

# GAZETA LEKARSKA

## I Przypadek niezrośniętego złamania wewnątrzstawowego szyjki kości udowej; wyleczenie po usunięciu główki Kilka słów o złamaniach wewnątrzstawowych szyjki udowej.

Podał

A. Gabszewicz.

Złamania szyjki kości udowej w podeszłym wieku zdarzają się stosunkowo częściej, niż w wieku dojrzałym, lub u zupełnie młodych osobników; wystarcza zwykle upadnięcie na okolicę biodrową aby u starszych osób wywołać złamanie. Podczas mej pracy szpitalnej wiele dziesiątków tych nieszczęśliwych chorych, przeważnie kobiet, dostarczano do oddziału, a również pokazałą liczbę spostrzegałem i w praktyce prywatnej. W tych przypadkach, w których skrócenie było niewielkie od  $\frac{1}{2}$  do 2-ch ctm., gdzie przypuszczać można było pewien stopień wklonowania, ograniczałem się na unieruchomieniu kończyny i biodra zapomocą opatrunku z 2-ch szyn tekturowych i opatrunek pozostawiałem na 6 tygodni. Po upływie tego czasu usuwałem opatrunek, a rozpoczynało się masaż, i zwolna próby chodzenia. Zazwyczaj chorzy po upływie 2-ch—3-ch miesięcy, lub nieco później, mogli sami, lub co najwyżej z laską, chodzić. Tam, gdzie skrócenie jest znaczne, *resp.* gdzie niema wklonowania, tam stosuję opatrunek wyciągowy na przeciąg czasu sześciotygodniowy; po zdjęciu opatrunku masaż i powolne próby chodzenia. U osób w podeszłym wieku, bardzo wycieńczonych, po złamaniu szyjki kości udowej nawet przy znacznem skróceniu ograniczałem się tylko na zastosowaniu opatrunku unieruchamiającego tekturowego, który tacy chorzy lepiej znosili, niż wyciąg. Unieruchomienie uważam szczególnie za konieczne w przypadkach złamania, w których z największem prawdopodobieństwem można przypuszczać obecność wklonowania; bez unieruchomienia łatwo może nastąpić odklinowanie odłamka, co wpłynie w znacznym stopniu ujemnie na wynik leczenia. Taki przypadek raz spostrzegałem przed kilkoma laty u 60-letniej, kobiety, przywiezionej do

III AYSTR  
mego oddziału w szpitalu Ś-go Rocha: skrócenie zaledwie 1 ctm. tak, że gdyby nie było innych objawów, wskazujących na obecność złamania szyjki udowej, możnaby powątpiewać o rozpoznaniu. Nałożenie opatrunku unieruchamiającego odłożono do następnego dnia, ułożywszy tylko kończynę pomiędzy workami z piasku i zaleciwszy chorej spokojne zachowanie się w łóżku [chora nie wierzyła, aby istotnie miała złamaną nogę]. Na drugi dzień z rana, chora chcąc usiąść na łóżku, opuściła i chorą kończynę, a wtedy, jak sama się wyraziła, poczuła, jak gdyby jej noga gdzieś odleciała. Wkrótce mogliśmy stwierdzić kolosalną różnicę z dniem poprzednim: oprócz położenia odsiebnego i wywrócenia nogi na zewnątrz, kończyna była skrócona na 6 ctm. w porównaniu ze zdrową kończyną. Na ogół wynik był stosunkowo pomyślny tak, że z wyjątkiem 2-ch przypadków, nastąpił we wszystkich innych słabszy, lub mocniejszy zrost, który pozwalał chorym chodzić, czyto przy pomocy kuli, czy też nawet laski; u niektórych osobników ze złamaniem szyjki kości udowej w wieku od 40-u—50-u lat czynność złamanej kończyny po kilku miesiącach wracała niemal do stanu prawidłowego. Dwa niepomyślnie wyniki dotyczyły osobników w wieku poza lat 80; w pierwszym u kobiety 82-letniej, bardzo wycieńczonej, po złamaniu nie nastąpił żaden zrost tak, że po upływie roku nie mogła chora nawet w łóżku poruszać nogą i doznawała przytem silnych bólów w okolicy trójkąta SCARPA'y. Ze względu na zły stan ogólny nie odważyłem się u tej chorej na zabieg operacyjny: chora ta jest ciekawa i z tego względu, że na 2 lata przed tym wypadkiem, wracając do domu, poślizgnęła się i upadła na okolicę biodrową i nie mogła się sama podnieść tak, że ją przyniesiono do mieszkania; widziałem ją w kilka godzin po wypadku; ze względu na wiek podeszły i na okoliczności towarzyszące wypadkowi, byłem przekonany, że będę miał do czynienia ze złamaniem szyjki; przy badaniu znalazłem kończynę w położeniu odsiebnem i nieco wywróconą na zewnątrz; skrócenia nie mogłem stwierdzić; bardzo silna bolesność okolicy biodrowej i krętarza; chora jednak, chociaż z pewnym wysiłkiem, mogła unieść wyprostowaną kończynę na parę ctm. w górę od powierzchni łóżka. Na zasadzie tego u chorej rozpoznałem tylko mocne stłuczenie, a nie złamanie szyjki kości udowej, gdyż przy istniejącem złamaniu niemożność uniesienia w górę wyprostowanej kończyny, chociażby w nieznacznym stopniu, uważam za najważniejszy objaw złamania szyjki, gdyby nawet i brakowało innych objawów charakterystycznych dla złamania; naturalnie, w tych przypadkach należy poprzednio wykluczyć obecność złamania kości miednicowych, przy którym również występuje niemożność unoszenia wyprostowanej kończyny w górę po stronie odpowiadającej złamaniu kości miednicowych; nie mówię już o zwichnieniu. Przebieg cierpienia u chorej, o której wyżej wspomniałem, wykazał, że istotnie o złamaniu u niej mowy być nie mogło, gdyż po tygodniu chora przy pomocy laski zaczęła już chodzić.

Drugi przypadek dotyczył również przeszło 80-letniego starca, u którego po roku nie nastąpiło żadne połączenie odłamów kostnych. O ile we wszystkich innych przypadkach mogłem przypuszczać, że mam do czynienia ze złamaniem szyjki kości udowej zewnątrzstawowem, lub postacią mieszaną, lub nawet ze złamaniem wewnątrzstawowem, ale połączonem z wkliniwaniem szyjki w główkę,

o tyle w 2-ch ostatnich przypadkach, w których po wypadku skrócenie nie przewyższało 2 ctm., a jednak nie nastąpił żaden zrost między odławkami, musiałem przypuszczać obecność złamania wewnątrzstawowego bez wklonowania; naturalnie, ściśle rozpoznanie można postawić tylko po otworzeniu torebki stawowej, czego jednak u powyższych chorych ze względu na stan ogólny niepomyślny nie miałem zamiaru uczynić. Prześwietlanie promieniami ROENTGEN'a niezawsze pozwala na dokładne wyświetlenie sprawy, jak to było np. w przypadku przeze mnie spostrzeżanym niezrośniętego złamania podgłówkowego u 18-letniego chłopca, o którego przebiegu choroby pozwolę sobie poniżej przytoczyć szczegółowe dane.

We wrześniu 1905 r. przybył do szpitala S-go Rocha 18-letni młodzieniec z powodu niemożności chodzenia i bólów w prawej dolnej kończynie. Na 4 tygodnie przedtem spadł on na ziemię z drzewa z niezbyt znacznej wysokości na prawą okolicę biodra; sam się nie mógł podnieść; rozpoznano podobno tylko stłuczenie; chory przeleżał koło 4-ch tygodni w łóżku i nie doznając żadnej poprawy, udał się do szpitala. Badanie wykazało następujące zmiany: prawa dolna kończyna wyprostowana i ustawiona jest w położeniu ksobnem i nawrócona ku wewnątrz (*adductio et rotatio interna*); skrócenie kończyny prawej od *spina ilei ant. sup.* do *mall. int.*, wynosi  $2\frac{1}{2}$  w porównaniu z kończyną lewą; czynnie chory nie wykonywa żadnych ruchów z wyprostowaną kończyną; nieco tylko zgina kolano prawe, podpierając jednak prawą goleń kończyną zdrową lewą. Biernie ruchy są nadzwyczaj bolesne tak, że po prostu uniemożliwiają badanie, *resp.* i dokładne postawienie rozpoznania; to ostatnie jednak było bardzo pożądane u młodego osobnika, gdyż z racyi *adductionis et rotationis internae* kończyny prawej, możnaby myśleć w danym przypadku o zwichnieniu tylnem; niewielki stopień skrócenia i nadzwyczajna bolesność przy ruchach biernych, pomimo 4-tygodniowego okresu od wypadku, przemawiały przeciwko zwichnieniu. Po paru dniach przystąpiłem do badania pod uspieniem chloroformem; przy dokonywaniu ruchów nawrotowych ku zewnątrz i ku wewnątrz otrzymuje się wrażenie przeskakiwania kości, jakby przez krawędź panewki; przy rotacji ku wewnątrz i przy wyciąganiu kończyny znosimy zupełnie poprzednio istniejące skrócenie kończyny i wierzchołek krętarza znajduje się wtedy na linii ROSER'a-NELATON'a; przy rotacji na zewnątrz wierzchołek krętarza znajduje się na 2 ctm. powyżej linii ROSER'a-NELATON'a; kończynę udaje się zgnać w stawie biodrowym prawie pod kątem ostrym; główki nie można wymacać ani w okolicy kości biodrowej, ani kulszowej. Wobec tych objawów należało rozpoznać złamanie wewnątrzstawowe, które, pomimo 4-tygodniowego okresu czasu nie zdradzało skłonności do zrośnięcia się. Na wyciągniętej i wyprostowanej kończynie nałożono opatrunek unieruchamiający z szyn tekturowych. Celem potwierdzenia rozpoznania, po kilku dniach u chorego w opatrunku ustalającym zastosowano prześwietlanie promieniami ROENTGEN'a; wynik prześwietlania w tym przypadku był tylko o tyle pomocny, że wykazał obecność główki w panewce, ale nie wykazał linii złamania. Chorego pozostawiłem w opatrunku unieruchamiającym w ciągu 6-u tygodni; w opatrunku nie doznawał bólów. Po zdjęciu opatrunku, ku zdziwieniu memu nie nastąpiła żadna wła-

ściwie poprawa; czynnie chory nieco posuwa kończynę w łóżku, ale nie jest w stanie unieść jej w górę; ruchy nawrotowe czynne bardzo ograniczone; sprawiają znaczne bóle; ruchy biernie są nieco swobodniejsze, niż przed nałożeniem opatrunku; przy ruchach jednak nawrotowych biernych otrzymuje się wrażenie poprzedniego przeskakiwania kości o krawędź panewki; ruchy te są bardzo bolesne; szczególniej mocny ból występuje w okolicy trójkąta SCARPA'Y. Po kilku dniach chory subiektywnie czuje się jeszcze gorzej, tak, że raz jeszcze nałożyłem na kończynę opatrunek, na ten raz wyciągowy; w opatrunku bólów nie doznawał; po 5-u tygodniach usunąłem opatrunek; badanie wykazało ten sam stan przedmiotowy, co i poprzednio. Wobec tego, w końcu grudnia, *resp.* po upływie 4-ch miesięcy od chwili wypadku, postanowiłem wykonać zabieg operacyjny, który był wskazany ze względu na młody wiek chorego, na zupełne upośledzenie czynności kończyny i na bezowocność poprzedniego leczenia.

Operację wykonałem w uśpieniu chloroformowem; cięcie łukowate poprowadziłem po przez krętarz wielki; po odsunięciu podwazką w kierunku podłużnym mięśni przyczepiających się do krętarza, obnażyłem torebkę stawową; po rozcięciu jej przekonałiśmy się, że szyjka została odłamana przy samej główce i koniec główki pokryty był niewielkimi wyrosłami kostnymi i dawał się swobodnie przesunąć przy ruchach nawrotowych na krawędź tylną panewki; ani śladu połączenia z główką; z dość wielkim mozołem udało się główkę wyważyć z panewki ze względu na mocno wystające brzegi tej ostatniej i po przecięciu więzadła obłego (*lig. teres*) wydobyć na zewnątrz. Wklęsła powierzchnia usuniętej główki przedstawiała się zupełnie gładką, jakby wyszlifowaną; najmniejszych śladów nowowytworzonej kostniny nie można było dostrzedz. Okrwawiwszy koniec szyjki, starałem się ją umieścić w panewce; następnie w całości zaszyłem torebkę stawową szwem z katgutem; oddzielny szew z katgutem nałożyłem na mięśnie i oddzielny na skórę. Ani paska gazy, ani sączka nie zakładałem. Celem unieruchomienia kończyny zastosowałem po operacji opatrunek z szyn tekturowych. Przebieg pooperacyjny nie pozostawiał nic do życzenia. Raz jeden tylko ciepota podniosła się do 37,8°. Pierwszy opatrunek zrobiłem 10-go dnia po operacji celem usunięcia szwów skórnych; rana zagoiła się *per primam int.* Po zmianie opatrunku nałożyłem choremu opatrunek wyciągowy; stan chorego dobry, bólów żadnych chory nie doznaje. Po 5-u tygodniach usunąłem opatrunek wyciągowy; skrócenie kończyny wynosi 3 ctm.; chory czynnie unosi już kończynę w górę, chociaż jeszcze w niewielkim stopniu i może nieco zginać ją w biodrze. Po paru dniach zaczął próbować chodzenia na 2-ch kulach, wkrótce tylko na jednej kuli; później z laską, a już 10-go marca r. b., t. j. po upływie 2½ miesięcy od chwili wykonania operacji mogłem chorego przedstawić na posiedzeniu Sekcyi chirurgicznej, kiedy chory już bez laski mógł swobodnie chodzić zlekka tylko atykając na operowaną kończynę. Operowany nawet przez kilka chwil może się utrzymać na tej kończynie; czynnie zgina nogę w biodrze pod kątem ostrym; ruchy nawrotowe są bardzo mało zmniejszone w porównaniu z kończyną zdrową; w pierwszych dniach podczas chodzenia doznawał jeszcze bólów niewielkich.

w okolicy trójkąta SCARPA'y; obecnie doznaje tylko uczucia obolenia po dłuższym chodzeniu.

Przypadek ten ciekawy jest z tego względu, że złamanie szyjki wewnątrzstawowe, pomimo młodego wieku osobnika i pomimo zastosowanego leczenia nie zdradzało najmniejszej skłonności do wytworzenia się połączenia kostnego pomiędzy szyjką a główką; służyć on może także jeszcze jako dowód, potwierdzający ogólnie panującą opinię, że złamania szyjki wewnątrzstawowe, czyli podług KOCHER'a podgłówkowe, nie goją się wogóle przez zrost kostny. Co prawda, SENN zebrał aż 54 przypadki zupełnych zrośnień przy złamaniu wewnątrzstawowym, ale KOCHER, zdaje się, bardzo słusznie wątpi, aby to mogły być rzeczywiście właściwe złamania wewnątrzstawowe, gdyż ściśle rozpoznanie pomiędzy jedną a drugą odmianą pod względem klinicznym jest nadzwyczaj trudne, a jak słusznie mówią FORGUES i RECLUS, można tylko przypuszczać w pierwszej chwili po wypadku, ale nigdy rozstrzygać z całą stanowczością; takie rozstrzygnięcie jest tylko możliwe wtedy, kiedy się ma przed oczyma złamaną szyjkę kości udowej, czyto podczas operacji, czy też już jako preparat po śmierci osobnika.

Naturalnie dzisiaj prześwietlanie promieniami ROENTGEN'a może okazać dużą pomoc przy złamaniach zewnątrzstawowych lub postaciach mieszanych; przy czystych jednak wewnątrzstawowych — niezawsze, jak to było w przypadku wyżej przeze mnie opisanym. Ten sam wynik ujemny przy rentgenizacji miał także ITO i ASAHARA w przypadku złamania wewnątrzstawowego niepełnego u 74-letniej kobiety, która po upadnięciu na schodach podniosła się sama i zrobiła jeszcze kilka kroków, ale już nie mogła dojść do mieszkania; po 8-u dniach przybyła do szpitala, nie mogąc unieść w górę wyprostowanej kończyny i skarżąc się na mocne bóle przy najmniejszym poruszeniu kończyny. Rentgenizacja nie wykazała linii złamania. Wobec tego, że stan się nie poprawiał, w 2½ tygodnia po wypadku przystąpiono do operacji: po otworzeniu torebki stawowej okazało się, że złamaniu uległa wewnętrzna część szyjki przy samej główce, gdy tymczasem tylny odcinek pozostał nienaruszonym; zaszyto torebkę i nałożono opatrunek unieruchamiający; po 6-u tygodniach chora mogła już chodzić. Wytłómaczyć sobie ten wynik ujemny przy rentgenizacji można tylko w ten sposób, że przy podgłówkowym złamaniu unieruchomionem, lub przy niepełnym złamaniu podgłówkowym, szyjka przylegając do główki jeszcze w obrębie panewki, nie daje obrazu linii złamania na kliszy. KOENIG sądzi, że jeżeli przy wewnątrzstawowych złamaniach następuje zrost kostny, to staje się to albo przy niepełnych złamaniach, jak np. w przypadku tylko co wyżej opisanym, lub też wtedy, kiedy istnieje wklinowanie. Bez tych warunków zrost kostny złamań podgłówkowych należy do nadzwyczajnych rzadkości, a SCHEDE nawet i NELATON wprost zaprzeczają jego możliwości w podobnych przypadkach. MALGAIGNE w swoim czasie cytował 3 przypadki takiego zrośnięcia; preparat jednego z tych przypadków znajduje się w Muzeum DUPUYTREN'a. W 1893 r. ogłosił taki przypadek LAUENSTERN, a w tym samym roku na Zjeździe chirurgów w Berlinie KOERTE pokazał preparat zrośniętego złamania podgłówkowego, pochodzący od 54-let-

niej kobiety, która upadła na schodach, nie mogła się sama podnieść; przywieziona do jego oddziału, miała wszystkie objawy charakterystyczne złamania szyjki kości udowej; po 5-u tygodniach chora jednak tak dobrze zaczęła chodzić, że KOERTE zwątpił, aby istotnie było złamanie w tym przypadku; chora zmarła jednak wkrótce na oddziale z powodu przedziurawienia raka żołądka i dzięki temu KOERTE mógł otrzymać preparat; okazało się, że istotnie w tym przypadku było złamanie podgłówkowe i nastąpił zrost kostny; ale jak widać z opisu preparatu na przecięciu, szyjka była wkliniwana w tylny odcinek główki, co naturalnie sprzyjało połączeniu kostnemu; przypadku więc tego nie można właściwie zaliczać do tych, przy których mogłoby nastąpić kostne połączenie bez wkliniwania.

Pierwotnie sądzono, że złe ustawienie odłamków jest główną przyczyną, która uniemożliwia zrost kostny; wyjaśnienia jednak ASTLY-COOPER'a i KOCHER'a wydają się najszlachetniejszymi, gdyż są oparte na badaniach anatomicznych; przyczynę niezrastania się szyjki z główką widzą oni w niedostatecznym odżywianiu główki oderwanej przy samej podstawie od szyjki; odżywianie to odbywa się zapomocą tętniczki, przebiegającej w więzadle obłem (*lig. teres*); główka właściwie nie jest zdolna do wytwarzania kostniny, o czym mogłem się przekonać w przypadku przeze mnie powyżej opisanym, pomimo młodego wieku osobnika i w przypadkach innych autorów, o których niżej wspomnę; rolę wytwarzania się kostniny bierze na siebie koniec odłamanej szyjki, ale to nie wystarcza, jeżeli nie istnieje choćby w najmniejszym stopniu wkliniwanie.

KOCHER do 1896 roku ogłosił 10 przypadków złamania podgłówkowego, z których tylko w jednym dzięki wkliniwaniu nastąpił zrost kostny; w 5-u przypadkach dokonana była operacja; raz u 42-letniej kobiety, która po 8 u miesiącach od chwili wypadku nie mogła wcale chodzić i doznawała bólów przy najmniejszych poruszeniach; KOCHER w tym przypadku oprócz usunięcia główki odpiłował także i krętarz wielki, pozostawiając krętarz mały; do jamy stawowej założył sączek. Naturalnie, że dzięki zupełnie niepotrzebnemu powiększaniu zabiegu operacyjnego, wynik w tym przypadku nie był tak zadowolający, gdyż chociaż chora, stosunkowo jeszcze młoda, mogła po upływie 3-ch miesięcy chodzić już na kulach, jednakże jeszcze po 2-ch latach nie mogła się bez nich obejść; kończyna operowana była krótsza na 8 ctm.; bólów jednak zbyt wielkich chora nie doznawała podczas chodzenia.

Drugi przypadek dotyczył 43-letniego mężczyzny, u którego po 8-u tygodniach pomimo opatrunku wyciągowego nie nastąpiła żadna poprawa w stanie jego kończyny. Operację wykonano po 2-ch miesiącach z założeniem do torebki sączka i usunięciem samej tylko odłamanej główki. Skrócenie kończyny w tym przypadku wynosiło po operacji 5 ctm. Na powierzchni główki ani śladu kostniny. Chora chodzi już po 8-u tygodniach, opierając się na 2-ch kijach; bólów podczas chodzenia nie doznaje.

Trzeci przypadek dotyczył 44-letniej kobiety; operacja dokonana była w 7 miesięcy po wypadku; po 2-ch miesiącach operowana chodzi na kulach, nie doznając bólów.

4-y przypadek dotyczył 16-letniej dziewczyny, u której po 4-ch tygodniach od chwili wypadku dokonano usunięcia główki, na której powierzchnie nie zauważono ani śladów nowej kostniny; po 5-u tygodniach operowana chodzi na kulach.

5-y przypadek dotyczył 14-letniej dziewczyny, u której wykonano operację w 4 lata po wypadku; główkę, zupełnie nie połączoną z szyjką, usunięto; po 5-u tygodniach chora zaczęła już wcale dobrze chodzić.

ITO i ASAHARA z Tokio w roku zeszłym ogłosili w *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie* 7 przypadków złamań zastarzałych wewnątrzstawowych, przy których dokonano usunięcia główki:

1) U 74-letniej kobiety w rok po wypadku; po operacji chora chodziła już po upływie 3-ch miesięcy na kulach.

2) U 40-letniego mężczyzny, który po upływie roku nie mógł chodzić nawet na kulach, doznając przy najmniejszym poruszeniu mocnych bólów; po 6-u tygodniach operowany mógł już chodzić na kulach, nie doświadczając bólów.

3) U 43-letniej kobiety usunięcie główki dokonane zostało w 7 tygodni po wypadku; po 2-ch miesiącach operowana mogła już chodzić na kulach.

4) U 75-letniej kobiety usunięto główkę w 6 miesięcy po wypadku; po 6-u tygodniach operowana chodzić zaczyna na kulach, nie doświadczając bólów.

5) U 67-letniego mężczyzny operacja dokonana została w 2 lata po wypadku; chory do ostatniej chwili nie mógł chodzić nawet na 2-ch kulach z powodu gwałtownych bólów w okolicy trójkąta SCARPA'Y; zejście śmiertelne 8-go dnia po operacji wskutek zapalenia płuc.

6) U 63-letniej kobiety usunięto główkę po upływie roku od chwili wypadku; operowana po 5-u tygodniach może już chodzić na kulach; bólów doświadcza tylko wtedy, kiedy próbuje chodzić bez kul.

7) U 37-letniego mężczyzny operacji dokonano w 1½ roku po wypadku; po usunięciu główki już po 5-u tygodniach operowany zaczął chodzić na kulach.

We wszystkich tych przypadkach miano do czynienia ze złamaniem podgłówkowym; na główce nie zauważono ani śladu tworzącej się kostniny; przeciwnie, powierzchnia wklęsła główki przedstawiała się zupełnie gładką, jakby oszlifowaną.

Jak widać z powyższych zestawień, wyniki po usunięciu główki otrzymane wcale nieźle nawet u ludzi w podeszłym wieku, z wyjątkiem jednego przypadku, który zakończył się śmiercią.

Już stosunkowo dawno usiłowano leczyć niezrośnięte złamania szyjki kości udowej na drodze operacyjnej; tak LANGENBECK w 1858 r., a KOENIG w 1875 r. starali się osiągnąć zrost przez wprowadzenie od strony krętarza po przez szyjkę do główki stalowego gwoźdźca; HEJNE, a później SCHEDE zalecali w tym celu używać sztyftów z kości słoniowej; z kliniki SCHEDE'go podawano nawet nieźle wyniki. Droga to jednak zmudna, niepewna, i wątpię, czy dzisiaj znalazłaby wielu naśladowców: główną zaletą tej metody było pozostawienie główki na miejscu, a więc wraze pomyślnego wyniku skrócenie kończyny mogło być bardzo nieznaczne. LORETTA w 19 miesięcy po wypadku,

w 1888 r. dokonał okrwawienia powierzchni główki i końca szyjki, i założył pętlę drucianą, którą usunął po 5-u dniach i po operacji nastąpił mocny zrost. DOLLINGER w 1891 r. zalecał nakładanie szwu kostnego z drutu srebrnego: teorytycznie byłaby to najlepsza metoda, ale niestety pod względem technicznym nałożenie szwu może napotkać nieprzewyciężone przeszkody wobec głębokiego umiejscowienia główki w panewce. DELPY posunął się tak daleko, że w ostatnich czasach zalecał nakładać szew kostny nawet w przypadkach świeżych.

Ostatecznie, moje osobiste doświadczenie i szczególnie doświadczenie innych autorów pokazuje, że najracjonalniejszą metodą leczenia niezrośniętych złamań podgłówkowych pozostanie usunięcie samej główki. Operację tę za wskazaną uważał już FOCK w 1861 roku w tych razach, kiedy podczas nastawiania zwichnienia powstawało złamanie szyjki kości udowej, powikłane następnie ropieniem; takie nieprzyjemne wydarzenie opisał CZERNY w 1883 roku i MIKULICZ w 1885 r.; właściwie pierwszy HOWE w 1877 r. wykonał rezekcję główki przy niezrośniętym wewnątrzstawowym złamaniu, i dopiero od tej chwili posypały się pojedyncze ogłoszenia przypadków operowanych przez SCHEDE'go, KOCHER'a, HOFFE, KOENIG'a, BRAHMAN'a i innych przeważnie z dobrym wynikiem. Ciekawe doświadczenia na psach w sprawie złamań podgłówkowych przeprowadzili ITO i ASAHARA z zamiarem wykazania, która z metod operacyjnych daje najlepsze wyniki; sposób ich postępowania był lepszy od sposobu SENN'a, gdyż oni otwierali staw, i za pomocą dłutka dokonywali złamania, SENN zaś czynił to podskórnie, używając świdra, co nie zawsze mogło wywołać pożądaną efekt złamania podgłówkowego.

Podzielili oni swe doświadczenia na 3 kategorie: w pierwszej wywoływali niezupełne złamanie, i pozostawiali kończynę bez unieruchomienia; w drugiej — zupełne złamanie, nie unieruchamiając kończyny; w trzeciej — po całkowitem złamaniu nakładali szew kostny, który się dość łatwo udaje u młodych psów, gdyż panewka u nich nie jest jeszcze zupełnie rozwinięta, wskutek tego główka dość wystaje poza krawędź panewki.

W pierwszej kategorii robili doświadczenia w 3-ch przypadkach i osiągnęli zupełny zrost kostny; w drugiej kategorii na 5 doświadczeń w jednym tylko nastąpił zrost kostny, a w 4-ch wytworzył się staw rzekomy. W 3 ej kategorii, w której nakładano szew kostny w 15-u przypadkach, 5 doświadczanych psów zmarło wkrótce po operacji, u 10-u zaś nawet po 111-u dniach nie wytworzyło się jeszcze połączenie kostne. Doświadczenia te wykazują, że nawet pomimo szwu, główka wskutek niedostatecznego odżywiania nie przyjmuje sama udziału w wytwarzaniu kostny.

Nałożenie szwu kostnego u ludzi, jak widać z warunków anatomicznych, napotyka pod względem technicznym nadzwyczajne trudności; wskutek tego przy złamaniach wewnątrzstawowych niezrośniętych jedyną racjonalną operacją, zapewniającą względnie najlepsze wyleczenie, będzie u osobników młodszych zawsze rezekcja główki; u ludzi w podeszłym wieku, o ile stan ogólny na to pozwala, usunięcie główki również będzie wskazane, gdyż po tym zabiegu chorzy jeszcze mogą chodzić, chociażby i na kulach; pozbywają się bólów, na które uskarżają się wszyscy chorzy przy najmniejszym nawet po-



ruszeniu kończyną po niezrośniętem złamaniu, bez względu na czas, jaki upłynął od chwili wypadku.

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

- 1) TH. KOCHER. Beitræge zur Kenntniss einiger wichtiger Fracturformen. Basel, 1896.
- 2) LAUENSTERN. Deutsche med. Woch. 1893. N. 17.
- 3) KOERTÉ. Verhandl. der deutsch. Gesellschaft f. Chir. 1893.
- 4) SCHEDE. Verh. der deutsch. Gesellsch. f. Chir. 1902.
- 5) HEIFERICH. Ueber Fracturen u. Luxationen. 1896.
- 6) ITO i ASAHARA. Zur Frage ueber operat. Behandlung d. intrakapsul. Schenkelhalsfracturen. Deutsche Zeit. f. Chir. 1905. T. 78. Z. 1—3.
- 7) TH. KOCHER. Verh. d. deutsch. Ges. f. Chir. 1902.
- 8) Handb. der practischen Chir. Die untere Extramitâten.
- 9) DUPLAY et RÉCLUS. Traité de Chir. T. 2.

## II. Przyczynek do teoryi działania sztucznych filtrów biologicznych.

Podał

S. Dzierzowski [Petersburg].

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 36].

By jeszcze dobitniej dowieść znaczenia tlenków żelaza [i jego grupy] w sprawie działania filtrów, sporządziliśmy dwa filtry identyczne co do wielkości ziaren, jakości żużli i t. d., z tą jedynie różnicą, że w jednym z nich wylugowaliśmy żużel kwasem siarczanym, by w ten sposób usunąć tlenki żelaza. Badając wodę ściekającą z filtrów po pierwszym napełnieniu, przekonaliśmy się, że o wiele lepiej czyści filtr, zawierający na swej powierzchni żelazo; najjaskrawiej zaznaczyło się to w stosunku do amoniaku tak wolnego, jak i organicznego;

a oto odnośna tablica:

GAZ. LEK. № 37.

Filtr z żużli koksu. Wielkość ziaren 10 — 7 m. m.			
	Woda przed filtrowaniem	Woda z filtru nie ługowanego kwasem	Woda z filtru ługowanego kwasem
Zdolność utleniania w mg. $KMnO_3$ na 1 litr	160 mg.	—38.0%	—35.0%
Amoniak wolny w mg. na 1 litr	33.5 mg.	—22.0%	+ 2.0%
Amoniak organiczny w mg. na 1 litr	10.4 mg.	—50.8%	—28.0%

Zupełnie analogiczne wyniki otrzymaliśmy przy porównywaniu filtrów wypełnionych śrutem z porcelany czystej i pokrytej błoną tlenków żelaza, jak to widzimy na tablicy poniższej:

Filtr ze śrutu porcelanowego			
		232-i dzień od początku działania	34-y dzień działania
	Woda przed filtrowaniem	Woda z filtru z czystym śrutem	Woda z filtru ze śrutu pociągniętego warstwą tlenku żelaza
Zdolność utleniania w mg. $KMnO_3$ na 1 litr	199.4	—33.4%	—53.7%
Amoniak wolny w mg. na 1 litr	55.76	—11.6%	—21.9%
Amoniak organiczny w mg. na 1 litr	9.52	—14.3%	—57.2%

Powyższe dwie tablice dowodzą niezbicie, jak wielki wpływ na działanie żużli wywiera skład warstw powierzchniowych; to też z kolei rzeczy postanowiliśmy zbadać, jak działają na adsorbcyę błonki organiczne, tworzące się na żużlach przy dłuższej pracy filtrów.

W tym celu przedewszystkiem przyrządziliśmy filtry ze śrutu porcelanowego powleczonego warstwą czystej żelatyny, lub agaru, jako przedstawicieli białek i węglowodanów.

Wielkość adsorbeyi dla błonek żelatynowych i agarowych okazała się bardzo nieznaczna [patrz tablica I-a № 80, 81, 82]. Ponieważ jednak błony te oczywiście znacznie różnią się od błon powstających drogą naturalną na żużlu w czasie przepływania przez filtr wód kanałowych, przeto tego rodzaju wynikiem ujemnym nie mogliśmy przypisać decydującego znaczenia; w celu ostatecznego wyświeślenia sprawy należało uciec się do dróg pośrednich.

Sporządziliśmy przeto szereg filtrów równoległych, wypełnianych jednokowym płynem, przyczem do jednego filtru wlewaliśmy ciecz uprzednio zmieszaną z chloroformem.

Dane liczbowe tych doświadczeń stanowią treść tablicy II-ej.

Rozpatrując liczby doświadczenia № 2 [tabl. II], widzimy, iż w tym samym czasie, kiedy woda bez chloroformu, po przejściu przez pierwszy basen utleniający, oczyściła się znacznie [zdolność utleniająca zmalała o 49,2%, amoniak wolny — o 38,82%, a organicznie związany o 46,1%], — woda z chloroformem nie tylko się nie oczyściła po przejściu przez taki sam filtr, lecz nawet zanieczyściła się, ponieważ jej zdolność utleniania zwiększyła się o 8,8%, a amoniaku organicznego przybyło 3,9%. Podobne dane znajdujemy i w doświadczeniach 3, 4, 5, jeżeli przypatrzymy się liczbom odpowiadającym 1-mu środkowi utleniającemu, t. j. wodzie nasyconej chloroformem. Zanieczyszczenie wody chloroformowej należy oczywiście tłumaczyć wylugowaniem się składników organicznych z błon filtru, co również ma miejsce przy napełnieniu filtru wodą czystą wodociągową. Widzimy przeto, iż woda kanałowa lub peptonowana, otrzymawszy domieszkę chloroformu, który — mówiąc nawiasem — prawie wcale się w niej nie rozpuszcza, zatracają zdolność oczyszczenia się na takim filtrze, który wybornie oczyszcza tę samą wodę bez chloroformu. A więc należałoby sądzić, że chloroform działa w sposób swoisty na błonki, niszcząc ich własności adsorbeyjne, lub też zwiększa ich spoistość i znosi lepkość na podobieństwo — jak twierdzi BREDTSCHNEIDER — kwasu karbolenowego, chlorku wapnia lub sublimatu i dlatego na powierzchni żużli żaden osad się nie tworzy, t. j. woda się nie oczyszcza. W celu wyświeślenia tej sprawy przeprowadziliśmy nowe doświadczenia, mianowicie sporządziliśmy dwa nowe filtry i oba po raz pierwszy napełniliśmy jedną i tą samą wodą ściekową, przyczem do jednego filtru doleliśmy chloroformu. Otrzymane wyniki [№ 1 tabl. II] wskazują, iż woda chloroformowana po przejściu przez filtr nieużywany oczyszcza się, przyczem jej zdolność utleniania zmniejsza się o 11,2%, co w przybliżeniu odpowiada rozmiarom adsorbeyi określonej dla żużli koksowych [z których przyrządzono filtr] względem zawiesiny kałowej [12,7 — 13,0] i moczu [11,16%], a więc głównych składników wody kanałowej przy kanalizacji podwójnej. Woda bez chloroformu oczyściła się znacznie lepiej [straciła 36,1% zdolności utleniających], co przypisać należy jakiemuś czynnikowi znikającemu pod wpływem chloroformu. Za czynnik ten — mojem zdaniem — należy uważać przejawy życia mikrobów oraz innych przedstawicieli

T A B L I

Numer dowiadczenia	Określenie filtru i materiału filtrującego	Oznaczenie basenu, z którego wzięta woda	Określenie składników wody
1	Filtr nowy Żużle koksowe, wielkość ziarna 15 m. m.	S. 1) I u. o.	Własność utlenienia się wody Własność utlenienia się wody
2	Mały stary filtr Żużle koksowe, wielkość ziarna 10 do 15 m. m.	S. I u. o.	Własność utleniania się wody Wolny amoniak Amoniak organicznie związany Własność utleniania się wody Wolny amoniak Amoniak organicznie związany
3	Mały stary filtr Żużle koksowe Wielkość ziarna: I u. o. 10 — 15 m. m. II u. o. 10 — 7 m. m.	S. I u. o. II u. o.	Własność utleniania się wody Wolny amoniak Amoniak organicznie związany Własność utleniania się wody Wolny amoniak Amoniak organicznie związany Własność utleniania się wody Wolny amoniak Amoniak organicznie związany
4	Stary filtr mały Żużle koksowe Wielkość ziarna: I u. o. 10 — 15 m. m. II u. o. 10 — 7 m. m. Stary mały filtr Żużle destruktoru z rzeźni wielk. ziarna I u. o. 10—15 m. m. II u. o. 10—7 m. m.	S. I u. o. II u. o. I u. o. II u. o.	Własność utleniania się wody Wolny amoniak Amoniak organicznie związany Własność utleniania się wody Wolny amoniak Amoniak organicznie związany Własność utleniania się wody Wolny amoniak Amoniak organicznie związany Własność utleniania się wody Wolny amoniak Amoniak organicznie związany

1) Objasnienie: lit. S oznacza basen septyczny.  
" u. o. oznacza basen utleniający.

C A II-ga.

Charakterystyka wody i filtru	Ilość ciał określonych w milligr. na litr wody	Znaleziona zmiana składników wody w procentach	Charakterystyka wody i filtru	Ilość ciał określonych w milligr. na litr wody	Znaleziona zmiana składników wody w procentach
Woda kanałowa Filtr pierwszy raz napełniony	161.33 102.09		Ta sama woda kanałowa nasycona uprzednio chloroformem i puszczone 1-y raz na takiż nowy filtr	161.33 143.23	
Woda kanałowa	201.0 58.39 17.86	-36.1	Ta sama woda kanałowa nasycona uprzednio chloroformem	201.0 58.39 17.83	
Woda kanałowa	102.0 35.72 9.62	-49.25 -38.82 -46.18	Ta sama woda kanałowa nasycona uprzednio chloroformem	220.6 42.4 18.6	+ 8.8 -27.2 + 3.9
Woda kanałowa	212.05 35.03 14.43		Ta sama woda kanałowa nasycona uprzednio chloroformem	212.05 35.03 14.43	
Woda kanałowa	123.18 21.30 5.50	-42.38 -99.19 -61.88	Ta sama woda kanałowa nasycona uprzednio chloroformem	200.2 24.54 15.72	- 5.5 -29.8 + 8.2
Woda kanałowa	40.53 4.81 3.44	-80.89 -86.26 -76.16	Ta sama woda kanałowa nasycona uprzednio chloroformem	84.0 9.62 10.3	-58.0 -72.53 -28.60
Woda kanałowa	325.0 3.40 76.16		Ta sama woda kanałowa nasycona uprzednio chloroformem	325.5 2.86 61.06	
Woda kanałowa	199.6 8.16 25.16	-39.0 -14.0 -67	Ta sama woda kanałowa nasycona uprzednio chloroformem	366.5 40.8 45.5	+12.25 +280 -25.4
Woda peptonowa	133.2 6.8 11.56	-59 -70.6 -87.5	Ta sama woda peptonowa nasycona uprzednio chloroformem	240 6.8 30.6	-26.5 +137.7 -49.8

Numer doświadczenia	Określenie filtru i materiału filtrującego	Oznaczenie basenu, z którego wzięta woda	Określenie składników wody		
5	Nowy filtr  Koks Wielkość ziarna 10-7 m. m.	S.	Własność utleniania się wody		
			Wolny amoniak		
			Amoniak organicznie związany		
6	Filtr ze śrutu porcelanowego  Średnica ziarna 1. 2 m. m.	S.	Własność utleniania się wody		
			Wolny amoniak		
			Amoniak organicznie związany		
7	Filtr ze śrutu porcelanowego  Średnica ziarna 1. 2 m. m.	S.	Własność utleniania się wody		
			Wolny amoniak		
			Amoniak organicznie związany		
8	Filtr ze śrutu porcelanowego  Średnica ziarna 1. 2 m m	S.	Własność utleniania się wody		
			Wolny amoniak		
			Amoniak organicznie związany		
		I u. o.	Własność utleniania się wody		
			Wolny amoniak		
			Amoniak organicznie związany		
		II u. o.	Własność utleniania się wody		
			Wolny amoniak		
			Amoniak organicznie związany		

Charakterystyka wody i filtru	Ilość ciał określonych w miligr. na litr wody	Znaleziona zmiana składników wody w procentach	Charakterystyka wody i filtru	Ilość ciał określonych w miligr. na litr wody	Znaleziona zmiana składników wody w procentach
Woda kanałowa	160.0		Woda kanałowa	160.0	
Filtr przygotowany z koksowego żużla bez uprzedniego wylugowania za pomocą kwasu solnego	33.5 10.4		Filtr przygotowany z koksowego żużla uprzednio wylugowanego za pomocą kwasu solnego	33.5 10.4	
	99.3	-38.0		104.0	-35.0
	26.6	-22.0		34.2	+2.0
	5.2	-50.0		7.2	-28.0
	175.48			159.7	
	28.17			52.3	
	15.11			10.6	
Woda kanałowa	114.97	-35.05	Woda kanałowa	100.45	-35
Pierwszy dzień działania filtru	27.48	-2.5	Pierwszy dzień działania filtru ze śrutu porcelanowego, pokrytego na powierzchni powłoką tlenku żelaza	50.29	-4
	13.05	-12.9		9.21	-13
	75.64	-56.89			
	26.79	-4.89			
	8.93	-40.9			
	238.47			197.5	
	63.23			51.0	
	31.96			6.12	
Woda kanałowa	153.92	-35.45	Woda kanałowa	108.66	-55
51-y dzień działania filtru	59.16	-6.45	25-y dzień działania filtru ze śrutu porcelanowego, pokrytego na powierzchni powłoką tlenku żelaza	44.8	-12.15
	19.72	-38.3		3.06	-50.0
	119.28	-50.0			
	51.00	-19.35			
	17.00	-46.8			
	199.4			199.14	
	55.3			55.76	
	9.52			9.52	
Woda kanałowa	132.6	-33.4	Woda kanałowa	92.14	-53.7
232-gi dzień działania filtru	49.3	-11.6	34-y dzień działania filtru ze śrutu porcelanowego, pokrytego na powierzchni powłoką tlenku żelaza	43.52	-21.9
	8.16	-14.3		4.08	-57.2
	85.55	-57			
	42.16	-24.4			
	4.42	-55.4			

fauny i flory, których pełno w wodzie kanałów; wszystkie one pod wpływem chloroformu zasypiają chwilowo, a ich energia życiowa przechodzi w postać utajoną, by po usunięciu chloroformu znów przeistoczyć się w czynną. W samej rzeczy, gdy przypatrzymy się cyfrom wskazującym działanie wtórnych basenów utleniających [tabl. II № 2, 3 i 4], otrzymujących wodę chociaż uprzednio nasyconą chloroformem, lecz potem mającą możność wywietrzenia się przez 2 godziny stania w 1-ym basenie i przez przelewanie się z 1-go do 2-go basenu,— przekonamy się, iż wtórny basen utlenia o wiele energiczniej, niż pierwszy i daje cyfry bardzo zbliżone do zwykłych. Co się zaś tyczy zanieczyszczenia się wody chloroformowej w 1-ym basenie, jest to rzecz zupełnie zrozumiała, jeśli zwrócimy uwagę, iż żużle w danym wypadku potrafią z wody przyciągać mniej składników organicznych, aniżeli ta sama woda, wyługowana jest zdolną z błonek pozbawionych wskutek działania chloroformu energii życiowej mikrobów.

Doskonale uwydatnia to tablica poniższa:

	Woda kanałowa	I basen utleniający; woda kanałowa bez chloroformu	I basen utleniający; woda kanałowa z chloroformem	Woda wodociągowa bez chloroformu	Własność adsorbeyjna błonki wykazana doświadczalnie
Własność utleniająca się w mg. KMnO <sub>3</sub> na 1 litr wody	201	-49.25%	+8.8%	+16.1%	-11.2%

Widzimy przeto, że w sprawie własności basenów utleniających najważniejszą rolę odgrywa nie adsorbeyja [wynosząca w przybliżeniu 11,2%], lecz czynnik inny — biologiczny, dzięki któremu osiąga się *maximum* oczyszczenia [36,1 — 11,2 = 24,9].

[C. d. n.]

1) Czysta woda wodociągowa nasycona chloroformem wydobywa z filtru więcej ciał organicznych, aniżeli woda bez chloroformu.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### 227. F. Kraft. Przyczynek do rękoczynów chirurgicznych wobec mięsaka limfatycznego (*lymphosarcoma*).

W chaosie pojęć sprzecznych o własnościach i budowie mięsaka chłonnego zaprowadził ład pewien względnie niedawno WINIWARTER wytyczną pracą swą: *Ueber das maligne Lymphom und Lymphosarcom* i omówione w niej poglądy mają dziś jeszcze dla ogółu chirurgów wartość miarodajną. Według klasyfikacji autora tego, z licznego szeregu odmian, rozróżnianych dawniej, wyosobnić należy tylko dwa rodzaje tworów patologicznych: a) guzy hiperplastyczne, do których zalicza się chłoniak gruźliczy (*lymphoma*), twory przerostu, opisywane przez VIRCHOW'a, chłoniak na tle białaczki i złośliwy BILLROTH'a, b) guzy heteroplastyczne, ochrzczone przez W. nazwą mięsaka chłonnego. Ten pod względem klinicznym nie różni się niczem od mięsaka gruczołów chłonnych, z teoretycznego zato punktu widzenia jest sprawą inną zupełnie. PALTAEF, ZIEGLER i WEISCHELBAUM określają go jako mięsak typowy o charakterze limfoidalnym. Prace EHRlich'a wykazały wreszcie niezbędną zbadania krwi celem rozpoznania wcześniejszego każdego przypadku.

*Lymphosarcoma* występuje najczęściej w trzech miejscach: 1) na szyi, 2) w śródpiersiu i 3) w przestrzeni pozaotrzewnej, w krezce i kiszkiach. W znacznej jednak większości przypadków siedliskiem bywa szyja, co wskazuje na zakaźną genezę sprawy chorobowej; nos ze swą delikatną śluzówką, jama ustna z popsutymi zębami, gardło i otwierające się doń wyloty licznych gruczołów są tu wrotami wejścia, których brak w brzuchu i śródpiersiu. Opisany przez BILLROTH'a *lymphoma malignum*, składający się z wyosobnionych i niebolesnych guzików, nie przebija torebki, nie zwyrodnia skóry, może uciskać narządy okalające, lecz nie zrasta się z nimi; przeciwnie, *lymphosarcoma* posiada wszelkie dla nowotworów złośliwych cechy właściwe: przebija torbę, więc przeistacza narządy sąsiednie, nieraz przeżera skórę, przyczem guz pierwotny może zrastać się z guzami późniejszymi i dawać przerzuty. *Lymphosarcoma mediastini* daje znać o sobie wtedy dopiero, gdy osiągnie wymiarów większych, wywołując objawy ucisku tchawicy, płuc, przełyku, serca, pni naczyń i nerwów. *Lymphosarcoma* kategorii trzeciej zjawia się rzadziej i wobec bezpośredniego z trzewiami sąsiedztwa, już przy wymiarach mniejszych, prowadzi do objawów przykrych, zniewalających do szukania pomocy lekarza.

Spostrzeżenie KRAFT'a dotyczy 11-letniej dziewczyny, dotąd zdrowej zupełnie, która od 2-ch mniej więcej miesięcy doświadczała w okresach pewnych bólu w podżebrzu prawem. Ostatnio zauważyła wzdęcie i stwardnienie brzucha; na brak łaknienia i stolce nie narzeka.

Podczas badania, obok bladeści powłok zewnętrznych i śluzówek, stwierdzono mocne napięcie brzucha, osobiwie w okolicy pępka, wrażliwość niewielką i stłumienie, szerzące się w postaci gruszki od pęcherza do pępka i na lewo od tegoż. Pomimo wzdęcia, na wysokości pępka wyczuwa się guz twardy, gładki na pozór, ruchomy, którego granic wymacać dokładnie nie można. Chora oświadcza, że od czasu „guz unosi się w górę i brzuch w miejscu tem wypina szpiczasto“. Badanie, dokonane w momencie takim, pozwoliło wymacać wyraźnie narośl jajowatą, przebiegającą w poprzek, od dołu prawej kości biodrowej na drugą stronę do lewego łuku żebrowego. Granica dolna, nie

zarysowuje się jasno. Rozpoznano złośliwy nowotwór kiszki, prawdopodobnie mięsak.

Po upływie dni 4-ch wykonano cięcie od wyrostka mieczykowatego do spojenia łonowego, poczem ujrano guz wielki jak dwie pięści dorosłego człowieka, o powierzchni nierównej, leżący w krezce kiszki cienkiej. Niektóre z wyniosłości nowotworu były miękkie i spoistością swą przypominały torbiel. Po dokładnem rozejrzeniu się w warunkach uznano guz jako możliwy do wycięcia, wypadło jednak wyciąć 180 ctm. jelita, poczynając w odległości 3-ch ctm. od zastawki BAUHIN'a ku górze. Po wycięciu pętli dokonano połączenia bocznego między najwięcej opuszczonym ku dołowi odcinkiem kiszki cienkiej a okrężnicą poprzeczną (*ileocolostomia*), nadto usunięto *appendicem*.

Wycięty twór był zbiorowiskiem różnej wielkości zlewających się wzajemnie guzków, barwy bladо-żółtej, niejednakowo twardych, pokrytych cienkim, lecz nie zmienionym listkiem otrzewnej. Na szaro-białym przekroju zauważono gdzieniegdzie wynaczynienia. Okalając jelito cienkie, guzy częściowo zrastały się z niem, nie wywoływały jednak nigdzie zwężenia. Badanie pod drobnowidzem wykryło miejscami typową budowę mięsaka chłonnego, gdzieindziej znowu—układ, chłoniakom właściwy (*lymphoide Anordnung*) z licznymi jednak okrągłymi komórkami mięsaka.

Przebieg pooperacyjny był pomyślny; operowana wyzdrowiała i w ciągu 18-u miesięcy jest wolną od nawrotu. I w drugim, podobnym bardzo przypadku, który dotyczył chorej 16-letniej, osiągnięto wynik trwały. Autor w dostępnem mu piśmiennictwie odnalazł 3 zaledwie tego rodzaju przypadki operowane i pomyślnym uwieńczone wynikiem.

O ile niema zwyrodnień w gruczołach krezki i w pętlach jelita samego, to laparotomia rokuje tu zupełną pewność powodzenia. Znaczna ruchomość krezki, wygodny doń dostęp i trwałość w miejscu tem szwu kiszkowego bywa tu rękojmią skuteczności zabiegu, czego powiedzieć nie można o rękoczynach na szyi i w śródpiersiu.

Tam, gdzie guz trzyma się krezki jedynie, gdzie nie wywiera ucisku na naczynia jelit, nie prowadzi do przemieszczeń i zwężeń, można poprzestać na częściowem wycięciu krezki wraz z nowotworem; w razie przeciwnym, wycięcie kiszki wraz z zespoleniem muszą być wskazane koniecznie. Należy, wreszcie, mieć na względzie, jak słusznie to zaznacza BÉGOUIN, iż zbyt gwałtowne pociąganie i szarpanie krezki, zwłaszcza w pobliżu *plexus solaris*, przypawieć może operowanego o śmierć od wstrząsu.

(*Wiener klin. Woch.* 1906. N. 18).

K. Niedzielski.

## 228. S. Bettmann. Przyczynek do nauki o *lichen ruber planus*.

Opisano już mnóstwo kazuistycznych przypadków liszaja płaskiego (*lichen rub. p.*), niemniej jednak poniższe spostrzeżenia zasługują na ogłoszenie, mogą bowiem przyczynić się w pewnym stopniu do wyjaśnienia istoty i etyologii choroby. Pierwsze spostrzeżenie autora dotyczy dwóch braci: u pacyenta w wieku lat 40-u rok temu po uderzeniu w klatkę piersiową wystąpiła na skórze wysypka przede wszystkim w miejscu uderzenia; wykwity głównie były umiejscowione na tułowiu i górnych kończynach, a także na błonie śluzowej jamy ustnej; z 3-ch braci chorego jeden od dłuższego już czasu leczy się z powodu takiegoż cierpienia. Ciekawszem jest drugie spostrzeżenie, tyżące się siostry i brata: pacjentka, w wieku lat 34-ch, żadnych chorób do tej pory nie przechodziła, w rodzinie wszyscy są zdrowi; zgłosiła się do ambulatoryum dermatologicznego 28.X. 1903 roku; przed 4-ma tygodniami bez wyraźnego powodu przy objawach silnego swędzenia, braku apetytu, bezsenności, uczucia zimna i gorąca, wystąpiła wysypka na całym ciele; obecnie prócz wykwitów *lichen rub. p.* i brunatnego



ubarwienia na skórze, znajdujemy silnie zajęta błonę śluzową jamy ustnej, umiarkowane obrzmienie gruczołów chłonnych i wyraźne obrzmienie śledziony. Pod wpływem leczenia arsenikiem i natryskami objawy podmiotowe i przedmiotowe cierpienia szybko ustąpiły, tak że w końcu stycznia 1904 roku pozostało tylko ubarwienie, jako ślad byłego cierpienia; nawrotu choroby do tej pory [lutu 1905 r.] nie było. Brat powyższej pacjentki, w wieku lat 28, zgłosił się do ambulatorium 8.XII. 1904 r.; cierpienie rozpoczęło przed trzema tygodniami przy objawach ogólnego niedomagania, gorączki, bezsenności i silnego swędzenia; na skórze wystąpiła wysypka, która szczególnie jest rozwiniętą na kończynach. Dłonie i podeszwy są wolne, w prawej okolicy pachwinowej pod paskiem rupturowym znajdujemy czerwony, suchy „*plaque*”, błona śluzowa jamy ustnej również jest dotknięta sprawą chorobową; zmiany w gruczołach i śledzionie są takie same, jak i u siostry; przebieg cierpienia był również bardzo pomyślny i szybki. Dwa te przypadki przedstawiają przykłady ostro rozpoczynającej się i ostro przebiegającej postaci *lichen. rub. p.* i odpowiadają w zupełności typowi, opisanemu przez HALLOPEAU i LEREDDE. Do ostrej również postaci *lichen. rub. p.* zaliczyć należy przypadek następujący, dotyczący 28-letniej kobiety, która się zgłosiła po raz pierwszy 10.I. 1905 roku. Pacjentka 12.XI. 1904 r. odbyła poród [6 ty]. 14 dni *post partum* wystąpiło silne niedomaganie, gorączka, bezsenność, palenie skóry, a w 2 dni później swędząca wysypka *lichen. rub. p.*; od 10-u dni objawy podmiotowe osłabły i wykwyty zaczynają się łuszczyć, przyczem chora nie stosowała do tej pory nic prócz pudru. Obecnie na tułowiu i kończynach, głównie na zginaczach, znajdują się liczne wykwyty *lichen. rub. p.*; dotknięte są także dłonie i podeszwy; na brzuchu wykwyty tworzą krótkie linie w miejscach odpowiadających *striae gravid.* Takież linie widzimy na kończynach dolnych w miejscach odpowiadających rozszerzonym żyłom; błona śluzowa jamy ustnej, jak również paznokcie są wolne, gruczoły obrzmiałe; brak obrzmienia śledziony. W tym przypadku zastosowano kąpiele i *unguent ac. Salicyl.*; w krótkim czasie grudki się wessały, pozostawiwszy tylko brunatne ubarwienie; znikło również obrzmienie gruczołów i objawy podmiotowe, tylko na goleni cierpienie pozostało i przyjęło postać *lichen. rub. verruc.* Do ostrej również postaci *lichen. rub. p.* autor zalicza dawniej opisany przez siebie przypadek *lich. rub. pemphigoides*, w którym cierpienie miało ostry początek i ostry przebieg. Kliniczne objawy ostrej postaci *lichen. rub. p.*, a mianowicie ostry początek z zaburzeniami ogólnymi i ostry przebieg, obrzmienie gruczołów i śledziony, wreszcie spostrzeżenia paru przypadków choroby w jednej rodzinie mogłyby nasunąć przypuszczenie o infekcyjnym pochodzeniu cierpienia; przeciwko jednak tej hipotezie przemawia to, że przypadki cierpienia obserwowane u paru osób w jednej i tej samej rodzinie nie odpowiadały przedewszystkiem opisanej powyżej ostrej postaci choroby, przeciwnie, miały zawsze charakter przewlekły, a po drugie tyczyły się najczęściej krewnych, a nie małżonków; w przypadku autora brat i siostra mieszkali w rozmaitych miejscach, przyczem brat zachorował w  $\frac{3}{4}$  roku po wystąpieniu cierpienia u siostry. Co do ogólnych objawów choroby, jak gorączka, niedomaganie, a także obrzmienia gruczołów i śledziony, to BERRMANN skłonny jest do uważania ich za objawy czysto toksyczne. Dla wyjaśnienia etyologii cierpienia nie mniejsze znaczenie ma kwestya, w jakim stopniu zewnętrzne bodźce wpływają na wystąpienie, umiejscowienie i postać choroby. Zauważono, że cierpienie przedewszystkiem występuje w miejscach, na które działają jakiegokolwiek podmioty zewnętrzne: w jednym z opisanych przez siebie przypadków autor spostrzegł, że wykwyty wystąpiły pierwotnie i wyłącznie w miejscu uciskanem przez pasek rupturowy, w innym znów przypadku [IV] u 28-letniego słuszarza, dotkniętego od dłuższego czasu *lich. verruc. goleni*, wystąpiły w ostatnim czasie wykwyty głównie na utatuowanych miejscach skóry [na le-

wem przedramieniu]. Następne [V] spostrzeżenie dotyczy przypadku, w którym obok świerzbu istnieje *lichen rub. pl.*, dla którego świerzb, drapanie skóry i leczenie przeciwświerzbowe odegrały rolę *agent provocateur*. Ze bodźce traumatyczne wpływają na wystąpienie cierpienia, dowodem mogą być jeszcze następujące spostrzeżenia autora: a) w pierwszym z powyżej opisanych przypadków cierpienie rozpoczęło się w miejscu uderzenia, b) u pewnego inżyniera wystąpił *lich. rub. verruc.* goleni bezpośrednio po zadrażnieniu skóry, c) u 23-letniego kupca, dotkniętego *lich. rub. verruc.* goleni, wystąpiła wysypka na całym ciele, a przede wszystkim w miejscu zadrażnienia skóry, wywołanego upadkiem z roweru. Miejscowe bodźce zewnętrzne odgrywają pewną rolę etyologiczną i w powstawaniu *lich. rub. p.* na błonach śluzowych [*caries* zębów, pale nie tytoniu], z drugiej jednak strony spostrzegano nieraz to cierpienie w jamie ustnej u osób młodszych płci żeńskiej, u których brakło powyższych momentów etyologicznych. Znaczenie zewnętrznych bodźców jest bardzo widoczne w VI-em spostrzeżeniu autora, dotyczącem 31-letniego pacjenta, u którego w jamie ustnej wystąpiły wykwity *lichen. rub. pl.* pod wpływem *stomatitidis mercurialis* — cierpienia, wywołanego użyciem pigułek *Hydrarg. oxydul. tann.*, które przepisał mu pewien lekarz w przypuszczeniu, iż ma do czynienia z przypadkiem syfilisu. Bardzo ciekawym jest VII spostrzeżenie autora: jest to przypadek *lichen. rub. pl.* błony śluzowej jamy ustnej i cewki; *phosphaturia*, którą był dotknięty pacjent, odgrywała rolę *agent provocateur* w powstaniu cierpienia cewki. Niezwykły jest też VIII przypadek, w którym spostrzegano na błonie śluzowej jamy ustnej parę małych pęcherzy i liczne nadżerki, na brzegach których widać było resztki nabłonka; w krótkim czasie w miejscach tych wystąpiły zmiany charakterystyczne dla *lichen rub. pl.* błon śluzowych — jest to przypadek t. zw. *lichen. rub. pl. pemphigoides*. Zmiany na błonach śluzowych przy *lichen. rub. pl.* występują bardzo często. W niektórych przypadkach są dość uporczywe pomimo leczenia i trwają dłużej, aniżeli zmiany na skórze, z drugiej znów strony przy ostrej postaci cierpienia zmiany w jamie ustnej ustępują bardzo szybko. Ze względu na lokalizację cierpienia jest bardzo interesującym spostrzeżenie IX, dotyczące 68-letniego pacjenta, który po raz pierwszy zgłosił się 12.VIII. 1901 r. Cierpienie rozpoczęło się dwa miesiące temu. Przypadek ten odznacza się tem, że prócz oddzielnych wykwitów *lichen. rub. pl.* i okrągłych ognisk znajdujemy na piersiach, plecach, lewym ramieniu i lewym przedramieniu a także na dolnych kończynach wykwity w postaci linii. W ciągu kilku tygodni pod wpływem arszeniku grudki się wessały, na plecach pozostały tylko miejsca ubarwione; na początku 1904 roku wystąpił nawrót cierpienia, przyczem umiejscowienie wykwitów było zupełnie odmienne. Umiejscowienie powyższych linii odpowiada przebiegowi nerwów skórnych, chociaż z drugiej strony brak u pacjenta jakichkolwiek zaburzeń nerwowych przemawia przeciwko nerwowemu pochodzeniu cierpienia. W przypadku tym niektóre linie odpowiadają przebiegowi żył lub naczyń chłonnych, z czego nie podobna jednak wnioskować o ścisłym ich związku z owymi linjami. Trudno też to umiejscowienie cierpienia wytłumaczyć sobie wrodzoną skłonnością dotkniętych miejsc skóry, gdyż: 1) cierpienie wystąpiło w starszym wieku [w 68-ym roku życia], 2) podczas nawrotu wykwity wystąpiły w zupełnie innych miejscach skóry, co wskazuje, że przy pierwszym wystąpieniu cierpienia na szczególne umiejscowienie wpłynęły jakieś bodźce zewnętrzne, jak np. drapanie. Wogóle nie podobna w jeden i ten sam sposób wytłumaczyć powstania każdego przypadku *lichen. rub. pl. linearis*.

W końcu swej pracy autor wspomina o zmianach w paznokciach; spostrzeganych przy *lichen. rub. pl.*: są one w większości przypadków nieznaczne i występują najczęściej jednocześnie ze zmianami na skórze, chociaż są opisane spostrzeżenia, w których cierpienie paznokci wystąpiło znacznie wcześ-

niej [WEYL, RONA, DU CASTEL, DRUELLE]. Podobne spostrzeżenie [X] podaje BETTMANN. Dotyczy one 57-letniego pacyenta, dotkniętego od paru miesięcy *lich. rub. p.* tułowia i szyi, u którego zmiany w paznokciach wystąpiły już 2 — 3 lata temu; polegają one na tem, że wszystkie paznokcie palców u rąk są zmniejszone, pozbawione połysku, mętnawe, łamliwe, a wolny ich brzeg zgrubiały i bardzo łamliwy; paznokcie palców u nóg żadnych istotnych zmian nie przedstawiają.

(*Archiv für Dermatologie und Syphilitis*. T. LXXV Z. 2 i 3).

J. Rosenberg.

## 229. Berger. Przypadek *epidermolyses bullosae hereditariae* i wpływ nań promieni Roentgen'a.

Przypadek dotyczy 6-letniego chłopca, którego ojciec zmarł przed 4-ma laty wskutek choroby mózgu i cierpiał niegdyś na jakąś wysypkę pęcherzykową; matka zmarła przed 1<sup>3</sup>/<sub>4</sub> roku na gruźlicę, jedno z rodzeństwa zmarło w 7 miesięcy, było również dotknięte wysypką pęcherzykową. Na trzeci dzień po urodzeniu u chorego wystąpiły pęcherze na uszach, wargach, palcach i piętach, z początku były one małe, później stopniowo się powiększały. Przy badaniu w okolicy ust znajdujemy wykwity strupkowate, a gdzieś indziej oddzielne maleńkie napięte pęcherzyki. Na całym ciele znajdują się rozrzucone okrągłe zabarwienia: na kolanach i łokciach liczne pęcherze napięte o zawartości wodnistej, błony śluzowe są zupełnie wolne, ogólny stan chorego zadowalający. Rozpoznanie wahało się pomiędzy *epidermolysis bullosa hereditaria* a *pemphigus*, dwa jednak doświadczenia, przeprowadzone przez autora, w zupełności rozstrzygnęły pytanie, z jakim cierpieniem mamy do czynienia: 1) nałożono na lewe ramię bandaż krochmalowy, poczem w uciśniętych miejscach wystąpiły pęcherzyki w postaci smug, idących prostopadle do podłużnej osi ramienia; 2) zaraz po pierwszej próbie chodzenia [NB. do tej pory dziecko nie chodziło, ani stawało wskutek znacznych zmian krzywicznych obu goleni] u pacyenta wystąpiły na podszewkach liczne krwawe pęcherze, które przy leżeniu stopniowo się zmniejszają. Tarcie [lecz nie klucie lub drapanie] wywoływało tworzenie się pęcherzy, które również dobrowolnie występowały głównie na kończynach; tułów jest mniej zajęty sprawą chorobową. Dotknięte miejsca zaczerwienia się, swędzi, poczem w kilka minut lub godzin występują małe pęcherze, stopniowo się powiększające; w ciągu paru dni pękają lub też przysychają; zawartość ich jest surowicza; tylko na dłoniach i podszewkach pęcherze dość często krwawią. Wykwity zostawiają po sobie zabarwienie, które po pewnym czasie znika. Po doświadczalnym naświetlaniu prawej połowy ciała promieniami ROENTGEN'a po paru dniach wystąpiły małe okrągłe swędzące bladorożowe plamki, a na niektórych z nich maleńkie pęcherzyki: liczba plamek i pęcherzyków z każdym dniem się powiększała, a po 9-u 10-u dniach większość dobrowolnie pękła; powtórnie dokonane naświetlenie miało taki sam skutek. *Epidermolysis bullosa hereditaria* cechuje się przedewszystkiem tem, że jest to cierpienie dziedziczne, i że pęcherze powstają pod wpływem najmniejszego urazu; w oddzielnych przypadkach spostrzegano pęcherze już przy urodzeniu, w innych znów zaraz po urodzeniu, najczęściej zaś, gdy dzieci zaczynają stawiać pierwsze kroki. Pęcherze występują w miejscach, w których skóra podlega podrażnieniu mechanicznemu: najpierw występuje czerwona, swędząca plama, a na niej po pewnym czasie tworzy się pęcherz. Podrażnienie chemiczne lub elektryczne pęcherzy nie wywołuje. Co się tyczy patogenetycznego cierpienia, to autorzy rozmaicie na sprawę tę się zapatrują: jedni tłumaczą powstanie jego zmniejszoną odpornością naskórka, stawiają je też w związku z pokrzyw-

ką, lub uważają je za t. zw. autointoksykację, inni znów, jak BLUMER i KLEBS, uważają to cierpienie za *dysplasiam vasorum*, a według ELLIOT'a mamy tu do czynienia z nabytą lub odziedziczoną wzmoczoną wrażliwością naczyń skóry, przyczem objawy zapalne przyjmuje on za zjawisko wtórne. Według TORÖK'a i LUTHLEN'a istotnym zjawiskiem w cierpieniu są zmiany w naczyniach, ich wzmoczona wrażliwość, wskutek czego dochodzi do obrzęku i przesięku.

(*Archiv für Dermatologie und Syphilis T. LXXX Z. 1*).

J. Rosenberg.

### 230. C. Cronquist. Przypadek *folliculitidis cutis gonorrhoeicae*.

Rzeźączkowe cierpienia torebki włosowej i jej przydatków należą do bardzo rzadkich. O jednym takim przypadku, spostrzeganym w monachijskiej klinice, a dokładnie opracowanym przez JATHO, podaje JESSIONEK. Przypadek autora jest więc dopiero drugim w literaturze. Chory w wieku 21 lat, garniarz, zgłosił się do szpitala z powodu ostrego trypra, przyczem zwrócił uwagę na małe guziczki, znajdujące się od paru dni na brzuchu. Z cewki wypływa obfita ciecz ropna, zawierająca mnóstwo gonokoków, napletek obrzmiały, 1-a porcja moczu mętna, 2-a — przezroczysta; na brzuchu na 3 ctm. poniżej pępka znajdujemy małe guziczki z zaczerwienieniem i nacieczeniem wokół i ze strupkiem na wierzchołku, po którego usunięciu wypływa kropla ropy. Guziczek ten wycięto i poddano badaniu drobnowidzowemu, które wykazało w samej torebce istnienie ropnia, przechodzącego przez jedną zniszczoną ściankę torebki w tkankę łączną okołotorebkową (*folliculitis et perifolliculitis*). O rzeźączkowym charakterze sprawy chorobowej świadczy znajdowanie gonokoków w ropie wyciśniętej z guziczka, a także w skrawkach.

(*Archiv für Dermatologie und Syphilis T. LXXX Z. 1*).

J. Rosenberg.

### 231. Schlasberg. O nabłoniakach skóry i leczeniu ich światłem Finsen'a.

Autor w 19-n przypadkach nabłoniaków skóry zastosował w celach leczniczych światło FINSEN'a. Rozpoznanie choroby było zrobione w 6-u przypadkach na mocy wyglądu i przebiegu klinicznego, w pozostałych 13-u na podstawie badania histologicznego, przyczem 12 przypadków przedstawiało nabłoniaki z komórek podstawowych (*epithelioma basocellulare*), jeden zaś składał się z komórek kolczastych (*epithelioma spinocellulare*).

Podług FINSEN'a, działanie lecznicze jego światła na nabłoniaki polega na rozpadzie tkanki nabłoniaka. Doświadczenia autora w tym kierunku doprowadziły go do następujących wniosków: światło FINSEN'a daje dobre wyniki w przypadkach, gdy nabłoniaki są małe, ściśle ograniczone i względnie powierzchniowe. Przed naświetlaniem należy wyskrobać nabłoniak ostrą łyżeczką, przez co promienie światła mogą działać na głębsze warstwy nabłoniaka, które prawdopodobnie dają nawroty. Wynik leczenia nie zależy od budowy histologicznej nabłoniaka.

(*Archiv für Dermatologie und Syphilis T. LXXVIII*).

Springer.

### 232. Zambusch. Przyczynek do patologii i terapii *mycosis fungoides*.

Na mocy zbadanych przez się dokładnie 5-u przypadków *mycosis fungoides* i odpowiedniej literatury, autor przychodzi do następujących poglądów

na wzmiankowaną chorobę. *Mycosis fungoides* zdaje się być pokrewną białaczkę istotnej i wrzekomej, gdyż przy niej znajdujemy we krwi zmiany, tyżące się szczególniejszemu stosunkowi ilościowemu różnego rodzaju ciałek białych. Zmiany te nie we wszystkich przypadkach są jednakowe; występują one dopiero podczas przebiegu choroby, w początkowych zaś okresach brak ich zupełnie. W gruczołach chłonnych znajdujemy dość często zmiany, jak przy białaczce wrzekomej. Nieraz znów *mycosis fungoides* przyjmuje pod względem histologicznym charakter mięsaka i daje przerzuty, wówczas prócz wtórnej niedokrwiistości żadnych zmian we krwi nie znajdujemy. A jednak tej choroby nie można utożsamiać ani z białaczką istotną i wrzekomą, ani też z mięsakiem. Na *mycosis fungoides* należy zapatrywać się jako na chorobę samoistną, która ma właściwy sobie przebieg kliniczny i właściwe sobie zmiany histologiczne.

*Mycosis fungoides* leczymy arsenikiem i promieniami ROENTGEN'a. Arsenik właściwie wielkiej korzyści nie przynosi, pod wpływem zaś promieni ROENTGEN'a następuje często zanik guzów i nacieczeń; swędzenie zmniejsza się i owrzodzenia szybko pokrywają się naskórkiem; wszystko to razem wzięte dodatnio wpływa na ogólny stan chorego, następuje poprawa, tylko niestety krótkotrwała. Nadzieje w promienie ROENTGEN'a, jako skuteczny środek leczniczy na *mycosis fungoides*, zawiodły.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis T. LXXVIII).

Springer.

### 233. Kirsch. Dwa przypadki samoistnego keloidu.

Samoistne keloidy należą do niezmiernie rzadkich chorób skórnych. Autor spostrzegł 2 takie przypadki. Ulubionem ich miejscem bywa mostek, prócz tego znajdujemy je na całej powierzchni skóry. U osobnika, dotkniętego tą chorobą, znajdujemy rozmaity liczbę keloidów, od kilku do kilkuset. Szczególnych bólów one nie sprawiają, tylko podczas burzliwej pogody wywołują swędzenie i silne kłujące bóle. Pod względem histologicznym keloidy są włókniakami skóry, wychodzącymi ze ścianek małych naczyń skóry. Należy je zaliczyć do bezwzględnie łagodnych nowotworów, gdyż dotychczas przynajmniej nie zauważono przemiany ich w mięsaki.

Co się tyczy leczenia keloidów, to najlepiej zupełnie ich nie ruszać, gdyż po usunięciu ich tworzą się przerosłe blizny, z drugiej zaś strony WELANDER spostrzegł samoistny zanik keloidów.

(Archiv für Dermatologie und Syphilis T. LXXVIII).

Springer.

## Wiadomości bieżące.

D. 29-go b. m. w sali Tow. wioślarskiego odbędzie się zebranie ogólne członków Koła lekarskiego Polskiej Macierzy szkolnej. Do Koła zapisało się około 300-u kolegów; wpłynęło gotówką około 2000 rb. Koło otwiera wzorową szkołę elementarną na ul. Solnej № 17. Na zebraniu oprócz sprawozdania z dotychczasowej działalności zarządu i zatwierdzenia projektowanego budżetu odbędą się wybory 7-u członków zarządu, 3-ch członków komisji rewizyjnej i 8-u delegatów na zebrania ogólne i okręgowe Polskiej Macierzy szkolnej.

— W Darmsztacie otwarte zostało Muzeum gruźlicy, mające na celu uświadomienie szerokich kół ludności o niebezpieczeństwach, jakimi grozi gruźlica i o sposobach zapobiegawczych.

— Według urzędowych źródeł japońskich w ciągu 21 miesięcy wojny rosyjsko-japońskiej rannych na polu bitwy było 220812 ludzi, z tej liczby zmarło 47387. Z personelu lekarskiego rannych było 104-ch i zmarło 19-u na 4517 lekarzy japońskich, wysłanych na plac boju.

— **Z m a r ł i:** IZYDOR NEUMANN v. HEILWART, b. prof. syfilidologii i dermatologii na uniwersytecie Wiedeńskim; w Heidelbergu prof. OSWALD VIERORDT.

## Od Wydawcy.

„Gazeta Lekarska” wychodzić będzie w ciągu roku 1907 według tego samego programu i na tych samych warunkach, co i w roku bieżącym.

Celem uniknięcia zwłoki w przesyłce pisma, uprasza się o wczesne przesyłanie przedpłaty i o dokładne zawiadomienie o wszelkiej zmianie adresu.

Pp. prenumeratorów, którzy zalegają w opłaceniu przedpłaty za rok bieżący, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunków.