



GAZETA LECZNIKARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GAŁĘZIOM · WMIĘJĘ-
TNOŚCI · LECZNIKARSKICH ·

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

Wydawca Dr W. Szumlański.

Ogólnego zbioru N^o 2730.

Adres Redakcyi—Żórawia 22.

Adres Administracyi—Marszałkowska 73.

SILV-OZON „MOTOR“

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

Warsz. Tow. Akc. „MOTOR“
Marszałkowska 23.

SALMET „MOTOR“

(Balsam Methylii Salicylici comp.).
Używa się w artrytyzmie, reumatyzmie
i nerwobólach

poleca własnego wyrobu
Warszawskie Tow. Akcyjne
„MOTOR“.

W ginekologii

Zaleca się jako środek wzmacniający serce
przed operacyami, w niewyrównanych
wadach serca, w zaburzeniach kompensa-
cyi podczas ciąży i porodu, i w razie niebez-
pieczeństwa życia po silnych krwotokach

Digipuratum

Tabletki po 0,1 g.
Oryg. opak. po 6 i 12 sztuk.

Rostwory tylko do zażywania.
Oryg. opak. po 10 c. c.

Ampułki po 0,1 g.
Oryg. opak. po 6 sztuk.

Knoll & Co., Ludwigshafen a. Rh.

Salosant Spiess

(PILULAE SANTALO-SALOLI)

Środek przeciw rzeżączce, nie wywołujący przykrych objawów w działaniu, przyjemny w użyciu.

Pudełko zawiera 60 pigulek drażowanych ci czekoladą.

Użycie: 3 -- 4 razy dziennie po 3 pigułki.

Cystosan Spiess

(SPECIES DIURETICAE)

Skład: Folia Uvae Ursi, Rad. Ononidis, Lignum Sassafras, Herba Herniariae, Fruct. Petroselini, Folia Menthae pip., Fruct. Cubebae.

Pojemność pudełka około 50 g.

Użycie: łyżkę na szklankę gorącej wody 2 — 3 razy dziennie.

Żądać prospektów.

D-r Med. Bolesław Dębiński

Dyagnostyka gruźlicy

CZEŚĆ I.

Metody kliniczno-laboratoryjne.

Praca nagrodzona na konkursie imienia D-ra Med. A. SOKOŁOWSKIEGO.

Skład główny w księgarni E. WENDEGO i S-ki w Warszawie.

Cena m. 2 50.

WYDAWNICTWO GAZETY LEKARSKIEJ.

Zimnica i komary malaryczne u nas

napisał

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

Lekarz szpitala Dzieciątka Jezus.

Z 4 TABLICAMI RYSUNKÓW.

Cena m. 2.25.

Do nabycia w Administracji Gazety Lekarskiej i we wszystkich księgarniach.

Skład główny w Księgarni Gebethnera i Wolffa.

Od r. 1900 wprowadzony środek zastępujący balsam peruwiański

PERUOL

cieszy się wciąż wzrastającym powodzeniem.

Bezbarwny!

Szybkie działanie!

Bezwonny!

Próby i literatura na żądanie.

Actien-Gesellschaft für Anilin-Fabrikation

Pharmac. Abteilg.

Berlin SO. 36.



AZCZTA LEKARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GAŁĘZIOM · WMIĘJĘ-
TNOŚCI · LEKARSKICH ·

Warszawa, d. 30 marca 1918 r.

Ogólnego zbioru № 2730.

Rzadki przypadek śródbłoniaka części pochwowej macicy

(*ENDOTHELIOMA PORT. VAG. UTERI*). ¹⁾

Podał

Bolesław Grzankowski,

Ordynator oddziału ginekologicznego w szpitalu Dzieciątka Jezus.

Śródbłoniaki są to nowotwory złośliwe, powstające ze śródbłonka naczyń krwionośnych lub chłonnych, stanowią odmianę mięsaków i należą do rzadkości.

Taki, bardzo rzadko spotykany, przypadek śródbłoniaka części pochwowej przedstawiała chora M. B., która przybyła na oddział ginekologiczny szpitala Dzieciątka Jezus 17.VII. 1917 r.

Lat 23, zamężna od lat 6-iu; rodziła 2 razy prawidłowo, po raz ostatni przed 2-ma laty. Miesiączkowała 4 dni co 4 tygodnie, ostatni raz przed miesiącem. Od czasu ostatniej miesiączki krwawiła prawie codziennie nieznacznie. Bólów nie miewała.

Budowy i odżywiania dobrego, narządy wewnętrzne miała prawidłowe. Owrzodzenia nowotworowe pokrywały obiedwie wargi maciczne i przechodziły na bok lewy części pochwowej, nie dochodząc do sklepień. Te owrzodzenia, krwawiące, wystawały ponad poziom części pochwowej i były pokryte małymi naroślami, jakby polipkami, a nie posiadały kraterowatych zagłębień.

Macica leżała w przodopochyleniu, ruchoma, wielkości prawidłowej. Przydatki i przymacicza były bez zmian chorobnych.

20.VII. było zrobione wyłyżeczkowanie nowotworu i przypalenie żegadłem Pacquelina

Badanie mikroskopowe wyskrobiny było zrobione przez dr Maryę Zielińską i wykazało śródbłoniak części pochwowej macicy (*endothelioma port. vag. uteri*). Tkanka nowotworu składa się z komórek, które występują w postaci znacznych mas komórkowatych, po części zaś w postaci ognisk.

Pośród mas komórkowatych są widoczne słabo zaznaczone łącznotkankowe smugi, bogate w naczynia o ścianach cienkich, do których komórki nowotworowe przylegają bezpośrednio.

Powierzchnię kawałków w wielu miejscach pokrywa gruba warstwa nabłonka płaskiego, którego przejście w tkankę nowotworową nie jest widoczne. Rozpoznanie jest tutaj utrudnione z powodu ogniskowej poczęści budowy nowotworu; jednakże obraz mocno się różni od zwykłych nowotworów nabłonkowych w tym miejscu i ma bardziej wygląd mięsakowaty; za tem przemawia bogactwo naczyń wśród tkanki oraz brak widocznego przejścia warstwy nabłonkowej w nowotwór.

Chora na proponowaną operację usunięcia macicy nie zgodziła się na razie i została wypisana. Po tygodniu wróciła, zdecydowana już poddać się operacji.

18.VIII. Usunięto macicę przez pochwę, przechylając trzon ku przodowi przez fałdę pęcherzowo-trzewną i zaczynając nakładać podwiązki od przydatków. Dzięki ruchomości macicy i nakładaniu podwiązek od góry ku dołowi, odcięto tkankę przymaciczną na znacznej odległości od macicy. Na ostatek wycięto brzeg śluzówki pochwy szerokości 1 centymetra, który graniczył z nowotworem, sięgającym dość wysoko.

Dużą trudność przedstawiało oddzielenie pęcherza, który był mocno zrośnięty z szyją macicy i prawie na całej przestrzeni musiał być oddzielony zapomocą noża.

Chora zniosła operację dobrze. Ważyła przed operacją 61 kilo, a po 2¹/₂ miesiącach 69 kilo. Nawrotu nowotworu nie było.

Dla charakterystyki klinicznej śródbłoniaków podamy niektóre dane, dotyczące się

¹⁾ Chora i preparat były przedstawione na posiedzeniu klinicznym w szpitalu Dzieciątka Jezus.

mięsaków macicy, wspólnie i dla śródbłoniaków, bo, jak mówiliśmy na wstępie, śródbłoniaki stanowią odmianę mięsaków i klinicznie nie odróżniają się od nich. Mięsaki macicy należą do rzadkości; na 40—50 przypadków raka macicy zdarza się 1 mięsak macicy, czyli stanowią 2% chorób rakowatych macicy. Śródbłoniaki macicy spotyka się jeszcze rzadziej.

Najczęstsze są mięsaki trzonu macicy, rzadziej zdarzają się mięsaki szyi macicznej. W klinice w Halle na 16 przypadków mięsaków macicy było 11 mięsaków trzonu, a 5 mięsaków szyi. Stosunek jest tutaj odwrotny, aniżeli w raku macicy, który częściej zajmuje szyję, aniżeli trzon. Z pośród mięsaków szyi macicznej najczęstszą postacią są polipy groniaste, najrzadszą są owrzodzenia mięsakowate.

Śródbłoniaki szyi macicznej w postaci owrzodzeń należą do nadzwyczajnych rzadko-

ści. Owrzodzenie śródbłoniakowate, którego ilustracją jest nasz przypadek, trudno odróżnić z wyglądu od raka macicy; miało ono jednak pewne właściwości: nie posiadało charakterystycznych dla raka zagłębień kraterowatych, będących wytworem drażącej martwicy tkanek, natomiast miało charakter rozrostowy wskutek większego wybijania tkanki nowotworowej.

Oprócz tych cech miejscowych istnieją także pewne cechy kliniczne ogólne, odróżniające mięsaka, a więc i śródbłoniaki macicy od raka; do nich zaliczamy nader szybki rozrost tkanki nowotworowej, małe krwawienia i brak przerzutów w gruczołach.

Ogłaszam ten rzadki przypadek śródbłoniaka części pochwowej macicy w nadziei, że liczniejsze spostrzeżenia pozwolą w przyszłości wyodrębnić klinicznie postać śródbłoniaka macicy od mięsaka.

ODCINEK.

Potrzeby szpitali warszawskich.

Podał

W. Męczykowski.

Stan szpitali oddawna zwraca uwagę opinii publicznej. Oddawna w sferach urzędowych, w kołach lekarskich, oraz w prasie lekarskiej i ogólnej podnoszone są braki w szpitalnictwie, braki dotyczące różnych stron zarówno lecznictwa, jak i gospodarki.

Stan taki jest wynikiem pracy dezorganizacyjnej, jaką ujawniały władze rosyjskie w stosunku do szpitali od lat 60. Aby zrozumieć należycie obecny stan szpitali, należy cofnąć się wstecz do dziejów szpitali naszych w ostatnich kilkudziesięciu latach.

W 1842 r. kiedy została ogłoszona częściowo obowiązująca dotychczas ustawa szpitalna, na czele zarządu poszczególnych szpitali stanęły Rady Opiekuńcze Szczegółowe, składające się z paru obywateli i lekarza naczelnego (na prowincyi nadto lekarza obwo-du i komisarza obwo-du). Główny zarząd został przekazany Radzie Głównej Opiekuńczej Zakładów Dobroczynnych, ustanowionej przy Komisji Rządowej Spraw Wewnętrznych i Duchownych. Organizacja ta, mimo pewnych braków, z których najważniejszym było usunięcie szpitali ze sfery wpływów miast, zapewniła żywy rozwój szpitali, trwający niestety lat zaledwie kilkanaście. Już przed 1860 r. rozpoczęła się akcja w kierunku rusyfikacji, naprzód przez wprowadzenie rosyjan do Rady Głównej Opiekuńczej, a później 1860 — 8169 stopniowe i coraz forsowniejsze prze-

kształcanie szpitali na rosyjskie urzędy państwowe. Koroną tych usiłowań była ustawa 1870 r., poczęta wyłącznie w interesie państwowości rosyjskiej, pojmwanej, jako konieczność zespolenia Królestwa z Cesarstwem, utworzenia ze szpitali ściśle rosyjskich urzędów biurokratycznych. Ustawa 1870 r., pozostawiając w mocy ustawę 1842 r. w zakresie urzędzeń i t. zw. policji lekarskiej w szpitalach, zmieniła całkowicie zarząd szpitali, nadając im charakter urzędów państwowych. Wprowadzona pod kątem interesów politycznych organizacja stanowiła ze względu na gospodarkę szpitalną dziwaczny twór, który nie spełnił pokładanych nadziei co do rusyfikacji, natomiast bardzo dzielnie sprzyjał ruinie szpitali, zwłaszcza wobec tego, że na stanowiska gospodarzy szpitali (intendentów) mianowano b. wojskowych i emerytowanych urzędników rosyjskich. Przy takim zarządzie i takiej gospodarce bez żadnej kontroli, bez odpowiedzialności zwierzchników szpitale doszły do zupełnej ruiny, a centralny organ zarządu szpitalnego — Rada Miejska Dobroczynna — do faktycznego bankructwa, przyznanego oficjalnie przez sfery rządowe rosyjskie. Tylko skutkiem bankructwa finansowego rząd zdecydował się w 1907 r. przekazać szpitale Zarządowi Miasta. Nowy Zarząd (wydział dobroczynności publicznej Magistratu) uczynił w ciągu kilku lat względnie dużo, u-

siłując usuwać braki w poszczególnych szpitalach. Jednakże wobec ogólnego systemu, panującego w dawnym Magistracie, i warunków ogólnych praca była szczególnie trudna.

Obecny stan szpitali jest wynikiem 50-letniej usilnej pracy dezorganizacyjnej. Niema właściwie ani jednego z działów gospodarki szpitalnej, któryby nie wymagał reformy. Cały ustrój, forma zarządu, ogólna gospodarka, brak jakiegokolwiek kontroli musiał doprowadzić do braków we wszystkich dziedzinach, braków powszechnych i ze względu na okres półwiekowy utrwalonych.

I.

Najważniejsze braki można ująć w następujących punktach:

1. Zarząd miejscowy szpitali.

Według ustawy 1870 r. władzę zwierzchnią sprawują w szpitalu trzy władze: lekarz naczelny (dział lekarski), intendent (dział gospodarczy) i kurator o bardzo nieokreślonych funkcjach. A mianowicie według art. 36 ustawy 1870 r. kuratorzy czuwają, by intendent i inni pracownicy szpitalni ściśle spełniali swe obowiązki; w razie jeśli osoby te nie spełniają należycie swych obowiązków, kurator winien zawiadomić o tem Radę Dobroczynności Publicznej; przyczem z ustawy nie wynika jasno, by kurator miał prawo do bezpośredniej ingerencji w sprawie szpitalnej, by miał prawo do prowadzenia dochodzeń służbowych i t. p.

Przytem funkcje tych organów nie są skoordynowane. Lekarz naczelny i intendent działali każdy oddzielnie, kuratorzy zaś z wyjątkiem ostatnich lat ujawniali przeważnie zupełną bezczynność, co wynikało poniekąd z nieokreśloności obowiązków kuratora a niekiedy za czasów dawniejszych i z nieodpowiedniego wyboru kandydatów na te stanowiska.

Do tego trójosobowego zarządu miejscowego szpitali dodać należy jeszcze czwarty czynnik, mianowicie oddawna czynne w szpitalach Siostry Miłosierdzia Zgromadzenia św. Wincentego, które, obejmując różne dziedziny życia szpitalnego, wywierały przemożny wpływ w gospodarce. Siostry Miłosierdzia jednak, jako ciało zorganizowane, mają swą zwierzchnią władzę poza szpitalem i ztąd stosunek ich służbowy do zarządu miejscowego szpitali jest wogóle bardzo luźny. Faktycznie przeto w szpitalach były czynne cztery władze, działające każda niemal oddzielnie.

Organem zwierzchnim centralnym dla zarządu poszczególnych szpitali była Rada Miejska Dobroczynności Publicznej, która wobec ustroju zarządu miejscowego szpitali dążyła do centralizacji, do załatwiania najdrobniejszych spraw nie na miejscu, w szpitalu, lecz żądała skierowywania tych spraw do decyzji Rady Miejskiej.

Ustrój zarządu i miejscowego i centralnego musiał być doprowadzić szpitale do zupełnej dezorganizacji, co jeszcze zwiększał zupełny brak kontroli i istotnego nadzoru, do czego zresztą nie była zdolna biurokratyczna rosyjska Rada Miejska. W tych warunkach inicjatywa i usiłowania lekarzy szpitalnych

i lepszych pracowników pozostawały bez żadnego wpływu. Od wielu lat w prasie lekarskiej i ogólnej czyniono alarm z tego powodu. Zapisano wprost tomy, lecz sprawa poza bardzo liczne Komisje nie posuwała się.

Po przejściu szpitali przez Magistrat, wydział dobroczynności publicznej usiłował przede wszystkim wprowadzić ład w zarządzie miejscowym szpitali przez stworzenie Komisji gospodarczych, które w pewien sposób koordynują działalność czterech oddzielnych władz szpitalnych. Wobec jednak wyraźnych przepisów prawnych Komisje gospodarcze mogą tylko nieznacznie zmniejszać zło, tkwiące w prawnym położeniu szpitali.

II. a) Personel lekarski: lekarze, przez długie lata pracujący zupełnie bezpłatnie, a w ostatnich latach za wynagrodzenie śmiesznie niskie, pełnili swe obowiązki raczej z dobrej woli, z poczucia obowiązku lekarskiego; zmuszeni do zarobkowania na mieście, czy to na drodze praktyki prywatnej, czy też przez obejmowanie innych urzędów, mogli poświęcać niezbędną tylko ilość czasu na obowiązki szpitalne, głównie w zakresie leczenia. Z instytucją nie byli związani służbowo i nie przyzwyczaili się do pewnej odpowiedzialności służbowej. Przy uczciwym spełnianiu zadań bezpośredniego leczenia chorych mniej troszczyli się skutkiem braków w organizacji pracy o nadzór nad ogólną gospodarką oddziału i nad spełnianiem obowiązków przez niższy personel pielęgniarski;

b) personel administracyjny, licho płatny, wybierany, zwłaszcza na stanowiska niższe, bez uwzględnienia dostatecznych kwalifikacji był pozostawiony bez jakiegokolwiek kontroli; nadto personel ten pracował w specyficznej atmosferze biurokracji rosyjskiej. Następstwem takiego stanu bywały z jednej strony nadużycia, z drugiej zaś prowadzenie gospodarki bez należytej oszczędności i celowości, wreszcie system rutyny, bez dążności do zmiany i poprawy stosunków;

c) jedną z najważniejszych bolączek szpitali stanowi personel pielęgniarski.

Personel ten składa się z jednej strony z Sióstr Miłosierdzia, z drugiej zaś strony z niższego personelu służbowego.

Siostry Miłosierdzia nie są dostatecznie przygotowane do właściwych obowiązków pielęgniarskich, zresztą są przeważnie zajęte czynnościami gospodarczymi. Właściwe pielęgnowanie pozostaje głównie w rękach niższego personelu (t. zw. posługaczów i posługaczek salowych), który jest zupełnie nieprzygotowany do tych obowiązków; składa się z t. zw. służby niższej (zwykli robotnicy), najczęściej analfabeci, zazwyczaj rekrutujący się z przybywających do miasta młodych robotników i robotnic wiejskich, którzy jako pierwsze miejsce obejmują stanowisko pielęgniarzy w szpitalach. Posługacze ci otrzymują pensję 8—10 rb. miesięcznie, a nadto życie i mieszkanie. Taka płaca nie może pociągnąć do szpitali bardziej odpowiedzialnych kandydatów.

d) brak należycie opracowanych instru-

keyi służbowych dla personelu lekarskiego i administracyjnego; obowiązki swe personel spełnia nie tyle na zasadzie określonych instrukcji, ile według ustalonego oddawna zwyczaju.

Odnośnie do całego personelu dodać nadto należy: 1) personel jest przeważnie zbyt liczny, niedostosowany do istotnych potrzeb, różny zarówno pod względem liczby, jakoteż i podziału pracy w różnych szpitalach; 2) etaty wynagrodzenia są niskie, nie ujednostajnione w różnych szpitalach i nie uzależnione od należytej organizacji pracy.

III. Lecznictwo w szpitalach pod wielu względami niedostateczne:

a) urządzenia lecznicze w wielu szpitalach niewystarczające;

b) brak specjalnych oddziałów dla pewnych chorób: uszu, nosa, krtani, dla chorób nerwowych, a nadewszystko brak jakichkolwiek zakładów leczniczych dla chorych na gruźlicę;

c) brak urządzeń leczniczych dla umysłowo chorych (urządzenia kąpielowe, warsztaty, fermy i t. d.);

d) urządzenia w szpitalach dla zakaźnych wadliwie, co wynika przedewszystkiem z konstrukcji pomieszczeń szpitalnych, z nieuwzględnienia przy budowie szpitali zasadniczych wymagań leczenia chorych zakaźnych;

e) brak zakładów dla leczenia fizycznego (balneoterapia, mechanoterapia i t. p.);

f) brak konsultantów-specjalistów w szpitalach ogólnych;

g) apteki szpitalne prowadzone są (z wyjątkiem trzech szpitali: Żydowskiego, św. Łazarza, przy ul. Pokornej) nie przez fachowo przygotowanych aptekarzy, lecz przez Siostry Miłosierdzia, które żadnego przygotowania w tym kierunku nie otrzymują;

h) kamery dezynfekcyjne przeważnie wadliwie zbudowane, bez uwzględnienia w planie należytego celu, w wielu szpitalach niema ich zupełnie (szpital Przemienienia Pańskiego, Wolski, św. Jana, przy ulicy Karolkowej);

i) brak specjalnych zakładów dla kalek.

IV. Podział szpitali na oddzielne jednostki lecznicze — na oddziały — w wielu szpitalach dowolny, nie oparty na jakiegokolwiek słusznej zasadzie; oddziały często zbyt małe. Do ostatnich niemal czasów były oddziały po kilka lub kilkanaście łóżek (szpital Wolski, św. Rocha, Żydowski).

Odpowiednic do tego organizacja służby lekarskiej niewłaściwa: liczba lekarzy zbyt duża.

V. Pomoc ambulatoryjna chorym przychodnim udzielana jest w przeważnej części w ambulatoriach szpitalnych: w 10 ambulatoriach szpitalnych udziela się porad rocznie około 500000. W 7 ambulatoriach podmiejskich (Ochota, Sielce, Mokotów, Kaskada, Pelcowizna, ul. Dzika przy Powązkach i ul. Mała na Nowej Pradze) rocznie udziela się około 45,000 porad. Już liczby powyższe dowodzą konieczności prawidłowego urządzenia pomocy ambulatoryjnej. Braki ujawniają się szczególnie w ambulatoriach szpitalnych. Przedewszyst-

kiem samo połączenie ambulatoryum ze szpitalem poczytywać należy za niewłaściwe i niekorzystne dla obu instytucji; przez to połączenie, przez dopuszczanie masy chorych przychodnich na terytorium szpitalne wprowadza się do szpitala nieporządek, trudność utrzymania w czystości, a co najważniejsze, powstaje możność szerzenia zakażeń ze strony chorych przychodnich na chorych szpitalnych i odwrotnie.

Powiększa te braki jeszcze ta okoliczność, że pomieszczenia prawie wszystkich ambulatoriów szpitalnych są bardzo ciasne. W szczególności niekorzystnym położeniu znajdują się ambulatory szpitala Przemienienia Pańskiego, Wolskiego, Dz. Jezus. Poza to wielkim brakiem jest fakt, że jednocześnie są tu udzielane porady dla dzieci; za jedną z pierwszych potrzeb uważać należy oddzielenie ambulatoriów dziecięcych od szpitali.

VI. Liczba łóżek szpitalnych dla ludności miasta niewystarczająca: dotyczy to wszystkich oddziałów, a zwłaszcza potrzebnej liczby odpowiednio urządzonych miejsc dla chorych zakaźnych, dla chorych na gruźlicę i umysłowo chorych oraz dla dzieci.

W obecnej chwili miasto posiada następujące szpitale:

Szpitale ogólne.

1) Szpital Dzieciątka Jezus	miejsce	966
2) " św. Ducha	"	360
3) " św. Rocha	"	360
4) " Przemienienia Pańskiego	"	473
5) " przy ul. Złotej	"	103
6) " Wolski	"	238
7) " Starozakonnym	"	876

Razem miejsc 3185

Szpitale specjalne.

8) Instytut Oftalmiczny	miejsce	82
9) Szpital św. Jana Bożego	"	320
10) " " w Otwocku	"	225
11) " " Stanisława	"	300
12) " przy ul. Pokornej	"	290
13) " " Brzeskiej	"	100
14) " św. Łazarza	"	400
15) " przy ul. Zakroczymskiej dla prostytutek	"	800
16) Instytut położniczy przy szpitalu Dzieciątka Jezus	"	80
17) Zakład położniczy przy ul. Karowej	"	86
18) Zakład położniczy św. Zofii	"	50
19) " " na Pradze	"	30
20) Szpital dla dzieci Karola i Maryi	"	100
21) Szpital św. Józefa w Mieni dla chorych piersiowych	"	40

Razem miejsc 2903

Jest 6038.

Nadto istnieją trzy szpitale prywatne

Szpital Ewangelicki	miejsce	145
" dla dzieci przy ul. Kopernika	"	170
" " " Śliskiej	"	43

Razem 358

Ogółem m. Warszawa posiada miejsc szpitalnych 6396.

Prócz tego miasto abonuje na własne

potrzeby 170 miejsc w zakładzie dla umysłowo chorych w Drewnicy, 50 miejsc w zakładzie dla umysłowo chorych w Zofiówce (Otwock) i 250 miejsc dla chorych ogólnych w szpitalu Polskiego Czerwonego Krzyża.

Wszystkie te miejsca według kategorii chorych rozkładają się w sposób następujący:

a) dla chorób wewnętrznych: miejsc 1557 (dla mężcz. 719, dla kobiet 838).

b) dla chorób chirurgicznych: miejsc 772 (dla mężcz. 416, dla kobiet 356).

c) dla chorób nerwowych miejsc 80 (dla mężcz. 40, dla kobiet 40).

d) dla chorób kobiecych miejsc 199

e) dla położnic miejsc 261.

f) dla ocznych miejsc 134 (dla mężcz. 67, dla kobiet 67).

g) dla nosa, uszu i gardzieli miejsc 36 (dla mężcz. 18, dla kobiet 18).

h) dla umysłowych miejsc 685 (dla mężcz. 400, dla kobiet 285).

i) dla wenerycznych i skórnych miejsc 1208 (dla mężcz. 197, dla kobiet 1011).

k) dla dzieci miejsc 390.

l) dla zakaźnych miejsc 964 (dla mężcz. 501, dla kobiet 463).

Liczby te są zresztą zmienne, w czasie panowania chorób zakaźnych, a przede wszystkim duru płamistego, jak obecnie (grudzień 1917 r.) na choroby zakaźne zajętych jest około 1500 miejsc, a wobec wzrostu stałego duru płamistego liczba miejsc na ten cel będzie znacznie zwiększona.

Jeśli chodzi o potrzeby miejsc szpitalnych w czasie obecnym, to braki odczuwają się: 1) przede wszystkim w zakresie chorób zakaźnych: braki te są tak wielkie, że wymagają nieustannego przekształcania charakteru szpitali i zamiany całkowitej lub częściowej szpitali ogólnych na zakaźne (szpital Żydowski, szpital Wolski, szpital Dzieciątka Jezus, a poprzednio w mies. wrześniu — październiku szpital św. Ducha i Przemienienia Pańskiego); 2) niemniej wybitne są braki w zakresie dla chorych gruźliczych, dla których właściwie miasto nie posiada żadnego zakładu; mały szpitalik w Mieni ze względu na stan swój i urządzenie nie odpowiada przeznaczeniu; 3) dla chorych ogólnych: liczba miejsc dla tej kategorii chorych nie wystarcza i w czasach normalnych, nie wystarcza tembardziej obecnie, gdy znaczna liczba miejsc dla chorych ogólnych zajęta jest na choroby zakaźne; nie zaspakaja potrzeb zaabonowanie 250 miejsc w szpitalu polskiego Czerwonego Krzyża; 4) dla chorych dzieci.

Jeśli jednak przejść od potrzeb czasu obecnego, kiedy dominującym zjawiskiem są choroby zakaźne i kiedy zachodzi potrzeba ciągłego przekształcania wszelkich szpitali na zakaźne — jeśli, mówimy, przejść do oczekujących nas wcześniej czy później warunków normalnych, to i w tym razie braki są wielkie.

Przedewszystkiem z powyższego wykazu usunąć należy szpitale czasowe, stworzone w warunkach wojennych: 1) szpital przy ul. Pokornej, mieszczący się w domu Gminy Żydowskiej, w pomieszczeniu, bezwzględnie nie

nadającym się na szpital; 2) szpital przy ul. Zakroczymskiej dla prostytutek; 3) szpital przy ul. Brzeskiej dla zakaźnych, mieszczący się w domu niemiejskim, w dzielnicy gęsto zaludnionej (dawny szpital dróg Żel. Nadwiśl.); wreszcie 4) szpital Wolski, połączony obecnie z dawnym szpitalem Wolskiego (75 miejsc) i zajęcia warsztatów im. Staszica (razem na 238 miejsc): całe to pomieszczenie niewątpliwie z czasem musi być przywrócone do pierwotnego przeznaczenia i zwrócone fundacji Staszica.

W takim razie liczba miejsc szpitalnych redukuje się do 4610. Ta liczba miejsc bezwzględnie nie będzie wystarczała dla ludności 900.000 osób, dla której potrzeba do 7500 miejsc szpitalnych. Główne starania będą musiały dotyczyć potrzeb w zakresie: 1) chorób zakaźnych (konieczność stworzenia większego, specjalnie zbudowanego na ten cel szpitala); 2) chorób umysłowych; musi być z czasem zamknięty oddział szpitala św. Jana w Otwocku, przeznaczony na inny cel; pozatem szpital św. Jana w Warszawie znajduje się w pomieszczeniu, absolutnie nie odpowiadającym swemu przeznaczeniu, musi być zatem zbudowany wielki zakład poza Warszawą dla umysłowo chorych; 3) gruźlicy (dotychczas miasto nie posiada żadnego właściwie zakładu); 4) chorób dzieci (liczba miejsc obecnych nie wystarczająca); 5) chorób ogólnych (niezbędne jest zwiększenie liczby miejsc przy jednoczesnym uwzględnieniu specjalnych oddziałów: choroby krtani, nosa, uszu).

VII. Rachunkowość szpitala niedokładna i czynności kancelaryjne w zaniedbaniu. Skomplikowana machina kancelaryjna stwarza masę pracy, lecz nie zapewnia należytej kontroli; w całej gospodarce niedostatecznie uwzględniona jest należyta oszczędność i celowość w wydatkach; wpływ dochodów z kuracji chorych niezwykle małe.

Budżety szpitali układane są według wzorów przestarzałych, nie dają one należytego obrazu gospodarki szpitalnej i nie zapewniają niezbędnej kontroli.

VIII. Pod względem gospodarczym szpitale nie są postawione na stanowisku instytucji społecznej; leczenie w szpitalach było dotychczas przeważnie bezpłatne. Współdziałal temu przede wszystkim podatek szpitalny rublowy, za który leczyli się bezpłatnie wszyscy, choćkolwiek tylko chciał. Nadto i przyjezdni z prowincji nie byli pociągani do opłaty. W ten sposób cały ciężar bezpłatnego leczenia ponosiła gmina m. Warszawy nie tylko względem ubogich mieszkańców Warszawy, lecz i względem mieszkańców całego kraju. Skutkiem tego szpitale nosiły dotąd charakter zakładów dobroczynnych, co z natury rzeczy odbijać się musiało i na wewnętrznej gospodarce; gdzie chory jest utrzymywany bezpłatnie, jak w zakładzie dobroczynnym, tam nie może też stawiać żądań co do należytego utrzymania.

IX. Inwentarz szpitalny, a zwłaszcza bielizna i pościel, w wielu szpitalach niedostateczna, brak należytej kontroli. Niedostateczna ilość bielizny powoduje naprzód to,

że chorzy nie mogą być należycie pielęgnowani, a powtóre, prowadzi do wadliwej, pod względem ekonomicznym, gospodarki.

X. Istnienie wielu małych szpitali podnosi znacznie koszt utrzymania, utrudnia gospodarkę i należyłą kontrolę. Prowadzenie małych szpitali na 100 miejsc (św. Rocha, Wolski, przy ul. Złotej) zarówno ze względów lekarskich, jak i gospodarczych, nie jest odpowiednie.

XI. Stan budynków szpitalnych, zwłaszcza szpitali starych, strasznie zaniedbany. Nie odpowiadają one przeważnie nie tylko specjalnym wymaganiom, jakie są stawiane zakładom leczniczym, lecz nawet i zwykłym wymaganiom technicznym (potrzebują poważnych remontów); niektóre nawet przy wielkich nakładach nie mogą być doprowadzone do należytego stanu.

Nawet nowe szpitale (jak Dzieciątka Jezus) nie odpowiadają wymaganiom współczesnego szpitalnictwa. Niektóre (szpital św. Rocha, św. Jana, przy ul. Złotej) ze szpitali starych i z czasowych (szpital przy ul. Pokornej) kwalifikują się do skasowania.

W również złym stanie znajdują się urządzenia techniczne. Z najważniejszych braków wymienić należy: stan kuchni i instalacji mechanicznych, wymagający niezbędnie poważnego a kosztownego remontu; brak pralni mechanicznej w szpitalu św. Stanisława, św. Duchy i Przem. Pańskiego; urządzenie ogrzewalne w większości szpitali bardzo wadliwe.

II.

Jak widać z powyższego wykazu najważniejszych braków życia szpitalnego, niema ani jednej dziedziny, która by nie wymagała reformy i ingerencji organów zwierzchniego zarządu.

Nie dotykając w tej chwili sprawy ważności poszczególnych reform, wzgl. kolejności wprowadzenia ich w życie, środki zaradcze w punktach wymienionych należałoby nakreślić w sposób następujący:

I. Co do zarządu miejscowego szpitali:

Zarząd miejscowy szpitali musi być zreorganizowany w ten sposób, by zamiast trójosobowego nieskoordynowanego zarządu na czele każdego szpitala, jako kierownik odpowiedzialny wobec Magistratu, stał jeden człowiek w osobie lekarza naczelnego, jako dyrektora szpitala. Obok dyrektora winno stać ciało kolegialne (Rada Szpitalna), jako organ zarządu ogólnego i kontroli.

Reorganizacja ta w całej pełni może nastąpić po wprowadzeniu na drodze prawnej przez władze państwowe polskie nowej ustawy szpitalnej, po skasowaniu obecnie obowiązujących ustaw.

Jednocześnie zakres praw i obowiązków miejscowego zarządu każdego szpitala winien być rozszerzony i w granicach zatwierdzonego budżetu i w sprawach regulaminowo nie należących do atrybucji organu zwierzchniego zarządu szpitala winien działać samodzielnie.

II. a) Za reformę zasadniczą uważać należy zmianę charakteru i obowiązków lekarzy szpi-

talnych; ordynator oddziału winien być ściślejsze związany ze szpitalem - winien poświęcać więcej czasu oddziałowi i być faktycznym i odpowiedzialnym kierownikiem powierzonego jego pieczy oddziału. Zmiana ta może być osiągnięta przez podniesienie płacy lekarzy i zwiększenie wymagań i obowiązków z jednoczesnym zmniejszeniem liczby lekarzy. Oddziały szpitalne winny być zwiększone do 75—100 łóżek; lekarze szpitalni winni być zatrudnieni czas dłuższy na oddziale i winni być faktycznie odpowiedzialni za prowadzenie oddziału pod względem leczniczym i gospodarczym, a to zgodnie z obowiązującymi instrukcjami. Jakkolwiek niezbędne jest ściślejsze zespolenie lekarza ze szpitalem i oddziałem, jednakże ordynator szpitalny nie może nigdy dojść do stanowiska urzędnika w zwykłym tego słowa znaczeniu. Charakter urzędniczy ujawnić się musi w tym tylko względzie, że jest on odpowiedzialnym za stan powierzonych jego pieczy chorych, za stan całego oddziału pod względem administracyjnym i obowiązany do wykonywania czynności administracyjno-lekarskich zgodnie z regulaminem służbowym i zleceniami lekarza naczelnego. Jednakże dobry ordynator, dobry lekarz szpitalny musi stać zawsze na poziomie nauki, a stać w prowadzeniu oddziału winien uwzględniać stronę naukową. Jednocześnie musi on dbać o odpowiednie przygotowanie i wyszkolenie praktyczne lekarzy młodszych, pracujących na oddziale. To są obowiązki ogólnospołeczne oddziałów szpitalnych, ciężące na szpitalach wszystkich krajów kulturalnych;

b) personel administracyjny podnieść należy przez powiększenie płacy i podniesienie wymagań przy przyjmowaniu kandydatów pod względem kwalifikacji moralnych i wykształcenia.

c) dla poprawy pielęgnowania chorych stworzyć należy nową u nas klasę wykwalifikowanych pielęgniarzy i pielęgniarek szpitalnych; w tym celu muszą być założone specjalne kursy pielęgniarstwa dla przygotowania specjalnych pracowników szpitalnych. Jednocześnie jednak muszą być podniesione płace pielęgniarzy; przy tym tylko warunkowo wykwalifikowani kandydaci zechcą obejmować stanowiska pielęgniarzy w szpitalach.

Niezbędne jest wydanie nowych regulaminów służbowych, przy czym musi być dokonana rewizja obowiązków i czynności poszczególnych funkcyjaryuszów szpitalnych.

III. Wymienione braki w lecznictwie wskazują jednocześnie kierunek pożądaných reform.

IV. Jak już wyżej wzmiankowano, podział szpitali na oddziały jest nieodpowiedni. Reforma w tym względzie winna opierać się na zasadach następujących: 1) oddziały wewnętrzne i chirurgiczne winny być obliczone na mniej więcej 75 — 100 łóżek; 2) toż samo dotyczy oddziałów zakaźnych, umysłowo chorych i skórno wenerycznych; 3) oddziały oczne, uszne muszą być mniejsze, ponieważ liczba chorych tej kategorii nie wymaga przygotowywania większych oddziałów; 4) zakłady

położnicze winny mieć odrębną organizację; 5) ustrój szpitali dziecięcych winien być odmienny, ponieważ szpitale te, wogóle niewielkie, muszą z natury rzeczy uwzględniać różne specjalności a więc muszą mieć różne oddziały.

V. Ambulatorya winny być oddzielone od szpitali. Przedewszystkiem nastąpić to musi w szpitalu Przemienienia Pańskiego, w szpitalu Dzieciątka Jezus i w szpitalu Wolskim. Ambulatorya muszą być urządzone w odpowiednich pomieszczeniach z uwzględnieniem warunków sanitarnych.

VI. Potrzeby w tym punkcie wymienione są w dziale I pod p. VI.

VII. Prowadzenie rachunkowości pod wielu względami wymaga zmiany. Przedewszystkiem zmianie ulegz winno układanie budżetów; muszą być zaprowadzone nowe wzory, któreby w sposób przejrzysty dawały obraz gospodarki i umożliwiały należytą kontrolę co do prawidłowości i celowości wydatków.

Pozatem pracownicy winni być przyzwyczajeni do dokładności w prowadzeniu rachunkowości i ksiąg, w obecnych bowiem warunkach wykazy według dawniejszych lub nowoprowadzonych wzorów nie są prowadzone zbyt dokładnie, a nadto z wykazów tych nie zawsze czyniony jest należyty użytek pod względem gospodarczym.

VIII. Szpitale muszą być instytucjami społecznymi, a nie dobroczynnymi. Szpitale muszą się utrzymywać same przez się. Oplata za kurację winna być tak obliczona, aby przy przeciętnem zapelnieniu szpital mógł się sam utrzymywać. Nikt w zasadzie darmo leczyc się nie powinien: za kurację szpitalną winien płacić albo sam chory albo też w razie stwierdzonej jego niezamożności i prawa do korzystania z dobroczynności publicznej winna płacić gmina, do której chory należy. Za ulogich mieszkańców m. Warszawy winien płacić Magistrat, a mianowicie odpowiedni jego organ, Wydział Dobroczynności Publicznej. Ani szpital ani wydział szpitalny nie może ani zwalniać od opłaty za kurację szpitalną, ani umarzać należności, ani też decydować, kto ma prawo do bezpłatnej kuracji w szpitalu z racji prawa do korzystania z dobroczynności publicznej. Wszyscy przeto chorzy winni płacić za pobyt w szpitalu, a mianowicie: 1) stali mieszkańcy Warszawy i gmin zamiejskich nie mający prawa do korzystania z dobroczynności publicznej winni płacić za siebie; 2) za niezamożnych mieszkańców gminy Warszawa winien płacić Wydział Dobroczynności Publicznej Magistratu m. Warszawy; 3) za niezamożnych mieszkańców innych gmin zamiejskich, winny płacić odnośnie gminy.

Całkowite wprowadzenie tej bardzo ważnej pod względem zasadniczym zmiany wymaga państwowego uregulowania sprawy przynależności gminnej, opartej u nas na przestarzałych zasadach.

IX. Należyte skompletowanie inwentarza szpitalnego musi być jedną z pilniejszych spraw. Przedewszystkiem dotyczy to bieliżny. Jednocześnie jednak musi być zorganizowa-

wana należyta kontrola nad zużyciem inwentarza i opracowane normy właściwe dla szpitali miejskich.

Kontrola musi objąć nie tylko przedmioty gospodarcze, lecz narzędzia chirurgiczne i wogóle dział lekarski.

10. Uporządkowanie sprawy istnienia dotychczasowych i powstania nowych szpitali rzecz prosta nie może być załatwiona w czasie najbliższym. Plan jednak ogólnej w tym względzie polityki musi być z góry nakreślony. Przedewszystkiem zaznaczyć należy, że żadne miasto większe nie prowadzi tak wielkiej liczby szpitali i szpitali różnorodnych t. j. czysto miejskich, założonych i urządzonych całkowicie przez miasto i będących własnością miasta oraz szpitali powstałych z fundacji dobroczynnych, wobec których miasto jest tylko administratorem.

Do pierwszych czysto miejskich należą: 1) szpital Przemienienia Pańskiego, 2) przy ul. Złotej, 3) św. Stanisława dla zakaźnych, 4) zakład położniczy przy ul. Karowej, 5) zakład położniczy św. Zofii (zbudowany w znacznej części kosztem małż. Goldstandów, przekazany jednak całkowicie miastu), 6) zakład położniczy na Pradze (w lokalu wynajętym), 7) szpital Karola i Maryi (zbudowany kosztem Z. Szlenkierówny, przekazany następnie całkowicie miastu).

Wszystkie inne szpitale powstały z fundacji dobroczynnych, przeważnie z odległych bardzo czasów (Dzieciątka Jezus, św. Ducha, św. Rocha, św. Jana, św. Łazarza, Instytut Oftalmiczny). Inne, jako czasowo istniejące, pomijamy.

Powiedzieć ogólnie można, że wogóle zaspakajanie potrzeb ludności pod względem lecznictwa publicznego, dostarczanie szpitali należy do normalnych obowiązków gminy. Szpital jest instytucją społeczną i jako taka należy do sfery zadań miasta. Lecz nie wyłącza to działalności dobroczynnej prywatnej: niezależnie od instytucji miejskich mogą powstawać instytucje dobroczynne szpitalne, zmniejszające ciężar zadań gminy. Niema jednak żadnej podstawy słusznej, aby te instytucje dobroczynne wchodziły bezpośrednio w sferę wpływów miasta, pod ich zarząd. Przeciwnie różne względy przemawiają raczej za tem, aby im pozostawić zupełną samodzielność, aby one mogły się niezależnie rozwijać i aby, stojąc poza ogólnym układem i porządkiem miejskim zarówno co do zarządu, jako też i urządzeń wewnętrznych, tworzyły swoiste formy.

I w naszych stosunkach dążyć należy i można dojść do tego, by instytucje powstałe z fundacji dobroczynnych, pozostające obecnie pod zarządem miasta, wyemancypowały się, by stały się jednostkami samodzielnymi, jednostkami prawnymi. Dotyczyć to może przedewszystkiem tych zakładów, które z własnych funduszy mogą się same utrzymywać.

Zasadniczym bowiem warunkiem takiego usamodzielnienia musi być posiadanie odpowiednich funduszy, a więc możliwość istnie-

nia samoistnego bez większej pomocy ze strony miasta.

Dotyczy to przede wszystkim dwóch szpitali: św. Ducha i św. Rocha. Oba szpitale są na tyle bogate, posiadają tak znaczne nieruchomości, że przy prawidłowej ich eksploatacji mogą istnieć samoistnie.

Dla przeprowadzenia takiego planu, po uporządkowaniu finansowym bytu tych zakładów, niezbędnym jest uporządkowanie stanowiska ich pod względem prawnym.

W obecnej chwili Magistrat jest administratorem, lecz nie właścicielem tych szpitali i ich majątku.

A któż jest prawnym właścicielem? Takiej prawnej jednostki niema. Państwo polskie musi nadać tym zakładom specjalny statut, pewien charakter prawny, na którego mocy zakłady te zostaną usamodzielnione. W imieniu ich działać będzie pewien Zarząd, który będzie sprawował rządy w każdym szpitalu i reprezentował go na zewnątrz.

Samodzielne szpitale fundacyjne będą zawsze obsługiwały pewne potrzeby ludności i przez to będą zmniejszały ciężar miasta.

Główne jednak obowiązki w zakresie lecznictwa publicznego będą zawsze spadały na szpitale miejskie. W tym względzie Warszawę oczekują wielkie ciężary. Zanim zostaną skasowane szpitale, zupełnie nieodpowiadające swemu przeznaczeniu, jak św. Rocha, przy ul. Złotej, św. Jana, Wolski, muszą powstać nowe szpitale. Jednocześnie zaś muszą ulegać przeobrażeniu gruntownemu takie szpitale, jak Przemienienia Pańskiego.

XI. Niezbędnym jest urządzenie pralni w szpitalu św. Stanisława i św. Ducha i Przem. Pańskiego oraz gruntowny remont instalacji mechanicznych. W najbliższym czasie niezbędny będzie remont kapitalny prawie wszystkich budynków szpitalnych, nie wykonywany zupełnie przez cały czas wojny.

(Dok. n.).

Wiadomości bieżące.

— Na zasadzie ustawy, zatwierdzonej przez władzę okupacyjną, zawiązało się Polskie Towarzystwo *P e d y a t r y c z n e*. Na posiedzeniu inauguracyjnym wybrano do Zarządu Towarzystwa kolegów: Ludwika Andersa, Martę Erlichównę, Karola Jonschera, Tadeusza Kopcia, Bohdana Korybut Daszkiewicza, Juliana Kramsztyka, Władysława Rodysa, Władysława Szenajcha i Kazimierza Zielińskiego. Zarząd ukonstytuował się w następujący sposób: Prezes *L u d w i k A n d e r s*, wiceprezes *J u l i a n K r a m s z t y k*, sekretarz *M a r t a E r l i c h ó w n a*, skarbnik *K a r o l J o n s c h e r*.

— Jako wydawnictwo peryodyczne Dyrekcji Służby Zdrowia Publicznego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych wyszedł № 1 *B i u l e t y n u*, w którym przedstawiona została działalność Dyrek-

cji w r. 1917. Numer ten, jako okazowy, dołączamy bezpłatnie dla naszych prenumeratorów. O ile kto z kolegów życzy sobie otrzymywać pismo stale w odstępach mniej więcej miesięcznych, może je zaabonować w Dyrekcji Służby Zdrowia, na warunkach następujących: opłata roczna wynosi marek 10, półroczna—m. 5, kwartalna — m. 2.50; zeszyt pojedynczy kosztować będzie m. 1.

N A D E S Ł A N O.

1) Dr Al. Fruchtmann. Organizacja przewozu chorych, jako jeden z czynników walki z chorobami zakaźnymi. *Odb. ze „Zdrowia,” 1918.* 2) F. Rakiewicz. Szpitale Warszawy pod względem technicznym. Warszawa, 1918. 3) Ustawa polskiego Towarzystwa *P e d y a t r y c z n e g o*. Warszawa, 1917.

TREŚĆ NUMERU.

Str.	Str.
Bolesław Grzankowski. Rzadki przypadek śródbłoniaka części pochwowej macicy (<i>endothelioma port. vag. uteri</i>)	97
<i>Odcinek. W. Męczkowski. Potrzeby szpitali warszawskich</i>	98
<i>Wiadomości bieżące.</i>	104

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

Adres Redakcji: Żórawia 22. — Adres Administracji: Marszałkowska 73.
Administracja otwarta w dni powszednie od 4 $\frac{1}{2}$ do 6-ej.

Wszelkie artykuły są płatne. Autorzy otrzymują bezpłatnie 25 odbitek. Autorzy i sprawozdawcy proszeni są o nadsyłanie rękopisów czytelnych, pisanych bądź ręcznie, bądź na maszynie po jednej stronie papieru i z pozostawieniem marginesu.

WARUNKI PRENUMERATY „GAZETY LEKARSKIEJ“

Gazeta Lekarska w Warszawie rocznie M. 17.50, półrocznie M. 8.75; na prowincyi i za granicą: rocznie M. 20, półrocznie M. 10. Cena numeru pojedynczego 50 fen.

CENA OGŁOSZEŃ w Gazecie za wiersz dwuszpaltowy, drobnem pismem na stronie pierwszej i ostatniej M. 1.25 na stronach wewnętrznych okładki M. 1.

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

Odbito czcionkami Drukarni W. Krawczyński, E. Egert i J. Więclawski. Żelazna 89. Tel. 188-70.

W BIURZE DYREKCJI SŁUŻBY ZDROWIA PUBLICZNEGO MINIST. SPRAW WEWN. (Marszałkowska 154)

są do nabycia następujące podręczniki,

obejmujące wykłady, wygłoszone na kursach przygotowawczych dla lekarzy powiatowych.

1. BIERNACKI ST. Badanie najważniejszych środków lekarskich.	Cena Mk. 1.50
2. BRAUN J. Hygiena wodociągów i kanalizacji.	„ „ — .80
3. BRUNNER J. Odkazanie.	„ „ 5.50
4. CHODŹKO W. Polskie prawodawstwo sanitarne w rozwoju historycznym.	„ „ —
5. DĘBIŃSKI B. Walka z gruźlicą jako chorobą ludową.	„ „ 1.50
6. GEPNER B. Rozpoznawanie i leczenie jaglicy.	„ „ 2.—
7. KOPCZYŃSKI ST. Rola lekarza powiatowego w dozorze higieniczno-lekarskim nad szkołami.	„ „ —.60
8. KOSKOWSKI B. Rewizye i przeglądy aptek.	„ „ 1.50
9. RADZIWIŁŁOWICZ R. Psychiatria sądowa.	„ „ 3.—
10. SERKOWSKI ST. Metodyka badań sanitarnych.	„ „ 4.—
11. SZENAJCH WŁ. Zasady organizacji opieki nad dziećmi.	„ „ 8.—
12. WERNIC Ł. Walka z chorobami wenerycznymi i nierządem.	„ „ 3.50
SZOKALSKI K. Wskazówki do wykonywania dezynfekcyi i tępiania robactwa	„ „ 7.50
	„ „ 2.50

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

Odczyty Kliniczne

Swieżo wydany został Zeszyt 1. 2. 3. Seryi XXII.
(Ogólnego zbioru zesz. 253, 254, 255).

Dr SEWERYN STERLING.

ZAPALENIE NEREK W ŚWIETLE POGLĄDÓW TEGOCZESNYCH.

Cena 3 marki.

Do nabycia w księgarniach i w Administracji Gazety Lekarskiej.

Skład główny w księgarni Gebethnera i Wolffa w Warszawie.

INIĘCZY STRYCHNINOWE:

„Triplex I, II, III“ Gessner — pudełko 36 ampulek.
(Strichnin. nitr. Natr. kokodylic. Natr. glicerinofosf. 0,10
Strichnin. kakodylic. 0,0005 c. Natr. glicerinofosf. 0,10
Strichnin. nitr. 0,001 c. Natr. kokodylic. 0,05—0,075—0,10
Strichnin. nitr. 0,001 c. Lecithin-ovo 0,05 — 0,10—0,20.
Strichnin. nitr. 0,001 Ferr. citr. oxyd. 0,02—0,04 c. Phenol.
i wiele innych.

POLECA
APTEKA
E. GESSNERA
w WARSZAWIE
JEROZOLIMSKA 25.

KSIEGARNIA E. WENDE i S-ka w Warszawie. Krakowskie Przedmieście 9
poleca jako nowość na czasie:

Dr med. i fil. STEFAN STERLING - OKUNIEWSKI

==== **DUR WYSYPKOWY** =====

(tyfus plamisty).
Stron 250, z 70 rysunkami w tekście.
Cena Mk 8.

POLSKA
KRAJOWA



LOTERYA
KLASYCZNA

R. G. O.

(Rady Głównej Opiekuńczej).

Zarząd: Warszawa, Kredytowa 4.

50000 losów 25000 wygranych i 1 premia.

Wielka wygrana 500,000 marek (pół miliona marek).

Wygrane po 300000 mk., 200000 mk., 100000 mk. i wiele in.

Suma wygranych rozlosowanych w jednym półroczu wynosi

6 milionów 440 tysięcy marek.

==== **Co drugi numer wygrywa.** =====

Losy są do nabycia u kolektorów.

Zarząd wysyła plan loteryi na żądanie bezpłatnie.