

GAZETA LEKARSKA

I. Kilka słów o szkołach lekarskich w Polsce w końcu XVIII-go wieku.

Napisał

Dr Józef Bieliński.

W Ustawie Trzeciego Maja 1791 r. nie spotykamy się, jak chcą niektórzy, ze sprawami lekarskimi, dobroczynności i zdrowia publicznego — a jednak Ustawa ta wpłynęła przeważnie na podniesienie i uzaczenie stanu lekarskiego; na rozwój i postęp szkół lekarskich w Polsce. Stan lekarski jako posługujący się zajęciem tak wstrętnem jak rozbieranie trupów, był w pogardzie — dla tego rzadki tylko osobnik i do tego ze stanu mieszczańskiego, oddawał się medycynie; dla tego ważne i pożyteczne dla społeczeństwa zajęcia, spełniali w ogromnej większości cudzoziemcy. Konstytucya Trzeciego Maja zapewniająca prawa obywatelskie mieszkańcom miast, zrównała ich poniekąd z uprzywilejowanym stanem szlacheckim; a że lekarze rekrutowali się przeważnie z mieszczan, przeto ich zajęcie, dzięki Ustawie, tak się uzacniło, że znikła potrzeba ściągania siłą młodzieży do szkoły lekarskiej, jak to niejednokrotnie miało miejsce w epoce przedkonstytucyjnej. Wiemy, że Ustawa konstytucyjna nie weszła całkowicie w wykonanie, gdyż postarali się o to i swoi i cudzy; lecz prawa nadane mieszczanom nie zostały cofnięte, dla tego śmiemy utrzymywać, że Konstytucya Trzeciego Maja miała przeważny a dodatni wpływ na rozwój i utrwalenie szkół lekarskich w Krakowie i w Wilnie, o których słów kilka powiemy.

Szkoła krakowska datująca swe początkowanie od XV-go wieku, dzieliła wspólne ośy z innymi wydziałami Akademii Jagiellońskiej i w owej

epoce odrodzenia Polski przez Konstytucję Trzeciego Maja, o której marszałek MAŁACHOWSKI wyraził się, że była lepszą od angielskiej i amerykańskiej — zaledwie dawała znaki życia. W Wilnie nie było szkoły lekarskiej za czasów Jezuitów, dopiero po ich kasacie, pierwsze w Europie ministerium oświecenia, znane lepiej pod nazwą Komisji edukacyjnej obojga narodów, zarządziło utworzenie przy Szkole głównej litewskiej, wydziału lekarskiego, który w epoce Konstytucji Trzeciego Maja, zaczął się urządzać, rozwijać wprawdzie stopniowo lecz z takim rozmachem, że w kilkanaście lat później, wyraźnie już zarysowała się głośna w świecie uczonym szkoła lekarska litewska. Ta nazwa „Szkoła litewska” chociaż utrwała się w historii medycyny, ściśłą nie jest dlatego, że dawniej, gdy profesorów polaków prawie nie było, a język polski uważano za uwłaczający powadze nauki — katedry zajmowali z wielką łatwością cudzoziemcy, bo językiem wykładowym był łaciński; później, gdy szeregi cudzoziemców przeredziły się, a pozostali przyswajali sobie język miejscowy, gdy liczba profesorów polaków wzrastała bez przerwy, gdy poglądy na stanowisko języka zmieniły się radykalnie, gdy wreszcie szkoła z językiem wykładowym polskim stanęła na wysokim stopniu doskonałości — słuszną nazywać taką szkołą Polską.

Szkoła krakowska na kilka lat przed ogłoszeniem Konstytucji, reprezentowana w jednej tylko osobie profesora KAMELIN'a, była rzecz naturalna w opłakanym stanie; dopiero przybycie BADURSKIEGO Jędrzeja do Krakowa, spowodowało pewną zmianę z widokami lepszej przyszłości. BADURSKI w tym wypadku człowiek opatrnościowy, gdyż oprócz gruntownej nauki, ożywiony był duchem obywatelskim, jakim niewielu wówczas przeniknionych było — po rozpatrzeniu się w potrzebach wydziału, którego został dziekanem, złożył Komisji edykacyjnej memoriał, a w nim przedstawił plan reorganizacji szkoły z szczególnem uwzględnieniem klinik, których dotychczas nie było i wykładów medycyny praktycznej. Komisya poleciła KOŁŁATAJOWI wprowadzenia tych projektów w życie, co nastąpiło w końcu roku 1780; w dziewięć lat później BADURSKI zakończył życie.

Przez pierwsze lat 16 zrobiono wiele w nowo zorganizowanem Kolegium, w kierunku zaleconym przez BADURSKIEGO. Tacy mężowie jak Jan JAŚKIEWICZ, który objął katedrę nauk przyrodniczych; Wincenty SZUSTER anatom i brat jego Jan farmaceuta; Rafał CZERWIAKOWSKI chirurg; Franciszek SZEJDT chemik; KOSTECKI Franciszek profesor medycyny praktycznej — dobrze się zapisali na kartach historii medycyny polskiej, jako uczeni i gorliwi profesorowie szkoły lekarskiej krakowskiej. Zrobiliby bez wątpienia więcej i w literaturze głębszy ślad by zostawili, gdyby nie ówczesne opłakane położenie polityczne Rzeczypospolitej. Usiłowania profesorów, mimo takich wielkich przeszkód, nie przeszły bez śladu: między wychowañcami znajdujemy wprawdzie nie wielu znakomitych, ale za to bardzo głośnych, a pierwsze miejsce między niemi zajmuje Jędrzej ŚNIADECKI.

Austriacy, zajęli Kraków w r. 1796. Szkołę lekarską pozostawili przy

dawniejszym składzie, przywilejach i programie. Dopiero w r. 1805 Uniwersytet Jagielloński został niemczony i zatracił charakter szkoły polskiej.

Nie takie były koleje Szkoły wileńskiej. Po kasacie Jezuitów, Komisya edukacyjna zreorganizowała pozostałą po nich Akademię na Szkołę główną litewską. Szkołę tę podzieliła na dwa kolegia: moralne i fizyczne; do ostatniego włączono wydział lekarski. Podwaliną tego wydziału była Szkoła lekarska grodzieńska, założona niegdyś przez TYZENHAUZA a urządzona i kierowana przez znakomitego naturalistę GILIBERTA. GILIBERT wraz ze zbiorami szkoły grodzieńskiej, przeniósł się do Wilna w r. 1781. Pierwsi profesorowie wileńscy, oprócz GILIBERTA, byli poprzednio lekarzami domowemi albo Jezuitów, albo wielkich panów; o zajęciu katedry uniwersyteckiej zapewne nie marzyli, a przynajmniej nie byli do niej przygotowani należycie. Dla tego i imiona niektórych profesorów jak BISIO, REGNIER, BRIOTET, SARTORIS, LANGMAJER nie wiele mówią, bo śladu w literaturze nie zostawili. A jednakże i oni nie byli bez zasług, jako pionierowie torujący drogę następnemu pokoleniu profesorów, głośnych już w nauce i dobrze zasłużonych dla społeczeństwa.

BISIO wykładał anatomię, a po nim objął tę katedrę LOBENWEIN i prowadził wykłady do r. 1820. BISIEMU pomagał BRIOTET, a następnie objął katedrę chirurgii, którą zajmował najpierw przy pomocy MATUSZEWICZA, a później NISZKOWSKIEGO do r. 1811. REGNIER objął położnictwo; po jego śmierci katedrę tę zajął MATUSZEWICZ. SARTORIUS wykładał chemię i farmację, a gdy wyjechał do Włoch — Jędrzej ŚNIADECKI osieroconą zajął katedrę. LANGMAJER prowadził wykłady medycyny praktycznej, a gdy wyjechał do Wiednia po ostatnich latach XVIII-go wieku [1799], przybył z Wiednia w r. 1804 FRANK J. P. wraz z synem Józefem i ten zreformował wydział lekarski ostatecznie. SPITZNAGEL po FORSTERZE znakomitym naturalistą objął wykłady historii naturalnej, a gdy JUNDZIEL powrócił z podróży naukowej, ustąpił mu swą katedrę i zajął się wykładami terapii i farmakologii, a BEM objął patologię i higienę.

Rosyanie zajmując Wilno w r. 1796, również jak i Austriacy pozostawili Szkołę główną przy dawniejszym planie. Nastal wówczas ten tragiczny moment, że „ciało Polski zapadło w niewolę”, lecz jak słusznie powiada SIENKIEWICZ w swej odezwie do Narodu o świętowaniu Trzeciego Maja: „odrodziła się dusza narodu i pozostała już odrodzona...” — bo rząd rosyjski, pragnąc zreformować szkołę w Cesarstwie, przyjął za podstawę reformy Ustawę edukacyjną polską i zalecił, ażeby podług tej ustawy urządzić na próbę w Wilnie Uniwersytet, według najnowszych wymagań nauki, który to Uniwersytet miał być wzorem dla innych już istniejących lub mających powstać. Takim sposobem szkoła lekarska postawiona była odrazu w warunkach najpomyślniejszych dalszego rozwoju. Wówczas więc, gdy „odrodzona dusza narodu” w Wielkim Księstwie Litewskim znalazła swój wyraz, swą moc, Austriacy niemczyli szkoły, koszlawili wychowanie, aby niedopuszczyć do odrodzenia.

„Teorya jestestw organicznych” stoi na przelomie szkoły lekarskiej wileńskiej — dawniejszej kosmopolitycznej i nowej-polskiej. Teorya ta rozsiała Uniwersytet wileński szeroko po świecie.

Warszawa, 3-go maja 1907 r.

II. Przed 116-u laty.

Napisał

Dr Med. Józef Peszke.

Tak wypadło, że numer dzisiejszy „Gazety Lekarskiej” ukazuje się w dniu, w którym mija lat 116 od pamiętnego d. 3 maja r. 1791, uświetnionego na wieki, bo w nim to Sejm wielki ogłosił Konstytucyę, mającą być epoką nowego, lepszego porządku rzeczy w Polsce i Litwie.

Nie miejsce tu roztrząsać zalety lub niedostatki ustawy tej wiekopomnej, ani też zastanawiać się nad tym, jakie dla nas mogły być z niej wypłynąć korzyści, gdyby zabiegi niecne Targowicy do spółki z mocarstwami ościennymi, nie były jej wykopały grobu przedwczesnego, w którym legła razem z wolnością ojczyzny, upadającej pod przemocą zaborców jej mienia.

Te rzeczy komu innemu pozostawić musimy; natomiast, aby uczcić rocznicę taką, może nie zawadzi przypomnieć sobie, co wykładano i kto mianowicie to czynił w dwu istniejących wtedy wydziałach lekarskich, krakowskim i wileńskim, w roku dla nas tak pamiętnym, a obok tego odświeżyć w pamięci społecznych osobistości kilku lekarzy, zajmujących wówczas po za uniwersytetem stanowiska wybitniejsze, a zasłużonych społeczeństwu naszemu.

Stara Alma mater Jagellonica, podupadła sromotnie od połowy drugiej wieku XVII, od r. 1780, wskutek reformy przeprowadzonej wzorowo z ramienia Komisji edukacyjnej przez ks. HUGONA KOŁŁATAJA, szczerze i skutecznie pracowała nad odrodzeniem swym, a w. 1791 w wydziale jej lekarskim wykładali profesorowie następujący:

WINCENTY SZUSTER 4½ godziny tygodniowo nauczał anatomii i fizyologii.

RAFAŁ CZERWIAKOWSKI tyleż godzin w tygodniu zajmował się wykładem chirurgii oraz położnictwa.

JAN SZUSTER też liczbę godzin poświęcał co tydzień wykładowi farmacyi i farmakologii, czyli, jak wtedy mawiano, materji medycznej.

FRANCISZEK KOSTECKI trzy razy na tydzień po godzinie nauczał patologii i terapii.

Nakoniec FRANCISZEK SCHEIDT $4\frac{1}{2}$ godziny tygodniowo wykladał chemię, botanikę i mineralogię.

Oprócz tych wykładów teoretycznych, odbywały się też lekcyje praktyczne w klinice lekarskiej, urządzonej z polecenia Komisji edukacyjnej w r. 1780 przez profesora JĘDRZEJA BADURSKIEGO, po którego ustąpieniu w r. 1789, objął ją Fr. KOSTECKI. Równocześnie otworzono klinikę chirurgiczną, na której czele stał od początku profesor chirurgii R. CZERWIAKOWSKI, zawiadujący także kliniką położniczą, nie starszą od dwu poprzednich. Kliniki te były szczupłe i ciasne, liczące zaledwie po kilka łóżek, co nas jednak zadziwiać nie powinno, ponieważ pod koniec wieku XVIII, z wyjątkami bardzo nielicznymi, tak samo inne uniwersytety europejskie nie mogły szczycić się klinikami zasobniejszymi, lepiej urządzonymi od krakowskich. Atoli, nie mając zamiaru zabawiać się teraz dziejami klinik wydziału lekarskiego w Krakowie, wolimy poprzestać na wzmiance powyższej, aby zabrać się do nakreślenia treściwego życiorysów lekarzów wymienionych, zajmujących katedry krakowskie w r. 1791. Żywotem F. SCHEIDTA nie zajmiemy się tu, ponieważ lekarzem nie był, a tylko o nich tu mówić zamierzamy.

WINCENTY SZUSTER, sya MIKOŁAJA, również lekarza i profesora uniwersytetu Jagiellońskiego, urodził się w Krakowie d. 7 kwietnia r. 1757; zawodo-wo kształcił się naprzód w mieście rodzinnem, następnie udawszy się do Włoch, w Bononii osiągnął dyplom doktorski w r. 1780, poczem udał się do Paryża, gdzie spędził dwa lata, doskonaląc się w anatomii oraz fizyologii. Powróciwszy w r. 1782 do Krakowa już w październiku tegoż roku zaczął wykłady anatomii i fizyologii, mając do pomocy, jako prosektora, Francuza MARKA KAMBONA. Katedrę zajmował do r. 1802, umarł zaś d. 17 października r. 1816.

RAFAŁ CZERWIAKOWSKI, urodził się na wsi pod Pińskiem w majątku ojca swego, DANIELA w d. 24 października r. 1743. Po ukończeniu szkół w Pińsku, wstąpił w r. 1762 do zgromadzenia Pijarów w Lubieszowie, a w r. 1765 śluby uroczyste wykonał. Pracując w aptece lubieszowskiej i czytając wiele, nabrał zamiłowania do nauk lekarskich, a uzyskawszy zwolnienie od ślubów zakonnych, w r. 1771 na koszt Pijarów wyjechał do Rzymu, gdzie w r. 1776 przyznano mu dyplom doktora medycyny i filozofii, poczem jeszcze trzy lata spędził w Rzymie, pracując jako lekarz w szpitalu św. Ducha *in Savia*. Na wezwanie biskupa MASSALSKIEGO aby objął katedrę chirurgii w Wilnie, powrócił do kraju w r. 1779, ale zamiast do Wilna, udał się do Krakowa, gdzie mu ks. HUGO KOLEŁATAJ powierzył katedrę anatomii, chirurgii i położnictwa. W r. 1785 zaniechał nauczania anatomii, zajmując się odtąd wyłącznie chirurgią i położnictwem; w tymże roku król STANISŁAW AUGUST zaszczycił go godnością archiatra i lekarza nadwornego, w roku zaś 1791 obdarzył go medalem złotym. W r. 1794 T. Kościuszkę polecił mu pełnienie obowiązków lekarza naczelnego w lazarecie św. Piotra

w Krakowie. Z katedry ustąpił w r. 1805, umarł zaś d. 5 lipca r. 1816. Był chirurgiem bardzo biegłym i nauczycielem wybornym.

JAN SZUSTER, urodził się w Krakowie w r. 1741 i początkowo zajmował się aptekarstwem; następnie oddał się naukom lekarskim, a osiągnąwszy w Halli dyplom doktora medycyny i magistra farmacyi, w r. 1782 został w Krakowie profesorem farmacyi i farmakologii. Na katedrze pozostawał do śmierci, która go zabrała w r. 1793. Z polecenia Komisji edukacyjnej opracował farmakopeę, a jako lekarz używał sławy ginekologa biegłego.

FRANCISZEK KOSTECKI, urodzony w Tyrawie Wołoskiej w ziemi sanockiej w r. 1758. Przybywszy w r. 1772 do Krakowa początkowo oddawał się matematyce, a w r. 1779 dopiero przeszedł do wydziału lekarskiego i w r. 1788 uzyskał dyplom doktorski. Już w roku następnym był powołany na zastępcę profesora chirurgii i położnictwa, oraz został lekarzem szpitala akademickiego św. Łazarza. Jeszcze w tym samym roku objął po śmierci BADURSKIEGO klinikę lekarską i wykłady patologii i terapii. W 1791 został profesorem zwyczajnym i zajmował stanowisko to do r. 1803. W r. 1809, gdy Kraków odebrano Austriakom, objął na nowo katedrę dawną, a do r. 1820 kilkakrotnie wybierany był na dziekana. Od r. 1826 do 1830 był asesorem w kuratorji generalnej zakładów naukowych wolnego miasta Krakowa. Dni dokonał, jako starzec sędziwy, w maju r. 1844.

W Wilnie w roku szkolnym 1790/91 rozkład nauk w wydziale lekarskim był następujący:

JÓZEF SARTORIS wykładał chemię, jej dzieje, oraz farmacyę.

JAN ANDRZEJ LOBENWEIN nauczał anatomii i fizyologii.

JÓZEF LANGMAIER wykładał semiotykę patologiczną i miewał lekcye kliniczne.

JAKÓB BRIOTET nauczał chirurgii praktycznej wraz z chorobami i operacyami ocznymi.

MIKOŁAJ REGNIER zajmował się wykładami chirurgii teoretycznej i położnictwa.

Uniwersytet wileński w r. 1791 nie posiadał jeszcze kliniki, ale zdaje się, że profesorowie w miarę możności urządzali wykłady kliniczne w szpitalach miejskich.

Rzecz to może uwagi godna, że gdy w Krakowie w r. 1791 katedry wydziału lekarskiego zajmują krajowcy, w Wilnie na wszystkich widzimy tylko cudzoziemców, o których tu zaraz powie się słów kilka.

JÓZEF SARTORIS, doktor medycyny i filozofii, członek akademii turyńskiej, w r. 1785 przez Komisję edukacyjną był sprowadzony do Wilna i otrzymał tam katedrę chemii oraz farmacyi, a zajmował ją do roku 1793, w którym powrócił za granicę.

JAN ANDRZEJ LOBENWEIN, urodził się w Wiedniu d. 31 stycznia r. 1758, w mieście rodzinnym wykształcił się też w naukach lekarskich, a ukończył je w r. 1779. W r. 1787 otrzymał w Wilnie katedrę anatomii. Początkowo obok anatomii wykładał również fizyologię i chirurgię, później nadto medycynę sądową. W r. 1791 wykładał anatomję po polsku. Później kilkakrotnie bywał dzie-

kanem wydziału lekarskiego i rektorem. Należał do założycieli Towarzystwa lekarskiego wileńskiego, a na jednym z jego posiedzeń umarł nagle d. 12 stycznia r. 1820. Profesorem był zdolnym i bardzo sumiennym.

JÓZEF LANGMAIER, rodem Wiedeńczyk, sprowadzony do Wilna przez ks. POCZOBUTA, od r. 1780 rektora uniwersytetu, objął katedrę patologii i terapii szczegółowej, oraz farmakologii, a uznania godne są jego zabiegi o urządzenie kliniki lekarskiej, rozpoczęte w r. 1790. W r. 1807 został członkiem Tow. lek. wileńskiego; umarł w r. 1810 w Wiedniu, dokąd powrócił po opuszczeniu Wilna.

JAKÓB BRIOTET, urodzony r. 1746 w Thorey [Burgundia], wykształcony zawodowo w Lyonie i Paryżu, gdzie później lat 10 sprawował obowiązki prosektora i demonstratora anatomii w szpitalu Hôtel-Dieu. Do Wilna sprowadzony został w r. 1777, gdzie początkowo pełnił te same obowiązki, jak w Paryżu; następnie wykładał czas niedługi położnictwo, od roku zaś 1780 chirurgię praktyczną, której profesorem rzeczywistym mianowano go w r. 1787. W r. 1806 założył klinikę chirurgiczną i stał na jej czele do r. 1811, w którym z powodu obłąkania umysłu musiał zaprzestać wykładów. Umarł w r. 1819. Położył zasługi niemałe zakładając i urządzając wzorowo gabinet anatomiczny i chirurgiczny; w r. 1791 został chirurgiem generalnym wojsk W. ks. Litewskiego i stanowisko to zajmował aż do zaboru Wilna przez Rosyę.

MIKOŁAJ REGNIER, urodzony r. 1728 w Saarburgu [Lotaryngia], a wykształcony w Strasburgu, został w r. 1775 lekarzem przybocznym biskupa wileńskiego, ks. MASSALSKIEGO. Następnie powierzono mu wykład anatomii w Akademii, od r. 1775 wykładał anatomię, chirurgię i położnictwo; w r. 1789 został profesorem zwyczajnym i zasłużył się niemało przez urządzenie szkoły akuszerki i szpitala dla położnic. Umarł w Wilnie w r. 1800. Oprócz katedry profesorskiej, zajmował też urząd pierwszego lekarza sztabowego korpusu litewskiego.

Oprócz lekarzów wymienionych, nauczających wtedy w Krakowie i Wilnie, w r. 1791 zajmowało już, między innymi, stanowiska mniej lub więcej wybitne kilku, których poniżej wyliczamy w porządku alfabetycznym, w tym przekonaniu, że z pewnością nową Ustawę 3-go maja powitali z zapalem i uwielbieniem.

Pierwszeństwo wśród nich, nietylko z kolei abecadła, należy się postaci czcigodnej JERZEGO KRYSZYANA ARNOLDA, pierwszego dziejopisa sztuki i nauki lekarskiej w Polsce. Zasłużony ten lekarz i obywatel prawy urodził się w Lesznie d. 1-go lutego r. 1747; kształcił się najprzód w Athenium gdańskim, następnie zaś w Lipsku, gdzie w r. 1768 przyznano mu dyplom doktorski. Wykonawstwem lekarskim zajmował się naprzód trzy lata w Poznaniu, następnie w Lesznie. Od r. 1777 zamieszkał w Warszawie, gdzie w d. 16 grudnia r. 1818 doczekał się uroczystości obchodu 50-jej rocznicy rozpoczęcia pracy lekarskiej i obywatelskiej. Oczy zawarł na wieki d. 19-go listopada r. 1827. W Warszawie zyskał sobie bardzo prędko uznanie powszechne, a król STANISŁAW AUGUST zaszczycił go godnością konsyljarza nadwornego. Jako członek konsystorza ewangelickiego warszawskiego pracował bardzo gorliwie nad dobrem gminy wyznania tego,

zwłaszcza w wydziale szkolnym. Odegrał też rolę bardzo wybitną i dodaczną w sprawie rozterek między ewangelikami a kalwinami, a podczas zawiazanej unji siedleckiej i węgrowskiej obu wyznań tych, sprawował obowiązki jej notaryusza. Będąc już od r. 1774-go członkiem Akademii badań przyrody Leopoldyńsko-Karolińskiej, został członkiem Tow. przyjaciół nauk w Warszawie, które obralo go na przewodniczącego działu umiejętności lekarskich. W r. 1807 na wezwanie rządu Księstwa warszawskiego opracował plan urządzenia służby zdrowia w kraju i w tymże roku był mianowany radcą Najwyższej Dyrekcji lekarskiej, przemianowanej później na Radę lekarską, był duszą tej instytucji i głównie sam opracował jej urządzenie całe. D. 14-go kwietnia r. 1812 był mianowany członkiem król. Towarzystwa ekonomicznego warszawskiego, od r. 1816 do liczby członków swych zaliczyło go też Tow. lekarskie akademii krakowskiej. Pomimo licznych zajęć lekarskich, urzędowych i obywatelskich był pisarzem płodnym, zajmującym się nie tylko nauką zawodu swego i dziejami jego, ale również sprawami społecznymi, numizmatyką polską, a nawet poezją.

BERGONZONI MICHAŁ, Włoch z pochodzenia, ale podczas pobytu swego przeszło 40-letniego w Polsce spolszczony i szczerze oddany drugiej ojczyźnie swej. Urodził się w Bolonii r. 1744 i tamże w r. 1768 został doktorem medycyny. Do Polski sprowadził BERGONZONI'ego kardynał GARAMPI, nuncjusz papieski w Warszawie w r. 1775. Początkowo lat 5 był lekarzem przybocznym ks. JÓZEFA SANGUSZKI, w. marszałka litewskiego; następnie lat 7 zajmował się wykonawstwem lekarskim w Lublinie i wtedy wydał książkę p. n. „Lublin podług ustaw medyki uważany” [Lublin 1782], za ogłoszenie jej STANISŁAW AUGUST mianował go swym konsyljarzem nadwornym. W r. 1790 z hetmanem RZEWUSKIM przybył do Warszawy i od tego czasu stale tam zamieszkał, wykładając w szkole chirurgicznej wtedy założonej w stolicy. W r. 1792 uznano go lekarzem naczelnym wojska polskiego; stanowisko to zajmował do r. 1894. W r. 1807 na nowo powierzono mu w wojsku Księstwa warszawskiego urząd naczelnny, powierzając mu urządzenie służby zdrowia, a z zadania tego wywiązał się sumiennie i umiejętnie. Z powodu wieku podeszłego i zdrowia nadwątlonego ze służby wojskowej wystąpił d. 23-go stycznia r. 1812, a do końca życia przewodniczył tylko jeszcze wydziałowi lekarskiemu Towarzystwa dobroczynności. Umarł d. 5-go marca r. 1819.

JÓZEF FILIPECKI, brat przyrodni GAGATKIEWICZA, urodził się w Warszawie w r. 1757, do nauk lekarskich od r. 1774 przykładał się w Wiedniu i tam też w r. 1781 przyznano mu dyplom doktorski. Po dwuletniej podróży naukowej po Europie powrócił do Warszawy, gdzie niebawem został lekarzem szpitala Dzieciątka Jezus, a na stanowisku tym pozostawał lat 13. Wraz z kilku innymi lekarzami przyczynił się do założenia w Warszawie szkoły chirurgicznej i w niej w r. 1790 wykładał fizjologię. Król STANISŁAW AUGUST udarował go medalem złotym „*Bene merentibus*”. Lat kilka stał na czele policyi lekarskiej i umarł w r. 1810.

WALENTY GAGATKIEWICZ, syn cyrulika, później wysoko ceniony lekarz, urodził się w Warszawie d. 16-go lutego r. 1750. Początkowo uczył się aptekarstwa, następnie przez ojczyma swego Dra FILIPECKIEGO wyprawiony został do Paryża, gdzie lat 6 oddawał się naukom lekarskim. Osiągnąwszy dyplom doktorski w Reims i zwiedziwszy uczelnie lekarskie we Włoszech i Niemczech, w r. 1770 powrócił do Warszawy i wkrótce zasłynął jako lekarz doskonały, cieszący się wziętością niezmierną. W r. 1784 król mianował go lekarzem przybocznym i konsyliarzem nadwornym, w roku 1786 zaszczycił go medalem złotym „*Bene merentibus*”, nakoniec w roku 1789 szlachectwem. W r. 1789 najwięcej przyczynił się do założenia szkoły chirurgicznej w stolicy, łącząc na nią nie mało z kieszeni własnej; wykładał w niej anatomię, fizyologię i chirurgię. Od r. 1801 był członkiem Tow. przyjaciół nauk. Umarł d. 10-go stycznia r. 1805.

MAREK KAMBON, chociaż z urodzenia Francuz, słusznie tu wymieniony być powinien, jako autor „Krótkiej myologii” [Warszawa 1795], napisanej dobrą polszczyzną i odznaczającej się bardzo trafnym wyborem nazw mięśni, często bez porównania poprawniejszych językowo od używanych później przez pisarzy innych. Od r. 1776 do 1780 zajmował się wykonawstwem lekarskim w Mons; w r. 1783 ubiegał się daremnie o katedrę anatomii w Wilnie; od r. 1785 do 1802 był prosektorem przy profesorze SZUSTRZE w Krakowie, gdzie nadto po polsku wykładał anatomję w szkole chirurgów.

LEOPOLD LAFONTAINE, pomimo nazwiska francuskiego, Niemiec, który następnie spolszczał zupełnie. Urodził się w r. 1756 w miasteczku szwedzkim Biber, a w naukach lekarskich doskonalił się w Strasburgu, następnie w celu kształcenia się oalszego udał się do Wiednia, a wstąpiwszy tam do służby wojskowej w r. 1773 przybył do Tarnowa w Galicyi. Uprzykrzywszy sobie służbę, wystąpił z niej i przeniósłszy się do Krakowa, zajął się tam wykonawstwem lekarskim. W r. 1787 STANISŁAW AUGUST powołał go na chirurga przybocznego, a później mianował go lekarzem nadwornym; obowiązki te pełnił aż do wyjazdu króla z Warszawy w r. 1795, następnie zajmował się wykonawstwem w stolicy, a zwłaszcza był ceniony jako dobry okulista. Nadto nie lenił się do pióra, pisząc po polsku, po francusku i po niemiecku. Od lipca r. 1801 do tegoż miesiąca r. 1802 wydawał w Warszawie miesięcznik p. n. „Dziennik zdrowia”, dający nam obraz dosyć dokładny stanu medycyny na początku wieku XIX-go. W roku 1807 powołany został na chirurga naczelnego wojska Księstwa warszawskiego i do śmierci stanowisko to z pożytkiem dla służby zajmował; umarł w Mohylowie nad Dnieprem d. 12 grudnia r. 1812, dostawszy się podczas odwrotu Napoleona do niewoli rosyjskiej. LAFONTAINE od r. 1802 był członkiem Towarzystwa literackiego gietyngskiego, od r. 1804 zaliczony był do liczby członków Tow. przyjaciół nauk w Warszawie; Szkoła lekarska paryska przybrała go na członka w r. 1806, Tow. lekarskie wileńskie w r. 1809, nakoniec uniwersytet Jagielloński mianował go swym członkiem honorowym. Balneologii krajowej przysłużył się LAFONTAINE wydając

„Opisanie skutków y używania ciepłych siarczystych y zimnych żelaznych kąpeli w Krzeszowicach” [Kraków 1789].

PERZYNA LUDWIK. Z żalem prawdziwym przychodzi pisać o tym bardzo wybitnym i wielce zasłużonym lekarzu polskim, ponieważ materiały do życiorysu jego są tak skąpe, że ledwo dostarczają dat kilku z życia jego. Gdyby odnaleźć było można archiwa zgromadzenia Bonifratrów warszawskich i kaliskich, może udałoby się coś więcej o nim powiedzieć, niż tu uczynić możemy. PERZYNA urodził się w Krakowie w r. 1742; o młodości jego i sposobie kształcenia się nic nie wiemy. Jako mąż już dojrzały w r. 1786 wstąpił do zakonu Braci miłosierdzia w Warszawie, a niewątpliwie musiał być już wtedy dobrze obeznany z chirurgią i z innemi gałęziami wiedzy lekarskiej, lecz nie wiadomo, gdzie nabył tyle tak poważnych wiadomości, o których świadczą chlubnie dzieła jego wydane między r. 1789 a 1793. Oprócz przekładu książeczki Tissot'a p. n. „Porządek życia” [Kalisz 1789] napisał prac kilka zajmujących się anatomią, chirurgią, położnictwem, chorobami wewnętrznymi i medycyną sądową, a wszędzie znać, że przemawia z nich lekarz doświadczony, z przedmiotem doskonale obeznany. Jego „Nauka położna” [Kalisz 1790] i „Lekarz dla włościan [tamże 1795], są książkami popularnemi, w znaczeniu najlepszym wyrazu tego; w każdym niemal słowie znać tam, jak autor pragnie oświecać ciemnych i nieść im pomoc rozumną a skuteczną. PERZYNA władał świetnie językiem ojczystym, pisał jędrnie i jasno, a słownictwu lekarskiemu naszemu oddał przysługi liczne, wprowadzając do niego nazwy czysto polskie, zamiast dziwolągów cudzoziemskich. Między innymi pierwszy użył miana „surowica”, dziś używanego powszechnie. Od r. 1790 PERZYNA był czynny jako lekarz w domu zgromadzenia swego w Warszawie; w r. 1793 jako przeor Bonifratrów stanął na czele szpitala św. Ducha w Kaliszu. Życia dokonał w r. 1812, prawdopodobnie w Warszawie.

Chociaż znalazłby się może jeszcze w okresie tym niejednen lekarz, o którym dałoby się coś powiedzieć, kończymy na PERZYNI, składając cześć pamięci męża tego, znajdującego się w Warszawie w nigdy niezapomnianym dniu 3-go maja r. 1791, a z pewnością razem z większością narodu witającego radośnie wschodzącą tak wspaniale jutrzeńkę, zapowiadającą krajowi przyszłość lepszą, a niestety tak prędko zgaszoną przez potęgę ciemności, zarówno swojskie jak obce, sprzysiężone na zgubę ojczyzny naszej.

Warszawa d. 3-go maja 1907 r.

III. W SPRAWIE LECZENIA PRZEPUKLINY.

Podał

Z. Sławiński.

[Odczyt, wygłoszony w Towarzystwie Lekarskim Warszawskiem dnia 15 stycznia 1907].

Metody operacyjnego leczenia przepukliny pachwinowej dosięgły obecnie doskonałego stopnia rozwoju i zastowanie ich w praktyce uważać można za ustalone. Obok sposobu KOCHER'a metoda BASSINI'ego najwięcej ma zwolenników i powszechnie prawie zyskała uznanie. Wskazania do leczenia operacyjnego przepukliny wolnej natomiast odznaczają się u nas dotychczas pewną szablonowością. Rada nasza dla tego rodzaju chorych sprowadza się przede wszystkim do zalecenia paska rupturowego, a to bez względu nieraz na wiek dotkniętego osobnika lub na jego zajęcie; wobec osób, niezmuszonych do pracy fizycznej, zwykliśmy zachowywać zupełny konserwatyzm, wspominając chyba mimochodem o możliwości leczenia operacyjnego.

Owa szablonowość wynika, jak sądzę, już to z niedoceniań szkodliwości przepukliny, już to z nieuświadomienia postępu, jakim w tej dziedzinie szczył się chirurgia współczesna. Zamiarem moim jest rozpatrzyć powody takiego zachowania się wobec sprawy, nabierającej coraz żywszego znaczenia aktualnego, wybrałem zaś do tego ogólne posiedzenie kliniczne, gdyż niema chyba potrzeby przekonywania chirurgów o potrzebie zmiany postępowania.

Wśród ogółu naszej publiczności panuje dotychczas przekonanie, że przepuklina wolna, dająca się odprowadzać, nie wymaga innego leczenia, oprócz noszenia paska. Stąd też udawano się do nas tylko z prośbą o radę, jaki zastosować pasek, jeżeli przepuklina powodowała bóle, zaburzenia trawienia lub upośledzała dotkliwie sprawność zawodową; zgłaszali się ludzie starsi, których nadmierna wielkość przepukliny zupełnie pozbawiła możliwości pracy lub wogóle życie im obrzydzała; wreszcie dostarczano nam chorych z przepukliną uwięzłą. Pozatem, do wyjątków należało, jeżeli osobnik młodszy, a bardziej stanowczy, domagał się usunięcia na drodze operacyjnej przepukliny, zwłaszcza nieznaczej. Rzecz jasna, że nie zależało to od rzadkości przepukliny u nas; nawet wobec braku danych statystycznych w tym kierunku, wykazujących znaczną stosunkowo częstość tej sprawy na zachodzie, przypuszczać należy, że przepuklina u nas nie mniej jest rozpowszechniona, już choćby ze względu na warunki fizycznego rozwoju i życia naszej klasy pracującej. Dopiero od lat kilku zauważyć się daje zmiana stosunków: liczba chorych szpitalnych

z przepukliną wolną wzrasta wyraźnie. O ile sądzić mogę, dzieje się to nie dzięki zachęcającemu wpływowi szerszego ogółu lekarzy, lecz wskutek przeświadczenia, ustalającego się wśród sfery robotniczej o nieszkodliwości i skuteczności pomocy operacyjnej z jednej strony, jak również z powodu pewnego przymusu, wywieranego z drugiej strony przez zarządy fabryk i lekarzy fabrycznych na zgłaszających się do zajęcia, a dotkniętych przepukliną kandydatów.

Łatwo są zrozumiałe powody podobnego zachowania się ludzi obarczonych przepukliną. Obok nieświadomości groźnych następstw uwięzienia, najważniejszą przyczynę stanowi względna łagodność lub nawet zupełny niekiedy brak objawów, od przepukliny jako takiej zależnych. Często się zdarza, że przepuklina wywołuje ból trafnie określony jako *pointe d'hernie* w pierwszym okresie swego rozwoju, jako tak zw. przepuklina zadatkowa (*Bruchanlage*), kiedy tylko wprawne oko i ręka umieją należycie ocenić znaczenie i pochodzenie tych bólów. W dalszym rozwoju, po wyłonieniu się poza kanał pachwinowy, lub też i do moszny, przepuklina, zwłaszcza u osobników młodych i zwolna się powiększająca, może żadnych przykrzejszych dolegliwości nie powodować ani też nie ograniczać zdolności do pracy. Dotknięty osobnik, spostrzegłszy uwydatniający się guz, udaje się w przeświadczeniu spełnionego obowiązku do bandażysty po pas, lub zostaje tam przez lekarza skierowany. W późniejszych okresach istnienia przepukliny, jej ciągły wzrost, zjawiające się niekiedy bóle, urazy lub wysiłki, spowodujące czasowe uwięzienie, zmuszają do coraz częstszego liczenia się ze stałą dolegliwością, do ciągłej zmiany, lub zupełnego zarzucenia paska: zwolna, lecz stale rozwija się niemoc, granicząca z kalectwem, które wreszcie kieruje chorego do chirurga po pomoc, częstokroć nieosiągalną. Właściwie mówiąc, każdy osobnik, dotknięty przepukliną i uświadomiony o jej znaczeniu, poszkowany jest na swej użyteczności zawodowej i w każdym okresie istnienia, przepuklina kryje w sobie w stanie potencjalnym niebezpieczeństwo, które zawsze wystąpić może niespodzianie, jako groźna choroba.

Zdarza się nadto, że ludzie nawet uświadomieni zaniedbują umyślnie leczenie i starannie tają swą przepuklinę, licząc na ewentualne odszkodowanie, stałe lub doraźne, od pracobiorcy w razie jakiego wypadku przy pracy zawodowej. Prawodawstwo rosyjskie zaznacza wprawdzie, że przepukliny dają prawo do odszkodowania wtedy tylko, kiedy są następstwem nieszczęśliwego wypadku [pęknięcia, uderzenia, upadnięcia i in. lub nadmiernego wytężenia sił, przewyższającego znacznie zwykłe]; nieszczęśliwy wypadek powinien wywołać nagle wystąpienie wszystkich oznak przedmiotowych przepukliny z objawami uwięzienia, wymagającego pomocy lekarskiej. Pomimo takiego zastrzeżenia, żądania odszkodowania za przepukliny, powstałe rzekomo na drodze urazowej są w czasach obecnych bardzo częste, lecz uwzględniane zostają rzadko i do tego oceniane według skali niższej, niż to prawo przewiduje. Mianowicie, ta-

bela do określenia stopnia osłabienia lub utraty zdolności do pracy z powodu uszkodzeń cielesnych, powstałych wskutek nieszczęśliwych wypadków, oznacza za przepuklinę wogóle 25% [przepukliny ścian brzucha, pachwinowa, udowa], w praktyce natomiast Towarzystwa Ubezpieczeń trzymają się niekiedy skali HAAG'a, według której przepuklina pachwinowa daje prawo do 10% renty, obustronna do 15%-ej.

Zaznaczyć należy, że prawo niemieckie odszkodowuje nie tylko świeże, na drodze urazowej, nagle powstałe przepukliny pachwinowe, lecz również i dawne, wskutek urazu wyłonione przepukliny. Wyłonienie dawnej przepukliny uważane jest za pogorszenie stanu cielesnego, ponieważ ogranicza ono zwykle zdolność do pracy robotnika, który zmuszony jest spożytkować swą pracę mięśniową.

Dolegliwości przez przepuklinę wywołane, jak również okoliczność, że przepuklina może uleść uwięzieniu i stąd być może niebezpieczną dla zdrowia i życia — rozumuje prawo — zmuszają dotkniętego robotnika do noszenia dobrze leżącego paska, oraz do bacznego czuwania, żeby ten trwale przepuklinę utrzymywał. Wobec powyższego, powstanie przepukliny na drodze urazowej lub wogóle samo istnienie przepukliny daje robotnikowi podstawę do poszukiwania wynagrodzenia [renty], które wynosi przecięciowo 10%, jeżeli dana przepuklina może być dokładnie przez pasek powstrzymana. Mała wysokość odszkodowania wynika w danym razie z mniemania, że pasek da dotkniętemu możliwość dalszej pracy zawodowej. Dla przepuklin stale bolesnych [ból brzucha, zaburzenia trawienia, trudność oddychania i t. p.] odszkodowanie musi być wyższe — 33 do 50%. Jak liczne są żądania tego rodzaju w Niemczech, wykazują zestawienia odpowiedniego urzędu państwowego (*Reichs-Versicherungamt*).

W czasie od 1. I. do 1. VII. 1895 rozpoznawano 400 powództw i odszkodowano z tego 32 czyli 1 na 13 [8%]. Że ta sprawa jest aktualną i gdzie indziej, świadczą liczby, przedstawione przez znanego chirurga paryskiego, P. BERGER'a. Prawo francuskie normuje wysokość odszkodowania w zależności od sposobu powstania przepukliny. BERGER podaje wyniki 130 przez siebie dokonanych ekspertyz sądowych na osobnikach, którzy wszyscy podawali wysiłek za powód bezpośredni powstania przepukliny. Z tych 130-u osobników, BERGER skonstatował przepuklinę u 117 [reszta nie miała wcale przepukliny albo też przepuklina była już zoperowana doszczętniej]; tylko u 14-u BERGER znalazł podstawy do uznania danych przepuklin za powstałe w skutek wysiłku i wypadku. W jednym z tutejszych Towarzystw Ubezpieczeń, w pierwszych 20-u miesiącach jego istnienia, na ogólną liczbę 1800 podań o odszkodowanie z powodu nieszczęśliwych wypadków, przepuklina rzekomo urazowa figuruje 13 razy. Odszkodowano z tej liczby tylko 3 przepukliny, przyznając im jednak nie 25%, lecz 10% renty, gdyż w żadnej z nich nie wykryto oznak przepukliny urazowej, a uwzględniono pogorszenie wskutek wypadku przepukliny już istniejącej. Dane te zawdzięczam uprzejmości kol. L. ZEMBRZUSKIEGO.

Sprawa ta ma nadto i odwrotną, niemniej smutną stronę. Coraz częściej się słyszy, że pracobiorca, z obawy odszkodowania następczego, nie przyjmuje obecnie do pracy ludzi, dotkniętych przepukliną, tak jak z tego samego względu pozbawione bywają możliwości pracy fizycznej osoby obarczone żylakami kończyn dolnych. Przypadkowo spotkałem ciekawe dane, świadczące, jak pilnie przestrzegają tego na Zachodzie. W jednej z fabryk żelaznych w Austrii zbadano specjalnie na przepuklinę pachwinową 6311 robotników przed przyjęciem ich do pracy. Z tej liczby dotkniętych rozwiniętą przepukliną było 286 [4,52%], zaś p. zadatkową 530 [8,39%]; [jednostronna p. zadatkowa u 339, obustronna 191]. Z pozostałych robotników musiano następczo odszkodować tylko 3-ch z powodu przepukliny, powstałej po wysiłku przy pracy zawodowej. Na podstawie rozległych spostrzeżeń, niemieckie prace specjalnie określają odsetkę przepuklin pachwinowych dla ludzi pracujących fizycznie na 9%; nadto 12% ma być dotkniętych przepukliną zadatkową (*Anlage*) w większym, 54% w mniejszym stopniu — czyni to razem 75%.

Ciekawe te dane oświetlają zarazem sprawę rozpowszechnienia oraz współczesne poglądy na sposób powstawania przepuklin. Odsetka przepuklin w powyższych zestawieniach — wprawdzie bez wskazówek co do wieku zbadanych osobników — jest zadziwiająco wysoka w zestawieniu z dotychczasowymi danymi statystycznymi. BARDELEBEN sądzi, że w Niemczech przypada w przecięciu 1 przepuklina na 20-u ludzi czyli 5%, przy czem podaje następujące wyliczenie:

Rok życia	% przepuklin	Rok życia	% przepuklin
1	4,7	35—40	11
1—13	1,4	około 50	16,6
13—20	3,1	60—70	25
21—28	4,7	70—75	33
30—35	5,8		

Nowsze dane podają 6,5% [BERGER: dla Francji 6,4, dla Ameryki północnej 6,6] w stosunku do całej ludności. Najczęstszą przepukliną u mężczyzn jest pachwinowa. Na 18223 wszystkich mężczyzn z przepuklinami, oglądanych w latach 1888—1890 w *London Truss Society*, było 17538 pachwinowych; w Paryżu na 7433 wszystkich 7151 pachwinowych, czyli 96%, u kobiet zaś na 2534—1123 pachwinowych czyli 44%.

Zajmujące szczegóły spotykamy w pracach P. BERGER'a, który jako kierownik biura centralnego w Paryżu miał możliwość zbadania 10000 przepuklin u zgłaszających się chorych. Na podstawie tyłu w jednym kierunku czynionych obserwacji, BERGER ustala nasamprzód fakt istnienia wyraźnego usposobienia, jako istotnej przyczyny przeważnej większości przepuklin. Brzuch osobników

dotkniętych przepukliną przedstawia według BERGER'a pewne typy. Odróżnia on brzuch o podwójnem wypukleniu (*ventre à double saillie*), położonem ponad każdym więzem pachwinowym i zależnem od wiotkości mięśni brzusznych. Typ ten uwydatnia się zwłaszcza podczas kaszlu lub kiedy dany osobnik leżąc, siada bez pomocy rąk. Przy takim usposobieniu przepuklina pachwinowa obustronna zdarzać się ma stale. Drugi typ stanowi brzuch sakwowy (*v. en besace*): spłaszczony powyżej pępka z podbrzuszem wystającym i opadającym, jak sakwa na dół. Ludzi bardzo otyłych, zwłaszcza kobiety, osłabienie ściany usposabia do trzeciego typu: brzuch opada i zwisa nad spojeniem, zakrywając je jak fartuch (*v. en tablier*), przesunięciu ulegają wyłącznie powłoki brzuszne, sama zaś ściana mięśniowa jest nader wiotka. Czwarty wreszcie typ przedstawiają mężczyźni wysocy z brzuchem płaskim (*v. plat*) o ścianach tak cienkich, że uwydatniają się przez nie pętle kiszek, a kontury mięśni zaledwie się zarysowują podczas skurczu. Opisane postaci cechują wogóle brzuchy z usposobieniem czyli tak zw. brzuchy słabe (*v. de faiblesse, v. de hernieux*).

[D. c. n.].

IV. Przyczynek do tak zwanej choroby Darier'a.

Podał

Dr Robert Bernhardt,

ordynator szpitala Św. Łazarza.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 16).

Wykwity, zajmujące wyloty przewodów potowych, zazwyczaj odznaczają się względnie niewielkimi rozmiarami. Czopy ich są krótkie, a przedziurawia je grajczarkowaty kanał, będący dalszym ciągiem przewodu potowego.

W skórze właściwej spotykamy objawy przewlekłego zapalenia, do których w warstwie brodawkowej prócz tego przyłączają się uciskowe, spowodowane obecnością czopa rogowego w naskórku. W obrębie guziczka warstwa brodawkowa jest spłaszczona, a miejscami zupełnie wygładzona. Na obwodzie jednak widzimy cienkie, i niezmiernie wydłużone brodawki, które, okalając wykwit w kształcie kolumn, tworzą wał, notowany już przy opisie klinicznym.

Obrzęk w warstwie brodawkowej i podbrodawkowej jest bardzo umiarkowany. Rozszerzone naczynia krwionośne posiadają wybitnie zgrubiałe śródbłonek. Nacieczenie komórkowe w najbliższem sąsiedztwie wykwitów ma charakter bardziej rozlany, w dalszych zaś i głębszych warstwach skóry trzyma się wyłącznie kierunku naczyń, przyczem sięga nieraz dosyć głęboko—do wysokości kłębków potowych. Tam, gdzie wykwity mieszczą się

w mieszkach włosowych, nacieczenie skupia się przeważnie w sąsiedztwie tych ostatnich. Nacieczenie to składa się z komórek łącznotkankowych, limfocytów i bardzo znacznej liczby tucznych. Te są wogóle dosyć obficie rozsiane w całej skórze. W górnych warstwach skóry właściwej spotykałem też znaczną liczbę chromatoforów.

Kłębki gruczołów potowych niezmienione.

Ze strony tkanki sprężystej skóry wybitniejszych zmian stwierdzić nie zdołałem.

Jeszcze słów kilka o wykwitach podobnych z wyglądu do *verrucae juveniles*, a mieszczących się na grzbietach rąk i stóp. Cechuje je niepomier- na grubość warstwy rogowej w obrębie całego wykwit. Warstwa ta ma jednak bardziej zbitą budowę, niż grudki wyżej opisane. Warstwa ziarnista jest zgrubiała i składa się z 4–6 szeregów komórek, zmienionych tak, jak o tem już pisałem. Warstwa kolczasta, na ogół zgrubiała, przeważnie zdradza zmiany zwyrodnienia komórek, skreślone już przy opisie młodego wyk- witu DARIER'a. Wyraźnego tworzenia t. zw. ciał okrągłych nie wi- dać. Pewną tendencję w tym kierunku stwierdzić mogłem tylko w war- stwie ziarnistej. Typowych ziaren też nie spotykałem. Niekiedy tylko na granicy warstwy ziarnistej i rogowej widywałem twory do ziaren podobne, lecz bardziej okrągłe i zawierające wyraźne dobrze barwiące się jądro. Warstwa komórek podstawowych jest niezmieniona, lecz miejscami ujawnia widoczną skłonność do bujania. W tych miejscach, między warstwą podsta- wową a kolczastą widywałem niekiedy drobne szczelinowate albo też bar- dziej okrągławe przestrzenie, o których wyżej szczegółowo mówiłem. Miej- scom takim odpowiadały w naskórku wybitne zmiany wsteczne komórek kol- czastych, w skórze zaś właściwej, ogniska zapalne o natężeniu wyższem niż w przylegających częściach. Tutaj też było najwięcej leukocytów.

Jeżeli teraz obejmimy całokształt zmian anatomopatologicznych, do- tyczący wykwitów w różnych fazach ewolucyjnych, a nawet i klinicznie niezawsze podobnych do siebie [np. typowy guziczek DARIER'a i wykwit brodawkowaty], to przedewszystkiem musimy zwrócić uwagę na to, że tu- taj dwie sprawy odbywają się jednocześnie i równolegle. A mianowicie: stan zapalny skóry właściwej [*recte* jej warst bardziej powierzchniowych] i odrębne zwyrodnienie komórek naskórkowych. Które z tych zjawisk jest pier- wotne, nie łatwo rozstrzygnąć li tylko na zasadzie badań drobnowidzo- wych. Okoliczność jednak, że wyraźny stan zapalny w skórze właściwej ujawnia się już wówczas, gdy zmiany w naskórku są dopiero zapoczątkowane i że te zmiany potęgują się równolegle z zapaleniem, widocznie sięgając naj- wyższego natężenia po wytworzeniu się pęcherzyka [szczelinowata przestrzeń], wszystko to zda się przemawiać za tem, że zapalenie jest zjawiskiem pierwot- nem. Pod wpływem tego ostatniego powstają w naskórku zmiany wsteczne— od ostrozapalnego zmętnienia do zupełnego obumarcia komórki, zaś wysięk zapalny prowadzi wreszcie i do wytworzenia się pęcherzyków [szczelin, *lacuna*]. Albowiem wyż opisane szczelinowate przestrzenie, tak stale spotykane w mo- ich preparatach, nawet w wykwitach podobnych do brodawek, uważam za ko-

nieczną przynależność i charakterystyczną cechą choroby DARIER'owskiej. Ze względu na ich zawartość muszą je zaliczyć do pęcherzyków, których kształt zależy widocznie od przeciwucisku ze strony rogowego czopa. W powstawaniu zaś pęcherzyków-szezelin równoznaczną rolę widocznie odgrywają zarówno wysięk zapalny, jak i zwyrodnienie, ewentualnie obumarcie komórek. Przypisywać zaś znaczenie wyłącznie wpływom mechanicznym, uważałbym za niedostateczne.

Gdy minie okres ostrego zapalenia w skórze właściwej i sprawa przybiera przebieg przewlekły, w już zmienionych komórkach naskórkowych, a właściwie w pewnych ich grupach odbywa się oryginalne zwyrodnienie, którego ostatecznym wynikiem jest wytworzenie ciał okrągłych i wreszcie ziaren. To zwyrodnienie nie jest jednak zwykłym rogowaceniem, gdyż ostateczny jego wytwór nie może być zaliczony do istoty rogowej w ścisłym tego słowa znaczeniu. Jest to sprawa tylko podobna do rogowacenia: keratinizacja, jak to słusznie zauważył DARIER, nienormalna zarówno co do mechanizmu, jak i topografii.

Przyjmując zapalenie w powierzchownych warstwach skóry za zjawisko pierwotne, zmiany zaś w naskórku za wtórne, musimy się jeszcze zapytać, czy i klinika dostarczyć nam może danych na potwierdzenie tego przypuszczenia. Decydować mogą oczywiście tylko spostrzeżenia, dotyczące wczesnych okresów powstawania wykwitów DARIER'owskich. Tutaj jednak zdania są podzielone. Gdy jedni opisują powstawanie guziczków bez klinicznie widocznych objawów zapalenia, inni w rozwoju tych wykwitów odróżniają wczesną fazę zapalną. Tak więc podług SCHWENINGER'a i BUZZI'ego początkowo powstają czerwone, dosyć ostro odgraniczone swędzące plamki wielkości soczewicy, które pewien czas pozostają bez zmian, a dopiero później przekształcają się w charakterystyczne guziczki. Podobne opisy podają też JARISCH i JANOVSKY, gdzie wspominają jeszcze o zapalnej obwódce dookoła niektórych guziczków. W moim przypadku również stwierdzić mogłem obecność takiej obwódki dookoła niektórych drobnych wykwitów w pasie na brzuchu chorego. Najbardziej pouczające są jednak, moim zdaniem, spostrzeżenia K. KREIBICH'a, który był w tem szczęśliwym położeniu, że mógł obserwować od początku do końca powstawanie wykwitów choroby DARIER'a. Otóż podług tego autora przedewszystkiem powstaje drobna rumieniowo-pokrzywkowa grudka [lub nawet pęcherzyk], niewyraźnie odgraniczona, barwy bladuróżowej. Środek grudki lub pęcherzyka zapada się i przekształca w strupek, który szybko wysycha i w pewnej chwili leży dosyć głęboko w naskórku. Stopniowo też znika zaczerwienienie dookoła strupka, ustępując miejsca barwie brudno-żółtej. Tę samą barwę posiada też i strupek, a właściwie łuska, która stopniowo grubieje i nabiera kształtu stożkowatego. W tym okresie jest to już typowy wykwit DARIER'owski, którego zabarwienie z biegiem czasu staje się jeszcze ciemniejsze. Dokonane przez KREIBICH'a badania histologiczne również potwierdzają zapalne pochodzenie omawianych wykwitów.

Co się znowu tyczy charakteru samej sprawy zapalnej, to wspomniany autor określa go jako angioneurótyczny, a to na zasadzie własnego spostrze-

zenia, w którym wykwitły występowały w postaci półpaśca. Przypadek ten dotyczy 45-letniej kobiety. Pierwszy pas, odpowiadający VII odcinkowi rdzenia, zjawiał się w 13 dni po wystąpieniu lewostronnego nerwobólu międzyżebrowego, któremu towarzyszyły wymioty. Drugi pas, leżący powyżej pierwszego i odpowiadający VI odcinkowi, również wystąpił w 13 dni po ciężkim nerwobólu żołądka z poważnymi objawami ze strony narządów trawienia. Powstawanie tego ostatniego pasa obserwowano już podczas pobytu chorej w klinice.

Spostrzeżenie KREIBICH'a nie jest jednak odosobnionem. Na związek z układem nerwowym wskazuje też F. MALINOWSKI. W jego przypadku wykwitły układały się w pasy i sznurki, których przebieg odpowiadał dosyć ściśle kierunkowi nerwów skórnych, przyczem ugrupowanie było dosyć symetryczne. W moim znowu przypadku ułożenie się wykwitów odpowiadało formie półpaśca w VII i VIII odcinku rdzenia.

Na zasadzie powyższych danych razem z KREIBICH'em skłonny jestem uważać chorobę DARIER'a za cierpienie angio-neurotyczne. Materiał dowodowy jest jednak jeszcze nazbyt szczupły. To też dyskusji nie można już dziś uważać za zamkniętą i sprawa wymagać będzie jeszcze dalszych spostrzeżeń.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

36. Schrupf. Przyczynki do anatomii patologicznej cierpień wyrostka robaczkowego.

Ciężkie, prowadzące do przedziurawienia ściany, zapalenia wyrostka robaczkowego rozwijają się w większości przypadków w takich wyrostkach, które podległy zmianom już wskutek poprzednich spraw chorobnych. Tego rodzaju zmiany, które występują przeważnie w postaci zwężeń i zarosnięcia u nasady wyrostka przy kątnicy, stanowią bądź pozostałości przebytych ostrych zapaleń wyrostka (*epityphlitis*), bądź też sprawy zapalne już od samego początku miały przebieg powolny, przewlekły. Przedziurawienie wyrostka robaczkowego następuje: 1) wskutek ropnego nacieczenia z ropowiczem rozmięknieniem ściany; b) wskutek „dyfterytycznej” martwicy ściany; c) przez połączenie obu tych spraw. Jeżeli zakażenie w większości przypadków wychodzi z zawartości wyrostka, to, z drugiej strony, należy przypuścić możliwość zakażenia drogą krwiobiegu, jakkolwiek nie można dowieść tego założenia na drodze anatomicznej. Przedziurawienie wyrostka wskutek ropnego nacieczenia i ropowiczego rozmięknienia, ewentualnie „dyfterytycznej” martwicy, może być w wyrostku, w którym niema kamienia, również jak i w obecności kamienia, lecz niezależnie od niego, nie biorąc, naturalnie, pod uwagę tego, że wskutek zamknięcia światła może on działać szkodliwie. W nielicznych przypadkach przedziurawienie nastąpiło nad kamieniem wkliniwanym, jeszcze powiększającym się, nigdy jednak autor nie stwierdził istotnej martwicy odleżynowej. Przedziurawienie wskutek pęknięcia ścięnczalej ściany wyrostka przy puchlinie (*hydrops*) tegoż może nastąpić bez wszelkiej ostrej

sprawy zapalnej. Pod względem etyologicznym zupełnie odrębne stanowisko zajmuje zgorzel wyrostka robaczkowego, następująca wskutek zatoru głównej tętnicy.

W. Dobrowolski.

(*Mittheil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.*, t. 17, z. 1—2).

37. Lecène i Chevassu. Istotny gruczolak w jądrze wypadniętem (*ectopique*).

Spotykamy niekiedy w jądrze wypadniętem [a, być może, również przy jego położeniu normalnem, jakkolwiek niema dotychczas takich spostrzeżeń] stan chorobowy, któremu autorzy niniejszej pracy zalecają nadać miano istotnego lub czystego gruczolaka jądra. Znamienne cechy tego cierpienia stanowią: przy badaniu gołym okiem stwierdzamy obecność w mięszu jądra jednego lub kilku guziczków, o granicach zazwyczaj zupełnie wyraźnych, postaci jajowatej lub kulistej, rozmiarów od łebka szpilki do ziarnka grochu, barwy mlecznobiałej lub żółtawej i wogóle, guziczki te jaskrawo odcinają się od pozostałego mięszu gruczołu. Badanie drobnowidzowe wykazuje, że pomienione guziczki są zbudowane: 1) z osnowy łącznotkankowo-naczyniowej, niezbyt obfitej, zawierającej niekiedy [lecz niezawsze] w swych oczkach gromadki komórek śródmięszkowych i 2) z rurek kłębowato zwiniętych w wielkiej liczbie, posiadających ściankę łącznotkankowo-elastyczną, przytem bardzo cienką; rurki zawierają ściśnięte komórki nabłonkowe, z dużemi jądrami, bardzo bogatemi w chromatinę. Niektóre z tych komórek odpowiadają komórkom Sertoli'ego, inne znów—warstwie komórek nasiennych nieodróżniczkowanych; wewnątrz rurek, których światło jest zawsze bardzo wąskie, można niekiedy napotkać twory, analogiczne do złożeń (*symplexions*) gron gruczołu krokowego. Te wysepki skłębionych w znacznej liczbie rurek niezawsze są zupełnie wyodrębnione od reszty gruczołu zapomocą otoczki łącznotkankowej; jest możliwem w niektórych punktach odnalezienie stopniowego przejścia pomiędzy kanalikami nasiennymi wypadniętego jądra a rurkami wysepki [gruczolaka]. Opisane guziczki, zdaniem obu autorów, są istotnymi lub czystymi gruczolakami, powstałymi z tkanki gruczołowej jądra; odpowiadają one pewnemu okresowi bujania komórek, które wyściełają normalnie kanaliki nasienne wypadniętego jądra. Te istotne gruczolaki należy odróżniać całkowicie od tych guzów jądra, które opisał niegdyś LANGHANS pod mianem gruczolaków, a które właściwie są płodziakami (*embryoma*) o zawilej budowie.

(*Revue de Chirurgie*, 1907. Nr. 2).

W. Dobrowolski.

38. Chevrier. Więzadło okrągłe w przepuklinach udowych.

Istnieją pewne przypadki przepuklin udowych, w których przy worku przepuklinowym znajduje się więzadło okrągłe. W zwykłych, nieczem nie powikłanych postaciach przepuklin, więzadło to może zajmować trojakiemu rodzaju położenie:

1) pod postacią paseczka, przyrosłego do otrzewnej, opisuje pętlę, zwróconą wklęsłością ku górze, na tylnej powierzchni worka;

2) więzadło, niezrosłe z otrzewną, obrzeża głęboką wargę szyjki i przy pewnych warunkach może chwilowo stanowić jedną z części składowych samej przepukliny;

3) z tego ostatniego położenia może przedostać się z popod dna worka na przednią jego powierzchnię i w następstwie spowodować uciśnięcie przedworkowe tkanki tłuszczowej, która odziewa worek. Pozatem autor przypuszcza, że przepukliny więzadła okrągłego, nienormalnie przyrosłego do otrzewnej, muszą odgrywać pewną rolę w patogenezie przepuklin udowych wrodzonych.

W. Dobrowolski.

(*Revue de Chirurgie*, 1907, Nr 2).

Wiadomości bieżące.

— Sprawa zabezpieczenia na starość losu lekarzy i ich rodzin, u nas bardzo rzadko bywa podnoszona. Ostatnio Stowarzyszenie Lekarzy Polskich w Warszawie postawiło sprawę tę na porządku prac swych, a wkrótce odbyć się ma w tym celu konferencya w gronie stowarzyszonych. Nie przesądając z jakiego założenia wyjdzie operat przygotowany do rozpraw, a także, jakie wnioski z nich wypłyną, już obecnie, my, z naszej strony, jak najenergiczniej uważamy za właściwe poprzeć, acz narazie tylko teoretyczne usiłowania w tym kierunku przedsiębrane. Jeżeli kto, to my, lekarze, niestety tylko my, wiemy dobrze, że z natury naszych zajęć, daleko prędzej aniżeli ludzie innych zawodów, tracimy siły i zdrowie, że lekarze stają się wcześniej niezdolnymi do pracy, a częstokroć bardzo młodo umierają. Tymczasem ogromna większość lekarzy pomimo pozornie dużej praktyki, koniec końców nie zabezpiecza bytu swej rodziny i częstokroć pozostawia ją losowi.

Wprawdzie, wydawać by się powinno, iż społeczeństwo, które żąda pomocy od lekarza, pomyśleć powinno o zabezpieczeniu bytu pozostałej po nim rodzinie, szczególnie, gdy lekarz zginie na polu swej działalności, wśród pracy dla zdrowia ogółu, lecz oczekiwania pod tym względem — nie ludźmy się — są i będą próżne, jeżeli sami dobijają się tego, dopominać się z całą stanowczością i energią nie będziemy.

Spółeczeństwo ma prawo żądać od lekarza pomocy zawsze, w najcięższych dla ogółu chwilach, np. podczas srożącej się epidemii, lecz z drugiej strony lekarzowi przysługuje prawo moralne wymagać, aby w razie śmierci jego, toż samo społeczeństwo rozciągnęło opiekę nad pozostałą rodziną jego, aby rodzina tego, który targa siły, a nawet nieraz ginie dla zdrowia innych, nie pozostała na łup losowi.

Ustanowienie emerytury dla najbliższych — wdowy i małoletnich dzieci, zabezpieczenie, choćby skromnej renty na starość za pracę długoletnią — będzie tylko wypłaceniem długów, zaciągniętych przez ogół względem lekarza.

Niezależnie od tego wypada dążyć do tego, aby lekarze szpitalni, miejscy i t. p. narówni z innymi pracownikami, z których zajęciem połączone bywa niebezpieczeństwo, byli zabezpieczeni przez municipalność miast, na wypadek choroby lub śmierci.

Poruszając obecnie zasadniczo sprawę zabezpieczenia losu lekarzy, oraz ich rodzin, wrócimy w najbliższej przyszłości do szczegółowego omówienia konkretnych już projektów pod tym względem; dziś pragnęliśmy, między innymi, wydatnić to nasze zapatrywanie, że działaniem stanu lekarskiego nie może ciągle i wyłącznie kierować poświęcenie, że wytworzyła go i utrzymuje zobopólna potrzeba. Zrozumienie i uznanie słuszności tej prawdy przez drugą stronę, t. j. przez ogół, ułatwić może wogóle zamiejscowe uregulowanie pomocy lekarskiej dla najszerszych mas, a także racjonalną organizację służby zdrowia w kraju.

Xeroform

Środek zupełnie nietrujący, stosowany na rany jako proszek do przysypywania, posiada działanie wysuszające i odwaniające, sprzyja wytwarzaniu naskórka i nie wywiera wpływu drażniącego tak na rany jak i na ich otoczenie. Doskonale nadaje się do opatrunków suchych, które mogą być rzadko zmieniane. Posiada działanie swoiste w eczema madidans, ulcus cruris i combustiones.

Duotal

rach dróg oddechowych.

Duotal „Heyden“ przetwór gwajakolu nietrujący, bez smaku i zapachu. Doskonały środek w gruźlicy płuc i przewlekłych katarach

Blenal

smaku oleju santalowego. Może być stosowany per se.

Ester kwasu węglowego i santalolu, wewnętrzny środek przeciwreżączkowy nie działa drażniąco i nie posiada zapachu i

Bismut. bisalicyl. — Bismut. bitannic.

Prób i literatury udziela Fabryka chemiczna Heydena, Radebeul-Drezno, lub przedstawiciel Ludwik Freider, Warszawa, Leszno 60.

ARHOVIN

D-ra Horowitz'a

Doskonały preparat do wewnętrznego i zewnętrznego leczenia.

== Rzeżączki ==

PROPHYLAKTICUM przeciw rzeżączkowemu zapaleniu stawów. Do użytku wewnętrznego.

Capsulae Arhovini po 0,25, po 1 do 2 kaps., 3 do 6 razy dziennie. Do użytku zewnętrznego: Arhovini 1,0 — 5,0 ol. oliv. 100,0 do iniekcji i tamponów, a także w postaci bacilli i globulae Arhovini jest do nabycia we wszystkich aptekach w kapsułkach po 30 i 50 szt. a także jako płyn.

PYRENOL

D-ra Horowitz'a

Specificum przeciw Pertussis, Asthma bronchiale i Influenzy.

Środek wybitny przeciwgośćcowy, przeciwgorączkowy i wykrztuśny.

Sposób użycia: od 0,1—0,5 dla dzieci, od 0,5—1 dla dorosłych, 3 do 4 razy dziennie z mlekiem lub wodą w proszkach, tabletkach, jako mikstura z Sir. rubi Id. Inq. Aq. Menthae. Do nabycia w aptekach. Literaturę o preparatach naszych wysyłają na żądanie.

E. Koch i W. Borman, Chmielna 18, Warszawa.

Goedecke i S-ka, Fabr. Chem. w Lipsku.

D-r F. Chłapowski


ordynuje i w tym roku w KISSINGEN

Prinz-Regentenstr. I. w podw., gdzie ma też pensjonat dyetetyczny.

D-r St. Benedykt Kwiatkowski

b. pierwszy asystent kliniki lekarskiej U. J.

ordynuje jak poprzednio w Maryenbadzie „Stadt Hamburg” od 1 maja do 30 września.



N^o 4711

Captoi

NAJLEPSZA WODA
DO WŁOSÓW,
DO OGYSZCZANIA, ODŚWIEŻA-
NIA I WZMACNIANIA SKÓRY
GŁOWY, ORZEŻWIA NERWY, SZCZE-
GÓLNIE SKUTECZNA PRZECIW
= ŁUPIEŻOWI =
I POŁĄCZONEMU Z NIM SWE-
DZENIU I WYPADANIU WŁOSÓW.
Przygotowana podług przepisów D^{re} Med.
I. Eichhoff w Elberfeldzie.

„KAPTOL”
NIE JEST ŚRODKIEM TAJNYM.
JEDYNY FABRYKANT
Ferd. Mühlens
Kolonia nad Renem.
Oddział w Rydze.
Dostawca Dworu
JEGO CESARSKIEJ MOŚCI.

TEROZA^{*)}

jedyna higieniczna

KAWA bez KOFEINY

delikatnością smaku, zapachu, jak również pożywnością i lekkostrawnością przewyższa
wszystkie gatunki kawy.

ŻĄDAĆ WSZĘDZIE Cena paczki 5, 10, 25 i 45 kp.

Eksport główny K. WOLNY i S. ZIELIŃSKI Bielańska 9, tel. 99.80.

Opinia UNIWERSYTETU Lwowskiego na każdej paczce.

^{*)} W skład terozy wchodzi figi, żyto jare i żołądzie.

Królewskie Zdrojowisko Kissingen

Zdrojowisko pierwszorzędne

Leczenie wewnętrzne i kąpielami

Kąpiele solankowe,
obfitujące w kwas
węglowy.

RAKOCZY

Pandur
Maxbrunnen

Kąpiele mineralne i borowinowe, tętnie.

Sezon od 15 kwietnia do 31 października.

Przesyłka wód mineralnych: Zarząd Król. kąpeli mineralnych, zagranicę
za pośrednictwem aptek i składów materiałów aptecznych.

Prospekty: Związek kąpielowy.

Stacja kolei Muszyna-
Krynica. Ze Lwowa 11
godz. jazdy, z Krakowa
6, z Budapesztu 9.

KRYNICA

Poczta (3 razy dzien-
nie) i urząd telegraficz-
ny w miejscu.
Apteka. *

c. k. Zakład zdrojowy w Galicyi.

W Karpatach 600 m. n. p. m. Od stacji kolejowej godzina bitej drogi. Na stacji wy-
godne powozy.

Środki lecznicze: Źródło: „Zródł główny“ i „Słotwinka“, bardzo silnej szczawy wapienno
i magnezioowo-sodowo-żelazistej. Kąpiele mineralne bardzo obfite w kwas węglowy wolny, me-
todą Schwartza ogrzewane. (W r. 1906 wydano 79,333).

Wskazania lecznicze: Niedokrewność, osłabienie nerwowe, blednica, przewlekły niezbyt pę-
cherza, choroby serca i naczyń krwionośnych, i t. d.

Nader skuteczne kąpiele borowinowe we wszystkich chorobach kobiecych przy reuma-
tyzmie, w sprawach wysiękowych, obrzękach wątroby i t. d. (W r. 1906 wydano 24,455). Skar-
bowy zakład hydropatyczny pod kierunkiem specjalisty D-ra Ebersa. (W r. 1906 wydano 15,463).

Kąpiele gazowe z czystego kwasu węglowego. Kąpiele ręczne, parowe, elektryczne,
słoneczne, mięsienie. Leczenie terenowe. Wody mineralne, miejscowe i wszelkie zagraniczne.
Kefir. Żytyca. Mleko sterylizowane. Lekarz zakładowy D-r Kopff z Krakowa, stałe
cały sezon. Nadto 16 lekarzy wolnopracujących. Mieszkania: przeszło 1700 pokoi z cał-
kowitym komfortem urządzonych, w cenie od 1 r. 20 k. dziennie wwyż.

Dom zdrojowy, wypożyczalnia książek. Restauracye. Pensyonaty prywatne, hotele,
cukiernie. Kościół katolicki. Cerkiew. Muzyka zdrojowa stała (dyrektor Adam Wroński). Stały te-
atr, koncerta, odczyty, bale. Rozległy park szpilkowy, około 100 morgów obszaru. Wodociągi
wody źródlanej słodkiej, z gór sprowadzanej. Frekwencya w r. 1906 przeszło 7,650 osób. Se-
zon od 15 maja do 10 października. W maju, czerwcu i wrześniu ceny kąpeli i mieszkań w do-
mach skarbowych i potraw w restauracyi domn zdrojowego o 25 proc. niższe.

W lipcu i sierpniu nie udziela się ubogim żadnych ulg. Rozsyłka wód mineralnych krynic-
kich od kwietnia do listopada. Składy we wszystkich większych miastach w kraju i zagranicą.
Taksa kuracyjna od 6 do 20 koron. Bliższych wyjaśnień na żądanie udziela, broszury i prospekta
rozsyła.

C. k. Zarząd zdrojowy w Krynicy.

CIECHOCIŃSKI ZAKŁAD KAPIELOWO-ZDROJOWY

jest otwarty od dnia 8 (21) maja do 8 (21) września włącznie. I-y sezon trwa od 21-go maja do 30-go czerwca, II-gi od 1-go lipca do 13-go sierpnia i III-ci od 14-go sierpnia do 21-go września. Mieszkania w I i III sezonach są znacznie tańsze. Wody ciechocińskie jodo-bromo-słone szczególnie są pożyteczne w cierpieniach skrofulicznych, reumatycznych, kobiecych i wielu innych. Niema dziecka, które nie potrzebowałoby kąpeli Ciechocińskich. Zakład posiada 10 źródeł z rozmaitą koncentracją solanki od 6 ‰ do $\frac{1}{3}$ ‰ (artezyjskie do picia). W razie potrzeby, dla wzmocnienia solankowej kąpeli dodawany bywa Ciechociński szlam i ług, produkta lecznicze, wytwarzane na miejscu przy ważeniu soli. W celu przyrządzenia sztucznej Ciechocińskiej kąpeli dla dorosłej osoby trzeba wziąć na każde 10 litrów wody $1\frac{1}{2}$ funta szlamu i $\frac{1}{4}$ litra ługu, wysyłanych przez Zakład wszędzie na każde zapotrzebowanie, jak również w $\frac{1}{2}$ litrowych butelkach sztucznie gazowaną solankę do picia $\frac{1}{3}$ ‰ i 1 ‰ po następujących cenach: 1 pud szlamu 80 kop. z workiem, 1 litr ługu 15 kop. z butelką i $\frac{1}{2}$ litra solanki 11 kop. z butelką. Aptekarzom ustępuje się znaczny rabat. W Ciechocinku można brać kąpiele solankowe, błotne, kwasowęglowe, elektryczne, świetlne, łaźnie, tuszówki, inhalacje oraz zabiegi hydropatyczne. Roczny zjazd kuracjuszków do 12,000 osób. Ciechocinek łączy się odnogą kolei Warszawsko-Wiedeńskiej z pograniczną stacją Aleksandrowo. Komunikacja ze wszystkimi pociągami warszawskimi i zagranicznymi. Tania komunikacja statkami parowemi.

SANATOGEN BAUERA

Zwiększa ilość białka i fosforu,
wzmacnia utlenianie, przyspiesza przemianę materii

jest przeto najskuteczniejszym środkiem wzmacniającym. Broszury, próby i odnośną literaturę wysyła p.p. Lekarzom.

==== S. KARCZEWSKI ====

Nowo-Senatorska 4, w Warszawie.

Uprasza się o żądanie Sanatogenu Bauera, który od różniac należy od bezwartościowych naśladownictw.

D-r W. BUJAKOWSKI

stale ordynuje w DRUSKIENIKACH.