

# Problem kiły na Huculszczyźnie na przełomie XIX i XX stulecia

## The problem of syphilis in the Hutsul Region at the turn of the 19th and 20th centuries

ANDRZEJ KIERZEK

Karkonoska Państwowa Szkoła Wyższa, Zakład Fizjoterapii, Jelenia Góra  
Sekcja Historyczna Polskiego Towarzystwa Otorynolaryngologów – Chirurgów Głowy i Szyi

Na wstępie zanalizowano przyczyny występowania kiły na Huculszczyźnie na kresach południowo-wschodnich Drugiej Rzeczypospolitej Polskiej. Szeroko zanalizowano problem a szczególnie trudności leczenia ambulatoryjnego i szpitalnego tej choroby w tej części Polski. Zrelacjonowano problemy diagnostyczne kiły w schorzeniach otorynolaryngologicznych.

**Słowa kluczowe:** historia otorynolaryngologii, historia kresów południowo-wschodnich Drugiej Rzeczypospolitej Polskiej

At the beginning the causes of syphilis occurrence in the Hutsul region in the south-eastern Borderlands of the Second Republic of Poland were analyzed. The problem has been explored, especially the difficulties of outpatient and hospital treatment of this disease in this part of Poland. Diagnostic problems of syphilis in otorhinolaryngological disorders have been addressed.

**Key words:** history of otorhinolaryngology, history of the south-eastern borderland of the Second Polish Republic

© Otorynolaryngologia 2017, 16(2): 53-57

www.mediton.pl/orl



Adres do korespondencji / Address for correspondence

prof. zw. dr hab. n. med. Andrzej Kierzek  
ul. Rozbrat 5 m. 6, 50-334 Wrocław  
tel. 693 52 17 60, e-mail: andrzejkierzek@wp.pl

Huculszczyzna do 1945 r. była jedną z najpiękniejszych krain w Polsce. Położona na obszarze Karpat Wschodnich, obejmując liczący ok. 2,5 tysiąca km<sup>2</sup> obszar górskich pasm Czarnohory i wschodniej części pasma Gorgan oraz ich podgórz, zamieszkała była przez Huculów – górali pochodzenia rusińskiego i wołoskiego. Obecnie Huculszczyzna należy do Ukrainy, jednakże od XIV w. po rok 1945 dzieliła losy Polski i polskiego narodu<sup>1/</sup>.

Region Huculszczyzny, bardziej niż gdzie indziej na ziemiach polskich trapiła kiła. Sądzono, że sprowadzili ją moskiewscy żołnierze, którzy zjawili się tu w czasie wojny rosyjsko-tureckiej, albo była wynikiem migracji handlarzy bydłem z Wołynia, Podola i Ukrainy na Węgry wzdłuż Czeremoszu<sup>2/</sup>.

<sup>1/</sup> M. Kałuski: Polskie Dzieje Huculszczyzny. Kworum. Polsko-Polonijna Gazeta Internetowa, dostęp 7. 07. 2012

<sup>2/</sup> W. Żydłowicz: Kilka uwag nad okólnikiem c. k. Namiestnictwa, odnoszącym się do sprawy tłumienia chorób kiłowych w powiatach nadwórniańskim i kosowskim. „Przegląd Lekarski” 1902, t. XLI, nr 13, s. 202-203

Obwiniano także Ormian z Kut, jak również robotników budujących kolej ze Stanisławowa do Woronienki. Ludwik Tadeusz Doboszyński (ok. 1864-przed 1917)<sup>3/</sup>, który od 1903 r. kierował szpitalem w Żabim, informował, że pierwsze jej przypadki w charakterze endemii pojawiły się na tych terenach w latach 1855-1888.

Doboszyński twierdził, że kiła wynikała m.in. z faktu, że Huculi, na ogół rośli i urodziwi, z gorącym temperamentem, niemal bez wyjątku utrzymywali stosunki pozamałżeńskie; „(z)arówno mąż jak i żona mie(wali) po jednym lub więcej kochanków i kochanek, tak między osobami wolnymi, jak i zostającymi w związkach małżeńskich”. Obowiązek wierności małżeńskiej nie istniał tam prawie wcale. Wytwarzał się zatem łańcuch, obejmujący okoliczną ludność wiejską. Dziewczęta huculskie szybko, bo po skończonym 14. roku życia wychodziły za mąż,

<sup>3/</sup> Doboszyński w sezonach letnich pracował w sanatorium w Żegiestowie. Cyt. za P. Szarejko: Słownik Lekarzy Polskich XIX wieku. T. IV. Warszawa 1997, s. 85



Ryc. 1. Miasto Kosów – widok z gór. M. Grekowicz: Powiat Kosów. Huculszczyzna. Kraków 1932, s. 9

a węzły małżeńskie przykrywały swoją osłoną dalsze ich życie. Dziewczyny, które do ok. 20 lat nie wyszły za mąż, starały się za wszelką cenę zajść w ciążę, stawiając się wyżej od dziewcząt starzejących się bezdzietnie. Niejednokrotnie jedzenie ze wspólnej misy, palenie wspólnych fajek i papierosów, przy współlistnieniu zmian kiłowych w ustach, sprzyjało rozwijaniu się zakażenia. Taki wolny stosunek obu płci obserwowany był szczególnie w najwyższych górskich terenach, we wsiach Żabie, Krzywórnia i Jasieniów. Rozwojowi choroby na ogół sprzyjał brak higieny; bieliznę Huculi zmieniali rzadko, niezbyt często myli się, a brudną bieliznę prali w rzece<sup>4/</sup>.

Inne spojrzenie na ten problem prezentował Władysław Tobiczek (1893-1981), lekarz szpitalny w Kosowie<sup>5/</sup>; pisał: „Jakkolwiek wiele się mówi o rozwiązłości Huculów, sprawa ta w istocie ma się wręcz odwrotnie. Huculi są na ogół ludźmi wstydliwymi”. Sądząc, że około 30% tutejszej ludności przebyło zakażenie kiłowe, stanowczo twierdził, że większość przypadków tej choroby była jednak tzw. „kiłą niewinnych”, spowodowaną zakażeniem drogą pozapłciową. W rozprzestrzenianiu się kiły pewną rolę odgrywały tzw. połnycie, czyli przypijanie w czasie wesel i chrzcin rodziców do gości z jednej szklanki, przy czym każdy z gości po wypiciu wrzucał do szklanki pieniądz lub kartkę z nazwą przez siebie ofiarowanego przedmiotu. Niejednokrotnie w kilka miesięcy potem uczestnicy biesiady zjawiali się w poradni lekarskiej<sup>6/</sup>. Z dokumentów wynika,

że panująca na Huculszczyźnie kiła nosiła m.in. nazwę „ospy górskiej”, cechującej się wykwitami na ciele, szczególnie na sromie, lub w późnym okresie kiły – nazwę „żonwy” z kilakami różnych części ciała. Uważano, że „żonwa” była chorobą zakaźną, której winowajcą był dzięcioł (owa „żonwa”); sądzono, że dziury wydziobane w drzewie przez dzięcioły są zaraźliwe – wystarczy się o nie otrzeć, by na ciele pojawiły się głębokie rany<sup>7/</sup>.

Tobiczek twierdził, że kiła jest zawsze chorobą ciężką, zwłaszcza jeśli nabyta była w wieku dojrzałym. Dopiero na przełomie XIX i XX stulecia rząd austriacki zauważył katastrofalny stan rzeczy, rozpoczął organizację stałych poradni lekarskich zwłaszcza w powiatach kosowskim i nadwórniańskim<sup>8/</sup>.

Aleksander Bronisław Szniolis (1891-1963), inżynier sanitarny, późniejszy profesor Politechniki Wrocławskiej<sup>9/</sup> uważał, że Huculszczyzna była prawdopodobnie najbardziej upośledzonym zakątkiem Polski pod względem zaopatrzenia w dobrą wodę. Postulował, aby wzorcowe studnie publiczne znajdowały się we wszystkich osiedlach z ludnością przewyższającą np. 100 czy 300 mieszkańców, aby posiadały wodę odpowiedniej jakości i odpowiedniej wydajności. Nadzór nad nimi powinni posiadać inżynierowie oraz lekarze powiatowi<sup>10/</sup>.

Józef Merunowicz (1849-1912) lekarz, krajowy referent spraw sanitarnych w C. K. namiestnictwie, radca dworu, w 1899 r. podczas inspekcji sanitarnej powiatu kosowskiego stwierdził 378 przypadki kiły w różnych okresach. W rejonie tym pięciu lekarzy miało za zadanie bezpłatne diagnozowanie i leczenie takich chorych. Ta liczba, prawie czterystu chorych była niepełna, bowiem ze względu na olbrzymie odległości i znaczne wysokości, nieobecność w izbach wieśniaków, ze względu na ich zaangażowanie w pracach leśnych, na połoninach, przy spławach, lekarze nie byli w stanie do wszystkich chorych dotrzeć. Głównym dążeniem Merunowicza było zatem stworzenie bazy szpitalnej, w której można byłoby zainicjować odpowiednie leczenie<sup>11/</sup>.

<sup>7/</sup> W. Tobiczek: Wpływ bytowania...op. cit., s. 1096-1097

<sup>8/</sup> N. Gąsiorowski: Dotychczasowe wyniki masowego badania serologicznego na Huculszczyźnie endemicznie zakażonej kiłą. „Polska Gazeta Lekarska” 1929, r. VIII, nr 2, s. 29

<sup>9/</sup> Aleksander B. Szniolis znacznie przyczynił się do rozwoju Druskiennik i Ciechocinka

<sup>10/</sup> A. Szniolis: Zaopatrzenie w dobrą wodę Huculszczyzny. „Zdrowie Publiczne” 1934, r. LIX, nr 8, s. 678-683

<sup>11/</sup> W trzech wsiach: w Żabiu, Krzywórnii i Jasierowie w ciągu jednego roku stwierdzono 420 przypadków kiły na 11863 mieszkańców. Odsetek chorych z objawami kiły późnej był olbrzymi. L. Doboszyński: l. cit.; M. Orłowicz: Huculszczyzna (w:) Ilustrowany przewodnik po Galicyi. Lwów 1914, s. 198-200

<sup>4/</sup> L. Doboszyński: Z akcji przeciwkiłowej w powiecie kosowskim. „Przegląd Lekarski” 1904, t. XLIII, nr 1, s. 14-15, nr 2, s. 30-31; W. Tobiczek: O endemji kiły na Huculszczyźnie. „Zdrowie” 1930, r. XLV, nr 17, s. 820-829

<sup>5/</sup> w latach 1939 do 1944 prowadził oddział chorób zakaźnych w Kosowie, w latach powojennych – był lekarzem w Oleśnicy

<sup>6/</sup> W. Tobiczek: Wpływ bytowania ludności huculskiej na jej zdrowotność. „Zdrowie Publiczne” 1935, r. L, nr 12, s. 1092-1094

Ponieważ szpitale w południowo-wschodniej części ówczesnych ziem polskich były stale przepełnione, Merunowicz zawiadomił, że rząd w kilku miejscach powiatów kosowskiego i nadwórniańskiego, szczególnie w siedzibach lekarzy okręgowych, ustanowił specjalistyczne ambulatoria przeciwweneryczne dla ubogich chorych, gdzie bezpłatnie mogliby otrzymywać nie tylko poradę lekarską, ale także „środki lecznicze na koszt funduszków publicznych”. Lekarze okręgowi zobowiązani byli do sprawdzania, „czy w rodzinach osób, znanych im jako dotkniętych kiłą, niema więcej takich chorych i pouczać ludność o sposobach szerzenia się jej i o koniecznych środkach ostrożności”. Te placówki powinny, zdaniem Merunowicza, działać do czasu wybudowania szpitali w Kosowie i Nadwórnej. Takie działania zgodne były z postulatami Leopolda Glücka (1854-1907), naszego rodaka, żydowskiego pochodzenia, ordynatora szpitala w Sarajewie, przedstawionymi na kongresie „dla zwalczania chorób syfilitycznych i wenerycznych” w Brukseli w 1899 r.<sup>12/</sup>

Na apel dra Merunowicza zareagował dr Władysław Żydłowicz (1867- ), asystent Kliniki Chorób Skórnych i Wenerycznych Uniwersytetu Jagiellońskiego, twierdząc, że niedofinansowane leczenie ambulatoryjne nie da efektu; „tak, jakby obmyślano plan wielkiej kampanii, a nie zaopatrzone wojska w najniezbędniejszą broń i inne warunki skutecznej walki”. Jedynie odosobnienie chorych wenerycznych w specjalistycznych szpitalach, gdzie można było kontrolować leczenie rtęcią w postaci wcierania maści (szaruchy) lub jej wstrzyknięć podskórnych i domięśniowych, mogło dać pewne rezultaty. W owych szpitalach wystarczyłby jeden lekarz specjalista, który będzie terapię nadzorował, i w razie potrzeby ją powtarzał<sup>13/</sup>.

Natan Milgrom (1891-1943), lekarz ogólny i epidemiolog, zastępca lekarza powiatowego w Kosowie sądził, że w latach 1917-1918 około 7% ludności tych okolic wykazywało objawy kiły „widoczne dla oka lekarza”, a w gminach Żabie, Jabłonica, Hryniawa i Hołowy odsetek ten był znacznie wyższy. W kosowskim szpitalu lekarz ten stosował leczenie skojarzone: wcierania rtęciowe i iniekcje dożylnie neosalwarsanu, natomiast ambulatoryjnie wstrzykiwania nierozpuszczalnych środków rtęci oraz neosalwarsanu. Hospitalizując chorych, można było śledzić sposób, czas i dokładność wcierań. Ciekawe

i zarazem trafne były spostrzeżenia Milgroma, zgodne z zapatrywaniami Sterna i Kreibicha, że rtęć „ma być tylko bodźcem dla ustroju w walce z zakażeniem kiłowym, nie zaś swoistym środkiem leczniczym”. Wcierania pomagały nie tylko w kiłowych, ale także i w żyłakowych owrzodzeniach podudzi. Milgrom znaczną wagę przywiązywał do rejestracji chorych na kiłę oraz przymusowego ich leczenia<sup>14/</sup>.

Napoleon Jan Gąsiorowski (1876-1941), mikrobiolog, profesor Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie, dyrektor lwowskiej filii Państwowego Zakładu Higieny w Warszawie relacjonował, że planowa systematyczna akcja zwalczania kiły na Huculszczyźnie rozpoczęła się w 1923 r., kiedy to polski rząd stworzył stałe poradnie przeciwweneryczne w Peczyńżynie, Mikuliczynie, Pasiecznej, Kosmaczu, Żabim, Hryniawie i Jabłonowie, w których można było skorzystać z bezpłatnych porad. W czerwcu 1928 r. utworzono na czteromiesięczny okres Państwową Stację Serologiczną w Żabim, w której działali bakteriologowie: Henryk Meisel (1894-1981), późniejszy profesor Akademii Medycznej w Warszawie, Edmund Juliusz Mikulaszek (1895-1978), późniejszy profesor Akademii Medycznej w Warszawie i Uniwersytetu Warszawskiego oraz J. Czarkowska, a także personel pomocniczy. Wykonywano makroskopową metodę zmętnienia Melnickiego (M.T.R.) jako metodę najszybszą i najprostszą, czułością dorównującą odczynowi Wassermanna. Plonem akcji było wyodrębnienie 730 osób, u których z powodu dodatkowego (547 osób) lub zaznaczonego (183 osób) tego odczynu zaistniała konieczność poddania się niezwłocznemu leczeniu. Gąsiorowski z całą stanowczością twierdził, że akcja będzie miała sens, kiedy przymusowemu badaniu serologicznemu podda się także tych chorych, którzy „dotychczas dzięki niskiej kulturze bezwiednie lub rozmyślnie unikali zetknięcia się z lekarzem”<sup>15/</sup>. W październiku 1933 r. z ogólnej liczby 983 chorych na kiłę w województwie stanisławowskim, 619 przypadków dotyczyło Huculszczyzny, w tym 244 chorych w powiecie kosowskim, 232 – w kołomyjskim i 143 – w nadwórniańskim; kiła nabyta była kilkakrotnie częstsza od wrodzonej<sup>16/</sup>.

W szpitalach na tym terenie nie było specjalistycznych oddziałów dla chorych wenerycznych.

<sup>12/</sup> L. Glück: Die Behandlung der Larynxsyphilis mit hochdosierten intarmusculären Sublimatinjectionen. „Wiener medizinische Wochenschrift 1897, t. XLVII, nr 1, s. 7 et passim; J. Merunowicz: W sprawie zwalczania chorób syfilitycznych i wenerycznych w powiatach kosowskim i nadwórnianskim. „Przegląd Lekarski” 1902, t. XLI, nr 14, s. 218-219

<sup>13/</sup> W. Żydłowicz: ...op. cit., s. 203

<sup>14/</sup> N. Milgrom: Kilka uwag o kile na podstawie spostrzeżeń poczynionych na Huculszczyźnie. „Polska Gazeta Lekarska” 1923, r. II, nr 20, s. 353-355; J. B. Gliński: Słownik biograficzny lekarzy i farmaceutów ofiar drugiej wojny światowej. T. IV. Warszawa 2011, s. 314

<sup>15/</sup> N. Gąsiorowski: Dotychczasowe wyniki...op. cit., s. 29 et passim

<sup>16/</sup> A. Krysiński: Stan zdrowotny ludności Huculszczyzny. „Zdrowie Publiczne” 1934, r. XLIX, nr 8, s. 662

Ponieważ szpitale w południowo-wschodniej części ówczesnych ziem polskich, znajdujących się pod zaborem austriackim, w Stanisławowie, Śniatynie i Kołomyi były stale przepełnione, leczono w nich przeważnie tylko przymusowo umieszczone tam prostytutki. Merunowicz zawiadamiał, że rząd w kilku punktach powiatów kosowskiego i nadwórniańskiego, szczególnie w siedzibach lekarzy okręgowych, ustanowił specjalistyczne ambulatoria przeciwweneryczne dla ubogich chorych, gdzie bezpłatnie otrzymywaliby oni nie tylko poradę lekarską, ale także „środki lecznicze na koszt funduszy publicznych”.

W 1933 r. na terenie Huculszczyzny pomocy lekarskiej udzielało dziesięć poradni przeciwwenerycznych: w Kołomyi, Peczeniżynie i Kosmaczu w powiecie kołomyjskim, w Kosowie, Żabim, Jabłonicy i Riczce w powiecie kosowskim, w Delatynie, Mikuliczynie i Osławach Białych w powiecie nadwórniańskim, utrzymywanych głównie z funduszy państwowych, przy nieznacznym tylko udziale finansowym samorządów tych powiatów. Prowadzone były one przez lekarzy przy udziale sanitarnego personelu pomocniczego. Od chorych pobierano próbki krwi, wysyłano je następnie do Filii Państwowego Zakładu Higieny we Lwowie, a po stwierdzeniu choroby bezpłatnie leczono preparatami arsenowymi, bizmutowymi itp. Warto wspomnieć, że we wszystkich tych poradniach leczono 3227 chorych na kiłę osób<sup>17/</sup>.

Doboszyński analizując m.in. zachorowania w trzech wsiach: w Żabiu, Krzyworówni i Jasienowie, gdzie w ciągu jednego roku stwierdzono 420 przypadków kiły na 11863 mieszkańców, gdzie odsetek chorych z objawami kiły późnej był olbrzymi, stwierdzał, podobnie jak Fournier, że dotyczyła ona częściej kobiet<sup>18/</sup>. Konstatował również obecność zmian kiłowych w obszarze ryngologii: „Analogicznie do wspomnianej równomierności w sposobie życia obojga płci lokalizują się tu nawroty kiły wczesnej w równej mierze w jamie ustnej tak u mężczyzn, jak i kobiet (pałą papierosy); ale u tych ostatnich sięgają głębiej w przewodzie oddechowym. Chrypka i bezgłos na tle zmian kiłowych są u kobiet bardzo częste; to samo zwięzienia tchawicy w przebiegu kiły późnej stwierdziłem tylko u kobiet”<sup>19/</sup>.

O poważnym podejściu do problemu świadczy fakt, że kuria biskupia grecko-katolicka wzbraniała się często udzielać ślubów przed okazaniem przez nowożeńców zaświadczenia poradni przeciwwenerycznej o dobrym stanie ich zdrowia, wydanego na

podstawie badania krwi<sup>20/</sup>. Władysław Tobiczek upatrywał konieczność współdziałania poradni przeciwwenerycznych ze stacjami opieki nad matką i dzieckiem; być może, jego zdaniem, zmniejszyłaby się wtedy śmiertelność niemowląt<sup>21/</sup>.

Napoleon Jan Gąsiorowski w 1930 r. twierdził, że obszar Huculszczyzny, od wielu dziesiątek lat endemicznie zakażony kiłą mógłby służyć jako jeden z nielicznych terenów nadających się do naukowego wyjaśnienia niezwykle istotnych zagadnień wpływu ówczesnej terapii na przebieg i rozwój tej choroby<sup>22/</sup>. To że stan zdrowotny ludności Huculszczyzny traktowany był z należytą powagą, świadczy fakt, że w czerwcu 1934 r. odbył Zjazd Higieniczno-Lekarski Towarzystwa Przyjaciół Huculszczyzny w Worochcie pod protektoratem ministra zdrowia dra Stefana Hubickiego<sup>23/</sup>.

Problem dotyczył również kiły, zwanej wówczas także przymiotem, narządów wchodzących w zakres otorynolaryngologii. Ujawniała się we wszystkich trzech okresach kiły nabytej (stwardnienie pierwotne, wtórna po ok. 9 do 10 tygodniu, trzeciorzędowa – po 2 do 3 roku po zakażeniu), jak również w kile wrodzonej.

Kiła ucha występowała stosunkowo rzadko. W uchu środkowym rozwijała się najczęściej wskutek nacieczenia pierwotnego ujścia gardłowego trąbki słuchowej, spowodowanego przede wszystkim niewyjałowionym cewnikiem, wprowadzanym do ujścia gardłowego trąbki. Zasadniczo nie spotykano typowego obrazu dla kiły ucha środkowego, która mogła przebiegać pod różnymi postaciami zapalenia nieswoistego. Z ucha środkowego niejednokrotnie proces przenosił się na struktury ucha wewnętrznego. Współ z uchem wewnętrznym uszkodzeniu ulegał nerw słuchowy; był on także zaatakowany w kile wrodzonej. Kilaki ucha środkowego oraz zmiany martwicze najczęściej zjawiały się w wyrostku sutkowatym i piramidzie kości skroniowej<sup>24/</sup>.

Stwardnienie pierwotne nosa w postaci owrzodzenia pierwotnego z twardym sadłowatym owrzodzeniem, czerwonej barwy, z ostrym brzegiem,

<sup>20/</sup> A. Krysiński: ...op. cit., s. 662

<sup>21/</sup> W. Tobiczek: Wpływ bytowania...op. cit., s. 1098

<sup>22/</sup> N. Gąsiorowski: Wyniki masowego badania serologicznego na Huculszczyźnie endemicznie zakażonej kiłą. „Polska Gazeta Lekarska” 1930, r. IX, nr 15, s. 285-287

<sup>23/</sup> Zjazd Higieniczno-lekarski Towarzystwa Przyjaciół Huculszczyzny w Worochcie w dniu 9, 10 i 11 czerwca 1934 roku. „Zdrowie Publiczne” 1934, r. XLIX, nr 8, s. 641; A. Krysiński: ...op. cit., s. 643-664; G. Szulc: Huculszczyzna. „Zdrowie Publiczne” 1934, r. XLIX, nr 8, s. 639-640

<sup>24/</sup> J. Szmurło: Choroby ucha. Wilno 1933, s. 205, 245; G. Gradenigo: Die Otitis interna bei hereditärer Syphilis. “Archives für Ohrenheilkunde” 1887, t. XXV, s. 237 et passim

<sup>17/</sup> A. Krysiński: ...op. cit., s. 664

<sup>18/</sup> odmienne zdanie prezentowali lekarze niemieccy

<sup>19/</sup> L. Doboszyński: ...op. cit., s. 30

umiejscowione było najczęściej na skrzydełkach, koniuszku nosa, w przednio-dolnym odcinku przegrody nosa, na przednim końcu małżowiny nosa dolnej. Kiła wtórna zjawiała się znacznie częściej, najczęściej na skórze wejścia nosa pod postacią nadżarć, pęknięć, rzadziej pod postacią łepięży płaskich. Procesowi temu towarzyszyło zwykle jednostronne uczucie zatkania nosa, uporczywy katar, nieustępujący po leczeniu farmakologicznym. Często zajęte bywały zatoki przynosowe. Kiła trzeciorzędowa dotykała części kostnych, zwłaszcza przegrody nosa. Niejednokrotnie kilaki powstałe na przegrodzie nosa, w dolnej ścianie nosa, przechodziły na podniebienie twarde i miękkie, kość sitową klinową, zatoki oboczne nosa etc., prowadząc nie tylko do deformacji nosa (np. nos siodełkowaty, lornetkowaty), ale nieraz i do powikłań wewnątrzczaszkowych. W kile wrodzonej u noworodków najczęściej spotykało się niezbyt kiłowy nosa z nadżerkami<sup>25/</sup>.

Kiła jamy ustnej i gardła w postaci stwardnienia pierwotnego najczęściej występowała na wargach, migdałkach, brzegach języka, najczęściej wskutek pocałunku, jedzenia wspólnymi sztućcami, zakażenia zainfekowanymi krętkami narzędzi lekarskich używanych następnie do badania. Kiła drugorzędowa – jawiła się często w postaci płaskich plamek rumieniowych lub płaskich grudek o mlecznej barwie, zapaleń migdałków, tzw. anginy kiłowej, charakteryzującej się zaczerwienieniem barwy miedzianej, łepięży na łukach podniebiennogardłowych i podniebionojęzykowych oraz migdałkach. Kiła trzeciorzędowa w postaci guzków, ulegających rozpadowi i następowemu bliznowaceniu, a także kilaków sadowiła się na podniebieniu miękkim, migdałkach, podstawie języka, tylnej ścianie gardła, będąc przyczyną rozpadu oraz bliznowatych zwężeń<sup>26/</sup>.

<sup>25/</sup> J. Szmurło: Choroby nosa i jamy nosowogardłowej. Wilno 1926, s. 159-164; T. Wąsowski: Diagnostyka chorób uszu, górnych dróg oddechowych i przełyku. Warszawa 1938, s. 82; Maduro: Les modifications que le terrain syphilitique imprime á l'évolution de certaines affections des voies respiratoires superieures. "Les Annales d'Oto-laryngologie" 1933, t. LII, s. 521

<sup>26/</sup> J. Gackowski: Przymiot gardzieli. Medycyna 1935, t. IX, nr 3. S. 100-101; J. Szmurło: Choroby jamy ustnej, gardła i przełyku. Wilno 1930, s. 188-192; T. Wąsowski:...op. cit., s. 111

Kiła krtani należała do schorzeń ciężkich, przejawiając się we wszystkich trzech stadiach, a także w kile wrodzonej. Często pojawiała się w stadium wtórnym częściej na nagłośni, fałdach głosowych, jako rumień, postać grudkowa lub łepieżowa. Choroba w stadium trzeciorzędowym jawiła się wielopostaciowo; jako kilaki, w przypadku niedostatecznego leczenia prowadzące do rozległych owrzodzeń lub zwężeń tego narządu lub jako rozlane nacieczenie wielu struktur krtani. Kiła tchawicy spostrzegana była w postaci przede wszystkim kilaków, które rozpadając się powodowały głębokie owrzodzenia, a w efekcie także zwężenia tchawicy<sup>27/</sup>.

Na właściwe rozpoznanie, naprowadzało niebolesne obrzmienie węzłów chłonnych szyi, bezbolesny lub mało bolesny przebieg procesu chorobowego, dodatni odczyn Wassermanna, a w kile drugorzędowej zwykle współistnienie osutki kiłowej.

Leczenie ówczesne zmian kiłowych w narządach otolaryngologicznych nie odbiegało zasadniczo od standardów leczenia tej choroby w innych narządach; ograniczało się przede wszystkim do stosowania neosalwarsanu, przetworów rtęci, arsenu, bizmutu, a miejscowo przetworów jodu, azotanu srebra, kw. chromowego itp. Dopiero w 1943 r. amerykański wenerolog John Friend Mahoney (1889-1957) jako pierwszy zastosował z powodzeniem w leczeniu kiły doświadczalnej i klinicznej penicylinę<sup>28/</sup>.

Władysław Tobiczek uważał, że stan ten mógł ulec zmianie nie tylko wskutek żmudnej pracy służby zdrowia oraz nauczycielstwa, ale także m.in. dzięki inteligencji – rzeszom letników i turystów, „którzy wzamian za kryształowe powietrze Czarnohory, Gór Czywczyńskich i Beskidu, przepojon(ych) żywiczą wonią lasów i ozonu, za precudną naturę gór i ich mieszkańców wnos(iliby) w chatę wiejską kulturę polską i postęć”<sup>29/</sup>.

<sup>27/</sup> A. Baurowicz: Ważniejsze przypadki z oddziału Prof. Pieńiązka dla chorób krtani, gardła i nosa. Kiła trzeciorzędowa w drogach oddechowych. „Przegląd Lekarski” 1898, t. XXXVII, nr 19, s. 225-226; J. Szmurło: Choroby krtani i tchawicy. Wilno 1931, s. 117, 168

<sup>28/</sup> J. Szmurło: Choroby nosa...I. cit., Choroby krtani...I. cit.; T. Wąsowski:...op. cit., s. 143; R. Dzierżanowski: Słownik chronologiczny dziejów medycyny i farmacji. Warszawa 1983, s. 348

<sup>29/</sup> W. Tobiczek: Wpływ bytowania...op. cit., s. 1098-1099