



№ 37.

Warszawa, d. 14 Września 1918.

Rok LIII.

DZIENNIK LECARSKI

· PISMO · TYGODNIOWE ·

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

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

Wydawca Dr W. Szumlański.

Ogólnego zbioru № 2754.

Adres Redakcyi—Żorawia 22.

Adres Administracyi—Marszałkowska 73.

Tłumaczenie

prac lekarskich na język niemiecki i francuzki oraz
przepisywanie na maszynie przyjmuje b. stud. wydz.
lek. F. Stodolska. Ul. Śniadeckich (Kaliksta) 13 m. 18.

OTWOCK.

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

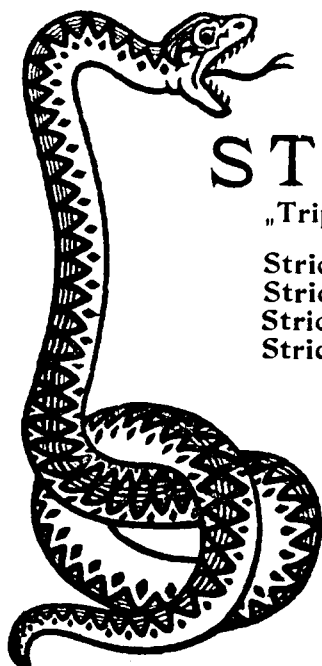
POHL'S GELODURAT.

Ważne dla pp. LEKARZY.

Obecnie znajdują się w sprzedaży w aptekach następujące oryginalne preparaty:

Pohl's Gelodurat 1) c. Digitalis titr. 0.1, 2) c. Theobromin-Digitalis 0.25, 3) c. Tct. Valerianae tripl. 0.5, 4) c. Kali Jodati 0.5, 5) c. Natr. Jodati et c. Diuretin, 6) c. Ferr. arsenicos, 7) c. Gelokal 0.2 i 0.5, 8) c. Ol. Santal ostind. 0.5, 9) c. Kawa Santal 0.3, 10) c. Benzol c. Ol. Olivarium 0.25, 11) c. Phosphor 0.0005 c. Ol. Amygdal 0.25.

Kapsułki geloduratowe rozpuszczają się dopiero w kiszczkach cienkich, dzięki czemu unika się przykrego odbijania, utraty apetytu i t. p., nie wywołują również podrażnienia nerek.



INIEKCYE STRYCHNINOWE:

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

(Strichnin. nitr. Natr. kokodylic. Natr. glycerinofosfor.)

Strichnin. kakodylic. 0,0005 c. Natr. glycerinofosf. 0,10

Strichnin. nitr. 0,001 c. Natr. kakodylic. 0,05—0,075—0,10

Strichnin. nitr. 0,001 c. Lecithin-ovo 0,05 — 0,10—0,20.

Strichnin. nitr. 0,001 Ferr. citr. oxyd. 0,02—0,04 c. Phenol.

i wiele innych.

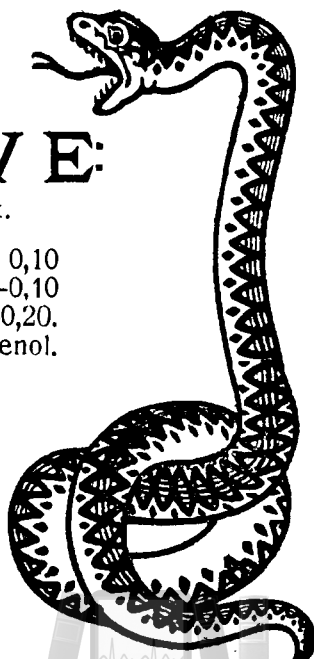
POLECA

APTEKA

E. GESSNERA

w WARSZAWIE

JEROZOLIMSKA 25.



Algorhin Spiess

(ANTISEPTICUM AD TRACT. RESPIRATOR.).

Skład: Chloreton, Camphora, Menthol, Ol. Cinnamomi Ol. Paraffini puriss.
Użycie: Namazywać lub wkraplać a najlepiej przy pomocy rozpylacza do płynów tłuszczowych wdychać w nos i w krtani kilka razy dziennie.

Pojemność flakona ca. 50 g.

Pulverisator Spiess

Rozpylacz do algoryny i płynów tłuszczowych.

Hydrogenium hyperoxydat. stabilisat. Spiess

H_2O_2 3%

Pojemność flakona około 100 g.

Gwarantowana pewność pożądanej koncentracji i nieobecność szkodliwych dodatków.

Żądać prospektów.

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“.

Sapinol

z marką ochronną „Sosna“ aptekarza J. Bobakowskiego
w Warszawie, wyborowy ekstrakt sosnowy do kąpieli. Cho-
roby nerwowe, kobiece, dróg oddechowych, dziecięce, reu-
matyzm, artretyzm.

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

„MOTOFER“

jest zmienioną nazwą dla wyrabianego przez nas od wielu lat, a cieszącego się wielkim uznaniem pp. leka-
rzy 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.

PAMIĘTNIK KLINICZNY

SZPITALA DZIECIĄTKA JEZUS

== Tom II ==

z 27 rysunkami, 2 portretami w tekście i 1 tablicą

przygotował do druku A. LANDE, sekretarz posiedzeń klinicznych.

WARSZAWA, 1918. — SKŁAD GŁÓWNY W KSIĘGARNI GEBETHNERA I WOLFFA.

CENA 6 MAREK.



WZGLĘDY LECZARSKE

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE WSZYSTKIM GAŁĘZIOM WMIĘJĘ-
TNOŚCI LECZARSKICH

Warszawa, d. 14 września 1918 r.

Ogólnego zbioru № 2754.

O durze wysypkowym u dzieci, oraz o wpływie duru wysypkowego na życie płodu ¹⁾.

Podał

Kazimierz Zieliński,

ordynator szpitala Przemienienia Pańskiego, lekarz zarządzający szpitalem dla zakaźnych przy ul. Brzeskiej 11 (Św. Wojciecha).

Wiemy o tem dobrze, że nie można się nauczyć z podręczników patologii szczegółowej, rozpoznawania i leczenia danej choroby i że tylko na zasadzie dokładnej obserwacji klinicznej chorych możemy sobie wyrobić o niej pojęcie należyte. Jednakże dobry podręcznik zawsze będzie przez nas mile widziany jako przypomnienie i uzupełnienie tego wszystkiego, cośmy przy łóżku chorego zaobserwować zdołali. Niewątpliwie dobrze jest odczytać to, co inni o danem cierpieniu mówią, porównać to wszystko, co się widziało, z tem, co o tem już inni napisali i w ten sposób wiadomości swe o danej chorobie pogłębić.

Otóż w niemałym kłopotcie znalazłby się każdy lekarz-praktyk, gdyby chciał się bliżej zapoznać z drem wysypkowym u dzieci. W podręcznikach patologii szczegółowej oraz pedyatrii znalazłby o tem bardzo mało i to nader sprzecznych wiadomości. W pracy swej, zamieszczonej w t. VII Przeglądu Pedyatrycznego ²⁾, przytoczyłem cały szereg cytat, dotyczących interesującej nas sprawy, zarówno z podręczników patologii szczegółowej, jak pedyatrii. W wielu podręcznikach pedyatrii opisu tej choroby niema wcale, nawet w podręczniku Feera, Pfaundera i Schlossmana,

Henocha i t. d. W niektórych znajdujemy tylko opisy krótkie i niezawsze zgodne z rzeczywistym stanem rzeczy.

Najlepiej ujmuje sprawę w swym podręczniku pedyatrii Fiłatow. Znać z opisu jego, że Fiłatow widział chore na tyfus wysypkowy dzieci i że opis swój na żywych przykładach, a nie na literaturze wzorował.

Pracując od września r. 1915 w tymczasowym szpitalu dla zakaźnych na Pradze, urządzonym w gmachu szpitala kolei Nadwiślańskich przy ul. Brzeskiej № 12 i, mając tam z początku różne choroby infekcyjne, byłem zaskoczony tym faktem, że gdy powoli w szpitalu tym tyfus wysypkowy zaczął wypierać inne choroby i w końcu całkowicie, wskutek obfitej podaży, panowanie swe rozpostarł, wśród chorych na tyfus wysypkowy znalazła się wielka liczba dzieci. W czasie dawniejszych epidemii duru wysypkowego na Pradze dzieci chorych na tę chorobę nie widywaliśmy prawie wcale.

W ciągu całego 1916 roku do 1 kwietnia 1917 r. na ogólną liczbę tyfusowych 844 osób z 7,25% śmiertelności, mieliśmy 195 dzieci do lat 15, co stanowi 22% ogólnej liczby chorych. W tem było dzieci:

nijęj 1 roku	1
od 1 r. do 4 lat	27
od 5 do 9 "	85
od 10 do 15 "	82

Razem 195

¹⁾ Według odczytu, wygłoszonego na posiedzeniu klinicznym Polskiego Tow. Ped. w d. 29 maja 1918.

²⁾ „Przyczynek do badań nad tyfuszem wysypkowym u dzieci”. Przegląd Pedyatryczny r. 1917 i Księga pamiątkowa dla dra Andersa.

W następnym okresie sprawozdawczym a mianowicie od 1 kwietnia 1917 r. do 1 kwietnia 1918 r. mieliśmy 463 dzieci. W tem było:

	do 1 roku	2
od 1 do 4	„	42
od 5 do 9	„	187
od 10 do 15	„	232
Razem		463

Było więc 463 dzieci na ogólną liczbę 1630 chorych z 5,33% śmiertelności. Jak widzimy, odsetka dzieci bardzo wielka, bo wynosi aż 27,8%, pomimo, że oficjalnie zaprzestaliśmy zimą ostatniego roku sprawozdawczego przyjmować dzieci, kierowano je bowiem do oddziału specjalnego w szpitalu przy ul. Śliskiej, mieliśmy więc u siebie tylko ten nadmiar chorych dzieci praskich, których szpital dla dzieci przy ul. Śliskiej przygarnąć dla braku miejsca nie zdołał.

Naogół więc, wliczając nieliczne przypadki z praktyki prywatnej, obserwowaliśmy 662 przypadki tyfusu wysypkowego u dzieci do lat 15, z których zmarło tylko jedno i to obciążone gruźlicą płuc i gruczołów oskrzelowych.

Na zasadzie więc danych statystyki naszej dojść można do wniosku, że dzieci, w czasie obecnej epidemii, stanowią od 22—30% ogólnej liczby zachorowań na tyfus plamisty. Z pierwszych obliczeń moich, przytoczonych w wyżej wzmiankowanej pracy ¹⁾ za czas od 9. VIII. 1915 r. do 1 Listopada 1916 r., na 405 osób naliczyliśmy dzieci do lat 15 aż 120, co stanowiło również około 30% ogólnej liczby chorych. To też liczbę 27,8% z ostatniego okresu sprawozdawczego należałoby nieco podwyższyć ze względu, że nie wszystkie dzieci umieszczano w naszym szpitalu i że nie wszystkie przypadki zachorowań u dzieci podlegały registracji. W każdym razie odsetek ten jest znacznie większy od notowań innych autorów. Mołodienkow ²⁾ w Moskwie podaje 16% zachorowań na wiek dziecięcy; Murchison w Londynie 16,25%; Szwajcer ³⁾ w Warszawie na wiek od 5 do 10 lat —14%. Jak widzimy więc, udział dzieci w epidemii obecnej jest stosunkowo wielki i, jak to miałem honor wykazać w odczycie swym ⁴⁾ na II Zjeździe higienistów polskich w m. czerwcu r. z., dzieci mogą być

pierwszymi ogniwami zachorowań wśród danej rodziny, a więc przyczyniać się do szerzenia epidemii. Na 100 zachorowań u dzieci w 14 przypadkach stwierdzić mogłem, że choroba dzieci poprzedzała nieraz na kilka tygodni chorobę rodziców. Źródłem zarazy dla dzieci bywały, jak i w innych chorobach zakaźnych, cheder, szkoła. Szerzeniu się epidemii przez dzieci sprzyja lekki u nich przebieg choroby (niezawsze bowiem dzieci kładą się w pierwszych dniach choroby) lekceważenie choroby tej ze strony otoczenia, niewłaściwe rozpoznanie, wreszcie świadome ukrywanie i pokątne leczenie przez felczerów. Znam fakty tajemnego leczenia dzieci przez felczera, aż do chwili zachorowania rodziców. Dopiero choroba tych ostatnich zmuszała otoczenie do jej ujawnienia. Rzadko kiedy przechorowały same tylko dzieci bez udziału starszych. Znałe są z czasu obecnej epidemii masowe zachorowania w szkołach, ochronach i internatach i t. d...

Jakkolwiek dzieci naogół są mniej zarażone od osób dorosłych, bo najbrudniejsza matka dba jeszcze więcej o czystość dziecka, niż o swoją własną, jednakże odrzucać możliwość szerzenia się epidemii przez dzieci nie można, bo fakty spostrzegane mówią co innego. To, że nawet spanie w jednym łóżku z chorem na tyfus wysypkowy dzieckiem niekoniecznie pociąga za sobą zachorowanie matki (znam taki jeden przypadek), niczego jeszcze nie dowodzi i do lekceważenia zachorowań u dzieci, pod względem epidemiologicznym, nie zachęca. Każdy przypadek stwierdzonego tyfusu wysypkowego u dzieci, zwłaszcza w szkole, internacie, ochronie, powinien pociągnąć za sobą te same konsekwencje, co i u dorosłego, to jest ścisłą izolację chorego i otoczenia i t. d.

Co się tyczy przebiegu tyfusu wysypkowego u dzieci, to możemy skreślić, co następuje. Wogóle, jeżeli opisywany w podręcznikach obraz tej choroby z nagłym początkiem, bólem głowy, 14-dniowym okresem gorączki, z następczym nagłym spadkiem ciepłoty ciała, rzadko kiedy obserwuje się u dorosłych, tem większe odchylenia od typu tego zauważyć można u dzieci. Sam czas trwania gorączki waha się od kilku dni do 20 i więcej. Spotykamy więc u dzieci formy od najlżejszych do postaci tej choroby najcięższych, ze znaczną jednakże przewagą pierwszych, to jest postaci lekkich. Najwięcej typowym u wszystkich chorych bywa początek choroby. Zawsze prawie choroba zaczyna się nagłe dreszczami, ziębieniem, cza-

¹⁾ Przegląd Pedyatryczny. T. VII.

²⁾ Archiv f. Kinderheilkunde. T. 59.

³⁾ według cytaty w monografii o tyfusie plamistym dra Stef. Sterling-Okuniewskiego r. 1917. № 22.

⁴⁾ Referat ukaże się w Pamiętniku II Zj. H. P.

sem wymiotami, w pierwszym dniu choroby nieznacznie tylko wznesieniem się ciepłoty ciała z następczymi bólami głowy, krzyża, szumem w uszach i t. d. Chory sam, o ile jest w stanie myśleć, lub rodzice dziecka wskażą zawsze dokładnie dzień, w którym choroba się rozpoczęła. Inny początek choroby, nieokreślony co do czasu, budzi wątpliwości co do właściwego rozpoznania tej choroby.

Ciepłota ciała ulega, w przeciwieństwie do dorosłych, częstym i nietypowym remisjom. Gorączki typu stałego nie widzimy u dzieci prawie wcale. Zakończenie okresu gorączkowego w przeważającej liczbie przypadków bywa lityczne, zaledwie w jednej piątej części przypadków bywa ono krytyczne. Ostateczny spadek ciepłoty do normy przed 13–14 dniem choroby odbywa się w połowie ogółu przypadków u dzieci, gdy u dorosłych dzieje się to w $\frac{1}{3}$ części przypadków. Przed 15 dniem dzieci kończą okres gorączkowy w $\frac{3}{4}$ wszystkich przypadków, gdy u dorosłych odbywa się to w połowie. Po 15 dniu choroby, najpóźniej w 21 dniu dzieci przestają gorączkować w jednej czwartej części wszystkich przypadków.

Tętno, przeważnie przyspieszone w ciągu całego okresu gorączkowego, szybko spada do normy jednocześnie ze spadkiem ciepłoty. Rzadko kiedy liczba uderzeń na minutę bywa nadmiernie wielka. Niekiedy zauważyć można tętno zwolnione w stosunku do ciepłoty. Ztąd mała wartość objawu tego, w przeciwieństwie do dorosłych, w rozpoznaniu różniczkowym odnośnie do tyfusu brzuszego. Niemiarkowość tętna występowała w cięższych przypadkach z objawami oponowymi.

Odech przeważnie nie przyspieszony. Przyspieszenie oddechu każe przypuszczać powikłanie ze strony płuc w postaci zapaleń zrazowych lub zrazikowych, które zdarzają się nie częściej, niż w 8% przypadków i wtedy przeciągają stan gorączkowy na czas dłuższy.

Wysypka podobna do odrowej, lecz zawsze mniej obfita, u dzieci często zjawia się wcześniej, bo już 3 dnia choroby, nie 5 lub 6-go, jak u dorosłych; trwa zwykle krócej, od kilku tylko nieraz godzin do 3 dni i więcej, stosownie do natężenia choroby w każdym poszczególnym przypadku. Również w zależności od natężenia choroby i charakteru wysypki bywa różny: drobne, zawsze o nierównej wielkości, różowawe, wystające nad powierzchnię skóry, jednak mało widoczne, powierzchowne petocie w przypadkach lekkich, aż

do ciemnoczerwonych, bardzo wyraźnych, z biegiem dni nawet czarnych w przypadkach ciężkich. Pomiędzy temi krańcowemi postaciami wysypki widuje się cały szereg odcieni co do barwy i obfitości. Najwcześniej występuje wysypka na plecach, później na bokach i na brzuchu, wreszcie na kończynach zwłaszcza na wewnętrznej i zewnętrznej powierzchni przedramion, dłoniach, nawet palcach, a w cięższych przypadkach i na twarzy. Zjawienie się wysypki na przedramionach w razach wątpliwych stanowczo przechyla rozpoznanie na korzyść tyfusu wysypkowego. Zasługują na uwagę przypadki, w których wysypkę można było przeoczyć wskutek jej krótkotrwałości, oraz takie, jak mój przypadek u rocznego dziecka, w którym była wybitna wysypka przy stanie bezgorączkowym¹⁾. W roku bieżącym spostrzegałem zupełnie taki sam przypadek drugi u 8-io miesięcznego dziecka (Anieli F.), które przybyło do szpitala w dniu 24. VII. 1918 r. wraz z chorą na tyfus wysypkowy matką. Cały czas pobytu w szpitalu było ono zupełnie zdrowe, wesołe, odłączone od matki w pokoju izolacyjnym, karmione sztucznie. W dniu 9. VIII. dostało wysypki charakterystycznej na całym ciele. Wysypka ta trwała do 14. VIII. Krew wzięta do badania w d. 13. VIII. wykazała odczyn Weil-Felixa dodatni 1 : 100, oraz Widal'a 1 : 50 ujemny (dr Sierakowski). Z naszych spostrzeżeń wynika, że wysypka bywa objawem stałym tak, że rodzi się pytanie, czy wogóle istnieją tak zwane tyfusy wysypkowe bez wysypki. (*Typhus sine exanthemate*). Wspomnę jeszcze o tem później. Dostępne badaniu błony śluzowe wolne są od wysypki, a nawet w przeważającej części przypadków i od nieżyty; ztąd ważny objaw różniczkowy co do rozpoznania odrzy, w której nieżyt gardzieli ma charakter swoisty. Nawet w przypadkach z zajęciem płuc zrazikowym lub zrazowym gardziel często bywa zupełnie czysta. Wyjątkowo tylko, w bardzo ciężkich postaciach, odnaleźć tam można na niezaczerwienionem tle śluzówki drobne ciemno zabarwione plamki.

Język w przebiegu tyfusu wysypkowego u dzieci w postaciach lekkich bywa czysty, wilgotny; zaburzeń ze strony żołądka i kiszek zwykle nie bywa. W cięższych przypadkach język bywa obłożony białawym nalotem; rzadko kiedy, tylko w przypadkach najcięższego natężenia, bywa suchy. Również bardzo rzadko spotyka się w tyfusie

¹⁾ I. c. Przegląd Pedyatryczny. T. VII. przypadek IV.

wysypkowym takie języki, jakie widuje się prawie zawsze w tyfusie brzuszny: suche, jakby lakierowane, często pokryte popękanym nalotem ciemnoczekoladowego lub cynamonowego koloru. Nieraz na zasadzie samego wyglądu języka z wielką dozą prawdopodobieństwa można sądzić, z jakim tyfusem mamy do

czynienia. W tych najcięższych postaciach spostrzegać można i zaburzenia ze strony żołądka i kiszek: wzdęcia brzucha, rozwolnienia, wreszcie wymioty—tak częste, zwłaszcza u kobiet, u osób dorosłych w okresie największego nasilenia gorączki i w okresie tuż po spadku ciepłoty. (Dok. n.)

ODCINEK.

ASYSTENCI SZPITALNI.

Podał

Bronisław Sawicki.

(Dokończenie—patrz № 36).

Wszystkie te kategorie wolontaryuszów okazują mniejszą, lub większą pomoc na oddziałach szpitalnych i do pewnego stopnia zmniejszają pracę asystentów; trzeba jednakże zwrócić uwagę na to, że są to przeważnie przelotne ptaki, przychodzące na krótki okres czasu (na parę, najwyżej na kilka miesięcy) na oddział, by się czegoś nauczyć i co rychlej tenże oddział opuścić! W tych warunkach praca ich nie może być nazbyt wydajna. Jedynie tylko może być dla oddziału rzeczywiście użyteczną garść tych wolontaryuszów, którzy aspirują do posady asystenta na oddziale.

Oddzielną kategorię asystentów w szpitalach niemieckich tworzą t. zw. *Oberärzte*, instytucja do pewnego stopnia zwichnięta. Wobec bardzo dużych oddziałów szpitalnych, liczących niekiedy po 200 i więcej łóżek, niepodobna było żądać od ordynatora, czyli t. zw. dyrektora oddziału, by tenże mógł zjawiać się na każde zapotrzebowanie w nagłym przypadku. Z drugiej strony wobec częstego zmieniania się asystentów, niezawsze można było zapewnić chorym odpowiednią pomoc. Z tych względów stworzono instytucję starszych asystentów, którzy mieli pełnić w szpitalu rolę zastępców w stosunku do dyrektorów oddziałów. W każdym szpitalu stworzono dwie takie posady: internistę i chirurga. Z biegiem czasu ci zastępcy, mianowani na okres bezterminowy, zaczęli sobie przykrzyć swe stanowisko i domagać się oddziałów. Wobec tego w wielu szpitalach wykrojono im oddziały o mniejszej liczbie łóżek, niż mieli dyrektorzy oddziałów, i w ten sposób przekształcono ich na samodzielnych ordynatorów.

Obecnie, nie znając historii rozwoju tych stosunków, trudno się nieraz połąpać z tem, co należy rozumieć pod nazwą *Oberarzte*. W szpitalach berlińskich, hamburskich są to już samodzielni ordynatorzy oddziałowi. Natomiast w Dreźnie *Oberarzt* jest rodzajem stałego starszego asystenta.

Oberarzt pobiera pensję wyższą, niż asystent, mniejszą jednakże, niż dyrektor oddziału, i nie pełni żadnych dyżurów poza tem, że jest obowiązany nieść pomoc w cięższych na-

głych przypadkach, a specjalnie wykonywać czasem operacje. Zresztą i pod tym względem, stawszy się ordynatorami, w wielu miejscach zdołali się t. zw. *Oberärzte* od tych ciężkich obowiązków w znacznym stopniu uwolnić. W każdym razie ta sprawa w Niemczech czeka jeszcze na dalsze rozwiązanie.

Co się tyczy Austrii, to tu pod wielu względami stosunki są bardzo podobne do wyżej opisanych. Jest tu jednakże jedna duża różnica, na którą chcemy zwrócić uwagę. Sprawę dodania dyrektorom oddziałów odpowiednich zastępców rozwiązano tu w inny sposób, aniżeli w Niemczech. Wytworzono w Austrii kategorię asystentów starszych, wybieranych na pewien określony czas, czem zabezpieczono się przeciwko takiej ewentualności, jaka miała miejsce w Niemczech. W praktyce organizacja asystentów w Wiedniu i w większości innych miast Austrii tak się przedstawia: do szpitala zgłasza się na praktykę młody lekarz, który otrzymuje nazwę aspiranta (coś w rodzaju wolontaryusza szpitali niemieckich) i otrzymuje nominację na rok jeden, poczem jednakże dyrekcyja może mu przedłużyć czas służby z roku na rok. Z tych aspirantów rekrutują się następnie właściwi asystenci oddziałowi, czyli t. zw. sekundaryusze. W razie zawakowania posady sekundaryusza z pomiędzy aspirantów władza wybiera najodpowiedniejszego, który otrzymuje nominację na rok jeden, poczem może otrzymywać prolongatę z roku na rok. Ogółem może zajmować posadę w ciągu lat 4, przy czem jednakże w ten okres wliczają się i lata służby w roli aspiranta. Sekundaryusze tem się różnią od asystentów szpitali niemieckich, że nie są, jak tamci, związani z jednym oddziałem, lecz są co pewien czas przenoszani z oddziału na oddział, by się mogli obznajmić z różnemi specjalnościami. Przeniesienie sekundaryusza z oddziału zależy od dyrektora szpitala.

Wyższy stopień w hierarchii asystentów austriackich stanowi t. zw. *Abtheilungsassistent*, asystent oddziałowy, który odpowiada do pewnego stopnia temu, co w Niemczech

określają mianem *Oberarzt*. Różnica polega na tem, że *Assistentarzt* zajmuje swą posadę czasowo, natomiast *Oberarzt* — bezterminowo¹⁾.

Każdy oddział szpitalny posiada jednego asystenta oddziałowego. Na wakującą posadę takiego asystenta gremium ordynatorów, czyli prymaryuszów, szpitala wybiera z pomiędzy kandydatów najodpowiedniejszego, a wyższa władza szpitalna (w Wiedniu namiestnictwo) na mocy tego wyboru daje nominację na rok. Taką nominację może władza przedłużać jeszcze co rok dwukrotnie. Na czwarty rok służby może mianować tylko minister spraw wewnętrznych.

Żadną pracę w szpitalu aspiranci w zasadzie nie pobierają. W rzeczywistości jednakże w ostatnich latach zaczęto pewnej ich liczbie dawać jakieś wynagrodzenie (zwykle 600 koron rocznie). Sekundaryusze otrzymują 2000 koron rocznie (1600 koron pensyi i 400 koron dodatku), życie w cenie 2 kor. dziennie (przed wojną) i mieszkanie lub wzamian 600 kor. rocznie. Asystenci oddziałowi pobierają 2800 koron (2000 pensyi 800 dodatku), życie i mieszkanie. Raz do roku aspiranci i sekundaryusze otrzymują urlop 3-tygodniowy, asystenci oddziałowi — 4-tygodniowy. Pod względem obowiązków służbowych na oddziale i podczas dyżuru obowiązują mniej więcej te same prawa i zwyczaje, co i w Niemczech. Asystenci oddziałowi do kolejek dyżuru nie są włączani. Natomiast aspiranci w wielu szpitalach pełnią dyżury narówni z sekundaryuszami.

Przechodząc z kolei do naszych stosunków, muszę przede wszystkim zaznaczyć, że przyczyną zaniedbania instytucyi asystentów szpitalnych była u nas niechęć ze strony władz rosyjskich przeznaczenia na ten cel odpowiednich środków. Wyżej przytoczyliśmy szczegóły, jak kraje zachodnie starają się zabezpieczyć byt młodego lekarza, pracującego w szpitalach, by mu w ten sposób umożliwić dalsze kształcenie się w zawodzie lekarskim. Tymczasem u nas, gdzie w przeciwieństwie do zagranicy medycynie poświęcała się najbardziej część młodzieży, szpitale absolutnie nic nie robiły, by tym młodym pracownikom choćby tylko najskromniejszy byt zapewnić. Wskutek tego na pracę w oddziałach szpitalnych mogła sobie pozwolić tylko mała garść ludzi, którzy przytem najczęściej z głodu przymierali, czas sobie kradli na pracę szpitalną, musieli się uganiać na mieście choćby za najlichszym zarobkiem. To, że niewielka liczba lekarzy miejscowych miała być jako tako zabezpieczony, nie mogło mieć wybitniejszego wpływu na sprawę. Lekarze miejscowi nie byli obowiązani pracować na oddziałach, a niektórzy z nich nawet nie mogli, ponieważ mieli codziennie dyżur w godzinach przedpołudniowych. To też praca lekarza miejscowego na oddziale była rzeczą jego dobrej wo-

li. Ci, którzy pracowali na oddziałach, wybierali je sobie dowolnie. Stąd też zdarzało się, że na jednym oddziale skupiali się wszyscy lub przeważna liczba lekarzy miejscowych, natomiast inne oddziały, może bardziej potrzebujące płatnej pomocy, wcale jej nie miały. Zdarzało się, że lekarz naczelny, o ile sam prowadził oddział szpitalny, wszystkich lekarzy miejscowych skupiał na swoim oddziale. Lekarz miejscowy, nawet pracujący na oddziale, był z nim luźno związany i mógł być go rzucić w każdej chwili, nie przestając być lekarzem miejscowym. W tych warunkach instytucja lekarzy miejscowych nie miała większego wpływu na rozwój sprawy asystentów szpitalnych, którzy rekrutowali się naogół z pracowników bezpłatnych. To nie pozwoliło rozwinąć się w należyty sposób instytucyi asystentów szpitalnych, a nawet ją w znacznym stopniu spacyfowało. Ordynator, potrzebujący pomocy na oddziale, nie mógł robić odpowiedniego wyboru z pomiędzy kandydatów, a brał to, co mu się zdarzało. To też nieraz bywało, że na oddział szli młodzi lekarze nie dla pracy, lecz dla zdobycia sobie corychlej praktyki, zwłaszcza, jeśli na czele oddziału stał bardziej wzięty lekarz. Zresztą przy najlepszych chęciach uganiający się za zdobyciem utrzymania młody asystent rzadko mógł poświęcić szpitalowi tyle czasu i w takich godzinach, jakich wymagała potrzeba. Stąd też praca szpitalna zawsze kulała, a młodzi lekarze nie mogli się w należyty sposób kształcić do przyszłej swej pracy samodzielnej. Asystent zwłaszcza przy braku tych ułatwień, jakie dają odpowiednio prowadzone pracownie, mógł się kształcić tylko z trudem o wiele powolniej, niż to ma miejsce zagranicą. Taka sytuacja miała jeszcze jedną stronę ujemną. Ta niewielka liczba młodzieży, która zdołała sobie zdobyć jakąkolwiek podstawę bytu, już się stale trzymała oddziału, uważając to za stopień przejściowy do ordynatury w Warszawie. Tym sposobem jedni i ci sami ludzie dziesiątkami lat zajmowali pierwsze miejsca przy ordynatorze, nie pozwalając wskutek tego wyrabiać się innym młodszym, którzy zawsze pozostawali na szarym końcu. Odbijało się to ujemnie zwłaszcza na oddziałach chirurgicznych, które produkowały zbyt mało zdolnych do samodzielnej pracy chirurgów. To daje nam możność zrozumienia tego objawu, że pomimo tylu oddziałów chirurgicznych w Warszawie, stale panował brak odpowiednio wykwalifikowanych chirurgów w kraju. Przecież zdarzało się nawet w latach ostatnich przed wojną, że po kilka miesięcy poszukiwano chirurga wyrobionego do szpitala w mieście gubernialnem i nie znajdowano go.

Powyżej przedstawiony obraz rzeczy z małemi zmianami przetrwał do chwili obecnej. Wprawdzie część asystentów mianowano eksternami, dając im niewielką pensję, lecz ani nie ujęto ich obowiązków w odpowiedni regulamin, ani nie zabezpieczono im bytu choćby w sposób najskromniejszy, by mógł żądać odpowiedniej pracy. Z drugiej strony prze-

¹⁾ W wielu szpitalach nazwy „Asystent oddziałowy” i „sekundaryusz” zastępują przez „pierwszy sekundaryusz” i „drugi sekundaryusz”.

mianowani na internów lekarze miejscowi w gruncie rzeczy pozostają dalej tem, czem byli dawniej. Tak samo żaden regulamin nie wiąże ich z oddziałami, a w myśl Ustawy 1842 r. są oni po dawnemu obowiązani pełnić dyżury w kancelaryi, czuwać nad zachowaniem przepisów policyi lekarskiej w szpitalu, rozstracać kontrolę nad kuchnią i nad produktami spożywczymi.

W tych warunkach z radością należy powitać usiłowania obecnego Wydziału szpitalnego, by pełnić sprawę asystentów szpitalnych na nowe tory. Sprawa ta wiąże się z zamierzoną ogólną reformą życia szpitalnego. Za podstawę do reformy instytucji asystentów wzięto stosunki w szpitalach zagranicznych, wybierając z nich to, co się okazało drogą doświadczenia najbardziej celowym. Przytem reformę asystentów związano z zamierzoną komasacją zbyt małych oddziałów. W ten sposób nakreślono sobie plan, że tak powiem, osiągalny dopiero z biegiem czasu. Na okres przejściowy plan ten musi ulegć odpowiedniej modyfikacji.

Zamiast bezcelowego dzisiejszego podziału na asystentów internów i eksternów postanowiono oprzeć podział na zasadach, praktykowanych w Austrii, t. j. podzielić ich na asystentów młodszych i starszych. Kandydaci na asystentów młodszych rekrutują się z pomiędzy wolontaryuszów. Asystent młodszy mianowany jest na przeciąg lat dwóch. Po upływie tego czasu na przedstawienie lekarza naczelnego uchwałą delegacji termin ten może być dwukrotnie przedłużony za każdym razem na rok. Asystenci starsi są mianowani z pomiędzy asystentów młodszych także na przeciąg lat dwóch, poczem każdy może być jeszcze dwukrotnie mianowany na rok. Tym sposobem najdłuższy okres asystentury obejmuje lat ośm.

Asystenci młodszy pomagają ordynatorom na oddziałach i wszyscy pełnią kolejno dyżury w szpitalu. Przytem w szpitalach większych (Dzieciątka Jezus, Starozakonnych i Przemienienia Pańskiego) ma dyżurować odrazu dwóch lekarzy. Dyżur trwa 24 godziny.

Asystenci starsi pomagają ordynatorom w pracy oddziałowej i w razie potrzeby ich zastępują. Tym sposobem w nocy wykonywują operacje w przypadkach nagłych, a poza tem pełnią obowiązki ordynatorów podczas ich urlopu lub wyjazdu. Asystenci starsi nie biorą udziału w dyżurach, przynajmniej w domu administracyjnym przy zapisywaniu nowych chorych.

Zamierzony projekt reform szpitalnych ma na widoku, że z czasem nasze małe oddziały ulegną komasacji w ten sposób, że w przyszłości oddział szpitalny będzie liczył od 80 do 100 łóżek. Otóż w takim normalnym oddziale chirurgicznym przewiduje się trzech asystentów: jeden starszy i dwóch młodszych. Takież oddział wewnętrzny będzie miał dwóch asystentów: jednego starszego i jednego młodszego.

Zanim nastąpi taka komasacja małych oddziałów, wypadnie zamierzoną reformę tymczasowo przystosować do warunków obecnych. Tym sposobem obecny oddział chirurgiczny, mniejszy od proponowanego w przyszłości normalnego, dostanie tylko dwóch asystentów młodszych, oddział zaś wewnętrzny — jednego młodszego. Posady asystentów starszych będą wprowadzone tylko w szpitalach większych, i to tylko dla oddziałów chirurgicznych, przytem w zmniejszonej liczbie. Każdy szpital większy będzie miał dwóch asystentów starszych chirurgów, którzy będą obowiązani mieszkać w szpitalu i okazywać pomoc w cięższych przypadkach poza godzinami wizyt ordynatorów, a specjalnie wykonywać operacje nocne.

W zasadzie zamierzona reforma ma na widoku, by wszyscy asystenci mieszkali w szpitalu. Ponieważ jednakże szpitale nasze nie rozporządzają odpowiednią liczbą mieszkań, przewiduje się, że pewna liczba asystentów i nadal będzie mieszkała na mieście, otrzymując wzamian za mieszkanie odpowiednie wynagrodzenie.

Co się tyczy pensji asystentów, to obecnie nic pewniejszego powiedzieć jeszcze nie można. Proponuje się w zasadzie, by asystenci młodszy oddziałów normalnych pobierali rocznej pensji 2400 marek, a nadto otrzymywali żywienie podczas dyżuru; asystenci starsi mają pobierać o 600 marek więcej. O ile asystent młodszy mieszka w szpitalu i korzysta z całkowitego utrzymania, strąca mu się za to z pensji 600 marek rocznie.

Na oddziałach mniejszych do czasu ich skomasowania asystenci pobieraliby 1500 marek i żywienie podczas dyżuru, względnie o 600 marek mniej w razie otrzymywania mieszkania i życia w naturze.

Na oddziałach zakaźnych i psychiatrycznych pensye mają być o 600 mk. wyższe.

Zamierzona reforma przewiduje jeszcze kategorię lekarzy wolontaryuszów. Ci nie otrzymywaliby stałej pensji, lecz pewna ich liczba dostawałaby za pracę swą wynagrodzenie (około 40 marek miesięcznie). Takich wolontaryuszów, otrzymujących pewne wynagrodzenie, przewidziano dla szpitala Dzieciątka Jezus i szpitala Starozakonnych po 10, dla szpitala Przemienienia Pańskiego—6, dla szpitala św. Ducha i św. Łazarza—po 4, dla innych szpitali—po 2 lub po 1.

Cokolwiekbyśmy zarzucili projektowanej reformie, trzeba przyznać, że o ile ona wejdzie w życie, będzie stanowiła krok wielkiej doniosłości zarówno dla rozwoju szpitali, jak i dla podniesienia poziomu wykształcenia ogółu naszych lekarzy. Być może wypadnie w niej zrobić jakieś poprawki w przyszłości (zwłaszcza co do pensji), niemniej przeto dziś wprowadzenie w życie tej reformy powita gorąco ogół lekarzy, jako zapowiedź lepszej przyszłości dla naszego szpitalnictwa.

Wiadomości bieżące.

— Na jednym z posiedzeń dyskusyjnych Stowarzyszenia Lekarzy Polskich rozpatrywano sprawę lekarzy sanitarnych m. st. Warszawy, którym Magistrat w czerwcu r. b. wy mówił ryczałtowo posady „z powodu zamierzonej reorganizacji Wydziału”. W ożywionej dyskusji nie zaprzeczano słuszności podstaw projektowanej reformy, jako dążącej do zapewnienia miastu lekarzy sanitarnych możliwie sprawnych i oddanych wyłącznie obowiązkom urzędu. Jednakże z potępieniem i protestem spotkał się sposób przeprowadzenia reformy. Z goryczą podkreślano przede wszystkim fakt udzielenia lekarzom dotychczasowym ogólnej dymisji. Istotnie, dymisjonowanie gromadne wszystkich pracowników wydziału—to sposób nadto radykalny reorganizacji, podwójnie radykalny w czasie takim, jak obecny... Dotąd tylko względem lekarzy stosuje go miasto bez większych wątpliwości. Przed niedawnym czasem w podobny sposób, „dziękując za dotychczasową pracę”, udzielono dymisji lekarzom Domu Wychowawczego, z których niektórzy poświęcili instytucji długie lata sumiennych starań i których pożegnano w sposób tak lekki, bez zatroszczenia się o zyskane przez nich prawa służbowe i emerytalne. O te prawa zwrócić się mają chyba—do Rosyi...

Obecnie dymisja ogólna spotyka lekarzy sanitarnych, po czterech latach uciążliwej pracy w okresie panowania w mieście groźnych epidemii, które zdziesiątkowały nieliczną ich gromadkę...

Mimo wszelkich starań, nasi lekarze sanitarni natyle mało zyskali zaufania u władz miejskich, że za właściwe uznano zaproponować im poddanie się egzaminowi przed specjalną Komisją konkursową. Sposób ten zdobywania najlepszych pracowników, w zasadzie najbardziej słuszny i praktyczny, czy istotnie został zastosowany właściwie w danym wypadku—do ludzi, którzy zdali już ciężki egzamin życiowy i z umiejętności zawodowej i z sumienności i ze zdolności do poświęcenia? Czy nie wystarczyłoby, o ile już władze miejskie uznają to za potrzebne, zorganizowanie dla nich obowiązkowych kursów dopełniających?

Wreszcie sprawa wynagrodzenia. Według nowego projektu lekarzom sanitarnym znacznie podniesiono wynagrodzenie, dotąd aż nadto skromne, jednakże opatrując tę podwyżkę pensji bezwzględny zakazem zajmowania się praktyką prywatną. I znowu w zasadzie zakaz słuszny, ale doprawdy o tyle tylko życiowo usprawiedliwiony, o ile lekarze sanitarni, pozbawiając się praktyki prywatnej, otrzymają od miasta gwarancję, że nie będzie im groziła w niedalekiej przyszłości dymisja gromadna np. „z powodu zamierzonej reorganizacji i o ile będą mogli liczyć na mniejszą bezwzględność władz miejskich a trwalsze zabezpieczenie bytu swych rodzin.

— Dnia 8 b. m. w szpitalu Dz. Jezus odbyło się uroczyste poświęcenie tablicy, wzniesionej przez lekarzy, siostry miłosierdzia i pracowników szpitali m. stoł. Warszawy dla uczczenia 150-jej rocznicy zgonu ks. Boduena, założyciela i pierwszego rektora szpitala

Dz. Jezus. Wobec licznie zgromadzonej publiczności, personelu szpitalnego i chorych odprawione zostało nabożeństwo przed pięknie udekorowanym ołtarzem, wzniesionym w głównym wejściu wewnętrznym domu administracyjnego, na którego murach po lewej stronie umieszczono tablicę wraz z brązowym popiersiem ks. Boduena, dłuta artysty-rzeźbiarza p. Czesława Makowskiego. Poświęcenia dokonał ks. S. Tyczkowskiego, superyor zgromadzenia Misyonarzy, do którego należał ks. Boduen. Po przemówieniu ks. superyora, który w ciepłych słowach przypomniał zasługi ks. Boduena i wyraził radość z powodu serdecznego charakteru całej uroczystości, w imieniu Komitetu dla uczczenia pamięci ks. Boduena zabrał głos kol. A. Puławski, uwydatniając ważniejsze momenty z życia tego niepospolitego Męża oraz planowość i trwałość stworzonych przez Niego instytucji.

Oto końcowy ustęp tego przemówienia: „Szpital ks. Boduena był chlubą naszego miasta, przyciągał chorych z całego kraju, posiadał najlepsze siły lekarskie, kształcił w swych murach całe pokolenia dobrych lekarzy. Zmieniły się czasy, zmieniły nawet poglądy na znaczenie szpitali — z przytułków dobroczynnych stały się one instytucjami miejskimi lub gminnymi, które nie z miłosierdzia tylko, lecz z obowiązku mają dawać opiekę obywatelom, potrzebującym leczenia, ale obowiązek nie wyklucza współczucia i miłosierdzia, którego ideałem był ks. Boduen. I lekarze o tem pamiętaj! „Medycyna, powiada jeden z najznakomitszych lekarzy polskich, niedawno zmarły Władysław Biegański, urodziła się z niedoli, a rodzicami jej chrzestnymi były miłosierdzie i współczucie. Bez pierwiastku filantropijnego t. j. bez miłości bliźniego medycyna byłaby najpospolitszym rzemiosłem”.

„Z serca wielkiego Męża, którego pamięć dziś czcimy, tryskał źródło szlachetnych uczuć, które po wsze czasy ożywia i ożywiać będzie nasze szpitalnictwo. Na murach naszych szpitali zawsze jaśnieć będzie wzniosła maksyma starożytna: *„salus aegroti suprema lex esto”*.”

„Zanim miasto i kraj cały zdobędzie się na pomnik, odpowiadający wielkim zasługom Boduena, Siostry Miłosierdzia, lekarze i pracownicy szpitali m. stoł. Warszawy, wznoszą Mu tę skromną tablicę w 200-ną rocznicę Jego przybycia do naszego miasta, a 150-tą Jego zgonu. Wznosimy ją na tem miejscu, aby każdy, kto przestępuje progi tego przybytku, czuł, iż się oddaje w ręce tych, którzy czczą pamięć Boduena i starają się Go naśladować, a kto wychodzi stąd, doznawszy ulgi, niech pamięta, kto był założycielem tego szpitala. Niech imię Boduena będzie błogosławione”!

Kol. L. Bondy, jako dyrektor Domu Wychowawczego im. Boduena, uwydatnił różnorodność instytucji, stworzonych przez tego niezwykłego Męża. Instytucje te, zgodnie z duchem czasu, musiały się różniczkować i wyodrębnić. Tak wyodrębniona została opieka nad ubogimi i kalekami, o-

pieka nad obłąkanymi. Działem czasów ostatnich jest wyodrębnienie od szpitala opieki nad dziećmi, opuszczonemi przez matki. Zadaniem Domu Wychowawczego będzie całkowite zastąpienie im rodziców, troskliwa piecza nad niemowlętami, które tylko pod ścisłą kontrolą będą oddawane na wieś, czuwanie nad ich wychowaniem i wykształceniem, oraz dalszym ich losem. W ten sposób, zgodnie z dzisiejszemi pojęciami i potrzebami, będzie urzeczywistniona idea niezapomnianego nigdy opiekuna dzieci opuszczonych i nędzarzy.

W końcu p. prezydent m. st. Warszawy, inż. Piotr Drzewiecki w imieniu miasta i całego społeczeństwa złożył hołd zasługom Boduena oraz podziękowanie tym wszystkim, którzy się przyczynili do uczczenia Jego pamięci w tym dniu uroczystym.

— Komitet dla uczczenia pamięci Boduena, po porozumieniu z lekarzami szpitala Dz. Jezus. przeznaczył pozostałość z funduszu, zebranego na wzniesienie tablicy, na utworzenie Muzeum szpitala Dziec. Jezus im. Boduena. Zadaniem muzeum będzie gromadzenie nie tylko pamiątek, dotyczących osoby i działalności ks. Boduena, ale również wszelkich literackich i rzeczowych materiałów, związanych z historią i rozwojem szpitala Dz. Jezus. Za najodpowiedniejsze miejsce dla przyszłego muzeum uznano jednogłośnie budynek po byłej kaplicy prawosławnej, która dla szpitala jest zupełnie zbędna. Dla prac wstępnych, związanych z założeniem muzeum, wybrano komisję, składającą się z osób, należących do komitetu dla uczczenia pamięci ks. Boduena (dr L. Anders, inż. J. Prüffer, kurator szpitala i dr A. Puławski) oraz kol. A. Chełmońskiego i Wł. Szteynera. Jako pierwszy dar dla przyszłego muzeum, otrzymano od p. Czesława Makowskiego dość rza-

dki portret Boduena z *fac simile* Jego podpisu. Jest to litografia, wykonana w Berlinie w zakładzie Lasfallego z portretu, malowanego przez Orłowskiego w r. 1790.

— W Otwocku urządzone zostało uzdrowisko dla chorych gruźliczych na 135 miejsc na salach ogólnych i w oddzielnych pokojach. Opłata na salach ogólnych wynosi 4 marki dziennie, w pokojach 2 i 3 osobowych—10 mk., a w pokojach dla jednej osoby 15 mk. Pierwszeństwo do umieszczenia w zakładzie mają chorzy zakwalifikowani przez szpitale warszawskie. Przyjmowani są chorzy tylko w 1 okresie gruźlicy, przyczem niezbędne jest szczegółowe świadectwo lekarskie (początek choroby, obiektywny stan w płucach, ciepota, stopień zajęcia gruźliczego innych narządów).

Podania składać należy do Wydziału Szpitalnictwa (Jasna 11).

N A D E S Ł A N O.

1) Sprawozdanie z posiedzeń Towarzystwa Naukowego Warszawskiego. Wydział III. Rok 1912. Zeszyty 4, 5, 6. 7. 2) Stefan Sterling-Okuniewski. Przyczynek do bakterjologii duru powrotnego. Wpływ na krętki neosalwarsanu (w ustroju ludzkim). Odb. z Med. i Kron. lek. 1915. 3) Dr. S. v. Dziembowski. Ueber die Lokalisation von Ausfallerscheinungen seitens der Drüsen mit inneren Sekretion. Odb. z Zentr. f. inn. Med. 1918.

TREŚĆ NUMERU.

	Str.		Str.
Kazimierz Zieliński. O durze wysypkowym u dzieci, oraz o wpływie duru wysypkowego na życie płodu.	289	Odcinek. Bronisław Sawicki. Asystenci szpitalni (dok.).	292
		Wiadomości bieżące	295

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

Wydawnictwa Gazety Lekarskiej.

Podręcznik położnictwa dla lekarzy i studentów

C. VOGEL'A

w tłumaczeniu Popiela i Zweigbauma

z 214 rysunkami w tekście.

Cena marek 10.

Przepisy higieniczne w chorobach zakaźnych

przekład odczytu prof. A. Dieudonné'go.

Cena m. 1.50.

**O wpływie hamującym niektórych środków chemicznych na
rozwój laseczników gruźliczych na podłożu sztucznem.**

Przez Leona Karwackiego i Stanisława Biernackiego.

Cena m. 2.

Pisma z dziedziny nauk lekarskich

przez dra med. H. N u s b a u m a.

Cena m. 6.25.

Dyagnostyka chirurgiczna

przez dra Romana Jasińskiego.

Cena m. 7.50.

Dla prenumeratorów Gazety Lekarskiej i dla studentów cena niższa m. 4.

Choroby serca

przez prof. O s k a r a W i d m a n a.

Cena m. 7.50.

Dla prenumeratorów i studentów m. 4.

PSYCHIATRYA

przez dra R o t h e g o.

Cena m. 4.50. Dla prenumeratorów i studentów m. 2.50.

Do nabycia w Administracji Gazety Lekarskiej i w księgarniach. Po cenie niższej nabywać można tylko w Administracji.

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

Odczyty Kliniczne

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

MIECZYŚŁAW 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“.

W y k ł a d y o chorobach zakaźnych ostrych

przez d-ra Władysława Biegańskiego.

TOM PIERWSZY.

Tyfus brzuszny. Tyfus wysypkowy. Gorączka powrotna. Ospa. Szkarlatyna. Odra. Zakażenie septyczne. Róża. Reumatyzm stawów ostry i zakażenie rzeżączkowe. Błonica. Krztusiec.

TOM DRUGI.

Grypa. Zapalenie płuc włóknikowe. Gruźlica. Dyzenteryja. Cholera. Zapalenie opon mózgoworodzeniowych nagminne. Tęzec. Zimnica. Zakażenie wąglikowe. Nosaczna. Wścieklizna.

Cena dwóch tomów m. 21.25; z przesyłką 23.75.

Dla prenumeratorów Gazety Lekarskiej, nabywających dzieło bezpośrednio w Administracji, cena dwóch tomów m. 12.50, z przesyłką m. 15.

Do nabycia we wszystkich księgarniach.

Skład główny w Administracji Gazety Lekarskiej. Marszałkowska № 73.