



AZETA LEKARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GAŁĘZIOM · WMIĘ-
TNOŚCI · LEKARSKICH ·

Redaktorzy: Dr A. Puławski i Dr W. Starkiewicz.

Wydawca Dr W. Szumlański.

Adres Redakcyi i Administracyi — Marszałkowska 73.
Telefon 26-79.

Ogólnego zbioru № 2778.

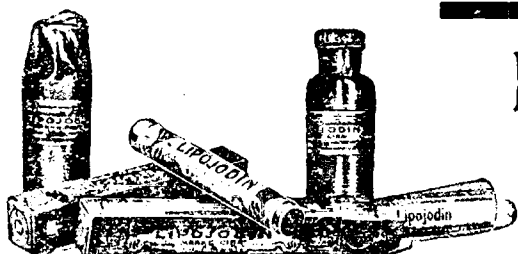
MINISTERSTWO ZDROWIA PUBLICZNEGO

ogłasza konkurs na posadę

dyrektora państwowego szpitala dla umysłowo chorych w Tworkach pod PRUSZKOWEM.

Kandydaci mają przedłożyć Ministerstwu Zdrowia Publicznego do dnia 31 marca 1919 r. swoje *curriculum vitae*, dyplom lekarski i dowody, stwierdzające uzdolnienie psychiatryczne (odbitki prac naukowych), oraz znajomość administracyi szpitalnej.

Z posadą, która ma być objęta od dnia 15 kwietnia 1919 r., związana jest płaca miesięczna: zasadnicza 750 marek, dodatek wojenny 270 marek, dodatek funkcyjny 180 marek, łącznie 1.200 (tysiąc dwieście) marek miesięcznie, a nadto w naturze mieszkanie, opał i światło.



Lipojodyna „Ciba“



(Ester diiodbrasydyn-etylowy, zawierający 41% jodu).

Przetwórn jodowy neuro-lipo, a zatem politropowy,

odpowiadający wszelkim nowoczesnym wymaganiom farmakologii i kliniki doświadczalnej.

Nie drażni przewodu pokarmowego. W dawkach leczniczych nie powoduje jodicy.

Oddaje znakomite usługi kliniczne.

Dawkowanie: 1—3 tabletek dziennie po obiedzie i kolacji.

Zwracamy uwagę na przyjemny smak tabletek LIPOJODYNY, które zalecamy żuć starannie.

Pabjanickie Towarzystwo Akcyjne Przemysłu Chemicznego w Pabianicach,
ziemi Piotrkowskiej.

Próby na każde żądanie gratis i franco.

SILV-OZON „MOTOR“

w płynie i w proszku
do przygotowania kąpieli balsamicznych
poleca własnego wyrobu

Warsz. Tow. Akc. „MOTOR“

Marszałkowska 23.

SALMET „MOTOR“

(Balsam Methylii Salicylici comp.).

Używa się w artrytyzmie, reumatyzmie
i nerwobólach

poleca własnego wyrobu

Warszawskie Tow. Akcyjne

„MOTOR“.

Tłumaczenie

prac lekarskich na język niemiecki i francuzki oraz **przepisywanie na maszynie** przyjmuje b. studentka wydz. lek.

F. STODOLSKA.

Ul. Śniadeckich (Kaliksta) 13 m. 18.

ZAKŁAD ORTOPEDYCZNO-CHIRURGICZNY

I ZANDEROWSKI

Drów W. Łapińskiego i W. Reklewskiego

Aleja Jerozolimska 65 w Warszawie.

Choroby kręgosłupa, stawów, kości, mięśni, przemiany materii i t. p. Mechanoterapia (przyrządy motorowe), przyrządy do leczenia elektrycznoświatelnego i gorącym powietrzem, przyrządy do leczenia przekrwieniem.

Warsz. Tow. Akc. „MOTOR“ niniejszem zawiadamia W W. P.P. Doktorów, iż

„MOTO FER“

jest zmienioną nazwą dla wyrabianego przez nas od wielu lat, a cieszącego się wielkiem uznaniem pp. lekarzy i publiczności preparatu pod nazwą:

Tinctura Ferri comp. modo Athenstaedti „Motor“.

Zmieniliśmy nazwę dla odróżnienia od pojawiających się na rynku konkurencyjnych preparatów.

Wyrabiamy: MOTO FER i MOTO FER c. ARSENO.

Nazwa przedstawiona do zatwierdzenia.

ALFONS MANN

Firma egzystuje od **1819 r.**

Fabryka narzędzi chirurgicznych

Warszawa — Plac Małachowskiego 2 (róg Traugutta).

(Fabryka — Marszałkowska 11|13).

Poleca: wszelkie narzędzia chirurgiczne i ginekologiczne, przybory i aparaty lekarskie i pomoce lecznicze.

Wykonywa zamówienia podług modeli i rysunków.

WYDAWNICTWO GAZETY LEKARSKIEJ.

Zimnica i komary malaryczne u nas

napisał

T A D E U S Z K O R Z O N .

Lekarz szpitala Dzieciątka Jezus.

Z 4 TABLICAMI RYSUNKÓW.

Cena m. 2.25.

Do nabycia w Administracji Gazety Lekarskiej i we wszystkich księgarniach.

Skład główny w Księgarni Gebethnera i Wolffa.



AZETA LEKARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GAŁĘZIOM · VMIEJĘ-
TNOŚCI · LEKARSKICH ·

Dziś i jutro
lecie długie.

Warszawa, d. 1 marca 1919 r.

Ogólnego zbioru № 2778.

IGNACY BARANOWSKI

Doktor Medycyny, profesor b. Szkoły Głównej, b. Uniwersytetu Warszawskiego i honorowy profesor Wszechnicy Warszawskiej, Członek honorowy Towarzystwa Naukowego Warszawskiego, Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu, wielu Towarzystw Lekarskich i Towarzystwa Farmaceutycznego, wybitny działacz społeczny i wielki filantrop

zmarł w Warszawie dnia 24 lutego 1919 roku
w wieku lat 85.

Przypadek nagłej śmierci po śródżylnym wstrzyknięciu strofantyny.

Podał

Dr Karol Rozenfeld (Częstochowa).

Strofantyna, jako lek sercowy, zastępujący naparstnicę, była wprowadzona w użycie przez Fräsera w r. 1885. Szerszy jednak rozgłos zapewniły jej dopiero badania A. Fraenkela, który zaczął stosować ją śródżylnie i otrzymał niezwykle ciekawe i zachęcające wyniki (1907 — 1908). W wielu przypadkach najcięższej rozpaczliwej niedomogi serca strofantyna już w kilka minut po wstrzyknięciu sprowadzała znakomitą poprawę, wywierając wpływ analogiczny z naparstnicą, ale o wiele silniejszy i szybszy, i usuwała mniej lub więcej trwale przedmiotowe i podmiotowe objawy cierpienia. Co ważniejsze, wpływ dobroczynny występował nieraz w tych nawet przypadkach, w których naparstnica i inne leki sercowe były nieskuteczne.

Spostrzeżenia autorów późniejszych zgadzają się zasadniczo z wynikami prac Fraenkela. W piśmiennictwie niemieckiem gorącego rzecznika znalazła strofantyna w osobie prof. L. Brauna, który w dziele „Diagnose und Therapie der Herzkrankheiten“ (1913) podkreśla wielkie zalety tego leku. Ocena Romberga i Hoffmanna jest również pochlebna. W piśmiennictwie francuskiem na szczególne wyróżnienie zasługuje głos Castaigne'a, który, opierając się na badaniach Vaquez'a i Leconte'a, podaje, że niektórzy chorzy z bezwzględnie niedomogą serca, leczeni nieskutecznie naparstnicą, po wstrzyknięciu strofantyny, byli dosłownie wskrzeszeni (*ont été littéralement ressuscités*). W kilka godzin, a nawet szybciej, powraca sen, oddech i tętno staje się prawidłowe, zwiększa się ciśnienie krwi, wymiary serca znacznie się zmniejszają, ustępuje sinica, obrzęki i t. d. To przeobrażenie (*le miracle*) nie jest tylko przejściowe. „Leczenie strofantyną, przeprowadzone należycie, może dać poprawę, trwającą kilka miesięcy, a w pojedynczych przypadkach polepszenie ostateczne trwało (Vaquez i Leconte)“. Wobec nadzwyczajnych zalet strofantyny dziwić się można, że dotychczas nie znalazła ona szerszego zastosowania w praktyce lekarskiej. Niestety, stają temu na przeszkodzie silnie trujące własności tego leku oraz mniej lub więcej ciężkie powikłania, spostrzegane czasami po stosowaniu wstrzykiwań śródżylnych. U osobników wrażliwych, podobnie jak po

użyciu naparstnicy, mogą wystąpić nudności, wymioty i tętno bliźniacze (*p. bigeminus*), objawy te jednak nie mają poważniejszego znaczenia. Groźniejszym jest zespół objawów, w którego skład wchodzi dreszcze, gorączka, rozbiecie ogólne, sinica, ściskanie w klatce piersiowej (Castaigne). Przypadłości te trwają kilka godzin i ustępują bez śladu. Spostrzegano wreszcie przypadki nagłej śmierci wśród objawów ogólnego niepokoju i drgawek. Kottmann np. opisał przypadek śmierci nagłej, niemal błyskawicznej po wstrzyknięciu śródżylnem 0,6 mlgr. Wprawdzie Romberg i Braun powątpiewają, czy bezpośrednią przyczynę śmierci można kłaść zawsze na karb strofantyny, nie wyłączają jednak podobnej możliwości w tych razach, gdzie śmierć nastąpiła zaraz po wstrzyknięciu lub w ciągu pierwszej godziny. Niektórzy klinicyści, jak np. Barié, są zdecydowanymi przeciwnikami wstrzykiwań śródżylnych i śródmięśniowych, jakkolwiek przyznają, że skutek ich bywa nieraz zdumiewająco szybki i pomyślny. Inni wreszcie, jak Debove, Pouchet, Sallard zadawalają się podawaniem strofantyny do wewnątrz. Ze obawy i powściągliwości tych klinicystów mają swe uzasadnienie w trujących własnościach heroicznego leku, przekonałem się osobiście w dwóch przypadkach, spostrzeganych niedawno.

Przypadek I. M. S., lat 59, otyły, od lat 10 cukrzyca o przebiegu łagodnym. Od roku w związku z ruchem — napady duszniczy bolesnej z b. silnymi bólami w obydwóch rękach w okolicy łokci. W lecie 1918 r. cały szereg napadów, objawy względnej niedomogi serca, niemiarowość tętna. Od sierpnia poprawa, po każdym jednak ruchu — zmęczenie, duszność, bóle w klatce piersiowej i łokciach. W pierwszych dniach listopada byłem wezwany do chorego z powodu osłabienia serca i silnej duszności, które wystąpiły po większym wysiłku fizycznym. Badanie stwierdziło: Ciepłota prawidłowa, tętno około 110, miękkie, miarowe. W prawem płucę przesiek, sięgający powyżej kąta łopatki, w lewem — znacznie mniejszy. Drobną ilość rzężeń, kaszel suchy, męczący. Stłumienie serca powiększone w wymiarze poprzecznym. Granica prawa na linii przymostkowej prawej, lewa na sutkowej. Tętno serca głuche, brak szmerów. Brzuch wzdęty, dolny brzeg wątroby wymacuje się z trudnością w środku między wyrostkami mieczykowatym i pępkiem. Stopy lekko obrzękłe. Mocz 3—4 szklanki na dobę, ślady cukru i białka. Główną skargą chorego jest

duszność, bezsenność, niepokój. Dnie i noce chory spędza najchętniej w fotelu. Leczenie dyetetyczne, czyszczące, moczopędne, narkotyczne w połączeniu z wszystkimi środkami sercowymi nie sprawiło żadnej ulgi w cierpieniu. Stan chorego był coraz cięższy. Wreszcie po 3 tygodniach leczenia, w ciągu których chory zużył 2.0 naparstnicy, wobec beznadziejności położenia, uchwalono na naradzie lekarskiej wstrzyknąć śródżylnie 1 mlgr. strofantyny. Śmierć nastąpiła po upływie minuty, chory zdążył wymówić zaledwie kilka słów, wyraził zadowolenie z bezbolesności zabiegu, zwiesił głowę, i skonał bez kurczów i drgawek. Przyznaję, że ten przypadek nie jest bezwzględnie miarodajny. Nagła śmierć ludzi, cierpiących na dusznicę bolesną, jest tak częstem, codziennem niemal zjawiskiem, że i w tym razie można myśleć raczej o fatalnym zbiegu okoliczności, niż o związku przyczynowym. Istotnie przypuszczenie to nie da się z całą pewnością wykluczyć. Z drugiej jednak strony brak bólów stenokardycznych w ostatnich dniach przed śmiercią oraz w czasie zabiegu, niezwykła szybkość, z jaką śmierć po nim nastąpiła, wreszcie opisy mniej lub więcej podobnych spostrzeżeń — upoważniają do mniemania, że strofantyna mogła być bezpośrednią przyczyną nagłego porażenia serca.

Przypadek II. S. R., dziewczynka lat 16, chora na grypę hiszpańską. Początkowo przebieg choroby lekki, od 5-go dnia ciężki, w płucu prawem objawy zapalenia odoskrzelowego; później wysięk mętnawy surowiczowłóknikowy, który w następnych dniach dwukrotnie wypuszczono. Ciężota stale około 40 stopni. W dziewiątym dniu stan chorej znacznie się pogorszył, nastąpiło bredzenie, niepokój, przyspieszenie oddechu, sinica, tętno 140—150 nitkowate, prawa granica śtłumienia serca prawie na linii pośrodkowej mostka, pierwszy ton głuchy. W moczu duża ilość białka. Wobec groźnego stanu chorej wstrzyknięto śródżylnie niepełną ampułkę strofantyny (ampułka zawiera 0.001). W kilka minut po wstrzyknięciu niepokój znacznie się spotęgował, chora zaczęła się dusić, oddychać z trudnością, tętno stało się w najwyższym stopniu nieprawidłowe, chwilami zwalniało się do 30—40 uderzeń na minutę (bradycardia). Objawy zatrucia trwały około 5 godzin i stopniowo ustąpiły zupełnie. Wieczorem tego samego dnia chora czuła się lepiej, niż przed wstrzyknięciem strofantyny. Ostatecznie wysięk zropniał i po otwarciu jamy opłucnej chora wyzdrowiała.

Fakty powyższe sprawiły, że mimo początkowego zapału i kilku niewątpliwie pomyślnych przypadków, nie mogę być rzecznikiem strofantyny i przemawiać na korzyść szerszego jej stosowania w praktyce codziennej. Nie znaczy to jednak, żebym był bezwzględny jej przeciwnikiem i radził stosowanie jej zupełnie zaniechać. Taka postawa wobec bezsilności terapii w wielu przypadkach niedomogi serca, byłaby co najmniej nieuzasadniona. Chcę tylko podkreślić silnie trujące własności wstrzykiwań śródżylnych oraz konieczność stosowania ich nadzwyczaj ogólnie, ostrożnie. Przedewszystkiem należy dokładnie

ustalić i rozważyć w każdym przypadku wskazania i przeciwwskazania. Wszyscy klinicyści zgadzają się jednogłośnie, że najwłaściwszym polem do stosowania strofantyny są przypadki najcięższej niedomogi serca, w których zachodzi potrzeba szybkiej, doraźnej pomocy. Wobec zagrażającego bezpośrednio życiu niebezpieczeństwa, ryzyko lekarza jest względnie małe, a tymczasem strofantyna może czasami uratować chorego od niechybnej śmierci. Na drugim miejscu, idąc za głosem Brauna, możemy postawić przewlekłą niedomogę serca, leczoną nieskutecznie naparstnicą i innymi środkami sercowymi. U dwóch tego rodzaju chorych z niedomogą bezwzględną na tle przewlekłego zapalenia mięśnia sercowego, widziałem skutek bardzo dodatni po jednorazowym wstrzyknięciu do żyły 1 mlgr. Ale w tych właśnie przypadkach konieczna jest zdwojona ostrożność. Po pierwsze, większość tych chorych leczona jest przez czas dłuższy lub krótszy naparstnicą i nalewką strofantusa, nie wyłączona więc jest możliwość działania zbiorowego już po pierwszym wstrzyknięciu (Hoeppfner, Kottmann). Chcąc się zabezpieczyć z tej przynajmniej strony, nie należy nigdy wstrzykiwać strofantyny chorem, którzy bezpośrednio przedtem brali większe dawki naparstnicy i strofantusa. Nawet po wstrzyknięciu strofantyny lepiej wstrzymać się od podawania tych środków do wewnątrz, o ile naskutek pomyślnego, lecz krótkotrwałego wyniku, zamierzamy wstrzyknięcie powtórzyć. Powtóre, baczną uwagę należy zwrócić na stan nerek. Zdaniem Vaqueza, chorzy na przewlekłe zapalenie nerek nie nadają się zupełnie do leczenia strofantyną, ponieważ wiele przypadków śmiertelnych powikłań ma swe źródło w zmniejszonej przepuszczalności i upośledzeniu ich funkcji.

Jako trzecie wskazanie do stosowania strofantyny, możemy uważać osłabienie czynności serca w przebiegu zapalenia płuc i niektórych zakażeń septycznych. Osobiście stosowałem strofantynę śródżylnie (1 mlgr.) w trzech przypadkach grypy hiszpańskiej, w dwóch z wynikiem dodatnim, w jednym bez żadnego wpływu. Miałem wrażenie, że u jednej chorej jednorazowe wstrzyknięcie 1 mlgr. poprawiło znacznie samopoczucie i czynność serca, mimo że wysoka gorączka trwała dalej bez zmiany.

Szybka poprawa krążenia krwi pod wpływem strofantyny łatwo może prowadzić do uruchomienia skrzepów, znajdujących się w sercu i do powstawania zatorów. Stąd też przeciwwskazaniem do jej użycia będzie nie-

domoga serca na tle zapalenia wsierdza oraz tętniaki tętnicy głównej. Należy jej również unikać w niektórych postaciach niemiarowości i zwolnienia tętna. Osobiście do przeciwwskazań zaliczyłbym niedomogę serca, powikłaną dusznicą bolesną, a to ze względów, wyłuszczonych w opisie pierwszego przypadku.

Niepomyślne wyniki dotychczasowego leczenia można do pewnego stopnia złożyć na karb zbyt dużej i trującej dawki. Dawka o połowę mniejsza, czyli 0,5 mlgr. do wstrzykiwań śródżylnych powinna zupełnie wystarczyć. Ale i tę dawkę, podług Brauna względnie szkodliwą, trzeba stosować ostrożnie, po dokładnem rozważeniu wszystkich okoliczności, omówionych wyżej. W niektórych przypadkach jednorazowe wstrzyknięcie sprowadza pożądany skutek. Częściej jednak, w razie dobrego znoszenia leku, wypadnie wstrzyknięcie nazajutrz ponowić i stosować je w dalszym ciągu co 2—3 dni, ogółem 3—5 razy aż do pomyślnego wyniku. Po dwutygodniowej przerwie, w czasie której podajemy choremu te lub inne środki sercowe, z wyjątkiem strofantusa i naparstnicy, możemy leczenie

strofantyną rozpocząć na nowo (Braun). Ponieważ wstrzykiwania śródmięśniowe są mniej niebezpieczne od śródżylnych, Vaquez dla wypróbowania wrażliwości chorego radzi robić dwa pierwsze wstrzyknięcia po 0,5 mlgr., oddzielone przerwą 24-godziną w mięśnie pośladkowe. Trzecie wstrzyknięcie w ilości 1 mlgr. może być śródmięśniowe lub nawet śródżylne i t. d. W ten sposób, jak mówi Castaigne, można wprowadzić do ustroju większe ilości strofantyny.

Wstrzykiwania podskórne nie są stosowane z powodu nadzwyczajnej bolesności i różnych powikłań, jakoto twardych i bolesnych nacieków, martwicy skóry, ropni aseptycznych. W końcu uważam za konieczne nadmienić, że istnieją w handlu dwa gatunki strofantyny: bezpostaciowa i krystaliczna, wyrabiana przez firmę Mercka i więcej trująca od pierwszej. W praktyce lepiej posługiwać się strofantyną bezpostaciową, która powinna znajdować się w aptekach w rurkach wyjąłowanych dwojakich po 0,5 i 1 mlgr. w 1 cm. sz. wody. Strofantynę krystaliczną stosuje się w dawkach o połowę mniejszych.

PIŚMIENNICTWO.

1) E. Barié. *Traité pratique des maladies du coeur et de l'aorte*. Paris. 1912.

2) J. Castaigne et Ch. Esmein. *Maladies du coeur*. 1912.

3) Prof. dr L. Braun. *Diagnose und Therapie der Herzkrankheiten*. Berlin. 1913.

4) Prof. dr A. Hoffmann. *Funktionelle Diagnostik und Therapie der Erkrankungen des Herzes und der Gefäße*. Wiesbaden. 1911.

5) Dr E. Romberg. *Lehrbuch der Krankheiten des Herzes und der Blutgefäße*. 1909.

Erythrodermia congenitalis ichthyosiformis i jej stanowisko w grupie chorób przerostowych naskórka.

Podał

Dr Robert Bernhardt.

Ordynator szpitala Św. Łazarza w Warszawie.

Z grupy chorób przerostowych naskórka (*keratoses*) L. Brocq wyodrębnił w 1902 r. postać kliniczną, której nadał nazwę: *Erythrodermie congénitale ichtyosiforme avec hyperépidermotrophie*. Odróżniał pozatem odmianę suchą (*une forme sèche*) oraz odmianę pęcherzową (*avec bulles*). Stanowisko swoje uzasadniał analizą 6 spostrzeżeń: własnych (2), P. Nikolsky'ego (1), E. Vidal'a (1), G. Thibierge'a (2) nadmieniając, że w piśmiennictwie mógł odnaleźć jeszcze 10 spostrzeżeń (razem 16), prawdopodobnie należących do podanego przez niego objawozbioru. Jako ob-

jawy charakterystyczne pierwotnie wysunięte zostały: 1) istnienie cierpienia od chwili urodzenia, przyczem objawy skórne trwają niemal bez zmiany, podlegają jeno wahaniom w natężeniu i nieco łagodnieją z biegiem lat; w przypadkach odmiany pęcherzowej pęcherze przestają się tworzyć w miarę zbliżania się do wieku dojrzałego; 2) rozlane uogólnione zaczerwienienie skóry (*erythrodermia*), występujące głównie i najwybitniej na twarzy, szyi, w zgięciach stawowych, na kończynach; 3) uogólnione nadmierne rogowacenie naskórka (*hyperkeratosis*), sięgające największego

rozwoju właśnie w miejscach zazwyczaj oszczędzanych przez t. zw. łuskę rybią (*ichthyosis vulg.*) i umiejscawiające się też chętnie na dłoniach i podeszwach; 4) nadmierna nieraz wybujałość brodawek skóry, zwłaszcza na szyi, karku i w zgięciach stawów wielkich; 5) nadzwyczajnie szybkie wyrastanie paznokci i włosów (*hyperemidermotrophia*); 6) obfity łojotok skóry głowy, zaś słabszy twarzy, wreszcie 7) tworzenie się pęcherzy.

Poglądy Brocq'a zostały potwierdzone i poniekąd poszerzone przez E. Langlet'a (1902). Niebawem jednak wyjaśniło się, że objawozbiór, przez Brocq'a podany, nie może być zachowany w całej swej rozciągłości. Rozbiór krytyczny niektórych dawniejszych przypadków np. Glawtsche-Mieszczerski'ego, głównie zaś nowe spostrzeżenia Langlet'a Brocq-Fernet'a, Nicolas-Jambon'a, a również, jak sądzę, stanowisko w tej sprawie G. Thibierge'a wykazały, że niektóre objawy przez Brocq'a jako charakterystyczne opisane bynajmniej nie należą do stałych. Dotyczyło to łojotoku, rogowca dłoni i podeszew, zaś w pierwszym rzędzie — nadmiernie szybkiego porostu włosów i odrastania paznokci — a więc objawu, do którego pierwotnie przywiązywano bardzo wielką wartość różnicoworozpoznawczą. Stwierdzono bowiem, że włosy i paznokcie nie tylko mogą być zupełnie normalne, lecz ponadto zwrócono uwagę na okoliczność, iż w niektórych spostrzeżeniach mamy do czynienia z objawami wręcz przeciwnymi do t. zw. hyperepidermotrophia — a więc ze zjawiskami zanikowymi (*hypotrophia unguium et pilorum*).

Fakt ten podniósł zresztą już Langlet (1903 r.) nadmienając, że w omawianej sprawie chorobnej spostrzegać można nawet zupełny brak wrodzony włosów oraz kompletny niedorozwój paznokci. W analogii do tego zaznaczyć też należy, że o ile w niektórych spostrzeżeniach rogowiec dłoni i podeszew nie występował wcale, o tyle w innych notowano zanik i objawy retrakcji skóry dłoni i palców rąk, przyczem te ostatnie niekiedy posiadały wygląd jak przy twardzinie skóry (Glawtsche-Mieszczerski, Langlet, Hallopeau-Roy). Spostrzegano pozatem objawy zanikowe jeszcze w innych miejscach ciała np. na twarzy i kończynach. Te i podobne dane niewątpliwie zniechęciły Brocq'a do okrojenia objawozbioru przezeń wyodrębnionego. W 1908 r. z okazji przedstawienia odnośnego spostrzeżenia w Towarzystwie dermatologów francuzkich oświadczył on, iż tego rodzaju schorzenia skóry należy odtąd nazywać: *erythrodermia*

ichthyosiformis congenitalis, podnosząc przez to 3 kardynalne objawy, bez których istnienia rozpoznanie omawianej tutaj sprawy chorobnej byłoby nie do pomyślenia. Tak stoi sprawa ta po dzień dzisiejszy, nie przez wszystkich jednak dermatologów w zupełności uznana. Nie ulega jednak wątpliwości, że wśród wrodzonych schorzeń przerostowych naskórka napotkać można przypadki, których obraz kliniczny w czystej swej postaci najzupełniej odpowiada wymaganiom stawianym przez Brocq'a. Inna rzecz, jak kwalifikować tego rodzaju spostrzeżenia, inna też jest sprawa, jak należy zapatrywać się na częste współczesne występowanie objawów drugorzędnych, niestających i jak zjawisko to objaśnić. Zawile te kwestye będą przedmiotem późniejszych moich rozważań, obecnie zaś przytoczę 4 własne spostrzeżenia, które, jak sądzę, najzupełniej odpowiadają temu, co mamy i powinniśmy rozumieć pod nazwą opisową: *erythrodermia ichthyosiformis congenitalis*.

I. 16-letnia E. M. R. Rodzice żyją i posiadają skórę zupełnie normalną. Z rodzeństwa jedna z 5 sióstr ma, wedle relacji, zmiany na dłoniach i przedramionach podobne do spostrzeganych u pacjentki. Z rodziny dalszej nikt nie jest dotknięty analogicznym schorzeniem skóry.

Cierpienie niniejsze jest wrodzone (istnieje od urodzenia). Pacjentka przypomina sobie, że przebieg choroby był niezawsze jednakowy. Do lat 10 stan skóry był dużo gorszy, a zwłaszcza na dłoniach i podeszwach zgrubienie naskórka było o wiele znaczniejsze. Po 10-tym roku życia wygląd skóry nieco się poprawił zarówno pod względem łuszczenia, jak i zaczerwienienia. Wogóle zaś zauważyła, że latem zawsze czuje się lepiej niż w zimie, gdyż wówczas skóra łuszczy się o wiele mniej. Na swędzenie nie uskarża się, choć niekiedy występuje ono jako objaw szybko przemijający. Poza skórą pacjentka jest zupełnie zdrowa i normalnie rozwinięta fizycznie i intelektualnie. Z chorób wieku dziecięcego przechodziła błonice.

Przy badaniu stwierdzono co następuje. Skóra głowy owłosionej jest pokryta obfitymi drobnymi szarobiaławymi łusczkami, tworzącymi dosyć grubą warstwę. Włosy tłuste, dosyć rzadkie i krótkie. Pacjentka nie zauważyła zwiększonej szybkości porostu włosów i wyrastania paznokci.

Skóra twarzy wyraźnie różowa, sucha, umiarkowanie się łuszczy. Na szyi jest ona sucha, barwy czerwonej o intensywności średniej; na powierzchniach bocznych szyi widać liczne drobne rozrosty brodawkowate. Na tułowie do wysokości III żebra skóra posiada wygląd prawie normalny, poniżej zaś oraz na brzuchu i na plecach barwa jej jest taka, jak na szyi. Przejście koloru czerwonego w normalnie zabarwioną skórę odbywa się bardzo stopniowo. W miejscach wskazanych skóra jest wszędzie sucha i łuszczy się obficie. Łuska biała, białoszara sięga wielkości paznokcia palca małego i w części swej środkowej niekiedy dosyć mocno przylega do skóry. Po usunięciu takiej łuski skóra wydaje się soczysta,

jakby nieco wilgotna. Na brzuchu bliżej fałd pachwinowych można stwierdzić pewną wybujałość brodawek skórnych.

Na kończynach górnych skóra posiada barwę czerwoną, bledszą na ramionach, ciemniejszą na przedramionach, zaś z odcieniem fioletowym na powierzchniach grzbietowych palców rąk. Dosyć gruba obfita łuska pokrywa zarówno powierzchnie zginaczy, jak i wyprostne. Najgrubsze nawarstwienia można stwierdzić w okolicy łokciowej, w zgięciach łokciowych i w okolicach napiętkowych. W tych miejscach łuski posiadają zabarwienie ciemnoszare. W zgięciach łokciowych obecność rozrostów brodawkowych 1—2 mm. wysokości. Dłonie i palce rąk są suche, pokryte dosyć grubą brudnoszarą warstwą rogową; bruzdy wybitnie zaznaczone. Paznokcie nie zdradzają większych zmian ponad pewną nierówność powierzchni; niektóre są wzdłuż prążkowane (rys. 1).

Rys. 1.



Zmiany analogiczne, lecz w stopniu o wiele wyższym, stwierdzamy też na kończynach dolnych (rys. 2). Tutaj przede wszystkim uderza czerwony kolor skóry oraz znaczne zgrubienie warstwy rogowej i nagromadzenie łusek na kolanach, w jamkach podkolanowych i na grzbietach stóp. Zabarwienie tych okolic jest brudnobrązowe, podczas gdy w innych miejscach kończyn dolnych łuski są jasnoszare i o wiele cieńsze, aczkolwiek dosyć duże. W jamkach podkolanowych wyraźne rozrosty brodawkowe. Podeszwy stóp wraz z piętami i palcami są pokryte grubą warstwą masy rogowej. Wywierają one takie wrażenie, jakby były oblepione warstwą brudnego popękanego w głębokie bruzdy wosku (rys. 3).

Podczas kilkotygodniowego pobytu chorej na moim oddziale szpitalnym (1914 r.) nie można było stwierdzić żadnych zmian zasadniczych w stanie skóry. Pewnym wahaniom podlegały: stopień zaczerwienienia, zgrubienie warstwy rogowej naskórka oraz ilość łusek, co naturalnie przypisać należy w pierwszym rzędzie — stosowanym zabiegom leczniczym.

Rys. 2.



Rys. 3.



Drobnowidowe badanie skóry pochodzącej z przedramienia.

Warstwa rogowa naskórka jest znacznie zgrubiała; składa się z listków mocno zbitych w pokładach dolnych, zaś luźniej ułożonych w górnych, przyczem powierzchnia wyraźnie się złuszcza. W dolnej części po

mienionej warstwy widać niemało dosyć dobrze zachowanych i barwiących się jąder komórkowych (*parakeratosis*). Na warstwę ziarnistą składają się 3—4 rzędy komórek z obfitą zawartością keratohyaliny. Na granicy obu tych warstw tu i owdzie dostrzedz można trochę mocno błyszczących okrągłych ciałek różnej wielkości—widocznie hyalinowych. Warstwa komórek kolczastych uległa znacznemu zwiotczeniu. Miejscami sprowadza się ona za ledwie do 3—4 rzędów komórek — pozatem zupełnie prawidłowych. Warstwa podstawowa jest złożona z jednego rzędu komórek walcowatych o wyglądzie zwykłym, które jednak zawierają znaczną ilość rudego barwika. Ten ostatni w postaci drobnych ziarenek znajduje się też pomiędzy wzmiankowanymi komórkami. Figur dzielenia się jąder, jak również większej liczby komórek wędrujących nie widać w naskórku.

Warstwa brodawkowa skóry jest miejscami niemal zupełnie wygładzona, miejscami znacznie spłaszczona. Gdziekolwiek jednak brodawki są o wiele wyższe od normalnych i poprzegradzane wydłużonymi lecz cienkimi soplami naskórkowymi. Długość tych sopl międzybrodawkowych zazwyczaj nie przekracza potrójnej szerokości warstwy rozrodczej naskórka. W miejscach odpowiadających takim soplom naskórek wraz z zgrubiałą warstwą rogową tworzy odpowiednie wnęki, wskutek czego całość czyni wrażenie rozrostów brodawkowatych w okresie początkowym. Naczynia krwionośne brodawek skóry oraz pozioma sieć naczyniowa warstwy podbrodawkowej są znacznie rozszerzone, zaś światło naczyń jest niekiedy szczelnie wypełnione krwią. Śródbłonek zgrubiał, komórki jego obrzmiałe, wysokie z dobrze zachowanym jądrem. Rozszerzonym naczyniom krwionośnym niemal wszędzie towarzyszy mniej więcej obfity naciek komórkowy, który zresztą nigdzie nie tworzy skupień i ognisk. Składa się on niemal wyłącznie z młodych komórek tkankolącznowych oraz z komórek okrągłych typu limfocytów. Większej liczby leukocytów nigdzie nie spotykałem. W warstwie brodawkowej i podbrodawkowej ilość stałych komórek tkankolącznowych zdaje się być wogóle wzmożona. Tutaj też widać trochę ziarenek i bryłek barwиковych.

W głębszych pokładach skóry właściwej nie mogłem stwierdzić żadnych wybitniejszych zmian. Tkanka sprężysta jest dobrze zachowana. Torebki włosowe wraz z włosami oraz gruczoły potowe wszędzie posiadają wygląd zupełnie prawidłowy. W skrawkach przeze-

mnie badanych gruczołów łojowych nie zdołałem wykryć.

II. 56 letnia K. Uskarża się na bóle w podbrzużu prawem, l rak łaknienia, odbijanie po jedzeniu, bóle w stawach oraz suchość skóry.

Pacjentka twierdzi z całą stanowczością, że schorzenie skóry trwa od urodzenia, na co jej matka wielokrotnie zwracała uwagę wobec bezowocnych prób leczenia. Do lat 30 stan skóry miał być o wiele gorszy niż obecny, szczególnie na dłoniach i podeszwach. Cierpienie skóry podlegało widocznym wahaniom w sensie poprawy i pogorszenia. Związczą po 30 roku życia coraz częściej występowały okresy poprawy, trwające dosyć długo. W sezonie zimowym łuska zazwyczaj bywa obfitsza, przyczem niekiedy zjawia się niezbyt dotkliwie i niedługotrwałe swędzenie. Nikt z rodzeństwa ani rodzice nie mieli analogicznego cierpienia. Z 4 dzieci pacjentki żadne nie odziedziczyło po niej skóry chorej od urodzenia.

Gdym widział pacjentkę po raz pierwszy w 1910 r., powłoki skórne miały wygląd, jak poniżej.

Skóra głowy pokryta cienką warstwą drobnych białawych łusczek, słabo przylegających. Włosy tłustawe nierzadkie, niezbyt krótkie. Skóra twarzy ciemnoróżowa, sucha. Łuszczenie występuje dopiero przy drapaniu paznokciem. Na nosie i policzkach trochę rozszerzonych naczyń włoskowatych (*teleangiectasia*). Skóra szyi ma wygląd normalny.

Na tułowie, mniej więcej od linii sutkowej, także na brzuchu i w okolicy lędźwiowej skóra posiada rozlaną barwę czerwoną, która ku górze stopniowo przechodzi w kolor normalny skóry, ku dołowi zaś zlewa się z zaczerwienieniem pośladków i ud. W miejscach wskazanych skóra jest sucha i łuszczy się niezbyt obficie. Łuska niegruba, szarobiaława, kształtu nieprawidłowego mocniej przylega tylko na powierzchniach bocznych tułowia. Kończyny górne zmienione na całej przestrzeni. Okolice barkowe i ramiona wyglądają tak, jak skóra brzucha. Stosunkowo silniejsze zaczerwienienie widać w pachach, gdzie również można stwierdzić umiarkowany rozrost zrogowaciałych brodawek. Łokcie, zgięcia łokciowe, przedramiona, grzbiety rąk są obficie pokryte dosyć grubą twarłą łuską kształtu mniej więcej czworobocznego, barwy szarobiaławej do brudnożółtawej. Łuski leżą blisko jedna obok drugiej, pozostawiając między sobą najwęższe szczelinki, poprzez które prześwieca skóra zaczerwieniona. Wygląda to jak siatka, której nici są czerwone, zaś oka wypełnione szarobiaławą łuską. Całość czyni wrażenie skóry węzowej (*ichthyosis serpentina*).

Obraz niemal identyczny widzimy na skórze kończyn dolnych, a mianowicie na pośladkach, w pachwinach, na udach, goleniach i grzbietach stóp. Nawarstwienie najgrubsze stwierdzić można na kolanach, w jamkach podkolanowych i w okolicy kostkowej, rozrosty brodawkowe—w pachwinie. Zmiany skóry sromu są takie, jakie podawałem w opisie tułowia. Na dłoniach i podeszwach objawy keratodermii w stopniu umiarkowanym. Paznokcie palców ręki i stóp zgrubiałe, zwłaszcza ich końce wolne są mętne, poorane w bruzdy i kolumny. Paznokcie paluchów szponowate (*onychogryphosis*).

Przyspieszonego wyrastania paznokci i porostu włosów pacjentka nie spostrzegła nigdy.

Na prawem ramieniu oraz obu udach — po jednym łuszczeniu do wielkości orzecha laskowego.

Pozatem badanie wykryło: niezbyt przewlekły żółtaczka, zgrubienie stawów międzypalcowych rąk, ograniczenie ruchomości i trzeszczenie w stawach kolanowych.

W okresie czasu 1910—1914 r. widywałem chorą 2—3 razy do roku. Wygląd skóry był zawsze mniej więcej taki sam, co jest dosyć zrozumiałe, jeżeli uwzględnimy, iż chora zwracała się do lekarza tylko w okresach pogorszenia.

III. 3-letnia R. B. Cierpienie skóry istnieje od urodzenia. Wedle słów b. inteligentnej matki, dziecko zaraz po urodzeniu wyglądało jak „uogotowany rak”. Wyrazne łuszczenie rozpoczęło się już w 1—2 tygodniu życia, przyczem skóra była zawsze b. sucha, zwłaszcza zaś dłonie i podeszwy. Włosy i paznokcie wymagają stosunkowo częstego strzyżenia, względnie obcinania, gdyż rosną o wiele szybciej, niż u innych dzieci w rodzinie. Cierpienie to nie jest dziedziczne; braciśzek starszy jest zupełnie zdrowy.

Przy oględzinach mogłem stwierdzić, że powłoki skórne uległy zaczerwienieniu na całym ciele. Na twarzy i szyi skóra posiada barwę jasnoczerwoną, na tułowiu — ciemnoczerwoną, zaś na kończynach zwłaszcza dolnych, występuje wyraźny odcień czerwono-fioletowy. Gęsto owłosioną skórę głowy pokrywa cienka warstwa drobnych suchych łuszek. Skóra twarzy sucha, jakby lśniąca, gdzie-niegdzie się łuszczy. Na karku wyraźne rozrosty brodawkowe do 3 mm. wysokie, uwieńczone na wierzchołkach dosyć grubą warstwą rogową barwy ciemnopopielatej. Na szyi, tułowiu i w okolicy sromowej obfite łuszczenie otrębowate. Stosunkowo największe zmiany znajdujemy na kończynach, zwłaszcza dolnych. Tutaj widać dosyć grubą warstwę łusek barwy szarobiaławej, występujących zarówno na powierzchni zginaczy, jak i na wyprostnych. Łuski sięgają wielkości paznokcia palca małego i najobficiej się nagromadzają w pachach, zgięciach łokciowych i jamkach podkolanowych, na łokciach i kolanach, na goleniach, na grzbiecie rąk i stóp. Słabo zaznaczone rozrosty brodawkowe można stwierdzić w zgięciach łokciowych i jamkach podkolanowych. Dłonie i podeszwy zmienione jak w keratodermii w stopniu umiarkowanym. Paznokcie nieco zgrubiałe, wzdłuż prążkowane z objawami *hyperkeratosis subungualis*.

Dziecko jest dobrze rozwinięte i poza skórą zupełnie zdrowe. Gruczoły chłonne nie powiększone. Rzadko kiedy się drapie.

IV. 21-letnia p-na R-n. zwróciła się do mnie z powodu wrodzonego cierpienia skóry, nie powodującego wyraźnego i dokuczliwego swędzenia. Dąży głównie do poprawy rąk, które ją szpecą i po części utrudniają wykonywanie niektórych robót. Ojciec i siostra starsza mają od urodzenia także dłonie i stopy, jak i nasza pacjentka, pozatem jednak skórę zupełnie zdrową. Siostra młodsza przeciwnie; ma podobno zdrowe ręce i stopy, natomiast suchą słabo łuszczącą się skórę w innych miejscach ciała. Matka, którą widziałem, jest zupełnie zdrowa.

Na skórze głowy widać obfity, suchy, sypią-

cy się łupież. Włosy nie tłuste, gęste i długie, bardzo piękne, nie rosną nazbyt szybko. Skóra twarzy łojotokowa, wyraźnie różowa. Szyja i połówka górna tułowia jest zaczerwieniona, barwy bladoczerwonej, sucha, pokryta drobną srebrzystobiałą łuszczką. Takież zmiany o charakterze rozlanym występują też na ramionach i przedramionach, tylko łuska jest tutaj nieco grubsza i większa. Na dłoniach wybitna keratodermia w stopniu o wiele znacniejszym, niż np. w mojem spostrzeżeniu I. Nie ogranicza się ona do właściwej dłoni tylko, lecz sięga również na powierzchnię zginaczy okolicy napięstkowej, gdzie kończy się linią ostrą. Na powierzchniach grzbietowych palców oraz na grzbiecie rąk skóra jest barwy brudnożółtawej, zgrubiała, twarda, sucha, o wybitnie rozwiniętych bruzdach. Wygląda jak skóra ludzi starych i spracowanych.

Kończyny dolne zmienione w sposób zupełnie analogiczny, tylko napięcie sprawy chorobnej jest tutaj o wiele wyższe. Skóra ud i goleni, nie wyłączając pachwin i jamek podkolanowych, ma zabarwienie czerwone, czerwono-fioletowe i pokryta jest warstwą grubych dosyć dużych łusek. Łuski są ułożone tak, jak w *ichthyosis serpentina*. Powierzchnie grzbietowe stóp wyglądają zupełnie tak samo, jak także powierzchnie rąk. Podeszwy w stanie keratodermii w stopniu b. wysokim. Paznokcie palców stóp — normalne, rąk raczej zanikowe: miętkie, cienkie, kruche i łamliwe, o wolnym brzegu nierównym, wzdłuż poprzętkowane i usiane drobnymi dołeczkami.

Streszczając opis powyższy musimy powiedzieć, że w przytoczonych spostrzeżeniach mamy do czynienia z cierpieniem wrodzonym skóry. Cierpienie to znamionują: rozlane zaczerwienienie oraz uogólnione nadmierne rogowacenie naskórka o wyglądzie ichtyotycznym. Sprawa rogowacenia nadmiernego występuje zarówno na powierzchniach zginaczy, jak i na wyprostnych, bynajmniej nie oszczędzając zgięć stawów wielkich. Widoczna też jest na twarzy i w okolicy sromowej. Rozrosty brodawek skóry spostrzegałem na karku, powierzchniach bocznych szyi, pod pachami i w zgięciach stawów wielkich. Keratodermię dłoni i podeszew — niekiedy b. wybitną — notowałem we wszystkich moich spostrzeżeniach. Zwiększoną szybkość porostu włosów i odrastania paznokci (*hyperepidermotrophia*) stwierdziłem tylko w jednym przypadku. Paznokcie były albo zupełnie prawidłowe, albo też mało zmienione. Jeden zaś raz były zanikowe (ręce) i raz jeden szponowate (paluchy). Obecność łojotoku wilgotnego twarzy mogłem stwierdzić tylko u jednej z 4-ch chorych.

Podane spostrzeżenia są zatem dosyć jednolite pod względem obrazu klinicznego i w zarysach ogólnych nie różnią się od opisów typowych postaci *erythrodermiae congenitalis ichthyosiformis*, skreślonych przez innych autorów. W przypadki takie piśmien-

nictwo jednak nie obfituje. C. Brulins zebrał spostrzeżenia, dotyczące t. zw. *ichthyosis atypica* aż do r. 1911. Z zestawienia tego, obejmującego 41 autorów (po części nawet z okresu czasu do roku 1902, a więc przed pracą Brocq'a), można, jak sądzę, wydzielić nie więcej niż 25 przypadków, widocznie dotyczących omawianego tutaj cierpienia skóry. Są to spostrzeżenia Tommasoli'ego (1), Nikolsky'ego (1), Sangster'a (1), Cabot'a (1), Thibierge'a (2), Glawtsche - Metscherski'ego (1), Heuss'a (2), Fournier'a (1), Rasch'a (1), Brocq'a (2), Vidal'a (1), Brandweiner'a (1), Danlos'a (1), Chirivino (1), Nicolas-Favre'a (1), Nicolas-Jambon'a (I spostrz.), Brocq-Fernet'a (2), Terebińskiego (jeden z dwu), Jadassohn'a (3). Z pozostałych spostrzeżeń niektóre prawdopodobnie wcale nie należą do zajmującej nas sprawy, inne znowu mogłyby być tutaj wcielone tylko z bardzo wielkimi zastrzeżeniami, gdyż niewątpliwie pozwalają na zgoła odmienne tłumaczenie faktów klinicznych i dlatego nie powinny być, moim zdaniem, klasyfikowane jako *erythrodermia cong. ichth.* (np. spostrzeżenie Elliot'a, Thibierge'a (1892), Giovani'ego, Hallopeau-Jeanselme'a, vom Zumbusch'a).

Co się tyczy piśmiennictwa doby ostatniej (od 1912 r.), to udało mi się zebrać następujące nowe spostrzeżenia, do których dodać muszę jeszcze kilka starszych, nie uwzględnionych przez Bruhnsa¹⁾.

L. Bizard et Langevin. *Erythrodermie congénitale ichtyosiforme avec hyperépidermotrophie* (1908). 38-letnia kobieta. Cierpienie skóry miało powstać dopiero w 13 miesiącu życia. Zmiany ichtyotyczne miejscami o charakterze *ichthyosis hystrix*. Zajęcie zgięć stawów wielkich. Keratodermia dłoni i podeszew. Powstawanie pęcherzy. Włosy na głowie łojotokowej rzadkie, meszek obfity. Paznokcie i włosy odrastają b. prędko. Z 7-ga dzieci troje cierpiało od urodzenia na łuszczącą się pęcherzową erythrodermię.

R. Schonnefeld. *Ein Fall von Erythrodermia congenita partialis* (1909). 40-letnia kobieta z wrodzonym cierpieniem skóry. Twarz, głowa, szyja, kark, ręce i dolne $\frac{1}{3}$ przedramion trwale zabarwione na kolor bru-

natnoczerwony, łatwo wpadający w miedziatnoczerwony przy najłżejszych emocjach. Kolor ten przechodzi w normalne zabarwienie skóry bez granicy ostrej. Skóra twarzy cienka nie łuszcząca się, na karku i powierzchniach bocznych szyi posiada wygląd groszkowaty, zaś łuszczy się na tułowiu. Nadmierne zrogowacenie naskórka dłoni. Obfity meszek, nadmierne owłosienie wargi górnej ust oraz brody. Paznokcie prawidłowe.

G. Pernet. *Bullous ichthyosis* (1911 r.). 4 $\frac{1}{2}$ miesięczne dziecko chore od urodzenia. Skóra czerwona, łuseczki drobne szarawe. Twarz względnie słabo zajęta. Dłonie i podeszwy wolne. Tworzenie się pęcherzy. Matka ma skórę suchą, łuszczącą się niewiele.

C. Bruhs. *Die atypischen Ichthyosis-fälle etc.* (1912). 3-letnie dziecko. Cierpienie wrodzone. Zmiany ichtyotyczne skóry w wielu miejscach o wyglądzie jeżowatym (*hystrix*). Zajęcie twarzy, zgięć stawowych, dłoni i podeszwy. Objawy zaniku i retrakcji na twarzy i goleniach. Zaraz po urodzeniu skóra dziecka była wybitnie czerwona (jak u „świeżo obciągniętego zajęcia”), obecnie jest ona żółtobrunatnawa na twarzy, ciemnobrunatna na tułowiu i kończynach.

E. Galewsky. *Ueber Erythrodermia congenitalis ichthyosiformis* (1912). 3 spostrzeżenia dotyczące schorzenia wrodzonego skóry. 1) 20-letnia dobrze zbudowana dziewczyna. Głowa, twarz, ramiona, piersi i plecy zabarwione na kolor czerwobrunatny, żółtawy, przy emocji przechodzący w miedziany. Całość przypomina barwę czerwonoskórych. Skóra posiada wygląd ichtyotyczny. Słabo łuszczy się na twarzy, obficie w innych miejscach, zwłaszcza zaś na szyi i w zgięciach stawowych. Keratodermia dłoni. Paznokcie zgrubiałe. 2) 16-letnie dziewczę. Żółtoczerwone zabarwienie skóry z odcieniem brunatnoczerwonym na twarzy i przedramionach. Łuszczenie jak w przypadku pierwszym. Keratodermia dłoni i podeszwy. 3) Rzecz dotyczy mężczyzny o zmianach skóry zupełnie podobnych do spostrzeżenia 1-go i 2-go. Barwa skóry była tutaj jednak o wiele czerwiejsza zwłaszcza na twarzy, gdzie przypominała kolor indyanina. Keratodermia dłoni i podeszew. Nieznaczne zgrubienie paznokci.

(Dok. n.).

¹⁾ Zestawienie poniższe prawdopodobnie nie jest kompletne, gdyż okoliczności chwili bieżącej nie pozwoliły mi na wyczerpujące uwzględnienie piśmiennictwa francuskiego, angielskiego etc.

ODCINEK.

Literatura naukowa na usługach polityki.

Podał

Stanisław Serkowski.

W czasie wojny ustalił się specjalny rodzaj literatury, rzekomo naukowej, będącej na usługach polityki. W każdym kraju starano się przedstawić życie lub karmienie jeńców wojennych w sposób bardzo optymistyczny: oczywiście, tego rodzaju „prace” przeznaczone były na eksport. Poważne czasopisma nie wahały się umieszczać tego rodzaju pseudo-naukowych traktatów. I o nas—o Polsce, stosunkach kraju pod względem sanitarnym, o rzekomych polepszeniach stanu zdrowotnego kraju w ciągu ostatnich lat — zjawilo się niemało „prac” o tendencyjnym charakterze politycznym lub z przejawiskawieniem faktów rzeczywistych. Autorzy tych elukubracji w prasie niemieckiej nie krępowali się, byleby tylko swoją działalność przedstawić w jaknajlepszym świetle. Kilkakrotnie już miałem sposobność streszczania i protestowania—niestety, dotychczas tylko w polskim języku—przeciw takim tendencyjnym utworom.

Ostatnio znów mam do zanotowania dwie „prace” łódzkie w „Zeitschr. f. Hygiene u. Infekt. 1918 r.”¹⁾ Obie prace zawierają mało rzeczowych danych. Tak np. wnioski Cronera (str. 84) są oddawna powszechnie znane, jak np.: „Wśród ludności cywilnej w Polsce obie płcie zapadają na dur wysypkowy w jednakowym stopniu”, lub „młodsze osobniki zapadają częściej od starszych” i t. p. Drugi z tych autorów (Thiele) dochodzi do wniosku, że w największej liczbie przypadków mleko jest rozcieńczane do 20% wodą, że mleko z większych majątków jest lepsze, niż z drobnych gospodarstw i t. p. Natomiast jeden i drugi autor dają folgę swym temperamentom i przykład „prac”, będących na usługach polityki i własnego interesu. Tak, np.,

według Cronera (str. 67): „Polska ludność cywilna składa się ze zmieszanych polaków, Niemców, żydów i Rosjan”. Również niedorzeczne, bez żadnego uzasadnienia jest twierdzenie tegoż autora, że ponieważ „Polska jest krajem stale i w wysokim stopniu nawiedzanym przez różne epidemie, więc... serologiczne wyniki badań wśród tej ludności muszą (?) różnić się od wyniku badań w innych krajach wśród odmiennych narodowości”.

W drugiej znów pracy Thiele¹⁾ opisuje wprowadzoną w ostatnich latach kontrolę mleka w Polsce, i sądzi, że powstała sieć stacji kontrolowych uniemożliwiła fałszowanie mleka i w ten sposób niemowlętom zapewniła (?) wartościowy produkt w stanie niezafałszowanym (str. 276). Oczywiście, sprawa zwalczania fałszerstw jest pierwszorzędnej wagi i mogła by dać dobre wyniki, gdyby nietylko była rzeczywistą (o poprawie stosunków nie ma mowy dotychczas), ale równocześnie opieka nad dziećmi wymaga dostarczenia im, nie odbierania mleka drogą rekwizycji krów. Ze i w tej „pracy” chodzi głównie nie o naukowe cele, dowodzą załączone do niej fotografie z typami roznosicieli mleka oraz ośmieszanie kontroli, jaka rzekomo istniała przed epoką p. Thiele’go: np. w pewien wieczór majowy zbierała się większa liczba chemików, przyczem omawiano sposób kontroli następnego dnia i „*bei dem man das leibliche Wohl nicht vergass*” i t. p. absurdy. Zapewne, że wszelkie badania i sprawy sanitarne leżały dotychczas u nas odłogiem i wymagają reform, ale nie panowie Croner i Thiele będą tymi reformatorami. W nauce nie może być polityki i nienawiści.

Polskie Towarzystwo Pedyatryczne.

Posiedzenie kliniczne d. 24.IV. 1918 r.

1. Jonscher demonstruje preparaty z przypadku marskości wątroby, podkreślając rzadkość tego cierpienia u dzieci, zwłaszcza postaci zanikowej. Etiologia nie dała się ustalić. Upusty płynu z jamy brzusznej przyspieszają zwykle zejście śmiertelne.

Podobne przypadki spotykali L. Anders i Groer, ostatni na tle alkoholizmu.

L. Zembrzowski sądzi, że wobec złych wyników wypuszczania płynu byłoby korzystniej wykonywać w tych przypadkach zabieg Talma’y.

2. St. Zembrzowski wygłosił rzecz „O zabu-

zeniach w przebiegu ząbkowania”. Mówca spostrzegł 3 przypadki, w których ząbkowanie odbywało się przy objawach chorobnych; zgodnie z Henoch’em sądzi, że ząb rosnący drażni gałązki nerwu trójdzielnego, przez co może wywołać odruch ze strony nerwu błędnego i nerwów naczyńioruchowych, co powoduje różne objawy chorobne.

L. Anders, J. Kramsztyk, Groer, M. Biehlerowa są zdania, że ząbkowanie odbywa się bez zaburzeń, sprawy chorobne są tylko prostym zbiegiem okoliczności.

3. K. Jonscher przedstawił preparat z guza jamy brzusznej, od 5 letniego chłopca: *pseudo-*

¹⁾ Fr. Croner. Laboratoriumsergebnisse von Serumreaktionen unter der polnischen Zivilbevölkerung, t. 86, 1918, str. 67.

¹⁾ R. Thiele. Die Milchkontrolle in Polen, tamże, str. 263.

myxoma peritonei. Punktem wyjścia podobnych guzów bywa wyrostek robaczkowy lub jajnik.

Posiedzenie kliniczne d. 29.V. 1918 r.

1. L. Anders przedstawia dziecko 15 miesięczne, u którego stwierdzono od 3 miesięcy nadmierne rośnięcie rąk i stóp. Mimo braku zmian w siedle tureckiem mówca skłonny jest rozpoznać akromegalię.

2. K. Zieliński wypowiedział rzecz „O durze wysypkowym u dzieci” (praca ta była drukowana w Gaz. Lekarskiej № 37 i 39 r. 1918).

Trenkner zaznacza że lekki przebieg tego cierpienia u dzieci powoduje jego lekceważenie ze strony publiczności, co utrudnia zwalczanie epidemii.

Anders, Korybut-Daszkiewicz, J. Kramsztyk, Roszkowski i Trenkner zgadzają się na to, że przy dokładnem spostrzeganiu przez doświadczonego lekarza różniczkowe rozpoznanie pomiędzy durem plamistym a odrą u dzieci, nie powinno sprawiać trudności, zwłaszcza przy uwzględnieniu wyglądu gardzieli.

3. Korybut-Daszkiewicz omawia w krótkich słowach etiologię nowoczesną zapalenia nerek z punktu widzenia lekarza praktyka względnie pedyatry oraz dyetę, naznaczaną w zapaleniu nerek. (Jestto streszczenie prac, które były drukowane w Gaz. Lekarskiej № 30 i 31 r. 1918).

Marta Erlichówna.

NEKROLOGIA.

Dr STANISŁAW GAŁECKI.

Dur wysypkowy zmiotł znowu jedną ofiarę z pośród naszych lekarzy. Był nią tym razem dr Stanisław Gałęcki, człowiek o wybitnych zdolnościach, pełen inicjatywy, prawdziwej konsekwencji w swoich poczynaniach, zamiłowany w nauce, umiejący naukowo myśleć i pracować, kolega niezwykle szlachetny i niezastąpiony wprost opiekun gruźliczych chorych.

Urodził się w Warszawie w październiku 1873 r., ukończył tutejsze gimnazjum 3-cie w roku 1894-ym, a wydział lekarski w 1899 r. W tym samym roku wstąpił na mój oddział w szpitalu Dzieciątka Jezus.

Od pierwszej chwili zwracał na oddziale uwagę swoją pracowitością, umiłowaniem chorych i wielką chęcią do pracy naukowej oraz niezaprzeczenie wybitnym swym talentem literackim. To też w ciągu czteroletniej swej pracy na oddziale, przerywanej, niestety, kilkakrotnie zapadaniem na płuca, ogłosił siedem pierwszych prac naukowych, podanych w załączonym niżej ich spisie. Sześcioma z pomiędzy nich zdołał (można to powiedzieć bez przesady) wydawać wtenczas przezemnie „Zdrowie”, w którym umieszczał nadto bardzo liczne streszczenia, zawsze jędrnie i pedagogicznie napisane. Z prac, ogłoszonych podczas pracy na tym oddziale, na szczególne wyróżnienie zasługuje rzecz „O wartości nowej metody wykrywania cukru”, w której opracowaniu ś. p. Gałęcki wykazał wysoki stopień krytycyzmu, a nadto Jego monografia o suchotach płucnych, która, z powodu swych wyjątkowych zalet pedagogicznych, doczekała się dwóch nagród konkursowych, kilku wydań w języku ojczystym, oraz w językach rosyjskim i francuskim. Wyrobienie naukowe i praktyczne ś. p. Gałęckiego zaczęło mu niezwykle szybko zdobywać obszerną klientelę i rokowało Mu jaknajlepszą przyszłość. Niestety, rozchorował się w 1903 r. poważnie na płuca tak, że myśli o dalszej pracy szpitalnej i praktycznej na mieście musiał na czas dłuższy zarzucić. Było to pierwsze tragiczne fatum w życiu tego niepospolicie zdolnego i pracowitego człowieka. Trzeba było myśleć o wyjeździe na czas dłuższy do uzdrowiska. Wprowadzenie tego w czyn ułatwił mu swymi stosunkami dzisiejszy Sekretarz Stały T. L. W. prof. Alfred Sokołowski, polecając go na asystenta kierownikowi sanatorium w Goerbersdorfie.

W Warszawie wprowadzał już wtedy w czyn myśl wybudowania sanatorium w Rudce nieodżałowanej pamięci Teodor Dunin. Gałęcki powziął tedy myśl wyspecjalizowania się na kierownika podobnego uzdrowiska i pojechał na czas dłuższy do Davos, łącząc w ten sposób potrzeby swego zdrowia z należytem wyspecjalizowaniem się w kierunku wyrobienia się na kierownika uzdrowiska dla chorób płucnych. Podczas swego pobytu zagranicą przygotował do druku kilka prac ogłoszonych następnie w latach 1905 — 1906. W roku 1908-ym został mianowany dyrektorem uzdrowiska dla chorych piersiowych w Rudce. Nie używając żadnych ogólników, zaznaczyć i podkreślić wypada, że Gałęcki oddał się swej robocie z wyjątkowym zapałem i że zapał ten ani konsekwentna praca nie stygły ani na chwilę. Jak na wyjątkowe zdolności literackie ś. p. Gałęckiego praca jego naukowa musiała przycichnąć, pomimo to ogłosił szereg prac samodzielnych z sanatorium. Nie wynikało to jednak z opieszałości kol. G. lecz przeciwnie, było wynikiem Jego niezmiernej gorliwości w spełnianiu obowiązków kierownika uzdrowiska. Ta jego sumienność, prawdziwa dbałość o chorych i nadzwyczaj ludzkie obchodzenie się z nimi zjednały mu wysoki szacunek kolegów i koleżanek uzdrowiska oraz niezwykle stopień zaufania i wdzięczności leczonych w uzdrowisku chorych. Gdy względy rodzinne, a nadto tęsknota do szerszej działalności szpitalnej i naukowej skłoniły go do powzięcia postanowienia przeniesienia się do Warszawy, nowe fatum, tym razem tragiczne, przerwało pasmo tego pożytecznego życia. Podczas ostatniej choroby otoczony był opieką najbardziej kompetentną i troskliwą, przypadkowy jednak zbieg okoliczności pozbawił go możliwości spędzenia ostatnich dni pod opieką dawnych kolegów z oddziału, na którym się wykształcił, których obdarzał stale prawdziwie braterskim przywiązaniem. Gdy zmarł, fatalne bezrobocie grabarzy uniemożliwiło nawet pogrzeb jego we właściwym czasie. Gdy zaś ten ostatni nastąpił, znowu przypadkowa nieobecność w mieście paru kolegów, którym sercu był najbliższy sprawiła, że nie mogli oddać mu ostatniej posługi. Ale pamięć o ś. p. Gałęckim trwać będzie wśród kolegów i chorych długo. Zasłużył sobie na nią swymi wymienionymi na wstępie niniej-

szego wspomnienia cechami duchowymi i moralnymi, z których główną stanowiło prawdziwe umiłowanie nauki oraz prawdziwa troskliwość dla wszystkich, którzy jego pomocy potrzebowali.
Cześć pamięci zacnego człowieka.

Władysław Janowski.

Ogłosił drukiem następujące prace:

1. Ważniejsze robaki, pasożyty ludzkie. *Zdrowie* 1900. str. 467 i 523.
2. O wartości nowej metody wykrywania cukru w moczu z pomocą tabletek nitropropionowych. *Gaz. Lek.* 1901. № 8. str. 188.
3. Odpływ wód ściekowych i deszczowych w Łodzi. *Zdrowie* 1901. № 4. str. 247.
4. Dzieje budowy szpitala Dzieciątka Jezus. *Zdrowie* 1901. № 7. str. 533.
5. Suchoty płucne, istota choroby, środki zapobiegawcze i zasady leczenia. *Zdrowie* 1902. № 1. str. 28, a następnie jako oddzielna monografia nakładem Arcta.
6. Przewlekłe zatrucie tytoniem. *Zdrowie* 1903. № 11. str. 1197 i *Pam. Tow. Lek.* № 1. str. 195.
7. Znaczenie klimatu górskiego w leczeniu gruźlicy. *Zdrowie* 1903. № 8. str. 989 oraz № 12. str. 1285.

Dr M. W. Herman nadzwyczajny profesor chirurgii w Uniwersytecie Lwowskim w 48 roku życia.

8. Dobroczynne powikłania w gruźlicy płuc. *Nowiny Lekarskie*. 1904. № 1—2. str. 52.

9. Korespondencya ze Lwowa. *Nowiny Lekarskie*. 1904. № 8. str. 434.

10. Korespondencya z Goerbersdorfu. *Nowiny Lekarskie*. 1904. № 8. str. 436.

11. Ciśnienie krwi w przebiegu suchot płucnych. *Pam. Tow. Lek.* 1905. № 4. str. 857.

12. Tętno i ciśnienie krwi u chorych na gruźlicę płucną. *Med.* 1906. str. 222, 242, 254, 278.

13. Sanatorium dla chorych piersiowych w Rudce. *Zdrowie*. 1908. str. 850.

14. Gałęcki i Budzyński. O działaniu leczniczym I. K. Spenglera w gruźlicy płucnej. *Gazeta Lekarska*. 1910. № 13—16. str. 285, 317, 341, 362.

15. Sprawozdanie z pierwszego roku istnienia Sanatorium w Rudce. *Zdrowie*. 1910. № 4. str. 273.

16. Inspekcja i palpacja klatki piersiowej w rozpoznaniu gruźlicy płucnej. *Gaz. Lek.* 1913. str. 1299.

17. Cztery lata istnienia Sanatorium w Rudce. *Zdrowie*. 1913. str. 126.

18. Zakłady lecznicze dla chorych gruźliczych w Królestwie Polskiem. *Zdrowie*. 1915. str. 46.

Dr Kazimierz Podlewski w 71 r. życia we Lwowie.

Dr Wilenko lekarz legjonów w Karlsbadzie; żył lat 40.

Wiadomości bieżące.

— Ze statystyki chorób zakaźnych w Warszawie (zprzedmieściami). Od 16.II. do 22.II. 1919 r. było zachorowań na odrę 7 przypadków,

szkarlatynę — 12, dur plamisty — 226 w tem męczyzn 130, kobiet 96, chrześcian 185, żydów 41, dur brzuszny — 9, dyfteryt — 5, dyzenterję — 1.

N A D E S Ł A N O.

1) Dr Antoni Puławski. Pogadanka o zdrowem mieszkaniu. Odznaczona nagrodą na konkursie im. d-ra K. Chełchowskiego. Warszawa 1919. 2) Dr Władysław Dobrzyński. Polityka osiedleńczo-mieszkaniowa w zastosowaniu do potrzeb Polski. № 1. Wydawn. wydziału higieny

i insp. mieszkań Minist. Zdr. Publ. 3) Dr J. Jaworski. Obecna organizacja i działalność Ministerstwa Zdrowia Publicznego i Opieki Społecznej. Kraków, 1919. 4) Jerzy Modrakowski. Określenie siły działania naparstnicy sposobami farmakologicznymi. Odb. z *Wiad. Farm.* Warszawa, 1919.

Do numeru niniejszego dołącza się prospekt o hemogenie i arsohemogenie Magistra Klawego.

TREŚĆ NUMERU.

	Str.		Str
Ignacy Baranowski. Nekrolog.	97	Odcinek. Stanisław Serkowski Literatura naukowa na usługach polityki	106
Karol Rożenfeld. Przypadek nagłej śmierci po śródżylnem wstrzyknięciu strofantyny	98	<i>Polskie Towarzystwo Pediatryczne</i> . Posiedzenia kliniczne d. 24. IV. i 29. V. 1918 r.	106
Robert Bernhard. Erythrodemia congenitalis ichthyosiformis i jej stanowisko w grupie chorób przerostowych naskórka	100	<i>Nekrologia</i> . Dr St. Gałęcki, dr M. W. Herman, dr Kazimierz Podlewski, dr Wilenko	107
		<i>Wiadomości bieżące</i>	108

Redaktorzy: Dr A. Puławski i Dr W. Starkiewicz. Wydawca: Dr W. Szumlański.

Adres Redakcji i Administracji: Marszałkowska 73.

Administracja otwarta w dni powszednie od 5^{1/2} do 7-ej.

Autorzy i sprawozdawcy proszeni są o nadsyłanie rękopisów czytelnych, pisanych bądź ręcznie, bądź na maszynie po jednej stronie papieru i z pozostawieniem marginesu.

WARUNKI PRENUMERATY „GAZETY LEKARSKIEJ“

Gazeta Lekarska w Warszawie rocznie Mk. 36, półrocznie Mk. 18; na prowincyi i za granicą: rocznie Mk. 40, półrocznie M. 20. Cena numeru pojedynczego 2 m.

CENA OGŁOSZEŃ w Gazecie za wiersz dwuszpaltowy, drobnem pismem na stronie pierwszej i ostatniej M. 1.75 na stronach wewnętrznych okładki M. 1.50.

Ogłoszenia przyjmują: Administracya Gazety Lekarskiej, Biuro Ungra, Wierzbowa 8. Dom Handlowy L. i E. Metzl i Ska Marszałkowska 130. Rudolf Mosse — Marszałkowska 124.

Odbito czcionkami Drukarni Krajowej (W. Krawczyński, E. Egert i J. Więclawski). Zelazna 89. Tel. 188-70

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

Odczyty Kliniczne

Serya XXI.

- № 1. A. Sokołowski. O rozpoznawaniu złośliwych nowotworów płuc i o-
płucnej.
 № 2, 3, 4. B. Dębiński. Znaczenie odmy piersiowej sztucznej w leczeniu gruźli-
cy płucnej.
 № 5, 6. L. Karwacki. O leczeniu przyczynowem duru brzuszego.
 № 7, 8, 9. Doc. J. Pruszyński. Anafilaksja. I. Określenie anafilaksji. Anafi-
laksja doświadczalna. II. Zjawiska kliniczne anafilaksji. Teoria ana-
filaksji.
 № 10. Ludwik Zembruski. O znieczulaniu ogólnem i miejscowem u dzieci.
 № 11, 12. M. Michałowicz. Biologiczne własności mleka i ich znaczenie dla
odżywiania niemowląt. W świetle badań współczesnych.

Cena zeszytu pojedynczego m. 1.

Cena seryi składającej się z 12 zeszytów m. 10.

Nabywać można w Administracji Gazety Lekarskiej i we wszystkich księgarniach.

Skład główny w księgarni GEBETHNERA i WOLFFA.

WYDAWNICTWO GAZETY LEKARSKIEJ.

Świeżo wydano:

FELIKS ERBRICH.

Zwężenia tchawicy i oskrzeli głównych

ilustrowane 30 rysunkami w tekście i 7-a tablicami kolorowymi.

Cena 8 mk.

Nakład autora. Skład główny w księgarni Gebethnera i Wolffa —
Warszawa, Lublin, Łódź.

Nabywać można we wszystkich księgarniach i w Administracji Gazety
Lekarskiej.

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

Dyagnostyka różniczkowa chorób wewnętrznych

przez D-ra WŁADYSŁAWA BIEGAŃSKIEGO

== i ==

Choroby górnego odcinka dróg oddechowych

przez D-ra ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO.

Wydanie trzecie, opatrzone drzeworytami w tekście,
ponownie przez autorów opracowane.

Cena m. 12.50, z przesyłką m. 13.75.

Dla prenumeratorów Gazety Lekarskiej, nabywających dzieło bezpośrednio
w Administracji, cena niższa na **m. 10.**

Do nabycia we wszystkich księgarniach.

Polska Krajowa

LOTERYA

= Klasyczna =



Warszawa

R. G. O.

ul. Kredytowa 4.

**5-ta Loterya klasyczna R. G. O. na I półrocze
1919 roku.**

50000 numerów, 25000 wygranych i 51 premii.

! Wygrywa WIĘCEJ niż co drugi numer !

SUMA
WYGRANYCH

8 milionów 211 tysięcy mar. pol.

Wielka wygrana: 750000 marek pol.

Ciągnięcie 2 klasy 10 i 11 marca 1919 r.

Na każdej ćwiartce pieczęć z Orłem Polskim i napisem: Rada Główna Opiekuńcza.