

Nº 15.

Warszawa d. 13 Kwietnia 1918.



# GAZETA LEKARSKA

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

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

Wydawca Dr W. Szumlański.

Ogólnego zbioru Nº 2732.

Adres Redakcyi—Żorawia 22.

Adres Administracyi—Marszałkowska 73.

WYDAWNICTWO GAZETY LEKARSKIEJ.

## Zimnica i komary malaryczne u nas

napisal

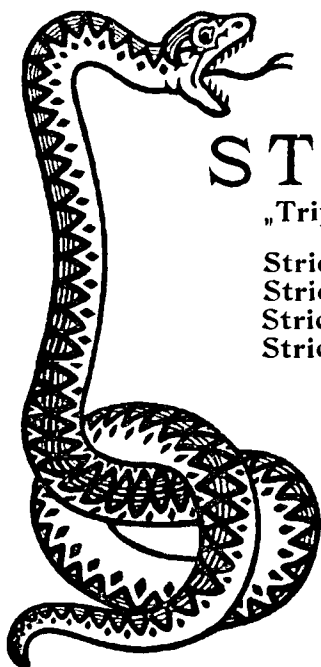
**T A D E U S Z K O R Z O N .**

Lekarz szpitala Dzieciątka Jezus.

Z 4 TABLICAMI RYSUNKÓW.

C e n a m. 2.25.

Do nabycia w Administracyi Gazety Lekarskiej i we wszystkich księgarniach.  
Skład główny w Księgarni Gebethnera i Wolffa.



## INIEKCJE STRYCHNINOWE:

„Triplex I, II, III“ Gessner — pudełko 36 ampulek.

(Strichnin. nitr. Natr. kokodylic. Natr. glicerinofosf.)

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.

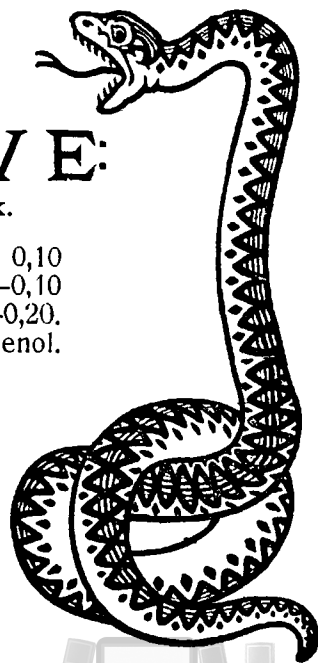
POLECA

A P T E K A

**E. GESSNERA**

w WARSZAWIE

J E R O Z O L I M S K A 25.



## Mesolament Spiess

(Ungt. Mesolani cum Mentholo).

Zewnętrzny preparat salicylowy, szybko wchłaniający się w skórę, nie posiadający przykrego zapachu  
Użycie: w miejsca bolące wcierać 1 — 2 łyżeczek

Pojemność tuby około 40 g

## Libophan Spiess

(Lithium borotophanicum).

Środek przeciw dnie oraz ostrym i chronicznym przypadkom gośca stawowego.

Pojemność rurki 20 tabl. drażowanych.

Użycie: 4 — 6 tabletek dziennie.

## Vichy comprim. effervescent. tabulettae

Półgramowe musujące tabletki sztucznej soli Vichy.

Użycie: 2 — 3 tabletki na szklankę wody.

Żądać prospektów.

## Sapinol

z marką ochronną „Sosna“ aptekarza J. Bobakowskiego w Warszawie, wyborowy ekstrakt sosnowy do kąpieli. Choroby nerwowe, kobiece, dróg oddechowych, dziecięce, reumatyzm, artretyzm.

## SILV-OZON „MOTOR“

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

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

## SALMET „MOTOR“

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

poleca własnego wyrobu  
Warszawskie Tow. Akcyjne  
„MOTOR“.

## HIPOLIT AMBER

### Skład narzędzi chirurgicznych

Warszawa, Marszałkowska 139, wprost  
bramy, 1-sze piętro.

Poleca: wszelkie narzędzia lekarskie, szpryce, igły do szpryc i chirurg. termometry i t. p.  
Dokładna reparacja i odnawianie tychże.  
Reprezentacja na Król. Polskie Fabryki artykułów dla celów medycznych R. GRAF et C-o, Norymberga.

Catgut z najlepszych i zdrowych kiszeczek; zupełnie gotowy do użytku (jałowy) na gwiazdkach.

Catgut surowy w motkach i kłębkach, lecz wewnątrz nici jałowy.

Własy końskie wyjałowione według Dra Rosenthala.

## Tłomaczenie

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

Ul. Śniadeckich (Kaliksta) 13 m. 18.

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.



# WIZYTA LECZARSKA

PISMO TYGODNIOWE  
POŚWIĘCONE WSZYSTKIM GALĘZIOM WMIĘJ-  
TNOŚCI LECZARSKICH

Dzieńdziesięć  
i pięć tygodniowe

Ogólnego zbioru № 2732.

Warszawa, d. 13 kwietnia 1918 r.

## Zasady systemu odżywiania Pirqueta.

Podał

**A. Puławski,**

Ordynator szpitala Dz. Jezus.

(Dokończenie—patrz № 14).

### III.

Chcąc przekonać się, jak wygląda nasza dyeta szpitalna, obliczona według zasad systemu Pirqueta, przerobiłem odpowiednio dane, dostarczone przezemnie w r. z. na żądanie Komisji żywnościowej przy Wydziale szpitalnictwa, które przedstawiam na tablicy № 1. Podaję tu, dla lepszego zrozumienia obliczeń, zasadnicze jednostki Pirqueta dla najczęściej używanych pokarmów (ilość nemów w 1 gr. oraz ilość nemów białka w 1 hektonomie). Tablica ta wykazuje dwa fakty: 1-o że obliczenia według Pirqueta zgadzają się z obliczeniami, przyjętymi dotychczas (Königa), 2-o że i na podstawie norm Pirqueta, co wynikało z poprzednich naszych obliczeń, okazuje się, iż chorzy nasi szpitalni są żywieni niedostateczni. Podczas gdy, według podanej wyżej klasyfikacji, za najniższą normę pożywienia dla kobiet leżących w łóżku Pirquet przyjmuje 25 hektonomie (w czem powinno być białka najmniej 25 dekanemów), chorzy nasi otrzymują przeciętnie 20 hektonomie (w czem tylko 13 dekanemów białka!), a przecież połowa naszych chorych to są mężczyźni, dla których najniższą normą pożywienia jest 35 hektonomie! W ten sam sposób obliczyłem pożywienie służby szpitalnej niższej (278 osób). Tu wypadło mi na porcję dzienną na osobę 28 hektonomie (w

tem białka 18 dekanemów!) i najpożywniejszą dyetę służby wyższej (73 osoby), która otrzymuje 42 hektonomie (w czem białka 30 dekanemów). Tylko ta ostatnia dyeta może być uważana za normalną, choć zawiera za mało białka (powinno być 42 dekanemy). Na tablicy II podaję wynik obliczeń pożywienia dzieci na półkoloniach Warsz. Tow. Kolonii letnich w czasie wojny.

Według norm Pirqueta dzieci od lat 8—14 (a takie właśnie są przyjmowane na kolonie) powinny otrzymywać dziennie 30—40 hektonomie. Kolonie mogły im dać tylko połowę (18—19 hektonomie), gdyż dzieci nie dostawały śniadań i wieczerzy. Utrzymany jednak został stosunek normalny białka (na 1 hektonomie — 1 dekanem białka), a nawet w r. 1917 stosunek ten był nieco wyższy (na 18 hektonomie — 20 dekanemów białka), dzięki powiększeniu porcy mleka i mąki, przy znacznie zmniejszonej jednak porcy kartofli. Tutaj także obliczenia wypadły zgodnie z obliczeniami dotychczas przyjętym sposobem.

Z powyższego widzimy, że nowy system żywienia Pirqueta posiada niezaprzeczone zalety, dzięki swej prostocie i łatwości indywidualizowania pożywienia, przyczem pozwala łatwo orientować się w wartości pożywienia przez porównanie z tak znanym i naturalnym pokarmem, jak mleko. Łatwiej jest bowiem ocenić wartość pożywienia, równego 2, 3 czy 4

litrom mleka, jak zestawiać gramy białka, tłuszczu, węglowodanów i niewiele objaśniających ciepłotek.

TABLICA I.

Wartość pożywienia w szp. Dz. Jezus (przeciętna z 15 dni 10. VIII. 25. VIII. 1917) obliczona według systemu Pirqueta.

na 1 chorego dziennie (1088 chorych).

|                      | Grm. | Nem w 1 gr. | Ogółem nemów | W hektion. białka nem. | Ogółem nemów białka |
|----------------------|------|-------------|--------------|------------------------|---------------------|
| 1. Mięso woł.        | 46.5 | 2           | 93           | 6                      | 5.5                 |
| 2. Droby (jak mięso) | 4    | 2           | 10           | 6                      | 0.6                 |
| 3. Chleb             | 150  | 3.3         | 495          | 1.3                    | 6.4                 |
| 4. Słonina           | 5.5  | 10          | 65           | 0.8                    | 0.5                 |
| 5. Masło             | 14   | 11.8        | 170          | —                      | —                   |
| 6. Mleko             | 240  | 1           | 240          | 12                     | 28.8                |
| 7. Mąka              | 75   | 5           | 375          | 11                     | 41.2                |
| 8. Cukier            | 26   | 6           | 156          | —                      | —                   |
| 9. Kartofle          | 300  | 1.25        | 375          | 7.2                    | 26.9                |
| 10. Płatki kart.     | 24   | 0.4         | 9            | —                      | —                   |
| 11. Kapusta          | 100  | 0.4         | 40           | 20                     | 8                   |
| 12. Buraki           | 50   | 0.5         | 20           | 6                      | 1.2                 |
| 13. Marchew          | 50   | 0.5         | 25           | 8                      | 2                   |
| 14. Groch            | 3    | 4           | 12           | 25                     | 3                   |
| 15. Makaron          | 5    | 5           | 25           | 11                     | 2.7                 |

2010 126.8  
w cyfrach okrągłych 20 hn. 13 dn

To samo w obliczeniu według Königa:

Białka 45 g. Tłuszczu 29. Węglow. 245. Kaloryi 1458

Powinienby ten system znaleźć zastosowanie szczególnie w odżywianiu masowem — w szpitalach, schroniskach, koloniach dziecięcych i t. d., a to dla tego, że, jak słusznie powiada F. Groer (l. c.), pozwala przewidzieć z góry potrzebną ilość paliwa i budulca a zatem pracować z największą ekonomicznością przy odżywianiu, sporządzać tylko potrzebne ilości jedla bez odpadków, wykorzystać dla celów odżywczych *maximum* zakupionej energii. Nieodzownym warunkiem korzystania z tej metody byłoby odpowiednie wyszkolenie personelu pielęgniarskiego i kuchennego, co dałoby się skutecznie np. przez wysłanie instruktorów na miejsce do kliniki Pirqueta<sup>1)</sup>. Odbywają się tam kilka razy na rok kursy teoretyczno-praktyczne pod kierunkiem same-

<sup>1)</sup> Nasza Rada szpitalna projekt ten, przedstawiony przez specjalną komisję, na razie uznała za niemożliwy do urzeczywistnienia.

go Pirqueta i jego asystentów. W chwili obecnej jednym z asystentów jest kol. Franciszek Groer, który z pewnością nie odmówiłby swojej pomocy.

TABLICA II.

Wartość pożywienia dzieci na półkoloniach Tow. kol. letnich (obiad i podwieczorek), obliczona według systemu Pirqueta.

Na 1-o dziecko wypada dziennie:

|                     | 1916        |               |              | 1917        |               |              |
|---------------------|-------------|---------------|--------------|-------------|---------------|--------------|
|                     | 3090 dzieci |               |              | 3994 dzieci |               |              |
|                     | Grm.        | Ogółem nemów  | Białka nemów | Grm.        | Ogółem nemów  | Białka nemów |
| 1. Mięso            | 0.5         | 1             | 0.6          | 0.5         | 1             | 0.6          |
| 2. Chleb            | 80          | 364           | 19.7         | 80          | 264           | 19.7         |
| 3. Mleko            | 230         | 230           | 43.7         | 300         | 300           | 57           |
| 4. Masło            | 3           | 35.4          | —            | 1           | 11.8          | —            |
| 5. Słonina          | 8           | 106.4         | 5.3          | 10          | 133           | 6.6          |
| 6. Mąka             | 200         | 1000          | 110          | 210         | 1050          | 115.5        |
| 7. Cukier           | 18          | 108           | —            | 12          | 32            | —            |
| 8. Kartofle         | 300         | 150           | 8.7          | 50          | 25            | 1.8          |
| W okrągłych cyfrach |             | 1894,8        | 188          |             | 1816,8        | 200.6        |
|                     |             | 19 hektionem. | 19 dekanem.  |             | 18 hektionem. | 20 dekanem.  |

To samo według Königa:

|       | Białka | Tłuszczu | Węglow. | Kaloryi |
|-------|--------|----------|---------|---------|
| 1916  | 37 gr. | 17 gr.   | 279 gr. | = 1453  |
| 1917. | 39 .   | 19 .     | 221 „   | = 1235  |

#### IV.

W swoim „Systemie odżywiania“ Pirquet porusza jeszcze jedną sprawę, dotyczącą obiektywnego określania, czy dany osobnik posiada odpowiednią do swego wzrostu ilość mięsa (mięśni) i tłuszczu. Z wielu istniejących pomiarów antropologicznych i anatomicznych, oraz ich stosunków wzajemnych Pirquet zatrzymał się na stosunku znanej już nam wysokości w pozycji siedzącej (Si = Sitzhöhe) do wagi ciała i na mocy całego szeregu obliczeń i spostrzeżeń, których tutaj przytaczać nie możemy, dochodzi do wniosku, że zarówno u ludzi dorosłych z dobrze rozwiniętą muskulaturą jak i u tłustych niemowląt trzecia część tego wzrostu w pozycji siedzącej wyrażona w centymetrach równa się w przybliżeniu 10-krotnej wadze wyrażonej w gramach<sup>1)</sup>. Np. mężczyzna ważący 72 kłgm.

<sup>1)</sup> Z 2 równań  $Si^3 = 10 Ge$  i  $Si^2 =$  powierzchnia kiszki Pirquet oblicza Si z pierwszego równania ( $Si = 10 Ge$ ) i podstawia jego wartość w równaniu

i posiadający  $Si = 90$  będzie miał  $Si^B$  (t. j. 729000 ctm.) = 10 Ge (t. j. 720000 gr.). W przypadku tym stosunek  $\sqrt[3]{10 Ge : Si} = 100$ .

Stosunek ten Pirquet nazywa wskaźnikiem (*index*) stanu odżywiania, a według swej terminologii Gelidusi<sup>1)</sup>. U dobrze rozwiniętych dzieci Gelidusi = 94, spada u bardzo chudych do 81. Obrachowanie tego wskaźnika, arytmetycznie dość kłopotliwe, sprowadza się do bardzo prostej manipulacji mechanicznej na tak zwanym suwaku (Rechenschieber systemu Rietza), powszechnie znanym przyrządzie, niezbędnym dla inżynierów i techników<sup>2)</sup>. Potrzebne są do tego 2 cyfry: waga w klg. i Si.

Pirquet w całym szeregu pomiarów znalazł następujące liczby dla wskaźnika Gelidusi:

|            | <i>maximum</i> | <i>minimum</i> |
|------------|----------------|----------------|
| Płody      | 100            | 81             |
| Noworodki  | 102            | 87             |
| Niemowlęta | 101            | 83             |
| Dzieci     | 102            | 84             |
| Mężczyźni  | 103            | 90             |
| Kobiety    | 109            | 90             |

Wypada ztąd, że wskaźnik odżywiania waha się między 90 (odżywianie mierne) i 100 (dobre). Pirquet naogół zadowolony jest z tego wskaźnika i uważa go za lepszy od in-

nych. Wagę należy brać *netto*, odliczając 3% na ubranie lekkie, Si należy mierzyć tylko w białym lub lekkim ubraniu.

Na moim oddziale szpitalnym przeprowadziłem kilkadziesiąt (60) takich badań. U ludzi zdrowych (lekarzy, felczerów, służby) znajdowałem Gelidusi od 91—111 (posługaczka 29-letnia, ważąca 75 klg. przy  $Si = 82$ ). U chorych najniższe Gelidusi 83,5 znalazłem u 27-letniej suchotnicy *in extremis*, mającej wagę 39 klg. i  $Si = 87,5$ ; 84 u 51-letniej suchotnicy z wadą serca, ważącej 33 klg. i  $Si = 83$ .

Nierzadko jednak znajdowałem Gelidusi = 100 u suchotnic i osób, robiących czasem wrażenie chudych i źle odżywianych. Np. u mężczyzny chudego, ale z dobrze rozwiniętymi mięśniami (rolnik), przy wadze 66 klg. i  $Si = 79$  znalazłem Gelidusi = 110! W razie np. obrzęków Gelidusi może wypadać zbyt wysoko w stosunku do odżywiania. Pirquet obiecuje temu przedmiotowi poświęcić oddzielne studium na podstawie obfitszego materiału antropologicznego i ma nadzieję zapomocą swych pomiarów dojść do wykrywania przesiłek do jam ciała, obrzęków i t. d. Kol. F. Groer przygotowuje polskie tłumaczenie książki Pirqueta (l. c.). Wydanie jej, a zwłaszcza tablic, byłoby bardzo pożądane.

## O D C I N E K.

# Potrzeby szpitali warszawskich.

Podał

W. Mę cz k o w s k i.

(Dokończenie — patrz № 13).

### III.

Przy kresleniu programu działalności z uwzględnieniem istniejących braków, liczyć

2-giem:  $10 Ge^{1/3} \cdot 2 =$  powierzchni kiszek czyli powierzchnia kiszek  $= (10 Ge)^{2/3}$ . W ten sposób powierzchnię kiszek można wyprowadzić z wagi (obliczać za pomocą suwaka). Ma to znaczenie wtedy, gdy się nie daje zmierzyć Si. Pirquet w ten sposób oblicza powierzchnię kiszek u zwierząt ssących i znajduje, że odżywianie tych ostatnich stoi w takim samym stosunku do powierzchni kiszek jak u ludzi (np. u szczura wypada 3 decinemy, u wołu 4 decinemy na 1 ctm. powierzchni kiszek).

<sup>1)</sup> Gewicht (G), zehnfach (e), linear (l), dritte Wurzel (i), dividiert durch (du), Sitzhöhe (Si).

<sup>2)</sup> Można dostać w Uranii. Kosztował przed wojną 5 i pół rubla.

się należy z warunkami przeżywanego czasu i nadzwyczajnymi trudnościami życia obecnego, jakie stwarzają: wojna, okupacja kraju przez władze niemieckie, ciągłe rekwizycje różnych przedmiotów; wysoce niedostateczne zaopatrywanie szpitali w środki spożywcze i ich drożość, wrzenie powszechne wśród pracowników wszelkich instytucji, nieustanne epidemie i ciągła troska o zapewnienie dostatecznej liczby miejsc dla chorych zakaźnych. Poza to uwzględnić należy, przy kresleniu projektu zmian, ciężki stan finansowy miasta, który nie pozwala na tworzenie nowych inwestycji, a zmusza przeważnie do zaspakajania najpilniejszych potrzeb. Wreszcie liczyć się należy z trzema czynnikami: 1) należy bądź co bądź pozostawać w ramach ustaw obowiązujących prawnie, w których zwłaszcza ustawa 1870 r. w najwyższym stopniu

przyczyniła się do upadku szpitali; 2) istnienie 21 oddzielnych szpitali i większych i mniejszych nakazuje wielką oględność, by pośpiesznie narzucona reforma zamiast poprawy nie wytworzyła większego chaosu i dezorganizacji; 3) szpitale odczuwają wielki brak lekarzy, skutkiem czego pożądane i już projektowane zmiany często nie mogą być wprowadzone w życie dla braku należytego personelu lekarskiego.

Wobec powyższych strasznie trudnych warunków ogólnych, a także wobec ogromu braków i pracy potrzebnej w dziedzinie szpitalnictwa, logicznym przedewszystkiem jest pytanie, od czego reformy zacząć; jakie prace kolejno przedsięwziąć. Niektóre z przytoczonych powyżej reform są z sobą ściśle związane, niepodobna wprowadzić reformy w jednej dziedzinie, pozostawiając dawny stan w drugiej. Inne są mniej ściśle związane; można zmienić w pewnym względzie istniejący ustroj, nie dotykając tymczasowo drugich stron. Z góry jednak zaznaczyć należy, że o przeprowadzeniu wszystkich reform według ścisłego logicznego planu mowy być nie może. Logicznie np. należałoby zacząć od skasowania nieodpowiednich szpitali, wzniesienia nowych budynków i t. d. Należałoby przekształcić personel szpitalny we wszystkie galeziach. Jest to jeenak niewykonalne. Niepodobna zaś przez to powstrzymać tych reform, które są możliwe w czasie bliższym i których pilnie domaga się życie. Z drugiej znów strony należy mieć na względzie, aby na warsztat reform nie kłaść jednocześnie zbyt dużo spraw.

Zastój i dezorganizacja, w jakiej od wielu lat znajdują się szpitale, wielkie braki, na jakie patrzy i jakie odczuwa społeczeństwo w momencie, gdy zamiast dawnej, bezczynnej opieki rządowej, sami powołani zostaliśmy do urządzenia własnego życia, stworzyło naturalną potrzebę jaknajpilniejszego usunięcia dostrzeganych braków. Właściwa nam energia i inicjatywa, pobudzana poważnie ogólnymi warunkami czasu, powoduje, że zewsząd słyszy się słuszne zresztą żądania usuwania i tych i tamtych i wielu innych braków. Jakkolwiek te wymagania są objawem zupełnie naturalnym, kryją jednak w sobie niebezpieczeństwo, by przez pośpieszne wprowadzenie zmian i reform nie wprowadzić do szpitali chaosu, czemu życie współczesne bardzo sprzyja. We wprowadzaniu reform winna być zachowywana pewna oględność i rozważa, niekiedy nawet kosztem zarzutów beczynności ze strony najlepszych, choć może zbyt niecierpliwych obywateli, którzy pragnęliby w ciągu krótkiego czasu zmienić to, co było niszczone w ciągu wielu dziesiątków lat.

Przy kreśleniu planu pracy nasuwa się jedno ważne pytanie.

Tam, gdzie kilka dziedzin jest z sobą sprzężonych, czy należy czekać, aż wszystkie jednocześnie będzie można zreorganizować, czy też przystępować do pracy w poszczególnych ogniwach. Np. całe lecznictwo i pielęgnowanie chorych są z sobą ściśle związane.

Postawienie na właściwej stopie reorganizacji pomocy lekarskiej wymagałoby jednocześnie reorganizacji średniego i niższego personelu pielęgniarskiego. Czy w życiu jednak da się przeprowadzić taką zmianę, by od pewnego terminu wprowadzić całkowity nowy ustroj w pomocy lekarskiej i w pielęgowaniu chorych?

To, zdaje się, jest niemożliwe. Zresztą nawet niemożliwe jest przeprowadzenie ściśle reform, nakreślonych według pewnego planu logicznego. Gdybyśmy jednak chcieli trzymać się szczegółowo nakreślonego planu i nie przystępowali do reform, zanim nie zostaną urzeczywistnione zmiany, postawione na punktach poprzednich, tobyśmy niewątpliwie opóźniać musieli postęp. Każda zmiana w życiu następuje tyle przeszkód i tarć, że nieraz najlepiej pomyślany teoretycznie plan w poszczególnych punktach upada. Nie można przez to powstrzymać całej pracy i czekać uparcie, aż zamierzony punkt zdołamy przeprowadzić. Rzadko zresztą dzieje się, by wielkie reformy społeczne odbywały się w sposób, że tak powiem, izolowany co do poszczególnych dziedzin życia według pewnego ustalonego kolejnego planu i porządku. Najeczęściej zmiany odbywają się mniej lub więcej równorzędnie w różnych dziedzinach, często ujawnia się wyłom większy w dziedzinie, w której logicznie pragnęlibyśmy widzieć zmiany w czasie późniejszym. Stąd wynika, że plan nie może obejmować punkt za punktem pewnych prac, które winny następować kolejno, lecz raczej ogarniać wszystkie potrzeby, a kolejność ich może być zaznaczona tylko w liniach grubych.

Plan winien być dostosowany do warunków czasu i uwzględniać najpilniejsze i możliwe do urzeczywistnienia dzyderaty. Z konieczności w obecnych warunkach plan pracy musi opierać się na dwóch podstawach, a mianowicie ważności sprawy i z drugiej strony na wykonalności reformy. Poza to plan reform rozłożyć należy na pewne etapy i znów ze stanowiska ich znaczenia i możliwości zrealizowania. Przy układaniu planu należy się nadto liczyć z faktem, że pewne dziedziny koniecznie wymagają ingerencji reformatorskiej, lecz w danych warunkach całkowicie i należyście uregulowane być nie mogą. W tych razach zmiany muszą być dokonywane w paru etapach; w pierwszym etapie należy dążyć możliwie do zmniejszenia szkodliwości, wynikających z istniejącego stanu rzeczy, a zasadnicze rozstrzygnięcie wykonać w drugim lub trzecim etapie.

Dotyczy to przedewszystkiem najważniejszego może braku w szpitalach, ustroju zarządu, opartego na istnieniu w każdym szpitalu równolegle trzech władz nieskoordynowanych. Zmiany w tym względzie, jakkolwiek jest ona pilną, niepodobna przeprowadzić bez wprowadzenia w drodze prawodawczej przez Państwo Polskie zmiany ustawy i skasowania obecnie obowiązującego porządku prawnego. A jednak zanim to nastąpi, życie wymaga jakiegoś uporządkowania; jeśli kiedykolwiek

ten trializm szpitalny był zaporą w życiu szpitalnym, to dziś w obecnych warunkach politycznospołecznych jest szczególnie straszną przeszkodą, o którą muszą się rozbić wszelkie poczynania.

Drugim również nieomal ważnym punktem jest sprawa pielęgnowania chorych. Gdy wogóle jest mowa o jakiegokolwiek poprawie w szpitalnictwie, niepodobna nie mówić o tem, że pielęgnowanie chorych należy dać w ręce odpowiednio przygotowanego personelu. Lecz i tu musimy się ograniczyć w pierwszym etapie na pół lub nawet ćwierć środka. W społeczeństwie naszym my takich pielęgniarzy wykwalifikowanych nie posiadamy; należy ich stworzyć. I tu zatem naprzód musimy dążyć, by stan sprawy narazie poprawić, aż do czasu, kiedy po utworzeniu klasy pielęgniarzy będzie można należycie zorganizować pielęgnowanie chorych w szpitalach.

Przykładów takich zresztą prztoczyłoby można wiele.

Pozatem istnieją inne braki, do których usuwania w zasadzie można przystąpić zaraz, nie wiążą się one z reformami w innych dziedzinach i mogłyby być wprowadzone od razu bez naruszenia ogólnego planu reform. Do takich należą np. braki w urządzeniach technicznych: kamery dezynfekcyjne, ogrzewanie, oświetlenie szpitali, kuchnie, pralnie i t. p. Tu jednak na przeszkodzie stoi brak materiałów technicznych, nadzwyczajna ich drożyzna i wogóle przeszkody zewnętrzne, uniemożliwiające urządzenie nowych inwestycji technicznych.

Wychodząc z powyższego założenia, zaliczyłbym do prac najpilniejszych możliwych do urzeczywistnienia w pierwszym etapie:

- 1) dążenie do ujednostajnienia i wzmocnienia miejscowego zarządu szpitali;
- 2) ujednostajnienie oddziałów szpitalnych wraz z ustaleniem potrzebnego personelu pielęgniarzkiego;
- 3) wprowadzenie ścisłej kontroli i prawidłowej rachunkowości w szpitalach, uporządkowanie czynności kancelaryjnych;
- 4) opracowanie regulaminów służbowych dla pracowników;
- 5) dobór odpowiedniego personelu;
- 6) poprawa pielęgnowania chorych;
- 7) nadanie szpitalom charakteru instytucji społecznych przez oparcie ich na zdrowych zasadach finansowych;
- 8) uporządkowanie sprawy ambulatoryów dla chorych przychodnich;
- 9) uporządkowanie urządzeń lekarskich, jak dezynfekcyja, ustrój szpitali zakaźnych;
- 10) wprowadzenie racjonalnej statystyki lekarskiej, jako podstawy gospodarki szpitalnej;
- 11) opracowanie budżetów szpitalnych na zasadach racjonalnych;
- 12) uporządkowanie inwentarza szpitali.

Wymienione powyżej, jako niezbędne w pierwszym etapie zmiany, nie wszystkie jednak od razu mogą być przeprowadzone.

Dotyczy to przede wszystkim najważniejszego punktu — uporządkowania miejscowego zarządu w szpitalach, co może być dokonane po wprowadzeniu nowej ustawy. Również uporządkowanie oddziałów szpitalnych — po zdecydowaniu zasadniczym sprawy — może być

przeprowadzone stopniowo, w ciągu szeregu lat.

Wreszcie, nie mówiąc już o innych zadaniach, jak np. dotyczących urzędzeń lekarskich, pielęgnowania chorych i t. p., które z natury rzeczy zawsze będzie stałym zadaniem wydziału szpitalnego, nawet tak, zdawałoby się, konkretne zadanie, jak opracowanie regulaminów służbowych, nie może być wykonane całkowicie w najbliższym czasie. Regulaminy muszą wychodzić zawsze z obowiązujących przepisów prawnych, muszą być uzależnione od zasadniczej ustawy szpitalnej, a przeto ostateczne ich ustalenie może nastąpić po wprowadzeniu nowej ustawy.

Wogóle przeto w pierwszym etapie w większości przypadków, wobec ogólnego położenia, większość zadań sprowadza się do zaprowadzenia porządku i ładu oraz przygotowywania materiałów do przeprowadzenia reform realnych, kiedy nastaną warunki odpowiednie. W tem miejscu dotknąć należy jednej z ważniejszych bolączek szpitalnych — mianowicie organizacji służby szpitalnej. Organizacya ta niewątpliwie jest bardzo wadliwa. Lecz całkowita likwidacya obecnego stanu, nieodzownie złączona ze zmianą personelu, w obecnym czasie przeprowadzić się nie da. Natomiast opracowanie projektu nowej organizacji jest możliwe i winno być dokonane w czasie najbliższym. Nowe zadania przed wydziałem szpitalnym staną w etapie drugim, który należałoby liczyć od czasu wprowadzenia do szpitali nowej ustawy szpitalnej. Wtedy nastąpić musi organizacya na nowych zasadach zarządów miejscowych w szpitalach, organizacya służby szpitalnej wogóle, a pielęgniarzkiej w szczególności. Wtedy jednocześnie winny być wprowadzone nowe regulaminy służbowe, dostosowane do ustawy zasadniczej. Jednocześnie muszą następować dalsze stopniowe reformy w innych dziedzinach, jak lecznictwo, personel szpitalny, zmiany w urządzeniach technicznych.

Zobaczmy teraz, jak program działalności powyżej naszkicowany daje się realizować, jakie są wyniki i jakie stąd na przyszłość wnioski dadzą się wprowadzić.

I. Wzmocnienie zarządu miejscowego w szpitalach należy niewątpliwie do najważniejszych, lecz jednocześnie najtrudniejszych zadań wobec obowiązujących obecnie ustaw szpitalnych 1842 i 1870 r. Dwie drogi tu mogą wchodzić w rachubę: 1) stworzenie silniejszej i odpowiedzialnej władzy wykonawczej osiągnąć można poniekąd w ramach obowiązujących ustaw drogą regulaminu służbowego. Ponieważ ustawa zakreśla najszerszą, względnie do innych zwierzchników szpitalnych, ingerencyę do spraw szpitalnych lekarzowi naczelnemu, ze względu na łączność różnych dziedzin życia ze stanem sanitarnym i pielęgnowaniem chorych, ponieważ z drugiej strony powszechnem jest dążenie do przekształcenia charakteru lekarzy naczynych na odpowiedzialnych dyrektorów szpitala, przeto właściwszem byłoby zwiększenie obowiązków władzy wykonawczej lekarzy naczynych. W

tym też duchu zostały opracowane regulaminy służbowe dla lekarzy naczelnych; 2) w celu usunięcia szkodliwości wykonywania zarządu miejscowego w szpitalach przez trzy osoby (kurator, lekarz naczelny, intendent) możnaby wprowadzić zarząd kolegialny (1—2 obywateli, lekarz naczelny, ordynator); w tym względzie możnaby skorzystać z istniejących komisji gospodarczych, przekształcając je w ten sposób, by im nadać charakter organu miejscowego nadzoru i kontroli. Taki charakter właściwie już przybrały obecnie istniejące komisje i faktycznie sprawują one już obecnie nadzór ogólny i kontrolę miejscową; charakter ten winien być tylko usankcjonowany przez regulamin odpowiedni, który już został ułożony, nie uzyskał jednak dotąd zatwierdzenia. Taki projekt wydaje się słusznym z tego powodu, że jakakolwiek kontrola, wychodząca z centrali (wydział szpitalny, delegacja, Magistrat), obejmująca 20 kilka zakładów, nie może być nigdy tak sprawna, jak kontrola, funkcjonująca w każdym zakładzie oddzielnie.

Samo się przez się rozumie, że istnienie tej kontroli miejscowej nie ogranicza kontroli, wykonywanej przez organy centralne. Taki jednak pogląd na charakter i zadania komisji gospodarczych nie zyskał dotąd zupełnej zgody czynników miarodajnych. Sprawa zatem nie jest jeszcze załatwiona.

II. W dążeniu do kascwania drobnych oddziałów korzystano przede wszystkim z wakansów, powstających skutkiem ustępowania ordynatorów. W ten sposób uporządkowano do pewnego stopnia oddziały w szpit. św. Rocha, w Wolskim i zakładzie położniczym na Pradze; następnie wprowadzono dość poważne zmiany w preliminarzu budżetu na 1918/19 rok w kierunku ustalenia oddziałów i niezbędnego personelu lekarskiego.

Jednocześnie rozpoczęta została praca w kierunku ułożenia norm płacy personelu lekarskiego i gospodarczego; projekt, dotyczący płacy średniego i niższego personelu, uzyskał już zatwierdzenie delegacji do spraw szpitalnictwa. Jednocześnie dążono w projekcie do ujednostajnienia płacy personelu gospodarczego w różnych, jednakich co do charakteru, szpitalach, do ujednostajnienia nomenklatury oraz dodatków (mieszkanie, opał, światło).

III. Szczególną wagę nadawano sprawie doboru odpowiedniego personelu szpitalnego; sprawa ta jednak w okresie obecnego życia przelomowego nastrożca trudności, ponieważ przy usuwaniu nieodpowiedniego personelu liczyć się należy z powszechną biedą. Jako zasadę przyjęto, by na wakujące stanowisko wprowadzać ludzi z należytemi kwalifikacjami. Na szereg stanowisk kierowniczych wprowadzono ludzi nowych, z nowym przygotowaniem; przy awansowaniu pracowników dotychczasowych uwzględniają się przede wszystkim ich kwalifikacje i zasługi.

IV. Dla poprawy pielęgnowania chorych urządzono przed półrokiem kursy dla siostr miłosierdzia, które dały bardzo dobre wyniki; w celu podniesienia poziomu niższej służby szpitalnej wprowadzono kursy ogólne dla a-

nalfabetów. Prócz tego opracowano program specjalnych wykładów z zakresu pielęgniarstwa dla niższej służby salowej; programy są już zatwierdzone; w najbliższym czasie kursy będą rozpoczęte w szpit. Dziec. Jezus i św. Stanisława.

V. Opracowano regulaminy służbowe dla personelu lekarskiego; regulaminy te nie zostały jeszcze zatwierdzone przez wszystkie instancje samorządowe; najbliższem zadaniem będzie opracowanie regulaminu dla personelu gospodarczego.

VI. W zakresie lecznictwa do zaznaczenia są następujące szczegóły: a) opracowano i wydano przepisy dla szpitala dla chorych zakaźnych, obejmujące wszelkie strony życia tych szpitali; b) wprowadzono nowe przepisy, dotyczące kwalifikowania, przyjmowania i wypisywania umysłowo chorych do szpitali; c) urządzono kamerę dezynfekcyjną w szpit. przy ul. Pokornej. Zaprojektowano budowę kamery w szpit. św. Duchu; d) urządzono centralny skład materiałów aptecznych szpitali miejskich; skład ten, rozwijający się pomyślnie, stopniowo rozszerzano, tak że obecnie szpitale zaopatrują się we wszystkie ważniejsze preparaty w składzie lub za pośrednictwem składu; e) urządzono dwukrotnie spis jednodniowy chorych szpitalnych (w d. 15. VI. 1917 i 15. XII. 1917) z uwzględnieniem przedewszystkiem cierpień charakterystycznych dla warunków współczesnych (choroby zakaźne, gruźlica, wygłodzenie, choroby pasorzytnicze); f) opracowano nową ustawę miejskiej szkoły położnych; g) opracowano instrukcję dla przychodni na krańcach miasta; h) opracowano specjalną farmakopeę dla lekarzy ambulatoryjnych i miejskich; i) opracowano przepisy o kumulacji stanowisk lekarskich w szpitalach; k) wprowadzono peryodyczne badania wartości żywienia chorych i służby szpitalnej; dwukrotnie (w czerwcu i listopadzie 1917 r.) uzyskano znaczne podniesienie norm żywnościowych.

VII. Nadano nową organizację przychodniom na krańcach miasta, wprowadzono nową rejestrację i nowe wzory statystyczne; utworzono nową przychodnię na Nowem Brudnie; co się tyczy przychodni szpitalnych, w myśl uchwały Rady Szpitalnej, postanowiono usunąć przychodnię z pomieszczenia szpitala Dzieciątka Jezus, Przemienienia Pańskiego i Wolskiego; prace przygotowawcze w biegu.

VIII. Wprowadzenie należytej kontroli nad rachunkowością i gospodarką w szpitalach było przedmiotem szczególnych starań. Wydział dążył do tego drogą wydawania odpowiednich przepisów dla administracji szpitalnej i stałego zwiedzania szpitali, systematycznej kontroli, peryodycznego sprawdzania ksiąg i rachunkowości szpitalnej, a w razie ujawnienia wykroczeń pociągania winnych do odpowiedzialności. Pod względem uporządkowania rachunkowości niewątpliwie osiągnięto już pewne wyniki. Od 1 września 1917 roku przy wydziale czynny jest specjalny referent do spraw kontroli, a od 1 lutego 1918 — refe-



rent do spraw lekarskich. Dalsza praca w kierunku wprowadzenia prawidłowej rachunkowości jest na dobrej drodze.

Tu wspomnieć należy o wprowadzeniu ujednostajnienia blankietów szpitalnych, które były dotychczas różne w poszczególnych szpitalach.

Wreszcie opracowano budżet na rok 1918/19 w nowej formie, a to w celu uczynienia go bardziej przejrzystym i zrozumiałym. Jednocześnie przystąpiono do prac przedwstępnych w celu wprowadzenia nowych wzorów budżetowych.

IX. W sprawie nadania szpitalom charakteru instytucji społecznych i uwolnienia ich od piętna dobroczynności pierwszym aktem zasadniczym było oddzielenie zakładów dobroczynnych i przytułków od wydziału szpitalnego przez utworzenie dwóch oddzielnych wydziałów: a) wydział szpitalnictwa (zakłady lecznicze, szpitale, przychodnie, lecznictwo); b) wydział dobroczynności publicznej (działalność dobroczynna, przytulki, schroniska i t. p.).

Następnie wydział zwrócił szczególną uwagę na ściąganie kosztów kuracyjnych, dążąc do stopniowego wprowadzenia zasady, aby szpital pobierał opłatę za każdego chorego, czy przez niego samego bezpośrednio, czy też przez gminę według przynależności jego. Zasadę tę polecono szpitalom do stałego uwzględniania. Jak na początek, wyniki w tym kierunku nazwać można dodatnimi. W r. budżetowym 1917/18 otrzymano dochodów za kurację chorych do 1 marca 1918 r. 359859,23 mk., gdy za cały rok (do 1. IV. 1918) budżet przewidywał 163070 mk., czyli za 11 miesięcy otrzymano 221% więcej, niż przewidywano w budżecie za cały rok. Absolutnie cyfry te niewiele mówią, zwłaszcza jeśli porównać z sumami, jakieby powinny wpływać na rzecz szpitali, posiadają jednak większe znaczenie, jeśli uwzględnić lata poprzednie, a także nędzę i biedę ogólną, która z każdym miesiącem zmniejsza zdolność płatniczą ludności. Cyfry poniższe ilustrują nieco bliżej sprawę.

| R o k             | Przewidywano w budżecie      | Wpłynęło rzeczywiście                            |
|-------------------|------------------------------|--|
| 1915 r.           | 287271,46 rb.                | 112921,14 rb.                                    |
| 1916 r.           | 104630,— rb.                 | 67513,74 rb.                                     |
| I kwartał 1917 r. | 15326,78 rb.                 | 28053,23 rb.                                     |
| 1917/18 r.        | 163070, mk.<br>(na cały rok) | 359859,23 mk.<br>(od 1. IV. 17<br>do 1. III. 18) |

Drugim ważnym punktem w tej sprawie jest organizacja ściągania kosztów kuracyjnych. Dotychczas cała działalność w tym kierunku była prowadzona w wydziale szpitalnym. Z wielu lat ubiegłych w wydziale leży kilkadziesiąt tysięcy nakazów płatniczych za nieuiszczone koszty kuracyjne. Skoncentrowanie ściągania należności za wszystkich chorych ze wszystkich szpitali w wydziale musi prowadzić do zaległości licznych dzie-

siątek tysięcy korespondencji. Dokładne przestudowanie sprawy doprowadziło do przeświadczenia o konieczności stopniowego przekazywania całej korespondencji w sprawie należności za kurację poszczególnym szpitalom pod kontrolą wydziału szpitalnego.

X. Nad inwentarzem szpitalnym, gospodarczym i lekarskim zaprowadzono kontrolę. Przedewszystkiem opracowują się nowe wzory ksiąg inwentarzowych, a jednocześnie ustala się nomenklatura ruchomości szpitalnych, a to z tego powodu, że jedne i te same przedmioty figurują w różnych szpitalach pod różną nazwą. Po wprowadzeniu nowych wzorów będzie zaprowadzona inwentaryzacja na wzór prowadzonej przez zakłady handlowo-przemysłowe.

XI. Ustanowiono statystykę lekarską w szpitalach według nowych wzorów a prowadzenie jej powierzono lekarzom w poszczególnych szpitalach.

XII. Większych remontów, ani też większych nowych instalacji mechanicznych nie wykonywano wobec stanu kasy miejskiej i nadzwyczajnej drożyzny materiałów budowlanych. Z tego wszystkiego, nawet z bardzo pilnych robót trzeba było zrezygnować. Ograniczono się do rzeczy niezbędnych, jak zwykle remonty, odświeżanie, odnawianie szpitali, urządzenie oświetlenia elektrycznego w domu dla rekonwalescentów, instalacji gazowej w sali sekcyjnej i pracowni szpit. św. Stanisława, urządzenia elektrycznego w pralni szpit. św. Rocha, oświetlenia elektr. w szpit. Wolskim i t. p. Z większych robót zaprojektowano specjalne instalacje mechaniczne w szpitalu Dziec. Jezus, wobec znacznego zniszczenia dotychczasowych urządzeń, oraz urządzenie pralni i przebudowy kamery dezynfekcyjnej w szpit. św. Ducha.

XIII. Dokonano inwentaryzacji wraz z opisami ikonograficznymi dzieł sztuki i przedmiotów wartości historycznej w szpitalach za pośrednictwem Muzeum Narodowego m. Warszawy.

Wśród tych prac stałą była troska o dostarczenie odpowiedniej liczby miejsc dla chorych zakaźnych wobec nieustannie panującej epidemii duru plamistego, co było szczególnie trudne wobec braku szpitali i braku odpowiednich budynków publicznych, nadających się do tego celu. Delegacja wychodziła z tego słusznego, uznanego w miastach zachodnioeuropejskich założenia, że szpital dla zakaźnych, jeśli ma być skuteczną bronią w walce z chorobami zakaźnymi, musi odpowiadać pewnym zasadniczym warunkom. Zarówno ze względu na charakter walki z chorobą zakaźną, jakoteż ze względu na warunki pielęgnowania chorych, szpital taki nie może być urządzany w zwyczajnych domach mieszkalnych, składających się z szeregu małych pokojów. Z tego powodu, po wyczerpaniu dostępnych pomieszczeń i po dokładnem rozważeniu wszelkich budynków, znajdujących się w rozporządzeniu miasta, uznano za wskazane, aby dla chorych zakaźnych zajmować szpitale o typie pawilonowym, a jednocześnie dla chorych wewnę-

trznym urządzać szpitale w ostateczności w domach prywatnych.

Oto pobieżne wyliczenie ważniejszych prac, wykonanych, czy zapoczątkowanych w czasie 1½ rocznego istnienia Delegacji do spraw szpitalnictwa. Szereg nado ważnych spraw znajduje się w opracowywaniu. Niektóre z nich planowo wchodzi na warsztat, inne znów nasuwa pewna konieczność życiowa, nasuwana przez falę ogólnego ruchu społecznego. Zdawałoby się, że tak ważną sprawę np., jak reorganizacja szpitali pod względem podziału na oddziały i reorganizacja służby lekarskiej winna być dokonana w czasach spokojniejszych i w tempie powolniejszym. Życie jednak wysunęło tę sprawę, jako dojrzałą. Wprowadzenie jej na porządek dzienny wywołane zostało szeregiem poważnych względów: 1) stwierdzenie konieczności uporządkowania oddziałów szpitalnych; 2) potrzeba wzmocnienia odpowiedzialności kierowników oddziałów, ordynatorów; 3) potrzeba podniesienia płacy lekarzy szpitalnych, pobierających niezwykłe niskie wynagrodzenie, naprzód ze względów ogólnej słuszności społecznej, a powtórze z uwagi, że gdy od pracownika wymaga się zwiększonych obowiązków i zwiększo-

nej odpowiedzialności, to należy dać mu i odpowiednie prawa i płacę.

Na zarzut, że poważne reformy wprowadzić należy w czasie bardziej spokojnym, w warunkach życia normalnego, odpowiedzieć można, że właśnie zwykle ważniejsze reformy społeczne odbywają się w momentach przelomowych, kiedy nawet bardzo radykalne zmiany następują; warunki zaś życia normalnego cechują się tem, że zamierzoną reformę pozwalają odkładać z roku na rok i mijają dziesiątki lat, zanim zrealizowana być może.

Przykład ten jest charakterystyczny.

W każdej pracy powinno się z góry zakreślić program i plan działalności. Nie zawsze jednak można ściśle ten plan wykonać. Liczyć się należy z tem, że każdy plan jest tylko szkicem działania, wytyczną dla całej działalności, albowiem życie może szkic ten uzupełnić lub zmienić. W czasach takich zwłaszcza, jak dzisiejsze, kiedy życie, bijąc nieskończenie mocniejszym tętnem, pełne nieoczekiwanych wypadków, przeżywa siłą naprzód, wszelki, najdokładniej ułożony, program musi niekiedy ulegać przeobrażeniom, zahamowaniom lub też zależnym od konieczności zwiężaniom.

## Wiadomości bieżące.

— Kol. Witold Chodźko wszedł do składu nowego Ministerium, jako Minister Zdrowia Publicznego, opieki społecznej i ochrony pracy. Kol. Chodźko na stanowisku Dyrektora Służby Zdrowia Publicznego dał się poznać w ciągu ubiegłego roku jako znakomity organizator i energiczny kierownik. Życząc Mu na tem nowem a tak odpowiedzialnem stanowisku równie owocnych i pomyślnych wyników pracy, nie wątpimy, że opieka nad zdrowiem publicznem i sprawy, dotyczące zawodu lekarskiego, będą w Nim i nadal miały energicznego przedstawiciela i obrońcę.

— W związku z zaprojektowanymi w swoim czasie przez Wydział Dobroczynności Publicznej reformami w Domu wychowawczym im. księdza Boduena, nastąpiła przedewszystkiem zmiana w osobie kierownika tego zakładu. Z pośród kandydatów, jacy zgłosili się na konkurs, ogłoszony przez Magistrat, został wybrany i zatwierdzony na tem stanowisku przez p. prezydenta miasta kol. L. Bondy.

— Słuchacze prywatnych szkół dentystrycznych warszawskich po raz pierwszy w roku bieżącym składali egzamina ostateczne przed polską komisją państwową pod przewodnictwem kol. L. Brenneisena, referenta do spraw dentystrycznych w dyrekcji służby zdrowia publicznego. Do egzaminów przystąpiło ze szkoły Szymańskiego 70-u słuchaczy, złożyło je 53; ze szkoły Trojpa—38, złożyło 86. Akt uroczysty rozdania świadectw z ukończenia szkoły odbył się w d. 23 marca r. b. w lokalu Dyrekcji Służby Zdrowia publicznego.

— Wschodniogalicyska Izba Lekarska we Lwowie otrzymała pozwolenie na założenie „Ka-

sy pensyjnej dla wdów po lekarzach, należących do Izby“. Kasa opiera się na zasadach wzajemności i ma na celu zabezpieczenie wdowom po lekarzach stałej pensji dożywotniej (ewent. do powtórnego wyjścia za mąż). Jednostkę do wypłaty stanowi 35 koron; najwyższa ilość tych jednostek może wynosić 41, czyli że najwyższą pensję może pobierać wdowa  $35 \times 41 = 1435$  koron rocznie. Wysokość opłat rocznych zależy od wieku męża i różnicy wieku męża i żony; opłaty winny być wnoszone aż do śmierci jednego z małżonków, albo do chwili utraty przez męża zdolności do pracy, w każdym razie nie dłużej, niż do ukończenia przez męża 65 lat życia. Członkami kasy mogą być lekarze cywilni, żonaci, nie starsi, niż 60-letni i tacy, którzy zawarli związku małżeński przed 50-ym rokiem życia. Wypłata pensji wdowie rozpoczyna się od początku najbliższego miesiąca po śmierci męża i trwa do śmierci lub powtórnego wyjścia za mąż wdowy.

Nie znając tablic, określających wysokość składek, nie możemy przesądzać, o ile obliczenia są dobre, to znaczy, o ile wpłaty wystarczą na pokrycie wszystkich wydatków. Każdy jednak przyznać musi, że instytucja ta będzie wielce pożyteczna, jako jeden ze skutecznych środków uchronienia rodziny lekarza po jego śmierci od ostatecznej nierzędzy. Sądzymy, że nasza Kasa Wsparcia dla wdów i sierot po lekarzach winna pomyśleć, nie zwlekając, o rozszerzeniu w tym kierunku swej pożytecznej działalności, o niewątpliwie zachęciłoby wielu kolegów do liczniejszego zapisywania się na członków tej Kasy.

### TREŚĆ NUMERU.

|  |          |                     |          |
|--|----------|---------------------|----------|
| A. Puławski. Zasady systemu odżywiania Pirqueta (dok.) | Str. 113 | warszawskich (dok.) | Str. 115 |
| Odcinek. W. Męczkowski. Potrzeby szpitali              |          | Wiadomości bieżące. | 120      |

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

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

**SOLEC**

Zakład Wód Mineralnych siarczano-słonnych, kąpieli błotnych i lecznica fizykalno-dyetyczna pod kierunkiem lekarskim dr med. St. Kelles-Krauza.

Sezon od 20 maja do 20 września.

Choroby skutecznie leczone w Solcu: Reumatyzm, artretyzm, przymiot, choroby skórne, choroby nerwowe itp.

Ceny utrzymania niższe niż w innych miejscowościach kraju.

Dojazd przez st. kol. Kielce, skąd szosą dorożkami lub samochodami rządowymi z Kielc do Buska i dalej końmi do Solca. Od strony Galicji lub gub. Lubelskiej przez stację kol. galicyjskich Szczucin, skąd 15 wiorst do Solca. Prospekty i informacje wysyła gratis Zarząd Solca (poczta Stopnica ziemi Kieleckiej); w Warszawie p. Fr. Jakubowski, Al. Jerozolimskie 93 m. 8.

Kąpiele solankowe, błotne, kwasowęglowe, elektryczne i hydropatyczne. Inhalatoryum.

Świetne skutki lecznicze we wszystkich chorobach. Tanie utrzymanie.

**ZDROJOWISKO CIECHOCINEK**

Od 1 maja do 1 czerwca

od 1 września do 15 października ceny

zniżone. Sezon główny od 1 czerw. do 1 wrześn.

CESARSKI ZARZĄD KĄPIELOWY.

Dla kuracji domowej poleca się sól kąpielową, ług, borowinę, solankę i wodę stołową gazowaną.

Przedstawiciel: A. Szmolke, Warszawa, Marszałkowska 149.

# KISSINGEN Naturalne Wody mineralne

o wybitnem działaniu w różnorodnych uszkodzeniach wojennych.

**Rakoczy** uznane powszechnie w chorobach przemiany materji, w cierpieniach żołądka, kiszek, wątroby, serca i naczyń i t. p.

**Maxbrunnen** woda lecznicza i stołowa w katarach, w chorobach nerek, pęcherza, w kamieniach żółciowych i w dnie.

**Luitpoldsprudel** w stanach wyczerpania, chorobach zwrotnikowych, chorobach gruczołów, zaburzeniach trawienia, katarach żołądka i kiszek, cierpieniach kobiecych, dnie, katarach dróg oddechowych i t. p.

**Bockleter Stahlbrunnen** w niedokrwistości, blednicy, cierpieniach organów kobiecych; wybitne wyniki w kuracjach odżywczych.

(Źródła żelaziste Bocklet)

Napełnianie butelek wodą, wytryskującą ze źródeł, odbywa się nadzwyczaj starannie i dokładnie. Na tym właśnie czysto naturalnym sposobie napełniania flaszek polega stwierdzona doświadczalnie siła lecznicza źródeł, bardzo odpowiednich do leczenia domowego.

Lekarze otrzymują warunki wyjątkowe, jak również próby bezpłatnie. Prosimy żądać bezpłatnego opisu źródeł. Do nabycia wszędzie i bezpośrednio przez Zarząd królewskich wód mineralnych Kissingen i Bocklet. Stale na składzie w hurtowni wód mineralnych „UNITAS” w Warszawie.

Wydawnictwo Kasy pomocy naukowej im. J. Mianowskiego.

Dr Med. KAZIMIERZ RZĘTKOWSKI.

## Odbudowa kraju a szpitalnictwo

Zarys programu rozwoju naszego szpitalnictwa krajowego.

Cena 6 marek polskich.

Skład główny w księgarni E. WENDEGO w Warszawie.



Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

WYSZŁO Z DRUKU:

Choroby wewnętrzne.

Podstawowe sposoby badania klinicznego

(ogłądanie, opukiwanie, obmacywanie, mierzenie i osłuchiwanie).

Dla użytku lekarzy i uczących się

napisał

Dr med. SZCZĘSNY BRONOWSKI  
ordynator Szpitala Przemienienia Pańskiego.

Część I. Ogłądanie i Opukiwanie.

(z 71 rysunkami i VI tablicami).

**Cena mk. 16.**

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

Dyagnostyka różniczkowa chorób wewnętrznych

przez D-ra WŁADYSŁAWA BIEGAŃSKIEGO

== i ==

Choroby górnego odcinka dróg oddechowych

przez D-ra ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO.

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

**Cena m. 12.50, z przesyłką m. 13.75.**

Dla prenumeratorów Gazety Lekarskiej, nabywających dzieło bezpośrednio  
w Administracji, cena niższa na **m. 6.25, z przesyłką m. 7.50.**

Do nabycia we wszystkich księgarniach.