

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH,
FARMACYI I WETERYNARYI.

Cena Gazety Lekarskiej. W Warszawie: rocznie rsr. 5, półrocznie rsr. 2 kop. 50. W Królestwie i Cesarstwie: w redakcyi (z przesyłką) rocznie rsr. 6, półrocznie rsr. 3.

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. W Redakcyi półrocznie (od 1 lipca 1877 do 1 stycznia 1878) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 stycznia 1878 r. rsr. 208 (z przesyłką).

Cena Przeglądu Postępu Nauk Lekarskich. Rocznie rsr. 8; dla prenumeratorów Gaz. Lekarskiej rsr. 6; dla prenumeratorów Gaz. Lek. i Bibl. Um. Lek. rsr. 4.

TREŚĆ: Dochodzenie sądowo-lekarskie przyczyny śmierci ś. p. Polikarpa Girsztowta, prof. kliniki chirurgicznej w Cesarsko-Warszawskim Uniwersytecie zmarłego dnia 12 listopada 1877. — Spostrzeżenia z praktyki lekarskiej. Epilepsya uleczona za pomocą soli kuchennej. — Wypadek ostrego żółtego zaniku wątroby (*atrophia hepatis flava*). Postrz. Profesorów Drów Lewickiego i Brodowskiego (Dokończenie). — Wiadomości bieżące. Do współpracowników Biblioteki um. lek. Projekt wystawienia pomnika ś. p. Girsztowtowi. Kwestye wojenno-sanitarne Posada lekarska. — Od redakcyi Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskiej. — Dodatek. Historia Medycyny ark. 3. Ogł. farm. lekars.

Dochodzenie sądowo-lekarskie przyczyny śmierci ś. p. Polikarpa Girsztowta, prof. kliniki chirurgicznej w Cesarsko-Warszawskim Uniwersytecie zmarłego d. 12 listopada 1877 r.

Protokół sekcyjny.

Dnia 1 (13) listopada 1877 r. p. o. Sędziego śledczego Sądu Okręgowego warszawskiego 7 Uczastku Maursberger przybył do domu pod Nr. 7 przy ulicy Jasnej, do mieszkania Dra Girsztowta i razem z Dziekanem wydziału lekarskiego warszawskiego Cesarskiego Uniwersytetu Dr Włodz. Brodowskim, z lekarzami miejskimi Drami Kopciem i J. F. Nowakowskim, w obecności dwóch świadków: 1) Konstantego Jankowskiego rządcy domu Nr. 7 przy ulicy Jasnej i 2) Dra Edwarda Przewoskiego przy ulicy Wspólnej pod Nr. 1 zamieszkałego, dokonał oględzin ciała Polikarpa Girsztowta, przyczem okazało się:

Oględziny zewnętrzne.

Ciało mężczyzny, około 50 lat mające, za Polikarpa Girsztowta przyznane, dobrej budowy i odżywienia; skóra całego ciała blada z żółtawym odzieniem: ciało w stanie pośmiertnego stężenia (*rigor mortis*), brzuch wzdęty,

w lewej pachwinie rana, idąca ukośnie od kolca górnego przedniego (*spina anterior superior ossis ilei*) ku dołowi, mająca długości około 9 ctm., szerokości 5 ctm., brzegi rany zupełnie równe, dno brudno-zielonawe, rana draży w głąb, tak że można wyczuć gałąź poziomą kości łonowej. Głębokość rany wynosi około 7 ctm. Z rany wychodzi nitka jedwabna od przewiązanej arteryi. Kończyna dolna lewa, szczególniej udo mniejsze od prawego, a na niej sine plamy. Na wewnętrznej stronie lewej goleni, a w części na tylnej i zewnętrznej skóra pargaminowa, przejrzysta, że widać na niej sieć naczyń żylnych. W takimże stanie znajduje się skóra na lewej stopie. Palce lewej stopy zmalale i mają skórę pomarszczoną, szczególniej na stronie dolnej. Na górnej części lewego pośladka zdarcie naskórka na przestrzeni dwóch centymetrów, skóra w tém miejscu zaczerwieniona. Po przekroju skóry czerwoność ta przenika nawskroś jej grubość. Tylna powierzchnia lewego uda w górnej swojej części daleko żółciejsza aniżeli odpowiadająca jej część na drugiem udzie. W okolicy lewego kolana znajduje się sina plama, rozszerzająca się po całej tylnej powierzchni kolana. W niektórych miejscach naskórek jest wzdęty w kształcie pęcherzy, z których po ich przecięciu wypływa płyn surowiczy, przezroczysty. Na wewnętrznej powierzchni lewego uda w dolnej trzeciej części i w górnej trzeciej części goleni znajduje się bardzo wielki pęcherz, z którego wypływa płyn czerwony.

S e k c y a.

Jama czaszki. Po zdjęciu z głowy skóry, kości czaszki nie przedstawiają zmian żadnych, są zbite, twarde, całe. Błona twarda mózgu silnie napięta, w zatoce jej podłużnej niewielki bładny skrzep. Żyły błony miękkiej mózgu dosyć mocno krwią napełnione, w przestrzeniach podpajęczyczych dosyć znaczna ilość płynu surowiczego, w skutku czego przedziały międzyzwojowe mózgu rozszerzone. Mózg na przekroju bładny, błyszczący, zmian innych nie przedstawia, prócz wysączenia niewielkiej ilości surowicy.

Jama piersiowa. Mięśnie dobrze rozwinięte, czerwone, warstwa tłuszczu pod skórą miernie gruba. Po otworzeniu jamy piersiowej płuca opadają. Lewe płuco dosyć silnie przyrośnięte tak do żeber jak i do przepony. Ono wszędzie puchowate, na całej swój przestrzeni miękkie i ruchome, na przekroju wycieka z niego znaczna ilość bladego, pianistego surowiczego płynu. Prawe płuco także przyrośnięte, lecz nie tak mocno, puchowate i na powierzchni przekroju blade. Serce znacznie powiększone, dosyć wiotkie. W lewej komórce serca dosyć zbity, biały skrzep. W prawém przedsionku jeszcze był większy skrzep, jak równie i w prawej komórce, rozszerzając się do tętnicy płucnej. Podobnyż skrzep znaleziono i w aorcie. Zastawki serca normalne.

Jama brzuszna. Kiszki blade i rozdęte gazami; żołądek pusty; w ogóle w przyrządach jamy brzusznej z wyjątkiem bezkrwistości (anemia) nie szczególnego nie znaleziono. Wątroba, śledziona i nerki oprócz średniej bladości nic nie przedstawiały.

Co do rany. Przy szczegółowszém obejrzeniu rany okazało się, że oprócz skóry i tkanki podskórnej nacięty był mięsień krawiecki (*m. sartorius*) w górnej swojej części, a nadto okazała się nacięta w trzech czwartych częściach swego światła tętnica biodrowa głęboka (*art. femoralis profunda*) w odległości jednego centymetra od swego wyjścia (początku), nadto były przeznęte wszystkie gałęzie głębokie nerwu biodrowego (*nervus cruralis*) z wyjątkiem gałęzi podskórnej i nacięty mięsień *adductor femoris*. W ogóle rana ma formę lejkowatą, koniec lejka dosięga do małego krętacza (*trochanter minor ossis femoris*). Oprócz dopieroco opisaney rany wszystkie mięśnie i znajdujaca się między niemi tkanka łączna nasiąknięta skrzepami krwi. Powyżej i poniżej dwóch przewiązek (ligatur) nałożonych, jedney bezpośrednio pod wyjściem tętnicy uda głębokiej (*art. femoralis profunda*) a drugiej blisko więzu Pouparta, znajdują się zbite skrzepy krwi mocno wypełniające światło tętnicy.

Przekrojenie na stronie tylnej nogi wykazało, że mięśnie znajdują się w stanie poczynajacej się mumifikacyi. W otworach naturalnych żadnych ciał obcych nie było, kości szkieletu całe.

Zdanie sądowo-lekarskie.

Śmierć Polikarpa Girsztowta była następstwem septycznego zakażenia krwi, spowodowanego w części obumarciem (gangrena) kończyny, a w części produktami rozkładu wydzielin rany. Co się tyczy gangreny kończyny, to ona (gangrena) powstała w skutek wstrzymanego krążenia krwi, w części przez przecięcie tętnicy uda głębokiej (*arteria femoralis profunda*), a w części przez nałożenie przewiazki na tętnicę biodrową (*arteria femoralis*), która to przewiazka gdyby nie była zaraz nałożoną, nastąpiłaby niewątpliwie natychmiastowa śmierć. Sądząc z rodzaju, kierunku rany i miejsca w które zadana została, a szczególniej mając na uwadze przecięcie wielkiego naczynia tętniczego, przyszedłszy do wniosku, że rana ta każdego innego człowieka byłaby bezwarunkowo śmiertelną i w skutek utraty krwi natychmiastową,—w danym zaś wypadku jeżeli śmierć nie nastąpiła bezpośrednio po zadanej ranie, to zależało od tego, że zmarły, jako chirurg i anatom, nie straciwszy przytomności sam własnymi rękami przyciskał tętnicę biodrową do czasu przybycia lekarzy-kolegów, którzy mu podwiązali takową.

(podpisali) Prof. Dr med. *Brodowski*.

„ Prof. Dr *Kosiński*, obecny przy sekcyi i leczący chorego

„ Lekarz miasta *J. F. Nowakowski*.

„ „ „ *Kopeć*.

„ Świadcowie *Jankowski*, rządca domu.

„ „ Dr *Przewoski*.

p. o. Sędziego śledczego *Mauersberger*.

Sprawa Aleksandra Sroczyńskiego, zabójcy, s. p. prof. Girsztowta osądzoną została w nocy z dnia 7 na 8 grudnia r. b. w wydziale I kryminalnym Sądu Okręgowego warszawskiego. Posiedzenie Sądu otwarte zostało o godz. 6-tój po południu a zamknięte przed godziną 3-cią po północy. Od czasu wprowadzenia nowego sądownictwa pierwsza to sprawa, która obudziła powszechne zainteresowanie się do najwyższego stopnia. Już po godzinie 4-jej po południu dnia 7 grudnia przed gmachem Sądu na ulicy Miodowej w dawnym pałacu Pasa się mieszczącym, poczęły się gromadzić tłumy publiczności, które do godziny 6-jej doszło do kilkunastu tysięcy, tak że do Sali posiedzeń z niemałym trudem dostać się mogli sami Sędziowie, dygnitarze, eksperci i świadkowie. Po godzinie 6-jej zasiedli: Prezes Zakrewski, Członkowie Sądu Kapher i Moldenhawer, oskarżyciel Towarzysz Prokuratora książę Urusów, sekretarz Filipecki, obrońcą podsądnego był J. M. Kamiński, adwokat przysięgły. Po odczytaniu aktu oskarżenia, podsądny zapytany przez Prezesa czy przyznaje się do winy, odpowiedział że nie chciał zabić prof. Girsztowta, tylko przebić. W pierwiastkowym śledztwie przyznał, że chciał pozbawić życia G. za wydalenie go z drukarni d. 2 listopada r. b.

Po odebraniu przysięgi od 12-tu świadków i od 7 miu lekarzy ekspertów po ich zbadaniu i wysłuchaniu wniosków towarzysza Prokuratora, oraz obrony, Sąd po g. 1-jej w nocy zdał się do Sali obrad, zkad po godz. 2-jej wróciwszy ogłosił wyrok skazujący Aleksandra Sroczyńskiego za rozmyślne zabójstwo prof. Girsztowta z mocy art. 1451 kod. kar gł. na pozbawienie wszelkich praw i zesłanie do robót ciężkich w kopalniach Syberyi na całe życie.

Na ekspertów wezwani byli: dziekan wydziału lekarskiego Dr Wł. Brodowski, prof. chirurgii Dr Kosiński, który dopełnił na Girsztowiec podwiązania tętnicy biodrowej łącznie z Dr Orłowskim, przywołanym do ekspertyzy na życzenie obrońcy podsądnego i lekarz miejski J. F. Nowakowski, który piątego dnia po wypadku sporządził w obec Sędziego śledczego obdukcją rany, opiniując, że rana zadana G. stanowiła ciężkie obrażenie przypadkowo (warunkowo) śmiertelne, grożące niebezpieczeństwem życia. Jednocześnie ekspertyza czterech pierwszych lekarzy polegała na zmianie pierwotnej opinii w uznaniu obrażenia za koniecznie (bezw warunkowo) śmiertelne, dla tego, że sekcyja wykazała nacięcie tętnicy uda głębokiej (*art. femor. profunda*) w odległości niespełna jednego centymetra od wyjścia jej z tętnicy biodrowej, t. j. w miejscu, w którym chociażby było zrobione podwiązanie, to ono nieosiągnęłoby celu, gdyż wytworzyć się mający skrzep nie zniósłby parcia wywieranego przez prąd krwi w tętnicy biodrowej (*art. femoralis*) i spowodowałby następczy krwotok, któryby się śmiercią zakończył. Jedynym więc zdaniem chirurgów było, bacząc na znaczną utratę krwi u G. około sześciu funtów, bladość śmiertelną i brak pulsów, starać się o zatrzymanie gwałtownego krwotoku przez podwiązanie tętnicy biodrowej w miejscu wskazanym przez naukę, t. j. poniżej wyjścia tętnicy biodrowej głębokiej, co gdy było niedostatecznym z powodu wznowionego po 10-ciu minutach krwotoku, musiano się uciec do podwiązania tętnicy biodrowej pod więzmem Pouparta. Tym sposobem powstrzy-

mano krwotok, przedłużono życie Girsztowta o dni 7, ale niezdolano usunąć następstw, co już leżało po za granicami nauki lekarskiej. Trzech innych ekspertów: Dr Płaskowski docent psychiatrii, Dr Rothe Naczelnny lekarz szpitala obłąkanych i Dr Chomentowski ordynator tegoż szpitala, zapytani byli o stan umysłowy podsądnego—i dali odpowiedź, że nie nienormalnego nie znaleźli w jego czynnościach umysłowych.

Swietna pod względem krasomówczym, znakomita pod względem sądowo-prawnym mowa towarzysza prokuratora księcia Urusowa wywołała grmiące oklaski natłoczonej publiczności, która nie uprzedzając wyroku, wyraziła tylko pomimowolne serdeczne podziękowanie za uznanie zasług nieszczęśliwego profesora.

Epilepsya uleczona za pomocą soli kuchennój.

Choroba w mowie będąca jest zbyt ciężką i upartą a leczenie jej, jak powszechnie wiadomo, zbyt trudném, aby wszelkie wypadki z pomyślném zakończeniem, a chociażby tylko z przerwaniem napadów na dłuższy czas, troskliwie zanotowane i do publicznej wiadomości podawane nie były. Tem bardziej, rozumie się, zasługują na uwagę opisy lekarzy rzetelnych i dokładnie obserwujących, jak to właśnie w tym razie ma miejsce.

Przeszłego roku ogłosił Profesor Dr Nothnagel w berlińskim Tygodniku wiadomość o jednej kobiecie, która chorując lat kilkanaście na epilepsją, idąc za radą osoby prywatnej powstrzymywała napady przez połknięcie łyżki soli kuchennój, w chwili, kiedy nieokreślone bliżej uczucie w okolicy żołądka (*aura*) ostrzegało ją o zbliżającym się ataku. Wiadomość ta powtarzana przez liczne gazety lekarskie i polityczne nawet doszła także sztabowego lekarza marynarki pruskiej Dra Schultza, który miał sposobność sprawdzić działanie pomienionego środka na jednym marynarzu, a osiągnęszy skutek niezwykle pomyślny zupełnego wyleczenia epilepsyj ogłasza to w *Berliner klinische Wochenschrift* z d. 5 listopada r. b. Nr. 45, z kąd też czerpiemy treść do niniejszego artykułu.

„Majtek Paweł Lusch, 18 letni, wstąpiwszy do służby marynarskiej w kwietniu 1876 r. wypłynął na okręcie „Elisabeth“ w październiku do wschodnich Indyj. Dnia 10 listopada na pełném oceanie atlantyckim, wstawszy w noey do obowiązków służbowych, skazany został za przekroczenie regulaminu na całodzienne stanie w jedném miejscu na pokładzie. Po 45 minutach pada chory bezprzytomnie śród kurezów, które trwały blisko kwadrans, poczem zasnął i spał snem głębokim do rana. Obecny napadowi lekarz pułkowy Dr Gutschow, który leczył następnie chorego przez parę miesięcy, podaje takie szczegóły o chorym: w rodzinie chorego nie ma nikogo, ktoby chorował na padaczkę lub chorobę umysłową; w 8-mym roku życia uległ chory jakiéjs chorobie kurezowój, której bliżej oznaczyć nie umie i która więcéj nie pojawiła się. Dzień przed napadem (do którego żadnego szczególniejszego nie

było powodu) doznawał chorey bólu głowy i zawrotu — o samym napadzie, towarzyszących mu objawach i następstwach niema żadnej wiadomości. Żadnej choroby syfilitycznej pacjent nie przebywał, pijaństwu się nie oddawał, żadnych też zmian wyraźnych ani zaburzeń patologicznych nie wykrywa lekarz w ustroju majtka.

Po napadzie nocnym (pierwszym) wystąpił tego samego dnia drugi o godzinie 3-ciej z południa, który podobnie jak pierwszy dokładnie był obserwowany i objawił się nagłym upadnięciem chorego z utratą przytomności, kurczami tężcowymi i drgawkowymi w twarzy i kończynach, zaciśnięciem szczęk, toceniem krwawej piany z ust, nieruchomością źrenic, niedostakiem ruchów zwrotnych przy drażnieniu skóry. Po 10 minutowem trwaniu napadu nastąpił sen trwający około 3 godzin, poczem chorey uskarżał się na zajęcie głowy, osłabienie i ból w dolnej wardze, która przez przygryzienie jej górną szczęką była lekko obrzękłą.

Odtąd powtarzały się napady mniej więcej silne codziennie, w początku pomiędzy 3—4 godz. po południu,³ następnie pomiędzy 2—3, a w końcu regularnie około godz. 1-szej, wyprzedzane zawsze nagłem osłabieniem i przykrém uczuciem gniecenia w okolicy żołądka, posuwającego się w kierunku połtyku; obeznany z tymi objawami chorey udawał się też zaraz do kajuty, usypiał snem twardym, a po kilkunastu minutach występował zazwyczaj opisany powyżej atak. Stan taki utrzymywał się do 8 marca 1877 r., w którym to czasie używano bezskutecznie wszystkich odpowiednich środków: chininy w wielkich dawkach, beladonna, strychniny, morfiny, chloralu, *arg. nitricum*, *Kali bromatum*, zmieniano porę obiadu etc.; najgłębszy nawet sen spowodowany użyciem sporęj ilości chloralu nie zatrzymywał napadu, który zawsze o jednej porze się pojawiał i trwał 5—15 minut, poczem zawszem chorey usypiał znowu na 2—3 godziny. W ogólnym stanie chorego nie zauważono żadnych zmian w tym przeciągu czasu.

Po wyczerpaniu wszelkich środków, kiedy nadto pomimo najtroskliwszego śledzenia nie można było przypuścić pozorowania (simulacyj), uznano chorego niezdolnym do pełnienia obowiązków majtka i celem zwrócenia go ojczyzny oddano Lucha w Singapore na pokład Vinety, gdzie opiekę nad nim objął lekarz sztabowy Schultz.

Przez 10 dni obserwował Dr S. chorego bardzo pilnie, przyczém stwierdził w zupełności opisane dotąd napady niewątpliwie epileptycznej natury, które jednakowo codzien powtarzały się, w następstwie których zaczęły występować już przypadłości melancholicznego nastroju chorego.

Dowiedziawszy się wówczas właśnie o pomyślnym skutku działania soli kuchennej, jakkolwiek tylko przemijającym i przytłumiającym napady, gdy nadto u chorego Luscha⁴ pojawiała się także zapowiednia umiejscowiona niejako w żołądku i mogąca wskazywać naruszenie gałęzi nerwu błędnego, postanowił Dr S. sprawdzić skuteczność rzezonego lekarstwa i podał choremu d. 22 marca tuż przed napadem łyżeczkę miąłkiej soli, którą chorey wodą po-

pił. Pomimo to napad wystąpił jak zwykle i to natychmiast po zażyciu. Na-
zajutrz powtórzył Dr S. doświadczenie wyczekując troskliwie pierwszych oznak
znanéj choremu zapowiedni i podał kopiastrą łyżeczkę soli. Jakoż w chwili
doznanego uczucia pieczenia soli w połyku, ustąpiło odrazu przykre
gniecenie w żołądku (*aura*), osłabienie i senność, które chorego zawsze
poprzednio zmuszały do położenia się — i napadu nie było: po godzinie cho-
ry wesół i zdrów wyszedł na pokład, kiedy dotąd przez 134 dni o téj porze
po napadzie sypiał. Dnia następnego wyczekiwano napróżno znanych zapo-
wiedni ze strony żołądka, pomimo to zalecono jednak choremu użyć znowu
łyżeczkę soli o 10 minut po 1-szej, t. j. w czasie kiedy zazwyczaj występował
napad; tak postępowano przez tydzień, poczem zaniechano całkiem użycia soli,
i odtąd chory, nie doznając najmniejszych śladów gniececia w żo-
łądku ani kureczów epileptycznych, utrzymuje się w zupełném
zdrowiu, przy dawniejszych siłach fizycznych i umysłowych, przez 7 tygo-
godni (wedle podania Dra Schultza).“

Jestto jeden z nader rzadkich i bardzo pomyślnych wypadków, jeżeli nie
stanowczego wyleczenia epilepsyj (która, jak wiadomo, nieraz miewa takie
przerwy, nawet dłuższe), to przynajmniej powstrzymania jéj napadów za po-
mocą całkiem niewinnego środka. Obserwacya ta nabiera tém więcéj znacze-
nia i wartości, ile że naturę choroby stwierdziło czterech dobrze obeznanych
z cierpieniem wspomnioném lekarzy, którzy nadto dużo miewają do czynienia
z simulacyami różnego rodzaju i wykrywać je nauczyli się z urzędu, niemniej
że dozorowanie chorych na okręcie jest nierównie łatwiejsze, gdyż tu łatwo wy-
kluczyć wszelkie inne wpływy zewnętrzne.

Tłumaczenie sposobu działania soli kuchennéj w epilepsyj jest, jak łatwo
się domyślcć, arcy trudne, raczéj niemożliwe i to z licznych powodów, a głów-
nie dla tego, że dotychczas nie znamy po prostu źródła powstawania owego
zbioru przypadłości, który pospolicie oznaczamy imieniem „epilepsia“. Tyle
wszakże zdaje się być rzeczą niewątpliwą, że owo źródło bywa nie zawsze je-
dnakowém, a raczéj że ono jest różnorodném, inaczéj mówiąc, że istota cho-
roby epileptycznéj bywa, stosownie do wywołujących ją warunków, rozmaita
i z téj téż przyczyny do zrozumienia, a tém samém i do leczenia bardzo tru-
dną. Dowodem tego twierdzenia jest dziwna rozmaitość przyczyn, jakoby
wpływających na powstanie choroby pomienionéj (przestrach, onania, dziedzic-
czość, skrofule etc.), różnorodność zmian anatomicznych na zwłokach u tego
rodzaju chorych spotykanych (niekiedy brak ich zupełny), a co najważniejsza:
rozmaite niekiedy wprost przeciwne zachowanie się całego ustroju w przebie-
gu téj choroby. Kiedy bowiem większa część epileptycznych po pewnym prze-
ciągu czasu przedstawia wyraźne znaki zboczenia czynności umysłowych (nie-
dożęstwo, melancholia, *paralysie progressive* etc.), to znowu inni przewyższają
zdrowych bystrością umysłu, genialnością, jak o tém świadczą bohaterowie
myśli i czynów, np. Cezar, Mahomet, Rousseau, Napoleon, którzy podlegali
napadom epileptycznym.

Nie mniejszą także różnaitość widzimy w chorobie téj pod względem terapeutycznym czyli skuteczności zalecanych przeciwko niej środków. Pomijając twierdzenie Herpin'a, zdaniem którego epilepsya należy do chorób często w ogólności wyleczyć się dających (któremu to zdaniu zaprzecza doświadczenie najpoważniejszych klinicystów), niewątpliwym przecież jest fakt, że choroba ta kończy się czasem zupełném wyzdrowieniem. I tu wszakże zachodzą także trudne do zrozumienia osobliwości, jako np. że epilepsya ustępuje po cięższym skaleczeniu lub uderzeniu" (co właśnie u kogo innego może ją spowodować), po przebyciu ciężkiej choroby mózgu (wypadek przez Wunderlich'a ogłoszony), w czasie trwania przewłocznej gruźlicy płuc (chory przezemnie obserwowany), po ukończeniu rozwoju ciała, o czém świadczy już Hipokrat, mówiąc: „Nisi aetas et magna geniturae tempora in utroque sexu morbum sustulerint, ad mortem usque manet"—nie mniej przy użyciu pewnych, często bardzo niewinnych środków leczniczych np. *Artemisia*, *Indigo*, których skuteczność zaznaczają przecież wprawdzie dawniejsi, ale bardzo wiarogodni lekarze, jak Canstatt, Hufeland etc.

Jednym z najciekawszych, zarazem najwięcej od zwyczajnych różniącym się przykładem epilepsyj jest opisany przez D-ra Schultza, którym się obecnie zajmujemy. Zarówno sposób powstania, jak przebieg i zakończenie téj choroby przedstawiają tyle własności i niezwykłości, że o ile nam przynajmniej wiadomo, nie wiele podobnych wypadków, a może i wcale żadnego nie zawiera literatura choroby padaczkowej.

Zestawmy w krótkości ważniejsze téj choroby zjawiska dla łatwiejszego ocenienia rzeczy: człowiek młody, zdrow i silny, w odpowiednich warunkach żyjący, zapada nagle podczas stania, na kurcze drgawkowe i tężcowe z utratą przytomności—napady powtarzają się regularnie o pewnej godzinie (nie w téj, kiedy wystąpiły pierwszy raz), codzień przez cztery miesiące—przed pojawieniem się kurczów chory za każdym razem usypia, napad budzi go ze snu, odbiera mu przytomność i kończy się znowu snem—chory zażywał żyzeczkę soli (której jako majtek karmiony peklowiną, śledziami etc. tyle w życiu zużył)—i pozbywa się raz na zawsze napadów, których przebył 134! Zaiste, gdyby napadów tych nie obserwoowało czterech lekarzy pruskich (oczywiście przecież znających chorobę), możnaby przypuścić, że cały opis jest fikcyjnym, tak mało zgadza się on ze wszystkimi dotychczas opisami. Ani bowiem epilepsya nie występuje u ludzi zdrowych (w których rodzinie choroba ta nie jest dziedziczną) nagle w formie całkiem wykształconej, ani przebiega ona tak wyraźnie typowo, peryodycznie i statecznie codzień ze wszystkimi towarzyszącymi jój drobnymi nawet szczegółami,—ani też nie zwykła kończyć się znowu tak stanowczo po jednorazowém zażyciu jakiegokolwiek lekarstwa, a tém mniej soli kuchennej. U chorój Prof. Nothnagel'a napady przerywały się pod wpływem soli—zgadza się to jeszcze z doświadczeniem i przypuszczalną działalnością używanego lekarstwa; ależ tu choroba ustępuje w zupełności, nie pozostawiając ani śladu, przypomnienia 134 napadów!

Takie uwagi nasunęły się nam przy odczytaniu doniesienia Dra Schultza, a zamieszczenie ich w tém miejscu zdawało się nam potrzebném dla wyjaśnienia do pewnego stopnia, i łatwiejszego zrozumienia niepojętej na pierwszy rzut oka skuteczności soli kuchennej w epilepsji, którą rutynowo niemal zwalczać usiłujemy środkami rzekomo przeciwpadaczkowymi, w rzędzie których arcy poczesne zajmuje dziś miejsce *Kali bromatum*. Wypadek Dra Schultza stwierdza jeszcze raz (jeżeli tego komu potrzeba) konieczność indywidualizowania chorób i lekarstw, co jak nam się zdaje, ważniejszym jeszcze jest w cierpieniach tego rodzaju, jakim jest epilepsya. Nothnagel zaznaczył już w swém doniesieniu, że działania soli kuchennej w padaczce nie podobna tłumaczyć inaczej, jak tylko przez własność soli powstrzymania ruchów zwrotnych, pochodzących od szczególniejszego podrażnienia gałęzi nerwu błędnego w żołądku rozpostartych. Jakim sposobem sól drażniąc tkanki, z którymi się spotyka i końce nerwów, powodująca miejscowy przypływ krwi, może powstrzymać właśnie ruchy zwrotne przez drażnienie końców nerwowych wywoływane? czy sól nadto powstrzymuje czynność zwrotną zawsze, czy tylko w pewnych razach, i w jakich? rozstrzygnąć nie podobna; nie ulega zdaje się jednak żadnej wątpliwości, że skuteczność jej w danym razie tylko temu działaniu przypisać należy, gdyż nie trudno zrozumieć, że inne, dalsze działanie soli na organizm, np. na wydzielanie moczu, pobudzenie trawienia i ruchów jelit, skład krwi etc. nie może żadnego wywierać wpływu na epileptyczne napady. W przekonaniu tém utwierdza nas jeszcze ta okoliczność, że skuteczność soli objawiać się ma jedynie w tych wypadkach, gdzie t. zw. *aura* występuje wyraźnie, i gdzie nieokreślone uczucie to bierze początek swój w żołądku. Warunek ten może także służyć za potwierdzenie przypuszczenia Krosta'y i Griesinger'a, jako miejscowość, z której pochodzi *aura*, wskazywać ma miejsce siedliska czyli przyczyny samej epilepsyi, czemu atoli zaprzeczają znowu inni klinicyści. Cokolwiekbądź niezwykłość choroby przez Dra Schultz'a opisaną, niemniej oczywistą skuteczności soli kuchennej zasługuje na uwzględnienie kolegów i dalsze doświadczanie w wytkniętym kierunku.

Dr Ł.

Z kliniki terapeutycznej szpitalnej i pracowni anatomo-patologicznej Uniwersytetu Warszawskiego.

Wypadek ostrego żółtego zaniku wątroby (*atrophia hepatis flava*)

Przez Professorów Lewitskiego i Brodowskiego,
przedstawiony na zjeździe przyrodników i lekarzy.

(Dokończenie).

Badanie drobnowidzowe wątroby dokonał prof. Brodowski.

Badanie pomienione wykonywało się tak na wątrobie świeżej, jakotóż

i na częściach wątroby odpowiednio przedtem przygotowanych, t. j. stwardniałych.

Najlepszy sposób stwardnienia wątroby okazał się następujący: niewielkie kawałki wątroby pogrążono na kilka dni (3 — 5) w słaby roztwór kwasu chromnego; następnie kawałki te wyjęto i, przemywszy takowe wodą, kładziono je na 2 — 3 dni do mieszaniny, złożonej z 1 części gliceryny i dwóch części gumy arabskiej (*mucilago gummi arabici*). Z tej mieszaniny rzeczony kawałki wątroby umieszczono następnie w wysoku bardzo stężonym (90%), który po kilku dniach zlano i zastąpiono świeżym wysokiem.

Skrawki zrobione z tak przygotowanych kawałków wątroby zabarwiano hemaksyliną i przechowywano je w glicerynie, albo po uprzedniem zupełnem pozbawieniu ich wody—w balsamie kanadyjskim.

Przy drobnowidzowém badaniu prof. Brodowski otrzymał niejednakowe wyniki zależne nietylko od tej okoliczności, która część wątroby, czy czerwona, czy żółta poddana była badaniu, ale bardzo często badanie skrawków wziętych z tej samej części wątroby nie zawsze dawało te same rezultaty.

Niektóre skrawki, brane z żółtej części wątroby, przedstawiały zraziki bardzo znacznie zmniejszone, składające się przeważnie z rozpadu drobnoziarnistego. Rozpad pomieniony zawierał stosunkowo niewielką ilość kropelek tłuszczu, rozmaitej wielkości, które zresztą w tym wypadku nigdzie nie dochodziły do większych rozmiarów. Oprócz tego u obwodu zrazików spotykano czasami ziarnisty barwik żółci, koloru ciemno-brunatnego, albo zielonego.

Na skrawkach bardzo cieniutkich, zabarwionych hematoksyliną, można było widzieć pośród wspomnianych wyżej produktów rozpadu dość znaczną ilość rozproszonych komórek limfoidalnych (zapewne ciała krwi bezbarwne), które stosunkowo dość dobrze jeszcze się zachowały. Zaródź (*protoplasma*) owych ciałek limfoidalnych zabarwiała się tak słabo, że jądra ich, które mocno się barwiły na kolor ciemno-niebieski, na pierwszy rzut oka wydały się zupełnie swobodnemi.

Naczynia wewnątrz-zrazikowe były po większej części zapadłe; naczynia zaś międzyzrazikowe dość często przedstawiały się wypełnione krwią, a tkanka, towarzysząca tym naczyniom, była nacieczona bezbarwnymi ciałkami krwi.

Na innych skrawkach, wziętych z tej samej części wątroby, co poprzednie, zraziki były powiększone co do objętości, miejscami nawet w sposób bardzo znaczny. Komórki wchodzące w skład tych zrazików były trzy, a nawet cztery razy mniejsze od prawidłowych, ale za to ilość owych komórek była znacznie większa, aniżeli w stanie prawidłowym. Zarysy pomienionych komórek były bardzo niewyraźne, zaródź ich słaba, zabarwiała się od hematoksyliny. W wielu z tych komórek zaródź była mocno ziarnistą, zawierała bardzo wyraźne kropelki tłuszczu: w innych zaś komórkach jądra zabarwiała się daleko wyraźniej, ale w każdym razie nie tak wydatnie, jak jądra znajdujące się pośród tych zrazików wątroby, gdzie są ciała limfoidalne. Tkan-

ka łączna międzyzrazikowa i tu znajdowała się w stanie nacieczenia drobno-komórkowego.

Co się tyczy czerwonej części wątroby, to na niektórych skrawkach zraziki przedstawiały się znacznie powiększonymi co do objętości. Komórki wątrobowe, znajdujące się przy obwodzie zrazików, były mocno napełnione (wielkość ich dochodziła czasem do 36-ciu, a nawet — do 40-tu), okrągławe. Zarodź ich (*protoplasma*) zwykle zawierała dość znaczną ilość ziarnistego barwnika żółci, po większej części koloru ciemnozielonego, oprócz tego czasami można zauważyć w niej rombiczne kryształki bilirubinu, barwy ciemno-czerwonej. Liczba jąder w takich komórkach dochodziła czasami do 6—8 i więcej.

Czasami przy dokładniejszym badaniu, szczególnie za pomocą systemu immersyjnego, można było przekonać się, że to co się napozór wydawało jedną komórką bardzo napełniałą o kilku jądrach, jest właściwie nagromadzeniem drobnych komórek, leżących jedna obok drugiej.

Pomimo tych zmian, naczynia, szczególnie środkowych części zrazików, były wypełnione krwią.

Na większej zaś liczbie skrawków, wziętych z czerwonej części wątroby, nie można było znaleźć nic takiego, coby przypominało prawidłową budowę wątroby.

Całe pole mikroskopu było zwykle pokryte pętlami naczyń włoskowatych o ściankach bardzo cienkich, przyczem naczynia rzeczono mocno były krwią wypełnione. Światło pomienionych naczyń bardzo rzadko bywało szersze od światła prawidłowych, wewnątrz zrazikowych naczyń włoskowatych, ale przeciwnie—po największej części światło ich było mniejsze od prawidłowego (często wynosiło $3,2\eta$, a czasami — jeszcze mniejsze). Jeden tylko fakt do pewnego stopnia przypominał przedtém istniejącą w téj części wątroby budowę zrazikową; a mianowicie przewody żółciowe międzyzrazikowe. Ale i te ostatnie tak były zmienione, że trudno je było poznać: tylko niektóre z nich zachowały swe światło i właściwy sobie nabłonek cylindryczny; większa zaś część takowych przedstawiała się jako nieprawidłowe, pętlcowate, pełne twory komórkowe, składające się z komórek rozlicznej postaci, najczęściej podłużnej, a czasami wrzecionowatej. Twory pomienione często dzieliły się na gałęzie, a nawet łączyły się między sobą (anastomozy). Zwykle im towarzyszyła tkanka łączna, nacieczona ciałkami limfoidalnymi. Pomienione twory dość często przenikały, między wyżej opisanymi pętlami naczyń włoskowatych, do tych miejsc, które odpowiadały mniej lub więcej środkowym cięciom zrazików wątroby, ale tu tylko bardzo nieznaczna ilość tkanki łącznej im towarzyszyła.

Że pomienionym tworom dały początek przewody żółciowe, o tém łatwo można było się przekonać, śledząc za stopniowym ich rozwojem. Dość łatwo można było napotkać tak kolbowate wyrostki przewodów żółciowych mię-

dzyzrazikowych, na które zwrócił uwagę Waldeyer ¹⁾ w żółtym zaniku wątroby, jak również i wyrostki zupełnie podobne do poprzednich, postaci kolbowatęj—należące do przewodów żółciowych bardzo cienkich, wysłanych nabłonkiem płaskim, składającym się z komórek wrzecionowatych—te ostatnie znajdowały się już w pośrodku zrazików, jakkolwiek bądź w niewielkiej odległości od obwodu,

Zresztą dość często dały się napotykać takie przewody żółciowe, których nabłonek bardzo wyraźnie bujał (*proliferatio*); te zatem stanowiły formę przejściową do wyżej opisanych pełnych tworów komórkowych. Oprócz tego i na pemienionych przewodach żółciowych z bujającym nabłonkiem można było zauważyć pełne wyrostki, podobne do wyżej opisanych.

Należy tu oprócz tego dodać, że zupełnie takież same bujanie (*proliferatio*) drobnych przewodów żółciowych, tylko w stopniu daleko wyższym znajdowano tak w skrawkach, wziętych z czerwonej części wątroby, na których widać dopiero było napeężnienie komórek i początek ich rozmnożenia, jak również i w skrawkach wziętych z żółtej części wątroby.

Badanie drobnowidzowe neręek wykazało, że kanaliki skręcone są po większej części bardzo znacznie rozszerzone i wypełnione nabłonkiem napeężniałym, zmętniałym i po części już stłuszczałym. W kanalikach zaś prostych dość często można było napotykać odlewy szkliste (cylindry hyalinowe).

Choroba w danym wypadku odnośnie do swego przebiegu w niczem nie różniła się od podobnych wielu innych wypadków, nieraz już opisywanych.

Choroba trwała więcej jak dwa tygodnie, a początek jej i przebieg aż do pojawienia się tak zwanych objawów *cholaemii*, t. j. do 2-go lutego, nie przedstawiał nic takiego, coby mogło na myśl wprowadzić, że tu właściwie mamy do czynienia z ostrym żółtym zanikiem wątroby, i że zwyczajną żółtaczkę nieżytową wykluczyć trzeba.

Jak widać z opisu przebiegu rzeczonyj choroby, rozpoznanie stało się jasnym dopiero wówczas, kiedy pojawiły się oznaki zmniejszenia wątroby przedtém powiększonej, w obec objawów głębokiej śpiączki, przyczem bardzo wyraźnie wystąpił ból w okolicy wątroby.

Zestawiwszy wszystkie objawy, jakimi cechowała się owa rzadka choroba w naszym przypadku, zwrócić musimy przedewszystkiem uwagę na to, że pojawienie się nerwowych przypadłości nie było wprost zależne od stopnia rozwoju żółtaczki — w czém już leży wielka różnica rzeczonyj choroby od zwyczajnej żółtaczki kataralnej.

Jak już wyżej wspomniano przy opisie przebiegu choroby, objawy żółtaczki były bardzo nieznaczne nawet w tym czasie, kiedy u chorego wystąpiło bredzenie z następującą potem śpiączką — a zatem okoliczność tę trzeba uważać za jeden z najwcześniejszych objawów, przemawiających za obecnością

¹⁾ Virchow's Archiv. Tom 43.

ostrego żółtego zaniku wątroby. Zaraz następnie wystąpiły objawy, które już w sposób bardziej pewny przemawiały za ostrym żółtym zanikiem wątroby, a mianowicie szybkie zmniejszenie powiększonej przedtém wątroby i bolesność w okolicy wątroby. Ostatni ten objaw zasługuje na tem większą uwagę, że nawet wówczas kiedy chory leżał zupełnie nieprzytomny, pogrążony w głębokiej śpiączce, nie oddziaływając na żadne bodźce, że nawet wówczas, powtarzamy, dość było mniej lub więcej głęboko ucisnąć okolicę wątroby, a wnet chory ucywał bolesność — i jakeśmy to widzieli przy każdej takiej próbie, czy to uciskając pomienioną okolicę, czy téż ją opukując, zawsze spostrzegaliśmy jeden i ten sam objaw, a mianowicie chory w takim razie bardzo mocno twarz wykrzywił i odsuwał się na bok.

Musimy tu słów kilka powiedzieć o zmianach moczu w danym wypadku. Jak już wyżej wzmiankowano na 1030 sześciennych centymetrów moczu znaleziono tylko 8,48 gram. mocznika, a zatem ilość mocznika była bardzo znacznie zmniejszoną; fakt ten zgadza się najzupełniej ze znanym poglądem Frerichs'a, odnoszącym się do pomienionej kwestyi.

Pewną dość znaczną część moczu poddano badaniu na leucynę i tyrozynę według sposobu Frerichs'a. Otóż znaleziono w moczu znaczną ilość kryształów tyrozyny; można było napotykać również i kulki leucyny, ale w każdym razie ilość tego ostatniego składnika była stosunkowo nieznaczna.

Wszystkie przypadłości razem wzięte z charakterystycznymi zmianami w moczu, jasno przypominały tę grupę objawów, która jest właściwą dla ostrego żółtego zaniku wątroby.

Szkoda tylko, że jeden punkt nie został roztrzygnięty w naszym postrzeżeniu; mamy tu na myśli obecność kwasów żółciowych w moczu. Pewne okoliczności nie dozwoliły nam wykonać dokładniejszego poszukiwania kwasów żółciowych; wszystko zaś co o tych składnikach powiedzieć możemy oparte jest na sposobie badania Strassburg'a, który, przyznać trzeba, nie odznacza się nadzwyczajną dokładnością. O ile można z pomienionej metody wnioskować, pokazało się, że kwasów żółciowych w moczu u danego chorego nie było ani w samym początku jego przybycia do kliniki, ani wówczas, kiedy wystąpiły objawy zmniejszenia wątroby i kiedy ilość mocznika uległa tak znacznemu zmniejszeniu ¹⁾.

Nerki, jak to zwykle bywa we wszystkich podobnych wypadkach, nosiły na sobie cechy zmian miąższowych (*obfuscatio parenchymatosa*).

O etyologii w danym wypadku nie szczególnego nie można powiedzieć, żadnej wydatnej przyczyny choroby w naszym wypadku nie mogliśmy odszu-

¹⁾ W dwóch wypadkach żółtaczki nieżytowej (*Icterus catarrhalis*), spostrzeganych w tymże czasie w naszej klinice, szczególniej w jednym — będącym znacznego natężenia, można było według sposobu Strassburg'a otrzymać zawsze mniej lub więcej wyraźny odczyn na kwasy żółciowe (papierki umoczone w badanym moczu).

kać. Warunki w jakich chory się znajdował, według zapewnienia jego, były bardzo dobre.

Jeżeli zestawimy teraz wyniki badania drobnowidzowego wątroby z objawami klinicznymi, a szczególnie, jeżeli powiązemy ze sobą wspomniane poszukiwania z bardzo znacznym powiększeniem wątroby za życia chorego, a następnie ze zmniejszeniem objętości tego narządu — to koniecznie musimy dojść do tego wniosku, że w rzeczonym wypadku mieliśmy do czynienia z rozlanym, ostrym zapaleniem wątroby (*hepatitis acuta, diffusa*). Przynajmniej nam się zdaje, że opierając się na tak wyraźnym bystrem bujaniu (*proliferatio*) komórek wątroby — pomijamy tu już inne chorobowe zmiany nie mniej czynnego charakteru — na bujaniu, które widocznym było np. w przewodach wątrobowych, naczyniach krwionośnych, najzupełniejsze mamy prawo uważać pomienioną sprawę patologiczną za proces zapalny. Nawet i ci, dla których nie ma zapalenia bez wędrujących białych ciałek krwi, nawet i ci powtarzam, bacząc na dość znaczne drobno-komórkowe nacieczenie tkanki wątrobowej, znalezionej w naszym wypadku, muszą się zgodzić na zapatrywanie nasze. Rozumie się samo przez się, że na wspomniane zapalenie trzeba zapatrywać się jako na zapalenie miąższowe (parenchymatyczne).

Sprawa rzeczona, według wszelkiego prawdopodobieństwa, rozpoczęła się od bardzo znacznego przekrwienia wątroby, do którego w krótkim czasie przyłączyło się tak zwane mętne zbręknienie komórek, które z kolei rzeczy mniej lub więcej szybko uległy bujaniu z następnym stłuszczeniem młodych komórek z jednej strony, i drobno-komórkowym nacieczeniem (białymi ciałkami krwi) tkanki łącznej, przeważnie międzyzrazikowej a po części i zrazikowej — z drugiej strony. Dopiero potem rozpoczęło się bujanie przewodów żółciowych i naczyń krwionośnych.

Musimy tu zwrócić szczególną uwagę na bujanie naczyń krwionośnych. Jak już wyżej powiedziano, czerwona część wątroby składała się przeważnie z naczyń krwionośnych, których światło po największej części było daleko mniejsze od światła prawidłowych naczyń włosowatych wątroby wewnątrz-zrazikowych. Jedną już tą okolicznością, a tembardziej w związku z tym jeszcze faktem, że objętość pomienionej części wątroby była wyraźnie powiększona, naprowadza nas na myśl, że znaczna ilość tych naczyń musiała koniecznie być nowopowstałą.

Gdyby czerwona barwa tej części wątroby zależała tylko od zupełnego zaniku jej miąższu, t. j. gdyby ona była tylko wyrażeniem tak nazwanego przekrwienia *ex vacuo*, to naprzód objętość tej części wątroby powinna była być zmniejszoną, a powtóre, naczynia włosowate musiałyby być rozszerzone. Zresztą oprócz tego na niektórych okrawkach, wziętych z tej samej części wątroby, napotkać można było w dość dużej ilości bardzo cienkie naczynia włosowate, które jakby na części rozkładały prawidłowy układ komórek wątrobowych, znacznie już napęczniałych i opatrzonych wielu jądrami. Według wszelkiego prawdopodobieństwa, była to jedna z pierwszych faz rozwoju nowych naczyń pośród tej części wątroby, która uległa zapaleniu miąższowemu.

Wreszcie musimy tu wspomnieć i o tém, że na niektórych skrawkach, bardzo nieliczne już komórki wątrobowe, które pozostały pomiędzy wyżej wspomnianymi naczyniami włosowatemi, odróżniały się od prawidłowych komórek wątrobowych tylko małą objętością i postacią zmienioną (długie, trójkątne i t. d.). Okoliczność ta zdaje się przemawiać za tém, że w podobnego rodzaju sprawach patologicznych bujanie naczyń krwionośnych w niektórych częściach wątroby może pojawić się weześniej od innych zmian patologicznych i pociągnąć za sobą zwyczajny zanik komórek rzeczzonego narządu.

Co się tyczy bujania komórek wątrobowych przy tak zwanym żółtym zaniku wątroby, to o tem już nawiasowo wspomniał Klebs ¹⁾, nie przypisując mu wszelako żadnego znaczenia.

Przeciwnie zaś Mazon ²⁾ zapatruje się na wspomnioną preliteracyę jak na stałą właściwość ostrego miąższowego zapalenia wątroby. Lecz według niego, młode komórki pochodzą od jąder swobodnych, które ten autor podobno widział w znacznej ilości w każdym preparacie badanym przez siebie, tak że mimowoli nasuwa się wątpliwość: czy Mazon widział młode komórki jako rezultat proliferacyi komórek wątrobowych, a dalej—czy czasem nie brał on za młode komórki te bezbarwne ciała krwi, któremi w podobnych razach tkanki tego narządu bywają nacieczone? To tylko jest rzeczą niewątpliwą, że pomieniony autor spostrzegł bujanie jąder w komórkach wątroby.

Wiadomości bieżące.

— Redakcyja prosi niniejszém uprzejmie PP. współpracowników Biblioteki umiejętności lekarskich o spieszne nadesłanie rękopismów (z ś. p. Girsztowtem skontraktowanych) w celu uzupełnienia niedostających, stosownie do programu, arkuszy tejże Biblioteki.

— Najbliżsi ś. p. G i r s z t o w t a koledzy powzięli myśl postawienia nieboszczykowi pomnika w jednym z kościołów warszawskich. Zaproszony do tego p. Ostrowski wykonał projekt pomnika, w którym przedstawia „sławę“ w postaci niewiasty opartej prawą ręką o głowę biustu nieboszczyka, a w lewej trzymającej wieniec laurowy; u spodu kolumny, na której umieszczony biust, wije się wąż pijący z czary. Wysokość niewiasty wynosić ma 5 stóp—pomnik wykonany będzie z kamienia Szydłowieckiego i ustawiony w kościele Ś-to Krzyżkim, gdzie również umieszczone być ma serce zmarłego Profesora, na co władza kościelna udzieliła pozwolenie. Koszta pomnika wynosić mają rs. 750. O dalszych losach projektu podamy wiadomość w swoim czasie.

— **Kwestye wojenno-sanitarne.** Dnia 27 października Towarzystwo Czerw. Krzyża otworzyło w pałacu brühlowskim szpital dla rannych. Naczelnym lekarzem prof. K o s i ń s k i, ordynatorowie: P e r k o w s k i, P e s z k e i N a w r o c z y ń s k i. Do wozowo urządzonego szpitala tego przewieziono z Ujazdowskiego wojskowego szpitala najciężej rannych wojowników.

¹⁾ Handb. d. pathol. Anatomie str. 442.

²⁾ Kijewskija Uniwersytetskija Izwiestija 1869, N. 6.

*najlepiej
wst w rózku
1979 Włocławek*

— Sanitarne pociągi tak rozdzielono pomiędzy ewakuacyjnymi komissyami: dla jaskiej—8, dla władykaukazkiej—2, dla kijowskiej 4; pozostale 4 pociągi liczą się zapasowymi, zostając pod bezpośrednim rozporządzeniem komitetu ruchu wojsk po żelaznych drogach w Odessie, Kijowie, Charkowie i Moskwie. Dr J. T.

— **Posada lekarska** wakuje w dobrach fabrycznych „Końskie Wielkie“ których zarząd mieści się w Końskich (miasto powiatowe), z pensją roczną Rs. 500. — Bliższą wiadomość można powziąć od *W-jej Drzewieckiej* w Warszawie. Zgoda Nr. 1 dom *W-jej Rudzińskiej*.

OD REDAKCYI,

Redakcyja ma zaszczyt niniejszém podać do wiadomości Szanownych Prenumeratorów, iż **Gazeta Lekarska** w przyszłym półroczu 1878 roku wydawaną będzie w tym samym co obecnie ściśle naukowym kierunku, jako przeważnie organ klinik i szpitali z uwzględnieniem badań dokonywanych w pracowniach uniwersyteckich o tyle, o ile takowe mają bezpośredni związek z medycyną praktyczną. **Przegląd Postępu Nauk Lekarskich** dla braku dostatecznej liczby prenumeratorów na przyszłość wychodzić nie będzie. **Kalendarz Lekarski** na rok 1878 wkrótce opuści prasę. **Cena Gazety Lekarskiej** jak również **Biblioteki Umiejętności Lekarskich** oraz **Kalendarza Lekarskiego** **zostaje ta sama.**

Redakcyja najuprzejmiej uprasza dawniejszych jako téż nowych prenumeratorów o wczesne nadsyłanie prenumeraty wprost na imię Wydawcy, z dokładném wypisaniem adresu prenumerującego, a to dla uniknienia zwłoki w otrzymaniu pierwszych numerów.

Ze swéj strony Redakcyja dołoży wszelkich starań, ażeby wydawnictwa jéj w czasie właściwym, jak najakuratniej były wysyłane. W razie nieotrzymania takowych PP. prenumeratorowie raczą nadsyłać zażalenia swe do Redakcyi, która usiłować będzie w każdym razie takowe zaspokoić. — *Przedpłatę wnosić należy do Wydawcy Gazety Lekarskiej ulica Ś-to Krzyska Nr 9 (1343), — w sprawach zaś redakcyi naukowej odnosić się do Profesora Dra Łuczkiewicz a Nowy-Świat Nr 15.*

P. o. Redaktora odpowiedzialnego Prof. Dr Łuczkiewicz.

Wydawca, Szymkiewicz.

Redakcyja Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich przy ulicy Ś-to Krzyska Nr. 1343 (nowy Nr. 9).

Druk. Gaz. Lek. Ul. Ś-to Krzyska N 9. Дозволено Цензурою, Варшава 1 (13) Декабря 1877.