

CHOROBY WENERYCZNE

Dr. Med. FELIKS MALINOWSKI

CHOROBY WENERYCZNE

TOM II

SYFILIS (KIŁA · PRZYMIOT)

WYDANIE DRUGIE POPRAWIONE
Z 27 RYSUNKAMI W TEKŚCIE



BIBLIOTEKA
KLINIKI DERMATOLOGICZNA
Ks. 9 Dz. 1104/T. II

1

9

2

2

NAKŁADEM TRZASKI, EVERTA I MICHALSKIEGO
WARSZAWA, HOTEL EUROPEJSKI

~~BIBLIOTEKA
KLINICZNA
Akademii Medycznej w Lublinie
Ks. _____~~



1210-R/II

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

nr inw.: G - 27727



BG 1210-R/II

CZCIONKAMI DRUKARNI NARODOWEJ W KRAKOWIE

Alcc. 185/2018/15/52

1265.

SPIS RZECZY.

	Str
Wstęp	1
I Syfilis i jego rozprzestrzenianie	1
II Krótki rys historyczny	3
III Pasożyt syfilisu	7
Dane historyczne	7
Morfologja i biologja krętka bladego	8
Barwienie krętka bladego	11
IV Okresy i charakter syfilisu	15
VI Okres pierwszorzędny	19
Wrzód pierwotny	19
Sposoby powstawania syfilisu nabytego	19
Okres wylegania	21
Wejrzenie objawu pierwotnego	22
Typowy twardy szankier	23
Postaci nietypowe	24
Właściwości szankra twardego, zależne od umiej- scowienia	29
Cierpienia układu chłonnego	34
Gruzoły	34
Zapalenie naczyń chłonnych	37
Anatomja patologiczna	38
Wrzód pierwotny	38
Układ chłonny	42
Rozpoznanie	43
Rozpoznanie różnicowe	44
Rokowanie	50
Leczenie miejscowe	51
VII Okres drugorzędny	59
Ogólna charakterystyka	59
Wysypki skórne	62
Ogólna charakterystyka	62
Wysypka plamista	64
Ogólna charakterystyka	64
Odmiany	66
Nawroty	66
Rozpoznanie	67
Wysypka grudkowata	69
Ogólna charakterystyka	69
Wysypka grudkowata zwykła	70

VI

Wysypka grudkowato-łuskowata	73
Wysypka grudkowato-pęcherzykowa i krostkowa	75
Wysypka grudkowato-guzkowata i guziczkowata .	77
Wysypki grudkowate nawrotowe	78
Rozpoznanie	79
Zmiany barwikowe w skórze — Bielactwo i czer- niaczka skóry	81
Bielactwo zanikowe skóry	82
Łysienie	85
Opis	85
Rozpoznanie	85
Rokowanie	85
Zanokcica i przynokcica	85
Zanokcica	86
Przynokcica	86
Wysypki śluzowe (moknące)	88
Ogólna charakterystyka	88
Nadżerki i owrzodzenia powierzchowne	89
Grudki nadżerkowate	90
Łuszczycyca jamy ustnej	99
Cierpienia układów	100
Układ chłonny	101
„ ruchowy	102
„ nerwowy	106
Narządy zmysłów	108
Układ krwionośny	111
„ oddechowy	114
„ trawienia	114
„ moczopłciowy	116
Gorączka	118
Anatomja patologiczna	119
Plama	120
Grudka	122
Rozpoznanie i rokowanie	128
Leczenie miejscowe	129
VIII Okres trzeciorzędny	136
Ogólna charakterystyka	136
Kilaki skóry i błony śluzowej	140
Guziczki	140
Guzy	143
Cierpienie układów	145
Układ chłonny	146
„ ruchowy	147
„ nerwowy	152
Mózgowie	153
Rdzeń kręgowy	158
Nerwy obwodowe	160
Narządy zmysłów	161
Układ krwionośny	164

	Układ oddechowy	167
	„ trawienia	169
	„ moczopłciowy	175
	Anatomja patologiczna	179
	Naczynia	179
	Kilaki ograniczone	185
	Kilaki rozlane	187
	Leczenie miejscowe	189
IX	Rozpoznanie syfilisu	191
	Serodjagnostyka kiły	192
X	Rokowanie	198
XI	Leczenie ogólne	202
	Krótki rys historyczny	202
	Leczenie zapobiegawcze i poronne	206
	Leczenie swoiste	207
	Rtęć	207
	Wcierania	212
	Wstrzykiwania	215
	Wewnętrznie	220
	Salwarsan i neosalwarsan	223
	Jod	229
	Leczenie pomocnicze	233
	Metoda leczenia	234
	Wpływ leczenia na odczyn Bordet-Wassermanna	237
XII	Syfilis wrodzony	240
	Nabywanie syfilisu	243
	Objawy syfilisu wrodzonego	246
	Wysypki skórne i śluzowe	246
	Cierpienia narządów	254
	Rokowanie i leczenie	259

Zauważona omyłka druku :

Na str. 12 wiersz 18 od dołu — tytuł „Sposób Lenartowicza i Potrzobowskiego“ należy przenieść do wiersza 16 od dołu, przed słowami: „Do zadziałaniu“.

W S T Ę P.

I. SYFILIS I JEGO ROZPRZESTRZENIENIE.

Syfilis wespół z gruźlicą i alkoholizmem słusznie jest zaliczany do trójcy plag rodzaju ludzkiego.

Syfilis jest chorobą ciężką, zaraźliwą, ogólną, rozpowszechnioną i posiadającą swój typowy przebieg.

Szczególniej strasznymi są późniejsze objawy syfilisu, gdy główną jego ofiarą staje się często układ nerwowy. Bardzo duża liczba tego rodzaju cierpień kończy się po dłuższym lub krótszym przeciągu czasu śmiercią lub pozostawia po sobie ciężkie kaleczeń, jak bezwład, utrata wzroku, słuchu i t. p. Syfilis odgrywa również poważną rolę w etiologii schorzeń narządów krążenia, a także trawienia, wydzielenia moczu i t. p. Syfilis przenosi się na potomstwo. Pod jego wpływem dzieci umierają często albo jeszcze podczas ciąży, lub w pierwszych dniach i miesiącach po przyjściu na świat. Syfilis przodków, nie przechodząc nawet na następne pokolenia, upośledza je pod względem fizycznym i psychicznym. Szczęściem złe skutki tej choroby mogą być w znacznej mierze usunięte. Odpowiednie leczenie łagodzi przebieg syfilisu i zapobiega zazwyczaj jego późniejszym ciężkim objawom.

Syfilis jest bardzo rozpowszechniony. Niema kraju, gdzieby go nie spotykano. Różnice jednak w ilości chorych mogą być znaczne, zależnie od rozwoju przemysłu i handlu, od ogólnego dobrobytu, obyczajności i t. p. Najmniej chorych na syfilis posiadają podobno środkowe kraje Afryki, mające małą styczność z krajami cywilizowanymi. Najwięcej zaś syfilis grasuje w ruchliwych miastach portowych, jak np. w Londynie, Hamburgu, Marsylii, wzdłuż handlowych dróg, np. traktów karawanowych Arabii i w przemysłowych miastach starego i nowego świata, gdzie nędza proletariatu sprzyja zarażaniu syfilisem i utrudnia walkę z nim.

Co się tyczy poszczególnych krajów, to w Stanach Zjednoczonych Ameryki północnej procentu dności, zarażonej syfilisem, podają na 10⁰/₁₀₀. Liczba ta w wielu państwach Ameryki południo-

wej ma być większą. Szczególniej panuje syfilis w Meksyku. Dużą ilością chorych na syfilis odznaczają się kraje Azjatyckie: Indje, Chiny, Japonja, Persja, Armenja. W Arabji procent zarażonych syfilisem podają na 12% całej ludności. W Anglji 1875 roku na 33 miliony mieszkańców liczba syfilityków 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 syfilisu jest prawdopodobnie nieco mniejsze, niż w Anglji. W państwach tych naturalnie wielkie miasta prym trzymają. W Paryżu, według Mauriaca, zaraża się rocznie syfilisem 5.000—8.000 osób. W Berlinie Blaschko podaje tę liczbę mniej więcej na 5.000 osób. Gorzej od swych wielkich sąsiadów przedstawia się stan w Belgji, Portugalji, Hiszpanji i Turcji, a nieco lepiej w Danji i w państwach Skandynawskich. Mało chorych na syfilis mają posiadać północne niemieckie kantony Szwajcarii, podczas gdy południowe nie różnią się pod tym względem wiele od ościennych państw.

Syfilis jest bardzo rozpowszechniony w krajach słowiańskich. W Bośni i Hercegowinie, Serbji i Bułgarji syfilis panuje endemicznie. W Rosji grasuje on nadzwyczaj nie tylko w miastach, lecz i po wsiach wzdłuż Wołgi, w gub. Kurskiej, Astrachańskiej, Samarskiej, Wiatskiej, w stepach Kirgizkich, na Kamczatce i Syberji.

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

Według sprawozdania Ministerstwa Zdrowia Publicznego w czerwcu 1918 i 1919 roku były dokonane dwumiesięczne spisy chorych wenerycznych. Pierwszy spis z roku 1918 obejmował terytorjum byłej Kongresówki, pozostające wówczas pod okupacją pruską i austriacką, z wyjątkiem gub. Suwalskiej i wschodnich części gub. Siedleckiej i Lubelskiej, wchodzących w skład t. zw. Ober-Ostu. Na tym obszarze, obejmującym dziesięć milionów mieszkańców, spis wykazał 394.952 chorych wenerycznych, co stanowi prawie 4% ogółu ludności. Spis w roku 1919 obejmował wszystkie 3 zabory z ludnością 25 milionową i wykazał 1,100.000 chorych wenerycznych, co stanowiło 4,4% ogółu ludności. Wśród ogólnej liczby wenerycznych chorowało

	na wiewiór	syfilis	wrzód mięki
w roku 1918	53,8%	40, 4%	5, 8%
w roku 1919	57,7%	32,73%	9,52%

Z liczby przypadającej na syfilis według płci wynosiło:

	mężczyzn	kobiet	chłopców	dziewcząt
w roku 1918	51, 4 ⁰ / ₀	45,0 ⁰ / ₀	2,1 ⁰ / ₀	1,5 ⁰ / ₀
w roku 1919	64,84 ⁰ / ₀	30,5 ⁰ / ₀	2,1 ⁰ / ₀	2,5 ⁰ / ₀

Pierwsze miejsce zajmowała ziemia Warszawska z Warszawą (41 pro mille), drugie Piotrkowska z Łodzią (33 pro mille), trzecie Lubelska (16 pro mille).

II. KRÓTKI RYS HISTORYCZNY.

Syfilis ze względu na znaczenie jego dla rodzaju ludzkiego był zdawna przedmiotem dociekań bardzo wielu uczonych. Leczenie, 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 „syfilis” istnieje kilka zdań. Jedni wyprowadzają ją od greckiego słowa „σφιλός”, co znaczy brak, niedokładność, inni od imienia pewnego pasterza, który pierwszy miał być dotknięty tą chorobą, to znów od greckich słów: „σύς” i „φιλις”. Przed XVII-em stuleciem syfilis był znany pod najrozmaitszemi nazwami w różnych krajach, np. pudendağra, lub mentulağra, choroba św. Rocha, św. Benona, lub św. Kolumba, a najczęściej pod nazwą choroby tego kraju, skąd przywędrował. Holendrzy i Anglicy nazywali syfilis chorobą hiszpańską, Francuzi — chorobą neapolitańską, Niemcy — chorobą francuską, Rosjanie — chorobą polską i t. d. W Polsce, jak podaje Giedroyć, używano w różnych czasach następujących synonimów dla oznaczenia syfilisu: przymiót, przymiótnica, choroba przymiótowa, kiła, zaraza kiłowa, francza, franca, france, francozy i francuzy, francowata niemoc, krosty francowate, gościec francuski, francuska ospa, pani franca, choroba francuska, francja, ogólna franca, francuska świerzba, galik, niemoc neapolitańska, hiszpańska ospa, dworska niemoc, dworska choroba, przymiót dworski, ospa dworska, kwarciana ospa, dziki świerzb, choroba syfilityczna, zaraza syfilityczna, syf, syfa, syfcio, syfek, wenerja, niemoc weneryczna, choroba weneryczna, katar kanoniczny, choroba lubieżna, warszawska, świńska, sekretna, brzydka, tajemna, lubieżna zaraza, ospa miłosna, ospice albo niemoc kurewników i cudzołożników.

Do tej pory również nie jest dokładnie wyświetlone pytanie, kiedy i w jakich okolicznościach zjawiał się po raz pierwszy syfilis. Dawniej przypuszczano, iż powstał jako kara za grzechy ludzkie, szczególnie sodomję, lub skutkiem wpływu gwiazd. Bardzo wielu zwolenników znalazło zapatrywanie, iż syfilis przywieźli Hiszpanie z Ameryki, a rozniosło go po świecie wojsko Karola VIII-go, króla francuskiego. Najwłaściwszem jest twierdzenie, iż istnieje tak dawno, jak i ród ludzki, a tylko rozpowszechnił się epidemicznie w końcu XV-go wieku. Istnieją liczne i wiarogodne dane, że kiła istniała 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 książkach chińskich już na 2¹/₂ tysiąca lat przed narodzeniem Chrystusa spotykamy najrozmaitsze dokładne opisy syfilisu. To samo można powiedzieć o pamiętnikach japońskich z IX-go wieku przed naszą erą. W papirusach egipskich, pochodzących mniej więcej z XVI-go stulecia przed naszą erą, wspomina się o konstytucjonalnej chorobie „Uchedu“, która wywołuje plamistą wysypkę na skórze, powoduje cierpienie oczu, ust, kości i miejsca naokoło odbytnicy. Mojżesz w rozdziale o karach za zaniedbywanie obrzędów religijnych opisuje cierpienie około kiszki odchodowej, które można przyjąć za lepieże płaskie. W Indjach już na 800 lat przed naszą erą znano według wszelkiego prawdopodobieństwa syfilis pod nazwą perskiego ognia i leczono go rtęcią. W dziełach Hippokratesa znajdujemy sporo opisów, które najwidoczniej odnoszą się do kiły.

Djon 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 owrzodzenia części płciowych, to czyste i suche, to wilgotne i ropiejące, owrzodzenia ust, migdałów i nosa. Dość są również charakterystyczne dla syfilisu opisy, przyfaczane przez Galena Juwenala i Martjalisa. Syfilisem prawdopodobnie zaraził się Nero, u którego zjawiała się wysypka plamista i widocznie ciekące lepieże płaskie. W wiekach średnich rozszerzaniu się kiły 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 syfilisu. W rękopisie z IX-go w., odszukanym przez Daremberga, spotykamy żywo przedstawione lepieże płaskie na częściach płciowych i naokoło odbytnicy. Arabscy uczeni (Rhazes w IX-ym w. i Awicenna w XI-tym w.) odróżniają wrzody twarde od miękkich. Gariopontus przytacza opisy cierpień odbytu w postaci lepieży, krost i pęknięć. Brunus Longoburgensis (1252 r.) odróżnia wrzody twarde i miękkie. Donato Velluti i Hugon z Sienny opisują chorych z najrozmaitszemi wykwitami kiłowemi. Friedberg podaje, że w protokółach klasztoru św. Wiktora w Moguncji z roku 1472 znajduje się prośba śpiewaka proszącego o uwolnienie go od obowiązków dla leczenia choroby, zwanej „Mala francos“. Piotr Olaus twierdzi, iż w Danji 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 genueński, podaje, iż na dwa lata przed wkroczeniem Karola VIII do Włoch istniała tam kiła, zawleczona przez Hiszpanów z Etyopji. Mikołaj Scyllatius stwierdza, iż „Morbus gallicus“ był mocno zakorzeniony w Barcelonie już w roku 1494. W Polsce według słów Friedberga, kiła istniała przed końcem XV-go wieku, gdyż, sądząc z opisu Janka z Czarnkowa, Mikołaj, biskup poznański, umarł w 1382 roku na syfilis. Strykowski twierdzi, iż kiła istniała w Polsce już 1493 r. Bielski zgadza się ze zdaniem Strykowskiego i podaje, iż francję przyniosła do Krakowa z Rzymu pewna białogłowa, która tam na odpust chodziła. Nieco odmiennego zdania jest Oczko. Według niego, dworska niemoc, albo przymioł, zjawił się w Polsce 1498 r.

Od schyłku XV-go stulecia następuje nowa era w historii syfilisa. 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 oddziało na wzrost stosunków handlowych i przenoszenie szybkie zarazy. Wyprawa Karola VIII również przyczyniła się do rozszerzenia kiły. Przy wojsku jego znajdowała się duża ilość prostytutek. Miasta włoskie, szczególnie Rzym, były również nierządnicami przepelnione. Niechlujni i zmysłowi żołdacy najemni, wracając

z wyprawy, roznieśli syfilis po Francji i sąsiednich krajach. W Niemczech i Szwajcarji kiła rozprzestrzeniła się w 1495 i 1496 r., w Niderlandach, Danji 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 operfus“, wyróżnia wrzody, spowodowane przez syfilis i przez szankra miękiego, i uważa kiłę za chorobę, ogarniającą wszystkie części ciała. Następnie jednak zaczęto mieszać wrzód mięki z syfilisem, a to ze względu, iż obie choroby powstawały na częściach rodnych zazwyczaj skutkiem spółkowania i nadto często jednocześnie dotykały ustrój. Zwolna też zacierają się różnice pomiędzy wrzodem miękim i pierwotnym objawem syfilisu, 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 w owych czasach odznaczała się szczególniejszą energją. Pierwszym pisarzem w duchu unitarystycznym, t. j. utożsamiającym szankra miękiego z syfilisem, był Jerzy Vella (1508 roku). Pogląd ten przetrwał aż do czasów Huntera. Należy jednak zaznaczyć, iż te dwa pojęcia wrzodu miękiego i syfilisu nie zlewały się zupełnie, gdyż przyjmowano syfilis za chorobę, niedawno poznaną, gdy wrzód mięki był znany 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 syfilitycznych. Ricord w 1831 roku rozpoczął szereg swych wiekopomnych doświadczeń. Wyodrębnił on z owrzodzeń szankra twardego i miękiego. Szankier twardego raz tylko w życiu może się zjawić i wywołuje niechybnie zakażenie ogólne ustroju. Ricord twierdził jednak, że kiła nie daje się przeszczepić zwierzętom, zaprzeczył zaraźliwości wtórnych i trzeciorzędnych objawów syfilisu i uważał chorych na tę chorobę za bezwzględnie odpornych względem zarazki kiłowego. Bassereau w 1852 roku przyjmował również oddzielny zarazek dla wrzodu miękiego i dla syfilisu, a zarazem wykazał zaraźliwość objawów wtórnych syfilisu. Rollet ostatecznie ugruntował teorię o dwoistości jądów. Stwierdził on, iż wrzód twardego nie może być zaszczepiony osobnikowi, dotkniętemu kiłą, zaś wrzód mięki można mieć w życiu wielokrotnie.

Rollet te przypadki, w których po przebiegu wrzodu miękiego występowały objawy ogólnego syfilitycznego zakażenia, objaśniał zarażeniem mieszanem.

Następnie doświadczenia Martineau i Hammonica, Adrijana, Huegela, Holzhausera i Neissera na świniach, a także doświadczenia na małpach Sperka, Miecznikowa i Roux'a, Neissera, Fingera, Zabołotnego i innych stwierdziły, iż syfilis można przeszczepiać zwierzętom, przytem nawet trzeciorzędne produkty były okazały się zaraźliwymi (Finger i Landsteiner, Neisser, Baermann i Halberstaedter). Szczególniej ważne były doświadczenia Miecznikowa i Roux'a (1903) na szympanсах i innych najbardziej do człowieka zbliżonych małpach. Okazało się, iż u nich syfilis przebiegał w takiej samej zupełnie postaci, jak i u ludzi.

Również kwestja wtórnego zarażenia (reinfectio) syfilisem, miejscowego i ogólnego uczulenia, wpływu wewnętrznego wydzielania, uległy żywej dyskusji, a szczególnie odkrycie zarazka syfilisu, wynalazki serodjagnostyczne i chemoterapeutyczne posuwały znacznie sprawę poznania istoty syfilisu.

III. PASOŻYT SYFILISU.

Dane historyczne.

Astruc i Cazenave byli pierwszymi uczonymi, którzy wygłosili przypuszczenie, iż przyczyną syfilisu są „maleńkie żyjątka”. Donné 1837 r. znalazł w ropie pierwotnych owrzodzeń syfilisu pasożyta, którego nazwał „vibrio lineola”. Był on prawdopodobnie znanym nam krętkiem pospolitym. W ciągu ostatniego półwieku blisko 30 drobnoustrojów przyjmowano po kolei za swoiste dla syfilisu. Z pomiędzy nich na uwagę zasługują laseczniki Klebsa, obdarzone powolnym ruchem i nazwane przez niego helikomonadami. Stawały się one jakoby w dalszym rozwoju spiralnymi. Lustgarten w 1884 r. odnalazł we wrzodach pierwotnych, w łepieżach płaskich i kilakach laseczniki, zbliżone z wyglądu do gruźliczych. Klemperec wykrył również w wydzielinie z łepieży płaskich na narządach płciowych laseczniki identyczne z Lustgartenowskimi, lecz spotkał je zarazem w smęgu.

W następnym roku Disse i Taguchi 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 trzeciorzędne objawy, jak kilaki w narządach wewnętrznych i próchnienie kości czaszkowych. Zaciekawienie wzbudziły hodowle z nasienia syfilityk w, otrzymane w 1902 roku przez Josepha i Piorkowskiego na łożyskach. Szczepy składały się z laseczników, na jednym końcu kolbowato zgrubiałych i często ziarnisto zwyrodniałych. Okazały się potem te drobnoustroje lasecznikami rzekomo błoniczemi.

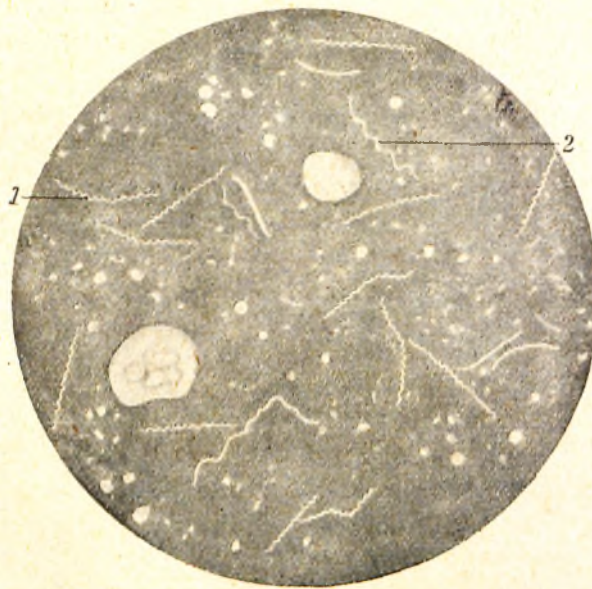
Schaudinn, starając się zbadać zależność syfilisu od pierwotniaka Siegela (*Cytorrhycetes luei*), znalazł 3 marca 1905 r. w soku z lepieża płaskiego krętka bladego i wspólnie z E. Hoffmannem ogłosił w kwietniu 1905 roku wyniki swych badań o tym nowym istotnym pasażycie syfilisu.

Nieco przedtem Bordet i Gengou znaleźli w pierwotnym owrzodzeniu krętka bladego, lecz nie przywiązywali wielkiej wagi do swego odkrycia. 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, Lipschuetza, Krzysztalowicza i Siedleckiego, Zabołotnego, Levaditi'ego, Karwackiego i innych, stwierdzono obecność krętka bladego w przeważającej ilości tworów syfilitycznych u ludzi i również w kile doświadczalnej u małp. Znajdowano go nie tylko w produktach syfilisu pierwszorzędnego, drugorzędnego i wrodzonego lecz i trzeciorzędnego, zaś w zmianach niesyfilitycznych nie zdołano wykryć istotnego krętka bl., lecz niekiedy tylko pasożyty bardzo do niego zbliżone. W ostatnich latach udało się również wielu autorom (Muehlens, Hoffmann, Noguchi, Grouven i Sowade, Arnheim, Schereschewski i t. d.) wyhodować krętka bladego na stałej pożywce z krwi końskiej i za pomocą szczepienia tych czystych hodowli królikom wywołać u nich typowe ogólne objawy syfilisu.

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 Schaudinna, 6 do 15 μ ., według Ploegera od 4 do 20 μ ., szerokość zaś $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ μ .. W porównaniu do krętka pospolitego skręty jego są strome, głębokie, regularne. Liczba skrętów u jednego osobnika wynosi 2 do 18. Krętki z małą ilością zgięć spotykają się rzadziej, niż z większą. Według Krzysztalowicza

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. Według Schaudinna i Mulzera, Hoffmanna, Heixheimerera, Lösera i innych, obdarzone jedną lub dwiema delikatnymi rzęskami. U większych osobników dają się spostrzegać miejsca nieco jaśniejsze od reszty ciała, przyjmowane za jądra. Występują



Rys. 1. 1) Krętek blady, 2) krętek zwykły. Immers. $\frac{1}{10}$. Ok. 4. (Reichert).

one zazwyczaj w części mniej skręconej i z początku sprawiają wrażenie, jak gdyby krętek blady był przerwany. Karwacki i inni uważają te jaśniejsze miejsca za produkt zwyrodnienia. Krętki mogą grubieć, zniekształcać się lub rozpadać na ziarna bryłkowate, co szczególnie często widziano u chorych, leczonych rtęcią. Pewne światło na tę sprawę rzucają badania Wechselmanna i Löwenthala, Krzyształowicza i Siedleckiego, Schuetza i Beera. Pierwsi badali krętki blade przy pomocy ultramikroskopu i stwierdzili w ciele ich ciemne i jasne przestrzenie, występujące kolejno. Schuetz w silnym oświetleniu za pomocą zwykłego mikroskopu zauważył, że pasma ciemne są dwa razy szersze od jasnych,

a Beer widział nawet powstawanie wyraźnych paciorkowatych zgrubnień u krętków białych, które były przechowywane bez dostępu tlenu w roztworze fizjologicznym soli kuchennej. Ofoczkę u krętków białych można uwydatnić dopiero po srebrzeniu, a także po bejcowaniu. Występuje ona wtedy czasem w postaci podwójnego konturowania. Nie wszyscy ją jednak przyznają (Levaditi). W kropli wiszącej z fizjologicznego roztworu soli kuchennej krętek biały przedstawia się jako delikatna, biała, śrubowato zgięta niteczka, posiadająca ruchy dowolne różnego rodzaju: ruch obrotowy wokoło osi podłużnej, ruch postępowy i wsteczny i ruch zginający ciało (falowanie).

W wyciętych cząstkach narządów i zachowujących swą wilgoć, krętki białe żyją i nie tracą zaraźliwości w ciągu 12–24 godzin i dłużej (Neisser, Flexner, Truffi, Uhlenhuth i inni). Gdy tkanki wysychają, krętki nieruchomieją, przestają być zaraźliwymi. Ciepłota -10°C ., według Neissera, w ciągu 3 godzin, a $+48^{\circ}\text{C}$. już w ciągu pół godziny, według Miecznikowa, czyni krętki białe zupełnie niezaraźliwymi. Również przesącza są niezaraźliwe, ponieważ krętek biały nie jest w stanie przeniknąć przez filtr (Miecznikow, Klingmueller i Baermann, Casagrandi i de Luca).

W fizjologicznym roztworze krętek biały nie traci ruchów kilka, a nawet więcej dni. Po dodaniu gliceryny krętki w 5–10 minut tracą zupełnie ruchy dowolne, nie zmieniając jednak przez pewien czas swego wyglądu. Po godzinie mniej więcej skręty wygładzają się, pasożyt 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 prawdopodobnie toksyny, wydzielane przez krętki białe. Podrażnienie toksynami z początku może niekiedy wpływać na rozrost komórek — na tworzenie się tak zwanych komórek olbrzymich.

Niekiedy spotykamy krętki w części lub nawet w całości wygładzone, to znów na końcu pierścieniowato, lub w całości owalnie zakręcone i krętki całkowicie koło siebie skręcone. Widujemy również krętki skręcone częściowo, tak że wolną częścią rozchodzą się i tworzą jakby literę V, to znów końcami połączone; spotykano również zlepki krętków po kilkadziesiąt (Salomon, Mulzer, Zabołotny, Flexner, Hoffmann, Levaditi i inni).

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 narządach.

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

Sposób mnożenia się krętka bladego nie jest dostatecznie znany. Wszyscy prawie badacze są za istnieniem podziału poprzecznego, wielu bardzo przypuszcza zarazem podział podłużny, a Krzysztalowicz i Siedlecki prócz tego rozmnażanie się drogą płciową, przyczem mikrogamety odgrywają rolę osobników męzkich, a makrogamety żeńskich. Można przypuszczać, iż pasożyt kiły przechodzi przez pewien szereg przeobrażeń. Coraz więcej zyskuje sobie zwolenników pogląd, że krętek blady należy nie do bakteryj, (Koch, Miecznikow, Thesing), a do pierwotników (Schau-dinn, Krzysztalowicz i Siedlecki, Prowazek i inni).

Barwienie krętka bladego.

Barwienie krętka bladego nie przedstawia zbyt wielkich trudności. Sposób przyrządzania preparatów zależy od rodzaju materiału. Gdy twory kiłowe są pozbawione naskórka (wrzody twarde, lepieże płaskie), przykładą się czyste szkiełko wprost do tej zmiany. Ponieważ wtedy takie preparaty bywają bardzo zanieczyszczone najrozmaitszemi drobnoustrojami, przeto należy naprzód gruntownie obmyć owrzodzenie fizjologicznym roztworem soli kuchennej, następnie zeszkrobać i usunąć tępym narzędziem warstwy powierzchniowe, a badać dopiero zeszkrobinę warstw głębszych, gdyż w tych warstwach znajduje się zazwyczaj obfitsza ilość krętków bladych. Lepiej jest, po zeszkrobaniu powierzchniowych warstw, uciskać z boków twory kiłowe i brać do badania wydobywającą się ciecz. Można również wywołać wysięk surowiczy na powierzchni owrzodzenia za pomocą lekkiego, lecz częstego drapania łopatką platynową. Dla otrzymania płynu do badania z wykwitów suchych dobrze jest na nie działać pryszczycielem w ciągu 6—8 godzin, lub ssawką (Klappa, Schuberga i Mulzera). Z gruczołów chłonnych można wyciągać sok do badań za pomocą nakłucia gruczołu strzykawką, wprowadzając igłę równolegle 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. Dla otrzymania ładniejszych mikroskopowych obrazów można preparaty na szkiełkach przed barwieniem utrwalić w ciągu paru minut nad parami 2% kwasu osmowego lub 4% formaliny.

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 2—24 godzin. Schaudinn radzi utrzymywać preparaty nie w wysoku, a nad kwasem osmowym. Dla szybszego zabarwienia bierzemy bardziej stężony roztwór Giemzy 1:5—2 wody przekroplonej i zlewając parokrotnie barwik ze szkiełka, nagrzewamy go w ciągu 5 minut aż do parowania płynu.

Krętki blade barwią się na kolor fioletowo-różowy, inne krętki na kolor niebieskawy, a jądra komórkowe na mocno fioletowoczerwony.

Sposób Lenartowicza i Potrzebowski. Zamiast roztworu Giemzy niektórzy autorowie stosowali fiolet gorczyczkowy, kresylfiolet i t. p. Po zadziałaniu 1% kwasu osmowego na szkiełko podstawowe przez 5 sekund, rozcieramy na niem badaną wydzielinę powtórnie działamy parami kwasu osmowego w ciągu 20—30 sekund i barwimy 2—3 sekundy fuksyną Ziehl-Nielsen. Krętki blade na amarantowym tle surowicy występują jako niezabarwione spiralne niteczki.

Sposób Burriego. Do kropelki wody przekroplonej lub nawet przygotowanej, zmieszanej z badaną wydzieliną, dodajemy kropelkę płynnego tuszu, rozcieramy drugim szkiełkiem i po wyschnięciu rozpatrujemy w olejku cedrowym. Krętki przedstawiają się na ciemnym polu jako niezabarwione białe spiralne nitki (Rys. 1), zamiast tuszu można użyć 10—20% nigrozyny. Nitsche w podobny sposób stosuje metale kolloidalne, szczególnie kollarzol, który on w tym celu rozcieńcza dowolnie w wodzie przekroplonej. *Sposób badania żywych krętków białych.* W kropli wiszącej fizjologicznego roztworu soli kuchennej w zwykłym

oświetleniu rozpoznawanie i badanie żyjącego krętka bladego jest nadzwyczaj trudne i męczące. W tym celu zaczęli stosować t. zw. ciemne pole widzenia (Landsteiner i Mucha, Hoffmann i Beer, Arning, Klein i in.). Sposób ten okazał się nadzwyczaj praktycznym ze względu na szybkość i dokładność badania. Zasada się on na zużytkowaniu rozszianego światła, podczas gdy wprost od źródła idące jest przyciemniane, skutkiem czego całe pole widzenia wydaje się czarnem, a spostrzegane na niem przedmioty — białymi. W tym celu można używać każdy mikroskop, wkręcając, zamiast kondensatora Abbé'go, kondensator, przysposobiony do ciemnego oświetlenia pola (Leitz, Reichert Zeiss) i stosując silne źródło światła, najlepiej elektryczną lampę o 500 — 1000 świecach. Światło po drodze ku zwierciadłu mikroskopa przechodzi przez matową szybę, do połowy zatłuszczoną, ażeby przyciemnić obraz przy zbyt jaskrawem oświetleniu. Przed rozpatrywaniem preparatu w mikroskopie należy dwa krzyżyki, narysowane na górnej powierzchni szyby kondensatora, przesunąć do środka pola widzenia, a na środku górnej powierzchni kondensatora i na dolnej powierzchni szkiełka przedmiotowego należy umieścić po dużej kropli olejku cedrowego, ażeby uniknąć utworzenia się w międzyprzestrzeni pęcherzyka powietrza. Wydzielina, przeznaczona do badania, powinna być dokładnie rozmieszana w kropli fizjologicznego roztworu soli kuchennej pośrodku dobrze oczyszczonego szkiełka przedmiotowego i takimże szkiełkiem nakrywkowym ostrożnie przykryta. Dla zachowania preparatu na dłuższy przeciąg czasu można brzegi szkiełka pokrywkowego okolić lanoliną, woskiem lub parafiną.

Sposób Fontany. Kroplę badanej surowicy rozcieramy możliwie cienko na szkiełku nakrywkowym lub podstawowym, osuszamy i nalewamy na preparat kilka kropli roztworu Hugesa (Kwasu octowego 1,0. Formaliny 20,0. Wody przekrojonej 100,0), następnie splukujemy w wodzie płynącej, polewamy następującym roztworem: kwasu karbolowego 1,0, kwasu garbnikowego 5,0. wody przekrojonej 100,0, — ogrzewamy lekko nad palnikiem około pół minuty i powtórnie splukujemy w wodzie płynącej. Następnie, nie osuszając preparatu, polewamy go kilkoma kroplami 0,25% azotanu srebra z przymieszką kilku kropli amoniaku i w ciągu pół minuty ogrzewamy nad palnikiem. W końcu splukujemy preparat w płynącej wodzie, osuszamy go i rozpatrujemy w olejku cedrowym. Krętki blade przedstawiają się w postaci ciemnych spiralnych nitki, bardzo wyraźnych i łatwych do odnalezienia.

Sposób Levaditi'ego, polegający również na srebrzeniu krętków, służy do odszukania ich w skrawkach. W tym celu kawałki tkanek grubości 1 milim. 1) utrwalany w 10% formolu w ciągu doby, potem 2) wmywany w wodzie i 3) przenosimy na dobę do 96% wysokości. Następnie stosujemy 4) kąpiel wodną i 5) kąpiel w azotanie srebra 1,5%—3% w ciągu 3 do 5 dni przy ciepłocie 38°, potem 6) wmywany w wodzie przekroplonej i 7) kładziemy 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 wmyciu w wodzie przekroplonej 9) zatapiamy 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 Giemzy w ciągu kilku minut, zmyć wodą, różniczkować wyskokiem bezwodnym z dodatkiem kilku kropel olejku gwoździkowego, rozjaśnić olejkiem bergamotowym, zmyć ksylolem i przykryć balsamem kanadyjskim.

2) Zabarwić nasyconym roztworem błękitu tolluidynowego różniczkować wyskokiem 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 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°, wmywa się w 10% pyridynie i działa w ciągu kilku godzin następującym redukującym płynem: wody przekroplonej 100 cm sz., pirogallolu 4,0, acetonu 10%, pyridyny 15%, przyczem aceton i pyridyna dodają się przed samem użyciem.

Skrawki można barwić błękitem Unny, albo według Schlimperta działać w ciągu 3—5 minut roztworem 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 żelazocjanku 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 SYFILISU.

Krętki blade, dostawszy się do ustroju ludzkiego i znalazłszy odpowiednie dla swego rozwoju podłoże, zaczynają się mnożyć. Przechodzi zazwyczaj kilkanaście dni, a nawet kilka tygodni, zanim na miejscu wejścia zarazka zjawi się odczyn tkanki w postaci grudki lub krosty. Krętki blade, mnożąc się, rozprzestrzeniają się po ustroju drogą przeważnie przestrzeni limfatycznych, a częściowo i naczyń krwionośnych. Po kilku tygodniach, a nawet po paru miesiącach, gdy krętki nagromadzą się w odpowiedniej ilości we wszystkich miejscach ustroju, zaczynają wywoływać zmiany widoczne na skórze i błonach śluzowych. Zmiany te początkowo bywają powierzchowne i przelotne, a w odpowiednich dla rozwoju krętków białych warunkach stają się głębszemi i uporczywszemi. Krętki w ustroju mogą z czasem wyginać zupełnie.

Zaznaczony powyżej przewlekły przebieg syfilisu pobudził badaczy do podziału jego na okresy. Za podstawę podziału przyjmowano albo kolejność objawów, stwierdzonych klinicznie, lub też budowę anatomo-patologiczną tworów syfilitycznych. Kliniczną podstawę przyjął Ricord. Podług Ricorda okres pierwszorzędny (*accident primitif*) rozpoczyna się od utworzenia pierwotnego miejscowego objawu i przechodzi w okres drugorzędny (*accidents secondaires*) z chwilą zjawienia się ogólnych powierzchownych objawów na skórze i błonach śluzowych. Okres trzeciorzędny (*accidents tertiaires*) występuje nie zawsze; zjawia się po paru, kilku, a nawet kilkunastu i więcej latach od chwili zarażenia i to w tkankach, przeważnie głębiej leżących. Zauważono jednak, że, zamiast objawów okresu drugorzędnego, mogą występować odrazu zmiany trzeciorzędne, lub zmiany obu tych okresów mogą istnieć współcześnie. Przeto Baerensprung i następnie Virchow przyjęli za podstawę podziału na okresy łudową anatomiczną tworów syfilisu. Według ich twierdzenia objawy drugorzędne zasadzają się na przekrwieniu i wysięku, gdy trzeciorzędne można poczytywać za nowotworzenie. Zeissl, stosownie do najcharakterystyczniejszych w obu okresach zmian, nazwał drugorzędny okres Ricorda lepieżowym, a trzeciorzędny kilakowym (ziarninowym). Lanceraux rozróżnia w syfilisie 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 (drugorzędny okres Ricorda), 4) okres zmian kilakowych (trzeciorzędny okres Ricorda). Niektórzy autorowie wyodrębniali jeszcze jeden okres — charłactwa, jako następstwo zakażenia kilowego, inni okres objawów kiły w wewnętrznych narządach (Bazin).

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

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

2-im jest okres występowania powierzchownych objawów ogólnego zakażenia w skórze i błonach śluzowych. Zmiany w głębokich tkankach mogą zjawiać się i w drugorzędnym 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 drugorzędnego zazwyczaj z czasem słabną, wskazując, iż choroba dąży do zupełnego wygaśnięcia.

3-ci okres występuje nie zawsze. Objawy trzeciorzędnego okresu są w większości przypadków ograniczone do pewnych miejsc, spotykają się zwykle w narządach 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 drugorzędnymi.

Syfilis wszystkich trzech powyżej wymienionych okresów jest zaraźliwy, choć w nierównej mierze. Wrzody pierwotne, a szczególnie ciekące lepiej płaskie, należą do bardzo zaraźliwych. Mniej zaraźliwe są już gojące się owrzodzenia pierwotne, jak również grudki i inne drugorzędne wykwity, pokryte naskórkiem, jednak Neisser z dodatnim rezultatem szczepił takie wykwity małpom. Również zaraźliwym okazał się wyciąg z gruczołów chłonnych i wewnętrznych narządów małp, jak szpik kostny, jądra, jajniki, płuca, wątroba, nerki, przynercza itp. Krew syfilityków, umieszczona na znacznej przestrzeni obnażonej z naskórka skóry, jak również zastrzyknięta pod skórę i do żyły, okazała się zaraźliwą. Nawet krew, zastrzyknięta królikowi do jąder w ilości 1—2 cm sz., dała dodatnie wyniki szczepienia (Uhlenhuth i Mulzer, Aumann,

Fruehwald i in.). Finger i Landsteiner zarażali małpy nasieniem syfilityków, a — króliki Uhlenhuth i Mulzer. Ci ostatni zarażali króliki również mlekiem syfilitycznych kobiet i płynem mózgowo-rdzeniowym. 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 szczepienie małpom produktów trzeciorzędnych kiły, wykonane z dodatnim skutkiem przez Neissera, Fingera, Landsteinerja, Hoffmanna, Buschke, Fischera, Uhlenhutha i innych, wyświefliły ostatecznie powyższą kwestję.

Można jeszcze przyjąć 4-ty okres, obejmujący dział t. zw. dawniej cierpienie parasyfilitycznych: wiału rdzenia i porażenia postępującego.

Charakter kiły u każdego osobnika, a nawet każdego okresu tej choroby, 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 zajęte głębsze i ważniejsze narządy. To znów po kilku, kilkunastu latach bardzo łagodnego przebiegu następuje wiał rdzenia lub porażenie postępujące. Taki lub inny przebieg nie zależy przypuszczalnie od mniejszej lub większej złośliwości krętków, lecz od odporności ustroju, na którą składa się mnóstwo czynników, jak np. pewne właściwości ustroju (konstytucja chorego), tryb życia, 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 ustroju wytwarzają się środki ochronne, zwalczające działalność krętków białych.

Zupełnej odporności na syfilis ludzie nie posiadają. Każdy człowiek może się zarazić tą chorobą niezależnie od rasy, płci i wieku. Ochronę od nowego zarażenia stanowi tylko samo syfilityczne schorzenie i to względnie, gdyż podczas przebiegu syfilisu u danego osobnika odporność na nowe zarażenie zmienia się zależnie od okresu choroby i okolicy ciała. Odporność na nowe zarażenia stawiali w zależności to od fagocytozy, która niszczyła krętki białe, to znów od wytwarzania przeciwciał syfilitycznych i przestrojenia tkanki, czyli zmiany gleby, zmiany odczynu komórek. Fagocyty, sądząc z badań mikroskopowych, zdaje się, odgrywają ważną rolę w niszczeniu krętków białych, wchłaniając

je i trawiac. Przeciwciał syfilitycznych dotąd nie udało się wykryć pomimo usilnych starań Wassermana, Neissera i Brucka; jednak należałoby przyjąć, iż wytwarzają się one w przebiegu syfilisu i są obecne w surowicy syfilityków, analogicznie do innych spirylloz ludzkich i zwierzęcych. Finger i Landsteiner przypuszczają, iż znikanie lub zmniejszanie się ilości tych pierwiastków ochronnych w całym ustroju lub tylko w pewnych jego okolicach powoduje zjawianie się objawów drugo i trzeciorzędnych. Istotnie badania Gabryczewskiego nad dorem powrotnym u ludzi wykazały, że te przeciwciała: bakteriolizyny i aglutyniny, bardzo obfite w surowicy bezpośrednio po pierwszym przesileniu, stopniowo znikają przed drugim nasileniem. Jednak te badania nie wyjaśniają sprawy odporności, i cały szereg prób wywołania czynnego lub biernego uodpornienia nie dał dodatnich wyników. Przeprowadzenie zarazków przez cały szereg zwierząt nie tylko nie osłabiło jadowitości szczepów krętków białych, lecz nawet ją wzmocniło (Miecznikow, Neisser). Również oddziaływanie uprzednie na krętki białe za pomocą karbolu, antyforminy, gorąca i wysychania nie ochroniły zwierząt od zarażenia tym materiałem. Próby biernego uodpornienia rzekomo udały się Risso i Cipolino, którzy jakoby otrzymywali dobre lecznicze wyniki od stosowania surowicy psów, osłów, i kóz, uprzednio traktowanych syfilityczną krwią ludzką. Jednak wyniki badania wielu autorów (Neisser, Finger i Landsteiner, Casagrandi i de Luca, Truffi i in.) odrzucają możliwość biernego uodpornienia ustroju.

Wobec tego wtórne zakażenie u ludzi jest możliwe tylko wtedy, gdy ustrój zupełnie uwolni się od pierwszego, gdy stanie się znów zupełnie zdrowym. Takie wtórne zarażenie jest możliwe i przebieg syfilisu może być nawet cięższy, niż za pierwszym razem. Jednak należy do wtórnego zarażenia (*reinfectio*) odnosić się bardzo krytycznie, żeby uniknąć błędów. Choroba powinna pod względem chronologicznym mieć typowy przebieg: owrzodzenie pierwotne z krętkami białymi, zajęcie układu chłonnego, wyraźnie ogólne wtórne wysypki i t. d. Szczególniejszą uwagę należy zwracać na umiejscowienie wtórnych wrzodów pierwotnych, gdyż za takowe możemy błędnie przyjąć powtarzające się podczas wtórnego okresu w tem samym miejscu owrzodzenia stwardniałe (*reinduratio*). Od wtórnego zarażenia (*reinfectio*) należy również odróżniać zarażenie dodatkowe, nadkażenie (*superinfectio*). Podczas gdy pierwsze jest nowem zakażeniem ustroju już uzdrowionego, drugie jest nowem zakażeniem ustroju jeszcze chorego i wyrazem niepełnej, osłab-

bionej odporności ustroju. Sprawą tą zajęli się Finger i Landsteiner, Neisser, Ehrmann, Leszczyński i inni. Badania nad nadkażeniem wykazały, iż jest ono możebne w każdym okresie syfilisu i że produkt szczepienia odpowiada zazwyczaj okresowi choroby. Z jednej strony krętki blade, ich toksyny lub endotoksyny, a z drugiej strony wytworzone przez ustrój substancje ochronne wywierają swój wpływ na komórki ustroju, wynikiem czego, zależnie od czasu, coraz to inny odczyn komórek, coraz to inny obraz kliniczny. Przystrojona tkanka oddziałuje na jad obcy wykwitami, odpowiadającymi wiekowi choroby.

VI. OKRES PIERWSZORZĘDNY.

WRZÓD PIERWOTNY.

Sposoby powstawania syfilisu nabytego.

Zarażenie syfilisem może nastąpić tylko w warunkach, sprzyjających przedostaniu się do ustroju krętków białych. Nienaruszony naskórek i nabłonek bronią zarazkom przystępu, umożliwiają go zaś owrzodzenia, rany, pęknięcia i draśnięcia. Należy przypuścić, że długotrwałe dotykanie płynami, zawierającymi zarazki, może zmacerować naskórek i ułatwić krętkom białym przenikanie do głębi tkanki; następuje to prawdopodobnie często przez gruczoły skórne. Nie mamy pewności, czy krętki nie mogą przedostać się przez nienaruszoną błonę śluzową.

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

Własności krętków białych utrzymywania się przez pewien czas przy życiu w wydzielinach i wydalinach sprawiają, iż syfilis udziela się nie tylko drogą bezpośredniego zetknięcia ustroju chorego ze zdrowym, lecz również drogą pośrednią.

Zarażenie *bezpośrednie* bywa najczęściej podczas najrozmaitszego rodzaju stosunków płciowych. Ilość zarażenia drogą płciowego obcowania wynosi podług statystyki Fourniera 93% wszystkich przypadków. W Serbji, 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 krętkom białym przedostawanie się z jednego ustroju do

drugiego: bezpośrednie i długie zetknięcie i przekrwienie błony śluzowej narządów płciowych, obficie od natury unaczynionych, tworzenie się pęknięć, nadżarć, maceracja 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, kışzkę odchodową i t. p.

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

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

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

Nieptciowe zarażenie może mieć miejsce we wszystkich dostępnych okolicach ciała ludzkiego. Najczęściej zdarza się na ustach, skutkiem pocałunków, a także u osesków od syfilitycznej karmicielki. Odwrotnie, często spotykamy u mamek objawy pierwotne syfilisu na brodawce sutkowej i jej okolicy, skutkiem karmienia kilowatych dzieci. Bynajmniej nie należy do wyjątków zarażenie się lekarzy i akuszerok podczas badań i rękoczynów, wykonywanych na osobach, dotkniętych syfilisem. Również trafiają się objawy pierwotne, powstałe od ukąszenia, spania z osobą chorą i t. p.

Pośrednie zarażenie syfilisem najczęściej powstaje na ustach, a niekiedy w jamie ustnej, skutkiem użycia naczyń, zanieczyszczonych przez syfilityków. Spotykano zarażenie narzędziami leczniczymi, szczególnie w tych czasach, gdy nieznanem jeszcze było postępowanie przeciwnilne. Trafiają się zarażenia skutkiem szczepienia limfy humanizowanej, obrzezania, tatuowania, używania odzieży noszonej i t. p. Również podczas spółkowania narząd płciowy jednego osobnika może służyć za roznosiciela zarazy, sam pozostając niezakażonym. Czy pasożyty takie, jak pchły,

pluskwy i t. d., mogą przenieść zarazki syfilisu, nie posiadamy żadnych danych.

Najbardziej zaraźliwymi okazały się wydzieliny twardego szankra i lepieży płaskich. Jednak syfilis może być przeniesiony nawet przez mocz i nasienie.

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

Okres wylegania.

W kile, jak i w innych chorobach zakaźnych, odróżniamy czas wylegania t. j. rozradzania się zarazków (*stadium incubationis*). Kresem jego jest chwila, kiedy powstaje na miejscu wtargnięcia pewien objaw, dostrzegalny dla oka.

Najkrótszy czas od zarażenia do wystąpienia objawu pierwotnego trwa kilka dni, choć notowano (Diday) przypadek jednodniowego wylegania, najdłuższy zaś czas — do 3 miesięcy (Simonet i Le Fort). Najczęściej jednak, czy to po sztucznem zaszczepieniu syfilisu, czy też po zarażeniu, okres wylegania trwa około 3 tygodni. Na długość tego okresu nie wywiera wpływu ani miejsce, na które się zarazki dostały, ani też miejsce i postać choroby, z której pochodzą. Dewien wpływ, zdaje się, może mieć tylko głębokość wnikania pasożytów, ilość ich i uboczne drażniące czynniki, jak bakterje i składniki, zanieczyszczające produkty kiłowe i powodujące przejściowe zmiany zapalne bezpośrednio po zarażeniu.

Zanim wystąpi pierwotny objaw, już krętki blade przedewszystkiem drogami chłonnymi, a po części krwionośnymi zostaną uniesione daleko od wrót wtargnięcia. Według doświadczeń Neissera, śledziona już w czternaście dni po zarażeniu skóry zawie-

rała krętki blade. Wnikają one zaraz po osiedleniu się w skórze lub błonie śluzowej w szczeliny chłonne, stąd z prądem limfy dostają się do większych naczyń chłonnych. Prawdopodobnie nieco później, może w kilka dni po zarażeniu dostają się krętki do układu naczyń krwionośnych. Zdaje się, iż te pasożyty rozwijają się w krwi znacznie oporniej, aniżeli w limfie.

Wejrzenie objawu pierwotnego.

(Syphilis primaria, sclerosis initialis)

Pojęcie o całkowitym przebiegu objawu pierwotnego w skórze dają nam dokonywane na ludziach i małpach *szczepienia* syfilisu.

Po okresie wylegania zjawia się najczęściej na miejscu *szczepienia* nieznaczne zaczerwienienie. Miejsce to powoli nieco wypukła się i przechodzi po kilku dniach w grudkę, lekko wystającą nad powierzchnią sąsiedniej skóry. Grudka posiada zazwyczaj wielkość ziarna soczewicy, barwę czerwoną. Na powierzchni grudki tworzą się łuski, a następnie strupek. Po usunięciu strupka spostrzegamy obnażoną z naskórka powierzchnię, z której sączy się surowiczny płyn, czerwoną 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 utworzyć się w razie istnienia bardzo obfitego wysięku. Grudka wciąż powiększa się wszere i wglęb, staje się coraz to więcej zbitą i twardą, i w ten sposób powstaje t. zw. twardy szankier. Do sięgnąwszy maximum swego rozwoju, wrzód pierwotny 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 pokrywać się ziarniną i narastającym od brzegów ku środkowi naskórkiem. Przytem brzegi 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 przedewszystkiem plamka i grudka, a dopiero później owrzodzenie. Pierwsze dni istnienia owrzodzenia zwykle nie posiadają żadnej charakterystycznej cechy. Bywa też ono przyjmowane najczęściej za zwykłe nadżarcie, opryszczki strupiaste, a w razie zaczerwienienia się skóry naokoło i za wrzodzące zapalenie żołądki. Powierzchnowe nadżarcie z czasem powiększa się, u podstawy twardnieje, i tworzy się stwardniały szankier (*chancre*).

Typowy twardy szankier.

Typowy pierwotny objaw kiły 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 nacieków zwykle nie jest zbyt znaczna, dochodzi rozmiarów fasoli, migdała i małej monety srebrnej. Objaw pierwotny najczęściej przedstawia się jako prosta nadżerka, a rzadko jako owrzodzenie, dochodzące co najwyżej do średnich warstw skóry.

Brzeg owrzodzenia bywa zwykle nieco wyniosły, czerwony, 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 zapastrywaniu 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. Wydzielina powierzchni dna zwykle jest nieznaczna, surowicza z dodatkiem ropy lub krwi, barwy szarawej, szaro-żółtej, lub czerwona, mętna, nieciągła się. Ropa obficie wydziela się tylko w następstwie wtórnego zakażenia ropotwórczymi mikroorganizmami.

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. Niekiedy całe dno posiada czerwone zabarwienie.

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

Stwardnienie to niekiedy jest bardzo łatwe do stwierdzenia, prawie widoczne, w innych zaś razach tylko przy dokładnym badaniu wyczuwalne. W tym celu ujmujemy pierwotny wrzód palcami dużym i wskazującym na dwóch przeciwległych biegunach, podnosimy nieco ku górze równoległe do powierzchni i zlekka uciskamy. Stwardnienia najczęściej bywają guzowate owalne lub półkolisty; jedne głębokie wielkości od połówki ziarnka pieprzu

do połówki śliwki, inne płaskie powierzchniowe, grubości miedzianej monety, pergaminu, a nawet papieru, wyczuwanych w głębi pod owrzodzeniem.

Objawy pierwotne kiłowe bywają zwykle *niebolesne* i rzadko są przyczyną zaburzeń czynnościowych, skutkiem czego chorzy mogą ich nawet nie zauważyć czas dłuższy. Niekiedy dopiero lekarz po raz pierwszy wskazuje pierwotny wrzód choremu, gdy ten się zwraca o poradę ze względu na inne objawy syfilisu. W okresie *gojenia*, jak już zaznaczyliśmy, nałot na powierzchni nacieku niknie, dno jego pokrywa się ziarniną, staje się czerwonym lub różowym, jak w zwykłych ranach, i zlekka podnosi się. Brzegi owrzodzenia pokrywają się szybko naskórkiem od obwodu. Z początku naciek, pokryty świeżym naskórkiem, posiada zabarwienie ciemno-czerwone, które z czasem blednie i niknie. Pozostały naciek również mięknie i powoli ustępuje, a utrzymywanie się jego 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 objawów pierwotnych zależy od różnych okoliczności: małe i powierzchniowe goją się szybciej, niż głębsze i większe. Wtórne zakażenia lub drażnienia znacznie przedłużają ich trwanie. Przeciętnie trwają od 4 do 6 tygodni, rzadko poniżej 3 tygodni, a niekiedy 2 miesiące i dłużej.

Ze względu na powyższe własności typowego pierwotnego objawu kiłowego można go tak 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 barwy najczęściej szarej albo czerwonej, zbliżonej do koloru świeżego mięsa, i stwardnienie guzowate lub płaskie nacieku

Postacie nietypowe.

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

Nacieki 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 twardemi szankrami na prąciu i worku mosznowym, a Fournier z 23 szankrami u kobiety na obu sutkach. Najwyższa liczba szankrów, obserwowanych przemennie, wynosiła 14; mieściły się one wszystkie na żołądzu i skórze prącia u mężczyzny w podeszłym wieku.

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

Czasami szankry w liczbie mnogiej zjawiają się nie odrazu, lecz po pewnym czasie. Źródłem ich może być albo jedno i to samo zarażenie, a wtedy okres wylegania w najrozmaitszych miejscach u jednego i tego samego osobnika posiada niejednakową długość, (od 1-go do 25-ciu dni), lub też szankry pochodzą od następczych zarażeń, jak to stwierdzono wielokrotnie na drodze doświadczalnej. Im późniejsze szczepienie, tem wrzody pierwotne są mniej charakterystyczne i zbliżają się do typu grudki, wykwiwu charakterystycznego dla okresu drugorzędnego. Rozpowszechnianie jadu postępuje stopniowo. Zarazem stopniowo wytwarza zaatakowany ustrój substancje ochronne. Pod wpływem obu tych czynników rozpoczyna się też przejawiać przestrój tkanek t. j. zmiana gęby, zmiana odczynu komórek.

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

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 syfilisu nie zawsze bywa okrągły lub owalny. Trafiają się szankry długie a wąskie, szczególnie w fałdach, lub o kształtach zupełnie nieprawidłowych.

Oprócz nadżarcia i powierzchownego owrzodzenia spotykamy lepież, guz, głębsze owrzodzenie, — a niejednokrotnie dochodzi do zapalnego silnego podrażnienia, owrzodzenia, martwicy, a nawet wyżeru.

Szankier *lepieżowy* wznosi się na 2—4 mm ponad poziom otaczającej tkanki i posiada powierzchnię płaską. Zupełnie przypomina on lepież płaski, zjawiający się jako drugorzędny objaw syfilisu (*condyloma latum*). Objaw pierwotny przeobraża się w tę postać najczęściej w drugiej połowie swego rozwoju i to przeważnie

na dolnej powierzchni prącia lub wogóle w fałdach, podlegających ciągłemu tarcu.

Niekiedy szankry wystają znacznie, bo 5—8 mm nad powierzchnię sąsiedniej zdrowej tkanki, w kształcie *guza (ulcus elevatum)*. Bywa on twardy, okrągły lub mniej prawidłowo zaznaczony, owrzodzony na powierzchni, barwy mocno czerwonej, i pokryty brunatnym mętnym płynem. Tego rodzaju pierwotne objawy kiły sprawiają wrażenie owrzodziałych nabłoniaków i zdarzają się najczęściej na policzkach, brodzie, wzgórku łonowym i dużej wardze.

Owrzodzenie powierzchni szankra może sięgać *głęboko* w skórę właściwą, a nawet dochodzić do tkanki podskórnej, tworząc jakby lejek. Takie szankry zostawiają po zagojeniu nieznaczną i nie bardzo twardą bliznę.

Wrzody pierwotne mogą podlegać silnemu *zapalnemu podrażnieniu* skutkiem warunków miejscowych. Najczęściej zdarza się to pod napletkiem, gdzie nagromadza się i rozkłada wydzielina. Przyczyną tego rodzaju spraw może być również nieodpowiednie miejscowe leczenie drażniącymi środkami, stosunek płciowy i t. p.

W takich razach brzegi szankra obrzękają, okrążają się czerwoną obwódka, stają się bolesnymi na dotyk. Powierzchnia owrzodzenia staje się ciemno-czerwoną, rzadziej żółtawą, brązową lub ciemną. Wyciek bywa bardzo obfity, surowiczo-krwawy.

Zapalny odczyn może szerzyć się daleko w otaczającą tkankę w postaci obrzęku ciastowatego, który przyjmuje barwę różową, może przejść na naczynia chłonne, które przybierają postać różańca, i na gruczoły chłonne.

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

Rzadziej powstaje t. zw. twardzina sromu (*oedema indurativum*): 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 pew-

nej grubości, silnie przywierającą do dna i obrzydliwie cuchnącą. Martwica powoduje zupełną niewrażliwość tkanki na dotyk.

Po pewnym, zwykle dość krótkim czasie, masa martwicowa oddziela się częściowo kłaczkami lub też całkowicie w postaci krążka lub monety, odkrywając czystą, czerwoną ranę, która szybko goi się 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* (*ulcus phagadaenicum*) należy do rzadkich powikłań. Naciek ulega na dużej zazwyczaj przestrzeni martwicy, szerzącej się szybko, której towarzyszy przeważnie bolesność podczas dotyku. Powierzchnia wrzodu pokrywa się masą, posiadającą ciemno-brunatną, a nawet czarną barwę. Częściowo zasychająca masa oddziela się, a pod nią i obok tworzą się takie same nowe naloty. Często badrze towarzyszy tej sprawie krwawienie. Stosownie do tego, czy sprawa posuwa się więcej w głąb, czy też wszecz, odróżniamy dwie postacie wyżeru: najczęściej 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 radszych jeszcze postaci należy wyżer, który szerzy się głównie po powierzchni. Nie posiada on prawie wcale wystających brzegów, lecz gładkie równe dno, najczęściej również mocno czerwonej barwy, w wyjątkowych tylko razach wejrzenie 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 ustroju i miejscowo 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, w skórze prącia, moszen 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.

Barwa objawów pierwotnych syfilisu często nie różni się od zabarwienia zwykłej rany. Bywa on, szczególnie po dłuższym trwaniu wrzodu, blado-różowym, żółtawym. Zdarzają się różnobarwne szankry np. szankier, posiadający w środku ciemno czerwone zabarwienie, które okala pas żółtawy, okrążony czerwoną obwódką. Najrozmaitsze zewnętrzne warunki często wpływają na specjalne zabarwienie szankrów: ciąża nadaje im ciemno-fioletowy odcień skutkiem utrudnionego odpływu krwi, przyżeganie solami miedzi barwi je na niebiesko, solami ołowiu na białe, a lapisem na 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 czólenkowatym, niekiedy spotykamy pierwotne objawy z stwardnieniem tak nieznacznym lub wątpliwym, że nie może być na pewno oznaczonym. Szczególniej często takie wątpliwości zdarzają się podczas badania szankrów na kobiecych narządach płciowych. Jednakowoż w tych razach, badając dokładniej, najczęściej wyczuwamy choć papierowate stwardnienie. Niekiedy u kobiet pierwotne objawy na dużych wargach, na łechtaczce i u wylotu cewki posiadają bardzo znaczne stwardnienie. U mężczyzn brak jakiegokolwiek stwardnienia spotyka się rzadko.

Stwardniałe tkanki, po zagojeniu owrzodzenia, czasami nie wysysają się, lecz pozostają lata całe, niekiedy zaś rozpadają się po krótkim czasie.

Wtedy na stwardnieniu może powstać albo 1) powierzchowne owrzodzenie, tworząc jak gdyby powrotny szankier (*chancre redux*), albo 2) rozpad w środku i tworzenie się niewielkich przetok, przyczem szankier przybiera charakter, jakby kilaka (*chancre pseudo-gommeuse*).

W pierwszym przypadku zjawia się na powierzchni stwardnienia nadżerka lub owrzodzenie, bardzo przypominające pier-

wotny szankier. Owrzodzenie wydziela zwykle wodnisto-mętną ciecz, zawierającą sporo rozpadowych cząsteczek. Rozpadowi może ulec nawet cała blizna, lecz prawie zawsze nie przechodzi on na otaczającą tkankę.

W drugim przypadku rozpad następuje pośrodku stwardniałej tkanki, która rozpływa się, 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.

Rozpad blizny najczęściej występuje w brózdzie wieńcowej prącia, gdzie stwardnienie zazwyczaj bywa nadzwyczaj spoiste i duże.

Właściwości szankra twardego, zależne od umiejscowienia.

Pewne właściwości pierwotnych objawów kily zależą od umiejscowienia, czy w skórze, czy w błonach śluzowych, a też w poszczególnych miejscach narządów płciowych lub innych okolic ciała ludzkiego.

Objawy pierwotne kily w *błonach śluzowych* różnią się nieco od typowej postaci skutkiem właściwości tych miejsc, dlatego naloty nadżerek czy owrzodzeń są luźniejsze. W *skórze* niedrażnionej zaś wrzody pierwotne zazwyczaj pokrywają się strupami i stąd posiadają często wejrzenie niesztowic (*ecthyma*).

W narządach płciowych męskich, w zależności od umiejscowienia, spotykamy niekiedy znaczne różnice w wejrzeniu 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 drażnieniom i opryszczkom towarzyszy często znaczne stwardnienie. W brózdzie wieńcowej szankry posiadają jeszcze jedną znamioną właściwość; obok pierwotnego objawu często tworzy się jedno lub kilka stwardnień głębokich, które mogą łączyć się i opasują główkę prącia częściowo lub całkowicie. Stwardnienia te zależą od okrażających główkę prącia w brózdzie naczyń chłonnych. Szankry na *wędzidełku* mają postać podługowatą,

zabarwienie czerwone lub żółtawe. Szankry w *dotkach* z obu stron wędzidełka są zwykle mniejsze i nieznacznie stwardniałe. Wrzody pierwotne u *wylotu cewki* umiejscawiają się na jednej lub obu wargach, nie są zbyt głębokie, zabarwione najczęściej mocno czerwono i łatwo krwawią. W *cewce* usadawiają się szankry blisko wylotu, wydzielają krwawo-mętny płyn i łatwo są wyczuwalne podczas macania cewki wzdłuż, a nie w poprzek. Po zbliżeniu często stają się powodem zwężeń, zniekształceń lub nawet, w razie przeżarcia ścianek, przetok.

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

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

Na *skórze prącia* i *moszen* owrzodzenie pierwotne posiada często regularny, okrągły lub owalny kształt, mało wyniosłe brzegi, obfity wyciek żółty lub brudno-krwisty, zasychający łatwo w gruby strup, pod którym widać mocno czerwoną, żółtą lub szaro-żółtą powierzchnię owrzodzenia. Stwardnienie w tych miejscach bywa zawsze dość znaczne.

Na *wzgórku tonowym* włosy zatrzymują wysięk 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 typowe wejrzanie. 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 wejrzanie lepieża płaskiego, wydziela zwykle niezbyt obfity płyn, odznacza się przedewszystkiem znacznym stwardnieniem. Często bardzo cała nawet warga powiększa się i pogrubia.

Na *małej wardze* owrzodzenie zwykle bywa niegłębokie, a stwardnienie znaczne. Dno jest najczęściej barwy mocno-czerwonej, 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. Odbitki zazwyczaj przybierają postać swego pierwowzoru t. j. twardego szankra, lub też postać lepieża płaskiego.

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

U *wylotu cewki* objawy pierwotne posiadają zwykle znaczne stwardnienie i goją się bardzo powoli. Często otwór zewnętrzny bywa opuchnięty, rozwarty, czerwony, krwawiący i może być przyjęty łatwo za nabłoniak.

U *wejścia do pochwy* szankry usadawiają się najczęściej na strzępach 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 dolnem* i w *jamie czótenkowej* szankry odznaczają się przeważnie nieprawidłowym kształtem, żółtym lub szaro-żółtym nalotem i niezbyt znacznym stwardnieniem.

W *pochwie* objawy pierwotne syfilisu spotykają się rzadko w postaci nadżerki okrągłej z mało zaznaczonym stwardnieniem.

Na *szyjce macicznej* szankry widzujemy względnie często. Objaw pierwotny może usadzić się 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, barwa jego szara, szaro-biała i matowo-biała lub żółtawa z wybroczynkami; brzegów wydatnych szankry zwykle nie posiadają, odgraniczają się tylko czerwoną obwódką. Z czasem przyjmują one postać lepieża płaskiego. Wydzielają nieznaną bardzo ilość płynu i nie sprawiają żadnych podmiotowych zaburzeń. Stwardnienie zwykle bywa prawie niedostrzegalne, tem bardziej, że szyjka maciczna posiada sama przez się dość znaczną spoiistość.

Szankier ten zwykle prędko się goi: po kilku, a rzadko kilkunastu dniach traci on swoje znamienne wejrzenie, i przedstawia się jak zwykła nadżerka, która zabliznia się szybko.

Na *sutkach* u kobiet wrzody pierwotne zdarzają się dość

często. Powstają one przeważnie u matek, karmiących dzieci kiłowate. Objawy pierwotne syfilisu zdarzają się częściej na jednym sutku, niż na obu. Przeważnie szankier umiejscawia się w brózdzie, oddzielającej brodawkę od jej otoczki, niekiedy na samej brodawce i na otoczce brodawki sutkowej, a wyjątkowo na wypukłości sutka. Wygląd tych szankrów niczem się nie różni od zazwyczaj spotykanych w skórze, owrzodzenie jednak rzadko bywa pokryte strupkiem, gdyż ten zwykle podczas ssania odrywa się. 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 sutku zdarzają się rzadko.

Pierwotne objawy syfilisu 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 szankry bywają przeważnie pojedyncze i to na dolnej wardze w znacznie przeważającej ilości przypadków, niż na górnej. Rzadko zdarzają się objawy pierwotne syfilisu w kątkach ust. Szankry na wargach posiadają najrozmaitszą postać. Szankier w kształcie nadżerki odznacza się niekiedy małą wielkością. W tych razach jest on bardzo 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, barwy brązowej 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 wejrzenia 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 grzbietnej powierzchni, niż na końcu, na bocznych powierzchniach lub tylnej, i częściej w postaci nadżarcia lub owrzodzenia, niż w postaci pęknięcia. Postać nadżerkowata posiada wielkość mniej więcej małej monety srebrnej, kształt

okrągły lub owalny, barwę czerwoną i jest gładka i stwardniała, co wybitnie ją odróżnia od sąsiedniej części, pokrytej brodaweczkami. Postać owrzodziała odznacza się zwykle dość znacznem stwardnieniem. Postać szczelinowata usadawia się w brózdach języka i posiada najczęściej kształt litery Y, lub gwiazdy.

Szankry *dziąseł* przeważnie spotykają się na zewnętrznej powierzchni u szyjki zębów. Najczęściej przedstawiają się one w postaci nadżarcia w kształcie sierpa, posiadającego powierzchnię gładką, równą, barwę czerwoną lub w postaci owrzodzenia, najczęściej nieściśle odgraniczzonego i otoczonego zaczerwienioną i usianą brodaweczkami błoną śluzową.

Szankry *międałów* spotykają się prawie zawsze pojedynczo, posiadają kształt okrągły, owalny lub nieprawidłowy, wielkość małej monety srebrnej i odznaczają się uczuciem bólu z odpowiedniej strony, szczególnie podczas połykania. Postać nadżerkowata posiada dno opalowe, szare, lub czerwone, niekiedy równe i gładkie, częściej jednak nierówne, i stwardnienie zwykle dość wyraźne podczas macania. Ból występuje niezbyt silnie. Postać wrzodziejąca wywołuje już znaczniejsze objawy subiektywne. Międał staje się opuchniętym. Dno owrzodzenia bywa barwy ciemno-brązowej, szarej, szaro-żółtej lub brudno-szarej. Niekiedy żółte lub szare plamy pstrzą czerwone dno. Towarzyszy zwykle tym wrzodom znaczne stwardnienie.

Do tych dwóch postaci szankra *międałów* dołącza się niekiedy zapalenie gardła. Może ono przedstawiać się jako zwykłe zapalenie gardła, w którym *międały* puchną, czerwienieją i twardnieją, a współcześnie zjawiają się subiektywne objawy, jak bóle gardła, szczególnie podczas połykania i objawy ogólne, jak niedomażanie, podniesienie ciepłoty ciała, nudności i t. p.

Może zjawić się również zapalenie gardła, podobne do błoniczego, lub nawet zapalenie gardła zgorzelinowe. Szankry te trwają od 5 do 8 tygodni i nie powodują zbyt złych następstw.

Szankry *oka* spotykają się na powiece, na brzegu rzęsowym i na spojówce i zależnie od umiejscowienia przyjmują postać szankrów skórnych lub śluzowych.

Szankry na *pozostatej części głowy, na trzonie i kończynach*, jako skórne, odznaczają się wielkością, stwardnieniem, często spotykają się w liczbie mnogiej i nie przedstawiają w ogólności nic szczególnego. Na uwagę zasługują tylko szankry *palców* i *odbytu*.

Szankry *palców* trafiają się częściej na rękę prawej, niż na

lewej, i to przede wszystkim na grzbietnej 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 owrzodzonego i sporego skutkiem nadzwyczaj silnego nacieku. Również spotykają się szankry, przy których palec obrzęka, staje się bardzo czerwonym, nacieczonym, bolesnym i z wejrzenia zupełnie przypomina otwierającą się i owrzodziłą 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 zawodowemi, choć mogą też powstać skutkiem najrozmaitszych manipulacyj 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 Dueringa szankry odbytu stanowią 74% wszystkich objawów pierwotnych syfilisu, spotykanych na niepłciowych narządach; podlegają im przeważnie dzieci płci męskiej. 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 podczas oddawania stolca i bardzo powoli się goją.

Szankry w *kiszce stolcowej* zdarzają się nadzwyczaj rzadko, posiadają zwykłe wejrzenie i nie wywołują nigdy żadnych poważnych następstw np. znacznego zwężenia кишки.

CIERPIENIA UKŁADU CHŁONNEGO.

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

Objaw ten jest stałym towarzyszem szankra twardego.

Gruczoły.

Objawy zajęcia gruczołów są bardzo charakterystyczne.

Przeważnie cała grupa gruczołów chłonnych, znajdujących się w danym miejscu, podlega obrzmieniu. Najczęściej gruczoły bywają

zajęte w nierównym stopniu. Jeden gruczoł zwykle przewyższa inne rozmiarami.

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

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

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

Sprawa nie wywołuje zwykle bólu nawet podczas ruchu i macania. Skutkiem tego choroby mogą swobodnie odbywać wszystkie swe codzienne czynności i często nie zwracają wcale uwagi na powstające obrzmienie gruczołów.

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

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

Najciekawiej przedstawia się obrzmienie gruczołów w razie umiejscowienia wrzodów pierwotnych na narządach 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 twardemu, choć niekiedy zdarza się i odwrotnie.

Zajęte gruczoły, jeśli tego nie spowodowały jakieś uboczne miejscowe lub ogólne przyczyny, nigdy nie ropieją. Cecha ta jest nadzwyczaj znamiennej.

Dymienica typowa zaczyna tworzyć się bardzo szybko po zjawieniu 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 powoli, osiąga największych rozmiarów przed zjawieniem się ogólnych objawów syfilisu, 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 spoistość.

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 narządach płciowych, to w 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 szyjne, sutkowe, przeduszne, potyliczne, podbródkowe i podżuchwowe. W końcu siódmego tygodnia od chwili zarażenia wszystkie dostępne do macania gruczoły przeobrażają się w okrągławe twarde guzy, zazwyczaj wielkości grochu do laskowego orzecha. Przytem najbliższe do wrzodu pierwotnego gruczoły są zwykle najwięcej obrzmiałe. W miarę odległości i wielkość ich się zmniejsza.

Tylko w bardzo nielicznych przypadkach schorzenie gruczołów odbiega od powyższego opisu. Obrzmienie gruczołu 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 zlepki gruczołów.

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. uciążliwymi marszami, płciowymi nadużyciami, współcześnie istniejącym ostrym wiewió-

rem 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 podżuchwowymi przy szankrach warg lub jamy ustnej. Zwykle podrażnienie po usunięciu przyczyny łągodzi się prędko.

Nadzwyczaj rzadko nabrzmiałe gruczoły pachwinowe 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 wołowate (*adenitis strumosa*), które można również nazwać charłaczem.

Gruczoły chłonne w tych razach, powiększając 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, przebiegające okolice, dotknięte 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 najczęściej na grzbietnej powierzchni prącia, a rzadziej na bocznych i na napletku. U kobiet zajęte naczynia chłonne spotykają się najczęściej w skórze równoległe do fałdu pachwinowego i biegną ku narządom płciowym, niekiedy łącząc się po kilka jakby w wąską wstążeczkę. Zapalenie naczyń chłonnych na wzdórku 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 tygodniach 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.

ANATOMJA PATOLOGICZNA.

Wrzód pierwotny.

W sprawie tej zmian chorobnym 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 syfilisu grubieje we wszystkich warstwach, przytem na obwodzie sople nabłonkowe znacznie się wydłużają, rozgałęziają, tworząc jakby sieć. Ten wał graniczny obejmuje zwykle kilka sopl.

W nieco późniejszym okresie rozwoju objawu pierwotnego wszystkie warstwy naskórka znikają pośrodku, pozostając tylko na obwodzie.

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

Naczynia włosowate posiadają światło rozszerzone i zazwyczaj wypełnione obficie krwią, a śródbłonek ich sterczy ku światłu i barwi 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 zwężenie światła następuje skutkiem obfitego nacieku błony zewnętrznej i środkowej żył i niekiedy rozrostu błony zewnętrznej.

Tętnice podlegają najmniejszym zmianom. W małych tętniczkach 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 naj-



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

bliższem sąsiedztwie, mają światło rozszerzone i śródbłonek nabrzmiąły.

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

W górnych warstwach, pod samem owrzodzeniem, naciek jest bardzo obfity, tworząc jedną masę, tak że nie można tam nawet określić zależności jego od naczyń. Występuje on zato wyraźniej w częściach obwodowych sprawy. Najgęstszy i najszerszy płaszcz otacza naczynia włosowate i małe żyły. W sąsiedztwie większych żył, jak to widać najlepiej na obwodzie sprawy, nacieczenie wy-

stępuje już mniej silnie i mniej regularnie. Naokoło małych tętnic naciek zjawia się w nieznacznym stopniu, a naokoło większych często bywa nieobecny, lub okrąża tylko częściowo tętnice i odpowiada właściwie okrążającym je drobnym naczynkom, ewentualnie *vasa vasorum*, przebiegającym w zewnętrznej błonie ścian. Naczynia chłonne są bardzo nierównomiernie okrążane naciekiem. Jedne z nich posiadają bardzo obszerny płaszcz, inne bardzo nieznacznym, jak to można wywnioskować z preparatów, nastrykniętych podwójnie.

Naciek naokoło naczyń składa się z komórek plazmatycznych, różniczkowanych — 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 zmniejsza się na korzyść różniczkowanych komórek łączno-tkankowych.

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

Pomiędzy komórkami, tworzącymi okołonaczyniowe płaszcze, spotykamy dość liczne komórki tłuszczne, szczególnie na obwodzie, a oprócz tego wszędzie porozrzucane leukocyty. Nigdy nie spostrzegłem komórek olbrzymich.

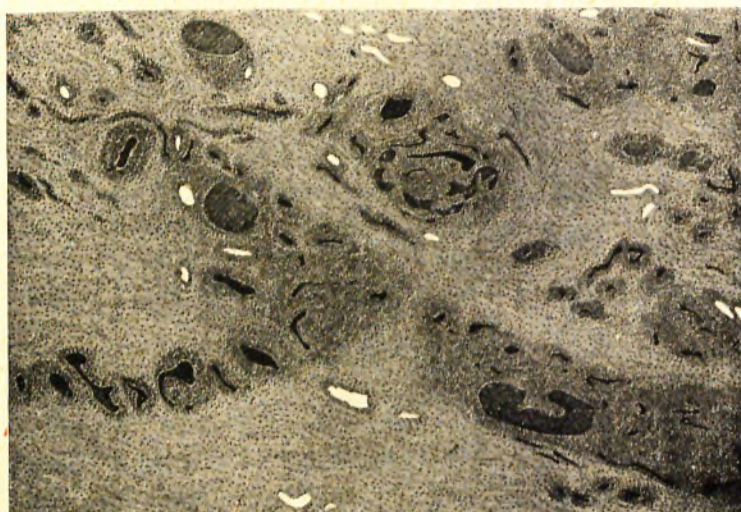
Włókna klejodajne w brodawkowej i podbrodawkowej warstwie skóry są porozsuwane, napęczniałe, często w masie nacieku prawie niedostrzegalne; w skórze właściwej włókna klejodajne bywają również nieco zgrubiałe, jednolite i bardziej prostolinijne, są one porozsuwane przez nacieki i otaczają jakby pochewką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

Włókna elastyczne w samej masie nacieku znajdują się w zmniejszonej, 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 nierzadko można znaleźć ropotwórcze drobnoustroje.

Krętki blade na skrawkach z wrzodów pierwotnych znajdujemy głównie w przestworach śródkankowych. Po zbliżeniu się owrzodzeń, jeszcze przez bardzo długi przeciąg czasu spotykamy na miejscu objawu pierwotnego syfilisu resztki zapalnej sprawy w postaci nacieczenia.

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 i komórek plazmatycznych,



Rys. 3. Objaw pierwotny syfilisu na napletku. Na preparacie, podwójnie nastrzykniętym, widać naciek w głębi błony gromadzący się naokoło naczyń krwionośnych (ciemna zawartość — methylenblau) i naokoło naczyń chłonnych (kropkowana zawartość — ferrum dtałysatum). Ok. 1. Ob. A. Zelss. Rysunek dwa razy zmniejszony.

obok zróżniczkowanych komórek 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.

Przedstawiony powyżej obraz zmian anatomo-patologicznych we wrzodach pierwotnych jest o tyle dla nich charakterystyczny, iż pozwala najczęściej mikroskopowo odróżniać te sprawy od mniej lub więcej do nich zbliżonych, np. wrzodu miękiego,

nabłoniaka złośliwego, opryszczek, gruźlicy i t. p. Najczęściej w praktyce musimy odróżniać wrzody pierwotne syfilisu od wrzodów miękkich.

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

W zakażeniu *mieszanem* (kiła i wrzód miękki) środek owrzodzenia odpowiada wrzodowi miękiemu, a obwód wrzodowi pierwotnemu syfilisu. Skutkiem tego i w tych razach rozpoznanie nie bywa trudne.

Owrzodzenia *gruźlicze* zawierają oprócz łaseczników gruźlicy i liczne gruzelki z obrzymiemi komórkami.

Rak naskórkowy posiada pod mikroskopem tak charakterystyczne wejście, 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.

Gruzoły w początkowym okresie rozwoju sprawy otrzymują większą ilość krwi, i tkanka gruczołowa nabrzmiewa. Występuje potem obfite powiększenie się liczby komórek drobnych, okrągłych, mięśzowych, 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.

Zmniejszenie się gruczołów w późniejszym przebiegu sprawy następuje skutkiem zwyrodnienia tłuszczowego komórek, a niekiedy zwyrodnienia serowatego z wsysaniem się produktów rozpadu i z następczem wytworzeniem się dokoła tkanki bliznowatej. Rzadko zdarza się skrobiowate zwyrodnienie gruczołów, występuje ono współcześnie z odpowiednim zajęciem innych narządów i raczej może być przyjęte nie za objaw syfilisu, lecz za skutek chery, spowodowanej powyższą chorobą.

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 spostrzec i bujanie śródbłonka.

Węzłki na tych naczyniach chłonnych powstają skutkiem obfitego skupienia się nacieczenia na zewnętrznej części ścianki naczynia. Według zapastrywania większości autorów nie są one właściwie nowo powstałą grudką chłonną. Ten pozór nadaje jej utworzenie się jakoby otoczki na zewnątrz węzłka, a również sieci łącznotkankowej z obfitymi, nowo-powstałymi naczyniami krwionośnymi wewnątrz. Węzłki 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.

ROZPOZNANIE.

Wrzód pierwotny rozpoznaje się na mocy cech jego własnych i wtórnie obrzmiałych gruczołów chłonnych, a także na mocy badania mikroskopowego wysięku, nacieku; 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 opisanych cech nacieku pierwotnego budzi 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 syfilisu.

Ze względu na to, że badania mikroskopowe wysięku dostarczają ważnych wskazówek, powinno się ich zawsze dokonywać. Odnalezienie krętków białych w wysięku wrzodu pierwotnego nie jest trudne. Brak jednak krętków białych nie może bezwa-

runkowo wykluczyć swoistości sprawy: często dopiero po wielokrotnym badaniu wysięku udaje się spotkać krętki. Trudniej je wykryć, gdy wrzód był posypany jakim środkiem odkażającym, lub też gdy trwa już dłuższy przeciąg czasu.

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

Ponieważ zwykły okres wylegania kiły wynosi najczęściej 3–4 tygodnie, a rzadko poniżej 2 i powyżej 8 tygodni, wykluczamy swoistość owrzodzeń, które zjawily się w okresie wcześniejszym lub późniejszym po podejrzanem spółkowaniu, ale 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 narządach płciowych spotykamy sporo owrzodzeń, które nie są zakaźne. Samozaszczepianie będzie przemawiać przeciwko swoistości sprawy.

Zbadanie osoby, która mogła być źródłem zarazy należy do najtrudniejszych, choć często najpewniejszych sposobów rozpoznania (konfrontacja). 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 syfilisu, np. wrzodu pierwotnego, lepiej ciekących, 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. Jeszcze większe znaczenie może mieć tego rodzaju badanie w sprawach sądowych.

Rozpoznanie różnicowe.

W rozpoznaniu różnicowem opieramy się na wyróżnieniu znamion objawu pierwotnego od innych zmian kiłowych i spraw postaciowo zbliżonych.

Wrzody pierwotne, występujące w postaci prostego nadżarcia, mogą być przyjęte za opryszczki lub uszkodzenia. wywołane ura-

zem, mechanicznymi środkami, chemicznymi lub ropotwórczymi mikroorganizmami.

Opryszczki (*herpes genitalis*) niekiedy tworzą nadżarcia, ładząco podobne do szankra nadżerkowatego. Bywa to wtenczas, gdy pęcherzyki pękają i zlewają się, lub gdy ubytek tkanki w pojedynczych wykwitach sięga powierzchownych warstw skóry właściwej.

Należy wtedy w celu rozpoznawczym zwrócić uwagę, iż objawy pierwotne syfilisu 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. Prócz tego w sąsiedztwie ogniska spotykają się często pojedyncze pęcherzyki lub maleńkie, odpowiadające im nadżarcia.

Należy zarazem 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.

W sprawie tej gruczoły chłonne pozostają niezmienione. Cechy powyższe występują zwykle tak wybitnie, iż stanowią dostateczną podstawę do rozpoznania. Niekiedy jednak i w opryszczkach występuje stwardnienie dna, które wytworza się skutkiem podrażnienia naokoło opryszczek lub umiejscowienia ich w okolicach, obfitujących w naczynia chłonne (Finger), np. w bródzcie wieńcowej, na wędzidełku lub u wylotu 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.

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

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 mikroorganizmami, odróżniają się od pierwotnego objawu syfilisu 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 obficie znajdują się naczynia chłonne (Finger); to też w razach wątpliwych należy upewnić się, czy choremu nie stosowano przyżegania. Również obrzmienie gruczołów może zjawić się po przyżeganiu, zatarciu i t. p., lecz objaw ten w takim razie trwa zwykle niedługo i rzadko bardzo przyjmuje wejrzenie, charakteryzujące sprawę syfilityczną.

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 ciętymi, spadzistemi, 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 różnicowanie opiera się na spoistości dna owrzodzenia i stanie sąsiednich gruczołów chłonnych, dostępnych dla badania.

Spoistość wrzodu miękiego, jak sama nazwa wskazuje, bywa miękka. Nawet jeśli tkanki dna wrzodu miękiego 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 we wrzodzie pierwotnym, jest bardzo znaczna. Jednak zdarza się, iż miejsca, obfitujące w naczynia chłonne, posiadają również w szankrze miękim stwardnienia, bardzo zbliżone do występujących w szankrze twardej.

Stan gruczołów chłonnych w obu powyższych sprawach bywa bardzo różny. We wrzodzie miękim gruczoły pozostają albo niezmienione, lub też jeden gruczoł podlega ostrym zmianom za-

palnym i ropieje. Zaczerwienienie skóry nad gruczołem, unieruchomienie jej, bolesność gruczołu, chębotanie w nim w późniejszym okresie rozwoju sprawy, a nawet owrzodzenie, przyjmujące niekiedy również wejrzenie miękiego szankra, — wszystko to różni się wielce od charakterystycznego obrzmienia gruczołów przy wrzodzie pierwotnym.

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

Wyniki 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 szukania w wysięku krętków białych i pałeczek Ducrey'a.

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

Należy mieć także na uwadze możliwość współistnienia u jednego i tego samego osobnika szankra twardego i miękiego, 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 miękiego i oprócz tego znaczne stwardnienie. Rozpoznanie w tych razach bywa zwykle trudne i opiera się na analizie objawów, właściwych obu tym wrzodom, i na spostrzeganiu przebiegu choroby.

Rozpoznanie różnicowe pomiędzy wrzodem pierwotnym i wenerycznym bywa nadzwyczaj utrudnione w stulejce, gdy szankry, znajdujące się w błonie śluzowej napletka, brózdki wieńcowej i główki, 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 lepieży stożkowatych, od obrzmiałych w kształcie węzłów naczyń chłonnych i t. p.

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

Nadżerki na tle świerzbu (*scabies*) mają niekiedy postać bardzo zbliżoną do wrzodów pierwotnych syfilisu i wobec umiejscowienia na prąciu mogą być przyjęte za szankry twarde. Jednak obecność wykwitów świerzbu w innych miejscach skóry, spoistość zazwyczaj mięka dna owrzodzenia, brak obrzmienia gruczołów lub powiększenie ich bardzo nieznaczne, działanie środków przeciwświerzbowych lub w ostateczności spostrzeżenie dalszego przebiegu, pozwalają zawsze odróżnić świerzby od kiły.

Owrzodzenia rakowe (*epithelioma*), umiejscowione 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. Owrrzodzenie rakowe takie, któreby mogło wzbudzić pewną wątpliwość ze względu na swoje wejrzanie i obrzmienie gruczołów sąsiednich, może utworzyć się dopiero po kilkomiesięcznym trwaniu. Wszystko to są cechy ułatwiające rozpoznanie.

Owrzodzenia gruźlicze (*tuberculosis ulcerosa*), szczególnie na języku i u wejścia do kiszki stolcowej, posiadają niekiedy pewne podobieństwo do wrzodów pierwotnych. Podobieństwo to może być nawet bardzo łudzące, gdy skutkiem przypalania lub ciągłego drażnienia dno owrrzodzenia staje się twarde, a sąsiednie gruczoły chłonne obrzmiewają.

Owrzodzenie gruźlicze posiada zwykle brzegi nieprawidłowo zakreślone, kręte, spadziste, niekiedy nawet podminowane, dno przeważnie nierówne, miękie, żółtawe. Owrrzodzenie to bywa najczęściej dość obszerne, wieloogniskowe i bolesne, szczególnie

pod wpływem zewnętrznego podrażnienia. W pobliżu dużych owrzodzeń mieszczą się niekiedy w błonie śluzowej małe twardy guziczki, przypominające wykwyty foczni, 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 narządach 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 w gruźlicy jest nadzwyczaj przewlekły.

O wrzodzenia kiłowe trzeciorzędne (*lues tertiaria*) na skórze bywają niekiedy bardzo podobne do wrzodów pierwotnych, jednak omyłki w rozpoznaniu łatwo uniknąć, zważywszy na wywiady, stan gruczołów, przebieg i t. p.

O wrzodzenie guzowate figówki na twarzy również można zawsze odróżnić od wrzodu pierwotnego, pamiętając, iż figówka pod wpływem 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.

O wrzodzenie 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 wejrzeniu są znaczne różnice, gdyż owrzodzenie szczepionej ospy jest okrążone czerwoną obwódką, posiada zwykle brzegi wysokie, spadziste, dno nierówne o ciastowatej spoistości i wydziela obficie ropną wydzielinę; owrzodzeniom tym niekiedy towarzyszą powikłania, jak stan gorączkowy, ropnica, róża, zajęcie naczyń i gruczołów chłonnych, podobnie jak we wrzodzie miękim.

O wrzodzenia 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 szyji. Wszystko to sprawia na pierwszy rzut oka wrażenie wrzodu pierwotnego, lecz umiejscowienie owrzodzeń odpowiednio do zębów zepsutych lub kamieni, również szybkie

gojenie się owrzodzenia i zmniejszenie się obrzmiałych gruczołów po usunięciu przyczyny sprawy czyni rozpoznanie zwykle łatwym.

Owrzodzenia na guzach krwawnicowych (*haemorrhoidales*) niekiedy są zbliżone do wrzodów pierwotnych odbytu. Lecz istnienie objawów krwawnic przed zjawieniem się owrzodzeń i podczas ich trwania, a również mięka spistość dna owrzodzenia i brak charakterystycznych dla syfilisu objawów obrzmienia gruczołów wyświeflają sprawę.

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

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

ROKOWANIE.

Wrzód pierwotny, choć jest pierwszym objawem bardzo ciężkiej choroby, sam przez się jednak, jak to już widzieliśmy, posiada zazwyczaj charakter dobroliwy. Umieszczenie wrzodu pierwotnego nie wpływa zupełnie na dalszy przebieg syfilisu. Wrzody pierwotne na głowie bynajmniej nie są początkiem groźniejszej choroby, niż wrzody na narządach płciowych lub kończynach, i wrzody te nie przebiegają bynajmniej gorzej. Tylko wrzody palców często są bardzo bolesne.

Nawet powikłanie wrzodu pierwotnego wyżerem nie sprawia zbyt wielkiego spustoszenia: mniej lub więcej głębokie i obszerne zniszczenie i zniekształcenie napletka, główki prącia, warg, zwężenie wyłotu kanału moczowego i t. p. Przytem jest to zwykle

tylko objaw miejscowy, nie wpływający na ogólny stan ustroju; bardzo rzadko występują przy wyzerze objawy ogólne, jak podniesienie ciepłoty, dreszcze, bredzenie, i przechodzą zwykle prędko; w wyjątkowych tylko razach dochodzi do śmiertelnego zejścia.

Jednak wrzód żrący syfilisu, świadcząc w wielu razach o małej odporności ustroju, przepowiada w następstwie ciężki bardzo przebieg choroby, gdyż często zjawiające się po nim objawy wczesne drugorzędne noszą charakter przedwczesnych trzeciorzędnych.

Podług Bassereau charakter wrzodu pierwotnego jest próbnym kamieniem ustroju. Dobrośliwość szankra przepowiada lekkie następne objawy, a złośliwość ciężkie. Stosunek ten szankrów do najpierw występujących drugorzędnych objawów nosi miano prawa Bassereau i często może być w praktyce stwierdzany. Jednak nie odnosi się do t. zw. cierpień parasyfilitycznych.

Wtórne obrzmienie gruczołów również należy do bardzo dobrośliwych spraw; przechodzą one samoistnie, niema bolesności ani ropienia. Nawet występująca po podrażnieniu gruczołów lekka bolesność zwykle szybko przechodzi. Zdarzające się rzadko zropienie gruczołów, pomijając zakażenie mieszane, jest wyrazem ogólnego złego stanu ustroju, posiada przebieg przewlekły i jest zwiastunem ciężkich następnych objawów syfilisu.

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

LECZENIE MIEJSCOWE.

Przedewszystkiem należy zapobiegać możności przeniesienia zarazy.

Ponieważ zarazki kiły mogą przedostać się do ustroju nie tylko przez stosunki płciowe, należy zachowywać zawsze i wszędzie wszelkie przepisy higieny co do czystości, które u narodów kulturalnych powinny być wessane 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 waseliną borną, a nawet zabezpieczyć je gumowymi palcami; również podczas oglądania gardła chorych i wogóle wszelkich w niem rękoczynach powinni unikać obryzgiań śliną wobec mogącego nastąpić odruchowego kaszlu.

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

Najczęstszym źródłem zakażenia syfilisem są stosunki płciowe, a to poza małżeństwem. Prostytucja, czy to kontrolowana, czy też tajna, bezwątpienia jest 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 oddaje się tajnej prostytucji, iż żadna policja nie jest w możności roztoczyć nad niemi swej opieki. Skutkiem tego terażniejszy system reglamentacyjny jest mało celowy.

Przedewszystkiem należy uświadamiać młodzież o skutkach chorób wenerycznych, a szczególnie syfilisu, zaprowadzić z czasem prawną, osobistą odpowiedzialność za świadome zarażenie.

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 narządy płciowe od niebezpieczeństwa przeniesienia zarazy. Najwięcej są narażeni na zarażenie mężczyźni, posiadający wąski 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 odkażeniem narządów płciowych słabym roztworem sublimatu. Spowodowane pęknięcia lub zafarcia 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 syfilisem, wcieranie 30% maści kalomelowej. Środek ten jednak okazał się nie zawsze skutecznym.

Gdy zarażenie syfilisem już nastąpiło, i zaczyna się tworzyć objaw pierwotny, najwłaściwiej wydawałoby się usunąć jak najprędzej zarazki z ustroju, zanim nastąpi ogólne zakażenie. W tym

celu należałoby wypalić lub wyciąć jak najprędzej i jak najszerzej objaw pierwotny syfilisu. Wypalanie, ponieważ należy do sposobów niepewnych, gdyż nigdy nie wiadomo, jak głęboko sięga, bywa rzadko 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 fałd zgąć, i obcina się ją nożyczkami, albo chwyta się wrzód i jego okolice pincetą z okienkiem, podobną do używanej w ocznych operacjach (Wolff, Michelson), 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 przez tego rodzaju poronne leczenie jakoby dobre rezultaty. Jednakowoż ilość dodatnich rezultatów jest bardzo nieznaczna wobec olbrzymiej ilości przypadków o wynikach ujemnych, w 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 blademi wskazują, iż rozchodzą się one daleko po ustroju do chwili wystąpienia pierwotnego objawu, co uniemożliwia zupełne usunięcie wszystkich zarazków wraz z wycięciem objawu pierwotnego syfilisu.

Wycinanie ma jeszcze tę niedogodną stronę, iż zostawia po sobie znak w postaci blizny. Stosujemy więc obecnie 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 wszystko to, co może podrażnić zapalne objawy; oprócz stosunków płciowych, które również ze względu na możliwość rozprzestrzenienia zarazy muszą być surowo wzbronione, powinno unikać się 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 wysięk.

W tym celu powinno się wrzód pierwotny oczyszczać obmywaniami za pomocą waty opatrunkowej. Do obmywań można używać wody zwyczajnej ciepłej przegotowanej, przekroplonej, lub słabego roztworu kwasu borowego, sublimatu lub wody utlenionej np.:

- Rp. Sol hydrarg. bichlor 1:2000—200,0
S. Do obmywania 2—3 razy dziennie.
- Rp. Hydrogenii peroxydati 3⁰/₁₀—200,0
S. do obmywania 2—3 razy dziennie.

Szczególniej często należy uskutecznić obmywanie w tych razach, gdy wrzód podlega wielokrotnemu w ciągu doby zanieczyszczeniu, np. kałem, moczem.

Po każdym obmyciu osuszamy wrzód suchą wyjałowioną watą i nakładamy na niego opatrunek. W pierwszej połowie rozwoju wrzodu do opatrunku używamy najczęściej maści, a w drugiej — proszku. Maść w pierwszym okresie rozwoju szankra twardego dlatego jest najodpowiedniejsza, iż chroni go od uszkodzenia, nie przystaje, nie przysycha i nie wywołuje krwawienia podczas zmiany 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.

Powyzszemi maściami posmarowany kawałeczek waty przykładamy na owrzodzenie. W niektórych okolicach ciała wata sama dobrze się trzyma, np. w razie umiejscowienia wrzodów pod namiętkiem wystarcza go tylko na opatrunek naciągnąć. W innych zaś miejscach trzeba watę umocować bandażem. Przytem należy pamiętać, żeby nie ścisnąć zbyt mocno; najlepiej je tylko delikatnie przewiązać i końce pojedynczego supełka przymocować do paska suspensorjum. Opatrunek u kobiet na zewnętrznej po-

wierzchni narządów 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 wacem opatrunkową, sypiemy na nią proszek i przykładamy wacem.

Proszek powinien być wysuszający i niedrażniący, np.:

Rp. Calomel.	3,0	lub
Ectogani	„	
Airol	„	
Jodoli	„	
Natri sozodolici	„	
Xeroformii	„	a nawet
Zinci oxydati	„	
Magisterii bismuthi	„	
S.	Do posypywania.	

W końcowym okresie gojenia można przyspieszyć bieg sprawy za pomocą smarowania powierzchni owrzodzenia lapiem 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, zalecamy 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 następcza leczenie szankrów wylotu cewki, gdyż opatrunki muszą być zmieniane po każdym moczeniu i przymocowywane bandażem lub kondomem. Oprócz częstych wanień ogólnych, naznaczamy kilkakrotne w ciągu dnia miejscowe maczania. Po zagojeniu rozszerzamy zwężony otwór świeczkami, a nawet w razie potrzeby rozcinamy go.

Szankry wewnętrzcewkowe leczymy świeczkami cewkowymi z niedrażniącymi środkami, jak ectogan, airol, i t. p. np.:

Rp. Ectogani 2,0
 Butyr cacao (lub gelatinae) q. s. ut. f.
 supposit. urethralia longit.
 2 cm., crassitud. 3 mm. Nr XV
 S. Czopek wkładać po każdym moczeniu.

Przytem stosujemy wewnątrz jak największe ilości niedrażniących napoi lub nawet lekko ściągających środków.

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

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

Nieco odmiennie postępujemy w razie powikłań 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. brzościennosc, charłactwo, starosc, moczówka.

Wobec silnego zapalnego podrażnienia powinno się choremu zalecić spokój, a nawet leżenie w łóżku w razie bardzo silnych objawów. Należy przytem stosować, oprócz niedrażniących opatrunków, okłady z 1–2% roztworu octanu alunu, kilkakrotne w ciągu dnia miejscowe wanny i przynajmniej raz dziennie — ogólną; ciepłota i długość trwania wanienn powinna być jak można największe. Do wody dodajemy niekiedy krochmalu lub otrąb.

Gdy zapalne podrażnienie spowoduje stulejkę, która znów zazwyczaj wywołuje zapalenie żołądka, należy stosować środki, oczyszczające wrzód pierwotny i zarazem działające ściągająco na żołądek. Używamy w tym celu słabych roztworów środków ściągających, np.

Rp. Sol. kali hypermang. 1:2000—200,0 lub
 „ argenti nitr. 1:250 „
 „ alumin. acéf. 1:100 „
 S. Do przemywań kilka razy dziennie.

Przemywania odbywamy za pomocą strzykawki z miękim końcem, który przyciskamy do otworu prawą ręką, nasuwając nań lewą zwężony otwór napletka i wymywamy kilkakrotnie worek

napletkowy. Można przemywać również za pomocą miękiego cewnika Nr 14 — 15, wprowadzonego nieco między główkę i napletek.

W razie bardzo silnych zapalnych objawów w stulejce, gdy grozi martwica, należy rozciąć napletek po środkowej grzbietnej linii wzdłuż zgłębnika rowkowanego i leczyć następnie obnażony wrzód pierwotny i zapalenie żołądki w powyżej przytoczony sposób.

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

W martwicy i wyżerze, oprócz usunięcia przyczyn i obowiązkowego spokoju, częstych, długich i b. ciepłych miejscowych i ogólnych wani, stosujemy jodoform. Unikając przeważnie tego środka w leczeniu zwykłych wrzodów pierwotnych ze względu na jego obrzydliwy zapach i często drażniące działanie, musimy zazwyczaj do niego uciekać się w 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 guttamestr.
 S. wpuszczać kilka kropel na wrzód 3—4
 razy dziennie po uprzednim dokładnym 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 roztworem nalewki jodowej.

Przytem w martwicy i wyżerze bardzo dobrze, i niekiedy nawet jedynie, działa ogólne przeciwsyfilityczne leczenie, to jest stosowanie neosalwarsanu, rtęci, a niekiedy nawet rtęci i jodu zarazem.

Obrzmienie gruczołów i naczyń chłonnych zwykle nie wy-

mała 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 długo trwałe wanny, ciepłe okłady pod ceratą, smarowanie jodyną lub niekiedy nawet muszkę. Zropienie gruczołu, występujące w rzadkich bardzo przypadkach, leczymy drogą operacyjną, stosując w razie powolnego bardzo przebiegu sprawy słone wanny, smarowanie jodyną i t. p. W wolowatych dymienicach, gdzie sprawa przechodzi nadzwyczaj powolnie i jest wynikiem ogólnego złego stanu ustroju, należy uciekać się do ogólnego pokrzepiającego leczenia, a więc do środków odżywczych, jak żelazo, arsenik, fosfor, przytem wanny słone, siarczane, kąpiele morskie, powietrze górskie i t. d.

VII. OKRES DRUGORZĘDNY.

OGÓLNA CHARAKTERYSTYKA.

W drugiej połowie okresu wylęgania krętki blade rozmnażają się najobficiej, a z końcem tego okresu rozmnażanie osiąga swego szczytu. Wtedy to krętki najliczniej wędrują z tkanek do krwi. Jej prąd unosi pasożyty do najbardziej nawet oddalonych miejsc ustroju, gdzie osiedlają się i znów rozmnażają. Zdaje się, iż krętek bladey jest przede wszystkim pasożytem tkanki i tylko krótko podczas drugiej części okresu wylęgania znajduje się we krwi. Prawdopodobnie wszelkie późniejsze objawy chorobne są już zależne od umiejscowienia się krętków podczas tego pierwszego rozsiewu ich po ustroju — od następczego rozmnażania się pasożytów w miejscu ich osiedlenia. W takim razie druga część okresu wylęgania rozstrzygałaby o losie chorego, zależnie od osiedlenia się krętków w ważnych narządach np. w ośrodkach mózgowo-rdzeniowych. Krętki blade podczas tego ogólnego rozsiewu dostają się wszędzie, jednak w wielu miejscach giną szybko, zależnie od odporności narządów. U jednych osobników osiedlają się przeważnie w skórze, i powstaje typ syfilisu skórniego, u innych w układzie nerwowym — typ syfilisu nerwowego i t. p. W chwili najwięcej wzmożonej działalności rozmnażających się krętków następuje wysypka, być może jako odczyn obronny zaatakowanej tkanki. Zależnie od sposobu i intensywności reagowania tkanki na zarazki chorobotwórcze występują różnorodne objawy wysypkowe. Wysypka zanika po pewnym przeciągu trwania, co jest wyrazem chwilowej utraty siły jadu, dzięki odpornej czynności tkanek, skutkiem czego wiele krętków ginie w swych miejscach osiedlenia, tem bardziej, jeśli tkankom dopomogło odpowiednie leczenie. W każdym razie z zanikiem wysypki nastąpiło zmniejszenie się ilości krętków w ustroju. Po przerwie wielomiesięcznej, często trzymiesięcznej, ocalałe krętki zaczynają budzić się do życia, rozmnażać w miejscach swego osiedlenia. Powstaje po okresie utajenia nowa wysypka. Posiada

ona znacznie mniej wykwitów, gdyż wiele ognisk krętkowych wyginęło, lecz wykwitów jej bywają znacznie większe, gdyż ocalałe na odpowiednim podłożu krętki rozszerzają odśrodkowo swą działalność. To znów krętki, znajdując gorsze warunki dla rozwoju w tych miejscach, gdzie tworzyły się wykwitów podczas pierwszej wysypki, grupują swoją działalność naokoło warstwy odpornej i tworzą wykwitów w kształcie pierścienia i t. p. Ponieważ po każdej wysypce zmniejsza się ilość gniazd krętków, przeto każda następna wysypka posiada zawsze mniejszą ilość wykwitów od poprzedniej. W końcu wszystkie ogniska krętków mogą zagać. Okresy syfilisu jawnego (*lues manifesta*) mogą następować wielokrotnie po okresie utajenia (*lues latens*), lub też ograniczyć się do jednej — dwóch wysypki. Przypuszczają, iż okresy te są zależne od przeobrażenia się krętków, od cyklu rozwoju ich (Kryształowicz i Siedlecki). Być może, iż krętki w okresie utajenia znajdują się w stanie spoczynkowym, odpowiadającym ziarnkom Mucha w gruźlicy.

Ogólne objawy kiły, t. j. początek okresu drugorzędnego, 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 dwoma miesiącami. Często zaś ten okres występuje później, bo po trzech, a nawet czterech miesiącach.

Okres drugorzędny trwa zwykle niezbyt długo: 2—3 lata, choć może przedłużyć się do kilkunastu, a nawet kilkudziesięciu lat. Niekiedy objawy jego, szczególnie po dłuższym trwaniu, występują współrzędnie z objawami trzeciorzędnymi. Drugorzędny okres odznacza się obfitością i różnorodnością objawów, które 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 wejrzeniem lecz umiejscowieniem, przebiegiem i ciężkością sprawy, a również odczynem różnym na pewne lecznicze środki swoiste.

Przebieg okresu drugorzędnego 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 ustrój, lub ograniczając się tylko do jednego narządu.

W znacznej części przypadków, a to liczniej u mężczyzn, niż u kobiet, syfilis widocznie nie oddziałuje prawie zupełnie na ogólny stan ustroju. Chorzy czują się pełnymi sił, energii, wyglądają dobrze i mogą zupełnie prawidłowo pracować. Bywa to naj-

częściej u osób z bardzo nieznacznymi objawami syfilisu, choć może zdarzać się u dotkniętych ciężkimi objawami, lecz tylko skórnymi. Ten ostatni rodzaj przebiegu syfilisu możnaby nazwać *skórnym, zewnętrznym*.

W innych razach, gdy choroba działa na narządy wewnętrzne, a przede wszystkim na układ nerwowy, krwionośny i trawienia, wszystkie czynności ustroju słabną i ustrój niszczeje.

Fournier odróżnia cztery typy przebiegu tego t. zw. *wewnętrznego* syfilisu:

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

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

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

Typ dystroficzny zasadza się na zaburzeniach w odżywianiu. Chorzy zaczynają chudnąć, tracą na wadze, słabną, dostają cery ziemistej 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 syfilisu, osłabiając znacznie ustrój ludzki, czyni go mniej odpornym, a za to więcej podatnym na najrozmaitsze inne choroby zaraźliwe, a przede wszystkim ogólne. Przeważnie gruźlica najłatwiej zjawia się w ustrojach, podkopanych syfilisem, i najsilniej i najszybciej w nich się rozwija. Można tu zaliczyć i wiele innych cierpień, jak np. nerwica, łysina, łuszczyca jamy ustnej.

Objawy syfilisu drugorzędnego najczęściej spotykamy na skórze i błonach śluzowych.

WYSYPKI SKÓRNE.

Ogólna charakterystyka.

Wysypki, czyli osutki skórne, zjawiają się podczas całego drugorzędnego okresu. Można przyjąć prawie za pewnik, iż niema drugorzędnego okresu bez wysypek skórnych i że w tych nielicznych względnie przypadkach, w których dopiero trzeciorzędne wysypki obserwowano, drugorzędne były niezauważone. Istotnie, niektóre wysypki są bardzo nikłe: — kilku lub kilkunastu plam, ledwie widocznych w bardzo dobrym oświetleniu, można z łatwością w zwykłym świetle dziennym nie zauważyć.

Osutki skórne syfilisu 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 barwy mięsa lub chudej szynki na przekroju, rzadziej zaś jako czerwono-żółte, przypominające barwę odpolerowanej miedzi. Przy ucisku diaskopem (szkłem) pozostaje w miejscu wysypki plama mniej lub więcej żółta.

Umiejscawiać mogą się wysypki wszędzie, jednak w pewnych okolicach ciała zjawiają się z upodobaniem, podczas gdy innych wyraźnie unikają. Pierwsze wysypki widzimy najwcześniej i najobficiej występujące na bocznych powierzchniach piersi i brzucha, a potem dopiero na powierzchni zginaczy ramienia i przedramienia, biodra i goleni. Później wysypki tego okresu zjawiają się częściej na dłoniach, podszwach, czole i tyłogłowie, na granicy owłosionej powierzchni głowy, na pośladkach, na bocznych i tylnych powierzchniach goleni i wogóle w miejscach, w których przylegają do siebie fałdy skóry. Rzadko zaś bardzo osutki zdarzają się na grzbietnej powierzchni dłoni i stopy. Umiejscawianie się powyższe części można wytłumaczyć przekrwieniem, jakiemu ulegają stale pewne okolice ciała. O wpływie przekrwienia na

powstawanie wysypek możemy przekonać się i drogą doświadczeń, drażniąc stale przez dłuższy przeciąg czasu pewne miejsce. Żyłakowate rozszerzenia naczyń na goleniach i rozszerzenia żył na sromie niewieścim podczas ciąży wywołują i podtrzymują osutki. Często widoczny jest również wpływ nerwów na umiejscowienie się osutek, które może być umiarowe na obu połowach ciała, lub, co ważniejsze, wzdłuż nerwów. Jednak w sprawie umiejscowienia osutek natrafimy na sporo ciemnych kwestyj. Jak np. objaśnić sobie, że różyczka unika twarzy, że grudki, umiejscawiając się czasami na dłoniach i podeszwach, omijają starannie ich grzbietne powierzchnie.

Wejrzenie wysypek t. j. ich ilość, wielkość, kształt i ugrupowanie, a także zabarwienie bywają różne i zależą od najrozmaitszych przyczyn. Przedewszystkiem na charakter osutek wpływa stan ogólny ustroju (konstytucja), jakoteż istniejące lub przebyte schorzenia całego ustroju albo pojedynczych jego narządów. Miejscowe przyczyny, szczególnie drażnienia, zakażenia skóry i błon śluzowych, jakoteż zmiany istniejące w powłokach wpływają często na postać wysypki.

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

Czas występowania wysypek oddziałują również silnie na umiejscowienie ich i postać. Podczas gdy wczesne drugorzędne wysypki bywają zwykle rozsiane, więcej powierzchowne i dobrotliwe, mają skłonność do samodzielnego zaniku, nie zostawiając po sobie zmian w tkankach w postaci blizn, — późne bywają bardziej zbliżone do trzeciorzędnych: zajmują głębsze warstwy skóry, trwają znacznie dłużej — miesiące, a nawet lata. Przytem występują one w grupach usystematyzowanych i to często na pojedynczych tylko okolicach ciała.

Ugrupowanie później występujących 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 późniejszych, drugorzędnych.

Wykwity wysypek drugorzędnych zjawiają się pierwotnie pod postaciami plam lub grudek. Należy dodać, że i tutaj znajdują się postacie przejściowe, skutkiem czego klasyfikacja powyższa, jak zwykle, jest tylko szematyczna.

W zależności od rodzaju wykwitów, wchodzących w skład wysypek, może być ona plamista lub grudkowata. Często bardzo

wysypki drugorzędne bywają wielopostaciowe, to jest składają się z najrozmaitszego rodzaju wykwitów.

Objawy zwiastunowe wysypki drugorzędnej, i to wyłącznie prawie pierwszej, zjawiają się albo współcześnie z ukazaniem się wysypki, albo ją nieco wyprzedzają. Przeważnie występuje uczucie zmęczenia i osłabienia, szczególnie kończyn, apatia, brak apetytu, bezsenność, zawrót głowy, bladość, chudość. Zarazem mogą zjawić się bóle w kończynach, plecach, mostku, stawach i mięśniach, nerwobóle międzybrowe 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. Czasami zdarzają się objawy gorączki i krótkotrwałe dreszcze. Gorączka bywa przeważnie wieczorami lub nocą i, jak i inne objawy ogólne, zazwyczaj nie osiąga silnego stopnia i nie posiada pewnego typu. Osutki syfilityczne, zjawiając się nawet wspólnie z gorączką, następnie rozwijają się już bez niej.

Osutkę syfilityczną, szczególnie najwcześniejszą, mogą poprzedzać 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 poziom skóry, nie łuszczących się na powierzchni i nie zmieniających naskórka.

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

Zabarwienie plam bywa różne w zależności przede wszystkim od czasu trwania i intensywności wysypki. Plamy bardzo świeże posiadają barwę delikatno różową, z kąd pochodzi często używana nazwa „różyczka“ (*roseola*); bywa ona niekiedy tak słaba, iż plamy mogą być łatwo niezauważone; występują jednak wyraźniej u chorych, obnażonych w ciągu kilku minut na chłodzie. Plamy świeże bledną i nikną prawie zupełnie pod wpływem ucisku. W trakcie pełnego rozwoju swego plamy stają się ciemniejsze,

więcej nasycone czerwonawo, i przypominają zabarwieniem zwykłą odrową wysypkę; po naciśnięciu palcem nie zupełnie znikają i coraz mniej bledną. W okresie przemiany wstecznej plamy przybierają odcień żółtawy, a następnie szaro-brązowy i nie zmieniają zabarwienia pod wpływem ucisku.

Wysypka plamista nie powoduje żadnych podmiotowych objawów, jak np. swędzenia i palenia. Bywa ona najczęściej najwcześniejszą wysypką kiłową. W wielu razach wysypka plamista zjawia się skrycie, niepostrzeżenie dla samego chorego, bez żadnego odczynu ze strony ustroju. Niekiedy jednak poprzedzają ją lub występują z nią współcześnie kilka dni trwające objawy ogólne, o których obszerniej mówiliśmy poprzednio.

Rozwój wysypki bywa zawsze stopniowy i powolny: na początku pokazuje się tylko kilka plam, najczęściej na bocznych 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-brązowawa, obok niej występują wtedy często innego rodzaju wykwity, jak grudki, a nawet krosty; plamistą jednak osutką pozostaje ze względu na przeważającą ilość plam. 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. Swoistemu leczeniu poddaje się bardzo łatwo.

Umiejscowienie plam we wczesnej wysypce bywa zwykle rozsiane nieprawidłowo; symetryczną ją można nazwać chyba dlatego, iż dotyka zawsze prawie jednakowo obu połów 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.

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

Odmiany.

Osutka plamista, w zależności od pewnych cech swych składowych elementów, może przybierać nieco odmienne postaci, 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 drobnej monety.

3. Różyczka blada odróżnia się od innych plamami bladolorzowymi 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.

Nawroty.

Wysypka plamista w ciągu drugorzędnego okresu może powtarzać się 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. Obserwowałem w ciągu pierwszych kilku lat przebiegu choroby po kilkanaście nawrotów plamistych, początkowo co 2 — 3 miesiące, a później w coraz to dłuższych odstępach czasu.

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 w wysypce pierwotnej, dochodzą do wielkości średniej, a nawet dużej monety srebrnej. 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. 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 cm. 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 trzeciorzędne. Jednak i te późne wysypki nie różnią się zasadniczo od wcześniejszych, a przytem należą one do dobroflwych; nie można więc ich przyjmować za trzeciorzędne, które są wogóle objawami ciężkimi kiły i pozostawiają po sobie zwykle znaczniejsze ślady.

Do rzadszej postaci nawrotów 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 krótki oś owalu 2 — 3 ctm., przytem wykwyty bywają często poprzerywane pasemkami normalnie wyglądającej skóry. Postać ta, pozostawiona samoistnemu biegowi, trwa zwykle bardzo długo.

Rozpoznanie.

Bywa ono zwykle dość łatwe, jeśli przyjąć pod uwagę nie tylko postać samej wysypki plamistej, lecz i wszystkie towarzyszące jej okoliczności. Przedewszystkiem w syfilisie znajdujemy wrzód pierwotny lub bliznę po jego zagojeniu, a także odpowiednie obrzmienie gruczołów chłonnych; oprócz tego, szczególnie wespół z wysypkami, dłużej trwającymi, mogą znajdować się i różne inne objawy drugorzędowego syfilisu, jak np. łepieże 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 syfilisu. Jednak na samym wyglądzie wysypki opierać się nie można dlatego, iż zmienia się ona bardzo po dłuższem trwaniu i często jest bardzo zbliżona do wysypek plamistych innego pochodzenia.

Wysypka odrowa bywa niekiedy bardzo podobna do wysypki

plamistej syfilisu. Jednak w odrze jest ona więcej ogólna, gdyż obejmuje twarz i grzbietne powierzchnie dłoni i stóp. Ogólne objawy są zwykle znacznie silniej wyrażone, niż w syfilisie. 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 w odrze są słabe (odra przelotna); wtedy o rozpoznaniu różniczkowym decydują objawy, towarzyszące wysypce (obrzemiecie gruczołów, wrzód pierwotny lub blizna po nim — w syfilisie).

Różyczka lekowa bywa również niekiedy bardzo zbliżona do syfilitycznej. Najczęściej takie osutki występują po przyjmowaniu wewnątrz balsamu kopaiwianego i antypiryny, niekiedy również kubebry i olejku sandałowcowego. Różyczki po przyjęciu olejków balsamicznych przeważnie posiadają postać rumienia rozlanego lub osutki płoniczej, niekiedy jednak przedstawiają bardzo wiele podobieństwa do różyczki syfilitycznej. Dla różniczkowego rozpoznania tych wysypek służą przede wszystkim wywiady; następnie tego rodzaju różyczki lekowe prędzej przechodzą, swędzą i posiadają żywsze czerwone zabarwienie, niż syfilityczne; 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 rozwija się, może umiejscawiać się w tych okolicach ciała, w których nie zdarza się różyczka syfilityczna, posiada zabarwienie żywo-czerwone i bywa często wielopostaciowa t. j. wespół z różyczką widać rumień płonicowaty, szczególnie na powierzchniach wyprostnych, pokrzywkę, pęcherze, miejscowe obrzęki i t. p.; a prócz tego zjawia się ta wysypka niekiedy w towarzystwie objawów ogólnego zatrucia antypiryną, jak mdłości, zawrót głowy, dreszcze, poty i t. p.

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

Plamy niebieskawe (maculae caeruleae) przy wszawicy miejsc, porosłych włosami, szczególnie wzgórków 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 syfilitycznej. Łupież ten jednak rozpoznaje się łatwo, gdyż wysypki jego w kształcie plam delikatnie się łuszczą i po podrapaniu paznokciem oddzielają strużki naskórka, w których pod mikroskopem można łatwo wykryć grzybek łupieżowy.

Liszaj wytysiający plamisty (trichophytiasis maculosa) łatwo odróżnić od różyczki syfilitycznej 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 łuszczyć się już po paru dniach trwania w postaci drobniufkich, białawych albo szarawo-białych łuseczek; przyczem na obwodzie spostrzegają się typowe cieniutkie płateczkowate łuseczki.

Wysypka grudkowata.

(Exanthema papulosum).

Ogólna charakterystyka.

Osutki grudkowate podczas całego okresu drugorzędnego należą do bardzo często spotykanych i najbardziej znamienych i urozmaiconych postaci. Często rozpoczynają one okres drugorzędny i spotykają się wielokrotnie podczas jego przebiegu.

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 mięszu i często stoją w związku z umiejscowieniem wykwitów i z czasem występowania w ciągu drugorzędnego 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-krostkowa i pęcherzykowa (*ex. papulo-pustulosum et vesiculosum*).
- IV. Wysypka grudkowato-guzkowata i guziczkowata (*ex. papulo-tuberculosum*).

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

1. wysypka grudkowato-soczewkowata (*ex. papulosum lentilulare*).
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 powierzchnię 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 skończy się, 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 syfilisu.

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-łusko-

watą lub też grudkowato-wrzodziejącą; jest też najważniejszym i najbardziej charakterystycznym rodzajem grudkowatych osutek.

Wysypka grudkowato-soczewkowata (*ex. papulosum lenticulare*) bywa najczęstszą odmianą wysypki grudkowatej. Zjawia się przeważnie w ciągu pierwszych miesięcy okresu drugorzędnego, 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, porzrzucanych po całym prawie ciele, to znów nadzwyczaj gęste, usiewające prawie całą przestrzeń skóry.

Wielkość grudek, wchodzących w skład tej wysypki, bywa rozmiaru dużych soczewic, m. w. 3—5 mm. w średnicy; wystają one nad poziom skóry na $1\frac{1}{2}$ — 1 mm. Grudki są płaskie, okrągławe, często prawidłowo okrągłe, jakby 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-czerwonym, przypominającym zabarwienie chudej szynki, niekiedy zaś żółto-czerwonym, jakby miedzianem; przytem grudki otrzymują czasem połysk woskowaty, 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.

Spoistość grudek dość twarda, przypomina nieco spoistość objawu pierwotnego syfilisu.

Wczesna wysypka grudkowato-soczewkowata bywa rozsiana po całym ciele nieprawidłowo. Posiada ona szczególnie ulubione umiejscowienie na plecach, na bocznej części brzucha, na czole i naokoło ust, a unika grzbietnej powierzchni stóp i dłoni. Wysypka, osiągnąwszy swój zupełny rozwój, istnieje zazwyczaj bez widocznych zmian w ciągu kilku tygodni, a nawet, pozostawiona swemu własnemu biegowi, może potrwać kilka miesięcy i następnie przechodzi w okres zaniku: grudki stają się więcej płaskie,

niskie i wsysają się zupełnie, pokrywając się delikatnym, łuszczącym naskórkiem.

Wysypka wielko-grudkowata (*ex. magno-papulosum*) rzadziej występuje, niż wysypka grudkowato-soczewkowata. Różni się ona od poprzedniej głównie wielkością wykwitów. Grudki dochodzą do rozmiarów małych, a nawet średnich monet srebrnych. 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 — przeważnie intensywne, powierzchnia zwykle gładka, równa, błyszcząca, jakby polakierowana. Wsysają się duże grudki bardzo powoli.

Wysypka drobno-grudkowata (*ex. micro-papulosum, lichen syphiliticus*) różni się od wysypki grudkowato-soczewkowatej mniejszą objętością grudek, a przytem większą zwykle wypukłością.

Rozmiary wykwitów nie przenoszą często rozmiarów łebka 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.

Niekiedy bywa ona tak drobna, iż przedstawia się w kształcie jakby punkcików — osutka grudkowata punkcikowata (*punctiforme*). Te maleńkie grudki przypominają sobą wzniesienia gęsiej skóry i zazwyczaj na wierzchołku posiadają białą lub szarawą łuseczkę, albo maleńki rdzawy strupeczek, przez który włos przechodzi. Gęstość tej osutki bywa nadzwyczajna; niekiedy skóra jest nią formalnie usiana. Najwięcej grudek widzujemy zwykle na plecach, następnie na bocznych powierzchniach tułowia, na pasie, pośladkach i kończynach, a nigdy prawie na grzbietnych powierzchniach dłoni i stóp, szczególnie zaś na twarzy. Osutka drobno-grudkowata posiada skłonność do grupowania się w tarczki, jest nadzwyczaj uporczywa, spotyka się przeważnie u ludzi, posiadających ustrój wyniszczony długotrwałymi chorobami.

Wysypka grudkowato-blaszkowata (*ex. papulosum confluens*) występuje 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 poprzecznicę 5—15 ctm., mogą jednak czasami dochodzić do rozmiarów olbrzymich, np. mogą pokrywać całą okolicę łonowo-udową (u kobiet), powierzchnię między pośladkami, jamę podkolanową i pod pachową.

Wysypka grudkowato-łuskowata.

(*ex. papulo-squamosum*)

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 płateczki i łuszczy się. Sprawa ta może odbywać się na całej powierzchni grudki, albo tylko na obwodzie jej.

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

W drugim przypadku szarawo-białe łuseczki na obwodzie okalają w kształcie kołnierzyka (Biett) 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 łusieczkami. Łuskwina zwykle jest dość łamliwa, odpada łatwo i zamienia się nową. Czasami łuszczenie na powierzchni grudek, szczególnie blaszkowatych, bywa tak obfite, iż tworzy się warstwa łusek grubości $\frac{1}{2}$ —2 mm., stanowiących na grudce jakby „pancerz gipsowy”. Tego rodzaju osutki bywają bardzo podobne do łuszczycy i noszą miano osutek grudkowato-łuszczycowatych (*ex. papulosum psoriasiforme*).

Niekiedy znów na blaszkach łuseczki trzymają się dość luźno,

łatwo odpadają, skutkiem czego nie wytwarzają takich grubych nawarstwień, jak w łuszczycy; są płatkowate, dość szerokie, lecz cienkie, jak łuseczki z cebuli. Ta ostatnia postać należy do nadzwyczaj uporczywych.

Wysypka grudkowato-łuskowata na dłoniach i stopach (*psoriasis palmaris et plantaris*), skutkiem nadzwyczaj grubej warstwy rogowej w tych miejscach, przyjmuje specjalne wejrzenie.

Należy ona przeważnie do ponownych. Umieszczenie tej wysypki dość często bywa umiarowe na obu dłoniach lub podszwach.

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

Najczęściej widzimy zwyczajne grudki soczewkowate. Sprawa rozpoczyna się od maleńkich 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 czerwonawe, gdy odpadnie, i w tym ostatnim razie zazwyczaj otoczone wiankiem pozostałych łuszek. Najczęściej spotykają się pośrodku dłoni. Również na podszwach grudki te umiejscawiają się najczęściej pośrodku podszwy, a rzadziej na pięcie. Przytem wykwyty na podszwach pozostają przez czas dłuższy w postaci plam pod naskórkiem. Plamy te są bledsze, niż na dłoni, zabarwienia szaro-różowego lub zlekka 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 podszwie, a również na dłoni mogą tworzyć się pęknięcia głębokie i odczyn zapalny naokoło nich. Niekiedy grudki na dłoniach i podszwach odznaczają się nadzwyczajną twardością. Macając otrzymujemy wrażenie jakby odcisku, znajdującego się głęboko w skórze. Twardość zależy od silnego naciek w głębi tkanki i od znacznej grubości przykrywającego naskórka (grudki rogowe).

Wysypka grudkowato-łuskowata na dłoniach i podszwach bywa zawsze niebolesna i nieswędząca. Należy ona do bardzo uporczywych. Pozostawiona samoistnemu biegowi, może trwać miesiące, a nawet lata, przyczem, jak zwykle, postaci powierzchowniejsze i wcześniejsze przechodzą łatwiej i szybciej, niż głębsze i późniejsze.

Współcześnie z wysypką grudkowatą na dłoni lub niezależnie od niej zdarzają się odpowiednie wykwyty na zgłębieniach stawo-

wych palców. Są to grudki eliptyczne, wyciągnięte w poprzecznym kierunku palców; w tej poprzecznicy posiadają około 1 ctm., gdy w przeciwnej parę milimetrów. Grudki te mogą być bardzo nieznacznych rozmiarów i występować w postaci paseczka długości paru milimetrów, a szerokości jednego. Zabarwienie większych grudek bywa najczęściej blado-różowe; łuszczą się one tylko w miejscach, odpowiadających fałdom, gdzie wyglądają jak 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 zjawiać się grudki. Umiejscawiają się one albo pośrodku brzuśca, albo po jego bokach lub nawet naokoło brzojdy 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 zwykle nadzwyczaj twarde, niekiedy łuszczące się, zabarwienia szarawo-różowego, przypominają wyglądem małą płaską brodawkę lub odcisk.

Wysypka grudkowato-pęcherzykowa i krostkowa.

Na powierzchni grudki skutkiem obfitego wysięku może utworzyć się mała pęcherzyk, krosteczka lub nawet krostka, która przeważnie trwa krótko i wysycha w strupek. Bywają one zwykle cienkie, pokrywają częściowo lub nawet całkowicie grudkę, lecz nie drażą w nią i przypominają także twory w opryszczkach lub w liszajcu zaraźliwym. Po odpadnięciu strupka, powierzchnia grudki bywa albo sucha, łuszcząca się lub też nieznacznie nadżarta i w takim razie znów przykrywa się małym strupkiem.

Gdy naskórek jest pulchny, to wysięk nie tworzy pęcherzyka, lecz przenika na powierzchnię grudki i zasycha następnie w strupek.

Zależnie od jakości, ilości, umiejscowienia wysięku i wielkości grudki, tworzą się wykwity, zbliżone pod wieloma względami do różnych schorzeń skóry niekilowych. Skutkiem tego spotykamy postaci, które możemy określić jako: opryszczkowata (*herpetiformis*), pęcherzykowata (*vesiculosa*), ospicowata i ospowata (*varicelliformis*

et varioliformis), trądzikowata (*acneiformis*), liszajcowata (*impetiginosa*).

Niekiedy w tych postaciach spotykamy w powierzchni skóry owrzodzenie, przykryte grubym strupem, które nosi nazwę — niesztowic (*ecthyma superficiale*).

Owrzodzenie po odjęciu strupa 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).

Owrzodzenia powyższe są dość uporczywe, mogą pozostać 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 powierzchowna blizna.

Ilość powyżej opisanych wykwitów bywa zwykle nieobfita; są one zazwyczaj niezbyt rozsiane i mają często skłonność, podobnie jak wysypki trzecziorzędne, 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 szyji i na owłosionej powierzchni głowy.

Przeważnie powyższe owrzodzenia nie zjawiają się samoistnie, lecz współistnieją z najrozmaitszemi wysypkami grudkowatemi, a nawet mogą występować obok plam.

Na uwagę zasługują dwie zazwyczaj rzadko spotykające się odmiany niesztowic.

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 odżywianiem ustroju, wyczerpanych ciężkimi chorobami, a niekiedy u cierpiących na naczyniakowate rozszerzenia żył, odbywających uciążliwe marsze i t. p.

Malinowatość (framboesia) syfilityczna 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, narządach płciowych, a nawet na całym ciele.

Owrzodzenia powierzchowne należą do postaci drugorzędnych złośliwych, przejściowych do trzeciorzędnych.

Wysypka grudkowato-guzkowata i guziczkowata.

Grudki niekiedy bywają nadmiernie rozwinięte. Odznaczają się one nadzwyczajną wypukłością i skłonnością do tworzenia nadżarcia. Są to właściwie postaci przejściowe do okresu trzeciorzędnego; niekiedy jednak guzkowate osutki zdarzają się nawet we wcześniejszej fazie drugorzędного okresu. Te grudko-guzki 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 ciemnoczerwonego zabarwienia trzeciorzędnych guzków. 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 wykwity bywają zastępowane nowymi. Niekiedy wykwity tej wysypki bywają bardzo małe, wielkości główki szpilki, a nawet ziarenka prosa.

Rzadko bardzo spotyka się postać krwotoczna tej grudkowato-guzkowatej osutki. Wykwity wtedy przedstawiają się częściowo lub całkowicie krwotoczne: zabarwienie krwiste, purpurowe nie ginie pod uciskiem palca, świadcząc o wynaczynieniu się krwi.

Wysypki grudkowe nawrotowe.

Już osutki grudkowe ponowne wczesne różnią się zwykle od pierwotnych mniejszą ilością wykwitów, większymi ich rozmiarami i skłonnością do grupowania się w koła i półkoła. Jeszcze większym zmianom podlegają osutki grudkowe późniejsze. Przeważnie wysypki te bywają umiejscowione w jednej tylko okolicy ciała, najczęściej na łopatkach, tyłogłowie i czole. Grudki mogą ułożyć się obok siebie w postaci bukietu, koła, (Rys. 4) półkoła, odcinka koła, w postaci planetarnej t. j. jedną większą grudkę otaczają kołem mniejsze.



Rys. 4.

Postać grudek również bardzo często zmienia się. 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 zabarwiona 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, szyji i plecach.

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

Oprócz powyżej opisanych typowych postaci skórnych drugorzędного okresu, spotykamy niezmiernie rzadko osutki, które wyglądem i umiejscowieniem przypominają zupełnie rumień wielokształtny wysiękowy (*erythema exsudativum multiforme*) i rumień guzowaty (*erythema nodosum*). Występują te postaci przeważnie u kobiet i w połączeniu z objawami ogólnymi jak np. gorączką, osłabieniem, różnią się od rumienia wielokształtnego wysiękowego i rumienia guzowatego uporczywością. Niekiedy w kile występują obie powyższe postaci współcześnie, lecz w różnych miejscach — czego w *erythema exsudativum* i *erythema nodosum* nie obserwowano.

Rozpoznanie.

Wygląd wysypek grudkowatych przeważnie bywa tak znamienny, iż rozpoznanie w większości przypadków nie przedstawia trudności. Osutki najczęściej są obfite, rozsiane (w początkowym okresie), lub nieliczne, ugrupowane na pewnych okolicach ciała (w późniejszym okresie), 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 pierwszorzędnym i współistnienie różnych drugorzędnych 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 syfilitycznych: postać jej kropkowa (*punctata*) — do osutki grudkowato-łuskowej, a blaszki łuszczycy do blaszek grudkowatych syfilisu. Łuszczycyca może występować pod postacią małych grudek, częściej jednak zdarzają się wykwitki duże i blaszki, a nawet zwykle obok mniejszych grudek spotykają się i większe. Grudki te posiadają różowe zabarwienie i silnie łuszczą się. Łusseczki są szerokie, grubo nawarstwione, pokrywają często całą grudkę, tworząc jakby jej gruby pancerz. Po pociągnięciu paznokciem wzdłuż powierzchni grudki tworzy się na niej biały paseczek, a po poskrobaniu — biała plama, jakby kropla stearyny. Po oderwaniu łusek z grudki na jej powierzchni widać małe purpurowe kropeczki — wierzchołki nadżartych brodaweczek, a następnie zjawiają się małe kropelki krwi. Spoistość grudek niezbyt twarda, nieco ciastowata, umiejscowienie charakterystyczne na łokciach i kolanach, a następnie na owłosionej powierzchni głowy i krzyżu. Osutka łuszczycy — nadzwyczaj długotrwała, nie podlega wybitnemu działaniu swoistego przeciwsyfilitycznego leczenia. Niekiedy w 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.

W wyprysku mogą być obecne blaszki i na 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 mięka; nigdy one nie mają postaci prawidłowej koła, jego odcinków, półkola; swoiste przeciwsyfilityczne leczenie na nie nie oddziaływa.

Wysypka antypirynowa na dłoniach może niekiedy zupełnie naśladować syfilityczną. Należy w rozpoznawaniu poczynić odpowiednie wywiady i poszukać, czy obok lub w dalszych okolicach ciała nie istnieją współcześnie także inne postaci 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 syfilitycznej drobno-grudkowatej, 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 syfilitycznych tem, iż są początkowo różowe, posiadają brzegi nieprawidłowe, często wielokątne, swędzą, mają skłonność do grupowania się i, skutkiem wzajemnego ucisku grudek na siebie, mogą przybierać zwykle postać grządkki, poprzecinanej brózdami w dwóch, pionowo do siebie idących kierunkach. Grudki wsysają się stopniowo, t. j. współcześnie, obok różowych świeżych grudek, można znaleźć plamy po już wessanych wykwitach.

Liszaj żółtawy (lichen scrophulosorum) bywa często nadzwyczaj zbliżony do osutki grudkowatej drobno-ziarnistej syfilisu, 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 (acne jodata) po użyciu jodu różni się od syfilitycznego bolesnością i żywszem zabarwieniem, a *trądzik zwykły (acne vulgaris)* posiada mniej prawidłową postać, jest cierpieniem przewlekłym, zjawiającem się w młodości, trwa bez przerwy lata całe, umiejscawia się przedewszystkiem na czole, plecach, gór-

nych powierzchniach klatki piersiowej i składa się z wykwitów, znajdujących się na najrozmaitszych stopniach rozwoju.

Liszajec zwyczajny (impetigo vulgaris) różni się od syfilitycznego zabarwieniem złocisto- lub jasno-żółtem, miękkością strupków, mniejszym nacieczeniem brzegów i brakiem skłonności do tworzenia różnych geometrycznych figur.

ZMIANY BARWIKOWE W SKÓRZE. BIELACTWO I CZERNIACZKA SKÓRY.

(*Syphilis pigmentosa, Leucomelanoderma*)

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

Leucomelanoderma 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 szyji, rzadziej nad pachą i w pachwinach, a jeszcze rzadziej w innych okolicach ciała; przeważnie tworzy się samodzielnie, rzadziej zaś w następstwie, po osutkach syfilitycznych, 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 odrodkowo i tracą coraz więcej zabarwienie. Brzeg skóry, otaczającej bladą plamkę, bywa zwykle mocniej zabarwiony, skutkiem tego otrzymuje się silniejszy kontrast. Plamki dochodzą wielkości soczewicy, małej monety srebrnej, występują w liczbie mnogiej i mogą zlewać się, tworząc półkole. Skutkiem tego powstaje charakterystyczna bardzo ciemna sieć z białymi oczkami, niekiedy rodzaj naszyjnika, półkole, girlandy. Zmiany barwikowe skóry ustępują zwykle bardzo powoli, t. j. miejsca bledsze stają się stopniowo coraz ciemniejsze, póki nie osiągną normalnego zabarwienia i odwrotnie, ciemniejsze miejsca, okrążające plamy, nieco bledną.

Często otrzymuje się takie wrażenie, jakby barwik przesuwiał się z jednego miejsca na drugie. Niekiedy zaś widocznie ilość jego powiększa się na pewien przeciąg czasu. Zanim leucomela-

noderma przebiegnie wszystkie powyższe fazy, upływa 6 — 12 miesięcy, a niekiedy nawet 2 — 4 lata. Ogólne swoiste leczenie zazwyczaj nie skraca tego czasu.

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

Syfilityczne zmiany barwikowe 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 w syfilisie, o kształtach nieprawidłowych, niesymetrycznie występujące w najrozmaitszych miejscach ciała i dosięgające znacznych rozmiarów; pośrodku placków, pozbawionych barwika, pozostają miejsca normalnie lub silniej zabarwionej skóry, i włosy na całej zajętej przestrzeni zwykle tracą swą barwę, stają się siwe.

Bliźniczki białe, powstałe po przeczosach we w s z a w i c y, umiejscowiają się również na szyji, a oprócz tego w okolicy łędźwiowej i często sprawiają wrażenie białych plam, lecz plamy te są podługowate, promieniste, nieco wgłębione, jak zwykle w bliźnich.

Syfilityczne zmiany barwikowe skóry posiadają nadzwyczaj ważne rozpoznawcze znaczenie. Jest to objaw bardzo charakterystyczny i rzucający się w oczy. Szczególniej ułatwia on w wielu razach rozpoznanie syfilisu u kobiet, które poza tem mogą nie posiadać żadnej innej oznaki tej choroby.

Sama przez się leucomelanoderma jest objawem bardzo do brotliwym i spotyka się przeważnie w łagodnie przebiegającym syfilisie.

Bielactwo zanikowe skóry.

(Leucatrophia cutanea)

W wyjątkowych razach po osutkach grudkowato-nadżerkowatej, a nawet po grudkowato-łuskowatej 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. Dotykając palcem wyczuwamy w tych miejscach wgłębienie, skutkiem zaniku skóry właściwej.

Ł Y S I E N I E.

*(Alopecia).***Opis.**

Syfilis, przeważnie nieleczony lub leczony niedostatecznie, może wywołać schorzenie włosów. Jest to objaw dość częsty, lecz niestały, przytem zazwyczaj występuje w umiarkowanym stopniu i czasowo. Łysienie zjawia się wczesnie, bo razem z pierwszemi osutkami drugorzędniemi, rzadziej w ostatnich miesiącach pierwszego roku, a szczególnie rzadko w 2 roku choroby. Najczęściej łysienie spotyka się w niedomóżnej postaci syfilisu wobec rozstroju całego organizmu, może jednak występować w każdej postaci, nawet w bardzo lekkich. Odwrotnie zaś, włosy mogą pozostać zdrowe u małokrwistych, słabych, nawet suchotników i w bardzo ciężkich postaciach syfilisu. Podlegają temu objawowi osobniki, niezależnie od płci i wieku.

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

W miejscach, zajętych wysypkami syfilitycznymi, cebulki włosowe podlegają zmianom, skutkiem tego łysienie *ogniskowe* jest objawem wtórnym, symptomatycznym. Może ono zdarzyć się na najrozmaitszego rodzaju wykwitach, jak zwyczajne grudki, trądzik, liszajec; najczęściej zaś łysienie ogniskowe bywa w osutce plamistej na owłosionej części głowy; osutka tutaj występuje pod postacią plam rozsianych, soczewkowatych, lub dość rozlanych różowych i częściowo przykrytych drobnemi otrębowatemi łusieczkami, 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, małej monety srebrnej, okrągławe, a często nieprawidłowych kształtów. Pojedyncze łysinki mogą zbliżać się, łączyć i tworzyć łysiny większe z brzegami, wijącemi 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 pozostać niezmienione. Często jednak, szczególnie w przypadkach silniejszego łysienia, ocalałe włosy są również zmienione, stają się matowe, suche, niekiedy twarde,

szczecinowate lub wijące. W rzadkich razach spotykamy łysienie oddzielnymi większymi ogniskami, podobnie jak w łysinach plackowatych. Noszą one skutkiem tego nazwę *łysin plackowatych rzekomych*.

Częściej, niż ogniskami, włosy w syfilisie wypadają równomiernie na całej owłosionej przestrzeni — *łysienie rozlane (alopecia diffusa)*. W tych okolicach skóry nie spotykamy żadnych klinicznych oznak prócz rozlanego wypadania włosów: nie spostrzeżę się tam zaczerwienienia, nie odczuwa bólu, ani swędzenia. Choć to rozlane łysienie odznacza się brakiem specjalnie ulubionych miejsc i brakiem symetrii, jednak na głowie najwięcej 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 syfilityczne najczęściej zdarza się na sklepieniu głowy, rzadziej dotyka wąsów, brody, brwi i rzęs, a nadzwyczaj rzadko owłosienia wzgórka 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 trafia się u kobiet, niż u mężczyzn, i występuje w rozlanej lub ogniskowej postaci: w pierwszej włosy sterczą w różne strony, druga nadzwyczaj zmienia wygląd twarzy.

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

Rozpoznanie.

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

Łysienie ogniskowe posiada wygląd charakterystyczny i skutkiem tego ma ważne znaczenie, szczególnie w rozpoznaniu syfilisu u kobiet. Łysiny ogniskowe syfilisu należy przede wszystkim odróżnić od łysin plackowatych.

Łysiny plackowate (*alopecia areata*) spotykają się przeważnie w nieznacznej ilości, mają początkowo wielkość małą, powiększając się stopniowo, zajmują dużą przestrzeń, niekiedy np. całą owłosioną powierzchnię głowy, posiadają zwykle postać okrągłą, okrążoną zupełnie normalnymi włosami. Skóra na łysinach plackowatych bywa zupełnie goła, gładka, błyszcząca.

Naturalnie wywiady i współistnienie różnych objawów syfilitycznych ułatwiają znacznie rozpoznanie różnicowe. Należy zwrócić uwagę na możliwość współzależnego istnienia łysin syfilitycznych i plackowatych. Powstawanie tych ostatnich, należy przypuścić, niekiedy pozostaje w bezpośrednim związku z syfilisem.

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

Rokowanie.

Łysienie syfilityczne jest objawem dobroliwym, gdyż nie powoduje utraty włosów na stałe. Powrót do normy następuje zawsze i to bez leczenia, wyjąwszy tylko miejsca bliznowatozwyrodniałe po owrzodzeniach. Porastanie włosów ma miejsce nawet wtenczas, gdy zjawiają się w dalszym ciągu najrozmaitsze objawy drugorzędnego okresu.

ZANOKCICA I PRZYNOKCICA.

(*Onyxia et perionyxis*).

Paznokcie podlegają zmianom w ciągu drugorzędnego okresu syfilisu 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 w ciężkich zakaźnych chorobach w postaci brózd 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 syfilityczna 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 ząbia. 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 swe prawidłowe wejście, 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, ząbionym, zabarwionym 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 ubytek tkanki w paznokciu, wielkości soczewicy — fasoli, okrągłej lub owalnej formy. Sięga on w miąższ tkanki paznokcia, albo przez całą jego grubość, lub też przez część jej. Brzegi takiego suchego kraterowego 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 łąkotki (*lunula*).

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

Zanokcica syfilityczna może być zaliczona do objawów dobrofliwych, gdyż często spotyka się podczas lekkiego przebiegu syfilisu, jest niebolesna i nie wywołuje zapalnego odczynu ze strony tkanek, otaczających paznokcie. Niekiedy tylko zniekształca ona paznokcieć na zawsze 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 w 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 rozsypa się w taki sposób, jak grudki, różniąc się tem wielce od zwykłego zastrzału. Tylko czasami w brózdzie, okrążającej paznokcieć, 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 drażnieniu, 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 okraża cały paznokieć, część jego, lub przenika pod jego dolny brzeg. Owrzodzenie bywa dość głębokie z szarawem, pokrytem rozrastającą się obficie ziarniną dnem, wydzielającym w dużej ilości ciecz surowiczo-ropną, niekiedy z domieszką krwi, z brzegami nieprawidłowej postaci, stromemi, okrażonemi wałkiem ciemno-czerwonym, a niekiedy fioletowym. Skutkiem podrażnienia owrzodzeń, jak to ma miejsce szczególnie na nogach, sąsiednie tkanki czerwienieją i opuchają, a owrzodzenie staje się bolesnem, purpurowem i wydziela cuchnącą krwawo-ropną ciecz. Gdy ziarnina, pokrywająca dno, szybko rozrasta się, może utworzyć postać jakby miękiego grzyba, przykrywającego nie tylko owrzodzoną powierzchnię, lecz nawet część paznokcia.

Wrzodziejąca przynokcica posiada zawsze przebieg powolny, zwykle rozszerza się na cały paznokieć i może spowodować zniekształcenie ostatniego, a nawet przedostatniego palczyka skutkiem obfitego ziarninowania dna owrzodzenia, opuchnięcia i zaczerwienienia sąsiednich okolic, przyczem przedewszystkiem wielki palec u nogi może przybrać szczególnie budzące odrazę wejrzenie.

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 paznociowej 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 są zmianami kiłowemi, opisanemi poprzednio, o zmienionem wejrzeniu przez warunki miejscowe.

Wysypki moknące zjawiają się bardzo często. Najczęściej

widujemy je na powierzchni błony śluzowej narządów płciowych i jamy ustnej, rzadziej już na śluzowej błonie otworu stolcowego, na błonie gardzieli, nosa, powiek.

Tworzą się one również w 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-pachowym, u otworu stolcowego, na wewnętrznej i górnej powierzchni bioder, w fałdzie międzypośladowym, na dolnej powierzchni sutek u kobiet, mających obwisłe piersi, naokoło pępka, pod pachami, na bocznych i dolnych powierzchniach palców nóg i t. p.

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

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

Wykwity ciekących wysypek bywają przeważnie dość miękie. 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 wejrzeniem często nie różnią się zupełnie od wrzodu pierwotnego. Wykwity ze stwardnieniem podstawy zdarzają się przeważnie na narządach płciowych. U mężczyzn spotykają się one najczęściej w brózdzie wieńcowej i na żołądki, a u kobiet przeważnie na sromie.

Rozróżniamy: nadżerki, owrzodzenia powierzchowne i grudki moknące.

Nadżerki i owrzodzenia powierzchowne.

Nadżarcia (*erosio, excoriatio*) posiadają przeważnie niezbyt duże rozmiary — soczewicy, małej monety srebrnej. Postać ich zwykle okrągława, może być również owalna, podługowata, zależnie od kierunku brózdki lub szczeliny błony śluzowej. Nadżarcia zazwyczaj bywają płaskie, nie podnoszą się nad poziom błony, posiadają przeważnie zabarwienie czerwone, szarawe, a nawet białe, prawie mleczne, rzadko żółtawe i wydzielają nieznaczny ilość płynu su-

rowiczego. Zwykle osutka składa się z kilku — kilkunastu nadżarć, zgrupowanych w sąsiedztwie, choć zdarza się para, a nawet jeden wykwit.

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

Rozpoznanie nadżerek syfilitycznych często bywa trudne, a nawet niekiedy niemożliwe, gdyż mało one różnią się od zwyczajnych urazowych i opryszczkowych nadżarć.

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

Opryszczki przedstawiają zwykle nadżarcia małeńkie, prawidłowo — okrągło ograniczone, które łączą się w przestrzenie, posiadające brzegi drobnozatokowate; w sąsiedztwie spotykają się pojedyncze, niezlewające się nadżarcia.

W razach wątpliwych badanie bakteriologiczne, współistniejące objawy syfilisu i wywiady ułatwiają rozpoznanie. Pozostanie ono często jednak tylko względne, gdyż nadżarcia niesyfilitycznego pochodzenia mogą tworzyć się u osób chorych na kiłę, a nawet ona usposabia niekiedy do powtarzających się opryszczek.

W bardziej oddalonych fazach okresu drugorzędного spotykamy niekiedy na błonach śluzowych powierzchowne owrzodzenia. Są one trwalsze i uporczywsze od nadżerek.

Grudki nadżerkowate.

(Lepieże płaskie, Condylomata plana)

Posiadają one wielkość soczewicy — małej monety srebrnej, choć spotykają się mniejsze i większe od powyżej nakreślonych rozmiarów. Bywają 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, o wstrętnym niekiedy zapachu, bywa albo równa i gładka, albo też zlekka ziarnista, posiada dość często zabarwienie czerwone, niekiedy upstrzone białymi plameczkami.

Również spostrzegamy grudki, pokryte na całej swej po-

wierzchni 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). 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 bywają umiejscowione umiarkowo; spotyka się to najczęściej na powierzchniach, przylegających do siebie.

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

Grudki moknące bardzo często zlewają się i tworzą blaszki, które mogą dosięgać 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 zbrózdżona dość głębokimi szczelinami. Tworzą się blaszki skutkiem ciągłego drażnienia danych okolic, zanikają zaś łatwo pod wpływem odpowiedniego leczenia, a przede wszystkim usunięcia odpowiedniego bodźca.

Grudki te zwykle bywają bardzo charakterystyczne i łatwe do rozpoznania.

Niekiedy grudki, szczególnie na narządach płciowych u kobiet, podlegają przerostowi (*condylomata plana hypertrophica*) i przybierają wygląd małych z szeroką podstawą brodawkowatych guzów, wielkości ziarnka grochu, fasoli, orzecha laskowego. Częściej jednak przerostowi podlegają blaszki, tworząc wzniesienia wielkości połowy orzecha włoskiego, a nawet grzyba o średnicy kilku — kilkunastu ctm. i wysokości jednego — paru ctm. Powierzchnia guzów, zwykle różowa lub blado-czerwona, staje się mocno czerwona pod wpływem podrażnienia i zwykle ziarnista.

Na powierzchni blaszek widzimy również owrzodzenia w postaci nieprawidłowych zagłębień, wypełnionych zatrzymującą się ropą, i wysepki zielonawe lub brunatne zmartwiałej tkanki.

Bolesność zjawia się tylko w razie silnego zapalnego podrażnienia w samych wykwitach i w ich okolicach.

Wszystkie powyżej opisane postaci niekiedy występują wspólnie 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 urozmaiczone są wysypki moknące na narządach płciowych i w jamie ustnej.

Wysypki moknące na narządach płciowych zdarzają się bez porównania częściej u kobiet, niż u mężczyzn, i występują wielokrotnie, bowiem u kobiet błona śluzowa narządów płciowych obejmuje bardzo dużą przestrzeń, przylega do siebie, podlega ciągłym podrażnieniom od tarcia i wydzielin (miesiączka i upławy). Skutkiem czego wykwity osiągają tam najwyższy stopień swego rozwoju.

U kobiet osutki drugorzędne umiejscawiają się 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 różnią się od umiejscowionych w innych okolicach skóry; zwykle tylko owrzodzenia bywają pozbawione strupków, a wykwity, znajdujące się na przejściu skóry w błonę śluzową, częściowo posiadają postać suchych wysypek, a częściowo moknących. Świadczy to wymownie o tożsamości osutek suchych i moknących, które występują nawet czasami wspólnie. Na wewnętrznej powierzchni dużych warg, na małych wargach, na łechtaczce i we wgłębieniu sromo-pochwowem tworzą się zawsze wykwity moknące.

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.

Zapalenie mieszków włosowych (*folliculitis*) różni się od grudek syfilisu 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 pod mikroskopem jajowate ciała nabłoniaka zaraźliwego.

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

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

Niekiedy owrzodzenia powierzchowne mają wygląd bardzo zbliżony do wrzodu miękiego, i rozpoznaje się je, wyłączając cechy właściwe temu cierpieniu.

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 wrzodzi się, pokrywa się pęknięciami i rozrostami. Może przyłączyć się do tego obrzęk sromu ze stwardnieniem obrzmiałych miejsc. Stwardnienie obrzmiałej tkanki występuje przeważnie na dużych wargach, a rzadziej na małych i łechtacze. 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.

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

W pochwie wykwity spotykają się rzadko. W okolicy pierścienia sromo-pochwowego widzimy nadżerki i powierzchowne owrzodzenia, które mogą być bardzo zbliżone wyglądem do wrzodu miękiego. W szerokiej części pochwy spostrzegamy zwykle grudki małe, płaskie, okrągłe, lub owalne, niekiedy różowe, częściej szaro-białe, jakby zabrudzone, lub z żółtawym odcieniem, czasami opalowe.

Na szyjce macicznej spotykamy częściej grudki, niż nadżerki lub owrzodzenia.

U mężczyzn na narządach płciowych wysypki moknące spotykamy niezbyt często. W miejscach wilgotnych spostrzegamy wszystkie postaci wysypek moknących, a gdzie niema wilgoci, np. na główce prącia po obrzezaniu, tworzą się suche osutki.

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

Umiejscowione na brzegu wąskiego napletka nadżerki posiadają wygląd pęknięć podługowatych, równoległych do osi prącia i rozciągających się podczas próby obnażenia główki. Umiejscowione w bródce żołądzo-napletkowej nadżerki nawet przy nieznacznym zaniedbaniu, wikłają się z nadżarciami, pochodzącymi od zapalenia żołądza.

Powyższe zmiany utrudniają wielce rozpoznanie. Należy wtedy syfilityczne nadżerki odróżniać od poniższych spraw:

Urazowe naderwania, tworzące się często na męskich narządach płciowych, różnią się od syfilitycznych nadzwyczaj nieprawidłową postacią.

Opryszczki charakteryzują się oznakami, o których już wielokrotnie wspominaliśmy.

Nadżarcia w zapaleniu żołądza są zwykle więcej liczne, niż syfilityczne, zajmują większą przestrzeń, posiadają bardziej nieprawidłową postać, wijące się brzeży (karta geograficzna), mocniejsze czerwone zabarwienie i zaczerwienienie sąsiednich okolic.

Nadżarcia syfilityczne łatwo i prędko przechodzą, są jednak bardzo niebezpieczne ze względu na łatwość przeniesienia zarazy podczas stosunku płciowego.

Bardzo często zdarzają się powikłania osutek moknących na główce prącia, szczególnie obdarzonego długim napletkiem, wy-

stępują one w postaci wtórnego zapalenia żołądki i napletka. Zapalenie żołądki i napletka rzadko bywa częściowem; wtenczas w brózdzie żołądko-napletkowej tworzy się zapalne obrzmienie błony i małe przeczosi. Częściej zapalenie wtórne obejmuje całą wewnętrzną powierzchnię napletka i żołądki i pod względem wyglądu nie różni się od tejże sprawy, wywołanej innemi przyczynami.

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

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 pobróżdzone dość głębokimi szczelinami.

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

Gdy objawy zapalne trwają dłuższy przeciąg czasu, powłoki moszny mogą zgrubieć, wykwitły mogą pokryć się brodawkowatemi wyrostami, a z przeczosów i owrzodzeń wydziela się obfita ilość surowiczo-ropnej, niekiedy z domieszką krwi ciecicy, nadzwyczaj nieprzyjemnie cuchnącej i zasychającej w żółtawe, niekiedy brunatnawe strupki.

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

Wysypki moknące u otworu kiszki stolcowej spotykają się po większej części współcześnie z wysypkami moknącemi na narządach płciowych, znacznie częściej tworzą się u kobiet, niż u mężczyzn. Umiejscawiają się one na błonie śluzowej kiszki, w przejściu jej w skórę, i na powierzchni skóry między pośladkami.

W 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-syfilitycznych nadżerkowatych grudek.

Grudki nadżerkowate rzekomo syfilityczne (*dermite papulo — érosive pseudosyphilitique*) posiadają wygląd blaszki syfilitycznej grudkowatej, przeważnie przerostowej, umiej-

scowionej w pobliżu otworu stolcowego, zjawiają się w większości przypadków u dzieci lub u osobników młodych, nieochędzonych. Te wykwity mogą być rozpoznane tylko na mocy braku innych danych co do syfilisu (wywiady, współczesne objawy, badanie bakteryologiczne).

Wykwity moknące w jamie ustnej spotykają się najczęściej ze wszystkich objawów drugorzędnego syfilisu, występują tam przeważnie w postaci nadżerek i mają nadzwyczajną skłonność do nawrotów. Zjawiają się one niekiedy samoistnie, bez żadnej widocznej przyczyny. Przeważnie jednak te objawy występują u nałogowych palaczy, u alkoholików i u cierpiących na próchnicę zębów; to też wykwity w jamie ustnej spostrzegamy znacznie częściej u mężczyzn, niż u kobiet.

Palenie tytoniu jest bezwarunkowo najważniejszą przyczyną 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 tam usunąć objawy syfilisu.

Wykwity 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 itd.

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. Najczęściej jednak nadżarcia na grzbiecie języka występują w postaci wyraźnie ograniczonych ognisk — łysinek (*alopecia lingualis*): na szorstkiej brodawkowej powierzchni języka tworzą się okrągłe lub owalne ogniska wielkości małej monety srebrnej 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 szczeliniową, niekiedy bardzo bolesną; od strony skóry nadżerka w tych miejscach jest zwykle okolona strupkiem, a nawet niekiedy równą

lub ziarnistą, brodawkową wyniosłością grudki (Rys. 5) w kształcie litery V.

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 ilniejsze niedomaganie; jednak w tym względzie znaczną rolę odgrywa umiejscowienie, postać wykwitów i osobista wrażliwość chorych. Tak wykwity na końcu języka i w gardzieli są znacznie



Rys. 5

dokuczliwsze, niż na podniebieniu, a głębokie pęknięcia — znacznie boleśniejsze, niż płaskie powierzchowne nadżerki. Podmiotowe objawy mogą być różne. Niekiedy tylko po użyciu ciepłych, słonych, kwaśnych potraw i napojów, wysokoku, podczas palenia i mówienia 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.

Wykwitom w gardzieli towarzyszą zwykle objawy zapalenia gardła (angina), a więc ciągły ból, powiększający się podczas połykania, a nawet czasami utrudnienie jego.

Niekiedy na miękkim podniebieniu i w gardzieli występuje wyłącznie dość ściśle ograniczone zaczerwienienie. Zdarza się ono przeważnie współcześnie ze zjawieniem się najwcześniejszej drugorzędnej wysypki na skórze.

Rozpoznanie nadżerek syfilitycznych w jamie ustnej bywa zwykle dość trudne, często nawet niemożliwe, gdyż wykwity te nie posiadają cech swoistych. Wprawdzie nadżerki w kształcie koła lub jego odcinków przemawiają za rozpozna-

niem syfilisu, jednak nie bezwzględnie (glossitis exfoliativa marginata zwykle posiada półkoliste kontury). To też nie można rozpoznawać syfilisu tylko na mocy nadżerek błony śluzowej w jamie ustnej; a nadżarcia tam u osób, chorych na syfilis, przyjmujemy zwykle za swoiste tylko na zasadzie znacznego prawdopodobieństwa.

Nadżarcia urazowe przeważnie nie różnią się od syfilitycznych, 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 obrzeżone zapalenie języka (glossitis exfoliativa marginata) charakteryzuje się ruchomością ognisk, które zmieniają w ciągu paru dni, a nawet doby, swe umiejscowienie i postać, i obwódka, okalającą całe ognisko, a nawet jego odcinki. Obwódka bywa zazwyczaj bardzo wąska ($\frac{1}{4}$ —1 mm.), posiada białe albo szaro-białe zabarwienie i postać odcinków koła, łączących się najczęściej końcami.

Pleşniawki (aphtae) odznaczają się zwykle okrągłą postacią, talerzykowatym zagłębieniem, żółtem zabarwieniem, obwódką czerwoną, szczególnie w pierwszych dniach trwania, i bolesnością.

Zajady (perlèche) w kątach ust, choć mają również pośrodku pęknięcie, lecz w sąsiedztwie posiadają błonę śluzową najczęściej zdrową i zdarzają się przeważnie u dzieci.

Liszaj czerwony płaski (lichen ruber planus) trafia się rzadko na błonę śluzową jamy ustnej, umiejscawia się przeważnie na wewnętrznej powierzchni policzków i na grzbiecie języka, zabarwienie posiada białawe, niekiedy szaro-białe, powierzchnię blaszek zbrózdzoną, szorstką, nieco wzniesioną, a w pobliżu ich małe szare wzniesienia pojedynczych wykwitów; pod wpływem arseniku następuje zwykle polepszenie.

Błonica (dyfteryt) rozpoznaje się głównie na mocy badania bakterjologicznego (laseczki Klebs-Löfflera z zaokrąglonemi i wzdętymi końcami), a również na mocy wywiadów i silnie zwykle zaznaczonych objawów podmiotowych i przedmiotowych.

Rtęćca przebiega niekiedy powoli i wywołuje zmiany bardzo zbliżone do wykwitów syfilisu w jamie ustnej. Na błonę śluzową tworzą się, oprócz owrzodzeń, nadżerki. Umiejscawiają się one zwykle za ostatnimi zębami trzonowemi, na bocznych powierzchniach języka, rzadziej nieco na dziąsłach, pod językiem i na podniebieniu. Nadżerki te posiadają zwykle nieprawidłową

i nieściśle ograniczoną postać, wielkość soczewicy — małej monety srebrnej, zabarwienie czerwone, niekiedy szarawe. Spotykamy dość często w rtęicy nadżerki, pokryte błonicowatym nalołem, 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 w rtęicy zapalenie dziąseł, najczęściej w okolicy dolnych siekaczy lub z tyłu za dolnymi trzonowymi zębami, ostry śmierzdzący 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 syfilitycznych, lecz odznaczają się zwykle różnorodnością 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 syfilisem. Cechy charakterystyczne opryszczek zostały zaznaczone w różniczkowym rozpoznawaniu wrzodu pierwotnego. O *tuszczycy* jamy ustnej nieco dalej obszernie pomówimy.

Łuszczycyca jamy ustnej.

Łuszczycyca jamy ustnej (*leukoplakia buccalis*) zjawia się zwykle w odleglejszym czasie drugorzędnego 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 posyfilityczny.

Łuszczycyca posiada bardzo różnorodną postać: okrągłą, owalną, pasemkową, gwiazdzistą siatkową, a nawet w kształcie równoległe biegnących linijek lub grupy maleńkich plameczek.

Wielkość wykwitów nie przenosi zazwyczaj ziarnka soczewicy — fasoli, tylko pasemkowane 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 podczas macania nie sprawiają wrażenia stwardnienia; posiadają brzeży 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*).

Łuszczycza umiejscawia się najczęściej na przedniej bocznej i grzbietnej powierzchni języka, na wewnętrznej powierzchni policzków blisko kątów ust, rzadziej na śluzówce wewnętrznej powierzchni dolnej wargi, a jeszcze rzadziej na dziąsłach.

Po 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 podczas palenia i używania ostrych i kwaśnych potraw i napojów, a także wysokoku.

Łuszczycza syfilityczna sama przez się należy do objawów nieszkodliwych dla zdrowia, jednak często po dłuższym jej trwaniu w odpowiednim miejscu zaczyna rozwijać się rak.

Łuszczycza syfilityczna nadzwyczaj przypomina blaszki, wywołane paleniem tytoniu, miejscowem podrażnieniem, zaburzeniami trawienia i t. p.

Łuszczycza tytoniowa rozwija się powolniej od swoistej, gdyż w przeciągu wielu lat zamiast kilku miesięcy, posiada bardziej szare zabarwienie i umiejscawia się w kątach ust (trójkąt palaczy) i na przednim odcinku grzbietnej powierzchni języka.

Łuszczycza, powstała skutkiem *miejscowego podrażnienia*, odpowiada kształtem i umiejscowieniem przedmiotowi, wywołującemu stale podrażnienie, n. p. zębowi.

Liszaj czerwony płaski umiejscawia się najczęściej na wewnętrznej powierzchni policzków i na grzbiecie języka, niekiedy na miękkim podniebieniu, łukach podniebiennych, języczku i dziąsłach, posiada zabarwienie białe lub szarawe, powierzchnię szorstką, składającą się z małych ziarnistych wzniesień, i niknie po użyciu arszeniku.

CIERPIENIA UKŁADÓW.

Układy ustroju ludzkiego, jak chłonny, ruchowy, nerwowy i zmysłowy, krwionośny, oddechowy, trawienia i moczopłciowy podlegają podczas drugorzędowego okresu syfilisu dość często cierpieniom. Spotykają się one przeważnie w pierwszych miesiącach tego 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, nawet niekiedy je poprzedzają, wielokrotnie jednak ograniczają się tylko do pewnego narządu i zjawiają się zupełnie niezależnie od objawów skórno-śluzowych. Spotykamy nawet t. zw. trzewiowe postaci drugorzędowego syfilisu, kiedy zmianom, dostrzegalnym klinicznie, podlegają tylko układy wewnętrzne ustroju.

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 naczyniach chłonnych zmiany kliniczne dostrzegamy wogóle dość rzadko.

Gruczoły chłonne, jak już zauważyliśmy poprzednio, dosięgają największych rozmiarów na krótko przed zjawieniem się pierwszych objawów ogólnych syfilisu, często jednak dopiero po kilku dniach, a nawet po paru tygodniach ich trwania.

W późniejszym przebiegu drugorzędowego syfilisu podlegają zwykle największym zmianom i najdłużej są wyczuwalne gruczoły chłonne szyjne i łokciowe, głównie powierzchownie pod skórą leżące. Na szyji najwidoczniej obrzmiewają gruczoły chłonne, znajdujące się w tylnobocznych okolicach szyji — w brózdzie mięśnia czworobocznego (m. trapezius), u podstawy tyłogłowia i z tyłu za uchem. W przednich okolicach szyji zwykle łatwo wyczuwamy powiększone gruczoły po bokach przetyku, przed mięśniem mostkowo-sutkowym (m. sternomastoideus), nad kością gnykową (hyoides) i w dolnobocznych okolicach szyji, a również gruczoły podżuchwowe. Rzadziej, niż na szyji, 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 syfilisu w sąsiednich okolicach skóry i błon śluzowych, np. bardzo często spostrzegamy znaczne obrzmienie gruczołów okołoprzetykowych i podżuchwowych wobec owrzodzeń na błonie śluzowej ust i w gardzieli.

Często jednak zmiany w gruczołach zjawiają się samoistnie, bez miejscowych powodów, a więc są wywoływane ogólną syfilityczną zarazą. Objawy zajęcia gruczołów chłonnych w okresie drugorzędnym są takie same, jak i w okresie pierwszorzędnym; przebieg bywa zwykle nadzwyczaj powolny, trwa kilka lub kilkanaście tygodni, a nawet miesięcy. Cierpienie to jest zwykle dobrużliwe i posiada często ważne rozpoznawcze znaczenie. Szczególniej charakterystycznym dla syfilisu bywa obrzmienie tylnych gruczołów szyjnych.

Niekiedy zajęcie gruczołów chłonnych przybiera znaczne rozmiary pod względem ilości i nateżenia: gruczoły w różnych okolicach ciała mogą obrzmiewać nadzwyczaj silnie. Tego rodzaju sprawę spotykamy przeważnie u osób anemicznych, osłabionych, u których wogóle syfilis przebiega dość ciężko.

Powikłania, opisane już w okresie pierwszorzędnym, jak podrażnienia zapalne gruczołów, zropienia, obrzmienia wolowate, spotykamy również w przebiegu okresu drugorzędnego.

Obrzmienia naczyń chłonnych w tym okresie zdarzają się bardzo rzadko; najczęściej spostrzegają się u mężczyzn w pierwszych miesiącach tego okresu; przeważnie bywają na narządach płciowych (rowek zażołodny i napletek), na kończynach i szyji; mogą one występować odrazu w kilku okolicach ciała. Niekiedy zarazem znajdujemy pewne obrzmienie gruczołów, odpowiadających zajętych naczyń chłonnych.

Objawy tego cierpienia w drugorzędnym okresie nie różnią się od opisanych już w pierwszorzędnym. Przebieg bywa zawsze bardzo powolny: trwa kilka tygodni, a nawet miesięcy. Swoiste leczenie oddziałuje na zanik obrzmienia bardzo szybko.

Obrzmiałe naczynia chłonne na narządach płciowych podlegają niekiedy pod wpływem najrozmaitszych okoliczności zapalnemu podrażnieniu, a pokrywająca je skóra lub błona śluzowa może owrzodzieć. W takich razach naczynia chłonne w bródzcie wieńcowej, gdy występują w postaci stwardnień okrągławych, mogą przybierać wygląd, nader zbliżony do wrzodu pierwotnego syfilisu, i dawać powód do błędów rozpoznawczych.

Układ ruchowy.

Podczas drugorzędnego okresu syfilisu 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 syfilisu 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 okostny, zgrubienia kości lub tylko bólów kostnych. Bóle towarzyszą również zmianom przedmiotowym w pierwszych dwóch rodzajach zajęcia kości.

Zapalenie okostny charakteryzuje się lekkim płaskim wzniesieniem na kości, dość ograniczonym, wielkości 15—25 kop. srebrnych, o ciastowatej lub twardszej nieco spoiwości, znacznie mniej bolesnym podczas spokoju, niż ucisku.

Zgrubienia kości tworzą wzniesienia nad powierzchnią skóry, skutkiem czego są łatwo widoczne. Wzniesienia posiadają postać wgórkowatą, brodawkowatą lub więcej płaską wysokości paru mm., a szerokości u podstawy paru ctm., twardość kości i są nadzwyczaj bolesne, szczególnie podczas ruchu, a nadewszystko ucisku. Najsilniej zwykle bóle dokuczają pod wpływem ciepła w pościeli. Guzy te 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. Podczas ucisku w pewnym określonym miejscu ból powiększa się; miejsca te zwykle znajdują się na kościach, leżących bezpośrednio pod skórą i w sąsiedztwie ścięgien. Bóle kostne czaszki należą do najczęstszych; rzadziej bywają bóle mostka i jego mieczyka. Bardzo uciążliwe dla chorych są bóle w żebrach lub w ich chrząstkach, gdyż powiększają się podczas oddychania, a szczególnie kaszlu.

Stawy bywają zajęte podczas drugorzędного okresu znacznie rzadziej, niż kości. Cierpienie stawów może zjawiać się pod postacią puchliny, zapalenia i bólów stawowych; nie występuje zwykle w zbyt silnym natężeniu, może samoistnie przejść, a pod wpływem swoistego leczenia szybko znika; wznowy jednak niekiedy pojawiają się wielokrotnie.

Puchlina stawów w przebiegu przeważnie bez bólu. Niekiedy tylko na początku zjawiają się krótkotrwałe, lekkie bóle i wrażenie ucisku w stawie. Puchlina syfilityczna 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 podczas poruszania 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 syfilityczne odróżnia się od zwykłego tem, iż obejmuje zwykle jeden lub nieznaczną wogóle ilość stawów, zazwyczaj dużych, nie przechodzi stopniowo na inne, przebiega przeważnie bez gorączki, bez ogólnych zaburzeń i zmian w moczu i w sercu. Bóle zwykle powiększają się w nocy. Cierpienie często zdarza się wespół z innymi objawami drugorzędnego syfilisu i przechodzi szybko pod wpływem swoistego leczenia.

Bóle stawowe bywają różnego natężenia, powiększają się zwykle pod wpływem spokoju i przechodzą, gdy chory zacznie 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.

Podczas zapalenia pochewek ścięgien tworzy się również wypukłość; jest ona zwykle bolesna, szczególnie pod wpływem 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 *kaletek 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 syfilisu, 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 syfilisu, choć może zjawić się, jako jedyny widoczny klinicznie objaw.

Z a n i k mięśni bywa zazwyczaj w ogólnym upadku odżywiania podczas ciężkiego przebiegu syfilisu. Zarazem znika i tłuszcz podskórny, i chory może wyglądać jak wyschnięty.

Z a p a l e n i e mięśni spotyka się nadzwyczaj rzadko, charakteryzuje się obrzmiewaniem brzuszka mięśniowego, jego nacieczeniem i stwardnieniem, bólem stałym, szczególnie silnym podczas 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 szyji 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 mięśniowe 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 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 powtarzać się 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 ponawiać się. W roz-

poznaniu syfilitycznego drżenia mięśniowego należy wykluczyć zatrucie (ołowiem, wyskokiem), niemoc nerwową, histerję i t. p.

Przykurczenie spotyka się rzadko, obejmuje prawie wyłącznie tylko mięsień dwugłowy ramienia i zjawia się odrazu. Przedramię staje się zgięte i nieruchome, ściętno m. dwugłowego naciągnięte, jak struna, a sam mięsień dość wiotki. Próba rozgięcia przedramienia wywołuje silny ból. Poza tem niekiedy w mięśniu zjawiają się lekkie bóle. Cierpienie powyższe przebiega bardzo powoli i spotyka się zwykle wobec innych zaburzeń w układzie ruchu.

Układ nerwowy.

Bywa on bardzo często zajęty podczas drugorzędnego okresu.

Zwykle na początku drugorzędnego okresu spostrzegamy ogólne przygnębienie, pewne przytępienie umysłu, zaburzenia czuciowe i odżywcze.

Często bardzo zdarzają się zaburzenia snu. Chorzy ciągle budzą się, i we śnie męczą ich przykre widziadła. Oprócz tych ogólnych objawów, właściwych każdej ciężkiej zaraźliwej chorobie, często występują i miejscowe, jak zapalenia nerwów, nerwobóle, samoistne bóle głowy i obniżenie czucia skórniego. Nie rzadkie też w tym okresie są nerwice.

Zapalenia nerwów spotykamy często w okresie drugorzędnym. Przeważnie występują one współcześnie z pierwszemi wysypkami. Objawy zależą od rodzaju zajętych nerwów (ruchowy, czuciowy, odżywczy) i od ich liczby. Może nastąpić w obwodzie rozgałęzienia danego nerwu osłabienie mięśni, niedowład, a nawet bezwład, zaburzenia czuciowe same lub w połączeniu z ruchowemi, zaburzenia odżywcze (zanik mięśni), odruchowe, zmiany w odczynnie elektrycznym.

Zwykle odpowiedni nerw podczas badania klinicznego wydaje się niezmiennym. Niekiedy tylko staje się więcej bolesnym, całkowicie lub częściowo pod wpływem ucisku. Czasami oprócz powyższych objawów, właściwych zapaleniu nerwów wszelakiego pochodzenia, zdarza się wzmożenie 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 odrazu daje obraz kliniczny, znacznie bardziej złożony, często z bezwładem obu kończyn górnych lub dolnych, a niekiedy współcześnie i jednych i drugich.

Objawy zapalenia nerwów zwykle występują i rozwijają się powoli, przytem dość łatwo ustępują pod wpływem swoistego leczenia.

Nerwobóle mogą umiejscawiać się ściśle wzdłuż przebiegu pnia nerwowego i posiadać stałe bolesne punkty lub też bywają więcej rozlane, mniej wyraźne i mniej stałe. Najczęściej zdarzają się nerwobóle twarzowe lub uwłosionej części głowy, rzadziej międzyżebrowe lub kulszowe, a jeszcze rzadziej inne. Z gałęzi nerwu trójdzielnego najczęściej bywa zajęta gałąź górna (nerwoból nadoczny), a oprócz tego gałązki uszna i sutkowa spłotu szyjnego i nerw duży potyliczny. Z pomiędzy innych nerwobólów należy mieć na uwadze — ze względu na trudności rozpoznawcze — nerwoból sutkowy, językowy, podniebienny i zębowy.

Nerwobóle posiadają zwykle dość ostry charakter, lecz niestały przebieg; przytem obostrzają się zazwyczaj wieczorem i ustępują pod wpływem swoistego leczenia.

Bóle głowy, pomijając rozpatrzone już poprzednio kostne i nerwowe, najczęściej bywają wewnątrzczaszkowe. Bóle głowy tego rodzaju są przeważnie dość rozprzestrzenione, niekiedy obejmują nawet całą głowę, wyrażają się różnie: ciężkością w głowie, ciśnieniem, kłuciem, stukiem, mogą występować w najrozmaitszem nateżeniu, przeważnie bywają bardzo męczące dla chorego i wywołują inne objawy, jak bezsenność, rozdrażnienie, apatię, brak apetytu i t. p. Występują one albo w postaci stałej z obostrzeniami lub też w postaci przerywanej. W pierwszej postaci obostrzenia zjawiają się przeważnie wieczorem lub nocą. W drugiej postaci ból zjawia się dopiero wieczorem, często nadzwyczaj punktualnie, i trwa część nocy lub noc całą i w ostatnim razie nad ranem dopiero przechodzi. Zwykle bóle głowy trwają parę tygodni, lub nawet miesięcy, łatwo poddają się swoistemu leczeniu, lecz mają skłonność do ponawiania się.

Zaburzenia czucia bólowego, dotykowego i ciepłowego spotykamy przeważnie u kobiet, Najważniejsze z nich — zniesienie czucia bólu (analgesia) — występuje albo samodzielnie lub wespół z innymi, może przejawiać się w najrozmaitszem nateżeniu i rozprzestrzenieniu; bywa niekiedy ogólne, przeważnie zaś miejscowe, często umiarowe na obu połowach ciała, niekiedy jednak porzucane wysepkami na dużej przestrzeni ciała. Najczęściej bezbolesność spotykamy na sutkach i grzbiecie rąk; niekiedy na błonach śluzowych, trwa zwykle długo — kilka lub kilkanaście miesięcy.

Nerwice ogólne mogą niekiedy być wywołane lub też obostrzone pod wpływem syfilisu. Najczęściej w drugorzędnym okresie u kobiet zjawia się *histerja*, przeważnie u takich, u których przed zarażeniem nie spostrzegano żadnego objawu tej choroby, a nawet nerwowości. U kobiet, które przed zarażeniem cierpiały na *histerję*, objawy jej występują z daleko większym natężeniem. *Padaczka* pod wpływem syfilisu 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 syfilityczne 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 nawet na całym ciele. W fazie obniżenia ciepłoty występuje zarazem zmiana w 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 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 — przedewszystkiem występuje na dłoniach i podszwach. U osób, cierpiących zarazem na obniżenie ciepłoty, pot bywa chłodnym. Zaburzenia w wydzielaniu potu należą do uporczywych.

Układy zmysłów.

Wszystkie narządy zmysłów mogą ulegać podczas drugorzędnego okresu mniejszym lub większym zmianom.

Dotyk rozpatrywaliśmy już poprzednio, a odnośnie *powonienia i smaku* zaznaczymy tylko, iż zmysły te mogą być zniesione zupełnie lub spaczony.

Oko bywa zajęte dość rzadko, m. w. w 5% wszystkich przy-

padków syfilisu. 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 powiększają się, 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 nastrzyknięcie 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 cząsteczki naczyniówki, 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 syfilitycznego zapalenia tęczówki są nacieczenia w jej miąższu. Nacieczenia te bywają w najrozmaitszym stopniu i odpowiadają grudkom skórnym. Grudki te rzadko pod względem wielkości przenoszą łebek od szpilki, posiadają przeważnie zabarwienie żółto-czerwone, spotykają się najczęściej na źrenicowym brzegu tęczówki. Zapalenie syfilityczne tęczówki rozwija się powoli. Lekkie postaci ustępują w ciągu paru tygodni pod wpływem swoistego leczenia, ciężkie zaś mogą trwać parę miesięcy.

Wynik nie zawsze bywa zupełnie zadawalniający. Mogą pozostać zmiany w postaci źrenicy i niepełna jej ruchomość, mogą utworzyć się błoniaste przepony (katarakty źrenicowe) i blizny tęczówki. Wszystko to w mniejszym lub większym stopniu wpływa na zaburzenia wzroku. Niekiedy zapalenie tęczówki jednego oka posiada skłonność do przejścia na drugie oko, do ponawiania

się i do przejścia na naczyniówkę. Odróżnia się zapalenie syfilityczne tęczówki od innego rodzaju zapaleń tej błony podostrym przebiegiem choroby, mniejszą bolesnością i naciekami (grudkami) na powierzchni.

Spojówka rzadko bywa zajęta. Niekiedy tworzą się na niej małe okrągłe różowe grudki — grudki nadżerkowate i nadżerki.

Rogówka rzadko ulega cierpieniu i to przeważnie razem z tęczówką.

Na rogówce mogą zjawić się małe, często zlewające się, szaro-białe plamki.

Plamki te tworzą się na blaszce sprężystej tylnej rogówki — skąd nazwa — descemetitis; również na obwodzie rogówki spotykają się grudki.

Zapalenie rogówki śródmiaższowe zdarza się bardzo rzadko w drugorzędym okresie syfilisu, rozwija się powoli bez bólu i bez nacieczenia spojówki. W środku lub na obwodzie rogówki w jej miąższu zjawiają się małe szarawe plamki, które powiększają się pod względem wielkości i ilości, 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 itp.

Przebieg zapalenia śródmiaższowego rogówki bywa zwykle długi, trwa parę miesięcy i ma skłonność do przejścia na drugie oko, może wikać się 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 również utworzyć się 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 syfilityczne, które często prowadzą wtórne zapalenie ucha zewnętrznego.

Zmiany syfilityczne naokoło trąbki słuchowej mogą przejść na nią samą i spowodować jej zapalenie. Skutkiem czego następuje stopień słuchu, szum w uszach i zawrót głowy.

W tych razach przy wziernikowaniu wewnętrznem 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 chorzy skarżą się 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, a co ważniejsza, nie poddaje się swoistemu leczeniu i zależy prawdopodobnie od zajęcia błędniaka (labyrinthus).

Układ krwionośny.

Zaburzenia w układzie krwionośnym podczas drugorzędneho okresu mogą odbywać się w krwioobieg, albo też w samych naczyniach i we krwi. Nie przedstawiają one nic swoistego dla syfilisu, zjawiają się współcześnie z innymi objawami tej choroby, a nawet wcześniej, i przechodzą pod wpływem swoistego leczenia. Zmiany w krwioobieg, zależą najczęściej od układu nerwowego i zdarzają się przeważnie u kobiet; mogą przejawiać się pod następującymi postaciami: bicie serca, przyspieszonej czynności serca, i jej niemiarywości.

Bicie serca charakteryzuje się szybkim skurczem mięśnia sercowego, silniejszymi uderzeniami w przednią piersiową ścianę, niepokojem w okolicy dołka sercowego wespół z dusznością itp. Występuje ono napadowo. Napady trwają do kilku minut i rzadziej lub częściej powtarzają się pod wpływem ruchu, podniecenia psychicznego lub bez powodu. Podczas tego cierpienia wymiary i tony serca pozostają normalne.

Przyspieszona czynność serca spostrzega się rzadko; choć wtedy częstość uderzeń serca jest znacznie większa, niema 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 wszyst-

kich zaburzeń krwioobiegę; zdarza się przeważnie wobec braku wszelkich innych funkcjonalnych lub organicznych zmian układu krwionośnego; trwa nie stale, lecz ciągle zmienia 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 zajęta 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 zwiększa się, szczególnie podczas ruchu i ucisku. W miejscu bolesnym tkanka staje się ciastowatą, a skóra zaczerwienioną w postaci podługowatej. Podczas macania wyczuwamy tam, odpowiednio do przebiegu, twarde wałki żyły, mniej lub więcej grube. 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 nawroty.

We krwi zmiany po większej części bywają znaczne. Występują one równoległe do wysypek i innych objawów syfilisu i przechodzą razem z ich zanikiem, czy to samoistnie, czy też pod wpływem leczenia swoistego. Najsilniejsze bywają zmiany stałe podczas ciężkiego przebiegu syfilisu. Często mniej znaczne spostrzegamy w ciągu całego drugorzędnego 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 syfilityczna niedokrwistość rozpoczyna się przed zjawieniem się pierwszych wysypek. Ja także wielokrotnie spostrzegałem zmiany we krwi jeszcze

na parę tygodni przed wystąpieniem pierwszej wysypki. Zmiany we krwi, do wyjaśnienia których znacznie przyczynili się w ostatnich czasach Hallopeau, Biegański, Stukowienkow, Zeleniew, Rille, Justus, Virchow, Mallasses, Reiss, Colombini, Simonelli, Valerio, Dominici i inni, nie różnią się zbytnio od zmian w niektórych innych złośliwych ogólnych chorobach. Przedstawiają się one w następujący sposób: procent zawartości hemoglobiny spada, ilość czerwonych ciałek krwi zmniejsza się, a postać ich częściowo zmienia się, ilość białych ciałek krwi powiększa się 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 zmniejszania 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 napaadowe 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 zmniejsza się nawet. 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.

Najbardziej w okresie drugorzędnym ulega zmianom układ oddechowy. Zaburzenia w tym układzie występują tylko pod postacią duszności i zapalenia płucny.

Duszność zależy prawdopodobnie od zajęcia układu nerwowego; występuje przeważnie u kobiet, które cierpią na zaburzenia w tym układzie. Utrudnione oddychanie zjawia się napadowo. Napady trwają zwykle krótko, natężenie ich przeważnie bywa słabe.

Zapalenie płucny zdarza się dość rzadko i przeważnie na początku drugorzędnego okresu razem z pierwszymi wysypkami. Występuje ono jako suche i wtedy charakteryzuje się słabym szmerem tarcia i lekkim sflumieniem, umiejscowionem zwykle u podstawy klatki piersiowej, albo też towarzyszy mu wysięk — surowiczowo-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 płucny przechodzi samoistnie w ciągu paru tygodni, a pod wpływem swoistego leczenia niekiedy nawet w parę dni.

Zapalenie oskrzeli towarzyszy często zapaleniu płucny, a może nawet występować samoistnie podczas bardzo obfitych pierwszych wysypek.

Układ trawienia.

Układ trawienia w ciągu drugorzędnego okresu, a nawet przed wystąpieniem pierwszej wysypki na skórze, ulega bardzo często różnorodnym cierpieniom.

Żołądek i kiszki bywają dotknięte przeważnie u kobiet nerwowych. Zaburzenia mogą być czysto nerwowe lub też zależeć od zmian w żołądku i kiszkach, analogicznych do dostrzeganych w skórze i w widocznych błonach śluzowych

Niestrawność w mniejszym lub większym stopniu spotykamy bardzo często. Występuje ona szczególnie w ustrojach nieco osłabionych. Chorzy tracą zupełnie apetyt, czują 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.

Żółtaczka zwykle nie posiada żadnych swoistych dla syfilisu cech. O jej charakterze wnioskujemy tylko na mocy związku chronologicznego z wczesnym drugorzędnym okresem i braku wszelkich innych przyczyn tego objawu prócz syfilisu. Przeważnie bywa tylko żółte zabarwienie skóry i moczu, rzadziej lekki stan gorączkowy, zaburzenia w trawieniu i powiększenie objętości wątroby. Trwa żółtaczka krótko m. w. parę tygodni.

Zdarza się niekiedy złośliwa żółtaczka (icterus gravis), która przebiega z daleko sięgającymi zmianami mięszu wątroby, pod postacią ostrej choroby zakaźnej.

Postać ta jest nadzwyczaj rzadka. Według obliczeń Buraczyńskiego do 1907 roku zanotowano w literaturze wszystkiego 45 przypadków (37 kobiet i 8 mężczyzn, w tem dwa ostatnie przypadki wyżej wymienionego autora).

Złośliwa 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 we wszystkich zakaźnych chorobach, ulega powiększeniu, niekiedy nieznacznemu, to znów bardzo silnemu. Zwykle powiększenie śledziona spostrzegamy w pierwszych tygodniach drugorzędnego okresu. Nie towarzyszą mu żadne podmiotowe objawy. Podczas ostukiwania znajdujemy nieco powię-

kszoną tępość śledziona, rzadziej możemy wyczuć jej dolny brzeg pod żebrami.

Układ moczopłciowy.

Nerki rzadko bywają zajęte w okresie drugorzędnym.

Zapalenie nerek stanowi chorobę ciężką. Spotyka się przeważnie u mężczyzn, co objaśnić można wpływem u nich takich sprzyjających okoliczności, jak alkoholizm i często przeziębienie. Syfilityczne zapalenie nerek zjawia się zwykle w pierwszych miesiącach choroby i przeważnie u osobników młodych. Nie przedstawia ono nic wybitnie swoistego i od innych zapaleń nerek różni się przedewszystkiem chronologicznym związkiem z wczesnymi drugorzędnymi wysypkami, brakiem wszelkich innych przyczyn, prócz syfilisu, i dodatniem 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 ustroju, 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 syfilityczne 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 pierwszemi 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 w zapaleniu przyjądrza zdarzają się bóle, szczególnie pod wpływem ucisku, a nawet obrzmiewanie i zaczerwienienie moszny. Cierpienie to przechodzi samo przez się i nie wywołuje żadnych ciężkich następstw. Rozpoznanie syfilitycznego 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 syfilitycznego, 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 drugorzędnego okresu. Należy przedewszystkiem zaznaczyć surowiczno-śluzowe upławy i nerwobóle maciczne. Upławy i nerwobóle prawdopodobnie są wywołane wtórnie bledniczą niedokrwistością, często bardzo spotykaną w syfilisie. Ważniejsze bezwątpienia znaczenie posiadają zaburzenia czynności macicy — miesięcznego czyszczenia, a przedewszystkiem płodzenia.

Miesiączkowanie podlega zmianom głównie w ciężkich postaciach syfilisu; objawiają się te sprawy opóźnieniem, nieregularnością, zmniejszeniem lub zwiększeniem ilości wydzielonej krwi, a nawet zupełnem przerwaniem miesięcznego czyszczenia.

Czynności rozrodcze ulegają zaburzeniom bardzo znacznym. Chore zachodzą w ciążę łatwo, lecz ciąża kończy się przeważnie albo poronieniem albo też przedwczesnym porodem.

Objawia się zabójcze działanie syfilisu na płód najsilniej w pierwszym roku choroby rodziców, a w następnych staje się coraz słabsze. Poronienie i przedwczesny poród zdarza się najczęściej w ciężkim przebiegu syfilisu, szczególnie w postaci trzewiowej, jednak w najbardziej nawet dobrotliwej postaci zawsze jest możliwe, nawet wtenczas, gdy objawów niema zupełnie (okres ufajenia). Mniej szkodliwym bywa zwykle zarażenie podczas ciąży, szczególnie znacznie już posuniętej.

Ciąża bardzo często powoduje u chorych zaburzenia czynności różnych narządów, wywołuje na zewnętrznych narządach płciowych bardzo uporczywe i mające skłonność do nadmiernego rozrostu lub rozpadu wykwyfy. Poronienie jest związane zawsze z pewnem niebezpieczeństwem, gdyż martwy płód szybko gnieje 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, wy-

kwify na zewnętrznych narządach płciowych, po usunięciu przekrwienia, mogą zniknąć nawet samoistnie.

Gorączka.

Gorączka podczas drugorzędneho okresu spotyka się dość często, szczególnie w pierwszych miesiącach choroby u kobiet. Łatwo się ona poddaje działaniu swoistego leczenia.

Gorączka bywa objawowa i samoistna.

Objawowa gorączka może towarzyszyć pierwszym wysypkom, szczególnie obfitym, a także późniejszym rozsianym z zawartością ropną i ostrym postaciom cierpień różnych narządów, jak zapalenie okostny, stawów, ścięgien, tęczówki i t. p. Gorączka może nawet poprzedzać pierwsze wysypki i zwykle trwa niedługo – najwyżej parę, kilka dni; również w zapaleniach różnych narządów jest przeważnie krótkotrwała. Często tylko w wysypkach z ropną zawartością gorączka trwa nieco dłużej. Temperatura rzadko przenosi 39°.

Samoistnej gorączce nie towarzyszą żadne widoczne objawy syfilisu.

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 trzeciackowy, napady zwykle bywają w dzień, odznaczają się pewną prawidłowością, długotrwałością, śledziona w malarji 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 krótkotrwałymi dreszczami i potami; przeważnie posiada średnie nateżenie, 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 syfilityczna często bardzo jest zbliżona do gorączki brzusznej (*febris gastrica*), a niekiedy do tyfusowej.

W gorączce brzusznej zaburzenia żołądkowe bywają zwykle silniejsze, język więcej nieczysty, obłożony: ciągnie się ona przeważnie tylko kilka dni.

W gorączce tyfusowej spostrzegamy zwykle silniej wyrażone ogólne osłabienie; język zawsze suchy, skóra sucha, gorąca, odrętwienie, majaczenie po nocach, wzdęcie brzucha, bóle w dole biodrowym, rozwolnienie, powiększenie śledziony, często powiększenie ze strony nerek, otrzewny, 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 syfilis i wykluczyć go na mocy dokładnych badań i obserwacji.

ANATOMJA PATOLOGICZNA.

Wszystkie wykwit drugorzędnego okresu syfilisu 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 (prolifracja).

Pomiędzy temi komórkami spotykamy stale, oprócz komórek, podobnych do limfocytów (zarodkowych), komórki plazmatyczne, a w sprawach, bardziej rozwiniętych, tkankę ziarninową 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 rów-

niez 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 rozwija się tkanka ziarninowa.

Gruczoły skóry same nie biorą udziału w sprawie chorobnej, 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 chorobne skóry.

Na budowę wykwitów wpływa znacznie długość ich trwania, nasilenie sprawy i odporność tkanki.

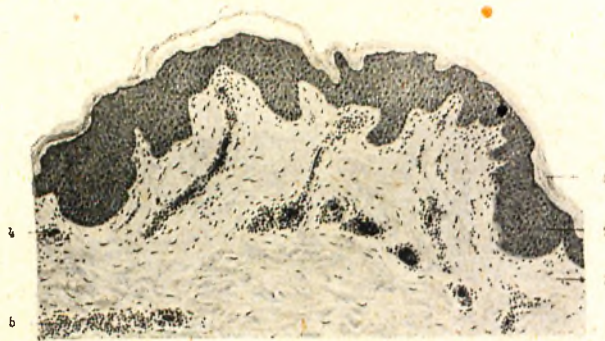
Zmiany w budowie anatomopatologicznej nie są ściśle ograniczone, lecz, zmniejszając się w natężeniu, szerzą się poza granice klinicznie widocznych wykwitów.

Pomiędzy typowymi wykwitami drugorzędного okresu syfilisu istnieje cały szereg postaci przejściowych, tworzących jeden nieprzerwany łańcuch; skutkiem tego podział wykwitów pod względem anatomo-patologicznym, jak i pod względem klinicznym, jest tylko szematyczny.

Plama.

W plamie naczynia, przeważnie w warstwie brodawkowej i podbrodawkowej, a niekiedy w skórze właściwej, są porozszerzane i bardzo często przepełnione krwią. Śródbłonek, wyściełający naczynia, wydaje się zgrubiałym i jakby wpukła się do naczynia. Naokoło naczyń znajdujemy zwykle nagromadzenie się wielkiej ilości komórek. Płaszcz ów, a raczej naciek, w świeżych plamach składa się z miejscowych, wyraźnie powiększonych komórek łącznotkankowych; z czasem ilość komórek tych wydaje się znacznie zwiększona, przyczem kształt ich staje się bardzo rozmaity, widzimy tam bowiem komórki wrzecionowate, pająkowate, gwiaździste i inne. U obwodu takiego ogniska widzimy często komórki plazmatyczne, dobrze wykształcone, lub podobne do limfocytów, przez niektórych zarodkowemi zwane. Prócz tego znajdujemy w nacieku nieco leukocytów, a niekiedy nawet komórki tuczne. Powiększone komórki łącznotkankowe są czasem dobrze widoczne nawet w błonie zewnętrznej naczyń.

Pomiędzy komórkami nacieku spostrzegamy często mniej lub więcej liczne czerwone krążki krwi. Przepelnione naczynia krwionośne łącznie z wybroczynami nadają różowe ograniczone zabarwienie skórze, a ziarenka barwika, pozostałe po wylewach, obja-



Rys. 6. 1) warstwa rogowa, 2) w. koleczasta, 3) tkanka łączna skóry, 4) naczynie krwionośne. 5) naciek. Ob. A. Ok. 2 (Zeiss) (Rysunek 2 razy zmniejszony).

śniają nam powstawanie szarych plam, często długo trwających, po ustąpieniu czerwonej wysypki. Ziarenka barwika pozostają przez dłuższy przeciąg czasu na miejscu, skąd mogą być uniesione przez limfę, lub pochłonięte przez leukocyty.

Gruczoły potne i łojowe, a również torebki włosowe, pozostają niezmienione, tylko niekiedy, szczególnie w różyczce punkcikowatej i ziarnistej, widać nacieki, gęsto obejmujące naczynia kłębków potnych, a głównie torebek włosowych (rys. 7).



Rys. 7. 1) warstwa rogowa, 2) warstwa koleczasta, 3) tkanka łączna skóry, 4) włos, 5) naczynie krwionośne, 6) naciek. Ob. A. Ok. 2 (Zeiss).

Grudka.

Typowym wykwitem drugorzędneho okresu jest grudka. Granic wyraźnych pomiędzy plamą i grudką niema. W grudkach, słabiej rozwiniętych (Rys. 8), spotykamy tylko nieco większe nacieki naokoło rozszerzonych naczyń, niż w plamach, przeto cała



Rys. 8. 1) warstwa rogowa, 2) w. kolczasta, 3) wydłużony sopel, 4) zgrubiały i nacieczony sopel, 5) wydłużona brodawka, 6) naczynie krwionośne, 7) naciek, 8) tkanka klejodajna Ob. A. Ok. 2 (Zeiss). (Rys. 2 razy zmniejszony).

warstwa brodawkowa i podbrodawkowa wygląda jakby więcej zbita, naokoło naczyń zawiera wiele jąder, pomiędzy naczyniami jest ich mniej.



Rys. 9. 1) warstwa rogowa niepr. zrogowaciła. 2) warstwa kolczasta, 3) tkanka łączna skóry, 4) tkanka granulacyjna, 5) komórka olbrzymia, 6) naczynie krwionośne, 7) naciek. Ob. A. Ok. 2 (Zeiss). (Rysunek 2 razy zmniejszony).

W lepiej rozwiniętych i późniejszych grudkach nacieki, leżąc blisko jeden od drugiego, zlewają się ze sobą. W grudko-guzkach (Rys. 9.) widzimy tkankę granulacyjną pośrodku wykwitu, otoczoną po bokach i często od spodu naciekiem. Wśród tkanki

granulacyjnej spostrzegamy komórki olbrzymie, niekiedy w znacznej ilości.

Niekiedy cała grudka rozwija się naokoło naczyń forebek włosowych (Rys. 10). Są to tak zwane klinicznie grudki drobnoziarniste, lub punkcikowate (micro-papula, lichen syphiliticus).



Rys. 10. 1) warstwa rogowa, 2) w. kolczasta, 3) tkanka łączna skóry, 4) torebka włosowa, 5) gruczoł łojowy, 6) naczynie, 7) naciek, 8) komórka olbrzymia. Apochrom, 16,0 mm., apert 0,30. Ok. 2 (Zeiss). (Rys. 2 r. zmniejszony).

W przypadkach z obfitym wysiękiem i ropieniem ciała ropne i płyn wysiękowy zbierają się przez komórki warstwy kol-

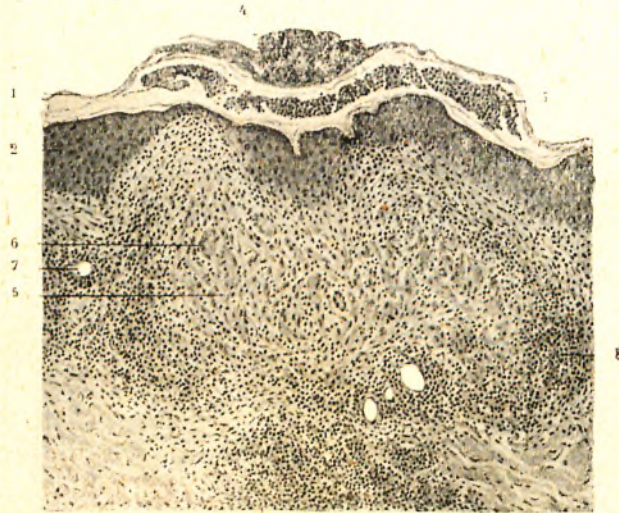


Rys. 11. 1) warstwa rogowa, 2) warstwa kolczasta, 3) tkanka łączna skóry, 4) krosta, 5) naciek, 6) naczynie krwionośne, 7) mieszek włosowy, Apochr. 16,0 m., apert 0,30. Ok. 2 (Zeiss). (Rys. 2 razy zmniejszony).

czastej pod warstwą rogową, jako najbardziej odporną na wszelkie wpływy, tworząc krostę (Rys. 11 i 12).

Krosty tworzą się często u ujścia gruczołów łojowych i forebek

włosowych, gdyż te narządy skóry są otoczone licznymi naczy-
niami. W powyżej opisany sposób powstaje charakterystyczny



Rys. 12. 1) warstwa rogowa, 2) warstwa kolczasta, 3) krostka, wysychająca w strupek, 4) strupek, 5) tkanka granulacyjna, 6) komórka obrzęmia, 7) naczynie, 8) naciek. Apochr. 16,0 mm., apert. 0,50. Ok. 2 (Zeiss). (Rys. 2 razy zmniejszony).



Rys. 13. 1) warstwa rogowa, 2) warstwa kolczasta, 3) tkanka łączna skóry, 4) strup, 5) naczynia krwionośne, 6) naciek. Apochr. 16,0 mm., apert. 0,50. Ok. 4 (Zeiss). (Rys. 2 razy zmniejszony).

pod względem klinicznym obraz, znany pod nazwą — trądzika
kiłowego.

Po pęknięciu krosty, ciecz ropna wydostaje się na powierzchnię i zasycha, tworząc strup (Rys. 12).

Strup może powstać nawet bez uprzedniego tworzenia się krosty (Rys. 13). Bywa to wtenczas, gdy warstwa rogowa jest tak nietrwała, iż nie może oprzeć się gromadzącemu się pod nią wysiękowi — pęka wcześniej i w wielu miejscach. W strupku, oprócz składowych części wysięku, mogą znajdować się płatki



Rys. 14. 1) warstwa rogowa, 2) w. kolczasta, 3) wydłużony sopol nabłonkowy, 4) wydłużona brodawka, 5) naczynie krwionośne, 6) naciek. Lupa. Ok. 5.

rogowe naskórka, a niekiedy nawet komórki kolczaste. Wtedy strup przylega do warstwy kolczastej, a może nawet sięgać do tkanki łącznej.

Gdy ropienie jest bardzo silne, może nawet nastąpić owrzodzenie.

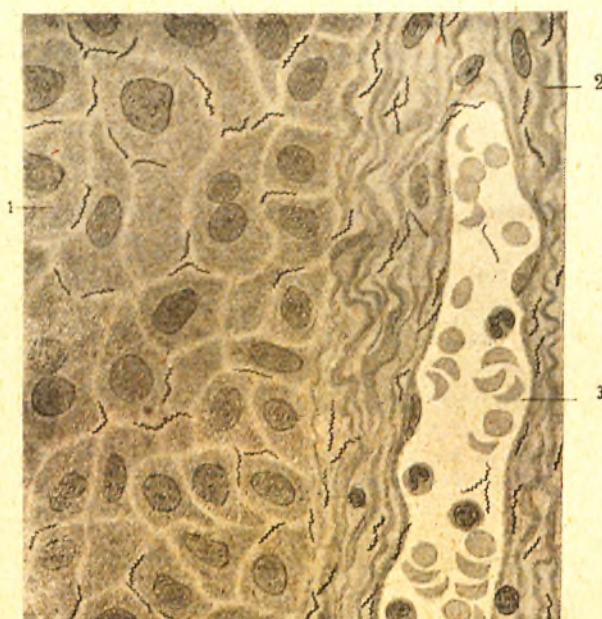
Brak tkanki w miejscu owrzodziałem bywa zwykle bardzo niewielki i dotyczy warstw powierzchniowych. Zniszczony tu zostaje albo sam tylko naskórek, albo najwyżej część warstwy brodawkowej.

W owrzodzeniach, szerzących się szybko, jak to często w brudźcach bywa, spotykamy niekiedy w warstwie brodawkowej duże wylewy krwawe, zależne od silnego cierpienia naczyń, szczególnie małych tętnic.

Zabarwienie grudek, podobnie jak i plam, objaśniamy przepełnieniem naczyń krwią i przeświecającym naciekiem, gładkość i połysk powierzchni — zcieńczeniem i napięciem naskórka przez nacieklą i bującą tkankę łączną.

Budowa grudek ciekących nie różni się zasadniczo od budowy grudki zwyczajnej, gdyż skutkiem miejscowych czynników zmianom w niej głównie ulega naskórek.

W grudkach ciekących warstwy rogowej albo wcale niema, albo też przedstawia się jako warstwa cienka, zawierająca jądra, pod którą brak warstwy ziarnistej. Warstwa kolczasta bywa znacznie zgrubiała. Sople nabłonkowe robią wrażenie, jakby olbrzymio rozrastały się, dzieliły wielokrotnie, drażąc włąb skóry.



Rys. 15. 1) nabłonek, 2) tkanka łączna, 3) naczynie krwionośne.
Immers. 2,0 mm., apert. 1,30. Ok. 6 (Zeiss).

Krętek błydy w okresie drugorzędym kily spotyka się dość gęsto w jej wykwitach, w czasie zaś utajenia rzadko w tkance łącznej skóry.

W plamach i grudkach spostrzegamy krętki najgęściej w naczyniach podbrodawkowych i w naciekach, okrążających je; ku wierzchołkowi brodawek ilość spotykanych krętków zwykle się zmniejsza. W naczyniach znajdujemy krętki, luźno leżące, i wewnątrz leukocytów. W tkance łącznej najwięcej krętków bładych widzimy w pobliżu małych naczyń i na obwodzie nacieków. W naskórku plamek i grudek zwyczajnych spotyka się bardzo

mało krętków, zaś w naskórku grudek nadżerkowatych, a szczególnie ciekących, zwykle dużo; w grudkach nadżerkowatych sporo ich czasami można znaleźć w zawartości krost pod warstwą rogową i w przestrzeniach międzykomórkowych; w grudkach ciekących (Rys. 15) 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 ciekących. W owrzodzeniach znajdujemy zwykle mniej krętków, niż w poprzednio opisanych wykwitach.

Oprócz krętków białych w krostach powierzchownych, nadżerkach i owrzodzeniach spotykamy mniejszą lub większą ilość innych drobnoustrojów, a przede wszystkim paciorkowce i gronkowce. Zdaje się, iż one odgrywają tam dużą rolę w tworzeniu tych wykwitów.

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 tkance, jak np. łojotok, łuszczyca, liszaj włosowy. Krętki białe widocznie zbierają się w większej ilości w naczyniach zmienionych i, przyłączając swe działanie do istniejących już spraw zapalnych, łatwo wywołują tworzenie się wykwitów kiły. 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.

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 podczas łysienia kiłowego nie różnią się od zmian, wywołanych innymi chorobami zaraźliwymi, a więc przede wszystkim występuje zanik brodaweczki włosowej, zmniej-

szającej się w przecięciu, zanik barwika w pochewkach i zanik komórek rdzeniowych.

ROZPOZNANIE I ROKOWANIE.

Rozpoznanie kliniczne w drugorzędnym okresie przedstawia niekiedy znaczne trudności, gdyż objawy charakterystyczne spotykamy niestale; zjawiają się one najczęściej napadowo; poczem następuje okres ufajenia 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 moknące na narządach płciowych i w ich okolicy, bielactwo i czerniaczkę skóry.

Wywiady łatwiej zbierać w okresie drugorzędnym ze względu na świeżość choroby, niż w okresie trzeciorzędnym, 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 drugorzędnym okresie są badania serologiczne, a także bakterjologiczne i, gdzie to jest tylko możliwe, powinny być zawsze czynione nie tylko w przypadkach wątpliwych, lecz nawet dla potwierdzenia rozpoznania, dokonanego na mocy klinicznych danych.

Syfilis podczas drugorzędnego okresu przedstawia nietyle niebezpieczeństwa dla samego chorego, ile dla otaczających go ze względu na łatwość zarażenia. Wprawdzie i w tym czasie syfilis oddziaływa w mniejszym lub większym stopniu na cały ustrój, obniża odporność jego względem innych chorób i przysposabia grunt do ciężkich trzeciorzędnych t. zw. posyfilitycznych cierpień, jednak nie grozi zazwyczaj utratą życia lub kalectwem, a przytem łatwo poddaje się swoistemu leczeniu.

Takie zaś niebezpieczne objawy, jak zajęcie wewnętrznego ucha i oka, zapalenie nerek i złośliwa żółtaczka, zdarzają się rzadko.

LECZENIE MIEJSCOWE.

Wszystkie objawy drugorzędnego okresu syfilisu 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.

W wysypkach plamistych i grudkowatych w okolicach, przykrytych odzieżą, najlepiej zupełnie wstrzymać się od miejscowego leczenia, w okolicach zaś odkrytych kładziemy na noc dla przyspieszenia zaniku wykwitów plastry rtęciowe, a na dzień po posmarowaniu wykwitów 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.. Można również nacierać plamy, a szczególnie grudki, sublimatem 1:1000—1:500, wcierać w nie masę kalomelową i masę flenku żółtego rtęci:

Rp. Calomel 1,0—2,0
Vasel. fl. Amer. 40,0
S. do wcierania.

Rp. Hydrarg. oxydati flavi 1,0—2,0
Vasel. fl. Amer. 40,0
S. do wcierania;

smarować kolloidum i traumatycyną z sublimatem lub z innymi preparatami rtęci np.:

Rp. Hydrarg. bichlor. 0,25
Collodii simpl. 20,0
S. do smarowania.

Masaż przyspiesza również wsysanie wykwitów syfilitycznych.

Dla usunięcia plam barwikowych, pozostałych po zaniku wykwitów, używają rezorcyny, kwasu salicylowego lub sublimatu z kolloidum, np.:

Rp. Collodii 15,0
Hydrarg. bichlor 0,5
S. do smarowania (Leclerc.)

Rp. Acidi salicyl. 2,0
Spir. vini 100,0
S. do smarowania.

Odpowiednio do właściwości miejsc, dotkniętych wykwitami, stosujemy razem z preparatami rtęci i inne odpowiednie środki: na zmiany, wikłające się łojotokiem, szczególnie na twarzy, należy dodawać do rtęci siarkę, np.:

Rp. Zinnabaris 1,0
Sulfur. praecip. 5,0—10,0
Vasel. fl. Amer 100,0
S. do nacierania.

Na głowie, jeśli można, strzyżemy włosy, obmywamy strupki oliwą i stosujemy maść z kalomelem, rezorcyną 1:30 lub z siarką.

Na dłoniach i podeszwach, przy silnym zgrubieniu naskórka, należy rozmiękczyć go plastrem mydlano-salicylowym 10%—20%, pęknięcia tuszować lapisem i dopiero, po odpowiednim przygotowaniu tych miejsc, stosować plastry rtęciowe lub maści. Dla rozmiękczenia zgrubiałych warstw naskórka 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 wykwity.

Na wykwity łuskowate dobrze jest dodawać do maści dziegciu, a czasem kwasu salicylowego.

Rp. Hydrarg. praecip. albi
Ol. cadini \overline{aa} 3,0
Vasel. fl. Amer. 30,0

Owrzodzenia przedewszystkiem oczyszczamy ze strupów, rozmiękczając je maścią borną lub okładami, np.:

Rp. Acidi borici 3,0
Vasel. fl. Amer. 50,0
S. przykładać na płótnie 2 razy dziennie.

Rp. Liq. alum. acet. 1%—300,0
lub sol. ammonii sulfoichtyol 5,0:300,0
S. do okładów pod ceratką 2 razy dziennie.

Po usunięciu strupków z owrzodzeń, leczymy je tak, jak otwarte rany: stosujemy częste moczenia w ciepłej wodzie czystej lub z dodatkiem sublimatu, przed opatrunkiem smarujemy od czasu do czasu nieczyste owrzodzenia jodową nalewką, lub obmy-

wamy wodą utlenioną, a zbyt obfitą ziarninę przypalamy lapisem. Opatrunek najlepiej nakładać z maści bornej, jodoformogenowej lub jodoformowej 5–10%. Można również przysypywać owrzodzenia jodoformogenem, airolem, jodołem, 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 unikać gęstych grzebieni lub szczotek i wogóle starać się nie targać i nie wydzierać włosów. Można jednak owłosione części głowy smarować codziennie roztynem sublimatu w wysokoku, np.

Rp. Hydrarg. bichlor. 0,25–0,5
Spir. vini 60%—250,0
Aq. Colonensis 30,0 lub
Ol. rosar. gtt. V
S. do nacierania raz dziennie.

Brocq 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 chore miejsca maścią z żółtego tlenku rtęci 3–5% samą lub z dodatkiem 10–20% dziegciu.

Zanokcica najczęściej nie wymaga miejscowego leczenia. Używamy niekiedy plastrów rtęciowych lepkich lub maści kalomelowej 5–10%.

Przynokcica wymaga zwykle daleko energiczniejszego miejscowego leczenia, szczególnie w 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 paznokieć trzyma się mocno, można tylko dla usunięcia podrażnienia podkładać między paznokieć i owrzodzenie kawałek waty, posmarowanej w 5–10% maści kalomelowej lub umaczonej w 1% roztynie lapisu. Nieczyste owrzodzenia obmywamy wodą utlenioną 5%, wolno gojące się smarujemy jodową nalewką, a zbyt obfitą ziarninę lapisem.

Wysypki moknące leczymy miejscowo, przedewszystkiem usuwając te przyczyny, które macerują wykwity, a następnie osuszając je. W tym celu *narządy płciowe* często obmywamy ciepłą wodą, słabym roztworem sublimatu 1:2000—5000, roztworem płynu Labarraque'a 1:5, wody przekroplonej i t. p. Następnie posypujemy nadżerki i grudki nadżerkowate proszkiem osuszającym, jak np. kalomelem, a nawet bismutem lub tlenkiem cynku, pomiędzy stykające się powierzchnie kładziemy watę hygroskopijną i przymocowujemy opatrunek opaską w kształcie litery T.

Grudki przerostowe można smarować nalewką jodową, przypalać lapisem, a najlepiej przysypywać kalomelem i nakładać na to opatrunek z tamponu, zmoczonego w aq. chlori. Wytwarzający się in statu nascendi sublimat szybko niszczy przerostowe grudki.

Owrzodzenia leczymy jak zwykle. Zalecamy ciepłe nasiadówki 2—3 razy dziennie, do których można dołączyć parę gramów sublimatu; następnie przysypujemy jodoformogenem, airolem, jodolem, ectoganem, nawet jodoformem. Środki powyższe można stosować również w 10% maściach.

Owrzodzenia nieczyste, mające skłonność do rozpadu, smarujemy co parę dni nalewką jodową. Rany, rozpoczynające ziarninować, przypalamy co 3—4 dni lapisem in substantia; stosujemy na nie zazwyczaj suche opatrunki: proszek i na to watę opatrunkową, umocowaną bandażem.

Wrazie powikłań wykwitów ciekących na prąciu stulejką lub obrzmieniem, leczymy je według sposobów, podanych w miejscowym leczeniu powikłań wrzodu pierwotnego.

U *otworu кишки stolcowej* wysypki moknące leczymy jak na narządach 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 czas ich trwania. Należy zaś pamiętać, iż wysypki moknące w tych miejscach stanowią zawsze wielkie niebezpieczeństwo dla otaczających ze względu na łatwość udzielania zarazy.

Przedewszystkiem utrzymujemy jamę ustną w czystości, płuczemy ją często w ciągu dnia wodą ciepłą z dodatkiem soli kuchennej lub odpowiednich higienicznych eliksirów, albo $\frac{1}{2}$ —1% płynem Burowa, mamy staranie o zębach, zabraniamy używać

tytoniu, napojów wysokowych. Każdą nadżerkę lub owrzodzenie starannie przyżegamy silnym roztworem lapisu:

Rp. Argenti nitr.
Aq. destilatae aa 10,0
S. do rąk lekarza.

Można również do przyżegań używać 10% kwasu chromowego lub skoncentrowanego kwasu karbolowego. Stosują również azotan rtęci (*hydrargyrum nitricum*). Używać go należy ostrożnie, gdyż działa silnie i szeroko: Małeńki kawałek waty, namotany starannie na zaostrzoną zapałkę 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 letnią wodą. Nie należy odrazu przyżegać zbyt dużych przestrzeni, a smarowanie tych samych miejsc powtarzać nie częściej, jak co 3 dni.

W *krtań* na wykwity syfilityczne można stosować wzięwania 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 unikać dymu, kurzu, wysokowych napojów, długich mów, śpiewów, zaziębienia.

Wykwity ciekące w innych miejscach leczymy według sposobów, podanych w leczeniu wykwitów na narządach płciowych.

Obrzmienie gruczołów i naczyń chłonnych usuwamy według wskazówek, wyłożonych na str. 58.

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 wanień, spokoju, czasami zaś narкотycznych nacierań.

Rp. Chloroformii
 Ol. hyoscyami
 Ol. olivar aa — 20,0
 S. do nacierania.

Zajęcie oka, szczególnie głębszych jego części, wymaga spokoju, ochrony od działania światła za pomocą daszka lub konserwów, oprócz tego kompresów ciepłych, wcierania naokoło oczodołu maści rtęciowej z belladonną, np.: Extr. bellad. 0,2. Ungt. ciner. 20,0, a w ostrych objawach pościel, pijawki na skronie, w razie zaś silnych bólów — chloral. hydrat. 1,0—2,0 na dawkę; morphini mur. 0,01 × 2, extr. opii 0,02 × 3. Przyczem, gdy tylko spostrzeżemy zajęcie tęczówki, należy zastosować atropinę, gdyż ona, rozszerzając źrenicę, zwęża mechanicznie jej naczynia, uspakaja, paraliżując działanie mięśni tęczówki, a nadewszystko zapobiega wzrostom tęczówki z sąsiednimi tkankami.

Stosujemy zwykle:

Rp. Atropini sulfurici 0,02
 Aq. destil. 10,0
 S. 2 krople 3—6 razy dziennie.

Podczas silnych bólów 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 w razie bólów 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 zewnątrz powiekę 1—2 razy dziennie po 2—3 minuty.

Dla usunięcia pozostałych zmętnień można również wstrzykiwać do worka łącznicowego codziennie lub co drugi dzień $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ strzykawki Pravaza 2—4% roztworu soli kuchennej.

W razie utworzenia się wypukleń rogówki można oprócz ochronnej opaski używać 1% eseriny, naturalnie jeśli niema przytem zapalenia tęczówki.

Łuszczycy jamy ustnej oprócz ogólnego leczenia wymaga smarowania pęknięć 1%—20% lapisem, a nawet *in substantia*, płukania ust 1% płynem Burowa, smarowania blaszek nalewką jodową lub

Rp. T-rae gallar.

T-rae rathaniae aa 10,0.

Schwimmer radzi stosować Papayotin 0,5:10,0, Mosefig i Joseph — kwas mlekowy 50%, Neumann — kwas chromowy 0,1:20,0 lub

Rp. Acid. carbol. 0,5

Alcohol. rectific. 10,0

S. do smarowania.

VIII. OKRES TRZECIORZĘDNY.

(*Syphilis tarda tertiaria, gummosa*).

OGÓLNA CHARAKTERYSTYKA.

Pomiędzy objawami okresu drugorzędnego a trzeciorzędnego 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.

Trzeciorzędne objawy syfilisu występują nie we wszystkich przypadkach i tylko miejscowo, zjawiają się zwykle późno w przebiegu choroby, wywołują często ciężkie uszkodzenia tkanek wszystkich narządów, odznaczają się zwykle powolnym przebiegiem i nieznaczną zaraźliwością.

Częstość przypadków syfilisu, w którym występują trzeciorzędne 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 drugorzędnym okresie, poczęści zaś stoi w związku ze złymi warunkami życia, podeszłym wiekiem w chwili zarażenia, z konstytucją chorego, przebytymi chorobami i t. p. Jakość drugorzędnego okresu nie wpływa na dalszy przebieg syfilisu, gdyż często ciężkie trzeciorzędne objawy następują po lekkim drugorzędnym okresie i odwrotnie.

Sigmund podaje częstość występowania trzeciorzędnego okresu dla nieleczonych na 30—40%. Neumann znalazł, iż z 665 przypadków trzeciorzędnego syfilisu $\frac{2}{3}$ osób nie były leczone wcale do czasu wystąpienia trzeciorzędnych objawów, a i ta pozostała $\frac{1}{3}$ część była leczona niedostatecznie. Przed kilkunastu laty Perls obliczył, iż z liczby 6.302 chorych Neissera, leczonych na syfilis od 1901 do 1907 r., było 605 przypadków kiły trzeciorzędnej, zaś z pomiędzy nich 60,33% nie leczono się uprzednio zupełnie, 17,36% przerobiło jedną tylko kurację rtęciową, 21,42% leczono

objawowo, zaś tylko 0,66% metodą przewlekłego, przerywanego leczenia.

Częstość występowania trzeciorzędnych objawów wogóle określiła Profetta na 5% wszystkich chorych na syfilis, 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 trzeciorzędnymi objawami, wynosi przeszło 15%, lecz dane te, jako zebrane tylko z ambulatorjum, są może nieco jednostronne; w każdym jednak razie potwierdzają znaczenie leczenia dla występowania trzeciorzędnych objawów, gdyż spotykałem je tylko nader rzadko u osób, leczonych poprzednio starannie.

Trzeciorzędne objawy syfilisu występują najczęściej w 3-cim roku po zarażeniu. Stosunek ten stopniowo z biegiem czasu zmniejsza się.

Według olbrzymiej statystyki Fourniera, bo zawierającej 4.400 przypadków trzeciorzędnego okresu,

w 1 roku przebiegu syfilisu trzeciorzędne 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	"
"	13	"	"	"	"	"	114	"
"	14	"	"	"	"	"	113	"
"	15	"	"	"	"	"	117	"
"	16	"	"	"	"	"	95	"

Z biegiem lat ilość przypadków stale się zmniejsza, aż w 44 roku przebiegu syfilisu 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 trzeciorzędnych w różnych narządach.

Na 4.400 wszystkich przypadków trzeciorzędnego syfilisu			
Objawy skórne		występowały w 1.418 przypadkach	
„	podskórne	202	„
„	w narządach 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 szkieletcie nosa i podniebienia	229	„
„	w nosie	43	„
„	w stawach	22	„
„	w mięśniach	16	„
„	w ścięgnach	3	„
„	w przewodzie pokarmowym (od przełyku 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	„
„	w oku	110	„
„	w uchu	26	„
„	w mózgu	758	„
„	w rdzeniu pacierzowym	136	„
Monoplegje	„	6	„
Wiąd rdzenia	„	628	„
„	mózgowo-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 mózgowo-rdzeniowe	„	29	„

Prosty rzut oka na powyższe dane wskazuje, iż trzeciorzędne objawy dotyczą narządów ważnych. Przypadków syfilisu mózgu było 758, a całego układu nerwowego 1851, podczas gdy przypadków objawów skórnych i podskórnych podano razem 1620.

Już w opisie późniejszego przebiegu drugorzędnego okresu zauważyliśmy, iż objawy zjawiają się nie na całym ciele, lecz tylko na ograniczonych miejscach. Trzeciorzędne objawy nigdy prawie nie występują ogólnie, i nawroty mają zawsze upodobanie do tych miejsc, w których zjawiały się objawy wcześniejsze.

Wykwity późnego, czyli t. zw. trzeciorzędnego syfilisu pod względem postaci nie przedstawiają takiej różnorodności, jak wykwity okresu drugorzędnego. Różnice w wejrzeniu zależą przede wszystkim od głębokości umiejscowienia i od stopnia rozwoju, nie są więc istotne. Często u jednego i tego samego chorego spotyka się w przebiegu równocześnie obok siebie wyróżniające się postacią wykwity.

Typowym objawem trzeciorzędnego okresu jest kilak — guz różnych wielkości, od ziarnka pieprzu i nawet mniejszy do jaja gęsiego. Umiejscawia się on w narządzie i powiększa 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 galaretowatą, jakby gumowatą (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 tworzy 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 stanu prawidłowego jest niemożliwy.

KILAKI SKÓRY I BŁONY ŚLUZOWEJ.

Wysypka skórna w trzeciorzędnym okresie ogranicza się zwykle do pewnych tylko okolic ciała i do nieznacznej ilości wykwitów, a niekiedy nawet do jednego. Przeważnie, im większe bywają kilaki, tem mniejsza ich ilość. Kilaki, występujące w gromadkach, odznaczają się w rozwoju skłonnością do grupowania się w kształcie wieńca, podkowy, nerki, węża i t. p.

Kilaki maleńkie, wielkości ziarnka prosa do grochu, noszą nazwę guziczków (*tuberculum syphiliticum, gumma superficiale*); kilaki wielkości grochu do orzecha laskowego, a nawet większe — guzów (*gumma profundum*). Najczęściej guziczki biorą swój początek w powierzchownych warstwach skóry i błony śluzowej, guzy — w głębszych lub w tkance podskórnej i w podśluzowej, a nawet w poniżej leżących tkankach, jak mięśnie, okołostna i t. p. Pierwsze zjawiają się przeważnie we wcześniejszych, drugie w późniejszych fazach trzeciorzędnego syfilisu, choć mogą znajdować się współcześnie.

Guziczki

(*Tubercula cutanea*).

Mogą one występować w każdej okolicy skóry, szczególnie jednak często umiejscawiają się na twarzy, czole, skrzydłach nosa, wargach, okolicach łopatek, nad stawami obojczyko-mostkowym i obojczyko-łopatkowym i wogóle naokoło stawów, na pośladkach i stronie wyprostnej kończyn. Kilaki powierzchowne skóry posiadają wielkość od ziarnka prosa do grochu i powyżej, zjawiają się w postaci dość ściśle ograniczonych twardych guziczków o zabarwieniu brązowo-czerwonym lub niebieskawo-sinawem. Guziczki początkowo bywają mało nad powierzchnią wyniosłe, jakby w skórze zagłębione, tak iż łatwiej je palcem wyczuć, niż okiem dostrzec. Mogą one zjawiać się, jako nieumiarowo porożrucane na ograniczonych okolicach skóry wykwity; mają jednak skłonność do występowania w gromadkach i w dalszym przebiegu do przybierania znamiennej ugrupowania. Guziczek po jedno-trzytygodniowym trwaniu, powiększając się nieznacznie, pokrywa się na powierzchni początkowo cienką delikatną białawą łuseczką. Przeobraża się ona stopniowo w żółtawo-brązowawy strupek. Po oderwaniu strupka możemy często dostrzec na wierzchołku nacieku prowadzącą do jego głębi przetokę. Nieco

później znajdujemy pod strupkiem pośrodku nacieku kotlinowate owrzodzenie o dnie łatwo krwawiącym, pokrytem szarawym albo sadłowatym nalotem i wydzielającym często surowiczo-żółtawą ciecz. Guziczki nie zawsze ulegają rozpadowi i owrzodzeniu. W razie nieznacznej wielkości i bardzo powolnego przebiegu sprawy mogą one również, łuszcząc się na powierzchni, wessać się. Owrzodzenie, powstałe w środku guziczka, rozszerza się na zewnątrz, przyczem naokoło rozpadłych guziczków tworzą się nowe z czasem znowuż rozpadające się, lub też nacieczenie rozszerza się nazewnątrz i następnie rozpada się, a na miejscu dawniejszych rozpadłych nacieczeń tworzy się blizna, początkowo ciemno zabarwiona, później stopniowo bielejąca, nieprawidłowa, siatkowata lub gwiazdowata, sznurkowatemi wałeczkami pościągana (*lupus syphiliticus* lub *l. s. exulcerans* dawniejszych autorów). Na bliznie nie zjawiają się już nowe guziczki, podczas gdy powstające w dalszym przebiegu odśrodkowo powierzchowne kilaki tworzą postać nerki, odcinka koła, węża i t. p.

Niekiedy guziczki bywają większe od ziarnka grochu. Wtedy zazwyczaj występują w mniejszej ilości, w mniej prawidłowem, a więcej rozszanem ugrupowaniu, również skłonność do rozpadu bywa silniejsza. Na nacieku wytwarza się szybko brązowy albo żółtawy strup; po usunięciu jego widać ku środkowi głębsze, kotlinowate owrzodzenie o szarawem lub sadłowatem dnie.

Wydziela ono żółto-miodową wydzielinę, wysychającą szybko w nowy strup. Sprawa rozszerza się zazwyczaj odśrodkowo w taki sposób, iż naokoło dawnego rozpadłego nacieku tworzy się nowy jego wałek, który stopniowo zaczyna rozpadać się, podczas tego owrzodzenie pierwotne może już oczyszczać się i pokrywać ziarniną. W taki sposób powstają głębokie niesztowice i brudźce (*ecthyma et rupia profunda*). Gdy rozpad w guziczkach odbywa się powoli, to niekiedy przez nienaruszony naskórek można dojrzeć w głębi żółtawo-ropną ciecz (*pemphigus syph. adultorum*). Ziarnina, szczególnie na owłosionej powierzchni głowy, bywa niekiedy bardzo obfita. Wtedy tworzy drzewowate, lub kalafiorowate wzniesienia, niekiedy o powierzchni malinowatej (*framboesia*).

Głębsze nacieki, również jak i więcej powierzchowne, rozszerzając się odśrodkowo, mogą w pewnym miejscu zatrzymać swój rozwój i wytworzyć owrzodziałe wężowate kilaki (*gumma serpiginosum ulcerosum*). Guziczki, umiejscowione na dłoniach i podszwach, posiadają brodawkowate zgrubienia naskórka (*cornua cutanea syphilitica*).

Guziczki w błonie śluzowej bywają bardzo zbliżone do powyżej opisanych w skórze. Czerwone początkowo ich zabarwienie z czasem przybiera odcień niebieskawy. Rozwój guziczków w błonie śluzowej bywa taki sam, jak w skórze, a więc kończy się wessaniem lub też owrzodzeniem i zabliznieniem.

Kilakom powierzchownym w skórze i w błonach śluzowych często towarzyszą odpowiednie zmiany w głębiej leżących narządach, a tylko wyjątkowo wykwity drugorzędneho okresu.

Rozpoznanie guziczków bywa czasami dość trudne ze względu na znaczne podobieństwo do objawów innych chorób.

Wysypka grudkowata różni się od guziczkowej mniejszą wypukłością, większą twardością, również zabarwieniem.

Owrzodzenia powierzchowne drugorzędneho okresu różnią się od owrzodziałych kilaków płytszem dnem, mniejszem nacieczeniem brzegów.

Trądzik rumiany (*acne rosacea*) może być bardzo podobny do umiejscowionych na twarzy i na nosie guziczków kiłowych; guziczki trądzika różnią się jednak nierówną powierzchnią, obecnością rozszerzonych naokoło nich naczyń krwionośnych i zaczerwienieniem skóry, przytem twory trądzika nie mają skłonności do rozpadu.

Guziczki rakowe, po tułowiu rozrzucone, bywają więcej płaskie, niż kilaki, i pokryte gładką przeświecającą skórą; rak płaski (*ulcus rodens*) posiada brzeg wąski, twardy, czasem zlekka wywrócony, zabarwienie dna żółtawo-czerwone lub też żółtawo-brunatne.

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 chorobnymi, a rozpad i zniszczenie kości nie następuje tak łatwo.

Toczeń żrący, usadowiony na granicy skóry i błony śluzowej nosa, posiada czasami nadzwyczajne podobieństwo do wysypki guziczkowej syfilisu. 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 przedewszystkiem miękkie części, podczas gdy w syfilisie zwykle wcześniej bywa zajęta przegroda kostna i sklepienie nosa. Owrzodzenia tocznia są zazwyczaj prawie zupełnie niebolesne i mniej umiarowe, niż kiłowe, i pozosta-

wiają po sobie bliznę nierówną, usianą zwykle guziczkami. Tocznień żrący rozpoczyna się przeważnie u osób w młodym wieku, choć i w kile wrodzonej trzeciorzędne wysypki powstają zazwyczaj wcześniej. Owrzodzenie gruczołowe w błonach śluzowych często bywa bardzo zbliżone do kiłowego, rozpoznać je jednak można na mocy powyżej powiedzianego o toczniu żrącym i o owrzodzeniu gruczołowym w rozpoznaniu wrzodu pierwotnego syfilisu.

Wrzody weneryczne mogą być bardzo podobne do rozpadłych guziczków, szczególnie na narządach płciowych, własność jednak wydzieliny wywołującej nowe wrzody weneryczne przez samozaszczepienie i obecność w sąsiedztwie obrzmiałych i zapalnie podrażnionych gruczołów chłonnych stanowią ważną wskazówkę rozpoznawczą.

Guzy

(Gumma profundum).

Kilaki głębokie umiejscawiają się w głębi skóry i błony śluzowej, a nawet pod niemi. Zależnie od tego guzy posiadają wielkość od fasoli do jaja kurzego, powierzchnię gładką, spistość mięsistą. Guzy rozwijają się bardzo powoli, i w skórze lub pod nią tworzy się nieznaczny naciek, zaledwie wyczuwalny podczas macania. Skóra na nim w razie głębszego umiejscowienia może być nawet przesuwalna, a wtedy posiada zabarwienie normalne. 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, szczególnie w nocy. Rozwój trwa bardzo długo — kilka, kilkanaście tygodni, miesięcy i dłużej, przyczem czerwone początkowo zabarwienie staje się z biegiem czasu ciemniejszym, niebieskawo-czerwonem lub miedzianem. Wsysanie guzów spotyka się znacznie rzadziej, niż rozpad. Odbywa się ono w taki sposób, iż guzy zaczynają zapadać, przybierają brązowe zabarwienie lub bledną i pokrywają się łuską, a następnie nikną, pozostawiając zagłębienie. Przeważnie jednak guzy podlegają owrzodzeniu. Niekiedy owrzodzenie rozpoczyna się bardzo wcześnie w przebiegu rozwoju kilaków. Stają się one miękkie ciastowate, a niekiedy, szczególnie większe twory, chełboczące, przyczem i zabarwienie bywa więcej brunatne. Gdy rozpad dochodzi do powierzchni kilaka, formuje się na nim strup, który z czasem

oddziela się. Rozpadająca się tkanka tworzy wrzód z brzegami spadzistemi, nieco podminowanemi, z dnem pokrytem szarawo-brudną masą rozpadającego się nacieku. Kilaki, mieszczące się obok siebie, niekiedy, przeżarwszy boczną ściankę, łączą się z sobą przetokami. Strup bywa tem większy i tem łatwiej oddziela się, im ropienie wrzodu jest obfitsze.

W okresie gojenia ropienie staje się skąpsze, dno oczyszcza się, brodawki przybierają żywsze zabarwienie, i ubytek tkanki wypełnia się zwykłym sposobem. Niekiedy strup nie odpada od owrzodzenia, lecz przywiera silnie do ziarninującej powierzchni i usuwa się dopiero po zupełnem zabliznieniu. Strupy takie najczęściej posiadają ślimakowatą postać i brunatne zabarwienie. Błona bywa z początku nieco naciekła, brunatnawa, a później z zanikiem nacieku stopniowo blednie i w końcu białością swą przewyższa nawet normalną skórę. Dóki naciek z blizny zupełnie nie ustąpi, może zawsze nastąpić jej rozpad, Blizna po głębszych owrzodzeniach bywa przeważnie nierówna, gwiazdowata.

Kilaki głębokie zjawiają się najczęściej na czole i nad powierzchnie leżącemi długiemi kośćciami, jak nad gołenią, obojczykiem, łopatką i mostkiem. 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 kilaków, są tylko zazwyczaj mniej prawidłowe. Niekiedy kilaki, biorące swój początek w tkance podskórnej lub nawet w skórze, bywają nie ściśle ograniczone, 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.

Niekiedy rozpad nacieku może posunąć się w kierunku od więcej powierzchownych części w głąb tkanki. W takim razie tworzą się wrzody początkowo płaskie, otoczone nacieklą tkanką, która rozpada się dalej w głąb, niekiedy bardzo szybko. Najczęściej owrzodzenie rozszerza się i wszere i w głąb, niszcząc otaczające tkanki, jak mięśnie, chrząstki i kości, i powodując tem wielkie spustoszenie w ustroju.

Kilaki, powstające w głębi tkanki śluzowej i podśluzowej, wzrastając, przeobrażają tkankę śluzową i tworzą dość duże guzy, dochodzące niekiedy do wielkości jaja kurzego. Naciek, zjawia-

jący się w błonie śluzowej lub podskórnej, może być również nie ściśle odgraniczony, lecz rozlany. Rozwój tak ściśle ograniczonych, jak i rozlanych, bywa taki sam, jak w skórze, a więc kończy się wessaniem lub też owrzodzeniem i zabliźnieniem.

Powikłania owrzodziątych kilaków różą, martwicą, wyżerem, gruzlicą, rakiem i sioniowacizną spotykają się rzadko. Rozpoznanie głębokich kilaków bywa niekiedy bardzo trudne.

Czyrak (*furunculus*) posiada daleko szybszy przebieg i sprawia znaczny ból.

Wrzód goleni spotyka się zwykle wespół z objawami zastoiny krwi i żyłakami. Skóra naokoło wrzodu bywa przeważnie zaczerwieniona, zgrubiała, a brzeg owrzodzenia twardy.

Ropień zimny podskórny chełbocze od samego początku swego istnienia.

Włókniak odznacza się nadzwyczaj zbitą spoistością,

Owrzodzenie rakowe odznacza się dnem nierównym, jamistem, twardem, żółto zwykle zabarwionem i brzegiem wywróconym, twardym.

Guzy żółzowe nieowrzodziąle u dzieci (*tuberculosis colliquativa, scrophulodermata*) bywają często niezmiernie podobne do kilaków, odznaczają się jednak przeważnie większą sinością zabarwienia; guzy żółzowe owrzodziąle posiadają zwykle brzegi zcieńczone, przeważnie zatokowato podminowane. Umiejscowienie ich odpowiada powierzchownie leżącym gruczolom.

CIERPIENIE UKŁADÓW.

W okresie trzeciorzędnym wszystkie układy mogą ulegać cierpieniom syfilitycznym; najczęściej występują one w narządach, posiadających sporo tkanki łącznej, obficie unaczynionej, a pozatem wystawionych na działanie drażniących czynników zewnętrznych.

Przejawy anatomiczne syfilisu mogą występować w postaci ograniczonych kilaków, które niekiedy bywają zastępowane przez tkankę łączną, częściej jednak serowacieją. Zserowaciała zawartość kilaków wysycha i tworzy żółtawą kruchą masę. Czasami w kilakach odkładają się sole wapienne. Kilaki ograniczone, szczególnie znajdujące się w zetknięciu ze światem zewnętrznym, mogą ulec zakażeniu i zropieniu. Kilaki rozlane, do których można zaliczyć także międzymiąższowe nacieczenie, spotykają się często;

zastępuje je tkanka łączna, skutkiem czego zazwyczaj niema ognisk rozpadowych.

Obie powyższe sprawy mogą występować współcześnie i obok siebie; niszczą one zarazem mięsz narządu i upośledzają lub wstrzymują jego czynności fizjologiczne.

Zajęcie syfilityczne narządów wewnętrznych występuje przeważnie wespół z objawami skórnymi, może jednak zjawiać się i niezależnie od nich. Objawy tego cierpienia zazwyczaj niczem nie różnią się od objawów cierpień innego pochodzenia w danym narządzie.

Objawom trzeciorzędnym, szczególnie w narządach wewnętrznych, towarzyszy niekiedy gorączka. Występuje ona w takich postaciach, jak w okresie drugorzędnym, i często mylnie bywa brana za objaw malarji lub gruźlicy.

Narządy wewnętrzne w trzeciorzędnym okresie ulegają często zwyrodnieniu skrobiowatemu; należy jednak je uważać nie za sprawę syfilityczną, lecz za wywołaną cherą ustroju: może ją spowodzić nie tylko kiła, lecz i wiele innych cierpień.

Układ chłonny.

Kilaki w układzie chłonnym spotykają się względnie rzadko i to przeważnie u osobników zołzowych, a bezpośrednim powodem ich zjawienia się bywa najczęściej uraz lub silne podrażnienie.

Gruczoły chłonne, w czasie tworzenia się w nich kilaków, powiększają się. Powiększenie bywa wyraźniejsze skutkiem tworzenia się kilaków ograniczonych, niż rozlanych. Kilaki ograniczone, rozpadając się, formują niekiedy duże chęlboczące guzy z zawartością płynu, ciągnącego się, klejowatego.

Kilaki rozlane, ze względu na wytwarzanie się w nich tkanki łącznej, powodują zwykle stwardnienie gruczołów. Niekiedy obrznięte gruczoły chłonne, powstałe w sąsiedztwie owrzodziałych kilaków skórnych, stają się punktem wyjścia dla nowych kilaków.

W naczyniach chłonnych spotykamy częściej kilaki, niż w gruczołach; występują one zwykle w postaci niewielkich płaskich lub jajowatych guzów w skórze lub pod nią; o pochodzeniu tych guzów świadczy stanowiący ich przedłużenie powrózek zgrubiałe. Kilaki naczyń chłonnych, rozpadając się, tworzą owrzodzenia o brzegach nacieklých, podminowanych, o dnie nierównem, pokrytem wydzieliną kleistą, ciągnącą się lub żółtym sadłowatym nalotem.

W rozpoznaniu kilaków układu chłonnego należy zawsze mieć na uwadze żoły i białaczkę wrzekomą.

Zoźzowe gruczolaki chłonne zjawiają się zwykle u osób młodych; obejmują przeważnie wiele grup gruczołów, rozwijają się powoli i często trwają lata, zanim przyjmą ciastowatą mięką spoistość; nie poddają się działaniu ani rtęci, ani jodu.

Gruczolaki białaczki rzekomej rozwijają się zwykle powoli, często nie ulegają owrzodzeniu w przeciągu wielu lat, umiejscawiają się przeważnie umiarkowo poniżej obu kątów dolnej szczęki.

Skrobiowate zwyrodnienie gruczołów chłonnych spotyka się często (Virchow) w trzeciorzędnym 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 okostny (rys. 16), rzadziej w mózgu kostnym. Przeważnie w razie zajęcia okostny 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 ziarenka 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 łupania w kości i wzmagą się w nocy. Przebieg kilaków bywa różny. U osobników zdrowych i odpornych lub też pod wpływem leczenia kilaki okostny mogą wessać się. W tych razach zwykle tylko pewne zgrubienie okostny wskazuje na przebytą sprawę. Kilaki, umiejscowione w mięszu kości, nadają jej w przekroju zabarwienie woskowo żółte, a skutkiem zrzędzenia utkania kostnego — miękkość i łamliwość. Tego rodzaju sprawę nazywamy zgąbczeniem kości (*osteoporosis*). Niekiedy na miejscu kilaków, szczególnie ograniczonych, powstają masy serowate. Gdy naciek zamienia się w kość, staje

się ona twardsza, bardziej zbita, cięższa, a na okostnie w tych razach tworzą się kostniaki (osteophyty, exostozy, hyperostozy), które stopniowo zrastają się z samą kością.

Kostnieniu nacieków często bardzo towarzyszy dość przykry ból.

Najniekorzystniejszym bywa przebieg, gdy kilaki ulegają spoczeniu. Przeobrażenie kilaków okostny w ropień zapowiadają bóle bardzo dokuczliwe i długotrwałe, które zależą od oddziera-



Rys. 16. Kilak okostny ulnae dextrae (Zdjęcie roentgen. w pracowni kol. Judta).

nia okostny od kości, od drażnienia nerwów, przebiegających pomiędzy kością i okostną, i od zmian zapalnych około nacieku. Skutkiem zropienia nacieku powstaje guz chęłboczący.

Oddzielenie okostny od kości i upośledzenie jej odżywiania powoduje zmiany w samej kości: owrzodzenie albo zgorzel.

Sposoczeniu ulega zwykle nie tylko istota gąbczasta, ale i kora. Sprawa rzadko ogranicza się i wytwarza ropień, otoczony zbitą tkanką kostną. Przeważnie część kości, będąc oddzielona posoką, ulega martwicy. Części zmartwiałe (martwiaki) ze swej strony stają się przyczyną różnych zmian w sąsiedztwie, jak zapalenia, ropni, przetok i zrostów tkanek okolicznych z martwiakiem.

Sprawa ropna z kości szerzy się zwykle aż do skóry, która czerwienieje i staje się cieplejsza. Ropa, niszcząc mięśnie i skórę, może przebić się nazewnątrz i utworzyć bardzo uporczywe owrzodzenia.

Na największą uwagę zasługuje umiejscowienie się kilaków w kościach czaszki. Guzy z opony twardej, będącej zarazem okostną wewnętrzną powierzchnią czaszki, mogą wyrastać w kierunku ku kości, a zarazem mogą wyrastać kilaki z pod opony zewnętrznej, które, w razie zetknięcia się z kilakami opony wewnętrznej, zazwyczaj niszczą zupełnie część czaszki. Jeśli kilaki, wychodzące z opony twardej, ulegają sposoczeniu, to zwykle przyłącza się ograniczony lub rozlany meningitis z zejściem śmiertelnym.

Z pomiędzy kości czaszki najczęściej ulegają cierpieniu czołowa i ciemieniowa. Kilaki kości czołowej, umiejscowione wprost drugiej lub trzeciej fałdy czołowej albo wprost *insula Reili*, powodują zaburzenia mowy skutkiem porażenia jej ruchowego ośrodka, a kilaki kości ciemieniowej wywołują padaczkę korkową (Jacksona), a w razie długiego trwania — ogniskowe rozmiękczenie z jego następstwami.

Wewnątrzkościelne kilaki czaszki sprawiają zazwyczaj silne bóle głowy, zawroty, bezsenność, a niekiedy wymioty, zboczenia 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 móżdżku, dodatek mózgu, szypułki mózgowe, most Varoli i t. p.

Objawy cierpienia rozwijają się w większości przypadków powoli.

W ocznej części kości czołowej kilaki powstają dość rzadko i wywołują, stosownie do umiejscowienia: odsunięcie jabłka ocznego, ucisk na nie, zaburzenia krwioobiegu, zez, widzenie zdwojone i t. p.

Cierpienie kości kręgosłupa spotyka się rzadko i zdarza się przeważnie w jego części szyjnej. Sprawa w kręgach rozwija się odwrotnie, jak przy gruźlicy: rzadko w ciele, a częściej w łukach i w kolcach, i wywołuje bóle i ograniczenia ruchów w odpowiedniej części kręgosłupa.

Zajęcie kości palców powstaje głównie jako następstwo kilakowego zajęcia okostny i spotyka się przeważnie u noworodków.

Najczęściej ulegają zmianom pierwszy lub drugi członek, rzadziej członek, łączący śródreczę z palcami. Stają się one obrzmiałe, szczególnie na grzbietnej 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.

W rozpoznaniu kilaków kości opieramy się na zdjęciach roentgenograficznych, a następnie na postaci, przebiegu powolnym, bólu i na obecnych lub przebytych zmianach kiłowych w innych narządach.

Zgrubienia kości, w następstwie dny (*arthritis*) powstające, różnią się od kiłowych tem, iż umiejscawiają się przeważnie w stawach kości małych, podczas gdy zmiany kiłowe zajmują zwykle środkową część kości długich; również bóle w dniu nie powiększają się w nocy.

Wyrosłe kostne urazowe przebiegają wolniej, niż kiłowe, i bez nocnych bólów.

Zmiany kostne w gruźlicy spotykają się zwykle wspólnie z zajęciem gruźliczem innych narządów.

Chrząstki ulegają zmianom kiłowym bardzo rzadko. Sprawa umiejscawia się przeważnie w ochrzęstnie, a więc występuje prawie wyłącznie w takich chrząstkach, które posiadają ochrzęstną. Najczęściej bywają zajęte chrząstki krtani, żeber, nosa, powiek, stawów, i sprawa prawie zawsze przechodzi na nie z kości lub ze ścięgien.

Stawy bywają zajęte rzadko i przeważnie tylko pojedynczo.

Kilaki wytwarzają się albo w tkance łącznej pod błoną maziową i w samej błonie maziowej, albo też w końcu kości. Najczęściej ulegają sprawie stawy: kolanowy, przeważnie lewy, rzadziej łokciowy, nadgarstkowy, goleniostopowy, szczękowy (Sterling), a wyjątkowo biodrowy.

Kilaki, wychodzące z tkanki łącznej, odznaczają się bardzo powolnym i niebolesnym przebiegiem. Skutkiem wysięku w jamę stawową następuje obrzęk stawu i zniekształcenie jego, nacieczenie tkanek okołostawowych i ufrudnienie ruchów. Kilaki, umiejscow-

wione na końcach kości, powodują również wysięk do jamy stawowej, lecz zarazem bardzo silne bóle kości, szczególnie w nocy i podczas ucisku. Opróżnienie się rozpadłych kilaków do jamy stawowej powoduje niekiedy bardzo ciężkie zapalne i ropne sprawy, wymagające odjęcia członków.

Rozpoznanie różnicowe kiłowego zajęcia stawów nie jest zwykle trudne.

Gościec obejmuje najczęściej kilka stawów odrazu.

Zoły stawów (tumor albus) powstają u ludzi młodych, posiadają przebieg szybszy, niż w kile, towarzyszą im bardzo silny obrzęk, bóle, gorączka i wybitne stężenie stawów.

Rzeżączka stawów odznacza się przeważnie mocnym bólem i obrzękiem.

Opuchlina stawów w ostrych zaraźliwych chorobach bywa połączona ze znacznym bólem, obrzękiem i gorączką.

Z pomiędzy *ścięgien* najczęściej bywa dotknięte 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 spoistość.

W *kaletkach maziowych* kilaki występują rzadko i przeważnie późno. Przebieg bywa zwykle bardzo powolny, często trwa lata całe, wikłając się surowicznym wysiękiem do jamy kaletki. Najczęściej ulega sprawie kaletka maziowa przedrzepkowa.

Mięśnie bywają siedliskiem kilaków względnie rzadko. Przeważnie zdarzają się kilaki w mięśniach długich. Guzy najczęściej spotykamy w mięśniach pośladowca, w mięśniu kapturowym, mostkosufko — obojczykowym i trójgłowym uda, rzadziej w mięśniach warg, języka, podniebienia miękiego, pizepony, krtani i serca.

Kilaki rozlane widzimy przeważnie w mięśniach kończyn górnych, szczególnie zginających przedramię.

Kilaki rozwijają się zwykle powoli w mięszu mięśnia; przeważnie towarzyszą im umiarkowane bóle. Skóra, położona w bliskości guzów, czerwieni się i nieco puchnie. Guzy podczas macania wydają się twardemi 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 ulec serowatemu zwyrodnieniu.

Kilaki, leżące bezpośrednio pod skórą i błoną śluzową, mogą owrzodzieć.

Rzadko bardzo ulega zwapnieniu kilak, a właściwie między-mięśniowa tkanka łączna.

Rozpoznanie, jeśli zważyć na wywiady i na obecność innych zmian kiłowych, nie przedstawia zazwyczaj trudności. Należy zawsze mieć na uwadze nowotwory mięśni i ropnie.

Zwyrodnienie skrobiowate i szkliste spotykamy niekiedy w mięśniach narządów wewnętrznych, najczęściej podczas rozwoju kilaków w najrozmaitszych narządach. Często zdarza się zanik mięśnia lub jego części skutkiem zajęcia odpowiedniej tętnicy, co powoduje zaburzenia w odżywianiu.

Układ nerwowy.

Wszystkie części układu nerwowego mogą być zajęte przez sprawę syfilityczną. W mózgu i rdzeniu ulegają schorzeniu naczynia, miąższ i opony, a w nerwach 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 syfilityczne układu nerwowego najczęściej spostrzega 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 syfilisu, 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.

W 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 początkowo zaburzenia czynnościowe, a następnie zaburzenia w odżywianiu i rozmięczenie mózgu.

Schorzenie kilowe naczyń w okolicach podstawy mózgu wywołuje ze względu na brak zespołów naczyniowych znacznie cięższe następstwa, niż w okolicach kory mózgowej, gdzie wyrównanie krążenia bywa łatwiejsze skutkiem licznych dróg łącznych.

Następczo naczynia zajęte bywają wtedy, gdy sprawa przechodzi na nie z tkanek sąsiednich, lub gdy zostają one uciśnięte.

Zmiany w 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. Podczas przeobrażenia kilaka rozlanego w tkankę włóknistą opona w odpowiednim miejscu grubieje, staje się białawą, włóknistą, 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 twardówce, rzadziej w naczyniówce, a jeszcze rzadziej w pajęczynówce, i spostrzeżać 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.

Syfilis mózgu nie posiada żadnego, znamiennego dla siebie

objawu, częstość jednak występowania niektórych objawów, a także przebieg przedstawiają pewne charakterystyczne właściwości.

W syfilisie 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, co ujawnia się przez porażenie połowicze (*hemiplegia*), a w razie umiejscowienia sprawy chorobowej w lewej półkuli przez afazję. Niekiedy zdarzają się również napady padaczkowe (*epilepsia Jacksona*), obejmujące pewne części kończyn, albo pewne grupy mięśni.

Na podstawie mózgu bywają zajęte przeważnie okolice szypek mózgowych (*pedunculi cerebri*), skutkiem czego często występują zaburzenia w mięśniach gałek ocznych. Co do nerwu okoruchowego (*n. oculomotorius*) należy zauważyć, że porażenia bywają przeważnie częściowe, np. porażenie tylko gałązki, zaopatrującej dźwignacz powieki górnej, skutkiem czego następuje opadnięcie jej.

Przebieg syfilisu 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 afazja. 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 postaci kiły mózgu: 1) postać bólu głowy (*forme cephalalgique*), 2) p. nawałowa (*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; odczuwają się one w 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 wywo-

lują 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 niekiedy bywają zapowiedzią cięższych postaci kiły mózgu, opisanych powyżej.

2. *Postać nawałowa* spostrzega się często i polega na nadmiernym przyplywie krwi do mózgu. Zaburzenia w 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 padaczce malej.

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 napady padaczki — typowe lub też lekkie (*petit mal*). 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 padaczce zwykłej, jednak brakuje zwykle krzyku, którym przeważnie rozpoczyna się napad padaczki zwykłej, a znów po padaczce kiłowej występują często porażenia. Poza tem w kile 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 mowy ruchowego, mieszczącego się w korze trzeciego zakrętu czołowego lewego. Często bardzo postać ta zjawia się wraz z porażeniem połowiczem strony prawej ze względu na bliskie sąsiedztwo ośrodka mowy z ośrodkami korowymi prawych kończyn.

Również często obok afazji spotykamy agrafję, aleksję i objawy postaci nawałowej, padaczkowej i t. p.

Sama tylko afazja rzadko spostrzega się jako jedyny objaw kiły mózgu, i w takich razach trwa krótko — kilka minut do kilku godzin; przyczem nawroty zdarzają się często. Afazja może być stała i to w najrozmaitszem 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.

Zaburzenia psychiczne, rozwijające się powoli, objawiają się brakami w dziedzinie intelektualnej, niekiedy zaś występują w postaci zadumy (melancholia), hypochondrji, obłądu prześladowczego, samobójczego lub innych urojeń.

Zboczenia umysłowe, występujące ostro i wraz z podnieceniem, mogą przyjmować rozmaite postaci chorób psychicznych, zaczynając od szaleństwa, a kończąc na otępieniu umysłowym.

Wogóle zboczenia umysłowe, występujące wskutek kiły mózgu, nie różnią się co do charakteru od zboczeń psychicznych niesyfilitycznych.

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 zbiegnięciem tarczy i zwężeniem tętnic.

Niekiedy zdarza się porażenie połowy twarzy, zazwyczaj lekkie, prędko przemijające; zależy ono od porażenia nerwu twarzowego.

Rzadziej ulegają porażeniu pozostałe nerwy czaszkowe.

Monoplegje 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 bez-

władowej 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, wzmağa 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 jednak zdarza się 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 syfilis mózgu przebiega od samego początku pod postacią innych cierpień, jak np. porażenia opuszkowego (*paralysis bulbaris*), płasawicy, cukrzyca i t. p.

Przebieg kiły mózgu bywa zwykle powolny i trwa przecięciowo 2 lata; wyjątkowo tylko cierpienie to przebiega szybko lub skokami. Przebieg zależy, naturalnie, od zmian anatomicznych, które mogą się rozszerzać lub też pozostają umiejscowione. Porażenia bywają przeważnie ograniczone, podczas gdy postaci padaczkowa, afatyczna, psychiczna zwykle z czasem potęgują się 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 osła-

biony ustrój staje się bardzo podatnym, np. zapalenia płuc lub tyfusu.

Kiła mózgu może zakończyć się wyzdrowieniem niepełnym z pozostawieniem pewnych zbroczeń 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 niszczenie bezpowrotne ośrodków mózgowych w postaci ognisk rozmiękczenia lub przekształcenia się tkanki mięszkowej w tkankę łączną.

Zbroczenia ruchowe zwykle łatwiej całkowicie lub częściowo ustępują pod wpływem leczenia, 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, według St. Orłowskiego, występuje w pierwszym czterolecu 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 przeobrażają się 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 grzbietnych i lędźwiowych, mogą zresztą obejmować całą oponę.

Kilaki w oponie rdzeniowej miękiej zajmują przeważnie tylko część opony, mogą jednak rozszerzyć się na całą oponę. Z opon miękich sprawa bardzo często przechodzi na sam rdzeń. Oddziaływa 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 miąższu rdzenia; ograniczone bywają różnej wielkości od prawie niewidzialnych gołem okiem do wielkości jaja gołębiego i więcej.

Kilaki rozlane mogą obejmować znaczną przestrzeń rdzenia.

Od umiejscowienia się kilaków w miąższu rdzenia zależą i objawy kliniczne. Kilaki rozlane, obejmujące części tylne rdzenia, wywołują rzekomy wiać rdzenia syfilityczny (*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, w postaci licznych ognisk syfilitycznych (*sclerosis disseminata cerebrospinalis syphilitica*), i objawy rozlanego zajęcia syfilitycznego rdzenia wraz z wiać 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 grzbietnej, rzadziej w lędźwiowej i szyjnej, 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 syfilisu

charakterystyczny, że następują silne wahania w natężeniu objawów ze strony odruchów ścięgowych, odruchów żrenicy, czucia, czynności płciowych i zwieraczy.

Znacznie częściej spostrzega się postać przewlekłą. Z początku zjawiają się zwykle silne bóle w krzyżu lub w lędźwiach, nieraz bóle opasujące. Bóle te trwają przeważnie długo, obostrzając się w nocy. Niekiedy objawy kiły rdzenia rozpoczynają się od utrudnionego oddawania moczu lub osłabienia kończyn dolnych. Następnie zaczynają przyłączać się coraz to nowe objawy. Zwykle po miesiącach, a nawet latach dochodzi do porażenia kurczowego kończyn dolnych z zaburzeniami czucia i czynności zwieraczy.

W przebiegu syfilisu rdzenia często spostrzegamy objawy mózgowie; niekiedy przeważają one wyraźnie.

Zwykle występują najprzód objawy mózgowie, a po pewnym czasie — paru miesiącach lub latach przyłączają się objawy ze strony rdzenia pacierzowego. Niekiedy jednak sprawa przebiega odwrotnie.

Syfilis rdzenia może zakończyć się śmiercią skutkiem zajęcia ośrodków oddechowych lub rdzenia przedłużonego. Większe jednak niebezpieczeństwo grozi życiu chorego skutkiem odleżyn lub zajęcia dróg oddechowych, które mogą spowodować zatrucie ropno-gnilne ustroju.

Zwykle po jakimś czasie następuje polepszenie. Zupełne wyzdrowienie zależy prawie wyłącznie od leczenia, wcześniej i należyte przeprowadzonego.

Zajęcie części szyjnej rdzenia ma zwykle przebieg najcięższy; mniej ciężki bywa w razie zajęcia części lędźwiowej i krzyżowej, a jeszcze lżejszy w razie zajęcia grzbietnej środkowej.

Cierpienie to posiada skłonność do nawrotów.

Nerwy obwodowe.

Nerwy w przebiegu swoim mogą ulegać uszkodzeniu następczo, skutkiem oddziaływania spraw kiłowych w sąsiedztwie, jak np. od ucisku przez guzy kostne. Niekiedy sprawa swoista w nerwach może występować pierwotnie. Zdaje się jednak, że i tutaj umiejscawia się ona głównie w pochewkach, oddziałując wtórnie na miąższ nerwu. Częściej spostrzegamy zmiany w nerwach czaszkowych, szczególnie twarzowym, rzadziej w nerwach, wychodzących z rdzenia. Objawy zależą od czynności porażonego nerwu (ruchowy, czuciowy, odżywczy).

Wielu autorów uważa wiał rdzenia (*tabes dorsalis*) i porażenie postępujące (*paralysis progressiva*) za choroby posyfilityczne — parasyfilityczne, gdyż mniej więcej w 80% przypadków wiału rdzenia chorzy przechodzili syfilis, a z pozostałej liczby jeszcze należy dołączyć takich, którzy o swej chorobie nie wiedzieli.

Erb na 1100 (1905 r.) przypadków wiału rdzenia stwierdził w wywiadach syfilis 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 syfilisem. Rumpf 66%, Mendel 75%, Snell 75%, Hirschl 81%, Minor 86%, Houglery m. w. 86,9%, Dengler 93%, Régis 94% i t. d. Na mocy badań serologicznych i anatomopatologicznych dochodzimy do wniosku, iż wiał rdzenia i porażenie postępujące są pochodzenia syfilitycznego, pomimo tego jednak tych spraw, jako bardzo specjalnych, w niniejszej pracy rozpatrywać nie będziemy.

Narządy zmysłów.

Wszystkie narządy zmysłów mogą ulegać większym lub mniejszym zmianom podczas okresu trzeciorzędnego.

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 syfilisie 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 dostrzec 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 syfilisu. Mogą one samoistnie i bez zmian tęczówki i siatkówki wystąpić. Widzimy wtedy na dnie oka za pomocą wziernika plamki, porozrzucaane lub skupione gromadkami w postaci okrągłej lub podłużnej, barwy żółtawej, niebieskawej lub białej, otoczone prze-

ważnie 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 barwikiem. Zapalenie naczyniówki 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 syfilitycznego 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 syfilitycznych cierpień oka.

Może ono powstać skutkiem zajęcia pochewki nerwu (*perineuritis*) lub utworzenia się kilaka w utkaniu nerwowem (*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 syfilisu mózgu. Najczęściej kilaki mózgu sprowadzają tylko tarczę zastoinową. Skutkiem zwiększenia ciśnienia wśródczaszkowego ciecz z pod opon mózgowych zostaje wyparta do przestrzeni międzypochewkowych nerwu wzrokowego, uciska sam nerw i utrudnia przyływ krwi tętnicznej i odpływ żylny. Tarcza wtedy staje się obrzmiałą, szarą albo szarawo-czerwoną, a skutkiem zamglenia brzegów wydaje się powiększoną; tętnice — zwężone, a żyły rozszerzone, pozakręcane, miejscami przysłonięte, jakby poprzerywane. Odpowiednie leczenie wpływa zwykle szybko na usunięcie objawów tarczy zastoinowej.

Skutkiem zajęcia naczyń krwionośnych poza oczodołem np. w okolicy skrzyżowania się nerwów wzrokowych, zdarzają się czasowe zaburzenia wzroku (niedowidzenie i ślepota) bez wido-

cznych 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 syfilitycznych 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 kiły.

Narząd *sluchu* ulega zmianom rzadziej, niż narząd wzroku.

W przewodzie zewnętrznym spostrzegamy niekiedy kilaki, które, rozpadłszy się, tworzą owrzodzenia rozmaitej wielkości i wywołują objawy zapalenia ucha zewnętrznego.

W przewodzie kostnym tworzą się kostniaki i zgrubienia kości, które mogą nawet uczynić przewód niedrożnym i spowodować głuchotę. W trąbce Eustachiusza spostrzegamy na błonie śluzowej kilaki, wywołujące upośledzenie słuchu. Sprawa może przejść aż do jamy bębnekowej, powodując ból, upośledzenie słuchu i wywołując zniefnienie 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 wtedy, gdy kilaki umiejscawiają się 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 językogatłowego i struny bębnekowej (*chorda tympani*), która według jednych znajduje się w związku z nerwem twarzowym, a według innych z nerwem trójdzielnym lub językogatłowym; *dotyk* bardzo często ulega zmianom skutkiem zajęcia nerwów czuciowych lub ich ośrodków, jak to już poprzednio wyłuszczyliśmy.

Układ krwionośny.

W okresie trzeciorzędnym 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 Mraček w swej wyczerpującej pracy zebrał wszystkiego 102 przypadki, z liczby których tylko 61 oznaczył jako pewne, a Fournier na 4.400 przypadków syfilisu trzeciorzędnego obserwował tylko 7 w sercu. Zmianom kiłowym ulega osierdzie (*pericarditis syphilitica*), mięsień sercowy (*myocarditis syphilitica*) i śródosierdzie (*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 czerwonożółtawego, 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 ograniczonych znajdujemy zwykle kilaki w postaci rozlanego nacieczenia (*myocarditis diffusa*). Kilaki rozlane przeobrażają się w tkankę łączną w postaci białych ścięgnistych blizn wśród mięśniu sercowego. 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. W razie przerostu mięśnia sercowego wymiary opukowe bywają powiększone; niekiedy można wysłuchać szmery, a zazwyczaj głuche tony. Brak wyróżniających cech kiłowego zajęcia mięśnia sercowego zazwyczaj niepomysłnie odbija się na rokowaniu, gdyż często nie może być zastosowane odpowiednie leczenie z powodu nie należytego rozpoznania. W razie umiejscowienia kilaków w sercu 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 *śródsierdziu* 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 *śródsierdziu* lewej komory. Ilość 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 *śródsierdzia*. Kilaki *śródsierdzia* 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 ilości; 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 szarobiałe, galaretowate, przezroczyste; starsze zaś ogniska tworzą płaskie, żółtawe, twarde, bliznowate zgrubienia. Pomędzy nimi widzimy często małe ubytki tkanki wielkości główki szpilki z dnem głębokim, brzegami podrytymi. Z zagłębień tych można wycisnąć żółtawą miążgowatą masę. W zajętych miejscach, skutkiem odkładania się soli wapiennych, ścianka naczynia może zupełnie utracić swoją elastyczność. Niekiedy dochodzi aż do zupełnego zamknięcia światła naczynia tak, iż tętnica przedstawia się, jako okrągły, cienki szarawo-biały sznur. W innych zaś razach ścianka tętnicy może ulegać tętniakowemu rozszerzeniu. Kilaki i sklerozę spostrzegamy niekiedy w aorcie, w tętnicy płucnej, podobojczykowej, biodrowej, podkolanowej, bardzo zaś często w tętnicach mózgu,

serca, wątroby, kiszek, śledziony, nerek itp. Oprócz pierwotnych zmian tętnic bywają i wtórne skutkiem oddziaływania na tętnicę kilaków, kostniaków i t. p. z sąsiedztwa.

Objawy zbroczeń kiłowych w tętnicach bywają różne. Zależą one nie tylko 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 syfilisu. Étienne 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 szyjnej 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 spostrzeżało wielu autorów (m. w. 100 przypadków), a pomiędzy nimi Elsenberg, Szadek, Bełkowski i Otto, doprowadza do zgorzeli kończyn. Zwyrodnienie skrobiowate tętnic widzujemy często w kile. Rzadziej spotyka się stłuszczenie.

Żyły duże ulegają zmianom rzadko. Spotykano kilaki w żyłę biodrowej (*vena femoralis*), w żyłę podskórnej odstrzałkowej (*v. saphena ext.*) w żyłę szyjnej (*v. jugularis*) i t. p., spostrzegano również ograniczone zgrubienia i stwardnienia ścianek większych żył. Żyły mniejsze, szczególnie wątroby, mózgu i rdzenia pacierzowego 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 śledziony przez inną chorobę, a głównie malarję.

W śledzionie spotykamy ograniczone kilaki i rozlane nacieczenia.

Kilaki ograniczone posiadają wielkość ziarna konopi — orzecha laskowego, mieszczą się przeważnie blisko powierzchni. Świeże kilaki odznaczają się szaro-czerwonawym zabarwieniem i spoistością twardszą od sąsiedniej tkanki. Starsze i większe kilaki, ulegające już serowatemu zwyrodnieniu, przyjmują szaro-żółtawe zabarwienie.

Rozlana sprawa spotyka się w dwóch postaciach: 1) postać mięka, inaczej miąższowa, gdy głównie powiększa się liczba limfatycznych ciałek miazgi śledziony, 2) postać twarda, między miąższowa, inaczej marskość śledziony, gdy skutkiem wytwarzania się bliznowaciejącej tkanki łącznej zanikają grudki limfatyczne; niekiedy podczas przebiegu tej sprawy w śledzionie tworzą się w niej płyty, oddzielone od siebie głębokimi brózdami.

Torebka śledziony często bywa zgrubiała, silnie przylegająca i może nawet zrastać się z sąsiednimi narządami.

Skrobiowate zwyrodnienie występuje przeważnie u osobników wycieńczonych.

Układ oddechowy.

W układzie oddechowym bywają zajęte krtani i tchawica, oskrzela, płuca i nawet opłucna.

W *krtani* kilaki 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 miąższu błony śluzowej. Kilaki, rozpadając się, tworzą owrzodzenia, często bardzo głębokie. W krtani, szczególnie na błonie śluzowej nagłośni, widzimy również wrzody czołgające. Niekiedy wrzody wypełniają się nadzwyczaj obficie bujającą ziarniną. Owrzodzenia, drążące wgłąb, mogą spowodować zapalenie ochrzęstny, obumarcie chrząstki i jej wydzielenie. Owrzodzenia, gojąc się, pozostawiają po sobie blizny, które często przyjmują postać gwiazdowatą. Objawy, wywołane przez kilaki, nie są znamienne. Zajęcie więzadeł prawdziwych powoduje bezgłos, chrypkę i kaszel. Kilaki na nagłośni, fałdach, chrząstkach nalewkowych i więzadłach języko-nagłośniowych sprawiają zwykle bolesność i utrudnione połykanie. Często owrzodzeniom, szczególnie głębszym, towarzyszy puchlina, która wywołuje duszność, a może nawet spowodować śmierć.

Owrzodzenia gruźlicze bardzo często są nadzwyczaj

zbliżone do owrzodzeń kiłowych. Owrzodzenia gruzlicze ze szczególnem upodobaniem umiejscawiają się na przedniej powierzchni tylnej ściany krtani, na tylnych częściach wiązadeł, 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 gruzlicze w innych narządach, jak w płucach, jądrach, w gruczole krokowym.

Owrzodzenia rakowe umiejscawiają się najczęściej na górnych wiązadłach głosowych po stronie lewej, bywają zwykle głębokie z dnem grubo ziarnistym, łatwo krwawiącym, różowozółtem, lub brunatnym.

W *tchawicy* kilaki spostrzegamy przeważnie blisko jej rozdzielenia (*bifurcatio*); często występują one wspólnie ze zmianami w oskrzelach i w krtani. Objawy podczas zajęcia tchawicy zjawiają się niekiedy bardzo późno w postaci kaszlu i duszności. Niebezpiecznym następstwem kilaków tchawicy bywają zwężenia jej, szczególnie przez kilaki rozlane. Blizny, powodujące zwężenia, mogą posiadać postać pierścienia, gwiazdy, kratki lub drabinki sznurowej.

Jeszcze większe niebezpieczeństwo grozi od przedziurawienia tchawicy do łuku aorty, tętnicy płucnej (Gerhardt, Kelly), do żyły głównej (Tourner), do żyły bezimiennej lewej (Stöcklin, Verneuil).

W *oskrzelach* kilaki tworzą się w utkaniu błony śluzowej, lub w błonie podśluzowej, szczególnie grubszych oskrzeli. Przy kilakach oskrzeli najczęściej występuje duszność i kaszel. Kilaki mogą spowodować zwężenie oskrzeli, a nawet zupełną ich niedrożność. To ostatnie spowoduje zarośnięcie tkanką łączną nieczynnej części płuca.

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 ograniczone i spotykają się współcześnie z nimi. Kilaki rozlane najbardziej niszczą utkanie płucne, gdyż wytwarzająca się tkanka łączna uciska i doprowadza 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 wytwórczym międzymiąższowym zapaleniu płuc. Blizny mogą również ciągnąć się od opłucny 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 *phthisis 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 zależą więcej od zajęcia oskrzeli. Przedewszystkiem zjawia się zwykle duszność, oddech oskrzelowy i rzęzenia. 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 zgoić się, niekiedy zaś wywołuje martwienie, owrzodzenie i zniszczenie tkanki płucnej i powoli doprowadza do ogólnego wyniszczenia ustroju i do śmierci.

Gruźlica płuc różni się od kily tem, iż zawiera pałeczki gruźlicze, umiejscawia się z upodobaniem w szczytach, częściej wikła się zapaleniem opłucny 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 opłucny pod postacią żółtawych, albo żółtawo-czerwonych guzów wielkości ziarnka kopni, orzecha laskowego, a nawet włoskiego. Niekiedy spostrzegamy, jako sprawę wtórną, w workach opłucny płyny wysiękowe.

Układ trawienia.

Narządy trawienia ulegają bardzo często zmianom w kile trzeciorzędnej.

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 wszere, niszcząc tkanki i bardzo często przedziurawiając je, np. podniebienie miękkie i łuki. Może nawet nastąpić przedziurawienie pod-

niebienia 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 zatokowatemi, 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 miękiemu. 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 rakowe 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 *przełyku* (*oesophagus*) syfilis trzeciorzędny przejawia się pod postacią wrzodziejących kilaków lub blizn, powstałych po nich. 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 kiszkaach 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 kiszki, 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* — Mraček, Oser).

Obok kilaków znajdujemy zazwyczaj ścięgniście, promienio-wate blizny.

Owrzodzenia kilakowe żołądka i kiszek mogą niekiedy dosięgnąć błony otrzewny i wywołać na niej miejscowe zlepane zapalenie, mogą również spowodować przedziurawienie ściany kiszki ze wszelkimi groźnymi jego następstwami.

Objawy kliniczne kilaków żołądka nie różnią się od objawów, spostrzeganych we wrzodzie okrągłym żołądka, jak uczył przypadki Dieulafoy'a, Fournier'a, Scheiba, Rozanowa, Zawadzkiego i Luxenburga, Róbina i innych (silne bóle żołądkowe, wymioty pokarmowe, wymioty krwawe, poprzedzane często różnymi dyspeptycznymi zaburzeniami żołądka).

Kilaki kiszek wywołują objawy takie same, jak przewlekły nieżyt kiszek, a więc bóle w kiszkaach, biegunkę, lub zatwardzenie, niekiedy krwawe wypróżnienia i t. p.

Bóle, spowodowane przez kilaki w żołądku i w kiszkaach, bardzo często występują wieczorem i w nocy. Ten objaw bywa niekiedy bardzo znamionym.

W r z y c i 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 ścięgnięta 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 mimo wolne 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 w syfilisie bardzo często. Występuje ono zazwyczaj jednocześnie ze skrobiowatem zwyrodnieniem wątroby, śledziony i nerek.

Ślinianki bywają bardzo rzadko zajęte kilakowemi naciekami. Fournier i Verneuil donoszą o zajęciu gruczołu podjęzykowego, Lancereaux — gruczołu podszczękowego, Neumann o czterech przypadkach zajęcia przyusznicy, w których jedno występowało wespół z cierpieniem gruczołu podjęzykowego i Blandin — Nuehna. Również znajdujemy spostrzeżenie Lang'a 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 zdarza się 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 znajdować się kilaki ograniczone duże lub małe. Objawy zajęcia trzustki nie są znamienne. W przypadkach Manchof'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 współcześnie z zajęciem innych wewnętrznych narządów, — zazwyczaj podczas ciężkiego przebiegu syfilisu u ludzi, nadużywających wysokoju. 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 współcześnie z ograniczonymi kilakami spostrzegamy mniej lub więcej wyrażone międzymięszowe nacieczenie.

Ograniczone kilaki występują w wątrobie pod postacią guzów, otoczonych łącznie tkankową torebką, okrągłych, owalnych, lub mniej prawidłowych, wielkości ziarnka grochu — jajka gołębiego; posiadają początkowo spoistość mięką, zabarwienie szaro-czerwone; następnie zabarwienie staje się żółtawe, a spoistość twardsza. Liczba guzów bywa różna: od jednego do pięćdziesięciu i więcej; umiejscawiają się czasami 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 w wątrobie, jak i w innych narządach, pozostaje w zależności od naczyń. Kilaki albo wysysają się, albo też twardnieją, wysychają, serowacieją. W kilakach mogą odkładać się sole wapienne. Skutkiem wessania się kilaków i kurczenia tkanki łącznej, na wątrobie powstają zagłębienia i blizny. Kilaki ograniczone wątroby nie wywołują często żadnych klinicznych objawów; niekiedy sprawiają one bóle w okolicach wątroby, szczególnie silne przy ucisku w odpowiednim miejscu, podczas ruchów, a także czasami i wieczorem. Bóle rozszerzają się w okolice nadpępkowe, a nawet do lewego podżebrza. Chorym może również dokuczać uczucie ciężkości i ciśnienia w prawym podżebrzu. Żółtaczka zdarza się rzadko i to przeważnie w nieznacznym natężeniu; może ona powstać, według Virchowa, skutkiem ucisku przez kilaki na większe przewody żółciowe, lub też skutkiem ucisku i zamknięcia światła większych przewodów żółciowych przez blizny. Może również wystąpić puchlina brzuszna, gdy sprawa jest bardzo rozległa i blizny ucisną większe odnogi żyły wrotnej. Często spostrzegamy zaburzenia dyspeptyczne. Śmiertelne zejście może zdarzyć się skutkiem rozpadu ki-

laków do worka otrzewnej (Wilks, Griffiths). Śmierć może również nastąpić wobec objawów charłactwa lub żółcicy (*cholaemia*).

Rozpoznanie ograniczonych kilaków wątroby zwykle bywa trudne; za nimi, a przeciwko rakowi przemawia młody wiek chorego, zmniejszenie się rozmiarów wątroby, a również unieruchomienie jej podczas oddechu skutkiem przyrastania do sąsiednich narządów.

Rozlane międzymięszowe 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*). W miejscach, gdzie wytwarzają się przegrody, miąższ wątroby ulega zanikowi; często bywa on wyrównany przez rozrost miąższu wewnątrz zrazików. Spostrzegamy również postaci międzymięszowego syfilitycznego 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 wątrobnych, zabarwione barwnikiem żółciowym i w stanie mniej lub więcej wyrażonego tłuszczowego zwyrodnienia. Według Frerichs'a, Orth'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 wewnątrz zrazików. I w tym 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 między i wewnątrz — zrazikowej tkanki łącznej okrążone przez nią miąższowe 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.

Międzymięszowe syfilityczne zajęcie wątroby rozwija się zazwyczaj bardzo powoli m. w. kilka lat. Często powoduje ono zapalenie przylegającej części otrzewny i wywołuje zrosty wątroby

z sąsiednimi narządami. Duchlina 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 kiszki. Śmierć najczęściej następuje skutkiem powikłań przez zapalenie płuc, opłucny, ostry obrzęk płuc, lub zapalenie otrzewny; rzadziej następują objawy żółcicy (*cholaemia*).

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.

Skrobjowate zwyrodnienie wątroby spostrzegamy zazwyczaj współcześnie z odpowiednim zwyrodnieniem innych wewnętrznych narządów.

Układ moczopłciowy.

Na *prąciu* guziczki i guzy kilakowe umiejscawiają się przeważnie na wewnętrznej powierzchni napletka i na żołądź. Kilaki żołądź mają zwykle wielką skłonność do rozpadu; owrzodzone zaś nadzwyczaj są podobne do wrzodów wenerycznych, różnią się od nich zazwyczaj tylko mniej ostremi objawami zapalenia, większym naciekiem naokoło wrzodu, brakiem skłonności do samozaszczepiania, brakiem laseczek Ducrey'a i dymienic. Kilaki żołądź skutkiem swej skłonności do rozpadu mogą zniszczyć część prącia, spowodować zwężenia otworu cewki i t. p.

Na żołądź spostrzegamy również rozlane nacieki; mogą one zająć całą żołądź, spowodować chrząstkowate stwardnienie jej i zwężenie ujścia cewki, mogą również rozpadać się, tworząc owrzodzenia, niekiedy bardzo duże.

Na prąciu tworzą się niekiedy kilaki w miejscach, zajętych dawniej przez wrzody pierwotne. Kilak występuje wówczas pojedynczo i może niewłaściwie nasunąć podejrzenie o zakażeniu powtórnym.

Na *cewkę* kilaki szerzą się przeważnie z żołądź, powodując w następstwie jej zwężenie.

W *ciatach jamistych* prącia tworzą się rzadko kilaki ograniczone wielkości grochu, orzecha laskowego. Jeszcze rzadziej spotykają się rozlane nacieczenia ciał jamistych; zastępuje je blizno-

wafa tkanka łączna, która utrudnia, a nawet uniemożliwia wzród prącia, Kilakowe nacieczenia różnią się od nacieczeń, powstałych w 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, spoi- stość m. w. równomiernie elastyczna (*sarcocele syphilitica*).

Wytwarzająca się następnie tkanka łączna bliznowata powoduje zanikanie kanalików nasiennych, zarazem powierzchnia jądra staje się nierówną, pokrytą guzami wielkości orzecha laskowego i większemi, niebolesnemi na ucisk; jądro twardnieje, zmniejsza się i może dosięgnąć wielkości orzecha laskowego.

Przyjadrze przeważnie pozostaje niezmienione, i można je wyczuć, jako miękie i dotkliwe na ucisk ciała. Niekiedy jednak sprawa przechodzi i na przyjadrze; tworzy ono wtedy twardą poduszczkę wzdłuż jądra. Często podczas rozwoju kilaków zjawia się pręsień surowiczny 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 przyjadrza, nadużycia płciowe, rozszerzenie żył powrózka nasiennego i t. p. Bóle w kierunku powrózka nasiennego, podczas przebiegu kilaków rozlanych, najczęściej zjawiają się wtedy, gdy jądro dosięga już wielkości jaja kurzego. Kilaki mogą spowodować niemoc płciową. Szczególniej obustronne rozlane nacieczenie może znacznie zmniejszyć ilość plemników, a nawet przerwać ich wydzielanie się (*oligozoospermia*, a nawet *azoospermia*).

Od rzeżączkowego zapalenia przyjadrza kilaki jądra różnią się powolnością rozwoju, niebolesnością, umiejscowieniem sprawy przeważnie w samym jądrze.

Gruźlica rozpoczyna się zwykle w przyjadrzu, a później na jądro przechodzi, powstaje również zwolna i bez bólu, tworzy jednak guzy nierówne, które szybko ulegają rozkładowi i zropie-

niu, tworząc zatokowate owrzodzenia w skórze; towarzyszy tej sprawie zwykle gruzlica 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.

Powrózek nasienny bywa zajęty bardzo rzadko; może tworzyć się w ściance jego równomierne zgrubienie (Lang), lub guziczki wielkości grochu, bobu (Bert, Kocher, Simonds, Krówczyński).

O zajęciu *pęcherzyka nasiennego* w dwóch przypadkach w postaci zgrubienia ścianki donosi Lewin. Może również nastąpić powiększenie *gruczołu krokowego* skutkiem utworzenia się w nim nacieczenia (Lancereaux, Reliquet, Divaris, Le Fur, J. Groszlik, 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 żrącemi (*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 wrzód pierwotny.

W *pochwie* kilaki spostrzegamy nadzwyczaj rzadko; mogą one wywołać zwężenie jej. Matzenauer spostrzegł 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 okrągłe 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 syfilisu, nie może sama pozostać normalną.

W *jajowodach* w jednym przypadku Bouchard'a i Lépida ścianki były zgrubiałe i na przecięciu widać było po trzy miękie czerwone kilaki wielkości orzecha laskowego.

W *jajnikach* również można spotkać rozlane międzymiąższowe zapalenie (Lécorché, Virchow) i ograniczone kilaki (Lancereaux, Lebert, Richet).

W *pęcherzu* kilaki spostrzegamy rzadko (Virchow, Tarnowski, Follin, Voillemier, Neumann, Margules, Le Fur); występowały one w postaci białawych licznych guziczków, wielkości główki

szpilki, rozrzuconych, lub zgrupowanych. Według Neumann'a może nastąpić wtórnie syfilityczne zapalenie tkanki łącznej przy-
pęcherzowej i okołopęcherzowej.

W *nerkach* sprawa syfilityczna bywa albo rozlana, albo ograniczona. Sprawa rozlana nie różni się od chronicznego zapalenia nerek, wywołanego przez inną przyczynę i przedstawia się: 1) w postaci dużej białej nerki, w której na pierwszy plan występują zmiany nabłonka (tłuszczowe zwyrodnienia) w kłębkach i w kanalikach, 2) w postaci pstrej nerki, w której na pierwszy plan występuje międzymiąższowe nacieczenie i tworzenie się bliznowatej tkanki łącznej; niszczy ona kłębki i kan. liki. Widujemy również postaci przejściowe. W *nerkach* z dominującym międzymiąższowym zapaleniem powierzchnia staje się nierówna, ziarnista, spoistość twardsza, a objętość mniejsza. Rozlana międzymiąższowa sprawa może występować nie jednakowo silnie w obu *nerkach*; może zająć tylko jedną *nerkę*, lub nawet jej część. Przebieg bywa zawsze bardzo powolny; ciągnie się wiele lat. Ilość moczu 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 śródmiąższową, jak i w *nerce* na wygląd normalnej. Kilaki ograniczone umiejscawiają się częściej w istocie korowej *nerki*, niż w samych piramidach; tworzą one guzy wielkości główki 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, mocz staje się brudno-brązowym, zawiera czerwone krążki krwi, rozpadające się komórki, miazgę i wałeczki szkliste, lub krwawe. Objaw ten po kilku dniach, a nawet godzinach przechodzi.

Choć syfilityczne cierpienie nerek należy do spraw ciężkich i uporczywych, jednak odpowiednie i wczesne leczenie rokuje dobre wyniki.

Skrobjowate zwyrodnienie w *nerkach* spostrzegamy, albo współcześnie z kiłową sprawą w tym narządzie, lub też współcześnie ze skrobjowatym zwyrodnieniem innych narządów.

W *nadnerczu* spostrzegano parokrotnie międzymiąższowe na-

cieczenie, doprowadzające do marskości (Chwostek), lub też zwyrodnienie tłuszczowe (Huber i Tourner) i zwyrodnienie skrobjowate.

W *gruczole sutkowym* spostrzeżano również rzadko ograniczone kilaki i międzymięszkowe nacieczenia.

W *przysadce mózgowej (hypophysis)* Virchow, Meyer i Lancereax, spostrzegali kilaki.

W *gruczole tarczowym* widziano wielokrotnie ograniczone kilaki i międzymięszkowe zapalenie, jak również spostrzeżano je parokrotnie w *tkance łącznej miednicy* (Fournier, Loeb).

ANATOMJA PATOLOGICZNA.

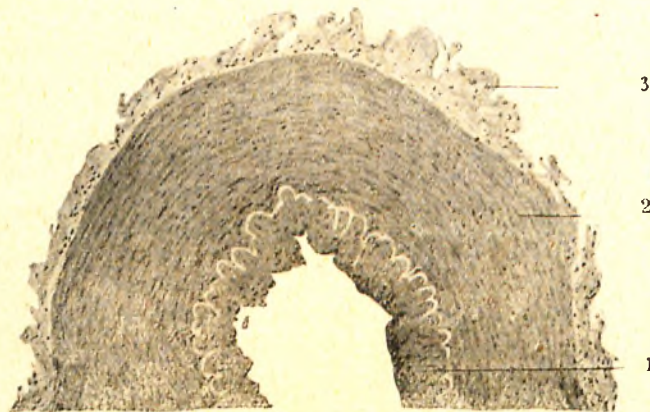
Zmiany anatomo-patologiczne okresu trzeciorzędowego, występujące klinicznie pod postacią ograniczonych kilaków, lub rozlanych nacieków, umiejscawiają się zawsze przede wszystkim w tkance łącznej, a przylegając do komórek wyżej zorganizowanych (nabłonki, komórki mięszkowe narządów), oddziałują na nie wtórnie. Zmiany te pozostają zawsze w bardzo ścisłym stosunku do naczyń krwionośnych; a ponieważ zmiany w ścianach naczyń są często największe, od nich więc zaczynamy opis.

Naczynia.

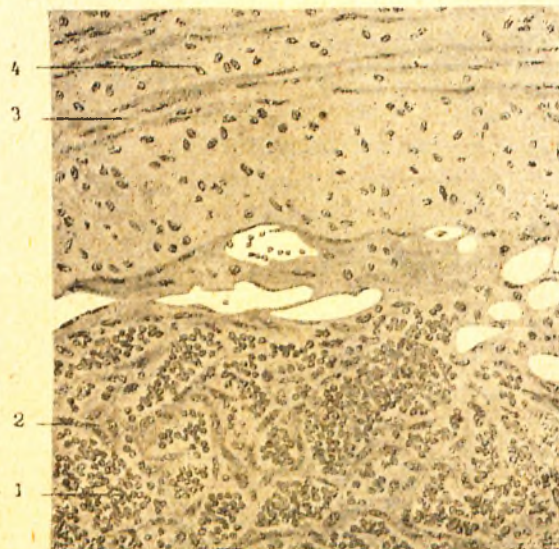
Zmianom sylilitycznym ulegają najczęściej drobne naczynia krwionośne i chłonne, mianowicie włosowate, potem drobne żyły, następnie tętnice, o wiele rzadziej naczynia średniej wielkości, a jeszcze rzadziej duże tętnice i duże żyły.

Włośniczki i *naczynia chłonne* są czasem rozszerzone, częściej jednak zwężone skutkiem nabrzmiewania śródbłonka, który wpukła się do światła naczynia. Ilość zarodki w komórkach śródbłonka jest jakby większa, niekiedy zarodki bywa nieco ziarnista; jądra komórek są pęcherzykowate; dzięki zmianom tym śródbłonek staje się podobny do komórek nabłonkowatych. Śródbłonek często zaczyna bujać, przyczem 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 śród-

błona bywają wyraźniejsze (ziarnistość i duże wodniczki w zarodzi). Często ilość włócniczek wydają się wzmożona.



Rys. 17. 1) Błona wewnętrzna, 2) — środkowa, 3) — zewnętrzna.
(Art. tibialis post. — Przypadek kol. Bełkowskiego). Ob. A. Ok. 2 (Zeiss).



Rys. 18. 1) Skrzep, 2) bujająca błona wewnętrzna, 3) pęczki włókien mięśniowych, 4) komórki nacieku. (Art. ulnaris. — Przypadek kol. Otto). Ob. D. Ok. 4 (Zeiss).

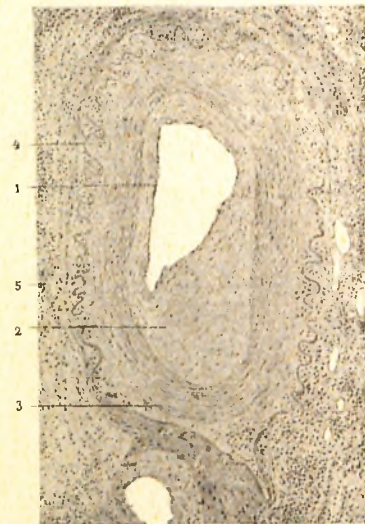
W *tętniczkach* i *żyłach* małego kalibru zmiany, jakim ulega śródbłonek, bywają takie same, jakie widzieliśmy we *włócniczkach*.

Prócz tego tkanka łączna błony wewnętrznej 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 nacieczeniu. Komórki nacieczenia w początkowych okresach układają się przeważnie dość umiarkowo i dośrodkowo naokoło błony środkowej; później zaś nacieczenie bywa mniej prawidłowe i zlewa się z naciekiem, otaczającym całe naczynie.

W *tętnicach i żyłach większych* (rys. 17) 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. 18). Bujająca błona wewnętrzna zwęża światło naczynia; zgrubienie to może być albo koncentryczne i rozwijać się równomiernie na całym obwodzie naczynia, lub też, rozwijając się z jednej

tylko strony, przybiera kształty nieprawidłowe — sierpowate (rys. 19), grzybowate i t. p. Niekiedy (*endarteriitis obliterans*) dochodzi do zupełnego zarośnięcia światła naczynia (rys. 20); w takich razach wypełnia się ono zupełnie tkanką łączną skanalizowaną, to jest poprzerynaną drobnymi naczyniami. Błona sprężysta wewnętrzna opiera się bardzo długo sprawie syfilitycznej, i często ona jedna świadczy o pochodzeniu łączno-tkankowego nacieczzonego pasma.

Współcześnie ze zmianami w błonie wewnętrznej, a nawet wcześniej, spostrzegamy zmiany w błonie zewnętrznej naczynia; ulega ona nacieczeniu, niekiedy tak silnemu, iż zaciera się ze-



Rys. 19. 1) śródbłonki, 2) bujająca błona wewnętrzna, 3) błona środkowa, 4) lamina elast. ext., 5) błona zewnętrzna nacieknięcia. (Tętnica w obrębie kilaka mózgu).

Apochr. 16 mm., apert. 0,30. Ok. 2 (Zeiss). (Rys. 2 razy zmniejszony)

wewnętrzna 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 odżyw-



Rys. 20. (Art. femoralis. — Przypadek kol. Bełkowskiego). Ob. A. Ok. 2 (Zeiss).

czych (*vasa vasorum*), widzimy bowiem nieraz, że koło nich grupuje się naciek i postępuje od zewnątrz ku środkowi naczynia (rys. 21).

Wogóle naczynia, ulegające sprawie syfilitycznej, są okrążone **naciekiem**, tak zwanym płaszczem komórkowym. Nacieki te zlewają się ze sobą i często tworzą jedną masę, nie różniącą się od opisanej w sprawach drugorzędnych. Spostrzegamy więc tu komórki zarodkowe z dużym, mocno barwiącym się jądrem i skąpą

zarodzia, tworzącą około jądra wąską obwódkę; dość liczne komórki eozynofilowe z ciałem drobno ziarnistym, z jednym, lub paroma okrągłymi niewielkimi jądrami; sporo komórek plazmatycznych, leżących szczególnie obficie na obwodzie nacieku; komórki nabłonkowe z dużym pęcherzykowatym, słabo barwiącym



Rys. 21. 1) Skrzep, 2) błona wewnętrzna, 3) błona środkowa, 4) błona zewnętrzna, 5) naczynie odżywcze. (Art. radialis. — Przypadek kol. Otto). Apochromat 16 mm., apert 0,30. Ok. 2 (Zeiss).

się jądrem i dość liczne komórki olbrzymie, takie same, jak w grudkach syfilitycznych. Prócz tego, przeważnie na obwodzie nacieku, spostrzegłem nieliczne komórki tłuszczne 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 karjokinetyczne.

Naokoło naczyń, pomiędzy komórkami nacieku, widujemy

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 równoległe, lub też krzyżują się i tworzą jakby wojłok.

Włókna elastyczne ulegają zmianom bardzo późno: z czasem pęcznieją, prostują się, słabiej barwią się i rozpadają na ziarna.



Rys. 22. 1) Masa rozpadowa, 2) komórka olbrzymia, 3) otoczka, 4) naciek. Apochromat 16 mm., apert 0,30. Ok. 4 (Zeiss). (Rys. 2 razy zmniejszony).

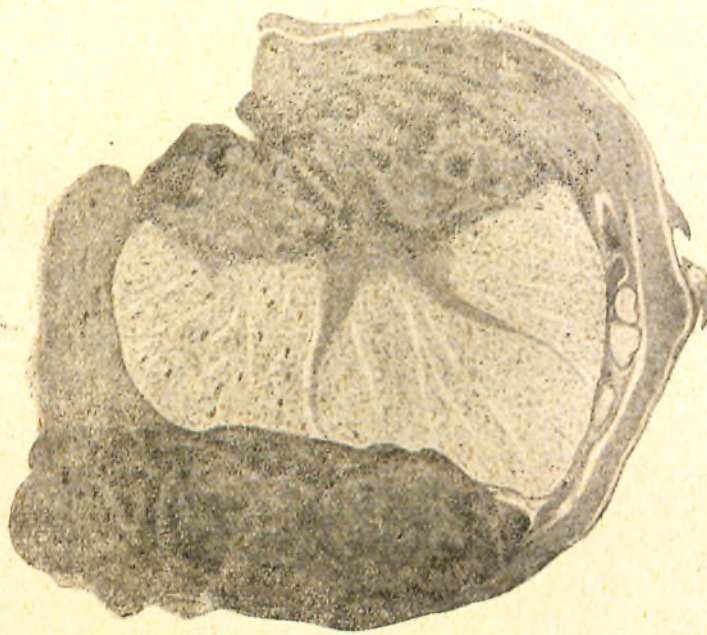
W skórze giną mięśnie przywłóśne (*arrectores pilorum*): komórki nacieku wciskają się pomiędzy pęczki mięśniowe, rozsuwają je i stopniowo doprowadzają do zaniku. Tkanka tłuszczowa z czasem ginie zupełnie. Równie szybko ulegają zanikowi mieszki włosowe; dłużej opierają się gruczoły potne, szczególnie ich kłębki.

Najdłużej trwają nerwy i często można je widzieć prawie nie naruszone nawet pośrodku ognisk rozpadowych.

Nacieki, a właściwie wytwarzająca się tkanka łączna, doprowadza również do zaniku mięśniowe komórki różnych narządów.

Ogniska rozpadowe spostrzegamy w najrozmaitszych okresach rozwoju nacieków. Początkowo zaródź komórek i włókna

łączno-tkankowe słabiej barwią się, następnie ulegają martwicy; dłużej trwają jądra, lecz z czasem i one ulegają drobno-bryłkowatemu rozpadowi. Bryłki coraz słabiej barwią się i na koniec zlewają się w jedną bezpostaciową masę. Różnica w zabarwieniu polega na tem, iż jądra i zaródź tracą powinowactwo do barwników zasadowych, a zachowują je jednak w pewnym stopniu do barwników kwaśnych, jak np. eozyna. W ogniskach zmartwiałych:



Rys. 23. Kilaki ograniczone w oponie twardej w przedniej części rdzenia kręgowego.
Z preparatu kol. Orłowskiego. Lupa (Zeiss).

długo bardzo opierają się martwicy włókna elastyczne, naczynia i nerwy; z czasem i one obumierają, tworząc masę bezpostaciową, która wysycha w masę biało-żółtawą, serowatą o spoistości 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. 22) 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 ziarninową z komórkami olbrzymiemi.

Ognisko takie zwykle bywa otoczone pęczkami grubemi 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 ilości, niż pośrodku; są one rozszerzone, napełnione krwią i otoczone wyraźnym płaszczem komórkowym.

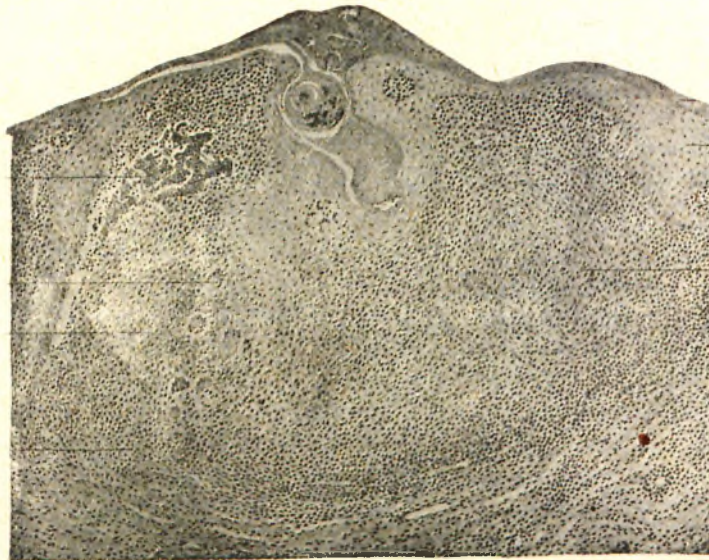
W sprawach dalej posuniętych oddzielne ogniska poczynają zlewać się z sobą, rozpad postępuje i obejmuje znaczniejszą przestrzeń.

Z czasem granice pomiędzy oddzielnymi ogniskami tracą się zupełnie, pozostaje jeden duży kilak (rys. 23), posiadający pośrodku olbrzymie ognisko rozpadu lub rozrośniętą, bliznowatą tkankę łączną, zależnie od tendencji sprawy, i otoczony grubemi łączno-tkankowemi pęczkami z niewielką ilością płaskich jąder. Pęczki te tworzą otoczkę kilaka. Sprawa, powyżej opisana przebiega niezależnie od umiejscowienia i wielkości kilaków, a więc jednakowo w guziczkach i guzach, w skórze, błonie śluzowej i w narządach wewnętrznych. Tylko miejscowe warunki nadają jej pewne odnienne cechy.

Kilaki, umieszczone pod samym naskórkiem (rys. 24 i 25) lub nabłonkiem, oddziałują nań wtórnie. Pomiędzy komórkami nabłonka spostrzegamy sporo komórek wędrujących, które, 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 barwią się, 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 niezcieniał, lecz nawet i skóra właściwa. Naokoło strupa widzimy zawsze



Rys. 24. 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. 1/2 raza zmniejszony)

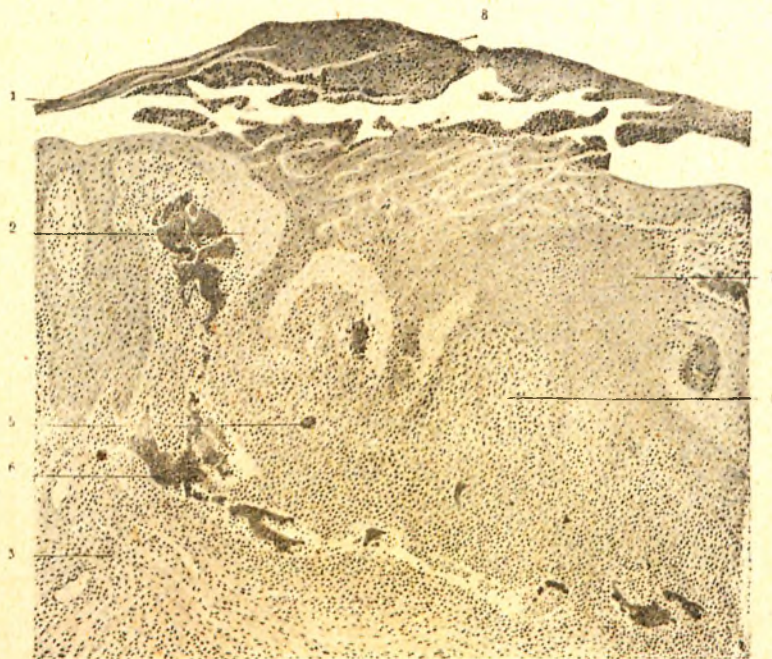
wydłużenie soplí nabłonkowych, zgrubienie naskórka i obrzęk brodawek.

W kilakach, umiejscowionych w narządach wewnętrznych, 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. 26), a właściwiej w nacieczeniach rozlanych, sprawa przedstawia się nieco odmiennie, niż w kilakach ograniczonych. Kilaki rozlane są to nacieczenia ściśle nie-

ograniczone, 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 mięszone komórki narządów. I rzeczywiście kilaki rozlane często w niczem nie różnią się od chronicznego zapalenia, powsta-



Rys. 25. 1) Warstwa rogowa, nieprawidłowo rogowaciejąca, 2) warstwa kolczasta, 3) naciek, 4) tkanka granulacyjna, 5) komórka olbrzymia, 6) wylew krwawy, 7) nekrotyzowany naskórek, 8) strup.

Apochromat 16 mm., apert. 0,30. Ok. 2 (Zeiss).

(Rys. 1 1/2 raza zmniejszony)

łego pod wpływem innych przyczyn i doprowadzającego do marskości narządów.

Kilaki ograniczone i rozlane można zaliczyć do rzędu ziarniniaków. Mają one charakter swoistego nowotworu, zbliżonego do ziarniniaków innego pasorzytniczego pochodzenia, jak gruźlica, trąd i t. p.

Właściwie budowa kilaków w porównaniu do wykwitów okresu drugorzędowego, szczególnie grudek, różni się zasadniczo w przebiegu i rozwoju nacieku: spostrzegamy tu i tam zajęcie wszyst-

kich naczyń, naciek, ugrupowany ściśle naokoło nich, takż sam m. w. skład i wygląd nacieku i tkanki ziarninowej w kilakach, — jednak zmiany obok tego samych ścian naczyniowych. Skutkiem czego dochodzi do rozpadu tkanek.

Zmiany w naczyniach oraz znaczne krwawe wylewy nadają czerwono-niebieskawe zabarwienie kilakom, a rozpad i tłuszczowe zwyrodnienie wpływa na spoistość kilaków.



Rys. 26. Nacieczenia ograniczone w bocznych pęczkach i rozlane z wyraźną sklerozą w tylnych. Rdzeń kręgowy.— Z preparatu kol. Orłowskiego. Lupa (Zeiss).

LECZENIE MIEJSCOWE.

Leczenie miejscowe w okresie trzeciorzędnym nie różni się prawie wcale od opisanego w okresie drugorzędnym.

Kilaki skórne nieowrzodzone przykrywamy plastrzem rtęciowym lub wcieramy w nie maść rtęciową i bandażujemy. Kilaki owrzodzone wypełniamy gazą wyjałowioną, maścią borną lub Mikulicza i bandażujemy. Nieczyste owrzodzenia smarujemy jodyną, a wybujale ziarniny lapisem. Na kilaki, posiadające skłonność do rozpadu, puszczaemy strumień ciepłego roztworu sublimatu lub kwasu borowego pod ciśnieniem, np. z irygatora. Czynność tę uskuteczniamy kilkakrotnie w ciągu dnia po 5, 10, 15 minut. Na obszerne i nieczyste kilakowe owrzodzenia stosujemy wanny sublimatowe (1:10000) miejscowe. Na kilaki w cewce, lub w kiszce stolcowej zalecamy odpowiednie czopki rtęciowe lub jo-

doformogenowe, 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 usuwamy go, żeby nie drażnił sąsiedniej tkanki kostnej, jako ciało obce. Jednak nie należy zbyt szybko się 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 podszczekami kauczukowymi i skórnymi w czaszce. Najlepiej zaś, gdzie tylko można, przystąpić do plastycznej operacji.

W przypadkach *spondylitis syphilitica*, dla podtrzymania ciała, zalecamy gorsety.

Przeciw cierpieniom układu trawienia, jak również przeciw cierpieniom nerek i wątroby, stosujemy często wewnątrz preparaty rtęci, zaś przeciw cierpieniom tchawicy, oskrzeli, płuc można zalecać wziewania preparatów rtęciowych według wskazówek, podanych w leczeniu miejscowym okresu drugorzędnego.

Na porażenia narządu ruchowego często dobrze działają masaże i elektryzacja.

IX. ROZPOZNANIE SYFILISU.

Rozpoznanie syfilisu w całym przebiegu może być uskutecznione na mocy wywiadów (*anamnesis*), badania stanu chorego (*status praesens*), badania mikroskopowego, leczenia swoistego (*ex iuvantibus*) i na mocy badań serologicznych i cytologicznych. Rozpoznanie posiada nadzwyczaj ważne znaczenie dla chorego, często decydujące o całym jego życiu: należyte rozpoznanie syfilisu pozwala zastosować odpowiednie i skuteczne leczenie; nienależyte zaś rozpoznanie może zwichnąć społeczne stanowisko danego osobnika, zneurastemizować 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 umiejętnie zapytania pozwalają zwykle uchylić nieco zasłony nad przeszłością chorego. Chory powinien być rozpytany o wszelkich możliwych objawach syfilisu pierwszo-, drugo- i trzeciorzędnego, — a więc czy nie miał kiedykolwiek owrzodzenia na narządach płciowych, lub na innych miejscach, a ewentualnie o weirzeniu wrzodu, czasie jego trwania i o towarzyszących objawach. np, dymienicach. Następnie należy wypytać o wszelkich możliwych objawach drugo- i trzeciorzędnych, 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 syfilisu wrodzonego. Również należy rozpytać się o dotychczasowe leczenie i jego działanie. Każdy fakt podejrzany z wywiadów powinien być należyście oceniony na mocy tego, co wiemy o własno-

ściach objawów syfilisu, a cały dotychczasowy przebieg choroby w umyśle odtworzony.

Przed zebraniem wywiadów należy jednak wytworzyć sobie pojęcie o obecnym stanie chorego, należy systematycznie i szczegółowo zbadać wszystkie jego narządy. Przedewszystkiem powinno się obejrzeć dokładnie i po kolei całą powierzchnię skóry, nie wyłączając dłoni, podszew, paznokci i owłosionych części ciała, i wszystkie dostępne dla badania błony śluzowe, 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 podczas badania objawy chorobne należy poszczególnie ocenić odnośnie do ich pochodzenia, trwania, natężenia i t. p., i dopiero na mocy otrzymanego w powyższy sposób całego obrazu choroby — rozpoznawać. W razach wątpliwych rozpoznanie powinno być zawsze stwierdzone przez badanie serologiczne i nawet zawsze przez nie kontrolowane. Również badanie płynu mózgowo-rdzeniowego dostarcza nam niekiedy pewnych danych szczególnie w razie zajęcia układu mózgowo-rdzeniowego.

Serodjagnostyka kiły, zwana inaczej próbą Wassermanna, opiera się na wynikach doświadczeń Bordet'a i Gengou'a. Dowiedli oni, iż antygen (bakterje), 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 bakterjoliza. 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 ciałka krwi barana,
- 2) amboceptor — ciało obce ustrojowi królika, które powstało pod wpływem antygeny i warunkuje odporność królika względem czerwonych krążków krwi barana,
- 3) komplement.

Sprawę, odbywającą się tutaj, objaśniamy na mocy teorii Ehrlicha łańcuchów bocznych: amboceptor hemolityczny posiada dwie wiążące grupy — jedną mającą powinowactwo do komplementu,

a drugą do czerwonych krążków krwi; także dwie wiążące grupy posiada i komplement: jedną, mającą powinowactwo do amboceptora, a drugą, 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. 56° C.

W razie połączenia łańcucha bakterjolitycznego z łańcuchem hemolitycznym komplement spotyka: 1) albo dwa nieswoiste względem siebie ciała: syfilityczny 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: syfilityczny antygen i syfilityczny amboceptor w surowicy badanej, łączy się z nimi, nie przechodząc już do łańcucha hemolitycznego, i w taki sposób hamuje hemolizę.

Inni przypuszczają, iż w odczynie B. W. odgrywa rolę wzmożona zawartość w surowicy krwi — globuliny, gdyż podczas djalizy jej wraz z globuliną wypadają w osadzie ciała czynne, dające odczyn B. W. Podają także, iż wzmożona lub zmniejszona zawartość lecytyny wpływa do pewnego stopnia na wynik tego odczynu.

Manwaring wypowiada przypuszczenie, iż odczyn B. W. polega na wzmożeniu działania zacyznu autolitycznego, zawierającego się prawdopodobnie w surowicy świnki morskiej i rozkładającego zawarty w niej dopełniacz. Wzmożenie działania tego zacyznu następuje dzięki obecności w surowicy syfilitycznej, jak i w wyciągu syfilitycznym, ciał, posiadających charakter kofermentów albo stymulatorów, t. j. związków, uruchamiających zacyzyny.

Inaczej objaśnia sobie odczyn B. W. Liefmann, opierając się na badaniach Ferrary, który dowiódł, iż komplement składa się z dwóch części, mogących być rozdzielonemi zapomocą djalizy: część, nie rozpuszczająca się w czystej wodzie, składa się z globuliny, a w roztworze pozostają się ciała białkowe i lipoidy. W odczynie B. W. przedewszystkiem następuje strącenie globuliny z surowicy oraz części globulinowej dopełniacza. Rozkład dopełniacza uniemożliwia hemolizę czerwonych krążków krwi. Nadto na przebieg hemolizy musi wpływać strącony wraz z globuliną normalny amboceptor króliczy względem erotrocytów baranich. Strącanie zaś zostaje wywołane przez związki, zawarte w antygenie: lecytynę, sole kwasów żółciowych, mydła.

Istnieją jeszcze i inne teorie, które interesujący się tą sprawą znajdą w książce Levaditiego, wyłożone przez Muellera. Ze względu na to, iż globulina surowic kilowych odznacza się chwiejnością i dzięki temu łatwo wypada pod wpływem rozmaitych substancyj, zaczęto w tym celu stosować wodę przekroploną, kwas azotowy, mlekowy, wyskok lub lipoidy, posiadające pewne powinowactwo do globuliny. Z tych kłaczkowych metod, najlepsze wyniki dają metody Meinicke'go i Sachsa — Georgi'ego (Walter).

Skutkiem nieznaności teoretycznych podstaw odczynu B. W. o wartości i znaczeniu jego możemy sądzić tylko na mocy doświadczenia.

To zaś stwierdza, iż wyłączając surowice, wzięte podczas ciężkich gorączkowych ogólnych cierpień, wprost przed agonją, zaraz po narkozie, jak również surowice osób, cierpiących na choroby u nas nieznanne lub spotykające się tylko w pewnych miejscowościach, jak również surowice ze słabym odczynem, wszystkie inne, dające dodatni odczyn, możemy przyjąć z bardzo wielkim prawdopodobieństwem za syfilityczne.

Należy jednak pamiętać, iż charakterystyczne objawy kily są pewniejszym dowodem jej obecności i że kliniczne zaznajomienie się z jej objawami i ewentualne odpowiednie zbadanie chorego nie powinno być nigdy zaniedbywane.

Należy teraz rozstrzygnąć pytanie, czy wprost przeciwny wynik próby B. W., t. j. odczyn ujemny wyklucza obecność jadu syfilitycznego.

Przedewszystkiem rzuca się w oczy ogromna rozbieżność w wynikach nawet u tych samych autorów w doniesieniach z różnych faz pierwszego okresu. Wiemy z doświadczalnych badań Neissera na małpach, iż odczyn dodatni występował już często w 3 lub 4 tygodnie po zakażeniu i nawet często przed pojawieniem się pierwotnego objawu. U ludzi Bruhns i Halberstädter zauważyli najczęściej występowanie dodatniego odczynu na 16 dni przed pojawieniem się pierwszej wysypki. Fleischmann zanotował najwcześniejsze występowanie odczynu B. W. w 10 dni po ukazaniu się pierwszego owrzodzenia, Ledermann w 6 tygodni, a Mauriac w 4—5 tygodni po zakażeniu.

Levaditi najwcześniejsze występowanie odczynu B. W. zauważył w 8—15 dni po wystąpieniu pierwszego owrzodzenia w 33%, w 15—30 dni już w 57%. Fischer w 5—6 tygodni po zakażeniu dostrzegł odczyn dodatni w 27,3%, w 7—8 tygodni 75%, a w 9—10 tygodni już 80,8%, Blumental w 3—5 tygodni 25%, a w 6—8

tygodni 59%. Czyli, że u ludzi odczyn dodatni występuje m. w. w 6 tygodni po zakażeniu, gdy jad rozprzestrzenił się już po ustroju. Jako wyjątki można przytoczyć przypadki F. Lessera, gdzie dodatni odczyn zjawił się w 8 dni po zakażeniu i na 14 dni przed wystąpieniem wrzodu pierwotnego, Basset-Smitha w 14 dni po zarażeniu i Reinhardta 2 przypadki w tydzień i 2 w 2 tygodnie po stosunku.

W drugorzędym jawnym syfilisie odczyn dodatni występuje m. w. 90% t. j. tylko 10% ujemny, a w powtórnych próbach i z innym wyciągiem można jeszcze w wielu z tych 10% otrzymać odczyn dodatni. Jednak zdarzają się przypadki takie, gdzie nawet wobec obfitej wysypki otrzymano odczyn ujemny. Hecht objaśnia ten fakt przedewszystkiem wpływem leczenia, następnie opóźnieniem się odczynu w 10—14 dni po zjawieniu się wysypki, silnym wyniszczeniem ustroju niektórych osób, ukryciem dodatniego odczynu przez koplementoidy i powiększenie się ilości lecytyny w surowicy i występowaniem pojedynczych i nieznanych objawów (miejscowe, a nie ogólne działanie jadu).

W tym więc okresie jednorazowy ujemny wynik nie przemawia przeciw rozpoznaniu syfilisu. Przemawia jednak z dużym prawdopodobieństwem stałe otrzymywanie ujemnego odczynu w wielokrotnych próbach.

W trzeciorzędym jawnym okresie otrzymano odczyn B. W. dodatni w 70—80%, mniej więc, aniżeli w drugorzędym okresie. Różnica w liczbach zależy głównie od tego, czy występują objawy ogólne, czy też pojedyncze, a również, jak później omówimy, od poprzedniego leczenia. W każdym razie i w tym okresie spotykamy przypadki z obszernymi ogólnymi objawami, które nawet po częstym sprawdzaniu dają stałe odczyn ujemny.

W okresie utajonym dane statystyczne zależą od długości trwania zakażenia. W okresie wczesnym utajonym, t. j. w pierwszych paru latach trwania choroby, Blaschko otrzymał 80% wyników dodatnich, Blumenthal-Roscher 48%, Bruck-Stern 33%, Fleischmann 64%, Ledermann 75,6%, Rosenberg 44%, a więc znacznie rzadziej, aniżeli w okresie wtórnym ze zmianami klinicznymi. Jeszcze rzadziej występuje odczyn w okresie utajonym późnym. W tym okresie Blaschko-Citron miał 57% wyników dodatnich, Blumenthal-Roscher 40%, Bruck-Stern 30,8%, Fleischmann 42%, F. Lesser 46%, Bruhns-Halberstädter 28%, Springer 33,3%. Różnica,

jak widzimy, znaczna, zależna w znacznej mierze od ilości ubiegłych od zakażenia lat.

Wyniki badań na odczyn B. W. cierpień parazyfitycznych są różne w zależności od tego, czy badamy płyn mózgowo-rdzeniowy, czy też surowicę krwi.

W wiedzy rdzenia na 100 przypadków Schuetze otrzymał z surowicy krwi w 65% odczyn dodatni, z płynu mózgowo-rdzeniowego w 80%, Springer w 50% z surowicy i w 62,5% z płynu mózgowo-rdzeniowego, natomiast Plaut z surowicy w 79% i z płynu mózgowo-rdzeniowego w 64%, Nonne w 90% z surowicy i w 50% z płynu mózgowo-rdzeniowego, Citron w 80% z surowicy, a z płynu mózgowo-rdzeniowego w 22%.

W bezwładzie postępującym Marie i Levaditi otrzymali dodatni odczyn z surowicy w 59%, z płynu mózgowo-rdzeniowego w 93%, Springer z surowicy w 77%, a z płynu mózgowo-rdzeniowego w 83,3%, czyli częściej, natomiast Plaut na 156 przypadków bezwładu postępującego z surowicy krwi we wszystkich — wynik dodatni, a z płynu mózgowo-rdzeniowego 94,5%.

Plaut znajdował u tych chorych odczyn dodatni niemal od samego początku cierpienia, podczas gdy Marie i Levaditi rzadko, bo w 10% w początkowych okresach, a coraz częściej w miarę rozwoju choroby.

Rozpatrzywszy się w danych ze wszystkich okresów, przychodzimy do wniosku, że w syfilisie nie zawsze otrzymujemy odczyn B. W. dodatni i że procent odczynu ujemnego jest różny, w zależności od okresu choroby, to też ujemny odczyn B. W. bynajmniej nie wyklucza obecności w ustroju jadu syfilitycznego.

Centralny układ nerwowy posiada pod względem serologicznym pewne swoiste cechy. W wielu przypadkach schorzenia, szczególnie w układzie rdzenia płyn mózgowo-rdzeniowy wykazuje dodatni odczyn B. W., podczas gdy surowica krwi — ujemny. Badania te poza odczynem B. W. przeprowadzamy jeszcze na białko i składniki cytologiczne, gdyż płyn mózgowo-rdzeniowy, zakażony kiłą, zawiera większą ilość niż normalnie białka, szczególnie globuliny i limfocytów. Płyn do badania powinien być zupełnie czysty, bez domieszki krwi w ilości m. w. 5—8 ccm. Dla ustalenia ilości białka posługujemy się najczęściej metodą Pondy'ego i Nonne-Apelta. W pierwszej metodzie do 3—4 ccm 10% wodnego roztworu kwasu karbolowego dodajemy 1—2 krople płynu mózgowo-rdzeniowego. Podczas gdy normalny płyn nie zmienia się, zawierający zwiększoną ilość białka, zależnie od stopnia, mę-

tnieje aż do wyglądu mlecznego. Również w odczynie Nonne-
Apelta, gdy do 2—3 ccm. płynu mózgowo-rdzeniowego dodamy
2—3 ccm nasyconego wodnego siarczanu amonowego, płyn zawierający
większą, niż normalnie, ilość białka, mętnieje. Ilość limfocytów
w płynie mózgowo-rdzeniowym określamy sposobem znanym
nam ze sposobów liczenia ciałek krwi. Ilość normalną limfocytów
w płynie mózgowo-rdzeniowym zdrowym uważamy do 5 komórek
w 1 mm. sześciennym. W chorym znajdujemy do 100, 200 i więcej
limfocytów. Prócz tych spotykamy leukocyty wielojądrowe, a nawet
czerwone ciała krwi. Zwiększenie zawartości białka postępuje
zwykle równolegle ze zwiększeniem się ilości limfocytów.

Za pomocą badania płynu mózgowo-rdzeniowego na odczyn B.
W., na ilość białka i limfocytów możemy wielokrotnie stwierdzić
umiejscowienie i rozmnażanie się jadu kiłowego w układzie ner-
wowym jeszcze przed wystąpieniem w nim objawów klinicznych.

X. ROKOWANIE.

Objawy pierwszo- i drugorzędne, jak już wspominaliśmy, rzadko są niebezpieczne dla danego ustroju. Dopiero objawy okresu trzeciorzédnego bywają destrukcyjne, niszczą miąższ 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 syfilisu sprowadza się głównie do rokowania odnośnie okresu trzeciorzédnego, a także do tak zwanych cierpień posyfilitycznych, jak wiąd rdzenia i bezwład postępujący.

W początkach choroby trudno przewidzieć, jaki będzie okres trzeciorzédny, gdyż nie zależy on od źródła zarazy, długości wyłęgania, od właściwości pierwotnego objawu, rodzaju i ciężkości drugorzédnych objawów. Charakter przebiegu okresu pierwszo- i drugorzédnego daje nam tylko pewne wskazówki odnośnie odporności ustroju, lecz odporność ta jest rzeczą wzglédną, zależną często od różnych wypadkowych okoliczności, i może z czasem zmieniać się.

Duży wpływ na przebieg syfilisu posiadają: ogólny stan zdrowia, budowa ustroju, wady organizacji i fizjologiczne właściwości, odziedziczone albo nabyte, np. osobniki delikatnej budowy, garbaci, małokrwieści, lub osłabieni przez jakąś ciężką chorobę mają zwykle ciężki przebieg syfilisu (*lues maligna*): już drugorzédne objawy u nich odznaczają się skłonnością do rozpadu i uporczywością, a trzeciorzédne zaczynają zjawiać się bardzo wcześnie (*lues praecox*). Chorzy, obarczeni dziedzicznie pod względem nerwowym, są skłonni do ciężkich nerwowych cierpień, jak syfilis mózgu, wiąd rdzenia, porażenie postępujące. Wiek kardzo wczesny, lub późny obciąża zazwyczaj bardzo przebieg syfilisu. Częste wysypki w drugorzédnym okresie pozwalają zwykle dobrze rokować odnośnie wiądu rdzenia i porażenia postępującego.

Syfilis, nabyty w pierwszych tygodniach po urodzeniu, pomijając już kiłę wrodzoną, kończy się bardzo często śmiercią. Również syfilis, nabyty po 50-tym, 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 trzeciorzędne, 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 ustroju. Taki przebieg syfilisu u starców objaśniamy sobie zwyrodnieniem tkanek, osłabieniem odporności, zmniejszeniem energii życiowej — zwykłych następstw tego wieku. Na przebieg syfilisu wpływają również warunki i tryb życia, jak niedostateczne lub nieprawidłowe odżywianie, ciasne, wilgotne i nieprzewietrzane mieszkanie, chłodny i wilgotny klimat, brak ruchu i odpoczynku, szczególniejszu, ciągłe zmęczenie fizyczne i umysłowe, nadużycia płciowe, ciągłe wyczerpywanie nerwów grą w karty, na giełdzie i t. p.

Alkoholizm warunkuje cięższy przebieg syfilisu. U nadużywających wysokoku bywa większa gęstość wysypek, częstsze nawroty i cięższe postaci, posiadające szczególniejszą skłonność do rozpadu.

Przewlekłe i wyczerpujące ustrój choroby, jak gruźlica płuc, malarja wpływają na przyspieszenie okresu trzeciorzędnego i niezwykle natężenie jego objawów. Szczególniej silnie ulegają działaniu syfilisu narządy, dotknięte gruźlicą.

Najważniejszy jednak, prawie decydujący wpływ na przebieg syfilisu posiada leczenie. Odpowiednie leczenie opanowuje chorobę i usuwa doszczętnie, jeśli nie samą przyczynę choroby, to przynajmniej jej objawy. Syfilis u osób, leczonych od samego początku systematycznie, pozostaje chorobą dobrotną, gdyż m. w. w 95% kończy się na nieznacznych i szybko przemijających objawach drugorzędnych, jak wysypka plamista, lub grudkowata na skórze i blaszki nadżerkowate na błonach śluzowych. Syfilis nieleczony, 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 ustroju, 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 syfilisu, co do ciężkich trzeciorzędnych i posyfilitycznych cierpień zależy głównie od odpowiedniego leczenia, i pod tym względem syfilis można uważać za chorobę dobrotliwszą od wielu innych.

Pod względem prognostycznym pewne znaczenie posiada odczyn Bordet-Wassermanna.

W okresie wczesnym utajonym odczyn ten jest zmienny, skutkiem tego nie posiada on wartości pod względem prognostycznym. Natomiast co do okresu utajonego późnego istnieją dwojakiego rodzaju zdania.

Jedni (jak Kopp, Werther, Zeleniew) twierdzą, iż dodatni odczyn w okresie utajenia posiada tylko djaagnostyczne znaczenie, a nie prognostyczne, ponieważ odczyn B. W. nie wskazuje bynajmniej, czy choroba, inaczej ogniska kręfków, są obecne w ustroju, analogiczną więc jest do próby Vidala, którą można spostrzegać jeszcze wiele lat po przejściu tyfusu. Badacze ci również biorą pod uwagę cały szereg ludzi z odczynem dodatnim, a którzy żyją w dobrem zdrowiu długie lata, mają zdrowe żony i dzieci.

Przypuszczają oni (Hartach, Jakimow, Weil-Braun, Fischer), iż dodatni odczyn B. W. przetrwał sam syfilis.

Inni, jak Neisser, Bruck, Citron, F. Lesser, Blaschko i t. d. twierdzą z wielką słusnością, iż dodatni odczyn B. W., wobec braku objawów syfilisu, przemawia z dużem prawdopodobieństwem za jego istnieniem. Gdyby tu chodziło o niweczniki lub wogóle o ciała, powstałe pod wpływem działania kręfków, to takowe wydzielają się szybko z ustroju, gdy zniknie wywołująca je przyczyna. Powyższy fakt stwierdziły doświadczenia Wassermanna, Citrona i Brucka. Przyjmując analogicznie pod uwagę odczyn Vidala, musimy przyznać, iż może on wskazywać również na obecność bakterij tyfusowych, jak to zresztą stwierdzają badacze, znajdując po 7-miu latach pałeczki tyfusu w drogach żółciowych.

Istnieje pewna równoległość między odczynem B. W. a klinicznymi objawami syfilisu; ze zjawieniem się objawów przeważ-

nie występuje ten odczyn, a znika z ustąpieniem ich, żeby później znów wspólnie z nimi powrócić. Istnieje również zgodność badań anatomo-patologicznych i serologicznych: w późnym okresie utajonego syfilisu znajdujemy odczyn B. W. również często, jak i zmiany syfilityczne w głębi tkanek zmarłych osobników z tegoż okresu syfilisu.

Pozorne zdrowie u syfilityków, którzy mają zdrowe żony i dzieci, niczego nie dowodzi, gdyż choroba ta po wielu latach utajenia może nagle przejawiać się, a nawet spotykamy z objawami trzeciorzędnymi ludźmi, którzy nie zarażają żon i rodzą zdrowe dzieci.

Czyli, że dodatni odczyn wskazuje zawsze na obecność kiły, na to, iż gdzieś w ustroju jest obecny jad syfilityczny i że po wielu latach takie ogniska mogą być czynne i doprowadzić do objawów.

Odpowiednie rokowanie często posiada nadzwyczaj ważne znaczenie ze względów społecznych, gdy należy decydować o możliwości wstępowania osobnika, zarażonego syfilisem, w związku małżeńskie. Rokowanie takie jest nadzwyczaj trudne. Nigdy nie można stwierdzić zupełnego wygaśnięcia choroby nawet wobec ujemnego serologicznego odczynu, na mocy jednak doświadczenia jesteśmy w stanie wyprowadzać wnioski z bardzo wielkim 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 przebieg syfilisu i odczyn serologiczny. W każdym razie można pozwolić wstępować w związku małżeńskie nie wcześniej, jak w pięć lat po zarażeniu, i to gdy od ostatnich jakichkolwiek objawów i zmiany odczynu serologicznego na ujemny upłynęły już najmniej trzy lata. Dodam przytem, iż często wobec najmniejszej wątpliwości uważam za właściwe przeprowadzić dopełniające leczenie jeszcze raz przed ślubem.

BIBLIOTEKA
KLINICZNA SEROLOGICZNA
Akademii Medycznej w Lublinie
Ks. Lp.

XI. 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 syfilisu w Europie leczono go głównie wcieraniem maści rtęciowej.

Rtęcią zaczęli leczyć przede wszystkim ludzie pospółstwa: słudzy łaźnie, 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 ustroju. Podawano również środki przeczyszczające dla odświeżenia krwi i morzono chorych głodem, żeby choroba niszczyła samą siebie, spożywając własny jad. Po takim przygotowawczym leczeniu przystępowano do właściwego: wcierano chorym maść, w skład której oprócz rtęci wchodziło złoto, srebro, ołów, alun, terpentyna i t. p. Maści używano olbrzymią ilość, to też chorzy po takich wcieraniach dostawali strasznego 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 wprowadzano okurzenia preparatami rtęci. O okurzeniach wspomina Angelo Bolomini, Jacques Catanée już w początkach XVI st., a następnie nieco później Nicolas Massa.

Okurzenie poprzedzano również przygotowawczym leczeniem. 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 różnymi pachnącymi wonnościami. Chory powinien był pozostawać w tej dusznej, przepelnionej dymem atmosferze, około pół godziny, a gdy był już bliski omdlenia, pozwalano mu odetchnąć świeżym powietrzem przez otwór w namiocie. Po okurzeniu kładziono chorego do ciepłej pościeli, przykrywano kołdrami i wywoływano silne poty w przeciągu godziny, dwóch. Okurzanie powtarzano codziennie, lub co drugi dzień w przeciągu kilku tygodni. Było ono połączone z dużym 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, paraliże, a nawet zejścia śmiertelne. Sposób okurzenia udoskonalił nieco Lallouette (1776 r.). Umieszczał on chorych w skrzynce, tak jednak, iż głowa pozostawała na świeżym 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 okurzenia, za przykładem Paracelsa (1530 r.) zaczęto 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.), profesor 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 jelenich, ciało małych dzieci (w Chinach), mięso ropuch i t. p.

Oczko, nasz wybitny syfilodolog, oceniał znakomicie dobroczynne działanie rtęci, zalecał umiarkowanie w jej stosowaniu, a przytem radził używać odwaru drzewa gwajakolowego i kory chinowej. Również inni wybitni lekarze tych czasów, jak Paracels, Riverius (.647 r.) i Blegny (1673 r.), wykazywali zgubne skutki nadużywania rtęci i uważali za jeden z tych objawów ślinotok. Jednakowoż i później spotykamy sporo zwolenników ślinotoku. Sydenham (1756 r.) podaje rtęć tak długo i w takiej ilo-

ści, póki chory nie wydzielił śliny około 4 funtów dziennie; również Boerhaave wymagał, żeby śliny wydzieliło się 100 funtów w ciągu 30—40 dni. To też chorzy ciągle pluli w specjalnie do tego przeznaczone naczynie — *casserole* (*passer à la casserole*).

Chicogneau (1718 r.), a głównie Haugenot (1734 r.) byli twórcami metody zwanej montpeljerską, która zasadzała się na tem, żeby unikać ślinofoku i przerywać z chwilą ukazania się go leczenie rtęcią. Zalecała ona stosowanie ciepłych kąpeli, świeże powietrze, a zarazem odpowiednie odżywianie. Najważniejszym zwolennikiem tej metody był Sigmund. Również Hunter (1781 r.) zalecał umiarkowane używanie rtęci, a stosował ją od chwili ukazania się wrzodu pierwotnego.

W 1836 roku Wallace wprowadził do terapii kiły jod, i tym środkiem starano się zastąpić rtęć. Zalecano również w kile najrozmaitsze środki roślinne, jak wronie oko (*nux vomica*), naparstnicę czerwoną (*digitalis purpurea*), pieprzowiec upajający (*piper methysticum*), płużyn jajowaty (*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, wodochloran potasowy (*kalium hydrochloricum*), chloran potasowy (*kalium chloricum*), chloran wapna (*calcaria chlorata*), boraks, węgiel amonowy zasadowy (*ammonium subcarbonicum*), fosfor, kwas fosforowy suchy (*acidum phosphoricum siccum*), bromek potasu, bromek potasowo-arsenawy i t. p.

Znaleźli się również zwolennicy leczenia wyczekującego, którzy twierdzili, iż syfilisu nie należy leczyć żadnymi środkami ogólnymi, lecz tylko miejscowo i odpowiednią higieną.

Metodę tę wprowadził William Fergusson, a głównie szkoła fizjologiczna. Jourdam (1816 r.), Desruelles, Devergie (1828 r.) i inni zwolennicy szkoły fizjologicznej przemawiali za leczeniem wyczekującym, utrzymując, iż działa ono jakoby szybciej i skuteczniej, niż w podawaniu rtęci. Leczenie wyczekujące znalazło gorących zwolenników w Fricku (1828 r.), Wilhelmie (1830 r.), Klugu, którzy rozpowszechnili je w Niemczech, Danji, Szwecji i Rosji. Jedni z pomiędzy naśladowców tej szkoły leczyli kiłę jedynie środkami djetetycznymi. Inni, jak Oewre (1870 r.), zalecają leczenie wzmacniające i symptomatyczne i nakoniec tacy, jak

Despres, byli przeciwni usuwaniu objawów kiły, gdyż za pomocą ich ustrój 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 merkurjalistów z antymerkurjalistami, tocząca się blisko cztery stulecia, miała bardzo dodatnie wyniki: nauczyła ona podawać rtęć w odpowiedni sposób, zwróciła uwagę na indywidualizowanie leczenia i na zabiegi higieniczne, przyczyniła się również do wprowadzenia nowego swoistego środka, jak jod, później salwarsan, a nawet do poznania samej choroby.

Pod koniec przeszłego wieku zmodyfikowane leczenie rtęcią znajduje ogólne uznanie w świecie naukowym lekarskim. Zachodziła tylko różnica w poglądach na sposoby stosowania leczenia: jedni byli za leczeniem objawowym, inni za chronicznym, przerywanym. Neumann, Lang, Kaposi, Pick, Jarisch, Caspary i inni zalecali 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, stosowali również w ciągu pierwszych kilku lat leczenie chroniczne przestankowe.

Ważny przełom w leczeniu syfilisu stanowi chemoterapia. Nauka ta rozwój swój zawdzięcza Ehrlichowi i jego uczniom. Starał się on wynaleźć środek taki, któryby, po jednorazowym zastosowaniu, zabijał pasożyty, znajdujące się w ustroju (*Therapia sterilisans magna*). Tego rodzaju przetwór powinien posiadać: wielką żarłoczność w stosunku do pasożytów, a możliwie najmniejszą w stosunku do tkanek. Pierwotnie Ehrlich zwrócił uwagę na atoxyl, wynaleziony przez Bechamp'a. Ponieważ atoxyl okazał się przy leczeniu niezbyt skutecznym i wywoływał niekiedy, wprawdzie po długim i nadmiernym użyciu, działanie uboczne, jak zanik nerwu wzrokowego, przeto Ehrlich zwrócił się do przetworów pochodnych atoxylu, lub wogóle do niego zbliżonych składem chemicznym. Takich przetworów wypróbował Ehrlich setki na zwierzętach, zakażonych przez trypanosomy i spirylle. Z pośród tych środków należy wyróżnić arsacetynę, która już nie wywoływała ubocznego działania na nerw wzrokowy, a przede wszystkim arsenophenyloglicynę. Najskuteczniejszym jednak okazał się *dioxy-diamido-arseno-benzol*, wynaleziony

przy współudziale Bertheima. Preparat ten oznaczony dla krótkości liczbą „606” i nazwany później *salvarsanem*, o formule chemicznej $C_{12}H_{12}O_2N_2As_2$ i kwaśnej reakcji, w listopadzie 1909 r. japończyk Hata, współpracownik Ehrlicha, wypróbował na zwierzętach i spostrzegł nadzwyczaj silne działanie tego środka na krętki blade. Doświadczenia kliniczne stwierdziły również niezmiernie silne lecznicze działanie salvarsanu w kile.

LECZENIE ZAPOBIEGAWCZE I PORONNE.

Zapobieganie chorobom i niszczenie ich w samym zarodku jest najszczytniejszym zadaniem sztuki lekarskiej. Zdawałoby się, iż bardzo łatwo przeszkodzić przenoszeniu zarazka z jednego ustroju do drugiego, czyli udaremnić bezpośrednio zetknięcie się z chorym. Niestety niepłciowemu przenoszeniu zarazy sprzyja mały poziom kulturalny ludności, a płciowemu społeczne i ekonomiczne warunki, utrudniające wczesne założenie rodziny i ułatwiające zaspakajanie 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 z czasem reglamentacji i wprowadzenie osobistej odpowiedzialności za zarażenie, współcześnie z podniesieniem kultury i dobrobytu ogólnego, bezwątpienia będą sprzyjać zmniejszeniu się chorych na kile.

Do środków zapobiegających należy kondom. Nie chroni on jednak moszny, wżgórka łonowego i zewnętrznej powierzchni bioder od zarażenia; może przytem pęknąć, a więc odstąpić nawet pręcie. Smarowanie tłuszczem narządów płciowych przed spółkowaniem tworzy na nich warstwę, zabezpieczającą do pewnego stopnia od mogących nastąpić przy tarcu pęknięć i zetknięcia z wydzielinami. Stulejkę wrodzoną na pręcie należy usunąć, gdyż pod nią często tworzą się nadżarcia, a również łatwo podczas naciągania 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 kalomelowa, 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 zapobiec 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 38 po zakażeniu, Berkeley Hill zniszczył nadżarcie kwasem azotnym dymiącym w jedenaście godzin po zarażeniu, nie zapobiegając przez to rozwinięciu się choroby. Objaśnienie przyczyny tych nieudatnych prób odnajdujemy w doświadczeniach Neissera i innych z szczepieniem 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 ustroj przed ogólnem zarażeniem za pomocą przeprowadzenia zarazka przez ustroje małp niższych, mniej wrażliwych na syfilis.

Zawiodło i czynne uodpornienie ustroju przeciw uogólnieniu zarazy ze wrzodu pierwotnego za pomocą wprowadzania podskórnie produktów kiłowych (Krauss i Spitzer), jak to dowiodły doświadczenia Neissera, Brandweinerja i Kreibicha.

Poronne leczenie jakoby z dobrym wynikiem przeprowadzają zapomocą bardzo wczesnego i w dużych dawkach wlewania do żył salwarsanu i neosalwarsanu (Milian, Neisser, Kreibich, Hecht, Hoffmann, Nobl i inni). Oceniając jednak rezultaty poronnego leczenia, należy mieć na względzie, że drugorzędne objawy mogły być nie zauważone ze względu na ich późne lub nietypowe występowanie. W ocenie wyników poronnego leczenia nie zawsze można opierać się na wtórnem zakażeniu, jako często bardzo zwodniczem. Również odczyn Bordet-Wassermana, dając zmienne wyniki, nie zawsze może stanowić podstawę do rozpoznania.

LECZENIE SWOISTE.

R T Ę Ć.

Jeśli wogóle o środkach swoistych mówić można, to rtęć była bezwarunkowo głównym swoistym środkiem przeciwsyfilitycznym wśród innych, z których jeszcze tylko jod mógł być brany pod uwagę; rtęć nie tylko zazwyczaj szybko usuwa istniejące objawy kiły, ale odpowiednio stosowana może wielokrotnie zabezpieczyć od ciężkich trzeciorzędnych i posyfilitycznych cierpień. Działanie rtęci na twory syfilityczne jest przypuszczalnie bezpośrednio antyseptyczne, to jest na sam zarazek syfilisu. Bakterjobójcze działa-

nie rtęci na krętki blade potwierdziły przedewszystkiem doświadczenia Neissera na małpach. Thalman zauważył, iż pod wpływem rtęci zmniejsza się w wykwitach syfilisu ilość krętków białych, a po kilku dniach stosowania giną one zupełnie. Szybkość znikania zależy od sposobu stosowania rtęci: najszybciej ginęły krętki po wstrzykiwaniach sublimatowych, gdyż często po 3—4 wstrzykiwaniach 5-cio procentowego sublimatu nie można już było wcale wykryć krętków, znacznie powolniej działają wstrzykiwania nierozpuszczalnych preparatów rtęci, a najslabiej działa rtęć, podawana wewnątrz; wcierania mają rezultat bardzo różny, w zależności od przypadku. Pod wpływem rtęci już bardzo wczesnie można zauważyć zmniejszanie się ilości krętków, natomiast spotykamy 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. Preis i Rona mogli je jeszcze wykazać u wielu chorych po 10—15 wcieraniach 3 gramowej szarej maści. Hoffmann znajdował liczne krętki blade we krwi syfilityków podczas leczenia rtęcią i przeszczepiał je z dodatnim skutkiem na małpy.

Ciekawe bardzo są spostrzeżenia Łukasiewicza jeszcze 1891 r., które można łatwo stwierdzić: 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 tłumaczy to działaniem rtęci i nagromadzeniem w ustroju endotoksynów, wolnych skutkiem obumarcia zarazka. W związku z tem nagromadzeniem zjawia się podniesienie ciepłoty. Trudno jednak bezwzględnie zadecydować, w jaki sposób działa rtęć na rozsiane po całym ustroju krętki blade czy bezpośrednio, czy pośrednio. Ażeby otrzymać w ustroju średniej siły roztwór bakterjobójczy sublimatu w stosunku 1:10000, trzeba by wprowadzić do ustroju niezmiernie dużą ilość rtęci. To też przyjmują, iż ta stosunkowo nieznaczna ilość rtęci, jaka obiega ustroj 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 Mergel'a w postaci gazu, luźnie związanego z czerwonymi krążkami krwi. Justus spostrzegł 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, Stukowenkow, Zelenew, Reiss), zmieniony skład krwi wraca do normy, ilość czerwonych krążków krwi i zawartość hemoglobiny powiększa się, a zmniejsza ilość leukocytów. Po nadmiernem użyciu rtęci znów zaczyna zmniejszać się 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 syfilisu. 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 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 ustroju 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 wewnętrznem 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 przerwie w leczeniu znów zaczyna zmniejszać się w ciągu najbliższych tygodni. Po wewnątrzżylnych wstrzykiwaniach Blaschko już w 10-ym dniu nie znalazł śladu rtęci w moczu. Po energicznem 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 przecedzonego białka kurzego, mieszamy starannie szklaną pałeczką białko w moczu, po kwadransie, dodawszy 1,0 soli kuchennej, nagrzewamy kolbę aż do zagotowania 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, zmieszać białko szklaną pałeczką i wpuścić do szklaneczki 1 metr zwiniętej lametty, przykryć naczynie szklanym krążkiem, zmieszać kilkakrotnie zawartość naczynia szklaną pałeczką, a po 24 godzinach wymyć lamettę wodą, 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, nieznoszących 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, widzimy miejscowe ograniczone zapalenia jamy ustnej, które nie grożą zębom, a tembardziej szczękom. Jesteśmy w stanie uchronić chorych i od tych miejscowych zapaleń jamy ustnej: 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 bar-

dzo łatwo dziąsła na obwodzie resztek zębów i korzeni, a także kamieni. Dla ochrony dziąseł od zapalenia, należy płukać usta po każdym jedzeniu, czyścić zęby mięką szczoteczką przynajmniej dwa razy dziennie i smarować dziąsła odpowiednim ściągającym środkiem. Do płukania można używać roztworu *kali chlorici*, łyżeczkę na szklanekę wody, roztworu kwasu bornego w takim samym stosunku, eliksiru lub $\frac{1}{2}$ — $1\frac{0}{10}$ roztworu octanu ałunu.

Jako proszek do zębów może służyć zwyczajna kreda z miętą, proszek węgla z miętą i z proszkiem kory chinowej lub też:

Rp. Pulv. cort. chinae
 Pulv. catechu aa 15,0
 Acid. tannici pulv. 1,0
 Essent. menthae gtts V
 D. S. Pulvis dentifricius (Panas).

Do smarowania dziąseł za pomocą kawałka waty, namożonego na patyczek, używamy:

Rp. Tincturae rhataniae
 „ gallarum
 „ myrrhae aa part. aequal.

albo Rp. Jodi puri 0,3
 Kali jodat 3,0
 Glycerini 30,0.

Powstałe przy zapaleniu jamy ustnej owrzodzenia smarujemy 10—20% lapisem i płuczemy jamę ustną 3% wodą utlenioną, lub roztworem 1:1000—1:5000 *kali hypermanganici*. Przed zastosowaniem rtęci należy też zawsze uprzedzić chorego o możliwości zapalenia jamy ustnej i o zwracaniu uwagi w tym kierunku.

Zaburzenia żołądkowe i kiszki, bóle żołądka, kolki w kiszkiach, rozwolnienie, utrata apetytu — to przejściowe, to trwające długo, mogą niekiedy wystąpić tak po wewnętrznym stosowaniu rtęci, jak i po wcieraniach i wstrzykiwaniach. Zaburzenia te po podawaniu rtęci w odpowiednich dawkach spotykają się rzadko, występują w lekkiej postaci i łatwo przechodzą pod wpływem opjum. Często wystarcza przerwać leczenie rtęcią na parę dni, ażeby zaburzenia żołądkowo-kiszkiowe bezpowrotnie zniknęły.

Wysypki skórne, wywołane użyciem rtęci, bywają bezpośrednio (urazowe) i pośrednio (toksyczne). Po 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 uspo-

sabiają do rozwinięcia się stanu zapalnego. Prawdziwa osutka z zatrucia bywa nie tylko po wcieraniach, lecz i po wewnętrznym użyciu i wstrzykiwaniach rtęci, często już po zastosowaniu nieznacznej ilości tego środka, i zależy od wrażliwości szczególnej danego ustroju. Przeważnie występują obszerne rumienie, charakteryzujące się fioletowawym odcieniem, i często bardzo zbliżone do rumienia płoniczego. Mogą one zniknąć po bardzo krótkim trwaniu, to znów ciągną się dłużej, swędzą i bledną, wywołując delikatne łuszczenie się skóry. Rzadko na rumieniach występują pęcherzyki i krosty, a w wyjątkowych tylko razach krwawe wylewy. Niekiedy spostrzegamy zarazem krwawe wylewy albo pęcherzyki na błonach śluzowych. Widujemy również zmiany w paznokciach, które stają się szorstkie, pokryte rysami i krucho. Rumienie często bywają bardzo uciążliwe i trwają przeważnie długo — miesiąc, dwa i więcej, wywołują silne swędzenie, a niekiedy nawet ogólne gorączkowe objawy, jak podniesienie ciepłoty, bóle głowy, wymioty, upadek sił i t. p. Na szczęście spotykają się b. rzadko.

Podrażnienie nerek skutkiem silnego wydzielania rtęci bywa zwykle lekkie, wywołuje nieznaczny białkomocz i cylindromocz i nie przeszkadza stosowaniu dalszego leczenia.

Drżączka rtęciowa i ostre merkurjalne zapalenie wielu nerwów podczas odpowiedniego leczenia spostrzega się niezmiernie rzadko, jak również zaburzenia w odżywianiu w postaci osłabienia, schudnięcia i błądności skóry i błony śluzowej. Należy też chorych często ważyć i w razie potrzeby przerywać leczenie, lub stosować odpowiednie środki pokrzepiające, jak ruch na świeżym 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 właściwości chorego i od najrozmaitszych warunków zewnętrznych, jak od stanu nerwów chorego, stanu żołądka i kiszek, wieku, ciężkości objawów, różnych socjalnych warunków i przyjmowania współczesnego innych środków; wogóle sposób, dobrze znoszony przez chorego i najsilniej działający, bywa zawsze najlepszy.

Wcierania.

Rtęć podczas wcierania wsysa się do ustroju. Jedni przypuszczają, iż drobniutkie kropelki rtęci przenikają przez przewody

gruczołów do przestrzeni chłonnych; inni — że w gruczołach rtęć przemienia się w gazy, to znów pod wpływem tłuszczów — w związki rozpuszczalne, na koniec, że rtęć ulatnia się na powierzchni skóry, i gazy jej podczas oddychania 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 ich 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 niezżyt żołądka i kiszek, lub też u osłabionych i wyniszczonych, a szczególnie u małych dzieci. Wcierania są wskazane również w tych razach, gdy narząd trawienia chcemy użyć dla stosowania innych środków, np. jodu, arszeniku, żelaza i t. p.

Najważniejsze ujemne strony wcierań polegają na tem, iż jest to sposób nieprzyjemny, męczący, gdyż wala i może nawet skompromitować chorego, wywołuje przytem bardzo łatwo zapalenie jamy ustnej. Spostrzegamy je najczęściej podczas wcierań, 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 wspomniane już podrażnienia skóry, przechodzą one jednak zwykle szybko pod wpływem parokrotnego w ciągu dnia pudrowania tlenkiem cynku, lub krochmalem. Do wcierań używamy najczęściej szarej maści.

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, mirtinową, mydlaną, krem rtęciowy i kalomeiol, kolloidalną rtęć 10% pod nazwą hyrgolu, merkurjolu 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, zale-

źnie 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.

Wcieramy maść zwykle 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, stosujemy maść w coraz to inną powierzchnię skóry. Należy unikać miejsc, ulegających łatwo podrażnieniu, a więc pokrytych włosami, moszny 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 skutecznie chory sam sobie, czyniąc dłońią z pewną siłą powolne i okrągłe ruchy. Wciera 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 kile dzieci.

Wanny rtęciowe osobom dorosłym naznaczają obecnie wyłącznie jako miejscowe leczenie wobec obszernych owrzodzeń.

Wstrzykiwania.

Sposób ten zasadza się na wstrzykiwaniu pod skórę, w mięsz mięśni, lub wprost do żył preparatów rtęciowych; został on wprowadzony przez Lewina, który w 1867 r. zaczął wstrzykiwać sublimat, i obecnie znalazł szerokie zastosowanie dzięki swym zaletom.

Przedewszystkiem wstrzykiwania pozwalają na ściśle dawkowanie rtęci, oszczędzają przewód pokarmowy dla przyjmowania innych środków, nie obciążając go, wywołują dość silne działanie, chronią chorego od możności zdradzenia się ze swą chorobą i zabezpieczają od wszelkich oszustw z jego strony.

Wstrzykiwania posiadają jednak i strony ujemne: przedewszystkiem wywołują ból, nie tylko podczas samego wstrzykiwania, 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 karbolowym, a igłę dobrze wytrzeć wacem zmaczanym w eterze, lub przeciągnąć kilkakrotnie przez płomień. Również miejsce, w które wstrzykujemy, powinno być dobrze oczyszczone wyskokiem i eterem. Miejsce to znajduje się na przecięciu dwóch linii: jednej poziomej, przebiegającej na dwa poprzeczne palce powyżej krętarza większego (*trochanter majus*), a drugiej — pionowej, odgraniczającej trzecią wewnętrzną część pośladków od dwóch pozostałych zewnętrznych (Galliot). Okolica, powyżej zaznaczona, jest najlepsza dla wstrzykiwań, gdyż w niej nie przebiegają większe naczynia i nerwy, a ból i zapalny odczyn po rękoczynie 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 zabiegach.

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 opróżnimy ze strzykawki. Przed opróżnieniem nierozpuszczalnych preparatów należy odjąć strzykawkę i przekonać się, czy z igły nie wycieka krew skutkiem przekłucia naczynia; następnie przymocujemy strzykawkę do igły i wyciskamy powoli płyn. W powyższy sposób usuwa się możliwość wprowadzania do naczyń nierozpuszczalnych cząsteczek soli rtęci, które mogą spowodować zafory. Po wstrzyknięciu usuwamy szybko strzykawkę z igłą. Miejsca 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 łopatkki.

Wewnątrzżylne wstrzykiwania stosują wyłącznie z preparatami rozpuszczalnymi, przeważnie na górnych kończynach w *vena mediana*: uciskają ramię węzłem Esmarcha i, zachowując bezwzględnie antyseptykę, 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 zabieg nie obojętny ze względu na możliwość wywołania zakrzepów, a przytem mało korzystny skutkiem szybkiego wydzielania rtęci przez nerki.

Rozpuszczalne preparaty rtęci, stosowane śródmięśniowo, posiadają następujące dodatnie strony: rozpoczynają prędko działać, ból wywołują zwykle nieznaczny i dość szybko przemijający, rzadko powodują stwardnienia, a tem bardziej ropnie, nie wywołują zatorów. Ujemną ich własnością jest to, iż

działają krótko, a więc wymagają częstych i wielokrotnych wstrzykiwań.

Stosujemy rozpuszczalne preparaty rtęci wtedy, gdy ze względu na słaby ustrój chorego chcemy uchronić go od silniejszych bólów i ubocznych działań, jakie wywołują nierozpuszczalne preparaty, a zarazem gdy pożądamy szybkiego działania rtęci. Do wstrzykiwań używamy najczęściej następujących rozpuszczalnych preparatów rtęci:

Sublimat (73,8% rtęci) 2–3% w dawkach 1,0 co 2–3 dni.

Rp. Hydrargyri bichlorati
Natri chlorati aa 2,0–3,0
Aq. destil. 100,0.

Łukasiewicz wprowadził metodyczne leczenie wstrzykiwaniami wysokich dawek sublimatu 10%, a nawet 20% z chlorkiem sodu, stosując raz na tydzień $\frac{1}{2}$, względnie $\frac{1}{4}$ cm³. W cięższych przypadkach i przy odpowiedniej budowie chorych dochodzi on do 0,08–0,1 sublimatu na dawkę.

Istotnie wysokie dawki sublimatu działają nadzwyczaj szybko, energicznie i mogą być zalecane w kile mózgu i w kile narządu wzrokowego, sprawiają jednak silny ból, trwający kilka godzin, a nawet dłużej, przeto mogą być stosowane tylko silniejszym osobnikom.

Hermofenyl — tlenek rtęci, rozpuszczony w fenylanie dwusiarkanu sodu, zawiera 40% rtęci, działa nieco słabiej od sublimatu, lecz sprawia mało bólu i może być stosowany w wysokich dawkach i często (Reynes, Nicolle, Legrain, Hallopeau, Sokołow, Wojciechowski i inni). Najczęściej używam 6% hermofenylu co 3 dni 1,0, lub co 5 dni 2,0.

Dwubromian rtęci (Hg. 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 bijodatam, zalecane przez Fourniera i Martineau'a.

Rp. Hydrargyri bijodati
Kali jodati aa 1,0
Natrii phosphor. tribasic. 2,0
Aquae destillatae 50,0.

Hydrargyrum sozodolicum z jodkiem potasu:

Rp. Hydrarg. sozodol 0,8
Solve in kal. jodat 1,6
Aquae destillatae 10,0
Wstrzykiwać co 3-ci – 5-ty dzień.

Preparat ten działa silnie, lecz jest dość bolesny.

W ostatnich czasach zaczęto stosować enesol (rtęć salicyloarszenikową: rtęci 38,46%, a arseniku 14,2%) 1%–3% po 1–2 cm³ codziennie, co drugi dzień (Coignet, Goldstein, Waryński). Oprócz tego stosują również hydrarg. jodofannicum, hydrarg. asparaginicum i t. d.

Ogólna ilość wstrzykiwań podczas jednego leczenia bywa różna, zależnie od objawów choroby, od preparatu i od jego stężenia.

Wstrzykiwania nierozpuszczalnych preparatów rtęci mają na celu wprowadzenie do ustroju odrazu dużej ilości rtęci, która stopniowo wsysa się i przez to działa dłuższy przeciąg czasu. Posiadają one również swoje dodatnie i ujemne strony: działanie nierozpuszczalnych preparatów bywa silne; wstrzykują je niewiele razy i w dłuższych odstępach czasu. Jednak działanie rozpoczyna się niekiedy dopiero po dłuższym przeciągu czasu; zdarza się też czasami odrazu po kilku wstrzykiwaniach działanie kumulacyjne, które może spowodować objawy zatrucia; wstrzykiwania powyższe 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 martwicowego rozpadu tkanki; ponadto choremu zagraża niebezpieczeństwo płucnych i mózgowych zatorów, które mogą nawet spowodować nagłą śmierć; przy-

czynią się do tego głównie tłuszczce, w których przeważnie stosują przetwory nierozpuszczalne.

Najlepszym nierozpuszczalnym preparatem rtęci jest salicylan (Silva Aranjo 1887, Szadek, Neumann, Jadassohn, Petersen i inni); stosujemy co 2–3 dni 5^o/_o, lub co 5 dni 10^o/_o 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.

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 zawiesina bardzo trudno jędczeje 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 również silnie, jak salicylan, lecz jest od niego nieco boleśniejszy.

Rp. Hydrarg. oxydati flavi 2,0
 Gummi Arabici 0,25
 Aquae destillatae 50,0
 S. Strzykawka co piąty — siódmy dzień.

Balzer zaleca:

Rp. Hydrargyri oxyd. flavi 1,5
 Olei vaselini 15,0
 S. Wstrzykiwać po 1/2 2/3 strzykawki Pravatz'a.

Kalomel, tylko vapore paratam, stosują przeważnie we Francji.

Rp. Calomel via humida parat. 1,0
 Olei vaselini 10,0
 S. Wstrzykiwać co 5–8 dzień, albo
 Rp. Calomel 5,0
 Natr. Choraz 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 łożowego 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 Francji i zalecają, jako działający energicznie; jednak wywołuje on często bardzo silne objawy uboczne.

Zalecają również hydrargyrum thymolicum, hydrargyr. thymolo-acet., hydrarg. carbol. i inne, zwykle w 10% zawiesinie co 5—6 dni wstrzykiwać, a w ogólnej liczbie m. w. 6—8 iniekcji.

Wewnątrznie podawana rtęć nie może mieć szerokiego zastosowania; jest to sposób praktyczny i łatwy, lecz posiada ważne strony ujemne. Przedewszystkiem drażni narząd pokarmowy, szczególnie po dłuższym stosowaniu, następnie działa bardzo słabo—znacznie słabiej, aniżeli inne metody. Można więc niekiedy przepisywać wewnątrz preparaty rtęciowe tylko jako dopełnienie leczenia; 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 w cięższych objawach syfilisu, 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 syfilisu, 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. Nr. 60.
 S. 2—3 razy dziennie po jednej pigułce
 podczas jedzenia.

Opjum 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. Nr. 60.
 S. 2—3 pigułki dziennie podczas, lub
 zaraz po jedzeniu.

Sublimat wchodzi w rozczyń Van Swieten'a i w pigułki Dupuy-trena, stosowane jeszcze dotychczas:

Rp. Aq. destill. 900,0
 Alcohol. 90% 100,0
 Hydrarg. bichlorat. 1,0
 Rp. Hydrarg. bichlorati 0,01
 Extr. opii 0,02
 Extr. guajaci 0,04
 M. f. massa, e qua formetur pil. Nr. 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 centygramów, 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. Nr. 50

S. 2—4 pigułki przyjąć dziennie podczas,
lub zaraz po jedzeniu.

Pigułki Ricorda mają 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. Nr. 60.

Dwujodek rtęci znajduje zastosowanie w syropie Giberta:

Rp. Syrupi simpl. 500,0

Hydrarg. bijodati 0,2

Kali jodati 10,0

S. 2—3 łyżki dziennie.

Stosują również kalomel:

Rp. Calomel 0,5

Opii puri 0,1

Sacchari. albi 5,0

M. f. pulv. Divid. in par. aeq. Nr. XII.

D. ad ablatos. S. 3 proszki dziennie.

Hydrard. oxydulat. tannicum (Lustgarten):

Rp. Hydrar. oxydul. tannici 4,0

Extr. opii aq. 0,4

Pulv. et. extr. liq. q. s. ut f. pil. Nr. C.

S. 3—5 pigulek dziennie.

Haemol. hydrargyri jodati (Kobert, Rille):

Rp. Haemol. hydrarg. jodati 5,0

Pulv. opii 0,8

Pulv. et rad. liq. q. s. ut f. pil. Nr. C.

S. 5—8 pigulek dziennie.

Hydrarg. thymol. i hydrarg. carbol.:

Rp. Hydrarg. thymol. lub carbol. 4,0

Extr. opii aq. 0,8

Extr. et rad. liq. q. s. ut f. pil. Nr. C.

S. 3—6 pigulek dziennie.

Mergal (hydrargyri cholici oxydati 0,05, albumin. fannici 0,1) po 3–10 pigulek 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 Glueck 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.

Zamiast rtęci Sazerac i Levaditi zaczęli stosować w leczeniu kiły preparaty bismutu, z których najbardziej nadaje się do celów leczniczych u ludzi nierozpuszczalny winian bismutowy sodu i pofasu, stosowany w zawieszenie oleistej oraz rozpuszczalny cytrynian 10%–20% w wstrzykiwaniach śródmięśniowych po 1,0 co 3 dni (Bernhardt). Działanie lecznicze i objawy uboczne bismutu są bardzo zbliżone do tychże po stosowaniu rtęci.

SALWARSAN I NEOSALWARSAN.

Dioxydiamido-arsenobenzol, zwany w handlu pod nazwą salwarsanu, jest preparatem niestałym. Trwalszy jest jego dwuchlorowy lub jednochlorowy związek. Połączenie to jednak, jako takie, nie może być wprowadzone do ustroju tak wewnątrzmięśniowo, podskórnie, jako też śródżylnie, przeto należy „606” zapomocą dodania ługu sodowego przeistoczyć w sól jedno albo dwu sodową i rozpuścić, a otrzymany roztwór zaraz stosować, ażeby uniknąć rozkładu.

Właściwie śródmięśniowe i podskórne zaskrzyknięcia salwarsanu mają teraz tylko historyczne znaczenie, gdyż obecnie stosują ten środek wyłącznie śródżylnie.

Stosując salwarsan śródżylnie, unikamy bólów, nacieków i zgorzeli, nie wytwarzamy sztucznego składu w mięśniach lub tkance podskórnej, dawkujemy dokładniej, działamy szybciej. Działanie środka po zastrzykiwaniach śródżylnych nie jest tak przemijające, jak przypuszczano dawniej, powstaje zapas arsenu głównie w wątrobie, następnie rozchodzi się powoli po ustroju i w moczu, jak stwierdzają Bornstein, Heuser, Stuempke, Siegfried i inni, znajduje się po kilku tygodniach, a nawet miesiącach.

Po zastrzyknięciu salwarsanu śródżylnie niekiedy spostrzegamy przemijające po kilku minutach zaczerwienienie twarzy,

ucisk w skroniach, bicie serca, osłabienie (*crises nitritoides*), rzadziej silny ból głowy, który trwa najwyżej kilka godzin i przechodzi bez śladu. W znacznej mniejszości przypadków w godzinę, dwie po wlewaniu choroby odczuwają dreszcze, częściej lekkie, rzadziej silne. Przytem podnosi się ciepłota ciała o 1° — $1\frac{1}{2}^{\circ}$. Wyjątkowo tylko ciepłota ciała dochodzi do 30° — 40° i to przeważnie przy świeżych obfitych drugorzędnych wysypkach; po paru, kilku godzinach ciepłota wraca do normy. Nieco częściej notujemy po wlewaniu salwarsanu nudności, czasem w połączeniu z wymiotami, biegunką. Najczęściej choroby dostają biegunki: 2—4 stolce wolne bez bólu w kilka godzin po wlewaniu. Rzadziej, niż biegunka, występują nudności. Niekiedy dochodzi do wymiotów. Wszystko to zdarza się przeważnie w godzinę, dwie po zastrzyknięciu i trwa zazwyczaj krótko. U silniej gorączkujących mogą zjawić się opryszczki na wargach ust. Objaw ten szybko przemija. Do przemijających również należy odczyn nerwów (neuroreakcja) po zastosowaniu salwarsanu. Neuroreakcje wczesne są bardzo rzadkie. Benario na 14.000 przypadków stosowania salwarsanu zebrał ich tylko 9. Zaburzeniom podlegały głównie nerw uszny i oczny. Objawy szybko przechodziły.

Oprócz powyżej opisanego wczesnego odczynu notowano wielokrotnie odczyn późniejszy — w kilka godzin, nawet dni. Przebiega on zwykle ciężiej, gdyż może wystąpić podrażnienie nerek, żołądka, kiszek, wątroby, płuc i skóry, a głównie układu nerwowego: *meningo-encephalitis*, *hemiplegie* napady padaczkowate, *amnesia*, psychozy.

W nerkach spostrzegano zapalenie przewlekłe, ostre, a nawet krwotoczne; wielokrotnie notowano białkomocz, urobilinurję, zatrzymanie lub nietrzymanie moczu. W żołądku i kiszkiach salwarsan wywoływał owrzodzenia, wylewy krwawe; spostrzegano bóle, nudności, wymioty i t. p.; wyczuwano powiększenie wątroby, śledziony, notowano żółtaczkę, przekrwienie, tłuszczowe zwyrodnienie. W płucach widywano zawały i zatory, zastoinowo — zapalne objawy, obostrzenie zastarzałych spraw gruźliczych. Na skórze wielokrotnie spostrzegano: obrzęki, *urticaria*, *erythema papulosum*, *erythema multiforme*, *herpes zoster*, *melanodermia* i t. p.

Neuroreakcje mogą występować bardzo późno, bo w 6 do 12 tygodni po zastrzyknięciu. Szczególniej dużo dał ich *nervus acusticus* (Bernstein i Lenartowicz). Nieco rzadziej bywa zajęty *nervus opticus*, a następnie inne czaszkowe nerwy, jak *facialis*, *abducens*, *trigeminus*, *trochlearis* i t. d. Znajdowano również obwodowe

polineuryty (Brown-Séquard) i zajęcie pojedynczych obwodowych nerwów, np. *ischadicus*. Wszystkie powyższe objawy, zdaje się, należy rozpatrywać jako nerwowe nawroty syfilisu, gdyż występują przeważnie po małych dawkach preparatu i ustępują zazwyczaj szybko po nowym zastrzyknięciu „606” lub po stosowaniu rtęci. Ponieważ w wielu przypadkach neurorecydyw po zastosowaniu „606” odczyn Bordet-Wassermanna był ujemny, Ehrlich przypuszczał, iż zdarzają się one po prawie zupełnym wyjąłowieniu ustroju, gdy tylko pozostały nieliczne krętki blade w mało unaczynionych kanałach kostnych, przez które przebiegają powyżej wymienione nerwy czaszkowe.

Almkvist, Milian, Fischer i inni opisują śmiertelne przypadki skutkiem *encephalitis haemorrhagica* po zastosowaniu salwarsanu.

Westphal na mocy swego przypadku wyprowadza wniosek, że w tych razach, gdy mamy jakiegokolwiek podejrzenia co do syfilitycznego zajęcia górnego odcinka rdzenia pacierzowego, należy być bardzo ostrożnym w stosowaniu salwarsanu, żeby nie wywołać zbyt silnego przekrwienia (Odczyn Łukasiewicz-Herxheimera). Szczególniej należy być ostrożnym, gdy schorzenie rozciąga się na nerwy: *phrenici*, *vagi* lub ich jądra (objawy bulbarne).

Według doświadczeń Nicolai, Riehla, Ruekera Knappego, Kionki, Czubalskiego, Sieskinda, Gennericha i in. salwarsan obniża ciśnienie krwi niekiedy dość znacznie i rozszerza naczynia krwionośne. Obniżenie długotrwałe (1–14 dni) może być poprzedzane przez krótkotrwałe podniesienie ciśnienia krwi (Treupel, Levi, Gausmann, Górkiewicz). Sieskind, opierając się na badaniach Hansa, Meyera i Gottlieba, czyni odpowiedzialnym za obniżanie ciśnienia krwi arszenik, który w dawkach toksycznych wywołuje paraliż mięśni naczyń mesenterjalnych, skutkiem tego następuje ich przekrwienie, podczas gdy do obwodowych naczyń krew bywa dostarczaną w ilości niedostatecznej. Niebezpieczeństwo powyższe nie zagraża zdrowemu układowi krwionośnemu, gdy arszenik stosujemy w znacznym rozcieńczeniu i w dawkach nietoksycznych. Jednakowoż należy unikać stosowania salwarsanu u chorych z bardzo słabym ciśnieniem krwi.

Nie można zaprzeczyć, żeby arszenik w pewnych razach nie oddziaływał ujemnie na komórki mięzzszowe narządów. Działanie to jednak zwykle jest przemijające. Jak stwierdzają badania nad przemianą materji po zastosowaniu salwarsanu, między innymi

praca Rzętkowskiego, nie posiada ten środek jakiegoś wybitnego organotropizmu o charakterze zabójczym.

Pawłow zauważył w ciągu pierwszych dni po zastosowaniu salwarsanu zmniejszoną przemianę materji, a następnie powiększoną. Capelli twierdzi, iż w ciągu 1-go dnia ustroj przyjmuje mniej azotu. Według Marischlera i Schneidra zwiększa się ilość wydzielanego z moczem wapna, fosforu i zmniejsza się ilość azotu. Ferranini, Luigi, Fleig, Jeanselme i Touraine i inni nie znajdowali zmian w czerwonych krążkach krwi, podczas gdy Dorn, Gastolni spostrzegali po śródżylnych zastrzykiwaniach salwarsanu szybko ustępującą hemolizę czerw. kr. krwi, skutkiem czego w moczu zjawia się urobilinogen i urobilina. Sabrazes i Dubourg notowali początkowo zmniejszenie się ilości czerwonych kr. krwi i hemoglobiny, a następnie szybkie ich zwiększanie się. Zwiększanie się ilości czerw. kr. krwi spostrzegali Ewdokimow, Sicard, Bloch, Thévenot i Brissaud, Tempka i Valter.

Według większości badaczy po zastosowaniu salwarsanu następuje czasowa leukocytoza, a według Lévy-Binga, Dureux i Dogny zmniejsza się zdolność krwi do krzepnięcia.

Należy przypuścić, iż zmiany w ciśnieniu krwi i jej własności zależą przeważnie od wprowadzonego w większej ilości do krwi fizjologicznego roztworu soli kuchennej.

Niektórzy autorowie, chcąc uniknąć objawów ubocznych, stosują salwarsan *in dosi refracta* — np. co parę dni po 0,2. Na ogół taka metoda jest zbyt uciążliwa dla chorego i niepotrzebna, może być jednak stosowana w pojedynczych przypadkach wobec ciężkiego stanu narządów wewnętrznych, a szczególnie w przypadkach nerwowych, gdy obawiamy się t. zw. odczynu Łukasiewicz-Herxheimera, np. w mózgu, w ważnych centrach życiowych.

Dawki salwarsanu do wstrzykiwań stosujemy u kobiet m. w. 0,2, u mężczyzn 0,3, następne dawki możemy podwyższyć do 0,3—0,4, u kobiet i 0,4—0,5 u mężczyzn. Naturalnie należy przytem brać pod uwagę budowę chorego i jego stan ogólny, a także stan poszczególnych narządów. Dawki powtarzamy po tygodniu — dwóch, ażeby uniknąć kumulacyjnego działania arszeniku, gdyż wydziela się on z ustroju nie odrazu.

Na wszystkie objawy bezpośrednio syfilityczne salwarsan działa przeważnie tak szybko i pewnie, jak żaden z dotychczasowych środków.

Najefektowniejsze leczenie otrzymujemy w przypadkach trze-

ciorzędnych ciężkich i syfilisu złośliwego, gdzie dotychczasowe leczenie rtęcią i jodem było bezskuteczne, lub działało zbyt powoli i niepewnie. Owrzodzenia na błonach śluzowych i skórze, sprawy kostne i t. p. goją się szybko i doszczętnie. Szybko również zazwyczaj bywają usuwane objawy drugo i pierwszorzędne.

W cierpieniach syfilitycznych układu nerwowego tam, gdzieśmy nie mieli do czynienia ze sprawami wtórnymi, otrzymujemy mniej lub więcej wybitną poprawę. Mniejsze naogół wyniki osiągamy w władze rdzenia, poprawy często w jednym lub więcej kierunkach: przechodzą parestezje, nietrzymanie moczu i t. d., lecz zwykle tylko na pewien okres czasu. Zpełnego powstrzymania postępu choroby nie można stwierdzić. W *neuritis optica*, podczas władu rdzenia, nie widziałem pogorszenia sprawy po salwarsaniu, nawet kilkakrotnie zastosowanym, lecz niekiedy nawet nieznaną poprawę. Wszyscy uważają porażenie postępujące za najmniej odpowiedni teren do działania salwarsanu, lecz niejednokrotnie w tej chorobie otrzymujemy poprawy znaczne, czasem niespodziewane. W przypadkach syfilisu wrodzonego salwarsan działa równie dobrze, jak i w syfilisie nabytym; oseskom i dzieciom do lat 7—10-ciu wstrzykujemy salwarsan, ze względów technicznych, przeważnie śródmięśniowo. Działanie lecznicze mleka matki, której wstrzyknięto salwarsan, na objawy syfilisu u osesków również możemy stwierdzić. Od czasu, jak w mleku tem wykryto arsenik, jemu przypisujemy lecznicze działanie, a nie niwecznikom luetycznym.

Jednorazowe stosowanie preparatu nie wystarcza do wyleczenia chorego. W okresie wczesnym drugorzędym często po pewnym przeciągu czasu, po 6—10 tygodniach, po 3—4-ech i więcej miesiącach, zjawiają się nawroty w skórze, błonach śluzowych i w innych narządach.

Najsilniejsze działanie salwarsanu spostrzegamy wtedy, gdy współcześnie stosowaliśmy rtęć. W tych razach nawroty syfilisu spotykały się rzadziej i występowały w słabszych postaciach. To też przeważnie staraliśmy się, szczególnie w cięższych postaciach i w świeżym drugorzędym okresie, przeplatać leczenie rtęcią zastrzykiwaniami salwarsanu, np. podczas kursu leczenia za pomocą wcierań wlewamy dożylnie 3—4 razy „606“.

W październiku 1911 r. Ehrlich wprowadził do leczenia kiły neosalwarsan albo „914“. Jest on pochodnym salwarsanu; przedstawia połączenie jego z formaldehydo-sulfoksylationem sodu w postaci również żółtego proszku; odznacza się łatwiejszą roz-

puszczalnością w wodzie, przyczem rozczyiny posiadają odczyn obojętny. Pod względem siły każde 1,5 neosalwarsanu odpowiada 1,0 salwarsanu. Rozczyn neosalwarsanu bardzo szybko utlenia się i niekiedy, szczególnie przy silnem i długim wstrząsaniu, już po 15–30 minutach brązowieje. Do zastrzykiwań śródżylnych używamy wody wyjałowionej przekroplonej lub nawet tylko przegotowanej albo wyjałowionego fizjologicznego rozczyinu soli kuchennej 0,4% w stosunku 25,0 na każde 0,15 neosalwarsanu przy temperaturze nieco poniżej 20°. Maksymalna jego dawka wynosi dla mężczyzn — 1,5, a dla kobiet 1,2, a najczęściej stosujemy 0,3–0,45 dla kobiet i 0,45–0,6 dla mężczyzn.

Pod względem technicznym neosalwarsan przedstawia olbrzymie udogodnienia. Przedewszystkiem otrzymujemy odrazu nadzwyczaj czysty płyn, którego nie trzeba już neutralizować za pomocą ługu sodowego. Unikamy więc wszelkiego rodzaju zanieczyszczeń i pomyłek, które prawdopodobnie wespół z nieodpowiedniem przygotowaniem rozczyinu były przyczyną większości nieszczęśliwych przypadków, notowanych w literaturze zagranicznej, następnie zmniejsza się wielokrotnie ilość zastrzykiwanego płynu: na średnią dawkę 0,6 neosalwarsanu można brać 60,0–30,0 płynu; skraca to również kilkakrotnie czas trwania rękoczyinu i mniej obciąża działalność serca.

W ostatnich latach zaczęto stosować neosalwarsan w jeszcze więcej stężonym rozczyinie (Ravaut, Strauss, Wolff, Schmitt, Milian, Loeb i bardzo wielu innych). Dawkę (0,5–0,75) neosalwarsanu, rozpuszczoną w 5–10,0 płynu zastrzykujemy bardzo powoli kropla po kropli szprycą Recorda wprost do żyły. Choć dalsze ograniczania płynu zastrzykniętego nie mają już wielkiego praktycznego znaczenia, jednak w tym kierunku postępowano dowolnie naprzód. Ilość płynu zmniejszali do 2,0–1,5 (Wernic), a nawet 1,0 (Seyffert h).

Neosalwarsan, zastrzyknięty śródmięśniowo, wywołuje mniejsze bóle, niż salwarsan. Dla tego też niekiedy ze względów technicznych (u osób, nie posiadających widocznych żył, u dzieci) bywa w powyższy sposób stosowany.

Objawy uboczne po zastrzyknięciu neosalwarsanu bywają te same, co i po salwarsanie, choć rzadziej i słabiej występują. Najczęściej może spostrzegamy *crises nitritoides*. Również późniejsze ciężkie odczyny zdarzają się znacznie rzadziej po nowym środku. Przeciwwskazania do stosowania neosalwarsanu ograniczają się do ciężkich schorzeń serca, nerek i wątroby.

Zastrzykiwania powtarzamy po tygodniu — dwóch, żeby uniknąć kumulacyjnego działania arszeniku: następnie, po każdym zastrzyknięciu stosujemy leczenie rtęciowe, przeważnie wcieraniami, — po ukończeniu których zazwyczaj znowuż wlewamy neosalwarsan. Nieco energiczniej stosujemy neosalwarsan przy pierwotnym objawie: co 3—5 dni 6—7 razy.

We Francji w 1909 roku Mouneyrat wspólnie z Balzerem zaczęli stosować preparat arszenikowy Hektynę. Stanowi ona sól sodową kwasu benzosulfoparaaminophenyl-arszenikowego i zawiera 21% arszeniku. Powyższy środek, wstrzykiwany w roztworach pod skórę lub śródmięśniowo (gotowe ampułki), bywa dobrze znoszony i działa dość skutecznie na objawy syfilisu (W. Sterling i Jermułowicz), a szczególnie na niektóre objawy wiądu rdzenia. Hektyna ustępuje znacznie salwarsanowi i neosalwarsanowi pod względem działania na objawy i bywa zalecana zazwyczaj w tych przypadkach, gdzie powyższe środki są przeciwwskazane.

Milian, Hallopeau i inni twierdzą, iż poronne leczenie syfilisu można z dobrym rezultatem przeprowadzić również za pomocą hektyny prof. Mouneyrat'a. Jednak hektyna bezwzględnie działa słabiej, niż salwarsan.

Mouneyrat połączył hektynę z hydrarg. oxycyanatum pod nazwą hektargyry. Łączy ona w sobie działanie obu części składowych i daje wyniki wogóle średnie.

W ostatnich latach zamiast neosalwarsanu zaczęto stosować pochodne jego związki, z których najwięcej są używane: srebrny salwarsan (silbersalvarsan) i sodowy salwarsan a także antymonowy pod nazwą luargolu (Danysz), jednak do tej pory neosalwarsan jest uważany za najlepszy środek przeciwkiłowy.

JOD.

Środek ten, choć w mniejszym stopniu, niż rtęć i arszenik, posiada swoiste własności przeciwsyfilityczne. 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 wsysają się i rozchodzą po ustroju. Jod już w 20 minut po przyjęciu jodku potasu, a nawet wcześniej, zaczyna wydzielać się 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 szcze-

gólnie silnie działa na objawy trzeciorzędowego syfilisu: obszerne owrzodzenia, olbrzymie guzy, objawy zajęcia naczyń mózgowych w postaci silnych bólów głowy, bóle okostny zazwyczaj szybko zmniejszają się i giną. Również wszelkie wczesne rozpadowe sprawy w kile złośliwej (*sypphilis maligna*) albo przedwczesnej (*praecox*) bardzo szybko ulegają działaniu jodu. Szybko również pod wpływem jodu przechodzą bóle okostny i głowy w drugorzędnym okresie syfilisu.

Na drugorzędne skórne objawy kiły, 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 nieżyty w większym, lub w mniejszym stopniu; przytem wydziela się z nosa płyn rzadki, zawierający mało ropy i śluzu. Nieżyt 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 syfilitycznych wysypek.

Zdarzają się również ograniczone obrzęki twarzy, zajęcia ślinianek, szczególnie przyusznicy, opuchanie tkanki wokoło stawów i ścięgien i nerwowe podrażnienia, jak zawrót głowy, senność, niepewność ruchów, mrowienie i t. d.

Poboczne objawy najczęściej można wyłómaczyć 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 wobec zbyt-
niej wrażliwości żołądka, lub 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 sześcianów, nie posiada zapachu, lecz ostry, gorzko-słony nieprzyjemny smak, łatwo rozpuszcza się w wodzie, trudniej w wysoku. Jodek potasu jest bardzo higroskopijny i rozkłada się pod wpływem kwasu węglanego z powietrza. Chronią go też zawsze w miejscu zamknięciem 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—03
Aq. destil. 300,0
S. Przyjmować 2—3 łyżki dziennie
w mleku lub w wodzie sodowej
poczas 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. Nr. 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. Nr. XX
 3 proszki dziennie.
 Rp. Chinini jodohydrojodici 10,0
 Kaolin. pur. 2,0
 Gummi Arab. q. s. u. f.
 Pil. Nr. LXXX
 S. 16–20 pigułek dziennie.
 Rp. Jodothyryni 2,0
 D. tal. d. Nr. XX
 S. 2–6 dziennie.

W ostatnich czasach weszły w użycie związki jodu z białkiem: nie drażnią one żołądka i błon śluzowych wogóle, jednak słabiej działają, niż jodek potasu. U kobiet i mężczyzn o delikatnej budowie ciała można przepisywać jodon (peptonat jodu) 3–5 razy dziennie po 15–20 kropli.

Jodałbacid i sa jodynę podają 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 łogowym,

Do wstrzykiwań używają przeważnie 25%, a znacznie rzadziej 10%, po 5–10 cm³ nagrzanego nieco płynu codziennie, lub co kilka dni.

Jod, stosowany zewnętrznie, bywa również dość szybko wsypany do ustroju.

W tym celu niektórzy zalecają kąpiele jodowe, lub wcierania maści jodowej:

Rp. Jodi puri 0,1
 Kali jodat. 2,0
 Lanolini
 Vaselini aa 10,0

a także jodvasogen 6—10% i jothion.

Ten sposób stosowania jodu drażni jednak skórę, działa niepewnie, przeto nie może być stale zalecany.

LECZENIE POMOCNICZE.

Syfilis, jako choroba wyniszczająca cały ustrój, wymaga środków pokrzepiających, a następnie pobudzających ogólną przemianę materji w ustroju. Z pomiędzy środków wzmacniających najczęściej stosujemy arsenik, a następnie żelazo i chininę.

Najlepszym preparatem arsenikowym okazał się atoksyl (sól sodowa kwasu paraamidofenyloarsinowego zawiera 35,7 arsenu), który zastrzykujemy w rozcieńczeniu 10% po 1,0 codzień, co drugi dzień. W takich dawkach atoksyl, szczególnie francuski, rzadko niezmiernie wywołuje objawy zatrucia i może być stosowany przez dłuższy przeciąg czasu.

Wstrzykiwać można również 10% natrium cacodylicum po 0,5—1,0, lub wewnątrz podawać po 4—5 kropli 3 razy dziennie liquor Fowleri, lub po 5—10 kropli liquor Pearsonii, albo pigułki azjatyckie po 3—6 dziennie.

Żelazo można stosować w postaci pigulek Blaudi po 3—6 dziennie, tincturae Bestouscheffi 10 × 3, ferri pomati 15—20 kropli 3 razy dziennie, lub:

Rp. Liq. Fowleri 15,0
 T-rae ferri pomati
 T-rae chinae comp.
 T-rae amar. aa 20,0
 D. ad guttamestr.
 S. 3 razy dziennie po 20 kropli
 na 15 minut przed jedzeniem.

Skrzepiające działanie posiadają również odwary, chętnie stosowane w ciężkich rozpadowych postaciach syfilisu. Z pomiędzy odwarów najczęściej bywa zalecany Zittmanna: rano 250,0—360,0 decocti Zittmanni fortioris na grzanego 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 przemiany 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; zabramy 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 ustrój posiada hydroterapia i balneoterapia

Nacierania zimną wodą, prysznice, mogą znacznie powiększyć odporność ustroju. Również kąpiele i wody jodowe (Iwonicz, Luchaczowice, Hall, Kreuznach, Lipik), solanki (Ciechocinek, Druksieniki) działają często bardzo dodatnio na źle odżywiane osobniki.

Do obecnej chwili krąży pomiędzy publicznością, a nawet pomiędzy lekarzami podanie, iż kąpiele siarczane działają swoście na syfilis, pozwalają na energiczniejsze leczenie, wyprowadzają skryty jad kiłowy z wewnątrz ustroju na zewnątrz. Bezwarunkowo kąpiele siarczane działają dodatnio na przebieg syfilisu, lecz w taki sam sposób, jak i inne środki, pobudzające silniejszą przemianę materji w ustroju. Takie wody, jak Busko, Solec, Swozowice, Krzeszowice, Lubień, Trenczyn, Piszczany, Piatigorsk, Uriage, Akwizgran, Baden pod Wiedniem, Kemern mogą mieć zastosowanie przedewszystkiem w tych razach, gdy, obok syfilitycznych cierpień kości i stawów, znajduje się również skaza mocznowa.

METODA LECZENIA.

Istniały dwa różniące się poglądy na czas rozpoczynania leczenia kiły i na sposób jego przeprowadzenia. Zwolennicy rozpoczynania leczenia ogólnego dopiero po ukazaniu się pierwszych objawów ogólnych — wysypek — motywowali to w ten sposób, iż ustrou nie należy zbyt wczesnie przyzwyczajać do rtęci, gdyż później, wobec groźniejszych objawów, może ona przestać działać; po stosowaniu rtęci zbyt wczesnem, objawy drugorzędne mogą nie wystąpić, a zato wczesniej mogą zjawić się objawy trzeciorzędne, czyli, że można zmienić normalny przebieg choroby na niekorzystny chorego; nakoniec dowodzą, że, oczekując na zjawie-

nie się wysypek, unika się pomyłek w rozpoznaniu, gdyż o niem ostatecznie rozstrzygają objawy ogólne syfilisu.

Pierwsze i drugie dowodzenie jest niesłuszne, gdyż odpowiednio stosując środek nie przyzwyczajony do niego ustroju; środek będzie skutecznie działał na objawy istniejące, nawet zapobiegał powstawaniu nowych tak drugorzędnych, jak i trzeciorzędnych. Dzięki zaś łatwości odnalezienia krętków białych w wydzielinie z wrzodu pierwotnego omyłki rozpoznawczej w pierwszym okresie łatwo się ustrzec.

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 ustrój i zmniejszyć jego odporność.

Dodam jeszcze, iż według licznych spostrzeżeń syfilis, 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 drugorzędnych i trzeciorzędnych, i cały przebieg syfilisu przyjmuje charakter jak gdyby szczątkowy, niedorozwinięty.

Można oczekiwać z rozpoczęciem ogólnego leczenia na zjawienie się objawów drugorzędnych, 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 syfilis 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 drugorzędnych objawów odnajdywano w ustroju krętki białe, stwierdzono zaś niszczące działanie rtęci i neosalwarsanu na krętki białe.

Nie można leczyć ciągle w przeciągu całego drugorzędnego

okresu ze względu na obawę szkodliwego oddziaływania środków leczniczych na ustrój. Należy więc leczenie przerywać, żeby ustrój mógł odpocząć. Długość i intensywność każdego kursu leczenia, jak również odpoczynki między nimi, muszą być indywidualizowane w zależności od charakteru przebiegu syfilisu 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 syfilisu, znoszące rtęć albo neosalwarsan źle, powinny być leczone już znacznie łagodniej. Leczenie więc powinno być w każdym przypadku syfilisu indywidualizowane, i szemat dla leczenia przedstawić trudno. W każdym razie stosujemy rtęć i salwarsan nie tylko wtenczas, gdy zjawią 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 syfilisu nie zjawiały się od trzeciego roku jego przebiegu, w takim razie po piątym roku choroby leczenie powtarzamy tylko w wyjątkowych okolicznościach, np. przed ślubem, lub w razie poronień. Wobec zaś powtarzających się objawów i w późniejszym czasie przebiegu syfilisu leczenie rtęcią i neosalwarsanem przepisujemy jeszcze kilkakrotnie po ostatnich objawach. Posiłkujemy się również wskazówkami odczynu Bordet-Wassermana.

Leczenie jodem we wczesnym okresie syfilisu, t. j. w pierwszym, a nawet często w drugim roku, przeważnie jest zbyt skuteczne, ponieważ jod, jeśli nawet działa bezpośrednio na krętki blade, to działanie to jest słabe i nie wpływa zazwyczaj na znikanie drugorzędnych objawów. Jednak i w drugorzędnym okresie jod oddziałuje silnie na pewne objawy; przede wszystkim usuwa bóle głowy wieczorne i nocne, zapalenia okostny, bóle kostne, stawowe, mięśniowe i nerwowe i t. d., również działa silnie w przypadkach wczesnych rozpadowych postaci kiły złośliwej.

Jod działa energicznie na trzeciorzędne 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 i neosalwarsanem, a i wtenczas nawet, gdy te środki przestajemy stosować.

Z powyżej wyłuszczonego wypada, iż na objawy trzeciorzędne oddziaływa salwarsan, rtęć i jod. To też we wszystkich objawach trzeciorzędnych, szczególnie ciężkich, powinno być zastosowane leczenie mieszane (*cura mixta*): neosalwarsan, rtęć i jod. Wewnętrznie podawane związki rtęci za słabo działają na tak niebezpieczne objawy, przeto zazwyczaj stosujemy wlewanie neosalwarsanu i wcierania maści rtęciowej, lub wstrzykiwania silnie działających preparatów rtęci, a wewnątrz podajemy jod. W razie zaś miejscowego podrażnienia żołądka i kiszki przez jod, można go stosować za pomocą wstrzykiwań.

Należy zarazem zalecać leczenie pomocnicze i w razie potrzeby podawać odvary, żelazo i t. d. Takie energiczne leczenie mieszane należy stosować szczególnie w tych razach, gdy syfilis posiada przebieg bardzo ciężki, gdy grozi zniszczeniem jakiegoś narządu, a nawet życiu chorego, np. w syfilisie mózgowo-rdzeniowym.

WPŁYW LECZENIA NA ODCZYN BORDET-WASSERMANNNA.

Działanie wszystkich środków leczniczych może być do pewnego stopnia kontrolowane przez odczyn B.-W.

Przedewszystkiem rozpatrzmy wogóle wpływ leczenia na odczyn.

Według Citrona na 34 nieleczone przypadki chorych na kiłę i wiać rdzenia odczyn dodatni wypadł w 81⁰/₁₀₀, a na 67 takich leczonych chorych w 65⁰/₁₀₀.

Bruck podaje następujące dane: W drugim okresie mieli odczyn dodatni: leczeni w 45,1⁰/₁₀₀, a nieleczeni w 87,1⁰/₁₀₀, w trzecim okresie — leczeni w 45,1⁰/₁₀₀, a nieleczeni w 66,6⁰/₁₀₀, we wczesnie utajonym w 18,7⁰/₁₀₀ leczeni, a w 50⁰/₁₀₀ nieleczeni. Czyli w sumie reagowali dodatnio z pomiędzy leczonych w 29,5⁰/₁₀₀, a z pomiędzy nieleczonych w 82,3⁰/₁₀₀.

Feuerstein miał na 263 przypadki nieleczonej kiły w 90,6⁰/₁₀₀ odczyn dodatni, a takież odczyn w 42,8⁰/₁₀₀ na 102 przypadki leczonej.

F. Lesser na 115 przypadków dobrze leczonych miał w 38⁰/₁₀₀, a na 53 źle leczone przypadki — w 55⁰/₁₀₀ dodatni odczyn.

Bering na 147 przypadków okresu utajonego syfilisu miał nieleczonych 8, w tem 7 razy odczyn dodatni, na 70 mało lub źle leczonych 50 razy odczyn dodatni; a na 69 leczonych chronicznie przestankowo tylko 11 reagowało dodatnio.

Słusznie więc Bering przedstawia znaczniejsze korzyści leczenia chronicznego przestankowego nad symptomatycznym. Leder mann daje następującą statystykę:

Wczesny utajony syfilis		Dodatni odczyn	%
leczony	88	69	78,8
nieleczony	} 27	24	88,8
lub mało leczony			
Późny utajony syfilis		Dodatni odczyn	%
leczony	63	26	41,1
wcale nie	} 15	10	66,6
lub mało leczony			

Utajony zaś syfilis wszystkich okresów po 1—3 kuracjach na 92 przypadki dał w 68 dodatni odczyn, t. j. w 73,9%, po 4 i więcej kuracjach na 59 przypadków odczyn dodatni 27 razy, t. j. w 44,7%.

Ja na 550 przypadków nieleczonej lub słabo leczonej kiły miałem odczyn Bordet-Wassermana dodatni w 84%, na 420 leczonej starannie kiły w 43%.

A więc im gruntowniejsze było leczenie i im późniejszy okres choroby, tem rzadziej występuje odczyn dodatni.

Zarazem wynika z tego, że szczególnie w późniejszych okresach syfilisu liczba dodatnich odczynów znacznie się zmniejsza zależnie od energiczniejszego leczenia, a także od wczesnego jego rozpoczęcia. Czyli leczenie usuwa nie tylko widoczne objawy, lecz także prawdopodobnie zależne od choroby biologiczne zmiany w krwi.

Oдноśnie zaś do działania poszczególnych środków, a przede wszystkim kuracyj rtęciowych, t. j. działania tego środka zaraz po zastosowaniu, znajdujemy pewną różnicę zdań: Mueller badał w ogóle 48 przypadków przed i po zastosowaniu rtęci, z tych 29, t. j. 60,4%, nie wykazywały żadnej różnicy w sile odczynu; osłabienie odczynu aż do zupełnej hemolizy wskazało 18 przypadków.

Przytem w pierwszych wysypkach i wczesnych nawrotach łatwiej odczyn dodatni przechodził w ujemny, niż w późniejszych nawrotach i trzeciorzędnych postaciach. Heller badał stale 77 luetyków w przeciągu leczenia, w tej liczbie u 20, którzy przed leczeniem mieli odczyn ujemny, pozostał on po leczeniu w 18 razach, a przeszedł w dodatni w 2 przypadkach z pierwotnymi owrzodzeniami, a u 57, którzy przed leczeniem mieli odczyn dodatni, pozostał on dodatnim w 18 przypadkach, osłabił się w 17, a przeszedł ujemny w 22-ch.

Mueller zauważył, że najporczywsze były przypadki syfilisu wrodzonego i z szybko powtarzającymi się nawrotami.

Blumenthal i Roscher zauważyli, iż odczyn dodatni utrzymywał się często pomimo forsownego leczenia, a w 5 przypadkach na 33 z odczynem ujemnym przed leczeniem, po leczeniu stał się on dodatnim.

Boas podaje, iż u 76 na 82 luetyków odczyn dodatni przeszedł po leczeniu w ujemny.

Blaschko na 90 przypadków otrzymał po leczeniu 84% wyników ujemnych lub słabo dodatnich.

Feuerstein na mocy swych badań dochodzi do następujących wniosków:

1. Leczenie rtęciowe wpływa niewątpliwie w większości przypadków na ustępowanie dodatniego odczynu.

2. Ustępowanie to jest tem częstsze, im energiczniejsze jest leczenie rtęciowe.

3. Najczęściej ustępuje dodatni wynik po leczeniu wstrzykiwaniem rozpuszczalnych soli rtęciowych, podlegających szybkiemu wessaniu.

4. W niektórych przypadkach wynik dodatni nie ustępuje pomimo energicznego leczenia i pomimo, że zewnętrzne objawy kiły ustąpiły wśród tegoż zupełnie.

Zaznacze, iż według Citrona najlepiej działają na przejście odczynu dodatniego w ujemny wcierania, Hönnemu znów najlepsze wyniki dawał kalomel, inni wreszcie badacze, jak Puerckauer, Blaschko, nie zauważyli, aby rozmaite sposoby stosowania rtęci, jako też różne jej preparaty wywierały niejednakowy wpływ na znikanie dodatniego odczynu Bordet-Wassermanna.

Wszyscy więc autorowie stwierdzają niewątpliwy wpływ leczenia rtęciowego na ustępowanie dodatniego odczynu.

Różnicę widzimy tylko w odsetkach.

Być może zależy ona od siły leczenia, mogą zaś tutaj działać nieuchwytnie dla nas czynniki.

Zachodzi teraz pytanie, czy czasem rtęć, wprowadzona do surowicy krwi, nie wpływa bezpośrednio sama przez się na wynik próby.

Bruck w drodze doświadczalnej stwierdził, iż dodatek sublimatu do surowicy kiłowej *in vitro* nie wpływa zupełnie na wynik próby.

Jednak Kyrálifi z jednej strony, a Epstein i Příbram

z drugiej ogłosili, iż dodatek w bardzo wielkim rozcieńczeniu sublimatu do surowic luetycznych zmienia odczyn dodatni na ujemny.

Do tych samych wyników doszedł Feuerstein i Saffa z Donattim. Feuerstein jednak, dzięki swym badaniom, dochodzi do wniosku, iż rțęc po leczeniu nie może krążyć w surowicy w postaci sublimatu i że według wszelkiego prawdopodobieństwa surowice kiłowe po leczeniu nie zawierają w sobie rțęci w postaci i w ilości potrzebnych do bezpośredniego rozpuszczania krwinek, wobec czego nie mamy prawa przypisywać przestoczeniu się dodatniego wyniku po leczeniu czysto hemolitycznym własnościom zawartej w surowicy rțęci.

Nietylko za pomocą rțęci, ale i jodu udaje się niekiedy usunąć dodatni odczyn Wassermann'a, jak to twierdzi F. Lesser.

Bizzozero mógł również zanotować pewien wpływ jodu na zmianę odczynu, jednak zmiana ta jest słabsza i nie tak stała, jak po rțęci. Doświadczenia Stuempka i Brucka stwierdziły, iż zmiana odczynu w tych razach nie zależy od bezpośredniego oddziaływania wprowadzonego do surowicy krwi jodu.

Słabo bardzo działa odwar Zittmana. Sternowi z pomiędzy 14 chorych, leczonych tym środkiem, udało się odczyn dodatni sprowadzić w ujemny w 1-y m przypadku.

Z powyżej wyłuszczonego wnioskujemy, iż wpływ leczenia na odczyn wprawdzie bywa, ale nie zawsze natychmiast wyraźnie i prawidłowo występuje.

Nawet za pomocą szczególnie energicznego leczenia nie zawsze udaje się sprowadzić odczyn dodatni w ujemny. Zmiana odczynu nie jest zawsze stała, po pewnym czasie ujemny odczyn może przejść znów w dodatni, skutkiem czego na podstawie jednego ujemnego wyniku nie można wyciągać daleko idących wniosków.

Zdarzają się przypadki, w których wynik dodatni ustąpił po leczeniu wraz z ustąpieniem objawów klinicznych i pozostał ujemnym pomimo nawrotu, który wkrótce potem wystąpił, a początkowo ujemny zamienił się w dodatni w środku leczenia rțęciowego lub po skończeniu tegoż.

Dodatni wynik utrzymuje się u chorych, nieleczonych przez dłuższy przeciąg czasu, bez zmiany, ale znane są też przypadki (Mulzer, Fischer), w których spostrzegano wahanie się wyniku próby niezależnie od leczenia.

W ostatnich czasach największą uwagę zwrócono na działanie atyxolu, arsacetyny, hektyny, arsenophenyłglicyny, a przede wszystkim salwarsanu i neosalwarsanu.

Atoxyl (Lesser) i arsacetyna nie działają lub wogóle działają bardzo słabo. Hektyna według moich doświadczeń 2 razy tylko na 28 przypadków po użyciu 3—4 pudełek H. B. przemieniła odczyn dodatni w ujemny, i to robiony po 3 miesiącach odczyn Bordet-Wassermana wykazał znowuż odczyn dodatni.

Arsenophenyłglicyna według Alta dała już znacznie lepsze rezultaty.

Bardzo silne bez zaprzeczenia działanie na odczyn B.-W. posiada salwarsan i neosalwarsan.

Według pierwotnych spostrzeżeń po jednorazowym zastosowaniu salwarsanu dodatni odczyn B.-W. przechodził w ujemny nadzwyczaj często, bo w 92% u Schreiber'a, w 90% u Wechselmana, czasem jednak nadzwyczaj rzadko, bo w doniesieniu Bageta w 3%.

Należy przytem zaznaczyć, że w wielu bardzo przypadkach, po krótkim przeciągu czasu, odczyn ujemny znów przechodził w dodatni. Jednak po kilkakrotnem zastosowaniu salwarsanu liczba dodatnich odczynów stale się zmniejszała.

Sam salwarsan jako taki, według doświadczeń Mayera *in vitro*, w dawkach, przewyższających nawet wprowadzany do ustroju, nie miał żadnego wpływu na wyraźnie dodatnie lub ujemne odczyny, w jednym tylko przypadku podziałał na zwiększenie hemolizy.

Streszczając się, dochodzimy do następujących wniosków: 1) leczenie rozpoczynamy z chwilą rozpoznania syfilisu; 2) leczenie prowadzimy chroniczne, przestankowe, właściwie uprzedzające objawy; 3) leczenie nie może być szablonowe, lecz indywidualizowane w zależności od wskazań ze strony choroby i ustroju chorego; 4) rtęć stosujemy sporadycznie w okresie pierwszo- i drugorzędnym, a w trzeciorzędnym wobec jakichkolwiek objawów i nawet wielokrotnie po ich usunięciu; 5) neosalwarsan zastrzykujemy kilkakrotnie (3—4 razy) co tydzień w ciągu leczenia rtęcią, a szczególnie energicznie w pierwszorzędnym okresie; 6) jod zalecamy od drugiego lub trzeciego roku przebiegu syfilisu, pomiędzy stosowaniem powyższych środków; również podczas pewnych objawów drugorzędnych i zawsze pod-

czas i po trzeciorzędnych; 7) wyniki leczenia, szczególnie w późniejszym przebiegu syfilisu sprawdzamy odczynem B.-W., odnosząc się krytycznie do jego wskazań.

Leczenie pomocnicze jest zawsze wskazane u osobników osłabionych i wycieńczonych, a szczególnie, gdy środki swoiste działają słabo.

Rtęć i jod nie działa wcale na tak zwane cierpienia posyfilietyczne.

Wprawdzie notowano w literaturze kilkakrotnie wyleczenie tych chorób w początkowych okresach ich rozwoju, lecz zdaje się, iż były to raczej przypadki syfilisu mózgu i rdzenia kręgowego, symulujące wiać rdzenia i porażenie postępujące. Przeważnie leczenie rtęciowe oddziaływa niekorzystnie na dalszy rozwój tych chorób, to też, stwierdziwszy *ex iuvantibus* ich rozpoznanie, należy nadal zaniechać stosowania jodu, a szczególnie rtęci; można zaś wstrzykiwać niewielkie dawki neosalwarsanu, gdyż one wielokrotnie przynoszą pewną korzyść choremu.

XII. SYFILIS WRODZONY.

NABYWANIE SYFILISU.

Już uczeni XVI w. (Fallopia, Paracelsus, Fernelius) wiedzieli o przechodzeniu syfilisu z rodziców na potomstwo.

Poglądy o nabywaniu syfilisu przez dzieci od rodziców, jak i cała nauka o syfilisie, podlegały w ciągu ostatnich kilku wieków ciągłym zmianom.

Jedni uczeni zupełnie odrzucali istnienie syfilitycznego jadu (Broussais, Devergie) inni — zaraźliwość drugorzędnych objawów (Hunter, Cooper), to znów zaraźliwość wrodzonego syfilisu i tożsamość jego z nabytym. Przypuszczano dwie możliwości przechodzenia syfilisu z rodziców na dziecko: pierwsza sposobem rozrodczym przez nasienie lub jajko, druga przez łożysko. Bardzo chętnie przyjmowano czysto ojcowskie udzielanie syfilisu przez nasienie. Pogląd ten opierano na spostrzeżeniach, iż w małżeństwie często wystarcza wyłączenie tylko leczenie ojca, ażeby rozdziły się zdrowe dzieci. Twierdzono, iż matka, nawet rodząc dzieci, obarczone syfilisem, przeważnie pozostaje zdrową: nie posiada objawów syfilisu, rodzi zdrowe dzieci przy połączeniu ze zdrowym mężem i, po urodzeniu dziecka syfilitycznego, może się od niego zarazić syfilisem.

Przypuszczano również dziedziczenie syfilisu czysto macierzyńskie, gdyż matki, zarażone syfilisem, mogą rodzić syfilityczne dzieci nawet od zdrowych mężów. W macierzyńskim przeniesieniu zarazy syfilis mógłby być udzielony 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 syfilisu dziecku.

Przyjmowano, iż płód, obarczony syfilisem przez ojca, oddziaływa również podczas ciąży na zdrową matkę: może on zakazić matkę (*choc en retour*), gdyż spostrzegano u niej zjawianie się drugorzędnych objawów podczas ciąży.

Twierdzono również, że matka może pozostać niezarażoną syfilisem, a przytem odporną na ten jad (*immunitas*). Jest to prawo

Collesa, które głosi, iż większa część zdrowych matek, które urodziły dzieci kiłowe, nabyła podczas ciąży odporności na zarazki syfilityczne albo pozostała zupełnie zdrową, nawet nie uodpornioną. Przeszło w 20 przypadkach bowiem spostrzeżono, iż matka po urodzeniu obarczonego syfilisem dziecka została zakażoną przez nie lub w inny sposób. Również dzieci, zrodzone z syfilitycznych rodziców, a nie zakażone syfilisem, posiadają jakoby niewrażliwość na zarazki tej choroby — jest to prawo Profety, z którego jednak przytaczano 15 niewątpliwych wyjątków. Niewrażliwość dzieci na zarazki syfilisu objaśniano przypływem toksyn od ustroju matki, zakażonego syfilisem do niezakażonego dziecka

Poglądy powyższe zostały w znacznej mierze zmodyfikowane przez prace badaczy z ostatnich lat, szczególnie Matzenauera i badania nad krętkiem bladym.

Matzenauer twierdzi, iż płód nabywa syfilis zawsze od matki, wyklucza zaś odziedziczenie po ojcu. Kiła przechodzi na płód przez łożysko, gdy matka uległa zakażeniu syfilisem przed poczęciem, lub podczas ciąży. Syfilis, udzielony matce już podczas ciąży, przechodzi na dziecko nie zawsze, lecz tem częściej, im we wcześniejszym okresie ciąży matka była zarażona. Zakażenie płodu przez łożysko 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 naczyniach kosmków. Zmiany w łożysku mogą być rozlane, lub też ograniczone; można nawet spostrzec pomiędzy normalnymi kosmkami wysepkowate ogniska swoiście zajętych kosmków.

Zdaje się, iż należy istotnie wykluczyć nabywanie syfilisu 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 wobec zajęcia przez syfilis 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 działania krętków, byłyby niezdolne do sprawowania swych normalnych czynności fizjologicznych.

Według wszelkiego prawdopodobieństwa uprzednio bywa

zawsze zakażona syfilisem matka sposobem zwykłym; a w tych razach, gdy u matki objawów nie zauważono, owrzodzenie pierwotne i drugorzędne objawy mogły ująć uwagi.

Ustrój matki, osłabiony ciążą i porodem, jest więcej podatny do nawrotów choroby, nabytej przed zastąpieniem, a 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 syfilis. Wszystkie wyjątki z prawa Colles'a są bardzo mało prawdopodobne, gdyż opierały się według Matzenauer'a, albo na niewłaściwym przyjmowaniu nawrotów za objawy świeżego syfilisu, albo na nieporozumieniu w sprawie źródła zarazy, np. dziecko zdrowe, zrodzone ze zdrowej matki i ojca, który przechodził syfilis, mogło być zakażone w jakikolwiek sposób po urodzeniu i udzielić swą chorobę matce.

Prawo Profety należy zupełnie odrzucić, gdyż dzieci, zrodzone z rodziców syfilitycznych, mogą posiadać odporność na zarazki syfilisu dlatego, iż są już zakażone syfilisem, choroba u nich może być zupełnie niezauważoną, gdy występuje w słabym stopniu lub pozostaje utajoną przez bardzo wiele lat.

Przypadki, opisane w literaturze jako wyjątki z prawa Profety, gdzie zdrowe dzieci syfilitycznych ojców zarażają się syfilisem, są naturalnym następstwem prawa, że dzieci nie nabywają syfilisu wprost od ojca.

Wypływa więc stąd, iż każda na pozór zdrowa i odporna na jad syfilityczny matka, która rodzi chore dzieci, musi posiadać ukryty syfilis.

Należy więc każdą taką matkę leczyć swoiście, 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 płodu od matki i prawdopodobnie wyłącznie tylko przez łożysko.

Zarażenie płodu podczas ciąży następuje nie zawsze; jest ono tem pewniejsze, im krócej trwa choroba matki; odwrotnie, im

dłużej trwa choroba matki, tem więcej zmniejsza się możność zarażenia płodu.

W razie zakażenia matki w pierwszej połowie ciąży następują przeważnie poronienia, przedwczesne i martwe porody lub też dzieci, choć żywe, lecz obarczone ciężkim syfilisem wrodzonym. W razie zaś zakażenia matek w środku lub w drugiej połowie ciąży, rodzą się dzieci zwykle w swoim czasie i pozornie zdrowe; a nawet, jeśli zakażenie nastąpiło w samym końcu ciąży, może się urodzić zupełnie zdrowe dziecko.

Również intensywność choroby dziecka zależy od czasu zakażenia płodu wewnątrz macicy i od długości trwania choroby matki; im później nastąpiło zakażenie płodu i dłużej trwa choroba matki, tem bardziej zmniejsza się natężenie wrodzonego syfilisu.

Często bardzo pierwsze dziecko, poczęte w pierwszych latach choroby, matka roni wczesnie, potem zaczyna rodzić dzieci donoszone, lecz ciężko chore, a nakoniec dzieci z bardzo słabymi objawami syfilisu, lub zupełnie zdrowe. Niekiedy wyjątkowo wśród poronień przychodzi na świat dziecko prawie lub zupełnie zdrowe: bywa to najczęściej po swoistem leczeniu.

OBJAWY SYFILISU WRODZONEGO.

Objawy syfilisu wrodzonego nie różnią się zasadniczo od objawów syfilisu nabytego, a tylko nadaje im pewne znamię zajęcie narządów podczas ich rozwoju i mniejsza odporność ustroju dziecięcego. Skutkiem tego w syfilisie 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 lekkie drugorzędne, podczas gdy równocześnie znajdujemy ciężkie schorzenia różnych narządów wewnętrznych.

Krętki blade znajdują się wszędzie, a szczególnie obficie w wątrobie (rys. 27) i w śledzionie.

Wysypki skórne i śluzowe.

Objawy drugorzędnego syfilisu 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 syfilisem wrodzonym, różni się zwykle od wyglądu dzieci zdrowych, szczególnie wtenczas, gdy objawy syfilisu wrodzonego występują wczesnie, np. w pęcherzycy syfilitycznej noworodków. Noworodki często bywają mniejsze, niż normalne; 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 syfilisu wrodzonego; świadczy on tylko o char-



Rys. 27. Preparat z wątroby, srebrzony metodą Levaditi'ego. 1) naczynie, 2) ślad komórki, 3) tkanka wątrobnna, 4) krążek krwi.

Liczne krętki blade szczególnie w ścianach naczynia. Immers. 2,0 mm. apert. 1,30. Ok. 6 (Zeiss).

łactwie, o złym stanie ogólnym, który często bywa następstwem przedwczesnego porodu, cierpienia narządów wewnętrznych i t. p.

Niekiedy u noworodków znajdujemy brązowe plamy na skórze, mniej lub więcej ostro ograniczone; świadczą one iż noworodek przebywał wysypkę podczas życia wewnątrzmacicznego.

Wysypkę plamistą i grudkowatą rzadko spostrzegamy w pierwszym tygodniu życia noworodka; poczynają się one zjawiać częściej od 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 sto-

pniowo tak, iż można odróżniać wykwity wcześniejsze od późniejszych; plamy mają postać okrągłą, albo podługowatą, wielkość od jednego milimetra do 1 ctm. i więcej w średnicy, są zwykle nieściśle ograniczone. Plamy bywają różowe z odcieniem zazwyczaj żółtym, niekiedy tak blade, iż są ledwo dostrzegalne. Podczas naciskania palcem plama zwykle blednie, zostawiając po sobie, szczególnie po dłuższem trwaniu, ciemno-żółte, albo brązowe zabarwienie, zależne od osadzającego się w tkankach barwnika krwi. W syfilisie 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 szyji.

Wysypka plamista, gdy jest bardzo obfita, może mieć pewne podobieństwo do odrzy, lecz w odrze zawsze występuje zajęcie łącznicy, 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 wspólnie z plamami zjawiają się grudki, lub też plamy stają się bardziej nacieczone, podnoszą się i przybierają postać grudek. Ta wysypka plamisto-grudkowata jest nadzwyczaj częsta i charakterystyczna dla syfilisu wrodzonego. Jacques proponuje dla niej nazwę *exanthema erythemato-papulosum polymorpha*, ze względu na różnorodność elementów i niedostrzegalne przejście wykwitów, wchodzących w skład tych wysypek.

Grudki bywają rozmaitej wielkości od główki 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 odżywionych dzieci. Czasami warstwa rogowa pęka, i grudkę pokrywa cienka łuska, lub małe łuski w kształcie otrąb. Niekiedy błyszczą one srebrzyście, jak w zwykłej łuszczycy. Taka łuszczycyca syfilityczna może rozprzestrzenić się po całym ciele, a najwydatniejsza bywa przeważnie na dłoniach i podeszwach.

W syfilisie wrodzonym nawet częściej, niż w nabytym, spo-

strzegamy drobno-grudkową wysypkę. Niekiedy skóra dzieci bywa jakby usiana małąmi 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, podbródku, gdzie często zlewają się. Na czole grudki rzadko kiedy przekraczają linię owłosienia; na wargach płciowych są więcej wyniosłe i porzrucane. 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 syfilisie wrodzonym nadzwyczaj rzadko. Grudki mogą zlewać się 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 podszewkach. 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. Spoiwość takiego nacieczenia, szczególnie jeśli skórę ująć w fałd, bywa wyraźnie twarda; zabarwienie rozmaite, zależne od czasu trwania i miejsca: w początkowych okresach zwykle jasno-czerwone, później miedziano-czerwone, brązowe, a w końcu żółtawokawowe; niektóre nacieczenia są gładkie, świecące, 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 gęsto zgrupowane. Mogą one powstawać na plamach i grudkach dłoni, podszewki, 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

rozwinęte, im wcześniej noworodek bywa niemi dotknięty; prze-
ważnie ma to miejsce u dzieci wycieńczonych, lub tam, gdzie
następuje ciągle podrażnienie kałem, moczem i potem, a więc
na pośladkach i tylnych częściach ud, na mosznie i wargach
wielkich.

Pod wpływem podrażnienia zachodzą zmiany w grudkach,
np. w fałdach spostrzegamy żywe łuszczenie się naskórka, albo
nawet płytkie nadżarcia. Powierzchnia ich jest niekiedy biaława,
jakby pociągnięta kolodjonem, 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 wydzie-
lają sporo ropy, może utworzyć się nawet rodzaj niesztowic
i brudźców. Niekiedy u dzieci, dotkniętych łożotokiem, na roz-
lanych nacieczeniach owłosionej części głowy, spostrzegamy strupy,
tworzące się wtędy, gdy wydzielina wysycha szybko. Strup nie
bywa nigdy, jak w wyprysku łożotokowym, słomiano-żółtego zabar-
wienia, lecz żółto-brązowego; przytem można go łatwo bez krwa-
wienia odedrzeć. Zwykle w niektórych miejscach z pod strupów
dostrzegamy brzeży nacieczone czerwono-brązowe i świejące,
jak gdyby pokostowane.

Znamienną dla kiły wrodzonej u dzieci postać stanowi pę-
cherzyca. Spostrzega się ona w bardzo ciężkim przebiegu syfilisu
i kiły wrodzonej. 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 zja-
wiać się już w 6-tym—7-ym 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 pęcherzycy objaśnia w ten
sposób, że gruczoły skóry rozwijają się pomiędzy 6-ym i 7-ym
miesiącem ciąży; w tym to czasie następuje silniejszy przypływ
krwi, a więc i jadu syfilitycznego do miejsc skóry, najwięcej un-
aczynionych, jakimi są gruczoły potne, najliczniej i najsilniej roz-
winęte na dłoni i podeszwie; ropno-surowiczny wysięk, występu-
jący skutkiem podrażnienia obfitą ilością jadu, nie mogąc przer-
wać w wyżej wymienionych miejscach grubej warstwy naskórka,
tworzy pęcherze. Pęcherze te średnicy od 2 mm — 1 $\frac{1}{2}$ cm, na-
pełnione z początku mętnawą, a następnie ropną zieloną i krwistą

zawartością, bywają najczęściej obwisłe, okrążone żywo czerwoną obwódka.

Pęcherze często powiększają się i łączą z sobą. Na miejscu pęcherza, po częściowem wessaniu się jego zawartości, może tworzyć się brunatny strupek, lub też pęcherz pęka, odsłaniając warstwę skóry zaczerwienioną i nacieczoną, na której następnie wydzielina ropna z domieszką krwi zasycha w strupek: mogą tworzyć się również głębokie owrzodzenia, bardzo wycieńczające noworodków. Skóra pomiędzy pęcherzami wydaje się więcej ciemna, niż na innych częściach ciała. Gdy wysypka rozpoczyna się dopiero po urodzeniu, to przedewszystkiem we wspomnianych miejscach zjawiają się plamy czerwono-winne wielkości soczewicy z jeszcze ciemniejszym zabarwieniem i nacieczeniem pośrodku. W tem ostatniem miejscu po 2—3 dniach zaczynają tworzyć się pęcherze, szybko powiększające się i rozszerzające odśrodkowo.

Współcześnie z pęcherzycą syfilityczną zawsze spostrzegamy niezyt nosa, a bardzo często ciężkie cierpienia narządów 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 syfilityczna nie jest jakimś nowym objawem, nie spotykanym w syfilisie nabytym, lecz odmienny wygląd wysypki jest zawarunkowany tylko wczesnym rozwojem sprawy.

Pęcherzycę syfilityczną należy odróżniać od pęcherzycy noworodków, wywołanej łańcuszkowcami i gronkowcami. Ta ostatnia zjawia się pomiędzy 2-gim i 5-tym tygodniem życia nagle, pomimo dobrego ogólnego stanu ustroju. Najulubieńszem umiejscowieniem jej są: tułów, rzadziej twarz i górne części kończyn, a najrzadziej podeszwy i dłonie. Pęcherzy zwykle bywa duża ilość. Wielkość ich waha się pomiędzy grochem, a gołębiem jajem; zawartość mętnawa. Bardzo często pomiędzy pęcherzami spostrzegamy krosty liszajca. Słusznie Escherich proponuje dać nazwę tej chorobie *impetigo bullosa infantum*.

Od odpowiednich wysypek syfilisu wrodzonego należy odróżniać zapalenia skóry: rumieniowate, rumieniowato-pęcherzykowate, grudkowate i wrzodziejące (*dermitis erythematosa, erythematovesiculosa, populosa et ulcerosa*).

Wszystkie te postaci zapaleń skóry pozostają ze sobą w ścisłym związku: jedna może poprzedzać drugą i być rozpatrywana,

jako niższy stopień następnej, są one często bardzo zbliżone do wysypek syfilitycznych, skutkiem czego należy je szczegółowiej rozpatrzyć.

Zapalenie skóry rumieniowate (*dermitis erythematosia simplex* i *dermitis erythematoso-squamosa*) występują u noworodków i ssawców przede wszystkim na miejscach wypukłych. Na pośladkach i mosznie, na twarzy i podbródku, na dłoniach i podszwach, szczególnie na piętach, a rzadziej na innych miejscach zjawiają się plamy wielkości małej i większej monety sr.; 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 powyższe, spotykając się z sobą, tworzą szerokie przestrzenie zaczerwienionej i nieznacznie nacieczonej skóry. Naskórek w tych miejscach staje się coraz bardziej twardym, gładszym, jakby polakierowanym. Często po pewnym przeciągu czasu naskórek zaczyna łuszczyć się drobnymi łuszczkami, albo też olbrzymimi płatkami.

Zapalenie skóry pęcherzykowate (*dermitis vesiculosa*) powstaje zwykle na gruncie *dermitis erythematosia*. 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*, *syphiloide postéro-sive de Jacquet*) zjawia się tylko na pośladkach, na grzbietnych powierzchniach ud, na łydkach, na dolnej części moszny i na wargach sromnych 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, gładszy i bardziej błyszczący, niż obwód, rzadko zaś bywa pozbawiony naskórka, ciekący, wklęsły. Umieszczenie tych grudek jest bardzo znamienne: są one wyłącznie zgrupowane na czterech przestrzeniach, utworzonych przez fałdy skóry. Przestrzenie te są następujące: pośladki, górna i dolna grzbietna część ud i łydki. Grudki najczęściej rozwinięte są na pośladkach, a zmniejszają się stopniowo ku dołowi.

W każdej z tych przestrzeni środek jest bardziej zajęty, niż obwód, gdzie skutkiem wstecznych spraw występuje wysypka

w postaci plam. Obok grudek zawsze prawie spotykamy pęcherzyki świeże i nawpół zeschnięte, lub też nadżarcia. Grudki mogą zlewać się.

Niekiedy na nacieczonych miejscach tworzą się głębokie owrzodzenia z dnem czerwonym, lekko krwawiącym, lub pokrytem żółtawym nalotem z brzegami nacieczonemi, lub podminowanemi.

Sprawy te różnią się od wysypki plamistej, grudkowatej syfilisu 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. W rozpoznaniu należy naturalnie zwracać uwagę na inne objawy cierpienia skóry, błon śluzowych i narządów wewnętrznych.

Poza objawami skóry najwięcej cech znamiennych dostarcza dotknięta syfilisem błona śluzowa, a przedewszystkiem błona śluzowa nosa, ust, gardła i odbytnicy. Objawy swoiste zjawiają się w postaci rozlanego kataru, nadżarc, pęknięć, grudek i owrzodzeń. Nadzwyczaj charakterystyczny dla syfilisu wrodzonego jest nieżyt nosa syfilityczny. Właściwie niema ani jednego przypadku syfilisu 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 dostrzec w drugim i w trzecim roku życia.

Nieżyt nosa syfilityczny 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 podczas ssania, 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 miękiego 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 pęknięcia z twardem nacieczonem dnem. Także naokoło ust znajdujemy płytkie i wązkie, ku otworowi ust przebiegające pęknięcia, które, pokrywszy się naskórkiem, pozostawiają po so-

bie blizny. W okolicy odbytu widzimy niekiedy grudki, pęknięcia i owrzodzenia z dnem również twardem i nacieczonym.

Zanokcica i przynokcica zdarzają się dość często. Niekiedy bywają dotknięte wszystkie paznokcie: stają się one mętne i suche; na miejscu połączenia paznokcia ze skórą tworzą się owrzodzenia, które dotknąć mogą macierz paznokcia i łożę, a wtedy paznokieć schodzi.

Lysienie w syfilisie wrodzonym przybiera nieco inną postać, niż w syfilisie dorosłych; rzadko widzimy małe lysinki na całej przestrzeni skóry owłosionej; zwykle bywa rozlane przerzedzenie się włosów, niekiedy w postaci wstążek.

Daleko więcej znamionym, choć rzadszym objawem syfilisu wrodzonego, jest wypadanie brwi i rzęs.

Kilaki — jak guzy i guziczki — mogą zdarzać się przedwcześnie w pierwszych latach życia dziecka. Nacieczenia kilakowe, przybierając zabarwienie sinawe, mają wielkie podobieństwo do gruczycy skóry (*scrophulodermata*); często tylko swoiste leczenie może wątpliwości wyjaśnić. Hutinel zwraca uwagę na rzadką postać owrzodzeń kilakowych: niedługo po oddzieleniu się sznurka pępkowego, pępek staje się nabrzmiąły, nacieczony, szczególnie pośrodku, i w tym miejscu zjawia się owrzodzenie o wyglądzie kraterowatym ze skłonnością niszczenia tkanek aż do otrzewny; 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 syfilis 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 syfilisu wrodzonego spostrzegamy ogólne obrzmienie gruczołów chłonnych.

Zajęcie stawów bywa takie same, jak u dorosłych. Często jednak spotyka się odrębną 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 oddzielenie trzonu od nasady, prawie zawsze rozpoczyna się w 7-ym miesiącu ciąży; jednak Parrot, Mueller i Hochsinger spostrzegali je

już w 5-ym miesiącu ciąży. Hecker donosi, iż znajdował je w 70% wszystkich rozbieranych po śmierci płodów, Mevis w 62 na 92, Wahl w 208 na 418. Według Hochsingera spotyka się to schorzenie u wszystkich syfilitycznych noworodków w mniejszym lub większym stopniu. W przypadkach wyrazistszych pomiędzy pasem kostnienia a kością widać obfitą tkankę ziarninową, usianą mniejszemi, lub większemi ogniskami rozmiękczenia, doprowadzającemi do oddzielenia trzonu kości od nasady. Po dłuższem trwaniu tej sprawy spostrzegają się stawowe, a głównie okołostawowe ogniska rozmiękczenia i wrzody. Wrzody powstają skutkiem wtórnego zakażenia ropotwórczemi 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 syfilityczne *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 okostny kościotwórcze. Najczęściej bywa dotknięty główny członek palca, rzadziej środkowy i końcowy. Palczyki rozszerzają się przeważnie na boki, mniej ku stronie grzbietnej, a najmniej ku dłoniowej, otrzymując w przecięciu owalną postać. Zapalenie syfilityczne kości palców tworzy się przeważnie w pierwszym roku życia, jest mało bolesne, jak i większa część syfilitycznych cierpień kości.

Zniszczenie kości rusztowania nosa spotyka się dość często i występuje zazwyczaj w późniejszym czasie. Bardzo często spostrzegamy zajęcie okostny 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 przedewszystkiem środkowe górne.

Zmiany charakteryzują się przeważnie półkolistem wgłębieniem swobodnego brzegu. Spostrzegamy również zęby nienormalnie małe i krótkie, wąskie, okrągławe, kręglowate, wznoszące się ku sobie, lub też od siebie. Często też widzujemy na powierzchni zęba małe okrągławe zagłębienia albo nasieczki i wzniesienia po stronie wewnętrznej na przedostatnich trzonowych (*tuberculum Carabelli*—piąty wzgórek). Zęby psują się zazwyczaj szybko. Zmiany, powyżej zaznaczone, występują przeważnie w drugim

zębieniu, jednakowoż były spostrzegane przez niektórych autorów i na zębach mlecznych, nie są swoiste dla syfilisu wrodzonego: spotykają się również w 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 syfilisu wrodzonego. Widujemy tu te same postacie, co i w syfilisie nabytym. Przeważnie spostrzegamy połączenie cierpienia mózgowia i rdzenia kręgowego; mogą one wystąpić nawet i w późniejszym wieku. Zmian w mózgowiu bywają następstwem syfilitycznego zajęcia naczyń i warunkują obraz mózgowego porażenia dzieciennego. Przypuszczają, iż część przypadków choroby Little'a jest spowodowana wrodzonym syfilisem. Skutkiem kiłowego schorzenia naczyń może nastąpić rozwój wodogłowia. Rozwija się ono przeważnie w 1-ym albo w 2-gim 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 wewnątrzmożgowego ciśnienia. Rozszerzenie czaszki w wodogłowiu syfilitycznym bywa mniej silne, niż w nieswoistem. Występuje ono zwykle tylko ku górze, wypukła się zwykle silnie ciemiączko czoła, a czaszka ścieśnia się z przodu; szwy wieńcowy i podłużny rozciągają się: również rozciągają się żyły na głowie skutkiem wzmożonego wewnątrzmożgowego ciśnienia. Wodogłowie syfilityczne zazwyczaj silnie reaguje na swoiste leczenie.

W kile wrodzonej mogą powstać nie tylko zaburzenia psychiczne, jak to opisaliśmy w syfilisie nabytym, lecz niekiedy bywa znacznie wstrzymany rozwój umysłowych zdolności. Może to nawet doprowadzić do niedoświadczenia umysłowego; u idiotów dość często spostrzegamy nieprawidłowości w kształcie źrenicy, mózżowe objawy porażenia, albo padaczkę. Idjoci bywają zwykle skłonni do podrażnień nerwowych, pobudzenia ogólnego i t. p.

Również należy zauważyć, iż padaczka pierwotna szczególnie często jest spowodowana syfilisem wrodzonym.

U dzieci z kiłą wrodzoną spostrzegano wielokrotne porażenie postępujące i wiąd rdzenia.

Fournier i Krafft-Ebing przyjmują, iż porażenie postępujące

młodzieńcze bywa zawsze wywołane przez syfilis. Młodzieńcze porażenie postępujące i wiać rdzenia posiadają przebieg bardzo powolny. Często spotykamy *tabo-paralysis* w zależności od wrodzonej kiły. Chorobę Homena, wyrażającą się idiotyzmem i skurczowemi porażeniami, również stawiają w zależności od syfilisu.

Niekiedy niezależnie od schorzenia kości występuje myofonja t. j. tężcowy długotrwały skurcz; zjawisko to spostrzegano przeważnie w ciągu 2–3-go miesiąca życia; występuje ono w najrozmaitszym nateżeniu jako nadmiernie silne kurczenie zginaczy, dochodzi zaś do długotrwałego skurczu nie tylko zginaczy kończyn, lecz również mięśni tułowia i twarzy razem z tężcem tylnym.

W syfilisie wrodzonym często spostrzegamy zapalenie *rogówki* mięszonej: m. w. połowa wszystkich przypadków tego cierpienia jest wywołana przez kiłę wrodzoną; 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 mięszonego zapalenia rogówki w kile wrodzonej bywa zwykle powolniejszy, niż w nabytej. Silne bóle i światłowstręt zjawiają się zwykle w późniejszym okresie choroby. Często zdarzają się powikłania zapaleniem tężcówki i naczyńki. Również względnie dość często spostrzega się zmięknienie rogówki i *retinitis pigmentosa*.

Cierpienia wewnętrznego *ucha* spostrzegamy znacznie częściej w syfilisie wrodzonym, niż w nabytym. Fournier na 216 syfilitycznych dzieci znalazł cierpienie wewnętrznego ucha w 40 przypadkach, Barafoux w $\frac{1}{3}$ wszystkich przypadków kiły wrodzonej syfilisu. Hutchinson znalazł głuchotę w 10% syfilisu wrodzonego. Głuchota wespół z zapaleniem mięszonego rogówki i zniekształceniem zębów stanowią t. zw. triadę Hutchinsona, która, choć nie bezwzględnie przemawia za kiłą wrodzoną, 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 współcześnie, albo jedno po drugiem; cierpienie powyższe rozwija się zwykle powoli i doprowadza po wielu latach do zupełnej głuchoty; nawet po przejściowem polepszeniu poczyną się ono nanowo rozwijać.

W *sercu* najczęściej bywa zajęty mięsień albo w postaci ograniczonych kilaków, lub nieco rzadziej w postaci rozlanego zapalenia; rzadziej bywa zajęte wsierdzie, a wyjątkowo tylko

osierdzie. Winogradow donosi o sprawie zapalnej w zwoju automatycznego ruchu serca, która nieraz może warunkować nagłą śmierć podczas przebiegu wrodzonego syfilisu.

Zmiany w *naczyniach* spostrzegamy bardzo często. Według badań Pawłowa są one bardzo wczesne, rozprzestrzenione i intensywne.

Od zmian w naczyniach zależy rzadko spotykana *syphilitic haemorrhagica neonatorum*, w której zjawiają się przeważnie nieznaczne wylewy krwi wielkości od ukłucia szpilką do jej główki 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 u noworodków przedwcześnie urodzonych.

Sledziona w syfilisie wrodzonym bywa zajęta bardzo często. Spostrzegano przeważnie *splenitis et perisplenitis syphilitica*, rzadko zaś ograniczone kilaki.

Zmiany w *ptucach* spostrzegamy znacznie częściej w syfilisie wrodzonym, niż w nabytym. Heller na 106 przypadków syfilisu wrodzonego znalazł w 96% zmiany w płucach, a w tem 53 razy śródmiąższowe zapalenie płuc. Oprócz postaci cierpienia płuc spotykanych u dorosłych, widzimy również niekiedy opisaną przez Virchowa, a następnie przez innych *pneumonia alba*. Widujemy ją przeważnie u płodów martwych, albo zmarłych niedługo po urodzeniu. Zajęte okolice płuc są pozbawione powietrza, posiadają białawe, albo białawo-żółte lub szaro-czerwonawe zabarwienie; w wodzie toną. Oskrzela są po większej części normalnie szerokie i napełnione powietrzem i śluzo-ropną wydzieliną. Przy badaniu drobnowidzowym spostrzegamy, iż tkanka międzypęcherzykowa jest rozszerzona, a pęcherzyki płucne napełnione złączonym, zmartwiałym, rozpadającym się nabłonkiem.

Według danych statystycznych, zebranych przez Castensa, 1a 791 przypadków syfilisu wrodzonego spostrzegano zmiany w płucach 495 razy, a w tem 55 razy *pneumonia alba*, 408 razy śródmiąższowe zapalenie płuc i 17 razy kilaki ograniczone.

W *żołądku* spostrzegano kilaki ograniczone i rozlane nacieczenia.

Zajęcie *kiszek* częściej znajdujemy w syfilisie wrodzonym, niż w nabytym; mogą również występować rozlane nacieczenia i ograniczone kilaki.

W *wątrobie* widzimy często albo międzymiąższowe zapalenie, lub też kilaki. Kilaki ograniczone przeważnie bywają niewielkie.

W wątrobie opisują specjalną postać międzymiąższowego zapalenia — *hepatitis monocellularis*: rozrastająca się tkanka łączna okrąża nie tylko poszczególne grupy komórek miąższowych wątroby, lecz nawet pojedyncze komórki.

W *trzustce* zmiany bywają dość często. Hecker znalazł je w 22% wszystkich przypadków syfilisu wrodzonego, a Birch-Hirschfeld 13 razy na 23 przypadki tej choroby. Według Mračka częściej bywa międzymiąższowe zapalenie, niż ograniczone kilaki.

Zmiany w *nerkach* według Hochsingera i Gallusa bywają dość często. Jednak należy je przeważnie odnosić do zatamowania rozwoju nerek.

Międzymiąższowe zapalenie nerek spostrzegano wielokrotnie, rzadko zaś ograniczone kilaki.

Przynercza (Virchow) mogą być zajęte obszernym tłuszczowym zwyrodnieniem. Widywano w nich niekiedy ograniczone kilaki, częściej zaś rozlane nacieczenia.

Wjadrach widywano międzymiąższowe włókniste zapalenie i kilaki. Matzenauer spostrzegł obustronny syfilis jąder u 11-letniego dziecka. Donoszą również o przypadkach pierwotnego zapalenia przyjądrza. Kilaki w gruczole *tarczowym* znaleźli Birch-Hirschfeld, Dubois i Demme. *Grasica* bywa zajęta dość często; według Schlesingera spotyka się przeważnie rozlane międzymiąższowe nacieczenie, które doprowadza do marskości gruczołu; również widywano kilaki ograniczone.

ROKOWANIE I LECZENIE.

Rokowanie w syfilisie wrodzonym zależy od czasu, w którym objawy występują u dzieci, od natężenia objawów i udziału narządów wewnętrznych w cierpieniu, od stanu ogólnego, od leczenia i warunków higienicznych. Później występujące objawy dają lepsze rokowanie, niż wcześniejsze; pogarsza je udział narządów 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

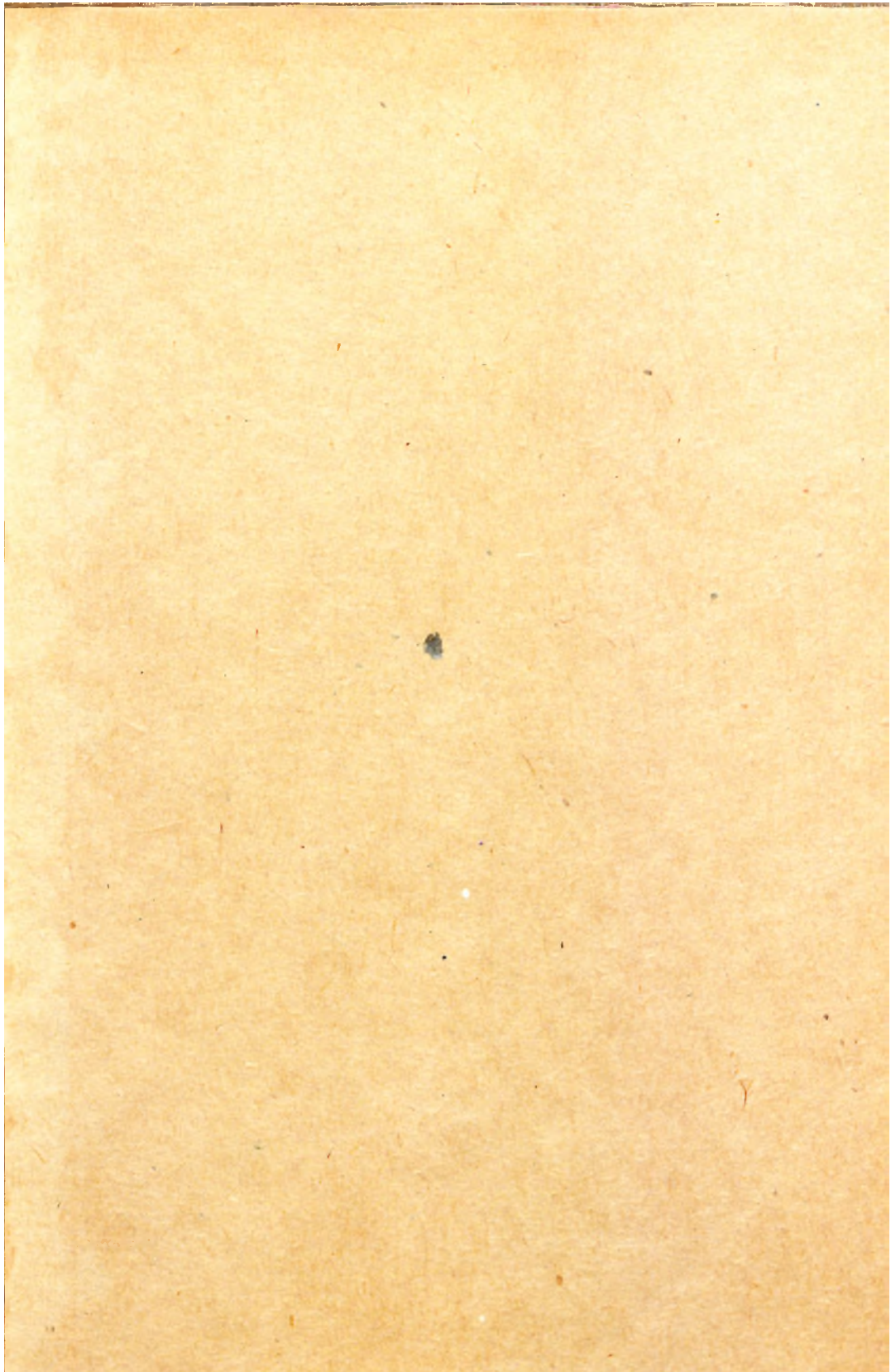
na 1.121 dzieci, obarczonych syfilisem wrodzonym, a według statystyki Moskiewskiego domu wychowawczego na 2.038 dzieci, chorych na syfilis wrodzony, zmarło powyżej 70%.

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 kiszki. Dają po 0.06 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 wcieranie po 1,0 szaruchy, przykładamy plastry rtęciowe na większe przestrzenie ciała, lub stosujemy woreczki rtęciowe. Zalecają również wstrzykiwania bursztynianu rtęci po $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{6}$ grama. Bardzo dobrze działają zastrzykiwania neosalwarsanu po 0,05—0,1 co 7—10 dni. Na nacieczania, nieżyt nosa i t. d. stosujemy 1 do 2% hg. ox. fl. lub 5% ppti albi w maści, przyczem utrzymujemy w suchości miejsca, najbardziej drażnione wydzielinami.

Leczenie staramy się zawsze powtarzać kilkakrotnie, w kilkumiesięcznych odstępach czasu,

Należy również dbać o dobre odżywianie dzieci i wątlým podawać tran, jecorol, glicerofosfaty i t. p.

1265.
Ks. Dz. Lp.
Klin. Stomat.
Akademii Medycznej w Lublinie
BIBLIOTEKA



Uniwersytet Medyczny w Lublinie
nr inw.: G - 27727



BG 1210-R/II