



www.dlibra.wum.edu.pl

Dr. Feliks Malinowski



Choroby weteryczne

TOM I

PRZYMIOT

PRZYMIOT

(SYFILIS).

Wydawnictwo Państwowe

Wydawnictwo Lekarskie



WARSZAWA

Wydawnictwo Państwowe

1940



www.dlibra.wum.edu.pl

BIBLIOTEKA
Szpitala im. Karola i Marii

Dla Dzieci

Nr. 336

Dr. Feliks Malinowski.

Choroby weneryczne
TOM I.

Przedmowa do tomu pierwszego.

PRZYMIOT

(SYFILIS)

□ Z 50 rysunkami w tekście □
i 30 tablicami trójkolorowymi.



WARSZAWA.

SKŁAD GŁÓWNY W KSIĘGARNI GEBETHNERA I WOLFFA.

1908.



www.dlibra.wum.edu.pl

**Biblioteka Główna
WUM**

BK 126/18

275,00 zł

Druk. Edward Nicz i S-ka, Warszawa, Nowy-Świat 70.



www.dlibra.wum.edu.pl



Przedmowa do tomu pierwszego.

Niniejszą książkę wydaję ze względu na brak w polskim piśmiennictwie odpowiedniego dzieła.

W założeniu postawiłem sobie opracować przedmiot w taki sposób, iżby stał się dostępny dla każdego lekarza, a nawet słuchacza medycyny.

Materyał kliniczny dostarczyło mi moje ambulatoryum w Szpitalu Ś-go Łazarza, a badania anatomo-patologiczne przeprowadziłem w pracowni uniwersyteckiej pros. Z. Dmochowskiego.

Ze względu na charakter materyału i założenie dzieła obszerniej traktowałem przymiot skóry i dostępnych do badania błon śluzowych, niż przymiot narządów wewnętrznych.

Chcąc uplastyczyć opisy anatomo-patologiczne i kliniczne, opatrzyłem książkę w 50 rysunków w tekście i w atlas, składający się z 30 wójkolorowych tablic. Malowidła i rysunki wykonał artysta-malarz p. Kowalczewski, a tablice i cynkotypy zakłady Huśnika w Pradze Czeskiej.

Autor.

Warszawa, w Listopadzie 1908 roku.

SPIS RZECZY.

	<i>Str.</i>
WSTĘP.	
Przymiot i jego rozprzestrzenienie	1
Krótki rys historyczny	4
Pasorzyt syfilisu	10
Dane historyczne	10
Morfologia i biologia krętka bladego	11
Barwienie krętka bladego	14
Okresy i charakter przymiotu	20

CZĘŚĆ PIERWSZA.

Okres pierwszorzędowy.

Wrzód pierwotny	27
Sposoby powstawania przymiotu nabytego	27
Okres wylegania	29
Wygląd wrzodu pierwotnego	30
Typowy twardy szankier	31
Nietypowy twardy szankier	33
Właściwości szankra twardego, zależne od umiejscowienia	39
Cierpienia układu chłonnego	47
Gruzoły	47
Zapalenie naczyń chłonnych	50

	<i>Str.</i>
Rozpoznanie	52
Rozpoznanie różniczkowe	54
Rokowanie	61
Anatomia patologiczna	63
Wrzód pierwotny	63
Układ chłonny	72
Leczenie miejscowe	74

Okres drugorzędowy.

Ogólna charakterystyka	85
Wysypki skórne	89
Ogólna charakterystyka	89
Wysypka plamista	92
Ogólna charakterystyka	92
Odmiany	94
Wznowy	95
Rozpoznanie	96
Wysypka grudkowata	99
Ogólna charakterystyka	99
Wysypka grudkowata zwykła	100
Wysypka grudkowato-soczewkowata	101
„ wielko-grudkowata	102
„ drobno-grudkowata	103
„ grudkowato-blaszkowata	103
Wysypka grudkowato-łuskowata	104
Wysypka grudkowato-łuskowata na dłoniach i stopach	105
Wysypka grudkowato-nadżerkowata	107
„ grudkowato-guziczkowata	110
Wysypki grudkowe późne	111
Rozpoznanie	111
Rokowanie	114
Wysypka wrzodziasta	114
Bielactwo i czerniaczka skóry	118
Bielactwo zanikowe skóry	120
Łysienie	121
Opis	121
Rozpoznanie	123
Rokowanie	124
Zanokcica i przynokcica	125
Zanokcica	125
Przynokcica	127
Wysypki śluzowe (moknące)	129
Ogólna charakterystyka	129
Wysypka nadżerkowata	131

	<i>Str.</i>
Wysypka grudkowato-nadżerkowata . . .	132
" " przerostowa . . .	134
" wrzodziasta.	134
Wysypki moknące na organach płciowych	135
u kobiet	136
u mężczyzn	140
Wysypki moknące u otworu kiszki stolcowej.	142
" " w jamie ustnej i gardzieli	143
Ogólna charakterystyka	143
Wysypka nadżerkowata	145
" grudkowato-nadżerkowata i grud-	
kowato-przerostowa	148
" wrzodziasta.	148
Wysypki moknące w krtani, nosie, uchu, oku i t. d.	149
Krtani	149
Nos.	150
Ucho	150
Oko.	150
Sutki i brodawki ich	150
Pachy	150
Pępek	150
Palce nóg.	151
Łuszczyca jamy ustnej	151
Cierpienie układów	153
Układ chłonny	153
" ruchowy.	155
" nerwowy	159
Narządy zmysłów	162
Układ krwionośny.	165
" oddechowy	168
" trawienia.	168
" moczopłciowy.	170
Gorączka	172
Rozpoznanie i rokowanie	176
Anatomia patologiczna	177
Plama	177
Grudka	181
Owrzodzenie.	194
Grudka moknąca	198
Leczenie miejscowe.	206
Wysypki plamiste i grudkowate	206
Owrzodzenia.	208
Łysienie	208
Zanokcica.	209
Przynokcica	209
Wysypki moknące.	209
Obrzmienie gruczołów i naczyń chłonnych.	211
Kości i mięśnie	211

	<i>Str.</i>
Oko	212
Łuszczyca jamy ustnej	213

CZĘŚĆ DRUGA.

Okres trzeciorzędowy.

Ogólna charakterystyka	217
Wysypki skórne i śluzowe.	222
Kilaki skóry	222
„ błony śluzowej.	226
Cierpienie układów.	229
Układ chłonny	230
„ ruchowy.	231
„ nerwowy.	237
Mózgowie.	237
Rdzeń kręgowy.	243
Nerwy.	246
Narządy zmysłów	247
Oko.	247
Ucho	249
Węch i smak	249
Dotyk	250
Układ krwionośny	250
Serce	250
Naczynia	251
Śledziona.	253
Układ oddechowy	254
Krtani	254
Tchawica.	254
Oskrzela	256
Płuca	256
Opłucna	257
Układ trawienia.	257
Jama ustna	258
Język	258
Przełyk	259
Żołądek i kiszki.	259
Rzyc	260
Ślinianki	260
Trzustka	261
Wątroba	261

	<i>Str.</i>
Układ moczopłciowy	266
Prącie	266
Cewka	266
Ciała jamiste	266
Jądra	267
Powróżek nasienny	268
Pęcherzyki nasienne	268
Gruzoł krokowy	268
Srom	268
Pochwa	268
Jajowody	269
Jajniki	269
Pęcherz	269
Nerki	269
Nadnercza	270
Gruzoł sutkowy	270
Przysadka mózgowa	270
Gruzoł tarczowy	270
Tkanka łączna miednicy	270
Rozpoznanie	271
Serodyagnostyka	273
Rokowanie	276
Anatomia patologiczna	279
Naczynia	279
Kilaki ograniczone	287
Kilaki rozlane	293
Leczenie miejscowe	299

Leczenie ogólne.

Krótki rys historyczny	303
Leczenie zapobiegawcze i poronne	308
Leczenie swoiste	310
Rtęć	310
Wcierania	316
Wstrzykiwania	318
Rozpuszczalne preparaty rtęci	320
Nierozpuszczalne preparaty	322
Wewnętrzny sposób	324
Okurzenie	327
Jod	327
Leczenie pomocnicze	332
Metoda leczenia	334

Przymiot wrodzony.

Nabywanie przymiotu.	341
Objawy wrodzonego przymiotu	346
Wysypki skórne i śluzowe	346
Cierpienie układów i narządów	355
Gruzoły chłonne	355
Stawy.	355
Kości	355
Mózg, rdzeń kręgowy i nerwy	356
Oko	358
Ucho	358
Serce i naczynia	358
Śledziona.	359
Płuca	359
Żołądek i kiszki	359
Wątroba	360
Trzustka	360
Nerki i przynercza	361
Jądra	361
Gruzoł tarczowy	361
Grasica	361
Rokowanie i leczenie.	362
Rokowanie	362
Leczenie	362

WSTĘP.

I. PRZYMIOT I JEGO ROZPRZESTRZENIENIE.

Przymiot współ z gruźlicą i alkoholizmem słusznie jest zaliczanym do trójcy plag rodzaju ludzkiego.

Przymiot jest chorobą ciężką, jak to później zobaczymy, rozpowszechnioną, zaraźliwą, ogólną i posiadającą swój typowy przebieg.

Szczególniej strasznymi są późniejsze objawy kiły. Główną ich ofiarą staje się układ nerwowy. Bardzo duża liczba tego rodzaju cierpień kończy się po dłuższym lub krótszym przeciągu czasu śmiercią, a spora pozostawia po sobie ciężkie kalectwa, jak bezwład, utrata wzroku, słuchu i t. p. Przymiot odgrywa również poważną rolę w etiologii cierpień organów krążenia, a także trawienia, wydzielania moczu i t. p. Kiła przenosi się na potomstwo.

Pod wpływem kiły dzieci umierają najczęściej jeszcze podczas ciąży, lub w pierwszych dniach i miesiącach po przyjściu na świat. Przymiot przodków, nie przechodząc nawet na następne pokolenia, upośledza je pod względem fizycznym i psychicznym. Szczęściem, że złe skutki przymiotu mogą być w znacznej mierze usunięte. Odpowiednie leczenie łagodzi przebieg kiły i zapobiega zazwyczaj jej późniejszym ciężkim objawom.

Kiła jest bardzo rozpowszechnioną. Niema kraju, gdzieby kiła się nie spotykała. Różnice jednak w ilości chorych mogą być znaczne, zależnie od rozwoju przemysłu i handlu, od

ogólnego dobrobytu, obyczajności i t. p. Najmniej chorych na przymiot posiadają podobno środkowe kraje Afryki, mające małą styczność z krajami cywilizowanymi. Najwięcej zaś kiła grasuje w ruchliwych miastach portowych, jak np. w Londynie, Hamburgu, Marsylii, wzdłuż handlowych dróg, np. traktów karawanowych Arabii i w przemysłowych miastach staro- i nowego świata, gdzie nędza proletaryatu sprzyja zarażaniu przymiotem i utrudnia walkę z nim.

Co się tyczy poszczególnych krajów, to w Stanach Zjednoczonych Ameryki północnej procent ludności zarażonej kiłą podają na 10%. Liczba ta w wielu państwach Ameryki południowej ma być większą. Szczególniej panuje przymiot w Meksyku.

Dużą ilością kiłowatych odznaczają się kraje Azyatyckie: Indyje, Chiny, Japonia, Persya, Armenia. W Arabii procent zarażonych przymiotem podają na 12% całej ludności.

W Anglii 1875 roku na 33 miliony mieszkańców liczba chorych na przymiot wynosiła 1,652,500 osób, co czyni mniej więcej 5%.

W obecnej chwili procent ten podobno nawet się podniósł.

We Francji, Włoszech, Niemczech i Austrii rozprzestrzenienie przymiotu jest prawdopodobnie nieco mniejsze, niż w Anglii.

W państwach tych naturalnie wielkie miasta prym trzymają. W Paryżu, według Mauriaca, zaraża się rocznie przymiotem 5000—8000 osób. W Berlinie Blaschko podaje tę liczbę mniej więcej na 5000 osób.

Gorzej od swych wielkich sąsiadów przedstawia się stan w Belgii, Portugalii, Hiszpanii i Turcyi, a nieco lepiej w Danii i w państwach Skandynawskich. Mało kiłowatych mają posiadać północne niemieckie kantony Szwajcaryi, podczas gdy południowe nie różnią się pod tym względem wiele od ościennych państw.

Przymiot bardzo jest rozpowszechniony w krajach słowiańskich. W Bośni i Hercegowinie, Serbii i Bułgarii kiła panuje endemicznie. Również w Rosyi grasuje ona nadzwyczaj nie tylko w miastach lecz i po wsiach wzdłuż Wołgi, w gub. Kurskiej, Astrachańskiej, Samarskiej, Wiatskiej, w stepach Kirgizkich, na Kamczatce i Syberyi.

Polskie dzielnice również są bardzo dotknięte tą klęską. Szczególniej często spotyka się przymiot w dużych miastach i przemysłowych centrach, jak Warszawa, Łódź, Kraków, Lwów, Poznań, Częstochowa, Zagłębie Dąbrowskie.

W Warszawie nie można ściśle oznaczyć liczby osób, zarażonych przymiotem, ze względu na brak danych statystycznych i nadzwyczajną trudność ich zebrania. Prawdopodobnie jednak stosunek ten do ogółu ludności przedstawia się gorzej, niż w Paryżu i Berlinie. U mnie w Ambulatoryum Szpitala Ś-go Łazarza w ciągu ostatnich sześciu lat leczyło się na przymiot nabyty 6,026 osób i na przymiot dziedziczny 311 osób. W tej pierwszej kategorii chorych uderza bardzo duża ilość kobiet—2,891 na 3,135 mężczyzn. Podobny stosunek obu płci, leczonych na kiłę w ciągu ostatniego sześciolecia, znalazłem na oddziałach Szpitala Ś-go Łazarza: 4,179 kobiet na 4,406 mężczyzn.

Sporą odsetkę, bo przeszło 15%, stanowili u mnie żydzi. Procent ten jest znacznym ze względu na liczebny stosunek ich do ogółu ludności i ze względu na posiadanie w Warszawie swego własnego szpitala i ambulatoryum. Dla tego też wątpię bardzo o zapobiegawczem znaczeniu obrzezania.

Choć zajęcie mężczyzn nie odgrywa przeważnie roli w nabywaniu przymiotu, jednak zaznaczę, iż najwięcej leczyło się na kiłę robotników fabrycznych i szweców.

Pomiędzy kobietami najliczniej według zajęć były reprezentowane prostytutki, zapisane w kontroli i tajne, a następnie szwaczki, robotnice fabryczne, praczki i służące.

II. KRÓTKI RYS HISTORYCZNY.

Przymiot ze względu na znaczenie jego dla rodzaju ludzkiego był zdawna przedmiotem dociekań bardzo wielu uczonych. Lecz o ile nasze wiadomości znacznie posunęły się w kierunku poznania istoty tej choroby, jej przejawów i leczenia, o tyle w historii jej znajdujemy jeszcze po dziś dzień wiele niewyjaśnionych punktów. Nawet co do pochodzenia ogólnie przyjętej w początkach XVII-go wieku nazwy „syfiliś“ istnieje kilka zdań. Jedni wyprowadzają ją od greckiego słowa „σιφίλις“, co znaczy brak, niedokładność, inni od imienia pewnego pasterza, który pierwszy miał być dotknięty tą chorobą, to znów od greckich słów: „σίς“ i „φιλίς“. Przed XVII-em stuleciem przymiot był znany pod najrozmaitszymi nazwami w różnych krajach, np. pudendagra, lub mentulagra, choroba św. Rocha, św. Benona, lub św. Kolumba, a najczęściej pod nazwą choroby tego kraju, skąd przymiot przywędrował. Holendrzy i Anglicy nazywali syfiliś chorobą hiszpańską, francuzi—chorobą neapolitańską, niemcy—chorobą francuską, rosyanie—chorobą polską i t. d. W Polsce, jak podaje Bloch, używano w różnych czasach następujących synonimów dla oznaczenia syfilisu: przymiot, kiła, francza, franca, francuzi, niemoc neapolitańska, francowata choroba, niemoc francuska, francuza, francowata niemoc, krosty francowate, francuski gościec, francuska ospa, pani franca, choroba francuska, francya, hiszpańska ospa, ogólna franca, dworska niemoc, dworska choroba, przymiot dworski, choroba syfilityczna, francuska świerzba, choroba weneicyzna, lubieżna choroba, weneryczna zaraza, wenerya, niemoc weneryczna, kwarciana ospa, ospa dworska,

ospice albo niemoc kurewników i cudzołożników, choroba przymiotowa, katar kanoniczny, zaraza syfilityczna, przymiotnica.

Do tej pory również nie jest dokładnie wysświetlone pytanie, kiedy i przy jakich okolicznościach zjawił się po raz pierwszy przymiot. Dawniej przypuszczano, iż powstał jako kara za grzechy ludzkie, szczególnie sodomie, lub skutkiem wpływu gwiazd. Bardzo wielu zwolenników znalazło zapatrywanie, iż przymiot przywieźli Hiszpanie z Ameryki, a rozniosło go po świecie wojsko Karola VIII-go, króla francuskiego. Najwłaściwszem jest twierdzenie, iż kiła istnieje tak dawno, jak i ród ludzki, a tylko rozpowszechniła się epidemicznie w końcu XV-go wieku. Istnieją liczne i wiarogodne dane, że kiła istniała w świecie historycznym przed końcem XV-go wieku. Wprawdzie opisy kiły z tych czasów są czasem niewyraźne i niedokładne, jednakowoż nawet w piśmiennictwie z epok najdawniejszych istnieje sporo mniej lub więcej przekonujących dowodów. Przytoczę choć ważniejsze z nich.

W ksiązkach chińskich już na 2¹/₂ tysiąca lat przed narodzeniem Chrystusa spotykamy najrozmaitsze dokładne opisy kiły.

To samo można powiedzieć o pamiętnikach japońskich z IX-go wieku przed naszą erą.

W papirusach egipskich, pochodzących mniej więcej z XVI-go stulecia przed naszą erą, wspomina się o konstytucjonalnej chorobie „Uchedu“, która wywołuje plamistą wysypkę na skórze, powoduje cierpienie oczu, ust, kości i miejsc naokoło odbytnicy.

Mojżesz w rozdziale o karach za zaniedbywanie obrzędów religijnych opisuje cierpienie około kiszki odchodowej, które można przyjąć za płaskie lepieże.

W Indjach już na 800 lat przed naszą erą znano według wszelkiego prawdopodobieństwa przymiot pod nazwą perskiego ognia i leczono go rtęcią.

W dziełach Hippokratesa znajdujemy sporo opisów, które najwidoczniej odnoszą się do kiły.

Dion Chryzostom grozi mieszkańcom Tarsu karą Afrodyty w postaci choroby, pociągającej za sobą utratę nosów.

Również w „Morbus campanus“ Horacego można upatrywać kiłę.

Celsus w I-ym wieku po Chrystusie opisuje dokładnie

owrządzenia części płciowych, to czyste i suche, to wilgotne i ropiejące, owrządzenia ust, migdałów i nosa.

Dość są również charakterystyczne dla przymiotu opisy przytaczane przez Galena Juwenala i Martialisa.

Przymiotem prawdopodobnie zaraził się Nero, u którego zjawiała się wysypka plamista i widocznie ciekące łepieże płaskie.

W wiekach średnich rozszerzaniu się przymiotu sprzyjały wojny krzyżowe i związane z nimi częste przemarsze wojsk, żądnych uciech zmysłowych. To też współcześni pisarze lepiej zaznajomili się z kiłą i dokładniej ją przedstawili. Bez wątpienia wiele opisów pod nazwą trądu (lepra albo elephantiasis) należy odnieść do przymiotu.

W rękopisie z IX w., odszukanym przez Daremberga, spotykamy żywo przedstawione łepieże płaskie na częściach płciowych i naokoło odbytnicy.

Arabscy uczeni (Rhazes w IX w. i Awicenna w XI w.) odróżniają szankry twarde od miękkich. Gariopontus przytacza opisy cierpień odbytu w postaci łepieży, krost i pęknięć.

Brunus Longoburgensis (1252 r.) odróżnia wrzody twarde i miękkie.

Donato Velluti i Hugon z Sieny opisują chorych z najrozmaitszymi wykwitami przymiotowymi.

Friedberg podaje, że w protokołach klasztoru św. Wiktora w Moguncyi z r. 1472 znajduje się prośba śpiewaka, proszącego o uwolnienie go od obowiązków dla leczenia choroby, zwanej „Mala francos“.

Piotr Olaus twierdzi, iż w Danii już w 1483 r. grasowała choroba, zwana „Morbus gallicus“.

Piotr Anglerius ubolewa w 1487 roku nad cierpieniem Ariusa Luzytańczyka, zwanem „Morbus gallicus“.

Franciszek Delicado twierdzi, że w Rapalo panowała kiła już w r. 1488 i przez majtków Kolumba była zawleczona do Ameryki.

Bapt. Fulgosi, doża genewski, podaje, iż na dwa lata przed wkroczeniem Karola VIII do Włoch istniała tam kiła, zawleczona przez Hiszpanów z Etyopii.

Mikołaj Scyllatius stwierdza, iż Morbus gallicus była mocno zakorzenioną w Barcelonie już w roku 1494.

W Polsce, według słów Friedberga, kiła istniała już przed końcem XV wieku, gdyż, sądząc z opisu Janka z Czarn-

kowa, Mikołaj, biskup poznański, umarł w 1382 roku na przymiot.

Strykowski twierdzi, iż kiła istniała w Polsce już 1493 roku.

Bielski zgadza się ze zdaniem Styjkowskiego i podaje, iż francę przyniosła do Krakowa z Rzymu pewna białogłowa, która tam na odpust chodziła.

Nieco odmiennego zdania jest Oczko. Według niego, dworska niemoc albo przymiot zjawił się w Polsce 1498.

Od schyłku XV stulecia następuje nowa era w historii przymiotu. Szerzy się on prawie epidemicznie po całej zachodniej, a nawet wschodniej, Europie. Na rozprzestrzenienie się kiły wpłynęły w znacznej mierze dwa ważne zdarzenia w owym czasie: odkrycie Ameryki (1492 r.) i wyprawa Karola VIII, króla francuskiego, do Neapolu (1494 r.)

Odkrycie Ameryki oddziaływało na wzrost stosunków handlowych i przenoszenie szybkie zarazy. Wyprawa Karola VIII również przyczyniła się do rozszerzenia kiły. Przy wojsku jego znajdowała się duża liczba prostytutek. Miasta włoskie, szczególnie Rzym, były również nierządnicami przepelnione. Niechlujni i zmysłowi żołdacy najemni, wracając z wyprawy, roznieśli przymiot po Francji i sąsiednich krajach. W Niemczech i Szwajcarii kiła rozprzestrzeniła się w 1495 i 1496 roku, w Niderlandach, Danii i Anglii — 1496 r., w Szkocji — 1497 r., a w Czechach i Rosji — 1499 r.

Od tego też czasu datuje się również lepsza znajomość choroby i dokładniejsze opisy jej przejawów.

Jan de Vigo za czasów pontyfikatu Jana II, zmarłego: „Scabie, quam gallicam vocant, totus opertus“, wyróżnia wrzody, spowodowane przez przymiot i przez szankra, i uważa kiłę za chorobę, ogarniającą wszystkie części ciała.

Następnie jednak zaczęto mieszać szankra miękkiego z przymiotem, a to ze względu, iż obie choroby powstawały na częściach rodnych zazwyczaj skutkiem spółkowania i nadto często jednocześnie dotykały organizm. Zwolna też zacierały się różnice pomiędzy szankrem miękkim i pierwotnym objawem przymiotu, i widziano we wszystkich tych objawach jedną chorobę: „morbus gallicus“. Te fakty, iż pomimo wrzodów pierwotnych nie spostrzegano dalszych objawów kiły,

starano się objaśnić skuteczną kuracją, która się w owych czasach odznaczała szczególniejszą energią.

Pierwszym pisarzem w duchu unitarystycznym, t. j. utożsamiającym szankra miękkiego z przymiotem, był Jerzy Vella (1508 roku). Pogląd ten przetrwał aż do czasów Huntera. Należy jednak zaznaczyć, iż te dwa pojęcia szankra miękkiego i przymiotu nie zlewały się zupełnie; gdyż przyjmowano kiłę za chorobę, niedawno poznaną, gdy szankier był znanym starożytnym. Wahania te i wątpliwości przebijają z prac poprzedników i współczesnych Huntera.

Hunter w 1786 roku wyodrębnił wyraźnie z pomiędzy rozmaitych owrzodzeń na prąciu twardego szankier (Hunterowski szankier). Zły wpływ rtęci na najrozmaitsze owrzodzenia pobudziły Huntera do odróżniania ich od przymiotowych.

Ricord w 1831 roku rozpoczął szereg swych wiekopomych doświadczeń. Wyodrębnił on z owrzodzeń szankra twardego i miękkiego. Szankier twardego raz tylko w życiu może się zjawić i wywołuje niechybnie zakażenie ogólne organizmu. Ricord twierdził jednak, że kiła nie daje się przeszczepić zwierzętom, zaprzeczył zaraźliwości wtórnych i trzeciorzędowych objawów przymiotu i uważał syfilityków za bezwzględnie odpornych względem zarazki kiłowego.

Bassereau w 1852 roku przyjmował również oddzielny zarazek dla szankra miękkiego i dla przymiotu, a zarazem wykazał zaraźliwość objawów wtórnych przymiotu.

Rollet ostatecznie ugruntował teorię o dwoistości jądów. Stwierdził on, iż szankier przymiotowy nie może być zaszczeplony osobnikowi, dotkniętemu kiłą, zaś szankier miękki można mieć w życiu wielokrotnie. Rollet te przypadki, w których po przebiegu szankra miękkiego występowały objawy ogólnego przymiotowego zakażenia, objaśniał zarażeniem mieszanem.

Następnie doświadczenia Martineau i Hammonica na małpach, a także doświadczenia Turenne'a, Klebsa i w późniejszym czasie Miecznikowa, Neissera, Fingera, Zabołotnego i innych stwierdziły, iż przymiot można przeszczepiać zwierzętom, przytem nawet trzeciorzędowe produkty kiły okazały się zaraźliwymi (Neisser, Finger).

Również sprawa wtórnego zarażenia (reinfectio) przymiotem jest już obecnie rozstrzygnięta twierdząco, a to na

zasadzie licznych spostrzeżeń, w których syfilitycy w kilka lat po pierwszej infekcyi powtórnie zarażali się kiłą, i również na zasadzie licznych i przekonujących doświadczeń Queyrat'a, Gaucher'a, Fingera i innych.

Sprawę poznania istoty przymiotu znacznie posunęły naprzód dokonane w ostatnich latach badania nad wynalezieniem swoistego zarazka kiły.

O wszystkich tych zdobyczach pomówimy obszerniej w odpowiednim miejscu.



III. PASORZYT SYFILISU.

Dane historyczne.

Astorn i Cazanave byli pierwszymi uczonymi, którzy wygłosili przypuszczenie, iż przyczyną przymiotu są „małeńkie żyjątko.“

Donné 1837 r. znalazł w ropie pierwotnych owrzodzeń przymiotu pasorzyta, którego nazwał „vibrio lineola.“ Był on prawdopodobnie znanym nam krętkiem pospolitym.

W ciągu ostatnich 27 lat blisko 30 drobnoustrojów przyjmowano po kolei za swoiste dla kiły.

Z pomiędzy nich na uwagę zasługują laseczniki Klebsa, obdarzone powolnym ruchem i nazwane przez niego helikomonadami. Stają się one jakoby przy dalszym rozwoju spiralnymi. Lustgarten w 1884 r. odnalazł we wrzodach pierwotnych, w łepieżach płaskich i kilakach laseczniki, zbliżone z wyglądu do gruźliczych. Klemperer wykrył również w wydzielinie z łepieży płaskich na organach płciowych laseczniki identyczne z Lustgartenowskimi, lecz spotkał je zarazem w smegmie.

W następnym roku Disse i Tag otrzymali z wrzodów pierwotnych i łepieży płaskich krótkie laseczniki i szczepili hodowle ich białym myszom, królikom, owcom i psom. Na miejscach szczepienia tworzyły się stwardnienia, a następnie zjawiały się trzecie rzędowe objawy, jak kilaki w organach wewnętrznych i próchnienie kości czaszkowych. Zaciekawienie wzbudziły hodowle z nasienia syfilityków, otrzymane w 1902 roku przez Josepha i Piorkowskiego na łożyskach. Szczepy składały się z laseczników, na jednym końcu kol-

bowato zgrubiałych i często ziarnisto zwyrodniałych. Okazały się potem te drobnoustroje lasecznikami rzekomo błoniczymi.

W tymże roku Bordet i Gengou znaleźli w pierwotnem owrzodzeniu i w łepieżach płaskich krętka bladego, lecz nie przywiązywali wielkiej wagi do swego odkrycia.

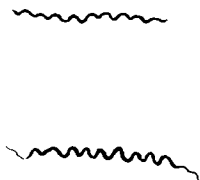
Nakoniec w kwietniu 1905 roku Schaudinn i Hoffmann ogłosili wyniki swych badań o nowym pasorzycie przymiotu — krętku bladym.

Krętek blady (*spirochaete pallida*) narobił wielkiej wrzawy w świecie naukowym. Rozpoczęto przeprowadzać nad nim ściśle badania. W setkach prac, jak Paschena, Miecznikowa i Roux'a, Krausa, Oppenheima, Lipschütza, Krzyształowicza i Siedleckiego, Zabołotnego, Levaditi'ego, Karwackiego i innych, stwierdzono obecność krętka bladego w przeważającej liczbie tworów kiłowych u ludzi i również w przymiocie doświadczalnym u małp. Znajdowano go często nie tylko w produktach kiły pierwszorzędowej, drugorzędowej i dziedzicznej, lecz i trzeciorzędowej. Ponieważ w zmianach niekiłowych nie udało się wykryć istotnego krętka bl., lecz niekiedy tylko pasorzyty bardzo do niego zbliżone, przeto brakuje jeszcze tylko czystych hodowli *sp. pallida* i doświadczeń z nimi, żeby krętek ten niewątpliwie został uznany za swoisty pasorzyt przymiotu.

Morfologia i biologia krętka bladego.

Krętek blady (rys. 1), nazwany tak ze względu na nikłą budowę, słabe załamywanie światła i słabe powinowactwo barwnikowe, posiada długość, według obliczeń Ploegera, od 4 do 20 *m.*, szerokość zaś $\frac{1}{4}$ *m.* W porównaniu do krętka pospolitego skręty jego są strome, głębokie, regularne. Liczba skrętów u jednego osobnika wynosi od 2 do 18. Krętki z małą ilością zgięć spotykają się rzadziej, niż z większą. Według Krzyształowicza i Siedleckiego krętek blady, kurcząc się podczas ruchu, może dochodzić do grubości krętka pospolitego. Najrozmaitsze zewnętrzne wpływy, jak utrwalanie i barwienie, oddziałują na grubość ciała tego drobnoustroju: wyskok czyni je cieńszymi, a zaprawy i srebrzenie grubszymi. Końce krętka bladego są ostro wydłużone i, według Schaudinna i Mulzera, obdarzone jedną lub dwiema delikatnymi rzęskami. U większych osobników dają się spo-

strzedz miejsca nieco jaśniejsze od reszty ciała, przyjmowane za jądra. Występują one zazwyczaj w części mniej skręconej i z początku sprawiają wrażenie, jak gdyby krętek błądy był przerwany. Karwacki i inni uważają te jaśniejsze miejsca za produkt zwyrodnienia. Krętki mogą grubieć, zniekształcać się lub rozpadać na ziarna bryłkowane, co szczególnie często widziano u chorych, leczonych ręką. Pewne światło na tę



Rys. 1.

sprawę rzucają badania Wechselmanna i Löwenthala, Krzyształowicza i Siedleckiego, Schütza i Beera. Pierwsi badali krętki blade przy pomocy ultramikroskopu i stwierdzili w ciele ich ciemne i jasne przestrzenie, występujące kolejno. Schütz przy silnem oświetleniu za pomocą zwykłego mikroskopu zauważył, że pasma ciemne są dwa razy szersze od jasnych, a Beer widział nawet powstawanie wyraźnych paciorkowatych zgrubień u krętków białych, które były przechowywane bez dostępu tlenu w roztworze fizyologicznym soli kuchennej.

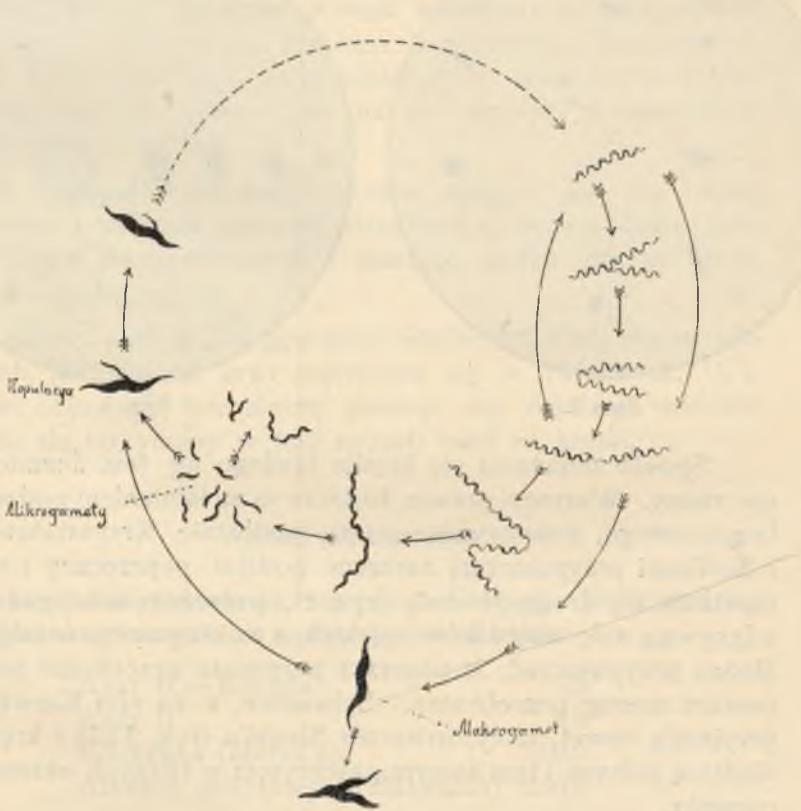
Otoczka u krętków białych uwidacznia się dopiero przy srebrzeniu, a także przy bejcowaniu. Występuje ona wtedy czasem w postaci podwójnego konturowania.

W kropli wiszącej z fizyologicznego roztworu soli kuchennej krętek błądy przedstawia się jako delikatna, blada, śrubowato zgięta niteczka, posiadająca ruchy dowolne różnego rodzaju: ruch obrotowy wokoło osi podłużnej, ruch postępowy i wsteczny i ruch zginający ciało (falowanie).

W fizyologicznym roztworze krętek błądy nie traci ruchów kilka, a nawet więcej dni. Po dodaniu gliceryny krętki w 5—10 minut tracą zupełnie ruchy dowolne, nie zmieniając jednak przez pewien czas swego wyglądu. Po godzinie mnicj więcej skręty się wygładzają, pasorzyt wyprostowuje się

i kurczy, a po upływie całej doby przybiera postać owalną, uważaną przez Schaudinna za formę spoczynkową.

Krętki przedostają się niekiedy do wnętrza komórek stałych lub ruchomych, zarówno do zarodki, jak i jądra; wywołuje to najczęściej zwyrodnienie komórki. Zwyrodnieniu ulegają najłatwiej komórki ruchome, a głównie wielojądrowe leukocyty. Na zwyrodnienie komórek działają prawdopodob-



Rys. 2.

nie toksyny, wydzielane przez krętki blade. Podrażnienie toksynami z początku może niekiedy wpływać na rozrost komórek—na tworzenie się tak zwanych komórek olbrzymich.

Finger zauważył, że ilość krętków bl., wykrywanych u danego osobnika, podlega wahaniom w ciągu dnia i nocy, wywnioskował też, że krętki blade nie pozostają stale w jednych organach.

Krętek bładny przechowuje się dobrze przez pewien czas w wydzielinach i wydalinach ludzkich (w ropie, moczu, nasieniu i t. p.), a poza odpowiednim dla jego życia środowiskiem szybko ginie.



Rys. 3.



Rys. 4.

Sposób mnożenia się krętka bładnego nie jest dostatecznie znany. Wszyscy prawie badacze są za istnieniem podziału bezpłciowego, dokonywanego się podłużnie. Krzysztalowicz i Siedlecki przypuszczają zarazem podział poprzeczny i rozmnażanie się drogą płciową (rys. 2), przyczem mikrogamety odgrywają rolę osobników męskich, a makrogamety żeńskich. Można przypuszczać, iż pasorzyt przymiotu przechodzi przez pewien szereg przeobrażeń. Schaudinn, a za nim Karwacki przyjmują nawet, iż cytorrhycetes Siegel'a (rys. 3 i 4) i krętek bładny są jednym i tym samym pasorzytem w różnych okresach rozwoju.

Barwienie krętka bładnego.

Barwienie krętka bładnego nie przedstawia zbyt wielkich trudności. Sposób przyrządzania preparatów zależy od rodzaju materiału.

Gdy twory przymiotowe są pozbawione naskórki (wrzody twarde, łepięże płaskie), przykładą się czyste szkiełko wprost do zmiany kiłowej. Ponieważ przy tym sposobie preparaty są bardzo zanieczyszczone najrozmaitszymi drobnoustrojami, przeto

lepiej jest naprzód gruntownie obmyć owrzodzenie fizyologicznym roztworem soli kuchennej, następnie zeszkrobać i usunąć tępe narzędziem warstwy powierzchowne, a badać dopiero zeszkrobinę warstw głębszych, gdyż w tych warstwach znajduje się zazwyczaj obfitsza ilość krętków białych. Lepiej jest, po zeszkrobianiu powierzchniowych warstw, uciskać z boków tworzy przymiotowe i brać do badania wydobywającą się ciecz. Można również wywołać wysięk surowiczy na powierzchni owrzodzenia za pomocą lekkiego lecz częstego drapania łożatką platynową. Dla otrzymania płynu do badania z wykwitów suchych dobrze jest na nie działać przyszczydłem w ciągu 6 — 8 godzin.

Z gruczołów chłonnych można wciągać sok do badań za pomocą nakłucia gruczołu strzykawką, wprowadzając igłę równoległą do powierzchni i masując zlekka gruczoł podczas wciągania płynu.

Krew, według Noeggeratha i Stachelina, bada się w taki sposób, iż 1 cm. sz. krwi rozcieńcza się w 10 cm sz. $\frac{1}{3}\%$ kwasu octowego, mieszaninę poddaje się działaniu wirówki i bada się otrzymany w taki sposób osad na krętki.

Sposób Schaudinna.

Do barwienia używa się płynu Giemzy. Najwygodniej przygotować barwnik o następującym składzie:

Azur II — Eozyna	3,0
Azur II	0,8
Gliceryna (Merck'a)	250,0
Alkohol metylowy (Kahlbauma)	250,0

Odczynnik ten rozcieńcza się przed użyciem wodą przekroploną w stosunku 1: 10.

Preparat przed barwieniem należy utrwalić w ciągu 15—20 minut w wysoku bezwodnym i barwić przygotowanym powyżej płynem w ciągu godziny. Schaudinn radzi utrwalać preparaty nie w wysoku, a nad kwasem osmowym.

Krętki barwią się na kolor fioletowo-różowy, a jądra komórkowe na mocno fioletowo-czerwony kolor.

Sposób Zabołotnego.

Preparat, utrwalony w wyskoku, poddaje się działaniu 5% kwasu karbolowego i barwi się, łagodnie szkiełko nagrzewając, w ciągu m. w. 15 minut, dolawszy na preparacie do 0, 1% azuru 0, 2% eozyiny.

Sposób Sachs'a i Oppenheima.

Na preparat wysuszony, lecz nie utrwalony, nalewa się barwnik, złożony z 10,0 nasyconego roztworu wysokowego fioletu gencyanowego i 100,0—5% kwasu karbolowego i zagrzewa się nad płomieniem aż do parowania.

Sposób Davidsona.

Preparat poddaje się działaniu barwnika, złożonego z szczypty krezylfioletu na 100 cm. sz. wody w ciągu $\frac{1}{2}$ —40 godzin.

Dla dokładniejszego uwydatnienia krętków białych, można przed barwieniem poddawać preparaty działaniu zapraw. Są to sposoby więcej złożone i dlatego też nie zawsze mogą być stosowane.

Sposób Proca i Vasilescu.

Cienko i równomiernie rozarty preparat po wysuszeniu traktuje się w ciągu 10 minut zaprawą, składającą się z 50,0 fenolu, 40,0 garbnika, 100 cm. sz. wody, do czego dodaje się 2,5 fuksyny zasadowej, rozpuszczonej w 100 cm. sz. wyskoku. Następnie zaprawę zmywa się wodą i barwi się w ciągu 1—5 minut świeżo przyrządzonym odczynnikiem, złożonym z 10,0 nasyconego roztworu wysokowego fioletu gencyanowego i 100,0 5% kwasu karbolowego.

Sposób Reitmana.

Preparat utrwała się w wysokoku, zmywa wodą i poddaje działaniu 2% kwasu fosforo-wolframowego w ciągu 5 minut, opłukuje wodą, wysokiem 70%, znowu wodą i barwi się nad płomieniem w zwykłej fuksynie karbolowej, następnie opłukuje wodą, wysokiem, znowu wodą, suszy i bada w balsamie.

Krętki blade barwią się na czerwono, jądra na mocno czerwono, a zaródź na blade czerwono.

Sposób Karwackiego.

Sposób ten, stanowiący modyfikację barwienia rzęskowego, zapobiega zanieczyszczeniu ściętym i silnie zabarwionym osadem surowicznym, który stale towarzyszy preparatom, bejcowanym wielu innymi sposobami.

Po dokładnem oczyszczeniu szkiełek wodą z mydłem i wysokiem, przeprowadza się je jeszcze przez płomień. Następnie rurką włosowatą kładzie się na szkiełko 10—15 kropek obok siebie wody przekrojonej, dokładnie wypalonym uszkiem igły platynowej bierze się ropę lub sok z produktów kiłowych i dotyka każdej kropli na szkiełku bez powtórnego dobierania ropy. W ten sposób w ostatnich kroplach ropa jest nadzwyczaj rozcieńczona. Po wyschnięciu preparat utrwała się na ogniu i poddaje działaniu bejcy Pepplera w ciągu 15 minut.

Bejca sporządza się w następujący sposób: 20,0 taniny rozpuszcza się na gorąco w 80 cm. sz. wody i po ostudzeniu dodaje się 15 cm. sz. 2,5% kwasu chromowego. Bejca powinna mieć 4—6 dni.

Preparat zmywa się wodą i barwi zwykłym karbolowym roztynem barwników anilinowych w ciągu 2—5 minut.

Jeżeli do barwienia był używany fiolet gencyanowy, to po zmyciu preparatu można nań w ciągu jednej minuty działać płynem Lugol'a i zmyć wodą. Preparat po wysuszeniu należy oglądać w balsamie kanadyjskim. Właściwy przedmiot poszukiwań stanowią ostatnie krople, gdyż pierwsze posiadają, zbyt gęsty osad. Krętki przy tém barwieniu występują wyraźnie.

Sposób Levaditi'ego.

Sposób ten, polegający na srebrzeniu krętków, służy do odszukania ich w skrawkach. W tym celu kawałki tkanek grubości 1 milim. 1) utrwała się w 10% formolu w ciągu doby, potem 2) wymywa się w wodzie i 3) przenosi na dobę do 96% wysokoku. Następnie stosuje się 4) kąpiel wodną i 5) kąpiel w azotanie srebra 1,5₀°—3% w ciągu 3 do 5 dni przy ciepłocie 38°, potem 6) wymywa się w wodzie przekroplonej i 7) kładzie kawałki tkanki na 1—2 doby przy ciepłocie pokojowej do kąpeli redukcyjnej o następującym składzie: wody przekroplonej 100 cm. sz., pirogallolu 2,0—4,0, formolu 5 cm. sz., i 8) po wymyciu w wodzie przekroplonej 9) zatapia w parafinie zwykłym sposobem.

Skrawki powinny być nie grubsze nad 5 μ . Można je wprost po zmyciu parafiny ksylolem rozpatrywać w balsamie kanadyjskim. Krętki barwią się na czarno i występują bardzo wyraźnie. Levaditi stosuje do srebrzonych preparatów następujące sposoby barwienia:

1). Działać płynem Giemsy w ciągu kilku minut, zmyć wodą, zróżniczkować wysokiem bezwodnym z dodatkiem kilku kropel olejku gwoździkowego, rozjaśnić olejkiem bergamotowym, zmyć ksylolem i przykryć balsamem kanadyjskim.

2). Zabarwić nasyconym rozczynek błękitu tolluidynowego, zróżniczkować wysokiem bezwodnym z dodatkiem kilku kropel mieszaniny etero-glicerynowej Unny, rozjaśnić olejkiem bergamotowym, zmyć ksylolem i przykryć balsamem kanadyjskim.

Sposób Levaditi'ego i Manouélian'a.

Różni się on od poprzedniego tem, że do kąpeli srebrnej, zawierającej 1% azotanu srebra, dodaje się przed samem użyciem 10% pyridyny i pozostawia się w niej kawałki tkanki na 2—3 godziny w ciepłocie 58°, wymywa się w 10% pyridynie i działa w ciągu kilku godzin następującym redukującym płynem: wody przekroplonej 100 cm. sz., pirogallolu 4,0, acetonu 10%, pyridyny 15%, przyczem aceton i pyridyna dodają się przed samem użyciem.

Skrawki można barwić błękitem Unny, albo według Schilimperta działać w ciągu 3—5 minut roztworem neutralrothu lub fuksyny karbolowej, rozcieńczonej 1:20 i następnie włożyć preparaty do 1% kwasu octowego.

Sposób Verse'go.

Dla usunięcia osadu srebra kładzie się preparaty, srebrzone metodą Levaditi'ego, do roztworu jodu w jodku potasu lub do 10% roztworu żelazocyanku potasowego i działa 20%—28% roztworem tiosiarczanu sodu, następnie przemywa się dokładnie preparaty wodą i barwi 1% roztworem zieleni jodowej, zmywa wodą, 75% wyskokiem, acetonem, olejkiem gwoździkowym, ksylolem i przykrywa balsamem kanadyjskim.

IV. OKRESY I CHARAKTER PRZYMIOTU.

Zarazek przymiotu, dostawszy się do organizmu ludzkiego i znalazłszy odpowiednie dla swego rozwoju podłoże, zaczyna mnożyć się. Przechodzi zazwyczaj kilkanaście dni, a nawet kilka tygodni, zanim na miejscu wejścia zarazka zjawi się odczyn tkanki w postaci krosty lub grudki. Pasożyty kiły, mnożąc się, rozprzestrzeniają się po organizmie drogą przestrzeni limfatycznych i naczyń krwionośnych. Po kilku tygodniach, a nawet po paru miesiącach, gdy pasożyty nagromadzą się w odpowiedniej ilości we wszystkich miejscach organizmu, zaczynają one wywoływać zmiany widoczne na skórze i błonach śluzowych. Zmiany te początkowo bywają powierzchowne i przelotne, a przy odpowiednich dla rozwoju pasożytów warunkach stają się głębszemi i uporczywszemi. Pasożyty w organizmie z czasem mogą wyginąć zupełnie.

Zaznaczony powyżej przebieg przymiotu pobudził badaczy do podziału jego na okresy. Za podstawę podziału przyjmowano albo kolejność objawów, stwierdzonych klinicznie, lub też budowę anatomo-patologiczną tworów kiłowych.

Kliniczną podstawę przyjął Ricord. Według Ricorda okres pierwszorzędowy (*accident primitif*) rozpoczyna się od utworzenia pierwotnego miejscowego objawu i przechodzi w okres drugorzędowy (*accidents secondaires*) z chwilą zjawienia się ogólnych powierzchownych objawów na skórze i błonach ślu-

zowych. Okres trzeciorzędowy (accidents tertiaires) występuje nie zawsze; zjawia się po paru, kilku, a nawet kilkunastu i więcej latach od chwili zarażenia i dotyka tkanki, przeważnie głębiej leżące.

Zauważono jednak, że, zamiast objawów okresu drugorzędowego, mogą występować odrazu zmiany trzeciorzędowe, lub zmiany obu tych okresów mogą istnieć współcześnie.

Przeto Baerensprung i następnie Virchow przyjęli za podstawę podziału na okresy budowę anatomiczną tworów przymiotu. Według ich twierdzenia objawy drugorzędowe zasadzają się na przekrwieniu i wysięku, gdy trzeciorzędowe można poczytywać za nowotworzenie.

Zeissl, stosownie do najcharakterystyczniejszych w obu okresach zmian, nazwał drugorzędowy okres Ricorda lepiejzym, a trzeciorzędowy kilakowym (ziarninowym).

Lanceraux rozróżnia w kilę cztery okresy: 1) okres utajenia choroby, który trwa od chwili zarażenia aż do ukazania się miejscowego pierwotnego objawu, 2) okres objawu pierwotnego, 3) okres objawów ogólnych (drugorzędowy okres Ricorda), 4) okres zmian kilakowych (trzeciorzędowy okres Ricorda).

Niektórzy autorowie wyodrębniali jeszcze jeden okres — charłactwa, jako następstwo zakażenia kiłowego, inni okres objawów kiły w wewnętrznych organach (Bazin).

Najodpowiedniejszym wydaje się podział Ricorda, który można przyjąć z pewnemi zmianami. Naturalnie, że ten podział, jak każdy inny, jest tylko sztuczny, lecz ułatwiający klasyfikację objawów kiły. Można go wyrazić w następujący sposób:

1-szy okres pierwotnego miejscowego objawu rozpoczyna się od czasu zarażenia, a kończy się z chwilą wystąpienia ogólnych objawów. Trwa on około 2 miesięcy.

2-im jest okres występowania powierzchownych objawów ogólnego zakażenia na skórze i błonach śluzowych.

Zmiany w głębokich tkankach mogą się zjawiać i w drugorzędowym okresie, lecz zazwyczaj szybko przechodzą, nie wywołując większego zniszczenia.

Okres ten trwa przeważnie przez kilka lat, choć może się skrócić do kilku miesięcy lub rozciągnąć na kilkanaście i więcej lat. Objawy okresu drugorzędowego zazwyczaj z cza-

sem słabną, wskazując, iż choroba dąży do zupełnego wygaśnięcia.

3-ci okres następuje przeważnie wobec niekorzystnych okoliczności życia i zaniedbanego leczenia. Objawy trzeciorzędowego okresu są w większości wypadków ograniczone do pewnych miejsc, dotyczą zwykle organów głębiej leżących i wywołują zmiany cięższe. Okres ten, jeśli występuje, to zazwyczaj rozpoczyna się w kilka lat po zarażeniu, choć może nastąpić po paru miesiącach, a nawet istnieć współcześnie z objawami drugorzędowymi.

Przymiot wszystkich trzech powyżej wymienionych okresów jest zaraźliwy choć w nierównej mierze. Wrzody pierwotne, a szczególnie ciekące lepiej płaskie, należą do bardzo zaraźliwych, gdy kilaki aż do ostatnich czasów były przyjmowane za niezaraźliwe. Wprawdzie Fournier i jego uczniowie wypowiadali inne zdanie, lecz nie mieli na to odpowiednich dowodów. Dopiero szczepienia małpom produktów trzeciorzędowych kiły, wykonane z dodatnim skutkiem przez Neissera i Fingera, wyświekliły ostatecznie powyższą kwestyę.

Można jeszcze przyjąć 4-ty okres—następstw po przebytej kile. Lecz okres ten, obejmujący dział t. zw. cierpień parazyfitycznych, nie będzie się tutaj, ściśle rzecz biorąc, odnosić.

Charakter kiły u każdego osobnika, a nawet każdego jej okresu, może być nadzwyczaj różnorodny. Przebieg kiły niekiedy bywa bardzo łagodny (*lues benigna*) i zasada się tylko na nielicznych, prędko przemijających i powierzchownych zmianach. W innych razach kiła od samego początku posiada charakter ciężki, złośliwy (*lues maligna*); zjawiają się głębokie i szybko rozpadające się owrzodzenia, zostają dotknięte głębsze i ważniejsze organy, a wysoka gorączka szybko dobija wyniszczony organizm. Taki lub inny przebieg nie zależy przypuszczalnie od mniejszej lub większej złośliwości pasorzytów, lecz od odporności organizmu, na którą się składa mnóstwo czynników, jak np. dziedziczność i warunki higieniczne, a w znacznej mierze leczenie. Przebyte choroby, szczególnie przewlekłe, niekorzystnie wpływają na przebieg kiły, gdy ostre choroby zwykle na pewien czas osłabiają natężenie jej objawów.

Należy przypuszczać, iż w samym organizmie wytwa-

rzają się środki ochronne, zwalczające działalność pasorzytów przymiotu.

Zupełnej odporności na kiłę ludzie nie posiadają: każdy człowiek może się zarazić przymiote. Nawet w przebiegu kiły odporność na nowe zarażenia jest tylko względna. Zarażenie powtórne (superinfectio) jest możliwe. W każdym jednak razie przymiot powtórny posiada zazwyczaj przebieg mniej lub więcej poronny.



Część pierwsza.

Okres pierwszorzędowy.

WRZÓD PIERWOTNY.

Sposoby powstawania przymiotu nabytego.

Zarażenie przymiotem może nastąpić tylko przy warunkach, sprzyjających przedostaniu się do organizmu pasorzytów swoistych. Nienaruszony naskórek i nabłonek bronią zarazkom przystępu, umożliwiając go zaś owrzodzenia, rany, pęknięcia i draśnięcia. Należy przypuścić, że długotrwałe dotykane płynami, zawierającymi zarazki, może zmacerować naskórek i ułatwić pasorzytom swoistym przenikanie do głębi tkanki; następuje to prawdopodobnie często przez gruczoły.

Zarazić się można bez względu na sposób przeniesienia pasorzytów, wiek, płeć osobnika i t. p. okoliczności.

Własności zarazków kiłowych utrzymywania się przez pewien czas przy życiu w wydzielinach i wydalinach sprawiają, iż przymiot udziela się nietylko drogą bezpośredniego zetknięcia organizmu chorego ze zdrowym, lecz również drogą pośrednią.

Zarażenie *bezpośrednie* ma miejsce najczęściej przy najrozmaitszego rodzaju stosunkach płciowych. Ilość zarażenia drogą płciowego obcowania wynosi podług statystyki Fourniera 93% wszystkich przypadków. W Serbii, Bośni, Hercegowinie i wogóle w krajach mało kulturalnych procent ten jest mniejszym ze względu na bardzo częste zarażenia bez udziału narządów płciowych, a u nas, zdaje się, większym.

Spółkowanie wytwarza takie okoliczności, które bardzo ułatwiają pasorzytom swoistym przedostawanie się z jednego organizmu do drugiego: bezpośrednie i długie zetknięcie i przekrwienie błony śluzowej organów płciowych, obficie od natury

unaczynionych, tworzenie się pęknięć, nadżarć, maceracya wydzielinami i t. p.

U mężczyzn, jak świadczy umiejscowienie pierwotnych objawów, zarazki przenikają najczęściej przez wewnętrzną powierzchnię napletka, szczególnie w brózdzie wieńcowej, przez wędzidełko i brzeg wąskiego, nie odprowadzającego się napletka, rzadziej znacznie przez skórę prącia, moszny, przez wylot cewki, kiszkę odchodową i t. p.

U kobiet pierwotne objawy umiejscawiają się przeważnie na wielkich i małych wargach, na spoidle dolnym i w zagłębieniu czołenkowatym, rzadziej zaś na części pochwowej macicy, w okolicach łechtaczki, u wejścia do pochwy, u wylotu cewki i u górnego spoidła warg wielkich, a w wyjątkowych tylko razach w pochwie.

W kiszce stolcowej u kobiet zdarzają się objawy pierwotne względnie często. Powstawanie ich w tem miejscu można objaśnić nietylko nienaturalnem spółkowaniem, lecz i ściekaniem odpływów z pochwy po spółkowaniu.

Skutkiem nienaturalnego spółkowania zjawiają się niekiedy u obu płci pierwotne objawy kiły na wargach ust, na błonie śluzowej dziąseł, języka, podniebienia, na skórze brzucha, pośladków, bioder, pach i t. p.

Niepośrednie zarażenie może mieć miejsce we wszystkich dostępnych okolicach ciała ludzkiego. Najczęściej zdarza się na ustach, skutkiem pocałunków, a także u osesków od kiłowatej karmicielki. Odwrotnie, często spotykamy u mamek objawy pierwotne przymiotu na brodawce sutkowej i jej okolicy, skutkiem karmienia kiłowatych dzieci. Bynajmniej nie należy do wyjątków zarażenie się lekarzy i akuszerki przy badaniach i rękoczynach, wykonywanych na osobach, dotkniętych przymiotem. Również trafiają się objawy pierwotne, powstałe od ukąszenia, spania z osobą chorą i t. p.

Pośrednie zarażenie kiłą najczęściej powstaje na ustach, a niekiedy na organach, znajdujących się w jamie ustnej, skutkiem użycia naczyń, zanieczyszczonych przez syfilityków. Spotykano zarażenie narzędziami leczniczymi, szczególnie w tych czasach, gdy nieznanem jeszcze było postępowanie przeciwnie. Trafiają się zarażenia przy szczepieniu limfy humanizowanej, obrzezaniu, tatuowaniu, używaniu odzieży noszonej i t. p. Również przy spółkowaniu organ płciowy jednego osobnika może służyć za roznościela zarazy, sam pozostając niezaka-

żonym. Czy pasorzyty takie, jak pchły, pluskwy i t. d., mogą przenieść zarazki przymiotu, nie posiadamy żadnych danych.

Przy przenoszeniu przymiotu drogą bezpośrednią lub pośrednią, najbardziej zaraźliwymi okazały się wydzieliny twardego szankra, lepieży płaskich i krew (w tych płynach znaleziono największą ilość krętków białych). Również przymiot może być przeniesiony przez mocz i nasienie; (w tych wydzielinach u syfilityków stwierdzono w ostatnich czasach obfitą ilość krętków białych).

Niekiedy nie udaje się odnaleźć pierwotnego objawu kiły, i choroba jakoby odrazu rozpoczyna się objawami ogólnymi. Tego rodzaju zapatrywanie o przymiocie samoistnym (*sypylis d'emblée*) jest najczęściej wynikiem niedokładnego, powierzchownego badania chorych. Objaw pierwotny mógł być nadzwyczaj małym lub umiejscowionym w okolicach, trudno albo wcale niedostępnym dla badania, np. w cewce, pod napletkiem przy stulejce, na macicy, migdale i t. p., mógł być przyjmowany za inne niewinniejsze cierpienie, np. opryszczki, owrzodzenie zapalne napletka, miękkie szankier i t. p. Niekiedy jednak najdokładniejsze dociekania nie doprowadzają do pozytywnych rezultatów, pozostawiając fantazyi odnalezienie wrót, przez które do organizmu przedostały się niepostrzeżenie swoiste pasorzyty kiły.

Okres wylęgania.

Przy kile, jak i przy innych zakaźnych chorobach, odróżniamy czas wylęgania, t. j. rozradzania się zarazków. Kresem jego jest chwila, kiedy powstaje na miejscu wtargnięcia pewien objaw, dostrzegalny dla oka.

Najkrótszy czas od zarażenia do wystąpienia objawu pierwotnego trwa kilka dni, choć notowano (Diday) przypadek jednodniowego wylęgania, najdłuższy zaś czas—do 3 miesięcy (Simonet i Le Fort). Najczęściej jednak, czy to po sztucznym zaszczepieniu przymiotu, czy też po zarażeniu, okres wylęgania trwa około 3 tygodni. Na długość tego okresu nie wywiera wpływu ani miejsce, na które się zarazki dostały, ani też miejsce i postać choroby, z której pochodzą. Pewien wpływ, zdaje się, może mieć tylko głębokość wniknięcia pasorzytów i uboczne drażniące czynniki, jak bakterye i skład-

niki, zanieczyszczające produkty kiłowe i powodujące przejściowe zmiany zapalne bezpośrednio po zarażeniu.

Należy przypuszczać, iż zanim jeszcze wystąpi pierwotny objaw, już zarazki kiłowe zostaną uniesione daleko od wrót wtargnięcia. To też zapobiegawcze usunięcie miejsca zarażenia może zniszczyć zarazem wszystkie wnikające pasorzyty swoiste zaledwie w ciągu bardzo krótkiego czasu od chwili infekcyi. Tem więcej bez znaczenia jest usuwanie już istniejących objawów pierwotnych. Wycinając szankry do badań anatomo-patologicznych w najrozmaitszych okresach ich rozwoju, nie tylko nie zapobiegłem ani razu rozwojowi kiły, lecz nawet nie osłabiłem jej przebiegu. Niekiedy tylko objawy drugorzędowe występowały nieco później i początkowo w słabem natężeniu.

Wygląd wrzodu pierwotnego.

Pojęcie o całkowitym przebiegu pierwotnego objawu na skórze dają nam dokonywane na ludziach i małpach *szczeptenia* przymiotu.

Po okresie wylegania zjawia się najczęściej na miejscu szczepienia nieznaczne zaczerwienienie. Miejsce to powoli nieco się wypukla i przechodzi po kilku dniach w pryszczyk, a częściej początkowo w grudkę, lekko wystającą nad powierzchnią sąsiedniej skóry. Grudka posiada zazwyczaj wielkość ziarnka soczewicy, kolor czerwony. Na powierzchni grudki tworzą się łuski, a następnie strupek. Po usunięciu strupka spostrzegamy obnażoną z naskórka powierzchnię, z której sączy się surowiczny płyn, czerwony na obwodzie, a po środku pokrytą biało-szarawym nalotem. Nalot ten utrzymuje się w ciągu 10—15 dni; przy wysychaniu wytwarza się strupek. Strupek nie może się utworzyć w razie istnienia bardzo obfitej wydzieliny. Grudka wciąż powiększa się wszcz i wgłąb, staje się coraz to więcej zbitą i twardą, i w ten sposób powstaje t. zw. twardy szankier. Dosięgnąwszy maximum swego rozwoju, pierwotny wrzód może pozostać 1—3 tygodnie w tym okresie dojrzałości bez widocznych zmian. Następnie rozpoczyna się okres gojenia. Nalot oddziela się lub strupek odpada, powierzchnia owrzodzenia oczyszcza się i zaczyna się pokrywać ziarniną i narastającym od brzegów ku środkowi naskórkiem. Przytem

brzezi owrzodzenia nieco się obniżają. Nakoniec pozostaje tylko twardawa, czerwonawa blizna, która z czasem blednie, zmniejsza się i nakoniec niknie.

W razie *zarażenia* się musi również powstawać przede wszystkim plamka i grudka, a dopiero później owrzodzenie. Pierwsze dni istnienia owrzodzenia zwykle nie posiadają żadnej charakterystycznej cechy. Bywa też ono przyjmowane najczęściej za zwykłe nadżarcie; opryszczki strupiate, a w razie zaczerwienienia się skóry naokoło i za wrzodziejące zapalenie żołądki. Powierzchnowe nadżarcie z czasem powiększa się, u podstawy twardnieje, i tworzy się twardy szankier.

Typowy twardy szankier.

Typowy pierwotny objaw przymiotu przejawia się zwykle pod postacią pojedynczego ogniska. Postać jego zależy od umiejscowienia: na równej powierzchni skóry bywa okrągły lub owalny, w brózdach podługowaty. Wielkość pierwotnych wrzodów zwykle nie jest zbyt znaczna, dochodzi rozmiarów fasoli, migdała (5—15 kop. srebrnych).

Wrzód pierwotny najczęściej przedstawia się jako prosta nadżerka, a rzadko jako owrzodzenie, dochodzące co najwyżej do średnich warstw skóry.

Brzeg wrzodu pierwotnego bywa zwykle nieco wyniosły czerwonawy, niepodminowany.

Brzeg najczęściej nieznacznie spada ku środkowi, nie tworząc wyraźnej granicy przy przejściu do dna, i z drugiej strony nieznacznie przechodzi w otaczającą tkankę, skutkiem tego wrzód pierwotny, wbrew zapatrywaniu wielu badaczy, nie jest zazwyczaj objawem ściśle ograniczonym.

Brzeg może być także zupełnie równy z otaczającą powierzchnią, a nawet wgłębiony. Podniesienie brzegów ponad okolicę zależy głównie od nacieku u podstawy wrzodu.

Dno bywa przeważnie równe, gładkie, niekiedy jakby polerowane i błyszczące w zależności od płynu surowiczego. Wydzielina powierzchni dna zwykle nieznaczna, surowicza z dodatkiem ropy lub krwi, koloru szarawego, szaro-żółtego lub czerwonawa, mętna, nieciągnąca się. Ropa obficie wydzie-

la się tylko przy wtórnem zakażeniu ropotwórczymi drobnoustrojami.

Zabarwienie dna porównywano dawniej do koloru szynki lub miedzi. Zwykle jednak zabarwienie bywa szare lub koloru świeżego mięsa.

Zabarwienie szare dna zależy od nalotu, który tak silnie przystaje, że nie można go oderwać. Nalotu na obwodzie przeważnie nie bywa, skutkiem tego dno w miejscu tem posiada czerwone zabarwienie, właściwe obnażonej skórze (corium).

Zabarwienie czerwone, właściwe mięśniom, posiada dno wtedy, gdy naczynia nie są zbyt obfite i rozszerzone, a nalot nie wytwarza się wcale.

Stwardnienie, spowodowane naciekiem, należy do najcharakterystyczniejszych cech pierwotnego objawu przymiotu.

Stwardnienie to niekiedy jest bardzo łatwe do stwierdzenia, prawie widoczne, w innych zaś razach tylko przy dokładnem badaniu wyczuwalne. W tym celu ujmujemy pierwotny wrzód palcami dużym i wskazującym na dwóch przeciwległych biegunach, podnosimy nieco ku górze równolegle do powierzchni i zlekka uciskamy. Stwardnienia najczęściej bywają albo guzowate, półkoliste, głębokie w kształcie od połówki ziarnka pieprzu do połówki śliwki i większe, albo też płaskie, powierzchowne, grubości miedzianej monety, pergaminu a nawet papieru, znajdującego się pod owrzodzeniem.

Twarde szankry są zwykle *niebolesne* i rzadko powodują zaburzenia funkcjonalne. Często też zostają czas dłuższy przeoczone przez chorych. Niekiedy dopiero lekarz po raz pierwszy wskazuje pierwotny wrzód choremu, gdy ten się zwraca o poradę ze względu na inne objawy przymiotu. W okresie *gojenia*, jak już zaznaczyliśmy, nalot na powierzchni szankra niknie, dno jego pokrywa się ziarniną, staje się czerwona lub różowa, jak przy zwykłych ranach, i zlekka się podnosi. Brzegi owrzodzenia w kierunku ku środkowi szybko pokrywają się naskórkiem. Z początku blizna posiada zabarwienie ciemno-czerwone, które z czasem blednie i niknie, również mięknie i niknie stwardnienie blizny, długość trwania której zależy przeważnie od wielkości. Papierowate giną szybko, prawie równocześnie z zagojeniem, nieco grubsze po kilku

tygodniach, a bardzo grube po kilku miesiącach, a nawet po roku pozostają niekiedy wyczuwalne.

Długość trwania szankrów zależy od różnych okoliczności. Szankry małe i powierzchowne goją się szybciej, niż głębsze i większe. Wtórne zakażenia lub drażnienia znacznie przedłużają trwanie szankrów.

Przeciętnie szankry trwają od 4 do 6 tygodni, rzadko poniżej 3 tygodni, a niekiedy 2 miesiące i dłużej.

Ze względu na powyższe własności typowego twardego szankra tak go można scharakteryzować:

Pierwotny objaw przejawia się przeważnie pod postacią pojedynczego, niezbyt ściśle ograniczonego ogniska. Częściej przyjmuje on charakter niezupełnie regularnego nadżarcia, niż owrzodzenia; posiada niezbyt wybitnie zaznaczone brzegi, przechodzące stopniowo w otaczającą tkankę; płaskie, gładkie, równe dno, koloru najczęściej szarego albo czerwonego, zbliżonego do koloru świeżego mięsa, i stwardnienie guzowate lub płaskie.

Nietypowy twardy szankier.

Szankry bardzo często nie mają typowego wyglądu; niektóre objawy są zaznaczone słabo, innych brak zupełnie, natomiast występują nowe, co wpływa na wielką różnorodność obrazów.

Wrzody pierwotne zjawiają się czasem w liczbie *mnogiej*. Fournier w swej statystyce wyraża stosunek objawów pierwotnych pojedynczych do mnogich, jak 5:1; rzadko ich bywa powyżej 3. Ricord podaje przypadek z 19 twardeymi szankrami na łączy i mosznie, a Fournier z 23 szankrami u kobiety na obu sutkach. Najwyższa liczba szankrów, obserwowanych przezemnie, wynosiła 14; mieściły się one wszystkie na łożędzi i skórze łączy u mężczyzny w podeszłym wieku.

W liczbie mnogiej najczęściej szankry występują wtedy, gdy uprzednio był uszkodzony w wielu miejscach naskórek, jak to się zdarza np. przy świerzbie.

Czasami szankry w liczbie mnogiej zjawiają się nie od razu, lecz po pewnym czasie. Źródłem ich może być albo jedno i to samo zarażenie, a wtedy okres wylęgania w najrozmaitszych miejscach u jednego i tego samego osobnika posiada niejednakową długość, (od 1-go do 25-ciu dni), lub też szankry pochodzą od następczych zarażeń, jak to stwierdzono wielokrotnie na drodze doświadczalnej. W ostatnim razie jad przymiotowy, zaszczepiony osobnikowi, dotkniętemu już pierwotnym wrzodem, wywołuje na miejscu szczepienia, po paru tygodniach wylęgania, grudkę, którą należy uważać jako nowy pierwotny objaw przymiotu. Pierwotne objawy po zaszczepieniu występowały również u kiłowatych w okresie drugorzędowym w postaci guziczków, nie przewyższających ziarnka soczewicy, a nawet w trzeciorzędowym okresie początkowo w postaci rumienia, w środku którego tworzyło się nacieczenie, analogiczne trzeciorzędowym wykwitom, spotykanym u danego chorego.

Wielkość pierwotnego wrzodu często bardzo odbiega od typu. Spotykamy nieraz wrzody bardzo dużych rozmiarów, obejmujące np. całą dużą wargę, lub całą przednią powierzchnię moszny.

Odwrotnie, zdarzają się bardzo małe wrzody pierwotne, mające w średnicy zaledwie parę milimetrów. Zaznaczamy, że wielkość szankrów bynajmniej nie wpływa na charakter dalszego przebiegu kiły.

Kształt pierwotnego ogniska przymiotu nie zawsze bywa okrągły lub owalny. Trafiają się szankry długie a wąskie, szczególnie w fałdach, lub kształtów zupełnie nieprawidłowych.

Oprócz nadżarcia i powierzchownego owrzodzenia spotykamy lepiej, guz, głębsze owrzodzenie, trafiają się również: zapalne silne podrażnienie owrzodzenia, martwica, a nawet wyżer.

Szankier *lepieżowy* wznosi się na 2—4 mm. ponad poziom otaczającej tkanki i posiada powierzchnię płaską. Zupełnie przypomina on lepież płaski, zjawiający się jako drugorzędowy objaw przymiotu. Objaw pierwotny przeobraża się w tę postać najczęściej w drugiej połowie swego rozwoju. Zdarza się to przeważnie na dolnej powierzchni prącia lub wogóle w fałdach, podlegających ciągiem tarcia.

Niekiedy szankry wystają znacznie, bo 5—8 mm. nad powierzchnię sąsiedniej zdrowej tkanki, w kształcie *guza* (ulcus elevatum). Bywa on twardy, okrągły lub mniej prawidłowo zaznaczony, owrzodzony na powierzchni, koloru mocno czerwonego i wydziela brunatny mętny płyn. Tego rodzaju pierwotne objawy kiły sprawiają wrażenie owrzodziałyłch nabłoniaków i zdarzają się najczęściej na policzkach, brodzie, wżgórku łonowym i dużej wardze.

Owrzodzenie powierzchni szankra może sięgać *głęboko* w skórę właściwą, a nawet dochodzić do tkanki podskórnej, tworząc jakby lejek. Owrzodzeniu podlega w tych razach zwykle tylko nacieczenie u podstawy. Skutkiem tego takie szankry po zagojeniu zostawiają po sobie nieznaczną i nie bardzo twardą bliznę.

Wrzody pierwotne mogą podlegać silnemu *zapalnemu podrażnieniu* skutkiem nieczystego utrzymania. Najczęściej zdarza się to przy pierwotnych objawach pod napletkiem, gdzie nagromadza się rozkładająca się wydzielina. Sprawę tę może spowodować również nieodpowiednie miejscowe leczenie drażniącymi środkami, stosunek płciowy i t. p.

W takich razach brzegi szankra puchną, okrążają się czerwoną obwódką, stają się bolesnymi przy dotyku. Powierzchnia owrzodzenia staje się ciemno-czerwoną, rzadziej żółtawą, brązową lub ciemną. Wydzielina bywa bardzo obfita, surowiczo-krwawa.

Zapalny odczyn może się szerzyć daleko na otaczającą tkankę pod postacią obrzęku ciastowatego, który przyjmuje kolor różowy, może przejść na naczynia chłonne, które przybierają postać różańca, i na gruczoły chłonne.

Stan ten u mężczyzn pociąga za sobą niekiedy utworzenie się zapalenia żołądździ i napletka, stulejki, załupka, a u kobiet zapalenia sromu, najczęściej w sąsiedztwie szankra; skutkiem tego wargi duże, a szczególnie małe mogą się powiększyć kilkakrotnie.

Rzadziej powstaje t. zw. twardzina sromu: duża warga, a niekiedy mała staje się twardą, jakby zrobioną z pergaminu lub z papier-maché. Twardzina ta ustępuje zwykle bardzo powoli.

Silne zapalne podrażnienie może doprowadzić niekiedy nawet do martwicy.

Wrzód pierwotny *martwicowy* (gangraena) posiada początkowo zabarwienie sinawe lub szarawo-żółte, które następnie czernieje. Całe owrzodzenie pokrywa się brudno-brunatną masą, silnie przywierającą do dna i obrzydliwie cuchnącą. Martwica powoduje zupełną niewrażliwość tkanki na dotyk.

Po pewnym, zwykle dość krótkim czasie, strup odpada częściowo kłaczkami lub też całkowicie w postaci krążka lub monety, odkrywając czystą, czerwoną ranę, która się szybko goi i pozostawia po sobie zwykle niewielką miękką bliznę.

Niekiedy szankry podlegają martwicy tylko częściowo; w wyjątkowych razach przyjmują one postać błonicowatą.

Wyżer czyli *wrzód żrący* (phagedaena) należy do rzadkich powikłań. Charakteryzuje się on utworzeniem na dużej przestrzeni martwicy, szerzącej się szybko, której towarzyszy przeważnie bolesność przy dotyku. Na powierzchni wrzodu formuje się duży strup; posiada on ciemno-brunatny, a nawet czarny kolor. Strup ten odpada, a pod nim i obok tworzą się takie same nowe strupy, które częściowo odpadają. Często bardzo towarzyszy tej sprawie krwawienie. Stosownie do tego, czy sprawa posuwa się więcej w głąb, czy też wszcz, odróżniamy dwie postacie wyżeru: najwięcej zniszczenia sprawia wyżer, przenikający szybko w głąb tkanek, które podlegają niedostrzegalnemu prawie, cząsteczkowemu rozpadowi. Tego rodzaju szankry noszą miano zapalnego albo czerwonego wyżeru, gdyż przy nim owrzodzenie, okrążone czerwoną obwódką, posiada mocno-czerwone zabarwienie i wydziela brudno-krwawy płyn. Do rzadszych jeszcze postaci należy wyżer, który szerzy się głównie po powierzchni. Nie posiada on prawie wcale wystających brzegów, lecz gładkie równe dno, najczęściej również mocno czerwonego koloru; w wyjątkowych tylko razach wygląd dna przypomina sprawę błoniczą. Wyżery rzadko bardzo przybierają pełzającą postać t. j. posuwają się w jednym kierunku, podczas gdy na dawnym miejscu powstaje blizna.

Wrzód żrący trwa zwykle krótko: kilka tygodni, najwyżej 2–3 miesiące, nie wpływa na ogólny stan organizmu i miej-

scowo sprawia często wielkie zniszczenie, które obok zniekształcenia może spowodować zwięzienia, przetoki i t. p.

Do wyjątkowych przypadków należy wyżer, któremu towarzyszą posocznicowe ogólne objawy, jak: dreszcze, podniesienie temperatury, osłabienie i t. p.

Wyżery umiejscawiają się przeważnie na główce prącia—u wylotu kanału moczowego i w brózdzie wieńcowej, na skórze prącia, moszny i na dużych wargach.

Zarażenie wyżerem wywołuje zwykle wrzody pierwotne i odwrotnie—zwykle szankry mogą spowodować wyżer. Skutkiem tego przyczyny powstawania wyżeru należy, zdaje się, głównie szukać w nadzwyczaj małej odporności tkanek, osłabionych np. charłactwem albo alkoholizmem, podeszłym wiekiem, cierpieniami moralnymi lub zbyt silnym drażnieniem wrzodu pierwotnego np. ropą, częstym przyżeganiem. Niekiedy jednak zdarza się wrzód żrący u osób krzepkich i ochędożnych.

Kolor objawów pierwotnych przymiotu często nie różni się od zabarwienia zwykłej rany. Bywa on, szczególnie przy dłuższym trwaniu wrzodu, blado-różowym, różowo-żółtym, żółtawym. Zdarzają się różnobarwne szankry np. szankier posiadający w środku ciemno czerwone zabarwienie, które okala pas żółtawy, okrażony na zewnątrz czerwoną obwódką. Najrozmaitsze zewnętrzne warunki często wpływają na specjalne zabarwienie szankrów: ciąża nadaje im ciemno-fioletowy odcień skutkiem utrudnionego odpływu krwi, przyżeganie solami miedzi barwi je na niebiesko, solami ołowiu na biało, a lapisem na szaro.

Zdarza się niekiedy zabarwienie brunatne, zależne od wynaczynienia krwi; wtedy cała powierzchnia może być jakgdyby usiana brunatnymi kropeczkami.

Stwardnienie bywa bardzo różnorodne. Pomijając te szankry, które ze względu na swe umiejscowienie pozostają niedostępne lub trudne dla macania, jak np. na szyjce macicy, na migdałach, w dołku czółenkowatym, niekiedy spotykamy pierwotne objawy z stwardnieniem tak nieznacznym lub wątpliwym, że nie może być na pewno oznaczonym. Szczególniej często takie wątpliwości zdarzają się przy badaniu szankrów na organach płciowych kobiet. Jednakowoż w tych razach przy dokładniejszym badaniu najczęściej wyczuwamy choć papierowate stwardnienie. Niekiedy u kobiet pierwotne objawy

na dużych wargach, na łechtaczce i przy wylocie cewki posiadają bardzo znaczne stwardnienie. U mężczyzn brak jakiegokolwiek stwardnienia należy do rzeczy rzadkich.

Stwardniałe tkanki, po zagojeniu owrzodzenia, czasami nie wsysają się, lecz pozostają lata całe, niekiedy zaś rozpadają się niedługo.

Wtedy stwardnienie może albo 1) powierzchownie się owrzodzić, tworząc jak gdyby powrotny szankier (chankier redux), albo 2) rozpaść się w środku i opróżnić przez tworzące się ku powierzchni niewielkie przetoki, przytem szankier przybiera charakter, jakby kilaka, (chankier pseudo-gummosus).

Choć powyższe sprawy różnią się pod względem klinicznym, jednak obie zasadzają się na cząsteczkowym rozpadzie nadzwyczaj silnie stwardniałych tkanek. Zdarzają się też najczęściej w bródzie wieńcowej prącia, gdzie stwardnienie odznacza się nadzwyczajną spoistością i wielkością. Powstają one po upływie kilku dni, rzadziej kilku tygodni od chwili zagojenia owrzodzenia.

W pierwszym przypadku zjawia się na powierzchni stwardnienia nadżerka lub owrzodzenie, bardzo przypominające pierwotny szankier. Owrzodzenie wydziela zwykle wodnisto-mętną ciecz, zawierającą sporo rozpadowych cząsteczek. Rozpadowi może uleżeć nawet cała blizna, lecz prawie zawsze nie przechodzi on na otaczającą tkankę.

W drugim przypadku rozpad następuje pośrodku stwardniałej tkanki, która się rozplywa, i w postaci żółtawej, zbliżonej do ropy cieczy, wydziela się przez jeden lub parę małych otworków na powierzchnię, tworząc pośrodku stwardniałego ogniska jamistą przestrzeń. Rozpadowi ulega zwykle prawie cała blizna. Zostają się tylko niekiedy obwodowe części, lecz i one niedługo ulegają wessaniu.

W obu przypadkach sprawa trwa niedługo, 2—3 tygodnie, szybko postępując naprzód, ale też i szybko się gojąc.

Dla uzupełnienia tego działu dodam, że na błonie śluzowej lub skórze, w tych miejscach, gdzie one przylegają do szankra, niekiedy tworzą się odbitki wrzodu, przybierające postać swego pierwowzoru t. j. twardego szankra, lub też postać ciekącego lepieża płaskiego.

Właściwości szankra twardego, zależne od umiejscowienia.

Pewne właściwości pierwotnych objawów kiły zależą od umiejscowienia, czy to, ogólnie rzecz biorąc, na skórze lub błonach śluzowych, czy też w poszczególnych miejscach płciowych organów lub innych okolic ciała ludzkiego.

Objawy pierwotne kiły na *błonach śluzowych* nieco się różnią od typowej postaci skutkiem ciągłego zwilżania śluzem. Posiadają one wszystkie cechy owrzodzenia bez nalożu, czy to w postaci powierzchownego nadżarcia, czy też utraty głębszych warstw tkanki. Na *skórze* zaś wrzody pierwotne zazwyczaj obfitują w strupy i posiadają też często wygląd niesztowic (ecthyma). Strup bywa brunatnego lub nawet czarnego koloru, mniej lub więcej gruby, nierówny na powierzchni, przystaje silnie do dna i po oderwaniu go szybko tworzy się nowo.

Na organach płciowych męskich, w zależności od umiejscowienia, spotykamy niekiedy znaczne różnice w wyglądzie szankrów.

Na *główce prącia* objaw pierwotny przedstawia się zwykle w postaci nadżarcia z nieznacznym bardzo stwardnieniem. W *brózdzie wieńcowej* stwardnienie przeważnie bywa duże. Należy dodać, że w tych miejscach, ze względu na obfite unaczynienie, nawet niewinnym draśnięciom i opryszcikom towarzyszy często znaczne stwardnienie. W brózdzie wieńcowej szankry posiadają jeszcze jedną charakterystyczną właściwość; obok pierwotnego objawu często tworzy się jedno lub kilka stwardnień, które mogą się łączyć i opasują główkę prącia częściowo lub całkowicie. Stwardnienia te zależą od okrażających główkę prącia w brózdzie naczyń chłonnych. Szankry na *węzidółku* mają postać podługowatą, kolor czerwony lub żółtawy. Szankry w *dołkach* z obu stron węzidółka odznaczają się zwykle nadzwyczaj małą wielkością i nieznacznym stwardnieniem. Wrzody pierwotne u *wylocie cewki* umiejscawiają się na jednej lub obu wargach, nie są zbyt głębokie, koloru bywają najczęściej mocno czerwonego i łatwo krwawią. W *cewce* usadawiają się szankry blisko wylotu, wydzielają krwawo-mętny płyn i łatwo są wyczu-

walne przy macaniu cewki wzdłuż, a nie w poprzek. Po za bliźnieniu często stają się one powodem zwężenia, zniekształceń lub nawet, w razie przeżarcia ścianek, przetok.

Na *brzegu* wolnym *napletka* objawy pierwotne kily mają postać nieprawidłową w kształcie szczeliny z stwardnieniem rozlanem, obejmującym niekiedy cały brzeg wolny, skutkiem czego tworzy się często stulejka.

Na *wewnętrznej powierzchni napletka*, pokrytej błoną śluzową, owrzodzenie i stwardnienie zwykle bywa nieznaczne. Niekiedy jednak objaw pierwotny obejmuje większą przestrzeń i odznacza się silnem stwardnieniem. Tego rodzaju szankry utrudniają często ściągnięcie napletka i są powodem tworzenia się załupka.

Na *skórze prącia i moszny* owrzodzenie pierwotne posiada często regularny, okrągły lub owalny kształt, mało wyniosłe brzegi, obfitą bardzo wydzielinę żółtą lub brudno-krwistą, zasychającą łatwo w gruby strup, pod którym widać mocno czerwoną, żółtą lub szaro-żółtą powierzchnię owrzodzenia. Stwardnienie w tych miejscach bywa zawsze dość znaczne.

Na *wzgórkach łonowym* włosy zatrzymują wydzielinę i ułatwiają tworzenie się bardzo grubego strupa. Powierzchnia owrzodzenia pod strupem często bywa pokryta bujającymi brodawkami, co może spowodować utworzenie się wyniosłego szankra (*ulcus elevatum*).

U kobiet szankier na *dużych wargach* posiada najczęściej typowy wygląd. Owrzodzenie bywa owalne w kierunku podłużnej osi, powierzchnia dna mocno—czerwona, często jednak brodawkowata i znacznie wzniesiona nad poziom skóry (*ulcus elevatum*), w późniejszym okresie swego rozwoju niekiedy przyjmuje wygląd lepia płaskiego, wydziela zwykle niezbyt obfity płyn, odznacza się przedewszystkiem znacznym stwardnieniem. Często bardzo cała nawet warga powiększa się i pogrubia.

Na *małej wardze* owrzodzenie zwykle jest niegłębokie, stwardnienie zbyt znaczne. Dno bywa najczęściej koloru mocno-czerwonego, choć może być pokryte żółtym lub szarawym nalotem. Owrzodzenia, znajdujące się na zewnętrznej powierzchni małej wargi, tworzą często odbitki na odpowiedniej powierzchni dużej wargi i odwrotnie.

Na *techtaczce* i jej *napletku* szankry bywają przeważnie nadżerkowate z nieznacznym stwardnieniem, choć niekiedy zdarzają się duże o chrząstkowej spoistości, obejmujące łechtaczkę, napletek i sąsiednie okolice.

U *wyło'ru cewki* objawy pierwotne posiadają zwykle znaczne stwardnienie i bardzo powoli się goją. Często otwór zewnętrzny przedstawia się opuchniętym, rozwartym, czerwonym, krwawiącym i może być przyjęty łatwo za nabłoniak.

U *wejścia* do *pochwy* szankry usadawiają się najczęściej na strzępkach błony dziewiczej, odznaczając się uporczywym trwaniem i stwardnieniem, lub pomiędzy strzępkami błony dziewiczej, przyjmując najczęściej postać maleńkiej, zwykle z trudnością zaledwie dostrzegalnej szczeliny.

Na *spoidle dolnym* i w *jamie czołenkowatej* szankry, odznaczają się przeważnie nieprawidłowym kształtem, żółtym lub szaro-żółtym nalotem i niezbyt znacznym stwardnieniem.

W *pochwie* objawy pierwotne przymiotu należą do rzadkości. Przedstawiają się one w postaci nadżerki okrągłej z mało zaznaczonym stwardnieniem.

Na *szyjce macicznej* szankry spotykają się względnie często. Objaw pierwotny może się usadowić w środku szyjki macicznej lub na zewnętrznej powierzchni warg. W pierwszym razie szankry znajdują się u samego otworu, na jednej lub obu wargach, zaś w drugim przeważnie na dolnej wardze.

Szankry środkowe okrążają częściowo lub całkowicie otwór, a odśrodkowe posiadają kształt okrągły lub owalny. Wielkość ich bywa różna, od migdała do fasoli, powierzchnia dna nadżerkowata, gładka, równa, kolor jego szary, szaro-biały i matowo-biały lub żółtawy z wybroczynkami; brzegów wydatnych szankry zwykle nie posiadają, odgraniczają się tylko czerwoną obwódką. Z czasem przyjmują one postać lepieża płaskiego. Wydzielają nieznaczną bardzo ilość płynu i nie sprawiają żadnych subiektywnych zaburzeń. Stwardnienie zwykle bywa prawie niedostrzegalne, tem bardziej, że szyjka maciczna posiada sama przez się dość znaczną spoistość.

Szankier ten zwykle prędko się goi: po kilku, a rzadko kilkunastu dniach traci on swój charakterystyczny wygląd,

i przedstawia się, jak zwykła nadżerka, która szybko się za-
bliznia.

Na *sutkach* u kobiet wrzody pierwotne zdarzają się dość często. Powstają one przeważnie u mamek, karmiących dzieci kiłowate, posiadające zmiany chorobowe na wargach i w jamie ustnej. Objawy pierwotne przymiotu zdarzają się częściej na jednej sutce, niż na obu. Przeważnie szankier umiejscawia się na brózdzie, oddzielającej brodawkę od jej otoczki, niekiedy na samej brodawce i na otoczce brodawki sutkowej, a wyjątkowo na wypukłości sutki. Wygląd tych szankrów niczem się nie różni od zazwyczaj spotykanych na skórze, owrzodzenie jednak rzadko bywa pokryte strupkiem, gdyż ten się zwykle przy ssaniu odrywa. Objawy pierwotne tutaj odznaczają się wybitnym stwardnieniem i często skutkiem ciągłego drażnienia przyjmują w drugiej połowie swego rozwoju postać lepieża płaskiego. W brózdzie oddzielającej brodawkę od jej otoczki spotykamy często szankry w postaci pęknięcia. U mężczyzn szankry na sutce należą do rzadkości.

Pierwotne objawy kily na miejscach, nie mających żadnej łączności z czynnościami rozrodczymi, spotykają się w równej mierze u osobników obu płci i sadowią się przeważnie na głowie, a tam znów najczęściej na wargach.

Na *wargach* zarażenie następuje przede wszystkim od pocałunków. Możliwość przeniesienia od kiłowatych zarazy przy pocałunku jest wielka, gdyż wtórne objawy przymiotu bardzo często gnieźdzą się na błonie śluzowej warg.

Na wargach osesków szankry mogą powstać skutkiem ssania kiłowatych mamek.

Na wargach często się zdarzają zarażenia pośrednie. Parasorzyty przymiotu mogą się dostać za pośrednictwem przedmiotów, przechodzących z ust do ust, jak np. łyżek, wideł, szklanek, kubków, wykałaczek, papierosów, cygar, papierosnic, pipetek, szczoteczek do zębów, wzierników krtaniowych, narzędzi dentystycznych, mundsztuków instrumentów muzycznych dętych i t. p. i nawet takich przedmiotów, do których choćby nawet wypadkowo dotknięto się ustami.

Naturalnie nie można tutaj wykluczyć i zarażenia płciowego u osobników, uprawiających nienormalne stosunki za pomocą ust.

Szankry na wargach bywają przeważnie pojedyncze i to na dolnej wardze w znacznie przeważającej ilości przypadków, niż na górnej. Rzadko zdarzają się objawy pierwotne przymiotu w kątach ust. Szankry na wargach posiadają najrozmaitszą postać. Szankier w kształcie nadżerki odznacza się niekiedy małą wielkością. W tych razach bardzo jest on zbliżonym do nadżarcia opryszczkowego lub nadżarcia, wynikłego skutkiem palenia. Również szankry w kształcie pęknięcia nie posiadają wielkich rozmiarów. Szankier może być przykryty strupkiem, często bardzo grubym, koloru brązowego i trudnym do oderwania. Strupek ten leży niekiedy na głębokim owrzodzeniu. Owrzodzenie może być wolne od strupka, widać wtedy zagłębione dno i wystające brzegi. Spotyka się również szankier w kształcie lepieża płaskiego, wystającego nad powierzchnią otaczającej zdrowej tkanki, i niekiedy szankier w kształcie guza, bardzo zbliżonego z wyglądu do owrzodzonego nabłoniaka. Do wyjątków należy postać wyżerowata, która może zniszczyć znaczną część, a nawet całą wargę. Przy szankrach warga bywa czasem znacznie obrzękła, wielokrotnie powiększona, niekiedy przeświecająca i często bolesna.

Szankry *języka* spotykają się częściej u mężczyzn, niż u kobiet, częściej na przedniej grzbietowej powierzchni, niż na końcu, bocznych lub tylnej powierzchniach i częściej w postaci nadżarcia lub owrzodzenia, niż w postaci pęknięcia. Postać nadżerkowata posiada wielkość mniej więcej 5 kopejek srebrnych, kształt okrągły lub owalny, kolor czerwony, gładkość skutkiem złączenia nabłonka, która ją wybitnie odróżnia od sąsiedniej części, pokrytej brodaweczkami, i stwardnienie. Postać owrzodziasta odznacza się zwykle dość znacznym stwardnieniem. Postać szczelinowata usadawia się się w brózdach języka i posiada najczęściej kształt litery Y, lub gwiazdy. Stwardnienie może stanowić niekiedy dominującą cechę wrzodu pierwotnego, jak to się zdarza na końcu języka, przyczem stwardnieniu podlega czasem cała przednia część języka. Wyżerowaty szankier na języku spotyka się tylko wyjątkowo.

Szankry *dziąseł* przeważnie spotykają się na zewnętrznej powierzchni na szyjki zębów. Najczęściej przedstawiają się one w postaci nadżarcia w kształcie sierpa, posiadającego powierzchnię gładką, równą, kolor czerwony, lub w postaci

owrzodzenia, najczęściej nieściśle odgraniczonego i otoczonego zaczerwienioną i usianą brodawkczkami błoną śluzową.

Szankry *podniebienia twardego, miękkiego i łuków* bywają zwykle nadżerkowate lub wrzodziejące i nie posiadają żadnych szczególnych oznak.

Szankry *migdałów* spotykają się prawie zawsze pojedynczo, posiadają kształt okrągły, owalny lub nieprawidłowy, wielkość 5—10 kop. srebrnych i odznaczają się uczuciem bólu z odpowiedniej strony, szczególnie przy polykaniu. Postać nadżerkowata posiada dno opalowe, szare, lub czerwone, niekiedy równe i gładkie, częściej jednak nierówne, i stwardnienie zwykle dość wyraźne przy macaniu. Ból występuje niezbyt silnie. Postać wrzodziejąca wywołuje już znaczniejsze objawy subiektywne. Migdał staje się opuchniętym. Dno owrzodzenia bywa koloru ciemno-brązowego, szarego, szaro-żółtego lub brudno szarego. Niekiedy żółte lub szare plamy pstrzą czerwone dno. Towarzyszy zwykle tym wrzodom znaczne stwardnienie.

Do tych dwóch postaci szankra migdałów dołącza się niekiedy zapalenie gardła. Może ono przedstawiać się jako zwykle zapalenie gardła, przy którym migdały stają się opuchniętymi, czerwonymi i twardymi, współcześnie z subiektywnymi objawami, jak bóle gardła, szczególnie przy polykaniu i z objawami ogólnymi, jak ogólne niedomaganie, podniesienie temperatury ciała, nudności i t. p.

Może się zjawić również zapalenie gardła, podobne do błoniczego, lub nawet zapalenie gardła zgorzelinowe. Przy pierwszym na powierzchni szankra tworzy się gruby, silnie przystający nalot, w kształcie jakby błony koloru szarawego, szaro-żółtawego, a nawet szaro-zielonkawego. Przy nim zwykle objawy subiektywne i ogólne są bardzo silnie wyrażone. Zapalenie gardła zgorzelinowe odznacza się niezmiernie silnymi objawami subiektywnymi i ogólnymi. Migdał nadzwyczaj puchnie, czerwienieje, powierzchnia szankra pokrywa się częściowo lub całkowicie ciemnymi, a nawet czarnymi, bardzo przykro cuchnącymi strupami. Stwardnienie zwykle bywa znaczne. Szankry te trwają od 5 do 8 tygodni i nie powodują zbyt złych następstw.

Szankry błony śluzowej *gardła i nosa* zdarzają się rzadko i nie przedstawiają nic szczególnego.

Szankry *oka* spotykają się na powiece, na brzegu rzęsywym i na spojówce i zależnie od umiejscowienia przyjmują

postać szankrów skórnych lub śluzowych. Powstają one od pocałunków, dotknięcia zanieczyszczonymi palcami, gąbkami, chustkami, ręcznikami, a nawet wodą, którą się mył przedtem kilowaty. Bywają zarażenia bezpośrednie śliną podczas rozmowy z kilowatym, a szczególnie podczas kaszlu, na skutek pędzlowania plaków w gardle.

Szankry na *pozostałej części głowy, na irzonie i kończynach*, jako skórne, odznaczają się wielkością, stwardnieniem i często spotykają się w liczbie mnogiej. Powstają one skutkiem pocałunku, zadrapania, ukąszenia, używania zanieczyszczonych narzędzi, brzytwy do golenia, lancetów do puszczania krwi, pałeczek lapisu, a właściwie ich oprawy, plasterków rozmiękczonych śliną, igieł przy tatuowaniu, również grzebieni, moczalek kąpielowych, ubrania, bielizny, nocników, sedesów ustępowych i t. p. i nie przedstawiają w ogólności nic szczególnego. Na uwagę zasługują tylko szankry palców i odbytu.

Szankry *palców* trafiają się częściej na ręce prawej, niż na lewej, i to przede wszystkim na grzbietowej powierzchni palców średniego, dużego i wskazującego. Są one zazwyczaj dość bolesne i posiadają przeważnie postać nadżarcia półkolistego naokoło paznokcia, choć spotykają się w kształcie guza owrzodziałego i sporego skutkiem nadzwyczaj silnego nacieku. Również spotykają się szankry, przy których palec opucha, staje się bardzo czerwonym, nacieczonym, bolesnym i z wyglądu zupełnie przypomina otwierającą się i owrzodziałą zanokcicę.

Niekiedy zdarza się szankier w kształcie grzybka, skutkiem rozrostu brodawczek; dotyka on przeważnie tylko ostatni paliczek. Szankry palców zwykle bardzo powoli się goją. Zdarzają się one najczęściej u lekarzy, akuszerów, dentystów, posługaczy i praczek szpitalnych i można je nazwać profesjonalnymi, choć mogą też powstać skutkiem najróżniejszych manipulacji płciowych, ukąszenia i t. p.

Szankry *odbytu* nie są częste i zdarzają się rzadziej u mężczyzn, niż u kobiet. Zresztą stosunek ten zależy od kraju i jego obyczajów. Na wschodzie według Duringa szankry odbytu stanowią 74% wszystkich objawów pierwotnych kiły, spotykanych na niepłciowych organach; podlegają im przeważnie dzieci płci męskiej. Mogą te wrzody pierwotne powstać

na skutek działania zakażonych odpływów z pochwy po spółkowaniach, na skutek potarcia zanieczyszczonym papierem klozetowym, gąbką, palcem i t. p. Ponieważ szankry odbytu sadowią się w fałdach skóry lub błony śluzowej, przeto mają najczęściej postać głębokich szczelin, pęknięć. Zanieczyszczają się one bardzo łatwo, sprawiają ból przy oddawaniu stolca i bardzo powoli goją się.

Szankry w *kiszcze stolcowej* zdarzają się nadzwyczaj rzadko, posiadają zwykły wygląd i nie wywołują nigdy żadnych poważnych następstw np. znacznego zwężenia kiszki.

CIERPIENIA UKŁADU CHŁONNEGO.

Wrzód pierwotny wywołuje następcze zmiany w układzie chłonnym. Zmianom tym podlegają głównie gruczoły, a w znacznie mniejszym stopniu naczynia chłonne, łączące gruczoły z wrzodem pierwotnym.

Objaw ten jest stałym towarzyszem szankra twardego i nie bywa go tylko w wyjątkowych razach.

Gruczoły.

Objawy zajęcia gruczołów są bardzo charakterystyczne.

Przeważnie cała grupa gruczołów chłonnych, znajdujących się w danym miejscu, podlega obrzmieniu. Najczęściej gruczoły bywają zajęte w nierównym stopniu. Jeden gruczoł zwykle przewyższa inne rozmiarami.

Zajęte gruczoły posiadają przeważnie wielkość umiarkowaną, najczęściej nie przenoszącą ziarnka grochu lub orzecha laskowego.

Obrzmiewaniu gruczołów nie towarzyszy zapalny odczyn skóry, leżącej nad nimi, i okrażającej tkanki. Skóra nie różni się od zwykłej zabarwieniem, ani też ciepłotą i przesuwa się swobodnie. Gruczoły zajęte pozostają ruchome i nie zrastają się z leżącymi z boków i poniżej tkankami i z sąsiednimi gruczołami.

Gruzoły stają się twarde, przypominają spoistością laną piłkę gumową, a niekiedy chrząstkę.

Sprawa powyższa przebiega bez bólu. Nie sprawia zwykle przykrych uczuć nawet przy ruchu i macaniu. Skutkiem tego chorzy mogą swobodnie odbywać wszystkie swe codzienne czynności i często nie zwracają wcale uwagi na powstające obrzmienie gruczołów.

Umiejscowienie sprawy zależy przedewszystkiem od umiejscowienia wrzodu pierwotnego, a więc w razie usadowienia się szankra na organach płciowych i naokoło odbytnicy podlegają zmianom przedewszystkiem gruczoły pachwinowe,

na sutce	gruczoły pachowe,
„ palcach	„ łokciowe,
„ ustach i podbródka	„ podżuchwowe
„ szyjce macicznej	„ miednicowe, a wyjątkowo pachwinowe i t. d.

Najciekawiej przedstawia się obrzmienie gruczołów przy umiejscowieniu wrzodów pierwotnych na organach płciowych, a szczególnie na prąciu. Dymienica w pachwinie może być jednostronną lub dwustronną, t. j. podlegają jej gruczoły w jednej pachwinie, albo w obu.

Jednostronna dymienica najczęściej powstaje na tej stronie, na której usadowił się wrzód pierwotny. Czasami jednak zdarza się na przeciwległej stronie.

Dwustronna dymienica rozwija się niekiedy w jednakowym stopniu z obu stron. Częściej jednakowoż dymienica jest lepiej rozwinięta po stronie, odpowiadającej szankrowi twardeму, choć niekiedy zdarza się i odwrotnie.

Zajęte gruczoły przy kile, jeśli tego nie spowodowały jakieś uboczne miejscowe lub ogólne przyczyny, nigdy nie ropieje. Cecha ta jest nadzwyczaj charakterystyczną.

Dymienica typowa zaczyna się tworzyć bardzo szybko po uformowaniu się szankra.

Czas dostrzegalnego klinicznie obrzmiewania gruczołów można określić na początek drugiego tygodnia, choć niekiedy wyczuwają się one już w końcu pierwszego tygodnia, czasem zaś nawet w trzecim tygodniu trwania pierwotnego wrzodu.

Sprawa w gruczołach chłonnych posiada przebieg przewlekły; rozwija się ona powoli; osiąga największych rozmiarów przed zjawieniem się ogólnych objawów przymiotu, pozostaje zwykle w takim stanie w ciągu kilku tygodni do kilku miesięcy i następnie zaczyna się bardzo powoli zmniejszać. Zanikanie obrzmienia następuje samoistnie bez żadnych zabiegów leczniczych; gruczoły chłonne zmniejszają się, tracą swą twardą spistość. Całej tej sprawie zwykle nie towarzyszą żadne ostre zapalne objawy.

Gruczoły chłonne przedewszystkiem obrzmiewają w najbliższych okolicach wrzodu pierwotnego, a następnie w coraz to dalszych. Jeśli wrzód pierwotny, jak to bywa najczęściej, usadowi się na organach płciowych, to przy końcu trzeciego tygodnia po zarażeniu obrzmiewają gruczoły pachwinowe, w piątym albo szóstym tygodniu zaczynają obrzmiewać gruczoły pachowe i łokciowe, a następnie przednie i tylne gruczoły szyjowe, sutkowe, przeduszne, potyliczne, podbródkowe i podżuchwowe. Przy końcu siódmego tygodnia od chwili zarażenia wszystkie dostępne do macania gruczoły przeobrażają się w okrągławe twarde guzy, wielkości zazwyczaj od grochu do łaskowego orzecha. Przytem najbliższe od wrzodu pierwotnego gruczoły są zwykle największe obrzmiałe. W miarę odległości i wielkość się ich zmniejsza.

Tylko w bardzo nielicznych przypadkach schorzenie gruczołów odbiega od powyższego opisu. Obrzmienie gruczołów może być bardzo nieznaczne, nie dochodzić nawet ziarnka pieprzu. Najczęściej gruczoły bardzo słabo obrzmiewają u kobiet.

Spotykają się odwrotnie obrzmienia gruczołów bardzo znaczne. Obrzmiewają albo pojedyncze gruczoły, powiększając się do rozmiarów jajka gołębiego, a nawet więcej, lub pakiety gruczołów, połączonych z sobą.

Połączenie oddzielnych gruczołów może być tak szczelne, że tworzy się kulisty lub owalny guz, położony równolegle do fałdy biodrowej i przenoszący czasem wielkością jajko kurze. Niekiedy schorzenie gruczołów przybiera charakter więcej ostrego zapalenia. Pod wpływem podrażnienia, np. uciążli-

wymi marszami, płciowemi nadużyciami, współcześnie istniejącą ostrą rzeżączką cewki, stulejką, załupkiem, zapaleniem żołądki, sromu niewieściego, pod wpływem drażnienia wrzodu pierwotnego przyżeganiem, moczem, kałem, rozkładającą się wydzieliną i t. p., skóra przykrywająca gruczoły może się zaczerwienić, gruczoły mogą zmięknąć i stać się bolesnymi. Szczególniej często zdarza się takie powikłanie z gruczołami podżuchowymi przy szankrach warg lub jamy ustnej. Zwykle podrażnienie po usunięciu źródła prędko łagodzi się.

Nadzwyczaj rzadko nabrzmiałe gruczoły pachowe ropieją, tworząc ropień, jak przy wrzodach wenerycznych. Ropień ten, otwarty samoistnie lub nożem, goi się powoli, nie powiększa się wszerek i wgłęb, i nigdy nie przeobraża się w szankrowate ognisko. Jeszcze rzadziej, i to zazwyczaj u osób z podupadłym odżywianiem, tworzy się obrzmienie gruczołów woloate, które można również nazwać charłaczem.

Gruczoły chłonne w tych razach, powiększając się i zlewając się w jedną masę, zrastają się ściślej z tkanką sąsiednią, a nawet ze skórą, mięknią, stają się ciastowate i ropieją.

Zapalenie naczyń chłonnych stanowi dość częste powikłanie wrzodu pierwotnego. Zapaleniu temu podlegają naczynia, wychodzące z okolic, dotkniętych szankrem.

Zajęte naczynia chłonne przedstawiają się w postaci okrągłych twardych wałeczków, z obrzmieniami, jak w różańcu, ruchomych i niebolesnych; grubość waha się od zwykłej nitki bawełnianej do pióra kurzego. U mężczyzn spotykają się one najczęściej na grzbietowej powierzchni prącia, a rzadziej na bocznych i na napletku. U kobiet zajęte naczynia chłonne spotykają się najczęściej na skórze równoległe do fałdy pachwinowej i biegną one ku organom płciowym, niekiedy łącząc się po kilka jakby w wąską wstążeczkę. Zapalenie naczyń chłonnych na wzgórku łonowym zdarza się rzadziej i występuje w postaci stwardnień okrągławych wielkości grochu. Przy szankrach na palcach spotykają się najdłuższe obrzmienia naczyń chłonnych, biegnące w postaci twardych sznurków wzdłuż części przedramienia lub ramienia.

Zapalenie naczyń chłonnych zwykle po paru lub kilku ty-

godniach trwania przechodzi samoistnie, nie wywołując powikłań. Niekiedy tylko następuje obrzęk tej części ciała ludzkiego, która odpowiada rozgałęzieniu przestrzeni chłonnych zajętego naczynia chłonnego, np. napletka, dużych i małych sromnych warg i t. p.

ROZPOZNANIE.

Wrzód pierwotny rozpoznaje się na mocy cech jego własnych i wtórnie obrzniętych gruczołów chłonnych, a także na mocy badania drobnowidzowego wydzieliny z wrzodu; niekiedy w celu rozpoznawczym pewne usługi może wyświadczyć wywiad, szczepienie i obejrzenie osób, które mogły być źródłem zarazy. Objawy kliniczne wrzodu pierwotnego przeważnie nie posiadają decydującego rozpoznawczego znaczenia. W każdym jednak razie obecność cech, wyłożonych przy opisie wrzodu pierwotnego, rzuca pewne, dość silne nawet niekiedy podejrzenia co do swoistości sprawy.

Bardzo ważne rozpoznawcze znaczenie posiada charakter wtórnego schorzenia gruczołów chłonnych. Jest to objaw zwykle wyraźny, łatwy do stwierdzenia i stały. Świadczy on zazwyczaj dobitnie o rodzaju sprawy, a niekiedy również daje ważne wskazówki odnośnie umiejscowienia wrzodu pierwotnego i czasu jego trwania, wielokrotnie zaś w późniejszym nieco okresie stanowi jedyny kliniczny objaw przymiotu.

Badania drobnowidzowe, dzięki ostatnim donośnym, zdaje się, odkryciom w dziedzinie parazytologii przymiotu, dostarczają ważnych wskazówek i w razach wątpliwych powinny być zawsze przedsiębrane. Odnalezienie krętków białych w wydzielinie wrzodu pierwotnego przy wprawie i starannem poszukiwaniu nie jest trudne. Brak jednak krętków nie może bezwarunkowo wykluczyć swoistości sprawy: często dopiero po wielokrotnem badaniu wydzieliny wrzodu udaje się spotkać krętki.

Niekiedy dla określenia charakteru sprawy można oprzeć się na wywiadach odnośnie okresu wylęgania.

Ponieważ zwykły okres wylęgania kiły trwa najczęściej 3 — 4 tygodnie, a rzadko poniżej 2 i powyżej 8 tygodni, to wykluczamy swoistość owrzodzeń, które się zjawiały w okresie wcześniejszym lub późniejszym po podejrzanem spółkowaniu, ale to tylko wtenczas, jeśli można z pewnością określić jego datę.

Również w razach wątpliwych pod względem rozpoznawczym można się niekiedy uciekać do szczepień, naturalnie na tym samym osobniku. Dodatkowo wyniki szczepienia będą przemawiać przeciw rozpoznaniu wrzodu pierwotnego, ujemne zaś nie pozwolą na żadne wnioski, gdyż szczególnie na organach płciowych spotykamy sporo owrzodzeń, które nie posiadają własności zarażania.

Często ma miejsce samozaszczepianie, które naturalnie będzie przemawiać przeciwko swoistości sprawy. Za samozaszczepienie wrzodu pierwotnego nie należy przyjmować odcisków szankra twardego, które w gruncie rzeczy stanowią już objaw drugorzędowy przymiotu.

Obejrzenie osoby, która mogła być źródłem zarazy należy do najtrudniejszych, choć często najpewniejszych sposobów rozpoznania. Trudność polega na tem, iż często nie wiadomo, kogo z pomiędzy wielu osób obarczyć podejrzeniem przeniesienia choroby, następnie obwinieni o zarażenie wielokrotnie z łatwo zrozumiałych powodów uchylają się od oględzin. Stwierdzenie u jednej z osób spółkujących objawów zaraźliwych przymiotu, np. wrzodu pierwotnego, lepiej ciekających, pozwala niekiedy podejrzewać możliwość zarażenia drugiej osoby nawet przed zjawieniem się u-niej objawu pierwotnego, a zwykle daje możliwość określić charakter owrzodzenia zaraz po jego utworzeniu się. Przytem badanie powyższe pozwala nieraz szybko upewnić się o bezpodstawności obaw i usunąć długie chwile dręczących oczekiwań.

ROZPOZNANIE RÓŻNICZKOWE.

Przy rozpoznaniu różniczkowym opieramy się na porównaniu cech, właściwych wrzodom pierwotnym i innym zbliżonym sprawom.

W ciągu pierwszych kilku dni istnienia szankra twardego nie można go odróżnić od wielu innych owrzodzeń. Dopiero, gdy objaw pierwotny przymiotu rozwinie się, różniczkowe rozpoznanie bywa przeważnie łatwe, niekiedy zaś tylko trudne lub zgoła do pewnego czasu nawet niemożliwe.

Wrzody pierwotne, występujące w postaci prostego nadżarcia, mogą być przyjęte za opryszczki lub uszkodzenia, wywołane urazem, mechanicznymi środkami, chemicznymi lub ropotwórczymi drobnoustrojami.

Opryszczki niekiedy tworzą nadżarcia, lądząco podobne do szankra nadżerkowatego. Bywa to wtenczas, gdy pęcherzyki pękają i zlewają się, lub gdy ubytek tkanki w pojedynczych wykwitach sięga powierzchniowych warstw skóry właściwej, albo też gdy zdarzają się pojedyncze wykwity z bardzo powolnym przebiegiem.

Należy wtedy w celu rozpoznawczym zwrócić uwagę, iż objawy pierwotne przymiotu posiadają kontury mniej więcej okrągłe, dno stwardniałe i powodują wtórne, długotrwałe obrzmienia gruczołów chłonnych, które stają się twarde, niebolesne.

Opryszczki zaś tworzą wrzód o brzegach krętych, wijących się maleńkimi półkolami, o dnie miękkim. Przy sprawie tej gruczoły chłonne pozostają niezmiennione. Cechy powyższe występują zwykle tak wybitnie, iż stanowią dostateczną podstawę do rozpoznania. Niekiedy jednak i przy opryszczkach wy-

stępuje stwardnienie dna. Wytwarza się ono przy podrażnieniu naokoło opryszczek lub przy umiejscowieniu ich w okolicach, które obfitują w naczynia chłonne (Finger), np. w brózdzie wieńcowej, na wędzidełku lub przy wylocie cewki. Również gruczoły chłonne w sąsiedztwie opryszczek niekiedy nabrzmiewają, nie tylko pojedynczo, lecz nawet grupami, i stają się twarde, niebolesne. Skutkiem tego objawy powyższe mogą stać się bardzo zbliżone do objawów twardego szankra, szczególnie w pierwszym okresie jego rozwoju. W takich wątpliwych razach należy przyjąć pod uwagę cechę, uważaną prawie za znamioną dla opryszczek: nadżarcie opryszczkowe, powstające ze złania się całej grupy wykwitów, posiada odpowiednio do ich konturów brzegi, wijące się w maleńkie zatoki, a oprócz tego w sąsiedztwie ogniska spotykają się często pojedyncze pęcherzyki lub maleńkie, odpowiadające im nadżarcia.

Należy zawsze mieć na względzie wypadkowe współistnienie wrzodu pierwotnego i opryszczek, gdyż one zjawiają się często przy szankrze twardym, a nawet zależnie od niego, i grupują się czasami naokoło wrzodu.

Prócz tego dla różniczkowego rozpoznania należy pamiętać, iż opryszczki u jednego i tego samego osobnika zjawiają się zwykle stale, co pewien przeciąg czasu, i są poprzedzane objawami podmiotowymi, jak swędzenie, palenie i ból; wykwyty opryszczek bywają przeważnie liczne, małe i tworzą nadżarcia bardzo powierzchowne.

Pierwotne zaś wrzody nie powtarzają się, stanowią ogniska zwykle pojedyncze, głębsze i większe, niż przy opryszczkach, i nie są poprzedzane objawami podmiotowymi.

W przypadkach bardzo wątpliwych o rozpoznaniu sprawy może ostatecznie decydować jej przebieg:

Opryszczki zwykle trwają krótko, prędko się goją, nie zostawiając po sobie śladów, a powstałe niekiedy obrzmienia gruczołów również prędko przechodzą.

Przeciwnie, wrzody pierwotne posiadają przebieg bardzo powolny, po zagojeniu pozostawiają po sobie twardą bliznę, i w sąsiedztwie ich zjawia się charakterystyczne obrzmienie gruczołów chłonnych. W razach wątpliwych o istocie sprawy decyduje jeszcze dalszy przebieg, ewentualnie zjawienie się objawów wtórnych.

Nadżarcia, wywołane mechanicznym urazem, chemikaljami i zwykłymi ropotwórczymi drobnoustrojami, odróżniają się

od pierwotnego objawu przymiotu na mocy spoistości dna wrzodu i stanu sąsiednich gruczołów chłonnych. Jednak działanie niektórych przyżegających środków, jak np. lapisu, azotanu rtęci, karbolu, może również spowodować wyraźne stwardnienie, szczególnie tam, gdzie się obficie znajdują naczynia chłonne (Finger); to też w razach wątpliwych należy się upewnić, czy choremu nie stosowano przyżegania. Również obrzmienie gruczołów może się zjawić po przyżeganiu, zatarciu i t. p., lecz objaw ten w takim razie trwa zwykle niedługo i rzadko bardzo przyjmuje wygląd, charakteryzujący sprawę kiłową.

Objawy pierwotne przymiotu, występujące w postaci owrzodzenia, mogą być przyjęte za wrzody weneryczne, świerbowe, gruźlicze, nowotworowe, figówkowe i t. p.

Wrzód weneryczny albo **szankier miękki** najczęściej łatwo odróżnia się od szankra twardego na mocy następujących danych:

Szankier miękki stanowi zwykle owrzodzenie wieloogniskowe, głębokie, z brzegami ostro oberżniętymi, spadzistymi, dnem nierównym, często brodawkowatym, koloru wybitnie żółtego; wydziela ono obficie ropę, w której znajdują się pałeczki Ducrey'a.

Objawy te są tak różne od objawów wrzodu pierwotnego, iż niekiedy pierwszy rzut oka wystarcza dla rozpoznania sprawy. Częściej jednak różniczkowanie opiera się na spoistości dna owrzodzenia i stanie sąsiednich gruczołów chłonnych, dostępnych dla badania.

Spoistość wrzodu miękkiego, jak sama nazwa wskazuje, bywa miękka. Nawet jeśli tkanki dna wrzodu miękkiego grubieją, to powstałe stwardnienie posiada przeważnie spoistość ciastowatą i nie ogranicza się samą podstawą owrzodzenia, czyli jest rozlane. Różnica ta, w porównaniu do stwardnienia tkanek dna przy wrzodzie pierwotnym, jest bardzo znaczna. Jednak zdarza się, iż miejsca, obfitujące w naczynia chłonne, posiadają również przy szankrze miękkim stwardnienia, bardzo zbliżone do występujących przy szankrze twardym.

Stan gruczołów chłonnych w obu powyższych sprawach, bywa bardzo różny. Przy wrzodzie miękkim gruczoły pozostają albo niezmienione, lub też jeden gruczoł pod-

lega ostrym zmianom zapalnym i ropieje. Zaczerwienienie skóry nad gruczołem, unieruchomienie jej, bolesność gruczołu, chełbotanie w nim w późniejszym okresie rozwoju sprawy, a nawet owrzodzenie przyjmujące niekiedy również wygląd miękkiego szankra,—wszystko to różni się wielce od charakterystycznego obrzmienia gruczołów przy wrzodzie pierwotnym.

Niekiedy w celu rozpoznawczym można uciekać się do przeszczepiania wydzieliny wrzodu, naturalnie temu samemu osobnikowi. Zwykle zaszczepiona wydzielina wrzodu miękkiego już po 24—48 godzinach powoduje tworzenie się krosty, która następnie przeobraża się we wrzód miękki.

Rezultaty szczepienia są bardzo przekonywające, jednak tylko istotna korzyść dla chorego i bezwarunkowa jego zgoda może nas skłonić do tego rodzaju zabiegu, gdyż nowo utworzone wrzody powiększają cierpienie i nie wykluczają bynajmniej w skutkach najrozmaitszego rodzaju powikłań, np. wyżeru, ropienia gruczołów. Lepiej też jest ograniczyć się tylko do zbadania wydzieliny na krętki blade i pałeczki Durey'a.

Po dokładnem zbadaniu i porównaniu cech właściwych obu powyższym schorzeniom, gdy jeszcze pozostaje wątpliwość co do istoty sprawy, uciekamy się do środka zwykle najbardziej przekonywającego — do śledzenia przebiegu choroby i dalszych jej następstw. Dodam, iż nawet łatwe i odrazu dokonane rozpoznania powinny być następnie zawsze sprawdzane.

Należy mieć także na uwadze możność współistnienia u jednego i tego samego osobnika szankra twardego i miękkiego, które mogą utworzyć się w jednym miejscu lub obok siebie.

Wrzód pierwotny i miękki, w jednym miejscu powstały, czyli tak zwany wrzód mieszany, posiada wszystkie zewnętrzne cechy szankra miękkiego i oprócz tego znaczne stwardnienie. Rozpoznanie w tych razach bywa zwykle trudne i opiera się na analizie objawów, właściwych obu tym wrzodom i na obserwowaniu przebiegu choroby.

Rozpoznanie różniczkowe pomiędzy wrzodem pierwotnym i wenerycznym bywa nadzwyczaj utrudnione przy stulejce, gdy szankry znajdujące się na błonie śluzowej napletka, w bródzie wieńcowej i na główce pozostają ukryte. W tych

razach pewnych danych mogą dostarczyć sami chorzy, mogą wskazać, kiedy się utworzyły i jak wyglądały wrzody przed utworzeniem się stulejki. Więcej jeszcze danych rozpoznawczych dostarcza spoistość owrzodzenia, wyczuwana przez napletek, stan gruczołów, a w ostateczności przebieg choroby. Należy jednak mieć na uwadze, iż stwardnienia, wyczuwane pod napletkiem, mogą pochodzić również od ciał obcych, np. od tamponów, od szyszkowin stożkowatych, od obrzmiałych w kształcie węzłów naczyń chłonnych i t. p.

Wrzody żrące przymiotowe i weneryczne również niekiedy są trudne do odróżnienia, tembardziej, że przy wrzodzie żrącym przymiotowym zwykle i gruczoły chłonne nabrzmiwiają bardzo słabo. Jednak wrzody żrące obu rodzajów zatrzymują do pewnego stopnia niektóre swe pierwotne cechy, ułatwiające rozpoznanie; a w razach wątpliwych, jak zwykle, o charakterze sprawy wyrokuje dalszy przebieg.

Wrzody świerzbowe niekiedy mają postać bardzo zbliżoną do wrzodów pierwotnych przymiotu i przy umiejscowieniu na prąciu mogą być przyjęte za szankry twarde. Jednak obecność wykwitów świerzby w innych miejscach skóry, spoistość zazwyczaj miękka dna owrzodzenia, brak obrzmienia gruczołów lub powiększenie ich bardzo nieznaczne, działanie środków przeciwswierzbowych lub w ostateczności obserwowanie dalszego przebiegu, pozwalają zawsze odróżnić świerzbę od kiły.

Owrzodzenia rakowe, szczególnie przy umiejscowieniu na wardze, języku, twarzy, sutce i prąciu, bywają niekiedy przyjmowane za wrzody pierwotne.

Owrzodzenie rakowe posiada przeważnie dno nadzwyczaj nierówne, często usiane żółtymi guziczkami, i bardzo łatwo krwawiące, brzegi wyniosłe, grube, czasem wywrócone. Oprócz tego rak prawie zawsze tworzy się u osób starszych i posiada przebieg bardzo powolny. Owrzodzenie rakowe takie, któreby mogło wzbudzić pewną wątpliwość ze względu na swój wygląd i obrzmienie gruczołów sąsiednich, może się utworzyć dopiero po kilkomiesięcznym trwaniu. Wszystko to są cechy ułatwiające łatwo rozpoznanie.

Owrzodzenia gruźlicze, szczególnie na języku i przy wejściu do kiszki stolcowej, posiadają niekiedy pewne podobieństwo do wrzodów pierwotnych. Podobieństwo to może być nawet bardzo łudzące, gdy skutkiem przypalania lub ciągłego

drażnienia dno owrzodzenia staje się twarde, a sąsiednie gruczoły chłonne obrzmiewają.

Owrzodzenie gruźlicze posiada zwykle brzegi nieprawidłowo zakreślone, kręte, spadziste, niekiedy nawet podminowane, dno przeważnie nierówne, miękkie, żółtawe. Owrzodzenie to bywa najczęściej dość obszerne, wielogniskowe i bolesne, szczególnie pod wpływem zewnętrznego podrażnienia. W pobliżu dużych owrzodzeń mieszczą się niekiedy w błonie śluzowej małe twardy guziczki, przypominające wykwity tocznia, wielkości m. w. łebka szpilki, koloru od różowego do fioletowego, i również małe punkcikowate owrzodzenia. Wykwity te decydują o rozpoznaniu gruźlicy. Obecność oznak gruźlicy w innych organach lub nawet wskazówki w wywiadach na przebyłą gruźlicę rzucają również pewne światło na charakter sprawy; choć wypadkowo może ona współistnieć z wrzodem pierwotnym. W razach wątpliwych o charakterze sprawy decyduje przebieg choroby, który przy gruźlicy jest nadzwyczaj przewlekły.

Owrzodzenia kłowe trzeciorzędowe na skórze bywają niekiedy bardzo podobne do wrzodów pierwotnych, jednak omyłki w rozpoznaniu łatwo uniknąć, zważywszy na wywiady, stan gruczołów, przebieg i t. p.

Owrzodzenia guzowate figówki na twarzy również można zawsze odróżnić od wrzodu pierwotnego, pamiętając, iż figówka przy ucisku wydziela ropę przez mnóstwo otworów, bywa pokryta włosami, łatwo, jakby z masła, dającymi się wyciągnąć, że w pobliżu głównego owrzodzenia znajdują się małe krosty z czerwoną podstawą, odpowiadające mieszkom włosowym, a w wydzielinie niekiedy grzybki liszaja strzygącego.

Owrzodzenia ospy po zaszczepieniu zwykle można łatwo odróżnić od wrzodu pierwotnego na mocy wywiadów. Jednak w razach wyjątkowych i niepewnych należy pamiętać, iż owrzodzenia po szczepieniu ospy zjawiają się szybciej, niż wrzód pierwotny, bo w 12 — 15 dni, i rozwijają się zarazem szybciej. Również w wyglądzie są znaczne różnice, gdyż owrzodzenie szczepionej ospy jest okrążone czerwoną obwódką, posiada zwykle brzegi wysokie, spadziste, dno nierówne o ciastowatej spoiistości i wydziela obficie ropną wydzielinę; owrzodzeniom tym niekiedy towarzyszą powikłania, jak stan gorącz-

kowy, ropnica, róża, zajęcie naczyń i gruczołów chłonnych, podobnie jak przy wrzodzie miękkim.

Owrzodzenia języka, wywołane skutkiem drażnienia zębami zepsutymi lub odkładającymi się na nich kamieniami, posiadają niekiedy brzegi dość ściśle ograniczone, dno czerwone lub szare, twarde i mogą spowodować nawet obrzmienie gruczołów chłonnych szyi. Wszystko to sprawia na pierwszy rzut oka wrażenie wrzodu pierwotnego, lecz umiejscowienie owrzodzeń, odpowiednio do zębów zepsutych lub kamieni, również szybkie gojenie się owrzodzenia i zmniejszenie się obrzmiatych gruczołów po usunięciu przyczyny sprawy czyni rozpoznanie zwykle łatwym.

Owrzodzenia krwawnicowe niekiedy są zbliżone do wrzodów pierwotnych odbytu. Lecz istnienie objawów krwawnic przed zjawieniem się owrzodzeń i podczas ich trwania, a również miękka spistość dna owrzodzenia i brak charakterystycznych dla kiły objawów obrzmienia gruczołów wyświełają sprawę.

Owrzodzenia na wargach macicy podczas zapalenia jej błony śluzowej można odróżnić od wrzodu pierwotnego na tej podstawie, iż owrzodzenia te często wychodzą z głębi otworu macicznego i ciągną się na dolną wargę, zwykle posiadają powierzchnię ziarnistą, istnieją często wspólnie z opuchnięciem szyjki macicznej i zawsze razem z charakterystycznymi dla zapalenia błony śluzowej macicy objawami, jak: śluzowo-ropna lub ropna wydzielina z szyjki macicznej, zaburzenia w miesiączkowaniu, bóle promieniujące do pachwin i pasa i przebieg nadzwyczaj powolny.

Owrzodzenia szczelinowate na sutce i odbytnicy niekiedy mogą być przyjęte za wrzody pierwotne. Pęknięcia te jednak różnią się od wrzodów pierwotnych, iż są zwykle wąskie, w kształcie kreski, przeprowadzonej piórem, łatwo krwawiące, miękkie, bolesne i nie powodują charakterystycznego dla wrzodu pierwotnego obrzmienia gruczołów.

ROKOWANIE.

Wrzód pierwotny, choć jest pierwszym objawem bardzo ciężkiej choroby, sam przez się jednak, jak to już widzieliśmy, posiada zazwyczaj charakter dobrotliwy. Istotnie, jest to sprawa, która goi się samoistnie, wygląda bardzo niewinnie, gdyż bywa zwykle bardzo powierzchowna, niebolesna i nie sprawia żadnej dolegliwości, tak że niekiedy pozostaje niezauważona przez chorych w ciągu całego jej przebiegu.

Na dalszy przebieg kiły nie wpływa zupełnie umiejscowienie wrzodu pierwotnego. Wrzody pierwotne na głowie bynajmniej nie są początkiem groźniejszej kiły, niż wrzody na organach płciowych lub kończynach, i wrzody te nie przebiegają bynajmniej gorzej. Tylko wrzody palców często są bardzo bolesne, lecz na dalszy przebieg bolesność ta nie wywiera żadnego wpływu.

Nawet powikłanie wrzodu pierwotnego wyzerem nie sprawia zbyt wielkiego spustoszenia: mniej lub więcej głębokie i obszerne zniszczenie i zniekształcenie napletka, główki prącia, warg, zwężenie wylotu kanału moczowego i t. p. Przytem jest to zwykle tylko objaw miejscowy, nie wpływający na ogólny stan organizmu; tylko bardzo rzadko występują przy wyzerze objawy ogólne, jak podniesienie temperatury, dreszcze, bredzenie, i przechodzą one zwykle prędko; w wyjątkowych tylko razach dochodzi do śmiertelnego zejścia.

Jednak wrzód żrący przymiotu, świadcząc w wielu razach o małej odporności organizmu, przepowiada w następstwie ciężki bardzo przebieg kiły, gdyż często bardzo zjawiające się

po nim objawy wczesne drugorzędowe noszą charakter przedwczesnych trzeciorzędowych.

Podług Bassereau charakter wrzodu pierwotnego jest próbnym kamieniem organizmu. Dobrotliwość szankra przepowiada lekkie następne objawy, a złośliwość ciężkie. Stosunek ten szankrów do najpierw występujących drugorzędowych objawów nosi miano prawa Bassereau i często może być w praktyce stwierdzany.

Wtórne obrzmienie gruczołów również należy do bardzo dobrotliwych spraw; przechodzą one samoistnie, nie bolą i nie ropieją. Nawet występująca po podrażnieniu gruczołów lekka bolesność zwykle szybko przechodzi. Zdarzające się rzadko zropienie gruczołów, pomijając zakażenie mięszane, jest wyrazem ogólnego złego stanu organizmu, posiada przebieg przewlekły i przepowiada ciężkie następne objawy kiły.

Obrzmienia naczyń chłonnych również przechodzą zazwyczaj samoistnie w ciągu kilku tygodni. Niekiedy tylko wywołują one bierny i przewlekły obrzęk tkanek, odpowiednio do rozgałęziającej się w nich sieci dróg chłonnych.

ANATOMIA PATOLOGICZNA.

Wrzód pierwotny.

W sprawie tej zmian chorobowym podlega głównie warstwa tkanki łącznej, podczas gdy naskórek zajęty bywa tylko wtórnie — w zależności od zmian, odbywających się w tkance łącznej.

Naskórek zwykle w ciągu pierwszych kilku dni tworzenia się objawu pierwotnego przymiotu grubieje we wszystkich warstwach, przytem często więcej w części środkowej grudki (poprzedzającej wrzód), niż na obwodzie. Na obwodzie sople nabłonkowe znacznie się wydłużają, rozgałęziają, tworząc jakby sieć. Ten wał graniczny obejmuje zwykle kilka soplei.

Warstwa rogowa grubieje, łuszczy się. Spotykamy często w tej warstwie komórki niezupełnie zrogowaciałe, z jądrami barwiącemi się dość wyraźnie, i twory kuliste, powstałe z substancji rogowej.

W nieco późniejszym okresie rozwoju objawu pierwotnego przymiotu, warstwa rogowa znika pośrodku razem z innymi warstwami naskórka, pozostając tylko na obwodzie.

Warstwa ziarnista zachowuje się podobnie, jak warstwa rogowa: nieco grubieje w pierwszej fazie rozwoju objawu pierwotnego przymiotu, a następnie zanika w środku, pozostając w kilku szeregach na obwodzie wrzodu.

Warstwa kolczasta podlega bardzo znacznym zmianom. W początkowych okresach rozwoju objawu pierwotnego komórki kolczaste, szczególnie w górnych warstwach, stają się większe, tracą mostki międzykomórkowe. Zaródź ich robi się przejrzysta, a jądro bledsze. Przytem powiększają się często

przestrzenie okołojądrowe i otaczają spłaszczone sierpowato i wydłużone jądra. W dolnych szeregach warstwy kolczastej komórki dłużej, niż w innych szeregach, barwią się dobrze i zachowują swe mostki międzykomórkowe; komórki tam bywają mniejsze i więcej spłaszczone; rozradzanie komórek odbywa się bardzo obficie, jak świadczą liczne figury karyokinetyczne, spotykane szczególnie w najniżej leżących szeregach. Na obwodzie objawu pierwotnego komórki warstwy kolczastej są duże i dość dobrze się barwią; często w nich znajdujemy obfite figury karyokinetyczne.

Z biegiem rozwoju wrzodu pierwotnego szeregi górne warstwy kolczastej, a nawet i dalsze, giną pośrodku sprawy. Najdłużej przechowują się resztki soplí nabłonkowych, drążących w głąb tkanki w postaci długich stożkowatych smug.

Pomiędzy komórkami warstwy kolczastej, podczas całego przebiegu sprawy, spotykamy sporo leukocytów. Najwięcej ich widzimy w zgrubiałej warstwie kolczastej na obwodzie. Znajdują się one tam pomiędzy powiększonymi przestworami międzykomórkowymi pojedynczo, a na samej granicy owrzodzenia w skupieniach, tworząc nawet rodzaj małych ropnych pęcherzyków.

Warstwa podstawowa komórek na obwodzie początkowo pozostaje bez zmian, a pośrodku układa się w parę szeregów komórek walcowatych, w których często spotykamy figury karyokinetyczne. Z rozwojem sprawy i ta warstwa pośrodku objawu pierwotnego może zaginać, tworząc nadżarcie, a nawet owrzodzenie.

Może dojść do tego, iż na powierzchni owrzodzenia pozostaje się masa, składająca się z licznych ciałek ropnych, cieczy i resztek komórek z soplí naskórkowych, ku obwodowi ilość pozostałych komórek naskórkowych zwykle zwiększa się, zmniejsza się zaś ilość ropnych ciałek.

Na dnie głębokich owrzodzeń niekiedy wcale już nie znajdujemy elementów nabłonkowych, a tylko pozostałe komórki z torebek włosowych i ewentualnie z gruczołów potowych.

W części skóry *łącznotkankowej* zwraca uwagę przede wszystkim naciek, ciągnący się u góry prawie w jednej masie od której odchodzą drobniejsze odnogi ku dołowi i ku bokom. Naciek ten pozostaje w pewnym stosunku do naczyń.



Rys. 5.

Objaw pierwotny przymiotu na wewnętrznej powierzchni napletka: warstwa nabłonkowa pośrodku prawie zupełnie zanikła, a na obwodzie sośle nabłonkowe wydłużone; w warstwie brodawkowej i podbrodawkowej — naciek obfity, tworzący jedną masę; naczynia znacznie rozszerzone i pomnożone; w skórze właściwej naciek grupuje się naokoło rozszerzonych naczyń. Okul. 2. Lupa. (Zeiss).

Naczynia włosowate posiadają światło rozszerzone i zazwyczaj wypełnione obficie krwią, a śródbłonek sterczący ku światłu i barwiący się dobrze. Szczególniej rozszerzone są naczynia włosowate w górnej części nacieku w warstwie brodawkowej i podbrodawkowej. Ilość tych naczyń wydaje się znacznie większa od normalnej, przebiegają one w kierunku ku powierzchni owrzodzenia.

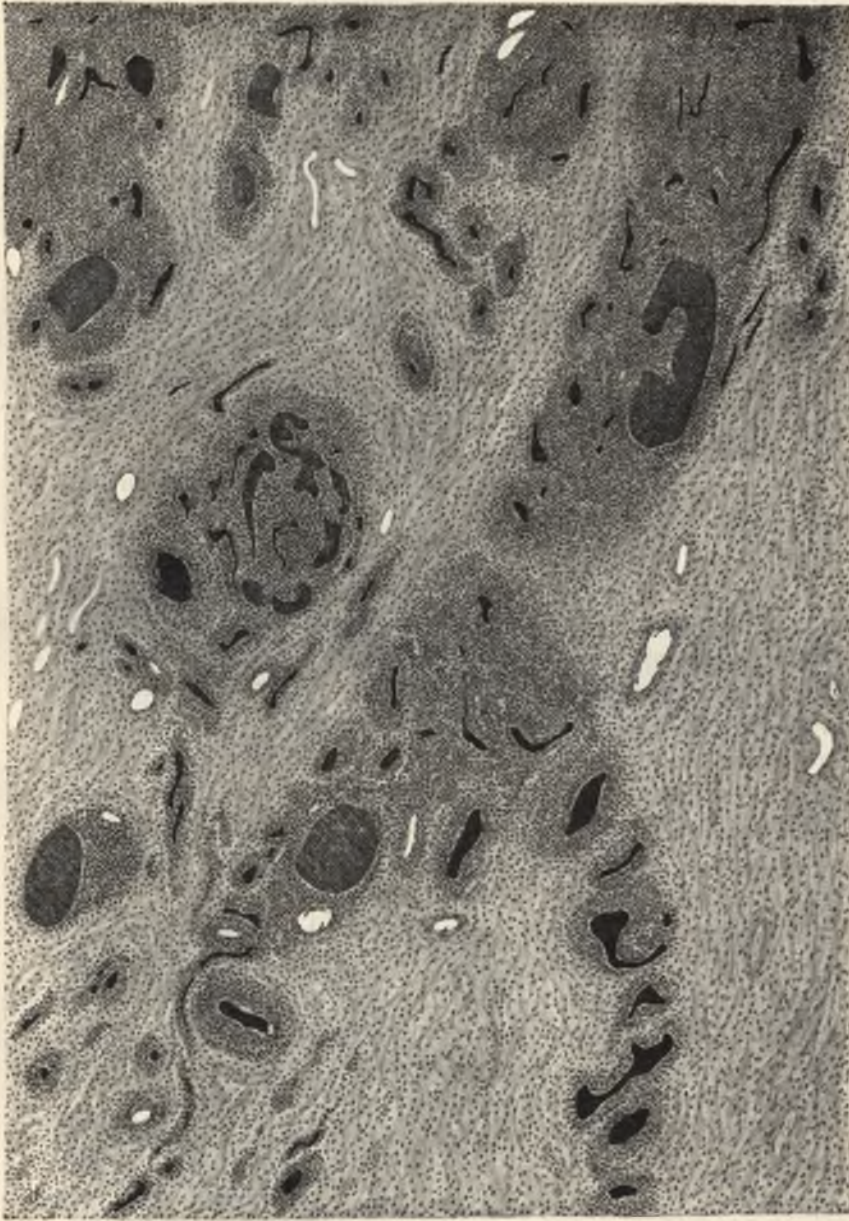
Żyły są również znacznie zmienione. Najmniejszym zmianom ulega ich warstwa wewnętrzna, choć niekiedy może ona, rozrastając się, doprowadzić do zupełnego zamknięcia światła. Zwykle jednak zwięźenie światła następuje skutkiem obfitego nacieku błony zewnętrznej i środkowej żył i niekiedy rozrostu błony zewnętrznej.

Najmniejszym zmianom podlegają tętnice. W mniejszych tętnicach spotykamy jeszcze wyraźny rozrost błon: błona zewnętrzna bywa nacieczona, zgrubiała w postaci licznych warstw włóknistej tkanki łącznej; środkowa błona posiada rozrośniętą warstwę mięśniową, a w wewnętrznej tylko komórki śródbłonkowe powiększają się. W tętnicach większych wszystkie opisane powyżej zmiany występują w znacznie mniejszym stopniu.

Naczynia chłonne, szczególnie w nacieku i jego najbliższym sąsiedztwie, mają światło rozszerzone i śródbłonek nabrzmiały.

Naciek, tak obficie występujący we wrzodzie pierwotnym, gromadzi się naokoło naczyń, okrąża je, tworząc jakby płaszcz dla nich.

W górnych warstwach, pod samym owrzodzeniem, naciek jest bardzo obfity, tworząc jedną masę, tak że nie można tam nawet określić zależności jego od naczyń. Występuje on zato wyraźniej w częściach obwodowych sprawy. Najgęstszy i najszerszy płaszcz otacza naczynia włosowate i małe żyły. W sąsiedztwie większych żył, jak to widać najlepiej na obwodzie sprawy, nacieczenie występuje już mniej silnie i mniej regularnie. Naokoło małych tętnic naciek zjawia się w nieznaczonym stopniu, a naokoło większych często bywa nieobecny, lub okrąża tylko częściowo tętnice i odpowiada właściwie okrążającym je drobnym naczyniom, ewentualnie vasa vasorum, przebiegającym w zewnętrznej błonie ścian. Naczynia chłonne są bardzo nierównomiernie okrążane naciekiem. Jedne z nich posiadają bardzo obszerny płaszcz, inne bardzo nieznaczny,



Rys. 6. Objaw pierwotny przym otu na napletku. Na preparacie, podwójnie nastrykniętym, widać nacieki w głębi błony, gromadzący się naokoło naczyń krwionośnych (ciemna zawartość — metylenblau) i naokoło naczyń chłucznych (kropkowana zawartość — ferrum dialysatum). Ok. 1. Ob. A. (Zeiss).

jak to można wywnioskować z preparatów nastrzykniętych podwójnie.

Naciek naokoło naczyń składa się z komórek plazmatycznych, zróżniczkowanych—łączno-tkankowych, limfocytów i leukocytów.

W początkowych okresach rozwoju wrzodu pierwotnego ilość komórek plazmatycznych w naciekach okołonaczyniowych bywa znaczna, podczas gdy w późniejszych okresach znacznie się zmniejsza na korzyść zróżniczkowanych komórek łączno-tkankowych. Pomiędzy komórkami plazmatycznymi spotykamy sporo małych młodych, z wyglądu nieróżniących się przy małym powiększeniu od limfocytów. Na wielkość plazmatycznych komórek wpływa widocznie gęstość nacieczenia, gdyż w obfitym nacieku bywają te komórki mniejszych rozmiarów i okrągłych kształtów, niż w nacieku luźnym.

Komórki łącznotkankowe najrozmaitszego kształtu spotykają się już w pierwszych chwilach istnienia wrzodu pierwotnego, a z biegiem rozwoju przybywa ich coraz to więcej.

Niekiedy, nieco opodal od głównego nacieku, tworzą one prawie zbitą masę. Najczęściej spotykamy komórki wrzecionowate. Zdarzają się również komórki okrągławe, blaszkowate, a także komórki z wypustkami i pająkowate. Komórki z wypustkami, wielokrotnie łącząc się z sobą, tworzą siatkę, która obejmuje komórki plazmatyczne i pęczki włókien klejodajnych. Pomiędzy komórkami, tworzącymi okołonaczyniowe płaszczce, spotykamy dość liczne komórki tuczne, szczególnie na obwodzie, a prócz tego wszędzie porozrzucane leukocyty. Nigdy nie spostrzegłem komórek olbrzymich.

Włókna klejodajne w brodawkowej i podbrodawkowej warstwie skóry są porozsuwane, napęczniałe, często w masie nacieku prawie niedostrzegalne; w skórze właściwej włókna klejodajne bywają również nieco zgrubiałe, jednolite i bardziej prostolinijne, są one porozsuwane przez nacieki i otaczają jakby pochewką pojedyncze nacieki i ich grupy.

Włókna elastyczne w samej masie nacieku znajdują się w zmniejszonej liczbie. Ku obwodowi spotykamy je prawie w normalnej ilości. Są one tam tylko pokręcone i porozsuwane. Spostrzegane włókna nerwowe bywają zwykle bez zmian.

We wrzodach pierwotnych głębszych ogólny obraz drobnowidzowy pozostaje bez zmiany. Poza zupełnym zanikiem

warstwy naskórkowej i nawet niekiedy warstwy brodawkowej, w pozostałych warstwach ma tylko miejsce większe zniszczenie włókien klejodajnych i elastycznych, często większy obrzęk tkanek i powiększona znacznie ilość ciałek ropnych; tworzą one nadto niekiedy niewielkie ropnie, w których niezadko można znaleźć ropotwórcze drobnoustroje.

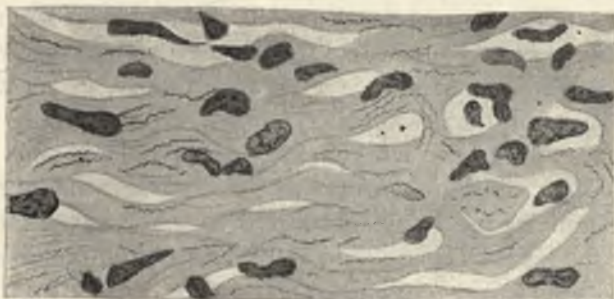
Po zablźnieniu się owrzodzeń, jeszcze przez bardzo długi przeciąg czasu spotykamy na miejscu objawu pierwotnego przymiotu resztki zapalnej sprawy w postaci nacieczenia. Nacieczenie grupuje się zawsze około naczyń i występuje w warstwie brodawkowej, podbrodawkowej skóry i nawet w skórze właściwej. Składa się ono z dość licznych komórek plazmatycznych i z bardzo licznych dużych zróżniczkowanych komórek łączno-tkankowych, pomiędzy którymi dominują komórki wrzecionowate. Oprócz tego spotykamy komórki tuczne. Skutkiem nacieczenia i bujania tkanki, co w znacznej mierze dotyka błony zewnętrznej naczyń, często światło ich bywa zwężone. Pozatem włókna klejodajne i elastyczne wydają się normalne, nabłonek przeważnie cieńszy, niż normalnie, posiada zmniejszone sople nabłonkowe, choć także miejscami spotyka się jeszcze zgrubienie nabłonka z głęboko drążącymi soplami. Zabarwienie ciemniejsze, trwające dość długo po zagojeniu się wrzodu, pochodzi przeważnie od powiększonej ilości barwnika, leżącego w komórkach naskórka i tkanki łącznej i pomiędzy nimi.

Na mocy powyższego opisu można nakreślić następującą charakterystykę zmian anatomo-patologicznych w pierwotnym objawie: tworzy się dość ostro ograniczony i bardzo gęsty naciek, złożony pierwotnie z leukocytów, a następnie z bujnie się rozwijających komórek plazmatycznych, zróżniczkowanych łącznotkankowych i tucznych. Naciek grupuje się pomiędzy włóknami tkanki łącznej naokoło naczyń, przeważnie włosowatych i drobnych żylnych, a następnie chłonnych, większych żylnych i w ostatnim rzędzie tętnic. Gromadzący się naciek i rozrastająca się tkanka łączna, uciskając na siebie, wywołują charakterystyczne dla pierwotnego wrzodu stwardnienie.

Powyższe dane o budowie wrzodu pierwotnego nieco się różnią od wyników, otrzymanych przez niektórych badaczy.

Unna, opisując zmiany w bardzo świeżym objawie pierwotnym, zaznacza obfitość nacieku naokoło naczyń krwionośnych i żył, podczas gdy w naczyniach chłonnych spostrzega

tylko trochę nacieku w warstwie zewnętrznej, a śródbłonki pozostają niezmienione. Uważa on spotykane zarośnięcie naczyń krwionośnych (arteriitis et phlebitis obliterans) przeważnie za następstwo nacieczenia chłonnaczyniowego, przerost zaś śródbłonek za sprawę następującą; przyczem naciek rozpoczyna się od drobnych naczyń błony zewnętrznej i, przechodząc między warstwami ścianek oddziałuje na śródbłonki. Neisser, Neumann, Finger i Lesser są zdania, iż naczynia chłonne pozostają nietknięte, i zmianom podlegają naczynia krwionośne. Lang znajduje, iż naczynia chłonne biorą udział w sprawie, wprawdzie mniejszy, niż krwionośne. Bieder zaś twierdzi, iż głównie naczynia chłonne i żyłne bywają okrażone



Rys. 7.

naciekiem, w znacznie zaś mniejszym stopniu tętnice, których ściany zmieniają się dopiero przy dłuższem trwaniu sprawy.

Wyniki te są najbardziej zbliżone do moich.

Dalej jeszcze idzie Ehrmann. Twierdzi on, iż przede wszystkim i głównie są zajęte przestwory śródtkankowe, a następnie naczynia chłonne. Na mocy tego można zawsze odróżnić objawy pierwotne od spraw drugorzędowych, przy których są zajęte naczynia krwionośne naciekiem, złożonym z ciałek wysiękowych i komórek plazmatycznych.

Wyniki Ehrmanna potwierdzałyby więc przypuszczenie, iż krętki blade przede wszystkim wdrażają się w przestwory śródtkankowe, następnie dosięgają naczyń chłonnych i wywołują w nich zmiany, a później dopiero przedostają się do naczyń krwionośnych. Istotnie wielokrotnie stwierdzono umiejscowienie się krętków białych w przestworach śródtkankowych (rys. 7), a nawet sam Ehrmann znalazł te pasorzyty w obfitej ilości pomiędzy oddzielnymi włóknkami nerwów (rys. 8).

Wyniki dwóch naszych znanych i cenionych badaczy, Biesiadeckiego i Krzyształowicza, znacznie odbiegają od powyżej wyłożonych danych pod względem rodzaju zajętych naczyń. Według Krzyształowicza, choć odnosi się wrażenie, jakoby naciek brał początek od naczyń włoskowatych, leżących w otoczeniu naczyń większych, jednak „tętnice zdają się być więcej otoczone naciekiem, niż żyły, naczynia chłonne zaś czynnego udziału w tej sprawie nie biorą, ich ściany najczęściej są wolne, a światło rozszerzone (Biesiadecki).” Biesiadecki i Krzyształowicz twierdzą, iż naczynia krwionośne mogą mieć światło zwężone przez zgrubienie ścianek, ale zawsze choć częściowo drożne, gdyż nie spotykali naczyń, zarosłych tkanką.



Rys. 8.

Przedstawiony powyżej obraz zmian anatomicznych przy wrzodach pierwotnych jest o tyle dla nich charakterystyczny, iż pozwala najczęściej mikroskopowo odróżniać te sprawy od mniej lub więcej do nich zbliżonych, jak np. wrzodu miękkiego, nabłoniaka złośliwego, opryszczek, gruźlicy i t. p. Najczęściej w praktyce musimy odróżniać wrzody pierwotne przymiotu od wrzodów miękkih.

Wrzód miękki posiada cechy ostrego zapalenia. Naciek w tym wrzodzie w przeciwstawieniu do wrzodu pierwotnego przymiotu jest bardziej rozlany i zawiera znacznie więcej wielojądrowych leukocytów, a oprócz tego pałeczki Ducrey'a. Brzeży wrzodu miękkiego są podmiłowane lub strome, co już na pierwszy rzut oka odróżnia tę sprawę od szankra twardego.

W zakażeniu *mięszanem* (kiła i wrzód miękki) środek owrzodzenia odpowiada wrzodowi miękkiemu, a obwód wrzo-

dowi pierwotnemu przymiotu. Skutkiem tego i w tych razach rozpoznanie nie bywa trudne.

Owrzodzenia *gruźlicze* zawierają oprócz laseczników gruźlicy i liczne gruzelki z olbrzymiami komórkami.

Rak naskórkowy posiada pod drobnowidzem tak charakterystyczny wygląd, iż w rozpoznawaniu nie przedstawia trudności.

Opryszczki mają również cechy, czyniące rozpoznanie łatwym: pęcherzyk w warstwie kolczastej, napełniony cieczą z ciałkami ropnymi, z resztkami komórek naskórkowych i z komórkami balonowatymi, obrzęk warstwy brodawkowej z licznymi ciałkami ropnymi.

Układ chłonny.

Gruczoły w początkowym okresie rozwoju sprawy otrzymują większą ilość krwi, i tkanka gruczołowa nabrzmięwa. Występuje potem obfite powiększenie się liczby komórek drobnych, okrągłych, mięszowych, przyczem łącznotkankowe beleczki (trabeculae) grubieją. Zatoki chłonne są napełnione komórkami limfatycznymi dużymi, często tłuszczowo zwyrodniałymi.

W naczyniach krwionośnych występuje wybitne nacieczenie błony zewnętrznej, a również i środkowej, skutkiem czego światło naczyń staje się bardzo zwężone.

Przewlekłe stwardnienie gruczołów, notowane przy klinicznym opisie, warunkuje się znacznym rozmnażaniem się komórek we wszystkich częściach gruczołów, a również zgrubieniem i stwardnieniem łącznotkankowej siatki. Zmniejszenie się gruczołów następuje skutkiem zwyrodnienia tłuszczowego komórek, a niekiedy zwyrodnienia serowatego z wysysaniem się produktów rozpadu i z następczym wytworzeniem się dokoła tkanki bliznowatej. Rzadko zdarza się skrobiowate zwyrodnienie gruczołów, występuje ono współcześnie z odpowiednim zajęciem innych narządów i raczej może być przyjęte nie za objaw przymiotu, lecz za skutek chery, spowodowanej przymiotem.

Naczynia chłonne, łączące gruczoły z wrzodem pierwotnym, posiadają ścianki zmienione, podczas gdy otaczająca je

tkanka łączna pozostaje często nietknięta. Ścianka naczyń chłonnych bywa mniej lub więcej nacieczona, przyczem odżywiająca je naczynia są pomnożone i otoczone nacieczeniem. Od nacieczenia ścianek zależy i zwężenie światła naczyń chłonnych, choć niekiedy można spostrzedz i bujanie śródbłonka.

Węzełki na tych naczyniach chłonnych powstają skutkiem obfitego skupienia się nacieczenia na zewnętrznej części ścianki naczynia. Według zapatrywania większości autorów nie są one właściwie nowo powstałą grudką chłonną. Ten pozór nadaje jej utworzenie się jakoby otoczki na zewnątrz węzełka, a również sieci łącznotkankowej z obfitymi, nowo-powstałymi naczyniami krwionośnymi wewnątrz. Węzełki te niekiedy okrążają naczynie chłonne i, rozmiękczając się, tworzą t. zw. bubonuli. W tych razach przedewszystkiem pośrodku nacieczenia ginie sieć włosowatych naczyń, a potem następuje zwyrodnienie tłuszczowe i następnie serowate komórki.

LECZENIE MIEJSCOWE.

Przedewszystkiem należy zapobiegać możności przeniesienia zarazy.

Ponieważ zarazki przymiotu mogą się przedostać do organizmu nie tylko przy stosunku płciowym, należy zachowywać przeto zawsze i wszędzie wszelkie przepisy higieny co do czystości, które u narodów kulturalnych powinny być wyssane z mlekiem matki. A więc przedewszystkiem należy mieć zawsze czyste ręce, myć je przed każdym jedzeniem i pójściem spać, używać do jedzenia i picia zawsze tylko czystych naczyń i przyrządów, unikać używanej przez innych odzieży, brzytwy nieczystych, narzędzi lekarskich, nie odkażonych dokładnie, i t. p. Lekarze przed badaniem ręcznym jam ciała powinni zwracać uwagę na całość naskórka swych palców, nadżerki przykryć plastrem, posmarować palce wazeliną borną, a nawet zabezpieczyć je gumowymi palcami. Również przy oglądaniu gardła chorych, a szczególnie przy wszelkich w niem rękoczynach, powinni unikać obryzganja śliną, wobec mogącego nastąpić odruchowego kaszlu.

Mamki, a również dzieci, oddawane do karmienia mamkom, powinny być starannie zbadane i t. d.

Najczęstszem źródłem zakażenia przymiotem są stosunki płciowe, a to poza małżeństwem. Prostyucya, czy to kontrolowana, czy też tajna, bezwątpienia jest tą drogą, po której zaraza tak szeroko u nas się szerzy.

Kontrola policyjno-lekarska taka, jaka jest, zupełnie nie odpowiada swemu zadaniu. Kobiety z stemplem urzędowym zdrowia zarażają swą klientelę. Przytem tak dużo kobiet odda-

je się tajnej prostytutcy, iż żadna policja nie jest w możności roztoczyć nad niemi swej opieki. Skutkiem tego terażniejszy system reglamentacyjny można nazwać bezużytecznym, a nawet szkodliwym ze względu na to, iż wprowadza w błąd ufających mu i deprawuje strasznie pod względem moralnym osoby mu podległe. Powinien być też on zgodnie z postępek kultury i ze względu na dobro ogółu jak najprędzej zniesiony.

Zamiast tego należy uświadamiać młodzież o skutkach chorób wenerycznych, a szczególnie przymiotu, i zaprowadzić prawną, osobistą odpowiedzialność za świadome zarażenie. Należy przytem zwrócić uwagę na szkodliwość najrozmaitszych sprzedawanych po podrzędnych księgarniach i antykarniach broszurek, które, zamiast uświadamiać, deprawują młodzież.

Prostytucja, skutkiem najrozmaitszych wadliwych warunków ekonomicznych i społecznych, jest i będzie na nieszczęście trwać, przynajmniej w najbliższej przyszłości. Powinny więc osoby obu płci, oddające się nierządowi, zabezpieczać swe organy płciowe na stałe lub też na czas stosunku od niebezpieczeństwa przeniesienia zarazy. Najwięcej są narażeni na zarażenie mężczyźni, posiadający wężki napletek lub za krótkie wędzidełko, którym radzimy uczynić obrzezanie. Należy zawsze czysto utrzymywać narządy płciowe, obmywać je codziennie ciepłą wodą z mydłem. Szczególniej to jest zalecane zaraz po stosunku z następnem odkażaniem organów płciowych słabym roztworem sublimatu. Spowodowane pęknięcia lub zatarcia należy natychmiast posmarować jodyną. Najlepiej chronią od przeniesienia zarazy na prącie kondomy, o ile naturalnie nie są uprzednio zanieczyszczone, nie pękają podczas stosunku, lub też nie są zdejmowane nieuważnie. Miecznikow radzi po stosunku, dla zapobieżenia zarażeniu przymiotem, wcieranie 30% maści kalomelowej. Środek ten jednak okazał się mało skutecznym.

Gdy zarażenie przymiotem już nastąpiło, i zaczyna się tworzyć objaw pierwotny, najwłaściwiej wydawałoby się usunąć jak najprędzej zarazki z organizmu, zanim nastąpi ogólne zakażenie. W tym celu należałoby wypalić lub wyciąć jak najprędzej i jak najszerzej objaw pierwotny przymiotu. Wypalanie, ponieważ należy do sposobów niepewnych, gdyż nigdy nie wiadomo, jak głęboko sięga, nie jest stosowane. Wielu zwolenników, szczególnie przed paroma dziesiątkami lat, posiadała metoda wyrzynania wrzodów pierwotnych.

W tym celu za pomocą pincetki podnosi się wrzód wysoko, a więc w takich tylko miejscach, gdzie skóra nie przylega ściśle do niżej leżących warstw i gdzie ją można w fałdę zgiąć, i obcina się ją nożyczkami, albo chwyta się wrzód i jego okolice pincetą z okienkiem, podobną do używanej przy ocznych operacjach (Wolff, Michielson) i obcina schwytane miejsce wzdłuż brzegów pincety. Po usunięciu krwawienia z rany, zszywa się ją kilkoma ściegami.

Niektórzy lekarze, jak np. Jullien, Kölliker, Krówczyński, Lesser, Sacharowicz, Jadassohn, osiągnęli przy tego rodzaju poronnem leczeniu jakoby dobre rezultaty. Jednakowoż liczba dodatnich rezultatów jest bardzo nieznaczna wobec olbrzymiej liczby przypadków o wynikach ujemnych, przy których objawy wtórne, pomimo pozornego wyleczenia wystąpiły i to nawet w tych razach, gdy operacji dokonano w kilka godzin po spółkowaniu (Reiss). Niekiedy nawet na miejscu wyciętego wrzodu pierwotnego powstaje jeszcze obszerniejszy wrzód i większe stwardnienie. Również badania nad krętkami bladymi, domniemanymi swoistymi zarazkami przymiotu, wskazują, iż do chwili wystąpienia pierwotnego objawu rozchodzą się one daleko po organizmie, co uniemożliwia zupełne usunięcie wszystkich zarazków wraz z wycięciem objawu pierwotnego przymiotu.

Wycinanie ma jeszcze tę niedogodną stronę, iż zostawia po sobie znak w postaci blizny. Stosujemy też tę metodę tylko w celu badań naukowych lub w celu usunięcia razem z owrzodzeniem i stulejki.

Wrzód pierwotny, jak już wspominaliśmy, po pewnym przeciągu czasu samoistnie się goi; a zatem leczenie tego objawu zasadza się głównie na usuwaniu warunków, które mogą przeszkadzać naturalnemu rozwojowi sprawy.

Przedewszystkiem należy usuwać to wszystko, co może zapalne objawy podrażnić; oprócz stosunków płciowych, które również ze względu na możliwość rozprzestrzenienia zarazy muszą być surowo wzbronione, powinno się unikać pobudzających napojów, jak wyskok i kawa mocna, wstrząśnień fizycznych, wyczerpującej i denerwującej pracy i wstrząśnień moralnych. Głównie zaś należy chronić wrzód od zanieczyszczenia i usuwać starannie wydzielinę. W tym celu powinno się wrzód pierwotny oczyszczać obmywaniami za pomocą waty opatrunkowej. Do obmywań można używać wody zwyczaj-

nej ciepłej przegotowanej, przekrojonej, lub słabego roztworu kwasu borowego, sublimatu lub wody utlenionej, np.:

Rp. Sol. hydrarg. bichlor 1:2000—200,0.
S. Do obmywania 2 — 3 razy dziennie.

Rp. Hydrogenii peroxydati 3%—200,0
S. Do obmywania 2 — 3 razy dziennie.

Szczególniej często należy skutecznie obmywać w tych razach, gdy wrzód podlega wielokrotnemu w ciągu doby zanieczyszczaniu, np. kałem, uryną.

Po każdym obmyciu osuszamy wrzód suchą wyjąłowaną watą i nakładamy na niego opatrunek. W pierwszej połowie rozwoju wrzodu do opatrunku używamy najczęściej maści, a w drugiej — proszku. Maść w pierwszym okresie rozwoju szankra twardego dla tego jest najodpowiedniejsza, iż chroni go od uszkodzenia, nie przystaje, nie przysycha i nie wywołuje krwawienia przy zmianie opatrunku. Maści należy używać najlepiej obojętnych, choć można przepisywać i niedrażniące rtęciowe np.:

Rp. Acidi borici 1,5—3,0
Vasel. fl. Amer. 30,0
S. Maść.

Rp. Hydrargyri oxydati flavi 0,5
Vasel. fl. Amer. 30,0
S. Maść.

Rp. Calomel. 1,0—2,0
Vasel. fl. Amer. 30,0
S. Maść.

Rp. Hydrarg. praecip. albi 1,5
Vasel. fl. Amer. 30,0
S. Maść.

Powyższymi maściami smarujemy kawałeczek waty i przykładamy na owrzodzenie. W niektórych okolicach ciała wata sama dobrze się trzyma, np. przy wrzodach pod napletkiem wystarcza go tylko na opatrunek naciągnąć. W innych zaś miejscach trzeba watę umocować bandażykiem. Przytem należy pa-

miętać, żeby nie ścisnąć zbyt mocno; najlepiej je tylko delikatnie przewiązać i końce pojedynczego supełka przymocować do paska suspensoryum. Opatrunek u kobiet na zewnętrznej powierzchni organów płciowych przymocowujemy za pomocą bandaża w kształcie litery T.

W okresie gojenia wrzodu pierwotnego stosujemy opatrunki suche. Po obmyciu owrzodzenia powyżej wymienionymi płynami i wysuszeniu jego powierzchni watą opatrunkową, sypimy na nią proszek i przykładamy watę.

Proszek powinien być wysuszający i niedrażniący, np.:

Rp. Ectogani	3,0	lub
Aioli	"	
Jodoli	"	
Natri sozodolici	"	
Xeroformii	"	a nawet
Zinci oxydati	"	
Magisterii bismuthi	"	
S. Do przysypywania.		

W końcowym okresie gojenia można przyspieszyć bieg sprawy za pomocą smarowania powierzchni owrzodzenia lapisem co parę dni. Lapisu lub stężonego kwasu karbolowego niekiedy używamy i we wcześniejszych okresach rozwoju wrzodów pierwotnych, gdy powierzchnie ich pokryły się nieczystym nalotem (błoną wrzekomą) lub zbyt obfitą ziarniną.

Na powstałe po zagojeniu znaczne stwardnienia, w celu zmiękczenia ich, stosujemy plastry rtęciowe, np.:

Rp. Empl. hydrargyri elast.	$\frac{1}{4}$ mtr. lub
Empl. de Vigo cum hydrarg.	$\frac{1}{4}$ mtr.
S. Plaster przykładać 2 razy dziennie.	

Oprócz tego, podczas miejscowego leczenia, zaleca się co parę dni ciepłe wanny dla zachowania czystości okolic, sąsiadujących z wrzodem pierwotnym.

Powyższa metoda leczenia może być nieco zmodyfikowana w zależności od umiejscowienia wrzodów. Największe trudności nastroczają się przy leczeniu szankrów wylotu cewki, gdyż opatrunki muszą być zmieniane po każdym moczeniu i przymocowywane bandażem lub kondomem. Oprócz

częstych waniem ogólnych, naznaczamy kilkakrotne w ciągu dnia miejscowe maczania. Po zagojeniu rozszerzamy zwężony otwór świeczkami, a nawet w razie potrzeby rozcinamy go.

Szankry wewnętrzcewkowe leczymy świeczkami cewkowemi z niedrażniającymi środkami, jak ectogan, airoł i t. p. np.:

Rp. Ectogani 2,0
 Butyr cacao (lub gelatinae) q. s. ut. f.
 supposit. urethralia longit.
 2 ctm., crassitud. 3 mm. № XV
 S. Czopek wkładać po każdym moczeniu.

Należy przytem zalecać używanie wewnątrz jak największej ilości niedrażniających napoi lub nawet lekko ściągających środków.

Rp. Foliae uvae ursi 150,0
 S. Łyżkę naparzyć na
 kwartę wodę i wypić w ciągu dnia.

Szankry szyjki macicznej i jamy ustnej wymagają również częstych przemywań. W tym celu używamy najchętniej słabego roztworu kwasu bornego lub nadmanganianu potasu.

Nieco odmiennie postępujemy przy powikłaniach wrzodu pierwotnego. Ponieważ powstają one najczęściej skutkiem nieczystego utrzymania, drażnienia nieodpowiednimi środkami leczniczymi lub obcym ciałem, należy więc przedewszystkiem usunąć te przyczyny, a wtedy sprawa sama przez się ustępuje. Zdarzają się i przyczyny trudne lub nawet niemożliwe do usunięcia, jak np. brzemienność, charłactwo, starość, moczówka.

Przy silnem zapalnem podrażnieniu powinno się choremu zalecić spokój, a nawet leżenie w łóżku w razie bardzo mocnych objawów. Należy przytem stosować, oprócz niedrażniających opatrunków, okłady z 1—2% roztworu octanu alunu, kilkakrotne w ciągu dnia miejscowe wanny i przynajmniej raz dziennie—ogólną; ciepłota i długość trwania waniem powinna być jak można największa. Do wody dodajemy niekiedy krochmalu lub otrąb.

Gdy zapalne podrażnienie spowoduje stulejkę, która znów zazwyczaj wywołuje zapalenie żołądki, należy stosować środki, oczyszczające wrzód pierwotny i zarazem działające

ściągnąco na żołądz. Używamy w tym celu słabych rozczy-
nów środków ściągnących, np.

Rp. Sol. kali hypermang 1:2000—200,0 lub

„ argenti nitr. 1:250 „

„ alumin acet. 1:100 „

S. Do przemywań kilka razy dziennie.

Przemywania odbywamy za pomocą szprycki z miękkim końcem, który przyciskamy do otworu prawą ręką, nasuwając nań lewą zwężony otwór napletka i wymywamy kilkakrotnie worek napletkowy. Można przemywać również za pomocą miękkiego cewnika №№ 14 — 15, wprowadzonego nieco pomiędzy główkę i napletek.

W razie bardzo silnych zapalnych objawów przy stulejce, gdy grozi martwica, należy rozciąć napletek po środkowej grzbietowej linii wzdłuż sondy rowkowanej i leczyć następnie obnażony wrzód pierwotny i zapalenie żołądzi w powyższej przytoczony sposób.

Stulejkę należy przedewszystkiem postarać się wprawić, a jeśli się to nie udaje, działać na obrzęk okładami z octanu ołowiu lub z octanu ałunu, miejscowymi i ogólnymi ciepłymi wannami. Gdy zaczyna grozić martwica, należy przeciąć ściągnający główkę mostek.

Przy martwicy i wyżerze, oprócz usunięcia przyczyn i obowiązkowego spokoju, częstych, długich i b. ciepłych miejscowych i ogólnych wanień, stosujemy jodoform. Unikając przeważnie tego środka przy leczeniu zwykłych wrzodów pierwotnych ze względu na jego obrzydliwy zapach i często drażniące działanie, musimy się zazwyczaj do niego uciekać przy martwicowym, a szczególnie żrącym wrzodzie pierwotnym. Jodoform najlepiej przepisywać w eterze, gdyż wtenczas głębiej i szerzej działa:

Rp. Jodoformii 5,0

Aether. sulfur. 35,0

D. ad guttametr.

S. wpuszczać kilka kropli na wrzód 3—4 razy dziennie po uprzednim dokładnem jego obmyciu lub po miejscowej ciepłej kąpieli.

W razach bardzo silnego zapalnego podrażnienia tkanki lepiej jest przepisywać jodoform w maści:

Rp. Jodoformii 3,0
Vasel. fl. Amer. 30,0
S. Maść.

Niekiedy chorzy nie znoszą jodoformu, lub działanie jego jeszcze powiększa podrażnienie. Należy wtedy zastąpić ten środek innym jakim z wyżej wymienionych proszków lub maści, albo nawet smarowaniem słabym roztynem nalewki jodowej.

Przytem przy martwicy i wyżerze bardzo dobrze, i niekiedy nawet jedynie, działa ogólne przymiotowe leczenie, to jest stosowanie rtęci, a często nawet rtęci i jodu zarazem, czyli tak zwane leczenie mieszane.

Obrzmienie gruczołów i naczyń chłonnych zwykle nie wymaga żadnego leczenia, gdyż sprawa ta samoistnie przechodzi. Należy tylko zalecić choremu spokój, unikać wstrząśnień fizycznych, jak uciążliwe marsze, bieganie, tańce, jazda konno, na rowerze i t. p. W razie rozpoczynającego się zapalnego podrażnienia gruczołów, oprócz bezwzględniego spokoju, stosujemy ciepłe i długotrwałe wanny, ciepłe okłady pod ceratą, smarowanie jodyną lub niekiedy nawet muszkę. Zropienie gruczołu, następujące w rzadkich bardzo przypadkach, leczymy drogą operacyjną, stosując w razie powolnego bardzo przebiegu sprawy słone wanny, smarowanie jodyną i t. p. Przy wołowatych dymienicach, gdzie sprawa przechodzi nadzwyczaj powolnie i jest wynikiem ogólnego złego stanu organizmu, należy uciekać się do ogólnego pocrzepiającego leczenia, a więc do środków pożywnych i odżywczych, jak żelazo, arsenik, fosfor, przytem wanny słone, siarczane, kąpiele morskie, powietrze górskie i t. d.

Okres drugorzędowy.

OGÓLNA CHARAKTERYSTYKA.

W okresie drugorzędowym objawy przymiotu mogą się zjawiać w każdym narządzie; choroba więc z miejscowej staje się ogólną. Nie znaczy to jednak, żeby i poprzednio zarazki przymiotu umiejscawiały się tylko we wrzodzie pierwotnym i jego okolicach. Stopniowe i powszechne obrzmiewanie gruczołów, występujące często, szczególnie w końcu pierwszorzędnego okresu, świadczy między innymi wymownie o przebywaniu zarazków w najrozmaitszych miejscach organizmu. Należy przypuścić, iż do pewnego czasu ilość rozmnażających się ciągle zarazków nie jest jeszcze dostateczna, lub też wytwarzane toksyny nie starczą, żeby wywołać zmiany ogólne, widoczne dla badacza.

Ogólne objawy przymiotu, t. j. początek okresu drugorzędowego, rozpoczynają się najczęściej w 72 dni, czyli blisko w $2\frac{1}{2}$ miesiąca po zarażeniu. Niekiedy zjawiają się one nieco wcześniej, choć rzadko przed 2 miesiącami. Często zaś ten okres występuje później, bo po trzech, a nawet czterech miesiącach.

Wczesne wycięcie wrzodu pierwotnego niekiedy nieco opóźnia chwilę zjawienia się objawów drugorzędowych; również wczesne energiczne leczenie swoiste ma podobny, a nawet znacznie silniejszy wpływ.

Objawy ogólne, świadczące o owładnięciu chorobą całego organizmu, występują prawie odrazu, lecz nie zawsze odrazu we wszystkich narządach. Najczęściej spotykamy obja-

wy przymiotu na skórze i błonach śluzowych, choć może zarazem cierpieć i narząd nerwowy, krwionośny, ruchowy, rozrodczy i t. p.

Objawy te, w porównaniu do objawów okresu trzeciorzędowego, są dość lekkie i prędko przemijające, nie wywołują ciężkich następstw i, ogólnie rzecz biorąc, są niebezpieczniejsze dla otaczających ze względu na zaraźliwość, niż dla samego chorego. Szczególniej zaraźliwym bywa początek okresu drugorzędowego. Zarazki przymiotu działają wówczas zarazem niezmiernie zabójczo na potomstwo.

Okres drugorzędowy trwa zwykle niezbyt długo: 2 — 3 lata, choć może się przedłużyć do kilkunastu, a nawet kilkudziesięciu lat. Niekiedy objawy jego, szczególnie przy dłuższym trwaniu, występują współrzędnie z objawami trzeciorzędowymi. Odznacza się drugorzędowy okres obfitością i różnorodnością objawów. Objawy podlegają pewnym prawom. Jedne z nich zjawiają się zwykle na samym początku okresu, inne zaś po miesiącach, a nawet latach jego przebiegu, przytem odróżniają się stale nie tylko wyglądem, lecz umiejscowieniem, przebiegiem i ciężkością sprawy, a również odczynem różnym na pewne lecznicze środki swoiste.

Objawy drugorzędowe można szematycznie podzielić na wczesne i późne. Niektóre z późnych posiadają już wiele cech wspólnych z objawami trzeciorzędowymi. Przebieg okresu drugorzędowego u każdego osobnika bywa odmienny. U jednych ogranicza się do bardzo nielicznych i krótkotrwałych zmian na skórze; u innych zmiany cięższe występują ciągle, obejmując cały organizm, lub ograniczając się tylko do jednego narządu.

Zależnie od odczynu poszczególnych narządów i całego organizmu na chorobę odróżniamy kilka rodzajów przebiegu drugorzędowego przymiotu.

W znacznej części przypadków, a to liczniej u mężczyzn, niż u kobiet, przymiot widocznie nie oddziałuje prawie zupełnie na ogólny stan organizmu. Chorzy czują się pełnymi sił, energii, wyglądają dobrze i mogą zupełnie normalnie pracować. Bywa to najczęściej u osób z bardzo nieznacznymi objawami przymiotu, choć może się zdarzać u dotkniętych ciężkimi objawami, lecz tylko skórnymi. Tego rodzaju przebieg przymiotu możnaby nazwać *skórnym, zewnętrznym*.

W innych razach, gdy choroba działa na narządy wewnętrzne, a przede wszystkim na system nerwowy, krwionośny i trawienia, wszystkie czynności organizmu słabną i organizm niszczeje.

Często zmiany w wewnętrznych organach po kilku lub kilkunastu tygodniach przechodzą samoistnie. Niekiedy jednak, ciągnąc się kilka, a nawet kilkanaście miesięcy, podrywają na zawsze lub na pewien czas zdrowie do tego stopnia, iż mogą uczynić chorego niezdolnym do pracy.

Niektórzy autorowie odróżniają cztery typy przebiegu tego t. z. *wewnętrznego* przymiotu:

1. niedokrwisty
2. nerwowy
3. dystroficzny
4. mieszany.

Typ niedokrwisty charakteryzuje się błądnością skóry i błon śluzowych, a nawet szmerami żylnymi, osłabieniem, chudnięciem, łatwo występującym zmęczeniem, zadyszaniem się i biciem serca. Jako skutek anemii mogą nastąpić zaburzenia w systemie trawienia i nerwowym. W każdym jednak razie anemia rzadko występuje w ciężkim stopniu. Spotyka się ona najczęściej w początkowej fazie okresu drugorzędowego. Podlegają jej przeważnie osoby młode, delikatnie zbudowane, a więc przeważnie kobiety i blondyni.

Typ nerwowy albo *niedomożny* najczęściej się zdarza u młodych kobiet. W najsilniejszych swych przejawach tego rodzaju przebieg przymiotu przypomina okres wyzdrowiania po ciężkich zaraźliwych chorobach. Charakteryzuje się ten typ ogólnym osłabieniem organizmu i skłonnością do najrozmaitszych nerwowych zaburzeń. Osłabieniu sił życiowych i umysłowych organizmu towarzyszą również zaburzenia w narządzie trawienia.

Typ dystroficzny zasada się na zaburzeniach w odżywianiu. Chorzy zaczynają chudnąć, tracą na wadze, słabną, dostają ziemistej cery i t. p. Niekiedy stan chorych dochodzi do charłactwa.

Typ mieszany zdarza się najczęściej i przedstawia połączenie objawów wszystkich trzech powyższych typów w mniejszym lub większym stopniu.

Tego rodzaju przebieg przymiotu, osłabiając znacznie organizm ludzki, czyni go mniej opornym, a zato więcej podatnym na najrozmaitsze inne choroby zaraźliwe, a przedewszystkiem ogólne. Przeważnie gruźlica najłatwiej się zjawia w organizmach, podkopanych przymiotem, i najsilniej i najszybciej w nich się rozwija. Można tu zaliczyć i wiele innych cierpień, jak np. nerwica, łysina, łuszczyca jamy ustnej.

Objawy przymiotu drugorzędowego najczęściej spotykamy na skórze i błonach śluzowych.

WYSYPKI SKÓRNE.

Ogólna charakterystyka.

Wysypki, czyli osutki skórne, zjawiają się podczas całego drugorzędowego okresu. Można przyjąć prawie za pewnik, iż niema drugorzędowego okresu bez wysypek skórnych i że w tych nielicznych względnie przypadkach, w których dopiero trzeciorzędowe wysypki obserwowano, drugorzędowe były niezauważone. Istotnie, niektóre wysypki są bardzo nikle — i kilka lub kilkanaście plam, ledwie widocznych przy bardzo dobrem oświetleniu, można z łatwością przy zwykłym świetle dziennym nie zauważyć.

Osutki skórne przymiotowe posiadają pewne mniej lub więcej charakterystyczne cechy.

Podmiotowych objawów, jak swędzenia, palenia, bólu wysypki zwykle nie wywołują, skutkiem czego mogą one być bardzo łatwo niezauważone przez chorych, szczególnie jeśli umiejscawiają się w okolicach ciała, mało widocznych.

Przebieg osutek bywa zwykle bardzo powolny: mogą one bez widocznych prawie zmian trwać tygodnie, miesiące, a nawet i lata.

Zabarwienie posiadają wysypki często bardzo charakterystyczne: występuje ono niekiedy jako ciemno-czerwone, zbliżone do koloru mięsa lub chudej szynki na przekroju, rzadziej zaś jako czerwono-żółte, przypominające kolor odpolowanej miedzi. To ostatnie zabarwienie można otrzymać w wielu razach sztucznie, uciskając wykwitę szkiełkiem podmiotowem od preparatów drobnowidzowych.

Działaniu ręki poddają się wszystkie osutki przymiotowe w mniej lub więcej silnym stopniu. Działanie to jest najwidoczniejsze przy wysypkach uporczywych, długotrwałych, gdyż nieznaczące, krótkotrwałe mogą i samoistnie szybko zniknąć.

Umiejscawiać mogą się wysypki wszędzie, jednak w pewnych okolicach ciała zjawiają się z upodobaniem, podczas gdy innych wyraźnie unikają. Wczesne wysypki widzimy najwcześniej i najobficiej na bocznych powierzchniach piersi i brzucha, a potem dopiero na powierzchni zginaczy ramienia i przedramienia, biodra i goleni.

Późne wysypki bardzo często spotykają się na dłoniach, podszwach, czole i tyłogłowi, na granicy owłosionej powierzchni głowy, na pośladkach, na bocznych i tylnych powierzchniach goleni i wogóle na miejscach, w których przylegają do siebie fałdy skóry. Rzadko zaś bardzo osutki przymiotowe zdarzają się na grzbietowej powierzchni dłoni i stopy.

Umiejscawianie się powyższe można wytłómaczyć kilkoma przyczynami. Przedewszystkiem niektóre z poprzednio wymienionych okolic ciała ulegają ciągłym przekrwieniom, np. skutkiem tarcia ubraniami na fałdzie międzypośladkowej, tarcia o siebie fałd skórą—do czego dołącza się działanie drażniące potu i rozkładającego się tłuszczu, a także skutkiem stałego przekrwienia u osób, podległych łojotokowi, na granicy owłosionej powierzchni głowy i na brózdzie nosowo-ustnej; żyłakowate rozszerzenia naczyń na goleniach i rozszerzenia żył na sromie niewieścim podczas ciąży wywołują i podtrzymują osutki. O wpływie przekrwienia na powstawanie wysypek możemy się przekonać i drogą doświadczeń, drażniąc stale przez dłuższy przeciąg czasu pewne miejsce lub poddając chorego działaniu wanien siarczanych, które powodują przyływ krwi do skóry.

Często widoczny jest również wpływ nerwów na umiejscowienie się osutek, które może być symetryczne na obu połowach ciała, lub, co ważniejsze, wzdłuż nerwów.

Jednak w sprawie umiejscowienia osutek natrafimy na sporo ciemnych kwestyi. Jak np. sobie objaśnić, że różyczka omija zawsze twarz, że grudki, lokując się tak często na dłoniach i podszwach, omijają starannie ich grzbietowe powierzchnie.

Wygląd wysypek t. j. ich ilość, wielkość, kształt i ugrupowanie, a także zabarwienie bywają różne i zależą od najrozmaitszych przyczyn. Przedewszystkiem na osutki wywiera wpływ stan ogólny organizmu: budowa ciała, przebyte ostre choroby i przewlekłe, które stopniowo wyniszczają organizm, jak np. gruźlica, podagra, alkoholizm; miejscowe przyczyny, jak np. żyłaki, wyprysk, podnoszą zwykle natężenie wysypek.

Szczególniejsze znaczenie pod względem ilości i jakości osutek posiada alkoholizm. Osutki u alkoholików przyjmują często miedziane zabarwienie, bywają zwykle więcej rozlane, zlewające się, głębsze i posiadają skłonność do owrzodzeń. Na goleniach z rozszerzonymi żyłami dosięgają niektóre z wysypek największych rozmiarów i najintensywniejszego zabarwienia.

Gęstość i obfitość wysypek znajduje się przeważnie w stosunku odwrotnym do wielkości pojedynczych wykwitów.

Czas występowania wysypek oddziaływa również silnie na ich postać. Podczas gdy wczesne drugorzędowe wysypki bywają zwykle rozsiane, więcej powierzchowne i dobrotliwe, mają skłonność do samodzielnego zaniku, nie zostawiając po sobie zmian w tkankach w postaci blizn, — późne zajmują głębsze warstwy skóry, trwają znacznie dłużej — miesiące, a nawet lata i znikając zostawiają po sobie ślady w postaci głębszych blizn, tak, że te wysypki są często bardzo zbliżone do trzeciorzędowych. Przytem występują one w grupach usystematyzowanych i to często na pojedynczych tylko okolicach ciała.

Ugrupowanie tych późnych wykwitów w kształcie najrozmaitszych figur, np. koła, a jeszcze lepiej w postaci półkola, odcinka koła, jak również kształt pierścieniowaty lub półksiężycowaty oddzielnych wykwitów jest nadzwyczaj charakterystyczny dla osutek późnych, drugorzędowych. Należy tylko pamiętać, iż w postaci koła mogą również występować wykwity łuszczycy, rumienia obrączkowego, łupieża różowego, grzybicy strzygącej.

Wykwity wysypek drugorzędowych zjawiają się pod trzema postaciami:

- 1) plam,
- 2) grudek i
- 3) powierzchownych owrzodzeń.

Należy dodać, że i tutaj znajdują się postaci przyściowe, skutkiem czego klasyfikacja powyższa, jak zwykle, jest tylko szematyczna.

W zależności od rodzaju wykwitów, wchodzących w skład wysypek, może być ona 1) plamista, 2) grudkowata, 3) wrzodziejąca. Często bardzo wysypki przymiotowe drugorzędowe bywają wielopostaciowe, to jest składają się z najrozmaitszego rodzaju wykwitów.

Objawy ogólne towarzyszą niekiedy wysypkom drugorzędom i to wyłącznie prawie najwcześniejszym, a przytem zwykle w bardzo łagodnej postaci; tylko u kobiet i osób nerwowych natężenie tych objawów bywa nieco silniejsze. Zjawiają się one najczęściej współcześnie z ukazaniem się wysypki, niekiedy na parę dni przedtem, a rzadko bardzo po kilkodniowym jej trwaniu. Przeważnie występuje uczucie zmęczenia i osłabienia, szczególnie kończyn, apatya, brak apetytu, bezsenność, zawrót głowy, błądź, chudość.

Zarazem mogą się zjawić bóle w kończynach, plecach, mostku, stawach i mięśniach, nerwobóle międzyżebrowe i głowy, szczególnie jednej jej połowy. Silne bóle głowy występują dość często, przeważnie napadowo: zwykle zjawiają się one pod wieczór około 6 — 7 godziny, a w dzień przechodzą.

Zczasami zdarzają się objawy gorączki i krótkotrwałe dreszcze. Gorączka bywa przeważnie wieczorami lub nocą i, jak i inne objawy ogólne, zazwyczaj nie dosięga silnego stopnia i nie posiada typowego przebiegu. Osutki przymiotowe, zjawiając się nawet wespół z gorączką, następnie rozwijają się już bez niej.

Zaznaczę, iż osutkę przymiotową, szczególnie najwcześniejszą, poprzedzają niekiedy takie skórne sprawy, jak pokrzywka i półpasiec.

Wysypka plamista.

(Exanthema maculosum, roseola).

Ogólna charakterystyka.

Postać plamista osutki jest najczęstsza ze wszystkich. Składa się ta wysypka z plam, niewystających ponad po-

ziom skóry, nie łuszczących się na powierzchni i niezmierniających naskórka.

Wielkość plam bywa różna—od ziarnka maleńkiej soczewicy do srebrnej dwudziestokopiejkówki. Rzadko plamy zdarzają się większych rozmiarów, chyba oddzielne wykwyty, zlewając się, tworzą duże blaszki. Kształt plam bywa nieprawidłowo okrągławy lub owalny, podługowaty, brzeży nieznacznie przechodzą w zdrową skórę i często są nierówne, zazębione.

Kolor plam bywa różny, w zależności przedewszystkiem od czasu trwania i intensywności wysypki. Plamy, bardzo świeże, posiadają zabarwienie delikatno różowe, z kąd pochodzi często używana nazwa „różyczka“; przytem zabarwienie to często bywa tak słabe, iż plamy mogą być łatwo niezauważone; występują one jednak wyraźniej u chorych, trzymanyh w ciągu kilku minut na chłodzie. Plamy świeże bledną i nikną zupełnie przy naciskaniu palcem.

W trakcie zupełnego rozwoju swego plamy stają się ciemniejsze, więcej nasycone czerwono, i przypominają zabarwieniem zwykłą odrową wysypkę; przy naciskaniu palcem nie zupełnie znikają i coraz mniej bledną.

W okresie przemiany wstecznej plamy przybierają odcień żółtawy, a następnie szaro-bronzoowy i nie zmieniają zabarwienia przy naciśnięciu palcem.

Wysypka ta nie powoduje żadnych podmiotowych objawów, jak np. swędzenie i palenie.

Osutka plamista bywa najczęściej najwcześniejszą przymiotową wysypką. Rozpoczyna ona okres drugorzędowy w siódmym, ósmym tygodniu, a najczęściej w 45 dni po utworzeniu się objawu pierwotnego.

W wielu razach zjawia się ona skrycie, niepostrzeżenie dla samego chorego, bez żadnego odczynu ze strony organizmu. Niekiedy jednak wysypkę plamistą poprzedzają lub z nią współcześnie występują kilka dni trwające objawy ogólne, o których obszerniej mówiliśmy w poprzednim rozdziale, a przedewszystkiem ogólne rozbicie, wieczorne bóle głowy i dreszcze, a oprócz tego zapalenie gardła i niekiedy strupki na owłosionej skórze czaszki.

Rozwój wysypki bywa zawsze stopniowy i powolny: na początku pokazuje się tylko kilka plam, najczęściej na bocz-

nych powierzchniach piersi i brzucha; do nich codziennie przyłączają się nowe, i zazwyczaj po tygodniu osutka osiąga największego swego rozwoju,—pozostaje w tym stanie dość długo, bo parę, kilka tygodni, a nawet niekiedy miesiący, prawie bez widocznych zmian, następnie staje się coraz to ciemniejsza, jakby szaro-bronzowawa i wikła się wtedy często innego rodzaju wykwitami, jak grudkami, a nawet krostami; plamistą jednak osutka pozostaje ze względu na przeważającą ilość tego rodzaju wykwitów.

Po pewnym przeciągu czasu wysypka plamista nawet samoistnie zanika i znika. Niekiedy niknie ona nawet bardzo prędko, bo po kilku dniach, i nie pozostawia po sobie nigdy trwałych śladów. Pod wpływem leczenia wysypka plamista prawie zawsze bardzo szybko blednie i niknie.

Umiejscowienie plam przy wczesnej wysypce bywa zwykle rozsiane nieprawidłowo, symetryczną ją można nazwać chyba dlatego, iż dotyka zawsze prawie jednakowo obie połowy ciała.

Gęstość wysypki bywa różna. W przypadkach, pozostawionych samoistnemu biegowi, plamy zwykle są dość gęste, zachowując jednak pomiędzy sobą pewną przestrzeń niezajętej skóry. Czasami plamy bywają tak gęste, iż skóra jest niemi formalnie usiana. Może dojść nawet do tego, iż plamy, zlewając się, tworzą całe przestrzenie rumieniowe, jak to widzieliśmy w przypadku, przedstawionym przeze mnie na posiedzeniu sekcji skórno-wenerycznej d. 18/VI 1905 r.

Wysypka zalega zwykle boczne powierzchnie klatki piersiowej i brzucha, plecy i powierzchnie rozginaczy kończyn, a nigdy nie zjawia się na twarzy i na grzbietowej powierzchni dłoni i stóp.

O d m i a n y.

Osutka plamista, w zależności od pewnych cech swych składowych elementów, może przybierać nieco odmienne postacie, które jednak na ogół zdarzają się dość rzadko. Nieco częściej spotykają się następujące odmiany:

1. Różyczka drobnoplamista składa się z plam bardzo małych, wielkości ziarnka zboża — małej soczewicy.

2. Różyczka wielkoplamista składa się z plam dużych, wielkości srebrnej monety 10—15—20 kopiejkowej.

3. Różyczka blada odróżnia się od innych plamami blado-różowymi nikłymi, trudno dostrzegalnymi na zwykłej skórze.

4. Różyczka pokrzywkowata, zwana także różyczką grudkowatą, odznacza się plamami, nieco wzniesionymi nad poziom skóry, tak że wzniesienie to można określić wzrokiem i dotykiem; przypominają one wzniesione nieco nad powierzchnią skóry bąble pokrzywki.

5. Różyczka punkcikowata, zwana również ziarnistą, składa się z plam, usianych nadzwyczaj małymi, prosówkowatymi wyniosłościami, przedziurawionymi zwykle włosami. Na każdej plamie znajduje się często kilka takich wzniesień, odpowiadających mieszkom włosowym, które jak wiemy są silnie unaczynione.

W z n o w y.

Wysypka plamista w ciągu drugorzędowego okresu może się powtarzać wielokrotnie co pewien przeciąg czasu. Wznowy wtórne należą do dość częstych. Rzadziej już zdarzają się wznowy po raz trzeci, czwarty i piąty, choć trafiają się i więcej razy. Wyjątkowo u mężczyzny, leczącego się dość starannie, obserwowałem w ciągu lat pięciu 11 wznów plamistych; występowały one początkowo co 2 — 3 miesiące, a później w coraz to dłuższych odstępach czasu. Przeważnie wznowom wysypek plamistych podlegają osoby, które się leczyły dość starannie; t. j. po odpowiednim leczeniu zjawiają się wysypki dobrotliwe, podczas gdy nieleczoney przymiot przebiega znacznie złośliwiej.

Wysypki plamiste ponowne, im są późniejsze, tem bardziej występują w postaci słabszej, a nawet w szczątkowej; stają się one coraz to mniej liczne, tak że czasami można naliczyć wszystkiego kilka lub kilkanaście plam. Rozmiary plam przytem bywają większe, niż przy wysypce pierwotnej, dochodzą do wielkości pół, a nawet całego rubla srebrnego. Zabarwienie tych wykwitów bywa bardziej blade, nikłe, skutkiem czego nadzwyczaj łatwo mogą być one niezauważone.

Postać plam przeważnie bywa owalna, czasem półowalna. Grupują się one przeważnie w półkola i odcinki koła. Wszystkie te osutki poddają się zwykle łatwo swoistemu leczeniu i są oznaką, jak zaznaczyliśmy, dobrotliwego przebiegu przymiotu, posiadają tę tylko ujemną stronę, iż źle oddziałują na psychikę pacjentów, szczególnie gdy się zjawiają bardzo późno.

Niekiedy wysypki plamiste ponowne występują bardzo późno, po kilkunastu, a nawet kilkudziesięciu latach, i wtedy odznaczają się zwykle bardzo znaczną wielkością m. w. 5 — 15 ctm. w średnicy koła albo w dłuższej osi owalu. Takie późne wysypki mają przebieg powolniejszy, mniejszą skłonność do powtarzania się i nie poddają się łatwo swoistemu leczeniu; skutkiem tego takie późne plamiste ponowne wysypki niektórzy autorowie przyjmują za trzeciorzędowe. Jednak i te późne wysypki nie różnią się zasadniczo od wcześniejszych, a przytem należą one do dobrotliwych; nie można więc ich przyjmować za trzeciorzędowe, które są wogóle objawami ciężkimi przymiotu i pozostawiają po sobie zwykle znaczniejsze ślady.

Do rzadszej postaci wznów należy różyczka obrączkowata (*roseola circinata*). Zjawia się ona zwykle późno, w końcu pierwszego, w ciągu drugiego, trzeciego roku, a nawet znacznie później. Składa się ona z różowych, płaskich, czasem nieco wystających plam w kształcie okrągłych lub owalnych pierścieni, częściej jednak półkoli, półksiężyców, odcinków koła, połączonych z sobą końcami. Promień tych plam posiada m. w. 1 — 2 ctm., a krótka oś owalu 2 — 3 ctm., przytem wykwity bywają często poprzerywane pasemkami normalnie wyglądającej skóry. Postać ta, pozostawiona samoistnemu biegowi, trwa zwykle bardzo długo, pod wpływem leczenia swoistego ustępuje łatwo, lecz również łatwo powraca.

Rozpoznanie.

Bywa ono zwykle dość łatwe, jeśli przyjąć pod uwagę nie tylko postać samej wysypki plamistej, lecz i wszystkie towarzyszące jej okoliczności. Przedewszystkiem przy przy-

miocie znajdujemy wrzód pierwotny lub bliznę po jego zagojeniu, a także odpowiednie obrzmienie gruczołów chłonnych; oprócz tego, szczególnie wspólnie z wysypkami, dłużej trwającymi, mogą się znajdować i różne inne objawy drugorzędowego przymiotu, jak np. łepięże płaskie, bielactwo, łysiny swoiste i t. p., a przytem wywiady wyjaśniają nam w znacznej mierze dotychczasowy przebieg sprawy.

Postać wysypki również może być bardzo charakterystyczna dla przymiotu. Jednak na samym wyglądzie wysypki opierać się nie można dlatego, iż zmienia się ona bardzo przy dłuższem trwaniu i często jest bardzo zbliżona do wysypek plamistych innego pochodzenia.

Wysypka odrowa bywa niekiedy bardzo podobna do wysypki plamistej przymiotu. Jednak przy odrze jest ona więcej ogólna, gdyż obejmuje twarz i grzbietowe powierzchnie dłoni i stóp. Ogólne objawy są zwykle znacznie silniej wyrażone, niż przy przymiocie. Oprócz tego bywają zajęte zazwyczaj: łącznica oczów, błony śluzowe nosa, krtani i oskrzeli; całemu przebiegowi wysypki towarzyszy prócz tego dość silna gorączka, która poprzedza wystąpienie osutki na 3—4 dni.

Niekiedy jednak i objawy ogólne przy odrze są słabe (odra przelotna); wtedy o rozpoznaniu różniczkowem decydują objawy, towarzyszące wysypce (obrzemie gruczołów, wrzód pierwotny lub blizna po nim—przy przymiocie).

Różyczka lekowa bywa również niekiedy bardzo zbliżona do przymiotowej. Najczęściej takie osutki występują po przyjmowaniu wewnątrz balsamu kopaiwianego i antypiryny, niekiedy również kuby i olejku sandałowego.

Różyczki po przyjęciu olejków balsamicznych przeważnie posiadają postać rumienia rozlanego lub osutki płonniczej, niekiedy jednak przedstawiają bardzo wiele podobieństwa do różyczki przymiotowej. Dla różniczkowego rozpoznania tych wysypek należy przedewszystkiem dowiedzieć się, czy chory przyjmował jeden z wymienionych leków; następnie tego rodzaju różyczki lekowe prędzej przechodzą, swędzą i posiadają żywsze czerwone zabarwienie, niż przymiotowe; oprócz tego różnią się jeszcze często gęstością plam na kończynach i zwykle obecnością ognisk większych, powstałych ze zlania się pojedynczych plam na powierzchni rozginaczów (kolano, łokieć, dłoń i stopa).

Różyczka lekowa po przyjęciu antypiryny może być również rozpoznana na mocy wywiadów, a prócz tego na mocy przebiegu i wyglądu. Różyczka ta powstaje odrazu i nadzwyczaj szybko się rozwija, może umiejscawiać się w tych okolicach ciała, w których nie zdarza się różyczka przymiotowa, posiada zabarwienie żywo-czerwone i bywa często wielopostaciowa t. j. wspólnie z różyczką widać rumień płonico-waty, szczególnie na powierzchniach wyprostnych, pokrzywkę, pęcherze, miejscowe obrzęki i t. p.; a prócz tego zjawia się ta wysypka niekiedy w towarzystwie objawów ogólnego zatrucia antypiryną, jak mdłości, zawrót głowy, dreszcze, poty i t. p.

Różyczka zwyczajna (roseola simplex, exanthematica, vernalis, aestivalis) również rozprzestrzenia się po całym ciele i składa się wyłącznie z plam, jednak występuje przeważnie wspólnie z ogólnymi objawami, umiejscawia się na twarzy, bardzo krótko trwa i często bardzo swędzi.

Plamy niebieskawe (maculae caeruleae) przy wszawicy miejsc porośniętych włosami, szczególnie wzgórka łonowego, posiadają odcień sinawy, umiejscawiają się w pobliżu okolic owłosionych, w których spostrzegamy wszy t. zw. mędowneski.

Łupież pstry różowy (pityriasis versicolor rosea) jest to właściwie zwykły łupież pstry, który niekiedy, skutkiem niewiadomych przyczyn, przyjmuje różowe zabarwienie i wtedy może być nadzwyczaj podobny do różyczki przymiotowej. Łupież ten jednak rozpoznaje się łatwo, gdyż wysepki jego w kształcie plam delikatnie się łuszczą i po podrapaniu paznokciem oddzielają strużki naskórka, w których pod mikroskopem można łatwo wykryć grzybek łupieżowy.

Liszaj wyłysiający plamisty (herpes tonsurans maculosus) łatwo odróżnić od różyczki przymiotowej na mocy zabarwienia, łuszczenia, swędzenia i badania mikroskopowego.

Różyczka łuskowata albo *łupież różowy* (roseola squamosa, pityriasis rosea), cierpienie rzadkie, składa się z plamek wielkości soczewicy, które zaczynają się łuszczyć już po paru dniach trwania w postaci drobniutkich, białawych albo szarawo-białych łuszczyk; przyczem na obwodzie spostrzegają się typowe cieniutkie płateczkowate łuszczyki. Oprócz tego, spotykamy zwykle jeszcze kilka wykwitów dużych, nadzwyczaj charakterystycznych, zwanych ze względu na wygląd medalio-

nami (pityriasis circinata). Medaliony posiadają na obwodzie pasek skóry szerokości 2—3 mm. różowy, płaski, lub nieco wzniesiony, posypany delikatnymi łusczkami, niekiedy jakby mączką,—pośrodku zaś skórę ciemno-brązową lub popielatą, zbróżdżoną w pionowych do siebie kierunkach. Wykwity te zwykle swędzą nieznacznie.

Wysypka grudkowata.

(Exanthema papulosum).

Ogólna charakterystyka.

Osutki grudkowate podczas całego okresu drugorzędowego należą do bardzo często spotykanych i najbardziej urozmaiconych postaci. Często rozpoczynają one okres drugorzędowy i spotykają się wielokrotnie podczas jego przebiegu, a nawet w najbardziej oddalonym jego czasie, stając przytem nieraz postacię przejściową do wykwitów trzeciorzędowego przymiotu.

Osutki grudkowate składają się z twardych nieznacznych wzniesień skóry. Te wysypki mogą podczas swego przebiegu podlegać najrozmaitszym zmianom wstecznym, jak łuszczenie, przeczos, a nawet owrzodzenie. Niekiedy zmiany te występują od samego początku trwania osutki, w innych razach dopiero po pewnym przeciągu czasu. Zmiany odbywają się na powierzchni grudek lub też w ich miąższu i często stoją w związku z umiejscowieniem wykwitów i z czasem występowania w ciągu drugorzędowego okresu.

Zależnie od tych zmian, wysypki grudkowate występują w czterech postaciach:

- I. Wysypka grudkowata zwykła (exanthema papulosum).
- II. Wysypka grudkowato - łuskowata (ex. papulo-squamosum).
- III. Wysypka grudkowato-wrzodziejąca (ex. papulo-ulcerosum).

IV. Wysypka grudkowato - guzowata (ex. papulo - tuberculosum).

Trzy pierwsze rodzaje wysypek grudkowatych, zależnie od wielkości wykwitów, przedstawiają się jako:

1. wysypka grudkowato-soczewkowata (ex. papulosum lenticulare).
2. wysypka drobno-grudkowata (ex. micro-papulosum).
3. wysypka wielko-grudkowata (ex. macro-papulosum).
4. wysypka grudkowato-blaszkowata albo zlewająca się (ex. papulosum confluens).

Grudki niekiedy bywają bardzo silnie rozwinięte i pod względem wysokości znacznie wystają nad powierzchnią skóry; czasami zaś odwrotnie, rozwój grudek może być nadzwyczaj słaby, tak, że są one prawie niedostrzegalne dla oka i niewyczuwalne palcem. O obecności grudek w tych razach świadczy tylko zaczerwienienie, łuszczenie się skóry, i przytem nieznaczne stwardnienie.

Wysypki grudkowate rozwijają się stopniowo i powoli, powiększając się co do ilości i wielkości wykwitów; trwają zwykle dłuższy przeciąg czasu i powoli zanikają i nikną, pozostawiając po sobie łuszczącą się przez niejaki czas skórę i brunatnawe zabarwienie, które również powoli blednie i niknie.

W wyjątkowych razach powyższe zabarwienie bywa nadzwyczaj silne: gdy łuszczenie po zaniku grudek się skończy, zaczynają zjawiać się plamy, początkowo ciemno - czerwone, następnie czerwono brązowe i ciemnieją, stając się niekiedy prawie zupełnie czarne; plamy powyższe są bardzo uporczywe i nie poddają się łatwo leczeniu; pozostawione swemu biegowi mogą trwać bardzo długo, $\frac{1}{2}$ roku, a nawet $1\frac{1}{2}$ i więcej; spotykają się zwykle współcześnie z innymi ciężkimi objawami przymiotu.

Wysypka grudkowata zwykła.

Postać ta może istnieć jako taka bez żadnych zmian aż do chwili wessania się, albo też po pewnym przeciągu czasu przeobraża się częściowo lub całkowicie w wysypkę grudkowato-łuskowatą lub też grudkowato wrzodziejącą; jest też naj-

ważniejszym i najbardziej charakterystycznym rodzajem grudkowatych osutek.

Najczęstszą jej odmianą bywa:

Wysypka grudkowato-soczewkowata.

Zjawia się przeważnie w ciągu pierwszych miesięcy okresu drogorzędowego, niekiedy nawet go rozpoczyna, występując często w połączeniu z wysypką plamistą, jako osutka plamisto-grudkowata.

Wysypka grudkowato-soczewkowata rozwija się stopniowo, t. j. w ciągu pierwszych dwóch tygodni trwania zjawiają się coraz to nowe maleńkie grudki, które powiększają się odśrodkowo i dochodzą do zwykłej swej wielkości dopiero po upływie kilku dni. Skutkiem tego, szczególnie w pierwszych tygodniach trwania wysypki, spotykamy grudki najrozmaitszej wielkości.

Gęstość wysypki grudkowato - soczewkowatej bywa różna: spostrzegamy wysypki nadzwyczaj rzadkie, składające się z kilkudziesięciu wykwitów, porozrzucanych po całym prawie ciele, to znów nadzwyczaj gęste, usiewające prawie całą przestrzeń skóry.

Wielkość grudek, wchodzących w skład tej wysypki, bywa rozmiaru dużych soczewic, m. w. 3—5 mm. w średnicy wystają one nad poziom skóry na $1\frac{1}{2}$ — 1 mm. Grudki są płaskie, okrągławe, często prawidłowo okrągłe, jakby cyrklem nakreślone. Brzeg nieznacznie obniża się i przechodzi w zdrową skórę.

Zabarwienie grudek bywa z początku różowe, stopniowo czerwienieje, a nawet może stać się ciemno-czerwone, przypominającym zabarwienie chudej szynki, niekiedy zaś żółto-czerwone, jakby miedzianem; przytem grudki otrzymują czasem połysk woskowy, a nawet mogą błyszczeć, jak polakierowane. Odcienie te rzadko spotykamy na wszystkich grudkach, przeważnie tylko niektóre starsze i większe posiadają go. Zabarwienie miedziane grudki można często wywołać sztucznie, uciskając grudkę palcem albo szkiełkiem przedmiotowym. Dowodzi to, iż krwioobieg przyjmuje żywy udział w zabarwieniu wysypek przymiotowych: tak grudki na goleniach,

szczególniej gdy znajdują się wobec rozszerzonych żył, posiadają przeważnie zabarwienie ciemniejsze, mocno czerwone, nawet fioletowe.

Spoistość grudek—twarda, przypomina nieco spoistość objawu pierwotnego przymiotu: przy uciskaniu grudki z dwóch stron palcami otrzymuje się wrażenie, jakby w mięszu skóry zaległa nieustępliwa soczewica.

Wczesna wysypka grudkowato-soczewkowata bywa rozsiąta po całym ciele nieprawidłowo. Posiada ona szczególnie ulubione umiejscowienie na plecach, na bocznej części brzucha, na czole i naokoło ust, a unika grzbietowej powierzchni stóp i dłoni.

Wysypka, osiągnąwszy swój zupełny rozwój, istnieje zazwyczaj bez widocznych zmian w ciągu kilku tygodni, a nawet, pozostawiona swemu własnemu biegowi, może potrwać kilka miesięcy i następnie przechodzi w okres zaniku: grudki stają się więcej płaskie, niskie i wysysają się zupełnie, pokrywając się trwałym, łuszczącym naskórkiem. Pozostawiają one po sobie na pewien czas ciemno-brązową plamę, która następnie znika bez śladu. Długotrwałość wysypki zależy od najrozmaitszych przyczyn, jak np. ogólnego stanu organizmu, alkoholizmu. Największy wpływ na zanik grudek posiada ogólne przymiotowe leczenie. Pod wpływem rtęci wysypka ginie szybko w parę, najwyżej w kilka tygodni.

Wysypka wielko-grudkowata.

Jest to odmiana rzadziej występująca, niż wysypka grudkowato-soczewkowata. Różni się ona od poprzedniej głównie wielkością wykwitów. Grudki dochodzą do rozmiarów 10 kop. srebrnych, 1 rubla srebrnego i nawet większych. Wysypka wielko-grudkowata, szczególnie z dużymi bardzo grudkami, nie spotyka się samodzielnie, a zwykle w ilości kilku—kilkunastu wykwitów dołącza się do zwykłej grudkowato-soczewkowatej osutki. Kształt dużych grudek bywa również okrągły, może nawet więcej matematycznie okrągły, niż soczewkowatych. Zabarwienie bywa przeważnie intensywne, powierzchnia zwykle gładka, równa, błyszcząca, jakby polakierowana. Wsysają się duże grudki bardzo powoli, pozostawiając po sobie plamę

ciemno-brązową, niekiedy bardzo wyraźną i nadzwyczaj powoli ustępującą.

Wysypka drobno-grudkowata.

Różni się ona od wysypki grudkowato - soczewkowatej mniejszą objętością grudek, a przytem większą zwykle wypukłością.

Rozmiary wykwitów nie przenoszą często rozmiarów łepka szpilki, najwyżej małej soczewicy; połowa grudki zazwyczaj wystaje nad powierzchnią skóry. Te drobne wypukłe grudki posiadają spoistość twardą, i, ze względu na wygląd swój, noszą miano osutki grudkowatej drobnoziarnistej. Bywa ona przeważnie bardzo gęsta i nadzwyczaj uporczywa. Pozostawiona sama sobie może trwać kilka, nawet kilkanaście i więcej miesięcy, a pod wpływem ogólnego swoistego leczenia ginie bardzo powoli, najczęściej odrazu cała wysypka, i pozostawia po sobie ciemno brązowe zabarwienie.

Wysypka drobno-grudkowata niekiedy bywa tak drobna, iż przedstawia się kształcie jakby punkcików — osutka grudkowata punkcikowata. Te maleńkie grudki przypominają sobą wzniesienia gęsiej skórki i zazwyczaj na wierzchołku posiadają białą lub szarawą łuseczkę, albo maleńki rdzawy strupeczek. Gęstość tej osutki bywa nadzwyczajna; niekiedy skóra jest nią formalnie usiana. Najwięcej grudek bywa zwykle na plecach, następnie na bocznych powierzchniach tułowia, na pasie, pośladkach i kończynach, a nigdy prawie nie zdarza się na grzbietowych powierzchniach dłoni i stóp, a szczególnie na twarzy. Osutka drobno-grudkowata spotyka się przeważnie u ludzi, posiadających organizm wyniszczony długotrwałymi chorobami.

Wysypka grudkowato-blaszkowata.

Przedstawia się ona w postaci blaszek mniejszych lub większych rozmiarów, pochodzących ze zlania się pojedynczych grudek. Najczęściej blaszki powstają w taki sposób, iż bardzo gęsto obok siebie położone grudki, powiększając się

odśrodkowo, zlewają się z sobą. Skutkiem tego blaszki posiadają brzegi nieprawidłowe, zatokowate, przyczem na obwodzie, a rzadziej pośrodku, widać jeszcze oddzielne grudki, niezupełnie zlane w jedną przestrzeń. Niekiedy jednak wysypka w kształcie blaszki zjawia się jakby odrazu i później dopiero może się jeszcze wszczepić.

Blaszki wyglądem i przebiegiem rozwoju w niczem nie różnią się od grudek, z których powstały. Posiadają one często w poprzecznicy 5—15 ctm., mogą jednak czasami dochodzić do rozmiarów olbrzymich, np. mogą pokrywać całą okolicę łonowoudową (u kobiet), powierzchnie między pośladkami, jamę podkolanową i podpachową.

Wysypka grudkowato-łuskowata.

Bardzo często na starszych grudkach, szczególnie soczewkowatych, zaczynają tworzyć się łuseczki. Naskórek, przykrywający grudkę, skutkiem rozciągnięcia go, staje się błyszczący, a następnie pęka, rozpada się na maleńkie, cienkie płatki i łuszczy się. Sprawa ta może się odbywać na całej powierzchni grudki, albo tylko na obwodzie jej.

W pierwszym przypadku białawe lub szarawe, rzadkie, na pół przezroczyste łuseczki przykrywają grudkę, i przez te łuseczki przebiega czerwone zabarwienie.

W drugim przypadku szarawo-białe łuseczki na obwodzie okalają w kształcie kołnierzyka (Bielt) czerwoną, gładką powierzchnię grudki pośrodku.

Przeobrażenia powyższe w przebiegu osutek grudkowatych, szczególnie soczewkowatych, zdarzają się często. Przeważnie tylko część wykwitów podlega łuszczeniu się.

Łuszczenie naskórka na powierzchni grudek bywa niekiedy bardzo znaczne. Grudki, szczególnie w środkowej części, mogą być zupełnie przykryte szarawymi lub białoszarawymi łuszczkami. Łuskwina zwykle jest dość łamliwa, odpada łatwo i zamienia się nową. Czasami łuszczenie na powierzchni grudki bywa tak obfite, iż tworzy się warstwa łusek grubości $\frac{1}{2}$ —2 mm., stanowiących na grudce jakby pan-czerz gipsowy. Tego rodzaju osutki bywają bardzo podobne

do łuszczycy i noszą miano osutek grudkowato-łuszczycowatych (*exanthema papulosum psoriasiforme*).

Szczególniej często i obficie łuszczą się blaszki grudkowate.

Niekiedy znów na blaszkach łuseczki trzymają się dość luźno, łatwo odpadają, skutkiem czego nie wytwarzają takich grubych nawarstwień, jak przy łuszczycy; są płatkowate, dość szerokie, lecz cienkie, jak łuseczki z cebuli. Ta ostatnia postać należy do nadzwyczaj uporczywych i bardzo powoli poddających się swoistemu leczeniu.

Osutka grudkowato-łuskowata na dłoniach i stopach.

(*Psoriasis palmaris et plantaris*).

Wysypka grudkowato-łuskowata na dłoniach i stopach, skutkiem nadzwyczaj grubej warstwy rogowej w tych miejscach, przyjmuje specjalny wygląd. Wygląd ten był przyczyną, iż wyodrębniano tę wysypkę i nadano jej nazwę: „*psoriasis palmaris et plantaris*”.

Wysypka powyższa przeważnie należy do ponownych w okresie drugorzędowym; zdarza się ona dość często, szczególnie u osób nieleczonych lub leczonych niedostatecznie; rzadko zachodzi na boczne powierzchnie palców, a nigdy prawie nie zdarza się na grzbietowej powierzchni dłoni i stopy. Umieszczenie tej wysypki dość często bywa symetryczne na obu dłoniach lub podszwach, a czasem od razu w obu tych miejscach. Jednakowoż w sporej liczbie przypadków trafia się ona tylko na jednej stronie.

Osutka grudkowato-łuskowata na dłoniach i stopach spotyka się w kilku postaciach.

Najczęstszą są zwyczajne grudki soczewkowate. Sprawa rozpoczyna się od małych różowych plam, wielkości soczewicy, które następnie zaczynają się wypuklać i łuszczyć na powierzchni. Grudki bywają zwykle okrągłe, twarde, suche i szorstkie, szarawe, gdy naskórek się łuszczy, a czerwone, gdy odpadnie, i w tym ostatnim razie zazwyczaj otoczone wiankiem pozostałych łuszek. Na dłoniach spotykają

się najczęściej pośrodku dłoni, a rzadziej na palcach. Na podszewkach zaś grudki te umiejscawiają się najczęściej pośrodku podeszwy i rzadziej na palcach, a jeszcze rzadziej na pięcie. Przytem wykwity na podszewkach pozostają przez czas dłuższy w postaci plam pod naskórkiem. Plamy te są blade, niż na dłoni, zabarwienia szaro-różowego lub zlekką żółtawo-różowego; szczególnie wyraźny żółtawy odcień posiadają plamy, umiejscowione na wewnętrznym brzegu stopy; łuski, szczególnie na pięcie, są również grubsze i większe, niż na dłoni. Na palcach nóg grudki przybierają zawsze wygląd moknący, nadżerkowaty. Tworzą się tam na dolnej powierzchni palców czasem pęknięcia. Pęknięcia głębokie i odczyn zapalny naokoło nich mogą się tworzyć pod wpływem podrażnienia zewnętrznego na dłoni, szczególnie pomiędzy palcami. Niekiedy grudki na dłoniach i podszewkach odznaczają się nadzwyczajną twardością. Przy macaniu otrzymuje się wrażenie jakby odcisku, znajdującego się głęboko w skórze. Twardość zależy od silnego nacieku w głębi tkanki i od znacznej grubości przykrywającego naskórka (grudki rogowe).

Wysypka grudkowato-łuskowa na dłoniach i podszewkach bywa zawsze niebolesna i nieswędząca. Należy ona do bardzo uporczywych. Leczenie swoiste usuwa ją w najlepszym razie zaledwie po kilku tygodniach. Pozostawiona samoistnemu biegowi, może trwać miesiące, a nawet lata, przyczem, jak zwykle, postacię powierzchowniejsze i wcześniejsze przechodzą łatwiej i szybciej, niż głębsze i późniejsze.

Współcześnie z wysypką grudkowatą na dłoni lub niezależnie od niej zdarzają się odpowiednie wykwity na zgięciach stawowych palców. Są to grudki eliptyczne, wyciągnięte w poprzecznym kierunku palców; w tej poprzecznicy posiadają około 1 cm., gdy w przeciwnej parę milimetrów. Grudki te mogą być bardzo nieznacznych rozmiarów i występować w postaci paseczka długości paru milimetrów, a szerokości jednego. Zabarwienie większych grudek bywa najczęściej blade-różowe, łuszczące się tylko w miejscach, odpowiadających fałdom, gdzie się przedstawiają jako szarawe lub białawe paseczki; małe grudki występują całe w takiej postaci, jak powyższe paseczki.

W miejscach, odpowiadających fałdom skóry, tworzą się niekiedy przez miąższ grudki szczelinowate pęknięcia, często bardzo głębokie i bolesne.

Na brzuścach palców również mogą się zjawiać grudki. Umiejscawiają się one albo pośrodku brzuśca, albo po jego bokach lub nawet naokoło brzoźdy pod paznokciowej. Zdarzają się one na jednym palcu, lecz częściej na kilku odrazu. Grudki w tych miejscach występują nad powierzchnię skóry w kształcie okrągłej soczewicy lub posiadają kształt nieprawidłowo okrągły, bywają one zwykle nadzwyczaj twarde niekiedy łuszczące się, zabarwienia szarawo-różowego, przypominają wyglądem małą płaską brodawkę lub odcisk.

Są to zazwyczaj bardzo uporczywe, najczęściej późne drugorzędowe objawy przymiotu.

Niekiedy na dłoniach i podeszwach zdarzają się blaszki łuskowate, zajmują one tam przestrzenie długości i szerokości m. w. 2 — 4 ctm. a nawet i znacznie większą, ciągną się w kierunku fałd skóry.

Blaszki na dłoniach i podeszwach łuszczą się w postaci grubych rogowych łuskw, mogą być nawet zupełnie naskórka pozbawione, lecz zawsze na obwodzie pozostaje się wianek odstającego naskórka.

Niekiedy blaszki łuskowate występują w tych okolicach w postaci paska festonowatego, przechodzącego czasami nadzwyczaj prawidłowo z jednego palca na drugi.

Wysypka grudkowato-nadżerkowata (strupkowata).

Powierzchnia grudek może stać się nadżartą i przykrywać się strupkiem, i o tych tylko strupkowatych grudkach tutaj będziemy mówić, gdyż grudki ciekące na skórze, przeważnie w jej fałdach umiejscowione, należą do postaci analogicznych lepiezom płaskim i razem z tymi ostatnimi będą opisane.

Nadżarcie na powierzchni grudki bywa zazwyczaj powierzchowne. Grudki nadżerkowate posiadają najczęściej małe rozmiary. Na dużych grudkach nadżarcie tworzy się zwykle po środku grudki i wtedy nie przenosi wielkością łepka szpilki lub małej soczewicy.

Nadżarcie może formować się w taki sposób, iż, niedługo po zjawieniu się grudki, powierzchnia jej marszczy się, staje

się mętna i pokrywa się nalotem, który wysychając, przemienia się w strupek. Często jednak na powierzchni grudki przede wszystkim tworzy się małe pęcherzyk, krosteczka lub nawet krostka, która przeważnie trwa krótko i wysycha w strupczek.

Strupczki bywają zwykle cienkie, pokrywają częściowo lub nawet całkowicie grudkę, lecz nie drążą w nią i przypominają strupczek przy opryszczkach lub co najwyżej przy liszajcu zaraźliwym. Po odpadnięciu strupczka, powierzchnia grudki bywa albo sucha, łuszcząca się lub też nieznacznie nadżarta i w takim razie znów się przykrywa małym strupczkiem. Skutkiem tego grudkowato-nadżerkowata osutka w wielu razach bywa nadzwyczaj zbliżona do osutki grudkowato-łuskowatej.

Przebieg osutki grudkowato-nadżerkowatej bywa zwykle bardzo powolny.

Zależnie od sposobu tworzenia się strupka i wielkości grudki, tworzą się wykwyty, zbliżone pod wieloma względami do różnych postaci, spotykanych w dermatologii. Skutkiem tego często określają osutkę grudkowato-nadżerkowatą, jako opryszczkowatą (herpetiformis), pęcherzykowatą (vesiculosa), ospicowatą i ospowatą (varicelliformis et varioliformis) trądzikowatą (acneiformis), liszajcowatą (impetiginosa) i t. d.

Choć pomiędzy temi wszystkimi postaciami niema żadnych zasadniczych różnic, jednak dla łatwiejszego zorientowania się w tego rodzaju wysypkach można ustanowić następujące kliniczne postacie:

1. Wysypka grudkowo-nadżerkowata opryszczkowata (herpetiformis).
2. „ „ „ trądzikowata (acne syphilitica).
3. „ „ „ liszajcowata (impetigo syphilitica).

Wysypki grudkowato-opryszkowe tworzą się w taki sposób, iż na małej grudce wielkości łepka szpilki lub ziarnka prosa zjawia się małe pęcherzyk, (jak przy herpes vulgaris), który zawiera małą kroplę przezroczystego płynu. Po kilku dniach pęcherzyk pęka i na wierzchołku grudki formuje się przeczos albo też szaro-bronzy suchy strupczek, który

odpada niedługo, pozostawiając po sobie zlekką łuszczącą się powierzchnię naskórka. Gęstość tej osutki przeważnie bywa b. znaczna. Zwykle jest ona rozsiana, choć może być umiejscowiona, zależnie od czasu występowania. Najwięcej ulubione okolice—tułów i kończyny. Spotyka się najczęściej w pierwszym i drugim roku choroby.

Osutka grudkowato-trądzikowata składa się z grudek nieco większych niż poprzednie, jednak małych — wielkości łepka szpilki albo połówki grochu koloru ciemno-czerwonego. Posiadają one podstawę twardą i na wierzchołku ropny pęcherzyk, który zwykle po pewnym przeciągu czasu wysycha w strupek szaro-brązowy albo żółtawy. Strupek bywa przeważnie cienki, przylega mocno i przykrywa nadżerkę; odpada on następnie, i grudka wsysa się, pozostawiając ciemno-brązową plameczkę z maleńką blizną pośrodku, które stopniowo zanikają.

Ilość tych wykwitów bywa zwykle nieznaczna; umiejscawiają się one przeważnie na twarzy, na klatce piersiowej, plecach i szyi i zazwyczaj występują współcześnie z innym rodzajem osutek.

Do osutek grudkowato-trądzikowatych należy zaliczyć wykwity na owłosionej powierzchni głowy, które spotykają się w mniejszej lub większej ilości, szczególnie często w pierwszych miesiącach drugorzędowego okresu.

Przeważnie są to nadzwyczaj mało wydatne grudki, przykryte cienkim szaro-brązowym strupkiem. Niekiedy strupeczki siedzą wprost na skórze głowy.

Osutka grudkowato-liszajcowata składa się przeważnie z grudek dużych, wielkości 10--20 kopiejek srebrnych, a nawet powyżej. Na grudkach tworzy się szereg maleńkich krosteczek, położonych bardzo blisko obok siebie. Krosteczki, wysychając, formują jeden strupek, który posiada wygląd ziarnisty, gdyż składa się ze zlania pojedynczych strupczków. Strupki są wzdęte, nierówne, porzyste, kruche, koloru żółtawego, jakby miodowe. Strupek można z łatwością oderwać i obnażyć powierzchnię nadżartą, zazwyczaj nieco wypukłą, która posiada wygląd, bardzo zbliżony do łepieży płaskiego (grudki moknącej).

Grudki powyższe występują zwykle w nieznacznej ilości, umiejscawiają się najczęściej na owłosionej powierzchni gło-

wy i jej granicach, na czole, skrzydłach nosa, brodzie, a rzadko na kończynach i zdarzają się przeważnie u osób delikatnej budowy ciała, anemicznych, a przede wszystkim u kobiet i dzieci.

Wysypka grudkowato-guzowata.

Grudki niekiedy bywają nadmiernie rozwinięte. Odznaczają się one nadzwyczajną wypukłością, i skłonnością do tworzenia nadżarcia. Są to właściwie postaci przejściowe do okresu trzeciorzędowego; niekiedy jednak guzowate osutki zdarzają się nawet we wcześniejszej fazie drugorzędowego okresu. Te grudko-guzy posiadają w średnicy mniej więcej 8 — 12 mm. i wzniesione są nad poziom skóry na 1 — 3, a nawet 4 mm. Kształt ich okrągły, często nawet geometrycznie okrągły, spistość twarda mięsista, zabarwienie żywo-czerwone, różniące je wybitnie od ciemno-czerwonego zabarwienia trzeciorzędowych guzów. Wysypka ta często łączy się z innymi, a przeważnie ze zwykłymi osutkami grudkowato-soczewkowatymi, bywa czasami obfitą, rozsianą, przeważa jednak w pewnych okolicach ciała (twarz, owłosiona powierzchnia głowy, dolne kończyny). Przebiega ona nadzwyczaj powolnie; trwa miesiące bez zmian, a wessane wykwyty bywają zastępowane nowymi; zachowuje się nadzwyczaj opornie względem swoistego leczenia, poddaje się mu często dopiero po wielu miesiącach.

Osutka ta może się niekiedy zjawiać pod postaciami pierścieni, wianków wielkości 50 kop. srebrnych: wałek różowy albo czerwonawy, szerokości 2 — 4 mm. wystaje nad powierzchnią skóry na 1—3 mm. i okrąża skórę zabarwioną, szaro-brązową, ciemno-brązową, a nawet prawie czarną. Wianków spotykamy zwykle kilka, ulubionem ich miejscem jest trzon, a następnie dopiero szyja i kończyny.

Rzadko bardzo spotyka się postać krwotoczną tej grudkowato-guzowatej osutki. Wykwity przy niej przedstawiają się częściowo lub całkowicie krwotoczne: zabarwienie krwiste, purpurowe nie ginie przy ucisku palcem, świadcząc o wynaczynieniu się krwi.

Wysypki grudkowate późne.

Osutki grudkowate ponowne zdarzają się bardzo często. Już osutki grudkowate ponowne wczesne różnią się zwykle od pierwotnych mniejszą ilością wykwitów, większymi ich rozmiarami i skłonnością do grupowania się w koła i półkola. Jeszcze większym zmianom podlegają osutki grudkowate późne.

Przeważnie wysypki te są umiejscowione w jednej tylko okolicy ciała, najczęściej na łopatkach, tyłogłowie i czole. Grudki mogą się ułożyć obok siebie w postaci bukietu, koła, półkola, odcinka koła, w postaci planetarnej t. j. jedną większą grudkę otaczają kołem mniejsze.

Postać grudek również bardzo często się zmienia. Grudki mogą przyjąć kształt pierścienia, którego promień wynosi m. w. parę centymetrów, a szerokość paska grudkowego m. w. 2—5 mm. Niekiedy skóra pośrodku pierścienia bywa silnie zabarwioną koloru ciemno-brązowego. Grudki spotykają się również w postaci półksiężyców, odcinków koła; łącząc się z sobą, mogą utworzyć girlandy. Tego rodzaju grudki zwykle są nadzwyczaj wąskie (1—2 mm.) i posiadają bardzo często powierzchnię zlekka łuszczącą się. Zdarzają się przeważnie naokoło ust, a następnie na twarzy, szyi i plecach.

Rzadko bardzo spotykają się grudki, mające kształt ślimakowaty, t. j. wstążki wężownicowato zwiniętej naokoło swej osi, lub kształt pierścieni, półkoli i odcinków koła, współśrodkowo względem siebie ułożonych.

Rozpoznanie.

Wygląd wysypek grudkowatych przeważnie bywa tak charakterystyczny, iż rozpoznanie w większości przypadków nie przedstawia trudności. Osutki najczęściej są obfite, rozsiane (w początkowym stadyum), lub nieliczne, ugrupowane na pewnych okolicach ciała (w późniejszym stadyum), nie występują wspólnie z gorączką i nie swędzą. Postać wykwitów okrągła, zabarwienie ciemno- lub żółto-czerwone, powierzchnia czasem nieco łuszcząca się, spoistość twarda.

Rozpoznanie przytem bywa ułatwione przez wywiady, pozostałości po okresie pierwszorzędowym i współlistnienie różnych drugorzędowych objawów. Powyższe jednak dane mogą być bardzo niepewne, a osutki grudkowate występują niekiedy pod postacią, nadzwyczaj zbliżoną do różnych chorób skórnych, co czyni nieraz rozpoznanie utrudnionem.

Łuszczycyca (psoriasis) może być niekiedy bardzo zbliżona do wysypek przymiotowych: postać jej kropkowa (punctata)—do osutki grudkowato-łuskowej, a blaszki łuszczycy do blaszek grudkowatych przymiotu. Łuszczycyca może występować pod postacią małych grudek, częściej jednak zdarzają się wykwity duże i blaszki, a nawet zwykle obok mniejszych grudek spotykają się i większe. Grudki te posiadają różowe zabarwienie i silnie się łuszczą. Łusieczki są szerokie, grubo nawarstwione, pokrywają często całą grudkę, tworząc jakby jej grubo pancerz. Po pociągnięciu paznokciem po powierzchni grudki tworzy się na niej biały paseczek, a po poskrobaniu—biała plama, jakby kropla stearyny. Po oderwaniu łusek z grudki na jej powierzchni widać maleńkie purpurowe kropeczki—wierzchołki nadżartych brodaweczek, a następnie zjawiają się maleńkie kropelki krwi. Spoistość grudek niezbyt twarda, nieco ciastowata, umiejscowienie charakterystyczne na łokciach i kolanach, a następnie na owłosionej powierzchni głowy i krzyżu. Osutka łuszczycy nadzwyczaj długotrwała, nie podlega działaniu swoistej przymiotowej kuracji. Niekiedy przy rozpoznaniu pomagają wywiady, stwierdzające nadzwyczaj długie trwanie wysypki, nawet jeszcze w dzieciństwie.

Na mocy powyżej wyłożonego można również rozpoznać łuszczycę, umiejscowioną w postaci blaszek na dłoniach i podszwach.

Wyprysk suchy (eczema) na dłoniach często bywa bardzo podobny do odpowiednio umiejscowionej osutki grudkowato-blaszkowej.

Przy wyprysku mogą być obecne blaszki i w innych okolicach ciała, posiadają one brzegi źle zaznaczone, poprzerywane wysepkami zdrowej skóry, płaskie, często zajmują całą dłoń, zachodzą na boki, a nawet na grzbiet; spoistość blaszek względnie miękka; nigdy one nie mają postaci prawidłowej koła, jego odcinków, półkola; swoiste przymiotowe leczenie na nie nie oddziaływa.

Wysypka antypirynowa na dłoniach może niekiedy zupełnie naśladować przymiotową. Należy przy rozpoznaniu poczynić odpowiednie wywiady i poszukać, czy obok lub w dalszych okolicach ciała nie istnieją współcześnie także inne postacie tej lekowej osutki.

Wysypka podagryczna była zauważona przez niektórych autorów na dłoniach, w postaci różowych albo czerwonych blaszek na kłębie palca wielkiego i małego ręki razem lub oddzielnie. Miejsca te są gładkie, nieswędzące i niełuszczące się. Mają trwać jakoby bardzo długo, niekiedy kilka, a nawet kilkanaście lat.

Liszaj czerwony płaski (lichen ruber planus) bywa bardzo zbliżony do osutki przymiotowej drobno-grudkowej, a szczególnie do jej postaci drobno-ziarnistej nie tylko zewnętrznym wyglądem, lecz umiejscowieniem, rzadkiem wprawdzie, na błonach śluzowych i pozostawianiem po sobie zabarwienia ciemno brązowego. Grudki liszaja czerwonego odróżniają się od przymiotowych tem, iż są początkowo różowe, posiadają brzegi nieprawidłowe, często wielokątne, swędzą, mają skłonność do grupowania się i, skutkiem wzajemnego ucisku grudek na siebie, mogą przybierać zwykle postać grządk, poprzecinanej brózdami w dwóch, pionowo do siebie idących, kierunkach. Grudki wsysają się stopniowo, t. j. współcześnie, obok różowych świeżych grudek, można znaleźć plamy po już wessanych wykwitach.

Liszaj żółtawy bywa często nadzwyczaj zbliżony do osutki grudkowej drobno-ziarnistej przymiotu, od której różni się tem, iż nie posiada większych wykwitów pomiędzy drobnymi, nie zostawia po sobie znaczniejszego zabarwienia i nie przedstawia pomiędzy oddzielnymi wykwitami zbyt wielkich różnic w rozwoju.

Trądzik lekowy po użyciu jodu różni się od przymiotowego bolesnością i żywszem zabarwieniem, a *trądzik zwykły* posiada mniej prawidłową postać, jest cierpieniem przewlekłym, zjawiającem się w młodości, trwa bez przerwy lata całe, umiejscawia się przedewszystkiem na czole, plecach, górnych powierzchniach klatki piersiowej i składa się z wykwitów, znajdujących się na najrozmaitszych stopniach rozwoju.

Liszajec zwyczajny (impetigo vulgaris) różni się od przymiotowego zabarwieniem żółcisto- lub jasno-żółtem, miętko-

ścią strupków, mniejszem. nacieczeniem brzegów i brakiem skłonności do tworzenia różnych geometrycznych figur.

R o k o w a n i e.

Osutki wczesne zwykle słabiej i łatwiej giną, niż późne. Osutka grudkowato-soczewkowata zwyczajna lub łuskowata należy do najzwyczajniejszych i najbardziej dobrotliwych objawów przymiotu, zwykle samoistnie i prędko względnie przechodzi i łatwo poddaje się działaniu swoistego leczenia. Uporczywsze nieco są wykwity, umiejscowione na dłoniach i podeszwach. Osutki grudkowato-blaszkowate, szczególnie na dłoniach i podeszwach, również drobno-grudkowate, a szczególnie grudkowato-nadżerkowate, trwają zazwyczaj dość długo, trudniej poddają się swoistemu leczeniu i świadczą o większej złośliwości zarazy, a właściwie może o mniejszej odporności organizmu. Za najcięższą postać grudkowatej osutki jest uważana blaszkowato-łuszcząca i grudkowato-guzowata nie tylko ze względu na uporczywość, lecz również na częste współistnienie z innymi ciężkimi objawami drugorzędowego przymiotu, jak zapalenie tęczówki i ciała rzęzkowego, zapalenie okostnej, bóle mięśniowe i nerwowe i t. p. Należy zaznaczyć, iż osutki powyższe nigdy prawie nie występują współcześnie z dobrotliwymi objawami przymiotu, jak np. lepieże płaskie.

Wysypka wrzodziasta.

(Ex. ulcerosum.)

Spotyka się ta postać drugorzędowego przymiotu w drugiej połowie pierwszego roku choroby, a częściej nawet jeszcze później, i głównym jej objawem jest owrzodzenie, które zawsze bywa przykryte strupkiem. Owrzodzenia drugorzędowego okresu odróżniają się od trzeciorzędowego tylko mniejszą głębokością. Tworzą się w następujący sposób. Przedewszystkiem pokazuje się wysepka wielkości soczewicy zapal-

nie zmienionej skóry. Pośrodku tego miejsca naskórek podnosi się, odchodzi, tworzy się strupek. Strupek pośrodku i niewielki okrążający go pasek ciemno-czerwonej skóry rozszerzają się odśrodkowo, zatrzymując ciągle okrągłą postać i, gdy osiągną m. w. wielkości 10 kop. srebrnych, stają się bardzo podobnymi do przysychającej krosty ospowej.

Niekiedy sprawa przebiega nieco inaczej: na małym okrągłym zaczerwienieniu tworzy się maleńki ropny pęcherzyk. Krosta ta posiada postać okrągłą, powierzchnię nieco spłaszczoną, zabarwienie żółte siarki i wysycha w strupek, czyli tworzy się wykwit, podobny wyglądem i dalszym przebiegiem do powyżej opisanego.

Po usunięciu strupka znajdujemy pod nim owrzodzenie. Bywa ono głębsze, niż przy osutkach grudkowato-nadżerkowatych. Sięga jednak zwykle w skórę właściwą tylko na $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$, a najwyżej na 1 mm., jest więc powierzchownem i nosi nazwę—*niesztovice* (ecthyma).

Owrzodzenie zazwyczaj posiada postać prawie geometrycznie okrągłą lub czasem nieco owalną, brzegi spadziste, jakby ostro oberżnięte, nieco wzniesione, dno — żółtawe albo czerwone, wysłane nalotem przystającym; wydziela ono płyn ropny, dość gęsty, który po paru dniach znowu wysycha w strupek, odpowiadający zawsze wielkością owrzodzeniu. Owrzodzenie często powiększa się w taki sposób, iż naokoło strupka podnosi się naskórek i tworzy się rodzaj nowej pierścieniowatej krosty, okrążającej dawniejszy strupek; krosta prędko wysycha, zlewając się z poprzednim strupkiem, tworzy się naokoło niego znów nowa pierścieniowata krosta i t. p. Powstałe w taki sposób owrzodzenie, przykryte pierścieniowato układającymi się słojami strupa nazywają *brudźcem* (rupia).

Strupki bywają zwykle wielkości 15—20 kopiejek, mają przeważnie postać okrągłą, wyłączając wypadki zlania się kilku sąsiednich wykwitów. Strupki te, zazwyczaj dość cienkie, płaskie, słoiste, twarde, dość mocno przystające, posiadają zabarwienie bronzowawe z odcieniem żółtawym, zielonawym lub czerwonawym.

Osutka wrzodziasta, po uformowaniu się, pozostaje bez zmiany w ciągu kilku miesięcy; najwyżej od czasu do czasu przybywa nieco nowych wykwitów. Następnie rozpoczyna się

okres wsteczny. Obwódki naokoło strupków zanikają i nikną. Brzegi obniżają się. Strupki stają się więcej chrupkie, odstają na obwodzie i odpadają, pozostawiając po sobie brązową plamę, przykrytą łuszczącym się naskórkiem. Plama stopniowo blednie, a zupełne odbarwienie następuje dopiero po upływie wielu miesięcy. Pozostaje mniej lub więcej widoczna powierzchnia blizna.

Ilość powyżej opisanych wykwitów bywa zwykle nieobfita; są one zazwyczaj niezbyt rozsiane i mają często skłonność, podobnie jak wysypki trzeciorzędowe, do umiejscawiania się w pewnych okolicach ciała i grupowania się.

Najczęściej grupy wykwitów spotykają się na przedniej powierzchni dolnych kończyn, na czole (corona Veneris), na tylnej powierzchni szyi i na owłosionej powierzchni głowy.

Przeważnie wysypka wrzodziasta nie zjawia się samoistnie, lecz współistnieje z najrozmaitszymi wysypkami grudkowatymi, a nawet może się przyłączać do wysypek plamistych.

Na uwagę zasługują dwie odmiany tej wysypki, spotykające się rzadko:

Postać krwotoczna odróżnia się szczególnym wyglądem strupków. Posiadają one zabarwienie czarno-brązowe, a nawet czarne, które zależy od domieszki pewnej ilości krwi do wysięku, tworzącego strupek. Postać ta spotyka się u osób z podupadłym odżywieniem organizmu, wyczerpanych ciężkimi chorobami, a niekiedy u cierpiących na naczyniakowate rozszerzenia żył, odbywających uciążliwe marsze i t. p.

Malinowatość (framboësia) przymiotowa stanowi właściwie rozrost ziarniny na owrzodzeniach, tworzącej pagórkowate wzniesienia o wysokości kilku milimetrów, zabarwienia czerwonego, powierzchni ziarnistej, jednym słowem postać zbliżoną wyglądem do malin. Zwykle spotyka się kilka takich wykwitów w sąsiedztwie, przeważnie na owłosionej powierzchni głowy, wzgórku łonowym, pod pachami, na twarzy, organach płciowych, a nawet na całym ciele.

Owrzodzenia powierzchowne należą do postaci drugorzędowych, przejściowych do trzeciorzędowych, od których różnią się tylko zwykle nieco większym rozsianiem i mniej-

szą głębokością owrzodzenia, a również płaskością strupka, gdyż przy trzeciorzędowych strupek bywa zwykle wzniesiony ślimakowato.

Osutki te należą do złośliwych, gdyż świadczą o małej odporności organizmu i przeważnie dość uporczywie zachowują się względem swoistego leczenia.

Oprócz powyżej opisanych typowych postaci wysypek skórnych drugorzędowego okresu, spotykamy niezmiernie rzadko osutki, które wyglądem i umiejscowieniem przypominają zupełnie rumień wielokształtny wysiękowy (*erythema exsudativum multiforme*) i rumień guzowaty (*erythema nodosum*).

Występują te postacie przeważnie u kobiet i w połączeniu z objawami ogólnymi jak np. gorączka, osłabienie, różnią się od rumienia wielokształtnego wysiękowego i rumienia guzowatego uporczywością i oddziaływaniem swoistego przymiotowego leczenia. Niekiedy przy przymiocie współcześnie, lecz w różnych miejscach, występują obie powyższe postacie, — czego przy *erythema exsudativum* i *erythema nodosum* nie obserwowano.

BIELACTWO I CZERNIACZKA SKÓRY.

(Leucomelanodermia).

Jest to objaw skórny drugorzędowego przymiotu, niezaliczany przeważnie do osutek, gdyż nie poddaje się ogólnemu swoistemu leczeniu. Fournier skutkiem tego uważa go nawet za objaw parasyfilityczny.

Leucomelanodermia spotyka się w ciągu pierwszego roku, a nawet półrocza trwania choroby, rzadziej w 2 roku, a wyjątkowo później, dotyka znacznie częściej kobiet, niż mężczyzn, i umiejscawia się przeważnie na szyi, rzadziej nad pachą i w pachwinach, a jeszcze rzadziej w innych okolicach ciała; przeważnie tworzy się samodzielnie, rzadziej zaś w następstwie, po osutkach przymiotowych, lub naokoło ciemnych plam, pozostałych po osutce grudkowatej. Sprawa rozwija się powoli w ciągu kilku tygodni. Na miejscach skóry, zabarwionych silniej, które często stają się jeszcze ciemniejsze w tym czasie, tworzą się maleńkie plameczki, nieco bledsze od otaczającej skóry. Rozszerzają się one odśrodkowo i tracą coraz więcej zabarwienie. Brzeg skóry, otaczającej bladą plamkę, bywa zwykle mocniej zabarwiony, skutkiem tego otrzymuje się silniejszy kontrast. Plamki dochodzą wielkości soczewicy, 5—15 kopiejek srebrnych, występują w liczbie mnogiej i mogą się zlewać, tworząc półkola. Skutkiem tego powstaje charakterystyczna bardzo ciemna sieć z białymi oczkami, niekiedy rodzaj naszyjnika, półkola, girlandy. Bielactwo i czerniaczka skóry ustępują zwykle bardzo powoli, t. j. miejsca bledsze stają się

stopniowo coraz ciemniejsze, póki nie osiągną normalnego zabarwienia i odwrotnie, ciemniejsze miejsca, okrażające plamy nieco bledną.

Często otrzymuje się takie wrażenie, jakby barwik przesunął się z jednego miejsca na drugie. Niekiedy zaś widocznie ilość jego powiększa się na pewien przeciąg czasu. Zanim leucomelanodermia przebiegnie wszystkie powyższe fazy, upływa 6—12 miesięcy, a niekiedy nawet 2—4 lata. Ogólne swoiste leczenie nie skraca tego czasu.

U osób, posiadających ciemną skórę, albo miejscowo ciemniej zabarwionych, np. skutkiem ucisku kołnierzykiem na szyi, albo też u osób opalonych na słońcu, objaw ten występuje znacznie wyraźniej.

Przymiotowe bielactwo i czerniaczka skóry na mocy umiejscowienia, wielkości i ugrupowania łatwo mogą być odróżniane od zmian w zabarwieniu, powstałych z innych przyczyn.

Bielactwo zwykłe (vitiligo) posiada plamy jaśniejsze, niż przy przymiocie, o kształtach nieprawidłowych, niesymetrycznie występujące w najrozmaitszych miejscach ciała i sięgające znacznych rozmiarów; pośrodku placków, pozbawionych barwika, pozostają miejsca normalnie lub silniej zabarwionej skóry, i włosy na całej zajętej przestrzeni tracą kolor, stają się siwe.

Bliznki białe, powstałe po przeczosach przy wszawicy, umiejscawiają się również na szyi, a oprócz tego w okolicy łędźwiowej i często sprawiają wrażenie białych plam, lecz plamy te są podługowate, promieniste, nieco wgłębione, jak zwykle przy bliznach.

Łupież pstry (pityriasis versicolor) posiada zabarwienie żółtawe, przypominające kawę z mlekiem, swędzi, umiejscawia się głównie na piersi, zlekka się łuszczy, a w łuskach można odnaleźć grzybka łupieżowego.

Bielactwo i czerniaczka przymiotowe posiadają nadzwyczaj ważne rozpoznawcze znaczenie. Jest to objaw bardzo charakterystyczny i rzucający się w oczy. Szczególniej ułatwia on w wielu razach rozpoznanie przymiotu u kobiet, które pozatem mogą nie posiadać żadnej innej oznaki tej choroby.

Sama przez się leucomelanodermia jest objawem bardzo dobrotliwym i spotyka się przeważnie przy łagodnie przebiegającym przymiocie.

Bielactwo zanikowe skóry.

W wyjątkowych razach po osutkach grudkowato - nadżerkowatej, a nawet po grudkowato-łuskowej i grudkowatej zwykłej, t. j. w tych razach, gdy wysypka nie powinna zostawiać po sobie znacznych zmian, powstaje na skórze tułowia, rzadziej na kończynach, znaczna ilość plam bardzo białych okrągłych lub owalnych, wielkości soczewicy — migdała. Naskórek na tych plamach bywa pomarszczony, pofałdowany, jednak ruchomy i nieściągnięty. Przy dotknięciu palcem wyczuwa się w tych miejscach wgłębienie, skutkiem zaniku skóry właściwej.

Ł Y S I E N I E.

(Alopecia).

Opis.

Przymiot, przeważnie nieleczony lub leczony niedostatecznie, może wywołać schorzenie włosów. Jest to objaw dość częsty, lecz niestały, przytem zazwyczaj występuje w umiarkowanym stopniu i czasowo. Łysienie zjawia się wcześniej, bo razem z pierwszymi osutkami drugorzędowymi, rzadziej w ostatnich miesiącach pierwszego roku, a szczególnie rzadko w 2 roku choroby. Najczęściej łysienie spotyka się przy niedomóżnej postaci przymiotu wobec rozstroju całego organizmu, może jednak występować przy każdej postaci, nawet przy bardzo lekkich. Odwrotnie zaś, włosy mogą pozostać zdrowe u małokrwestych, słabych, nawet suchotników i przy bardzo ciężkich postaciach przymiotu.

Podlegają temu objawowi osobniki, niezależnie od płci i wieku.

Dwa bywają rodzaje wypadania włosów przy przymiocie: 1) *ogniskowe* — przeważnie na miejscach wyraźnie zmienionych lub 2) *rozsiane* — bez widocznych zmian, prawdopodobnie pod wpływem zaburzeń w odżywianiu.

W miejscach, zajętych wysypkami przymiotowemi, cebulki włosowe podlegają zmianom, skutkiem tego łysienie *ogniskowe* jest objawem wtórnym, symptomatycznym. Może ono się zdarzyć na najrozmaitszego rodzaju wykwitach, jak zwyczajne grudki,

trądzik, liszajec; najczęściej zaś łysienie ogniskowe bywa przy osutce plamistej na owłosionej części głowy; osutka tutaj występuje pod postacią plam rozsianych, soczewkowatych, lub dość rozlanych różowych i częściowo przykrytych drobnymi otrębowatymi łuseczkami, tak jednak bladych, iż mogą być niezauważone.

W tych razach, a nawet często na skórze, gdzie nie widzimy zmian klinicznych, włosy rzedną ogniskami i tworzą się dosyć liczne łysinki wielkości soczewicy, a nawet większych rozmiarów 5—10 kop. srebrnych, okrągławe, a często nieprawidłowych kształtów.

Pojedyńcze łysinki mogą się zbliżać, łączyć i tworzyć łysiny większe z brzegami, wijącymi się zatokowato.

Przeważnie na łysinkach zostaje nieco włosów. Niekiedy jednak włosy na tych ogniskach zupełnie wychodzą, uwidoczniając jednak zawsze skórę niezupełnie gładką i niebłyszczącą. Włosy pomiędzy łysinkami mogą również rzednąć, lub pozostają niezmienione. Często jednak, szczególnie w przypadkach silniejszego łysienia, ocalałe włosy są również zmienione, stają się matowe, suche, niekiedy twarde, szpecinowate lub wijące. W rzadkich razach spotykamy łysienie oddzielnymi większymi ogniskami, podobnie jak przy łysinach plackowatych. Noszą one skutkiem tego nazwę *łysin plackowatych rzekomych*.

Częściej, niż ogniskami, włosy przy przymocie wypadają równomiernie na całej owłosionej przestrzeni — *łysienie rozsiane* (alopecia diffusa). W tych okolicach skóry nie spotykamy żadnych klinicznych oznak prócz rozsianego wypadania włosów: nie spostrzega się tam zaczerwienienia, nie odczuwa bólu, ani swędzenia. Choć to rozlane łysienie odznacza się brakiem specjalnie ulubionych miejsc i brakiem symetrii, jednak na głowie najczęściej zwykle dotyka okolice skroniowe. Natężenie cierpienia bywa różne: spotykają się chorzy z nieco przerzedzonymi włosami, to znów z zupełnie ogolonemi całymi okolicami ciała, np. czerepem, wzgórkiem łonowym.

U osób, cierpiących na łojotok, sprawa przeważnie przybiera silniejsze natężenie.

Łysienie rozwija się zwykle powoli i stopniowo, niekiedy jednak zjawia się nagle w dość silnym stopniu. Włosy

odrazu zaczynają wypadać w nadzwyczajnej ilości, a potem po kilku dniach wychodzenie zmniejsza się i staje się prawie normalne. Przeważnie łysienie trwa tylko kilka tygodni, rzadziej kilka miesięcy, a najwyżej rok. Następnie wypadanie włosów słabnie, a nawet samoistnie ustaje, i na gołych przestrzeniach skóry zaczynają porastać nowe włosy, tak iż w końcu ilość włosów powraca do normy.

Z pomiędzy wszystkich owłosionych okolic ciała łysienie przymiotowe najczęściej zdarza się na sklepieniu głowy, rzadziej dotyka wąsów, brody, brwi i rzęs, a nadzwyczaj rzadko owłosienia wzdłużka łonowego i dołków pod pachami. Łysienie może występować odrazu w paru miejscach, rzadko jednak we wszystkich.

Na brodzie wypadanie włosów przeważnie bywa rozlane, rzadko ogniskowe. Na wąsach ogniskowe łysienie zwykle zdarza się u rynienki wargowej i w końcach. Łysienie brwi częściej się trafia u kobiet, niż u mężczyzn, i występuje w rozlanej ogniskowej postaci: przy pierwszej włosy sterczą w różne strony, druga nadzwyczaj zmienia wygląd twarzy.

Wypadanie rzęs bywa rzadko i prawie nigdy nie obejmuje wszystkich włosów. Na organach płciowych łysienie spotyka się przeważnie u kobiet, częściej bywa u nich na wzdłużku łonowym, niż na dużych wargach.

Rozpoznanie.

Łysienie rozsiane łatwo może być stwierdzone, nie posiada jednak żadnego rozpoznawczego znaczenia, gdyż występuje również przy najrozmaitszych innych cierpieniach, jak np. chorobach ostrych, a nawet przewlekłych zakaźnych.

Łysienie ogniskowate posiada wygląd charakterystyczny i skutkiem tego ma ważne znaczenie, szczególnie przy rozpoznaniu przymiotu u kobiet. Łysiny ogniskowate przymiotu należy przedewszystkiem odróżniać od łysin plackowatych.

Łysiny plackowate (alopecia areata) spotykają się przeważnie w nieznaczonej liczbie, mają początkowo wielkość małą, powiększając się stopniowo, zajmują dużą przestrzeń, niekiedy np. całą owłosioną powierzchnię głowy, posiada-

ją zwykle postać okrągłą, okrążoną zupełnie normalnymi włosami. Skóra na łysinach plackowatych bywa zupełnie goła, gładka, błyszcząca.

Naturalnie wywiady i współistnienie różnych objawów przymiotowych ułatwiają znacznie rozpoznanie różniczkowe.

Należy zwrócić uwagę na możliwość współzależnego istnienia łysin przymiotowych i plackowatych. Powstawanie tych ostatnich, należy przypuścić, niekiedy pozostaje w bezpośrednim związku z przymiotem.

Szczególniejsze rozpoznawcze znaczenie posiadają łysinki na brwiach, które mogą tam być spowodowane oprócz przymiotu tylko alopecia areata i keratosis pilaris, chorobą wrodzoną i charakteryzującą się czerwonym lub różowym szorstkiem pasmem skóry wzdłuż brwi.

Rokowanie.

Łysienie przymiotowe jest objawem dobrotliwym, gdyż od kilcy nie można stracić włosów na stałe. Powrót do normy następuje zawsze i to bez leczenia, wyjąwszy tylko miejsca bliznowato zwyrodniałe po owrzodzeniach. Porastanie włosów ma miejsce nawet wtenczas, gdy zjawiają się w dalszym ciągu najrozmaitsze objawy drugorzędowego okresu.

ZANOKCICA I PRZYNOKCICA.

(Onyxis et perionyxis).

Paznokcie podlegają zmianom w ciągu drugorzędowego okresu przymiotu rzadziej, niż powyżej opisane sprawy, jednak bynajmniej nie wyjątkowo.

Zmianom może uleżeć sam paznokieć — *zanokcica*, albo też tkanka naokoło paznokcia *przynokcica*.

Zanokcica.

Onyxis bywa wywołana zaburzeniami w odżywianiu paznokcia lub też okołopaznokciowymi osutkami.

Zmiany na paznokciach występują częściej i intensywniej na palcach rąk, niż na palcach nóg, i częściej u kobiet, niż u mężczyzn. Liczba zajętych paznokci bywa różna. Czasem 1—3 i więcej, a niekiedy wszystkie.

Zmiany, zwykle spotykane przy ciężkich zakaźnych chorobach w postaci brzd poprzecznych na paznokciu, plam, pasków, nierówności, zagłębień i t. p., a zależne od zaburzeń w odżywianiu, spostrzegamy dość często. Rzadziej widzimy zmiany silniejsze, więcej charakterystyczne.

Zanokcica przymiotowa może występować pod postacią pęknięć lub załamania na dolnym brzegu paznokcia. Nawet jeśli utworzone ząbienia wyrównać nożyczkami, to paznokieć

dzięki nadzwyczajnej łamliwości nanowo na dole łupie się, łuszczy, pęka i zazębia. Spotyka się niekiedy rozszczepienie wzdłuż całego paznokcia.

Może również nastąpić częściowe odejście paznokcia od swego łoża. Paznokieć zwykle w $\frac{1}{3}$ lub $\frac{1}{2}$ swej dolnej części odchodzi od tkanki pod nim leżącej, ciemnieje, martwieje i niekiedy częściowo odpada. Nowo narastający z góry paznokieć zwykle zrasta się z łożem i następuje w taki sposób powrót do normalnego stanu.

Niekiedy cały paznokieć zupełnie oddziela się i odpada. Przebieg ten bywa zwykle powolny i niebolesny. Paznokieć stopniowo od dołu wzdyma się i podnosi, przyjmuje wygląd martwego i odpada, pozostawiając obnażoną macierz i łożo swe. Jeszcze przed zupełnym odpadnięciem paznokcia, zwykle zjawiają się zaczątki nowego paznokcia, który rośnie i powiększa się. Czasami zachowuje on swą prawidłową postać, często jednak występuje w postaci zgiętej, zgarbionej, niedorozwiniętej, a nawet jednorodnej masy rogowej.

Spotykamy również zgrubienia paznokcia 3—4 i więcej razy, dosięgające $\frac{1}{2}$ ctm. Dolny brzeg paznokcia staje się nie tylko zgrubiałym, lecz szorstkim, zazębionym, zabarwienia brunatnego, ciemno brunatnego, a niekiedy nawet czarnego. Paznokieć jednak zachowuje swój kształt i gładkość powierzchni. Sprawa powyższa posiada dość szybki przebieg.

Najbardziej może charakterystyczną postacią zanokcicy jest utrata materii w paznokciu, wielkości soczewicy—fasoli, okrągłej lub owalnej formy. Sięga ona w miąższ tkanki paznokcia, albo przez całą jego grubość, lub też przez część jej. Brzegi takiego suchego kraterowatego owrzodzenia paznokcia bywają przeważnie zatokowato wijące się, podjedzone, a dno szaro-różowe tkanki macicznej lub łoża paznokcia. Mieści się ta postać zanokcicy przeważnie z boku w pobliżu łętkotki (lunula).

Ponieważ zanokcicę spotyka się i przy niektórych chorobach skórnych, należy zwrócić uwagę przy rozpoznaniu na zwykle jej wtedy, dość charakterystyczne cechy; zanokcica przy łuszczycy i wyprysku przedstawia się w postaci czarnej bezpostaciowej masy i trwa uporczywie.

Zanokcica przymiotowa może być zaliczona do objawów dobrotliwych, gdyż często spotyka się podczas lekkiego prze-

biegu przymiotu, jest niebolesna i nie wywołuje zapalnego odczynu ze strony tkanek, otaczających paznokcie. Niekiedy tylko zniekształca ona paznokieć nazawsze lub na długi przeciąg czasu.

Przynokcica.

Osutki, zjawiając się w najbliższym sąsiedztwie paznokci rąk i nóg, czy to naokoło i pod paznokciem leżąc, czy też zachodząc na brzegi paznokcia lub umiejscawiając się na końcu palca pod dolnym brzegiem paznokcia, wywołują zmiany, które niekiedy mogą przybrać daleko cięższy obrót, niż przy zanokcicy.

Przynokcica może być sucha, zapalna lub wrzodziejąca.

Sucha przynokcica przedstawia się albo jako grudka łuskowata w sąsiedztwie najbliższym paznokcia lub też jako zgrubienie naskórka, okrążające boczne części paznokcia w postaci jakby odcisku.

Ta ostatnia sprawa z początku jest niebolesna. Następnie pod wpływem tarcia występują oznaki podrażnienia, dokuczliwe dla chorych.

Zapalna przynokcica występuje częściej naokoło jednej z bocznych stron, rzadziej u nasady paznokcia w postaci opuchania, zaczerwienienia skóry w połączeniu z lekką bolesnością. Przebiega ona bardzo powoli i rozsysa się w taki sposób, jak grudki, różniąc się tem wielce od zwykłego zastrzału. Tylko czasami w brózdzie, okrążającej paznokieć, tworzy się podługowate pęknięcie, które skutkiem podrażnienia może doprowadzić do nieznacznego owrzodzenia.

Wrzodziejąca przynokcica tworzy się niekiedy z zapalnej, gdy powyższa trwa dłużej i podlega ciągłemu podrażnieniu, np. chodzeniem, ciasnym obuwem i t. p.

Bywa ta postać niekiedy również pierwotną, gdy tworzą się wrzodziejące osutki na obwodzie paznokcia.

Wygląd wrzodziejącej przynokcicy jest zwykle następujący: zjawia się owrzodzenie, które okrąża cały paznokieć, część jego, lub przenika pod jego dolny brzeg. Owrzodzenie bywa dość głębokie z szarawem, pokrytem rozrastającą się obficie ziar-

niną dnem, wydzielającym w dużej ilości ciecz surowiczopną, niekiedy z domieszką krwi, z brzegami nieprawidłowej postaci, stromymi, okrażonymi wałkiem ciemnoczerwonym, a niekiedy fioletowym. Skutkiem podrażnienia owrzodzeń, jak to ma miejsce szczególnie na nogach, sąsiednie tkanki czerwienieją i opuchają, a owrzodzenie staje się bolesnym, purpurowym i wydziela cuchnącą krwawo-ropną ciecz. Gdy ziarnina, pokrywająca dno, szybko się rozrasta, może się utworzyć postać jakby miękkiego grzyba, przykrywającego nie tylko owrzodzoną powierzchnię, lecz nawet część paznokcia.

Wrzodząca przynokcica posiada zawsze przebieg powolny, zwykle rozszerza się ona na cały paznokieć i może spowodować zniekształcenie ostatniego, a nawet przedostatniego palczyka skutkiem obfitego ziarninowania dna owrzodzenia, opuchnięcia i zaczerwienienia sąsiednich okolic, przy czym przede wszystkim wielki palec u nogi może przybrać szczególnie wstrętny wygląd.

Sprawa powyższa jest bolesna i doprowadza do odpadnięcia paznokcia. Jeśli część paznokcia pozostanie, to może ona jeszcze więcej drażnić sąsiednie tkanki, odgrywając rolę ciała obcego. Pod wpływem odpowiedniego leczenia paznokieć może odrósć, lecz gdy część macierzy paznokciowej była dotknięta owrzodzeniem, to wyrasta paznokieć niekształtny, a gdy cała macierz—to nawet wyrastają tylko maleńkie blaszki lub wysepki rogowe, zniekształcając na zawsze palce rąk lub nóg.

WYSYPKI ŚLUZOWE (MOKNAĆE).

Ogólna charakterystyka.

Wysypki moknące na błonach śluzowych, a poczęści i na pewnych okolicach skóry, są właściwie tymi samymi objawami, które poprzednio opisywaliśmy: skutkiem ciągłego działania wilgoci wykwitły tutaj stają się stale cieknące, moknące.

Wysypki moknące zjawiają się bardzo często. Najczęściej spotykamy je na powierzchni błony śluzowej organów płciowych i jamy ustnej, rzadziej już na śluzowej błonie otworu stolcowego, na błonie gardzieli, nosa, powiek. Inne powierzchnie błon śluzowych, jak np. przelyku, oskrzeli, kiszek, są zwykle za życia niedostępne dla naszego badania i dlatego odnośnie do nich nie możemy swego zdania wypowiedzieć.

Wysypki moknące tworzą się również na skórze, w pobliżu błon śluzowych, i wogóle wszędzie, gdzie skóra jest cienka, fałdzista i odwilżana ciągle, a więc na obwodzie sromu niewieściego, na międzykroczu, fałdzie biodrowo - pachowej, u otworu stolcowego, na wewnętrznej i górnej powierzchni bioder, w fałdzie międzypośladkowej, na dolnej powierzchni sutek u kobiet, mających obwisłe piersi, naokoło pępka, pod pachami, na bocznych i dolnych powierzchniach palców nóg i t. p.

Wysypki moknące, będąc wyrazem zarażenia przymioto-

wego, powstają samoistnie, jednak zewnętrzne przyczyny, wywołujące stałe podrażnienie danego miejsca, odgrywają tutaj nadzwyczaj wielką rolę. Z pomiędzy tych czynników najważniejszymi są: dym tytoniowy, upławy z organów płciowych, rozkładający się tłuszcz i pot. Naturalnie, że u osób, dbających o czystość i starannie pielęgnujących swe ciało, czynniki drażniące są szybko usuwane i wywierają znacznie słabszy wpływ, niż u osób brudnych i niedbałych. Leczenie swoiste oddziaływa na osutki moknące nader silnie usuwa ono szybko objawy i zapobiega w znacznej mierze wznowom. Odwrotnie, u osób nieleczonych objawy powyższe dochodzą do niezmiernego rozwoju, a wznowy spotykają się stale i trwają nadzwyczaj uporczywie.

Najczęściej osutki moknące spostrzegamy w ciągu pierwszych 2, a nawet 3 lat choroby. Niekiedy zjawiają się one bardzo wcześnie i mogą nawet uprzedzać różyczkę, rozpoczynając drugorzędowy okres w postaci małych nadżarć na błonie śluzowej organów płciowych w pobliżu objawu pierwotnego.

Czasami osutki moknące zdarzają się w 5—8 lat i więcej po zarażeniu.

Późniejsze wznowy tworzą się najczęściej u osobników, leczonych niedostatecznie, świadcząc o osłabionem, lecz niewygasłem działaniu jadu przymiotowego.

Wysypki ponowne, szczególnie późne, w takiż sam sposób, jak to widzieliśmy przy opisie suchych skórnych osutek, mogą przybierać postać pierścienia, sierpa, lub grupować się w kształcie koła i jego odcinków.

Wykwity ciekących wysypek bywają przeważnie dość miękkie.

Niekiedy jednak ciekące wykwity mogą zupełnie samoistnie twardnieć. Wtedy posiadają wygląd nadzwyczaj zbliżony do wrzodu pierwotnego. Podstawa ich staje się twarda, elastyczna, czasem chrząstkowata, a wyglądem często nie różnią się zupełnie od powierzchni objawu pierwotnego przymiotu.

Objętość stwardniałej podstawy nadżerek i powierzchniowych owrzodzeń nie różni się od tychże wykwitów lub też znacznie je przenosi.

Wykwity ze stwardnieniem podstawy zdarzają się przeważnie na organach płciowych.

U mężczyzn spotykają się one najczęściej w brzoździe wieńcowej i na żołądzu.

U kobiet stwardnienia trafiają się przeważnie na sromie.

Twardnieją podstawy grudek nadżerkowatych lub przerostowych, a nawet zwyczajnych nadżerek.

Czasami spotykamy stwardnienia tkanki w wykwitach, występujących u otworu kiszki stolcowej, na brzegach języka, na wargach i t. d.

Stwardnienia powyższe bywają przyczyną błędów rozpoznawczych: objawy drugorzędowe przymiotu mogą być przyjęte za pierwszorzędowe.

Ciekące osutki są nadzwyczaj zaraźliwe; one to w większości przypadków bywają rozsądnikiem zarazy, gdyż spotykają się często i w wielu miejscach, a szczególnie na organach płciowych kobiet.

Rozróżniamy cztery postacie wysypek moknących:

- 1) nadżerkowata,
- 2) grudkowato-nadżerkowata,
- 3) grudkowato-przerostowa,
- 4) wrzodziasta.

Częstość każdej z tych postaci zależy od umiejscowienia i płci.

Wysypka nadżerkowata.

Wykwity nadżerkowate stanowią niebolesny, nieznaczny i bardzo powierzchowny ubytek tkanki, często proste złuszczenie nabłonka lub naskórka. Nadżarcia posiadają przeważnie niezbyt duże rozmiary—soczewicy, 15 kop. srebrnych. Postać ich zwykle okrągława, może być również owalna, podługowata, zależnie od kierunku brzoźdy lub szczeliny błony śluzowej. Nadżarcia zazwyczaj bywają płaskie, nie podnoszą się nad poziom błony, posiadają przeważnie zabarwienie czerwone lub białawe i wydzielają nieznaczną ilość płynu surowiczego, nieco żółtawego. Zwykle osutka składa się z kilku—kilkuna-

stu nadzarć, zgrupowanych w sąsiedztwie, choć może się zdarzyć para, a nawet jeden wykwit.

Jest to najbardziej dobrotliwa ze wszystkich moknących osutek, gdyż może szybko zniknąć w ciągu kilku, paru, a nawet jednego dnia.

Rozpoznanie nadzerek przymiotowych często bywa trudne, a nawet niekiedy niemożliwe, gdyż mało się one różnią od zwykłych urazowych i opryszczkowych nadzarć.

Uszkodzenia urazowe i zwykłe zapalne odznaczają się przeważnie mniej prawidłową postacią, większą czerwonością i bolesnością, obfitszą wydzieliną i silniejszym zapalnym odczynem na obwodzie, niż przymiotowe.

Opryszczki przedstawiają zwykle nadzarcia maleńkie, prawidłowo—okrągłe ograniczone, które łączą się w przestrzenie, posiadające brzegi drobnozatokowate; w sąsiedztwie spotykają się pojedyncze, niezlewające się nadzarcia.

W razach wątpliwych badanie bakteryologiczne, współistniejące objawy przymiotowe i wywiady ułatwiają rozpoznanie. Pozostanie ono często jednak tylko względne, gdyż nadzarcia nieprzymiotowego pochodzenia mogą tworzyć się u osób chorych na kiłę, a nawet ona uspasabia niekiedy do powtarzających się opryszczek.

Wysypka grudkowato-nadżerkowata.

(Lepiej płaskie. Condylomata plana.)

Grudki ciekące posiadają wielkość soczewicy--20 kop. srebrnych, choć spotykają się mniejsze i większe od powyżej zakreślonych rozmiarów. Bywają te wykwyty zwykle nieznacznie wzniesione nad poziom otaczającej tkanki, płaskie, niekiedy zagłębione pośrodku, okrągławe, często nawet tak prawidłowo okrągłe, jakby cyrklem nakreślone, niekiedy zaś podługowate, owalne. Powierzchnia grudek, pozbawiona częściowo lub całkowicie nabłonka, ewentualnie naskórka, jest wilgotna, moknąca, wydziela nieznaczną ilość mętnego surowiczego płynu, mającego niekiedy wstrętny zapach, bywa albo

równa i gładka, albo też zlekka ziarnista, posiada dość często zabarwienie czerwone, niekiedy upstrzone białymi plamczkami.

Również spostrzegamy grudki, pokryte na całej swej powierzchni szarawym albo białawym nalotem, posiadającym czasami odcień opalowy (opalowe grudki). Nalot ten może być tak gruby, iż wygląda na błonę rzekomą z brudno-szarym lub wyjątkowo matowo-białym odcieniem (porcelanowe grudki, zwane przez niektórych autorów błonicowatemi). Grudki zwykle bywają niebolesne, nie sprawiają ani swędzenia ani bólu; pod wpływem podrażnienia nieco czerwienieją i wydzielają większą ilość surowiczego płynu z domieszką ropy. Ilość wykwitów zwykle nie jest znaczna. Niekiedy grudki są ulokowane symetrycznie; spotyka się to najczęściej na miejscach stykających się.

Grudka moknąca może utworzyć się na miejscu wrzodu pierwotnego. Zdarza się to na samym początku okresu drugorzędownego lub też nieco wcześniej. Powierzchnia wrzodu pierwotnego staje się brodawkowatą, zaczyna się podnosić skutkiem ziarninowania; szare albo czerwone dotąd zabarwienie dna przemienia się w szaro-różowe lub różowe,—wrzód pierwotny przeistacza się w grudkę cieknącą; niekiedy zaś na obwodzie wrzodu pierwotnego zjawiają się grudki, które, powiększając i zlewając się, obejmują w zupełności twardej szankier.

Grudki moknące bardzo często zlewają się i tworzą blaszki, które mogą osiągać bardzo dużych rozmiarów. Wystają one na 2 — 3 mm. nad poziom tkanki, posiadają zwykle brzegi zatokowato wijące się, często widać nawet wyraźne odcinki koła, t. j. wystające części zlewających się grudek. Blaszki mogą podlegać również podrażnieniu, mogą czerwienić się i wydzielać obficie surowiczo-ropną ciecz. Powierzchnia blaszek przeważnie bywa ziarnista, niekiedy zbrózdźdzona dość głębokimi szczelinami. Tworzą się blaszki skutkiem ciągłego podrażnienia danych okolic, zanikają zaś łatwo pod wpływem odpowiedniego leczenia, a przedewszystkiem usunięcia podrażnienia.

Grudki nadżerkowate zwykle bywają bardzo charakterystyczne i łatwe do rozpoznania.

Wysypka grudkowo-przerostowa.

(Lepieże płaskie przerostowe. Condylomata plana hypertrophica).

Postać ta stanowi właściwie odmianę poprzedniej, gdyż tworzy się z grudek zwykłych, moknących pod wpływem ciągłego podrażnienia. Grudki przybierają wygląd małych z ziarnką grochu, fasoli, orzecha laskowego. Częściej jednak przerostowi podlegają blaszki, tworząc wzniesienia wielkości połowy orzecha włoskiego, a nawet grzyba o średnicy kilku — kilkunastu cm. i wysokości jednego — paru cm. Powierzchnia guzów, zwykle różowa lub blado-czerwona, staje się mocno czerwona pod wpływem podrażnienia, bywa zwykle ziarnista odpowiednio do wchodzących w skład oddzielnych wydłużonych i ściętnionych w jedną masę brodaweczek.

Przytem na powierzchni blaszek spostrzegamy często bródzy i wgłębienia w miejscach zlania się pojedynczych wykwitów w jedną masę; widzimy również owrzodzenia w postaci nieprawidłowych zagłębień, wypełnionych zatrzymującą się ropą, i wysepki zielonawe lub brunatne zmartwiałej tkanki.

Wydzielina surowicza lub surowiczo-ropna posiada zwykle bardzo nieprzyjemny zapach, szczególnie w miejscach owrzodziałych. Bolesność zjawia się tylko w razie silnego zapalnego podrażnienia w samych wykwitach i w ich okolicach. Grudki moknące przeroste przy odpowiednim leczeniu mogą być szybko usunięte, samoistnie zaś nie mają skłonności do zaniku.

Grudki przerostowe są zwykle bardzo charakterystyczne.

Wysypka wrzodziasta.

(Exanthema ulcerosum).

Owrzodzenia moknące spotykają się znacznie rzadziej od poprzednich trzech postaci, występują w bardziej oddalonych

fazach okresu drugorzędowego i posiadają nadzwyczaj zbliżony wygląd do odpowiednich wysypek na skórze; odróżniają się tylko brakiem strupków, które nie mogą tworzyć się na miejscach, stale wilgotnych. Owrzodzenia, zwykle w nieznacznej liczbie występujące, posiadają przeważnie wielkość soczewicy—5 kop. sr., a nawet 50 kop. srebrnych, postać okrągłą, półkolistą, owalną, a często zupełnie nieprawidłową, dno zazwyczaj równe i gładkie, niekiedy zaś nierówne i szorstkie, brzegi przeważnie strome, a czasami płaskie, zabarwienie czerwone, zwykle z odcieniem żółtym, wydzielinę obfitą śluzowo-ropną i niekiedy ropną. Wogóle owrzodzenia te posiadają nie zbyt charakterystyczne cechy.

Skutkiem zlania się oddzielnych wykwitów może utworzyć się jedno duże owrzodzenie; przybiera ono czasami wygląd festonowaty, t. j. odcinków koła lub półkoli, łączących się końcami i t. p.

Owrzodzenia należą do najtrwalszych i najuporczywszych wysypek moknących.

Wszystkie cztery powyżej opisane postacie niekiedy występują współcześnie obok siebie, czyli że wysypki moknące mogą być również wielopostaciowe.

Zależnie od umiejscowienia każda z powyższych postaci zwykle ulega pewnym, często nawet znacznym zmianom.

Najbardziej urozmaicone są wysypki moknące na organach płciowych i w jamie ustnej.

Wysypki moknące na organach płciowych.

Wysypki moknące na organach płciowych zdarzają się bez porównania częściej u kobiet, niż u mężczyzn. Podczas gdy tylko nieliczni mężczyźni w ciągu całego drugorzędowego okresu podlegają tym objawom, kobiety przeważnie wszystkie i to zazwyczaj wielokrotnie posiadają wysypki moknące na organach płciowych. U kobiet bowiem błona śluzowa w tych okolicach obejmuje bardzo dużą przestrzeń, fałdy błony przylegają do siebie, podlegają ciągłym podrażnieniom od

tarcia i wydzielin (miesiączka, upławy). Skutkiem tego osutki na organach płciowych kobiet osiągają najwyższego stopnia swego rozwoju.

a) U kobiet.

Osutki drugorzędowe umiejscawiają się u kobiet na sromie i jego okolicach, w pochwie i na szyjce macicznej.

Na skórnej części sromu niewieściego, t. j. na zewnętrznej powierzchni dużych warg, a również i w sąsiedztwie, spotykamy obok moknących i suche osutki, które zdarzają się w postaci grudek, niekiedy łuszczących się, w postaci blaszek, obejmujących czasami częściowo lub całkowicie duże wargi i rozprzestrzeniających się na sąsiednie okolice, a nawet w postaci grudek wrzodziejących lub owrzodzeń powierzchownych. Wszystkie powyższe wykwity nie wiele się różnią od umiejscowionych w innych okolicach skóry; zwykle tylko owrzodzenia są pozbawione strupków, a wykwity, znajdujące się na przejściu skóry w błonę śluzową, częściowo posiadają postać suchych wysypek, a częściowo moknących, świadcząc wymownie o tożsamości osutek suchych i moknących; występują one nawet czasami współcześnie. Często jednak już na skórnej powierzchni dużych warg i ich okolic zdarzają się osutki moknące. Na wewnętrznej powierzchni dużych warg, na małych wargach, na łechtaczce i we wgłębieniu sromopochwowym tworzą się zawsze wykwity moknące.

Nadżerkowate osutki moknące na sromie zdarzają się dość często w ilości kilku—kilkunastu wykwitów, zgrupowanych w sąsiedztwie. Jest to najbardziej dobrotliwa osutka, gdyż może zniknąć w ciągu jednego lub paru dni. Nie posiada ona żadnych charakterystycznych cech. Przy rozpoznaniu należy się powodować wywiadami i innymi współcześnie istniejącymi objawami przymiotu. Odróżnić niekiedy można osutki nadżerkowate przymiotu od opryszczek na mocy już wyłuszczonego o zwykłym charakterze opryszczek, a od nadżerkowatego zapalenia sromu na mocy więcej prawidłowych konturów i mniej silnych objawów zapalnych.

Grudkowato-nadżerkowate osutki albo lepiej płaskie spotykają się najczęściej i mogą być uważane za typowe wysypki na organach płciowych kobiet. Powierzchnia grudek najczęściej bywa ziarnista, mocno różowa lub białawym nalotem przykryta, wydziela zwykle sporą ilość surowiczego płynu, przeważnie posiadającego nadzwyczaj nieprzyjemny zapach. Spotykają się często również grudki opalowe, grudki błonicowate i z zagłębieniem.

Niekiedy grudki na zewnętrznych narządach płciowych bywają miejscami pokryte żółtawym nalotem, jakby warstwą miodu, która, wysychając na pokrytych skórą okolicach sromu, może utworzyć żółtawe strupki, przypominające nadzwyczaj liszajec zaraźliwy. Najczęściej spostrzegamy tę odmianę u dzieci.

Spotykają się grudki w ilości kilku, kilkunastu, choć czasami w znacznie większej liczbie. Grudki moknące często zlewają się w blaszki, które mogą obejmować np. całą wargę i jej okolice i posiadają wielką skłonność do przerostu.

Zapalenie mieszków włosowych (folliculitis) różni się od grudek przymiotu bledszem zabarwieniem, wyraźniej zwykle zaznaczoną obwódką zapalną, otworem gruczołowym pośrodku wzniesienia, a nawet często wychodzącym z niego włosem.

Nabłoniaki zaraźliwe (mollusca contagiosa) są zwykle mniejsze od grudek, bez zapalnej obwódki, białe, błyszczące i pośrodku wgłębione. Przy ucisku ze środka nabłoniaka wydobywa się biaława miazgowata masa, zawierająca przy badaniu drobnowidzowem jajowate ciała nabłoniaka zaraźliwego.

Pęcherzyca brodawkująca (pemphigus vegetans) odróżnia się od przerosłych grudek tem, iż powierzchnia wykwitów pęcherzycy brodawkującej jest zwykle b. bolesna, miękka, soczysta, gdzieś tam może zawierać resztki denka pęcherzowego, a przytem choroba ta powoduje nadzwyczaj ciężki stan ogólny chorego.

Lepieże stożkowate albo szyszkowiny kończyście (condylomata accuminata) zwykle posiadają niezbyt szeroką podstawę, rozgałęziające się brodawki i skutkiem tego bardzo nierówną brodawkową powierzchnię.

Przerosłe grudki spotykają się często; najczęściej umiejscawiają się na zewnętrznej i wewnętrznej powierzchni dużych warg, na fałdzie, ograniczającej te wargi od zewnątrz, na

fałdach biodrowo-płciowych, na górno-wewnętrznej powierzchni bioder i na międzykroczu. Przerosłe grudki dosięgają niekiedy bardzo dużych rozmiarów pod względem wysokości i szerokości, szczególnie gdy zlewają się w blaszki; wydzielają one po większej części bardzo obfitą ilość surowiczo - ropnego, nader przykro pachnącego płynu, dość często podlegają zapalnemu podrażnieniu i częściowemu owrzodzeniu.

Owrzodzenia powierzchowne spotykają się dość rzadko i to przeważnie w bardziej oddalonym czasie okresu drugorzędowego. Mogą się one umiejscawiać w każdym miejscu sromu, najczęściej jednak spotykają się na wewnętrznej powierzchni dużych warg, na małych wargach, w przedsionku i u wejścia do pochwy. Spotykają się zwykle w ilości kilku obok siebie leżących owrzodzeń, nieprzedstawiających nic charakterystycznego i niekiedy zlewających się w obszerne owrzodzenie. Owrzodzenia wtedy tylko mogą być łatwo rozpoznane, gdy przyjmują wygląd pierścienia, sierpu lub grupują się w postaci koła, półkoła, odcinków jęgo i t. p.

Niekiedy owrzodzenia powierzchowne mają wygląd bardzo zbliżony do wrzodu miękkiego, i rozpoznanie w tych rodzajach należy do najtrudniejszych w dziedzinie syfilidologii.

Wrzód miękki zawsze tworzy się wkrótce po zarażeniu spółkowaniu, wywołuje bardzo często dymienice, mające skłonność do ropienia, posiada brzegi strome, podryte, dno żółte brodawkowate, a w wydzielinie pałeczki Ducrey'a. Wydzielina wrzodu przy samozaszczepieniu wywołuje utworzenie się miękkiego wrzodu, przytem wrzody spotykają się przeważnie w liczbie mnogiej i znajdują się zwykle w najrozmaitszym okresie rozwoju.

Wysypki moknące sromu często rozwijają się i przebiegają bez odczynu w sąsiednich tkankach; niekiedy jednak wywołują mniej lub więcej ciężkie powikłania. Naokoło wykwitów ciekących może utworzyć się zaczerwienienie. Objaw ten czasami rozszerza się znacznie i staje się bardzo intensywnym, przyjmując wygląd wyprzenia (intertrigo). Nadzwyczaj silnie zaczerwieniona skóra miejscami wrzodzięje, pokrywa się pęknięciami i rozrostami. Może przyłączyć się do tego obrzęk sromu; towarzyszy mu czasami stwardnienie obrzmiałych miejsc (sclerosis indurativa). Stwardnienie obrzmiałej tkanki występuje przeważnie na dużych wargach, a rzadziej na

małych i łechtaczce. Dotknięte tą sprawą okolice stają się grubsze 2 — 4 i więcej razy, suche, elastyczne, niebolesne, mocno różowe, nawet czerwone. Powrót do stanu zwykłego odbywa się bardzo powoli, może trwać parę, a nawet kilka miesięcy.

Niekiedy w tkance podskórnej lub podśluzowej tworzą się wrzody guzowate.

Rzadko bardzo powyższe sprawy oddziałują na gruczoły i naczynia chłonne, które obrzmiewają, twardnieją, pozostając niebolesnymi.

W *pochwie* wysypki spotykają się rzadko, umiejscawiają się albo w okolicy pierścienia sromo-pochwowego przy przejściu ze sromu, albo też w szerokiej części pochwy, przy przejściu na macicę.

W okolicy pierścienia sromo-pochwowego spotykają się postaci nadżerkowata i wrzodziasta, które są często bardzo zbliżone wyglądem do wrzodu miękkiego i skutkiem tego przedstawiają pewne trudności rozpoznawcze.

W szerokiej części pochwy spostrzegamy wysypki moknące zwykle w postaci grudek małych, płaskich, okrągłych lub owalnych, nadżerkowatych, niekiedy różowych, częściej szaro-białych jakby zabrudzonych lub z żółtawym odcieniem, czasami opalowych. Grudki dość często posiadają czerwona obwódkę.

Na szyjce macicznej wysypka moknąca spotyka się w postaci nadżerkowatej, grudkowatej i wrzodziastej.

Nadżerki przeważnie bywają wielkości soczewicy, zabarwienia czerwonego a nawet ciemno-czerwonego, rzadziej szarego lub opalowego. Od zwykłych nadżerek w tych miejscach odróżniają się tylko wtenczas, gdy mają wybitnie wyrażoną kolistą lub półkolistą postać i gdy się umiejscawiają odśrodkowo względem otworu macicznego, gdyż zwykle nadżerki tworzą się zazwyczaj w okolicach środkowych szyjki i od otworu macicznego rozchodzą się promienisto.

Grudki bywają wielkości soczewicy do dziesięciu kop. srebrnych, często zlewają się z sobą w dość duże blaszki; przeważnie posiadają szarawo-białe opalowe, a niekiedy mleczno-białe zabarwienie, rzadko różowe. Rozpoznanie grudek bywa po większej części łatwe ze względu na charakte-

rystyczną postać i umiejscowienie naokoło szyjki macicznej; tylko pewne trudności rozpoznawcze przedstawiają zrzadka tworzące się grudki w otworze szyjki.

Owrzodzenia szyjki macicznej spotykają się rzadko, zajmują zwykle powierzchnię środkową otworu macicznego, bywają płytkie, wielkości 5—20 kop. srebrnych, gładkie, równe, czerwone. Rozpoznanie jest łatwe tylko wtedy, gdy owrzodzenia posiadają postać koła, półkola lub zabarwienie białe albo opalowe. Zwykle jednak owrzodzenia przymiotowe szyjki macicznej nie przedstawiają nic charakterystycznego i od owrzodzeń, spotykanych przy zapaleniu błony śluzowej macicy, odróżniają się tylko szybkim przebiegiem i brakiem objawów podmiotowych i przedmiotowych, znamionujących zapalenie błony śluzowej macicy.

b) U mężczyzn.

Na organach płciowych męskich wysypki moknące spotykamy niezbyt często. W miejscach wilgotnych spostrzegamy wszystkie cztery postacie wysypek moknących, a gdzie niema wilgoci, np. na główce prącia po obrzezaniu, tworzą się suche osutki.

Na prąciu spotykają się najczęściej nadżerki ciekące. Ulubionem ich umiejscowieniem jest bródza żołądzo-napletkowa, powierzchnia główki i śluzowa powierzchnia napletka. Nadżerki w tem miejscu odróżniają się nieznaczną wielkością, prawidłowo zaznaczonymi brzegami, okrągłą postacią i czerwonym zabarwieniem.

Przy umiejscowieniu na brzegu wąskiego napletka nadżerki posiadają wygląd pęknięć podługowatych, równoległych do osi prącia i rozciągających się przy próbie obnażenia główki. Przy umiejscowieniu w bródzie żołądzo-napletkowej nadżerki nawet przy nieznacznem zaniedbaniu wklajają się z nadżarciami, pochodzącymi od zapalenia żołądździ.

Powyższe zmiany utrudniają wielce rozpoznanie. Należy wtedy przymiotowe nadżerki odróżniać od powyższych spraw.

Urazowe naderwania, tworzące się często na męskich organach płciowych, różnią się od przymiotowych nadzwyczaj nieprawidłową postacią.

Opryszczki charakteryzują się oznakami, o których już wielokrotnie wspominaliśmy.

Nadżarcia przy zapaleniu żołądźci są zwykle więcej liczne, niż przymiotowe, zajmują większą przestrzeń, posiadają bardziej nieprawidłową postać, wijące się brzegi (karta geograficzna), mocniejsze czerwone zabarwienie i zaczerwienienie sąsiednich okolic.

Nadżarcia przymiotowe łatwo i prędko przechodzą, są jednak bardzo niebezpieczne ze względu na łatwość przeniesienia zarazy przy stosunku płciowym.

Grudki nadżerkowate spotykają się rzadko, umiejscawiają się na skórze prącia, na główce lub w brózdzie żołądzio - napletkowej. W tych dwóch ostatnich miejscach spostrzegamy niekiedy grudki białe (opalowe lub porcelanowe).

Grudkowato przerostowa postać spotyka się nadzwyczaj rzadko, zdarza się tylko w brózdzie wieńcowej.

Wrzody powierzchowne spostrzegamy nieco częściej, niż poprzednią postać; przeważnie zjawiają się one w późniejszej fazie okresu drugorzędowego i wyglądem często bywają nader zbliżone do wrzodów wenerycznych.

Bardzo często zdarzają się powikłania osutek mknących na główce prącia, szczególnie obdarzonego długim napletkiem, występują one w postaci wtórnego zapalenia żołądźci i napletka.

Zapalenie żołądźci i napletka rzadko bywa częściowem; wtenczas w brózdzie żołądzio - napletkowej tworzy się zapalne obrzmienie błony i małe przeczosy.

Częściej zapalenie wtórne obejmuje całą wewnętrzną powierzchnię napletka i żołądź i pod względem wyglądu nie różni się od tejsze sprawy, wywołanej innemi przyczynami.

Na mosznie i w sąsiedztwie jej ciekące wysypki spotykają się bardzo często. Na mosznie wykwitły przedstawiają tę osobliwość, iż często posiadają postać koła i jego odcinków, sierpa i t. p.

W fałdzie prącio-mosznowej najczęściej spotykamy grudki, rozdzielone na dwie połowy pośrodku brózdą dość głęboką i owrzodziałą. W fałdzie moszno-biodrowej grudki mają skłonność do przerastania i zlewania się w blaszki; niekiedy

są one bardzo obszerne i pobródzone dość głębokimi szczelinami.

Naokoło wykwitów bardzo często widzimy objawy zapalne sąsiedniej tkanki w postaci zaczerwienienia i obrzmienia skóry, łuszczenia naskórka, a nawet powierzchownego owrzodzenia, skutkiem czego sprawa powyższa przyjmuje niekiedy wygląd bardzo zbliżony do wyprysku (eczema).

Gdy objawy zapalne trwają dłuższy przeciąg czasu, powłoki moszny mogą zgrubieć, wykwity mogą się pokryć brodawkowatymi wyrostami, a z przeczosów i owrzodzeń wydziela się obfita ilość surowiczoro-ropnej, niekiedy z domieszką krwi, cieczy, nadzwyczaj nieprzyjemnie cuchnącej i zasychającej w żółtawę, niekiedy brunatnawę strupki.

Największemu zgrubieniu podlega zwykle szew moszny, który może osiągnąć wysokości 1—1½ ctm.

Wysypki moknące u otworu kiszki stolcowej.

Spotykają się one po większej części współcześnie z wysypkami moknącymi na organach płciowych, znacznie częściej tworzą się u kobiet, niż u mężczyzn, i umiejscawiają się na błonie śluzowej kiszki, przy przejściu jej w skórę, i na powierzchni skóry między pośladkami.

Na błonie śluzowej najczęściej spostrzegamy *nadżarcia*; umiejscawiają się one na dnie fałd błony śluzowej lub na jej wypukłości. Nadżarcia bywają zwykle niewielkie, ciągną się wzdłuż fałd w postaci pęknięcia błony i są dokładnie widzialne tylko po rozciągnięciu fałd. Nadżarcia posiadają przeważnie mocno-czerwone zabarwienie, niekiedy zaś szarawe, lub szarawo-żółte; sprawiają silny ból, szczególnie podrażnione oddawaniem stolca, i nadzwyczaj trudno się goją.

Grudki na błonie śluzowej kiszki spotykają się rzadko; umiejscawiają się one przeważnie na guzach krwawniczych lub na pozostałych po nich strzępkach błony. Grudki prawie nigdy nie podlegają przerostowi.

Owrzodzenia w tych okolicach spostrzegamy nader rzadko.

Przy przejściu błony śluzowej w skórę spotykamy często *przeczosy* lub *pęknięcia*, ciągnące się promienisto wzdłuż

fałd, przyczem błona i skóra całej okolicy bardzo często obrzmiewa i twardnieje. Skutkiem tego fałdy, rozchodzące się promienisto od otworu stolcowego, stają się grube, twarde. Przerostowi, z nadzwyczaj silnem stwardnieniem, podlega przystem często szew międzykrocowy.

Rozpoznanie nadżerek na błonie śluzowej kiszki stolcowej napotyka nadzwyczajną trudność; nie posiadają one nic charakterystycznego i o ich swoistości należy sądzić z innych współczesnych objawów przymiotu. Przy przejściu błony śluzowej w skórę i na samej skórze tworzą się najczęściej *grudki*, które bardzo łatwo ulegają *przerostowi* i zlewają się w blaszki. Grudki mają zwykle bardzo znamieny wygląd. Należy je tylko odróżniać od rzekomo-przymiotowych nadżerkowatych grudek.

Grudki nadżerkowate rzekomo przymiotowe (dermite papulo—érosive pseudosyphilitique) posiadają wygląd blaszki przymiotowej grudkowatej, przeważnie przerostowej, umiejscowionej w pobliżu otworu stolcowego, zjawiają się w większości przypadków u dzieci lub u osobników młodych nieochędzonych. Te wykwyty mogą być rozpoznane tylko na mocy braku innych danych co do przymiotu (wywiady, współczesne objawy, badanie bakteryologiczne).

Wysypki moknące w jamie ustnej i gardzieli.

Ogólna charakterystyka.

Wykwity w jamie ustnej spotykają się najczęściej ze wszystkich objawów drugorzędowego przymiotu. Rzadko widzimy chorych, nawet starannie leczonych, którzyby od czasu do czasu nie podlegali tym zmianom, mającym nadzwyczajną skłonność do ponowień. Wysypki w jamie ustnej zjawiają się niekiedy samoistnie, bez żadnej widocznej przyczyny. Przeważnie jednak te objawy występują u nałogowych palaczy, u alkoholików i u cierpiących na próchnienie zębów; to też spostrzegamy wykwyty w jamie ustnej znacznie częściej u mężczyzn, niż u kobiet; kobiety bowiem przeważnie nie palą, nie używają wysokoku i staranniej utrzymują jamę ustną.

Palenie tytoniu jest bezwarunkowo najważniejszą przy-

czyną wczesnego zjawiania się, obfitego występowania, uporczywego trwania i ponawiania się wykwitów w jamie ustnej w ciągu długiego przeciągu czasu; często dopiero po powstrzymaniu się od palenia można usunąć objawy przymiotu w jamie ustnej.

Wysypki mogą umiejscawiać się w całej jamie ustnej, najczęściej jednak spotykają się na migdałkach i na sąsiednich częściach łuków podniebienia, na bocznej i przedniej powierzchni języka i na błonie śluzowej ust, rzadziej zaś—na dnie jamy ustnej, na dziąsłach, policzkach, na twardem i miękkim podniebieniu i t. d.

Ilość wykwitów bywa różna, poczynając od jednego, a dochodząc do kilkunastu i więcej.

Pod wpływem podrażnienia nie tylko same wykwity, lecz nawet błona śluzowa sąsiednich i dalszych okolic jamy ustnej czerwienieje, nabrzmiewa, staje się bolesna.

Objawy podmiotowe bardzo często towarzyszą wykwitom w jamie ustnej, przyczem większe rozmiary i ilość wpływają na silniejsze niedomaganie; jednak w tem względzie znaczną rolę odgrywa umiejscowienie, postać wykwitów i osobista wrażliwość chorych. Tak wykwity na końcu języka i w gardzieli są znacznie dokuczliwsze, niż na podniebieniu, a głębokie pęknięcia—znacznie boleśniejsze, niż płaskie powierzchowne nadżerki. Podmiotowe objawy mogą być różne. Niekiedy tylko przy użyciu ciepłych, słonych, kwaśnych potraw i napojów, wysokoku, przy paleniu i podczas mówieniu chorzy odczuwają pewne uczucie niedomagania w danej okolicy; to znów powyższe czynniki sprawiają silny ból i ślinienie, gdy stale występują mniej znaczne objawy. Bolesność i ślinienie mogą nawet trwać ciągle.

Przy umiejscowieniu wykwitów w gardzieli otrzymujemy zwykle objawy zapalenia gardła (angina), a więc ciągły ból, powiększający się przy połykaniu, a nawet czasami nader utrudnione połykanie.

Objawy przedmiotowe drugorzędowego przymiotu w jamie ustnej występują najczęściej pod postacią nadżerek, rzadziej znacznie pod postacią grudek nadżerkowatych, a jeszcze rzadziej pod postacią grudek przerostowych i owrzodzeń.

Niekiedy prócz tego na miękkim podniebieniu i w gardzieli występuje tylko dość ściśle ograniczone zaczerwienie. Zdarza się ono przeważnie współcześnie ze zjawieniem się najwcześniejszej drugorzędowej wysypki na skórze.

Wysypka nadżerkowata.

Nadżerki mogą być uważane za typową postać osutek moknących w jamie ustnej. Wielkość nadżerek bywa różna; przeważnie są to wykwity małe, wielkości paru milimetrów—jednego ctm. kwadratowego; niekiedy jednak nadżerki bywają nie większe nad ziarnko prosa, lub przenoszą 50 kop. sr.; kształt tych wykwitów zazwyczaj okrągły lub eliptyczny, a czasami pasemkowaty. Nadżerki najczęściej przedstawiają powierzchowne złuszczenie nabłonka, rzadziej powierzchowny ubytek tkanki; posiadają one powierzchnię gładką, błyszczącą, niekiedy jednak drobnoziarnistą, brzegi nieznacznie przechodzące w sąsiednią tkankę, zabarwienie przeważnie czerwone, nieco ciemniejsze od sąsiedniej błony, często szarawe, a nawet białe, prawie mleczne, rzadziej żółtawe. Niekiedy spotykamy szarawą lub białą obwódkę z czerwonym środkiem; zdarza się to najczęściej na wargach, na języku i na migdałach, i w tych miejscach białe zabarwienie przyjmuje czasami odcień opalowy, lub nawet niebieskawy. Białe lub szarawe zabarwienie otrzymujemy dzięki utworzeniu się nadzwyczaj cienkiego nalotu, który w kształcie delikatnej błoneczki silnie przystaje do podłoża. Niekiedy na migdałkach i ich okolicach, a rzadziej na wargach, na języku i miękkim podniebieniu nalot przyjmuje wygląd błonkowaty. Obraz bywa szczególnie zbliżony do błonicy, gdy nalot umiejscowi się na migdałach, a do tego przyłączy się obrzmienie sąsiednich okolic, obrzmienie gruczołów podszczękowych, utrudnione połykanie, bóle w gardle i podniesienie temperatury.

Ilość nadżerek na błonie śluzowej jamy ustnej bywa różna—od jednej do kilkunastu i więcej. Pojedyncze nadżerki, zlewając się, mogą utworzyć błonki nadzwyczaj dużych rozmiarów z brzegami często wijącymi się zatokowato.

Nadżarcia pod wpływem podrażnienia, przeważnie u osób, nadużywających wysokoku i tytoniu, stają się purpurowe, nabrzmięte i szczególnie bolesne.

Nadżarcia na brzegach języka przyjmują zwykle postać szczelin i mieszczą się często w normalnych brózdach języka. Również na grzbiecie języka zdarzają się niekiedy nadżarcia w kształcie pęknięcia; mogą one, znajdując się na miejscu połączenia kilku brózd, przybierać kształt gwiazdy. Najczę-

ściej jednak nadżarcia na grzbiecie języka występują w postaci wyraźnie ograniczonych ognisk—łysinek (alopecia lingualis): na szorstkiej, brodawkowatej powierzchni języka tworzą się okrągłe lub owalne ogniska wielkości 5 — 10 kop. sr. ciemno-czerwone, gładkie, równe, błyszczące.

Zauważyć należy, iż błona śluzowa w tych miejscach pozostaje nienaruszona, a tylko brodawki językowe odpadają.

Ogniska powyższe, zlewając się, tworzą blaszki, niekiedy bardzo duże.

Nadżarcia, mieszczące się w kątach ust na fałdach międzywargowych, bywają często przedzielone pośrodku brózdą szczelinowatą, niekiedy bardzo bolesną; od strony skóry nadżerka w tych miejscach jest zwykle okolona strupkiem, a nawet niekiedy równą lub ziarnistą, brodawkowatą wyniosłością grudki w kształcie litery V.

Rozpoznanie nadżerek przymiotowych w jamie ustnej bywa zwykle dość trudne, często nawet niemożliwe, gdyż wykulty te nie posiadają cech swoistych. Wprawdzie nadżerki w kształcie koła lub jego odcinków przemawiają za rozpoznaniem przymiotu, jednak nie bezwzględnie, gdyż naprz. glossitis exfoliativa marginata zwykle posiada półkoliste kontury. To też rozpoznawać przymiotu tylko na mocy nadżerek błony śluzowej w jamie ustnej nie można; a nadżarcia w jamie ustnej u osób, chorych na przymiot, przyjmujemy zwykle za swoiste tylko na zasadzie znacznego prawdopodobieństwa.

W jamie ustnej spotykamy sporo spraw, zbliżonych nadzwyczaj wyglądem do nadżarc przymiotowych.

Nadżarcia urazowe przeważnie nie różnią się od przymiotowych; posiadają niekiedy mniejszą od nich wielkość, mniej prawidłowo okrągłą postać, mocniejsze czerwone zabarwienie i krótszą trwałość. Nadżarcia, pochodzące od uszkodzenia śluzówki zębem zepsutym, zdradzają odrazu swe pochodzenie ze względu na umiejscowienie.

Łuszczące się i obrzęzione zapalenie języka (glossitis exfoliativa marginata) charakteryzuje się ruchomością ognisk, które zmieniają w ciągu paru dni, a nawet doby swe umiejscowienie i postać, i obwódką, okalającą całe ognisko, a nawet jego odcinki. Obwódka bywa zazwyczaj bardzo wązka ($\frac{1}{4}$ —1 mm.), posiada białe albo szaro-białe zabarwienie i postać odcinków koła, łączących się najczęściej końcami.

Pleśniawki (aphtae) odznaczają się zwykle okrągłą postacią, talerzykowatym zagłębieniem, żółtem zabarwieniem, obwódką czerwoną, szczególnie w pierwszych dniach trwania, i bolesnością.

Zajady (perlèche) w kątach ust, choć mają również pośrodku pęknięcie, lecz w sąsiedztwie posiadają błonę śluzową najczęściej zdrową i zdarzają się przeważnie u dzieci.

Liszaj czerwony płaski (lichen ruber planus) trafia się rzadko na błonie śluzowej jamy ustnej, umiejscawia się przeważnie na wewnętrznej powierzchni policzków i na grzbiecie języka, zabarwienie posiada białawe, niekiedy szaro-białe, powierzchnię blaszek zbrózdzoną, szorstką, nieco wzniesioną, a w pobliżu ich małe szare wzniesienia pojedynczych wykwitów; pod wpływem arsenu następuje zwykle polepszenie.

Błonica (dyfteryt) rozpoznaje się głównie na mocy badania bakteriologicznego (laseczki Klebs-Löfflera z zaokrąglonymi i wzdętymi końcami), a również na mocy wywiadów i silnie zwykle zaznaczonych objawów podmiotowych i przedmiotowych.

Rtęca przebiega niekiedy powoli i wywołuje zmiany bardzo zbliżone do wykwitów przymiotu w jamie ustnej. Na błonie śluzowej tworzą się, oprócz owrzodzeń, nadżerki. Umiejscawiają się one zwykle za ostatnimi zębami trzonowymi, na bocznych powierzchniach języka, rzadziej nieco na dziąsłach, pod językiem i na podniebieniu. Nadżerki te posiadają zwykle nieprawidłową i nieściśle ograniczoną postać, wielkość soczewicy—20 kop. sr., zabarwienie czerwone, niekiedy szarawe. Spotykamy dość często przy rtęcicy nadżerki, pokryte błonicowatym nalotem, silnie przystającym do podłoża; umiejscawiają się one przeważnie na tylnej powierzchni śluzówki policzków, na wysokości zębów; odznaczają się zwykle postacią owalną, zabarwieniem żółtawo-białym, albo szaro-białym. Współcześnie istnieje przy rtęcicy zapalenie dziąseł, najczęściej w okolicy dolnych siekaczy lub z tyłu za dolnymi trzonowymi zębami, ostry śmierzący zapach z ust, ślinienie. Po zaprzestaniu używania rtęci następuje polepszenie.

Wysypki lekowe po zażywaniu wielu środków lekarskich, szczególnie antypiryny, bywają niekiedy bardzo zbliżone do nadżerek przymiotowych, lecz odznaczają się zwykle różno-

rodnością postaci, ostrym przebiegiem i innym źródłem pochodzenia.

Opryszczki w jamie ustnej spotykają się przeważnie na bocznych powierzchniach języka, na wargach i policzkach; nawroty tego cierpienia zdarzają się bardzo często u osób, obarczonych przymiotem. Cechy charakterystyczne opryszczek zostały zaznaczone przy różniczkowym rozpoznawaniu wrzodu pierwotnego. O *łuszczycy* jamy ustnej nieco dalej obszernie pomówimy.

Grudkowato-nadżerkowata i grudkowato-przerostowa wysypka.

Grudki nadżerkowate spotykają się najczęściej na tylnej części grzbietowej powierzchni języka, na miękkim podniebieniu i na łukach; nie różnią się wyglądem od grudek nadżerkowatych, spotykanych w innych okolicach błony śluzowej; często zlewają się w blaszki z zatokowato-wijącym się brzegiem. Wogóle wykwity te trafiają się nie często, są charakterystyczne i łatwe do rozpoznania. Pod wpływem ciągłego drażnienia, np. dymem lub wyskokiem, powierzchnia pojedynczych grudek lub blaszek grudkowatych może się rozrastać, staje się ziarnistą, brodawkowatą i wznosi się na 2—4 mm. nad powierzchnią sąsiedniej błony śluzowej. Powierzchnia tych przerostowych grudek, szczególnie blaszek grudkowatych, może być poprzerzynana owrzodzeniami w postaci szczelin. Grudki przerostowe w jamie ustnej umiejscawiają się najczęściej na tylnej połowie grzbietu języka, który otrzymuje wtedy pagórkowaty wygląd.

Wrzodziasta wysypka.

Owrzodzenia błony śluzowej w jamie ustnej są niegłębokie, również nie posiadają znaczniejszych nacieków na obwodzie i u podstawy, co odróżnia te owrzodzenia od trzeciorzędnych. Wielkość owrzodzeń bywa różna—od ziarnka grochu do 20 kop. sr., postać okrągła lub owalna, często jednak nieprawidłowa, gdy owrzodzenia umiejscawiają się w kątach ust, na bocznych powierzchniach języka lub na łukach podniebienia; zabarwienie czerwone, często jednak żółtawe, sadło-

wate, żółtawo-szare lub szare; powierzchnia dna gładka lub nierówna, ziarnista. Pojedyncze owrzodzenia mogą zlewać się w duże blaszki. Owrzodzenia spotykają się dość często i przeważnie nie przedstawiają się tak charakterystycznie, iżby wygląd ich miał decydować o rozpoznaniu. Nawet półkolista zatokowato lub festonowato wijąca się postać nie przemawia bezwzględnie za przymiotem. Przy rozpoznaniu różniczkowym zwykle łatwo wykluczamy gruźlicę, wrzody pierwotne, weneryczne i owrzodzenia rțęcicy na mocy już poprzednio wyłożonego.

Wysypki moknące w krtani, nosie, uchu, oku i t. d.

W krtani przy badaniu wziernikiem spotykamy dość często objawy drugorzędowego przymiotu, szczególnie w I półroczu jego trwania; rzadko jednak wywołują one objawy podmiotowe. Zmiany w krtani niekiedy zjawiają się bez widocznych przyczyn, częściej jednak są spowodowane paleniem, wyskokiem lub ciągłym utrudzeniem gardła (mowa, śpiew).

Najczęstszym objawem drugorzędnego przymiotu krtani bywa rozlane zaczerwienienie, które zwykle najwyraźniej się przedstawia na tylnej powierzchni nagłośni, chrząstek nalewkowatych i na strunach głosowych rzekomych; na początku zaczerwienienie posiada odcień cynobru, a później ciemnieje; tym objawom przedmiotowym zwykle towarzyszy chrypka i niekiedy lekki kaszel.

Rzadziej w krtani zjawiają się moknące grudki. Najczęściej spotykamy grudki nadżerkowate: czerwone, szare, białe, opalowe i perłowe, wielkości soczewicy i większe, niekiedy zlewające się w blaszki i okrażone czerwoną obwódką. Grudki te przeważnie mieszczą się na rzekomych strunach głosowych.

Niekiedy śluzówka krtani na znacznej przestrzeni staje się nacieczona, zgrubiała, co wywołuje bardzo uporczywą chrypkę, a może nawet doprowadzić do bezgłosu. Wrzo-

dziasta wysypka spotyka się rzadko, przeważnie bywa przy przymiocie złośliwym, niekiedy zdarza się przy przejściu okresu drugorzędowego w trzeciorzędowy. Owrzodzenia bywają okrążone czerwoną obwódka, posiadają zwykle wielkość soczewicy — 5 kop. sr., postać okrągłą lub owalną, brzegi ostro ograniczone, dno płytkie, zabarwienia czerwone, szarawe lub żółtawe.

Owrzodzenia wywołują najsilniejsze objawy, gdy umiejscowią się na strunach głosowych. Doprowadzają one wtedy zwykle do ochrypnięcia, a nawet bezgłosu, prócz tego mogą niekiedy wywołać bardzo niebezpieczny obrzęk krtani. Owrzodzenia, umiejscowione w okolicach chrząstek krtaniowych, mogą spowodować również bardzo poważną sprawę—zapalenie ochrzastnej. O ile pierwsza postać przymiotu krtani może przejść prędko w ciągu kilku—kilkunastu dni, a rzadko paru tygodni, o tyle ostatnie trwają bardzo długo—kilka, a nawet kilkanaście tygodni.

W **nosie** najczęściej widzujemy nadżerki i grudki w okolicy nozdrzy, rzadziej nieco spotykamy nadżerki i owrzodzenia na przegrodzie nosowej, a jeszcze rzadziej na muszlach nosowych.

W **uchu** najczęściej spotykamy nadżerki i grudki. Te ostatnie przyjmują często przerostową postać, która niekiedy bywa bardzo zbliżona do polipów. Wykwity przymiotowe umiejscawiają się przeważnie w przewodzie słuchowym, rzadziej znacznie w muszli ucha.

W **oku** widzujemy wykwity przymiotowe bardzo rzadko; umiejscawiają się one na powiekach lub na łącznicy. Na powiekach najczęściej widzujemy nadżerki lub grudki w kącie oka, również, jak w kątach ust, w postaci litery V; rzadziej trafiają się nadżerki i grudki wzdłuż brzegu rzęsowego lub na mięsku łzowym. Na łącznicy jabłka lub powiek niekiedy widzimy małe nadżerki, częściej zaś typowe małe grudki, okrążone wieńcem naczyń naczyniowych.

Pod **sutkami** u kobiet spotykamy przeważnie grudki, które bardzo często przyjmują przerostową postać; na **brodawce** sutkowej u karmiących kobiet widzujemy najczęściej głębokie pęknięcia, pod **pachami** i na **pępku**—grudki nadżerkowate.

Na **palcach** u nóg osobników ze sfery mało kulturalnej spotykamy dość często wykwity przymiotowe moknące: na bocznych powierzchniach palców nadżerki lub grudki nadżerkowate mocno czerwone, na dolnych powierzchniach głębokie pęknięcia, obramowane wałem zgrubiałego naskórka, a na końcach palców owrzodzenia, obramowane również wałkiem zgrubiałego naskórka. Wykwity te podlegają zwykle wtórnemu podrażnieniu, skutkiem czego stają się bardzo uciążliwe dla chorych.

Łuszczycyca jamy ustnej.

Łuszczycyca jamy ustnej (leukoplakia buccalis) zjawia się zwykle w odleglejszym czasie drugorzędowego okresu lub nawet później; występuje w postaci plam białych, wyróżniających się długotrwałością i szczególną uporczywością względem leczenia swoistego ogólnego i miejscowego; bywa też skutkiem tego przyjmowana przez niektórych autorów za objaw poprzymiotowy.

Łuszczycyca posiada bardzo różnorodną postać: okrągłą, owalną, pasemkowatą, gwiazdzistą, siatkowatą, a nawet w kształcie równoległe biegnących linijek lub grupy maleńkich plameczek.

Wielkość wykwitów nie przenosi zazwyczaj ziarnka soczewicy — fasoli, tylko pasemkowate plamy zajmują czasami znacznie większą przestrzeń. Oddzielne wykwity zlewają się niekiedy w obszerne blaszki. Plamy posiadają zwykle zabarwienie białe różnych odcieni — mlecznego, opalowego, sino-białego, szarawego; pomimo zgrubienia nabłonka nie wznoszą się nad poziom śluzówki i przy macaniu nie sprawiają wrażenia stwardnienia; posiadają brzegi często dość wyraźnie ograniczone, lecz nierówne, nieprawidłowe; leżą na normalnej śluzówce lub też są otoczone wysepkami błony czerwonej, gładkiej i pozbawionej brodaweczek (glossitis desquamativa deuteropathica).

Łuszczycyca umiejscawia się najczęściej na przedniej bocznej i grzbietowej powierzchni języka, na wewnętrznej powierzchni policzków blisko kątów ust, rzadziej na śluzówce wewnętrznej powierzchni dolnej wargi, a jeszcze rzadziej na dziąsłach.

Przy dłuższym trwaniu wykwitów łuszczycy często pośrodku nich tworzy się nadżarcie, niekiedy w postaci szczeliny.

Plamy bywają przeważnie niebolesne, niektóre jednak, szczególnie nadżarte, sprawiają nieznaczny ból przy paleniu i używaniu ostrych i kwaśnych potraw i napojów, a także wysokoku.

Łuszczycyca przymiotowa sama przez się należy do objawów nieszkodliwych dla zdrowia, jednak często po dłuższym jej trwaniu w odpowiednim miejscu zaczyna rozwijać się rak.

Łuszczycyca przymiotowa nadzwyczaj przypomina blaszki, wywołane paleniem tytoniu, miejscowem podrażnieniem, zaburzeniami trawienia i t. p.

Łuszczycyca tytoniowa rozwija się powolniej od przymiotowej, gdyż w przeciągu wielu lat zamiast kilku miesięcy, posiada bardziej szare zabarwienie i umiejscawia się w kątach ust (trójkąt palaczy) i na przednim odcinku grzbietowej powierzchni języka.

Łuszczycyca, powstała skutkiem *miejscowego podrażnienia*, odpowiada kształtem i umiejscowieniem przedmiotowi, wywołującemu stale podrażnienie, np. zębowi.

Liszaj czerwony płaski umiejscawia się najczęściej na wewnętrznej powierzchni policzków i na grzbiecie języka, niekiedy na miękkim podniebieniu, łukach podniebiennych, jęczyczku i dziąsłach, posiada zabarwienie białe lub szarawe, powierzchnię szorstką, składającą się z małych ziarnistych wzniesień, i niknie przy użyciu arszeniku.

CIERPIENIA UKŁADÓW.

Układy organizmu ludzkiego, jak chłonny, ruchowy, nerwowy i zmysłów, krwionośny, oddechowy, trawienia i moczopłciowy podlegają podczas drugorzędowego okresu przymiotu dość często cierpieniom. Spotykają się one przeważnie w pierwszych miesiącach okresu, zdarzają się po większej części u kobiet lub wogóle u osobników słabych, nerwowych, przechodzą w większości przypadków względnie dość prędko, nie pozostawiając po sobie stałych śladów, poddają się łatwo swoistemu leczeniu, często mogą się jednak ponawiać. Cierpienia powyższe często występują współcześnie z objawami na skórze i błonach śluzowych; wielokrotnie jednak ograniczają się tylko do pewnego narządu i zjawiają się zupełnie niezależnie od objawów skórno-śluzowych. Spotykamy nawet t. zw. trzewiowe postacie drugorzędowego przymiotu, kiedy zmianom, dostrzegalnym klinicznie, podlegają tylko układy wewnętrzne organizmu.

Układ chłonny.

Cierpienie układu chłonnego obejmuje głównie gruczoły. W ciągu pierwszych miesięcy drugorzędowego okresu pozostają prawie zawsze z poprzedniego okresu mniej lub więcej wyraźnie obrzmiałe wszystkie gruczoły chłonne; później obrzmiewają zwykle gruczoły tylko w pewnych okolicach ciała i sprawa ta, im dalej, tem rzadziej występuje. W na-

czyniach chłonnych zmiany kliniczne dostrzegamy wogóle dość rzadko.

Gruczoły chłonne, jak już zauważyliśmy poprzednio (str. 49), osiągają największych rozmiarów najkrótko przed zjawieniem się pierwszych objawów ogólnych przymiotu, często jednak dopiero po kilku dniach, a nawet po paru tygodniach ich trwania.

W późniejszym przebiegu drugorzędowego przymiotu podlegają zwykle największym zmianom i najdłużej są wyczuwalne gruczoły chłonne szyjowe i łokciowe, głównie powierzchownie pod skórą leżące. Na szyi najwidoczniej obrzmiewają gruczoły chłonne, znajdujące się w tylnobocznych okolicach szyi— w brózdzie mięśnia czworobocznego (m. trapezius), u podstawy tyłogłowa i z tyłu za uchem. W przednich okolicach szyi zwykle łatwo wyczuwamy powiększone gruczoły po bokach przełyku, przed mięśniami mostkowo-sutkowymi (m. sternomastoideus), nad kością gnykową (hyoides) i w dolnobocznych okolicach szyi, a również gruczoły podżuchwowe. Rzadziej niż na szyi spotykamy zmiany w gruczołach łokciowych; leżą one na dolnej i wewnętrznej powierzchni ramienia, wzdłuż wewnętrznego brzegu mięśnia dwugłowego.

Pozostałe gruczoły obrzmiewają znacznie rzadziej. Niekiedy gruczoły chłonne powiększają się symptomatycznie, t. j. skutkiem występowania objawów przymiotu w sąsiednich okolicach skóry i błon śluzowych, np. bardzo często spostrzegamy znaczne obrzmienie gruczołów okołoprzełykowych i podżuchwowych przy owrzodzeniach na błonie śluzowej ust i w gardzieli.

Często jednak zmiany w gruczołach zjawiają się samistnie, bez miejscowych powodów, a więc są wywoływane ogólną przymiotową zarazą. Objawy zajęcia gruczołów chłonnych w okresie drugorzędowym są takie same, jak i w okresie pierwszorzędowym; przebieg bywa zwykle nadzwyczaj powolny, trwa kilka lub kilkanaście tygodni, a nawet miesięcy. Cierpienie to jest zwykle dobrotliwe i posiada często ważne rozpoznawcze znaczenie. Szczególniej charakterystycznym dla przymiotu bywa obrzmienie tylnych gruczołów szyjowych.

Niekiedy zajęcie gruczołów chłonnych przybiera znaczne rozmiary pod względem ilości i natężenia: gruczoły

w różnych okolicach ciała mogą obrzmiewać nadzwyczaj silnie. Tego rodzaju sprawę spotykamy przeważnie u osób anemicznych, osłabionych, u których wogóle przymiot przebiega dość ciężko.

Powikłania, opisane już w okresie pierwszorzędownym, jak podrażnienia zapalne gruczołów, zropienia, obrzmienia wolowate, spotykamy również w przebiegu okresu drugorzędownego.

Zajęcie naczyń chłonnych w tym okresie zdarza się bardzo rzadko; najczęściej spostrzegają się u mężczyzn w pierwszych miesiącach okresu; przeważnie bywają na organach płciowych (rowek założedny i napletek), na kończynach i szyi; mogą one występować odrazu w kilku okolicach ciała. Niekiedy zarazem znajdujemy pewne obrzmienie gruczołów, odpowiadających zajęтым naczyniom chłonnym.

Objawy tego cierpienia w drugorzędownym okresie nie różnią się od opisanych już w pierwszorzędownym. Przebieg bywa zawsze bardzo powolny: trwa kilka tygodni, a nawet miesiący. Swoiste leczenie oddziaływa na zanik obrzmienia bardzo szybko.

Obrzmiące naczynia chłonne na organach płciowych podlegają niekiedy pod wpływem najrozmaitszych okoliczności zapalnemu podrażnieniu, a pokrywająca je skóra lub błona śluzowa może owrzodzić. W takich razach naczynia chłonne w brózzdzie wieńcowej, gdy występują w postaci stwardnień okrągławych, mogą przybierać wygląd, nader zbliżony do wrzodu pierwotnego przymiotu, i dawać powód do błędów rozpoznawczych.

Układ ruchowy.

Podczas drugorzędownego okresu przymiotu spotykamy zmiany we wszystkich częściach układu ruchowego, a więc w kościach, stawach, pochewkach ścięgien i w mięśniach.

Kości podlegają cierpieniu znacznie częściej u kobiet, niż u mężczyzn; przeważnie występuje ono w postaciach przymiotu niedomóżnej i niedokrwistej; spostrzega się zazwyczaj w pierwszych miesiącach okresu, a niekiedy poprzedza nawet pierwsze wysypki skórne. Najczęściej podlegają cierpieniu kości czaszki, a następnie piszczele, żebra

i mostek; występuje ono w postaci zapalenia okostnej, zgrubienia kości lub tylko bólów kostnych. Bóle towarzyszą również zmianom przedmiotowym w pierwszych dwóch rodzajach zajęcia kości.

Zapalenie okostnej charakteryzuje się lekkim płaskim wzniesieniem na kości, dość ograniczonym, wielkości 15—25 kop. srebrnych, o ciastowatej lub twardszej nieco spistości, znacznie mniej bolesnem w spokoju, niż przy ucisku.

Zgrubienia kości tworzą wzniesienia nad powierzchnią skóry, skutkiem czego są łatwo widoczne. Wzniesienia posiadają postać wzgórkowatą, brodawkowatą lub więcej płaską, wysokości paru mm., a szerokości u podstawy paru cm. Guz ten posiada twardość kości i jest nadzwyczaj bolesny, szczególnie przy ruchu, a nadewszystko przy ucisku. Najsilniej zwykle bóle dokuczają pod wpływem ciepła w pościeli. Guzy trwają zazwyczaj kilka tygodni, poczem zanikają, lecz nie nikną zupełnie; zarazem i ból przechodzi. Pozostałe wzniesienie może być przyczyną powtarzających się od czasu do czasu bólów.

Bóle kostne spotykają się niekiedy bez żadnych zmian przedmiotowych. Przy ucisku w pewnym określonym miejscu ból się powiększa; miejsca te zwykle znajdują się na kościach, leżących bezpośrednio pod skórą i w sąsiedztwie ścięgien. Bóle kostne czaszki należą do najczęstszych; rzadziej bywają bóle mostka i jego mieczyka. Bardzo uciążliwe dla chorych są bóle w zębrach lub w ich chrząstkach, gdyż powiększają się przy oddychaniu, a szczególnie przy kaszlu.

Stawy bywają zajęte podczas drugorzędowego okresu znacznie rzadziej, niż kości. Cierpienie stawów może zjawiać się pod postacią puchliny, zapalenia i bólów stawowych; nie występuje zwykle w zbyt silnem natężeniu, może samoistnie przejść, a pod wpływem swoistego leczenia szybko zniknąć; wznowy jednak niekiedy pojawiają się wielokrotnie.

Puchlina stawów przebiega przeważnie bez bólu. Niekiedy tylko na początku zjawiają się krótkotrwałe, lekkie bóle i wrazenie ucisku w stawie. Puchlina przymiotowa umiejscawia się przeważnie w stawie kolanowym; różni się od podobnych spraw, mających inne źródła, brakiem odmiennych przyczyn ogólnych lub miejscowych, mniejszą

objętością i szybkim zanikiem pod wpływem swoistego leczenia.

Zapalenie stawów spotyka się bardzo rzadko. Staw wyraźnie obrzmiewa, lecz niezbyt powiększa swą objętość i nie zmienia postaci. Tkanki naokoło stawu pozostają bez zmiany, lub niekiedy czerwienią się umiarkowanie. Zwykle spotykamy umiarkowaną bolesność w stawie, szczególnie przy poruszaniu go. Podniesienie temperatury i zaburzenia ogólne bywają tylko w ostrych bardzo przypadkach i dość szybko przechodzą. Najczęściej podlega temu cierpieniu staw kolanowy, rzadziej stopowy, łokciowy lub dłoniowy. Zapalenie przymiotowe odróżnia się od zwykłego tem, iż obejmuje zwykle jeden lub nieznaczny wogóle ilość stawów, zazwyczaj dużych, nie przechodzi stopniowo na inne, przebiega przeważnie bez gorączki, bez ogólnych zaburzeń i zmian w moczu i w sercu. Bóle zwykle powiększają się w nocy. Cierpienie często zdarza się wespół z innymi objawami drugorzędowego przymiotu i przechodzi szybko pod wpływem swoistego leczenia.

Bóle stawowe bywają różnego natężenia, powiększają się zwykle pod wpływem spokoju i przechodzą, gdy chory zaczyna się ruszać, umiejscawiają się przeważnie w dużych stawach. Pozostawione swemu własnemu biegowi mogą trwać bardzo długo—tygodnie i miesiące, nasilając się lub słabnąc; pod wpływem swoistego leczenia nadzwyczaj szybko nikną.

Pochewki ścięgien podlegają zajęciu rzadko i zwykle wespół z innymi zmianami narządu ruchu, występuje to cierpienie w postaci puchliny pochewek lub ich zapalenia.

W razie puchliny spotykamy lekką, dość ograniczoną, niebolesną wypukłość wzdłuż przebiegu ścięgien, zdarzającą się najczęściej na grzbiecie dłoni w pochewkach prostowników ogólnego palców i piątego palca, rzadziej już na grzbiecie stopy również w pochewkach prostowników.

Przy zapaleniu pochewek ścięgien tworzy się również wypukłość; jest ona zwykle bolesna, szczególnie przy ucisku i utrudnia znacznie ruchy; towarzyszy temu cierpieniu niekiedy zaczerwienienie skóry i nieznaczny stan gorączkowy; umiejscawia się najczęściej w prostownikach palców rąk i nóg i bywa znacznie uporczywsze, niż puchlina pochewek.

Zajęcie *kałek maziowych* (hygroma) podskórnych lub głębokich zdarza się bardzo rzadko, występuje również w postaci puchliny lub w postaci zapalenia. Najczęściej bywa zajęta kaletka przedrzepkowa (bursa praepatellaris).

Mięśnie dość często ulegają cierpieniu w postaci osłabienia siły mięśniowej, zaniku mięśni, bólów, drżenia i przykurczenia.

O s ł a b i e n i e siły mięśniowej spotyka się w większości przypadków przymiotu, szczególnie u kobiet. Pomiarzy za pomocą siłomierza wskazują, że zmniejszenie siły następuje przeważnie o 2—5 kilogr., rzadziej o 15, a jeszcze rzadziej aż o 25 kilogr. Osłabienie nigdy prawie nie trwa podczas całego drugorzędowego okresu, najwybitniej zwykle przedstawia się podczas występowania najrozmaitszych objawów przymiotu, choć może się zjawić, jako jedyny widoczny klinicznie objaw.

Z a n i k m i ę ś n i bywa zazwyczaj przy ogólnym upadku odżywiania podczas ciężkiego przebiegu przymiotu. Zarazem znika i tłuszcz podskórny, i chory może wyglądać jak wyschnięty.

Z a p a l e n i e m i ę ś n i spotyka się nadzwyczaj rzadko, charakteryzuje się obrzmiewaniem brzuszka mięśniowego, jego nacieczeniem i stwardnieniem, bólem stałym, szczególnie silnym przy ucisku i ruchu. Sprawa ta szybko przechodzi pod wpływem leczenia swoistego.

Bóle mięśniowe umiejscawiają się przeważnie na nieznacznej przestrzeni brzuszka mięśnia, rzadko obejmują cały mięsień. Bóle stają się silniejsze podczas ruchu, a szczególnie nocą, niekiedy zaś dopiero nad ranem, gdy mięśnie pozostają przez dłuższy przeciąg czasu w spoczynku. Najczęściej podlegają temu cierpieniu mięśnie biodra i goleni, a następnie szyi i pasa. Natężenie bólów bywa nadzwyczaj różne. Trwają one rozmaicie od kilku dni do kilku miesięcy i mają skłonność do nawrotów.

D r ż e n i e m i ę ś n i o w e zdarza się rzadko i zależy właściwie od zajęcia odpowiednich nerwów; charakteryzuje się ono mocnymi drganiami pewną częścią ciała w postaci szybkiego trzęsienia skutkiem następującego na zmianę kurczu i rozkurczu mięśni. Drżenie występuje odrazu i tylko w pewnych mięśniach kończyn, przeważnie górnych; nigdy nie przechodzi

dzi na tułów i na głowę. Drżenia bywają rozmaite, nieznaczne lub bardzo silne, rytmiczne lub nieprawidłowe, pod wpływem jakiejś przyczyny lub samoistne. Napady mogą trwać parę minut, parę godzin, a nawet dzień cały, mogą się powtarzać w ciągu dnia kilkakrotnie, to znów przerywać na dni parę. Podczas snu napady nie zdarzają się. Cała sprawa trwa od paru dni do kilku tygodni i może się ponawiać. Przy rozpoznaniu przymiotowego drżenia mięśniowego należy wykluczyć zatrucie (ołowiem, wyskokiem), niemoc nerwową, histeryę i t. p.

Przykurczenie spotyka się rzadko, obejmuje prawie wyłącznie tylko mięsień dwugłowy ramienia i zjawia się odrazu. Przedramię staje się zgięte i nieruchome, ścięgno m. dwugłowego naciągnięte, jak struna, a sam mięsień dość wiotki. Próba rozgięcia przedramienia wywołuje silny ból. Pozatem niekiedy w mięśniu zjawiają się lekkie bóle. Cierpienie powyższe przebiega bardzo powoli i spotyka się zwykle przy innych zaburzeniach w układzie ruchu.

Układ nerwowy.

Układ nerwowy podczas drugorzędowego okresu bywa zajęty bardzo często. Większa część kobiet i choć mniejszy, jednak dość poważny, kontyngens mężczyzn przechodzi to cierpienie.

Zwykle na początku tego okresu spostrzegamy ogólne przygnębienie, otępienie umysłowe, zaburzenia czuciowe i odżywcze.

Często bardzo zdarzają się zaburzenia snu. Chorzy ciągle się budzą i w razie zaśnięcia męczą się przykremi widziadłami. Oprócz tych ogólnych objawów, właściwych każdej ciężkiej zaraźliwej chorobie, często występują i miejscowe, jak zapalenia nerwów, nerwobóle, samoistne bóle głowy i zniesienie czucia, ponadto nerwice.

Zapalenia nerwów spotykamy dość rzadko w okresie drugorzędowym. Przeważnie występują one współcześnie z pierwszymi wysypkami. Objawy zależą od rodzaju zajętych nerwów (ruchowy, czuciowy, odżywczy) i od ich liczby. Może nastąpić w obwodzie rozgałęzienia danego nerwu osłabienie

mięśniowe, niedowład, a nawet bezwład, zaburzenia czuciowe same lub w połączeniu z ruchowymi, zaburzenia odżywcze (zanik mięśni), odruchowe, zmiany w odczynie elektrycznym.

Zwykle odpowiedni nerw przy badaniu klinicznym wydaje się niezmiennym. Niekiedy tylko staje się więcej bolesnym, całkowicie lub częściowo przy ucisku. Czasami oprócz powyższych objawów, właściwych zapaleniu nerwów wszelakiego pochodzenia, zdarza się powiększenie bolesności podczas nocy. Żadnych objawów, znamionujących udział ośrodków nerwów, nie spotykamy. Na górnych kończynach najczęściej bywa porażony nerw łokciowy, a na dolnych kulszowy. Zapalenie wielu nerwów od razu daje obraz kliniczny, znacznie więcej złożony i urozmaïcony bezwładem obu kończyn górnych lub dolnych, a niekiedy współcześnie i jednych i drugich.

Objawy zapalenia nerwów zwykle występują i rozwijają się powoli, przytem dość łatwo ustępują pod wpływem swojego leczenia.

Nerwobóle mogą umiejscawiać się ściśle wzdłuż przebiegu pnia nerwowego i posiadać stałe bolesne punkty (neuralgie) lub też bywają więcej rozlane, mniej wyraźne i mniej stałe (bóle neuralgiczne). Najczęściej zdarzają się bóle twarzowe lub czaszkowe, rzadziej międzyżebrowe lub kulszowe, a jeszcze rzadziej inne. Na głowie ulegają cierpieniu gałązki nerwu trójdzielnego (n. trigeminus), z pomiędzy których najczęściej gałązka górna (nerwoból nadoczny), a oprócz tego gałązki uszna i sutkowa spłotu szyjnego i nerw duży potyliczny. Z pomiędzy innych nerwobólów należy mieć na uwadze — ze względu na trudności rozpoznawcze — nerwoból sutkowy, językowy, podniebienny i zębowy.

Nerwobóle posiadają zwykle dość ostry charakter, lecz niestały przebieg; przytem obostrzają się zazwyczaj wieczorem i ustępują pod wpływem swojego leczenia.

Bóle głowy, pomijając rozpatrzone już poprzednio kostne i nerwowe, najczęściej bywają wewnątrzczaszkowe, t. j. zależne albo od opon mózgowych, lub też od samego mózgu. Bóle głowy tego rodzaju są przeważnie dość rozprzestrzenione, niekiedy obejmują nawet całą głowę, wyrażają się różnie: ciężkością w głowie, ciśnieniem, kluciem, stukiem, mogą występować w najrozmaitszem natężeniu, przeważnie bywają bardzo męczące dla chorego i wywołują inne objawy, jak

bezsenność, rozdrażnienie, apatyę, brak apetytu i t. p. Występują one albo w postaci stałej z obostrzeniami lub też w postaci przerywanej. W pierwszej postaci obostrzenia zjawiają się przeważnie wieczorem lub nocą. W drugiej postaci ból zjawia się dopiero wieczorem, często nadzwyczaj punktualnie, i trwa część nocy lub noc całą i w ostatnim razie nad ranem dopiero przechodzi. Zwykle bóle głowy trwają parę tygodni, lub nawet miesięcy, łatwo się poddają swoistemu leczeniu, lecz mają skłonność do ponawiania się.

Zaburzenie czucia bólowego, dotykowego i ciepłowego spotykamy zazwyczaj tylko u kobiet. Najważniejsze z nich—zniesienie czucia bólu (analgesia)—występuje albo samodzielnie lub wespół z innymi, może się przejawiać w najrozmaitszym natężeniu i rozprzestrzenieniu; bywa niekiedy ogólne, przeważnie zaś miejscowe, często symetryczne na obu połowach ciała, niekiedy jednak porzrzucane wysepkami na dużej przestrzeni ciała. Najczęściej bezbolesność spotykamy na sutkach i grzbiecie rąk; bywa ona skórna lub śluzowa, powierzchniowa lub nieco głębsza; trwa zwykle długo—kilka lub kilkanaście miesięcy.

Nerwice ogólne mogą niekiedy być wywołane lub też obostrzone pod wpływem przymiotu. Najczęściej w drugorzędowym okresie u kobiet zjawia się *histerya*. Przeważnie przed zarażeniem się nie spostrzegano u nich żadnego objawu histeryi, a nawet nerwowości. U kobiet, które przed zarażeniem cierpiały na histeryę, objawy tej ostatniej występują z daleko większym natężeniem. *Padaczka* pod wpływem przymiotu zjawia się dość rzadko, przeważnie tylko w postaci dużych napadów (grand mal) i nie wikła się zaburzeniami mózgowymi. U osób, które dawniej chorowały na padaczkę, napady zwykle występują częściej i w silniejszym stopniu.

Nerwice przymiotowe nie są uporczywe i poddają się działaniu swoistego leczenia.

Nerwice układu współczulnego wyrażają się niekiedy w zaburzeniach wytwarzania ciepła i wydzielania potu. Na obwodzie kończyn, przeważnie tylko u kobiet, spostrzegamy obniżenie normalnej ciepłoty ciała. Objaw ten może występować na całym ciele. W fazie obniżenia ciepłoty występuje zarazem zmiana w pulsie, tętnie. Puls staje się miękkim, słabym, małym, a nawet czasami nitkowatym. Zaburzenie powyższe

w wytwarzaniu ciepła trwa przeważnie długo, parę—kilka miesięcy i powoli poddaje się działaniu swoistego leczenia. Spotykamy również niekiedy krótkotrwałe, zupełnie niespodziewane w ciągu dnia lub nocy dreszcze i nieoczekiwane przyływy gorąca, uderzającego do głowy i rozplywającego się następnie po ciele.

Zaburzenia w wydzielaniu potu mogą występować na całym ciele lub też tylko miejscowo w postaci obfitego pocenia się. Ogólne pocenie się przeważnie bywa nocą. Miejscowe przeważnie występuje na dłoniach i podeszwach. U osób, cierpiących zarazem na obniżenie ciepłoty, pot bywa chłodnym.

Zaburzenia w wydzielaniu potu należą do uporczywych, trwają przeważnie kilka miesięcy.

Układy zmysłów.

Wszystkie narządy zmysłów mogą ulegać podczas drugorzędowego okresu mniejszym lub większym zmianom.

Dotyk rozpatrywaliśmy już poprzednio, a odnośnie *powonienia i smaku* zaznaczymy tylko, iż zmysły te mogą być zniesione zupełnie lub spaczone.

Oko bywa zajęte dość rzadko, m. w. w 5% wszystkich przypadków przymiotu. Najczęściej cierpieniu ulega tęczówka, a rzadziej spojówka, rogówka, naczyniówka i siatkówka.

Zajęcie tęczówki zdarza się przeważnie w końcu pierwszego i na początku drugiego roku choroby, zazwyczaj zjawia się w ciężkim jej przebiegu i po większej części spotyka się u mężczyzn. Rozwija się ono powoli. Na początku odczuwa się tylko lekki ból w oku i spostrzega w niem zaczerwienienie, zależne od promienistego nastrzyknięcia naczyń naokoło rogówki. Przytem źrenica bywa zwężona i posiada bardzo słaby odczyn na światło. Następnie, bóle się powiększają, rzadko jednak dosięgają silnego natężenia, towarzyszy im światłowstręt i łzotok. Zarazem, jeśli zapalne objawy nie są zbyt silne, następuje nieznaczne zaburzenie wzroku — wszystko wydaje się jakby mgłą przyćmione;

w razie silnych zapalnych powikłań, np. utworzenia się wysięku w okolicy źrenicy lub zmętnienia płynu przezroczystego, może dojść do nierozróżniania nawet dużych przedmiotów. Następnie promieniste nastrożenie naczyń naokoło rogówki powiększa się, zwężona źrenica staje się zupełnie nieruchomą. Traci ona swą normalną okrągłą postać, staje się nieprawidłową, zależnie od zrostów.

Niekiedy po rozerwaniu zrostów tęczówkowo-soczewkowatych spostrzegamy na przedniej powierzchni soczewki częścieczki naczyńiówki, odłączone od tylnej powierzchni tęczówki, w postaci maleńkich czarnych plamek. Powierzchnia zajętej tęczówki staje się szorstką, zabarwienie ciemniejsze, niekiedy z kropkami czerwonymi lub żółtawo-czerwonymi.

Najbardziej charakterystycznymi dla przymiotowego zapalenia tęczówki są nacieczenia w jej miąższu. Nacieczenia te bywają w najrozmaitszym stopniu i odpowiadają grudkom skórnym. Grudki te rzadko pod względem wielkości przenoszą łepkę od szpilki, posiadają przeważnie zabarwienie żółto-czerwone, spotykają się najczęściej na źrenicowym brzegu tęczówki. Zapalenie przymiotowe tęczówki rozwija się powoli. Lekkie postaci ustępują w ciągu paru tygodni pod wpływem swoistego leczenia, ciężkie zaś mogą trwać parę miesięcy.

Wynik nie zawsze bywa zupełnie zadowalniający. Mogą pozostać zmiany w postaci źrenicy i niepełna jej ruchomość, mogą się utworzyć błoniaste przepony (katarakty źrenicowe) i blizny tęczówki. Wszystko to w mniejszym lub większym stopniu wpływa na zaburzenia wzroku. Wynik powyższy bywa jednak tylko przy nieodpowiednim leczeniu. Niekiedy zapalenie tęczówki jednego oka posiada skłonność do przejścia na drugie oko, do ponawiania się i do przejścia na naczyniówkę. Odróżnia się zapalenie przymiotowe tęczówki od innego rodzaju zapalenia tej błony pod ostrym przebiegiem choroby, mniejszą bolesnością i naciekami (grudkami) na powierzchni.

S p o j ó w k a rzadko bywa zajęta. Niekiedy tworzą się na niej maleńkie okrągłe różowe grudki, — grudki nadżerkowate i nadżerki.

R o g ó w k a rzadko ulega cierpieniu i to przeważnie razem z tęczówką.

Na rogówce mogą się zjawić maleńkie, często zlewające się, szaro-białe plameczki.

Plameczki te tworzą się na blaszce sprężystej tylnej rogówki—skąd nazwa—descemetitis; również na obwodzie rogówki spotykają się grudki.

Zapalenie rogówki śródmiąższowe zdarza się bardzo rzadko w drugorzędowym okresie przymiotu, rozwija się powoli bez bólu i bez nacieczenia spojówki. W środku lub na obwodzie rogówki w jej miąższu zjawiają się małe szarawe plamki, które się powiększają pod względem wielkości i liczby, a pomiędzy nimi rogówka mętnieje. W rogówce tworzą się powierzchowne i głębokie rogówkowe naczynia, rozgałęziające się drzewowato. Skutkiem tego rogówka czerwienieje. Do powyższych objawów przyłącza się światłowstręt, łzotok, bóle strzelające, kurcz powieki i t. p.

Przebieg zapalenia rogówki śródmiąższowego bywa zwykle długi, trwa parę miesięcy i ma skłonność do przejścia na drugie oko, może się wikłać zapaleniem tęczówki i naczyniówki. Po zaniku unaczynienia i rozessaniu się zmętnienia rogówki może ona pozostać jednak nie zupełnie przezroczystą (obłoczek, bielmo).

Zapalenie naczyniówki dość często rozwija się jako powikłanie zapalenia tęczówki, może się również utworzyć zapalenie nerwu wzrokowego i siatkówki. Do cierpień tych nieco później jeszcze raz wrócimy.

Ucho bywa zajęte w następujących swych częściach: przewód słuchowy zewnętrzny, trąbka słuchowa, ucho środkowe i wewnętrzne.

W przewodzie słuchowym zewnętrznym spotykają się niekiedy wykwity przymiotowe, które często sprowadzają wtórne zapalenie ucha zewnętrznego.

Zmiany przymiotowe naokoło trąbki słuchowej mogą przejść na nią samą i spowodować jej zapalenie. Skutkiem czego następuje stępienie słuchu, szum w uszach i zawrót głowy. W tych razach przy wziernikowaniu wewnętrznym spostrzegamy, iż błona bębenkowa jest wciągnięta wewnątrz, zaś rękkojeść młoteczka przyjmuje skośny kierunek.

Zapalenie ropne ucha środkowego zdarza się rzadko i zjawia się skutkiem przejścia sprawy z gardzieli przez trąbkę słuchową. Przy tem cierpieniu skarżą się chorzy na silne bóle w gardzieli i w uszach, promieniujące do głowy, błona bębenkowa staje się ciemno-czerwona i wciągnięta na

zewnątrz, a przytem słuch stępiony. Sprawa powyższa ciągnie się zwykle dość długo, poddaje się jednak łatwo działaniu swoistego leczenia.

Zapalenie ucha wewnętrznego zdarza się rzadko, jest jednak ciężkiem bardzo cierpieniem, gdyż szybko nadzwyczaj zjawia się głuchota wobec zupełnego braku innych objawów. Głuchota ta ma skłonność do przenoszenia się z jednego ucha na drugie ucho, a co ważniejsza, nie poddaje się swoistemu leczeniu i zależy prawdopodobnie od zajęcia błędnika (labyrinthus).

Układ krwionośny.

Zaburzenia w układzie krwionośnym podczas drugorzędowego okresu mogą się odbywać w krwioobiegu, albo też w samych naczyniach i we krwi. Nie przedstawiają one nic swoistego dla przymiotu, zjawiają się współcześnie z innymi objawami tej choroby i przechodzą pod wpływem swoistego leczenia. Zmiany w krwioobiegu zależą wyłącznie od układu nerwowego i zdarzają się przeważnie u kobiet; mogą się przejawiać pod następującymi postaciami: bicia serca, przyspieszonej czynności serca i jej niemiary.

Bicie serca charakteryzuje się szybszym skurczem mięśnia sercowego, silniejszymi uderzeniami w przednią piersiową ścianę, niepokojem w okolicy dołka sercowego wespół z dusznością i t.p. Występuje ono napadowo. Napady trwają do kilku minut i rzadziej lub częściej powtarzają się pod wpływem ruchu, podniecenia psychicznego lub bez powodu. Przy tem cierpieniu wymiary i tony serca pozostają normalne.

Przyspieszona czynność serca spostrzega się rzadko; choć częstość uderzeń serca jest przy niej znacznie większa, nie ma jednak objawów bicia serca lub też stanu gorączkowego. Puls może dochodzić do 120, a nawet do 150 na minutę. Objaw powyższy trwa zwykle kilka, kilkanaście dni, a następnie powoli przechodzi.

Niemiarywość czynności serca spotyka się najczęściej ze wszystkich zaburzeń krwioobiegu; zdarza się przeważnie wobec braku wszelkich innych funkcyjonalnych lub organicznych zmian układu krwionośnego; trwa nie stale, lecz ciągle zmie-

nia się, znika i wraca. Krzywa nakreślona za pomocą sfigmografu wskazuje albo niejednakową długość pulsu, albo niejednakową głębokość wahań, lub też pozorny skurcz. Objawy powyższe mogą występować jednocześnie.

Zmiany w naczyniach ograniczają się tylko do żył.

Zapalenie żył spotyka się rzadko, przeważnie bywa u mężczyzn i zwykle tylko w postaci podostrej. Zapaleniu ulegają prawie wyłącznie żyły powierzchowne, podskórne, częściej żyły kończyn dolnych (saphena interna, saphena externa), aniżeli górnych (basilica, cephalica, mediana basilica). Zazwyczaj bywa porażona częściowo lub w całości jedna żyła, rzadko więcej. Zapalenie żył powstaje niekiedy po zmęczeniu fizycznym, często jednak bez przyczyny, rozpoczyna się zwykle odrazu silnym i wyraźnie ograniczonym bólem, który się zwiększa, szczególnie przy ruchu i ucisku. W miejscu bolesnem tkanka staje się ciastowatą, a skóra zaczerwienioną w postaci podługowatej. Przy macaniu wyczuwamy tam odpowiednio do przebiegu twardy wałek żyły, mniej lub więcej gruby. Dość często towarzyszy tej sprawie nieznaczny obrzęk, szczególnie w okolicy kostek. W miejscu zajętem chory wyczuwa podmiotowe objawy, jak mrowienie, drętwienie i t. p. Przytem niekiedy bywają w nieznacznym stopniu ogólne objawy, odpowiadające podostrej postaci: umiarkowane podniesienie ciepłoty, które trwa zaledwie parę dni, osłabienie i t. p. Następnie zapalenie przybiera postać przewlekłą, ciągnącą się kilka tygodni, a nawet miesięcy. Spostrzegano czasowe obostrzenie, rozprzestrzenianie się sprawy, zawsze w kierunku ku sercu, a nawet wznowy.

We krwi zmiany po większej części bywają znaczne. Występują one równolegle do wysypek i innych objawów przymiotu i przechodzą razem z ich zanikiem, czy to samistnie, czy też pod wpływem leczenia swoistego. Najsilniejsze bywają stale podczas ciężkiego przebiegu przymiotu. Często mniej znaczne zmiany można spostrzegać w ciągu całego drugorzędowego okresu. Według Konrieda już w okresie utworzenia się wrzodu pierwotnego można stwierdzić zmniejszenie się hemoglobiny od 15—30% i to przed wystąpieniem jakichkolwiek zmian w ilości czerwonych krążków krwi. Również Zeleniew, Reiss i inni stwierdzili, iż przymiotowa niedokrwistość rozpoczyna się przed zjawieniem się pierw-

szych wysypek. Ja także wielokrotnie spostrzegałem zmiany we krwi jeszcze na parę tygodni przed wystąpieniem pierwszej wysypki. Zmiany we krwi, do wyjaśnienia których znacznie się przyczynili w ostatnich czasach Hallopeau, Biegański, Stukowienkow, Zeleniew, Rille, Justus, Virchow, Malasses, Reiss, Colombini, Simonelli, Valerio, Dominici i inni, nie różnią się zbytnio od zmian przy niektórych innych złośliwych ogólnych chorobach. Przedstawiają się one w następujący sposób: procent zawartości hemoglobiny spada, ilość czerwonych ciałek krwi się zmniejsza, a postać ich częściowo się zmienia, ilość białych ciałek krwi się powiększa i zmienia się wzajemny stosunek różnych ich postaci. Zmniejszenie się ilości hemoglobiny bezwarunkowo jest najważniejszym objawem, wynosi ono od paru procentów do 30–40%. Przytem ta różnica może zależeć nie od zmniejszenia się ilości czerwonych ciałek krwi, a od biedniejszej zawartości hemoglobiny w krążkach.

Zmniejszenie ilości bywa prawie zawsze, występuje jednak w najrozmaitszym stosunku, różnica waha się od 1% do 50% i powyżej. Czerwone ciała wydają się przeważnie bledsze, spotykają się krwinki duże, małe i różnokształtne (podługowate, gruszkowate, zębiaste). Mori, Justus, Valerio zauważyli również zmniejszenie odporności krwinek na chłód. Tą właściwością czerwonych ciałek objaśnia Fournier zdarzające się niekiedy napadowe hemoglobinowe moczenie.

Często również można zauważyć zwiększenie się ilości białych ciałek krwi, które jednak zwykle zjawia się dopiero po wystąpieniu osutek. Stosunkowo najbardziej zwiększa się ilość jednojądrowych leukocytów, w nieznacznym stopniu (5–10%) eozynochłonnych, a ilość wielojądrowych leukocytów nawet się zmniejsza. Spostrzegano również zmianę surowicy krwi, jak zmniejszenie jej ciężaru gatunkowego, obniżenie alkaliczności i zawartości związków chloru. Powyżej wyłożone zmiany, przejawiając się w najrozmaitszym stopniu i łącząc się, mogą wytworzyć następujące typy znane w hematologii:

- 1) Zwykłą niedokrwistość.
- 2) Bledniczą niedokrwistość.
- 3) Bledniczą niedokrwistość z leukocytozą.
- 4) Niedokrwistość złośliwą.
- 5) Białaczkę.

Najczęściej spostrzegamy zwykłą niedokrwistość; blednicza niedokrwistość sama lub w połączeniu z leukocytozą spotyka się przeważnie u kobiet; niedokrwistość złośliwa i białaczka bywa bardzo rzadko.

Układ oddechowy.

Najrzadziej w okresie drugorzędowym ulega zmianom układ oddechowy. Zaburzenia w tym układzie występują tylko pod postacią duszności i zapalenia płucnej.

Duszność zależy prawdopodobnie od porażenia układu nerwowego, występuje przeważnie u kobiet, które cierpią na zaburzenia w układzie nerwowym. Utrudnione oddychanie zjawia się napadowo. Napady trwają zwykle krótko, natężenie ich przeważnie bywa słabe.

Zapalenie płucnej zdarza się dość rzadko i przeważnie na początku drugorzędowego okresu razem z pierwszymi wysypkami. Występuje ono jako suche i wtedy charakteryzuje się słabym szmerem tarcia i lekkim stłumieniem, umiejscowionem zwykle u podstawy klatki piersiowej, albo też towarzyszy mu wysięk — surowiczo-włóknikowy. Cierpienie powyższe bywa jedno lub obustronne. Występuje ono albo w bardzo łagodnej postaci bez objawów ogólnych, lub też w postaci podostrej, a nawet ostrej z podniesieniem temperatury do 38—39, kluciem w boku, dusznością, kaszlem i t. p. Zapalenie płucnej przechodzi samo przez się w ciągu paru tygodni, a pod wpływem swoistego leczenia niekiedy nawet w parę dni.

Zapalenie oskrzeli towarzyszy często zapaleniu płucnej, a może nawet występować samoistnie przy bardzo obfitych pierwszych wysypkach. Swoiste leczenie oddziałuje na to cierpienie bardzo szybko.

Układ trawienia.

Układ trawienia w ciągu drugorzędowego okresu ulega bardzo często różnorodnym cierpieniom.

Żołądek i kiszk bywają dotknięte przeważnie u kobiet nerwowych. Zaburzenia mogą być czysto nerwowe lub też zależeć od zmian w żołądku i kiszka, analogicznych do dostrzeganych na skórze i na widocznych błonach śluzowych.

Niestrawność w mniejszym lub większym stopniu spotykamy bardzo często. Występuje ona szczególnie w organizmach nieco osłabionych. Chorzy tracą zupełnie apetyt, czują czasem zupełny wstręt do jedzenia. Niekiedy wrażliwość żołądka jest tak silna, iż najmniejsza nawet ilość pokarmów bywa natychmiast wymiotowana. Skłonność taka do wymiotów trwać może kilka dni, a nawet parę tygodni.

Nerwoból żołądka, a głównie kiszek, spotykamy znacznie rzadziej: mniej lub więcej silny ból brzucha występuje w postaci napadów, którym niekiedy towarzyszą wymioty; napady mają nieprawidłową postać, zjawiają się nagle, mogą trwać raz krótko, to znów bardzo długo.

Objawy zapalenia jelit występują również niekiedy. Wtedy, oprócz bólów w brzuchu i bolesności jego, zjawiają się rozwolnienia, trwające od kilku dni do kilku tygodni, śluzowe wypróżnienia, niekiedy nawet z żyłkami krwi, mdłości, wymioty.

Wilczy głód w połączeniu zwykle z podniesionem pragnieniem spostrzegamy zrzadka u osobników bardzo nerwowych; doprowadza on zwykle do zaburzeń żołądkowo-kiszkowych skutkiem przeciążenia żołądka pokarmem, trwa kilka dni do kilku tygodni.

Wątroba zajęta bywa dość rzadko. Cierpienie jej objawia się żółtaczką.

*Żółta*czka zwykle nie posiada żadnych swoistych dla przymiotu cech. O jej charakterze wnioskujemy tylko na mocy związku chronologicznego z wczesnym drugorzędowym okresem i braku wszelkich innych przyczyn tego objawu prócz przymiotu. Przeważnie bywa tylko żółte zabarwienie skóry i moczu, rzadziej lekki stan gorączkowy, zaburzenia w trawieniu i powiększenie objętości wątroby. Trwa żółta-czka krótko m. w. parę tygodni.

Zdarza się niekiedy złośliwa żółta-czka (icterus gravis), która przebiega z daleko sięgającymi zmianami miąższu wątroby, pod postacią ostrej choroby zakaźnej.

Postać ta jest nadzwyczaj rzadka. Według obliczeń Buczyńskiego do 1907 roku zanotowano w literaturze wszystkie 45 przypadków (37 kobiet i 8 mężczyzn, w tem dwa ostatnie przypadki wyżej wymienionego autora).

Złośliwa żółtaczka rozpoczyna się zwykle pod postacią dobrotliwą, później dopiero odrazu zjawiają się objawy ciężkie: bezsilność, różne krwotoki, duszność, nerwowe pobudzenie, następnie przygnębienie i śpiączka. Przeważnie przytem bywa nieznaczne podniesienie temperatury. Cierpienie to trwa zwykle 2—3 tygodnie i prawie zawsze kończy się śmiercią.

Śledziona, jak zwykle przy wszystkich zakaźnych chorobach, ulega powiększeniu, niekiedy nieznacznemu, to znów bardzo silnemu. Zwykle powiększenie śledziona spostrzegamy w pierwszych tygodniach drugorzędowego okresu. Nie towarzyszą mu żadne podmiotowe objawy. Przy ostukiwaniu znajdujemy nieco powiększoną tępość śledziona, rzadziej możemy wyczuć jej dolny brzeg pod żebrami.

Układ moczowy - pęcherzowy.

Nerki rzadko bywają zajęte w okresie drugorzędowym.

Zapalenie nerek stanowi chorobę ciężką. Spotyka się przeważnie u mężczyzn, co objaśnić można wpływem u nich takich sprzyjających okoliczności, jak alkoholizm i często przeziębienie. Przymiotowe zapalenie nerek zjawia się zwykle w pierwszych miesiącach choroby i przeważnie u osobników młodych. Nie przedstawia ono nic wybitnie swoistego i od innych zapaleń nerek różni się przede wszystkim chronologicznym związkiem z wczesnymi drugorzędowymi wysypkami, brakiem wszelkich innych przyczyn, prócz przymiotu i dodatkiem działaniem swoistego leczenia.

Różnicę pewną można zaznaczyć i pod innymi względami.

W moczu spotykamy bardzo dużą ilość białka już w samym początku choroby.

Przebieg bywa bardzo szybki. Nadzwyczaj prędko rozwijają się obrzęki, puchliny, zaburzenia najrozmaitszych czynności organizmu, osłabienie i t. p.

Wcześniej bardzo zjawiają się objawy mocznicy.

W przeważnej ilości przypadków następuje zupełne wyzdrowienie pod wpływem swoistego leczenia. Dość często pozostaje nieznaczny białkomocz, który jednak może z czasem ustąpić.

Często jednak zapalenie przymiotowe nerek kończy się śmiercią. Według Fourniera, śmierć następuje w 1/3 wszystkich obserwowanych przez niego przypadków. Jest to więc cierpienie bardzo poważne, nawet w lżejszych postaciach powinno być zaliczane do niebezpiecznych.

Zapalenie przyjądrza spostrzegamy rzadko, najczęściej współcześnie z pierwszymi wysypkami. Przeważnie obrzmiewa tylko część przyjądrza i to z jednej tylko strony. Obrzmienie bywa zwykle niebolesne, wielkości grochu — orzecha laskowego, posiada postać okrągłą lub owalną, spoistość twardą, powierzchnię gładką, równą. Niekiedy tylko przy zapaleniu przyjądrza zdarzają się bóle, szczególnie przy ucisku, a nawet obrzmiewanie i zaczerwienienie moszny. Cierpienie to przechodzi samo przez się i nie wywołuje żadnych cięższych następstw. Rozpoznanie przymiotowego zapalenia przyjądrza przeważnie bywa dość łatwe ze względu na wywiady i działanie swoistego leczenia. Powstałe stwardnienie po rzeżączkowym zapaleniu odróżniamy na mocy tego, że obejmuje ono albo całe przyjądrze, albo częściej tylko globus minor ogonka przyjądrza; gruźlicze zapalenie, choć początkowo jest nieco podobne do przymiotowego, lecz posiada wżgórkowatą powierzchnię obrzmienia, często przytem bywają zajęte przewody i pęcherzyki nasienne.

Torbiele są więcej elastyczne, a przytem odznaczają się mniej prawidłową i gładką powierzchnią.

Zapalenie jądra występuje niekiedy współcześnie z zajęciem przyjądrza; bywa zawsze częściowe, nieznaczne i przebiega bez ostrych zapalnych objawów.

Macica sama przez się podlega bardzo nieznacznym cierpieniom w ciągu drugorzędowego okresu. Należy przede wszystkim zaznaczyć surowiczo-śluzowe upławy i nerwobóle maciczne. Upławy i nerwobóle prawdopodobnie są wywołane wtórnie błedniczą niedokrwistością, często bardzo spotykaną przy przymiocie. Ważniejsze bezwątpienia znaczenie posiadają zaburzenia czynności macicy—miesięcznego czyszczenia, a przedewszystkiem płodzenia.

Miesiączkowanie podlega zmianom głównie w ciężkich postaciach przymiotu; objawiają się te sprawy opóźnieniem, nieregularnością, zmniejszeniem lub zwiększeniem ilości wydzielonej krwi, a nawet zupełnym przerwaniem miesięcznego czyszczenia.

Płodzenie ulega zaburzeniom bardzo znacznym. Chorze zachodzą w ciążę łatwo, lecz ciąża kończy się przeważnie albo poronieniem albo też przedwczesnym porodem.

Zabójcze działanie przymiotu na płód najsilniej się objawia w pierwszym roku choroby rodziców, a w następnych staje się coraz słabsze. Poronienie i przedwczesny poród zdarza się najczęściej w ciężkim przebiegu przymiotu, szczególnie w postaci trzewiowej, jednak w najbardziej nawet dobrotliwej postaci zawsze jest możliwe, nawet wtenczas, gdy objawów niema zupełnie (okres utajenia). Mniej szkodliwym bywa zwykle zarażenie podczas ciąży, szczególnie znacznie już posuniętej.

Ciąża bardzo często powoduje u chorych zaburzenia czynności różnych narządów, wywołuje na zewnętrznych organach płciowych bardzo uporczywe i mające skłonność do nadmiernego rozrostu lub rozpadu wykwity. Poronienie jest związane zawsze z pewnym niebezpieczeństwem, gdyż martwy płód szybko gnije i, jeśli pozostaje w tym stanie w macicy, może wywołać posocznice.

Rozwiązanie często bardzo dodatnio wpływa na ogólny stan chorej: zaburzenia czynności różnych narządów przechodzą, wykwity na zewnętrznych organach płciowych, po usunięciu przekrwienia, nawet samoistnie mogą zniknąć. Swoiste leczenie zapobiega znacznie poronieniom i przedwczesnym porodom i powinno być nadzwyczaj starannie przed możliwym poczęciem i w trakcie ciąży przeprowadzane.

Gorączka.

Gorączka podczas drugorzędowego okresu spotyka się dość często, szczególnie w pierwszych miesiącach choroby u kobiet. Łatwo się ona poddaje działaniu swoistego leczenia.

Gorączka bywa objawowa i samoistna.

Objawowa gorączka może towarzyszyć pierwszym wysypkom, szczególnie obfitym, a także późniejszym rozsiانym z zawartością ropną i ostrym postaciom cierpienia różnych narządów, jak zapalenie okostnej, stawów, ścięgien, tęczówki i t. p. Gorączka przy pierwszych wysypkach może je nawet poprzedzać i zwykle trwa niedługo—najwyżej parę, kilka dni; również przy zapaleniach różnych narządów jest ona przeważnie krótkotrwała. Często tylko przy wysypkach z ropną zawartością gorączka trwa nieco dłużej. Temperatura rzadko przenosi 39°.

Samoistnej gorączce nie towarzyszą żadne widoczne objawy przymiotu.

Spotyka się ona częściej od objawowej gorączki; zdarza się w trzech postaciach: przerywanej (*intermittens*), ciągłej (*continua*), nietypowej (*atypica*).

Postać przerywaną spostrzegamy najczęściej. Objawia się zwykle codziennie, wieczorem lub nocą; po większej części bywa podniesienie temperatury do 38—39°, trwające 1—2 godziny i przerywane lekkimi dreszczami i potem. Śledziona przytem rzadko jest powiększona.

W bardzo ostrych przypadkach te napady gorączki są zbliżone do malarycznych. Malaryczne gorączki jednak przeważnie posiadają typ trzeciaczkowy, napady zwykle bywają w dzień, odznaczają się pewną prawidłowością, długotrwałością, śledziona przy malarii prawie zawsze jest powiększona, a we krwi można odnaleźć haematozoa Laverana.

Postać ciągłą spotykamy znacznie rzadziej od poprzedniej. Ciągnie się ona zwykle od kilku dni do kilku tygodni i przerywa się krótkotrwałymi dreszczami i potami; przeważnie posiada ona średnie natężenie, t. j. podniesienie temperatury do 38°, 38, 5° i częstość pulsu do 100—120°. Niekiedy jednak temperatura dochodzi do 41°, a częstość pulsu do 140 na minutę; puls bywa przytem miękki, a w wyjątkowych razach nawet nitkowaty.

Twarz chorego podczas gorączki ciągłej zwykle bywa blada, przygnębiona. Towarzyszy tej postaci uczucie ogólnego rozbicia, niedomagania, ból głowy i częste zaburzenia żołądkowe, bezsenność, nieokreślone bóle i t. p. Ciągła gorączka przymiotowa często bardzo jest zbliżona do gorączki brzusznej (*febris gastrica*), a niekiedy do tyfusowej.

Przy gorączce brzusznej zwykle są silniejsze zaburzenia żołądkowe, język więcej nieczysty, obłożony; ciągnie się ona przeważnie tylko kilka dni.

Przy gorączce tyfusowej osłabienie ogólne jest zwykle silniej wyrażone, język bywa zawsze suchy, skóra sucha, gorąca, odrętwienie, majaczenie po nocach, wzdęcie brzucha, bóle w dole biodrowym, rozwolnienie, powiększenie śledziony, często powikłanie ze strony nerek, otrzewnej, płuc i t. p. odczyn Widala na krew, a przytem typowa krzywa temperatury — w pierwszym okresie z wahaniami wstępującymi, w drugim z wahaniami na jednej już wysokości.

Postać nietypowa odznacza się nieprawidłowością, bywa raz przerywana, to znów ciągła, lub niknie na pewien czas, żeby znów powrócić w nowej postaci.

Postać ta przedstawia znaczne trudności rozpoznawcze. W każdym przypadku nietypowej postaci gorączki należy mieć na względzie przymiot i wykluczyć go na mocy dokładnych badań i obserwacji.

ROZPOZNANIE I ROKOWANIE.

O rozpoznaniu i rokowaniu wogóle w przymiocie obszernie później pomówimy, teraz ograniczymy się do paru uwag odnośnie drugorzędowego okresu.

Rozpoznanie w tym okresie przedstawia niekiedy znaczne trudności, gdyż objawy charakterystyczne spotykamy nie stale; zjawiają się one najczęściej napadowo; poczem następuje okres utajenia choroby, pozbawiony niekiedy wszelkich klinicznych symptomatów. Do objawów mniej lub więcej charakterystycznych należą wysypki skórne i śluzowe, bielactwo i czerniaczka skóry, zajęcie niektórych gruczołów chłonnych, łysienie ogniskowate kępkami, nocne bóle głowy, kości i stawów, zajęcie grudkowate tęczówki i t. p. U mężczyzn przeważnie spostrzegamy wysypki skórne, wysypki śluzowe w jamie ustnej i w okolicach odbytnicy, zajęcie gruczołów chłonnych, u kobiet zaś wysypki śluzowe na organach płciowych i w ich okolicy, bielactwo i czerniaczkę skóry.

Wywiady łatwiej zbierać w okresie drugorzędomym ze względu na świeżość choroby, niż w okresie trzeciorzędowym, jednak i tutaj napotykamy niekiedy trudności.

Wysypki skórne mogły być nieznaczne i niezatrważające, gdyż nie swędzą i nie sprawiają bólu, mogły być przyjęte za liszaje, za „wysypki skutkiem ostrości krwi“. Również wysypki śluzowe bywają niekiedy nieznaczne i są przyjmowane za pęknięcia, opryszczki, urazy i t. p. Niepostrzeżenie także mogły przejść takie objawy, jak wypadanie włosów,

bóle głowy, stawów i t. p. Zresztą mogły one nie zjawiać się wcale lub występować w bardzo słabym natężeniu. Ważnym czynnikiem rozpoznawczym w drugorzędowym okresie są badania bakteriologiczne i, gdzie to jest tylko dostępne, jak np. przy wysypkach ciekących, powinny być zawsze przedsiębrane, nie tylko w przypadkach wątpliwych, lecz nawet dla potwierdzenia rozpoznania, dokonanego na mocy pewnych klinicznych danych.

Przymiot podczas drugorzędowego okresu przedstawia nie tyle niebezpieczeństwa dla samego chorego, ile dla otaczających go ze względu na łatwość zarażenia. Wprawdzie i w tym czasie przymiot oddziaływa w mniejszym lub większym stopniu na cały organizm, obniża odporność jego względem innych chorób i przysposabia grunt do ciężkich trzeciorzędowych i poprzymiotowych cierpień, jednak nie grozi zazwyczaj utratą życia lub kalectwem, a przytem łatwo poddaje się swoistemu leczeniu.

Takie niebezpieczne objawy, jak zaburzenie wewnątrz oka, zajęcie wewnętrznego ucha, zapalenie nerek i złośliwa żółtaczką, zdarzają się rzadko.

Na cięższy przebieg przymiotu w drugorzędowym okresie wpływają te same czynniki, co i w innych okresach, jak wiek bardzo młody lub podeszły, ogólny zły stan zdrowia, różne nabyte cierpienia, jak żoły, gruźlica, malarya, niedokrwistość, nerwice, a oprócz tego alkoholizm, odziedziczone skłonności do pewnych chorób, a przede wszystkim nieodpowiednie leczenie.

Mniej lub więcej ciężki przebieg bynajmniej nie zapowiada odpowiedniego przebiegu przymiotu w przyszłości. Często po lekkim drugorzędowym okresie bywa ciężki trzeciorzędowy i odwrotnie. Jednak taki lub inny przebieg przymiotu może do pewnego stopnia świadczyć o odporności organizmu względem zarazków swoistych, a przytem odpowiednie leczenie, przeprowadzone w tym okresie, zabezpiecza organizm w znacznej mierze od ciężkich następstw.

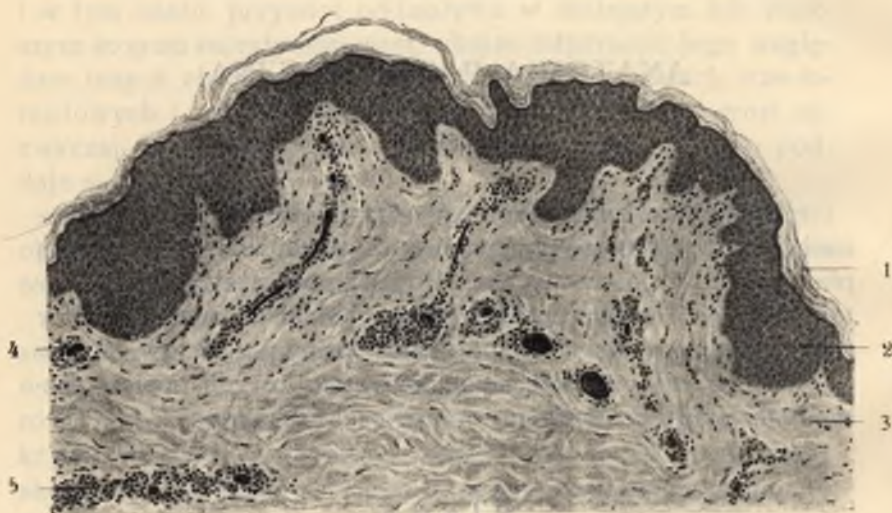
ANATOMIA PATOLOGICZNA.

Przejawy drugorzędowego przymiotu na skórze i błonach śluzowych występują jako sprawa zapalna pod postacią plamy, grudki i owrzodzenia. Podział powyższy jednak i tutaj jest nieco szematyczny, gdyż z jednej strony pomiędzy zaznaczonymi postaciami spotykamy formy przejściowe, z drugiej zaś w budowie najbardziej nawet typowych postaci rozmaitych grup spostrzegamy sporo cech wspólnych.

P l a m a.

Badając pod mikroskopem plamę, powstałą na skórze pod wpływem zarazka syfilitycznego, przekonujemy się, że zmiany patologiczne umiejscawiają się głównie w górnych warstwach tkanki łącznej (rys. 9 i 10) i są w ścisłym związku z naczyniami krwionośnymi. Naczynia te, przeważnie w warstwie brodawkowej i podbrodawkowej, a niekiedy w skórze właściwej, są porozszerzane i bardzo często wypełnione krwią. W wielu naczyniach białe ciała układają się w znacznej ilości przy samych ścianach: Śródbłonek, wyściełający naczynia, wydaje się jakby zgrubiły, gdyż jest bardzo widoczny i jakby wpukła się do naczynia. Naokoło naczyń znajdujemy zwykle nagromadzenie się wielkiej ilości komórek, co niektórzy nazywają płaszczem. Płaszcz ów, a raczej warstwa, w świeżych plamach składa się z miejscowych

wyraźnie powiększonych komórek łącznotkankowych; z czasem ilość komórek tych wydaje się znacznie zwiększona, przyczem kształt ich staje się bardzo rozmaity, widzimy tam bowiem komórki wrzecionowate, pająkowate, gwiazdziste i inne. Jądra komórek są zwykle duże, wyraźnie zabarwione. U obwodu takiego ogniska widzujemy często komórki plazmatyczne, dobrze wykształcone, lub podobne do limfocytów, przez niektórych zarodkowemi zwane. Prócz tego znajdujemy w płaszczu komórkowym nieco leukocytów, a niekiedy



Rys. 9. 1) warstwa rogowa, 2) w. kolczasta, 3) tkanka łączna skóry, 4) naczynie krwionośne, 5) naciek. Ob. A. Ok. 2 (Zeiss).

nawet komórki tuczne. Powiększone komórki łącznotkankowe są czasem dobrze widoczne nawet w błonie zewnętrznej naczyń.

W plamach, wziętych z przypadków, ostrzej przebiegających, włóknista substancja międzykomórkowa jest jakby obrzmiała, włókna są porozsuwane, a w okach tak powstałej sieci widzujemy niekiedy drobną ziarnistość, barwiącą się eozyną, co zdaje się przemawia za wysiękiem surowiczym. Pomiędzy komórkami nacieku (nazwy tej będę stale używać zamiast płaszczu komórkowego) spostrzegamy często mniej lub więcej liczne czerwone krążki krwi. Przepelnione na-

czynia krwionośne łącznie z wybroczynami nadają różowe ograniczone zabarwienie skórze, a ziarenka haemosideryny, pozostałe po wylewach, objaśniają nam powstawanie szarych



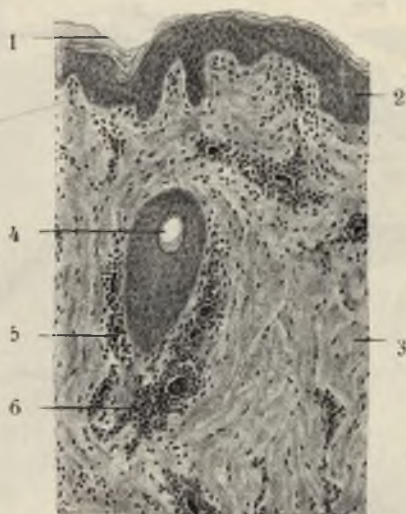
Rys. 10. 1) warstwa rogowa, 2) w. kołczasta, 3) tkanka łączna skóry, 4) naczynia krwionośne, 5) naciek. Ob. A. Ok. 2 (Zeiss).

plam, często długo trwających po ustąpieniu czerwonej wysypki. Ziarenka haemosideryny pozostają przez dłuższy przeciąg czasu na miejscu, skąd mogą być uniesione przez limfę

lub pochłonięte przez leukocyty. Tkanka łączna pomiędzy naciekami, zdaje się, posiada nieco większą ilość komórek łącznotkankowych, przeważnie wrzecionowatych, z jądrem niewielkim i barwiącym się dobrze.

Naczynia limfatyczne w górnych warstwach skóry są również rozszerzone i miejscami otoczone niewielkim naciekiem.

Włókna elastyczne i klejodajne są dobrze zachowane; zdaje się, że są tylko porozsuwane przez nagromadzone komórki.



Rys. 11. 1) warstwa rogowa, 2) w. kolczasta, 3) tkanka łączna skóry, 4) włos, 5) naczynie krwionośne, 6) naciek. Ob. A. Ok. 2 (Zeiss).

Gruczoły potowe i łojowe, a również torebki włosowe, pozostają niezmienione, tylko niekiedy, szczególnie przy różyczce punkcikowatej i ziarnistej, widać nacieki, gęsto obejmujące naczynia kłębków potowych, a głównie torebek włosowych (rys. 11).

Wysięku włóknikowego nie widziałem nigdy.

Naskórek zwykle nie jest zmieniony, chociaż spostrzegłem w nim niekiedy nieco więcej komórek wędrujących. Komórki dolnych warstw naskórka są czasem mocno porozsuwane, a w rozszerzonych przestrzeniach międzykomórkowych spotykaliśmy czerwone krążki krwi.

Spostrzeżenia moje, dotyczące budowy skóry na miejscu plam, różnią się nieco od opisów innych autorów.

Ehrmann zabarwienie wszystkich wykwitów kiłowych, a więc i plam; czyni zależnem początkowo od przesiąkania nieznacznej ilości barwika krwi do tkanek, a następnie od tworzenia się z tego barwika pigmentu za pośrednictwem specjalnych komórek—melanoblastów.

Pogląd ten podziela Neumann, który spotykał często w zmianach kiłowych chromatofory, komórki z wypustkami, zawierającymi ziarenka barwika.

Krzyształowicz również nie wspomina nic o możliwości powstawania krwawych wybroczyn w wysypce plamistej.

Plamy kiłowe różnią się znacznie od innych wykwitów, zbliżonych do nich pod względem klinicznym, pomijając powstałe na tle zaburzeń naczynioruchowych, a które zaraz po wycięciu tracą swe cechy.

Plamy niebieskawe (maculae caeruleae), powstałe po ukąszeniu przez mędowneszkę, posiadają bardzo dużą ilość barwika w dolnych szeregach warstwy naskórkowej i w brodawkach skóry; mieści się on w komórkach łącznotkankowych lub pomiędzy niemi, przeważnie naokoło naczyń. Nacieku, otaczającego naczynia, niema wcale.

Łupież pstry i liszaj wyłysiający odznacza się głównie zmianami w naskórku; w warstwach powierzchniowych naskórka leżą grzybki swoiste; w tkance łącznej zmiany bywają bardzo nieznaczne: nieco rozszerzone naczynia i czasami nieznaczny naciek naokoło nich.

Łupież różowy (Giberta), jak i inne łojotokowe sprawy, charakteryzuje się zmianami w naskórku: zgrubienie i obrzęk warstwy kolczastej, oraz ujścia gruczołów łojowych i torebek włosowych, brak zupełny warstwy ziarnistej i nieprawidłowe rogowacenie warstwy rogowej. W warstwie brodawkowej spotykamy większą ilość komórek łącznotkankowych naokoło naczyń.

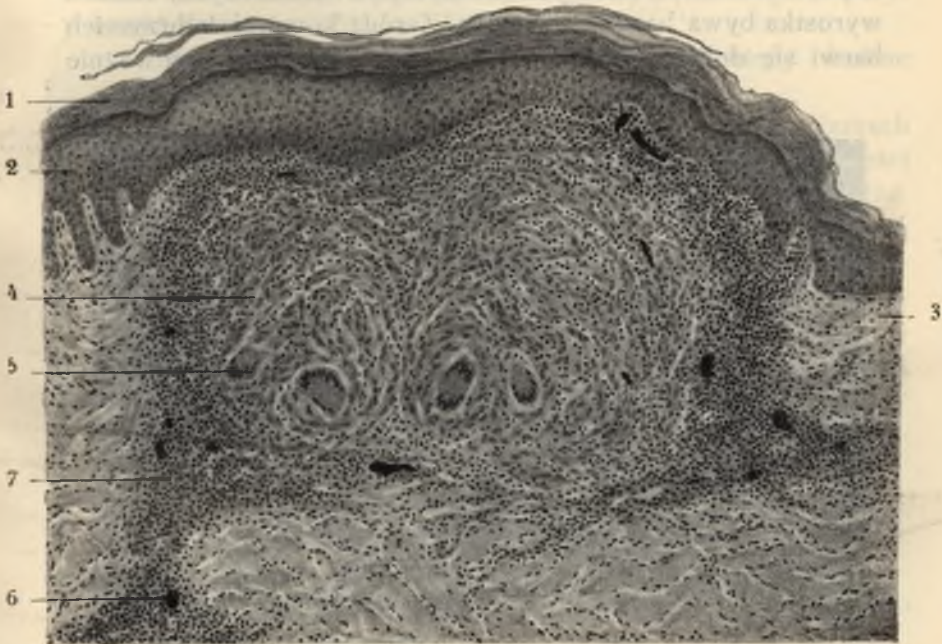
G r u d k a.

W grudce syfilitycznej zmiany chorobowe również widzujemy głównie w górnych warstwach skóry, podczas gdy



Rys. 12
 1) warstwa rogowa, 2) w. kolczasta, 3) wydłużony soplej, 4) zgrubiały i nacieczony soplej, 5) wydłużona brodawka, 6) naczynie krwionośne, 7) naciek, 8) tkanka klejodajna. Ob. A. Ok. 2 (Zeiss).

inne warstwy są nieznacznie zmienione. Granic wyraźnych pomiędzy plamą i grudką niema. W grudkach, słabiej rozwiniętych (rys. 12), spotykamy tylko nieco większe nacieki naokoło rozszerzonych naczyń, niż w plamach; a że pomiędzy naciekami komórki łącznotkanowe—wrzecionowate, pajawkowate i inne — stają się większe i mnożą się, przeto cała

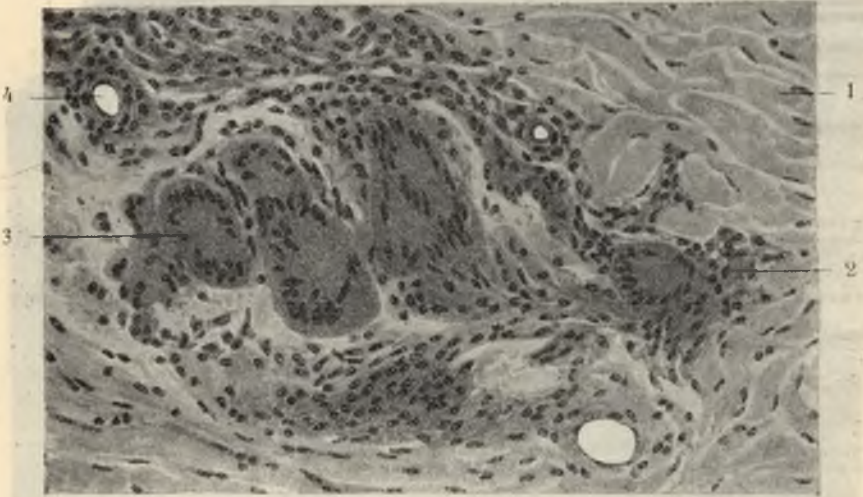


Rys. 13. 1) warstwa rogowa niepr. zrogowaciała, 2) warstwa kolczasta, 3) tkanka łączna skóry, 4) tkanka granulacyjna, 5) komórka obrzymia, 6) naczynie krwionośne, 7) naciek. Ob. A, Ok. 2 (Zeiss).

warstwa brodawkowa i podbrodawkowa wygląda jakby więcej zbita, naokoło naczyń zawiera wiele jąder, pomiędzy naczyniami jest słabiej nacieczona.

W naciekach często spotykamy tkankę granulacyjną z komórkami, podobnymi do nabłonkowatych, o zarodki obfitej, jądrze pęcherzykowatym. W lepiej rozwiniętych grudkach (rys. 13) nacieki, leżąc blisko jeden od drugiego, zlewają się ze sobą, a tkanka granulacyjna jest o wiele wyraźniejsza. Granice komórek nabłonkowatych są przeważnie wyraźne.

Pomiędzy niemi widywaliśmy częściej komórki olbrzymie z kilkoma lub kilkunastoma jądrami. W grudkach starszych, dobrze rozwiniętych, tkanka granulacyjna zajmuje zwykle cały środek wykwit i jest otoczona po bokach i często od spodu naciekiem. I tu również wśród tkanki granulacyjnej spostrzegamy komórki olbrzymie, niekiedy w znacznej ilości. Komórki te posiadają brzegi nierówne, tworzą wyrostki o konturach zatartych lub wyraźnie oznaczonych. Kształt wyrostka bywa bardzo rozmaity. Zaródź komórek olbrzymich barwi się dobrze barwnikami kwaśnymi, jest ona przeważnie



Rys 14. 1) tkanka łączna skóry, 2) naciek, 3) komórka olbrzymia, 4) naczynie krwionośne. Ob. D, Ok. 2 (Zeiss).

drobnoziarnista; często widzimy w niej drobne przestrzenie puste—vacuolae. Jądra komórek olbrzymich posiadają najrozmaitszy kształt, umiejscowienie i powinowactwo do barwników zasadowych. Przeważnie jądra są pęcherzykowate, dość blade; niekiedy jednak są wydłużone i barwią się mocno; czasem układają się na jednym z biegunów komórki, czasem zaś w kształcie wieńca na obwodzie, niekiedy nareszcie są porzucane nieregularnie po całej komórce. Komórki olbrzymie stanowią niekiedy jakby dalszy ciąg naczyń włosowatych. Umiejscawiają się czasem na obwodzie ogniska, składającego się z tkanki granulacyjnej (rys. 14). Naokoło

komórek olbrzymich tkanka granulacyjna składa się niekiedy z komórek większych o jaśniejszej zarodki, przypominających tkankę obrzękłą. Komórki powyższe umiejscawiają się między wyrostkami komórek olbrzymich, zlewając się prawie z nimi, lub też okrążają je.

Pomiędzy opisanymi powyżej ogniskami spotykamy dobrze rozwinięte i dobrze barwiące się komórki wrzecionowate (fibroblasty), z pęczkami włóknistej substancji międzykomórkowej.

W tkance granulacyjnej znajdujemy niekiedy drobne naczynia krwionośne w niewielkiej jednak ilości.

Naciek jest bardzo zbliżony do opisanego w plamach kiłowych; jest jednak większy i składa się z dużej ilości komórek, podobnych do limfocytów, o skąpej zarodki (zarodkowych). Na obwodzie nacieków spostrzegamy sporą ilość komórek plazmatycznych, dobrze wykształconych, i nieliczne komórki tuczne. Pomiędzy naciekiem w wielu miejscach widzimy mniejszą lub większą ilość czerwonych krążków krwi. Naczynia w naciekach są rozszerzone i wypełnione krwią, posiadają śródbłonek b. wyraźny, wypukłony do światła naczynia. W błonie zewnętrznej większych naczyń spotykamy powiększoną ilość jąder.

W sąsiedztwie grudek widzimy, że naczynia są rozszerzone i otoczone naciekiem, lecz zwykle w słabszym stopniu. Niekiedy od środka grudki w głąb skóry drąży naciek; otacza on naczynia torebki włosowej, gruczołu potowego, lub większy pień naczyniowy.

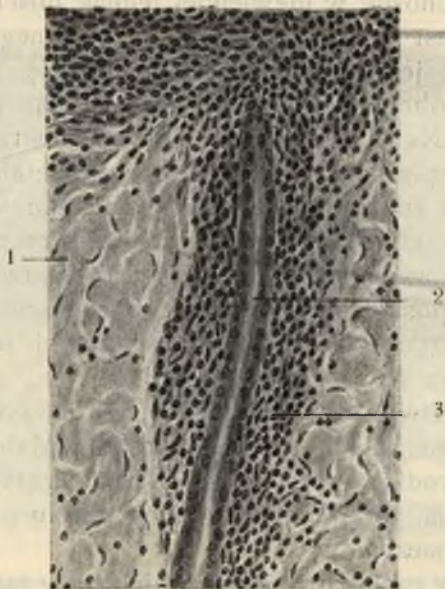
W tkance granulacyjnej, w nacieku i w sąsiedztwie spostrzegamy zwykle mniejszą lub większą ilość leukocytów, zależnie od nasilenia sprawy.

Włókna elastyczne i klejodajne podlegają w grudce dobrze rozwiniętej zanikowi; niekiedy tylko drobne pęczki pozostają nienaruszone pośrodku tkanki granulacyjnej i nacieku.

Gruczoły i torebki włosowe same nie biorą udziału w sprawie, ponieważ jednak są otoczone gęstszą siecią naczyń, okrążonych naciekiem, przeto czasami są przezeń uciśnięte (rys. 15).

Mięśnie w grudkach ulegają małym zmianom: czasem są one nieco obrzękłe, a jądra ich barwią się gorzej i są nieco powiększone.

Naskórek na grudce ulega zmianom zależnie od zmian w warstwie brodawkowej. W początkowym okresie rozwoju grudki sople nabłonkowe bywają zgrubiałe i mocno nacieczone od dołu tak, iż zaciera się niekiedy granica pomiędzy nabłonkiem a tkanką łączną; na obwodzie grudki nacieczone i obrzmiałe brodawki wydłużają i zcieńczają sople nabłonkowe. Komórki w soplach nacieczonych często bywają duże, obrzękłe, czasami wydłużone, spłaszczone; niekiedy zawierają po parę jąder. W dalszym rozwoju grudki sople nabłon-



Rys. 15. 1) tkanka łączna skóry, 2) przewód gruczołu potowego, 3) naciek. Ob. C, Ok. 4 (Zeiss).

kowe zanikają zupełnie, a zcieńczały naskórek odpowiada mniej więcej jednej tylko warstwie rogowej. Warstwa ziarnista często bywa zachowana; niekiedy jednak, szczególnie po środku grudki, warstwa ta zanika, a wtedy warstwa rogowa grubieje i zawiera wyraźne jądra. Prawdopodobnie jest to objaw nieprawidłowego rogowacenia. Objaw powyższy spotykamy najczęściej w grudkach łuszczących się.

Niekiedy cała grudka rozwija się naokoło naczyń torebek włosowych (rys. 16). Są to tak zwane kliniczne grudki



Rys. 16. 1) warstwa rogowa, 2) w. kolczasta, 3) tkanka łączna skóry, 4) torebka włosowa, 5) gruczoł łojowy, 6) naczyń, 7) naciek, 8) komórka olbrzymia. Apochrom. 16,0 mm., apert 0,30. Ok. 2 (Zeiss).

drobnoziarniste, lub punkcikowate (lichen syphiliticus). Naciek w takiej grudce przedstawia się tak samo, jak i w zwykłej. Niekiedy spostrzegamy na tych grudkach zgrubienie warstwy rogowej i rozszerzenie przewodów gruczołów łojowych.

W przypadkach z obfitym, niż zwykle, wysiękiem znajdujemy skutkiem silniejszego obrzęku brodawek sople nabłonkowe więcej wydłużone, brak warstwy ziarnistej i zgrubienie nieprawidłowo rogowaciejącej str. corneum. W tych razach znajdują się dość gęsto w naskórku, a przeważnie pod warstwą rogową, ciała wysiękowe. Postać ta, klinicznie przedstawiająca się jako grudka łuskowata, pod względem anatomo - patologicznym stanowi przejście do grudek nadżerkowatych.

W grudkach niekiedy tworzą się pęcherzyki, a następnie nadżerki. Przyczyny tego objawu nie są jasne, prawdopodobnie zależy to od większego nasilenia sprawy i od większej odporności warstwy rogowej.

Ciała ropne i płyn wysiękowy zbierają się pomiędzy komórkami warstwy kolczastej, najczęściej pod warstwą rogową, jako najbardziej odporną na wszelkie wpływy, tworząc pęcherzyk (rys. 17). Warstwy ziarnistej najczęściej wcale tu nie bywa, a warstwa kolczasta jest zcieńczała; komórki jej są obrzękłe, przestwory międzykomórkowe często rozszerzone, a w nich gdzieniegdzie widzimy leukocyty. Pod pęcherzykiem i obok niego spotykamy często niewielkie skupienia leukocytów, większe, niż w naciekach zwykłych; wyboczyny krwawe należą tu do zjawisk częstszych.

Pęcherzyki tworzą się często naokoło gruczołów łojowych i torebek włosowych, gdyż te narządy skóry są otoczone licznymi naczyniami. W powyżej opisany sposób powstaje charakterystyczny pod względem klinicznym obraz, znany pod nazwą — trądzika przymiotowego (rys. 18). Pod warstwą rogową naskórka wytwarzają się pęcherzyki, wypełnione mętną często ropiastą cieczą. Pęcherzyki umiejscawiają się przeważnie koło włosów.

Po pęknięciu pęcherzyka, ciecz ropna wydostaje się na powierzchnię i zasycha, tworząc strup (rys. 19).

Strup może powstać nawet bez uprzedniego tworzenia się pęcherzyka (rys. 20). Bywa to wtenczas, gdy warstwa rogowa jest tak nietrwała, iż nie może się oprzeć gromadzą-



Rys. 17. 1) warstwa rogowa, 2) warstwa koleczasta, 3) tkanka łączna skóry, 4) pęcherzyk, 5) naciek, 6) naczynie krwionośne, 7) mieszek włosowy. Apochr. 16,0 mm., apert 0,30. Ok. 2 (Zeiss).

cemu się pod nią wysiękowi—pęka wczesnie i w wielu miejscach. W strupku, oprócz składowych części wysięku, mogą znajdować się płatki rogowe naskórka, a niekiedy nawet komórki kolczaste. Wtedy strup przylega do warstwy kolczastej, a może nawet sięgać do tkanki łącznej.

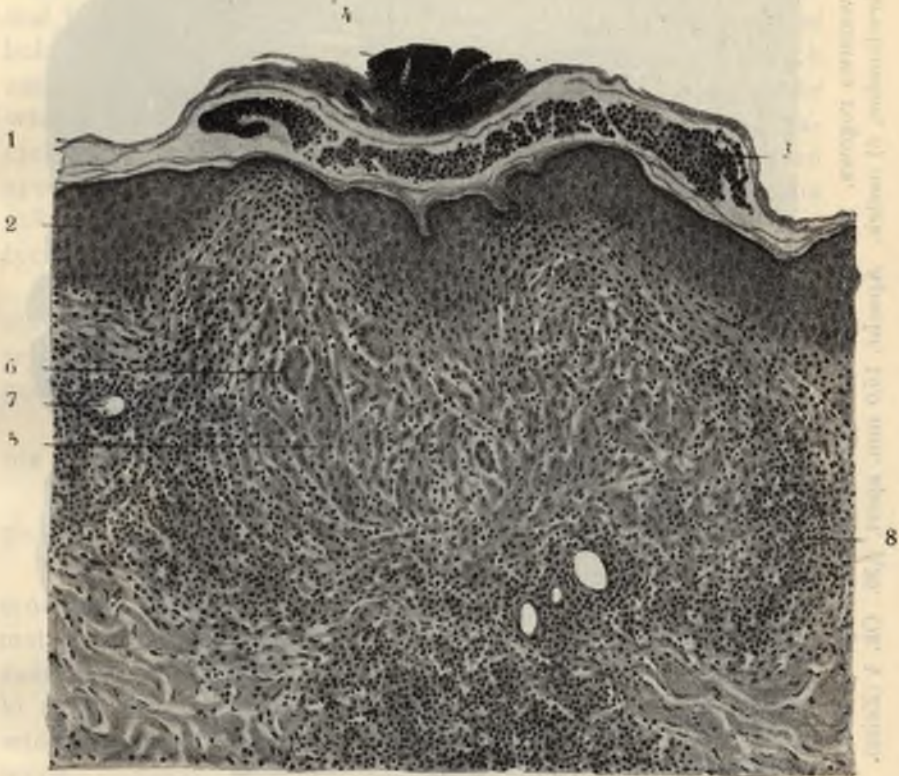
Włóknika tak w zwykłych grudkach, jak i w nadżerkowatych, nie spostrzegalem.



Rys. 18. 1) warstwa rogowa, 2) w. kolczasta, 3) tkanka łączna skóry, 4) włos, 5) gruczoł łojowy przyskórkowy, 6) pęcherzyk, 7) naciek, 8) tkanka obrzękła, 9) naczynie. Ob. C. Ok. 2 (Zeiss).

Zabarwienie grudek, podobnie jak i plam, objaśniamy przepelnieniem naczyń i wybroczynami krwi, gładkość i połysk powierzchni — zcieńczeniem i napięciem naskórka przez nacieklą i bującą tkankę łączną.

Grudki zanikają według spostrzeżeń Unny, które i ja częściowo mogłem sprawdzić, w następujący sposób: komór-



Rys. 19. 1) warstwa rogowa, 2) w. kolczasta, 3) pęcherzyk, wysychający w strupek, 4) strupek, 5) tkanka granulacyjna, 6) komórka olbrzymia, 7) naczynie, 8) naciek. Apochr. 16,0 mm., apert. 0,30. Ok. 2 (Zeiss).

ki nacieku podlegają zwyrodnieniu; w protoplazmie zjawiają się vacuolae, a następnie ulega ona rozpadowi na cząsteczki; produkty rozpadu są usuwane częściowo przez sąsiednie komórki, częściowo są unoszone przez prąd limfatyczny ku komórkom naskórka. Skutkiem rozpadu komórek naciek staje się powoli coraz mniejszy. Zabarwienie plam, pozosta-

Rys. 20. 1) warstwa rogowa, 2) w. koleczasta, 3) lanki łączna skóry, 4) strup, 5) naczynie krwionośne, 6) naciek. Apochr. 16,0 mm. apert. 0,30. Ok. 4 (Zeiss).



tych po zniknięciu grudek, tłumaczy się tak samo, jak zabarwienie, pozostałe po wysypce plamistej.

Poglądy różnych badaczy na budowę grudki odbiegają znacznie od wyłożonego powyżej typu.

Zbyt śmiałym wydaje mi się pogląd Zeissla: autor ten uzależnia powstawanie grudek od obecności gruczołów łojowych i twierdzi, że grudki mogą rozwijać się tylko w tych miejscach, gdzie istnieją dobrze rozwinięte gruczoły łojowe.

Kaposi utrzymuje, że naciek ogranicza się jedynie w miejscu, zajętem przez grudkę.

Kromayer twierdzi, iż w grudkach naciekowi ulega głównie warstwa brodawkowa.

Krzyształowicz przenosi naciek nieco niżej, gdzie leży gęstsza sieć naczyń. Według niego naciek sięga często głęboko, prawie aż do tkanki podskórnej. K. nigdy nie znajdował komórek olbrzymich w grudkach świeżych, z wyjątkiem *lichen syphiliticus*. W grudkach nie spostrzegał on większych zmian w substancji klejodajnej; tworzy ona „wprawdzie wiązki znacznie cieńsze, bo rozsunięte przez wrastający naciek, ale nie zniszczone“. Autor ten, mimo licznych badań sposobami Unna'y, służącymi do wykazania oddziaływania mikrochemicznego w substancji klejodajnej i włóknach elastycznych, nie znalazł w nich wyraźnych zmian.

Powstawanie grudek drobnoziarnistych Krzyształowicz stawia w zależności od zatkania gruczołów i torebek włosowych nadmiernie rozwiniętym zgrubieniem warstwy rogowej.

De Luca spostrzegał w grudkach *arteritis obliterans*, nie spotykał zaś (w grudkach małych) komórek olbrzymich.

Fournier i Balzer widywali w przypadkach odpowiednich zapalenie błony wewnętrznej i zewnętrznej naczyń.

Neumann znajdował zwężenie naczyń skutkiem bujania śródbłonna i nacieczenia błony zewnętrznej komórkami plazmatycznymi i leukocytami. Jednakowoż, według niego, do zamknięcia naczyń nie dochodzi, gdyż w okresie zaniku grudki znów światło naczyń rozszerza się. N. opisuje, iż naciek wtórnie przechodzi na ścianę gruczołów i torebek włosowych.

Wykwity niesyfilityczne różnią się pod względem budowy anatomicznej od grudki przymiotowej przez następujące objawy.

Grudka łuszczycy zwyczajnej różni się od kiłowej mniej wybitnym naciekiem naokoło naczyń. Brodawki przy łuszczycy są nadzwyczaj silnie przekrwione, a zmiany w naskórku, szczególnie zgrubienie warstwy rogowej, jest znacznie wyraźniejsze.

Liszaj czerwony płaski posiada silniej zaznaczone zmiany w naskórku. Warstwa rogowa i kolczasta bywa zwykle więcej rozrosła, warstwa ziarnista zaś przeważnie zgrubiała

tylko pośrodku. Spotykamy również komórki naskórka, uległe szklistemu i koloidalnemu zwyrodnieniu, a także perły rogowe przy ujściach gruczołów łojowych. Warstwa brodawkowa jest silnie obrzękła. Naczynia otacza naciek wyraźnie ograniczony.

Liszaj włosowy różni się od drobnej grudki tem, iż cała sprawa odbywa się w górnym odcinku torebki i gruczołu łojowego; tworzy się nadmiernie zgrubiała warstwa zrogowaciałego naskórka, która nie pozwala włosowi przebić się na powierzchnię. Naokoło naczyń, otaczających torebkę włosową, spotykamy nieznaczny naciek.

Liszaj czerwony stożkowaty (lichen ruber accuminatus) odznacza się przerostem warstwy zrogowaciej, która otacza torebki włosowe i ujście gruczołów potowych i rozrasta się wszcz; w niej spotykamy perły rogowe. Warstwa brodawkowa skóry jest mało zmieniona: naczynia są trochę rozszerzone, okrąża je nieznaczny naciek. Gruczoły łojowe są przeważnie zanikłe.

Liszaj żółtawy na pierwsze wejście posiada bardzo zbliżoną budowę do syfilitycznej grudki drobnoziarnistej. Naciek z komórkami olbrzymimi gromadzi się naokoło torebek włosowych, jednak nie jest on tak obfity i nie umiejscawia się tak wybitnie około naczyń, jak przy przymiocie; komórki olbrzymie są zwykle gorzej rozwinięte.

Grudki wysypek lekowych odznaczają się silniejszym rozszerzeniem naczyń i większym obrzękiem skóry tak warstwy brodawkowej, jak i przestrzeni międzykomórkowych warstwy kolczastej. Naciek nie jest tak wybitny, jak przy przymiocie, a włókna klejodajne i elastyczne są niezmienione.

Trądzik lekowy i zwyczajny nie posiada tak silnie rozwiniętego nacieczenia naokoło torebki włosowej.

Liszajec zwyczajny nie posiada również tak znacznych zmian w tkance łącznej, jak to spotykamy przy kile.

Owrzodzenie.

Zmiany anatomiczne, widywane przy owrzodzeniach syfilitycznych (rys. 21), są zbliżone do zmian, spostrzeganych



Rys. 21. A) Skóra ze wszystkimi warstwami naskórka. B) Nadzërka. C) Owrzodzenie. 1) warstwa rogowa, 2) w. kolczasta, 3) wydłużony sopol nabłonkowy, 4) obrzęknięta warstwa kolczasta, 5) strup, 6) naczyńie, 7) naciek. Apochr. 16,0 mm., apert. 0,30. Ok. 2 (Zeiss).

w guddkach nadżerkowatych. Dwie te sprawy różnią się głównie nasileniem sprawy.

Brak tkanki w miejscu owrzodziałem bywa zwykle bardzo niewielki i dotyczy warstw powierzchniowych. Zniszczony tu zostaje albo sam tylko naskórek, albo najwyżej część warstwy brodawkowej.

Warstwa brodawkowa na dnie owrzodzenia jest obrzękła; naczynia jej są znacznie porozszerzane, otoczone naciekiem nieco słabszym, niż w guddkach; zato ilość leukocytów jest znacznie większa, a wokoło naczyń sporo czerwonych krążków krwi. Pęczki włókien klejodajnych i włókna elastyczne zgrubiałe, słabiej się barwią; również komórki plazmatyczne wydają się większe, lecz słabiej się barwią.

Przejsie między nienaruszonym naskórkiem a owrzodzeniem nie jest zwykle gwałtowne: stanowi je resztką naskórka, pozbawionego warstwy rogowej i ziarnistej, obrzękniętego i nacieczonego leukocytami. Brzeg owrzodzenia składa się ze zgrubiałej warstwy naskórka, zgrubiałych i nacieczonych sopl. Skutkiem tego brzegi owrzodzenia wznoszą się, a owrzodzenie wydaje się głębsze, niż jest w istocie.

W warstwie podbrodawkowej skóry pod owrzodzeniem spotykamy taki obraz, jak w świeżych guddkach: a więc naczynia są rozszerzone, otoczone silnie rozwiniętym naciekiem i tkanką granulacyjną.

Dno owrzodzenia bywa pokryte ropnemi ciałkami, płynem wysiękowym i często czerwonymi krążkami krwi. Zazwyczaj nad owrzodzeniem spotykamy gruby strup, składający się z paru warstw komórek zrogowaciałych, bezpostaciowej skrzepłej wydzieliny, pomieszanej z licznymi resztkami ciałek ropnych, komórek naskórka i czerwonych krążków krwi.

W owrzodzeniach, szerzących się szybko (rys. 22), jak to często w brudźcach bywa, znajdujemy na granicy wykwi-tów bardzo silny obrzęk brodawek, skutkiem czego silnie nacieczone brodawki wydłużają się. W brzegach owrzodzenia spotykamy niekiedy w warstwie brodawkowej duże wylewy krwawe, do których przyłączają się ciała ropne.

Balzer i Fournier przypisują pochodzenie owrzodzeń silnemu cierpieniu naczyń. Według nich głównie są dotknięte maleńkie tętnice; naciek zajmuje ich ściankę, najpierw błonę zewnętrzną, a później wewnętrzną.



Rys. 22. 1) warstwa rogowa, 2) w. kolczasta, 3) przejście do owrzodzenia, 4) strup, 5) wydłużony sopel nabłonkowy, 6) obrzęknięta brodawka, 7) krwawy wylew, 8) naczynie krwionośne, 9) naciek. Apochr. 15,0 mm., apert. 0,30. Zeiss. (Rysunek zmniejszony o $\frac{1}{4}$.)

Terebiński stawia owrzodzenia w zależności od bardziej silnego działania zarazka przymiotowego na schorzały organizm, skutkiem czego do zwykłego typu chronicznego wytwórczego zapalenia przyłącza się zapalenie ostre z zejściem w zropienie. Poglądy te są zupełnie zgodne z memi spostrzeżeniami.

Do owrzodzeń kiłowych bywają najbardziej zbliżone niesztowice zwyczajne, różnią się tylko słabszym naciekiem naokoło owrzodzenia.

Grudka moknąca.

Budowa jej właściwie nie różni się zasadniczo od poprzednio opisanej grudki zwyczajnej, gdyż ta tylko skutkiem miejscowych czynników staje się mokrą, cieknącą. Odmiennym zmianom w takich razach ulega głównie naskórek.

Grudki na granicy powierzchni suchej i wilgotnej, t. j. grudki przejściowe (rys. 23), posiadają wszystkie warstwy naskórka, jednak warstwa ziarnista bywa zwykle zgrubiała, a sople nabłonkowe są znacznie wydłużone, często zgrubiałe.

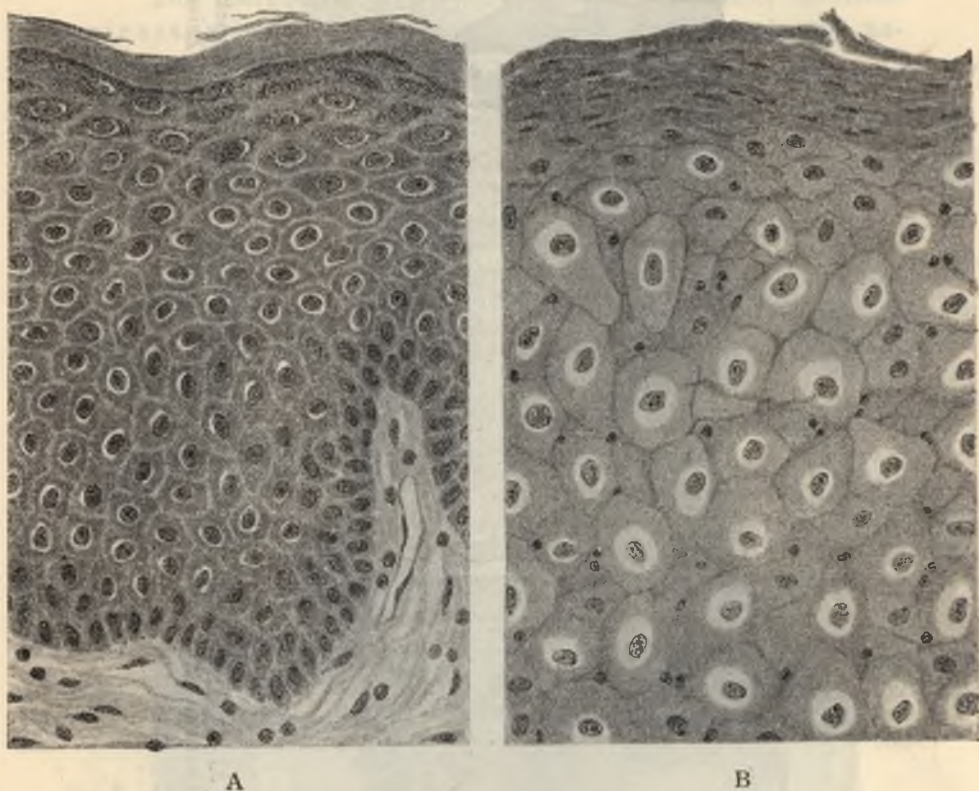


Rys. 23. 1) warstwa rogowa, 2) w. kolczasta, 3) wydłużony sople nabłonkowy, 4) wydłużona brodawka, 5) naczynie krwionośne, 6) naciek.
Lupa. Ok. 3.



Rys. 24. 1) warstwa rogowa, 2) w. kolczasta, 3) wydłużony sopleł nabłonkowy, 4) włos, 5) strupek, 6) wydłużona brodawka, 7) tkanka łączna, 8) naczynie krwionośne, 9) naciek. Ob. A. Ok. 2 (Zeiss).

Również bujać mogą brodawki tak, iż wznoszą naskórek ponad powierzchnię skóry, nadając jej klinicznie wygląd ziarnisty. Brodawki bywają nieco obrzmiałe; naciek naokoło naczyń jest wyraźny, jednak słabszy, niż w grudce zwykłej. Cała tkanka jest obficie nacieczona leukocytami.



Rys. 25. A) Część obwodowa poprzedniego preparatu (rys. 24). B) Część środkowa. Ob. D. Ok. 4 (Zeiss).

W grudkach ciekących (rys. 24 i 25) warstwy rogowej albo wcale niema, albo też przedstawia się jako warstwa cienka, zawierająca jądra, pod którą brak warstwy ziarnistej. Warstwa kolczasta bywa znacznie zgrubiała; składa się ona z komórek wielkich, bardzo słabo barwiących się, z porozsuwaną siateczką protoplazmy, z dużymi okołojądrowymi przestrzeniami i bladymi jądrami. Spotykamy często komórki w okresie

dzielenia się, a także komórki wąskie, płaskie, uciśnięte i komórki ze zwyrodniałą protoplazmą. Przestrzenie międzykomórkowe, szczególnie w górnych częściach warstwy kolczastej, są rozszerzone i wypełnione dość gęsto leukocytami; leukocyty tworzą niekiedy małe skupienia. Sople nabłonkowe robią wrażenie jakby olbrzymio rozrastały się, dzieliły się wielokrotnie, drążąc wgłęb skóry. Warstwa brodawkowa bywa bardziej obrzęknięta, niż w grudkach przejściowych. Naczynia są porozszerzane; nacieki naokoło nich są słabo zaznaczone. Pomędzy naciekami spotykamy znacznie więcej, niż w grudkach zwykłych, komórek wysiękowych.

Powierzchnia grudki bywa często pokryta strupem. W strupach spostrzegamy nieco zrogowaciałych komórek, liczne ciała ropne i bezpostaciową wyschniętą masę wysiękową. Pod strupem znajdujemy często małe skupienia ropnych komórek.

W razie nieco skośnego cięcia widzimy, skutkiem rozwoju sopli naskórkowych i przedłużenia obrzękniętych brodawek, grubą sieć naskórkową z okami tkanki łącznej.

Krzyształowicz opisuje grudkę moknącą, jako posiadającą na przecięciu siatkę grubszych i cieńszych pasm naskórka, powiązanych ze sobą i pozostawiających wolne oka. Widzimy więc olbrzymi rozrost naskórka wgłęb skóry, który następuje, żeby uchronić warstwy głębsze i skórę właściwą przed drobnoustrojami.

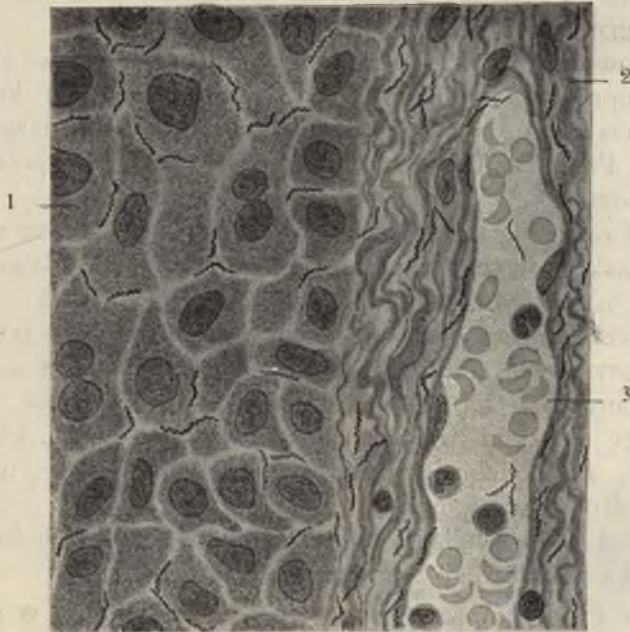
Pod drobnowidzem łatwo odróżnić grudkę moknącą od mięczaka zaraźliwego i szyszkowiny stożkowej.

W grudce *mięczaka zaraźliwego* spotykamy w górnych warstwach naskórka twory owalne, luźno leżące, zawierające w sobie jajowate szklistawe ciała.

W *szyszkowinach stożkowych* spostrzegamy rozdzielające się pierwotne brodawki skóry na coraz to mniejsze, a liczniejsze, jakby gałąź drzewa, które, będąc przykryte naskórkiem, przybierają kształt kalafiora. Nacieku albo niema, albo nieznaczny.

Krętek blady w okresie drugorzędowym kiły spotyka się dość gęsto w wykwitach przymiotu, w czasie zaś utajenia kiły rzadko w naczyniach krwionośnych i chłonnych i w tkance łącznej skóry.

W plamach i grudkach spostrzegamy krętki najęściej w naczyniach podbrodawkowych i w naciekach, okrążających je; ku wierzchołkowi brodawek ilość spotykanych krętków zwykle się zmniejsza. W naczyniach znajdujemy krętki luźno leżące i wewnątrz leukocytów. W tkance łącznej najwięcej krętków białych widzimy w pobliżu małych naczyń i na obwodzie nacieków. W naskórku plamek i grudek zwyczajnych spotyka się bardzo mało krętków, zaś w naskórku gru-



Rys. 26. 1) nabłonek, 2) tkanka łączna, 3) naczynie krwionośne.
Immers. 2,0 mm., apert. 1,30. Ok. 6 (Zeiss).

dek nadżerkowatych, a szczególnie ciekących, zwykle dużo; w grudkach nadżerkowatych sporo ich czasami można znaleźć w zawartości pęcherzyków pod warstwą rogową i w przestrzeniach międzykomórkowych; w grudkach ciekących (rys. 26) niekiedy spotykamy nadzwyczaj dużą ilość tych pasorzytów w przestrzeniach międzykomórkowych, a także na powierzchni nadżartego naskórka. Ten fakt jest niezmiernie ważny, gdyż objaśnia nam nadzwyczajną zaraźliwość grudek cieką-

cych. W owrzodzeniach znajdujemy zwykle mniej krętków, niż w poprzednio opisanych wykwitach, — stąd przypuszczenie, iż te najcięższe skórne objawy drugorzędowego przymiotu więcej może zależeć od właściwości zakażonego ustroju, niż od samego jadu.

Oprócz krętków białych w nadżerkach i owrzodzeniach spotykamy mniejszą lub większą ilość innych drobnoustrojów, a przede wszystkim paciorkowce i gronkowce. Jaką rolę one tam odgrywają, trudno z zupełną stanowczością orzec. Zdaje się jednak, iż przyłączają się dopiero do utworzonych pęcherzy i nadżarć i podsycają dopiero już rozpoczętą sprawę, gdyż często w początkowych okresach tworzenia się pęcherzy drobnoustrojów ropnych nie spotykamy. Wyjątek naturalnie stanowią lepiejze ciekące, które swe pochodzenie zawdzięczają głównie czynnikom zewnętrznym.

Balzer i Griffon nie znajdowali łańcuszkowców w wydzielinie kiłowych owrzodzeń, a wyjątkowo tylko gronkowce.

Terebiński również obserwował, iż dopiero w dalszym rozwoju owrzodzeń mogą, lecz nieobowiązkowo, przyłączać swe działanie drobnoustroje ropne.

Mniej więcej to samo zdanie wyrażają Moeller, Hallopeau, Leredde.

Takiej jednak miary badacze, jak Tarnowski, Unna, Campana, Lang, Neumann i Krzyształowicz, uzależniają w mniejszym lub większym stopniu powstawanie nadżarć i owrzodzeń od drobnoustrojów ropnych.

Tarnowski twierdzi, iż gronkowce, znajdując dobre podłoże w ustroju, zarażonym przymiotem, wywołują wysypki ropne (*staphylococcia syphilitica*). Połączone więc działanie tych dwóch rodzajów zakażenia nadaje kile przebieg złośliwy.

Campana na podstawie swych badań wyciąga wniosek, iż powstawanie krost zależy od zakażenia gronkowcem złym i białym.

Na upostaciowanie się wysypek kiłowych i ich umiejscowienie, a niekiedy i zjawienie, wpływają niektóre choroby skóry i wogóle te czynniki, które drażnią skórę, szczególnie źle odżywianą, a więc mało odporną. Największe znaczenie posiadają choroby, wywołujące zmiany zapalne w tkan-

ce, jak np. łojotok, łuszczyca, liszaj włosowy. Krętki blade widocznie zbierają się w większej liczbie w naczyniach zmienionych i, przyłączając swe działanie do istniejących już spraw zapalnych, łatwo wywołują tworzenie się wykwitów przymiotu. Naprzykład: u podstawy nosa i na granicy części owłosionej głowy, miejsc często zajętych łojotokiem, łatwo powstają grudki nadżerkowate; również często tworzy się wysypka grudkowata drobnoziarnista (lichen syphiliticus) u osób, dotkniętych liszajem włosowym.

Wszystkie powyżej rozpatrzone wykwity drugorzędowego okresu przymiotu posiadają cechy wspólne.

Pierwotnie zajęta bywa tylko tkanka łączna skóry.

Najwybitniejszym objawem wszystkich wykwitów są silnie rozwinięte nacieki naokoło naczyń krwionośnych.

Nacieki składają się z powiększonych miejscowych komórek łącznotkankowych, rozmnażających się obficie (proliferyacja).

Pomiędzy temi komórkami spotykamy stale, oprócz komórek, podobnych do limfocytów (zarodkowych), komórki plazmatyczne, a w sprawach, bardziej rozwiniętych, tkankę granulacyjną z komórkami olbrzymiemi.

Naczynia krwionośne ulegają rozszerzeniu, a często mniej lub więcej znacznym zmianom w błonie wewnętrznej i zewnętrznej. Na odbywające się w ścianach naczyń zmiany wskazują również dość często spotykane naokoło naczyń wybroczyny; naczynia chłonne są zwykle rozszerzone.

Włókna klejodajne i elastyczne ulegają rozsunięciu przez nacieki, zaś zniszczeniu mniej lub więcej silnemu w miejscach, gdzie się rozwija tkanka granulacyjna.

Gruzoły skóry same nie biorą udziału w sprawie chorobowej, zato łatwo jej podlegają naczynia krwionośne, obficie otaczające gruczoły.

Naskórek ulega zmianom tylko wtórnie.

Sprawę wywołują krętki blade; działalność ich mogą potęgować drobnoustroje ropne, a ułatwiać i podsycać istniejące już poprzednio zmiany chorobowe skóry.

Na budowę wykwitów wpływa znacznie długość ich trwania, nasilenie sprawy i odporność tkanki.

Zmiany w budowie anatomopatologicznej nie są ściśle ograniczone, lecz, zmniejszając się w natężeniu, szerzą się poza granice klinicznie widocznych wykwitów.

Pomiędzy typowymi wykwitami drugorzędowego okresu przymiotu istnieje cały szereg postraci przejściowych, tworzących jeden nieprzerwany łańcuch; skutkiem tego podział wykwitów pod względem anatomo-patologicznym, jak i pod względem klinicznym, jest tylko szematyczny.

W plamach odbarwionych skóry (leucoderma) nie spotykamy pośrodku barwika ani w naskórku, ani w komórkach tkanki łącznej, podczas gdy na granicy tych plam barwik występuje obficie, szczególnie w komórkach łączno-tkankowych. Barwik w tkance łącznej nie ginie zwykle tak odrazu, jak w naskórku, lecz spotyka się jeszcze na pewnej przestrzeni, wewnątrz granicy plam odbarwionych. Co wpływa na tworzenie się bielactwa, trudno powiedzieć. Hoffmann przypisuje je bezpośredniemu działaniu krętków białych.

Zmiany we włosach przy łysieniu kiłowym nie różnią się od zmian, wywołanych innymi chorobami zakaźnymi, a więc przedewszystkiem występuje zanik brodaweczki włosowej, zmniejszającej się w przecięciu, zanik barwika w pochewkach i zanik komórek rdzeniowych.

LECZENIE MIEJSCOWE.

Wszystkie objawy drugorzędowego okresu przymiotu poddają się działaniu leczenia ogólnego, to też często miejscowe środki są zupełnie zbyteczne, niekiedy jednak przyspieszają one przebieg sprawy, a nawet w pewnych razach są niezbędne dla jej zaniku.

Przy wysypkach **plamistych** i **grudkowatych** w okolicach, przykrytych odzieżą, najlepiej zupełnie wstrzymać się od miejscowego leczenia, w okolicach zaś widocznych kładziemy na noc dla przyspieszenia zaniku plastry rtęciowe, a na dzień dla zamaskowania wykwitów, po posmarowaniu zlekką kremem, przysypujemy je pudrem. Najlepiej używać plastrów dobrze i mocno przystających, jak np. empl. hydrarg. adhaesivum albo collempl. hydrarg. Stosujemy również empl. de Vigo cum hydrarg. Kremy najwłaściwsze w danym razie będą gold-creâme lub ceral-creâme. Po posmarowaniu ściera je się nieco płótnem i przysypuje pudrem ryżowym, talkem z krochmalem lub z paloną magnezją.

Można również nacierać plamy, a szczególnie grudki, sublimatem 1:1000—1:500, wcierać w nie masę kalomelową i masę tlenku żółtego rtęci:

Rp. Calomel. 1,0—2,0
Vasel. fl. Amer. 40,0
S. do wcierania.

Rp. Hydrarg. oxydati flavi 1,0—2,0
 Vasel. fl. Amer. 40,0
 S. do wcierania;

smarować kolloidium i traumatycyną z sublimatem lub z innymi preparatami rtęci np.:

Rp. Hydrarg. bichlor. 0,25
 Collodii simpl. 20,0
 S. do smarowania.

Masaż przyspiesza również wsysanie wykwitów przymiotowych.

Dla usunięcia plam barwikowych, pozostałych po zaniku wykwitów, używają rezorcyny, kwasu salicylowego lub sublimatu z kolloidium, np.:

Rp. Collodii 15,0
 Hydrarg. bichlor 0,5
 S. do smarowania (Leclerc).

Rp. Acidi salicyl. 2,0
 Spir. vini 100,0
 S. do smarowania.

Odpowiednio do właściwości miejsc, dotkniętych wykwitami, stosujemy razem z preparatami rtęci i inne odpowiednie środki: na zmiany, wikłające się łojotokiem, szczególnie na twarzy, należy dodawać do rtęci siarkę, np.:

Rp. Zinnabaris 1,0
 Sulfur. praecip. 5,0—10,0
 Vasel. fl. Amer 100,0
 S. do nacierania.

Na głowie, jeśli można, strzyżemy włosy, obmywamy strupki oliwą i stosujemy maść z kalomelem, rezorcyną 1:30 lub z siarką.

Na dłoniach i podeszwach, przy silnej hyperkeratozie, należy rozmiękczyć naskórek plastrem mydlano-salicylowym 10% — 20%, pęknięcia tuszować lapisem i dopiero, po odpowiednim przygotowaniu tych miejsc, stosować plastry rtęciowe lub maści. Dla rozmiękczenia zgrubiałych warstw na-

skórka można również moczyć dłonie w bardzo ciepłej wodzie lub trzymać je w parze, a następnie dopiero przykładać plaster lub wcierać maść i naciągnąć rękawiczki. Należy przytem przerwać wszelką pracę ręczną, drażniącą wykwyty.

Na wykwyty łuskowate dobrze jest dodawać do maści dziegciu, a czasem kwasu salicyłowego.

Rp. Hydrarg. praecip. albi
Ol. cadini aa 3,0
Vasel. fl. Amer. 30,0

Owrzodzenia przedewszystkiem oczyszczamy ze strupów, rozmiękczać je maścią borną lub okładami, np.:

Rp. Acidi borici 3,0
Vasel. fl. Amer. 50,0
S. przykładac na płótnie 2 razy dziennie.

Rp. Liq. alum. acet. 1%—300,0
S. do okładów pod ceratką 2 razy dziennie.

Po usunięciu strupów z owrzodzeń, leczymy je tak, jak otwarte rany: stosujemy częste moczenie w ciepłej wodzie czystej lub z dodatkiem sublimatu, przed opatrunkiem smarujemy od czasu do czasu nieczyste owrzodzenia jodową nalewką, lub obmywamy wodą utlenioną, a zbyt obfite granulacje przypalamy laxisem. Opatrunek najlepiej nakładać z maści bornej, jodoformogenowej lub jodoformowej 5—10%. Można również przysypywać owrzodzenia jodoformogenem, airolem, jodolem, ectoganem i t. p.; nakładać suchą watę i przybandażować. Używają również maści kalomelowej, maści z białym precipitatem 5—10%, maści z żółtym tlenkiem rtęci 1—5%, kalomelu w proszku i plastrów rtęciowych.

Łysienie najczęściej nie wymaga leczenia miejscowego. Należy tylko nie używać gęstych grzebieni lub szczotek i wogóle starać się nie targać i nie wydzierać włosów. Można jednak owłosione części głowy smarować codziennie roztworem sublimatu w wyskoku, np.

Rp. Hydrarg. bichlor 0,25—0,5
Spir. vini 60%—250,0
Aq. Colonensis 30,0 lub

Ol. rosar. gtt. V
S. do nacierania raz dziennie.

Brocą radzi codziennie wcierać:

Rp. Bijodur. hydrarg.	0,15
Bichlor. hydrarg.	0,3
Alcohol à 60%	100,0
Glycerini neutr. puri	25,0
Aq. destilatae	175,0

Nacierają również za pomocą palców w chore miejsca maść z żółtego tlenku rtęci 3 — 5% samą lub z dodatkiem 10—20% dziegciu.

Zanokcica najczęściej nie wymaga miejscowego leczenia. Używamy niekiedy plastrów merkurialnych lepkich lub maści kalomelowej 5—10% i następnie bandażujemy palce lub naciągamy na nie palce od rękawiczek.

Przynokcica wymaga zwykle daleko energiczniejszego miejscowego leczenia, szczególnie przy postaciach zapalnych lub wrzodziejących. Dla usunięcia zapalnego podrażnienia stosujemy moczenia w gorącej wodzie i okłady z 1 — 2% płynu Burowa, a następnie maści rtęciowe lub także plastry.

Gdy paznokieć, w większej części obnażony, tkwi w owrzodzeniu i drażni je, jako ciało obce, należy paznokieć usunąć za pomocą pincetki. Jeśli jednak paznokieć trzyma się mocno, można tylko dla usunięcia podrażnienia podkładać pomiędzy paznokieć i owrzodzenie kawałek waty, posmarowanej w 5—10% maści kalomelowej lub umaczonej w 1% roztworze lapisu. Nieczyste owrzodzenia obmywamy wodą utlenioną 5%, wolno gojące się smarujemy jodową nalewką, a zbyt obfite granulacje lapisem.

Wysypki moknące leczy się miejscowo przedewszystkiem usunięciem tych przyczyn, które macerują wykwity, a następnie osuszaniem ich. W tym celu na *organach płciowych* stosujemy częste obmywania ciepłą wodą, słabym roztworem sublimatu 1:2000—5000, roztworem płynu Labarraque'a 1:5 wody przekroplonej i t. p. Następnie obsypujemy nadżerki i grudki nadżerkowate proszkiem osuszającym, jak np. kalomelem, a nawet bismutem lub tlenkiem cynku i pomiędzy

stykające się powierzchnie kładziemy watę hygroskopijną. Żeby opatrunek nie spadł, przymocowujemy go opaską w kształcie litery T.

Grudki przerostowe można smarować jodową nalewką, przypalać lapisem, a najlepiej przysypać kalomelem i nałożyć na to opatrunek z tamponu, zmoczanego w aq. chlори. Wytwarzający się in statu nascendi sublimat szybko niszczy przerostowe grudki.

Owrodzenia leczymy jak zwykle. Zalecamy ciepłe nasiadówki 2 — 3 razy dziennie, do których można dołączyć parę gramów sublimatu; następnie przysypujemy jodoformogennem, airolelem, jodolem, ectoganem, nawet jodoformem. Środki powyższe można stosować również w 10% maściach.

Owrodzenia nieczyste, mające skłonność do rozpadu, smarujemy co parę dni nalewką jodową. Rany, rozpoczynające granulować, przypalamy co 3—4 dni lapisem in substantia; w tym okresie stosujemy zazwyczaj suche opatrunki: proszek i na to wata opatrunkowa, umocowana bandażem.

Wrazie powikłań wykwitów ciekących na prąciu stulejką lub obrzmieniem, leczymy je według sposobów, podanych przy miejscowem leczeniu powikłań wrzodu pierwotnego (str. 79 i 80).

U *otworu кишки stolcowej* wysypki moknące leczymy jak na organach płciowych, tylko w razie nadżarć na błonie śluzowej кишки, zapobiegamy zatwardzeniom stolca, a nadżarcia starannie przyżegamy lapisem.

W *jamie ustnej i gardzieli* należy bardzo starannie leczyć miejscowo wysypki moknące, gdyż w taki sposób skracamy zwykle nadzwyczaj czas ich trwania, który przy leczeniu tylko ogólnem może ciągnąć się bardzo długo. Powinniśmy zaś pamiętać, iż wysypki moknące w tych miejscach stanowią zawsze wielkie niebezpieczeństwo dla otaczających ze względu na łatwość udzielenia zarazy.

Należy przedewszystkiem utrzymywać jamę ustną w czystości, płukać ją często w ciągu dnia wodą ciepłą z dodatkiem soli kuchennej lub odpowiednich higienicznych eliksirów, albo 1/2—1% płynem Burowa, mieć staranie o zębach, powstrzymać się od używania tytoniu, napojów wysokowych. Każdą nadżerkę lub owrodzenie należy starannie przyżegać. W tym celu najodpowiedniejszym środkiem jest silny rozczyn lapisu:

Rp. Argenti nitr.
 Aq. destilatae aa 10,0
 S. do rąk lekarza.

Można również do przyżęgań używać 10% kwasu chromowego lub skoncentrowanego kwasu karbolowego. Stosując również azotan rtęci (hydrargyrum nitricum), przy używaniu go należy zachować środki ostrożności, gdyż działa silnie i szeroko. To też małe kawałeczki waty, namotany starannie, żeby się nie zsunął, na zaostrożoną zapalną lub na drucik z nacięciami, maczamy ostrożnie w powyższym płynie, nadmiar jego wyciskamy z waty o brzeg buteleczki, smarujemy środek blaszek i zalecamy choremu zaraz przepłukać jamę ustną chłodną wodą. Nie należy od razu przyżęgać zbyt dużych przestrzeni, a smarowanie tych samych miejsc powtarzać nie częściej, jak co 3 dni.

W *krtani* na wykwity przymiotowe można stosować wziewania po 20,0—40,0 płynu raz dziennie—co drugi dzień:

Rp. Hydrarg. bichlor. 0,05—0,2
 Aq. destilatae 200,0
 Aq. laurocerosi 20,0

Rp. Acidi tannici 2,5—5,0
 Aq. destilatae 500,0

Rp. Argenti nitr. 0,01—0,1
 Aq. destil. 200,0
 D. ad vitr. flavum
 S. do inhalacji 2—3 razy tygodniowo,

lub wdmuchiwanie kalomelu i zalecać unikania dymu, kurzu, wysokowych napojów, długich mów, śpiewów, zaziębnienia.

Wykwity ciekące w innych miejscach leczymy według sposobów, podanych przy leczeniu wykwitów na organach płciowych.

Obrzmienie **gruczołów i naczyń chłonnych** usuwamy według wskazówek, wyłożonych na str. 81.

Zajęcie **kości** często wymaga wcierania miejscowo maści rtęciowej lub smarowania jodową nalewką, a zajęcie **mięśni** smarowania jodową nalewką, stosowania gorczyczników,

muszek, miejscowych lub ogólnych ciepłych wanienn, spokoju, czasami zaś narkotycznych nacierań.

Rp. Chloroformii
Ol. hyoscyami
Ol. olivar \overline{aa} — 20,0
S. do nacierania.

Zajęcie oka, szczególnie głębszych jego części, wymaga spokoju, ochrony od działania światła za pomocą daszka lub konserwów, prócz tego kompresów ciepłych, wcierania naokoło oczodołu maści rtęciowej z belladonną, np.: Extr. bellad. 0,2, Ungt. ciner. 20,0 a przy ostrych objawach pościel, pijawki na skronie, przy silnych bólach — chloral. hydrat. 1,0—2,0 na dawkę; morphini mur. 0,01 \times 2, extr. opii 0,02 \times 3. Przyczem, gdy tylko spostrzeżemy zajęcie tęczówki, należy zastosować atropinę, gdyż ona, rozszerzając źrenicę, zmniejsza mechanicznie jej naczynia, uspakaja, paraliżując działanie mięśni tęczówki, a nadewszystko zapobiega zrostom tęczówki z sąsiednimi tkankami.

Stosujemy zwykle:

Rp. Atropini sulfurici 0,02
Aq. destil. 10,0
S. 2 krople 3—6 razy dziennie.

Przy silnych bólach w oku można do atropiny dołączać 1% kokainy. Zamiast atropiny można używać scopolamini hydrobromati $\frac{1}{2}$ — $\frac{1}{4}$ % ewentualnie z dodatkiem 1% cocaini muriatici, lub 1% duboisini. Zamiast kokainy można przy bólach dodawać 2% roztworu dioniny. Zauważę, iż należy przytem energicznie i długo stosować ogólne leczenie, gdyż zapalenie tęczówki ma skłonność wielką do nawrotów.

Dla przejaśnienia zmętnień po miąższowem zapaleniu rogówki stosują maść hydrarg. oxyd. fl.

Rp. Hydrarg. oxyd. fl. 0,1
Vasel. fl. Amer. 5,0
S. maść rozsmarować w worek łącznicowy szklaną pałeczką i następnie masować zzewnątrz powiekę 1—2 razy dziennie po 2—3 minuty.

Dla usunięcia pozostałych zmętnień można również

wstrzykiwać do worka łącznicowego codzień lub co drugi dzień $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ szprycki Pravaza 2 — 4% roztworu soli kuchennej.

W razie utworzenia się ektazyi rogówki można oprócz ochronnej opaski używać 1% eseriny, naturalnie jeśli niema przytem zapalenia tęczówki.

Łuszczyca jamy ustnej oprócz ogólnego leczenia wymaga smarowania pęknięć 1% — 20% lapisem, a nawet in substantia, płukania ust 1% płynem Burowa, smarowania blaszek nalewką jodową lub

Rp. T-rae gallar.
T-rae rathaniae aa 10,0.

Schwimmer radzi stosować Papayotin 0,5:10,0, Mosetig i Joseph — kwas mlekowy 50%, Neumann — kwas chromowy 0,1:20,0 lub

Rb. Acid. carbol. 0,5
Alcohol rectific. 10,0
S. do smarowania.

CZĘŚĆ DRUGA.

Okres trzeciorzędowy.

OGÓLNA CHARAKTERYSTYKA.

Pomiędzy objawami okresu drugorzędowego a trzeciorzędowego niema żadnej ścisłej granicy, gdyż spotykamy sporo postaci przejściowych. Również objawy tych dwóch okresów mogą występować współcześnie, a nawet na zmianę, tak, iż podział na okresy i tutaj jest dość dowolny i szematyczny.

Trzeciorzędowe objawy przymiotu klinicznie charakteryzują się tem, iż występują nieobowiązkowo, a nawet względnie rzadko, zjawiają się zwykle późno w przebiegu choroby, posiadają skłonność do ciężkiego porażenia tkanek, występują przeważnie tylko miejscowo, odznaczają się zwykle dość charakterystycznym wyglądem, powolnym przebiegiem i nieznaczną zaraźliwością.

Częstość przypadków przymiotu, w którym występują trzeciorzędowe objawy określają rozmaici autorowie na 5%—40%. Wahania są więc znaczne i zależą od materiału klinicznego, z którym autorowie mieli do czynienia. Występowanie tych objawów głównie zależy od braku lub niedostateczności odpowiedniego leczenia w drugorzędowym okresie, poczęści zaś stoi w związku z alkoholizmem, złymi zewnętrznymi warunkami życia, podeszłym wiekiem w chwili zarażenia i t. p. Jakość drugorzędowego okresu nie wpływa na dalszy przebieg przymiotu, gdyż przeważnie ciężkie trzeciorzędowe objawy następują po lekkim drugorzędowym okresie i odwrotnie.

Sigmund podaje częstość występowania trzeciorzędowego okresu dla nieleczonych na 30—40%. Neumann znalazł, iż z 665 przypadków trzeciorzędowego przymiotu 2/3 osób nie były leczone wcale do wystąpienia trzeciorzędowych objawów, a i ta pozostała 1/3 część była leczona niedostatecznie. W ostatnich czasach Perls obliczył, iż z liczby 6302 chorych Neissera, leczonych na przymiot od 1901 do 1907 r., było 605 przypadków kiły trzeciorzędowej, zaś z pomiędzy nich 60,33% nie leczyło się uprzednio zupełnie, 17,36% przerobiło jedną tylko kurację rtęciową, 21,42% leczono objawowo, zaś tylko 0,66% metodą przewlekłego, przerywanego leczenia.

Częstość występowania trzeciorzędowych objawów wogóle określa Profetta na 5% wszystkich chorych na przymiot, Rollet na 5%, Haslund na 9—10%, Diday na 10—12%, Neisser na 10—11%, Mauriac na 12—15%. Według moich obliczeń ilość chorych, zgłaszających się z trzeciorzędowymi objawami, wynosi przeszło 15%, lecz dane te, jako zebrane tylko z ambulatoryum, są może nieco jednostronne; w każdym jednak razie potwierdzają znaczenie leczenia dla występowania trzeciorzędowych objawów, gdyż spotykałem je tylko nader rzadko u osób, leczonych poprzednio starannie.

Trzeciorzędowe objawy przymiotu występują najczęściej w 3-im roku po zarażeniu. Stosunek ten stopniowo z biegiem czasu się zmniejsza.

Według olbrzymiej statystyki Fourniera, bo zawierającej 4 400 przypadków trzeciorzędowego przymiotu,

w 1 roku przebiegu przymiotu trzeciorzędowe objawy wystąpiły						w 188 przypadkach		
"	2	"	"	"	"	"	453	"
"	3	"	"	"	"	"	471	"
"	4	"	"	"	"	"	388	"
"	5	"	"	"	"	"	357	"
"	6	"	"	"	"	"	326	"
"	7	"	"	"	"	"	274	"
"	8	"	"	"	"	"	211	"
"	9	"	"	"	"	"	195	"
"	10	"	"	"	"	"	233	"
"	11	"	"	"	"	"	142	"
"	12	"	"	"	"	"	134	"

w 13 r. przebiegu przymiotu trzeciorzędowe objawy wystąpiły	w 114 przypadkach
„ 14 „ „ „ „ „	113 „
„ 15 „ „ „ „ „	117 „
„ 16 „ „ „ „ „	95 „

Z biegiem lat ilość przypadków stale się zmniejsza, aż w 44 roku przebiegu przymiotu dochodzi do jednego przypadku i kończy się na 55 roku również 1 przypadkiem.

Ta sama statystyka Fourniera dostarcza nam wymownych danych odnośnie do stosunku zjawiania się objawów trzeciorzędowych w różnych narządach.

Na 4400 wszystkich przypadków trzeciorzędowego przymiotu

Objawy skórne	występowały w 1418 przypadkach
„ podskórne	202 „
„ w organach rodnych	271 „
„ na wargach	42 „
„ na języku	262 „
„ na podniebieniu miękkim	215 „
„ w cieśni gardła	23 „
„ w gardzieli	94 „
„ w różnych błonach śluzowych	8 „
„ w układzie kostnym	519 „
„ w szkielecie nosa i podniebienia	229 „
„ w nosie	43 „
„ w stawach	22 „
„ w mięśniach	16 „
„ w ścięgnach	3 „
„ w przewodzie pokarmowym (od przelyku do odbytnicy)	8 „
„ w stolcu	12 „
„ w krtani i oskrzelach	32 „
„ w płucach	23 „
„ w sercu	7 „
„ w tętnicach	15 „
„ w wątrobie	9 „
„ w nerkach	30 „
„ w jądrach	245 „
„ w cewce moczowej	10 „

Objawy w oku	występowały w	110	przypadkach
„ w uchu	„	26	„
„ w mózgu	„	758	„
„ w rdzeniu pacierzowym	„	136	„
Monoplegie	„	6	„
Wiąd rdzenia	„	628	„
„ mózgo-rdzeniowy	„	45	„
Zapalenia nerwów i zaniki mięśniowe	„	24	„
Bezwładny ogólne	„	86	„
„ oczne	„	110	„
Porażenia połowiczne twarzy	„	23	„
Różne nerwowe schorzenia	„	6	„
Zmiany różnego umiejscowienia	„	17	„
Objawy mózgo-rdzeniowe	„	29	„

Prosty rzut oka na powyższe dane wskazuje, iż trzeciorzędowe objawy dotyczą organów ważnych. Przypadków przymiotu mózgu wypadła 758, a całego układu nerwowego 1851, podczas gdy przypadków objawów skórnych i podskórnych podano razem 1620.

Już w późniejszym przebiegu drugorzędowego okresu zauważyliśmy, iż objawy zjawiają się nie na całym ciele, lecz tylko na ograniczonych miejscach. Trzeciorzędowe objawy nigdy prawie nie występują ogólnie, i nawroty mają zawsze upodobanie do tych miejsc, w których zjawiały się objawy wcześniejsze.

Typowym objawem trzeciorzędowego okresu jest kilak—guz różnych wielkości, od ziarnka pieprzu i nawet mniejszy do jaja gęsiego. Umiejscawia się on w narządzie i powiększa się odśrodkowo na koszt mięszu zwykle bardzo powoli. Po dłuższem trwaniu guza, skutkiem niedostatecznego krwioobiegu i odżywiania, tworzy się pośrodku przemiana wsteczna, tłuszczowe zwyrodnienie i cząsteczkowy rozpad tkanki w galeretową, jakby gummową (stąd i nazwa „gummat“), żółtawo-przezroczystą zawartość, z mniejszą lub większą ilością szczątków obumarłej tkanki.

Rozmiękczony kilak może otworzyć się na powierzchni narządu, jeśli znajduje się blisko niej, a nawet owrzodzieć, jeśli jest otwarty dostęp dla ropnych drobnoustrojów. Po utworzeniu się kilaka formuje się głębokie kraterowate zagłębienie z podminowanymi brzegami.

Kilaki posiadają przeważnie kulistą lub jajowatą postać, mogą jednak przedstawiać się w postaci mniej lub więcej rozległych nieprawidłowo ograniczonych nacieków, które niekiedy zajmują znaczną część lub nawet cały narząd.

Kilak może się również samoistnie lub skutkiem odpowiedniego leczenia wessać. W każdym jednak razie tworzy się mniejszy lub większy ubytek tkanki właściwej narządu, który zostaje zastąpiony przez tkankę łączną. Powrót więc narządu do normy jest niemożliwy.

Prócz kilaków spotykamy w trzeciorzędowym okresie różne zmiany, mniej już charakterystyczne dla przymiotu, a niektóre z nich nawet uważane nie za przymiotowe, a za poprzymiotowe.

Objawy przymiotu trzeciorzędowego są mało zaraźliwe. Wprawdzie Neisser i Finger zarażali przymiotem małpy za pomocą przeszczepiania kilaków, a Spitzer, Ferré, Rille i Volkerodt, Doutrelepont i Grouven, Tomaszewski i ja znajdowali krętka bladego w kilakach, jednak przenoszenie przymiotu z tych objawów jest trudne: krętki blade w kilakach znajdują się w małej ilości; kilaki zaś bywają zwykle dużych rozmiarów, więc łatwo spostrzegalne; umiejscawiają się też przeważnie w okolicach, niemających bezpośredniej styczności z innymi ludźmi.

WYSYPKI SKÓRNE I ŚLUZOWE.

Wykwity trzeciorzędowego przymiotu pod względem postaci nie przedstawiają takiej różnorodności, jak wykwity okresu drugorzędowego. Różnice w wyglądzie zależą przeważnie od głębokości umiejscowienia i od stopnia rozwoju,—nie są więc istotne. Często u jednego i tego samego chorego wysypka stopniowo przybiera coraz to nową postać, a nawet najrozmaitsze formy wykwitów spotykają się równocześnie obok siebie.

Klinicznym typem tego okresu pozostaje zawsze kilak.

Kilaki małeńkie, wielkości ziarnka prosa do grochu, noszą nazwę guziczków (*tuberculum syphiliticum*), nieco większe, wielkości grochu do orzecha laskowego—guzków (*gumma cutaneum et mucosum*), a większe—guzów (*gumma profundum, subcutaneum et submucosum*). Najczęściej guziczki biorą swój początek w powierzchownych warstwach skóry i błony śluzowej, guzki — w głębszych, a guzy — w podskórnej i w podśluzowej lub nawet w poniżej leżących tkankach, jak mięśnie, okostna i t. p.

Odbywające się w kilakach wessanie lub owrzodzenie wpływa znacznie na urozmaicenie wyglądu wykwitów guziczkowych, guzkowych i guzowych, a zdarzające się niekiedy zapalne podrażnienie, obfite bujanie brodawek na dnie owrzodzenia i t. p. sprawy mogą nadawać kilakom bardzo nietypową formę.

Kilaki skóry.

Wysypka skórna w trzeciorzędowym okresie ogranicza się zwykle do pewnych tylko okolic ciała i do nieznacznej

ilości wykwitów, a niekiedy nawet do jednego. Przeważnie, im większe są kilaki, tem mniejsza bywa ich ilość. Kilaki mogą występować w każdej okolicy skóry, ulubionem jednak ich miejscem są: twarz, czoło, skrzydła nosa i wargi, okolice łopatek, stawu obojczyko-mostkowego, obojczyko-łopatkowego, pośladki i strona wyprostna kończyn, szczególnie skóra nokoło stawów.

Kilaki odznaczają się skłonnością do grupowania się w kształcie wieńca, podkowy, nerki, węża i t. p.

Posiadają one wielkość, zależną głównie od głębokości sprawy—ziarnka prosa do jaja kurzego, powierzchnię gładką, zabarwienie najczęściej czerwono-miedziane lub czerwono-bronzone, spoistość mięsistą. Rozwijają się kilaki bardzo powoli: w skórze lub pod skórą tworzy się nieznaczny naciek, zaledwie wyczuwalny przy macaniu, zwykle z początku niedostrzegalny. Naciek bardzo powoli powiększa się kosztem skóry i zbliża do jej powierzchni, a w miarę tego tworzy się wyniosłość, która czerwienieje. Wzrostowi wykwitów towarzyszy czasem tępy nieznaczny ból. Rozwój trwa bardzo długo — kilka, kilkanaście tygodni, miesiący i dłużej, przyczem czerwone początkowo zabarwienie staje się z biegiem czasu ciemniejszym, niebieskawo - czerwonym lub miedzianem.

Wsteczne przeobrażenie odbywa się dwoma sposobami: kilaki podlegają wessaniu lub też owrzodzeniu.

Wsysanie kilaków spotyka się rzadziej, niż rozpad. Najczęściej wsysają się małe twory—guziczki i guzki, a rzadko guzy. Sprawa odbywa się w taki sposób, iż wykwitły powyższe zaczynają zapadać, przybierają bronzowawe zabarwienie lub bledną i pokrywają się łuską, a po kilkorazowym złuszczeniu nikną, pozostawiając po sobie zagłębienie.

Owrzodzeniu podlegają prawie zawsze guzy, a często guzki i guziczki. Niekiedy owrzodzenie rozpoczyna się bardzo wczesnie w przebiegu rozwoju kilaków. Kilaki stają się miękkie, ciastowate, a niekiedy, szczególnie większe twory, chełboczące, przyczem i zabarwienie bywa bardziej brunatne. Gdy rozpad dochodzi do powierzchni kilaka, formuje się na nim strup, a pod strupem rozpadająca się tkanka tworzy wrzód z brzegami spadzistymi, nieco podminowanymi, z dnem pokrytem szarawo-brudną masą rozpadającego się nacieku.

Kilaki, mieszczące się obok siebie, niekiedy, przeźarłszy boczną ściankę, łączą się z sobą przetokami.

Strup bywa tem większy i tem łatwiej się oddziela, im ropienie wrzodu jest obfitsze. W okresie gojenia ropienie staje się skąpsze, dno oczyszcza się, brodawki przybierają żywsze zabarwienie i ubytek tkanki wypełnia się zwykłym sposobem. Niekiedy strup nie odpada od owrzodzenia, lecz przywiera silnie do ziarninującej powierzchni i usuwa się dopiero po zupełnem zablźnieniu. Strupy takie najczęściej posiadają ślimakowatą postać i brunatne zabarwienie. Blizna bywa z początku nieco naciekła, brunatnawa, a później z zanikiem nacieku stopniowo blednie i w końcu białością swą przewyższa nawet normalną skórę. Póki naciek z blizny zupełnie nie ustąpi, może zawsze nastąpić jej rozpad. Blizna po głębszych owrzodzeniach bywa przeważnie nierówna, gwiazdowata.

Odmiany od powyżej opisanych wykwitów zdarzają się dość często.

Niekiedy kilaki, biorące swój początek w tkance podskórnej lub nawet w skórze, bywają nie ściśle ograniczone w postaci guzów, guzków i guziczków, lecz rozlane i mogą zajmować znaczną nawet przestrzeń. Posiadają one zwykle spoistość twardą, zabarwienie czerwone lub niebieskawe i zdarzają się najczęściej na twarzy, piersiach i w okolicach stawu barkowego. Takie rozlane nacieki mogą wsysać się lub rozpadać pośrodku, rozszerzając się przytem odśrodkowo. Powierzchnowe rozlane nacieki niekiedy nawet przybierają wygląd, zbliżony nieco do tocznia rumieniowatego lub raka skór nego.

Guzki i guziczki skór ne, ułożone w skupieniach, bywają niekiedy bardzo zbliżone do tocznia żrącego i noszą nawet nazwę *to cz n i a k i ł o w e g o* (lupus syphiliticus lub lupus syphiliticus exulcerans, gdy owrzodzięją).

Na owrzodzięłej powierzchni skupionych guzków niekiedy bardzo obficie bująją brodawki. Postać tę nazywają *to cz n i e m k i ł o w y m p r z e r o s ł y m* (lupus syphiliticus hypertrophicus).

Na granicy owrzodzięłego kilaka, przeważnie guzka lub guziczka, mogą powstawać nowe, podczas gdy stare zablźniają się.

Sprawa powyższa może rozszerzyć się odśrodkowo od istniejących guzków, — w takim razie tworzą się wieńce z owrzodziałych kilaków naokoło zabliznionej powierzchni, pośrodku której jeszcze gdzieś pozostaje naciekle blizienka lub powolniej rozpadający się twór.

Powstawanie następowe szybko rozpadających się guzków i guziczków, a z biegiem czasu zablizniających się może dążyć w pewnym tylko kierunku. W taki sposób tworzy się owrzodzenie czołgające w postaci węża, podkowy i t. p. (*ulcus serpiginosum*). Czołgające owrzodzenia spotykamy najczęściej na plecach, pośladkach, na wyprostnych powierzchniach kończyn, a niekiedy naokoło ust.

Kilaki w skórze bywają niekiedy wtórne, t. j. pochodzą właściwie z głębiej leżących tkanek, jak mięśnie, okostna i t. p., a tylko następnie przechodzą na skórę. Nie różnią się one zbyt od poprzednio opisanych czysto skórnych kilaków, są tylko zazwyczaj mniej prawidłowe. Kilakom skórnym często bardzo towarzyszą odpowiednie zmiany w głębiej leżących narządach, a tylko wyjątkowo wykwitły drugorzędowego okresu, jak np. wysypka wrzodziasta, grudkowato-nadżerkowata.

Rozpoznanie kilaków skóry przedstawia często bardzo poważne trudności. Przy rozpoznaniu powodujemy się przede wszystkim objawami klinicznymi, a następnie badaniem drobnowidzowem, w razach zaś wątpliwych działaniem środków przeciwkiłowych.

Sporo cierpień skórnych posiada wygląd, bardzo zbliżony do kilaków.

Wysypka grudkowata różni się od guziczkowej i guzkowej mniejszą wypukłością, większą twardością, również zabarwieniem.

Wysypka wrzodziasta drugorzędowego okresu różni się od owrzodziałych kilaków płytszym dnem, mniejszym nacieczeniem brzegów i więcej płaskim strupem.

Trądzik rumiany (*acne rosacea*) może być bardzo podobny do umiejscowionych na twarzy i na nosie guziczków kiłowych; guziczki trądzika różnią się jednak nierówną powierzchnią, obecnością rozszerzonych naokoło nich naczyń krwionośnych i zaczerwienieniem skóry, przytem tworzy trądzika nie mają skłonności do rozpadu.

Czyrak (furunculus) posiada daleko szybszy przebieg i sprawia znaczny ból.

Wrzód goleni spotyka się zwykle w towarzystwie objawów zastój krwi i żyłaków. Skóra naokoło wrzodu bywa przeważnie zaczerwieniona, zgrubiała, a sam brzeg owrzodzenia twardy.

Skrophuloderma nieowrzodzące u dzieci bywa często niezmiernie podobne do guzów przymiotowych, odznacza się niekiedy jednak większą sinością zabarwienia; skrophuloderma owrzodzące posiada zwykle brzegi zcieńczące, zatokowato podminowane.

Ropień zimny podskórny chełbocze od samego początku swego istnienia.

Włókniak odznacza się nadzwyczaj zbitą spistością.

Guzki rakowe, po tułowiu rozrzucone, bywają więcej płaskie, niż kilaki, i pokryte gładką przeświecającą skórą; owrzodzenie rakowe odznacza się dnem nierównym, jamistym, twardym, żółto zwykle zabarwionem, i brzegiem wywróconym twardym; rak płaski (ulcus rodens) posiada brzeg wazki, twardy, czasem zlekka wywrócony, zabarwienie dna żółtawo-czerwone lub też żółtawo-brunatne.

Kilaki błony śluzowej.

Kilaki błony śluzowej bywają bardzo zbliżone do powyżej opisanych skórnych. Kilaki te mogą powstawać w utkaniu błony śluzowej lub w tkance podśluzowej, mogą też wtórnie przechodzić na błonę śluzową z tkanek, poniżej leżących.

Kilaki na początku swego rozwoju w głębi błony śluzowej bywają zwykle bardzo małe, np. wielkości ziarnka prosa, i pokrywa je normalna na wygląd błona śluzowa. W miarę wzrostu kilaka błona śluzowa ponad nim rozpoczyna się wznosić i czerwienić. Czerwone zabarwienie z czasem przybiera odcień niebieskawy.

Kilaki, powstające w tkance podśluzowej, wzrastając, przeobrażają tkankę śluzową i tworzą dość duże guzy, dochodzące niekiedy do wielkości jajka kurzego.

Naciek, zjawiający się w błonie śluzowej lub podśluzowej, może być nie ściśle odgraniczony, lecz rozlany.

Rozwój kilaków błony śluzowej bywa taki sam, jak skóry, a więc kończy się wessaniem lub też owrzodzeniem i zabliznieniem.

Niekiedy rozpad nacieku może posuwać się w kierunku od więcej powierzchownych części włąb tkanki. W takim razie tworzą się wrzody, początkowo płaskie, otoczone nacieklą tkanką, która rozpada się dalej włąb, niekiedy bardzo szybko. Najczęściej owrzodzenie rozszerza się i wszere i włąb, niszcząc otaczające tkanki, jak mięśnie, chrząstki i kości, i powodując tem wielkie spustoszenie w ustroju. U osobników, posiadających silny organizm i leczonych odpowiednio, owrzodzenie ogranicza się zwykle szybko, dno oczyszcza się, ziarnina buja, i następuje zagojenie z utworzeniem przeważnie ścięgnistych, gwiazdowatych blizn. Nawroty w tych samych miejscach zdarzają się często.

Rozpoznanie kilaków błony śluzowej bywa czasami dość trudne ze względu na znaczne podobieństwo do objawów niektórych innych chorób.

Twardziel nosowa (rhinoscleroma) może wywołać również nawet przedziurawienie podniebienia, wytworzenie się blizn ścięgnistych na łukach podniebiennych, w gardle i t. p. W twardzieli jednak przebieg bywa znacznie powolniejszy, przewody nosowe zwykle—niedrożne skutkiem zatkania guzami chorobowymi, a rozpad i zniszczenie kości nie następuje tak łatwo.

Toczeń żrący, usadowiony na granicy skóry i błony śluzowej nosa, posiada czasami nadzwyczajne podobieństwo do guziczkowej i guzkowej wysypki przymiotu. Jednak twory tocznia rozwijają się znacznie powolniej w porównaniu z wysypką kiłową. To też toczeń wymaga sporo czasu dla sprawienia znaczniejszych spustoszeń w tkankach nosa i uszkadza przede wszystkim miękkie części, podczas gdy przy przymiocie zwykle wcześniej bywa porażona przegroda kostna i sklepienie nosa. Owrzodzenia tocznia są zazwyczaj prawie zupełnie niebolesne i mniej symetryczne, niż kiłowe, i pozostawiają po sobie bliznę nierówną, usianą zwykle guziczkami. Toczeń żrący rozpoczyna się przeważnie u osób w młodym wieku, choć i przy kile wrodzonej trzeciorzędowe wysypki powstają zazwyczaj wcześniej. Owrzodzenie gruzlicze

na błonach śluzowych często bywa bardzo zbliżone do kilowego, rozpoznać je jednak można na mocy powyżej powiedzianego o toczniu żrącym i o owrzodzeniu gruźliczem przy rozpoznaniu wrzodu pierwotnego przymiotu (str. 59).

Owrzodzenie rakowe posiada zwykle dno nadzwyczaj nierówne, usiane żółtymi guziczkami i bardzo łatwo krwawiące, a brzegi grube, twarde, często wywrócone.

Wrzody weneryczne mogą być bardzo podobne do rozpadłych guziczków, szczególnie na narządach płciowych, własność jednak wydzieliny wywoływania nowych wrzodów wenerycznych przez samozaszczepienie i obecność w sąsiedztwie obrzmiałych i zapalnie podrażnionych gruczołów chłonnych stanowią ważną wskazówkę rozpoznawczą.

Do kilaków błon śluzowych jeszcze raz powrócimy przy opisie cierpień poszczególnych narządów.

CIERPIENIE UKŁADÓW.

W okresie trzeciorzędowym wszystkie układy mogą ulegać cierpieniom przymiotowym; najczęściej występują one w narządach, posiadających sporo tkanki łącznej, obficie unaczynionej, a pozatem wystawionych na działanie drażniących czynników zewnętrznych.

Objawy przymiotu mogą występować w postaci ograniczonych kilaków, które niekiedy bywają zastępowane przez tkankę łączną, częściej jednak serowacieją. Zserowaciała zawartość kilaków wysycha i tworzy żółtawą kruchą masę.

Czasami w kilakach odkładają się sole wapienne.

Kilaki ograniczone, szczególnie znajdujące się w zetknięciu ze światem zewnętrznym, mogą uleść zakażeniu i zropieniu.

Kilaki rozlane, do których można zaliczyć także międzymięszkowe nacieczenie, spotykają się często; są mniej charakterystyczne dla przymiotu od ograniczonych, zastępuje je tkanka łączna, skutkiem czego zazwyczaj nie wytwarzają się ogniska rozpadowe.

Obie powyższe sprawy mogą występować współcześnie i obok siebie; niszczą one zarazem miąższ narządu i upośledzają lub wstrzymują jego czynności fizyologiczne.

Zajęcie przymiotowe narządów wewnętrznych występuje przeważnie wespół z objawami skórnymi, może jednak zjawiać się i niezależnie od nich. Objawy tego cierpienia zazwyczaj niczem się nie różnią od objawów cierpień innego pochodzenia w danym narządzie.

Objawom trzeciorzędowym, szczególnie w narządach wewnętrznych, towarzyszy niekiedy gorączka. Występuje ona w takich postaciach, jak w okresie drugorzędowym, i często mylnie bywa przyjmowana za objaw malarii lub gruźlicy.

Leczenie swoiste ogólne, szczególnie wcześniej rozpoczęte, działa zazwyczaj bardzo pomyślnie na przebieg sprawy.

Narządy wewnętrzne w trzeciorzędowym okresie ulegają często zwyrodnieniu skrobiowatemu; należy jednakże uważać nie za sprawę przymiotową, lecz za wywołaną cherał ustroju: może ją sprowadzić nie tylko kiła, lecz i wiele innych cierpień.

Układ chłonny.

Kilaki w układzie chłonnym spotykają się względnie rzadko i to przeważnie u osobników zołzowych, a bezpośrednim powodem ich zjawienia się bywa najczęściej uraz lub silne podrażnienie.

Gruzoły chłonne, przy tworzeniu się w nich kilaków, powiększają się. Powiększenie bywa wyraźniejsze skutkiem tworzenia się kilaków ograniczonych, niż rozlanych. Kilaki ograniczone, rozpadając się, formują niekiedy duże chęłboczące guzy z zawartością płynu, ciągnącego się klejowatego.

Kilaki rozlane ze względu na wytwarzanie się w nich tkanki łącznej powodują zwykle stwardnienie gruczołów. Niekiedy obrzmiałe gruczoły chłonne, powstałe w sąsiedztwie owrzodziałych kilaków skórnych, stają się punktem wyjścia dla nowych kilaków.

W naczyniach chłonnych spotykamy częściej kilaki, niż w gruczołach; występują one zwykle w postaci niewielkich płaskich lub jajowatych guzów w skórze lub pod nią; o pochodzeniu tych guzów świadczy stanowiący ich przedłużenie powrózek zgrubiały. Kilaki naczyń chłonnych, rozpadając się, tworzą owrzodzenia o brzegach nacieknięch, podminowanych, o dnie nierównem, pokrytem wydzieliną kleistą, ciągnącą się lub żółtym sadłowatym nalotem.

Przy rozpoznaniu kilaków układu chłonnego należy zawsze mieć na uwadze zołzy i białaczkę wrzekomą.

Zoźzowe gruczolaki chłonne zjawiają się zwykle u osób młodych; obejmują przeważnie wiele grup gruczolów, rozwijają się powoli i często trwają lata, zanim przyjmą ciastowatą miękką spoistość; nie poddają się działaniu ani rtęci, ani jodu.

Gruczolaki białaczki rzekomej rozwijają się zwykle powoli, często nie ulegają owrzdzeniu w przeciągu wielu lat, umiejscawiają się przeważnie symetrycznie poniżej obu kątów dolnej szczęki.

Skrobiowate zwyrodnienie gruczolów chłonnych spotyka się często (Virchow) w trzeciorzędowym okresie.

Układ ruchowy.

W układzie ruchowym zmiany mogą występować we wszystkich narządach, częściej spotykają się u mężczyzn, niż u kobiet.

Kości ulegają dość często cierpieniom. Sprawa rozpoczyna się przeważnie na wewnętrznej powierzchni okostnej, (rys. 27) rzadziej w mózgu kostnym. Przeważnie w razie zajęcia okostnej cierpienie przechodzi również na tkankę kostną.

Kilaki mogą rozwijać się we wszystkich kościach, po większej jednak części w mało zabezpieczonych miękkimi tkankami i łatwo dostępnymi działaniu szkodliwych czynników zewnętrznych. Do takich kości należy: czołowa, ciemieniowa, obojczyk, mostek, i przednia powierzchnia goleni.

W kościach długich częściej powstają ograniczone guzy, gdy w kościach płaskich rozlane nacieczenia.

Kilaki bywają rozmaitej wielkości od ziarnka grochu do jaja kurzego. Rozwijają się one powoli. Najdokuczliwszym objawem zajęcia kości bywa ból silny, pochodzący jakby ze środka kości. Ból ten sprawia wrażenie wiercenia lub łapania w kości i wzmacnia się w nocy.

Przebieg kilaków bywa różny. U osobników zdrowych i odpornych lub też pod wpływem leczenia kilaki okostnej mogą się wessać. W tych razach zwykle tylko pewne zgrubienie okostnej wskazuje na przebyłą sprawę.

Kilaki, umiejscowione w mięszu kości, nadają jej w prze-

kroju zabarwienie woskowo żółte, a skutkiem zrzędzenia utkania kostnego—miętkość i łamliwość. Tego rodzaju sprawę nazywamy zgąbczeniem kości (osteoporosis). Niekiedy na miejscu kilaków, szczególnie ograniczonych, powstają masy serowate. Gdy naciek w kość się zamienia, staje się ona twardsza, bardziej zbita, cięższa, a na okostnej w tych razach tworzą się kostniaki (osteophyty, exostozy, hyperostozy), które stopniowo zrastają się z samą kością.



Rys. 27. Kilak okostnej ulnae dentree (Zdjęcie roentgen. w pracowni kol. Judta).

Kostnieniu nacieków często bardzo towarzyszy dość przykry ból.

Najniekorzystniejszym bywa przebieg, gdy kilaki ulegają sponoczeniu. Przeobrażenie kilaków okostnej w ropień zapowiadają bóle bardzo dokuczliwe i długotrwałe, które zależą od oddzierania okostnej od kości, od drażnienia nerwów, przebiegających pomiędzy kością i okostną, i od zmian zapalnych około nacieku. Skutkiem zropienia nacieku powstaje guz chełbozący.

Oddzielenie okostnej od kości i upośledzenie jej odzy-

wiania powoduje zmiany w samej kości: owrzodzenie albo zgorzel.

Sposoczeniu ulega zwykle nie tylko istota gąbczasta, ale i kora. Sprawa rzadko ogranicza się i wytwarza ropień, otoczony zbitą tkanką kostną. Przeważnie część kości, będąc oddzielona posoką, ulega martwicy. Części zmartwiałe (martwiaki) ze swej strony stają się przyczyną różnych zmian w sąsiedztwie, jak zapalenia, ropni, przetok i zrostów tkanek okolicznych z martwiakiem.

Sprawa ropna z kości szerzy się zwykle aż do skóry, która czerwienieje i staje się cieplejsza. Ropa, niszcząc mięśnie i skórę, może przebić się nazewnątrz i utworzyć bardzo uporczywe owrzodzenia.

Na największą uwagę zasługuje umiejscowienie się kilaków w kościach czaszki. Guzy z opony twardej, będącej zarazem okostną wewnętrzną powierzchni czaszki, mogą wyrastać w kierunku ku kości, a zarazem mogą wyrastać kilaki z pod opony zewnętrznej, które, w razie zetknięcia się z kilakami opony wewnętrznej, zazwyczaj niszczą zupełnie część czaszki. Jeśli kilaki, wychodzące z opony twardej, ulegają sposoczeniu, to zwykle przyłącza się ograniczony lub rozlany meningitis z zejściem śmiertelnym.

Z pomiędzy kości czaszki najczęściej ulegają cierpieniu czołowa i ciemieniowa. Kilaki kości czołowej, umiejscowione wprost drugiej lub trzeciej fałdy czołowej albo wprost insula Reili, powodują zaburzenia mowy skutkiem porażenia jej ruchowego ośrodka, a kilaki kości ciemieniowej wywołują padaczkę korkową (Jacksona), a w razie długiego trwania — ogniskowe rozmiękczenie z jego następstwami.

Wewnątrzkostne kilaki czaszki sprawiają zazwyczaj silne bóle głowy, zawroty, bezsensowność, a niekiedy wymioty, zboczenie czucia na twarzy i górnych kończynach.

Na podstawie czaszki rozwijają się przeważnie kilaki rozlane, umiejscawiają się one najczęściej wprost środkowej czaszkowej fałdy i wywołują głównie objawy, zależne od zajęcia nerwów i naczyń, leżących na podstawie mózgu. Cierpieniu ulegają także znajdujące się na podstawie czaszki części mózgu i mózdzku, dodatek mózgu, szypułki mózgowie, most Varoli i t. p.

Objawy cierpienia rozwijają się w większości przypadków powoli.

W ocznej części kości czołowej kilaki powstają dość rzadko i wywołują, stosownie do umiejscowienia: odsunięcie jabłka ocznego, ucisk na nie, zaburzenia krwiotoku, zez, widzenie zdwojone i t. p.

Cierpienie kości kręgosłupa spotyka się rzadko i zdarza się przeważnie w części szyjowej. Sprawa w kręgach rozwija się odwrotnie, jak przy gruźlicy: rzadko w ciele, a częściej w łukach i w kołcach, i wywołuje bóle i ograniczenia ruchów w odpowiedniej części kręgosłupa.

Zajęcie kości palców powstaje głównie jako następstwo kilakowego zajęcia okostnej i spotyka się przeważnie u noworodków. Najczęściej ulegają zmianom pierwszy lub drugi członek, rzadziej członek, łączący śródreżce z palcami. Stają się one obrzmiałe, szczególnie na grzbietowej powierzchni; posiadają ruch upośledzony; towarzyszy mu trzeszczenie. Skóra, pokrywająca członek, bywa czerwono-niebieskawa.

Następstwa porażenia kości przez kilak bywają przeważnie bardzo doniosłe i zależą głównie od umiejscowienia i od charakteru sprawy. Wrzodzenie kości rusztowania nosa oszpeca tylko twarz, posoczenie zaś kości długich pozbawia ciało odpowiedniej podpory, a posoczenie kości czaszki pozbawia mózg osłony kostnej od zewnętrznych szkodliwych wpływów i może wywołać bardzo szybko śmierć.

Przy rozpoznaniu kilaków kości opieramy się na zdjęciach roentgenograficznych, a następnie na postaci, przebiegu wolnym, bólu i na obecnych lub przebytych zmianach kiłowych w innych narządach.

Zgrubienia kości, w następstwie d n y (arthritis) powstające, różnią się od kiłowych tem, iż umiejscawiają się przeważnie w stawach kości małych, podczas gdy zmiany kiłowe porażają zwykle środkową część kości długich; również bóle przy dnie nie powiększają się w nocy.

Wyrośle kostne u r a z o w e przebiegają wolniej, niż kiłowe i bez nocnych bólów.

Zmiany w kościach przy gruźlicy spotykają się zwykle wspólnie z zajęciem gruźliczem innych narządów.

Chrząstki ulegają zmianom kiłowym bardzo rzadko. Sprawa umiejscawia się przeważnie w ochrzęstnej, a więc występuje prawie wyłącznie w takich chrząstkach, które posiadają ochrzęstną. Najczęściej bywają zajęte chrząstki krtani, ze-

ber, nosa, powiek, stawów, i sprawa prawie zawsze przechodzi na nie z kości lub ze ścięgien.

Stawy bywają zajęte rzadko i przeważnie tylko pojedynczo.

Kilaki wytwarzają się albo w tkance łącznej pod błoną maziową i w samej błonie maziowej, albo też w końcu kości. Najczęściej ulegają sprawie stawy: kolanowy, przeważnie lewy, rzadziej łokciowy, nadgarstkowy, gołenistopowy, szczękowy (Sterling), a wyjątkowo biodrowy.

Kilaki, wychodzące z tkanki łącznej, odznaczają się bardzo powolnym i niebolesnym przebiegiem. Skutkiem wysięku w jamę stawową następuje obrzęk stawu i zniekształcenie jego, nacieczenie tkanek okołostawowych i utrudnienie ruchów.

Kilaki, umiejscowione na końcach kości, powodują również wysięk do jamy stawowej, lecz zarazem bardzo silne bóle kości, szczególnie w nocy i przy ucisku. Opróżnienie się rozpadłych kilaków do jamy stawowej powoduje niekiedy bardzo ciężkie zapalne i ropne sprawy, wymagające odjęcia członków.

Rozpoznanie różniczkowe kiłowego zajęcia stawów nie jest zwykle trudne.

Gościec obejmuje najczęściej kilka stawów odrazu.

Zołyzy stawów (tumor albus) powstają u ludzi młodych, posiadają przebieg szybszy, niż przy kile, towarzyszą im bardzo silny obrzęk, bóle, gorączka i wybitne stężenie stawów.

Rzeźączka stawów odznacza się przeważnie mocnym bólem i obrzękiem.

Opuchlina stawów przy ostrych zaraźliwych chorobach bywa połączona ze znacznym bólem, obrzękiem i gorączką.

Z pomiędzy *ścięgien* najczęściej bywa porażone przez kiłę: ścięgno Achillesa, ścięgno mięśnia dwugłowego, czworogłowego biodra i ścięgna rozginaczy palców ręki. Kilaki ścięgien najprawdopodobniej tworzą się w ich pochewkach ze względu na obfitość naczyń, a nie w samym utkaniu ścięgien.

Kilaki ograniczone bywają wielkości ziarnka grochu do jaja kurzego, z początku twarde, mało ruchome.

Kilaki rozlane zajmują przeważnie znaczną przestrzeń ścięgna, tworząc jego zgrubienie.

Kilakom ścięgien towarzyszy zwykle obrzęk pochewki ścięgna lub sąsiedniego stawu. Mogą one przeobrazić się w tkankę łączną, zrastać się z sąsiednimi tkankami, powodując ograniczenie ruchu, mogą przepoić się solami wapiennymi lub, rozpadając się, przejść na skórę i wytworzyć wrzody głębokie.

Chrząstniaki, spostrzegane bardzo rzadko w ścięgnach, tem się różnią od kilaków, że zachowują znacznie dłużej od nich swą zwykłą spistość.

W *torebkach maziowych* kilaki występują rzadko i przeważnie późno. Przebieg bywa zwykle bardzo powolny, często trwa lata całe, wikłając się surowicznym wysiękiem do jamy torebki. Najczęściej ulega sprawie torebka stawu kolanowego.

Mięśnie bywają siedliskiem kilaków względnie rzadko. Przeważnie zdarzają się kilaki w mięśniach długich. Guzy najczęściej spotykamy w mięśniach poślądka, w mięśniu kapturowym, mostko — sutko — obojczykowym i trójgłowym uda, rzadziej w mięśniach warg, języka, podniebienia miękkiego, przepony, krtani i serca.

Kilaki rozlane widzimy przeważnie w mięśniach kończyn górnych, szczególnie zginających przedramię.

Kilaki rozwijają się zwykle powoli w miększu mięśnia przeważnie w towarzystwie umiarkowanych bólów. Skóra, położona w bliskości guzów, czerwieni się i nieco puchnie. Guzy przy macaniu wydają się twardymi i mogą być przesunięte tylko z mięśniami.

Ruchy odpowiednich kończyn bywają zwykle utrudnione i ograniczone, często nawet następuje stałe skurczenie kończyny.

Przebieg — powolny. Naciek może wessać się i zostać zastąpiony włóknistą tkanką łączną, powodującą skurczenie i osłabienie działania mięśnia; może on również otoczyć się rozrastającą się tkanką łączną i uleść serowatemu zwyrodnieniu.

Kilaki, leżące bezpośrednio pod skórą i błoną śluzową, mogą owrzodzić.

Rzadko bardzo ulega zwapnieniu kilak, a właściwie międzymięśniowa tkanka łączna.

Rozpoznanie, jeśli zważyć na wywiady i na obecność

innych zmian włóknistych, nie przedstawia zazwyczaj trudności. Należy zawsze mieć na uwadze nowotwory mięśni i ropnie.

Zwrodnienie skrobiowate i szkliste spotykamy niekiedy w mięśniach narządów wewnętrznych, najczęściej podczas rozwoju kilaków w najrozmaitszych narządach. Często zdarza się zanik mięśnia lub jego części skutkiem zajęcia odpowiedniej tętnicy, co powoduje zaburzenia w odżywianiu.

Układ nerwowy.

W układzie nerwowym mogą być zajęte: mózgowie, rdzeń kręgowy i nerwy obwodowe. W mózgu i rdzeniu schorzeniu ulegają naczynia, miąższ i opony, a w przebiegu nerwów przeważnie pochewki.

Niekiedy zmiany przechodzą z tkanek sąsiednich na układ nerwowy lub nawet oddziałują nań pośrednio, np. przez ucisk, będąc umiejscowione w tkankach sąsiednich, np. w kościach.

Zajęcie przymiotowe układu nerwowego najczęściej spotrząga się u osobników, obarczonych dziedzicznie, narażających się na częste przemęczenia fizyczne i umysłowe, zatrucia przewlekłe, przede wszystkim wyskokiem, urazy. Szczególniejsze znaczenie posiada częste i silne przemęczenie układu nerwowego, tak powszechne u osobników ze sfer inteligencji.

Mózgowie.

Zmiany w naczyniach mózgu rozpoczynają się przeważnie wcześniej, bo już w pierwszych dwóch latach przebiegu przymiotu, podczas gdy kilaki ograniczone i rozlane rozwijają się w tym samym czasie, co i w innych narządach.

Zmiany w naczyniach mogą być pierwotne lub też wtórne.

Przy pierwotnem zajęciu naczyń wytwarza się częściej nacieczenie rozlane, rzadziej ograniczone do samego utkania naczyń. Nacieczenia i rozrastająca się błona wewnętrzna naczyń zwęża, a nawet zamyka światło naczyń, powodując po-

czątkowo zaburzenia czynnościowe, a następnie zaburzenia w odżywianiu i rozmiękczenie mózgu.

Schorzenie kilowe naczyń w okolicach podstawy mózgu wywołuje ze względu na brak zespołań naczyniowych znacznie cięższe następstwa, niż w okolicach kory mózgowej, gdzie wyrównanie krążenia bywa łatwiejsze skutkiem licznych dróg łącznych.

Następczo naczynia zajęte bywają wtedy, gdy sprawa przechodzi na nie z tkanek sąsiednich, lub gdy zostają one uciśnięte.

Zmiany w mięszu mózgu nie różnią się od zmian, spostrzeganych w innych narządach.

Kilaki rozlane rozwijają się najczęściej w oponach mózgu; przeobrażają się one w tkankę włóknistą (sclerosis), wywołując zanik tkanek normalnych; zajmują zwykle nieznaczną przestrzeń. Niekiedy bywają zajęte wszystkie opony, nawet z przylegającymi okolicami mięszu mózgowego. Przy przeobrażeniu kilaka rozlanego w tkankę włóknistą, opona w odpowiednim miejscu grubieje, staje się biaława, włóknista, a mięsz mózgu więcej zbitym, ciemniejszego zabarwienia.

Kilaki ograniczone tworzą różnej wielkości guzy od ziarnka prosa do jaja kurzego.

W oponach umiejscawiają się one przeważnie w twarłowce, rzadziej w naczyniówce, a jeszcze rzadziej w pajęczynówce, i spostrzega się je najczęściej w półkulach i na podstawie mózgu około siodła tureckiego.

W mięszu mózgu kilaki ograniczone trafiają się również najczęściej w półkulach mózgowych, w okolicach, leżących najbliżej istoty korowej. Rozwijają się one bardzo powoli, wywołując w sąsiedniej tkance, jako ciało obce, objawy zapalne. Z czasem kilaki ograniczone mogą mięknać, tworząc masę nawpół płynną.

Przymiot mózgu nie posiada żadnego, znamiennego dla siebie objawu, częstość jednak występowania niektórych objawów, a także przebieg przedstawiają pewne charakterystyczne właściwości.

W przymiocie mózgu sprawa umiejscawia się znacznie częściej w korze półkuli mózgowych i u podstawy mózgu, niż wewnątrz mózgu. W korze mózgowej najczęściej ulegają cierpieniu ośrodki psycho — ruchowe, a przedewszystkiem

ośrodki dla ruchów mięśni kończyn i twarzy (porażenie połowicze), a także mowy. Niekiedy zdarzają się również napady padaczkowe (epilepsia Jacksona), obejmujące pewne części kończyn, albo pewne grupy mięśni.

Na podstawie mózgu ulegają porażeniu przeważnie okolicę szypulek mózgowych (pedunculi cerebri), skutkiem czego często występują zaburzenia w narządach ruchowych (n. oculomotorius i abducens) i zmysłowych oka. Co do nerwu okoruchowego (n. oculomotorius) należy zauważyć, że porażenia bywają przeważnie częściowe, np. porażenie tylko gałki, zaopatrującej dźwigacz powieki górnej, skutkiem czego następuje ptoza.

Przebieg przymiotu mózgu również przedstawia pewne właściwości. Często spostrzega się nagłe wystąpienie objawów ogólnych — rozlanych. Objawy te po pewnym przeciągu czasu ustępują, pozostają zaś zaburzenia ogniskowe. Czasami zaś od samego początku występują objawy porażenia ograniczonego, np. bezwład n. odwodzącego, bezwład jednej z kończyn lub afazya. Początkowo porażenia trwają krótko, niekiedy nawet po kilku minutach przechodzą. Następnie mogą one znów wracać, trwać dłużej, kojarzyć się z innymi i t. p.

Według schematu Fourniera, przyjętego następnie przez wielu badaczy, rozróżniamy następujące postacie kiły mózgu: 1) postać bólu głowy (forme cephalalgique) 2) p. nawalowa (f. congestive), 3) p. padaczkowa (f. convulsive ou epileptique), 4) p. afatyczna (f. aphasique) 5) p. psychiczna (f. mentale), 6) p. bezwładowa (f. paralytique).

1. *Bóle głowy* zjawiają się bez żadnej widocznej przyczyny u ludzi na pozór zupełnie zdrowych; wychodzą one z głębi czaszki i są połączone z uczuciem ucisku, ciężaru lub bicia młotem w czaszkę. Bóle mogą umiejscawiać się w każdej okolicy głowy; są one albo ograniczone albo rozlane. Te ostatnie mogą zajmować całą okolicę, np. czołową, skroniową lub kilka okolic odrazu.

Bóle głowy bywają przeważnie bardzo silne i nieraz wywołują zaburzenia psychiczne, np. niechęć do pracy, niezmierną drażliwość i gwałtowność w postępowaniu.

Bóle głowy wzmagają się zazwyczaj w nocy, trwają długo — kilka tygodni, miesięcy, ponawiają się często i nie-

kiedy bywają zapowiedzią częstszych postaci kiły mózgu, opisanych poniżej.

2. *Postać nawałowa* spostrzega się często i polega na niedostatecznym przyływie krwi do mózgu. Zaburzenia przy tej postaci bywają przelotne albo stałe. Do najczęstszych zaburzeń przelotnych należą zawroty głowy, niekiedy bardzo uporczywe, odurzenie wespół z osłabieniem czynności psychicznych, zboczenia wzroku i słuchu, zboczenia ruchowe, jak np. niepewność w ruchach, powolność mowy i przekręcanie wyrazów, zaburzenia w dziedzinie psychicznej, mniej więcej odpowiadające takim, jakie towarzyszą padaczkom małym.

Objawy powyższe z biegiem czasu występują częściej, stają się cięższe i mogą nawet przejść w stałe. Może również przejść postać nawałowa w poniżej opisane, jak np. padaczkową, psychiczną, bezwładową.

3. *Postać padaczkowa* występuje jako napad padaczki wielkiej lub małej. Spostrzega się ona dość często ze względu na upodobanie kilaków do umiejscawiania się w korze mózgu.

Objawy w padaczkowej postaci kiły mózgu są takie same, jak w padaczkowej zwykłej, jednak brakuje zwykle krzyku, którym przeważnie rozpoczyna się napad padaczki zwykłej; a znów po padaczkowej występują często porażenia. Poza tym w kilach często bardzo bywa tylko padaczka częściowa (epilepsie partielle), i chorzy pomiędzy napadami cierpią na objawy, znamionujące zajęcie mózgu, jak np. bóle głowy i zawroty, zboczenia umysłowe, zmysłowe, porażenia ruchowe, szczególnie połowicze i t. p.

4. *Postać afatyczna* występuje wskutek zajęcia ośrodka, mieszczącego się w tylnej trzeciej części trzeciego zwoju czołowego lewego, w którym bodziec psychiczny przechodzi na odpowiednie włókna ruchowe mowy. Często bardzo postać ta zjawia się wraz z porażeniem połowiczem strony prawej ze względu na bliskie sąsiedztwo ośrodka dla mowy z ośrodkiem dla ruchu strony prawej.

Również często obok afazy spotykamy agrafię, aleksję, i objawy postaci nawałowej, padaczkowej i t. p.

Sama tylko afaza rzadko spostrzega się jako jedyny objaw kiły mózgu i w takich razach trwa krótko — kilka mi-

nut do kilku godzin; przyczem nawroty zdarzają się często. Afazyza może być stałą i to w najrozmaitszym natężeniu.

5. *Zboczenia umysłowe* zdarzają się często w przebiegu kiły. Zależy to od skłonności kilaków do umiejscawiania się w istocie szarej półkul, szczególnie przednich płatów mózgowych. Ta postać występuje przeważnie równocześnie z innymi objawami kiły mózgu, rzadziej samoistnie.

Zboczenia umysłowe mogą rozwijać się powoli i są wtedy połączone z osłabieniem czynności psychicznych, jako to: pojętności, woli, lub powstają ostrzej wraz z objawami podniecenia.

Obłąd, rozwijający się powoli, objawia się brakiem logicznego związku między myślą a czynem, rzadko bywa ogólny (mania generalis), a przeważnie częściowy (monomania), niekiedy zaś występuje jako zaduma (melancholia), hypochondrya, urojenie, obłąd prześladowczy lub samobójczy.

Zboczenia umysłowe, występujące ostro i wraz z podnieceniem, mogą przyjmować wszystkie postacie obłądów, zaczynając od szaleństwa, a kończąc na niedołęstwie umysłowym (idiotismus).

Wogóle zboczenia umysłowe, występujące wskutek kiły mózgu, nie różnią się co do charakteru od zboczeń psychicznych nieprzymiotowych.

6. *Porażenia* rzadziej rozpoczynają kiłę mózgu, stanowiąc pierwszy jej objaw, częściej zaś są poprzedzane przez objawy innych postaci kiły mózgu. Najczęściej ulegają porażeniu nerwy czaszkowe, a z pomiędzy nich nerwy ruchowe oka: n. oculomotorius i abducens, najrzadziej nerw błoczkowy (n. trochlearis). Porażeniu mogą ulegać tylko niektóre gałązki nerwu. Występuje ono zwykle nagle w przeciągu kilku godzin, rzadziej zwolna w przeciągu kilku albo kilkunastu miesięcy.

Nerw wzrokowy ulega dość często porażeniu, powodując zależnie od stopnia — niedowidzenie do zupełnej ślepoty. W razie porażenia tego nerwu powstaje zaczerwienienie, obrzmienie tarczy nerwu i utrata ostrości jej granic, rozszerzenie żył, zwężenie tętnic, wynaczynienia wzdłuż naczyń żylnych w tarczy i w siatkówce; z czasem następuje zanik nerwu, który się objawia zbieleniem tarczy i zwężeniem tętnic.

Niekiedy zdarza się porażenie połowy twarzy; bywa ono zazwyczaj lekkie, prędko przemija i pochodzi skutkiem porażenia nerwu twarzowego.

Rzadziej, niż poprzednie nerwy, ulegają porażeniu pozostałe nerwy czaszkowe.

Monoplegie występują często w kile mózgu i nieraz jako pierwszy jej objaw; bywają one albo niezupełne i przelotne, albo zupełne i trwałe.

Najczęstszym, a zarazem najcięższym objawem postaci bezwładowej są porażenia połowicze. Szczególniej przed 45 rokiem występujące porażenie połowicze wzbudza zawsze podejrzenia co do kiły. Bywają one bezpośrednie, gdy są wywołane przez kilak mózgu, i pośrednie — wskutek zmian w naczyniach krwionośnych mózgu.

Porażenia bywają często poprzedzane przez inne objawy zajęcia mózgu, jako to: gwałtowne bóle głowy, zawroty, mrowienie, ogólne osłabienie; rzadziej zaś występują porażenia nagle bez jakichkolwiek zwiastunów.

W porażeniach połowicznych, rozwijających się powoli (hemiplegia progressiva), zjawia się zazwyczaj przedewszystkiem osłabienie jednej połowy ciała, wzmagają się ono stopniowo i po jednym lub kilku dniach kończy się bezwładem. Porażeniom, nagle występującym, towarzyszy niekiedy utrata przytomności.

Rozpoznanie porażen kilowych, powstających powoli, nie napotyka zwykle trudności ze względu na charakterystyczne bóle głowy, napady padaczkowe, a szczególnie padaczkę częściową, ze względu na niezupełność porażenia i jego powolne powstawanie bez utraty przytomności, przyłączanie się porażen mięśni ocznych i t. p.

Powyżej przedstawione ugrupowanie postaci kiły mózgu według Fourniera rzadko się jednak zdarza w postaci typowej. Objawy rozmaitych postaci łączą się przeważnie z sobą, lub występują niewyraźnie, mogą być również skomplikowane skutkiem zajęcia rozmaitych okolic mózgu, a często występują w połączeniu z objawami zajęcia rdzenia. Czasami też przymiot mózgu przebiega od samego początku pod postacią innych cierpień, jak np. porażenia opuszkowego (paralysis bulbaris), płasawicy, cukrzycy i t. p.

Przebieg kiły mózgu bywa zwykle powolny i trwa przeciętnie 2 lata; wyjątkowo tylko cierpienie to przebiega szyb-

ko lub skokami. Przebieg zależy, naturalnie, od zmian anatomicznych, które mogą się rozszerzać lub też pozostają umiejscowione. Porażenia tworzą przeważnie postać ogniskową ograniczoną, która się nie zmienia, podczas gdy padaczkowa, afatyczna, psychiczna zwykle się z czasem potęgują i uogólniają.

Chorzy ze zboczeniami ruchowymi lub psychicznymi mogą żyć lata, jeśli nie nastąpi porażenie ośrodków, niezbędnych do życia. Śmierć może nastąpić również skutkiem zmian następczych, jak udar, lub skutkiem chorób przypadkowych, dla których osłabiony organizm staje się bardzo podatnym, np. dla zapalenia płuc lub tyfusu.

Kiła mózgu może zakończyć się wyzdrowieniem niezpełnym z pozostawieniem pewnych zboczeń ruchowych, zmysłowych lub umysłowych. Może nastąpić również wyzdrowienie zupełne, które zależy prawie zupełnie od odpowiedniego leczenia, rozpoczętego w samym początku cierpienia.

Leczenie może usunąć zupełnie wszystkie lub niektóre objawy, niekiedy zaś tylko zwalnia rozwój i przebieg cierpienia. Zależy to głównie od tego, czy nastąpiły już zmiany wtórne, jak zniszczenie bezpowrotne ośrodków mózgowych w postaci ognisk rozmiękczenia lub przekształcenia się tkanki mięszowej w tkankę łączną.

Zboczenia ruchowe zwykle łatwiej całkowicie lub częściowo ustępują porażeniom, podczas gdy zaburzenia psychiczne, szczególnie rozpoczynające się nie podnieceniem lecz powolnym osłabieniem władz umysłowych, stawiają znacznie większy opór.

Na ogólny stan chorych kiła mózgu przeważnie nie wpływa, niekiedy jednak wywołuje niedokrewność i osłabienie ogólne.

Kiła mózgu posiada skłonność do nawrotów.

Rdzeń kręgowy.

Kiła rdzenia kręgowego należy do schorzeń częstych i wczesnych, gdyż w większości przypadków występuje w pierwszym czteroleciu przebiegu choroby. Mężczyźni ulegają temu cierpieniu 10—15 razy częściej, niż kobiety.

Sprawa umiejscawia się przeważnie jednocześnie w oponach i w rdzeniu; najstalszem i najbardziej charakterystycznym jednak zjawiskiem jest zajęcie naczyń.

Zmiany w tętnicach spostrzega się często, znacznie częściej jednak w żyłach; doprowadzają one niejednokrotnie do zamknięcia światła, co powoduje zaburzenia w odżywianiu i nawet rozmiękczenie rdzenia. Zamknięcie naczyń powodują niekiedy i sprawy wewnątrznaczyniowe, jak tworzenie się zatorów, ich organizacja i zwyrodnienie następcze.

Spostrzegamy zwyrodnienie szkliste żył i zwyrodnienie serowate, szczególnie w pobliżu kilaków. Szczególniej często ulega zmianom żyła rdzeniowa tylna.

W oponach bardzo często rozwijają się kilaki rozlane, które się przeobrażają w tkankę włóknistą.

Kilaki w oponie twardej mogą pochodzić albo z kręgosłupa, częściej jednak rozszerzają się od podstawy mózgu na górną część opon rdzeniowych, mogą również rozpoczynać się w okolicach kręgów grzbietowych i lędźwiowych, mogą zresztą obejmować całą oponę.

Kilaki w oponie rdzeniowej miękkiej zajmują przeważnie tylko część opony, mogą jednak rozszerzyć się na całą. Z miękkich opon sprawa bardzo często przechodzi na sam rdzeń. Oddziałują głównie ucisk mechaniczny i upośledzone odżywianie elementów nerwowych: pewna część naczyń układu wieńcowego staje się niedrożną, skutkiem czego następuje zwyrodnienie warstwy obwodowej rdzenia, nie dochodzi ono jednak prawie nigdy do warstwy włókien nerwowych, otaczających substancję szarą, a tembardziej do samej substancji szarej, odżywianej przez tętnicę środkową.

Kilaki ograniczone i rozlane mogą umiejscawiać się w samym mięszu rdzenia; ograniczone bywają różnej wielkości od prawie niewidzialnych gołym okiem do wielkości jaja gołębiego i więcej.

Kilaki rozlane mogą obejmować znaczną przestrzeń rdzenia.

Od umiejscowienia się kilaków w mięszu rdzenia zależą i objawy kliniczne. Kilaki rozlane, obejmujące części tylne rdzenia, wywołują rzekomy wiał rdzenia przymiotowy (pseudotabes syphilitica), kilaki w drogach bocznych powodują objawy stwardnienia bocznego pierwotnego (sclerosis

lateralis syphilitica), a zajęcie rogów przednich wywołuje objawy zaniku mięśniowego postępującego rdzeniowego (poliomyelitis syphilitica).

Mogą również występować objawy współczesnego zajęcia mózgu i rdzenia, np. stwardnienie wielogniskowe przymiotowe (sclerosis disseminata cerebrospondinalis syphilitica) i objawy rozlanego zajęcia przymiotowego rdzenia wraz z wiałdem rdzenia.

Objawy kiły rdzenia nie różnią się prawie od objawów zapalenia rdzenia (myelitis). Jak i w zapaleniu występują typy choroby odpowiednio do umiejscowienia sprawy. Najczęściej umiejscawia się ona w części grzbietowej, rzadziej w lędźwiowej i szyjowej, obejmując zwykle całą grubość rdzenia.

Przebieg kiły rdzenia pacierzowego bywa ostry, podostry i przewlekły.

W postaci ostrej często bywa brak gorączki pierwotnej, t. j. wywołanej nie przez powikłania. Przebieg jest o tyle dla przymiotu charakterystyczny, że następują silne wahania w natężeniu objawów ze strony ścięgien, źrenicy, czucia, czynności płciowych i zwieraczy.

Znacznie częściej spostrzega się postać przewlekłą. Z początku zjawiają się zwykle silne bóle w krzyżu lub w pasie. Bóle te trwają przeważnie długo, obostrzając się w nocy. Niekiedy objawy kiły rdzenia rozpoczynają się od utrudnionego oddawania moczu lub osłabienia w dolnych kończynach. Następnie zaczynają się przyłączać do powyższych coraz to nowe objawy. Zwykle po miesiącach, a nawet latach dochodzi do porażenia kurczowego kończyn dolnych z zaburzeniami czucia i czynności zwieraczy.

W przebiegu przymiotu rdzenia często spostrzegamy objawy mózgowe; niekiedy przeważają one wyraźnie.

Zwykle występują najprzód objawy mózgowe, a po pewnym czasie — paru miesiącach lub latach przyłączają się objawy ze strony rdzenia pacierzowego. Niekiedy jednak sprawa przebiega odwrotnie.

Przymiot rdzenia może zakończyć się śmiercią skutkiem zajęcia ośrodków oddechowych lub rdzenia przedłużonego. Większe jednak niebezpieczeństwo grozi życiu chorego skutkiem odleżyn lub zajęcia dróg moczowych, które mogą spowodować zatrucie ropno-gnilne organizmu.

Zwykle po jakimś czasie następuje polepszenie. Zupełne wyzdrowienie prawie wyłącznie zależy od leczenia wcześniej i należyście przeprowadzonego.

Zajęcie części szyjowej rdzenia ma zwykle przebieg najcięższy; mniej ciężki bywa przy zajęciu lędźwiowej i krzyżowej, a jeszcze lżejszy przy zajęciu grzbietowej środkowej.

Cierpienie to posiada skłonność do nawrotów.

Nerwy.

Nerwy w przebiegu swoim mogą ulegać porażeniu następczo skutkiem oddziaływania spraw kiłowych w sąsiedztwie, jak np. od ucisku przez guzy kostne. Niekiedy sprawa w utkaniu nerwów może występować pierwotnie. Zdaje się jednak, że i tutaj umiejscawia się ona głównie w oponach, oddziałując wtórnie na miąższ nerwu. Częściej spostrzegamy zmiany w nerwach czaszkowych, szczególnie twarzowym, rzadziej w nerwach, wychodzących z rdzenia. Objawy zależą od czynności porażonego nerwu (ruchowy, czuciowy, odżywczy).

Wielu autorów uważa wiađ rdzenia (tabes dorsalis) i porażenie postępujące (paralysis progressiva) za choroby poprymiotowe — parasyfilityczne. Istotnie mniej więcej w 80% przypadków wiađu rdzenia chorzy przechodzili przymiot, a z pozostałej liczby jeszcze należy przyłączyć takich, którzy o swym syfilisie nic nie wiedzieli.

Erb na 1100 (1905 r.) przypadków wiađu rdzenia stwierdził w wywiadach przymiot w 89,45%, Gajkiewicz na 400 przypadków 90%, Hirt na 319 — 92%, Fournier na 249 — 93%.

Również u chorych na porażenie postępujące stwierdzono w wywiadach znaczną bardzo odsetkę zarażonych przymiotem. Rumpf 66%, Mendel 75%, Snell 75%, Hirschl 81%, Minor 86%, Houglery m. w. 86,9% Dengler 93%, Régis 94% i t. d. W każdym razie należy przyjąć, iż przymiot w pochodzeniu

wiądu rdzenia i porażenia postępowego odgrywa jeśli nie wyłączną, to w każdym razie dominującą rolę. Należy dodać, iż z pomiędzy dotkniętych wiałem rdzenia i porażeniem postępującem, a zakażonych poprzednio przymiotem, lwią część nie leczyła się na przymiot wcale lub przechodziła leczenie bardzo niedostateczne. To też można zaznaczyć, iż zazwyczaj tylko przymiot zaniedbany przygotowuje glebę do rozwoju tych poprzymiotowych chorób.

Narządy zmysłów.

Wszystkie narządy zmysłów mogą ulegać większym lub mniejszym zmianom podczas okresu trzeciorzędowego.

Oko bywa zajęte bardzo często.

Na łącznicy kilaki zdarzają się rzadko, również bardzo rzadko spostrzegamy je w utkaniu twardówki i rogówki.

Zapalenie miąższowe rogówki bywa daleko częściej w przymiocie wrodzonym, niż w nabytym.

Rzadko bardzo tworzą się kilaki na brzegu źrenicznym albo rzęskowym tęczówki lub wreszcie w utkaniu jej pomiędzy obu brzegami. Wyjątkowo tylko formują się pierwotnie kilaki w utkaniu ciała rzęskowego (corpus ciliare). Częściej zaś sprawa przenosi się z tęczówki na ciało rzęskowe i na naczyniówkę, wywołując zapalenie, nie różniące się od zwykłego zapalenia.

Niekiedy udaje się w głębi oka dostrzedz kilak, który spowodował zapalenie naczyniówki i męty w ciele szklistem.

Naczyniówka bywa zajęta m. w. w $\frac{1}{4}$ wszystkich syfilitycznych spraw oka, a według Schnabel'a i Schenke'go 20% — 35% wszystkich schorzeń naczyniówki powstaje na gruncie przymiotu. Mogą one samoistnie i bez zmian tęczówki i siatkówki wystąpić. Widzimy wtedy na dnie oka za pomocą wziernika plamki, porozrzucane lub skupione gromadkami w postaci okrągłej lub podłużnej, barwy żółtawej, niebieskawej lub białej, otoczone przeważnie obwódką barwikową. Plamki powyższe spostrzegamy po większej części

w okolicy plamki żółtej (chorioiditis exsudativa disseminata); niekiedy wysięk obejmuje większą część naczyniówki, i wtedy dno oka bywa jednostajnie żółtawe lub szarawo-białe z nagromadzonymi miejscami barwnikiem. Zapalenie naczyńki upośledza wzrok, gdyż w następstwie zanikają czułe na światło elementy siatkówki, tembardziej, iż cierpienie posiada wielką skłonność do nawrotów; odpowiednie leczenie jednak może usunąć zupełnie złe skutki.

Przeważnie współcześnie z zajęciem naczyniówki spotykamy i zajęcie siatkówki, niekiedy zaś zjawia się ono samodzielnie. Objawy przymiotowego zapalenia siatkówki są takie same, jak i zwykłego, tylko nieco słabiej może wyrażone. Czasami zdarza się tak zwana retinitis centralis recidiva (Graefe), przy której nagle powstaje i szybko znika zamglenie okolicy plamki żółtej. Powtarza się ono wielokrotnie i doprowadza do zupełnego ściemnienia zajętego miejsca. Rokowanie zależy od odpowiedniego leczenia.

Cierpienie nerwu wzrokowego wynosi m. w. $\frac{1}{6}$ — $\frac{1}{5}$ wszystkich przymiotowych cierpień oka.

Może ono powstać skutkiem zajęcia pochewki nerwu (perineuritis) lub utworzenia się kilaka w utkaniu nerwowym (neuritis interstitialis). Objawy tego cierpienia nie różnią się od rodzimego zapalenia nerwu wzrokowego: przekrwiona tarcza staje się ciemniejszą, a granice jej niewyraźne, tętnica środkowa węższa, a żyły szersze. Tylko odpowiednie leczenie chroni od zaniku nerwu wzrokowego, a z nim i ślepoty.

Nerw wzrokowy bywa zajęty w połowie prawie przypadków przymiotu mózgu. Najczęściej kilaki mózgu sprowadzają tylko tarczę zastoinową. Skutkiem zwiększenia ciśnienia śródczaszkowego ciecz z pod opon mózgowych zostaje wyparta do przestrzeni międzypochewkowych nerwu wzrokowego, uciska sam nerw i utrudnia przyływ krwi tętniczej i odpływ żylny. Tarcza wtedy staje się obrzmiałą, szarą albo szarawo-czerwoną, a skutkiem zamglenia brzegów wydaje się powiększoną; tętnice—zwężone, a żyły rozszerzone, pozakręcone, miejscami przysłonięte, jakby poprzerywane. Odpowiednie leczenie wpływa zwykle szybko na usunięcie objawów tarczy zastoinowej.

Skutkiem zajęcia naczyń krwionośnych po za oczodołem np. w okolicy skrzyżowania się nerwów wzrokowych, zda-

rzają się czasowe zaburzenia wzroku (niedowidzenie i ślepoty) bez widocznych zmian na dnie oka. Takie czasowe zaburzenia mogą koniec końców doprowadzić do zaniku nerwu wzrokowego.

Często (m. w. $\frac{1}{6}$ — $\frac{1}{5}$ wszystkich przymiotowych cierpień oka) spotykamy porażenie mięśni ocznych (abducens i oculomotorius), a szczególnie ich bezwład. Zjawienie się tych objawów w młodym lub średnim wieku powinno zawsze wzbudzać podejrzenia odnośnie przymiotu.

Narząd *słuchu* ulega zmianom rzadziej, niż narząd wzroku.

W przewodzie zewnętrznym spostrzegamy niekiedy kilaki, które, rozpadłszy się, tworzą owrzodzenia rozmaitej wielkości i wywołują objawy zapalenia ucha zewnętrznego.

W przewodzie kostnym formują się kostniaki i zgrubienia kości, które mogą nawet uczynić przewod nieodróżnym i spowodować głuchotę. W trąbce Eustachiusza spostrzegamy na błonie śluzowej kilaki, wywołujące upośledzenie słuchu. Sprawa może przejść aż do jamy bębnekowej, powodując ból, upośledzenie słuchu i wywołując zmętnienie błony bębnekowej. Kilaki na błonie bębnekowej mogą spowodować jej przedziurawienie, rozluźnienie kostek słuchowych, zniszczenie osłony okienka okrągłego i owalnego, a nawet próchnienie kostek słuchowych i kości skalistej. Może również nastąpić przerost błony bębnekowej i zgrubienie kostek słuchowych, co powoduje upośledzenie słuchu. Zmiany w błędniku mogą spowodować utratę równowagi, a zmiany w nerwie słuchowym zupełną głuchotę.

Upośledzenie lub utrata *węchu* spotyka się najczęściej przy kilakach w błonie śluzowej nosa. Doprowadzają one do owrzodzeń, a nawet do zniszczenia kości i chrząstki, stanowiących rusztowanie nosa. Pociąga to za sobą silne zniekształcenie nosa i twarzy. Po większej części sprawa rozpoczyna się w kości, na miejscu przejścia w chrząstkę, a dopiero wtórnie ulega jej błona śluzowa.

Całkowita lub częściowa utrata węchu może również zależeć od zajęcia samych nerwów węchowych.

Smak może być naruszony skutkiem zajęcia odpowiedniej gałązki nerwu językogatardłowego i struny bębnekowej (chorda tympani), która według jednych znajduje się w zwią-

ku z nerwem twarzowym, a według innych z nerwem trójdzielny lub językowogardłowym; *dotyk* bardzo często ulega zmianom skutkiem zajęcia nerwów czuciowych lub ich osrodków, jak to już poprzednio wyłuszczyliśmy.

Układ krwionośny.

W okresie trzeciorzędowym zmianom ulegają głównie serce i naczynia, nieznacznie zaś tylko skład krwi.

Opisy zmian syfilitycznych w *sercu* datują się od czasów Ricorda. Zmiany te spotykają się względnie rzadko, gdyż Mracek w swej wyczerpującej pracy zebrał wszystkiego 102 przypadki, z liczby których tylko 61 oznaczył jako pewne, a Fournier na 4,400 przypadków przymiotu trzeciorzędowego obserwował tylko 7 w sercu. Zmianom kiłowym ulega osierdzie (*pericarditis syphilitica*), mięsień sercowy (*myocarditis syphilitica*) i śródserdzie (*endocarditis syphilitica*).

Na błonie osierdzia spotykamy kilaki nadzwyczaj rzadko; posiadają one wielkość nieznaczną: ziarnka prosa — soczewicy; częściej grubieje błona osierdzia (*pericarditis membranosa*) w miejscach, pod którymi leżą kilaki mięśnia sercowego.

W mięśniu sercowym kilaki tworzą guzy wielkości soczewicy — jaja gołębiego i większe: świeższe koloru czerwono-żółtawego, a starsze — szaro-żółtego, dość twarde, serowato przeobrażone, postaci okrągłej albo nieregularnej. Wyrastają one z tkanki międzymięśniowej i, powodując w odpowiednim miejscu zanik mięśnia sercowego, mogą się wypuklać w jamę serca lub osierdzia. Kilaki umiejscawiają się w różnych okolicach serca, częściej w lewej komorze, niż w prawej, zdarzają się one również w ściankach przedsionków, w przegrodach komór i t. p. Przeważnie spotykają się pojedynczo. Obok kilaków odgraniczonych znajdujemy zwykle kilaki w postaci rozlanego nacieczenia (*myocarditis diffusa*). Kilaki rozlane przeobrażają się w tkankę łączną w formie białych ścięgnistych blizn wśród miąższu mięśniowego. Obok tych blizn spotykamy zwyrodnienie tłuszczowe włókien mięśnia, a również jego przerost.

Objawy przy kilakach mięśnia sercowego nie różnią się od objawów przewlekłego zapalenia mięśnia. Najczęściej spotykamy nieregularne tętno, bicie serca, duszność, ból, sinicę. Przy przeroście mięśnia sercowego wymiary opukowe są powiększone; niekiedy można wysłuchać szmery, a zazwyczaj głucho tony. Brak wyróżniających cech kiłowego zajęcia mięśnia sercowego zazwyczaj niepomyślnie się odbija na rokowaniu, gdyż często nie może być zastosowane odpowiednie leczenie z powodu nienależytego rozpoznania. Przy kilakach serca śmierć przeważnie następuje nagle, częściej skutkiem duszności ostrej, a rzadziej przewlekłej. Kilaki rozmiękłe mogą również pęknąć i opróżnić swą zawartość do jamy sercowej, powodując tętniaki serca i zatory w naczyniach ze wszelkimi ich następstwami.

W śródserdziu zmiany występują w postaci kilaków i ich następstw: owrzodzeń i zgrubień, i mogą być pierwotne lub wtórne skutkiem przejścia sprawy z mięśnia sercowego; spotykają się w całym sercu, lecz najczęściej w śródserdziu lewej komory. Liczba i wielkość kilaków bywa różna, nie dosięgają one jednak takiej wielkości, jak w mięśniu sercowym. Objawy tego cierpienia nie różnią się od objawów, towarzyszących przewlekłemu zapaleniu śródserdzia. Kilaki śródserdzia przedstawiają wielkie niebezpieczeństwo dla chorego, gdyż powodują powstawanie skrzepów, które, rozpadając się, wywołują zatory i skrzepy w naczyniach.

Naczynia, szczególnie drobniejsze, ulegają zmianom bardzo często.

W tętnicach, jak i w sercu, rozróżniamy zajęcie włókniste, inaczej sklerotyczne, i kilakowe.

Kilaki tętnic spostrzegamy rzadziej, niż sklerozę.

Kilaki wielkości ziarnka prosa, lub nieco większe widzimy pojedynczo, niekiedy zaś w większej liczbie; znajdujemy je w błonie zewnętrznej, choć mogą się zdarzać w błonie środkowej, a nawet wewnętrznej. Włókniste zajęcie tętnic rozpoczyna się, jak zazwyczaj, od rozlanych nacieków.

Większe tętnice, jak aorta, tętnica płucna, ulegają przeważnie zmianom ogniskowym, podczas gdy w tętnicach mniejszych spostrzegamy zazwyczaj zmiany rozlane na całym obwodzie naczynia.

Na przecięciu zajętych tętnic widzimy, iż ścianka ich

jest zgrubiała, twarda. Na wewnętrznej powierzchni spostrzegamy wyniosłości, które w początkowym okresie posiadają wygląd szaro-biały, galaretowaty, przezroczystawy; starsze zaś ogniska tworzą płaskie żółtawe, twarde bliznowate zgrubienia. Pomiędzy nimi widzimy często małe ubytki tkanki wielkości łepka szpilki z dnem głąbokiem, brzegami podrytymi. Z zagłębień tych można wycisnąć żółtawą miąsgowatą masę. W zajętych miejscach, skutkiem odkładania się soli wapiennych, ścianka naczynia może zupełnie utracić swoją elastyczność. Niekiedy dochodzi aż do zupełnego zamknięcia światła naczynia tak, iż tętnica przedstawia się, jako okrągły, cienki szarawo-biały sznur. W innych zaś razach ścianka tętnicy może ulegać tętniakowemu rozszerzeniu. Kilaki i sklerozę spostrzegamy niekiedy w aorcie, w tętnicy płucnej, podobojczykowej, biodrowej, podkolanowej, bardzo zaś często w tętnicach mózgu, serca, wątroby kiszek, śledziony, nerek i t. p. Oprócz pierwotnych zmian tętnic bywają i wtórne skutkiem oddziaływania na tętnicę kilaków, kostniaków i t. p. z sąsiedztwa.

Objawy zbroceń kiłowych w tętnicach bywają różne. Zależą one nietylko od nasilenia sprawy; lecz głównie od umiejscowienia tętnicy. Zajęcia wieńcowych tętnic serca sprowadzają zwyrodnienie i martwienie mięśnia sercowego, a więc rozmiękczenie mięśnia, krwawe wylewy i zawały, powodując osłabienie działalności serca. Zmiany w aorcie doprowadzają do tętniaków śródściennych. Welch twierdzi, iż z pomiędzy tętniaków aorty 50% powstaje na gruncie przymiotu. Etienne podaje tę liczbę nawet na 70%. Najczęściej spostrzegamy tętniaki aorty wstępującej, łuku i aorty zstępującej piersiowej, rzadziej zaś tętniaki aorty brzusznej. Wielkie niebezpieczeństwo przedstawiają często spotykane zmiany w tętnicach mózgu. Całkowite zarośnięcie tętnicy szyjowej powoduje silne bóle głowy, napady zbliżone do padaczkowych, osłabienie wszystkich czynności mózgu, a nakoniec śpiączkę i śmierć. Zmiany w samych tętnicach mózgowych wywołują bóle głowy, potęgujące się w nocy, zawroty głowy, bezsenność, zbroczenia psychiczne i zmysłowe, następnie zjawia się napad apoplektyczny, sprowadzający połowiczny niedowład lub porażenie. Rokowanie, o ile nie przedsiębrano zawczasu odpowiedniego leczenia, bywa zawsze groźne. Szczególniej wielkie niebezpieczeństwo grozi wtedy, gdy

chorzy, po napadzie apoplektycznym są pogrążeni w silnej śpiączce. Zarośnięcie tętnic w dużych kończynach, jak to spostrzegają wielu autorów (m. w. 100 przypadków), a pomiędzy nimi Elsenberg, Szadek, Bełkowski i Otto, doprowadza do zgorzeli kończyn. Zwyródnienie skrobiowate tętnic widujemy często w kile. Rzadziej spotyka się stłuszczenie.

Żyły duże ulegają zmianom rzadko. Spotykano kilaki w żyłę biodrowej (vena femoralis), w żyłę podskórnej odstrzałkowej (v. saphena ext.) w ż. szyjnej (v. jugularis) i t. d., spostrzegano również ograniczone zgrubienia i stwardnienia ścianek większych żył. Żyły mniejsze, szczególnie wątroby, mózgu i rdzenia pocierzowego ulegają zmianom bardzo często. Zmiany te w ogólnych zarysach nie różnią się od opisanych poprzednio w tętnicach.

Śledziona ulega zmianom przeważnie współcześnie z innymi wewnętrznymi narządami, a głównie z wątrobą. Najwięcej sprzyja rozwojowi tego cierpienia zajęcie poprzednie śledziona przez inną chorobę, a głównie malaryę.

W śledzienie spotykamy ograniczone kilaki i rozlane nacieczenia.

Kilaki ograniczone posiadają wielkość ziarna konopi — orzecha laskowego, mieszczą się przeważnie blisko powierzchni. Świeże kilaki odznaczają się szaro-czerwonawym zabarwieniem i spoistością twardszą od sąsiedniej tkanki. Starsze i większe kilaki, ulegające już serowatemu zwyródnieniu, przyjmują szaro-żółtawe zabarwienie.

Rozlana sprawa spotyka się w dwóch postaciach: 1) postać miękka, inaczej miąższowa, gdy głównie powiększa się liczba limfatycznych ciałek miazgi śledziona, 2) postać twarda, międzymiąższowa, inaczej marskość śledziona, gdy skutkiem wytwarzania się bliznowaciejącej tkanki łącznej zanikają grudki limfatyczne; niekiedy podczas przebiegu tej sprawy w śledzienie tworzą się w niej płyty, oddzielone od siebie głąbokimi brózdami.

Torebka śledziona często bywa zgrubiała, silnie przylegająca i może nawet zrastać się z sąsiednimi narządami.

Skrobiowate zwyródnienie występuje przeważnie u osobników wycieńczonych.

Układ oddechowy.

W układzie oddechowym bywają zajęte krtani i tchawica, oskrzela, płuca i nawet opłucna.

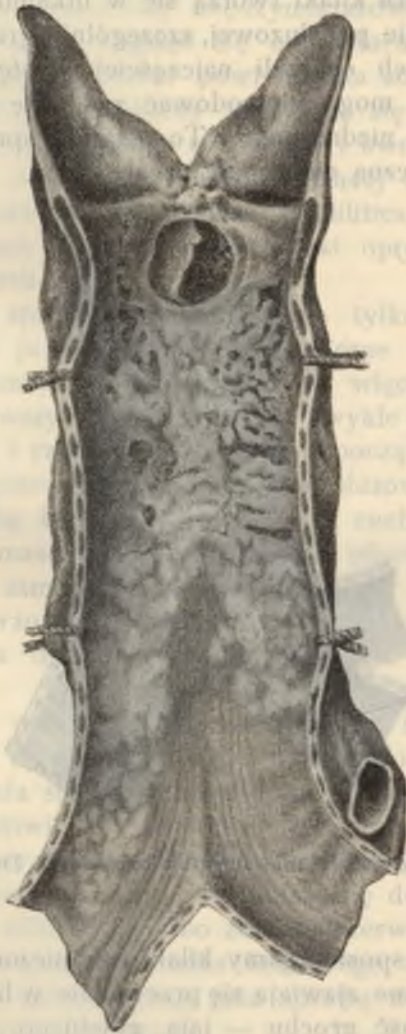
W *krtani* kilaki (rys. 28) umiejscawiają się najczęściej na zewnętrznej powierzchni nagłośni, na zewnętrznych fałdach i tylnych chrząstkach. Spostrzegamy tam kilaki wielkości grochu—orzecha laskowego, a nawet większe, zazwyczaj umiejscowione w mięszu błony śluzowej. Kilaki, rozpadając się, tworzą owrzodzenia, często bardzo głębokie. W krtani, szczególnie na błonie śluzowej nagłośni, widzimy również wrzody czolągające. Niekiedy wrzody wypełniają się nadzwyczaj obficie bującą ziarniną. Owrzodzenia, drążące wgłąb, mogą spowodować zapalenie ochrzęstnej, obumarcie chrząstki i jej wydzielenie. Owrzodzenia, gojąc się, pozostawiają po sobie blizny, które często przyjmują postać gwiazdową. Objawy, wywołane przez kilaki, nie są znamienne. Zajęcie więzadeł prawdziwych powoduje bezgłos, chrypkę i kaszel. Kilaki na nagłośni, fałdach, chrząstkach nalewkowych i więzadłach gardzielo-nagłośniowych sprawiają zwykle bolesność i utrudnione połykanie. Często owrzodzeniom, szczególnie głębszym, towarzyszy puchlina, która wywołuje duszność, a może nawet spowodować śmierć.

Owrzodzenia gruciczne bardzo często są nadzwyczaj zbliżone do owrzodzeń kiłowych. Owrzodzenia gruciczne ze szczególnym upodobaniem umiejscawiają się na przedniej powierzchni tylnej ściany krtani, na tylnych częściach więzadeł, za wyrostkiem głosowym i na guzie nagłośniowym. Bywają one zwykle płytkie, posiadają często postać szczelinowatą, zygzakowatą, dno ziarniste, brzegi naciekle, żółte guziki w sąsiedztwie. Przytem jednocześnie spotykamy zmiany gruciczne w innych narządach, jak w płucach, jądrach, w gruczole krokowym.

Owrzodzenia rakowe umiejscawiają się najczęściej na górnych więzadłach głosowych po stronie lewej, bywają zwykle głębokie z dnem grubo ziarnistym, łatwo krwawiącym, różowo-żółtem, lub brunatnym.

W *tchawicy* kilaki (rys. 28) spostrzegamy przeważnie blisko jej rozdwojenia (bifurcatio); często występują one wspólnie ze

zmianami w oskrzelach i w krtani. Objawy przy zajęciu tchawicy zjawiają się niekiedy bardzo późno w postaci kaszlu i duszności. Niebezpiecznym następstwem kilaków tchawicy

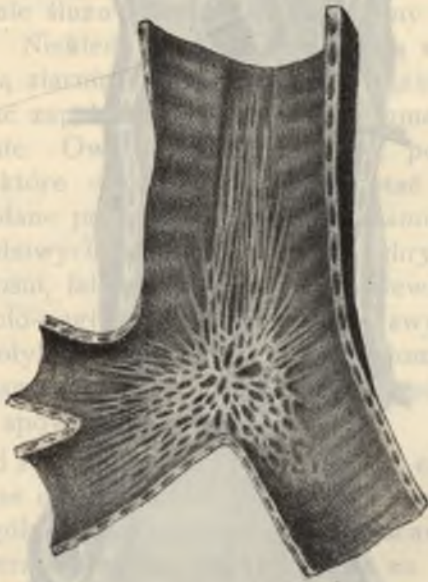


Rys. 28. (Z dyagnostyki anatomo-patologicznej Z. Dmochowskiego).

wicy bywają zwężenia jej, szczególnie przy kilakach rozlanych. Blizny, powodujące zwężenia, mogą posiadać postać pierścienia, gwiazdy, (rys. 29), kratki lub drabinki sznurowej.

Jeszcze większe niebezpieczeństwo grozi od przedziurawienia tchawicy do łuku aorty (Wilk), tętnicy płucnej (Gerhardt, Kelly), do żyły głównej (Tourner), do żyły bezmiennej lewej (Stöcklin, Verneuil).

W oskrzelach kilaki tworzą się w utkaniu błony śluzowej, lub w błonie podśluzowej, szczególnie grubszych oskrzeli. Przy kilakach oskrzeli najczęściej występuje duszność i kaszel. Kilaki mogą spowodować zwężenie oskrzeli, a nawet zupełną ich niedrożność. To ostatnie sprowadza zarosnięcie tkanką łączną nieczynnej części płuca.



Rys. 29. (Z dyagnostyki anatomo-patologicznej Z. Dmochowskiego).

W płucach spostrzegamy kilaki ograniczone, lub rozlane. Kilaki ograniczone zjawiają się przeważnie w liczbie mnogiej, posiadają wielkość grochu — jaja gołębiego, umiejscawiają się przeważnie w średnim płacie płuca prawego, rzadziej w dolnym płacie płuca lewego, a najrzadziej w szczytach.

Kilaki rozlane zajmują z upodobaniem te same miejsca, co i kilaki odgraniczone i spotykają się współcześnie z nimi. Kilaki rozlane najbardziej niszczą utkanie płucne, gdyż wytwarzająca się tkanka łączna uciska i doprowa-

dza do zaniku pęcherzyki płucne. Nacieczenia rozlane powodują głównie bujanie tkanki okołoskrzelowej (peribronchialis — Virchow, Ramdohr, Pawlinow, Brissaud), mogą doprowadzić do stwardnienia części płuc (cirrhosis). Tworzą się blizny, jak w wytwórczej międzymięszkowej pneumonii. Blizny mogą również ciągnąć się od opłucnej i od wnęki płuca w głąb jego, przyczem powierzchnia staje się bardzo nierówna, zrazowata. Niekiedy spotykają się współcześnie kilaki ograniczone, ulegające rozpadowi i owrzodzeniu, i nacieczenia rozlane z bujaniem bliznowaciejącej tkanki łącznej. Wywołuje to sprawę, zwaną phtisis syphilitica, przebiegającą nawet z jamami (cavernae), gdy kilaki opróżnią swą zawartość do oskrzeli.

Przeważnie sprawa umiejscawia się tylko w jednym płucu, częściej w prawem. Objawy kliniczne przy kilakach płuc nie są znamienne i często zależną więcej od zajęcia oskrzeli. Przedewszystkiem zjawia się zwykle duszność, oddech oskrzelowy i rżenia. Płwocina z początku bywa nieobfita śluzowa; później staje się obfitsza, śluzowo-ropna, niekiedy z domieszką krwi, może być nawet cuchnąca i zawierać miazgowatą masę, albo kłaczki tkanki płucnej. Kiła płuc nieleczona może samoistnie się zgoić, niekiedy zaś wywołuje zmartwienie, owrzodzenie i zniszczenie tkanki płucnej i powoli doprowadza do ogólnego wyniszczenia ustroju i do śmierci.

Gruźlica płuc różni się od kiły tem, iż zawiera pałeczki gruźlicze, umiejscawia się z upodobaniem w szczytach, częściej wikła się zapaleniem opłucnej i gorączką i rozprzestrzenia się łatwiej na sąsiednie płaty i sąsiednie płuco.

Opłucna bywa zajęta nadzwyczaj rzadko. Kilaki, przechodzące na opłucną wtórnie, wypuklają się do jamy opłucnej pod postacią żółtawych, albo żółtawo-czerwonych guzów wielkości ziarnka konopi, orzecha laskowego, a nawet, włoskiego. Niekiedy spostrzegamy jako sprawę wtórną w workach opłucnej płyny wysiękowe.

Układ trawienia.

Narządy trawienia ulegają bardzo często zmianom w kilele trzeciorzędowej.

W jamie ustnej spostrzegamy kilaki na migdałach, podniebieniu miękkim, języczku, rzadziej na języku. Przeważnie są to kilaki rozlane, umiejscawiają się w błonie śluzowej lub podśluzowej i posiadają skłonność do owrzodzeń. Rozpad nacieczenia postępuje zwykle szybko, a owrzodzenie szerzy się w głąb i wszerz, niszcząc tkanki i bardzo często przedziurawiając je, np. podniebienie miękkie i łuki. Może nawet nastąpić przedziurawienie podniebienia twardego. W tych razach prócz bólu i utrudnionego połykania występuje niewyraźna i nosowa mowa. Kilaki, tworzące się w migdałach, wywołują ich powiększenie i obrzęk w sąsiedniej okolicy. Kilaki w migdałach, rozpadając się, tworzą owrzodzenia, zazwyczaj kilka, wielkości grochu—orzecha laskowego z brzegami zatokowatymi, nierównymi i podminowanymi, z dnem jakby pokrytem słoninowatym nalotem. Na tylnej ścianie gardzieli, a częściej na górnej i bocznej ścianie powstają kilaki przeważnie ograniczone, które, rozpadając się, mogą spowodować owrzodzenie i obumarcie kości kręgowej. Często szerzą się one do krtani lub ku podniebieniu miękkiemu. Blizny, powstałe po rozległych owrzodzeniach, mogą spowodować zwężenie gardzieli.

Na języku kilaki tworzą się w błonie śluzowej, podśluzowej lub nawet w mięśniach, bywają ograniczone lub rozlane. Kilaki ograniczone powierzchowne przedstawiają się w postaci guzów wielkości grochu — orzecha laskowego, występują zwykle w grupach na grzbiecie języka, lub na przednim jego brzegu, rzadko zaś na dolnej powierzchni. Kilaki, szczególnie podlegające rozpadowi, utrudniają żucie i mówienie. Kilaki, umiejscowione w głębokich mięśniach języka, dochodzą do rozmiarów większych m. w. jaja gołębiego.

Kilaki rozlane posiadają skłonność do zamieniania się w zbitą tkankę łączną; skutkiem tego w odpowiednim miejscu języka powierzchnia staje się nierówna szara. W razie zajęcia mięśni języka, staje się on twardy, zniekształcony, często pokrywa się bolesnymi powierzchownymi owrzodzeniami i pęknięciami.

Kilaki w jamie ustnej trudno czasem odróżnić od raka.

Tworzeniu się guza rakowego towarzyszy często silny napadowy ból, promieniujący w różnych kierunkach i dolegający nawet podczas rozpadu guza. Owrzodzenie ra-

kowe bywa zwykle pojedyncze, posiada podstawę twardą, brzegi naciekle, dno pokryte obfitą posokowatą i mocno cuchnącą wydzieliną, która przykrywa łatwo krwawiące brodawkowate wyniosłości. Guz rakowy rozpada się zwykle od powierzchni ku środkowi, zjawia się w wieku starszym, wywołuje zajęcie sąsiednich gruczołów chłonnych i niszcza silnie ustrój.

W *przetyku* (oesophagus) przymiot przejawia się pod postacią wrzodziejących kilaków lub blizn, powstałych ze wsysających się guzów. Sprawa rozwija się tu rzadko.

W *żołądku i kiszkach* zjawiają się również kilaki rozlane lub ograniczone.

W *żołądku* kilaki zazwyczaj poczynają tworzyć się w tkance podśluzowej.

Nacieczenie z jednej strony przechodzi na śluzówkę, a z drugiej na muskulaturę i może dosięgać błony surowiczej. Nacieczenia kilakowe tworzą często płaskie twarde wzniesienia żółtawo-białego zabarwienia, które niekiedy dosięgają wielkości dłoni.

Często obok kilakowych owrzodzeń spotykamy blizny po już samoistnie zagojonych.

W *kiszkach* tworzą się przeważnie ograniczone nacieczenia. Po większej części spostrzegamy je w górnym odcinku kiszek, głównie w jelicie czczym (jejunum), zazwyczaj w liczbie mnogiej. Często okrążają one pierścieniowato światło кишки, powodując w następstwie jej zwężenia z rozszerzeniem doprowadzającego odcinka kiszek.

Niekiedy spostrzegamy liczne prosowate kilaki w błonie śluzowej, surowiczej i mięśniowej. Różnią się one od gruzliczych guziczków żółtawym zabarwieniem, podczas gdy te ostatnie posiadają—szaro-białe, przeświecające. Częściej jednak widzujemy większe nacieczenia, wychodzące z tkanki podśluzowej.

Czasami kilaki umiejscawiają się głównie naokoło blaszek Peyer'a, rzadziej w pobliżu samotnych grudek chłonnych jelit (enteritis follicularis syphilitica — Mracek, Oser).

Obok kilaków znajdujemy zazwyczaj ścięgniaste, promieniowate blizny.

Owrzodzenia kilakowe żołądka i kiszek mogą niekiedy dosięgnąć błony otrzewnej i wywołać na niej miejscowe

zlepne zapalenie, mogą również spowodować przedziurawienie ściany kiszki ze wszelkimi groźnymi jego następstwami.

Objawy kliniczne kilaków żołądka nie różnią się od objawów, spostrzeganych przy wrzodzie okrągłym żołądka, jak uczą przypadki Dieulafoy'a, Fournier'a, Scheiba, Rozanova, Zawadzkiego i Luxenburga, Róбина i innych (silne bóle żołądkowe, wymioty pokarmowe, wymioty krwawe, poprzedzane często różnymi dyspeptycznymi zaburzeniami żołądka.

Kilaki kiszki wywołują objawy takie same, jak przewlekły niezbyt kiszki, a więc bóle w kiszkiach, biegunkę, lub zatwardzenie, niekiedy krwawe wypróżnienia i t. p.

Bóle, spowodowane przez kilaki w żołądku i w kiszkiach, bardzo często występują wieczorem i w nocy. Ten objaw bywa niekiedy bardzo znamionym.

W rzyci kilaki ograniczone lub rozlane zajmują skórę i błonę śluzową osobno, albo równocześnie. Kilaki mogą powstawać również w tkance podskórnej i podśluzowej. Szczególniej często dolny odcinek kiszki odchodowej zajmują kilaki rozlane. Skutkiem tego ściany kiszki stają się zgrubiałe, twarde, niepodatne, a wytwarzająca się ścięgnista tkanka łączna wywołuje zwężenie kiszki i utrudnia oddawanie kału. Owrzodzenia kilakowe rzyci często szerzą się na błonę mięśniową, powodują kurczowe ściąganie zwieracza kiszki, lub w razie zniszczenia całej warstwy mięśniowej mimowolne oddawanie kału. Często w sąsiedztwie kilaków i blizn po nich tworzy się zapalenie okołoodbytnicze (periproctitis), wywołane wtórnym zakażeniem.

Rak rzyci bywa bardzo zbliżony do kilaków; różni się od nich tem, iż zjawia się u ludzi starszych, przedstawia guzy o powierzchni nierównej, lub owrzodzenia łatwo krwawiące; towarzyszy mu zajęcie gruczołów okołokręgowych.

Skrobiowate zwyrodnienie błony śluzowej żołądka i kiszki, szczególnie grubych, spostrzega się przy syfilisie bardzo często. Występuje ono zazwyczaj jednocześnie ze skrobiowatym zwyrodnieniem wątroby, śledziony i nerek.

Ślinianki bywają bardzo rzadko zajęte kilakowymi naciekami. Fournier i Verneuil donoszą o zajęciu gruczołu podjęzykowego, Lancereaux—gruczołu podszczękowego, Neumann o czterech przypadkach zajęcia przyusznic, w których je-

dno występowało wespół z cierpieniem gruczołu podjęzykowego i Blandin—Nühna. Również znajdujemy spostrzeżenie Langa o zajęciu przyusznicy i także spostrzeżenie Kaposiego, gdzie zarazem występowało zajęcie gruczołu podjęzykowego. Koschel i v. Esmarch znajdowali kilaki w śliniankach, a Matzenauer kilak przyusznicy i kilak gruczołu przedusznego.

W *trzustce* rzadko spostrzegamy duże pojedyncze i małe liczne guzy, albo rozlane nacieczenia.

Według Mračka częściej się zdarza marskość trzustki, niż guzy.

Rozlane nacieczenia doprowadzają do rozrostu międzygruczołowej tkanki łącznej i jej stwardnienia, podczas gdy tkanka gruczołowa ulega zanikowi pod wpływem ucisku. Sprawa najczęściej rozwija się w główce trzustki, rzadziej bywa zajęty cały narząd. Wespół z rozrostem tkanki łącznej międzygruczołowej, mogą się znajdować kilaki ograniczone duże lub małe. Objawy zajęcia trzustki nie są znamienne. W przypadkach Manchot'a i Hansemann'a wystąpiła cukrzyca, również w przypadkach Lewina, Pospielowa, Saalfelda i in. wystąpienie tej choroby można, zdaje się, objaśnić cierpieniem syfilitycznym trzustki.

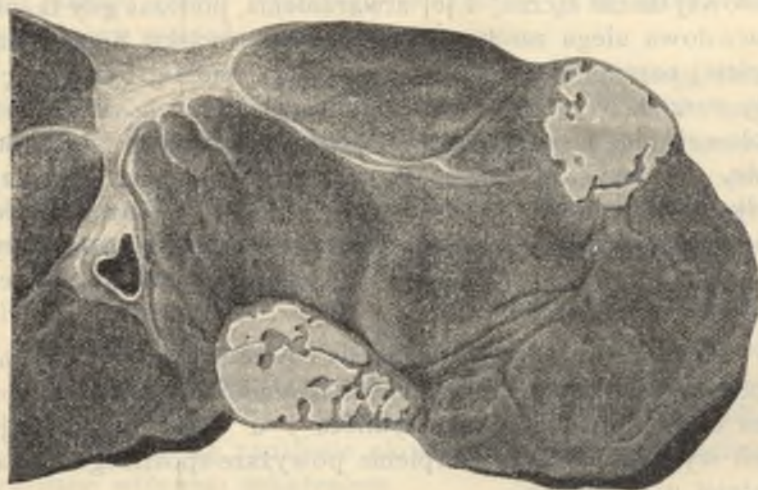
Wątroba ulega zajęciu często i przeważnie wespół z porażeniem innych wewnętrznych narządów,—zazwyczaj podczas ciężkiego przebiegu przymiotu i u ludzi, nadużywających wysoko. To też cierpienie powyższe spostrzegamy najczęściej u mężczyzn.

Cierpienie wątroby, jak i innych wewnętrznych narządów, przedstawia się pod postacią międzymięszowego nacieczenia, które zawsze doprowadza do pewnej postaci marskości wątroby, albo pod postacią ograniczonych kilaków. Zwykle wespół z ograniczonymi kilakami spostrzegamy mniej lub więcej wyrażone międzymięszowe nacieczenie.

Ograniczone kilaki (rys. 30) występują w wątrobie pod postacią guzów, otoczonych łączną tkankową torebką, okrągłych, owalnych, lub mniej prawidłowych, wielkości ziarnka grochu—jajka gołębiego; posiadają początkowo spoistość miękką, zabarwienie szaro-czerwone; następnie zabarwienie staje się żółtawe, a spoistość twardsza. Liczba guzów bywa różna: od jednego do pięćdziesięciu i więcej; umiejscawiają się cza-

sami pod torebką wątroby, wypuklając się nad jej powierzchnię, czasem w głębi. Częściej spostrzegamy je na przedniej części wątroby, a to szczególnie z obu stron wiązadła wieszadłowego (ligamentum suspensorium), niż na tylnej. Ugrupowanie kilaków, jak i w innych narządach, pozostaje w zależności od naczyń (rys. 31). Kilaki albo wsysają się, albo też twardnieją, wysychają, serowacieją. W kilakach mogą się odkładać sole wapienne. Skutkiem wessania się kilaków i kurczenia tkanki łącznej, na wątrobie powstają zagłębienia i blizny.

Kilaki ograniczone wątroby nie wywołują często zad-



Rys 30. (Z dyagnostyki anatomo-patologicznej Z. Dmochowskiego.)

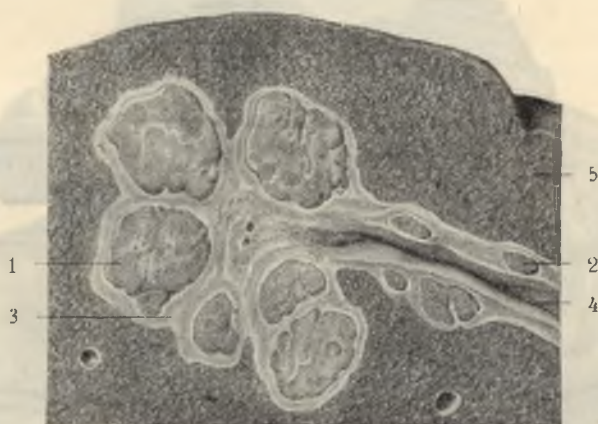
nych klinicznych objawów; niekiedy sprawiają one bóle w okolicach wątroby, szczególnie silne przy ucisku w odpowiednim miejscu, przy ruchach, a także czasami i wieczorem. Bóle rozszerzają się w okolice nadpępkowe, a nawet do lewego podżebrza. Chorym może również dokuczać uczucie ciężkości i ciśnienia w prawym podżebrzu. Żółtaczka zdarza się rzadko i to przeważnie w nieznanym natężeniu; może ona powstać, według Virchowa, skutkiem ucisku przez kilaki na większe przewody żółciowe, lub też skutkiem ucisku i zamknięcia światła większych przewodów żółciowych

przez blizny. Może również wystąpić puchlina brzuszna, gdy sprawa jest bardzo rozległa i blizny ucisną większe odnogi żyły wrotnej.

Często spostrzegamy zaburzenia dyspeptyczne.

Śmiertelne zejście może zdarzyć się skutkiem rozpadu kilaków do worka otrzewnej (Wilks, Griffiths). Śmierć może również nastąpić przy objawach charłactwa lub żółcicy (cholaemia).

Rozpoznanie ograniczonych kilaków wątroby zwykle bywa trudne; za nimi, a przeciwko rakowi przemawia młody



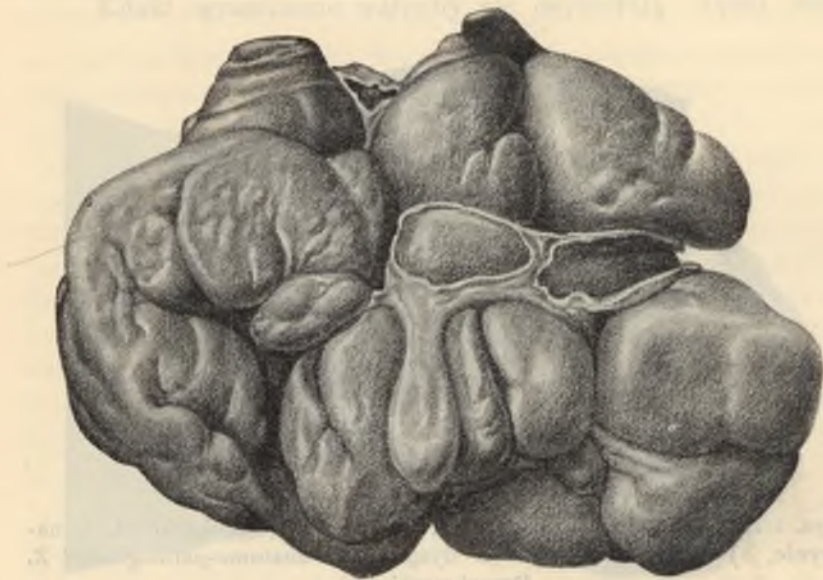
Rys. 31. 1) i 2) kilaki ograniczone, 3) torebka łącznotkankowa, 4) naczynie, 5) mięsz wątroby. (Z dyagnostyki anatomo-patologicznej Z. Dmochowskiego.)

wiek chorego, zmniejszenie się rozmiarów wątroby, a również unieruchomienie jej podczas oddechu skutkiem przyrastania do sąsiednich narządów.

Rozlane międzymięszkowe zajęcie wątroby występuje często ogniskami. Skutkiem bujania tkanki łącznej tworzą się bardzo szerokie włókniste przegrody, które ściągając się, dzielą wątrobę na mniejsze lub większe zrazy (hepar lobatum — rys. 32 i 33). W miejscach, gdzie wytwarzają się przegrody, mięsz wątroby ulega zanikowi; często bywa on wyrównany przez rozrost mięszu wewnątrz zrazików. Spostrzegamy również postacię międzymięszkowego przymiot-

wego zapalenia wątroby, doprowadzające do zwykłej gruboziarnistej marskości.

Z rozwojem tej sprawy spoistość wątroby staje się twarda, niekiedy chrząstkowata; na przecięciu widać sieć łącznotkankową, złożoną z szerokich szarych pasem, a w okach sieci spostrzegamy żółtawe, okrągławe ziarna różnej wielkości (wątroba ziarnista), są to ocalałe ogniska komórek wątrobowych, zabarwione barwnikiem żółciowym i w stanie mniej lub więcej wyrażonego tłuszczowego zwyrodnienia. Według Frerichs'a, Or-

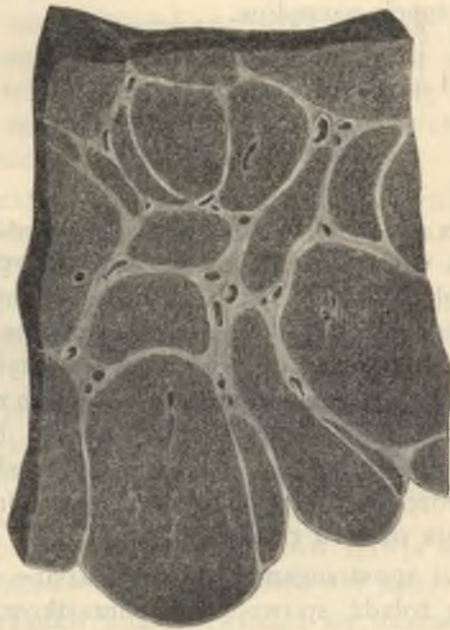


Rys. 32. (Z dyagnostyki anatomo-patologicznej Z. Dmochowskiego.)

th'a, Chiari'ego sprawa zasadza się na zapalnym międzymięszowym nacieczeniu z wytwarzaniem tkanki łącznej, która ostatecznie przechodzi w twardą bliznowatą tkankę łączną. Według Frerichs'a rozrastanie tkanki łącznej poczyną się od przedłużeń torebki Glissona początkowo pomiędzy zrazikami, a następnie i wewnątrz zrazików. I w tem cierpieniu sprawa powstaje pierwotnie w zależności od zajęcia naczyń — drobnych rozgałęzień żyły wrotnej. W naczyniach często spostrzegamy skrzepy, które mogą spowodować zastój w układzie żyły wrotnej. Skutkiem ucisku kurczącej się mię-

dzy i wewnątrz — zrazikowej tkanki łącznej okrażone przez nią mięszkowe komórki ulegają tłuszczowemu zwyrodnieniu i wsysają się, pozostawiając po sobie liczne ziarenka barwika. Również przewody żółciowe, przeważnie najmniejsze, są uciśnięte, a połączenie ich z większymi przewodami przerwane.

Międzymięszkowe przymiotowe zajęcie wątroby rozwija się zazwyczaj bardzo powoli m. w. kilka lat. Często po-



Rys. 33. (Z dyagnostyki anatomo-patologicznej Z. Dmochowskiego.)

woduje ono zapalenie przylegającej części otrzewnej i wywołuje zrosty wątroby z sąsiednimi narządami. Puchlina brzuszna zjawia się nie zawsze, natomiast wcześniej spostrzegamy powiększenie śledziony. Mocz bywa ciemny, czasem żółtaczkowy, wydziela się w niewielkiej ilości i zawiera mniejszą, lub większą ilość białka. Niekiedy bywają wymioty, czasem krwawe, i krwotoki kiszkowe. Śmierć najczęściej następuje skutkiem powikłań przez zapalenie płuc, opłucnej,

ostry obrzęk płuc, lub zapalenie otrzewnej; rzadziej następują objawy żółticy.

Rozpoznanie—trudne; przeważnie opiera się na powolnym przebiegu i ciągłym zmniejszaniu się wątroby, podczas gdy szybki wzrost guzów przemawia za rakiem.

Swoiste leczenie w początkowych okresach działa bardzo dodatnio, podczas gdy w późniejszych pozostaje bez skutku.

Skrobiowate zwyrodnienie wątroby spostrzegamy zazwyczaj współcześnie z odpowiednim zwyrodnieniem innych wewnętrznych narządów.

Układ moczopłciowy.

Na prąciu guziczki i guzki kilakowe umiejscawiają się przeważnie na wewnętrznej powierzchni napletka i na żołądździ. Kilaki żołądździ mają zwykle wielką skłonność do rozpadu; owrzodzone zaś nadzwyczaj są podobne do wrzodów wenerycznych, różnią się od nich zazwyczaj tylko mniej ostrymi objawami zapalenia, większym naciekiem naokoło wrzodu, brakiem skłonności do samozaszczepiania, brakiem łaseczek Ducrey'a i dymienic. Kilaki żołądździ skutkiem swej słonności do rozpadu mogą zniszczyć część prącia, spowodować zwężenie otworu cewki i t. p.

Na żołądździ spostrzegamy również rozlane nacieki; mogą one zająć całą żołądź, spowodować chrząstkowate stwardnienie jej i zwężenie ujścia cewki, mogą również rozpadać się, tworząc owrzodzenia, niekiedy bardzo duże.

Na prąciu tworzą się niekiedy kilaki w miejscach, zajętych dawniej przez wrzody pierwotne. Kilak występuje wówczas pojedynczo i może niewłaściwie nasunąć podejrzenie o zakażeniu powtórnem.

Na cewkę kilaki szerzą się przeważnie z żołądździ, powodując w następstwie jej zwężenie.

W ciałach jamistych prącia tworzą się rzadko kilaki ograniczone wielkości grochu, orzecha łaskowego. Jeszcze rzadziej spotykają się rozlane nacieczenia ciał jamistych; zastępuje je bliznowata tkanka łączna, która utrudnia, a na-

wet uniemożliwia wzwód prącia. Kilakowe nacieczenia różnią się od nacieczeń, powstałych przy rzeżączce, tem, iż tworzą się przeważnie na grzbiecie prącia, podczas gdy rzeżączkowe prawie zawsze zjawiają się w dolnej jego części i posiadają więcej ostry przebieg.

W jądrze spostrzegamy, albo rozlane międzymięszkowe nacieczenia, albo ograniczone kilaki; bywają również postaci przejściowe. Kilaki ograniczone tworzą zbite białawo-żółtawe guziczki wielkości prosa—grochu wśród tkanki łącznej błony białawej i przegród.

Rozlany naciek kilakowy rozpoczyna się przeważnie na obwodzie i posuwa się ku środkowi. Jądro powiększa się w dwój — i trójnasób, kształt jego staje się jajowaty, lub gruszkowaty, spoistość m. w. równomiernie elastyczna (sarcocele syphilitica).

Wytwarzająca się następnie tkanka łączna, bliznowata, powoduje zanikanie kanalików nasiennych, zarazem powierzchnia jądra staje się nierówna, pokryta guzami wielkości orzecha laskowego i większymi, niebolesnymi na ucisk; jądro twardej, zmniejsza się i może osiągnąć wielkości orzecha laskowego.

Przyjądrze przeważnie pozostaje niezmienione, i można je wyczuć, jako miękkie i dotkliwe na ucisk ciała. Niekiedy jednak sprawa przechodzi i na przyjądrze; tworzy ono wtedy twardą poduszeczkę wzdłuż jądra.

Często podczas rozwoju kilaków zjawia się przesiek surowiczy w przestrzeni otoczki właściwej jądra.

Bardzo rzadko kilaki otwierają się nazewnątrz i rzadko ropieją. Przeważnie cierpieniu ulega jedno jądro; czasami jedno po drugim, a rzadko oba razem. Prawdopodobnie do powstawania kilaków usposabiają urazy, przebyte zapalenia przyjądrza, nadużycia płciowe, rozszerzenie żył powrózka nasiennego i t. p. Bóle w kierunku powrózka nasiennego, podczas przebiegu kilaków rozlanych, najczęściej zjawiają się wtedy, gdy jądro osiąga już wielkości jaja kurzego. Kilaki mogą spowodować niemoc płciową. Szczególniej obustronne rozlane nacieczenie może znacznie zmniejszyć ilość plemników, a nawet przerwać ich wydzielanie się (oligozoospermia, a nawet azoospermia).

Od rzeżączkowego zapalenia przyjądra kilaki jąd-

ra różnią się powolnością rozwoju, niebolesnością umiejscowieniem sprawy przeważnie w samym jądrze.

Gruźlica rozpoczyna się zwykle w przyjądrzu, a później na jądro przechodzi, powstaje również zwolna i bez bólu, tworzy jednak guzy nierówne, które szybko ulegają rozkładowi i zropieniu, tworząc zatokowate owrzodzenia w skórze; towarzyszy tej sprawie zwykle gruźlica powrózka nasiennego, pęcherzyków nasiennych, gruczołu krokowego, wreszcie płuc.

Rak powstaje również w samym jądrze i tworzy twarde, nierówne, szybko rosnące, z początku niebolesne guzy. Prędko jednak guzy rozpadają się i tworzą bolesne bardzo owrzodzenia.

Powróżek nasienny bywa zajęty bardzo rzadko; może się tworzyć w ściance jego równomierne zgrubienie (Lang), lub guziczki wielkości grochu bobu (Bert, Kocher, Simonds, Króweczyński).

O zajęciu *pęcherzyka nasiennego* w dwóch przypadkach w postaci zgrubienia ścianki donosi Lewin. Może również nastąpić powiększenie *gruczołu krokowego* skutkiem utworzenia się w nim nacieczenia (Lancereaux, Reliquet, Divaris, Le Fur, J. Grosplik, Watraszewski).

Na sromie u kobiet spostrzegamy odosobnione, lub zlewające się guzy, a także rozlane nacieki. Kilaki mają wielką skłonność do rozpadu i owrzodzeń i mogą zniszczyć wargi mniejsze i większe, tembardziej, że owrzodzenia kilakowe często stają się żrące (phagedaena). Często widzimy tutaj kilaki pełzające, które mogą przenosić się ze sromu na skórę brzucha, pachwiny, uda. Na sromie zdarzają się niekiedy kilaki w miejscu, zajętem niegdyś przez pierwotny wrzód.

W pochwie kilaki spostrzegamy nadzwyczaj rzadko; mogą one wywołać zwężenie jej. Matzenauer spostrzeża w dwóch przypadkach po kilakach pierścieniowate zwężenie pochwy. Nieco częściej tworzą się kilaki na części *pochwowej macicy* (Fournier, Heitzmann, Rode, Mraček, Neumann, Watraszewski i inni); tworzą one przeważnie niebolesne ogrągłe owrzodzenia z dnem przykrytem silnie przylegającą białawą, lub żółtawą masą rozpadową. O porażeniu ciała *macicy* nie mamy dotąd żadnych pewnych danych. Matzenauer przypuszcza, iż macica, która wytworzyła łożysko z objawami przymiotu, nie może sama pozostać normalną.

W jajowodach w jednym przypadku Bouchard'a i Lépi-da ścianki były zgrubiałe i na przecięciu widać było po trzy miękkie czerwone kilaki wielkości orzecha laskowego.

W jajnikach również można spotkać rozlane międzymięzszowe zapalenie (Lécorché, Virchow) i ograniczone kilaki (Lancereaux, Lebert, Richet).

W pęcherzu kilaki spostrzegamy rzadko (Virchow, Tarnowski, Follin, Voillemier, Neumann, Margules, Le Fur); występowały one w postaci białawych licznych guziczków, wielkości łebka szpilki, rozrzuconych, lub zgrupowanych. Według Neumann'a może nastąpić wtórnie przymiotowe zapalenie tkanki łącznej przypęcherzowej i okołopęcherzowej.

W nerkach sprawa przymiotowa bywa albo rozlana, albo ograniczona. Sprawa rozlana nie różni się od chronicznego zapalenia nerek, wywołanego przez inną przyczynę i przedstawia się, albo 1) w postaci dużej białej nerki, przy której na pierwszy plan występują zmiany nabłonka (tłuszczowe zwyrodnienia) w kłębkach i w kanalikach, 2) w postaci pstrej nerki, w której na pierwszy plan występuje międzymięzszowe nacieczenie i tworzenie się bliznowatej tkanki łącznej; niszczy ona kłębki i kanaliki. Widujemy również postacie przejściowe. W nerkach z dominującym międzymięzszowym zapaleniem powierzchnia staje się nierówna, ziarnista, spoistość twardsza, a objętość mniejsza. Rozlana międzymięzszowa sprawa może występować nie jednakowo silnie w obu nerkach; może zająć tylko jedną nerkę, lub nawet jej część. Przebieg bywa zawsze bardzo powolny; ciągnie się wiele lat. Ilość uryny bywa zwykle powiększona; ciężar gatunkowy niski, zabarwienie blade, nieznaczna ilość białka i osadu, w którym znajdujemy nieco szklistych wałeczków i jednojądrowych leukocytów. Ograniczone kilaki w nerkach spostrzegamy rzadko; mogą one rozwijać się tak w nerce, zajętej już sprawą mięszową, jak i w nerce na wygląd normalnej. Kilaki ograniczone umiejscawiają się częściej w istocie korowej nerki, niż w samych piramidach; tworzą one guzy wielkości łebka szpilki, orzecha laskowego, suche i twarde, zabarwienia czerwono-szarego, lub żółtawego, otoczone szarawo-białą torebką. Występują one pojedynczo, lub też w nadzwyczaj dużej liczbie (do 280). Z czasem większe kilaki ulegają serowatemu zwyrodnieniu i mogą opróżnić się do przewodów moczowych (Sailer, Welander); wtedy nagle, bez

żadnych ogólnych objawów, uryna staje się brudno-bronzo-
wą, zawiera czerwone krążki krwi, rozpadające się komórki,
miazgę i wałeczki szkliste, lub krwawe. Objaw ten po kilku
dniach, a nawet godzinach przechodzi.

Choć przymiotowe cierpienie nerek należy do spraw
ciężkich i uporczywych, jednak odpowiednie i wczesne le-
czenie rokuje dobre wyniki.

Skrobiowate zwyrodnienie w nerkach spostrzegamy,
albo współcześnie z kiłową sprawą w tym narządzie, lub też
współcześnie ze skrobiowatym zwyrodnieniem innych na-
rządy.

W nadnerczu spostrzegano parokrotnie międzymięszko-
we nacieczenie, doprowadzające do marskości (Chwostek),
lub też zwyrodnienie tłuszczowe (Huber i Tourner) i zwy-
rodnienie skrobiowate.

W gruczole sutkowym spostrzegano również rzadko ogra-
niczone kilaki i międzymięszkowe nacieczenia.

W przysadce mózgowej (hypophysis) Virchow, Meyer
i Lancereaux spostrzegali kilaki.

W gruczole tarczowym widziano wielokrotnie ograni-
czone kilaki i międzymięszkowe zapalenie jak również spo-
strzegano je parokrotnie w *tkance łącznej miednicy* (Fournier,
Loeb).

ROZPOZNANIE.

Rozpoznanie przymiotu w okresie trzeciorzędowym i wogóle może być uskutecznione na mocy wywiadów, (anamnesis) badania stanu chorego (status praesens), badania drobnowidzowego leczenia swoistego (ex. iuvantibus) i na mocy badań serodyagnostycznych. Rozpoznanie posiada nadzwyczaj ważne znaczenie dla chorego, często decydujące o całym jego życiu: należyte rozpoznanie przymiotu pozwala zastosować odpowiednie i skuteczne leczenie, zapobiega przeniesieniu zarazy na otaczających i t. p. Nienależyte zaś rozpoznanie może zwichnąć społeczne stanowisko danego osobnika, zneurastenizować go, narazić na leczenie środkami nie zawsze obojętnymi dla ustroju i t. p.

Rozpoznanie powinno więc być dokonane nadzwyczaj starannie i stwierdzone w razach wątpliwych wszystkimi możliwymi sposobami.

Przedewszystkiem zawsze należy zebrać szczegółowe wywiady. Wprawdzie chorzy mogą nic nie wiedzieć o swej chorobie, lub umyślnie ją ukrywać, lecz nawet w tych razach umiejętne zapytania pozwalają zwykle uchylić nieco zasłony nad przeszłością chorego. Chory powinien być rozpytany o wszelkich możliwych objawach przymiotu pierwszo-, drugo- i trzeciorzędowego, — a więc czy nie miał kiedykolwiek owrządzenia na organach płciowych, lub na innych miejscach, a ewentualnie o wyglądzie wrzodu, czasie jego trwania i o towarzyszących objawach, np. dymienicach. Następnie należy wypytać o wszelkich możliwych objawach drugo-

i trzeciorzędowych, jak podniesienie temperatury, ogólne niedomaganie, wysypki na skórze i błonach śluzowych, cierpienie paznokci, wypadanie włosów, bóle głowy, kości, mięśni, zaburzenia nerwowe, oczne, żołądkowe i t. p., o wszelkich przebytych dawniej chorobach, nadużyciach in Baccho et in Venere, ewentualnie o stan zdrowia żony (poronienia), dzieci, a nawet o stan zdrowia rodziców, jeśli nasuwa się podejrzenie odnośnie przymiotu wrodzonego. Również należy rozpytać się o dotychczasowe leczenie i jego działanie. Każdy fakt podejrzany z wywiadów powinien być należycie oceniony na mocy tego, co wiemy o własnościach objawów przymiotu, a cały dotychczasowy przebieg choroby w umyśle odtworzony.

Na wywiadach jednak nie należy się nigdy bezwzględnie opierać w wyciąganiu wniosków: potwierdzenia musimy szukać w badaniu przedmiotowym chorego.

Dla wytworzenia sobie pojęcia o obecnym stanie chorego, należy systematycznie i szczegółowo zbadać wszystkie jego narządy. Przedewszystkiem powinno się obejrzeć dokładnie i po kolei całą powierzchnię skóry, nie wyłączając dłoni, podeszew, paznokci i owłosionych części ciała, i wszystkie dostępne dla badania błony śluzowe, rozpatrzyć wszelkie wykwity i ślady po nich, a następnie zbadać stopniowo wszystkie układy ustroju, zwracając szczególniejszą uwagę na stan gruczołów chłonnych, powierzchnie kości, leżących blisko pod skórą, (czaszka, przednia powierzchnia goleni), na ruchy mięśni kończyn, twarzy i oka, odruchy ścięgien i źrenicy, na czucie, równowagę i t. p. Wszystkie znalezione przy badaniu objawy chorobowe należy poszczególnie ocenić odnośnie do ich pochodzenia, trwania natężenia i t. p., i dopiero na mocy otrzymanego w powyższy sposób całego obrazu choroby postawić rozpoznanie. W razach wątpliwych powinno być ono zawsze stwierdzane przez badanie drobnowidzowe zmian anatomo-patologicznych w wykwitach, a przedewszystkiem przez badanie bakteriologiczne: w okresie wrzodu pierwotnego i wykwitów drugorzędowych, szczególniej ciekających, łatwo odnaleźć krętki blade, później zaś napotyka się przy tem nadzwyczajne trudności. Niekiedy rozpoznanie może być stwierdzone dopiero na mocy obserwacji dalszego przebiegu choroby i działania środków swoistych (ex. iuventibus). Leukocytozę w płynie mózgo-rdzeniowym, zdarzającą się

często u luetyków, szczególnie przy cierpieniach ośrodków nerwowych, można również zużytkować dla celów rozpoznawczych, lecz dane te nie dostarczają pewnych dowodów. Daleko więcej obiecywano sobie z serodyagnostyki.

Serodyagnostyka przymiotu, zwana inaczej próbą Wassermanna, opiera się na wynikach doświadczeń Bordet'a i Gengou'a. Dowiedli oni, iż antygen (bakteryje), dodany do swoistego amboceptora (ciało, powstające w ustroju pod wpływem antygeny), wiąże komplement (ciało, krążące w ustroju każdego osobnika i przeciwdziałające szkodliwym obcym wpływom), i wtedy następuje bakteryoliza. Zjawisko powyższe odpowiada zupełnie tak zwanej hemolizie. Zastrzykując np. kilkakrotnie w ciągu paru tygodni krew barana królikowi, można go uczynić odpornym względem tej krwi, t. j. zaczyna on rozpuszczać czerwone krążki krwi barana. W hemolizie powyższej również biorą udział 3 składniki.

- 1) antygen — czerwone ciała krwi barana,
- 2) amboceptor — ciało obce ustrojowi królika, które powstało pod wpływem antygeny i warunkuje odporność królika względem czerwonych krążków krwi barana,
- 3) komplement.

Sprawę, odbywającą się tutaj, objaśniamy na mocy teorii Ehrlicha łańcuchów bocznych: amboceptor hemolityczny posiada dwie wiążące grupy — jedną mającą powinowactwo do komplementu, a drugą do czerwonych krążków krwi; takież dwie wiążące grupy posiada i komplement: jedną, mającą powinowactwo do amboceptora, a drugą, oddziaływającą na czerwone ciała krwi.

Komplement jest ciałem niestałym, i w surowicy, zawierającej amboceptor i komplement, można zniszczyć ten ostatni t. j. inaktywować surowicę za pomocą ogrzewania półgodzinnego przy t. 50° C.

W razie połączenia łańcucha bakteryolitycznego z łańcuchem hemolitycznym komplement spotyka: 1) albo dwa nieswoiste względem siebie ciała: przymiotowy antygen i normalną surowicę, nie łączy się z nimi, lecz uzupełnia łańcuch hemolityczny i doprowadza do skutku hemolizę, 2) albo napotyka dwa względem siebie swoiste ciała: przymiotowy antygen i przymiotowy amboceptor w surowicy badanej, łą-

czy się z nimi, nie przechodząc już do łańcucha hemolitycznego, i w taki sposób hamuje hemolizę.

Wassermann, Bruck i Neisser zamiast hodowli krętków białych, nieotrzymywanych dotychczas, brali wyciąg z wątroby płodu, zakażonego kiłą, a zawierającą zazwyczaj dużą ilość krętków białych, i na mocy swych licznych badań na małpach i na ludziach użytkowali próbę powyższą do celów rozpoznawczych.

Następnie i inni badacze zaczęli stosować próbę Wassermanna na szeroką skalę, sprawdzając rozpoznanie przymiotu m. w. w 80—90% przypadków tej choroby. Zauważono również, iż nowy odczyn na przymiot udaje się w wiąździe rdzenia (Schütze, Bruck) i w paraliżu postępującym (Wassermann i Plaut) przynajmniej w 80%.

Następne badania zachwiały jednak wartość próby Wassermanna pod względem teoretycznym. Landsteiner zauważył, że odchylenie komplementu udaje się nawet wtedy, gdy bierzemy do doświadczeń zamiast antygenu przymiotowego wyciąg z narządów niesyfilitycznych. Wynioskowano więc, że w próbie Wassermanna działają nie zarazki przymiotu, lecz substancje, znajdujące się stale w ustroju i mające szczególne powinowactwo do pewnych związków w surowicach przymiotowych. Wassermann i Porges przypuszczali, iż substancja ta jest natury lipidowej, i istotnie Porges, Meier, Landsteiner, Müller, Pötzl, Levaditi dowiedli, iż rozpuszcza się ona w alkoholu. Zarazem Fornet i Michaelis spostrzegli, że surowica syfilityków może tworzyć osady z różnymi rozczynami. Porges i Meier starali się odchyłać komplement wyciągiem z lipidu-lecytyny, którego własności są znane. Następnie zastąpiono lecytynę przez sole kwasów żółciowych (Levaditi), mydła (Sachs), a nawet przez wodę destylowaną, objaśniając sobie otrzymywanie osadu z surowicy osobników, chorych na przymiot, odrębnymi własnościami tej globuliny. Następnie dzięki pracom Eliasa, Neubauera, Porgesa, Salomona i innych stwierdzono, iż osad otrzymuje się również z surowicy osób niezakażonych przymiotem, tylko w mniejszym stopniu.

Klinicznie również zachwiano znaczenie próby Wassermanna dla przymiotu. Much i Eichelberg spostrzegali wielokrotnie odczyn Wassermanna przy szkarlatynie. Hoffmann i Blumenthal otrzymali ten odczyn raz w framboesia

tropica. Ponieważ Landsteiner spostrzegł, iż surowica zwierząt, chorych na dourine, daje także odczyn wiązania dopełniacza, zaczęto więc tłumaczyć sobie powyższe fakty pewnem pokrewnem działaniem na surowicę przez różne pierwotniaki. Próbę Wassermanna, wprawdzie niezupełną, spostrzegano parokrotnie w gruźlicy, w cukrzycy i przy nowotworach. Wyniki moich badań nieco dalej posuwają tę kwestyę. Na 145 badań, dokonanych w pracowni d-ra Serkowskiego, otrzymano: dodatni odczyn Wassermanna w 61 przypadkach przymiotu i w 4 przypadkach osób, niezakażonych przymiotem (rzeżączka ostra, wyprysk przewlekły, figówka, łysina plackowata); odczyn Wassermanna niezupełny — w 16 przypadkach przymiotu i w 3 przypadkach osób, niezakażonych przymiotem (trądzik różowaty, rzeżączka, zapalenie żołądki wrzodziejące). Odczyn Wassermanna ujemny otrzymałem w 15 przypadkach przymiotu, w 5 przypadkach wiądu rdzenia i porażenia postępującego i w 41 przypadkach osób niezakażonych przymiotem (rzeżączka i różne cierpienia czysto skórne, jak świerzba, łuszczyca, wyprysk i t. p.

Dodam jeszcze, iż dodatni odczyn próby Wassermanna w przymiotcie spostrzegano w różnych jego okresach i niezależnie zupełnie od leczenia.

Dochodzimy więc do wniosku, iż rozpoznawcze znaczenie próby Wassermanna jest niewielkie, i należy nawet dodatnio jej wyniki przyjmować z wielką ostrożnością, opierając się w rozpoznaniu głównie na objawach klinicznych, badaniu bakteryologicznem i wywiadach, a w ostateczności na działaniu środków swoistych.

ROKOWANIE.

Objawy pierwszo — i drugorzędowe, jak już wspominaliśmy, rzadko są niebezpieczne dla danego ustroju. Dopiero objawy okresu trzeciorzędowego bywają destrukcyjne, niszczą mięsz narządów i to narządów ważnych, nawet niezbędnych dla życia, jak kości, mięśnie, mózgowie, rdzeń pacierzowy, serce, naczynia, płuca, żołądek, kiszki, wątroba, nerki i- t. p.

Właściwie więc rokowanie co do przymiotu sprowadza się głównie do rokowania odnośnie okresu trzeciorzędowego, a także do tak zwanych cierpień poprzymiotowych, jak wjadzenia i porażenie postępowe.

W początkach choroby trudno przewidzieć, jaki będzie okres trzeciorzędowy, gdyż nie zależy on od źródła zarazy, długości wylęgania, od właściwości pierwotnego objawu, rodzaju i ciężkości drugorzędowych objawów. Charakter przebiegu okresu pierwszo—i drugorzędowego daje nam tylko pewne wskazówki odnośnie odporności organizmu; lecz odporność ta jest rzeczą względną, zależną często od różnych wypadkowych okoliczności, i może się z czasem zmieniać.

Duży wpływ na przebieg przymiotu posiadają: ogólny stan zdrowia, budowa ustroju, wady organizacyi i fizyologiczne właściwości, odziedziczone albo nabyte, np: osobniki delikatnej budowy, garbaci, małokrwisci, lub osłabieni przez jakąś ciężką chorobę posiadają zwykle ciężki przebieg przymiotu (*lues maligna*): już drugorzędowe objawy u nich odznaczają się skłonnością do rozpadu i uporczywością, a trze-

ciorzędowe zaczynają się zjawiać bardzo wczesnie (lues praecox). Chorzy, obarczeni dziedzicznie pod względem nerwowym, są skłonni do ciężkich nerwowych cierpień, jak przymiot mózgu, wiać rdzenia, porażenie postępowe. Wiek bardzo wczesny, lub późny obciąża zazwyczaj bardzo przebieg przymiotu.

Przymiot, nabyty w pierwszych tygodniach po urodzeniu, pomijając już przymiot wrodzony, kończy się bardzo często śmiercią. Również przymiot, nabyty po 50-ym, a tembardziej po 60-tym roku, obfituje zazwyczaj w ciężkie, bardzo niebezpieczne objawy i kończy się przeważnie wczesną śmiercią. U starców zwykle już w pierwszym roku choroby rozpoczynają się objawy trzeciorzędowe, jak rozpadające się szybko kilaki w skórze, w błonach śluzowych i w kościach, zmiany w mózgu, w rdzeniu pacierzowym i w sercu, a przytem szybkie wyniszczenie organizmu. Taki przebieg przymiotu u starców objaśniamy sobie zwyrodnieniem tkanek, osłabieniem odporności, zmniejszeniem energii życiowej — zwykłych następstw tego wieku. Na przebieg przymiotu wpływają również warunki i tryb życia, jak niedostateczne lub nieprawidłowe odżywianie, ciasne, wilgotne i nieprzewietrzane mieszkanie, chłodny i wilgotny klimat, brak ruchu i odpoczynku, szczególnie snu, ciągłe zmęczenie fizyczne i umysłowe, nadużycia płciowe, ciągłe wyczerpywanie nerwów grą w karty, na giełdzie i t. p.

Alkoholizm warunkuje cięższy przebieg przymiotu. U nadużywających wysoko bywa większa gęstość wysypek, częstsze nawroty i cięższe postacie, posiadające szczególniejszą skłonność do rozpadu.

Przewlekłe i wyczerpujące ustrój choroby, jak gruźlica płuc, malaria wpływają na przyspieszenie okresu trzeciorzędowego i niezwykle natężenie jego objawów. Szczególniej silnie ulegają działaniu przymiotu narządy, dotknięte gruźlicą.

Najważniejszy jednak, prawie decydujący wpływ na przebieg przymiotu posiada leczenie. Odpowiednie leczenie opanowuje chorobę i usuwa doszczętnie, jeśli nie samą przyczynę choroby, to przynajmniej jej objawy. Przymiot u osób, leczonych od samego początku systematycznie, pozostaje chorobą dobrotliwą, gdyż m. w. w 95% kończy się na nieznacznych i szybko przemijających objawach drugorzędowych,

jak wysypka plamista, lub grudkowata na skórze i blaszki nadżerkowate na błonach śluzowych. Przymiot nieleczoney, lub leczony niedostatecznie, przyjmuje, jeśli nie zawsze, to najczęściej, ciężki i niebezpieczny przebieg, powoduje groźne kalectwo, lub nawet śmierć. Leczenie, zapóźno rozpoczęte, nie jest w stanie naprawić zniszczenia, lub odrodzić zanikłe tkanki, a w narządach o bardzo delikatnej budowie (np. oko, tkanka nerwowa) już nieznaczne zmiany mogą bezpowrotnie spowodować ważne czynnościowe zaburzenia.

W wyjątkowych razach u osobników, nie posiadających odpornego organizmu, leczenie widocznie wpływa tylko na same objawy, a nie na przyczynę, gdyż znikają one pod działaniem środków leczniczych, żeby znowu po pewnym przeciągu czasu powrócić w tej samej, lub w innej postaci, na tem samem, lub innem miejscu.

W wyjątkowych tylko razach spotykamy osobniki, na które leczenie nie oddziaływa skutkiem jakichś niewiadomych obciążających przyczyn.

Rokowanie więc co do przebiegu przymiotu, co do ciężkich trzeciorzędowych i poprzymiotowych cierpień zależy głównie od odpowiedniego leczenia, i pod tym względem przymiot można uważać za chorobę dobrotliwszą od wielu innych.

Odpowiednie rokowanie często posiada nadzwyczaj ważne znaczenie ze względów społecznych, gdy należy decydować o możliwości wstępowania osobnika, zarażonego przymiotem, w związki małżeńskie. Rokowanie takie jest nadzwyczaj trudne. Nigdy nie można stwierdzić zupełnego wygaśnięcia choroby, na mocy jednak doświadczenia wieków, jesteśmy w stanie wyprowadzać wnioski z bardzo wielkiem prawdopodobieństwem. W pozwoleniu na związek małżeński najważniejszą rolę odgrywa odpowiednio przeprowadzone leczenie, które pozwala choremu powrócić do normalnego społecznego życia. Pewne znaczenie posiada tutaj także i przebieg przymiotu. W każdym razie można pozwolić wstąpić w związki małżeńskie nie wcześniej, jak w pięć lat po zarażeniu, i to gdy od ostatnich jakichkolwiek objawów upłynęły już najmniej trzy lata. Dodam przytem, iż często wobec najmniejszej wątpliwości uważam za właściwe przeprowadzić dopełniające leczenie jeszcze raz przed ślubem.

ANATOMIA PATOLOGICZNA.

Zmiany anatomico-patologiczne okresu trzeciorzędowego, występujące klinicznie pod postacią ograniczonych kilaków, lub rozlanych nacieków, umiejscawiają się zawsze przede wszystkim w tkance łącznej, a przylegając do komórek wyżej zorganizowanych (nabłonki, komórki mięszone narządów), oddziałują na nie wtórnie. Zmiany te pozostają zawsze w bardzo ścisłym stosunku do naczyń krwionośnych; a ponieważ zmiany w ścianach naczyń są często największe, od nich więc zaczynamy opis.

Naczynia.

Zmianom syfilitycznym ulegają najczęściej drobne naczynia krwionośne i chłonne, mianowicie włosowate, potem drobne żyły, następnie tętnice, o wiele rzadziej naczynia średniej wielkości, a jeszcze rzadziej duże tętnice i duże żyły.

Włośniczki i naczynia chłonne są czasem rozszerzone, częściej jednak zwężone skutkiem nabrzmiewania śródbłonna, który wpukła się do światła naczynia. Ilość zarodki w komórkach śródbłonna jest jakby większa, niekiedy zarodki bywa nieco ziarnista; jądra komórek są pęcherzykowate; dzięki zmianom tym śródbłonek staje się podobny do komórek nabłonkowych. Śródbłonek często zaczyna bujać, przy-

czem bujanie to jest równomierne w całym naczyniu lub odbywa się na pewnej tylko przestrzeni. Skutkiem tego bujania światło naczyń może być zamknięte; niezależnie od tego naczynie może być zgrubiałe. Zgrubienie to bywa czasem wrzecionowate, czasem zaś przejawia się pod postacią półkuli. W tych miejscach zmiany wsteczne w komórkach śródbłonna bywają wyraźniejsze (ziarnistość i duże wodniczki w zarodki). Często ilość włóściczek wydaje się wzmożona.

W tętniczkach i żyłach małego kalibru zmiany, jakim ulega śródbłonek, bywają takie same, jakie widzieliśmy we włóściczkach. Prócz tego tkanka łączna błony wewnętrznej

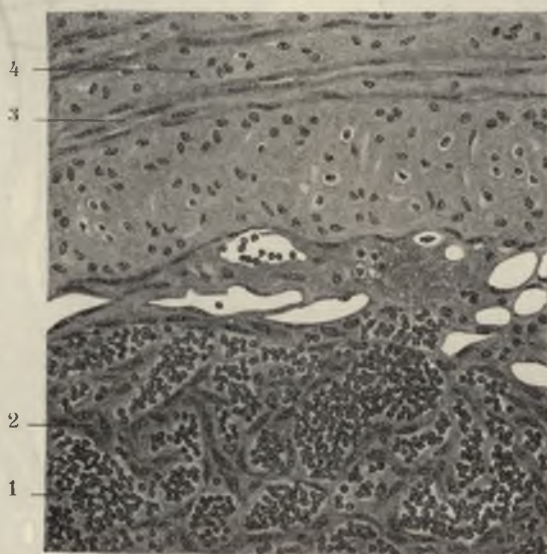


Rys. 34. 1) Błona wewnętrzna, 2) — środkowa, 3) — zewnętrzna.
(Art. tibialis post.—Przypadek kol. Belkowskiego.)
Ob. A. Ok. 2 (Zeiss).

często zaczyna bujać; bujanie to może również doprowadzić do zamknięcia światła naczynia. Jednocześnie zauważyć można zmiany w błonie zewnętrznej naczyń krwionośnych: zwykle grubieje ona nieco i ulega drobnokomórkowemu nacieczeniu. Komórki nacieczenia w początkowych okresach układają się przeważnie dość symetrycznie i koncentrycznie naokoło błony środkowej; później zaś nacieczenie bywa mniej prawidłowe i zlewa się z naciekiem, otaczającym całe naczynie.

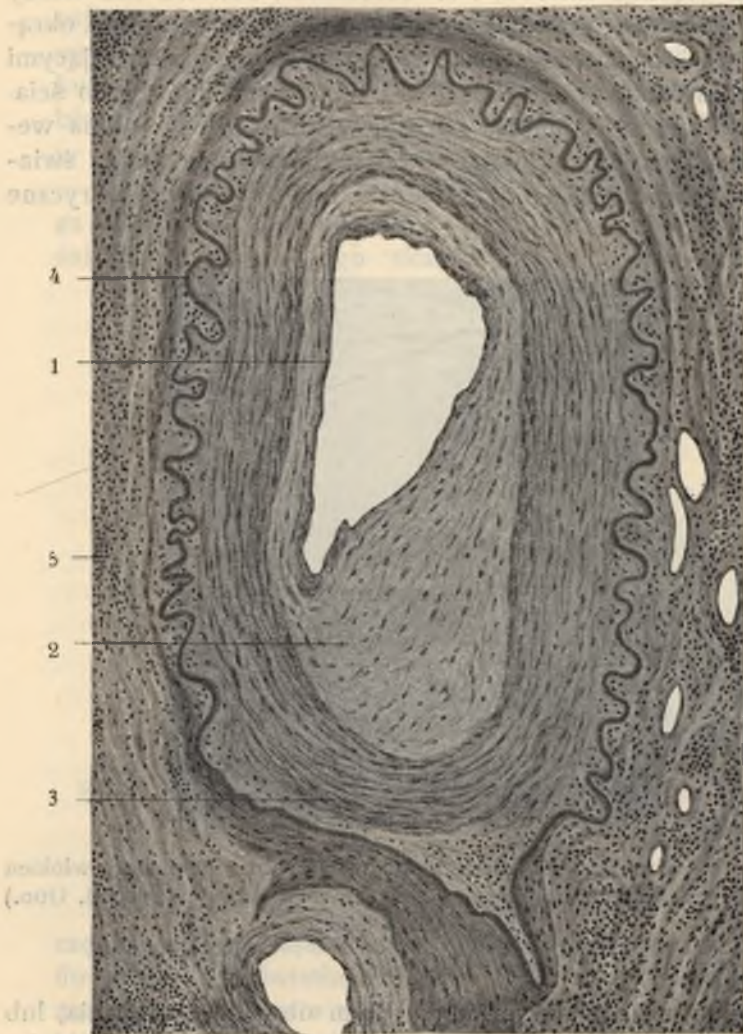
W tętnicach i żyłach większych (rys. 34) komórki śródbłonkowe grubieją, bujają i ulegają nieznacznym zmianom wstecznym; oddzielają się przytem częściowo, nie obnażając

zazwyczaj tkanki łącznej. Jednocześnie zaczyna bujać tkanka łączna, leżąca pomiędzy blaszką sprężystą wewnętrzną (lamina elastica interna) i śródbłonkiem; zawiera ona wtedy więcej komórek, niż to bywa normalnie; są one przytem okrągłe, wrzecionowate, gwiazdowate z licznymi przeplatającymi się wyrostkami. Często bardzo widać przylegający do ściany wewnętrznej naczynia skrzep, w który wrasta błona wewnętrzna (rys. 35). Bujająca błona wewnętrzna zwęża światło naczynia; zgrubienie to może być albo koncentryczne



Rys. 35. 1) Skrzep, 2) bujająca błona wewnętrzna, 3) pęczki włókien mięśniowych, 4) komórki nacieku. (Art. ulnaris.—Przypadek kol. Otto.)
Ob. D. Ok. 4 (Zeiss).

i rozwijać się równomiernie na całym obwodzie naczynia, lub też, rozwijając się z jednej tylko strony, przybiera kształty nieprawidłowe—sierpowate (rys. 36), grzybowate i t. p. Niekiedy dochodzi do zupełnego zarośnięcia światła naczynia (rys. 37); w takich razach wypełnia się ono zupełnie tkanką łączną skanalizowaną, to jest poprzeryzaną drobnymi naczyniami. Błona sprężysta wewnętrzna opiera się bardzo długo sprawie syfilitycznej i często ona jedna świadczy o pochodzeniu łączno-tkankowego nacieczzonego pasma.

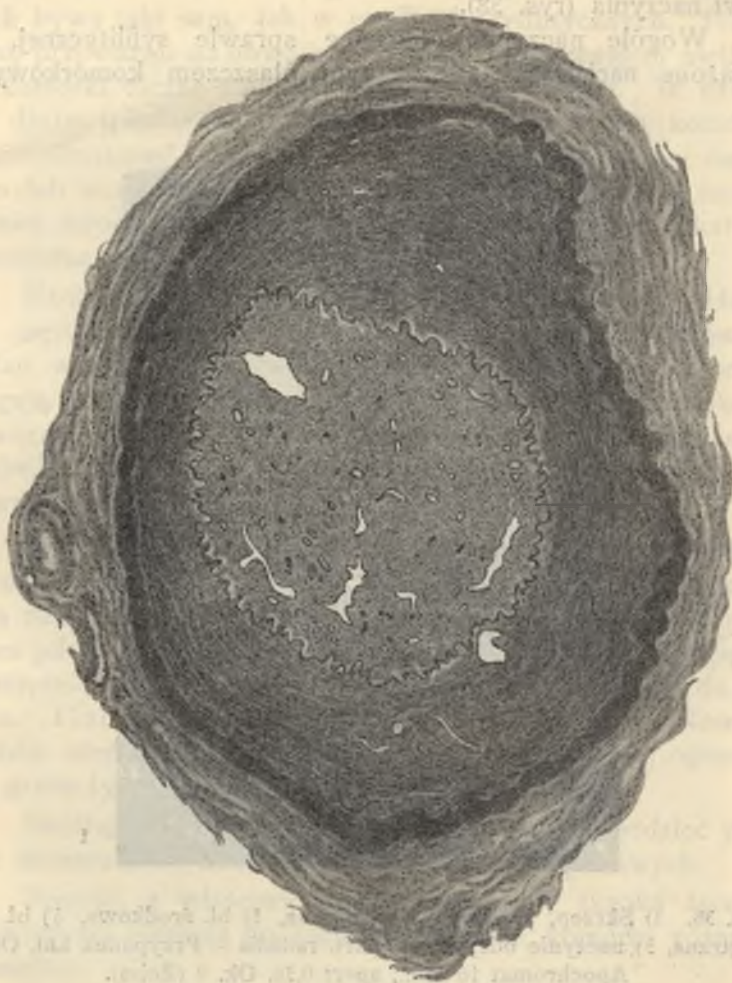


Rys. 36.

1) śródbłonki, 2) bujająca błona wewnętrzna, 3) błona środkowa, 4) lamina elast. ext., 5) błona zewnętrzna naciekla. (Tętnica w obrębie kila mózgu.)

Apochr. 16 mm., apert, 0,30. Ok. 2 (Zeiss).

Współcześnie ze zmianami w błonie wewnętrznej, a nawet wcześniej, spostrzegamy zmiany w błonie zewnętrznej naczynia; ulega ona nacieczeniu, niekiedy tak mocnemu, iż



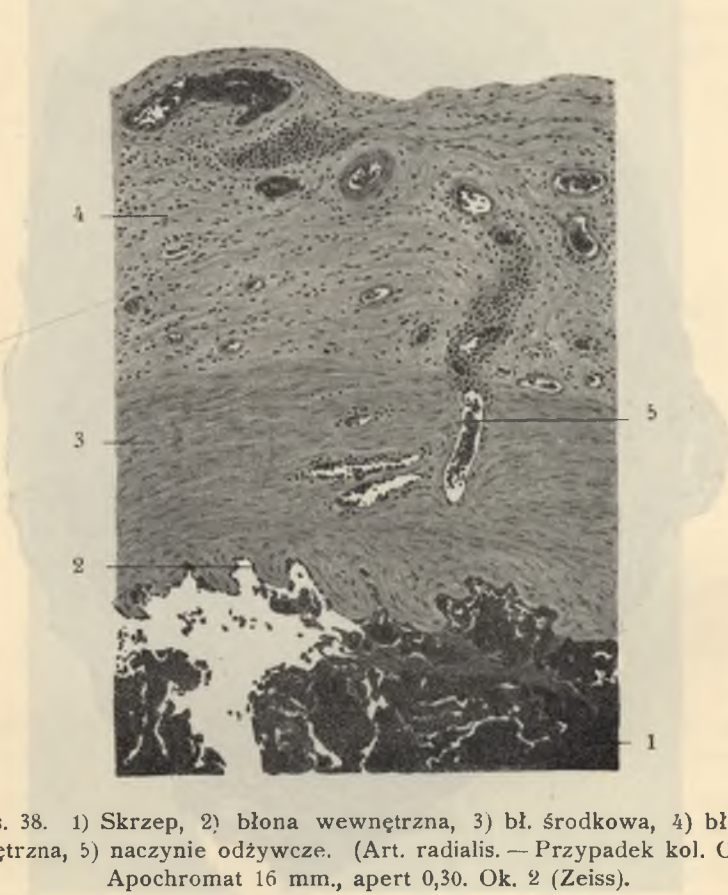
Rys. 37. (Art. femoralis.) — "Przypadek kol. Bełkowskiego.)

Ob. A. Ok. 2 (Zeiss).

zacierają się zewnętrzna granica naczynia. Komórki nacieku wciskają się także pomiędzy pęczki włókien mięsnych błony środkowej, skutkiem czego rozsuwają się one i zmieniają swój koncentryczny układ.

Zdaje się, iż sprawa w naczyniach rozpoczyna się w błonie zewnętrznej, zależnie od zmian w drobnych naczyniach odżywczych (vasa vasorum), widziny bowiem nieraz, że koło nich grupuje się naciek i postępuje od zewnątrz ku środkowi naczynia (rys. 38).

Wogóle naczynia, ulegające sprawie syfilitycznej, są okrażone **naciekiem**, tak zwanym płaszczem komórkowym.



Rys. 38. 1) Skrzep, 2) błona wewnętrzna, 3) bł. środkowa, 4) bł. zewnętrzna, 5) naczynie odżywcze. (Art. radialis. — Przypadek kol. Otto.)
Apochromat 16 mm., apert 0,30. Ok. 2 (Zeiss).

Nacieki te zlewają się ze sobą i często tworzą jedną masę, nie różniącą się od opisanej w sprawach drugorzędowych. Spostrzegamy więc tu komórki zarodkowe z dużym, mocno barwiącym się jądrem i skąpą zarodnią, tworzącą około jądra wąską obwódkę; dość liczne komórki eozynofilowe z ciałem drobno ziarnistym, z jednym, lub paroma okrągłymi niewiel.

kiemi jądrami; sporo komórek plazmatycznych, leżących szczególnie obficie na obwodzie nacieku; komórki nabłonkowe z dużym pęcherzykowatym, słabo barwiącym się jądrem i dość liczne komórki olbrzymie. Wygląd komórek olbrzymich bywa taki sam, jak w grudkach syfilitycznych. Prócz tego, przeważnie na obwodzie nacieku, spostrzegalem nieliczne komórki tuczne i nieco komórek wędrujących. W nacieku, dłużej trwającym, widzimy liczne wykształcone komórki łączno-tkankowe, przeważnie wrzecionowate, z jądrem owalnym lub wrzecionowatym. W komórkach powyższych, szczególnie zarodkowych, spostrzegamy dość liczne figury karyokinetyczne.

Naokoło naczyń, pomiędzy komórkami nacieku, widzujemy często czerwone ciała krwi w najrozmaitszych okresach zmian wstecznych. Włókna i pęczki łączno-tkankowe przebiegają pomiędzy komórkami nacieku w różnych kierunkach i tworzą siateczkę. Pęczki łączno-tkankowe bywają czasem grube, błyszczące, biegną równolegle, lub też krzyżują się i tworzą jakby wojskok.

Włókna elastyczne ulegają zmianom bardzo późno: z czasem pęcznieją, prostują się, słabiej barwią się i rozpadają na ziarna. W skórze giną mięśnie przywłosne (arrectores pilorum): komórki nacieku wciskają się pomiędzy pęczki mięśniowe, rozsuwają je i stopniowo doprowadzają do zaniku. Tkanka tłuszczowa z czasem ginie zupełnie. Równie szybko ulegają zanikowi mieszki włosowe; dłużej opierają się gruczoły potowe, szczególnie ich kłębki.

Najdłużej trwają nerwy i często można je widzieć prawie nienaruszone nawet pośrodku ognisk rozpadowych.

Nacieki, a właściwie wytwarzająca się tkanka łączna, doprowadza również do zaniku mięsiste komórki różnych narządów.

Ogniska rozpadowe spostrzegamy w najrozmaitszych okresach rozwoju nacieków. Początkowo zaródź komórek i włókna łączno-tkankowe słabiej się barwią, następnie ulegają martwicy; dłużej trwają jądra, lecz z czasem i one ulegają drobno-bryłkowatemu rozpadowi. Bryłki coraz słabiej się barwią i nakoniec zlewają się w jedną bezpostaciową masę. Różnica w zabarwieniu polega na tem, iż jądra i zaródź tracą powinowactwo do barwników zasadowych, a za-

chowują je jednak w pewnym stopniu do barwników kwaśnych, jak np. eozyna. W ogniskach zmartwiałych długo bardzo opierają się nekrozie włókna elastyczne, naczynia i ner-



Rys. 39. 1) Masa rozpadowa, 2) komórka olbrzymia, 3) otoczka, 4) naciek. Apochromat 16 mm., apert. 0,30. Ok. 4 (Zeiss).

wy; z czasem i one obumierają, tworząc masę bezpostaciową, która wysycha w masę biało-żółtawą, serowatą o spoiwości różnej — od kremu do chrząstki. Masa ta składa się

z ciał białkowych (albuminoidów) i ziarenek tłuszczowych. Spotykamy tam również kulki, łamiące światło, które Darier przyjmuje za lecytynowe.

Kilaki ograniczone.

Wszystkie powyżej opisane zmiany spostrzegamy w kilakach. Kilaki składają się z ognisk, najlepiej widocznych w przypadkach świeższych. Ogniska powyższe są okrągłe, lub owalne, wielkości m. w. ziarnka prosa lub soczewicy; leżą jedno obok drugiego; w środkowych częściach kilaka są nieco większe, niż na obwodzie. Są to jakoby maleńkie kilaki, odpowiadające najmniejszym naczyniom, a zlewające się w jeden duży kilak.

Ogniska drobne (rys. 39) składają się z nacieku, w obwodowych częściach którego spostrzegamy zwykle sporo komórek plazmatycznych i nieco komórek tucznych, a ku środkowi więcej zarodkowych; w samym zaś środku zwykle masy rozpadowe, a obok nich tkankę granulacyjną z komórkami olbrzymiemi.

Ognisko takie zwykle bywa otoczone pęczkami grubymi odsuniętych i zsuniętych włókien łączno-tkankowych. Pęczki te przedstawiają się różnie w zależności od umiejscowienia sprawy (w warstwie brodawkowej i podbrodawkowej cieńsze, w skórze właściwej grubsze i t. p.).

Na obwodzie ogniska spostrzegamy naczynia w większej liczbie, niż pośrodku; są one rozszerzone, napełnione krwią i otoczone wyraźnym płaszczem komórkowym.

W sprawach dalej posuniętych oddzielne ogniska początną zlewać się z sobą, rozpad postępuje i obejmuje znacznieszą przestrzeń.

Z czasem granice pomiędzy oddzielnymi ogniskami tracą się zupełnie, pozostaje jeden duży kilak (rys. 40 i 41), posiadający pośrodku olbrzymie ognisko rozpadu lub rozrośniętą, bliznowatą tkankę łączną, zależnie od tendencji sprawy, i otoczony grubymi łączno-tkankowymi pęczkami z niewielką ilością płaskich jąder. Pęczki te tworzą otoczkę kilaka. Sprawa, powyżej opisana, przebiega niezależnie od umiejscowienia

...ciałki białej (leukocytów) i ziarnokształtne...
 ...specyficzny ton koloru żółciawo-zielonego...
 ...przejmująca się...
 ...



Rys. 40. Kilaki ograniczone w oponie twardej i w przedniej części rdzenia kręgowego. Z preparatu kol. Orłowskiego. Lupa (Zeiss).

...bami obwodnic...
 ...Fosfor...
 ...



Rys. 41. 1) Masa rozpadowa, 2) tkanka granulacyjna, 3) komórka olbrzymia, 4) naciek. (Część poprzedniego preparatu.)

Ob. D. Ok. 2 (Zeiss).



Rys. 42. 1) Masa rozpadowa, 2) tkanka granulacyjna, 3) komórka olbrzymia, 4) naciek, 5) wylew krwawy, 6) naskórek, 7) warstwa rogowa, nieprawidłowo rogowaciejąca.

Apochromat 16 mm., apert. 0,30. Ok. 2 (Zeiss).



Rys. 43. 1) Warstwa rogowa, nieprawidłowo rogowaciejąca, 2) warstwa kolczasta, 3) naciek, 4) tkanka granulacyjna, 5) komórka olbrzymia, 6) wylew krwawy, 7) znekrotyzowany naskórek, 8) strup.

Apochromat 16 mm., apert. 0,30. Ok. 2 (Zeiss).

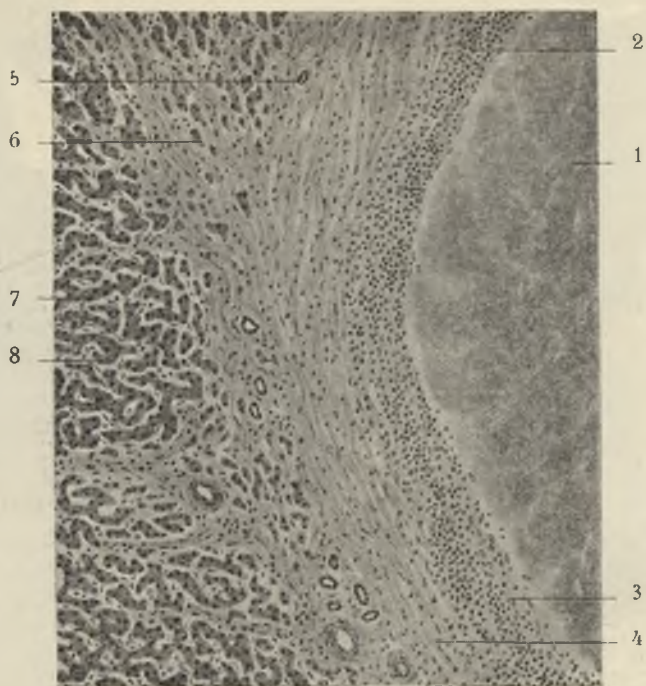


Rys. 44. 1) Warstwa rogowa, nieprawidłowo rogowaciejąca, 2) warstwa kolczasta, 3) tkanka granulacyjna, 4) komórka olbrzymia, 5) znekrotyzowany naskórek, 6) owrzodzenie, 7) strup.

Apochromat 16 mm, apert. 0,30. Ok. 2 (Zeiss).

i wielkości kilaków, a więc jednakowo w guziczkach, guz-
kach i guzach, w skórze, błonie śluzowej i w narządach we-
wnętrznych. Tylko miejscowe warunki nadają jej pewne od-
mienne cechy.

Kilaki, umieszczone pod samym naskórkem (rys. 42, 43
i 44) lub nabłonkiem, oddziałują nań wtórnie. Skutkiem



Rys. 45. 1) Masa serowata, 2) resztki nacieku, 3) resztki tkanki granu-
lacyjnej, 4) tkanka włóknista, 5) przewód żółciowy, 6) komórki wątro-
bowe, obrośnięte tkanką łączną, 7) beleczki wątrobowe, 8) rozrastająca
się tkanka łączna śródmiąższowa. (Kilak wątroby.— Z dyagnostyki ana-
tomo-patologicznej Z. Dmochowskiego.)

nabrzemia i wydłużenia brodawek cieńsze i zanikają so-
ple nabłonkowe; naskórek i nabłonek cieńsze, komórki kol-
czaste stają się okrągłe lub spłaszczone, słabiej się barwią;
warstwa ziarnista niknie, warstwa rogowa grubieje i zawiera
sporo niezupełnie zrogowaciałych komórek. Pomiędzy komór-
kami nabłonka spostrzegamy sporo komórek wędrujących, któ-

re, zbierając się szczególnie często pod warstwą rogową, tworzą ropnie, t. j. jamy kształtu okrągłego lub owalnego, wypełnione leukocytami i masą ziarnistą. Z czasem warstwa kolczasta ulega nekrozie; komórki coraz słabiej się barwią, stają się jednolite i tracą swe granice; pod zgrubiałą i zawierającą jądra warstwą rogową zbiera się coraz więcej leukocytów i masy bezpostaciowej, formuje się strup, który z czasem odpada, tworząc owrzodzenie.

Ponieważ sprawa szerzy się zwykle ku górze, przeto spostrzegamy często obumarcie odpowiedniego odcinka skóry w kształcie stożka, ku górze podstawą zwróconego, w skład którego wchodzi nie tylko naskórek, czasem zupełnie nawet niecierńczały, lecz nawet i skóra właściwa. Naokoło strupa widzujemy zawsze wydłużenie sopli nabłonkowych, zgrubienie naskórka i obrzęk brodawek.

W kilakach, umiejscowionych w narządach wewnętrznych (rys. 45), sprawa, przebiegając w sposób podobny, jak w skórze i w błonie śluzowej, częściej jednak daje mniej typowe obrazy ze względu na rozmaity opór ze strony otaczających je tkanek.

Kilaki rozlane.

W kilakach rozlanych (rys. 46, 47 i 48), a właściwiej w nacieczeniach rozlanych, sprawa przedstawia się nieco odmiennie, niż w kilakach ograniczonych. Kilaki rozlane są to nacieczenia ściśle nieograniczone, nieprawidłowe, zawierają przeważnie mniej ognisk rozpadowych i komórek olbrzymich, a za to, szczególnie w ogniskach starszych, dużo grubych, błyszczących pęczków łączno-tkankowych; posiadają więc charakter chronicznego zapalenia z wytwarzaniem się tkanki łącznej bliznowaciejącej, która doprowadza do zaniku mięszkowe komórki narządów. I rzeczywiście kilaki rozlane często w niczem nie różnią się od chronicznego zapalenia, powstałego pod wpływem innych przyczyn i doprowadzającego do marskości narządów.

Kilaki ograniczone i rozlane można zaliczyć do rzędu ziarniaków. Mają one charakter swoistego nowotworu, zbliżonego do ziarniaków innego pasorzytniczego pochodzenia, jak gruźlica, trąd i t. p.

Rys. 46. 1) masa rozpadowa, 2) tkanka granulacyjna, 3) naciek, 4) naczynie.
Apochromat 16 mm, apert. 0,30, Ok. 2 (Zeiss).



Virchow zalicza kilaki do ziarniaków, zbliżonych do spraw heteroplastycznych, w przeciwieństwie do wykwitów okresu drugorzędowego, mających charakter rozrostowy.

Wagner uważa kilak ograniczony za nowotwór syfilityczny i daje mu miano syfilomatu.

Klebs zapatruje się na kilaki, jako na ziarniniaki pasorzytniczego pochodzenia, lecz z pewnemi swoistemi cechami.

Odnosnie do poszczególnych zmian w kilakach spotykamy pewne różnice w zdaniach.

Cornil zaznacza, iż zajęcie naczyń spostrzega się niestale. Unna i Tommasoli nie widywali zajęcia błony wewnętrznej naczyń w sąsiedztwie kilaków skórnych.



Rys. 47. Nacieczenia ograniczone w bocznych pęczkach i rozlane z wyraźną sklerozą w tylnych. (Rdzeń kręgowy. — Z preparatu kol. Orłowskiego. Lupa (Zeiss))

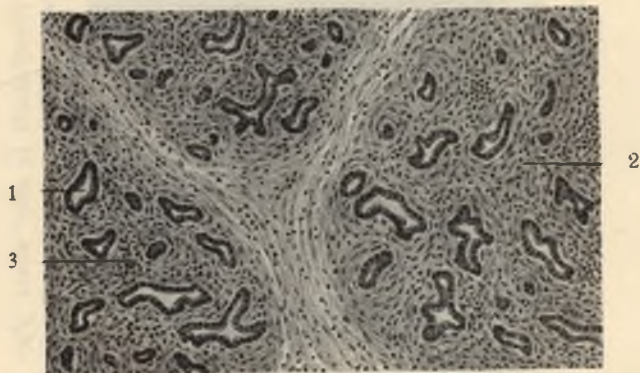
Morfan, Toupet, Jullien i inni zaliczają zajęcie błony zewnętrznej i wewnętrznej, głównie w tętnicach, do zjawisk obwiązkowych.

Krzyształowicz spotykał zmiany we wszelkiego rodzaju naczyniach kilaków skóry.

Najświeższe badania Darier'a wskazują, iż żyły są zajęte znacznie silniej, niż tętnice; to samo znalazł Orłowski w kilakach rdzenia kręgowego.

Birch Hirschfeld dowodzi, że przymiot wątroby przedstawia kilakowy periphlebitis.

Heubner przyjmował, iż sprawa w naczyniach rozpoczyna się w błonie wewnętrznej skutkiem bezpośredniego podrażnienia śródbłonka przez jad przymiotowy. Wywody jego znalazły potwierdzenie w spostrzeżeniach Birch — Hirschfelda i innych. Jednak przeważna część poważnych badaczy, jak np. Jaksch, Lancereaux, Baumgarten, Friedländer, Köster, Schütz, Rumpf, Thibièrge, Darier na mocy luźnych spostrzeżeń przyszli do przekonania, iż sprawa rozpoczyna się od naczyń odżywczych (a również towarzyszących im naczyń chłonnych), przede wszystkim więc wywołuje zmiany w błonie zewnętrznej, a stopniowo przechodzi na błonę środkową i wewnętrzną.



Rys. 48. 1) Przewód gruczołowy, 2) rozrastająca się tkanka łączna, 3) ogniska zapalnego nacieczenia. (Marskość syfil. trzustki.— Z dyagnostyki anatomo-patologicznej Z. Dmochowskiego.)

Co się tyczy mnożenia się komórek kilaka, Unna jest zdania, iż odbywa się on sposobem amitotycznym, gdyż nigdy mitozy nie spostrzegął.

Największe różnice spotykamy w poglądach na budowę guziczków. Wypływa to stąd, iż pomiędzy guziczkiem a grudką spotykają się najrozmaitsze postacie przejściowe, więcej lub mniej zbliżone budową swą do obu tych tworów.

Według Unny, budowa guziczka (zaliczonego przez niego do tworów trzeciorzędowych) jest bardziej zbliżona do budowy grudki, niż do budowy kilaka. Również Hardy wyraża zbliżony pogląd. Bernhardt wyraża zdanie, iż tubercu-

lum siccum posiada odrębny od kilaków sposób rozwoju i mniej silnie wyrażone zmiany.

Jednak przeważna część autorów, jak Fournier, Lancereaux, Cornil, Jullien, Lang, Kaposi i inni, widzą w guziczku powierzchowny skórny kilak.

Nicolas i Favre znaleźli niedawno, iż budowa guziczków odpowiada w zupełności zmianom, uważanym za gruzlicze, gdyż tworzą prawdziwe guziczki follikularne syfilityczne.

Właściwie budowa kilaków w porównaniu do wykwitów okresu drugorzędowego, szczególnie grudek, różni się nie zasadniczo, a tylko w natężeniu sprawy: spostrzegamy tu i tam zajęcie wszystkich naczyń, naciek, ugrupowany ściśle naokoło nich, takiż sam m. w. skład i wygląd nacieku i tkanki granulacyjnej, — jednak zajęcie naczyń bywa znacznie silniejsze. Prawdopodobnie zależnie od tego ogniska rozpadu są większe i występują wyraźniej.

Zmiany w naczyniach oraz znaczne krwawe wylewy nadają czerwono-niebieskawe zabarwienie kilakom, a rozpad i tłuszczowe zwyrodnienie wpływa na spoistość kilaków.

Pod względem anatomo-patologicznym budowa kilaków bywa mniej lub więcej zbliżona do tworów gruzlicy, trądu, nosaczyny i grzybicy guzowej.

Szczególniej wielkie podobieństwo bywa pomiędzy tworami trzeciorzędowego przymiotu i gruzlicą.

Gruźlica posiada wyraźniejszą skłonność do rozpadu; jej serowate ogniska częściej się rozmiękczają, gdy kilaki posiadają charakter więcej plastyczny i suchość znaczniejszą.

Głównie różnica ma się opierać na ugrupowaniu nacieku, na stosunku jego do naczyń krwionośnych, na stopniu i rozwoju zmian w podścielisku. Twierdzą, iż w ogniskach gruzliczych komórki olbrzymie i nabłonkowate są liczniejsze i ugrupowane więcej pośrodku ognisk zapalnych, utworzonych z małych plazmatycznych komórek. W przymiocie zaś widzieliśmy, iż naciek, utworzony z dużych komórek plazmatycznych, mieści się częściej naokoło naczyń, niż w postaci guzików, wypełnia oczka podścieliska, które posiada większą tendencję do zbliznowacenia, niż do zaniku. Wszystkie jednak powyżej przytoczone oznaki są nadzwyczaj względne i do-

piero odnalezienie laseczników gruźliczych stanowi o rozpoznaniu.

Należy przytem pamiętać, iż ogniska przymiotu mogą być wtórnie zakażone przez gruźlicę, zaś w niektórych tworach gruźlicy, np. w tuberkulidach, znajdowano nader rzadko laseczniki gruźlicze.

Trąd w guziczkach posiada duże komórki z licznymi wodniczkami i drobnoustrojami, nie wywołuje zaś zmian w naczyniach i sklerozy; jednak w plamach trądu spostrzegano płaszcze naokołonaczyniowe i ogniska naciekowe ze zmianami rozpadowemi pośrodku, z komórkami nabłonkowatemi i olbrzymiami; również znaleziono w śledzionie, jądrach i w wątrobie ogniska serowato-zwyrodniałe, które makro i mikroskopowo nie różniły się od ognisk gruźliczych i kilaków. Dopiero jednak obecność pałeczek Hansena umożliwia rozpoznanie.

Nosaczna charakteryzuje się guziczkowatym nacieczeniem, umiejscowionem naokoło naczyń, w którym powstają ogniska martwicy, otoczone tkanką, zawierającą komórki nabłonkowate i olbrzymie. Jednak w nosaczynie zmiany w naczyniach są mniej wyrażone, niż w przymiocie, naciek składa się więcej z leukocytów, niż z komórek plazmatycznych. Spostrzega się tam wyraźna karioreksa jądra, i pałeczki nosacziny.

W grzybicy guzowej nowotwór komórkowy składa się z komórek plazmatycznych, rozsianych, lub ugrupowanych naokoło naczyń. Przeważnie jednak nie posiada on komórek nabłonkowatych i olbrzymich, sklerozy i ognisk serowatych i rzadko umieszcza się w narządach wewnętrznych.

LECZENIE MIEJSCOWE.

Leczenie miejscowe w okresie trzeciorzędowym nie różni się prawie wcale od opisanego w okresie drugorzędowym.

Kilaki skórne nieowrzdzone przykrywamy plastrem rtęciowym lub wcieramy w nie maść rtęciową i bandażujemy. Kilaki owrzdzone wypełniamy gazą wyjałowioną, maścią borną lub Mikulicza i bandażujemy. Nieczyste owrzdzenia smarujemy jodyną, a wybujale ziarniny lapisem. Na kilaki, posiadające skłonność do rozpadu, puszczaemy strumień ciepłego roztworu sublimatu lub kwasu bornego pod ciśnieniem, np. z irygatora. Czynność tę uskuteczniamy kilkakrotnie w ciągu dnia po 5, 10, 15 minut. Na obszerne i nieczyste kilakowe owrzdzenia stosujemy wanny sublimatowe (1:10000) miejscowe. Na kilaki w cewce, lub w kiszce stolcowej zalecamy odpowiednie czopki rtęciowe lub jodoformogenowe, a na kilaki jamy ustnej, nosa i t. p. częste przemywania słabym roztworem sublimatu (1:10000), nadmanganianu potasu (1:5000), chinosu (1:10000) i t. p.

Kilaki powierzchowne w kościach, lub w stawach smarujemy jodyną, jodwasogenem 6—8%, maścią jodową np. Rp. Jodi puri 0,2. Kali jodat 2,0. Vaselini flavi Americanorum 20,0. W razie zmartwienia kości należy dać ropie swobodny odpływ i czekać oddzielenia się martwiaka; wtedy usuwany go, żeby nie drażnił sąsiedniej tkanki kostnej, jako ciało obce. Jednak nie należy się zbyt spieszyc z usunięciem

martwiaka w kościach czaszki, a to dla tego, żeby opona twarda miała czas zgrubieć. Ubytek kostny zastępujemy sztucznie np. obturatorem w podniebieniu, lub poduszczkami kauczukowymi i skórnymi w czaszce. Najlepiej zaś, gdzie tylko można, przystąpić do plastycznej operacji.

W przypadkach spondylitis syphilitica, dla podtrzymania ciała, zalecamy gorsety.

Przeciw cierpieniom układu trawienia, jak również przeciw cierpieniom nerek i wątroby, stosujemy często wewnątrz preparaty rtęci, zaś przeciw cierpieniom tchawicy, oskrzeli, płuc można zalecać wziewania preparatów rtęciowych według wskazówek, podanych w leczeniu miejscowem okresu drugorzędowego.

Na porażenia narządu ruchowego często dobrze działają masaże i elektryzacja.

Leczenie ogólne.

KRÓTKI RYS HISTORYCZNY.

Chińczycy według M. Dabry już na 2637 lat przed N. Chr. stosowali rtęć w terapii kiły. Również we wschodnich Indiach według roczników malabarskich leczono rtęcią w IX w. przed N. Chr. kiłę, którą tam znano pod nazwą perskiego ognia. W chwili epidemicznego rozprzestrzenienia się przymiotu w Europie leczono go głównie wcieraniem maści rtęciowej. Holder donosi, iż do terapii kiły w Europie wprowadził rtęć Aleksander Benedictus (1595 r.), a według innych — Fallopi (1654 r), to znów Jakób Berenger Carpi (1500 r.); Wiedmann (1497 r.), Paracels (1528 r).

Rtęcią zaczęli leczyć przede wszystkim ludzie pospółstwa: słudzy łaźiebni, golarze, kaci. Oprócz rtęci używali oni jednocześnie różnych środków napotnych i czyszczących; to też skutki leczenia często bywały groźniejsze od następstw samej choroby. Za przykładem niepowołanych i lekarze zaczęli stosować powyższą metodę. Leczenie zwykle rozpoczynano upuszczaniem krwi dla usunięcia jak najwięcej jadu z organizmu. Podawano również środki przeczyszczające dla odświeżenia krwi i morzono chorych głodem, żeby choroba niszczyła samą siebie, spożywając własny jad. Po takim przygotowawczem leczeniu przystępowano do właściwego: wcierano chorym maść, w skład której oprócz rtęci wchodziło złoto, srebro, ołów, alun, terpentyna i t. p. Maści używano olbrzymią ilość, to też chorzy po takich wcieraniach dostawali straszego ślinotoku: brzękła cała głowa;

podniebienie, wewnętrzna powierzchnia policzków i dziąsła głęboko wrzodziały; obrzękły i porozpadany język nie mógł się w ustach pomieścić, a cuchnąca ślina z krwią dniem i nocą wypływała nieustannie wśród najstraszniejszych bólów. Chorzy całymi tygodniami nie mogli jeść, pić i często takie leczenie przyplacali utratą zdrowia, lub nawet życia.

Prawie współcześnie z wcieraniami maści wprowadzono okurzania preparatami rtęci. O okurzaniach wspomina Angelo Bolomini, Jacques Catanée już w początkach XVI st., a następnie nieco później Nicolas Massa.

Okurzanie poprzedzano również przygotowawczem lečeniem. Następnie w silnie nagrzaney izbie stawiali rodzaj namiotu, pod którym umieszczali zupełnie rozebranego chorego. Obok niego zapalano ogień, na który przez otwór w namiocie rzucano płytki rtęciowe z różnemi pachnącemi wonnościami. Chory powinien był pozostawać w tej dusznej, przepelnionej dymem atmosferze, około pół godziny, a gdy był już blizki omdlenia, pozwalano mu odetchnąć świeżem powietrzem przez otwór w namiocie. Po okurzeniu kładziono chorego do ciepłej pościeli, przykrywano kołdrami i wywoływano silne poty w przeciągu godziny, dwuch. Okurzanie powtarzano codziennie, lub co drugi dzień w przeciągu kilku tygodni. Było ono połączone z dużem niebezpieczeństwem dla chorego, gdyż oprócz silnego ślinotoku, jako rezultaty bezpośrednie lub pośrednie, zjawiały się napady duszności, astmy, katar oskrzeli, płuc, zapalenie oczu, opuchnięcia, bóle głowy, rozwolnienia, mdlenia, drgawki, napady padaczkowe, paralize, a nawet zejścia śmiertelne. Sposób okurzania udoskonalił nieco Lalouette (1776 r.). Umieszczał on chorych w skrzynce, tak jednak, iż głowa pozostawała na świeżem powietrzu.

Opierając się na tej samej metodzie wdychania gazów rtęci, w Paryżu, według Devergie, zaczęli nosić gorsety i pasy, zawierające w sobie rtęć.

Oprócz wcierania i okurzania, za przykładem Paracelsa (1530 r.) poczęto stosować wewnątrz przetwory rtęciowe, głównie sublimat, lecz również nadużywano tego środka.

Jeszcze w końcu XV st. wybitniejsi uczeni, jak Schellig (1495 r.), Brandt (1496 r.), Raut poczęli protestować przeciwko nadmiernemu podawaniu rtęci. Znaleźli się nawet bezwzględni jej przeciwnicy, jak Leonicensus (1497 r.), profe-

sor w Pawii, którzy starali się zastąpić rtęć nowymi środkami: mnich hiszpański Delgado (1508 r.) począł stosować przeciw kile drzewo gwajakolowe; następnie inni zalecali korzeń chinowy, drzewo sasafranowe, korzeń sarsaparylli, mydlnicę, łopian, a nawet polewkę z węzów, żab, raków i serc jeleńskich, ciało małych dzieci (w Chinach), mięso ropuch i t. p.

Oczko nasz wybitny syfilodolog oceniał znakomicie dobroczynne działanie rtęci, zalecał umiarkowanie w jej stosowaniu, a przytem radził używać odwaru drzewa gwajakolowego i kory chinowej. Również inni wybitni lekarze tych czasów, jak Paracels, Riverius (1647 r.) i Blegny (1673 r.), wykazywali zgubne skutki nadużywania rtęci i uważali za jeden z tych objawów ślinitok. Jednakowoż i później spotykamy sporo zwolenników ślinitoku. Sydenham (1756 r.) podaje rtęć tak długo i w takiej ilości, póki chory nie wydziela śliny około 4 funtów dziennie; również Boerhaave wymagał, żeby śliny wydzieliło się 100 funtów w ciągu 30 — 40 dni. To też chorzy ciągle pluli w specjalnie do tego przeznaczone naczynie *casserole* (*passer á la casserole*).

Chicogneau (1718 r.), a głównie Hagenot (1734 r.) byli twórcami metody zwanej montpeljerską, która zasadzała się na tem, żeby unikać ślinitoku i przerywać z chwilą ukazania się go leczenie rtęcią. Zalecała ona stosowanie ciepłych kąpiei, świeże powietrze, a zarazem odpowiednie odżywianie. Najważniejszym zwolennikiem tej metody był Sigmund. Również Hunter (1781 r.) zalecał umiarkowane używanie rtęci, a stosował ją od chwili ukazania się wrzodu pierwotnego.

W 1836 roku Wallace wprowadził do terapii kily jod, i tym środkiem starano się zastąpić rtęć. Zalecano również w kile najrozmaitsze środki roślinne, jak wronie oko (*nux vomica*), naparstnicę czerwoną (*digitalis purpurea*), pieprzowiec upajający (*pipper methysticum*), płużyn jajowaty (*cascara amarga*), jaskółcze ziele (*helidonium maius*), kwaśnicę równolistną (*berberis aquifolia*), pilokarpinę i t. p. Stosowano zarazem sporo środków mineralnych, jak złoto, platyna, a szczególnie srebro i jego przetwory, żelazo w połączeniu z jodem, siarczan miedzi, chlorek cynku, chroman potasowy kwaśny, kwas dwuchromowy, dwuchroman potasowy, wodorochloran potasowy (*kalium hydrochloricum*), chloran potasowy (*kalium chloricum*), chloran wapna, (*calcaria chlorata*), boraks, węglan amonowy zasadowy (*ammonium subcarboni-*

cum) fosfor, kwas fosforowy suchy (acidum phosphoricum siccum), bromek potasu, bromek potasowo-arsenawy i t. p.

Znaleźli się również zwolennicy leczenia wyczekującego, którzy twierdzili, iż przymiotu nie należy leczyć żadnymi środkami ogólnymi, lecz tylko miejscowo i odpowiednią higieną.

Metodę tę wprowadził William Fergusson, a głównie szkoła fizyologiczna. Jourdam (1816 r.), Desruelles, Devergie (1828 r.) i inni zwolennicy szkoły fizyologicznej przemawiali za leczeniem wyczekującym, utrzymując, iż działa ono jakoby szybciej i skuteczniej, niż przy podawaniu rtęci. Leczenie wyczekujące znalazło gorących zwolenników w Fricku (1828 r.), Wilhelmie (1830 r.) Klugu, którzy rozpowszechnili je w Niemczech, Danii, Szwecyi i Rosyi. Jedni z pomiędzy naśladowców tej szkoły leczyli kiłę jedynie środkami dyetetycznymi. Inni, jak Oewre (1870), zalecają leczenie wzmacniające i symptomatyczne i nakoniec tacy, jak Despres, byli przeciwni usuwaniu objawów kiły, gdyż za pomocą ich organizm jakoby pozbywał się choroby (humoralne poglądy).

Przeciwnicy stosowania rtęci objaśniali wszelkie objawy kiły działaniem rtęci.

Prace Overbecka (1861 r.), Kussmaula (1861 r.), Vajdy (1880 r.) wyjaśniły jednak dostatecznie, jakie objawy wywołuje rtęć, a jakie kiła.

... Ciągła walka merkuryalistów z antymerkuryalistami, tocząca się blisko cztery stulecia, miała bardzo dodatnie strony: nauczyła ona podawać rtęć w odpowiedni sposób, zwróciła uwagę na indywidualizowanie leczenia i na zabiegi higieniczne, przyczyniła się również do wprowadzenia nowego swojego środka, jakim jest jod, a nawet do poznania samej choroby.

Pod koniec przeszłego wieku zmodyfikowane leczenie rtęcią znajduje ogólne uznanie w świecie naukowym lekarskim. Zachodzi tylko różnica w poglądach na sposoby stosowaniu leczenia: jedni są za leczeniem objawowem, inni za chronicznem, przerywanem. Neumann, Lang, Kaposi, Pick, Jarisch, Caspary i inni zalecają energiczne leczenie rtęcią, lecz tylko wtedy, gdy ukażą się objawy kiły. Fournier, Neisser, Tarnowski, Łukasiewicz i wielu innych, uważając kiłę za chorobę ogólną i chroniczną, stosują również w ciągu pierwszych kilku lat leczenie chroniczne przestankowe.

Po odkryciu krętka bladego zaczęto robić próby ze środkami, które dają dobre wyniki przeciw rozmaitemu rodzajowi trypanozomom, i starano się zastąpić rtęć atoksylem. Korzystny wpływ atoksylu na kiłę zaznaczył Salmon, Uhlenhut, Hoffman, Rocher, Hallopeau, Lassar, Lesser, Łukasiewicz i inni. Wstrzykiwano wysokie dawki atoksylu, bo 0,1—0,5 na dawkę co drugi dzień, a nawet codziennie. Doświadczenia te jednak, które i sam wielokrotnie stwierdziłem, doprowadziły do wniosku, iż atoksyl nie jest środkiem swoistym przeciwkiłowym; przypisać by raczej mu można skrzepiającą działalność arszeniku.

LECZENIE ZAPOBIEGAWCZE I PORONNE.

Zapobieganie chorobom i niszczenie ich w samym zarodku jest najszczytniejszym zadaniem sztuki lekarskiej. Zdałoby się, iż bardzo łatwo przeszkodzić przenoszeniu zarazka z jednego ustroju do drugiego, czyli udaremnić bezpośrednio zetknięcie się z chorym. Niestety niepłciowemu przenoszeniu zarazy sprzyja mały poziom kulturalny ludności, a płciowemu społeczne i ekonomiczne warunki, utrudniające wczesne założenie rodziny i ułatwiające zaspokajanie popędów płciowych w prostytutce.

Odpowiednie fizyczne wychowanie młodzieży, wczesne uświadomienie jej co do skutków stosunków płciowych poza małżeństwem, usuwanie dzieł pornograficznych i broszurek quasi naukowych, zniesienie reglamentacji i wprowadzenie osobistej odpowiedzialności za zarażenie, współcześnie z podniesieniem kultury i dobrobytu ogólnego, bezwątpienia będą sprzyjać zmniejszaniu się chorych na kiłę.

Do środków zapobiegających należy kondon. Nie chroni on jednak moszny, wzgórką łonowego i zewnętrznej powierzchni bioder od zarażenia; może przytem pęknąć, a więc odsłonić nawet prącie. Smarowanie tłuszczem organów płciowych przed spółkowaniem tworzy na nich warstwę, zabezpieczającą do pewnego stopnia od mogących nastąpić przy tarceniu pęknięć i zetknięcia z wydzielinami. Stulejkę wrodzoną na prąciu należy usunąć, gdyż pod nią często tworzą się nadżarcia, a również łatwo przy naciąganiu tworzą się naderwania uzdeczki. Dobrze jest zaraz po spółkowaniu wymyć organy płciowe ciepłą wodą z mydłem, a następnie roztworem sublimatu 1:2000 — 1:1000.

Maisonneuve i Miecznikow wcierali 30% maść kalomelową, jako środek odkażający, jeśli od spółkowania nie upłynęło więcej, niż 20 godzin. Środek ten jednak nie jest pewny, gdyż Gaucher i inni opisują przypadki, w których maść kalomelowa zawiodła.

Wczesne wycięcie lub wypalenie zaledwie podejrzanych nadżerek nie zdołało zapobiedz wystąpieniu kiły, jak to stwierdziły pouczające przypadki: Langston Parker wypalił nadżarcie w 2 godziny po stosunku, Reiss wyciął je w 5 godzin, a Łukasiewicz w 39 po zakażeniu, Berkeley Hill zniszczył nadżarcie kwasem azotnym dymiącym w jedenaście godzin po zarażeniu, nie zapobiegając przez to rozwinięciu się choroby. Objasnienie przyczyny tych nieudatnych prób odnajdujemy w doświadczeniach Neissera i innych z szczepieniem kiły na małpach: już w pierwszych dniach po szczepieniu stwierdzono uogólnienie zarazka kiły. Również zawodzi, jak dotąd, syfilizacja ochronna Miecznikowa, który przypuszczał, iż można otrzymać szczepionkę, uodparniającą organizm przed ogólnem zarażeniem za pomocą przeprowadzenia zarazka przez ustroje małp niższych, mniej wrażliwych na przymiot.

Zawiodło i czynne uodpornienie organizmu przeciw uogólnieniu zarazy ze wrzodu pierwotnego za pomocą wprowadzania podskórnie produktów kiłowych (Krauss i Spitzer), jak to dowiodły doświadczenia Neissera, Brandweinera i Kreibicha.

LECZENIE SWOISTE.

Rtęć.

Jeśli wogóle o środkach swoistych mówić można, to rtęć jest bezwarunkowo głównym swoistym środkiem przeciwprzymiotowym wśród innych, z których jeszcze tylko jod może być brany pod uwagę: rtęć nie tylko zazwyczaj szybko usuwa istniejące objawy przymiotu, ale przy odpowiednim stosowaniu może zabezpieczyć od ciężkich trzeciorzędowych i poprzymiotowych cierpień. Działanie rtęci na produkty sfilityczne jest bezpośrednio antyseptyczne, to jest na sam zarazek przymiotu. Bakteryobójcze działanie rtęci na krętki blade potwierdziły przedewszystkiem doświadczenia Neissera na małpach. Thalmann zauważył, iż pod wpływem rtęci zmniejsza się w wykwitach przymiotu ilość krętków białych, a po kilku dniach stosowania giną one zupełnie. Ja również wielokrotnie zauważyłem znikanie krątków białych pod wpływem rtęci: szybkość znikania zależy od sposobu stosowania rtęci; najszybciej ginęły krętki po wstrzykiwaniach sublimatowych, gdyż często po 3 — 4 wstrzykiwaniach 5-cio procentowego sublimatu nie mogłem już wcale wykryć krątków, znacznie powolniej działają wstrzykiwania nierozpuszczalnych preparatów rtęci, a najslabiej działa rtęć przy podawaniu wewnątrz; wcierania mają rezultat bardzo różny, w zależności od przypadku; pod wpływem rtęci już bardzo wczesnie można zauważyć zmniejszanie się ilości krętków, natomiast spotyka się sporo osobników w stanie zwyrodnienia: krętki bardzo krótkie, barwiące się częściowo bardzo słabo, a nawet w postaci szeregu ziarenek. Bywają jednak przypadki

bardzo uporczywe, gdzie krętki wykrywają się bardzo długo choć w nieco zmniejszonej ilości. Preis i Rona mogli je jeszcze wykazać u wielu swych pacjentów po 10 — 15 wcieraniach 3 gramowej szarej maści. Hoffmann znajdował liczne krętki blade we krwi osób chorych na przymiot podczas leczenia rtęcią i przeszczepiał je z dodatnim skutkiem na małpy.

Ciekawe bardzo są spostrzeżenia Łukasiewicza jeszcze 1891 roku, które można stwierdzić w każdej chwili: po pierwszym wstrzyknięciu silnego roztworu sublimatu następuje często podniesienie ciepłoty i nader silne występowanie osutki; nawet znikające, ledwo dostrzegalne wysypki stają się widoczne w 24 godz. po zastrzyknięciu i występują niekiedy jako żywe czerwone bąble. Thalmann słusznie to tłumaczy działaniem rtęci i nagromadzeniem w ustroju endotoksynów, wolnych skutkiem obumarcia zarazka. W związku z tem nagromadzeniem zjawia się podniesienie ciepłoty.

Trudno jednak bezwzględnie zdecydować, w jaki sposób działa rtęć na rozsiane po całym ustroju krętki blade, czy bezpośrednio, czy pośrednio. Ażeby otrzymać w organizmie średniej siły bakteryobójczy roztwór sublimatu w stosunku 1:10000, trzeba by wprowadzić do ustroju niezmiernie dużą ilość rtęci.

To też przyjmują, iż ta stosunkowo nieznaczna ilość rtęci, jaka kursuje w organizmie podczas leczenia, wywołuje tylko wzmożone wytwarzanie się niweczników; inni zaś przypuszczają, iż rtęć działa redukująco wyłącznie na toksyny, wydzielane przez krętki.

Rtęć w ustroju według teorii jednych autorów krąży jako rozpuszczalny albuminat, według zaś Merget'a w postaci gazu, luźnie związanego z czerwonymi krążkami krwi. Justus spostrzegał rtęć w komórkach tkanki syfilitycznej w postaci związku z siarką, przeciwko czemu występowali Fischel, Liebert i inni.

Pod wpływem rtęci, według badań wielu poważnych autorów (Martineau, Wilbuszewicz, Keyes, Robin, Galliard, Stukowenów, Zelenew, Reiss), zmieniony skład krwi wraca do normy, ilość czerwonych krążków krwi i zawartość hemoglobiny powiększa się, a zmniejsza ilość leukocytów. Przy nadmiernym użyciu rtęci znów zaczyna się zmniejszać ilość czerwonych krążków krwi i hemoglobiny, a zwiększa się ilość leukocytów. Według Justusa polepszenie składu krwi następuje dopiero po

uprzednim rozpadzie czerwonych krążków i w tym czasie, gdy zaczynają niknąć objawy przymiotu. Również gęstość krwi, alkaliczność i zawartość chloru podnoszą się pod wpływem rtęci (Schlesinger, Valerio). Rtęć, dostawszy się do ustroju, zostaje uniesiona prądem krwi do najrozmaitszych narządów, rozmieszcza się w nich nierównomiernie; szczególnie obficie znajduje się w nerkach, wątrobie, kiszkiach, śledzionie, a w znacznie mniejszej ilości w kościach, w mięśniach, mózgowiu i w płucach. Welander znajdował rtęć w krążącej krwi, w tkance łożyska i nawet w moczu płodu. Główna część rtęci wydziela się napowrót za pomocą nerek; oprócz tego zostaje ona usuwana z organizmu razem z najrozmaitszymi wydzielinami i wydaliniami, jak kał, ślina, pot, mleko, łzy, żółć i krew miesiączkowa. Najszybciej zaczyna wydzielać się rtęć po wewnątrzżylnych wstrzykiwaniach, gdyż można ją odnaleźć w moczu już po godzinie; rtęć po wcieraniach, po wewnętrznym użyciu i wstrzykiwaniu nierozpuszczalnych preparatów zjawia się dopiero w kilka, lub kilkanaście godzin później, przyczem początkowo bywa w niewielkiej ilości. Przy dalszem podawaniu rtęci zwiększa się odpowiednio ilość jej w moczu, zaś po skończonej kuracyi w ciągu najbliższych tygodni znów zaczyna się zmniejszać. Po wewnątrzżylnych wstrzykiwaniach Blaschko już w 14-yim dniu nie znalazł śladu rtęci w moczu. Po energicznym leczeniu zwykle znajdujemy rtęć w ciągu kilku miesięcy, a nawet lat. Lanzberg po ośmiu zastrzyknięciach kalomelu znajdował rtęć w osiem miesięcy później, Welander w rok, Lang po zastrzyknięciach szarego oleju w dwa lata, Vajda i Paschkis po 70-ciu wcieraniach w 3 lata. Spostrzeżono nawet w dziesięć lat po zastosowaniu rtęci ślady jej w moczu.

Ilość rtęci, wydalonej z moczem, można określić dość dokładnie i dość łatwo. Przedewszystkiem należy zniszczyć organiczne związki rtęci za pomocą nagrzewania moczu z kwasem solnym, następnie osadzić rtęć z przefiltrowanego płynu za pomocą elektrolizy. Najłatwiej osadzić rtęć za pomocą sposobu Stukowenkowa. Uskuteczniamy to w następujący sposób: wlewamy 500-cm³ moczu do kolby; alkaliczny mocz podkwaszamy nieco przez dodanie kwasu octowego; następnie wlewamy 5-cm³ precedzonego białka kurzego, mieszamy starannie szklaną pałeczką białko w moczu, po kwa-

dransie, dodawszy 1,0 soli kuchennej, nagrzewamy kolbę aż do zagotowania się płynu. Po ścięciu się białka należy ostudzić i przefiltrować mocz przez białą bibułę; białko, pozostałe na bibule, należy zebrać za pomocą rogowego szpadła do małej szklaneczki, nalać do niej 30-cm³ chemicznie czystego kwasu solnego wagi cząsteczkowej 1,19, zmięszać białko szklaną pałeczką i wpuścić do szklaneczki 1 metr zwiniętej lametty, przykryć naczynie szklanym krążkiem, zmięszać kilkakrotnie zawartość naczynia szklaną pałeczką, a po 24 godzinach wymyć lamettę wodą, wysokiem i eterem, wysuszyć, włożyć do szklanej rurki razem z kryształkiem jodu i nagrzewać nad płomieniem dla otrzymania pierścienia rtęci dwujodowej.

Rtęć, użyta w sposób nieodpowiedni, lub u osób nieznośnych jej, może wywołać pewne uboczne działania: ślinotok, zaburzenia żołądkowo-kiszkowe, wysypki i zaburzenia w odżywianiu.

Zapalenie rtęcicze jamy ustnej spotyka się najczęściej ze wszystkich ubocznych działań merkurjusza. Dawniej uważano je za konieczny warunek leczenia rtęcią. Obecnie ciężkie zapalenia, które doprowadzają do silnego ślinotoku, owrzodzeń, wypadania zębów, spostrzegamy nadzwyczaj rzadko. Niezależnie jednak od wyboru preparatu i sposobu jego stosowania, widujemy miejscowe ograniczone zapalenia jamy ustnej, które nie grożą zębom, a tembardziej szczękom. Jesteśmy w stanie uchronić chorych i od tych miejscowych stomatitów: 1) nie należy przedewszystkiem wprowadzać do ustroju odrazu dużej ilości rtęci; 2) nie rozpoczynać leczenia rtęcią przed doprowadzeniem jamy ustnej, a szczególnie zębów, do porządku; 3) podczas całego leczenia rtęcią ciągle i dokładnie badać stan jamy ustnej, chronić ją przed mogącem nastąpić zapaleniem i, w razie zjawienia się pierwszych jego objawów, przerywać podawanie rtęci. Najczęściej zapalenie rozpoczyna się na dziąsłach obok dolnych średnich siekaczy i na błonie śluzowej policzka za ostatnim dolnym zębem trzonowym, i wtedy często odchodzi od zęba fałda okalającej go śluzówki w postaci jęczyczka owrzodzonego, czerwonego i łatwo krwawiącego. Opuchają i wrzodzieją również bardzo łatwo dziąsła na obwodzie resztek zębów i korzeni, a także kamieni. Dla ochrony dziąseł od zapalenia, należy płukać usta po każdym jedzeniu, czyścić zęby miękką szczo-

teczką przynajmniej dwa razy dziennie i smarować dziąsła odpowiednim ściągającym środkiem. Do płukania można używać roztworu kali chlorici, łyżeczkę na szklanekę wody, roztworu kwasu borskiego w takim samym stosunku, eliksiru, lub $\frac{1}{2}$ — 1% roztworu octanu alunu.

Jako proszek do zębów może służyć zwyczajna kreda z miętą, proszek węgla z miętą i z proszkiem kory chinowej lub też:

Rp. Pulv. cort. chinae
 Pulv. catechu \overline{aa} 15,0
 Acid. tannici pulv. 1,0
 Essent. menthae gtts V
 D. S. Pulvis dentifricius. (Panas).

Do smarowania dziąseł za pomocą kawałka waty, namotanego na patyczek, używamy:

Rp. Tincturae rhataniae
 „ gallarum
 myrrhae \overline{aa} part. aequal.

albo Rp. Jodi puri 0,3
 Kali jodat 3,0
 Glycerini 30,0

Powstałe przy zapaleniu jamy ustnej owrzodzenia smarujemy 10 — 20% lapisem i płuczemy jamę ustną 3% wodą utlenioną, lub roztworem 1:1000 — 1:5000 kali hypermanganici. Przed zastosowaniem rtęci należy też zawsze uprzedzić chorego o możliwości zapalenia jamy ustnej i o zwracaniu uwagi w tym kierunku.

Zaburzenia żołądkowe i kiszkowe, bóle żołądka, kolki w kiszkach, rozwolnienie, utrata apetytu — to przejściowe, to trwające długo, — mogą niekiedy wystąpić tak przy wewnętrznym stosowaniu rtęci, jak i przy wcieraniach i wstrzykiwaniach. Zaburzenia te przy używaniu rtęci w odpowiednich dawkach spotykają się rzadko, występują w lekkiej postaci i łatwo przechodzą pod wpływem opium. Często wystarcza przerwać leczenie rtęcią na parę dni, ażeby zaburzenia żołądkowo-kiszkowe bezpowrotnie zniknęły.

Wysypki skórne, wywołane użyciem rtęci, bywają bez-

pośrednie (urazowe) i pośrednie (toksyczne). Przy stosowaniu wcierań i plastrów występuje najczęściej zapalenie mieszków włosowych, lub rozlany rumień, szczególnie w tych miejscach, gdzie przylegają do siebie dwie powierzchnie skóry: pot, tłuszcz i ciepło usposabiają do rozwinięcia się stanu zapalnego. Prawdziwa osutka z zatrucia bywa nietylko po wcieraniach, lecz i po wewnętrznym użyciu i wstrzykiwaniach rtęci, często już po zastosowaniu nieznacznej ilości tego środka, i zależy od wrażliwości szczególnej danego ustroju. Przeważnie występują obszerne rumienie, charakteryzujące się fioletowawym odcieniem i często bardzo zbliżone do rumienia płoniczego. Mogą one zniknąć po bardzo krótkim trwaniu, to znów ciągną się dłużej, swędzą i bledną, wywołując delikatne łuszczenie się skóry. Rzadko na rumieniach występują pęcherzyki i krosty, a w wyjątkowych tylko razach krwawe wylewy. Niekiedy spostrzegamy zarazem krwawe wylewy albo pęcherzyki na błonach śluzowych. Widujemy również zmiany w paznokciach, które stają się szorstkie, pokryte rysami i krucho. Rumienie często bywają bardzo uciążliwe i trwają przeważnie długo—miesiąc dwa i więcej, wywołują silne swędzenie, a niekiedy nawet ogólne gorączkowe objawy, jak podniesienie ciepłoty, bóle głowy, wymioty, upadek sił i t. p. Na szczęście spotykają się b. rzadko.

Podrażnienie nerek skutkiem silnego wydzielania rtęci bywa zwykle lekkie, wywołuje nieznaczny białkomocz i cylindromocz i nie przeszkadza stosowaniu dalszego leczenia.

Drżączka rtęciowa i ostre merkuryalne zapalenie wielu nerwów przy odpowiednim leczeniu spostrzega się niezmiernie rzadko. Zaburzenia w odżywianiu przedstawiają się w postaci osłabienia, schudnięcia i bledności skóry i błony śluzowej; przy odpowiednim leczeniu występują rzadko. Należy też chorych często ważyć i w razie potrzeby przerywać leczenie, lub stosować odpowiednie środki pokrzepiające, jak ruch na świeżem powietrzu, metodyczne masaże, hydroterapia, wzmożone odżywianie i t. p.

Rtęć stosujemy trzema sposobami: za pomocą wcierania, wstrzykiwania i podawania wewnątrz. Wybór jednego z tych sposobów zależy od wskazań, te znów od indywidualnych własności chorego i od najrozmaitszych warunków zewnętrznych, jak od stanu nerwów chorego, stanu żołądka i kiszki, wieku, ciężkości objawów, różnych

socjalnych warunków i przyjmowania zarazem innych środków; wogóle sposób, dobrze znoszony przez chorego i najsilniej działający, bywa zawsze najlepszy.

Wcierania.

Rtęć przy wcieraniu wsysa się do ustroju. Jedni przypuszczają, iż drobniotkie kropelki rtęci przenikają przez przewody gruczołów do przestrzeni chłonnych; inni — że w gruczołach rtęć przemienia się w gazy, to znów pod wpływem tłuszczów—w związki rozpuszczalne, nakoniec, że rtęć ulatnia się na powierzchni skóry, i gazy jej przy oddychaniu przenikają do krwi przez śluzówkę płuc. Zdaje się jednak, iż rtęć przenika przez skórę, jak to stwierdziły liczne doświadczenia na zwierzętach.

Wcierania posiadają swoje dodatnie strony, ale też i ujemne. Z dodatnich najważniejsza jest ta, iż wcierania działają nadzwyczaj silnie; za pomocą nich najłatwiej można nasycić ustrój; to też najuporczywsze i najcięższe objawy często ustępują tylko pod wpływem wcierań; oszczędzają one przytem narząd trawienia. Daje się to najlepiej ocenić u osób, chorujących na nieżyt żołądka i kiszek, lub też u osłabionych i wyniszczonych, a szczególnie u małych dzieci. Wcierania są wskazane również w tych razach, gdy narząd trawienia chcemy użyć dla stosowania innych środków, np. jodu, arseniku, żelaza i t. p.

Najważniejsze ujemne strony wcierań polegają na tem, iż jest to sposób nieprzyjemny, męczący, gdyż wala i może nawet skompromitować chorego, wywołuje przytem bardzo łatwo zapalenie jamy ustnej. Przy wcieraniach spostrzegamy je najczęściej, gdyż nie można nigdy ściśle obliczyć ilości wessanego środka: zależy ona od grubości powłok, umiejętności wcierania, pocenia się silnego i innych stałych, lub też wypadkowych przyczyn; przytem często wcierania wywołują rumienie i wypryski rozlane ciemno-czerwone z odcieniem fioletowym, bardzo palące i swędzące; wysypki te jednak szybko zwykle przechodzą pod wpływem parokrotnego w ciągu dnia pudrowania tlenkiem cynku, lub krochmalem. Do wcierań używamy najczęściej maści szarej.

Szara maść (unguentum cinereum, sive neapolitanicum) składa się z równych części rtęci i świńskiego sadła. Maść ta powinna być świeżo przyrządzona i dobrze roztarta; działa bardzo silnie, lecz drażni niekiedy skórę.

Stosujemy również często maść rezorbinową 33% i 50%; składa się ona z olejku migdałowego, wosku, nieznacznej ilości żelatyny, mydła i lanoliny; szybko wciera się w skórę, prawie dwa razy krócej, niż szara maść.

Przepisują również maść wazogenową i wazelinową, mitinową, mydlaną, krem rtęciowy i kalomelol, kolloidalną rtęć 10% pod nazwą hyrgolu, merkurjol i t. p.

Dawka maści zależy od najrozmaitszych warunków: ciężkości objawów, stanu zębów, wieku, płci i t. p. Najlepiej nie rozpoczynać wcierań powyżej dawki 2,5 i dopiero stopniowo, zależnie od wskazania, podnosić dawkę do 3,0 — 4,0, i więcej. U kobiet rozpoczynamy zwykle od 2,0 i nie przekraczamy prawie nigdy 4,0. U małych dzieci można rozpoczynać względnie od wysokiej dawki, bo od 1,0.

Wcierania zwykle wykonywamy raz dziennie; w wyjątkowo tylko groźnych przypadkach 2 razy. Najlepiej wcierać w czasie pomiędzy śniadaniem i obiadem, lub też pomiędzy obiadem i kolacją. Dla uniknięcia, o ile możliwości, podrażnienia skóry, wcieramy maść w coraz to inną powierzchnię skóry. Należy unikać miejsc, ulegających łatwo podrażnieniu, a więc pokrytych włosami, moszny i zgięć. Najlepiej wcierać w następujący sposób: pierwszego dnia w jedną górną kończynę, drugiego—w drugą; trzeciego dnia—w jeden bok, czwartego dnia — w drugi bok, piątego dnia w jedną dolną kończynę, szóstego—w drugą. Siódmego dnia po ogólnej kąpieli rozpoczynamy nanowo wcierania w powyżej wymienionym porządku. Najskuteczniej działają wcierania, gdy je uskutecznia chory sobie, czyniąc dłoń z pewną siłą powolne i okrągłe ruchy. Wciera się do tej pory, póki ręka nie przestanie ślizgać się po gładkiej powierzchni i nie napotka pewnego oporu. Długość wcierania zależy więc będzie przeważnie od ilości maści i zwykle nie wynosi mniej, niż 20 minut. Można również wcierać ręką, zabezpieczoną rękawiczką skórzaną, lub kauczukową, grzybkim szklanym, grzybkim przykrytym pęcherzem, lub skórą. Można również wbijać maść za pomocą uderzeń dłońią, lub grzybkim, albo łączyć

wbijanie z wcieraniem: 10 — 15 minut wklepywać maść a następnie wcierać do sucha.

Dla zwiększenia działania maści bandażują niekiedy odpowiednie miejsca po wcieraniu merłą, lub flanelą.

Ilość wcierań zależy od wskazania w każdym poszczególnym przypadku. Zwykle po zniknięciu objawów naznaczają jeszcze $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{4}$ ilości poprzedniej, a w ogólnej liczbie m. w. 24 — 36 wcierań.

Pozatem znalazło większe lub mniejsze zastosowanie kilka metod, stanowiących właściwie odmianę wcierań.

Welander smarował na płótno, albo na flanelę maść rtęciową i przybandażowywał ją w odpowiednim miejscu do ciała. Używał on również woreczków płóciennych, lub perkalowych z 6,0 — 10,0 maści rtęciowej, które chorzy nosili na piersiach, lub na plecach po 10 — 15 dni. Zamiast woreczków Blaschko zalecał merkolinowe fartuszki, t. j. bawełnianą materję, nasyconą rtęcią. Powyższe jednak metody działają bardzo słabo i znajdują zastosowanie tylko w kilku dzieci.

Wanny rtęciowe osobom dorosłym naznaczają obecnie wyłącznie jako miejscowe leczenie przy obszernych owrzodzeniach.

Wstrzykiwania.

Sposób ten zasada się na wstrzykiwaniu pod skórę, w miąższ mięśni, lub wprost do żył preparatów rtęciowych; został on wprowadzony przez Lewina, który w 1867 r. zaczął wstrzykiwać sublimat, i obecnie znalazł szerokie zastosowanie dzięki swym zaletom.

Przedewszystkiem wstrzykiwania pozwalają na ścisłe dozowanie rtęci, oszczędzają przewód pokarmowy dla przyjmowania innych środków, nie obciążają go, wywołują dość silne działanie, chronią chorego od możności zdradzenia się ze swą chorobą i zabezpieczają od wszelkich oszustw z jego strony.

Wstrzykiwania posiadają jednak i strony ujemne: przedewszystkiem wywołują ból, nietylko podczas samego wstrzyki-

wania, lecz również po jakimś czasie; mogą również wywołać miejscowe podrażnienie w postaci stwardnień, a nawet ropni i martwiaków.

Dodatnie i ujemne strony wstrzykiwań zależą w znacznej mierze od rozpuszczalności preparatu rtęciowego, od wyboru samego preparatu i na koniec od umiejętności wstrzykiwania. Wstrzykujemy przeważnie w pośladki, w głąb warstwy mięśni. Do wstrzykiwań używamy strzykawki, najlepiej całej szklanej, z igłą m. w. 4 cm. długości, platynowo-irydową.

Przed wstrzyknięciem należy strzykawkę z igłą wygotować, a przynajmniej strzykawkę przepłukać 5% kwasem karbолоwym, a igłę dobrze wytrzeć watą, zmaczaną w eterze, lub przeciągnąć kilkakrotnie przez płomień. Również miejsce, w które wstrzykujemy, powinno być dobrze oczyszczone wyssaniem i eterem. Miejsce to znajduje się na przecięciu dwóch linii: jednej poziomej, przebiegającej na dwa poprzeczne palce powyżej krętarza większego (trochanter majus), a drugiej — pionowej, odgraniczającej trzecią wewnętrzną część pośladków od dwóch pozostałych zewnętrznych (Galliot). Okolica, powyżej zaznaczona, jest najlepsza dla wstrzykiwań, gdyż w niej nie przebiegają większe naczynia i nerwy, a ból i zapalny odczyn po iniekcjach bywa najmniejszy. Wstrzykiwania czynimy na zmianę raz z lewej, drugi raz z prawej strony, za każdym następnym razem w sąsiedztwie wyżej oznaczonego punktu Galliota, uważając dokładnie, żeby nie wstrzykiwać w stwardnienia, powstałe po poprzednich iniekcjach.

Płynu na raz używamy zwykle 1,0, niekiedy mniejszą ilość nierozpuszczalnych, lub większą — rozpuszczalnych preparatów rtęci. Najlepsza pozycja dla chorych podczas wstrzykiwań — leżenie na brzuchu.

W zawartości strzykawki, przeznaczonej do wstrzyknięcia, nie powinno znajdować się powietrze, które należy starannie usunąć. Następnie bierzemy prawą ręką strzykawkę z igłą, jak pióro do pisania, i, odciągając nieco palcami lewej ręki skórę z odpowiedniego miejsca pośladka i uciskając je silnie dla znieczulenia, wbijamy szybkim ruchem całą igłę w miąższ mięśni.

Rozpuszczalne preparaty odrazu powoli opróżniamy ze strzykawki. Przed opróżnieniem nierozpuszczalnych preparatów można odjąć strzykawkę i przekonać się, czy z igły nie wy-

cieka krew skutkiem przekłucia naczynia; następnie przymocujemy strzykawkę do igły i wyciskamy powoli płyn. W powyższy sposób usuwa się możliwość wprowadzenia do naczyń nierozpuszczalnych cząsteczek soli rtęci, które mogą spowodować zatory. Po wstrzyknięciu usuwamy szybko strzykawkę z igłą. Miejsce ukłucia można lekko zmasować, a następnie posmarować collodium elasticum, lub przykryć plastrem.

Wstrzykiwania czynią również w fossa retrotrochanterica (Smirnow).

Podskórne wstrzykiwania są mało stosowane, ponieważ wywołują często ropnie. Uskuteczniają je najczęściej po obu stronach kolumny kręgowej wzdłuż wewnętrznych brzegów łopatki.

Wewnątrzżylne wstrzykiwania stosują wyłącznie z preparatami rozpuszczalnymi, przeważnie na górnych kończynach w vena mediana: uciskają ramię wężem Esmarcha i, przy zachowaniu bezwzględnej antyseptyki, wstrzykują zawartość strzykawki w wystające żyły przedramienia, przekonawszy się uprzednio, że krew wychodzi przez igłę, t. j., iż igła znajduje się istotnie w świetle żyły.

Jest to operacja niebezpieczna, gdyż żyły po wstrzyknięciu często ulegają zakrzepom, a przytem mało korzystna, gdyż rtęć, choć rozpoczyna działać bardzo szybko, jednak również szybko wydziela się przez nerki.

Rozpuszczalne preparaty rtęci posiadają następujące dodatnie strony: prędko rozpoczynają działać, ból wywołują zwykle nieznaczny i dość szybko przemijający, rzadko powodują stwardnienia, a tem bardziej ropnie, nie wywołują zatatorów. Ujemną ich własnością jest to, iż działają krótko, a więc wymagają częstych i wielokrotnych wstrzykiwań.

Stosujemy rozpuszczalne preparaty rtęci wtedy, gdy ze względu na słaby organizm chorego chcemy uchronić go od silniejszych bólów i ubocznych działań, jakie wywołują nierozpuszczalne preparaty, a zarazem gdy pożądamy szybkiego działania rtęci. Do wstrzykiwań używamy najczęściej następujących rozpuszczalnych preparatów rtęci:

Sublimat (73,8% rtęci) 2—3% w dawkach 1,0 co 2—3 dni.

Rp. Hydrargyri bichlorati
Natri chlorati āā 2,0 — 3,0
Aq. destil. 100,0

Łukasiewicz wprowadził metodyczne leczenie wstrzykwaniami wysokich dawek sublimatu 10%, a nawet 20% z chlorkiem sodu, stosując raz na tydzień $\frac{1}{2}$, względnie $\frac{1}{4}$ cm³. W cięższych przypadkach i przy odpowiedniej budowie choroby dochodzi on do 0,08 — 0,1 sublimatu na dawkę.

Istotnie wysokie dawki sublimatu działają nadzwyczaj szybko, energicznie i mogą być zalecane w kile mózgu i w kile narządu wzrokowego, sprawiają jednak silny ból, trwający kilka godzin, a nawet dłużej, przeto mogą być stosowane tylko silniejszym osobnikom.

Hermofenyl—tlenek rtęci, rozpuszczony w fenylanie dwusiarkanu sodu, zawiera 40% rtęci, działa nieco słabiej od sublimatu, lecz sprawia mało bólu i może być stosowany w wysokich dawkach i często (Reynes, Nicolle, Legrain, Hallopeau, Sokołow, Wojciechowski i inni). Najczęściej używam 6% hermofenyli co 3 dni 1,0, lub co 5 dni 2,0.

Dwubromian rtęci (Hg. Br₂) 2%, co drugi dzień wstrzykiwany, znajduje najlepsze wskazanie w przypadkach podrażnienia układu nerwowego, działa dobrze.

Rp. Hydrarg. bibromati 2,0
Natri chlor. 0,3
Aq. destil. 100,0

Można również stosować hydrargyrum amidatum i hydrargyrum formamidatum 2% co drugi dzień, hydrargyrum succinimidatum 3% co drugi dzień.

Rp. Hydrargyri succinimidati 0,3
Solve in aqua destillata fervida 10,0
Cocaini mur. 0,1.

Hydrargyrum benzoatum 1% z chlorkiem sodu, zalecane przez Stukowenkowa, hydrargyrum peptonatum i hydrargyrum albuminatum 1%, hydrargyrum lacticum 5%, hydrargyrum glycocholicum 1%, hydrargyrum hyposulfuros. 2%, hydrargyrum bijodatum, zalecane przez Fourniera i Martineau'a.

Rp. Hydrargyri bijodati
Kali jodati aa 1,0
Natrii phosphor. tribasic. 2,0
Aquae destillatae 50,0

Hydrargyrum sozjodolicum z jodkiem potasu:

Rp. Hydrarg. sozjodol 0,8
 Solve in kal. jodat 1,6
 Aquae destillatae 10,0
 Wstrzykiwać co 3-ci — 5-ty dzień.

Preparat ten działa silnie, lecz jest dość bolesny.

W ostatnich czasach zaczęto stosować enesol (rtęć salicylo-arszenikową: rtęci 38,46%, a arszeniku 14,2%) 1% — 3% po 1 — 2 cm³ codzień, co drugi dzień (Coignet, Goldstein, Waryński). Oprócz tego stosują również hydrarg. jodotanicum, hydrarg. asparagiticum i t. d.

Ogólna ilość wstrzykiwań podczas jednego leczenia bywa różna, zależnie od objawów choroby, od preparatu i od jego stężenia.

Wstrzykiwania nierozpuszczalnych preparatów rtęci mają na celu wprowadzenie do ustroju odrazu dużej ilości rtęci, która stopniowo wsysa się i przez to działa dłuższy przeciąg czasu. Posiadają one również swoje dodatnie i ujemne strony: działanie nierozpuszczalnych preparatów bywa silne; wstrzykują je niewiele razy i w dłuższych odstępach czasu. Jednak działanie rozpoczyna się niekiedy dopiero po dłuższym przeciągu czasu; zdarza się też czasami odrazu po kilku wstrzykiwaniach działanie kumulacyjne, które może spowodować objawy zatrucia; iniekcje wywołują często silne bóle, zazwyczaj na drugi dzień, niekiedy w połączeniu z ogólnymi objawami, jak dreszcze, podniesienie ciepłoty, ogólne osłabienie; w miejscu wstrzyknięcia tworzą się często stwardnienia wielkości śliwki, kasztana; stwardnienia te są niekiedy bolesne, trwają długo i mogą spowodować w danym miejscu ropnie skutkiem nekrotycznego rozpadu tkanki; ponadto choremu zagraża niebezpieczeństwo płucnych i mózgowych zatorów, które mogą nawet spowodować nagłą śmierć; przyczyniają się do tego głównie tłuszcze, w których przeważnie stosują przetwory nierozpuszczalne.

Najlepszym nierozpuszczalnym preparatem rtęci jest salicylan (Silva Araujo 1887, Szadek, Neumann, Jadassohn, Petersen i inni); stosujemy co 2 — 3 dni 5%, lub co 5 dni 10% zawiesinę;

Rp. Hydrarg. salicyl. 5,0
 Gummi Arabici 0,5
 Anaesthesini 0,25
 Aquae destillatae 50,0

S. Dobrze wstrząsać przed każdym
 użyciem.

Środek ten działa energicznie i jest znoszony dobrze przez chorych. Pomimo bardzo szerokiego zastosowania salicylanu rtęci (kilkadziesiąt tysięcy wstrzykiwań) szczególnie w ambulatoryum szpitala św. Łazarza, ani razu nie spostrzegłem po nim poważniejszych zaburzeń.

Leszczyński poleca salicylan rtęci w olejku łogowym (1 : 10).

Rp. Hydrarg, salicylici 1,0
 Olei sesami steril. 10,0
 MDS. Co 5 dni strzykawka.

Salicylan rtęci w olejku łogowym posiada tę zaletę, iż bardzo trudno jejżeje i wywołuje małą bolesność, a rzadko stwardnienia w miejscu wstrzyknięcia.

Karwowski zaleca ten sam preparat rtęci w oliwie.

Żółty tlenek rtęci (Watraszewski, Szadek, Balzer, Colliot, Rosenthal, Zelenew, Sibilat i inni) działa znacznie słabiej od salicylanu, przynajmniej w dawkach możliwych do stosowania, i odznacza się większą bolesnością.

Rp. Hydrarg. oxydati flavi 2,0
 Gummi Arabici 0,25
 Aquae destillatae 50,0

S. Strzykawka co piąty—siódmy dzień.

Preparat ten stosowałem dawniej dość często w szpitalu, lecz po paru przypadkach zatoru, który wprawdzie szczęśliwie się skończył, i po kilku przypadkach utworzenia się dużych ropni, użytkuję go obecnie tylko w wyjątkowych razach.

Balzer zaleca:

Rp. Hydrargyri oxyd. flavi 1,5
 Olei vaselini 15,0

S. Wstrzykiwać po $\frac{1}{2}$ — $\frac{2}{3}$ strzykawki Pravatz'a.

Kalomel, tylko *vapore paratum*, stosują przeważnie we Francyi.

Rp. Calomel-*via humida parat.* 1,0
 Olei vaselini 10,0
 S. Wstrzykiwać co 5 — 8 dzień, albo

Rp. Calomel 5,0
 Natr. Chlorat 1,25
 Aquae destillatae 50,0

Środek powyższy działa bardzo energicznie, lecz często wywołuje nadzwyczaj silne uboczne działania.

Metaliczną rtęć używają najczęściej w postaci szarego oleju — *oleum cinereum Langa* (Lang, Balzer, Harttung, Lindström, Neisser i inni). Olej szary stanowi rtęć 30%—50% w płynnym tłuszczu.

Rp. Hydrarg. depurati 20,0
 Tincturae benzoës 5,0
 Olei vaselini 40,0
 S. Wstrzykiwać naraz $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{3}$ strzykawki Pravatza.

Leszczyński stosuje rtęć metaliczną w mieszaninie olejku łogowego i palmowego.

Rp. Hydrarg. redestil. 4,0 (10,0)
 Olei palmae ster. 20 cm³ (46,94)
 Olei sesami ster. 20 cm³ (45,41)
 MDS. Co pięć dni strzykawka.

Blomquist zamiast szarego oleju zaleca olejek merkurjowy po 0,1—0,2 cm³. Środek ten stosują również przeważnie we Francyi i zalecają, jako działający energicznie; jednak wywołuje on często bardzo silne objawy uboczne.

Zalecają również hydrargyrum thymolicum, hydrargyr. thymolo-acet., hydrarg. carbol. i inne, zwykle w 10% zawiesinie co 5—6 dni wstrzykiwać, a w ogólnej liczbie m. w. 6—8 iniekcyi.

Wewnętrznie podawana rtęć nie może mieć szerokiego zastosowania; jest to sposób praktyczny i łatwy, lecz posiada ważne strony ujemne. Przedewszystkiem drażni narząd pokar-

mowy, szczególnie przy dłuższem stosowaniu, następnie działa bardzo słabo—znacznie słabiej, aniżeli inne metody. Można więc niekiedy przepisywać wewnątrz preparaty rtęciowe tylko jako dopełnienie kuracyi; nigdy zaś nie zalecamy ich osobom chorym na żołądek i kiszki, lub posiadającym specjalną wrażliwość tych narządów na rtęć, osobom osłabionym, które należy forsownie odżywiać, lub osobom, przyjmującym inne lekarstwa. Przeciwwskazane jest również użycie tego sposobu przy cięższych objawach przymiotu, gdy należy zastosować energiczne leczenie.

Do przyjmowania wewnątrz zalecamy przeważnie sublimat, salicylan rtęci i jodek rtęci. Sublimat i salicylan rtęci nadają się więcej dla wcześniejszych okresów przymiotu, gdy jodek rtęci dla późniejszych.

Salicylan stosujemy najczęściej podczas bólów głowy i bólów kości. Działa dość silnie.

Rp. Hydrarg. salicyl. 1,5—3,0
 Extract. opii aquosi 0,3—0,6
 Ext. et rad. liquir. q. s.
 ut f. pil. № 60.

S. 2—3 razy dziennie po jednej pigułce podczas jedzenia.

Opium podajemy osobom, posiadającym wrażliwy żołądek.

Sublimat działa drażniąco na żołądek, wywołuje często bóle i kurcze żołądkowe; przytem chorzy tracą apetyt, czują ciężar w żołądku; szczególnie łatwo powstają te objawy u kobiet.

Rp. Hydrarg. bichlorati 0,6
 Extr. opii aquosi 0,3—0,6
 Extr. et rad. liquir. q. s.
 ut f. pil. № 60.

S. 2 — 3 pigułki dziennie podczas, lub zaraz po jedzeniu.

Sublimat wchodzi w rozczyn Van Swietenena i pigułki Dupuytrena, stosowane jeszcze i dotychczas:

Rp. Aq. destill.	900,0
Alcohol. 90%	100,0
Hydrarg. bichloral.	1,0
Rp. Hydrarg. bichlorati	0,01
Extr. opii	0,02
Extr. guajaci	0,04
M. f. massa, e qua formetur pil. № 1	
(Formul. pharm. des hôp.).	

Jodek rtęci, szczególnie u osób nieprzyzwyczajonych do niego, może spowodować podrażnienie kiszek w postaci kolki i rozwolnienia i często wywołuje zapalenie jamy ustnej.

Jodek rtęci przyjmuje się w dawkach od 6 — 12 centigramów, zależnie od płci, budowy ciała i wytrzymałości narządu pokarmowego.

Rp. Protoiodur. hydrarg.	
Lanolini aa	1,5
Extr. opii aquosi	0,25—0,5
Sacchari lactis	4,5
M. f. pill. № 50	
S. 2—4 pigułki przyjąć dziennie podczas,	
lub zaraz po jedzeniu.	

Pigułki Ricorda miały następujący skład:

Rp. Hydrarg. protoioduret.	3,0
Extr. Thebaic.	1,0
Lactucarii	3,0
Conserv. rosarum	6,0
M. f. massa, e qua formentur pil. № 60.	

Dwujodek rtęci znajduje zastosowanie w syropie Giber-ta: Rp. Syrupi simpl. 500,0. Hydrarg. bijodati 0,2. Kali jodati 10,0. S. 2—3 łyżki dziennie.

Stosują również kalomel:

Rp. Calomel	0,5
Opium puri	0,1
Sacchari. albi	5,0
M. f. pulv. Divid. in par. aeq. № XII.	
D. ad oblatos. S. 3 proszki dziennie.	

Hydrarg. oxydulat. tannicum (Lustgarten):

Rp. Hydrarg. oxydul. tannici 4,0
 Extr. opii aq. 0,4
 Pulv. et extr. liq. q. s. ut f. pil. № C.
 S. 3—5 pigułek dziennie.

Haemol. hydrargyri jodati (Kobert, Rille):

Rp. Haemol. hydrarg. jodati 5,0
 Pulv. opii 0,8
 Pulv. et rad. liq. q. s. ut f. pil. № C.
 S. 5—8 pigułek dziennie.

Hydrarg. thymol. i hydrarg. carbol.:

Rp. Hydrarg. thymol. lub carbol. 4,0
 Extr. opii aq. 0,8
 Extr. et rad. liq. q. s. ut f. pil. № C.
 S. 3—6 pigułek dziennie.

Mergal (hydrargyri cholici oxydati 0,05, albumin. tannici 0,1) po 3—10 pigułek dziennie, działa słabo i drażni silnie przewód pokarmowy.

Okurzania posiadają obecnie tylko historyczne znaczenie. Ze względu na częste powikłania i niepewne działanie wyszły już z użycia. Niedawno jeszcze stosował je dość często Glück w Serajewie. Do okurzań używali kalomel i cynober (0,5—1,5). Również w leczeniu dorosłych przestano już obecnie zalecać noszenie na piersiach i plecach fartuszków i woreczków z rtęcią, które działają bardzo słabo i niepewnie.

J o d.

Środek ten, choć w mniejszym stopniu, niż rtęć, posiada swoiste własności przeciwprzymiotowe. Na krętki blade jod działa bardzo słabo, jednak w jednym doświadczeniu Neissera, po zastosowaniu 60 cm³. jodipiny u małpy, nie wykazano uogólnienia kiły. Preparaty jodu szybko wysysają się

i rozchodzą po ustroju. Jod już w 20 minut po przyjęciu jodku potasu, a nawet wcześniej, zaczyna się wydzielać z moczem. Wydziela się on również z mlekiem, żółcią, śliną, łzami i t. p. Welander zauważył u nowonarodzonego w moczu jod, podczas gdy matka przyjęła 0,5 jodku potasu na parę godzin przed rozwiązaniem. Jod szczególnie silnie działa na objawy trzeciorzędowego przymiotu: obszerne owrzodzenia, olbrzymie guzy, objawy zajęcia naczyń mózgowych w postaci silnych bólów głowy, bóle okostnej zazwyczaj szybko zmniejszają się i giną. Również wszelkie wczesne rozpadowe sprawy przy tak zwanej syphilis maligna, albo praecox bardzo szybko ulegają działaniu jodu. Szybko również pod wpływem jodu przechodzą bóle okostnej i głowy we wszystkich okresach przymiotu.

Na drugorzędowe objawy przymiotu, jak grudki i plamy, jod albo wcale nie działa, lub działa słabo; często jednak potęguje działalność przyjętej zarazem rtęci.

Jod posiada obok terapeutycznego działania i ujemne uboczne; oprócz nieprzyjemnego metalicznego smaku, szczególnie rano, najczęściej wywołuje zapalenie błon śluzowych i wysypki skórne.

Często bywa zajęta błona śluzowa nosa, powodując objawy kataru w większym, lub w mniejszym stopniu; przytem wydziela się z nosa płyn rzadki, zawierający mało ropy i śluzu. Katar ten niekiedy przechodzi szybko, bo w parę dni, to znów dochodzi do bardzo silnego stopnia z zaczerwienieniem nozdrzy i z objawami zajęcia sąsiednich błon śluzowych, jako to: opuchnięcie powiek, silny ból głowy i kaszel.

Niekiedy mogą nawet zjawiać się objawy zajęcia krtani, kiszek, cewki, i t.p. Opuchnięcie błony śluzowej krtani wywołuje czasami objawy bardzo zbliżone do grypy: bóle gardła, chrypkę, duszność, podniesienie temperatury, silny ból głowy i t. d. Zajęcie żołądka i kiszek powoduje nudności, wymioty, rozwolnienie; z cewki, po przyjęciu, jodu widzujemy niekiedy wyciek płynu surowiczego, lub serwatkowego.

Na skórze jod najczęściej wywołuje trądzik, czasem nawet czyraki i pęcherze. Objawy te są zwykle bardzo bolesne, uporczywe i niekiedy bardzo zbliżone wyglądem do odpowiednich przymiotowych wysypek.

Zdarzają się również ograniczone obrzęki twarzy, zajęcia ślinianek, szczególnie przyuszniczy, opuchanie wokoło sta-

wów i ścięgien i nerwowe podrażnienia, jak zawrót głowy, senność, niepewność ruchów, mrowienie i t. d.

Poboczne objawy najczęściej można wytłumaczyć szczególniejszą wrażliwością ustroju na jod; niekiedy wystarcza bardzo mała dawka jodku potasu, żeby wywołać bardzo silne zajęcie błon śluzowych. Zwykle chorzy przyzwyczajają się z czasem do jodu i znoszą dobrze nawet bardzo wysokie dawki.

Preparaty jodu najczęściej podajemy wewnątrz, gdyż żołądek zazwyczaj znosi ten środek dobrze; niekiedy jednak przy zbytnej wrażliwości żołądka, lub przy niemożliwości podawania jodu per os, stosujemy wstrzykiwania podskórne, lub enemy.

Ze wszystkich preparatów jodu najenergiczniej działa jodek potasu.

Jodek potasu (Kali jodatum), twarda biała sól, zawiera 76,5% jodu krystalizuje się w postaci dużych sześciątów, nie posiada zapachu, lecz ostry, gorzko-słony nieprzyjemny smak, łatwo rozpuszcza się w wodzie, trudniej w wysokoku. Jodek potasu jest bardzo higroskopijny i rozkłada się pod wpływem kwasu węglanego z powietrza. Chronią go też zawsze w miejscu zamkniętem i suchem. Średnia dawka dzienna wynosi dla mężczyzny 3,0, a dla kobiety 2,0. W razie potrzeby dawkę tę można podnieść do 10,0. Najlepiej rozpoczynać od małych dawek po 0,5 gr. 2 razy dziennie, a stopniowo dawkę powiększać i w razie potrzeby dojść do 10,0 i więcej dziennie:

Rp. Kali jodati	20,0
Natri bicarb.	3,0
Codeini phosphor.	0,2—0,3
Aq. destil.	300,0
S. przyjmować	2—3 łyżki dziennie
	w mleku lub w wodzie sodowej
	podczas lub po jedzeniu.

Jodek sodu (Natrium jodatum) zawiera 84,6 jodu, jest mniej higroskopijny, lecz trwalszy, przyjemniejszy w użyciu od jodku potasu, wywołuje rzadziej uboczne działanie, słabiej jednak działa. Stosuje się w takich samych dawkach, jak poprzedni środek.

Rubidium jodatum (59,84% J.) posiada słabsze uboczne działanie, niż jodek potasu, silne zaś terapeutyczne własności.

Ammonium jodatum (87% J.) i *Lithium jodatum* (94,7% J.) drażnią dość silnie żołądek.

Rp. Lithii jodat. 6,0
Syrup. cort. aurant 200,0
S. 2—3 łyżki stołowe dziennie.

Ferrum jodatum (73% J.) stosujemy często u osób z podupadłym odżywianiem.

Rp. Ferri jodat. 10,0
Pulv. et extract. liquirit. q. s. u. f.
pil. № 100
S. 10 dziennie.

Rp. Syrup. ferri jodat.
Syrup. simpl. aa 25,0
S. 2 łyżki dziennie.

Lekarstwa te dość prędko rozkładają się, przeto nie mogą być zapisywane w dużych ilościach.

Używają również *jodolu*, *jodochininy*, *jodothyryny*:

Rp. Jodoli 0,5
D. t. d. ad capsul. amylac. № XX.
3 proszki dziennie.

Rp. Chinini jodohydrojodici 10,0
Kaolin. pur. 2,0
Gummi Arab. q. s. u. f.
Piul. № LXXX
S. 16—20 pigułek dziennie.

Rp. Jodothyryni 2,0
D. tal. d. № XX
S. 2—6 dziennie.

W ostatnich czasach weszły w użycie związki jodu z białkiem: nie drażnią one żołądka i błon śluzowych wogóle, jed-

nak słabiej działają, niż jodek potasu. U kobiet i mężczyzn o delikatnej budowie ciała stosują chętnie jodon (peptonat jodu) 3—5 razy dziennie po 15—20 kropli.

Jodalbacid i sajodynę przepisują niektórzy autorowie w tabletkach po 3,0 — 5,0 dziennie, jak również β eigon i jodferratozę.

Wstrzykiwania preparatów jodu można skutecznie podskórnie i wewnątrzmięśniowo. Działają one silnie i nawet nie przyczyniają wielkiego bólu. Zastrzykują jodoform:

Rp. Jodoformii	1,0
Paraffini liquidi	10,0
S. Strzykawkę Pravatza codziennie, lub co parę dni.	

Nieco słabsze działanie posiada jodipina—związek jodu z olejkiem łożowym.

Do wstrzykiwań używają przeważnie 25%, a znacznie rzadziej 10%, po 5—10 cm³ nagrzanego nieco płynu codziennie, lub co kilka dni.

Jod bywa również dość szybko wsypany do ustroju przy stosowaniu zewnętrznym.

W tym celu niektórzy stosują kąpiele jodowe, lub wcierania maści jodowej:

Rp. Jodi puri	0,1
Kali jodat.	2,0
Lanolini	
Vaselini \overline{aa}	10,0

a także jodvasogen 6—10% i jothion.

Ten sposób stosowania jodu drażni jednak skórę, działa niepewnie, przeto nie może być szerzej stosowany.

LECZENIE POMOCNICZE.

Przymiot, jako choroba wyniszczająca cały ustrój, wymaga środków pokrzepiających, a następnie pobudzających ogólną zamianę materii w organizmie. Z pomiędzy środków wzmacniających najczęściej stosujemy arsenik, a następnie żelazo i chininę.

Najlepszym preparatem arsenikowym okazał się atoksyl (sól sodowa kwasu paraamidofenylarsinowego zawiera 35,7 arsenu), który zastrzykujemy w rozcieńczeniu 10% po 1,0 codzień, co drugi dzień. W takich dawkach atoksyl, szczególnie francuski, rzadko niezmiernie wywołuje objawy zatrucia i może być stosowany przez dłuższy przeciąg czasu.

Wstrzykiwać można również 10% natrium cacodylicum po 0,5 — 1,0, lub wewnątrz podawać po 4 — 5 kropli 3 razy dziennie liquor Fowleri, lub po 5—10 kropli liquor Pearsonii, albo pigułki azyatyckie po 3—6 dziennie.

Żelazo można stosować w postaci pigułek Blaudi po 3—6 dziennie, tincturae Bestouscheffi 10 × 3, ferri pomati 15—20 kropli 3 razy dziennie, lub:

Rp. Liq. Fowleri 15,0
T-rae ferri pomati
T-rae chinae comp.
T-rae amar. aa 20,0
D. ad guttametr.

S. 3 razy dziennie po 20 kropli na
15 minut przed jedzeniem.

Skrzepiające działanie posiadają również odwary, chętnie stosowane w ciężkich rozpadowych postaciach przymiotu. Z pomiędzy odwarów najczęściej bywa używany decoct Zittmanna; stosują zwykle rano 250,0–360,0 decocti Zittmanni fortioris nagrzanego i tyleż decocti Zittmanni mitioris wieczorem na zimno. Wywołuje on często rozwolnienie skutkiem działania senesu, to też może być zapisywany sine foliis sennae.

Przepisują również decoctum Pollini po 250,0 dziennie.

Dla pobudzenia obiegu krwi i zamiany materji w ustroju stosujemy ruch na świeżem powietrzu, gimnastykę, sporty wszelkiego rodzaju, jak turystyka, jazda konna, tenis, łyżwy, ski i t. p. Zalecamy miejscowości klimatyczne, powietrze górskie, odpowiednie odżywianie, wczesny i dostateczny sen; zabraniamy używania wyskoku i tytoniu, nadużyć płciowych, wyczerpujących rozrywek, jak gra w karty i t. d.

Często bardzo dodatni wpływ na wyniszczony i skłonny do ciężkich objawów organizm posiada hydroterapia i balneoterapia.

Nacierania zimną wodą, prysznic, mogą znacznie powiększyć odporność organizmu. Również kąpiele i wody jodowe (Iwonicz, Luchaczowice, Hall, Kreuznach, Lipik), solanki (Ciechocinek, Druskieniki) działają często bardzo dodatnio na źle odżywiane ustroje.

Do obecnej chwili krąży pomiędzy publicznością, a nawet pomiędzy lekarzami podanie, iż kąpiele siarczane działają swoiście na przymiot, pozwalają na energiczniejsze leczenie, wyprowadzają skryty jad przymiotowy z wewnątrz organizmu na zewnątrz. Bezwarunkowo kąpiele siarczane działają dodatnio na przebieg przymiotu, lecz w taki sam sposób, jak i inne środki, pobudzające silniejszą zamianę materji w ustroju. Takie wody, jak Busko, Solec, Swoszowice, Krzeszowice, Lubień, Trenczyn, Piszczany, Piatigorsk, Uriage, Akwizgran, Baden pod Wiedniem, Kemern mogą mieć zastosowanie przedewszystkiem w tych razach, gdy, obok przymiotowych cierpień kości i stawów, znajduje się również skaza moczanowa.

METODA LECZENIA.

Istnieją dwa różniące się poglądy na czas rozpoczynania leczenia kiły i na sposób jego przeprowadzania. Zwolennicy rozpoczynania leczenia ogólnego dopiero po ukazaniu się pierwszych objawów ogólnych — wysypek—motywują to w ten sposób, iż ustroju nie należy zbyt wczesnie przyzwyczajać do rtęci, gdyż później, wobec groźniejszych objawów, może ona przestać działać; po stosowaniu rtęci zbyt wczesnem, objawy drugorzędowe mogą nie wystąpić, a zato wcześniej mogą się zjawić objawy trzeciorzędowe, czyli, że można zmienić normalny przebieg choroby na niekorzyść chorego; nakoniec dowodzą, że, oczekując na zjawienie się wysypek, unika się pomyłek w rozpoznaniu, gdyż o niem ostatecznie rozstrzygają objawy ogólne przymiotu.

Pierwsze i drugie dowodzenie jest niesłuszne, gdyż przy odpowiedniem użyciu środka organizm do niego się nie przyzwyczai; środek ten będzie skutecznie działał na objawy istniejące, nawet zapobiegał powstawaniu nowych tak drugorzędowych, jak i trzeciorzędowych. Dzięki zaś łatwości odnalezienia krętków białych w wydzielinie z wrzodu pierwotnego, omyłki rozpoznawczej w pierwszorzędownym okresie łatwo się ustrzedz.

Doświadczenia Neissera i innych wykazały, iż znacznie wcześniej przed zjawieniem się ogólnych objawów znajdują się już we wszystkich narządach krętki białe; powinno się więc niszczyć je, jak można najwcześniej, a to dlatego, żeby

nie będąc w stanie tych pasorzytów doszczętnie wygubić, przynajmniej osłabić ich rozrost i działanie. Należy tylko pamiętać, że wszelkie terapeutyczne środki, a więc i rtęć, posiadają własność leczniczą tylko do pewnych granic, przechodząc poza które, można osłabić organizm i zmniejszyć jego odporność.

Dodam jeszcze, iż według licznych spostrzeżeń przymiot, leczony od samego początku, posiada zwykle przebieg dobrotliwszy, nie tylko w pierwszych latach, ale i w późniejszym okresie. Często, rozpoczynając leczenie wcześniej, można nawet nie dopuścić do rozwoju objawów drugorzędowych i trzeciorzędowych, i cały przebieg przymiotu przyjmuje charakter jak gdyby szczątkowy, niedorozwinięty.

Można oczekiwać z rozpoczęciem ogólnego leczenia na zjawienie się objawów drugorzędowych, ale to tylko wtenczas, gdy nie jesteśmy pewni rozpoznania: przy obecnym stanie nauki i środkach pomocniczych zdarza się to tylko w wyjątkowych okolicznościach.

Również zachodzi różnica zdań co do tego, jak prowadzić leczenie: jedni są za leczeniem objawowym, t. j. oportunistycznym, inni za chronicznym — przerywanem.

Metoda objawowa, albo oportunistyczna leczenia zasada się na tem, żeby leczyć przymiot tylko wtenczas, gdy ukażą się jego objawy, a to dlatego, iż leczenie swoiste działa jakoby tylko na objawy choroby, a nie na samą chorobę. Pogląd ten jednak nie jest słuszny, gdyż nawet wobec braku jakichkolwiek drugorzędowych objawów odnajdywano w ustroju krętki blade, a stwierdzono zaś niszczące działanie rtęci na krętki blade.

Nie można leczyć ciągle w przeciągu całego drugorzędowego okresu ze względu na obawę szkodliwego oddziaływania rtęci na ustrój. Należy więc leczenie przerywać, żeby organizm mógł odpocząć. Długość i intensywność każdego kursu leczenia, jak również odpoczynki między nimi, muszą być indywidualizowane w zależności od charakteru przebiegu przymiotu i właściwości danego ustroju, wagi chorego, stanu jego zdrowia i odporności.

Osobniki, dotknięte ciągłymi nawrotami objawów, ciężkich przytem i uporczywych, muszą być leczone intensywniej i częściej, zaś osobniki z lekkim przebiegiem przymiotu, lub znoszące rtęć źle, powinny być leczone nią znacznie łagodniej.

Leczenie więc powinno być w każdym przypadku przymiotu indywidualizowane, i szemat dla leczenia przedstawić trudno. W każdym razie stosujemy rtęć nie tylko wtenczas, gdy zjawia się objawy, lecz również, żeby im zapobiegać. Przeważnie wypada w pierwszym roku powtórzyć 3—4 razy leczenie, ciągnące się każde m. w. miesiąc, czyli w odstępach 2—3 miesięcznych; w drugim i trzecim roku 2—3 razy, w przerwach 3—5 miesięcznych, a w czwartym i w piątym roku po dwa leczenia. Jeśli objawy przymiotu nie zjawiały się od trzeciego roku jego przebiegu, w takim razie po piątym roku choroby leczenie rtęciowe powtarzamy tylko w wyjątkowych okolicznościach, np. przed ślubem, lub w razie poronień. Wobec zaś powtarzających się i w późniejszym czasie przebiegu przymiotu objawów, leczenie rtęcią przepisujemy jeszcze kilkakrotnie po ostatnich objawach.

Leczenie jodem we wczesnym okresie przymiotu, t. j. w pierwszym, a nawet często w drugim roku, jest zbyt skuteczne, ponieważ jod, jeśli nawet działa bezpośrednio na krętki blade, to działanie to jest słabe i nie wpływa przeważnie na znikanie drugorzędowych objawów. Jednak i w drugorzędowym okresie jod oddziaływała silnie na pewne objawy; przedewszystkiem usuwa bóle głowy wieczorne i nocne, zapalenia okostnej, bóle kostne, stawowe, mięśniowe i nerwowe i t. d., również działa silnie w przypadkach wczesnych rozpadowych postaci kiły złośliwej.

Jod działa energicznie na trzeciorzędowe objawy i powinien być stosowany obficie w późniejszym okresie kiły nawet jako środek, uprzedzający te objawy. To też jod podajemy, poczynając od drugiego roku w ciągu lat kilku kilkakrotnie na rok pomiędzy leczeniami rtęcią, a i wtenczas nawet, gdy ten środek przestajemy stosować.

Z powyżej wyłuszczonego wypada, iż na objawy trzeciorzędowe oddziaływała rtęć i jod. To też przy wszystkich objawach trzeciorzędowych, szczególnie ciężkich, powinno być zastosowane leczenie mieszane (cura mixta) — rtęć z jodem. Wewnętrznie podawane związki rtęci za słabo działają na tak niebezpieczne objawy, przeto zazwyczaj stosujemy wcierania maści rtęciowej, lub wstrzykiwania silnie działających preparatów rtęci, a wewnątrz podajemy jod. W razie zaś miejscowego podrażnienia żołądka i kiszek przez jod, można go stosować za pomocą wstrzykiwań.

Należy zarazem zalecać leczenie pomocnicze i w razie potrzeby podawać arsenik, żelazo i t. d., np. możemy jednocześnie wcierać maść rtęciową, podawać wewnątrz jodek potasu i wstrzykiwać atoksyl. Takie energiczne leczenie mieszane należy stosować szczególnie w tych razach, gdy przymiot posiada przebieg bardzo ciężki, gdy grozi zniszczeniem jakiegoś narządu, a nawet życiu chorego, np. w przymocie mózgowo-rdzeniowym.

Streszczając się, dochodzimy do następujących wniosków: 1) leczenie rozpoczynamy z chwilą rozpoznania przymiotu; 2) leczenie prowadzimy chroniczne, przestankowe, właściwie profilaktyczne, uprzedzające; 3) leczenie nie może być szablonowe, lecz indywidualizowane w zależności od wskazań ze strony choroby i organizmu chorego; 4) rtęć stosujemy sporadycznie w okresie pierwszo- i drugorzędowym, a w trzeciorzędowym wobec jakichkolwiek objawów i nawet wielokrotnie po ich usunięciu; 5) leczenie jodem rozpoczynamy od drugiego lub trzeciego roku przebiegu przymiotu; 6) podajemy jod w trakcie pomiędzy stosowaniem rtęci kilkakrotnie w ciągu kilku lat; 7) również przepisujemy jod przy pewnych objawach drugorzędowych i zawsze przy i po trzeciorzędowych.

Leczenie pomocnicze jest zawsze wskazane u osobników osłabionych i wycieńczonych, a szczególnie, gdy środki swoiste działają słabo.

Leczenie swoiste nie działa wcale na tak zwane cierpienia poprzymiotowe.

Wprawdzie notowano w literaturze kilkakrotnie wyleczenie tych chorób w początkowych okresach ich rozwoju, lecz zdaje się, iż były to raczej przypadki przymiotu mózgowia i rdzenia kręgowego, symulujące wiađ rdzenia i porażenie postępujące. Przeważnie leczenie swoiste oddziaływa niekorzystnie na dalszy rozwój tych chorób, to też, stwierdziwszy ex iuvantibus ich rozpoznanie, należy nadal zaniechać stosowania jodu, a szczególnie rtęci.

Przymiot wrodzony.

NABYWANIE PRZYMIOTU.

Już uczeni XVI w. (Falloppia, Paracelsus, Fernelius) wiedzieli o przechodzeniu przymiotu z rodziców na potomstwo.

Poglądy o nabywaniu przymiotu przez dzieci od rodziców, jak i cała nauka o przymiocie, podlegały w ciągu ostatnich kilku wieków ciągłym zmianom.

Jedni uczeni zupełnie odrzucali istnienie przymiotowego jadu (Broussais, Devergie) inni — zaraźliwość drugorzędowych objawów (Hunter, Cooper), to znów zaraźliwość wrodzonego przymiotu i tożsamość jego z nabytym. Przypuszczano dwie możliwości przechodzenia przymiotu z rodziców na dziecko: pierwsza sposobem rozrodczym przez nasienie, lub jajko, druga przez łożysko. Bardzo chętnie przyjmowano czysto ojcowskie udzielanie przymiotu przez nasienie. Pogląd ten opierano na spostrzeżeniach, iż w małżeństwie często wystarcza wyłączenie tylko leczenie ojca, ażeby się rodziły zdrowe dzieci. Twierdzono, iż matka, nawet rodząc dzieci, obciążone przymiotem, przeważnie pozostaje zdrową: nie posiada objawów przymiotu, rodzi zdrowe dzieci przy połączeniu ze zdrowym mężem i, po urodzeniu dziecka syfilitycznego, może się od niego zarazić przymiotem.

Przypuszczano również dziedziczenie przymiotu czysto macierzyńskie, gdyż matki, zarażone przymiotem, mogą rodzić syfilityczne dzieci nawet od zdrowych mężów. W macierzyńskim przeniesieniu zarazy przymiot mógłby być udzie-

lony za pomocą jajka, albo już po poczęciu przez łożysko. Matka, która zaraziła się nawet w ostatnim miesiącu ciąży, może w łonie swem w ten ostatni sposób udzielić przymiotu dziecku.

Przyjmowano, iż płód, obarczony przymiotem przez ojca, oddziaływa również podczas ciąży na zdrową matkę: może on zakazić matkę (choc en retour), gdyż spostrzegano u niej zjawianie się drugorzędowych objawów podczas ciąży.

Twierdzono również, że matka może pozostać niezarażoną przymiotem i przytem niewrażliwą na niego (immunitas). Jest to prawo Collesa, które głosi, iż większa część zdrowych matek, które urodziły dzieci, zakażone przez ojca, nabyła podczas ciąży niewrażliwość na zarazki przymiotu. Matka mogła pozostać nietylko zdrową, ale nawet nie immunizowaną. Przeszło w 20 przypadkach spostrzeżono, iż matka po urodzeniu obarczonego przymiotem dziecka została zakażoną przez nie lub w inny sposób. Również dzieci, zrodzone z syfilitycznych rodziców, a nie zakażone przymiotem, posiadają jakoby niewrażliwość na zarazki tej choroby — jest to prawo Profety, z którego jednak przytaczano 15 niewątpliwych wyjątków. Niewrażliwość dzieci na zarazki przymiotu objaśniano przepływem toksyn od ustroju zakażonego przymiotem do niezakażonego.

Poglądy powyższe zostały w znacznej mierze zmodyfikowane przez prace Matzenauera i badania nad krętkiem bladym.

Matzenauer twierdzi, iż płód nabywa przymiot zawsze od matki, wyklucza zaś ojcowskie dziedziczenie. Według Matzenauera na płód przechodzi przymiot niekiedy przez zakażenie jajka, zwykle zaś przez łożysko, gdy matka uległa zakażeniu przymiotem przed poczęciem, zaś tylko przez łożysko, gdy matka zaraziła się podczas ciąży. Przymiot, udzielony matce już podczas ciąży, przechodzi na dziecko nie zawsze, lecz tem częściej, im we wcześniejszym okresie ciąży matka była zarażona. Najprawdopodobniejsze jest zawsze zakażenie płodu przez łożysko i musi być poprzedzane zmianami w niem, gdyż normalne łożysko zarazków nie przepuszcza. Zmian należy szukać w naczyniach łożyska. I istotnie często znajdujemy mniejsze, lub większe zmiany w na-

czyniach kosmków. Zmiany w łożysku mogą być rozlane, lub też ograniczone; można nawet spostrzedz pomiędzy normalnymi kosmkami wysepkowate ogniska swoiście zajętych kosmków.

Zdaje się, iż należy istotnie wykluczyć nabywanie przymiotu przez plemniki i nawet przez jajko. Do tej pory nie stwierdzono, iżby jakąkolwiek chorobę zaraźliwą można odziedziczyć za pomocą plemników.

Krętki blade mogą wprawdzie znajdować się w nasieniu, szczególnie przy zajęciu przymiotowem jądra, a Finger i Landsteiner zarazili za pomocą nasienia małpę. Jednak krętki blade, znajdując się nawet w płynie nasienia, mogą zakazić matkę, a nie przedostawać się do plemników. Należy nawet przypuszczać, że plemnik i jajko, zmienione pod wpływem toksyn krętków, byłyby niezdolne do sprawowania swych normalnych czynności fizyologicznych.

Według wszelkiego prawdopodobieństwa uprzednio bywa zawsze zakażona przymiotem matka sposobem zwykłym; a w tych razach, gdy u matki objawów nie zauważono, owrzodzenie pierwotne i drugorzędowe objawy mogły ująć uwagi, a następujące u matki podczas, albo bezpośrednio po ciąży drugorzędowe objawy, nie poprzedzane owrzodzeniem pierwotnem, można raczej przyjmować za nawroty choroby, powstałej jeszcze przed poczęciem.

Istotnie organizm matki, osłabiony porodem, jest więcej podatny do nawrotów, które błędnie można przyjąć za „choc en retour”.

Również nie można dopatrzeć się związku pomiędzy leczeniem wyłącznie tylko ojca, a rodzeniem zdrowych dzieci przez matkę. Można raczej przyjąć, iż leczenie ojca uniemożliwia zarażenie matki, a więc wpływa na rodzenie przez nią zdrowych dzieci.

Prawo Colles'a należy więc przyjąć w takim znaczeniu, iż matki, które zrodziły syfilityczne dzieci, są niewrażliwe na nowe zakażenie, gdyż posiadają już przymiot. Wszystkie wyjątki z prawa Colles'a są bardzo mało prawdopodobne, gdyż opierały się według Matzenauer'a, albo na niewłaściwym przyjmowaniu nawrotów za objawy świeże przymiotu, albo na nieporozumieniu w sprawie źródła zarazy, np. dziecko zdrowe, zrodzone ze zdrowej matki i ojca, który przechodził

przymiot, mogło być zakażone w jakikolwiek sposób po urodzeniu i udzielić swego przymiotu matce.

Prawo Profety należy, zdaje się, zupełnie odrzucić, gdyż dzieci, zrodzone z rodziców syfilitycznych, mogą posiadać niewrażliwość na zarazki przymiotu dlatego, iż są już zakażone przymiotem, tylko przymiot występuje u nich w tak słaby sposób, iż może być zupełnie nie zauważony, lub utajony przez bardzo wiele lat.

Przypadki, opisane w literaturze, jako wyjątki z prawa Profety, gdzie zdrowe dzieci syfilitycznych ojców zarażają się przymiotem, są naturalnem następstwem prawa, że dzieci nie nabywają przymiotu wprost od ojca.

Wyływa więc stąd, iż każda na pozór zdrowa i niewrażliwa na przymiot matka, która rodzi syfilityczne dzieci, musi posiadać ukryty przymiot.

Należy więc każdą taką matkę leczyć rtęcią, tak ze względu na nią samą, jak i ze względu na losy dalszego potomstwa. Każda matka syfilitycznego dziecka może je karmić bez szkody dla siebie. Należy jednak pamiętać, że rodzice syfilityczni zdrowego dziecka mogą je zakazić.

Przyjmujemy więc jedynie zakażenie od matki i to zdaje się wyłącznie tylko przez łożysko.

Zarażenie podczas ciąży następuje nie zawsze; jest ono tem pewniejsze, im krócej trwa choroba matki; odwrotnie, im dłużej trwa choroba matki, tem więcej zmniejsza się możliwość zarażenia płodu.

Możność przenoszenia przymiotu macierzyńskiego bywa różna. U jednej kobiety może zniknąć po dwóch — trzech latach, u innej po dziesięciu — dwudziestu.

Intensywność choroby dziecka nie zawsze odpowiada natężeniu choroby matki; zależy ona od czasu zakażenia płodu wewnątrz macicy i od długości trwania choroby matki; im później nastąpiło zakażenie płodu i im dłużej trwa choroba matki, tem bardziej zmniejsza się natężenie wrodzonego przymiotu.

Często bardzo pierwsze dziecko, poczęte w pierwszych latach choroby, matka roni wcześniej, potem zaczyna rodzić dzieci donoszone, lecz ciężko chore, a nakoniec dzieci z bardzo słabymi objawami przymiotu, lub zupełnie zdrowe. Niekiedy wyjątkowo pośród poronień przychodzi na świat

dziecko prawie lub zupełnie zdrowe: bywa to najczęściej po leczeniu rtęcią.

Od matki, zakażonej przymiotem podczas ciąży, dzieci nie zawsze nabywają przymiot. Przymiot udziela się tem pewniej i występuje tem silniej, im wcześniej nastąpiło zakażenie matki. Wrazie zakażenia matki w pierwszej połowie ciąży następują przeważnie poronienia, przedwczesne i martwe porody, lub też dzieci, choć żywe, lecz obarczone ciężkim przymiotem wrodzonym. Wrazie zaś zakażenia matek w środku lub w drugiej połowie ciąży, rodzą się dzieci zwykle w swoim czasie i nawet pozornie zdrowe; a nawet, jeśli zakażenie nastąpiło w samym końcu ciąży, może się urodzić zupełnie zdrowe dziecko.

OBJAWY WRODZONEGO PRZYMIOTU.

Objawy przymiotu wrodzonego nie różnią się zasadniczo od objawów przymiotu nabytego. Pewne specjalne właściwości można objaśnić tylko porażeniem narządów podczas ich rozwoju i mniejszą odpornością ustroju dziecięcego. Skutkiem tego w przymiocie wrodzonym spotykamy często wczesne i ciężkie zmiany w narządach wewnętrznych. Mogą one wystąpić nawet jeszcze podczas rozwoju dziecka w macicy i wywołać ciężkie zaburzenia w odżywianiu ustroju dziecka, doprowadzające do śmierci.

Często nawet u świeżo narodzonych dzieci spostrzegamy na skórze objawy drugorzędowe, podczas gdy wewnętrzne narządy są porażone trzeciorzędowymi, które zależą od wcześniejszego oddziaływania na dane narządy krętków białych.

To też podział objawów w przymiocie wrodzonym na drugorzędowe i trzeciorzędowe można przyjmować tylko porównawczo do przebiegu przymiotu u dorosłych.

Krętki białe znajdują się wszędzie, a szczególnie obficie w wątrobie (rys. 49) i w śledzionie.

Wysypki skórne i śluzowe.

Objawy drugorzędowego przymiotu spostrzegamy u dzieci, albo w chwili przyjścia ich na świat, lub też dopiero po kilku — kilkunastu dniach, tygodniach, a nawet miesiącach.

Ogólny wygląd dzieci, obarczonych przymiotem wrodzonym, różni się zwykle od wyglądu dzieci zdrowych, szczególnie wtenczas, gdy objawy przymiotu wrodzonego występują wczesnie, np. w pęcherzycy syfilitycznej noworodków. Noworodki często bywają mniejsze, niż normalnie; skóra ich cienka, obwisła, pomarszczona, zabarwienia żółto-ziemistego, wygląd twarzy starczy, mięśnie nierozwinięte; krzyczą takie dzieci bardzo słabym głosem, ssą źle i łatwo ziębną. Ten ogólny wygląd nie jest bezwarunkowo charakterystyczny dla przymiotu wrodzonego; świadczy on tylko o charłactwie, o złym



Rys. 49. Preparat z wątroby, srebrzony metodą Levaditi'ego. 1) Naczynie, 2) ślad komórki, 3) tkanka wątrobowa, 4) krążek krwi. Liczne krętki blade szczególnie w ścianach naczynia. Immers. 2,0 mm. apert. 1,30. Ok. komp. 12 (Zeiss).

stanie ogólnym, który często bywa następstwem przedwczesnego porodu, cierpienia narządów wewnętrznych i t. p.

Niekiedy u noworodków znajdujemy brązowawe plamy na skórze, mniej lub więcej ostro ograniczone; świadczą one iż noworodek przebywał wysypkę podczas życia wewnątrz macicznego.

Wysypkę plamistą i grudkowatą rzadko spostrzegamy w pierwszym tygodniu życia noworodka; poczynają się one zjawiać częściej do drugiego tygodnia, najczęściej jednak występują w drugim i w trzecim miesiącu życia; w następnych

miesiącach wysypki te spotykamy coraz rzadziej, a po roku ogólna wysypka należy do wyjątków. Wysypka plamista zjawia się zwykle stopniowo tak, iż można odróżnić wykwitoty wcześniejsze od późniejszych; plamy mają postać okrągłą, albo podługowatą, wielkość od jednego milimetra do 1 cm. i więcej w średnicy, granice mają zwykle nieściśle ograniczone. Plamy bywają różowe z odcieniem zazwyczaj żółtym, niekiedy tak blade, iż są ledwo dostrzegalne. Przy naciskaniu palcem plama zwykle blednie, zostawiając po sobie, szczególnie po dłuższym trwaniu, ciemno-żółte, albo brązowe zabarwienie, zależne od osadzającego się w tkankach barwnika krwi. W przymocie wrodzonym wysypka plamista przeważnie i przedewszystkiem zjawia się na dolnej części tułowia i na udach, a następnie na twarzy; na tej ostatniej zaś najwięcej plam bywa w bliskości podbródka i szyi.

Wysypka plamista, gdy jest bardzo obfita, może mieć pewne podobieństwo do odry, lecz przy odrze zawsze występuje zajęcie łącnicy, światłowstręt i podniesienie temperatury.

Różyczka zwyczajna noworodków (*roseola simplex neonatorum*) występuje odrazu, trwa bardzo krótko i składa się z plam bardzo licznych i czerwonych.

Wysypka plamista trwa zwykle wiele tygodni i następnie powoli znika. Niekiedy nader wyjątkowo występuje wysypka plamista, bardzo niewyraźna, odrazu na większej przestrzeni, niknie szybko i poprzedza inne wysypki stalsze.

Często współcześnie z plamami zjawiają się grudki, lub też plamy stają się bardziej nacieczone, podnoszą się i przybierają postać grudki. Ta wysypka plamisto-grudkowata jest nadzwyczaj częsta i charakterystyczna dla przymiotu wrodzonego. Jacquet proponuje dla niej nazwę *exanthema erythemato-papulosum polimorphe*, ze względu na różnorodność elementów i niedostrzegalne przejście wykwitów, wchodzących w skład tych wysypek.

Grudki bywają rozmaitej wielkości od łebka szpilki do 1 cm. w średnicy i więcej; barwę posiadają ciemno czerwoną z fioletowym odcieniem — często jednak żółtą; powierzchnia grudek bywa płaska, często wydaje się zupełnie gładka, błyszcząca; zdarza się to przedewszystkiem na wypukłych miejscach, naprz. na zewnętrznych powierzchniach goleni i uda u dobrze odżywianych dzieci. Czasami warstwa

rogowa pęka, i grudkę pokrywa cienka łuska, lub małe łuski w kształcie otrąb. Niekiedy błyszczą one srebrzyście, jak w zwykłej łuszczycy. Taka łuszczycza przymiotowa może się rozprzestrzenić po całym ciele, a najwydatniejsza bywa przeważnie na dłoniach i podszewach.

W przymiocie wrodzonym nawet częściej, niż w nabytym, spostrzegamy drobno-grudkową wysypkę. Niekiedy skóra dzieci bywa jakby usiana małeńkimi grudkami na tułowiu, kończynach i twarzy. Szczególniej obficie występują one w fałdach zgięć. W innych razach, zwłaszcza na twarzy, spotykamy tylko nieliczne grudki, ułożone grupami; największego rozwoju dosięgają one na brodzie, podbródka, gdzie często zlewają się. Na czole grudki rzadko kiedy przekraczają linię owłosienia; na organach płciowych są więcej wyniosłe i porzrzucane. Grudki większych rozmiarów spostrzegamy na twarzy i na kończynach dolnych.

Po pewnym przeciągu czasu, zwykle po kilku tygodniach trwania, środkowa część grudki zapada się, skutkiem czego brzegi wyraźniej wystają i przybierają postać talerzyka. Grudki, rozszerzając się i zlewając z innymi, tworzą girlandy, węże, ósemki, koła koncentryczne, i t. p. Widujemy je jednak w przymiocie wrodzonym nadzwyczaj rzadko. Grudki mogą się zlewać w obszerne nacieczenia. Nacieczenia te są wyraźnie wzniesione nad powierzchnią skóry, brzegi mają ściśle oznaczone granicą zygzakowatą, niekiedy nerkowatą; zjawiają się one przeważnie na pośladkach, na plecach, łokciach i twarzy; bywają jednak i na innych miejscach, np. na podszewach. Obok nacieczeń obszernych spostrzega się zwykle typowe grudki. Niekiedy brzeg jest więcej nacieczony, niż środkowa przestrzeń, tworzy się rodzaj wału, i w wale tym miejscami dają się wyraźnie odróżnić pojedyncze grudki. Spoistość takiego nacieczenia, szczególnie jeśli skórę ująć w fałdę, bywa wyraźnie twarda; zabarwienie rozmaite, zależne od czasu trwania i miejsca: w początkowych okresach zwykle jasno-czerwone, później miedziano-czerwone, brązowe, a w końcu żółtawo-kawowe; niektóre nacieczenia są gładkie, świejące, jak gdyby pokostem wysmarowane, inne matowe; często na nacieczeniach tych skóra łuszczy się drobno, lub całymi kawałkami; w ostatnim razie łuski z podniesionymi brzegami, a silnie przystającym środkiem mogą przybierać postać łódkowatą. Na plamach i grudkach

mogą zjawiać się pęcherzyki: pośrodku wykwitów naskórek podnosi się i tworzą się pęcherzyki, które ulegają szybkim zmianom. Najmniejsze pęcherzyki mają po parę milimetrów średnicy, lecz mogą być dwa i więcej razy większe i czasem bywają dość gęsto zgrupowane. Mogą one powstawać na płamach i grudkach dłoni, podeszwy, na plecach, brzuchu, udach i twarzy. Niekiedy pęcherzyki pękają i tworzą strupki, lub zawartość ich staje się mętna, i pęcherzyki przemieniają się w krosty — pustulae, a te bardzo szybko wrzodzieją. Krosty zazwyczaj są tem liczniejsze i więcej rozwinięte, im wcześniej noworodek bywa nimi dotknięty; przeważnie ma to miejsce u dzieci wycieńczonych, lub tam, gdzie następuje ciągle podrażnienie kałem, moczem i potem, a więc na pośludkach i tylnych częściach ud, na mosznie i wargach wielkich.

Pod wpływem podrażnienia następują zmiany w grudkach, np. w fałdach spostrzegamy żywe łuszczenie się naskórka, albo nawet płytkie nadżarcia. Powierzchnia ich jest niekiedy biaława, jakby pociągnięta kolodyonem, to znów żółta, szara, błonicowata; zwykle zabarwienie powyższe jest wyraźniejsze pośrodku, niż na brzegach. Wykwity takie wydzielają płyn surowiczny z zapachem ostrym, cuchnącym. W tych razach, gdy krosty są duże i wydzielają sporo ropy, może utworzyć się nawet rodzaj niesztowic i brudzców. Niekiedy u dzieci, dotkniętych łojotokiem, na rozlanych nacieczeniach owłosionej części głowy, spostrzegamy strupy, tworzące się wtedy, gdy wydzielina wysycha szybko. Strup nie bywa nigdy, jak w wyprysku łojotokowym, słomiano-żółtego koloru, lecz żółto-brązowego; przytem można go łatwo bez krwawienia odedrzeć. Zwykle w niektórych miejscach z pod strupów dostrzegamy brzegi nacieczone czerwono-brązowe i świejące, jak gdyby pokostowane.

Pewną odmianę krost, nadzwyczaj charakterystyczną dla przymiotu, stanowi pęcherzyca przymiotowa. Spostrzega się ona w bardzo ciężkim przebiegu przymiotu wrodzonego. Pęcherzyca syfilityczna najczęściej bywa już obecna w chwili przyjścia dziecka na świat; a do nadzwyczaj rzadkich należą te przypadki, gdy ukazuje się ona po siódmym dniu od urodzenia. Diday jest zdania, że pęcherzyca może się zjawiać już w 6-m—7-m miesiącu życia wewnątrz macicznego. Ulubionem miejscem pęcherzycy są podeszwy i dłonie; rzadziej inne miejsca kończyn, a bardzo rzadko tułów i twarz. Hochsinger

czas powstawania i umiejscowienia pęcherzy objasnia w ten sposób, że gruczoły skóry rozwijają się pomiędzy 6-ym i 7-ym miesiącem ciąży; w tym to czasie następuje silniejszy przyływ krwi, a więc i jadu syfilitycznego do miejsc skóry, najwięcej unaczynionych, jakimi są gruczoły potowe, najliczniej i najsilniej rozwinięte na dłoni i podeszwie; ropno-surowicy wysięk, występujący skutkiem podrażnienia obfitą ilością jadu, nie mogąc przerwać w wyżej wymienionych miejscach grubej warstwy naskórka, tworzy pęcherze. Pęcherze te średnicy od 2 mm.—1½ ctm., napełnione z początku mętnawą, a następnie ropną zielonawą i krwistą zawartością, bywają najczęściej obwisłe, okrążone żywo czerwoną obwódką.

Pęcherze często powiększają się i łączą z sobą. Na miejscu pęcherza, po częściowem wessaniu się jego zawartości, może tworzyć się brunatny strupek, lub też pęcherz pęka, odsłaniając warstwę skóry, zaczerwienioną i nacieczoną, na której następnie wydzielina ropna z domieszką krwi zasycha w strupek; mogą tworzyć się również głębokie owrzodzenia, bardzo wycieńczające noworodków. Skóra pomiędzy pęcherzami wydaje się więcej ciemna, niż na innych częściach ciała. Gdy wysypka rozpoczyna się dopiero po urodzeniu, to przedewszystkiem we wspomnianych miejscach zjawiają się plamy czerwono-winne wielkości soczewicy z jeszcze ciemniejszym zabarwieniem i nacieczeniem pośrodku. W tem ostatnim miejscu po 2—3 dniach zaczynają tworzyć się pęcherze, szybko powiększające się i rozszerzające odśrodkowo.

Współcześnie z pęcherzycą przymiotową zawsze spostrzegamy nieżyt nosa, a bardzo często ciężkie cierpienia organów wewnętrznych i ogólne wycieńczenie. Takie noworodki tracą szybko na wadze i umierają przed trzecim tygodniem życia, a bardzo rzadko żyją do trzeciego miesiąca. Niekiedy, obok pęcherzy na grzbiecie dłoni i stóp, spostrzegamy powyżej na kończynach górnych i dolnych plamy i grudki—jeden z więcej dowodów, świadczących, iż pęcherzyca przymiotowa nie jest jakimś nowym objawem, nie spotykanym w przymiocie nabytym, lecz odmienny wygląd wysypki jest zawarunkowany tylko wczesnym rozwojem sprawy.

Pęcherzycę przymiotową należy odróżniać od pęcherzycy noworodków, wywołanej gronkowcami. Ta ostatnia zjawia się pomiędzy 2 i 5-ym tygodniem życia nagle, mimo dobrego ogólnego stanu organizmu. Najulubieńszem umiejscow-

wieniem jej są: tułów, rzadziej twarz i górne części kończyn, a najrzadziej podeszwy i dłonie. Pęcherzy bywa zwykle duża ilość. Wielkość ich waha się pomiędzy grochem, a gołębim jajem; zawartość mętnawa. Bardzo często pomiędzy pęcherzami spostrzegamy krosty liszajca. Słusznie Escherich proponuje dać nazwę tej chorobie impetigo bullosa infantum.

Od odpowiednich wysypek przymiotu wrodzonego należy odróżniać zapalenia skóry: rumieniowate, rumieniowato-pęcherzykowate, grudkowate i wrzodziejące (dermitis erythematosa, erythematovesciculosa, papulosa et ulcerosa).

Wszystkie te postaci zapaleń skóry pozostają ze sobą w ścisłym związku: jedna może poprzedzać drugą i być rozpatrywana, jako niższy stopień następnej.

Zapalenie skóry rumieniowate (dermitis erythematosa simplex i dermitis erythematoso-squamosa) występują u noworodków i ssawców przedewszystkiem na miejscach wypukłych. Na pośladkach i mosznie, na twarzy i podbródku, na dłoniach i podeszwach, szczególnie na piętach, a rzadziej na innych miejscach zjawiają się plamy wielkości kopiejki, rubla i większe; plamy te są jasno-czerwone, przybierają z czasem zabarwienie czerwono-brązowe z odcieniem fioletowawym, mają postać tarczowatą bez ściśle oznaczonych granic, przechodzą niepostrzeżenie w zdrową skórę, nie wystają nad jej poziom, powiększają się z każdym dniem bez zmian w środku. Plamy te, spotykając się z sobą, tworzą szerokie przestrzenie zaczerwienionej i nieznacznie nacieczonej skóry. Naskórek w tych miejscach staje się coraz bardziej twardym, gładszym, jakby polakierowanym. Często po pewnym przeciągu czasu naskórek zaczyna łuszczyć się drobnymi łuszczykami, albo też olbrzymimi płatkami.

Zapalenie skóry pęcherzykowate (dermitis vesiculosa) powstaje zwykle na gruncie dermitis erythematosa. Najczęściej na brzegu rumienia znajdujemy pęcherzyki nieznaczne, szarawe, napełnione przezroczystym, albo mętnym płynem. Obok tych pęcherzyków widać już opadłe i wyschnięte.

Zapalenie skóry grudkowate (dermitis papulosa, erythema papulosum, syphilide lenticulaire de Parrot, erythema papulosum posterosivum, albo syphiloide posterosive de Jaquet) zjawia się tylko na pośladkach, na grzbietowych powierzchniach ud, na łydkach, na dolnej części moszny i na

wargach sromowych większych; składa się z grudek bardzo spłaszczonych, albo półkulistych, nie mających nigdy więcej nad 1 cm. szerokości, fioletowawych, lub czerwono wiśniowych. Środek grudek posiada zwykle naskórek cieńszy, gładzijszy i bardziej błyszczący, niż obwód, rzadko zaś bywa pozbawiony naskórka, cieknący, wklęsły. Umieszczenie tych grudek jest bardzo charakterystyczne: są one wyłącznie zgrupowane na czterech przestrzeniach, utworzonych przez fałdy skóry. Przestrzenie te są następujące: pośladki, górna i dolna grzbietowa część ud i łydki. Grudki najwięcej rozwinięte są na pośladkach, a zmniejszają się stopniowo ku dołowi.

W każdej z tych przestrzeni środek jest bardziej zajęty, niż obwód, gdzie skutkiem wstecznych spraw występuje wysypka w postaci plam. Obok grudek zawsze prawie spotykamy pęcherzyki świeże i nawpół zeschnięte, lub też nadżarcia. Grudki mogą zlewać się.

Niekiedy na nacieczonych miejscach tworzą się głębokie owrzodzenia z dnem czerwonym, lekko krwawiącym, lub pokrytem żółtawym nalotem z brzegami nacieczonymi, lub podminowanymi.

Sprawy te różnią się od wysypki plamistej, grudkowatej i wrzodziastej przymiotu głównie tem, iż nie umiejscawiają się w innych okolicach, poza wyżej wskazanemi, nie gnieźdzą się w fałdach i posiadają zwykle małe pęcherzyki naokoło blaszek rumieniowatych. Przy rozpoznaniu należy naturalnie zwracać uwagę na inne objawy cierpienia skóry, błon śluzowych i organów wewnętrznych.

Poza objawami skóry najwięcej cech znamienych dostarcza dotknięta przymiotem błona śluzowa, a przede wszystkim błona śluzowa nosa, ust, gardła i odbytnicy. Objawy swoiste zjawiają się w postaci rozlanego kataru, nadżarć, pęknięć, grudek i owrzodzeń. Nadzwyczaj charakterystyczny dla przymiotu wrodzonego jest nieżyt nosa przymiotowy. Właściwie niema ani jednego przypadku przymiotu wrodzonego, w którym wcześniej albo później nie zjawia się ten syfilityczny katar. Bardzo często obserwujemy go już w pierwszym tygodniu życia dziecka; trwa on zwykle uporczywie tygodnie i miesiące i daje się niekiedy dostrzedz w drugim i w trzecim roku życia.

Nieżyt nosa przymiotowy objawia się rozlanem nabrzmieniem błony śluzowej nosa i często wydzielaniem krwawo-ropnej wydzieliny, która zasycha w postaci strupków w otworach nosa; skutkiem tego oddychanie nosem jest nadzwyczaj utrudnione. Widzimy to szczególnie przy ssaniu, które staje się przerywane. Nieżyt nosa występuje albo samodzielnie, albo też jednocześnie z cierpieniem kości i chrząstek nosa.

Mniej często, niż poprzednia, bywa dotknięta błona śluzowa ust, dziąseł, podniebienia twardego i miękkiego i migdałów w postaci szaro białych blaszek, otoczonych czerwonym brzeżkiem. Szary nalot może zniknąć, powierzchnia może owrzodzieć. Najczęściej blaszki spotykają się na końcu języka i na jego brzegach. W kątach ust i powiek spotykamy również grudki, albo głębokie pęknięcie z twardem nacieczonym dnem. Także naokoło ust znajdujemy płytkie i wązkie, ku otworowi ust przebiegające pęknięcia, które, pokrywszy się naskórkiem, pozostawiają po sobie blizny. W okolicy odbytu widzimy niekiedy grudki, pęknięcia i owrzodzenia z dnem również twardem i nacieczonym.

Zanokcica i przynokcica zdarzają się dość często. Niekiedy bywają dotknięte wszystkie paznokcie: stają się one mętne i suche; na miejscu połączenia paznokcia ze skórą tworzą się owrzodzenia, które dotknąć mogą macierz paznokcia i łoże, a wtedy paznokieć schodzi.

Lysienie w przymocie wrodzonym przybiera nieco inną postać, niż w przymocie dorosłych; rzadko widzimy maleńkie łysinki na całej przestrzeni skóry owłosionej; zwykle bywa rozlane przerzedzanie się włosów, niekiedy w postaci wstążek.

Daleko więcej znamionem, choć rzadszym objawem przymiotu wrodzonego jest wypadanie brwi i rzęs.

Kilaki—jak guzy, guzki i guziczki—mogą się zdarzać przedwcześnie w pierwszych latach życia dziecka. Nacieczenia kilakowe, przybierając zabarwienie sinawe, mają wielkie podobieństwo do gruzlicy skóry (scrophuloderma); często tylko swoista kuracya może wątpliwości wyjaśnić. Hutinel zwraca uwagę na rzadką postać owrzodzeń kilakowych: niedługo po oddzieleniu się sznurka pępkowego, pępek staje się nabrzmiały, nacieczony, szczególnie pośrodku, i w tem miejscu zjawia się nacieczenie o wyglądzie kraterowatym ze skłonnością ni-

szczenia tkanek aż do otrzewnej; po dwóch tygodniach rozpoczyna się proces gojenia, pozostaje jednak głęboka, nader uporczywie opierająca się leczeniu, przetoka.

Cierpienia narządów.

Gruczoły chłonne podskórne są przeważnie niezajęte, i tem może głównie różnić się w razach wątpliwych przymiot wrodzony od nabytego. Jednakowoż w bliskości owrzodzeń tak swoistego, jak i nieswoistego pochodzenia gruczoły obrzmiewają i dochodzą czasem w pachwinach do wielkości jaja gołębiego; niekiedy w ciężkim przebiegu przymiotu wrodzonego spostrzegamy ogólne obrzmienie gruczołów chłonnych.

Zajęcie stawów bywa takie same, jak u dorosłych. Często jednak spotyka się odrębna postać, spostrzegana tylko u noworodków—zmiana kiłowa chrząstki pośredniej. Jest to zapalenie, umiejscowione na przejściu trzonu kości w nasadową chrząstkę, następstwem czego bywa powolne rozluźnienie i odzielenie trzonu od nasady; prawie zawsze rozpoczyna się w 7-m miesiącu ciąży; jednak Parrot, Müller i Hochsinger spostrzegali je już w 5-m miesiącu ciąży. Hecker donosi, iż znajdował je w 70%o wszystkich obdukowanych płodów, Mevis w 62 na 92, Wahl w 208 na 418. Według Hochsinger'a spotyka się to schorzenie u wszystkich syfilitycznych noworodków w mniejszym, lub większym stopniu. W przypadkach, więcej wyrażonych, pomiędzy pasem kostnienia a kością widać obfitą tkankę granulacyjną, usianą mniejszymi, lub większymi ogniskami rozmiękczenia, doprowadzającemi do oddzielenia trzonu kości od nasady. Przy dłuższem trwaniu tej sprawy spostrzegają się stawowe, a głównie okołostawowe ogniska rozmiękczenia i wrzody. Wrzody powstają skutkiem wtórnego zakażenia ropotwórczymi drobnoustrojami. Powyżej opisane zmiany w kościach doprowadzają do rozmaitych zaburzeń, jak bolesne kurczowe przykurczenia mięśni, oddzielenie nasad z porażeniem odnośnych kończyn. Również na uwagę zasługuje zapalenie przymiotowe *kości palców*. Zmiany rozpoczynają się na granicy kości i chrząstki i doprowadzają do zrzędzenia utkania kostnego i wzdęcia

kości, niekiedy wespół z wydłużeniem ich. Zwykle sprawie tej towarzyszy w nieznacznym stopniu zapalenie okostnej kościotwórcze. Najczęściej bywa dotknięty główny członek palca, rzadziej środkowy i końcowy. Palczyki rozszerzają się przeważnie na boki, mniej ku stronie grzbietowej, a najmniej ku dłoniowej, otrzymując w przecięciu owalną postać. Zapalenie przymiotowe kości palców tworzy się przeważnie w pierwszym roku życia, jest mało bolesne, jak i większa część przymiotowych cierpień kości.

Zniszczenie kości rusztowania nosa spotyka się dość często i występuje zazwyczaj w późniejszym czasie. Bardzo często spostrzegamy zajęcie okostnej na kościach długich, a szczególnie na przedniej powierzchni goleni. Często również występuje skrzywienie długich kości dolnych kończyn z szczególnym ich wzrostem wzdłuż (Ostitis deformans syphilitica—„Tibia en lame de sabre”).

Zmiany w zębach występują często. Głównie ulegają im siekacze, a przede wszystkim środkowe górne.

Zmiany charakteryzują się przeważnie półkolistym wgłębieniem swobodnego brzegu. Spostrzegamy również zęby nienormalnie małe i krótkie, wąskie, okrągławe, kręglowate, wznoszące się ku sobie, lub też od siebie. Często też spostrzegamy na powierzchni zęba małe okrągławe zagłębienia, albo nasieczki. Zęby psują się zazwyczaj szybko. Zmiany, powyżej zaznaczone, występują przeważnie przy drugim zębieniu, jednakowoż były spostrzegane przez niektórych autorów i na zębach mlecznych, nie są swoiste dla przymiotu wrodzonego: spotykają się również przy krzywicy, u dzieci alkoholików i t. d. Również nie można uważać za swoiste zgrubień kości na żebrach, zniekształceń czaszki, wyrosli na kościach czaszki, a nawet na kościach długich.

Zmiany w układzie *nerwowym* spotykają się dość często—według Rumpfa w 13% przypadków przymiotu wrodzonego. Widujemy tu te same postacie, co i w przymiocie nabytym. Przeważnie spostrzegamy połączenie cierpienia mózgowia i rdzenia kręgowego; mogą one wystąpić nawet i w późniejszym wieku. Zmiany w mózgowiu bywają następstwem przymiotowego zajęcia naczyń i warunkują obraz mózgowego porażenia dzieciennego. Przypuszczają, iż część przypadków choroby Little'a jest spowodowana wrodzonym przymiotem. Skutkiem przymiotowego schorzenia naczyń może nastąpić

rozwój wodogłowia. Rozwija się ono przeważnie w 1 albo 2-im roku życia, częściej-powolnie, chronicznie, niekiedy zaś ostro.

Skutkiem cierpienia naczyń w komorach mózgowia, a również w kanale środkowym rdzenia kręgowego, zbiera się limfa w komorach i w przestrzeniach podpajęczynówkowych: dzieci stają się niespokojne, cierpią na drgawki; często zarazem spotyka się stężenie karku i objawy wewnątrzmoźgowego ciśnienia. Rozszerzenie czaszki przy przymiotowem wodogłowiu bywa mniej silne, niż przy nieswoistem. Występuje ono zwykle tylko ku górze, wypukła się zwykle silnie ciemniaczko czoła, a czaszka ścieśnia się z przodu; szwy wieńcowy i podłużny rozciągają się, również rozciągają się żyły na głowie skutkiem wzmożonego wewnątrzmoźgowego ciśnienia. Przymiotowé wodogłowiu zazwyczaj silnie reaguje na swoiste leczenie.

W przymiocie wrodzonym mogą powstać nietylko zaburzenia psychiczne, jak to opisaliśmy w przymiocie nabytym, lecz niekiedy może być znacznie wstrzymany rozwój umysłowych zdolności. Może to nawet doprowadzić do niedołęstwa umysłowego; u idiotów dość często spostrzegamy nieprawidłowości w kształcie źrenicy, mózgowie objawy porażenia, albo padaczkę. Idyoci bywają zwykle skłonni do podrażnień nerwowych, pobudzenia ogólnego i t. d.

Również należy zauważyć, iż padaczka pierwotna szczególnie częściej jest spowodowana przymiotem wrodzonym.

U dzieci z wrodzonym przymiotem spostrzegano wielokrotnie porażenie postępujące i wiąd rdzenia.

Fournier i Krafft-Ebing przyjmują, iż porażenie postępujące młodzieńcze bywa zawsze wywołane przez przymiot. Młodzieńcze porażenie postępujące i wiąd rdzenia posiadają przebieg bardzo powolny. Często spotykamy tabó-paralysis w zależności od wrodzonego przymiotu. Chorobę Homena, wyrażającą się idyotyzmem i skurczowemi porażeniami, również stawiają w zależności od przymiotu.

Niekiedy niezależnie od schorzenia kości występuje myotonia, t. j. tężcowy długotrwały skurcz; zjawisko to spostrzegano przeważnie w ciągu 2 — 3-go miesiąca życia; występuje ono w najrozmaitszem natężeniu jako nadmiernie silne kurczenie zginaczy, dochodzi zaś do długotrwałego skurczu nietylko zginaczy kończyn, lecz również mięśni tułowia i twarzy razem z tężcem tylnym.

W przymocie wrodzonym często spostrzegamy zapalenie *rogówki* miąższowe: m. w. połowa wszystkich przypadków tego cierpienia jest wywołana przez przymiot wrodzony; przeważnie bywa ono dwustronne i rozwija się w okresie od urodzenia aż do dojrzałości; zdarza się jednak i później aż do 30 go roku życia. W pojedynczych przypadkach spostrzegamy je nawet u noworodków.

Przebieg miąższowego zapalenia *rogówki* przy wrodzonym przymocie bywa zwykle powolniejszy, niż przy nabytym. Silne bóle i światłowstręt zjawiają się zwykle w późniejszym okresie choroby. Często zdarzają się powikłania zapaleniem tęczówki i naczyńówki. Również względnie dość często spostrzega się zmięknienie *rogówki* i *retinitis pigmentosa*.

Cierpienia wewnętrznego *ucha* spostrzegamy znacznie częściej przy wrodzonym przymocie, niż przy nabytym. Fournier na 216 syfilitycznych dzieci znalazł cierpienie wewnętrznego ucha w 40 przypadkach, Baratoux w $\frac{1}{3}$ wszystkich przypadków wrodzonego przymiotu. Hutchinson znalazł głuchotę w 10% przymiotu wrodzonego. Głuchota wespół z zapaleniem miąższowym *rogówki* i zniekształceniem zębów stanowią t. zw. triadę Hutchinsona, która, choć nie bezwzględnie przemawia za przymiotem wrodzonym, jednak czyni rozpoznanie jego wielce prawdopodobnem. Cierpienie błędnika rozpoczyna się przeważnie pomiędzy 8—16-tym rokiem życia, częściej u kobiet, niż u mężczyzn; zwykle bywają zajęte nierównomiernie oba uszy wespół, albo jedno po drugim; cierpienie powyższe rozwija się zwykle powoli i doprowadza po wielu latach do zupełnej głuchoty; nawet po przejściowem polepszeniu poczyna się ono nanowo rozwijać.

W *sercu* najczęściej bywa zajęty mięsień albo w postaci ograniczonych kilaków (Mraček, Morgan, Rosen, Runge, Dawson Williams, Berghinz, Hecker), lub nieco rzadziej w postaci rozlanego zapalenia (Wagner, Wendt, Mraček, Adler, Hecker, Fischer, Buschke); rzadziej bywa zajęte wsierdzie (Schattock, Wendt, Mong), a wyjątkowo tylko osierdzie. Winogradow donosi o sprawie zapalnej w zwoju automatycznego ruchu serca, która nieraz może warunkować nagłą śmierć podczas przebiegu wrodzonego przymiotu.

Zmiany w *naczyniach* spostrzegamy bardzo często. Wed-

ług badań Pawłowa są one bardzo wczesne, rozprzestrzenione i intensywne.

Od zmian w naczyniach zależy rzadko spotykana syphilis haemorrhagica neonatorum (Baerensprung, Kaposi, Schütz, Deahna, Runge, Mraček, Neumann, Hochsinger), w której zjawiają się przeważnie nieznaczne wylewy krwi wielkości od ukłucia szpilką do jej łebka w skórze, w tkance podskórnej, w mięśniach, mózgu i t. d. Według Behrenda wylewy krwi zjawiają się nie tylko po urodzeniu, ale i przed, najczęściej nawet bywają przy partus praematurus.

Śledziona w przymiocie wrodzonym bywa zajęta bardzo często. Spostrzegano przeważnie splenitis et perisplenitis syphilitica, rzadko zaś ograniczone kilaki (Beer, Baumgarten, Gregorie, Birch-Hirschfeld, Haslund, Castens, Still).

Zmiany w *płucach* spostrzegamy znacznie częściej w przymiocie wrodzonym, niż w nabytym. Heller na 106 przypadków przymiotu wrodzonego znalazł w 96% zmiany w płucach, a w tem 53 razy śródmiąższowe zapalenie płuc. Oprócz postaci cierpienia płuc, spotykanych u dorosłych, widujemy również niekiedy opisaną przez Virchow'a, a następnie przez innych (Weber, Hecker, Lorain i Robin, Howitz, Wagner, Förster, Cornil-Ranvier, Müller, Thierfelder, Greenfield, Kokawa, Fraenkel, Meckel, Aufrecht, Spanudis, Stroebe) pneumonia alba. Widujemy je przeważnie u płodów martwych, albo zmarłych niedługo po urodzeniu. Zajęte okolice płuc są pozbawione powietrza, posiadają białawe, albo białawo-żółte, lub szaro-czerwonawe zabarwienie; w wodzie toną. Oskrzela są po większej części normalnie szerokie i napełnione powietrzem i śluzo-ropną wydzieliną. Przy badaniu drobnowidzowem spostrzegamy, iż tkanka międzypęcherzykowa jest rozszerzona, a pęcherzyki płucne napełnione złuszczoneym, zmartwiałym, rozpadającym się nabłonkiem.

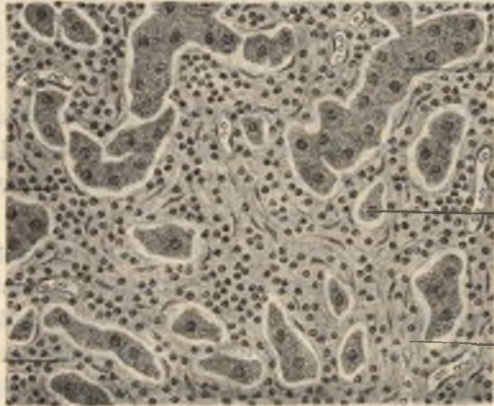
Według danych statystycznych, zebranych przez Castensa, na 791 przypadków wrodzonego przymiotu spostrzegano zmiany w płucach 495 razy, a w tem 55 razy pneumonia alba, 408 razy śródmiąższowe zapalenie płuc i 17 razy kilaki ograniczone.

W żółtku spostrzegano kilaki ograniczone (Chiari, Klebs, Cornil-Ranvier, Weichselbaum, Birch-Hirschfeld,

Kleinschmidt, Bittner, Oberndorfer, Aristow) i rozlane nacieczenia.

Zajęcie *kiszek* częściej spostrzega się przy wrodzonym przymiocie, niż przy nabytym; mogą również występować rozlane nacieczenia i ograniczone kilaki (Cullerier, Schott, Eberth, Roth, Förster, Klebs, Waldeyer, Köbner, Oser, Ljunggren, Birch-Hirschfeld, Mracek, Ignatjew, Lochte, Jürgens, Darier i Feulard, Kleinschmidt, Castens, Neumann, Exters, Oberndorfer).

W *wątrobie* widzujemy często albo międzymięszkowe za-



Rys. 50. 1) Beleczka wątrobowa, 2) pojedyncza komórka, 3) tkanka włóknista, 4) komórki nacieku, 5) naczynie, 6) komórki łączno-tkankowe. (Hepatitis monocellularis.—Z dyagnostyki anatomo-patologicznej Z. Dmochowskiego.)

palenie, lub też kilaki. Kilaki ograniczone przeważnie bywają niewielkie. W wątrobie opisują specjalną postać międzymięszkowego zapalenia—hepatitis monocellularis: rozrastająca się tkanka łączna okrąży nie tylko poszczególne grupy komórek miąższowych wątroby, lecz nawet pojedyncze komórki (rys. 50).

W *trzustce* zmiany bywają dość często. Hecker znalazł je w 22% wszystkich przypadków wrodzonego przymiotu, a Birch-Hirschfeld 13 razy na 23 przypadki wrodzonego przymiotu. Według Mracka częściej bywa międzymięszkowe zapalenie, niż ograniczone kilaki.

Zmiany w *nerkach* według Hochsingera i Gallusa bywają dość często. Jednak należy je przeważnie odnosić do zatamowania rozwoju nerek.

Międzymięszkowe zapalenie nerek spostrzegano wielokrotnie, rzadko zaś ograniczone kilaki (Pollnow, Welander, Steffen, Mathewson, Klebs, Stroebe, Castens, Hochsinger, Beer, Hecker).

Przynercza (Virchow) mogą być zajęte obszernem tłuszczowem zwyrodnieniem. Widywano w nich niekiedy ograniczone kilaki (Birch-Hirschfeld, Runge, Girode, Castens, Hecker, Guleke), częściej zaś rozlane nacieczenie.

W *jądrach* widywano międzymięszkowe włókniste zapalenie (North, Bryant, Hennig, Cornil-Ranvier, Wells, Holmes, Fournier, Reclus, Castens i inni) i kilaki (Hutinel, Demme, Neumann). Matzenauer spostrzegał obustronny przymiot jąder u 11-letniego dziecka. Donoszą również o przypadkach pierwotnego zapalenia przyjądrza (Castens, Carpenter, Robinson, Comby). Kilaki w gruczole *tarczowym* znaleźli Birch-Hirschfeld, Dubois i Demme. *Grasica* bywa zajęta dość często; według Schlesingera spotyka się przeważnie rozlane międzymięszkowe nacieczenie, które doprowadza do marskości gruczołu; również widywano kilaki ograniczone (Dupaul, Eberth, Lehmann, Förster, Jacobi, Mathewson).

ROKOWANIE I LECZENIE.

Rokowanie w przymocie wrodzonym zależy od czasu, w którym objawy występują u dzieci, od natężenia objawów i udziału organów wewnętrznych w cierpieniu, od stanu ogólnego, od leczenia i warunków higienicznych. Później występujące objawy dają lepsze rokowanie, niż wcześniejsze; pogarsza je udział organów wewnętrznych w cierpieniu.

Do bardzo ważnych warunków należy karmienie dzieci piersią kobiecą i higiena; dlatego w sferach zamożniejszych rokowanie może być lepsze, niż w sferach biedniejszych, a karmienie sztuczne znacznie je pogarsza. To też liczba śmiertelności, podawana przez różnych autorów, bywa różna.

Förster oblicza śmiertelność w pierwszym półroczu życia u karmionych piersią na 15%, a u karmionych sztucznie 72%. Według spostrzeżeń Hyde umarło w pierwszym roku życia 916 na 1121 dzieci, obarczonych przymotem wrodzonym, a według statystyki Moskiewskiego domu wychowawczego na 2038 dzieci, obarczonych przymotem wrodzonym, umarło powyżej 70%.

Leczenie często daje dobre wyniki. Za najlepszy środek leczniczy uważamy kąpiele sublimatowe po 1,0 subl. na wannę codziennie po 5 — 10 minut. Gorzej działa rtęć wewnątrz, gdyż bardzo łatwo drażni kiszkę. Dają po 0,06 hg. cum creta Pharmac. Britannicae 3 razy dziennie z domieszką 0,06 mag. bismuthi. Można również dawać 2—3 razy dziennie po 0,006 kalomelu. Dzieciom starszym nad rok robimy wcie-

ranie po 1,0 szaruchy, przykładamy plastry rtęciowe na większe przestrzenie ciała, lub stosujemy woreczki rtęciowe. Zalecają również wstrzykiwania bursztynianu rtęci po $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{6}$ grana. Na nacieczania, niezyt nosa i t. d. stosujemy 1 do 2% hg. ox. fl. lub 5% ppti albi w maści, przyczem utrzymujemy w suchości miejsca, najbardziej drażnione wydzielinami.

Kurację staramy się zawsze powtarzać kilkakrotnie, w kilkumiesięcznych odstępach czasu.

Należy również dbać o dobre odżywianie dzieci i wą-
łym podawać tran, jecorol, glicerofosfaty i t. p.

Ważniejsze zauważone błędy drukarskie.

<i>Str.</i>	<i>Wiersz</i>	<i>Jest wydrukowane:</i>	<i>Powinno być:</i>
6	7 od dołu	genewski	genueński
14	18 od dołu	Wszyscy prawie badacze są za istnieniem podziału bezpłciowego, dokonywanego się podłużnie. Krzyształowicz i Siedlecki przypuszczają razem podział poprzeczny i rozmnażanie się drogą płciową (rys. 2), przyczem i t. d.	Krzyształowicz i Siedlecki, a za nimi Schaudinn są za istnieniem podziału bezpłciowego, dokonywanego się podłużnie. Wszyscy prawie badacze przypuszczają razem podział poprzeczny, a Krzyształowicz i Siedlecki także rozmnażanie się drogą płciową (rys. 2), przyczem i t. d.
50	10 od góry	pachowe	pachwinowe
69	2 i 1 od dołu	naczyń krwionośnych i żył, podczas chłonnonaczyniowego wrzodziejąca opryszkowate guzowata	naczyń krwionośnych, podczas chłonnonaczyniowego wrzodziasta opryszczkowate guziczkowata
70	4 od góry	"	"
92	6 od góry	guzy	guziczki
108	6 od dołu	guzowatej	guziczkowej
110	5 od góry	rzęzkowego	rzęskowego
	10 " "	silnie usuwa	silnie, usuwa
	11 " "	powyższych	poniższych
	4 od dołu	błonki	blaszki
114	14 od dołu		
130	9 od góry		
140	4 od dołu		
145	10 od dołu		

<i>Str.</i>	<i>Wiersz</i>	<i>Jest wydrukowane:</i>	<i>Powinno być:</i>
161	2 od dołu	w pulsie, tętnie	w tętnie
166	5 od góry	tylko	głównie
170	11 od góry i następnych 6 wierszy o śledzienie		należy umieścić po u- kładzie krwionośnym na str. 168
223	12 od góry	czerwono-miedziane	czerwono-fioletowawe
226	7 od góry	skrophuloderma	scrofuloderma
232	12 od dołu	dentroe	dextrae
236	12 od góry	torebkach	kaletkach
	14 " "	torebki	kaletki
	15 " "	torebka stawu kola- nowego	kaletka maziowa przedrzepkowa
240	1 od góry	częźszych	cięższych
243	13 od dołu	porażeniom	leczeniu
254	19 od góry	gardzielo-nagłośnio- wych	języko-nagłośniowych
257	16 od góry	zależną	zależą
268	6 od dołu	ogragłe	okrągłe
269	9 od dołu	miąższową	śródmiaższową
270	4 od dołu	tarczykowym	tarczowym
273	8 od dołu	50	58
310	9 i 13 od dołu	krątków	krętków
330	7 od dołu	Piul	Pil.
335	14 od dołu	a stwierdzono	stwierdzono
341	2 od góry	Falloppia	Fallopia
347	11 od dołu	Ok. komp. 12	Ok. 6

Objaśnienie tablic.

- 1) Owrzodzenie pierwotne na wewnętrznej powierzchni napletka; naokoło owrzodzenia nadżerki po opryszczkach.
 - 2) Owrzodzenie pierwotne na główce prącia i odbitka tegoż (poczynająca tworzyć się grudka cieknąca) na wewnętrznej powierzchni napletka.
 - 3) Owrzodzenie pierwotne na wewnętrznej powierzchni napletka; owrzodzenie w brózdzie wieńcowej i ciągnące się wzdłuż brózdki nacieki.
 - 4) Owrzodzenie pierwotne na wewnętrznej powierzchni napletka.
 - 5) Owrzodzenie pierwotne na wędzidełku, przechodzące na sąsiednie tkanki.
 - 6) Owrzodzenie pierwotne w brózdce wieńcowej, przechodzące na główkę prącia i na wewnętrzną powierzchnię napletka; obrzęk na przylegającej części napletka.
- II.
- 1) Owrzodzenie pierwotne na skórze prącia.
 - 2) Owrzodzenie pierwotne na skórze u podstawy prącia; świeża blizna po zagojeniu owrzodzenia na końcu prącia w 6 tygodni po zarażeniu.
 - 3) Owrzodzenie pierwotne na mosznie.
 - 4) Owrzodzenie pierwotne na skórze prącia.
- III.
- 1) Owrzodzenie pierwotne talerzykowane na małej wardze.
 - 2) Owrzodzenie pierwotne na dużych wargach; obrzęk dużych warg
- IV.
- 1) Owrzodzenie pierwotne gojące się na zewnętrznej powierzchni napletka; obrzęk napletka; stulejka.
 - 2) Owrzodzenie pierwotne na sutce.
 - 3) Owrzodzenie pierwotne na górnej wardze.
- V.
- 1) Wysypka plamista pierwsza (Rys. 9 w tekście przedstawia preparat z powyższej osutki).

II

- 2) Wysypka plamista zlewająca się pierwsza.
- VI. 1) Wysypka plamista zlewająca się pierwsza (Rys. 10 w tekście przedstawia preparat, wzięty z powyższej osutki).
2) Wysypka plamista pierwsza (pokrzywkowata).
- VII. 1) Wysypka grudkowata ponowna w 6 m. po zarażeniu, w okresie łuszczenia się.
2) Wysypka grudkowata w 4 m. po zarażeniu.
- VIII. 1) Wysypka grudkowato-łuskowata w 5 m. po zarażeniu.
2) Wysypka grudkowato-blaszkowata na goleni w rok po zarażeniu.
- IX. 1) Wysypka grudkowata w 5½ mies. po zarażeniu u jeszcze nieleczzonego mężczyzny. Ten sam przypadek, co na tabl. VII № 2, (Rys. 13 w tekście przedstawia preparat, wzięty z powyższej osutki na piersiach).
2) Wysypka grudkowato-blaszkowata w 1½ r. po zarażeniu.
3) Wysypka grudkowata drobnoziarnista zlewająca się na górnej kończynie w 3 lata po zarażeniu u nieleczzonej. W ½ roku potem objawy przymiotu mózgu.
- X. 1) Wysypka grudkowato-punkcikowata (lichen s.) ugrupowana i plamy barwikowe po wessanych grudkach w 1 rok i 3 m. po zarażeniu u nieleczzonej (Rys. 16 w tekście przedstawia preparat, wzięty z powyższej osutki).
2) Wysypka grudkowato-pęcherzykowata (ospowata) w 5 m. po zarażeniu u nieleczzonego (Rys. 17 w tekście przedstawia preparat, wzięty z powyższej osutki).
- XI. Wysypka wrzodziasta (niesztovice). Przypadek ten sam, co na tabl. X № 2, w 4 miesiące później (Rys. 21 w tekście przedstawia preparat z powyższej osutki na ramieniu).
- XII. Wysypka wrzodziasta (brudziec). Przypadek ten sam, co na tablicy XI, w 3 miesiące później (Rys. 22 w tekście przedstawia preparat z powyższej osutki na ramieniu).
- XIII. 1) Wysypka grudkowato-łuskowata na dłoniach.
2) Wysypka grudkowata łuskowato-blaszkowata na dłoniach.
- XIV. Bielactwo i czerniaczka skóry. Przypadek ten sam, co na tabl. X № 1, w parę miesięcy później; plamy barwikowe po wessanych grudkach jeszcze widoczne.
- XV. 1) Łysinki na owłosionej powierzchni głowy w ½ roku po zarażeniu.
2) Owrzodzenia na prąciu w 3 m. po zarażeniu; nadżarta i nacieczona powierzchnia moszny.
- XVI. 1) Wysypka grudkowato-przerostowa cieknąca w pachwinie. Przypadek ten sam, co na tabl. VIII № 1.
2) Grudki przerostowe ciekące w odbycie. Przypadek ten sam, co na tejże tablicy pod № 1.
- XVII. 1) Wysypka nadżerkowata (cieknąca) na wewnętrznej powierzchni dużych warg w 3 m. po zarażeniu.

- 2) Wysypka grudkowata cieknąca na dużych wargach w 3 $\frac{1}{2}$ m. po zarażeniu.
- XVIII. 1) Owrzodzenia na dużych wargach w 3 $\frac{1}{2}$ m. po zarażeniu.
2) Grudki zlekka ciekące zlewające się na dużych i małych wargach w 8 m. po zarażeniu.
- XIX. 1) Nadżerki (plaki) pod językiem i na wewn. powierzchni dolnej wargi w $\frac{1}{2}$ r. po zarażeniu.
2) Nadżerki (plaki) pod językiem i na wewn. powierzchni dolnej wargi w 4 m. po zarażeniu.
3) Łysinki (depapillatio) na brzegu języka, odpowiadające zębom, w 5 m. po zarażeniu.
4) Owrzodzenie na miękkim podniebieniu w 4 m. po zarażeniu.
- XX. 1) Owrzodzenie na miękkim podniebieniu w 7 miesięcy po zarażeniu.
2) Owrzodzenie na lewym migdale w 3 m. po zarażeniu.
3) Grudki zlewające się na podniebieniu i języku w 26 lat po zarażeniu (Przypadek przedstawiony na pos. Warszaw. sekcy skórn. wener. dn. 6/XII 1906 r.).
4) Łuszczyca języka w 14 lat po zarażeniu.
- XXI. Wysypka grudkowato-guziczkowata ugrupowana na wewnętrznej powierzchni lewego biodra u mężczyzny w 5 lat po zarażeniu.
- XXII. Wysypka guzkowata wrzodziejąca w 4 $\frac{1}{2}$ lat po zarażeniu u nieleczzonego.
- XXIII. Wysypka guziczkowato-guzkowata u nieleczzonej w 4 lata po zarażeniu (Rys. 42 i 43 w tekście przedstawiają preparaty wzięte z powyższej osutki).
- XXIV. 1) Kilak czołgający się wzdłuż brzegu wargi w 9 lat po zarażeniu.
2) Owrzodzenie wężykowate na wewnętrznej powierzchni przedramienia w 7 lat po zarażeniu; pośrodku — blizny po zagojonych kilakach.
- XXV. Kilaki idące od okostnej (przypuszczalnie w 28 lat po zarażeniu) u nieleczzonej.
- XXVI. Kilaki na biodrze i na goleni w 7 lat po zarażeniu.
- XXVII. 1) Kilak rozlany, bliznowaciejący pośrodku, już po 2-tygodniowym swoim leczeniu. Czas zarażenia niewiadomy. Żona chorego posiadała prawie współcześnie wysypkę grudkowato-łuskowatą późną. (Przypadek przedstawiony na posiedzeniu Warszaw. sekcyi skórno-wenerycznej d. 5/III i 7/V 1908 r.—Rys. 46 w tekście przedstawia preparat z brzoju powyższego kilaka).
2) Wysypka grudkowata zlewająca się na głowie u 1-miesięcznego dziecka.
- XXVIII. 1) Wysypka grudkowata zlewająca się na górnej kończynie i
2) Wysypka grudkowata zlewająca się na dolnej kończynie.
- Ten sam przypadek, co na tabl. XXVII № 2.

IV

- XXIX. 1) Wysypka grudkowato-pęcherzykowata u 5-tygodniowego dziecka.
2) Łysinka blaszkowata (depapillatio) na języku u 2½ rocznego dziecka.
3) Grudki pierścieniowate koncentryczne na dolnych kończynach u 2-letniego dziecka.
- XXX. 1) Grudki ciekące na dużej wardze (przerostowe zlewające się) i w jej sąsiedztwie u 1½ rocznego dziecka.
2) Grudki zlewające się na jagodach u 3-letniego dziecka.
-



1



2



3



4



5



6







1

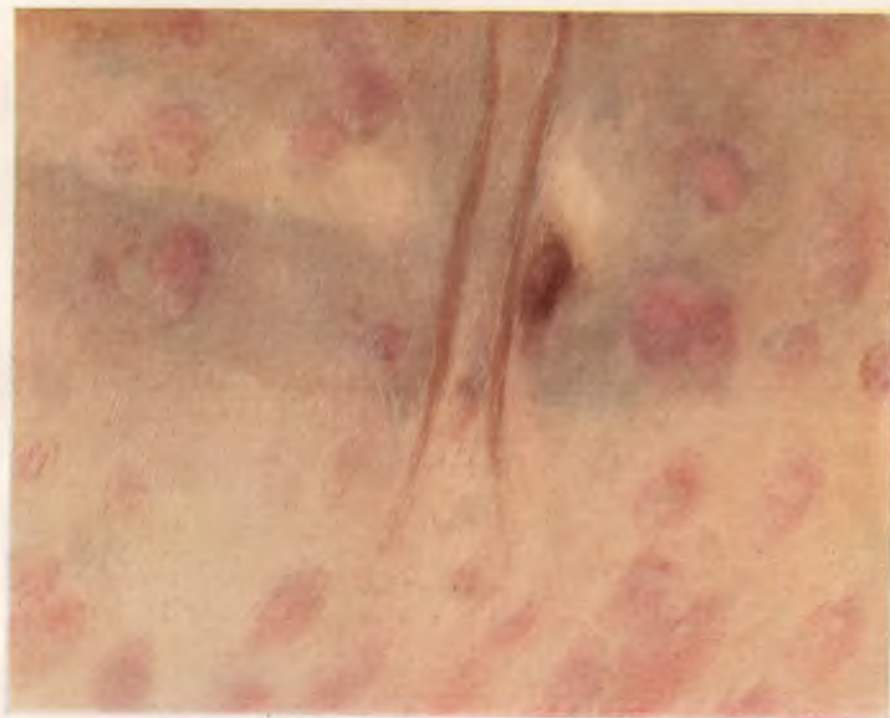


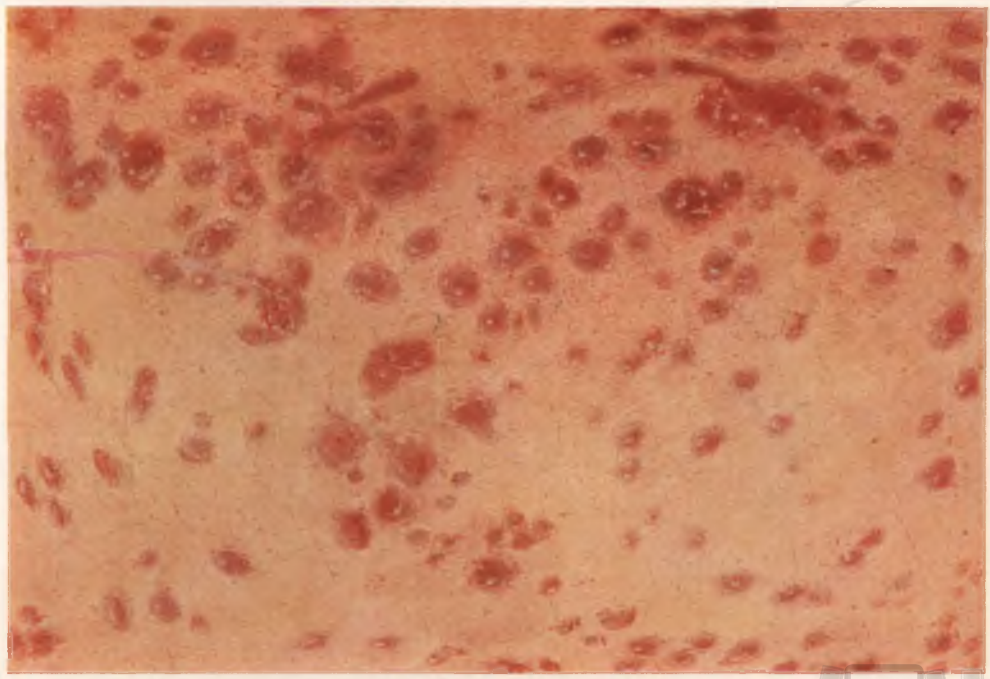
2



3





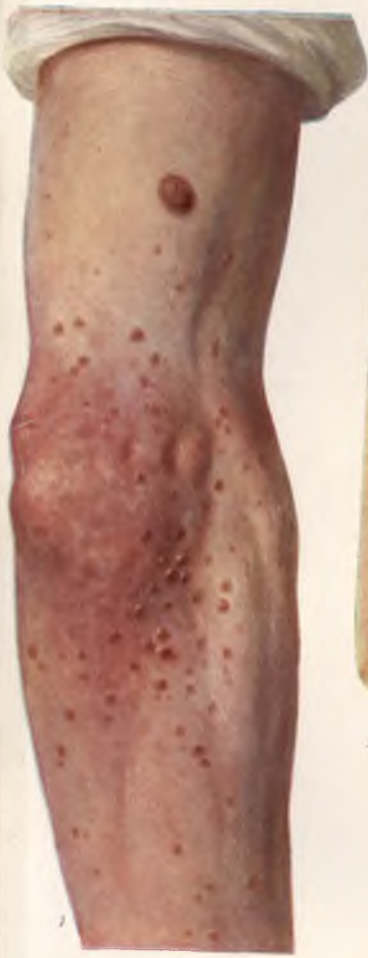




1



2



1



3

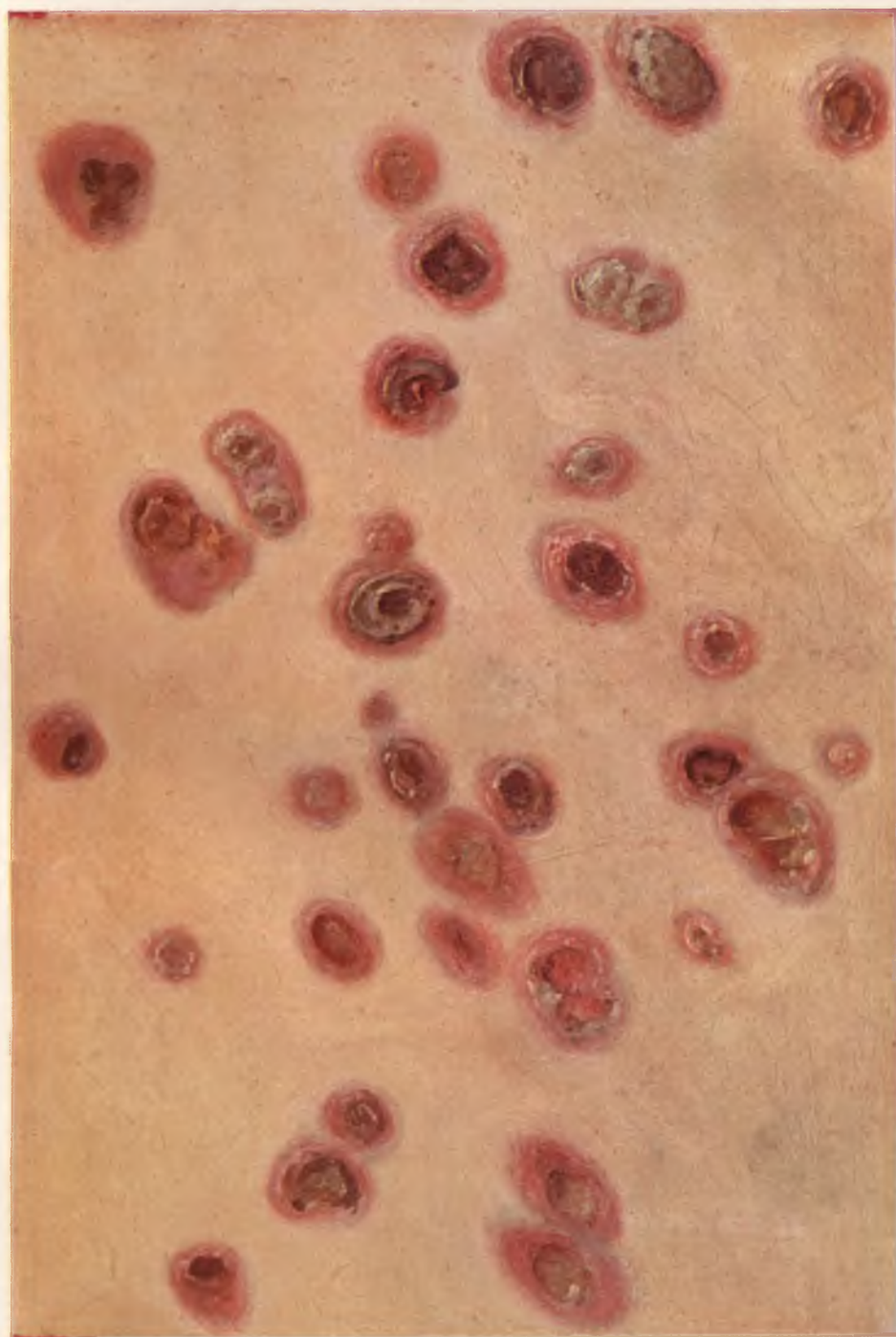


2



1







2



1





2



1





2



1

2



1



2



1





1



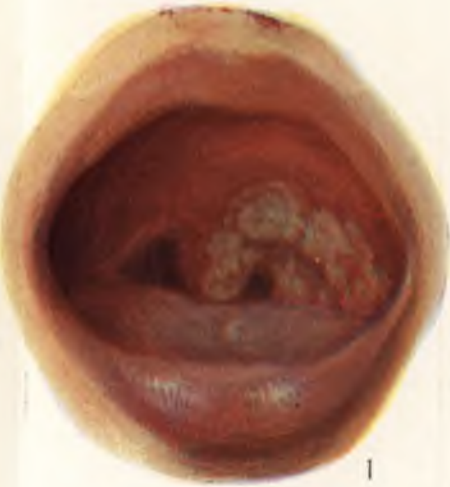
2



3



4



1



3



2



4









1



2







1





2



1





1



Biblioteka Główna WUM

KS.1313



21000001313



www.dlibra.wum.edu.pl

S

336.

It.

C

