiem. Niekiedy strupeczki siedzą wprost na skórze głowy.

*Osutka grudkowato-liszajcowa* składa się przeważnie z grudek dużych, wielkości 10–20 kopiejek srebrnych, a nawet powyżej. Na grudkach tworzy się szereg małych krosteczek, położonych bardzo blisko obok siebie. Krosteczki, wysychając, formują jeden strupek, który posiada wygląd ziarnisty, gdyż składa się ze złącia pojedynczych strupeczków. Strupki są wzdęte, nierówne, porzyste, kruche, koloru żółtawego, jakby miodowe. Strupek można z łatwością oderwać i obnażyć powierzchnię nadżartą, zazwyczaj nieco wypukłą, która posiada wygląd, bardzo zbliżony do łepieży płaskiego (grudki moknącej).

Grudki powyższe występują zwykle w nieznacznej ilości, umiejscawiają się najczęściej na owłosionej powierzchni gło-

wy i jej granicach, na czole, skrzydłach nosa, brodzie, a rzadko na kończynach i zdarzają się przeważnie u osób delikatnej budowy ciała, anemicznych, a przede wszystkim u kobiet i dzieci.

### **Wysypka grudkowato-guzowata.**

Grudki niekiedy bywają nadmiernie rozwinięte. Odznaczają się one nadzwyczajną wypukłością, i skłonnością do tworzenia nadzarcia. Są to właściwie postacie przejściowe do okresu trzeciorzędowego; niekiedy jednak guzowate osutki zdarzają się nawet we wcześniejszej fazie drugorzędowego okresu. Te grudko-guzy posiadają w średnicy mniej więcej 8 — 12 mm. i wzniesione są nad poziom skóry na 1 — 3, a nawet 4 mm. Kształt ich okrągły, często nawet geometrycznie okrągły, spistość twarda mięsista, zabarwienie żywo-czerwone, różniące je wybitnie od ciemno-czerwonego zabarwienia trzeciorzędowych guzów. Wysypka ta często łączy się z innymi, a przeważnie ze zwykłymi osutkami grudkowato-soczewkowatymi, bywa czasami obfitą, rozsianą, przeważa jednak w pewnych okolicach ciała (twarz, owłosiona powierzchnia głowy, dolne kończyny). Przebiega ona nadzwyczaj powolnie; trwa miesiące bez zmian, a wessane wykwyty bywają zastępowane nowymi; zachowuje się nadzwyczaj opornie względem swoistego leczenia, poddaje się mu często dopiero po wielu miesiącach.

Osutka ta może się niekiedy zjawiać pod postaciami pierścieni, wianków wielkości 50 kop. srebrnych: walek różowy albo czerwony, szerokości 2 — 4 mm. wystaje nad powierzchnią skóry na 1—3 mm. i okrąża skórę zabarwioną, szaro-bronzową, ciemno-bronzową, a nawet prawie czarną. Wianków spotykamy zwykle kilka, ulubionem ich miejscem jest trzon, a następnie dopiero szyja i kończyny.

Rzadko bardzo spotyka się postać *krwotoczna* tej grudkowato-guzowatej osutki. Wykwity przy niej przedstawiają się częściowo lub całkowicie krwotoczne: zabarwienie krwiste, purpurowe nie ginie przy ucisku palcem, świadcząc o wynaczynieniu się krwi.

### Wysypki grudkowate późne.

Osutki grudkowate ponowne zdarzają się bardzo często. Już osutki grudkowate ponowne wczesne różnią się zwykle od pierwotnych mniejszą ilością wykwitów, większymi ich rozmiarami i skłonnością do grupowania się w koła i półkoła. Jeszcze większym zmianom podlegają osutki grudkowate późne.

Przeważnie wysypki te są umiejscowione w jednej tylko okolicy ciała, najczęściej na łopatkach, tyłogłowi i czole. Grudki mogą się ułożyć obok siebie w postaci bukietu, koła, półkoła, odcinka koła, w postaci planetarnej t. j. jedną większą grudkę otaczają kołem mniejsze.

Postać grudek również bardzo często się zmienia. Grudki mogą przyjąć kształt pierścienia, którego promień wynosi m. w. parę centymetrów, a szerokość paska grudkowego m. w. 2—5 mm. Niekiedy skóra pośrodku pierścienia bywa silnie zabarwioną koloru ciemno-brązowego. Grudki spotykają się również w postaci półksiężyców, odcinków koła; łącząc się z sobą, mogą utworzyć girlandy. Tego rodzaju grudki zwykle są nadzwyczaj wąskie (1—2 mm.) i posiadają bardzo często powierzchnię zlekką łuszczącą się. Zdarzają się przeważnie naokoło ust, a następnie na twarzy, szyi i plecach.

Rzadko bardzo spotykają się grudki, mające kształt ślimakowaty, t. j. wstążki węzownicowato zwiniętej naokoło swej osi, lub kształt pierścieni, półkoli i odcinków koła, współśrodkowo względem siebie ułożonych.

### Rozpoznanie.

Wygląd wysypek grudkowatych przeważnie bywa tak charakterystyczny, iż rozpoznanie w większości przypadków nie przedstawia trudności. Osutki najczęściej są obfite, rozsiane (w początkowym stadium), lub nieliczne, ugrupowane na pewnych okolicach ciała (w późniejszym stadium), nie występują wspólnie z gorączką i nie swędzą. Postać wykwitów okrągła, zabarwienie ciemno- lub żółto-czerwone, powierzchnia czasem nieco łuszcząca się, spistość twarda.

Rozpoznanie przytem bywa ułatwione przez wywiady, pozostałości po okresie pierwszorzędowym i współlistnienie różnych drugorzędowych objawów. Powyższe jednak dane mogą być bardzo niepewne, a osutki grudkowate występują niekiedy pod postacią, nadzwyczaj zbliżoną do różnych chorób skórnych, co czyni nieraz rozpoznanie utrudnionem.

*Łuszczycyca* (psoriasis) może być niekiedy bardzo zbliżona do wysypek przymiotowych: postać jej kropkowa (punctata)—do osutki grudkowato-łuskowej, a blaszki łuszczycy do blaszek grudkowatych przymiotu. Łuszczycyca może występować pod postacią małych grudek, częściej jednak zdarzają się wykwyty duże i blaszki, a nawet zwykle obok mniejszych grudek spotykają się i większe. Grudki te posiadają różowe zabarwienie i silnie się łuszczą. Łusieczki są szerokie, grubo nawarstwione, pokrywają często całą grudkę, tworząc jakby jej grubo pancerz. Po pociągnięciu paznokciem po powierzchni grudki tworzy się na niej biały paseczek, a po poskrobaniu—biała plama, jakby kropla stearyny. Po oderwaniu łusek z grudki na jej powierzchni widać małe purpurowe kropki — wierzchołki nadżaranych brodaweczek, a następnie zjawiają się małe kropelki krwi. Spoistość grudek niezbyt twarda, nieco ciastowata, umiejscowienie charakterystyczne na łokciach i kolanach, a następnie na owłosionej powierzchni głowy i krzyżu. Osutka łuszczycy nadzwyczaj długotrwała, nie podlega działaniu swoistej przymiotowej kuracji. Niekiedy przy rozpoznaniu pomagają wywiady, stwierdzające nadzwyczaj długie trwanie wysypki, nawet jeszcze w dzieciństwie.

Na mocy powyżej wyłożonego można również rozpoznać łuszczycę, umiejscowioną w postaci blaszek na dłoniach i podszewach.

*Wyprysk* suchy (eczema) na dłoniach często bywa bardzo podobny do odpowiednio umiejscowionej osutki grudkowato-blaszkowej.

Przy wyprysku mogą być obecne blaszki i w innych okolicach ciała, posiadają one brzegi źle zaznaczone, poprzerywane wysepkami zdrowej skóry, płaskie, często zajmują całą dłoń, zachodzą na boki, a nawet na grzbiet; spoistość blaszek względnie miękka; nigdy one nie mają postaci prawidłowej koła, jego odcinków, półkoła; swoiste przymiotowe leczenie na nie nie oddziaływa.

*Wysypka antypirynowa* na dłoniach może niekiedy zupełnie naśladować przymiotową. Należy przy rozpoznaniu poczynić odpowiednie wywiady i poszukać, czy obok lub w dalszych okolicach ciała nie istnieją współcześnie także inne postacie tej lekowej osutki.

*Wysypka podagryczna* była zauważona przez niektórych autorów na dłoniach, w postaci różowych albo czerwonych blaszek na kłębie palca wielkiego i małego ręki razem lub oddzielnie. Miejsca te są gładkie, nieswędzące i niełuszczące się. Mają trwać jakoby bardzo długo, niekiedy kilka, a nawet kilkanaście lat.

*Liszaj czerwony płaski* (lichen ruber planus) bywa bardzo zbliżony do osutki przymiotowej drobno-grudkowej, a szczególnie do jej postaci drobno-ziarnistej nie tylko zewnętrznym wyglądem, lecz umiejscowieniem, rzadkiem wprowadzie, na błonach śluzowych i pozostawianiem po sobie zabarwienia ciemno brązowego. Grudki liszaja czerwonego odróżniają się od przymiotowych tem, iż są początkowo różowe, posiadają brzegi nieprawidłowe, często wielokątne, swędzą, mają skłonność do grupowania się i, skutkiem wzajemnego ucisku grudek na siebie, mogą przybierać zwykle postać grządkki, poprzecinanej brózdami w dwóch, pionowo do siebie idących, kierunkach. Grudki wsysają się stopniowo, t. j. współcześnie, obok różowych świeżych grudek, można znaleźć plamy po już wessanych wykwitach.

*Liszaj żółtawy* bywa często nadzwyczaj zbliżony do osutki grudkowej drobno-ziarnistej przymiotu, od której różni się tem, iż nie posiada większych wykwitów pomiędzy drobnymi, nie zostawia po sobie znacniejszego zabarwienia i nie przedstawia pomiędzy oddzielnymi wykwitami zbyt wielkich różnic w rozwoju.

*Trądzik lekowy* po użyciu jodu różni się od przymiotowego bolesnością i żywszem zabarwieniem, a *trądzik zwykły* posiada mniej prawidłową postać, jest cierpieniem przewlekłym, zjawiającem się w młodości, trwa bez przerwy lata całe, umiejscawia się przedewszystkiem na czole, plecach, górnych powierzchniach klatki piersiowej i składa się z wykwitów, znajdujących się na najrozmaitszych stopniach rozwoju.

*Liszajec zwyczajny* (impetigo vulgaris) różni się od przymiotowego zabarwieniem złocisto- lub jasno-żółtem, miękko-

ścią strupków, mniejszem nacieczeniem brzegów i brakiem skłonności do tworzenia różnych geometrycznych figur.

### **Rokowanie.**

Osutki wczesne zwykle słabiej i łatwiej giną, niż późne. Osutka grudkowato-soczewkowata zwyczajna lub luskowata należy do najzwyczajniejszych i najbardziej dobrotliwych objawów przymiotu, zwykle samoistnie i prędko względnie przechodzi i łatwo poddaje się działaniu swoistego leczenia. Uporczywsze nieco są wykwitły, umiejscowione na dłoniach i podszwach. Osutki grudkowato-blaszkowate, szczególnie na dłoniach i podszwach, również drobno-grudkowate, a szczególnie grudkowato-nadżerkowate, trwają zazwyczaj dość długo, trudniej poddają się swoistemu leczeniu i świadczą o większej złośliwości zarazy, a właściwie może o mniejszej odporności organizmu. Za najcięższą postać grudkowatej osutki jest uważana blaszkowato-luszcząca i grudkowato-guzowata nie tylko ze względu na uporczywość, lecz również na częste współistnienie z innymi ciężkimi objawami drugorzędowego przymiotu, jak zapalenie tęczówki i ciała rzęzkowego, zapalenie okostnej, bóle mięśniowe i nerwowe i t. p. Należy zaznaczyć, iż osutki powyższe nigdy prawie nie występują współcześnie z dobrotliwymi objawami przymiotu, jak np. lepieże płaskie.

### **Wysypka wrzodziasta.**

(Ex. ulcerosum.)

Spotyka się ta postać drugorzędowego przymiotu w drugiej połowie pierwszego roku choroby, a częściej nawet jeszcze później, i głównym jej objawem jest owrzodzenie, które zawsze bywa przykryte strupkiem. Owrzodzenia drugorzędowego okresu odróżniają się od trzeciorzędowego tylko mniejszą głębokością. Tworzą się w następujący sposób. Przedewszystkiem pokazuje się wysepka wielkości soczewicy zapal-

nie zmienionej skóry. Pośrodku tego miejsca naskórek podnosi się, odchodzi, tworzy się strupek. Strupek pośrodku i niewielki okrążający go pasek ciemno-czerwonej skóry rozszerzają się odśrodkowo, zatrzymując ciągle okrągłą postać i, gdy osiągną m. w. wielkości 10 kop. srebrnych, stają się bardzo podobnymi do przysychającej krosty ospowej.

Niekiedy sprawa przebiega nieco inaczej: na małym okrągłym zaczerwienieniu tworzy się maleńki ropny pęcherzyk. Krosta ta posiada postać okrągłą, powierzchnię nieco spłaszczoną, zabarwienie żółte siarki i wysycha w strupek, czyli tworzy się wykwit, podobny wyglądem i dalszym przebiegiem do powyżej opisanego.

Po usunięciu strupka znajdujemy pod nim owrzodzenie. Bywa ono głębsze, niż przy osutkach grudkowato-nadżerkowatych. Sięga jednak zwykle w skórę właściwą tylko na  $\frac{1}{4}$  —  $\frac{1}{2}$ , a najwyżej na 1 mm., jest więc powierzchownem i nosi nazwę — *niesztorwice* (ecthyma).

Owrzodzenie zazwyczaj posiada postać prawie geometrycznie okrągłą lub czasem nieco owalną, brzegi spadziste, jakby ostro oberżnięte, nieco wzniesione, dno — żółtawe albo czerwone, wysłane nalotem przystającym; wydziela ono płyn ropny, dość gęsty, który po paru dniach znowuż wysycha w strupek, odpowiadający zawsze wielkością owrzodzeniu. Owrzodzenie często powiększa się w taki sposób, iż naokoło strupka podnosi się naskórek i tworzy się rodzaj nowej pierścieniowatej krosty, okrążającej dawniejszy strupek; krosta prędko wysycha, zlewając się z poprzednim strupkiem, tworzy się naokoło niego znów nowa pierścieniowata krosta i t. p. Powstałe w taki sposób owrzodzenie, przykryte pierścieniowato układającymi się słojami strupa nazywają *brudźcem* (rupia).

Strupki bywają zwykle wielkości 15—20 kopiejek, mają przeważnie postać okrągłą, wyłączając wypadki złania się kilku sąsiednich wykwitów. Strupki te, zazwyczaj dość cienkie, płaskie, słoiste, twarde, dość mocno przystające, posiadają zabarwienie brązowawe z odcieniem żółtawym, zielonawym lub czerwonym.

Osutka wrzodziasta, po uformowaniu się, pozostaje bez zmiany w ciągu kilku miesięcy; najwyżej od czasu do czasu przybywa nieco nowych wykwitów. Następnie rozpoczyna się



okres wsteczny. Obwódki naokoło strupków zanikają i nikną. Brzegi obniżają się. Strupki stają się więcej chrupkie, odstają na obwodzie i odpadają, pozostawiając po sobie brązową plamę, przykrytą luszczącym się naskórkiem. Plama stopniowo blednie, a zupełne odbarwienie następuje dopiero po upływie wielu miesięcy. Pozostaje mniej lub więcej widoczna powierzchowna blizna.

Ilość powyżej opisanych wykwitów bywa zwykle nieobfita; są one zazwyczaj niezbyt rozsiane i mają często skłonność, podobnie jak wysypki trzeciorzędowe, do umiejscawiania się w pewnych okolicach ciała i grupowania się.

Najczęściej grupy wykwitów spotykają się na przedniej powierzchni dolnych kończyn, na czole (corona Veneris), na tylnej powierzchni szyi i na owłosionej powierzchni głowy.

Przeważnie wysypka wrzodziasta nie zjawia się samoistnie, lecz współistnieje z najrozmaitszymi wysypkami grudkowatymi, a nawet może się przyłączać do wysypek plamistych.

Na uwagę zasługują dwie odmiany tej wysypki, spotykające się rzadko:

*Postać krwotoczna* odróżnia się szczególnym wyglądem strupków. Posiadają one zabarwienie czarno-brązowe, a nawet czarne, które zależy od domieszki pewnej ilości krwi do wysięku, tworzącego strupek. Postać ta spotyka się u osób z podupadłym odżywieniem organizmu, wyczerpanych ciężkimi chorobami, a niekiedy u cierpiących na naczyniakowate rozszerzenia żył, odbywających uciążliwe marsze i t. p.

*Malinowatość (framboësia) przymiotowa* stanowi właściwie rozrost ziarniny na owrzodzeniach, tworzącej pagórkowate wzniesienia o wysokości kilku milimetrów, zabarwienia czerwonego, powierzchni ziarnistej, jednym słowem postać zbliżoną wyglądem do malin. Zwykle spotyka się kilka takich wykwitów w sąsiedztwie, przeważnie na owłosionej powierzchni głowy, wzgórku łonowym, pod pachami, na twarzy, organach płciowych, a nawet na całym ciele.

Owrzodzenia powierzchowne należą do postaci drugorzędowych, przejściowych do trzeciorzędowych, od których różnią się tylko zwykle nieco większym rozsianiem i mniej-

szą głębokością owrzodzenia, a również płaskością strupka, gdyż przy trzeciorzędowych strupkach bywa zwykle wzniesiony ślimakowato.

Osutki te należą do złośliwych, gdyż świadczą o małej odporności organizmu i przeważnie dość uporczywie zachowują się względem swoistego leczenia.

Oprócz powyżej opisanych typowych postaci wysypek skórnych drugorzędowego okresu, spotykamy niezmiernie rzadko osutki, które wyglądem i umiejscowieniem przypominają zupełnie rumień wielokształtny wysiękowy (*erythema exsudativum multiforme*) i rumień guzowaty (*erythema nodosum*).

Występują te postacie przeważnie u kobiet i w połączeniu z objawami ogólnymi jak np. gorączka, osłabienie, różnią się od rumienia wielokształtnego wysiękowego i rumienia guzowatego uporczywością i oddziaływaniem swoistego przymiotowego leczenia. Niekiedy przy przymiocie współcześnie, lecz w różnych miejscach, występują obie powyższe postacie, — czego przy *erythema exsudativum* i *erythema nodosum* nie obserwowano.

---

## BIELACTWO I CZERNIACZKA SKÓRY.

(Leucomelanodermia).

Jest to objaw skórny drugorzędowego przymiotu, niezaliczany przeważnie do osutek, gdyż nie poddaje się ogólnemu swoistemu leczeniu. Fournier skutkiem tego uważa go nawet za objaw parasyfilityczny.

Leucomelanodermia spotyka się w ciągu pierwszego roku, a nawet półroczu trwania choroby, rzadziej w 2 roku, a wyjątkowo później, dotyka znacznie częściej kobiet, niż mężczyzn, i umiejscawia się przeważnie na szyi, rzadziej nad pachą i w pachwinach, a jeszcze rzadziej w innych okolicach ciała; przeważnie tworzy się samodzielnie, rzadziej zaś w następstwie, po osutkach przymiotowych, lub naokoło ciemnych plam, pozostałych po osutce grudkowatej. Sprawa rozwija się powoli w ciągu kilku tygodni. Na miejscach skóry, zabarwionych silniej, które często stają się jeszcze ciemniejsze w tym czasie, tworzą się maleńkie plameczki, nieco bledsze od otaczającej skóry. Rozszerzają się one odśrodkowo i tracą coraz więcej zabarwienie. Brzeg skóry, otaczającej bladą plamkę, bywa zwykle mocniej zabarwiony, skutkiem tego otrzymuje się silniejszy kontrast. Plamki dochodzą wielkości soczewicy, 5—15 kopiejek srebrnych, występują w liczbie mnogiej i mogą się zlewać, tworząc półkola. Skutkiem tego powstaje charakterystyczna bardzo ciemna sieć z białymi oczkami, niekiedy rodzaj naszyjujnika, półkola, girlandy. Bielactwo i czerniaczka skóry ustępują zwykle bardzo powoli, t. j. miejsca bledsze stają się

stopniowo coraz ciemniejsze, póki nie osiągną normalnego zabarwienia i odwrotnie, ciemniejsze miejsca, okrążające plamy nieco bledną.

Często otrzymuje się takie wrażenie, jakby barwik przesunął się z jednego miejsca na drugie. Niekiedy zaś widocznie ilość jego powiększa się na pewien przeciąg czasu. Zanim leucodemelanodermia przebiegnie wszystkie powyższe fazy, upływa 6—12 miesięcy, a niekiedy nawet 2—4 lata. Ogólne swoiste leczenie nie skraca tego czasu.

U osób, posiadających ciemną skórę, albo miejscowo ciemniej zabarwionych, np. skutkiem ucisku kołnierzykiem na szyi, albo też u osób opalonych na słońcu, objaw ten występuje znacznie wyraźniej.

Przymiotowe bielactwo i czerniaczka skóry na mocy umiejscowienia, wielkości i ugrupowania łatwo mogą być odróżniane od zmian w zabarwieniu, powstałych z innych przyczyn.

*Bielactwo zwykłe* (vitiligo) posiada plamy jaśniejsze, niż przy przymocie, o kształtach nieprawidłowych, niesymetrycznie występujące w najrozmaitszych miejscach ciała i dosięgające znacznych rozmiarów; pośrodku placków, pozbawionych barwika, pozostają miejsca normalnie lub silniej zabarwionej skóry, i włosy na całej zajętej przestrzeni tracą kolor, stają się siwe.

*Blizenki białe*, powstałe po przeczosach przy wszawicy, umiejscawiają się również na szyi, a oprócz tego w okolicy łędźwiowej i często sprawiają wrażenie białych plam, lecz plamy te są podługowate, promieniste, nieco wgłębione, jak zwykle przy bliznach.

*Lupież pstry* (pityriasis versicolor) posiada zabarwienie żółtawe, przypominające kawę z mlekiem, swędzi, umiejscawia się głównie na piersi, zlekka się łuszczy, a w łuskach można odnaleźć grzybka lupieżowego.

Bielactwo i czerniaczka przymiotowe posiadają nadzwyczaj ważne rozpoznawcze znaczenie. Jest to objaw bardzo charakterystyczny i rzucający się w oczy. Szczególniej ułatwia on w wielu razach rozpoznanie przymiotu u kobiet, które pozatem mogą nie posiadać żadnej innej oznaki tej choroby.

Sama przez się leucomelanodermia jest objawem bardzo dobrotliwym i spotyka się przeważnie przy łagodnie przebiegającym przymiocie.

#### **Bielactwo zanikowe skóry.**

W wyjątkowych razach po osutkach grudkowato - nadżerkowatej, a nawet po grudkowato-luskowej i grudkowatej zwykłej, t. j. w tych razach, gdy wysypka nie powinna zostawiać po sobie znacznych zmian, powstaje na skórze tułowia, rzadziej na kończynach, znaczna ilość plam bardzo białych okrągłych lub owalnych, wielkości soczewicy — migdała. Naskórek na tych plamach bywa pomarszczony, pofałdowany, jednak ruchomy i nieściągnięty. Przy dotknięciu palcem wyczuwa się w tych miejscach wgłębienie, skutkiem zaniku skóry właściwej.

## Ł Y S I E N I E.

(Alopecia).

---

### Opis.

Przymiot, przeważnie nieleczony lub leczony niedostatecznie, może wywołać schorzenie włosów. Jest to objaw dość częsty, lecz niestały, przytem zazwyczaj występuje w umiarkowanym stopniu i czasowo. Łysienie zjawia się wczesnie, bo razem z pierwszymi osutkami drugorzędowymi, rzadziej w ostatnich miesiącach pierwszego roku, a szczególnie rzadko w 2 roku choroby. Najczęściej łysienie spotyka się przy niedomóżnej postaci przymiotu wobec rozstroju całego organizmu, może jednak występować przy każdej postaci, nawet przy bardzo lekkich. Odwrotnie zaś, włosy mogą pozostać zdrowe u małokrwistych, słabych, nawet suchotników i przy bardzo ciężkich postaciach przymiotu.

Podlegają temu objawowi osobniki, niezależnie od płci i wieku.

Dwa bywają rodzaje wypadania włosów przy przymiocie: 1) *ogniskowe* — przeważnie na miejscach wyraźnie zmienionych lub 2) *rozsiane* — bez widocznych zmian, prawdopodobnie pod wpływem zaburzeń w odżywianiu.

W miejscach, zajętych wysypkami przymiotowymi, cebulki włosowe podlegają zmianom, skutkiem tego łysienie *ogniskowe* jest objawem wtórnym, symptomatycznym. Może ono się zdarzyć na najrozmaitszego rodzaju wykwitach, jak zwyczajne grudki,

trądzik, liszajec; najczęściej zaś łysienie ogniskowe bywa przy osutce plamistej na owłosionej części głowy; osutka tutaj występuje pod postacią plam rozsianych, soczewkowatych, lub dość rozlanych różowych i częściowo przykrytych drobnymi otrębowatymi łuseczkami, tak jednak bladych, iż mogą być niezauważone.

W tych razach, a nawet często na skórze, gdzie nie widzimy zmian klinicznych, włosy rzedną ogniskami i tworzą się dosyć liczne łysinki wielkości soczewicy, a nawet większych rozmiarów 5—10 kop. srebrnych, okrągławe, a często nieprawidłowych kształtów.

Pojedyncze łysinki mogą się zbliżyć, łączyć i tworzyć łysiny większe z brzegami, wijącymi się zatokowato.

Przeważnie na łysinkach zostaje nieco włosów. Niekiedy jednak włosy na tych ogniskach zupełnie wychodzą, uwidoczniając jednak zawsze skórę niezupełnie gładką i niebłyszczącą. Włosy pomiędzy łysinkami mogą również rzednąć, lub pozostają niezmienione. Często jednak, szczególnie w przypadkach silniejszego łysienia, ocalale włosy są również zmienione, stają się matowe, suche, niekiedy twarde, szczeciniowate lub wijące. W rzadkich razach spotykamy łysienie oddzielnymi większymi ogniskami, podobnie jak przy łysinach plackowatych. Noszą one skutkiem tego nazwę *łysin plackowatych rzekomych*.

Częściej, niż ogniskami, włosy przy przymiocie wypadają równomiernie na całej owłosionej przestrzeni — *łysienie rozsiane* (alopecia diffusa). W tych okolicach skóry nie spotykamy żadnych klinicznych oznak prócz rozsianego wypadania włosów: nie spostrzega się tam zaczerwienienia, nie odczuwa bólu, ani swędzenia. Choć to rozlane łysienie odznacza się brakiem specjalnie ulubionych miejsc i brakiem symetrii, jednak na głowie najczęściej zwykle dotyka okolice skroniowe. Natężenie cierpienia bywa różne: spotykają się chorzy z nieco przeredzonymi włosami, to znów z zupełnie ogolonemi całemi okolicami ciała, np. czerepem, wżgórkim łonowym.

U osób, cierpiących na łojotok, sprawa przeważnie przybiera silniejsze natężenie.

Łysienie rozwija się zwykle powoli i stopniowo, niekiedy jednak zjawia się nagle w dość silnym stopniu. Włosy

odrazu zaczynają wypadać w nadzwyczajnej ilości, a potem po kilku dniach wychodzenie zmniejsza się i staje się prawie normalne. Przeważnie łysienie trwa tylko kilka tygodni, rzadziej kilka miesięcy, a najwyżej rok. Następnie wypadanie włosów słabnie, a nawet samoistnie ustaje, i na gołych przestrzeniach skóry zaczynają porastać nowe włosy, tak iż w końcu ilość włosów powraca do normy.

Z pomiędzy wszystkich owłosionych okolic ciała łysienie przymiotowe najczęściej zdarza się na sklepieniu głowy, rzadziej dotyka wąsów, brody, brwi i rzęs, a nadzwyczaj rzadko owłosienia wżgórka łonowego i dolków pod pachami. Łysienie może występować odrazu w paru miejscach, rzadko jednak we wszystkich.

Na brodzie wypadanie włosów przeważnie bywa rozlane, rzadko ogniskowe. Na wąsach ogniskowe łysienie zwykle zdarza się u rynienki wargowej i w końcach. Łysienie brwi częściej się trafia u kobiet, niż u mężczyzn, i występuje w rozlanej ogniskowej postaci: przy pierwszej włosy sterczą w różne strony, druga nadzwyczaj zmienia wygląd twarzy.

Wypadanie rzęs bywa rzadko i prawie nigdy nie obejmuje wszystkich włosów. Na organach pleiowych łysienie spotyka się przeważnie u kobiet, częściej bywa u nich na wżgórku łonowym, niż na dużych wargach.

### Rozpoznanie.

Łysienie rozsiane łatwo może być stwierdzone, nie posiada jednak żadnego rozpoznawczego znaczenia, gdyż występuje również przy najrozmaitszych innych cierpieniach, jak np. chorobach ostrych, a nawet przewlekłych zakaźnych.

Łysienie ogniskowate posiada wygląd charakterystyczny i skutkiem tego ma ważne znaczenie, szczególnie przy rozpoznaniu przymiotu u kobiet. Łysiny ogniskowate przymiotu należy przedewszystkiem odróżniać od łysin plackowatych.

*Łysiny plackowate* (alopecia areata) spotykają się przeważnie w nieznacznej liczbie, mają początkowo wielkość małą, powiększając się stopniowo, zajmują dużą przestrzeń, niekiedy np. całą owłosioną powierzchnię głowy, posiada-



ją zwykle postać okrągłą, okrążoną zupełnie normalnymi włosami. Skóra na łysinach plackowatych bywa zupełnie goła, gładka, błyszcząca.

Naturalnie wywiady i współistnienie różnych objawów przymiotowych ułatwiają znacznie rozpoznanie różniczkowe.

Należy zwrócić uwagę na możliwość współzależnego istnienia łysin przymiotowych i plackowatych. Powstawanie tych ostatnich, należy przypuścić, niekiedy pozostaje w bezpośrednim związku z przymiotem.

Szczególniejsze rozpoznawcze znaczenie posiadają łysinki na brwiach, które mogą tam być spowodowane oprócz przymiotu tylko alopecia areata i keratosis pilaris, chorobą wrodzoną i charakteryzującą się czerwonym lub różowym szorstkiem pasmem skóry wzdłuż brwi.

### Rokowanie

Łysienie przymiotowe jest objawem dobrotliwym, gdyż od kiły nie można stracić włosów na stałe. Powrót do normy następuje zawsze i to bez leczenia, wyjąwszy tylko miejsca bliznowato zwyrodniałe po owrzodzeniach. Porastanie włosów ma miejsce nawet wtenczas, gdy zjawiają się w dalszym ciągu najrozmaitsze objawy drugorzędowego okresu.

---

## ZANOKCICA I PRZYNOKCICA.

(Onyxis et perionyxis).

---

Paznokcie podlegają zmianom w ciągu drugorzędowego okresu przymiotu rzadziej, niż powyżej opisane sprawy, jednak bynajmniej nie wyjątkowo.

Zmianom może ulec sam paznokieć -- *zanokcica*, albo też tkanka naokoło paznokcia *przynokcica*.

### Zanokcica.

Onyxis bywa wywołana zaburzeniami w odżywianiu paznokcia lub też okolopaznokciowymi osutkami.

Zmiany na paznokciach występują częściej i intensywniej na palcach rąk, niż na palcach nóg, i częściej u kobiet, niż u mężczyzn. Liczba zajętych paznokci bywa różna. Czasem 1—3 i więcej, a niekiedy wszystkie.

Zmiany, zwykle spotykane przy ciężkich zakaźnych chorobach w postaci brózd poprzecznych na paznokciu, plam, paszków, nierówności, zagłębień i t. p., a zależne od zaburzeń w odżywianiu, spostrzegamy dość często. Rzadziej widzimy zmiany silniejsze, więcej charakterystyczne.

Zanokcica przymiotowa może występować pod postacią pęknięć lub załamań na dolnym brzegu paznokcia. Nawet jeśli utworzone ząbienia wyrównać nożyczkami, to paznokieć

dzięki nadzwyczajnej łamliwości nanowo na dole łupie się, łuszczy, pęka i zazębia. Spotyka się niekiedy rozszczepienie wzdłuż całego paznokcia.

Może również nastąpić częściowe odejście paznokcia od swego łoża. Paznokcie zwykle w  $\frac{1}{3}$  lub  $\frac{1}{2}$  swej dolnej części odchodzi od tkanki pod nim leżącej, ciemnieje, martwieje i niekiedy częściowo odpada. Nowo narastający z góry paznokieć zwykle zrasta się z łożem i następuje w taki sposób powrót do normalnego stanu.

Niekiedy cały paznokieć zupełnie oddziela się i odpada. Przebieg ten bywa zwykle powolny i niebolesny. Paznokieć stopniowo od dołu wzdyma się i podnosi, przyjmuje wygląd martwego i odpada, pozostawiając obnażoną macierz i łożo swe. Jeszcze przed zupełnym odpadnięciem paznokcia, zwykle zjawiają się zaczątki nowego paznokcia, który rośnie i powiększa się. Czasami zachowuje on swą prawidłową postać, często jednak występuje w postaci zgiętej, zgarbionej, niedorozwiniętej, a nawet jednorodnej masy rogowej.

Spotykamy również zgrubienia paznokcia 3—4 i więcej razy, dosięgające  $\frac{1}{2}$  cm. Dolny brzeg paznokcia staje się nie tylko zgrubiałym, lecz szorstkim, zazębionym, zabarwienia brunatnego, ciemno-brunatnego, a niekiedy nawet czarnego. Paznokieć jednak zachowuje swój kształt i gładkość powierzchni. Sprawa powyższa posiada dość szybki przebieg.

Najbardziej może charakterystyczną postacią zanokcicy jest utrata materii w paznokciu, wielkości soczewicy—fasoli, okrągłej lub owalnej formy. Sięga ona w miąższ tkanki paznokcia, albo przez całą jego grubość, lub też przez część jej. Brzegi takiego suchego kraterowatego owrzodzenia paznokcia bywają przeważnie zatokowato-wijące się, podjedzone, a dno szaro-różowe tkanki macicznej lub łoża paznokcia. Mieści się ta postać zanokcicy przeważnie z boku w pobliżu łękotki (lunula).

Ponieważ zanokcicę spotyka się i przy niektórych chorobach skórnych, należy zwrócić uwagę przy rozpoznaniu na zwykle jej wtedy, dość charakterystyczne cechy; zanokcica przy łuszczycy i wyprysku przedstawia się w postaci czarnej bezpostaciowej masy i trwa uporczywie.

Zanokcica przymiotowa może być zaliczona do objawów dobrotliwych, gdyż często spotyka się podczas lekkiego prze-

biegu przyniotu, jest niebolesna i nie wywołuje zapalnego odczynu ze strony tkanek, otaczających paznokieć. Niekiedy tylko zniekształca ona paznokieć nazawsze lub na długi przeciąg czasu.

### Przynokcica.

Osutki, zjawiając się w najbliższym sąsiedztwie paznokci rąk i nóg, czy to naokoło i pod paznokciem leżąc, czy też zachodząc na brzegi paznokcia lub umiejscawiając się na końcu palca pod dolnym brzegiem paznokcia, wywołują zmiany, które niekiedy mogą przybrać daleko cięższy obrót, niż przy zanokcicy.

Przynokcica może być sucha, zapalna lub wrzodziejąca.

*Sucha* przynokcica przedstawia się albo jako grudka luskowata w sąsiedztwie najbliższym paznokcia lub też jako zgrubienie naskórka, okrążające boczne części paznokcia w postaci jakby odcisku.

Ta ostatnia sprawa z początku jest niebolesna. Następnie pod wpływem tarcia występują oznaki podrażnienia, dokuczliwe dla chorych.

*Zapalna* przynokcica występuje częściej naokoło jednej z bocznych stron, rzadziej u nasady paznokcia w postaci opuchania, zaczerwienienia skóry w połączeniu z lekką bolesnością. Przebiega ona bardzo powoli i rozsysa się w taki sposób, jak grudki, różniąc się tem wielce od zwykłego zastrzału. Tylko czasami w brózdzie, okrążającej paznokieć, tworzy się podługowate pęknięcie, które skutkiem podrażnienia może doprowadzić do nieznacznego owrzodzenia.

*Wrzodziejąca* przynokcica tworzy się niekiedy z zapalnej, gdy powyższa trwa dłużej i podlega ciągłemu podrażnieniu, np. chodzeniem, ciasnym obuwem i t. p.

Bywa ta postać niekiedy również pierwotną, gdy tworzą się wrzodziejące osutki na obwodzie paznokcia.

Wygląd wrzodziejącej przynokcicy jest zwykle następujący: zjawia się owrzodzenie, które okrąży cały paznokieć, część jego, lub przenika pod jego dolny brzeg. Owrzodzenie bywa dość głębokie z szarawem, pokrytem rozrastającą się obficie ziar-

niną dnem, wydzielającym w dużej ilości ciecz surowiczopną, niekiedy z domieszką krwi, z brzegami nieprawidłowej postaci, stromymi, okrążonymi wałkiem ciemnoczerwonym, a niekiedy fioletowym. Skutkiem podrażnienia owrzodzeń, jak to ma miejsce szczególnie na nogach, sąsiednie tkanki czerwienieją i opuchają, a owrzodzenie staje się bolesnym, purpurowym i wydziela cuchnącą krwawo-ropną ciecz. Gdy ziarnina, pokrywająca dno, szybko się rozrasta, może się utworzyć postać jakby miękkiego grzyba, przykrywającego nie tylko owrzodzoną powierzchnię, lecz nawet część paznokcia.

Wrzodziejąca przynokcica posiada zawsze przebieg powolny, zwykle rozszerza się ona na cały paznokieć i może spowodować zniekształcenie ostatniego, a nawet przedostatniego palczyka skutkiem obfitego ziarninowania dna owrzodzenia, opuchnięcia i zaczerwienienia sąsiednich okolic, przyczem przede wszystkim wielki palec u nogi może przybrać szczególnie wstrętny wygląd.

Sprawa powyższa jest bolesna i doprowadza do odpadnięcia paznokcia. Jeśli część paznokcia pozostanie, to może ona jeszcze więcej drażnić sąsiednie tkanki, odgrywając rolę ciała obcego. Pod wpływem odpowiedniego leczenia paznokieć może odrósć, lecz gdy część macierzy paznokciowej była dotknięta owrzodzeniem, to wyrasta paznokieć niekształtny, a gdy cała macierz—to nawet wyrastają tylko małe blaszki lub wysepki rogowe, zniekształcając na zawsze palce rąk lub nóg.

## WYSYPKI ŚLUZOWE (MOKNĄCE).

---

### Ogólna charakterystyka.

Wysypki moknące na błonach śluzowych, a poczęści i na pewnych okolicach skóry, są właściwie tymi samymi objawami, które poprzednio opisywaliśmy: skutkiem ciągłego działania wilgoci wykwitły tutaj stają się stale cieknące, moknące.

Wysypki moknące zjawiają się bardzo często. Najczęściej spotykamy je na powierzchni błony śluzowej organów płciowych i jamy ustnej, rzadziej już na śluzowej błonie otworu stolcowego, na błonie gardzieli, nosa, powiek. Inne powierzchnie błon śluzowych, jak np. przełyku, oskrzeli, kiszek, są zwykle za życia niedostępne dla naszego badania i dlatego odnośnie do nich nie możemy swego zdania wypowiedzieć.

Wysypki moknące tworzą się również na skórze, w pobliżu błon śluzowych, i wogóle wszędzie, gdzie skóra jest cienka, fałdzista i odwilżana ciągle, a więc na obwodzie sromu niewieściego, na międzykroczu, fałdzie biodrowo - pachowej, u otworu stolcowego, na wewnętrznej i górnej powierzchni bioder, w fałdzie międzypośladkowej, na dolnej powierzchni sutek u kobiet, mających obwisłe piersi, naokoło pępka, pod pachami, na bocznych i dolnych powierzchniach palców nóg i t. p.

Wysypki moknące, będąc wyrazem zarażenia przymioto-

wego, powstają samoistnie, jednak zewnętrzne przyczyny, wywołujące stale podrażnienie danego miejsca, odgrywają tutaj nadzwyczaj wielką rolę. Z pomiędzy tych czynników najważniejszymi są: dym tytoniowy, upławy z organów płciowych, rozkładający się tłuszcz i pot. Naturalnie, że u osób, dbających o czystość i starannie pielęgnujących swe ciało, czynniki drażniące są szybko usuwane i wywierają znacznie słabszy wpływ, niż u osób brudnych i niedbałych. Leczenie swoiste oddziaływa na osutki moknące nader silnie usuwa ono szybko objawy i zapobiega w znacznej mierze wznowom. Odwrotnie, u osób nieleczonych objawy powyższe dochodzą do niezmiernego rozwoju, a wznowy spotykają się stale i trwają nadzwyczaj uporczywie.

Najczęściej osutki moknące spostrzegamy w ciągu pierwszych 2, a nawet 3 lat choroby. Niekiedy zjawiają się one bardzo wcześnie i mogą nawet uprzedzać różyczkę, rozpoczynając drugorzędowy okres w postaci małych nadżerek na błonie śluzowej organów płciowych w pobliżu objawu pierwotnego.

Czasami osutki moknące zdarzają się w 5—8 lat i więcej po zarażeniu.

Późniejsze wznowy tworzą się najczęściej u osobników, leczonych niedostatecznie, świadcząc o osłabionem, lecz niewygasłem działaniu jadu przymiotowego.

Wysypki ponowne, szczególnie późne, w takiż sam sposób, jak to widzieliśmy przy opisie suchych skórnych osutek, mogą przybierać postać pierścienia, sierpa, lub grupować się w kształcie koła i jego odcinków.

Wykwity ciekących wysypek bywają przeważnie dość miękkie.

Niekiedy jednak ciekące wykwity mogą zupełnie samoistnie twardnieć. Wtedy posiadają wygląd nadzwyczaj zbliżony do wrzodu pierwotnego. Podstawa ich staje się twarda, elastyczna, czasem chrząstkowata, a wyglądem często nie różnią się zupełnie od powierzchni objawu pierwotnego przymiotu.

Objętość stwardniałej podstawy nadżerek i powierzchniowych owrzodzeń nie różni się od tychże wykwitów lub też znacznie je przenosi.

Wykwity ze stwardnieniem podstawy zdarzają się przeważnie na organach płciowych.

U mężczyzn spotykają się one najczęściej w brózdzie wieńcowej i na żołądki.

U kobiet stwardnienia trafiają się przeważnie na sromie.

Twardnieją podstawy grudek nadżerkowatych lub przerostowych, a nawet zwyczajnych nadżerek.

Czasami spotykamy stwardnienia tkanki w wykwitach, występujących u otworu kiszki stolcowej, na brzegach języka, na wargach i t. d.

Stwardnienia powyższe bywają przyczyną błędów rozpoznawczych: objawy drugorzędowe przyniotu mogą być przyjęte za pierwszorzędowe.

Ciekące osutki są nadzwyczaj zaraźliwe; one to w większości przypadków bywają rozsądnikiem zarazy, gdyż spotykają się często i w wielu miejscach, a szczególnie na organach płciowych kobiet.

Rozróżniamy cztery postacie wysypek moknących:

- 1) nadżerkowata,
- 2) grudkowato-nadżerkowata,
- 3) grudkowato-przerostowa,
- 4) wrzodziasta.

Częstość każdej z tych postaci zależy od umiejscowienia i płci.

#### **Wysypka nadżerkowata.**

Wykwity nadżerkowate stanowią niebolesny, nieznaczny i bardzo powierzchowny ubytek tkanki, często proste złuszczenie nabłonka lub naskórka. Nadżarcia posiadają przeważnie niezbyt duże rozmiary—soczewicy, 15 kop. srebrnych. Postać ich zwykle okrągława, może być również owalna, podługowata, zależnie od kierunku brózdki lub szczeliny błony śluzowej. Nadżarcia zazwyczaj bywają płaskie, nie podnoszą się nad poziom błony, posiadają przeważnie zabarwienie czerwone lub białawe i wydzielają nieznaczną ilość płynu surowiczego, nieco żółtawego. Zwykle osutka składa się z kilku—kilkuna-



stu nadżarć, zgrupowanych w sąsiedztwie, choć może się zdarzyć para, a nawet jeden wykwit.

Jest to najbardziej dobrotliwa ze wszystkich moknących osutek, gdyż może szybko zniknąć w ciągu kilku, paru, a nawet jednego dnia.

Rozpoznanie nadżerek przymiotowych często bywa trudne, a nawet niekiedy niemożliwe, gdyż mało się one różnią od zwyczajnych urazowych i opryszczkowych nadżarć.

*Uszkodzenia urazowe i zwykłe zapalne* odznaczają się przeważnie mniej prawidłową postacią, większą czerwonością i bolesnością, obfitszą wydzieliną i silniejszym zapalnym odczynem na obwodzie, niż przymiotowe.

*Opryszczki* przedstawiają zwykle nadżarcia maleńkie, prawidłowo—okrągło ograniczone, które łączą się w przestrzenie, posiadające brzegi drobnozatokowate; w sąsiedztwie spotykają się pojedyncze, niezlewające się nadżarcia.

W razach wątpliwych badanie bakteriologiczne, współistniejące objawy przymiotowe i wywiady ułatwiają rozpoznanie. Pozostanie ono często jednak tylko względne, gdyż nadżarcia nieprzymiotowego pochodzenia mogą tworzyć się u osób chorych na kiłę, a nawet ona uspasabia niekiedy do powtarzających się opryszczek.

#### **Wysypka grudkowato-nadżerkowata.**

(Lepieże płaskie. Condylomata plana.)

Grudki ciekące posiadają wielkość soczewicy—20 kop. srebrnych, choć spotykają się mniejsze i większe od powyżej zakreślonych rozmiarów. Bywają te wykwyty zwykle nieznacznie wzniesione nad poziom otaczającej tkanki, płaskie, niekiedy zagłębione pośrodku, okrągławe, często nawet tak prawidłowo okrągłe, jakby cyrklem nakreślone, niekiedy zaś podługowate, owalne. Powierzchnia grudek, pozbawiona częściowo lub całkowicie nabłonka, ewentualnie naskórka, jest wilgotna, moknąca, wydziela nieznaczną ilość mętnego surowiczego płynu, mającego niekiedy wstrętny zapach, bywa albo

równa i gładka, albo też zlekka ziarnista, posiada dość często zabarwienie czerwone, niekiedy upstrzone białymi plamczkami.

Również spostrzegamy grudki, pokryte na całej swej powierzchni szarawym albo białawym nalotem, posiadającym czasami odcień opalowy (opalowe grudki). Nalot ten może być tak gruby, iż wygląda na błonę rzekomą z brudno-szarym lub wyjątkowo matowo-białym odcieniem (porcelanowe grudki, zwane przez niektórych autorów błonicowatemi). Grudki zwykle bywają niebolesne, nie sprawiają ani swędzenia ani bólu; pod wpływem podrażnienia nieco czerwienieją i wydzielają większą ilość surowiczego płynu z domieszką ropy. Ilość wykwitów zwykle nie jest znaczna. Niekiedy grudki są ulokowane symetrycznie; spotyka się to najczęściej na miejscach stykających się.

Grudka moknąca może utworzyć się na miejscu wrzodu pierwotnego. Zdarza się to na samym początku okresu drugorzędowego lub też nieco wcześniej. Powierzchnia wrzodu pierwotnego staje się brodawkowata, zaczyna się podnosić skutkiem ziarninowania; szare albo czerwone dotąd zabarwienie dna przemienia się w szaro-różowe lub różowe,—wrzód pierwotny przeistacza się w grudkę cieknącą; niekiedy zaś na obwodzie wrzodu pierwotnego zjawiają się grudki, które, powiększając i zlewając się, obejmują w zupełności twarde szankier.

Grudki moknące bardzo często zlewają się i tworzą blaszki, które mogą osiągać bardzo dużych rozmiarów. Wystają one na 2 — 3 mm. nad poziom tkanki, posiadają zwykle brzegi zatokowato wijące się, często widać nawet wyraźne odcinki kola, t. j. wystające części zlewających się grudek. Blaszki mogą podlegać również podrażnieniu, mogą czerwienić się i wydzielać obficie surowiczo-ropną ciecz. Powierzchnia blaszek przeważnie bywa ziarnista, niekiedy zbrózdzona dość głębokimi szczelinami. Tworzą się blaszki skutkiem ciągłego podrażnienia danych okolic, zanikają zaś łatwo pod wpływem odpowiedniego leczenia, a przede wszystkim usunięcia podrażnienia.

Grudki nadżerkowate zwykle bywają bardzo charakterystyczne i łatwe do rozpoznania.

### Wysypka grudkowo-przerostowa.

(Lepieże płaskie przerostowe. Condylomata plana hypertrophica).

Postać ta stanowi właściwie odmianę poprzedniej, gdyż tworzy się z grudek zwykłych, moknących pod wpływem ciągłego podrażnienia. Grudki przybierają wygląd małych z szeroką podstawą brodawkowatych guzów, wielkości ziarnka grochu, fasoli, orzecha laskowego. Częściej jednak przerostowi podlegają blaszki, tworząc wzniesienia wielkości połowy orzecha włoskiego, a nawet grzyba o średnicy kilku — kilkunastu ctm. i wysokości jednego — paru ctm. Powierzchnia guzów, zwykle różowa lub blado-czerwona, staje się mocno czerwona pod wpływem podrażnienia, bywa zwykle ziarnista odpowiednio do wchodzących w skład oddzielnych wydłużonych i ścieśnionych w jedną masę brodaweczek.

Przytem na powierzchni blaszek spostrzegamy często brózdki i wgłębienia w miejscach zlania się pojedynczych wykwitów w jedną masę; widzimy również owrzodzenia w postaci nieprawidłowych zagłębień, wypełnionych zatrzymującą się ropą, i wysepki zielonawe lub brunatne zmartwiałej tkanki.

Wydzielina surowicza lub surowiczo-ropna posiada zwykle bardzo nieprzyjemny zapach, szczególnie w miejscach owrzodziałych. Bolesność zjawia się tylko w razie silnego zapalnego podrażnienia w samych wykwitach i w ich okolicach. Grudki moknące przerosłe przy odpowiednim leczeniu mogą być szybko usunięte, samoistnie zaś nie mają skłonności do zaniku.

Grudki przerostowe są zwykle bardzo charakterystyczne.

### Wysypka wrzodziasta.

(E x a n t h e m a u l c e r o s u m).

Owrzodzenia moknące spotykają się znacznie rzadziej od poprzednich trzech postaci, występują w bardziej oddalonych

fazach okresu drugorzędowego i posiadają nadzwyczaj zbliżony wygląd do odpowiednich wysypek na skórze; odróżniają się tylko brakiem strupków, które nie mogą tworzyć się na miejscach, stale wilgotnych. Owrzodzenia, zwykle w nieznacznej liczbie występujące, posiadają przeważnie wielkość soczewicy—5 kop. sr., a nawet 50 kop. srebrnych, postać okrągłą, półkolistą, owalną, a często zupełnie nieprawidłową, dno zazwyczaj równe i gładkie, niekiedy zaś nierówne i szorstkie, brzegi przeważnie strome, a czasami płaskie, zabarwienie czerwone, zwykle z odcieniem żółtym, wydzielinę oblitą śluzowo-ropną i niekiedy ropną. Wogóle owrzodzenia te posiadają nie zbyt charakterystyczne cechy.

Skutkiem zlania się oddzielnych wykwitów może utworzyć się jedno duże owrzodzenie; przybiera ono czasami wygląd festonowaty, t. j. odcinków koła lub półkoli, łączących się końcami i t. p.

Owrzodzenia należą do najtrwalszych i najuporczywszych wysypek moknących.

Wszystkie cztery powyżej opisane postacie niekiedy występują współcześnie obok siebie, czyli że wysypki moknące mogą być również wielopostaciowe.

Zależnie od umiejscowienia każda z powyższych postaci zwykle ulega pewnym, często nawet znacznym zmianom.

Najbardziej urozmaicone są wysypki moknące na organach płciowych i w jamie ustnej.

### **Wysypki moknące na organach płciowych.**

Wysypki moknące na organach płciowych zdarzają się bez porównania częściej u kobiet, niż u mężczyzn. Podczas gdy tylko nieliczni mężczyźni w ciągu całego drugorzędowego okresu podlegają tym objawom, kobiety przeważnie wszystkie i to zazwyczaj wielokrotnie posiadają wysypki moknące na organach płciowych. U kobiet bowiem błona śluzowa w tych okolicach obejmuje bardzo dużą przestrzeń, fałdy błony przylegają do siebie, podlegają ciągłym podrażnieniom od

tarcia i wydzielin (miesiączka, upławy). Skutkiem tego osutki na organach płciowych kobiet osiągają najwyższego stopnia swego rozwoju.

#### a) U kobiet.

Osutki drugorzędowe umiejscawiają się u kobiet na sromie i jego okolicach, w pochwie i na szyjce macicznej.

*Na skórnej części sromu niewieściego*, t. j. na zewnętrznej powierzchni dużych warg, a również i w sąsiedztwie, spotykamy obok moknących i suche osutki, które zdarzają się w postaci grudek, niekiedy łuszczących się, w postaci blaszek, obejmujących czasami częściowo lub całkowicie duże wargi i rozprzestrzeniających się na sąsiednie okolice, a nawet w postaci grudek wrzodziejących lub owrzodzeń powierzchniowych. Wszystkie powyższe wykwity nie wiele się różnią od umiejscowionych w innych okolicach skóry; zwykle tylko owrzodzenia są pozbawione strupków, a wykwity, znajdujące się na przejściu skóry w błonę śluzową, częściowo posiadają postać suchych wysypek, a częściowo moknących, świadcząc wymownie o tożsamości osutek suchych i moknących; występują one nawet czasami współcześnie. Często jednak już na skórnej powierzchni dużych warg i ich okolic zdarzają się osutki moknące. Na wewnętrznej powierzchni dużych warg, na małych wargach, na lechtaczce i we wgłębieniu sromopochwowym tworzą się zawsze wykwity moknące.

Nadżerkowate osutki moknące na sromie zdarzają się dość często w ilości kilku—kilkunastu wykwitów, zgrupowanych w sąsiedztwie. Jest to najbardziej dobrotliwa osutka, gdyż może zniknąć w ciągu jednego lub paru dni. Nie posiada ona żadnych charakterystycznych cech. Przy rozpoznaniu należy się powołać wywiadami i innymi współcześnie istniejącymi objawami przymiotu. Odróżnić niekiedy można osutki nadżerkowate przymiotu od opryszczek na mocy już wyłuszczonego o zwykłym charakterze opryszczek, a od nadżerkowatego zapalenia sromu na mocy więcej prawidłowych konturów i mniej silnych objawów zapalnych.

Grudkowato-nadżerkowate osutki albo łepieże płaskie spotykają się najczęściej i mogą być uważane za typowe wysypki na organach płciowych kobiet. Powierzchnia grudek najczęściej bywa ziarnista, mocno różowa lub białawym nalotem przykryta, wydziela zwykle sporą ilość surowiczego płynu, przeważnie posiadającego nadzwyczaj nieprzyjemny zapach. Spotykają się często również grudki opalowe, grudki błonicowate i z zagłębieniem.

Niekiedy grudki na zewnętrznych narządach płciowych bywają miejscami pokryte żółtawym nalotem, jakby warstwą miodu, która, wysychając na pokrytych skórą okolicach sromu, może utworzyć żółtawe strupki, przypominające nadzwyczaj liszajec zaraźliwy. Najczęściej spostrzegamy tę odmianę u dzieci.

Spotykają się grudki w ilości kilku, kilkunastu, choć czasami w znacznie większej liczbie. Grudki moknące często zlewają się w blaszki, które mogą obejmować np. całą wargę i jej okolice i posiadają wielką skłonność do przerostu.

Zapalenie mieszków włosowych (folliculitis) różni się od grudek przymiotu bledszem zabarwieniem, wyraźniej zwykle zaznaczoną obwódką zapalną, otworem gruczołowym pośrodku wzniesienia, a nawet często wychodzącym z niego włosem.

Nabłoniaki zaraźliwe (mollusca contagiosa) są zwykle mniejsze od grudek, bez zapalnej obwódki, białe, błyszczące i pośrodku wgłębione. Przy ucisku ze środka nabłoniaka wydobywa się biaława miazgowata masa, zawierająca przy badaniu drobnowidzowem jajowate ciała nabłoniaka zaraźliwego.

Pęcherzyca brodawkująca (pemphigus vegetans) odróżnia się od przerosłych grudek tem, iż powierzchnia wykwitów pęcherzyca brodawkującej jest zwykle b. bolesna, miękka, soczysta, gdzieś może zawierać resztki denka pęcherzowego, a przytem choroba ta powoduje nadzwyczaj ciężki stan ogólny chorego.

Łepieże stożkowate albo szyszkowiny kończyste (condylomata accuminata) zwykle posiadają niezbyt szeroką podstawę, rozgałęziające się brodawki i skutkiem tego bardzo nierówną brodawkowatą powierzchnię.

Przerosłe grudki spotykają się często; najczęściej umiejscawiają się na zewnętrznej i wewnętrznej powierzchni dużych warg, na fałdzie, ograniczającej te wargi od zewnątrz, na

fałdach biodrowo-płciowych, na górno-wewnętrznej powierzchni bioder i na międzykroczu. Przerosłe grudki dosięgają niekiedy bardzo dużych rozmiarów pod względem wysokości i szerokości, szczególnie gdy zlewają się w blaszki; wydzielają one po większej części bardzo obfitą ilość surowiczo-ropnego, nader przykro pachnącego płynu, dość często podlegają zapalnemu podrażnieniu i częściowemu owrzodzeniu.

Owrzodzenia powierzchowne spotykają się dość rzadko i to przeważnie w bardziej oddalonym czasie okresu drugorzędowego. Mogą się one umiejscawiać w każdym miejscu sromu, najczęściej jednak spotykają się na wewnętrznej powierzchni dużych warg, na małych wargach, w przedsionku i u wejścia do pochwy. Spotykają się zwykle w ilości kilku obok siebie leżących owrzodzeń, nieprzedstawiających nic charakterystycznego i niekiedy zlewających się w obszerne owrzodzenie. Owrzodzenia wtedy tylko mogą być łatwo rozpoznane, gdy przyjmują wygląd pierścienia, sierpu lub grupują się w postaci koła, półkoła, odcinków jęgo i t. p.

Niekiedy owrzodzenia powierzchowne mają wygląd bardzo zbliżony do wrzodu miękkiego, i rozpoznanie w tych razach należy do najtrudniejszych w dziedzinie syfilidologii.

Wrzód miękki zawsze tworzy się wkrótce po zaraziwem spółkowaniu, wywołuje bardzo często dymienice, mające skłonność do ropienia, posiada brzegi strome, podryte, dno żółte brodawkowate, a w wydzielinie paleczki Ducrey'a. Wydzielina wrzodu przy samozaszczepieniu wywołuje utworzenie się miękkiego wrzodu, przytem wrzody spotykają się przeważnie w liczbie mnogiej i znajdują się zwykle w najrozmaitszym okresie rozwoju.

Wysypki moknące sromu często rozwijają się i przebiegają bez odczynu w sąsiednich tkankach; niekiedy jednak wywołują mniej lub więcej ciężkie powikłania. Naokoło wykwi-tów ciekących może utworzyć się zaczerwienienie. Objaw ten czasami rozszerza się znacznie i staje się bardzo intensywnym, przyjmując wygląd wyprzenia (intertrigo). Nadzwyczaj silnie zaczerwieniona skóra miejscami wrzodzieje, pokrywa się pęknięciami i rozrostami. Może przyłączyć się do tego obrzęk sromu; towarzyszy mu czasami stwardnienie obrzmiałych miejsc (sclerosis indurativa). Stwardnienie obrzmiałej tkanki występuje przeważnie na dużych wargach, a rzadziej na

małych i łechtaczce. Dotknięte tą sprawą okolice stają się grubsze 2 — 4 i więcej razy, suche, elastyczne, niebolesne, mocno różowe, nawet czerwone. Powrót do stanu zwykłego odbywa się bardzo powoli, może trwać parę, a nawet kilka miesięcy.

Niekiedy w tkance podskórnej lub podśluzowej tworzą się wrzody guzowate.

Rzadko bardzo powyższe sprawy oddziałują na gruczoły i naczynia chłonne, które obrzmiewają, twardnieją, pozostając niebolesnymi.

*W pochwie* wysypki spotykają się rzadko, umiejscawiają się albo w okolicy pierścienia sromo-pochwowego przy przejściu ze sromu, albo też w szerokiej części pochwy, przy przejściu na macicę.

W okolicy pierścienia sromo-pochwowego spotykają się postaci nadżerkowata i wrzodziasta, które są często bardzo zbliżone wyglądem do wrzodu miękkiego i skutkiem tego przedstawiają pewne trudności rozpoznawcze.

W szerokiej części pochwy spostrzegamy wysypki moknące zwykle w postaci grudek małych, płaskich, okrągłych lub owalnych, nadżerkowatych, niekiedy różowych, częściej szaro-białych jakby zabrudzonych lub z żółtawym odcieniem, czasami opalowych. Grudki dość często posiadają czerwonałą obwódkę.

*Na szyjce macicznej* wysypka moknąca spotyka się w postaci nadżerkowatej, grudkowatej i wrzodziastej.

Nadżerki przeważnie bywają wielkości soczewicy, zabarwienia czerwonego a nawet ciemno-czerwonego, rzadziej szarego lub opalowego. Od zwykłych nadżerek w tych miejscach odróżniają się tylko wtenczas, gdy mają wybitnie wyrażoną kolistą lub półkolistą postać i gdy się umiejscawiają odśrodkowo względem otworu macicznego, gdyż zwykle nadżerki tworzą się zazwyczaj w okolicach środkowych szyjki i od otworu macicznego rozchodzą się promienisto.

Grudki bywają wielkości soczewicy do dziesięciu kop. srebrnych, często zlewają się z sobą w dość duże blaszki; przeważnie posiadają szarawo-białe opalowe, a niekiedy mleczno-białe zabarwienie, rzadko różowe. Rozpoznanie grudek bywa po większej części łatwe ze względu na charakte-



rystyczną postać i umiejscowienie naokoło szyjki macicznej; tylko pewne trudności rozpoznawcze przedstawiają zrzadka tworzące się grudki w otworze szyjki.

Owrzodzenia szyjki macicznej spotykają się rzadko, zajmują zwykle powierzchnię środkową otworu macicznego, bywają płytkie, wielkości 5—20 kop. srebrnych, gładkie, równe, czerwone. Rozpoznanie jest łatwe tylko wtedy, gdy owrzodzenia posiadają postać koła, półkola lub zabarwienie białe albo opalowe. Zwykle jednak owrzodzenia przymiotowe szyjki macicznej nie przedstawiają nic charakterystycznego i od owrzodzeń, spotykanych przy zapaleniu błony śluzowej macicy, odróżniają się tylko szybkim przebiegiem i brakiem objawów podmiotowych i przedmiotowych, znamionujących zapalenie błony śluzowej macicy.

#### b) U mężczyzn.

Na organach płciowych mężczyzn wysypki moknące spotykany niezbyt często. W miejscach wilgotnych spostrzegamy wszystkie cztery postacie wysypek moknących, a gdzie niema wilgoci, np. na główce prącia po obrzezaniu, tworzą się suche osutki.

*Na prąciu* spotykają się najczęściej nadżerki ciekące. Ulubionym ich umiejscowieniem jest bródka żołądzo-napletkowa, powierzchnia główki i śluzowa powierzchnia napletka. Nadżerki w tym miejscu odróżniają się nieznacznie wielkością, prawidłowo zaznaczonymi brzegami, okrągłą postacią i czerwonym zabarwieniem.

Przy umiejscowieniu na brzegu wąskiego napletka nadżerki posiadają wygląd pęknięć podługowatych, równoległych do osi prącia i rozciągających się przy próbie obnażenia główki. Przy umiejscowieniu w bródce żołądzo-napletkowej nadżerki nawet przy nieznacznej zaniedbaniu wikłają się z nadżarciami, pochodzącymi od zapalenia żołądza.

Powyższe zmiany utrudniają wielce rozpoznanie. Należy wtedy przymiotowe nadżerki odróżniać od powyższych spraw.

Urazowe naderwania, tworzące się często na mężczyzn organach płciowych, różnią się od przymiotowych nadżwyczej nieprawidłową postacią.

Opryszczki charakteryzują się oznakami, o których już wielokrotnie wspominaliśmy.

Nadżarcia przy zapaleniu żołądźci są zwykle więcej liczne, niż przymiotowe, zajmują większą przestrzeń, posiadają bardziej nieprawidłową postać, wijące się brzegi (karta geograficzna), mocniejsze czerwone zabarwienie i zaczerwienienie sąsiednich okolic.

Nadżarcia przymiotowe łatwo i prędko przechodzą, są jednak bardzo niebezpieczne ze względu na łatwość przeniesienia zarazy przy stosunku płciowym.

Grudki nadżerkowate spotykają się rzadko, umiejscawiają się na skórze łącia, na główce lub w brózdzie żołądzio - napletkowej. W tych dwóch ostatnich miejscach spostrzegamy niekiedy grudki białe (opalowe lub porcelanowe).

Grudkowato przerostowa postać spotyka się nadzwyczaj rzadko, zdarza się tylko w brózdzie wieńcowej.

Wrzody powierzchniowe spostrzegamy nieco częściej, niż poprzednią postać; przeważnie zjawiają się one w późniejszej fazie okresu drugorzędowego i wyglądem często bywają nader zbliżone do wrzodów wenerycznych.

Bardzo często zdarzają się powikłania osutek moknących na główce łącia, szczególnie obdarzonego długim napletkiem, występują one w postaci wtórnego zapalenia żołądźci i napletka.

Zapalenie żołądźci i napletka rzadko bywa częściowym; wtenczas w brózdzie żołądzio - napletkowej tworzy się zapalne obrzmienie błony i maleńkie przeczosy.

Częściej zapalenie wtórne obejmuje całą wewnętrzną powierzchnię napletka i żołądź i pod względem wyglądu nie różni się od tejże sprawy, wywołanej innemi przyczynami.

*Na mosznie i w sąsiedztwie* jej ciekące wysypki spotykają się bardzo często. Na mosznie wykwitły przedstawiają tę osobliwość, iż często posiadają postać koła i jego odcinków, sierpa i t. p.

W fałdzie łącio-mosznowej najczęściej spotykamy grudki, rozdzielone na dwie połowy pośrodku brózdą dość głęboką i owrzodziałą. W fałdzie moszno-biodrowej grudki mają skłonność do przerastania i zlewania się w blaszki; niekiedy

są one bardzo obszerne i pobródzone dość głębokimi szczelinami.

Naokoło wykwitów bardzo często widzimy objawy zapalne sąsiedniej tkanki w postaci zaczerwienienia i obrzęknięcia skóry, łuszczenia naskórka, a nawet powierzchownego owrzodzenia, skutkiem czego sprawa powyższa przyjmuje niekiedy wygląd bardzo zbliżony do wyprysku (eczema).

Gdy objawy zapalne trwają dłuższy przeciąg czasu, powłoki moszny mogą zgrubieć, wykwity mogą się pokryć brodawkowatymi wyrostami, a z przeczosów i owrzodzeń wydziela się obfita ilość surowiczoroopnej, niekiedy z domieszką krwi, cieczy, nadzwyczaj nieprzyjemnie cuchnącej i zasychającej w żółtawe, niekiedy brunatnawe strupki.

Największemu zgrubieniu podlega zwykle szew moszny, który może osiągnąć wysokości 1—1½ ctm.

### Wysypki moknące u otworu kiszki stolcowej.

Spotykają się one po większej części współcześnie z wysypkami moknącymi na organach płciowych, znacznie częściej tworzą się u kobiet, niż u mężczyzn, i umiejscawiają się na błonie śluzowej kiszki, przy przejściu jej w skórę, i na powierzchni skóry między pośladkami.

**Na błonie śluzowej** najczęściej spostrzegamy *nadżarcia*; umiejscawiają się one na dnie fałd błony śluzowej lub na jej wypukłości. Nadżarcia bywają zwykle niewielkie, ciągną się wzdłuż fałd w postaci pęknięcia błony i są dokładnie widzialne tylko po rozciągnięciu fałd. Nadżarcia posiadają przeważnie mocno-czerwone zabarwienie, niekiedy zaś szarawe, lub szarawo-żółte; sprawiają silny ból, szczególnie podrażnione oddawaniem stolca, i nadzwyczaj trudno się goją.

*Grudki* na błonie śluzowej kiszki spotykają się rzadko; umiejscawiają się one przeważnie na guzach krwawniczych lub na pozostałych po nich strzępkach błony. Grudki prawie nigdy nie podlegają przerostowi.

*Owrzodzenia* w tych okolicach spostrzegamy nader rzadko.

**Przy przejściu błony śluzowej w skórę** spotykamy często *przeczosy* lub *pęknięcia*, ciągnące się promienisto wzdłuż

fald, przyczem błona i skóra całej okolicy bardzo często obrzmiewa i twardnieje. Skutkiem tego faldy, rozchodzące się promienisto od otworu stolcowego, stają się grube, twarde. Przerostowi, z nadzwyczaj silnem stwardnieniem, podlega przystem często szew międzykroczoowy.

*Rozpoznanie* nadżerek na błonie śluzowej kiszki stolcowej napotyka nadzwyczajną trudność; nie posiadają one nic charakterystycznego i o ich swoistości należy sądzić z innych współczesnych objawów przymiotu. Przy przejściu błony śluzowej w skórę i na samej skórze tworzą się najczęściej *grudki*, które bardzo łatwo ulegają *przerostowi* i zlewają się w blaszki. Grudki mają zwykle bardzo znamieny wygląd. Należy je tylko odróżniać od rzekomo-przymiotowych nadżerkowatych grudek.

Grudki nadżerkowate rzekomo przymiotowe (dermite papulo—érosive pseudosyphilitique) posiadają wygląd blaszki przymiotowej grudkowatej, przeważnie przerostowej, umiejscowionej w pobliżu otworu stolcowego, zjawiają się w większości przypadków u dzieci lub u osobników młodych nieochędźnych. Te wykwity mogą być rozpoznane tylko na mocy braku innych danych co do przymiotu (wywiady, współczesne objawy, badanie bakteryologiczne).

## Wysypki moknące w jamie ustnej i gardzieli.

### Ogólna charakterystyka.

Wykwity w jamie ustnej spotykają się najczęściej ze wszystkich objawów drugorzędowego przymiotu. Rzadko widzimy chorych, nawet starannie leczonych, którzyby od czasu do czasu nie podlegali tym zmianom, mającym nadzwyczajną skłonność do ponowień. Wysypki w jamie ustnej zjawiają się niekiedy samoistnie, bez żadnej widocznej przyczyny. Przeważnie jednak te objawy występują u nalogowych palaczy, u alkoholików i u cierpiących na próchnienie zębów; to też spostrzegamy wykwity w jamie ustnej znacznie częściej u mężczyzn, niż u kobiet; kobiety bowiem przeważnie nie palą, nie używają wysokoku i staranniej utrzymują jamę ustną.

Palenie tytoniu jest bezwarunkowo najważniejszą przy-

czyną wczesnego zjawiania się, obfitego występowania, uporczywego trwania i ponawiania się wykwitów w jamie ustnej w ciągu długiego przeciągu czasu; często dopiero po powstrzymaniu się od palenia można usunąć objawy przymiotu w jamie ustnej.

Wysypki mogą umiejscawiać się w całej jamie ustnej, najczęściej jednak spotykają się na migdałkach i na sąsiednich częściach łuków podniebienia, na bocznej i przedniej powierzchni języka i na błonie śluzowej ust, rzadziej zaś—na dnie jamy ustnej, na dziąsłach, policzkach, na twardym i miękkim podniebieniu i t. d.

Ilość wykwitów bywa różna, poczynając od jednego, a dochodząc do kilkunastu i więcej.

Pod wpływem podrażnienia nie tylko same wykwity, lecz nawet błona śluzowa sąsiednich i dalszych okolic jamy ustnej czerwienieje, nabrzmięwa, staje się bolesna.

Objawy podmiotowe bardzo często towarzyszą wykwitom w jamie ustnej, przyczem większe rozmiary i ilość wpływają na silniejsze niedomaganie; jednak w tem względzie znaczną rolę odgrywa umiejscowienie, postać wykwitów i osobista wrażliwość chorych. Tak wykwity na końcu języka i w gardzieli są znacznie dokuczliwsze, niż na podniebieniu, a głębokie pęknięcia—znacznie boleśniejsze, niż płaskie powierzchowne nadżerki. Podmiotowe objawy mogą być różne. Niekiedy tylko przy użyciu ciepłych, słonych, kwaśnych potraw i napojów, wysokoku, przy paleniu i podczas mówieniu chorzy odczuwają pewne uczucie niedomagania w danej okolicy; to znów powyższe czynniki sprawiają silny ból i ślinienie, gdy stale występują mniej znaczne objawy. Bolesność i ślinienie mogą nawet trwać ciągle.

Przy umiejscowieniu wykwitów w gardzieli otrzymujemy zwykle objawy zapalenia gardła (angina), a więc ciągły ból, powiększający się przy połykaniu, a nawet czasami nader utrudnione połykanie.

Objawy przedmiotowe drugorzędowego przymiotu w jamie ustnej występują najczęściej pod postacią nadżerek, rzadziej znacznie pod postacią grudek nadżerkowatych, a jeszcze rzadziej pod postacią grudek przerostowych i owrzodzeń.

Niekiedy prócz tego na miękkim podniebieniu i w gardzieli występuje tylko dość ściśle ograniczone zaczerwienie. Zdarza się ono przeważnie współcześnie ze zjawieniem się najwcześniejszej drugorzędowej wysypki na skórze.

### Wysypka nadżerkowata.

Nadżerki mogą być uważane za typową postać osutek moknących w jamie ustnej. Wielkość nadżerek bywa różna; przeważnie są to wykwitły małe, wielkości paru milimetrów—jednego ctm. kwadratowego; niekiedy jednak nadżerki bywają nie większe nad ziarnko prosa, lub przenoszą 50 kop. sr.; kształt tych wykwitów zazwyczaj okrągły lub eliptyczny, a czasami pasemkowaty. Nadżerki najczęściej przedstawiają powierzchowne złuszczenie nabłonka, rzadziej powierzchowny ubytek tkanki; posiadają one powierzchnię gładką, błyszczącą, niekiedy jednak drobnoziarnistą, brzegi nieznacznie przechodzące w sąsiednią tkankę, zabarwienie przeważnie czerwone, nieco ciemniejsze od sąsiedniej błony, często szarawe, a nawet białe, prawie mleczne, rzadziej żółtawe. Niekiedy spotykamy szarawą lub białą obwódkę z czerwonym środkiem; zdarza się to najczęściej na wargach, na języku i na migdałach, i w tych miejscach białe zabarwienie przyjmuje czasami odcień opalowy, lub nawet niebieskawy. Białe lub szarawe zabarwienie otrzymujemy dzięki utworzeniu się nadzwyczaj cienkiego nalotu, który w kształcie delikatnej błoneczki silnie przystaje do podłoża. Niekiedy na migdałkach i ich okolicach, a rzadziej na wargach, na języku i miękkim podniebieniu nalot przyjmuje wygląd błonicowaty. Obraz bywa szczególnie zbliżony do błonicy, gdy nalot umiejscowi się na migdałach, a do tego przyłączy się obrzmienie sąsiednich okolic, obrzmienie gruczołów podszczękowych, utrudnione połykanie, bóle w gardle i podniesienie temperatury.

Ilość nadżerek na błonie śluzowej jamy ustnej bywa różna—od jednej do kilkunastu i więcej. Pojedyncze nadżerki, zlewając się, mogą utworzyć błonki nadzwyczaj dużych rozmiarów z brzegami często wijącymi się zatokowato.

Nadżarcia pod wpływem podrażnienia, przeważnie u osób nadużywających wysokoku i tytoniu, stają się purpurowe, nabrziałe i szczególnie bolesne.

Nadżarcia na brzegach języka przyjmują zwykle postać szczelin i mieszczą się często w normalnych brózdach języka. Również na grzbiecie języka zdarzają się niekiedy nadżarcia w kształcie pęknięcia; mogą one, znajdując się na miejscu połączenia kilku brózd, przybierać kształt gwiazdy. Najczę-

ściej jednak nadżarcia na grzbiecie języka występują w postaci wyraźnie ograniczonych ognisk—lysinek (alopecia lingualis): na szorstkiej, brodawkowatej powierzchni języka tworzą się okrągłe lub owalne ogniska wielkości 5 — 10 kop. sr. ciemno-czerwone, gładkie, równe, błyszczące.

Zauważyć należy, iż błona śluzowa w tych miejscach pozostaje nienaruszona, a tylko brodawki językowe odpadają.

Ogniska powyższe, zlewając się, tworzą blaszki, niekiedy bardzo duże.

Nadżarcia, mieszczące się w kątach ust na fałdach międzywargowych, bywają często przedzielone pośrodku brózdą szczelinowatą, niekiedy bardzo bolesną; od strony skóry nadżerka w tych miejscach jest zwykle okolona strupkiem, a nawet niekiedy równą lub ziarnistą, brodawkowatą wyniosłością grudki w kształcie litery V.

*Rozpoznanie* nadżerek przymiotowych w jamie ustnej bywa zwykle dość trudne, często nawet niemożliwe, gdyż wykwity te nie posiadają cech swoistych. Wprawdzie nadżerki w kształcie koła lub jego odcinków przemawiają za rozpoznaniem przymiotu, jednak nie bezwzględnie, gdyż naprz. glossitis exfoliativa marginata zwykle posiada półkoliste kontury. To też rozpoznawać przymiotu tylko na mocy nadżerek błony śluzowej w jamie ustnej nie można; a nadżarcia w jamie ustnej u osób, chorych na przymiot, przyjmujemy zwykle za swoiste tylko na zasadzie znacznego prawdopodobieństwa.

W jamie ustnej spotykamy sporo spraw, zbliżonych nadzwyczaj wyglądem do nadżerek przymiotowych.

*Nadżarcia urazowe* przeważnie nie różnią się od przymiotowych; posiadają niekiedy mniejszą od nich wielkość, mniej prawidłowo okrągłą postać, mocniejsze czerwone zabarwienie i krótszą trwałość. Nadżarcia, pochodzące od uszkodzenia śluzówki zębem zepsutym, zdradzają odrazu swe pochodzenie ze względu na umiejscowienie.

*Łuszczące się i obrzęzione zapalenie języka* (glossitis exfoliativa marginata) charakteryzuje się ruchomością ognisk, które zmieniają w ciągu paru dni, a nawet doby swe umiejscowienie i postać, i obwódka, okalającą całe ognisko, a nawet jego odcinki. Obwódka bywa zazwyczaj bardzo wązka ( $\frac{1}{4}$ —1 mm.), posiada białe albo szaro-białe zabarwienie i postać odcinków koła, łączących się najczęściej końcami.

*Pleśniawki* (aphtae) odznaczają się zwykle okrągłą postacią, talerzykowatym zagłębieniem, żółtem zabarwieniem, obwódką czerwoną, szczególnie w pierwszych dniach trwania, i bolesnością.

*Zajady* (perlèche) w kątach ust, choć mają również pośrodku pęknięcie, lecz w sąsiedztwie posiadają błonę śluzową najczęściej zdrową i zdarzają się przeważnie u dzieci.

*Liszaj czerwony płaski* (lichen ruber planus) trafia się rzadko na błonę śluzową jamy ustnej, umiejscawia się przeważnie na wewnętrznej powierzchni policzków i na grzbiecie języka, zabarwienie posiada białawe, niekiedy szaro-białe, powierzchnię blaszek zbrózdzoną, szorstką, nieco wzniesioną, a w pobliżu ich małe szare wzniesienia pojedynczych wykwitów; pod wpływem arszeniku następuje zwykle polepszenie.

*Błonica* (dyfteryt) rozpoznaje się głównie na mocy badania bakteriologicznego (laseczki Klebs-Löfflera z zaokrąglonymi i wzdętymi końcami), a również na mocy wywiadów i silnie zwykle zaznaczonych objawów podmiotowych i przedmiotowych.

*Rtęćca* przebiega niekiedy powoli i wywołuje zmiany bardzo zbliżone do wykwitów przymiotu w jamie ustnej. Na błonę śluzową tworzą się, oprócz owrzodzeń, nadżerki. Umiejscawiają się one zwykle za ostatnimi zębami trzonowymi, na bocznych powierzchniach języka, rzadziej nieco na dziąsłach, pod językiem i na podniebieniu. Nadżerki te posiadają zwykle nieprawidłową i nieściśle ograniczoną postać, wielkość soczewicy—20 kop. sr., zabarwienie czerwone, niekiedy szarawe. Spotykamy dość często przy rtęćcy nadżerki, pokryte błonicowatym nalotem, silnie przystającym do podłoża; umiejscawiają się one przeważnie na tylnej powierzchni śluzówki policzków, na wysokości zębów; odznaczają się zwykle postacią owalną, zabarwieniem żółtawo-białym, albo szaro-białym. Współcześnie istnieje przy rtęćcy zapalenie dziąseł, najczęściej w okolicy dolnych siekaczy lub z tyłu za dolnymi trzonowymi zębami, ostry śmierdzący zapach z ust, ślinienie. Po zaprzestaniu używania rtęci następuje polepszenie.

*Wysypki lekowe* po zażywaniu wielu środków lekarskich, szczególnie antypiryny, bywają niekiedy bardzo zbliżone do nadżerek przymiotowych, lecz odznaczają się zwykle różno-



rodnością postaci, ostrym przebiegiem i innym źródłem pochodzenia.

*Opryszczki* w jamie ustnej spotykają się przeważnie na bocznych powierzchniach języka, na wargach i policzkach; nawroty tego cierpienia zdarzają się bardzo często u osób, obarczonych przymiotem. Cechy charakterystyczne opryszczek zostały zaznaczone przy różniczkowym rozpoznawaniu wrzodu pierwotnego. O *luszczycy* jamy ustnej nieco dalej obszernie pomówimy.

#### **Grudkowato-nadżerkowata i grudkowato-przerostowa wysypka.**

Grudki nadżerkowate spotykają się najczęściej na tylnej części grzbietowej powierzchni języka, na miękkim podniebieniu i na łukach; nie różnią się wyglądem od grudek nadżerkowatych, spotykanych w innych okolicach błony śluzowej; często zlewają się w blaszki z zatokowato-wijącym się brzegiem. Wogóle wykwity te trafiają się nie często, są charakterystyczne i łatwe do rozpoznania. Pod wpływem ciągłego drażnienia, np. dymem lub wyskokiem, powierzchnia pojedynczych grudek lub blaszek grudkowatych może się rozrastać, staje się ziarnista, brodawkowata i wznosi się na 2—4 mm. nad powierzchnią sąsiedniej błony śluzowej. Powierzchnia tych przerostowych grudek, szczególnie blaszek grudkowatych, może być poprzerzynana owrzodzeniami w postaci szczelin. Grudki przerostowe w jamie ustnej umiejscawiają się najczęściej na tylnej połowie grzbietu języka, który otrzymuje wtedy pagórkowaty wygląd.

#### **Wrzodziasta wysypka.**

Owrzodzenia błony śluzowej w jamie ustnej są niegłębokie, również nie posiadają znaczniejszych nacieków na obwodzie i u podstawy, co odróżnia te owrzodzenia od trzeciorzędnych. Wielkość owrzodzeń bywa różna—od ziarnka grochu do 20 kop. sr., postać okrągła lub owalna, często jednak nieprawidłowa, gdy owrzodzenia umiejscawiają się w kątach ust, na bocznych powierzchniach języka lub na łukach podniebienia; zabarwienie czerwone, często jednak żółtawe, sadło-

wate, żółtawo-szare lub szare; powierzchnia dna gładka lub nierówna, ziarnista. Pojedyncze owrzodzenia mogą zlewać się w duże blaszki. Owrzodzenia spotykają się dość często i przeważnie nie przedstawiają się tak charakterystycznie, iżby wygląd ich miał decydować o rozpoznaniu. Nawet półkolistą zatokowatą lub festonowatą wijącą się postać nie przemawia bezwzględnie za przymiotem. Przy rozpoznaniu różniczkowym zwykle łatwo wykluczamy gruźlicę, wrzody pierwotne, weneryczne i owrzodzenia rtęcy na mocy już poprzednio wyłożonego.

### **Wysypki moknące w krtani, nosie, uchu, oku i t. d.**

W **krtani** przy badaniu wziernikiem spotykamy dość często objawy drugorzędowego przymiotu, szczególnie w I półroczu jego trwania; rzadko jednak wywołują one objawy podmiotowe. Zmiany w krtani niekiedy zjawiają się bez widocznych przyczyn, częściej jednak są spowodowane paleniem, wyskokiem lub ciągłym utrudzeniem gardła (mowa, śpiew).

Najczęstszym objawem drugorzędowego przymiotu krtani bywa rozlane zaczerwienienie, które zwykle najwyraźniej się przedstawia na tylnej powierzchni nagłośni, chrząstek nalewkowatych i na strunach głosowych rzekomych; na początku zaczerwienienie posiada odcień cynobru, a później ciemnieje; tym objawom przedmiotowym zwykle towarzyszy chrypka i niekiedy lekki kaszel.

Rzadziej w krtani zjawiają się moknące grudki. Najczęściej spotykamy grudki nadżerkowate: czerwone, szare, białe, opalowe i perłowe, wielkości soczewicy i większe, niekiedy zlewające się w blaszki i okrążone czerwoną obwódką. Grudki te przeważnie mieszczą się na rzekomych strunach głosowych.

Niekiedy śluzówka krtani na znacznej przestrzeni staje się nacieczona, zgrubiała, co wywołuje bardzo uporczywą chrypkę, a może nawet doprowadzić do bezgłosu. Wrzo-

dziasta wysypka spotyka się rzadko, przeważnie bywa przy przymocie złośliwym, niekiedy zdarza się przy przejściu okresu drugorzędowego w trzeciorzędowy. Owrzodzenia bywają okrążone czerwoną obwódką, posiadają zwykle wielkość soczewicy — 5 kop. sr., postać okrągłą lub owalną, brzegi ostro ograniczone, dno płytkie, zabarwienia czerwone, szarawe lub żółtawe.

Owrzodzenia wywołują najsilniejsze objawy, gdy umiejscowią się na strunach głosowych. Doprowadzają one wtedy zwykle do ochrypnięcia, a nawet bezgłosu, prócz tego mogą niekiedy wywołać bardzo niebezpieczny obrzęk krtani. Owrzodzenia, umiejscowione w okolicach chrząstek krtaniowych, mogą spowodować również bardzo poważną sprawę — zapalenie ochrzastnej. O ile pierwsza postać przymiotu krtani może przejść prędko w ciągu kilku—kilkunastu dni, a rzadko paru tygodni, o tyle ostatnie trwają bardzo długo—kilka, a nawet kilkanaście tygodni.

W **nosie** najczęściej widzujemy nadżerki i grudki w okolicy nozdrzy, rzadziej nieco spotykamy nadżerki i owrzodzenia na przegrodzie nosowej, a jeszcze rzadziej na muszlach nosowych.

W **uchu** najczęściej spotykamy nadżerki i grudki. Te ostatnie przyjmują często przerostową postać, która niekiedy bywa bardzo zbliżona do polipów. Wykwity przymiotowe umiejscawiają się przeważnie w przewodzie słuchowym, rzadziej znacznie w muszli ucha.

W **oku** widzujemy wykwity przymiotowe bardzo rzadko; umiejscawiają się one na powiekach lub na łącznicy. Na powiekach najczęściej widzujemy nadżerki lub grudki w kącie oka, również, jak w kątach ust, w postaci litery V; rzadziej trafiają się nadżerki i grudki wzdłuż brzegu rzęsowego lub na mięsku łzowym. Na łącznicy jabłka lub powiek niekiedy widzimy małe nadżerki, częściej zaś typowe małe grudki, okrążone wieńcem naczyń naczyniowych.

Pod **sutkami** u kobiet spotykamy przeważnie grudki, które bardzo często przyjmują przerostową postać; na **brodawce** sutkowej u karmiących kobiet widzujemy najczęściej głębokie pęknięcia, pod **pachami** i na **pępku** — grudki nadżerkowate.

Na **palcach** u nóg osobników ze sfery mało kulturalnej spotykamy dość często wykwity przymiotowe moknące: na bocznych powierzchniach palców nadżerki lub grudki nadżerkowate mocno czerwone, na dolnych powierzchniach głębokie pęknięcia, obramowane wałem zgrubiałego naskórka, a na końcach palców owrzodzenia, obramowane również wałkiem zgrubiałego naskórka. Wykwity te podlegają zwykle wtórnemu podrażnieniu, skutkiem czego stają się bardzo uciążliwe dla chorych.

### **Łuszczycyca jamy ustnej.**

Łuszczycyca jamy ustnej (leukoplakia buccalis) zjawia się zwykle w odleglejszym czasie drugorzędowego okresu lub nawet później; występuje w postaci plam białych, wyróżniających się długotrwałością i szczególną uporczywością względem leczenia swoistego ogólnego i miejscowego; bywa też skutkiem tego przyjmowana przez niektórych autorów za objaw poprzymiotowy.

Łuszczycyca posiada bardzo różnorodną postać: okrągłą, owalną, pasemkowatą, gwiazdzistą, siatkowatą, a nawet w kształcie równoległe biegnących linijek lub grupy małych plameczek.

Wielkość wykwitów nie przenosi zazwyczaj ziarnka soczewicy — fasoli, tylko pasemkowate plamy zajmują czasami znacznie większą przestrzeń. Oddzielne wykwity zlewają się niekiedy w obszerne blaszki. Plamy posiadają zwykle zabarwienie białe różnych odcieni — mlecznego, opalowego, sino-białego, szarawego; pomimo zgrubienia nabłonka nie wznoszą się nad poziom śluzówki i przy macaniu nie sprawiają wrażenia stwardnienia; posiadają brzegi często dość wyraźnie ograniczone, lecz nierówne, nieprawidłowe; leżą na normalnej śluzówce lub też są otoczone wysepkami błony czerwonej, gładkiej i pozbawionej brodaweczek (glossitis desquamativa deuteropathica).

Łuszczycyca umiejscawia się najczęściej na przedniej bocznej i grzbietowej powierzchni języka, na wewnętrznej powierzchni policzków blisko kątów ust, rzadziej na śluzówce wewnętrznej powierzchni dolnej wargi, a jeszcze rzadziej na dziąsłach.

Przy dłuższem trwaniu wykwitów łuszczycy często pośrodku nich tworzy się nadżarcie, niekiedy w postaci szczeliny.

Plamy bywają przeważnie niebolesne, niektóre jednak, szczególnie nadżarte, sprawiają nieznaczny ból przy paleniu i używaniu ostrych i kwaśnych potraw i napojów, a także wyskoku.

Łuszczycyca przymiotowa sama przez się należy do objawów nieszkodliwych dla zdrowia, jednak często po dłuższem jej trwaniu w odpowiedniem miejscu zaczyna rozwijać się rak.

Łuszczycyca przymiotowa nadzwyczaj przypomina blaszki, wywołane paleniem tytoniu, miejscowem podrażnieniem, zaburzeniami trawienia i t. p.

*Łuszczycyca tytoniowa* rozwija się powolniej od przymiotowej, gdyż w przeciągu wielu lat zamiast kilku miesięcy, posiada bardziej szare zabarwienie i umiejscawia się w kątach ust (trójkąt palaczy) i na przednim odcinku grzbietowej powierzchni języka.

*Łuszczycyca*, powstała skutkiem *miejscowego podrażnienia*, odpowiada kształtem i umiejscowieniem przedmiotowi, wywołującemu stale podrażnienie, np. zębowi.

*Liszaj czerwony płaski* umiejscawia się najczęściej na wewnętrznej powierzchni policzków i na grzbiecie języka, niekiedy na miękkim podniebieniu, łukach podniebiennych, jęczyczku i dziąsłach, posiada zabarwienie białe lub szarawe, powierzchnię szorstką, składającą się z małych ziarnistych wzniesień, i niknie przy użyciu arszeniku.

## CIERPIENIA UKŁADÓW.

Układy organizmu ludzkiego, jak chłonny, ruchowy, nerwowy i zmysłów, krwionośny, oddechowy, trawienia i moczopłciowy podlegają podczas drugorzędowego okresu przymiotu dość często cierpieniom. Spotykają się one przeważnie w pierwszych miesiącach okresu, zdarzają się po większej części u kobiet lub wogóle u osobników słabych, nerwowych, przechodzą w większości przypadków względnie dość prędko, nie pozostawiając po sobie stałych śladów, poddają się łatwo swoistemu leczeniu, często mogą się jednak ponawiać. Cierpienia powyższe często występują współcześnie z objawami na skórze i błonach śluzowych; wielokrotnie jednak ograniczają się tylko do pewnego narządu i zjawiają się zupełnie niezależnie od objawów skórno-śluzowych. Spotykamy nawet t. zw. trzewiowe postaci drugorzędowego przymiotu, kiedy zmianom, dostrzegalnym klinicznie, podlegają tylko układy wewnętrzne organizmu.

### **Układ chłonny.**

Cierpienie układu chłonnego obejmuje głównie gruczoły. W ciągu pierwszych miesięcy drugorzędowego okresu pozostają prawie zawsze z poprzedniego okresu mniej lub więcej wyraźnie obrzmiałe wszystkie gruczoły chłonne; później obrzmiewają zwykle gruczoły tylko w pewnych okolicach ciała i sprawa ta, im dalej, tem rzadziej występuje. W na-

czyniach chłonnych zmiany kliniczne dostrzegamy wogóle dość rzadko.

*Gruzoły chłonne*, jak już zauważyliśmy poprzednio (str. 49), dosiegają największych rozmiarów nakrótka przed zjawieniem się pierwszych objawów ogólnych przymiotu, często jednak dopiero po kilku dniach, a nawet po paru tygodniach ich trwania.

W późniejszym przebiegu drugorzędowego przymiotu podlegają zwykle największym zmianom i najdłużej są wyczuwalne gruczoły chłonne szyjowe i łokciowe, głównie powierzchownie pod skórą leżące. Na szyi najwidoczniej obrzmiewają gruczoły chłonne, znajdujące się w tylnobocznych okolicach szyi— w brózdzie mięśnia czworobocznego (m. trapezius), u podstawy tyłogłowia i z tyłu za uchem. W przednich okolicach szyi zwykle łatwo wyczuwamy powiększone gruczoły po bokach przelyku, przed mięśniem mostkowo-sutkowym (m. sternomastoideus), nad kością gnykową (hyoides) i w dolnobocznych okolicach szyi, a również gruczoły podżuchwowe. Rzadziej niż na szyi spotykamy zmiany w gruczołach łokciowych; leżą one na dolnej i wewnętrznej powierzchni ramienia, wzdłuż wewnętrznego brzegu mięśnia dwugłowego.

Pozostałe gruczoły obrzmiewają znacznie rzadziej. Niekiedy gruczoły chłonne powiększają się symptomatycznie, t. j. skutkiem występowania objawów przymiotu w sąsiednich okolicach skóry i błon śluzowych, np. bardzo często spostrzegamy znaczne obrzmienie gruczołów okoloprzelykowych i podżuchwowych przy owrzodzeniach na błonie śluzowej ust i w gardzieli.

Często jednak zmiany w gruczołach zjawiają się samostannie, bez miejscowych powodów, a więc są wywoływane ogólną przymiotową zarazą. Objawy zajęcia gruczołów chłonnych w okresie drugorzędowym są takie same, jak i w okresie pierwszorzędowym; przebieg bywa zwykle nadzwyczaj powolny, trwa kilka lub kilkanaście tygodni, a nawet miesięcy. Cierpienie to jest zwykle dobrotliwe i posiada często ważne rozpoznawcze znaczenie. Szczególniej charakterystycznym dla przymiotu bywa obrzmienie tylnych gruczołów szyjowych.

Niekiedy zajęcie gruczołów chłonnych przybiera znaczne rozmiary pod względem ilości i natężenia: gruczoły

w różnych okolicach ciała mogą obrzmiewać nadzwyczaj silnie. Tego rodzaju sprawę spotykamy przeważnie u osób anemicznych, osłabionych, u których wogóle przymiot przebiega dość ciężko.

Powikłania, opisane już w okresie pierwszorzędownym, jak podrażnienia zapalne gruczołów, zropienia, obrzmienia wolowate, spotykamy również w przebiegu okresu drugorzędownego.

*Zajęcie naczyń chłonnych* w tym okresie zdarza się bardzo rzadko; najczęściej spostrzegają się u mężczyzny w pierwszych miesiącach okresu; przeważnie bywają na organach płciowych (rowek zażołodny i napletek), na kończynach i szyi; mogą one występować odrazu w kilku okolicach ciała. Niekiedy zarazem znajdujemy pewne obrzmienie gruczołów, odpowiadających zajęтым naczyniom chłonnym.

Objawy tego cierpienia w drugorzędownym okresie nie różnią się od opisanych już w pierwszorzędownym. Przebieg bywa zawsze bardzo powolny: trwa kilka tygodni, a nawet miesiący. Swoiste leczenie oddziaływa na zanik obrzmienia bardzo szybko.

Obrzmiałe naczynia chłonne na organach płciowych podlegają niekiedy pod wpływem najrozmaitszych okoliczności zapalnemu podrażnieniu, a pokrywająca je skóra lub błona śluzowa może owrzozić. W takich razach naczynia chłonne w brzoździe wieńcowej, gdy występują w postaci stwardnień okrągławych, mogą przybierać wygląd, nader zbliżony do wrzodu pierwotnego przymiotu, i dawać powód do błędów rozpoznawczych.

#### Układ ruchowy.

Podczas drugorzędownego okresu przymiotu spotykamy zmiany we wszystkich częściach układu ruchowego, a więc w kościach, stawach, pochewkach ścięgien i w mięśniach.

*Kości* podlegają cierpieniu znacznie częściej u kobiet, niż u mężczyzny; przeważnie występuje ono w postaciach przymiotu niedomożnej i niedokrwistej; spostrzega się zazwyczaj w pierwszych miesiącach okresu, a niekiedy poprzedza nawet pierwsze wysypki skórne. Najczęściej podlegają cierpieniu kości czaszki, a następnie piszczele, żebra



i mostek; występuje ono w postaci zapalenia okostnej, zgrubienia kości lub tylko bólów kostnych. Bóle towarzyszą również zmianom przedmiotowym w pierwszych dwóch rodzajach zajęcia kości.

Zapalenie okostnej charakteryzuje się lekkim płaskim wzniesieniem na kości, dość ograniczonym, wielkości 15—25 kop. srebrnych, o ciastowatej lub twardszej nieco spistości, znacznie mniej bolesnym w spokoju, niż przy ucisku.

Zgrubienia kości tworzą wzniesienia nad powierzchnią skóry, skutkiem czego są łatwo widoczne. Wzniesienia posiadają postać wzgórkowatą, brodawkowatą lub więcej płaską, wysokości paru mm., a szerokości u podstawy paru cm. Guz ten posiada twardość kości i jest nadzwyczaj bolesny, szczególnie przy ruchu, a nadewszystko przy ucisku. Najsilniej zwykle bóle dokuczają pod wpływem ciepła w pościeli. Guzy trwają zazwyczaj kilka tygodni, poczem zanikają, lecz nie nikną zupełnie; zarazem i ból przechodzi. Pozostałe wzniesienie może być przyczyną powtarzających się od czasu do czasu bólów.

Bóle kostne spotykają się niekiedy bez żadnych zmian przedmiotowych. Przy ucisku w pewnym określonym miejscu ból się powiększa; miejsca te zwykle znajdują się na kościach, leżących bezpośrednio pod skórą i w sąsiedztwie ścięgien. Bóle kostne czaszki należą do najczęstszych; rzadziej bywają bóle mostka i jego mieczyka. Bardzo uciążliwe dla chorych są bóle w żebrach lub w ich chrząstkach, gdyż powiększają się przy oddychaniu, a szczególnie przy kaszlu.

Stawy bywają zajęte podczas drugorzędowego okresu znacznie rzadziej, niż kości. Cierpienie stawów może zjawiać się pod postacią puchliny, zapalenia i bólów stawowych; nie występuje zwykle w zbyt silnym natężeniu, może samoistnie przejść, a pod wpływem swoistego leczenia szybko znika; wznowy jednak niekiedy pojawiają się wielokrotnie.

Puchlina stawów przebiega przeważnie bez bólu. Niekiedy tylko na początku zjawiają się krótkotrwałe, lekkie bóle i wrażenie ucisku w stawie. Puchlina przymiotowa umiejscawia się przeważnie w stawie kolanowym; różni się od podobnych spraw, mających inne źródła, brakiem odmiennych przyczyn ogólnych lub miejscowych, mniejszą

objętością i szybkim zanikiem pod wpływem swoistego leczenia.

Zapalenie stawów spotyka się bardzo rzadko. Staw wyraźnie obrzmiewa, lecz niezbyt powiększa swą objętość i nie zmienia postaci. Tkanki naokoło stawu pozostają bez zmiany, lub niekiedy czerwienią się umiarkowanie. Zwykle spotykamy umiarkowaną bolesność w stawie, szczególnie przy poruszaniu go. Podniesienie temperatury i zaburzenia ogólne bywają tylko w ostrych bardzo przypadkach i dość szybko przechodzą. Najczęściej podlega temu cierpieniu staw kolanowy, rzadziej stopowy, łokciowy lub dłoniowy. Zapalenie przymiotowe odróżnia się od zwykłego tem, iż obejmuje zwykle jeden lub nieznaczną wogóle ilość stawów, zazwyczaj dużych, nie przechodzi stopniowo na inne, przebiega przeważnie bez gorączki, bez ogólnych zaburzeń i zmian w moczu i w sercu. Bóle zwykle powiększają się w nocy. Cierpienie często zdarza się wspólnie z innymi objawami drugorzędowego przymiotu i przechodzi szybko pod wpływem swoistego leczenia.

Bóle stawowe bywają różnego natężenia, powiększają się zwykle pod wpływem spokoju i przechodzą, gdy chory zaczyna się ruszać, umiejscawiają się przeważnie w dużych stawach. Pozostawione swemu własnemu biegowi mogą trwać bardzo długo—tygodnie i miesiące, nasilając się lub słabnąc; pod wpływem swoistego leczenia nadzwyczaj szybko nikną.

*Pochewki ścięgien* podlegają zajęciu rzadko i zwykle współcześnie z innymi zmianami narządu ruchu, występuje to cierpienie w postaci puchliny pochewek lub ich zapalenia.

W razie puchliny spotykamy lekką, dość ograniczoną, niebolesną wypukłość wzdłuż przebiegu ścięgien, zdarzającą się najczęściej na grzbiecie dłoni w pochewkach prostowników ogólnego palców i piątego palca, rzadziej już na grzbiecie stopy również w pochewkach prostowników.

Przy zapaleniu pochewek ścięgien tworzy się również wypukłość; jest ona zwykle bolesna, szczególnie przy ucisku i utrudnia znacznie ruchy; towarzyszy temu cierpieniu niekiedy zaczerwienienie skóry i nieznaczny stan gorączkowy; umiejscawia się najczęściej w prostownikach palców rąk i nóg i bywa znacznie uporczywsze, niż puchlina pochewek.

Zajęcie *kałek maziowych* (hygroma) podskórnych lub głębokich zdarza się bardzo rzadko, występuje również w postaci puchliny lub w postaci zapalenia. Najczęściej bywa zajęta kaletka przedrzepkowa (bursa praepatellaris).

*Mięśnie* dość często ulegają cierpieniu w postaci osłabienia siły mięśniowej, zaniku mięśni, bólów, drżenia i przykurczenia.

O s ł a b i e n i e siły mięśniowej spotyka się w większości przypadków przymiotu, szczególnie u kobiet. Pomiarzy za pomocą siłomierza wskazują, że zmniejszenie siły następuje przeważnie o 2—5 kilogr., rzadziej o 15, a jeszcze rzadziej aż o 25 kilogr. Osłabienie nigdy prawie nie trwa podczas całego drugorzędowego okresu, najwybitniej zwykle przedstawia się podczas występowania najrozmaitszych objawów przymiotu, choć może się zjawić, jako jedyny widoczny klinicznie objaw.

Z a n i k m ię ś n i bywa zazwyczaj przy ogólnym upadku odżywiania podczas ciężkiego przebiegu przymiotu. Zarazem znika i tłuszcz podskórny, i chory może wyglądać jak wyschnięty.

Z a p a l e n i e m ię ś n i spotyka się nadzwyczaj rzadko, charakteryzuje się obrzmiewaniem brzuszka mięśniowego, jego nacieczeniem i stwardnieniem, bólem stałym, szczególnie silnym przy ucisku i ruchu. Sprawa ta szybko przechodzi pod wpływem leczenia swoistego.

Bóle mięśniowe umiejscawiają się przeważnie na nieznacznej przestrzeni brzuszka mięśnia, rzadko obejmują cały mięsień. Bóle stają się silniejsze podczas ruchu, a szczególnie nocą, niekiedy zaś dopiero nad ranem, gdy mięśnie pozostają przez dłuższy przeciąg czasu w spoczynku. Najczęściej podlegają temu cierpieniu mięśnie biodra i goleni, a następnie szyi i pasa. Natężenie bólów bywa nadzwyczaj różne. Trwają one rozmaicie od kilku dni do kilku miesięcy i mają skłonność do nawrotów.

D r z e n i e m ię ś n i o w e zdarza się rzadko i zależy właściwie od zajęcia odpowiednich nerwów; charakteryzuje się ono mocnymi drganiami pewną częścią ciała w postaci szybkiego trzęsienia skutkiem następującego na zmianę kurczu i rozkurczu mięśni. Drzenie występuje odrazu i tylko w pewnych mięśniach kończyn, przeważnie górnych; nigdy nie przechodzi

dzi na tułów i na głowę. Drżenia bywają rozmaite, nieznaczne lub bardzo silne, rytmiczne lub nieprawidłowe, pod wpływem jakiejś przyczyny lub samoistne. Napady mogą trwać parę minut, parę godzin, a nawet dzień cały, mogą się powtarzać w ciągu dnia kilkakrotnie, to znów przerywać na dni parę. Podczas snu napady nie zdarzają się. Cała sprawa trwa od paru dni do kilku tygodni i może się ponawiać. Przy rozpoznaniu przymiotowego drżenia mięśniowego należy wykluczyć zatrucie (ołowiem, wyskokiem), niemoc nerwową, histeryę i t. p.

Przykurczenie spotyka się rzadko, obejmuje prawie wyłącznie tylko mięsień dwugłowy ramienia i zjawia się odrazu. Przedramię staje się zgięte i nieruchome, ścięgno m. dwugłowego naciągnięte, jak struna, a sam mięsień dość wiotki. Próba rozgięcia przedramienia wywołuje silny ból. Pozatem niekiedy w mięśniu zjawiają się lekkie bóle. Cierpienie powyższe przebiega bardzo powoli i spotyka się zwykle przy innych zaburzeniach w układzie ruchu.

#### Układ nerwowy.

Układ nerwowy podczas drugorzędowego okresu bywa zajęty bardzo często. Większa część kobiet i choć mniejszy, jednak dość poważny, kontyngens mężczyzn przechodzi to cierpienie.

Zwykle na początku tego okresu spostrzegamy ogólne przygnębienie, otępienie umysłowe, zaburzenia czuciowe i odżywcze.

Często bardzo zdarzają się zaburzenia snu. Chorzy ciągle się budzą i w razie zaśnięcia męczą się przykremi widziadłami. Oprócz tych ogólnych objawów, właściwych każdej ciężkiej zaraźliwej chorobie, często występują i miejscowe, jak zapalenia nerwów, nerwobóle, samoistne bóle głowy i zniesienie czucia, ponadto nerwice.

*Zapalenia nerwów* spotykamy dość rzadko w okresie drugorzędowym. Przeważnie występują one współcześnie z pierwszymi wysypkami. Objawy zależą od rodzaju zajętych nerwów (ruchowy, czuciowy, odżywczy) i od ich liczby. Może nastąpić w obwodzie rozgałęzienia danego nerwu osłabienie

mięśniowe, niedowład, a nawet bezwład, zaburzenia czuciowe same lub w połączeniu z ruchowymi, zaburzenia odżywcze (zanik mięśni), odruchowe, zmiany w odczynie elektrycznym.

Zwykle odpowiedni nerw przy badaniu klinicznym wydaje się niezmiennym. Niekiedy tylko staje się więcej bolesnym, całkowicie lub częściowo przy ucisku. Czasami oprócz powyższych objawów, właściwych zapaleniu nerwów wszelakiego pochodzenia, zdarza się powiększenie bolesności podczas nocy. Żadnych objawów, znanionujących udział ośrodków nerwów, nie spotykamy. Na górnych kończynach najczęściej bywa porażony nerw łokciowy, a na dolnych kulszowy. Zapalenie wielu nerwów odrazu daje obraz kliniczny, znacznie więcej złożony i urozmaicony bezwładem obu kończyn górnych lub dolnych, a niekiedy współcześnie i jednych i drugich.

Objawy zapalenia nerwów zwykle występują i rozwijają się powoli, przytem dość łatwo ustępują pod wpływem swoistego leczenia.

*Nerwobóle* mogą umiejscawiać się ściśle wzdłuż przebiegu pnia nerwowego i posiadać stałe bolesne punkty (neuralgie) lub też bywają więcej rozlane, mniej wyraźne i mniej stałe (ból neuralgiczny). Najczęściej zdarzają się bóle twarzowe lub czaszkowe, rzadziej międzyżebrowe lub kulszowe, a jeszcze rzadziej inne. Na głowie ulegają cierpieniu gałązki nerwu trójdzielnego (n. trigeminus), z pomiędzy których najczęściej gałązka górna (nerwoból nadoczny), a oprócz tego gałązki uszna i sutkowa spłotu szyjnego i nerw duży potyliczny. Z pomiędzy innych nerwobólów należy mieć na uwadze — ze względu na trudności rozpoznawcze — nerwoból sutkowy, językowy, podniebienny i zębowy.

Nerwobóle posiadają zwykle dość ostry charakter, lecz niestały przebieg; przytem obostrzają się zazwyczaj wieczorem i ustępują pod wpływem swoistego leczenia.

*Bóle głowy*, pomijając rozpatrzone już poprzednio kostne i nerwowe, najczęściej bywają wewnątrzczaszkowe, t. j. zależne albo od opon mózgowych, lub też od samego mózgu. Bóle głowy tego rodzaju są przeważnie dość rozprzestrzenione, niekiedy obejmują nawet całą głowę, wyrażają się różnie: ciężkością w głowie, ciśnieniem, kluciem, stukiem, mogą występować w najrozmaitszym natężeniu, przeważnie bywają bardzo męczące dla chorego i wywołują inne objawy, jak

bezsensowność, rozdrażnienie, apatię, brak apetytu i t. p. Występują one albo w postaci stałej z obostrzeniami lub też w postaci przerywanej. W pierwszej postaci obostrzenia zjawiają się przeważnie wieczorem lub nocą. W drugiej postaci ból zjawia się dopiero wieczorem, często nadzwyczaj punktualnie, i trwa część nocy lub noc całą i w ostatnim razie nad ranem dopiero przechodzi. Zwykle bóle głowy trwają parę tygodni, lub nawet miesięcy, łatwo się poddają swoistemu leczeniu, lecz mają skłonność do ponawiania się.

*Zaburzenie czucia* bólowego, dotykowego i ciepłowego spotykamy zazwyczaj tylko u kobiet. Najważniejsze z nich—zniesienie czucia bólu (analgesia)—występuje albo samodzielnie lub wspólnie z innymi, może się przejawiać w najrozmaitszym natężeniu i rozprzestrzenieniu; bywa niekiedy ogólne, przeważnie zaś miejscowe, często symetryczne na obu połowach ciała, niekiedy jednak porzucane wysepkami na dużej przestrzeni ciała. Najczęściej bezbolesność spotykamy na sutkach i grzbiecie rąk; bywa ona skórna lub śluzowa, powierzchowna lub nieco głębsza; trwa zwykle długo—kilka lub kilkanaście miesięcy.

*Nerwice* ogólne mogą niekiedy być wywołane lub też obostrzone pod wpływem przymiotu. Najczęściej w drugorzędowym okresie u kobiet zjawia się *histerya*. Przeważnie przed zarażeniem się nie spostrzegano u nich żadnego objawu histeryj, a nawet nerwowości. U kobiet, które przed zarażeniem cierpiały na histeryę, objawy tej ostatniej występują z daleko większym natężeniem. *Padaczka* pod wpływem przymiotu zjawia się dość rzadko, przeważnie tylko w postaci dużych napadów (grand mal) i nie wikła się zaburzeniami mózgowymi. U osób, które dawniej chorowały na padaczkę, napady zwykle występują częściej i w silniejszym stopniu.

Nerwice przymiotowe nie są uporczywe i poddają się działaniu swoistego leczenia.

*Nerwice układu współczulnego* wyrażają się niekiedy w zaburzeniach wytwarzania ciepła i wydzielania potu. Na obwodzie kończyn, przeważnie tylko u kobiet, spostrzegamy obniżenie normalnej ciepłoty ciała. Objaw ten może występować na całym ciele. W fazie obniżenia ciepłoty występuje zarazem zmiana w pulsie, tętnie. Puls staje się miękkim, słabym, małym, a nawet czasami nitkowatym. Zaburzenie powyższe

w wytwarzaniu ciepła trwa przeważnie długo, parę—kilka miesięcy i powoli poddaje się działaniu swoistego leczenia. Spotykamy również niekiedy krótkotrwałe, zupełnie niespodziewane w ciągu dnia lub nocy dreszcze i nieoczekiwane przyipywy gorąca, uderzającego do głowy i rozplywającego się następnie po ciele.

Zaburzenia w wydzielaniu potu mogą występować na całym ciele lub też tylko miejscowo w postaci obfitego pocenia się. Ogólne pocenie się przeważnie bywa nocą. Miejscowe przeważnie występuje na dłoniach i podeszwach. U osób, cierpiących zarazem na obniżenie ciepłoty, pot bywa chłodnym.

Zaburzenia w wydzielaniu potu należą do uporczywych, trwają przeważnie kilka miesięcy.

#### Układy zmysłów.

Wszystkie narządy zmysłów mogą ulegać podczas drugorzędowego okresu mniejszym lub większym zmianom.

*Dotyk* rozpatrywaliśmy już poprzednio, a odnośnie *powonienia i smaku* zaznaczymy tylko, iż zmysły te mogą być zniesione zupełnie lub spaczony.

*Oko* bywa zajęte dość rzadko, m. w. w 5% wszystkich przypadków przymiotu. Najczęściej cierpieniu ulega tęczówka, a rzadziej spojówka, rogówka, naczyniówka i siatkówka.

Zajęcie tęczówki zdarza się przeważnie w końcu pierwszego i na początku drugiego roku choroby, zazwyczaj zjawia się w ciężkim jej przebiegu i po większej części spotyka się u mężczyzn. Rozwija się ono powoli. Na początku odczuwa się tylko lekki ból w oku i spostrzega w niem zaczerwienienie, zależne od promienistego nastrzyknięcia naczyń naokoło rogówki. Przytem źrenica bywa zwężona i posiada bardzo słaby odczyn na światło. Następnie, bóle się powiększają, rzadko jednak dosięgają silnego natężenia, towarzyszy im światłowstręt i łzotok. Zarazem, jeśli zapalne objawy nie są zbyt silne, następuje nieznaczne zaburzenie wzroku — wszystko wydaje się jakby mgłą przyćmione;

w razie silnych zapalnych powikłań, np. utworzenia się wysięku w okolicy źrenicy lub zmętnienia płynu przezroczystego, może dojść do nierozróżniania nawet dużych przedmiotów. Następnie promieniste naczynięcie naczyń naokoło rogówki powiększa się, zwężona źrenica staje się zupełnie nieruchomą. Traci ona swą normalną okrągłą postać, staje się nieprawidłową, zależnie od zrostów.

Niekiedy po rozerwaniu zrostów tęczówkowo-soczewkowatych spostrzegamy na przedniej powierzchni soczewki częścieczki naczyńki, odłączone od tylnej powierzchni tęczówki, w postaci maleńkich czarnych plamek. Powierzchnia zajętej tęczówki staje się szorstką, zabarwienie ciemniejsze, niekiedy z kropkami czerwonymi lub żółtawo-czerwonymi.

Najbardziej charakterystycznymi dla przymiotowego zapalenia tęczówki są nacieczenia w jej miąższu. Nacieczenia te bywają w najrozmaitszym stopniu i odpowiadają grudkom skórnym. Grudki te rzadko pod względem wielkości przenoszą łepkę od szpilki, posiadają przeważnie zabarwienie żółto-czerwone, spotykają się najczęściej na źrenicowym brzegu tęczówki. Zapalenie przymiotowe tęczówki rozwija się powoli. Lekkie postaci ustępują w ciągu paru tygodni pod wpływem swoistego leczenia, ciężkie zaś mogą trwać parę miesięcy.

Wynik nie zawsze bywa zupełnie zadawalniający. Mogą pozostać zmiany w postaci źrenicy i niepełna jej ruchomość, mogą się utworzyć błoniaste przepony (katarakty źrenicowe) i blizny tęczówki. Wszystko to w mniejszym lub większym stopniu wpływa na zaburzenia wzroku. Wynik powyższy bywa jednak tylko przy nieodpowiednim leczeniu. Niekiedy zapalenie tęczówki jednego oka posiada skłonność do przejścia na drugie oko, do ponawiania się i do przejścia na naczyniówkę. Odróżnia się zapalenie przymiotowe tęczówki od innego rodzaju zapalenia tej błony pod ostrym przebiegiem choroby, mniejszą bolesnością i naciekami (grudkami) na powierzchni.

S p o j ó w k a rzadko bywa zajęta. Niekiedy tworzą się na niej maleńkie okrągłe różowe grudki, — grudki nadżerkowate i nadżerki.

R o g ó w k a rzadko ulega cierpieniu i to przeważnie razem z tęczówką.

Na rogówce mogą się zjawić maleńkie, często zlewające się, szaro-białe plameczki.



Plameczki te tworzą się na blaszce sprężystej tylnej rogówki—skąd nazwa—descemetitis; również na obwodzie rogówki spotykają się grudki.

Zapalenie rogówki śródmiąższowe zdarza się bardzo rzadko w drugorzędowym okresie przymiotu, rozwija się powoli bez bólu i bez nacieczenia spojówki. W środku lub na obwodzie rogówki w jej miąższu zjawiają się małe szarawe plamki, które się powiększają pod względem wielkości i liczby, a pomiędzy nimi rogówka mętnieje. W rogówce tworzą się powierzchowne i głębokie rogówkowe naczynia, rozgałęziające się drzewowato. Skutkiem tego rogówka czerwienieje. Do powyższych objawów przyląca się światłowstręt, łzotok, bóle strzelające, kurcz powieki i t. p.

Przebieg zapalenia rogówki śródmiąższowego bywa zwykle długi, trwa parę miesięcy i ma skłonność do przejścia na drugie oko, może się wikłać zapaleniem tęczówki i naczyńki. Po zaniku unaczynienia i rozessaniu się zmętnienia rogówki może ona pozostać jednak nie zupełnie przezroczystą (obłoczek, bielmo).

Zapalenie naczyńki dość często rozwija się jako powikłanie zapalenia tęczówki, może się również utworzyć zapalenie nerwu wzrokowego i siatkówki. Do cierpień tych nieco później jeszcze raz wrócimy.

*Ucho* bywa zajęte w następujących swych częściach: przewód słuchowy zewnętrzny, trąbka słuchowa, ucho środkowe i wewnętrzne.

W przewodzie słuchowym zewnętrznym spotykają się niekiedy wykwity przymiotowe, które często sprowadzają wtórne zapalenie ucha zewnętrznego.

Zmiany przymiotowe naokoło trąbki słuchowej mogą przejść na nią samą i spowodować jej zapalenie. Skutkiem czego następuje stępienie słuchu, szum w uszach i zawrót głowy. W tych razach przy wziernikowaniu wewnętrznym spostrzegamy, iż błona bębenkowa jest wciągnięta wewnątrz, zaś rękkość młoteczka przyjmuje skośny kierunek.

Zapalenie ropne ucha środkowego zdarza się rzadko i zjawia się skutkiem przejścia sprawy z gardzieli przez trąbkę słuchową. Przy tem cierpieniu skarżą się chorzy na silne bóle w gardzieli i w uszach, promieniujące do głowy, błona bębenkowa staje się ciemno-czerwona i wciągnięta na

zewnątrz, a przytem sluch stępiiony. Sprawa powyższa ciągnie się zwykle dość długo, poddaje się jednak łatwo działaniu swoistego leczenia.

Zapalenie ucha wewnętrznego zdarza się rzadko, jest jednak ciężkiem bardzo cierpieniem, gdyż szybko nadzwyczaj zjawia się głuchota wobec zupełnego braku innych objawów. Głuchota ta ma skłonność do przenoszenia się z jednego ucha na drugie ucho, a co ważniejsza, nie poddaje się swoistemu leczeniu i zależy prawdopodobnie od zająęcia błędnika (labyrinthus).

#### Układ krwionośny.

Zaburzenia w układzie krwionośnym podczas drugorzędowego okresu mogą się odbywać w krwioobiegu, albo też w samych naczyniach i we krwi. Nie przedstawiają one nic swoistego dla przymiotu, zjawiają się współcześnie z innymi objawami tej choroby i przechodzą pod wpływem swoistego leczenia. Zmiany w krwioobiegu zależą wyłącznie od układu nerwowego i zdarzają się przeważnie u kobiet; mogą się przejawiać pod następującymi postaciami: bicie serca, przyspieszonej czynności serca i jej niemiary.

*Bicie serca* charakteryzuje się szybszym skurczem mięśnia sercowego, silniejszymi uderzeniami w przednią pierśową ścianę, niepokojem w okolicy dolka sercowego współ z dusznością i t.p. Występuje ono napadowo. Napady trwają do kilku minut i rzadziej lub częściej powtarzają się pod wpływem ruchu, podniecenia psychicznego lub bez powodu. Przy tem cierpieniu wymiary i tony serca pozostają normalne.

*Przyspieszona czynność serca* spostrzega się rzadko; choć częstość uderzeń serca jest przy niej znacznie większa, nie ma jednak objawów bicia serca lub też stanu gorączkowego. Puls może dochodzić do 120, a nawet do 150 na minutę. Objaw powyższy trwa zwykle kilka, kilkanaście dni, a następnie powoli przechodzi.

*Niemiarywość czynności serca* spotyka się najczęściej ze wszystkich zaburzeń krwioobiegu; zdarza się przeważnie wobec braku wszelkich innych funkcjonalnych lub organicznych zmian układu krwionośnego; trwa nie stale, lecz ciągle zmie-

nia się, znika i wraca. Krzywa nakreślona za pomocą sfigmografu wskazuje albo niejednakową długość pulsu, albo niejednakową głębokość wahań, lub też pozorny skurecz. Objawy powyższe mogą występować jednocześnie.

Zmiany w naczyniach ograniczają się tylko do żył.

*Zapalenie żył* spotyka się rzadko, przeważnie bywa u mężczyzn i zwykle tylko w postaci podostrej. Zapaleniu ulegają prawie wyłącznie żyły powierzchowne, podskórne, częściej żyły kończyn dolnych (saphena interna, saphena externa), aniżeli górnych (basilica, cephalica, mediana basilica). Zazwyczaj bywa porażona częściowo lub w całości jedna żyła, rzadko więcej. Zapalenie żył powstaje niekiedy po zmęczeniu fizycznym, często jednak bez przyczyny, rozpoczyna się zwykle odrazu silnym i wyraźnie ograniczonym bólem, który się zwiększa, szczególnie przy ruchu i ucisku. W miejscu bolesnem tkanka staje się ciastowatą, a skóra zaczerwienioną w postaci podługowatej. Przy macaniu wyczuwamy tam odpowiednio do przebiegu twardy walek żyły, mniej lub więcej gruby. Dość często towarzyszy tej sprawie nieznaczny obrzęk, szczególnie w okolicy kostek. W miejscu zajętem chory wyczuwa podmiotowe objawy, jak mrowienie, drętwienie i t. p. Przytem niekiedy bywają w nieznacznym stopniu ogólne objawy, odpowiadające podostrej postaci: umiarkowane podniesienie ciepłoty, które trwa zaledwie parę dni, osłabienie i t. p. Następnie zapalenie przybiera postać przewlekłą, ciągnącą się kilka tygodni, a nawet miesięcy. Spostrzegano czasowe obostrzenie, rozprzestrzenianie się sprawy, zawsze w kierunku ku sercu, a nawet wznowy.

*We krwi* zmiany po większej części bywają znaczne. Występują one równoległe do wysypek i innych objawów przymiotu i przechodzą razem z ich zanikiem, czy to samistnie, czy też pod wpływem leczenia swoistego. Najsilniejsze bywają stale podczas ciężkiego przebiegu przymiotu. Często mniej znaczne zmiany można spostrzegać w ciągu całego drugorzędowego okresu. Według Konrieda już w okresie utworzenia się wrzodu pierwotnego można stwierdzić zmniejszenie się hemoglobiny od 15—30% i to przed wystąpieniem jakichkolwiek zmian w ilości czerwonych krążków krwi. Również Zeleniew, Reiss i inni stwierdzili, iż przymiotowa niedokrwistość rozpoczyna się przed zjawieniem się pierw-

szych wysypek. Ja także wielokrotnie spostrzegalem zmiany we krwi jeszcze na parę tygodni przed wystąpieniem pierwszej wysypki. Zmiany we krwi, do wyjaśnienia których znacznie się przyczynili w ostatnich czasach Hallopeau, Biegański, Stukowienkow, Zeleniew, Rille, Justus, Virchow, Malasses, Reiss, Colombini, Simonelli, Valerio, Dominici i inni, nie różnią się zbyt wiele od zmian przy niektórych innych złośliwych ogólnych chorobach. Przedstawiają się one w następujący sposób: procent zawartości hemoglobiny spada, ilość czerwonych ciałek krwi się zmniejsza, a postać ich częściowo się zmienia, ilość białych ciałek krwi się powiększa i zmienia się wzajemny stosunek różnych ich postaci. Zmniejszenie się ilości hemoglobiny bezwarunkowo jest najważniejszym objawem, wynosi ono od paru procentów do 30—40%. Przytem ta różnica może zależeć nie od zmniejszenia się ilości czerwonych ciałek krwi, a od biedniejszej zawartości hemoglobiny w krążkach.

Zmniejszenie ilości bywa prawie zawsze, występuje jednak w najrozmaitszym stosunku, różnica waha się od 1% do 50% i powyżej. Czerwone ciała wydają się przeważnie bledsze, spotykają się krwinki duże, małe i różnokształtne (podługowate, gruszkowate, zębiaste). Mori, Justus, Valerio zauważyli również zmniejszenie odporności krwinek na chłód. Tą właściwością czerwonych ciałek objaśnia Fournier zdarzające się niekiedy napadowe hemoglobinowe moczenie.

Często również można zauważyć zwiększenie się ilości białych ciałek krwi, które jednak zwykle zjawia się dopiero po wystąpieniu osutek. Stosunkowo najbardziej zwiększa się ilość jednojądrowych leukocytów, w nieznacznym stopniu (5—10%) eozynochłonnych, a ilość wielojądrowych leukocytów nawet się zmniejsza. Spostrzegano również zmianę surowicy krwi, jak zmniejszenie jej ciężaru gatunkowego, obniżenie alkaliczności i zawartości związków chloru. Powyżej wyłożone zmiany, przejawiając się w najrozmaitszym stopniu i łącząc się, mogą wytworzyć następujące typy znane w hematologii:

- 1) Zwykłą niedokrwistość.
- 2) Bledniczą niedokrwistość.
- 3) Bledniczą niedokrwistość z leukocytozą.
- 4) Niedokrwistość złośliwą.
- 5) Białaczkę.

Najczęściej spostrzegamy zwykłą niedokrwistość; blednicza niedokrwistość sama lub w połączeniu z leukocytozą spotyka się przeważnie u kobiet; niedokrwistość złośliwa i białaczka bywa bardzo rzadko.

#### Układ oddechowy.

Najrzadziej w okresie drugorzędowym ulega zmianom układ oddechowy. Zaburzenia w tym układzie występują tylko pod postacią duszności i zapalenia płucnej.

*Duszność* zależy prawdopodobnie od porażenia układu nerwowego, występuje przeważnie u kobiet, które cierpią na zaburzenia w układzie nerwowym. Utrudnione oddychanie zjawia się napadowo. Napady trwają zwykle krótko, natężenie ich przeważnie bywa słabe.

*Zapalenie płucnej* zdarza się dość rzadko i przeważnie na początku drugorzędowego okresu razem z pierwszemi wysypkami. Występuje ono jako suche i wtedy charakteryzuje się słabym szmerem tarcia i lekkim stłumieniem, umiejscowionem zwykle u podstawy klatki piersiowej, albo też towarzyszy mu wysięk — surowiczo-włóknikowy. Cierpienie powyższe bywa jedno lub obustronne. Występuje ono albo w bardzo łagodnej postaci bez objawów ogólnych, lub też w postaci podostrej, a nawet ostrej z podniesieniem temperatury do 38—39, kluciem w boku, dusznością, kaszlem i t. p. Zapalenie płucnej przechodzi samo przez się w ciągu paru tygodni, a pod wpływem swoistego leczenia niekiedy nawet w parę dni.

*Zapalenie oskrzeli* towarzyszy często zapaleniu płucnej, a może nawet występować samoistnie przy bardzo obfitych pierwszych wysypkach. Swoiste leczenie oddziaływa na to cierpienie bardzo szybko.

#### Układ trawienia.

Układ trawienia w ciągu drugorzędowego okresu ulega bardzo często różnorodnym cierpieniom.

*Żołądek i kiszki* bywają dotknięte przeważnie u kobiet nerwowych. Zaburzenia mogą być czysto nerwowe lub też zależeć od zmian w żołądku i kiszkiach, analogicznych do dostrzeganych na skórze i na widocznych błonach śluzowych.

Niestrawność w mniejszym lub większym stopniu spotykamy bardzo często. Występuje ona szczególnie w organizmach nieco osłabionych. Chorzy tracą zupełnie apetyt, czują czasem zupełny wstręt do jedzenia. Niekiedy wrażliwość żołądka jest tak silna, iż najmniejsza nawet ilość pokarmów bywa natychmiast z wymiotowana. Skłonność taka do wymiotów trwać może kilka dni, a nawet parę tygodni.

Nerwoból żołądka, a głównie kiszek, spotykamy znacznie rzadziej; mniej lub więcej silny ból brzucha występuje w postaci napadów, którym niekiedy towarzyszą wymioty; napady mają nieprawidłową postać, zjawiają się nagle, mogą trwać raz krótko, te znowu bardzo długo.

Objawy zapalenia jelit występują również niekiedy. Wtedy, oprócz bólów w brzuchu i bolesności jego, zjawiają się rozwolnienia, trwające od kilku dni do kilku tygodni, śluzowe wypróżnienia, niekiedy nawet z żyłkami krwi, mdłości, wymioty.

Wiele z głód w połączeniu zwykle z podniesionem pragnieniem spostrzegamy zrzadka u osobników bardzo nerwowych; doprowadza on zwykle do zaburzeń żołądkowo-kiszkowych skutkiem przeciążenia żołądka pokarmem, trwa kilka dni do kilku tygodni.

*Wątroba* zajęta bywa dość rzadko. Cierpienie jej objawia się żółtaczką.

Żółtaczka zwykle nie posiada żadnych swoistych dla przymiotu cech. O jej charakterze wnioskujemy tylko na mocy związku chronologicznego z wczesnym drugorzędowym okresem i braku wszelkich innych przyczyn tego objawu prócz przymiotu. Przeważnie bywa tylko żółte zabarwienie skóry i moczu, rzadziej lekki stan gorączkowy, zaburzenia w trawieniu i powiększenie objętości wątroby. Trwa żółtaczka krótko m. w. parę tygodni.

Zdarza się niekiedy złośliwa żółtaczka (*icterus gravis*), która przebiega z daleko sięgającymi zmianami miększu wątroby, pod postacią ostrej choroby zakaźnej.

Postać ta jest nadzwyczaj rzadka. Według obliczeń Buraczyńskiego do 1907 roku zanotowano w literaturze wszystkiego 45 przypadków (37 kobiet i 8 mężczyzn, w tem dwa ostatnie przypadki wyżej wymienionego autora).

Złośliwa żółtaczką rozpoczyna się zwykle pod postacią dobrotliwą, później dopiero odrazu zjawiają się objawy ciężkie: bezsilność, różne krwotoki, duszność, nerwowe pobudzenie, następnie przygnębienie i śpiączka. Przeważnie przytem bywa nieznaczne podniesienie temperatury. Cierpienie to trwa zwykle 2—3 tygodnie i prawie zawsze kończy się śmiercią.

*Sledziona*, jak zwykle przy wszystkich zakaźnych chorobach, ulega powiększeniu, niekiedy nieznacznemu, to znów bardzo silnemu. Zwykle powiększenie śledziona spostrzegamy w pierwszych tygodniach drugorzędowego okresu. Nie towarzyszą mu żadne podmiotowe objawy. Przy ostukiwaniu znajdujemy nieco powiększoną tępość śledziona, rzadziej możemy wyczuć jej dolny brzeg pod żebrami.

#### Układ moczowy - płciowy.

*Nerki* rzadko bywają zajęte w okresie drugorzędowym.

Zapalenie nerek stanowi chorobę ciężką. Spotyka się przeważnie u mężczyzn, co objaśnić można wpływem u nich takich sprzyjających okoliczności, jak alkoholizm i często przeziębienie. Przymiotowe zapalenie nerek zjawia się zwykle w pierwszych miesiącach choroby i przeważnie u osobników młodych. Nie przedstawia ono nic wybitnie swoistego i od innych zapaleń nerek różni się przedewszystkiem chronologicznym związkiem z wczesnymi drugorzędowymi wysypkami, brakiem wszelkich innych przyczyn, prócz przymiotu i dodatkiem działaniem swoistego leczenia.

Różnicę pewną można zaznaczyć i pod innymi względami.

W moczu spotykamy bardzo dużą ilość białka już w samym początku choroby.

Przebieg bywa bardzo szybki. Nadzwyczaj prędko rozwijają się obrzęki, puchliny, zaburzenia najrozmaitszych czynności organizmu, osłabienie i t. p.

Wczesnie bardzo zjawiają się objawy mocznicy.

W przeważnej ilości przypadków następuje zupełne wyzdrowienie pod wpływem swoistego leczenia. Dość często pozostaje nieznaczny białkomocz, który jednak może z czasem ustąpić.

Często jednak zapalenie przymiotowe nerek kończy się śmiercią. Według Fourniera, śmierć następuje w 1/3 wszystkich obserwowanych przez niego przypadków. Jest to więc cierpienie bardzo poważne, nawet w lżejszych postaciach powinno być zaliczane do niebezpiecznych.

*Zapalenie przyjądrza* spostrzegamy rzadko, najczęściej współcześnie z pierwszymi wysypkami. Przeważnie obrzmiewa tylko część przyjądrza i to z jednej tylko strony. Obrzmienie bywa zwykle niebolesne, wielkości grochu — orzecha laskowego, posiada postać okrągłą lub owalną, spistość twardą, powierzchnię gładką, równą. Niekiedy tylko przy zapaleniu przyjądrza zdarzają się bóle, szczególnie przy ucisku, a nawet obrzmiewanie i zaczerwienienie moszny. Cierpienie to przechodzi samo przez się i nie wywołuje żadnych cięższych następstw. Rozpoznanie przymiotowego zapalenia przyjądrza przeważnie bywa dość łatwe ze względu na wywiady i działanie swoistego leczenia. Powstałe stwardnienie po rzeżączkowym zapaleniu odróżniamy na mocy tego, że obejmuje ono albo całe przyjądrze, albo częściej tylko globus minor ogonka przyjądrza; gruźlicze zapalenie, choć początkowo jest nieco podobne do przymiotowego, lecz posiada wgórkowatą powierzchnię obrzmienia, często przytem bywają zajęte przewody i pęcherzyki nasienne.

Torbiele są więcej elastyczne, a przytem odznaczają się mniej prawidłową i gładką powierzchnią.

*Zapalenie jądra* występuje niekiedy współcześnie z zajęciem przyjądrza; bywa zawsze częściowe, nieznaczne i przebiega bez ostrych zapalnych objawów.

*Macica* sama przez się podlega bardzo nieznacznym cierpieniom w ciągu drugorzędowego okresu. Należy przede wszystkim zaznaczyć surowiczo-śluzowe upławy i nerwobóle maciczne. Upławy i nerwobóle prawdopodobnie są wywołane wtórnie błedniczą niedokrwistością, często bardzo spotykaną przy przymiocie. Ważniejsze bezwątienia znaczenie posiadają zaburzenia czynności macicy—miesięcznego czyszczenia, a przedewszystkiem płodzenia.



Miesiączkowanie podlega zmianom głównie w ciężkich postaciach przymiotu; objawiają się te sprawy opóźnieniem, nieregularnością, zmniejszeniem lub zwiększeniem ilości wydzielonej krwi, a nawet zupełnem przerwaniem miesięcznego czyszczenia.

Płodzenie ulega zaburzeniom bardzo znacznym. Chore zachodzą w ciążę łatwo, lecz ciąża kończy się przeważnie albo poronieniem albo też przedwczesnym porodem.

Zabójcze działanie przymiotu na płód najsilniej się objawia w pierwszym roku choroby rodziców, a w następnych staje się coraz słabsze. Poronienie i przedwczesny poród zdarza się najczęściej w ciężkim przebiegu przymiotu, szczególnie w postaci trzewiowej, jednak w najbardziej nawet dobrotliwej postaci zawsze jest możliwe, nawet wtenczas, gdy objawów niema zupełnie (okres utajenia). Mniej szkodliwym bywa zwykle zarażenie podczas ciąży, szczególnie znacznie już posuniętej.

Ciąża bardzo często powoduje u chorych zaburzenia czynności różnych narządów, wywołuje na zewnętrznych organach płciowych bardzo uporczywe i mające skłonność do nadmiernego rozrostu lub rozpadu wykwity. Poronienie jest związane zawsze z pewnem niebezpieczeństwem, gdyż martwy płód szybko gnije i, jeśli pozostaje w tym stanie w macicy, może wywołać posocznicę.

Rozwiązanie często bardzo dodatnio wpływa na ogólny stan chorej; zaburzenia czynności różnych narządów przechodzą, wykwity na zewnętrznych organach płciowych, po usunięciu przekrwienia, nawet samoistnie mogą zniknąć. Swoiste leczenie zapobiega znacznie poronieniom i przedwczesnym porodom i powinno być nadzwyczaj starannie przed możliwym poczęciem i w trakcie ciąży przeprowadzane.

### **Gorączka.**

Gorączka podczas drugorzędowego okresu spotyka się dość często, szczególnie w pierwszych miesiącach choroby u kobiet. Łatwo się ona poddaje działaniu swoistego leczenia. Gorączka bywa objawowa i samoistna.

*Objawowa gorączka* może towarzyszyć pierwszym wysypkom, szczególnie obfitym, a także późniejszym rozsianym z zawartością ropną i ostrym postaciom cierpień różnych narządów, jak zapalenie okostnej, stawów, ścięgien, tęczówki i t. p. Gorączka przy pierwszych wysypkach może je nawet poprzedzać i zwykle trwa niedługo—najwyżej parę, kilka dni; również przy zapaleniach różnych narządów jest ona przeważnie krótkotrwała. Często tylko przy wysypkach z ropną zawartością gorączka trwa nieco dłużej. Temperatura rzadko przenosi 39°.

*Samoistnej gorączce* nie towarzyszą żadne widoczne objawy przymiotu.

Spotyka się ona częściej od objawowej gorączki; zdarza się w trzech postaciach: przerywanej (intermittens), ciągłej (continua), nietypowej (atypica).

Postać przerywaną spostrzegamy najczęściej. Objawia się zwykle codziennie, wieczorem lub nocą; po większej części bywa podniesienie temperatury do 38—39°, trwające 1—2 godziny i przerywane lekkimi dreszczami i potem. Śledziona przytem rzadko jest powiększona.

W bardzo ostrych przypadkach te napady gorączki są zbliżone do malarycznych. Malaryczne gorączki jednak przeważnie posiadają typ trzeciaczkowy, napady zwykle bywają w dzień, odznaczają się pewną prawidłowością, długotrwałością, śledziona przy malarii prawie zawsze jest powiększona, a we krwi można odnaleźć haematozoa Laverana.

Postać ciągłą spotykamy znacznie rzadziej od poprzedniej. Ciągnie się ona zwykle od kilku dni do kilku tygodni i przerywa się krótkotrwałymi dreszczami i potami; przeważnie posiada ona średnie natężenie, t. j. podniesienie temperatury do 38°, 38, 5° i częstość pulsu do 100—120°. Niekiedy jednak temperatura dochodzi do 41°, a częstość pulsu do 140 na minutę; puls bywa przytem miękki, a w wyjątkowych razach nawet nitkowaty.

Twarz chorego podczas gorączki ciągłej zwykle bywa blada, przygnębiona. Towarzyszy tej postaci uczucie ogólnego rozbiecia, niedomagania, ból głowy i częste zaburzenia żołądkowe, bezsenność, nieokreślone bóle i t. p. Ciągła gorączka przymiotowa często bardzo jest zbliżona do gorączki brzusznej (febris gastrica), a niekiedy do tyfusowej.

Przy gorączce brzusznej zwykle są silniejsze zaburzenia żołądkowe, język więcej nieczysty, obłożony; ciągnie się ona przeważnie tylko kilka dni.

Przy gorączce tyfusowej osłabienie ogólne jest zwykle silniej wyrażone, język bywa zawsze suchy, skóra sucha, gorąca, odrętwienie, majaczenie po nocach, wzdęcie brzucha, bóle w dole biodrowym, rozwolnienie, powiększenie śledziony, często powikłanie ze strony nerek, otrzewnej, płuc i t. p. odczyn Widala na krew, a przytem typowa krzywa temperatury — w pierwszym okresie z wahaniami wstępującemi, w drugim z wahaniami na jednej już wysokości.

Postać nietypowa odznacza się nieprawidłowością, bywa raz przerywana, to znów ciągła, lub niknie na pewien czas, żeby znów powrócić w nowej postaci.

Postać ta przedstawia znaczne trudności rozpoznawcze. W każdym przypadku nietypowej postaci gorączki należy mieć na względzie przymiot i wykluczyć go na mocy dokładnych badań i obserwacji.

---

## ROZPOZNANIE I ROKOWANIE.

---

O rozpoznaniu i rokowaniu wogóle w przymiocie obszernie później pomówimy, teraz ograniczymy się do paru uwag odnośnie drugorzędowego okresu.

Rozpoznanie w tym okresie przedstawia niekiedy znaczne trudności, gdyż objawy charakterystyczne spotykamy nie stale; zjawiają się one najczęściej napadowo; poczem następuje okres utajenia choroby, pozbawiony niekiedy wszelkich klinicznych symptomatów. Do objawów mniej lub więcej charakterystycznych należą wysypki skórne i śluzowe, bielactwo i czerniaczka skóry, zajęcie niektórych gruczołów chłonnych, lysienie ogniskowate kępkami, nocne bóle głowy, kości i stawów, zajęcie grudkowate tęczówki i t. p. U mężczyzn przeważnie spostrzegamy wysypki skórne, wysypki śluzowe w jamie ustnej i w okolicach odbytnicy, zajęcie gruczołów chłonnych, u kobiet zaś wysypki śluzowe na organach płciowych i w ich okolicy, bielactwo i czerniaczkę skóry.

Wywiady łatwiej zbierać w okresie drugorzędowym ze względu na świeżość choroby, niż w okresie trzeciorzędowym, jednak i tutaj napotykamy niekiedy trudności.

Wysypki skórne mogły być nieznaczne i niezatrważające, gdyż nie swędzą i nie sprawiają bólu, mogły być przyjęte za liszaje, za „wysypki skutkiem ostrości krwi“. Również wysypki śluzowe bywają niekiedy nieznaczne i są przyjmowane za pęknięcia, opryszczki, urazy i t. p. Niepostrzeżenie także mogły przejść takie objawy, jak wypadanie włosów,

bóle głowy, stawów i t. p. Zresztą mogły one nie zjawiać się wcale lub występować w bardzo słabym natężeniu. Ważnym czynnikiem rozpoznawczym w drugorzędowym okresie są badania bakteriologiczne i, gdzie to jest tylko dostępne, jak np. przy wysypkach ciekących, powinny być zawsze przedsiębrane, nie tylko w przypadkach wątpliwych, lecz nawet dla potwierdzenia rozpoznania, dokonanego na mocy pewnych klinicznych danych.

Przymiot podczas drugorzędowego okresu przedstawia nie tyle niebezpieczeństwa dla samego chorego, ile dla otaczających go ze względu na łatwość zarażenia. Wprawdzie i w tym czasie przymiot oddziałuje w mniejszym lub większym stopniu na cały organizm, obniża odporność jego względem innych chorób i przysposabia grunt do ciężkich trzeciorzędowych i poprzymiotowych cierpień, jednak nie grozi zazwyczaj utratą życia lub kalectwem, a przytem łatwo poddaje się swoistemu leczeniu.

Takie niebezpieczne objawy, jak zaburzenie wewnątrz oka, zajęcie wewnętrznego ucha, zapalenie nerek i złośliwa żółtaczka, zdarzają się rzadko.

Na cięższy przebieg przymiotu w drugorzędowym okresie wpływają te same czynniki, co i w innych okresach, jak wiek bardzo młody lub podeszły, ogólny zły stan zdrowia, różne nabyte cierpienia, jak żoły, gruźlica, malarya, niedokrwistość, nerwice, a oprócz tego alkoholizm, odziedziczone skłonności do pewnych chorób, a przedewszystkiem nieodpowiednie leczenie.

Mniej lub więcej ciężki przebieg bynajmniej nie zapowiada odpowiedniego przebiegu przymiotu w przyszłości. Często po lekkim drugorzędowym okresie bywa ciężki trzeciorzędowy i odwrotnie. Jednak taki lub inny przebieg przymiotu może do pewnego stopnia świadczyć o odporności organizmu względem zarazków swoistych, a przytem odpowiednie leczenie, przeprowadzone w tym okresie, zabezpiecza organizm w znacznej mierze od ciężkich następstw.

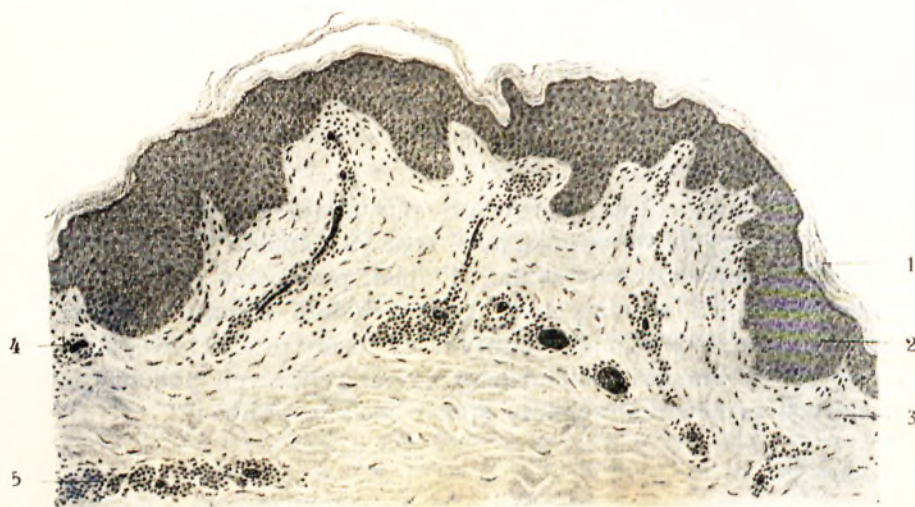
## ANATOMIA PATOLOGICZNA.

Przejawy drugorzędowego przymiotu na skórze i błonach śluzowych występują jako sprawa zapalna pod postacią plamy, grudki i owrzodzenia. Podział powyższy jednak i tutaj jest nieco szematyczny, gdyż z jednej strony pomiędzy zaznaczonemi postaciami spotykamy formy przejściowe, z drugiej zaś w budowie najbardziej nawet typowych postaci rozmaitych grup spostrzegamy sporo cech wspólnych.

### P l a m a.

Badając pod mikroskopem plamę, powstałą na skórze pod wpływem zarazka syfilitycznego, przekonywamy się, że zmiany patologiczne umiejscawiają się głównie w górnych warstwach tkanki łącznej (rys. 9 i 10) i są w ścisłym związku z naczyniami krwionośnymi. Naczynia te, przeważnie w warstwie brodawkowej i podbrodawkowej, a niekiedy w skórze właściwej, są porozszerzane i bardzo często przepełnione krwią. W wielu naczyniach białe ciała układają się w znacznej ilości przy samych ścianach. Śródbłonek, wyściełający naczynia, wydaje się jakby zgrubiały, gdyż jest bardzo widoczny i jakby wpukła się do naczynia. Naokoło naczyń znajdujemy zwykle nagromadzenie się wielkiej ilości komórek, co niektórzy nazywają płaszczem. Płaszcz ów, a raczej warstwa, w świeżych plamach składa się z miejscowych

wyraźnie powiększonych komórek łącznotkankowych; z czasem ilość komórek tych wydaje się znacznie zwiększona, przyczem kształt ich staje się bardzo rozmaity, widzimy tam bowiem komórki wrzecionowate, pająkowate, gwiaździste i inne. Jądra komórek są zwykle duże, wyraźnie zabarwione. U obwodu takiego ogniska widzimy często komórki plazmatyczne, dobrze wykształcone, lub podobne do limfocytów, przez niektórych zarodkowemi zwane. Prócz tego znajdujemy w płaszczu komórkowym nieco leukocytów, a niekiedy



Rys. 9. 1) warstwa rogowa, 2) w. kolczasta, 3) tkanka łączna skóry, 4) naczynie krwionośne, 5) naciek. Ob. A. Ok. 2 (Zeiss).

nawet komórki tuczne. Powiększone komórki łącznotkankowe są czasem dobrze widoczne nawet w błonie zewnętrznej naczyń.

W plamach, wziętych z przypadków, ostrzej przebiegających, włóknista substancja międzykomórkowa jest jakby obrzmiała, włókna są porozsuwane, a w okach tak powstałej sieci widzimy niekiedy drobną ziarnistość, barwiącą się eozyną, co zdaje się przemawiać za wysiękiem surowiczym. Pomiędzy komórkami nacieku (nazwy tej będę stale używał zamiast płaszczu komórkowego) spostrzegamy często mniej lub więcej liczne czerwone krążki krwi. Przepelnione na-

czynia krwionośne łącznie z wybroczynami nadają różowe ograniczone zabarwienie skórze, a ziarenka haemosideriny, pozostałe po wylewach, objaśniają nam powstawanie szarych



Rys. 10. 1) warstwa rogowa, 2) w. kolczasta, 3) tkanka łączna skóry, 4) naczynia krwionośne, 5) naciek. Ob. A. Ok. 2 (Zeiss).

plam, często długo trwających po ustąpieniu czerwonej wysypki. Ziarenka haemosideriny pozostają przez dłuższy przeciąg czasu na miejscu, skąd mogą być uniesione przez limfę



lub pochłonięte przez leukocyty. Tkanka łączna pomiędzy naciekami, zdaje się, posiada nieco większą ilość komórek łącznotkankowych, przeważnie wrzecionowatych, z jądrem niewielkim i barwiącem się dobrze.

Naczynia limfatyczne w górnych warstwach skóry są również rozszerzone i miejscami otoczone niewielkim naciekiem.

Włókna elastyczne i klejodajne są dobrze zachowane; zdaje się, że są tylko porzsuwane przez nagromadzone komórki.



Rys. 11. 1) warstwa rogowa, 2) w. kolczasta, 3) tkanka łączna skóry, 4) włos, 5) naczynie krwionośne, 6) naciek. Ob. A. Ok. 2 (Zeiss).

Gruczoły potowe i łojowe, a również torebki włosowe, pozostają niezmienione, tylko niekiedy, szczególnie przy różyczce punkcikowatej i ziarnistej, widać nacieki, gęsto obejmujące naczynia kłębków potowych, a głównie torebek włosowych (rys. 11).

Wysięku włóknikowego nie widziałem nigdy.

Naskórek zwykle nie jest zmieniony, chociaż spostrzegłem w nim niekiedy nieco więcej komórek wędrujących. Komórki dolnych warstw naskórka są czasem mocno porzsuwane, a w rozszerzonych przestrzeniach międzykomórkowych spotykaliśmy czerwone krążki krwi.

Spostrzeżenia moje, dotyczące budowy skóry na miejscu plam, różnią się nieco od opisów innych autorów.

Ehrmann zabarwienie wszystkich wykwitów kiłowych, a więc i plam, czyni zależnem początkowo od przesiąkania nieznacznej ilości barwika krwi do tkanek, a następnie od tworzenia się z tego barwika pigmentu za pośrednictwem specjalnych komórek—melanoblastów.

Pogląd ten podziela Neumann, który spotykał często w zmianach kiłowych chromatofory, komórki z wypustkami, zawierającymi ziarenka barwika.

Krzyształowicz również nie wspomina nic o możliwości powstawania krwawych wybroczyn w wysypce plamistej.

Plamy kiłowe różnią się znacznie od innych wykwitów, zbliżonych do nich pod względem klinicznym, pomijając powstałe na tle zaburzeń naczynioruchowych, a które zaraz po wycięciu zatracają swe cechy.

*Plamy niebieskawe* (maculae caeruleae), powstałe po ukąszeniu przez mędowneszkę, posiadają bardzo dużą ilość barwika w dolnych szeregach warstwy naskórkowej i w brodawkach skóry; mieści się on w komórkach łącznotkankowych lub pomiędzy niemi, przeważnie naokoło naczyń. Nacieku, otaczającego naczynia, niema wcale.

*Łupież pstry i liszaj wyłysiający* odznacza się głównie zmianami w naskórku; w warstwach powierzchniowych naskórka leżą grzybki swoiste; w tkance łącznej zmiany bywają bardzo nieznaczne: nieco rozszerzone naczynia i czasami nieznaczny naciek naokoło nich.

*Łupież różowy* (Giberta), jak i inne łojotokowe sprawy, charakteryzuje się zmianami w naskórku: zgrubienie i obrzęk warstwy kolczastej, oraz ujścia gruczołów łojowych i torebek włosowych, brak zupełny warstwy ziarnistej i nieprawidłowe rogowacenie warstwy rogowej. W warstwie brodawkowej spotykamy większą ilość komórek łącznotkankowych naokoło naczyń.

#### G r u d k a.

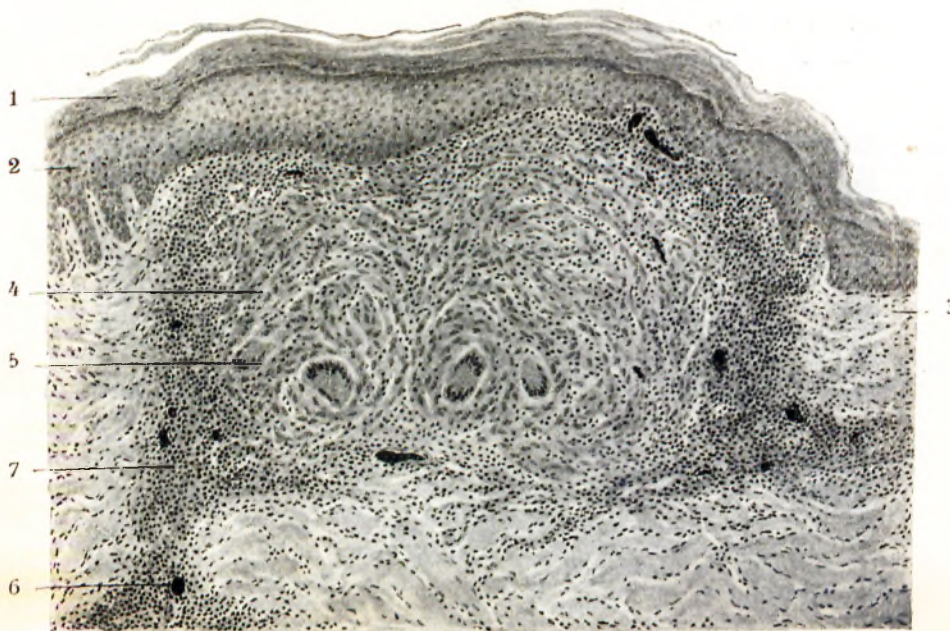
W grudce syfilitycznej zmiany chorobowe również widzimy głównie w górnych warstwach skóry, podczas gdy



Rys. 12

1) warstwa rogowa, 2) w. kolczasta, 3) wydłużony sople, 4) zgrubiały i nacieczony sople, 5) wydłużona brodawka, 6) naczynie krwionośne, 7) naciek, 8) tkanka klejodajna. Ob. A. Ok. 2 (Zeiss).

inne warstwy są nieznacznie zmienione. Granic wyraźnych pomiędzy plamą i grudką niema. W grudkach, słabiej rozwiniętych (rys. 12), spotykamy tylko nieco większe nacieki naokoło rozszerzonych naczyń, niż w plamach; a że pomiędzy naciekami komórki łącznotkanowe—wrzecionowate, pajątkowate i inne — stają się większe i mnożą się, przeto cała

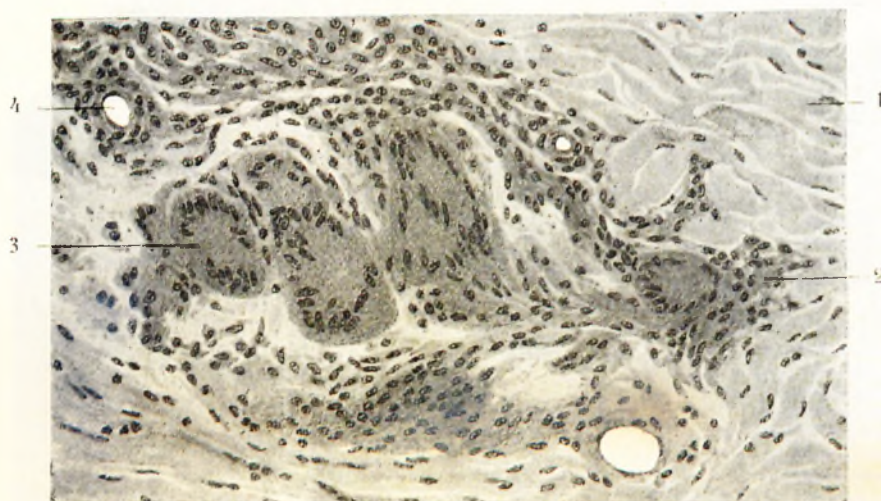


Rys. 13. 1) warstwa rogowa niepr. zrogowaciała, 2) warstwa kolczasta, 3) tkanka łączna skóry, 4) tkanka granulacyjna, 5) komórka olbrzymia, 6) naczynie krwionośne, 7) naciek. Ob. A, Ok. 2 (Zeiss).

warstwa brodawkowa i podbrodawkowa wygląda jakby więcej zbita, naokoło naczyń zawiera wiele jąder, pomiędzy naczyniami jest słabiej nacieczona.

W naciekach często spotykamy tkankę granulacyjną z komórkami, podobnymi do nabłonkowych, o zarodki obfitej, jądrze pęcherzykowatym. W lepiej rozwiniętych grudkach (rys. 13) nacieki, leżąc blisko jeden od drugiego, zlewają się ze sobą, a tkanka granulacyjna jest o wiele wyraźniejsza. Granice komórek nabłonkowych są przeważnie wyraźne.

Pomiędzy nimi widywaliśmy częściej komórki olbrzymie z kilkoma lub kilkunastoma jądrami. W grudkach starszych, dobrze rozwiniętych, tkanka granulacyjna zajmuje zwykle cały środek wykwit i jest otoczona po bokach i często od spodu naciekiem. I tu również wśród tkanki granulacyjnej spostrzegamy komórki olbrzymie, niekiedy w znacznej ilości. Komórki te posiadają brzegi nierówne, tworzą wyrostki o konturach zatartych lub wyraźnie oznaczonych. Kształt wyrostka bywa bardzo rozmaity. Zaródź komórek olbrzymich barwi się dobrze barwnikami kwaśnymi, jest ona przeważnie



Rys 14. 1) tkanka łączna skóry, 2) naciek, 3) komórka olbrzymia, 4) naczynie krwionośne. Ob. D, Ok. 2 (Zeiss).

drobnoziarnista; często widzimy w niej drobne przestrzenie puste—vacuolae. Jądra komórek olbrzymich posiadają najrozmaitszy kształt, umiejscowienie i powinowactwo do barwników zasadowych. Przeważnie jądra są pęcherzykowate, dość blade; niekiedy jednak są wydłużone i barwią się mocno; czasem układają się na jednym z biegunów komórki, czasem zaś w kształcie wieńca na obwodzie, niekiedy nareszcie są porozrzucane nieregularnie po całej komórce. Komórki olbrzymie stanowią niekiedy jakby dalszy ciąg naczyń włosowatych. Umiejscawiają się czasem na obwodzie ogniska, składającego się z tkanki granulacyjnej (rys. 14). Naokoło

komórek olbrzymich tkanka granulacyjna składa się niekiedy z komórek większych o jaśniejszej zarodki, przypominających tkankę obrzękłą. Komórki powyższe umiejscawiają się między wyrostkami komórek olbrzymich, zlewając się prawie z nimi, lub też okrążają je.

Pomiędzy opisanymi powyżej ogniskami spotykamy dobrze rozwinięte i dobrze barwiące się komórki wrzecionowate (fibroblasty), z pęczkami włóknistej substancji międzykomórkowej.

W tkance granulacyjnej znajdujemy niekiedy drobne naczynia krwionośne w niewielkiej jednak ilości.

Naciek jest bardzo zbliżony do opisanego w plamach kilowych; jest jednak większy i składa się z dużej ilości komórek, podobnych do limfocytów, o skąpej zarodki (zarodkowych). Na obwodzie nacieków spostrzegamy sporą ilość komórek plazmatycznych, dobrze wykształconych, i nieliczne komórki tuczne. Pomiędzy naciekiem w wielu miejscach widzimy mniejszą lub większą ilość czerwonych krążków krwi. Naczynia w naciekach są rozszerzone i wypełnione krwią, posiadają śródbłonek b. wyraźny, wypukłony do światła naczynia. W błonie zewnętrznej większych naczyń spotykamy powiększoną ilość jąder.

W sąsiedztwie grudek widzimy, że naczynia są rozszerzone i otoczone naciekiem, lecz zwykle w słabszym stopniu. Niekiedy od środka grudki w głąb skóry drąży naciek; otacza on naczynia torebki włosowej, gruczołu potowego, lub większy pień naczyniowy.

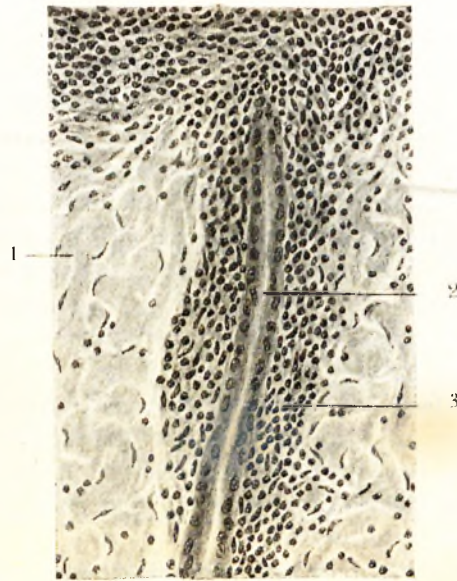
W tkance granulacyjnej, w nacieku i w sąsiedztwie spostrzegamy zwykle mniejszą lub większą ilość leukocytów, zależnie od nasilenia sprawy.

Włókna elastyczne i klejodajne podlegają w grudce dobrze rozwiniętej zanikowi; niekiedy tylko drobne pęczki pozostają nienaruszone pośrodku tkanki granulacyjnej i nacieku.

Gruczoły i torebki włosowe same nie biorą udziału w sprawie, ponieważ jednak są otoczone gęstszą siecią naczyń, okrążonych naciekiem, przeto czasami są przezeń uciśnięte (rys. 15).

Mięśnie w grudkach ulegają małym zmianom: czasem są one nieco obrzękle, a jądra ich barwią się gorzej i są nieco powiększone.

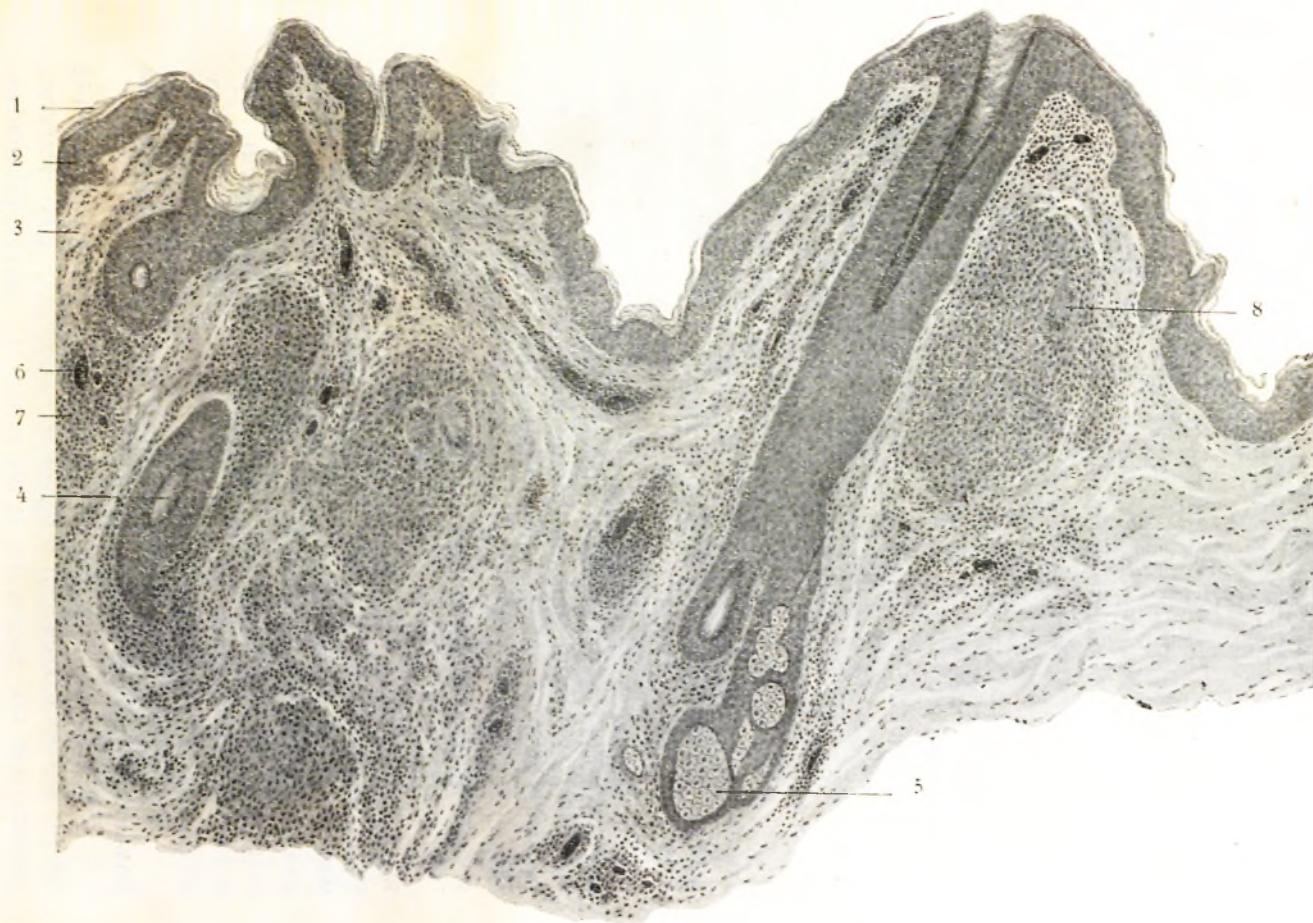
Naskórek na grudce ulega zmianom zależnie od zmian w warstwie brodawkowej. W początkowym okresie rozwoju grudki sople nabłonkowe bywają zgrubiałe i mocno nacieczone od dołu tak, iż zaciera się niekiedy granica pomiędzy nabłonkiem a tkanką łączną; na obwodzie grudki nacieczone i obrzmiałe brodawki wydłużają i zcieńczają sople nabłonkowe. Komórki w soplach nacieczonych często bywają duże, obrzękłe, czasami wydłużone, spłaszczone; niekiedy zawierają po parę jąder. W dalszym rozwoju grudki sople nabłon-



Rys. 15. 1) tkanka łączna skóry, 2) przewód gruczołu potowego, 3) naciek. Ob. C, Ok. 4 (Zeiss).

kowe zanikają zupełnie, a zcieńczały naskórek odpowiada mniej więcej jednej tylko warstwie rogowej. Warstwa ziarnista często bywa zachowana; niekiedy jednak, szczególnie po środku grudki, warstwa ta zanika, a wtedy warstwa rogowa grubieje i zawiera wyraźne jądra. Prawdopodobnie jest to objaw nieprawidłowego rogowacenia. Objaw powyższy spotykamy najczęściej w grudkach luszczących się.

Niekiedy cała grudka rozwija się naokoło naczyń torebek włosowych (rys. 16). Są to tak zwane klinicznie grudki



Rys. 16. 1) warstwa rogowa, 2) w. kolczasta, 3) tkanka łączna skóry, 4) torebka włosowa, 5) gruczoł łojowy, 6) naczynie, 7) naciek, 8) komórka oibrzymia. Apochrom. 16,0 mm., apert 0,30. Ok. 2 (Zeiss).



drobnoziarniste, lub punkcikowate (*lichen syphiliticus*). Naciek w takiej grudce przedstawia się tak samo, jak i w zwykłej. Niekiedy spostrzegamy na tych grudkach zgrubienie warstwy rogowej i rozszerzenie przewodów gruczołów łojowych.

W przypadkach z obfitszym, niż zwykle, wysiękiem znajdujemy skutkiem silniejszego obrzęku brodawek sople nabłonkowe więcej wydłużone, brak warstwy ziarnistej i zgrubienie nieprawidłowo rogowaciejącej str. corneum. W tych razach znajdują się dość gęsto w naskórku, a przeważnie pod warstwą rogową, ciała wysiękowe. Postać ta, klinicznie przedstawiająca się jako grudka łuskowata, pod względem anatomo - patologicznym stanowi przejście do grudek nadżerkowatych.

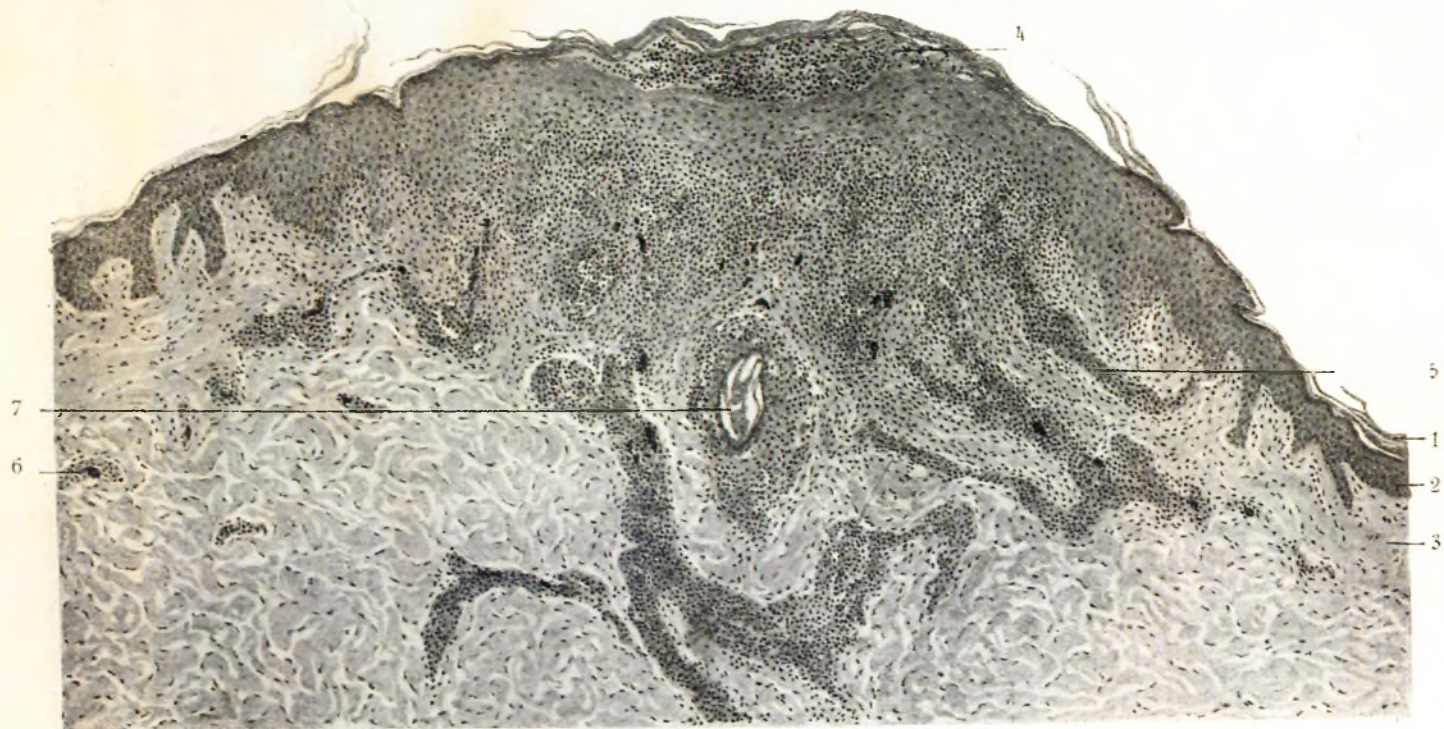
W grudkach niekiedy tworzą się pęcherzyki, a następnie nadżerki. Przyczyny tego objawu nie są jasne, prawdopodobnie zależy to od większego nasilenia sprawy i od większej odporności warstwy rogowej.

Ciała ropne i płyn wysiękowy zbierają się pomiędzy komórkami warstwy kolczastej, najczęściej pod warstwą rogową, jako najbardziej odporną na wszelkie wpływy, tworząc pęcherzyk (rys. 17). Warstwy ziarnistej najczęściej wcale tu nie bywa, a warstwa kolczasta jest zcieńczała; komórki jej są obrzękłe, przestwory międzykomórkowe często rozszerzone, a w nich gdzieś widzimy leukocyty. Pod pęcherzykiem i obok niego spotykamy często niewielkie skupienia leukocytów, większe, niż w naciekach zwykłych; wybroczyny krwawe należą tu do zjawisk częstszych.

Pęcherzyki tworzą się często naokoło gruczołów łojowych i torebek włosowych, gdyż te narządy skóry są otoczone licznymi naczyniami. W powyżej opisany sposób powstaje charakterystyczny pod względem klinicznym obraz, znany pod nazwą — trądzika przymiotowego (rys. 18). Pod warstwą rogową naskórka wytwarzają się pęcherzyki, wypełnione mętną często ropiastą cieczą. Pęcherzyki umiejscawiają się przeważnie koło włosów.

Po pęknięciu pęcherzyka, ciecz ropna wydostaje się na powierzchnię i zasycha, tworząc strup (rys. 19).

Strup może powstać nawet bez uprzedniego tworzenia się pęcherzyka (rys. 20). Bywa to wtenczas, gdy warstwa rogowa jest tak nietrwała, iż nie może się oprzeć gromadzą-



Rys. 17. 1) warstwa rogowa, 2) warstwa kolczasta, 3) tkanka łączna skóry, 4) pęcherzyk, 5) naciek, 6) naczynie krwionośne, 7) mieszek włosowy. Apochr. 16,0 mm., apert 0,30. Ok. 2 (Zeiss).

cemu się pod nią wysiękowi—pęka wczesnie i w wielu miejscach. W strupku, oprócz składowych części wysięku, mogą znajdować się płatki rogowe naskórka, a niekiedy nawet komórki kolczaste. Wtedy strup przylega do warstwy kolczastej, a może nawet sięgać do tkanki łącznej.

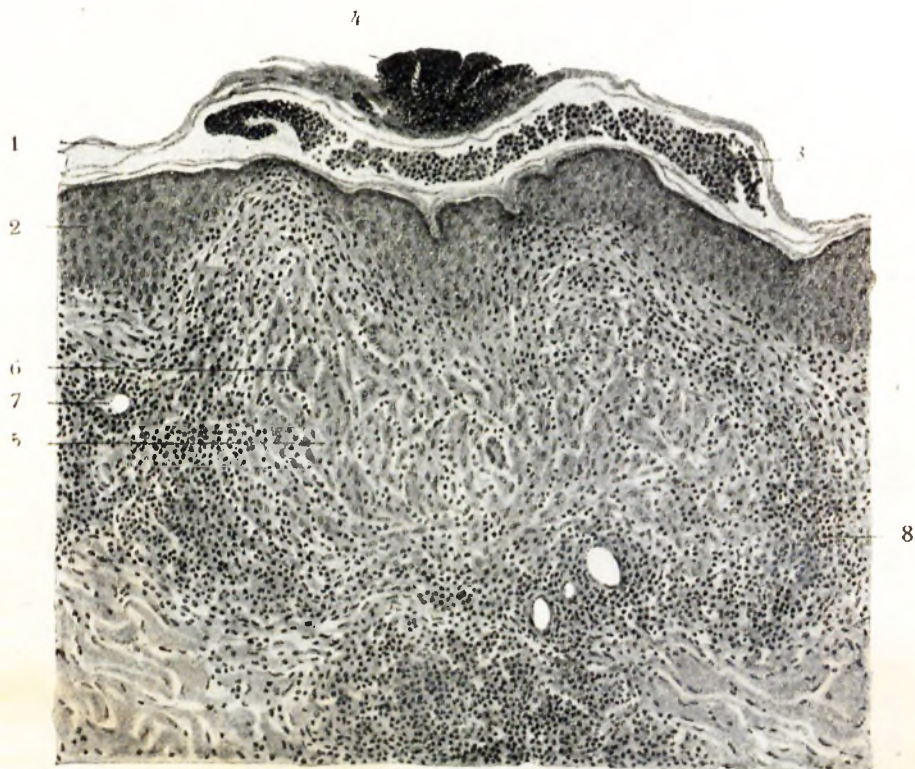
Włóknika tak w zwykłych grudkach, jak i w nadżerkowatych, nie spostrzegalem.



Rys. 18. 1) warstwa rogowa, 2) w. kolczasta, 3) tkanka łączna skóry, 4) włos, 5) gruczoł łojowy przyskórkowy, 6) pęcherzyk, 7) naciek, 8) tkanka obrzękła, 9) naczynie. Ob. C. Ok. 2 (Zeiss).

Zabarwienie grudek, podobnie jak i plam, objaśniamy przepelnieniem naczyń i wybroczynami krwi, gładkość i połysk powierzchni — zcieńczeniem i napięciem naskórka przez nacieklą i bującą tkankę łączną.

Grudki zanikają według spostrzeżeń Unny, które i ja częściowo mogłem sprawdzić, w następujący sposób: komór-



Rys. 19. 1) warstwa rogowa, 2) w. kolczasta, 3) pęcherzyk, wysychający w strupek, 4) strupek, 5) tkanka granulacyjna, 6) komórka olbrzymia, 7) naczynie, 8) naciek. Apochr. 16,0 mm., apert. 0,30. Ok. 2 (Zeiss).

ki nacieku podlegają zwyrodnieniu; w protoplazmie zjawiają się vacuolae, a następnie ulega ona rozpadowi na cząsteczki; produkty rozpadu są usuwane częściowo przez sąsiednie komórki, częściowo są unoszone przez prąd limfatyczny ku komórkom naskórka. Skutkiem rozpadu komórek naciek staje się powoli coraz mniejszy. Zabarwienie plam, pozosta-



Rys. 20. 1) warstwa rogowa, 2) w. kolczasta, 3) tkanka łączna skóry, 4) strup, 5) naczynie krwionośne, 6) naciek. Apochr. 10:0 mm. apert. 0,30. Ok. 4 (Zeiss).

łych po zniknięciu grudek, tłumaczy się tak samo, jak zabarwienie, pozostałe po wysypce plamistej.

Poglądy różnych badaczy na budowę grudki odbiegają znacznie od wyłożonego powyżej typu.

Zbyt śmiałym wydaje mi się pogląd Zeissla: autor ten uzależnia powstawanie grudek od obecności gruczołów łojowych i twierdzi, że grudki mogą rozwijać się tylko w tych miejscach, gdzie istnieją dobrze rozwinięte gruczoły łojowe.

Kaposi utrzymuje, że naciek ogranicza się jedynie w miejscu, zajętem przez grudkę.

Kromayer twierdzi, iż w grudkach naciekowi ulega głównie warstwa brodawkowa.

Krzyształowicz przenosi naciek nieco niżej, gdzie leży gęstsza sieć naczyń. Według niego naciek sięga często głęboko, prawie aż do tkanki podskórnej. K. nigdy nie znajdował komórek olbrzymich w grudkach świeżych, z wyjątkiem *lichen syphiliticus*. W grudkach nie spostrzegł on większych zmian w substancji klejodajnej; tworzy ona „wprawdzie wiązki znacznie cieńsze, bo rozsunięte przez wrastający naciek, ale nie zniszczone”. Autor ten, mimo licznych badań sposobami Unna'y, służącymi do wykazania oddziaływania mikrochemicznego w substancji klejodajnej i włóknach elastycznych, nie znalazł w nich wyraźnych zmian.

Powstawanie grudek drobnoziarnistych Krzyształowicz stawia w zależności od zatkania gruczołów i torebek włosowych nadmiernie rozwiniętym zgrubieniem warstwy rogowej.

De Luca spostrzegł w grudkach arteritis obliterans, nie spotykał zaś (w grudkach małych) komórek olbrzymich.

Fournier i Balzer widywali w przypadkach odpowiednich zapalenie błony wewnętrznej i zewnętrznej naczyń.

Neumann znajdował zwężenie naczyń skutkiem bujania śródbłonna i nacieczenia błony zewnętrznej komórkami plazmatycznymi i leukocytami. Jednakowoż, według niego, do zanknięcia naczyń nie dochodzi, gdyż w okresie zaniku grudki znów światło naczyń rozszerza się. N. opisuje, iż naciek wtórnie przechodzi na ścianę gruczołów i torebek włosowych.

Wykwity niesyfilityczne różnią się pod względem budowy anatomicznej od grudki przymiotowej przez następujące objawy.

*Grudka luszczyca zwyczajnej* różni się od kilowej mniej wybitnym naciekiem naokoło naczyń. Brodawki przy luszczyca są nadzwyczaj silnie przekrwione, a zmiany w naskórku, szczególnie zgrubienie warstwy rogowej, jest znacznie wyraźniejsze.

*Liszaj czerwony płaski* posiada silniej zaznaczone zmiany w naskórku. Warstwa rogowa i kolczasta bywa zwykle więcej rozrosła, warstwa ziarnista zaś przeważnie zgrubiała

tylko pośrodku. Spotykamy również komórki naskórka, uległe szklistemu i koloidalnemu zwyrodnieniu, a także perły rogowe przy ujściach gruczołów łojowych. Warstwa brodawkowa jest silnie obrzękła. Naczynia otacza naciek wyraźnie ograniczony.

*Liszaj włosowy* różni się od drobnej grudki tem, iż cała sprawa odbywa się w górnym odcinku torebki i gruczołu łojowego; tworzy się nadmiernie zgrubiała warstwa zrogowaciałego naskórka, która nie pozwala włosowi przebić się na powierzchnię. Naokoło naczyń, otaczających torebkę włosową, spotykamy nieznaczny naciek.

*Liszaj czerwony stożkowaty* (lichen ruber accuminatus) odznacza się przerostem warstwy zrogowaciałej, która otacza torebki włosowe i ujście gruczołów potowych i rozrasta się wszcz; w niej spotykamy perły rogowe. Warstwa brodawkowa skóry jest mało zmieniona: naczynia są trochę rozszerzone, okrąża je nieznaczny naciek. Gruczoły łojowe są przeważnie zanikłe.

*Liszaj żółtawy* na pierwsze wejrzenie posiada bardzo zbliżoną budowę do syfilitycznej grudki drobnoziarnistej. Naciek z komórkami olbrzymimi gromadzi się naokoło torebek włosowych, jednak nie jest on tak obfity i nie umiejscawia się tak wybitnie około naczyń, jak przy przymocie; komórki olbrzymie są zwykle gorzej rozwinięte.

*Grudki wysypek lekowych* odznaczają się silniejszym rozszerzeniem naczyń i większym obrzękiem skóry tak warstwy brodawkowej, jak i przestrzeni międzykomórkowych warstwy kolczastej. Naciek nie jest tak wybitny, jak przy przymocie, a włókna klejodajne i elastyczne są niezmienione.

*Trądzik lekowy i zwyczajny* nie posiada tak silnie rozwiniętego nacieczenia naokoło torebki włosowej.

*Liszajec zwyczajny* nie posiada również tak znacznych zmian w tkance łącznej, jak to spotykamy przy kile.

### Owrzodzenie.

Zmiany anatomiczne, widywane przy owrzodzeniach syfilitycznych (rys. 21), są zbliżone do zmian, spostrzeganych



Rys. 21. A) Skóra ze wszystkimi warstwami naskórka. B) Nadżerka. C) Owrzodzenie. 1) warstwa rogowa, 2) w. kolczasta, 3) wydłużony soplek nabłonkowy, 4) obrzęknięta warstwa kolczasta, 5) strup, 6) naczynie, 7) naciek.  
 Apochr. 16,0 mm., apert. 0,30. Ok. 2 (Zeiss).



w grudkach nadżerkowatych. Dwie te sprawy różnią się głównie nasileniem sprawy.

Brak tkanki w miejscu owrzodzialem bywa zwykle bardzo niewielki i dotyczy warstw powierzchniowych. Zniszczony tu zostaje albo sam tylko naskórek, albo najwyżej część warstwy brodawkowej.

Warstwa brodawkowa na dnie owrzodzenia jest obrzękła; naczynia jej są znacznie poroszerzane, otoczone naciekiem nieco słabszym, niż w grudkach; zato ilość leukocytów jest znacznie większa, a wokół naczyń sporo czerwonych krążków krwi. Pęczki włókien klejodajnych i włókna elastyczne zgrubiałe, słabiej się barwią; również komórki plazmatyczne wydają się większe, lecz słabiej się barwią.

Przejście między nienaruszonym naskórkiem a owrzodzeniem nie jest zwykle gwałtowne: stanowi je resztką naskórka, pozbawionego warstwy rogowej i ziarnistej, obrzękniętego i nacieczonego leukocytami. Brzeg owrzodzenia składa się ze zgrubiałej warstwy naskórka, zgrubiałych i nacieczonych sopl. Skutkiem tego brzegi owrzodzenia wznoszą się, a owrzodzenie wydaje się głębsze, niż jest w istocie.

W warstwie podbrodawkowej skóry pod owrzodzeniem spotykamy taki obraz, jak w świeżych grudkach: a więc naczynia są rozszerzone, otoczone silnie rozwiniętym naciekiem i tkanką granulacyjną.

Dno owrzodzenia bywa pokryte ropnymi ciałkami, płynem wysiękowym i często czerwonymi krążkami krwi. Zazwyczaj nad owrzodzeniem spotykamy gruby strup, składający się z paru warstw komórek zrogowaciałych, bezpostaciowej skrzepłej wydzieliny, pomieszanej z licznymi resztkami ciałek ropnych, komórek naskórka i czerwonych krążków krwi.

W owrzodzeniach, szerzących się szybko (rys. 22), jak to często w brudźcach bywa, znajdujemy na granicy wykwi-tów bardzo silny obrzęk brodawek, skutkiem czego silnie nacieczone brodawki wydłużają się. W brzegach owrzodzenia spotykamy niekiedy w warstwie brodawkowej duże wylewy krwawe, do których przyłączają się ciałka ropne.

Balzer i Fournier przypisują pochodzenie owrzodzeń silnemu cierpieniu naczyń. Według nich głównie są dotknięte maleńkie tętnice; naciek zajmuje ich ściankę, najpierw błonę zewnętrzną, a później wewnętrzną.



Rys. 22. 1) warstwa rogowa, 2) w. kolczasta, 3) przejście do owrzodzenia, 4) strup, 5) wydłużony soplek nabłonkowy, 6) obrzęknięta brodawka, 7) krwawy wylew, 8) naczynie krwionośne, 9) naciek.  
 Apochr. 15,0 mm., apert. 0,30. Zeiss. (Rysunek zmniejszony o 1/4.)

Terebiński stawia owrzodzenia w zależności od bardziej silnego działania zarazka przymiotowego na schorzały organizm, skutkiem czego do zwykłego typu chronicznego wytwórczego zapalenia przyłącza się zapalenie ostre z zejściem w zropienie. Poglądy te są zupełnie zgodne z memi spostrzeżeniami.

Do owrzodzeń kiłowych bywają najbardziej zbliżone niesztowice zwyczajne, różnią się tylko słabszym naciekiem naokoło owrzodzenia.

#### Grudka moknąca.

Budowa jej właściwie nie różni się zasadniczo od poprzednio opisanej grudki zwyczajnej, gdyż ta tylko skutkiem miejscowych czynników staje się mokrą, cieknącą. Odmiennym zmianom w takich razach ulega głównie naskórek.

Grudki na granicy powierzchni suchej i wilgotnej, t. j. grudki przejściowe (rys. 23), posiadają wszystkie warstwy naskórka, jednak warstwa ziarnista bywa zwykle zgrubiała, a sople nabłonkowe są znacznie wydłużone, często zgrubiałe.

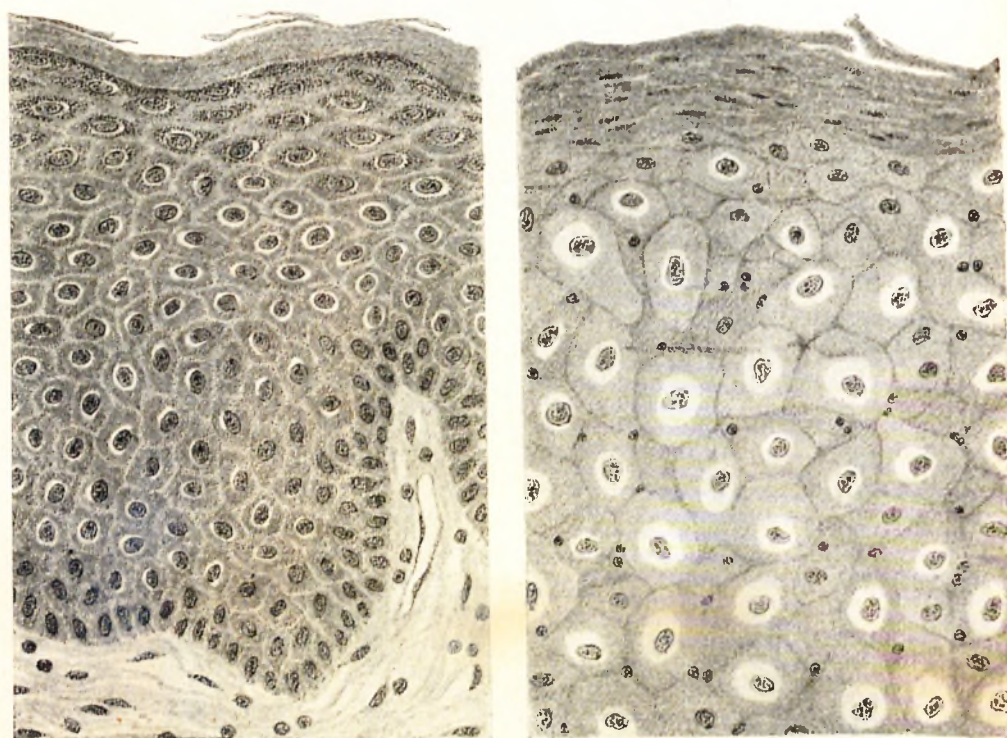


Rys. 23. 1) warstwa rogowa, 2) w. koleczasta, 3) wydłużony sople nabłonkowy, 4) wydłużona brodawka, 5) naczynie krwionośne, 6) naciek.  
Lupa. Ok. 3.



Rys. 24. 1) warstwa rogowa, 2) w. kolczasta, 3) wydłużony sople nabłonkowy, 4) włos, 5) strupek, 6) wydłużona brodawka, 7) tkanka łączna, 8) naczynie krwionośne, 9) naciek. Ob. A. Ok. 2 (Zeiss).

Również bujać mogą brodawki tak, iż wznoszą naskórek ponad powierzchnię skóry, nadając jej klinicznie wygląd ziarnisty. Brodawki bywają nieco obrzmiałe; naciek naokoło naczyń jest wyraźny, jednak słabszy, niż w grudce zwykłej. Cała tkanka jest obficie nacieczona leukocytami.



A

B

Rys. 25. A) Część obwodowa poprzedniego preparatu (rys. 24). B) Część środkowa. Ob. D. Ok. 4 (Zeiss).

W grudkach ciekających (rys. 24 i 25) warstwy rogowej albo wcale niema, albo też przedstawia się jako warstwa cienka, zawierająca jądra, pod którą brak warstwy ziarnistej. Warstwa kolczasta bywa znacznie zgrubiała; składa się ona z komórek wielkich, bardzo słabo barwiących się, z porozsuwaną siateczką protoplazmy, z dużymi okołojądrowymi przestrzeniami i bladymi jądrami. Spotykamy często komórki w okresie

dzielenia się, a także komórki wąskie, płaskie, uciśnięte i komórki ze zwyrodniałą protoplazmą. Przestrzenie międzykomórkowe, szczególnie w górnych częściach warstwy kłaczej, są rozszerzone i wypełnione dość gęsto leukocytami; leukocyty tworzą niekiedy maleńkie skupienia. Sople nabłonkowe robią wrażenie jakby olbrzymio rozrastały się, dzieliły się wielokrotnie, drażąc wgłęb skóry. Warstwa brodawkowa bywa bardziej obrzęknięta, niż w grudkach przejściowych. Naczynia są porozszerzane; nacieki naokoło nich są słabo zaznaczone. Pomiędzy naciekami spotykamy znacznie więcej, niż w grudkach zwykłych, komórek wysiękowych.

Powierzchnia grudki bywa często pokryta strupem. W strupach spostrzegamy nieco zrogowaciałych komórek, liczne ciała ropne i bezpostaciową wyschniętą masę wysiękową. Pod strupem znajdujemy często małe skupienia ropnych komórek.

W razie nieco skośnego cięcia widzimy, skutkiem rozwoju sopli naskórkowych i przedłużenia obrzękniętych brodawek, grubą sieć naskórkową z okami tkanki łącznej.

Krzyształowicz opisuje grudkę moknącą, jako posiadającą na przecięciu siatkę grubszych i cieńszych pasm naskórka, powiązanych ze sobą i pozostawiających wolne oka. Widzimy więc olbrzymi rozrost naskórka wgłęb skóry, który następuje, żeby uchronić warstwy głębsze i skórę właściwą przed drobnoustrojami.

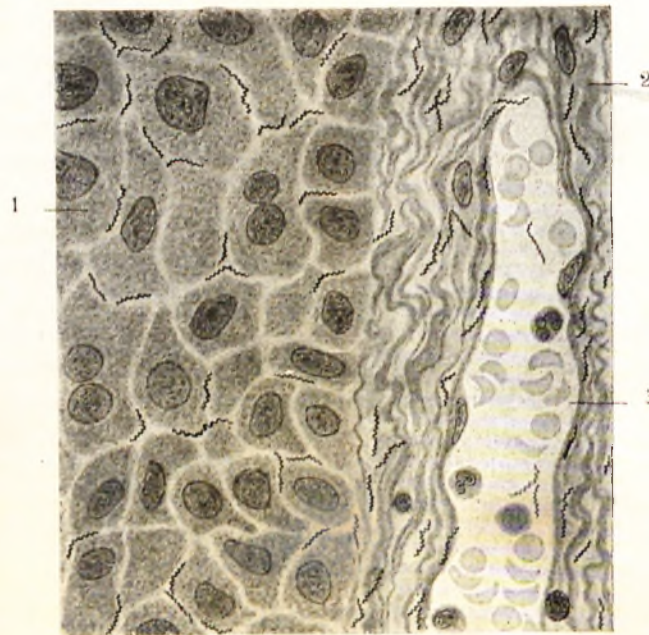
Pod drobnowidzem łatwo odróżnić grudkę moknącą od mięczaką zaraźliwego i szyszkowiny stożkowej.

W grudce *mięczaka zaraźliwego* spotykamy w górnych warstwach naskórka twory owalne, luźno leżące, zawierające w sobie jajowate szklistawe ciała.

W *szyszkowinach stożkowych* spostrzegamy rozdzielające się pierwotne brodawki skóry na coraz to mniejsze, a liczniejsze, jakby gałąź drzewa, które, będąc przykryte naskórkiem, przybierają kształt kalafiora. Nacieku albo niema, albo nieznaczny.

Krętek bładny w okresie drugorzędowym kily spotyka się dość gęsto w wykwitach przymiotu, w czasie zaś utajenia kily rzadko w naczyniach krwionośnych i chłonnych i w tkance łącznej skóry.

W plamach i grudkach spostrzegamy krętki najgęściej w naczyniach podbrodawkowych i w naciekach, okrążających je; ku wierzchołkowi brodawek ilość spotykanych krętków zwykle się zmniejsza. W naczyniach znajdujemy krętki luźno leżące i wewnątrz leukocytów. W tkance łącznej najczęściej krętków białych widzimy w pobliżu małych naczyń i na obwodzie nacieków. W naskórku plamek i grudek zwyczajnych spotyka się bardzo mało krętków, zaś w naskórku gru-



Rys. 26. 1) nabłonek, 2) tkanka łączna, 3) naczynie krwionośne.  
Immers. 2,0 mm., apert. 1,30. Ok. 6 (Zeiss).

dek nadżerkowatych, a szczególnie ciekących, zwykle dużo; w grudkach nadżerkowatych sporo ich czasami można znaleźć w zawartości pęcherzyków pod warstwą rogową i w przestrzeniach międzykomórkowych; w grudkach ciekących (rys. 26) niekiedy spotykamy nadzwyczaj dużą ilość tych pasorzytów w przestrzeniach międzykomórkowych, a także na powierzchni nadżartego naskórka. Ten fakt jest niezmiernie ważny, gdyż objaśnia nam nadzwyczajną zaraźliwość grudek cieką-

cych. W owrzodzeniach znajdujemy zwykle mniej krętków, niż w poprzednio opisanych wykwitach, — stąd przypuszczenie, iż te najcięższe skórne objawy drugorzędowego przymiotu więcej może zależeć od właściwości zakażonego ustroju, niż od samego jadu.

Oprócz krętków białych w nadżerkach i owrzodzeniach spotykamy mniejszą lub większą ilość innych drobnoustrojów, a przedewszystkiem paciorkowce i gronkowce. Jaka rolę one tam odgrywają, trudno z zupełną stanowczością orzec. Zdaje się jednak, iż przyłączają się dopiero do utworzonych pęcherzy i nadżarć i podsycają dopiero już rozpoczętą sprawę, gdyż często w początkowych okresach tworzenia się pęcherzy drobnoustrojów ropnych nie spotykamy. Wyjątek naturalnie stanowią lepiej ciekące, które swe pochodzenie zawdzięczają głównie czynnikom zewnętrznym.

Balzer i Griffon nie znajdowali łańcuszkowców w wydzielinie kiłowych owrzodzeń, a wyjątkowo tylko gronkowce.

Terebiński również obserwował, iż dopiero w dalszym rozwoju owrzodzeń mogą, lecz nieobowiązkowo, przyłączać swe działanie drobnoustroje ropne.

Mniej więcej to samo zdanie wyrażają Moeller, Hallopeau, Leredde.

Takiej jednak miary badacze, jak Tarnowski, Unna, Campana, Lang, Neumann i Krzyształowicz, uzależniają w mniejszym lub większym stopniu powstawanie nadżarć i owrzodzeń od drobnoustrojów ropnych.

Tarnowski twierdzi, iż gronkowce, znajdując dobre podłoże w ustroju, zarażonym przymiotem, wywołują wysypki ropne (*staphylococccia syphilitica*). Połączone więc działanie tych dwóch rodzajów zakażenia nadaje kiłę przebieg złośliwy.

Campana na podstawie swych badań wyciąga wniosek, iż powstawanie krost zależy od zakażenia gronkowcem złotym i białym.

Na upostaciowanie się wysypek kiłowych i ich umiejscowienie, a niekiedy i zjawienie, wpływają niektóre choroby skóry i wogóle te czynniki, które drażnią skórę, szczególnie źle odżywianą, a więc mało odporną. Największe znaczenie posiadają choroby, wywołujące zmiany zapalne w tkan-



ce, jak np. łojotok, łuszczyca, liszaj włosowy. Krętki blade widocznie zbierają się w większej liczbie w naczyniach zmienionych i, przylączając swe działanie do istniejących już spraw zapalnych, łatwo wywołują tworzenie się wykwitów przymiotu. Naprzykład: u podstawy nosa i na granicy części owłosionej głowy, miejsc często zajętych łojotokiem, łatwo powstają grudki nadżerkowate; również często tworzy się wysypka grudkowata drobnoziarnista (lichen syphiliticus) u osób, dotkniętych liszajem włosowym.

Wszystkie powyżej rozpatrzone wykwity drugorzędowego okresu przymiotu posiadają cechy wspólne.

Pierwotnie zajęta bywa tylko tkanka łączna skóry.

Najwybitniejszym objawem wszystkich wykwitów są silnie rozwinięte nacieki naokoło naczyń krwionośnych.

Nacieki składają się z powiększonych miejscowych komórek łącznotkankowych, rozmnażających się obficie (proliferyacja).

Pomiędzy temi komórkami spotykamy stale, oprócz komórek, podobnych do limfocytów (zarodkowych), komórki plazmatyczne, a w sprawach, bardziej rozwiniętych, tkankę granulacyjną z komórkami olbrzymiemi.

Naczynia krwionośne ulegają rozszerzeniu, a często mniej lub więcej znacznym zmianom w błonie wewnętrznej i zewnętrznej. Na odbywające się w ścianach naczyń zmiany wskazują również dość często spotykane naokoło naczyń wybroczyny; naczynia chłonne są zwykle rozszerzone.

Włókna klejodajne i elastyczne ulegają rozsunięciu przez nacieki, zaś zniszczeniu mniej lub więcej silnemu w miejscach, gdzie się rozwija tkanka granulacyjna.

Gruczoły skóry same nie biorą udziału w sprawie chorobowej, zato łatwo jej podlegają naczynia krwionośne, obficie otaczające gruczoły.

Naskórek ulega zmianom tylko wtórnie.

Sprawę wywołują krętki blade; działalność ich mogą potęgować drobnoustroje ropne, a ułatwiać i podsycać istniejące już poprzednio zmiany chorobowe skóry.

Na budowę wykwitów wpływa znacznie długość ich trwania, nasilenie sprawy i odporność tkanki.

Zmiany w budowie anatomopatologicznej nie są ściśle ograniczone, lecz, zmniejszając się w natężeniu, szerzą się poza granice klinicznie widocznych wykwitów.

Pomiędzy typowymi wykwitami drugorzędowego okresu przymiotu istnieje cały szereg postraci przejściowych, tworzących jeden nieprzerwany łańcuch; skutkiem tego podział wykwitów pod względem anatomo-patologicznym, jak i pod względem klinicznym, jest tylko szematyczny.

W plamach odbarwionych skóry (leucoderma) nie spotykamy pośrodku barwika ani w naskórku, ani w komórkach tkanki łącznej, podczas gdy na granicy tych plam barwik występuje obficie, szczególnie w komórkach łączno-tkankowych. Barwik w tkance łącznej nie ginie zwykle tak odrazu, jak w naskórku, lecz spotyka się jeszcze na pewnej przestrzeni, wewnątrz granicy plam odbarwionych. Co wpływa na tworzenie się bielactwa, trudno powiedzieć. Hoffmann przypisuje je bezpośredniemu działaniu krętków białych.

Zmiany we włosach przy łysieniu kiłowym nie różnią się od zmian, wywołanych innymi chorobami zaraźliwymi, a więc przede wszystkim występuje zanik brodaweczki włosowej, zmniejszającej się w przecięciu, zanik barwika w pochewkach i zanik komórek rdzeniowych.

## LECZENIE MIEJSCOWE.

Wszystkie objawy drugorzędowego okresu przymiotu poddają się działaniu leczenia ogólnego, to też często miejscowe środki są zupełnie zbyteczne, niekiedy jednak przyspieszają one przebieg sprawy, a nawet w pewnych razach są niezbędne dla jej zaniku.

Przy wysypkach **plamistych** i **grudkowatych** w okolicach, przykrytych odzieżą, najlepiej zupełnie wstrzymać się od miejscowego leczenia, w okolicach zaś widocznych kładziemy na noc dla przyspieszenia zaniku plastry rtęciowe, a na dzień dla zamaskowania wykwitów, po posmarowaniu zlekką kremem, przysypujemy je pudrem. Najlepiej używać plastrów dobrze i mocno przystających, jak np. empl. hydrarg. adhaesivum albo collempl. hydrarg. Stosujemy również empl. de Vigo cum hydrarg. Kremy najwłaściwsze w danym razie będą gold-creâme lub ceral-creâme. Po posmarowaniu ściera je się nieco płótnem i przysypuje pudrem ryżowym, talkem z krochmalem lub z paloną magnezją.

Można również nacierać plamy, a szczególnie grudki, sublimatem 1:1000—1:500, wcierać w nie maść kalomelową i maść tlenku żółtego rtęci:

Rp. Calomel.           1,0—2,0  
Vasel. fl. Amer.   40,0  
S. do wcierania.

Rp. Hydrarg. oxydati flavi 1,0—2,0  
 Vasel. fl. Amer. 40,0  
 S. do wcierania;

smarować kolloidum i traumatycyną z sublimatem lub z innymi preparatami rtęci np.:

Rp. Hydrarg. bichlor. 0,25  
 Collodii simpl. 20,0  
 S. do smarowania.

Masaż przyspiesza również wsysanie wykwitów przymiotowych.

Dla usunięcia plam barwikowych, pozostałych po zaniku wykwitów, używają rezorcyny, kwasu salicylowego lub sublimatu z kolloidum, np.:

Rp. Collodii 15,0  
 Hydrarg. bichlor 0,5  
 S. do smarowania (Leclerc).

Rp. Acidi salicyl. 2,0  
 Spir. vini 100,0  
 S. do smarowania.

Odpowiednio do właściwości miejsc, dotkniętych wykwitami, stosujemy razem z preparatami rtęci i inne odpowiednie środki: na zmiany, wikłające się łojotokiem, szczególnie na twarzy, należy dodawać do rtęci siarkę, np.:

Rp. Zinnabaris 1,0  
 Sulfur. praecip. 5,0—10,0  
 Vasel. fl. Amer 100,0  
 S. do nacierania.

Na głowie, jeśli można, strzyżemy włosy, obmywamy strupki oliwą i stosujemy maść z kalomelem, rezorcyną 1:30 lub z siarką.

Na dłoniach i podszwach, przy silnej hyperkeratozie, należy rozmiękczyć naskórek plastrem mydlano-salicylowym 10% — 20%, pęknięcia tuszować lapisem i dopiero, po odpowiednim przygotowaniu tych miejsc, stosować plastry rtęciowe lub maści. Dla rozmiękczenia zgrubiałych warstw na-

skórka można również moczyć dłonie w bardzo ciepłej wodzie lub trzymać je w parze, a następnie dopiero przykładać plaster lub wcierać maść i naciągnąć rękawiczki. Należy przytem przerwać wszelką pracę ręczną, drażniącą wykwitę.

Na wykwitę łuskowate dobrze jest dodawać do maści dziegciu, a czasem kwasu salicylowego.

Rp. Hydrarg. praecip. albi  
Ol. cadini aa 3,0  
Vasel. fl. Amer. 30,0

**Owrodzenia** przedewszystkiem oczyszczamy ze strupów, rozmiękcżając je maścią borną lub okładami, np.:

Rp. Acidi borici 3,0  
Vasel. fl. Amer. 50,0  
S. przykładać na płótnie 2 razy dziennie.

Rp. Liq. alum. acet. 1%—300,0  
S. do okładów pod ceratką 2 razy dziennie.

Po usunięciu strupów z owrodzeń, leczymy je tak, jak otwarte rany: stosujemy częste moczenie w ciepłej wodzie czystej lub z dodatkiem sublimatu, przed opatrunkiem smarujemy od czasu do czasu nieczyste owrodzenia jodową nalewką, lub obmywamy wodą utlenioną, a zbyt obfite granulacje przypalamy jodem. Opatrunek najlepiej nakładać z maści bornej, jodoformogenowej lub jodoformowej 5—10%. Można również przysypywać owrodzenia jodoformogenem, airolem, jodolem, ectoganem i t. p.; nakładać suchą watę i przybandażować. Używają również maści kalomelowej, maści z białym precipitatem 5—10%, maści z żółtym tlenkiem rtęci 1—5%, kalomelu w proszku i plastrów rtęciowych.

**Lysienie** najczęściej nie wymaga leczenia miejscowego. Należy tylko nie używać gęstych grzebieni lub szczotek i wogóle starać się nie targać i nie wydzierać włosów. Można jednak owłosione części głowy smarować codziennie roztynem sublimatu w wysokoku, np.

Rp. Hydrarg. bichlor 0,25—0,5  
Spir. vini 60%—250,0  
Aq. Colonensis 30,0 lub

Ol. rosar. gtt. V  
S. do nacierania raz dziennie.

Brocę radzi codziennie wcierać:

Rp. Bijodur. hydrarg.	0,15
Bichlor. hydrarg.	0,3
Alcohol à 60%	100,0
Glycerini neutr. puri	25,0
Aq. destilatae	175,0

Nacierają również za pomocą palców w chore miejsca masę z żółtego tlenku rtęci 3 — 5% samą lub z dodatkiem 10—20% dziegciu.

**Zanokcica** najczęściej nie wymaga miejscowego leczenia. Używamy niekiedy plastrów merkurialnych lepkich lub maści kalomelowej 5—10% i następnie bandażujemy palce lub naciągamy na nie palce od rękawiczek.

**Przynokcica** wymaga zwykle daleko energiczniejszego miejscowego leczenia, szczególnie przy postaciach zapalnych lub wrzodziejących. Dla usunięcia zapalnego podrażnienia stosujemy moczenia w gorącej wodzie i okłady z 1—2% płynu Burowa, a następnie maści rtęciowe lub także plastry.

Gdy paznokieć, w większej części obnażony, tkwi w owrzodzeniu i drażni je, jako ciało obce, należy paznokieć usunąć za pomocą pincetki. Jeśli jednak paznokieć trzyma się mocno, można tylko dla usunięcia podrażnienia podkładać pomiędzy paznokieć i owrzodzenie kawałek waty, posmarowanej w 5—10% maści kalomelowej lub umaczonej w 1% roztworze lapisu. Nieczyste owrzodzenia obmywamy wodą utlenioną 5%, wolno gojące się smarujemy jodową nalewką, a zbyt obfite granulacje lapisem.

**Wysypki moknące** leczy się miejscowo przede wszystkim usunięciem tych przyczyn, które macerują wykwity, a następnie osuszaniem ich. W tym celu na *organach płciowych* stosujemy częste obmywania ciepłą wodą, słabym roztworem sublimatu 1:2000—5000, roztworem płynu Labarraque'a 1:5 wody przekroplonej i t. p. Następnie obsypujemy nadżerki i grudki nadżerkowate proszkiem osuszającym, jak np. kalomelem, a nawet bismutem lub tlenkiem cynku i pomiędzy

stykające się powierzchnie kładziemy watę hygroskopijną. Żeby opatrunek nie spadł, przymocowujemy go opaską w kształcie litery T.

Grudki przerostowe można smarować jodową nalewką, przypalać lapiem, a najlepiej przysypać kalomelem i nałożyć na to opatrunek z tamponu, zmoczonego w aq. chlorni. Wytwarzający się in statu nascendi sublimat szybko niszczy przerostowe grudki.

Owrodzenia leczymy jak zwykle. Zalecamy ciepłe nasiadówki 2 — 3 razy dziennie, do których można dołączyć parę gramów sublimatu; następnie przysypujemy jodoformogenem, airolem, jodolem, ectoganem, nawet jodoformem. Środki powyższe można stosować również w 10% maściach.

Owrodzenia nieczyste, mające skłonność do rozpadu, smarujemy co parę dni nalewką jodową. Rany, rozpoczynające granulować, przypalamy co 3—4 dni lapiem in substantia; w tym okresie stosujemy zazwyczaj suche opatrunki: proszek i na to wata opatrunkowa, umocowana bandażem.

Wrazie powikłań wykwitów ciekących na prąciu stulejką lub obrzmieniem, leczymy je według sposobów, podanych przy miejscowym leczeniu powikłań wrzodu pierwotnego (str. 79 i 80).

U *otworu кишки stolcowej* wysypki moknące leczymy jak na organach płciowych, tylko w razie nadżarć na błonie śluzowej кишки, zapobiegamy zatwardzeniom stolca, a nadżarcia starannie przyżegamy lapiem.

W *jamie ustnej i gardzieli* należy bardzo starannie leczyć miejscowo wysypki moknące, gdyż w taki sposób skrącamy zwykle nadzwyczaj czas ich trwania, który przy leczeniu tylko ogólnem może ciągnąć się bardzo długo. Powinniśmy zaś pamiętać, iż wysypki moknące w tych miejscach stanowią zawsze wielkie niebezpieczeństwo dla otaczających ze względu na łatwość udzielenia zarazy.

Należy przede wszystkim utrzymywać jamę ustną w czystości, płukać ją często w ciągu dnia wodą ciepłą z dodatkiem soli kuchennej lub odpowiednich higienicznych eliksirów, albo  $\frac{1}{2}$ —1% płynem Burowa, mieć staranie o zębach, powstrzymać się od używania tytoniu, napojów wysokowych. Każdą nadżerkę lub owrodzenie należy starannie przyżegać. W tym celu najodpowiedniejszym środkiem jest silny rozczyn lapisu:

Rp. Argenti nitr.  
 Aq. destilatae aa 10,0  
 S. do rąk lekarza.

Można również do przyżegań używać 10% kwasu chromowego lub skoncentrowanego kwasu karbolowego. Stosują również azotan rtęci (hydrargyrum nitricum), przy używaniu go należy zachować środki ostrożności, gdyż działa silnie i szeroko. To też maleńki kawałeczek waty, namotany starannie, żeby się nie zsunął, na zaostrożoną zapalną lub na drucik z nacięciami, maczamy ostrożnie w powyższym płynie, nadmiar jego wyciskamy z waty o brzeg buteleczki, smarujemy środek blaszek i zalecamy chorému zaraz przeplukać jamę ustną chłodną wodą. Nie należy od razu przyżegać zbyt dużych przestrzeni, a smarowanie tych samych miejsc powtarzać nie częściej, jak co 3 dni.

W *krtań* na wykwyty przymiotowe można stosować wziewania po 20,0—40,0 płynu raz dziennie—co drugi dzień:

Rp. Hydrarg. bichlor. 0,05—0,2  
 Aq. destilatae 200,0  
 Aq. laurocerosi 20,0

Rp. Acidi tannici 2,5—5,0  
 Aq. destilatae 500,0

Rp. Argenti nitr. 0,01—0,1  
 Aq. destil. 200,0  
 D. ad vitr. flavum  
 S. do inhalacyi 2—3 razy tygodniowo,

lub wdmuchiwanie kalomelu i zalecać unikania dymu, kurzu, wysokowych napojów, długich mów, śpiewów, zaziębnienia.

Wykwity ciekące w innych miejscach leczymy według sposobów, podanych przy leczeniu wykwitów na organach płciowych.

Obrzmienie **gruczołów i naczyń chłonnych** usuwamy według wskazówek, wyłożonych na str. 81.

Zajęcie **kości** często wymaga wcierania miejscowo maści rtęciowej lub smarowania jodową nalewką, a zajęcie **mięśni** smarowania jodową nalewką, stosowania gorczyczników,



muszek, miejscowych lub ogólnych ciepłych wani, spokoju, czasami zaś narkotycznych nacierań.

Rp. Chloroformii  
Ol. hyoscyami  
Ol. olivar aa — 20,0  
S. do nacierania.

Zajęcie oka, szczególnie głębszych jego części, wymaga spokoju, ochrony od działania światła za pomocą daszka lub konserwów, prócz tego kompresów ciepłych, wcierania naokoło oczodołu maści rtęciowej z belladonną, np.: Extr. bellad. 0,2, Ungt. ciner. 20,0 a przy ostrych objawach pościel, pijawki na skronie, przy silnych bólach — chloral. hydrat. 1,0—2,0 na dawkę; morphini mur. 0,01 × 2, extr. opii 0,02 × 3. Przyczem, gdy tylko spostrzeżemy zajęcie tęczęwki, należy zastosować atropinę, gdyż ona, rozszerzając źrenicę, zmniejsza mechanicznie jej naczynia, uspakaja, paraliżując działanie mięśni tęczęwki, a nadewszystko zapobiega zrostom tęczęwki z sąsiednimi tkankami.

Stosujemy zwykle:

Rp. Atropini sulfurici 0,02  
Aq. destil. 10,0  
S. 2 krople 3—6 razy dziennie.

Przy silnych bólach w oku można do atropiny dołączać 1% kokainy. Zamiast atropiny można używać scopolamini hydrobromati  $\frac{1}{2}$ — $\frac{1}{4}$ % ewentualnie z dodatkiem 1% cocaini muriatici, lub 1% duboisini. Zamiast kokainy można przy bólach dodawać 2% roztworu dioniny. Zauważę, iż należy przytem energicznie i długo stosować ogólne leczenie, gdyż zapalenie tęczęwki ma skłonność wielką do nawrotów.

Dla przejaśnienia zmętnień po miąższowem zapaleniu rogówki stosują masę hydrarg. oxyd. fl.

Rp. Hydrarg. oxyd. fl. 0,1  
Vasel. fl. Amer. 5,0  
S. masę rozsmarować w worek łącznicowy szklaną pałeczką i następnie masować zewnątrz powiekę 1—2 razy dziennie po 2—3 minuty.

Dla usunięcia pozostałych zmętnień można również

wstrzykiwać do worka łącznicowego codziennie lub co drugi dzień  $\frac{1}{2}$  —  $\frac{3}{4}$  szpryki Pravaza 2 — 4% roztworu soli kuchennej.

W razie utworzenia się ektazyi rogówki można oprócz ochronnej opaski używać 1% eseriny, naturalnie jeśli niema przytem zapalenia tęczówki.

**Łuszczycy jamy ustnej** oprócz ogólnego leczenia wymaga smarowania pęknięć 1% — 20% lapisem, a nawet in substantia, płukania ust 1% płynem Burowa, smarowania blaszek nalewką jodową lub

Rp. T-rae gallar.  
T-rae rathaniae aa 10,0.

Schwimmer radzi stosować Papayotin 0,5:10,0, Mosetig i Joseph — kwas mlekowy 50%, Neumann — kwas chromowy 0,1:20,0 lub

Rb. Acid. carbol. 0,5  
Alcohol rectific. 10,0  
S. do smarowania.

---

CZEŚĆ DRUGA.

---

# Okres trzeciorzędowy.

## OGÓLNA CHARAKTERYSTYKA.

---

Pomiędzy objawami okresu drugorzędowego a trzeciorzędowego nie ma żadnej ścisłej granicy, gdyż spotykamy sporo postaci przejściowych. Również objawy tych dwóch okresów mogą występować współcześnie, a nawet na zmianę, tak, iż podział na okresy i tutaj jest dość dowolny i szematyczny.

Trzeciorzędowe objawy przymiotu klinicznie charakteryzują się tem, iż występują nieobowiązkowo, a nawet względnie rzadko, zjawiają się zwykle późno w przebiegu choroby, posiadają skłonność do ciężkiego porażenia tkanek, występują przeważnie tylko miejscowo, odznaczają się zwykle dość charakterystycznym wyglądem, powolnym przebiegiem i nieznaczną zaraźliwością.

Częstość przypadków przymiotu, w którym występują trzeciorzędowe objawy określają rozmaici autorowie na 5%—40%. Wahania są więc znaczne i zależą od materiału klinicznego, z którym autorowie mieli do czynienia. Występowanie tych objawów głównie zależy od braku lub niedostateczności odpowiedniego leczenia w drugorzędowym okresie, poczęści zaś stoi w związku z alkoholizmem, złymi zewnętrznymi warunkami życia, podeszłym wiekiem w chwili zarażenia i t. p. Jakość drugorzędowego okresu nie wpływa na dalszy przebieg przymiotu, gdyż przeważnie ciężkie trzeciorzędowe objawy następują po lekkim drugorzędowym okresie i odwrotnie.

Sigmund podaje częstość występowania trzeciorzędowego okresu dla nieleczonych na 30—40%. Neumann znalazł, iż z 665 przypadków trzeciorzędowego przymiotu 2/3 osób nie były leczone wcale do wystąpienia trzeciorzędowych objawów, a i ta pozostała 1/3 część była leczona niedostatecznie. W ostatnich czasach Perls obliczył, iż z liczby 6302 chorych Neissera, leczonych na przymiot od 1901 do 1907 r., było 605 przypadków kiły trzeciorzędowej, zaś z pomiędzy nich 60,33% nie leczyło się uprzednio zupełnie, 17,36% przerobiło jedną tylko kurację rtęciową, 21,42% leczono objawowo, zaś tylko 0,66% metodą przewlekłego, przerywanego leczenia.

Częstość występowania trzeciorzędowych objawów wogóle określa Profetta na 5% wszystkich chorych na przymiot, Rollet na 5%, Haslund na 9—10%, Diday na 10—12%, Neisser na 10—11%, Mauriac na 12—15%. Według moich obliczeń ilość chorych, zgłaszających się z trzeciorzędowymi objawami, wynosi przeszło 15%, lecz dane te, jako zebrane tylko z ambulatoryum, są może nieco jednostronne; w każdym jednak razie potwierdzają znaczenie leczenia dla występowania trzeciorzędowych objawów, gdyż spotykałem je tylko nader rzadko u osób, leczonych poprzednio starannie.

Trzeciorzędowe objawy przymiotu występują najczęściej w 3-im roku po zarażeniu. Stosunek ten stopniowo z biegiem czasu się zmniejsza.

Według olbrzymiej statystyki Fourniera, bo zawierającej 4 400 przypadków trzeciorzędowego przymiotu,

w 1 roku przebiegu przymiotu trzeciorzędowe objawy wystąpiły							w 188 przypadkach	
"	2	"	"	"	"	"	453	"
"	3	"	"	"	"	"	471	"
"	4	"	"	"	"	"	388	"
"	5	"	"	"	"	"	357	"
"	6	"	"	"	"	"	326	"
"	7	"	"	"	"	"	274	"
"	8	"	"	"	"	"	211	"
"	9	"	"	"	"	"	195	"
"	10	"	"	"	"	"	233	"
"	11	"	"	"	"	"	142	"
"	12	"	"	"	"	"	134	"

w 13 r. przebiegu przymiotu trzeciorzędowe objawy wystąpiły	w 114 przypadkach
" 14 " " " " " "	113 "
" 15 " " " " " "	117 "
" 16 " " " " " "	95 "

Z biegiem lat ilość przypadków stale się zmniejsza, aż w 44 roku przebiegu przymiotu dochodzi do jednego przypadku i kończy się na 55 roku również 1 przypadkiem.

Ta sama statystyka Fourniera dostarcza nam wymownych danych odnośnie do stosunku zjawiania się objawów trzeciorzędowych w różnych narządach.

Na 4400 wszystkich przypadków trzeciorzędowego przymiotu

Objawy skórne	występowały w 1418 przypadkach
" podskórne	202 "
" w organach rodnych	271 "
" na wargach	42 "
" na języku	262 "
" na podniebieniu miękkim	215 "
" w cieśni gardła	23 "
" w gardzieli	94 "
" w różnych błonach śluzowych	8 "
" w układzie kostnym	519 "
" w szkielecie nosa i podniebienia	229 "
" w nosie	43 "
" w stawach	22 "
" w mięśniach	16 "
" w ścięgnach	3 "
" w przewodzie pokarmowym (od przelyku do odbytnicy)	8 "
" w stolcu	12 "
" w krtani i oskrzelach	32 "
" w płucach	23 "
" w sercu	7 "
" w tętnicach	15 "
" w wątrobie	9 "
" w nerkach	30 "
" w jądrach	245 "
" w cewce moczowej	10 "

Objawy w oku	występowały w 110 przypadkach	
„ w uchu	„	26 „
„ w mózgu	„	758 „
„ w rdzeniu pachowym	„	136 „
Monoplegie	„	6 „
Wiąd rdzenia	„	628 „
„ mózgo-rdzeniowy	„	45 „
Zapalenia nerwów i zaniki mięśniowe		24 „
Bezwlady ogólne	„	86 „
„ oczne	„	110 „
Porażenia połowiczne twarzy	„	23 „
Różne nerwowe schorzenia	„	6 „
Zmiany różnego umiejscowienia	„	17 „
Objawy mózgo-rdzeniowe	„	29 „

Prosty rzut oka na powyższe dane wskazuje, iż trzeciorzędowe objawy dotyczą organów ważnych. Przypadków przymiotu mózgu wypadła 758, a całego układu nerwowego 1851, podczas gdy przypadków objawów skórnych i podskórnych podano razem 1620.

Już w późniejszym przebiegu drugorzędowego okresu zauważyliśmy, iż objawy zjawiają się nie na całym ciele, lecz tylko na ograniczonych miejscach. Trzeciorzędowe objawy nigdy prawie nie występują ogólnie, i nawroty mają zawsze upodobanie do tych miejsc, w których zjawiały się objawy wcześniejsze.

Typowym objawem trzeciorzędowego okresu jest kilak— guz różnych wielkości, od ziarnka pieprzu i nawet mniejszy do jaja gęsiego. Umiejscawia się on w narządzie i powiększa się odśrodkowo na koszt mięszu zwykle bardzo powoli. Po dłuższem trwaniu guza, skutkiem niedostatecznego krwioobiegu i odżywiania, tworzy się pośrodku przemiana wsteczna, tłuszczowe zwyrodnienie i cząsteczkowy rozpad tkanki w galeretową, jakby gummową (stąd i nazwa „gummat“), żółtawo-przezroczystą zawartość, z mniejszą lub większą ilością szczątków obumarłej tkanki.

Rozmiękczone kilak może otworzyć się na powierzchni narządu, jeśli znajduje się blisko niej, a nawet owrzodzieć, jeśli jest otwarty dostęp dla ropnych drobnoustrojów. Po otworzeniu się kilaka formuje się głębokie kraterowate zagłębienie z podminowanymi brzegami.

Kilaki posiadają przeważnie kulistą lub jajowatą postać, mogą jednak przedstawiać się w postaci mniej lub więcej rozległych nieprawidłowo ograniczonych nacieków, które niekiedy zajmują znaczną część lub nawet cały narząd.

Kilak może się również samoistnie lub skutkiem odpowiedniego leczenia wessać. W każdym jednak razie tworzy się mniejszy lub większy ubytek tkanki właściwej narządu, który zostaje zastąpiony przez tkankę łączną. Powrót więc narządu do normy jest niemożliwy.

Prócz kilaków spotykamy w trzeciorzędowym okresie różne zmiany, mniej już charakterystyczne dla przymiotu, a niektóre z nich nawet uważane nie za przymiotowe, a za poprzymiotowe.

Objawy przymiotu trzeciorzędowego są mało zaraźliwe. Wprowadzie Neisser i Finger zarażali przymiotem małpy za pomocą przeszczepiania kilaków, a Spitzer, Ferré, Rille i Volkerodt, Doutrelepont i Grouven, Tomaszewski i ja znajdowali krętka bladego w kilakach, jednak przenoszenie przymiotu z tych objawów jest trudne: krętki blade w kilakach znajdują się w małej ilości; kilaki zaś bywają zwykle dużych rozmiarów, więc łatwo spostrzegalne; umiejscawiają się też przeważnie w okolicach, niemających bezpośredniej styczności z innymi ludźmi.



## WYSYPKI SKÓRNE I ŚLUZOWE.

---

Wykwity trzeciorzędowego przymiotu pod względem postaci nie przedstawiają takiej różnorodności, jak wykwity okresu drugorzędowego. Różnice w wyglądzie zależą przeważnie od głębokości umiejscowienia i od stopnia rozwoju, — nie są więc istotne. Często u jednego i tego samego chorego wysypka stopniowo przybiera coraz to nową postać, a nawet najrozmaitsze formy wykwitów spotykają się równocześnie obok siebie.

Klinicznym typem tego okresu pozostaje zawsze kilak.

Kilaki maleńkie, wielkości ziarnka prosa do grochu, noszą nazwę guziczków (*tuberculum syphiliticum*), nieco większe, wielkości grochu do orzecha laskowego — guzków (*gumma cutaneum et mucosum*), a większe — guzów (*gumma profundum, subcutaneum et submucosum*). Najczęściej guziczki biorą swój początek w powierzchownych warstwach skóry i błony śluzowej, guzki — w głębszych, a guzy — w podskórnej i w podśluzowej lub nawet w poniżej leżących tkankach, jak mięśnie, okostna i t. p.

Odbywające się w kilakach wessanie lub owrzodzenie wpływa znacznie na urozmaicenie wyglądu wykwitów guziczkowych, guzkowych i guzowych, a zdarzające się niekiedy zapalne podrażnienie, obfite bujanie brodawek na dnie owrzodzenia i t. p. sprawy mogą nadawać kilakom bardzo nietypową formę.

### Kilaki skóry.

Wysypka skórna w trzeciorzędowym okresie ogranicza się zwykle do pewnych tylko okolic ciała i do nieznacznej

ilości wykwitów, a niekiedy nawet do jednego. Przeważnie, im większe są kilaki, tem mniejsza bywa ich ilość. Kilaki mogą występować w każdej okolicy skóry, ulubionem jednak ich miejscem są: twarz, czoło, skrzydła nosa i wargi, okolice łopatek, stawu obojczyko-mostkowego, obojczyko-łopatkowego, pośladki i strona wyprostna kończyn, szczególnie skóra nokoło stawów.

Kilaki odznaczają się skłonnością do grupowania się w kształcie wieńca, podkowy, nerki, węża i t. p.

Posiadają one wielkość, zależną głównie od głębokości sprawy—ziarnka prosa do jaja kurzego, powierzchnię gładką, zabarwienie najczęściej czerwono-miedziane lub czerwono-bronzone, spistość mięsistą. Rozwijają się kilaki bardzo powoli: w skórze lub pod skórą tworzy się nieznaczny naciek, zaledwie wyczuwalny przy macaniu, zwykle z początku niedostrzegalny. Naciek bardzo powoli powiększa się kosztem skóry i zbliża do jej powierzchni, a w miarę tego tworzy się wyniosłość, która czerwienieje. Wzrostowi wykwitów towarzyszy czasem tępy nieznaczny ból. Rozwój trwa bardzo długo — kilka, kilkanaście tygodni, miesiący i dłużej, przyczem czerwone początkowo zabarwienie staje się z biegiem czasu ciemniejszym, niebieskawo-czerwonym lub miedzianem.

Wsteczne przeobrażenie odbywa się dwoma sposobami: kilaki podlegają wessaniu lub też owrzodzeniu.

Wsysanie kilaków spotyka się rzadziej, niż rozpad. Najczęściej wsysają się małe twory—guziczki i guzki, a rzadko guzy. Sprawa odbywa się w taki sposób, iż wykwity powyższe zaczynają zapadać, przybierają bronzowawe zabarwienie lub bledną i pokrywają się łuską, a po kilkorazowym zluszczeniu nikną, pozostawiając po sobie zagłębienie.

Owrzodzeniu podlegają prawie zawsze guzy, a często guzki i guziczki. Niekiedy owrzodzenie rozpoczyna się bardzo wczesnie w przebiegu rozwoju kilaków. Kilaki stają się miękkie, ciastowate, a niekiedy, szczególnie większe twory, chełboczące, przyczem i zabarwienie bywa bardziej brunatne. Gdy rozpad dochodzi do powierzchni kilaka, formuje się na nim strup, a pod strupem rozpadająca się tkanka tworzy wrzód z brzegami spadzistymi, nieco podminowanymi, z dnem pokrytem szarawo-brudną masą rozpadającego się nacieku.

Kilaki, mieszczące się obok siebie, niekiedy, przeżarwszy boczna ściankę, łączą się z sobą przetokami.

Strup bywa tem większy i tem łatwiej się oddziela, im ropienie wrzodu jest obfitsze. W okresie gojenia ropienie staje się skąpsze, dno oczyszcza się, brodawki przybierają żywsze zabarwienie i ubytek tkanki wypełnia się zwykłym sposobem. Niekiedy strup nie odpada od owrzodzenia, lecz przywiera silnie do ziarninującej powierzchni i usuwa się dopiero po zupełnem zabliznieniu. Strupy takie najczęściej posiadają ślimakowatą postać i brunatne zabarwienie. Blizna bywa z początku nieco naciekła, brunatnawa, a później z zanikiem nacieku stopniowo blednie i w końcu białością swą przewyższa nawet normalną skórę. Póki naciek z blizny zupełnie nie ustąpi, może zawsze nastąpić jej rozpad. Blizna po głębszych owrzodzeniach bywa przeważnie nierówna, gwiazdowata.

*Odmiany* od powyżej opisanych wykwitów zdarzają się dość często.

Niekiedy kilaki, biorące swój początek w tkance podskórnej lub nawet w skórze, bywają nie ściśle ograniczone w postaci guzów, guzków i guziczków, lecz rozlane i mogą zajmować znaczną nawet przestrzeń. Posiadają one zwykle spoistość twardą, zabarwienie czerwone lub niebieskawe i zdarzają się najczęściej na twarzy, piersiach i w okolicach stawu barkowego. Takie rozlane nacieki mogą wsysać się lub rozpadać pośrodku, rozszerzając się przytem odśrodkowo. Powierzchnowe rozlane nacieki niekiedy nawet przybierają wygląd, zbliżony nieco do tocznia rumieniowatego lub raka skór nego.

Guzki i guziczki skórne, ułożone w skupieniach, bywają niekiedy bardzo zbliżone do tocznia żrącego i noszą nawet nazwę tocznia kiłowego (*lupus syphiliticus* lub *lupus syphiliticus exulcerans*, gdy owrzodzieją).

Na owrzodziłej powierzchni skupionych guzków niekiedy bardzo obficie bujają brodawki. Postać tę nazywają toczniem kiłowym przerosłym (*lupus syphiliticus hypertrophicus*).

Na granicy owrzodziłego kilaka, przeważnie guzka lub guziczka, mogą powstawać nowe, podczas gdy stare zablizniają się.

Sprawa powyższa może rozszerzyć się odśrodkowo od istniejących guzków, — w takim razie tworzą się wieńce z owrzodziałych kilaków naokoło zabliznionej powierzchni, pośrodku której jeszcze gdzieś pozostaje naciekła blizienka lub powolnie rozpadający się twór.

Powstawanie następowe szybko rozpadających się guzków i guziczków, a z biegiem czasu zablizniających się może dążyć w pewnym tylko kierunku. W taki sposób tworzy się owrzodzenie czołgające w postaci węża, podkowy i t. p. (*ulcus serpiginosum*). Czołgające owrzodzenia spotykamy najczęściej na plecach, pośladkach, na wyprostych powierzchniach kończyn, a niekiedy naokoło ust.

Kilaki w skórze bywają niekiedy wtórne, t. j. pochodzą właściwie z głębiej leżących tkanek, jak mięśnie, okostna i t. p., a tylko następnie przechodzą na skórę. Nie różnią się one zbyt od poprzednio opisanych czysto skórnych kilaków, są tylko zazwyczaj mniej prawidłowe. Kilakom skórnym często bardzo towarzyszą odpowiednie zmiany w głębiej leżących narządach, a tylko wyjątkowo wykwity drugorzędowego okresu, jak np. wysypka wrzodziasta, grudkowato-nadżerkowata.

*Rozpoznanie* kilaków skóry przedstawia często bardzo poważne trudności. Przy rozpoznaniu powodujemy się przede wszystkim objawami klinicznymi, a następnie badaniem drobnowidzowem, w razach zaś wątpliwych działaniem środków przeciwkiłowych.

Sporo cierpień skórnych posiada wygląd, bardzo zbliżony do kilaków.

Wysypka grudkowata różni się od guziczkowej i guzkowej mniejszą wypukłością, większą twardością, również zabarwieniem.

Wysypka wrzodziasta drugorzędowego okresu różni się od owrzodziałych kilaków płytszym dnem, mniejszym nacieczeniem brzegów i więcej płaskim strupem.

Trądzik rumiany (*acne rosacea*) może być bardzo podobny do umiejscowionych na twarzy i na nosie guziczków kiłowych; guziczki trądzika różnią się jednak nierówną powierzchnią, obecnością rozszerzonych naokoło nich naczyń krwionośnych i zaczerwienieniem skóry, przytem twory trądzika nie mają skłonności do rozpadu.

Czyrak (furunculus) posiada daleko szybszy przebieg i sprawia znaczny ból.

Wrzód goleni spotyka się zwykle w towarzystwie objawów zastoju krwi i żyłaków. Skóra naokoło wrzodu bywa przeważnie zaczerwieniona, zgrubiała, a sam brzeg owrzodzenia twardy.

Skrophuloderma nieowrzodziale u dzieci bywa często niezmiernie podobne do guzów przymiotowych, odznacza się niekiedy jednak większą sionością zabarwienia; skrophuloderma owrzodziale posiada zwykle brzegi zcieńczale, zatokowato podminowane.

Ropień zimny podskórny chelbocze od samego początku swego istnienia.

Włókniak odznacza się nadzwyczaj zbitą spoistością.

Guzki rakowe, po tułowiu rozrzucone, bywają więcej płaskie, niż kilaki, i pokryte gładką przeświecającą skórą; owrzodzenie rakowe odznacza się dnem nierównym, jamistem, twardem, żółto zwykle zabarwionem, i brzegiem wywróconym twardym; rak płaski (ulcus rodens) posiada brzeg wazki, twardy, czasem zlekka wywrócony, zabarwienie dna żółtawo-czerwone lub też żółtawo-brunatne.

#### **Kilaki błony śluzowej.**

Kilaki błony śluzowej bywają bardzo zbliżone do powyżej opisanych skórnych. Kilaki te mogą powstawać w utkaniu błony śluzowej lub w tkance podśluzowej, mogą też wtórnie przechodzić na błonę śluzową z tkanek, poniżej leżących.

Kilaki na początku swego rozwoju w głębi błony śluzowej bywają zwykle bardzo małe, np. wielkości ziarnka prosa, i pokrywa je normalna na wygląd błona śluzowa. W miarę wzrostu kilaka błona śluzowa ponad nim rozpoczyna się wznosić i czerwienić. Czerwone zabarwienie z czasem przybiera odcień niebieskawy.

Kilaki, powstające w tkance podśluzowej, wzrastając, przeobrażają tkankę śluzową i tworzą dość duże guzy, dochodzące niekiedy do wielkości jajka kurzego.

Naciek, zjawiający się w błonie śluzowej lub podśluzowej, może być nie ściśle odgraniczony, lecz rozlany.

Rozwój kilaków błony śluzowej bywa taki sam, jak skóry, a więc kończy się wessaniem lub też owrzodzeniem i zabliźnieniem.

Niekiedy rozpad nacieku może posuwać się w kierunku od więcej powierzchownych części włąb tkanki. W takim razie tworzą się wrzody, początkowo płaskie, otoczone nacieklą tkanką, która rozpada się dalej włąb, niekiedy bardzo szybko. Najczęściej owrzodzenie rozszerza się i wszere i włąb, niszcząc otaczające tkanki, jak mięśnie, chrząstki i kości, i powodując tem wielkie spustoszenie w ustroju. U osobników, posiadających silny organizm i leczonych odpowiednio, owrzodzenie ogranicza się zwykle szybko, dno oczyszcza się, ziarnina buja, i następuje zagojenie z utworzeniem przeważnie ścięgniastych, gwiazdowatych blizn. Nawroty w tych samych miejscach zdarzają się często.

*Rozpoznanie* kilaków błony śluzowej bywa czasami dość trudne ze względu na znaczne podobieństwo do objawów niektórych innych chorób.

Twardziel nosowa (rhinoscleroma) może wywołać również nawet przedziurawienie podniebienia, wytworzenie się blizn ścięgniastych na łukach podniebiennych, w gardle i t. p. W twardzieli jednak przebieg bywa znacznie powolniejszy, przewody nosowe zwykle—niedrożne skutkiem zatkania guzami chorobowymi, a rozpad i zniszczenie kości nie następuje tak łatwo.

Toczeń żrący, usadowiony na granicy skóry i błony śluzowej nosa, posiada czasami nadzwyczajne podobieństwo do guziczkowej i guzkowej wysypki przymiotu. Jednak twory tocznia rozwijają się znacznie powolniej w porównaniu z wysypką kilową. To też toczeń wymaga sporo czasu dla sprawienia znaczniejszych spustoszeń w tkankach nosa i uszkadza przedewszystkiem miękkie części, podczas gdy przy przymiocie zwykle wcześniej bywa porażona przegroda kostna i sklepienie nosa. Owrzodzenia tocznia są zazwyczaj prawie zupełnie niebolesne i mniej symetryczne, niż kilowe, i pozostawiają po sobie bliznę nierówną, usianą zwykle guziczkami. Toczeń żrący rozpoczyna się przeważnie u osób w młodym wieku, choć i przy kile wrodzonej trzeciorzędowe wysypki powstają zazwyczaj wcześniej. Owrzodzenie gruźlicze

na błonach śluzowych często bywa bardzo zbliżone do kilowego, rozpoznać je jednak można na mocy powyżej powiedzianego o toczniu żrącym i o owrzodzeniu gruzliczem przy rozpoznaniu wrzodu pierwotnego przymiotu (str. 59).

Owrzodzenie rakowe posiada zwykle dno nadzwyczaj nierówne, usiane żółtymi guziczkami i bardzo łatwo krwawiące, a brzegi grube, twarde, często wywrócone.

Wrzody weneryczne mogą być bardzo podobne do rozpadłych guziczków, szczególnie na narządach płciowych, własność jednak wydzieliny wywoływania nowych wrzodów wenerycznych przez samozaszczepienie i obecność w sąsiedztwie obrzmiałych i zapalnie podrażnionych gruczołów chłonnych stanowią ważną wskazówkę rozpoznawczą.

Do kilaków błon śluzowych jeszcze raz powrócimy przy opisie cierpień poszczególnych narządów.

## CIERPIENIE UKŁADÓW.

---

W okresie trzeciorzędowym wszystkie układy mogą ulegać cierpieniom przymiotowym; najczęściej występują one w narządach, posiadających sporo tkanki łącznej, obficie unaczynionej, a pozatem wystawionych na działanie drażniących czynników zewnętrznych.

Objawy przymiotu mogą występować w postaci ograniczonych kilaków, które niekiedy bywają zastępowane przez tkankę łączną, częściej jednak serowacieją. Zserowaciała zawartość kilaków wysycha i tworzy żółtawą kruchą masę.

Czasami w kilakach odkładają się sole wapienne.

Kilaki ograniczone, szczególnie znajdujące się w zetknięciu ze światem zewnętrznym, mogą ulec zakazaniu i zropieniu.

Kilaki rozlane, do których można zaliczyć także między-mięszkowe nacieczenie, spotykają się często; są mniej charakterystyczne dla przymiotu od ograniczonych, zastępuje je tkanka łączna, skutkiem czego zazwyczaj nie wytwarzają się ogniska rozpadowe.

Obie powyższe sprawy mogą występować wspólnie i obok siebie; niszczą one zarazem miąższ narządu i upośledzają lub wstrzymują jego czynności fizyologiczne.

Zajęcie przymiotowe narządów wewnętrznych występuje przeważnie wspólnie z objawami skórnymi, może jednak zjawiać się i niezależnie od nich. Objawy tego cierpienia zazwyczaj niczem się nie różnią od objawów cierpienia innego pochodzenia w danym narządzie.



Objawom trzeciorzędowym, szczególnie w narządach wewnętrznych, towarzyszy niekiedy gorączka. Występuje ona w takich postaciach, jak w okresie drugorzędowym, i często mylnie bywa przyjmowana za objaw malaryi lub gruźlicy.

Leczenie swoiste ogólne, szczególnie wczesnie rozpoczęte, działa zazwyczaj bardzo pomyślnie na przebieg sprawy.

Narządy wewnętrzne w trzeciorzędowym okresie ulegają często zwyrodnieniu skrobiowatemu; należy jednakże uważać nie za sprawę przymiotową, lecz za wywołaną cheraą ustroju: może ją spowodzić nie tylko kiła, lecz i wiele innych cierpień.

#### **Układ chłonny.**

Kilaki w układzie chłonnym spotykają się względnie rzadko i to przeważnie u osobników żółzowych, a bezpośrednim powodem ich zjawienia się bywa najczęściej uraz lub silne podrażnienie.

*Gruzoły chłonne*, przy tworzeniu się w nich kilaków, powiększają się. Powiększenie bywa wyraźniejsze skutkiem tworzenia się kilaków ograniczonych, niż rozlanych. Kilaki ograniczone, rozpadając się, formują niekiedy duże chęłboczące guzy z zawartością płynu, ciągnącego się klejowatego.

Kilaki rozlane ze względu na wytwarzanie się w nich tkanki łącznej powodują zwykle stwardnienie gruczołów. Niekiedy obrzmiałe gruczoły chłonne, powstałe w sąsiedztwie owrzodziałych kilaków skórnych, stają się punktem wyjścia dla nowych kilaków.

*W naczyniach chłonnych* spotykamy częściej kilaki, niż w gruczołach; występują one zwykle w postaci niewielkich płaskich lub jajowatych guzów w skórze lub pod nią; o pochodzeniu tych guzów świadczy stanowiący ich przedłużenie powrózek zgrubiałe. Kilaki naczyń chłonnych, rozpadając się, tworzą owrzodzenia o brzegach nacieklých, podminowanych, o dnie nierównem, pokrytem wydzieliną kleistą, ciągnącą się lub żółtym sadłowatym nalotem.

*Przy rozpoznaniu* kilaków układu chłonnego należy zawsze mieć na uwadze żolzy i białaczkę wrzekomą.

Zółzowe gruczolaki chłonne zjawiają się zwykle u osób młodych; obejmują przeważnie wiele grup gruczolów, rozwijają się powoli i często trwają lata, zanim przyjmą ciastowatą miękką spistość; nie poddają się działaniu ani rtęci, ani jodu.

Gruczolaki białaczki rzekomej rozwijają się zwykle powoli, często nie ulegają owrzodzeniu w przeciągu wielu lat, umiejscawiają się przeważnie symetrycznie poniżej obu kątów dolnej szczęki.

*Skrobiowate* zwyrodnienie gruczolów chłonnych spotyka się często (Virchow) w trzeciorzędowym okresie.

#### Układ ruchowy.

W układzie ruchowym zmiany mogą występować we wszystkich narządach, częściej spotykają się u mężczyzn, niż u kobiet.

*Kości* ulegają dość często cierpieniom. Sprawa rozpoczyna się przeważnie na wewnętrznej powierzchni okostnej, (rys. 27) rzadziej w mózgu kostnym. Przeważnie w razie zajęcia okostnej cierpienie przechodzi również na tkankę kostną.

Kilaki mogą rozwijać się we wszystkich kościach, po większej jednak części w mało zabezpieczonych miękkimi tkankami i łatwo dostępnymi działaniu szkodliwych czynników zewnętrznych. Do takich kości należy: czołowa, ciemieniowa, obojczyk, mostek, i przednia powierzchnia goleni.

W kościach długich częściej powstają ograniczone guzy, gdy w kościach płaskich rozlane nacieczenia.

Kilaki bywają rozmaitej wielkości od ziarnka grochu do jaja kurzego. Rozwijają się one powoli. Najdokuczliwszym objawem zajęcia kości bywa ból silny, pochodzący jakby ze środka kości. Ból ten sprawia wrażenie wiercenia lub lupania w kości i wzmaga się w nocy.

Przebieg kilaków bywa różny. U osobników zdrowych i odpornych lub też pod wpływem leczenia kilaki okostnej mogą się wessać. W tych razach zwykle tylko pewne zgrubienie okostnej wskazuje na przebytą sprawę.

Kilaki, umiejscowione w mięszu kości, nadają jej w prze-

kroju zabarwienie woskowo żółte, a skutkiem zrzędnienia utkania kostnego—miętkość i lamliwość. Tego rodzaju sprawę nazywamy zgąbczeniem kości (osteoporosis). Niekiedy na miejscu kilaków, szczególnie ograniczonych, powstają masy serowate. Gdy naciek w kość się zamienia, staje się ona twardsza, bardziej zbita, cięższa, a na okostnej w tych razach tworzą się kostniaki (osteophyty, exostozy, hyperostozy), które stopniowo zrastają się z samą kością.



Rys. 27. Kilak okostnej ulnae dentroae (Zdjęcie roentgen. w pracowni kol. Judta).

Kostnieniu nacieków często bardzo towarzyszy dość przykry ból.

Najniekorzystniejszym bywa przebieg, gdy kilaki ulegają sposoczeniu. Przeobrażenie kilaków okostnej w ropień zapowiadają bóle bardzo dokuczliwe i długotrwałe, które zależą od oddzierania okostnej od kości, od drażnienia nerwów, przebiegających pomiędzy kością i okostną, i od zmian zapalnych około nacieku. Skutkiem zropienia nacieku powstaje guz chełboczący.

Oddzielenie okostnej od kości i upośledzenie jej odży-

wiania powoduje zmiany w samej kości: owrzodzenie albo zgorzel.

Sposoczeniu ulega zwykle nie tylko istota gąbczasta, ale i kora. Sprawa rzadko ogranicza się i wytwarza ropień, otoczony zbitą tkanką kostną. Przeważnie część kości, będąc oddzielona posoką, ulega martwicy. Części zmartwiałe (martwiaki) ze swej strony stają się przyczyną różnych zmian w sąsiedztwie, jak zapalenia, ropni, przetok i zrostów tkanek okolicznych z martwiakiem.

Sprawa ropna z kości szerzy się zwykle aż do skóry, która czerwienieje i staje się cieplejsza. Ropa, niszcząc mięśnie i skórę, może przebić się nazewnątrz i utworzyć bardzo uporczywe owrzodzenia.

Na największą uwagę zasługuje umiejscowienie się kilaków w kościach czaszki. Guzy z opony twardej, będącej zarazem okostną wewnętrzną powierzchnią czaszki, mogą wyrastać w kierunku ku kości, a zarazem mogą wyrastać kilaki z pod opony zewnętrznej, które, w razie zetknięcia się z kilakami opony wewnętrznej, zazwyczaj niszczą zupełnie część czaszki. Jeśli kilaki, wychodzące z opony twardej, ulegają sposoczeniu, to zwykle przyłącza się ograniczony lub rozlany meningitis z zejściem śmiertelnym.

Z pomiędzy kości czaszki najczęściej ulegają cierpieniu czołowa i ciemieniowa. Kilaki kości czołowej, umiejscowione wprost drugiej lub trzeciej fałdy czołowej albo wprost insula Reili, powodują zaburzenia mowy skutkiem porażenia jej ruchowego ośrodka, a kilaki kości ciemieniowej wywołują padaczkę korkową (Jacksona), a w razie długiego trwania — ogniskowe rozmiękczenie z jego następstwami.

Wewnątrzkościowe kilaki czaszki sprawiają zazwyczaj silne bóle głowy, zawroty, bezsensowność, a niekiedy wymioty, zboczenie czucia na twarzy i górnych kończynach.

Na podstawie czaszki rozwijają się przeważnie kilaki rozlane, umiejscawiają się one najczęściej wprost środkowej czaszkowej fałdy i wywołują głównie objawy, zależne od zajęcia nerwów i naczyń, leżących na podstawie mózgu. Cierpieniu ulegają także znajdujące się na podstawie czaszki części mózgu i mózdzku, dodatek mózgu, szypułki mózgowe, most Varoli i t. p.

Objawy cierpienia rozwijają się w większości przypadków powoli.

W ocznej części kości czołowej kilaki powstają dość rzadko i wywołują, stosownie do umiejscowienia: odsunięcie jabłka ocznego, ucisk na nie, zaburzenia krwioobiegu, zez, widzenie zdwojone i t. p.

Cierpienie kości kręgosłupa spotyka się rzadko i zdarza się przeważnie w części szyjowej. Sprawa w kręgach rozwija się odwrotnie, jak przy gruźlicy: rzadko w ciele, a częściej w łukach i w kolcach, i wywołuje bóle i ograniczenia ruchów w odpowiedniej części kręgosłupa.

Zajęcie kości palców powstaje głównie jako następstwo kilakowego zajęcia okostnej i spotyka się przeważnie u noworodków. Najczęściej ulegają zmianom pierwszy lub drugi członek, rzadziej członek, łączący śródreżce z palcami. Stają się one obrzmiałe, szczególnie na grzbietowej powierzchni; posiadają ruch upośledzony; towarzyszy mu trzeszczenie. Skóra, pokrywająca członek, bywa czerwono-niebieskawa.

Następstwa porażenia kości przez kilak bywają przeważnie bardzo doniosłe i zależą głównie od umiejscowienia i od charakteru sprawy. Wrzodzenie kości rusztowania nosa oszpeca tylko twarz, posoczenie zaś kości długich pozbawia ciało odpowiedniej podpory, a posoczenie kości czaszki pozbawia mózg osłony kostnej od zewnętrznych szkodliwych wpływów i może wywołać bardzo szybko śmierć.

Przy rozpoznaniu kilaków kości opieramy się na zdjęciach roentgenograficznych, a następnie na postaci, przebiegu wolnym, bólu i na obecnych lub przebytych zmianach kilowych w innych narządach.

Zgrubienia kości, w następstwie dny (arthritis) powstające, różnią się od kilowych tem, iż umiejscawiają się przeważnie w stawach kości małych, podczas gdy zmiany kilowe porażają zwykle środkową część kości długich; również bóle przy dnie nie powiększają się w nocy.

Wyrosłe kostne urazowe przebiegają wolniej, niż kilowe i bez nocnych bólów.

Zmiany w kościach przy gruźlicy spotykają się zwykle wspólnie z zajęciem gruźliczem innych narządów.

*Chrząstki* ulegają zmianom kilowym bardzo rzadko. Sprawa umiejscawia się przeważnie w ochrzęstnej, a więc występuje prawie wyłącznie w takich chrząstkach, które posiadają ochrzęstną. Najczęściej bywają zajęte chrząstki krtani, że-

ber, nosa, powiek, stawów, i sprawa prawie zawsze przechodzi na nie z kości lub ze ścięgien.

*Stawy* bywają zajęte rzadko i przeważnie tylko pojedynczo.

Kilaki wytwarzają się albo w tkance łącznej pod błoną maziową i w samej błonie maziowej, albo też w końcu kości. Najczęściej ulegają sprawie stawy: kolanowy, przeważnie lewy, rzadziej łokciowy, nadgarstkowy, goleniostopowy, szczękowy (Sterling), a wyjątkowo biodrowy.

Kilaki, wychodzące z tkanki łącznej, odznaczają się bardzo powolnym i niebolesnym przebiegiem. Skutkiem wysięku w jamę stawową następuje obrzęk stawu i zniekształcenie jego, nacieczenie tkanek okołostawowych i utrudnienie ruchów.

Kilaki, umiejscowione na końcach kości, powodują również wysięk do jamy stawowej, lecz zarazem bardzo silne bóle kości, szczególnie w nocy i przy ucisku. Opróżnienie się rozpadłych kilaków do jamy stawowej powoduje niekiedy bardzo ciężkie zapalne i ropne sprawy, wymagające odjęcia członków.

Rozpoznanie różniczkowe kilowego zajęcia stawów nie jest zwykle trudne.

Gościec obejmuje najczęściej kilka stawów odrazu.

Zoły stawów (tumor albus) powstają u ludzi młodych, posiadają przebieg szybszy, niż przy kile, towarzyszą im bardzo silny obrzęk, bóle, gorączka i wybitne stężenie stawów.

Rzeżączka stawów odznacza się przeważnie mocnym bólem i obrzękiem.

Opuchlina stawów przy ostrych zaraźliwych chorobach bywa połączona ze znacznym bólem, obrzękiem i gorączką.

Z pomiędzy *ścięgien* najczęściej bywa porażone przez kile: ścięgno Achillesa, ścięgno mięśnia dwugłowego, czworogłowego biodra i ścięgna rozginaczy palców ręki. Kilaki ścięgien najprawdopodobniej tworzą się w ich pochewkach ze względu na obfitość naczyń, a nie w samym utkaniu ścięgien.

Kilaki ograniczone bywają wielkości ziarnka grochu do jaja kurzego, z początku twarde, mało ruchome.

Kilaki rozlane zajmują przeważnie znaczną przestrzeń ścięgna, tworząc jego zgrubienie.

Kilakom ścięgien towarzyszy zwykle obrzęk pochewki ścięgna lub sąsiedniego stawu. Mogą one przeobrazić się w tkankę łączną, zrastać się z sąsiednimi tkankami, powodując ograniczenie ruchu, mogą przepoić się solami wapiennymi lub, rozpadając się, przejść na skórę i wytworzyć wrzody głębokie.

Chrząstniaki, spostrzegane bardzo rzadko w ścięgnach, tem się różnią od kilaków, że zachowują znacznie dłużej od nich swą zwykłą spoistość.

W *torebkach maziowych* kilaki występują rzadko i przeważnie późno. Przebieg bywa zwykle bardzo powolny, często trwa lata całe, wikłając się surowicznym wysiękiem do jamy torebki. Najczęściej ulega sprawie torebka stawu kolanowego.

*Mięśnie* bywają siedliskiem kilaków względnie rzadko. Przeważnie zdarzają się kilaki w mięśniach długich. Guzy najczęściej spotykamy w mięśniach poślądka, w mięśniu kapturowym, mostko — sutko — obojczykowym i trójgłowym uda, rzadziej w mięśniach warg, języka, podniebienia miękkiego, przepony, krtani i serca.

Kilaki rozlane widzimy przeważnie w mięśniach kończyn górnych, szczególnie zginających przedramię.

Kilaki rozwijają się zwykle powoli w miększu mięśnia przeważnie w towarzystwie umiarkowanych bólów. Skóra, położona w bliskości guzów, czerwieni się i nieco puchnie. Guzy przy macaniu wydają się twardymi i mogą być przesunięte tylko z mięśniami.

Ruchy odpowiednich kończyn bywają zwykle utrudnione i ograniczone, często nawet następuje stałe skurczenie kończyny.

Przebieg — powolny. Naciek może wessać się i zostać zastąpiony włóknistą tkanką łączną, powodującą skurczenie i osłabienie działania mięśnia; może on również otoczyć się rozrastającą się tkanką łączną i uleść serowatemu zwyrodnieniu.

Kilaki, leżące bezpośrednio pod skórą i błoną śluzową, mogą owrzodzić.

Rzadko bardzo ulega zwapnieniu kilak, a właściwie międzymięśniowa tkanka łączna.

Rozpoznanie, jeśli zważyć na wywiady i na obecność

innych zmian kilowych, nie przedstawia zazwyczaj trudności. Należy zawsze mieć na uwadze nowotwory mięśni i ropnie.

Zwyrodnienie skrobiowate i szkliste spotykamy niekiedy w mięśniach narządów wewnętrznych, najczęściej podczas rozwoju kilaków w najrozmaitszych narządach. Często zdarza się zanik mięśnia lub jego części skutkiem zajęcia odpowiedniej tętnicy, co powoduje zaburzenia w odżywianiu.

### Układ nerwowy.

W układzie nerwowym mogą być zajęte: mózgowie, rdzeń kręgowy i nerwy obwodowe. W mózgu i rdzeniu schorzeniu ulegają naczynia, miąższ i opony, a w przebiegu nerwów przeważnie pochewki.

Niekiedy zmiany przechodzą z tkanek sąsiednich na układ nerwowy lub nawet oddziałują nań pośrednio, np. przez ucisk, będąc umiejscowione w tkankach sąsiednich, np. w kościach.

Zajęcie przymiotowe układu nerwowego najczęściej spotrzega się u osobników, obarczonych dziedzicznie, narażających się na częste przemęczenia fizyczne i umysłowe, zatrucia przewlekłe, przede wszystkim wyskokiem, urazy. Szczególniejsze znaczenie posiada częste i silne przemęczenie układu nerwowego, tak powszechne u osobników ze sfer inteligencji.

### *Mózgowie.*

Zmiany w naczyniach mózgu rozpoczynają się przeważnie wcześnie, bo już w pierwszych dwóch latach przebiegu przymiotu, podczas gdy kilaki ograniczone i rozlane rozwijają się w tym samym czasie, co i w innych narządach.

Zmiany w naczyniach mogą być pierwotne lub też wtórne.

Przy pierwotnym zajęciu naczyń wytwarza się częściej nacieczenie rozlane, rzadziej ograniczone do samego utkania naczyń. Nacieczenia i rozrastająca się błona wewnętrzna naczyń zwęża, a nawet zamyka światło naczyń, powodując po-



czątkowo zaburzenia czynnościowe, a następnie zaburzenia w odżywianiu i rozmiękczenie mózgu.

Schorzenie kilowe naczyń w okolicach podstawy mózgu wywołuje ze względu na brak zespołów naczyniowych znacznie cięższe następstwa, niż w okolicach kory mózgowej, gdzie wyrównanie krążenia bywa łatwiejsze skutkiem licznych dróg łącznych.

Następczo naczynia zajęte bywają wtedy, gdy sprawa przechodzi na nie z tkanek sąsiednich, lub gdy zostają one uciśnięte.

Zmiany w miąższu mózgu nie różnią się od zmian, spostrzeganych w innych narządach.

Kilaki rozlane rozwijają się najczęściej w oponach mózgu; przeobrażają się one w tkankę włóknistą (sclerosis), wywołując zanik tkanek normalnych; zajmują zwykle nieznaczną przestrzeń. Niekiedy bywają zajęte wszystkie opony, nawet z przylegającymi okolicami miąższu mózgowego. Przy przeobrażeniu kilaka rozlanego w tkankę włóknistą, opona w odpowiednim miejscu grubieje, staje się białawą, włóknistą, a miąższ mózgu więcej zbitym, ciemniejszego zabarwienia.

Kilaki ograniczone tworzą różnej wielkości guzy od ziarnka prosa do jaja kurzego.

W oponach umiejscawiają się one przeważnie w twarłowce, rzadziej w naczyniówce, a jeszcze rzadziej w pajęczynówce, i spostrzega się je najczęściej w półkulach i na podstawie mózgu około siodła tureckiego.

W miąższu mózgu kilaki ograniczone trafiają się również najczęściej w półkulach mózgowych, w okolicach, leżących najbliżej istoty korowej. Rozwijają się one bardzo powoli, wywołując w sąsiedniej tkance, jako ciało obce, objawy zapalne. Z czasem kilaki ograniczone mogą mięknąć, tworząc masę nawpół płynną.

Przymiot mózgu nie posiada żadnego, znamionego dla siebie objawu, częstość jednak występowania niektórych objawów, a także przebieg przedstawiają pewne charakterystyczne właściwości.

W przymiocie mózgu sprawa umiejscawia się znacznie częściej w korze półkuli mózgowych i u podstawy mózgu, niż wewnątrz mózgu. W korze mózgowej najczęściej ulegają cierpieniu ośrodki psycho — ruchowe, a przedewszystkiem

ośrodki dla ruchów mięśni kończyn i twarzy (porażenie polowicze), a także mowy. Niekiedy zdarzają się również napady padaczkowe (epilepsia Jacksona), obejmujące pewne części kończyn, albo pewne grupy mięśni.

Na podstawie mózgu ulegają porażeniu przeważnie okolice szypulek mózgowych (pedunculi cerebri), skutkiem czego często występują zaburzenia w narządach ruchowych (n. oculomotorius i abducens) i zmysłowych oka. Co do nerwu okoruchowego (n. oculomotorius) należy zauważyć, że porażenia bywają przeważnie częściowe, np. porażenie tylko gałązki, zaopatrującej dźwigacz powieki górnej, skutkiem czego następuje ptoza.

Przebieg przymiotu mózgu również przedstawia pewne właściwości. Często spostrzega się nagłe wystąpienie objawów ogólnych — rozlanych. Objawy te po pewnym przeciągu czasu ustępują, pozostają zaś zaburzenia ogniskowe. Czasami zaś od samego początku występują objawy porażenia ograniczonego, np. bezwład n. odwodzącego, bezwład jednej z kończyn lub afazya. Początkowo porażenia trwają krótko, niekiedy nawet po kilku minutach przechodzą. Następnie mogą one znów wracać, trwać dłużej, kojarzyć się z innymi i t. p.

Według schematu Fourniera, przyjętego następnie przez wielu badaczy, rozróżniamy następujące postacie kily mózgu: 1) postać bólu głowy (forme cephalalgique) 2) p. nawalowa (f. congestive), 3) p. padaczkowa (f. convulsive ou epileptique), 4) p. afatyczna (f. aphasique) 5) p. psychiczna (f. mentale), 6) p. bezwładowa (f. paralytique).

1. *Bóle głowy* zjawiają się bez żadnej widocznej przyczyny u ludzi na pozór zupełnie zdrowych; wychodzą one z głębi czaszki i są połączone z uczuciem ucisku, ciężaru lub bicia młotem w czaszkę. Bóle mogą umiejscawiać się w każdej okolicy głowy; są one albo ograniczone albo rozlane. Te ostatnie mogą zajmować całą okolicę, np. czołową, skroniową lub kilka okolic odrazu.

Bóle głowy bywają przeważnie bardzo silne i nieraz wywołują zaburzenia psychiczne, np. niechęć do pracy, niezmierną drażliwość i gwałtowność w postępowaniu.

Bóle głowy wzmagają się zazwyczaj w nocy, trwają długo — kilka tygodni, miesięcy, ponawiają się często i nie-

kiedy bywają zapowiedzią cięższych postaci kiły mózgu, opisanych poniżej.

2. *Postać nawalowa* spostrzega się często i polega na niedostatecznym przyplywie krwi do mózgu. Zaburzenia przy tej postaci bywają przelotne albo stałe. Do najczęstszych zaburzeń przelotnych należą zawroty głowy, niekiedy bardzo uporczywe, odurzenie wespół z osłabieniem czynności psychicznych, zboczenia wzroku i słuchu, zboczenia ruchowe, jak np. niepewność w ruchach, powolność mowy i przekręcanie wyrazów, zaburzenia w dziedzinie psychicznej, mniej więcej odpowiadające takim, jakie towarzyszą padaczkę małej.

Objawy powyższe z biegiem czasu występują częściej, stają się cięższe i mogą nawet przejść w stałe. Może również przejść postać nawalowa w poniżej opisane, jak np. padaczkową, psychiczną, bezwładową.

3. *Postać padaczkowa* występuje jako napad padaczki wielkiej lub małej. Spostrzega się ona dość często ze względu na upodobanie kilaków do umiejscawiania się w korze mózgu.

Objawy w padaczkowej postaci kiły mózgu są takie same, jak w padaczkę zwykłej, jednak brakuje zwykle krzyku, którym przeważnie rozpoczyna się napad padaczki zwykłej; a znów po padaczkę kilowej występują często porażenia. Poza to w kilę często bardzo bywa tylko padaczka częściowa (epilepsie partielle), i chorzy pomiędzy napadami cierpią na objawy, znamionujące zajęcie mózgu, jak np. bóle głowy i zawroty, zboczenia umysłowe, zmysłowe, porażenia ruchowe, szczególnie połowicze i t. p.

4. *Postać afatyczna* występuje wskutek zajęcia ośrodka, mieszczącego się w tylnej trzeciej części trzeciego zwoju czołowego lewego, w którym bodziec psychiczny przechodzi na odpowiednie włókna ruchowe mowy. Często bardzo postać ta zjawia się wraz z porażeniem połowiczem strony prawej ze względu na blizkie sąsiedztwo ośrodka dla mowy z ośrodkiem dla ruchu strony prawej.

Również często obok afazyi spotykamy agrafię, aleksyę, i objawy postaci nawalowej, padaczkowej i t. p.

Sama tylko afazja rzadko spostrzega się jako jedyny objaw kiły mózgu i w takich razach trwa krótko — kilka mi-

nut do kilku godzin; przyczem nawroty zdarzają się często. Afazyja może być stałą i to w najrozmaitszem natężeniu.

5. *Zboczenia umysłowe* zdarzają się często w przebiegu kily. Zależy to od skłonności kilaków do umiejscawiania się w istocie szarej półkul, szczególnie przednich płatów mózgowych. Ta postać występuje przeważnie równocześnie z innymi objawami kily mózgu, rzadziej samoistnie.

Zboczenia umysłowe mogą rozwijać się powoli i są wtedy połączone z osłabieniem czynności psychicznych, jako to: pojętności, woli, lub powstają ostrzej wraz z objawami podniecenia.

Obłęd, rozwijający się powoli, objawia się brakiem logicznego związku między myślą a czynem, rzadko bywa ogólny (mania generalis), a przeważnie częściowy (monomania), niekiedy zaś występuje jako zaduma (melancholia), hypochondrya, urojenie, obłęd prześladowczy lub samobójczy.

Zboczenia umysłowe, występujące ostro i wraz z podnieceniem, mogą przyjmować wszystkie postacie obłędów, zaczynając od szaleństwa, a kończąc na niedołęstwie umysłowem (idiotismus).

Wogóle zboczenia umysłowe, występujące wskutek kily mózgu, nie różnią się co do charakteru od zboczeń psychicznych nieprzymiotowych.

6. *Porażenia* rzadziej rozpoczynają kilę mózgu, stanowiąc pierwszy jej objaw, częściej zaś są poprzedzane przez objawy innych postaci kily mózgu. Najczęściej ulegają porażeniu nerwy czaszkowe, a z pomiędzy nich nerwy ruchowe oka: n. oculomotorius i abducens, najrzadziej nerw błoczkowy (n. trochlearis). Porażeniu mogą ulegać tylko niektóre gałązki nerwu. Występuje ono zwykle nagle w przeciągu kilku godzin, rzadziej zwolna w przeciągu kilku albo kilkunastu miesięcy.

Nerw wzrokowy ulega dość często porażeniu, powodując zależnie od stopnia — niedowidzenie do zupełnej ślepoty. W razie porażenia tego nerwu powstaje zaczerwienienie, obrzmienie tarczy nerwu i utrata ostrości jej granic, rozszerzenie żył, zwężenie tętnic, wynaczynienia wzdłuż naczyń żylnych w tarczy i w siatkówce; z czasem następuje zanik nerwu, który się objawia zbieleniem tarczy i zwężeniem tętnic.

Niekiedy zdarza się porażenie połowy twarzy; bywa ono zazwyczaj lekkie, prędko przemija i pochodzi skutkiem porażenia nerwu twarzowego.

Rzadziej, niż poprzednie nerwy, ulegają porażeniu pozostałe nerwy czaszkowe.

Monoplegie występują często w kile mózgu i nieraz jako pierwszy jej objaw; bywają one albo niezupełne i przeLOTne, albo zupełne i trwałe.

Najczęstszym, a zarazem najcięższym objawem postaci bezwładowej są porażenia połowicze. Szczególniej przed 45 rokiem występujące porażenie połowicze wzbudza zawsze podejrzenia co do kily. Bywają one bezpośrednio, gdy są wywołane przez kilak mózgu, i pośrednie — wskutek zmian w naczyniach krwionośnych mózgu.

Porażenia bywają często poprzedzane przez inne objawy zajęcia mózgu, jako to: gwałtowne bóle głowy, zawroty, mrowienie, ogólne osłabienie; rzadziej zaś występują porażenia nagle bez jakichkolwiek zwiastunów.

W porażeniach połowicznych, rozwijających się powoli (hemiplegia progressiva), zjawia się zazwyczaj przedewszystkiem osłabienie jednej połowy ciała, wznaga się ono stopniowo i po jednym lub kilku dniach kończy się bezwładem. Porażeniom, nagle występującym, towarzyszy niekiedy utrata przytomności.

Rozpoznanie porażień kilowych, powstających powoli, nie napotyka zwykle trudności ze względu na charakterystyczne bóle głowy, napady padaczkowe, a szczególnie padaczkę częściową, ze względu na niezupełność porażenia i jego powolne powstawanie bez utraty przytomności, przyłączanie się porażen mięśni ocznych i t. p.

Powyżej przedstawione ugrupowanie postaci kily mózgu według Fourniera rzadko się jednak zdarza w postaci typowej. Objawy rozmaitych postaci łączą się przeważnie z sobą, lub występują niewyraźnie, mogą być również skomplikowane skutkiem zajęcia rozmaitych okolic mózgu, a często występują w połączeniu z objawami zajęcia rdzenia. Czasami też przymiot mózgu przebiega od samego początku pod postacią innych cierpień, jak np. porażenia opuszkowego (paralysis bulbaris), płasawicy, cukrzycy i t. p.

Przebieg kily mózgu bywa zwykle powolny i trwa przecięciowo 2 lata; wyjątkowo tylko cierpienie to przebiega szyb-

ko lub skokami. Przebieg zależy, naturalnie, od zmian anatomicznych, które mogą się rozszerzać lub też pozostają umiejscowione. Porażenia tworzą przeważnie postać ogniskową ograniczoną, która się nie zmienia, podczas gdy padaczkowa, afatyczna, psychiczna zwykle się z czasem potęgują i uogólniają.

Chorzy ze zбочeniami ruchowemi lub psychicznemi mogą żyć lata, jeśli nie nastąpi porażenie ośrodków, niezbędnych do życia. Śmierć może nastąpić również skutkiem zmian następczych, jak udar, lub skutkiem chorób przypadkowych, dla których osłabiony organizm staje się bardzo podatnym, np. dla zapalenia płuc lub tyfusu.

Kiła mózgu może zakończyć się wyzdrowieniem niezupełnym z pozostawieniem pewnych zбочeń ruchowych, zmysłowych lub umysłowych. Może nastąpić również wyzdrowienie zupełne, które zależy prawie zupełnie od odpowiedniego leczenia, rozpoczętego w samym początku cierpienia.

Leczenie może usunąć zupełnie wszystkie lub niektóre objawy, niekiedy zaś tylko zwalnia rozwój i przebieg cierpienia. Zależy to głównie od tego, czy nastąpiły już zmiany wtórne, jak zniszczenie bezpowrotne ośrodków mózgowych w postaci ognisk rozmiękczenia lub przekształcenia się tkanki mięszkowej w tkankę łączną.

Zбочenia ruchowe zwykle łatwiej całkowicie lub częściowo ustępują porażeniom, podczas gdy zaburzenia psychiczne, szczególnie rozpoczynające się nie podnieceniem lecz powolnym osłabieniem władz umysłowych, stawiają znacznie większy opór.

Na ogólny stan chorych kiła mózgu przeważnie nie wpływa, niekiedy jednak wywołuje niedokrewność i osłabienie ogólne.

Kiła mózgu posiada skłonność do nawrotów.

#### *Rdzeń kręgowy.*

Kiła rdzenia kręgowego należy do schorzeń częstych i wczesnych, gdyż w większości przypadków występuje w pierwszym czteroleciu przebiegu choroby. Mężczyźni ulegają temu cierpieniu 10—15 razy częściej, niż kobiety.

Sprawa umiejscawia się przeważnie jednocześnie w oponach i w rdzeniu; najstalszem i najbardziej charakterystycznym jednak zjawiskiem jest zajęcie naczyń.

Zmiany w tętnicach spostrzega się często, znacznie częściej jednak w żyłach; doprowadzają one niejednokrotnie do zamknięcia światła, co powoduje zaburzenia w odżywianiu i nawet rozmiękczenie rdzenia. Zamknięcie naczyń powodują niekiedy i sprawy wewnątrznaczyniowe, jak tworzenie się zatorów, ich organizacja i zwyrodnienie następcze.

Spostrzegamy zwyrodnienie szkliste żył i zwyrodnienie serowate, szczególnie w pobliżu kilaków. Szczególniej często ulega zmianom żyła rdzeniowa tylna.

W oponach bardzo często rozwijają się kilaki rozlane, które się przeobrażają w tkankę włóknistą.

Kilaki w oponie twardej mogą pochodzić albo z kręgosłupa, częściej jednak rozszerzają się od podstawy mózgu na górną część opon rdzeniowych, mogą również rozpoczynać się w okolicach kręgów grzbietowych i lędźwiowych, mogą zresztą obejmować całą oponę.

Kilaki w oponie rdzeniowej miękkiej zajmują przeważnie tylko część opony, mogą jednak rozszerzyć się na całą. Z miękkich opon sprawa bardzo często przechodzi na sam rdzeń. Oddziałują głównie ucisk mechaniczny i upośledzone odżywianie elementów nerwowych: pewna część naczyń układu wieńcowego staje się niedrożną, skutkiem czego następuje zwyrodnienie warstwy obwodowej rdzenia, nie dochodzi ono jednak prawie nigdy do warstwy włókien nerwowych, otaczających substancją szarą, a tembardziej do samej substancji szarej, odżywianej przez tętnicę środkową.

Kilaki ograniczone i rozlane mogą umiejscawiać się w samym miąższu rdzenia; ograniczone bywają różnej wielkości od prawie niewidzialnych gołym okiem do wielkości jaja gołębiego i więcej.

Kilaki rozlane mogą obejmować znaczną przestrzeń rdzenia.

Od umiejscowienia się kilaków w miąższu rdzenia zależą i objawy kliniczne. Kilaki rozlane, obejmujące części tylne rdzenia, wywołują rzekomy wiał rdzenia przymiotowy (pseudotabes syphilitica), kilaki w drogach bocznych powodują objawy stwardnienia bocznego pierwotnego (sclerosis

lateralis syphilitica), a zajęcie rogów przednich wywołuje objawy zaniku mięśniowego postępującego rdzeniowego (poliomyelitis syphilitica).

Mogą również występować objawy współczesnego zajęcia mózgu i rdzenia, np. stwardnienie wielogniskowe przymiotowe (sclerosis disseminata cerebrospinalis syphilitica) i objawy rozlanego zajęcia przymiotowego rdzenia wraz z wiałdem rdzenia.

Objawy kily rdzenia nie różnią się prawie od objawów zapalenia rdzenia (myelitis). Jak i w zapaleniu występują typy choroby odpowiednio do umiejscowienia sprawy. Najczęściej umiejscawia się ona w części grzbietowej, rzadziej w lędźwiowej i szyjowej, obejmując zwykle całą grubość rdzenia.

Przebieg kily rdzenia pacierzowego bywa ostry, podostry i przewlekły.

W postaci ostrej często bywa brak gorączki pierwotnej, t. j. wywołanej nie przez powikłania. Przebieg jest o tyle dla przymiotu charakterystyczny, że następują silne wahania w natężeniu objawów ze strony ścięgien, zrenicy, czucia, czynności płciowych i zwieraczy.

Znacznie częściej spostrzega się postać przewlekłą. Z początku zjawiają się zwykle silne bóle w krzyżu lub w pasie. Bóle te trwają przeważnie długo, obostrzając się w nocy. Niekiedy objawy kily rdzenia rozpoczynają się od utrudnionego oddawania moczu lub osłabienia w dolnych kończynach. Następnie zaczynają się przyłączać do powyższych coraz to nowe objawy. Zwykle po miesiącach, a nawet latach dochodzi do porażenia kurczowego kończyn dolnych z zaburzeniami czucia i czynności zwieraczy.

W przebiegu przymiotu rdzenia często spostrzegamy objawy mózgowę; niekiedy przeważają one wyraźnie.

Zwykle występują najprzód objawy mózgowę, a po pewnym czasie — paru miesiącach lub latach przyłączają się objawy ze strony rdzenia pacierzowego. Niekiedy jednak sprawa przebiega odwrotnie.

Przymiot rdzenia może zakończyć się śmiercią skutkiem zajęcia ośrodków oddechowych lub rdzenia przedłużonego. Większe jednak niebezpieczeństwo grozi życiu chorego skutkiem odleżyn lub zajęcia dróg moczowych, które mogą spowodować zatrucie ropno-gnilne organizmu.



Zwykle po jakimś czasie następuje polepszenie. Zupełne wyzdrowienie prawie wyłącznie zależy od leczenia wcześniej i należyście przeprowadzonego.

Zajęcie części szyjowej rdzenia ma zwykle przebieg najcięższy; mniej ciężki bywa przy zajęciu lędźwiowej i krzyżowej, a jeszcze lżejszy przy zajęciu grzbietowej środkowej. Cierpienie to posiada skłonność do nawrotów.

### *Nerwy.*

Nerwy w przebiegu swoim mogą ulegać porażeniu następczo skutkiem oddziaływania spraw kiłowych w sąsiedztwie, jak np. od ucisku przez guzy kostne. Niekiedy sprawa w utkaniu nerwów może występować pierwotnie. Zdaje się jednak, że i tutaj umiejscawia się ona głównie w oponach, oddziałując wtórnie na miąższ nerwu. Częściej spostrzegamy zmiany w nerwach czaszkowych, szczególnie twarzowym, rzadziej w nerwach, wychodzących z rdzenia. Objawy zależą od czynności porażonego nerwu (ruchowy, czuciowy, odżywczy).

Wielu autorów uważa wiał rdzenia (*tabes dorsalis*) i porażenie postępujące (*paralysis progressiva*) za choroby poprzymiotowe — parasyfilityczne. Istotnie mniej więcej w 80% przypadków wiału rdzenia chorzy przechodzili przymiot, a z pozostałej liczby jeszcze należy przyłączyć takich, którzy o swym syfilisie nic nie wiedzieli.

Erb na 1100 (1905 r.) przypadków wiału rdzenia stwierdził w wywiadach przymiot w 89,45%, Gajkiewicz na 400 przypadków 90%, Hirt na 319 — 92%, Fournier na 249 — 93%.

Również u chorych na porażenie postępujące stwierdzono w wywiadach znaczną bardzo odsetkę zarażonych przymiotem. Rumpf 66%, Mendel 75%, Snell 75%, Hirschl 81%, Minor 86%, Houglery m. w. 86,9% Dengler 93%, Régis 94% i t. d. W każdym razie należy przyjąć, iż przymiot w pochodzeniu

wiądu rdzenia i porażenia postępowego odgrywa jeśli nie wyłączną, to w każdym razie dominującą rolę. Należy dodać, iż z pomiędzy dotkniętych wiałem rdzenia i porażeniem postępującym, a zakażonych poprzednio przymiotem, lwią część nie leczyła się na przymiot wcale lub przechodziła leczenie bardzo niedostateczne. To też można zaznaczyć, iż zazwyczaj tylko przymiot zaniedbany przygotowuje glebę do rozwoju tych poprzymiotowych chorób.

### Narządy zmysłów.

Wszystkie narządy zmysłów mogą ulegać większym lub mniejszym zmianom podczas okresu trzeciorzędowego.

*Oko* bywa zajęte bardzo często.

Na łącznicy kilaki zdarzają się rzadko, również bardzo rzadko spostrzegamy je w utkaniu twardówki i rogówki.

Zapalenie miąższowe rogówki bywa daleko częściej w przymiocie wrodzonym, niż w nabytym.

Rzadko bardzo tworzą się kilaki na brzegu źrenicznym albo rzęskowym tęczówki lub wreszcie w utkaniu jej pomiędzy obu brzegami. Wyjątkowo tylko formują się pierwotnie kilaki w utkaniu ciała rzęskowego (corpus ciliare). Częściej zaś sprawa przenosi się z tęczówki na ciało rzęskowe i na naczyniówkę, wywołując zapalenie, nie różniące się od zwykłego zapalenia.

Niekiedy udaje się w głębi oka dostrzedz kilak, który spowodował zapalenie naczyniówki i męty w ciele szklistem.

Naczyniówka bywa zajęta m. w. w  $\frac{1}{4}$  wszystkich syfilitycznych spraw oka, a według Schnabel'a i Schenke'go 20% — 35% wszystkich schorzeń naczyniówki powstaje na gruncie przymiotu. Mogą one samoistnie i bez zmian tęczówki i siatkówki wystąpić. Widzimy wtedy na dnie oka za pomocą wziernika plamki, porozrzucane lub skupione gromadkami w postaci okrągłej lub podłużnej, barwy żółtawej, niebieskawej lub białej, otoczone przeważnie obwódką barwikową. Plamki powyższe spostrzegamy po większej części

w okolicy plamki żółtej (chorioiditis exsudativa disseminata); niekiedy wysięk obejmuje większą część naczyniówki, i wtedy dno oka bywa jednostajnie żółtawe lub szarawo-białe z nagromadzonymi miejscami barwnikiem. Zapalenie naczyniówki upośledza wzrok, gdyż w następstwie zanikają czule na światło elementy siatkówki, tembardziej, iż cierpienie posiada wielką skłonność do nawrotów; odpowiednie leczenie jednak może usunąć zupełnie złe skutki.

Przeważnie współcześnie z zajęciem naczyniówki spotykamy i zajęcie siatkówki, niekiedy zaś zjawia się ono samodzielnie. Objawy przymiotowego zapalenia siatkówki są takie same, jak i zwykłego, tylko nieco słabiej może wyrażone. Czasami zdarza się tak zwana retinitis centralis recidiva (Graefe), przy której nagle powstaje i szybko znika zamglenie okolicy plamki żółtej. Powtarza się ono wielokrotnie i doprowadza do zupełnego ściemnienia zajętego miejsca. Rokowanie zależy od odpowiedniego leczenia.

Cierpienie nerwu wzrokowego wynosi m. w.  $\frac{1}{6}$ — $\frac{1}{5}$  wszystkich przymiotowych cierpień oka.

Może ono powstać skutkiem zajęcia pochewki nerwu (perineuritis) lub utworzenia się kilaka w utkaniu nerwowym (neuritis interstitialis). Objawy tego cierpienia nie różnią się od rodzimego zapalenia nerwu wzrokowego: przekrwiona tarcza staje się ciemniejszą, a granice jej niewyraźne, tętnica środkowa węższa, a żyły szersze. Tylko odpowiednie leczenie chroni od zaniku nerwu wzrokowego, a z nim i ślepoty.

Nerw wzrokowy bywa zajęty w połowie prawie przypadków przymiotu mózgu. Najczęściej kilaki mózgu prowadzą tylko tarczę zastoinową. Skutkiem zwiększenia ciśnienia wśródczaszkowego ciecz z pod opon mózgowych zostaje wyparta do przestrzeni międzypochewkowych nerwu wzrokowego, uciska sam nerw i utrudnia przyływ krwi tętniczej i odpływ żylny. Tarcza wtedy staje się obrzmiałą, szarą albo szarawo-czerwoną, a skutkiem zamglenia brzegów wydaje się powiększoną; tętnice—zwążone, a żyły rozszerzone, pozakręcone, miejscami przysłonięte, jakby poprzerywane. Odpowiednie leczenie wpływa zwykle szybko na usunięcie objawów tarczy zastoinowej.

Skutkiem zajęcia naczyń krwionośnych po za oczodołem np. w okolicy skrzyżowania się nerwów wzrokowych, zda-

rzają się czasowe zaburzenia wzroku (niedowidzenie i ślepoty) bez widocznych zmian na dnie oka. Takie czasowe zaburzenia mogą koniec końców doprowadzić do zaniku nerwu wzrokowego.

Często (m. w.  $\frac{1}{6}$  —  $\frac{1}{3}$  wszystkich przymiotowych cierpień oka) spotykamy porażenie mięśni ocznych (abducens i oculomotorius), a szczególnie ich bezwład. Zjawienie się tych objawów w młodym lub średnim wieku powinno zawsze wzbudzać podejrzenia odnośnie przymiotu.

Narząd *sluchu* ulega zmianom rzadziej, niż narząd wzroku.

W przewodzie zewnętrznym spostrzegamy niekiedy kilaki, które, rozpadłszy się, tworzą owrzodzenia rozmaitej wielkości i wywołują objawy zapalenia ucha zewnętrznego.

W przewodzie kostnym formują się kostniaki i zgrubienia kości, które mogą nawet uczynić przewód niedrożnym i spowodować głuchotę. W trąbce Eustachiusza spostrzegamy na błonie śluzowej kilaki, wywołujące upośledzenie słuchu. Sprawa może przejść aż do jamy bębenkowej, powodując ból, upośledzenie słuchu i wywołując zmętnienie błony bębenkowej. Kilaki na błonie bębenkowej mogą spowodować jej przedziurawienie, rozluźnienie kostek słuchowych, zniszczenie osłony okienka okrągłego i owalnego, a nawet próchnienie kostek słuchowych i kości skalistej. Może również nastąpić przerost błony bębenkowej i zgrubienie kostek słuchowych, co powoduje upośledzenie słuchu. Zmiany w błędniku mogą spowodować utratę równowagi, a zmiany w nerwie słuchowym zupełną głuchotę.

Upośledzenie lub utrata *węchu* spotyka się najczęściej przy kilakach w błonie śluzowej nosa. Doprowadzają one do owrzodzeń, a nawet do zniszczenia kości i chrząstki, stanowiących rusztowanie nosa. Pociąga to za sobą silne zniekształcenie nosa i twarzy. Po większej części sprawa rozpoczyna się w kości, na miejscu przejścia w chrząstkę, a dopiero wtórnie ulega jej błona śluzowa.

Całkowita lub częściowa utrata węchu może również zależeć od zajęcia samych nerwów węchowych.

*Smak* może być naruszony skutkiem zajęcia odpowiedniej gałązki nerwu językogatardłowego i struny bębenkowej (chorda tympani), która według jednych znajduje się w związ-

ku z nerwem twarzowym, a według innych z nerwem trójdzielny lub językowogardłowym; *dotyk* bardzo często ulega zmianom skutkiem zajęcia nerwów czuciowych lub ich ośrodków, jak to już poprzednio wyluszczyliśmy.

### Układ krwionośny.

W okresie trzeciorzędowym zmianom ulegają głównie serce i naczynia, nieznacznie zaś tylko skład krwi.

Opisy zmian syfilitycznych w *sercu* datują się od czasów Ricorda. Zmiany te spotykają się względnie rzadko, gdyż Mracek w swej wyczerpującej pracy zebrał wszystkiego 102 przypadki, z liczby których tylko 61 oznaczył jako pewne, a Fournier na 4,400 przypadków przymiotu trzeciorzędowego obserwował tylko 7 w sercu. Zmianom kilowym ulega osierdzie (pericarditis syphilitica), mięsień sercowy (myocarditis syphilitica) i śródsierdzie (endocarditis syphilitica).

Na błonie osierdzia spotykamy kilaki nadzwyczaj rzadko; posiadają one wielkość nieznaczną: ziarnka prosa — soczewicy; częściej grubieje błona osierdzia (pericarditis membranosa) w miejscach, pod którymi leżą kilaki mięśnia sercowego.

W mięśniu sercowym kilaki tworzą guzy wielkości soczewicy — jaja gołębiego i większe: świeższe koloru czerwono-żółtawego, a starsze — szaro-żółtego, dość twarde, serowato przeobrażone, postaci okrągłej albo nieregularnej. Wyrastają one z tkanki międzymięśniowej i, powodując w odpowiednim miejscu zanik mięśnia sercowego, mogą się wypuklać w jamę serca lub osierdzia. Kilaki umiejscawiają się w różnych okolicach serca, częściej w lewej komorze, niż w prawej, zdatniają się one również w ściankach przedsionków, w przegrodach komór i t. p. Przeważnie spotykają się pojedynczo. Obok kilaków odgraniczonych znajdujemy zwykle kilaki w postaci rozlanego nacieczenia (myocarditis diffusa). Kilaki rozlane przeobrażają się w tkankę łączną w formie białych ścięgniastych blizn wśród miąższu mięśniowego. Obok tych blizn spotykamy zwyrodnienie tłuszczowe włókien mięśnia, a również jego przerost.

Objawy przy kilakach mięśnia sercowego nie różnią się od objawów przewlekłego zapalenia mięśnia. Najczęściej spotykamy nieregularne tętno, bicie serca, duszność, ból, sinicę. Przy przeroście mięśnia sercowego wymiary opukowe są powiększone; niekiedy można wysłuchać szmery, a zazwyczaj głucho tony. Brak wyróżniających cech kilowego zajęcia mięśnia sercowego zazwyczaj niepomysłnie się odbija na rokowaniu, gdyż często nie może być zastosowane odpowiednie leczenie z powodu nienależytego rozpoznania. Przy kilakach serca śmierć przeważnie następuje nagle, częściej skutkiem duszności ostrej, a rzadziej przewlekłej. Kilaki rozmiękle mogą również pęknąć i opróżnić swą zawartość do jamy sercowej, powodując tętniaki serca i zatory w naczyniach ze wszelkimi ich następstwami.

W śródserdziu zmiany występują w postaci kilaków i ich następstw: owrzodzeń i zgrubień, i mogą być pierwotne lub wtórne skutkiem przejścia sprawy z mięśnia sercowego; spotykają się w całym sercu, lecz najczęściej w śródserdziu lewej komory. Liczba i wielkość kilaków bywa różna, nie dosięgają one jednak takiej wielkości, jak w mięśniu sercowym. Objawy tego cierpienia nie różnią się od objawów, towarzyszących przewlekłemu zapaleniu śródserdza. Kilaki śródserdza przedstawiają wielkie niebezpieczeństwo dla chorego, gdyż powodują powstawanie skrzepów, które, rozpadając się, wywołują zatory i skrzepy w naczyniach.

*Naczynia*, szczególnie drobniejsze, ulegają zmianom bardzo często.

W tętnicach, jak i w sercu, rozróżniamy zajęcia włókniste, inaczej sklerotyczne, i kilakowe.

Kilaki tętnic spostrzegamy rzadziej, niż sklerozę.

Kilaki wielkości ziarnka prosa, lub nieco większe widzujemy pojedynczo, niekiedy zaś w większej liczbie; znajdujemy je w błonie zewnętrznej, choć mogą się zdarzać w błonie środkowej, a nawet wewnętrznej. Włókniste zajęcia tętnic rozpoczyna się, jak zazwyczaj, od rozlanych nacieków.

Większe tętnice, jak aorta, tętnica płucna, ulegają przeważnie zmianom ogniskowym, podczas gdy w tętnicach mniejszych spostrzegamy zazwyczaj zmiany rozlane na całym obwodzie naczynia.

Na przecięciu zajętych tętnic widzimy, iż ścianka ich

jest zgrubiała, twarda. Na wewnętrznej powierzchni spostrzegamy wyniosłości, które w początkowym okresie posiadają wygląd szaro-biały, galaretowaty, przezroczystawy; starsze zaś ogniska tworzą płaskie żółtawe, twarde bliznowate zgrubienia. Pomiędzy nimi widzimy często małe ubytki tkanki wielkości łepka szpilki z dnem głębokiem, brzegami podrytymi. Z zagłębień tych można wycisnąć żółtawą miążgowatą masę. W zajętych miejscach, skutkiem odkładania się soli wapiennych, ścianka naczynia może zupełnie utracić swoją elastyczność. Niekiedy dochodzi aż do zupełnego zamknięcia światła naczynia tak, iż tętnica przedstawia się, jako okrągły, cienki szarawo-biały sznur. W innych zaś razach ścianka tętnicy może ulegać tętniakowemu rozszerzeniu. Kilaki i sklerozę spostrzegamy niekiedy w aorcie, w tętnicy płucnej, podobojczykowej, biodrowej, podkolanowej, bardzo zaś często w tętnicach mózgu, serca, wątroby kiszek, śledziony, nerek i t. p. Oprócz pierwotnych zmian tętnic bywają i wtórne skutkiem oddziaływania na tętnicę kilaków, kostniaków i t. p. z sąsiedztwa.

Objawy zboczeń kilowych w tętnicach bywają różne. Zależą one nietylko od nasilenia sprawy, lecz głównie od umiejscowienia tętnicy. Zajęcia wieńcowych tętnic serca prowadzą zwyrodnienie i martwienie mięśnia sercowego, a więc rozmiękczenie mięśnia, krwawe wylewy i zawały, powodując osłabienie działalności serca. Zmiany w aorcie doprowadzają do tętniaków śródściennych. Welch twierdzi, iż z pomiędzy tętniaków aorty 50% powstaje na gruncie przymiotu. Etienne podaje tę liczbę nawet na 70%. Najczęściej spostrzegamy tętniaki aorty wstępującej, łuku i aorty zstępującej piersiowej, rzadziej zaś tętniaki aorty brzusznej. Wielkie niebezpieczeństwo przedstawiają często spotykane zmiany w tętnicach mózgu. Całkowite zarośnięcie tętnicy szyjowej powoduje silne bóle głowy, napady zbliżone do padaczkowych, osłabienie wszystkich czynności mózgu, a nakoniec śpiączkę i śmierć. Zmiany w samych tętnicach mózgowych wywołują bóle głowy, potęgujące się w nocy, zawroty głowy, bezsenność, zbożenia psychiczne i zmysłowe, następnie zjawia się napad apoplektyczny, prowadzący połowiczny niedowład lub porażenie. Rokowanie, o ile nie przedsięwzięto zowczas odpowiedniego leczenia, bywa zawsze groźne. Szczególniej wielkie niebezpieczeństwo grozi wtedy, gdy

chorzy, po napadzie apoplektycznym są pogrążeni w silnej śpiączce. Zarośnięcie tętnic w dużych kończynach, jak to spostrzegano wielu autorów (m. w. 100 przypadków), a pomiędzy nimi Elsenberg, Szadek, Belkowski i Otto, doprowadza do zgorzeli kończyn. Zwyródnienie skrobiowate tętnic widzujemy często w kile. Rzadziej spotyka się stłuszczenie.

Żyły duże ulegają zmianom rzadko. Spotykano kilaki w żyłę biodrowej (vena femoralis), w żyłę podskórnej odstrzałkowej (v. saphena ext.) w ż. szyjnej (v. jugularis) i t. d., spostrzegano również ograniczone zgrubienia i stwardnienia ścianek większych żył. Żyły mniejsze, szczególnie wątroby, mózgu i rdzenia pocierzowego ulegają zmianom bardzo często. Zmiany te w ogólnych zarysach nie różnią się od opisanych poprzednio w tętnicach.

*Śledziona* ulega zmianom przeważnie współcześnie z innymi wewnętrznymi narządami, a głównie z wątrobą. Najwięcej sprzyja rozwojowi tego cierpienia zajęcie poprzednie śledziona przez inną chorobę, a głównie malaryę.

W śledzienie spotykamy ograniczone kilaki i rozlane nacieczenia.

Kilaki ograniczone posiadają wielkość ziarna konopi — orzecha laskowego, mieszczą się przeważnie blisko powierzchni. Świeże kilaki odznaczają się szaro-czerwonawym zabarwieniem i spoistością twardszą od sąsiedniej tkanki. Starsze i większe kilaki, ulegające już serowatemu zwyrodnieniu, przyjmują szaro-żółtawe zabarwienie.

Rozlana sprawa spotyka się w dwóch postaciach: 1) postać miękka, inaczej miąższowa, gdy głównie powiększa się liczba limfatycznych ciałek miążgi śledziona, 2) postać twarda, międzymiąższowa, inaczej marskość śledziona, gdy skutkiem wytwarzania się bliznowaciejącej tkanki łącznej zanikają grudki limfatyczne; niekiedy podczas przebiegu tej sprawy w śledzienie tworzą się w niej płyty, oddzielone od siebie głębokimi brózdami.

Torebka śledziona często bywa zgrubiała, silnie przylegająca i może nawet zrastać się z sąsiednimi narządami.

Skrobiowate zwyrodnienie występuje przeważnie u osobników wycieńczonych.



### Układ oddechowy.

W układzie oddechowym bywają zajęte krtani i tchawica, oskrzela, płuca i nawet opłucna.

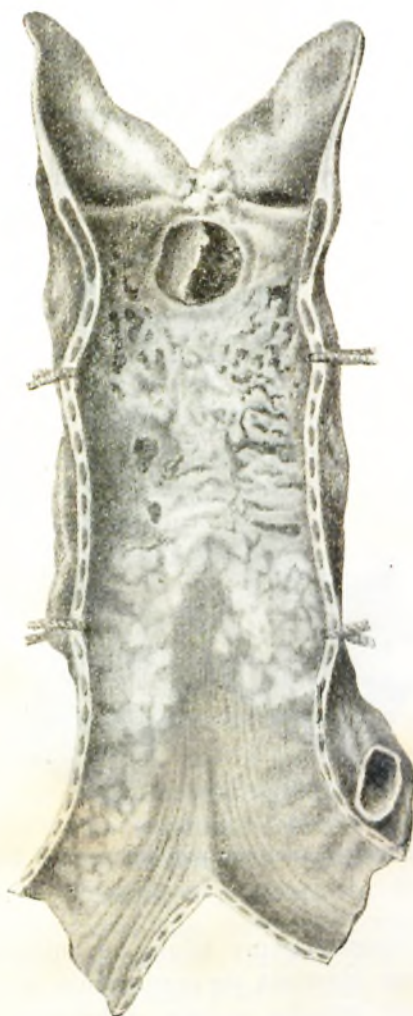
W *krtani* kilaki (rys. 28) umiejscawiają się najczęściej na zewnętrznej powierzchni nagłośni, na zewnętrznych fałdach i tylnych chrząstkach. Spostrzegamy tam kilaki wielkości grochu—orzecha laskowego, a nawet większe, zazwyczaj umiejscowione w mięszu błony śluzowej. Kilaki, rozpadając się, tworzą owrzodzenia, często bardzo głębokie. W krtani, szczególnie na błonie śluzowej nagłośni, widzimy również wrzody czolągające. Niekiedy wrzody wypełniają się nadzwyczaj obficie bującą ziarniną. Owrzodzenia, drążące wglęb, mogą spowodować zapalenie ochrzęstnej, obumarcie chrząstki i jej wydzielenie. Owrzodzenia, gojąc się, pozostawiają po sobie blizny, które często przyjmują postać gwiazdowatą. Objawy, wywołane przez kilaki, nie są znamienne. Zajęcie więzadeł prawdziwych powoduje bezgłos, chrypkę i kaszel. Kilaki na nagłośni, fałdach, chrząstkach nalewkowych i więzadłach gardzielo-nagłośniowych sprawiają zwykle bolesność i utrudnione polykanie. Często owrzodzeniom, szczególnie głębszym, towarzyszy puchlina, która wywołuje duszność, a może nawet spowodować śmierć.

Owrzodzenia gruczlicze bardzo często są nadzwyczaj zbliżone do owrzodzeń kilowych. Owrzodzenia gruczlicze ze szczególnym upodobaniem umiejscawiają się na przedniej powierzchni tylnej ściany krtani, na tylnych częściach więzadeł, za wyrostkiem głosowym i na guzie nagłośniowym. Bywają one zwykle płytke, posiadają często postać szczelinowatą, zygzakowatą, dno ziarniste, brzegi naciekle, żółte guziki w sąsiedztwie. Przytem jednocześnie spotykamy zmiany gruczlicze w innych narządach, jak w płucach, jądrach, w gruczole krokowym.

Owrzodzenia rakowe umiejscawiają się najczęściej na górnych więzadłach głosowych po stronie lewej, bywają zwykle głębokie z dnem grubo ziarnistym, łatwo krwawiącym, różowo-żółtem, lub brunatnym.

W *tchawicy* kilaki (rys. 28) spostrzegamy przeważnie blisko jej rozdwojenia (*bifurcatio*); często występują one wespół ze

zmianami w oskrzelach i w krtani. Objawy przy zajęciu tchawicy zjawiają się niekiedy bardzo późno w postaci kaszlu i duszności. Niebezpiecznym następstwem kilaków tcha-

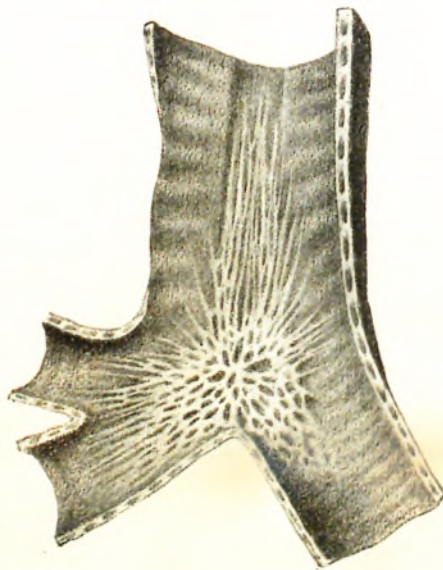


Rys. 28. (Z dyagnostyki anatomo-patologicznej Z. Dmochowskiego).

wicy bywają zwężenia jej, szczególnie przy kilakach rozlanych. Blizny, powodujące zwężenia, mogą posiadać postać pierścienia, gwiazdy, (rys. 29), kratki lub drabinki sznurowej.

Jeszcze większe niebezpieczeństwo grozi od przedziurawienia tchawicy do łuku aorty (Wilk), tętnicy płucnej (Gerhardt, Kelly), do żyły głównej (Tourner), do żyły bezimiennej lewej (Stöcklin, Verneuil).

W *oskrzelach* kilaki tworzą się w utkaniu błony śluzowej, lub w błonie podśluzowej, szczególnie grubszych oskrzeli. Przy kilakach oskrzeli najczęściej występuje duszność i kaszel. Kilaki mogą spowodować zwężenie oskrzeli, a nawet zupełną ich niedrożność. To ostatnie sprowadza zarosnięcie tkanką łączną nieczynnej części płuca.



Rys. 29. (Z dyagnostyki anatomo-patologicznej Z. Dmochowskiego).

W *płucach* spostrzegamy kilaki ograniczone, lub rozlane. Kilaki ograniczone zjawiają się przeważnie w liczbie mnogiej, posiadają wielkość grochu — jaja gołębiego, umiejscawiają się przeważnie w średnim płacie płuca prawego, rzadziej w dolnym płacie płuca lewego, a najrzadziej w szczytach.

Kilaki rozlane zajmują z upodobaniem te same miejsca, co i kilaki odgraniczone i spotykają się współcześnie z nimi. Kilaki rozlane najbardziej niszczą utkanie płucne, gdyż wytwarzająca się tkanka łączna uciska i doprowa-

dza do zaniku pęcherzyki płucne. Nacieczenia rozlane powodują głównie bujanie tkanki okołoskrzelowej (peribronchialis — Virchow, Ramdohr, Pawlinow, Brissaud), mogą doprowadzić do stwardnienia części płuc (cirrhosis). Tworzą się blizny, jak w wytwórczej międzymiąższowej pneumonii. Blizny mogą również ciągnąć się od opłucnej i od wnętrza płuca w głąb jego, przyczem powierzchnia staje się bardzo nierówna, zrazowata. Niekiedy spotykają się współcześnie kilaki ograniczone, ulegające rozpadowi i owrzodzeniu, i nacieczenia rozlane z bujaniem bliznowaciejącej tkanki łącznej. Wywołuje to sprawę, zwaną phtisis syphilitica, przebiegającą nawet z jamami (cavernae), gdy kilaki opróżnią swą zawartość do oskrzeli.

Przeważnie sprawa umiejscawia się tylko w jednym płucu, częściej w prawym. Objawy kliniczne przy kilakach płuc nie są znamienne i często zależną więcej od zajęcia oskrzeli. Przedewszystkiem zjawia się zwykle duszność, oddech oskrzelowy i rzężenia. Plwocina z początku bywa nieobfita śluzowa; później staje się obfitsza, śluzowo-ropna, niekiedy z domieszką krwi, może być nawet cuchnąca i zawierać miazgowatą masę, albo kłaczkę tkanki płucnej. Kiła płuc nieleczona może samoistnie się zgoić, niekiedy zaś wywołuje zmartwienie, owrzodzenie i zniszczenie tkanki płucnej i powoli doprowadza do ogólnego wyniszczenia ustroju i do śmierci.

Gruźlica płuc różni się od kiły tem, iż zawiera pałeczki gruźlicze, umiejscawia się z upodobaniem w szczytach, częściej wikła się zapaleniem opłucnej i gorączką i rozprzestrzenia się łatwiej na sąsiednie płaty i sąsiednie płuco.

*Opłucna* bywa zajęta nadzwyczaj rzadko. Kilaki, przechodzące na opłucną wtórnie, wypuklają się do jamy opłucnej pod postacią żółtawych, albo żółtawo-czerwonych guzów wielkości ziarnka konopi, orzecha laskowego, a nawet, włoskiego. Niekiedy spostrzegamy jako sprawę wtórną w workach opłucnej płyny wisiękowe.

#### Układ trawienia.

Narządy trawienia ulegają bardzo często zmianom w kiele trzeciorzędowej.

W *jamie ustnej* spostrzegamy kilaki na migdałach, podniebieniu miękkim, języczku, rzadziej na języku. Przeważnie są to kilaki rozlane, umiejscawiają się w błonie śluzowej lub podśluzowej i posiadają skłonność do owrzodzeń. Rozpad nacieczenia postępuje zwykle szybko, a owrzodzenie szerzy się wgłąb i w szerz, niszcząc tkanki i bardzo często przedziurawiając je, np. podniebienie miękkie i łuki. Może nawet nastąpić przedziurawienie podniebienia twardego. W tych razach prócz bólu i utrudnionego polykania występuje niewyraźna i nosowa mowa. Kilaki, tworzące się w migdałach, wywołują ich powiększenie i obrzęk w sąsiedniej okolicy. Kilaki w migdałach, rozpadając się, tworzą owrzodzenia, zazwyczaj kilka, wielkości grochu—orzecha laskowego z brzegami zatokowatymi, nierównymi i podminowanymi, z dnem jakby pokrytem słoninowatym nalotem. Na tylnej ścianie gardzieli, a częściej na górnej i bocznej ścianie powstają kilaki przeważnie ograniczone, które, rozpadając się, mogą spowodować owrzodzenie i obumarcie kości kręgowej. Często szerzą się one do krtani lub ku podniebieniu miękkiemu. Blizny, powstałe po rozległych owrzodzeniach, mogą spowodować zwężenie gardzieli.

Na *języku* kilaki tworzą się w błonie śluzowej, podśluzowej lub nawet w mięśniach, bywają ograniczone lub rozlane. Kilaki ograniczone powierzchowne przedstawiają się w postaci guzów wielkości grochu — orzecha laskowego, występują zwykle w grupach na grzbiecie języka, lub na przednim jego brzegu, rzadko zaś na dolnej powierzchni. Kilaki, szczególnie podlegające rozpadowi, utrudniają żucie i mówienie. Kilaki, umiejscowione w głębokich mięśniach języka, dochodzą do rozmiarów większych m. w. jaja gołębiego.

Kilaki rozlane posiadają skłonność do zamieniania się w zbitą tkankę łączną; skutkiem tego w odpowiednim miejscu języka powierzchnia staje się nierówna szara. W razie zajęcia mięśni języka, staje się on twardy, zniekształcony, często pokrywa się bolesnymi powierzchownymi owrzodzeniami i pęknięciami.

Kilaki w jamie ustnej trudno czasem odróżnić od raka.

Tworzeniu się guza rakowego towarzyszy często silny napadowy ból, promieniujący w różnych kierunkach i dolegający nawet podczas rozpadu guza. Owrzodzenie ra-

kowe bywa zwykle pojedyncze, posiada podstawę twar-  
dą, brzegi naciekle, dno pokryte obfitą posokowatą i moc-  
no cucinącą wydzieliną, która przykrywa łatwo krwawiące  
brodawkowate wyniosłości. Guz rakowy rozpada się zwy-  
kle od powierzchni ku środkowi, zjawia się w wieku star-  
szym, wywołuje zajęcie sąsiednich gruczołów chłonnych i wy-  
niszcza silnie ustrój.

W *przetyku* (oesophagus) przymiot przejawia się pod  
postacią wrzodziejących kilaków lub blizn, powstałych ze  
wysysających się guzów. Sprawa rozwija się tu rzadko.

W *żołądku i kiszka*ch zjawiają się również kilaki rozla-  
ne lub ograniczone.

W żołądku kilaki zazwyczaj poczynają tworzyć się  
w tkance podśluzowej.

Nacieczenie z jednej strony przechodzi na śluzówkę,  
a z drugiej na muskulaturę i może dosięgać błony surowiczej.  
Nacieczenia kilakowe tworzą często płaskie twarde wzniesie-  
nia żółtawo-białego zabarwienia, które niekiedy dosięgają  
wielkości dłoni.

Często obok kilakowych owrzodzeń spotykamy blizny po  
już samoistnie zagojonych.

W kiszka<sup>ch</sup> tworzą się przeważnie ograniczone na-  
cieczenia. Po większej części spostrzegamy je w górnym  
odcinku kiszek, głównie w jelicie czczym (jejunum), zazwy-  
czaj w liczbie mnogiej. Często okrażają one pierścieniowa-  
to światło kiszki, powodując w następstwie jej zwężenia  
z rozszerzeniem doprowadzającego odcinka kiszek.

Niekiedy spostrzegamy liczne prosowate kilaki w bło-  
nie śluzowej, surowiczej i mięśniowej. Różnią się one od  
gruźliczych guziczków żółtawym zabarwieniem, podczas gdy te  
ostatnie posiadają—szaro-białe, przeświecające. Częściej je-  
dnak widzujemy większe nacieczenia, wychodzące z tkanki  
podśluzowej.

Czasami kilaki umiejscawiają się głównie naokoło bla-  
szek Peyer'a, rzadziej w pobliżu samotnych grudek chłonnych  
jelit (enteritis follicularis syphilitica — Mracek, Oser).

Obok kilaków znajdujemy zazwyczaj ścięgniste, promie-  
niowate blizny.

Owrzodzenia kilakowe żołądka i kiszek mogą niekiedy  
dosięgnąć błony otrzewnej i wywołać na niej miejscowe

zlepne zapalenie, mogą również spowodować przedziurawienie ściany кишки ze wszelkimi groźnymi jego następstwami.

Objawy kliniczne kilaków żołądka nie różnią się od objawów, spostrzeganych przy wrzodzie okrągłym żołądka, jak ucza przypadki Dieulafoy'a, Fournier'a, Scheiba, Rozanova, Zawadzkiego i Luxenburga, Róbina i innych (silne bóle żołądkowe, wymioty pokarmowe, wymioty krwawe, poprzedzane często różnymi dyspeptycznymi zaburzeniami żołądka.

Kilaki kiszek wywołują objawy takie same, jak przewlekły nieżyt kiszek, a więc bóle w kiszkiach, biegunkę, lub zatwardzenie, niekiedy krwawe wypróżnienia i t. p.

Bóle, spowodowane przez kilaki w żołądku i w kiszkiach, bardzo często występują wieczorem i w nocy. Ten objaw bywa niekiedy bardzo znamionym.

W rzyci kilaki ograniczone lub rozlane zajmują skórę i błonę śluzową osobno, albo równocześnie. Kilaki mogą powstawać również w tkance podskórnej i podśluzowej. Szczególniej często dolny odcinek кишки odchodowej zajmują kilaki rozlane. Skutkiem tego ściany кишки stają się zgrubiałe, twarde, niepodatne, a wytwarzająca się ścięgniasta tkanka łączna wywołuje zwężenie кишки i utrudnia oddawanie kału. Owrzodzenia kilakowe rzyci często szerzą się na błonę mięśniową, powodują kurczowe ściąganie zwieracza кишки, lub w razie zniszczenia całej warstwy mięśniowej mimowolne oddawanie kału. Często w sąsiedztwie kilaków i blizn po nich tworzy się zapalenie okołoodbytnicze (periproctitis), wywołane wtórnym zakażeniem.

Rak rzyci bywa bardzo zbliżony do kilaków; różni się od nich tem, iż zjawia się u ludzi starszych, przedstawia guzy o powierzchni nierównej, lub owrzodzenia łatwo krwawiące; towarzyszy mu zajęcie gruczołów okołokręgowych.

Skr obio w a t e zwyrodnienie błony śluzowej żołądka i kiszek, szczególnie grubych, spostrzega się przy syfilisie bardzo często. Występuje ono zazwyczaj jednocześnie ze skrobiowatem zwyrodnieniem wątroby, śledziony i nerek.

*Ślinianki* bywają bardzo rzadko zajęte kilakowymi naciekami. Fournier i Verneuil donoszą o zajęciu gruczołu podjęzykowego, Lancereaux—gruczołu podszczękowego, Neumann o czterech przypadkach zajęcia przyusznicy, w których je-

dno występowało wespół z cierpieniem gruczołu podjęzykowego i Blandin—Nühna. Również znajdujemy spostrzeżenie Langa o zajęciu przyusznicy i także spostrzeżenie Kaposiego, gdzie zarazem występowało zajęcie gruczołu podjęzykowego. Koschel i v. Esmarch znajdowali kilaki w śliniankach, a Matzenauer kilak przyusznicy i kilak gruczołu przedusznego.

W *trzustce* rzadko spostrzegamy duże pojedyncze i małe liczne guzy, albo rozlane nacieczenia.

Według Mracka częściej się zdarza marskość trzustki, niż guzy.

Rozlane nacieczenia doprowadzają do rozrostu międzygruczołowej tkanki łącznej i jej stwardnienia, podczas gdy tkanka gruczołowa ulega zanikowi pod wpływem ucisku. Sprawa najczęściej rozwija się w główce trzustki, rzadziej bywa zajęty cały narząd. Wespół z rozrostem tkanki łącznej międzygruczołowej, mogą się znajdować kilaki ograniczone duże lub małe. Objawy zajęcia trzustki nie są znamienne. W przypadkach Manchot'a i Hansemann'a wystąpiła cukrzyca, również w przypadkach Lewina, Pospielowa, Saalfelda i in. wystąpienie tej choroby można, zdaje się, objaśnić cierpieniem syfilitycznym trzustki.

*Wątroba* ulega zajęciu często i przeważnie wespół z porażeniem innych wewnętrznych narządów,—zazwyczaj podczas ciężkiego przebiegu przymiotu i u ludzi, nadużywających wysoko. To też cierpienie powyższe spostrzegamy najczęściej u mężczyzn.

Cierpienie wątroby, jak i innych wewnętrznych narządów, przedstawia się pod postacią międzymięszowego nacieczenia, które zawsze doprowadza do pewnej postaci marskości wątroby, albo pod postacią ograniczonych kilaków. Zwykle wespół z ograniczonymi kilakami spostrzegamy mniej lub więcej wyrażone międzymięszowe nacieczenie.

Ograniczone kilaki (rys. 30) występują w wątrobie pod postacią guzów, otoczonych łączną tkankową torebką, okrągłych, owalnych, lub mniej prawidłowych, wielkości ziarnka grochu—jajka gołębiego; posiadają początkowo spoistość miękką, zabarwienie szaro-czerwone; następnie zabarwienie staje się żółtawe, a spoistość twardsza. Liczba guzów bywa różna: od jednego do pięćdziesięciu i więcej; umiejscawiają się cza-



sami pod torebką wątroby, wypuklając się nad jej powierzchnię, czasem w głębi. Częściej spostrzegamy je na przedniej części wątroby, a to szczególnie z obu stron wiązadła wieszadłowego (ligamentum suspensorium), niż na tylnej. Ugrupowanie kilaków, jak i w innych narządach, pozostaje w zależności od naczyń (rys. 31). Kilaki albo wysychają, albo też twardnieją, wysychają, serowacieją. W kilakach mogą się odkładać sole wapienne. Skutkiem wessania się kilaków i kurczenia tkanki łącznej, na wątrobie powstają zagłębienia i blizny.

Kilaki ograniczone wątroby nie wywołują często zad-



Rys. 30. (Z dyagnostyki anatomo-patologicznej Z. Dmochowskiego.)

nych klinicznych objawów; niekiedy sprawiają one bóle w okolicach wątroby, szczególnie silne przy ucisku w odpowiednim miejscu, przy ruchach, a także czasami i wieczorem. Bóle rozszerzają się w okolice nadpępkowe, a nawet do lewego podżebrza. Chorym może również dokuczać uczucie ciężkości i ciśnienia w prawym podżebrzu. Żółtaczka zdarza się rzadko i to przeważnie w nieznacznym natężeniu; może ona powstać, według Virchowa, skutkiem ucisku przez kilaki na większe przewody żółciowe, lub też skutkiem ucisku i zamknięcia światła większych przewodów żółciowych

przez blizny. Może również wystąpić puchlina brzuszna, gdy sprawa jest bardzo rozległa i blizny ucisną większe odnogi żyły wrotnej.

Często spostrzegamy zaburzenia dyspeptyczne.

Śmiertelne zejście może zdarzyć się skutkiem rozpadu kilaków do worka otrzewnej (Wilks, Griffiths). Śmierć może również nastąpić przy objawach charłactwa lub żółciicy (cholaemia).

Rozpoznanie ograniczonych kilaków wątroby zwykle bywa trudne; za nimi, a przeciwko rakowi przemawia młody



Rys. 31. 1) i 2) kilaki ograniczone, 3) torebka łącznotkankowa, 4) naczynie, 5) miąższ wątroby. (Z dyagnostyki anatomo-patologicznej Z. Dmochowskiego.)

wiek chorego, zmniejszenie się rozmiarów wątroby, a również unieruchomienie jej podczas oddechu skutkiem przyrastania do sąsiednich narządów.

Rozlane międzymięszkowe zajęcie wątroby występuje często ogniskami. Skutkiem bujania tkanki łącznej tworzą się bardzo szerokie włókniste przegrody, które ściągając się, dzielą wątrobę na mniejsze lub większe zrazy (hepar lobatum — rys. 32 i 33). W miejscach, gdzie wytwarzają się przegrody, miąższ wątroby ulega zanikowi; często bywa on wyrównany przez rozrost miąższu wewnątrz zrazików. Spostrzegamy również postacię międzymięszkowego przymioto-

wego zapalenia wątroby, doprowadzające do zwykłej gruboziarnistej marskości.

Z rozwojem tej sprawy spoistość wątroby staje się twarda, niekiedy chrząstkowata; na przecięciu widać sieć łącznotkankową, złożoną z szerokich szarych pasem, a w okach sieci spostrzegamy żółtawe, okrągławe ziarna różnej wielkości (wątroba ziarnista), są to ocalale ogniska komórek wątrobowych, zabarwione barwnikiem żółciowym i w stanie mniej lub więcej wyrażonego tłuszczowego zwyrodnienia. Według Frerichs'a, Or-



Rys. 32. (Z dyagnostyki anatomo-patologicznej Z. Dmochowskiego.)

th'a, Chiari'ego sprawa zasadza się na zapalnym międzymięszowym nacieczeniu z wytwarzaniem tkanki łącznej, która ostatecznie przechodzi w twardą bliznowatą tkankę łączną. Według Frerichs'a rozrastanie tkanki łącznej poczyna się od przedłużeń torebki Glissona początkowo pomiędzy zrazikami, a następnie i wewnątrz zrazików. I w tem cierpieniu sprawa powstaje pierwotnie w zależności od zajęcia naczyń — drobnych rozgałęzi żyły wrotnej. W naczyniach często spostrzegany skrzepy, które mogą spowodować zastój w układzie żyły wrotnej. Skutkiem ucisku kurczącej się mię-

dzy i wewnątrz — zrazikowej tkanki łącznej okrażone przez nią mięsaszowe komórki ulegają tłuszczowemu zwyrodnieniu i wysysają się, pozostawiając po sobie liczne ziarenka barwika. Również przewody żółciowe, przeważnie najmniejsze, są uciśnięte, a połączenie ich z większymi przewodami przerwane.

Międzymiąższowe przymiotowe zajęcie wątroby rozwija się zazwyczaj bardzo powoli m. w. kilka lat. Często po-



Rys. 33. (Z dyagnostyki anatomo-patologicznej Z. Dmochowskiego.)

woduje ono zapalenie przylegającej części otrzewnej i wywołuje zrosty wątroby z sąsiednimi narządami. Puchlina brzuszna zjawia się nie zawsze, natomiast wcześniej spostrzegamy powiększenie śledziony. Mocz bywa ciemny, czasem żółtaczkowy, wydziela się w niewielkiej ilości i zawiera mniejszą, lub większą ilość białka. Niekiedy bywają wymioty, czasem krwawe, i krwotoki kiszkowe. Śmierć najczęściej następuje skutkiem powikłań przez zapalenie płuc, opłucnej,

ostry obrzęk płuc, lub zapalenie otrzewnej; rzadziej następują objawy żółci.

Rozpoznanie—trudne; przeważnie opiera się na powolnym przebiegu i ciągłym zmniejszaniu się wątroby, podczas gdy szybki wzrost guzów przemawia za rakiem.

Swoiste leczenie w początkowych okresach działa bardzo dodatnio, podczas gdy w późniejszych pozostaje bez skutku.

Skrobiowate zwyrodnienie wątroby spostrzegamy zazwyczaj współcześnie z odpowiednim zwyrodnieniem innych wewnętrznych narządów.

#### Układ moczopłciowy.

*Na prąciu* guziczki i guzki kilakowe umiejscawiają się przeważnie na wewnętrznej powierzchni napletka i na żołądź. Kilaki żołądź mają zwykle wielką skłonność do rozpadu; owrzodzone zaś nadzwyczaj są podobne do wrzodów wenerycznych, różnią się od nich zazwyczaj tylko mniej ostrymi objawami zapalenia, większym naciekiem naokoło wrzodu, brakiem skłonności do samozaszczepiania, brakiem łaseczek Ducrey'a i dymienic. Kilaki żołądź skutkiem swej słoności do rozpadu mogą zniszczyć część prącia, spowodować zwężenia otworu cewki i t. p.

Na żołądź spostrzegamy również rozlane nacieki; mogą one zająć całą żołądź, spowodować chrząstkowate stwardnienie jej i zwężenie ujścia cewki, mogą również rozpadać się, tworząc owrzodzenia, niekiedy bardzo duże.

Na prąciu tworzą się niekiedy kilaki w miejscach, zajętych dawniej przez wrzody pierwotne. Kilak występuje wówczas pojedynczo i może niewłaściwie nasunąć podejrzenie o zakażeniu powtórnem.

*Na cewkę* kilaki szerzą się przeważnie z żołądź, powodując w następstwie jej zwężenie.

*W ciałach jamistych* prącia tworzą się rzadko kilaki ograniczone wielkości grochu, orzecha laskowego. Jeszcze rzadziej spotykają się rozlane nacieczenia ciał jamistych; zastępuje je bliznowata tkanka łączna, która utrudnia, a na-

wet uniemożliwia wzwód prącia. Kilakowe nacieczenia różnią się od nacieczeń, powstałych przy rzeźączce, tem, iż tworzą się przeważnie na grzbiecie prącia, podczas gdy rzeźączkowe prawie zawsze zjawiają się w dolnej jego części i posiadają więcej ostry przebieg.

*W jądrze* spostrzegamy, albo rozlane międzymiąższowe nacieczenia, albo ograniczone kilaki; bywają również postaci przejściowe. Kilaki ograniczone tworzą zbite białawo-żółtawe guziczki wielkości prosa—grochu wśród tkanki łącznej błony białawej i przegród.

Rozlany naciekanie kilakowy rozpoczyna się przeważnie na obwodzie i posuwa się ku środkowi. Jądro powiększa się w dwój — i trójnasób, kształt jego staje się jajowaty, lub gruszkowaty, spoistość m. w. równomiernie elastyczna (sarcocele syphilitica).

Wytwarzająca się następnie tkanka łączna, bliznowata, powoduje zanikanie kanalików nasiennych, zarazem powierzchnia jądra staje się nierówna, pokryta guzami wielkości orzecha laskowego i większymi, niebolesnymi na ucisk; jądro twardnieje, zmniejsza się i może osiągnąć wielkości orzecha laskowego.

Przyjądrze przeważnie pozostaje niezmienione, i można je wyczuć, jako miękkie i dotkliwe na ucisk ciała. Niekiedy jednak sprawa przechodzi i na przyjądrze; tworzy ono wtedy twardą poduszeczkę wzdłuż jądra.

Często podczas rozwoju kilaków zjawia się przesiek surowiczy w przestrzeni otoczki właściwej jądra.

Bardzo rzadko kilaki otwierają się nazewnątrz i rzadko ropieją. Przeważnie cierpieniu ulega jedno jądro; czasami jedno po drugim, a rzadko oba razem. Prawdopodobnie do powstawania kilaków usposabiają urazy, przebyte zapalenia przyjądrza, nadużycia płciowe, rozszerzenie żył powrózka nasiennego i t. p. Bóle w kierunku powrózka nasiennego, podczas przebiegu kilaków rozlanych, najczęściej zjawiają się wtedy, gdy jądro dosięga już wielkości jaja kurzego. Kilaki mogą spowodować niemoc płciową. Szczególniej obustronne rozlane nacieczenie może znacznie zmniejszyć ilość plemników, a nawet przerwać ich wydzielanie się (oligozoospermia, a nawet azoospermia).

Od rzeźączkowego zapalenia przyjądra kilaki jąd-

ra różnią się powolnością rozwoju, niebolesnością umiejscowieniem sprawy przeważnie w samym jądrze.

Gruźlica rozpoczyna się zwykle w przyjądrzu, a później na jądro przechodzi, powstaje również zwolna i bez bólu, tworzy jednak guzy nierówne, które szybko ulegają rozkładowi i zropieniu, tworząc zatokowate owrzodzenia w skórze; towarzyszy tej sprawie zwykle gruźlica powrózka nasiennego, pęcherzyków nasiennych, gruczolu krokowego, wreszcie płuc.

Rak powstaje również w samym jądrze i tworzy twarde, nierówne, szybko rosnące, z początku niebolesne guzy. Prędko jednak guzy rozpadają się i tworzą bolesne bardzo owrzodzenia.

*Powrózek nasienny* bywa zajęty bardzo rzadko; może się tworzyć w ściance jego równomierne zgrubienie (Lang), lub guziczki wielkości grochu bobu (Bert, Kocher, Simonds, Krówczyński).

O zajęciu *pęcherzyka nasiennego* w dwóch przypadkach w postaci zgrubienia ścianki donosi Lewin. Może również nastąpić powiększenie *gruczolu krokowego* skutkiem utworzenia się w nim nacieczenia (Lancereaux, Reliquet, Divaris, Le Fur, J. Grosplik, Watraszewski).

*Na sromie* u kobiet spostrzegamy odosobnione, lub zlewające się guzy, a także rozlane nacieki. Kilaki mają wielką skłonność do rozpadu i owrzodzeń i mogą zniszczyć wargi mniejsze i większe, tembardziej, że owrzodzenia kilakowe często stają się żrące (phagedaena). Często widzimy tutaj kilaki pełzające, które mogą przenosić się ze sromu na skórę brzucha, pachwiny, uda. Na sromie zdarzają się niekiedy kilaki w miejscu, zajętem niegdyś przez pierwotny wrzód.

*W pochwie* kilaki spostrzegamy nadzwyczaj rzadko; mogą one wywołać zwężenie jej. Matzenauer spostrzega w dwóch przypadkach po kilakach pierścieniowate zwężenie pochwy. Nieco częściej tworzą się kilaki na części *pochwowej macicy* (Fournier, Heitzmann, Rode, Mraček, Neumann, Watraszewski i inni); tworzą one przeważnie niebolesne ogragle owrzodzenia z dnem przykrytem silnie przylegającą białawą, lub żółtawą masą rozpadową. O porażeniu ciała *macicy* nie mamy dotąd żadnych pewnych danych. Matzenauer przypuszcza, iż macica, która wytworzyła łożysko z objawami przymiotu, nie może sama pozostać normalną.

*W jajowodach* w jednym przypadku Bouchard'a i Lépi-da ścianki były zgrubiałe i na przecięciu widać było po trzy miękkie czerwone kilaki wielkości orzecha łaskowego.

*W jajnikach* również można spotkać rozlane międzymiąższowe zapalenie (Lécorché, Virchow) i ograniczone kilaki (Lancereaux, Lebert, Richet).

*W pęcherzu* kilaki spostrzegamy rzadko (Virchow, Tarnowski, Follin, Voillemier, Neumann, Margules, Le Fur); występowały one w postaci białawych licznych guzieczków, wielkości lebka szpilki, rozrzuconych, lub zgrupowanych. Według Neumann'a może nastąpić wtórnie przymiotowe zapalenie tkanki łącznej przypęcherzowej i okołopęcherzowej.

*W nerkach* sprawa przymiotowa bywa albo rozlana, albo ograniczona. Sprawa rozlana nie różni się od chronicznego zapalenia nerek, wywołanego przez inną przyczynę i przedstawia się, albo 1) w postaci dużej białej nerki, przy której na pierwszy plan występują zmiany nabłonka (tłuszczowe zwyrodnienia) w kłębkach i w kanalikach, 2) w postaci pstrej nerki, w której na pierwszy plan występuje międzymiąższowe nacieczenie i tworzenie się bliznowatej tkanki łącznej; niszczy ona kłębki i kanaliki. Widujemy również postacie przejściowe. W nerkach z dominującym międzymiąższowym zapaleniem powierzchnia staje się nierówna, ziarnista, spistość twardsza, a objętość mniejsza. Rozlana międzymiąższowa sprawa może występować nie jednakowo silnie w obu nerkach; może zająć tylko jedną nerkę, lub nawet jej część. Przebieg bywa zawsze bardzo powolny; ciągnie się wiele lat. Ilość uryny bywa zwykle powiększona; ciężar gatunkowy niski, zabarwienie blade, nieznaczna ilość białka i osadu, w którym znajdujemy nieco szklistych wałeczków i jednojądrowych leukocytów. Ograniczone kilaki w nerkach spostrzegamy rzadko; mogą one rozwijać się tak w nerce, zajętej już sprawą miąższową, jaki w nerce na wygląd normalnej. Kilaki ograniczone umiejscawiają się częściej w istocie korowej nerki, niż w samych piramidach; tworzą one guzy wielkości lebka szpilki, orzecha łaskowego, suche i twarde, zabarwienia czerwono-szarego, lub żółtawego, otoczone szarawo-białą torebką. Występują one pojedynczo, lub też w nadzwyczaj dużej liczbie (do 280). Z czasem większe kilaki ulegają serowatemu zwyrodnieniu i mogą opróżnić się do przewodów moczowych (Sailer, Welander); wtedy nagle, bez



żadnych ogólnych objawów, uryna staje się brudno-bronzo-  
wą, zawiera czerwone krążki krwi, rozpadające się komórki,  
miążgę i walczki szkliste, lub krwawe. Objaw ten po kilku  
dniach, a nawet godzinach przechodzi.

Choć przymiotowe cierpienie nerek należy do spraw  
ciężkich i uporeczywych, jednak odpowiednie i wczesne le-  
czenie rokuję dobre wyniki.

Skrobiowate zwyrodnienie w nerkach spostrzegamy,  
albo współcześnie z kilową sprawą w tym narządzie, lub też  
współcześnie ze skrobiowatym zwyrodnieniem innych na-  
rządy.

*W nadnerczu* spostrzegano parokrotnie międzymięsz-  
owe nacieczenie, doprowadzające do marskości (Chwostek),  
lub też zwyrodnienie tłuszczowe (Huber i Tourner) i zwy-  
rodnienie skrobiowate.

*W gruczole sutkowym* spostrzegano również rzadko ogra-  
niczone kilaki i międzymięszowe nacieczenia.

*W przysadce mózgowej* (hypophysis) Virchow, Meyer  
i Lancereaux spostrzegali kilaki.

*W gruczole tarczycowym* widziano wielokrotnie ograni-  
czone kilaki i międzymięszowe zapalenie jak również spo-  
strzegano je parokrotnie w *tkance łącznej miednicy* (Fournier,  
Loeb).

## ROZPOZNANIE.

Rozpoznanie przymiotu w okresie trzeciorzędowym i wogóle może być uskutecznione na mocy wywiadów, (anamnesis) badania stanu chorego (status praesens), badania drobnowidzowego leczenia swoistego (ex. iuvantibus) i na mocy badań serodyagnostycznych. Rozpoznanie posiada nadzwyczaj ważne znaczenie dla chorego, często decydujące o całym jego życiu: należyte rozpoznanie przymiotu pozwala zastosować odpowiednie i skuteczne leczenie, zapobiega przeniesieniu zarazy na otaczających i t. p. Nienależyte zaś rozpoznanie może zwichnąć społeczne stanowisko danego osobnika, zneurastenizować go, narazić na leczenie środkami nie zawsze obojętnymi dla ustroju i t. p.

Rozpoznanie powinno więc być dokonane nadzwyczaj starannie i stwierdzone w razach wątpliwych wszystkimi możliwymi sposobami.

Przedewszystkiem zawsze należy zebrać szczegółowe wywiady. Wprawdzie chorzy mogą nie wiedzieć o swej chorobie, lub umyślnie ją ukrywać, lecz nawet w tych razach umiejętne zapytania pozwalają zwykle uchylić nieco zasłony nad przeszłością chorego. Chory powinien być rozpytany o wszelkich możliwych objawach przymiotu pierwszo-, drugo- i trzeciorzędowego, -- a więc czy nie miał kiedykolwiek owrzodzenia na organach płciowych, lub na innych miejscach, a ewentualnie o wyglądzie wrzodu, czasie jego trwania i o towarzyszących objawach, np. dymienicach. Następnie należy wypytać o wszelkich możliwych objawach drugo-

i trzeciorzędowych, jak podniesienie temperatury, ogólne niedomaganie, wysypki na skórze i błonach śluzowych, cierpienie paznokci, wypadanie włosów, bóle głowy, kości, mięśni, zaburzenia nerwowe, oczne, żołądkowe i t. p., o wszelkich przebytych dawniej chorobach, nadużyciach in Baccho et in Venere, ewentualnie o stan zdrowia żony (poronienia), dzieci, a nawet o stan zdrowia rodziców, jeśli nasuwa się podejrzenie odnośnie przymiotu wrodzonego. Również należy rozpytać się o dotychczasowe leczenie i jego działanie. Każdy fakt podejrzany z wywiadów powinien być należycie oceniony na mocy tego, co wiemy o własnościach objawów przymiotu, a cały dotychczasowy przebieg choroby w umyśle odtworzony.

Na wywiadach jednak nie należy się nigdy bezwzględnie opierać w wyciąganiu wniosków: potwierdzenia musimy szukać w badaniu przedmiotowym chorego.

Dla wytworzenia sobie pojęcia o obecnym stanie chorego, należy systematycznie i szczegółowo zbadać wszystkie jego narządy. Przedewszystkiem powinno się obejrzeć dokładnie i po kolei całą powierzchnię skóry, nie wyłączając dłoni, podszew, paznokci i owłosionych części ciała, i wszystkie dostępne dla badania błony śluzowe, rozpatrzeć wszelkie wykwitki i ślady po nich, a następnie zbadać stopniowo wszystkie układy ustroju, zwracając szczególniejszą uwagę na stan gruczołów chłonnych, powierzchnię kości, leżących blisko pod skórą, (czaszka, przednia powierzchnia goleni), na ruchy mięśni kończyn, twarzy i oka, odruchy ścięgien i źrenicy, na czucie, równowagę i t. p. Wszystkie znalezione przy badaniu objawy chorobowe należy poszczególnie ocenić odnośnie do ich pochodzenia, trwania natężenia i t. p., i dopiero na mocy otrzymanego w powyższy sposób całego obrazu choroby postawić rozpoznanie. W razach wątpliwych powinno być ono zawsze stwierdzane przez badanie drobnowidzowe zmian anatomo-patologicznych w wykwitach, a przedewszystkiem przez badanie bakteriologiczne: w okresie wrzodu pierwotnego i wykwitów drugorzędowych, szczególniej ciekających, łatwo odnaleźć krętki blade, później zaś napotyka się przy tem nadzwyczajne trudności. Niekiedy rozpoznanie może być stwierdzone dopiero na mocy obserwacji dalszego przebiegu choroby i działania środków swoistych (ex. iuvantibus). Leukocytozę w płynie mózgo-rdzeniowym, zdarzającą się

często u luetyków, szczególnie przy cierpieniach ośrodków nerwowych, można również zużytkować dla celów rozpoznawczych, lecz dane te nie dostarczają pewnych dowodów. Daleko więcej obiecywano sobie z serodyagnostyki.

*Serodyagnostyka* przymiotu, zwana inaczej próbą Wassermanna, opiera się na wynikach doświadczeń Bordet'a i Gengou'a. Dowiedli oni, iż antygen (bakteryę), dodany do swoistego amboceptora (ciało, powstające w ustroju pod wpływem antygeny), wiąże komplement (ciało, krążące w ustroju każdego osobnika i przeciwdziałające szkodliwym obcym wpływom), i wtedy następuje bakteryoliza. Zjawisko powyższe odpowiada zupełnie tak zwanej hemolizie. Zastrzykując np. kilkakrotnie w ciągu paru tygodni krew barana królikowi, można go uczynić odpornym względem tej krwi, t. j. zaczyna on rozpuszczać czerwone krążki krwi barana. W hemolizie powyższej również biorą udział 3 składniki.

- 1) antygen — czerwone ciała krwi barana,
- 2) amboceptor — ciało obce ustrojowi królika, które powstało pod wpływem antygeny i warunkuje odporność królika względem czerwonych krążków krwi barana,
- 3) komplement.

Sprawę, odbywającą się tutaj, objaśniamy na mocy teorii Ehrlicha łańcuchów bocznych: amboceptor hemolityczny posiada dwie wiążące grupy — jedną mającą powinowactwo do komplementu, a drugą do czerwonych krążków krwi; także dwie wiążące grupy posiada i komplement: jedną, mającą powinowactwo do amboceptora, a drugą, oddziałyującą na czerwone ciała krwi.

Komplement jest ciałem niestalem, i w surowicy, zawierającej amboceptor i komplement, można zniszczyć ten ostatni t. j. inaktywować surowicę za pomocą ogrzewania półgodzinnego przy t. 50° C.

W razie połączenia łańcucha bakteryolitycznego z łańcuchem hemolitycznym komplement spotyka: 1) albo dwa nieswoiste względem siebie ciała: przymiotowy antygen i normalną surowicę, nie łączy się z nimi, lecz uzupełnia łańcuch hemolityczny i doprowadza do skutku hemolizę, 2) albo napotyka dwa względem siebie swoiste ciała: przymiotowy antygen i przymiotowy amboceptor w surowicy badanej, łą-

czy się z nimi, nie przechodząc już do łańcucha hemolitycznego, i w taki sposób hamuje hemolizę.

Wassermann, Bruck i Neisser zamiast hodowli krętków białych, nieotrzymywanych dotychczas, brali wyciąg z wątroby płodu, zakażonego kiłą, a zawierającą zazwyczaj dużą ilość krętków białych, i na mocy swych licznych badań na małpach i na ludziach zużytkowali próbę powyższą do celów rozpoznawczych.

Następnie i inni badacze zaczęli stosować próbę Wassermanna na szeroką skalę, sprawdzając rozpoznanie przymiotu m. w. w 80—90% przypadków tej choroby. Zauważono również, iż nowy odczyn na przymiot udaje się w więdzie rdzenia (Schütze, Bruck) i w paraliżu postępującym (Wassermann i Plaut) przynajmniej w 80%.

Następne badania zachwiały jednak wartość próby Wassermanna pod względem teoretycznym. Landsteiner zauważył, że odchylenie komplementu udaje się nawet wtedy, gdy bierzemy do doświadczeń zamiast antygenu przymiotowego wyciąg z narządów niesyfilitycznych. Wywnioskowano więc, że w próbie Wassermanna działają nie zarazki przymiotu, lecz substancje, znajdujące się stale w ustroju i mające szczególne powinowactwo do pewnych związków w surowicach przymiotowych. Wassermann i Porges przypuszczali, iż substancja ta jest natury lipoidowej, i istotnie Porges, Meier, Landsteiner, Müller, Pötzl, Levaditi dowiedli, iż rozpuszcza się ona w alkoholu. Zarazem Fornet i Michaelis spostrzegli, że surowica syfilityków może tworzyć osady z różnymi rozczynami. Porges i Meier starali się odchylić komplement wyciągiem z lipoidu-lecycyny, którego własności są znane. Następnie zastąpiono lecytynę przez sole kwasów żółciowych (Levaditi), mydła (Sachs), a nawet przez wodę destylowaną, objaśniając sobie otrzymywanie osadu z surowicy osobników, chorych na przymiot, odrębnymi własnościami tej globuliny. Następnie dzięki pracom Eliasa, Neubauera, Porgesa, Salomona i innych stwierdzono, iż osad otrzymuje się również z surowicy osób niezakażonych przymiotem, tylko w mniejszym stopniu.

Klinicznie również zachwiano znaczenie próby Wassermanna dla przymiotu. Much i Eichelberg spostrzegali wielokrotnie odczyn Wassermanna przy szkarlatynie. Hoffmann i Blumenthal otrzymali ten odczyn raz w framboesia

tropica. Ponieważ Landsteiner spostrzegł, iż surowica zwierząt, chorych na dourine, daje także odczyn wiązania dopełniacza, zaczęto więc tłumaczyć sobie powyższe fakty pewnem pokrewnem działaniem na surowicę przez różne pierwotniaki. Próbę Wassermanna, wprawdzie niezupełną, spostrzegano parokrotnie w gruźlicy, w cukrzycy i przy nowotworach. Wyniki moich badań nieco dalej posuwają tę kwestyę. Na 145 badań, dokonanych w pracowni d-ra Serkowskiego, otrzymano: dodatni odczyn Wassermanna w 61 przypadkach przymiotu i w 4 przypadkach osób, niezakażonych przymiotem (rzeżączka ostra, wyprysk przewlekły, figówka, łysina plackowata); odczyn Wassermanna niezupełny — w 16 przypadkach przymiotu i w 3 przypadkach osób, niezakażonych przymiotem (trądzik różowaty, rzeżączka, zapalenie żołądki wrzodziejące). Odczyn Wassermanna ujemny otrzymałem w 15 przypadkach przymiotu, w 5 przypadkach wiądu rdzenia i porażenia postępującego i w 41 przypadkach osób niezakażonych przymiotem (rzeżączka i różne cierpienia czysto skórne, jak świerzba, łuszczyca, wyprysk i t. p.

Dodam jeszcze, iż dodatni odczyn próby Wassermanna w przymiocie spostrzegano w różnych jego okresach i niezależnie zupełnie od leczenia.

Dochodzimy więc do wniosku, iż rozpoznawcze znaczenie próby Wassermanna jest niewielkie, i należy nawet dodatnie jej wyniki przyjmować z wielką ostrożnością, opierając się w rozpoznaniu głównie na objawach klinicznych, badaniu bakteryologicznem i wywiadach, a w ostateczności na działaniu środków swoistych.

## ROKOWANIE.

Objawy pierwszo — i drugorzędowe, jak już wspominaliśmy, rzadko są niebezpieczne dla danego ustroju. Dopiero objawy okresu trzeciorzędowego bywają destrukcyjne, niszczą mięsz narządów i to narządów ważnych, nawet niezbędnych dla życia, jak kości, mięśnie, mózgowie, rdzeń paccierzowy, serce, naczynia, pluca, żołądek, kiszki, wątroba, nerki i t. p.

Właściwie więc rokowanie co do przymiotu sprowadza się głównie do rokowania odnośnie okresu trzeciorzędowego, a także do tak zwanych cierpień poprzymiotowych, jak wiażdzenia i porażenie postępowe.

W początkach choroby trudno przewidzieć, jaki będzie okres trzeciorzędowy, gdyż nie zależy on od źródła zarazy, długości wylęgania, od właściwości pierwotnego objawu, rodzaju i ciężkości drugorzędowych objawów. Charakter przebiegu okresu pierwszo—i drugorzędowego daje nam tylko pewne wskazówki odnośnie odporności organizmu; lecz odporność ta jest rzeczą względną, zależną często od różnych wypadkowych okoliczności, i może się z czasem zmieniać.

Duży wpływ na przebieg przymiotu posiadają: ogólny stan zdrowia, budowa ustroju, wady organizacyi i fizyologiczne właściwości, odziedziczone albo nabyte, np: osobniki delikatnej budowy, garbaci, małokrwieści, lub osłabieni przez jakąś ciężką chorobę posiadają zwykle ciężki przebieg przymiotu (*lues maligna*): już drugorzędowe objawy u nich odznaczają się skłonnością do rozpadu i uporczywością, a trze-

ciorzędowe zaczynają się zjawiać bardzo wcześnie (lues praecox). Chorzy, obarczeni dziedzicznie pod względem nerwowym, są skłonni do ciężkich nerwowych cierpień, jak przymiot mózgu, wład rdzenia, porażenie postępowe. Wiek bardzo wczesny, lub późny obciąża zazwyczaj bardzo przebieg przymiotu.

Przymiot, nabyty w pierwszych tygodniach po urodzeniu, pomijając już przymiot wrodzony, kończy się bardzo często śmiercią. Również przymiot, nabyty po 50-ym, a tembardziej po 60-tym roku, obfituje zazwyczaj w ciężkie, bardzo niebezpieczne objawy i kończy się przeważnie wczesną śmiercią. U starców zwykle już w pierwszym roku choroby rozpoczynają się objawy trzeciorzędowe, jak rozpadające się szybko kilaki w skórze, w błonach śluzowych i w kościach, zmiany w mózgu, w rdzeniu pacierzowym i w sercu, a prztem szybkie wyniszczenie organizmu. Taki przebieg przymiotu u starców objaśniamy sobie zwyrodnieniem tkanek, osłabieniem odporności, zmniejszeniem energii życiowej — zwykłych następstw tego wieku. Na przebieg przymiotu wpływają również warunki i tryb życia, jak niedostateczne lub nieprawidłowe odżywianie, ciasne, wilgotne i nieprzewietrzane mieszkanie, chłodny i wilgotny klimat, brak ruchu i odpoczynku, szczególnie snu, ciągle zmęczenie fizyczne i umysłowe, nadużycia płciowe, ciągle wyczerpywanie nerwów grą w karty, na giełdzie i t. p.

Alkoholizm warunkuje cięższy przebieg przymiotu. U nadużywających wysoką bywa większa gęstość wysypek, częstsze nawroty i cięższe postacie, posiadające szczególniejszą skłonność do rozpadu.

Przewlekłe i wyczerpujące ustrój choroby, jak gruźlica płuc, malaria wpływają na przyspieszenie okresu trzeciorzędowego i niezwykle natężenie jego objawów. Szczególniej silnie ulegają działaniu przymiotu narządy, dotknięte gruźlicą.

Najważniejszy jednak, prawie decydujący wpływ na przebieg przymiotu posiada leczenie. Odpowiednie leczenie opanowuje chorobę i usuwa doszczętnie, jeśli nie samą przyczynę choroby, to przynajmniej jej objawy. Przymiot u osób, leczonych od samego początku systematycznie, pozostaje chorobą dobrotliwą, gdyż m. w. w 95% kończy się na nieznacznych i szybko przemijających objawach drugorzędowych,



jak wysypka plamista, lub grudkowata na skórze i blaszki nadżerkowate na błonach śluzowych. Przymiot nieleczone, lub leczony niedostatecznie, przyjmuje, jeśli nie zawsze, to najczęściej, ciężki i niebezpieczny przebieg, powoduje groźne kalectwo, lub nawet śmierć. Leczenie, zapóźno rozpoczęte, nie jest w stanie naprawić zniszczenia, lub odrodzić zanikłe tkanki, a w narządach o bardzo delikatnej budowie (np. oko, tkanka nerwowa) już nieznaczne zmiany mogą bezpowrotnie spowodować ważne czynnościowe zaburzenia.

W wyjątkowych razach u osobników, nie posiadających odpornego organizmu, leczenie widocznie wpływa tylko na same objawy, a nie na przyczynę, gdyż znikają one pod działaniem środków leczniczych, żeby znowu po pewnym przeciągu czasu powrócić w tej samej, lub w innej postaci, na tem samem, lub innem miejscu.

W wyjątkowych tylko razach spotykamy osobniki, na które leczenie nie oddziaływa skutkiem jakichś niewiadomych obciążających przyczyn.

Rokowanie więc co do przebiegu przymiotu, co do ciężkich trzeciorzędowych i poprzymiotowych cierpień zależy głównie od odpowiedniego leczenia, i pod tym względem przymiot można uważać za chorobę dobrotliwszą od wielu innych.

Odpowiednie rokowanie często posiada nadzwyczaj ważne znaczenie ze względów społecznych, gdy należy decydować o możliwości wstępowania osobnika, zarażonego przymiote, w związki małżeńskie. Rokowanie takie jest nadzwyczaj trudne. Nigdy nie można stwierdzić zupełnego wygaśnięcia choroby, na mocy jednak doświadczenia wieków, jesteśmy w stanie wyprowadzać wnioski z bardzo wielkiem prawdopodobieństwem. W pozwoleniu na związek małżeński najważniejszą rolę odgrywa odpowiednio przeprowadzone leczenie, które pozwala choremu powrócić do normalnego społecznego życia. Pewne znaczenie posiada tutaj także i przebieg przymiotu. W każdym razie można pozwolić wstąpić w związki małżeńskie nie wcześniej, jak w pięć lat po zarażeniu, i to gdy od ostatnich jakichkolwiek objawów upłynęły już najmniej trzy lata. Dodam przytem, iż często wobec najmniejszej wątpliwości uważam za właściwe przeprowadzić dopełniające leczenie jeszcze raz przed ślubem.

## ANATOMIA PATOLOGICZNA.

Zmiany anatomo-patologiczne okresu trzeciorzędowego, występujące klinicznie pod postacią ograniczonych kilaków, lub rozlanych nacieków, umiejscawiają się zawsze przede wszystkim w tkance łącznej, a przylegając do komórek wyżej zorganizowanych (nabłonki, komórki mięszkowe narządów), oddziałują na nie wtórnie. Zmiany te pozostają zawsze w bardzo ścisłym stosunku do naczyń krwionośnych; a ponieważ zmiany w ścianach naczyń są często największe, od nich więc zaczynamy opis.

### Naczynia.

Zmianom syfilitycznym ulegają najczęściej drobne naczynia krwionośne i chłonne, mianowicie włosowate, potem drobne żyły, następnie tętnice, o wiele rzadziej naczynia średniej wielkości, a jeszcze rzadziej duże tętnice i duże żyły.

*Włośniczki i naczynia chłonne* są czasem rozszerzone, częściej jednak zwężone skutkiem nabrzmiewania śródbłonka, który wpukla się do światła naczynia. Płóć zarodzi w komórkach śródbłonka jest jakby większa, niekiedy zaródź bywa nieco ziarnista; jądra komórek są pęcherzykowate; dzięki zmianom tym śródbłonek staje się podobny do komórek nabłonkowatych. Śródbłonek często zaczyna bujać, przy-

czem bujanie to jest równomierne w całym naczyniu lub odbywa się na pewnej tylko przestrzeni. Skutkiem tego bujania światło naczyń może być zamknięte; niezależnie od tego naczynie może być zgrubiałe. Zgrubienie to bywa czasem wrzecionowate, czasem zaś przejawia się pod postacią półkuli. W tych miejscach zmiany wsteczne w komórkach śródbłonna bywają wyraźniejsze (ziarnistość i duże wodniczki w zarodki). Często ilość włóściczek wydaje się wzmożona.

*W tętniczkach i żyłach* małego kalibru zmiany, jakim ulega śródbłonek, bywają takie same, jakie widzieliśmy we włóściczkach. Prócz tego tkanka łączna błony wewnętrznej



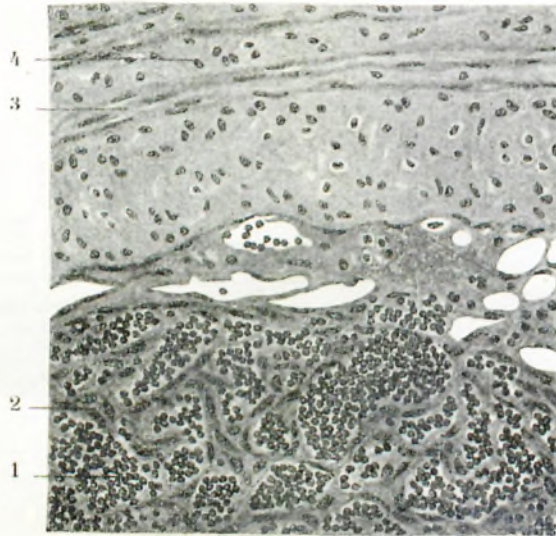
Rys. 34. 1) Błona wewnętrzna, 2) — środkowa, 3) — zewnętrzna.  
(Art. tibialis post.—Przypadek kol. Belkowskiego.)

Ob. A. Ok. 2 (Zeiss).

często zaczyna bujać; bujanie to może również doprowadzić do zamknięcia światła naczynia. Jednocześnie zauważyć można zmiany w błonie zewnętrznej naczyń krwionośnych: zwykle grubieje ona nieco i ulega drobnokomórkowemu nacieczeniu. Komórki nacieczenia w początkowych okresach układają się przeważnie dość symetrycznie i koncentrycznie naokoło błony środkowej; później zaś nacieczenie bywa mniej prawidłowe i zlewa się z naciekiem, otaczającym całe naczynie.

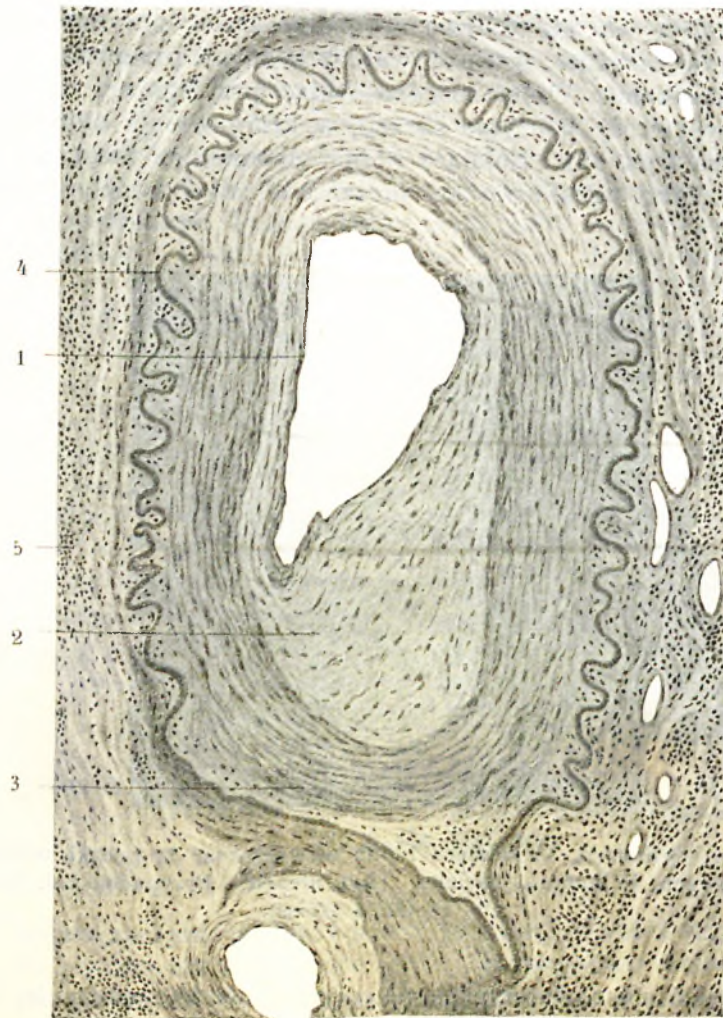
*W tętnicach i żyłach większych* (rys. 34) komórki śródbłonkowe grubieją, bujają i ulegają nieznacznym zmianom wstecznym; oddzielają się przytem częściowo, nie obnażając

zazwyczaj tkanki łącznej. Jednocześnie zaczyna bujać tkanka łączna, leżąca pomiędzy blaszką sprężystą wewnętrzną (lamina elastica interna) i śródbłonkiem; zawiera ona wtedy więcej komórek, niż to bywa normalnie; są one przytem okrągłe, wrzecionowate, gwiazdowate z licznymi przeplatającymi się wyrostkami. Często bardzo widać przylegający do ściany wewnętrznej naczynia skrzep, w który wrasta błona wewnętrzna (rys. 35). Bujająca błona wewnętrzna zwęża światło naczynia; zgrubienie to może być albo koncentryczne



Rys. 35. 1) Skrzep, 2) bujająca błona wewnętrzna, 3) pęczki włókien mięśniowych, 4) komórki nacieku. (Art. ulnaris.—Przypadek kol. Otto.)  
Ob. D. Ok. 4 (Zeiss).

i rozwijać się równomiernie na całym obwodzie naczynia, lub też, rozwijając się z jednej tylko strony, przybiera kształty nieprawidłowe—sierpowate (rys. 36), grzybowate i t. p. Niekiedy dochodzi do zupełnego zarośnięcia światła naczynia (rys. 37); w takich razach wypełnia się ono zupełnie tkanką łączną skanalizowaną, to jest poprzerzynaną drobnymi naczyniami. Błona sprężysta wewnętrzna opiera się bardzo długo sprawie syfilitycznej i często ona jedna świadczy o pochodzeniu łączno-tkankowego nacieczzonego pasma.

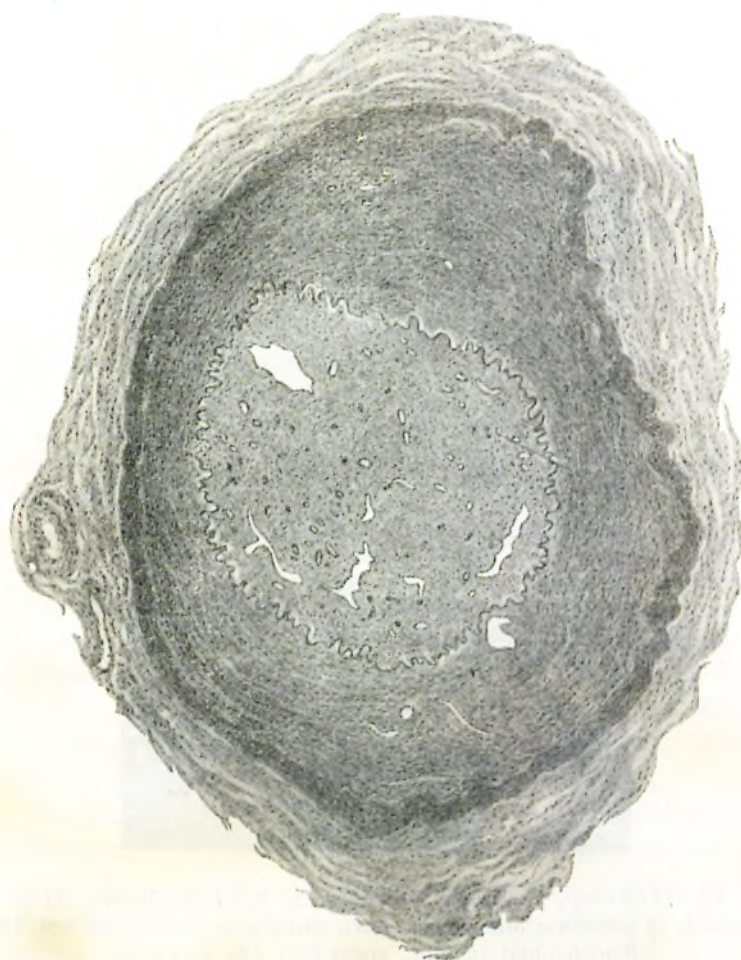


Rys. 36.

1) śródbłonki, 2) bujająca błona wewnętrzna, 3) błona środkowa, 4) lamina elast. ext., 5) błona zewnętrzna naciekla. (Tętnica w obrębie kila-  
ka mózgu.)

Apochr. 16 mm., apert, 0,30. Ok. 2 (Zeiss).

Współcześnie ze zmianami w błonie wewnętrznej, a nawet wcześniej, spostrzegamy zmiany w błonie zewnętrznej naczynia; ulega ona nacieczeniu, niekiedy tak mocnemu, iż

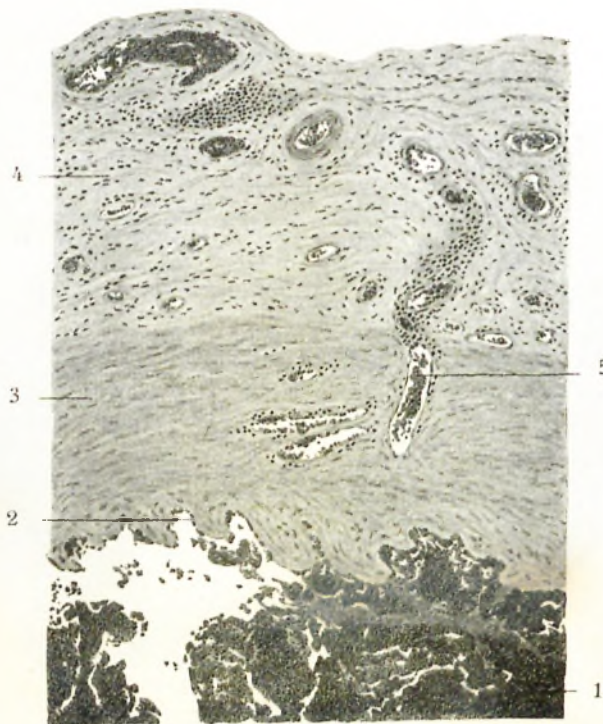


Rys. 37. (Art. femoralis.) — Przepadek kol. Bełkowskiego.)  
Ob. A. Ok. 2 (Zeiss).

zacierają się zewnętrzna granica naczynia. Komórki nacieku wciskają się także pomiędzy pęczki włókien mięsnych błony środkowej, skutkiem czego rozsuwają się one i zmieniają swój koncentryczny układ.

Zdaje się, iż sprawa w naczyniach rozpoczyna się w błonie zewnętrznej, zależnie od zmian w drobnych naczyniach odżywczych (vasa vasorum), widzimy bowiem nieraz, że koło nich grupuje się naciek i postępuje od zewnątrz ku środkowi naczynia (rys. 38).

Wogóle naczynia, ulegające sprawie syfilitycznej, są okrażone **naciekiem**, tak zwanym płaszczem komórkowym.



Rys. 38. 1) Skrzep, 2) błona wewnętrzna, 3) bł. środkowa, 4) bł. zewnętrzna, 5) naczynie odżywcze. (Art. radialis. — Przypadek kol. Otto.)  
Apochromat 16 mm., apert 0,30. Ok. 2 (Zeiss).

Nacieki te zlewają się ze sobą i często tworzą jedną masę, nie różniącą się od opisanej w sprawach drugorzędowych. Spostrzegamy więc tu komórki zarodkowe z dużym, mocno barwiącym się jądrem i skąpą zarodnią, tworzącą około jądra wąską obwódkę; dość liczne komórki eozynofilowe z ciałem drobno ziarnistym, z jednym, lub paroma okrągłymi niewiel-

kiemi jądrami; sporo komórek plazmatycznych, leżących szczególnie obficie na obwodzie nacieku; komórki nabłonkowe z dużym pęcherzykowatym, słabo barwiącym się jądrem i dość liczne komórki olbrzymie. Wygląd komórek olbrzymich bywa taki sam, jak w grudkach syfilitycznych. Prócz tego, przeważnie na obwodzie nacieku, spostrzegalem nieliczne komórki tuczne i nieco komórek wędrujących. W nacieku, dłużej trwającym, widzimy liczne wykształcone komórki łączno-tkankowe, przeważnie wrzecionowate, z jądrem owalnym lub wrzecionowatym. W komórkach powyższych, szczególnie zarodkowych, spostrzegamy dość liczne figury karyokinetyczne.

Naokoło naczyń, pomiędzy komórkami nacieku, widzujemy często czerwone ciałka krwi w najrozmaitszych okresach zmian wstecznych. Włókna i pęczki łączno-tkankowe przebiegają pomiędzy komórkami nacieku w różnych kierunkach i tworzą siateczkę. Pęczki łączno-tkankowe bywają czasem grube, błyszczące, biegną równolegle, lub też krzyżują się i tworzą jakby wojłok.

Włókna elastyczne ulegają zmianom bardzo późno: z czasem pęcznieją, prostują się, słabiej barwią się i rozpadają na ziarna. W skórze giną mięśnie przywłosne (arrectores pilorum): komórki nacieku wciskają się pomiędzy pęczki mięśniowe, rozsuwają je i stopniowo doprowadzają do zaniku. Tkanka tłuszczowa z czasem ginie zupełnie. Równie szybko ulegają zanikowi mieszki włosowe; dłużej opierają się gruczoły potowe, szczególnie ich kłębki.

Najdłużej trwają nerwy i często można je widzieć prawie nienaruszone nawet pośrodku ognisk rozpadowych.

Nacieki, a właściwie wytwarzająca się tkanka łączna, doprowadza również do zaniku mięsiste komórki różnych narządów.

Ogniska rozpadowe spostrzegamy w najrozmaitszych okresach rozwoju nacieków. Początkowo zaródź komórek i włókna łączno-tkankowe słabiej się barwią, następnie ulegają martwicy; dłużej trwają jądra, lecz z czasem i one ulegają drobno-bryłkowatemu rozpadowi. Bryłki coraz słabiej się barwią i nakoniec zlewają się w jedną bezpostaciową masę. Różnica w zabarwieniu polega na tem, iż jądra i zaródź tracą powinowactwo do barwników zasadowych, a za-



chowują je jednak w pewnym stopniu do barwników kwaśnych, jak np. eozyna. W ogniskach zmartwiałych długo bardzo opierają się nekrozie włókna elastyczne, naczynia i ner-



Rys. 39. 1) Masa rozpadowa, 2) komórka olbrzymia, 3) otoczka, 4) naciek. Apochromat 16 mm., apert. 0,30. Ok. 4 (Zeiss).

wy; z czasem i one obumierają, tworząc masę bezpostaciową, która wysycha w masę biało-żółtawą, serowatą o spoiwości różnej — od kremu do chrząstki. Masa ta składa się

z ciał białkowych (albuminoidów) i ziarenek tłuszczowych. Spotykamy tam również kulki, łamiące światło, które Darier przyjmuje za lecytynowe.

### Kilaki ograniczone.

Wszystkie powyżej opisane zmiany spostrzegamy w kilakach. Kilaki składają się z ognisk, najlepiej widocznych w przypadkach świeższych. Ogniska powyższe są okrągłe, lub owalne, wielkości m. w. ziarnka prosa lub soczewicy; leżą jedno obok drugiego; w środkowych częściach kilaka są nieco większe, niż na obwodzie. Są to jakoby maleńkie kilaki, odpowiadające najmniejszym naczyniom, a zlewające się w jeden duży kilak.

Ogniska drobne (rys. 39) składają się z nacieku, w obwodowych częściach którego spostrzegamy zwykle sporo komórek plazmatycznych i nieco komórek tucznych, a ku środkowi więcej zarodkowych; w samym zaś środku zwykle masy rozpadowe, a obok nich tkankę granulacyjną z komórkami olbrzymiemi.

Ognisko takie zwykle bywa otoczone pęczkami grubymi odsuniętych i zsuniętych włókien łączno-tkankowych. Pęczki te przedstawiają się różnie w zależności od umiejscowienia sprawy (w warstwie brodawkowej i podbrodawkowej cieńsze, w skórze właściwej grubsze i t. p.).

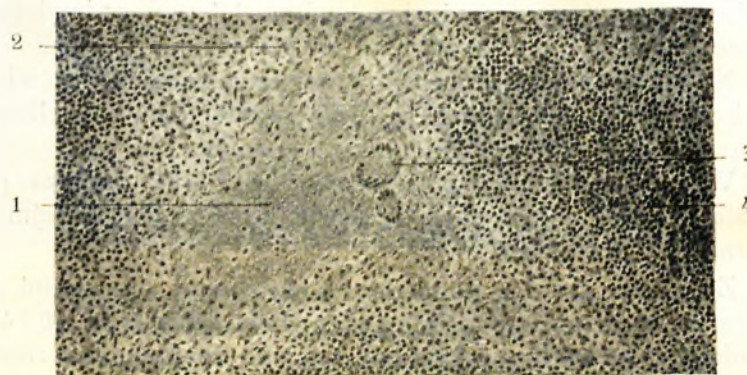
Na obwodzie ogniska spostrzegamy naczynia w większej liczbie, niż pośrodku; są one rozszerzone, napełnione krwią i otoczone wyraźnym płaszczem komórkowym.

W sprawach dalej posuniętych oddzielne ogniska poczynają zlewać się z sobą, rozpad postępuje i obejmuje znaczniejszą przestrzeń.

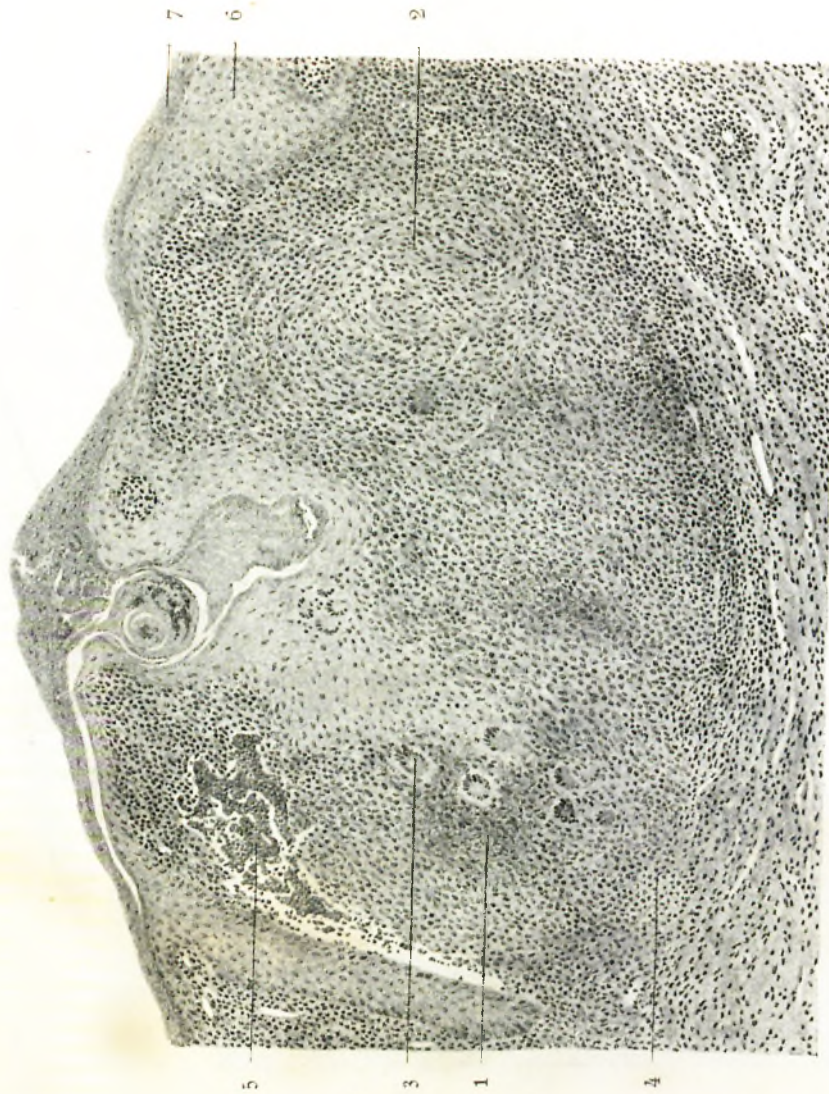
Z czasem granice pomiędzy oddzielnymi ogniskami tracają się zupełnie, pozostaje jeden duży kilak (rys. 40 i 41), posiadający pośrodku olbrzymie ognisko rozpadu lub rozrośniętą, bliznowatą tkankę łączną, zależnie od tendencji sprawy, i otoczony grubymi łączno-tkankowymi pęczkami z niewielką ilością płaskich jąder. Pęczki te tworzą otoczkę kilaka. Sprawa, powyżej opisana, przebiega niezależnie od umiejscowienia



Rys. 40. Kilaki ograniczone w oponie twardej i w przedniej części rdzenia kręgowego. Z preparatu kol. Orłowskiego. Lupa (Zeiss).



Rys. 41. 1) Masa rozpadowa, 2) tkanka granulacyjna, 3) komórka oligodendrocytowa, 4) naciek. (Część poprzedniego preparatu.)  
Ob. D. Ok. 2 (Zeiss).



Rys. 42. 1) Masa rozpadowa, 2) tkanka granulacyjna, 3) komórka olbrzymia, 4) naciek, 5) wylew krwawy, 6) naskórek, 7) warstwa rogowa, nieprawidłowo rogowaciejąca.

Apochromat 16 mm., apert. 0,30. Ok. 2 (Zeiss).



Rys. 43. 1) Warstwa rogowa, nieprawidłowo rogowiejąca, 2) warstwa koleczasta, 3) naciek, 4) tkanka granulacyjna, 5) komórka obrzęknięta, 6) wylew krwawy, 7) znekrotyzowany naskórek, 8) strup.

Apochromat 16 mm., apert. 0,30. Ok. 2 (Zeiss).

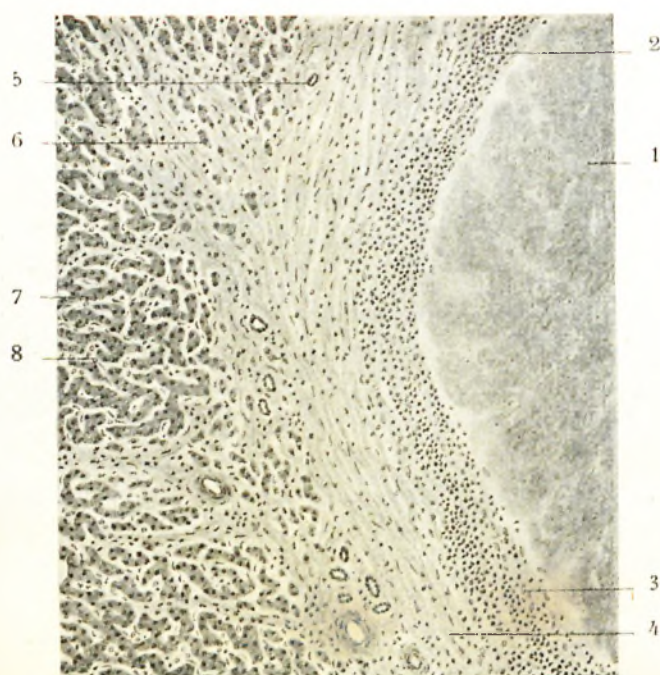


Rys. 44. 1) Warstwa rogowa, nieprawidłowo rogowaciejąca, 2) warstwa kolczasta, 3) tkanka granulacyjna, 4) komórka olbrzymia, 5) nekrotyzowany naskórek, 6) owrzodzenie, 7) strup.

Apochromat 16 mm, apert. 0,30. Ok. 2 (Zeiss).

i wielkości kilaków, a więc jednakowo w guziczkach, guz-  
kach i guzach, w skórze, błonie śluzowej i w narządach we-  
wnętrznych. Tylko miejscowe warunki nadają jej pewne od-  
mienne cechy.

Kilaki, umieszczone pod samym naskórkiem (rys. 42, 43  
i 44) lub nabłonkiem, oddziałują nań wtórnie. Skutkiem



Rys. 45. 1) Masa serowata, 2) resztki nacieku, 3) resztki tkanki granu-  
lacyjnej, 4) tkanka włóknista, 5) przewód żółciowy, 6) komórki wątro-  
bowe, obrośnięte tkanką łączną, 7) bełeczki wątrobowe, 8) rozrastająca  
się tkanka łączna śródmiąższowa. (Kilak wątroby.— Z dyagnostyki ana-  
tomo-patologicznej Z. Dmochowskiego.)

nabrzmienia i wydłużenia brodawek cieńszeją i zanikają so-  
ple nabłonkowe; naskórek i nabłonek cieńszeje, komórki kol-  
czaste stają się okrągłe lub spłaszczone, słabiej się barwią;  
warstwa ziarnista niknie, warstwa rogowa grubieje i zawiera  
sporo niezupełnie zrogowaciałych komórek. Pomiędzy komór-  
kami nabłonka spostrzegamy sporo komórek wędrujących, któ-

re, zbierając się szczególnie często pod warstwą rogową, tworzą ropnie, t. j. jamy kształtu okrągłego lub owalnego, wypełnione leukocytami i masą ziarnistą. Z czasem warstwa kolczasta ulega nekrozie; komórki coraz słabiej się barwią, stają się jednolite i tracą swe granice; pod zgrubiałą i zawierającą jądra warstwą rogową zbiera się coraz więcej leukocytów i masy bezpostaciowej, formuje się strup, który z czasem odpada, tworząc owrzodzenie.

Ponieważ sprawa szerzy się zwykle ku górze, przeto spostrzegamy często obumarcie odpowiedniego odcinka skóry w kształcie stożka, ku górze podstawą zwróconego, w skład którego wchodzi nie tylko naskórek, czasem zupełnie nawet niecieńczały, lecz nawet i skóra właściwa. Naokoło strupa widzimy zawsze wydłużenie sopli nabłonkowych, zgrubienie naskórka i obrzęk brodawek.

W kilakach, umiejscowionych w narządach wewnętrznych (rys. 45), sprawa, przebiegając w sposób podobny, jak w skórze i w błonie śluzowej, częściej jednak daje mniej typowe obrazy ze względu na rozmaity opór ze strony otaczających je tkanek.

#### **Kilaki rozlane.**

W kilakach rozlanych (rys. 46, 47 i 48), a właściwiej w nacieczeniach rozlanych, sprawa przedstawia się nieco odmiennie, niż w kilakach ograniczonych. Kilaki rozlane są to nacieczenia ściśle nieograniczone, nieprawidłowe, zawierają przeważnie mniej ognisk rozpadowych i komórek olbrzymich, a za to, szczególnie w ogniskach starszych, dużo grubych, błyszczących pęczków łączno-tkankowych; posiadają więc charakter chronicznego zapalenia z wytwarzaniem się tkanki łącznej bliznowaciejącej, która doprowadza do zaniku mięszkowe komórki narządów. I rzeczywiście kilaki rozlane często w niczem nie różnią się od chronicznego zapalenia, powstałego pod wpływem innych przyczyn i doprowadzającego do marskości narządów.



Kilaki ograniczone i rozlane można zaliczyć do rzędu ziarniniaków. Mają one charakter swoistego nowotworu, zbliżonego do ziarniniaków innego pasorzytniczego pochodzenia, jak gruźlica, trąd i t. p.

Rys. 46. 1) masa rozpadowa, 2) tkanka granulacyjna, 3) naciek, 4) naczynie.  
Apochromat 16 mm, apert. 0,30. Ok. 2 (Zeiss).



Virchow zalicza kilaki do ziarniniaków, zbliżonych do spraw heteroplastycznych, w przeciwieństwie do wykwitów okresu drugorzędowego, mających charakter rozrostowy.

Wagner uważa kilak ograniczony za nowotwór syfilityczny i daje mu miano syfilomatu.

Klebs zapatruje się na kilaki, jako na ziarniniaki pasożytniczego pochodzenia, lecz z pewnemi swoistemi cechami.

Oдноśnie do poszczególnych zmian w kilakach spotykamy pewne różnice w zdaniach.

Cornil zaznacza, iż zajęcie naczyń spostrzega się niestale. Unna i Tommasoli nie widywali zajęcia błony wewnętrznej naczyń w sąsiedztwie kilaków skórnych.



Rys. 47. Nacieczenia ograniczone w bocznych pęczkach i rozlane z wyraźną sklerozą w tylnych. (Rdzeń kręgowy. — Z preparatu kol. Orłowskiego. Lupa (Zeiss))

Morfan, Toupet, Jullien i inni zaliczają zajęcie błony wewnętrznej i wewnętrznej, głównie w tętnicach, do zjawisk obowiązkowych.

Krzyształowicz spotykał zmiany we wszelkiego rodzaju naczyniach kilaków skóry.

Najświeższe badania Darier'a wskazują, iż żyły są zajęte znacznie silniej, niż tętnice; to samo znalazł Orłowski w kilakach rdzenia kręgowego.

Birch Hirschfeld dowodzi, że przymiot wątroby przedstawia kilakowy periphlebitis.

Heubner przyjmował, iż sprawa w naczyniach rozpoczyna się w błonie wewnętrznej skutkiem bezpośredniego podrażnienia śródbłonka przez jad przymiotowy. Wywody jego znalazły potwierdzenie w spostrzeżeniach Birch — Hirschfelda i innych. Jednak przeważna część poważnych badaczy, jak np. Jaksch, Lancereaux, Baumgarten, Friedländer, Köster, Schütz, Rumpf, Thibièrge, Darier na mocy luźnych spostrzeżeń przyszli do przekonania, iż sprawa rozpoczyna się od naczyń odżywczych (a również towarzyszących im naczyń chłonnych), przedewszystkiem więc wywołuje zmiany w błonie zewnętrznej, a stopniowo przechodzi na błonę środkową i wewnętrzną.



Rys. 48. 1) Przewód gruczołowy, 2) rozrastająca się tkanka łączna, 3) ogniska zapalnego nacieczenia. (Marskość syfil. trzustki.— Z dyagnostyki anatomo-patologicznej Z. Dmochowskiego.)

Co się tyczy mnożenia się komórek kilaka, Unna jest zdania, iż odbywa się on sposobem amitotycznym, gdyż nigdy mitozy nie spostrzegał.

Największe różnice spotykamy w poglądach na budowę guziczków. Wypływa to stąd, iż pomiędzy guziczkiem a grudką spotykają się najrozmaitsze postacie przejściowe, więcej lub mniej zbliżone budową swą do obu tych tworów.

Według Unny, budowa guziczka (zaliczonego przez niego do tworów trzeciorzędowych) jest bardziej zbliżona do budowy grudki, niż do budowy kilaka. Również Hardy wyraża zbliżony pogląd. Bernhardt wyraża zdanie, iż tubercu-

lum siccum posiada odrębny od kilaków sposób rozwoju i mniej silnie wyrażone zmiany.

Jednak przeważna część autorów, jak Fournier, Lancereaux, Cornil, Jullien, Lang, Kaposi i inni, widzą w guziczku powierzchniowy skórny kilak.

Nicolas i Favre znaleźli niedawno, iż budowa guziczków odpowiada w zupełności zmianom, uważanym za gruźlicze, gdyż tworzą prawdziwe guziczki follikularne syfilityczne.

Właściwie budowa kilaków w porównaniu do wykwitów okresu drugorzędowego, szczególnie grudek, różni się nie zasadniczo, a tylko w natężeniu sprawy: spostrzegamy tu i tam zajęcie wszystkich naczyń, naciek, ugrupowany ściśle naokoło nich, takiż sam m. w. skład i wygląd nacieku i tkanki granulacyjnej, — jednak zajęcie naczyń bywa znacznie silniejsze. Prawdopodobnie zależnie od tego ogniska rozpadu są większe i występują wyraźniej.

Zmiany w naczyniach oraz znaczne krwawe wylewy nadają czerwono-niebieskawe zabarwienie kilakom, a rozpad i tłuszczowe zwyrodnienie wpływa na spoistość kilaków.

Pod względem anatomo-patologicznym budowa kilaków bywa mniej lub więcej zbliżona do tworów gruźlicy, trądu, nosaczyny i grzybicy guzowej.

Szczególnej wielkie podobieństwo bywa pomiędzy tworami trzeciorzędowego przymiotu i gruźlicą.

Gruźlica posiada wyraźniejszą skłonność do rozpadu; jej serowate ogniska częściej się rozmiękczają, gdy kilaki posiadają charakter więcej plastyczny i suchość znaczniejszą.

Głównie różnica ma się opierać na ugrupowaniu nacieku, na stosunku jego do naczyń krwionośnych, na stopniu i rozwoju zmian w podścielisku. Twierdzą, iż w ogniskach gruźliczych komórki olbrzymie i nabłonkowate są liczniejsze i ugrupowane więcej pośrodku ognisk zapalnych, utworzonych z małych plazmatycznych komórek. W przymiocie zaś widzieliśmy, iż nacieki, utworzone z dużych komórek plazmatycznych, mieści się częściej naokoło naczyń, niż w postaci guzków, wypełnia oczka podścieliska, które posiada większą tendencję do zbliźnowacenia, niż do zaniku. Wszystkie jednak powyżej przytoczone oznaki są nadzwyczaj względne i do-

piero odnalezienie laseczników gruźliczych stanowi o rozpoznaniu.

Należy przytem pamiętać, iż ogniska przymiotu mogą być wtórnie zakażone przez gruźlicę, zaś w niektórych tworach gruźlicy, np. w tuberkulidach, znajdowano nader rzadko laseczniki gruźlicze.

Trąd w guziczkach posiada duże komórki z licznymi wodniczkami i drobnoustrojami, nie wywołuje zaś zmian w naczyniach i sklerozy; jednak w płamach trądu spostrzegano płaszcze naokolonaczyniowe i ogniska naciekowe ze zmianami rozpadowemi pośrodku, z komórkami nabłonkowatymi i olbrzymiami; również znaleziono w śledzionie, jądrach i w wątrobie ogniska serowato-zwyrodniałe, które makro i mikroskopowo nie różniły się od ognisk gruźliczych i kilaków. Dopiero jednak obecność pałeczek Hansena umożliwia rozpoznanie.

Nosacizna charakteryzuje się guziczkowatym nacieczeniem, umiejscowionem naokoło naczyń, w którym powstają ogniska martwicy, otoczone tkanką, zawierającą komórki nabłonkowate i olbrzymie. Jednak w nosaciznie zmiany w naczyniach są mniej wyrażone, niż w przymiocie, naciek składa się więcej z leukocytów, niż z komórek plazmatycznych. Spostrzega się tam wyraźna karioreksa jądra, i pałeczki nosacizny.

W grzybicy guzowej nowotwór komórkowy składa się z komórek plazmatycznych, rozsianych, lub ugrupowanych naokoło naczyń. Przeważnie jednak nie posiada on komórek nabłonkowatych i olbrzymich, sklerozy i ognisk serowatych i rzadko umieszcza się w narządach wewnętrznych.

## LECZENIE MIEJSCOWE.

Leczenie miejscowe w okresie trzeciorzędowym nie różni się prawie wcale od opisanego w okresie drugorzędowym.

Kilaki skórne nieowrzodzone przykrywamy plastrem rtęciowym lub wcieramy w nie maść rtęciową i bandażujemy. Kilaki owrzodzone wypełniamy gazą wyjałowioną, maścią borną lub Mikulicza i bandażujemy. Nieczyste owrzodzenia smarujemy jodyną, a wybijale ziarniny lapisem. Na kilaki, posiadające skłonność do rozpadu, puszczaemy strumień ciepłego roztworu sublimatu lub kwasu bornego pod ciśnieniem, np. z irygatora. Czynność tę uskuteczniamy kilkakrotnie w ciągu dnia po 5, 10, 15 minut. Na obszerne i nieczyste kilakowe owrzodzenia stosujemy wanny sublimatowe (1:10000) miejscowe. Na kilaki w cewce, lub w kiszce stolcowej zalecamy odpowiednie czopki rtęciowe lub jodformogenowe, a na kilaki jamy ustnej, nosa i t. p. częste przemywania słabym roztworem sublimatu (1:10000), nadmanganianu potasu (1:5000), chinosu (1:10000) i t. p.

Kilaki powierzchowne w kościach, lub w stawach smarujemy jodyną, jodwasogenem 6—8%, maścią jodową np. Rp. Jodi puri 0,2. Kali jodat 2,0. Vaselini flavi Americanorum 20,0. W razie zmartwienia kości należy dać ropie swobodny odpływ i czekać oddzielenia się martwiaka; wtedy usuwany go, żeby nie drażnił sąsiedniej tkanki kostnej, jako ciało obce. Jednak nie należy się zbyt spieszyc z usunięciem

martwiaka w kościach czaszki, a to dla tego, żeby opona twarda miała czas zgrubieć. Ubytek kostny zastępujemy sztucznie np. obturatorem w podniebieniu, lub poduszczkami kauczukowymi i skórnymi w czaszce. Najlepiej zaś, gdzie tylko można, przystąpić do plastycznej operacji.

W przypadkach spondylitis syphilitica, dla podtrzymania ciała, zalecamy gorsety.

Przeciw cierpieniom układu trawienia, jak również przeciw cierpieniom nerek i wątroby, stosujemy często wewnątrz preparaty rtęci, zaś przeciw cierpieniom tchawicy, oskrzeli, płuc można zalecać wziewania preparatów rtęciowych według wskazówek, podanych w leczeniu miejscowym okresu drugorzędowego.

Na porażenia narządu ruchowego często dobrze działają masaże i elektryzacja.

**Leczenie ogólne.**



## KRÓTKI RYS HISTORYCZNY.

Chińczycy według M. Dabry już na 2637 lat przed N. Chr. stosowali rtęć w terapii kiły. Również we wschodnich Indiach według roczników malabarskich leczono rtęcią w IX w. przed N. Chr. kiłę, którą tam znano pod nazwą perskiego ognia. W chwili epidemicznego rozprzestrzenienia się przymiotu w Europie leczono go głównie wcieraniem maści rtęciowej. Holder donosi, iż do terapii kiły w Europie wprowadził rtęć Aleksander Benedictus (1595 r.), a według innych — Fallopi (1654 r), to znów Jakób Berenger Carpi (1500 r.); Wiedmann (1497 r.), Paracels (1528 r).

Rtęcią zaczęli leczyć przede wszystkim ludzie pospółstwa: słudzy łaźiebni, golarze, kaci. Oprócz rtęci używali oni jednocześnie różnych środków napotnych i czyszczących; to też skutki leczenia często bywały groźniejsze od następstw samej choroby. Za przykładem niepowołanych i lekarze zaczęli stosować powyższą metodę. Leczenie zwykle rozpoczynano upuszczaniem krwi dla usunięcia jak najwięcej jadu z organizmu. Podawano również środki przeczyszczające dla odświeżenia krwi i morzono chorych głodem, żeby choroba niszczyła samą siebie, spożywając własny jad. Po takim przygotowawczym leczeniu przystępowano do właściwego: wcierano chorym maść, w skład której oprócz rtęci wchodziło złoto, srebro, ołów, alun, terpentyna i t. p. Maści używano olbrzymią ilość, to też chorzy po takich wcieraniach dostawali straszego ślinotoku; brzękła cała głowa;

KLINIKA PATOLOGICZNA  
Akademii Medycznej w Lublinie

Ka. \_\_\_\_\_ D. \_\_\_\_\_ Lp. \_\_\_\_\_

podniebienie, wewnętrzna powierzchnia policzków i dziąsła głęboko wrzodziały; obrzękły i porozpadany język nie mógł się w ustach pomieścić, a cuchnąca ślina z krwią dniem i nocą wypływała nieustannie wśród najstraszniejszych bólów. Chorzy całymi tygodniami nie mogli jeść, pić i często takie leczenie przyplacali utratą zdrowia, lub nawet życia.

Prawie współcześnie z wcieraniami maści wprowadzono okurzania preparatami rtęci. O okurzaniach wspomina Angelo Bolomini, Jacques Catanée już w początkach XVI st., a następnie nieco później Nicolas Massa.

Okurzanie poprzedzano również przygotowawczem lečeniem. Następnie w silnie nagrzanej izbie stawiali rodzaj namiotu, pod którym umieszczali zupełnie rozebranego chorego. Obok niego zapalano ogień, na który przez otwór w namiocie rzucano płytki rtęciowe z różnemi pachnącemi wonnościami. Chory powinien był pozostawać w tej dusznej, przepełnionej dymem atmosferze, około pół godziny, a gdy był już bliski omdlenia, pozwalano mu odetchnąć świeżem powietrzem przez otwór w namiocie. Po okurzeniu kładziono chorego do ciepłej pościeli, przykrywano kołdrami i wywoływano silne poty w przeciągu godziny, dwóch. Okurzanie powtarzano codziennie, lub co drugi dzień w przeciągu kilku tygodni. Było ono połączone z dużem niebezpieczeństwem dla chorego, gdyż oprócz silnego ślinotoku, jako rezultaty bezpośrednie lub pośrednie, zjawiały się napady duszności, astmy, katar oskrzeli, płuc, zapalenie oczu, opuchnięcia, bóle głowy, rozwołnienia, mdlenia, drgawki, napady padaczkowe, paraliże, a nawet zejścia śmiertelne. Sposób okurzania udoskonalił nieco Lalouette (1776 r.). Umieszczał on chorych w skrzynce, tak jednak, iż głowa pozostawała na świeżem powietrzu.

Opierając się na tej samej metodzie wdychania gazów rtęci, w Paryżu, według Devergie, zaczęli nosić gorsety i pasy, zawierające w sobie rtęć.

Oprócz wcierania i okurzania, za przykładem Paracelsa (1530 r.) poczęto stosować wewnątrz przetwory rtęciowe, głównie sublimat, lecz również nadużywano tego środka.

Jeszcze w końcu XV st. wybitniejsi uczeni, jak Schellig (1495 r.), Brandt (1496 r.), Raut poczęli protestować przeciwko nadmiernemu podawaniu rtęci. Znaleźli się nawet bezwzględni jej przeciwnicy, jak Leonicensus (1497 r.), profe-

sor w Pawii, którzy starali się zastąpić rtęć nowymi środkami: mnich hiszpański Delgado (1508 r.) począł stosować przeciw kile drzewo gwajakolowe; następnie inni zalecali korzeń chinowy, drzewo sasafranowe, korzeń sarsaparylli, mydlnicę, łopian, a nawet polewkę z węzów, żab, raków i sere jelenich, ciało małych dzieci (w Chinach), mięso ropuch i t. p.

Oczko nasz wybitny syfilodolog oceniał znakomicie dobroczynne działanie rtęci, zalecał umiarkowanie w jej stosowaniu, a przytem radził używać odwaru drzewa gwajakolowego i kory chinowej. Również inni wybitni lekarze tych czasów, jak Paracels, Riverius (1647 r.) i Blegny (1673 r.), wykazywali zgubne skutki nadużywania rtęci i uważali za jeden z tych objawów ślinotok. Jednakowoż i później spotykamy sporo zwolenników ślinotoku. Sydenham (1756 r.) podaje rtęć tak długo i w takiej ilości, póki chory nie wydziela śliny około 4 funtów dziennie; również Boerhaave wymagał, żeby śliny wydzieliło się 100 funtów w ciągu 30 — 40 dni. To też chorzy ciągle pluli w specjalnie do tego przeznaczone naczynie *casserole* (*passer à la casserole*).

Chicogneau (1718 r.), a głównie Hagenot (1734 r.) byli twórcami metody zwanej montpeljerską, która zasadzała się na tem, żeby unikać ślinotoku i przerywać z chwilą ukazania się go leczenie rtęcią. Zalecała ona stosowanie ciepłych kąpeli, świeże powietrze, a zarazem odpowiednie odżywianie. Najważniejszym zwolennikiem tej metody był Sigmund. Również Hunter (1781 r.) zalecał umiarkowane używanie rtęci, a stosował ją od chwili ukazania się wrzodu pierwotnego.

W 1836 roku Wallace wprowadził do terapii kily jod, i tym środkiem starano się zastąpić rtęć. Zalecano również w kile najrozmaitsze środki roślinne, jak wronie oko (*nux vomica*), naparstnicę czerwoną (*digitalis purpurea*), pieprzowiec upajający (*piper methysticum*), płużyn jajowaty (*cascaera amarga*), jaskółcze ziele (*helidonium maius*), kwaśnicę równolistną (*berberis aquifolia*), pilokarpinę i t. p. Stosowano zarazem sporo środków mineralnych, jak złoto, platyna, a szczególnie srebro i jego przetwory, żelazo w połączeniu z jodem, siarczan miedzi, chlorek cynku, chroman potasowy kwaśny, kwas dwuchromowy, dwuchroman potasowy, wodochloran potasowy (*kalium hydrochloricum*), chloran potasowy (*kalium chloricum*), chloran wapna, (*calcaria chlorata*), boraks, węglan amonowy zasadowy (*ammonium subcarboni-*

cum) fosfor, kwas fosforowy suchy (acidum phosphoricum siccum), bromek potasu, bromek potasowo-arsenawy i t. p.

Znaleźli się również zwolennicy leczenia wyczekującego, którzy twierdzili, iż przymiotu nie należy leczyć żadnymi środkami ogólnymi, lecz tylko miejscowo i odpowiednią higieną.

Metodę tę wprowadził William Fergusson, a głównie szkoła fizyologiczna. Jourdan (1816 r.), Desruelles, Devergie (1828 r.) i inni zwolennicy szkoły fizyologicznej przemawiali za leczeniem wyczekującym, utrzymując, iż działa ono jakoby szybciej i skuteczniej, niż przy podawaniu rtęci. Leczenie wyczekujące znalazło gorących zwolenników w Fricku (1828 r.), Wilhelmie (1830 r.) Klugu, którzy rozpowszechnili je w Niemczech, Danii, Szwecyi i Rosyi. Jedni z pomiędzy naśladowców tej szkoły leczyli kilę jedynie środkami dyetetycznymi. Inni, jak Oewre (1870), zalecają leczenie wzmacniające i symptomatyczne i nakoniec tacy, jak Despres, byli przeciwni usuwaniu objawów kily, gdyż za pomocą ich organizm jakoby pozbywał się choroby (humoralne poglądy).

Przeciwnicy stosowania rtęci objaśniali wszelkie objawy kily działaniem rtęci.

Prace Overbecka (1861 r.), Kussmaula (1861 r.), Vajdy (1880 r.) wyjaśniły jednak dostatecznie, jakie objawy wywołuje rtęć, a jakie kila.

Ciągła walka merkuryalistów z antymerkuryalistami, tocząca się blisko cztery stulecia, miała bardzo dodatnie strony: nauczyła ona podawać rtęć w odpowiedni sposób, zwróciła uwagę na indywidualizowanie leczenia i na zabiegi higieniczne, przyczyniła się również do wprowadzenia nowego swojego środka, jakim jest jod, a nawet do poznania samej choroby.

Pod koniec przeszłego wieku zmodyfikowane leczenie rtęcią znajduje ogólne uznanie w świecie naukowym lekarskim. Zachodzi tylko różnica w poglądach na sposoby stosowaniu leczenia: jedni są za leczeniem objawowem, inni za chronicznem, przerywanem. Neumann, Lang, Kaposi, Piek, Jarisch, Caspary i inni zalecają energiczne leczenie rtęcią, lecz tylko wtedy, gdy ukażą się objawy kily. Fournier, Neisser, Tarnowski, Łukasiewicz i wielu innych, uważając kilę za chorobę ogólną i chroniczną, stosują również w ciągu pierwszych kilku lat leczenie chroniczne przestankowe.

Po odkryciu krętka bladego zaczęto robić próby ze środkami, które dają dobre wyniki przeciw rozmaitemu rodzajowi trypanozomom, i starano się zastąpić rtęć atoksylem. Korzystny wpływ atoksylu na kiłę zaznaczył Salmon, Uhlenhut, Hoffman, Rocher, Hallopeau, Lassar, Lesser, Łukasiewicz i inni. Wstrzykiwano wysokie dawki atoksylu, bo 0,1—0,5 na dawkę co drugi dzień, a nawet codziennie. Doświadczenia te jednak, które i sam wielokrotnie stwierdziłem, doprowadziły do wniosku, iż atoksyl nie jest środkiem swoistym przeciwkiłowym; przypisać by raczej mu można skrzepiającą działalność arseniku.

## LECZENIE ZAPOBIEGAWCZE I PORONNE.

Zapobieganie chorobom i niszczenie ich w samym zarodku jest najszczytniejszym zadaniem sztuki lekarskiej. Zdawałoby się, iż bardzo łatwo przeszkodzić przenoszeniu zarazka z jednego ustroju do drugiego, czyli udaremnić bezpośrednio zetknięcie się z chorym. Niestety niepleciowemu przenoszeniu zarazy sprzyja mały poziom kulturalny ludności, a pleciowemu społeczne i ekonomiczne warunki, utrudniające wczesne założenie rodziny i ułatwiające zaspokajanie popędów pleciowych w prostytutcy.

Odpowiednie fizyczne wychowanie młodzieży, wczesne uświadomienie jej co do skutków stosunków pleciowych poza małżeństwem, usuwanie dzieł pornograficznych i broszurek quasi naukowych, zniesienie reglamentacyi i wprowadzenie osobistej odpowiedzialności za zarażenie, współcześnie z podniesieniem kultury i dobrobytu ogólnego, bezwątpienia będą sprzyjać zmniejszaniu się chorych na kiłę.

Do środków zapobiegających należy kondon. Nie chroni on jednak moszny, wzgórką łonowego i zewnętrznej powierzchni bioder od zarażenia; może przytem pęknąć, a więc odsłonić nawet prącie. Smarowanie tłuszczem organów pleciowych przed spółkowaniem tworzy na nich warstwę, zabezpieczającą do pewnego stopnia od mogących nastąpić przy tarciu pęknięć i zetknięcia z wydzielinami. Stulejkę wrodzoną na prąciu należy usunąć, gdyż pod nią często tworzą się nadżarcia, a również łatwo przy naciąganiu tworzą się naderwania uzdeczki. Dobrze jest zaraz po spółkowaniu wymyć organy pleciowe ciepłą wodą z mydłem, a następnie rozczytnem sublimatu 1:2000 — 1:1000.

Maisonneuve i Miecznikow wcielali 30% maść kalomelową, jako środek odkażający, jeśli od spółkowania nie upłynęło więcej, niż 20 godzin. Środek ten jednak nie jest pewny, gdyż Gaucher i inni opisują przypadki, w których maść kalomelowa zawiodła.

Wczesne wycięcie lub wypalenie zaledwie podejrzanych nadżerek nie zdołało zapobiedz wystąpieniu kily, jak to stwierdziły pouczające przypadki: Langston Parker wypalił nadżarcie w 2 godziny po stosunku, Reiss wyciął je w 5 godzin, a Łukasiewicz w 39 po zakażeniu, Berkeley Hill zniszczył nadżarcie kwasem azotnym dymiącym w jedenaście godzin po zarażeniu, nie zapobiegając przez to rozwinięciu się choroby. Objaśnienie przyczyny tych nieudatnych prób odnajdujemy w doświadczeniach Neissera i innych z szczepieniem kily na małpach: już w pierwszych dniach po szczepieniu stwierdzono uogólnienie zarazka kily. Również zawodzi, jak dotąd, syfilizacya ochronna Miecznikowa, który przypuszczał, iż można otrzymać szczepionkę, uodparniającą organizm przed ogólnem zarażeniem za pomocą przeprowadzenia zarazka przez ustroje małp niższych, mniej wrażliwych na przymiot.

Zawiodło i czynne uodpornienie organizmu przeciw uogólnieniu zarazy ze wrzodu pierwotnego za pomocą wprowadzania podskórnie produktów kilowych (Krauss i Spitzer), jak to dowiodły doświadczenia Neissera, Brandweinerja i Kreibicha.

## LECZENIE SWOISTE.

### Rtęć.

Jeśli wogóle o środkach swoistych mówić można, to rtęć jest bezwarunkowo głównym swoistym środkiem przeciwprzymiotowym wśród innych, z których jeszcze tylko jod może być brany pod uwagę: rtęć nie tylko zazwyczaj szybko usuwa istniejące objawy przymiotu, ale przy odpowiednim stosowaniu może zabezpieczyć od ciężkich trzeciorzędowych i poprzymiotowych cierpień. Działanie rtęci na produkty sfilityczne jest bezpośrednio antyseptyczne, to jest na sam zarazek przymiotu. Bakteryobójcze działanie rtęci na krętki blade potwierdziły przede wszystkim doświadczenia Neissera na małpach. Thalmann zauważył, iż pod wpływem rtęci zmniejsza się w wykwitach przymiotu ilość krętków białych, a po kilku dniach stosowania giną one zupełnie. Ja również wielokrotnie zauważyłem znikanie krętków białych pod wpływem rtęci: szybkość znikania zależy od sposobu stosowania rtęci; najszybciej ginęły krętki po wstrzykiwaniach sublimatowych, gdyż często po 3 — 4 wstrzykiwaniach 5-cio procentowego sublimatu nie mogłem już wcale wykryć krętków, znacznie powolniej działają wstrzykiwania nierozpuszczalnych preparatów rtęci, a najslabiej działa rtęć przy podawaniu wewnątrz; wcierania mają rezultat bardzo różny, w zależności od przypadku; pod wpływem rtęci już bardzo wczesnie można zauważyć zmniejszanie się ilości krętków, natomiast spotyka się sporo osobników w stanie zwyrodnienia: krętki bardzo krótkie, barwiące się częściowo bardzo słabo, a nawet w postaci szeregu ziarenek. Bywają jednak przypadki



bardzo uporczywe, gdzie krętki wykrywają się bardzo długo choć w nieco zmniejszonej ilości. Preis i Rona mogli je jeszcze wykazać u wielu swych pacjentów po 10 — 15 wcieraniach 3 gramowej szarej maści. Hoffmann znajdował liczne krętki blade we krwi osób chorych na przymiot podczas leczenia rtęcią i przeszczepiał je z dodatnim skutkiem na małpy.

Ciekawe bardzo są spostrzeżenia Lukasiewicza jeszcze 1891 roku, które można stwierdzić w każdej chwili: po pierwszym wstrzyknięciu silnego roztworu sublimatu następuje często podniesienie ciepłoty i nader silne występowanie osutki; nawet znikające, ledwo dostrzegalne wysypki stają się widoczne w 24 godz. po zastrzyknięciu i występują niekiedy jako żywe czerwone bąble. Thalmann słusznie tłumaczy działaniem rtęci i nagromadzeniem w ustroju endotoksynów, wolnych skutkiem obumarcia zarazka. W związku z tem nagromadzeniem zjawia się podniesienie ciepłoty.

Trudno jednak bezwzględnie zdecydować, w jaki sposób działa rtęć na rozsiane po całym ustroju krętki blade, czy bezpośrednio, czy pośrednio. Ażeby otrzymać w organizmie średniej sily bakteryobójczy roztwór sublimatu w stosunku 1:10000, trzeba by wprowadzić do ustroju niezmiernie dużą ilość rtęci.

To też przyjmują, iż ta stosunkowo nieznaczna ilość rtęci, jaka kursuje w organizmie podczas leczenia, wywołuje tylko wzmożone wytwarzanie się niweczników; inni zaś przypuszczają, iż rtęć działa redukująco wyłącznie na toksyny, wydzielane przez krętki.

Rtęć w ustroju według teorii jednych autorów krąży jako rozpuszczalny albuminat, według zaś Merget'a w postaci gazu, luźnie związanego z czerwonymi krążkami krwi. Justus spostrzegał rtęć w komórkach tkanki syfilitycznej w postaci związku z siarką, przeciwko czemu występował Fischel, Liebert i inni.

Pod wpływem rtęci, według badań wielu poważnych autorów (Martineau, Wilbuszewicz, Keyes, Robin, Galliard, Stukowenkow, Zelenew, Reiss), zmieniony skład krwi wraca do normy, ilość czerwonych krążków krwi i zawartość hemoglobiny powiększa się, a zmniejsza ilość leukocytów. Przy nadmiernem użyciu rtęci znów zaczyna się zmniejszać ilość czerwonych krążków krwi i hemoglobiny, a zwiększa się ilość leukocytów. Według Justusa polepszenie składu krwi następuje dopiero po

uprzednim rozpadzie czerwonych krążków i w tym czasie, gdy zaczynają niknąć objawy przymiotu. Również gęstość krwi, alkaliczność i zawartość chloru podnoszą się pod wpływem rtęci (Schlesinger, Valerio). Rteć, dostawszy się do ustroju, zostaje uniesiona prądem krwi do najrozmaitszych narządów, rozmieszcza się w nich nierównomiernie; szczególnie obficie znajduje się w nerkach, wątrobie, kiszkiach, śledzionie, a w znacznie mniejszej ilości w kościach, w mięśniach, mózgowiu i w płucach. Welander znajdował rtęć w krążącej krwi, w tkance łożyska i nawet w moczu płodu. Główna część rtęci wydziela się napowrót za pomocą nerek; oprócz tego zostaje ona usuwana z organizmu razem z najrozmaitszymi wydzielinami i wydaliniami, jak kał, ślina, pot, mleko, łzy, żółć i krew miesiączkowa. Najszybciej zaczyna wydzielać się rtęć po wewnątrzżylnych wstrzykiwaniach, gdyż można ją odnaleźć w moczu już po godzinie; rtęć po wcieraniach, po wewnętrznym użyciu i wstrzykiwaniu nierozpuszczalnych preparatów zjawia się dopiero w kilka, lub kilkanaście godzin później, przyczem początkowo bywa w niewielkiej ilości. Przy dalszym podawaniu rtęci zwiększa się odpowiednio ilość jej w moczu, zaś po skończonej kuracji w ciągu najbliższych tygodni znów zaczyna się zmniejszać. Po wewnątrzżylnych wstrzykiwaniach Blaschko już w 14-ym dniu nie znalazł śladu rtęci w moczu. Po energicznym leczeniu zwykle znajdujemy rtęć w ciągu kilku miesięcy, a nawet lat. Lanzberg po ośmiu zastrzyknięciach kalomelu znajdował rtęć w osiem miesięcy później, Welander w rok, Lang po zastrzyknięciach szarego oleju w dwa lata, Vajda i Paschkis po 70-ciu wcieraniach w 3 lata. Spostrzeżono nawet w dziesięć lat po zastosowaniu rtęci ślady jej w moczu.

Ilość rtęci, wydalonej z moczem, można określić dość dokładnie i dość łatwo. Przedewszystkiem należy zniszczyć organiczne związki rtęci za pomocą nagrzewania moczu z kwasem solnym, następnie osadzić rtęć z przefiltrowanego płynu za pomocą elektrolizy. Najłatwiej osadzić rtęć za pomocą sposobu Stukowenkowa. Uskuteczniamy to w następujący sposób: wlewamy 500-cm<sup>3</sup> moczu do kolby; alkaliczny mocz podkwaszamy nieco przez dodanie kwasu octowego; następnie wlewamy 5-cm<sup>3</sup> przecedzonego białka kurzego, mieszamy starannie szklaną pałeczką białko w moczu, po kwa-

dransie, dodawszy 1,0 soli kuchennej, nagrzewamy kolbę aż do zagotowania się płynu. Po ścięciu się białka należy ostudzić i przefiltrować mocz przez białą bibułę; białko, pozostałe na bibule, należy zebrać za pomocą rogowego szpadla do małej szklaneczki, nalać do niej 30-cm<sup>3</sup> chemicznie czystego kwasu solnego wagi cząsteczkowej 1,19, zmieszać białko szklaną pałeczką i wpuścić do szklaneczki 1 metr zwiniętej lametty, przykryć naczynie szklanym krążkiem, zmieszać kilkakrotnie zawartość naczynia szklaną pałeczką, a po 24 godzinach wymyć lamettę wodą, wyskokiem i eterem, wysuszyć, włożyć do szklanej rurki razem z kryształkiem jodu i nagrzewać nad płomieniem dla otrzymania pierścienia rtęci dwujodowej.

Rtęć, użyta w sposób nieodpowiedni, lub u osób nieznośnych jej, może wywołać pewne uboczne działania: ślinotok, zaburzenia żołądkowo-kiszkowe, wysypki i zaburzenia w odżywianiu.

Zapalenie rtęciowe jamy ustnej spotyka się najczęściej ze wszystkich ubocznych działań merkurjusza. Dawniej uważano je za konieczny warunek leczenia rtęcią. Obecnie ciężkie zapalenia, które doprowadzają do silnego ślinotoku, owrzodzeń, wypadania zębów, spostrzegamy nadzwyczaj rzadko. Niezależnie jednak od wyboru preparatu i sposobu jego stosowania, widujemy miejscowe ograniczone zapalenia jamy ustnej, które nie grożą zębom, a tembardziej szczękom. Jesteśmy w stanie uchronić chorych i od tych miejscowych stomatitów: 1) nie należy przedewszystkiem wprowadzać do ustroju odrazu dużej ilości rtęci; 2) nie rozpoczynać leczenia rtęcią przed doprowadzeniem jamy ustnej, a szczególnie zębów, do porządku; 3) podczas całego leczenia rtęcią ciągle i dokładnie badać stan jamy ustnej, chronić ją przed mogącem nastąpić zapaleniem i, w razie zjawienia się pierwszych jego objawów, przerywać podawanie rtęci. Najczęściej zapalenie rozpoczyna się na dziąsłach obok dolnych średnich siekaczy i na błonie śluzowej policzka za ostatnim dolnym zębem trzonowym i wtedy często odchodzi od zęba fałda okalającej go śluzówki w postaci jęczyczka owrzodzonego, czerwonego i łatwo krwawiącego. Opuchają i wrzodzieją również bardzo łatwo dziąsła na obwodzie resztek zębów i korzeni, a także kamieni. Dla ochrony dziąseł od zapalenia, należy płukać usta po każdym jedzeniu, czyścić zęby miękką szczo-

teczką przynajmniej dwa razy dziennie i smarować dziąsła odpowiednim ściągającym środkiem. Do płukania można używać roztworu kali chlorici, łyżeczkę na szklanekę wody, roztworu kwasu bornego w takim samym stosunku, eliksiru, lub  $\frac{1}{2}$  — 1% roztworu octanu alunu.

Jako proszek do zębów może służyć zwyczajna kreda z miętą, proszek węgla z miętą i z proszkiem kory chinowej lub też:

Rp. Pulv. cort. chinae  
 Pulv. catechu aa 15,0  
 Acid. tannici pulv. 1,0  
 Essent. menthae gtts V  
 D. S. Pulvis dentifricius. (Panas).

Do smarowania dziąseł za pomocą kawałka waty, namotanego na patyczek, używamy:

Rp. Tincturae rhataniae  
 „ gallarum  
 myrrhae aa part. aequal.

albo Rp. Jodi puri 0,3  
 Kali jodat 3,0  
 Glycerini 30,0

Powstałe przy zapaleniu jamy ustnej owrzodzenia smarujemy 10 — 20% lapisem i płuczemy jamę ustną 3% wodą utlenioną, lub roztworem 1:1000 — 1:5000 kali hypermanganici. Przed zastosowaniem rtęci należy też zawsze uprzedzić chorego o możliwości zapalenia jamy ustnej i o zwracaniu uwagi w tym kierunku.

Zaburzenia żołądkowe i kiszkiowe, bóle żołądka, kolki w kiszkiach, rozwolnienie, utrata apetytu — to przejściowe, to trwające długo, — mogą niekiedy wystąpić tak przy wewnętrznym stosowaniu rtęci, jak i przy wcieraniach i wstrzykiwaniach. Zaburzenia te przy używaniu rtęci w odpowiednich dawkach spotykają się rzadko, występują w lekkiej postaci i łatwo przechodzą pod wpływem opium. Często wystarczy przerwać leczenie rtęcią na parę dni, a żeby zaburzenia żołądkowo-kiszkiowe bezpowrotnie zniknęły.

Wysypki skórne, wywołane użyciem rtęci, bywają bez-

pośrednie (urazowe) i pośrednie (toksyczne). Przy stosowaniu wcierań i plastrów występuje najczęściej zapalenie mieszków włosowych, lub rozlany rumień, szczególnie w tych miejscach, gdzie przylegają do siebie dwie powierzchnie skóry: pot, tłuszcz i ciepło usposabiają do rozwinięcia się stanu zapalnego. Prawdziwa osutka z zatrucia bywa nie tylko po wcieraniach, lecz i po wewnętrznym użyciu i wstrzykiwaniach rtęci, często już po zastosowaniu nieznacznej ilości tego środka, i zależy od wrażliwości szczególnej danego ustroju. Przeważnie występują obszerne rumienie, charakteryzujące się fioletowawym odcieniem i często bardzo zbliżone do rumienia płoniczego. Mogą one zniknąć po bardzo krótkim trwaniu, to znów ciągną się dłużej, swędzą i bledną, wywołując delikatne łuszczenie się skóry. Rzadko na rumieniach występują pęcherzyki i krosty, a w wyjątkowych tylko razach krwawe wylewy. Niekiedy spostrzegamy zarazem krwawe wylewy albo pęcherzyki na błonach śluzowych. Widujemy również zmiany w paznokciach, które stają się szorstkie, pokryte rysami i krucho. Rumienie często bywają bardzo uciążliwe i trwają przeważnie długo—miesiąc dwa i więcej, wywołują silne swędzenie, a niekiedy nawet ogólne gorączkowe objawy, jak podniesienie ciepłoty, bóle głowy, wymioty, upadek sił i t. p. Na szczęście spotykają się b. rzadko.

Podrażnienie nerek skutkiem silnego wydzielania rtęci bywa zwykle lekkie, wywołuje nieznaczny białkomocz i cylindromocz i nie przeszkadza stosowaniu dalszego leczenia.

Drżączka rtęciowa i ostre merkuryalne zapalenie wielu nerwów przy odpowiednim leczeniu spostrzega się niezmiernie rzadko. Zaburzenia w odżywianiu przedstawiają się w postaci osłabienia, schudnięcia i bledności skóry i błony śluzowej; przy odpowiednim leczeniu występują rzadko. Należy też chorych często ważyć i w razie potrzeby przerywać leczenie, lub stosować odpowiednie środki pokrzepiające, jak ruch na świeżem powietrzu, metodyczne masaże, hydroterapia, wzmożone odżywianie i t. p.

Rtęć stosujemy trzema sposobami: za pomocą wcierania, wstrzykiwania i podawania wewnątrz. Wybór jednego z tych sposobów zależy od wskazań, te znów od indywidualnych własności chorego i od najrozmaitszych warunków zewnętrznych, jak od stanu nerwów chorego, stanu żołądka i kiszki, wieku, ciężkości objawów, różnych

socyalnych warunków i przyjmowania zarazem innych środków; wogóle sposób, dobrze zaoszony przez chorego i najsilniej działający, bywa zawsze najlepszy.

### *Wcierania.*

Rtęć przy wcieraniu wsysa się do ustroju. Jedni przypuszczają, iż drobniutkie kropelki rtęci przenikają przez przewody gruczołów do przestrzeni chłonnych; inni — że w gruczołach rtęć przemienia się w gazy, to znów pod wpływem tłuszczów — w związki rozpuszczalne, nakoniec, że rtęć ulatnia się na powierzchni skóry, i gazy jej przy oddychaniu przenikają do krwi przez śluzówkę płuc. Zdaje się jednak, iż rtęć przenika przez skórę, jak to stwierdziły liczne doświadczenia na zwierzętach.

Wcierania posiadają swoje dodatnie strony, ale też i ujemne. Z dodatnich najważniejsza jest ta, iż wcierania działają nadzwyczaj silnie; za pomocą nich najłatwiej można nasycić ustrój; to też najuporeczywsze i najcięższe objawy często ustępują tylko pod wpływem wcierań; oszczędzają one przytem narząd trawienia. Daje się to najlepiej ocenić u osób, chorujących na nieżyt żołądka i kiszek, lub też u osłabionych i wyniszczonych, a szczególnie u małych dzieci. Wcierania są wskazane również w tych razach, gdy narząd trawienia chcemy użyć dla stosowania innych środków, np. jodu, arszeniku, żelaza i t. p.

Najważniejsze ujemne strony wcierań polegają na tem, iż jest to sposób nieprzyjemny, męczący, gdyż wala i może nawet skompromitować chorego, wywołuje przytem bardzo łatwo zapalenie jamy ustnej. Przy wcieraniach spostrzegamy je najczęściej, gdyż nie można nigdy ściśle obliczyć ilości wessanego środka: zależy ona od grubości powłok, umiejętności wcierania, pocenia się silnego i innych stałych, lub też wypadkowych przyczyn; przytem często wcierania wywołują rumienie i wypryski rozlane ciemno-czerwone z odcieniem fioletowym, bardzo palące i swędzące; wysypki te jednak szybko zwykle przechodzą pod wpływem parokrotnego w ciągu dnia pudrowania tlenkiem cynku, lub krochmałem. Do wcierań używany najczęściej maści szarej.

Szara maść (unguentum cinereum, sive neapolitanicum) składa się z równych części rtęci i świńskiego sadła. Maść ta powinna być świeżo przyrządzona i dobrze roztarta; działa bardzo silnie, lecz drażni niekiedy skórę.

Stosujemy również często maść rezorbinową 33% i 50%; składa się ona z olejku migdałowego, wosku, nieznacznej ilości żelatyny, mydła i lanoliny; szybko wciera się w skórę, prawie dwa razy krócej, niż szara maść.

Przepisują również maść wazogenową i wazelinową, mitinową, mydlaną, krem rtęciowy i kalomelol, kolloidalną rtęć 10% pod nazwą hyrgolu, merkurjol i t. p.

Dawka maści zależy od najrozmaitszych warunków: ciężkości objawów, stanu zębów, wieku, płci i t. p. Najlepiej nie rozpoczynać wcierań powyżej dawki 2,5 i dopiero stopniowo, zależnie od wskazania, podnosić dawkę do 3,0 — 4,0, i więcej. U kobiet rozpoczynamy zwykle od 2,0 i nie przekraczamy prawie nigdy 4,0. U małych dzieci można rozpoczynać względnie od wysokiej dawki, bo od 1,0.

Weierania zwykle wykonywamy raz dziennie; w wyjątkowo tylko groźnych przypadkach 2 razy. Najlepiej wcierać w czasie pomiędzy śniadaniem i obiadem, lub też pomiędzy obiadem i kolacją. Dla uniknięcia, o ile możliwości, podrażnienia skóry, wcieramy maść w coraz to inną powierzchnię skóry. Należy unikać miejsc, ulegających łatwo podrażnieniu, a więc pokrytych włosami, moszny i zgięć. Najlepiej wcierać w następujący sposób: pierwszego dnia w jedną górną kończynę, drugiego — w drugą; trzeciego dnia — w jeden bok, czwartego dnia — w drugi bok, piątego dnia w jedną dolną kończynę, szóstego — w drugą. Siódmego dnia po ogólnej kąpieli rozpoczynamy nanowo wcierania w powyższym wymienionym porządku. Najskuteczniej działają wcierania, gdy je uskutecznia chory sobie, czyniąc dłonią z pewną siłą powolne i okrągłe ruchy. Weiera się do tej pory, póki ręka nie przestanie ślizgać się po gładkiej powierzchni i nie napotka pewnego oporu. Długość wcierania zależy więc będzie przeważnie od ilości maści i zwykle nie wynosi mniej, niż 20 minut. Można również wcierać ręką, zabezpieczoną rękawiczką skórzaną, lub kauczukową, grzybkim szklanym, grzybkim przykrytym pęcherzem, lub skórą. Można również wbijać maść za pomocą uderzeń dłonią, lub grzybkim, albo łączyć

wbijanie z wcieraniem: 10 — 15 minut wklepywać maść a następnie wcierać do sucha.

Dla zwiększenia działania maści bandażują niekiedy odpowiednie miejsca po wcieraniu merłą, lub flanelą.

Ilość wcierań zależy od wskazania w każdym poszczególnym przypadku. Zwykle po zniknięciu objawów назначают jeszcze  $\frac{1}{3}$  —  $\frac{1}{4}$  ilości poprzedniej, a w ogólnej liczbie m. w. 24 — 36 wcierań.

Pozatem znalazło większe lub mniejsze zastosowanie kilka metod, stanowiących właściwie odmianę wcierań.

Welander smarował na płótno, albo na flanelę maść rtęciową i przybandażowywał ją w odpowiednim miejscu do ciała. Używał on również woreczków płóciennych, lub perkalowych z 6,0 — 10,0 maści rtęciowej, które chorzy nosili na piersiach, lub na plecach po 10 — 15 dni. Zamiast woreczków Blaschko zalecał merkolinowe fartuszki, t. j. bawełnianą materję, nasyoną rtęcią. Powyższe jednak metody działają bardzo słabo i znajdują zastosowanie tylko w kilku dzieci.

*Wanny* rtęciowe osobom dorosłym назначают obecnie wyłącznie jako miejscowe leczenie przy obszernych owrzodzeniach.

#### *Wstrzykiwania.*

Sposób ten zasadza się na wstrzykiwaniu pod skórę, w mięsz mięśni, lub wprost do żył preparatów rtęciowych; został on wprowadzony przez Lewina, który w 1867 r. zaczął wstrzykiwać sublimat, i obecnie znalazł szerokie zastosowanie dzięki swym zaletom.

Przedewszystkiem wstrzykiwania pozwalają na ścisłe dozowanie rtęci, oszczędzają przewód pokarmowy dla przyjmowania innych środków, nie obciążają go, wywołują dość silne działanie, chronią chorego od możności zdradzenia się ze swą chorobą i zabezpieczają od wszelkich oszustw z jego strony.

Wstrzykiwania posiadają jednak i strony ujemne: przedewszystkiem wywołują ból, nie tylko podczas samego wstrzyki-



wania, lecz również po jakimś czasie; mogą również wywołać miejscowe podrażnienie w postaci stwardnień, a nawet ropni i martwiaków.

Dodatnie i ujemne strony wstrzykiwań zależą w znacznej mierze od rozpuszczalności preparatu rtęciowego, od wyboru samego preparatu i na koniec od umiejętności wstrzykiwania. Wstrzykujemy przeważnie w pośladki, w głąb warstwy mięśni. Do wstrzykiwań używamy strzykawki, najlepiej całej szklanej, z igłą m. w. 4 cm. długości, platynowo-irydową.

Przed wstrzyknięciem należy strzykawkę z igłą wygotować, a przynajmniej strzykawkę przepłukać 5% kwasem karbолоwym, a igłę dobrze wytrzeć watą, zmaczaną w eterze, lub przeciągnąć kilkakrotnie przez płomień. Również miejsce, w które wstrzykujemy, powinno być dobrze oczyszczone wyskokiem i eterem. Miejsce to znajduje się na przecięciu dwóch linii: jednej poziomej, przebiegającej na dwa poprzeczne palce powyżej krętarza większego (trochanter majus), a drugiej — pionowej, odgraniczającej trzecią wewnętrzną część pośladków od dwóch pozostałych zewnętrznych (Galliot). Okolica, powyżej zaznaczona, jest najlepsza dla wstrzykiwań, gdyż w niej nie przebiegają większe naczynia i nerwy, a ból i zapalny odczyn po iniekcjach bywa najmniejszy. Wstrzykiwania czynimy na zmianę raz z lewej, drugi raz z prawej strony, za każdym następnym razem w sąsiedztwie wyżej oznaczonego punktu Galliota, uważając dokładnie, żeby nie wstrzykiwać w stwardnienia, powstałe po poprzednich iniekcjach.

Płynu na raz używamy zwykle 1,0, niekiedy mniejszą ilość nierozpuszczalnych, lub większą — rozpuszczalnych preparatów rtęci. Najlepsza pozycja dla chorych podczas wstrzykiwań — leżenie na brzuchu.

W zawartości strzykawki, przeznaczonej do wstrzyknięcia, nie powinno znajdować się powietrze, które należy starannie usunąć. Następnie bierzemy prawą ręką strzykawkę z igłą, jak pióro do pisania, i, odciągając nieco palcami lewej ręki skórę z odpowiedniego miejsca pośladka i uciskając je silnie dla znieczulenia, wbijamy szybkim ruchem całą igłę w miąższ mięśni.

Rozpuszczalne preparaty od razu powoli opróżniamy ze strzykawki. Przed opróżnieniem nierozpuszczalnych preparatów można odjąć strzykawkę i przekonać się, czy z igły nie wy-

cieka krew skutkiem przekłucia naczynia; następnie przymocujemy strzykawkę do igły i wyciskamy powoli płyn. W powyższy sposób usuwa się możliwość wprowadzenia do naczyń nierozpuszczalnych cząsteczek soli rtęci, które mogą spowodować zatory. Po wstrzyknięciu usuwamy szybko strzykawkę z igłą. Miejsce ukłucia można lekko zmasować, a następnie posmarować collodium elasticum, lub przykryć plastrem.

Wstrzykiwania czynią również w fossa retrotrochanterica (Smirnow).

Podskórne wstrzykiwania są mało stosowane, ponieważ wywołują często ropnie. Uskuteczniają je najczęściej po obu stronach kolumny kręgowej wzdłuż wewnętrznych brzołów łopatki.

Wewnątrzylne wstrzykiwania stosują wyłącznie z preparatami rozpuszczalnymi, przeważnie na górnych kończynach w vena mediana: uciskają ramię wężem Esmarcha i, przy zachowaniu bezwzględnej antyseptyki, wstrzykują zawartość strzykawki w wystające żyły przedramienia, przekonawszy się uprzednio, że krew wychodzi przez igłę, t. j., iż igła znajduje się istotnie w świetle żyły.

Jest to operacja niebezpieczna, gdyż żyły po wstrzyknięciu często ulegają zakrzepom, a przytem mało korzystna, gdyż rtęć, choć rozpoczyna działać bardzo szybko, jednak również szybko wydziela się przez nerki.

Rozpuszczalne preparaty rtęci posiadają następujące dodatnie strony: prędko rozpoczynają działać, ból wywołują zwykle nieznaczny i dość szybko przemijający, rzadko powodują stwardnienia, a tem bardziej ropnie, nie wywołują zatorów. Ujemną ich własnością jest to, iż działają krótko, a więc wymagają częstych i wielokrotnych wstrzykiwań.

Stosujemy rozpuszczalne preparaty rtęci wtedy, gdy ze względu na słaby organizm chorego chcemy uchronić go od silniejszych bólów i ubocznych działań, jakie wywołują nierozpuszczalne preparaty, a zarazem gdy pożądamy szybkiego działania rtęci. Do wstrzykiwań używamy najczęściej następujących rozpuszczalnych preparatów rtęci:

Sublimat (73,8% rtęci) 2—3% w dawkach 1,0 co 2—3 dni.

Rp. Hydrargyri bichlorati  
Natri chlorati aa 2,0 — 3,0  
Aq. destil. 100,0

Lukasiewicz wprowadził metodyczne leczenie wstrzykiwaniami wysokich dawek sublimatu 10%, a nawet 20% z chlorkiem sodu, stosując raz na tydzień  $\frac{1}{2}$ , względnie  $\frac{1}{4}$  cm<sup>3</sup>. W cięższych przypadkach i przy odpowiedniej budowie chorych dochodzi on do 0,08 — 0,1 sublimatu na dawkę.

Istotnie wysokie dawki sublimatu działają nadzwyczaj szybko, energicznie i mogą być zalecane w kile mózgu i w kile narządu wzrokowego, sprawiają jednak silny ból, trwający kilka godzin, a nawet dłużej, przeto mogą być stosowane tylko silniejszym osobnikom.

Hermofenyl—tlenek rtęci, rozpuszczony w fenylanie dwusiarkanu sodu, zawiera 40% rtęci, działa nieco słabiej od sublimatu, lecz sprawia mało bólu i może być stosowany w wysokich dawkach i często (Reynes, Nicolle, Legrain, Hallopeau, Sokołow, Wojciechowski i inni). Najczęściej używam 6% hermofenylu co 3 dni 1,0, lub co 5 dni 2,0.

Dwubromian rtęci (Hg. Br<sub>2</sub>) 2%, co drugi dzień wstrzykiwany, znajduje najlepsze wskazanie w przypadkach podrażnienia układu nerwowego, działa dobrze.

Rp. Hydrarg. bibromati 2,0  
Natri chlor. 0,3  
Aq. destil. 100,0

Można również stosować hydrargyrum amidatum i hydrargyrum formamidatum 2% co drugi dzień, hydrargyrum succinimidatum 3% co drugi dzień.

Rp. Hydrargyri succinimidati 0,3  
Solve in aqua destillata fervida 10,0  
Cocaini mur. 0,1.

Hydrargyrum benzoatum 1% z chlorkiem sodu, zalecane przez Stukowenkowa, hydrargyrum peptonatum i hydrargyrum albuminatum 1%, hydrargyrum lacticum 5%, hydrargyrum glycocholicum 1%, hydrargyrum hyposulfuros. 2%, hydrargyrum bijodatum, zalecane przez Fourniera i Martineau'a.

Rp. Hydrargyri bijodati  
Kali jodati aa 1,0  
Natrii phosphor. tribasic. 2,0  
Aquae destillatae 50,0

## Hydrargyrum sozodolicum z jodkiem potasu:

Rp. Hydrarg. sozodol 0,8  
 Solve in kal. jodat 1,6  
 Aquae destillatae 10,0  
 Wstrzykiwać co 3-ci — 5-ty dzień.

Preparat ten działa silnie, lecz jest dość bolesny.

W ostatnich czasach zaczęto stosować enesol (rtęć salicylo-arszenikową: rtęci 38,46%, a arszeniku 14,2%) 1% — 3% po 1 — 2 cm<sup>3</sup> codzień, co drugi dzień (Coignet, Goldstein, Waryński). Oprócz tego stosują również hydrarg. jodotanicum, hydrarg. asparaginicum i t. d.

Ogólna ilość wstrzykiwań podczas jednego leczenia bywa różna, zależnie od objawów choroby, od preparatu i od jego stężenia..

Wstrzykiwania nierozpuszczalnych preparatów rtęci mają na celu wprowadzenie do ustroju odrazu dużej ilości rtęci, która stopniowo wsysa się i przez to działa dłuższy przeciąg czasu. Posiadają one również swoje dodatnie i ujemne strony: działanie nierozpuszczalnych preparatów bywa silne; wstrzykują je niewiele razy i w dłuższych odstępach czasu. Jednak działanie rozpoczyna się niekiedy dopiero po dłuższym przeciągu czasu; zdarza się też czasami odrazu po kilku wstrzykiwaniach działanie kumulacyjne, które może spowodować objawy zatrucia; iniekcje wywołują często silne bóle, zazwyczaj na drugi dzień, niekiedy w połączeniu z ogólnymi objawami, jak dreszcze, podniesienie ciepłoty, ogólne osłabienie; w miejscu wstrzyknięcia tworzą się często stwardnienia wielkości śliwki, kasztana; stwardnienia te są niekiedy bolesne, trwają długo i mogą spowodować w danym miejscu ropnie skutkiem nekrotycznego rozpadu tkanki; ponadto choremu zagraża niebezpieczeństwo płucnych i mózgowych zatorów, które mogą nawet spowodować nagłą śmierć; przyczyniają się do tego głównie tłuszcze, w których przeważnie stosują przetwory nierozpuszczalne.

Najlepszym nierozpuszczalnym preparatem rtęci jest salicylan (Silva Araujo 1887, Szadek, Neumann, Jadassohn, Petersen i inni); stosujemy co 2 — 3 dni 5%, lub co 5 dni 10% zawiesinę:

Rp. Hydrarg. salicyl. 5,0  
 Gummi Arabici 0,5  
 Anaesthesini 0,25  
 Aquae destillatae 50,0  
 S. Dobrze wstrząsać przed każdym  
 użyciem.

Środek ten działa energicznie i jest znoszony dobrze przez chorych. Pomimo bardzo szerokiego zastosowania salicylanu rtęci (kilkadziesiąt tysięcy wstrzykiwań) szczególnie w ambulatoryum szpitala św. Łazarza, ani razu nie spostrzegłem po nim poważniejszych zaburzeń.

Leszczyński poleca salicylan rtęci w olejku łogowym (1 : 10).

Rp. Hydrarg, salicylici 1,0  
 Olei sesami steril. 10,0  
 MDS. Co 5 dni strzykawka.

Salicylan rtęci w olejku łogowym posiada tę zaletę, iż bardzo trudno jącej się i wywołuje małą bolesność, a rzadko stwardnienia w miejscu wstrzyknięcia.

Karwowski zaleca ten sam preparat rtęci w oliwie.

Żółty tlenek rtęci (Watraszewski, Szadek, Balzer, Colliot, Rosenthal, Zelenew, Sibilat i inni) działa znacznie słabiej od salicylanu, przynajmniej w dawkach możliwych do stosowania, i odznacza się większą bolesnością.

Rp. Hydrarg. oxydati flavi 2,0  
 Gummi Arabici 0,25  
 Aquae destillatae 50,0  
 S. Strzykawka co piąty—siódmy dzień.

Preparat ten stosowałem dawniej dość często w szpitalu, lecz po paru przypadkach zatoru, który wprawdzie szczęśliwie się skończył, i po kilku przypadkach utworzenia się dużych ropni, użytkuję go obecnie tylko w wyjątkowych razach.

Balzer zaleca:

Rp. Hydrargyri oxyd. flavi 1,5  
 Olei vaselini 15,0  
 S. Wstrzykiwać po  $\frac{1}{2}$ — $\frac{2}{3}$  strzykawki Pravatz'a.

Kalomel, tylko vapore paratum, stosują przeważnie we Francyi.

Rp. Calomel via humida parat. 1,0  
 Olei vaselini 10,0  
 S. Wstrzykiwać co 5 — 8 dzień, albo

Rp. Calomel 5,0  
 Natr. Chlorat 1,25  
 Aquae destillatae 50,0

Środek powyższy działa bardzo energicznie, lecz często wywołuje nadzwyczaj silne uboczne działania.

Metaliczną rtęć używają najczęściej w postaci szarego oleju — oleum cinereum Langa (Lang, Balzer, Harttung, Lindström, Neisser i inni). Olej szary stanowi rtęć 30%—50% w płynnym tłuszczu.

Rp. Hydrarg. depurati 20,0  
 Tincturae benzoës 5,0  
 Olei vaselini 40,0  
 S. Wstrzykiwać naraz  $\frac{1}{4}$  —  $\frac{1}{3}$  strzykawki Pravatza.

Leszczyński stosuje rtęć metaliczną w mieszaninie olejku logowego i palmowego.

Rp. Hydrarg. redestil. 4,0 (10,0)  
 Olei palmae ster. 20 cm<sup>3</sup> (46,94)  
 Olei sesami ster. 20 cm<sup>3</sup> (45,41)  
 MDS. Co pięć dni strzykawka.

Blomquist zamiast szarego oleju zaleca olejek merkurjowy po 0,1—0,2 cm<sup>3</sup>. Środek ten stosują również przeważnie we Francyi i zalecają, jako działający energicznie; jednak wywołuje on często bardzo silne objawy uboczne.

Zalecają również hydrargyrum thymolicum, hydrargyr. thymolo-acet., hydrarg. carbol. i inne, zwykle w 10% zawiesinie co 5—6 dni wstrzykiwać, a w ogólnej liczbie m. w. 6—8 iniekcji.

*Wewnętrznie* podawana rtęć nie może mieć szerokiego zastosowania; jest to sposób praktyczny i łatwy, lecz posiada ważne strony ujemne. Przedewszystkiem drażni narząd pokar-

mowy, szczególnie przy dłuższem stosowaniu, następnie działa bardzo słabo — znacznie słabiej, aniżeli inne metody. Można więc niekiedy przepisywać wewnątrz preparaty rtęciowe tylko jako dopełnienie kuracyi; nigdy zaś nie zalecamy ich osobom chorym na żołądek i kiszki, lub posiadającym specjalną wrażliwość tych narządów na rtęć, osobom osłabionym, które należy forsownie odżywiać, lub osobom, przyjmującym inne lekarstwa. Przeciwwskazane jest również użycie tego sposobu przy cięższych objawach przymiotu, gdy należy zastosować energiczne leczenie.

Do przyjmowania wewnątrz zalecamy przeważnie sublimat, salicylan rtęci i jodek rtęci. Sublimat i salicylan rtęci nadają się więcej dla wcześniejszych okresów przymiotu, gdy jodek rtęci dla późniejszych.

Salicylan stosujemy najczęściej podczas bólów głowy i bólów kości. Działa dość silnie.

Rp. Hydrarg. salicyl. 1,5—3,0  
 Extract. opii aquosi 0,3—0,6  
 Ext. et rad. liquir. q. s.  
 ut f. pil. № 60.

S. 2—3 razy dziennie po jednej pigułce podczas jedzenia.

Opium podajemy osobom, posiadającym wrażliwy żołądek.

Sublimat działa drażniąco na żołądek, wywołuje często bóle i kurecze żołądkowe; przytem chorzy tracą apetyt, czują ciężar w żołądku; szczególnie łatwo powstają te objawy u kobiet.

Rp. Hydrarg. bichlorati 0,6  
 Extr. opii aquosi 0,3—0,6  
 Extr. et rad. liquir. q. s.  
 ut f. pil. № 60.

S. 2 — 3 pigułki dziennie podczas, lub zaraz po jedzeniu.

Sublimat wchodzi w rozczyń Van Swietenena i pigułki Dupuytrenna, stosowane jeszcze i dotychczas:

Rp. Aq. destill. 900,0  
 Alcohol. 90% 100,0  
 Hydrarg. bichloral. 1,0

Rp. Hydrarg. bichlorati 0,01  
 Extr. opii 0,02  
 Extr. guajaci 0,04  
 M. f. massa, e qua formetur pil. № 1  
 (Formul. pharm. des hôp.).

Jodek rtęci, szczególnie u osób nieprzyzwyczajonych do niego, może spowodować podrażnienie kiszek w postaci koliki i rozwolnienia i często wywołuje zapalenie jamy ustnej.

Jodek rtęci przyjmuje się w dawkach od 6 — 12 centigramów, zależnie od płci, budowy ciała i wytrzymałości narządu pokarmowego.

Rp. Protoiodur. hydrarg.  
 Lanolini aa 1,5  
 Extr. opii aquosi 0,25—0,5  
 Sacchari lactis 4,5  
 M. f. pill. № 50  
 S. 2—4 pigułki przyjąć dziennie podczas,  
 lub zaraz po jedzeniu.

Pigułki Ricorda miały następujący skład:

Rp. Hydrarg. protoioduret. 3,0  
 Extr. Thebaic. 1,0  
 Lactucarii 3,0  
 Conserv. rosarum 6,0  
 M. f. massa, e qua formentur pil. № 60.

Dwujodek rtęci znajduje zastosowanie w syropie Giberta: Rp. Syrupi simpl. 500,0. Hydrarg. bijodati 0,2. Kali jodati 10,0. S. 2—3 łyżki dziennie.

Stosują również kalomel:

Rp. Calomel 0,5  
 Opii puri 0,1  
 Sacchari. albi 5,0  
 M. f. pulv. Divid. in par. aeq. № XII.  
 D. ad oblatos. S. 3 proszki dziennie.



Hydrarg. oxydulat. tannicum (Lustgarten):

Rp. Hydrarg. oxydul. tannici 4,0  
 Extr. opii aq. 0,4  
 Pulv. et extr. liq. q. s. ut f. pil. № C.  
 S. 3—5 pigulek dziennie.

Haemol. hydrargyri jodati (Kobert, Rille):

Rp. Haemol. hydrarg. jodati 5,0  
 Pulv. opii 0,8  
 Pulv. et rad. liq. q. s. ut f. pil. № C.  
 S. 5—8 pigulek dziennie.

Hydrarg. thymol. i hydrarg. carbol.:

Rp. Hydrarg. thymol. lub carbol. 4,0  
 Extr. opii aq. 0,8  
 Extr. et rad. liq. q. s. ut f. pil. № C.  
 S. 3—6 pigulek dziennie.

Mergal (hydrargyri cholici oxydati 0,05, albumin. tannici 0,1) po 3—10 pigulek dziennie, działa słabo i drażni silnie przewód pokarmowy.

*Okurzenia* posiadają obecnie tylko historyczne znaczenie. Ze względu na częste powikłania i niepewne działanie wyszły już z użycia. Niedawno jeszcze stosował je dość często Glück w Serajewie. Do okurzań używali kalomel i cynober (0,5—1,5). Również w leczeniu dorosłych przestano już obecnie zalecać noszenie na piersiach i plecach fartuszków i woreczków z rtęcią, które działają bardzo słabo i niepewnie.

### J o d.

Środek ten, choć w mniejszym stopniu, niż rtęć, posiada swoiste własności przeciwprzymiotowe. Na krętki blade jod działa bardzo słabo, jednak w jednym doświadczeniu Neissera, po zastosowaniu 60 cm<sup>3</sup>. jodipiny u małpy, nie wykazano uogólnienia kiły. Preparaty jodu szybko wsysają się

i rozchodzą po ustroju. Jod już w 20 minut po przyjęciu jodku potasu, a nawet wcześniej, zaczyna się wydzielać z moczem. Wydziela się on również z mlekiem, żółcią, śliną, łzami i t. p. Welander zauważył u nowonarodzonego w moczu jod, podczas gdy matka przyjęła 0,5 jodku potasu na parę godzin przed rozwiązaniem. Jod szczególnie silnie działa na objawy trzeciorzędowego przymiotu: obszerne owrzodzenia, olbrzymie guzy, objawy zajęcia naczyń mózgowych w postaci silnych bólów głowy, bóle okostnej zazwyczaj szybko zmniejszają się i giną. Również wszelkie wczesne rozpadowe sprawy przy tak zwanej syphilis maligna, albo praecox bardzo szybko ulegają działaniu jodu. Szybko również pod wpływem jodu przechodzą bóle okostnej i głowy we wszystkich okresach przymiotu.

Na drugorzędowe objawy przymiotu, jak grudki i plamy, jod albo wcale nie działa, lub działa słabo; często jednak potęguje działalność przyjętej zarazem rtęci.

Jod posiada obok terapeutycznego działania i ujemne uboczne; oprócz nieprzyjemnego metalicznego smaku, szczególnie rano, najczęściej wywołuje zapalenie błon śluzowych i wysypki skórne.

Często bywa zajęta błona śluzowa nosa, powodując objawy kataru w większym, lub w mniejszym stopniu; przytem wydziela się z nosa płyn rzadki, zawierający mało ropy i śluzu. Katar ten niekiedy przechodzi szybko, bo w parę dni, to znów dochodzi do bardzo silnego stopnia z zaczerwienieniem nozdrzy i z objawami zajęcia sąsiednich błon śluzowych, jako to: opuchnięcie powiek, silny ból głowy i kaszel.

Niekiedy mogą nawet zjawiać się objawy zajęcia krtani, kiszek, cewki, i t.p. Opuchnięcie błony śluzowej krtani wywołuje czasami objawy bardzo zbliżone do grypy: bóle gardła, chrypkę, duszność, podniesienie temperatury, silny ból głowy i t. d. Zajęcie żołądka i kiszek powoduje nudności, wymioty, rozwolnienie; z cewki, po przyjęciu, jodu widzujemy niekiedy wyciek płynu surowiczego, lub serwatkowego.

Na skórze jod najczęściej wywołuje trądzik, czasem nawet czyraki i pęcherze. Objawy te są zwykle bardzo bolesne, uporczywe i niekiedy bardzo zbliżone wyglądem do odpowiednich przymiotowych wysypek.

Zdarzają się również ograniczone obrzęki twarzy, zajęcia ślinianek, szczególnie przyuszniczy, opuchanie wokoło sta-

wów i ścięgien i nerwowe podrażnienia, jak zawrót głowy, senność, niepewność ruchów, mrowienie i t. d.

Poboczne objawy najczęściej można wytłumaczyć szczególniejszą wrażliwością ustroju na jod; niekiedy wystarcza bardzo mała dawka jodku potasu, żeby wywołać bardzo silne zajęcie błon śluzowych. Zwykle chorzy przyzwyczajają się z czasem do jodu i znoszą dobrze nawet bardzo wysokie dawki.

Preparaty jodu najczęściej podajemy wewnątrz, gdyż żołądek zazwyczaj znosi ten środek dobrze; niekiedy jednak przy zbytnej wrażliwości żołądka, lub przy niemożliwości podawania jodu per os, stosujemy wstrzykiwania podskórne, lub enemy.

Ze wszystkich preparatów jodu najenergiczniej działa jodek potasu.

*Jodek potasu* (Kali jodatum), twarda biała sól, zawiera 76,5% jodu krystalizuje się w postaci dużych sześciątów, nie posiada zapachu, lecz ostry, gorzko-słony nieprzyjemny smak, łatwo rozpuszcza się w wodzie, trudniej w wyskoku. Jodek potasu jest bardzo higroskopijny i rozkłada się pod wpływem kwasu węglanego z powietrza. Chronią go też zawsze w miejscu zamkniętym i suchem. Średnia dawka dzienna wynosi dla mężczyzny 3,0, a dla kobiety 2,0. W razie potrzeby dawkę tę można podnieść do 10,0. Najlepiej rozpoczynać od małych dawek po 0,5 gr. 2 razy dziennie, a stopniowo dawkę powiększać i w razie potrzeby dojść do 10,0 i więcej dziennie:

Rp.	Kali jodati	20,0
	Natri bicarb.	3,0
	Codeini phosphor.	0,2—0,3
	Aq. destil.	300,0
S.	przyjmować 2—3 łyżki dziennie w mleku lub w wodzie sodowej podeczas lub po jedzeniu.	

*Jodek sodu* (Natrium jodatum) zawiera 84,6 jodu, jest mniej higroskopijny, lecz trwalszy, przyjemniejszy w użyciu od jodku potasu, wywołuje rzadziej uboczne działanie, słabiej jednak działa. Stosuje się w takich samych dawkach, jak poprzedni środek.

*Rubidium jodatum* (59,84% J.) posiada słabsze uboczne działanie, niż jodek potasu, silne zaś terapeutyczne własności.

*Ammonium jodatum* (87% J.) i *Lithium jodatum* (94,7% J.) drażnią dość silnie żołądek.

Rp. Lithii jodat. . . . . 5,0  
Syrup. cort. aurant 200,0  
S. 2—3 łyżki stolowe dziennie.

*Ferrum jodatum* (73% J.) stosujemy często u osób z podupadłym odżywianiem.

Rp. Ferri jodat. . . . . 10,0  
Pulv. et extract. liquirit. q. s. u. f.  
pil. № 100  
S. 10 dziennie.

Rp. Syrup. ferri jodat.  
Syrup. simpl. aa . . . . . 25,0  
S. 2 łyżki dziennie.

Lekarstwa te dość prędko rozkładają się, przeto nie mogą być zapisywane w dużych ilościach.

Używają również *jodolu*, *jodochininy*, *jodothyryny*:

Rp. Jodoli . . . . . 0,5  
D. t. d. ad capsul. amylac. № XX.  
3 proszki dziennie.

Rp. Chinini jodohydrojodici 10,0  
Kaolin. pur. . . . . 2,0  
Gummi Arab. q. s. u. f.  
Pilul. № LXXX  
S. 16—20 pigulek dziennie.

Rp. Jodothyryni . . . . . 2,0  
D. tal. d. № XX  
S. 2—6 dziennie.

W ostatnich czasach weszły w użycie związki jodu z białkiem: nie drażnią one żołądka i błon śluzowych wogóle, jed-

nak słabiej działają, niż jodek potasu. U kobiet i mężczyzn o delikatnej budowie ciała stosują chętnie jodon (peptonat jodu) 3—5 razy dziennie po 15—20 kropli.

Jodalbacid i sajodynę przepisują niektórzy autorowie w tabletkach po 3,0 — 5,0 dziennie, jak również  $\beta$  eigon i jodferratozę.

Wstrzykiwania preparatów jodu można skutecznie podskórnie i wewnątrzmięśniowo. Działają one silnie i nawet nie przyczyniają wielkiego bólu. Zastrzykują jodoform:

Rp. Jodoformii	1,0
Paraffini liquidi	10,0
S. Strzykawkę Pravatza codziennie, lub co parę dni.	

Nieco słabsze działanie posiada jodipina—związek jodu z olejkiem logowym.

Do wstrzykiwań używają przeważnie 25%, a znacznie rzadziej 10%, po 5—10 cm<sup>3</sup> nagrzanego nieco płynu codziennie, lub co kilka dni.

Jod bywa również dość szybko wsysany do ustroju przy stosowaniu zewnętrznem.

W tym celu niektórzy stosują kąpiele jodowe, lub wcierania maści jodowej:

Rp. Jodi puri	0,1
Kali jodat.	2,0
Lanolini	
Vaselini aa	10,0

a także jodvasogen 6—10% i jothion.

Ten sposób stosowania jodu drażni jednak skórę, działa niepewnie, przeto nie może być szerzej stosowany.

## LECZENIE POMOCNICZE.

Przymiot, jako choroba wyniszczająca cały ustrój, wymaga środków pokrzepiających, a następnie pobudzających ogólną zamianę materii w organizmie. Z pomiędzy środków wzmacniających najczęściej stosujemy arsenik, a następnie żelazo i chininę.

Najlepszym preparatem arsenikowym okazał się atoksyl (sól sodowa kwasu paraamidofenyloarsinowego zawiera 35,7 arsenu), który zastrzykujemy w rozcieńczeniu 10% po 1,0 codzień, co drugi dzień. W takich dawkach atoksyl, szczególnie francuski, rzadko niezmiernie wywołuje objawy zatrucia i może być stosowany przez dłuższy przeciąg czasu.

Wstrzykiwać można również 10% natrium cacodylicum po 0,5 — 1,0, lub wewnątrz podawać po 4 — 5 kropli 3 razy dziennie liquor Fowleri, lub po 5—10 kropli liquor Pearsonii, albo pigułki azyatyckie po 3—6 dziennie.

Żelazo można stosować w postaci pigulek Blaudi po 3—6 dziennie, tincturae Bestouscheffi 10 × 3, ferri pomati 15—20 kropli 3 razy dziennie, lub:

Rp. Liq. Fowleri                    15,0  
T-rae ferri pomati  
T-rae chinae comp.  
T-rae amar. aa                    20,0  
D. ad guttametr.  
S. 3 razy dziennie po 20 kropli na  
15 minut przed jedzeniem.

Skrzepiające działanie posiadają również odwary, chętnie stosowane w ciężkich rozpadowych postaciach przymiotu. Z pomiędzy odwarów najczęściej bywa używany dekokt Zittmanna; stosują zwykle rano 250,0–360,0 decocti Zittmanni fortioris nagrzanego i tyleż decocti Zittmanni mitioris wieczorem na zimno. Wywołuje on często rozwolnienie skutkiem działania senesu, to też może być zapisywany sine foliis sennae.

Przepisują również decoctum Pollini po 250,0 dziennie.

Dla pobudzenia obiegu krwi i zamiany materii w ustroju stosujemy ruch na świeżem powietrzu, gimnastykę, sporty wszelkiego rodzaju, jak turystyka, jazda konna, tenis, łyżwy, ski i t. p. Zalecamy miejscowości klimatyczne, powietrze górskie, odpowiednie odżywianie, wczesny i dostateczny sen; zabraniamy używania wysokości i tytoniu, nadużyć płciowych, wyczerpujących rozrywek, jak gra w karty i t. d.

Często bardzo dodatni wpływ na wyniszczony i skłonny do ciężkich objawów organizm posiada hydroterapia i balneoterapia.

Nacierania zimną wodą, prysznice, mogą znacznie powiększyć odporność organizmu. Również kąpiele i wody jodowe (Iwonicz, Luchaczowice, Hall, Kreuznach, Lipik), solanki (Ciechocinek, Druskieniki) działają często bardzo dodatnio na źle odżywiane ustroje.

Do obecnej chwili krąży pomiędzy publicznością, a nawet pomiędzy lekarzami podanie, iż kąpiele siarczane działają swoiście na przymiot, pozwalają na energiczniejsze leczenie, wyprowadzają skryty jad przymiotowy z wewnątrz organizmu na zewnątrz. Bezwarunkowo kąpiele siarczane działają dodatnio na przebieg przymiotu, lecz w taki sam sposób, jak i inne środki, pobudzające silniejszą zamianę materii w ustroju. Takie wody, jak Busko, Solec, Swoszowice, Krzeszowice, Lubień, Trenczyn, Piszczany, Piatigorsk, Uriage, Akwizgran, Baden pod Wiedniem, Kemern mogą mieć zastosowanie przedewszystkiem w tych razach, gdy, obok przymiotowych cierpień kości i stawów, znajduje się również skaza moczanowa.

## METODA LECZENIA.

Istnieją dwa różniące się poglądy na czas rozpoczynania leczenia kiły i na sposób jego przeprowadzania. Zwolennicy rozpoczynania leczenia ogólnego dopiero po ukazaniu się pierwszych objawów ogólnych — wysypek—motywuja to w ten sposób, iż ustroju nie należy zbyt wcześnie przyzwyczajać do rtęci, gdyż później, wobec groźniejszych objawów, może ona przestać działać; po stosowaniu rtęci zbyt wczesnem, objawy drugorzędowe mogą nie wystąpić, a zato wcześniej mogą się zjawić objawy trzeciorzędowe, czyli, że można zmienić normalny przebieg choroby na niekorzystny chorego; na koniec dowodzą, że, oczekując na zjawienie się wysypek, unika się pomyłek w rozpoznaniu, gdyż o niem ostatecznie rozstrzygają objawy ogólne przymiotu.

Pierwsze i drugie dowodzenie jest niesłuszne, gdyż przy odpowiedniem użyciu środka organizm do niego się nie przyzwyczaja; środek ten będzie skutecznie działał na objawy istniejące, nawet zapobiegał powstawaniu nowych tak drugorzędowych, jak i trzeciorzędowych. Dzięki zaś łatwości odnalezienia krętków białych w wydzielinie z wrzodu pierwotnego, omyłki rozpoznawczej w pierwszorzędownym okresie łatwo się ustrzedz.

Doświadczenia Neissera i innych wykazały, iż znacznie wcześniej przed zjawieniem się ogólnych objawów znajdują się już we wszystkich narządach krętki białe; powinno się więc niszczyć je, jak można najwcześniej, a to dlatego, żeby



nie będąc w stanie tych pasorzytów doszczętnie wygubić, przynajmniej osłabić ich rozrost i działanie. Należy tylko pamiętać, że wszelkie terapeutyczne środki, a więc i rtęć, posiadają własność leczniczą tylko do pewnych granic, przechodząc poza które, można osłabić organizm i zmniejszyć jego odporność.

Dodam jeszcze, iż według licznych spostrzeżeń przymiot, leczony od samego początku, posiada zwykle przebieg drobotliwszy, nie tylko w pierwszych latach, ale i w późniejszym okresie. Często, rozpoczynając leczenie wcześniej, można nawet nie dopuścić do rozwoju objawów drugorzędowych i trzeciorzędowych, i cały przebieg przymiotu przyjmuje charakter jak gdyby szczątkowy, niedorozwinięty.

Można oczekiwać z rozpoczęciem ogólnego leczenia na zjawienie się objawów drugorzędowych, ale to tylko wtenczas, gdy nie jesteśmy pewni rozpoznania: przy obecnym stanie nauki i środkach pomocniczych zdarza się to tylko w wyjątkowych okolicznościach.

Również zachodzi różnica zdań co do tego, jak prowadzić leczenie: jedni są za leczeniem objawowym, t. j. oportunistycznym, inni za chronicznym — przerywanem.

Metoda objawowa, albo oportunistyczna leczenia zasadza się na tem, żeby leczyć przymiot tylko wtenczas, gdy ukażą się jego objawy, a to dlatego, iż leczenie swoiste działa jakoby tylko na objawy choroby, a nie na samą chorobę. Pogląd ten jednak nie jest słuszny, gdyż nawet wobec braku jakichkolwiek drugorzędowych objawów odnajdywano w ustroju krętki blade, a stwierdzono zaś niszczące działanie rtęci na krętki blade.

Nie można leczyć ciągle w przeciągu całego drugorzędowego okresu ze względu na obawę szkodliwego oddziaływania rtęci na ustroj. Należy więc leczenie przerywać, żeby organizm mógł odpocząć. Długość i intensywność każdego kursu leczenia, jak również odpoczynki między nimi, muszą być indywidualizowane w zależności od charakteru przebiegu przymiotu i właściwości danego ustroju, wagi choroby, stanu jego zdrowia i odporności.

Osobniki, dotknięte ciągłymi nawrotami objawów, ciężkich przytem i uporczywych, muszą być leczone intensywniej i częściej, zaś osobniki z lekkim przebiegiem przymiotu, lub znoszące rtęć źle, powinny być leczone nią znacznie łagodniej.

Leczenie więc powinno być w każdym przypadku przymiotu indywidualizowane, i szemat dla leczenia przedstawić trudno. W każdym razie stosujemy rtęć nietylko wtenczas, gdy zjawia się objawy, lecz również, żeby im zapobiegać. Przeważnie wypada w pierwszym roku powtórzyć 3—4 razy leczenie, ciągnące się każde m. w. miesiąc, czyli w odstępach 2—3 miesięcznych; w drugim i trzecim roku 2—3 razy, w przerwach 3—5 miesięcznych, a w czwartym i w piątym roku po dwa leczenia. Jeśli objawy przymiotu nie zjawiały się od trzeciego roku jego przebiegu, w takim razie po piątym roku choroby leczenie rtęciowe powtarzamy tylko w wyjątkowych okolicznościach, np. przed ślubem, lub w razie poronień. Wobec zaś powtarzających się i w późniejszym czasie przebiegu przymiotu objawów, leczenie rtęcią przepisujemy jeszcze kilkakrotnie po ostatnich objawach.

Leczenie jodem we wczesnym okresie przymiotu, t. j. w pierwszym, a nawet często w drugim roku, jest zbyt skuteczne, ponieważ jod, jeśli nawet działa bezpośrednio na krętki blade, to działanie to jest słabe i nie wpływa przeważnie na znikanie drugorzędowych objawów. Jednak i w drugorzędowym okresie jod oddziałuje silnie na pewne objawy; przede wszystkim usuwa bóle głowy wieczorne i nocne, zapalenia okostnej, bóle kostne, stawowe, mięśniowe i nerwowe i t. d., również działa silnie w przypadkach wczesnych rozpadowych postaci kły złośliwej.

Jod działa energicznie na trzeciorzędowe objawy i powinien być stosowany obficie w późniejszym okresie kły nawet jako środek, uprzedzający te objawy. To też jod podajemy, poczynając od drugiego roku w ciągu lat kilku kilkakrotnie na rok pomiędzy leczeniami rtęcią, a i wtenczas nawet, gdy ten środek przestajemy stosować.

Z powyżej wyliczonego wypada, iż na objawy trzeciorzędowe oddziałują rtęć i jod. To też przy wszystkich objawach trzeciorzędowych, szczególnie ciężkich, powinno być zastosowane leczenie mieszane (*cura mixta*) — rtęć z jodem. Wewnętrznie podawane związki rtęci za słabo działają na tak niebezpieczne objawy, przeto zazwyczaj stosujemy wcierania maści rtęciowej, lub wstrzykiwania silnie działających preparatów rtęci, a wewnątrz podajemy jod. W razie zaś miejscowego podrażnienia żołądka i kiszki przez jod, można go stosować za pomocą wstrzykiwań.

Należy zarazem zalecać leczenie pomocnicze i w razie potrzeby podawać arsenik, żelazo i t. d., np. możemy jednocześnie wcierać maść rtęciową, podawać wewnątrz jodek potasu i wstrzykiwać atoksyl. Takie energiczne leczenie mieszane należy stosować szczególnie w tych razach, gdy przymiot posiada przebieg bardzo ciężki, gdy grozi zniszczeniem jakiegoś narządu, a nawet życiu chorego, np. w przymiocie mózgowo-rdzeniowym.

Streszczając się, dochodzimy do następujących wniosków: 1) leczenie rozpoczynamy z chwilą rozpoznania przymiotu; 2) leczenie prowadzimy chroniczne, przestankowe, właściwie profilaktyczne, uprzedzające; 3) leczenie nie może być szablonowe, lecz indywidualizowane w zależności od wskazań ze strony choroby i organizmu chorego; 4) rtęć stosujemy sporadycznie w okresie pierwszo- i drugorzędowym, a w trzeciorzędowym wobec jakichkolwiek objawów i nawet wielokrotnie po ich usunięciu; 5) leczenie jodem rozpoczynamy od drugiego lub trzeciego roku przebiegu przymiotu; 6) podajemy jod w trakcie pomiędzy stosowaniem rtęci kilkakrotnie w ciągu kilku lat; 7) również przepisujemy jod przy pewnych objawach drugorzędowych i zawsze przy i po trzeciorzędowych.

Leczenie pomocnicze jest zawsze wskazane u osobników osłabionych i wycieńczonych, a szczególnie, gdy środki swoiste działają słabo.

Leczenie swoiste nie działa wcale na tak zwane cierpienia poprzymiotowe.

Wprawdzie notowano w literaturze kilkakrotnie wyleczenie tych chorób w początkowych okresach ich rozwoju, lecz zdaje się, iż były to raczej przypadki przymiotu mózgowia i rdzenia kręgowego, symulujące wiażd rdzenia i porażenie postępujące. Przeważnie leczenie swoiste oddziaływa niekorzystnie na dalszy rozwój tych chorób, to też, stwierdziwszy *ex iuvantibus* ich rozpoznanie, należy nadal zaniechać stosowania jodu, a szczególnie rtęci.

**Przymiot wrodzony.**

## NABYWANIE PRZYMIOTU.

Już uczeni XVI w. (Falloppia, Paracelsus, Fernelius) wiedzieli o przechodzeniu przymiotu z rodziców na potomstwo.

Poglądy o nabywaniu przymiotu przez dzieci od rodziców, jak i cała nauka o przymiocie, podlegały w ciągu ostatnich kilku wieków ciągłym zmianom.

Jedni uczeni zupełnie odrzucali istnienie przymiotowego jadu (Broussais, Devergie) inni — zaraźliwość drugorzędowych objawów (Hunter, Cooper), to znów zaraźliwość wrodzonego przymiotu i tożsamość jego z nabytym. Przypuszczano dwie możliwości przechodzenia przymiotu z rodziców na dziecko: pierwsza sposobem rozrodczym przez nasienie, lub jajko, druga przez łożysko. Bardzo chętnie przyjmowano czysto ojcowskie udzielanie przymiotu przez nasienie. Pogląd ten opierano na spostrzeżeniach, iż w małżeństwie często wystarcza wyłączenie tylko leczenie ojca, ażeby się rodziły zdrowe dzieci. Twierdzono, iż matka, nawet rodząc dzieci, obciążone przymiotem, przeważnie pozostaje zdrową; nie posiada objawów przymiotu, rodzi zdrowe dzieci przy połączeniu ze zdrowym mężem i, po urodzeniu dziecka syfilitycznego, może się od niego zarazić przymiotem.

Przypuszczano również dziedziczenie przymiotu czysto macierzyńskie, gdyż matki, zarażone przymiotem, mogą rodzić syfilityczne dzieci nawet od zdrowych mężów. W macierzyńskim przeniesieniu zarazy przymiot mógłby być udzie-

+22/227/07(c)

I - dziecko ojca, matka +

II - matka + dziecko -

III - matka + zaraza o (o) matki od dziecka

IV - matka + dziecko -

lony za pomocą jajka, albo już po poczęciu przez łożysko. Matka, która zaraziła się nawet w ostatnim miesiącu ciąży, może w łonie swem w ten ostatni sposób udzielić przymiotu dziecku.

Przyjmowano, iż płód, obarczony przymiotem przez ojca, oddziaływa również podczas ciąży na zdrową matkę: może on zakazić matkę (choc en retour), gdyż spostrzegano u niej zjawianie się drugorzędowych objawów podczas ciąży.

Twierdzono również, że matka może pozostać niezarażoną przymiotem i przytem niewrażliwą na niego (immunitas). Jest to prawo Collesa, które głosi, iż większa część zdrowych matek, które urodziły dzieci, zakażone przez ojca, nabyła podczas ciąży niewrażliwość na zarazki przymiotu. Matka mogła pozostać nie tylko zdrową, ale nawet nie immunizowaną. Przeszło w 20 przypadkach spostrzeżono, iż matka po urodzeniu obarczonego przymiotem dziecka została zakażoną przez nie lub w inny sposób. Również dzieci, zrodzone z syfilitycznych rodziców, a nie zakażone przymiotem, posiadają jakoby niewrażliwość na zarazki tej choroby — jest to prawo Profety, z którego jednak przytaczano 15 niewątpliwych wyjątków. Niewrażliwość dzieci na zarazki przymiotu objaśniano przepływem toksyn od ustroju zakażonego przymiotem do niezakażonego.

Poglądy powyższe zostały w znacznej mierze zmodyfikowane przez prace Matzenauera i badania nad krętkiem bladym.

Matzenauer twierdzi, iż płód nabywa przymiot zawsze od matki, wyklucza zaś ojcowskie dziedziczenie. Według Matzenauera na płód przechodzi przymiot niekiedy przez zakażenie jajka, zwykle zaś przez łożysko, gdy matka uległa zakażeniu przymiotem przed poczęciem, zaś tylko przez łożysko, gdy matka zaraziła się podczas ciąży. Przymiot, udzielony matce już podczas ciąży, przechodzi na dziecko nie zawsze, lecz tem częściej, im we wcześniejszym okresie ciąży matka była zarażona. Najprawdopodobniejsze jest zawsze zakażenie płodu przez łożysko i musi być poprzedzane zmianami w niem, gdyż normalne łożysko zarazków nie przepuszcza. Zmian należy szukać w naczyniach łożyska. I istotnie często znajdujemy mniejsze, lub większe zmiany w na-

*Prawo Collesa →*

*Prawo Profety →*

*MATZENAUER.  
Macyński  
Dobrowolski*

czyniach kosmków. Zmiany w łożysku mogą być rozlane, lub też ograniczone; można nawet spostrzedz pomiędzy normalnymi kosmkami wysepkowate ogniska swoiście zajętych kosmków.

Zdaje się, iż należy istotnie wykluczyć nabywanie przymiotu przez plemniki i nawet przez jajko. Do tej pory nie stwierdzono, iżby jakąkolwiek chorobę zaraźliwą można odziedziczyć za pomocą plemników.

Krętki blade mogą wprawdzie znajdować się w nasieniu, szczególnie przy zajęciu przymiotowem jądra, a Finger i Landsteiner zarazili za pomocą nasienia małpę. Jednak krętki blade, znajdując się nawet w płynie nasienia, mogą zakazić matkę, a nie przedostawać się do plemników. Należy nawet przypuszczać, że plemnik i jajko, zmienione pod wpływem toksyn krętków, byłyby niezdolne do sprawowania swych normalnych czynności fizyologicznych.

Według wszelkiego prawdopodobieństwa uprzednio bywa zawsze zakażona przymiotem matka sposobem zwykłym; a w tych razach, gdy u matki objawów nie zauważono, owrzodzenie pierwotne i drugorzędowe objawy mogły ująć uwagi, a następujące u matki podczas, albo bezpośrednio po ciąży drugorzędowe objawy, nie poprzedzane owrzodzeniem pierwotnym, można raczej przyjmować za nawroty choroby, powstałej jeszcze przed poczęciem.

Istotnie organizm matki, osłabiony porodem, jest więcej podatny do nawrotów, które błędnie można przyjąć za „choc en retour”.

Również nie można dopatrzeć się związku pomiędzy leczeniem wyłącznie tylko ojca, a rodzeniem zdrowych dzieci przez matkę. Można raczej przyjąć, iż leczenie ojca unieвозмоżliwia zarażenie matki, a więc wpływa na rodzenie przez nią zdrowych dzieci.

Prawo Colles'a należy więc przyjąć w takim znaczeniu, iż matki, które zrodziły syfilityczne dzieci, są niewrażliwe na nowe zakażenie, gdyż posiadają już przymiot. Wszystkie wyjątki z prawa Colles'a są bardzo mało prawdopodobne, gdyż opierały się według Matzenauer'a, albo na niewłaściwym przyjmowaniu nawrotów za objawy świeże przymiotu, albo na nieporozumieniu w sprawie źródła zarazy, np. dziecko zdrowe, zrodzone ze zdrowej matki i ojca, który przechodził

przymiot, mogło być zakażone w jakikolwiek sposób po urodzeniu i udzielić swego przymiotu matce.

Prawo Profety należy, zdaje się, zupełnie odrzucić, gdyż dzieci, zrodzone z rodziców syfilitycznych, mogą posiadać niewrażliwość na zarazki przymiotu dlatego, iż są już zakażone przymiotem, tylko przymiot występuje u nich w tak słaby sposób, iż może być zupełnie nie zauważony, lub utajony przez bardzo wiele lat.

Przypadki, opisane w literaturze, jako wyjątki z prawa Profety, gdzie zdrowe dzieci syfilitycznych ojców zarażają się przymiotem, są naturalnem następstwem prawa, że dzieci nie nabywają przymiotu wprost od ojca.

Wypływa więc stąd, iż każda na pozór zdrowa i niewrażliwa na przymiot matka, która rodzi syfilityczne dzieci, musi posiadać ukryty przymiot.

Należy więc każdą taką matkę leczyć rtęcią, tak ze względu na nią samą, jak i ze względu na losy dalszego potomstwa. Każda matka syfilitycznego dziecka może je karmić bez szkody dla siebie. Należy jednak pamiętać, że rodzice syfilityczni zdrowego dziecka mogą je zakazić.

Przyjmujemy więc jedynie zakażenie od matki i to zdaje się wyłącznie tylko przez łożysko.

Zarażenie podczas ciąży następuje nie zawsze; jest ono tem pewniejsze, im krócej trwa choroba matki; odwrotnie, im dłużej trwa choroba matki, tem więcej zmniejsza się możność zarażenia płodu.

Możność przenoszenia przymiotu macierzyńskiego bywa różna. U jednej kobiety może zniknąć po dwóch — trzech latach, u innej po dziesięciu — dwudziestu.

Intensywność choroby dziecka nie zawsze odpowiada natężeniu choroby matki; zależy ona od czasu zakażenia płodu wewnątrz macicy i od długości trwania choroby matki; im później nastąpiło zakażenie płodu i im dłużej trwa choroba matki, tem bardziej zmniejsza się natężenie wrodzonego przymiotu.

Często bardzo pierwsze dziecko, poczęte w pierwszych latach choroby, matka roni wcześniej, potem zaczyna rodzić dzieci donoszone, lecz ciężko chore, a nakoniec dzieci z bardzo słabymi objawami przymiotu, lub zupełnie zdrowe. Niekiedy wyjątkowo pośród poronień przychodzi na świat



dziecko prawie lub zupełnie zdrowe; bywa to najczęściej po leczeniu rtęcią.

Od matki, zakażonej przymiotem podczas ciąży, dzieci nie zawsze nabywają przymiot. Przymiot udziela się tem pewniej i występuje tem silniej, im wcześniej nastąpiło zakażenie matki. Wrazie zakażenia matki w pierwszej połowie ciąży następują przeważnie poronienia, przedwczesne i martwe porody, lub też dzieci, choć żywe, lecz obarczone ciężkim przymiotem wrodzonym. Wrazie zaś zakażenia matek w środku lub w drugiej połowie ciąży, rodzą się dzieci zwykle w swoim czasie i nawet pozornie zdrowe; a nawet, jeśli zakażenie nastąpiło w samym końcu ciąży, może się urodzić zupełnie zdrowe dziecko.

## OBJAWY WRODZONEGO PRZYMIOTU.

Objawy przymiotu wrodzonego nie różnią się zasadniczo od objawów przymiotu nabytego. Pewne specjalne właściwości można objaśnić tylko porażeniem narządów podczas ich rozwoju i mniejszą odpornością ustroju dziecięcego. Skutkiem tego w przymiocie wrodzonym spotykamy często wczesne i ciężkie zmiany w narządach wewnętrznych. Mogą one wystąpić nawet jeszcze podczas rozwoju dziecka w macicy i wywołać ciężkie zaburzenia w odżywianiu ustroju dziecka, doprowadzające do śmierci.

Często nawet u świeżo narodzonych dzieci spostrzegamy na skórze objawy drugorzędowe, podczas gdy wewnętrzne narządy są porażone trzeciorzędowymi, które zależą od wcześniejszego oddziaływania na dane narządy krętków białych.

To też podział objawów w przymiocie wrodzonym na drugorzędowe i trzeciorzędowe można przyjmować tylko porównawczo do przebiegu przymiotu u dorosłych.

Krętki białe znajdują się wszędzie, a szczególnie obficie w wątrobie (rys. 49) i w śledzionie.

### **Wysypki skórne i śluzowe.**

Objawy drugorzędowego przymiotu spostrzegamy u dzieci, albo w chwili przyjścia ich na świat, lub też dopiero po kilku — kilkunastu dniach, tygodniach, a nawet miesiącach.

Ogólny wygląd dzieci, obarczonych przymiotem wrodzonym, różni się zwykle od wyglądu dzieci zdrowych, szczególnie wtenczas, gdy objawy przymiotu wrodzonego występują wczesnie, np. w pęcherzicy syfilitycznej noworodków. Noworodki często bywają mniejsze, niż normalnie; skóra ich cienka, obwisła, pomarszczona, zabarwienia żółto-ziemistego, wygląd twarzy starczy, mięśnie nierozwinięte; krzyczą takie dzieci bardzo słabym głosem, ssą źle i łatwo ziębną. Ten ogólny wygląd nie jest bezwarunkowo charakterystyczny dla przymiotu wrodzonego; świadczy on tylko o charakterze, o złym



Rys. 49. Preparat z wątroby, srebrzony metodą Levaditi'ego. 1) Naczynie, 2) ślad komórki, 3) tkanka wątrobowa, 4) krążek krwi. Liczne krętki blade szczególnie w ścianach naczynia. Immers. 2,0 mm. apert. 1,30. Ok. komp. 12 (Zeiss).

stanie ogólnym, który często bywa następstwem przedwczesnego porodu, cierpienia narządów wewnętrznych i t. p.

Niekiedy u noworodków znajdujemy bronzowawe plamy na skórze, mniej lub więcej ostro ograniczone; świadczą one iż noworodek przebywał wysypkę podczas życia wewnątrz macicznego.

Wysypkę plamistą i grudkowatą rzadko spostrzegamy w pierwszym tygodniu życia noworodka; poczynają się one zjawiać częściej do drugiego tygodnia, najczęściej jednak występują w drugim i w trzecim miesiącu życia; w następnych

miesiącach wysypki te spotykamy coraz rzadziej, a po roku ogólna wysypka należy do wyjątków. Wysypka plamista zjawia się zwykle stopniowo tak, iż można odróżnić wykwitoty wcześniejsze od późniejszych; plamy mają postać okrągłą, albo podługowatą, wielkość od jednego milimetra do 1 cm. i więcej w średnicy, granice mają zwykle nieściśle ograniczone. Plamy bywają różowe z odcieniem zazwyczaj żółtym, niekiedy tak blade, iż są ledwo dostrzegalne. Przy naciskaniu palcem plama zwykle blednie, zostawiając po sobie, szczególnie po dłuższym trwaniu, ciemno-żółte, albo brązowe zabarwienie, zależne od osadzającego się w tkankach barwnika krwi. W przymiocie wrodzonym wysypka plamista przeważnie i przede wszystkim zjawia się na dolnej części tułowia i na udach, a następnie na twarzy; na tej ostatniej zaś najwięcej plam bywa w bliskości podbródka i szyi.

Wysypka plamista, gdy jest bardzo obfita, może mieć pewne podobieństwo do odry, lecz przy odrze zawsze występuje zajęcie łącnicy, światłowstręt i podniesienie temperatury.

1) Różyczka zwyczajna noworodków (*roseola simplex neonatorum*) występuje odrazu, trwa bardzo krótko i składa się z plam bardzo licznych i czerwonych.

2) Wysypka plamista trwa zwykle wiele tygodni i następnie powoli znika. Niekiedy nader wyjątkowo występuje wysypka plamista, bardzo niewyraźna, odrazu na większej przestrzeni, niknie szybko i poprzedza inne wysypki stalsze.

3) Często współcześnie z plamami zjawiają się grudki, lub też plamy stają się bardziej nacieczone, podnoszą się i przybierają postać grudki. Ta wysypka plamisto-grudkowata jest 4) nadzwyczaj częsta i charakterystyczna dla przymiotu wrodzonego. Jacquet proponuje dla niej nazwę *exanthema erythematopapulosum polymorphe*, ze względu na różnorodność elementów i niedostrzegalne przejście wykwitów, wchodzących w skład tych wysypek.

Grudki bywają rozmaitej wielkości od łebka szpilki do 1 cm. w średnicy i więcej; barwę posiadają ciemno czerwoną z fioletowym odcieniem — często jednak żółtą; powierzchnia grudek bywa płaska, często wydaje się zupełnie gładka, błyszcząca; zdarza się to przede wszystkim na wypukłych miejscach, naprz. na zewnętrznych powierzchniach goleni i uda u dobrze odżywianych dzieci. Czasami warstwa

rogowa pęka, i grudkę pokrywa cienka łuska, lub małe łuski w kształcie otrąb. Niekiedy błyszczą one srebrzyście, jak w zwykłej łuszczycy. Taka łuszczycyca przymiotowa może się rozprzestrzenić po całym ciele, a najwydatniejsza bywa przeważnie na dłoniach i podszwach.

*Turycyca przymiotowa*

W przymiocie wrodzonym nawet częściej, niż w nabytym, spostrzegamy drobno-grudkową wysypkę. Niekiedy skóra dzieci bywa jakby usiana maleńkimi grudkami na tułowiu, kończynach i twarzy. Szczególniej obficie występują one w fałdach zgięć. W innych razach, zwłaszcza na twarzy, spotykamy tylko nieliczne grudki, ułożone grupami; największego rozwoju dosięgają one na brodzie, podbródka, gdzie często zlewają się. Na czole grudki rzadko kiedy przekraczają linię owłosienia; na organach płciowych są więcej wyniosłe i porożrucane. Grudki większych rozmiarów spostrzegamy na twarzy i na kończynach dolnych.

Po pewnym przeciągu czasu, zwykle po kilku tygodniach trwania, środkowa część grudki zapada się, skutkiem czego brzegi wyraźniej wystają i przybierają postać talerzyka. Grudki, rozszerzając się i zlewając z innymi, tworzą girlandy, węże, ósemki, koła koncentryczne, i t. p. Widujemy je jednak w przymiocie wrodzonym nadzwyczaj rzadko. Grudki mogą się zlewać w obszerne nacieczenia. Nacieczenia te są wyraźnie wzniesione nad powierzchnią skóry, brzegi mają ściśle oznaczone granicą zygzakowatą, niekiedy nerkowatą; zjawiają się one przeważnie na pośladkach, na plecach, łokciach i twarzy; bywają jednak i na innych miejscach, np. na podszwach. Obok nacieczeń obszernych spostrzega się zwykle typowe grudki. Niekiedy brzeg jest więcej nacieczony, niż środkowa przestrzeń, tworzy się rodzaj wału, i w wale tym miejscami dają się wyraźnie odróżnić pojedyncze grudki. Spoistość takiego nacieczenia, szczególnie jeśli skórę ująć w fałdę, bywa wyraźnie twarda; zabarwienie rozmaite, zależne od czasu trwania i miejsca: w początkowych okresach zwykle jasno-czerwone, później miedziano-czerwone, brązowe, a w końcu żółtawo-kawowe; niektóre nacieczenia są gładkie, świejące, jak gdyby pokostem wysmarowane, inne matowe; często na nacieczeniach tych skóra łuszczy się drobno, lub całymi kawałkami; w ostatnim razie łuski z podniesionymi brzegami, a silnie przystającym środkiem mogą przybierać postać łódkowatą. Na plamach i grudkach

mogą zjawiać się pęcherzyki: pośrodku wykwitów naskórek podnosi się i tworzą się pęcherzyki, które ulegają szybkim zmianom. Najmniejsze pęcherzyki mają po parę milimetrów średnicy, lecz mogą być dwa i więcej razy większe i czasem bywają dość gęsto zgrupowane. Mogą one powstawać na płamach i grudkach dłoni, podszwy, na plecach, brzuchu, udach i twarzy. Niekiedy pęcherzyki pękają i tworzą strupki, lub zawartość ich staje się mętna, i pęcherzyki przemieniają się w krosty — pustulae, a te bardzo szybko wrzodzieją. Krosty zazwyczaj są tem liczniejsze i więcej rozwinięte, im wcześniej noworodek bywa nimi dotknięty; przeważnie ma to miejsce u dzieci wycieńczonych, lub tam, gdzie następuje ciągłe podrażnienie kałem, moczem i potem, a więc na pośladkach i tylnych częściach ud, na mosznie i wargach wielkich.

Pod wpływem podrażnienia następują zmiany w grudkach, np. w fałdach spostrzegamy żywe łuszczenie się naskórka, albo nawet płytkie nadżarcia. Powierzchnia ich jest niekiedy biaława, jakby pociągnięta kolodyonem, to znów żółta, szara, błonkowata; zwykle zabarwienie powyższe jest wyraźniejsze pośrodku, niż na brzegach. Wykwity takie wydzielają płyn surowiczy z zapachem ostrym, cuchnącym. W tych razach, gdy krosty są duże i wydzielają sporo ropy, może utworzyć się nawet rodzaj niesztowic i brudźców. Niekiedy u dzieci, dotkniętych łojotokiem, na rozlanych nacieczeniach owłosionej części głowy, spostrzegamy strupy, tworzące się wtedy, gdy wydzielina wysycha szybko. Strup nie bywa nigdy, jak w wyprysku łojotokowym, słomiano-żółtego koloru, lecz żółto-brązowego; przytem można go łatwo bez krwawienia odedrzeć. Zwykle w niektórych miejscach z pod strupów dostrzegamy brzegi nacieczone czerwono-brązowe i świejące, jak gdyby pokostowane.

Pewną odmianę krost, nadzwyczaj charakterystyczną dla przymiotu, stanowi pęcherzyca przymiotowa. Spostrzega się ona w bardzo ciężkim przebiegu przymiotu wrodzonego. Pęcherzyca syfilityczna najczęściej bywa już obecna w chwili przyjścia dziecka na świat; a do nadzwyczaj rzadkich należą te przypadki, gdy ukazuje się ona po siódmym dniu od urodzenia. Diday jest zdania, że pęcherzyca może się zjawiać już w 6-m—7-m miesiącu życia wewnątrz macicznego. Ulubionem miejscem pęcherzycey są podszwy i dłonie; rzadziej inne miejsca kończyn, a bardzo rzadko tułów i twarz. Hochsinger

czas powstawania i umiejscowienia pęcherzy objasnia w ten sposób, że gruczoly skóry rozwijają się pomiędzy 6-ym i 7-ym miesiącem ciąży; w tym to czasie następuje silniejszy przyływ krwi, a więc i jadu syfilitycznego do miejsc skóry, najwięcej unaczynionych, jakimi są gruczoly potowe, najliczniej i najsilniej rozwinięte na dłoni i podeszwie; ropno-surowicy wysięk, występujący skutkiem podrażnienia obfitą ilością jadu, nie mogąc przerwać w wyżej wymienionych miejscach grubej warstwy naskórka, tworzy pęcherze. Pęcherze te średnicy od 2 mm.—1 $\frac{1}{2}$  ctm., napelnione z początku mętnawą, a następnie ropną zielonawą i krwistą zawartością, bywają najczęściej obwisłe, okrążone żywo czerwoną obwódka.

Pęcherze często powiększają się i łączą z sobą. Na miejscu pęcherza, po częściowem wessaniu się jego zawartości, może tworzyć się brunatny strupek, lub też pęcherz pęka, odsłaniając warstwę skóry, zaczerwienioną i nacieczoną, na której następnie wydzielina ropna z domieszką krwi zasycha w strupek; mogą tworzyć się również głębokie owrzodzenia, bardzo wycieńczające noworodków. Skóra pomiędzy pęcherzami wydaje się więcej ciemna, niż na innych częściach ciała. Gdy wysypka rozpoczyna się dopiero po urodzeniu, to przede wszystkim we wspomnianych miejscach zjawiają się plamy czerwono-winne wielkości soczewicy z jeszcze ciemniejszym zabarwieniem i nacieczeniem pośrodku. W tem ostatnim miejscu po 2—3 dniach zaczynają tworzyć się pęcherze, szybko powiększające się i rozszerzające odśrodkowo.

Współcześnie z pęcherzycą przymiotową zawsze spostrzegamy nieżyt nosa, a bardzo często ciężkie cierpienia organów wewnętrznych i ogólne wycieńczenie. Takie noworodki tracą szybko na wadze i umierają przed trzecim tygodniem życia, a bardzo rzadko żyją do trzeciego miesiąca. Niekiedy, obok pęcherzy na grzbiecie dłoni i stóp, spostrzegamy powyżej na kończynach górnych i dolnych plamy i grudki—jeden z więcej dowodów, świadczących, iż pęcherzyca przymiotowa nie jest jakimś nowym objawem, nie spotykanym w przymiocie nabytym, lecz odmienny wygląd wysypki jest zawarunkowany tylko wczesnym rozwojem sprawy.

Pęcherzycę przymiotową należy odróżniać od pęcherzy noworodków, wywołanej gronkowcami. Ta ostatnia zjawia się pomiędzy 2 i 5-ym tygodniem życia nagle, mimo dobrego ogólnego stanu organizmu. Najulubieńszem umiejscow-

wieniem jej są: tułów, rzadziej twarz i górne części kończyn, a najrzadziej podeszwy i dłonie. Pęcherzy bywa zwykle duża ilość. Wielkość ich waha się pomiędzy grochem, a gołębiem jajem; zawartość mętnawa. Bardzo często pomiędzy pęcherzami spostrzegamy krosty liszajca. Słusznie Escherich proponuje dać nazwę tej chorobie impetigo bullosa infantum.

Od odpowiednich wysypek przymiotu wrodzonego należy odróżniać zapalenia skóry: rumieniowate, rumieniowato-pęcherzykowate, grudkowate i wrzodziejące (dermitis erythematosi, erythemato-vesiculosa, papulosa et ulcerosa).

Wszystkie te postacie zapaleń skóry pozostają ze sobą w ścisłym związku: jedna może poprzedzać drugą i być rozpatrywana, jako niższy stopień następnej.

Zapalenie skóry rumieniowate (dermitis erythematosi simplex i dermitis erythematosi-squamosa) występują u noworodków i ssawców przedewszystkiem na miejscach wypukłych. Na pośladkach i mosznie, na twarzy i podbródku, na dłoniach i podeszwach, szczególnie na piętach, a rzadziej na innych miejscach zjawiają się plamy wielkości kopiejki, rubla i większe; plamy te są jasno-czerwone, przybierają z czasem zabarwienie czerwono-bronzowe z odcieniem fioletowawym, mają postać tarczowatą bez ściśle oznaczonych granic, przechodzą niepostrzeżenie w zdrową skórę, nie wystają nad jej poziom, powiększają się z każdym dniem bez zmian w środku. Plamy te, spotykając się z sobą, tworzą szerokie przestrzenie zaczerwienionej i nieznacznie nacieczonej skóry. Naskórek w tych miejscach staje się coraz bardziej twardym, gładszym, jakby polakierowanym. Często po pewnym przeciągu czasu naskórek zaczyna łuszczyć się drobnymi łuszczkami, albo też olbrzymimi płatkami.

Zapalenie skóry pęcherzykowate (dermitis vesiculosa) powstaje zwykle na gruncie dermitis erythematosi. Najczęściej na brzegu rumienia znajdujemy pęcherzyki nieznaczne, szarawe, napełnione przezroczystym, albo mętnym płynem. Obok tych pęcherzyków widać już opadłe i wyschnięte.

Zapalenie skóry grudkowate (dermitis papulosa, erythema papulosum, syphilide lenticulaire de Parrot, erythema papulosum posterosivum, albo syphiloide posterosive de Jaquet) zjawia się tylko na pośladkach, na grzbietowych powierzchniach ud, na łydkach, na dolnej części moszny i na



wargach sromowych większych; składa się z grudek bardzo spłaszczonych, albo półkulistych, nie mających nigdy więcej nad 1 cm. szerokości, fioletowawych, lub czerwono wiśniowych. Środek grudek posiada zwykle naskórek cieńszy, gładki i bardziej błyszczący, niż obwód, rzadko zaś bywa pozbawiony naskórka, ciekący, wklęsły. Umieszczenie tych grudek jest bardzo charakterystyczne: są one wyłącznie zgrupowane na czterech przestrzeniach, utworzonych przez fałdy skóry. Przestrzenie te są następujące: pośladki, górna i dolna grzbietowa część ud i łydki. Grudki najczęściej rozwinięte są na pośladkach, a zmniejszają się stopniowo ku dołowi.

W każdej z tych przestrzeni środek jest bardziej zajęty, niż obwód, gdzie skutkiem wstecznych spraw występuje wysypka w postaci plam. Obok grudek zawsze prawie spotykamy pęcherzyki świeże i nawpół zeschnięte, lub też nadzarcia. Grudki mogą zlewać się.

Niekiedy na nacieczonych miejscach tworzą się głębokie owrzodzenia z dnem czerwonym, lekko krwawiącym, lub pokrytem żółtawym nalotem z brzegami nacieczonymi, lub podminowanymi.

Sprawy te różnią się od wysypki plamistej, grudkowatej i wrzodziastej przymiotu głównie tem, iż nie umiejscawiają się w innych okolicach, poza wyżej wskazanemi, nie gnieźdzą się w fałdach i posiadają zwykle małe pęcherzyki naokoło blaszek rumieniowatych. Przy rozpoznaniu należy naturalnie zwracać uwagę na inne objawy cierpienia skóry, błon śluzowych i organów wewnętrznych.

Poza objawami skóry najczęściej cech znamienych dostarcza dotknięta przymiotem błona śluzowa, a przede wszystkim błona śluzowa nosa, ust, gardła i odbytnicy. Objawy swoiste zjawiają się w postaci rozlanego kataru, nadżarć, pęknięć, grudek i owrzodzeń. Nadzwyczaj charakterystyczny dla przymiotu wrodzonego jest nieżyt nosa przymiotowy. Właściwie niema ani jednego przypadku przymiotu wrodzonego, w którym wcześniej albo później nie zjawia się ten syfilityczny katar. Bardzo często obserwujemy go już w pierwszym tygodniu życia dziecka; trwa on zwykle uporczywie tygodnie i miesiące i daje się niekiedy dostrzedz w drugim i w trzecim roku życia.

Nieżyt nosa przymiotowy objawia się rozlanem nabrzmieniem błony śluzowej nosa i często wydzielaniem krwawo-ropnej wydzieliny, która zasycha w postaci strupków w otworach nosa; skutkiem tego oddychanie nosem jest nadzwyczaj utrudnione. Widzimy to szczególnie przy ssaniu, które staje się przerywane. Nieżyt nosa występuje albo samodzielnie, albo też jednocześnie z cierpieniem kości i chrząstek nosa.

Mniej często, niż poprzednia, bywa dotknięta błona śluzowa ust, dziąseł, podniebienia twardego i miękkiego i migdałów w postaci szaro białych blaszek, otoczonych czerwonym brzeżkiem. Szary nalot może zniknąć, powierzchnia może owrzodzić. Najczęściej blaszki spotykają się na końcu języka i na jego brzegach. W kątach ust i powiek spotykamy również grudki, albo głębokie pęknięcie z twardem nacieczonym dnem. Także naokoło ust znajdujemy płytkie i wązkie, ku otworowi ust przebiegające pęknięcia, które, pokrywszy się naskórkiem, pozostawiają po sobie blizny. W okolicy odbytu widzimy niekiedy grudki, pęknięcia i owrzodzenia z dnem również twardem i nacieczonym.

*Zanokcica i przynokcica* zdarzają się dość często. Niekiedy bywają dotknięte wszystkie paznokcie: stają się one mętne i suche; na miejscu połączenia paznokcia ze skórą tworzą się owrzodzenia, które dotknąć mogą macierz paznokcia i łożę, a wtedy paznokcie schodzi.

*Łysienie* w przymocie wrodzonym przybiera nieco inną postać, niż w przymocie dorosłych; rzadko widzimy małe łyśinki na całej przestrzeni skóry owłosionej; zwykle bywa rozlane przerzedzanie się włosów, niekiedy w postaci wstążek.

Daleko więcej znamienym, choć rzadszym objawem przymiotu wrodzonego jest wypadanie brwi i rzęs.

Kilaki—jak guzy, guzki i guziczki—mogą się zdarzać przedwcześnie w pierwszych latach życia dziecka. Nacieczenia kilakowe, przybierając zabarwienie sinawe, mają wielkie podobieństwo do grzlicy skóry (*scrophuloderma*); często tylko swoista kuracya może wątpliwości wyjaśnić. Hutinel zwraca uwagę na rzadką postać owrzodzeń kilakowych: niedługo po oddzieleniu się sznurka pępkowego, pępek staje się nabrzmiały, nacieczony, szczególnie pośrodku, i w tem miejscu zjawia się nacieczenie o wyglądzie kraterowatym ze skłonnością ni-

szczenia tkanek aż do otrzewnej; po dwóch tygodniach rozpoczyna się proces gojenia, pozostaje jednak głęboka, nader uporczywie opierająca się leczeniu, przetoka.

### Cierpienia narządów.

*Gruczoły chłonne* podskórne są przeważnie niezajęte, i tem może głównie różnić się w razach wątpliwych przymiot wrodzony od nabytego. Jednakowoż w bliskości owrzodzeń tak swoistego, jak i nieswoistego pochodzenia gruczoły obrzmiewają i dochodzą czasem w pachwinach do wielkości jaja gołębiego; niekiedy w ciężkim przebiegu przymiotu wrodzonego spostrzegamy ogólne obrzmienie gruczołów chłonnych.

*Zajęcie stawów* bywa takie same, jak u dorosłych. Często jednak spotyka się odrębna postać, spostrzegana tylko u noworodków—zmiana kiłowa chrząstki pośredniej. Jest to zapalenie, umiejscowione na przejściu trzonu kości w nasadową chrząstkę, następstwem czego bywa powolne rozluźnienie i odzielenie trzonu od nasady; prawie zawsze rozpoczyna się w 7-m miesiącu ciąży; jednak Parrot, Müller i Hochsinger spostrzegali je już w 5-m miesiącu ciąży. Hecker donosi, iż znajdował je w 70% wszystkich obdukowanych płodów, Mevis w 62 na 92, Wahl w 208 na 418. Według Hochsinger'a spotyka się to schorzenie u wszystkich syfilitycznych noworodków w mniejszym, lub większym stopniu. W przypadkach, więcej wyrażonych, pomiędzy pasem kostnienia a kością widać obfitą tkankę granulacyjną, usianą mniejszemi, lub większemi ogniskami rozmiękczenia, doprowadzającemi do oddzielenia trzonu kości od nasady. Przy dłuższem trwaniu tej sprawy spostrzegają się stawowe, a głównie okołostawowe ogniska rozmiękczenia i wrzody. Wrzody powstają skutkiem wtórnego zakażenia ropotwórczymi drobnoustrojami. Powyżej opisane zmiany w kościach doprowadzają do rozmaitych zaburzeń, jak bolesne kurczowe przykurczenia mięśni, oddzielenie nasad z porażeniem odnośnych kończyn. Również na uwagę zasługuje zapalenie przymiotowe *kości palców*. Zmiany rozpoczynają się na granicy kości i chrząstki i doprowadzają do zrzędzenia utkania kostnego i wzdęcia

kości, niekiedy wespół z wydłużeniem ich. Zwykle sprawie tej towarzyszy w nieznacznym stopniu zapalenie okostnej kościotwórcze. Najczęściej bywa dotknięty główny członek palca, rzadziej środkowy i końcowy. Palczyki rozszerzają się przeważnie na boki, mniej ku stronie grzbietowej, a najmniej ku dłoniowej, otrzymując w przecięciu owalną postać. Zapalenie przymiotowe kości palców tworzy się przeważnie w pierwszym roku życia, jest mało bolesne, jak i większa część przymiotowych cierpień kości.

Zniszczenie kości rusztowania nosa spotyka się dość często i występuje zazwyczaj w późniejszym czasie. Bardzo często spostrzegamy zajęcie okostnej na kościach długich, a szczególnie na przedniej powierzchni goleni. Często również występuje skręcenie długich kości dolnych kończyn z szczególnym ich wzrostem wzdłuż (Ostitis deformans syphilitica—„Tibia en lame de sabre”).

Zmiany w zębach występują często. Głównie ulegają im siekacze, a przedewszystkiem środkowe górne.

Zmiany charakteryzują się przeważnie półkolistym wgłębieniem swobodnego brzegu. Spostrzegamy również zęby nienormalnie małe i krótkie, wąskie, okrągławe, kręglowate, wznoszące się ku sobie, lub też od siebie. Często też spostrzegamy na powierzchni zęba małe okrągławe zagłębienia, albo nasieczki. Zęby psują się zazwyczaj szybko. Zmiany, powyżej zaznaczone, występują przeważnie przy drugim zębieniu, jednakowoż były spostrzegane przez niektórych autorów i na zębach mlecznych, nie są swoiste dla przymiotu wrodzonego: spotykają się również przy krzywicy, u dzieci alkoholików i t. d. Również nie można uważać za swoiste zgrubień kości na żebrach, zniekształceń czaszki, wyrosli na kościach czaszki, a nawet na kościach długich.

Zmiany w układzie *nerwowym* spotykają się dość często—według Rumpfa w 13% przypadków przymiotu wrodzonego. Widujemy tu te same postacie, co i w przymiocie nabytym. Przeważnie spostrzegamy połączenie cierpienia mózgowia i rdzenia kręgowego; mogą one wystąpić nawet i w późniejszym wieku. Zmiany w mózgowiu bywają następstwem przymiotowego zajęcia naczyń i warunkują obraz mózgowego porażenia dzieciennego. Przypuszczają, iż część przypadków choroby Little'a jest spowodowana wrodzonym przymiotem. Skutkiem przymiotowego schorzenia naczyń może nastąpić

rozwój wodogłowia. Rozwija się ono przeważnie w 1 albo 2-im roku życia, częściej-powolnie, chronicznie, niekiedy zaś ostro.

Skutkiem cierpienia naczyń w komorach mózgowia, a również w kanale środkowym rdzenia kręgowego, zbiera się limfa w komorach i w przestrzeniach podpajęczynówkowych: dzieci stają się niespokojne, cierpią na drgawki; często zarazem spotyka się stężenie karku i objawy wewnątrzmoźgowego ciśnienia. Rozszerzenie czaszki przy przymiotowym wodogłowiu bywa mniej silne, niż przy nieswoistym. Występuje ono zwykle tylko ku górze, wypukła się zwykle silnie ciemiaczko czoła, a czaszka ścieśnia się z przodu; szwy wieńcowy i podłużny rozciągają się; również rozciągają się żyły na głowie skutkiem wzmożonego wewnątrzmoźgowego ciśnienia. Przymiotowe wodogłowie zazwyczaj silnie reaguje na swoiste leczenie.

W przymiocie wrodzonym mogą powstać nietylko zaburzenia psychiczne, jak to opisaliśmy w przymiocie nabytym, lecz niekiedy może być znacznie wstrzymany rozwój umysłowych zdolności. Może to nawet doprowadzić do niedołęstwa umysłowego; u idiotów dość często spostrzegamy nieprawidłowości w kształcie źrenicy, mózgowie objawy porażenia, albo padaczkę. Idyoci bywają zwykle skłonni do podrażnień nerwowych, pobudzenia ogólnego i t. d.

Również należy zauważyć, iż padaczka pierwotna szczególnie często jest spowodowana przymiotem wrodzonym.

U dzieci z wrodzonym przymiotem spostrzegano wielokrotnie porażenie postępujące i wiań rdzenia.

Fournier i Krafft-Ebing przyjmują, iż porażenie postępujące młodzieńcze bywa zawsze wywołane przez przymiot. Młodzieńcze porażenie postępujące i wiań rdzenia posiadają przebieg bardzo powolny. Często spotykamy tabo-paralysis w zależności od wrodzonego przymiotu. Chorobę Homena, wyrażającą się idiotyzmem i skurczowemi porażeniami, również stawiają w zależności od przymiotu.

Niekiedy niezależnie od schorzenia kości występuje myotonia, t. j. tępcowy długotrwały skurcz; zjawisko to spostrzegano przeważnie w ciągu 2 — 3-go miesiąca życia; występuje ono w najrozmaitszem natężeniu jako nadmiernie silne kurczenie zginaczy, dochodzi zaś do długotrwałego skurczu nie tylko zginaczy kończyn, lecz również mięśni tułowia i twarzy razem z tępcem tylnym.

W przymiocie wrodzonym często spostrzegamy zapalenie *rogówki* miąższowe: m. w. połowa wszystkich przypadków tego cierpienia jest wywołana przez przymiot wrodzony; przeważnie bywa ono dwustronne i rozwija się w okresie od urodzenia aż do dojrzałości; zdarza się jednak i później aż do 30 go roku życia. W pojedynczych przypadkach spostrzegamy je nawet u noworodków.

Przebieg miąższowego zapalenia rogówki przy wrodzonym przymiocie bywa zwykle powolniejszy, niż przy nabytym. Silne bóle i światłowstręt zjawiają się zwykle w późniejszym okresie choroby. Często zdarzają się powikłania zapaleniem tęczówki i naczyńówki. Również względnie dość często spostrzega się zmięknienie rogówki i retinitis pigmentosa.

Cierpienia wewnętrznego *ucha* spostrzegamy znacznie częściej przy wrodzonym przymiocie, niż przy nabytym. Fournier na 216 syfilitycznych dzieci znalazł cierpienie wewnętrznego ucha w 40 przypadkach, Baratoux w  $\frac{1}{3}$  wszystkich przypadków wrodzonego przymiotu. Hutchinson znalazł głuchotę w 10% przymiotu wrodzonego. Głuchota wespół z zapaleniem miąższowym rogówki i zniekształceniem zębów stanowią t. zw. triadę Hutchinsona, która, choć nie bezwzględnie przemawia za przymiotem wrodzonym, jednak czyni rozpoznanie jego wielce prawdopodobnym. Cierpienie błędnika rozpoczyna się przeważnie pomiędzy 8—16-tym rokiem życia, częściej u kobiet, niż u mężczyzn; zwykle bywają zajęte nierównomiernie oba uszy współcześnie, albo jedno po drugim; cierpienie powyższe rozwija się zwykle powoli i doprowadza po wielu latach do zupełnej głuchoty; nawet po przejściowym polepszeniu poczyna się ono nanowo rozwijać.

W *sercu* najczęściej bywa zajęty mięsień albo w postaci ograniczonych kilaków (Mracek, Morgan, Rosen, Runge, Dawson Williams, Berghinz, Hecker), lub nieco rzadziej w postaci rozlanego zapalenia (Wagner, Wendt, Mracek, Adler, Hecker, Fischer, Buschke); rzadziej bywa zajęte wsierdzie (Schattock, Wendt, Mong), a wyjątkowo tylko osierdzie. Winogradow donosi o sprawie zapalnej w zwoju autonomicznego ruchu serca, która nieraz może warunkować nagłą śmierć podczas przebiegu wrodzonego przymiotu.

Zmiany w *naczyniach* spostrzegamy bardzo często. Wed-

ług badań Pawłowa są one bardzo wczesne, rozprzestrzenione i intensywne.

Od zmian w naczyniach zależy rzadko spotykana syphilis haemorrhagica neonatorum (Baerensprung, Kaposi, Schütz, Deahna, Runge, Mracek, Neumann, Hochsinger), w której zjawiają się przeważnie nieznaczne wylewy krwi wielkości od ukłucia szpilką do jej łebka w skórze, w tkance podskórnej, w mięśniach, mózgu i t. d. Według Behrenda wylewy krwi zjawiają się nie tylko po urodzeniu, ale i przed, najczęściej nawet bywają przy partus praematurus.

*Sledziona* w przymocie wrodzonym bywa zajęta bardzo często. Spostrzegano przeważnie splenitis et perisplenitis syphilitica, rzadko zaś ograniczone kilaki (Beer, Baumgarten, Gregorie, Birch-Hirschfeld, Haslund, Castens, Still).

Zmiany w *płucach* spostrzegamy znacznie częściej w przymocie wrodzonym, niż w nabytym. Heller na 106 przypadków przymiotu wrodzonego znalazł w 96% zmiany w płucach, a w tem 53 razy śródmiaższowe zapalenie płuc. Oprócz postaci cierpienia płuc, spotykanych u dorosłych, widujemy również niekiedy opisaną przez Virchow'a, a następnie przez innych (Weber, Hecker, Lorain i Robin, Howitz, Wagner, Förster, Cornil - Ranvier, Müller, Thierfelder, Greenfield, Kokawa, Fraenkel, Meckel, Aufrecht, Spanudis, Stroebe) pneumonia alba. Widujemy je przeważnie u płodów martwych, albo zmarłych niedługo po urodzeniu. Zajęte okolice płuc są pozbawione powietrza, posiadają białawe, albo białawo-żółte, lub szaro-czerwonawe zabarwienie; w wodzie toną. Oskrzela są po większej części normalnie szerokie i napełnione powietrzem i śluzo-ropną wydzieliną. Przy badaniu drobnowidzowym spostrzegamy, iż tkanka międzypęcherzykowa jest rozszerzona, a pęcherzyki płucne napełnione złuszczonym, zmartwiałym, rozpadającym się nabłonkiem.

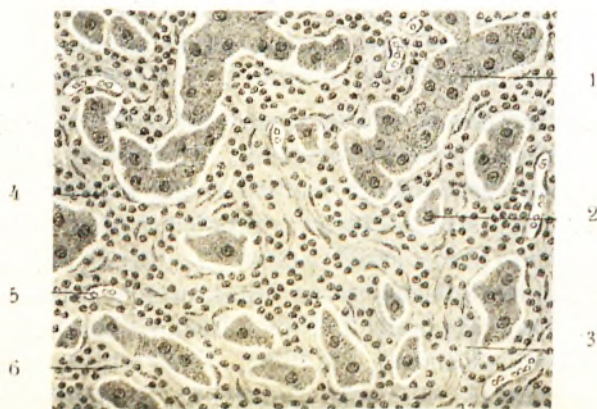
Według danych statystycznych, zebranych przez Castensa, na 791 przypadków wrodzonego przymiotu spostrzegano zmiany w płucach 495 razy, a w tem 55 razy pneumonia alba, 408 razy śródmiaższowe zapalenie płuc i 17 razy kilaki ograniczone. 133

*W żołądku* spostrzegano kilaki ograniczone (Chiari, Klebs, Cornil - Ranvier, Weichselbaum, Birch - Hirschfeld,

Kleinschmidt, Bittner, Oberndorfer, Aristow) i rozlane nacieczenia.

Zajęcie *kiszek* częściej spostrzega się przy wrodzonym przymiocie, niż przy nabytym; mogą również występować rozlane nacieczenia i ograniczone kilaki (Cullerier, Schott, Eberth, Roth, Förster, Klebs, Waldeyer, Köbner, Oser, Ljunggren, Birch-Hirschfeld, Mracek, Ignatjew, Lochte, Jürgens, Darier i Feulard, Kleinschmidt, Castens, Neumann, Exters, Oberndorfer).

W *wątrobie* widzimy często albo międzymiąższowe za-



Rys. 50. 1) Beleczka wątrobowa, 2) pojedyncza komórka, 3) tkanka włóknista, 4) komórki nacieku, 5) naczynie, 6) komórki łączno-tkankowe. (Hepatitis monocellularis.—Z dyagnostyki anatomo-patologicznej Z. Dmochowskiego.)

*Hepatitis monocellularis*

palenie, lub też kilaki. Kilaki ograniczone przeważnie bywają niewielkie. W wątrobie opisują specjalną postać międzymiąższowego zapalenia—hepatitis monocellularis: rozrastająca się tkanka łączna okrąży nie tylko poszczególne grupy komórek miąższowych wątroby, lecz nawet pojedyncze komórki (rys. 50).

W *trzustce* zmiany bywają dość często. Hecker znalazł je w 22% wszystkich przypadków wrodzonego przymiotu, a Birch-Hirschfeld 13 razy na 23 przypadki wrodzonego przymiotu. Według Mracka częściej bywa międzymiąższowe zapalenie, niż ograniczone kilaki.



Zmiany w *nerkach* według Hochsingera i Gallusa bywają dość często. Jednak należy je przeważnie odnosić do zatamowania rozwoju nerek.

Międzymiąższowe zapalenie nerek spostrzegano wielokrotnie, rzadko zaś ograniczone kilaki (Pollnow, Welander, Steffen, Mathewson, Klebs, Stroebe, Castens, Hochsinger, Beer, Hecker).

*Przynercza* (Virchow) mogą być zajęte obszernym tłuszczowym zwyrodnieniem. Widywano w nich niekiedy ograniczone kilaki (Birch-Hirschfeld, Runge, Girode, Castens, Hecker, Guleke), częściej zaś rozlane nacieczenie.

W *jądrach* widywano międzymiąższowe włókniste zapalenie (North, Bryant, Hennig, Cornil-Ranvier, Wells, Holmes, Fournier, Reclus, Castens i inni) i kilaki (Hutinel, Demme, Neumann). Matzenauer spostrzegł obustronny przymiot jąder u 11-letniego dziecka. Donoszą również o przypadkach pierwotnego zapalenia przyjądrza (Castens, Carpenter, Robinson, Comby). Kilaki w gruczole *tarczowym* znaleźli Birch-Hirschfeld, Dubois i Demme. *Grasica* bywa zajęta dość często; według Schlesingera spotyka się przeważnie rozlane międzymiąższowe nacieczenie, które doprowadza do marskości gruczolu; również widywano kilaki ograniczone (Dupaul, Eberth, Lehmann, Förster, Jacobi, Mathewson).

## ROKOWANIE I LECZENIE.

**Rokowanie** w przymiocie wrodzonym zależy od czasu, w którym objawy występują u dzieci, od natężenia objawów i udziału organów wewnętrznych w cierpieniu, od stanu ogólnego, od leczenia i warunków higienicznych. Później występujące objawy dają lepsze rokowanie, niż wcześniejsze; pogarsza je udział organów wewnętrznych w cierpieniu.

Do bardzo ważnych warunków należy karmienie dzieci piersią kobiecą i higiena; dlatego w sferach zamożniejszych rokowanie może być lepsze, niż w sferach biedniejszych, a karmienie sztuczne znacznie je pogarsza. To też liczba śmiertelności, podawana przez różnych autorów, bywa różna.

Förster oblicza śmiertelność w pierwszym półroczu życia u karmionych piersią na 15%, a u karmionych sztucznie 72%. Według spostrzeżeń Hyde umarło w pierwszym roku życia 916 na 1121 dzieci, obarczonych przymiotem wrodzonym, a według statystyki Moskiewskiego domu wychowawczego na 2038 dzieci, obarczonych przymiotem wrodzonym, umarło powyżej 70%.

**Leczenie** często daje dobre wyniki. Za najlepszy środek leczniczy uważamy kąpiele sublimatowe po 1,0 subl. na wannę codziennie po 5 — 10 minut. Gorzej działa rtęć wewnątrz, gdyż bardzo łatwo drażni кишки. Dają po 0,06 hg. cum creta Pharmac. Britannicae 3 razy dziennie z domieszką 0,06 mag. bismuthi. Można również dawać 2—3 razy dziennie po 0,006 kalomelu. Dzieciom starszym nad rok robimy wcie-

*Rp. Hydrarg. cum  
creta Pharmac.  
Britannicae 0,06  
3. 3 razy dziennie  
z 0,06 mag.  
bismuthi*

*HgCl<sub>2</sub> = 1,0  
na wannę  
codziennie  
5-10 min.*

ranie po 1,0 szaruchy, przykładamy plastry rtęciowe na większe przestrzenie ciała, lub stosujemy woreczki rtęciowe. Zalecają również wstrzykiwania bursztynianu rtęci po  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{6}$  grana. Na nacieczania, nieżyt nosa i t. d. stosujemy 1 do 2% hg. ox. fl. lub 5% ppti albi w maści, przyczem utrzymujemy w suchości miejsca, najbardziej drażnione wydzielinami.

Kurację staramy się zawsze powtarzać kilkakrotnie, w kilkumiesięcznych odstępach czasu.

Należy również dbać o dobre odżywianie dzieci i wą-  
tym podawać tran, jecorol, glicerofosfaty i t. p.

---

### Ważniejsze zauważone błędy drukarskie.

<i>Str.</i>	<i>Wiersz</i>	<i>Jest wydrukowane:</i>	<i>Powinno być:</i>
6	7 od dołu	genewski	genueński
14	18 od dołu	Wszyscy prawie badacze są za istnieniem podziału bezpłciowego, dokonywanego się podłużnie. Krzyształowicz i Siedlecki przypuszczają zarazem podział poprzeczny i rozmnażanie się drogą płciową (rys. 2), przyczem i t. d.	Krzyształowicz i Siedlecki, a za nimi Schaudinn są za istnieniem podziału bezpłciowego, dokonywanego się podłużnie. Wszyscy prawie badacze przypuszczają zarazem podział poprzeczny, a Krzyształowicz i Siedlecki także rozmnażanie się drogą płciową (rys. 2), przyczem i t. d.
50	10 od góry	pachowe	pachwinowe
69	2 i 1 od dołu	naczyń krwionośnych i żył, podczas chłonnaczyniowego wrzodziejąca	naczyń krwionośnych, podczas chłonnaczyniowego wrzodziasta
70	4 od góry	opryskowate	opryszczkowate
92	6 od góry	guzowata	guziczkowata
108	6 od dołu	"	"
110	5 od góry	guzy	guziczki
	10 " "	guzowatej	guziczkowej
	11 " "	rzęzkowego	rzęzkowego
114	14 od dołu	silnie usuwa	silnie, usuwa
130	9 od góry	powyższych	poniższych
140	4 od dołu	błonki	blaszki
145	10 od dołu		

<i>Str.</i>	<i>Wiersz</i>	<i>Jest wydrukowane:</i>	<i>Powinno być:</i>
161	2 od dołu	w pulsie, tętnie	w tętnie
166	5 od góry	tylko	głównie
170	11 od góry i następnych 6 wierszy o śledzienie		należy umieścić po u- kładzie krwionośnym na str. 168
223	12 od góry	czerwono-miedziane	czerwono-fioletowawe
226	7 od góry	skrophuloderma	scrofuloderma
232	12 od dołu	dentroe	dextrae
236	12 od góry	torebkach	kaletkach
	14 " "	torebki	kaletki
	15 " "	torebka stawu kola- nowego	kaletka maziowa przedrzepkowa
240	1 od góry	cięższych	cięższych
243	13 od dołu	porażeniom	leczeniu
254	19 od góry	gardzielo-nagłośnio- wych	języko-nagłośniowych
257	16 od góry	zależną	zależą
268	6 od dołu	okrągłe	okrągłe
269	9 od dołu	miąższową	śródmiaższową
270	4 od dołu	tarczykowym	tarczowym
273	8 od dołu	50	58
310	9 i 13 od dołu	krętków	krętków
330	7 od dołu	Piul	Pil.
335	14 od dołu	a stwierdzono	stwierdzono
341	2 od góry	Falloppia	Fallopia
347	11 od dołu	Ok. komp. 12	Ok. 6

## Objaśnienie tablic.

- 1) Owrzodzenie pierwotne na wewnętrznej powierzchni napletka; naokoło owrzodzenia nadżerki po opryszczkach.
  - 2) Owrzodzenie pierwotne na główce prącia i odbitka tegoż (poczynająca tworzyć się grudka cieknąca) na wewnętrznej powierzchni napletka.
  - 3) Owrzodzenie pierwotne na wewnętrznej powierzchni napletka; owrzodzenie w brózdzie wieńcowej i ciągnące się wzdłuż brzośdy nacieki.
  - 4) Owrzodzenie pierwotne na wewnętrznej powierzchni napletka.
  - 5) Owrzodzenie pierwotne na wędzidelku, przechodzące na sąsiednie tkanki.
  - 6) Owrzodzenie pierwotne w brózdzie wieńcowej, przechodzące na główkę prącia i na wewnętrzną powierzchnię napletka; obrzęk na przylegającej części napletka.
- II.
- 1) Owrzodzenie pierwotne na skórze prącia.
  - 2) Owrzodzenie pierwotne na skórze u podstawy prącia; świeża blizna po zagojeniu owrzodzenia na końcu prącia w 6 tygodni po zarażeniu.
  - 3) Owrzodzenie pierwotne na mosznie.
  - 4) Owrzodzenie pierwotne na skórze prącia.
- III.
- 1) Owrzodzenie pierwotne talerzykowate na małej wardze.
  - 2) Owrzodzenie pierwotne na dużych wargach; obrzęk dużych warg
- IV.
- 1) Owrzodzenie pierwotne gojące się na zewnętrznej powierzchni napletka; obrzęk napletka; stulejka.
  - 2) Owrzodzenie pierwotne na sutce.
  - 3) Owrzodzenie pierwotne na górnej wardze.
- V.
- 1) Wysypka plamista pierwsza (Rys. 9 w tekście przedstawia preparat z powyższej osutki).

## II

- 2) Wysypka plamista zlewająca się pierwsza.
- VI. 1) Wysypka plamista zlewająca się pierwsza (Rys. 10 w tekście przedstawia preparat, wzięty z powyższej osutki).  
2) Wysypka plamista pierwsza (pokrzywkowata).
- VII. 1) Wysypka grudkowata ponowna w 6 m. po zarażeniu, w okresie łuszczenia się.  
2) Wysypka grudkowata w 4 m. po zarażeniu.
- VIII. 1) Wysypka grudkowato-łuskowata w 5 m. po zarażeniu.  
2) Wysypka grudkowato-błazkowata na goleni w rok po zarażeniu.
- IX. 1) Wysypka grudkowata w 5 $\frac{1}{2}$  mies. po zarażeniu u jeszcze nieleczzonego mężczyzny. Ten sam przypadek, co na tabl. VII № 2, (Rys. 13 w tekście przedstawia preparat, wzięty z powyższej osutki na piersiach).  
2) Wysypka grudkowato-błazkowata w 1 $\frac{1}{2}$  r. po zarażeniu.  
3) Wysypka grudkowata drobnoziarnista zlewająca się na górnej kończynie w 3 lata po zarażeniu u nieleczzonej. W  $\frac{1}{2}$  roku potem objawy przyniotu mózgu.
- X. 1) Wysypka grudkowato-punkcikowata (lichen s.) ugrupowana i plamy barwikowe po wessanych grudkach w 1 rok i 3 m. po zarażeniu u nieleczzonej (Rys. 16 w tekście przedstawia preparat, wzięty z powyższej osutki).  
2) Wysypka grudkowato-pecherzykowata (ospowata) w 5 m. po zarażeniu u nieleczzonego (Rys. 17 w tekście przedstawia preparat, wzięty z powyższej osutki).
- XI. Wysypka wrzodziasta (niesztowic). Przypadek ten sam, co na tabl. X № 2, w 4 miesiące później (Rys. 21 w tekście przedstawia preparat z powyższej osutki na ramieniu).
- XII. Wysypka wrzodziasta (brudziec). Przypadek ten sam, co na tablicy XI, w 3 miesiące później (Rys. 22 w tekście przedstawia preparat z powyższej osutki na ramieniu).
- XIII. 1) Wysypka grudkowato-łuskowata na dłoniach.  
2) Wysypka grudkowata łuskowato-błazkowata na dłoniach.
- XIV. Bielactwo i czerniaczka skóry. Przypadek ten sam, co na tabl. X № 1, w parę miesięcy później; plamy barwikowe po wessanych grudkach jeszcze widoczne.
- XV. 1) Łysinki na owłosionej powierzchni głowy w  $\frac{1}{2}$  roku po zarażeniu.  
2) Owrzodzenia na prąciu w 3 m. po zarażeniu; nadżarta i nacieczona powierzchnia moszny.
- XVI. 1) Wysypka grudkowato-przerostowa cieknąca w pachwinie. Przypadek ten sam, co na tabl. VIII № 1.  
2) Grudki przerostowe ciekące w odbycie. Przypadek ten sam, co na tejże tablicy pod № 1.
- XVII. 1) Wysypka nadżerkowata (ciekąca) na wewnętrznej powierzchni dużych warg w 3 m. po zarażeniu.

- 2) Wysypka grudkowata cieknąca na dużych wargach w 3 $\frac{1}{2}$  m. po zarażeniu.
- XVIII. 1) Owrzodzenia na dużych wargach w 3 $\frac{1}{2}$  m. po zarażeniu.  
2) Grudki zlekka ciekące zlewające się na dużych i małych wargach w 8 m. po zarażeniu.
- XIX. 1) Nadżerki (plaki) pod językiem i na wewn. powierzchni dolnej wargi w 1 $\frac{1}{2}$  r. po zarażeniu.  
2) Nadżerki (plaki) pod językiem i na wewn. powierzchni dolnej wargi w 4 m. po zarażeniu.  
3) Łysinki (depapillatio) na brzegu języka, odpowiadające zębom, w 5 m. po zarażeniu.  
4) Owrzodzenie na miękkim podniebieniu w 4 m. po zarażeniu.
- XX. 1) Owrzodzenie na miękkim podniebieniu w 7 miesięcy po zarażeniu.  
2) Owrzodzenie na lewym migdale w 3 m. po zarażeniu.  
3) Grudki zlewające się na podniebieniu i języku w 26 lat po zarażeniu (Przypadek przedstawiony na pos. Warszaw. sekcji skórno-wener. dn. 6/XII 1906 r.).  
4) Łuszczyca języka w 14 lat po zarażeniu.
- XXI. Wysypka grudkowato-guzczkowata ugrupowana na wewnętrznej powierzchni lewego biodra u mężczyzny w 5 lat po zarażeniu.
- XXII. Wysypka guzkowata wrzodząca w 4 $\frac{1}{2}$  lat po zarażeniu u nieleczonego.
- XXIII. Wysypka guzczkowato-guzkowata u nieleczonej w 4 lata po zarażeniu (Rys. 42 i 43 w tekście przedstawiają preparaty wzięte z powyższej osutki).
- XXIV. 1) Kilak czolgający się wzdłuż brzegu wargi w 9 lat po zarażeniu.  
2) Owrzodzenie wężykowate na wewnętrznej powierzchni przedramienia w 7 lat po zarażeniu; pośrodku — blizny po zagojonych kilakach.
- XXV. Kilaki idące od okostnej (przypuszczalnie w 28 lat po zarażeniu) u nieleczonej.
- XXVI. Kilaki na biodrze i na goleni w 7 lat po zarażeniu.
- XXVII. 1) Kilak rozlany, bliznowaciejący pośrodku, już po 2-tygodniowym swoistem leczeniu. Czas zarażenia niewiadomy. Zona chorego posiadała prawie współcześnie wysypkę grudkowato-luskowatą późną. (Przypadek przedstawiony na posiedzeniu Warszaw. sekcji skórno-wenerycznej d. 5/III i 7/V 1908 r.—Rys. 46 w tekście przedstawia preparat z brzegu powyższego kilaka).  
2) Wysypka grudkowata zlewająca się na głowie u 1-miesięcznego dziecka.
- XXVIII. 1) Wysypka grudkowata zlewająca się na górnej kończynie i  
2) Wysypka grudkowata zlewająca się na dolnej kończynie.  
Ten sam przypadek, co na tabl. XXVII № 2.



IV

- XXIX. 1) Wysypka grudkowato-pęcherzykowa u 5-tygodniowego dziecka.  
2) Łysinka blaszkowata (depapillatio) na języku u 2 $\frac{1}{2}$  rocznego dziecka.  
3) Grudki pierścieniowate koncentryczne na dolnych kończynach u 2-letniego dziecka.
- XXX. 1) Grudki ciekące na dużej wardze (przerostowe zlewające się) i w jej sąsiedztwie u 1 $\frac{1}{2}$  rocznego dziecka.  
2) Grudki zlewające się na jagodach u 3-letniego dziecka.

BIBLIOTEKA  
KLINIKI PATOLOGICZNA  
Akademii Medycznej w Lublinie  
Ks. .... Dz. .... Lp. ....



1



2



3



4

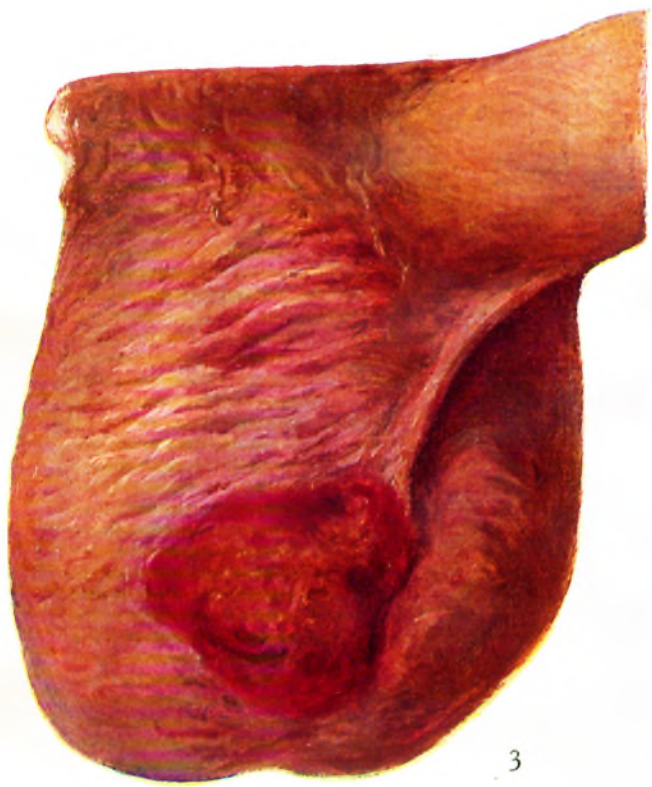


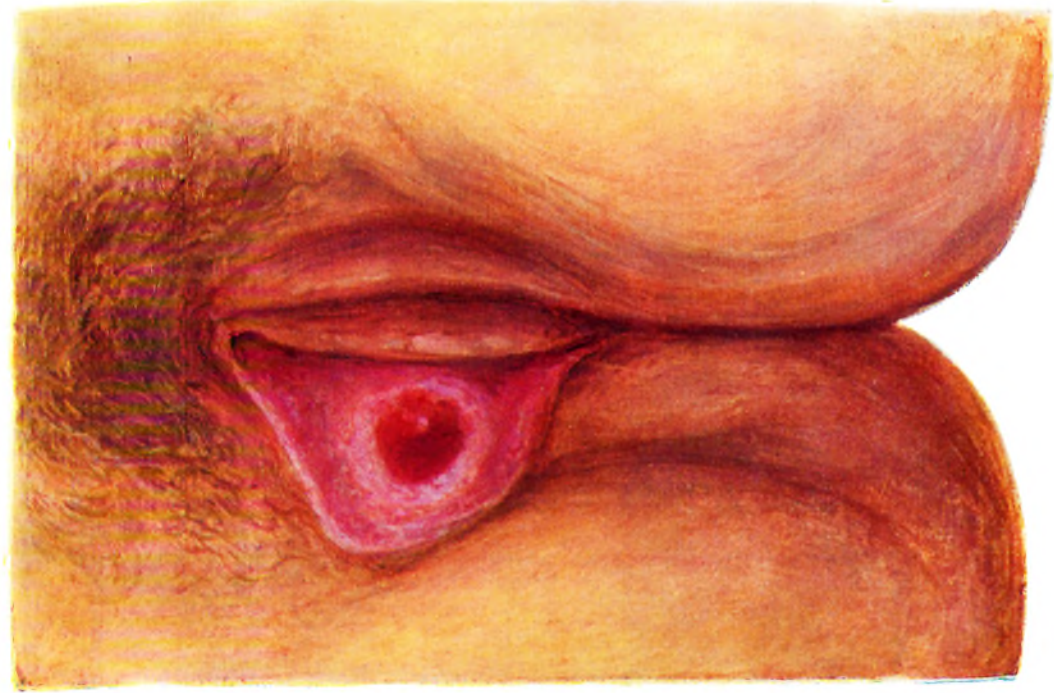
5



6

II.





III.

2

1

IV.



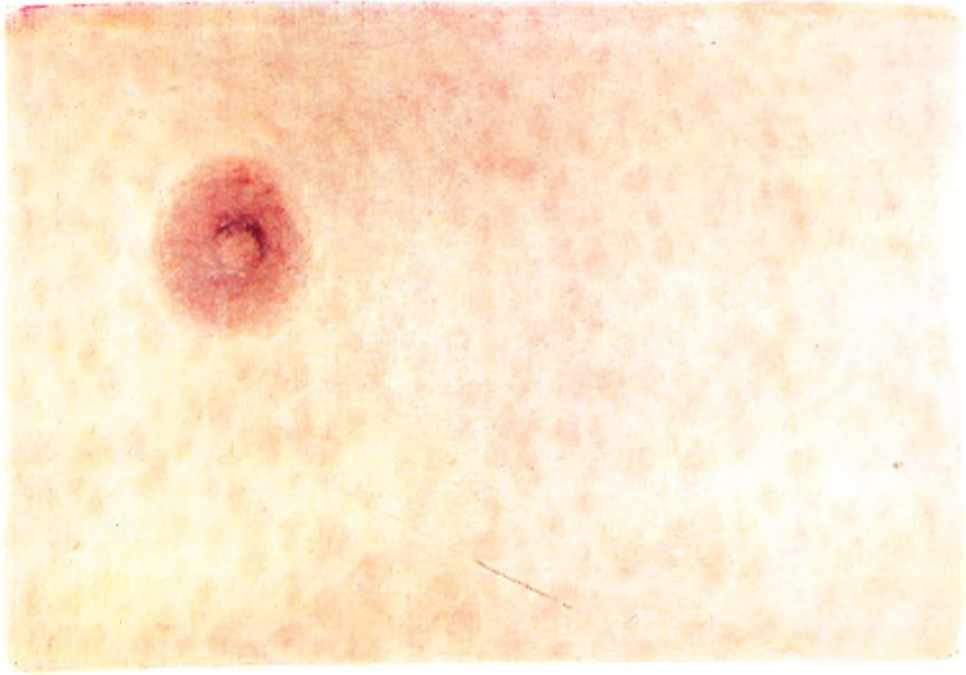
1



2

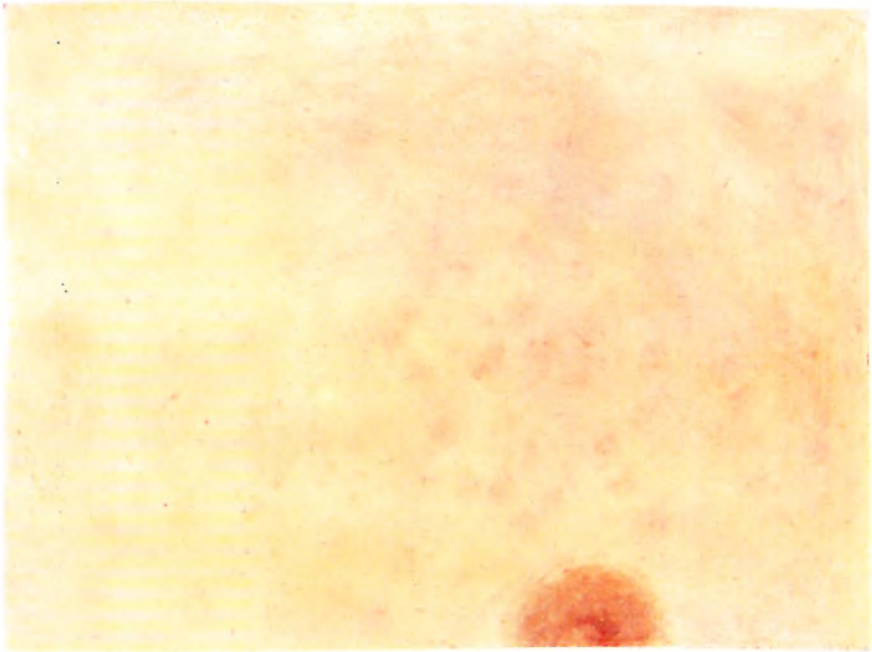


3



V.

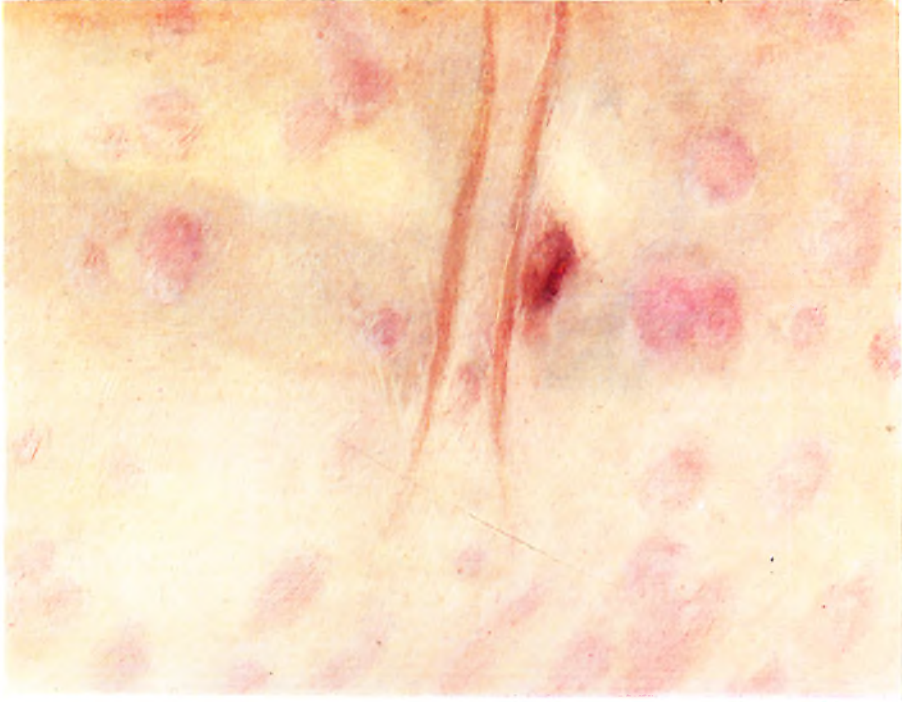
2



1

VI.

2

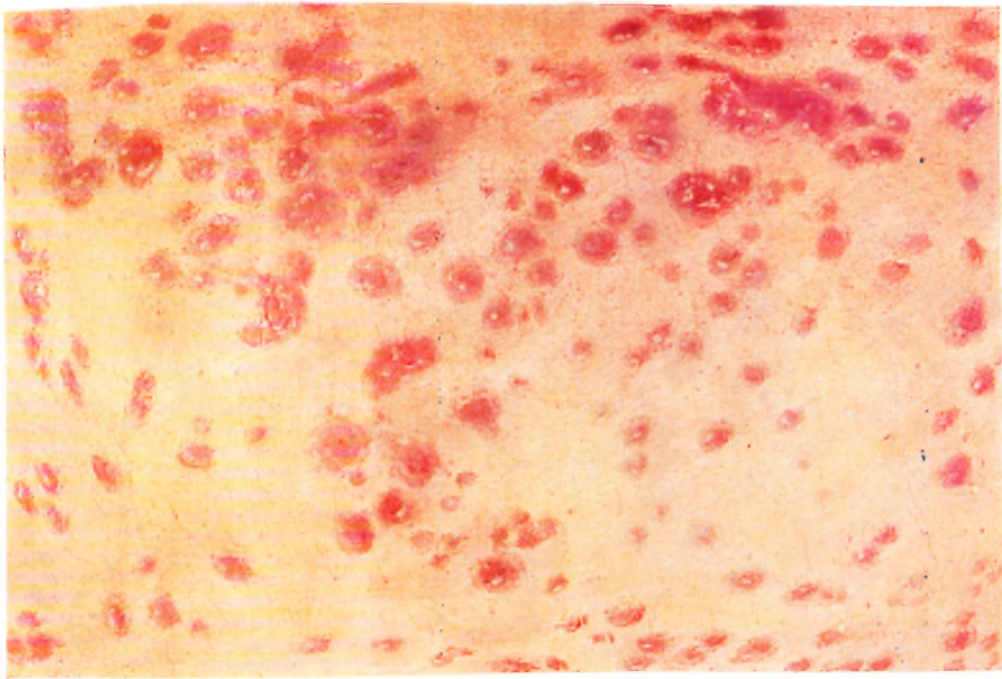
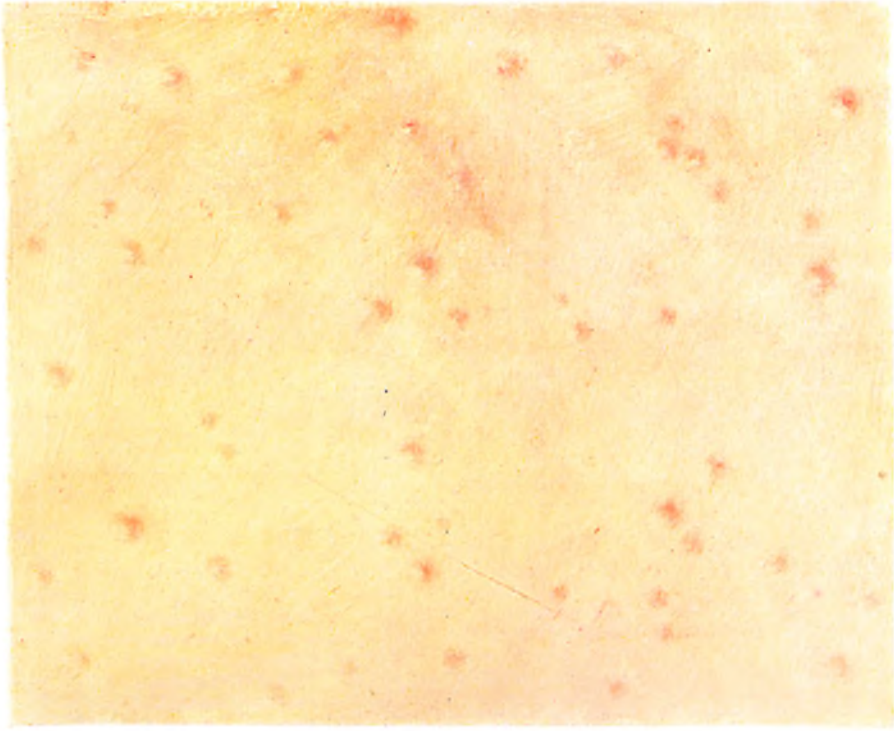


1



VII.

2



1



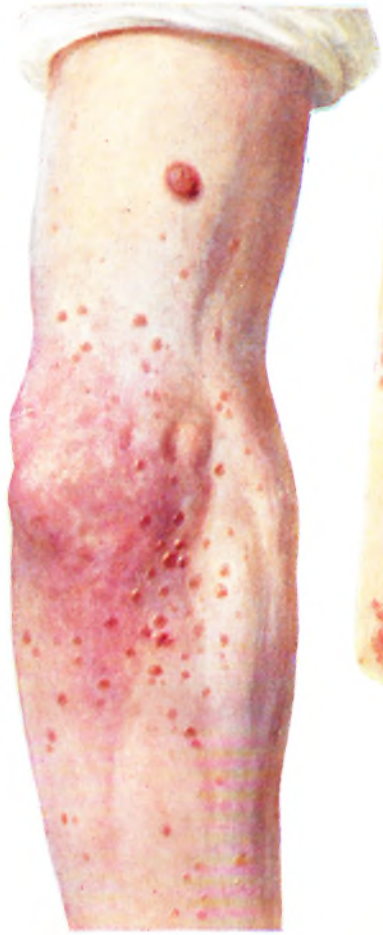
2



1



VIII



1



2

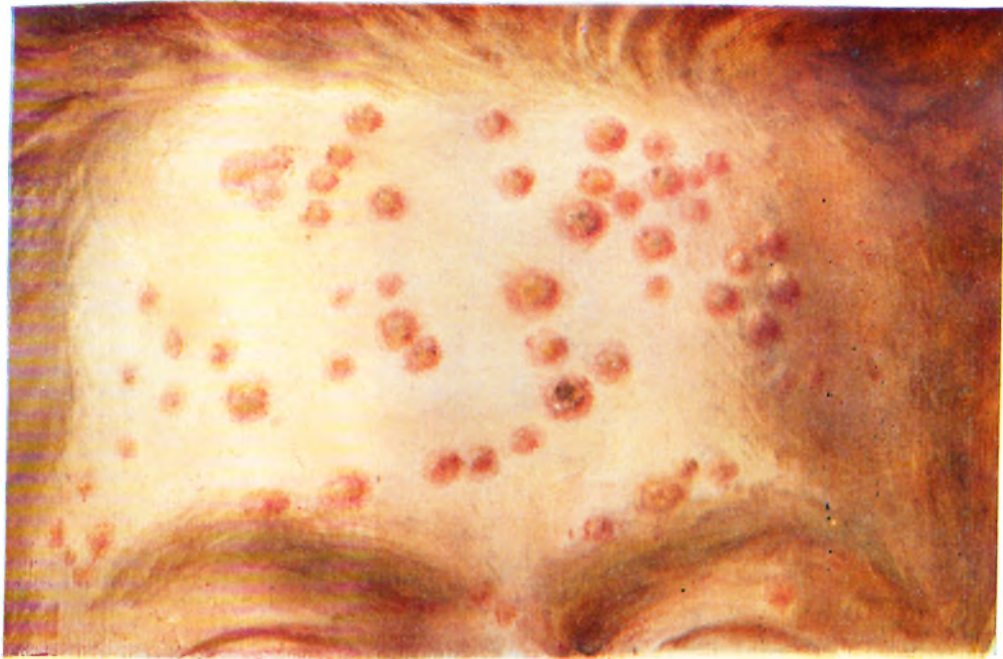


3

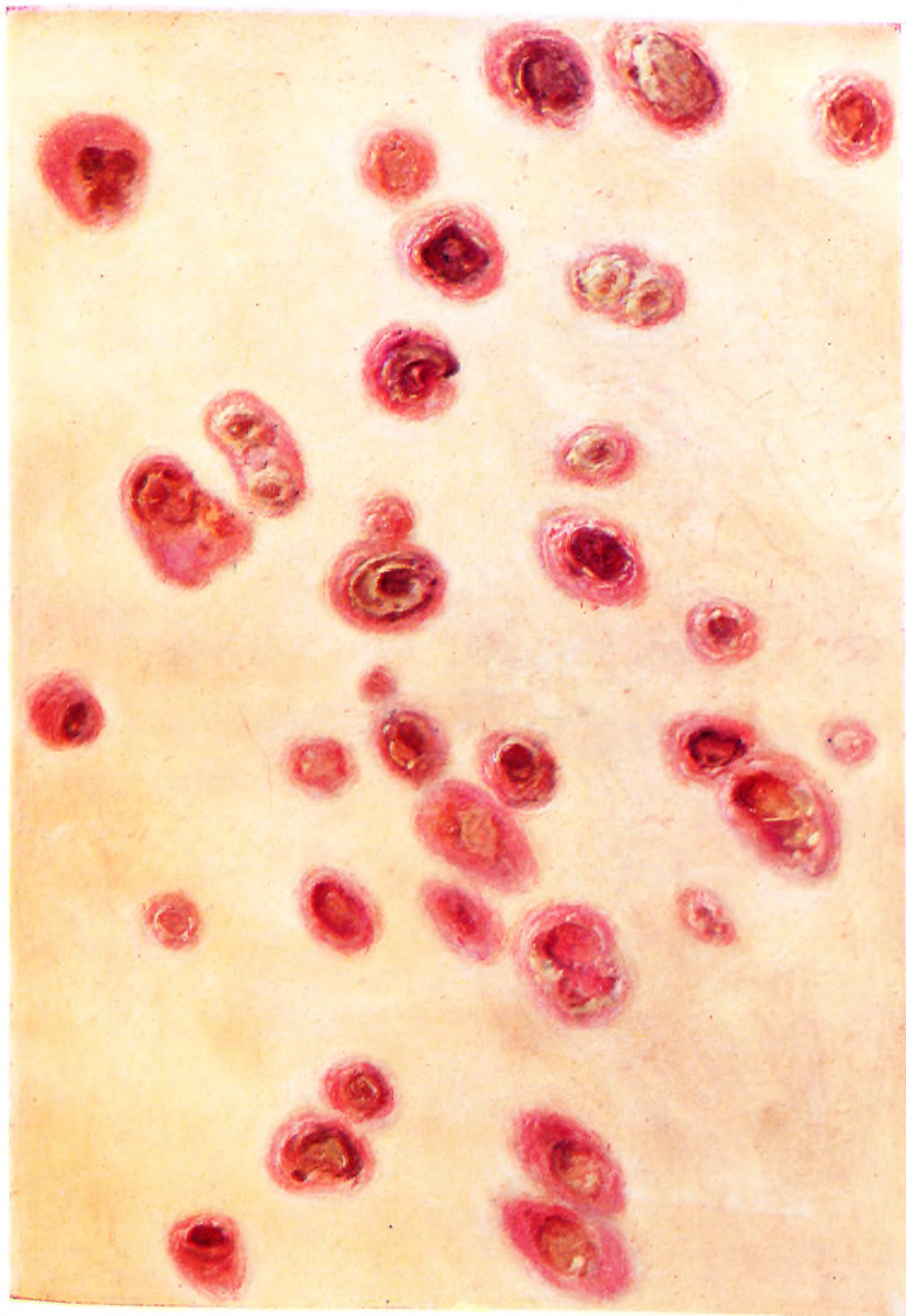
X.

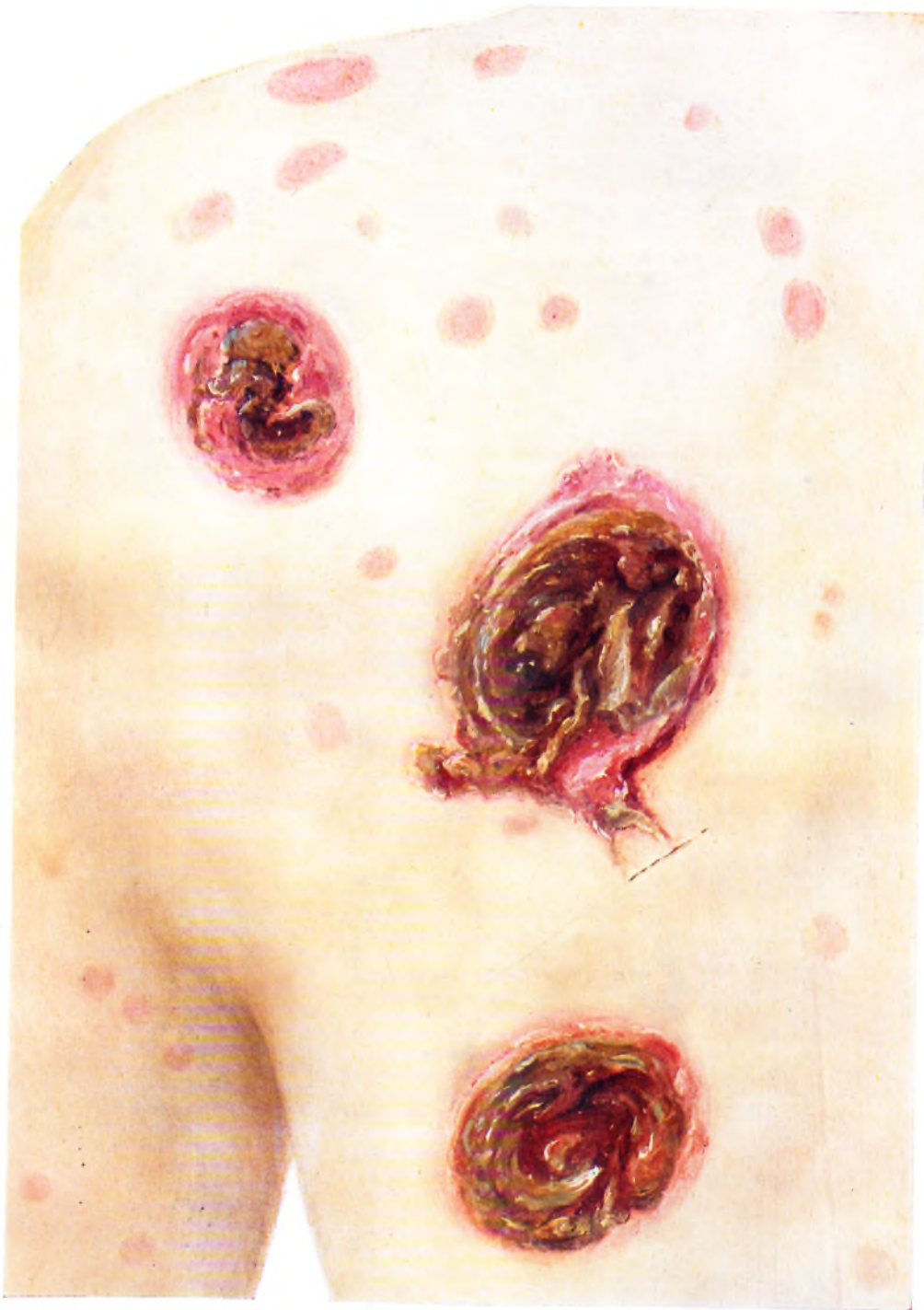


1



2







XIII.

2



1



XV.

2



1



XVI.



2



1



2



1

XVIII.



2



1



1



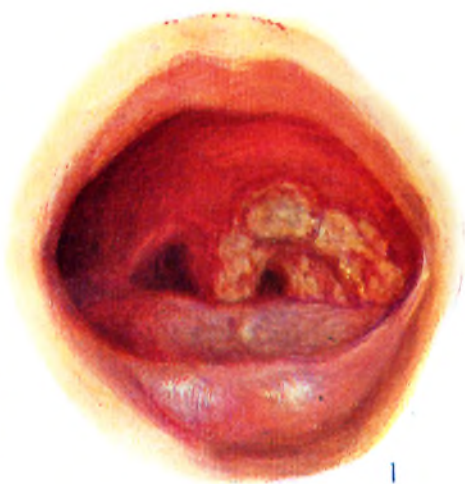
2



3



4









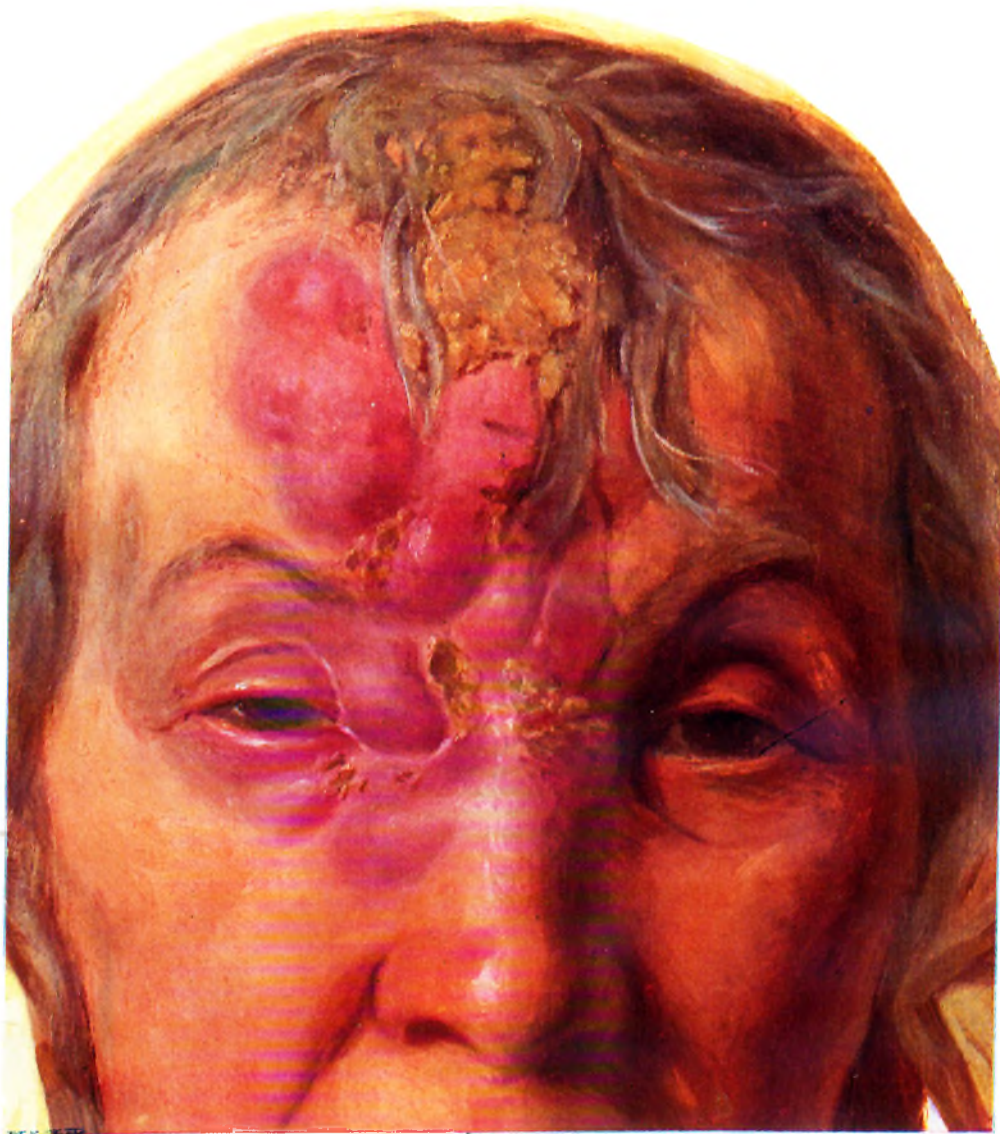




1



2



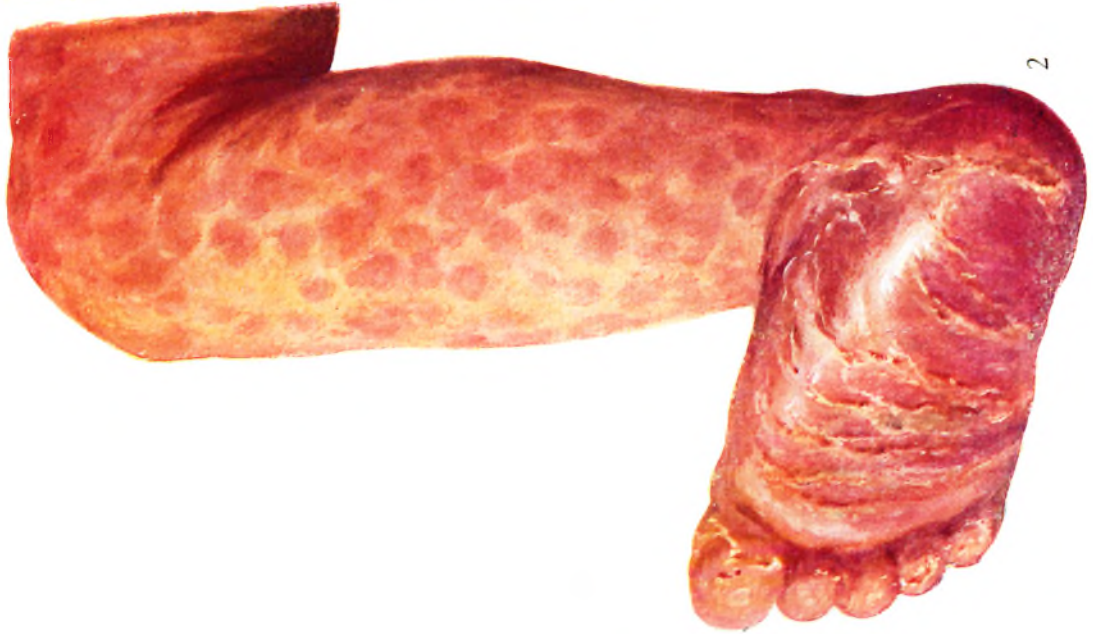




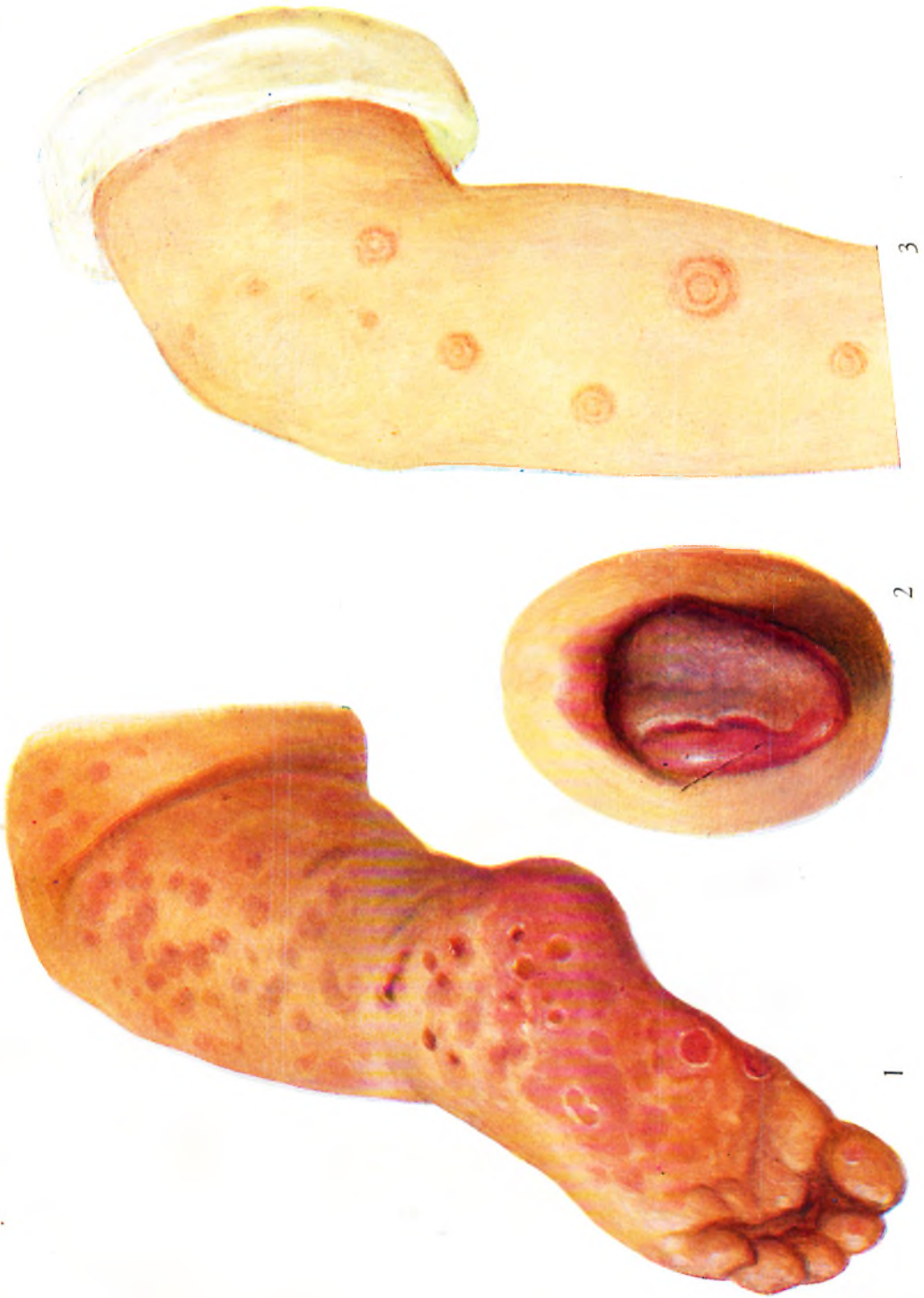
1



2



XXIX.

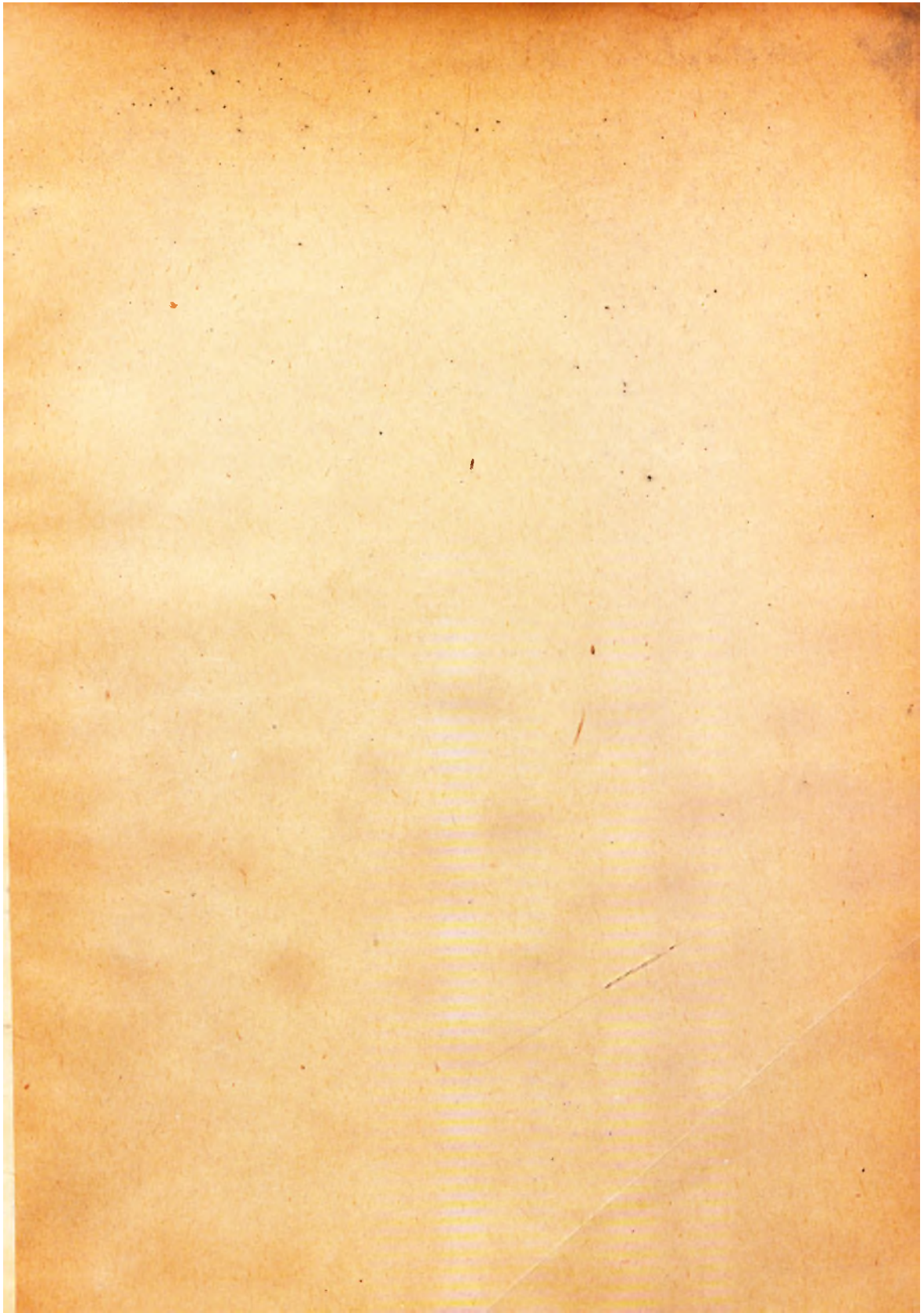


XXX.



BIBLIOTEKA  
KLINICZNA  
Akademii Medycznej w Lublinie  
Ks. \_\_\_\_\_ Dr. \_\_\_\_\_





Uniwersytet Medyczny w Lublinie  
nr inw.: G - 27813



BG 1263-R