



GAZETA LECZARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GAŁĘZIOM · WMIĘJ ·
TNOŚCI · LEKARSKICH ·

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

Wydawca Dr W. Szumlański.

Ogólnego zbioru Nº 2753.

Adres Redakcyi—Zórawia 22.

Adres Administracyi—Marszałkowska 73.

Dr Leonard Leszczyński

powrócił z Kijowa.

Chirurgia jamy ustnej. Dentystyka.
Trębacka 4.

OTWOCK.

Wykwintny pensjonat „OSTRÓWEK” (dawniej Ostrowskiego). Idealne warunki dla rekonwalescentów.
Wiadomość: Marszałkowska 97 — 4, od 3 — 6.

VERONAL

Pewny i silnie działający środek **nasenny i kojący**,
przy odpowiednim dawkowaniu i sposobie użycia, bez szkodliwego działania obocznego.

W postaci łatwo
rozpuszczalnego

VERONAL-NATRIUM

nadaje się do stosowania pod-
skórnego i przez odbytnicę.

Do użytku wewnętrznego: Veronal i Veronal-Natrium w tabletkach à 0,5 gr.

Literatura na żądanie.

W sprawie sprowadzania zwracać się do p. **Nachtlichta i Kamieńskiego**—Warszawa, Tłomackie 1.

E. M E R C K, Darmstadt.

OGŁOSZENIE.

Ministerstwo Zdrowia Publicznego, Opieki Społecznej i Ochrony Pracy

podaje niniejszem do wiadomości pp. lekarzy, że na obszarze General-Gubernatorstwa
Warszawskiego ustanowiono

posady pomocników lekarzy powiatowych

w następujących miejscowościach:

Łódź miasto — 2, Łódź powiat, Będzin, Częstochowa, Grodzisk, Kalisz, Łęczyca, Łomża,
Łuków, Mława, Pabianice, Płock, Płońsk, Siedlce, Sochaczew i Wysokie Mazowieckie —
po 1 miejscu.

Pomocnicy lekarzy powiatowych otrzymywać będą pensję w kwocie 5400 Mk. ro-
cznie (płatnych z dołu w ratach miesięcznych po 450 Mk.) i prócz tego nie będzie im
wzbronione wykonywanie praktyki lekarskiej.

PP. lekarze, chcący ubiegać się o rzezzone posady, zechcą do dn. 25 września
r. b. składać podania, jakoteż *curriculum vitae* do Sekretaryatu Dyrekcyi Służby Zdro-
wia Publicznego na imię p. Ministra.

Neuronal

**LEK NASENNY, zawierający brom,
znakomity LEK KOJĄCY I USYPIAJĄCY.**

W połączeniu z **Amylenhydratem** działa znakomicie w zamroczeniu padaczkowym i w stanie padaczkowym.

Neurofebrinum (Neuronal — Antyfebryna aa) Lek przeciwbólowy i kojący.

Opakowania oryginalne: Tabletki neuronalowe po 0,5 g. № X.

Tabletki neurofebrynowe po 0,5 g. № X.

Dokładną literaturę dostarcza **K A L L E & CO. TOWARZYSTWO AKCYJNE.** Biebrich nad Renem.

Sapinol

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

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.

MIASTECZKO MAŁOGOSZCZ, ziemi Kieleckiej Kr. Polskie poszukuje zaraz

LEKARZA.

Gmina uchwaliła jako subsydyum Rb. 600 rocznie. Najbliższy lekarz w okolicy znajduje się w oddaleniu 25 kilometrów. Wiadomości udzieli apteka **A. Reniewicza w Małogoszczu** ziemi Kieleckiej okup. Austryjackiej.

ALFONS MANN

Firma egzystuje od **1819 r.**

**Fabryka narzędzi chirurgicznych
Warszawa — Plac Małachowskiego 2 (róg Traugutta).**

(Fabryka — Marszałkowska 11|13).

Poleca: wszelkie narzędzia chirurgiczne i ginekologiczne, przybory i aparaty lekarskie i pomoce lecznicze.

Wykonywa zamówienia pg. modeli i rysunków.

ACIDOL-PEPSIN

wypróbowany, trwały

preparat kwasu solnego i pepsyny.

Pudełko zawiera 5 rurek po 10 pastylek.

Stężenie I
(silnie kwaśne).

Stężenie II
(słabo kwaśne).

Próby i literatura na żądanie!

Action-Gesellschaft für Anilin-Fabrikation.

Berlin S.O. 36.

Przedstawiciel: **I. FREIDER & C-o.** Warszawa, Królewska 35.



WZGLĘDY LECZARSKE

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE WSZYSTKIM GAŁĘZIOM WMIĘJ-
TNOŚCI LECZARSKICH

Dziesięć
Dzieci

Warszawa, d. 7 września 1918 r.

Ogólnego zbioru № 2753

Przypadek cierpienia umysłowego o odrębnym zespole objawowym¹⁾.

Podał

Dr med. i fil. Piotr Pręgowski,
ordynator szpitala Św. Jana Bożego.

Chory Adolf B., l. 32, o średnim wykształceniu. Matka miewała jakieś „widzenia” i przejawia obecnie „dziwactwa”. Siostra jedna zmarła podobno na nowotwór mózgu, inna na jakąś inną chorobę mózgową. Z żyjącego rodzeństwa trzech bracia mają być nerwowi, siostra przeżyła chorobę nerwową. B. jest żonaty od lat 9. Dwoje dzieci żyjących. Jedno było urodzone nieżywe. Jedno zmarło w 1½ roku po urodzeniu, miało wyrzuty na skórze, określone przez lekarzy jako syfilityczne. B. w latach 12-ym i 23-ym miał cierpieć na silne bóle głowy, przed 16 laty uległ zakażeniu kiłowemu. Przed 10 laty przeżył jakąś psychozę kilkumiesięczną, którą w czasie jej trwania lekarze podobno określili, jako porażenie postępujące. Od tego czasu pracował zawodowo normalnie, był nerwowym, awanturniczym i zwłaszcza bardzo zazdrosnym o żonę, choć nie miał do tego powodów. Z usposobienia B. był naturą rzutką, pewną siebie, eksperymentalną.

Choroba obecna rozpoczęła się około 1 sierpnia 1917 roku, po dłuższym przepracowaniu się oraz znacznych kłopotach, trwających w ciągu dłuższego czasu. O pierwszych 2 tygodniach choroby żona chorego udzieliła następujących informacji. Zaczęło się od bezsenności, „zdenerwowania”. Zwolna rozwinęło się podniecenie: chory chodził wiele, „nie dał się utrzymać w domu”, mówił nieustannie, niekiedy śpiewał, chciał robić wszystko naraz, „chciał objąć wszystkie interesy naraz”, przejawiał jasność umysłu, „szaloną pamięć”. Często doprowadzał do awantur, atoli dawał sobą kierować. Wkrótce zaczął pokutować, był przynębiorny, to znowu popadał w podniecenie. Przejawiał także pobudzenie erotyczne. Wreszcie pod koniec

owych 2 tygodni zaczął mówić, że będzie królem, że rodzina jego jest książęcą, nazywał żonę królową Jadwigą. Przytem niemal codziennie, jak to w sposób pewny żona podaje, B. w ciągu paru godzin był zupełnie normalny.

Przytoczone dane o początku choroby, udzielone przez żonę B., znajdują bądź potwierdzenie, bądź uzupełnienie w oświadczeniach samego chorego, składanych przezeń później w czasie jasných przerw. Tak, pod datą 15 września mam zanotowane, co następuje: „Chory w czasie rozmowy oświadcza, że przybył tutaj do lecznicy, żeby się wyleczyć z choroby umysłowej, z manii wielkości, króla to mania wielkości, mówi, istnieje w rodzinie B. Choroba ta—B. sam podaje dalej—rozwinęła się wskutek przepracowania, bardzo złego odżywiania, silnych kłopotów i przejść, co wszystko zeszło się razem. B. zaczął nie sypiać, stał się silnie zdenerwowany i podniecony, słyszał głosy np. „zastrzelić go zza płotu”, „dureń” i t. p. To przejmowało go lękiem i zarazem podniecało go coraz bardziej. W jakiś czas potem powstała w nim myśl, że zostanie królem polskim; o ile sobie B. przypomina, myśl ta powstała w nim pod wpływem jakiejś hallucynacji”.

Na podstawie przytoczonych danych t. j. z zeznań żony chorego, oraz jego własnych późniejszych słów, wypowiedzianych w chwilach zupełnej normalności umysłu, w *lucidum intervallum*, można określić stan chorego z pierwszych kilkunastu dni, jako: 1) podniecenie psychoruchowe o charakterze czysto maniakałnym z pobudzeniem ruchu, mówienia, działania (*Thathendrang*), pobudzeniem władz myślowych, wzmożeniem samopoczuciem, euforyą i przytem pojawiały się niekiedy także depresja, omamy słuchowe, urojenie wielkości, (że będzie królem), oraz krótkotrwałe, nagle występujące jasne przerwy (*lucida intervalla*).

¹⁾ Przypadek ten był przedstawiony w sekcji neurologicznopsychiatrycznej Warsz. Tow. Lek. d. 26. I. 1918.

W dwa tygodnie po wybuchu choroby, 16 sierpnia 1911 r. B. przybył do mojej lecznicy, a 8 października przeprowadzony został do szpitala Jana Bożego.

Dla zobrazowania stanu chorego z czasu jego pobytu w mojej lecznicy przytoczę kilka wypisów z zakładowej historii choroby.

Pod datą 30. VIII. 1917 mam zanotowane: „Wczoraj i dzisiaj stwierdzone zostały u chorego znaczne halucynacje słuchowe. Chory skarżył się, że zza ściany, zpoza okna, bądź z sufitu mówią doń obelżywe słowa: dureń, świnia, prosiak, łajdak. Raz chory usłyszał głos żony: „ty łajdaku“ i na to w mojej obecności odezwał się do tego głosu: „co ja ci zawiniłem, że mnie tak przezywasz“.

Pod datą 1. IX. 1917. zanotowano: „Wczoraj wieczorem w czasie zabiegu leczniczego chory z początku nie pozwalał przystąpić do siebie pielęgniarzom, mówiąc, że oni będą go męczyć, mordować, że to są mordercy, kaci, mnie (byłem w płaszczu) brał za zakonnika, lecznicę za więzienie, pielęgniarzy za obsługę więzienną. Przejawia podejrzliwość, obawę; mówił, abym nie odchodził; zastonił się od wchodzących, całował mnie po twarzy i rękach. Potem poddał się zabiegowi, mówiąc wiele po rosyjsku, cytując rosyjskie przysłowia, dowcipy, bądź urywki z wierszy, np. z bajek Kryłowa, to znowu sam tworzył rymy rosyjskie. Mówił wiele, choć nie głośno, szybko przechodził do innych tematów, łatwo wszystko zauważał, wiele rozkazywał, był przytem zadowolony, łatwo rozczulał się. Opierając głowę na mojem ramieniu, ugryzł mnie dość mocno w ramię. Był rozmowny, na pytania odpowiadał natychmiast, bez przekomarzania się. Oświadczył spokojnie i poważnie, że jest przeznaczony na króla polskiego, czeka na przybycie delegatów, którzy mają go zaprosić na tron, będzie mianował otaczających dworzanami, ministrami, mnie zamianuje ministrem wojny.

Następnego dnia, 2. IX. 1917., zanotowano: Dzisiaj orientuje się dobrze co do osób, miejsca i swego położenia, zachowuje się spokojnie, prosi o świeżą bieliznę, chce leżeć na kanapce, mówi, że jest osłabiony. Na pytanie, czy jest umysłowo chory, odpowiada, że nie, lecz że był chorym umysłowo. Na pytanie, co mu było, odpowiada, że sądził, iż go wybiorą na króla, że mnie chciał mianować ministrem wojny, czy jakimś innym, że tutaj jest dom publiczny. Gonitwy myślowej, ani podniecenia ruchowego B. nie przejawia. Godz. 9 w. Pod wieczór B. zaczął być anormalny, nie dość zdawał sobie sprawę z tego, gdzie jest, kto są otaczający, co się z nim dzieje. Wyrażał się tak, jakgdyby uznawał się za kandydata na króla polskiego, nie wiedział tylko, czy jest godnym tego, zgodził się zupełnie szczerze, że będę mu pomocny przy osiągnięciu tronu. Wkrótce zachowanie się B. zmieniło się zupełnie: rozkazywał, stawiał uparcie różne żądania, nie zgadzał się ze zdaniem i propozycjami, wypowiedzanymi przy nim, niekiedy podśpiewywał sobie, mówił w sposób znaczący, nie dość naturalnie, jedne zbyt głośno i znacząco, inne zbyt cicho; to znów rozczulał się, bądź przejawiał nieokreślone lęki, podejrzliwość, niepokój. Wszystko to zmieniało się szybko. Chory domagał się przytem ciągle to jeść, to papierosów jednego za drugim, choć przed chorobą palił mało, to wyjścia z pokoju, to odwiedzin żony i t. p.

Pod datą 13. IX. 1917. znajduje się dość uporządkowany opis stanu chorego z dnia poprzedniego: Wczoraj po zaledwie parogodzinym śnie nocnym od rana B. był lekko podniecony, rozkazywał, mówił głośno, energicznie, stawiał co chwila różne żądania, jadł niezwykle wiele, mówił wiele, wymyślał otaczającym, rezonował i przekomarztał się, okazywał pewność siebie i energię, przejawiał wyraźne wzmożone samopoczucie. Na pytanie, czy zostanie królem polskim, odpowiadał, że jeszcze nie wiadomo; zdradza przytem dobrą umiejętność rachowania, znaczną bystrość umysłu i pamięć oraz biegłość dyalektyczną. Uważał się za zdrowego na umyśle. Tak było do popołudnia. Wtedy popadł w krótkotrwały stan przynębienia, stał się cichy, spokojny, rozczulał się, płakał serdecznie. Niedługo potem uspokoił się zupełnie i zachowywał się zupełnie normalnie, przejawiał świadomość, że przed chwilą przeżyty przezeń stan był chorobliwy, odrzucał i korygował ideę, że ma być królem. To *lucidum intervallum* trwało do wieczora. Wtedy zaczął okazywać niepokój; mówił, że jest zdenerwowany, domagał się papierosów jednego za drugim, mówił, że się czegoś boi, sam nie wie, czego.

Pod datą 15. IX. 1917, godz. 12 w poł. zanotowano: B. po obiedzie rwał prześcieradło z kołdry, zrobił z jednego z oddartych kawałków nakrycie i okrył niem głowę, innym oddartym kawałkiem owinął bucik na podobieństwo kalosza, inne skrawki ułożył w różnorodne wzory. Na pytanie, dlaczego to uczynił, odpowiada, że nie wie sam dlaczego, że tak mu to przyszło do głowy. Przytem chory nie zdradza podniecenia psychoruchowego.

Pod koniec pobytu w mojej lecznicy oraz w czasie dalszego pobytu w szpitalu św. Jana Bożego B. z wolna uspokoił się znacznie; jego stany chorobne straciły na intensywności; także i zmienność tych stanów przestała być tak wielka i kalejdoskopowa. Przytem lekka depresja i złaczone z nią niejako zahamowanie psychoruchowe przeważały nad stanami podniecenia.

W układzie nerwowym chorego, zarówno jak w narządach wewnętrznych, nie stwierdzono żadnych wyraźnych zmian organicznych. W krwi oraz w płynie mózgowordzeniowym według analizy, dokonanej w pracowni, zarówno odczyn Wassermann'a, jakoteż modyfikacja prof. Serkowskiego dn. 5. IX. 1917. Kromayer-Trinchese całkowicie ujemne, hemoliza zupełna; w płynie mózgowordzeniowym liczba białych ciałek (w kamerze Rosenthal-Fuchsa) znacznie zwiększona—2430 w 1 mm³, odczyn Nonne-Apelta słabododatni.

Chory w czasie swego pobytu w lecznicy otrzymywał leczenie termoforowe, które okazywało niezbyt wielkie działanie bezpośrednie, nieco większy skutek wywierały kuce. W lutym 1918 roku rozpoczęto cotygodniowe iniekcje podskórne. *Natr. nucleinici* w 25 gr. fizjologicznego roztworu soli dawkami *natr. nucl.* 1,0—2,0 do 6,0, dalej zmniejszając je do 1,0. Po zastrzyknięciu dawki 6,0 *natr. nucl.* stan B. zaczął się szybko polepszać, chory zaczął wiele sypiać, także dniem, stawał się z dnia na dzień normalniejszy, coraz z mniejszą pewnością i przekonaniem mówił o swoim przeznaczeniu królewskim.

W dniu 11. IV. 1918. został wypisany ze szpitala w stanie wielkiej poprawy, graniczącej z

normą, przyczem słabo przypominał sobie zdarzenia i swoje stany, zasze od początku choroby.

Streszczając dane z obserwacji nad stanami chorobnymi B., uznać należy, że poza brakiem jakichkolwiek zmian w układzie nerwowym stwierdzono, że B. oprócz objawów, zaznaczonych w wywiadach, a mianowicie: 1) podniecenia psychoruchowego, odpowiadającego najbardziej psychozie maniakałnodepresyjnej, 2) omamów słuchowych i urojenia wielkości (powołania na króla), oraz 3) krótkotrwałych, występujących nagle jasnych przerw (*lucida intervalla*), jeszcze 4) dezoryentacja co do miejsca, otaczających osób i własnego położenia, przy dobrej pamięci, bystrem myśleniu, szybkim rachowaniu.

Ponadto ujawniły się w czasie obserwacji jeszcze następujące właściwości chorego: 1) znaczna zmienność usposobienia uczuciowego, nie będąca w zbytnej zależności od treści prowadzonej z chorym rozmowy, przytem występujące uczucia były bardzo żywe i intensywne, a fakty lęku oraz gniewu były dość częste, niekiedy chory miewał krótkotrwałe stany silnego przygnębienia i rzewnego płaczu, 2) bardzo silne i bardzo zmienne stany pożądaniowe: chory chciał coraz to czegoś innego i najenergiczniej domagał się tego, zwłaszcza szczególnie silnie występowało wzmożone łaknienie, 3) Niedosć uwypuklona w przytoczonych powyżej wypisach z historii choroby znaczna skłonność chorego do niszczenia przedmiotów, oraz do szamotania się i bicia z otaczającymi, przytem B. niszczył, pruć, darł, przegryzał wszystko, często nawet w stanie niepodnieconym.

Do jakiej postaci chorobnej należy zaliczyć opisany przypadek?

Pomimo przebytego zakażenia kiłowego nie jest to porażenie postępujące,

a to przede wszystkim zarówno wobec braku zmian organicznych w układzie nerwowym, jako też wobec dobrej pamięci, tystości myślenia, oraz żywości w oddziaływaniu uczuciowym.

Przeciwko zaliczeniu danego przypadku do stopienia wczesnego przemawia przede wszystkim to, że podniecenia psychoruchowe chorego miały charakter podnieceń czysto maniakałnych oraz, że dziedzina uczuciowo-pożądaniowa chorego odznaczała się żywością, znaczną intensywnością i zmiennością.

Powtórne wystąpienie i pomyślnie zakończenie choroby, zmienność uczuciowa, charakter podnieceń psychoruchowych, przypominający podniecenie czysto maniakałne, przemawiają najbardziej za zaliczeniem tego przypadku do psychozy podniecennie-przygnębiennnej (*psychosis maniac. depressiva*). Atoli dezoryentacja, nie pochodząca z gonitwy wyobrażeń, ani z zahamowania psychicznego charakterystycznej treści, omamy słuchowe na początku choroby, oraz obłąd wielkości, utrzymujący się i bez stanów podniecennych przemawiają za tem, że albo 1) mamy tu do czynienia z zasługującą na uwagę, odrębną formą psychozy podniecennie-przygnębiennnej (*Psych. maniac. depressiva*), albo 2) jest to okresowo-przygnębiająca odrębna postać chorobna. Występowanie nagłe, często niemal z dnia na dzień, krótkotrwałych, po większej części kilkugodzinnych przerw jasnych (*lucida intervalla*) przemawia, sędzę, zarówno przeciwko sprawie organicznej, jako też przeciw intoksykacji mózgu, natomiast zdaje się dowodzić raczej bądź zmian naczynioruchowych, bądź zmiennego chemizmu wymiany materii.

ODCINEK.

ASYSTENCI SZPITALNI.

Podał

Bronisław Sawicki.

Sprawa stworzenia u nas odpowiedniej do dzisiejszych wymagań instytucji asystentów szpitalnych nie jest nową. Jeszcze w r. 1882 T. Dunin ogłosił w Gazecie Lekarskiej szczegółowo opracowany i uzasadniony projekt takiej instytucji. Dunin proponował wówczas przeistoczyć lekarzy miejscowych w asystentów szpitalnych, zwiększając ich liczbę

i zobowiązując do pracy na oddziałach, a jednocześnie do kolejnego pełnienia dyżurów w szpitalu. Od tego czasu sprawa asystentów szpitalnych wielokrotnie była omawiana w redakcjach czasopism lekarskich, w prasie lekarskiej, na zebraniach prywatnych, na oficjalnych posiedzeniach lekarzy szpitalnych, na posiedzeniach Rady Miejskiej Dobroczynności publicznej,

wreszcie na szeregu posiedzeń w Stowarzyszeniu lekarzy polskich, gdzie nawet opracowano pod przewodnictwem Dunina szczegółowy referat w tej sprawie. Wszystko to jednakże niewiele samą sprawę posunęło na przód.

Wprawdzie jeszcze pierwszy inspektor szpitali Warszawskich, prof. Walter, przed laty prawie czterdziestu wydał instrukcję, która sankcjonowała w szpitalach instytucję asystentów szpitalnych, jednakże w rzeczywistości niewielkie to miało znaczenie. Asystentami, podług tej instrukcji, mogli być tylko świeżo ukończeni lekarze, których na to stanowisko mianowano na przeciąg lat dwóch. Asystentów na oddziałach chirurgicznych nie mogło być więcej niż dwóch, na oddziałach wewnętrznych — jeden; przytem asystentów mogły posiadać tylko te oddziały, których kierownicy byli ordynatorami niemniej niż 5 lat. Najbardziej charakterystyczny w instrukcji był oddzielny paragraf, orzekający, że asystent za swą pracę żadnego wynagrodzenia nie może pobierać. Instrukcja prof. Waltera, na fałszywych podstawach oparta, prawie żadnego znaczenia dla sprawy asystentów szpitalnych nie miała. Niewiększe też znaczenie miała uchwała Rady Miejskiej Dobroczynności Publicznej z d. 20 kwietnia 1902 r. Mocą tej uchwały miano zaprowadzić instytucję t. zw. asystentów internów w szpitalu Dzieciątka Jezus i w szpitalu Starozakonnych. Asystenci interni w myśl nowoczesnych wymagań winni byli pełnić obowiązki pomocników przy ordynatorach na oddziałach szpitalnych, a pozatem kolejno dyżurować w szpitalu. W dość szczegółowo opracowanej instrukcji omawiano obowiązki asystenta na oddziale oraz podczas dyżuru w całym szpitalu. W dwóch większych szpitalach (Szpital Dzieciątka Jezus i Szpital Starozakonnych) dyżur miało pełnić odrazu dwóch asystentów: jeden z oddziału wewnętrznego i drugi z oddziału chirurgicznego.

Ażeby taką reformę przeprowadzić, projektowano w szpitalu Dzieciątka Jezus ustanowić 12 asystentów, t. j. liczbę, odpowiadającą liczbie oddziałów. Jednakże wobec braku środków na to zdecydowano tymczasowo ograniczyć się do 6 asystentów, t. j. do liczby, odpowiadającej liczbie pawilonów. Tym sposobem każdy asystent miałby w swej pieczy chorych z jednego pawilonu czyli z dwóch oddziałów. W miarę zdobywania środków każdy oddział miał w przyszłości otrzymać oddzielnego asystenta.

Z powyższego widzimy, że reforma była naogół dobrze pomyślana i wzorowana na tem, co zagranicą wprowadzono już oddawna z jaknajlepszym skutkiem. Na nieszczeście cała sprawa skończyła się na ułożeniu instrukcji.

Muszę tu z przykrością zaznaczyć, że do takiego załatwienia się z zamierzoną reformą myśmę się sami w znacznym stopniu przyczynili. Wielu z pomiędzy lekarzy naczelnych nie mogło się pogodzić z myślą, że lekarz miejscowy może poza domem administracyjnym być jeszcze oficjalnie związa-

ny z oddziałem szpitalnym. Wbrew temu, co oddawna stwierdzono zagranicą, u nas wyobrażano sobie, że zamierzona reforma, wyjmując lekarzy miejscowych z pod wyłącznej władzy lekarza naczelnego, wpłynie zgubnie na spełnianie obowiązków, związanych z dyżurami w szpitalu. Ten motyw wywołał pewną opozycję ze strony lekarzy naczelnych, a to przesądziło losy reformy.

Sprawa asystentów szpitalnych, narazie pogrzebana, nie przestawała jednakże domagać się rozwiązania. W r. 1907 szpital warszawskie przeszły pod zarząd miasta, a wówczas można się było spodziewać, że wśród wielu zamierzonych reform i ta nie będzie pominięta. Na razie ograniczono się do tego, że asystentom oddziałowym, w myśl instrukcji prof. Waltera mianowanym, wyznaczono po 90 rubli rocznie na bilet tramwajowy. Następnie w r. 1913 z woli Magistratu zajął się tą kwestyą inspektor szpitali Dr Troickij, który powołał komisję do opracowania tej sprawy i ułożenia odpowiedniej instrukcji. Z konieczności musieli wejść na porządek dzienny lekarze miejscowi. Nie chcąc i tym razem poruszać z gruntu fundamentów tej archaicznej instytucji, komisja starała się kwestyę rozwiązać połowicznie. Postanowiono lekarzy miejscowych przemianować na asystentów internów, do obowiązków zaś ich, określonych ustawą 1842 r., dodać jeszcze pomoc ordynatorom na oddziałach. Nad licznymi wątpliwościami co do roli asystentów internów komisja się przesłizgnęła, pozostawiając życiu rozstrzygnięcie tego problemu. Obok asystentów internów komisja zaproponowała instytucję płatnych asystentów eksternów, związanych tylko z oddziałami. Każdy oddział chirurgiczny miał otrzymać dwóch eksternów, starszego i młodszego. Oddziały wewnętrzne dostawały po jednym eksternie. Asystent intern obowiązany był mieszkać w szpitalu i otrzymywał poza mieszkaniem życie, światło, opał, usługę i 450 rubli rocznej pensji. Asystenci eksterni otrzymywali tylko pensję: starszy 450, młodszy 360 rubli rocznie. Asystent ekstern na oddziale wewnętrznym brał pensję młodszego. Stosunku służbowego internów do eksternów komisja nie określiła. Także pozostała nierozstrzygniętą kwestya rozmieszczania internów po oddziałach, skoro wszędzie ich miało być mniej, niż oddziałów szpitalnych. Jakkolwiek pełna braków, zamierzona reforma niechybnie pchnęła sprawę naprzód. Po raz pierwszy wprowadzono zasadę stałego opłacania pracy asystentów na oddziałach szpitalnych. Komisja dobrze rozumiała, że szło głównie o powołanie do życia takiej instytucji, którą już łatwiej byłoby w przyszłości reformować odpowiednio do potrzeb życiowych. Wysłane do Petersburga podanie o stałą pensję dla asystentów szpitalnych uzyskało zatwierdzenie, i odpowiednia decyzja powróciła do Warszawy w sierpniu 1914 roku, t. j. już na początku bieżącej wojny. Tak powstała instytucja płatnych asystentów w miejskich szpitalach warszawskich. Opracowana dla tychże asystentów przez wspomnianą komisję in-

strukcyja nie mogła już uzyskać zatwierdzenia władz odpowiednich; to też cała sprawa pozostała niedokończona i do dziś pozostaje jakby w zawieszeniu. Stanowisko lekarzy miejscowych, przemianowanych na asystentów internów, w gruncie rzeczy pozostało tem, czem było poprzednio. Obowiązku pracy ich na oddziale regulaminowo dotąd nie ustanowiono, stosunku internów do eksternów nie uregulowano, warunków pomocy ordynatorom na oddziałach prawie nie zmieniono. Samo się przez się rozumie, że w znacznym stopniu wpłynęły na to warunki wojenne oraz nawał spraw pilniejszych. Dopiero w ostatnich czasach władze szpitalne uznały za możliwe zająć się i tą sprawą. Zdecydowano się przeprowadzić gruntowniejszą reformę, niż była ta, którą w r. 1913 zaproponowała komisya. Wobec ważności tej sprawy dla rozwoju szpitalnictwa i wogóle dla lecznictwa w kraju, postanowiliśmy ze swojej strony także poświęcić jej nieco czasu.

I.

Zanim przystąpimy do omawiania zamierzonych obecnie reform, uważamy za wskazane przedstawić choć pobieżnie, jak się ukształtowała sprawa asystentów szpitalnych gdzieindziej. Za podstawę bierzemy stosunki, które miały miejsce tuż przed rozpoczęciem wojny. Obecne stosunki zagranicą są nam mniej dokładnie znane, a zresztą, jako nienormalne, czasowe, nie mogą mieć wielkiego znaczenia w projektowaniu reform u nas.

Omawiając sprawę asystentów szpitalnych, musimy mieć na widoku przede wszystkim Francję, Niemcy i Austrię. Natomiast Anglię, jako najbardziej pod względem stosunków szpitalnych odskakującą od nas, możemy tu pominąć bez szkody, gdyby nie to, że nasi zwolennicy utrzymania nadal instytucji lekarzy miejscowych często powołują się na to, że właśnie szpitale angielskie dotąd zatrzymały tę instytucję. Tak, rzeczywiście dotąd zatrzymały instytucję o tejże nazwie, lecz poza tą nazwą, niewiele mającą wspólnego z lekarzami miejscowymi w naszym rozumieniu tej rzeczy; lekarz miejscowy w szpitalu angielskim czyli t. zw. House Surgeon (senior, junior) na oddziale chirurgicznym i House Physician na oddziale wewnętrznym jest właściwie asystentem szpitalnym, który obowiązany jest pomagać ordynatorowi na oddziale i w kolejce z innymi pełnić dyżury w szpitalu. Różnią się ci lekarze miejscowi od asystentów niemieckich i francuskich tem, że, ponieważ jest ich stosunkowo nieco mniej, muszą niekiedy obsługiwać dwa oddziały. Dzieje się to mianowicie w tych szpitalach, gdzie oddziały są małe. Tam zwykle ordynatorzy, zmuszeni korzystać z tychże samych sal operacyjnych i innych ubikacji, z musu dzielą się pomiędzy sobą dniami w tygodniu lub godzinami dnia. Tym sposobem jedni, na przykład, robią wizyty i operują przed południem, drudzy po południu. Otóż w tych razach tenże House Surgeon względnie House Physician pomaga kolejno to jednemu, to drugiemu ordynatorowi. Pozatem ciż lekarze miejscowi dyżurują

kolejno w szpitalu. Czynność dyżurnego polega głównie na dawaniu pomocy w nagłych przypadkach chorym na sali lub chorym świeżo przybyłym, przyczem zazwyczaj najmniej poświęcają czasu zwykłym świeżo przybywającym chorym. Nowo przybyłego chorego zapisuje urzędnik, oglądać zaś go niema potrzeby, gdyż zazwyczaj chory był już badany przez lekarza na mieście, który go skierował do szpitala z odpowiednią adnotacją. Muszę tu jeszcze zaznaczyć, że nie należy do obowiązków lekarza miejscowego w Anglii piecza nad kuchnią, oglądanie produktów i t. p., ponieważ do tego są wyznaczone odpowiednio kompetentne osoby. Lekarz miejscowy ma mieszkanie i całe utrzymanie w szpitalu angielskim, a nadto pobiera rocznie 50 do 60 funtów. Oprócz lekarzy miejscowych w szpitalach angielskich pracuje jeszcze duży zastęp asystentów przychodnich, którzy za swą pracę narówni z ordynatorami żadnego wynagrodzenia nie pobierają.

We Francyi, Niemczech i Austrii od dawna już wprowadzono instytucję asystentów szpitalnych, mieszkających, gdzie to możliwe, w szpitalu, pomagających ordynatorom na oddziałach i kolejno pełniących dyżury. Różnica polega prawie jedynie na tem, że w Niemczech i w Austrii na stanowiska asystentów (ogólnikowo t. zw. Hilfsärzte) powoływani bywają młodzi lekarze już dyplomowani; tymczasem we Francyi asystentury powierzane bywają, że tak powiem, starszym studentom, który kurs nauk lekarskich przeszli, egzamin konkursowy na stanowisko asystenta (interne) zdali, lecz nie otrzymali jeszcze dyplomu lekarskiego. Ograniczenie to wprowadzono w tym celu, by intern, otrzymując całkowite utrzymanie w szpitalu, poświęcał cały czas szpitalowi i kształceniu się na dobrego lekarza, zamiast uganiania się za praktyką. W Niemczech, a ostatnio i w Austrii starają się stworzyć takie same warunki, zabraniając wprost asystentom szpitalnym praktyki prywatnej pod rygorem utraty posady asystenta.

Intern szpitali francuskich zatwierdzony bywa na tem stanowisku na lat 4, przyczem musi co rok zmieniać oddział, na którym pracuje. Wyjątkowo tylko otrzymują przedłużenie tego terminu do lat 5-u interni, którzy zdobyli złoty medal za napisanie rozprawy. Intern otrzymuje w szpitalu mieszkanie (w braku tegoż 600 franków dodatku), życie i pensję, która w 1-m roku wynosi 600 fr. rocznie, w 2-m 700 fr., w 3-m 800 fr., w 4-m 1000 fr. Jeżeli szpital leży daleko od środka miasta, intern dostaje dodatkowo 300 fr. Obowiązki interna polegają na pomaganiu ordynatorowi czyli szefowi na oddziale oraz na pełnieniu dyżurów. W szpitalach mniejszych interni dyżurują kolejno po jednym, natomiast w szpitalach dużych (naprz. Hôtel-Dieu) dyżurują po dwóch. Dyżur trwa zwykle 24 godziny. Na oddziale intern bada chorych, robi opatrunki, pomaga przy operacjach, wykonywa badania laboratoryjne i t. p. Intern obowiązany jest codziennie pomiędzy 4, a 7 godziną po połu-

dniu obejść chorych w oddziale. W razie nagłego przypadku intern bądź to sam udziela pomocy, bądź też, o ile przypadek jest ważniejszy, zwłaszcza chirurgiczny, wzywa telefonicznie swego szefa, jeżeli ten sobie to zastrzegł, lub też dyżurnego chirurga. Tu wypada zaznaczyć, że w Paryżu istnieje niespotykana w innych krajach organizacja kandydatów na szefów. Są to lekarze, którzy zdobyli już szereg wymaganych konkursów na stanowisko *médecin des hôpitaux* i czekają tylko na opróżnienie się miejsca w którymkolwiek szpitalu. Otóż ci to zapasowi *médecins des hôpitaux*, których liczba jest ściśle określona, mają kolejne dyżury i w razie nagłej potrzeby są wzywani na operację w szpitalach. Ciż sami *médecins des hôpitaux* zastępują szefów oddziałowych w razie ich choroby, lub wyjazdu na urlop.

Obok internów w szpitalach francuskich pracują jeszcze eksterni czyli młodzi asystenci, którzy pensji nie pobierają, a dostają tylko niewielką sumę na przejazdy, o ile pracują w szpitalu, nieco bardziej odległym od środka miasta. Eksterni uzyskują swoje stanowisko po zdaniu egzaminu konkursowego; z nich w następstwie rekrutują się interni. Eksterni nie biorą udziału w dyżurach szpitalnych, o ile nie zastępują internów.

Liczba internów i eksternów na oddziałach niezawsze jest jednakowa, co zależy od różnej wielkości oddziałów oraz od innych warunków lokalnych.

Zwykle na oddziale chirurgicznym, liczącym około 100 łóżek, pracuje dwóch do trzech internów i w dwójnasób lub nawet więcej eksternów.

Nieco odmiennie ukształtowały się stosunki w Niemczech i w Austrii. Tu stanowisko asystenta szpitalnego otrzymuje się nie drogą egzaminu konkursowego lecz zapomocą prostego wyboru, którego dokonywa z pomiędzy kandydatów bądź to sam szpital, bądź też (zresztą rzadziej) deputacja szpitala przy magistracie.

W Niemczech asystent zwykle bywa zatrudniany na przeciąg lat dwóch; termin ten następnie może być przedłużony o rok, niekiedy dwa, rzadko dłużej. Tą drogą starają się tam dać krajowi większą liczbę wyszkolonych na oddziałach szpitalnych lekarzy, a pozatem mają, jak powiada Stintzing (*Das deutsche Krankenhaus*), na widoku i to, że „zapal do pracy i zdolność podporządkowywania się z wiekiem maleje”. Asystent przez cały czas swego pobytu w szpitalu pracuje na jednym oddziale. Jedynie za zgodą zarządu szpitala i odpowiednich ordynatorów asystent może się przenieść na inny oddział. Praca asystenta polega na pełnieniu obowiązków pomocnika przy kierowniku oddziału szpitalnego oraz na pełnieniu dyżurów w szpitalu. Na oddziale oraz w laboratoriach asystent spędza dziennie 8 do 10 i więcej godzin (zwykle od 8 rano do 2 po południu i od 5 do 8 i później wieczorem). Dyżury w szpitalu asystenci pełnią w pewnej z góry określonej na każdy miesiąc kolejce. Dyżur trwa 24 godzi-

ny i zaczyna się w różnych szpitalach rozmaicie. Najczęściej dyżur trwa od 12 w południe jednego dnia do 12 drugiego dnia. W wielu jednakże szpitalach zaczynają dyżur rano, a nawet wieczorem. W szpitalach dużych, liczących ponad 500 łóżek, dyżuruje od razu dwóch asystentów, z których jeden wyłączenie przyjmuje chorych w domu administracyjnym (*Aufnahmediensst*), drugi zaś bywa wzywany w razie nagłej potrzeby, by dawać pomoc chorym na oddziałach (*Tagesdienst, Anwesenheit*). Najczęściej tak układają listę dyżurów, by jednocześnie dyżurowali jeden asystent internista i jeden chirurg. Jeżeli chirurg dyżuruje w pokoju przyjęć, a na sali oddziałowej zdarzy się naprz. krwotok, to asystent internista, dyżurujący na oddziałach, wyręcza w przyjmowaniu świeżych chorych chirurga, który spieszy z pomocą na salę. W dużych szpitalach, posiadających znaczną liczbę oddziałów i rozrzuconych na dużej przestrzeni, dyżuruje niekiedy od razu trzech i więcej asystentów. W tych razach jeden z nich przyjmuje chorych nowoprzybywających, inni zaś dają pomoc chorym w oddziałach, które się odpowiednio dzieli pomiędzy dyżurnymi. W małych szpitalach, gdzie asystentów jest niewielu, ci także dyżurują kolejno po 24 godziny, lub tygodniami (Brandenburg). W tych razach jednakże lekarz dyżurny ma w ciągu dnia parę godzin, w których może wychodzić ze szpitala, byle zawsze było wiadomo, gdzie się znajduje.

Rozmaita bywa liczba łóżek, obsługiwanych przez jednego asystenta. W dużych miastach wynosi ona zwykle około 30 do 40. Zdarza się jednakże często, zwłaszcza w szpitalach małych oraz na prowincyi, że o wiele więcej chorych przypada na jednego asystenta. Tak więc naprz. w Brandenburgu szpital liczy 150 łóżek, i na to ma tylko dwóch asystentów. Tu należy, zaznaczyć, że w wielu szpitalach, zwłaszcza w większych miastach, asystentom pomagają w pracy wolontariusze, o których mowa niżej.

Asystenci w szpitalach niemieckich pobierają pensję, a nadto otrzymują mieszkanie, życie, światło, opał i obsługę. Mylnem jest głoszone często u nas zdanie, że w szpitalach niemieckich wszyscy asystenci, powołani do dyżurów, mieszkają w szpitalu. Zarówno w Niemczech, jak i w Austrii, a nawet Francyi nie wszystkie szpitale rozporządzają dostateczną liczbą mieszkań dla swoich asystentów. To też w wielu szpitalach, zwłaszcza starszego typu, znaczna część asystentów mieszka na mieście, za co otrzymuje odpowiednie wynagrodzenie.

Co się tyczy pensji, to ta wynosi w pierwszym roku pełnienia obowiązków zwykle 1000 do 1200 marek; w latach następnych bywa podwyższona o 100, 200, lub 300 marek do wysokości 1600, 1800, lub 2000 marek. Tak więc naprzykład w szpitalach berlińskich asystent otrzymuje w ciągu pierwszego 1½ roku pensję w stosunku 1200 marek rocznie, a w ciągu następnego 1½ roku — w stosunku 1500 marek rocznie; nadto dostaje mieszkanie i życie.

W Hanowerze płaca asystenta wynosi w 1-m roku 1200, w 2-m 1500, w 3-m — 1800 marek. W Brandenburg — 1500, 1800 i 2000 marek. Jedyne Saksonia płaciła wyższe pensję: w Dreźnie naprz. pensje asystentów w ciągu kolejnych 4 lat pracy wynosiły kolejno: 2250, 2650 i 2850 marek obok całkowitego utrzymania.

Poza asystentami oddziałowymi (*Asistenzärzte*) w szpitalach niemieckich pracuje spory zastęp t. zw. wolontaryuszów (*Wolontärärzte*), którzy pomagają w pracy kierownikowi oddziału i asystentom, dyżurów jednakże w szpitalu nie pełnią. Tylko w niektórych szpitalach na prowincyi wolontaryuszów na równi z asystentami włączają w kolejkę dy-

żurujących. W przeważnej liczbie przypadków wolontaryusze za swą pracę żadnego wynagrodzenia nie pobierają. Dopiero w ostatnich latach szpitale berlińskie, a za ich przykładem i inne poczęły pewnej liczbie wolontaryuszów dawać mieszkanie lub życie, niekiedy jedno i drugie razem, lub zamiast tego pewne wynagrodzenie (600 marek w Berlinie).

Do liczby wolontaryuszów należy zaliczyć lekarzy wojskowych, przysyłanych na praktykę do szpitali cywilnych oraz praktykantów lekarskich (*Medizinalpraktikanten*), t. j. studentów, którzy już zdali egzaminy lekarskie, lecz muszą jeszcze odbyć roczną praktykę w szpitalu, by otrzymać dyplom na lekarza. (Dok. n.).

Przegląd bibliograficzny.

Prof. dr St. Serkowski. Metodyka badań sanitarnych. (Z 66 rys. w tekście). Warszawa, 1918. Nakład Dyrekcji Służby Zdrowia Publicznego. (Str. 237).

Za panowania rosyjskiego badania sanitarne, jak wogóle cała higiena, były u nas w zupełnem zaniedbaniu. Pracownice prywatne na żądanie osób lub instytucji prywatnych wykonywały pewne badania. Lecz instytucje państwowe, gminne, lekarze powiatowi podobnie sprawami mało się zajmowały. Nic więc dziwnego, że i podręczników tego rodzaju nie było. Szczupłe grono osób, interesujących się temi kwestyami, zadawałoby się podręcznikami niemieckimi lub innymi cudzoziemskimi. Obecnie jednak, kiedy budujące się państwo polskie i w dziedzinie higieny zakłada fundamenty, kiedy placówki powiatowe dawnych lekarzy urzędników zaczynają zajmować lekarze higieniści, społecznicy, których zadaniem i obowiązkiem jest badanie produktów spożywczych, wody, mieszkań i t. d., brak polskiego podręcznika dawał się silnie odczuwać.

Lukę tę wypełnia praca, wydana przez prof. dra Serkowskiego, pod tytułem „Metodyka badań sanitarnych“, ułożona na podstawie wykładów i zajęć praktycznych, prowadzonych przez autora na kursach przygotowawczych dla lekarzy powiatowych.

Praca ta zawiera prawie całkowity kurs higieny teoretycznej i praktycznej. Badanie odżywiania osób, rodzin i ludności i produktów spożywczych, badanie wód, powietrza, mieszkań, budowli, ścieków, sklepów, wreszcie metodyka badań bakteryologicznych i serologicznych—oto w ogólnym zarysie treść podręcznika. Materiał każdego działu jest tak obfity i wyczerpujący, że niepodobna podawać szczegółowego streszczenia.

Należy podnieść, że w każdym temacie poruszonym autor w sposób zwięzły daje wyczerpujący obraz stanu obecnego danej kwestyi, całej literatury przedmiotu, ze szczególnem uwzględnieniem polskiej, wreszcie metodykę badań kreśli tak dokładnie, że każdy czytelnik, na podstawie podręcznika, sam wykonać może daną próbę.

Brak niektórych działów, jak np. gruźlicy, chorób wenerycznych, tłumaczy się tem, że na kursach przygotowawczych dla lekarzy powiatowych przedmioty te były wykładane przez specjalnych prelegentów.

W rozdziale III—Sposoby zbierania prób do badania w § 11—zbieranie wysięków, autor mówi: w wysiękach brzusznych wkłuwają się trójgraniec pacjentowi, znajdującemu się w pozycji siedzącej, z lewej strony na połowie linii między *spina ossis ilei ant. sup.* a spojeniem łonowem. Tu możnaby zwrócić uwagę na możliwości przekucia *art. et venae epigastricae*, przebiegających w tej okolicy. Dogodniejsze i bezpieczniejsze jest wkłuwanie trójgrańca w linii środkowej na 2—3 palce poniżej pępka.

Dużą zaletą podręcznika jest układ pedagogiczny; podział na rozdziały i paragrafy, zaznaczane grubszym drukiem, pozwala łatwo się orientować i odszukać potrzebną kwestję. Rysunki są bardzo liczne, wykonane pod względem technicznym poprawnie i są przeważnie odbitkami z własnych preparatów lub fotografii.

Podręcznik prof. Serkowskiego wypełnia z pożytkiem lukę w piśmiennictwie polskiem i niewątpliwie przyjdzie z rzetelną pomocą lekarzowi powiatowemu w jego odpowiedzialnych zadaniach i pracach, jak również i wszystkim badaczom w dziedzinie sanitarnej.

B. Dębiński.

Wiadomości bieżące.

— Na szeregu posiedzeń Stowarzyszenia lekarzy polskich liczni koledzy, wracający z Rosyi, zdawali kolejno sprawę z trzyletniej tułaczki swej na obczyźnie. Otrzymaliśmy barwny obraz przejść ciężkich i bo-

lesnych lekarzy polaków, rzuconych pośród szalejącej burzy wojennej i rewolucji społecznej. Zarazem jednak otrzymaliśmy krzepiący obraz opiekuńczej ich pracy społecznej dla nieszczęsnych rzesz wygnańców. Z radością i dumą stwierdziliśmy, że

lekarz-polak dochował święcie pośród obcych wskazań kultury polskiej i obowiązku narodowego.

— Z relacji lekarzy, wracających z Rosyi, dowiadujemy się, że w niektórych punktach reemigracyjnych urzędnicy komisji reemigracyjnej wstrzymują, nieraz na czas dłuższy, lekarzy, wracających do kraju, celem użytkowania bezpłatnie ich pracy zawodowej dla rzesz wygnańczych, częstokroć narażając ich przez to na wydatkowanie ostatnich zasobów pieniężnych. Zarząd Stowarzyszenia lekarzy polskich odwołał się z tego powodu do Komisji Reemigracyjnej z prośbą o zorganizowanie dla wygnańców racjonalnej pomocy lekarskiej, oraz o zarządzenie, aby urzędnicy komisji nie powstrzymywali bezprawnie powracających do kraju lekarzy.

— Na ostatnich posiedzeniach dyskusyjnych Stowarzyszenia lekarzy polskich obradowano gorąco nad paru sprawami z zakresu bytu lekarskiego, jakie wynikły z chwilą powrotu do kraju kolegów, ewakuowanych przez rosyjan. Szczególne rozgoryczenie i—powiedźmy wręcz—oburzenie powszechne wywołała zwłaszcza wiadomość o trudnościach, na jakie natrafiło kilku kolegów, którzy zgłosili się na dawne swe stanowiska szpitalne. Istotnie, w ciągu ubiegłych trzech lat okupacji nikt z nas, pozostałych w kraju, nie wątpił ani przez chwilę, że oddziały szpitalne, opuszczone z powodu ewakuacji przymusowej przez tych kolegów, będą im zwrócone natychmiast po ich powrocie. Niezawodnie wątpliwości żadnych w tym względzie nie miano dotąd również w Zarządzie miasta, skoro prowadzenie oddziałów wspomnianych pozostawiono tymczasowym zastępcom i w ciągu trzech lat nie ogłaszano na nie konkursu, obowiązującego według ustalonego dziś regulaminu. Tem dziwniejszem wydaje się obecnie zwleknięcie z przywróceniem praw należnych kolegom ewakuowanym, wbrew nawet opinii naczelnika Wydziału szpitalnego, zgodnej w tej sprawie najzupełniej z opinią, jednomyślnie wypowiedaną w Stowarzyszeniu lekarzy.

Ogół nasz lekarski zmuszonyby był zaprotestować energicznie przeciwko próbom traktowania lekarzy, powołanych do wojska, bądź ewakuowanych z instytucjami państwowymi rosyjskimi, jako urzędników rosyjskich, dla których niema dziś miejsca w warunkach państwowości polskiej. Uważa też za swój obowiązek koleżeński upomnieć się o ich prawa, jako pracowników społecznych polskich, i bronić ich przed skrzywdzeniem moralnem i materyalnem.

Należy stwierdzić, że nawet z punktu widzenia praw dotąd u nas obowiązujących i z mocy zasad konwencji haskiej, wszystkim urzędnikom zarówno państwowym, jak i gminnym przysługuje prawo powrotu na stanowiska, opuszczone z powodu mobilizacji wojennej. Czyż jednak koniecznem by było powoływanie się w tej sprawie, dotyczącej lekarzy polskich, aż na kodeks praw i na konwencję haską?

— Nowo obrany Zarząd Stowarzyszenia Lekarzy polskich ukonstytuował się, jak następuje: prezes kol. Starkiewicz Władysław, wiceprezes kol. Jakimiak Bolesław, skarbnik kol. Kijewski Stanisław, bibliotekarz kol. Karpiński Józef, sekretarz kol. Turkiewicz Euzebiusz, gospodarz lokalu kol. Jastrzębski Maryan. Prócz tego do Zarządu należą kole-dzy: Drozdowicz Grzegorz, Gruszczyński Aleksander, Kamocki Walenty, Kuczyński Antoni, Łapiński Wacław, Tymieniecki Edward.

NEKROLOGIA.

Aleksander Dobrzański, nestor okulistów polskich, b. ordynator szpitali warszawskich i b. prezes wydziału Lekarskiego Towarzystwa Dobroczynności, długoletni dyrektor zakładu leczniczego w Busku, zmarł w Warszawie d. 30 z. m., przeżywszy lat 88.

Stanisław Radziszewski, lekarz naczelny Schroniska św. Józefa w Marymoncie i ordynator szpitala św. Stanisława, żył lat 68; zmarł w Warszawie d. 31 z. m.

Władysław Olechnowicz, długoletni kierownik zakładów leczniczych dla umysłowo i nerwowo chorych, ostatnio w Czerwonym Dworze pod Markami, zmarł d. 3 b. m. w wieku lat 70.

N A D E S Ł A N O.

1) Sprawozdanie z I roku działalności Stow. Lekarzy i Przyrodników Polskich w Mińsku Litewskim. Rok 1917—1918. 2) Ustawa o obowiązku ubezpieczeniu na wypadek choroby i wywołanej przez nią niezdolności do pracy. Warszawa 1918. 3) Biuletyn Dyrekcji Służby Zdrowia Publicznego, Ministerstwa Zdrowia Publicznego, Opieki społecznej i Ochrony Pracy. Rok I. № 2.

TREŚĆ NUMERU.

	Str.		Str.
Piotr Pręgowski. Przypadek cierpienia umysłowego o odrębnym zespole objawowym	281	<i>Przegląd bibliograficzny.</i> St. Serkowski. Metodyka badań sanitarnych	287
Odcinek. Bronisław Sawicki. Asystenci szpitalni.	283	<i>Wiadomości bieżące</i>	287
		<i>Nekrologia</i>	288

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^{1/2} do 6-ej.

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 1 m.

CENA OGŁOSZEŃ w Gazecie za wiersz dwuszpaltowy, drobnem pismem na stronie pierwszej i ostatniej M. 1,75 na stronach wewnętrznych okładki M. 1,50.

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

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

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

Odczyty Kliniczne

Świeżo wydany został Zeszyt II. 12. Seryi XXI.
(Ogólnego zbioru zesz. 251, 252).

MIECZYŚLAW MICHAŁOWICZ.

Biologiczne własności mleka i ich znaczenie dla odżywiania niemowląt.

W świetle badań współczesnych.

Cena 2 marki.

Do nabycia w księgarniach i w Administracji Gazety Lekarskiej.

Skład główny w księgarni Gebethnera i Wolffa w Warszawie.

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

WYSZŁO Z DRUKU:

Choroby wewnętrzne.

Podstawowe sposoby badania klinicznego

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

Dla użytku lekarzy i uczących się

napisał

Dr med. SZCZĘSNY BRONOWSKI
ordynator Szpitala Przemienienia Pańskiego.

Część I. Oglądanie i Opukiwanie.

(z 71 rysunkami i VI tablicami).

Cena mk. 16.



Sanatoryum D-ra SOLMANA

Warszawa, Al. Szucha 9.

Zakład, wzorowo pod względem klinicznym zbudowany i urządzony, służy do pobytu i leczenia chorych z cierpieniami chirurgicznymi, kobiecimi, oraz wewnętrznymi z wyjątkiem chorób zakaźnych i umysłowych. Pobyt wspólnie 14 m., oddzielnie 18 do 30 m. dziennie. Wszyscy Sz. PP. lekarze mogą umieszczać w zakładzie i osobiście leczyć swoich chorych, znajdując w sanatorium wszelkie środki pomocnicze do uskutecznienia leczenia chirurgicznego lub terapeutycznego.

Drów W. Łapińskiego i W. Reklewskiego

Aleja Jerozolimska 65 w Warszawie.

Choroby kręgosłupa, stawów, kości, mięśni, przemiany materii i t. p. Mechanoterapia (przyrządy motorowe), przyrządy do leczenia elektrycznoświatelnego i gorącym powietrzem, przyrządy do leczenia przekrwieniem.

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

Dr med. i fil. STEFAN STERLING - OKUNIEWSKI

== D U R W Y S Y P K O W Y ==

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

Warsz. Tow. Akc. „MOTOR“ niniejszym zawiadamia W W. PP. Doktorów, iż

„MOTO FER“

jest zmienioną nazwą dla wyrabianego przez nas od wielu lat, a cieszącego się wielkim uznaniem pp. lekarzy i publiczności preparatu pod nazwą:

Tinctura Ferri comp. modo Athenstaedti „Motor“.

Zmieniliśmy nazwę dla odróżnienia od pojawiających się na rynku konkurencyjnych preparatów.

Wyrabiamy: MOTOFER i MOTOFER c. ARSENO.

Nazwa przedstawiona do zatwierdzenia.

WYMIAR PRZECIĄTOREK-LEKARSKA przy WARSZAWIE
STOWARZYSZENIE LEKARZY odwołuje na podstawie badań chemicznych i bakteriologicznych, **JUSTOŁO KAPARINIKOWO** jest organizmem połączeniem jodu w postaci płynnej, zawierającej 4,7% czystego jodu-Przebieg ten można się woda: w wodzie stonksu, jest przynajmniej 5 stach może być stonksu: w dawkach od 10-100 kropli trzy razy dziennie, przywzięcie się w ustroju szybko, nie wywołując objawów podrażnienia ani skutków jodu (podskórny) może w dawkach najmniejszych i wydzielnie się stonksu: w ciągu 3 - 4 dni.

Warszawa dnia 27 lutego 1914

Warszawa dnia 27 lutego 1914

Przewodniczący Komisji:

Przemysław Lekarski

A. J. Buchanan

Sekretar

Opuscula per yera e Tod.
Nobis hateros de no acto
Te pua de ad M. S. d. no
justicia... 22 de mayo 1978.
Dices de ad
Att. Humberto
Secretaria, Jueces

JORDORF

Peptonate d'iode Karpíński

Jodorol jest organicznym połączeniem jodu w postaci płynnej. Jodorol przyswaja się szybko, nie wywołując objawów podrażnienia ani zatrucia jodem (jodismus) nawet w dawkach najwyższych i wydziela się całkowicie w ciągu 3 — 4 dni. Może być stosowany od 10 — 100 kropeł trzy razy dziennie.

Cena flakonu m. 5.50.

Tow. Akc. „Pr. KARPIŃSKI w Warszawie”
ul. ELEKTORALNA 35.

Obok zamieszczamy ocenę Jodorolu przez Komisję Przemysłowo-lekarską przy Warszawskim Stowarzyszeniu Lekarzy.