

Uniwersytet Medyczny w Lublinie
nr inw.: G - 27728



BG 1211-R



1211-R

Alc. 185/2018/16/22

1942

BIBLIOTEKA
KLINIKI DERMATOLOGICZNEJ
i Chorób Wenerologicznych w Lublinie
Ks. 7 Dz. Lp. 463
Choroby weneryczne*).

Opracował
Prof. Dr. Feliks MALINOWSKI.

KIŁA, PRZYMIOT, SYFILIS
(Syphilis, lues).

W S T Ę P.

Kiła jest chorobą zaraźliwą ogólną i posiada swój typowy przebieg. Pochodzenie najbardziej rozpowszechnionej na całym świecie nazwy „syphilis” wyprowadzają jedni od greckiego słowa σφιλίς, co znaczy brak, niedokładność, inni od imienia pewnego greckiego pasterza, który pierwszy miał być dotknięty tą chorobą, to znów od słów σφίς lub σφίς i φιλία.

Do tej pory nie jest dokładnie wysświetlone pytanie, kiedy i w jakich okolicznościach zjawiała się kiła po raz pierwszy. Dawniej przypuszczano, iż powstała jako kara za grzechy ludzkie, szczególnie sodomję, lub skutkiem wpływu gwiazd. Bardzo wielu zwolenników znalazło zapatrywanie, iż kiłę przywieźli Hiszpanie z Ameryki, a rozniosło ją po świecie wojsko Karola VIII-go, króla francuskiego. Najwłaściwsze jest twierdzenie, iż choroba ta istnieje tak dawno, jak dawno istnieje ród ludzki, i epidemicznie tylko rozpowszechniła się w końcu XV-go wieku.

Od schyłku XV-go stulecia kiła szerzy się prawie nagminnie po całej Europie Zachodniej, a nawet Wschodniej. Na rozprzestrzenienie się kiły wpłynęły w znacznej mierze dwa ważne zdarzenia w owym czasie: odkrycie Ameryki (1492 r.) i wyprawa Karola VIII-go, króla francuskiego, do Neapolu (1494 r.). Od tego czasu datuje się lepsza znajomość tej choroby i dokładniejsze opisy jej przejawów. Jednak szcześnie zaczęto mieszać wrzód miękki z syfilisem, i z wolna zacierały się różnice pomiędzy wrzodem miękkim a pierwotnym objawem kiły. Dopiero H u n t e r

*) Skrócone znacznie wydanie dzieła: Prof. Dr. Med. Feliks M a l i n o w s k i . *Choroby Weneryczne*. Wydanie trzecie nowoopracowane i uzupełnione z 65 rysunkami w tekście i 18 tablicami trójkolorowymi, 1932. Nakładem Warszawskiej Agencji Wydawniczej „D e l t a”.

w 1786 roku wyodrębnił wyraźnie z pomiędzy rozmaitych owrzodzeń na prąciu szankier twardy; R i c o r d w 1831 r. wyodrębnił z owrzodzeń szankier twardy i miękki; B a s s e r e a u w 1853 roku, a w kilkadziesiąt lat później R o l l e t ostatecznie ugruntowali teorię o dwoistości jądów. Do poznania patologji kily bardzo się przyczyniły przeszczepiania tej choroby na zwierzęta, szczególnie na człekokształtne małpy (M i e c z n i k o w i R o u x), i odkrycie pasorzyta kily.

Pasorzyt kily. S c h a u d i n n, starając się zbadać zależność kily od pierwotniaka S i e g e l a (*Cytorryctes luei*), znalazł 3 marca 1905 r. w wyciśniętej cieczy z lepieża płaskiego krętka bladego i, wspólnie z E. H o f f m a n n e m, ogłosił w kwietniu 1905 r. wyniki swych badań nad tym nowym, istotnym pasorzytem kily. Nieco przedtem B o r d e t i G e n g o u znaleźli w pierwotnym owrzodzeniu krętka bladego, lecz nie przywiązywali wielkiej wagi do swego odkrycia.

Krętek blady, nazwany tak ze względu na nikłą budowę, słabe załamywanie światła i słabe powinowactwo barwikowe, posiada długość od 4 do 20 μ . szerokość zaś $1/4$ do $1/2$ μ . W porównaniu do krętka pospolitego skręty jego są strome, głębokie, regularne. Liczba skrętów u jednego osobnika wynosi od 2 do 18. Krętki z małą liczbą zgięć spotykają się rzadziej, niż z większą.

Najrozmaitsze wpływy zewnętrzne, jak utrwalanie i barwienie, oddziałują na grubość ciała tego pasorzyta w obrazie mikroskopowym, a mianowicie: wyskok czyni je cieńszymi, zaprawy i srebrzenie grubszymi. Końce krętka bladego są ostro wydłużone i często obdarzone jedną lub dwiema delikatnymi rzęskami. U większych osobników dają się spostrzec miejsca nieco jaśniejsze od reszty ciała, brane za jądra. Te jaśniejsze miejsca uważają przeważnie za produkt zwyrodnienia. Krętki mogą grubieć, zniekształcać się lub rozpadać na ziarna bryłkowate. Otoczkę krętków białych można uwydatnić dopiero po srebrzeniu, a także po bejcowaniu. Występuje ona wtedy w postaci podwójnego konturowania.

W kropli wiszącej fizjologicznego roztworu soli kuchennej krętek blady przedstawia się jako nitczka delikatna, blada, śrubowato-zgięta, posiadająca ruchy dowolne, różnego rodzaju: ruch obrotowy około osi podłużnej, ruch postępowy i wsteczny oraz ruch zginający ciało — falowanie. W wyciętych cząstkach organów, zachowujących swą wilgoć, krętki blade żyją i nie tracą zaraźliwości w ciągu 12 — 24 godzin i dłużej. Ciężota 10°C w ciągu 3 godzin, a ciężota 48°C już w ciągu pół godziny czynią krętki blade zupełnie niezaraźliwymi. Przesącza są również niezaraźliwe, albowiem krętek blady nie jest w stanie przeniknąć przez filtr. W fizjologicznym roztworze krętek blady nie traci ruchów w ciągu kilku, a nawet kilkunastu dni. Po dodaniu gliceryny krętki w 5—10 minut tracą zupełnie ruchy dowolne, nie zmieniając jednak przez pewien czas swych kształtów. Po godzinie m. w. skręty wygładzają się, pasorzyt wyprostowuje się i kurczy, a po upływie całej doby przybiera postać owalną, uważaną 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 leukocyty wielojądrowe. Na zwyrodnienie komórek wpływają prawdopodobnie toksyny, wydzielane przez krętki blade. Niekiedy spotykamy krętki, w części lub nawet w całości wygładzone, albo na końcu pierścieniowato lub w całości owalnie zakręcone i krętki całkowicie koło siebie skręcone. Widujemy również krętki częściowo skręcone tak, że wolną częścią rozchodzą się i tworzą jakby literę Y, albo końcami połączone. Spotykano również zlepki krętków w ilości po kilkadziesiąt. Krętek bladey przechowuje się dobrze przez pewien czas w wydzielinach i wydalinach ludzkich, a poza odpowiednim dla jego życia środowiskiem szybko ginie. Sposób mnożenia się krętka bladego nie jest dostatecznie znany. Przypuszczają podział poprzeczny i prawdopodobnie podział podłużny, a niektórzy jednoceśnie—rozmnażanie się drogą płciową. Możliwie, iż pasorzyt kily przechodzi przez pewien szereg przeobrażeń. Coraz więcej zwolenników zyskuje sobie pogląd, że krętek bladey należy nie do bakteryj, lecz do pierwotniaków i że należy go nazywać **treponema pallidum**.

Barwienie krętka bladego nie przedstawia zbyt wielkich trudności. Należy naprzód gruntownie obmyć owrzodzenie fizjologicznym roztworem soli kuchennej, następnie zeszkrobać i usunąć tępem narzędziem warstwy powierzchniowe, a badać dopiero zeszkrobinę warstw głębszych, gdyż w tych warstwach znajduje się zazwyczaj obfitsza ilość krętków bladech. Lepiej, po zeszkrobaniu powierzchniowych warstw, uciskać z boku twory kiłowe i brać do badania wydobywającą się ciecz. Można również wywołać wysięk surowiczy na powierzchni owrzodzenia zapomocą lekkiego lecz częstego drapania łopatką platynową. Celem otrzymania płynu do badania z wykwitów suchych, wskazane jest działanie w ciągu 6—8 godzin pryszczydłem lub ssawką. Z gruczołów chłonnych można wyciągać sok do badań zapomocą nakłucia gruczołu strzykawką, wprowadzając igłę równolegle do powierzchni i masując zlekka gruczoł podczas wciągania płynu. Krew bada się w taki sposób, iż jeden ccm. krwi rozcieńcza się w 10 ccm. 1/3% roztworu kwasu octowego, mieszaninę poddaje się działaniu wirówki i bada się otrzymany w taki sposób osad na krętki. Celem otrzymania ładniejszych obrazów mikroskopowych można przed barwieniem utrwalić preparaty na szkiełkach w ciągu paru minut nad parą 2% roztworu kwasu osmowego lub 40% roztworu formaliny. Najczęściej używane **sposoby barwienia** są następujące:

Sposób Giemsy: Do barwienia używa się barwika o następującym składzie:

Azur II — Eozyna	3,0
Azur II —	0,8
Gliceryna (Mercka)	250,0
Alkohol metylowy (Kahlbauma)	250,0

Odczynnik ten poddaje się przed użyciem rozcieńczeniu 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. Preparaty można utrwalić nie w wysoku, lecz nad kwasem osmowym. Dla szybszego zabarwienia bierzemy bardziej stężony roztwór barwika 1 : 5—2 wody przekroplonej i, zlewając go parokrotnie ze szkiełka, nagrzewamy w ciągu 5 minut aż do parowania płynu. Krętki blade barwią się fioletowo-różowo, inne krętki — niebieskavo, a jądra komórkowe — mocno fioletowo-czerwono.

B u r r i podaje prosty sposób znajdowania krętków. Do kropelki wody przekroplonej lub nawet przegotowanej, zmieszanej z wydzieliną, dodajemy kropelkę płynnego tuszu, rozcieramy drugim szkiełkiem i po wyschnięciu rozpatrujemy w olejku cedrowym. Krętki blade przedstawiają się w ciemnym polu, jako białe, niezabarwione, spiralne nitki. Zamiast tuszu można użyć 10—20% nigrozyny. N i t s c h e w podobny sposób stosuje metale koloidalne, szczególnie kolargol, który rozcieńcza w tym celu dowolnie w wodzie przekroplonej.

L e n a r t o w i c z i P o t r z o b o w s k i trzymają dobrze oczyszczone szkiełko przedmiotowe w ciągu 1/4—1/5 minuty nad parą 2%-go roztworu osmu, rozcierają na tem szkiełku wydzielinę, znów utrwala ją nad kwasem osmowym, wysuszają, barwią przez parę sekund roztworem Z i e h l - N i e h l s e n a i obmywają wodą. Krętki są blade, bezbarwne na różowym tle ściętej surowicy.

S p o s ó b F o n t a n y: Kroplę badanej surowicy rozcieramy możliwie cienko na szkiełku nakrywkowym lub podstawowym, osuszamy i nalewamy na preparat kilka kropel roztworu H u g e s a (kwasu octowego 1,0, formaliny 20,0, wody przekroplonej 100,0), następnie splókuje w wodzie płynącej i polewamy następującym roztworem: kwasu karbolowego 1,0, kwasu garbnikowego 5,0, wody przekroplonej 100,0 — ogrzewamy lekko nad palnikiem około pół minuty i powtórnie splókuje w wodzie bieżącej. Następnie, nie osuszając preparatu, polewamy go kilkoma kroplami 0,25%-go roztworu azotanu srebra, dołączając przed zastosowaniem kilka kropel amoniaku, i w ciągu pół minuty ogrzewamy nad palnikiem. Wkońcu splókuje preparat w płynącej wodzie, osuszamy go i rozpatrujemy w olejku cedrowym. Krętki blade przedstawiają się w postaci ciemno - brązowych spiralnych nitki, bardzo wyraźnych i łatwych do odnalezienia.

Do barwienia krętków służy również S p i r s i l — C i b a: preparat na szkiełku utrwała się wyskokiem w ciągu 2 — 3 minut i barwi się Spirsilem w ciągu 4 — 5 minut.

Sposób badania żywych krętków białych w ciemnym polu widzenia okazał się nadzwyczaj praktycznym ze względu na szybkość. Zasadza się on na zużytkowaniu rozsianego światła, podczas gdy światło, wprost od źródła idące, jest przyciemnione, skutkiem czego całe pole widzenia wydaje się czarnem, a spostrzegane na niem przedmioty — białemi. Wy-

dzielina, przeznaczona do badania, powinna być dokładnie rozmieszana w kropli fizjologicznego roztworu soli kuchennej pośrodku dobrze oczyszczonego szkiełka przedmiotowego i takimże szkiełkiem nakrywkowym ostrożnie przykryta. Celem zachowania preparatu na dłuższy przeciąg czasu, można brzegi szkiełka nakrywkowego okolicz lanoliną, woskiem lub parafiną.

S p o s ó b L e v a d i t i e g o służy do odszukania krętków w skrawkach i polega na srebrzeniu tych pasorzytów.

Zaraźliwość środowisk, zawierających krętki blade. Zakażenie kiłą może nastąpić tylko w warunkach, sprzyjających przedostaniu się do ustroju krętków białych i rozmnażaniu się ich na nowym podłożu. Nieuszkodzony naskórek i nabłonek bronią zarazkom przystępu, umożliwiając go zaś owrzodzenia, rany, pęknięcia i draśnięcia. Należy zaś przypuścić, że długotrwałe stykanie się z płynami, zawierającymi zarazki, może zmacerować naskórek i ułatwić krętkom białym przenikanie do głębi tkanki. Następuje to prawdopodobnie często przez gruczoły skórne. Zaraźliwość zależy głównie od ilości krętków białych, znajdujących się w danym środowisku. Najwięcej krętków białych posiadają i najbardziej zaraźliwymi okazały się wczesne, wilgotne twory kiłowe, jak wrzody pierwotne, a szczególnie wilgotne łepięże płaskie. Mniej już nieco zaraźliwe są gojące się owrzodzenia pierwotne, jak również grudki i inne wykwity wczesnej kiły, pokryte naskórkiem. **N e i s s e r** jednak szczepił z dodatnim wynikiem takie wykwity małpom. Również zaraźliwym okazał się wyciąg z gruczołów chłonnych i wewnętrznych organów małp, jak szpik kostny, jądra, jajniki, płuca, wątroba, nerki, przynercza i t. p. Krew kiłowych, umieszczona na znacznej przestrzeni skóry, obnażonej z naskórka, jak również zastrzyknięta pod skórę i do żyły, okazała się zaraźliwą. Nawet krew, zastrzyknięta do jąder w ilości 1—2ccm., dała dodatnie wyniki szczepienia. Zarażano nasieniem kiłowych małpy i króliki, a również—króliki mlekiem kobiet i płynem mózgowo-rdzeniowym kiłowych. Zarażano króliki, zastrzykując im w jądro płyn mózgowo-rdzeniowy od kiłowych w okresie wrzodu pierwotnego, i znajdowano krętki blade w niezmiennym nawet patologicznie płynie mózgowo - rdzeniowym wczesnego okresu kiły. Często zarażano króliki, zastrzykując w ich jądro płyn mózgowo - rdzeniowy od chorych, mających wyraźne objawy wjadu rdzenia, porażenia postępującego i kiły mózgowo - rdzeniowej. Późne twory przymiotu — kilaki — były uważane za niezaraźliwe. Dopiero udatne szczepienia tworów późnej kiły małpom wyświeiliły dostatecznie powyższą kwestję.

Odporność ustroju na krętki blade. Zupelnej odporności na kiłę ludzie nie posiadają. Każdy człowiek może zarazić się tą chorobą niezależnie od rasy, płci i wieku. Odporność wytwarza się nie odrazu. Szczepiac kiłę co kilka dni w okresie pierwszego wylęgania, spostrzegamy, że póki nie wystąpi po pierwszym szczepieniu pierwotny objaw kiły, każde następne szczepienie jeszcze się przyjmie, choć — co prawda — posiada

już wtedy charakter poronny. Ochronę od nowego zarażenia stanowi tylko samo schorzenie kiłowe i to względną, gdyż podczas przebiegu kiły odporność na nowe zarażenie zmienia się stosownie do okresu choroby i okolicy ciała.

Odporność na nowe zarażenia stawiano w zależności bądź od fagocytozy, która niszczyła krętki blade, bądź znów od wytwarzania przeciwciał kiłowych i przeobrażenia tkanki, czyli zmiany gleby, zmiany odczynu komórek. Fagocyty, sądząc z badań mikroskopowych, odgrywają, zdaje się, ważną rolę w niszczeniu krętków bladych, wchłaniając je i trawiąc. Przeciwoiał kiłowych nie udało się wykryć, jednak należałoby przyjąć, iż wytwarzają się one w przebiegu kiły i znajdują się w surowicy chorych, analogicznie do innych spirylloz ludzkich i zwierzęcych. Przypuszczają, iż znikanie lub zmniejszanie się ilości tych pierwiastków ochronnych w całym ustroju, lub tylko w pewnych jego okolicach, powoduje zjawienie się objawów wczesnych i późnych kiły. Analogiczne badania nad durzem powrotnym u ludzi wykazały, że te przeciwciała — bakterjolinazy i agglutyniny — bardzo obfite w surowicy bezpośrednio po pierwszym przesileniu, stopniowo znikają przed drugim nasileniem. Wyniki badań wielu autorów przeczą możności biernego uodpornienia ustroju. **Wtórne zakażenie** u ludzi jest możliwe tylko w tych warunkach, jeśli ustrój stanie się znów zupełnie zdrowym, czyli uwolni się od pierwotnego zakażenia. Takie wtórne zarażenie jest możliwe, i wtedy przebieg kiły może być nawet cięższy, niż za pierwszym razem. Jednak do **zarażenia wtórnego (reinfectio)** należy odnosić się bardzo krytycznie, żeby uniknąć błędów. Choroba powinna mieć przebieg typowy pod względem chronologicznym: owrzodzenie pierwotne z krętkami bladymi, zajęcie układu chłonnego, wyraźne ogólne wysypki wtórne i t. d. Szczególniejszą uwagę należy zwracać na umiejscowienie wrzodów pierwotnych, występujących po raz wtóry, gdyż za takie możemy błędnie przyjąć owrzodzenia stwardniałe, powtarzające się następnie w tem samym miejscu. **Od wtórnego zarażenia (reinfectio)** należy również odróżniać **zarażenie dodatkowe, nadkażenie (superinfectio)**. Wtedy gdy pierwsze jest nowym zakażeniem ustroju już uzdrowionego, drugie jest nowym zakażeniem ustroju jeszcze chorego i wyrazem niezupełnej, osłabionej jego odporności. Badania nad nadkażeniem wykazały, iż jest ono możliwe w każdym okresie kiły i że produkt szczepienia odpowiada zazwyczaj okresowi choroby. Z jednej strony krętki blade, ich toksyny lub endotoksyny, a z drugiej wytworzone przez ustrój ciała ochronne wywierają wpływ na komórki ustroju, wynikiem czego bywa, zależnie od czasu, coraz to inny odczyn komórek, coraz to inny obraz kliniczny. Przeobrażona tkanka oddziałuje na jad obcy wykwitami, odpowiadającymi wiekowi choroby.

Zachowanie się krętków bladych w ustroju. Krętki blade, dostawszy się do ustroju, mnożą się w miejscu wtargnięcia i rozprzestrzeniają się przeważnie drogą naczyń chłonnych, a częściowo i naczyń krwionoś-

nych. Krętki blade, zaszczerpione królikowi do oka, początkowo w znacznej części giną, dopiero m. w. dziewiątego dnia pozostałe, już przystosowane zarazki, zaczynają rozmnażać się szybko. **Pierwszy okres wylegania**, t. j. mnożenia się krętków, trwa m. w. 3 tygodnie. Jego kresem jest chwila, kiedy w miejscu wtargnięcia krętków białych powstaje odczyn tkanki, w postaci drobnego nacieku — **objaw pierwotny**. W **drugim okresie wylegania**, t. j. w czasie od chwili zjawienia się objawu pierwotnego do wystąpienia wysypki (6—7 tygodni), a szczególnie przed jej wystąpieniem, krętki blade rozmnażają się najobficiej i najliczniej wędrują z tkanek do krwi. Prąd jej unosi pasorzyty do najbardziej nawet oddalonych miejsc ustroju, gdzie osiedlają się i w dalszym ciągu rozmnażają. Zdaje się, iż krętek bladej jest przedewszystkiem pasorzytem tkanki i tylko krótko, w czasie drugiego okresu wylegania znajduje się we krwi. Prawdopodobnie wszelkie późniejsze objawy chorobowe są już zależne od umiejscowienia się krętków podczas tego pierwszego rozsiwu ich po ustroju oraz od następczego rozmnażania się pasorzytów w miejscu ich osiedlenia. W takim razie drugi okres wylegania rozstrzygałby o losie chorego, zależnie od osiedlenia się krętków w ważnych narządach, naprz. w ośrodkach mózgowo - rdzeniowych. Krętki blade podczas tego ogólnego rozsiwu dostają się wszędzie, jednak w wielu miejscach giną szybko, zależnie od odporności narządów. U pewnej liczby osobników krętki osiedlają się przeważnie w skórze, powstaje wtedy typ kily skórnej, u innych — w układzie nerwowym — typ kily nerwowej i t. p.

W chwili najbardziej wzmożonej działalności rozmnażających się krętków następuje **wysypka**, być może, jako odczyn obronny zaatakowanej tkanki. Zależnie od sposobu i siły reagowania tkanki na zarazki chorobotwórcze, występują różnorodne objawy wysypkowe. Wysypka zanika po pewnym przeciągu trwania. Jest to wyrazem chwilowej utraty siły jadu dzięki odpornej czynności tkanek. Skutkiem tego wiele krętków ginie w swych miejscach osiedlenia, zwłaszcza jeśli tkankom dopomogło odpowiednie leczenie. W każdym razie, z zanikiem wysypki następuje zmniejszenie się ilości krętków w ustroju. Po przerwie wielomiesięcznej, często trzymiesięcznej, ocalałe krętki zaczynają budzić się do życia i rozmnażać się w miejscach swego osiedlenia. Powstaje po okresie utajenia nowa wysypka. Posiada ona znacznie mniej wykwitów, gdyż wiele ognisk krętkowych wyginęło. Wykwity jej bywają znacznie większe, gdyż ocalałe krętki na odpowiednim podłożu rozszerzają odśrodkowo swą działalność. Znajdując gorsze warunki dla rozwoju w tych miejscach, gdzie tworzyły się wykwyty podczas pierwszej wysypki, krętki mogą grupować swoją działalność naokoło tkanki uodpornionej, tworząc wykwyty w kształcie pierścienia i t. p. Ponieważ po każdej wysypce zmniejsza się ilość gniazd krętków, przeto każda następna wysypka posiada mniejszą ilość wykwitów. W końcu wszystkie ogniska krętków mogą zaginać. **Okresy kily jawnej (lues manifesta)** mogą występować wielokrotnie po **okresie utajenia (lues latens)** lub też ograniczyć się do jed-

nej, dwóch wysypek. Ten okres występowania objawów powierzchownych ogólnego zakażenia na skórze, błonach śluzowych i w głębokich tkankach nazywa się **okresem drugorzędny kłły**. Trwa on zazwyczaj parę lat. Jeśli po tym okresie pojedyncze ogniska krętków ocaleją, to mogą one spowodować w tkankach zmiany głębsze i uporczywsze, t. zw. **kiłaki**, które znamionują już **trzeciorzędny okres kłły**. W kiłakach krętki znajdują się w bardzo małej ilości i nie odznaczają się większą złośliwością, jak to stwierdzono zapomocą zaszczepiania małpom tworów tego okresu. Silniejszą działalność krętków białych trzeciorzędnego okresu należy objaśnić raczej mniejszą odpornością przeobrażonej tkanki, skutkiem kilkoletniego bytowania w niej zarazków. W kilka albo kilkanaście lat po zarażeniu mogą wystąpić objawy porażenia postępującego i wiaǳu rdzenia, t. j. zajęcia opon mózgowych i tylnych pęczków rdzenia. Te t. zw. **schorzenia parasyfilityczne** układu nerwowego są dość częste (10%—15%). Od czasu wynalezienia w tych sprawach krętko białego, przyjmujemy je za schorzenia kiłowe, wywołane zarazkiem swoistym. Oddawna zauważono, że w przypadkach t. zw. parasyfilitu objawy kliniczne skórne występują w bardzo łagodnej postaci, i odwrotnie, przypadki z ciężkimi postaciami skórnymi nie podlegają następnie schorzeniom układu nerwowego. Ten antagonizm pomiędzy objawami skórnymi i parasyfilitem objaśniano sobie tem, że istnieją dwojakiego rodzaju szczepy krętko białego: mające powinowactwo do skóry — **krętki dermatotropowe** — i mające powinowactwo do układu nerwowego — **krętki neurotropowe**. Zdaje się jednak, iż różnorodny przebieg kłły nie zależy zupełnie od różnej jakości krętków białych. Badania doświadczalne nad innymi chorobami zakaźnymi, a szczególnie nad gruźlicą i trądem, pouczają nas, że jeden i ten sam zarazek może wywoływać różne postacie kliniczne; schorzenia kiłowe, pochodzące z jednego i tego samego źródła, mają odmienny przebieg. Cierpienia kiłowe nerwowe u kolorowych dzikich plemion nie zdarzają się prawie wcale, gdy tymczasem biali, zarażeni od kolorowych, zapadają na nie często; przemawiają również przeciw różnorodności szczepów krętkowych często spotykane zmiany w układzie krwionośnym u chorych na wiaǳu rdzenia, gdyż w przeciwnym razie należałoby przypuścić współistnienie krętków neurotropowych z dermatotropowymi.

W rozwoju cierpień parasyfilitycznych układu nerwowego ważną etiologicznie rolę odgrywa dziedziczność. Większe może jeszcze znaczenie posiada **usposobienie konstytucjonalne**, a mianowicie: typ emfizematyczny, inaczej apoplektyczny, albo artretyczny, ma skłonność do porażenia postępującego, a typ asteniczny, gruźliczy — do wiaǳu rdzenia. Alkoholizm, urazy układu nerwowego i nienormalny tryb życia, polegający na przemęczeniu układu nerwowego, stanowią również jeden z ważnych czynników etiologicznych. Dowodem tego są też same plemiona kolorowe, które z chwilą rozpoczęcia trybu życia narodów cywilizowanych, stają się bardzo podatne na wiaǳu rdzenia i porażenie postępujące.

Powstawanie schorzeń parasyfilitycznych objaśniają alergją. Dowodem jej są objawy skórne, występujące po szczepieniu luetyną i pałhdyną (które zawierają krętki blade), jako odczyn ustroju uczulonego. Odczyn ten dowodzi, że ustrój posiada ciała ochronne w różnej ilości, niezawsze dostatecznej do zwalczania zakażenia. Antagonizm pomiędzy występowaniem ciężkich i częstych objawów skórnych, a schorzeń parasyfilitycznych układu nerwowego tłumaczą w taki sposób, że im częściej występują nawroty, tem częściej w skórze, która, jak wiemy, jest głównem siedliskiem spraw odpornościowych, wytwarza się nowa ilość przeciwciał — i one to chronią ustrój od schorzeń t. zw. parasyfilitycznych.

Okres pierwszorzędny.

Krętki blade mogą przenikać do ustroju nietylko drogą **bezpośrednią**, lecz i **pośrednią**. Bezpośrednio zarazić się można najczęściej podczas najrozmaitszego rodzaju stosunków płciowych. **Nieplciowe** zarażenie może nastąpić na wszystkich dostępnych okolicach ciała ludzkiego. Najczęściej zjawia się na ustach skutkiem pocałunków, a u osesków od kiłowej karmicielki. U mamek spotykamy objawy pierwotne na brodawce sutkowej i jej okolicy skutkiem karmienia kiłowych dzieci. Zdarzają się zarażenia lekarzy i akuszerów podczas badań i rękoczynów, wykonywanych na osobach, dotkniętych kiłą. Spotykamy również objawy pierwotne, powstałe od ukąszenia, spania z osobą chorą i t. p. **Pośrednie** zarażenie kiłą najczęściej powstaje na wargach, a niekiedy w jamie ustnej skutkiem użycia naczyń, zanieczyszczonych przez syfilityków. Spotykano zarażenie za pośrednictwem narzędzi lekarskich, szczególnie w tych czasach, gdy nieznanne jeszcze było postępowanie przeciwnilne. Zarażenie może nastąpić skutkiem szczepienia chłonki humanizowanej, obrzezania, tatuowania, używania odzieży noszonej i t. p. Podczas spółkowania narząd płciowy jednego osobnika może służyć za roznościela zarazy, sam pozostając niezakażonym. Pozostaje niewyjaśnione, czy pasorzyty takie, jak pchły, płuszkwy i t. p., mogą przenieść zarazki kiłowe. Niekiedy nie możemy odnaleźć pierwotnego objawu kiły, i choroba jakoby odrazu rozpoczyna się objawami ogólnymi. Tego rodzaju zapatrywanie o **kile samoistnej (syphilis d'emblée)** jest najczęściej wynikiem niedokładnego badania chorych, gdyż objaw pierwotny mógł być niezauważony. Okres wylegania trwa najkrócej kilka dni, najdłużej — trzy miesiące. Najczęściej jednak objaw pierwotny występuje po **trzech tygodniach** od chwili zarażenia.

Objaw pierwotny przejawia się przeważnie pod postacią niewielkiego, niezbyt ściśle ograniczonego nacieku, częściej przybiera charakter niezupełnie regularnego nadżarcia, aniżeli owrzodzenia; posiada brzegi, niezbyt ostro zaznaczone, przechodzące stopniowo w otaczającą tkankę. dno płaskie, gładkie, równe, o zabarwieniu najczęściej szarem albo czerwonym, zbliżonym do koloru świeżego mięsa, i stwardnienie guzowate

lub płaskie nacieku. Zmiany mikroskopowe w objawie pierwotnym przedstawiają się znamienne: naciek dość ostro ograniczony i bardzo gęsty, złożony pierwotnie z komórek plazmatycznych, obok zróżniczkowanych komórek łączno - tkankowych i tucznych. Naciek grupuje się pomiędzy włóknami tkanki łącznej, naokoło naczyń, przeważnie włoskowatych i drobnych żylnych, rzadziej dokoła naczyń chłonnych i większych żylnych, najrzadziej zaś dokoła tętnic. Gromadzący się naciek i rozrastająca się tkanka łączna, uciskając na siebie, wywołują stwardnienie, charakterystyczne dla pierwotnego wrzodu. Krętki blade znajdujemy w przestrzeniach międzytkankowych przeważnie w dość znacznej ilości. Objaw pierwotny po trzech — sześciu tygodniach goi się nawet samoistnie. Towarzyszą mu **zmiany w układzie chłonnym**, szczególniejszym położonym w jego najbliższym sąsiedztwie. Przeważnie obrzmiewa cała **grupa gruczołów chłonnych**, które pozostają ruchome, twarde, niebolesne. **Zapalenie naczyń chłonnych** w pobliżu objawu pierwotnego stanowi dość częste jego powikłanie.

Objaw pierwotny kily **rozpoznajemy** przedewszystkiem na mocy badania mikroskopowego na krętki blade, a następnie na mocy objawów klinicznych. Odnalezienie krętków białych w wysięku wrzodu pierwotnego dostarcza najpewniejszego dowodu rozpoznawczego. Jednak często, dopiero po wielokrotnem badaniu udaje się odnaleźć krętki blade. Trudniej jeszcze wykryć je, gdy wrzód był posypany środkiem odkażającym, lub gdy trwa dłuższy przeciąg czasu. Wtedy poszukujemy pasorzytów kily we krwi, lub w gruczołach chłonnych. Cechy objawu pierwotnego niezawsze bywają znamienne. Może znacznie większe znaczenie rozpoznawcze posiada obrzmienie sąsiednich gruczołów chłonnych. Wskazuje ono często na umiejscowienie objawu pierwotnego, czas jego trwania, a w późniejszym nieco okresie stanowi wielokrotnie jedyny kliniczny objaw kily. Niekiedy dla określenia charakteru sprawy, można oprzeć się na wywiadach. Ponieważ okres wylegania kily wynosi najczęściej 3—4 tygodnie, a rzadko poniżej 2-ch i powyżej 8-miu tygodni, mało podejrzaniem wydają się owrzodzenia, które powstały w okresie wcześniejszym lub późniejszym po spółkowaniu, jeśli naturalnie można określić jego datę. Zbadanie osoby, która mogła być źródłem zarazy, należy do najtrudniejszych sposobów rozpoznania (konfrontacja), lecz może niekiedy przyczynić się do wyświecenia sprawy.

W rozpoznaniu **różnicowem** opieramy się na wyróżnieniu znamion objawu pierwotnego od innych zmian kılowych i spraw, postaciowo zbliżonych. Wrzody pierwotne, w postaci prostego nadżarcia, należy odróżniać od opryszczek lub uszkodzenia, wywołanego środkami mechanicznymi, chemicznymi lub mikroorganizmami ropotwórczymi. Najwięcej trudności przedstawia różnicowanie z wrzodem wenerycznym.

Wrzód weneryczny albo szankier miękki stanowi zwykle owrzodzenie wielogniskowe, głębokie, z brzegami ostro ciętymi, spadzistemi, dnem nierównem, często brodawkowatym, koloru wybitnie żółtego; wy-

działa ono obficie ropę, w której znajdujemy pałeczki *Ducrey'a*. Spoistość wrzodu miękkiego, jak sama nazwa wskazuje, bywa miękka, ciastowata, rozlana. Dno wrzodu miękkiego w miejscach, obfitujących w naczynia chłonne, może jednak twardnieć. Gruczoły chłonne w sąsiedztwie wrzodu miękkiego pozostają albo niezmienione, albo też jeden gruczoł ulega ostrym zmianom zapalnym i ropieje. Występuje również zaczerwienienie skóry nad gruczołem, unieruchomienie jej, bolesność gruczołu, chęłbotanie, a nawet owrzodzenie, przyjmujące niekiedy postać szankrowatą.

Należy mieć także na uwadze możność współistnienia u jednego i tego samego osobnika objawu pierwotnego kily i wrzodu miękkiego, które mogą powstać w jednym i tem samym miejscu. Ten, tak zwany **wrzód mieszany (*ulcus mixtum*)**, posiada początkowo wszystkie zewnętrzne cechy wrzodu miękkiego, dopiero później występują objawy kłłowe, a szczególnie stwardnienie. Rozpoznanie w tych przypadkach opiera się na analizie objawów, właściwych obu tym owrzodzeniom, na badaniu mikroskopem i na przebiegu choroby.

Rozpoznanie różnicowe pomiędzy owrzodzeniem pierwotnym i miękkim bywa nadzwyczaj utrudnione w stulejce. Tu, poza badaniami mikroskopowem i wywiadem, decyduje o charakterze sprawy wyczuwana przez napletek spoistość ogniska, stan gruczołów, a w ostateczności przebieg choroby. Jednak stwardnienia, wyczuwane pod napletkiem, mogą być wywołane również innymi przyczynami, naprz. tamponami, lepieżami stożkowatymi i t. d.

Okres drugorzędny. (*Lues secundaria*).

Ogólne objawy kily, (t. j. okres drugorzędny), występują najczęściej w 2½ miesiąca po zarażeniu, choć mogą zjawić się nieco wcześniej, rzadko przed dwoma miesiącami, lub później, — po 3-ch, a nawet 4-ch miesiącach.

Okres drugorzędny trwa zwykle 2 — 3 lata, lecz może przedłużyć się do lat kilkunastu, w późniejszej swej fazie wikłać się nawet objawami trzeciorzędnymi. Drugorzędny okres odznacza się obfitością i różnorodnością objawów. 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 postacią, lecz umiejscowieniem, przebiegiem, a również odczynem na środki swoiste. Przebieg okresu drugorzędnego bywa bardzo różnorodny. U jednych chorych zjawiają się nieliczne i krótkotrwałe wysypki skórne; u innych zmiany względnie ciężkie występują ciągle, obejmując cały ustrój lub pojedynczy narząd.

Jeśli pozostawić kilę własnemu biegowi, to wysypki, czyli osutki skórne, mogą zjawiać się podczas całego drugorzędnego okresu. Przyjmujemy za pewnik, że niema drugorzędnego okresu bez wysypek skórnych i że w tych nielicznych względnie przypadkach, w których spostrze-

gano dopiero trzeciorzędne wysypki, drugorzędne zostały niezauważone. Istotnie, niektóre wysypki są bardzo nikle i krótkotrwałe. Zwykle na początku drugorzędnego okresu spostrzegamy ogólne przygnębienie, stępienie umysłowe, zaburzenia czuciowe i odżywcze. Często bardzo zdarzają się zaburzenia snu. Bywa on przerywany i męczący skutkiem przykrych widziadeł. Oprócz tych objawów ogólnych, właściwych każdej ciężkiej chorobie zakaźnej, często występują i miejscowe, jak zapalenie nerwów, nerwobóle, samoistne bóle głowy i zniesienie czucia, ponadto nerwice.

Objawy drugorzędnej kily zjawiają się pierwotnie na skórze pod postacią plam i grudek. Klinicznie i anatomopatologicznie możemy rozpatrywać plamę jako niedorozwiniętą grudkę. Najczęstszą bywa osutka, składająca się z plam rozmaitej wielkości, od ziarnka maleńkiej soczewicy do małej monety (**exanthema maculosum**), i barwy od bledo-różowej do ciemno-czerwonej. Również osutki grudkowate (**exanthema papulosum**), o pierwiastkach wielkości poprzedniej wysypki, należą do postaci bardzo częstych, znamiennych i wielce urozmaiconych. Podczas swego przebiegu osutki te mogą podlegać zmianom wstecznym, jak luszczzenie, przeczos, a nawet owrzodzenie. Zależnie od wielkości wykwitów, wysypki grudkowate mogą występować jako: **grudkowato - soczewicowata (exanthema papulosum lenticulare)**, **drobno-grudkowata (lichen syphiliticus)**, **wielkogrudkowata i grudkowato - blaszkowata albo zlewająca się (e. p. confluens)**. Zależnie od zmian wtórnych i czasu zjawienia się, widzujemy poza tem **osutkę grudkowato-luskowatą**. Osutka grudkowata na dłoniach i podszewach nosi nazwę **łuszczycy dłoni i stóp (psoriasis palmaris et plantaris s.)**. Na powierzchni błony śluzowej, dostępnej do badania, i w fałdach skóry zjawiają się wysypki wilgotne. Są to zmiany kilowe, poprzednio opisane, o rozmaitym wyglądzie, stosownie do warunków miejscowych zmacerowane, a więc cieknące, nadżarte lub wrzodziejące i często bardzo podlegające przerostowi. Nazywamy je, zależnie od postaci, **nadżarciami (erosio, excoriatio)**, **lepiezami płaskimi (condylomata plana)**, **lepiezami płaskimi przerostami (condylomata plana hypertrophica)**.

Wysypki, szczególnie dłużej trwające, bywają często wielopostaciowe: obok plam zjawiają się grudki, które mogą luszczyć się lub wrzodzieć. Owrzodzenia występują pod postacią **nieszowic (ecthyma superficiale s.)** lub **brudźców (rupia s.)**. Na grudkach mogą zjawiać się pęcherzyki, krosty, liszajcowacenia i t. p. Zmiany powyższe tworzą się skutkiem wtórnego zakażenia drobnoustrojami ropnymi i umiejscawiają się głównie w torebkach włosowych i naokoło nich. Plamy i grudki mogą zanikać bez śladu. Grudki czasami pozostawiają po sobie na jakiś czas brązowawe zabarwienie.

Czas trwania wysypki jest różny, zależnie od jej postaci. Najkrócej trwają wysypki plamiste: od kilku dni do kilku tygodni, dłużej znacznie — wysypki grudkowate, bo od kilku do kilkunastu tygodni.

P o d m i k r o s k o p e m wszystkie wykwitły okresu drugorzędnego posiadają cechy wspólne: pierwotnie zajęta bywa tylko tkanka łączna skóry. Najwybitniejszym objawem wykwitu są silnie rozwinięte nacieki naokoło naczyń krwionośnych. Nacieki składają się z powiększonych komórek łącznotkankowych, obficie rozmnażających się na miejscu, z komórek, podobnych do limfocytów (zarodkowych), z komórek plazmatycznych, a w sprawach już bardziej rozwiniętych spotykamy tkankę ziarninową z komórkami ołbrzymiemi. Naskórek ulega zmianom tylko wtórnie. Krętki blade znajdują się najobficiej w wykwitach ciekących. Przeważnie współcześnie z objawami skóry i błony śluzowej występują zmiany innych układów ustroju ludzkiego. Niejednokrotnie jednak ograniczają się one tylko do pewnego narządu. Spotykamy nawet t. zw. postaci trzewne kiły drugorzędnej, kiedy zmianom, klinicznie dostrzegalnym, podlegają tylko układy wewnętrzne ustroju. Chociaż wszystkie układy ustroju ludzkiego, jak chłonny, ruchowy, nerwowy i zmysłów, krwionośny, oddechowy, trawienia i moczopłciowy, ulegają podczas drugorzędnego okresu kiły dość często schorzeniom, jednak najczęściej zajęty bywa układ nerwowy.

Wysypki plamiste i grudkowate w ciągu drugorzędnego okresu mogą powtarzać się wielokrotnie co pewien przeciąg czasu, najczęściej co 3—6—9 miesięcy. Im później występują, tem są mniej liczne, ale rozmiary wykwitów bywają większe, niż w wysypce pierwotnej, i mają skłonność do grupowania się w koła i półkoła, w postać planetarną, t. j. jedną większą grudkę otaczają kołem mniejsze, w postać pierścienia, girlandy i t. d. Wysypki, później występujące umiejscawiają się najczęściej w jednej tylko okolicy ciała, najczęściej na czole i łopatkach.

R o z p o z n a n i e wysypek, szczególnie grudkowatych, przeważnie nie przedstawia trudności. Osutki najczęściej są obfite, rozsiane (w początkowym okresie), lub nieliczne, ugrupowane znamienne w pewnych okolicach ciała (w późniejszym okresie), występują bez gorączki i nie swędzą. Grudki są okrągłe, ściśle ograniczone, zabarwienia ciemno- lub żółto-czerwonego, powierzchni czasem nieco łuszczącej się, spistości twardej. Plamy są mniej znamienne dla kiły; niekiedy bardzo przypominają wysypkę odrową, różyczkę zwyczajną i łupież pstry różowy. Jednak rozpoznanie bywa ułatwione przez wywiady i pozostałości po okresie pierwszorzędnym, do których przedewszystkiem zaliczamy stwardniałą bliznę po owrzodzeniu pierwotnem i obrzmienia sąsiednich i dalszych gruczołów chłonnych.

W okresie drugorzędnym spostrzegamy czasami **zmiany barwikowe w skórze, bielactwo i czerniaczkę skóry (syphilis pigmentosa, leucodemelano-derma)**. Zmiany te spotykamy w ciągu pierwszego roku, a nawet półrocza trwania choroby, rzadziej w drugim roku, a wyjątkowo później; występują one znacznie częściej u kobiet, niż u mężczyzn, i umiejscawiają się przeważnie na szyi, rzadziej nad pachą i w pachwinach, a jeszcze rzadziej w innych okolicach ciała. Bielactwo i czerniaczka skóry przeważnie

tworzy się samodzielnie, rzadziej zaś w następstwie osutek kilowych, lub naokoło ciemnych plam, pozostałych po osutce grudkowatej. Sprawa rozwija się powoli w ciągu kilku tygodni. Na miejscach skóry, zabarwionych silniej, które często jeszcze ciemnieją w tym czasie, tworzą się małe plameczki, nieco bledsze od otaczającej skóry. Rozszerzają się one odśrodkowo i tracą coraz więcej zabarwienie. Brzeg skóry, otaczającej bladą plamkę, bywa zwykle mocniej zabarwiony, skutkiem tego otrzymujemy silniejszy kontrast. Plamy dochodzą do wielkości soczewicy, małej monety, występują w liczbie mnogiej i mogą zlewać się, tworząc półkoła. Skutkiem tego powstaje znamienna, bardzo ciemna sieć z białymi oczkami, niekiedy rodzaj naszyjnika, półkoła, 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, okružające plamy, nieco bledną. Często otrzymuje się takie wrażenie, jakby barwik przesunął się z jednego miejsca na drugie. Niekiedy zaś widocznie ilość jego zwiększa się na pewien przeciąg czasu. Zanim bielactwo i czerniaczka skóry przebiegnie wszystkie powyższe fazy, upływa 6—12 miesięcy, a niekiedy nawet 2—4 lata. Ogólne leczenie swoiste zazwyczaj mało wpływa na skrócenie tego czasu.

Łysienie (alopecia). Kila, przeważnie nieleczone lub leczona niedostatecznie, może wywołać schorzenie włosów. Jest to objaw dość częsty, lecz niestały, występuje przytem zazwyczaj w umiarkowanym stopniu i czasowo. Łysienie zjawia się wcześniej, bo razem z pierwszymi osutkami drugorzędnymi, rzadziej w ostatnich miesiącach pierwszego roku, a szczególnie rzadko w drugim roku choroby.

Bywają dwa rodzaje wypadania włosów w kile: 1) ogniskowe—przeważnie na miejscach, wyraźnie zmienionych, lub 2) rozsiane — bez widocznych zmian, prawdopodobnie pod wpływem zaburzeń w odżywianiu.

Łysienie ogniskowe jest objawem wtórnym symptomatycznym. W miejscach, zajętych wysypkami syfilitycznymi, a nawet często tam, gdzie nie spostrzegamy widocznych zmian klinicznych, włosy rzadną ogniskami i powstają dosyć liczne łysinki wielkości soczewicy, a nawet małej monety, okrągławe i często nieprawidłowych kształtów. Pojedyncze łysinki mogą zbliżać się, łączyć i tworzyć łysiny większe z brzegami, wijącemi się zatokowato. Na łysinach pozostaje przeważnie nieco włosów. W rzadkich przypadkach spotykamy łysienie oddzielnymi większymi ogniskami, podobnie jak w łysinach plackowatych. Noszą one skutkiem tego nazwę **łysin plackowatych rzekomych**.

Łysienie rozsiane (alopecia diffusa) spotyka się częściej niż ogniskowe. Włosy wypadają równomiernie na całej owłosionej przestrzeni. Nie towarzyszą tym zmianom inne objawy, jak zaczerwienienie, ból, swędzenie. Łysienie rozsiane przeważnie rozwija się powoli i stopniowo, trwa kilka tygodni, rzadziej kilka miesięcy; następnie wypadanie włosów słabnie,

a nawet samoistnie ustaje, i na gołych przestrzeniach skóry zaczynają porastać nowe włosy.

Łysienie kilowe najczęściej zdarza się na sklepieniu głowy, rzadziej dotyka wąsów, brody, brwi i rzęs, a nadzwyczaj rzadko owłosienia wżórkka łonowego i dołków pod pachami.

Zanokcica i przynokcica (onyxis et perionyxis). Paznokcie podlegają zmianom w ciągu drugorzędnego okresu kily nieco rzadziej, niż włosy. Schorzeniu może ulec sam paznokieć — zanokcica, albo też tkanka naokoło paznokcia — przynokcica.

Zanokcica może występować pod postacią pęknięć lub załamań na dolnym brzegu paznokcia. Spotykamy rozszczepienia wzdłuż całego paznokcia i częściowe odejście paznokcia od swego łoża. Widujemy również wielokrotne zgrubienie paznokcia: dolny brzeg jego staje się nietylko zgrubiały, lecz szorstki, zazębiony, zabarwienia brunatnego, ciemno-brunatnego, a niekiedy nawet czarnego; paznokieć zachowuje jednak swój kształt i gładkość powierzchni; sprawa powyższa posiada dość szybki przebieg. Najbardziej charakterystyczną postacią zanokcicy jest ubytek tkanki w paznokciu, wielkości soczewicy — fasoli, kształtu okrągłego lub owalnego. Ubytek sięga w miąższ tkanki paznokcia albo przez całą jego grubość, lub też przez część jego. Brzegi takiego suchego kraterowatego owrzodzenia bywają przeważnie zatokowato-wijące się, podjedzone, a dno — szaro różowe. Powyższa postać zanokcicy mieści się przeważnie z boku, w pobliżu łękotki (*lunula*). Zanokcicę kilową zaliczamy do objawów dobrotliwych, gdyż często bywa niebolesna i nie wywołuje zapalnego odczynu ze strony tkanek, otaczających paznokieć, niekiedy tylko zniekształca go nazawsze lub na długi przeciąg czasu.

Przynokcica może być sucha, zapalna lub wrzodziejąca. **Przynokcica sucha** przedstawia się albo jako grudka luskowata w sąsiedztwie najbliższym paznokcia, albo jako zgrubienie naskórka, okrążające boczne części paznokcia w postaci jakby odcisku. **Zapalna przynokcica** występuje częściej naokoło jednej z bocznych stron, rzadziej u nasady paznokcia, w postaci obrzmienia i zaczerwienienia skóry w połączeniu z lekką bolesnością: przebiega ona bardzo powoli i wsysa się w taki sposób, jak grudki, różniąc się tem wielce od zwykłego zastrzału. **Przynokcica wrzodziejąca** może powstać z zapalnej po dłuższym jej trwaniu i ciągłym drażnieniu, bywa niekiedy pierwotna, gdy na obwodzie paznokcia zjawiają się wrzodziejące wykwity kily. Zazwyczaj przedewszystkiem tworzy się owrzodzenie, okrążające cały paznokieć, część jego, lub przenikające pod jego dolny brzeg. Owrzodzenie bywa dość głębokie z szarawym dnem, pokrytem rozrastającą się obficie ziarniną. Owrzodzenie wydziela w dużej ilości ciecz surowiczo-ropną, niekiedy z domieszką krwi, posiada brzegi nieregularne, strome, okrążone wałkiem ciemno-czerwonym, a niekiedy fioletowym. Wrzodziejąca przynokcica odznacza się przebiegiem powolnym i bolesnością, rozszerza się zwykle na cały paznokieć, może spowodować zniekształcenie ostatniego, a nawet przedostatniego palczyka i do-

prowadza do odpadnięcia paznokcia. Zamiast niego wyrasta paznokieć niekształtny, a niekiedy tylko małe blaszki lub wysepki rogowe.

Łuszczycyca jamy ustnej: (leukoplakia buccalis) zjawia się zwykle w odleglejszym czasie okresu drugorzędnego lub nawet później; występuje w postaci plam białych, wyróżniających się długotrwałością i szczególną niewrażliwością na leczenie swoiste ogólne i miejscowe. Wykwity łuszczycy posiadają bardzo różnorodny kształt: okrągły, owalny, pasemkowaty, gwiaździsty, siatkowaty. Wielkość wykwitów nie przewyższa zazwyczaj ziarenka soczewicy. Oddzielne wykwity zlewają się niekiedy w oddzielne blaszki. Plamy posiadają zwykle zabarwienie białe różnych odcieni — mlecznego, opalowego, sino-białego, szarawego; posiadają brzegi często dość wyraźnie ograniczone, lecz nierówne, nieprawidłowe; umiejscawiają się przeważnie na przedniej, bocznej i grzbietowej powierzchni języka, na wewnętrznej powierzchni policzków, blisko kątów ust. Po dłuższym trwaniu wykwitów, pośrodku nich często tworzy się nadżarcie, z którego czasami zaczyna rozwijać się niekiedy rak.

Od łuszczycy kiłowej należy odróżniać łuszczycę tytoniową, która rozwija się powolniej i umiejscawia się w kątach ust i na przednim odcinku grzbietowej powierzchni języka. Łuszczycyca, powstała skutkiem miejscowego podrażnienia, odpowiada kształtem i umiejscowieniem przedmiotowi, wywołującemu stale podrażnienie, naprz. zębowi. Liszaj czerwony płaski umiejscawia się najczęściej na wewnętrznej powierzchni policzków, posiada zabarwienie białe lub szarawe, często z odcieniem liljowym, i powierzchnię szorstką.

Gorączka podczas drugorzędnego okresu kiły spotyka się dość często, szczególnie w pierwszych miesiącach przebiegu choroby i u kobiet. Poddaje się ona łatwo działaniu leczenia swoistego. Gorączka bywa objawowa i samoistna.

Gorączka objawowa może towarzyszyć pierwszemu wysypkom, szczególnie obfitym, a także późniejszym, rozsianym, z zawartością ropną, i ostrym postaciom cierpień różnych narządów, jak zapalenie okostnej, stawów, ścięgien, tęczówki i t. p. Gorączka może poprzedzać nawet pierwsze wysypki i trwa zwykle niedługo — najwyżej parę, kilka dni. W zapaleniach różnych narządów gorączka jest również przeważnie krótkotrwała. W wysypkach z ropną zawartością trwa nieco dłużej. Ciężota rzadko przekracza 39°.

Gorączki samoistnej nie towarzyszą żadne widoczne objawy kiły. Gorączka samoistna spotyka się częściej niż objawowa. Zjawia się w trzech postaciach: przerywanej (**intermittens**), ciąglej (**continua**), nietypowej (**atypica**).

Postać **przerywaną** spostrzegamy najczęściej. Zjawia się zwykle codziennie wieczorem lub nocą; podniesienie ciepłoty przeważnie dochodzi do 38°—39°, trwa 1—2 godziny, przerywane bywa lekkimi dreszczami i potami. Śledzona rzadko w tych przypadkach jest powiększona. W bardzo ostrych przypadkach powyższe napady gorączki są

zbliżone do malarycznych, malaryczne jednak posiadają zazwyczaj typ trzeciackowy, napady zwykle bywają w dzień, odznaczają się pewną prawidłowością, długotrwałością, śledziona wówczas prawie zawsze bywa 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 natężenie, t. j. podniesienie ciepłoty dochodzi do 38° — $38,5^{\circ}$ i częstość pulsu do 100—120. Towarzyszy tej postaci uczucie ogólnego rozbicia, niedomagania, ból głowy i częste zaburzenia żołądkowe, bezsenność i t. p. Ciągła gorączka kiłowa często bywa zbliżona do gorączki brzusznej (**febris gastrica**), a niekiedy do durowej. Jednak w gorączce brzusznej zaburzenia żołądkowe są zwykle silniejsze i trwa ona przeważnie tylko kilka dni. W gorączce durowej spostrzegamy zwykle silniej wyrażone osłabienie ogólne; język zawsze suchy, skórę suchą, gorącą, odrętwienie, majaczenie po nocach, wzdęcie brzucha, bóle w dole biodrowym, rozwołnienie, powiększenie śledziony, często powikłanie ze strony nerek, otrzewnej, płuc i t. p., odczyn Widala na krew, a przytem typową krzywą ciepłoty — w pierwszym okresie z wahaniami wstępującymi, w drugim z wahaniami na jednej już wysokości.

Postać **nietykowa** odznacza się nieprawidłowością: bywa albo przerywana, albo znów ciągła, może niknąć na pewien czas, żeby znów powrócić w innej postaci. Nietypowa gorączka powoduje znaczne trudności rozpoznawcze. W każdym przypadku tej postaci należy mieć na względzie kiłę i usuwać podejrzenie na mocy dokładnych badań.

Okres trzeciorzędny.

(**Syphilis tarda, tertiaria, gummosa**). Pomiędzy objawami okresu drugorzędnego a trzeciorzędno go niema żadnej ścisłej granicy, gdyż spostrzegamy sporo postaci przejściowych. Objawy tych dwóch okresów możemy spotykać współcześnie. Trzeciorzędne objawy kiły występują nie we wszystkich przypadkach, zjawiają się zwykle późno w przebiegu choroby, wywołują często ciężkie uszkodzenia tkanek i odznaczają się zwykle przebiegiem powolnym i nieznaczną zaraźliwością.

Częstość występowania trzeciorzędnej kiły określają rozmaici autorowie na 5%—40%. Zależy ona głównie od nieodpowiedniego leczenia w drugorzędnym okresie, poczęści zaś stoi w związku z konstytucją wrodzoną i nabytą, warunkami życia i t. p. Charakter drugorzędnego okresu nie wpływa na dalszy przebieg kiły, gdyż często ciężkie trzeciorzędne objawy następują po lekkim okresie drugorzędnym i odwrotnie.

Typowym objawem trzeciorzędno go okresu jest **kiłak** — guz różnej wielkości, od ziarnka pieprzu i nawet mniejszy do jaja gęsiego. Umiejscawia się on w narządzie i powiększa odśrodkowo na koszt mięż-

szu, zwykle bardzo powoli. Po dłuższym trwaniu guza, skutkiem niedostatecznego krwioobrotu i odżywiania, tworzy się pośrodku przemieszana 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 powierzchnię narządu, jeśli znajduje się blisko niej, a nawet owrzodzić, jeśli jest otwarty dostęp dla ropnych drobnoustrojów. Po otwarciu się kilaka powstaje głębokie kraterowate zagłębienie z podminowanymi brzegami.

Kilaki posiadają przeważnie kulisty lub jajowaty kształt, mogą jednak przedstawiać się w postaci nieprawidłowo ograniczonych nacieków, mniej lub więcej rozległych, które niekiedy zajmują znaczną część narządu lub nawet jego całość.

Kilak może wessać się samoistnie lub wskutek odpowiedniego leczenia. W każdym jednak razie powstaje mniejszy lub większy ubytek tkanki właściwej narządu, który zostaje zastąpiony przez tkankę łączną. Powrót więc narządu do stanu prawidłowego jest niemożliwy.

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, perki, 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, okostna i t. p. Pierwsze zjawiają się przeważnie we wczesniejszych, drugie w późniejszych okresach kily trzeciorzędnej, choć mogą występować współcześnie.

Guziczki (*tubercula cutanea*) mogą powstawać 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. Powierzchnowe kilaki skóry posiadają wielkość od ziarnka prosa do grochu, zjawiają się w postaci dość ściśle ograniczonych twardych guziczków, o zabarwieniu brązowo-czerwonym lub niebieskawo-sinawym. Guziczki bywają początkowo mało nad powierzchnią wzniesione, jakby w skórze zagłębione tak, iż łatwiej je wyczuć palcem, niż dostrzec okiem. Guziczek po 1—3-tygodniowym trwaniu, powiększając się nieznacznie, pokrywa się na powierzchni cienką, delikatną, białawą łuseczką. Przeobraża się ona stopniowo w żółtawo-

brązowy strupek. Po oderwaniu strupka możemy dostrzec na wierzchołku nacieku przetokę, prowadzącą do jego głębi. Nieco później znajdujemy pod strupkiem pośrodku nacieku kotlinowate owrzodzenie o dnie łatwo krwawiącym, pokrytym szarawym albo sadłowatym nalotem, i wydzielające często surowiczo-żółtawą ciecz. Guziczki niezawsze ulegają rozpadowi i owrzodzeniu. W razie nieznacznej wielkości i bardzo powolnego przebiegu sprawy mogą one wessać się, łuszcząc się na powierzchni. Niekiedy nacieczenie rozszerza się nazewnątrz, następnie rozpada się, a na miejscu dawniejszych rozpadłych nacieczeń tworzy się blizna, początkowo ciemno zabarwiona, później stopniowo bielejąca, nieprawidłowa, siatkowata lub gwiazdowata, pościągana sznurkowatymi walczkami. Nowe guziczki nie zjawiają się już na bliźnie, podczas gdy powstające odśrodkowo w dalszym przebiegu powierzchowne kilaki tworzą postać nerki, odcinka koła, węża i t. p. Guziczki większe od ziarnka grochu posiadają silniejszą skłonność do rozpadu. Naokoło dawnego rozpadłego nacieku tworzy się nowy jego wałek, który stopniowo zaczyna rozpadać się, podczas gdy owrzodzenie pierwotne może już oczyszczać się i pokrywać ziarniną. W taki sposób powstają **głębokie niesztowice i brudzące (ecthyma et rupia profunda)**. Ziarnina, szczególnie na owłosionej powierzchni głowy, bywa niekiedy bardzo obfita. Tworzą się wówczas drzewowate, lub kalafiorowate wzniesienia, niekiedy o powierzchni malinowatej (**framboesia**).

Głębsze nacieki, a także i bardziej powierzchowne, rozszerzając się odśrodkowo, mogą w pewnym miejscu zatrzymać się w rozwoju i wytworzyć owrzodziane **wężowate kilaki (gumma serpiginosum ulcerosum)**. Guziczki, umiejscowione na dłoniach i podszewach, posiadają brodawkowate zgrubienia naskórka (**cornua cutanea syphilitica**).

Guziczki w błonie śluzowej bywają bardzo zbliżone do powyżej opisanych w skórze. Czerwone początkowo ich zabarwienie 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.

Powierzchnym kilakom w skórze i błonach śluzowych towarzyszą często odpowiednie zmiany w głębiej leżących narządach, a tylko wyjątkowo wykwitły okresu drugorzędny.

Rozpoznanie guziczków bywa czasami dość trudne ze względu na znaczne podobieństwo do objawów innych chorób, a szczególnie tocznia żrącego, usadowionego na granicy skóry i błony śluzowej nosa.

Guziczki **tocznia żrącego** rozwijają się znacznie powolniej w porównaniu z wysypką kilową. Toteż toczeń wymaga sporo czasu dla wywołania znaczniejszych spustoszeń w tkankach nosa i uszkadza przede wszystkim części miękkie, podczas gdy w kile zwykle zajęta bywa wczesnie przegroda kostna i sklepienie nosa. Owrzodzenia tocznia są zazwyczaj prawie zupełnie niebolesne i mniej umiarowe, niż kilowe, i pozostawiają po sobie bliznę nierówną, usianą zwykle guziczkami. Tocien

żrący rozpoczyna się przeważnie u osób w młodym wieku, choć i w kilę wrodzonej trzeciorzędne wysypki powstają zazwyczaj wcześniej.

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, spoistość mięsistą. Guzy rozwijają się bardzo powoli. Naciek 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 ciemniejsze, niebieskawo-czerwone lub miedziane. Wsysanie guzów spotyka się znacznie rzadziej, niż rozpad. Odbywa się ono w taki sposób, iż guzy zaczynają się zapadać, przybierają brązowawe zabarwienie lub bledną i pokrywają się łuską, a następnie nikną, pozostawiając zagłębienie. Przeważnie jednak guzy ulegają owrzodzeniu. Niekiedy owrzodzenie rozpoczyna się bardzo wcześnie w przebiegu rozwoju kilaków. Stają się one miękkie, ciastowate, a niekiedy — szczególnie większe twory — chęłboczące, przyczem i zabarwienie bywa bardziej brunatne. Gdy rozpad dochodzi do powierzchni kilaka, formuje się na nim strup, który szcasiem oddziela się. Rozpadająca się tkanka tworzy wrzód z brzegami spadzistemi, nieco podmianwanemi, z dnem, pokrytem szarawo-brudną masą rozpadającego się nacieku. Kilaki, mieszczące się obok siebie, łączą się niekiedy z sobą przetokami, przeżarwszy boczną ściankę. Strup bywa tem większy i tem łatwiej się oddziela, im ropienie wrzodu jest obfitsze. W okresie gojenia ropienie staje się skąpsze, dno oczyszcza się, brodawki przybierają żywsze zabarwienie i ubytek tkanki wypełnia się zwykłym sposobem. Czasami strup nie odpada od owrzodzenia, lecz przywiera silnie do ziarninującej powierzchni i usuwa się dopiero po zupełnem zablżnieniu. Strupy takie posiadają najczęściej ślimakowatą postać i brunatne zabarwienie. Póki 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 długimi kośćmi, 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. Kilaki, biorące swój początek w tkance podskórnej lub nawet w skórze, bywają czasami nieściśle 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 rozpadąć

pośrodku, rozszerzając się przytem odśrodkowo. Niekiedy rozpad nacieku może posunąć się w kierunku od bardziej powierzchniowych części wgląb tkanki. W takim razie tworzą się wrzody początkowo płaskie, otoczone nacieklą tkanką, która rozpada się dalej wgląb, niekiedy bardzo szybko. Najczęściej owrzodzenie rozszerza się wszcz i wgląb, niszcząc otaczające tkanki, jak mięśnie, chrząstki i kości, i powodując tem wielkie spustoszenia w usiroju. Kilaki, powstające w głębi tkanki śluzowej i podśluzowej, posiadają ten sam przebieg, co i kilaki skórne.

Rozpoznanie głębokich kilaków bywa niekiedy bardzo trudne.

Czyrak posiada daleko szybszy i ostrzejszy przebieg i sprawia znaczny ból.

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

Ropień zimny podskórny chęłbocze od samego początku swego istnienia.

Włókniak odznacza się nadzwyczaj zbitą spoistością.

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

Guzy żolzowe nieowrzodziałe u dzieci odznaczają się przeważnie większą sinością zabarwienia niż kilaki, a guzy żolzowe owrzodziałe posiadają zwykle brzegi zcieńczone, przeważnie zatokowato podminowane. Umieszczenie guzów żolzowych odpowiada powierzchownie leżącym gruczolom chłonnym.

Kilaki tworzą się nietylko w skórze i błonie śluzowej, ale również w organach wewnętrznych, szczególnie posiadających sporo tkanki łącznej, obficie unaczynionej, a poza tem wystawionych na działanie czynników zewnętrznych. Szczególniej często spotykamy kilaki w kościach, mózgu, rdzeniu i wątrobie.

Kilaki pod względem budowy mikroskopowej, w porównaniu do objawów drugorzędnych, posiadają silnie zmienione ściany naczyń. Skutkiem zmian w naczyniach (**endocarteritis obliterans**) następuje gorsze odżywianie tkanki, jej martwica i rozpad. Następnie w tak zmienioną tkankę wrasta ziarnina. A więc kilaki można zaliczyć do rzędu ziarniniaków. Mają one charakter swoistego nowotworu, zbliżonego do ziarniniaków innego pasorzytniczego pochodzenia, jak gruźlica, trąd i t. p.

SCHORZENIA UKŁADÓW.

Układy ustroju ludzkiego ulegają często działaniu krętków bladych.

W drugorzędym okresie schorzenia kiłowe narządów wewnętrznych powstają przeważnie u kobiet, lub wogóle u osobników słabych, nerwowych, przechodzą względnie dość prędko, nie pozostawiając po sobie stałych śladów, poddają się łatwo leczeniu swoistemu, mogą jednak ponawiać się; często występują współcześnie z objawami na skórze i błonach śluzowych, niekiedy nawet poprzedzają je; wielokrotnie ograniczają się tylko do jednego narządu i są niezależne od objawów skórno-śluzowych.

W okresie trzeciorzędym wszystkie układy mogą ulegać schorzeniom kiłowym. Przejawy anatomiczne trzeciorzędnej kiły — kilaki i rozlane międzymięższowe nacieczenia — mogą występować współcześnie i obok siebie. Niszczą one mięsz narządu i upośledzają lub wstrzymują jego czynności fizjologiczne. Sprawie kiłowej towarzyszy niekiedy gorączka, występująca w takich postaciach, jak w okresie drugorzędym, i często mylnie brana za objaw malarji lub gruźlicy.

Narządy wewnętrzne w trzeciorzędym okresie ulegają często **zwyrodnieniu skrobiowatemu**, które należy uważać nie za sprawę kiłową, lecz za wywołaną cherą ustroju; może ją sprowadzić nietylko kiła, lecz wiele innych cierpień.

Największe znaczenie posiadają zmiany w układzie krwionośnym, gdyż, jak wiadomo, od nich w znacznym stopniu zależą schorzenia innych układów.

Układ krwionośny. Zmiany w układzie krwionośnym obejmują głównie serce i naczynia, a w mniejszym stopniu krew.

W **sercu** spostrzegamy następujące postacie schorzenia kiłowego: 1) wczesne, przeważnie czynnościowe zaburzenia, 2) kilaki i przewlekłe włókniste zapalenie mięśnia, osierdzia i śródsierdzia.

Objawy kiły serca w okresie drugorzędym zjawiają się współcześnie z innymi objawami tej choroby, a nawet wcześniej, nie przedstawiają nic swoistego dla kiły i przechodzą pod wpływem ogólnego leczenia kiłowego. Zależą one najczęściej od układu nerwowego (**vagus** i **sympathicus**), widzimy je przeważnie u kobiet, a także u wycieńczonych mężczyzn. Mogą przejawiać się pod następującymi objawami: bicie serca, przyspieszonej czynności serca i jej niemiarywości.

W późniejszym okresie kiły na pierwszy plan występuje schorzenie **mięśnia sercowego**, które bardzo często wikła się ze schorzeniem aorty. Rzadziej występuje sprawa kiłowa w zastawkach i śródsierdziu. Do zmian swoistych często przyłączają się nieswoiste.

Najbardziej może charakterystycznymi są zmiany kiłowe w układzie podniety, występujące pod postacią zespołu **objawów Stokes-Adamsa**. Odwrotnie, schorzenia rozsiane włókniste mięśnia sercowego, albo ogra-

niczone zmiany kilakowe, pod względem klinicznym, trudno odróżnić od nieswoistego zapalenia mięśnia sercowego.

Kilowe zmiany mięśnia sercowego pod względem częstości umiejscawiają się w następującym porządku: komora lewa, przegroda komór, mięśnie brodawkowate, komora prawa, przedsionek prawy, przegroda przedsionków i przedsionek lewy.

Schorzałe miejsca są nieraz tak silnie zmienione, że następuje zupełny zanik mięśnia, a osadzanie się soli wapiennych w mięśniu może nawet doprowadzić do tworzenia się kości rzekomych. Niekiedy kilaki, zamiast przeobrażać się w bliznę, podlegają rozmiękczeniu i opróżnieniu do jamy serca.

Współcześnie ze schorzeniem mięśnia sercowego możemy spotykać zmiany w śródsierdziu w postaci zgrubień, małych prosowatych lub nieco większych kilaków i owrzodzeń, albo zapalenia ścian śródsierdzia. Zmiany mogą być pierwotne lub wtórne skutkiem przejścia sprawy z mięśnia sercowego. Najczęściej spotykamy je w śródsierdziu komory lewej. Kilaki śródsierdzia przedstawiają szczególnie wielkie niebezpieczeństwo dla chorego, gdyż powodują powstawanie skrzepów, które, rozpadając się, wywołują zatory i skrzepy w naczyniach. Kilowemu schorzeniu mięśnia sercowego zrzadka towarzyszy swoiste, a częściej nieswoiste zapalenie odpowiedniego, przylegającego miejsca osierdzia. Może ono doprowadzić do zgrubienia, a nawet do zrośnięcia osierdzia.

Schorzenia naczyń. W tętnicach zmiany występują tylko w późnym okresie kily pod postacią kilaków i włóknistego rozlanego zapalenia. Największe znaczenie posiada schorzenie dużych naczyń, przedewszystkiem tętnicy głównej; ale i zajęcie małych, zależnie od umiejscowienia, może spowodować ciężkie następstwa. Kilowe schorzenie tętnicy głównej (**aortitis luetica**) stanowi cierpienie bardzo częste i ciężkie, rozwija się powoli, niepostrzeżenie. Objawy podmiotowe występują dopiero w sprawach posuniętych, gdy rozszerzona aorta wywiera ucisk na sąsiednie narządy. Najważniejszy podmiotowy objaw występuje w postaci bólu pozamostkowego, drążącego, uciskającego lub palącego, spoczątku lekkiego, zmiennego, a szcześnie coraz silniejszego i dłużej trwającego. Jednocześnie uwydatniają się jeszcze trzy charakterystyczne objawy obiektywne: 1) szmer skurczowy nad wyjściem aorty i nad aortą wstępującą, 2) dobitny drugi ton aorty i 3) roentgenologicznie stwierdzone rozszerzenie aorty wstępującej.

Aortitis luetica wikła się bardzo często następującymi cierpieniami pochodzenia kilowego: 1) niedomogą (**insufficiencia**) aorty, 2) dychawicą (**asthma**) sercową, 3) dusznicą bolesną (**angina pectoris, stenocardia**) i 4) tętniakiem (**aneurysma**).

W niedomodze tętnicy głównej lewa komora bywa umiarkowanie powiększona, szmer rozkurczowy rozszerza się ku górze aż do obojczyków, nawet do tętnic szyjnych.

Dychawica sercowa świadczy o obecności znacznych zmian anato-

micznych, rozwija się przeważnie powoli. Zjawiają się dość długo trwające napady duszności naskutek ruchów albo wzruszeń, początkowo rzadko, później coraz częściej, przeważnie nocą.

Dusznicza bolesna zjawia się bardzo często w kiłowym schorzeniu tętnicy głównej. Powstaje skutkiem schorzenia jednej lub obu tętnic wieńcowych, najczęściej zaś zwężenia ich ujścia, a więc w zależności od **aortitis**, i występuje napadowo. W duszniczy bolesnej kiłowej na występowanie napadów wywierają znacznie mniejszy wpływ nadużycia w jedzeniu, piciu i ruchu, niż w duszniczy innego pochodzenia. Objawy uboczne występują w niej niekiedy tak silnie, że nadają specjalny charakter cierpieniu. Ta nietypowa dusznicza bolesna spotyka się w trzech postaciach: neuralgicznej, płucnej i brzusznej.

Tętniaki aorty (aneurysmata aortae) zjawiają się najczęściej pomiędzy 30-m i 50-m rokiem życia. W okolicy schorzenia występują napadowo lub stale bóle uciskające, drażące, palące. Często zjawia się pulsowanie na ścianie piersiowej. Prześwietlanie promieniami Roentgena posiada bardzo ważne, często decydujące znaczenie rozpoznawcze. Na obraz kliniczny, a jeszcze w znacznie większym stopniu roentgenologiczny, wywiera wpływ umiejscowienie tętniaków w aorcie: **ascendens**, **descendens** i **abdominalis**. Na obraz kliniczny wpływa również powikłanie tętniaków dusznicą bolesną, niedomogą aorty, dychawicą sercową, względnie — niedomogą.

W **różnicowaniu** należy mieć na uwadze następujące sprawy: guz śródpiersiowy, ropniak tętniący, wysięki lub wylewy do opłucnej i osierdzia, wole zamostkowe, obrzmienie gruczołów węzkowych, nerwowłókniaki i skórzaki, rozszerzenie prawej komory serca, tętniaki arterji płucnej, boczne skrzywienie kręgosłupa, okrągłe przerzutowe guzy płuc, chłodne ropnie, pochodzące z mostka, przewlekłe zapalenie płuc w okolicach aorty.

Rokowanie zawsze jest złe. Niekiedy leczenie swoiste może spowodować pewną poprawę.

Kiła tętnicy płucnej zdarza się znacznie rzadziej, niż kiła aorty; występuje pod postacią rozlanego zapalenia lub kiłaków, doprowadzających niekiedy do tworzenia się tętniaków i zakrzepów. Klinicznie schorzenie tej tętnicy charakteryzuje się dusznością, sinicą i wielokrotnym obfitem krwiopłuciem. W drugim lewym międzyżebżu wysłuchujemy furczenie i rozkurczowy szmer.

Kiła tętnic brzusznych występuje rzadko, może spowodować owrzodzenie kiszek z objawami przedziurawienia, nieżytu albo zamknięcia kiszek, ostrego, bądź przewlekłego, wznawiającego się. Skurcz zmienionych tętnic kiszkowych może spowodować niedowład kiszek.

Kiła tętnic kończyn spotyka się dość często. Objawy kiły tętnic obwodowych przejawiają się początkowo przeważnie w postaci zaburzeń naczynio-ruchowych, przejściowych, a później dopiero występuje zgorzel tkanki. W pierwszym okresie na dolnych kończynach zjawia się **chromanie**

przestankowe — zwykły zresztą objaw miażdżycy i stwardnienia tętnic kończyn dolnych. Następnie może zjawić się zespół objawów **choroby Raynaud'a**, która rozwija się zwykle bardzo powoli.

Kiłowe schorzenie dużych żył może wystąpić nie tylko w okresie trzeciorzędnym, ale i drugorzędnym. Zapalenie żył powstaje niekiedy po zmęczeniu fizycznym, często jednak bez widocznej przyczyny, rozpoczyna się zwykle od razu silnym i wyraźnie ograniczonym bólem, który zwiększa się, szczególnie podczas ruchu i ucisku. W miejscu bolesnym ścianka staje się ciastowata, a skóra zaczerwieniona w postaci podługowatej.

Żyły mniejsze, szczególnie wątroby, mózgu i rdzenia pachowego, ulegają zmianom bardzo często. Zmiany te w ogólnych zarysach nie różnią się od opisanych poprzednio w tętnicach.

Zmiany we krwi, szczególnie niedokrwistość, bywają często znaczne. Występują one równolegle do wysypek i innych objawów kiły i przechodzą razem z ich zanikiem, czy to samoistnie, czy też pod wpływem leczenia swoistego.

Niedokrwistość może przyjąć następujące postacie: niedokrwistość postępująca złośliwa, niedokrwistość z nadmiarem krwinek czerwonych i białaczka.

Śledziona często bywa zajęta w przebiegu kiły, przeważnie wspólnie z innymi wewnętrznymi narządami, a głównie z wątrobą. Rozróżniają cztery postacie kiłowego schorzenia śledziony: 1) ostre powiększenie śledziony we wczesnych okresach kiły, 2) zespół objawów choroby Banti'ego i zapalenie zakrzepowe żył śledziony, 3) kilakowe lub międzymiędższowe schorzenie w późniejszych okresach kiły, 4) skrobiowate zwyrodnienie śledziony.

Rozpoznanie kiłowego zajęcia śledziony jest łatwe, gdy jednocześnie cierpi wątroba. W przeciwnym razie nawet dodatnia reakcja B.-Wassermana nie decyduje ostatecznie o rozpoznaniu. Należy wykluczyć malarję, gruźlicę i stan septyczny, nawet popробować swoistego leczenia.

Kiła gruczołów dokrewnych spotyka się dość często. Znajdujemy w nich kilaki lub międzymiędższowe zapalenie. Przysadka i tarczycy ulegają dość często zmianom w trzeciorzędnym okresie; w tarczycy zmiany w drugorzędnym okresie spotykano jeszcze częściej, aniżeli w trzeciorzędnym. Kiłę nadnerczy spostrzegamy znacznie częściej we wrodzonym, aniżeli w nabytym przymocie. Najczęściej znajdowano kiłę szyszynki, przytarczycy i grasicy. Kiłowe wielogruczowe schorzenie było wielokrotnie opisywane. Najczęściej występują wspólnie: schorzenie przysadki i gruczołów płciowych, przysadki i nadnercza, tarczycy i jajników. Postać wielogruczowego schorzenia widywano nie tylko w kile wrodzonej, ale i nabytej.

Układ oddechowy. Kila może spowodować zmiany w krtani, tchawicy i oskrzelach, płucach, a nawet w opłucnej.

W krtani spostrzegano w drugorzędym okresie grudki owrzodzenia. Mogą one umiejscawiać się w każdej okolicy tego narządu. Na wiązadłach prawdziwych powodują chrypkę, kaszel, a nawet bezgłos, a w innych miejscach mogą sprawiać bolesność i utrudniać połykanie.

W trzeciorzędym okresie zmiany umiejscawiają się najczęściej na zewnętrznej powierzchni nagłośni, na zewnętrznych fałdach i tylnych chrząstkach. Spostrzegamy tam kilaki wielkości grochu — orzecha laskowego, a nawet większe, zazwyczaj w mięszu błony śluzowej. Rozpadając się, tworzą kilaki owrzodzenia, często bardzo głębokie. W krtani, szczególnie na błonie śluzowej nagłośni, widzimy również wrzody czolągające. Owrzodzenia, gojąc się, pozostawiają po sobie blizny, które często przyjmują postać gwiazdowatą.

W tchawicy mogą występować drugorzędne objawy zwykle współcześnie z wysypkami na skórze i błonach śluzowych. Kilaki i inne późniejsze zmiany spostrzegamy przeważnie blisko rozdwojenia tchawicy i często wspólnie ze zmianami w oskrzelach i krtani. Owrzodzenia mogą przedziurawić się do łuku aorty, tętnicy płucnej, do żyły głównej, do żyły bezimiennej lewej. Blizny, powodujące zwężenia, mogą posiadać postać pierścienia, gwiazdy, kratki i t. d.

Kila oskrzeli w drugorzędym okresie powstaje bardzo często, zazwyczaj współcześnie z osutkami na skórze, może wystąpić pod postacią kataralnego zajęcia oskrzeli, z obfitą śluzowo-ropną wydzieliną. Badanie bronchoskopowe stwierdza na błonie śluzowej plamy czerwone i grudki, zlewające się niekiedy w duże ogniska.

W trzeciorzędym okresie występują w oskrzelach zmiany kilakowe wrzodzące z ich następstwami: bliznowatym zwężeniem, nawet zupełnym zamknięciem światła pojedynczych oskrzeli. Zmiany kilowe umiejscawiają się najczęściej poniżej rozdwojenia i mogą przechodzić powyżej na tchawicę.

Kilę płuc u dorosłych spotykamy wyłącznie w trzeciorzędym okresie. Występuje ona pod trzema postaciami: 1) przewlekłego międzymięszowego zapalenia płuc z rozstrzeniami oskrzeli, 2) kilakowo-jamistego (*pseudophthisis*), 3) ostrego odoskrzelowego (*bronchopneumonia*).

Chroniczne międzymięszowe zapalenie płuc z rozstrzeniami oskrzeli powstaje zazwyczaj powoli, stopniowo, u osób w średnim wieku życia. Sprawa umiejscawia się ze szczególnym upodobaniem w prawym środkowym albo dolnym płacie, m. w. w 68% przypadków. Objawy w tej postaci, jak i w kilowym odoskrzelowym zapaleniu płuc, nie różnią się od objawów w sprawie niekilowej, chyba że współcześnie występują objawy kily mózgu, wątroby, *mesaortitis luetica*, tętniaki aorty i dodatni odczyn B.-W. surowicy krwi. Bardziej znamienne dla kily jest:

Kilakowo-jamiste schorzenie płuc (kilowa gruźlica rzekoma). Rozpoczyna się ono przeważnie nieznacznie, niezbyt przykremi objawami. Zjawia się kaszel z niewielką ilością płwociny. Kilaki bywają różnej wielkości — jaja gołębiego, grochu i mniejsze, często liczne. Podczas prześwietlania promieniami Roentgena występują one jako okrągławe, ostro ograniczone cienie w płucach, które zanikają po swoistem leczeniu. Kilaki mogą rozmiękczyć się i ulec rozpadowi, zazwyczaj jednak serowacieją i organizują się, tworząc niekiedy wyraźne bliznowate zgrubienia, które mogą doprowadzić do powstawania jamistych rozszerzeń oskrzeli, niekiedy odosobnionych dużych jam. Umiejscawiają się one przeważnie w średnim i dolnym płacie płuca prawego, rzadziej w dolnym płacie płuca lewego, a najrzadziej w szczytach. Często sprawa występuje tylko w jednym płacie płuc, niekiedy oba płuca usiane są licznymi jamami (**phthisis pulmonum cavernosa**). Bywa ona nadzwyczaj zbliżona do gruźlicy płuc. Brak w płwocinie laseczników gruźliczych i brak odczynu tuberkulinowego, jednostronne występowanie cierpienia i jednocześnie z innymi objawami kiły, często dobry ogólny stan chorych i dodatni odczyn B.-W. — pomagają w rozpoznaniu kiły płuc.

Rokowanie, ze względu na działanie leczenia swoistego, jest dobre w sprawach kilakowych, a gorsze znacznie we włóknistych z rozszerzeniem oskrzeli.

Zapalenie opłucnej w drugorzędym okresie spotyka się dość często w postaci suchego zapalenia, trwającego zwykle wiele dni i znamionującego się szmerem tarcia. Zdarza się również wysiękowe zapalenie opłucnej. Wysięki mogą być surowicze albo z domieszką krwi. W trzeciorzędym okresie występują następujące postacie schorzenia opłucnej: zlepne, wysiękowe i kilakowe. Najbardziej znamienne jest kilakowe zapalenie opłucnej. W niektórych przypadkach znajdujemy tylko porzucane kilaki, w innych — liczne, wielkości od ziarnka konopi do grochu, w najrozmaitszym okresie rozwoju.

Kilowe schorzenie śródpiersia. Ostra sprawa spotyka się rzadko, przeważnie w połączeniu z gruźlicą. Umiejscawia się zazwyczaj w górnej części śródpiersia, w sąsiedztwie dużych naczyń u podstawy serca, podczas gdy dolna tylna część bywa częściej zajęta przez gruźlicę. Sprawa może występować samoistnie; przeważnie jednak powstaje skutkiem przejścia kilowego schorzenia z sąsiednich narządów (z aorty, tchawicy, oskrzeli, z gruczołów chłonnych, z mostka). Tkanka tłuszczowa i łączna bywa zwykle usiana typowymi kilakami albo przeobrażona w stwardniałą masę, w której leżą wciśnięte twory śródpiersiowe. Ciężkie typowe zmiany w naczyniach potwierdzają rozpoznanie anatomiczne. Twarde blizny, obejmując narządy śródpiersiowe, mogą zwęzać tętnice, nawet zamknąć światło górnych żył głównych, uciskać górne drogi oddechowe albo przełyk. Kliniczne objawy bywają nadzwyczaj różne, zależnie od tego, na jakie narządy przechodzi zapalenie śródpiersia. Naprz. ucisk na żyłę główną wywołuje sinicę górnej połowy ciała z dusznością i z pozamostko-

wym bólem; ucisk na nerw przeponowy może wywołać porażenie przepony, a na nerw błędny — spowodować zmiany w rytmie serca i t. d.

Istotną podstawą dla rozpoznania kilowego zapalenia śródpiersia jest obecność kilowej sprawy w innych częściach ciała i brak innej etiologii, a szczególnie gruźlicy.

Układ trawienia ulega w przebiegu kily bardzo często różnorodnym zmianom. Rozpoczynają się one niekiedy nawet przed wystąpieniem pierwszej wysypki na skórze, a mogą powstawać w bardzo wiele lat po zakażeniu.

W jamie ustnej objawy drugorzędnej kily występują bardzo często w postaci nadżar (plaków) i łepieży nadżartych, owrzodziałych i przerostowych. Często współcześnie z pierwszą wysypką występuje na miękkim podniebieniu i migdałach ściśle ograniczone zaczerwienienie (**angina syphilitica**).

W trzeciorzędnym okresie spostrzegamy często zmiany w migdałach, podniebieniu miękkim, języczku, rzadziej w języku. Przeważnie są to nacieczenia rozlane, umiejscawiają się w błonie śluzowej lub podśluzowej i posiadają skłonność do rozpadu i owrzodzeń. Rozpad postępuje zwykle szybko, a owrzodzenie szerzy się wгłęb i wszcz, niszcząc tkanki i bardzo często przedziurawiając je, naprz. podniebienie miękkie i łuki; może nastąpić przedziurawienie podniebienia twardego. W tych razach, prócz bólu i utrudnionego polykania, występuje niewyraźna i nosowa mowa. Kilaki, tworzące się w migdałach, wywołują ich powiększenie i obrzęk w sąsiedniej okolicy. Kilaki w migdałach, rozpadając się, tworzą owrzodzenia, zazwyczaj kilka, wielkości grochu — orzecha laskowego, z brzegami zatokowatymi, nierównymi i podminowanymi, z dnem jakby pokrytem słoninowatym nalotem. W tylnej ścianie gardzieli, a częściej w górnej i bocznej ścianie, powstają kilaki, przeważnie ograniczone, które, rozpadając się, mogą spowodować owrzodzenie i obumarcie kości kręgowej. Często szerzą się one do krtani lub ku podniebieniu miękkiemu. Blizny, powstałe po rozległych owrzodzeniach, mogą spowodować zwężenie gardzieli.

W języku nacieczenia 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 grupami w grzbiecie języka, lub w przednim jego brzegu, rzadko zaś w dolnej części. Kilaki, szczególnie podlegające rozpadowi, utrudniają żucie i mowę. Umiejscowione w głębokich mięśniach języka, dochodzą do rozmiarów większych, m. w. jaja gołębiego.

Nacieczenia 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.

Ślinianki bardzo rzadko bywają zajęte kilowami naciekami.

Przełyk. W drugorzędnym okresie stwierdzamy rzadko zajęcie przełyku; zazwyczaj nie widzimy na nim wyraźnych objawów. W trzeciorzędnym okresie spotykamy zmiany trzech rodzajów; wrzodzące kilaki, bliznowate zwężenia i przetoki do sąsiednich narządów.

Zołądek. Na czynności wydzielnicze żołądka i jego ruchy robaczkowe mogą wpływać pośrednio toksyny kilowe, oddziaływując na system nerwowy i zmiany we krwi. Bezpośrednie oddziaływanie na czynności żołądka może nastąpić w drugorzędnym okresie, gdy na ściance żołądka spostrzegano zmiany, odpowiadające wysypkom kilowym: plamistej i grudkowatej. Występuje wtedy t. zw. **gastritis luetica**, która znamionuje się następującymi objawami: dość znaczna niedokwasność lub bezkwas, zwiększenie ilości kwasów organicznych, nienormalne procesy fermentacyjne i rozkładowe, zmniejszenie ilości chlorków w soku żołądkowym z jednoczesnym zwiększeniem ich ilości w moczu, utrudniona przemiana skrobi w cukier gronowy, niedostateczne trawienie pepsynowe, pokarmowa galactosuria, zmniejszona ilość mocznika, zwiększone wydzielanie amonjaku i obniżona oporność krwinek czerwonych.

W trzeciorzędnym okresie kily mogą występować: wrzód, guzy i marskość żołądka.

Kila wpływa prawdopodobnie na wytworzenie się wrzodu trawienego, czy to bezpośrednio, czy też za pośrednictwem układu nerwowego. Kilaki mogą występować pojedynczo, częściej jednak w bardzo znacznej ilości. Obok guzów mogą spotykać się owrzodzenia; wielkość ich może być różna: od łebka szpilki do 9 : 5 cm. w przecnicach. Owrzodzenia powstają z guzowatych kilaków. Często spotyka się wężykowata postać tych owrzodzeń. Wrzody umiejscawiają się najczęściej we wpuszcie, w małej krzywiźnie i odźwierniku i goją się, pozostawiając często zwężające blizny, przeważnie gwiaździste. Kilaki i owrzodzenia należą do ciężkich postaci. Ze względu na bóle, szczególnie występujące w nocy, i wymioty chorzy niszczej, lecz cierpienie szybko poddaje się leczeniu swoistemu. Bliznowate zwężenia lub zniekształcające żołądek klepsydrowato, usunąć można tylko drogą operacyjną. Rozlane zgrubienia i marskowe zwężenia o tyle tylko poddają się leczeniu swoistemu, o ile jeszcze nie nastąpiło zbliznowacenie tkanki. Powikłanie przez przedziurawienie ścianki żołądka należy do najcięższych, i rokowanie w tych razach zależy od tego, czy nastąpiło przedziurawienie otwarte, czy też przykryte, i czy ubytek został przykryty przez sieć, wątrobę lub trzustkę.

Kila kiszek w okresie drugorzędnym występuje bardzo często współcześnie z wysypkami na skórze pod postacią **enteritis syphilitica catarrhalis**. Zjawiają się wtedy uporczywe rozwolnienia z obfitą ilością śluzu. Czasami występują ciężkie bolesne napady kolki, lecz niezawsze. Umiejscowienie sprawy głębokie, sięgające aż do odbytnicy, może spowodować parcie na prostnicę.

Enteritis gummosa et ulceroza spotyka się w trzeciorzędnym okresie

rzadko. Sprawa bywa zwykle wieloogniskowa i obejmuje większe odcinki ścianki kiszek. Niekiedy zdarzają się liczne prosowate kilaki w błonie śluzowej, mięśniowej i surowiczej. Częściej bywają większe nacieczenia, wychodzące z tkanki podśluzkowej. Kilaki umiejscawiają się czasami z upodobaniem naokoło blaszek Peyer'a, rzadziej w pobliżu samotnych grudek chłonnych jelit. Sprawa powyższa prowadzi do tworzenia się licznych blizn i zwężeń.

W o d b y c i e często spotykamy pierwotne owrzodzenia kily i lepieże.

W p r o s t n i c y trzeciorzędne owrzodzenia i zwężenia mogą wywoływać palenie, ból, parcie na stolec i obfitą biegunkę, czasami *incontinentia alvi* lub uporczywe zaparcie.

Peritonitis syphilitica bywa zawsze sprawą wtórną skutkiem przejścia zmian swoistych z narządów jamy brzusznej na otrzewną. Otrzewna staje się zgrubiałą, nieprzezroczystą, białawą albo białawo-szarą.

Zmiany t r z u s t k i w kile nabytej mogą występować w postaci kilaków i w postaci marskości trzustki. Ta ostatnia zdarza się częściej, jednak wikła się zazwyczaj małemi kilakami. Cały narząd bywa przeważnie powiększony i stwardniały, niekiedy tylko głowa i ogon. Powiększona głowa może wywierać ucisk na przewód żółciowy wspólny, wywołując żółtaczkę, i na odźwiernik. Rzadko bardzo zdarza się tłuszczowe zwyrodnienie trzustki. Cukromocz jest objawem charakterystycznym, jednak niezawsze występuje, ponieważ wysepki Langerhansa często bywają oszczędzane.

W ą t r o b a w drugorzędym okresie bywa zajęta dość rzadko, i cierpienie to objawia się żółtaczką. W trzeciorzędym okresie wątroba bywa dotknięta kilą często i przeważnie współcześnie z zajęciem innych narządów wewnętrznych — zazwyczaj podczas ciężkiego przebiegu kily u ludzi, nadużywających wyskoku. Żółtaczką drugorzędneho okresu (**icterus syph. praecox**) występuje najczęściej współcześnie z pierwszą wysypką, lub recydującą, niekiedy tylko poprzedza ją na kilka dni — parę tygodni. Żółtaczki tego rodzaju łatwo poddają się leczeniu swoistemu. Mocz zawiera bilirubinę i urobilinę, dość często także ślady białka i pojedyncze szkliste i ziarniste walczki. Występowanie w moczu leucyny albo tyrozyny posiada olbrzymie znaczenie, gdyż wskazuje, że lekka postać **icterus syph. praecox** skłonna jest przejść w ciężką postać **hepatitis acuta flava** (osłabienie, krwotoki, duszność, pobudzenie nerwowe, następnie przygnębienie i śpiączka). Zdarza się to m. w. w 10% przypadków żółtaczki wczesnej.

W trzeciorzędym okresie kily cierpienie wątroby, jak i innych wewnętrznych narządów, przedstawia się pod postacią międzymiąższowego nacieczenia, które zawsze doprowadza do marskości wątroby, albo pod postacią ograniczonych kilaków. Zwykle, współcześnie z ograni-

czonemi kilakami, spostrzegamy mniej lub więcej wyrażone nacieczenie międzymięszkowe. Powodując się ściśle klinicznymi względami, S c h l e s i n g e r daje następujący podział kilowego schorzenia wątroby: 1) duża gładka wątroba, 2) wątroba marska, 3) wątroba zrazikowa i guzowata, 4) zajęcie pęcherzyka żółciowego i przewodów żółciowych, 5) postać ukryta ze zmianami w innych narządach, 6) **hepatitis hereditaria tarda**.

Rozpoznanie **hepatitis lueticae** przedstawia często wielkie trudności. Mamy ułatwione zadanie, jeśli można stwierdzić u chorego kilę, a z drugiej strony — schorzenie wątroby. RW czasem nas zawodzi. Niekiedy pomagają wywiady lub wyraźne oznaki schorzenia kilowego w innych narządach. Do pewnego stopnia rozpoznawcze znaczenie posiadają stałe bóle, szczególnie nocne, jak również powolne powstawanie puchliny brzusznej i wahania w jej rozwoju, podniesienie ciepłoty, poza tem względnie dobry ogólny wygląd chorego pomimo ciężkich objawów. Największe jednak znaczenie rozpoznawcze posiada leczenie swoiste (ex juvantibus).

Układ moczopłciowy. W drugorzędnym okresie na narządach płciowych mężczyzn w miejscach wilgotnych spostrzegamy wszystkie postaci wysypek moknących.

Na prąciu widzimy najczęściej nadżerki. Ulubionem ich umiejscowieniem jest brzoza żołądzo-napletkowa, powierzchnia główki i wewnętrzna powierzchnia napletka. Nadżerki odróżniają się tutaj niezbyt wielką wielkością, prawidłowymi brzegami, okrągłym kształtem i czerwonym zabarwieniem. Nadżerki, umiejscowione na brzegu wąskiego napletka, występują w postaci pęknięć podługowatych, równoległych do osi prącia.

Na mosznie i w sąsiedztwie jej wykwity przedstawiają tę osobliwość, że często posiadają kształt koła i jego odcinków. W fałdzie prącio-mosznowej spotykamy najczęściej grudki, rozdzielone pośrodku na dwie połowy brzozą, dość głęboką i owrzodziałą. W fałdzie mosznobiodrowej grudki mają skłonność do przerastania i zlewania się w blaszki.

Wysypki moknące na narządach płciowych zdarzają się bezporównania częściej u kobiet, niż u mężczyzn, bowiem u kobiet błona śluzowa narządów płciowych obejmuje bardzo dużą przestrzeń, przylega do siebie, podlega ciągłym podrażnieniom od tarcia i wydzielin. U kobiet nadżarcia i grudki umiejscawiają się najczęściej na sromie i jego okolicach, a następnie na szyjce macicznej i na ścianie pochwy. Spostrzegamy tam najczęściej, obok nadżarć, lepieże, lepieże owrzodziałe i przerostowe.

W trzeciorzędym okresie u mężczyzn guziczki i guzy kilakowe mogą umiejscawiać się na wewnętrznej powierzchni napletka i na żołądzu i mają skłonność do rozpadu i owrzodzeń. W ciałach jamistych prącia tworzą się rzadko kilaki ograniczone, wielkości grochu, orzecha laskowego, a jeszcze rzadziej — rozlane nacieczenia ciał jami-

stych. Zastępuje je bliznowata tkanka łączna, która utrudnia wzwód prącia.

U kobiet w okresie trzeciorzędnym spostrzegamy na sromie odosobnione lub zlewające się guzy, a także rozlane nacieki. Kilaki mają wielką skłonność do rozpadu i owrzodzeń i mogą zniszczyć wargi mniejsze i większe, tembardziej, że owrzodzenia kilakowe często stają się żrące. Widujemy tutaj kilaki pełzające, które mogą przenosić się ze sromu na skórę brzucha, pachwiny, uda. W pochwie spostrzegamy kilaki nadzwyczaj rzadko; mogą one wywołać jej zwężenie.

Zapalenie p r z y j ą d r z a we wczesnej kille spostrzegamy rzadko, najczęściej współcześnie z pierwszymi wysypkami. Zwykle obrzmiewa tylko część przyjądrza i to z jednej strony.

Zapalenie j ą d r a występuje niekiedy współcześnie z zajęciem przyjądrza, bywa zawsze częściowe, nieznaczne i przebiega bez ostrych zapalnych objawów.

W późniejszym okresie kiły spostrzegamy w jądrze rozlane międzymiąższowe nacieczenia, albo ograniczone kilaki. Kilaki ograniczone tworzą wśród tkanki łącznej błony białawej i przegród zbite białawo-żółtawe guziczki, wielkości prosa — grochu. Rozlany nacieki kilowy powstaje na obwodzie narządu i posuwa się ku środkowi. Jądro powiększa się w dwój- i trójnasób, postać jego staje się jajowata lub gruszkowata, spoiłość m. w. równomiernie elastyczna (*sarcocele syph.*). Wytwarzająca się następczo tkanka łączna bliznowata powoduje zanikanie kanalików nasiennych, — przyczem powierzchnia jądra staje się nierówna, pokryta guzami, wielkości orzecha laskowego i większemi, niebolesnemi na ucisk; jądro twardnieje, zmniejsza się i może osiągnąć wielkości orzecha laskowego. Przyjądrze pozostaje przeważnie niezmiennione, — można je wyczuć, jako miękkie i wrażliwe na ucisk ciała. Niekiedy jednak sprawa przechodzi i na przyjądrze; tworzy ono wtedy twardą poduszeczkę wzdłuż jądra. Często podczas rozwoju kilaków zjawia się przesiek surowiczy w przestrzeni właściwej otoczki jądra. Bardzo rzadko kilaki otwierają się nazewnątrz i ropieją. Cierpieniu ulega przeważnie jedno jądro; czasami jedno po drugim, a rzadko oba razem.

M a c i c a ulega bardzo nieznacznym zmianom w ciągu drugorzędnego okresu. Występują przede wszystkim surowiczo-słuzowe upławy i nerwobóle maciczne. Bezwątpienia ważniejsze znaczenie posiadają zaburzenia czynności macicy — miesięcznego czyszczenia, a przede wszystkim płodzenia. Miesiączkowanie ulega zaburzeniom w postaci opóźnienia, nieregularności, zmniejszenia lub zwiększenia ilości wydzielanej krwi, a nawet zupełnego przerwania miesięcznego czyszczenia. Chore zachodzą w ciążę łatwo, lecz ciąża kończy się przeważnie albo poronieniem, albo też przedwczesnym porodem. Zabójcze działanie kiły na płód objawia się najsilniej w pierwszym roku choroby rodziców, w następnych — staje się coraz słabsze. Śmierć płodu jest związana

zawsze z pewnem niebezpieczeństwem, gdyż martwy płód szybko gnije i, pozostając w tym stanie w macicy, może wywołać posocznicę.

W części pochwowej macicy kilaki powstają dość często. Tworzą one przeważnie niebolesne okrągłe owrzodzenia z dnem, przykrytem silnie przylegającą białawą lub żółtawą masą rozpadową.

W **jajowodach i jajnikach** można spotkać rozlane międzymięszowe zapalenie i ograniczone kilaki.

W **pęcherzu** spostrzegamy kilaki rzadko; zjawiają się one w postaci białawych licznych guziczków, wielkości główki szpilki, rozrzuconych lub zgrupowanych.

Kila **nerek występuje** w trzech postaciach: 1) ostrego mięszowego schorzenia, 2) chronicznego międzymięszowego zapalenia i 3) kilaków.

1) **Ostre mięszowe schorzenie nerek** we wczesnym okresie kily zdarza się względnie rzadko; spotyka się przeważnie u młodych mężczyzn, stanowi chorobę dość ciężką; usposabiają do niej alkoholizm i częste przeziębienia.

Swoiste ostre mięszowe schorzenie nerek odróżniamy od tejże nieswoistej sprawy przede wszystkim na mocy chronologicznego związku z wczesnymi drugorzędnymi wysypkami, braku wszelkich innych przyczyn prócz kily i dodatniego działania leczenia swoistego. Poza tem, już w samym początku choroby, spotykamy w moczu bardzo dużą ilość białka. Inne objawy występują również szybko. Oczy zwykle nie ulegają zmianom (**retinitis albuminurica**). Odczyn B.-W. wypadają dodatnio nie tylko w surowicy, ale niekiedy i w moczu. W przeważnej ilości przypadków następuje zupełne wyzdrowienie pod wpływem swoistego leczenia. Często jednak ta ostra mięszowa postać kily nerek kończy się śmiercią.

Ostre mięszowe schorzenie nerek występuje niekiedy w bardzo wiele lat po zakażeniu. Odznacza się wtedy powolnym rozwojem i słabymi zmianami z umiarkowaną ilością białka w moczu i nieznacznymi obrzękami.

2) **Chroniczne kilowe międzymięszowe zapalenie nerek** nie różni się od przewlekłego zapalenia nerek, wywołanego przez inną przyczynę. W postaci tej, częściej niż w poprzedniej, spotykamy mocznicę i **retinitis albuminurica**.

3) **Ograniczone kilaki** w nerkach spostrzegamy dość rzadko; mogą one rozwijać się tak w nerce, zajętej już sprawą śródmięszową, jak i w nerce, normalnej na wygląd. 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 pojedynczo, lub też w nadzwyczaj dużej ilości. Szcasiem większe kilaki ulegają serowatemu zwyrodnieniu i mogą opróżnić się do przewodów moczowych.

Układ ruchowy. Podczas przebiegu kily spotykamy zmiany we wszystkich częściach układu ruchowego: kościach, stawach, pochewkach ścięgien i w mięśniach.

Schorzenie **kości** we wczesnej kile spostrzegamy zazwyczaj w pierwszych miesiącach choroby, a niekiedy poprzedza ono nawet pierwsze wysypki skórne. Najczęściej ulegają cierpieniu kości czaszki, a następnie piszczele, żebra i mostek. Schorzenie występuje albo w postaci zapalenia okostnej, albo zgrubienia kości. Towarzyszą mu zawsze bóle.

W późnym okresie zmiany kilowe w kościach spotykamy często. Sprawa kilowa rozpoczyna się przeważnie na wewnętrznej powierzchni okostnej, rzadziej w szpiku kostnym. Przeważnie w razie zajęcia okostnej, cierpienie przechodzi również na tkankę kostną. Kilaki mogą rozwijać się we wszystkich kościach, po większej części jednak — w mało zabezpieczonych przez tkanki miękkie i w łatwo dostępnym działaniu szkodliwych czynników zewnętrznych. Do takich kości należy: czołowa, ciemieniowa, obojczyk, mostek i przednia powierzchnia goleni. W kościach długich powstają częściej ograniczone guzy, a w kościach płaskich — rozlane nacieczenia. Nacieczenia, umiejscowione w miększym kości, nadają jej w przekroju zabarwienie woskowo - żółte, a skutkiem zrzędzenia utkania kostnego — miękkość i łamliwość. Sprawę tego rodzaju nazywamy **zgańczeniem kości (osteoporosis)**. Niekiedy na miejscu nacieków, szczególnie ograniczonych, powstają masy serowate. Nacieki mogą kostnieć, a na okostnej — tworzyć się kostniaki. Kostnieniu nacieków często bardzo towarzyszy dość przykry ból. Najkorzystniejszym bywa przebieg, gdy kilaki ulegają sposoczeniu, skutkiem czego tworzą się zmartwiałe części kości (martwiaki).

Na największą uwagę zasługuje umiejscowienie się kilaków w kościach czaszki. Guzy z opony twardej, będącej zarazem okostną wewnętrzną powierzchnią czaszki, mogą wyrastać w kierunku kości, a zarazem mogą wyrastać kilaki z pod opony zewnętrznej. W razie zetknięcia się, guzy niszczą zupełnie część czaszki. Jeśli kilaki, wychodzące z opony twardej, ulegają sposoczeniu, wtedy zwykle przyłącza się ograniczone lub rozlane zapalenie mózgu z zejściem śmiertelnym.

Również późne kilowe schorzenie kręgow może wywołać ich zniszczenie (**spondylitis syph. destructiva**), zniekształcenie kręgosłupa, nawet wyraźny garb, może spowodować ucisk lub uszkodzenie rdzenia, ewentualnie mózdzku podługowatego. W zależności od uszkodzenia rdzenia pacierzowego, następują najrozmaitsze powikłania, jak porażenia, objawy oponowe i t. d., a nawet nagła śmierć.

Stawy w okresie drugorzędym bywają zajęte rzadziej, niż kość. Schorzenie stawów może występować pod postacią umiarkowanych bólów stawowych, puchliny i zapalenia, może samoistnie zanikać, a pod wpływem swoistego leczenia szybko znika; nawroty jednak mogą pojawiać się wielokrotnie. Bóle stawowe i puchlina stawów umiejscawiają się

przeważnie w dużych stawach, szczególnie kolanowym. Zapalenie stawów spotyka się bardzo rzadko. Staw wyraźnie obrzmiewa, lecz nie zmienia postaci. Najczęściej ulega schorzeniu staw kolanowy, rzadziej stopowy, łokciowy lub dłoniowy.

Schorzenie kilowe stawów w okresie trzeciorzędnym może powstać niezależnie od schorzeń w innych narządach; często jednak towarzyszą mu zmiany w kościach, rzadziej w narządach brzusznych, nadzwyczaj zaś rzadko — w sercu, w dużych naczyniach i mózgu; powstaje ono częściej w kile wrodzonej, niż w nabytej. Cierpienie może zjawić się w jednym stawie, częściej jednak — w wielu. Szczególniej często zajęty bywa staw kolanowy, następnie skokowy, łokciowy i stawy pięści. Bardzo znamienne dla kily jest zajęcie stawów mostkowo - żebrowego i mostkowo - obojczykowego. Stawy rąk i nóg i stawy międzykręgowe także często bywają zajęte. Zjawia się w nich mniejsza lub większa bolesność z nocnym nasileniem; niekiedy bóle występują tylko w nocy. W przypadkach ostrych z gorączką może powstać obrzęk stawów. Spoistość zajętego stawu staje się ciastowata, niekiedy zaś twarda, tak że sprawia wrażenie guza. Może wystąpić wyraźna puchlina stawowa z chęłbotaniem. Mogą powstać mnogie zniekształcenia, najczęściej w stawach ręki i nogi, w postaci znacznych bocznych rozszerzeń na pojedynczych członkach palców. W zajętych stawach może wystąpić utrudnienie ruchów. Zjawiają się niekiedy wysięki w sąsiadujących ze stawem kaletkach maziowych i nacieczenia w najbliższych odcinkach mięśni i ścięgien. Zajęcie stawów powoduje często znaczne uszkodzenia ich czynności, jak skurczenie i zeszywnienie. Mogą powstać powierzchowne, a nawet głębsze ubytki kości, zarazem schorzenia powyżej leżących miękkich części i przetoki. Najczęściej jednak występuje zapalenie okostnej na sąsiadującej ze stawem kości.

Gorączka w **arthro-lues tardiva** zjawia się często. Typ gorączki bywa różny. Najczęściej występuje **febris continua**.

Ze względów rozpoznawczych na największą uwagę zasługują przewlekłe kilowe sprawy stawowe, które pod względem klinicznym są bardzo zbliżone do gruźliczych.

Tumor albus syphiliticus częściej powstaje w kile nabytej, aniżeli we wrodzonej. Jeden albo więcej stawów nabrzmiwa powoli, towarzyszą temu nieznaczne bóle i pod uciskiem dość umiarkowana wrażliwość, a nawet w poszczególnym miejscu — bolesność. W początku choroby występuje często znaczny wysięk w stawie, a ze względu na ulubione umiejscowienie tego cierpienia w stawie kolanowym — bałotowanie rzepki. Podczas dalszego przebiegu choroby spoistość stawu staje się ciastowata, a następnie twardnieje. Ten **fungus syphiliticus** na roentgenogramie nie wykazuje zaniku kości.

Ważne znaczenie rozpoznawcze posiada badanie odczynem B.-W. wysięku stawowego. Odczyn ten występuje czulej w wysięku, niż w su-

rowicy krwi, i wobec ujemnego odczynu surowicy krwi, ustala rozpoznanie kilowych zmian stawów.

Pochewki ścięgien bywają zajęte zazwyczaj współcześnie ze zmianami kilowymi w innych narządach ruchu i występują pod postacią puchliny pochewek lub ich zapalenia.

Mięśnie ulegają w drugorzędym okresie dość często cierpieniu w postaci osłabienia siły mięśniowej, zaniku mięśni, bólów, drżenia i przykurczenia.

Zapalenie mięśni spotyka się nadzwyczaj rzadko, charakteryzuje się obrzmiewaniem brzuszka mięśniowego, jego nacieczeniem i stwardnieniem, bólem stałym, szczególnie silnym podczas ucisku i ruchu.

Bóle mięśniowe umiejscawiają się najczęściej w mięśniach biodra i goleni, a następnie szyi i pasa; stają się silniejsze podczas ruchów, w nocy, niekiedy zaś dopiero nad ranem. Natężenie bólów i czas ich trwania bywają różne.

Drżenie mięśniowe zdarza się rzadko i zależy właściwie od zajęcia odpowiednich nerwów; charakteryzuje się ono mocnymi drganiami jakiejś części ciała w postaci szybkiego trzęsienia skutkiem następującego nazmianę skurczu i rozkurczu mięśni.

Przykurczenie spotyka się rzadko, obejmuje prawie wyłącznie mięsień dwugłowy ramienia i zjawia się odrazu.

W okresie trzeciorzędym najczęściej zajęte bywa przez kilę ścięgno Achillesa, ścięgno mięśnia dwugłowego, czworogłowego biodra i ścięgna rozginaczy palców ręki. Kilaki ścięgien widocznie tworzą się w ich pochewkach, ze względu na obfitość naczyń, a nie w samym utkaniu ścięgien. Kilaki ograniczone posiadają wielkość ziarnka grochu do jaja kurzego, spoczątku są twarde, mało ruchome. Nacieczenia rozlane zajmują przeważnie znaczną przestrzeń ścięgna, tworząc jego zgrubienie. Schorzeniu ścięgien towarzyszy zwykle obrzęk pochewki ścięgna lub sąsiedniego stawu. Nacieczenia mogą przeobrazić się w tkankę łączną, zrastać się z sąsiednimi tkankami, powodują ograniczenie ruchu, mogą nasycić się solami wapiennymi, lub rozpadając się, przejść na skórę i wytworzyć głębokie owrzodzenia.

Mięśnie względnie rzadko bywają siedliskiem kilaków. Zdarzają się one przeważnie w mięśniach długich, naprz. w mięśniach pośladka, w mięśniu kapturowym, mostko-sutko-obojeżykowym i t. p.

Nacieczenia rozlane widzimy przeważnie w mięśniach kończyn górnych, szczególnie zginających przedramię. Kilaki rozwijają się zwykle powoli w mięszu mięśnia; przeważnie towarzyszą temu umiarkowane bóle. Ruchy odpowiednich kończyn bywają zwykle utrudnione i ograniczone. Naciek może wessać się i zostać zastąpiony włóknistą tkanką łączną, powodującą skurczenie i osłabienie działania mięśnia; naciek może również otoczyć się rozrastającą się tkanką łączną i ulec serowatemu zwyrodnieniu. Kilaki, leżące bezpośrednio pod skórą i błoną śluzową, mogą owrzodzić; bardzo rzadko ulegają zwapnieniu.

W rozpoznaniu różnicowym należy zawsze mieć na uwadze nowotwory mięśni i ropnie.

Układ nerwowy i narządy zmysłów. Wszystkie części układu nerwowego mogą być zajęte przez sprawę kiłową. W mózgu i rdzeniu ulegają schorzeniu naczynia, miąższ i opony, a w nerwach — przeważnie pochwetki.

Zmiany przechodzą niekiedy na układ nerwowy z tkanek sąsiednich lub oddziałują nań pośrednio, np. przez ucisk sąsiednich tkanek, np. kości.

Na powstawanie zmian kiłowych w układzie nerwowym wpływa konstytucja wrodzona i nabyta, zatrucia przewlekłe, przede wszystkim wysokiem, urazy i przemęczenia układu nerwowego.

Cierpienia te występują bardzo często i wczesnie w przebiegu kily. Początkowo są one nieznaczne, przechodzą łatwo, lecz już w pierwszych dwóch latach przebiegu kily rozpoczynają się zmiany w naczyniach, stają się coraz intensywniejsze, wywołują coraz to większe zmiany anatomiczne w tkankach i coraz cięższe objawy kliniczne.

Na początku drugorzędnego okresu spostrzegamy zwykle ogólne przygnębienie, pewne przytępienie umysłu, zaburzenia czuciowe i odżywcze. Sen bywa niespokojny, pełen przykrych widziadeł, i ciągle przerwany. Oprócz tych ogólnych objawów, właściwych każdej ciężkiej chorobie zaraźliwej, występują często objawy miejscowe, jak samoistne bóle głowy, przeważnie nocą lub nad ranem, nerwobóle, zapalenia nerwów, obniżenia czucia skórniego i nerwica.

Mózgowie. Zmiany w naczyniach mózgu rozpoczynają się wcześniej, niż kilaki ograniczone i rozlane nacieczenia. Te ostatnie zaś — w tym samym czasie, co i w innych narządach. Zmiany w naczyniach mogą być pierwotne lub wtórne.

W pierwotnem zajęciu naczyń częściej powstaje nacieczenie rozlane, rzadziej ograniczone samem utkaniem naczyń. Nacieczenia i rozrastająca się błona wewnętrzna zwęża, a nawet zamyka światło naczyń, powodując początkowo zaburzenia czynnościowe, a następnie zaburzenia w odżywianiu i rozmiękczenie mózgu.

Schorzenie kiłowe naczyń u podstawy mózgu wywołuje, ze względu na brak zespołów naczyniowych, znacznie cięższe następstwa, niż schorzenie naczyń w korze mózgowej, gdzie wyrównanie krążenia bywa łatwiejsze, dzięki licznym drogom łącznym.

Naczynia są zajęte następczo wtedy, gdy sprawa przechodzi na nie z tkanki sąsiedniej, lub gdy zostają uciśnięte.

Zmiany w miąższu mózgu nie różnią się od zmian, spostrzeganych w innych narządach.

Nacieczenia rozlane rozwijają się najczęściej w oponach mózgu; przeobrażają się w tkankę włóknistą (**sclerosis**), wywołują zanik tkanek normalnych; zajmują zwykle nieznaczną przestrzeń; mogą objąć jednak

wszystkie opony, nawet z przylegającymi okolicami mięszu mózgowego. Podczas przeobrażenia kilaka w tkankę włóknistą opona grubieje na odpowiednim miejscu, staje się białawą, a miąższ mózgu bardziej zbity, ciemniejszego zabarwienia. Kilaki ograniczone tworzą guzy różnej wielkości — od ziarnka prosa do jaja kurzego. W oponach umiejscawiają się przeważnie w twardówce, rzadziej w naczyniówce, a jeszcze rzadziej w pajęczynówce. Spostrzegamy je najczęściej w półkulach i na podstawie mózgu około siodła tureckiego. W miąższu mózgu kilaki zdarzają się także najczęściej w półkulach mózgowych, w najbliższym sąsiedztwie istoty korowej. Kilaki rozwijają się bardzo powoli, wywołując w otaczającej tkance, jako ciało obce, objawy zapalne. Następnie kilaki mogą mięknąć, tworząc masę nawpół płynną.

Kiła mózgu nie posiada żadnego znamiennej dla siebie objawu, częstość jednak występowania niektórych objawów, a także przebieg przedstawiają pewne charakterystyczne właściwości.

W kile mózgu sprawa umiejscawia się znacznie częściej w korze półkuli mózgowych i u podstawy mózgu, niż wewnątrz jego. W korze mózgowej najczęściej ulegają schorzeniu ośrodki psycho-ruchowe, co się ujawnia w porażeniu połowiczem (**hemiplegia**), a w razie umiejscowienia sprawy w lewej półkuli - afazją. Zdarzają się także niekiedy napady padaczkowe (**epilepsia Jacksona**), obejmujące pewne części kończyn, albo pewne grupy mięśni.

Na podstawie mózgu zajęte bywają przeważnie okolice szypulek mózgowych (**pedunculi cerebri**); skutkiem tego często występują zaburzenia w mięśniach gałek ocznych. Zajęcie nerwu okoruchowego (**n. oculomotorius**) bywa przeważnie częściowe, np. zajęcie tylko gałązki, zaopatrującej dźwigacz powieki górnej; skutkiem tego następuje opadnięcie jej.

Przebieg kily mózgu posiada pewne właściwości. Spostrzegamy często nagle wystąpienie objawów ogólnych — rozlanych, które po pewnym przeciągu czasu ustępują, pozostawiając zaburzenia ogniskowe. Niekiedy od samego początku występują objawy porażenia ograniczonego, np. bezwład n. odwodzącego, bezwład jednej z kończyn lub afazja. Zaburzenia trwają początkowo krótko, przechodzą niekiedy nawet po kilku minutach; następnie mogą znów wracać, trwać dłużej, kojarzyć się z innymi i t. p.

Według schematu F o u r n i e r'a rozróżniamy następujące postacie kily mózgu: 1) bóle głowy (**forme cephalalgique**), 2) postać nawałową (**f. congestive**), 3) padaczkową (**f. convulsive ou epileptique**), 4) afatyczną (**f. aphasique**), 5) psychiczną (**f. mentale**), 6) bezwładową (**f. paralitique**).

Powyższe postacie kily mózgu rzadko występują typowo. Objawy rozmaitych postaci łączą się ze sobą lub przedstawiają się niewyraźnie, mogą wikłać się skutkiem zajęcia różnych okolic mózgu, i często wikłają się objawami zajęcia rdzenia. Niekiedy kiła mózgu przebiega od samego

początku pod postacią innych cierpień, jak np. porażenia opuszkowego, płasawicy, cukrzycy i t. p.

Przebieg kily mózgu bywa zwykle powolny, trwa przeciętnie dwa lata, wyjątkowo tylko rozwija się szybko lub skokami. Przebieg zależy naturalnie od zmian anatomicznych, mogących rozszerzać się lub pozostawać umiejscowionymi.

Kila rdzenia kręgowego powstaje często i wczesnie, gdyż przeważnie w pierwszych czterech latach przebiegu choroby. Sprawa umiejscawia się zazwyczaj w oponach i rdzeniu; najstalszem i najbardziej charakterystycznym zjawiskiem jest jednak zajęcie naczyń.

Zmiany w tętnicach spostrzegamy często, znacznie częściej jednak w żyłach; mogą one doprowadzić do zamknięcia światła, powodując zaburzenia w odżywianiu i rozmiękczenie rdzenia. Niekiedy sprawy wewnętrzznacyniowe, jak zatory, ich organizacja i zwyrodnienie następcze, mogą spowodować zamknięcie naczyń. Zwyrodnienie szkliste żył i zwyrodnienie serowate spostrzegamy szczególnie często w pobliżu nacieczeń kilowych. Zmianom kilowym ulega przedewszystkiem żyła rdzeniowa tylna.

W oponach bardzo często powstają nacieczenia rozlane, które przeobrażają się w tkankę włóknistą.

Zmiany kilowe mogą przechodzić na oponę twardą z kręgosłupa; częściej jednak rozszerzają się na górną część opon rdzeniowych od podstawy mózgu, mogą również zjawiać się w okolicach kręgów grzbietowych i lędźwiowych, mogą nakoniec obejmować całą oponę.

W oponie rdzeniowej miękkiej nacieczenia zajmują przeważnie tylko część opony, mogą jednak rozszerzyć się na całą oponę. Sprawa z opon miękkich bardzo często przechodzi na sam rdzeń.

Kilaki ograniczone i nacieczenia rozlane mogą umiejscawiać się w samym mięszu rdzenia. Kilaki bywają różnej wielkości, — od prawie niewidzialnych gołem okiem do wielkości jaja gołębiego i większych. Nacieczenia rozlane mogą obejmować znaczną przestrzeń rdzenia.

Objawy kliniczne zależą od umiejscowienia kilaków w mięszu rdzenia. Nacieczenia rozlane w tylnych częściach rdzenia wywołują rzekomy kilowy wiąd rdzenia (**pseudo tabes syphilitica**), — w drogach bocznych powodują objawy bocznego pierwotnego stwardnienia (**sclerosis lateralis s.**), — a w rogach przednich — objawy zapalenia przednich rogów rdzenia (**poliomyelitis s.**).

Mogą występować także objawy współczesnego zajęcia mózgu i rdzenia w postaci licznych ognisk kilowych (**sclerosis disseminata cerebro-spinalis s.**) i objawy rozlanego kilowego schorzenia rdzenia wraz z jego wiądem.

Objawy kily rdzenia różnią się mało od objawów zapalenia rdzenia (**myelitis**) i, podobnie jak w zapaleniu, występują typy cierpienia zależne od umiejscowienia sprawy. Najczęściej umiejscawia się ona w części grzbietowej.

Przebieg kily rdzenia pacierzowego bywa ostry, podostry i przewlekły.

Kila 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 ropno - gnilne zatrucie ustroju.

Porażenie ogólne postępujące (paralysis progressiva) i wiąd rdzenia pacierzowego (tabes dorsalis) były dawniej uważane za cierpienia parasyfilityczne. Obecnie jednak uważamy je za późne schorzenia kilowe ze względu na to, iż są wywołane krętkami bladymi.

Nerwy obwodowe. Nerwy w przebiegu swoim mogą następczo ulegać uszkodzeniu skutkiem oddziaływania spraw kilowych sąsiednich, np. ucisku przez guzy kostne. Niekiedy sprawa swoista w nerwach może występować pierwotnie. Prawdopodobnie umiejscawia się ona także przedewszystkiem w pochwach, oddziaływując wtórnie na mięsz nerwu. Częściej spotykamy zmiany w nerwach czaszkowych, szczególniej twarzowym, rzadziej w nerwach, wychodzących z rdzenia. Objawy zależą od czynności zajętogo nerwu (ruchowy, czuciowy, odżywczy).

Narządy zmysłów. Wszystkie narządy zmysłów mogą ulegać kilowemu schorzeniu w mniejszym lub większym stopniu.

Oko bywa zajęte dość rzadko w drugorzędnym okresie, m. w. w 5% wszystkich przypadków kily. Najczęściej ulega schorzeniu tęczówka, a rzadziej spojówka, rogówka, naczyniówka i siatkówka.

W trzeciorzędnym okresie oko bywa zajęte bardzo często.

Na łącznicy kilaki zdarzają się rzadko. Również bardzo rzadko spostrzegamy je w utkaniu twardówki i rogówki. Zapalenie mięszowe rogówki bywa daleko częściej w kile wrodzonej, niż nabytej.

Rzadko bardzo tworzą się kilaki na brzegu źrenicznym albo rześkowym tęczówki lub wreszcie w utkaniu jej pomiędzy obu brzegami. Wyjątkowo tylko powstają kilaki pierwotnie w utkaniu ciała rześkowego. Częściej zaś sprawa przenosi się z tęczówki na ciała rześkowe i na naczyniówkę, wywołując zapalenie, nie różniące się od zapalenia zwykłego.

Naczyniówka zajęta bywa m. w. w 1/4 wszystkich kilowych spraw oka, i takież m. w. procent wszystkich schorzeń naczyniówki powstaje na podłożu kily.

Przeważnie współcześnie z zajęciem naczyniówki spotykamy i zajęcie siatkówki; zjawia się ono niekiedy samodzielnie.

Schorzenie nerwu wzrokowego wynosi m. w. 1/6—1/5 wszystkich kilowych cierpień oka. Może ono powstać skutkiem zajęcia pochewki nerwu lub utworzenia się kilaka w utkaniu nerwowem. Nerw wzrokowy zajęty bywa prawie w połowie wszystkich przypadków kily mózgu. Najczęściej nacieczenia w mózgu sprowadzają tylko tarczę zastoinową.

Skutkiem zajęcia naczyń krwionośnych poza oczodołem, np. w okolicy skrzyżowania nerwów wzrokowych, zdarzają się czasowe za-

burzenia wzroku (niedowidzenie i ślepotą), bez widocznych zmian na dnie oka. Takie czasowe zaburzenia mogą czasem doprowadzić do zaniku nerwu wzrokowego.

Często (m. w. w 1/6—1/5 wszystkich kilowych cierpień oka) spotykamy schorzenie nerwów, zawiadujących mięśniami oka (**abducens** i **oculomotorius**); przeważnie spostrzegamy ich bezwład. Zjawienie się tych objawów w młodym lub średnim wieku powinno zawsze wzbudzać podejrzenie kily.

Ucho we wczesnym okresie zajęte bywa w następujących częściach: przewód słuchowy zewnętrzny, trąbka słuchowa, ucho środkowe i wewnętrzne.

Sprawa wczesna kilowa w pierwszych trzech okolicach nie wywołuje zwykle ciężkich następstw.

Zapalenie ucha wewnętrznego zdarza się rzadko, jest jednak ciężkiem b. zapaleniem, gdyż szybko wtedy powstaje głuchota, wobec zupełnego braku innych objawów. Głuchota ma skłonność do przenoszenia się z jednego ucha na drugie i nie poddaje się leczeniu swoistemu; zależy prawdopodobnie od zajęcia błędznika.

W kile trzeciorzędnej narząd słuchu ulega schorzeniu rzadziej, niż narząd wzroku.

W przewodzie zewnętrznym spostrzegamy niekiedy kilaki i owrzodzenia rozmaitej wielkości. W przewodzie kostnym tworzą się kostniaki i zgrubienia kości. W trąbce Eustachiusza spostrzegamy w błonie śluzowej kilaki, wywołujące upośledzenie słuchu. Kilaki w błonie bębenkowej mogą spowodować jej przedziurawienie, rozluźnienie kostek słuchowych, zniszczenie osłony okienka okrągłego i owalnego, a nawet próchnienie kostek słuchowych i kości skalistej. Może nastąpić także przerost błony bębenkowej i zgrubienie kostek słuchowych. Zmiany w błędniku mogą spowodować utratę równowagi, a zmiany w nerwie słuchowym — zupełną głuchotę.

Upośledzenie lub utrata **powonienia** rzadko bywa dostrzegalna w drugorzędnej kile. Najczęściej spotykamy je 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 zależeć także od zajęcia nerwów węchowych lub ich ośrodków.

Smak może być naruszony skutkiem zajęcia odpowiedniej gałązki nerwu językowo - gardłowego i struny bębenkowej (**chorda tympani**), która według jednych znajduje się w związku z nerwem twarzowym, a według innych z nerwem trójdzielny lub językowo-gardłowym.

KIŁA WRODZONA (LUES CONGENITA).

Zarażenie krętkami płodu. Aż do odkrycia zarazka kiły przypuszczano dwie możliwości przechodzenia tej choroby z rodziców na dziecko; pierwsza sposobem rozrodczym przez nasienie lub jajko, druga przez łożysko. Bardzo chętnie zgadzano się na czysto ojcowskie udzielanie kiły przez nasienie. Pogląd ten opierano na spostrzeżeniach, że w małżeństwie wystarcza często leczyć wyłącznie tylko ojca, żeby się rodziły zdrowe dzieci. Twierdzono, że matka, nawet rodząc dzieci, obarczone kiłą, przeważnie pozostaje zdrową: nie posiada objawów tej choroby, rodzi zdrowe dzieci, jeśli połączy się ze zdrowym mężczyzną, o po urodzeniu dziecka kiłowego może się od niego zarazić. Przypuszczano również możliwość nabywania kiły czysto macierzyńskiej, gdyż matki, zarażone tą chorobą, mogą rodzić dzieci syfilityczne, nawet od zdrowych mężów. W macierzyńskim przeniesieniu zarazy kiła mogłaby być udzieloną zapomocą jajka, albo już po poczęciu przez łożysko. Matka, która zaraziła się nawet w ostatnim miesiącu ciąży, może w łonie swem przez łożysko udzielić kiły dziecku. Przypuszczano także, iż płód, obarczony kiłą przez ojca, oddziaływa podczas ciąży również na zdrową matkę; może zakazić matkę (**choc en retour**), gdyż spostrzegano u niej podczas ciąży zjawianie się objawów drugorzędnych. Twierdzono również, iż matka może pozostać niezarażona kiłą, a także — odporna na ten jad — **immunitas** (prawo **C o l l e s a**). Zarazem i dzieci, zrodzone z rodziców syfilitycznych, a niezakażone kiłą, posiadają jakoby niewrażliwość na zarazki tej choroby (prawo **P r o f e t t y**). Niewrażliwość dzieci na zarazki kiły objaśniano przyływem toksyn od ustroju matki, zakażonej kiłą, do niezakażonego dziecka.

Poglądy powyższe uległy w znacznej mierze zmianie w ostatnich latach. Najprawdopodobniej zakażenie płodu następuje tylko przez łożysko i musi być poprzedzone zmianami w niem, gdyż normalne łożysko zarazków nie przepuszcza. Istotnie, w razie porodu płodów kiłowych, znajdujemy często mniejsze lub większe zmiany w naczyniach kosmków. Zdaje się, iż należy istotnie wyłączyć możliwość nabywania kiły za pośrednictwem plemników, a nawet jajka. Do tej pory nie stwierdzono, aby jakkolwiek chorobę zaraźliwą można odziedziczyć zapomocą plemników. Krętki blade mogą wprawdzie znajdować się w nasieniu, szczególnie wobec zajęcia przez kiłę jądra, i **F i n g e r i L a n d s t e i n e r** zapomocą nasienia zarazili małpę; jednak krętki blade, znajdujące się nawet w płynie nasienia, mogą zakazić matkę, a nie przedostawać się do plemników. Nie do pomyslenia jest, ażeby w plemnikach znajdowały się krętki, gdyż krętek jest trzy razy dłuższy, niż główka plemnika. Należy nawet przypuszczać, że plemnik i jajko, zmienione pod wpływem działania krętków, byłyby niezdolne do sprawowania swych normalnych czynności fizjologicznych. Według wszelkiego prawdopodobieństwa,

matka zawsze bywa uprzednio zakażona kilą sposobem zwykłym. W tych razach, gdy u matki objawów kily nie zauważono, należy przypuścić, że owrzodzenie pierwotne i objawy drugorzędne mogły ujść uwagi. Ustrój matki, osłabiony ciążą i porodem, jest bardzo podatny do nawrotów choroby, nabytej przed zastąpieniem, które to nawroty błędnie można wziąć za „*choc en retour*“. Również nie można dopatrzeć się związku pomiędzy wyłącznym leczeniem ojca a rodzeniem zdrowych dzieci przez matkę. Można raczej przypuścić, że leczenie ojca uniemożliwia zarażenie matki, a więc wpływa na rodzenie przez nią zdrowych dzieci.

Stąd wniosek, iż każda zdrowa rzekomo i odporna na jad kilowy matka, która rodzi chore dzieci, musi posiadać ukrytą kilę. Każda matka dziecka kilowego może je karmić bez szkody dla siebie. Należy jednak pamiętać, że rodzice kilowi zdrowego dziecka mogą je zakazić.

Przyjmujemy więc jedynie możliwość zakażenia płodu przez matkę i prawdopodobnie wyłącznie tylko za pośrednictwem łożyska. Zarażenie płodu podczas ciąży niezawsze się zdarza, jest tem pewniejsze, im krócej trwa choroba matki; odwrotnie, im dłużej trwa choroba matki, tem bardziej zmniejsza się możność zarażenia płodu.

Nieco odmiennie sprawa się przedstawia, gdy matka zostaje zarażona kilą podczas ciąży.

W razie zakażenia matki w pierwszej połowie ciąży, następują przeważnie poronienia, przedwczesne i martwe porody, a dzieci, urodzone żywe, są obarczone ciężką kilą wrodzoną. W razie zaś zakażenia matek w środku lub w drugiej połowie ciąży dzieci rodzą się zwykle w czasie właściwym i pozornie zdrowe, — a nawet, jeśli zakażenie nastąpiło już w końcu ciąży, może urodzić się zupełnie zdrowe dziecko. Ciężki przebieg choroby dziecka również zależy od długości trwania choroby matki; im dłużej trwa choroba matki, tem bardziej zmniejsza się natężenie kily wrodzonej. Objawy jej nie różnią się zasadniczo od objawów kily nabytej, a pewne znamię nadaje im tylko zajęcie narządów podczas ich rozwoju i mniejsza odporność ustroju dziecięcego. Skutkiem tego w kile wrodzonej spotykamy często wczesne i ciężkie zmiany w narządach wewnętrznych i liczne w nich krętki, szczególnie w wątrobie i śledzionie. Zmiany mogą wystąpić jeszcze podczas rozwoju dziecka w macicy i wywołać ciężkie zaburzenia w odżywieniu jego ustroju, prowadzące do śmierci. Często nawet u świeżo narodzonych dzieci spostrzegamy na skórze lekkie objawy drugorzędne, gdy równocześnie znajdujemy ciężkie schorzenia różnych narządów wewnętrznych.

Wysypki skórne i śluzowe. Objawy drugorzędnej kily spostrzegamy u noworodków albo w chwili przyjścia ich na świat, lub też dopiero po kilku-kilkunastu dniach, tygodniach, a nawet miesiącach.

Ogólny wygląd dzieci, obarczonych kilą wrodzoną, różni się zwykle od wyglądu dzieci zdrowych, szczególnie wtenczas, gdy objawy kily wrodzonej występują wcześniej. Noworodki bywają często mniejsze, niż

normalne; skóra ich cienka, obwisła, pomarszczona, zabarwienia żółtoziemistego, wygląd twarzy starczy, mięśnie nierozwinięte; krzyczą takie dzieci bardzo słabym głosem, ssą źle i łatwo ziębną. Niekiedy znajdujemy u noworodków brązowawe plamy na skórze, mniej lub więcej ostro ograniczone; świadczą one, że noworodek przebywał wysypkę podczas życia wewnątrzmacicznego.

Wysypki plamiste i grudkowate rzadko spostrzegamy w pierwszym tygodniu życia noworodka; częściej zaczynają się one zjawiać w drugim tygodniu, najczęściej jednak występują w drugim i trzecim miesiącu życia; w następnych miesiącach wysypki te spotykamy coraz rzadziej, a po roku ogólna wysypka należy do wyjątków. Wysypka plamista zjawia się zwykle stopniowo, tak że można odróżnić wykwyty wcześniejsze od późniejszych; plamy mają postać okrągłą, albo podługowatą, wielkość od 1 mm. do 1 ctm. i więcej w średnicy, są zwykle nieściśle ograniczone. Plamy bywają różowe z odcieniem zazwyczaj żółtym, niekiedy tak blade, iż są ledwie dostrzegalne. Wysypka plamista trwa zwykle wiele tygodni i następnie powoli znika. Niekiedy, nader wyjątkowo, występuje ona bardzo niewyraźnie i odrazu na większej przestrzeni, niknie szybko i poprzedza inne wysypki stalsze.

Często współcześnie z plamami zjawiają się grudki, lub też plamy stają się bardziej nacieczone, podnoszą się i przybierają postać grudki. Ta wysypka plamista - grudkowata jest nadzwyczaj częsta i charakterystyczna dla kily wrodzonej.

Grudki bywają rozmaitej wielkości, od główki szpilki do 1 ctm. w średnicy i więcej; barwę posiadają ciemno - czerwoną z fioletowym odcieniem, a często żółtą; powierzchnia grudek bywa płaska, często wydaje się zupełnie gładka, błyszcząca.

W kile wrodzonej spotykamy często wysypkę grudkowato-łuskowatą, drobno-grudkowatą i grudkowato-zlewającą się, a również grudki ugrupowane w girlandy, węże, ósemki i koła koncentryczne, a także owrzodzenia: niesztowice i brudźce oraz lepieże.

Rzadką postać w kile wrodzonej u noworodków stanowi **pęcherzyca**; spostrzegamy ją w bardzo ciężkim przebiegu kily wrodzonej. Pęcherzycę kilową widywano już w chwili przyjścia dziecka na świat; do nadzwyczaj rzadkich należą te przypadki, gdy ukazuje się ona w siódmym dniu po urodzeniu. Ulubionem miejscem pęcherzycy są podeszwy i dłonie; rzadziej inne miejsca kończyn, a bardzo rzadko tułów i twarz. H o c h s i n g e r objaśnia czas powstawania i umiejscowienia pęcherzycy w ten sposób: gruczoly skóry rozwijają się pomiędzy 6-m i 7-m miesiącem ciąży; w tym to czasie następuje silniejszy przypływ krwi, a więc i jadu kilowego do miejsc skóry, najczęściej unaczynionych, jakimi są gruczoly potowe, najliczniej i najsilniej rozwinięte na dłoni i podeszwie; ropno - surowiczny wysięk, występujący skutkiem podrażnienia obfitą ilością jadu, nie mogąc przerwać w wyżej wymienionych miejscach grubej warstwy naskórka, tworzy pęcherze. Według mego zdania, pęcherze

powyższe mają związek z zakażeniem wtórnem bakterjami ropnymi, należą więc do t. zw. **pyosyfilidów**. Pęcherze o średnicy od 2-ch mm.— 1½ ctm., napelnione spoczątku mętnawą, a następnie ropną zieloną i krwistą zawartością, bywają najczęściej obwisłe, okrążone żywo-czerwoną obwódka.

Współcześnie z pęcherzycą kılową spostrzegamy zawsze nieżyt nosa, a bardzo często ciężkie cierpienia narządów wewnętrznych i ogólne wycieńczenie. Noworodki takie tracą szybko na wadze i umierają przed trzecim tygodniem życia, a b. rzadko żyją do trzeciego miesiąca. Niekiedy obok pęcherzycy na grzbiecie dłoni i stóp, spostrzegamy powyżej na kończynach górnych i dolnych plamy i grudki — jeden z wielu dowodów, świadczących, iż pęcherzyca kılowa nie jest jakimś nowym objawem, niespotykanym w kile nabytej, lecz że odmienny wygląd wysypki zależy od specjalnych tylko warunków, jak niezmierna wrażliwość i mała odporność tkanek.

Poza objawami skórnymi najwięcej cech znamienych dostarcza dotknięta kılą błona śluzowa, a przedewszystkiem błona śluzowa nosa, ust, gardła i odbytnicy. Objawy swoiste zjawiają się w postaci rozlanego kataru, nadżarć, pęknięć, grudek i owrzodzeń. Nadzwyczaj charakterystyczny dla kılı wrodzonej jest kılowy nieżyt nosa. Właściwie niema ani jednego przypadku kılı wrodzonej, w którym wcześniej albo później nie zjawia się ten katar kılowy. Bardzo często obserwujemy go już w pierwszym roku życia dziecka; trwa on zwykle uporczywie tygodnie i miesiące i daje się niekiedy dostrzec w drugim i trzecim roku życia.

Kılowy nieżyt nosa 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 miękkiego i migdałów w postaci szarobiałych blaszek, otoczonych czerwonym brzeżkiem. W kątach ust i powiek spotykamy również grudki, albo głębokie pęknięcia z twardem nacieczonym dnem. Również naokoło ust znajdujemy płytkie i wąskie, ku otworowi ust przebiegające pęknięcia, które, pokrywszy się naskórkiem, pozostawiają po sobie blizny. W okolicy odbytu widzimy niekiedy grudki, pęknięcia i owrzodzenia, z dnem również twardem i nacieczonym.

Zanokcica i przynokcica zdarzają się dość często.

Łysienie w kile wrodzonej przybiera nieco inną postać, niż w kile nabytej; rzadko widzimy maleńkie lysinki na całej przestrzeni skóry owłosionej; zwykle bywa rozlane przeredzanie się włosów, niekiedy w postaci wstążek. Daleko bardziej znamienym, choć rzadszym objawem kılı wrodzonej, jest wypadanie brwi i rzęs.

Gruczoły chłonne podskórne są przeważnie niezajęte.

Objawy okresu trzeciorzędnego spotykamy niekiedy bardzo wcześnie, albo znów bardzo późno u pozornie zdrowych dotąd osobników. Mogą one wystąpić tylko w skórze lub w jakimś narządzie wewnętrznym, albo znów w wielu narządach z współudziałem skóry lub bez jej współudziału. Nie różnią się one od objawów kily nabytej później.

Kilaki w postaci guzów i guziczków w skórze mogą zdarzać się przedwcześnie w pierwszych latach życia dziecka. Nacieczenia kilakowe, przybierając zabarwienie sinawe, mają wielkie podobieństwo do gruźlicy skóry (*scrophuloderma*); często jedynie tylko swoiste leczenie może wątpliwości wyjaśnić.

Schorzenia układów. Krętki blade mają największą skłonność do tkanek, szczególnie unaczynionych i przekrwionych podczas swego rozwoju, a więc takich, do których jad kilowy najsilniej wtedy przybływa. W płodach kilowych spostrzegamy najwięcej krętków w dużych narządach gruczołowych i miejscach wzrostu kości, wobec stosunkowo znacznej odporności skóry, która znów najbardziej bywa dotknięta w życiu pozamacicznym. Nie można uważać trzewiowych i kostnych schorzeń kilowych u płodów, noworodków i osesków jako zmian trzeciorzędnych, a skórnych — jako drugorzędnych w stosunku do zmian, spotykanych w kile nabytej. W międzymięszowej tkance wszystkich narządów spostrzegamy bujanie komórek naokoło najmniejszych naczyń z wyraźną skłonnością do następczej marskości. Miejscami spotykamy skupienia komórek, które mikroskopowo wyglądają, jak małe guziczki, i przez wielu autorów były poprzednio przyjmowane za maleńkie kilaki. Bujanii tkanki łącznej towarzyszy zanik komórek mięszowych. Jeśli powyższe zmiany wystąpią w gruczołach wydzielania dokrewnego, to następstwem tego będą zaburzenia we wzroście i w rozwoju.

Śmierć kilowego płodu może nastąpić w każdym okresie życia wewnątrzmacicznego, ale najczęściej spostrzegamy ją w 6-m i 7-m miesiącu ciąży. Zmarłe kilowe płody rodzą się najczęściej zmacerowane i odwrotnie — prawie wszystkie zmacerowane płody są kilowe.

U osesków zaraz po urodzeniu b. często znajdujemy schorzenia narządów wewnętrznych.

Zajęcie stawów bywa takie same, jak u dorosłych. Często jednak spotykamy odrębną postać, spostrzeganą tylko u noworodków — **zmiana kilowa chrząstki pośredniej**. Jest to zapalenie, umiejscowione na przejściu trzonu kości w nasadową chrząstkę, następstwem czego bywa powolne rozluźnienie i oddzielenie trzona od nasady; prawie zawsze rozpoczyna się ono w 7-m miesiącu ciąży, a wyjątkowo spotykano je już w 5-tym.

Powyżej opisane zmiany w kościach doprowadzają do rozmaitych zaburzeń, jak bolesne przykurczenia mięśni, oddzielenie nasad z porażeniem odnośnych kończyn (*rekomeporazenie Parrota*).

Na uwagę zasługuje również zapalenie kilowe kości palców. Zmiany rozpoczynają się na granicy kości i chrząstki i doprowadzają do zrzednienia tkanki kostnej i wzdęcia kości, niekiedy wespół z wydłużeniem ich. Palczyki rozszerzają się przeważnie na boki, mniej ku stronie grzbietowej, a najmniej ku dłoniowej, otrzymując w przecięciu owalną postać.

Zniszczenie kości rusztowania nosa spotykamy dość często, szczególnie w postaci nosa siodełkowatego. Bardzo często spostrzegamy zajęcie okostnej ra kościach długich, a szczególnie na przedniej powierzchni goleni. Często również występuje skręcenie długich kości dolnych kończyn ze szczególnym ich wzrostem wzdłuż (*ostitis deformans s. — „Tibia en lame de sabre“*).

Zmiany w zębach występują często. Głównie ulegają im siekacze, a przede wszystkim środkowe górne. Zmiany charakteryzują się przeważnie półkolistym wgłębieniem wolnego brzegu i bocznymi jego zaokrągleniami. Taka postać należy do **triady Hutchinsona**.

Spostrzegamy również zęby nienormalnie małe i krótkie, wąskie, okrągławe, kręglowate, wznoszące się ku sobie, lub też od siebie. Często widzimy też 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 uzębieniu, jednakowoż były spostrzegane przez niektórych autorów i na zębach mlecznych; nie są swoiste dla kily wrodzonej: spotykają się także w krzywicy, u dzieci alkoholików i t. d. Również nie można uważać za swoiste zgrubień kości na żebrach, zniekształceń czaszki, wyrosła na kościach czaszki, a nawet na kościach długich.

Zmiany w układzie nerwowym spotykamy dość często — według R u m p f a w 13% przypadków kily wrodzonej. Widujemy tu te same postacie, co i w kile nabytej. Przeważnie spostrzegamy połączenie cierpienia mózgowia i rdzenia kręgowego; mogą one wystąpić nawet i w późniejszym wieku. Zmiany w mózgowiu bywają następstwem kilowego zajęcia naczyń i warunkują obraz mózgowego porażenia dziecięcego. Skutkiem kilowego schorzenia naczyń może nastąpić rozwój wodogłowia.

W kile wrodzonej mogą powstać nietylko zaburzenia psychiczne, jak to opisaliśmy w kile nabytej, lecz niekiedy bywa wstrzymany znacznie rozwój zdolności umysłowych. Może to nawet doprowadzić do niedołęstwa umysłowego; u idjotów dość często spostrzegamy nieprawidłowości w kształcie źrenicy, mózgowie objawy porażenia, albo padaczkę. Idjoci bywają zwykle skłonni do podrażnień nerwowych, pobudzenia ogólnego i t. p. Należy przytem zauważyć, iż padaczka pierwotna szczególnie często bywa spowodowana kilą wrodzoną.

U dzieci z kilą wrodzoną spostrzegano wielokrotnie porażenie postępujące i wiąd rdzenia. Ogólnie uważają, że porażenie postępujące młodzieńcze bywa zawsze wywoływane przez kilę. Często spotykamy

tabo-paralysis w zależności od wrodzonej kily. Chorobę *H o m e n a*, znamionującą się idjotyzmem i skurczowemi porażeniami, także stawiają w zależności od kily. Niekiedy, niezależnie od schorzenia kości, występuje *m y o t o n i a*, t. j. tężcowy długotrwały skurcz.

W kile wrodzonej spotykamy często zapalenie mięszone rogówki: m. w. połowa wszystkich przypadków tego cierpienia jest wywołana przez kilę wrodzoną. Często zdarzają się powikłania zapaleniem tęczówki i naczyńówki. Również względnie dość często spostrzega się zmięknienie rogówki i **retinitis pigmentosa**.

Schorzenia ucha wewnętrznego spostrzegamy znacznie częściej w kile wrodzonej, niż nabytej. Głuchota wespół z zapaleniem mięszone rogówki i zniekształceniem zębów stanowią t. zw. **triadę Hutchinsona**, która choć nie przemawia bezwzględnie za kilę wrodzoną, jednak czyni rozpoznanie jej wielce prawdopodobnem. Cierpienie błędnika rozpoczyna się przeważnie pomiędzy 8-m—16-m rokiem życia, częściej u kobiet, niż u mężczyzn. Zwykle bywają zajęte w sposób nierównomierny oba uszy albo współcześnie, albo jedno po drugim; cierpienie powyższe rozwija się zwykle powoli i doprowadza po wielu latach do zupełnej głuchoty; nawet po przejściowem polepszeniu poczyna się ono rozwijać nanowo.

W sercu najczęściej bywa zajęty mięsień w postaci ograniczonych kilaków, albo nieco rzadziej w postaci rozlanego zapalenia; rzadziej bywa zajęte wsierdzie, a wyjątkowo tylko osierdzie. Spostrzegano sprawę zapalną przewodu automatycznego ruchu serca, która nieraz może warunkować nagłą śmierć podczas przebiegu wrodzonej kily.

Zmiany w naczyniach spostrzegamy bardzo często; są one b. wczesne, rozprzestrzenione i intensywne.

Od zmian w naczyniach zależy rzadko spotykana **syphilis haemorrhagica neonatorum**, w której zjawiają się przeważnie nieznaczne wylewy krwi, wielkości od ukłucia szpillką do jej główki, w skórze, w tkance podskórnej, w mięśniach, mózgu i t. d.

Sledziona w kile wrodzonej bywa zajęta b. często. Spostrzegano przeważnie **splenitis et perisplenitis s.**, rzadko zaś ograniczone kilaki.

Zmiany w płucach spostrzegamy znacznie częściej w kile wrodzonej, niż w nabytej. Oprócz postaci cierpienia płuc, spotykanych u dorosłych, widzimy również **pneumoniam albam**. Spostrzegamy ją przeważnie u płodów martwych, albo zmarłych niedługo po urodzeniu. Zajęte okolice płuc są pozbawione powietrza, posiadają białawe, albo białawo-żółte lub szaro-czerwone zabarwienie; w wodzie toną. Oskrzela są po większej części normalnie szerokie i napełnione powietrzem i śluzowo-ropną wydzieliną. Badając drobnowidowo, spostrzegamy, iż tkanka międzypęcherzykowa jest rozszerzona, a pęcherzyki płucne napełnione zluszczonym, zmartwiałym, rozpadającym się nabłonkiem.

W żołądku spostrzegano kilaki ograniczone i rozlane nacieczenia. Schorzenia kiszek częściej znajdujemy w kile wrodzonej, niż w na-

bytej; mogą również występować rozlane nacieczenia i ograniczone kilaki.

W wątrobie widzujemy często międzymiąższowe zapalenie, albo też kilaki. Kilaki ograniczone przeważnie bywają niewielkie. Opisują specjalną postać międzymiąższowego zapalenia w wątrobie — **hepatitis monocellularis**: rozrastająca się tkanka łączna okrąża nie tylko poszczególne grupy komórek miąższowych wątroby, lecz nawet pojedyncze komórki.

W trzustce zmiany bywają dość częste; częściej — międzymiąższowe zapalenie, niż ograniczone kilaki.

Zmiany w nerkach powstają często. Przeważnie należy je odnieść do zatamowania rozwoju nerek. Międzymiąższowe zapalenie nerek spotrzegano znacznie częściej, niż ograniczone kilaki.

Przyniercza mogą być zajęte obszernym zwyrodnieniem tłuszczowym. I tutaj również widywano częściej rozlane nacieczenia, niż ograniczone kilaki.

W jądrach spotykano międzymiąższowe włókniste zapalenie i kilaki. Widywano przypadki pierwotnego zapalenia przyjądrza i niedorozwój jądra.

W gruczole tarczowym częściej widywano międzymiąższowe rozlane zapalenie, niż kilaki.

Grasica bywa zajęta dość często. Spotyka się przeważnie rozlane międzymiąższowe nacieczenie, które doprowadza do marskości gruczołów; widywano również kilaki ograniczone.

Rozpoznanie kiły wrodzonej często bywa trudne ze względu na to, że objawy kliniczne niezawsze są znamienne, a odczyny serologiczne wypadają w wielu przypadkach ujemnie.

Do objawów wczesnych, wzbudzających silne podejrzenie, zaliczamy: przedewszystkiem poronienia po 5-m miesiącu ciąży u matek kilowych, przedwczesne urodzenie wyniszczonego płodu, uporczywy nieżyt błony śluzowej nosa, rzekome porażenie *Parrota*. W tych razach należy zawsze zbadać matkę i łożysko, a także stan wątroby i śledziony.

Po kilku tygodniach, miesiącu — dwóch po urodzeniu powstają często bardziej znamienne objawy na skórze i błonach śluzowych.

W późniejszym wieku uwydatniają się objawy rozpoznawcze, t. zw. **trwałe znamiona kiły wrodzonej (stigmata)**. Do tych znamion należą: **triada Hutchinsona**, zmiany w układzie kostnym — nos siodłkowaty, lornetkowaty, buldogowaty, zniekształcenia czaszki (**crâne nati-forme, macro- et microcephalia**) podniebienie gotyckie, zgrubienia i nierówności na kościach podudzia, — blizny promieniste dookoła ust i nosa i ogólne zaburzenia w rozwoju cielesnym i umysłowym, występujące najwybitniej w okresie dojrzewania płciowego i powstające skutkiem uszkodzenia gruczołów wewnętrznego wydzielania.

W późniejszym okresie kiły wrodzonej często występują charak-

terystyczne zmiany, jak kiłaki i ich następstwa (zniszczenie podniebienia twardego, przegrody nosowej i t. p.), które bardzo ułatwiają rozpoznanie.

Odczyny serologiczne we wczesnym okresie kily wrodzonej wypadają prawie zawsze ujemnie, nawet wobec wyraźnych klinicznych objawów. W tych przypadkach lepiej jest badać matkę na odczyn B.-W., u której jednak również może wystąpić serologiczny odczyn ujemny. Należy przytem mieć na uwadze, że chora matka kiłowa może mieć zdrowe dziecko i że chora matka może zarazić kiłą dziecko podczas porodu, czyli właściwie dziecko będzie już miało kiłę nabytą. Opisywano także przypadki, że zdrowe matki w ostatnich miesiącach ciąży, a przedewszystkiem krew łożyska ich płodu, dają dodatni odczyn B. W.

Rokowanie w kile wrodzonej zależy od czasu, w którym występują objawy u dzieci, od natężenia objawów i udziału narządów wewnętrznych w schorzeniu, od stanu ogólnego i warunków higienicznych, a przedewszystkiem od leczenia. Później występujące objawy dają lepsze rokowanie, niż wcześniejsze; pogarsza je udział narządów wewnętrznych w cierpieniu. Ważne znaczenie posiada karmienie dzieci piersią kobiecą. Obliczają śmiertelność w pierwszym półroczu życia u karmionych piersią na 15%, a u karmionych sztucznie na 70%—75%.

Rokowanie we wrodzonej kile jeszcze z tego względu ma znaczenie ujemne, że może przejść ona na drugie, a nawet na trzecie pokolenie.

OGÓLNE ROZPOZNANIE KIŁY.

Ze względu na zaraźliwość kiły i przebieg, niejednokrotnie grożący zdrowiu i życiu, rozpoznanie nabiera dużej wagi. Podczas występowania objawów rozpoznanie opiera się na cechach, właściwych kiłce, i na badaniu bakteriologicznym, w okresie zaś utajenia — na wywiadach i serodiagnostyce.

Przedewszystkiem należy wytworzyć sobie pojęcie o obecnym stanie chorego, należy systematycznie i szczegółowo zbadać wszystkie jego narządy. Objawy patologiczne, znalezione podczas badania, musimy poszczególnie ocenić odnośnie do ich pochodzenia, trwania, natężenia i t. p.

Następnie należy zebrać szczegółowe wywiady.

Badanie bakteriologiczne zawsze, jeśli to jest tylko możliwe, powinno być dokładnie i umiejętnie przeprowadzone. Dodatnie wyniki stanowią najbardziej przekonujący dowód. Rozpoznanie powinno być zawsze kontrolowane przez badania serologiczne, a w razach wątpliwych — przez nie stwierdzane.

Serodiagnostyka kiły, zwana inaczej **próbą Wassermana**, opiera się na wynikach doświadczeń **Bordet'a i Gengou'a**, — sprawiedliwiej więc możnaby nazwać ją **próbą Bordet-Wassermana**. Francuscy uczeni dowiedli, że 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 t. zw. hemolizie. Zastrzykując np. kilkakrotnie w ciągu paru tygodni krew barana królikowi, można go uczynić odpornym na tę krew, t. j. zaczyna on rozpuszczać czerwone krążki krwi barana. W hemolizie powyższej biorą udział trzy składniki:

- 1) antygen — czerwone ciała krwi barana,
- 2) amboceptor — ciało obce ustrojowi królika, które powstało pod wpływem antygeny i warunkuje odporność królika na czerwone krążki krwi barana,
- 3) komplement.

Sprawę, odbywającą się tutaj, objaśniamy na mocy teorii **Ehrlicha** o łańcuchach bocznych: amboceptor hemolityczny posiada dwie wiążące grupy — jedną, mającą powinowactwo z komplementem, a drugą — z czerwonymi krążkami krwi; także dwie wiążące grupy posiada i komplement: jedną, — mającą powinowactwo z amboceptorem, a drugą, — oddziaływającą na czerwone ciała krwi.

Komplement jest ciałem niestalem, i w surowicy, zawierającej amboceptor i komplement, można zniszczyć ten ostatni, t. j. inaktywować surowicę zapomocą ogrzewania półgodzinnego przy temperaturze 56° C.

W razie połączenia łańcucha bakterjologicznego z łańcuchem hemolitycznym, komplement spotyka: 1) albo dwa nieswoiste względem siebie ciała: syfilityczny antygen i normalną surowicę, nie łączy się z niemi, lecz uzupełnia łańcuch hemolityczny i doprowadza do skutku hemolizę, 2) albo napotyka dwa względem siebie swoiste ciała: syfilityczny antygen i syfilityczny amboceptor w badanej surowicy, łączy się z niemi, nie przechodząc już do łańcucha hemolitycznego, i w taki sposób hamuje hemolizę. Niektórzy przypuszczają, że w odczynie B.-W. odgrywa rolę wzmożona zawartość w surowicy krwi — globuliny, gdyż podczas dializy jej wraz z globuliną wypadają w osadzie ciała czynne, dające odczyn B.-W. Podają także, że wzmożona lub zmniejszona zawartość lecytyny wpływa do pewnego stopnia na wynik tego odczynu i t. d.

Ze względu na to, że 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 z globuliną. Z tych kłaczkowych metod najlepsze wyniki dają metody *Meinicke'ego* i *Sachsa-Georgi'ego*. Ostatnia wielokrotnie bywa czulszą od próby B.-W., szczególnie w okresie pierwotnego objawu, choć daje wogóle mniej pewne wyniki, t. j. spotyka się czasami i u niekilowych.

Skutkiem niepewności teoretycznych podstaw odczynu B.-W., o wartości i znaczeniu jego możemy sądzić jedynie na mocy doświadczenia. To zaś stwierdza, iż odczyn B.-W. nie może być uważany za bezwzględnie swoisty i że, posługując się nim w rozpoznaniu, należy odnosić się do niego krytycznie. Odczyn ten spotykamy, wprawdzie bardzo rzadko, u niekilowych: w bąblicy i nowotworach, w płonicy, zimnicy, w trądziku, w krwi pobranej podczas narkozy, w łysieniu plackowatym, w bielactwie, w wilku rumieniowatym, pęcherzycy bujającej, twardzieli skóry i t. d. Duże znaczenie posiada występowanie dodatniego odczynu w przypadkach wrzodów miękkich, powikłanych dymienicą. Jednak nawet przypadki niepowikłane dają dodatni odczyn B.-W. We wrzodach wenerycznych odczyn B.-W. bywa zazwyczaj słabo dodatni i szybko przemija (jak w większości powyżej wymienionych przypadków).

Należy pamiętać, że i wynik ujemny odczynu bynajmniej nie wyłącza obecności jadu kilowego.

W pierwotnym okresie kiły rzuca się przedewszystkiem w oczy ogromna rozbieżność wyników nawet u tych samych autorów w doniesieniach z różnych czasów. Różnica ta zależy przedewszystkiem od okresu, w którym była brana krew do odczynu. Wiemy z badań doświadczalnych na małpach, iż odczyn dodatni występował już często w 3 lub 4 tygodnie po zakażeniu i nawet często przed zjawieniem się objawu pierwotnego. U ludzi odczyn dodatni występuje m. w. po upływie 6 tygodni od zakażenia. Notowano jednak przypadki, w których odczyn

dodatni zjawiał się w kilkanaście dni po zakażeniu i jeszcze przed wystąpieniem objawu pierwotnego.

We wtórnym jawnym okresie kily odczyn dodatni występuje m. w. w 90% przypadków, t. j. tylko w 10% ujemny, a powtarzając próby, szczególnie z innymi wyciągami (antygenami), można jeszcze w wielu z tych 10% przypadków otrzymać odczyn dodatni. Jednak zdarzają się przypadki takie, w których nawet wobec obfitej wysypki otrzymuje się odczyn ujemny. Objaśniają ten fakt przede wszystkim wpływem leczenia, następnie ukryciem dodatniego odczynu przez komplementoidy i przez powiększenie się ilości lecytyny w surowicy, miejscowym, a nie ogólnym działaniem jadu i t. d.

Na trzeciorzędny jawny okres kily przypada około 70—80% dodatnich odczynów, mniej więc, aniżeli w okresie poprzednim. Różnica danych u rozmaitych autorów zależy głównie od tego, czy występują objawy ogólne, czy też pojedyncze, a również od uprzedniego leczenia. W każdym razie i w tym okresie spotykamy przypadki z obfitymi wyraźnymi objawami, które nawet przy częstym sprawdzaniu dają stale odczyn ujemny.

W okresie utajonym dane statystyczne zależą od długości trwania zakażenia. W okresie wczesnym utajonym, t. j. w pierwszych paru latach trwania choroby, otrzymywano dodatnie wyniki m. w. w 80%, a więc rzadziej, aniżeli w okresie wtórnym ze zmianami klinicznymi. Jeszcze rzadziej występuje odczyn dodatni w okresie utajonym późnym: od 60%—30%. Różnica, jak widzimy, znaczna, zależna w znacznej mierze od liczby lat ubiegłych od zakażenia i od leczenia. W władzie rdzenia otrzymujemy z surowicy krwi odczyn dodatni w 65%—90%, a z płynu mózgowo - rdzeniowego w 22% — 80%. W bezwładzie postępującym odczyn dodatni B.-W. występował u różnych badaczy z surowicy krwi w 59% — 100%, a z płynu mózgowo - rdzeniowego w 83% — 95%.

Dodatni odczyn surowicy krwi kılowego może przemijająco zniknąć po znacznym spożyciu wyskoku, po grypie, odrze i innych cierpieniach gorączkowych, również w agonji. Odwrotnie, spostrzegano, że ujemny odczyn krwi kılowego po wstrzyknięciu neosalwarsanu stawał się dodatnim.

Niewłaściwe wyniki można otrzymać skutkiem wadliwego pobierania krwi i używania nieodpowiednich odczynników.

Dla należytej oceny rozpoznawczego znaczenia odczynu B.-W. należy zaznaczyć, że dodatni odczyn nie przemawia za przyjęciem badanej sprawy za kılową, lecz tylko za obecnością kily u danego osobnika. Odczynem B.-W. możemy badać nie tylko surowicę krwi, lecz również płyny wysiękowe (w stawach) i nasienie. Powyższe badania często uzupełniają badania surowicy krwi, a nawet niekiedy dają lepsze, pewniejsze rozpoznawcze wyniki ze względu na to, iż jednocześnie wskazują na umiejscowienie sprawy.

Układ nerwowy ośrodkowy posiada pod względem serologicznym pewne cechy swoiste. W wielu przypadkach schorzenia tego układu, szczególnie w wiąździe rdzenia, płyn mózgowo-rdzeniowy wykazuje dodatni odczyn B.-W., gdy tymczasem surowica krwi — ujemny.

Nawet badanie płynu mózgowo-rdzeniowego z różnych miejsc daje różne wyniki. Świadczyłoby to o pewnej samodzielności przestrzeni mózgowo-rdzeniowych, a nawet jej odcinków, o małej łączności ich z pozostałymi narządami, jak to zresztą wielokrotnie stwierdzono w stosunku i do innych narządów, np. przedniej komory oka podczas zakażenia jej jadem kilowym.

Badania płynu mózgowo-rdzeniowego, poza odczynem B.-W., przeprowadzamy jeszcze na białko i składniki cytologiczne, gdyż płyn mózgowo-rdzeniowy zakażonych kiał zawiera większą ilość, niż normalnie, białka, szczególnie globuliny i limfocytów. Dla ustalenia ilości białka, posługujemy się najczęściej metodami P o n d y' e g o i N o n n e - A p e l t a: w obu metodach płyn mętnieje, gdy zawiera białka więcej, niż normalnie. Liczbę limfocytów w płynie mózgowo-rdzeniowym określamy sposobem, znanym nam ze sposobów liczenia ciałek krwi. Za liczbę normalną limfocytów w płynie mózgowo-rdzeniowym uważa się do 5 komórek w 1 mm³. W płynie, zmienionym chorobowo, znajdujemy do 100, 200 i więcej limfocytów. Prócz tych spotykamy jeszcze leukocyty wielojądrowe, a nawet czerwone ciała krwi. Zapomocą badania płynu mózgowo-rdzeniowego na odczyn B.-W., na ilość białka i liczbę limfocytów możemy wielokrotnie stwierdzić umiejscowienie i rozmrażanie się jadu kilowego w układzie nerwowym jeszcze przed wystąpieniem objawów klinicznych.

Cztery powyższe odczyny dodatnie bezwzględnie przemawiają za sprawą kilową w układzie nerwowym, a ujemne — przeciw niej. Nadmiar białka i limfocytów może powstać skutkiem zadziałania różnych chorób zakaźnych, np. **encephalitis lethargica**, **zona** i **meningitis tuberculosa**. Samą hiperalbuminozę może wywołać jakiegokolwiek podrażnienie opon, np. ucisk guza na mózg albo mózdzek, **pachymeningitis en plaques**. Sam odczyn B.-W. nie przemawia bezwzględnie za sprawą kilową, gdyż znajdowano go niekiedy w guzach nerwowych nieswoistych. Powyższe cztery odczyny mogą nie występować w przypadkach kilowego schorzenia tętnic i kiałków, umiejscowionych głęboko w ośrodkach nerwowych.

Niekiedy rozpoznawcze znaczenie posiada zastosowanie luetyny lub luotestu (zabite hodowle krętka bladego), gdyż należy przypuszczać, że stan alergiczny w kile (badanie luetyną) niezupełnie pokrywa się ze stanem odpornościowym (badanie odczynem B.-W.).

W okresie trzeciorzędnym wielokrotnie dobre usługi rozpoznawcze okazała nam luetyna, sporządzona w Klinice Dermatologicznej we Lwowie przez prof. L e n a r t o w i c z a.

Badanie mikroskopowe schorzałej tkanki, szczególnie w okresie późnym kiał, może w wątpliwych przypadkach ułatwić rozpoznanie.

ROKOWANIE OGÓLNE.

Wyleczenie organizmu, zajętego przez zarazki kilowe, następuje tylko wtedy, kiedy krętki blade zostają z niego usunięte. Nie jest nam znana ani jedna metoda, za pomocą której moglibyśmy stwierdzić zupełne wyjałowienie ustroju z krętków. Możemy tylko stwierdzić do pewnego stopnia, czy zarazki są czynne, czy też bierne. Zależy to nie od charakteru krętków, od ich zjadliwości lub powinowactwa do pewnych narządów, lecz od ustroju, jego konstytucji i różnych wypadkowych okoliczności, które mogą tę konstytucję zmienić. Dzięki nim, ustrój, a nawet poszczególne jego narządy, mogą być w stanie alergji lub anergji, posiadać odporność silną, względną albo zanikłą. Duży wpływ na przebieg kily wywierają: budowa ustroju, wady organizacji i fizjologiczne właściwości, odziedziczone lub nabyte, np. osobniki delikatnej budowy, garbaci, małokrwisci, osłabieni przez jakąś ciężką chorobę, przebytą lub nawet istniejącą, mają zwykle ciężki przebieg kily (**lues maligna**). Już drugorzędne objawy odznaczają się u nich skłonnością do rozpadu i uporczywością, a trzeciorzędne — do bardzo wczesnego występowania (**lues praecox**). Chorzy nerwowi, lub nawet dziedzicznie pod tym względem obciążeni, są skłonni do schorzeń układu nerwowego, jak kila mózgu, wiażd rdzenia, porażenie postępujące. Częste wysypki w drugorzędnym okresie pozwalają zwykle dobrze rokować odnośnie wiażd rdzenia i porażenia postępującego, wiek bardzo wczesny lub późny obciąża zazwyczaj przebieg kily. Kila, nabyta w pierwszych tygodniach po urodzeniu, kończy się bardzo często śmiercią. Również kila, nabyta po 50-m, a tembardziej po 60-m roku życia, obfituje zazwyczaj w ciężkie i bardzo niebezpieczne objawy i kończy się przeważnie wczesną śmiercią. U starców już w pierwszym roku przebiegu kily mogą wystąpić objawy trzeciorzędne, jak rozpadające się szybko kilaki w skórze, w błonach śluzowych i w kościach, zmiany w mózgu, w rdzeniu pacierzowym, w naczyniach i w sercu, a przytem szybkie wyniszczenie ustroju. Taki przebieg kily u starców objaśniamy sobie zwyrodnieniem tkanek, zmniejszeniem energii życiowej, osłabieniem odporności,—zwykłych następstw tego wieku. Na przebieg kily wpływają także warunki i tryb życia, jak niedostateczne lub nieprawidłowe żywienie, ciasne, wilgotne i nieprzewietrzane mieszkanie, chłodny i wilgotny klimat, brak ruchu i odpoczynku, szczególnie snu, częste zmęczenia fizyczne i umysłowe, nadużycia płciowe, wyczerpywanie nerwów grą w karty, na giełdzie i t. p.

Alkoholizm warunkuje cięższy przebieg kily, ze względu na to, iż podobnie jak ona, oddziałuje ujemnie na naczynia i komórki mięszszone narządów. U nadużywających wysoko bywają częste nawroty i cięższe postacie, posiadające szczególniejszą skłonność do rozpadu.

W podobny sposób działa nikotyna. Należy więc zabronić cho-

rym nadużywania trunków i palenia tytoniu, szczególnie w nadmiernej ilości.

Przewlekłe i wyczerpujące ustrój choroby, jak np. gruźlica płuc, dur brzuszny, mogą wpłynąć na przyspieszenie okresu trzeciorzędnego i na niezwykle natężenie jego objawów.

Najważniejszy jednak, prawie decydujący wpływ na przebieg kily, posiada leczenie. Odpowiednie leczenie opanowuje chorobę i usuwa doszczętnie, jeśli nie samą jej przyczynę, to przynajmniej objawy. Kila osób, leczonych od samego początku systematycznie, przebiega dobrotliwie, nawet poronnie. Kila nieleczona, lub leczona niedostatecznie, przybiera często 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 czynnościowe zaburzenia. W taki sposób można sobie objaśnić mały wpływ swoistego leczenia na objawy porażenia postępującego i wiądu rdzenia.

Nie niedostateczne przenikanie dużych molekuł salwarsanu (większych np. niż urotropiny) do tkanki nerwowej, lecz niemożność odrodzenia zniszczonych komórek, bardzo zróżnicowanych ze względu na swe czynnościowe przeznaczenie, wpływają na małą skuteczność w tych razach swoistego leczenia.

Pod względem prognostycznym odczyn B.-W. posiada względne tylko znaczenie, szczególnie w okresach wczesnych. A jak niektórzy twierdzą, dodatni odczyn B.-W. w okresie utajenia posiada nie prognostyczne, a wyłącznie diagnostyczne znaczenie, ponieważ odczyn B.-W. nie wskazuje bynajmniej, czy kila, inaczej ogniska krętków, są obecne w ustroju. Odczyn B.-W. byłby więc analogicznym do próby V i d a l a, która daje wynik dodatni jeszcze wiele lat po przebyciu duru brzuszego. Cały szereg ludzi z odczynem dodatnim żyje w dobrym zdrowiu długie lata, ma zdrowe żony i dzieci, a więc dodatni odczyn B.-W. u nich pozostał po ustąpieniu choroby. Inni badacze twierdzą jednak z wielką słusnością, iż dodatni B.-W., wobec braku objawów kily, przemawia z dużym prawdopodobieństwem za jej istnieniem. Niweczники lub wogóle ciała, powstałe pod wpływem działania krętków, wydzielają się szybko z ustroju po usunięciu wywołującej je przyczyny. Przyjmując analogicznie pod uwagę odczyn V i d a l a, musimy przyznać, że może on wskazywać również na obecność bakterij durowych, jak to zresztą stwierdzają badacze, znajdując po kilku — kilkunastu latach pałeczki tyfusu w drogach żółciowych. Istnieje pewna równoległość między odczynem B.-W., a klinicznymi objawami kily. Odczyn ten występuje przeważnie ze zjawieniem się objawów, a znika z ustąpieniem ich. Pozorne zdrowie kilowych, którzy mają zdrowe żony i dzieci, niczego nie dowodzi, gdyż kila po wielu latach utajenia może nagle przejść w stan czynny; spotykamy ludzi z trzeciorzędnymi nawet objawami,

którzy nie zarażają małżonków i rodzą zdrowe dzieci. Dodatni odczyn wskazuje więc z bardzo wielkim prawdopodobieństwem na obecność kily, na to, że gdzieś w ustroju są obecne zarazki kilowe i że po wielu latach ogniska takie mogą stać się czynnymi i doprowadzić do objawów.

Odczyn serologiczny w płynie mózgowo-rdzeniowym stanowi zawsze bardzo złą przepowiednię i jest wskazówką do jak najszybszego i jak najenergiczniejszego leczenia.

Bezwzględnie dobre rokowanie może dać tylko zupełne wyleczenie. O wyleczeniu zaś moglibyśmy sądzić na mocy nowego zakażenia (**reinfectio**). Czy ono jest możliwe — mamy pewne wątpliwości, gdyż trudno jest odróżnić **auto-** i **superinfectio** od **reinfectio**. Daje to powód do licznych omyłek.

Właściwe rokowanie posiada często nadzwyczaj ważne znaczenie ze względów społecznych, gdy należy decydować o możliwości wstępowania osobnika, zarażonego kilą, w związku małżeński. Rokowanie takie jest nadzwyczaj trudne, gdyż nie możemy stwierdzić zupełnego wygaśnięcia kily, nawet wobec ujemnego odczynu serologicznego. Na mocy doświadczenia jesteśmy jednak w stanie wyprowadzać wnioski z bardzo wielkim prawdopodobieństwem. W pozwoleniu na związek małżeński najważniejszą rolę odgrywa odpowiednio przeprowadzone leczenie, które daje choremu możliwość powrotu do normalnego życia społecznego. Należy wziąć także pod uwagę przebieg kily i odczyn serologiczny. W każdym razie możemy pozwolić na wstępowanie w związku małżeńskie nie wcześniej, jak w 5 lat po zarażeniu i to, gdy od ostatnich jakichkolwiek objawów i stałej zmiany odczynu serologicznego na ujemny upłynęły najmniej już 3 lata.

LECZENIE.

W celach zapobiegawczych należy przed spółkowaniem posmarować tłuszczem narządy płciowe, a po spółkowaniu wymyć je ciepłą wodą z mydłem, a następnie roztworem sublimatu 1 : 2000 — 1 : 1000 lub wcierać 30% maść kalomelową.

Do leczenia kily wolno przystępować tylko po dokładnem ustaleniu rozpoznania (na mocy badań mikroskopowych na krętki blade, odczynu B o r d e t - W a s s e r m a n a i niewątpliwych objawów klinicznych). Leczenie powinniśmy rozpoczynać jak najwcześniej i prowadzić je jak najenergiczniej.

Najsilniej działające, t. zw. „swoiste“ środki przeciwkilowe są: rtęć, bizmut, neosalwarsan i jod. Są to w istocie rzeczy tylko silne środki bodźcowe, gdyż nie posiadają własności bezpośredniego działania bakterjobójczego na krętki blade.

R t ę ć jest najstarszym środkiem przeciwkilowym i do tej pory chętnie stosowanym. Użyta w sposób nieodpowiedni, lub u osób nieznośnych jej, może wywołać zapalenie rtęciowe jamy ustnej, zaburzenia żołądkowo-kiszkowe, zaburzenia w odżywianiu i wysypki. Nie należy rozpoczynać leczenia rtęcią przed doprowadzeniem jamy ustnej do porządku i podczas leczenia dokładnie badać jej stan. Dla ochrony dziąseł od zapalenia należy płókać usta po każdym jedzeniu, czyścić zęby miękką szczoteczką przynajmniej dwa razy dziennie i smarować dziąsła odpowiednim środkiem ściągającym. Do płókania — używać roztworu kali chlorici — łyżeczkę na szklankę wody, roztworu kwasu borowego w takim samym stosunku lub eliksiru. Jako proszek do zębów może służyć:

Rp. Pulv. cort. chinae
Pulv. catechu aa 15,0
Acid. tannici pulv. 1,0
Essent. menthae gtts V
D. S. Pulvis dentifricius.

Do smarowania dziąseł używamy:

Rp. Tincturae rathaniae
Tincturae gallarum
Tincturae myrrhae aa part. aequal.
Rp. Jodi puri 0,3
Kali jodat. 3,0
Glycerini 30,0.

Owrodzenia w jamie ustnej smarujemy 5% — 10% lapisem lub 10% kwasem chromowym i płóczemy jamę ustną 1—3% wodą utlenioną lub roztworem 1 : 1000 — 1 : 5000 kali hypermanganici. W razie zjawienia się wysypek skórnych, podrażnienia nerek, zaburzeń żo-

ładkowo-kiszkowych — przerywamy leczenie rtęcią na jakiś czas i zalecamy środki objawowe.

Najchętniej stosujemy wcierania ze względu na ezofilaksję. Do wcierań zalecamy maść szarą — unguentum cinereum, Cinedermolan-Wenda, maść rezorbinową 33% i 50%, maść wazogenową i mitinową. Dawka maści zależy od najrozmaitszych warunków; ciężkości objawów, stanu zębów, wieku, płci i t. p. Najlepiej nie rozpoczynać wcierań powyżej 2,5 na raz i dopiero stopniowo, zależnie od wskazania, podnosić dawkę do 3,0—4,0 i więcej. U kobiet rozpoczynamy zwykle od 2,0 i nie przekraczamy prawie nigdy 4,0. U małych dzieci można rozpocząć od względnie 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 okolicę powierzchni ciała; należy unikać również miejsc, pokrytych włosami, moszny i zgięć. Najlepiej wcierać w następujący sposób: pierwszego dnia w jedną górną kończynę, drugiego — w drugą; trzeciego dnia — w jeden bok, czwartego dnia — w drugi bok, piątego dnia — w jedną dolną kończynę, szóstego — w drugą. Siódmego dnia po ogólnej kąpieli rozpoczynamy nanowo wcierania w powyżej wymienionym porządku. Najlepiej działają wcierania, gdy je wykonuje chory sam sobie, wykonując dłońią z pewną siłą powolne i okrągłe ruchy; wciera do tej pory, póki ręka nie przestanie ślizgać się po gładkiej powierzchni i nie napotyka 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 poza tem wbijać maść zapomocą uderzeń dłońią lub grzybkim albo łączyć wbijanie z wcieraniem: 10—15 minut wklepywać maść, a następnie wcierać do sucha.

Ilość wcierań zależy od wskazania w każdym poszczególnym przypadku. Zwykle, po zniknięciu objawów,znaczamy jeszcze $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{4}$ ilości poprzedniej, a w ogólnej liczbie m. w. 24 do 36 wcierań.

Wstrzykiwania rtęci stosujemy obecnie rzadko, zastępując ją bizmutem. Wstrzykiwania robimy w pośladki na przecięciu dwóch linii: jednej poziomej, przebiegającej na dwa poprzeczne palce powyżej krętarza większego (**trochanter major**), a drugiej — pionowej, odgraniczającej trzecią wewnętrzną część pośladków od dwóch pozostałych zewnętrznych.

Wstrzykiwania czynimy na zmianę raz z lewej, drugi raz z prawej strony, za każdym następnym razem w sąsiedztwie wyżej oznaczonego punktu. Wstrzykiwania można czynić również w **fossa retro trochantERICA**. Po wbiciu igły w pośladek, przed opróżnieniem nierozpuszczalnych

preparatów, należy odjąć strzykawkę i przekonać się, czy z igły nie wycieka krew, ażeby nie spowodować zatorów.

Z rozpuszczalnych preparatów rtęci najczęściej stosowano sublimat.

Rp. Hydrargyri bichlorati
Natrii chlorati aa 2,0—3,0
Aq. destil. 100,0
S. Zastrzykiwać 1,0 co 2—3 dni.

Rp. Hydrargyri bijodati
Kali jodati aa 1,0
Natrii phosphor. tribasic. 2,0
Aq. destil. 50,0
S. Zastrzykiwać co 2 dni po 1,0.

Rp. Hydrarg. bibromati 2,0
Natrii chlor. 0,3
Aq. destil. 100,0
S. Zastrzykiwać 1,0 co drugi dzień.

Enesol (rtęć salicylo-arszenikowa) ^{zstrzykujemy} po 1—2 ccm. codziennie, co drugi dzień. Nierozpuszczalne preparaty najczęściej stosujemy w postaci:

Rp. Hydrarg. salicylici 1,0
Olei sesami steril. 10,0
MDS. Co 5 dni 1,0.

Rp. Hydrarg. oxydati flavi 2,0
Gummi arabici 0,25
Aq. destil. 50,0
S. Co piąty—siódmy dzień 1,0.

Rp. Calomel xia humida parat. 1,0
Olei vaselini 10,0
S. Wstrzykiwać co 5—8 dni 1,0.

Rp. Hydrarg. depurati 20,0
Tincturae benzoës 5,0
Olei vaselini 40,0
S. Wstrzykiwać naraz $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{3}$ strzykawki Pravatza.

Wewnętrznie rtęć podajemy w wyjątkowych tylko razach ze względu na możliwość podrażnienia narządu pokarmowego i słabe działanie. Można stosować.

Rp. Hydrarg. salicyl. 1,5—3,0
Extract. opii aquosi 0,3—0,6
Extr. et rad. liquor. q. s. f. pil.
Nr. 60
S. 2—3 razy dziennie po jednej pigułce podczas jedzenia.

Rp. Calomel. 0,5
Opium puri aq. 0,1
Sacchari. albi 5,0
M. f. pulv. Divid. in par. aeq.
Nr. XII
D. ad caps. amyl.
S. 3 proszki dziennie.

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.

Rp. Hydrarg. oxydul. tannici 4,0
Extr. opii aq. 0,4
Pulv. et extr. liq. q. s. f. pil. Nr. C.
S. 3—5 pigulek dziennie.

Przepisujemy również rtęć w kąpielach, ale tylko u osesków, w postaci 1,0 sublimatu na 10—15 litrów wody.

Leczenie rtęcią trwa zazwyczaj od 4 do 6 tygodni.

Bizmut zamiast rtęci w leczeniu kily wprowadzono niedawno.

Preparaty bizmutowe działają silniej, niż rtęć, i wywołują słabsze od niej objawy uboczne. Mogą jednak spowodować podrażnienie nerek

z białkomoczem, wysypki skórne, objawy nerwowe (ból głowy, bezsenność, podniecenie), rzadziej zapalenie dziąseł z ciemnym obrzękiem, biegunki ostre, zapalenie jelita grubego. Zastrzykując preparaty bizmutowe, ciągle badamy stan nerek, skóry, dziąseł, narządów trawienia. Bizmut zalecamy tylko domięśniowo i prawie wyłącznie preparaty nierozpuszczalne, ze względu na energiczniejsze ich działanie. Z pomiędzy nierozpuszczalnych — najczęściej stosujemy jodo-bismuth-chininum 10% w ampulkach (Nasierowski, Spiess, Karpiński, Wenda). Zastrzykujemy je co 3 dni po 3 ccm., razem 12—18 wstrzykiwań, z przerwą tygodniową po każdym 6-ciu wstrzykiwaniach. Bardzo dobrym jest bismolip Klawego (bizmut metaliczny w połączeniu z lipidami), bismuthyl—Klawe (bizmut z kwasem oksy-benzoowym w oliwie) — zawiera 50% bizmutu, zastrzykują go co 3 dni po 0,5 do 1 ccm., razem 12—15 ccm. oraz erbismut (bismutum colloïd.) Erbe. Można również stosować bismuthum chaulmoograe—zawiera 12% bizmutu, zastrzykujemy go co 3—4 dni, a po 6 zastrzykach — przerwa. Zalecają również cardyl (kamforkarbonat bizmutu w oliwie) i neo-cardyl—Spiess (thiobutyloaurat bizmutu). Z pośród rozpuszczalnych wymienimy quinby soluble — Nasierowski, bismolip. soluble — Klawe, luatol i bismutoidol — Spiess, które zastrzykujemy co 2—3 dni m.w. 20 razy.

Salwarsan (dioxydiamido - arsenobenzol) i **neosalwarsan** — połączenie dioxydiamido - arsenobenzolu z formaldehydo - sulfoksylationem sodu — zostały wprowadzone do terapii przez E h r l i c h a.

Salwarsan można stosować tylko śródżylnie w dużej ilości płynu, m. w. 200,0 fizjologicznego roztworu soli kuchennej, zneutralizowawszy poprzednio kwaśny odczyn zapomocą dodania kroplami 10% wyjałowionego ługu sodowego aż do całkowitego ustąpienia zmętnienia. Dawki salwarsanu do wstrzykiwań wynosiły u kobiet 0,2—0,3—0,4, a u mężczyzn 0,3—0,4—0,5, zależnie od budowy chorego, jego stanu ogólnego, a także stanu poszczególnych narządów. Dawki powtarzano po 5—7 dniach, ażeby uniknąć kumulacyjnego działania arseniku.

Obecnie stosujemy wyłącznie **neosalwarsan (novarsenobenzol—Spiess)** ze względu na jego zalety. Odznacza się on łatwą rozpuszczalnością w wodzie, przyczem roztwory posiadają odczyn obojętny, a więc nie trzeba ich neutralizować. Wprawdzie pod względem siły działania każde 1,5 neosalwarsanu odpowiada 1,0 salwarsanu, lecz zwykłą dawkę neosalwarsanu 0,3—0,45 rozpuszczamy zaledwie w 10,0—5,0, a nawet w 2,0 wody wyjałowionej, ew. tylko przegotowanej, albo fizjologicznego wyjałowionego roztworu 0,4% soli kuchennej. Ponieważ roztwór neosalwarsanu bardzo szybko utlenia się i niekiedy, szczególnie po silnym i długim wstrząsaniu, już w kilkanaście minut brązowieje — należy spieszyć się z przygotowaniem tego r o z c z y n u i wstrzykiwać płyn powoli kropla po kropli strzykawką Recorda wprost do żyły w przegubie łokciowym kończyny górnej (vena mediana). Działanie za-

strzykiwań śródżylnych nie jest tak przemijające, jak przypuszczano dawniej: powstaje zapas arszeniku, głównie w wątrobie, następnie rozchodzi się on powoli po ustroju, i w moczu znajdujemy go jeszcze po kilku tygodniach, a nawet miesiącach. To też arszenik może podziać ujemnie na miększe komórki narządów, bądź kumulacyjnie, bądź w pojedynczych dawkach toksycznych.

Przeciwwskazania do stosowania neosalwarsanu ograniczają się do ciężkich schorzeń serca, nerek i wątroby.

Objawy uboczne po zastrzyknięciu neosalwarsanu bywają te same, co i po salwarsanie, lecz występują rzadziej i słabiej. Po zastrzyknięciu neosalwarsanu śródżylnie spostrzegamy niekiedy przemijające zaczerwienienia twarzy, a później zblednięcia, ucisk w skroniach, bicie serca, puls 120—140, niekiedy nawet nitkowaty, osłabienie, rzadziej silny ból głowy. Wszystkie te objawy (**crises nitritoides**) przechodzą zazwyczaj po kilku — kilkunastu minutach, niekiedy po paru godzinach, a wyjątkowo mogą się nawet skończyć śmiercią.

Objawy naczynioruchowe leczymy zastrzykowaniami pod skórę adrenaliny, atropiny, kamfory i kofeiny. Adrenalinę zastrzykujemy domięśniowo 1/4 do 1 ccm roztworu 1 : 1000, a dożylnie można zastrzyknąć 1/2 ccm nawet w silniejszym rozcieńczeniu. Można także zastrzykiwać podskórnie atropinę — 0,001 na 10 minut przed zabiegiem. Dobrze działają najrozmaitsze preparaty wapnia, np. 10 ccm. calcium chloratum (Spiess, Klawe, Wenda, Erbe, Laokoon) lub calcium gluconatum (Klawe, Wenda, Erbe), glucalcin — Karpiński. Radzą także stosować aphenyl — 5 ccm. na 10 minut przed wlewaniem salwarsanu. Neosalwarsan można zastrzykiwać rozpuszczony w afenilu. W celu zwiększenia lepkości krwi radzą dodawać do roztworu salwarsanu 25% roztwór cukru (Spiess, Wenda, Klawe, Erbe, Laokoon), gliceryny, sody, podskórnie zastrzykiwać na 10 minut przed wlewaniem salwarsanu 3 ccm. eteru albo na 1/2 godziny 5 ccm. olejku kamforowego. Stosują także salwarsan w stężonym roztworze cukru, np. w 5—10% roztworze cukru z dodatkiem adrenaliny.

W kilka godzin po wlewaniach spostrzegamy niekiedy objawy niestrawności, jak nudności, które czasami dochodzą do wymiotów i biegunki. Zwalczamy je zapomocą żucia cukierków, palenia papierosów, zatkania nosa i t. p. Nieco później może wystąpić krótkotrwałe podniesienie temperatury do 39—40°, dreszcze, opryszczki, jeszcze później zdarzają się bóle gośćcowe w mięśniach i stawach, półpasiec, **melanoderma**, **hyperkeratosis**, **urticaria**, **erythema**, **dermatitis eczematoides**, **exfoliativa**, **erythrodermia** i krwawienie do skóry i śluzówek. W takich przypadkach należy przerwać wszelką kurację swoistą i zastrzykiwać dożylnie natrium hyposulfurosum lub thiosulfur sodu w 10% roztworze wody podwójnie przekroplonej, pierwszego dnia 0,3, a każdego następnego dnia, ciągle podwyższając, do 0,45—0,5—0,7 aż do 1,0. W kilka godzin, a częściej dni, po zastrzyknięciu spostrzegano niekiedy **encephali-**

tis haemorrhagica (bóle głowy, niekiedy z gorączką, omdlenie, później drgawki). Leczymy te przypadki upustem krwi, wlewaniem soli kuchennej, nakłuciem lędźwiowym, adrenaliną. Może również nastąpić zajęcie nerek (zapalenie przewlekłe, ostre, a nawet krwotoczne), żołądka i kiszek (owrzodzenia, wylewy krwawe). Widywano w płucach objawy zastoinowo - zapalne, powiększenie wątroby i śledziony, przekrwienie, tłuszczowe zwyrodnienie. Wczesna lub późna żółtaczka może znamionować ostry żółty zanik wątroby; znajdujemy wtedy w moczu w znacznej ilości urobilinogen. Niekiedy powstają neuroreakcje albo wczesne przejściowe (głównie nerwu usznego i ocznego), albo późne, bo w kilka tygodni po zastrzyknięciu. Na szczególną uwagę zasługuje odczyn Ł. u k a s i e w i c z - H e r x h e i m e r a, objawiający się przekrwieniem ognisk kiłowych; zwykle, w kilka — kilkanaście i więcej godzin po 1-em wstrzyknięciu zjawia się gorączka, dreszcze, wyraźniejsze występowanie wykwitów skórnych. Objaw ten szybko przemija. Należy unikać zbyt siłnego przekrwienia zajętych ważnych ośrodków, jak np. górnego odcinka rdzenia pacierzowego, nerwów: przeponowego, błędnego lub ich jąder (objawy bulbarne); jednocześnie w czasie kuracji arseno-benzolowej ciągle badać zarówno mocz, szczególnie na urobilinogen, leucynę i tyrozynę, jak i stan narządów wewnętrznych: serce, płuca, kiszkę, wątroba, oczy, ucho, nerwy.

Obecnie stosujemy dożylnie preparat krajowy — novarsenobenzol Spiessa w dawkach u kobiet 0,2—0,3, u mężczyzn 0,3—0,45 co tydzień, aż do łącznej dawki 1,5—3,0 na kurację.

Kurację arseno - benzolową staramy się poprzedzić 1-m lub 2-ma wstrzykiwaniami bizmutu, który podajemy chorym również w czasie leczenia neosalwarsanowego m. w. co 3—4 dni.

Rzadsze zastosowanie ma neosalwarsan srebra i salvarsan-natrium.

U dorosłych rzadko stosujemy doustnie arseno-benzol w postaci stowarsolu—Spiess i treparsolu, zato chętnie podajemy je dzieciom: noworodkom w tabletkach w dawce 0,01—0,03 dziennie; oseskom do 6 miesięcy 0,05—0,1; do jednego roku 0,15—0,25 dziennie, a osobnikom starszym (kiła żołądka, kiszek i wątroby) 1—2 tabletki dziennie po 0,25. Pochodny stowarsolu — acetylsarsan — Spiess — służy do wstrzykiwań dożylnych.

Domięśniowo można stosować eparseno Spiessa co kilka dni.

Na wszystkie objawy bezpośrednio kiłowe neosalwarsan działa tak szybko i pewnie, jak żaden z dotychczasowych środków. Najefektowniejsze leczenie otrzymujemy w ciężkich przypadkach trzeciorzędnych i kile złośliwej, gdzie leczenie rtęcią i jodem działało powolnie i niepewnie. Zazwyczaj szybko również bywają usuwane objawy pierwszo- i drugorzędne i kiła narządów wewnętrznych.

Jod posiada tak samo własności przeciwkiłowe, lecz słabsze, niż poprzednie środki. Najskuteczniej działa on na trzeciorzędne objawy ki-

ły: obszerne owrzodzenia, olbrzymie guzy, objawy zajęcia naczyń mózgowych w postaci silnych bólów głowy, bóle okostnej — zazwyczaj dość szybko zmniejszają się i giną. Również ustępują wszelkie wczesne rozpadowe sprawy w kile złośliwej (*syphilis maligna*), albo przedwczesnej (*praecox*), jak również bóle okostnej i głowy w drugorzędym okresie. Jod posiada jednak ujemne własności uboczne, do których zaliczamy nieprzyjemny metaliczny smak, zapalenie błon śluzowych i wysypki skórne. Często zajęta bywa błona śluzowa nosa, powodując objawy nieżytu w większym lub mniejszym stopniu; przyczem z nosa wydziela się płyn rzadki, zawierający mało ropy i śluzu. Niekiedy mogą nawet zjawiać się objawy zajęcia krtani, kiszek, cewki itp. Na skórze jod wywołuje najczęściej 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, obrzęk tkanki wokół stawów i ścięgien i podrażnienia nerwowe, jak zawrót głowy, senność, niepewność ruchów, mrowienie i t. d.

Poboczne objawy można wytłumaczyć najczęściej szczególniejszą wrażliwością ustroju na jod; niekiedy wystarcza bardzo mała dawka jodku potasu, żeby wywołać bardzo silne zajęcie błon śluzowych. Chorzy przyzwyczajają się szcześnie do jodu i znoszą dobrze nawet bardzo wysokie dawki.

Preparaty jodu najczęściej podajemy do wewnątrz, gdyż żołądek zazwyczaj znosi ten środek dobrze; niekiedy jednak wobec zbytnej wrażliwości żołądka lub niemożliwości podawania jodu per os, stosujemy wstrzykiwania śródmięśniowe lub lawatywy.

Ze wszystkich preparatów jodu najenergiczniej działa jodek potasu. Średnia jego 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 — 2 razy dziennie.

Rp. Kali jodati lub
Natrii jodati 20,0
Natrii bicarb. 3,0
Codeini phosphor. 0,2—0,3
Aq. destil. 300,0
S. Przyjmować 2—3 łyżki dziennie w mleku lub w wodzie sodowej podczas lub po jedzeniu.

Zamiast jodku potasu lub jodku sodu możemy stosować rubidium jodat, ammonium jodat i lithium jodat.

Rp. Lithii jodat. 6,0
Sirup. cort. aurant. 200,0
S. 2—3 łyżki stołowe dziennie.

Ferrum jodat przepisujemy często osobom z podupadłym odżywieniem.

Rp. Ferri jodat. 10,0
 Pulv. et extract. liquirit
 q. s. u. f. pil. Nr. 100
 S. 10 pigulek dziennie.

Rp. Sirup. ferri jodat.
 Sirup. simpl. aa 25,0
 S. 2 łyżki deserowe dziennie.

Bardzo dobre działanie posiadają związki jodu z białkiem, jak peptonat jodu (jodon) 3—5 razy dziennie po 15—20 kropel, jodergon Klawego 3—4 pastylki dziennie, jodopepton (Erbe), jodlysin (Laokoon), jodogen (Gąsecki), jodpeptin (Więckowski), jodpepton (Wenda), motojodin (Motor), lipiodol (Nasierowski), lipojodin (Ciba), jodorol i jodotropin (Karpiński), jodimin (Spiess) w tabletkach, albumin. jodat. in caps. gelat. (Spiess). Jodonat — Bukowski — zawiera również fosfor.

Nieco słabsze działanie posiada jodipina — związek jodu z olejkim łągowym — domięśniowo. W tym celu używają codziennie lub co kilka dni płynu nieco nagrzanego, przeważnie 25%, a znacznie rzadziej 10% po 5—10 ccm.

Kiła, jako choroba, wyniszczająca cały ustroj, wymaga środków pokrzepiających, a następnie pobudzających ogólną przemianę materji w ustroju. Do takich zaliczamy decoctum Zittmanni fortius 250,0—360,0, raro nagrzanego, i tyleż det. Zittmanni mitius wieczorem na zimno.

Jako środki wzmacniające, stosujemy najczęściej arsenik, fosfor, żelazo, chininę. Można wstrzykiwać codziennie pod skórę 10% rozczyń natrium kakodylicum po 0,05—0,1 Laokoon, Spiess, inj. nervocithine—Nasierowski, neurotonin — Klawe, quadro — Klawe, glyphosar — Spiess, cajas — Spiess, synergetol Karpińskiego, natr. monomethylarsenic. — Laokoon; wewnątrz podawać po 4—5 kropel 3 razy dziennie liquor Fowleri, lub po 5—10 kropel liquor Pearsonii, nervocithine drag. — Nasierowski, quadroton—Klawe, arso-novofer — Age, fersinal — Erbe, albo pigułki azjatyckie po 3—6 dziennie. Żelazo można stosować w postaci pigulek Blandi po 3—6 dziennie, tincturae Bestouscheffi 10x3, ferri pomati 15—20 kropel 3 razy dziennie, lub:

Rp. Liq. Fowleri 15,0
 T-rae ferri pomati
 T-rae chinae comp.
 T-rae amar. aa 20,0
 D. ad. guttametr.
 S. 3 razy dziennie po 20 kropel
 na 15 minut przed jedzeniem.

Fosfor podajemy w postaci: inj. phosphacid — Nasierowski, jecorol — Bukowski, phosphocalcol — Klawe, phytin i zoina — Ciba, efisan i phosphit — Spiess, phosphotonin i fytonal — Karpiński, glicerofosforany — Motor, Laokoon, Erbe, phospho — Age, neo-fosfatyna — Wenda, phosphatine Falliere — Asmidar i t. d. (patrz schorzenia krwi).

Dla pobudzenia obiegu krwi i przemiany materji w ustroju, stosu-

jemy ruch na świeżem powietrzu, gimnastykę, sporty wszelkiego rodzaju, jak turystyka, jazda konna, tenis, łyżwy, narty i t. p. Zalecamy miejscowości klimatyczne, powietrze górskie, odpowiednie żywienie, wczesny i dostateczny sen; zabraniamy używania wyskoku i tytoniu, nadużyć płciowych, wyczerpujących rozrywek, jak gra w karty i t. p.

Często bardzo dodatni wpływ na ustrój wyniszczony i skłonny do ciężkich objawów, posiada hydroterapia, balneoterapia i d'Arsonwalizacja.

Nacierania zimną wodą, prysznice, mogą znacznie powiększyć odporność ustroju. Również kąpiele i wody jodowe (Iwonicz, Luchaczowice), solanki (Ciechocinek, Inowrocław, Druskieniki), kąpiele siarczane (Solec, Busko), działają często bardzo dodatnio na źle odżywionych osobników.

Jako środki bodźcowe, szczególnie w kile układu nerwowego, stosujemy domięśniowo sulfosinę po 1—10 ccm, w serjach po 10 wstrzykiwań w ciągu miesiąca, starą tuberkulinę, dnelcos, a nawet zakażamy ustrój zimnicą.

Leczenie kily rozpoczynamy jak najwcześniej, zaraz po ustaleniu rozpoznania, ażeby nie dopuścić do rozwoju objawów drugorzędnych i trzeciorzędnych. Skutkiem tego cały przebieg kily przybiera charakter jak gdyby szczątkowy, poronny. Czekać na drugorzędne objawy można tylko wtedy, gdy nie jesteśmy pewni rozpoznania, gdy badania mikroskopowe i badania surowicy krwi na odczyn Bordet--Wassermana zawodzą. Leczenie powinno być przestankowe w ciągu kilku lat. Długość i intensywność każdego kursu leczenia, jak również przerwy między nimi, muszą być indywidualizowane, w zależności od przebiegu kily i właściwości danego ustroju. W każdym razie stosujemy rtęć, bizmut i neosalwarsan nie tylko wtedy, gdy zjawiają się objawy, lecz również, żeby zapobiegać ich wystąpieniu.

W pierwszym roku przeważnie wypada 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 piątym roku po dwa leczenia. Jeśli objawy kily nie zjawiały się od trzeciego roku jej 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 kily, leczenie rtęcią lub bizmutem i neosalwarsanem przepisujemy jeszcze kilkakrotnie po ostatnich objawach. Dodatni odczyn B.-W. uważamy jako objaw kily.

Jod powinien być stosowany obficie w późniejszym okresie kily. To też podajemy go, poczynając od drugiego roku, kilka razy na rok, pomiędzy leczeniami bizmutem i neosalwarsanem, w ciągu lat kilku, — a i wtenczas nawet, gdy środki te przestajemy stosować.

Wobec silnie działających na cały ustrój powyższych środków przeciwkilowych, leczenie miejscowe objawów kily może być wyłącznie

zachowawcze, t. j. ogranicza się do zwykłych, obojętnych przysypek, maści i plastrów.

W **kile wrodzonej** należy leczyć nietylko dziecko, lecz i matkę. Kilowego oseska może karmić tylko matka lub mamka kilowa, lub należy odżywiać je sztucznie; karmienie takiego oseska przez zdrową mamkę jest zabronione przez prawo.

Leczenie kilowych noworodków należy prowadzić w ciągu pierwszych 4-ch — 5-ciu lat. Leczymy je m. w. w taki sam sposób, jak osoby dorosłe, stosując dawki, odpowiednie do wagi osobnika, a więc: neosalwarsan w dawce 0,008 — 0,015 na kg. wagi; bizmut w dawce 0,002 bizmutu metalicznego na każdy kg. wagi, stowarsol doustnie i eparseno domięśniowo w dawkach, jak wyżej.

Osesków można kąpać codziennie w sublimacie po 5—10 minut. uważając, żeby dziecko nie napiło się wody kąpielowej.

Rp. Hydrarg. bichlor. corr.
Natrii chlorati aa. 10,0
Aq. destil. 150,0
S. łyżkę (srebrną lub drewnianą)
na kąpiel w małej wannie.

Można również stosować wcierki rtęciowe w dawce 1,0 na każde 10 kg. wagi.

Zapobiegac kile wrodzonej należy przez wzbronienie małżeństwa osobom, które mogłyby jeszcze rodzić dzieci kilowe. Osobom leczonym dostatecznie zalecamy przed wstąpieniem w związek małżeński jeszcze dodatkową pełną kurację. Staramy się również leczyć energicznie chore kilowe w czasie ciąży, przeprowadzając m. w. 2—3 kuracje i zwracając przytem baczną uwagę na stan nerek.

Leczenie **kily narządów wewnętrznych** wymaga przedewszystkiem stosowania środków przeciwkilowych, a następnie objawowych, przytem leczenie przeciwkilowe powinno niekiedy odbiegać nieco od szablonu.

Leczenie kily serca wymaga przedewszystkiem stosowania środków swoistych i daje najlepsze wyniki we wczesnych postaciach. Gorsze rezultaty otrzymujemy w późnych kilowych schorzeniach serca, szczególnie, gdy są powikłane zajęciem tętnic wieńcowych, zaś najgorsze wyniki daje leczenie schorzenia zastawek. Najchętniej stosujemy jod w umiarkowanych dawkach. W razie lekkiego niewyrównania czynności serca można zalecać małe dawki naparstnicy, strofantu lub teobrominy. Silniej wyrażone niewyrównania czynności serca wymagają leczenia takiego, jak w innych niedomogach tego narządu. Zalecają wtedy zwykle dietę i środki sercowe wespół z gimnastyką serca i kąpielami kwasowęglowymi. W razie zajęcia układu podniety serca należy pamiętać, że częściowy zespół objawów sercowych przechodzi w całkowity po naparstnicy, strofantynie, chininie albo chinidynie. W takich razach, jeśli niema innych objawów niedomogi sercowej, najlepiej jest przerwać po-

dawanie środków nasercowych. Zamiast naparstnicy radzą stosować teobrominę.

Leczenie schorzenia kiłowego aorty powinno być przedewszystkiem przyczynowe i nie różni się wiele od leczenia schorzenia kiłowego serca. Jak i w poprzedniej sprawie, podajemy jodek sodu, a w niedomocze serca albo dżuszniczy bolesnej zalecamy rubidium jodatum 1,0 do 2,0 w roztworze. W razie objawów żołądkowo - kiszkiowych — podskórnie albo dożylnie 10% wodny roztwór jodku sodu 5—10 ccm, codzień lub co drugi dzień. Jako silny środek moczopędny, szczególnie w razie niewyrównanej działalności serca, zalecamy dehydrit — Klawe lub neptal co trzeci dzień domięśniowo albo dożylnie. Można stosować rtęć w postaci wcierań lub bizmut — domięśniowo. Neosalwarsan, jak i w leczeniu schorzenia serca, zaczynamy stosować w środku kuracji, bardzo ostrożnie i w małych dawkach. Wewnątrz można podawać stowarsol w tabletkach po 0,25 — jedna do trzech tabletek dziennie. Leczenie malarją daje nieszczególne wyniki i u starszych osobników może być szkodliwe.

Objawowe zaburzenia wymagają takiego samego leczenia, jak niekiłowe cierpienia serca i naczyń.

W kiłe płuc wskazane są przedewszystkiem leki swoiste, jak rtęć, bizmut, neosalwarsan, jod i odwary. Należy jednak unikać neosalwarsanu w razie skłonności do krwawienia, a jodu — w ostrych sprawach. W przypadkach bardzo posuniętych, wobec objawów osłabienia serca, należy bardzo ostrożnie przeprowadzać leczenie swoiste, a nawet zaniechać go. Bizmut śródmięśniowo i bardzo małe dawki neosalwarsanu dają często dobre wyniki. Leczenie malarją jest przeciwwskazane. W połączeniu świeżej kiły i świeżej gruźlicy najlepiej stosować bizmut, a gdy kiła przybiera postać złośliwą — umiarkowane dawki neosalwarsanu. Leczenie swoiste powinno być przewlekłe, przestankowe, często w ciągu wielu lat powtarzane. Kąpiele jodowe albo siarczane przedstawiają niebezpieczeństwo w gruźlicy płuc. Wysięki i ropniaki wymagają takiego leczenia, jak w sprawach nieswoistych.

W kiłe kiszki należy zastosować przedewszystkiem leczenie swoiste, gdy periculum in mora nie zmusza do natychmiastowego zabiegu chirurgicznego. W razie rozwolnienia można podawać jod albo w ławatywach, albo zapomocą wstrzykiwań śródmięśniowych (jodipina). Można jednocześnie stosować rtęć, ale nie drogą wewnętrzną, jak również bizmut. Neosalwarsan, ze względu na możliwość przepływu krwi do owrzodzeń (odczyn Ł. - H e r x h e i m a) i następczych przedziurawień lub bólów w zwężeniach, należy wlewać bardzo ostrożnie i początkowo w bardzo małych dawkach. Chętnie także stosują stowarsol wewnątrznie, poczynając od 1/4 tabletki rano naczczo. Należy zwrócić uwagę na dietę i odpowiednie żywienie wyniszczonych osobników. W miejscach, dostępnych dla tego zabiegu, należy przystąpić do rozszerzenia zwężeń.

Leczenie kiły wątroby wymaga specjalnej uwagi, gdyż nieodpo-

wiednia kuracja może wywołać żółtaczkę, może spowodować ostrą żółtą marskość wątroby. Bizmut, rtęć i arsenik należą do rzędu metali ciężkich, których nadmierne użycie wywołuje zmętnienie komórek mięszo- wych, szczególnie tak wrażliwych, jak wątroby, i ich tłuszczowe zwyrodnienie. Należy również pamiętać, że bizmut, a szczególnie neosalwarsan, działa bardzo szybko na zajęta przez kilę wątrobę, wywołując niekiedy silne przekrwienia (odczyn Ł u k a s i e w i c z a - H e r x h e i m e r a). Wobec tego należy wystrzegać się tych środków, lub stosować je począt- kowo bardzo ostrożnie, gdy pragniemy uniknąć zbyt silnego odczynu w schorzałej tkance.

Z pomiędzy rtęciowych preparatów, oprócz wcierań po 1,5—2,0 ungt. hg. resorb., stosujemy chętnie neptal — Spiess lub dehydrit — Klawe dożylnie. Zazwyczaj podajemy wtedy jednocześnie jod w postaci sol. natrii jodati po 1,0—2,0 wewnątrz dziennie, albo jodpeptinę, lipojodynę, jodlecitynę, w razie podrażnienia żołądka i kiszek — wstrzykiwania domięśniowe 10% jodipini albo natrii jodati w ilości 5—10 ccm. co drugi — trzeci dzień.

Z pomiędzy preparatów bizmutu najlepiej stosować jodobizmut - chininę lub neocardyl domięśniowo. Neosalwarsan powinien być stosowa- ny z wielką ostrożnością w kilakach wątroby, od 0,15—0,3 co tydzień, w ogólnej ilości 1,5—2,0 a w innych postaciach, szczególnie przy żół- taczce, należy zaniechać tego preparatu, jak również leczenia malarją. Jednocześnie zalecamy choremu odpowiednią dietę (wystrzegać się ostrych, obfitujących w tłuszczu i ciężkostrawnych potraw), dbać o umiar- kowane stolce, unikając ostrych rozwalniających środków. Można zale- cić środki żółciopędne: natrium salicylicum, natrium choleinic. i t. p., wody mineralne, jak Morszyn, Truskawiec, Karlsbad, Tarasp, Marien- bad, Kissingen i t. p., i odpowiednie do okoliczności środki objawowe.

W **kile nerek** podajemy najchętniej jod w postaci jodku sodu 0,5 do 1,0 wewnątrz, albo 5 ccm. 10% wodnego roztworu domięśniowo co drugi dzień. Można również podawać jod w postaci jodergonu, jodpep- tyny, jodorolu — 1 lub 2 tabletki dziennie.

Rtęć, bizmut i salwarsan należy stosować bardzo ostrożnie i to dopiero wtedy, gdy ustępują obrzęki. Zwiększenie ilości białka w mo- czu, lub zmniejszenie dobowej ilości moczu są wskazaniem do przerwa- nia rozpoczętego leczenia powyższymi środkami.

Rtęć zalecamy w postaci wcierań, albo zastrzykiwań rozpuszczal- nych preparatów śródmięśniowo. Bizmut zastrzykujemy domięśniowo tyl- ko w małych ilościach. Neosalwarsan — tylko w razie braku obrzęków, w dawkach po 0,15 i to w dużych odstępach czasu.

Dobrze działa odwar Zittmana. Środki moczopędne dajemy w po- staci liq. kali acetici, a jako cardíaca zalecamy: digitalis, kofeinę, adonis, inf. nerei oleandri 1,0 : 150,0; unikamy zaś strofantu, konwalji, theo- brominy, diuretyny i środków czyszczących. Ze względu na osłabienie

ustroju wystrzegamy się środków i procedur napotnych, podajemy żelazo w połączeniu z arsenikiem albo jodem: syr. ferri jodati lub:

Rp. Ferratin. 10,0
Ext. nucis vomic. 0,2
Ext. liq. q. s. f. pil. N. 100
S. 4 pigułki dziennie.

W **kile stawów** leczenie powinno być miejscowe i ogólne. Na schorzałe stawy stosujemy maść rtęciową, plaster rtęciowy, które szybko zmniejszają ból. Jod podajemy albo wewnątrz — 1,0 — 2,0 — 3,0 natrii jodati w roztworze wodnym, lub dożylnie 10% roztwór po 5,0—10,0 dziennie. Dobrze działają wcierania maści rtęciowej, domięśniowo — wstrzykiwania bizmutu, a dożylnie — neosalwarsan podług ogólnych przepisów, a w bardzo uporczywych i ciężkich przypadkach można próbować leczenia malarją. Prócz tego wskazane jest przekrwienie zastoinowe: zakładamy bandaż powyżej chorego stawu, początkowo na godzinę, później coraz dłużej, aż do 6-ciu godzin, zarazem poruszamy biernie chorą kończyną. Masaże, szczególnie lekkie gładzenia, mogą być stosowane, gdy niema ostrych objawów. Niekiedy dobrze działają rozgrzewające okłady z płynu Burowa lub ichtyolu 1—2%. Rozgrzewanie stawów uskuteczniamy także zapomocą elektrycznych kompresów, gorącego powietrza i t. d. Niekiedy dobre wyniki daje: diatermja, rad w postaci wzięwań, napoju lub kąpeli, kąpiele siarczane, borowinowe, błotne, jodowe, słoneczne, zarazem dieta umiarkowana, najlepiej bezsolna. Sprawa powyższa nadzwyczaj rzadko wymaga zabiegu chirurgicznego.

WRZÓD WENERYCZNY.

SZANKIER MIĘKKI

(Ulcus venereum, molle).

Zarazek swoisty.

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

Aż do XVI-go wieku znajdujemy u różnych autorów opisy miejscowego zaraźliwego cierpienia narządów płciowych. Gdy w XVI-m stuleciu kila rozwinęła się nagminnie, stawiano w związku z tą chorobą wszystkie cierpienia zaraźliwe narządów płciowych. Dopiero H u n t e r w 1786 roku zaznaczył różnicę pomiędzy wrzodem wenerycznym i wrzodem pierwotnym kily, a R i c o r d w 1831 roku, i następnie R o l l e t ugruntowali teorię o dwoistości jądów. R o l l e t stwierdził, że wrzód pierwotny nie może być zaszczipiony osobnikowi, już dotkniętemu kilą, zaś szankier miękki może zjawiać się w życiu wielokrotnie. R o l l e t objaśniał te przypadki, w których objawy ogólnego kilowego zarażenia występowały po zagojeniu szankra miękkiego — zarażeniem mieszanem. Znalezienie swoistych bakterij wrzodu wenerycznego rozstrzygnęło ostatecznie sprawę. D u c r e y w 1889 roku zakomunikował, że udało mu się zapomocą szczepień na chorych wyhodować krótkie laseczniki, swoisty zarazek miękkiego szankra. W 1892 roku K r e f t i n g znalazł te krótkie pałeczki nietylko w ropie wrzodów wenerycznych, ale i w ropie dymienic i w skrawkach z wyciętych wrzodów i gruczolów; znajdował je w komórkach i pomiędzy komórkami, często w wielkiej ilości. W tymże czasie U n n a znalazł w skrawkach z wrzodu miękkiego laseczniki, ułożone w łańcuszki (s t r e p t o b a c i l l i).

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

W warstwach głębszych laseczniki układają się w łańcuszki, niekiedy równoległe do siebie. W warstwach płycej leżących spotykamy zazwyczaj pojedyncze laseczniki, gromadki ich, niekiedy zaś krótkie łańcuszki. Wielopostaciowość laseczników *Ducrey'a* objaśniamy tem, iż spotykamy je w najrozmaitszych okresach rozwoju i podziału.

Laseczniki *Ducrey'a* barwią się wszystkimi barwnikami anilinowymi, odbarwiają się metodą *Gram'a*, a więc zupełnie tak samo, jak i gonokoki (patrz barwienie gonokoków).

Hodowle laseczników wrzodu miękkiego otrzymujemy na pożywce z agaru i świeżej tętnicznej krwi królika w stosunku 2 : 1, na pożywce ze zwykłej krwi, na agarze z plynem puchlinowym, na agarze z krwią ludzką i t. d. Kolonje laseczników *Ducrey'a* rozwijają się w przeciągu 24—48 godzin: spoczątku lekko wzniesione nad powierzchnią, później spłaszczają się i stają się nieprzezroczyste, szare, opalizujące. Wielkość kolonji wynosi od $\frac{1}{2}$ —2 mm. średnicy; są one okrągłe, słabo przytwierdzone do podłoża. W surowicy krwi króliczej i ludzkiej rozrastające się hodowle sprowadzają lekkie zmętnienie i wytwarzają kłaczkę, opadającą na dno. W wiszącej kropli laseczniki nie posiadają ruchów dowolnych. Laseczniki wrzodu wenerycznego mają otoczkę, która posiada słabe powinowactwo barwikowe, a nawet może barwić się metachromatycznie; przytem osłonka ta skleja oddzielne osobniki, tworząc łańcuszki.

Charakterystyka wrzodu.

Zakażenie nie następuje nigdy w skórze nieuszkodzonej, a jedynie w miejscach, które uległy choćby nawet niewidocznym zadrapaniom lub pęknięciom. Wrzód weneryczny, raz powstały, bynajmniej nie zabezpiecza przed nowem zakażeniem. Często zjawiają się nawet obok jednego wrzodu inne, przez samozakażenie.

Zwykle po dwudniowym lub trzydniowym okresie wylęgania zjawia się w miejscu zakażenia nieznaczne wzniesienie, lekko zaczerwienione i miękkie, które w środku szybko przeradza się w krostę (pierwszy okres — **pustulatio**). Następnego dnia naokoło krosty rozszerza się mniej lub więcej czerwona zapalna obwódka, a powierzchnia krosty zasycha w strupek. Nie pozostaje on długo na powierzchni; po jego odpadnięciu widać głęboko sięgający wrzód, o brzegach wysokich, podminowanych, podczas dotknięcia bolesnych (drugi okres — **ulceratio**). Wrzód weneryczny w ciągu najbliższych dni rozszerza się wszcz i wglęb i w samodzielnym przebiegu nie posiada w ciągu wielu tygodni żadnych skłonności do zagojenia.

Dno wrzodu wenerycznego bywa zazwyczaj przykryte nalotem białym lub biało-żółtawym, który można dość łatwo usunąć, poczem widać dno, zwykle nierówne, bardzo często usiane dołeczkami; brzegi są zawsze nierówne, wystające i zazwyczaj nawet podminowane. Brzegi

nie są gładkie nawet wtedy, gdy wrzód posiada w przybliżeniu okrągłą postać, lecz zazwyczaj ponacinane, jakby wyjedzone. W samoistnym przebiegu, a często nawet pomimo leczenia, wrzód rozszerza się w ciągu 2—4 tygodni, a czasem i dłużej. Następnie na dnie wrzodu, po usunięciu zmartwiałych mas, zaczyna zjawiać się pagórkowata, brodawkowata ziarnina (trzeci okres — **elevatio**). Dno oczyszcza się, brzegi spłaszczają się, owrzodzenie wypełnia się czystą ziarniną i wrzód po 4—6 tygodniach trwania pokrywa się naskórkiem (czwarty okres — **restitutio**). Skutkiem zniszczenia warstwy brodawkowej pozostaje wyraźna blizna.

Przebieg niezawsze bywa tak typowy; spotykamy najrozmaitsze wyjątki. Okres wylegania może przedłużyć się do dwóch, nawet trzech tygodni. Czasem wrzód bywa mały, niedostrzegalny prawie, z drugiej zaś strony wrzód może przyjąć charakter rozpadowy, szerząc się daleko w głąb, albo na powierzchni. Zdarza się, że wrzód z jednej strony goi się, a z drugiej szerzy się na obwodzie, pelzając; jest to t. zw. **wrzód weneryczny pelzający (ulc. ven. serpiginosum)**. Niekiedy zaś wrzody bywają wątle; nie powiększają się, lecz i nie poddają się żadnemu leczeniu. Odwrotnie zaś zdarza się, iż ziarnina rozrasta się bardzo obficie, lecz jest nietrwała; przykrywa ona brzegi owrzodzenia i wystaje nad powierzchnią skóry w postaci grzybka: jest to t. zw. **wrzód weneryczny wyniosły (u. v. elevatum, luxuriens, fungosum, framboesoides albo chancre vegetant)**; wrzody zaś, odznaczające się silną bolesnością albo silnymi objawami zapalnymi, podobnymi do róży, noszą nazwę **różowatych**. W miejscach owłosionych, najczęściej w sąsiedztwie narządów płciowych, występują często małe, ale bardzo głębokie, nadzwyczaj uporczywe wrzody weneryczne; powstają one skutkiem zakażenia otworu mieszka włosowego; skutkiem tego często znajdujemy guziczki z małym owrzodzeniem pośrodku, przez które przechodzi włos. Są to t. zw. wrzody weneryczne mieszkowe.

Wrzody weneryczne mogą powstać na całej powierzchni skóry i dostępnych do badania okolicach błony śluzowej. Z łatwo zrozumiałych względów spostrzegamy je najczęściej na narządach płciowych.

Gdy w jednym i tym samym miejscu współcześnie nastąpi zakażenie bakteriami kiły i szankra miękkiego, występuje najpierw typowy szankier miękki. Po trzech, czterech tygodniach przyjmuje on powoli coraz to więcej właściwości pierwotnego wrzodu kiłowego: jest to t. zw. **szankier mieszany (ulcus mixtum)**. U osobnika, zarażonego kiłą, wrzód weneryczny zazwyczaj z biegiem czasu twardnieje i występuje, ze względu na wygląd i kliniczny przebieg, jako twór syfilityczny; jest to t. zw. **szankroid**.

Miękki szankier może niekiedy ulec martwicy. W **szankrach martwicowych (u. v. phagedænicum)** owrzodzenie pokrywa się brązowym, nawet czarnym nalotem, który rozmięka pośrodku, staje się bardziej wodnisty i wydziela płyn surowiczo-krwawy; od brzegów zaś i podstawy sprawa zazwyczaj bardzo szybko postępuje naprzód. Sąsiednie okolice

bywają zwykle mocno obrzęknięte i zaczerwienione. Cierpieniu temu towarzyszy często podniesienie ciepłoty i ogólne osłabienie. Po dłuższym lub krótszym czasie sprawa przestaje posuwać się naprzód; na granicy części zdrowych zjawia się linja odgraniczająca, strup rozplywa się i odpada w dużych strzępach. Powstałe w taki sposób duże zazwyczaj owrzodzenie pokrywa się czystą ziarniną i zabliznia się.

Błonicowate powikłanie szankra zdarza się przeważnie w późniejszym okresie jego rozwoju. Wrzód pokrywa się białawym albo szarawym błonicowatym nalotem, przylegającym bardzo ściśle do mało bolesnej podstawy wrzodu, z którego wydziela się nieco wodnistego płynu. W takim stanie wrzód może pozostawać tygodnie i miesiące, nakoniec błona rozplywa się, a z brzegów i podstawy występuje dobrotliwa ziarnina.

Układ chłonny.

W przebiegu wrzodów wenerycznych, a nawet niekiedy po ich zagojeniu, może rozwinąć się zapalenie naczyń chłonnych i ewentualnie zapalenie gruczołów chłonnych (**dymienica**).

Zapalenie naczynia chłonnego na grzbietowej części prącia zdarza się często przy wrzodach wenerycznych wewnątrz stulejki, jako też na wędzidełku, i wogóle przy licznych i zaniedbanych wrzodach. Naczynie chłonne w stanie zapalnym posiada postać okrągłą, walcowatą i spoistość miękką. Często skóra czerwieni się wzdłuż takiego naczynia. Zazwyczaj zapalenie naczynia chłonnego przechodzi w kilka dni, jeśli zachować spokój i stosować okłady; wyjątkowo tylko na jednym lub kilku miejscach dochodzi do wytworzenia się ropnia, wielkości łaskowego orzecha, czyli powstają t. zw. **bubonuli**.

Zajęcie sąsiednich gruczołów chłonnych zdarza się często we wrzodach wenerycznych i może doprowadzić do zropienia tkanki gruczołu. To powikłanie miękkiego szankra szczególnie często występuje u osób, niedbających o utrzymanie czystości i pracujących ciężko fizycznie. Dymienica rozwija się zwykle podczas trwania wrzodu wenerycznego, rzadziej po jego zagojeniu, wyjątkowo w wiele miesięcy po wyleczeniu wrzodu wenerycznego. Dymienice tworzą się przeważnie przy wrzodach, znajdujących się wewnątrz stulejki, a również przy wrzodach na wędzidełku lub brzegu napletka, przyczem wrzody łatwo ulegają drażnieniu i uszkodzeniu. Nieprawidłowe leczenie, jak np. częste przypalanie, może wpłynąć na powstawanie dymienicy: pod strupem zatrzymuje się ropa i wsysa się do gruczołów. Obrzmienie i zropienie gruczołów może nastąpić z jednej albo z obu stron. Najczęściej zdarzają się one po stronie umiejscowienia wrzodów wenerycznych, rzadziej zaś z przeciwnej. Najnowsze poszukiwania wykazały, że w powstawaniu wszystkich dymienic działają nie tylko toksyny, lecz i laseczniki *Ducrèy'a*. Niekiedy bywa zakażenie mieszane laseczników *Ducrèy'a* z paciorkowcami i gronkowcami.

W samym początku zajęcia gruczołu chłonnego spostrzegamy jego

powiększenie. Gruczoł staje się twardszy i wrażliwszy na ucisk. Gdy obrzmiął gruczoł dochodzi już m. w. do wielkości orzecha laskowego, chory poczyna uczuwać tępe i ciągnące bóle, szczególnie podczas ruchu odpowiednią kończyną. W ciągu następnych dni guz dochodzi do wielkości orzecha włoskiego — małego jabłka i większej, a jednocześnie zwiększa się również uczucie napięcia i bólu. Bóle wyczuwają się jako klujące i pulsujące. Skóra ponad obrzmiewającym gruczołem staje się nieruchoma i przybiera objawy zapalnego obrzmienia i zaczerwienienia. Nabrzmiąle gruczoły są szczególnie bolesne przy dotknięciu, nieprzesuwalne na podłożu, o spoistości ciastowatej. Zwykle w 2—3 tygodnie po powstaniu obrzmienia możemy wyczuć w guzie przez zaczerwienioną i przyrośniętą skórę chelbotanie. Zwykle wtedy, przy powiększającym się cierpieniu skóry, następuje przedziurawienie nazewnątrz. Często podczas obrzmiewania gruczołu, a szczególnie w okresie jego ropnego rozpadu, powstaje podniesienie ciepłoty, która opada szybko po otwarciu ropnia samoistnem lub operacyjnem. Niekiedy brzegi i podstawa samoistnie albo operacyjnie otwartego ropnia gruczołowego rozpadają się i przyjmują wygląd i dalszy przebieg wrzodu wenerycznego. Szczepienie z takiej szankrowatej dymienicy daje typowe wrzody weneryczne. Szankrowate dymienice przebiegają zwykle bardzo powoli, opierają się uporczywie leczeniu i pozostawiają po sobie głęboką bliznę.

Bardzo często sprawa zapalna z gruczołu chłonnego przechodzi na otaczającą go tkankę, tworząc rozlane nacieczenie (**perilymphadenitis**).

Budowa mikroskopowa wrzodu wenerycznego przedstawia się jako nacieczenie zapalne. Komórki nabłonka i nacieczenia ulegają na swobodnej powierzchni martwicy i ziarnistemu rozpadowi. Nacieczenie rozprzestrzenia się w warstwie brodawkowej i drąży dość głęboko w skórę właściwą. W głębi widzimy liczne ropne ciała i różańce prątków łańcuszkowych, resztki tkanki łącznej klejodajnej i elastycznej, a wokoło ciągnie się gruba warstwa komórek plazmatycznych — **plasmoma**. Naczynia w nacieku są rozszerzone, często napełnione ciałkami ropnemi; śródbłónki naczyń nabrzmiąle, niekiedy złuszczone.

Wrzód pierwotny kiły różni się znacznie swą budową od powyżej opisanej budowy wrzodu wenerycznego; posiada on: nacieczenie bardziej ugrupowane naokoło naczyń, mniej obfity rozpad tkanki i mniejsze ropienie, naczynia mniej wyraźne i mniej rozszerzone i znacznie mniej komórek plazmatycznych.

Rozpoznanie.

Wrzód weneryczny rozpoznajemy zwykle łatwo na mocy jego cech, obrzmienia sąsiednich gruczołów chłonnych, a także na mocy badania mikroskopowego wydzieliny z wrzodu. Pewne usługi może wyświadczyć wywiad, przeszczepienie i obejrzenie osoby, która mogła być źródłem zarazy (konfrontacja). Owrzodzenia weneryczne należy odróż-

niać w rozpoznaniu od objawów pierwotnych kily i owrzodzeń trzeciorzędnych, jako też od owrzodzeń, wywołanych bakterjami ropotwórczemi, i od opryszczek. Najczęściej musimy odróżniać wrzody weneryczne od wrzodu pierwotnego kily.

Wrzód pierwotny stanowi zwykle owrzodzenie jednoogniskowe, płytkie, z brzegami niepostrzeżenie przechodzącymi w zdrową tkankę, z dnem równym, zabarwieniem miedziano-czerwonym, spoistości twardej; wydziela płyn surowiczo-krwawy, w którym znajdujemy krętki blade. Sąsiednie gruczoły są obrzmiałe, liczne, twarde i dające się pojedynczo od siebie oddzielić. Obrzmiewaniu gruczołów nie towarzyszy zapalny odczyn skóry, leżącej nad nimi i okrażającej gruczoły tkanki. Należy jednak dodać, że gruczoły w kile mogą także ulegać zapaleniu, zwłaszcza wtedy, gdy wrzód pierwotny jest zanieczyszczony, drażniony i t. p.

Wrzód weneryczny stanowi zwykle owrzodzenie wieloogniskowe, z brzegami ostro oberźniętymi, dnem spadzistem, nierównym, często brodawkowatym, pokrytem żółtym nalotem. Dno wydziela obficie ropę, w której znajdujemy pałeczki *D u c r e y'a*. Spoistość wrzodu miękkiego bywa miękka, a sąsiednie gruczoły pozostają albo niezmienione, albo jeden gruczoł zropiały, albo też zlepek gruczołów, z których niektóre rozmiękają. Zaczerwienienie skóry nad gruczołem, unieruchomienie jej, bolesność gruczołu, chelbotanie w nim w późniejszym okresie rozwoju sprawy, a nawet owrzodzenie, przyjmujące również niekiedy wygląd miękkiego szankra — wszystko to znakomicie ułatwia rozpoznanie różnicowe. Należy jednak zwrócić uwagę, iż w miejscach, obfitujących w naczynia chłonne, — głównie bródka wieńcowa, a także poczęści otwór cewki, brzeg napletka i dużych i małych warg, — wrzody weneryczne posiadają podstawę niekiedy dość twardą; twardość ta jednak może powstać i w każdym innym miejscu pod wpływem zewnętrznego podrażnienia i przyżegania.

W rozpoznawaniu trzeba mieć na uwadze jednocześnie **wrzód mieszany (*ulcus mixtum*)**.

Owrzodzenia, wywołane zwykłymi bakterjami ropotwórczemi i powstałe skutkiem urazu, posiadają zwykle brzegi nierówne, dno płytkie i goją się szybko.

Owrzodzenia opryszczkowe są bardzo powierzchowne, posiadają brzegi, wijące się w małe zatoki, a prócz tego, w sąsiedztwie spotykają się często pojedyncze pęcherzyki lub małe, odpowiadające im nadżarcia.

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

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

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

Leczenie.

Tworzeniu się wrzodów wenerycznych może zapobiec obmywanie zaraz po stosunku narządów rodnych ciepłą wodą z mydłem i roztworem sublimatu.

Małeńkie, ledwie rozpoczynające się wrzody udaje się niekiedy usunąć odrazu zapomocą wycięcia albo energicznego przyżegania zgęszczonym roztworem zinci chlorati, stibii chlorati, acidi nitrici fumantis, acidi trichloracetici, acidi carbolici concentrati, lub żegadłem Paquelina.

W zwykłych przypadkach należy przedewszystkiem owrzodzenie dobrze oczyścić (np. wodą utlenioną) i bezpośrednio potem stosować środki przeciwnilne. W razie powstania stulejki wskazane jest rozcięcie jej. W razie umiejscowienia wrzodów na wgłębieniach obok wędzidelka, jak również na samym wędzidelku, należy przeciąć wędzidelko. W umiarkowanej stulejce można niekiedy uniknąć operacji zapomocą codziennych kilkakrotnych przemywań worka żołądźi słabym roztworem sublimatu, nadmanganianu potasu (gonakryny-Spiess) lub innego środka przeciwnilnego. Miejscowo stosujemy środki przeciwnilne, w pierwszych okresach rozwoju szankra — w proszku lub płynie, a w końcowym — maści. Z pomiędzy proszków najlepiej stosować eurofen, vioform-Ciba, jodoformogen, airoł, xeroform, jodol, cynk sodzo-jodolowy. Na wrzody nieczyste, trudno gojące się, wpuszczamy parę razy dziennie jodoform, rozpuszczony w eterze siarczanym w stosunku 1 : 7.

Z pomiędzy płynów stosujemy $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ % siarczanu cynku: zmazane w nim małe kawałeczki waty zmieniamy co godzinę-dwie. Bardzo dobrze działa smarowanie owrzodzenia co parę dni 33% siarczanem miedzi, ciepło termokautera w odległości $\frac{1}{2}$ cm. przez dłuższy czas, zamrażanie wrzodów zapomocą opryskiwania chlorkiem etylu 2—3 razy dziennie. Maści zaczynamy stosować wtedy, gdy owrzodzenie goi się, t. j. gdy brzegi spłaszczają się, a dno pokrywa się czystą ziarniną. Naj-

Niekiedy trwa on dłużej — tygodnie. Miejscowemu objawowi towarzyszą zazwyczaj objawy ogólne: gorączka rzadko powyżej 39° i dreszcze, brak łaknienia, silne osłabienie i schudnięcie. Jednocześnie obserwowano bóle rzekomo gośćcowe, silne bóle głowy, bezsenność, uczucie rozbicia, poty, a nawet wymioty.

W guzach, usuniętych drogą operacyjną, spotykano liczne ropnie wielkości soczewicy, ziarnka grochu. Pozatem gruczoly były objęte rozlanem zapaleniem, od którego pozostała wolną tylko nieznaczna ilość grudek chłonnych. Swoisty zarazek do tej pory nie jest ostatecznie ustalony. Między innymi podają, iż wołowatą dymienicę wywołują bakterje ropne, głównie łańcuszkowce. Cierpienie powyższe zdarza się przeważnie u osobników z podupadłym odżywieniem, u których w najrozmaitszych cierpieniach powstają zazwyczaj uporczywe powikłania.

Leczenie polega na wyluszczeniu schorzałych gruczolów. Przed zabiegiem chirurgicznym radzą stosować naświetlanie promieniami Roentgena. Spostrzegano dobre rezultaty po miejscowem zastrzykiwaniu nalewki jodowej lub płynu Lugola, po dożylnem zastrzykiwaniu tegoż lub po wewnętrznem podawaniu jodku potasu. Bardzo dobrze działają środki wzmacniające, jak arsenik, żelazo, chinina, fosfor.

WRZÓD ZWYCZAJNY.
(Ulcus Simplex Buschke).

Na narządach płciowych spotykamy niekiedy owrzodzenia, które na pierwszy rzut oka przypominają wrzody weneryczne; różnią się jednak od nich przebiegiem klinicznym i odmiennem pochodzeniem. Sprawa ta rozwija się wskutek obrażeń naskórka podczas spółkowania i nieodpowiedniego obchodzenia się z powstałą ranką, a również na tle cierpień ogólnych, jak cukrzyca, niedokrewność i t. p. W owrzodzeniu, mającym wygląd identyczny z wrzodem wenerycznym, pierwszy Buschke znalazł paciorkowce i otrzymał z nich czystą hodowlę. Należy zawsze stwierdzić, czy w owrzodzeniu nie są one domieszką przypadkową i czy mają znaczenie etiologiczne. W tym ostatnim przypadku znajdujemy w owrzodzeniu paciorkowce albo wyłącznie, albo conajmniej przeważnie, i to w głębszych jego warstwach. Gronkowce jeszcze częściej wikłają wszelkiego rodzaju sprawy zapalne, i jeszcze trudniej stwierdzić ich znaczenie etiologiczne w owrzodzeniach.

Owrzodzenia na narządach płciowych, w których spotykają się wyłącznie lub przeważnie paciorkowce i gronkowce, są niekiedy bardzo zbliżone wyglądem do wrzodu wenerycznego. Owrzodzenia te jednak posiadają zazwyczaj brzegi, nie tak ściśle ograniczone, i dno płytsze.

Leczymy je zapomocą tych samych środków przeciwnieżylnych, jak i wrzody weneryczne.

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

częściej używamy maści vioformowej-Ciba, jodoformogenowej 10%, eufrofenowej, Mikulicza, a nawet bornej na waselinie.

W razie zajęcia naczyń chłonnych lub rozpoczynającej się dymienicy należy zalecić spokój, leżenie w łóżku, okłady z 1% płynu Burowa lub wody ołowianej, domięśniowo — zastrzykiwanie mleka, propidonu, 2% ichtyolu i t. p. W razie silnego bólu można położyć na dymienicę lód w pęcherzu.

Niekiedy w szankrze miękkim i dymienicach daje dobre wyniki leczenie szczepionką Dmelcos-Spiess: dożylnie co 3 dni w dawkach wzrastających od 225 (1 ccm.) do 675 milionów laseczników (3 ccm.), razem 6 wstrzykiwań. Stosują również wstrzykiwania chinoterpiny-Erbe.

Gdy w dymienicach wyczuwamy chelbotanie, a skóra nad niemi jest zaczerwieniona i nabrzmiąta — stosujemy najrozmaitsze metody chirurgiczne po znieczuleniu skóry chlorkiem etylu, Schleichem lub 1—2% eukainą z adrenaliną. Można zalecić:

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

Z operacją nie należy zbyt szybko się, a oczekiwać na zupełne zropienie gruczołów. Niekiedy możemy usunąć dymienicę bez operacji, zapomocą dłuższego spokoju i okładów lub bańki Biera, — samej lub z uprzednim nakłuciem, albo też zapomocą naświetlania promieniami Roentgena. Operujemy przytem chętniej wtedy, gdy zmniejsza się podrażnienie sąsiedniej tkanki.

Najbardziej kosmetyczną i skracającą okres leczenia operacją jest nakłucie, szczególnie w przypadkach, w których powstaje tylko jeden jedyny otorbiony ropień. Zapomocą ostrego bisturi robimy małe ukłucie w chelboczący ropień; uciskając i masując go, wydalamy jak najwięcej ropy i wstrzykujemy w jamę zapomocą strzykawki $\frac{1}{2}$ —2% roztwór lapisu, 5—10% zawiesinę jodoformu w glicerynie lub 1% roztwór będzwianu rtęci w fizjologicznym roztworze soli kuchennej; następnie, zatykając otwór do jamy ropnia, masujemy go, wypuszczamy zawartość, znów wstrzykujemy odpowiedni roztwór i nakładamy opatrunek uciskający. Wymycie ropnia i opatrunek powtarzamy początkowo codziennie, później co drugi dzień, a gdy z ropnia poczyna wydzielać się tylko surowicza jasno-żółta ciecz, ograniczamy się do zwykłego uciskającego opatrunku. W większych ropniach możemy robić nakłucia na dwóch biegunach i przeprowadzać przez ropień dziurkowany dren. Można również zrobić małe nacięcie i nawet bez wyskrobywania zawartości ropnia łyżeczką wytamponować jamę paskami gazy.

Gdy ulega zapaleniu cały zlepek gruczołów w najrozmaitszych okresach jego rozwoju — niezbędne jest wyluszczenie gruczołów.

DYMIEINICA WOLOWATA.

Bubo Strumosus, Lymphogranulomatosis inguinalis.

Dymienica wołowata rozpoczyna się zazwyczaj nagle. Zjawia się w pachwinie mały, nieco bolesny, ruchomy guz w miejscu gruczołów limfatycznych. Guz szybko powiększa się i zaczyna sprawiać nieznaczną dolegliwość, która jednak pozwala choremu spełniać swe codzienne obowiązki. Obok dawnego obrzmienia gruczołów pachwinowych, zaczynają niebawem występować nowe, a skóra, zrastając się z nimi, staje się czerwona, później ciemno-czerwona, a nawet fioletowa. Gruczolony chłonne, powiększając się, dochodzą do wielkości orzechów tureckich, włoskich, jaja kurzego, nawet pięści. W miejscach, zrosniętych ze skórą, spostrzegamy rozmięczenie, nawet chęłbotanie. Sąsiednie pakiety gruczołów podpachwinowych i biodrowych są także zwykle nieco powiększone, twarde, nieco bolesne na dotyk. W zlepkach gruczołów skutkiem przejścia sprawy zapalnej na tkankę okologruczową, przestajemy wyczuwać pojedyncze obrzmienia. Tworzy się dość twardy guz, zwykle podługowaty, miejscami rozmiękły. Do jego rozmiękłych ognisk prowadzą zzewnątrz nieprawidłowe przetoki. Przez nie wydziela się śmietanowata, zielono-żółtawa, ziarnista, ciągnąca się wydzielina. Następnie wydzielina staje się surowicza, surowiczo-krwawa, niekiedy bardzo obfita.

Przebieg wołowatych dymienic jest nadzwyczaj powolny. W ciągu wielu tygodni, a nawet miesięcy, gruczolony ani wysysają się, ani nie rozpadają się całkowicie. Jeśli rozmiękła masa zostanie otwarta samoistnie albo drogą chirurgiczną, to przetoki i rany nie goją się bardzo długo. W wyjątkowych razach następuje samowyleczenie.

Niektórzy autorowie spostrzegali jednocześnie zajęcie gruczołów szyjnych, pachowych i łokciowych, wyjątkowo karkowych i nawet wszystkich.

Dymienica wołowata występuje prawie wyłącznie u mężczyzn.

Przed zjawieniem się wołowatej dymienicy spostrzegano wielokrotnie na wewnętrznej powierzchni napletka albo w rowku wieńcowym **objaw pierwotny**. Jest to niebolesne, krótkotrwałe, okrągławe albo podługowate, ostro ograniczone, powierzchowne owrzodzenie. Posiada ono dno czerwone, wydzielające dość obfitą surowiczą ciecz. Objaw pierwotny spotykano także w postaci małych, wielkości łebka szpilki, niekiedy zapadniętych pośrodku pęcherzyków, występujących pod postacią opryszczek lub nadżarć. Opisywano pozatem objawy pierwotne w postaci zaczerwienienia naokoło otworu cewki i lekkiego stwardnienia ujścia zewnętrznego cewki moczowej z wysiękiem śluzowo-krwawym (**urethritis lymphogranulomatosa**).

Objaw pierwotny goi się przeważnie szybko w ciągu 10—14 dni.

Niekiedy trwa on dłużej — tygodnie. Miejscowemu objawowi towarzyszą zazwyczaj objawy ogólne: gorączka rzadko powyżej 39° i dreszcze, brak łaknienia, silne osłabienie i schudnięcie. Jednocześnie obserwowano bóle rzekomo gośćcowe, silne bóle głowy, bezsenność, uczucie rozbicia, poty, a nawet wymioty.

W guzach, usuniętych drogą operacyjną, spotykano liczne ropnie wielkości soczewicy, ziarnka grochu. Pozatem gruczoły były objęte rozlanem zapaleniem, od którego pozostała wolną tylko nieznaczna ilość grudek chłonnych. Swoisty zarazek do tej pory nie jest ostatecznie ustalony. Między innymi podają, iż wolowatą dymienicę wywołują bakterje ropne, głównie łańcuszkowce. Cierpienie powyższe zdarza się przeważnie u osobników z podupadłym odżywieniem, u których w najrozmaitszych cierpieniach powstają zazwyczaj uporczywe powikłania.

Leczenie polega na wyluszczeniu schorzałych gruczołów. Przed zabiegiem chirurgicznym radzą stosować naświetlanie promieniami Roentgena. Spostrzegano dobre rezultaty po miejscowem zastrzykiwaniu nalewki jodowej lub płynu Lugola, po dożylnem zastrzykiwaniu tegoż lub po wewnętrznem podawaniu jodku potasu. Bardzo dobrze działają środki wzmacniające, jak arsenik, żelazo, chinina, fosfor.

WRZÓD ZWYCZAJNY.
(Ulcus Simplex Buschke).

Na narządach płciowych spotykamy niekiedy owrzodzenia, które na pierwszy rzut oka przypominają wrzody weneryczne; różnią się jednak od nich przebiegiem klinicznym i odmiennym pochodzeniem. Sprawa ta rozwija się wskutek obrażeń naskórka podczas spółkowania i nieodpowiedniego obchodzenia się z powstałą ranką, a również na tle cierpień ogólnych, jak cukrzyca, niedokrewność i t. p. W owrzodzeniu, mającym wygląd identyczny z wrzodem wenerycznym, pierwszy *Buschke* znalazł paciorkowce i otrzymał z nich czystą hodowlę. Należy zawsze stwierdzić, czy w owrzodzeniu nie są one domieszką przypadkową i czy mają znaczenie etiologiczne. W tym ostatnim przypadku znajdujemy w owrzodzeniu paciorkowce albo wyłącznie, albo co najmniej przeważnie, i to w głębszych jego warstwach. Gronkowce jeszcze częściej wnikają wszelkiego rodzaju sprawy zapalne, i jeszcze trudniej stwierdzić ich znaczenie etiologiczne w owrzodzeniach.

Owrzodzenia na narządach płciowych, w których spotykają się wyłącznie lub przeważnie paciorkowce i gronkowce, są niekiedy bardzo zbliżone wyglądem do wrzodu wenerycznego. Owrzodzenia te jednak posiadają zazwyczaj brzegi, nie tak ściśle ograniczone, i dno płytsze.

Leczmy je zapomocą tych samych środków przeciwnilnych, jak i wrzody weneryczne.

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

WRZÓD ZGORZELINOWY. WYŻER.**(Ulcus gangraenosum. Ulcus phagedaenicum).**

Istota wrzodu zgorzelinowego nie jest zupełnie wyjaśniona. Wrzód zgorzelinowy rzadko bywa pierwotny, a przeważnie — wtórny. Najrozmaitszego pochodzenia owrzodzenia na narządach płciowych, jak wrzody weneryczne, twory syfilityczne, nadżarcia żołądzi i t. p., niekiedy nagle zmieniają swój charakter i podlegają szybkiemu rozpadowi tkanki i obszernemu zniszczeniu. Dawniej za przyczynę tworzenia się wrzodów zgorzelinowych przyjmowano usposobienie osobnicze, ostre zatrucie wyskokiem, wyniszczenie, gnilec, zołzy i t. p. Obecnie jednak, przyjmując powyższe czynniki jako usposabiające, przypuszczają, iż wrzody zgorzelinowe mogą być wywołane najrozmaitszemi bakterjami beztlenowemi, jak paciorkowcę, *bacillus necroseos* i t. d. Przypuszczają również, że współzycie *bacillus fusiformis Vincent'a* i spirilli, analogicznej do tej, którą znajdowano w zapałaniu żołądzi, powoduje tworzenie się wrzodu zgorzelinowego.

Wrzody zgorzelinowe w skórze narządów płciowych znajdujemy najczęściej w brózdzie wieńcowej prącia albo w kącie prącio-mosznowym, rzadziej na żołądzi, wewnętrznej powierzchni napletka, na małych wargach, brzegach cewki, na sromie niewieścim lub w pochwie.

Początek wrzodu zgorzelinowego daje niekiedy spostrzegać się w pobliżu już istniejącego. Występują przedewszystkiem małe krostki i guzki, odpowiadające mieszkom włosowym, lub też odrazu zjawia się płaski biały nalot, wielkości główki szpilki lub ziarnka śrutu. Bywa on zawsze okrążony żywo-czerwoną obwódką zapalną i wygląda na zmacerowaną cząsteczkę skóry lub nabrzmiałe ognisko naskórka. Wrzód zgorzelinowy szybko rozszerza się, i sprawa zmienia się również szybko. Zjawia się nalot ciemno-szary, szaro-zielony, nawet czarny, często szeroki i gruby. Nalot rozpada się szlamowato. Podczas rozszerzania się wrzodu, brzeg jego bywa po większej części zlekka spłaszczony, jak fasetka tafli lustrzanej. Z brzegu wydobywa się nie ropa, lecz nieznaczna ilość cieczy ciągnącej się, zawierającej rozpadłą tkankę; a gdy wrzód przestaje rozszerzać się, brzeg jego oddziela się ostro i spadziście, jak gdyby był nożem wycięty, albo miejscami nawet podminowany. Naokoło wrzodu widzimy wąską, blado-czerwoną obwódkę zapalną. Wrzody zgorzelinowe wydzielają zapach zgnilizny, wysoce przenikliwy, i powodują podniesienie ciepłoty do 39° C., szczególnie w okresie rozszerzania się sprawy. Miejscowo chory odczuwa często ból, przeważnie nieznaczny. Po kilku, rzadko po kilkunastu dniach, strup odpada, pozostawiając zazwyczaj wielki ubytek tkanki. Po odpadnięciu strupa rana pokrywa się ziarniną, i następuje zwykle szybkie zagojenie. Wrzodowi zgorzelinowemu rzadko towarzyszy zapalenie naczyń i gruczołów chłonnych.

Pod względem histologicznym wrzód zgorzelinowy przedstawia się jako sprawa zapalna, która bardzo wczesnie doprowadza do zgorzeli skrzeplinowej tkanki. Szybka zgorzel tkanek naczyniowych doprowadza często do obfitego krwawienia, zanim światło ich ulegnie zamknięciu.

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

Rp. Jodoformii 3,0
Aeter sulfur. 25,0
S. Zwilżać wrzód pędzelkiem
z waty 3—4 razy dziennie.

W początkowych okresach dobrze działają ciepłe kompresy z 1—2% wody Burowa, gulardowej i ichtyolowej pod ceratką, ciepłe miejscowe długotrwałe kąpiele. Należy przytem zawsze zalecać częste oczyszczanie wrzodu, spokój, a nawet leżenie w łóżku.

ZAPALENIE ŻOŁĘDZI.

(*Balanitis*).

Oprócz wtórnych zapaleń żołądź, które powstają w chorobie cukrowej i w opryszczkach, w łojotoku żołądź, w rzeżączce, wrzodzie wenerycznym, w kile i t. d., bywają **zapalenia żołądź pierwotne**, które powstają drogą zakażenia podczas stosunku. Ponieważ rzadko zdarza się samo tylko zapalenie żołądź, a przeważnie występuje jednocześnie zapalenie błony śluzowej napletka, będziemy razem rozpatrywali obie te sprawy. Występują one zwykle jako nadżerko-obrączkowe zapalenie żołądź i napletka.

Balanopostitis erosiva circinata, cierpienie weneryczne miejscowe, zjawia się prawie bezpośrednio po stosunku, bez długiego okresu wylegania. Łatwo możemy obserwować cały przebieg choroby, ponieważ daje się ona bardzo łatwo przeszczepiać drogą doświadczalną zapomocą ukłucia żołądź lancetem, zmoczonym w wydzielinie tego cierpienia. W 24 godziny po ukłuciu zjawia się mała, czerwona, nieco wystająca plama. Na drugi dzień bywa już ona okrążona wąziutką małą obwódką. Na trzeci dzień miejsce, gdzie była plamka, jest nieco nadżarte, a okrążająca je obwódka nieco wyraźniejsza. Na piąty lub szósty dzień nadżarcie, powiększając się, osiąga wielkości grochu, małej monety, o brzegach zatokowatych. Powierzchnia nadżarcia—żywo czerwona, błyszcząca, wydziela płyn surowiczy. Nadżarcie bywa okrążone cieniutką, białawą obwódką, nieco wzniesioną, utworzoną z odstających komórek naskórkowych. Wydzielina z nadżarcia bywa często obfita, żółtawa, lub żółtawo-zielonawa, o zapachu przenikliwym, zawiera złuszczone płateczki naskórka. W ciągu następnych kilku dni sprawa rozprzestrzenia się na całą żołądź i napletek, okrążając otwór cewki, do której cierpienie to nigdy nie przenika. W tym czasie występują najsilniej zwykle, towarzyszące zapaleniu żołądź, objawy: umiarkowany obrzęk, ból, pieczenie. Po kilku dniach, szczególnie, jeśli dotknięte miejsce utrzymywać w czystości, objawy zapalenia zmniejszają się i żołądź przybiera swój zwykły wygląd. Nawroty bywają dość częste i przebiegają zwykle z mniejszym nasileniem, niż cierpienie pierwotne. Wyleczenie następuje zwykle po 4—5 tygodniach. Niekiedy cierpienie zjawia się odrazu w kilku miejscach: wtedy ogniska spotykają się i tworzą zatokowate nadżarcia. W wydzielinie z nadżarcia znaleziono krętka zwykłego.

Cierpienie jest bardzo łatwe do rozpoznania ze względu na znamienne objawy.

Leczenie zapalenia żołądź polega na zachowaniu czystości i stosowaniu środków przeciwnilnych. Obmywamy w ciągu dnia kilkakrotnie żołądź i wewnętrzną powierzchnię napletka roztworem lapisu 1 : 250, 1 : 1000, słabym roztworem kwasu bornego lub nadmanganianu potasu,

podrażamy nadżarcie i owrzodzenia dermatolem, vioformem-Ciba, xeroformem, eurofenem, tlenkiem cynku i t. d. W razie stulejki wstrzykujemy pod napletek powyższe rozczynty zapomocą miękkiego cewnika lub też bez niego, przyciskając zlekka otwór napletka naokoło główki strzykawki.

LEPIEŻE STOŻKOWATE. SZYSZKOWINY WENERYCZNE.**(Condylomata accuminata).**

Są to narośle o powierzchni brodawkowej, mieszczą się głównie na zewnętrznych narządach płciowych. Szyszkowiny stożkowate są zaraźliwe i pod tym względem stanowią cierpienie, analogiczne z brodawkami płaskimi. Cierpienie rozpoczyna się grudkami różowemi, mającemi w przecięciu 1—2 mm. o powierzchni brodawkowej. Grudki rosną szybko, brodaweczki wydłużają się w nitkowate wzniesienia. Tworzy się bukiet, złożony z długich brodawek, rozgałęziających się w kształcie odnóg gałęzi. Oddzielne brodaweczki posiadają długość 1—2 mm., a cały bukiet łączy się ze skórą zapomocą cienkiej nóżki. Skóra, nad którą wznosi się narośl, nie przedstawia żadnych zmian. Często oddzielne brodaweczki rosną, rozwidlają się wielokrotnie i tworzą narośle, mające postać, nadzwyczaj zbliżoną do kalafiora. Są one różowe albo białawe i miękkie. Często wydzielają płyn mętny, o przenikliwym zapachu, w zależności od warunków (wilgotności), okolicy, w której powstają, i od stopnia podrażnienia powierzchni narośli. Narośle są mało bolesne podczas dotyku, a nawet ich rozrywanie, przyczem bardzo łatwo i obficie krwawią. Najobfitsze narośle znajdujemy u kobiet. Niekiedy zajęta jest niemi cała zewnętrzna powierzchnia narządów rodnych aż do otworu pochwy. Ku wewnątrz od otworu pochwy aż do otworu szyjki macicznej bardzo rzadko widzujemy lepieże stożkowate. Niekiedy narośle sięgają aż do sąsiedniej zewnętrznej powierzchni pośladków, do międzykrocza, otworu kiszki stolcowej, a drażnione i macerowane tarciami powierzchni skóry i wydzieliną z pochwy, przechodzą w stan zapalny i stają się bolesne. Szczególniej usposabia do rozrastania się szyszkowin cięża i obfite upławy ropne. U mężczyzn szyszkowiny spotykają się nieco rzadziej, niż u kobiet. Mieszczą się najczęściej w brózdzie wieńcowej, na żołądki i na wewnętrznej powierzchni napletka. U osób z wrodzoną stulejką szyszkowiny mogą zająć cały worek napletkowy, mogą rozciągać go i uciskać, skutkiem czego napletek może podlegać obumarciu i przez utworzone w taki sposób otwory narośle mogą występować nazewnątrz. Szyszkowiny, powstające wewnątrz worka napletkowego we wrodzonej stulejce, mogą być przyjęte za nabłoniaki lub twory kiłowe. Odróżnić się dają dopiero po usunięciu stulejki. W odpowiedniej wydzielinie znajdujemy tylko niewielką ilość komórek ropnych, dużo komórek nabłonkowych i krętki, załamujące światło.

Podstawowe zmiany w tworzeniu się szyszkowin są następujące: rozszerzenie powierzchownych naczyń krwionośnych skóry i tworzenie się nowych, a także wydłużenie brodawek.

L e c z e n i e. Przedewszystkiem należy usunąć przyczyny powstawania narośli: często przemywać pochwę, obmywać miejsca zajęte,

pudrować je talkiem, tlenkiem cynku. Dobrze działa posypywanie narośli proszkiem sabinæ — samej lub w połączeniach z równą częścią ałunu lub kwasu salicylowego. Stosujemy również przyżeganie zapomocą acidum carbolicum concentratum, acidum aceticum cristalisatum, acidum chromicum, acidum bichloraceticum, argentum nitricum i t. d. Narośle można usuwać także zapomocą nożyczek, termokauteru albo galwanokauteru. W cięższych przypadkach wyskrobujemy pod narkozą szyszkowiny lub wycinamy krzywemi nożyczkami. Powstający przytem obfity krwotok wstrzymujemy zapomocą ucisku kompresem w ciągu kilku godzin, a później nakładamy obojętną maść. W cięższych przypadkach, nawet u kobiet ciężarnych, nie czekamy na rozwiązanie, lecz przystępujemy do operacji. W stulejce, gdy napletek jest bardzo rozciągnięty naroślami, należy zrobić obrzezanie, a następnie zniszczyć narośle.

BIBLIOTEKA
KLINIKA DERMATOLOGICZNA
Akademii Medycznej w Lublinie
Ks. _____ Dz. _____ Lp. _____

STWARDNIENIE PLASTYCZNE PRĄCIA.

(*Induratio penis plastica*).

Cierpienie powyższe jest znane oddawna, zdarza się rzadko i znamionuje się spoistością, postacią i umiejscowieniem.

Spoistość bywa twarda i może dochodzić do spoistości chrząstki, a nawet kości. Twardość nie zmienia się podczas naprężenia członka.

Postać bywa wielokształtna. Stwardnienie plastyczne występuje jako guzy wielkości małego, dużego grochu i większe, jako powrózki grubości szpilki — ołówka, jako okrągłe, owalne płytki. Zdarzają się również stwardnienia w postaci koła, krzyża, młotka, dziobu, kotwicy, motylka. Stają się one widoczne w najrozmaitszych stopniach rozwoju — pojedyncze albo w połączeniach, niekiedy nieregularnych, to znów umiarowych, po jednej albo po obu stronach prącia. Powierzchnia stwardnienia przeważnie bywa gładka, ostro odgraniczona, tylko w niektórych miejscach przechodzi nieznacznie w zdrową tkankę.

Stwardnienia najczęściej umiejscawiają się na grzbietowej części członka, przeważnie pod spojeniem lonowem u korzenia. Stwardnienie występuje pomiędzy skórą i ciałami jamistymi. Skóra nad niem jest zawsze normalna, przesuwalna i układająca się w fałdy. Przez skórę wyczuwamy, że stwardnienie znajduje się nad ciałami jamistymi, a nie w nich. W przypadkach posuniętych spostrzegamy, że zajęta bywa również przegroda prącia. Stwardnienie bywa zazwyczaj dobrze przesuwalne tylko w bocznych kierunkach; w przypadkach bardziej rozwiniętych stwardnienie może zrastać się z ciałami jamistymi. Znamienne umiejscowienie pomiędzy skórą i ciałami jamistymi nie wyłącza wyczuwania obok tego stwardnień w głębszych warstwach.

Sama cewka moczowa jest zawsze niezajęta. Subiektywne objawy są bardzo znamienne: niebolesność na dotyk, póki nie nastąpi naprężenie. Podczas naprężenia i wytrysku chorzy mogą odczuwać mniej lub więcej znaczny ból, poczęści ciągnący się ku mosznom, pachwinom, ku tyłowi i biodrom. Podczas naprężenia członka wyczuwamy dobrze stwardnienia, brak ich w tym momencie bezwarunkowo przeczy istnieniu **induratio penis plastica**. Stwardnienia często zmieniają postać członka podczas napięcia: tworzą się skrzywienia w stronę stwardnienia **strabismus penis** albo **chorda venerea**). Utrudniają one spółkowanie i nawet mogą doprowadzić do złamania prącia (**fractura penis**). Skrzywienie naprężonego członka jest częstym, jednak niekoniecznym objawem stwardnienia plastycznego prącia. Bóle i skrzywienia prącia podczas naprężenia mogą utrudnić stosunek i nawet spowodować niezdolność spółkowania.

Rozwój stwardnienia plastycznego prącia jest przewlekły i może być przez długi czas niezauważony. Sprawa może rozwijać się całe lata,

aż na koniec dosięgnie swego szczytu, na którym zatrzymuje się. Sprawa wsteczna występuje rzadko. W tych razach może wrócić zdolność spółkowania.

Badania anatomo-patologiczne wskazują na stale bujanie tkanki łącznej, ubogiej w jądra i w naczynia, w związku z błoną białawą. Włókna elastyczne zanikają. Brak wszelkich objawów zapalnych.

Etiologia stwardnienia plastycznego prącia nie jest dotychczas wyjaśniona. Jedni przypuszczają, że działa tutaj uraz, inni — przemiana materji (dna, cukrzyca), zatrucie wyskokiem i nikotyną, miazdżyca tętnic, a nawet, jako czynnik usposabiający, — choroby weneryczne. Zwracano uwagę na współczesne, choć rzadkie, występowanie **ind. p. pl.** ze skurczem *Dupuytriena*. Przypuszczają, że w obu tych cierpieniach krąży we krwi jakiś czynnik szkodliwy. Wszystkie te hipotezy nie wyjaśniają sprawy.

Rozpoznanie jest łatwe. W różnicowaniu należy brać pod uwagę rzeżączkowe zapalenie ciał jamistych, kilaki ciał jamistych, guzy u dna-wych, guzy białaczkowe, a niekiedy sprawy gruźlicze, blizny i nowotwory. Roentgenogramy w razach wątpliwych niekiedy mogą ułatwić rozpoznanie.

Rokowanie *quoad restitutionem ad integrum* jest złe, *quoad vitam* — przeważnie dobre, — utrudnia tylko w znacznej mierze życie płciowe.

Leczymy zapomocą operacji, promieni Roentgena i promieni radu, lecz żadna metoda nie jest pewna. Po operacji często następują nawroty. Po naświetlaniu promieniami Roentgena i radu niedostateczne wyniki spotykamy szczególnie w przypadkach bardzo posuniętych, gdy odkładają się w stwardnieniu sole wapienne. Jednak najlepsze rezultaty osiągamy zapomocą działania radu lub mesothorium. Chwalą również wyniki leczenia radem w połączeniu z diatermją.

RZEŻĄCZKA.

Wiewiór. Tryper. Gonorrhoea.

Zarazek rzeżączki.

Rzeżączka zjawiała się prawdopodobnie w zaraniu ludzkości.

W najdawniejszych pamiętnikach piśmiennictwa hebrajskiego, greckiego i rzymskiego znajdujemy wyraźne opisy tej choroby i sanitarno-policyjne przepisy, skierowane przeciwko niej.

Gdy w XVI-m wieku kiła stała się prawie nagminną chorobą, pojęcie o niej i o rzeżączce zostało pomieszane. Dopiero na początku XVIII-go wieku C o c k b u r n przyszedł do wniosku, że rzeżączka nie należy do objawów kiły. Badania H u n t e r a opóźniły wyjaśnienie tej sprawy, gdyż nieszczęśliwym zbiegiem okoliczności, szczepiąc sobie jad rzeżączkowy, zaszczepił sobie również kiłę. Dopiero doświadczenia B e l l a i R i c o r d a wyjaśniły wątpliwości. N e i s s e r odkryciem swoistego zarazka rzeżączki w 1879 r. ostatecznie rozstrzygnął tę sprawę. Następnie B u m m, a później W e r t h e i m wynaleźli praktyczną metodę otrzymania hodowli gonokoków.

Gonokok posiada pod mikroskopem wygląd albo ziarenka kawy, przylegającego do drugiego płaską powierzchnią, albo też biszkoptu lub ósemki. U starszych osobników widać pośrodku poprzeczne jaśniejsze pasemko. Na dwóch przeciwległych jego biegunach zjawia się zagłębienie, które, powiększając się, tworzy nowy gonokok w postaci ósemki, a ta czasami przybiera wygląd dwóch ziarenek kawy. Z tej pary w taki sposób tworzy się czwórka, a z czwórki ósemka i t. d. Na preparatach spotykamy gonokoki przeważnie w postaci ziarenek kawy i ósemki, prawdopodobnie dlatego, że przez inne okresy rozwoju przechodzą one znacznie szybciej.

Wielkość pojedynczych ziarniaków jest różna w zależności od okresu rozwoju. Rozwinięte osobniki posiadają długość 1,6 μ , szerokość pośrodku 0,8 μ , gdy młode osobniki, których linia odgraniczająca jest jeszcze słabo zaznaczona, posiadają 0,8 μ długości i 0,6 μ szerokości. Na wielkość osobników wywiera naturalnie wpływ sposób utrwalania i zabarwiania. Użycie wysokoku skurcza i zmniejsza ziarniaki, zaś po mocniejszym zabarwieniu wydają się one większe, wskutek zabarwienia się otoczki. Zdolności samodzielnego ruchu gonokoki nie posiadają.

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

Wewnątrzkomórkowy układ dwoinek N e i s s e r a ma być objawem silnie występującej fagocytozy. Zjawisko to można wywołać doświadczalnie w jamie brzusznej świnki morskiej przez wytworzenie sztucznej leukocytozy i następane wprowadzenie czystej hodowli gonokoków.

Jednak fagocytowane gonokoki nie giną wewnątrz leukocytów, a długo zachowują swoją żywotność — zarówno zdolność rozmnażania się, jak i zjadliwość.

B u m m i W e r t h e i m pierwsi otrzymali czyste hodowle gonokoków na skrzeplej surowicy krwi ludzkiej. Do tej pory uważamy za najlepsze podłoże pożywki z dodatkiem surowicy krwi ludzkiej. Zamiast surowicy krwi ludzkiej można brać i inne surowicze płyny ludzkie, jako to: zawartość wodniaka, torbieli, puchliny brzusznej, puchliny opłucnej. Zazwyczaj używamy jednej części surowicy na dwie części pożywki agarowej.

Podczas zasiewania gonokoków na podłoża należy przedewszystkiem dobrze obmyć ciepłą wodą otwór cewki i dołek łódkowaty i zasiane pożywki niezwłocznie wstawić do termostatu z ciepłotą od 35 — 37° C.

Kolonje gonokoków na odpowiednich podłożach, po 24-godzinem staniu w termostacie w ciepocie krwi, przedstawiają się w postaci jakby kropel rosy, zlekką szarawych, dosyć przezroczystych, lepkich, nieosiągających wielkością łebka szpilki, nieposiadających skłonności do zlewania się.

Z wyglądu hodowle są dość podobne do kolonji paciorkowców. Mikroskopowo przedstawiają się one, jako powierzchnia drobnoziarnista z brzegiem pławym. Środek, szczególnie u starszych kolonij, jest złożony z większych grudek. Od brzegu ku środkowi idą często rysy, które nadają całej kolonji znamienne piętno.

Ponieważ stale obok gonokoków otrzymujemy na podłożach z krwią lub płynem puchlinowym wzrost i innej flory, np. gronkowców, czworniaków, należy więc z pierwszego posiewu nie później, jak po 24 godzinach, przenieść odosobnione kolonje gonokoków na nowe także podłoże w celu otrzymania czystej kultury.

Gonokoki zawierają jad, działający szkodliwie nie tylko na ludzi, lecz i na zwierzęta. Jad ten, zwany **gonotoksynami**, znajduje się w ciele gonokoka i należy do ciał proteinowych. Gonotoksyny tracą swą zabójczą własność dopiero po dłuższem nagrzewaniu w temperaturze 100°.

Odporności względem nich u zwierząt nie udało się otrzymać. U ludzi gonotoksyny, zastrzyknięte pod skórę, wywoływały miejscowo zaczerwienienie, jak w róży, z nabrzmieniem, podniesieniem temperatury i z bólem kończyn i mięśni. Zastrzyknięcie jadu do cewki wywołuje po 6 — 12 godzinach umiarkowaną ropną wydzielinę, znikającą po 24 — 48 godzinach.

Gonokok barwi się zasadowymi barwnikami anilinowymi (błękit metylowy, fuksyna, fioletowa gencjana, dahlja i t. d.) z następnem przemyciem preparatu wodą. Ze względu na łatwość odbarwiania, należy unikać wysokoku i kwasu. Preparaty przed zabarwieniem poddawano działaniu kwasu octowego dla uwydatnienia w ropie gonokoków. Praktyczniej, zamiast poprzedniego podkwazania, używać w tym celu

do obmywania preparatów nie zwykłą wodę, a 1% roztwór soli kuchennej. Najlepiej działają odczynniki świeżo przygotowane.

Warstwa wydzieliny na szkiełkach musi być cienka i równomiernie rozprowadzona. Jedne sposoby barwienia służą do rozpoznania różnicowego (Gram), inne — tylko do kontrastowego uwidocznienia bakterij wogóle na tle śluzu, ropy, protoplazmy ciałek ropnych i błonków.

Metoda Grama: a) Barwić preparaty 1/4 do 1 minuty w niezbyt długo przechowywanym roztworze gencjany na wodzie aniliny, b) działać 1/2 minuty mieszaniną jodu i jodku potasu, c) odbarwić preparat (nie obmywając wodą lub po przepłókaniu wysuszonego) absolutnym wyskokiem, póki preparat nie stanie się bezbarwny (przy cienkiej warstwie ropy wystarczy mniej niż 1/2 minuty), d) obmyć wodą, e) podbarwić krótko (20 — 30 sekund) 1/20% wodnym roztworem fuksyny lub roztworem wezuwiny.

Gonokoki przedstawiać się będą żółto-brunatnymi (wezuwina) lub czerwonymi (fuksyna), gdy inne bakterje zabarwią się intensywnie na kolor fioletowy. Metoda ta ma ważne różnicowe znaczenie i w ostrych sprawach dostarcza, podług F i n g e r a w 95,35%, pewne rezultaty.

Preparaty z wydzieliny należy zabarwić metodą Grama i jednym z poniżej podanych sposobów, z których prawie każdy odpowiada celowi, t. j. barwieniu kontrastowemu.

Metoda Pappenheima - Krzyształowicza. Barwić roztworem zieleni metylowej i pyroniny w ciągu 20—30 sekund.

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

Metoda Picka i Jacobsona. Barwić preparaty na pokrywkowym szkiełku 8—10 sekund w mieszaninie fuksyny i błękitu metylowego. Gonokoki — ciemno - niebieskie, jądra — jasno - niebieskie, protoplazma — jasno - czerwona.

Przytoczę jeszcze parę najprostszych, lecz mniej pewnych metod barwienia gonokoków.

Barwić preparat (metodą B u m m a) na przedmiotowym szkiełku 1/2 minuty w nasycionym wodnym roztworze fuksyny. Gonokoki — czerwone.

Barwić w ciągu paru sekund błękitem L ö f f l e r o w s k i m: gonokoki — ciemno - niebieskie, jądra komórek — blade - niebieskie, protoplazma jeszcze słabiej zabarwiona.

Wygląd ziarniaków, ich ugrupowanie (grupki dwoinek), umiejscowienie (wewnątrz ropnych ciałek) i hodowle stanowią o rozpoznaniu gonokoków. Należy zawsze brać pod uwagę wszystkie powyższe cechy, żeby uniknąć omyłki. Spotykamy sporo przypadków (np. w **vulvo-vaginitis** małych dziewczynek, w chorobach oczu i t. d.), gdzie ziarniaki

są ludzko podobne do gonokoków, widzimy je nawet wewnątrz komórek, i tylko hodowle pozwalają na dokładne rozpoznanie. Wskazywano, że nawet w zdrowej cewce znajdują się ziarniki, podobne z wyglądu do gonokoków i mieszczące się niekiedy wewnątrz komórek. Nazwano je pseudo - gonokokami.

H o g g e znalazł ziarniki, podobne z wyglądu do gonokoków, znajdujące się wewnątrz komórek i odbarwiające się nawet metodą Grama. Te same własności mają **meningococcus** i **micrococcus catharralis**, odróżniają się jednak właściwościami hodowli, a pierwsze z nich — i serodiagnostycznie za pomocą aglutynacji.

Prócz tego codzienna praktyka wykazuje nam, że najczęściej powodem omyłek rozpoznawczych może być **micr. tetragenus** i **staphylococcus**; jedne i drugie bowiem na preparatach, barwionych błękitem metylowym, mają nieraz ludzko podobieństwo do gonokoków, ale obydwie te gatunki w przeciwieństwie do gonokoków, barwią się według Grama i rosną na zwykłym agarze nawet w pokojowej temperaturze.

Różnica w rozmiarach ziarników stanowi niekiedy również o rozpoznaniu gonokoków. Szczególniej paciorkowce i niektóre rodzaje gronkowców dają się łatwo rozpoznać podczas porównawczego oglądania ze względu na wielkość.

Zakażenie tkanek gonokokami.

Gonokoki najchętniej gnieźdzą się w ludzkiej błonie śluzowej. Błona śluzowa zwierząt jest odporna na gonokoki. Zarazki te, świeżo wydzielone z cewki, można jednak w pewnych warunkach zaszczerpić zwierzętom — psom i królikom — do cewki i spowodować zapalenie gonokokowe, o ile uprzednio wywołamy uraz śluzówki, np. przez przewiązanie członka. Zato ludzkiej błony śluzowej do tej pory nie udało się jeszcze uczynić niewrażliwą na te drobnoustroje. Przebyta rzeżączka nie tylko nie uodparnia ludzkiej błony śluzowej, lecz czyni ją często wrażliwszą na gonokoki. Nawet sprawę przewlekłą można obostrzyć nowym zakażeniem. Wrażliwość ludzkiej błony śluzowej na gonokoki bywa zależna nie tylko od narządu, lecz i od osobniczych właściwości pojedynczych osobników i od ich wieku. Najłatwiej zakaża się błona śluzowa cewki, i tutaj wiek nie odgrywa zbyt wielkiej roli. Łącznica oka jest nadzwyczaj wrażliwa u noworodków. Z wiekiem wrażliwość ta zmniejsza się i u dorosłych rzeżączka łącznicy oka, pomimo częstej i łatwej sposobności zakażenia, spotyka się rzadko.

Błona śluzowa pochwy małych dziewczynek jest bardzo wrażliwa na gonokoki. Z wiekiem wrażliwość ta zmniejsza się i dochodzi do minimum u wieloródek. Błona śluzowa macicy i jej przydatków u małych dziewczynek zapada na rzeżączkę bardzo rzadko. Możemy to objaśnić tylko zupełnym zamknięciem światła szyjki macicznej w tym wieku. Zato

kobiety dojrzałe nadzwyczaj łatwo ulegają zakażeniu błony śluzowej macicy, jajowodów i t. d.

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

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

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

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

Rzadziej gonokoki rozprzestrzeniają się zapomocą naczyń chłonnych, np. tą drogą mogą one przenieść się do najądrza, oszczędzając nawet błonę śluzową przewodu nasiennego, lub do tkanki przymacicznej jajowodów. Przez drogi krwionośne gonokoki mogą również być przeniesione nie tylko do sąsiednich, lecz nawet do bardzo dalekich narządów, np. z cewki — do stawów, pochewek ścięgien, zastawek sercowych i t. d., a nawet do skóry i tkanki podskórnej. Wogóle jednak skóra, nawet uszkodzona, zachowuje się odpornie względem gonokoków.

A. RZEŻĄCZKA U MĘŻCZYŹN.

OSTRA RZEŻĄCZKA CEWKI.

Rzeżączka cewki przedniej.

Rzeżączka cewki powstaje skutkiem przeniesienia gonokoków na jej błonę śluzową. Jest to jedyne źródło rzeżączki. Zakażenie następuje zazwyczaj podczas spółkowania z kobietą chorą, przytem wyłącznie od kobiety, cierpiącej na rzeżączkę, można się nią zakażać. Rzadziej następuje zarażenie zapomocą rąk, narzędzi, np. cewników, zgłębników. Zakażają się także zapomocą gąbek kąpielowych, nawet wody kąpielowej, choć zakażenie takie u chłopców następuje znacznie trudniej, niż u małych dziewczynek. Przeniesienie gonokoków do cewki męskiej podczas stosunku płciowego następuje w taki sposób, iż podczas ruchu prącia naprzód wydzielina rzeżączkowa z gonokokami wciska się przez zięjący otwór cewki naprężonego członka. Można zarazem przypuścić, że cewka po wyrzuceniu nasienia działa do pewnego stopnia na wydzielinę, znajdującą się w pochwie, jak pompa ssąca. Gonokoki, przedostawszy się do cewki, a właściwie do jej dolka łódkowatego, muszą znaleźć odpowiednie dla swego rozmnażania warunki, — w przeciwnym razie giną bez śladu. Niektóre cewki posiadają mało podatne warunki dla rozwoju gonokoków, skutkiem czego możnaby myśleć o zupełnej ich niewrażliwości na zarazek rzeżączkowy. Jednakowoż niewrażliwość ta nie jest stała i w pewnych warunkach zmienia się; zwiększa się mianowicie podczas przedłużania stosunku, jak to bywa szczególnie pod wpływem wyskoku. Podczas dłuższego trwania stosunku, również podczas silniejszego naprężenia członka, wydziela się obficie zasadowa wydzielina gruczołów cewki, wpływająca dodatnio na rozwój gonokoków. W tych okolicznościach bywa zarazem silniejsze przekrwienie błony śluzowej, i łatwiej na niej mogą powstać nieznaczne uszkodzenia.

Skutkiem tego stosunek, przeciągany sztucznie lub wielokrotnie powtarzany, usposabia do nabycia rzeżączki. Usposabia także do powtórnego zakażenia już raz przebyte to cierpienie. Budowa członka może ułatwić przenoszenie zarazka, np. wielkość, szeroki wylot cewki, wrodzona stulejka, przewody przycewkowe. Wszystkie te warunki, należy przypuszczać, wpływają na stwierdzony niejednokrotnie fakt, iż nie wszyscy spółkujący zaraz po sobie z tą samą chorą kobietą zakażają się rzeżączką. Zdarza się także, iż mężczyzna, spółkujący przez dłuższy przeciąg czasu z jedną i tą samą kobietą, zakaża się dopiero wtedy, gdy jest bardziej „usposobiony”. Na udzielenie zarazy może wpłynąć jednak cbostrzenie się przewlekłej rzeżączki kobiety. Zjawia się wówczas większa ilość gonokoków, lub może stają się one bardziej złośliwe.

Gonokoki, przeniesione początkowo do dolka łódkowatego, leżą

tam w ciągu krótkiego czasu zupełnie powierzchownie, i można je wtedy zniszczyć środkami bakterjobójczymi, lub zmyć mechanicznie moczem; kwaśny jego odczyn działa zabójczo na gonokoki.

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

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

O k r e s r o z w o j u (stadium floritionis) rozpoczyna się na 5—7 dzień choroby, gdy zapalenie szerzy się coraz dalej wzdłuż cewki, aż do tylnej jej części. Błona śluzowa otworu staje się nabrzmiąta, wywinęta. W przypadkach ostrzejszych zaczerwienienie i obrzmienie przechodzi na całą żołądź prącia. Wywinęcie brzegów wylotu cewkowego powiększa się, przyczem zjawiają się na nim nadżerki lekko krwawiące. Napletek albo nabrzmiewa i czerwieni się, albo też zachowuje swe normalne zabarwienie. Zapalenie może nawet przejść na skórę prącia i na naczynia chłonne podskórne, tworząc niekiedy obrzmienia w kształcie sznurków, grubości pióra kurzego i nawet grubsze, okrągłe albo owalne, przebiegające po środkowej linii grzbietu prącia. Zgrubienia te biorą czasem swój początek od wędzidelka, obejmują żołądź z obu stron i mogą ciągnąć się po dorsum penis aż do spojenia łonowego. Sprawa zapalna przechodzi również na gruczoły cewkowe, przewody przycewkowe i Tysonowskie krypty na żołądzu. Podczas ucisku cewki, zwykle bardzo bolesnego, możemy wyczuć mniej lub więcej liczne stwardnienia, czasami przylegające do cewki w postaci różańca, wielkości ziarnka prosa i większe. Po usunięciu ropy z otworu cewki, często widzimy na wewnętrznej powierzchni wylotu małe, jak ostrza szpilki, otworki gruczołów śluzowych lub ślepych zagłębienia cewki, z których daje się wycisnąć ropa.

Wydzielina z wylotu cewki stopniowo z białawej śluzo-ropnej przechodzi w ropną, gęstą, bardzo obfitą, żółtą, a nawet zielono - żół-

tego zabarwienia. Wydzielina może stać się tak obfita, iż ropa z cewki sączy się kropla po kropli, walając części płciowe i bieliznę chorego. Ropa wydziela się obficie nad ranem, niż wieczorem. Nie jest to tylko pozorny skutek rzadszego moczenia się podczas nocy, działają tu czynniki inne, wewnętrzne: wszystkie te szkodliwe wpływy, jakim chory podlega podczas całego dnia.

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

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

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

Podrażnienie płciowe, występujące początkowo pod postacią częstszego i silniejszego naprężenia prącia i zwiększonego popędu płciowego, stopniowo staje się źródłem męki dla pacjenta: cewka, utraciwszy swą elastyczność, nie może stosować się do rozszerzeń i wydłużeń ciała jamistego, i chory odnosi wrażenie, jakby mu wyciągano i rozrywano prącie. Naprężenia mogą trwać długo, godzinami, i doprowadzić do wygięcia prącia ku dołowi, gdyż wydłużające się nad nierozciągliwą cewką ciała jamiste zaginają prącie w tym kierunku (**horda venerea**).

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

Subiektywne objawy należą do bardzo uciążliwych. Początkowe uczucie palenia przechodzi stopniowo w ból, szczególnie dotkliwy na początku moczenia. Bóle te bywają niekiedy tak przykre, iż chorzy wszelkimi sposobami starają się jak najrzadziej oddawać mocz.

Objawy ogólne występują przeważnie w lekkiej formie. Należy je przyjąć na karb psychicznego przygnębienia, bezsenności skutkiem ciągłych wzwodów prącia, a szczególnie wessania się gonotoksyn z cewki do krwi. Często spostrzegamy lekkie dreszcze, podniesienie temperatury ciała, szczególnie wieczorem, na $1-1\frac{1}{2}^{\circ}$, rzadziej powyżej 38° , znużenie, brak apetytu, blado — nawet żółto-zieloną cerę, podkrążone oczy i t. p.

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

Obrzmienie i zaczerwienienie powoli znika. Wyciek staje się mniej obfity i zmienia swój wygląd: z ropnego, żółto-zielonawego przechodzi w śluzo-ropny, żółtawo-białawy, następnie śluzowy, bezbarwny, zlekką mętny; zjawia się nakoniec tylko nad ranem, sklejąc zlekką otwór cewki, i znika zupełnie. Zarazem mocz staje się coraz bardziej przezroczysty, wreszcie czysty, z niewielką ilością kłaczków lub nitek. Moczenie dla chorego jest mniej bolesne, strumień moczu znacznie grubszy. Znikają również powoli objawy subiektywne i ogólne. Po 5—6 tygodniach od chwili zakażenia rzeżączka może, nawet samoistnie, zupełnie ustąpić.

Jednakowoż opisany powyżej typowy przebieg rzeżączki przedniej cewki zdarza się rzadko. Sprawa ulega wahaniom w najrozmaitszych okresach swego rozwoju choroby lub zdrowienia; na zenicie natężenia może pozostawać przez dłuższy przeciąg czasu; podczas zdrowienia sprawa może obcestrzać się wielokrotnie. Wpływa zazwyczaj na to: nieprawidłowa budowa ciała, choroby wycieńczające ustrój, jak żoły, gruźlica, kiła, następnie przeziębienie, zły stan narządów trawienia; oddziałują również ujemnie: silne pobudzenia płciowe, zmayı, stosunek płciowy, trunki, ostre potrawy, zbyt natężony ruch, jak np. bieganie, tańce, jazda konna, w trzęsącym ekwipażu i t. p. Ostre zaraźliwe choroby zmniejszają znacznie natężenie objawów zapalnych, lecz, wyniszczając zarazem ustrój, przewlekają przebieg cierpienia.

Stosownie do natężenia i długości trwania powyżej opisanych objawów można wyodrębnić trzy postacie rzeżączki przedniej cewki: **podostrą**, która występuje najczęściej podczas wtórnych zakażeń, **ostrą**, występującą najczęściej podczas pierwszego zakażenia i odpowiadającą powyższemu naszemu opisowi, choć natężenie objawów nie we wszystkich kierunkach dochodzi do tak silnego stopnia, — i **bardzo ostrą** — **ropowiczą**, która odznacza się nader szybkim rozwojem nadzwyczaj silnych obiektywnych i subiektywnych objawów.

Rzeżączka cewki tylnej.

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

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

Przeważnie podczas leżenia nawznak z naprężonym prąciem ropa z gonokokami ścieka do tylnej części cewki, wywołując tam sprawę swoistą. Wpływają również na rozszerzenie sprawy silnie działające, nieantyseptyczne lub zawczasie stosowane wstrzykiwania, wprowadzenie

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

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

Ilość wydzieliny ropnej z wylotu kanału zaraz w początku sprawy trochę zmniejsza się, mocz zaś staje się mętniejszy, gdyż przechodząc przez kanał, wymywa ropę z obu jego części. Po kolejnym oddaniu moczu w dwie szklanki, spostrzegamy, iż jest mętny w obu szklankach. Pierwsza porcja moczu bywa jednak mętniejsza od drugiej. Ponieważ zwieracz cewki nie przepuszcza ropy z części tylnej ku zewnątrz, ropa ścieka do pęcherza; skutkiem tego pierwszy strumień moczu będzie zawierał oprócz ropy, zebranej w pęcherzu, także ropę, wymytą z całej cewki, — podczas gdy w końcowej części moczu znajduje się tylko ropa, która ściekała poprzednio do pęcherza. Stopień zmętnienia zależy od natężenia objawów zapalnych, od częstości oddawania moczu i od pory dnia. W razie częstego urynowania, ropa, zebrana w nieznacznej ilości w części tylnej cewki, nie ścieka do pęcherza; pierwszy strumień moczu może ją wymyć całkowicie, i wtedy końcowa porcja moczu bywa nawet zupełnie czysta. Podczas nocy, podobnie jak w rzeżączce przedniej części cewki, obostrzają się objawy zapalne. Wobec tego mocz, oddany rano, bywa w obu porcjach mętniejszy, niż w ciągu dnia. Męty w urynie, po ustaniu się, tworzą osad, zupełnie analogiczny do opisanego w zapaleniu cewki przedniej.

B i a ł k o m o c z bywa w stopniu nieznacznym; w każdym razie ilość jego jest większa, niż uwarunkowana obecnością ropy. Należy tu przyjąć pod uwagę parcie na mocz i podrażnienie nerek wessaniami do krwi gonotoksynami.

K r w a w e m o c z e n i e (heamaturia) występuje w silniejszych stopniach rzeżączkowego zajęcia części tylnej cewki i najczęściej podczas wyciskania ostatnich kropeł moczu.

P a r c i e n a m o c z należy do najprzykrzejszych i najbardziej męczących objawów i występuje stale we wszystkich ostrzejszych przypadkach. Chory moczy się często, niekiedy co kilka minut; przytem wydziela zaledwie kilka kropeł moczu. W mniej ostrych przypadkach dopiero pierwsze krople moczu, przedostające się do części sterczowej cewki, drażnią niezmiernie błonę śluzową, zmienioną chorobowo, i powodują gwałtowne parcie.

P o d r a ż n i e n i e p ł c i o w e występuje analogicznie do opisanego w rzeżączce przedniej części cewki. Mniej wprawdzie dokuczają wzwody prącia, zato często występują zmazy w połączeniu z silnym, kłującym bólem. Zależą one od zapalnego stanu **capitis gallinaginis seu colliculi seminalis**.

O g ó l n e o b j a w y występują prawie tak samo, jak w zajęciu cewki przedniej, jednak natężenie ich jest zazwyczaj silniejsze.

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

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

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

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

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

Jak i w ostrej rzeżączce części przedniej, odróżniamy trzy postacie rzeżączki części tylnej cewki.

W **postaci podostrej** wydziela się mało ropy, druga porcja moczu bywa mętna przeważnie tylko zrana. Parcie na mocz występuje trochę częściej, niż w zwykłych okolicznościach, i z chwilą zjawienia się jest bardzo silne.

W **postaci ostrej** wydzielina ropna bywa obfitsza, druga porcja moczu prawie zawsze mętna. Subiektywne objawy występują szczególnie silnie, i ciągle parcie na mocz zdarza się częściej.

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

Rozpoznanie.

Należy przedewszystkiem wyjaśnić, jakiego pochodzenia jest wyciek z cewki, gdyż nie tylko gonokoki mogą wywoływać zapalenie cewki, lecz i inne drobnoustroje. W tym celu badamy mikroskopowo na szkiełkach wydzielinę, zabarwioną kontrastowo oraz koniecznie metodą Grama.

Zdobycie odpowiedniego materiału do badania bywa niekiedy znacznie utrudnione w razie stulejki. Wtedy należy naprzód wypłókać zawartość worka napletkowego zapomocą strzykawki lekkim roztworem aseptycznym, np. kwasu borowego, i dopiero potem wycisnąć z cewki wydzielinę, przeznaczoną do badania.

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

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

Rozpoznawszy rzeżączkę, należy dokładnie określić jej umiejscowienie. Pomijając niektóre objawy subiektywne, jak, np. częste i bolesne parcie na mocz, częste i bolesne zmały, najważniejsze wskazówki rozpoznawcze daje nam badanie moczu. Chory powinien oddać mocz kolejno do dwóch szklanek, jeśli pierwsza porcja moczu jest mętna, a następna czysta — rozpoznajemy zapalenie cewki przedniej; jeżeli obie porcje moczu są mętne — zapalenie cewki tylnej, a właściwiej zapalenie całej cewki.

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

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

W bakterjomoczu drobnoustroje sprawiają zmętnienie, podobne z wyglądu do tumanu kurzu, jak to bywa w hodowlach buljonowych. Kropla takiego moczu pod drobnowidem zawiera mnóstwo drobnoustrojów i niekiedy ropne ciała w nieznacznej ilości.

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

Dla usunięcia tej ostatniej wątpliwości, zastrzykują do cewki przedniej przed wymyciem słaby roztwór błękitu metylenowego lub fuksyny, które zabarwią wyłącznie tylko wydzielinę z części przedniej, a niezabarwione kłaczki i męty w moczu będą pochodziły z części tylnej przewodu moczowego.

Rokowanie. Zapalenie cewki przedniej nie przedstawia przeważnie niebezpieczeństwa dla życia, gdyż albo kończy się wyzdrowieniem, albo też, co najczęściej spostrzegamy, przechodzi w stan przewlekły.

Rokowanie bywa zwykle lepsze w postaciach ostrych, z krótkim okresem wylegania i szybkim przebiegiem, niż w postaciach podostrych, i lepsze w pierwszej rzeźączce, niż w następnych.

Po przejściu choroby na cewkę tylną, sprawa staje się groźniejszą, może niekiedy doprowadzić skutkiem powikłań do utraty życia, do kalectwa lub też do nadzwyczaj przykrego stanu przewlekłego.

Rokowanie w znacznej mierze jest zależne od leczenia, lecz jeszcze w większym stopniu od zachowania się pacjenta i jego osobniczych właściwości.

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

W tkance podśluzowej następuje znaczne rozszerzenie naczyń z surowiczym wysiękiem i z silnym nacieczeniem komórkami okrągłymi i wielojądrowymi leukocytami. Największym zmianom ulega błona śluzowa naokoło zagłębień ślepych i przewodów gruczołów cewkowych. W komórkach wyżej wymienionych zagłębień i przewodów następuje taka sama zmiana, jak w wyścielających cewkę, zaś w wydzielających komórkach gruczołów zmian nie dostrzegano. Komórki płaskie w jamie łódkowatej opierają się napaści gonokoków daleko skuteczniej, niż komórki walcowate, i ulegają daleko mniejszym zmianom. Ponieważ część tylna cewki posiada przeważnie komórki płaskie, i brak w niej zagłębień i małych gruczołów śluzowych — ulubionych kryjówek gonokoków — przeto sprawa przebiega w niej bardziej powierzchownie. Część tylna cewki posiada jednak swoje słabe miejsca w postaci przewodów gruczołu krokowego i przewodów wytryskowych, w których często albo u ujścia, albo też głębiej, gonokoki obierają sobie siedlisko.

PRZEWLEKŁA RZEŻĄCZKA CEWKI.

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

W rzeźączce przewlekłej gonokoki znacznie słabiej rozmnażają się i wywołują daleko słabsze objawy zapalne, niż w ostrej. Należałoby więc przypuścić, że zmniejszyła się jadowitość gonokoków, a także wrażliwość tkanki. skutkiem zmian w niej podczas przebiegu rzeźączki.

Gonokoki jednak, pochodzące od osobników z chroniczną rzeżączką, po przeszczepieniu na pożywki sztuczne lub na zdrową cewkę, wykazują taką samą żywotność jak i brane od osobników z ostrą rzeżączką.

Przyczyny przechodzenia rzeżączki ostrej lub podostrej w chroniczną leżą niekiedy w nieodpowiednim leczeniu lub w zbyt wczesnym jego przerwaniu, a znacznie częściej we właściwościach ustroju, i w tych zewnętrznych wpływach, które sprowadzają obostrzenia, nawroty, a także — w coraz to nowych zakażeniach. Rzeżączka chroniczna może usadowić się w najrozmaitszych okolicach kanału moczowego; umiejscawia się dwa razy częściej w przedniej części cewki, niż w tylnej. Zależy to głównie od obecności w części przedniej kanału moczowego dużej ilości gruczołów cewkowych i przewodów gruczołów opuszkowo-cewkowych, w których z upodobaniem zagnieżdżają się gonokoki.

Przewlekła rzeżączka cewki przedniej.

W wylocie cewki, dotkniętej chroniczną rzeżączką, spostrzegamy niekiedy podczas badania kroplę wydzieliny. Bywa to prawie wyłącznie po całonocnym zatrzymaniu moczu. Wysiłek czasami uwidacznia się dopiero po wyciskaniu kanału moczowego, a nawet może pozostać i w tych razach niewidoczny.

Kropla wydzieliny (*goutte militaire*) w wylocie cewki pokazuje się w razie umiejscowienia sprawy blisko otworu. Może ona również ściec siłą ciężkości z okolic, dalej położonych, np. z opuszki, przyczem pewna część wydzieliny przylega do ścianek przedniej części cewki (*partitis pendulae*) i zatrzymuje się w jej wgłębieniach.

Wydzielina w świeżych przypadkach bywa żółtawo - biała lub biała, w starszych — szarawo - biała, serwatkowata.

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

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

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

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

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

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

Tego rodzaju bliznowate zwężenia są twarde, mieszczą się przeważnie w opuszcze (bulbus) i jej okolicach. Mocz przez silniej wyrażone zwężenia przedostaje się z trudnością, ciekąc ciekim, grajcańkowatym strumieniem. Niekiedy może dojść nawet do tego, iż mocz przeciska się zaledwie kroplami lub nawet przestaje wydzielać się.

Zanim nacieczenia ulegną zbliznowaceniu, tworzą również organiczne zwężenia, a to skutkiem obrzmienia błony śluzowej; są one miękkie ze względu na swą soczystość. Miękkie zwężenia rzadko bardzo dosięgają znaczących rozmiarów; w **pars pendula** i **bulbosa** nie przekraczają szerokości wylotu cewki, skutkiem tego można je wykryć jedynie zapomocą uretrometrów. Cewniki elastyczne z galkami przechodzą przez nie bez trudu.

Przewlekła rzeżączka cewki tylnej.

Umiejscawia się ona przeważnie w części sterczowej cewki i zagnieżdża się z upodobaniem we wzgórek nasienny (**caput gallinaginis**), okolicy nadzwyczaj obficie unerwionej. Spostrzegamy wtedy bardzo ciężkie zaburzenia w wydzielaniu moczu, w czynnościach płciowych i wogóle w układzie nerwowym. Parcie na mocz występuje najczęściej po oddaniu stolca, t. j. po ucisku, wywołanym przez twarde masy kałowe na gruczoł krokowy; takie parcie można również wywołać sztucznie, uciskając gruczoł krokowy palcem przez prostnicę.

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

Neurastenia płciowa zdarza się dość często. Może ona przejawiać się w postaci braku zadowolenia płciowego podczas stosunku, przyczem w chwili wytrysku nasienia zjawia się niekiedy ból w tylnej części cewki. Niemoc płciowa w mniejszym lub większym stopniu występuje również.

Chroniczna rzeżączka cewki tylnej powoduje połowę wszystkich przypadków niemocy płciowej.

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

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

Dość często spostrzegamy sokotok sterczowy, a niekiedy nawet nasieniotok.

Plemniki wydzielają się przez rozluźnione przewody nasienne i bywają nieruchome, skutkiem braku domieszki kwaśnej wydzieliny sterczowej. Przypuszczają, że kwaśny odczyn soku sterczowego może być neutralizowany zasadowym odczynem wydzieliny przewlekłej rzeżączki cewki, co wpływa na nieplodność.

Bardzo często występują zarazem subiektywne objawy neurastenji, jak uczucie palenia i klucia w cewce podczas oddawania moczu, bóle strzelające lub tępe wzdłuż sznurków nasiennych, w jądrach, wzdłuż międzykrocza do otworu stolcowego, świąd odbytu, ucisk i ból w krzyżu, ucisk na głowę, bicie serca i t. d.

Wszystkie te objawy neurastenji płciowej wywołują niekiedy nadzwyczaj silne przygnębienie i mogą doprowadzić nawet do samobójstwa.

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

Przewlekła rzeżączka cewki tylnej może przechodzić dla oka niepostrzeżenie, gdy pierwszy strumień moczu wymywa skąpą wydzielinę, przylegającą do ścianki, nie tylko z części przedniej, ale i z tylnej.

W przypadkach świeżych, gdy znajdują się również rozlane zapalenia, śluzowo - ropna wydzielina zjawia się w większej ilości, szczególnie podczas nocy, i ścieka do pęcherza. Wtedy i w drugiej porcji moczu znajdziemy także wydzielinę; zwykle jednak przeważa zmętnienie i ilość nitek w pierwszej porcji. W drugiej porcji moczu możemy prócz tego dostrzec małe twarde kłaczkę, w kształcie punkcików lub przecineczków. Pochodzą one z otworów przewodów sterczowych, skąd wyciska te twory w końcu moczenia skurcz muskulatury zwieraczy.

Rozpoznanie.

Wobec objawów chronicznego zapalenia cewki należy przede wszystkim dokładnie upewnić się, czy sprawa wywołana jest przez gonokoki, a następnie, gdzie umiejscawia się i jaki posiada charakter.

Na pierwsze pytanie daje odpowiedź badanie mikroskopowe wydzielin.

Pod mikroskopem znajdujemy w wydzielinie komórki nabłonkowe, ciała ropne i drobnoustroje.

Twarde ropiaste kłaczkę składają się przeważnie z leukocytów i z niewielkiej ilości komórek nabłonkowych. Śluz - ropne nitki zawierają, oprócz śluzu, mniej lub więcej liczne komórki nabłonkowe i niezbyt liczne ropne ciała, a śluzowe nitki — śluz, nieliczne komórki nabłonkowe i rzadkie bardzo ropne ciała. Przecieczki posiadają często dwie warstwy walcowatych komórek: większe komórki wyraźnie walcowate i mniejsze prawie okrągłe.

Drobnoustroje spotykają się w wydzielinie rzeżączki przewlekłej niestale. Niekiedy mamy do czynienia z wydzieliną, w której nietylko nie znajdujemy przez dłuższy przeciąg czasu gonokoków, lecz i innych drobnoustrojów. Zazwyczaj obok gonokoków widzimy najrozmaitsze drobnoustroje. Przeważnie są to ziarniaki (gronkowce białe), posiadają one niekiedy własności hemolizujące; obok nich zjawiają się inne bakterie ropotwórcze oraz flora obca nieswoista. Gonokoki w wydzielinie przewlekłej rzeżączki spotykają się niezawsze; można ich nie wykrywać w przeciągu wielu dni, a później znów zjawiają się; częściej bywają gonokoki w nitkach śluz - ropnych, a rzadziej znacznie w śluzowych, i znajdują się przeważnie nazewnątrz komórek. Najlepiej brać do badań wydzielinę całonocną. Dla ułatwienia sobie poszukiwań można podrażnić przedtem cewkę piciem trunków, zastrzyknięciem 1% roztworu lapisu zapomocą cewnika G u y o n a; wielokrotne przemywania roztworem sublimatu 1 : 20000 — 1 : 10000 wywołują również ropienie cewki. W obostrzeniach, gdy gonokoki zjawiają się w obfitości, wszelkie inne drobnoustroje giną. Obfita domieszka ropnych ciałek nasuwa podejrzenie, iż w tkance ukrywają się gonokoki. Prócz badania drobnowidowego wydzieliny, należy też posiłkować się hodowlami na podłożach krwistych.

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

W fosfaturji znajdujemy: fosforan wapniowy neutralny, w postaci bezkształtnych drobnoziarnistych mas i igieł w pęczkach, zbliżonych do kryształów tyrozyny (mikrochemicznie rozpuszczają się w kwa-

sie octowym), fosforany amonjakmagnezji (trójfosforany) w postaci przykrywek trumiennych, często w osadzie moczu zasadowego razem z obojętnymi fosforanami, węglanami i z ropą, — oraz węglan wapna, w postaci szarawych ziarenek, kulek (mikrochemicznie rozpuszczają się pod wpływem kwasów mineralnych z wydzielaniem CO₂, przytem całe pole widzenia pokrywa się drobnymi pęcherzykami gazu); kwas octowy bardzo szybko rozpuszcza te kryształy.

W bakterjomoczu widzimy nadzwyczaj obfitą ilość drobnoustrojów w świeżo oddanym moczu.

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

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

Macanie cewki daje niekiedy dobre wyniki, szczególnie po wprowadzeniu do kanału moczowego metalowego zgłębnika.

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

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

Do badań używany także cienkich elastycznych świeczek z guzikiem na końcu; guzik powinien odpowiadać wielkością otworowi cewki. Świeczka, napotykać miejsca, zajęte przez przewleklą rzeżączkę, powoduje ból, a zarazem natrafia na pewien opór. Doświadczony badacz może w taki sposób rozpoznawać obrzmienie wzgórka nasiennego i brodawczaki na błonie śluzowej.

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

Charakter sprawy rzeżączkowej często określa nam dość dokładnie wziernik cewkowy — endoskop.

Wziernikowanie pozwala nam rozpoznać nacieczenia miękkie, brodawczaki, nacieczenia twarde, torbiele i zajęcie gruczołów.

Rokowanie.

Rokowanie w rzeżączce przewlekłej powinno być jeszcze ostrożniejsze, niż w rzeżączce ostrej. Nadzwyczaj trudno określić, jak długo będzie trwało cierpienie. Można jednak twierdzić, iż umiejętne leczenie wespół z cierpliwością i sumiennnością chorego, czyni przewleklą rze-

żączkę w znacznej większości przypadków wyleczalną. Trudniejszemi do usunięcia są sprawy, umiejscowione głębiej w tkance, w gruczołach i na szerszej przestrzeni, niż powierzchowne i mniejsze ogniska.

Przewlekłą rzeżączkę cewki uważamy za usuniętą: 1) jeśli wydzielina zupełnie znikła, lub w pozostałych nitkach w ciągu ostatnich paru tygodni nie znaleziono ani razu gonokoków, nawet po sztucznem podrażnieniu kanału moczowego lub po zastosowaniu gonowakcyny, 2) jeśli nitki nie zawierają wcale ropnych ciałek lub bardzo nieznaczną ich ilość, 3) jeśli wzornik nie wykrywa żadnych większych zmian.

Jednakże nawet i w tych razach należy wypowiadać ostateczną decyzję ostrożnie i badać jeszcze dokładnie chorego kilka razy co pewien przeciąg czasu.

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

Anatomja patologiczna. Zmiany spotykamy znacznie częściej w przedniej cewce, niż w tylnej. Siedliskiem zmian bywa cała łącznotkankowa część ściany cewki i łącznotkankowe przegrody ciał gąbczastych, przyczem zmienia się również nabłonek, wyścielający cewkę, cały aparat gruczołowy i naczynia krwionośne. Zarazem może zmieniać się i światło cewki.

Głównie ulega sprawie zapalnej tkanka łączna ścianki cewki. Między włóknami łącznotkankowemi gromadzą się okrągłe jednojądrowe komórki i większe nabłonkowe z domieszką niekiedy wielojądrowych ropnych ciałek. Natężenie zapalenia bywa różne: ledwie dostrzegalne skupienie komórek w tkance podnabłonkowej, nacieczenie tak obszerne i gęste, że nie widać wcale podścieliska łącznotkankowego, nacieczenie ześrodkowane naokoło naczyń, wzdłuż których przenika niekiedy bardzo głęboko, nacieczenie ciągnące się wzdłuż przewodów gruczołów, przenikające niekiedy do pojedynczych gronek gruczołowych. Nacieczenie czasem organizuje się, tworząc tkankę łącznotkankową.

Zmiany w nabłonku są następne, skutkiem zmian w tkance łącznej. Wpływają one na przekształcenie się nabłonka. Komórki walcowate przekształcają się w niższe, bardziej sześciennie, a nawet płaskie.

Nacieczenie, a szczególnie powstająca tkanka łączna, może uciskać przewody zrazików, tworząc torbiele, których zawartość stanowi zatrzymana wydzielina ze złuszczonej komórkami nabłonkowemi i leukocytami.

Powyżej opisane sprawy wpływają niekiedy na zmianę światła cewki. Może nastąpić zwężenie światła lub spłaszczenie w kształcie szpary; na ścianach cewki fałdy mogą wygładzić się, mogą utworzyć się narośle najrozmaitszego kształtu.

POWIKŁANIA MIEJSCOWE RZEZĄCZKI CEWKI MOCZOWEJ.

W wielu przypadkach rzeźączki cewki moczowej następują powikłania w narządach moczopłciowych: zapalenie żołądki i przewodów przycewkowych, nacieczenie i ropnie okołocewkowe, zapalenie gruczołów opuszkowo - cewkowych, naczyń i gruczołów chłonnych — w rzeźączce cewki przedniej, zaś zapalenie gruczołu krokowego, najądrza, pęcherza, pęcherzyków nasiennych, miedniczek nerkowych i nerek — w rzeźączce cewki tylnej. Powikłania powstają zwykle w ostrym okresie rzeźączki lub podczas obostrzeń rzeźączki przewlekłej, niekiedy jednak zjawiają się one w przewlekłym okresie rzeźączki bez żadnej widocznej przyczyny.

Zapalenie rzeźączkowe żołądki.

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

Wrodzony krótki napletek lub też obrzezany zabezpiecza prawie zawsze przed powyższem cierpieniem.

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

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

Rozpoznanie bywa łatwe, jeśli można odciągnąć napletek.

Nadżerki i owrzodzenia rzeżączkowego zapalenia żołądźci odróżniają się od miękkiego szankra tem, iż są bardziej płaskie, nie posiadają słoninowatego nalotu, ostro ograniczonych i podniesionych brzegów, goją się przytem szybko w razie zachowania czystości; od pierwotnego objawu kiły odróżniają się innemi wynikami badania mikroskopowego i przebiegiem owrzodzeń.

Trudniejsze bywa rozpoznanie w zapalnej stulejce.

Przedewszystkiem przy pomocy mikroskopu szukamy w wydzielinie gonokoków, następnie z oddanego przez pacjenta moczu, po uprzednim starannem przemyciu cienkim cewnikiem worka napletkowego, wnioskujemy o stanie cewki moczowej.

Miękki szankier rozpoznajemy wówczas, gdy w wydzielinie spotykamy laseczniki *D u c r e y'a* i ostre, mocno wyrażone zapalenie gruczołu pachwinowego.

Za pierwotnym objawem kiłowym przemawia twarda spoistość, niebolesne obrzmienie gruczołów chłonnych, a niekiedy i drugorzędne wysypki.

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

Zapalenie rzeżączkowe przewodów przycewkowych.

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

Otwory zajętych przewodów przycewkowych bywają niekiedy zaczerwienione; często zaś brak nawet zaczerwienienia, i cierpienie znamionuje się wyłącznie ropą, wychodzącą przy ucisku na przewody. Przebieg i kierunek przewodów można zbadać zapomocą cieniutkiego metalowego zgłębnika, szczególnie po wprowadzeniu metalowej sondy do cewki.

Najbardziej uporczywe bywa zapalenie przewodów, prowadzących od wewnętrznej powierzchni cewki. Mogą one tworzyć ropnie wielkości grochu, czasem otwierające się nazewnątrz lub wewnątrz cewki.

Okolicewkowe rzeżączkowe nacieczenia i ropnie.

Gonokoki, przerastając ścianki gruczołów cewkowych głębiej leżących i sąsiednią tkankę łączną, aż do ciał jamistych, wywołują nacieczenia naokoło tych gruczołów i często zarośnięcie ich przewodów; w taki sposób tworzą się dość twarde nacieczenia i ropnie, wielkości ziarnka konopi, grochu. Szczególniej często zjawiają się one w okolicy wę-

dzidełka i opuszki na dolnej powierzchni cewki. Nacieczenia te mogą wessać się w ciągu kilku tygodni, lub częściej, ropiejąc, otwierają się na zewnątrz lub wewnątrz cewki. Zwykle nie pozostawiają one po sobie większego zwężenia cewki. Niekiedy jednak tworzą się znacznie większe ropnie, zajmujące ciała jamiste, które, po opróżnieniu się na zewnątrz lub wewnątrz cewki, stają się powodem ciężkich następstw: po utworzeniu się ropnia wewnątrz cewki, może powstać zaciek i zakażenie moczowe lub przetoka; zabliznianie się tych miejsc wywołuje silne zwężenia, wyginania się prącia podczas naprężenia, a nawet niemożność spółkowania.

Czasami nacieczenia i ropnie okołocewkowe nie sprawiają choremu żadnych przykrości, często jednak zjawiają się bóle, które powiększają się podczas moczenia, i naprężenia prącia. Macając, wyczuwamy mniej lub więcej bolesne guziki; naciskając je, możemy niekiedy z otworu cewki wygnieść nieco ropy.

Zapalenie rzeżączkowe gruczołów opuszkowo - cewkowych. (Cowperitis).

Gruczoły opuszkowo-cewkowe rzadko ulegają rzeżączkowemu zapaleniu; częściej bywa zajęty tylko ich przewód. Skutkiem przejścia sprawy zapalnej na gruczoły i okrażającą je tkankę, wyczuwamy z jednej, a rzadko bardzo z obu stron krocza podługowate, twardsze lub większe guzy, wielkości mniej więcej śliwki, bolesne podczas ucisku.

Często chory uczuwa nawet w stanie spoczynku dotkliwy ból, który zwiększa się podczas ruchu. W razie zropienia gruczołów, ból powiększa się, skóra nad gruczołem silnie czerwieni się, ropień przeważnie odkrywa się na zewnątrz. Niekiedy następuje powolne zmniejszanie się objawów zapalnych, które mogą nawet zupełnie zniknąć, lub pozostawiają po sobie mały twardy guzik. Ropienie, przechodząc na sąsiednią tkankę łączną, daje niekiedy początek dużym ropowicom na kroczu. Spostrzegamy wtedy u chorego utrudnione oddawanie moczu, a podczas ropienia — gorączkę.

Zapalenie rzeżączkowe naczyń i gruczołów chłonnych.

Podczas ostrego okresu rzeżączki cewki znajdujemy niekiedy na grzbiecie prącia bolesne nabrzmienia naczyń chłonnych i w pachwinach nabrzmienie gruczołów. Gruczoły chłonne mogą być zajęte nawet wtedy, gdy naczynia pozostają nietknięte.

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

Zapalenie rzeżączkowe sterczu (prostatitis).

Zapalenie gruczołu krokowego jest jednym z najcięższych i najczęstszych powikłań rzeżączki tylnej części cewki, dlatego też zasługuje na szczególną uwagę. Zjawia się m. w. w 50% ostrej rzeżączki cewki tylnej i w 85% przewlekłej.

Ostre zapalenie sterczu występuje zwykle w końcu trzeciego tygodnia od zarażenia, wyjątkowo tylko zjawia się wcześniej przy **abusus in Baccho et Venere** i w razie przeniesienia ropy zapomocą narzędzia do tylnej cewki.

Najczęściej zdarza się przekrwienie sterczu, wywołujące ból i uczucie ciężkości w kroczu i pełności w kiszce stolowej; parcie na mocz bywa przytem zwykle wzmożone, a oddawanie stolca — połączone z lekkim bólem. Często jest również postać zrazikowa, w której zjawia się częste i silne parcie na mocz, palenie i ból w okolicy tylnej części cewki; obfita przedtem wydzielina zwykle zmniejsza się; podczas badania przez próstnicę wyczuwamy w mięszu sterczu guziczki małe, twarde, wielkości grochu, bolesne na ucisk. Z powyżej opisanych postaci lub też samodzielnie powstaje zapalenie mięszowe, w którym objawy nie różnią się wiele od ostrego zapalenia cewki tylnej; badanie przez odbytnicę wskazuje na ogólne lub częściowe obrzmienie i bolesność gruczołów; w miejscu zajętem, skutkiem nasilenia sprawy, może utworzyć się guz zapalny, wywołujący, oprócz ogólnych objawów, dokuczliwy ból i pulsację w okolicach sterczu. Ropień po kilku — kilkunastu dniach pęka najczęściej podczas oddawania moczu lub stolca; ropnie opróżniają się najczęściej do cewki i kiszki prostej; w wielu razach jama ropnia wypełnia się ziarniną i następuje szybko wyleczenie. Niekiedy do ropnia przedostaje się mocz lub kał, następuje nacieczenie moczowe, zakażenie gnilne, ropnica i śmierć; mogą również utworzyć się przetoki. Pozatem zdarza się niekiedy okołosterczowa ropowica, a jeszcze rzadziej spotykamy zapalenie żył przysterczowe, które przebiega jak ropowica.

Wywiady, objawy subiektywne, a szczególnie badanie przez odbytnicę zwykle odrazu wyjaśniają sprawę.

Zapalenie rzeżączkowe gruczołu krokowego jest jednym z najcięższych powikłań rzeżączki cewki. Dobre przeważnie rokowanie daje rozlane przekrwienie, gorsze już — zrazikowa postać, ze względu na skłonność do nawrotów i przejścia w zapalenie przewlekłe, a najgorsze — ropnie i okołosterczowa ropowica, które grożą przetokami, gnilnem zakażeniem i zejściem śmiertelnem.

Przewlekłe zapalenie sterczu. Ostre zapalenie sterczu, szczególnie postaci zrazikowej i mięszowej, przechodzi w wielu przypadkach w zapalenie przewlekłe. Często bardzo, spoczątku lekkie ostre zapalenie gruczołu krokowego, prawie niedostrzegalne dla badacza, czasem wzmagą się i przechodzi w sprawę przewlekłą. Pozornie

wygląda to tak, jak gdyby zapalenie było przewlekłe od samego początku.

W przewlekłym zakażeniu sterczu bardzo często spotykamy wtórne zakażenie gronkowcami, paciorkowcami i t. p. Widujemy je nade wszystko po dłuższym trwaniu sprawy, co niestety bywa często. Do powstania przewlekłego zapalenia gruczołu krokowego przyczynia się wszystko to, co wywołuje ostre i przewlekłe zapalenie cewki tylnej.

Objawy chronicznego zapalenia sterczu bywają nadzwyczaj różne i zmienne. Skutkiem ścisłego anatomicznego związku sterczu z cewką tylną, objawy nerwowe miejscowe i ogólne, opisane w zapaleniu przewlekłym cewki, towarzyszą chronicznemu zapaleniu sterczu. Przecieczki i osad w końcowej porcji moczu mają o tyle tylko znaczenie różnicowe, o ile znajdują się w nim obfite walcowate komórki i warstwowate **corpora amylacea**.

Odczyn wydzielin chronicznego zapalenia sterczu bywa prawie zawsze zasadowy. Golem nawet okiem można zauważyć, że płyn jest ropny lub śluzo - ropny, niekiedy ropno - krwisty. O rozpoznaniu sprawy decyduje odnalezienie pod mikroskopem gonokoków. Liczba leukocytów zależy od natężenia zapalenia i waha się od pojedynczych do obficie wypełniających pole widzenia.

Cierpienie jest bardzo uporczywe, w niektórych przypadkach nie możemy go usunąć, a nawet po jego usunięciu pozostaje niekiedy neurastenja płciowa.

Zapalenie rzeżączkowe najądrza.

Po zapaleniu sterczu, najczęstszym i najpoważniejszym powikłaniem rzeżączki cewki tylnej jest zapalenie najądrza. Zdarza się m. w. w 1/3 części przypadków rzeżączki. Zażęte bywa przeważnie jedno najądrze, prawe lub lewe, m. w. w równej ilości przypadków. Obustronne zapalenie zdarza się rzadziej i nie wynosi nawet 10% ogólnej liczby zapalenia najądrza.

Sprawa ta powstaje najczęściej w okresie największego napięcia objawów zapalnych w cewce tylnej, t. j. w czwartym tygodniu przebiegu rzeżączki, skutkiem przejścia gonokoków z cewki tylnej na przewód wytryskowy, nasieniowód i na najądrze, a także drogą naczyń chłonnych. Powoduje zapalenie wszystko to, co obostrza przebieg rzeżączki cewki tylnej, a przede wszystkim urazy fizyczne, **abusus in Baccho et in Venere**, również wprowadzenie narzędzi do kanału moczowego podczas ostrego okresu rzeżączki cewki, przedwczesne mięsienie sterczu i t. d.

Sprawa może rozwinąć się nagle w ciągu zaledwie paru godzin: zjawia się niespodziewanie silny ból jądra, podniesienie temperatury niekiedy do 40° i obrzmienie najądrza.

Częściej jednakowoż zapalenie rozwija się powolniej. Chory w ciągu paru dni skarży się na ogólny zły stan zdrowia, brak apetytu, częstsze

parcie na mocz i bóle w kierunku pachwiny i jądra; najpóźniej po 2—4 dniach zjawia się w główce, rzadziej w ogonie, bolesne, silnie odznaczające się obrzmienie, wielkości m. w. laskowego orzecha, wrażliwe na ucisk. Ból i obrzmienie szybko powiększają się i to ostatnie dosięga w ciągu jednego — kilku dni wielkości orzecha włoskiego, a niekiedy nawet pięści. Każdy ucisk i ruch uraża silnie chorego, skutkiem tego stara się on podczas chodzenia nie dotykać biodrem odpowiedniego najądrza i podtrzymywać je. Najmniej bólu sprawia leżenie nawznak z rozstawionymi i zgiętymi dolnymi kończynami. Zaparcie stolca towarzyszy zwykle temu cierpieniu.

Po okresie nasilenia, który trwa około tygodnia, następuje okres stacjonarny — bez widocznych zmian, — takiejże m. w. długości, a następnie rozpoczyna się okres wysysania, który trwa bardzo długo — kilka tygodni, miesięcy, lat.

Zapalenie może objąć cały nasieniowód, a nawet powróżek nasienny.

W bardzo silnem zapaleniu mogą powstać ropnie w najądrzu lub około jądra; otwierają się one zazwyczaj nazewnątrz, opróżniają się i goją po częściowem zniszczeniu narządu, a niekiedy pozostawiają po sobie przetoki.

Same jądra bardzo rzadko podlegają rzeżączkowemu zapaleniu.

Rozpoznanie jest bardzo łatwe wobec opisanych objawów.

Rokowanie co do życia jest dobre, jeśli nie nastąpi zapalenie otrzewny lub ropień. Powrót do zupełnie normalnego stanu spostrzega się rzadko; najczęściej pozostają stwardnienia, które ścieśniają lub zamykają światło nasieniowodu. W razie zajęcia główek obu najądrzy może nastąpić zupełny brak nasienia i bezpłodność. Należy zwrócić uwagę na długotrwałą zaraźliwość tych chorych zapomocą nasienia. Niekiedy pozostałe stwardnienie staje się, jako *locus minoris resistentiæ*, punktem wyjścia gruźlicy jądra, szczególnie u osób gruźliczych.

Zapalenie rzeżączkowe pęcherzyków nasiennych.

Wobec ścisłego anatomicznego związku pęcherzyków nasiennych z przewodami wytryskowymi należy przypuścić, że zajęcie pęcherzyków nasiennych bywa w większości przypadków zapalenia przewodów wytryskowych i najądrza. Zdaje się nawet, że rzeżączka łatwiej może się przenieść na pęcherzyki nasienne, niż na dalej położone najądrza, to też niekiedy udaje się wykryć zapalenie pęcherzyków nasiennych bez odpowiedniego zapalenia najądrzy.

Objawy i przebieg ostrego zapalenia pęcherzyków nasiennych nie są znamienne dla tego cierpienia: podniesienie ciepłoty niekiedy do 39 — 40°, bóle w prostnicy i zaburzenia moczopłciowe. Ważne znaczenie rozpoznawcze ma domieszka krwi i ropy do nasienia podczas zmasażowania, jednakowoż i ten objaw może zdarzyć się również w ostrem zapaleniu

cewki tylnej i sterczu. Przebieg sprawy zwykle bywa dobry, następuje stopniowo wessanie i zmniejszenie wszelkich objawów. Niekiedy tworzą się ropnie, które otwierają się przeważnie do prostnicy, rzadko do jamy brzusznej i powodują zapalenie otrzewnej, nawet z zejściem śmiertelnem. Często ostre zapalenie przechodzi w przewlekłe, które nie różni się pod względem objawów od przewlekłego zapalenia sterczu i cewki. Rozpoznawczych danych dostarcza wymacanie zajętych pęcherzyków nasiennych, najłatwiej po napełnieniu pęcherza. Zapalny pęcherzyk nasienny wyczuwamy, jako guz okrągławy, twardo - elastyczny lub ciastowaty, a nawet chęłboczący, i bolesny na ucisk.

Zapalenie rzeżączkowe pęcherza.

Powikłanie to należy do rzadkich, gdyż płaski nabłonek pęcherza stanowi dla gonokoków złą pożywkę.

Zapalenie pęcherza występuje przeważnie w 3-m—4-m tygodniu przebiegu ostrej rzeżączki cewki, naskutek podrażnienia narządów moczopłciowych, zwykle u osób z ustrojem mało odpornym. Silny uraz fizyczny, forsowne przestrzykiwania, wprowadzanie narzędzi do kanału moczowego, mogą tę sprawę wywołać znacznie wcześniej. Obostrzenia rzeżączki tylnej części cewki w okresie podostrym lub przewlekłym sprzyjają przejściu zapalenia na błonę śluzową pęcherza. Zapaleniu pęcherza towarzyszy też zwykle zajęcie części tylnej kanału moczowego. Od przewagi jednej sprawy nad drugą zależą i objawy. Parcie na mocz, bóle podczas oddawania moczu, końcowe krwawienia zjawiają się jak w jednym, tak i w drugim przypadku, jednak w razie występowania na plan pierwszy zapalenia pęcherza, objawy te są słabsze. Mocz w obu porcjach bywa mętny; ilość osadu zależy od rozprzestrzenienia sprawy, od jej natężenia i głębokości. W pierwszej porcji moczu, oprócz ropy z pęcherza, znajdować się mogą i nitki z cewki; w ostatniej porcji mętność moczu zwykle bywa największa. Odczyn moczu — przeważnie kwaśny, rzadko zasadowy; zawartość białka zależy od ilości ropy, a zmiany w odczynie moczu pochodzą najczęściej nie od gonokoków, lecz spowodowane są przez florę ropotwórczą, początkowo wspólnie z gonokokami. Z chwilą zjawienia się zapalenia pęcherza zwykle zmniejsza się wyciek z cewki.

Objawy ogólne, jak podniesienie ciepłoty, brak apetytu, ogólne niedomaganie, bywają zwykle w dość silnym stopniu.

W postaci podostrej objawy są mniej znaczne, parcie na mocz występuje silniej podczas chodzenia i stania, niż podczas leżenia, gdyż w pozycji leżącej mocz mniej drażni wewnętrzny otwór cewki.

Przebieg ostrego zapalenia pęcherza bywa zwykle dobry, i sprawa może przejść w ciągu tygodnia — dwóch. Niekiedy zapalenie ustępuje bardzo powoli, z częstymi nawrotami, może przejść w postać przewlekłą lub sięgnąć w głąb tkanki, przedziurawić ją i wywołać zapalenie otrzewnej

z zejściem śmiertelnem, może rozprzestrzenić się na moczowody, miedniczki nerkowe i nerki.

Przewlekłe zapalenie pęcherza rozwija się z ostrego skutkiem niezachowania przepisów dietetyczno-higienicznych lub nieodpowiedniego leczenia i nie posiada żadnych znamienych objawów.

Rozpoznanie najczęściej bywa dość trudne. Obecność w osadzie dużych spoistych mas śluzo-ropnych, zawierających tysiące ciałek wielojądrowych, stanowi najważniejszą cechę różnicową. Zapalenie gonokokowe pęcherza różni się od innych obecnością swoistych zarzązków zwykle tylko w pierwszym okresie, w następnych zaś gonokoki ustępują miejsca pałeczce okrężnicy lub odmieńcom. W rozpoznaniu zapalenia chronicznego ważne usługi oddaje cystoskopia.

Zapalenie rzeżączkowe miedniczek nerkowych i nerek.

Występuje ono względnie rzadko w przebiegu rzeżączki kanału moczowego. Same gonokoki znajdowano w ogniskach chorobowych w pojedynczych tylko przypadkach, przeważnie zaś wraz z gronkowcami, paciorkowcami i bakterjami okrężnicy. Zapalenie rzeżączkowe miedniczek nerkowych i nerek powstaje najczęściej skutkiem przejścia rzeżączki z pęcherza przez moczowody. Najbardziej sprzyja temu zatrzymanie moczu w pęcherzu w zwężeniach cewki i przeroście sterczu, gdyż wtedy rozszerzają się otwory moczowodów. Należy przypuścić, iż wszelkie sprawy, które wywołują przekrwienie lub stan zapalny miedniczek i nerek, współdziałają w przejściu na nie rzeżączki.

Zapalenie miedniczek nerkowych objawia się zwykle nagle dreszczami i podniesieniem ciepłoty ciała do 39°—40° C. Dreszcze i podniesienie ciepłoty bywają nieznaczne tylko w tych przypadkach, gdy sprawa rozwija się powoli. Gorączka trwa niedługo, jeśli wydzielina ma odpływ; pozostaje zaś, przerywana dreszczami, gdy tworzą się ropnie, lub ropa nie ma odpływu. Gorączce towarzyszą niekiedy: słaby częsty puls, wymioty i śpiączka. Podniesienie ciepłoty w przewlekłej postaci bywa nieznaczne, ma charakter przerywany lub zwalniający. W ostrej postaci bóle w okolicy jednej lub obu nerek występują albo samoistnie, lub też dopiero po ucisku i rozchodzą się ku pęcherzowi, prąciu i biodrom; w przewlekłej postaci, jeśli wydzielina odpływa swobodnie, to tylko w okolicy odpowiedniej nerki wyczuwamy jakby ucisk.

Zmiany w moczu są dość znaczne. Ilość moczu w początkowym okresie często zmniejsza się, a następnie może powiększyć się w dwójnasób, a nawet w trójnasób. Odczyn moczu kwaśny, jeśli sprawa w pęcherzu nie zmienia go na zasadowy. Mocz mętny, jednak chwilowo, po zatkaniu odpływu z chorej nerki, może być zupełnie czysty. Osad zawiera, oprócz ciałek ropnych, czerwonych krążków krwi, drobnoustrojów i najrozmaitszych komórek, pochodzących z dróg moczowych, w razie zajęcia nerek, znamienne wałeczki moczowe i nabłonek nerkowy w postaci małych,

okrągłych lub okrągło-graniastych komórek, z delikatnie ziarnistą zarodnią i z dużym, podwójnie konturowanym jądrem. Białko w zapaleniu miedniczek odpowiada ilości ropy w moczu, znacznie ją przewyższa w zajęciu nerek.

R o z p o z n a n i e. Nagłe zjawienie się gorączki z dreszczami, bóle w okolicy nerek, walczki moczowe i komórki nerkowe wyjaśniają rozpoznanie. Może je potwierdzić, jeśli to jest możliwe, badanie wydzielniczej działalności moczowodów i ich cewnikowanie. W różnicowaniu należy wyłączyć zwykle zapalenie nerek, gruźlicę, ropiejące nowotwory, kamienie nerkowe i ropne wodonercze.

Ostre rzeżączkowe zapalenie miedniczek nerkowych zwykle łatwo przechodzi. Sprawa może przyjąć zły obrót w ciężkim ropnym zapaleniu pęcherza i w przewlekłej postaci zapalenia miedniczek ze względu na możliwość przejścia rzeżączki na nerki.

B. RZEŻĄCZKA U KOBIET.

Uwagi ogólne.

Rzeżączka u kobiet może rozprzestrzenić się po wszystkich moczopłciowych narządach, najczęściej jednak umiejscawia się tylko w pewnych określonych miejscach. Zakażenie następuje zwykle bezpośrednio przez stosunek płciowy, rzadziej pośrednio przez narzędzia zakażone, jak np. gąbki, poduszki miesięczkowe, kanki i t. p.

Rzeżączka u kobiet posiada pewne odrębne właściwości, mianowicie zjawia się przeważnie odrazu w postaci podostrej lub nawet przewlekłej, ograniczonej tylko do pewnego miejsca i mającej skłonność do przebiegania skrycie. Postać ostra, bardziej rozprzestrzeniona, występuje znacznie rzadziej.

Rzeżączkę ostrą widzimy zazwyczaj u kobiet młodych, anemicznych, żółtawych; zapaleniu ostremu ulegają zewnętrzne części narządów moczopłciowych: pochwy i cewki; zapalenie może następnie przejść na macicę, jajowody i jajniki, a nawet na tkankę łączną miednicy i otrzewną.

Jest to postać wstępująca rzeżączki ostrej. Zdarza się również i postać zstępująca, gdy zarażeniu ulega przedewszystkiem szyjka maciczna, skąd gonokoki z ropą przedostają się do zewnętrznych części narządów płciowych i do cewki.

Nawet powyższa ostra postać rzeżączki przebiega przeważnie od samego początku łagodnie, a szcześnie przechodzi w przewlekłą, bardzo ograniczoną i ukrytą. Zakażenie następuje zazwyczaj po stosunku z mężczyzną, który ma poranną *goutte militaire*, a mocz z nitkami. Sprawa rozpoczyna się niepostrzeżenie od słabego zapalenia zewnętrznych narządów rodnych i pochwy, nieznacznych upławów, lekkiego swędzenia. Objawy powyższe bywają zazwyczaj przyjmowane za podrażnienie po pierwszych stosunkach płciowych. Szcześnie, najczęściej po miesiączce, zjawia się zapalenie cewki, zapalenie gruczołów przedstonkowych albo macicy. Jednocześnie spostrzegamy wielokrotnie objawy ogólne, jak anemię, zaburzenia żołądkowe, objawy hysterji i t. p.; wespół z zaburzeniami w miesięczkowaniu.

Zapalenie powyższe umiejscawia się zazwyczaj tylko w pewnych narządach, a właściwiej, w jednych wyraża się silniej, podczas gdy w innych przebiega skrycie.

Gonokoki spostrzegamy w nieznacznej ilości. Najczęściej znajdujemy je w wydzielinie z cewki, rzadziej — z szyjki macicznej. Do gonokoków mogą przyłączyć się inne drobnoustroje ropne, które na podłożu, przygotowanym przez gonokoki, rozszerzają swą działalność, a szcześnie występują na plan pierwszy. Gonokoków stopniowo bywa coraz mniej i coraz trudniej je odszukać. Działalność ich pobudzają nanowo takie

czynniki, jak miesiączka, stosunek płciowy, ciąża, poród. Pod ich wpływem gonokoki rozprzestrzeniają się i drążą głębiej w tkankę, wobec czego usunięcie zarazka staje się coraz trudniejsze.

Rozpoznanie przewlekłej rzeżączki u kobiet jest bardzo uciążliwe. Badamy szczegółowo wzrokiem i palpacją poszczególne części narządów płciowych: duże i małe wargi, cewkę, gruczoły przedsionkowe, gruczoły przycewkowe, cewkowe, macicę i jej przydatki, również zapomocą wziernika — pochwę i szyjkę maciczną, a mikroskopowo — wydzielinę z szyjki macicznej, z cewki i z gruczołów przedsionkowych.

Leczenie jest nadzwyczaj trudne, szczególnie, gdy sprawa rozszerzy się na przydatki.

Rzeżączka cewki.

Rzeżączka cewki występuje samoistnie, albo też wespół z każdym prawie rzeżączkowym zapaleniem zewnętrznym i wewnętrznym narządów płciowych; spotyka się znacznie częściej w postaci przewlekłej, niż ostrej.

Okres wylęgania rzeżączki trwa krótko, m. w. 2—6 dni. Po upływie tego czasu w bardzo ostrych przypadkach lub u osób wrażliwych zjawia się nieznaczna gorączka, dreszcze, ogólne niedomaganie, palenie, swędzenie w cewce i częstsze moczenie, połączone w końcu czynności z bólem. Wylot kanału moczowego staje się czerwony, nabrzmiąły. Podczas ucisku palcem na cewkę od strony pochwy wyczuwamy bolesny sznurek, a z kanału wypływa kropla ropy, czasem w połączeniu z krwią. Mocz w pierwszej części mętny, w drugiej — czysty. Zmętnienie w drugiej części oznacza zapalenie pęcherza. Wszystkie powyższe objawy znikają u kobiet dość szybko, m. w. w ciągu 2—3 tygodni, lecz niezawsze giną zupełnie. Często sprawa przechodzi w przewlekłą lub od samego początku występuje jako taka.

Objawy przewlekłej rzeżączki bywają przeważnie obiektywne. Podczas wyciskania z cewki wydobywa się zwykle kropla śluzo-ropy, zabarwienia mlecznego. Mocz, w pierwszej porcji, tak jak u mężczyzny, bywa albo lekko zmętniały, albo czysty z nitkami. Zapalenie może objąć całą cewkę; często jednak umiejscawia się w części przedniej, w gruczołach cewkowych i w zagłębieniach kanału; szcasiem może doprowadzić do zgrubienia, stwardnienia cewki (**urethritis fibrosa**). Zwężenia spotykają się dość rzadko. Rozszerzenia kanału znajdujemy w postaci jakby kieszeni, gdzie zbiera się ropa. W dolnej części kanału spostrzegamy niekiedy **ropień naokołocewkowy (urethrocele vaginale-uretrite sacculaire de Verchère)**, który można usunąć tylko drogą chirurgiczną.

Na powierzchni cewki spotykamy niekiedy dużą ilość brodawczek, czasami rozwidlających się i łatwo krwawiących (**urethritis proliferans**). Mogą one spowodować nietrzymanie moczu.

Zapalenie przycewkowe gruczołów powoduje często nadzwyczajną uporczywość rzeżączki. Gruczoły powiększają się, twardnieją; z zaczerwienionych otworów można wycisnąć nieco ropy. Często powstają ropnie około-gruczołowe, które, otwierając się do cewki lub pochwy, mogą pozostawiać po sobie przetoki.

Jednocześnie może wystąpić zajęcie szyjki pęcherza. Chora często oddaje mocz, w ostatnich kroplach którego możemy nawet spostrzec krew. Sprawa przeważnie ustępuje prędko i łatwo. Rzadsze znacznie i uporczywsze bywa zajęcie pęcherza. Na podłożu, przygotowanym przez gonokoki, zwykle zagnieżdżają się wtórnie inne drobnoustroje.

Badanie wziernikiem cewkowym wykazuje w ostrej postaci rzeżączki cewki zaczerwienienie, nabrzmienie i rozpułchnienie nabłonka błony śluzowej cewki. W przewlekłej postaci zaczerwienienia bywają w kształcie plam i smug. Niekiedy zdarzają się nadżerki, ziarninujące powierzchownie lub zaczerwienienia naokoło otworów gruczołów cewkowych.

Rozpoznanie bywa zazwyczaj łatwe, gdyż w wydzielinie spotykamy często liczne gonokoki. Wydzielinę z cewki zbieramy do badań bardzo ostrożnie, zeskrobując ją ze ściany wąską blaszką. Chora nie powinna przedtem oddawać moczu.

Zapalenie sromu niewieściego.

Zapalenie sromu niewieściego rzadko bardzo występuje samodzielnie; zwykle towarzyszy ono albo zapaleniu cewki, albo też pochwy. Objawy rozpoczynają się od palenia i swędzenia, dochodzącego do bólu. Szczególnie bolesne bywa moczenie i ruch. Cały srom i skóra w sąsiedztwie zwykle bywa silnie nabrzmiała, zaczerwieniona, cieknąca, przykryta ropą, niekiedy popękana lub pokryta nadżerkami. Ropa znajduje się przeważnie w dużej ilości i bardzo cuchnie. Niekiedy występuje jednocześnie bolesne zapalenie gruczołów pachwinowych, mogące doprowadzić do zropienia, i zapalenie naczyń chłonnych sromu. Ostre zapalenie sromu niewieściego w odpowiednich warunkach szybko znika, rzadziej przechodzi w postać chroniczną.

W przewlekłej postaci skóra na sromie staje się ciemniejsza, niż normalnie, z brązowym, niekiedy fioletowym odcieniem. Najczęściej pozostaje tylko uporczywe zapalenie gruczołów sromu, naokoło których skóra staje się zaczerwieniona, a nawet ziarninująca. Częstym następstwem przewlekłego zapalenia sromu bywają szyszkowiny stożkowate.

Rozpoznanie — zwykle łatwe, jeśli mieć na uwadze przytoczone powyżej objawy i współczesne rzeżączkowe zapalenie innych narządów płciowych. Należy pamiętać, że obrzęk i zaczerwienienie sromu może być spowodowane miękkimi szankrami, pierwotnymi lub wtórnymi objawami kily, masturbacją i ciążą.

Zapalenie rzeżączkowe gruczołów przedstonkowych wielkich (Bartholinitis).

Gruczoły przedstonkowe wielkie mogą być zajęte podczas przebiegu rzeżączki ostrej lub przewlekłej w innych narządach. Rzeżączce ulega częściej przewód wydzielniczy, niż cały gruczoł i tkanka okołogruczołowa.

Ostre rzeżączkowe zapalenie gruczołu przedstonkowego rozwija się przeważnie po jakimś podrażnieniu, np. forsownym ruchu lub spółkowaniu. Niekiedy szybko, w ciągu kilku godzin, zjawia się obrzmienie dużej wargi, przeważnie lewej, zaczerwienienie, podniesienie ciepłoty, silny ból. Często obrzmiewa zarazem i mała warga.

Pod skórą dużej wargi wyczuwamy twarde bolesny guz, wielkości włoskiego orzecha i większy. Pod wpływem ucisku, z przewodu gruczołowego pokazuje się niekiedy nieco ropy. Obrzmienie i zaczerwienienie w ciągu paru następnych dni może się znacznie powiększyć, zajmując skórę aż do pachwiny. Guz robi się ciastowaty, następnie chleboczący i często traci ściśle zaznaczone granice ze względu na zajęcie tkanki przygruczołowej. Skóra nad guzem zcieńcza się, pęka, i zawartość ropnia opróżnia się przeważnie na wewnętrznej powierzchni warg. Jeśli ropa po pęknięciu otoczki nie przerwie skóry, to może ściekać ku tyłowi i zrobić sobie otwór na kroczu lub w ścianie prostaty, tworząc często uporczywe przetoki.

Ropa bywa krwawa, cuchnąca, niekiedy z resztkami miększu gruczołowego. Jama ropnia zwykle szybko wypełnia się ziarniną. Bardzo często ropa zbiera się w przewodzie gruczołowym, tworząc pozorne ropnie, skutkiem zatkania światła przewodu.

Zanim nacieczenie wchłonie się, guz może przejść w stwardnienie, przyczem powoli znikają wszystkie objawy zapalne.

Często pozostaje torbiel lub twarde niebolesny guzik, który podczas ucisku wydziela mleczną śluzo-ropę lub przezroczysty śluzowy płyn, zawierający w wielu przypadkach gonokoki. Nawet przy ucisku niestwardniałego gruczołu pokazuje się z otworu wydzielina patologiczna, a naokoło niego skóra pozostaje zaczerwieniona, niekiedy owrzodzona lub pokryta brodawkowatymi naroślami.

Zapalenie rzeżączkowe gruczołu przedstonkowego występuje po większej części odrazu w postaci przewlekłej. W przewodach gruczołu znajdujemy często gonokoki, zazwyczaj jednak łącznie z innymi ropotwórczami drobnoustrojami. Cierpienie powyższe bywa zazwyczaj bardzo uporczywe i niejednokrotnie podczas obostrzenia stawało się przyczyną poważniejszych cierpień, jak np. **pelveoperitonitis**.

Rozpoznanie jest łatwe ze względu na zaczerwienienie otworów przewodu, wyciek ropy z gonokokami lub guz w odpowiednim miejscu.

Zapalenie rzeżączkowe pochwy.

Pochwa jest pokryta wielowarstwowym płaskim nabłonkiem i nie zawiera gruczołów, skutkiem tego rzeżączkowe zapalenie zjawia się w niej przeważnie wtórnie: przechodzi na pochwę ze sromu niewieściego, z cewki albo z macicy.

Jednak delikatny nabłonek małych dziewczynek, słabo zbudowanych blondynek i kobiet anemicznych stanowi niezłą pożywkę dla gonokoków, które mogą tam wywołać zapalenie pierwotne.

Zapalenie pochwy objawia się uczuciem ciężkości i palenia w narządach płciowych. Wydzielina staje się obfita, zielono-żółta, cuchnąca, zawiera sporo śluzu, komórek nabłonkowych, ciałek ropnych i posiada odczyn kwaśny. Bóle, dość silne niekiedy, rozchodzą się ku miednicy, biodrom, powiększają się podczas ruchu, oddawania stolca i zmuszają wrażliwe kobiety do leżenia w łóżku. Zapaleniu towarzyszą niekiedy dreszcze i podniesienie ciepłoty.

Palec, wprowadzony do pochwy, wyczuwa podniesienie ciepłoty i obrzmienie fałdów błony śluzowej, szczególnie w tylnych częściach, gdzie sprawa zwykle przebiega najsilniej. Takie badania wywołują niekiedy silny ból, skurcz pochwy i pochwięć.

Gdy objawy zapalne nie są zbyt znaczne, można wprowadzić do pochwy wziernik. Błona śluzowa, po oczyszczeniu tamponem, przedstawia powierzchnię nabrzmiałą, zaczerwienioną, z powierzchownymi lekko krwawiącymi nadżerkami, usianą niekiedy czerwonymi wzniesieniami, wielkości ziarnka konopi (**vulvitis granulosa**). Błona śluzowa części pochwowej macicy ulega również zapaleniu; na wargach b. często tworzą się nadżerki.

W szczególnie ciężkich przypadkach zapalenie tkanki podśluzowej może spowodować tworzenie się wzdłuż ścianki pochwy ropni, które niekiedy otwierają się do prostonicy. W razach wyjątkowych zapalenie pochwy może wikłać się martwicą.

Zapalenie pochwy zwykle przechodzi w 3—4 tygodnie. Bywają nawroty, szczególnie po miesiączkowaniu; bardzo zaś często sprawa przechodzi w przewlekłą. Postać przewlekła nie odznacza się zwykle objawami subiektywnymi. Wydzielina może być dość znaczna. Badanie przez wziernik wykazuje zgrubienie błony śluzowej, zabarwienie ciemniejsze, niż zwykle, ziarninujące wysepki i nadżerki na wargach macicznych. Postać przewlekła również nadzwyczaj często umiejscawia się w tylnym zagłębieniu pochwowo-macicznym.

Rozpoznanie zapalenia pochwy jest łatwe, zważywszy na zmiany w błonie śluzowej i współrzedne zajęcie innych narządów moczopłciowych. Badanie wydzieliny na gonokoki bywa zwykle utrudnione ze względu na obfitą domieszkę najrozmaitszych drobnoustrojów. Rokowanie powinno być bardzo ostrożne, gdyż sprawa często bywa uporczywa.

Usunięcie jej zazwyczaj zależy od wyleczenia pierwotnego cierpienia, a w tych razach, gdy jest pierwotna, może przejść na macicę.

Zapalenie rzeżączkowe macicy.

Rzeżączkowe zapalenie umiejscawia się w macicy nadzwyczaj często. Może ono występować tu pierwotnie i stąd rozprzestrzeniać się na pochwę i cewkę. Może zaś ono przechodzić również następczo z narządów zewnętrznych.

Gonokoki, tak jak i inne pasorzyty pochwy, bardzo łatwo przedostają się do szyjki macicznej, zdaje się jednak, iż na ciało przechodzą rzadziej. Zapalenie macicy spotykamy ostre i przewlekłe. Zapalenie ostre może przejść w przewlekłe, jednak często od samego początku przejawia się w bardzo łagodnej podostrej postaci. Ostre zapalenie macicy może być powierzchowne, a wtedy tylko sama błona śluzowa bywa przekrwiona, lekko krwawiąca i nacieczona. Zapalenie może przejść na tkankę głębiej leżącą, aż do mięśni. Gonokoki mogą przejść w głąb tkanki nie tylko per continuitatem, lecz również drogą naczyń chłonnych. Ostre zapalenie może ograniczyć się tylko do szyjki macicznej, a również może stamtąd rozprzestrzenić się na całą błonę śluzową macicy skutkiem zgiębnikowania, miesiączki, peronienia, porożu. Gdy zapalenie występuje w ostrzejszej postaci, sięga zarazem zwykle głębiej.

Sprawa rozpoczyna się niekiedy od dość silnych tępych bólów w miednicy i w dolnej części brzucha, promieniujących do łądźwi albo do kości krzyżowej, i występujących szczególnie silnie podczas ruchu, skutkiem czego chora zmuszona jest leżeć w łóżku. Jednocześnie zjawiają się dreszcze, podniesienie ciepłoty i zaburzenia żołądkowe. Częściej jednak rzeżączka rozpoczyna się prawie niepostrzeżenie.

Badanie macicy zapomocą macania lub wziernika bywa zazwyczaj bolesne. Jest ona obrzmiała, powiększona. Obrzmiewa również błona śluzowa otworu zewnętrznego szyjki, skutkiem czego otwór zwęża się. Prawie zawsze błona śluzowa pokrywa się nadżarciami, mniej lub silniej wyrażonemi, nie tylko w otworze, lecz również na całej zewnętrznej powierzchni szyjki macicznej. Z otworu szyjki macicznej wydziela się śluzo-ropna, zielonawa lub żółtawa wydzielina, niekiedy z domieszką krwi.

Zapalenie głębsze śródmiąższowe może przejść na tkankę przy- i okołomaciczną, a także i na otrzewną, może również rozprzestrzenić się na jajowody i jajniki.

Postać ostra lub podostra przechodzi często w przewlekłą: chore skarżą się na tępe bóle w miednicy i w krzyżu, szczególnie po ruchu, spółkowaniu, przed i podczas miesiączkowania, które zazwyczaj bywa połączone z silnemi bólami i długotrwałym krwotokiem. Bóle zjawiają się niekiedy tylko po miesiączce. Zaburzenia ogólne ustroju, jak anemja, osłabienie ogólne, zaburzenia w układach trawienia i nerwowym również występują czasami.

Podczas badania zapomocą wziernika spostrzegamy w otworze macicy wydzielinę obfitą, śluzo-ropną, ciągnącą się. Szyjka maciczna jest wrażliwa, powiększona; błona śluzowa zaczerwieniona, spulchniona, nadżarta. Nadżarcie często rozpościera się tylko naokoło zewnętrznego otworu szyjki. Często widzimy również na szyjce, szczególnie na jej grzbietowej części, dość obszerne owrzodzenia, o powierzchni nierównej, krwawiącej, o brzegach, mniej lub więcej wyraźnie ograniczonych. Owrzodzenia spotykamy szczególnie często u kobiet, które już rodziły, podczas gdy u bezdzietnych szyjka bywa zwykle bardziej wydłużona, lecz mniej owrzodzona. W zależności od powierzchownie lub głębiej sięgającej sprawy, od zajęcia tylko szyjki lub też i ciała macicy, od tworzenia się krwawiących brodawek na powierzchni błony śluzowej, od występowania blizn w nacieczonej tkance łącznej, powodujących zwężenia szyjki, od częstości i obfitości krwotoków — przewlekłe rzeżączkowe zapalenie macicy przyjmuje znamienne cechy i odpowiednią nazwę (**metritis parenchymatosa, fungosa, sclerosa, haemorrhagica** i t. p.). Przewlekłe rzeżączkowe zapalenie macicy bywa bardzo uporczywe i wywołuje różne powikłania, często powoduje bezpłodność, poronienia, stanowi zaś szczególniejsze niebezpieczeństwo w ciąży i po porodzie.

R o z p o z n a n i e. Najważniejsze rozpoznawcze znaczenie posiadają wyniki badania wydzieliny na gonokoki. Objawy subiektywne i obiektywne, wskazując na umiejscowienie cierpienia, nie wykrywają jego pochodzenia. Nawet wydzielina, w postaci białych upławów, może zdarzać się w rzeżączkowym zapaleniu macicy, i w tej śluzowej wydzielinie znajdujemy gonokoki.

Zapalenie rzeżączkowe jajowodów (salpingitis g.) powstaje skutkiem rozprzestrzenienia się gonokoków z macicy na jajowody; jest ono najważniejszym ze wszystkich rzeżączkowych zapaleń przydatków macicy. Zajęte jajowody często skleją się z jednej lub obu stron (macicy i otrzewnej), przyczem pośrodku zbiera się ropa. W taki sposób powstaje **r o p n i a k j a j o w o d u (pyosalpinx)**, który może opróżnić się do macicy albo do jamy brzusznej i stosownie do tego powoduje zapalenie macicy lub otrzewnej. Zapalenie rzeżączkowe może rozszerzyć się na jajniki i na całe omacicze (**oophoritis, perimetritis i pelvipерitonitis**). Zapalenie przymaciczne (**parametritis**) najczęściej bywa spowodowane zakażeniem mieszanem.

Pomijam ściślej omówienie powyższych cierpień, jako wchodzących w zakres ginekologii i chirurgji.

C. RZEŻĄCZKA U DZIECI.

Rzeżączkę u dzieci spotykamy dość często, przytem lwia część przypada na płeć żeńską. U chłopców zakażenie spowodowane najczęściej bywa stosunkami płciowemi. Rzeżączka przebiega u nich w taki sam sposób, jak i u dorosłych; tylko objawy zapalne występują zwykle bardzo intensywnie. Szczególnie ostry przebieg posiada rzeżączkowe zapalenie worka napletkowego.

U małych dziewcząt gonokoki bardzo często bywają przenoszone zapomocą gąbki, waty, bielizny, termometrów, kanek, palców, a nawet kąpiel, które wielokrotnie powodowały w domach wychowawczych nagminne zakażenia gonokokowe. Zdarzają się zakażenia dziecka przez matkę podczas porodu. Jako czynnik, sprzyjający zakażeniu małych dziewczynek, należy wziąć pod uwagę psychopatyczny popęd chorych mężczyzn do małych dziewczynek.

Rzeżączka u dziewczynek rozprzestrzenia się głównie na srom, pochwę i cewkę. Rzeżączkowe zapalenia macicy i pęcherza spotykają się rzadko. Opisywano również zapalenie rzeżączkowe jajowodów i otrzewnej, niekiedy z zejściem śmiertelnem. Rzeżączka przebiega nadzwyczaj uporczywie, następują łatwo nawroty i obostrzenia.

W rozpoznaniu należy zawsze badać wydzielinę na gonokoki, gdyż u dzieci dość często spotykamy zapalenie cewki, wywołane innemi drobnoustrojami. Rozpoznanie często jest trudne, ale zupełnie możliwe zapomocą hodowli. Duże znaczenie posiada sposób zebrania materiału na preparaty i podłoża ze względu na obcą florę. Gonokoki należy odróżniać od pseudogonokoków, znajdujących również u zdrowych. Przytem należy pamiętać, iż u dziewczynek spotykamy wielokrotnie zapalenie sromu, wywołane przez *micr. tetragenes* lub inne drobnoustroje, które też mogą posiadać własności zakaźne.

NIEPŁCIOWE UMIEJSCOWIENIE RZEŻĄCZKI.

Zapalenie rzeżączkowe prostnicy zdarza się najczęściej u kobiet skutkiem ściekania na odbyt ropy, zawierającej gonokoki; może ono powstać i u mężczyzny w razie pęknięcia ropnia rzeżączkowego sterczu do prostnicy lub do pęcherzyka nasiennego. Gonokoki mogą być również przeniesione do prostnicy podczas stosunku **per anum**, zapomocą kanki, waty, palców i t. p.

Ostremu zapaleniu prostnicy towarzyszą zawsze silne bóle, szczególnie podczas ruchu i oddawania stolca, często promieniujące do sąsiednich narządów, parcie na stolec, zaczerwienienie błony śluzowej prostnicy, niekiedy z nadżarciami lub narostami, i skóry naokoło odbytu, obfity ropny wyciek. Sprawa ta może wikłać się ropniami naokoło odbytu (*periproctitis*), przetokami i zapaleniem żył.

Dla rozpoznania należy uciekać się zawsze do badań mikroskopowych. Zapalenie rzeżączkowe prostaty musimy niekiedy różnicować od krwawnic, miękkiego szankra, różnych spraw ropnych i t. p.

Przewlekłe zapalenie może spowodować zwężenia w prostaty, tworzenie się wyrostów brodawkowatych, rzeżączkowe zapalenie stawów i t. d.

Zapalenie rzeżączkowe jamy ustnej i nosa spostrzegamy najczęściej u noworodków. Gonokoki znajdujemy w nadżarciach języka i podniebienia. Na błonie śluzowej ust wielokrotnie obserwowano powyższą sprawę u dorosłych po coitus ab ore.

Zdarzają się niekiedy u dzieci i u dorosłych zapalenia rzeżączkowe dziąseł, błony śluzowej nosa i jamy ustnej z współczesnym zajęciem swoistem krtani, oskrzeli, płuc i opłucnej.

Gonokoki bywają bardzo często przenoszone na oczy, szczególnie u noworodków podczas porodu. W tych przypadkach rzeżączkowe schorzenie oka jest cierpieniem bardzo ciężkim i może spowodować ślepotę.

OGÓLNE RZEŻĄCZKOWE ZAKAŻENIE.

Rzeżączka z cierpienia miejscowego może stać się ogólną chorobą ustroju ludzkiego. Gonokoki mogą przeniknąć do naczyń krwionośnych i chłonnych, mogą z prądem krwi i chłonki rozprzestrzenić się po ustroju i wywołać zapalenie w narządach najbardziej oddalonych od pierwotnego ogniska. Do naczyń krwionośnych gonokoki mogą przedostać się, uniesione przez ciążka ropne, albo przenikając przez cienkie ścianki chorobowo zmienionych drobnych naczyń podnabłonkowych. Zdarza się to (**gonochaemia**) nierzadko w przebiegu rzeżączki.

Bezpośrednią przyczyną ogólnego gonokokowego zakażenia bywa obostrzenie w przebiegu rzeżączki i zjawienie się powikłań miejscowych. U mężczyzn spotykamy je najczęściej, gdy rzeżączka przechodzi na tylną część cewki, obfitującą w bardzo powierzchowną sieć naczyń włosowatych, na stercz lub najądrze; u kobiet — gdy gonokoki przenikają w głębsze warstwy ciała macicy i do jej przydatków.

Podczas ogólnego gonokokowego zakażenia zajęte bywają najrozszańsze narządy, jak stawy, serce, nerki, wątroba, nerwy, oczy, skóra i t. p.

Wiele objawów zakażenia ogólnego (podniesienie ciepłoty, ogólna niedokrwistość) należy sprowadzić do działania nie samych gonokoków, lecz gonotoksyn. Bardzo często do działania gonokoków przylączają swój wpływ inne drobnoustroje. W ogólnych zakażeniach przypisujemy jednak główną rolę gonokokom.

Zakażenia rzeżączkowe stawów.

Najczęściej podczas ogólnego zakażenia gonokokowego bywa dotknięty układ ruchu, szczególnie stawy. Rzeżączkowe zajęcie stawów zjawia się zazwyczaj u tych osobników, których ustrój wogóle jest skłonny do zajęcia stawów, którzy już przechodzili zwykły gościec stawowy.

Stwierdzenie w stawach podczas stanów zapalnych obecności gonokoków zapomocą hodowli udało się wielu badaczom. Zapalenie rzeżączkowe stawów zdarza się znacznie częściej u mężczyzn, niż u kobiet.

U mężczyzn występuje ono najczęściej po urazie, stosunku płciowym, podrażnieniu sterczu i t. p., u kobiet — po miesiączkowaniu, poronieniu, porodzie, skrobaniu macicy i t. p. Rzeżączkowe zapalenie może być jednostawowe. Często jednak bywają zajęte 2—3 stawy, a nawet i więcej, zazwyczaj jednak mniej licznie, niż w zwykłym gościecu. Najczęściej cierpienie obejmuje staw kolanowy, piszczelowo-stopowy, napiętkowy i palcowy.

Zapalenie rzeżączkowe stawów może przejawiać się w najrozszańszych postaciach: ból stawów, puchlina, ropowicze zapalenie, a nawet ropniak.

Najłagodniejszym przejawem rzeżączkowego zapalenia stawów jest ból, który niekiedy odrazu może być bardzo dokuczliwy i szybko powiększać się. Częściej, początek bywa prawie niedostrzegalny; bóle bardzo powoli zwiększają się i rzadko dochodzą do zbyt silnego napięcia.

Najczęściej spotykamy puchlinę stawową. Początek jej może być gwałtowny albo też powolny. Towarzyszy jej ból w mniejszym lub większym stopniu, utrudnienie lub niemożność ruchu i krótkotrwałe podniesienie ciepłoty ze zwolnieniem.

Podniesienie ciepłoty do 40° i wyżej zdarza się rzadko; częściej waha się ona pomiędzy 38° i 39,5°. Rzadko zjawiają się jednocześnie obfite poty, częściej występuje osłabienie, bladość, chudnięcie. Wysiłek bywa surowiczny lub surowiczo - włóknikowy, czasem dość obfity, zwykle jednak mniejszy, niż w zwykłej puchlinie stawów. Puchlina rzeżączkowa ostra znika niekiedy szybko po kilku tygodniach trwania, często przechodzi w postać przewlekłą i ma wielką skłonność do nawrotów podczas każdego nowego zakażenia rzeżączkowego lub obostrzenia sprawy. Niekiedy, nawet dość szybko, może powstać zeszywnienie stawu — częściej włókniste, niż kostne, i stały zanik przylegających mięśni. Gdy sprawa przechodzi już w jednym stawie, może powstać w drugim.

Ropowicze zapalenie stawów przebiega zazwyczaj z niezbyt wysokim podniesieniem ciepłoty. Wysiłek do stawu zwykle nie jest znaczny, i obrzmienie następuje skutkiem zajęcia tkanki naokoło stawowej, błon maziowych, więzów, chrząstek, okostnej, kości. Sprawie tej zwykle towarzyszy silny ból i zaczerwienienie, i może nastąpić dość szybko zniszczenie kości i chrząstki z następczym stężeniem stawu lub nadwichnięciem albo też przykurczeniem.

Ropniak rzeżączkowy stawu zdarza się rzadko. W ropie wówczas znajdowano najczęściej gronkowce i paciorkowce. Występują oznaki prawdziwej ropnicy (**pyemia**) z gorączką, dreszczami, osłabieniem, ogólnym niedomaganiem i t. p. Może zjawić się następczo zator w płucach i ropny wysiłek w opłucnej. Ropieniu w stawach może towarzyszyć silne obrzmienie z zaczerwienieniem skóry. Ropa może opróżnić się przez mięśnie w pewnym oddaleniu od stawu, w którym więzy i chrząstka bywają zniszczone, okostna obnażona, kość objęta przez zapalenie. Może nastąpić zakażenie gnilne z zejściem śmiertelnym, a najczęściej zupełna sztywność stawu. Ropienie może przejść w stan przewlekły.

Zapalenie rzeżączkowe przechodzi często ze stawów (rzadziej niezależnie) na sąsiednie tkanki, a szczególnie na kaletki maziowe, ścięgna i okostną.

Zapalenie rzeżączkowe mięśni występuje rzadko. W mięśniach zjawiają się bóle i ograniczone, twarde, łatwo wyczuwalne zgrubienia, nad którymi skóra pozostaje niezmienną, przesuwalną. Powrót do zdrowia zwykle bywa powolny. Często następuje zanik mięśnia, szczególnie w bliskości stawów.

Rozpoznanie bywa zwykle łatwe, jeśli zwrócić uwagę na obecność rzeżączki narządów moczopłciowych i obecność następujących znamiennych dla rzeżączkowego zapalenia stawów oznak: mniej liczne, niż w zwykłym zapaleniu i przeważnie o ulubionem umiejscowieniu zajęcie stawów, mniejsze i krócej trwające podniesienie ciepłoty, brak pocenia się, mniejsze bóle, rzadkie powikłania w sercu i przeważnie mała lub brak wrażliwości na działanie preparatów salicylowych, uporczywość i skłonność do przejścia w stan przewlekły, skłonność do tworzenia zmian okołostawowych, obostrzenia w zapaleniu stawów współcześnie z obostrzeniami w przebiegu rzeżączki narządów moczopłciowych, a niekiedy gonokoków w stawie lub we krwi, odnajdywane zapomocą hodowli. W rozpoznaniu należy pamiętać, że również kiła, gruźlica i inne choroby zaraźliwe mogą wywoływać zapalenie stawów.

R o k o w a n i e. Najszybciej przechodzą przypadki rzeżączkowego zapalenia stawów, które powstały w miejscach, zajętych przez zwykły gościec stawowy, i poddają się działaniu salicylatów. Nieco uciążliwsze są przypadki puchliny, lecz i one często przechodzą po kilku tygodniach — miesiącach. Inne przypadki są uporczywsze i cięższe.

Jednocześnie z rzeżączką stawów może występować zapalenie wsierdzia, osierdzia, opłucnej, oka, błon mózgowych, rdzenia i t. p.

Zajęcie rzeżączkowe układu krwionośnego, oddechowego, nerwowego i innych.

Zapalenie wsierdzia spostrzegamy daleko rzadziej, niż zapalenie stawów i przeważnie razem z tem ostatniem. Najczęściej zapalenie wsierdzia powstaje niepostrzeżenie i tylko przypadkowo bywa wykrywane. Sprawa przeważnie usadawia się na zastawce aorty, trójdzielnej lub tętnicy płucnej. Może ona występować pod postacią łagodną lub też złośliwą, nawet z objawami posocznico-ropnicy.

Łagodniejsze sprawy łatwo ustępują, podczas gdy cięższe mają przebieg nadzwyczaj uporczywy, niekiedy beznadziejny. Zdarza się również zapalenie osierdzia i mięśnia sercowego; może ono wystąpić wespół z zapaleniem wsierdzia. Spostrzegano również zapalenie rzeżączkowe tętnicy płucnej.

Zapalenie rzeżączkowe żył w zależności od ogólnego zakażenia spostrzegano wielokrotnie. Zdrowienie trwa bardzo długo, nawroty bywają często, niekiedy sprawa kończy się zejściem śmiertelnem.

W rzeżączkowym zapaleniu opłucnej w **bronchopneumonia**, w **abscessus pulmonum**, w prosówkowych ropniach w płucach, w obustronnym zatorze płucnym stwierdzano obecność gonokoków. Znajdowano je również w ropniach śledziony, w ropniach mięśnia sercowego, w wątrobie, w zapaleniu otrzewnej i t. d.

Zajęcie rzeżączkowe nerwów obwodowych i ośrodków nerwowych notowano wielokrotnie.

W nerwach obwodowych sprawa rzeżączkowa występuje albo pod postacią nerwobólów lub też zapalenia pojedynczych, a nieraz wielu nerwów, przeważnie na kończynach. Najczęściej ulega zapaleniu nerw kulaszowy, występują nagle silne bóle, które zwykle przechodzą prędko. Często w tem zapaleniu gorączka bywa przerywana. Rzadziej spotykamy zajęcie nerwu goleniowego, zasłonowego, krętniczno - pachwinowego, sromowego zewnętrznego, jeszcze rzadziej — słuchowego i ocznego.

Objawy rozpoczynają się od bólów błyskawicznych i porażenia poprzecznego kurczowego. Następnie przyłączają się zaburzenia odżywcze, zanik mięśni stopy, goleni i uda.

Objawy oponowo-mózgowe spostrzegano wielokrotnie podczas przebiegu ostrej rzeżączki i to przeważnie u ludzi młodych. Po nakłuciu lędźwiowym kanału kręgowego w płynie mózgowo - rdzeniowym ujawniono gonokoki.

Zazwyczaj z polepszeniem sprawy miejscowej (zapalenie cewki) następowało polepszenie sprawy opono - mózgowej i odwrotnie — obostrzenie podczas nawrotów i obostrzeń rzeżączki miejscowej.

Jako powikłania ostrej rzeżączki opisywano ostre zapalenie rdzenia i rozsiane stwardnienie.

W mózgu mogą powstać cierpienia rzeżączkowe drogą przerzutów i bezpośredniego przejścia sprawy z sąsiednich narządów, jak oka i ucha.

Obserwowano rzeżączkową płasawicę i psychozy w następstwie rzeżączki.

Spotykamy również często podrażnienie nerek, wywołane gonokokami.

Pomijając białkomocz przejściowy w początkowych okresach rzeżączki, który można objaśnić działaniem gonotoksyn, spostrzegamy postacie ciężkie, z silnymi ogólnymi objawami, z bólami w okolicy nerek i znacznym białkomoczem. Sprawa może ciągnąć się długo — miesiąc i więcej. Białkomocz może występować z obrzękiem kończyn i z puchliną podskórną ogólną. Rzeżączkowy białkomocz występuje pod postacią **nephritis parenchymatosa acuta**, kończy się zwykle dobrze.

Zapalenie gonokokowe oka.

Najczęściej spostrzegamy zapalenie łącznicy. W słabem zapaleniu widzimy tylko dość żywe zaczerwienienie i obrzmienie łącznicy w kącie powieki. Zapalenie może być silniejsze, może zająć całą łącznicę z obfitym nieżywym wyciekami. Zapalenie łącznicy, po ustąpieniu z jednego oka, może przejść na drugie, może jednak jednocześnie, choć nierównomiernie, zająć oba oczy. Rzadziej widzimy głębsze zmiany w oczach: zapalenie tęczówki, rogówki, tęczówko - naczyńówki, siatkówki i nerwu ocznego.

Cierpienia powyższe przyjmujemy raczej za objaw przerzutowy.

niż wywołany działaniem gonokoków. Opisywano również zapalenie gruczołów łzowych i kaletki surowiczej pozaocznej.

Zapalenie rzeżączkowe ucha opisywano wielokrotnie i stwierdzono swoiste pochodzenie sprawy zapomocą hodowli.

Wysypki skórne i podskórne.

Wysypki skórne pochodzenia rzeżączkowego spostrzegano wielokrotnie, prawie zawsze u mężczyzn, pod postacią rumienia płoncowatego, rumienia guzowatego, obrączkowego, pęcherzykowatego, a również zwyczajnych mniejszych lub większych plam, grudek, pęcherzyków. W wielu przypadkach znaleziono w wykwitach gonokoki. Pomimo tego, pochodzenie powyższych rzeżączkowych wysypek skórnych wielu autorów objaśnia albo bezpośrednio miejscowym działaniem gonotoksyn, albo też działaniem pośrednim na układ nerwowy — **erythema angio-neuroticum**. Wyjątkowo tylko powstawanie plamicy (**purpura**), zdarzającej się zwykle w cięższych przypadkach zakażenia, przypisują albo samym gonokokom, albo ich toksynom lub też zakażeniom mieszanym. Bardzo wielu autorów spostrzegało podskórne ropnie, których różowa wa ropa zawierała dużą ilość gonokoków; zostały one przeniesione pod skórę drogą krwiobiegu. Ropnie znajdowano również w gruczole przyusz nym w mięśniach i nackoło prostnicy. P o w e r s spostrzegał ropowicę pochodzenia gonokokowego, wzdłuż całej kończyny górnej.

Gonokoki, mogą wywołać ciekawe schorzenie skóry — n a d m i e r n e r o g o w a c e n i e n a s k ó r k a, ponawiające się współcześnie z nawrotami rzeżączki cewki. Cierpienie powyższe występuje pod postacią rogowatych wyniosłości, mniej lub więcej szerokich, przeważnie umiejscowionych umiarkowo na dłoniach i podszwach, a poza tem na owłosionej powierzchni ciała, na powierzchni dotkniętej rzeżączkowym zapaleniem stawów i w innych okolicach.

Wykwity nadmiernego rogowacenia naskórka bywają dość uporczywe i, ginąc, pozostawiają po sobie dość długotrwałe plamy barwikowe.

Nadmiernemu rzeżączkowemu rogowaceniu towarzyszą często zaburzenia w układzie nerwowym, zanik porażny mięśni, wypadanie paznokci, zmiany czuciowe i odruchowe.

LECZENIE RZEŻĄCZKI.

a) **U mężczyzn.** Rzeżączka cewki. O ile chory zgłasza się do lekarza w okresie wylegania rzeżączki, t. j. w pierwszym lub drugim dniu po zakażeniu, to, po starannem zbadaniu wydzieliny i odszukaniu w niej gonokoków, należy stosować leczenie poronne. W tym celu używają 1%, 2%, nawet 10% roztworu jodku do wstrzykiwania zwykłą strzykawką tryprową do cewki, kilkakrotnie w ciągu dnia na kilka minut. Najlepiej wstrzykiwać targesinę, prorgol, korgol i gergarginę—Motor, lub nowargan 2—10%. Można zalecać również przemywania przedniej części cewki z irygatora 1/4% jodem, roztworem 1 : 5000—1 : 3000 kali hypermanganicy kilka razy dziennie. Jeśli po kilku dniach w wydzielinie stwierdzamy jeszcze gonokoki — przerywamy leczenie poronne i przystępujemy do zwykłego.

Leczenie ogólne. Należy zalecić unikanie wszelkich napojów wysokowych, napojów z kwasem węglowym, mocnej kawy i herbaty, potraw ostrych, pieprzonych i słonych, stosunków płciowych, forsownych ruchów, noszenie podpasiek moszowych, przestrzeganie czystości, dbanie o regularne wypróżnienia. Zalecamy środki wewnętrzne, odkażające mocz: salometh Spiessa lub borotropinę Klawego 3 razy dziennie po 2 tabletki, feninę „Motor” po 0,5—2 tabletki 3 razy dziennie, salol i urotropinę aa 0,5 — 3 razy dziennie, (hexacyl i hexatropin—Erbe, uroseptin — Karpiński oraz sinek metylowy — Optosal - Klawe). Dla zmniejszenia zbyt obfitej wydzieliny, zapisujemy środki balsamiczne, szczególnie oczyszczone preparaty olejku sandalowego, niekiedy z domieszką innych środków balsamicznych, jak gonoreinę — Motor, gometol A i B — Klawe, gelosan, copasan — Karpiński, salosant — Spiess, santosal A i B — Age, caps. santali i caps. copaivae — Laokoon. Dobrze działa (tanina) mocny napar z 1 łyżki liści uvae ursi samej lub w równej ilości z herba herniar, oraz cystosan — Spiess i urexin — Więckowski. W razie bolesnych wzwodów zapisujemy trional po 1,0 co drugi wieczór na noc, veronal po 0,5 wieczorem i brom, np.:

Rp. Natri bromati 20,0
Antipyryni 6,0
Aq. destil 300,0
S. 1—2 łyżki stołowe przed snem.

Rp. Camphor, monobrom. 0,25
Antipyryni 0,3
Sacchari albi ad 1,0
Mfip. Dtd. ad caps. amyl. XII
S. 1 proszek na noc.

Z chwilą ustąpienia silnych objawów zapalnych rozpoczynamy leczenie miejscowe zapomocą wstrzykiwań lub przemywań. Strzykawka powinna posiadać odpowiednią objętość (m. w. 10 ccm.), nasadę (nie ostrą i łatwą do odkażania) i tłok dobrze dopasowany. Wstrzykiwanie środków bakterjobójczych rozpoczynamy od targesiny, nowarganu, prorgolu, korgolu, cholevalu, hegononu lub larginy po 0,2 : 100,0, stoso-

wanych 3—4 razy dziennie po 4—5 minut. Po 2 dniach pacjent może zazwyczaj wstrzykiwać 4 razy dziennie na 5—6 minut 0,3 : 100,0 powyższych środków, a po następnych 2—4 dniach 5—6 razy dziennie na 8—10 minut — 0,5—0,75—1,0 : 100,0, lub ichtarganu 1 : 2000—1 : 1000 — 1 : 500, gelarginy 1 : 1000 — 1 : 500, itrołu 0,03 : 200,0. Gdy ilość ropnych ciałek zmniejsza się, a zwiększa się łuszczenie nabłonka, rozpoczynamy stosowanie środków bakterjobjęczo - ściągających, np. mieszaniny U l t z m a n n a:

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

Następnie można zalecić roztwór azotanu srebra 1 : 4000 — 1 : 1000, nadmanganianu potasu 0,02 — 0,1 : 100, roztwory 2% — 3% alumnolu, ichtyolu 1/2%—1%, również 5% zawiesiny airołu, dermatolu, bismuthi subnitrici lub nawet roztwory hydrarg. oxycyanatum 1 : 10000 — 1 : 3000. W sprawach uporczywych, obok poprzednich wstrzykiwań, płóczemy codziennie cewkę pod ciśnieniem sposobem f a n e t ' a: chory oddaje mocz, poczem z irygatora zapomocą kanki szklanej, zakończonej oliwką, przemywamy cewkę. Użyty w tym celu roztwór kali hypermanganici 1 : 5000—1 : 1000, argentum nitricum 1 : 10000 — 1 : 5000, hydrarg. oxycyan. 1 : 10000 — 1 : 5000, korgol, prorgol „Motor“ 1 : 1000—1 : 5000, nagrany do ciepłoty ciała, przemywa przez dłuższy przeciąg czasu przednią część cewki. Leczenie miejscowe przerywamy wtedy, gdy w ciągu kilku dni nie znajdujemy w wydzielinie cewki gonokoków i tylko bardzo małą ilość ropnych ciałek.

W ostrej rzeżączce cewki tylnej zalecamy również bezwzględny spokój, dietę niedrażniącą, a w przypadkach bardzo ostrych leżenie w łóżku. Wewnętrzne środki przynoszą tutaj większą korzyść, niż w rzeżączce cewki przedniej, to też chętnie je zawsze zalecamy. Podczas silnego parcia na mocz, oprócz bezwzględnego spokoju, zalecamy ciepłe nasiadówki, 39—41°C, m. w. po pół godziny. Działają one uspokajająco, choć zwykle na krótki przeciąg czasu. Można zastosować również gorące okłady i termofory na dolną część brzucha i międzykrocze. Najlepiej w tych przypadkach działają narcotica: przy słabszych objawach — brom z antypyriną, w silniejszych kodeina po 0,01 — 0,03 lub morfina po 0,005 — 0,01 pod skórę lub w połączeniu z belladonną w czopkach. Końcowe krwawienie zwykle samo przez się ustępuje ze zmniejszeniem się parcia na mocz i objawów zapalnych. Stosują w tych warunkach ergotynę i roztwór chlorku żelazowego:

Rp. Ferri sesquichlorati sol. 2,0
Aq. destil. 200,0
Syrup. simpl. 20,0
S. co 3 godziny łyżkę stołową.

Rp. Ergotini 1,0
Laudani p. 0,1
Sacchari albi 2,0
M. f. pulv. Divid. in dos. acq.
N. X
S. co 3 godziny proszek.

W silnem podrażnieniu płciowem, w częstych zmasach, oprócz ścisłego przestrzegania środków dietetyczno - higienicznych: natrii bromati 2,0 — 3,0 przed pójściem spać, camphorae monobromatae 0,2 dwa razy dziennie i proszki:

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

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

L e c z e n i e m i e j s c o w e albo zapomocą przemywania kanału moczowego wielką ilością płynu w słabem stężeniu lub też zapomocą wstrzykiwania kroplami lekarstwa o silniejszym stężeniu:

1. Sposób *D i d a y'a*: zapomocą cewnika Nelatona N° 12—16 Char. i ręcznej strzykawki lub irygatora wlewamy do pęcherza 100—150 ccm. lekarstwa, każemy choremu oddać mocz, pozostawiając cewnik jeszcze w cewce i ponownie wlewamy nową porcję płynu, powtarzając całą manipulację wielokrotnie.

2. Metoda *J a n e t'a*: zapomocą ręcznej strzykawki objętości 100—150,0 ccm., albo też zapomocą irygatora pod ciśnieniem. Jak w jednym tak i w drugim przypadku nasada powinna posiadać kształt oliwki, którą bezpośrednio przyciskamy do otworu cewki.

3. W braku dużej strzykawki lub irygatora przemywanie można uskuteczyć zwykłą strzykawką tryprową. Chory wlewa wielokrotnie coraz to nową ilość płynu, zatrzymując poprzednio wprowadzony.

Do wkraplań niewielkiej ilości lekarstwa na tylną część cewki posilkujemy się cewnikiem włosowatym *G u y o n a* lub cewnikiem metalowym *U l t z m a n n a*. Zalecamy te same miejscowe środki, co i w leczeniu cewki przedniej. Cewka tylna, ze względu na swą budowę, znosi dobrze lekarstwa, nawet dość drażniące i w mocnem stężeniu. Stężenie środka zależy od sposobu jego użycia.

W przemywaniach obfitą ilością płynu (*D i d a y*, *J a n e t*) rozpoczynamy od stosowania bardzo słabych rozczyńców (nowarganu, korgolu, prorgolu 1 : 1000, argenti nitrici 1 : 10000, kali hypermanganici 1 : 5000) i stopniowo dochodzimy do trochę silniejszych, nagrzaných do ciepłoty ciała. Wkraplanie (*G u y o n*, *U l t z m a n n*) stosujemy od samego początku środkami w dość silnem stężeniu po m. w. 5 ccm., stopniowo zwiększamy stężenie, a zmniejszamy ilość lekarstwa do 1 ccm. Zwykle trzymamy się następującej metody: po ustąpieniu ostrych zapalnych objawów rozpoczynamy najczęściej przemywanie kanału moczowego sposobem *D i d a y'a* co drugi dzień, niekiedy częściej. Przedewszystkiem stosujemy środki bakterjobójcze: nowargan, prorgol, argoninę i hegonon w rozczyńcie 1—10:1000, gelarginę 1—5:1000,

korgol 1 : 1000, itrol 0,15 : 10000. Ze zmniejszeniem się objawów zapalnych i ilości wydzieliny, przechodzimy do środków bakterjobójczo-ściąających: mieszaniny U l z t m a n n a 1—2 : 1000, a następnie — kali permanganici i argenti nitrici 1 : 10000—1 : 5000. Przemycanie za pomocą nadmanganianu potasu można już skutecznie sposobem J a n e t'a zamiast D i d a y'a. Gdy wydzielina z otworu cewki staje się śluzowo biała, z rzadkimi bardzo gonokokami, nielicznymi leukocytami i obfitym nabłonkiem, a mocz stanie się przezroczysty z pływającymi w nim nitkami, wkraplamy do cewki tylnej cewnikiem G u y o n'a azotan srebra w roztworze 1 : 1000 — 2 : 100. Jeśli w wydzielinie nie znajdujemy stale gonokoków, a tylko nieliczne leukocyty, możemy jeszcze tym samym sposobem wkraplać środki ściąające, jak cuprum sulfuricum w roztworze 1—5—10 : 100. W razie wzmacniania stężenia środka lub jego zmiany, należy zawsze baczyć pilnie na otrzymany odczyn, żeby nie zaostrić sprawy. Podczas leczenia rzeżączki cewki tylnej staramy się zarazem usunąć ją z cewki przedniej. Przemycania działają na obie części kanału moczowego. Wkraplania leczą do pewnego stopnia i część przednią cewki, gdyż, cofając cewnik, pozostawiamy trochę lekarstwa w przedniej cewce. Współ z wkraplaniami dobrze jest również stosować wstrzykiwania.

Rzeżączkę cewki uważamy za usuniętą: 1) jeśli wydzielina zupełnie znikła, lub w pozostałych nitkach w ciągu ostatnich paru tygodni nie znaleziono ani razu gonokoków, nawet po sztucznym podrażnieniu kanału moczowego, 2) jeśli nitki nie zawierają wcale ropnych ciałek lub bardzo nieznaczną ich ilość, 3) jeśli wziernik nie wykrywa żadnych większych zmian.

W leczeniu przewlekłej rzeżączki cewki środki dietetyczno-higieniczne i wewnętrzne, wyliczone powyżej, posiadają tylko drugorzędne znaczenie. Leczenie miejscowe stosujemy za pomocą wkraplania cewnikiem G u y o n'a albo U l z t m a n n a roztworów lapisu 1/4%—3%, siarczanu miedzi 1%—20%. W razie zajęcia wżórka nasiennego smarujemy go za pomocą wziernika cewkowego roztworem jodu z gliceryną, taniny z gliceryną aa, roztworem Lugola lub nalewką jodową. Na głębokie ogniska rzeżączki stosujemy ucisk i rozciąganie metalowymi zgłębnikami lub rozszerzadłami K o l l m a n a.

Niekiedy dobrze działa częsty masaż na zgłębniku. Jednocześnie należy usunąć powikłania miejscowe rzeżączki:

Z a p a l e n i e ż o ł ę d z i leczymy według zasad wyluszczo-nych w rozdziale — **Balanitis**. Zajęte przewody przycewkowe usuwamy za pomocą elektrolizy lub galwanokaustyki, a gdzie to możliwe, za pomocą zupełnego wyluszczenia. Gdy otwory są dość duże, można przez nie wstrzyknąć 5%—10% lapis.

O k o ł o c e w k o w e n a c i e c z e n i a i r o p n i e leczymy za pomocą okładów ze środków ściąających, a później wcierań jodwasogenu, szarej maści, okładów gotących borowinowych. Niekiedy

można uprzedzić zewnętrznem nacięciem opróżnienie się ropnia wewnątrz do cewki.

Zacieki moczowe i przetoki wymagają odpowiedniego leczenia chirurgicznego.

Lecząc zapalenia gruczołów opuszkowocewkowych w ostrym okresie, kładziemy chorego do łóżka, podajemy wewnątrz środki balsamiczne i przeciwgnilne, stosujemy ciepłe okłady na krocze; w razie silnych bólów należy zalecić na krocze lód, a do kiszki stolcowej czopki z morfiną i belladonną. W przewlekłym okresie — gorące okłady borowinowe, szara maść na krocze, gorące nasiadówki i miesienie gruczołów.

W ostrym zapaleniu sterczu należy przerwać miejscowe leczenie cewki i zalecić zupełny spokój, leżenie w łóżku, ciepłe nasiadówki 35—40°C. 3—5 razy dziennie po pół godziny, częste wlewania do prostaty wody, o ile można najcieplejszej, lub miejscowe ogrzewania zapomogą przyrządu *Arzbergera*, a także okłady na krocze i pijawki. Działają również wsysająco jod, kali jodatum, ichtyol i ungt. ciner. z extr. belladonnae w czopkach, np.:

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

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

Niektóre z powyższych środków można podawać w enemach, na przykład:

Rp. Ammonii sulfoichtyol 2,0—5,0
Aq. destil 100,0
S. Nagrzać i wprowadzić do prostaty 3 razy dziennie,

a w razie dokuczliwych objawów podmiotowych, dodawać codeini phosphorici po 0,03—0,06.

Dobrze działa domięśniowo mleko 5—10 ccm. co 3—4 dni lub 2% ammonium sulfoichtylicum w takich samych ilościach (*Strassynski*), a nawet propidon 1—3 ccm. co 4—5 dni.

Gdy objawy ostre miną, zaczynamy stosować miesienie sterczu wskazującym palcem lub odpowiednim przyrządem. Wskazane są zarazem szczepionki gonokokowe.

Zapalenie najądrza i jądra wymaga spokoju, najlepiej leżenia w łóżku, starannego regulowania stolca i zaprzestania miejscowego leczenia cewki. Podczas silnych bólów — wewnątrz narkotyki, salicylaty lub pod skórę wstrzykiwania morfiny, gorące okłady, a w bardzo ostrych przypadkach nakłucie. Gdy ostre objawy przechodzą i chory zaczyna wstawać, — na okłady zalecamy woreczki *Lebertha*, *Horanda* lub *Neissera*, a gdy obrzmienie

najądrza zmniejszy się, smarujemy je jodwasogenem 6%—8%, 10% maścią ichtyolową, gwajakolową lub jodową.

Rp. Kali jodati 2,0
Jodi puri 0,2
Lanolini 18,0
Ol. olivar. 2,0

i wewnątrz 1—2 gr. dziennie kali jodati.

Prócz tego z dobrym skutkiem stosujemy szczepionki gonokokowe, proteinoterapię, a nawet propidon.

Leczenie z a p a l e n i a p ę c h e r z y k ó w n a s i e n n y c h nie różni się zasadniczo od leczenia odpowiedniej sprawy gruczołu krokowego.

Z a p a l e n i e p ę c h e r z a wymaga zupełnego spokoju, leżenia w łóżku, lekkostrawnej i niedrażniającej diety i regulowania stolca, najlepiej ciepłymi ławatywami. Unikać wód zasadowych, wewnątrz podawać środki przeciwnigłne, jak fenina, motopyrina, salol, urotropina i borotropina — Klawe. Przeciw parciom na mocz i bólom stosujemy morfinę pod skórę i w czopkach razem z belladonną, gorące wanny i nasiadówki, gorące kataplazmy na dolną powierzchnię brzucha i termofory. Po usunięciu ostrych objawów, przemywamy pęcherz zapomocą cewników Nelatona. W lżejszych przypadkach używamy roztworu kwasu bórnego, w cięższych — środków bakterjobójczych i bakterjobójczo - ściągających, według wskazówek, podanych w leczeniu rzeżączki cewki tylnej.

Z a p a l e n i e m i e d n i c z e k n e r k o w y c h i n e r e k w ostrej postaci wymaga leżenia w łóżku, diety mlecznej, regulowania stolca, narcotica podczas bólów, a antipyretica w razie podniesienia ciepłoty ciała. Dobrze działa napar liści urae ursi i kwaskowate napoje. W postaci przewlekłej należy ewentualnie usunąć zwężenia i zatrzymanie moczu, leczyc zapalenie pęcherza. W uporczywszych przypadkach przemywać moczowody, a niekiedy w ciężkiej **pyelonephritis** operować.

We wszystkich przewlekłych sprawach rzeżączki mniej lub więcej skuteczne wyniki daje stosowanie szczepionki gonokokowej P.Z.H., Klawego, Spiessa, Gonolysin — Klawe, Gonoccin i Neo-Dmegon — Spiess, poczynając od 50 — 100 milionów gonokoków na dawkę podskórną, a następnie co 3—4 dni, po przejściu objawów miejscowych i ogólnych podrażnienia, podwyższamy stale dawkę do 200—300—400—600—800—1000 milionów gonokoków. Szczepionki działają również silnie, stosowane śródskórną. Jeśli skutkiem zbytnej pobudliwości serca lub ogólnej wrażliwości chorego na ból nie można wstrzykiwać szczepionek, można je zalecać doustnie — rheantinę—Nasierowski i gonocid.

b) **U kobiet.** R z e ż ą c z k a c e w k i. Przepisy dietetyczno-higieniczne i środki miejscowe stosujemy takie same, jak u mężczyzn. Przed wstrzykiwaniem należy zostawić w pęcherzu nieco moczu, a do

wstrzykiwań brać płyn w ilości najwyżej pół zwykłej rzeźączkowej strzykawki (4—5 g). Wstrzykiwania stosujemy wcześniej i w silniejszych stężeniach, niż u mężczyzn, np. targesinę, prorgol, nowargan i gelarginę 3—5%, arg. nitr. 1/4—2%, ichtyol 1—5%, hydrarg. oxycyan. i sublimat 1 : 4000—1000. Chore wstrzykują sobie 4—6 razy dziennie małą rzeźączkową strzykawką, zatrzymując w cewce lekarstwo na 3 do 5 minut. Smarowania błony śluzowej, dzięki krótkości cewki i jej rozciągliwości, mogą być wygodnie stosowane. Do smarowań używamy 1—3 razy dziennie argentum nitr. i argentinę 5%, prorgol i corgol—Motor, kryptargol — Nasierowski, gelarginę, nowargan i argoninę 10%.

Zajęte gruczoły przyćwinkowe należy niszczyć zapomocą elektrolizy, cienkiego żegadła Paquelina lub cienkiej paleczki lapisu, a zapalenie pęcherza leczymy, jak u mężczyzn, przemywaniami.

S r o m n i e w i e ś c i należy utrzymywać w czystości i suchości. Do tego służą obmywania zewnętrznych narządów płciowych, przemywania pochwy, pudrowania i zakładanie waty pomiędzy fałdy. W uporczywych i ostrzejszych przypadkach można przykładać na wacie plumbum aceticum i aluminium aceticum 1—2%, a po usunięciu obrzęku smarować lapisem 1/2—5%, siarczanem cynkowym i alunem 1/2—1% i następnie zakładać suchą watę.

W rzeźączce gruczołów p r z e ś i o n k o w y c h w j e l k i c h ((Bartholinitis) podczas tworzenia się ropni należy zalecić spokój, gorące okłady, a w razie bólu — lód. Z chwilą zjawienia się w guzie chelbotania, należy ropień szeroko rozciąć, przemyć jamę słabym roztworem sublimatu i wytamponować gazą wyjałowioną. W przewlekłej postaci, dzięki rozszerzeniu się przewodu, można zastrzykiwać do gruczołu zapomocą strzykawki A n e l a mocne przyżegające środki, lub po żłobkowanym zgłębniku rozciąć przewód i przyżegać gruczoł. W przypadkach stwardnienia i uporczywych nawrotów najlepiej gruczoł wyluszczyć.

W razie ostrych objawów r z e ź ą c z k i p o c h w y należy zachować spokój, regulować stolec, stosować gorące nasiadówki i kąpiele, a w razie silnych bólów — zimne okłady i lód na części rodne i krocze, a wewnątrz—narcotica. Gdy objawy pozwalają już na wprowadzenie do pochwy wziernika, — stosować przemywania środkami bakterjobójczymi i bakterjobójczo - ściągającymi. Można smarować zajętą błonę 1% lapisem lub jodyną, a nawet roztworem chlorku żelazowego. Podczas miesiączkowania przerwać miejscowe leczenie. Nie przeszkadza mu początkowy okres ciąży, zaś w końcowym — leczenie bywa niewdzięczne.

Wrazie bardzo ostrych objawów r z e ź ą c z k i m a c i c y — stosować zwykle środki przeciwzapalne: łóżko, gorące okłady na brzuch, czopki z morfiny i opium, regulowanie stolca. Po usunięciu podrażnienia, jeśli zapalenie nie przeszło na ciało macicy i jej przydatki, smarujemy wewnętrzną powierzchnię szyjki 5—10% roztworem prorgolu, 1—

2% gelarginy, lapisu lub jodiny 1—2 razy dziennie, albo bardzo ostrożnie wstrzykujemy codziennie strzykawką Braun'a lub Winterra 2—5—10% roztwór nowarganu, gelarginy, prorgolu, korgolu, kryptargolu — Nasierowski. Paradi zaleca w tym celu roztwór 5% natr. lygosin. Można również przemywać macicę zapomocą cewnika Ruge'a prorgolem lub nowarganem 1 : 1000, gelarginą 1 : 2000, lapidem 1 : 4000—1000, sublimatem 1 : 5000—2000, kali hypermang. 1 : 5000—1000, karbolem 1—2%. Nadżarcia — smarować 10% chlorkiem cynkowym, 10—25% lapidem co 4—5 dni. Zarazem leczymy odpowiednimi przemywaniami pochwę, a zapalenie przydatków macicy tamponami, nasyconemi: roztworem Lugola, prorgolem z gliceryną 5—10 : 100, jodoformem 10 : 100, ichtyolem 5—10 : 100 i t. p., jajeczkami kryptargoli — Nasierowski, wannami gorącymi słonemi lub błotnemi. Dobre wyniki dają wdmuchiwanie proszku prorgolu, nowarganu lub argoniny. Zamiast wdmuchiwać, praktyczniej wprowadzać do szyjki macicznej, ewentualnie do ciała macicy, umocowany na zglębniku tamponik, obsypany obficie proszkiem prorgolu. Gonowakcyja w tych sprawach jest zawsze zalecana, a szczególniejsze zastosowanie ma ona w **oophoritis, perimetritis, parametritis i pelveoperitonitis** wespół z gorącymi niasiadówkami, wannami gorącymi słonemi lub błotnemi, wstrzykiwaniami domięśniowemi mleka, ichtyolu 2%, propidonu i t. p.

W rzeżączce prostonicy należy stosować wielokrotnie w ciągu dnia przemywania zapomocą cewnika **à double courant** słabemi roztworami kryptargolu — Nasierowski, prorgolu, argoniny, nowarganu, korgolu, gelarginy, lapisu, sublimatu, kali hypermang., kwasu bornego, ichtyolu i t. p. Zalecamy również te same środki wespół z morfiną i opium w czopkach, maściach, smarujemy wyrosty silniejszymi roztworami lapisu i t. p.

Wyleczenie rzeżączki u kobiet stwierdzamy zapomocą badania wydzieliny na gonokoki co kilka dni, stosując metody prowokacyjne, jak wstrzykiwanie szczepionki, wstrzykiwanie roztworu Lugola do cewki, jodynowanie kanału szyjki i t. p.

c) **Rzeżączka u dzieci.** Leczenie **chłopców** — takie same, jak mężczyzn dorosłych, tylko ostrożniej stosujemy środki balsamiczne i środki miejscowe — w słabszych roztworach.

U dziewczynek. Srom niewieści przemywamy nowarganem, gelarginą, prorgolem 1 : 1000 — 200, kali hypermang. 1 : 4000 — 1000, sublimatem 1 : 4000. Zapalenie pochwy leczymy przemywaniami powyższymi środkami zapomocą cienkiej kanki, wstrzykiwaniami zapomocą gumowych gruszek lub smarowaniami (prorgol, targesina, gelargina, nowargan, kryptargol Nasierowski 1 — 5 — 10%, lapis 1/4 — 1 — 2% i t. p.). Zapalenie cewki traktujemy, jak u dorosłych, tylko nieco ostrożniej.

d) **Ogólne rzeźączkowe zakażenie.** R z e ż ą c z k o w e z a p a l e n i e s t a w ó w bardzo skutecznie leczymy szczepionkami, szczególnie kiedy zaczynają ustępować ostre objawy. Niekiedy pewne polepszenie w ostrym okresie dają salicyłaty, unieruchomienie stawów, ucisk na nie, również wcieranie maści korgolowej, gwajakolowej, salicylowej (acidi salicyl., ol. terebinthin, lanolini aa 10,0; ax. porci 80,0), a nawet w ciężkich przypadkach wstrzykiwania dożylnie korgolu. Gdy przejdzie ostry okres, zalecamy ucisk kauczukowym bandażem, ruch, masaż okółostawowy i mięśniowy, połączony niekiedy z elektryzacją, smarowaniem t-ra jodi. W okresie przewlekłym zalecamy wewnątrz kali jodatum, wanny siarczane i z soli kuchennej, wanny elektryczne radioaktywne (sól radjo-jodowa Galen), ogrzane powietrze, gorący piasek. Niekiedy bywa konieczne opróżnienie stawu zapomocą nakłucia, a w ciężkich przypadkach — jak najszybsza interwencja chirurgiczna: otwarcie stawu, wycięcie.

W r z e ż ą c z c e u k ł a d u k r w i o n o ś n e g o, o d d e c h o w e g o, n e r w o w e g o i i n n y c h należy zawsze, obok odpowiedniego ogólnego i miejscowego leczenia, stosować szczepionki gonokokowe.

Wzorując się na hemoterapii w kile, zaczęto również w rzeźączce stosować dożylnie wlewania środków przeciwpasorzytnicznych. Najczęściej wlewają dożylnie gonacrinę — Spiess — obojętną chloro-metylo-dwuamino-akrydynę, septacrol — Ciba — sól srebrową akrydyny i tripaflavinę — Wenda 3 razy na tydzień po 5 ccm.

Gonacrinę używają także zewnętrznie do plókań i przemywań w roztworze 1 : 1000 — 10000. Rezultaty — niekiedy dobre, przeważnie średnie.

NIEŻYTOWE ZAPALENIE CEWKI MOCZOWEJ.

Niegonokokowe zapalenia cewki moczowej mogą być pierwotne i wtórne.

Do pierwotnych należą takie, które są wywołane bezpośrednio oddziaływaniem czynnika chorobotwórczego na błonę śluzową cewki, wtórne zaś takie, w których ogólna choroba albo zmieniony stan ustroju oddziałuje zarazem na cewkę.

P i e r w o t n e nieżytowe zapalenie cewki może być nabyte na drodze obcowania płciowego albo naskutek urazu. Urazy bywają mechaniczne, termiczne i chemiczne.

Cewka może być podrażniona obcymi ciałami, wprowadzonymi do niej w najrozmaitszych celach, drażniona kamieniami, wydalaniem z nerek i pęcherza, larwami owadów, glistami i t. p. Cewka może być podrażniona cewnikowaniem i wziernikowaniem, uderzeniami piłką, jazdą konną i na rowerze.

Zapalenie cewki występuje szybko po urazie, a intensywność sprawy zależy od siły urazu. Niezupełnie zdrowa błona śluzowa łatwiej reaguje na uraz. W cięższych przypadkach może nastąpić obrzęk otworu cewki, obrzęk napletka i skóry prącia, a nawet zapalenie naczyń i gruczołów chłonnych. Z otworu cewki wydobywa się nieznaczna ilość wycieku śluzowego, śluzo-ropnego, a nawet z domieszką krwi. Oddawanie moczu bywa połączone z bólem i paleniem i utrudnione skutkiem obrzmienia błony śluzowej. W lżejszych przypadkach mocz bywa przezroczysty z nitkami, w cięższych — mętny. Jeśli jest zajęta tylna część cewki, mogą wystąpić podrażnienia płciowe, zmazy, obrzmienie gruczołu krokowego, zapalenie przyjądrza. Objawy zapalenia szybko osiągną najwyższy punkt rozwoju i po usunięciu przyczyny szybko zanikają.

Zapalenia cewki skutkiem urazów t e r m i c z n y c h zdarzają się dość rzadko, występują one po zbyt gorących przemywaniach i po wprowadzeniu do cewki zbyt gorących narzędzi lekarskich, nieochłodzonych po wyjąłowieniu. Widujemy niekiedy zapalenie cewki po zniszczeniu gruczołów cewkowych zapomocą galwanokaustyki. Zjawia się krótkotrwały ropny wyciek, który w razie ponawiania zabiegu może stać się bardzo uporczywy.

Zapalenia cewki, spowodowane urazami c h e m i c z n e m i, bywają niekiedy bardzo ciężkie i powodują znaczne bliznowate zwężenia.

Chemiczne urazy często wywołane są środkami leczniczymi. W tych przypadkach duże znaczenie posiada osobnicza wrażliwość cewki na pewne środki lecznicze. Nawet słabe roztwory środków, stosowanych w leczeniu rzeżączki, mogą wywołać niekiedy bardzo silny odczyn błony śluzowej cewki. Szczególniej często spotykamy podrażnienia, spowodowane silnymi środkami, w poronnym leczeniu rzeżączki i w celach zapobiegawczych. W parę godzin po zastosowaniu środka leczniczego wy-

stępuje początkowo śluzowy wyciek, który niebawem staje się ropny, a po niewielu dniach — tygodniach zanika. W niektórych przypadkach przebieg zapalenia bywa przewlekły, i wtedy w wydzielinie znajdujemy dużą ilość pałeczek, ziarniaków i dwoinek, które prawdopodobnie wpływają na uporczywość sprawy.

Zapalenie z przedniej części cewki przechodzi niekiedy na tylną, powstają nacieczenia, zwężenia, zapalenia gruczołu krokowego, przyjądrza, pęcherza, stawów, zmiany w sercu i objawy ogólne.

Dla wyleczenia tego rodzaju zapalenia cewki w lżejszych przypadkach wystarcza zaprzestać stosowania środków drażniących. W silniejszych staramy się przedewszystkiem zneutralizować silne środki, np. silne rozczyony lapisu — rozczyne soli kuchennej, kwasy — rozczyne sody, alkalja — kwasem octowym, a następnie zapalenia cewki leczymy tak, jak rzeżączkę.

Zapalenia cewki niegonokokowe powstają najczęściej po stosunku płciowym i stanowią praktycznie bardzo ważną dziedzinę, gdyż mogą być przyjęte za rzeżączkę. W tych przypadkach przedewszystkiem należy rozpoznać, czy mamy do czynienia z przewlekłą, cbostrzoną rzeżączką, czy z porzeżączkowym nieżytem, czy też tylko z rzeżączką rzekomą. Z doświadczenia wiemy, że rzeżączka bywa niekiedy ujawniona dopiero po wystąpieniu zapalenia stawów, albo po zajęciu przyjądrza. Gonokoki mogą być przerośnięte przez gronkowce i łańcuszkowce, mogą ocaleć tylko w zakątkach i wystąpić znowuż wtenczas, gdy wtórne zarazki są usunięte.

Zapalenia cewki, spowodowane stosunkami płciowymi, bywają albo takie, w których jakiś zarazek możemy przyjąć za sprawcę cierpienia, albo też takie, w których nie udaje się wykryć żadnego zarazka.

W sprawach pochodzenia bakteryjnego spostrzegano gronkowce, ziarniaki, dwoinki, zwykle łańcuszkowce, **streptococcus giganteus urethrae**, **pseudogonococcus**, **leptothrix**, **bacterium coli commune**, **sarcina**, **pneumococci**, **micrococcus ureae**, **soor** i pleśń, pałeczki rzekomo-błonicze i t. p.

Okres wylegania bywa zwykle krótki — dwa do pięciu dni. Subiektywne i obiektywne objawy — przelotne, wyciek — nieznaczny, szaro-biało-śluzowy, tylko w chwili największego rozwoju sprawy — śluzo-ropny, poczem zapalenie szybko ustępuje. Zapalenia cewki, wywołane przez łańcuszkowce i **enterococci**, mają przebieg bardzo przewlekły i są bardzo odporne na leczenie, zaś zapalenia, wywołane przez **bacterium coli commune**, **soor** i pleśń dają silne, lecz szybko ustępujące objawy.

Powikłania bywają dość częste. Spotykamy zapalenie gruczołu krokowego, zapalenie jąder, zapalenie pęcherza. Sprawa może przejść na miedniczkę, nawet na pęcherzyki nasienne. Spostrzegano zakażenia przewodów cewkowych bez zarażenia cewki, tworzenie się zwężeń, zapalenie stawów.

Zapalenia cewki nierzeźączkowe, pochodzenia bakteryjnego, leczymy w ten sam sposób, jak rzeźączkę: balsamica, antiseptica. Niekiedy dobre wyniki dawała autowakcyna i terapia proteinowa domięśniowa.

Weneryczne zapalenia cewki bez wyraźnego czynnika zakaźnego spotykamy dość często. Odznaczają się one następującymi objawami: okres wylegania trwa długo, od 4-ch do 17-tu dni; najczęściej w dziewięć dni po zakażeniu występują objawy kliniczne; przebieg jest przewlekły; obiektywne i subiektywne objawy nieznaczne: rano wydziela się mała kropla wydzieliny samoistnie albo po wyciskaniu; wyciek jest szaro-biały, szaro-żółty, zawiera mało ropy, mocz jest przezroczysty i zawiera nitki, opadające na dno; tylko w początku cierpienia albo po obostrzeniu mocz staje się niekiedy lekko mętny. Obostrzenia nie występują skutkiem używania wysoko, fizycznego zmęczenia lub stosunków płciowych. Subiektywne objawy są nieznaczne: słabe palenie i swędzenie w cewce. Powyższe zapalenia cewki są bardzo uporczywe i odporne na leczenie. Sprawa ciągnie się miesiące i lata. Wyjątkowo tylko występują powikłania w postaci schorzenia tylnej części cewki i gruczołu krokowego.

W leczeniu stosujemy balsamica, a następnie przemywania lapisem 1 : 5000, nadmanganianem potasu 1 : 4000, wkraplaniem siarczanu miedzi 1% — 10%. Ponieważ tego rodzaju zapalenia cewki pochodzą skutkiem zarażenia podczas stosunków płciowych, powinny być przyjmowane za schorzenia zaraźliwe; dają więc przeciwwskazanie do spółkowania i wstępowania w związki małżeńskie.

W niektórych przypadkach zapaleń cewki pochodzenia niegonokokowego można przypuszczać oddziaływanie zarazka jaglicy.

Do pierwotnych zapaleń cewki należy również zapalenie nawalowe (*urethritis congestiva*). Występuje ono w tylnej części cewki i zależy od zastoinowego przekrwienia błony śluzowej. Powyższe zapalenia cewki wywoływane są zazwyczaj częstym samogwałtem, stosunkami przerywanymi lub nadmiernym spółkowaniem. Wyciek bywa nieznaczny, mocz przezroczysty zawiera śluz i nitki z ropnymi ciałkami. Zapomocą wziernika cewkowego spostrzegamy silne zaczerwienienie i obrzmienie wzdłużka nasiennego, a czasem jego przerost. Zwykle towarzyszą tej sprawie objawy neurastenji płciowej: nasieniotoł, częste zmyzy, przedwczesny wytrysk nasienia, ciągnące bóle ku stolcowi i niemoc płciowa. Dochodzi niekiedy do zapalenia pęcherza, jąder i gruczołu krokowego. Dobre wyniki otrzymujemy po przyżeganiach wzdłużka nasiennego 10 — 20% rozczyntem lapisu, lub smarowaniem nalewką jodową z gliceryną.

Wtórne zapalenia cewki występują podczas najrozmaitszych chorób, jak: opryszczki, pęcherzyca, kiła, wrzód miękki, gruźlica, nowotwory, a także ostre ogólne choroby zakaźne, jak błonica, dur, grypa, gościec, ospa, ospica, zapalenie opon, zapalenie nagminne przyuszniczy i t. d. Wyciek przeważnie bywa nieznaczny w postaci poran-

nej kropli. W wyjątkowych tylko razach zjawia się silny wyciek, nieznaczne obrzmienie gruczołów pachwinowych i naczynia chłonnego grzbietowego. Leczenie powinno być łagodne, np. wstrzykiwania 10% emulsji airolu w wodzie i glicerynie.

W niektórych przypadkach zapalenie z cewki przechodzi na przyjądrza, jądra, gruczoł krokowy i pęcherzyki nasienne.

Zaburzenia w przemianie materji wywołują niekiedy nieznaczne podrażnienie błony śluzowej cewki. Mogą ją wywołać również różne środki lecznicze, a nawet spożywcze, jak: jod, arsenik, kantarydy, scilla, terpentyna i t. d., szparagi, pieprz, musztarda, piwo, wino i t. d.

U kobiet spostrzegano również nierzeźczkowe zapalenia cewki. Znajdowano zapalne zmiany w gruczołach przedsionkowych wielkich i w przewodach przycewkowych, wywołane bakterjami duru, okrężnicy, gronkowcami, łańcuszkowcami i t. d. Przyczynić się do tych zmian mógł uraz cewki podczas stosunku.

U małych dziewczynek widywano ropne zapalenie cewki, spowodowane glistami, przechodzącymi z kiszki, i pseudogonokokami.

KLINIKA DERMATOLOGICZNA
Akademii Medycznej w Warszawie
K. _____ Dz. _____ Lp. _____

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

nr inw.: G-27728



BG 1211-R

13.