

## PRACE ORYGINALNE.

## I.

**O rzadszych postaciach tuberkulidów skórnych.**

P o d a ł

Dr. Antoni Blumenfeld (Lwów).

Obok znanych postaci chorobowych gruźlicy skóry, istnieje cały szereg cierpień skórnych po części o wykwitach zupełnie odmiennego wyglądu. Mają one stać w związku z gruźliczemi zmianami organów wewnętrznych i prawdopodobnie wywołane są przez toksyny prątków gruźliczych, które krążą we krwi. Są to t. zw. tuberkulidy, na które Bazin (1861) zwrócił uwagę i zaliczył do chorób zolzowych; Bessnier zaś wyraził przypuszczenie, że przyczyną ich są toksyny gruźlicze, wytwarzające się w jednym z narządów wewnętrznych.

Szereg ten chorób (których nazwy: Tuberculides Darrier, Toxītuberculides Hallopeau, Exanthema der Tuberculose Boeck, Angiodermītes toxi-tuberculeuses Leredde, Tuberculose cutanée atypique Pautrier) spotykamy prawie

wyłącznie u dzieci lub u osób młodych; u nich czy to zapomocą badania fizykalnego, czy też przez wstrzyknięcie tuberkuliny daje się stwierdzić gruźlica narządu wewnętrznego; dostarczają wreszcie wskazówek wywiady w kierunku dziedziczności „skrofulozy“. Można zauważyć, że wykwitły powyższe nie występują nigdy u osób, gruźlicą ostrą dotkniętych; zjawiają się zaś przy chronicznej formie gruźlicy, najczęściej przy utajonej, którą dopiero zapomocą tuberkuliny można stwierdzić. Stąd pochodzi wielkie znaczenie rozpoznawcze tuberkulidów; zdradzić nam one mogą istniejącą w organizmie sprawę gruźliczą, którą inaczej moglibyśmy łatwo przeoczyć; dla leczenia przedstawia to również znaczną korzyść, gdyż zamiast leczenia objawowego, możemy się starać o działanie lecznicze wprost na przyczynę chorobową.

Na podstawie licznych ogłoszonych przypadków i niektórych własnych spostrzeżeń możemy twierdzić, że przynależne tutaj formy chorobowe występują tylko u osób zolżowych, niedokrewnych, o wątej budowie, u których dłuższa obserwacja wykazuje zmiany gruźlicze w narządach wewnętrznych. Z tego wspólnego i stałego objawiania się wnosić możemy o etiologicznem znaczeniu gruźlicy przy powstawaniu niżej opisanych typów chorobowych.

Znaczenie tej klinicznej obserwacji potęguje fakt, iż powyższe choroby skórne są natury chronicznej. Mówimy tu przede wszystkim o Folliclis (Barthélemy). Nazwą tą objął B. postać chorobową, której wykwitły rozpoczynają się śród — lub podskórnio i dochodzą wielkości ziarna grochu, wyrastają powoli ku górze, by wreszcie zrósć się zupełnie ze skórą, która przybiera stopniowo barwę sino-czerwoną. Następnie przebieg takiego guzka bywa rozmaity: bądź zanika on przez wessanie, bądź tworzy się na szczycie jego pęcherzyk o mętnej, nawet ropiastej treści, który wreszcie przebija denko na zewnątrz; wtedy środek guzka zapada się (Tuberculide papulo-necrotique Hallopeau). Cały przebieg kończy się ściśle ograniczoną blizną o ciemno zabarwionej obwódce. Od czasu rozpoczęcia się do ukończenia procesu upływa zwykle cztery do sześciu tygodni. Stosunkowo długi okres czasu trwania, jak i sam wygląd wykwit, który zresztą nigdy nie przybiera barwy żywo czerwonej, nadaje Folliclis pewną odrębną cechę.

Jak to już wyżej nadmieniliśmy, choroba ta jest natury „par excellence“ chronicznej, gdyż nie kończy się z ustąpie-

niem pierwotnych wykwitów; przeciwnie one pojawiać się mogą często, choć w nieregularnych odstępach czasu. Podczas gdy w pewnych przypadkach występuje cały szereg świeżych wykwitów, zanim się ukończył proces poprzednich, w innych przypadkach przerwa pomiędzy ustąpieniem dawniejszych, a wystąpieniem świeżych trwa miesiące. Zauważyć też można, iż zmiany pór roku mają niewątpliwy wpływ na powstawanie objawów chorobowych.

Możliwym jest, że pewne zmiany w krążeniu krwi u osób niedokrewnych grają w tem pewną, a może i znaczną rolę. Nie wydaje się jednak uzasadnionem dzielenie folliclis na typ zimowy, wiosenny, jesienny, jak to przedsięwzięli niektórzy autorowie, gdyż wykwity chorobowe w ciągu całego roku nie różnią się zasadniczo pomiędzy sobą, a czas występowania ich nie jest ściśle do jednej pory roku ograniczony. Zdarzają się bowiem często przypadki, gdzie u jednego i tego samego osobnika na wiosnę i na jesieni zjawiają się wykwity.

Wogóle kwestya tuberkulidów pozostała do obecnej chwili wielce zawilą; przedewszystkiem ponieważ zaliczono do nich liszaj żółtawy (*Lichen scrophulosorum*) i liszaj rumieniowaty (*Lupus erythematosus discoides*); przyczynia się do tego i nomenklatura: na objęcie pojęcia folliclis, jak to powyżej przedstawiliśmy, istnieje kilkanaście często bardzo złożonych nazw. Sam Bartholémy podzielił postać chorobową, przez siebie opisaną, na dwa podziały: jedna umiejscawia się na twarzy — acnitis, druga — zwłaszcza na przedramionach, rękach, uszach — folliclis. Opisując już dawniej dwa przypadków acnitis, mieliśmy sposobność wyłuszczenia sprawy: folliclis i acnitis są dwie odmienne postacie chorobowe, różniące się przedewszystkiem tym ważnym szczegółem klinicznym, że folliclis występuje u ludzi dotkniętych zmianami gruźliczymi, zwłaszcza u osobników młodych, przedewszystkiem dziewcząt, acnitis zaś głównie u ludzi w wieku średnim, u których ani dokładne badanie ani wywiady nie wskazują na jakąś zmianę gruźliczą w organach wewnętrznych. — Tyle o danych klinicznych, na których w pierwszym rzędzie opiera się pojęcie o tuberkulidach. Dodać jeszcze należy, że folliclis w regule reaguje na tuberkulinę (A. T. Kocha).

Dotychczasowe badania drobnowidzowe podzielić należy na dwie grupy. Jedna obejmuje badania, które świadczą, iż pierwotną przyczynę wykwitu folliclis stanowi za-

krzep większej żyły podskórnej, wywołany (możliwie) przez prątki Kocha. (Philippson, Török, Pinkus, Juliusberg, Alexander). Naciek zapalny, otaczający naczynia, zawiera ogniska serowate, komórki olbrzymie (Tenneson, Leredde, Martinet). Jeżeli te badania i podobne (Hallopeau i Bureau) nasuwają myśl, że tu chodzi o lokalną gruźlicę skóry, przeniesioną drogami krwionośnymi, to znalezienie przez Mac Leoda i Ormsby w jednej z licznych komórek olbrzymich dwóch prątków Kocha i wykonane przez Philippsona z dodatnim wynikiem szczepienie na zwierzętach świadczą o tem, iż pewna część przypadków folliclis jest rzeczywistą gruźlicą skóry. Być może, że chodzi tu o prątki osłabione lub nawet martwe. Wszak nowsze doświadczenia Vagedesa, Veszprémiego, Möllera zaznają nam z rozmaitymi stopniami jadowitości prątków Kocha, a z rozległych badań Sternberga wiemy, że martwe prątki wywołać mogą te same zmiany w tkance, co żywe; naturalnie, dodać należy, iż działanie martwych musi być ograniczone co do czasu i przestrzeni jako tworów, które nie rozmnażają się więcej. Fakt ten, że wykwit folliclis przechodzą oznaczone okresy rozwoju i nie rozszerzają się,—w połączeniu z wyżej wymienioną okolicznością, iż występują one u ludzi z utajoną gruźlicą, a nigdy przy rozpadowej formie, nasuwa przypuszczenie, iż folliclis bywa wywołane przez obumarłe prątki.

Do drugiej grupy zaliczamy te przypadki, w których przy badaniu drobnowidzowem nie znaleziono nic charakterystycznego, tylko niewielkie nacieki około naczyń (Juliusberg Alexander). Wydaje nam się odnośnie do tych przypadków najprawdopodobniwszem przypuszczenie Philippsona, iż wycięcie wykwitów dla zbadania drobnowidzowego dokonane było zbyt powierzchownie. Nie tłumaczy nam bowiem taki wynik badania tego niszczącego procesu w tkance, który prowadzi aż do blizny.

**K a z u i s t y k a.** Przypadek I. 19-letnia dziewczyna, córka fotografa; sama zajmuje się retuszowaniem. Wywiady co do najbliższej rodziny w kierunku gruźlicy—ujemne. Matka nigdy nie roniła. W 2-im r. życia ospa, w 7-ym błonica. Przed 6 laty miała chora ropiejącą ranę na prawem podudziu, która dopie-

ro po roku zagoiła się. Na tem miejscu widoczną jest obecnie blizna o ciemnej barwie, nieregularna, wgłębiona, nie dająca się przesuwać. Przed kilku laty na całym ciele wysypka, która po użyciu kąpieli wnet znikła. Obecną chorobę skórą ma chora od 2 lat; początkowo wystąpiła na grzbietach rąk i po stronie zewnętrznej przedramienia wysypka rzadka, swędząca; w ostatnich siedmiu miesiącach powiększyło się jej nasilenie. Uczucie zimna w rękach i nogach utrzymuje się stale. Chora nigdy nie kaszlała. Regularność prawidłowa, czynności żołądka, jelit bez zaburzeń. Stan obecny: Budowa kośćca wątła. Błony śluzowe i skóra blada. Na przegubie łokciowym, na przedramieniu po stronie mięśni prostujących, na grzbiecie palców i dłoni, na pośladkach, w okolicy lewego kolana i na palcach nóg znajdują się wykwity wielkości główki szpilki—soczewicy; wszystkie wystają ponad poziom skóry. Barwa tych guzków sino-czerwona; w środku ich po większej części widzimy zagłębienia, gdzieś tam strupem pokryte. Na palcach rąk środek guzka jest zajęty przez pęcherzyk o ropiastej treści. Przy ucisku sino czerwonych miejsc, barwa ta ustępuje miejsca jaśniejszej o odcieniu różowym aż do brązowego. Na niektórych miejscach blizny wgłębione, o ostrej granicy i obwódce sino-czerwonej.

Badanie narządów wewnętrznych, szczególnie płuc, nie wykazuje zmian. Gruczoły szyjne powiększone, miękkie. Uwłosienie grzbietu znaczne (zaznaczamy ten szczegół, gdyż tworzy — wedle Czernego — jeden z objawów „skrofulozy”). Skład moczu prawidłowy.

W 10 miesięcy później: po blisko 3 miesięcznej przerwie wystąpiły świeże wykwity. Dawne pogoiły się. Od 6 tygodni pogorszenie. Stan obecny: Świeże guzki umiejscawiają się podobnie, jak dawne w roku zeszłym; niektóre obecnie dochodzą wielkości fasoli. Zresztą wygląd ich podobny do dawnych; nigdzie nie zlewają się. Badanie płuc wykazuje: w szczytce prawego płuca wydech przedłużony i zastrzony. Gruczoły szyjne obrzmiałe. Mocz bez zmian.

Przypadek drugi dotyczy czteroletniej dziewczynki. Gruczoły na szyi powiększone, miękkie. Scrophuloderma na ramieniu. Na czole, na grzbiecie i rękach ostro ograniczone owalne blizny o obwodzie przebarwionym. Lichen scrophulosorum.

*Erythema induratum* (Erythème induré des scrofuleux



Bazin) przedstawia rzadszą postać chorobową, występuje w postaci guzków wielkości grochu, najwyżej czereśni, głęboko w skórce leżących; guzek taki nie zawsze ściśle daje się ograniczyć; barwa jego sino-czerwona, czasem przechodzi w brunatną. Guzki umiejscawiają się zwykle na podudziu, na udzie i pośladkach; proces kończy się wgłębioną blizną. I ta postać chorobowa występuje u osób zołzowych, co zresztą już Bazin zauważył, a następni autorzy potwierdzili (Thibierge, Hallopeau, Colcott Fox, Montegazza „Erythème induré des jeunes filles“, Jadassohn).

Montegazza i Jadassohn stwierdzili reakcję miejscową po tuberkulinie. Szczepienie na zwierzętach (Thibierge, Ravaut, Colcott Fox) udowodniło dla pewnej części tej grupy przynależność do rzeczywistej gruźlicy skóry. Są jeszcze przypadki, co do których nasuwają się poważne wątpliwości, czy w ogólności zaliczyć je należy do *Er. in.* Ogłoszone n. p. przez Hartunga i Alexandra należy zaliczyć do *Scrofuloderma*, a nie do *Erythema induratum*, (opieramy się tutaj na powadze Barthelemy'ego). Z innej strony pewna część ogłoszonych przypadków jest niewątpliwie identyczna z *folliclis*; różni się od ostatniej tylko umiejscowieniem. Przypadek nasz pierwszy, który opisaliśmy powyżej, świadczy, iż *folliclis* i postać, jako *Erythema induratum* opisana, mogą się u jednego i tego samego osobnika znajdować, a wykwyty nie różnią się zasadniczo.

Niektórzy autorowie francuscy (zwłaszcza Pautrier) zaliczają jeszcze jedną postać chorobową do tuberkulidów: *Angiokeratoma Mibelli*. Wobec rzadkości przypadków tego rodzaju rozstrzygnięcie, czy występuje ona tylko u osób zołzowych lub gruźliczych, jest bardzo trudne. Dwa przypadki naszej obserwacji, któreby można identyfikować z *Angiokeratoma*, dotyczą: pierwszy chłopca 7-letniego o zmianach gruźliczych w ścięgnach i w skórce ręki prawej. Po stronie mięśni wyprostnych palców kończyn dolnych znajdowały się guzki wielkości główki szpilki soczewicy. Guzki te częścią o barwie czerwonej, zresztą brunatnej, leżą pojedynczo, a także w grupie; przy ucisku — miękkie. Powierzchnia guzków płaska, niektóre w środku jakby zapadnięte, przeświecają fioletowo-czerwono. — Drugi przypadek dotyczy 17-letniego chłopca, który sam nie przedstawia żadnych zmian gruźliczych lub zołzowych; podaje jednak, że siostra jego cierpi na

zoły i często kaszle.—W okolicy przegubu ręki lewej znajdujemy guz wielkości korony o powierzchni nierównej, brodawkowatej; barwa guza stalowo-szara z odcieniem czerwonym. Pod drobnowidzem mogliśmy stwierdzić potężne rozszerzenie naczyń w skórze właściwej i nadmierne rozwinięcie warstwy zrogowacialej przyskórka.

W tych dwóch przypadkach pewne dane kliniczne mogłyby przemawiać za przynależnością ich do grupy tuberkulidów, brak jednak wszelkich odpowiednich zmian drobnowidzowych czyni moment ten etiologiczny mniej prawdopodobnym.

**Streszczenie.** Z grupy tuberkulidów posiada pierwszorzędne znaczenie rozpoznawcze folliclis; wskazać nam może bowiem na gruźlicę w tych przypadkach, w których nawet zapomocą dokładnego badania nie możemy wykazać sprawy gruźliczej w organach wewnętrznych.

Erythema induratum Bazin zaliczyć należy częściowo do scrofuloderma, częściowo należy ją uważać za identyczną z folliclis.

Niema dostatecznej podstawy, by zaliczyć postać chorobową p. n. Angiokeratoma Mibelli do grupy tuberkulidów.

## II.

Z AMBULATORIUM SZPITALA Ś-go LAZARZA I Z PRACOWNI  
ANATOMO-PATOLOGICZNEJ PROF. PRZEWÓSKIEGO.

# O samoistnym zaniku skóry (Atrophia cutis idiopathica).

— Wy g ł o s i ł —

**Feliks Malinowski**

Lekarz ambulatoryum szpitala Ś-go Lazarza.

Pierwszy dokładny opis „Samoistnego zaniku skóry” po-  
dał Buchwald w 1883 roku. Następnie ogłoszono o tej cho-  
robie szereg prac, pomiędzy któremi wyróżniają się Pospie-  
lowa, Unny, Herxheimera, Krzyształowicza, Neumanna, Ka-  
posi'ego, Ruscha. Samoistny zanik skóry jest cierpieniem rzad-  
kiem. Jednak liczba ogłoszonych do obecnej chwili przypad-  
ków jest względnie dość znaczna, szczególnie jeśli zwrócić  
uwagę, że atrophia cutis idiopathica opisywano również pod  
następującemi nazwami: erythromelie (Pick, Ehrmann, Riecke,  
Klingmüller, Grouven, Lesser), acrodermatitis chronica atrophica  
(Herxheimer, Leven, Moberg, Afzelius, Baum).

Również tutaj możnaby zaliczyć i ograniczony zanik skó-



ry, występujący w postaci plam, opisany przez Thibierge'a (1891) pod nazwą „atrophodermie erythematouse en plaques à progression excentrique“, i przez Jadassohna (1891—1892) pod nazwą „atrophia maculosa cutis“. Powyższy typ samoistnego zaniku skóry, noszący również miano „anetodermia“ opisali następnie Nielsen, Du Castel, Heuss, Mibelli, Oppenheim, Boikow, Beck, Vignolo-Lutati i inni.

Ja osobiście do tej pory obserwowałem 5 przypadków samoistnego zaniku skóry. Opisy tych przypadków poniżej przytaczam:

### PRZYPADEK I.

L. K. lat 70, była przedstawiona na sekcji skórno-wenerycznej d. 1/XII 1904 r.

#### Opis kliniczny.

Sprawa chorobowa umiejscawia się na prawej górnej kończynie i na obu dolnych.

Prawa górna kończyna jest zajęta na powierzchni rozginaczy, poczynając od palców aż do pachy, a na powierzchni zginaczy tylko na  $\frac{1}{3}$  dolnej powierzchni przedramienia. Na tej przestrzeni skóra inaczej się przedstawia w środkowych częściach, niż na obwodzie; skóra pośrodku grzbietowej powierzchni kiści ręki jest cieniutka, pomarszczona, przypomina wyglądem zmiętą angielską bibułkę lub skórkę pieczonego jabłka, zabarwiona na kolor czerwono - niebieskawy, mało elastyczna, podatna na uszkodzenia, chłodnawa, sucha, nieco błyszcząca; przez tę cieniutką skórę znakomicie przegładają rozszerzone i w niektórych miejscach węzowato pokręcone żyły podskórne i ścięgna mięśni; na skórze spotykamy również kilka maleńkich blizn i parę nieznacznych strupków.

Na obwodzie wyżej opisanych przestrzeni zanikłej skóry widać nacieczenia ogniskowate. Ogniska te wielkości m. w.  $\frac{1}{2}$  srebrnego rubla zlewają się przeważnie ze sobą i niepostrzeżenie przechodzą w otaczającą skórę; pośrodku ogniska

nacieczenie zwykle bywa najsilniejsze. Zabarwienie nacieczonej skóry jest mocno czerwone.

Na pozostałej zajętej sprawą powierzchni prawej górnej kończyny skóra jest znacznie mniej zcieńczona, niż pośrodku grzbietowej powierzchni kiści, niemarszcząca się, koloru żółtawego, o lekkim brązowym odcieniu; naczynia przez nią przegładają bardzo nieznacznie; na skórze są porozrzucane dość gęsto ogniskowate, niezbyt silne nacieczenia wielkości od 5 kop. sr. do rubla srebrnego, koloru czerwono-brązowego, niepostrzeżenie przechodzące w sąsiednią skórę. Tworzy się skutkiem tego w pewnych miejscach jakby sieć żółtawa, z oczkami czerwono-brązowymi; a ponieważ w niektórych okolicach ogniska naciekowe zlewają się, formują więc tam one znowuż czerwono-brązową sieć, z oczkami żółtawymi. Na całej przestrzeni, zajętej sprawą chorobową, skóra posiada normalną wrażliwość na ból i dotyk.

Swędzenia lub bólów jakichkolwiek chora nie odczuwa. Poci się nieco mniej, niż normalnie, szczególnie na grzbiecie dłoni i jest pokryta dość rzadko cieniutkimi włoskami (lanugines).

Nizka lub bardzo wysoka temperatura, jak również niska pozycja kończyny znacznie wpływa na wzmożenie się zabarwienia. Odwrotnie, wysoka pozycja kończyny szczególnie przez dłuższy przeciąg czasu sprawia znaczne zblednięcie odpowiednich miejsc.

Muskulatura nie jest osłabiona, mięśnie nie zcieńczały i dają się dobrze wymacać przez zwiotczałą skórę. Pozatem skóra podlegała zwykłemu starczemu niezbyt silnemu zcieńczeniu.

Golenie obu nóg w  $\frac{1}{3}$  ich dolnej części i stopy są zajęte w podobny sposób, jak górna kończyna, z tą tylko różnicą, że nacieczenia są znacznie silniejsze, a zcieńczenie skóry mniejsze. I tutaj głównie jest zajęta grzbietowa powierzchnia kończyn. Natężenie sprawy przeważa na lewej nodze. Również zajęta jest powyższą sprawą w bardzo nieznacznym stopniu dolna część grzbietowej powierzchni lewego przedramienia.

Chora dość dobrego wzrostu i niezłej budowy ciała. Chorowała przed paru laty na rheumatismus articulorum chronicus, skutkiem czego nie może dobrze zgiąć  $\frac{2}{3}$  pierwszych palcy prawej ręki. Zanik samoistny skóry rozpoczął się u niej

przed kilkunastu laty niepostrzeżenie, jak przypuszcza, pod wpływem zmartwienia skutkiem śmierci paru najbliższych krewnych od cholery. Pierwszymi spostrzeżonymi objawami były nacieczenia na grzbietowej powierzchni prawej dłoni i obu nóg. Sprawa posuwała się bardzo powoli. Niekiedy chora w ciągu paru lat nie widziała prawie żadnej różnicy, to znowuż w krótkim czasie występowało sporo nowych nacieczeń, (zwykle po jakichś silniejszych zmartwiegniach) i dawniejsze stawały się więcej znaczne. Niekiedy nawet następowała krótko- lub długotrwała poprawa; szczególniej miało to miejsce wtenczas, gdy chora nie pracowała, a przede wszystkim, gdy leżała w łóżku. Nacieczenia bladły, pozostając widocznymi zwykle tylko pośrodku, gdzie były intensywniejsze. Skóra zcieńczała podlega bardzo łatwo uszkodzeniom, powodując dość silne krwotoki z odpowiednich miejsc; uszkodzone miejsca dość szybko się goją.

Cierpienie powyższe nie sprawia i nie sprawiało chorej nigdy żadnych dolegliwości, to też nie zwraca ona na nie żadnej uwagi. Sprawę zauważyłem wypadkowo, gdy chora udała się do mnie po poradę dla swych wnuków, cierpiących na świerzbę.

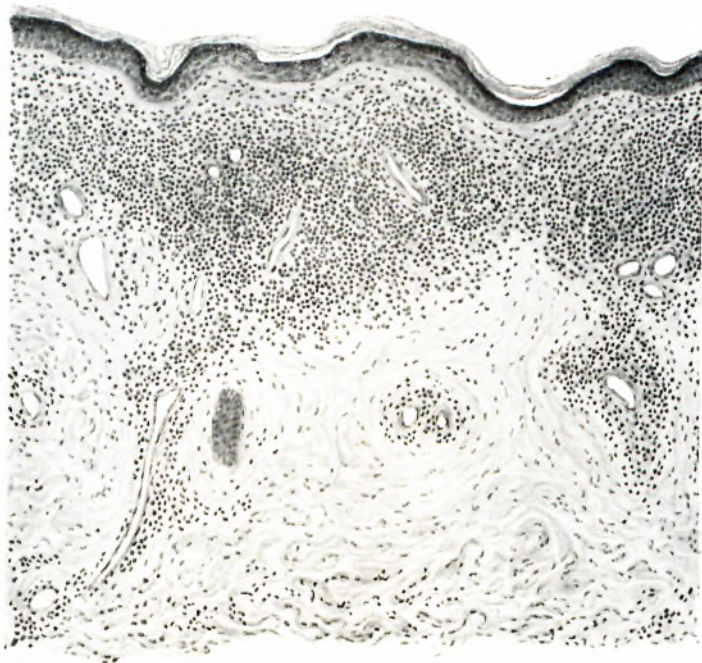
Chorą obserwuję już w ciągu lat 3 i w tym okresie czasu sprawa rozszerzyła się nieco, gdyż przed 3 laty nie było jej jeszcze na górnej powierzchni prawego ramienia i na przedramieniu po stronie zginaczy. Również na goleniach sprawa nieco się rozszerzyła ku górze.

Nacieczenia w nowych miejscach powstawały bardzo nieznacznie; zanikanie skóry odbywa się bardzo powoli. Zauważyłem również, iż na miejscach, gdzie nacieczenia już zginęły, powstawały na nowo, przyjmując początkowo zabarwienie żywo czerwone, tak iż sprawa przedstawia się jako wielokrotnie powtarzające się nacieczenia, które ostatecznie doprowadzają do zcieńczenia skóry.

W przeszłym roku u chorej na czole nad prawym oczodołem zaczął się tworzyć z małej brodaweczki guz złośliwy, który na oddziale d-ra Krajewskiego był usunięty przy zastosowaniu transplantacji skóry (z lewego ramienia) z bardzo dobrym wynikiem.

## Badania anatomo-patologiczne.

Chorej do badań anatomo-patologicznych wycięto kawałek skóry z najsilniejszego i zdaje się z najświeższego nacieczenia na górnej bocznej powierzchni kiści. Zagojenie po wycięciu nastąpiło bardzo szybko. Wycięty kawałek utrwalono w formalinie 10% i zatopiono w parafinie. Skrawki barwiono haematoxyliną i eozyną, sposobami Weigerta i Unny na włókna elastyczne, sposobem Pappenheim'a na komórki plazmatyczne, polychromes methylenblau na komórki tuczne, sposobem Weigerta na włóknik i t. d.



Rys. 1.

Na preparatach (rys. 1) warstwa naskórkowa przedstawia się znacznie zcieńczała i na dolnej powierzchni prawie wyrównana, skutkiem braku wgłębień, normalnie mieszczących brodawki.

Warstwy poszczególne naskórka przedstawiają się w następujący sposób:

Warstwa rogowa zcieńczała i w wielu miejscach odstaje od niżej leżących warstw.

Warstwa ziarnista składa się z jednego szeregu komórek, barwiących się niewyraźnie, i miejscami ulega ona przerwom.

Warstwa kolczasta posiada 3—4 szeregi komórek, barwiących się dobrze i wyraźnie zachowujących swe kolce. Jądra dobrze się barwią, są okrążone dużymi przestrzeniami okołojądrowymi. Sposstrzega się obfitość figur karyokinetycznych, wskazującą na szybkie rozmnażanie się tej warstwy.

Warstwa podstawowa, składająca się z jednego szeregu komórek, również posiada obszerne okołojądrowe przestrzenie i obfitość figur karyokinetycznych. W tej warstwie spotykamy zrzadka komórki pigmentowane, leukocytów pomiędzy komórkami warstwy naskórkowej nie spostrzegaliśmy.

Tkanka łączna nie jest wyraźnie zcieńczała; dwie jej części składowe—warstwa brodawkowa i skóra właściwa—posiadają prawie normalną grubość. Brodawek we właściwym tego słowa znaczeniu niema, gdyż cała ta warstwa jest prawie zupełnie wyrównana. Delikatna siateczka włókienek klejodajnych pozostała, tylko pomiędzy nimi spostrzegamy już niekiedy włókna grubsze, mające kierunek równoległy do naskórka.

Cała ta warstwa jest dość gęsto nacieczona komórkami, tylko pod samym naskórkiem i niekiedy pośrodku naciek bywa rzadszy.

Naciek jest rozsiany, nawet jednak w tych warstwach widać, że najgęstszy naciek otacza naczynia. W skórze właściwej siatka pęczków włókien klejodajnych jest prawie normalna. Naciek otacza wyraźnie tylko naczynia małe.

Naciek we wszystkich warstwach łącznotkankowych skóry składa się w przeważnej liczbie z komórek plazmatycznych. Niektóre z nich są nadzwyczaj małe (Plazmatochterzellen), bardzo podobne do limfocytów, inne duże z obfitą ilością zarodzi. Nie rzadko spotykamy w nich figury karyokinetyczne. Oprócz tych komórek spotykamy również nieco łącznotkankowych, zupełnie różniczkowanych, innego kształtu: przeważnie przedstawiają się one jako wrzecionowate, z bardzo niewielką ilością ziarnistej zarodzi około jądra. Na obwodzie nacieku spotykamy tu i owdzie komórki tuczne. Leukocyty zdarzają się bardzo rzadko w nacieku i w przestrzeniach łącznotkankowych. Poza granicą nacieku wygląd komórek tkanki łącznej zwykły. Komórek pigmentowanych (chromatoforów



nie spostrzegalem. Naczynia we wszystkich warstwach tkanki łącznej są dość szerokie, błona wewnętrzna nie przedstawia zmian widocznych: śródbłonek zachowuje się i barwi dobrze, błona (adventitia) zewnętrzna w naczyniach, leżących śród nacieku, nieco nacieczona i przerośnięta.

Włókna elastyczne w warstwie brodawkowej i podbrodawkowej mocno zanikłe; często przedstawiają się w postaci szczątków. Przeważnie te szczątki mają kierunek równoległy do warstwy naskórkowej, zato w skórze właściwej są one prawie niezmienione. Dostrzegane gruczoly skórne, mieszki włosowe i mięśnie gładkie prawie bez zmian. Spotykana warstwa podskórna nie przedstawia zmian wyraźnych. Włóknika przy odpowiednim barwieniu nigdzie nie spotykałem.

Na mocy powyższych danych przychodzimy do wniosku, iż mamy do czynienia z zapaleniem chronicznym, wytwórczem, obejmującym głównie warstwę brodawkową i podbrodawkową skóry. Zapalenie to charakteryzuje się rozwojem tkanki ziarninowej w postaci ognisk, rozłożonych głównie wzdłuż naczyń, i stopniowo przeobraża się w tkankę bliznowatą. Skutkiem kurczenia się tej tkanki bliznowatej zapalenie powyższe wpłynęło już nieznacznie na zanik części składowych skóry.

## PRZYPADEK II.

### Opis kliniczny.

N. Z., 74-letnia kobieta, jest dotknięta sprawą chorobową tylko na grzbietowej powierzchni łąki i dolnej części prawego przedramienia. Pośrodku tej zajętej przestrzeni skóra przedstawia się znacznie zcieńczała, świecąca, gładka, brązowawo czerwona. Przez nią przeświecają wyraźnie naczynia krwionośne, które jednak nie są pokręcone i prawie wcale nie rozszerzone. Na obwodzie tej zcieńczonej skóry spotykamy nieznaczne nacieczenia koloru intensywnie czerwonego; przechodzą one nieznacznie w sąsiednią skórę. Skóra zajęta poci się bardzo mało, jest wrażliwa na dotyk i ból, żadnych jednak podmiotowych zjawisk nie sprawia. Zanik samo-



istny skóry rozpoczął się jakoby przed 14 laty, niepostrzeżenie po bardzo ciężkich przejściach rodzinnych; chora jednak nie jest pewna, czy i przedtem nie było zmian na prawej górnej kończynie, gdyż powyższe cierpienie nigdy jej nie dokuczalo i Z. nie zwracała na nie żadnej uwagi. Sprawa posuwa się bardzo powoli odśrodkowo, przytem nierównomiernie: to powstaje ona bez zmian w ciągu kilku miesięcy, a nawet lat, to znów zaczynają się zjawiać na obwodzie nowe nacieczenia. Nacieczenia niekiedy prawie nikną zupełnie, to znów się powiększają.

Na obu goleniach skóra jest twarda, zgrubiała, mocno opięta, koloru żółtawego. Na prawej goleni w pobliżu kostki zewnętrznej znajduje się wrzód modzelowaty, trwający już 27 lat. Chora przed 30 laty cierpiała na ostre zapalenie stawów; po tej chorobie pozostało się zgrubienie stawów 4 i 5 palca.

Chora średniej budowy ciała, niezłe zbudowana i odżywiana. Brat i matka jej posiadali takie samo cierpienie skóry na górnych kończynach.

### Opis anatomo-patologiczny.

Do badań anatomo-patologicznych wycięto kawałek najsilniejszego i zdaje się najświeższego nacieczenia na obwodzie zanikłej skóry. Preparat utrwalono w formalinie 10% i zatopiono w parafinie. Skrawki barwiono sposobami, jak w przypadku 1-ym.

Na preparatach (rys. 2) obrazy mikroskopowe przypominają do pewnego stopnia zmiany, opisane w przypadku poprzednim.

Warstwa naskórkowa zupełnie normalna. Sople naskórkowe nieco wyrównane.

Warstwa łącznotkankowa we wszystkich warstwach jest mniej zmieniona, niż w przypadku poprzednim. Brodawki jeszcze widać, ale są one do połowy i więcej skrócone. Utkanie brodawek często podobne jest do normalnego, jednak w wielu z nich widać już obfite nacieki komórkami plazmatycznymi i jednocześnie z tem, zamiast delikatnej siatki włókien klejodajnych, występują już grube, włókniste, błyszczące pęczki substancji międzykomórkowej.

W str. reticulare cutis widać także naciek komórkowy

naokoło naczyń, złożony także głównie z komórek plazmatycznych, lecz naciek ten jest mniejszy, niż w przypadku poprzednim; substancja włóknista międzykomórkowa często już przybiera postać szerokich, błyszczących słabo włóknistych pasemek. Naczynia rozszerzone, lecz wszystkie składowe ich części normalne. Włókna elastyczne prawie wszędzie dobrze



Rys. 2.

zachowane. Gruczolę skóry, mieszki włosowe i mięśnie gładkie niezmiennione. We wszystkich warstwach skóry spotykamy nieco komórek wędrujących.

W tkance podskórnej nie spostrzegłem żadnych wybitnych zmian.

Na mocy powyższych danych wnioskujemy, że mamy do czynienia z sprawą zapalną chroniczną w górnych warstwach skóry, niezbyt posuniętą, charakteryzującą się naciekiem naokoło naczyń. Nie wywołała ona jeszcze znacznych zmian w utkaniu tkanki.

## PRZYPADEK III.

P. S. przedstawiony 5/I 1905 r. na sekcji skórno wenerycznej.

Mężczyzna 48-letni posiada na prawem ramieniu i przedramieniu naokoło łokcia sprawę następującą. Koło samego łokcia skóra czerwono - niebieskawego koloru, cieniutka, pomarszczona, przypomina angielską bibułkę.

Na obwodzie tej przestrzeni dostrzegamy sieć nacieczeń bez ściśle określonych granic, czerwono-bronzowych, z sinawym czasem odcieniem, a dalej oddzielne ogniska okrągławe wielkości 5 kop. sr. do  $\frac{1}{2}$  rb. sr. koloru czerwono-sinawego, niekiedy delikatną luseczką pokryte — spoistości nieco twardszej od normalnej skóry. Sprawa ta rozpoczęła się według słów chorego, jak tylko pamięć jego sięga, w każdym razie jeszcze przed dojściem do pełnoletności. Przedewszystkiem zawsze zjawiają się nacieczenia, które znikając powoli, zostawiają po sobie skórę w stanie zaniku. Nacieczenia te zmniejszają się lub powiększają po dłuższym lub krótszym przeciągu czasu, czasem w niektórych miejscach zupełnie znikają, żeby po pewnym przeciągu czasu znów tam się pokazać. Najbardziej te zmiany występowały przed 8 laty, gdy chory zaraził się przymiotem. Wtedy występowały w okolicach łokcia nacieczenia dość ściśle ograniczone i znikaly po dość krótkim przeciągu czasu, tak, iż lekarz mający wtedy chorego w obserwacji, przyjął tę sprawę za mycosis fungoides. Okolice zajęte nigdy nie sprawiały podmiotowych objawów. Do mnie chory zjawił się skutkiem lues tuberculosa na plecach.

Badań anatomo-patologicznych w powyższym przypadku nie przeprowadziłem, gdyż chory znikł mi z oczu podczas zamieszek rewolucyjnych w Warszawie.

## PRZYPADEK IV

P. W. przedstawiona na sekcji skórno-wenerycznej 4/XI 1906 r.

## Opis kliniczny.

50-letnia kobieta posiada skórę za wyjątkiem goleni i części lewego biodra wszędzie w zaniku. Zanik ten występuje nie wszędzie w jednakowym stopniu. Na twarzy, szyi i nad stawami barkowymi zanik jest w mniejszym stopniu, niż w innych miejscach, i skóra tutaj jest zlekka zcieńczała z brązowym odcieniem; przez nią przeświecają naczynia nieco tylko rozszerzone, lecz nie pokręcone.

Na górnych kończynach, na tułowiu i na biodrach, skóra jest nadzwyczaj zcieńczała, zwiotczała i obwiśnięta, pomarszczona i pofałdowana koloru czerwono-brązowego z fioletowym odcieniem. Tylko na prawem biodrze skóra posiada kolor lekko zaledwie brązowy.

Skóra wszędzie jest sucha, lekko łuszcząca się miejscami bardzo mało się poci, prawie pozbawiona lanugines, bardzo wrażliwa na ból i dotyk.

Przez skórę miejscami przeglądają rozszerzone podskórne naczynia, choć przeważnie są one niewidoczne skutkiem znacznego obwiśnięcia skóry. Na większej części dolnej zewnętrznej powierzchni lewego biodra, widzimy zupełnie odmienny obraz. Tam na przedniej powierzchni ciągnie się szeroki pas skóry twardej, grubej, nieruchomej, przyrośniętej do niżej leżących tkanek, koloru szaro-żółtego; przechodzi on u góry niepostrzeżenie w skórę, znajdującą się w stanie zaniku, a ku dołowi, sięgając aż poniżej kolana, ścięcza się i przyjmuje odcień brązowo-niebieskawy. Ku tyłowi powyżej opisanego pasa spotykamy pasek różowawy, znacznie węższy, spoistości, jak powyżej opisany pas.

Pasek ten ku tyłowi przechodzi następnie w skórę również twardej, zrośniętą z powięzią podskórną (z mięśniami) i skutkiem tego tworzącą jakby wał, sięgający aż poniżej kolana. Wał ten posiada zabarwienie czerwono-brązowawe z niebieskawym odcieniem, ścięcza nieco kończynę i utrudnia skutkiem tego chorej ruchy kończyną przy rozginaniu.

Skóra na goleniach jest twarda, gruba nierozciągnięta i bardzo opięta. Spotykamy tam, przy kostce z obu stron, po kilka wrzodów modzelowatych.

Przed 13 laty u chorej, po silnem moralnem cierpieniu, zjawił się nagle obrzęki nawet zaczerwienienie całego ciała, a szcze-

gólniej dolnych kończyn, na których podobno tworzyły się pęcherze. Sprawie tej towarzyszyło silne swędzenie. Objawy powyższe przeszły w ciągu 3 miesięcy. Od owego czasu chora przestała miesiączkować. Swędzenie po ustąpieniu ostrych objawów, choć znacznie zmniejszyło się, jednak ciągle niepokoiło chorą. W następnym roku pacjentka zauważyła zanik skóry, który początkowo posuwał się prędko, a później znacznie wolniej. Pas twardzieli na lewej gołeni chora zauważyła dopiero przed 3 laty. Utworzył się on stopniowo, grubiejąc ciągle. Początkowo na całym tem miejscu zabarwienie skóry było różowe. Zanik skóry i teraz postępuje ciągle i bardzo powoli.

Chora zgłosiła się do mnie skutkiem ulcera cruris, na zanik skóry zbyt się nie skarży, niepokoi ją tylko zbyt obwisanie skóry i nieznaczne swędzenie, występujące prawie stale i niezależnie od żadnych zewnętrznych czynników. Chora mniej niż średniego wzrostu, niezłej budowy ciała.

### Opis anatomo-patologiczny.

Do badań anatomo-patologicznych w tym przypadku wyciąłem chorej kawałek skóry z prawego ramienia, utrwaliłem w formalinie 10% i zatopiłem w parafinie.

Skrawki barwiłem metodami, jak powyżej.

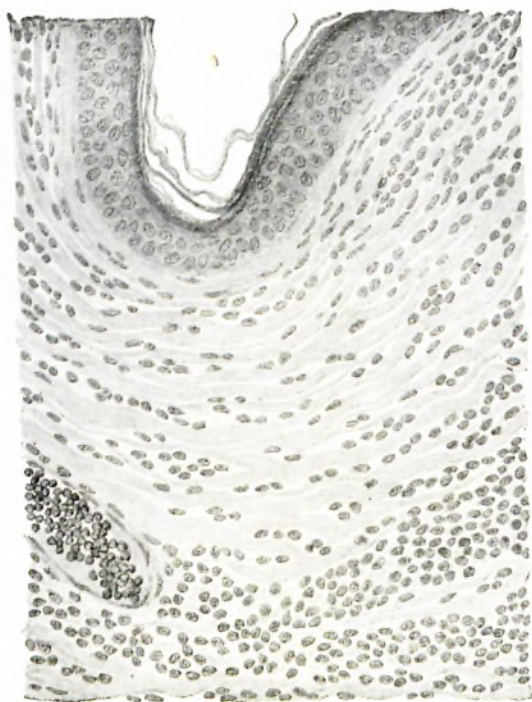
Na skrawkach (rys. 3) skóra jest nadzwyczaj ścięńczała i pomarszczona. Szczególniej cienki jest naskórek. Warstwa rogowa nadzwyczaj cienka i miejscami odchodzi od niżej leżących warstw, a nawet przerywa się. Warstwy ziarnistej miejscami wcale nie spostrzegamy, miejscami zaś występuje ona w postaci 1 szeregu komórek, nadzwyczaj cienkich i obdarzonych bardzo mało widoczną ziarnistością. Warstwa koleczasta składa się z paru zaledwie, a miejscami nawet z 1 szeregu komórek. Komórki zatracają kolce, barwią się niewyraźnie. W wielu komórkach jądra powiększyły się, tak, że otacza je niewielki rąbek protoplazmy. Warstwa podstawowa składa się z jednego szeregu komórek. Komórki często nieco splaszczone.

Brodawek wcale niema.

Wszystkie warstwy tkanki łącznej uległy znacznej zmianie i przedstawiają się m. w. jednakowo. Mianowicie włókna



klejodajne wszędzie tworzą grube, długie i błyszczące pęczki, które ułożone są przeważnie równoległe do powierzchni skóry. Przytem dodam, że w górnych warstwach pęczki włókien są zwykle nieco cieńsze, niż w dolnych. Pomiędzy włóknami leżą komórki tkanki łącznej, jakby przystając do ich zewnętrznej powierzchni. Komórki te należą przeważnie do dużych plazmatycznych; małe plazmatyczne występują stosunkowo rzadziej; jeszcze rzadziej — wykształcone stałe komórki



Rys. 3.

tkanki łącznej. Tuczne komórki spotykają się nadzwyczaj rzadko, chromatofory w górnych warstwach skóry zupełnie zanikły. Wszystkie, powyżej wymienione komórki, występują zwykle w sposób rozsiany i miejscami tylko tworzą niewielkie skupienia.

Naczynia znacznie rozszerzone. Śródbłonek ich często źle się barwi i miejscami łuszczy się.

Włókien elastycznych widzimy tylko nieznaczące szczątki,



porozrzucane po całym preparacie, i idą równolegle do powierzchni skóry.

Gruzoły potowe spotykają się w nieznacznej ilości. Nabłonek ich miejscami luszczy się lub wypełnia szczelnie przewody. Mieszków włosowych nie spostrzegalem. Zamiast nich często są widoczne tylko skupienia komórek nabłonkowych.

Mięśnie gładkie—przerośnięte.

W tkance podskórnej nie zauważyłem nic nienormalnego.

Na powyżej opisanym preparacie widzimy obraz przeistoczenia bliznowatego, któremu podległa skóra. Przytem nastąpił zanik wielu składowych elementów skóry, jak włókna elastyczne, gruczoły, mieszki włosowe. Jedne tylko gładkie mięśnie skóry podległy pewnemu przerostowi, który kompensuje choć w nieznacznym stopniu zanik prawie zupełny włókien elastycznych.

Z prawego biodra ponad kolaniem wy<sup>ci</sup>nięto również kawałek skóry, utrwalono ją, krajano i barwiono sposobem, jak poprzednio.

Na skrawkach naskórek prawie niezmieniony z wyjątkiem zcieńczenia warstw naskórkowych i wyrównania sopli międzybrodawkowych.

W tkance łącznej naczyń porozszerzane, okrążone nacieczeniem, składającym się z komórek wykształconych stałych tkanki łącznej, komórek plazmatycznych małych i dużych i nielicznych komórek tucznych. Naciek ten najwidoczniej się przedstawia w górnych warstwach tkanki łącznej, jest wszędzie jednak mniej obfity, niż na skrawkach z poprzednio badanego kawałka skóry u tejże chorej. Również pęczki włókien klejodajnych, choć nieco zgrubiałe i przeważnie równoległe do powierzchni biegnące, nie przedstawiają tak widocznych i charakterystycznych zmian, jak na preparatach z poprzednio badanego kawałka skóry.

Włókna elastyczne po części zanikły, szczególnie w górnych warstwach tkanki łącznej, są jakby porozrywane i biegną równoległe do powierzchni skóry, wszędzie jednak znajdują się w mniejszej lub większej ilości. Również spotykamy nieco gruczołów potowych i mieszków włosowych—niektóre normalne, inne w stanie szczytkowym.

Wogóle sprawa w tem miejscu skóry przedstawia się jako chroniczne zapalenie bez wyraźnego obostrzenia.

## PRZYPADEK V.

D. przedstawiony na sekcji chorób skórnych i wenerycznych dnia 1/XII, 1904 r.

U 25-letniego mężczyzny spostrzegamy zmienioną skórę na przednich i bocznych powierzchniach obu kończyn, dość symetrycznie, choć z przewagą zmian po stronie lewej. Sprawa poczyna się od palców, a dochodzi blisko do pachwin. Skóra na zajętej przestrzeni przedstawia się cieńsza, niż normalnie, dość opięta, gładka, biała, z sinawo-czerwonawym odcieniem. Przez skórę widać wyraźnie rozszerzone i pokręcone podskórne naczynia. Skóra chłodna, prawie niewrażliwa na ból i dotyk. Nacieczeń nigdzie nie widać. Na kolanie skóra jest nieco nacieczona, lekko pomarszczona, koloru czerwono-brązowego. Najsilniej ścieńczała jest skóra na grzbiecie stóp, a ku górze ścieńczenie skóry stopniowo się zmniejsza. Sprawa dochodzi jednak wyraźnie prawie aż do pachwin.

Zanik skóry rozpoczął się prawie niepostrzeżenie dla chorego mniej więcej przed 5 laty na grzbiecie stóp. Skóra nadzwyczaj powoli cienieje i od czasu, jak chorego obserwuję, t. j. od dwóch lat sprawa posunęła się ku górze o 5 — 6 cali, a przytem wzmogło się natężenie jej na miejscach zajętych.

Chory miał od dzieciństwa na obu dolnych kończynach lekkie swędzenie po położeniu się do łóżka. Swędzenie występowało przeważnie w lecie; przyczem zjawiały się bąble pokrzywki.

Przed 5 laty, t. j. przed rozpoczęciem się zaniku skóry, swędzenie zaczęło występować nadzwyczaj silnie, tak że chory według swego własnego określenia, musiał się wstrzymać całą siłą woli, żeby paznokciami nie rozdzierać skóry. Swędzenie, choć w mniejszym stopniu, występuje i teraz, szczególnie po położeniu się do łóżka; bywa ono silniejsze w lecie niż w zimie. Na obu łokciach od roku wystąpiły niewielkie blaszki łuszczycy. Chory skarży się na bóle w kościach

przy zmianie temperatury, wzrostu wysokiego, źle odżywiony; cierpi na silną neurastenję.

Zestawiając opisane powyżej przypadki pod względem klinicznym, dochodzimy do wniosku, iż we wszystkich pięciu, skóra znacznie cienieje. Zanik skóry występuje nie w jednakowy sposób. W trzech przypadkach (I, II, III) zanikowi skóry towarzyszyły i poprzedzały go wielokrotnie się powtarzające kliniczne objawy zapalne.

W jednym przypadku (IV) znajdujemy w wywiadach chorej wskazówkę, iż zanik został poprzedzony jakąś sprawą zapalną skóry, obejmującą prawie całą jej powierzchnię.

W ostatnim zaś przypadku (V) zanik skóry został poprzedzany przez szereg lat, wysypką skóry, sądząc z opisu chorego, pokrzywką.

Jako przyczynę zjawienia się zaniku, chorzy przeważnie podają jakieś silne cierpienia moralne, nawet niektórzy zauważyli, iż po zmartwieniach sprawa stawała się intensywniejszą (I, III) szczególnie pod względem występowania nacieczeń. W jednym przypadku (II) spotykamy wskazówki na dziedziczną skłonność do tego cierpienia. W jednym również przypadku (IV) cierpienie skóry u kobiety 35—36 letniej wystąpiło wspólnie z zaprzestaniem miesiączkowania.

Pod względem obiektywnych objawów, wskazujących na zależność od nerwów, widzimy w niektórych przypadkach występowanie choroby symetrycznie na obu częściach ciała.

Co się tyczy objawów subiektywnych, to występowały lub występują one tylko u tych osobników (IV, V), u których zanik nie był poprzedzany klinicznie naciekiem skóry; subiektywne objawy zjawiały się pod postacią silnego swędzenia, czy to przed rozpoczęciem się zanikania skóry, czy też już w trakcie jego.

W jednym przypadku (V) spotykamy nadzwyczaj zmienioną wrażliwość skóry dotkniętej cierpieniem na ból i dotyk: skóra jest dla chorego jakby obca, drętwa. W paru przypadkach (III) odwrotnie, spotykamy nieco zwiększoną wrażliwość, szczególnie na ból.

W naszych przypadkach samoistny zanik skóry posiada szczególną skłonność do umiejscawiania się na powierzchniach rozginaczy, szczególnie na grzbiecie dłoni i stóp. Sprawa

przeważnie rozszerza się odśrodkowo, a rozszerzanie się cierpienia i napięcie zmian następują bardzo powoli.

Skóra na zajętych zanikiem miejscach w niektórych przypadkach (I, II, IV) marszczy się i fałduje, podczas gdy w innych (III i V) jest opięta.

Tylko w jednym przypadku (IV), widzimy powikłanie zaniku skóry twardziną (sclerodermia), która to sprawa jest przyjmowana za pokrewną samoistnemu zanikowi skóry.

Zestawiając pod względem klinicznym nasze przypadki ze znanymi już w literaturze, dochodzimy do wniosku, iż nasze pierwsze trzy, należą do t. zw. rozlanego samoistnego zaniku skóry, który jest poprzedzany przez zapalne objawy, widoczne klinicznie (przypadki Herxheimera i Hartmanna, Beera, Levena, Krzyształowicza, Grouvena, Bauma, Rouscha, Pissmenego, Lessera i innych).

Trzeci nasz przypadek w pewnym stopniu może być zaliczony do ograniczonego zaniku skóry (typ Rille), a dwa ostatnie do typu, który Unna typem Buchwalda oznaczył. Podział ten jednak zaznaczą, jest tylko szematyczny.

Samoistny rozlany zanik skóry, z widocznymi klinicznie oznakami zapalenia, występuje głównie na kończynach i przeważnie na wyprostnych powierzchniach. W niektórych jednak przypadkach sprawa nie ograniczyła się kończynami. W przypadku Herxheimera zanik przechodzi na plecy i boczne powierzchnie piersi, w przypadku Krzyształowicza na brzuch i łędźwie, w przypadku Grouvena na okolice krzyżową; oprócz tego — w przypadkach Lehmana, Beera i Pissmenego na głowę. Jeśli obie części ciała są zajęte, to zwykle natężenie sprawy przeważa na jednej polowie, a jeśli sprawa umiejscowiła się na górnych i dolnych kończynach, to pod względem natężenia zmian odpowiadają sobie kończyny z przeciwnych połów ciała. Taki sposób występowania sprawy obserwowaliśmy w naszym pierwszym przypadku, podczas gdy w drugim i w trzecim, cierpienie umiejscowiło się na jednej tylko górnej kończynie.

W wielu przypadkach znanych w literaturze, sprawa rozwijała się nie stale, lecz okresami (ettapenartig). W naszych przypadkach te okresowe posuwanie się cierpienia, występuje nader wyraźnie, a oprócz tego nacieczenia zjawiały

się w miejscach, w których już poprzednio znikły, czyli nawrotowo.

W trzecim naszym przypadku, jak już wspominaliśmy, zauważyliśmy również nacieczenia dość ściśle ograniczone, luszczące się. Miejsca te przypominają cierpienie, opisane pod nazwą anetodermia erythematodes (Jadassohn), atrophia cutis maculosa (Heuss), [atrophodermie erythemateuse en plaques à progression excentrique (Thibierge), circumscribed Haut Tatrophie (Rille), erythrodermie pityriasique en plaques disseminées (Brocq)].

Powyższa sprawa jest bardzo zbliżona do pityriasis rubra i nawet została przez Brocq'a zaliczona do dobrotliwej jego odmiany. Przypomina ona również nieco luszczycę, skutkiem czego otrzymała także nazwę „parapsoriasis“ (Török, White).

Ograniczony zanik skóry niektórzy autorowie przyjmują za zupełnie oddzielną chorobę. W naszym przypadku ograniczone luszczące się nacieki występowały współcześnie z postępującym naprzód zanikiem skóry i nawet, rzecz można, stanowiły jego awangardę, stwierdzając tem swą przynależność do jego objawów.

Dwa ostatnie nasze przypadki samoistnego zaniku skóry zaliczamy do typu Buchwałda, lub raczej Pospielowa, (wobec zasług P., położonych w tym kierunku). Pod względem klinicznym dwa ostatnie nasze przypadki nie posiadały nigdy żadnych objawów zapalnych. Wprawdzie w przypadku IV, na rok blisko przed wystąpieniem pierwszych widocznych objawów zaniku skóry, zjawił się silny jej obrzęk i zaczerwienienie, a w przypadku V ciągle występowała pokrzywka, lecz nie mamy pewnych danych, żeby objawy powyższe można bezprzecznie postawić w ścisły związek z zanikiem skóry.

W przypadkach znanych w literaturze spotykamy również wzmianki o nieznacznych objawach zapalnych, poprzedzających zanik skóry; wskazuje to nam na niemożność ścisłego podziału samoistnego zaniku skóry na pewne typy. U chorego Pospielowa sprawa rozpoczęła się od czerwonych plam na ramieniu, również w przypadku Colombiniego, Chotzena, Spieglera, Becherta, Riehla, Picka, Ehrmanna, zanik skóry był poprzedzany czerwonymi plamami lub rumieniem (Ehrmann).

Sprawa i w tej odmianie samoistnego zaniku skóry posuwa się okresowo, również zajmuje głównie kończyny,



a w przypadku Ruscha natężenie zmian na kończynach górnych i dolnych obu połów ciała znajdowało się do siebie w odwrotnym stosunku. W przypadkach Colombiniego, Becherta, Neumanna i Ruscha, cierpienie rozprzestrzeniło się z kończyn i na inne okolice ciała, lecz nigdzie nie wystąpiło tak ogólnie, jak w naszym IV przypadku. Zaznaczę jeszcze, iż w naszym V przypadku skóra była opięta, niebłyszcząca, zcieńczała i niezrosnięta z podłożem.

W przypadkach Becherta, Bronsona, Meyerhardta Meczerskiego i Ruscha skóra była miejscami również opięta, nie marszczyła się i nie fałdowała, lecz była zrosnięta z podłożem, a nawet zgrubiała. Są to właściwie powikłania twardziną (sclerodermia), ten objaw zauważyliśmy również w naszym IV przypadku.

Przy samoistnym zaniku skóry zrozumiałą jest skłonność chorych do wrzodów goleni, na co zwracali uwagę Bronson, Grön, Rusch, Jackson, Holdey i co myślny zauważyli w naszym IV przypadku, a także w przypadku I, lecz nie na miejscu zajętem sprawą.

Choć nie mieliśmy do tej pory możności zbadać wszystkich naszych przypadków pod względem anatomo-patologicznym, lecz na mocy dokonanego badania trzech, dochodzimy do wniosku, iż sprawa mniej więcej wszędzie występuje do pewnego stopnia jednakowo—jako chroniczne zapalenie.

Zapalenie to zaczynało się naciekiem drobnokomórkowym, przeważnie wzdłuż naczyń, kończyło się zblizowaceniem. W miarę postępu zbliznowacenia skóra cieniała (atrophia fibrosa). Najwcześniej zapalenie ukazywało się w warstwie brodawkowej skóry, a stąd szerzyło się stopniowo na coraz to głębsze warstwy skóry. W miejscach wyraźnie zbliznowaciałych zanikły już prawie zupełnie włókna elastyczne, gruczoly i torebki włosowe skóry. Gładka muskulatura skóry ulega nieco później zanikowi, podlegając w pierwszym okresie choroby nawet pewnemu przerostowi.

Badania anatomo-patologiczne samoistnego zaniku skóry przeprowadzili Buchwald, Pospielow, Unna, Neumann, Jaddassohn, Colombini, Heuss, Krzysztalowicz, Rusch i inni.

Nie rozwodząc się zbyt szeroko, zaznaczę tylko, że choć wyniki badań nie były niejednakowe, zależnie od okresu rozwoju sprawy, wszystkie jednak mniej więcej stwierdziły nacieki naokoło naczyń, zmiany w włóknach klejodaj-



nych, zanik włókien elastycznych i gruczołów skóry. Znaczącą tutaj, iż Unna, Huber i Krzyształowicz zwracają uwagę na obfitość komórek plazmatycznych w nacieku, a Krzyształowicz widział je również naokoło gruczołów potowych i łojowych, a nigdy nie zauważył limfocytów. Spostrzeżenie powyższe i ja mogę potwierdzić na mocy swych badań drobnowidzowych. Dodam nawet, iż w przypadku IV (badanie 1-sze) zauważyłem komórki plazmatyczne, układające się w szeregi, w których jest widoczny przebieg rozwoju tych komórek od małych w kształcie limfocytów, aż do zwykłych komórek tkanki łącznej.

Za przyczynę samoistnego zaniku skóry Pospiełow, Jaddasohn, Neumann, Huber, Bechert, Riedel, przyjmują pewne nieznanne naczynio-odżywcze zaburzenia, Pick — naczynio-ruchowe zmiany; Heller i Bruhns zapatrują się na to cierpienie jako na anomalję rozwoju. W naszych przypadkach szczególnie w pierwszym i trzecim, zauważyłem wyraźne oddziaływanie stanu psychicznego na rozwój cierpienia; również uderza w pewnych przypadkach (nasz trzeci) iż pod względem natężenia zmian odpowiadają sobie kończyny z przeciwnych połów ciała.

Zdaje się, iż sprawa istotnie zależy od zaburzeń naczynio-ruchowych, które być może stoją w związku pewnymi zmianami w korze mózgu.

We wszystkich ogłoszonych do tej pory przypadkach nie osiągnięto wyleczenia.

W przypadku I i V otrzymałem czasową, dość znaczną poprawę, po podawaniu wewnątrz bromu i arszeniku z żelazem.

---

## L I T E R A T U R A.

---

- Buchwald: Ein Fall von diffuser idiopathischer Hautatrophie. Archiv f. Derm. u. S. 1883.
- Bronson: A case of symmetrical cutaneous atrophy of the extrem. Journ. of. cut. and. gen. urin. dis. 1895.
- Pospiełow: Cas d'une atrophie idiop. d. l. peau. Annales d. Derm. et Syph. 1886.

- Med. Oboz. 1887.
- Atrophia cutis maculosa. Derm. Gesel. in Moskau, 1899. (ref.)
- Colombini: Klin. und. hist. Unters. über einen Fall. von idiop. Atr. der Haut. ref. Mon. f. pr. D. 1899.
- Neumann: Über eine seltene Form von Atr. der Haut Ar. f. Derm. u. S. 1898.
- Unna: Ein Fall von id. dif. progr. Hautatr. Archiv. f. Derm. u. S. 1900.
- Huber: Über Atr. id. dif. progr. cutis im Gegensatze zur senilen Atr. der Haut. Arch. f. D. u. S. 1900.
- Bechert: Über einen Fall diffuser id. Hautatr. Arch. f. Derm. u. S. 1900.
- Italiusky: Fall von Atr. cutis id. acquisita. Med. Obozrenje 1901. (ref.)
- Pick: Ueber eine neue<sup>3</sup> Krankheit. Verh. der Ges. deut. Naturf. und Ärzte. 1895.
- Rille: Dem. Wiener. dermat. Gesel. 1898.
- Herxheimer und Hartmann: Über acrodermatitis chronica atrophicans. Archiv. f. Derm. u. S. 1902.
- Pissmeny: Ein Fall von Atr. cutis id. acq. Med. Oboz. 1902. (ref.)
- Krzyształowicz: Ein Beitrag zur Histologie der idiopathischen diffusen Hautatrophie. Monat. f. pr. Derm. 1901. Tom XXIII. № № 8 i 11.
- Pick: Über Erythromelie. Ar. f. Derm u. S. 1900.
- Jadassohn: Über eine eigenartige Form von Atrophia maculosa cutis". Verh. d. deut. dermat. Gesel. 1891.
- Heuss: Beitrag zur Kenntnis der Atr. mac. cutis. Mon. f. pr. D. 1901.
- Thibierge: Atrophodermie érythémateuse en plaques à progression excentrique. Annales de Derm. et S. 1891.
- Brocq: Les Erythrodermies pityriasiques en plaques disséminées. Rev. gén. de Clin. et de Therap. 1897.
- Les parapsoriasis. Annales de Derm. et S. 1902.
- Ehrmann: In Atrophie übergehendes Erythem. Arch. f. Derm. u. S. 1901.
- Riehl: Zwei Fälle von progr. id. Hautatr. A. f. D. u. S. 1903.
- Meyerhardt: Progressive Hautatrophie. A. f. D. u. S. 1903.
- Grouven: Zwei Fälle von Erythromelie. Ar. f. D. u. S. 1904.
- Lesser: Erythromelie Mon. f. pr. D. 1904.
- Rusch: Beiträge zur Kenntnis der id. Hautatrophie Ar. f. D. u. S. 1906.

### III.

Z KLINIKI DERMATOLOGICZNEJ PROF. W. LUKASIEWICZA WE  
LAWOWIE.

---

## SPOSÓB ROBIENIA ODLEWÓW (MOULAGE) CHOROÓB SKÓRNYCH

podał

*Dr. Fryderyk Mahl (jun.).*

---

Odlewy (moulage), oddawna zastosowane w dermatologii, są obecnie bardzo rozpowszechnione, jako najlepszy środek naśladowania chorobowo zmienionej skóry, jednak sposób ich robienia, przez długie lata w ogóle nieznanym lekarzom, stanowi dziś jeszcze, mimo istnienia zawodowych kursów, tajemnicę co do składu materiału i szczegółów wykończenia.

Niezależnie od zawodowych wykonawców, rozpocząłem robić odlewy chorób skórnych samodzielnie i doszedłem z końcem zeszłego roku do wyników, zachęcających do dalszej pracy.

Zanim jednak zdołałem podać do szerszej wiadomości mój sposób sporządzania odlewów, wyszła drukiem w marcu b. r. praca D-ra Photinos'a, \*) pierwsza wogóle na ten temat.

---

\*) Dermat. Zeitschrift.

Na podstawie tej pracy przekonałem się, że mój sposób zgadza się w głównych zarysach ze sposobem Kastena, moularzysty prof. Lassara; nadto znalazłem w pracy tej kilka cennych wskazówek co do techniki odlewów.

To więc, co podam, będzie po części streszczeniem pracy W. Photinosa, poczęści zaś wynikiem moich doświadczeń w tej dziedzinie.

Otóż sposób robienia odlewów, używany na naszej klinice, jest następujący:

Poszczególne rękoczyny zmierzają do:

- I. uzyskania formy (negatywu) danego przedmiotu.
- II. pośrednio z negatywu uzyskujemy odlew właściwy (pozytyw), a ten dopiero
- III barwimy i uzupełniamy.

Zaznaczywszy tak ogólnikowo porządek czynności, omówię kolejno materiał, przybory i rękoczyny.

## G I P S.

Gips zdalny do naszego celu musi być tłusty t. z. świeżo palony i sproszkowany (drobno mielony). Gips, posiadający powyższe własności, chłoni szybko wodę, zaczyniony z wodą, silnie lepnie do rąk, a po stwardnieniu (skamienieniu) nie zatrzymuje w sobie wilgoci.

Gips należy przechowywać sucho w niewielkich ilościach, w dobrze zbitym stanie, aby nie uległ zepsuciu z powodu wietrzenia i wilgoci.

Gips zaczyniamy wodą w nieckach drewnianych lub porcelanowych.

Do mieszania i wylewania gipsu używamy łyżek drewnianych.

## MASA WOSKOWA.

Masa woskowa jest stopem wosku białego z nieznaczną ilością parafiny i stearyny w stosunku 16:2:1. Stosunek ten jednak nie jest stały i zmieniamy go wedle okoliczności.

Wosk stapiamy na ciekłą masę w kąpielii wodnej; topiony w naczyniu bezpośrednio nad ogniem, łatwo przepala

się na dnie naczynia, nadto powstające podczas szybkiego topienia bańki powietrza psują udatność masy.

Kąpiel wodną możemy uzyskać w sposób najprostszy z dwóch metalowych naczyń.

Jedno z tych naczyń, garnek o pojemności 3—4 litrów, napełniamy do połowy wodą i ustawiamy na trójnożku nad palnikiem gazowym lub lampą spirytusową; drugie naczynie płytsze, opatrzone rękojeścią i dzióbkiem, zawieszamy niejako na brzegu pierwszego naczynia (garńka) i do niego wrzucamy woskową masę.

## F A R B Y.

Farby nadają się wyłącznie olejne, mineralnego pochodzenia.

Farby mieszamy na podstaweczkach szklanych lub porcelanowych, nakładamy pędzlami szczecinowymi, rozpuszczamy terpentyną, zmywamy z odlewów alkoholem.

Chcąc farbę zagęścić, dodajemy nieco parafiny, rozpuszczonej w terpentynie lub chloroformie.

Z przyborów wymienię najważniejsze, jak: nóż, paleczka szklana do mieszania wosku, łyżeczka ostra do wydrążania masy, szczypczyki i t. p.

## R Ę K O C Z Y N Y.

### 1) Uzyskanie formy (negatywu).

Dany przedmiot, w naszym przypadku obraną partyę skóry, natłuszczamy dokładnie oliwą (rozcierać przytem należy ręką, nigdy wata) i okładamy szczelnie wilgotnymi kompresami tak, że skóra tworzy niejako dno, kompresy zaś—boczne ściany formy, do której mamy wlać półpłynnego zaczynu gipsu.

Zaczyn ten robimy następująco:

Do niecki porcelanowej wlewamy odpowiednią ilość wody zimnej lub nieco letniej, a do tej dopiero wsiewamy gips możliwie jednostajnie tak długo, aż poszczególne grudki tegoż wystawać będą nad poziom wody, wówczas mieszamy

dokładnie gips z wodą na jednostajną półpłynną masę i bezpośrednio przystępujemy do wylania tejże na skórę.

Postępując ściśle wedle powyższych wskazówek, uzyskamy zawsze zaczyn odpowiednio gęsty i wolny od baniek powietrza.

Upominamy chorego, aby aż do chwili zdjęcia formy zachowywał się bezwzględnie spokojnie, i zalewamy skórę gipsem w ten sposób, że dajemy masie spływać z łyżki na skórę; przytem staramy się zaczyn rozlać możliwie jednostajnie po całej powierzchni. Dobrze jest dmuchnąć silnie i kilkakrotnie na pierwszą warstwę rozlewającego się po skórze gipsu i tym sposobem zabezpieczyć się przed powstaniem baniek powietrza w formie.

Odpowiednio do wypukłości i wielkości przedmiotu zalewamy gips grubiej lub cieniej i pozwalamy mu stężyć, co trwa 10 — 15 minut.

Wskaźnikiem, kiedy formę ze skóry zdjąć można, są:

- a) metaliczny odgłos przy uderzeniu o formę.
- b) rysa pod paznokciem
- c) odstawanie formy od skóry.

Formy (negatywy) dają się kilkakrotnie użyć. Przed każdym użyciem należy je starannie oczyścić mydłem i wodą zimną i osuszyć miękką gazą. Podobnie postępuje się z formami dawniejszemi. Formy przechowuje się w suchem miejscu i chroni przed mechanicznem uszkodzeniem.

2) Mając nienaganną formę, stapiamy woski na masę ciekłą nad kąpielą wodną. Już podczas stapiania nadajemy masie odcień barwy, przeważającej w tle skóry. Uskutecznić to można albo przez dodawanie farby olejnej wprost do masy, albo przez zabarwianie kawałeczków wosku na odpowiedni kolor, tylko intensywniej.

W każdym razie próbujemy, czy masa jest odpowiednio zabarwiona, wylewając kilka kropel tejże na płytkę gipsową. Lepiej jest, jeżeli masa jest nieco bledziej zabarwiona, niż przeciwnie, gdyż w grubszej warstwie to, co przy próbie wydać się nam może odpowiednio zabarwionem, będzie za ciemnem.

Na parę minut, nim masa stanie się zupełnie ciekłą, wkładamy formę gipsową do wody o  $40^{\circ}\text{C}$  w celu dwójakim: raz aby wypędzić resztki baniek powietrza z porowatej



powierzchni formy, a powtórze aby złagodzić różnicę ciepłoty między formą a wlewaną gorącą masą.

Formę, wyjętą z wody osuszamy, natłuszczamy oliwą i owijamy szczelnie wilgotnymi kompresami po bokach.

Kiedy masa jest już płynna, chwytamy jedną ręką formę, drugą zaś ręką obejmujemy naczynia i wlewamy masę do formy warstwowo. Ilość na raz wlanej masy powinna wystarczyć na pokrycie całego wnętrza formy; przechylając zaś formę na wszystkie strony, ułatwiamy jednostajne rozdzielanie się masy. Na pierwszą warstwę nalewamy drugą, trzecią i t. d., aż uzyskamy wszędzie jednostajnie  $\frac{1}{4}$  —  $\frac{1}{2}$  cm. grubą warstwę.

Gdy masa dostatecznie stwardnieje, co trwa do 10-ciu minut, wyjmujemy odlew ostrożnie z formy i wkładamy go do wody 25°C, gdzie pozostaje tak długo, aż woda i odlew przybiorą ciepłotę otoczenia. Nagle lub za szybko oziębione odlewy pryskają lub dostają rysów.

Odlew oczyszczamy z resztek pyłu gipsowego i z oliwy. O ile niema potrzeby barwienia lub dorabiania innych szczegółów, odlew byłby gotów, a tem samem omówilibyśmy mechaniczną część roboty, która przy pewnej staranności i wprawie da każdemu zachęcające wyniki.

Przystępujemy do omówienia części drugiej, dotyczące ostatecznego wykończenia odlewu: a zatem malowania i dorabiania łusek, pęcherzy i krost.

Omawiać szczegółowo technikę malowania znaczyłoby wchodzić w zakres malarstwa, a to za dalekoby nas zawiodłój ograniczę się przeto tylko do podania najważniejszych wytycznych w tym kierunku, a natomiast pragnę wskazać zasadniczą różnicę mego sposobu barwienia i zwrócić uwagę czytelników na kilka szczegółów w technice pęcherzy.

Podczas barwienia musimy mieć chorego cały czas przed, sobą. Barwy i tony dobierać musimy z największą cierpliwością i pedanterią.

Barwimy każdy szczegół z osobna. Wystrzegamy się malowania dowolnego z pamięci. Każdy szczegół, plamka czy też guzek na odlewie musi odpowiadać takieżże zmianie na skórze.

Farby nakładamy pędzlem na powierzchnię odlewu.

W odróżnieniu od tego sposobu malowania powierzchni odlewu stosuję przeważnie sposób podbarwiania (barwienia od spodu).

Wykonywa się to następująco:

Miejsca, przeznaczone dla barwienia (np. ogniska zapalne), wyzląbiam od spodu ogrzaną ostrą łyżeczką, aż uzyskam mniej lub więcej przeświecającą warstwę powierzchniową wosku, następnie podmalowuję jedną lub więcej farbami. W końcu mogę wyzlóbie nie zalać napowrót masą.

Jest to wprawdzie sposób barwienia trudniejszy, gdyż trzeba cierpliwie dobierać barw, na który to dobór wpływa grubość przeświecającej warstwy, jak i zabarwienie tejże. Barwiąc tym sposobem, unikamy ścierania się barw i zachowujemy plastykę i rysunek powierzchni, przez to odlew zyskuje na naturalności.

Reszta dotyczy naśladowania pęcherzy. Zależnie od wielkości pęcherzy stosuję różne sposoby. Aby na powierzchni odlewu uzyskać pęcherzyki wielkości grochu i mniejsze, dotykam zgłębnikiem, rozżarzone do białości, powierzchni odlewu, a równocześnie w to samo miejsce wkłuwam skośnie igiełkę strzykawki, wypełnionej mieszaniną gliceryny i oleju rycynowego. Na kropelce płynu stygnie warstewka wosku i tworzy perelkę, łudząco do pęcherzyków podobną. Treść można odpowiednio zabarwić.

Większe pęcherze skóry, jako bardziej wyniosłe, dają już w negatywie wyraźne zagłębienia, które i po wlaniu w negatyw masy woskowej zawsze jeszcze rozpoznać można zwłaszcza, że w tych razach mniej warstw wylewam.

Jeżeli nadto, przed zalaniem masą, miejsca zagłębione obficie waselineą natłuszczę, to bez trudu mogę palcem lub łyżeczką wydobyć z tych zagłębień w pół stygnącą masę. Co uczyniwszy, dokładnie oczyszczoną powierzchnię negatywu ponownie natłuszczam. Roztopiona parafina, wlana i zaraz odpowiednim ruchem wylana z zagłębienia, pozostawi cienką powłoczkę.

Zastygły odlew ostrożnie wyjmuję z formy.

Jeżeli pęcherze są szczelne i przeświecające, a zatem udane, wlewam do ich zagłębienia mieszaninę gliceryny i oleju rycynowego odpowiednio zabarwioną; treść tę zamykam w pęcherzu cienką blaszką wosku, której brzegi szczelnie zlepiam, topiąc kruszynę parafiny, ogrzaną łyżeczką podobnie, jak się lutuje blachę cyną. Wnętrze odlewu wypełniam dla większej odporności gipsem. Odlewy osadzone na drewnia-

nych podstawkach, oklejone na brzegach płóciakiem, należy przechowywać w ubikacjach o jednostajnej średniej ciepłocie i chronić przed zbyt silnymi promieniami słońca.

W ten sposób podałem najważniejsze wytyczne do robienia odlewów i sądzę, że wystarczą one do pierwszych prób.

Przy sposobności składam podziękowanie szefowi memu, prof. W. Łukasiewiczowi, za zachętę w podjętej pracy.

---

#### IV.

## **Kilka uwag w sprawie poprawy obecnych stosunków prostytucyi.\*)**

Podał

**Grzegorz Turzański**  
(Jarosław-Galicja).

---

Podtrzymanie i rozmnażanie rasy ludzkiej nie przypadło w udziale pojedynczym osobnikom dla dogodzenia ich kapry-sowi lub przygodnemu usposobieniu, lecz nadanem zostało całej ludzkości przez odwieczne prawa przyrody, jako silny popęd naturalny, który z całą potęgą i wszechwładzą upomina się o swe prawa i zaspokojenie. W zaspokojeniu tej silnej, niedającej się zwalczyć potrzeby naszego organizmu odgrywają bezsprzecznie wielką rolę same rozkosze płciowe, dla urzeczywistnienia których może upaść człowiek do rzędu zwierząt, kiedy nie zważając na wszelkie następstwa, owładnięty czysto fizyczną chucią, dąży do jej zaspokojenia pomimo, że prawa społeczne, moralne i religijne walczą przeciw temu od szeregu wieków.

Silna fala rozbudzonych namiętności ludzkich, podobna w swej potędze do rozszalałego wulkanu, może zniszczyć wszystko, co jej po drodze na zawadzie stoi, a z utratą czci, ma-

---

Przypisek redaktora. Stojąc na zupełnie odmiennym gruncie w zapatrywaniach z Sz. Autorem, odczyt Jego pomieszczamy nie tylko dla zachowania całokształtu prac Sekcyi skórnio wenerycznej na Zjeździe Lwowskim, lecz i w celu wywołania rzeczowej dyskusyi w sprawie prostytucyi.

jątku i zdrowia sprowadzić może fizyczny i moralny upadek tak wielki, że pojedyncze jednostki, jak liczne przykłady wskazują, podnieść się już więcej nie mogą.

Lecz nie ten w swych ponurych skutkach skresłony obraz stanowi cel tego przyrodzonego prawa rodzaju ludzkiego — przeciwnie, zadanie jego może stać się najszczytniejszem i najszlachetniejszym, gdy człowiek wzniesie się na wyżynę, na której nie będzie niewolnikiem tych chuci zwierzęcych, lecz znajdzie na niej dostateczny bodziec do tworzenia dzieł pięknych, wzniosłych i obyczajnych.

Potwierdza to Mandesley, wypowiadając zdanie, że odczuwanie popędu płciowego tworzy podstawę do powstawania wszelkich szlachetnych społecznych uczuć, a gdyby człowiek pozbawiony został tego wrodzonego popędu rozmnażania rodu ludzkiego i wszelkich z niego wypływających duchowych uczuć, to straciłby nietylko całą poezyję w życiu, ale i całe jego moralne jestestwo przybrałoby formę, daleko od ideałów ludzkich pozostałą.

Gdy zaś uwzględnimy wszelkie dzieła i czyny, oparte na odczuwaniu potrzeby życia płciowego, odgrywającego jeden z najważniejszych czynników w powstaniu tak indywidualnego jak i społecznego rozwoju przez dążenie do samobytu, założenia ogniska rodzinnego i nabycia uczuć czysto z miłości bliźniego wynikłych, najpierw do jednej osoby płci drugiej, później do potomstwa, a w dalszym rzędzie do całego społeczeństwa, musimy przyznać, że w działaniu takim mieści się cała etyka życia ludzkiego, bardzo wiele estetyki i religii, dążących nietylko do rozmnożenia, ale i do udoskonalenia rodu ludzkiego.

Pozostając jednak przy obranym temacie, wszelkie względy poprzednio przytoczone pomijam, a przechodząc do omówienia potrzeby warunków uregulowania życia płciowego poza granicami, dozwolonemi przez prawa moralne, społeczne i religijne, niech mi wolno będzie jeszcze przedstawić sprawę samą zaspokojenia popędu płciowego od chwili powstania rasy ludzkiej przez cały rozwój obecnej kultury i cywilizacji aż do naszych czasów.

Pierwotny człowiek zaspakajał swe potrzeby płciowe bez uczucia wstydu, gdyż, nie okrywając swego ciała, uczucia tego nie znał, podobnie jak to czynią zwierzęta i narody dzikie w Australii i Filipinach. Kobieta stanowiła wspólną włas-



ność, a do celu prowadziła droga pięści, szczególnie wtenczas, gdy chodziło o osobniki piękniejsze, lub obdarzone innymi ponętami; później jako przedmiot używany do rozkoszy płciowej przedstawiała ona towar ruchomy, przechodzący z rąk do rąk w drodze kupna, zamiany lub darowizny.

Początek uobyczajnienia życia płciowego tworzy powstanie uczucia wstydu, wywołane koniecznością okrywania ciała, a więc i części płciowych u pierwotnych ludzi, wskutek zmiany klimatu i oziębienia się temperatury, jak świadczą o tem badania antropologiczne, szczególnie Westermarka, oraz fakt ten, że u ludów północy wczesniej to spotykamy, jak u mieszkańców południa. Akt płciowy odbywa się odtąd w ukryciu, a cechuje go większa podnieta i lubieżność w chęci wzajemnego posiadania siebie. Następstwem tego stanowisko kobiety staje się więcej indywidualnem, mogącem już stanowić coś o swej osobie i skłonności miłosnej do płci drugiej, a chociaż zawsze podporządkowana w wysokim stopniu mężczyźnie, staje się przedmiotem jego zabiegów, nacechowanych obok zmysłowości i poczuciem etycznym.

Zmysłowy pociąg bywa umoralniony; wspólna własność kobiet ustaje, bo do wzajemnej skłonności przyłączają się zalety duszy, wytwarzając związek, ograniczający potrzebę zaspakajania potrzeb płciowych tylko do samych siebie, gdyż kobieta, ceniąc ten związek, oddaje swe wdzięki tylko posiadającemu jej skłonność mężczyźnie. Są to pierwsze objawy własnego umoralnienia się i pierwsze ślady dalej posuniętej wstydlivosti, czystości i wierności płciowej, a chociaż z początku nietrwale, oparte tylko na wzajemnej skłonności ku sobie, to przy zmianie życia koczowniczego na życie osiadłe dają pierwsze podwaliny do założenia ogniska rodzinnego, z powodu wytworzenia się potrzeby rozdziału pracy — dla mężczyzny na zewnątrz dla dostarczania środków, dla kobiety — w celu rządzenia i czuwania nad tem ogniskiem, jako przystankiem pokoju, wywczasu i nabrania sił do nowej pracy.

Tym sposobem rola kobiety, posunięta do wyższych rzędów społecznego ustroju, wytwarza z niej nierozdzieloną towarzyszkę życia mężczyzny. W kulturze tej stanęli pierwsi pomiędzy narodami wschodnimi Egipcjanie, Izraelici i Grecy; pomiędzy ludami północy Germanie i cenili wysoko dziewiczość, czystość, wstydlivość i wierność płciową, w rażącym stosunku do innych narodów, oddających zaprzyjaźnionym go-

ściom np. swoją towarzyszkę życia jako przedmiot rozkoszy płciowej.

W obyczajności tej, pomimo tak wielkiego postępu, nie zawsze dopatrzeć się możemy według pojęć oryginalnych strony estetycznej, bo do dzisiaj dnia np. Japończycy wybierają swe żony najchętniej z publicznych herbaciarni, a więc domów rozpusty, i to najwięcej takie, które najdłużej tam pozostawały, a potem, że chodzenie nago kobiet japońskich nikogo tam nie razi. Każda kobieta w Japonii przed zamążpójściem oddać się może publicznej prostytutce bez jakiegokolwiek ujemnego wpływu na swe stanowisko w małżeństwie, w którym reprezentuje tylko wartość pracy i służy za przedmiot rozkoszy płciowej i uzyskania potomstwa.

Związek ten, wynikły pierwotnie z wzajemnej skłonności, utrwała dopiero chrześcijaństwo, podnosząc go do świętego i nierozzerwalnego Sakramentu małżeństwa, sankcjonując tym sposobem miłość wzajemną tylko do jednego osobnika i podnosząc stanowisko kobiety do stanowiska prawie równorzędnego mężczyźnie. Korzystny wpływ tej nierozzerwalności małżeństwa okazał się przeważnie w umoralnieniu ustroju rodzinnego, nie wywarł jednak moralnego skutku na obyczajność publiczną, gdyż dla mężczyzny, z natury poligamicznie usposobionego, nie tworzył dostatecznej ochrony do szukania przedmiotów rozkoszy płciowej poza ogniskiem rodzinnem, jak to niżej o wiele ściślej przedstawię.

Za słabe są bowiem religia, ustawy, wychowanie i obyczajność, aby człowiekowi kultury powstrzymać cugle w zmysłowych upodobaniach i uchronić go przed niebezpieczeństwem upadku z wysokości, jaką tworzy czysta i jasna miłość, w bagno zwyczajnych i niskich chuci zmysłowych. Bo tylko wobec ustawicznej walki między popędem silnym i wrodzonym, a dobrymi obyczajami, między zmysłowością i moralnością, silnym tylko charakterem jest dane utrzymać się na tym piedestale, uszlachetnić swe zmysłowe popędy i oddać się wyłącznie tej czystej miłości, przynoszącej najpiękniejsze owoce szczęścia w naszym życiu. Wszelkie nawet zdobycze postępowej kultury nie zdołały uczynić ludzkości więcej moralną, a uczyniły ją tylko więcej wstydliwą przez wywołanie siły ciężkości postępu, jakiej musiała uleść cnota ludzka, tak że całą zdobyczą obecnej kultury i cywilizacji jest przynajmniej ukrywanie naszych chuci zwierzęco-zmysłowych. Jeśli

przeto porównamy praktyki religijne, zwyczaje ludowe dawnych Greków, publiczne bachanalie starego Rzymu, uświęcone stanowiska heter dawnych ludów i kult pewnych bogów ze zwyczajami obecnych czasów, to przyznać musimy, że moralność publiczna kroczy do trwałego postępu, do którego główną dźwignię dostarczały najbardziej zasady chrześcijaństwa; chociaż, jak utrzymuje w dziele swem o kulturze niemieckiej Scherr, zapatrywania nasze w tym kierunku stały się tylko bardziej uidealnione, bez zmiany właściwej istoty rzeczy.

Przyczyny tego szukać należy w większej zmysłowości, większej potrzebie zaspakajania popędu płciowego i swobody pozycji społecznej mężczyzn, jako też w przemianach fizjologicznych i biologicznych życia kobiety, jak ciąża, połóg, karmienie dziecka, a wreszcie o wiele szybsze zestarzenie się od mężczyzny. Momenta te wszystkie powodują, że walka wpród określona wypaść może na korzyść zmysłowego zaspokojenia potrzeby płciowej poza związkiem małżeńskim i nakłonić dotyczącego mężczyznę do szukania przedmiotu nowej miłości wśród sfer poświęcających się temu.

Historya kultury zawiązującego się życia rodzinnego wskazuje pierwsze jego początki, kiedy ustala wspólna własność kobiet, w związkach poligamicznych i poliandrycznych, właśnie wskutek przewagi w potrzebie płciowej mężczyzn, która musiała sprowadzić naturalne następstwa w tym kierunku, kiedy prawa religii i cywilizacji ograniczyły swobodę wielożeńną do związku monogamicznego.

Następstwa te bezsprzecznie dały jeden z największych powodów do powstania prostytutki, której pierwsze organizacje spotykamy już w Assyrii i Babilonii, gdzie dzieliła się na prostytutkę, przeznaczoną do służby bogów, na służbę gości i prostytutkę obyczajową. Wkrótce wszystkie ludy starożytne, im więcej postępowały w kulturze i cywilizacji bez względu, czy oddane były jedno- czy wielożeństwu, jak Egipcyanie, Izraelici, Chińczycy, Grecy i Rzymianie, stworzyły u siebie prostytutkę, szczególnie dla kultu religijnego, któremu, jako łączące równocześnie w sobie pojęcia religijne, etyczne i lubieżne zarazem, oddawały się kobiety chętnie i niezmuszone, gdyż w ten sposób służyły bogom. Kult ten doszedł do najwyższego zenitu w starożytnej Helladzie i Rzymie, gdzie hetery zajmowały bardzo ważne stanowisko spo-

leczne, tak że najwięksi mężowie stanu, najwięksi poeci, rzeźbiarze i geniusze narodu zażywali rad i zdania ich i pozostawali z nimi w bliskich i serdecznych stosunkach. One przewyższały zamężne kobiety greckie i rzymskie pięknnością, wykształceniem i innymi zaletami ducha tak, że według zdania współczesnych, służyły rozkoszom zmysłowym i duchowym, podczas gdy żony były przeznaczone tylko do uzyskania prawego potomstwa i zarządu domowego. Również najpierw w większych miastach Grecyi, a później w Rzymie i w większych miastach Italii, spotykamy się z pierwszemi urządzeniami prostytucyi obyczajowej uprawnionej, które, jak n. p. w Grecyi przy pojedynczych świątyniach—dykterya, a w Rzymie—lupanarya, były pod zarządem państwa już to bezpośrednio, już to oddawane w dzierżawę, a państwo pobierało z tychże wysokie dochody.

W wiekach średnich również prostytucya istniała, ale tylko w postaci obyczajowo uprawnionej, a wszelkie wysiłki ze strony państwa i Kościoła okazały się daremnemi, tak że rozszerzyła się ona na całą Europę. Sława uporządkowania ściślejszego tej publicznej instytucyi przypada miastu Ausburgowi, gdzie wyznaczone miały osobne dzielnice do mieszkania i oddane były pod nadzór kata lub zaprzysiężonego urzędnika miejskiego. W innych miastach, np. w Wiedniu, publiczne domy rozpusty stanowiły lenno rządzącego księcia i opłacały wysokie podatki.

W czasach reformacji powstały dążności do zupełnego wytepienia i zniesienia domów rozpusty, lecz skutki najbliższej przyszłości nie wpłynęły dodatnio na obyczajność publiczną, tak że w Bazylei i w Norymberdze bardzo poważne głosy ówczesnych radców miejskich broniły zniesienia domów publicznych nierządu słowami: „że nie każdy może się trzymać nieba, a gdy nie będzie publicznych nierządnic, nasze uczciwe żony i córki popadną w niebezpieczeństwo zejścia na bezdroża“.

Charakteryzując publiczną prostytucyę w wiekach średnich, zauważyć musimy, że nie występuje ona w formie tak licznej i wytwornej, jak w starożytności; wobec bowiem zapanowania wiary chrześcijańskiej i coraz większej kultury, odpadła prostytucya religijna i gościnna, rozwijała się zaś tylko obyczajowo-uprawniona i to przeważnie z powodu związków monogamicznych małżeńskich; chociaż i przeciw tej walczyły zasa-

dy chrześcijaństwa przez fundowanie klasztorów, jak klasztor Renowiniuszek i wiele domów poprawy, urządzonych na wzór domów Regninów. Rola jednak tej prostytucji staje się o tyle ważną na wpływ zdrowia publicznego, że właśnie w tym czasie stwierdzone zostały niewątpliwie większe epidemie kłły w Europie i to na jakie 20 lat przed końcem XV wieku pod postacią choroby zwanej *Mala francos*, grasującej szczególnie w wojsku Karola VIII podczas oblężenia Neapolu, skąd zarazę tę przeniosło wojsko do Francji i innych krajów.

Przechodząc do rozwoju prostytucji publicznej w dziejach nowych, widzimy coraz większe i większe rozwielmożnianie się jej aż do naszych czasów, a czynniki, które złożyły się na tak gwałtowne rozszerzenie, aczkolwiek najrozmaitszej natury, zredukować się przecież dadzą do jednego pojęcia, do określenia którego najwłaściwszym wyrazem będzie—nędzia. Ten czynnik społeczny powoduje, że mężczyźni nie mogą zawierać związków małżeńskich w okresie budzącej się potrzeby życia płciowego, że wielu mężczyzn zostaje bezżennych, a kobiety aż do najnowszych czasów pozostawały w zależności materialnej mężczyzn, mających nad nimi w każdym względzie przewagę. Ścisłe zważywszy teraz, o ile pożądlivszym i mającym więcej potrzeb zaspokojenia popędu płciowego jest ród męski, o tyle dziwić się nie będziemy, jeśli słabsza istota ulegnie silniejszej, gdy na szali walki przeważą troska o byt i dążenie do zabezpieczenia swego losu, jeśli pełne zdrowie fizyczne i odpowiednie wychowanie nie dały jej warunków wzniesienia się na wyżynę utrzymania czystości i wszelkich innych cnót kobiecych. Mężczyzna jest bardziej pożądlivym, a właściwością tą obdarzyła go sama przyroda, bo gdy w świecie zwierzęcym nadała osobnikom męskim o wiele więcej piękności, u ludzi, przeciwnie, stroi płeć żeńską w o wiele więcej wdzięków, przyozdabiając ciało jej w linie piękne, kuliste i w wiele innych podniet, działających na zmysły mężczyzn, czyniących ich prawdziwymi niewolnikami w tym kierunku, i zużytkowując te właściwości do coraz namiętniejszego pożądania przedmiotu swej miłości. I tutaj padają ofiary liczne, uwiedzione szczególnie obietnicami niedosłego małżeństwa, w którym kobieta, jak utrzymuje Montegazza, nie tyle szuka zadowolenia żądź płciowych, ile opieki i pomocy męża, dostarczającej jej pewnego i niezależnego bytu. Na warunki te składa się również i brak stosunku wynagrodzenia pracy, tak



silnie jeszcze wyrażony względem kobiet, zniechęcający je do pracy uczciwej i powodujący potrzebę szukania zarobku na innym polu, chociażby publicznego nierządu, pomimo częstych pobudek moralnych i na wskroś uczciwych.

Nędza również sprowadza tak małą troskę o byt moralny dzieci, które, chowane bez żadnych zasad religii i innych przymiotów duchowych, dostarczają później najliczniejszego materiału do publicznego nierządu, a gdy uwzględnimy jeszcze niemały zastęp osób moralnie zdegenerowanych, które mimo najbardziej sprzyjających warunków tak pod względem wychowania, jak i niezależnego bytu, oddają się rozpustcie, nie zdziwi nas, jeśli obecna publiczna prostytutycya zaciągnęła w swe szeregi tak wielką ilość członków społeczeństwa ludzkiego.

U r z ą d z e n i a, dotyczące prostytutyci publicznej w obecnych czasach, dadzą się podzielić na 2 główne działy, a mianowicie: 1) Dział administracyjny z wszelkimi przepisami, normującymi całe zachowanie się prostytutek i 2) Dział kontroli lekarskiej z określeniem wszelkich zarządzeń sanitarnych, nad którymi urzędy, wykonujące bezpośredni nadzór nad publiczną prostytutycą, czuwać muszą. Samą zaś prostytutycę podzielić należy na 2 rodzaje, t. j. prostytutycę jawną, zawodową, czyli zarejestrowaną w dotyczących urzędach i poddającą się wszelkim przepisom administracyjnym, i prostytutycę tajną, nie wykonującą przemysłu tego zawodowo, lecz tak samo w celu zarobku lub z innych pobudek bez jakiegokolwiek zastosowania się do przepisów administracyjnych.

Uwzględniając wszelkie urzędnictwa, obowiązujące tylko w naszym kraju, które wzorują się na podobnych urządzeniach we wszystkich innych cywilizowanych państwach, podnieść odrazu musimy, że zadania swego, aby powstrzymać niekorzystny wpływ na moralność publiczną i rozszerzanie się chorób wenerycznych, nie spełniają, gdyż nie odpowiadają ani wymogom obecnego postępu kultury, ani wymogom najnowszych wyników badań lekarskich tych chorób. Przyczyny tego szukać należy w tem, że instytucya ta tak ze strony społeczeństwa, jak i państwa, nie znajduje najmniejszej opieki, i wskutek tego dobroczynne i jasne promienie złobyczy obecnej cywilizacji, które przebiły mury najcięższego więzienia, nie dotknęły nawet tej instytucji, a tem samem narażają dotychczas tysiące osób na najcięższe następstwa—a ca-

te kraje i państwa na nieobliczone straty, gdyż z procentu chorych na choroby weneryczne w armii austriackiej żołnierzy, jak oblicza Zemanek, choroby te pociągają największe koszta i utratę najwięcej dni roboczych, nie uwzględniając jeszcze następstwa, jakie u samych chorych wywołują.

Określenie prawne powyższych urzędzeń odnosi i wznosi się na ustawodawstwie francuskim, które z okazji uregulowania prostytucyi wydanem zostało we Francyi w roku 1796, a w roku 1816 wprowadzonym, i 1828 uzupełnionem; dla krajów Galicyi i Lodomeryi unormowane zostało reskryptem Namiest. z r. 1876 i roku 1886, oddając nadzór policyjno-sanitarny w miastach, posiadających policyę rządową, dyrekcyi policyi, w miastach innych—magistratom, a po wsiach—wcielonym w pojedyncze sanitarne okręgi Wydziałom powiatowym pod zwierzchnictwem władz politycznych I instancyi. Nadzór ten ogranicza się, oprócz przepisów, do publicznego zachowania się prostytutek, do określenia miejsca ich mieszkania, czy to wspólnie w domu nierządu, lub pojedynczo, nie mogącego być w najbliższem sąsiedztwie publicznych zakładów naukowych, klasztorów i kościołów, do obowiązku zameldowania się osobiście w biurze sanitarnym w celu zbadania ich stanu zdrowia, do wypełnienia potrzebnych formalności i wydania jej książeczki zdrowia; regularnego uczęszczania 2 razy w tygodniu do oględzin lekarskich, w biurze sanitarnem lub wyjątkowo, za osobnem pozwoleniem przełożonego urzędu, w domu lekarza za opłatą 2 koron, zwracania ciągłej uwagi na stan zdrowia swego, szczególnie w kierunku chorób wenerycznych, a w razie najmniejszego podejrzenia wstrzymania się od dalszych stosunków płciowych aż do zarządzenia lekarza, do złożenia 2 fotografii, jednej dla książeczki zdrowia, drugiej dla sanitarnego biura, i w razie wyjazdu zupełnego lub czasowego przynajmniej na 2 dni wymeldowania się i oddania książeczki w powyższem biurze.

Są to wszystkie ważniejsze przepisy, dotyczące się uregulowania prost. jawnej, dla której materiału dostarcza przeważnie klasa sług, bo aż 50 procent, i wszelkie inne okoliczności, o których wyżej wspomniałem, jako wynik ogólnego zmniejszenia się dobrobytu.

Ważniejszy dział i z pewnością liczniejszy przedstawia prostytucya tajna, rekrutująca swój materiał z rozmaitych klas społecznych, a przeważnie znowu z klasy sług, zarobnic,

szwaczek, panien sklepowych, a szczególnie kasyerek i kelnerek z II-rzędnych, a po części i I-rzędnych kawiarni, których obecnie po większem skoncentrowaniu wojsk bardzo wiele w kraju powstało. Kasyerki i kelnerki owe nie są niczem innym, jak jawnymi prostytutkami z większych miast niemieckich, a że są więcej urodziwe i inteligentne, przedstawiają więcej powabu dla mężczyzn, szczególnie ze sfer wojskowych, narażających się dla nich nie tylko na większe straty pieniężne, ale i niebezpieczeństwo zakażenia się chorobami płciowymi.

Nadzór policyjny nad prost. tajną znajduje zastosowanie w § 12 wyż. wymienionego reskr. Namiestnictwa, który brzmi: Kobiety, względem których nasuwa się podejrzenie, że się trudnią nierządem, mają być uznane za podejrzane i winny być, celem wykonywania nad nimi nadzoru policyjnego, wpisane do księgi podejrzanych B. W szczególności uważać należy to podejrzenie za usprawiedliwione, jeżeli

a) napotkaną zostanie kobieta (przez urzędnika władzy bezpieczeństwa) wśród aktu sprośnego w miejscu publicznem, a spółkujący z nią mężczyzna oświadczy, iż nie zostaje z nią w żadnym bliższym związku

b) jeżeli napotkany zostanie mężczyzna w mieszkaniu kobiety, którego z ulicy lub z innego miejsca publicznego do siebie zwabiła, a on oświadczy, iż kobieta ta zresztą mu jest obcą,

c) jeżeli kobieta napotkaną zostanie z mężczyzną w pokoju hotelu, szynkowni, kawiarni, w łazienkach, lub u znanej nierządnicy albo stręczycielki, a mężczyzna powyższe złoży oświadczenie,

d) jeżeli kobieta dostrzeżoną będzie o różnych porach i z różnymi mężczyznami na ulicy lub w miejscach publicznych, a zachowanie jej przy tem, jest tego rodzaju, iż wzbudza uzasadnione podejrzenie trudnienia się nierządem,

e) jeżeli kobieta odwiedza znane domy schadzek i rozpusty.

W podobnych wypadkach zarządzić może biuro policyjno-sanitarne przymusowe doprowadzenie podejrzanej kobiety do oględzin lek., ew., gdy przydybaną będzie ponownie na podobnych czynach, zarejestrować ją w poczet prostitutek jawnych. Nadto do zwalczania prostytucji tajnej może posłużyć jeszcze § 515 K. Kar., skazujący właścicieli gospód, ho-

teli i szynków na kary pieniężne lub na trwałą utratę koncesyi, a służbę ich na karę aresztu, jeśli w lokalach swych dają sposobność do stręczenia albo wykonywania nierządu.

To byłyby wszystkie najważniejsze prawidła w połączeniu z badaniami lekarskimi 2 razy w tygodniu prostytutek jawnych i od czasu do czasu prostytutek tajnych, z obowiązkiem przymusowego odstawiania tychże w razie stwierdzenia lub podejrzenia choroby wenerycznej do szpitala powsz. w celu kuracyi—określone przez obowiązujące ustawy w naszym kraju, aby ten nierząd publiczny uczynić nieszkodliwym dla zdrowia ogólnego i moralności publicznej.

Przy uwzględnieniu zadania pierwszego należałoby zaznaczyć się z rozmiarem rozpowszechnienia się chorób wenerycznych w ogólności we wszystkich warstwach społecznych, lecz zadanie to nie jest możebnem do spełnienia z braku odnośnych danych statystycznych co do chorych, leczonych w praktyce prywatnej. Lecz sama statystyka leczonych na te choroby chorych w szpitalach powszechnych publicznych i wojskowych podaje nam tak wysokie cyfry, że chociaż odnoszą się one do pewnej tylko warstwy społecznej, t. j. ludności najuboższej, szukającej pomocy w szpitalu lub wojskowych samych, obowiązkowo w szpitalach leczonych, może posłużyć za modłę do ocenienia rozszerzenia się tych chorób w całym społeczeństwie. I tak w okresie 10-letnim (1890—1899) wynosiła liczba chorych wenerycznych, leczonych we wszystkich szpitalach krajowych według sprawozdania Kraj. Rady Zdrowia, 81,794 osób, czyli 11‰ ludności, i zajmuje pierwsze miejsce w szeregu wszystkich chorób, wynosząc 17·45‰ tychże.

W szpitalach wojskowych zaś wynosiła ilość leczonych w całej monarchii w r. 1897 na choroby weneryczne 17,923 czyli 60·6‰ siły zbrojnej, w r. 1898, 18,258 czyli 61·5‰ całej siły zbrojnej, w r. 1899 18,952 czyli 64‰ całej armii. Porównując zaś procent leczonych wojskowych w samej Galicyi na choroby weneryczne w stosunku do reszty armii całego państwa, widzimy, że jest on o 3·8‰ wyższym, albowiem dla naszego kraju przypada 24·7‰ podczas gdy na wszystkie 12 pozostałe korpusy przypada 20·9‰, chorób wenerycznych całej siły zbrojnej. Co zaś się tyczy miejscowości w samej Galicyi, najwięcej chorób wenerycznych wykazuje kor-

pus lwowski— $34\cdot3\%$ , potem korpus krakowski, bo  $22\cdot1\%$ , a wreszcie przemyski— $17\cdot7\%$ . W porównaniu z innymi mocarstwami europejskimi widzimy, że według Blaschko, wynosi odsetek chorób wenerycznych w armii niemieckiej  $24\cdot5\%$ , duńskiej  $19\cdot1\%$ , francuskiej  $41\cdot9\%$ , rosyjskiej  $42\cdot4\%$ , włoskiej  $84\cdot9\%$  i angielskiej, gdzie urzędnicy prostytucyjni są najbardziej zaniedbane  $173\cdot8\%$ . Z liczb tych stanowczo przyjąć możemy, że ilość wszystkich osób, leczonych prywatnie na choroby weneryczne, przynajmniej 5 razy może je przewyższać czyli w wyżej wymienionem dziesięcioleciu przebyło 400,000 osób cywilnych te choroby, co daje  $55\%$  całej ludności. Gdy zaś uwzględnimy, że domy nierządu będąc otwarte i przystępne dla wszystkich po całych nocach, dają sposobność do życia rozwiązłego, nadużywania napojów wysokokowych, do hazardownych gier i innych ekscesów, możemy łatwo poznać, ile szkody w ogólnem zdrowiu publiczna prostytucja wywiera przy obecnem urządzeniu całego społeczeństwa. Niemniej szkodliwy wpływ wywiera obecnie prostytucja i na moralność publiczną, szczególnie na młodzież szkół średnich, zmuszając odnośne władze do energicznej akcji przeciw temu w najróżnorodniejszych kierunkach.

A więc niedostateczne muszą być te urzędnicy, niedostateczne ustawy, określające istnienie publicznej prostytucji, wobec tak dosadnych ujemnych skutków, jakie ona wywiera, a gdy zadania swego nie spełnia należycie, wymaga przeto gruntownej reformy i poprawy, która w pierwszym rządzie nas lekarzy-higienistów zainteresować powinna i dać inicjatywę pierwszym nam do czynnego wystąpienia w celu poprawy tych stosunków. My także najwięcej patrzymy na te straszne skutki, jakie pociągają za sobą choroby weneryczne, na skutki rozwiązłego życia, na skutki upadającej coraz więcej moralności młodych pokoleń, a nie spełnimy swego zadania, jeśli pierwsi nietylko z obowiązku swego zawodu, ale i z ogólnego ludzkiego nie podniesiemy broni przeciw temu złemu ogólnemu.

Przyczyny owych skutków ujemnych szukać należy z jednej strony w niedostateczności odnośnych ustaw, a może po części i w niedostatecznem wypełnianiu takowych, które obecnie zamierzam przedstawić.

Jak już wyżej nadmieniałem, przepisy regulujące istnienie publicznej prostytucji zezwalają osobom, oddającym się tako-



wej, mieszkać albo wspólnie w publicznych domach nierządu, lub osobno z zachowaniem § 2 regulaminu dla prostytutek, tymczasem § 512 dotychczas obowiązującej ustawy karnej z r. 1853 czyni winnym przestępstwa stręczenie do nierządu wszystkie osoby, które utrzymują w swych domach czasowo lub stale publiczne nierządnie, a przecież publiczne domy nierządu bywają właśnie przez jedną osobę, jako prywatne przedsiębiorstwa, utrzymywane. Również osoby tylko bardzo nizko moralnie stojące obejmują tego rodzaju przedsiębiorstwa, a nie kontrolowane przez żadną władzę, prowadzą je dla swojej największej korzyści, nie zwracając uwagi na jakąkolwiek higienę, stosunki sanitarne, zachowanie się mieszkających prostytutek, na sposób życia tychże, eksploatując je w sposób najbardziej nawet niewolniczy i barbarzyński dla swych zysków pieniężnych. Odbyty właśnie w zeszłym roku w Wiedniu proces karny tego rodzaju przedsiębiorczyni Madame Riehl odsłonił nam w strasznych szczegółach wszelkie tajemnice podobnych domów i przedstawił taką niewolę po mieszkaniach tychże, że nawet w starożytności podobnej nie było, a to tylko, aby kieszenie p. Riehl jak najbardziej wypełnić. To też słusznie oburzone społeczeństwo nawołuje obecnie władze do reformy w tym kierunku, bo *mutatis mutandis* dzieje się to wszędzie, i w każdym domu rozpusty spotykamy z jednej strony wzbogacającą się przedsiębiorczynię, z drugiej wyzyskiwane i przemienione w prawdziwe niewolnice prostytutki.

Ze względów tych, jako też i z obliczeń statystycznych, zestawionych przez Parent Dü Chatelets, Reussa i Fingera, wykazujących o wiele większy procent zakażonych prostytutek chorobami wenerycznymi z publicznych domów nierządu od mieszkających osobno, skłaniają się coraz więcej ciała ustawodawcze w państwach europejskich do większego ograniczenia liczby tych domów, krócych np. w Petersburgu ilość 1879—1888 spadła z 206—65, w Paryżu (1843—886) z 253—80, w Hamburgu (1859—67) z 124—96, a we Francji powstała obecnie nawet walka, jak podaje prof. Regnault, między reglamentarystami a abolicjonistami, z dążeniami tych ostatnich do zniesienia takich domów i wszelkiego dozoru policyjno-sanitarnego nad prostytutkami. Przykłady jednak, któremi popierają swe dowodzenia francuscy abolicyoniści i zwolennicy osobnych mieszkań dla prostytutek, są tylko pozor-

nie przekonywające. Większy procent chorych prostytutek ze wspólnych domów nierządu pochodzi z jednej strony, jak wykazał Sperk w Petersburgu, z niedokładności prowadzenia statystyki, a potem, jak wykazał prof. Regnault w Paryżu, z tego powodu, iż do r. 1893, kiedy we Francji nie istniały jeszcze ustawy, zaostризające w wysokim stopniu handel dziewczętami, właściciele podobnych domów tylko dziewczęta młode przyjmowali, które odrazu zakażały się chorobami wenerycznymi, a później (według prof. Fingera) przez częste spółkowanie i mechaniczne drażnienie części płciowych o wiele łatwiej dostawały recydyw. Ujemnym tym skutkom można przez uregulowanie dotyczących przepisów w znacznej części zaradzić, i tak odnośna ustawa francuska spowodowała, że w r. 1903 statystyka nie notuje w Paryżu ani jednego wypadku kiły u prostytutek w domach nierządu, rzecz prosta, bo zamieszkałe one odtąd były przez prostytutki starsze, które przebyły kiłę i niewrażliwe były na świeże zakażenie; a gdyby dalsze uregulowanie tej sprawy według projektu prof. Fingera przyszło do skutku, to i możność częstych recydyw u podobnych prostytutek byłaby wykluczoną. Obecnie we Francji zamiast dotychczasowych domów nierządu powstają tak zwane domy schadzek czyli otwarte, gdzie prostytutki przebywają tylko przez dzień, otrzymując od odnośnego przedsiębiorcy za stałą cenę pokój i wikt; system ten wspólnego mieszkania lub przebywania prostytutek, jak utrzymuje prof. Puschman, jest przecież dla zdrowia ogólnego i moralności publicznej lepszym, aniżeli gdy prostytutki mieszkają osobno z następujących powodów: dozór policyjno-sanitarny jest o wiele łatwiejszy do przeprowadzenia we wspólnych domach nierządu, koncentrujących się zazwyczaj tylko w pewnej dzielnicy miasta, a zarazem podobni przedsiębiorcy dla własnej korzyści dozór taki ułatwiają. prostytutki zaś, osobno mieszkające, umieszczają się często przy rodzinach z dziećmi lub młodzieżą szkolną i szerzą przez to większą niemoralność.

Również, jak skutki okazują, i obecny nadzór lekarski nad prostytutką publiczną jest niedostateczny, uwzględniając bowiem sposób powstawania, przebiegu i zakażenia się chorobami wenerycznymi, nie spełnia on swego zadania wobec częstych nawrotów kiły i rzeżączki; przytem mężczyzna zdrowy zakazić się może od prostytutki również zdrowej przez

spółkowanie bezpośrednio po mężczyźnie chorym, którego wydzieliny patologiczne zatrzymać się mogły w częściach płciowych kobiecych. Nadzór ten spełnia swe najważniejsze zadanie przez wydanie orzeczenia, kiedy prostytutka jest zdrowa i zdolna do wykonywania nierządu bez niebezpieczeństwa dla obcujących z nią osób i kiedy jest chora i musi być skierowaną do szpitalnego leczenia. Tymczasem prawidła tej instrukcyi wzorują się jeszcze na paryskiej ustawie z roku 1828 i na ówczesnych zapatrywaniach naukowych przeważnie Ricord'a na istotę zaraźliwości kiły i rzeżączki, które obecnie nie mogą już mieć zastosowania, a tem samem nie chronią ludności przed zakażeniem się, pomimo najsumienniejszego stosowania się do owej instrukcyi przez lekarzy. Wypadki zaś zakażenia się bezpośrednio po odbytych oględzinach od prostytutek, uznanych za zdrowe, nie są wcale rzadkie, jak opisuje Diday, Finger, Kaposi, Lang, Neumann i inni. Pochodzi to stąd, że, według zapatrywania Ricord'a, choroby weneryczne tylko przez swe wydzieliny par excellence mogą się udzielać, gdy zaś pod wpływem leczenia objawy chorobowe i wydzieliny patologiczne ustąpiły, można osobę chorą uwolnić od niebezpieczeństwa zakażenia innych. Zapatrywanie to da się zastosować do wrzodu miękkiego, lecz nie do kiły; jak stwierdzają badania Berg'a i Mauriac'a, póki choroba ta nie jest wyleczona, co dopiero po 2 — 3 latach może nastąpić, bez względu na brak objawów chorobowych, nawet wydzieliny fizyologiczne i patologiczne, lecz nie kiłowe, przedstawiają niebezpieczeństwo. Podział przeto kiły na stadyum jawne i utajone bez możliwości zakażenia miejsca obecnie mieć nie może, tem więcej, że rozdział taki trudno przeprowadzić z powodu, że objawy kiłowe ukryte w częściach, niedostępnych dla naszego oka, jak w fałdach łuków podniebiennych, na nagłośni, w szyjce macicy, dają możność do popełnienia wielkich błędów. Do tego kiła w okresie II-orzędowym recydywuje bardzo często i łatwo, szczególnie u prostytutek, narażonych na wielkie drażnienie organów płciowych i nieleczonych dostatecznie, jak utrzymuje prof. Finger, ręcią. Według dziesięcioletniej statystyki Sperka z 772 zakażonych kiłą prostytutek 529 czyli 68.5% przebywało w 1 roku od 1—6 razy recydywę, w 2 roku 204, czyli 26.4%, w 3 roku 90 czyli 11.6%, w 4 roku 53 czyli 6.8%, czyli że 772 prostytutek przebyło w pierwszych 4

latach 2135 recydyw, a gdy uwzględnimy, jak trudno w pierwszej chwili objawy te wysledzić, i że prostytutki tylko 2 razy w tygodniu przez lekarza bywają oglądane, łatwo zrozumiemy niebezpieczeństwo, na jakie narażeni są mężczyźni, obcujący z prostytutkami. Liczba bowiem zakażonych kilką prostytutek jest wielka, gdyż, jak świadczy statystyka, wynosi w Petersburgu 39%, w Paryżu 18%, w Brukselli 25%, w Wiedniu od 20—47% we Lwowie 45%, w Krakowie 60%, a stwierdzonym jest fakt, że zaledwie  $\frac{1}{7}$  mężczyzn zakaża się w okresie jawnym kilką, a  $\frac{4}{7}$  w okresie utajonym od prostytutek wypuszczonych jako uleczone ze szpitali. Podobna sprawa ma się i z rzeżączką, która jest również między prostytutkami bardzo rozszerzona, bo jak z zestawionej statystyki Papée'go we Lwowie widzimy, stwierdzono rzeżączkę w ostatnich latach 26%—37% u jawnych prostytutek; a i tutaj mamy okres jawny i utajony tej choroby, którego najdokładniejsze badanie kliniczne nie jest w stanie rozpoznać, chociaż może ona warunkowo zakażać, szczególnie mężczyzn, wykonywujących akt płciowy z wielką energią, w zamroczeniu alkoholowem i t. d., o czem wiedział już Riccord, a potwierdzili to badacze nowsi, jak Fournier, Tarnowski i wielu innych.

Wobec tego faktu, przez długie lata nadzór lekarski nad prostytutką w kierunku rzeżączki był iluzorycznym, i jak Kromayer podaje, dla armii angielskiej nie odgrywał roli, bo ten sam procent żołnierzy w miastach, mających nadzór lekarski nad prostytutką, zapadał na tę chorobę, jak i w miastach bez powyższego nadzoru. Dopiero wynaleziony przez Neissera Gonococcus, jako etyologiczny czynnik rzeżączki, spowodował prawdziwy przełom w tym kierunku, bo obecnie przez wykazanie gonokokka możemy rozpoznać rzeżączkę i tam, gdzie brak jest zupełny objawów klinicznych, i nie dopuścić do dalszych infekcyi.

Nieprawidłowości powyższe pochodzą z niedostatecznego leczenia szpitalnego prostytutek na kilkę i na rzeżączkę, gdyż, jak świadczą dane szpitalne w Paryżu, Wiedniu, Kopenhadze, Warszawie, Lwowie i Krakowie, wynosi średni czas leczenia u prostytutek w wypadku rzeżączki od 16—69 dni, a w wypadku kilki od 21—77 dni, jest przeto stanowczo za krótki dla trwałego usunięcia choroby, a usuwa tylko okres jawny. Wskutek tego wędrują prostytutki ustawicznie z biura sanitarnego do szpitala i na odwrót, aż wreszcie znękanę tą wędrowną

i według ich pojęcia szykaną władzy, oddają się prostytutcy tajnej i jeszcze bardziej szerzą zakażenia.

Do należytego spełniania oględzin potrzebnym jest odpowiedni lokal, przyrząd do badania, asystencya, siła pomocnicza, jako też i dostateczny czas ze strony badającego lekarza. Warunkom pierwszym urzędzenia w naszych biurach policyjno - sanitarnych mniej więcej odpowiadają, lecz może ich braknąć przy oględzinach pozabiurowych i wypaść niekorzystnie na wyniki oględzin.

Inaczej ma się rzecz z cząsem wobec niedostatecznej ilości lekarzy w stosunku do liczby prostytutek. W Wiedniu 47 lekarzy ma do badania 1700—2000 prostytutek, w Paryżu 23 — 4500 prostytutek, w Petersburgu 11 — 3000 prostytutek, w Berlinie 12 lekarzy — 3000, we Lwowie 4 lekarzy — 480 prostytutek — tak, że, według obliczenia prof. Fingera, czas badania jednej prostytutki wynosi od 1½ — 5 minut, który tylko do zbadania zewnętrznych i wewnętrznych organów płciowych oraz jamy ustnej może wystarczyć, podczas, gdy powłoki skórne i całe ciało w tak krótkim przeciągu czasu zbadane być nie mogą. Nadto oprócz Antwerpii, gdzie rewizya lekarska odbywa się codziennie, i Hanoweru, gdzie odbywa się 4 razy w tygodniu, wszędzie indziej odbywają się rewizye lekarskie 2 razy w tygodniu, który to sposób, wobec okresu od 12 — 24 godzin wylęgania się wrzodu miękkiego i 2 — 3 dni rzeżączki, stanowczo nie jest wystarczającym.

Prócz tego, według obowiązującej instrukcyi, przy odesłaniu prostytutki do szpitala z powodu choroby wenerycznej nadzorujący lekarz wpisać powinien do książeczki zdrowia numer przekazu do szpitala, gdy zaś prostytutka zmienia miejsce pobytu, musi oddać książeczkę zdrowia przy wymeldowaniu się w biurze policyjnym. Przybywszy więc do innego miasta, nie posiada ona żadnych dokumentów, świadczących o przebytych chorobach wenerycznych, a przecież takie informacje byłyby dla nadzorującego lekarza bardzo potrzebne.

Również i wszelkie przepisy, mające dążyć do zwalczania prostytutki tajnej i jej zgubnych wpływów dla społeczeństwa, chyba wystarczające być nie mogą wobec rozwielenia się tego nierządu i jego szkodliwych skutków. Gdy czytać będziemy z uwagą pojedyncze ustępy § 12, określające, w jakich wypadkach można kobietę przymusowo do-



prować do oględzin lekarskich, każdy przyznać musi, że takich wypadków może być bardzo mało i to przy wielkim sprycie, rutynie zawodowej i inteligencji ze strony nadzorujących organów; a wiemy, że nasza służba temi zaletami się nie odznacza z powodu braku odpowiedniej szkoły i elementarnych wprost warunków do spełniania podobnego zadania. Poza to działalność organów policyjnych paraliżują sami mężczyźni, albowiem w podobnych razach poczuwają się do obowiązku z całą rycerską galanterią wystąpić w obronie zagrożonej czci niewieściej, składając protokółarnie nawet zeznania, że owe kobiety są ich narzeczonymi, siostrami, kuzynkami i t. d. lub pozostają na ich wyłącznym utrzymaniu. Wobec ogromnie wzmożonego ruchu obcych po naszych miastach, policya nie może znać wszystkich osób, oddających się tajemnemu nierządowi, i wskutek tego tajne nierządnice swobodnie odwiedzają mieszkania oficerów; podobnie zaś i żołnierze spacerują po miejscach publicznych z podobnymi nierządnicami, — a nadzorujące organa pomimo całej odpowiedzialności nie mogą temu przeciwdziałać. Ale nawet w innych wypadkach dzieją się podobne nieprawidłowości, bo ileż razy zgłasza się w biurze policyjnym wrzekomo lepiej sytuowany mężczyzna z oświadczeniem przyjęcia nawet jednej z jawnych prostytutek na swe utrzymanie. Ma to na celu dotyczącą uwolnić od nadzoru policyjno sanitarnego, bo w rzeczywistości ona nierząd wykonywa nadal, ale owego mężczyznę materialnie wspiera. Wreszcie i § 515 uk. nie zapobiega nierządowi tajemnemu po hotelach, gospodach i t. d., ponieważ w wypadku odpowiedzialności całą winę właściciel zwała na służbę i czyni ją zato odpowiedzialną.

Lecz gdyby chociaż przez organa, ku temu powołane, wykonywane były przepisy, przy dostatecznym zrozumieniu doniosłości tychże, — wtedy może wyniki nie byłyby tak smutne. Tymczasem społeczeństwo nasze, przesiąknięte przepisami religii, wymaga formalnie wstrzemięźliwości od osób bezżennych, uważając stosunek poza małżeńskim łóżem jako występki przeciw moralności, a zakażenie się chorobami wenerycznymi jako skutek tego występku. Tym samym duchem owiane są i nasze urzęda, a będąc obarczone do tego nadmiarem obowiązków i nie posiadając dostatecznej ilości personelu służbowego, nie spełniają swego zadania o tyle, o ile doniosłość skutków by wymagała; jakby starania o coraz to większe

upiększenia miast naszych miały zastąpić komu utracone zdrowie, a nawet niektórym rodzinom wydartych przez przedwczesną śmierć ojców i opiekunów. Lecz to ich własna wina, woła dotychczas głos publiczny i bez najmniejszych wyrzutów przechodzi do porządku dziennego.

Przystępując przeto do rozwiązania właściwego tematu, podzielić należy odnośne uwagi na wnioski, dotyczące zmiany administracji, i wnioski w kierunku poprawy nadzoru lekarskiego, i, podobnie jak wyżej, odłączyć prostytutkę jawną od tajnej. Pierwszym i najważniejszym postulatem dla spełnienia tego zadania byłoby dążenie do zniesienia § 512 uk. z r. 1857, a zastąpienie go nowym, normującym warunki istnienia podobnych przedsiębiorstw, których zarząd i kierownictwo spoczywać by powinny w rękach władz administracyjnych, i albo przez własne organa lub przez nabywających w drodze dzierżawy te prawa miały być wykonywane. Ideę tę wyraża w dziele swem o prostytutce Müller jeszcze w r. 1868, chociaż nowsi na tem polu badacze, jak Ströhlberg w Dorpacie, kategorycznie przeciw niej występują, jako niezgodnej z obecnymi zasadami moralności państwowej.

Obniżenia jednak lub ujemny godności władzy państwowej nie możnaby się w tem dopatrzeć, bo skoro, jak utrzymuje prof. Puschman, sprawuje ona zarząd i kierownictwo zakładów więziennych i domów poprawy, tak samo w celu polepszenia higieny publicznej może władza państwowa objąć zarząd i nad publicznymi domami nierządu, a gdy tylko państwo nie zechce z tego przedsiębiorstwa ciągnąć zyski materialne, natenczas odnośny zarzut i co do niemoralności spotkać go nie może.

Również wzbronionem być powinno pojedynczym prostytutkom mieszkać osobno z powodów wyżej wyszczególnionych. Jeżeli się unormuje stosunki mieszkania, utrzymania i wykonywania zawodu prostitutek, domy wspólne stracić mogą wiele ujemnych stron, podnoszonych dotychczas.

Zarząd powinien przeto czuwać w całym tego słowa znaczeniu 1) nad higieną podobnych domów, szczególnie w kierunku czystości izb, sprzętów i pościeli, dostarczyć możności częstego kąpania się, zwrócić uwagę, aby w pokojach gościnnych znajdowała się zawsze do użycia czysta woda z przyrządami do mycia i rozczyn nieszkodliwego środka odkażającego, jak np. nadmanganu potasowego 1:1000, opatrzonego napisem

i krótką wskazówką sposobu użycia. 2) Sposób odżywiania się prostytutek powinien odpowiadać również wszelkim wymaganiom higieny z surowem wzbronieniem nadużywania napojów wysokokowych i, jak to było dotychczas, sprzedawania takowych gościom. 3) Wykonywanie zawodu przez prostytutki również powinno być uregulowane odpowiednią normą, a mianowicie, ażeby domy te otwarte były dla publiczności w pewnych godzinach dnia i nie późno w nocy, a przyjmowanie mężczyzn przez pojedyncze prostytutki ograniczone było do pewnej ilości dziennie, z obowiązkiem oczyszczania i odkażania części płciowych przed i po każdym spółkowaniu. Gdyby zaś domy te przez całą noc miały być otwarte, natenczas należałoby prostytutki podzielić na pojedyncze grupy, mające zmieniać się każdej nocy, tak że każdą razą inna grupa pozostawałaby do dyspozycyi gości, i nocny spoczynek nie byłby wszystkim odjęty.

Domy takie, szczególnie po większych miastach, powinnyby być podzielone na dwie kategorie—o lepszem i wykwintniejszem urządzeniu dla osób z wyższych warstw społecznych i o urządzeniu prostszem dla klas niższych, posiadać powinny stałe taksy, a nadzór tych domów powinien czuwać nad porządkiem domowym, nad kuchnią, nad wypełnianiem przepisów higienicznych i policyjnych, nad ogólnem zachowaniem się, by nie wpływały ujemnie na moralność publiczną, nad niepuszczaniem do domów niedorostłej młodzieży, jakoteż powinien prowadzić kasę i wszelkie notatki i za spełnianie tych obowiązków być wobec władzy odpowiedzialnym.

Za utrzymanie prostytutek w podobnych domach powinna być również wymierzona stała taksa z uwzględnieniem nietylko utrzymania, ale wydatków administracyjnych i wizyt lekarskich; z pozostałej zaś sumy, wypłacanej peryodycznie prostytutkom, powinno się odciągać pewną kwotę w celu zabezpieczenia ich na wypadek niezdolności do pracy i na starość, aby nie były ciężarem dla społeczeństwa. Nadto, podobnie jak w większych więzieniach, możnaby żądać zaprowadzenia w godzinach wolnych przymusowej nauki przystępnych dla kobiet rzemiosł lub innych gałęzi przemysłu, mogących dać wielu sposobność do pracy zarobkowej, nie tylko podczas pobytu w domach nierządu, ale i na przyszłość, i podać w ten sposób rękę do poprawy i umoralnienia podobnych istot, gdyż nietylko sama praca uszlachetnia każdego, ale

i wiele prostytutek oddaje się temu zawodowi tylko z braku umiejętności jakiejkolwiek pracy.

Są to, rozumie się, projekty ogólne, które dopiero przy zrealizowaniu musiałyby być należycie uregulowane, a te, jako czysto natury administracyjnej, pomijam. Również i przyjmowanie prostytutek do takich domów powinno być uregulowane nie tylko dotychczasowymi przepisami, dotyczącymi się wieku, ale i rozmaitych chorób tak wewnętrznych, jak i skórnych, przyczem z drugiej strony osoby zdrowe i silne z klasy robotniczej należałoby od przyjęcia wykluczać i użyć wszelkiego wpływu do powrotu na drogę poprzedniej pracy. Przy podobnem urządzeniu publicznych domów rozpusty musiałyby ustawodawstwo zakazać prostytutkom mieszkać osobno poza obrębem tych domów i z całą bezwzględnością tępić prostytucję tajną. W tym celu należałoby wszelkie lokale i schronienia tajnej prostytutki jak najenergiczniej kontrolować, ewent. zamykać, szczególnie kawiarnie nocne, winiarnie i piwiarnie z żeńską usługą, gdyż one, będąc kolebką prost. tajnej, są tem niebezpieczniejsze, iż pod pozorem innym dają szczególnie sposobność niedojrzałej młodzieży zbliżania się do prostytutki gorszej jeszcze od poprzedniej. Uregulowanie publicznych domów nierządu mogłoby zapobiedz także handlowi żywym towarem, gdyż on straciłby wtenczas zupełną rację bytu, mogłoby wpłynąć niezawodnie w wysokim stopniu na podkopanie prostytutki tajnej i zmniejszyć o wiele niebezpieczeństwo dla zdrowia publicznego.

Dla osiągnięcia tego wyniku należałoby § 12 regulaminu zachowania się prostytutek znacznie rozszerzyć i szczególnie pojedyncze ustępy tegoż nie tak specjalizować, bo to broń dla naszych urzędów, niechęcych w tym kierunku ani wiele czasu, ani trudów ponosić, i zadanie trudne dla dotyczących funkcjonaryuszów wobec braku należytej rutyny, sprytu i inteligencji do należytego spełniania takowego. Szczególnie odpaść powinien ustęp co do oświadczenia się mężczyzny, gdyż w rzeczywistości, jak wyżej wskazałem, mężczyzna zawsze stanie w obronie kobiety i uniemożliwi spełnienie zadania władzy. Tak samo i § 515 uk. powinien być zmieniony o tyle, aby za podobne występki odpowiadali sami właściciele, a nie ich służba, gdyż jak wyżej wykazałem, do celu to nie prowadzi. Najdonioślejszym krokiem w celu poprawy wszystkich ujemnych skutków, jaki tajna prostytutcyca na zdro-



wie ogólne wywiera, byłoby wydanie nowej ustawy, obowiązującej wszelkie kategorie służb i klasy zarobkującej poddawaniu się peryodycznym oględzinom lekarskim także i w kierunku chorób płciowych przy każdej zmianie służby.

Wprowadzenie takiej ustawy, obowiązującej dotychczas w armii czynnej, pomimo problematycznej jej wartości, a, jak utrzymuje Toepley, z powodu niedostatecznego zastosowania, wbrew wszelkim czynionym zarzutom i trudnościom, miałoby wielki dodatni wpływ dla zdrowia całego społeczeństwa, gdyż uboższa klasa styka się bardzo wiele z pracodawcami i ich rodziną zdrową, a przecież w tej klasie obok innych chorób i choroby płciowe bardzo panują. Żądał już tego Kaposi na X międzynarodowym zjeździe lekarzy w Berlinie dla robotników fabrycznych, lecz projekt jego nie został zrealizowany, ze względu na ówczesne trudności praktyczne i pozory nieludzkiego traktowania robotników, tak że dotychczas tylko w Rosji na mocy rozporz. ministerjalnego z roku 1857 zaprowadzone są peryodyczne lekarskie badania robotników, a robotnic tylko w razie poważnej wątpliwości co do stanu ich zdrowia. Trudności w wykonaniu tego nowego projektu ustawowego nie byłyby tak wielkie, skoro obecny rządowy projekt żąda rozszerzenia ubezpieczenia w kasach chorych wszelkiej kategorii służby, i w proporcjonalnym stosunku nastąpi pomnożenie posad lekarzy kasowych, którzy przy należytem uregulowaniu płac mogliby łatwo sprostać temu zadaniu. Dla osób zaś nieubezpieczonych jeszcze możnaby przy biurach pośrednictwa pracy, tej nowo weszłej w życie społecznej instytucji domagać się urządzenia biura oględzin lekarskich, gdzie lekarze, stale mianowani, spełnialiby te czynności i potwierdzali w książkach służbowych stan zdrowia badanych. W razie stwierdzenia jakiegokolwiek choroby zakaźnej praktykowane dotychczas przepisy mogłyby dalej obowiązywać. Również i zarzuty, jakieby przeciw temu podnieść można, skierowane by być musiały tylko w kierunku etycznym i mogącym wpłynąć na zmniejszenie się moralności przez to, że pomimo ustawowego określenia wieku zawsze wiele osób niewinnych a więc i *virgines intactae* musiałyby być narażane na oględziny swych organów płciowych, a moment ów mógłby zaważyć na niekorzyść późniejszej moralności. Znając jednak zwyczaje naszego ludu, jego wspólne sypialnie, kąpiele i najrozmaitsze zabawy, gdzie wstydlie-



wosć tak wielkiej roli nie odgrywa, skrupuł ten odpaść może zupełnie, tem więcej, że często przecież dziewczęta ze sfer wyższych, gdzie wstydlivość jest prawie nadnaturalną, muszą poddawać się podobnym badaniom z powodu rozmaitych cierpień, a przecież żadna wskutek tego się nie zepsuje i nie zejdzie z drogi enoty.

Sposób tego rodzaju badania, stosowany dotychczas u mamek, wykonywany jest dotąd u nas prywatnie na żądanie służbodawców, podczas gdy w innych miastach, np. w Hamburgu, dawno już zorganizowany jest urzędowy sanitarny nadzór nad mamkami, a statystyka zarażonych niemowląt od mamek aż nadto dowodzi, jak instytucya ta jest potrzebna w społeczeństwie. Nikt zaś zarzutu nie czyni, aby przez to ucierpiała moralność publiczna, chociaż obowiązki mamek przyjmują na siebie osoby zamężne i obyczajne. Dlaczegoż w ten sposób nie poddać badaniu niańki, kucharki, lokaj i inną służbę, kiedy i ta stykała się z dziećmi, pokarmami, naczyniami kuchennymi, bielizną i t. d.? Często zaś zmiana służby pociągnąć by musiała częstsze rewizye lekarskie i następne leczenie osobników chorych, co wpłynęłoby niewątpliwie na poprawę zdrowia ogólnego.

Przechodząc wreszcie do ostatniego zadania, poprawy nadzoru lekarskiego nad prostytutucją publiczną, w pierwszym rzędzie zwrócić należy uwagę, w jaki sposób prostytutki po przebyciu jawnego okresu kiły i rzeżączki uczynić należy nieszkodliwemi dla dalszego zakażenia w okresach utajonych tych chorób. Dla należytego przedstawienia rzeczy podnieść należy, że, według obecnego zapatrywania syfilidologów, czas leczenia kiły drugorzędnej wynosić powinien 2 — 3 lat, rzeżączki zaś aż do zupełnego i trwałego zniknięcia gonokokków, t. j. nie o wiele krócej, szpitale zaś nasze nie są tak urządzone, aby prostytutki długo przetrzymywać, a § 16 instr. dla nadzorującego lekarza wzbrania mu wręcz leczyć prostytutki w jakikolwiek chorobie, jak ogółem leczenie prostytutek szpitalne na choroby weneryczne jest surowo wzbronione. W tym kierunku proponował Drosz, aby władza zabroniła całkiem pojedynczo podobnym prostytutkom licentia stupri i nie przyjmowała ich tak długo na listę jawnych prostytutek, dopóki okres ten nie minie. Ze względów higienicznych jednak projekt ten krytyki wytrzymać nie może, bo, jak słusznie podnosi prof. Finger, władza ma chronić ludność

przed kilą nie tylko na drodze prostytucji, ale chronić ją w ogóle, podczas gdy podobne prostytutki na innej drodze mogą chorobę tę rozszerzać, a potem, że zazwyczaj oddadzą się prostytucji tajnej i staną się jeszcze więcej niebezpiecznymi. Nie lepszym jest także projekt Sperka, do którego się przyłączył Miehe i inni, aby podobne prostytutki umieszczać w osobnych domach, tylko dla mężczyzn, którzy kilę przebyli; bo przecież żaden mężczyzna, jak również podnosi prof. Finger, nie zechce się publicznie przyznać do swej choroby, potem obawiać się będzie powtórnej infekcji, a wreszcie, nie przewycięży wstrętu zbliżenia się do dotkniętej kilą kobiety, dopóki wie, że ona jest jeszcze nieuleczoną. Dopiero 3-ci projekt, który wyszedł od Lanceraux i Wabla, a który poparli Kaposi, Neuman, Lang i tow. dermatologiczne wiedeńskie, mógłby społeczeństwu w tym kierunku przynieść wielkie korzyści, przez wybudowanie przy pojedynczych szpitalach schronisk czyli asylów na wzór domów przymusowej pracy, gdzie prostytutki pod dozorem lekarskim przebywać by musiały tak długo, dopóki okres utajonej choroby nie ustąpi, a przy wykonywanych co 2-gi dzień oględzinach lekarskich, w razie nawrotów choroby oddawane na oddział szpitalny, dawałyby rękojmę zupełnego wyleczenia się z jednej z tych dwóch chorób. W ten sposób internowane prostytutki musiałyby wykonywać przymusową pracę i zarobkiem swym pokrywać chociaż częściowo koszt swego utrzymania, co i na umoralnienie prostytutek wpływaćby mogło dodatnio.

W tych samych schroniskach mogłyby być internowane i prostytutki w ciąży będące.

Projekt ten obok większych ofiar pieniężnych, wymaga również dłuższego czasu do urzeczywistnienia, tak że nasuwa się pytanie, co należy czynić z podobnymi nierządnicami przed zrealizowaniem tego projektu, i w tym kierunku prof. Finger stawia 2 propozycje: 1) aby podobne prostytutki poddawać co 2-gi dzień oględzinom lekarskim, i 2) aby ustawowo zezwolić leczyć się prostytutkom w podobnych wypadkach w domu, i lekarzom nadzorującym leczenie to przeprowadzać według metody Fourniera w postaci systemu chroniczno-przerywanego, aby nie dopuścić do recydyw i wpływać ujemnie na zaraźliwość okresu utajonego. Leczenie takie u podobnych prostytutek popierają nawet Caspary i Neumann, pomimo, że są przeci-

wnikami takiego leczenia wogóle. Metoda ta, wprowadzona, jak podaje Ströhlberg, od r. 1896 w Dorpacie, polega na tem, że nadzorujący lekarze mają równocześnie przy biurach swych urządzone oddziały szpitalne dla stałego leczenia podobnych prostytutek, gdzie sami ordynują. Dała metoda ta już obecnie bardzo dobre rezultaty, albowiem liczba zakażonych na kiłę prostytutek w okresie kłykcinowym pomimo przybywania ciągłego obcych prostytutek w tym okresie choroby spadła z 33 proc. na 21·2 proc., a według sprawozdania komendanta załogi tamtejszej, złożonej z 1,000 ludzi, w pierwszych 3 latach po wprowadzeniu tej metody nie było ani jednego wypadku zarażenia się kiłą u żołnierzy, a rzeżączka tylko 1.

Ströhlberg podaje, że ilość prostytutek wynosi 5·63 % ludność po większych miastach, z której to liczby znowu przynajmniej 10 proc. znajduje się w okresie utajonym kiły lub rzeżączki, według tych cyfr przeto łatwo jest obliczyć, ile należałoby w każdym mieście otworzyć zakładów, służących do oględzin, leczenia ambulatoryjnego i stałego prostytutek tak, aby na każdego lekarza do sumiennego wykonania obowiązków wypadło według obliczeń Blaschka i Fingera 40 — 50 prostytutek.

Wszelkimi sposobami dążyć należy, ażeby biura oględzin lekarskich zatraciły zupełnie charakter policyjny, a nadzór lekarski oddzielony został od nadzoru policyjnego w ten sposób, aby biura sanitarne przeobrażone zostały więcej na ambulatorya lekarskie, gdzie sami lekarze mieliby decydować co do częstości wizyt, przynajmniej ambulatoryjnego leczenia, gdyż, jak słusznie podnosi prof. Finger, że państwo przez zaprowadzenie kontroli lekarskich i przymusowego oddania prostytutek do szpitali wymaga, aby nie rozszerzały one kiły i chorób wenerycznych, i składa odpowiedzialność za to na obydwóch lekarzy tak nadzorującego jak i szpitalnego, a tylko pierwszego pociąga do odpowiedzialności pomimo tak ważnego wpływu, jaki i drugi lekarz przez odpowiednie i dostateczne leczenie na sprawę tę wywiera — niechże przeto i lekarz nadzorujący ma pewien wpływ na to leczenie i wolno mu będzie takowe uzupełniać, gdzie będzie tego potrzeba. Według twierdzenia Fingera, Ströhlberga i innych biura, w ten sposób urządzone, powinny wzbudzić więcej zaufania u prostytutek, mogących

wtenczas i regularniej zjawiać się do oględzin lekarskich i poddawać się chętniej wszelkim zabiegom leczniczym. Samo przez się rozumie się, że biura takie powinny być nie tylko odpowiednio urządzone, ale wyposażone we wszelkie potrzebne przyrządy, a szczególnie w mikroskop, za pomocą którego badanie na gonokokki, jak już od lat wielu zaprowadzonym jest we Wrocławiu, Dorpacie i Wiedniu na podstawie rozporządzenia dyrekcyi policyi z 31/1 1895 r., powinno być obowiązkiem, przynajmniej w tych wypadkach, gdzie, obok braków objawów klinicznych, poprzednie zakażenie rzeżączką miało miejsce.

Nadto dla dostatecznej obsługi wobec braku personelu policyjnego należałoby do pomocy lekarza nadzorującego dodać siłę pomocniczą i to w większych miastach ponad 50,000 ludności drugiego lekarza, w miastach mniejszych zaś akuserkę i zarządzić, aby wszystkie oględziny tylko w tych biurach, nie zaś w mieszkaniu lekarza lub prostytutek, się odbywały.

Nadzór zaś policyjny energicznie powinien czuwać nad tem, aby wszelkie przepisy przez prostytutki były dokładnie przestrzegane, a do nadzoru ogólnego ustanowieni być powinni agenci, odpowiednio wykształceni, pełni taktu i dobrze płatni tak, aby jeden przypadał od 30,000 — 50,000 ludności, i którzyby żadnemi innymi czynnościami urzędowemi nie byli obarczeni. Ze wszystkich wyżej przytoczonych wywodów wynika, jak ważną odgrywa rolę dla lekarza nadzorującego wiadomość, czy prostytutka przebyła poprzednio kiłę lub rzeżączkę, aby takową uczynić nieszkodliwą na dalsze zakażenie. Obecnie jednak przepisy nie odpowiadają tej potrzebie, jak wprzód wykazałem. Dla usunięcia tej nieprawidłowości wprowadzonym jest w Wiedniu spisywanie dat w pojedynczych komisaryatach, dotyczących się wszelkich chorób, czasu trwania i leczenia szpitalnego każdej prostytutki, których odpisy odseła się do biura administracyjnego dyrekcyi policyi. W razie zmiany dzielnicy mieszkania przez którąś z prostytutek odnośny komisaryat żąda odpisu tego z dyrekcyi policyi i wręcza go lekarzowi. W Rosyi zaś, jak opisuje Ströhmberg, przy opuszczeniu pewnej miejscowości przez prostytutki bywa z biura sanitarnego do odnośnego urzędu, gdzie dotycząca prostytutka pozostać zamierza, odsyłana kopia jej historii choroby z podaniem daty zakażenia się kiłą i ostat-



niego wykazania gonokokków z określeniem czasu leczenia i ilości użytych preparatów rtęciowych. Sposób ten jednak w praktyce nie dał się dokładnie wprowadzić i nie jest dostatecznie celowym, tak że najwłaściwiej by było, według projektu Ströhlmberga, w książeczkach zdrowia umieścić nową rubrykę dla wpisywania wyżej wymienionych spostrzeżeń, przez co i publiczność mogłaby o przebytych chorobach wenerycznych u prostytutek być poinformowana, a potem przez zarządzenie stałego zatrzymania książeczki zdrowia i każdy nowy lekarz dokładnie uwiadomiony.

Gdyby zaś biura sanitarne zachować miały nadal swój dotychczasowy charakter, natenczas ze względu na powyżej przytoczone wywody powinny się odbywać oględziny lekarskie prostytutek zdrowych i takich, które już znajdują się po za okresem utajonym choroby, przynajmniej 3 razy w tygodniu, wszystkich zaś podejrzanych jeszcze częściej, odpowiednio do zarządzenia lekarza nadzorującego. I w takim wypadku wszystkie oględziny odbywać się powinny w odpowiednio wyposażonym biurze sanitarnym, przy dostatecznej asyście i usłudze, a podział czynności dla nadzorującego lekarza rozłożony tak, aby dla zbadania każdej prostytutki, jak żąda profesor Finger, użył przynajmniej 10-ciu minut czasu.

Rozumie się, że odpowiednie wykształcenie lekarza nadzorującego tak w dziedzinie chorób wenerycznych, jak i w dziale sanitarnym jest koniecznie potrzebne.

Na koniec chciałbym jeszcze w kilku słowach wspomnieć o toczącej się obecnie w Danii i we Francji walce między obozem reglamentarystów i abolicjonistów w celu poprawy prostytucji, która w Danii przyniosła zwycięstwo obozowi abolicjonistów i spowodowała rząd do zniesienia nadzoru policyjnego prostytucji i nałożenia wysokich kar na osoby, oddające się w celu zarobku nierządowi, i osoby w nierządzie pośredniczące. Choroby zaś weneryczne zamierza rząd duński wyćpić w ten sposób, że na lekarzy włożył obowiązek donoszenia o każdym wypadku tych chorób i zarządzonych przez siebie ustawowych przepisów leczenia tych chorych na koszt państwa, jakoteż karania osób, zarazę rozsiewających.

We Francji walka ta dotychczas jest nierozstrzygnięta, a ustawodawstwo skłania się najbardziej do oddzielenia



nadzoru lekarskiego od policyjnego, chcąc oddać temu pierwszemu właściwą władzę nad prostytutką w celu uczynienia ją nieszkodliwą w kierunku rozszerzania chorób wenerycznych, z podporządkowaniem organów policyjnych dla wykonywania nadzoru, jeśli temuż prostytutce nie poddają się.

Czy idea abolicjonistów zwycięży, przewidzieć obecnie nie możemy. Lecz tak na podstawie naszego doświadczenia lekarskiego i przykładów historii tej instytucji możemy śmiało powiedzieć, że żądania abolicjonistów przyniosłyby jeszcze większą szkodę dla zdrowia społeczeństwa, ponieważ aż nadto poznaliśmy, że kila i rzeżączka wśród prostitutek panuje endemicznie, że prostytutce wytępić nie można, a gdy państwo tępi wszelkie inne endemie rozmaitymi środkami z rezultatem korzystnym, dla czegoż ma usunąć środki do tępienia tej endemii, mogące także wpłynąć korzystnie, przynajmniej na zmniejszenie się jej. Że tak jest, przekonać się możemy z przykładów wieków średnich do pierwszej połowy XIX stulecia, kiedy choroby weneryczne o wiele bardziej były rozszerzone jak obecnie, z przykładu rewolucji francuskiej, kiedy, według Tarnowskiego w r. 1791 rząd rewolucyjny zniósł wszelki nadzór nad prostytutką, ale już ten sam rząd w r. 1795 napowrót go zaprowadził, bo rezultaty były straszne, jakoteż z przykładu statystyki naszych czasów, podającej według Millera i Tarnowskiego, że w miastach bez nadzoru procent zasłabnięć na choroby weneryczne w armii angielskiej był 2 razy wyższy. Tego rodzaju stosunki spotykamy i w Brazylii, gdzie żadnej kontroli niema, a do tego Parent du Chatelet i inni klinicyści utrzymują, że kila i rzeżączka występują w o wiele cięższych formach w miastach bez kontroli, jak w miastach z kontrolą.

Obowiązkiem przeto rządu będzie wykonywanie nadal nadzoru nad tą instytucją i zastosowanie jak najdalej idących zarządzeń dla uregulowania i poprawy tejże tak, jak stan obecnej nauki lekarskiej i dobro zdrowia społeczeństwa wymaga.

Zadanie to tak chlubne i humanitarne nie powinno natrafić na żadne trudności do przeprowadzenia.

## II.

### SPRAWOZDANIA.

#### Z POSIEDZEŃ TOW. DERM. I SYF. W PARYŻU.

**Beurmann i Gougerot** przedstawili 66-letnią kobietę, u której przed 7-u miesiącami wystąpiły w różnych miejscach ciała pod skórą ruchome, niebolesne guzy. Z biegiem czasu występowały coraz liczniejsze, dawniejsze zaś zrastały się ze skórą, która przybrała barwę sinoczerwoną; guzy otwierały się następnie same przez się i wydzielal się z nich płyn mętny, żółty lub z domieszką krwi. Na mocy wywiadów i badania wykluczono przymiot i gruźlicę; hodowle dały—sporotrichum. W każdym przypadku, gdzie rozpoznanie przymiotu lub gruźlicy nie jest pewne, autorzy radzą dokonywać badań w kierunku sporotrichum.

Bul. de la soc. fr. de derm. et de syph. r. 1907, № 3.

**Gaucher i Monier-Vinard** przedstawili chorego, dotkniętego sporotrichozą; prócz opisywanych już ognisk w skórze i tkance podskórnej, znajdują się u danego chorego niespotykane jeszcze dotąd zmiany na skórką. Na rękach widzimy rozległe, nieprawidłowego kształtu owrzodzenia z odcieniem sinym, pokryte grubymi, twardymi strupami. Owrzodzenia te są otoczone ogniskami w środku blademi, na obwodzie bladoczerwonemi, na czerwonej obwódce widać małe pęcherzyki i delikatne łuszczenie. Na twarzy rozrzucone ogniska czerwone, wystające, miękkie, niebolesne, w środku rozpadające się i pokryte strupkiem; gruczoły chlonne na szyi, pod pachami i w pachwinach niepowiększone.

Ze względu na obarczenie dziedziczne chorego (matka i siostra umarły na gruźlicę) i zmiany w jego narządach wewnętrznych (od 4-let lat trwające zapalenie oskrzeli, zmiany w obu szczytach płucnych, (przed 2-ma laty przebył podostre zapalenie jądra—rzeżączki nie miał) sprawę skórną rozpoznawano początkowo jako gruźlicę. Kilkakrotnie badania płwociny na łaseczniki Kocha dały wynik ujemny; w ropie zaś z owrzodzeń, z płynu pęcherzyków i z rozpadających się ognisk na twarzy otrzymano czyste bodawle sporotrichum Beurmani.

(Bul. de la soc. fr. de derm. et de syph. r. 1907, № 4.)

**Gaston** zaznacza, że przy rozmaitych sprawach skórnych, gdzie się rozpoznanie wahało, lub uznanych za gruźlicę i przebiegających jednocześnie ze zmianami w płucach, podobnych do objawów gruźlicy, znajdowano grzyby w płwocinie, chociaż ta ostatnia była brana do badania z zachowaniem możliwej czystości: jamę ustną starannie myto, płwocinę badano zaraz po wydzieleniu. Badaniu poddano 10-ciu chorych; w płwocinie 4-ch znaleziono tylko grzyby, u 6 pozostałych grzyby i laseczniki Koeha. Ogniska skórne badane nie były. Po upływie 3-eh lat czterej pierwsi chorzy cieszyli się dobrem zdrowiem, u 3-eh z drugiej grupy stan uległ nieznacznemu pogorszeniu, pozostali znikli. Z powyższego wynika co następuje: 1) przy badaniu bakteriologicznem trzeba uwzględnić hodowle grzybów (na żelatynie z maltozą przy temperaturze pokojowej). 2) przy jednoczesnem istnieniu zmian na skórze i w płucach należy pamiętać o możliwości jednego i tego samego pochodzenia obu spraw. 3) Można niekiedy rozpoznać jako gruźlicę grzybicę płuc (mycosis). 4) Bywają przypadki gdzie gruźlica i grzybica narządów oddechowych współistnieją. Grzybica może, o ile się zdaje, łagodzić przebieg gruźlicy. Wreszcie nasuwa się pytanie, czy grzyb jest przyczyną danej sprawy chorobowej, czy też tylko przebywa czasowo lub stałe na ogniskach innego pochodzenia.

(Tamże.)

*M. Paschalis.*

### III. REFERATY.

#### a) CHOROBY SKÓRNE.

##### **Grupa chorób t. zw. łojotokowych (séborrhéiques).** J. D a r i e r.

Pod powyższą nazwą łączą różne objawy, z wielką trudnością dające się rozgraniczyć; występują one jednocześnie u tych samych osobników lub następują po sobie tak często i z taką prawidłowością, że przypisywane bywają jakiemuś stanowi ogólnemu, warunkom dziedzicznym lub fizyologicznym, które odgrywają rolę czynnika uspasabiającego. Autor za przyczynę ich uważa pewien stan choroby skóry, dla którego proponuje nową nazwę „kerose“. Stan ten na skórze cechuje się następującymi objawami: skóra jest blada, trochę obrzękła, barwy brudno-żółtej lub szarawej, tłusta lub sucha, błyszcząca lub matowa; bardzo łatwo ulega urazowi; często widzimy na niej delikatne, suche łuski lub tłuste strupki, rozszerzone żyły; wyloty gruczołów łojowych są również rozszerzone, niekiedy jakby zagłębione, to znów naokoło nich widać wzmózone rogowacenie. Zmiany te umiejscawiają się na twarzy, nosie, głowie, piersiach, plecach, dłoniach, w zgłębieniach, na zewnętrznych częściach płciowych. Obok powyższych zmian występują: łupież, łojotok pod postacią wzmózonego wydzielania tłuszczu lub trądzika; zaburzenia w uwłosieniu (wyłysienie, niekiedy nadmierny porost włosów), wzmózone pocenie się. Na tle Kerosy powstawać mogą różne rodzaje trądzika i pryszczycy; przyczyną pierwszej sprawy bywa nadmierne rogowacenie naskórka, według niektórych zaś (np. Unna)—pasorzyt; druga wywołują pasorzyty, rozwijające się na podatnym gruncie zmienionej skóry. Pod względem etiologii odgrywa tu rolę dziedziczność, przewlekłe choroby rodziców (np. gruźlica, moczówka cukrowa, dna i t. p.), zaburzenia w czynności narządów płciowych (onanizm, bolesne miesiączkowanie i t. p.), cierpienia przewodu pokarmowego (np. zaparcie stolca); występuje również po spożyciu nieodpowiednich pokarmów lub w razie zbyt wielkiej ilości pożywienia, a także pod wpływem przepracowania szczególnie umysłowego; spotyka się często u chorych umysłowych. Charakterystycznym dla opisywanej sprawy jest zależność objawów od wieku osobnika, a mianowicie: koło 6—10 roku życia występuje suche łuszczenie naskórka, koło 10—14 nadmierne wydzielanie tłuszczu jedno-

częśnie z łuszczeniem, w okresie dojrzewania płciowego łojotok twarzy i trądzik; koło 25—30 roku niekiedy i wcześniej wyluszczenie u mężczyzn, koło 40—50 trądzik różowaty (acne rosacea), na starość objawy Kerose'ly zwykle słabną i ustępują. Jeżeli sprawa jest niepowikłana, to zmiany anatomiczne są prawie niedostrzegalne; zdają się polegać na zgrubieniu warstwy rogowej i ścięczeniu warstwy Malpighi'ego. Za pomocą ogólnego i miejscowego leczenia można złagodzić, a nawet prawie zupełnie usunąć objawy Kerose'ly. Leczenie zewnętrzne polega na stosowaniu siarki, dziegciu, ichtiołu, rezorcyny, kamfory, kalomelu; stosujemy te środki w rozczyinach, mydłach, pastach, jako puder; maść bywa zwykle źle znoszona; naznaczamy również kąpiele siarczane, słone. Do wewnątrz podajemy tran, arsenik, fosfor.

Ann. de dermat. et de Syph. 1907 r., № 1.

*M. Paschalis.*

### **Poglądy współczesnych dermatologów na pochodzenie tocznia rumieniowatego (lupus erythematosus). A. Civatte.**

Redakcja ann. de dermat. et de Syph. rozstąpiła do znanych dermatologów zapytanie, co sądzą o etiologii tocznia rumieniowatego. Na zasadzie zebranych odpowiedzi okazało się, że prócz kilku (np. Lesser, Aubert, Dubreuilh) którzy nie wypowiedzieli swego zdania, wszystkich innych można podzielić na 3 grupy: pierwsza, do której należą między innymi Darier, Hallopeau, Thibierge, Herxheimer, Ducrey, Boeck, uznaje gruźlicze pochodzenie powyższej sprawy, druga (Doutrelepont, Jaddasohn, Joseph, Lassar, Pick, Unna, Jacquet, Mibelli i in.) nie zgadza się z tem zapatrywaniem; trzecia wreszcie (Neisser, Audry, Brocq, Gaucher i in.) przypisuje rolę przyczynową gruźlicy w niektórych tylko przypadkach.

Pierwsi przytaczają na poparcie swego twierdzenia co następuje: statystyka wykazuje, że toczeń rumieniowaty spotyka się prawie wyłącznie u osobników, dotkniętych gruźlicą lub obarczonych dziedzicznie; zwracają uwagę na współistnienie tocznia rumieniowatego z zapaleniem gruźliczem gruczołów chłonnych na szyi, przejście tocznia rumieniowatego w toczeń żrący (Herxheimer), w niektórych przypadkach zastrzyknięcie tuberkuliny wywoływało odczyn miejscowy a nawet polepszenie; badanie histologiczne wreszcie wykazało w toczniu rumieniowatym budowę właściwą sprawom gruźliczym. Przyczynę powstania tocznia rumieniowatego jedni upatrują w działaniu laseczników gruźliczych inni zaś w działaniu jądów, przez te laseczniki wytwarzanych.

Przeciwnicy gruźliczego pochodzenia tocznia odpowiadają, że jednoczesne istnienie tocznia i zmian gruźliczych nawet na skórze niczego jeszcze nie dowodzi; wśród bardzo wielu osobników, cierpiących na gruźlicę, toczniem dotknięta jest nieznaczna liczba; obecność komórek ołbrzymich nie może rozstrzygać sprawy na korzyść gruźlicy; wielu autorów po zastrzyknięciu tuberkuliny nie otrzymywało wcale miejscowego odczynu, lub występował on bardzo rzadko; nikomu jeszcze nie udało się wywołać u zwierząt gruźlicy przez zaszczerpienie im tocznia rumieniowatego. Według jednych toczeń rumieniowaty jest sprawą zakaźną, według innych należy do nerwie naczyńniowych (Mibelli, Jacquet); po-



dług Jacqueta sprawa ta jest w związku z cierpieniem zwoju szynowego nerwu współczulnego.

Wśród dermatologów, należących do 3-ej grupy, spotykamy różne poglądy; tak np. Neisser uważa za gruźlicę tylko formy ostre, Audry zaś — przewlekłe.

Ann. de derm. et de Syph. 1907 r. № 4.)

*M. Paschalis.*

### **Gruźlica płuc a choroby skórne.** S. C. Beck.

Na podstawie kilkuletnich obserwacji w sanatorium dla piersiowych pod Pesztem i danych statystycznych zwraca autor uwagę na częstość występowania schorzeń skóry u osób z gruźlicą płuc. Przypadki rzeczywistej gruźlicy skóry lub tuberkulidów są rzadkie; często natomiast spotykał: *acne vulgaris*, *eczema chronicum et seborrhoicum*, *folliculitis*, *pityriasis versicolor*, *pruritus universalis aut localis*. Mężczyźni wykazywali większy procent schorzeń, niż kobiety. Podwyższona wrażliwość skóry na zewnętrzne podrażnienia, skłonność do zaburzeń czuciowych stoi, zdaniem autora, w związku ze schorzeniem płuc.

M. f. D. T. 45 № 3.

*Leszczyński (Lwów).*

### **Doświadczalny przyczynek do powstawania barwika przyskórka.** W. Hellmich.

Dwa zapatrywania w tej kwestyi się ścierają. Jedni autorowie są zdania, że barwik powstaje w skórze właściwej (*cutis*), skąd dopiero, czy to za pomocą chromatophorów, jak chcą jedni, czy to z prądem limfy, jak sądzą drudzy, dostaje się do przybłonka. Inni natomiast twierdzą, że barwik przyskórka powstaje w komórkach przybłonkowych. Nowe światło rzuciły prace Meirowsky'ego (poprzednio tutaj referowane), w którego pracowni autor obecnie swe doświadczenia wykonał. Dwom czarnym królikom wygolil na grzbiecie miejsca wielkości dłoni i wystawił je na działanie słońca. Od piątego dnia skóra, poprzednio biała, zaczęła ciemnieć, a około 16 osiągnęła najciemniejsze zabarwienie, poczem zaczął się proces depigmentacji. Z miejsc obserwowanych wycinał autor co dnia po kawałku skóry i po ustaleniu barwii sposobem Pappenheima Unny. Wyniki zgadzają się ze spostrzeżeniami Meirowskiego:

W komórkach przybłonkowych w czasie powstawania barwika, rozróżnić można cztery okresy:

1) pomnożenie ilości i wielkości jąderek w jądrze.  
2) wystąpienie jąderek w protoplazmie i w przestwory międzykomórkowe.

3) równoczesne pojawienie się wolnej substancji jąderek i barwika w komórkach i w przestworach międzykomórkowych; zmniejszenie się ogólnej ilości substancji jąderek.

4) w komórkach i przestworach międzykomórkowych znajduje się już tylko sam barwik.

Na podstawie swych spostrzeżeń twierdzi autor (zgodnie z Meirowskim) że:

a) przyskórek posiada zdolność wytwarzania barwika.

b) substancją macierzystą barwika przyskórka jest substancja ja-derek.

Obszerny przegląd piśmiennictwa.

M. f. D. T. 45, № 3 i 4.

*Leszczyński (Lwów).*

### **Przyczynek do poznania lupus pernio.** B. Bloch.

Przypadek autora rozszerza znacznie pojęcie tej sprawy chorobowej.

Chory 23 letni: wywiady bez znaczenia. W r. 1903 początek choroby: obrzęk lewej górnej powieki. W następnym roku obrzęk za uchem lewym, obrzęk powiek dolnych, górnej powieki prawej, nasady nosa, gruczołów pod brodą i szczęką. Chrypka, guzki na podniebieniu miękkim i w krtani.

Stan 1/XII 1906. Twarz obrzękła guzowato, mianowicie powieki, nos, policzki. Skóra sino-czerwona, przy dotyku uczucie twardego obrzęku, w głębi nacieki już to rozlane, płaskie, już paciorkowate ku gruczołom. Wargi zgrubiałe, na ich wewnętrznej powierzchni pasma guzków, białawo przeświecających. Obrzęki i nacieki w błonie śluzowej nosa, gardła, krtani. Nacieki podskórne i guzki paciorkowate w tkance podskórnej i w poszczególnych mięśniach szyi, ramion, na tułowiu i na udach. Obrzęk okostnej 2 i 3 śródrezcza ręki prawej i na nadgarstku lewym. W narządach wewnętrznych lekki obrzęk śledziony i nieznaczne zęszczenie szczytu prawego. Badanie krwi wykazało hyperglobulię, hyperglobinnemię, nieznaczną leukocytozę. Przebieg intermityujący; okresy polepszenia objawów miejscowych i pogorszenia z objawami ogólnymi, gorączką do 40°, potami, prostracją. Wszelkie leczenie bezskuteczne. Badanie mikroskopowe skrawków skóry: w głębszych warstwach skóry i w tkance podskórnej nacieki o budowie gruzelków. Rozszerzenie żył i naczyń chłonnych. W mięśniach ponadto bujanie endomysium i zanik włókien mięsnych.

Prętków gruźliczych nie znaleziono.

M. f. D. T. 45, № 4.

*Leszczyński (Lwów).*

### **Cutis verticis gyrata.** P. G. Unna.

Jadassohn opisał pierwszy i dotąd jedyny przypadek tej anomalii. Zaburzenie polega na tem, że na szczycie głowy (ciemie i część potylicy) skóra tworzy stałe fałdy, poprzedzielane bruzdami. Autor podaje do wiadomości trzy następne, przez siebie zauważone, przypadki i zwraca uwagę na następujące szczegóły. Dokładnie na szczycie głowy skóra tworzy całą swą grubością fałdy, względem podstawy przesuwalne, które z trudnością rozprostować się dają, jednak po ustaniu siły działającej wracają do pierwotnej wysokości. Szczyt fałdów wskutek rozbieżności włosów jaśniejszy, brzoźdy wskutek zbieżności ciemniejsze. Fałdy te zajmują przestrzeń 6—10 cm. w średnicy i zewnętrznym wyglądem nader przypominają zwoje mózgowe; nie są one wywołane przez nagroma-

dzenie tłuszczu. Skóra nie okazuje żadnych zmian chorobowych. Żaden z pacjentów nie zdawał sobie sprawy z ich istnienia ani powstania.

M. f. D. T. 45, № 5.

*Leszczyński (Lwów).*

### **Połączenie działania promieni Röntgena i franklinizacji w leczeniu tocznia.** F. Winkler.

Dwa spostrzeżenia służyły autorowi za punkt wyjścia przy skombinowaniu swej metody. Po pierwsze, że po naświetleniu miękką rurą ulegają guzki tocznia elektywnie nekrozie. Po wtóre doświadczenie, że pod wpływem elektrostatycznych zabiegów goją się nader szybko owrzodzenia i to atoniczne, jak wrzód podudzia, wrzód po Röntgenie.

Postępowanie autora przedstawia się następująco:

a) naświetlenie tocznia miękką rurą przez 10 minut dla spowodowania nekrozy guzków. W razie potrzeby powtórne posiedzenie.

b) gdy po kilku dniach pożądany efekt nastąpi, rozpoczęcie leczenia elektrostatycznego. Mianowicie (ewentualnie po zapędzowaniu rozczynem suprareniny z nowocainą) wyladowanie pędzlem elektrycznym przez 10 minut, potem przez 2 — 3 minut małymi iskrami. Opatrunek rozczynem kwasu bornego. Posiedzenia codzienne.

M. f. D. T. 45, № 5.

*Leszczyński (Lwów).*

### **Umiejscowienie dermatitis herpetiformis Dühring.** C. Boeck.

Autor uważający Derm. herp. Dühring za jednostkę chorobową, podnosi jako jej cechę wprost patognomoniczną pewne stałe jej umiejscowienia. Stałe spotyka się zajęte dwie okolice: łokiec i kość krzyżowa. Często, lecz nie zawsze: okolica pod kolanami, od kości krzyżowej w górę wzdłuż kręgosłupa, pośladki, okolica łopatek i pachy, zewnętrzna strona przedramienia. Głowa, twarz rzadko bywają zajęte, przednia część tułowia, podudzia prawie nigdy.

M. f. D. T. 45, № 6.

*Leszczyński (Lwów).*

### **Miejscowe znieczulenie prądem elektrycznym.** F. Winkler.

Stefan Leduc wprowadził do lecznictwa prąd stały przerywany (? intermittirender Gleichstrom) o niskim napięciu.

Prace jego wykazały, że za pomocą tego prądu można uzyskać „sommeil électrique“ stan podobny do narkozy, w czasie którego zwierzę czy człowiek ulega ogólnemu znieczuleniu. Stan taki podtrzymanym być może bez żadnej szkody przez kilka godzin, z chwilą przerwania prądu przytomność wraca.

Katodę daje się na czoło zwierzęcia, anodę na grzbiet; siła prądu 2 miliampery; liczba przerywań 100 w sekundzie.

Leduc otrzymywał też miejscowe znieczulenie skóry w obrębie pewnych łatwo dostępnych nerwów (medianus). Autor prowadził dalej jego doświadczenia i doszedł, że gdy obie elektrody blisko (1—2 cm.) ustawimy i zamknijemy prąd o 2 miliamperach, mięśnie ulegają tetanicznemu skurczowi, a nad nimi położona skóra jest znieczulona. Znieczulenie to zależy prócz od siły prądu i liczby przerywań, także właśnie od skurczu mięśni.

Autor wykorzystał to miejscowe zmiezczenie przy epilacji elektrolitycznej. Ponadto zauważył, że świąd znika w czasie przechodzenia prądu przerywanego i nie wraca po ustaniu prądu. To działanie daloby się wykorzystać przy pruritus localis, urticaria.

M. f. D. T. 45, № 6.

*Leszczyński (Lwów).*

#### **Przyczynek do protetyki parafinowej.** W e d e r h a k e.

Praca autora przynosi pewne poprawki w składzie masy; do protezy miękkich części poleca następującą mieszaninę.

Do 10 gr. twardej parafiny o 58° topliwości, dodać 1 gr. czystego nie wulkanizowanego kauczuku, ogrzewać w parownicze, aż parafina zacznie wrzeć, pałeczką szklaną rozcierać kauczuk, aż się zupełnie rozpuści, co zwykle w 5 minut się dzieje. Zaś masę odpowiednią do zastąpienia ubytków kości, chrząstki, jak na nosie, uszach, otrzymuje on, dodając do powyższej stopionej mieszaniny kauczuku z parafiną jeszcze 1 gr. calcii carbonici praecipitati, który powoli, dosypując dokładnie, rozciera. Obie mieszaniny otrzymać też można gotowe do użytku, sterylizowane od firmy Dr. Degen und Kuth (Düren-Rheniland).

D. m. W. 1907, № 40.

*Leszczyński (Lwów).*

### b) SYFILIS.

#### **Serodyagnostyka w kile.** M. W a s s e r m a n n, G. M e i e r.

W roku zeszłym podali A. Wassermann, A. Neisser i C. Bruck swą metodę serodyagnostyczną w kile (ref. w Przeglądzie II, № 2), opierającą się na zasadzie, że mieszanina antygenu kilowego z niwecznikami kilowymi wiąże dopełniacz (komplement). Gdy przeto do takiej mieszaniny dodamy system haemolityczny (t. zw. surowicę haemolityczną i odpowiednią krew) nie będziemy mogli obserwować zjawiska haemolizy. Z wystąpienia tedy haemolizy lub jej powstrzymania możemy wnioskować, czy użyty antygen, względnie niweczniki, były rzeczywiście pochodzenia kilowego. Ponieważ manipuluje się pięcioma odczynnikami, przeto ogromnie trudno uchronić się od błędów. Autorowie zajmowali się szczegółowo każdym ze składników, jego otrzymywaniem, sposobem użycia, możliwymi błędami, i ważne te drobiazgowo przepisy w oryginale przeczytać należy.

W rezultacie podają sposób postępowania, przy pomocy którego z względną pewnością można orzec, czy w badanym materiale znajdował się antygen lub niweczniki kilowe, czy innemi słowy badany materiał był pochodzenia kilowego.

D. m. W. 1907, № 32.

*Leszczyński (Lwów).*