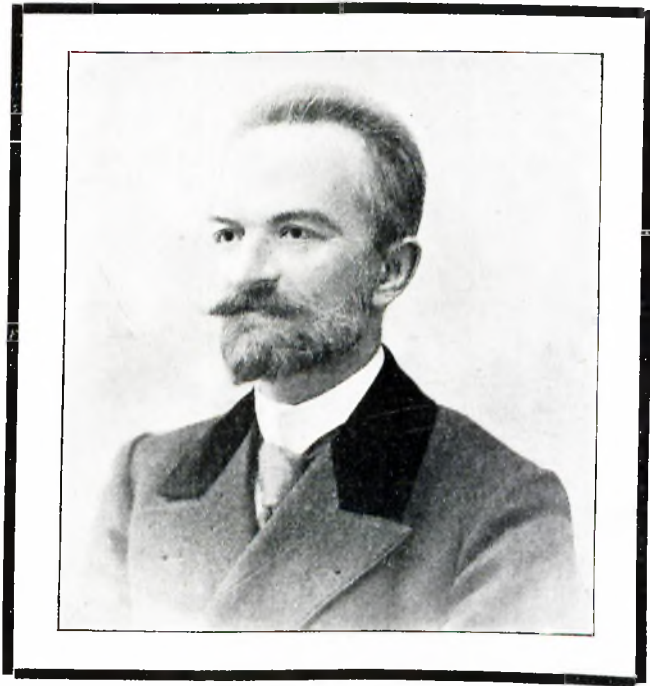


Š. P. KAROL SZADER.



# *S. p. Karol Szadek.*

## WSPOMNIENIE POŚMIRETNE

napisał

MIECZYSLAW WARYŃSKI (Kijów.)

---

Grono naszych lekarzy polaków w Kijowie ciężką poniosło stratę.

30-go stycznia r. b. zmarł w Gries (w Tyrolu) skutkiem gruźlicy płuc i krtani jeden z wybitniejszych polskich dermatologów i syfilidologów, znany zaszczytnie i często cytowany w literaturze specjalnej, jako poważny badacz i znawca przedmiotu, s. p. Karol Szadek.

Ojciec s. p. Karola, Józef Szadek, urodzony w Czechach, po skończeniu konserwatorium w Pradze przybył w młodym wieku na Podole, jako nauczyciel muzyki i niemieckiego języka; w 1850 roku zamieszkał w Żytomierzu i tu ożenił się z polką p. Kozieradzką. W Żytomierzu też urodził się s. p. Karol 13-go marca 1852 roku.

S. p. Karol Szadek w 1861 roku wstąpił do gimnazjum w Kijowie, które skończył w 1868 roku, i następnie zapisał się na medycynę w kijowskim uniwersytecie, studyował ją, zarabiając na utrzymanie grą na wiolonczeli w orkiestrze miejscowego teatru, i ukończył 1874 roku. Jako stypendysta rządowy zaraz po skończeniu uniwersytetu był zmuszony wstąpić do służby wojskowej i pracował parę pierwszych lat w pułku na prowincyi. W 1876 roku objął obowiązki ordynatora oddziału chorób wenerycznych w kijowskim szpitalu wojskowym, lecz już w końcu tegoż roku wyrusza na rosyjsko-turecką wojnę, jako lekarz pułkowy. W 1879 roku powraca do Ki-

jowa i zostaje początkowo ordynatorem oddziału chorób ocznych, a od r. 1881 ordynatorem oddziału chorób skórnych i wenerycznych w wojskowym szpitalu. Już w 1876 roku zabiera się z zapalem do studyowania dermatologii i syfilidologii i nie ustaje w pracy nad tą gałęzią medycyny po powrocie z wojny, a szczególnie po otrzymaniu odpowiedniego oddziału. W 1883 roku ogłasza drukiem po rosyjsku pierwszą swoją pracę: „K waprosu o pozdnem nasledstwiennom sifilisie“ (Medicinskij Wiestnik 1883).

W tymże czasie zostaje bibliotekarzem Towarzystwa lekarzy kijowskich i z zapalem, sobie właściwym, zabiera się do studyowania literatury, nietylko w swej specjalności, ale i ogólnolekarskiej. Zamilowaniu temu pozostał wierny do końca życia, i dlatego też we wszystkich jego pracach uderza wprost znakomita znajomość literatury. Ta znajomość dawała mu zawsze przewagę nad przeciwnikami w dysputach na posiedzeniach Tow. lek. kijow. i innych towarzystw naukowych miejscowych, a również na obronach dySSERTACYI.

W 1884 roku przy bezpośredniej pomocy zamieszkałego w Kijowie wybitnego i znanego polskiego oftalmologa d-ra Konrada Rumszewicza ogłasza ś. p. Szadek pierwszą swoją pracę w polskim języku: „Przyczynek do kazuistyki cierpień rogówki, spowodowanych nabytym przymiotem“ (książka jubileuszowa Szokalskiego, Warszawa 1884 r.)

Od tego czasu zaczyna się niezmiernie płodna praca na polu literatury lekarskiej polskiej i obcej ś. p. Szadka; zasiłwał on swemi pracami niemal wszystkie nasze czasopisma lekarskie, był stałym współpracownikiem od 1887 roku *Archiv für Dermatologie u. Syphilis*, referentem prac polskich i rosyjskich w *Vierteljahresschrift für Dermatologie u. Syphilis*, współpracownikiem amerykańskich czasopism: *Annal of universal medical sciences (Philadelphia)*, *Medical and surgical Reporten (Philadelphia)*, *American Pract. News (Louisville)*, drukuje swoje prace w *Wiener klinische Wochenschrift*, *Wiener medicinische Wochenschrift*, *Wiener medic. Presse*, *Medic. chir. Centralblat*, *Monatshefte f. pract. Dermat.*, *St. Peterburger med. Wochenschrift* i innych niemieckich, w hiszpańskich: *Revista de ciencias medicas de Barcelona* i *Revista especial de oftalmologia, dermatologia, syfilografia y affeccionias urinarias (Madrid)*, w rosyjskich: *Medicinskij Wiestnik*, *Russkaja Medicina*, *Wojenno-Medicinskij Żur-*

nał, Russkij archiw obszezej patologii, i najmniej, bo tylko 2 prace, we francuskich: *Revue clin. d'oculistique* i *Revue de laryng.* Oprócz tego opracowuje osobiście i wydaje w Hamburgu 5 roczników *Index bibliographique syphilidologiae* za lata 1886, 7, 8, 9 i 90 i dwa roczniki *Index. bibl. dermatologiae* za 1888 i 9 r. i, jak to zauważyłem z pozostałych po nieboszczyku notatkach, nosił się z zamiarem wydania oryginalnego podręcznika syphilidologii.

Praca ta niezmordowana na polu literatury naukowej ciągnie się do 1900 roku. Jeszcze raz porywa za pióro w 1905 roku, żeby przyczynić się do rozwoju „Przeglądu chorób skórnych i wenerycznych“, którego ś. p. Szadek był szczerym przyjacielem, nie szczędząc słów zachęty i uznania dla nowo powstającego, jedyne polskiego specjalnego czasopisma.

W 1886 roku już to z pobudek osobistych, już z powodu niemożliwych dla Polaków wogóle warunków urzędowania, rzuca służbę wojskową i, nie mogąc otrzymać miejsca w żadnym rządowym ani miejskim szpitalu, zostaje w Kijowie jako wolno-praktykujący lekarz i w ten sposób do śmierci pracuje na kawałek chleba. W latach 1883, 5, 7, 8 i 9-tym odbywa krótsze lub dłuższe wycieczki naukowe za granicę, przeważnie do Krakowa i Wiednia.

Pomijając te ostatnie, widzimy, że ś. p. Szadek był właściwie samoukiem w swej specjalności, brakowało mu, co i sam odczuwał, znajomości techniki mikroskopowej i bakteriologicznej, co łącznie z niesprzyjającymi warunkami pracy wolno praktykującego lekarza musiało się bezwarunkowo odbić na wartości niektórych jego prac. Pomimo to wiele prac jego np. o osutkach lekowych, o liszajowym zapaleniu skóry Dühring'a, o dziedzicznym syfilisie są i zostaną na zawsze bardzo cennymi.

Wpływ matki i polskiego otoczenia sprawiły, że zmarły wyrósł na gorącego polskiego patriotę i takim został do ostatnich dni swoich. Gorąco przywiązany do wszystkiego, co polskie, i do polskiej nauki lekarskiej, pracował nad nią bezustannie i przykładem swoim i słowem zachęcał do tego samego kolegów.

W ciężkich warunkach ucisku narodowościowego, w jakich żyliśmy Polacy na Ukrainie, Wołyniu i Podolu do niedawnego czasu, kiedy nie wolno nam było marzyć o żadnej polskiej instytucji, i wszelkie przejawy naszego życia społecz-

nego trzeba było ukrywać przed czujnym okiem policyi, s. p. Szadek był jednym z inicjatorów i najgorliwszych członków koleżeńskich zebrań kijowskich lekarzy Polaków. Na tych zebraniach uczyliśmy się przy naukowych pogawędkach myśleć i mówić po polsku. To też jeśli się nam uda uzyskać pozwolenie i doczekać się utworzenia polskiego towarzystwa lekarskiego w Kijowie, jedyną przykrością na pierwszym naszym jawnym zebraniu będzie brak kol. Szadka, któremu losy nie pozwoliły dożyć tak gorąco przez niego upragnionej chwili.

Poniżej podaję spis prac s. p. Karola Szadka, ułożony według lat.

Rok 1883.

1) K woprosu o pozdnem nasledstwiennom sifilisie. *Medicinskij Wiestnik*.

Rok 1884.

2) K woprosu o pozdnem nasledstwiennom sifilisie (polemika z prof. Łaszkiewiczem). *Russkaja Medicina*.

3) Poslednij atwiet prof. Łaszkiewiczzu (*Syph. heredit. tarda i choc en retour*). *Medicinskij Wiestnik*.

4) Pierwicznyja sifiliticzeskija zatwierdjenja ziewa. *Medicinskij Wiestnik*.

5) Przyczynek do kazuistyki cierpień rogówki, spowodowanych nabytym przymiotem. Książka jubileuszowa Szokalskiego.

5 a) K kazuistiki porażenij ragawoj abaloczki wsliedstwie priabrietiennogo sifilisa. *Wiestnik oftalmologii*.

5 b) *Contribucion al estudio de la Queratitis sifilitica*. *Rev. espec. de oftalm. dermat. Madrid*.

5 c) *Contribution á l'etude de la kératite syphilitique*. *Rev. clinique d'oculistique. Paris*.

6) Sifilis w riadu drugich parazitarnych bolieczniej i borba organizma s sifiliticzeskim kontagijem. *Medicinskij Wiestnik*.

Rok 1885.

7) Ein Fall v. Leucoderma syphiliticum. *St. Petersburg. medicin. Wochenschrift*.

7 a) *Leucoderma syphiliticum*. *Gazeta lekarska*.

7 b) O pigmentnom sifilisie. *Medicinskoje obozrienje*.

8) Zur Casuistik d. Herpes iris recidiv. trunci et extremit. St. Petersb. med. Wochenschrift.

8 a) Przypadek liszaja tęczowatego tułowia. Medycyna.

9) Ein Fall v. Lichen planus chron. trunci et extr. St. Petersb. med. Wochenschrift.

10) Ein Fall v. ausgeh. Acne vulg. complic. d. entzündliche Papillome St. Petersb. med. Woch.

11) Zur Casuistik d. syphilit. Erkrankungen d. Nebenhodens. St. Petersb. med. Woch.

11 a) Przyczynek do kazuistyki przymiotowego cierpienia przyjądrza. Gazeta lekarska.

11 b) Contribution a la casuistica de la epididymitis sifilitica en el periodo condilomatoso Rev. espec. de oftalm. dermat. Madrid.

Rok 1886.

12) O pierzchnicach płaskich Wilsona. Przegląd lekarski.

12 a) Płoskiej liszaj Wilsona. Medic. obozrienje.

13) Kratkij analiz 383-ch słuczajew zabołewanij kozi w kijewskom wojennom gospiitale w 1884 godu. Wojen. medicin. žurnal.

14) Kritische Bemerkungen über d. Theorie d. syphil. Retroinfektion d. Mutter durch d. Foetus St. Petersb. med. Wochenschrift.

14 a) Teorya wstecznego zakażenia sutki przymiotem od płodu. Gazeta lekarska.

14 b) Kriticzeskij razbor teorji zarażenia materi sifilisom od płoda. Kijew.

15) Leczenie przymiotu zapomocą wstrzykiwań głębokich żółtego tlenniku rtęci w mięśnie pośladkowe. Gazeta lekarska.

15 a) Die Behandlung d. Syphilis mittels tiefen Injekt. d. gelben Quecksilbersoxyds in d. Musc. glutei. Wiener medic. Presse.

15 b) Tratamicubo de la syphilis medicate las inyecciones profundas de oxido amarillo de mercurio. Rev. de ciencias medic. de Barcelona.

16) Bemerkungen über subcut. Injekt. von Jodpräparaten bei Syphilis. St. Petersb. med. Woch.

16 b) Kilka słów o leczeniu kily zapomocą wstrzykiwań soli jodowych. Wiadomości lekarskie.



17) Ueber Behandlung d. Syphilis mit. tiefen Injekt. v. Quecksilberpräparaten nebst Bemerkungen über hypodermatischen Syphilistherapie im allgem. Allg. wiener med. Zeitung.

18) Stosowanie elektrolizy przy leczeniu chorób skórnych. Gazeta lekarska.

19) Przypadek wypryskowego zapalenia skóry (Dühring'a), Gazeta lekarska.

19 a) Ein Fall v. Dermatitis herpetif. Dühring. St. Petersburg. med. Wochenschrift.

#### Rok 1887.

20) Leczenie przymiotu głębokimi wstrzykiwaniami przetworów rtęciowych. Gazeta lekarska, 1887.

21) Bemerkungen über 70 Fälle v. Erysipel. St. Petersburg. med. Wochenschrift.

21 a) Krótkie sprawozdanie z 70 przypadków róży, spostrzeganych na oddziale skórnyim wojskowego szpitala w Kijowie w roku 1885. Gazeta lekarska.

22) Die innerliche Anwendung v. hydrarg. tannicum oxyd. bei Syphilis. St. Petersburg. med. Woch.

22 a) Leczenie kily garbnikanem rtęciowym. Przegląd lekarski.

23) Innerliche Anwendung d. Hydrarg. carbolici oxyd. bei Syphilis. Monatshefte f. prakt. Dermat. i New-Yorker med. Presse.

23 a) Karbolen rtęci i zastosowanie jego w przymiocie. Gazeta lekarska.

23 b) Wnutriennieje upotreblenje karbolowokisloj rtuti pri sifilisie. Medic. obozrienje.

24) Leczenie sifilisa podkożnymi i głębokimi wprykiwaniami w jagodicznija myszcy karbolowo kisloj rtuti. Medic. Obozrienje.

24 a) Ueber hypodermatische Anwendung v. Hg. carbol. oxyd. bei Syphilis. Monatsh. f. pr. Derm.

25) Przypadek rumienia wielopostaciowego tulowia i odnóg. Wiadomości lekarskie.

25 a) Ueber ein Fall v. Erythema multiforme trunci et extremit. St. Petersburg. med. Woch.

26) O pierzchnicach czerwonych kończystych Hebry. Gazeta lekarska.

26 a) Ein Fall v. Lichen ruber accuminatus Hebrae. St. Petersb. med. Wochenschrift.

27) Kratkij analiz 369 sluczajew zaboiewanij kozi w ki-jewskom wojennom hospitale w 1885 godu. Wojen. medic. žurnal.

Rok 1888.

28) Zur Behandlung d. Schankerbubonen mit Jodoform-dauerverband. Intern. klin. Runschau.

29) Ueber chir. Behandl. d. suppurirenden vener. Bubonen Vierteljahr. f. Dermat. Syph.,

29 a) Chirurgiczne leczenie dymienic wenerycznych. Ga-zeta lekarska.

30) Przyczynek do kazuistyki osutki bromowej. Przegląd lekarski.

30 a) Zur Casuistik d. Bromexanthems. Vierteljahr. f. Dermat. u. Syph.

30 b) Sobre el exantheme bromico. Rev. d. scienc. med. des Barcelona.

31) Stosowanie salicylanu rtęci w chorobach kiłowych. Przegląd lekarski.

31 a) Ueber therap. Anwend. d. Hg. salic. Monatshefte f. prakt. Dermat.

31 b) PC salicylato de mercurio. Rev. d. scienc. med. de Barcelona.

32) Index bibliograph. syphilidologiae 1886/7. I Jahrg. Ham-burg.

33) Przyczynek do mechanicznego leczenia rzeżączki przewlekłej. Wiadomości lekarskie.

Rok 1889.

34) Index bibliograph. syphilidologiae 1887. II Jahrg. Ham-burg.

35) O stosowaniu Jodolu w chorobach wenerycznych. Gazeta lekarska.

35 a) Die therap. Anw. d. Jodols in syph. Praxis. Wien. med. Presse.

36) Ein Beitrag zur Salbensonnenbehandlung d. chron. Urethr. Archiv f. Derm. u. Syph.

37) Die Salbensonnenbehandlung d. chron. Urethr. Med. chir. Centralblatt.



38) Anwend. d. Salicylsäure bei einigen Hautkrankheiten. Intern. klin. Rund.

38 a) Stosowanie kwasu salicylowego w praktyce dermatologicznej i syfilidologicznej. Nowiny lekarskie.

38 b) Anwend. d. Salicylsäure bei Behand. d. vener. Geschw. Intern. klin. Rund.

39) Behandlung d. vener. Geschw. mit sozodol. Kali. Wien. med. Blätter.

39 a) Stosowanie sozodolu potasu. Medycyna.

40) Index bibliograph. syphilidologiae 1888/7 III Jahrg. Hamburg.

#### Rok 1890.

42) Behand. d. Syphilis mit intramusc. Injekt. d. Hg. salic. Wien. klin. Wochenschrift.

42 a) Treatm. of syph. by internal use and intramusc. inj. of the salicylate of mercury Med. and surg. Raport. Philadel.

43) The use of recorcin in the treatm. of rodent ulcer. Satellite, 1890.

44) A case of pemphig. veget. Satellite.

45) Treatm. of syph. by intramusc. inj. of anewiac soluble prep. of mercury Hg. thymol. acet. Amer. Pract. and News.

45 a) Behand. d. syph. mit intramusc. Inj. d. Hg. thymol. acet. Wien. med. Wochenschr.

#### Rok 1891.

46) Four cases of syph. chancres of tonsil. St. Louis Med. and surg. Journal.

47) Recent advances in the treatm. of Syph. Med. News Philadel.

48) Treatm. of glect and vex. neurasth. by means of metallic bougies. Atlanta Med. Surg. Journal.

49) Note on the use of sulphur prep. in skin diseases. Atlanta Med. Surg. Journal.

#### Rok 1892.

50) Index bibliographicus syphilidologiae 1889/7. IV. Jahrg. Hamburg.

51) Index bibliograph. dermatologiae 1889/7. II Jahrg. Hamburg.

Rok 1893.

52) Index bibliograph. syphidologiae 1890/7. V Jahrg. Hamburg.

53) Osutka bromowa. Kronika lekarska.

54) Osutki jodowe. Przegląd lekarski.

55) Kifa dziedziczna i wrodzona. Przegląd lekarski.

Rok 1894.

56) Pierwotne stwardnienie i owrzodzenie przymiotowe przelyku i migdałów. Przegląd chirurgiczny.

57) O stosowaniu jodowych przetworów w przymiocie. Pamiętnik Tow. lekarsk. Warsz.

58) Czy płód przymiotowy może zarazić matkę? Medycyna.

Rok 1895.

59) Wyniki leczenia kily głębokimi wstrzykiwaniami salicylanu i tymolonu rtęci. Przegląd lekarski.

Rok 1896.

60) Osutki rtęciowe. Nowiny lekarskie.

61) Osutka balsamiczna. Kronika lekarska.

Rok 1897.

62) Osutka chinowa. Nowiny lekarskie.

63) Przyczynek do kazyistyki zapalenia liszajowego skóry Dühringa. Przegląd lekarski.

64) Rokowanie w pęcherzycy przewlekłej. Kronika lekarska.

Rok 1898.

65) Patogeneza luszczycy. Gazeta lekarska.

66) A peculiar case of Dermatitis herpetiformis. St. Louis Med. and surg. Journal, 1898.

67) Remarks ou the Pemphigus vulgaris. St. Louis Med. and surg. Journal.

68) Remarks ou the Pemphigus foliacens. St. Louis Med. and surg. Journal.

Rok 1899.

69) Sowriemiennoje sostajanie waprosa ob etiologii ekzemy. Russkij archiw obszczej patalogii.

Rok 1906.

70) Przyczynek do kazuistyki zgorzeli samoistnej pochodzenia przymiotowego. Przegląd chorób skórnych i wenerycznych.

Obfity plon naukowej dzialalności!

Pragnąc choć skromnie uczcić wysokie zasługi ś. p. Karola Szadka, koledzy kijowscy złożyli pewną sumę na kapitał żelazny imienia zmarłego, przy kijowskiem towarzystwie „Oświata“, starając się o dalsze jego powiększenie.

Cześć wieczna pamięci dzielnego pracownika na niwie naukowej, dobrego obywatela kraju i zacnego człowieka!

---

II.  
PRACE ORYGINALNE.

Z PRACOWNI ANATOMO-PATOLOGICZNEJ PROFESORA  
PRZEWÓSKIEGO.

**Syfilityczne zapalenie naczyń  
z następną gangreną.**

n a p i s a ł

**Dr. Czesław Otto.**

Ordynator kliniki Terapeutycznej Warsz. Uniwersytetu.

Do zgorzeli samoistnej (gangraena spontanea) od najdawniejszych czasów zaliczano bez wyjątku wszystkie sprawy zgorzelinowe, nie uwzględniając wcale tła na którym one powstały. Dopiero w ostatnim trzydziestoleciu na podstawie badań drobnowidzowych starano się wyodrębnić tło, na którym powstała gangrena, i przeprowadzić prawidłową klasyfikację tego cierpienia z punktu klinicznego i anatomiczno-patologicznego. Wskutek tych badań okazało się, że jedną z najczęstszych przyczyn, wywołujących zgorzel w kończynach (nogi, ręce, uszy, nos, język) jest zapalenie syfilityczne naczyń. Główna zasługa na tem polu należy się

Virchowowi <sup>1)</sup> Heubnerowi <sup>2)</sup>, Marchia-favie <sup>3)</sup> Baumgartenowi <sup>4)</sup> i Haga'dze <sup>5)</sup>. Badacze ci opisali dokładnie zmiany anatomiczne w naczyniach u chorych, cierpiących na syfilis; w krótkości zmiany te charakteryzują się stopniowem wytwarzaniem się drobnokomórkowego nacieczenia początkowo w warstwie zewnętrznej (adventitia), a potem stopniowo w warstwach średniej i wewnętrznej; dość często zmiany w warstwie średniej bywały wyrażone bardzo słabo, a niekiedy wcale ich nie zauważono, tak że zajętemi sprawą zapalną okazały się tylko adventitia i intima. Zajęcie warstwy wewnętrznej (intima) powodowało po większej części zamknięcie światła naczynia. W innych znowuż przypadkach syfilis naczyń przejawiał się pod postacią gummatów, lokalizowanych w zewnętrznej warstwie (arteritis gummosa). Aneuryzmaty zaliczono także do przejawu syfilisu naczyń.

Przy zajęciu warstwy zewnętrznej obserwowano zawsze dość silnie wyrażone bujanie komórek śródbłonowych w naczyniach włosowatych, odżywiających tę błonę. Bujanie komórek śródbłonkowych naczyń włosowatych w media obserwowano dość rzadko.

Oprócz wyżej przytoczonych autorów, znajdujemy w literaturze jeszcze cały szereg innych badaczy, którzy opisali przypadki zgorzeli kończyn niewątpliwie powstałe na tle syfilisu; w tych obserwacjach zgorzeli towarzyszyły różnorodne przejawy syfilisu, ustępujące swoistemu leczeniu, przyczem i objawy zgorzeli udawało się sprowadzić do minimum. W innych znowuż obserwacjach zgorzeli przy braku danych, przemawiających za syfilisem, udało się ex juvantibus także rozpoznać niewątpliwie syfilistyczne tło sprawy. Nakoniec i w tych przypadkach, gdzie wskutek zgorzeli musiano przystąpić do amputacji kończyny i gdzie nie było czasu do przeprowadzenia próbnej syfilitycznej kuracji, przy braku wszelkich danych, przemawiających za syfilisem, rozpoznawano niewątpliwie syfilis na podstawie zmian mikroskopowych w naczyniach, wyciętych z amputowanej kończyny.

Oдноśnie obserwacje streszczamy w krótkości, uwzględniając ich ważność i chronologiczny porządek.

I tak Fournier <sup>6)</sup> opisał kilka przypadków zgorzeli u syfilityków już w późniejszym okresie choroby. Wskutek przymiotowego zwyrodnienia ścianek tętnic skórnych wytworzyły się liczne zgorzelinowe owrzodzenia na tułowiu i kończynach.

Letrel <sup>7)</sup> obserwował przypadek zgorzeli u 22-letniej kobiety, gdzie w 9 lat po zarażeniu się syfilisem powstało 16 wrzodów zgorzelinowych, umiejscowionych na skórze lewej ręki, piersi i brzucha; lewa ręka na dotyk chłodna, koloru fioletowego; tętnice sprychowa, łokciowa i ramieniowa zgrubiałe, i tętno w nich nie wyczuwalne. Po zastosowaniu jodku potasu wrzody zgorzelinowe zagoiły się, i objawy w lewej ręce znikły.

W obserwacji Mendla <sup>8)</sup> zanotowano zgorzel języka u 55-letniego syfilityka.

Krisowski wspomina o zgorzeli obustronnej muszli usznych u dziecka po uprzednim odmrożeniu. Stosowanie antyleutycznej kuracji dało całkowite wyleczenie.

Balzer i Fouquet <sup>10)</sup> opisują przypadek zgorzeli końca nosa u osobnika z objawami syfilisu. Po stosowaniu antisyfilitycznego leczenia w ciągu 6 tygodni nastąpiło wyleczenie.

Zeissl <sup>11)</sup> opisuje zgorzel górnej kończyny na tle swoistych zmian w tętnicy ramieniowej; po 5 miesiącach stosowania swoistego leczenia objawy chorobowe ustąpiły całkowicie.

W obserwacji d'Oruellas'a <sup>12)</sup> zgorzel na tle luesu obejmowała palce lewej ręki; objawy chorobowe ustąpiły przy stosowaniu swoistej kuracji, jednak musiano amputować palec średni.

Aune <sup>13)</sup> opisuje zgorzel przedramienia i dolnej części ramienia u 35-letniego osobnika w późnym okresie przymiotu; zgorzel wystąpiła wskutek endo et periarteriitis obliterans luetica).

U Klotze <sup>14)</sup> znajdujemy opis zgorzeli palców rąk w początkowym okresie; swoiste leczenie dało wynik dodatni.

Després <sup>15)</sup> opisał zgorzel palca u 27-letniego osobnika z objawami drugorzędnego przymiotu; zgorzel następnie rozszerzyła się na stopę i autor, nie czekając na wynik swoistej kuracji, dokonał amputacji w dolnej części prawego biodra. (?!!!)

U Schustr'a <sup>16)</sup> znajdujemy opis zgorzeli prawej stopy u 67-letniego syfilityka; stosowanie kuracji swoistej nie dało rezultatu i zdecydowano się dokonać amputacji goleni.

Elzenberg <sup>17)</sup> opisuje przypadek zgorzeli obejmującej obie stopy u 22-letniej syfilityczki. Pomimo swoistego leczenia chora zmarła. Badanie pośmiertne naczyń wykazało ich zwę-



zenie i zmiany drobnowidzowe, zbliżone do zmian miażdżycowych.

Marsch<sup>18)</sup> obserwował zgorzel kończyny u dzieci rodziców syfilityków; swoiste leczenie, zastosowane w porę, dało wynik dodatni.

Podobne przypadki obserwowali Young<sup>19)</sup> Humphrey<sup>20)</sup> Durandot<sup>21)</sup>.

Ciężki przypadek zgorzeli nóg na tle syfilisu opisał Dur-  
ring<sup>22)</sup>. Obserwacja dotyczy 33-letniego syfilityka, u którego początkowo zgorzel rozwinęła się na lewym paluchu, a po 3 tygodniach rozszerzyła się na całą stopę. W tym czasie powstała zgorzel także na prawym paluchu. Tętno w tętnicy biodrowej mało wyczuwalne. Wskutek szybkiego postępu zgorzeli w 4-y tygodniu od początku choroby odjęto goleń lewą. Rana pooperacyjna goiła się źle. Po zastosowaniu swoistego leczenia gojenie poszło szybko, i chory wyzdrowiał. Po 6 latach wystąpiła ponownie zgorzel na prawym paluchu i rozszerzyła się w ciągu 9 miesięcy aż na goleń; dokonano amputacji prawego biodra; w tętnicach odjętej kończyny pod drobnowidzem znaleziono endoarteriitis obliterans luetica).

Obserwacja Neumanna<sup>23)</sup> dotyczy 36-letniego osobnika, u którego powstała zgorzel na prawym paluchu i szybko rozszerzyła się na całą stopę; 5-go dnia już w żadnej z tętnic prawej nogi nie wyczuwano tętna, a kończyna była w dodatku zimna i nieczuła. Po amputacji kończyny zastosowano swoiste leczenie z dobrym rezultatem. W naczyniach odjętej kończyny znaleziono endoarteriitis obliterans.

Ze wszystkich obserwacji najwięcej na uwagę zasługują obserwacje Haga<sup>24)</sup>. Obserwował on w Japonii 34 przypadki zgorzeli i z nich 14 opisał szczegółowo. Najczęściej zapadali chorzy w wieku między 37—47 rokiem życia, chociaż obserwowano przypadki i w wieku starszym. Przebieg zgorzeli był zawsze przewlekły, nawet kilka lat trwający. W 9 przypadkach z 14 szczegółowo opisanych zmiany zgorzelinowe zależne były od swoistego zwyrodnienia ścianek tętnic; w pozostałych 5 przypadkach można było także uważać syfilis jako główną przyczynę zgorzeli, albowiem zastosowanie antysyfilitycznego leczenia dało dobre rezultaty.

Szadek<sup>25)</sup> opisuje szczegółowo dwa z obserwowanych przez niego przypadków zgorzeli syfilitycznego pochodzenia.

W obu przypadkach, po zjawieniu się zgorzeli, zwlekano z operacją przy zastosowaniu energicznej swoistej kuracji i zawsze z dobrym rezultatem. W obu przypadkach ostatecznie musiano uciec się do amputacji zajętych kończyn, lecz w znacznie mniejszych rozmiarach, niż to proponowano pierwotnie. Badanie tętnic z odjętych kończyn wykazało w nich swoiste zmiany na tle syfilisu (endo—periarteriitis obliterans).

Bełkowski<sup>26)</sup> opisał przypadek, w którym, chociaż nie doszło do zgorzeli, lecz tętno było niewyczuwalne w naczyniach wszystkich kończyn. Pomimo, że chory negował syfilis, zastosowano swoistą kurację; po 100 wcieraniach tętno, niewyczuwalne we wszystkich przedtem tętnicach, zjawilo się na nowo.

Tyle znajdujemy w literaturze przypadków zgorzeli niewątpliwie syfilitycznej natury. O wątpliwych przypadkach zdaniem mojem nie należy wspominać, gdyż tym sposobem wprowadzałoby się pewien zamęt i podkopywało wiarę w konieczność energicznej antysyfilitycznej kuracji w tych przypadkach zgorzeli lub zaczynającego się zamknięcia światła naczyń, gdzie chory neguje przebyty syfilis i gdzie tylko syfilisem można objaśnić sobie powstałe zmiany w naczyniach; przejdę natomiast do szczegółowego opisu obserwowanego przeze mnie przypadku zgorzeli górnej kończyny, która, jak ogólnie wiadomo, trafia się daleko rzadziej, niż zgorzel kończyn dolnych.

Dnia 25 Września 1905 roku zapisano do mnie na oddział klin. terapeutycznej chorego z powodu utraty ruchów czynnych w palcach i kiści prawej górnej kończyny. Cztery dni przedtem ów osobnik bez widocznej przyczyny utracił całkowicie władzę w palcach i kiści prawej ręki. Stosowano zaraz jodynowanie, bańki cięte, pijawki i najrozmaitsze maście bez żadnego rezultatu. Chory początkowo jakoby nie gorączkował, w dzień przyjęcia do szpitala ciepłota podniosła się do 38.6.

Chory lat 36, budowy średniej i umiarkowanie odżywiany. Dostępne dla oka błony śluzowe blado-różowego koloru; warstwa podskórna tłuszczu umiarkowanie rozwinięta; na przedniej powierzchni obu goleni skóra brunatnego koloru — na pozostałych częściach ciała biała, z wyjątkiem prawej ręki do łokcia, i bez blizn. W granicach brunatnego zabarwienia na prawej goleni, więcej na zewnątrz, dwie okrągłe powierz-

chowane blizny wielkości każda z nich groszaka; na przedniej powierzchni lewej goleni, także w obrębie brunatnego zabarwienia, jedna powierzchowna blizna, trochę mniejsza od każdej z wyżej opisanych na prawej goleni; skóra na miejscu blizn cienka i dość łatwo daje się ująć w fałdę. Skóra zaś na całej przedniej i bocznych powierzchniach obu goleni zgrubiała dość silnie i w fałdę ujmuje się wogóle dość trudno. Skóra na miejscu blizn zabarwiona na kolor brunatnawy. Kości goleni gładkie i niezgrubiałe. Brunatne zabarwienie skóry, według słów chorego, pozostało po stosowaniu najróżnorodniejszych maści podczas leczenia róży, na którą zapadł przed 14 laty. W tym okresie wytworzyły się i owe blizny. Gruczoly pachwinowe pod lewą pachą nie powiększone, pod prawą pachą powiększone dość znacznie i bolesne na ucisk; gruczoly na szyi i za uszami nie powiększone; na błonie śluzowej ust, podniebienia, gardzieli i nosa zmian żadnych bliznowatej natury nie zauważono. Skóra na prawej górnej kończynie od palców do połowy ramienia silnie napięta, jakby obrzęknięta, i przytem czarnego koloru; palce na objętość dwa razy grubsze w stosunku do normy i zgięte w pierwszym i drugim stawach; duży palec przywiedziony do kiści; na tylnej powierzchni kiści kilka pęcherzy wielkości orzecha greckiego, wypełnionych płynem brunatnego koloru. Czynne ruchy palcem i kiścią nie wykonalne; bierne — silnie ograniczone i bolesne; ruchy rotacyjne ograniczone wskutek bólu. Ruchy czynne i bierne w stawie łokciowym zachowane, lecz zawsze połączone z bólami. Tętno na prawej kończynie wyczuwalne pośrodku ramienia na art. brachialis; na radialis i ulnaris tętno nie wyczuwalne; na radialis lewej ręki tętno równe, pełne, średniego napięcia  $T=135$  mm. 100 uderzeń na minutę. Oznaki miażdżycy na pozostałych tętnicach i żyłach wyrażone b. słabo. Ze strony organów wewnętrznych, a również systemu nerwowego zmian żadnych nie zauważono. Chory żonaty, ma 6 zdrowych dzieci; żona nie ronila nigdy, i sam on nigdy na nic, z wyjątkiem róży, nabytej podczas wojskowej służby, nie chorował. Wspomina tylko, że w pierwszym roku służby podczas spółkowania nastąpiło małe obtarcie na boku członka, które zagoiło się w kilka dni. Żadnej wysypki na ciele, bóli gardła i głowy chory nigdy nie miał i zawsze od najmłodszych lat czuł się absolutnie zdrow. Wódki nie pija, pali umiarkowanie,

pracuje, jako stolarz, ciężko około 12 godzin na dobę, odżywia się regularnie, umiarkowanie; mieszkanie i warsztat suche. Tyle dają wywiady i obiektywne badanie.

Na drugi dzień po przyjęciu do kliniki ciepłota podniosła się do  $39^{\circ}\text{C}$ ; równocześnie zjawił się szmer u wierzchołka serca przy pełnem równem, dość miękkim tętnie i stu uderzeniach na minutę. Czucie bólu i dotyku na prawej górnej kończynie w granicach czarnego zabarwienia skóry prawie całkowicie zniesione. Na dolnej części ramienia zjawia się zygzakowato idąca linja demarkacyjna, odgraniczająca skórę zdrową od zmartwiałej. Napięcie skóry na przedramieniu, dłoni i palcach nadzwyczaj silne. Ruchy czynne i bierne, jak dawniej; gruczoły pod prawą pachwiną silnie obrzmiałe i bolesne na ucisk. Prawe przedramię o połowę grubsze od lewego; pod skórą wyczuwa się chęłbotanie.

Wobec powyższych danych ze strony serca podejrzewano zapalenie wsierdzia pochodzenia infekcyjnego i na tym tle wytworzenie się zakrzepu w tętnicy ramieniowej na miejscu rozgałęzienia się jej na tętnice sprychową i łokciową. W związku z zatorom stawiano gangrenę częściową przedramienia, a całkowitą palców i dłoni. Napięcie skóry i obecność fluktuacyi objaśniano flegmoną, powstałą wskutek stosowania miejscowo najrozmaitszych zabiegów leczniczych; z flegmoną również związywano powiększenie gruczołów pod pachą. Wykluczyć zajęcie wsierdzia i przyjąć podniesienie ciepłoty na karb flegmony nie decydowałem się w obec braku u danego osobnika wszelkich danych, objaśniających możności powstania zamknięcia światła tętnicy ramieniowej bez udziału wsierdzia. Zastosowano okłady z Burowa pod ceratką i zaproponowano operacyę przecięcia flegmony, na co chory nie zgodził się.

Stan taki trwał bez zmiany dni cztery; piątego dnia wobec silnych bólów w całej prawej kończynie chory zgodził się na incyzję, przyczem wyciekło dużo ropy, lecz ogólny stan pozostał bez zmiany przez kilka następných dni.

Nareszcie, wobec braku jakiegokolwiek poprawy i zaczynającego się gnicia zmartwiałej kończyny, chory zdecydował się na odjęcie ręki. Amputacyi pośrodku ramienia dokonał kol. Horodyński. Na drugi dzień po operacyi ciepłota opadła do  $37^{\circ}\text{C}$ . i potem stopniowo obniżala się aż do normy. Z odjętej kończyny wyciąłem naczynia do badań pod



drobnowidzem. Tkanki utrwalono w formalinie. Tętnice sprychowa i lokciowa makroskop. rozszerzone w górnej części przedramienia co najmniej o połowę; ścianki tętnic silnie rozciągnięte i znacznie zcieńczalne, w dolnej zaś części przedramienia światło tychże tętnic zwężone mniej więcej o połowę, a nawet i więcej, a ścianki mocno zgrubiałe.

Zcieńczalne ścianki tętnic przedstawiają pod drobnowidzem następujące zmiany. Adventitia w stosunku do normy zgrubiała nieznacznie; zgrubienie to zależy od drobnokomórkowego nacieczenia i od rozwoju drobnych naczyń włosowatych. Nacieczenie drobnokomórkowe wyrażone mniej więcej równomiernie w całej adventitii, a około naczyń włosowych koncentrycznie zgrupowane, i dlatego te miejsca wyglądają jakby daleko silniej od pozostałych nacieczone drobnymi komórkami. W miarę zwężania się światła naczynia, nacieczenie drobnokomórkowe zaczyna przenikać i do warstwy średniej (media). Komórki, tworzące drobnokomórkowe nacieczenie, sądząc z barwienia, są to małe limfocyty; małych plazmatycznych komórek nie udało mi się wykryć prawdopodobnie wskutek silnie zmienionej struktury zmartwiałych tkanek, wytworzonych pod wpływem toksyn tutaj gnieźdzących się saprofitów.

Oprócz drobnokomórkowego nacieczenia w warstwie zewnętrznej (adventitia) znajdujemy umiarkowaną ilość stałych komórek tkanki łącznej i dość dużo substancji międzykomórkowej, szklisto zwyrodniałej. W miarę zwężania się światła naczyń i pogrubiania ich ścianek, ilość substancji międzykomórkowej szklistej zwiększa się bardzo znacznie, również jak i ilość stałych komórek tkanki łącznej; w rezultacie w zgrubiałej ściance naczyń błona zewnętrzna (adventitia), wskutek zwiększonej ilości stałych komórek tkanki łącznej, obfitej ilości szklisto zwyrodniałej substancji międzykomórkowej, drobnokomórkowego nacieczenia i rozwoju w niej w ilości znacznej naczyń włosowatych i średniego kalibru, przedstawia się prawie dwa razy grubszą od warstwy średniej (media).

Naczynia włosowate w warstwie zewnętrznej zcieńczalne ścianki naczyń rozwinięte są raz w większej, drugi raz w mniejszej ilości; wogóle można powiedzieć, że naczyń tych zazwyczaj bywa o połowę więcej, niż bywa ich normalnie. Komórki śródbłonkowe tych naczyń niekiedy nie przedsta-

wiąją zmian żadnych, najczęściej jednak są mniej lub więcej zgrubiałe; w niektórych nawet naczyniach zaczynają one bujać i wtedy doprowadzają do znacznego zwężenia ich światła. Tam gdzie światło naczynia więcej zwężone, a ścianka jego znacznie zgrubiała, zmiany w naczyniach włosowatych są wyrażone bardzo silnie. Prawie w każdym naczyniu włosowatym zauważyć się daje dość silne bujanie śródbłonka, doprowadzającego bardzo często do zupełnego zamknięcia światła. Niekiedy naokoło naczyń włosowatych, w których bujanie śródbłonka jest dość znacznie wyrażone, powstaje jakby błona zewnętrzna z niewielkiej ilości stałych komórek tkanki łącznej i z szklisto zwyrodniałej substancji międzykomórkowej; substancji tej bywa wogóle dość dużo i w niej wtedy zjawia się także dość obficie wyrażone drobnokomórkowe nacieczenie.

Warstwa średnia (*media*) w zcieńczonej ścianie naczynia prawie o połowę cieńsza od okalającej ją warstwy zewnętrznej (*adventitia*). Gładkie komórki mięsne jakby zcieńczone; protoplazma ich ciała w stosunku do normy znacznie mniejsza w objętości i w niektórych komórkach szklisto zwyrodniała; jądra po większej części zmian widocznych nie przedstawiają. Szkliste zwyrodnienie w warstwie średniej najczęściej zauważyć się daje na granicy z warstwą wewnętrzną (*intima*), i tutaj napotyka się złogi soli wapiennych. Im zwyrodnienie więcej wyrażone i zajmuje większą ilość komórek, tym i większe złogi soli wapiennych napotykamy w warstwie średniej.

Tkanka łączna w zcieńczonej ścianie naczyń, zdaje się, zmian żadnych nie przedstawia.

Naczynia włosowate w warstwie średniej (*media*) zcieńczonej ścianki udawało się obserwować tylko niekiedy; nacieczenia drobnokomórkowego około tych naczyń nie zauważono, a komórki śródbłonkowe po większej części widocznych zmian w budowie nie przedstawiały.

W zgrubiałej ścianie naczyń obserwowano szkliste zwyrodnienie komórek mięsnych o wiele częściej, niż w ścianie zcieńczonej; w związku z temi zmianami zauważono tutaj i większą ilość soli wapiennych, które zawsze odkładały się w warstwie średniej (*media*) na granicy jej z warstwą wewnętrzną (*intima*). Głęboko w warstwie średniej (*media*) soli nie zauważono. Stałe komórki tkanki łącznej w *media* zgru-



białych ścianek naczyń napotykały się w ilości prawie dwa razy większej, niż to bywa w normalnych warunkach; zwiększenie ilości tych komórek obserwowano stopniowo w miarę zaczynającego się zgrubiania ścianek. Komórki te po większej części widocznych zmian budowy nie przedstawiały, niekiedy jednak obserwowano zgrubienie jądra i protoplazmy ciała. Co się tyczy ich rozlokowania, to zauważyć należy, że stale komórki tkanki łącznej układały się pomiędzy komórkami mięsnymi, tworząc rodzaj pasemek, i tym sposobem rozdzielały zbitą warstwę komórek mięsnych także na pasemka najrozmaitszej wielkości. Zmianom tym w warstwie średniej (media) towarzyszyło zawsze dość silnie wyrażone drobnokomórkowe nacieczenie, które zawsze poprzedzało rozrost tkanki łącznej w media, a było obserwowane na mniej zgrubiałych ściankach naczyń i mniej zmienionej wstecznej warstwie średniej. To drobno komórkowe nacieczenie, obserwowano początkowo w media na granicy z warstwą zewnętrzną jako wyrażone nieznacznie, a potem stopniowo w miarę zgrubiania się ścianki naczyń jako coraz silniejsze.

W miarę zwiększania się drobnokomórkowego nacieczenia obserwowano i zjawianie się w większej ilości stałych komórek tkanki łącznej, rozlokowanych w sposób wyżej opisany. Samo zaś drobnokomórkowe nacieczenie, idąc od zewnątrz ku środkowi ścianki, było wyrażone mniej więcej równomiernie po całej media z pewną jednak przewagą co do ilości komórek w jej zewnętrznych warstwach. Obserwowano także niekiedy drobnokomórkowe nacieczenie, dość silnie wyrażone około niektórych naczyń włosowatych warstwy średniej.

W miarę rozwijania się zmian w warstwie średniej, obserwowane w niej początkowo tylko niekiedy naczynia włosowate zaczynają zjawiać się coraz częściej; ich komórki śródbłonkowe bądź nieznacznie zgrubiałe, bądź bez zmian widocznych, bądź zaczynają bujać znów w niektórych naczyniach; bujanie komórek śródbłonka obserwowano w naczyniach warstwy średniej o wiele rzadziej, niż w warstwie zewnętrznej, i dlatego też światło tych naczyń po większej części tylko trochę zwężone, lecz prawie nigdy całkowicie nie zamknięte. Wewnątrz tych naczyń włosowatych zauważano dość

rzadko niewielką ilość czerwonych ciałek krwi, a po większej części naczyńia te były puste.

Raz tylko jeden w media tętnicy sprychowej zauważono naczynie większe od naczyńia włosowatego, gdzie śródbłonkowe komórki wskutek bujania zwięzły jego światło o  $\frac{2}{3}$ , i w nim wytworzył się zakrzep czerwony; na zewnątrz naczyńia słabo rozwinięta tkanka łączna robiła wrażenie adwentycji, a drobno komórkowe nacieczenie około niego było wyrażone tak silnie, jak około naczyń mniejszego kalibru w warstwie zewnętrznej.

Intima zcieńczałej ścianki po większej części zmian widocznych nie ujawniała; niekiedy jednak komórki śródbłonkowe przedstawiają się jakby trochę zgrubiałe, i w tych miejscach do komórek śródbłonkowych przystaje zakrzep, uformowany z czerwonych ciałek krwi; tam zaś, gdzie śródbłonkowe komórki nie ujawniały żadnych zmian, po większej części nie obserwowano zakrzepu krwi. Lokalizacja zakrzepu w stosunku do komórek śródbłonkowych intymy robi wrażenie takie, jak gdyby zakrzep znajdował się z niemi w ścisłym związku. Ten ścisły związek pomiędzy zakrzepem krwi i śródbłonkiem ujawnia się jeszcze więcej w tem miejscu, gdzie światło naczyńia zaczyna się zwięzać w stosunku do normy, i gdzie komórki śródbłonkowe zaczynają wrastać w wytworzony zakrzep krwi, przerastając go we wszystkich kierunkach. Przerastanie zakrzepu dokonywa się początkowo tylko w obwodowych warstwach, a potem dopiero stopniowo rozszerza się ku środkowi w miarę zwięzania się światła naczyń. Ostatecznie cały zakrzep przedstawia się przerośniętym komórkami śródbłonka i jakby podzielonym na wysepki najrozmaitszej wielkości; przegrodki pomiędzy temi wysepkami są wytworzone początkowo tylko z jednej warstwy komórek śródbłonkowych, potem ilość tych komórek zwiększa się stopniowo, i, w miarę zwiększania się ich ilości, z intymy zaczynają wrastać w te przegrodki stałe komórki tkanki łącznej; w ten sposób przedstawiają się przegrodki w rozmaitym okresie przerastania zakrzepu dolnej części tętnicy sprychowej i łokciowej; to przerastanie zakrzepu doprowadziło do całkowitego zamknięcia ich światła. Ma się rozumieć, że zakrzep nie uformował się tutaj odrazu, lecz tylko stopniowo: początkowo, jak to widać na odpowiednich preparatach, wytwarzał się on w obwodowych częściach

naczynia, gdzie komórki śródbłonkowe uległy zmianom; komórki te wtedy zaczęły bujać, wrastając w światło naczynia, i zwiężając go stopniowo, tamowały krwi obieg; w rezultacie ustawiczne to bujanie śródbłonka doprowadziło do całkowitego zamknięcia światła naczyń tętnic sprychowej i łokciowej, co w następstwie spowodowało zgorzel kończyny.

Na podstawie wyżej opisanych zmian mikroskopowych przyznano u chorego zapalenie tętnic na tle syfilitycznym. Za tą diagnozą przemawiał proces zapalny, ześrodkowany w większych naczyniach początkowo w warstwie wewnętrznej pod postacią drobnokomórkowego nacieczenia, rozrostu i zwiększenia się liczby naczyń włosowatych i bujania śródbłonka w tych naczyniach; proces ten stopniowo rozszerza się na media a potem dopiero przechodzi na warstwę zewnętrzną. Przy endoarteriitis obliterans na tle miażdżycy proces rozwija się pierwotnie w media na granicy z intima, potem dopiero następuje rozrost mediae i bujanie komórek śródbłonkowych, doprowadzające do zaniknięcia światła naczynia; adventitia pozostaje przeważnie bez zmian. Na naczyniach włosowatych i miażdżycy i syfylis przebiegają ze zmianami identycznymi, i dlatego dla różniczkowej diagnozy należy zawsze uciekać się do badań naczyń większego kalibru. Co się tyczy dalszych losów chorego, to zaznaczyć należy, że rana po amputacji zagoiła się w przeciągu dwóch tygodni bez żadnych komplikacji; wtedy wypisano chorego na własne żądanie, zaleciwszy mu dokończyć kurację antisyfilityczną w domu. Od tego czasu chorego nie widziałem więcej.

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

- 1) Virchow's Arch. z 1858 roku. Tom XV, str. 324.
- 2) Dieluetische Erkrankungen der Hirnarterien. Leipzig, 1874.
- 3) Atti dell' Accad. medica di Roma, 1877. III. fasc. 2, pag. 100—140.
- 4) Virchow's Arch. 1881. XXXVI, pag. 218, 1888 CXI pag. 264.
- 5) Virchow's Arch. 1898 CLII, 1, pag. 25—60.
- 6) Gazette des hopiteaux 1887, 37, 40.
- 7) Lehrbuch der Geschlechtskrankheiten. Wien und Leipzig 1892, pag. 233.
- 8) Annales de dermatol. et Syphil. 1894, 12, pag. 1365.
- 9) Jahrb. f. Kinderkrankh. 1895, XI, 1, pag. 57.
- 10) Annales de dermat. et Syphil. 1903, 8<sup>o</sup>.

- 11) Wiener medicin. Blätter. 1879, 24—27.
- 12) Annales de dermat. et Syphili 1888, 2 sér. IX, pag. 35—39.
- 13) Études sur les gangrènes de membre consecutifs à l'arthérite syphilitique. Paris 1890.
- 14) Monatshef. f. prakt. Dermat. 1895, XXI, pag. 288.
- 15) Deutsch. Méd. Zeitung, 1884 II, 69, pag. 294.
- 16) Arch. f. Dermat. u. Syphilis 1889, 6, pag. 779—781.
- 17) Gazeta lekarska 1892, 5, str. 93—96.
- 18) Brit. med. Journal 1892, 1, pag. 1083.
- 19) Journal of cutaneous diseases 1885, 6, pag. 185.
- 20) Tamże, 1809, 10. pag. 388—389.
- 21) Brit. Med. Journal 1898. II, 15 th. Oct. Monatsh. f. prakt. Dermat 1899, XXIX, pag. 89.
- 22) Von Düring. Vorlesungen über Syphilis, 1895, pag. 147.
- 23) Syphilis. Wien. 1896, pag. 482.
- 24) Virch. Arch. 1898, CLII, 1, pag. 56—60.
- 25) Przegląd chorób skórnych i wenerycznych. Warszawa, 1896. № 1 i 2, str. 33.
- 26) Gazeta lekarska 1906, grudzień.
-

Z AMBULATORIUM SZPITALA ŚW. LAZARZA I Z PRACOWNI  
ANATOMO-PATOLOGICZNEJ PROF. PRZEWOSKIEGO.

## **Przypadek naczyniaka punkcikowatego ugrupowanego skó- ry i stosunek tej sprawy do naczyniaka rogowcowego (Angiokeratoma Mibelli).**

Podał

**Feliks Malinowski**

Lekarz ambulatoryum szp. św. Łazarza.

Przypadek poniższy, demonstrowany na ogólnem posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego, dnia 18/X 1904, a na posiedzeniu sekcji skórno wenerycznej dnia 4/XI 1904 r., ogłaszam ze względu na jego niezwykłą postać i ze względu na stosunek tej sprawy do naczyniaka rogowcowego (angiokeratoma).

W początkach 1904 roku zwróciła się do mnie w ambulatoryum Szp. św. Łazarza 20 letnia panna R. z następującą sprawą. Na powierzchni zginaczów prawej górnej kończyny, poczynając nawet od dolnej części szyi i dochodząc do kiści, a na powierzchni zginaczów lewej górnej kończyny tylko wzdłuż przedramienia ciągną się wykwity, układające się w grupy. Wykwity mają wygląd małych okrągłych płameczek, wielkości od ostrza szpilki do jej łepka. Jedne

plameczki posiadają kolor czerwony, inne niebieskawy, zazwyczaj intensywniejszy pośrodku, niż na obwodzie. Plamki występują wogóle na delikatnej i bielutkiej skórze bardzo wyraźnie. Niektóre plameczki są w skórze tak powierzchownie umieszczone, iż robią wrażenie, jak gdyby znajdowały się na powierzchni naskórka; przy oglądaniu przez szkło powiększające tworzą nieznaczne wzniesienia nad poziomem skóry; inne zaś znajdują się nieco głębiej w skórze; gdzie niegdzie widać wyraźnie, iż pod powierzchownymi plameczkami znajdują się głębiej leżące, różniąc się od poprzednich kolorem albo wielkością. Wykwity pojedyncze są dość ostro ograniczone, przy naciśnięciu chwilowo bledną, lecz nie giną. Skóra naokoło nich zupełnie niezmieniona. Plamki grupują się w skupienia wielkości od  $\frac{1}{2}$  do 1 rubla srebrnego. Przeważnie pośrodku grupy spostrzegamy wykwity większe, a na obwodzie mniejsze. Niektóre grupy prawie stykają się, inne nieco są oddalone jedne od drugich, ciągną się wzdłuż kończyny, zbaczając nieco od jej środkowej linii w jedną lub drugą stronę.

Sprawa powyższa rozpoczęła się przed 2 przeszło laty i rozwija się bardzo powoli, przyczem nowe grupy tworzą się wzdłuż powierzchni zginaczy kończyn w taki sposób, iż nowe plamki zjawiają się zazwyczaj odśrodkowo od dawniejszych, a te nieco się powiększają, stając się bardziej powierzchownymi i wyraźniej zabarwionymi. Na lewym przedramieniu, według słów chorej, plamki zaczęły się zjawiać zaledwie przed kilku miesiącami.

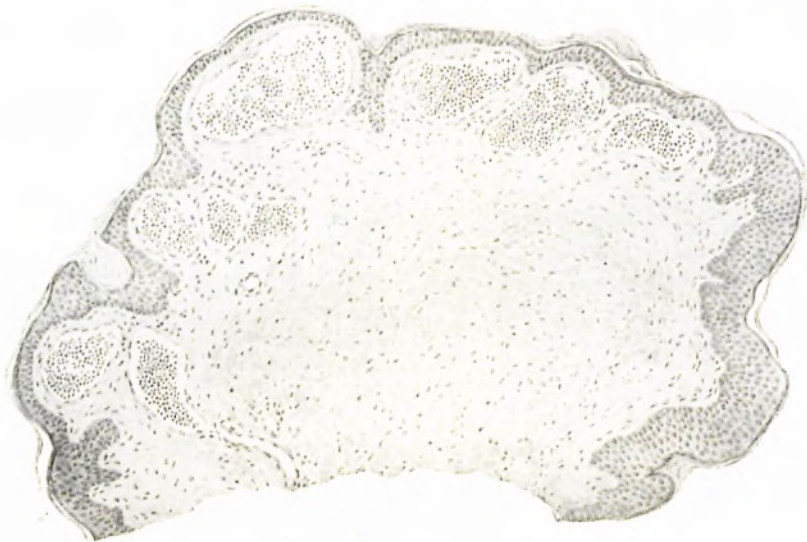
Chora normalnie rozwinięta pod względem fizycznym. Samopoczucie bardzo dobre. Błony śluzowe różowe, choć nieco bledsze, niż normalnie. Na szyi wysłuchują się nieznaczne szmery żyłne. Skład moczu prawidłowy pod względem jakościowym i ilościowym. Stosunek czerwonych ciałek krwi do białych wynosi 250 : 1; hemoglobiny (Fleischel) 80%.

Do badań anatomo - patologicznych wycięto z prawego ramienia część grupy, utrwalono w formalinie i zatopiono w parafinie. Na skrawkach sprawa przedstawia się w następujący sposób:

W warstwie brodawkowej skóry spostrzegamy (patrz rysunek) jamy — komory owalne, mniej lub więcej wydłużone, wypełnione krwią (czerwone ciała, białe i surowica). Jamy te bywają różnej wielkości: średnica ich odpo-



wiada mniej więcej przestrzeni zajmowanej przez 1-ną do 4-ch brodawek skóry. Jamy znajdują się prawie pod samym nabłonkiem, wypuklając go nieco, choć zdarzają się i głębiej leżące, niekiedy nawet jedne pod drugimi. Jamy głębiej leżące bywają zwykle mniejsze od powierzchniowych; wysłane są one normalnym śródbłonkiem. Tkanka łączna; stanowiąca ścianę komór jest nie wszędzie jednakowa. Zazwyczaj w ścianach większych spotykamy kilka warstw



Ok. 2. Ob. AA (Zeiss.)

grubych klejodalnych włókienek, a nawet dość dobrze oznaczone włókna elastyczne, podczas gdy w mniejszych jamach, a niekiedy i w większych (w tych ostatnich przeważnie w części wypuklającej nabłonek) ściana bywa znacznie cieńsza. W ścianach niektórych jam i naokoło nich spostrzegamy ilość komórek nieznacznie pomnożoną. Komórki te niekiedy bywają zbliżone kształtem do śródbłonkowych i ciągną się równolegle do nich. Spotykamy tam również komórki, mające wygląd limfocytów. Ilość komórek w ścianach jam leżących pod samym nabłonkiem, jest niezbyt znaczna.

W wielu miejscach spostrzegamy, iż jamy powyżej opisane, stanowią przedłużenia włosowatych naczyń skóry.

Naczynia, łączące się z jamami, idą z głębi skóry prosto, nie wyginając się wężykowato. Niektóre z nich wydają się trochę rozszerzone, lecz za to posiadają ścianki jakby nieco silniej rozwinięte.

Nabłonek na całej powierzchni skrawka jest dość cienki, składa się z szeregu walcowatych komórek warstwy podstawowej, z paru szeregów komórek kolczastych, z jednego szeregu komórek ziarnistych i z dość cienkiej warstwy rogowej. Nad jamami, szczególnie wypukłonośmi, nabłonek zcieńczał: składa się on z spłaszczonych komórek warstwy podstawowej, z paru, a nawet często z jednego szeregu komórek kolczastych, do których przylega choć cienka, lecz czasem nieco grubsza, niż w sąsiedztwie, warstwa rogowa. Godnymi uwagi w nablonku są duże okołojądrowe przestrzenie, szczególnie często się spotykające w warstwie kolczastej.

Pozatem tkanka łączna w sąsiedztwie komór nie przedstawia żadnych widocznych zmian; gruczoly skórne i mieszki włosowe normalne; może nieco więcej, niż normalnie, są rozróżnione gładkie mięśnie skóry.

Jamy należy przyjąć za rozszerzenia naczyń. Rozszerzenia te posiadają, zamiast zcieńczonej, silniej rozwiniętą ścianę. Zdaje się, iż naczynia, prowadzące do komór, posiadają również nieco zgrubiałą ściankę. Wskazuje to, iż komory nie są zwykłymi rozszerzeniami naczyń, lecz nowotworem-naczyniakiem. (Haemangioma superficiale, cavernosum, punctiforme, systematisatum).

Niezwyčajne ugrupowanie wykwitów, zaznaczone przy klinicznym opisie sprawy, również przemawia za naczyniakiem, który się począł rozwijać w późnym wieku, bo w 18 roku życia chorej.

Przy opisie klinicznym zauważyliśmy, iż niektóre plamki były czerwone, inne zaś niebieskie. Również pod drobnowidzem spostrzeżliśmy ścianę niektórych komór lepiej nieco rozwiniętą od innych. Można by więc unieść, iż niektóre komory powstały z tętnic, a inne z żył. Jednakowoż ścianka jamek odpowiada tylko ściance naczyń włosowatych—prześciowych żylnych i tętnicznych, gdyż nigdzie w nich nie zauważono gładkich włókien mięsnych. Zdaniem Virchowa różnica w zabarwieniu pochodzi zwykle od umieszczenia mniej lub więcej głębokiego naczyniaków, lub też od pewnych warunków krążenia krwi. Pogląd ten podziela i Unna.

Naczyniak powyższy zasługuje zarazem na uwagę ze względu na stosunek swój do naczyniaka rogowcowego (angiokeratoma Mibelli).

Obie te sprawy uważam za identyczne. Różnica pomiędzy nimi nie jest zasadnicza, lecz przypadkowa. Głównym objawem angiokeratomatu jest naczylniak jamisty, występujący na skórze w postaci okrągławych plameczek. Sprawa zasadza się na nowotworzeniu naczyń w brodawkach, występującem zwykle w młodym wieku. Inne cechy angiokeratomatu nie są stałe.

Z pomiędzy nich nadmierne rogowacenie zjawia się dopiero w późniejszej fazie rozwoju wykwitów. Może ono na niektórych wykwitach zupełnie się nie tworzyć lub znikać z czasem (Fox). W niektórych razach nadmierne rogowacenie zupełnie się nie zjawia (Dubreuilh).

Również umiejscowienie na grzbietach palców nie jest konieczne. Spotykamy tę sprawę w różnych okolicach górnych kończyn i na uchu, pomijając i inne umiejscowienia w przypadkach, zakwestyonowanych (zdaje się niesłusznie) przez niektórych autorów.

Także odmrożenie, jako przyczyna tworzenia się angiokeratomatu, nie odgrywa decydującego i charakteryzującego sprawę znaczenia. Wprawdzie przeważnie spotykano naczylniaka rogowcowego po odmrażaniu kończyn. W równej jednak prawie mierze w takim razie za moment etyologiczny niektórych przypadków możnaby przyjąć blednicę lub gruźlicę.

Na ostatnim kongresie niemieckich dermatologów w Bernie Grouven demonstrował przypadek, bardzo zbliżony do mojego, jako angiokeratoma Mibelli o niezwyklej umiejscowieniu. Powoływał się przytem na przypadek Fabry'ego, który pomimo rozprzestrzenienia na całym ciele był przyjmowany za naczylniaka rogowcowego. W dyskusyi Baum, nie spostrzegając makroskopowo nadmiernego rogowacenia, zaliczył przypadek Grouvena do „naevus unius lateris“. Kreibich również zapatrywał się na tę sprawę, jako na „naevus vascularis unius lateris“. Wydaje mi się, iż obie strony miały słuszność, gdyż przypadek Grouvena był naczylniakiem i to takim, jaki się spotyka przy angiokeratomacie, tylko umiejscowionem w okolicach, niesprzyjających nadmiernemu rogowaceniu.

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

- Mibelli: L'angiokeratoma. Giornal. ital. delle mal. ven. e della pelle, 1891.
- Brocq: Un cas d'angiokeratome. Ann. de dermat. 1892.
- Thiebierge: Angiokératome des mains. Ann. de dermat. 1892.
- Audry: " " "
- Dubreuilh: (Soc. de dermat.) " "
- Wiśniewski: Zur kenntnis des Angiokératoma. Arch. f. dermat. u. S. 1898 t. XLV.
- Rau: Über einen Fall von Angiokeratoma (Mibelli) Mon. f. p. Derm. t. 40 № 8.
- Frohwein: Zur Angiokeratomfrage. Mon. f. pr. Derm. t. 42 № 7.
- Fabry: Beitrag zur Kenntnis der Purpura haemorrhagica. Virchows Archiv, 1898.
- De Beurmann et Gougerot: Un cas d'angiokeratome de Mibelli. Annales de Derm. et S. 1905, № 11.
- La prat. Derm. T. I. Angiokératome de Mibelli Dubreuilh.
- Unna. Histopathologie der Hautkrankheiten.
- Verhandlungen der deutschen Dermat. Gesellschaft. Neunter Kongress. str. 327.
-

## II. SPRAWOZDANIA.

### SEKCJA SKÓRNO-WENERYCZNA W WARSZAWSKIEM TOWARZYSTWIE LEKARSKIM.

Posiedzenie dnia 4/IV, 1907 r.

Kol. **Wiśniewski** przedstawił przypadek tabes dorsalis u 53-letniego mężczyzny. W dzieciństwie żadnych chorób nie przechodził. W 15 roku życia począł się odławać samogwałtowi, co trwało 2 lata. Żonaty od 19 lat. Żona nie ronila; dzieci dziewięcioro, wszystkie zdrowe. Przed 25 laty, a więc 6 lat przed ożenieniem, chory przechodził syfilis. Na członku było owrzodzenie, zaś wysypki na ciele, bólu gardła i głowy nie było, lekarz jednak (w gub. Taurydzkiej) stanowczo stwierdził syfilis i zalecił wcierania (18 wcierań), a później KJ w ciągu 3 tygodni. W rok później chory zasięgnął porady u lekarzy w Moskwie. Tutaj nie stwierdzono żadnych objawów syfilisu i zdecydowano, że pacjent jest zupełnie zdrowy.

Przed ożenieniem się był abusus in Venere. Abusus in Baccho nie było i niema. Przed 2 laty pacjent podług wskazówek kol. Goldflama stosował KJ (40 butelek).

Przed 8 laty wystąpiły bóle opasujące w okolicy żołądka. Od 3 lat osłabienie wzroku, początkowo po stronie lewej, później po prawej. Przed rokiem zupełnie zaniewidział.

Oslabienie kończyn dolnych wystąpiło przed  $\frac{1}{2}$  rokiem, choć pewne zdrętwienie prawego uda datuje się już od 6 lat. Jednocześnie z osłabieniem kończyn dolnych zjawily się silne bóle głowy nocą i w ciągu dnia, a także bóle w prawem przedramieniu.

Trudności w oddawaniu moczu istnieją od 6 lat. W nocy chory wstaje 5–6 razy.

Badanie układu nerwowego, dokonane przez kol. Koelichena, wykazało zupełny zanik brodawek nerwów wzrokowych. Żrenice na światło zupełnie nie reagują. Odruchy ze ścięgien Achillesa—zniesione zarówno po stronie prawej, jak i lewej. Zaburzeń czucia niema. Lekkie



zaburzenia ze strony pęcherza. Kol. Koelichen odradza stosowanie Hg, natomiast poleca KJ.

Kol. Majkowski zwraca uwagę na to, że przy tych postaciach tabesu, gdzie mamy amaurosis i odruchy znieśione, częstokroć brak niektórych innych klasycznych objawów tej choroby. W postaciach typowych leczenie swoiste zazwyczaj zawodzi, w danym zaś razie, ze względu na brak niektórych objawów klasycznych, należy zastosować leczenie specyficzne.

Kol. Wielowiejski mówi, że neuropatologowie zazwyczaj odradzają przeprowadzenie leczenia swoistego.

Kol. Majkowski zaznacza, że okuliści są zazwyczaj przeciwnikami tego leczenia, neuropatologowie zaś—przeciwnie—doradzają.

Kol. Kozerski sądzi, że okuliści tak długo mogą być przeciwni stosowaniu rtęci, dopóki niema zaniku nerwów wzrokowych. Jeżeli jednak zanik już się rozwinął, to i ze strony okulistów nie będzie przeszkody w stosowaniu rtęci. Jednak przy klasycznym tabes trudno leczyć na powodzenie. O ileby zaś zmiany chorobowe zależęć miały od endoarteritis syph., jak naprz. w przypadkach t. zw. pseudotabes, to zawsze należy przeprowadzić leczenie swoiste. Mówca przytacza przypadek, spostrzegany z kol. Flatauem. Pacjent, niedostatecznie leczony, zdradzał brak odruchów kolanowych. Gdy wystąpiły diplopia, ptosis i haemiparesis, zastosowano leczenie swoiste (wstrzykiwania), poczem ustąpiły diplopia i ptosis i powrócił odruch rzepkowy po jednej stronie (lewej).

Kol. Wiśniewski spostrzega pacyenta 2 tygodnie; stosował jodek rtęci; chory jakoby lepiej widzi.

Kol. Wielowiejski doradza przeprowadzenie curam mixtam, podając KJ w dawkach wzrastających.

Kol. Majkowski proponuje wstrzykiwania jodyliny ogrzanej, którą chorzy dobrze znoszą i która powoduje niewielkie bóle.

Kol. Wernie spostrzegał silne bóle po zastrzykaniu jodyliny pod skórę w okolicy podłopatkowej.

Kol. Kozerski wstrzykuje zawsze śródmiąższowo nieogrzaną 25% jodypinę 10—15 cm. Bólów niema.

Posiedzenie dnia 2/V, 1907 r.

Kol. Hirsz przedstawił dziewczynkę z rozległym znamieniem—naevus pigmentosus pilosus—w okolicy krzyża, łędźwi i pleców. Zastosowane zostanie leczenie roentgenoterapeutyczne.

Kol. Wiśniewski przedstawił przypadek sarcoma idiopathicum multiplex pigmentosum seu haemorrhagicum typus *z.* Kaposi.

D. Ż. lat 56, cukiernik, średniego wzrostu, krepny, dobrze zbudowany. Tkanki tłuszczowej mało. Układ mięsny i kostny bez zmian. Obecna choroba rozpoczęła się przed 5-ciu laty pod postacią ciemnobrunatnych plam na poślądkach. Plamy te chory zauważył wszystkie odrazu tak, że nie uprzytomnia sobie, aby liczba ich miała się powiększać. Plamy—w liczbie do 30 na każdym poślądku—mają kształt okrągły owalny lub wieloboczny. Niektóre wyraźnie wznoszą się ponad po-



wierzchnię w kształcie twardych guzków, inne zaś — znajdują się w stanie rozwoju wstecznego.

Przed 8-ma laty chory zauważył na łokciach — po obu stronach wykwyty około 10 cm. długości, 5 cm. szerokości, kształtu policyklicznego o brzegach wzniesionych, twardawe, barwy ciemno-brunatnej do brunatno-sinawej. Wykwity te pośrodku zdradzają objawy zanikowe.

Takie same wykwyty wystąpiły przed 2 laty na obu kolanach — symetrycznie. Na stopach chory płam nie zauważył, choć znajdujemy je zarówno na grzbietowych powierzchniach stóp, jak i w okolicy ścięgien Achillesa.

Wykwity na rękach chory zauważył najpóźniej, mianowicie przed 1½ rokiem. Najpierw zjawił się guzek na ręce prawej, na powierzchni grzbietowej u nasady III palca. Guzek ten rozwinął się jakoby po oparzeniu cukrem. Wkrótce utworzył się świeży guzek na ręce lewej w miejscu zupełnie symetrycznym. Przez tego widać oddzielne guzki i nacieczone plamki na grzbietowych powierzchniach palców prawej i lewej ręki. Wykwity te są na ogół słabiej zabarwione, niż wyżej opisane na pośladkach.

Z przeszłości pacjenta należy zanotować następujące dane. Już w dzieciństwie chory zapadał na migrenę, na którą cierpiał lat 15. W 16-ym roku życia przechodził febrę. W 21-ym chorował na zapalenie płuc. W 25-ym roku życia po niesieniu trumny przyjaciela, który umarł na chorobę sercową, pacjent sam począł cierpieć na bóle w okolicy serca i z tego powodu leczył się czas długi. Po 4-eh latach leczenia pacjent począł umiarkowanie pić. W tym czasie znikły bóle w okolicy serca, a również i migrena.

Syphilis negatur. Rzeżączka 2 razy i jeden raz wrzody wenezyjne.

Rodzice byli zdrowi. Matka umarła w wieku lat 87, ojciec w 60 roku życia na tyfus. Ojciec podobno miał jakiś guz na szyi. Chory ma 2-eh braci, obaj zdrowi, żonaty jest lat 12, żona zdrowa; dzieci niema, poronień u zony nie było.

Rozejrzawszy się w nomenklaturze Kaposiego, kol. Wiśniewski dochodzi do wniosku, że w danym razie mamy do czynienia z sarcoma idiopathicum multiplex pigmentosum seu haemorrhagicum z Kaposiego. Różnica mogłaby polegać tylko na tem, że cierpienie zazwyczaj rozpoczyna się od rąk i nóg, rozwijając się dośrodkowo, w danym zaś przypadku wykwyty powstały najpierw na pośladkach, zaś później przeszły na stopy i ręce.

W dyskusji kol. Kozerski przemawia za Mycosis fungoides, która ze względu na umiejscowienie na łokciach i kolanach rozwinąć się mogła na skutek przekształcenia się placków łuszczycowych (psoriasis). Wskazana jest roentgenoterapia.

Kol. W a t r a s z e w s k i przychyliła się do rozpoznania sarcomatosis.

Kol. Kozerskiemu odpowiada Wiśniewski, że roentgenoterapii podjął się kol. Bernhardt.

Kol. **Bernhardt** przedstawił przypadek lupus erythematosus discoides faciei et lupus pernio palców rąk u 24-letniej Stanisławy S. Cierpienie trwa około 5 lat. Zajęta jest środkowa część twarzy, nos i policzki w kształcie motyla. Oddzielne ogniska znajdują się prócz tego na czole i na owłosianej skórze głowy. Na policzkach sprawa widocznie jeszcze się szerzy, w innych zaś miejscach wykwitły znajdują się już w okresie rozwoju wstecznego. Na grzbietowych powierzchniach palców rąk widać ogniska wielkości paznokci, sino-czerwone lub fioletowe, dosyć ostro odgraniczone, pokryte w środkowych częściach szarawą, twardą, mocno przylegającą łuską (Lupus-pernio). Leczenie polega na stosowaniu metody Holländer'a.

Kol. **Malinowski** przedstawił przypadek lupus erythematosus o niezwykle rozprzestrzenieniu i umiejscowieniu; sprawą jest zajęta prawie cała powierzchnia policzków, nosa, czoła, a pozatem spostrzegamy sporo ognisk na powierzchni owłosionej głowy, brwiach, wosach i brodzie z wypadnięciem w pomienionych miejscach włosów. Również spotykamy kilkanaście ognisk na skórze po obu stronach kręgosłupa wzdłuż jego. Oprócz tego widać ogniska typowe na błonie śluzowej dolnej wargi i na końcu języka. Sprawa na skórze rozpoczęła się m. w. przed 7-8 miesiącami, a na błonie śluzowej przed 3-ma i rozszerza się bardzo szybko.

*Bernhardt.*

### III. REFERATY.

#### a) CHOROBY SKÓRNE.

##### **Starczy naczynek czerwieni wargi.** A. Pasini.

Pod tą nazwą podaje autor na podstawie 50 przypadków obraz schorzenia, dotychczas nigdzie nieopisanego.

Naczynek brzegu wargi jest zmianą, występującą powoli u osób w starszym wieku. Na szczycie rozwoju ma on kształt półkuli lekko przy-  
płaszczonej, o brzegach lekko strzępiastych, lub ostro odgraniczonych, o średnicy 3—6 mm., a wysokości 1—3 mm. Powierzchnia jego gładka, barwa różna. Najczęściej naczynek ten występuje pojedynczo, rzadziej wielokrotnie; usadawia się najczęściej na środku prawej lub lewej połowy wargi dolnej, w obrębie czerwieni; rzadziej spotkać go można na błonie śluzowej, na skórze lub na wardze górnej. Zmiany zapalne, ból, bolesność lub jakiegokolwiek dolegliwości sprawie tej nie towarzyszą. Występuje ona zwykle między 50 — 60 rokiem, z początku jako różowa plamka wielkości łepka szpilki, która następnie się powiększa, a, doszedłszy pewnej wielkości, utrzymuje się bez zmiany. Badanie histologiczne wykazało, że zasadniczą zmianą jest rozszerzenie jednej lub kilku żył. Rozszerzenia te prowadzą do wytworzenia się całego systemu zatok żylnych, ze sobą komunikujących. Tkanka łączna i elastyczna okazują również mniejsze lub większe zwyrodnienie i zanik. Co się tyczy ogólnych przyczyn powstawania tego naczyniaka (żyłaka), zauważyć należy, że pojawia się u osób wycieńczonych, jako wyraz przyśpieszonej inwolucji organizmu. Jako szczegółowe momenty etiologiczne podnosi autor zanik tkanki elastycznej w ścianach naczyń, zwyrodnienie i zanik tkanki łącznej, miejscowo podwyższone parcie krwi, a przede wszystkim urazy, tak często wargę dolną dotykające.

M. f. D. T. 44, № 6—7.

*Leszczyński (Lwów.)*

##### **Próby szczepienia trądu zwierzętom.** P. Jezierski.

Autor donosi o ujemnym wyniku swych usiłowań.

D. m. W. 1907, №. 16.

*Leszczyński (Lwów.)*

### Nowe metody leczenia wilka i ich wskazania. A. Blaschko.

Do nowych metod leczenia wilka, którym zawdzięczamy bardzo poważne wyniki, należą przede wszystkim leczenie tuberkuliną, exscisio i metoda Finsen'a, dalej röntgeno- i radioterapia, leczenie gorącym powietrzem i leczenie ac. pyrogallico.

Najradykałniejszą metodą jest exscisio in toto; była ona już dawniej stosowaną przez oddzielnych autorów, lecz dopiero ostatnio dokładnie opracowaną przez Lang'a w Wiedniu. Operować należy w obrębie tkanki zdrowej, o ile mamy do czynienia z małemi ogniskami chorobowemi, i rana goi się per primam, wyniki kosmetyczne otrzymujemy tak pomyślne, że z metodą tą nie może się porównać żadna inna. Najwłaściwsze dla zastosowania tej metody leczenia są ogniska średniej wielkości i małe, nieprzewyższające 5-o markówki, łatwo dostępne, umiejscowione pośrodku zdrowej tkanki. Metoda ta nie jest wskazaną w przypadkach, kiedy ognisko chorobowe przechodzi na powiekę, ucho, nos, a części na błonę śluzową, również i w tych razach, kiedy lupus rozwija się w bliznach, pozostałych po cierpieniach gruźli lub kości, zachodzi bowiem wówczas obawa zakażenia blizny lasiecznikami gruźliczymi, z głębi pochodzącymi.

Mniej radykalną jest metoda, wprowadzona przez Holländera, — leczenie gorącym powietrzem; we właściwy sposób stosowana, działa ona na tkankę chorą intensywniej, aniżeli na zdrową, i pod tym względem stoi znacznie wyżej od dawnych sposobów leczenia wilka termokauterem: blizny, otrzymywane przy pomocy leczenia gorącym powietrzem, są ładniejsze i gładsze, niż otrzymywane przy pomocy termokauteru, a nawroty rzadsze.

Metoda ta ma jednak i niektóre ujemne strony: jest ona bardzo bolesna, wobec czego nie może być prawie stosowana bez narkozy. Nie jest ona odpowiednia dla względnie małych ognisk (poniżej 5-o markówki), nadających się raczej do zupełnego wyluszczenia, jest natomiast wskazana przy leczeniu dużych ognisk na kończynach i twarzy, a szczególnie w tych przypadkach, w których chorobowe ognisko przechodzi na błonę śluzową lub na ucho i w przypadkach wilka błon śluzowych.

Co się tyczy metody Finsen'a, to, prócz exscisio in toto, żadna inna nie może wytrzymać z nią porównania pod względem wyników leczniczych, ani kosmetycznych. Przypuszczano, że metoda Finsen'a wyprze całkowicie wszystkie inne sposoby leczenia, obecnie jednak ogólny o niej sąd jest nieco odmienny. Przede wszystkim nie w każdym wypadku wilka jest wskazaną metodą Finsen'a; nie jest ona odpowiednią dla bardzo małych ognisk, nadających się do zupełnego wyluszczenia, ani też dla bardzo obszernych, dla których jest właściwsze leczenie gorącym powietrzem; dalej, trudno stosować metodę tę przy wilku zewnętrznego ucha, powiek, nosa, zwłaszcza zaś przy tak częstym wilku błony śluzowej nosa, w każdym razie nie może ona służyć za wyłączny sposób leczenia tych przypadków, lecz można raczej osiągnąć dodatnie wyniki przy pomocy kombinacji tej metody z innemi. Wreszcie w przypadkach najodpowiedniejszych do leczenia metodą Finsen'a musimy się nie raz jej wyrzec ze względu na zbyt wielkie ofiary czasu i pieniędzy ze strony pacjentów; nadmienić zresztą wypada, że nawet w Kopenhadze

skonstatowano tylko 50% przypadków wyleczenia wilka metodą Finsen'a, gdy wyniki leczenia innemi metodami również okazały się weale pomyslnymi. Nie bylo więc błędem, według autora, zastosować inny sposób leczenia nawet w takim przypadku wilka, który w zupełności nadaje się do traktowania metodą Finsen'a. Być może, że leczenie światłem będzie nieco ułatwione dzięki udoskonalonej rtęciowej lampie Kromayer'a, promienie której bardzo przypominają promienie Finsen'owskie.

Co się tyczy promieni Röntgen'a, to nie działają one tak wyłącznie na chorą tkankę, jak promienie Finsen'a, lecz wpływ ich jest daleko rychlejszy, obszerniejszy i silniejszy. Wyniki leczenia promieniami Röntgen'a są nieraz uderzające; w krótkim stosunkowo czasie udaje się usunąć względnie duże ogniska chorobowe. W innych jednak razach promienie X weale nie działają, lub zbyt silnie i szybko, tak że tworzy się blizna, w tej zaś znajdujemy dawną tkankę lupusową; nawet w pomyslnie przebiegających przypadkach po leczeniu promieniami X pozostają zawsze mniej lub więcej liczne ogniska chorobowe, które muszą być później traktowane innemi metodami. Według autora leczenie promieniami Röntgen'a powinno w wielu przypadkach poprzedzać inne sposoby leczenia, i należy je dość często stosować w kombinacji z innemi metodami.

Rad, który pod względem działania bardzo przypomina röntgenowskie promienie, nadaje się do leczenia małych ograniczonych ognisk, znajdujących się bardzo często na granicy większych plaków lupusowych, przeważnie jednak do leczenia większych guziczków, w bliznach położonych, które często spotykamy po uprzednim leczeniu i które stanowią punkt wyjścia dla nawrotów; w przeciwieństwie do promieni Röntgen'a, rad nadaje się do leczenia uzupełniającego. Co do leczenia wilka środkami chemicznymi, to autor stosował 2 metody: szybką metodę przy pomocy ługu i powolną — przy pomocy acidi pyrogallici, często kombinował obie metody w ten sposób, że działał na chorobowe ognisko wpieryw Kallio caustico, a na otrzymaną ranę ac. pyrogallico. Zdaniem autora leczenie ac. pyrogal. jest najlepszym ze wszystkich sposobów leczenia ambulatoryjnego. Z innych środków żrących wspomnieć należy ac. muriaticum crudum, którego zresztą autor nie zaleca i ac. carboolicum liquefactum, nadający się do małych, oddzielnych, powierzchownie położonych ognisk.

Przechodząc do środków wewnętrznych, zaznaczyć należy, że kantarydyna żadnego wpływu na sprawę chorobową nie wywiera, natomiast tuberkulina w oddzielnych postaciach gruźlicy skóry sprowadzić może zupełne wyleczenie, a w połączeniu z innemi metodami stanowi bardzo dobry sposób leczenia wilka.

Z powyższego przeglądu widzimy, że rozporządzamy obecnie licznemi metodami leczenia wilka, które często sprowadzają zupełne wyleczenie. W praktyce jednak zadowolnić się możemy nawet prawie zupełnem wyleczeniem, nie jest bowiem szkodliwe, jeśli w bliznach pozostają gdzieś oddzielne resztki tkanki chorobowej; wilk obecnie nie jest chorobą straszną, lecz zwykłym cierpieniem skóry, poddającym się nieraz lepiej leczeniu, aniżeli niektóre uporeczywe postaci łuszczycy lub pryszczycy.



### Nowe badania substancji rogowej. P. G. Unna i L. Goldetz.

Wyniki: Najdzielniejszym środkiem, służącym do różniczkowania substancji rogowych, jest dymiący kwas azotowy. Przy jego pomocy wyróżnić się dają:

*Keratyna A.* nie ulegająca strawieniu przez HCl — pepsynę, ani przez kwas azotowy i nie dająca odczynu lugowo-xantoproteinowego.

*Keratyna B.* nie ulega działaniu HCl — pepsyny, natomiast barwi się w kwasie azotowym, daje reakcję xantoproteinowa.

*Keratyna C.* nie ulega strawieniu przez HCl — pepsynę ani  $\text{HNO}_3$ , daje zaś próbę xantoproteinową.

Paznokcie, pazury, kopyta, rogi zawierają keratynę A i B.

Włosy — keratynę A i C.

Pióra — częściowo keratynę A, częściowo A i C.

Fiszbin, szyldkret — już to keratynę A i B, już to C.

Najczystsza keratyna A jest zawsze najbardziej na zewnątrz położoną. Substancje rogowie prawie wszystkie wydzielają pod wpływem dymiącego  $\text{HNO}_3$  gazy, a to  $\text{CO}_2$  i prawdopodobnie  $\text{SO}_2$ .

Hyalina we włosach jest substancją proteinową.

Najbardziej odpornym na kwasy i zasady składnikiem są resztki jąder.

M. f. D. T. 44, № 9.

*Leszczyński (Lwów.)*

### Przypadek larva migrans w Danii. J. E. V. Boas.

Przypadek larva migrans, opisywany przez Boasa, obserwowany był przez d-ra Quorstrup w Jutlandyi. Mianowicie znalazł tenże dnia 22/8 1906 roku u trzyletniego chłopca na prawej skroni strup, od którego wychodził na 1 mm. szeroki czerwony, mało wyniosły prążek. Po obu jego stronach były równoległe dwie białe obrzękłe smugi, tak że całe schorzenie przedstawiało się jako pasek na 2 mm. szeroki, posuwający się, tak że 25/8 doszedł do brwi. Cienkimi nożyczkami otworzył lekarz chodnik i nasmarował chlorocynkiem, lecz bezskutecznie, gdyż przez noc proces posunął się o ośm centymetrów na policzek. Lupa dostrzeżono na końcu nory czarny punkt wielkości 1 mm., który igłą wyjęto, była to poczwarka z gatunku gastrofilus.

W dalszym ciągu rozwija Boas szczegóły zoologiczne. Dotychczasowe przypadki europejskie pochodziły głównie z Rosyi.

M. f. D. T. 44, № 10.

*Leszczyński (Lwów.)*

### Krętki w kłykcinach kończystych. A. Dreyer.

Wobec znaczenia krętków białych, mało zwrócono uwagi na drugi typ, przez Schaudinna opisany, t. zw. spirochaete refringens. Krętki ciemne spotykało szereg badaczy stale w kłykcinach kończystych. Autor badał skrawki z trzech przypadków (metodą Bertarelli) i znajdował krętki ciemne w warstwie alpigiego, w szczelinach chłonnych



w subcutis, lecz, co najważniejsza, także w naczyniach włosowatych. Na podstawie dawniejszych obserwacji przenoszenia kłykcin kończystych, n. p. przez spółkowanie, a także doświadczeń z przeszczepianiem wprost, zakaźność ich była dość powszechnie uznana. Obecnie poznajemy czynnik zakaźny, ponieważ jest nim z wielkim prawdopodobieństwem krętek ciemny.

Wyniki, otrzymywane czasem przy leczeniu wewnętrznym (arszenikiem) kłykcin kończystych, tłumaczą się obecnością krętków w naczyniach. W końcu zwraca autor uwagę na przypuszczenie swoje (gdzieś indziej ogłoszone), że lepiejze płaskie powstają przez zakażenie mieszanym krętkiem bladym i ciemnym.

D. m. W. 1907, № 18. <sup>3</sup>

*Leszczyński (Lwów.)*

### **Terapia ogólna chorób skórnych.** M. Joseph.

Wykład, w którym znany i ceniony autor opowiada ogólnie o postępowaniu leczniczym w chorobach skórnych i zwraca uwagę na niektóre nowe środki.

D. m. W. 1907, № 19.

*Leszczyński (Lwów.)*

### **Krostowe schorzenie skóry człowieka, wywołane przez *Demodex folliculorum canis*.** F. Lewandowski.

Do kliniki Jadassohna w Bernie zgłosił się robotnik włoski z wysypką na twarzy, trwającą ośm dni i niepowodującą żadnych dolegliwości. Schorzenie polegało na występowaniu ognisk, z których największe wielkości franka, okrągłe, znajdowało się w okolicy prawego kąta ust. Skóra pokryta brudnożółtym strupem, brzegiem dookola przyskórek w pęcherz umiesiony, dalej obwódka skóry zacerwienionej, lekko obrzękłej. Trzy mniejsze ogniska takie same na brodzie, czwarte podgojone, luszczące się, i jeszcze jedno na uchu prawem. Rozpoznanie brzmiało impetigo lub eczema parasitarium. Badanie mikroskopowe surzypka z największego ogniska wykazało niezliczoną ilość pasorzytów zwierzęcych z grupy mużenica (*demodex*), mianowicie *demodex folliculorum canis*. Sposób przeniesienia nie dal się wykryć.

Do tej samej grupy należy *demodex folliculorum hominis*, którego jedni uważają za saprophyta, podczas gdy inni przypisują mu znaczenie chorobotwórcze. W szczególności wywolywać ma niektóre schorzenia brzęgu powiek.

D. m. W. 1907, № 20.

*Leszczyński (Lwów.)*

### **Leczenie trądu.** Diesing.

Autor poleca podskórne wstrzykiwania zawiesiny jodoformu w oliwie (30:90). Trędowaci, dotknięci równocześnie białaczką lub chorobami umysłowemi, nie nadają się do tego leczenia. Wstrzykuje się 2 cm. przez 15—20 dni; po dwóch tygodniach przerwy powtórny cykl wstrzykiwań. Objawy znikają zupełnie, owrzodzenia goją się szybko.

D. m. W. 1907, № 20.

*Leszczyński (Lwów.)*

**Ponawiający się rumień płonicowaty (*Erythème scarlatiniforme recidivant*). W. Dubreuilh.**

35-letni mężczyzna o zdrowym wyglądzie, zarażony przymiotem przed 10-u laty, zauważył na piersiach koło kręgosłupa i na uchu zaczerwienie, obrzęk skóry; na piersiach skóra usiana grudkami, na palcach pecherzyki; jednocześnie wystąpiło umiarkowane swędzenie; działanie słońca lub ciepła wywołuje ból. Stan ogólny bardzo dobry. Taką wysypkę miał przed 5 i 3 laty podczas upałów; żadnych lekarstw wówczas nie przyjmował. Następnym dni wysypka rozszerzyła się na kończyny, twarz, głowę; na rękach liczne pecherzyki, na szyi i piersiach drobne krosty, na twarzy znaczny obrzęk, chory czuje ból i silne swędzenie. W kilka dni od rozpoczęcia się choroby, t<sup>o</sup> podniosła się do 39°-40°, wystąpiła bezsenność i wielkie osłabienie. Po 4 dniach t<sup>o</sup> spada, na skórze zaczęło się łuszczenie dużymi płatami. Białka w moczu niebyło. Zatrucie lekarskami można było stanowczo wykluczyć; rtęci nie stosował ani wewnętrznie ani zewnętrznie. Choremu padawano wewnątrz chininę z ergotyną, skórę zasypanyo talkiem z krochmaleni.

(Ann. de derm. et de syph. 1907 r. № 4).

*M. Paschalis.*

**Współistnienie tocznia rumieniowatego (*lupus erythematosus*) i tocznia żrącego (*lupus vulgaris*). Ludwik Spitzer.**

Dwa są obozy co do poglądów na istotę tocznia rumieniowatego; jedni uważają sprawę tę za gruźliczą, t. j. tego samego co i toczni żrący pochodzenia, inni zaś są temu przeciwni. Pierwsi na poparcie swego poglądu przytaczają: 1) towarzyszące często powyższej sprawie zapalenie gruźlicze gruczołów chłonnych; 2) formy przejściowe między toczniem rumieniowatym i żrącym i 3) współistnienie obu tych form. Przypadki współistnienia są bardzo rzadkie; dwa podali Besnier i Lazavalerie, w żadnym z nich jednak nie dokonano badań histologicznych. Wobec tego autor podaje niżej opisany przypadek, obserwowany w klinice Langa w Wiedniu. 37-letni mężczyzna, nieobarczony dziedzicznie, zdrowy, ma na lewym policzku ognisko w postaci zabarwionej blizny, dolny brzeg zaczerwieniony, nacieczony, pokryty łuskami; na bliźnie rozrzucane pojedynczo i zlewające się grudki, typowe dla tocznia żrącego. Takież ogniska na prawym policzku i poniżej prawego oka. Sprawa trwa od lat 5-u. Wszystkie trzy ogniska wycięto. Przy badaniu histologicznem znaleziono: w miejscach typowych dla tocznia rumieniowatego rozlane lub ograniczone w sąsiedztwie naczyń krwionośnych nacieczenie z drobnych komórek, idące do warstwy brodawkowej z tkanki podskórnej. Na miejscu blizn skóra właściwa i naskórek cieńsze. Gruczołów potowych w niektórych miejscach brak zupełnie, liczne ogniska, rozpoznane jako toczni żrący, przedstawiają typowe dla tej sprawy grudki z nekrozą w środku i komórkami obrzynnymi; znaleziono łasczniki gruźlicze. Chory ostatni raz pokazał się w rok po usunięciu chorych ognisk, na miejscu których były delikatne blade blizny; w okolicy obu kości licowych, na nosie

górnjej wardze i kolo prawej brwi powstały brudno-czerwone, zlekka nacieczone ogniska, pokryte tłustemi łuskami, z rozszerzonymi naczyńiami i otworami gruczołów łojowych. Nastąpił więc nawrót tylko tocznia rumieniowatego.

(Ann. de Derm. et de syph. № 3. 1907 r.)

*M. Paschalis.*

**Pęcherzyca brodawkowata o przebiegu dobrotliwym (Pemphigus vegetans benignus).** Marceli Ferrand.

22-letnia kobieta, dawniej zupełnie zdrowa od roku niedomaga; przed 10-u miesiącami miała żółtaczkę, trwającą kilka tygodni, trochę kaszlała, kilkakrotnie pluća krwią; pomimo poprawy w ostatnich miesiącach pracować ze względu na brak sił nie może. Przed 9-u miesiącami w okolicy odbytu zrobił się ropień, po opróżnieniu którego zaczęły powstawać wyrośle (vegetationes). W pół roku potem chora uczuła silne swędzenie na całym ciele, na nogach i głowie zjawily się pęcherze. Przy badaniu na kończynach dolnych i pośladkach znalaziono liczne strupy, żółte, cuchnące, leżące pojedynczo lub grupami; kilka takich strupów na ramionach i kończynach górnych; naokoło strupa czerwona obwódka, pod nim – owrzodzenie; jedne z tych ostatnich mają dno pokryte wyroślami, inne – gładkie. Koło odbytu wyrośle, przypominające kalafior, na wierzchołku zamocowane u podstawy wrzodziejące, miejscami widać na nich ropnie. W prawym szczyście oddech nieokreślony, moc normalny, nie zawiera ani śladu bromu lub jodu. Chora przebyła w szpitalu miesiąc. Przez ten cały czas stan ogólny był dobry. Koło niektórych owrzodzeń pokazywały się wykwitły liszajca (impetigo), w zawartości których znalaziono różne ziarniaki; na języku powstała grupa pęcherzyków, na miejscu których utworzyły się nadżerki, wreszcie na nodze zjawił się pęcherz z mętną zawartością, która zawierała 1—2% ciałał eozy노chłonných; we krwi tychże ciałał było 3%. Na miejscu owrzodzeń z gładkiem dnem tworzyły się blade, gładkie, powierzehowne, zlekka zabarwione blizny; tam zaś, gdzie dno pokrywały wyrośle, blizna była wystająca, nierówna. Przy wyjściu chorej ze szpitala wszystkie owrzodzenia były zabliznione, tylko wyrośle kolo odbytu pozostały bez zmiany. Przy badaniu histologicznem owrzodzenia z wyroślami znalaziono: w naskórku nacieczenie, złożone z leukocytów, poniżej warstwa grubości skóry właściwej, złożona ze splełanych pasm nabłónkowych, przedzielonych pasmami tkanki łącznej, bogatej w komórki wielojądrowe; skóra właściwa również nacieczona; komórek eozy노chłonných niema. Co się tyczy rozpoznania, to przymiot można wykluczyć na zasadzie charakteru wysypki, przebiegu, badania histologicznego, 2) Clou de Biskra – ze względu na miejsce zamieszkania (okolice Paryża); 3) wysypki bromowe i jodowe, gdyż środków tych nie przyjmowała, i nie wykryto ich w moczu, 3) dermatitis herpetiformis Dühringa z powodu braku 3-eh główných cech: bólów, wielopostaciowości i eozy노filii. Od pyodermitis vegetans Hallopeau wreszcie opisany przypadek różni się łagodnym przebiegiem, dążnością do samowyleczenia i rozlaną sprawą w przeciwieństwie do ograniczonych rop-

ni w skórze i naskórku, właściwej pyodermitis vegetans. Być może, że poprawa będzie tylko czasowa.

Ann. de Derm. et de Syph. 1907 r. № 4.

*M. Paschalis.*

## b) SYPHILIS.

**Badania działania atoxyłu na kilę.** Uhlenhuth, E. Hoffmann, Roscher.

Szereg badaczy stwierdził wpływ atoxyłu na rozmaite gatunki świrdrowców i krętków. Zachęceni tem autorowie postanowili klinicznie wypróbować działanie arszeniku na kilę. Wpierw przeprowadzili jednak szereg doświadczeń z atoxyłem na malpach, szczepionych kilą. Wpływ tego środka okazał się niewątpliwym. Przystąpili tedy do doświadczeń na chorych, dotkniętych kilą. Stosowali atoxył w 11 przypadkach wśródnięśniowo i miejscowo i przekonali się, że w dawkach odpowiednio dużych (do 0,6 pro dosi) działa niewątpliwie korzystnie. Objawy kilowe ustępują. O definitywnem wyleczeniu nie da się na razie nic powiedzieć. Szczególnie korzystne działanie w postaciach złośliwych. Częste objawy uboczne. Ostatecznego sądu autorowie nie wydają.

(Przytoczone historie chorób nie są dość przekonujące, nie wykluczona involutio spontanea; w postaciach złośliwych roborantia i decoct-Zittmani oddają niejednokrotnie usługi. Przyp. Ref.)

D. m. W. 1907, № 22.

*Leszczyński (Lwów.)*

**Barwienie krętka bladego w skrawkach sposobem Giemsy.** G. Schmorl.

Dotychczas barwienie to nie udawało się. Powodem tego był, zdaniem autora, alkohol, a z drugiej strony okoliczność, że silnie zabarwione włókna tkanki zasłaniają delikatne pasorzyty. Poleca tedy następujące postępowanie. Tkanke ustalić 4% formaliną. Skrawki w zanrozeniu jak najcieńsze; barwić rozcieńczonym płynem Giemsy 6—24 godzin. Krótko oplukać wodą przekroploną, zanurzyć na chwilę w roztworze wodnym wysyconym alumu potasowego (odbarwia tkanke). Oplukać wodą przekroploną. Oglądać w gliceringelatinie lub po osuszeniu (bez alkoholu) w olejku cedrowym albo obojętnym balsamie kanadyjskim.

D. m. W. 1907, № 22.

*Leszczyński (Lwów.)*

**O cierpieniach zależnych od krętków.** G. Scherber.

Istnieje cały szereg cierpień, przyczyną których są według obecnego stanu naszych badań spirochety; cierpienia te są albo natury ogólnej, dotyczące całego organizmu, lub też miejscowe. Cierpienia miejscowe, przy których krętki zdają się odgrywać rolę przyczynową, występują prawie wyłącznie in regione genitali i w jamie ustnej.

In regione genitali — cierpieniem zależnym od krętków jest balanitis, przyczem zapalenie może być powierzchowne (balanitis erosiva), lub też dochodzi do owrzodzeń (balanitis ulcerosa); podobne sprawy chorobowe zdarzają się również in vulva et vagina.

Drugim miejscem, gdzie przez współdziałanie krętków występują pewne cierpienia, jest jama ustna; normalnie znajdujemy tutaj sporo bakteryj i krętków, które przy dogodnych dla siebie warunkach stają się chorobotwórcami, rozmnażają się i wywołują zapalenie dziąseł z zaczerwienieniem, obrzmieniem i wydzieliną, zawierającą liczne bakterye i spirochety, nieraz dochodzi do periostitis i do tworzenia się ropni, w których znaleźć można wprost formalne hodowle krętków. W owrzodzeniach jamy ustnej, występujących często u dzieci po chorobach zakaźnych, lub też u dorosłych przy używaniu Hg, znajdujemy również obok wielu bakteryj liczne spirochety. Histologicznie wszystkie te sprawy, przy których pewną rolę odgrywają krętki, cechują się zmianami zapalnymi i nekrotycznymi. Zaznaczyć należy, że przy cierpieniach tych szczególnie, jeśli proces chorobowy sięga głębiej, rozwija się niebolesne obrzmienie okolicznych gruczołów chłonnych, bardzo przypominające także obrzmienie syfilityczne, w których znajdowane były spirochety.

Krętki, występujące in regione genitali i w jamie ustnej, barwią się zwykłymi barwnikami anilinowymi, negatywnie zachowują się wobec Gram'a i barwią się według Giemsa na kolor niebiesko-czerwony.

W jamie ustnej spotykamy przeważnie dwa gatunki spirochetów: 1) spir. buccalis, krętek długości 10—14  $\mu$ , grubości  $\frac{1}{2}$ —1  $\mu$ , o płtychkiach nieregularnych zakrętach, 2) spir. dentium — krętek długości 3—10  $\mu$ , o krótkich jednakowych zakrętach, bardzo podobny do spir. pallida.

Do ogólnych cierpień organizmu, zależnych od krętków, należy syfilis, t. recurrens i framboesia tropica.

Krętek tyfusu powrotnego jest b. delikatny, o regularnych zakrętach, długości 10—14  $\mu$ , 0,3—0,5  $\mu$  szerokości, znajdujemy go tylko we krwi przeważnie podczas napadu.

Jak dowiodły badania Hoffmana i Schaudinna, przyczyną syfilisu jest spir. pallida—krętek długości 10—15  $\mu$ , o końcach ostrych, o głębokich i bardzo regularnych zakrętach, barwiący się metodą Giemsa na czerwono; biorąc pod uwagę sposób dzielenia pasożyta i znajdowaną w większych egzemplarzach otoczkę, należy go zaliczyć do grupy protozoa. Krętek błady był znajdowany przy nabytym syfilisie w najrozmaitszych wykwitach, zaczynając od macula, kończąc na gummatach, także we krwi, dalej w narządach dziedzicznie syfilitycznych dzieci jak również w produktach chorobowych zwierząt, którym zaszezepiono syfilis (małpy, króliki).

Dermatologische Zeitschrift B. XIV, 14. 2.

J. Roscher g.

### O haemospermii: przypadek lues haemorrhagica pęcherzyków nasiennych. P. C o h n.

Chory, który przed 10 laty przebył rzeżączkę niepowikłaną, a przed  $2\frac{1}{2}$  laty kilę, i w ciągu ostatnich 9-łu miesięcy zachowywał wstrzemięź-



liwość płciową, zgłosił się pewnego dnia ze skargą, że ubiegłej nocy miał pollucję, a rano zauważył na bieliźnie krwawe plamy.

Badanie narządów płciowych nie dało żadnej wskazówki co do przyczyny krwawienia. Następnie powtórzyły się krwawe zmały jeszcze dwukrotnie w 8-dniowych odstępach. Przez wykluczenie innych przyczyn nabrał autor przekonania, że przyczyną krwawień mogła być tylko kiła; zastosował tedy odpowiednie leczenie. Krwawienia nie powtórzyły się mimo, że chory przez rok pozostał w obserwacji. Byłby to pierwszy przypadek tego rodzaju.

W dalszym ciągu zastanawia się autor nad pojęciem haemospermii. Teleki rozróżnia haem. vera, gdy mamy krwawienia z pęcherzyków nasiennych i haem. spuria, gdy z cewki. Autor uznaje h. vera przy krwawieniu z narządów, wytwarzających części składowe nasienia (jądra, pęcherzyki, gruczoł krokowy), zaś haem. spuria, gdy krew w przewodach, odprowadzających nasienie, przyniesza się. Przyczyną krwawego nasienia mogą być: 1) urazy, 2) przekrwienia a to: a) zastoinowe lub kongestywne (przy nadużyciach płciowych, przerostie prostaty, haemorrhoidach); b) zapalne (spermatocystitis, prostatitis); 3) owrzodzenia (gruźlica, rak) 4) schorzenia naczyń (arterioscleroza, skorbut, kiła).

Zeitschr. f. Urolog. T. I, № 4.

*Leszczyński (Lwów.)*

#### **Szczepienie kiły psom.** Hoffmann, W. Brüning.

Bertarelli szczepił z powodzeniem kiłę na rogówkę królików, a autorowie powtórzyli jego doświadczenia z wynikiem dodatnim w 10 przypadkach. Ponadto powiodło im się dwukrotnie szczepienie kiły na rogówkę psa (zwierzęcia mięsożernego). Powstała reakcja, a po 16 — 21 dniach keratitis profunda i iritis; w drugim przypadku obfite krętki blade.

D. m. W. 1907, № 14.

*Leszczyński (Lwów.)*

#### **Przyczynek do barwienia krętka bladego.** G. Giemsa.

Autor zwraca się w tym artykule przeciw rozmaitym rzekomym ulepszeniom i uproszczeniom swojego barwienia, oraz podnosi zalety szybkiego barwienia krętka bladego sposobem Preissa, dodając doń swoje uwagi co do wykonania. Ostatecznie barwienie to wykonywa się następująco:

a) wydzielić (krew, surowicę) cienko na szkiełku rozciągnąć, ustalić nad płomieniem lub w alkoholu.

b) przyrządzić rozczyń: 10 kropli rozczyń Giemsa, do 10 cm. wody przekroplonej (obojętnej) dodać, wolno zakłócić.

c) nalać na szkiełko, ile się da, podgrzać, aż pary zaczną się unosić (nie zagotować) — odlać — nalać raz jeszcze, podegrzać jak wyżej — powtórzyć procedurę czterokrotnie, ostatni rozczyń zostawić podgrzany na szkiełku minutę,

d) opłukać, osuszyć i t. d.

D. m. W. 1907, № 17.

*Leszczyński (Lwów.)*



**Brak objawów wtórnych po wrzodzie przymiotowym.** H. Orlamorc.

Niektórzy (np. Rollet) twierdzą, że w przymiocie, przeważnie pod wpływem odpowiedniego leczenia po wrzodzie pierwotnym, mogą wystąpić objawy trzeciorzędne, podczas gdy wtórnych nie było zupełnie; inni (np. Leloir, Aubert, Barthaemy) utrzymują, że w wyjątkowych wypadkach, chociaż stanowczo stwierdzono wrzód przymiotowy, objawów wtórnych nie notowano, pomimo ścisłej obserwacji chorego w ciągu prawie roku. Ogólnie jednak przyjęte jest zdanie, że po wrzodzie kilowym muszą następować objawy wtórne, chociażby w postaci najłagodniejszej różyczki. W trzech wypadkach tylko może być brak tych objawów, a mianowicie: 1) przy powtórnem zarażeniu, 2) wówczas, gdy wrzód pierwotny usunięto doszczętnie i 3) przy stosowaniu wczesnego i dostatecznego leczenia. Nie wszyscy jednak zgadzają się z tem ostatniem twierdzeniem i dowodzą, że o ile objawy wtórne nie wystąpiły, rozpoznanie przymiotu było mylne. Po tych uwagach autor przechodzi do opisu obserwowanego przez siebie przypadku: 25-cioletni mężczyzna, dziedzicznie nieobarczony, nie przechodził żadnej choroby wenerycznej, w miesiąc po stosunku z kobietą, u której autor przy badaniu stwierdził wrzód przymiotowy na szyjce macicy, różyczkę, powiększenie gruczołów chłonnych, zwrócił się o poradę wskutek nadżerki na napletku; nadżerka ta (erosio) była niebolesna, o podstawie twardej, powierzchwni czerwonej; wydzieliny ropnej nie było; w pachwinach gruczoły chłonne wielkości orzecha, twarde, niebolesne. Autoinokulacya dała wynik ujemny; chorego nie leczono; po upływie miesiąca wrzód się zabliznił, gruczoły pozostały bez zmiany. W przeciągu 5-ciu następnych miesięcy chory poddawał się regularnie oględzinom lekarza; żadnego objawu wtórnego nie zauważono; powiększenie gruczołów ustąpiło. Po upływie tego czasu chory się nie pokazał. W danym wypadku rozpoznanie przymiotu nie uległo żadnej wątpliwości. Autor wspomina o podobnym przypadku, obserwowanym wspólnie z prof. Revereni'em i 2 innymi, gdzie objawy wtórne były tak słabe (b. słaba różyczka i nadżerka na wardze), iż nie zwracały na siebie uwagi. Wreszcie zaznacza, że brak objawów wtórnych częstokroć skłania lekarza do zmiany pierwotnego rozpoznania przymiotu i powstrzymuje go ze szkoda dla chorego od stosowania leczenia swoistego.

(An. de dermat. et de syph. r. 1907. № 4).

*M. Paschalis.*

c) TRYPER.

**Zapobieganie zapaleniu przyjądrza przy leczeniu rzeżączki w ostrym i podostrym okresie.** J. Neuberger.

Epididymitis jest najczęstszą i najpoważniejszą komplikacyą rzeżączki u mężczyzn: wywołuje ona znaczną bolesność, przykuwa na jakiś

czas do łóżka, warunkuje przewlekły przebieg rzeżączki i bezpłodność w razie zajęcia obu przyjądrzy i umożliwia nawroty.

Jak wiadomo, epididymitis występuje przy zajęciu tylnej części cewki, przeważnie w 1-ym okresie rzeżączki, wobec czego, by zapobiedz tej komplikacyi, należy przy leczeniu ostrego trypra dbać o to, by uniknąć zapalenia tylnej części cewki, w razie zaś istnienia urethritis post. wykluczyć wszystkie warunki, sprzyjające wystąpieniu zapalenia przyjądrza.

Większość autorów stoi na stanowisku Neisser'a, który zwalcza gonokoki środkami antyseptycznymi. Zaleca on iniekcye znacznych ilości (10—15 cem.) płynów antyseptycznych, jak również długie (do 30 minut trwające) iniekcye. Autor spostrzegał, że metoda ta często wywołuje zapalenie tylnej części cewki i sprzyja powstawaniu epididymitis, wstrzykiwanie bowiem dużych ilości płynów i długotrwałe iniekcye warunkują atonię i niedostateczność compressoris urethrae — czynniki sprzyjające rozszerzaniu się sprawy chorobowej in partem post. Metoda leczenia Neisser'a urethritis post. również nie wyklucza warunków, sprzyjających powstawaniu zapalenia przyjądrza. Jak wiadomo, epididymitis występuje przy zapaleniu tylnej części cewki, szczególnie pod wpływem mniejszego lub większego podrażnienia, wstrzykiwania według metody Neisser'a są właśnie momentem drażniącym i wywołują często tę komplikacyę.

By zapobiedz wystąpieniu epididymitis gonorrhoeae, należy według autora przy urethritis ac. ant. zalecić iniekcye z protargolu 3—4 razy dziennie po 4—5 cem., płyn powinien pozostawać w cewce nie dłużej jak trzy, cztery minuty; w razie obrzmienia praeputii i brzegów orificii ext. zaleca autor okłady przeciwzapalne i gonosan lub ol. santali, później przechodzi do iniekcji z protargolu ( $\frac{1}{100}$  —  $\frac{1}{500}$ ), zaczynając od 3 cem., w miarę zaś zmniejszania się objawów zapalnych powiększa ilość wstrzykiwanego płynu, dochodząc do 10 cem. Przy urethritis post. autor zaleca gonosan lub ol. santali i łagodne napoje w znacznej ilości; przy silniejszym zapaleniu tylnej części cewki zaleca czopki z morfiny i dopiero po wyleczeniu urethrit. post. przechodzi do wstrzykiwań, zaczynając od 4—5 cem. W 800 przypadkach rzeżączki, leczonych tą metodą, autor spostrzegał zapalenie przyjądrza tylko sześć razy ( $\frac{3}{500}$ ). Dochodzi więc do wniosku, że maksymalne rozszerzanie cewki i długo trwające iniekcye w ostrym i podoстрыm okresie nie przyspieszają wyleczenia rzeżączki, lecz powiększają możliwość komplikacyj, szczególnie zapalenia przyjądrza, i że natomiast wstrzykiwaniem małych ilości środków dezynfekujących, zwłaszcza protargolu, i krótkotrwałym ich działaniem zmniejszamy tę możliwość i przyspieszamy wyleczenie.

Dermatol. Zeitschrift Bd. XIV, Heft 1.

*J. Rosenbergr.*

#### IV. ODCINEK.

## **Przyczynek do sprawy prostytucyi u nas.**

Skreśliła

*Ludwika Moriconi.*

Wobec świtającej nam nadziei lepszej przyszłości — pozyskania możności uzdrowienia naszych ran społecznych postaram się przyczynić do wyświeatlenia sprawy prostytucyi w naszym mieście i kraju. W tak ważnej kwestyi społecznej nie czuję się na siłach do tworzenia nowych teoryi, nie mam nawet na celu szczegółowego wyjaśnienia sprawy. Pragnę tylko przedstawić nieco nagromadzonych faktów. Niech one mówią same za siebie, a może ich wymowa skłoni społeczeństwo nasze w osobach jego działaczy, jeśli nie do zupełnego usunięcia tego strasznego wrzodu w naszym organizmie społecznym, to przynajmniej do uczynienia go nieszkodliwym dla ogółu.

Fakty czerpałam z życia 300 prostytutek, które w ciągu ostatnich 15 lat przeszły przez nasze Schronienie w Piasecznie.

W porównaniu z ogólną liczbą prostytutek w kraju, liczba powyższa jest mała, dostarczyła jednak poważnego materiału ze względu na sposób badania. Jakkolwiek

śluszenie zaznaczyć można, że prostytutki zawsze kłamią i mają bardziej, niż inne kobiety, skłonność do dramatyzowania szczegółów swego życia, jednak można uchwycić chwile, w których i prostytutki mówią prawdę. Z tych chwil korzystałam. Nie opierałam się na tem, co dziewczyna opowiadała o sobie podczas pierwszego z nią spotkania. Przy dłuższem obecowaniu z temi kobietami, czasami całe lata, obserwowano je i sprawdzano ich opowieści. Również z natury swej pracy, jako kierowniczka Schronienia, pozostawałam w ciągłej styczności z osobami i instytucjami, związanymi z prostytutką, t. j. z Komitetem lekarsko-policyjnym, ze Szpitalem Ś-tego Łazarza, z domami nierządu, z sutenerami, łapaczami policyjnymi, miałam więc możność wszechstronnie te smutne sprawy poznać. Zresztą przytaczam tylko te fakty, które mogę w każdej chwili stwierdzić wiarogodnymi dowodami.

Nie będę tu mówić o kurtyzanach eleganckich, przesiadujących w cukierniach, teatrach, utrzymywanych przez wielkich panów, lub pracujących na ich utrzymanie, lecz przedstawię tylko materyał, zaczerpnięty z życia tych prostytutek, zamkniętych w domach nierządu i spotykanych na ulicy, które są ofiarami wyzysku całej falangi ludzi, żyjących z ich upadku.

Przedewszystkiem postaram się wyliczyć te warunki, w jakich żyje cała ta sfera, z której się przeważnie prostytutki rekrutują. Można to zamknąć w paru słowach: nędza materyalna i moralna, a więc wczesne zgorzenie, wypływające z nagromadzenia kilku rodzin, a prócz tego kawalerów i pańien w jednej izbie, pijaństwo rodziców, ich brutalne obejście, brak opieki nad dziećmi wogóle, a w szczególności podczas całoniewej pracy rodziców, wstępowanie do fabryk w bardzo młodym wieku i przebywanie tam w najniekorzystniejszym otoczeniu, służenie w fatalnych warunkach pod względem mieszkania i stosunku do chlebobawców, brak odpowiednich młodemu wiekowi rozrywek, rażący kontrast własnej nędzy ze zbytciem klas uprzywilejowanych; a do tego dodajmy brak uzdolnienia fachowego, skutkiem braku odpowiednich szkół, brak nawet początkowych szkół (na 300 prostytutek—180 analfabetek) i wogóle mała podaż pracy w stosunku do popytu.

Wszystko to są sprawy, mogące każde z osobna posłużyć za temat do oddzielnych rozpraw. Obecnie zanim przejdę

dę do charakterystyki prostytutki, zatrzymam się tylko nieco nad niektórymi z powyższych punktów.

Szczególniej zgubnym w skutkach okazał się brak opieki nad sierotami, dziećmi nieprawego łoża, a szczególnie nad podrzutkami Domu Wychowawczego.

Z pomiędzy trzystu zbadanych prostytutek było:

Podrutzków z Domu Wychowawczego	20
Dzieci nieprawego łoża . . . . .	7
Dzieci zupełnie nieznanymi rodziców	8
Sierot w chwili poczęcia zawodu. . .	71
Pólsierot . . . . .	78
Ojcymów miało . . . . .	8
Macochy . . . . .	34
Rodziców żyjących poza Warszawą.	57
Rodziców żyjących w mieście tylko .	19

Z tej ostatniej przeważnie kategorii rekrutowały się dziewczęta pomieszczone w poniższej rubryce.

Do nierządu było sprzedanych przez ojca	3	dziewczyny.
Zmuszone przez matkę	6	dziewczyn
Wciągnięte „ „ .	5	„
Okrutne obejście rodziców popchnęło na tę drogę	3.	
„ „ męża „ „ „	2.	
Wypędzenie z domu przez macochę	17	
Zgwałcenie przez rodzionego ojca (w wieku od lat 10 — 13)	7.	
Zgwałcenie przy zadaniu narkotyku	„	„ 9.
Zgwałcenie przez 2 — 3 mężczyzn	„	„ 6.

Dodam przytem, że w 36 przypadkach przyczyną zwrócenia się do prostytutki było uwiedzenie, a głównie następstwa jego, jak wypędzenie przez rodziców lub chlebodawców, ucieczka skutkiem wstydu, a najczęściej prześladowania, wywiezienie dziewczyny przez uwodziciela do obcego miasta i pozostawienie na bruku bez środków do życia, skierowanie dziewczyny do handlu żywym towarem w celu pozbycia się uwiedzionej.

Do jak potwornych rozmiarów dochodzi brak wszelkich pojęć etycznych całej warstwy społecznej, z której się rekru-



tują prostytutki, może służyć za przykład dziewczyna, która pracowała w fabryce, a sama prostytutką będąc, werbowwała wśród koleżanek nowe kandydatki, odsyłała je do stręczycielek, sprzedawała do domów nierządu; robiła to w dobrej wierze, bo zawsze słyszała, że prostytutki są filarami społeczeństwa, czynią dla niego ofiarę i że ona osobiście przyczynia się do dobra ogólnego, stręcząc dziewczyny do tego fachu. Ta sama dziewczyna następnie oświecona w Schronieniu, wyszła za mąż za uczciwego rzemieślnika i prowadzi żywot zupełnie normalny.

Dziewczęta u nas wogóle chowane są dziko, wchodzą w życie, nie tylko nie posiadając żadnego fachu, ale nie umiejąc czytać, pisać, sprzątać, gotować, a nawet nie mając najmniejszego pojęcia o porządku i pracy; skutkiem tego, po otrzymaniu zajęcia, są one bardzo mało płatne. Znam dziewczynę 16 letnią, która, pracując cały dzień przy zwijaniu przędzy do maszyny pończoszniczej, zarabia 3 ruble miesięcznie. Tysiące szwaczek w Warszawie pracują dnie całe i część nocy za 5—7 rub. miesięcznie. W takich warunkach trudno się utrzymać i łatwo zejść na drogę nierządu, szczególnie w obec ponęt wielkiego miasta. A wieleż to dziewcząt nie może nawet tak marnego zarobku znaleźć.

Przytoczę parę przykładów.

Matka szesnastoletniej Maryi P., umierając, poleciła jej opiekować się dwunastoletnią siostrzyczką i chronić ją od złego. Marya nigdzie nie znalazła zajęcia i z musu zaczęła się trudnić nierządem, żeby wyżywić siostrę i ochronić ją od zetknięcia się z występkiem.

R. przybyła z Radomia do Warszawy na służbę i dostała miejsce u bardzo wymagającej pani, która ją po 2-ech tygodniach wypędziła. R. przez cały tydzień była bez zajęcia i nocowała u stróża. Do płaczącej w bramie domu z głodu dziewczyny podeszła prostytutka, zapytała o przyczynę leż i zaprowadziła do domu nierządu.

B. w 12-ym roku życia poszła na służbę, gdyż w domu była straszna bieda. B., nie mając żadnych kwalifikacji na służącą, zmieniała często miejsca; w końcu nie wiedząc, co z sobą począć, dała się łatwo namówić do domu nierządu.

W Warszawie dotkliwie się uczuwa brak odpowiednio urządzonych domów noclegowych dla młodych kobiet. Szczególniej źle oddziaływa to na dziewczęta z prowincyi, któ-



re w wielkiej liczbie nieradne, podążają do dużego miasta w poszukiwaniu zajęcia. Dziewczęta te zwykle niepiśmiennie, pozbawione opieki i rady życzliwej, wpadają w ręce stręczycieli. Nie zapomnę nigdy dziewczyny jednej, która przybyła do Warszawy szukać chleba. Miała tu siostrę, ale adres jej wraz z paszportem zgubiła. Znużona bezowocnem poszukiwaniem, zgłodniała i odurzona ruchem zgiełkowym miasta, została zatrzymana przez policję. Nieumiejącą dać o sobie objaśnienia dziewczynę zaprowadzono do Komitetu lekarsko-policyjnego i zapisano na listę prostytutek.

W naszym mieście, może więcej niż gdzie indziej, panuje niewłaściwy stosunek pracowni do mężkich chlebobawców, czyniący kobietę tak zależną, iż z obawy utraty miejsca, ulega wszelkim żądaniom swego pana. Ztąd tyle pracowni uwiedzionych przez dyrektorów, majstrów, tyle służących unieszczęśliwionych przez panów domu. Wśród naszych 300 dziewcząt było 11 takich, które zawdzięczają swój los prostytutki nieszczęsnej zależności od pana domu; w 3-ch przypadkach pan domu swą służącą uwiódł, zaraził i, nie chcąc ponosić ztąd żadnego ciężaru, sam dziewczynę zawiózł do komitetu i zapisał na listę prostytutek.

Ciężkie warunki służby w domach prywatnych, znęcanie się pani nad służącą, odprawienie jej w chwili złego humoru, niespodzianie, bez dania czasu na wyszukanie zajęcia, niesłuszne zatrzymanie zapłaty i tysiączne przykrości, któremi złośliwość niewieścia potrafi przywieść do kroku rozpaczego, stają się momentem decydującym o losie niewinnej nieraz dziewczyny. Z kilkunastu smutnych faktów wybieram jeden na przykład.

J. służyła za młodszą u pp. X., którzy ją przywieźli z sobą aż z Witebska do Warszawy. Po niejakiś czasie pani domu, powróciwszy późno z teatru, rozgniewała się na J. i wyrzuciła ją natychmiast z mieszkania wraz z rzeczami. J. resztę nocy przesiedziała u stróża, a nazajutrz rozżalona i zrozpaczona dziewczyna, nie znając zupełnie miasta, poszła za radą stróżki i udała się do domu nierządu.

Przejdę teraz do charakterystyki prostytutcyi w Warszawie. Na zasadzie zebranych faktów twierdząc, iż jest ona prostytutcyą *maloletnich* i dla większości jej ofiar *przymusową*.

Jakkolwiek dziewczyna aż do 21 roku życia nie ma prawa rozporządzania swoją osobą i nie może bez zezwolenia rodziców zawrzeć legalnego związku małżeńskiego, a nawet samowolnie wybrać miejsce zamieszkania, to według prawa dotąd rządzącego krajem może po ukończeniu lat 16 obrać sobie wbrew woli rodziców zawód prostytutki ze wszelkimi jej skutkami. Lecz pomijając nawet ten fakt, mamy całe szeregi dziewcząt poniżej lat 16, zapisanych przez Komitet policyjno-lekarski na listę zawodowych prostytutek już wbrew wszelkiemu prawu.

Z liczby 300 dziewcząt, które przeszły przez moje ręce, było rejestrowanych prostytutek w Warszawie i w innych miastach:

w wieku lat	15	—	39
	14	—	28
	13	—	11
	12	—	8
	11	—	6
	<hr/>		
	Razem 92		

Z liczby nieregistrowanych prostytutek małoletnich rozpoczęło swój zawód:

w wieku lat	15	—	14
	14	—	10
	13	—	14
	12	—	7
	11	—	5
	<hr/>		
	Razem 50		

W wieku od lat 16 — 18 rozpoczęło swój zawód 100, a powyżej lat 18 tylko 52 i to z pomiędzy tej ostatniej liczby tylko 22 powyżej lat 20.

Przejdziemy teraz do drugiego punktu mego twierdzenia, iż prostytutcyca u nas jest przymusową.

Dzieje się to skutkiem t. zw. handlu żywym towarem, w którym znów niepoślednią rolę grają t. zw. sutenerzy.

Niewiele osób wierzy w istnienie tego handlu, jest on jednak szeroko rozgałęziony, dobrze zorganizowany, nader korzystny i obracający wielkimi kapitałami, a skutkiem tego bezkarny. Agentami tego handlu w naszym kraju są mężczyźni i kobiety, występujący w najrozmaitszym charakterze. Męż-

czyżni wyrrywają dziewczynę z jej środowiska najczęściej pod pozorem zamiaru żenienia się i uwiedzioną wywożą. Z kobiet — jedne grają rolę poważnych, dobrotliwych matron i, jeżdżąc wciąż kolejami, statkami lub przesiadując na dworcu, zawierają znajomości z młodemi podróżnikami, a zyskawszy ich zaufanie, wywożą gdzie chcą. Inne przebywają w miejscach gromadzenia się młodych pracownic, np. w kantorach stręczycieli, na targach, towarzyszą nawet pielgrzymkom do Częstochowy i Rzymu i wśród młodych kobiet upatrują sobie ofiary.

Dziewczyny zwerbowane nie przebywają długo w tym samym domu nierządu i dla samych względów ostrożności sprzedawane są do innych domów w tem samym mieście, następnie do innych miast, do Cesarstwa, do Anglii, Ameryki lub Turcyi.

Podaję list pisany do mnie przez jedną z takich ofiar swej łatwowierności:

„Uwiedziona przez człowieka, któremu ufałam, od tygodnia znajduję się w zakładzie prostytucyi na ulicy N. N. Tu mnie on zaprowadził, zapewniwszy przedtem, że wspólnie mieszkać będziemy. Zorientowawszy się w położeniu, dwukrotnie stąd uciekałam — ponownie przezeń tu byłam sprowadzona (podobno sprzedali mnie za 150 rubli). Dotąd byłam w obowiązku i nigdy nie miałam do czynienia z tą instytucją, w której przebywam. Czuję, że dziś jeszcze czas się stąd wyrwać, ale trudno, bo zapisana jestem do Komitetu. Jako zapisana nie mogę dostać żadnego miejsca ani spełniać obowiązku, bo musiałabym podlegać bezustannej rewizyi. Dowiedziałam się od człowieka nieznajomego, że Pani założyła instytucję, w której istoty takie, jak ja, mogą znaleźć drogę do wydobywania się z matni. Tydzień dopiero tu jestem i dlatego błagam Panią, aby użyzczyła mi miejsca w owej instytucyi i przez posłańca łaskawie ustnie dała mi znać, czy mogę uciec do Jej zakładu poprawczego. Jeszcze raz błagam o ratunek.“

Cytuję opowiadanie drugiej dziewczyny. — „Mieszkałam z matką na wsi, miałam dziecko, które zostało umieszczone w Domu Wychowawczym. Wkrótce potem pojechałam do Mławy i udałam się do faktorki, żeby mi wyszukała służbę w Warszawie. Faktorka znalazła jakoby miejsce i zawiozła mnie do jakiegoś domu. Gospodyni wzięła mnie najpierw do swego mieszkania na parterze za młodszą. Przez dwa dni

kazała mi tylko kurze ścierać. Na trzeci dzień powiedziała mi, że się jej bardzo podobałam, więc weźmie mnie do kontroli sług—dla zapisu i zawiozła mnie, jak się później dowiedziałam, do Komitetu lekarsko-policyjnego dla zapisania na prostytutkę. W komitecie zapytała mnie gospodyni, czy się mnie u niej podobało; ja powiedziałam, że bardzo i że chcę u niej pozostać. Wtedy mnie zapisali i wzięli do rewizyi, ja się początkowo opierałam, ale mnie wytłumaczono, że w Warszawie wszystkie służące muszą być rewidowane, bo to takie prawo, przytem pomyślałam, że i tak nie jestem już niewinna, więc wszystko jedno. Gospodyni zawiozła mnie do domu i wtedy zaprowadziła mnie na piętro, przeznaczyła pokój, kazała ubrać się w czerwony kostyum i wyprowadziła na salę. Wtedy zrozumiałam, że to dom nierządu, rozpaczalam i zaczęłam krzyczeć, ale już nie było ratunku“.

Jakkolwiek trudno jest spotkać niewinną dziewczynę w tej sferze, z której się rekrutują prostytutki, i dwie powyższe dziewczyny były uwiedzione, zanim się do domu nierządu dostały, jednak mam tu historię życia wielkiej liczby dziewcząt, które były całkiem niewinne, gdy je sprzedano do domów rozpusty.

Zachowuję jako cenny dokument dwa listy, pisane do mnie przez jednego z lekarzy, świadczące o niewinności dwóch dziewczyn, oddanych do domów nierządu.

Przytoczę prócz tego parę przykładów.

Z. w Mińsku pracowała przy budowie domu; przyczepiła się do niej faktorka, obiecała świetne zajęcie w Warszawie i niewinną, nieświadomą dziewczynę zawiozła prosto do domu nierządu. Tu ją zamknęli w pokoju bez okna, przeznaczonym widocznie dla więzienia opornych. Z. dwa dni nie w usta nie wzięła, trzeciego dnia zaczęła jeść i poczuła się bardzo odurzona, jakby nieprzytomną. Po pięciu dniach wpuścili do niej mężczyznę, który ją zgwałcił—następnie przyszło więcej. Po tym fakcie zawieziono ją do Komitetu dla zapisu. Niedługo potem zakwalifikowano ją do Szpitala Św. Łazarza, gdzie lekarze okazali jej szczerę współczucie i sami skierowali ją do Schronienia.

Do R., mieszkającej u rodziców na wsi — przyjechała znajoma jej W., obiecała jej świetne miejsce w Warszawie, zabrała ją z sobą i zupełnie niewinną, nieświadomą dziewczynę zapisała do Komitetu, wmawiając że to kontrola służących.

Następnie zabrała dziewczynę do siebie i broniącą się i opierającą zmusiła do prostytucyi.

Największą plagą dziewczyn są sutenerzy. Sutener, albo alfons, jest to mężczyzna, który nie chcąc czy nie mogąc pracować, utrzymuje się z prostytucyi jednej lub kilku dziewcząt. Utrzymywanie takie nie odbywa się dobrowolnie ze strony prostytutek. Dzieje się to zwykle w ten sposób, iż zawodowy sutener przyczepia się do dziewczyny, z którą zawarł znajomość najczęściej na ulicy, albo wciągnąwszy ją na jaką ucztę, nożem zmusza do prostytucyi, z której zyski zabiera sobie.

Ci sutenerzy są postrachem prostytutek, a nawet samej policyi. Nożowcy — to prawie wszystko sutenerzy. Krwawe rozprawy na noże — to walki sutenerów o prostytutkę, lub o rogi ulic; bo oni dzielą rogi ulic między sobą, i każda rogówka tam stoi, gdzie ma swój róg jej sutener. Prawie niema prostytutek, niezależnych od alfonsów. Nawet właścicielki domów nierządu, z małymi wyjątkami, ulegają alfonsom. Zacytuję dosłowne opowiadanie jednej z dziewcząt.

„Służyłam w Warszawie, poznałam się ze mną na ulicy jedna dziewczyna, namówiła mnie, żebym z nią poszła do garkuchni; ja jej usłuchałam—tam przyczepił się do mnie jeden alfons, spolił mnie i alfons ze mną zrobił, co chciał, potem mi powiedział: „żeby tam teraz nie wiem co, to musisz być moją kochanką” i pokazał mi nóż długi, jak lokieć, i zagroził, że mnie tem przebije, jak nie będę z nim żyć. Zaraz potem zawiózł mnie do Komitetu, kazał mi się zapisać, że chcę być prostytutką i następnie włóczył mnie ze sobą. Zaprowadził naprzód do domu nierządu na ul. N. № 18, a po trzech dniach oddał mnie do drugiego domu nierządu na tejże ulicy pod № 20. Z początku myślałam, że coś na tem wygram, że mi z tem lepiej będzie, że się ubiorę i nie napracuję, ale nie dobrego nie użyłam, tylko miałam wstyd, głód, poniewierkę, a teraz i chorobę”.

Niekiedy rolę sutenerów—wciągania do prostytucyi—odgrywają stare zawodowe prostytutki, które czy to na ulicy, czy też na podwórku swego domu zawierają znajomość z młodemi służącemi, szwaczkami i innemi osobami i wciągają je do prostytucyi.

Oto co opowiadają o sobie już wyratowane dziewczyny.



„Służyłam u państwa X. X., poznałam się z jedną dziewczyną, co na rogu wieczorem stała. Ta powiedziała, że mi da narzeczonego, i przysłała go do mnie, ale jak go zobaczyłam, że taki paskudny, to się przeleklam, szczególnie, że mi stróż powiedział, iż to złodziej. Więc oświadczyłam państwu, że ja nie chcę żeby on przychodził, że on może krzywdę zrobić i im i mnie. Potem na ulicy znowu spotkałam się z tą dziewczyną, i ona mi mówi, że z drugim narzeczoną, będąc miała lekki chleb. Wtedy ja się zgodziłam pójść do niej. Tam mnie zamknęli pod strażą pięciu allonsów. Następnie zostałam sprzedana w inne miejsce. Stróż miejscowy powiedział mi, że to dom nierządu, a jedna z kobiet uprzedziła, żebym nie próbowała uciekać, bo mnie porzną. Nazajutrz zawieźli mnie do Komitetu. Zgodziłam się zapisać, bo miałam nadzieję, iż z czasem pójdę do szpitala i wtedy wydostanę się z tej biedy.“

W podobny sposób wciągnięto i inną, 15 letnią dziewczynę S., która nieświadomie została wprowadzona przez rogowkę do domu nierządu.

Sutenerzy nie łatwo wypuszczają ze swych szponów nieśczęsną dziewczynę, zmuszoną do zarabiania na ich utrzymanie, i stanowią często niezwalczoną przeszkodę do wyratowania dziewcząt. Z niezliczonych faktów, mogących służyć za dowód tego twierdzenia, przytoczę tylko jeden: 17 letnia prostytutka M. S., po trzech latach pobytu w Schronieniu, oddana była na służbę do Warszawy. Przyczepili się do niej znajomi z dawnych czasów alfonsi i zmuszali ją gwałtem do powrotu na drogę nierządu. Dziewczyna, nie mogąc się od nich odczepić, otrula się z rozpacz.

Wogóle wydostanie się dziewczyny z domu nierządu jest nadzwyczaj utrudnione. Więzi ją tam do końca życia dług.

Dług prostytutki powstaje z sumy, jaka przez dom nierządu została za nią zapłacona handlarzowi żywym towarem, która to suma zapisuje się na jej debet. Dług z dniem każdym wzrasta, bo prostytutka połowę dochodów oddaje gospodyni domu nierządu. Z drugiej połowy płaci tejże gospodyni pewną umówioną sumę za swoje utrzymanie, rubla dziennie lub więcej, i ubranie, które jej sprawia gospodyni, licząc według ustalonego zwyczaju cztery razy więcej za każdą szmatę. Tym sposobem prostytutka nie tylko nie dla siebie nie zyskuje, ale długi jej wciąż rosną. Im dłużej jest w domu



nierządu, tem większe ma długi względem gospodyni, pobierającej wszystkie jej zarobki, a obawa przed odpowiedzialnością za te długi, trzyma ją nadal w domu nierządu. „Ach te długi! — woła nieszczęsna przymusowa prostytutka, mam ich już 400 rb., choćbym 100 lat była w domu nierządu, nigdy z długów nie wyjdę“.

To też prostytutki z domów tolerowanych i z tajnych wydostać się mogą tylko jakimś szczęśliwym zbiegiem okoliczności lub heroicznym wysiłkiem.

Wymienię tu kilka faktów.

Wincenta R., sprzedana podstępnie do domu nierządu, dla wydostania się z niego, siadywała zimą w oknie w samej bieliznie, w nadziei rozechorowania się. Nabyła też tyfusu, została przewieziona do szpitala, a stamtąd wydostała się na wolność.

Sabina C., sprzedana do domu nierządu w Łomży w wieku lat 14, została wkrótce wysłana do Moskwy, stamtąd do Wilna, następnie do Odessy i Kijowa. Radząc się wciąż koleżanek, jakby się z matni wydostać, została poinformowana iż w Warszawie prędzej, niż gdzieindziej, znajdzie jakiś ratunek. Starła się odtąd usilnie, aby ją do Warszawy sprzedano, co też w końcu nastąpiło. Ale i tu, będąc całkiem zdrową i na zarażenie się odporną i widząc, że sprawa jej nie postępuje naprzód, chwyciła nożyczki i okaleczyła się tak, iż stała się do prostytucji niezdalna, wskutek czego wypuścili ją na wolność.

Powrotowi na drogę uczciwą przeszkadza również system reglamentacyjny. Wymaga on, żeby każda kobieta, podejrzana o prostytucję, podlegała rewizji sanitarnej, skutkiem tego prostytutka, która szczerze zawód swój opuściła i do normalnej pracy się wzięła, jest wciąż niepokojona przez łapaczów policyjnych, zmuszających ją do stawiania się w Komitecie lekarsko-policyjnym dla rewizji. Wyobraźmy sobie położenie służącej, szwaczki z magazynu lub innej pracowni, którą łapacz przy pomocy stójkowego lub stróża ciągnie gwałtem do Komitetu, kompromitując ją wobec otoczenia. System reglamentacji, kładąc na kobietę niestarte piętno, wystarcza, żeby zamknąć na zawsze drogę odwrotu.

Należy dodać, że nawet opinia publiczna utrudnia wielce prostytutce powrót do życia normalnego, bo czyż ci, którzy bezwiednie, a może nawet z zupełną samowiedzą, po-

pchnęli młodą dziewczynę do prostytutki, dadzą jej pracować w swojej pracowni lub fabryce, czyż okazującej jak najszczerzą chęć do uczciwego życia podadzą rękę. Gdyby to tylko powodowano się nieufnością do człowieka, który w najgorszych mętach społecznych (przeważnie nie z własnej woli) przebywał. Lecz ogół zwykle podziwia tylko tych, którzy wznieśli się na wierzch, choćby w sposób nieuczciwy, a pogardza istotami, strasznie przez los, a właściwiej przez toż społeczeństwo skrzywdzonymi i zdeptanymi.

Nawet podczas tak zwanego ruchu wolnościowego, gdy w Warszawie burzono domy nierządów, tłum wpadł do mieszkania dziewczyny, która, porzuciwszy zawód prostytutki, wzięła się do ciężkiej pracy, wyrzucił z izdebki i rozbił ubogie sprzęty i maszynę. Dziewczyna ze zmartwienia i wstydu rozechorowała się ciężko i w trzy dni zmarła.

Czas wielki, aby społeczeństwo zwróciło uwagę na niedolę i niewolę tych istot najnieszczęśliwszych i pomyślało o ich ratunku.

---

## V. SŁOWNICTWO.

---

Pod adresem sekcji skórno-wenerycznej na zjeździe Lwowskim ślemy propozycję poprawienia i ustalenia terminologii dermatologicznej. Słownik Lekarski Krakowski, którego olbrzymią wartość znamy wszyscy i należycie oceniamy, w dziedzinie chorób skórnych i wenerycznych przedstawia nieco braków. Często nawet nazwa polska nie odpowiada treści przedmiotu. Stosuje się to części do nowo-utworzonych terminów, części zaś do starych, ogólnie w użyciu będących. Zgodnie z wskazówkami Słownika należałoby używać nazwę „rogowiec krwawy“ dla „angiokeratoma“. Właściwszą wydaje się nazwa „naczyniak rogowcowy“, którą zastosowaliśmy w dzisiejszym numerze dla powodów wyluszczonej w odpowiednim artykule.

Również kol. Leszczyński zwraca uwagę na nieodpowiadającą istocie rzeczy zamianę nazwy „saprofit“ na „pasorzyt trupi“ (patrz Słownik) i na trudność wynalezienia odpowiedniego przymiotnika, zamiast „ichtyotyczny“.

Zaznaczę przytem, iż zdawna używana nazwa „luszczyca“ odpowiedniejszą się wydaje dla choroby, zwanej „ichtyosis“, niż dla „psoriasis“; również nie należy uważać za udatną nazwy „pryszczycza“ dla eczemy i t. p.

Naturalnie, zmiany nazw mogłyby chwilowo wywołać zamęt, jednakowoż nowa terminologia, opracowana i przyjęta na zjeździe, znalazłaby miejsce w artykułach pism i w projektowanej zbiorowej polskiej dermatologii i w taki sposób zyskałaby prawa obywatelskie.

*F. M.*

---

## WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

---

Dla uczczenia 25-letniej działalności prof. NEISSERA, jako dyrektora Wrocławskiej kliniki, Archiv für Dermatologie und Syphilis wydał książkę jubileuszową (w 2 tomach), zawierającą 60 prac byłych uczniów jubilata. Pomiędzy nimi znaleźliśmy 2 polaków: d-ra Borzęckiego, prymariusza szpitala św. Łazarza w Krakowie (Przyczynek do sprawy leczenia ostrej rzeżączki u mężczyzny) i d-ra Blumenfelda ze Lwowa (Doświadczalne poszukiwania odnośnie wydzielania z potem drobnoustrojów i niektórych ich rozpuszczalnych substancji).

---

Podjmując szlachetne dążenia kijowskich kolegów, wyrażone w wspomnieniu pośmiertnem przez kol. Waryńskiego, składam na fundusz imienia ś. p. Szadka — F. M. rb. 5.

---

**Redaktor i wydawca F. MALINOWSKI.**

**Druk. E. Nicza i S-ki, Nowy-Świat 70.**