

Pierwsze sprawozdanie roczne z działalności szpitala Anny-Maryi dla dzieci w Łodzi.

opracował

Dr. Józef Brudziński,
lekarz naczelny szpitala.

Rok pierwszy w istnieniu każdej instytucji upływa na mozolnem i bardzo odpowiedzialnem powoływaniu jej do życia, dostosowywaniu do warunków otoczenia, czyli organizacji. Szpital jest instytucją społeczną tak wielu węzłami z życiem związaną, dotykającą tak drażliwych i delikatnych czynników istnienia ludzkiego, że początki działalności szpitala bezwarunkowo do najtrudniejszych usiłowań zaliczyć należy. Walczyć należy nie tylko z uprzedzeniami ogólnymi do szpitali, lecz i specjalnie miejscowymi, zwłaszcza w Łodzi, gdzie brak dobrze urządzonych szpitali publicznych, wzmacniał niepomiernie uprzedzenia ogólne. Szpital dla dzieci tem więcej musi z tem walczyć, że we wszystkich sferach, nawet najbiedniejszych, rozstanie się z dzieckiem chorem jest dla matki bardzo przykre. Niemniejszą trudność stanowiło zorganizowanie opieki z pielęgniarek świeżych, jak to zastrzega regulamin szpitala; należało wszystkie od początku w danym kierunku wykształcić. Piętrzące się tak groźnie trudności, zdołano jednak przezwyciężyć, jak sądzę, głównie dzięki temu, że w organizacji szpitala pozostawiono zupełną swobodę działania ściślej szemu komitetowi, składającemu się z lekarzy, — z D-rem Karolem Jonscherem na czele — którzy ze swej strony popierali życzliwie zamiary i dobre chęci kierownika szpitala. Instytucja nie krępowana w zarodku więzami szablonoj formalistyki miała tym sposobem zapewnioną swobodę normalnego rozwoju. Bardzo szczęśliwą okazała się myśl uzależnienia całej administracji szpitalnej od lekarza naczelnego, co wyklucza rozbieżność w działalności lekarskiej i administracyjnej, istniejącą w wielu szpitalach. Złożenie funkcji intendenta w ręce kobiety okazało się również, wobec spe-

cyalnych warunków w szpitalu dziecięcym, bardzo odpowiedniem.

Pierwszy okres działalności zaczął się od otwarcia ambulatorium szpitalnego w dn. 17 maja 1905 r. Pomoc lekarską wyłącznie ambulatoryjną udzielano od 17 maja do listopada tegoż roku. Pierwszego chorego przyjęto w dniu 3 listopada, a mianowicie z laryngitis croup, w stanie wymagającym natychmiastowej intubacji, której też dokonano. Chłopiec ten opuścił szpital w dn. 20 listopada, jako wyleczony.

Okres ambulatoryjny szpitala, trwający zgórą 5 miesięcy, przyczynił się w znacznym stopniu do dalszego rozwoju szpitala, ambulatorya trwały od 8¹/₂ rano do 3¹/₂ po południu. Tym sposobem nie tylko bardzo duża liczba dzieci bo 10330 (a 15917 porad) przesunęła się przez ambulatorium, lecz i wdrożyła się do zwyczajów zaprowadzonych w szpitalu, jak z drugiej strony kierownik szpitala mógł się zorientować, z jakim poziomem kulturalnym ma do czynienia i co się da zastosować względem uczęszczającej do ambulatorium publiczności. Najgłówniejszem dążeniem było zaprowadzenie systemu sortowania chorych przed rozpoczęciem ambulatorium i odpowiedniej izolacji dzieci podejrzanych o choroby infekcyjne. O urządzeniu ambulatorium i technice sortowania zdawałem już sprawę w opisie szpitala — zaznaczyć więc tutaj tylko w paru słowach, na czym ono polega. Dzieci w miarę zbierania się przepuszczane są przez pokój do badania wstępnego, przyległy do wejścia ambulatoryjnego, tam lekarz wszystkim ogląda gardła, skórę, wypytuje o koklusz i choroby infekcyjne w domu. Niepodejrzane dzieci wpuszcza do poczekalni ogólnej, podejrzane o chorobę infekcyjną odsyła do jednego z trzech pokoiów izolacyjnych. Tym sposobem w okresie sprawozdawczym oddzielono dzieci z krztuścem 1802 (liczba porad) podejrzanych lub ze stwierdzoną szkarlatyną 496, z błonicą 312, ospą wietrzną 104, odrą 253. Zdawały się naturalnie pojedyncze przeoczenia, lecz cyfry przytoczone powyżej najwymowniej świadczą o racjonalności

systemu sortowania chorych. Jak bowiem widać, na ogólną liczbę udzielonych w ambulatoryum od 17-go maja 1905 r. 15.917 porad przypada na dzieci izolowane 2967, czyli 18,7%, wyobrazić sobie łatwo jakim niewyczerpanem źródłem infekcyi byłoby ambulatoryum bez sortowania. Doświadczenie wysunęło jednak pewne potrzeby i braki, mianowicie okazało się, iż w pewnych chwilach trzy pokoje izolacyjne, którymi rozporządza ambulatoryum szpitalne, nie wystarczają, np. gdy panowały współcześnie epidemie: błonicy, płonicy, odry, koklusz i pojedynczo zdarzały się przypadki ospy wietrznej. Radzono temu w ten sposób, że używano na izolowanie odrowych zapasowego pokoju na dole na tym samym korytarzu gdzie ambulatoryum, lub też odsyłało dzieci kokluszowe na później i przyjmowano po skończeniu sortowania w pokoju wstępnym. W każdym razie jest to już wada urządzenia i czwarty pokój izolacyjny okazuje się w pewnych chwilach koniecznym.

Drugim ważnem dążeniem było przyzwyczajenie matek do systematycznego nie dorywczego leczenia dzieci — w znacznej mierze cel ten osiągnięto, nietylko w ostrych cierpieniach, lecz i w przewlekłych, jak krzywica i zołży, gdy systematycznie miesiącami przynoszono dzieci do wagi i skontrolowania stanu zdrowia. Za miarę pewnej systematyczności leczenia służyć mogą następujące cyfry: na ostre cierpienia przewodu pokarmowego udzielono ogółem 4482 porady. Z tych zgłosiło się więcej, niż raz jeden 502 dzieci na 1562 porady: 295—2 razy (590 porad), 108—3 razy (324 porady), 57—4 razy (228 porad) i t. d., czyli na 4482 porady 35% porad wypada systematycznych.

Dzieciom z krzywicą (nie licząc takich, które się zgłaszały z innemi cierpieniami) udzielono 696 porad, w tem 180 jednorazowych porad, 77 dzieci zgłosiło się 2 razy (144 porady), 28 dzieci — 3 razy (84 porady), 19 dzieci 4 razy (76 porad); 12 dzieci — 5 razy (60 porad) 5 dzieci—6 razy (30 porad), 6 dzieci—7 razy (42 porady) 3 dzieci—8 razy (24 porady), 1 dziecko—9 razy (9 porad).

Na 696 porad udzielonych dzieciom leczonym na krzywicę wypada 516 porad systematycznych, czyli 74%.

Dzieciom z zołżami również za wyłączeniem zgłaszających się z innem cierpieniem, udzielono porad 319, z tego 173 porady więcej niż raz jeden, czyli 54%, 146 porad jednorazowych. Na 173 po-

radach wypada 28 dzieci—2 razy (56 porad), 7 dzieci 3 razy (21 porad), 4 dzieci 4 razy (16 porad), 1 dziecko—5 razy (5 porad), 1 dziecko 6 razy (6 porad), 1 dziecko 7 razy (7 porad).

W naszym otoczeniu, nieoswojonem zupełnie z zasadą systematycznego leczenia, nawet i powyższe skromne dane są już pocieszające, widać z nich w każdym razie pewną wyrabiającą się tendencję do więcej systematycznego leczenia. Fakt ten traci nieco na przejrzystości z chwilą otwarcia szpitala, zarówno bowiem ostre, jak i wymagające leczenia szpitalnego przewlekłe przypadki zapisywano do szpitala, tem samem zmniejszając liczbę częstszych porad ambulatoryjnych. Wpajanie konieczności częstego przynoszenia dziecka na porady przynosiło grunt do leczenia szpitalnego.

W prowadzeniu ambulatoryum nie dążono do wielkiej liczby porad; gdy doświadczenie nauczyło, ile w pewnym czasie przeznaczonym na ambulatoryum przyjmując można chorych, od cyfry tej nie odstępowano, ograniczając liczbę przyjmowanych nowych chorych. Wywołuje to pewne niezadowolenie wśród odwiedzających ambulatoryum, w każdym razie jest racjonalniejsze, niż odmawianie porady dla spóźnionej pory potem, gdy matka czekała z dzieckiem parę lub kilka godzin, gdyż daje jej możność zwrócenia się o poradę gdzieindziej lub odłożenia do dnia następnego. Zarządzenie to nie dotyczy naturalnie dzieci ciężko chorych, pozostawianych zresztą najczęściej w szpitalu. Sortowanie chorych, oprócz celów izolacyjnych, ma jeszcze i zadanie dzielenia chorób podług specjalności; podczas sortowania chorzy na oczy, uszy, gardło, nos, z chorobami skórniemi i chirurgicznymi otrzymują specjalne różnokolorowe kartki z wymienieniem dnia i godziny porad udzielanych przez specjalistów. Tym sposobem oszczędza się również chorym niepotrzebne czekanie i usuwa się jeszcze jeden powód niezadowolenia z porad ambulatoryjnych. W okresie sprawozdawczym udzielali porad ambulatoryjnych w zakresie różnych specjalności: Choroby oczu — Dr. Michałski; choroby nosa, gardła i uszu — Dr. Pieniążek; choroby skóry — Dr. Golc. Sprawozdanie z ruchu chorych w zakresie tych specjalności przedstawia się jak następuje:

Dr. Pieniążek: choroby nosa, gardła i uszu.

Corpus alienum nasi et oris	6
Tonsillitis	41
Veget. adenoid.	128
Otitis media suppur.	128
Otitis catarrh.	39
Otitis externa	24
Rhinitis	16
Rhinit. hypertr.	17
Rhinitis atroph.	5
Rhinitis chron.	4
Rhino-pharyng.	2
Pharyngitis	8
Deviatio septi	3
Acumul. cerum.	8.

Razem 429 dzieci. Przeznaczono do operacyi 109. Zgłosiło się i dokonano operacyi u 54 chorych.

Dr. Michalski przyjął z chorobami oczu 545 dzieci (porad 2497).

Podług wieku:

0—1	= 84
1—3	= 173
3—5	= 94
5—7	= 57
7—9	= 56
9—12	= 62
12—14	= 19

Podług rozpoznania:

Atrophia bulbi post. variolam	3
Abscessus palp. sup.	2
Blepharitis	8
Blepharitis ciliaris	40
Blepharitis ulcerosa	5
Blepharo conjunctiv.	26
Blenorrhoe neonat.	10
Conjunctivitis ac. epid.	6
Conjunctiv. acuta	78
Conjunctiv. cat.	35
Conjunctiv. follicularis	10
Chalazion	1
Eczema palpebr.	2
Episcleritis	1
Fxulcer corn. utr.	1
Glioma corn.	1
Iritis plastica	1
Keratitis	35
Kerat. phlictaen.	64
Keratoconj. phlictaen.	93
Leucoma corn. centr.	9
Leucoma tot. oc. utr.	1
Nubecula corneae	8
Observatio	17
Pannus-trachoma	13
Pannus scrophul.	2
Phlyctaena (sol. et peric.)	12

Ptoxis palp.	2
Staphyl. corn. tot. post. var.	2
Strab. conv. paral. orbic. palp.	1
Strictura can. lacrim.	6
Trachoma	26
Trauma oc.	7
Trachoma catarac. traum.	1

Dr. Golc. przyjął z chorobami skóry ogółem 536, a mianowicie:

Eczema seborrhoicum	15
Eczema	101
Eczema universale	7
Eczema post. ac. carbol.	1
„ capillitii	26
„ brachii. p. vaccin.	2
„ impetig. et prurigo	1
„ crustosum capillitii	26
„ sebor. psoriasiforme	2
„ impetiginosum	34
„ intertriginosum	15
„ madidans auricul.	11
„ pruriginosum	2
„ scrophulos.	2
„ papulosum	1
„ et scabies	5
Scabies	87
Favus	7
Scrophuloderma	1
Scrophulosis	10
Psoriasis	10
Combustio	2
Rhinitis ulcerosa	1
Lues hereditaria	9
Lues maculo-pappulosa; raga	
des oris, volumen hepatis-	
auctum.	1
Intertrigo	6
Acne vulgaris	2
Sudamina	1
Impetigo capilliti et faciei	20
Impetigo et eczema	1
Impetigo contagiosum	3
Varicella	1
Prurigo	16
Lupus vulgaris colli	1
Lupus extremitatis	1
Pediculosis capitis	28
Pityriasis sicca	1
Ichtyosis	2
Congelatio	3
Lichen scrophulosorum	2
Tuberculides cutis	1
Strophulus	25
Dermatitis herpetiformis	3
Herpes zoster	3
Pemphigus neonatorum	1
Prurigo Hebrae.	4
Lichen urticatus	2
Urticaria	3

Tablica I. AMBULATORIUM.

C H O R O B Y	Liczba dzieci	W I E K						Liczba porad	Liczba zgonów	L p. c.	Lues	Ser.	R.
		0-1	1-3	3-5	5-7	7-9	9-12						
<i>Choroby infekcyjne.</i>													
Scarlatina	348	25	95	96	70	42	20	496	6	1	2	2	2
Morbilli	178	18	85	41	20	7	7	253	2	1	—	2	2
Diphtheria *)	159	26	45	33	24	9	22	312	2	1	—	1	—
Parotitis ep.	30	3	—	9	9	7	2	49	—	—	1	—	—
Varicella	68	17	36	9	4	1	1	104	—	—	1	—	—
Typhus abdomin.	81	1	9	28	16	14	13	147	—	—	1	2	1
Pertussis	1214	439	430	173	113	49	10	1802	5	4	5	32	203
Influenza	59	8	28	14	3	1	5	77	—	—	—	—	1
Sepsis	10	9	—	1	—	1	—	18	1	—	—	—	—
Erysipelas	13	2	10	—	—	1	—	13	—	—	—	—	—
Dysenteria	4	—	—	—	3	1	—	7	—	—	—	—	—
*) Surowicy zastrzyknięto ambulatoryjnie 160 flakonów.													
<i>Choroby narządu oddechowego.</i>													
Bronchitis	1072	400	404	126	73	25	44	1586	4	23	6	42	130
Pleuritis	153	4	41	20	36	27	25	369	2	10	2	11	9
Pneumonia	520	118	290	68	28	8	8	1110	13	9	—	6	68
Bronchopneumonia	17	2	10	2	1	1	1	43	—	1	—	1	—
Laryngitis	68	12	37	9	2	3	5	93	—	2	3	1	5
Coryza	35	16	13	3	1	—	2	61	—	—	—	2	1
<i>Choroby nosa, gardła i uszu.</i>													
Otitis media	18	4	3	6	3	—	2	19	—	—	—	6	3
Pharyngitis	27	1	8	5	2	4	7	35	—	—	—	—	2
Tonsillitis	13	—	1	2	—	2	8	17	—	1	—	—	—
Veget. adenoid	36	2	1	3	10	8	12	57	—	1	—	10	2

Choroby narządów moczopłciowych.											
Atresia vagin.	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Atresia uretrae	1	2	7	—	—	—	—	—	—	—	—
Leucorrhoe	10	1	—	3	—	—	—	—	—	—	—
Cystitis	8	1	4	1	—	—	—	—	—	—	—
Balanitis	5	—	—	—	1	15	14	6	15	12	6
Defloratio	1	—	23	27	15	14	6	135	1	—	—
Nephritis	87	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Choroby skóry.											
Urticaria	17	3	6	1	2	1	4	34	—	1	2
Prurigo	21	2	10	5	2	1	1	24	—	—	3
Furunculosis	48	28	17	2	—	—	1	105	1	1	5
Scabies	41	12	8	5	4	2	10	55	—	—	6
Dermatitis purulenta	6	3	1	2	—	—	—	13	—	—	2
Pediculosis	14	—	—	3	2	4	5	19	—	—	—
Erythema	13	4	2	5	2	—	—	18	—	—	2
Eccema	119	40	38	18	11	4	8	228	—	—	13
Intertrigo	21	17	3	1	—	—	—	31	—	—	2
Impetigo	26	8	13	7	—	1	2	41	—	—	6
Lichen urticatus	12	7	4	1	—	—	—	19	—	—	3
Choroby narządów trawienia.											
Ranula	1	—	1	—	2	1	1	1	—	—	—
Helminthiasis	5	18	8	1	—	—	—	7	—	—	2
Cholera infantilis	27	6	13	8	—	—	—	38	2	—	9
Icterus	27	14	32	20	22	13	32	51	1	2	39
Angina	133	28	147	29	11	4	2	196	—	4	—
Stomatitis apht.	221	7	7	2	1	1	1	333	—	—	—
Stomatitis ulcer.	12	30	2	—	—	—	—	12	—	—	—
Colica flatulenta	32	—	4	2	4	1	3	38	—	—	1
Taenia solium	14	—	—	—	—	—	—	23	—	—	—
Sarcoma mult. abd.	1	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—

C H O R O B Y	Liczba dzieci	W I E K						Liczba porad	Liczba zgonów	T. b. c.	Lues	Scr.	R.
		0-1	1-3	3-5	5-7	7-9	9-12						
<i>Choroby narządów trawienia.</i>													
Soor	30	25	5	—	—	—	—	44	1	—	—	—	1
Prolapsus ani	15	3	10	—	2	—	—	31	—	—	—	—	2
Perityphlitis	1						1	1	—	—	—	—	3
Obstipatio	33	20	8	1	1	1	2	39	—	—	—	—	3
Enteritis acuta	830	258	459	71	20	9	13	1418	12	12	1	22	244
Gastroenteritis acuta	327	170	123	17	5	5	7	666	15	3	—	6	64
Dyspepsia	1394	825	463	59	18	14	15	2398	9	5	8	20	298
<i>Choroby oczu.</i>													
Conjunctivitis	58	19	24	8	1	2	4	91	—	1	—	15	7
Blepharitis	23	4	8	5	3	1	2	35	—	—	—	8	3
<i>Choroby narządu krążenia.</i>													
Pericarditis	1					1		1	—	—	1	—	—
Vitium cordis	18	2	—	—	4	4	8	19	—	—	—	—	—
<i>Choroby chirurgiczne.</i>													
Lymphadenitis	54	6	20	8	11	5	4	97	—	1	—	8	4
Hernia umbilic.	38	17	16	3	—	2	—	44	—	—	—	—	4
Spondylitis	23	—	6	9	4	1	3	46	—	12	—	1	1
Caries dentis	6	—	2	1	1	1	1	6	—	—	—	—	1
Contusio	7	—	2	2	2	—	1	10	—	—	—	—	1
Abscessus	29	4	13	1	4	2	5	42	—	1	—	1	2
Scoliosis	8	1	3	1	—	2	1	8	—	—	—	—	5
Spina ventosa	8	—	5	1	—	2	—	14	—	4	—	2	1

Miliaria rubra	5
Ecthyma	1
Scabies et ecthyma	1
Plica polonica	1
Xeroderma pigmentosum	1
Furunculosis	3
Abscessus capillitii	4
Psoriasis guttata	1
Seborrhoe. sicca capillitii	1
Comedones et acne	1
Herpes tonsurans	3
Veruccae	1
Folliculitis accuminata	2
Granulosis rubra nasi	1
Fluor albus (gonorrhoe.)	1

Podług wieku:

0— 1 =	159
1— 3 =	156
3— 5 =	52
5— 7 =	52
7— 9 =	50
9—12 =	47
12—14 =	20

536

Z ambulatoryum chirurgicznego zarówno jak i z oddziału chirurgicznego ogłosi oddzielnie sprawozdanie ordynator oddziału chirurgicznego—Dr. J. W a t e n. Tu tylko zaznaczę, iż chirurgicznych porad udzielono 682 dzieciom.

Co do wieku:

0— 1 =	147
1— 3 =	184
3— 5 =	106
5— 7 =	81
7— 9 =	74
9—12 =	74
12—14 =	16

Ogólna frekwencya ambulatoryum ogólnego i ambulatoryów specjalnych wykazuje w okresie sprawozdawczym—13022 dzieci, porad 20061.

Gdy porównamy te cyfry z liczbą porad ambulatoryjnych w szpitalu św. Ludwika w Krakowie 6134 w r. 1905, wypada ona dość pokaźnie, gdy jednak porównamy z liczbą porad ambulatoryjnych w szpitalu dla dzieci w Warszawie, wynoszącą 31776 (sprawozdanie z r. 1903), wypadnie ona po uwzględnieniu nawet, iż Łódź liczy połowę liczby mieszkańców Warszawy, jednak dość skromnie. Jak już zaznaczyłem, ambulatoryum nie stawia sobie za cel jak największej liczby porad, przytem ponieważ szpital znaj-

duje się na krańcach miasta, z natury rzeczy obsługuje głównie pewną dzielnicę, nie jak ambulatoryum szpitala w Warszawie, położonego w centrum miasta. Zestawienie powyższe (tabl. I) wykazuje ruch chorych ambulatoryum chorób wewnętrznych i zakaźnych podług wieku, rozpoznania, notowanych zmian ogólnych, a gdzie było wiadomo, zejścia. Podając wykaz ambulatoryjny podług dyagnoz, czynię to, zdając sobie w zupełności sprawę wogóle z nieściśłości dyagnoz ambulatoryjnych, chociaż w ambulatoryum szpitala Anny-Maryi sprawa ta przedstawia się nieco odmiennie ze względu na parokrotne zgłaszanie się chorych i co najważniejsze jeszcze ze względu na przyjętą zasadę, notowania w razie niepewnego rozpoznania zamiast dyagnozy—observatio lub susp. Observatio zanotowano 1904 razy, co licząc na 15.000 zgórą porad daje poniekąd rękojmię, iż inne dyagnozy zaznaczone zbliżały się do prawdy.

Z przytoczonych w tablicach danych wynika, iż co do wieku zgłosiło się do ambulatoryum dzieci:

od 0— 1 roku	3336
1— 3 —	4013
3— 5 —	1383
5— 7 —	833
7— 9 —	544
9—12 —	721.

Zgonów zanotowano 108.

Na ogólną ilość 10830 dzieci zanotowano:

- a) krzywicę u 1647;
- b) żółty u 555;
- c) przymiot 85;
- d) gruźlicę 268.

Ruch ogólny chorych szpitalnych. — Przeniesienie chorych z oddziału na oddział. — Infekcje wewnątrzszpitalne. — Przyjęcia powtórne. — Rodzeństwo chorych. — Ważne znaczenie dokładnego prowadzenia tej rubryki.

Różnica w liczbach chorych szpitalnych, gdzie już nie wchodzi w grę oddalenie szpitala od centrum miasta, nie jest tak raziącą w porównaniu z innymi szpitalami—w szpitalu warszawskim dla dzieci było w r. 1903 w szpitalu ogółem 1471 chorych, w szpitalu Anny-Maryi dla dzieci w okresie sprawozdawczym czyli 14-miesięcznym 1195, co zważywszy, iż szpital w Warszawie posiada 120 łóżek stałych i 33 zapasowe (r. 1903), zaś nasz w pierwszym roku swego istnienia stop-

niowo posunął się od 60 łóżek stałych do 90 stałych i 16 zapasowych, wypadnie korzystnie pod względem frekwencji szpitalnej dla szpitala Anny-Maryi.

Jak już zaznaczono w okresie 14-miesięcznym przyjęto 1195 chorych, z tej liczby w listopadzie i grudniu r. 1905-90 chorych, czyli w r. 1906—1105; pozostało z r. 1905—42 dzieci; leczono więc razem w r. 1906—1147 dzieci. Z ogólnej liczby chorych było:

Podług wyznania

Katolików	895=74,8%
Ewangelików	230=19,6%
Prawosławnych	5=0,4%
Chrześcian razem	1130=94,5%
Żydów	65=5,4%

Podług miejsca zamieszkania

zamiejscowych	81
reszta miejscowi	1114

Leczono bezpłatnie 255=21,3%

Za opłatą 940=78,6%

Z tej ostatniej kategorii przypada:

Na koszt własny	324
mianowicie po 1 rb. dziennie	— 4
po 75 kop.	— 16
po 50 kop.	— 130
po 30 kop.	— 174
na koszt fabryk, kolei i t. d.	546
na koszt miasta (podczas epidemii szkarlatyny)	— 70

Na ogólną liczbę 1195 przypada 624 chłopców, 571 dziewcząt, opuściło szpital ogółem 516 chłopców, 460 dziewcząt—razem 976 czyli 81,6%. Zmarło 72 chłopców, 60 dziewcząt, razem 132. Od liczby tej odtrącić należy 14 przypadków, które przywieziono już jako moribundi, pozostanie 118 przypadków śmierci, czyli odsetka śmiertelności wypadnie 9,8%. Lwia część przypadków śmierci odchodzi na oddział szkarlatynowy, mianowicie 85 czyli na wszystkie inne oddziały 47 przypadków.

Z wypuszczonych ze szpitala 976 dzieci przypada:

na wyleczonych	451 — 37,7%
z polepszeniem	340 — 28,4%
niewyleczonych	185 — 15,4%

Do ostatniej kategorii zaliczamy przypadki zabrane, wbrew zakazowi lekarzy, w ostrym okresie choroby, gdy rokowania jeszcze nie można było postawić, zarówno jak przypadki z rokowaniem złym, które były wskutek tego zabrane.

Do kategorii „z polepszeniem“ zaliczone są cierpienia przewlekłe, w których nawet, pomimo znacznej poprawy, nie można było wyrokować o wyleczeniu i choroby ostre, jeżeli zabrano je ze szpitala w okresie polepszenia.

Dokładne dane co do ruchu chorych podług miesięcy zamieszczone są na tablicy II-ej. W tablicy tej oprócz tego wskazane są: ogólna ilość dni szpitalnych, przebytych przez chorych podług miesięcy; jak widzimy stosownie do wzmagania się ruchu chorych, wzmagają się i ilość dni szpitalnych, lecz odgrywają tu rolę i inne czynniki: zapisywanie chorych na koszt fabryk, czyli bez ograniczenia terminu pobytu w szpitalu wy-czerpaniem się osobistych funduszków, rozpoczęcie zapisywania chorych od końca listopada r. 1905 na oddział chirurgiczny i szkarlatynowy, gdzie długość pobytu jest przeciętnie większa, niż na oddziale chorób wewnętrznych. To wszystko tłumaczy nam różnicę ruchu chorych i dni szpitalnych w listopadzie — pierwszym miesiącu przyjmowania i grudniu 1905 roku. W listopadzie było razem w leczeniu 40 chorych dzieci z 387 dniami szpitalnymi, w grudniu 88 dzieci, a dni szpitalnych 1362. W listopadzie na jednego chorego przypada przeciętnie dni szpitalnych 9,6, w grudniu 15,4. Następnie, jak wykazuje tablica, ogólna liczba przyjętych chorych stale się wzmagają; w kwietniu r. 1905 dosięga 115 chorych, w październiku już 219, jest to największa liczba chorych z okresu sprawozdawczego, jak widać z tablicy wzmagają się ona raptownie, nie jak dotąd stopniowo, we wrześniu, październiku i listopadzie. Tłumaczy się to wzmoczeniem epidemii szkarlatyny i otwarciem jeszcze jednego pawilonu w szpitalu do przyjęcia chorych szkarlatynowych na koszt miasta. Widzimy jak w miarę zmniejszania się epidemii cyfry chorych przyjętych spadają: we wrześniu przyjęto 138, w grudniu 102.

Jak widać z tablicy, największa ilość dzienna chorych stale się wzmagają, zarówno jak najmniejsza i przeciętna, z wyłączeniem miesięcy kwietnia, gdy bardzo dużo dzieci zabrano z powodu świąt wielkanocnych i miesięcy września, października i listopada, które wzmogły nadmiernie etat dzienny chorych z powodów wyżej przytoczonych.

Ogólna liczba dni szpitalnych wynosi 26.161. Z tej liczby przypada na oddział chirurgiczny 7630 dni szpitalnych; oddział chirurgiczny wykazuje największą ilość dni szpitalnych przypadających

Tablica II.

Miesiące	W dn. 1 miesią- ca było			Przyjęto			Było razem w leczeniu			W y p u s z c z o n o					
										Wyleczonych			Z polepszeniem		
	Chłop.	Dziew.	Razem	Chłop.	Dziew.	Razem	Chłop.	Dziew.	Razem	Chłop.	Dziew.	Razem	Chłop.	Dziew.	Razem
Listopad	Otwarcie szpitala — — —			22	18	40	22	18	40	1		1			
Grudzień	20	18	38	27	23	50	47	41	88	8	1	9	5	10	15
Styczeń	25	17	42	28	28	56	53	45	98	15	13	28	5	4	9
Luty	27	23	50	30	35	65	57	58	115	12	14	26	6	4	10
Marzec	31	26	57	36	22	58	67	48	115	17	7	24	12	9	21
Kwiecień	29	22	51	36	28	64	65	50	115	17	13	30	18	13	31
Maj	23	19	42	47	44	91	70	63	133	23	13	36	12	12	24
Czerwiec	26	29	55	45	39	84	71	68	139	14	10	24	12	16	28
Lipiec	36	30	66	58	39	97	94	69	163	27	11	38	11	16	27
Sierpień	41	23	64	58	49	107	99	72	171	24	15	39	23	17	40
Wrzesień	37	29	66	67	71	138	104	100	204	21	14	35	17	16	33
Październ.	46	47	93	70	56	126	116	103	219	28	24	52	15	12	27
Listopad	54	47	101	60	57	117	114	104	218	28	25	53	14	26	40
Grudzień	50	43	93	40	62	102	90	105	195	30	26	56	16	19	35
				624	571	1195				265	186	451 37,7%	166	174	340 28,4%

Wypuszczono						Zmarło			W dn. ostatnim mies. było:			Ogóln. ilość dni szpit.	Na jednego chor. wypada dn. szpit.	Największa, najmniejsza i przeciętna ilość chorych
Bez polepsz.			Razem											
Chłop.	Dziew.	Razem	Chłop.	Dziew.	Razem	Chłop.	Dziew.	Razem	Chłop.	Dziew.	Razem			
1		1	2	—	2	—	—	—	20	18	38	387	9,6	1—38—13
3	7	10	16	18	34	6	6	12	25	17	42	1362	15,4	38—56—47
5	3	8	25	20	45	1	2	3	27	23	50	1434	14,6	41—54—45
6	5	11	24	23	47	2	9	11	31	26	57	1503	13	48—57—51
3	6	9	32	22	54	6	4	10	29	22	51	1483	12,8	45—58—50
3	4	7	38	30	68	4	1	5	23	19	42	1282	11	26—53—43
5	6	11	40	31	71	4	3	7	26	29	55	1869	14	46—66—60
7	10	17	33	36	69	2	2	4	36	30	66	1933	13,8	59—72—66
10	16	26	48	43	91	5	3	8	41	23	64	1930	11,8	63—76—69
8	5	13	55	37	92	7	6	13	37	29	66	2202	12,8	65—79—71
12	17	29	50	47	97	8	6	14	46	47	93	2355	11,5	67—106—86
9	9	18	52	45	97	10	11	21	54	47	101	2932	13,4	93—108—100
9	6	15	51	57	108	13	4	17	50	43	93	2882	13,2	94—105—99
4	6	10	50	51	101	4	3	7	36	51	87	2607	13,3	72—99—82
85	100	185	516	460	976	72	60	132				261,61		
		15,4%	81,6%			11%								

na jednego chorego, mianowicie w jednym przypadku 241 dni, od listopada 1905 r. do 19 lipca 1906 r. (Paraplegia—przeszczepienie ścięgien, aparat; — dziecko wyszło z bardzo znacznym polepszeniem). Na oddział szkarlatynowy przypada $8\frac{1}{2}$ tysięcy dni szpitalnych. Reszta t. j. 11 tysięcy dni szpitalnych przypada na oddział wewnętrzny, obserwacyjny i dyfterytyczny.

Na poszczególnych oddziałach było w leczeniu chorych:

oddział chirurgiczny	306
" wewnętrzny	471
" dyfterytyczny	80
" obserwacyjny	65
" szkarlatynowy	343

Ogólna liczba leczonych na poszczególnych oddziałach wypada 1265, pochodzi to stąd, że przenoszono pewną liczbę dzieci z oddziału na oddział, mianowicie: z wewnętrznego przeniesiono na inne oddziały 33 dzieci

z chirurgicznego	8
z obserwacyjnego	22
z dyfterytycznego	7

razem przenoszono 70 razy;

po odjęciu tej liczby od 1265, wypada ogólna liczba przyjętych 1195.

Kwestya przenoszenia z oddziału na oddział jest w szpitalu dziecięcym niezmiernie ważna, omówię więc ją tu szczegółowiej. Przenoszenie ma miejsce: po pierwsze jako wymiana wzajemna między oddziałem wewnętrznym i chirurgicznym; podrugie wskutek wystąpienia podejrzanych objawów co do jakiejś choroby infekcyjnej u dzieci przyjętych na oddziały niezakaźne. To się zdarzyć może albo u dzieci przyjętych w okresie wylegania jakiejś choroby infekcyjnej, albo też u dzieci, które już dłużej przebywały w szpitalu, wskutek infekcyi wewnątrzszpitalnej (Hausinfection).

Wreszcie przenoszenie ma miejsce głównie ze stacyi obserwacyjnej po stwierdzeniu choroby infekcyjnej lub wyświetleniu się sprawy w sensie przeciwnym

Z oddziału wewnętrznego przeniesiono na oddział chirurgiczny 18 dzieci, jako nadające się do leczenia chirurgicznego zachowawczego lub operacyjnego. Złożyły się na to głównie przypadki ropnego zapalenia opłucnej, gruźlicze cierpienia stawów, kości i t. d. Z chirurgicznego oddziału przeniesiono na oddział wewnętrzny 6 dzieci, jako niekwalifikujących się, po zbadaniu dokładnem na oddziale, do leczenia operacyjnego lub

też po dokonanej operacyi z powodu dodatkowych cierpień narządów wewnętrznych. Przenoszenie takie w paru przypadkach miało miejsce parokrotnie podczas tegoż samego pobytu.

Z oddziału chirurgicznego przeniesiono na stacyę obserwacyjną 1 dziecko, u którego wystąpiła odra.

Z oddziału wewnętrznego przeniesiono 7 dzieci na oddział dyfterytyczny; z tych 4 przyjętych do oddzielnych pokojów (w okresie zajęcia stacyi obserwacyjnej na dyfteryt) z objawami niewyraźnemi, u których zaraz na drugi dzień stwierdzono badaniem bakteryologicznem błonicę, u 3 miała miejsce infekcyja wewnątrzszpitalna, w jednym przypadku przyniesiona, jak stwierdzono, przez matkę, w drugim jako skutek zachożowania na błonicę gardzieli pielęgniarki z oddziału wewnętrznego, która jako zapasowa, zastępowała przez parę dni chorą pielęgniarkę na dyfterytycznym oddziale. Z oddziału wewnętrznego przeniesiono na oddział szkarlatynowy 3 dzieci: 1 przyjęte z podejrzeniem na tyfus, u którego stwierdzono zapalenie nerek i ślady łuszczenia na skórce, drugie przyjęte z rozległą sprawą gruźliczą w płucach i gruczolach krezkowych, u którego na trzeci dzień pobytu wystąpiła wysypka szkarlatynowa (leżał w oddzielnym pokoju razem z poprzednio przyjętym bratem ze sprawą rozpadową w płucach); trzecie, które już dłuższy czas było na oddziale, zaraziło się szkarlatyną, przyniesioną, jak stwierdzono niezbicie przez odpowiedzających, u których w domu była szkarlatyna, i niedokonano dezynfekcyi.

Z oddziału wewnętrznego przeniesiono na oddział obserwacyjny 5 dzieci z odry. Źródłem był chłopiec przyjęty we wczesnym okresie wylegania odry bez objawów, z tego źródła zaraziło się jeszcze 4 dzieci na 30, jakie były podówczas na oddziale wewnętrznym. Epidemię przerwano zarządzeniem ścisłej izolacyi przypadków podejrzanych.

Z oddziału dyfterytycznego przeniesiono na oddział wewnętrzny po dostatecznym okresie izolacyjnym 6, w tej liczbie i przeniesione poprzednio z oddziału wewnętrznego. Jedno dziecko przeniesiono na oddział szkarlatynowy; przyczyna zarażenia mogła tu być dwójaka: albo przez dozorczynię, która wbrew przepisom zastąpiła na kilka godzin w sąsiednim pawilonie szkarlatynowym pielęgniarkę, albo też przez matkę innego dziecka, która czuwała całą noc na sali przy swoim małym dziecku tuż obok, a jak się

okazało u sąsiadów jej tylko przez drzwi była szkarlatyna.

Nakoniec ze stacyi obserwacyjnej przeniesiono: na oddział wewnętrzny 9 dzieci, na oddział chirurgiczny 4, na oddział dyfterytyczny 5, na oddział szkarlatynowy 4. Razem 22.

Powrócić jeszcze musimy do danych liczbowych.

Z ogólnej liczby 1195 dzieci przyjęto powtórnie na ten sam oddział 47, na inny oddział 5, po raz 3-ci przyjęto na ten sam oddział 5, na inny oddział 2, po raz czwarty na ten sam oddział 1, na inne oddziały 1.

Najwięcej przyjęto powtórnie na oddział wewnętrzny, bo 27 dzieci, na oddział chirurgiczny 16 dzieci, zabranych przez rodziców w okresie polepszenia. Kwestya powtórniego i następnych przyjęć jest dla szpitala pewnym sprawdzianem zaufania, jakim się wśród swego otoczenia cieszy, dlatego też i na przyszłość fakty ponownych zapisywań się do szpitala będą skrzętnie notowane, szczególną uwagę przypisywano im jednak w tym pierwszym okresie działalności młodego szpitala.

Z tych samych względów, jak również jako sprawdzian, czy szpital nie jest źródłem infekcyi nazewnątrż, doniosłe znaczenie posiada sprawa przyjmowania do szpitala rodzeństwa dzieci, które są lub były w szpitalu. W wywiadach jest to stale notowane i zaznaczane w księdze głównej odpowiednimi numerami przyjęcia, co ułatwia spis alfabetyczny chorych szpitalnych. Tą drogą wykrywano np. zawleczenie infekcyi przez rodzeństwo stryjeczne, mieszkające na innych ulicach. Wogóle sprawdzanie ścisłe dat wypisania ze szpitala jednego członka rodziny z datą zapisania się innego lub zebraniem wiadomości co do stanu zdrowia reszty rodzeństwa nie wykazało roznoszenia zarazy na zewnątrz szpitala, co się tłumaczy ścisłym przestrzeganiem zasady niewypuszczania dzieci szkarlatynowych przed skończeniem łuszczenia. Pomijam naturalnie fakty, gdy dzieci zabierano w okresie wczesnym szkarlatyny pomimo zakazu lekarskiego.

Z rodzeństwa na tę samą chorobę przyjęto:

po 2 — 39 razy czyli 78 dzieci
po 3 — 9 „ czyli 27 dzieci
po 4 — 1 „ czyli 4 dzieci

na inną chorobę

po 2 — 19 razy czyli 38 dzieci
po 3 — 3 „ czyli 9 dzieci
po 4 — 1 „ czyli 4 dzieci
po 5 — 1 „ czyli 5 dzieci

Dane te oprócz powyżej zaznaczonych względów, ważne są i pod względem obarczenia rodzinnego pewnemi cierpieniami.

Na tę samą chorobę przyjmowano: na błonicę po 2 dzieci—3 razy w tym samym dniu lub w okresie wylegania; na szkarlatynę w tym samym dniu lub w obrębie okresu wylegania

po 2 dzieci — 22 razy
po 3 „ — 5 razy

w większych odstępach czasu

po 2 — 2 razy
po 3 — 2 razy

Przytaczam kilka dat ze względu na pewne ich znaczenie dla okresu wylegania, pomijam przyjęcia tego samego dnia lub w obrębie 2 dni. Pierwsza data oznacza przyjęcie jednego dziecka z danej rodziny, druga lub następne daty oznaczają daty przyjęcia następnych dzieci.

2. IX—10. IX

13. X. 2 rodz. — 23. X 2 rodz. stryjecznych

13. X. — 20. X. — 31. X.

9. IX. — 20. IX.

28. VIII — 11. IX.

12. IX. — 18. IX.

21. IX — 2. X.

Zanotować warto fakty zachorowania na szkarlatynę różnych członków rodziny w różnych oddalonych od siebie okresach np.:

jedno dziecko przyjęto 7. XII.—wypisano 16. I.
drugie „ „ 30. VII —
30. VIII.
trzecie „ „ 27. IX.

Co do trzeciego dziecka, aczkolwiek drugie wyszło bez łuszczenia, wykluczyć zarażenia się nie można z pewnością, w każdym razie okres 28-dniowy współżycia przed zarażeniem byłby tu godny zaznaczenia.

W innej rodzinie jedno dziecko przyjęto 27. IX., (wypisano 25. XI), a drugie dziecko przyniesiono ze szkarlatyną 22. X.

Z rodzeństwa na tę samą chorobę wspomnieć należy o Meningitis cerebro-

C H O R O B Y	Przyjęto		W W I E K U					W Y P I S A N O								
	Razem		0—1	1—2	2—5	5—7	7—12	12—15	Wyle- czo- nych	Z po- leps- zenia	Bez polep- szenia	Zmar- ło	Przen. nainn. z inn. oddz.	Przen. z inn. oddz.	Powt. przy- jęto	Pozo- st. na r.nast.
	Chłop.	Dziew.														
1. Choroby infekcyjne.																
Typhus abdomin.	23	26	49			6	11	29	3	39	3	2	2	1	1	3
Polyarthr. rheum. ac. etchron.	2	3	5				1	3	1	1						
Pertussis	1	1	2			1						1				
Sepsis (Staphylococie)	1	1	2			1				1			1	1		1
Morbilli (post. morb.)	5	1	6	1		4	1			1						
Febris intermittens		1	1		1					1						
Erysipelas		1	1				1					1				
Diphteria, croup	1	2	3			1	1	1	1	2				3	2	1
Influenza	2	1	3			1		1								
Parotitisepid.		1	1			1		1						2		
Scarlatina	1	1	2							1		1	1	3		
Dysenteria	1	1	2	1				1								
Mening cerebr. epid.	1	3	4			2		1		2						
2. Chor. zak. chron. i ogólne zachor.																
Rachitis	6	5	11		2	7	2	1		5	6			1		2
Osteomyelitis	1	1	2					5	1	13						
Scrophulosis	6	9	15		2	2	5	5		6	4			1		
Scrophulotuberculosis	3	8	11			2	4	2	1					1		
Lues	1	2	3					3		5	2			1		2
Anaemia (Inanitie)	2	5	7			4										
Mongolismus	2	1	3		3						3					
3. Choroby układu nerwowego.																
Morbus Tay-Sachs	1	9	10		1	3	6	4			1	7	7		2	
Meningitis tubercul.	5	1	6		1							1	1			
Hydroceph. chron.	1	2	3	1			2									
Sclérose en plaques		2	2			1	1	1				1	1			
p. Polyomyelitidem		2	2													
Masturbatio	1	1	2					1		1						
Morbus Littlé'i	2	3	5	3				4	1			2	1			1
Epilepsia	2	4	6					3		1		2	2			1
Hysteria		1	1							1		3	3			1
Morbus Friedreichi		1	1			1	1					1	1			
Hemiplegia	1	1	2						2							

[illegible]

[illegible]

spinalis epidemica—2 siostry przyjęte tego samego dnia i 3 dzieci z Typhus abdominalis przyjęte 15. VII. — 26. VII. — 16. VIII.

Z rubryki rodzeństwa na tę samą chorobę zaznaczyć wypada, iż przyjęto 5 razy po 2 dzieci z gruźlicą.

Z rubryki rodzeństwa na inną chorobę najdonioślejsze znaczenie posiadają fakty, czy nie przebywały na oddziałach niezakaźnych dzieci, których rodzeństwo w tym czasie chorowało na choroby infekcyjne. Tu zanotować należy rodzinę P.: 2 dzieci przyjęto na szkarlatynę 6. IX. (zmarł 8. IX) i 10. IX—wypisano 27. IX.; trzecie dziecko przyjęto 15. X. z taenia solium na oddział wewnętrzny. Przypadek ten stał się pośrednio (przez odwiedzających) źródłem zakażenia.

Z innej rodziny przyjęto jedno dziecko 9. XI. na oddział szkarlatynowy, 10. XI. przeniesiono drugie z zajęciem gardzieli bez wysypki, umieszczono je na stacyi obserwacyjnej, badanie bakteriologiczne wykazało prątki Löfflera, przeniesiono na oddział dyfterytyczny, dziecko to szkarlatyny nie przechodziło, ani nie stało się źródłem zakażenia.

Dwoje dzieci przyjęto tego samego dnia: jedno z wyraźnymi objawami duru brzusznego, drugie z błonicą gardzieli, to ostatnie umieszczono na stacyi obserwacyjnej, pierwsze na oddziale tyfusowym w oddzielnym pokoju. U pierwszego dyfteryt, u drugiego tyfus nie wystąpiły.

Nim przystąpimy do sprawozdania szczegółowego podług oddziałów, zaznaczyć jeszcze musimy fakty przyjęcia dzieci z matkami. Szpital Anny-Maryi dotąd nie ma jeszcze specjalnego oddziału dla niemowląt; niemowląt więc wogóle przyjmuje się niewiele i tylko z matkami.

W okresie sprawozdawczym przyjęto na oddział dyfterytyczny 2 dzieci z matkami.

Na oddział wewnętrzny przyjęto jedno dziecko z nianką; po za tem przeważnie przyjmowane były dzieci z matkami na oddział chirurgiczny, mianowicie 4 dzieci.

Działalność oddziału chorób wewnętrznych.

Z działalności oddziału wewnętrznego szczegółowe dane podług rozpoznania, wieku, wyniku leczenia zawierają tablice, (tabl. III) ułożone podług grup chorobowych, w ostatniej tablicy zestawiono ogólne dane liczbowe każdej grupy cho-

rowowej. Odsyłając po szczegóły do tych tablic, zaznaczę w tekście niektóre ważniejsze dane.

Co do wieku, dzieci leczonych na oddziale wewnętrznym było:

0—1	=	5
1—2	=	41
2—5	=	119
5—7	=	84
7—12	=	194
12—15	=	28

Z ogólnej liczby 471 (208 chłopców, 163 dziewczynki) opuściło szpital:

wyleczonych	125
z polepszeniem	159
bez polepszenia	101
Zmarło	20 (23 ⁰ / ₀)

przeniesiono na in. oddziały 33
pozostało na rok następny 33

W oddziale „bez polepszenia“ największą liczbę dostarczają choroby układu nerwowego i choroby narządu oddechowego (razem 57 na 101 czyli 56⁰/₀).

W dziale zgonów również największa liczba przypada na choroby układu nerwowego 10 na 20 czyli 50⁰/₀, w tem 7 przypadków meningitis tuberculosa. Z poszczególnych postaci chorobowych podnieść należy: leczono w okresie sprawozdawczym 4 przypadki nagminnego zapalenia opon mózgowych; z tych jedno dziecko przywieziono umierające (śmierć tegoż dnia), 1 zabrano niewyleczone, 2 pozostawało na oddziale przez czas dłuższy: leczono je gorącymi kąpielami, dokonywano parokrotnie nakłucia lędźwiowego, wstrzykiwano nawet Meningokokken-serum Kolle-Wassermana—w obu przypadkach wyleczenie bez żadnych powikłań następnych. Dziewczynki, 2 siostry, 10 i 2 lata wieku.

Na uwagę zasługuje duża liczba przypadków duru brzusznego 49 (23 chłopców, 26 dziewczynek), co do wieku:

od 2—5 lat	—	6
„ 5—7 „	—	11
„ 9—12 „	—	29
„ 12—15 „	—	3

Opuściło szpital:

wyleczonych	39
zabrano z polepszeniem	3
zabrano bez polepszenia	2
zmarło	2
pozostało na rok następny	4

Z tych jedna dziewczynka po wyleczeniu z tyfusu pozostała na oddziale wewnętrznym z powodu jednoczesnego cierpienia gruzliczego płuc (infiltr. apic. utr. pleuritis), tak że odsetkę wyleczonych obliczyć należy: 40 na 49 czyli 81%. Zmarło 2 na 49 czyli 4%.

W jednym przypadku stwierdzono badaniem pośmiertnym przedziurawienie jelit ze zlepnem zapaleniem otrzewnej, w drugim głębokie owrzodzenia i jednoczesne zapalenie płuc.

Leczenie przypadków tyfusu polegało na stosowaniu letnich kąpeli (28°—29°) z chłodniejszemi oblewaniem. Częstość kąpeli uzależniano od wysokości ciepłoty (2—3 razy dziennie). Kąpiele znosiły dzieci dobrze. Ciepłota spadała po kąpeli od 0,5°—1,2°. Z 13 przypadków spostrzeganych w pierwszym półroczu zdał sprawę Dr. Mogilnicki intern szpitala w pracy ogłoszonej r. z. w „Czasopiśmie lekarskiem p. t. „Z kazuistyki tyfusu brzuszno u dzieci“. Liczba przypadków tyfusu stanowi 4,1% ogólnej liczby przyjętych chorych—jest to odsetka duża, źle świadcząca o warunkach higienicznych Łodzi, co się uwydatni, lepiej, gdy porównamy te cyfry ze spostrzeganiem w innych szpitalach dziecięcych.

W Gracu w r. 1903 przyjęto 1 przypadek tyfusu brzuszno na ogólną liczbę 977 chorych t. j. 0,1%, czyli 41 razy mniej niż w naszym szpitalu.

W Lipsku (r. 1903) na 1923 przyjęto 14 dzieci z tyfusem brzuszno t. j. 0,72%; w Monachjum na 1204 przyjętych do kliniki chorych były 3 przypadki tyfusu t. j. 0,2%; w szpitalu św. Ludwika w Krakowie w r. 1903 na ogólną liczbę 1324 przyjętych chorych było 15 przypadków tyfusu t. j. 1,1%.

W r. 1905 na ogólną liczbę 1043 — 10 przypadków t. j. 0,9%.

Jak widzimy z tego zestawienia, Łódź wykazuje ogromną odsetkę chorych na tyfus brzuszny.

Dzieci chore na tyfus umieszczane są na oddzielnych salkach w skrzydle pawilonu chorób wewnętrznych, do tego oddziałku należy oddzielne pomieszczenie na klozet i wannę. Oddzielnie przechowuje się bieliznę i naczynia do jedzenia. Wydzieliny zalewane są w nocniku czy basenie lysolem, dopiero potem zlewane są do klozetu. Brudna bielizna kładzie się do zbiornika z 2% sodą, poczem przenosi się do kotła w baraku dezynfekcyjnym, stamtąd dopiero po wygotowaniu idzie do pralni ogólnej. W okresie sprawozdawczym miał miejsce tylko

jeden przypadek infekcyi wewnątrzszpitalnej tyfusowej. Dziecko z owrzodzeniami błony śluzowej, jamy ustnej i próchnicą szczęki dolnej umieszczono w oddzielnym pokoju przy oddziale tyfusowym, widocznie służąca, pielęgnująca dzieci chore na tyfus, zbliżała się do dziecka bez zachowania przepisanych ostrożności; po 2 dniach przeniesiono je na oddział chirurgiczny, w 3 tygodnie potem powróciło na oddział wewnętrzny z objawami tyfusu brzuszno.

Liczebnością swoją zwraca uwagę w dziale chorób narządu trawienia—poddział Taenia solium, wykazujący 17 przypadków, podczas gdy w Gracu, Lipsku, w Krakowie spotykamy w sprawozdaniach w rubryce Helminthiasis 2—5 przypadków. Zwracają również uwagę wyniki leczenia: na 17 przypadków odszedł tasieniec z główką w 5, w 3 główki nie stwierdzono, w 8 wyszedł tasieniec albo częściowo tylko, albo wcale. Podawano extr. filic. maris rec. par., później pilulae. contra Taeniam. wyrobu Mutniańskiego, po tych ostatnich wyniki były lepsze. Objawów zatrucia nie spostrzegano ani razu. Wyniki powyższe nie stoją w sprzeczności z otrzymywanymi wogóle, jak bowiem wiadomo. Extr. filic. najlepszy z anthelmintica, często jednak zawodzi i wciąż jeszcze badacze szukają nowych środków (Taeniol).

Z rzadziej spotykanych cierpień znaczyć należy przypadek choroby Tay-Sachsa u chłopca izraelity 1 r. [2 mies., jak również przypadek anginae Vincenti u 10-letniej dziewczynki z typowym obrazem mikroskopowym. Stosunkowo znaczną odsetkę stanowią przypadki gruzlicy płuc we wczesnych i późniejszych okresach ogółem 95 przypadków (27 chłopców, 68 dziewczynek), co stanowi 7,9% ogólnej liczby chorych:

Co do wieku

0 — 1	= 1
1 — 2	= 4
2 — 5	= 17
5 — 7	= 13
7 — 12	= 54
12 — 15	= 6

Odsetka duża w porównaniu z danymi z innych szpitali, gdzie liczba roczna nie przekracza 30. Uwzględnić należy wczesne skierowywanie do szpitala dzieci przez niektórych lekarzy fabrycznych, pomimo to odsetka gruzlicy wypada na Łódź duża.

PŁONICA.

Tablica IV.

MIESIĄCE	Przyjęto	Wypuszczono		Zmarło	
		Wylecz. i z polep.	Niewylecz.		
Listopad 1905 r.	7	6		1	
Grudzień	14	7		7	
Styczeń 1906 r.	9	8		1	
Luty	14	7		7	
Marzec	10	4	2	4	
Kwiecień	6	4		2	
Maj	23	16	1	6	
Czerwiec	20	13	3	4	
Lipiec	32	22	4	6	
Sierpień	33	21	4	8	
Wrzesień	62	39	12*)	11	*) 1 przeniesio- no do miejsk. ba- raku
Październik	48	28	4	16	
Listopad	34	13	3	12	+6
Grudzień	31	2	1	—	+28
	343 (340)= 3 dzieci przyjęto powtórnie	190 (187)	34	85	+34

Pozostało
na rok
następny

Opuściło szpital z po-
lepszeniem 52 (54,7%)
bez polepszenia 23
zmarło 4 (4,2%)
przeniesiono na inny oddz. 3
pozostało na rok następny 13
powtórnie zgłosiło się
do przyjęcia 9

Względem dzieci z gruźlicą płuc za-
prowadzono stałą kontrolę pozaszpitalną.
Opuszczającym szpital poleca się przy-
chodzić na oddział co 3 tygodnie. Speł-
niało to polecenie 20 dzieci i zgłosiło się
ogółem 40 razy. Systematycznie przy-
chodziło przez dłuższy czas 5 dziewczy-
nek. Dzieci zakwalifikowane do obs.
externa, nim się je wpuści na oddział,

od 3,0 — 10,0 u 7 dzieci	} przyrost ogólny w obliczeniu na 30 dni	} 90,0—300,0 450,0—1500,0 1500,0—3000,0
„ 15,0 — 50,0 „ 16 „		
„ 50,0 — 100,0 „ 23 „		

Przyrost ogólny wagi wynosił, wy-
rażony odsetkowo w stosunku do wagi
przy przyjęciu

0 — 1% = u 4 dzieci
1 — 3% = u 10 „
3 — 5% = u 4 „
5 — 7% = u 10 „
7 — 10% = u 7 „
10 — 15% = u 10 „
15 — 17% = u 1 „

Przyrost wagi powyżej 5% stwier-
dzono u 28 na 46 dzieci.

Oddział (pawilon) szkarlatynowy.

Ogólną liczbę chorych szkarlatyno-
wych i podług miesięcy wykazuje tabli-
ca IV.

Ogółem leczono na szkarlatynie 343
dzieci, które przebyły 8500 dni szpital-
nych, po odtrąceniu przyjętych powtór-
nie i zmarłych lub zabranych wkrótce po
przyjęciu przeciętna ilość dni szpitalnych
wypada na jednego chorego 28, większość
spędzała na oddziale koło 42 dni.

Z ogólnej liczby leczonych na od-
dziale szkarlatynowym przypada co do
wieku

od 1—2 lat = 31	} 168 do 5 lat włącznie
od 2—5 lat = 137	
od 5—7 lat = 78	} 160 od 5—12 włącznie
od 7—12 lat = 82	
12—15 lat = 9	
18 lat = 2	

z przyjętych 343 przypadków przy-
jęto 3 powtórnie (w lipcu, sierpniu i gru-

podlegają naturalnie wstępnemu badaniu
co do chorób zakaźnych.

W dłuższych odstępach czasu wy-
syłane są zawiadomienia o przyjście dla
skontrolowania stanu zdrowia dzieci obar-
czonych gruźlicą, które się leczą w
szpitalu.

Dobre warunki powietrza i odżywia-
nia, w jakich się szpital znajduje, spra-
wiły, iż pobyt w szpitalu dla dzieci we
wczesnych okresach gruźlicy płuc równa
się prawie warunkom sanatoryjnym, o
czem świadczyć mogą dane osiągnięte
systematycznym ważeniem dzieci. Przy-
toczę tu dane co do 46 dzieci, które prze-
były 1400 dni, t. j. przeciętnie 30 dni na
jedno dziecko.

Przyrost dzienny wagi wahał się jak
widać z następującej tablicy:

dniu), wypisane uprzednio z polepsze-
niem na żądanie rodziców.

W wykazie miesięcznym dla otrzy-
mania ogólnej liczby leczonych na szkar-
latynie dzieci trzeba zrobić następujące
zmiany: od ogólnej liczby 343 odjąć 3
pozostanie 340, od liczby wypuszczonych
z polepszeniem i wyleczonych odjąć 3
pozostanie 187, reszta cyfr zostaje ta
sama.

Z ogólnej liczby chorych 8 dzieci
przeniesiono z oddziałów szpitalnych:
z wewnętrznego 3,—1 jako infekcję we-
wnątrzszpitalną, 1 przyjęte z Nephritis,
u którego stwierdzono po kąpieli łuszcze-
nie, 1 przyjęte w okresie wylegania (na
3-ci dzień wysypka). Z dyfterytycznego
1 jako infekcję wewnątrzszpitalną; ze sta-
cji obserwacyjnej 4 dzieci.

Z 340 dzieci przypada 179 na chłopców
161 na dziewcz.

Z 340 opuściło szpital wyleczonych
i z polepszeniem 187 t. j. 55%

Z 340 opuściło szpital niewyleczonych 34
Zmarło 85 t. j. 25%

po odtrąceniu 12 przypadków zmarłych
przed upływem 24 godzin po przyjęciu
do szpitala, wypadnie 73 na 340 t. j. 21,4%.

Z tych 340 leczono surowicą 35
z nich zmarło 11 tj. 31%

Z 18 przypadków z pierwszego półro-
cza zdawaliśmy już sprawę w „Czasop.
lek.“; przypadki następne ogłoszone będą
niebawem.

Z 85 przypadków z zejściem śmiertelnym przypada na wiek:

do 5 lat — 51 na 168 = 30,3%

po 5 lat. — 30 na 160 = 18,7%

po 12 lat. — 4 na 11

Na oddziale szkarlatynowym, znajdującym się w pawilonie oddległym o 103,2 metr. od pawilonu chorób wewnętrznych, zastosowano możliwe środki izolacji — służba mieszka w oddzielnym pomieszczeniu w gmachu administracyjnym frontowym, z inną służbą nie styka się, po dyety chorych służąca wchodzi przez oddzielne szczytowe wejście do pokoiku przylegającego do kuchni, i połączonego z nią tylko okienkiem. Rzeczy dzieci przyjętych na oddział szkarlatynowy odnosi służąca w tej chwili do kamery dezynfekcyjnej szpitalnej. Bieliznę zdejmowaną z chorych i z pościeli, wkłada się do zbiornika z 2% sodą, po zamoczeniu odnosi się do kamery dezynfekcyjnej, przy której urządzono specjalny kocioł do wygotowywania bielizny.

Lekarze, wchodząc do pawilonu, pozostawiają zwierzchnie ubranie w pokoju lekarskim przy wejściu, nakładają płaszcze, czapki płócienne, kalosze specjalne pawilonowe, których zawsze w pokoju lekarskim stoi kilka par.

Zarządzenia te stały się zupełnie celowymi: w okresie sprawozdawczym nie było ani jednego przypadku przeniesienia infekcji z pawilonu szkarlatynowego, oprócz wspomnianego już przeniesienia na dyfterytyczny oddział przez pielęgniarkę z oddziału dyfterytycznego.

Oddział szkarlatynowy oprócz sali ogólnej posiada jeszcze 3 pokoiki oddzielne i salkę dla ozdrowieńców. Pomieszczenia te okazały się niezbędnymi w chwili, gdy w mieście zaczęły oprócz szkarlatyny pojawiać się epidemicznie dyfteryt i odra. Na oddziale z powodu zawleczenia odry przez jedno dziecko panowała przez czas pewien wewnętrzna epidemia odry, która dzięki wczesnej izolacji na zasadzie plamek Koplika, ograniczyła się do kilku przypadków. Dzieci, które zapadły na odrę, izolowano w salce dla ozdrowieńców. W tym samym czasie niektóre dzieci miały odrazu 3 infekcje — odrę, szkarlatynę i dyfteryt — te izolowano w oddzielnych pokojach. Pawilon szkarlatynowy w tym czasie przestoczył się w pawilon dla infekcyj mieszanych — chwila ta wysunęła niezbędną potrzebę istnienia w szpitalu takiego pawilonu; obecne dorywcze zarządzenie złemu okazało się wprowadzić zupełnie celowym, zdołano bowiem przerwać epi-

demję i nie przenoszono infekcji z pokojów jednych do drugich ani też na salę ogólną, dzięki inteligentnej pielęgniarce, która przestrzegała najściślej zarządzonych środków izolacyjnych: w drzwiach każdego pokoiku wisiały płaszcze, które nakładała pielęgniarka i służąca, wchodząc do pokoiku, wychodząc zdejmowały płaszcze i myły sobie ręce.

W zasadzie szpital powinien jednak posiadać pawilon dla infekcji mieszanych (Mischinfectionshaus), składający się tylko z oddzielnych pokojów, lub oddziałków. Do tego też, o ile na to środki pozwolą, szpital nasz dążyć będzie.

Dla zapobieżenia szerzeniu się dyfterytu obecnie stosowane są iniekcje profilaktyczne 500 jednostek surowicy przeciwbłoniczej.

Na oddziale szkarlatynowym od marca r. 1906 zaprowadzono specjalnie zastosowaną do ważenia obłożnie chorych dzieci wagę. Systematyczne ważenie oprócz celów naukowo-klinicznych pozwala wyciągać wnioski praktyczne co do zmiany dyety, a zwłaszcza ostrzega wcześniej co do rozpoczynającego się zapalenia nerek.

Na oddział szkarlatynowy przyjęto z ogólnej liczby 343 dzieci — 77 dzieci z zapaleniem nerek poszkarlatynowym, z tych 13 w czasie napadu mocznicy. Oprócz tego u pozostałych wystąpiło: zapalenie nerek w 20 przypadkach.

Z innych powikłań wystąpiła w przyp.

Błonica	24
Otitis media	48
Pneumonia	17
Pleuritis purul.	13
Lymphadenitis	40
Sepsis	7
Morbilli	12
Pleuritis sicca	1
Pleuritis serosa	1
Hemiplegia	2
Rheumat. scarl.	1
Noma	1
Ulcus corneae	1
Mastoiditis sin.	2
Purpura haemorrh.	1
Exanth. morbillif.	1
Phlegmone	3
Necrosis cutis	2
Pertussis	1

Z zaznaczonych przypadków błonicy większość dotyczy dzieci, u których stwierdzono błonicę zaraz po przyjęciu badaniem bakteriologicznym, reszta — kilka przypadków — infekcja wewnątrzszpitalna. Przypadek szkarlatyny i krztuśca

przyjęto do oddzielnego pokoju odrazu, infekcyi wewnątrzszpitalnych z tego źródła nie było.

Oddział dyfterytyczny.

Oddział dyfterytyczny mieścił się od listopada 1905 r. do sierpnia 1906 r. w osobnym pawilonie, gdy jednak okazało się, że przypadki błonicy zgłaszają się rzadko (przyjęto 38 przypadków w przeciągu 9 miesięcy) a wzmogła się epidemia szkarlatyny do tego stopnia, że jeden pawilon był wciąż przepełniony, obrócono pawilon dyfterytyczny po odpowiedniej dezynfekcyi od września na szkarlatynowy. Oddział dyfterytyczny mieścił się w sierpniu przez 2 tygodnie na stacyi obserwacyjnej, z chwilą zaś, gdy oddział zapasowy, zajęty wówczas na mening. cerebroszp. epid., opróżnił się, przeniesiono od 28. VIII oddział dyfterytyczny do oddziału zapasowego, znajdującego się w skrzydle pawilonu chorób wewnętrznych (oddzielne wejście, brak wszelkiej komunikacyi z oddziałem wewnętrznym, oddzielne instalacje wentylacyjne i. t. d.) Ze względu na konieczność natychmiastowej pomocy lekarskiej w przypadkach dławca, oddział ten nie tak odległy, jak właściwy pawilon dyfterytyczny, okazuje się dotąd wygodniejszym, ani razu zaś nie był źródłem infekcyi, pomijając fakt zarażenia się pielęgniarki i zarażenia tą drogą dzieci na oddziale wewnętrznym, o czem już wspominałem, a co się mogło zdażyć nawet w odległym pawilonie.

W okresie sprawozdawczym leczono na wszystkich wymienionych wyżej oddziałach dyfterytycznych 80 dzieci, z tych 7 przeniesiono z oddziału wewnętrznego (3 infekcyje wewnątrzszpitalne, 4 przypadki wątpliwe przyjęte do oddzielnych pokojów na oddziale wewnętrznym podczas zajęcia stacyi obserwacyjnej na dyfteryt), 5 ze stacyi obserwacyjnej. Ruch chorych na oddziale podług wieku, postaci chorobowych i zabiegów stosowanych wykazuje tablica V.

Jak widzimy z tej tablicy, przypadków błonicy gardzieli było 29,

z tych wyleczonych 26=89,50%
zabrano w okresie polepszenia 1
zabrano w kilka godzin 1
zmarło z pow. powikł. Noma 1

Przypadków ang. diphter. c. lar. croup. było 13, z tych intubowano 4=30,7%, zmarło 3=23%.

Przypadków laryng. croup. było 32; zmarło 2=6,2%, z tych intubowano 18=

56%. Z intubowanych zmarło 2=11,1%. Do tego dodać należy przypadek, gdzie po intubacyi wykonano tracheotomię wtórną (dziecko pozostało z rurką) i 3 przypadki dławca w przebiegu odry, we wszystkich intubowano; zmarł 1 to jest 33,3%.

Wogóle przypadków, w których wystąpiły objawy ze strony krtani było — 49, z tych w 26 doszło do zabiegu operacyjnego, (53%) z nich zmarło 5, t. j. 19,2%.

Dwie ostatnie cyfry nabierają znaczenia w zestawieniu z odpowiedniami cyframi z innych szpitali. Dla przykładu biorę dane z kliniki w Lipsku: na 125 przypadków, w których wystąpiło zajęcie krtani, intubowano w 88 t. j. 70,4%, u nas 53%. Wskazania więc do intubacyi nie były zbyt pośpieszne. Na 88 intubowanych w Lipsku zmarło 16 t. j. 18,1%, u nas 19,2%. Cyfry bardzo zbliżone.

Odsetka śmiertelności wśród intubowanych zależy od wieku dzieci podlegających zabiegowi. Wśród 26 intubowanych było 8 do lat 2; z tych zmarło 3 czyli 37,5%, z pozostałych 18 zmarło 2 czyli 11,1%. Odsetka śmiertelności przedstawia się różnie w zależności od tego, czy jest jednocześnie zajęta gardziel, wtedy jest wyższą 23%, również wpływa na wyżkę proces uprzedni odrowy — 33,3%.

Przyczyny śmierci zaznaczone są na tablicy w odnośniku co do każdego przypadku.

Z działalności oddziału dyfterytycznego podnieść należy wprowadzenie jako zabiegu pierwotnego intubacyi i konsekwentne trzymanie się tej zasady zgodnie z panującymi w tej mierze zwyczajami we wszystkich szpitalach i klinikach dziecięcych za granicą, za kordonem a nawet w rosyjskich, gdy u nas intubacja albo nie jest wcale stosowana, albo też stosowana jest dorywczo. Oprócz tego zaznaczyć wypada urządzenie do inhalacyi dostosowane do kaloryferów, tak że dziecko dzień i noc znajdować się może w atmosferze pary. W sezonie, gdy ogrzewanie nie funkcjonuje, inhalacja odbywa się z dużego kociołka inhalacyjnego.

Stacya obserwacyjna.

Jak już zaznaczono, przez stacyę obserwacyjną przesunęto się 65 dzieci.

Z 65 dzieci przeniesiono na inne oddziały 22, mianowicie:

na chirurgiczny	4
wewnętrzny	9

BŁONICA.

Taliczka V.

C H O R O B Y	W I E K						Wynik leczenia			U W A G I	
	0-1	1-2	2-5	5-7	7-12	12-15	Wyleczonych	Z polepsz.	Bez polepsz. szenia		Zmarło
Angina diphterica			13	5	9	2	26.	1	1	1 ¹⁾	1) Noma postdiphtherit.
Angina diphterica c. laryng croup. bez intubacyi	1	2	5		1		8			1 ²⁾	2) Herztod intub. tracheot — robiono in extremis.
Angina diphterica. Laryngitis croup. Intubacya		2	2				2			2 ³⁾	3) Jedno dziecko powikłanie pneum, drugie — Herztod. po przejściu objawów stenozy.
Laryngitis croup. bez intubacyi		3	8	3			12	1	1		4) Jedno dziecko zabrano w kilka godzin, drugie zabrano w ciężkim stanie z pneumonia.
Laryngitis croup. Intubacya	2	2	12	2			13	1	2 ⁴⁾	2 ⁵⁾	5) Jedno dziecko zmarło. z powodu powikł. pneum, drugie z powodu zatkania rurki i spóźnionej ekstubacyi.
Laryngitis croup. Tracheot. pierwotna			1 ⁶⁾				1				6) Dziecko przywiezione z miasta z rurką tracheotomijną.
Laryngitis croup. Intub. Tracheot. nast. wtórna		1						1 ⁷⁾			7) Dziecko po 19 dniach intubacyi — tracheotomia, następnie wskutek niemożności usunięcia rurki, laryngofissura z rurką T.
Conjunct. croup. Dipht. nat.	1						1				8) Dziecko 10-mies. — powikłanie pneumonia.
Angina diphterica. Lar. croup. Morbilli. Intubacya											
Laryng. croup. post. mórbillos. Intubacya	1		1				1			1 ⁸⁾	

1) Noma postdiphtherit.

2) Herztod intub. tracheot — ro-biono in extremis.

3) Jedno dziecko powikłanie pneum, drugie — Herztod. po przejściu objawów stenozy.

4) Jedno dziecko zabrano w kilka godzin, drugie zabrano w ciężkim stanie z pneumonią.

5) Jedno dziecko zmarło. z powodu powikł. pneum, drugie z powodu zatkania rurki i spóźnionej ekstubacyi.

6) Dziecko przywiezione z miasta z rurką tracheotomijną.

7) Dziecko po 19 dniach intubacyi — tracheotomia, następnie wskutek niemożności usunięcia rurki, laryngofissura z rurką T.

8) Dziecko 10-mies. — powikłanie pneumonią.

szkarlatynowy 4
dyfterytyczny 5

Z innych oddziałów przeniesiono na stacyę obserwacyjną:

z chirurgicznego 1 (odra)
z wewnętrznego 5 (odra)

Większość dzieci była na stacyi obserwacyjnej nie dłużej jak 2 dni, dłużej były tylko dzieci przeniesione z oddziału wewnętrznego w okresie wylegania odry we wrześniu, jak również 6 dzieci z błonicy w sierpniu podczas opróżnienia pawilonu dyfterytycznego. Przyjęto również na czas dłuższy dwoje dzieci z ciężką odrą, ze względu na brak oddziału odrowego w szpitalu. Dłuższy czas przebywały również dość liczne przypadki błonicy gardła i krtani w przebiegu odry, których nie można było umieścić na oddziale dyfterytycznym.

Po za tem izolowano na stacyi obserwacyjnej przypadek ospy w okresie wylegania, z chwilą stwierdzenia rozpoznania przewieziono do baraku ospowego miejskiego; izolowano 2 przypadki Noma po odrze.

Stacya obserwacyjna składa się z dwu salk, przedzielonych korytarzem; drzwi oszklone pozwalają służącej dozorować dzieci w obu salkach, jeżeli są zajęte. Wchodząc do salki służąca nakłada specjalny dla każdej salki płaszcz. Stacya obserwacyjna, o ile chodzi o pomieszczenie chorych, może pomieścić 8—10 łóżek, dla izolacji jednak chorych podejrzanych o różne choroby infekcyjne, rozporządzając dwoma salkami, rozporządza właściwie i 2 łózkami. W okresie sprawozdawczym było to przeważnie wystarczające, przy zwiększonym ruchu chorych w przyszłości może się jednak okazać niedostatecznem, stacya obserwacyjna powinna się składać najmniej z 3 pokoiów.

Stacya obserwacyjna, jak widać z powyższego, oprócz właściwego zadania spełniała poczęści zadanie oddziału odrowego, po części oddziału infekcyj mieszanych. Fakt ten wysunął potrzebę otwarcia pawilonu dla infekcyj mieszanych, (Mischinfectionshaus).

Badań pośmiertnych dokonano 22 na 132 przypadki zejścia śmiertelnego, t. j. w 16,6% przypadków. Z 22 badań pośmiertnych przypada: 3 na oddział szkarlatynowy, 2 na tyfus, 2 na oddział dyfterytyczny, 1 na oddz. chirurgiczny, 14 na oddział wewnętrzny. Po odrączeniu 82 przypadków śmierci na szkarlatynę do-

konano bad. pośm. w 19 na 50 czyli w 38% przyp.

Ogłoszono drukiem w „Czas. lek.“ ze szpitala następujące prace:

- 1) Dr. J. Brudziński. Słów kilka o postęпах szpitalnictwa dziecięcego.
- 2) Dr. J. Brudziński. O nowych postaciach wysypek ostrych u dzieci (choroba czwarta Dukesa i Eryth. infect.).
- 3) Dr. J. Brudziński. Opis szpitala Anny-Maryi dla dzieci w Łodzi.
- 4) Dr. J. Brudziński. Zapalenie płucnej u dzieci i objaw trojaka.
- 5) Dr. J. Brudziński i H. Trenkner. Przyczynę do leczenia płonicy surowica przeciwploniczą.
- 6) Dr. W. Jasiński. Przypadek zakażenia septycznego z zajęciem kilku stawów u tygodniowego dziecka i t.d.
- 7) Dr. W. Jasiński. Przyczynę do kazuistyki ropni miednicowych u dzieci.
- 8) Dr. T. Mogilnicki. Błonicze zapalenie łącznicy oka.
- 9) Dr. T. Mogilnicki. Z kazuistyki tyfusu brzuszego u dzieci.
- 10) Dr. W. Schoeneich. Rozedma podskórna w przebiegu odry powikłanej płonicą u dziecka.

Personel szpitala składał się:

Dr. J. Brudziński lekarz naczelny i ordynator oddziału wewnętrznego i infekcyjnych.

Dr. I. Watten ordynator oddziału chirurgicznego.

Dr. W. Schoeneich lekarz pawilonu szkarlatynowego.

Dr. T. Mogilnicki lekarz-intern, od czerwca r. 1906 lekarz ambulatorjum.

Dr. W. Jasiński lekarz-intern, od września lekarz-ekstern na oddziale wewnętrznym.

Dr. H. Trenkner lekarz-ekstern od maja r. 1906 na oddziale szkarlatynowym, od maja na oddziale wewnętrznym.

Dr. A. Zieleniewska lekarz-intern od września r. 1906.

Dr. K. Okuszek lekarz-intern od czerwca r. 1906.

Podług regulaminu szpitala mieszkają stale w szpitalu dwaj lekarze-interni i dyżurują kolejno, tak aby w szpitalu ani na chwilę nie brak było lekarza. Lekarze-interni są zarazem asystentami oddziału chirurgicznego i wewnętrznego.

Ordynatorzy - konsultanci i lekarze ambulatorjum w zakresie specjalności:

Chorób nosa, gardła i uszu dr. Pieniążek
Chorób oczu — dr. Michalski.

Chorób skóry — dr. Golc.

Personel nielekarski składa się z przełożonej, gospodyni, 8 dozorczyń (6 oddziałowych, 1 ambulatoryjna, 1 do sal operacyjnych), 24 osób służby pawilonowej i gospodarskiej, portjera, maszynisty, dezynfektora, 2 stróżów — dziennego i nocnego i 1 zamiataacza.

Szpital, obliczony na 120 łózek, posiada obecnie 90 łózek stałych i 16 zapasowych. Utrzymanie dzienne jednego

łózka wypadło w okresie sprawozdawczym — 1 rb. 10 kop.

Z końcem roku pierwszego swego istnienia szpital z okresu organizacyjnego przeszedł do okresu zrównoważonego rozwoju; wspólnem dążeniem pracujących w szpitalu lekarzy będzie kierowanie go nadal po drodze postępu, bez zasklepiania się w rutynie.



Towarzystwa Lekarskie prowincjonalne.

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie.

Protokół posiedzenia Tow. Lek. dnia 6 Marca r. b.

1. Kol. Helman demonstrował wypadek doprowadzenia do całkowitego zabliznienia przedziurawień bębenków sposobem Okuniewa (za pomocą przypalań kwasem tróchloroctowym).

2. Kol. Zieleniewska opisała kliniczny przypadek przerostu serca i chron. zapalenia wsierdza i demonstruje preparat serca tegoż chorego.

3. Kol. Skalski pokazał przypadek odmrożenia palców jako skutek lokautu.

4. Kol. Saks: Pięć przypadków cięcia cesarskiego z zejściem pomyślnem dla matki i dziecka.

Przyp. I i II. Przypadek powtórnego cięcia cesarskiego. W Marcu r. 1905 zostało dokonane cięcie cesarskie u Bajli P., 24 lat liczącej, z powodu wskazania bezwzględego; przypadek ten był referowany w swoim czasie w Tow. Lek. Dziecko otrzymano wówczas żywe i przebieg pooperacyjny był bardzo pomyślny.

9 Października r. 1906 ta sama pacjentka zgłosiła się znów do szpitala z dobrze wyrażonymi bólami porodowymi (była u kresu drugiej ciąży) z powodu wskazania bezwzględego (conj. vera 5 ctm.) Konieczne było powtórne dokonanie cięcia cesarskiego, którego dokonał pod nieobecność referenta kol. Perlis. Cięcie macicy podłużne, poczem dokonano kastracji. Dziecko dobrze rozwinięte, żywe, płci męskiej. Przebieg pooperacyjny w pierwszych dni kilka b. burzliwy; wybitne objawy podrażnienia otrzewny, które wkrótce uspokoiły się. Chora zwol-

na poprawiała się, w okolicy lineae albae uformowało się następnie nacieczenie, które przeszło w ropienie; ropienie trwało b. długo, pomimo najrozmaitszych środków leczenia; pewnego dnia w ranie ukazało się ciało, które przy pociąganiu okazało się serwetą brzuszną, pozostawioną w jamie brzusznej; po usunięciu ciała obcego rana szybko się zablizniła.

Przyp. III. 28 Marca r. 1906 dokonane zostało przez referenta cięcie cesarskie u pacjentki Ch. L., 29 lat liczącej, po raz trzeci rodzącej; uprzednie dwa porody zakończone zostały wymóżdżeniem główki z powodu zwężenia miednicy (conj. diagonalis 7,5 ctm., vera niecałe 6 ctm.). Operacja dokonana została w uspieniu chloroformem; cięcie macicy podłużne; dziecko żywe, nadmiernie rozwinięte, waga dziecka — 3615,0. Przebieg pooperacyjny bezgorączkowy, b. pomyślny; rana brzuszna zagojona przez rychłozrost; karmienie dziecka odbywało się prawidłowo; wypisana została ze szpitala w 15 dni po operacji w stanie zdrowia pomyślnym.

Przyp. IV. Sectio caesarea, zwężenie miednicy bezwzględne; Pelvis rachitica; Stovainisatio.

32-letnia niezamężna Kazimiera D., rodząca po raz pierwszy, została skierowaną do szpitala z miasta z powodu stwierdzenia wybitnego zwężenia miednicy. Rodząca zaczęła chodzić w 7 roku życia, niskiego wzrostu, dolne kończyny krzywiczko zmienione. Bóle porodowe od 3 dni, wody odeszły przed 24 godzinami, w domu kilkakrotnie badana wewnątrznie przez akuszerkę, ciepłota w chwili przybycia do szpitala 37,3 i p. 84. Tętno płodu dobrze słyszalne, położenie pło-

du czaszkowe; główka nad wejściem do miednicy, conjun. diagonalis 7 ctm., vera niżej 6 ctm. Cięcie cesarskie dokonane przez kol. M. Cohna bez uspienia, za pomocą znieczulenia stovainą; zastrzyknięto 2,0 stovainy do rdzenia; znieczulenie po 5 minutach zupełne, operację chora znosiła doskonale, rozmawiając najswobodniej podczas operacji. Przebieg operacji typowy; płód płci męskiej, dojrzwały, dobrze rozwinięty, urodzony w lekkiem omdleniu—szybko przywrócony do życia. Przebieg pooperacyjny pomyślny, powikłany dwudniowym tylko podniesieniem ciepłoty do 38°.

Przyp. V. 26 Listopada r. 1906 zostało dokonane przez refer. cięcie cesarskie na Chai L., 29 lat liczącej, po raz trzeci rodzącej, z powodu zwężenia miednicy bezwzględniego, conj. diagon. 7,2, conj. vera 6 ctm., uprzednie dwa porody zakończone wymóżdzeniem główki. Cięcie cesarskie sub narcosi chloroform-aether; przy cięciu macicy napotyka się łożysko (placenta praevia caesarea); dziecko żywe, płci męskiej, nadmiernie rozwinięte, waży 4065 gramów. Przebieg pooperacyjny b. gładki, bezgorączkowy.

(Autreferat).

Kol. Rundo pyta się, czy dostatecznym jest w celu sterylizacji wycięcie części jajowodów. — Kol. Saksa: wycięcie jajników też nie gwarantuje sterylizacji. — Kol. K. Jasiński opowiada o wypadku wycięcia części jajowodów zewnątrzmacicznej z następną ciążą — zgadza się z kol. Saksem, że najpewniejsze rezultaty daje wycięcie wewnątrzmacicznej części jajowodów.

5. Kol. Helman: 1) demonstracja wydzielonego przez fistulę martwiaka wyrostka sutkowego pod wpływem Bierowania; 2) demonstracja polipa choanalnego.

6. Kol. Goldman: demonstracja naczyń policzka, którego usunięcie zostało umożliwione dzięki uprzedniemu zastosowaniu igieł magnezyowych. Część tych igieł, zmienioną, widzieć można w głębi usuniętego guza.

7. Na wniosek kol. Ks. Jasińskiego postanowiono wysłać na ręce wdowy d-ra Krajewskiego telegram następujący: „Tow. lek. łódzkie, głęboko odczuwając stratę, którą poniosła przez śmierć męża Szanownej Pani nauka i społeczeństwo, w Jej ręce składa swe najszczersze ubolewanie“.

Protokół posiedzenia Tow. Lek. dnia 20 Marca r. b.

1. Kol. Michalski demonstruje przypadek amblyopiae toxicae e tr-ae opii;

chory w ciągu 7 lat używa 30,0 tr-ae opii codziennie; rozpoczęło się to używanie przy enteritis. Tarcza lewego oka biała, atroficzna, prawego — w zewnętrznej 1/2 też biała; rozpoznaje ruchy palców na 1 metr i z kolorów tylko czerwony; pole widzenia koncentrycznie zwężone.

2. Kol. Goldenberg demonstruje rysunek rąk dziecka z rozszerzonymi końcami palców przy vitium cordis.

3. Kol. Goldman demonstruje guz, który symulował uwiecznioną przepuklinę.

4. Kol. Ks. Jasiński zawiadamia, że otrzymał list od kol. Saksa, w którym ten zawiadomił, że nie będzie reprezentował Tow. na otwarciu Stow. Akuszerów z powodu wyznaniowego charakteru tego stowarzyszenia.

Tow. przyjęło to do wiadomości.

Protokół posiedzenia Tow. Lek. dnia 10 Kwietnia r. b.

1. Kol. Perlis demonstrował noworodka z licznymi zrostami: językopodniebiennymi, międzypowiekowymi (symblepharia duplex), ankylozą częściową stawów szczękowych, pletwiastym zrostem udogoleniowym i innymi; prócz tego noworodek miał niedorozwój palców nóg.

2. Kol. Skalski demonstrował guz w okolicy przedramienia, prawdopodobnie myositis ossificans.

3. Następnie kol. Prezes wyjaśnił, że aczkolwiek dzisiejsze posiedzenie powinno być poświęcone sprawom administracyjnym, jednak z powodu braku spraw tego rodzaju musi być poświęcone klinice. — Jedyny kandydat, który chce się poddać balotowaniu na członka Tow. Lek. nie mieszka jeszcze całego roku w Łodzi i z tego powodu na zasadzie Ustawy może być balotowany dopiero na posiedzeniu administracyjnym po wakacjach. Wreszcie kol. Prezes odczytał list od wdowy p. S. Krajewskiej z podziękowaniem za wysłany przez Tow. telegram kondolencyjny.

4. Kol. Perlis *O znieczulaniu rdzeniowym.*

Omówiwszy obszernie literaturę przedmiotu, przytacza 30 własnych spostrzeżeń znieczulenia rdzeniowego za pomocą tropakokainy. Ciężkich powikłań nie miał w żadnym przypadku. Bóle głowy występowały dość często; wymioty, mdłości, rachialgia, podniesienie ciepłoty ciała — należały do powikłań rzadkich. Jeden przypadek zakończył się śmiercią. Tyczy się on 67-letniego mężczyzny bardzo osłabionego wskutek uporczywych krwawień i guzów krwawnicowych. Trzeciego dnia po zabiegu wystąpiły groźne objawy za-

palenia górnego płata płuca, 6 dnia śmierć wskutek niedomogi serca. W jednym przypadku u 34-letniego mężczyzny 4 dnia po operacji przetoki odbytu wystąpił bezwład nerwu odwodzącego (n. abducens), który ustąpił po 6 tygodniach bez śladu. U 4 chorych znieczulenie nie wystąpiło.

Przekłucie kanału rdzeniowego wykonywał P. w przestrzeni międzykręowej lędźwiowej 1-ej lub 2-ej, w linii środkowej. Po przekłuciu nabierał do strzykawki, zawierającej roztwór tropakokainy (1 c. sz. 5% roztworu isotonicznego—0,6% soli kuchennej, co odpowiada 0,05 tropakokainy), 6 do 10 ctm. sz. cieczy mózgodzeniowej.

Dyskusja z pow. odczytu kol. Perlisa.

Kol. Saks stosował, w kilku przypadkach cierpień ginekologicznych, zastrzykiwanie wewnątrzrdzeniowe stovainy z rezultatem niezbyt pomyślnym. W przypadku wyłyżeczkowania macicy, zabiegu naogół dokonywanego bez znieczulenia ogólnego, chora po zastrzyknięciu stovainy bólu nie odczuwała; w przypadku colporrhaphii anter. et posterior nie osiągnął kol. Saks znieczulenia, musiał przeto uciec się do odurzenia chloroformowego; stwierdzić tutaj należy, że colporrhaphia anter. zwykle bywa dokonywana bez znieczulenia wszelkiego, jako zabieg b. mało bolesny. W przypadku skrócenia więzów obłych według Aleksander — Adamsa moment pociągania otrzewny był tak bolesny, że i w tym przypadku należało uciec się do odurzenia chloroformowego. W przypadku wyłuszczenia macicy na drodze pochwowej z powodu raka trzonu macicy u pacjentki naogół niezwykle cierplivej, energiczne pociąganie macicy ku dołowi wywoływało takie bóle, że i w tym przypadku zmuszony był kol. Saks uciec się do odurzenia zapomocą eteru. W przypadku cięcia cesarskiego, efekt od zastrzyknięciu wewnątrzrdzeniowego stovainy był wspaniały: chora podczas całego zabiegu była zupełnie spokojna, zgola nie odczuwając żadnego bólu. Według zdania kol. Saks, a położnictwem chloroform pozostanie metodą znieczulenia de choix, jako dający naogół doskonałe wyniki; wiadomą bowiem jest rzeczą, że rodzące znoszą naogół doskonale chloroform; metoda przeto zastrzykiwania wewnątrzrdzeniowego znajdzie chyba zastosowanie w pewnych wyjątkowych przypadkach, jak np. przy wadach serca. Kol. Saks jest zdania, że teraz jesteśmy w okresie zbiera-

rania niejako statystycznych danych o metodzie znieczulania za pomocą zastrzykiwań wewnątrzrdzeniowego i szczegółowe wskazania i przeciwwskazania dla metody tej, która jest i pozostanie wspaniałą zdobyczą medycyny nowoczesnej, należą dopiero do bliskiej przyszłości.

(Autoreferat).

W odpowiedzi kol. Saksowi kol. Perlis zaznacza, że już Bier odradza stosowanie znieczulania rdzeniowego przy laparotomiach ze względu na wrażliwość otrzewny ościennej, przy pociąganiu, której zjawiają się bóle, sinica, słabe tętno.

Przy operacjach na organach kobiecych rodnych na drodze pochwowej Chapot i Tuffier osiągnęli doskonałe wyniki pod znieczuleniem rdzeniowym. W przypadku operacji Aleksander-Adamsa brak znieczulenia zależnym był od usterki w technice, gdyż przy podobnych operacjach wolnej przepukliny operowano zupełnie bezboleśnie. Przypadek colporrhaphiae, który wykonywa się często bez uspiania, nie jest przekonywający: chora krzyczała bardzo mocno, zupełnie nie odpowiednio do bólów, zdarzających się przy tej operacji.

W położnictwie stosują znieczulenie rdzeniowe, lecz w celu otumanienia i zamroczenia świadomości rodzącej poprzedzają takowe zastrzykiwaniem podskórnem skopomorfiny, wywołującym „Dämerzustand“.

Znieczulenie rdzeniowe nie może zastąpić w zupełności uspiania ogólnego, gdyż zastosowanie jego ograniczone jest tylko do dolnej połowy ciała, wykluczonem zaś jest zupełnie u dzieci do lat 16.

Operować pod znieczuleniem rdzeniowym należy na kończynach dolnych, w okolicy odbytu, krocza i w pachwinach.

Brak znieczulenia, występujący u 7%—9% chorych, zależy głównie od nieprzestrzegania szczegółów techniki, w mniejszym stopniu—od środka znieczulającego i swoistej odporności pacjenta.

Towarzystwo Lekarskie Płockie.

Posiedzenie dn. 18 października 1906 r.

I. Ponieważ w obecnej epidemii szkarlatyny surowica przeciwpłonicza nie daje pożądaných, jak lat poprzednich, rezultatów, postanowiono większością głosów zaniechać stosowania takowej.

II. Bibliotekarz proponuje prosić Tow. Lek. Krakowskie o łaskawe zaofiarowanie Tow. Lek. Płockiemu dublikatów czasopism lekarskich polskich z ostatnich lat sześciu. Z powodu braku wielu nu-

merów w rocznikach zebranych przez Towarzystwo, propozycję przyjęto.

Posiedzenie dn. 31 października 1906 r.

I. Kol. Zaleski odczytał list otrzymany od kol. Palmirskiego, w którym ostatni prosi o stosowanie surowicy przeciwpłonicznej przynajmniej w szpitalu i dokładne notowanie przebiegu choroby. Surowicę kol. Palmirski obiecuje, na żądanie, przysłać gratis.

Postanowiono przyjąć propozycję D-ra Palmirskiego i w razie potrzeby sprowadzić do szpitala surowicę.

II. Postanowiono posiedzenia Tow. Lek. odbywać w pierwszy poniedziałek każdego miesiąca.

Posiedzenie dn. 8 stycznia 1907 r.

I. Odczytano zawiadomienie od delegacji Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich o mającym się odbyć we Lwowie w lipcu r. b. X-ym Zjeździe. Kol. Maciesza wyraził zamiar uczestniczenia na tym Zjeździe.

II. Odczytano protest lekarzy łódzkich w kwestyi donoszenia władzy policyjnej o każdym przypadku rany postrzałowej. W razie, gdyby podobne rozporządzenie było wydane w Płocku, postanowiono solidaryzować się z kolegami łódzkiemi.

III. Kol. Żenczykowski opowiedział przypadek pęknięcia sklepienia pochwy w czasie porodu.

Kolega Ż. wezwany był do rodzącej w 2 godz. po odejściu wód. Płód martwy. Główka po lewej stronie. Prawa rączka wypadła. W szparze sromowej widać bark i dolną część szyi. Bóle częste i silne. Na macicy pierścienia nie ma. Po przygotowaniu narzędzi, obmyciu chorej i rąk, kol. Ż. przeciął nożycami ad oculus szyjkę płodu, założył na górny kikut szyi kulociąg i za wypadniętą rączkę wyciągnął tułów; nie zdążył jeszcze przeciąć sznurka pępkowego, kiedy siłą skurczu macicy urodziła się główka i jednocześnie łożysko. Po porodzie ilość wypływającej ze szpary sromowej krwi nieznaczna, chora czuje się dobrze, puls mały, 130. Macica nieco bolesna — kureczy się dobrze. Zastosowano sporysz i zastrzyknięto 0.3 kofeiny pod skórę. Rano tegoż dnia, przy drugim widzeniu, brzuch wzdęty, bolesny, T. 39° 6, P. 140 b. mały, chora b. osłabiona, cera blada. Na naradzie, z kol. Zaleskim, przy badaniu znaleziono w prawem sklepieniu otwór, łatwo przepuszczający rękę i prowadzący do znacznej wielkości jamy, wypełnionej skrzepami krwi. Po wygarnięciu skrzepów, zbadano odłuszczoną otrzew-

nę, lecz otworu w niej nie znaleziono. Jamę wytamponowano gazą i zaproponowano chorej operację (cięcie Bardenheuer'a, lig. art. uterinae i drenowanie), lecz zgodzić się na nią nie chciała. Zastrzyknięto pod skórę z przerwami około 1,0 kamfory i tyleż coffeiny natr.-benz. Wieczorem i w nocy dreszcze wstrząsające. Puls niewyczuwalny. T. powyżej 40° 9. Rano, około godz. 11-ej, T. 41° 0, o godz. 12-ej, w czasie przygotowań do wyjęcia gazy — agonia i o 12½ mors.

Kol. Zaleski robi zarzut kol. Ż., że nie zbadał pulsu przed przystąpieniem do embryotomii, gdyż przyspieszony i mały puls dałby mu wskazówkę, co do postawienia prognozy lub proponowania natychmiastowej operacji.

Kol. Ż. tłumaczy się, że dobre samopoczucie chorej, brak pierścienia na macicy, urodzenie główki i łożyska bez żadnej pomocy i brak krwotoku po urodzeniu, nie pozwalały domyślać się grożącego niebezpieczeństwa.

IV. Prezes prosi sekretarza, skarbnika i bibliotekarza o przygotowanie sprawozdań z działalności Towarzystwa za rok ubiegły, w celu odczytania takowych na zebraniu rocznem.

Posiedzenie roczne dn. 4 marca 1907 r.

Obecnych 10-iu członków.

I. Sprawozdanie Sekretarza: W roku ubiegłym, bądź z powodu stanów wojennych i połączonego z nimi braku swobody zebrania, bądź też dla tego, że umysły wielu z nas zwrócone były na inne tory — tory polityczne, posiedzeń Towarzystwa było tylko 5. Z tych jedno roczne i jedno nadzwyczajne w celu uczczenia pamięci zmarłego wiceprezesa naszego Towarzystwa, kol. Berezy.

Posiedzenia zwyczajne poświęcone były głównie sprawom administracyjnym. Referatów i prac oryginalnych nie było. W roku ubiegłym ubył jeden członek, kol. Bereza, i przybyło dwóch kol. Kosmaciński i Przyłuski, zatem Towarzystwo Lekarskie Płockie liczy członków rzeczywistych w roku bieżącym 16-tu.

II. Bibliotekarz i skarbnik zdali sprawozdanie ze stanu biblioteki i kasy.

III. Przystąpiono do wyboru Zarządu. Większością głosów wybrani zostali: kol. Zaleski (prezes), Jurczyński (wiceprezes), Przyłuski (sekretarz), Maciesza (bibliotekarz) i Gościcki (skarbnik).

Sekretarz J. Żenczykowski.

Towarzystwo Lekarskie Radomskie.

Posiedzenie dn. 27 października 1907 r.

Obecnych 9-iu członków. Przewodniczący kol. Stanisław Idzikowski.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia przyjęto i podpisano.

II. Kol. Kondratowicz odczytał streszczenie zbiorowego dzieła p. t. „Medycyna w samorządzie.“

Posiedzenie dn. 15 grudnia 1906 r.

Obecnych 14-tu członków. Przewodniczący kol. Jan Przychodzki.

Przed porządkiem dziennym kol. Prezes zakomunikował ogólnemu zebraniu o śmierci członka rzeczywistego ś. p. Józefa Goldsztejna, proponując uczcić pamięć zmarłego przez powstanie ze swych miejsc — co też przez obecnych uskutecznione zostało. Nadto obecni postanowili złożyć, zamiast wieńca na trumnę, ofiary na rzecz pozostającego w rozporządzeniu Towarzystwa funduszu dla wdów i sierot po lekarzach ziemi radomskiej.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia przyjęto i podpisano.

II. Przyjęto do wiadomości; iż X

Zjazd lekarzy i przyrodników polskich odbędzie się we Lwowie w m. lipcu 1907 r.

III. Odczytano odezwę kol. Tchorznickiego z Warszawy w sprawie zorganizowania w Radomiu kąpieli dla uczniów i uczennic szkół elementarnych.

Postanowiono: wobec istnienia w Radomiu Oddziału Warszawskiego Towarzystwa Hygienicznego przesłać powyższą odezwę temuz oddziałowi.

IV. Inspektor Lekarski gub. Radomskiej zwrócił się do Towarzystwa z prośbą o zebranie wiadomości co do chorych na nagminne zapalenie opon rdzenia mózgowych, jako też co do szerzenia się wspomnianego cierpienia.

Postanowiono: przesłać wszystkim kolegom w gub. Radomskiej zamieszkającym — odnośne kwestyonariusze z prośbą o ich wypełnienie.

V. W celu przeprowadzenia skutecznej walki z chorobami zakaźnymi, panującymi w Radomiu, *postanowiono:* aby wszyscy lekarze powiadamiali o każdym spostrzeganym przez nich wypadku powyższych chorób.

Prezes H. Fidler.

Sekretarz W. Cennère

Krytyka i Biblijografia.

Zygmunt Kramsztyk: „Objawy kliniczne chorób oczu“. 2 tomy, 1907 r.

Od chwili pojawienia się klasycznego „Wykładu chorób przyządu wzrokowego“ ś. p. prof. Szokalskiego upłynęło prawie 40 lat. W ciągu tego długiego okresu czasu w literaturze naszej lekarskiej nie ukazała się ani jedna oryginalna lekarska praca w języku polskim, poświęcona „wykładowi“ chorób ocznych, a nawet i przekładem z języków obcych w ciągu ostatnich lat 30 nie możemy się poszczycić. Znakomite w swoim czasie dzieło „Nestora okulistów słowiańskich“ Szokalskiego nie doczekało się nawet drugiego wydania. A przecież posiadaliśmy dwa uniwersytety polskie i spory zasób młodzieży poświęcającej się studiom lekarskim. To też pojawienie się oryginalnej pracy kol. Kramsztyka a pod powyższym zacytowanym tytułem jest wydarzeniem godnym zaznaczenia.

Jak już sam tytuł wskazuje, nie jest to kompletny podręcznik do nauki okulistyki, jak np. dzieło Szokalskiego.

Kol. Kramsztyk daje nam tylko wykład „Objawów klinicznych chorób oczu“ a zatem tylko część tego, co się znajdować zwykło w kompletnym podręczniku. Mamy tu przede wszystkim podane metody badania organu wzrokowego, a następnie objawy chorób przy badaniu spostrzegane. Te ostatnie ułożone są w tym porządku, jak postępuje badanie. Ale i same metody badania nie są całkowicie przedstawione, o czym sam autor mówi, że „nie miał warunków, ani czasu do opanowania zawiłych, czysto naukowych metod badania, dlatego książka niniejsza obejmuje te jedynie objawy, które lekarz w prywatnej praktyce, w gabinecie swoim, najprostszymi niezbędnymi przyrządami zbadać może“. Ale dodaje: „do rozpoznania choroby i należytego leczenia te objawy wystarczają zwykle“.

Możnaby się zgodzić na to, chociaż od dzieła dwutomowego, poświęconego tylko pewnej części okulistyki, czytelnik spodziewać się mógł zupełnego wyczerpania przedmiotu. Nie chciałbym z tego

powodu stawiać zarzutu autorowi. Przeciwnie, zupełnie zgadzam się z kol. K., iż „człowiek tylko o tem powinien pisać jedynie, co poznał dokładnie“. Czytając zaś „Objawy kliniczne“ przekonujemy się, iż autor zna dokładnie to o czem pisze i dlatego cechuje tę pracę nadzwyczajną jasność i potoczność wykładu, te nieoszacowane zalety dla dzieła traktującego o sprawach częstokroć dość trudnych, zawiłych i suchych. Ta jasność wykładu, oraz liczne porównania robią wrażenie, jakgdyby autor chciał przeznaczyć swe dzieło dla szerszej publiczności, chociaż, jak sądzę, miał on głównie na widoku uczących się medycyny studentów, którym też książka kol. K. może bezwątpienia oddać rzetelną przysługę. Ale i lekarze praktycy niejednego z niej nauczyć się mogą.

Autora, jako lekarza myślącego, nie zadawalnia zwykły szablonowy sposób wykładu, praktykowany w podręcznikach. Opisuje on objawy chorobowe nie „w porządku anatomicznym“, lecz w tym porządku, jak je lekarz spostrzega u chorego przy systematycznym badaniu. Rozpoczyna od wywiadów; następnie bada go „zdaleka“, „ku światłu“, „w oświetleniu bocznem“, „wziernikiem“ i „od światła“. Nie przesadzając, który z tych sposobów jest lepszy, musimy przyznać autorowi oryginalność układu.

Nie zadawalnia autora również dotychczasowy podział i mianownictwo niektórych chorób. Czy podany przez autora podział zapaleń spojówki na „katar spojówki“, „zapalenie ostre“, „przewlekłe“ i „bliznowe“, „jaglicę“ i „zapalenie jaglicowe“ okaże się praktycznym, nie chcemy przesądzać, należy natomiast zaznaczyć dążność jego do podziału opartego na obserwacji klinicznej. Gdyby autor nie był pominął badań bakteriologicznych i drobnowidzowych, podział ten możeby wypadł inaczej.

Jednym z dużych braków omawianej książki jest niedostateczna ilość rysunków, któreby mogły znakomicie ułatwić zrozumienie wielu miejsc zresztą bardzo jasnego opisu. Jest to jednak wada prawie ogólna naszych dzieł lekarskich oryginalnych, wada będąca w związku z trudnościami technicznymi, nie łatwymi u nas do pokonania. Język wszędzie czysty i poprawny, a niektóre nowowprowadzone, czy to polskie, nazwy są dostatecznie objaśnione i właściwe duchowi języka.

To też, pominąwszy drobne usterki, od których nie może być wolne żadne dzieło rąk ludzkich, całość wyszła poży-

teczna a zajmująca i choć w części zapewni lukę w naszej literaturze okulistycznej.

J. Koliński.

O florze spraw płciowych. Napisał Dr. Leon Karwacki. Warszawa, 1906. (Odbitka z „Przeglądu chorób skórnych i wenerycznych“). Str. 170.

Bardzo słusznie uczynił kol. K., puśczać swoją pracę w świat w osobnej odbitce książkowej. Każdy myślący wenerolog niejednokrotnie chyba odczuwał brak książki, w której byłoby uszeregowane w pewnym porządku to wszystko, co się tyczy bakteriologii spraw płciowych. Zwłaszcza brak ten dał się odczuć w dobie ostatniej, kiedy prątek błady zajął wszechwładnie uwagę wenerologów. Każdy, komu trudno jest poprzestać na wierze in verba magistri, kto chciał — że nie powiem sprawdzić to odkrycie, lecz poprostu jakotako zorientować się w obfitej, a tak mało znanej florze spraw płciowych, na każdym kroku niezwalczona napotykał trudności. To też szczerza wdzięczność należy się kol. K. za to, że w pracy jego znaleźć łatwo obfite i szczegółowe dane, pozwalające na postawienie w przypadku zawikłanym rozpoznania ścisłego, opartego na naukowych danych.

Obfity materiał własny i porównywanie wyników swych badań z wynikami, otrzymanymi przez innych autorów, uwzględnienie nowych poglądów w wenerologii (jak naprz. pogląd Buschke'go o, tyczący się *ulcus simplex*) i kliniczna podstawa całej pracy kol. K. czyni ją szczególnie wartościową dla wenerologów. Bardzo szczegółowo opracowana metodyka hodowania i barwienia drobnoustrojów i liczne (nawiasem mówiąc, doskonale wykonane) rysunki, dają możność samodzielnej pracy nawet przeciętnemu lekarzowi-praktykowi.

Za szczególną zasługę należy pochylić autorowi niezmierną dbałość o czystość języka, najdobitniej występującą w tak trudnej do spolszczenia terminologii.

Żałować jedynie należy, że autor, dając w swej pracy pewną skończoną całość, nie uwzględnił rzekomo — rzerzączkowego zapalenia cewki (Bockharta).

Wacław Sterling.

Robotnicza biblioteczka higieniczna. *Wydawnictwo Oddziału Łódzkiego Towarzystwa Hygienicznego Warsz.*

Oddział Łódzki Tow. Hygienicznego rozpoczął wydawnictwo broszurek, przeznaczonych dla sfer robotniczych.

Przedmowa do tego wydawnictwa, na czele którego stanął kol. Julian Grabowski, powiada:

„Zdrowie jest jedyną własnością robotnika: zachowanie zdrowia — to zachowanie siły do pracy. Ztąd wniosek łatwy, jak bardzo jest koniecznem, by robotnik znał przepisy higieny.

Ze szczerą wiarą w pożytek naszego wydawnictwa polecamy je szerokiemu ogółowi robotniczemu.“

Cena każdej broszurki wynosi dwie groszy. Skład główny w Łodzi, w księgarni A. Straucha (ul. Dzielna Nr. 4).

Dotąd wyszły następujące dziełka:

W. Schoeneich. *Dziecko w pierwszym roku życia.* Stronic 22. Rozdziały: Wstęp. Pielęgnowanie noworodka. Żywnienie naturalne niemowląt. Odstawianie od piersi. Karmienie sztuczne niemowląt. Ząbkowanie. Pielęgnowanie skóry i jamy ustnej niemowląt.

Wacław Jasiński. *Choroby dzieci w wieku szkolnym.* Stronic 24. Rozdziały: Wstęp. Opieka nad dziećmi w domu. Opieka nad dziećmi w szkole. Obowiązki lekarza szkolnego. Higiena nauczania. Choroby szkolne. Higiena wzroku. Higiena słuchu. Choroby nosa. Choroby skóry i włosów. Skrzywienia kręgosłupa. Choroby narządów wewnętrznych. Choroby układu nerwowego. Choroby zakaźne. Szerzenie zasad higieny w szkole.

Stanisław Skalski. *Alkoholizm i sprawa robotnicza.* Stronic 30. Rozdziały: Wstęp. Wódka i piwo. Choroby wywołane przez użycie alkoholu. Alkohol zmniejsza odporność względem chorób. Choroby umysłowe na tle alkoholizmu. Alkohol i zbrodnie. Alkohol i dziedziczność. Picie umiarkowane. Przyczyny wzrostu alkoholizmu. Długi dzień roboczy i złe odżywianie. Mieszkania robotnicze i alkohol. Czy warunki społeczne są jedynym powodem rozwoju pijanstwa. Zabobonna wiara w potęgę alkoholizmu. Pijanstwo przymusowe. Alkohol i robotnicy. Klasa robotnicza i alkohol. Mieszkańscy przeciwnicy alkoholu. Ruch robotniczy przeciw alkoholowi. Dla czego jesteśmy abstynentami. Organizacje abstynenckie. Abstynencya jako oręż w walce.

Wszystkie trzy broszurki gorąco polecić możemy do szerokiego rozpowszech-

niania między ludem, szczególnie miejskim. Szanowni koledzy mogliby się do tego przyczynić, zwracając uwagę księgarzy prowincjonalnych na to wydawnictwo.

Moje książeczki. Wydawnictwo M. Arcta.

Edgard Hubeau. *Nauka o zdrowiu.* Podręcznik dla szkół elementarnych. Stopień niższy, dla dzieci w wieku 6—8 lat. Spolszczyła Janina Polakówna. Stronic 29. Cena kop. 8.

— *Nauka o zdrowiu* (Higiena). Książeczka dla szkół początkowych. Spolszczyła Janina Polakówna. Kurs średni. Stronic 47. Cena kop. 10.

Obie te książeczki dają pojęcie o zakresie, w jakim można prowadzić z dziećmi pogadanki z higieny.

Książki dla wszystkich. Wydawnictwo M. Arcta.

Dr. Otto Gotthilf-Traenhart. *Jak zachować się wiosną, latem, jesienią i zimą?* Opracował Dr. med. L. Wolberg. Stronic 108. Cena 20 kop.

Szereg rad nieźle dobranych i pożytecznych.

Razi zaraz na wstępie zdanie: „na wiosnę i w jesieni suchoty najczęściej zabierają ofiar; na wiosnę wychodzą oni (suchotnicy) na świat boży, lecz chłód kwietniowy lub nawet majowy nieraz do-bija ich niespodzianie.“

Dr. Stanisław Kopeczyński. *Higiena i szkoła. Uwagi i rady.* Stronic 93. Cena 20 kop.

Króciutki, ale treściwy podręcznik, napisany przez znanego i uznanego fachowca w tej dziedzinie.

Dr. Kazimierz Niedzielski. *Uwagi i rady lekarza, przydatne w życiu codziennem.* Część I. Stronic 146. Cena 25 kop.

Jest to rodzaj wypisów higienicznych, zbiór dobrze napisanych i ścisłych artykułików z różnych dziedzin higieny życia domowego.

Dr. G. Bunge. *Zatrucie alkoholem i zwyrodnienie.* Stronic 35. Cena 10 kop.

Tytuł i nazwisko autora mówią same za siebie.

Dr. L. Przedborski. *Zmysł słuchu i dźwięk.* Stronic 57. Pięć rysunków w tekście. Cena 15 kop.

Przedmiot trudny wyłożył autor z wielkim talentem popularyzatorskim, barwnie i zajmująco.

Wszystkim tym wydawnictwom Arcta zarzucić należy, że są za drogie — w stosunku do ich objętości.

S. S.

Wspomnienia pośmiertne.

W ciągu pierwszych trzech miesięcy roku bieżącego nauka polska poniosła dotkliwą stratę przez śmierć kilku wybitnych przedstawicieli stanu lekarskiego, którzy licznymi pracami wzbogacili piśmiennictwo medyczne polskie. W liczbie zmarłych znajdują się dwaj zaszczytnie znani okulisci: Dr. Józef Talko, zmarły w końcu grudnia r. z. w Lublinie, i Dr. Ksawery Gałęzowski, zmarły w końcu marca r. b. w Paryżu. Obaj urodzeni na Rusi, działalność lekarską rozpoczęli około 60-go roku zeszłego stulecia, jako lekarze wojskowi armii rosyjskiej. Poświęciwszy się okulistyce, obaj przez długi szereg lat pracowali w obranym zawodzie z dużym pożytkiem dla nauki: pierwszy w kraju, drugi do końca życia — w Paryżu.

Ś. p. Józef Talko.

Ś. p. Dr. Józef Talko urodził się w 1838 r. na Polesiu Ukrainie. Nauki pobierał w Żytomierzu; medycynę studiował w uniwersytecie kijowskim. Po wyjściu z uniwersytetu w 1861 r. został lekarzem wojskowym i w tym charakterze przesłużył prawie 30 lat, poświęcając się chorobom ocznym, najpierw jako ordynator szpitali w Kijowie, Tyflisie i Lublinie, następnie jako okulista okręgowy w Warszawie i w Jarosławiu. Po wyjściu do emerytury osiadł w swym ulubionym Lublinie, gdzie dokonał swojego pracowitego żywota 25-go grudnia r. z. W zmarłym koledze nauka lekarska polska utraciła nader ruchliwego i skrzętnego pracownika. O pracach swoich mówi on sam (w „Książce jubileuszowej“ prof. Szokałskiego): „głównie zajmowały mnie wady rozwojowe oka i kazuistyczne obserwacje, które ogłaszałem... Prócz tego w pismach polskich streszczałem prace oftalmiczne z obcych języków, — w niemieckich i francuskich czasopismach oftalmicznych — podawałem wyciągi z prac naszych rodaków.“

Pomimo to, że powyższą charakterystykę swej naukowej działalności ś. p. Talko wypowiedział przed 23-ma laty i dziś jest ona zupełnie ścisłą. Gromadzenie materiału kazuistycznego i teratologicznego było główną treścią prac tego zabiegliwego i pracowitego kolegi. A prac tych będzie pokaźna liczba, sko-

ro już w 1884 roku samych oryginalnych artykułów wykazał 64, oprócz daleko większej liczby tłumaczeń, sprawozdań, krytyk, korespondencji i t. p. Niektóre z tych prac pozostaną cennym materiałem dla historii naszej nauki, jak np. specjalne zestawienie przypadków wagra w oku na przestrzeni ziem Polski („Wagr w Polsce“ — *Postęp okulistyczny*, 1900 r.), albo też „Materiały do historii oftalmologii w Polsce.“ (*Książka jubileuszowa* prof. Szokałskiego — 1884 r.).

Jako kolega, ś. p. Talko był niezmiernie życzliwym i wylanym. Niejeden z dzisiejszych adeptów okulistyki korzystał z jego przyjacielskich rad i wskazówek w pierwszych latach swej działalności. Słusznie też mówił o sobie ś. p. Talko, iż znał prawie wszystkich współczesnych okulistów Europy i cieszył się ich życzliwością.

Ś. p. Ksawery Gałęzowski.

Ś. p. Dr. Ksawery Gałęzowski urodzony w gub. Kijowskiej w 1832 r., nauki lekarskie studiował w Akademii Medyko-Chirurgicznej w Petersburgu, którą ukończył w 1858 roku. Przed samym wybuchem powstania 1863 r. został przeznaczony na lekarza przy szpitalu W. Ks. Konstantego w Warszawie. W drodze do miejsca przeznaczenia zmienił plan podróży i zamiast do Warszawy, wezwany przez stryj. Seweryna, pojechał do Paryża, gdzie mu sędzonym było zamieszkiwać do końca życia.

W ciągu czterdziestokilkuletniego okresu pracy lekarskiej, Gałęzowski, jako okulista, zdobył uznanie nie tylko w Paryżu ale nawet poza granicami Europy. Sławę uczonego i wziętość zdolnego okulisty zawdzięczał swej niezmiernie pracowitej i poważnej studiom naukowym, przeprowadzanym w klinikach i szpitalach Paryża zaraz w pierwszych latach pobytu. Po trzech latach wyteżonej pracy otworzył prywatną klinikę oczną, początkowo wspólnie z młodą podówczas lekarzem w Paryżu, a dziś chlubnie znaną w nauce profesorem Laskowskim z Genewy. Klinika ta, dotąd egzystująca przy ul. Dauphine, stała się głównym polem działalności Gałęzowskiego. Tu radził

licznym rzeszom chorych, tu urządził wykłady dla słuchaczy, wreszcie tutejszy bogaty materiał kliniczny zużytkowywał do szeregu prac, ogłaszanych w różnych czasopiśmiech lekarskich francuskich, a od 1871 roku we własnym miesięczniku okulistycznym „*Receuil d'ophthalmologie*.” Płodność literacka Gałęzowskiego była niezrównaną. Ilość wszystkich prac jego, ogłoszonych drukiem, przechodzi liczbę dwustu. Śmiało rzec można, iż był to najpłodniejszy z pomiędzy nietylko polskich okulistów. Pisał przeważnie po francusku. Jego podręcznik okulistyki: „*Traité des maladies des yeux*” doczekał się trzeciego wydania, a za pracę p. n. „*Étude ophthalmoscopique sur les alterations du n. optique et sur les maladies cérébrales dont elles dépendent*” otrzymał wielki medal od fakultetu paryskiego (1863 r.).

Po polsku napisał 3 rzeczy: 1) „Nowa modyfikacja oftalmoskopu” (1860 r.), 2) „Pogląd na terapię chorób oczu” (1867) i 3) „O trudności rozróżniania barw” (1884 r.).

Wezwany do objęcia katedry okulistyki po śmierci prof. Rydla (1894 r.) w Krakowie, postawił zbyt trudne warunki, dla których profesury tej nie otrzymał.

Mieszkając zdala od kraju rodzinne sprawy jego jednak się interesował i chętnie widział około siebie przyjeżdżnych lekarzy rodaków, którym zawsze służył szczerą radą i pomocą.

J. K.

Ś. p. Władysław Krajewski.

Dnia 4-go marca r. b., w 52-im zaślewie roku życia, zmarł w Warszawie ś. p. Władysław Krajewski.

Nad świeżą mogiłą stajemy z uczuciem smutku i żalu wielkiego, że tak przedwcześnie ubył nam człowiek niezwykły, który wszystkie swe siły oddawał społeczeństwu, pracując bez wytchnienia ku wielkiej chwale wiedzy lekarskiej polskiej, ku wielkiemu pożytkowi cierpiących.

Chirurgia polska ze zgonem Władysława Krajewskiego ponosi stratę niepowetowaną. Zarówno wiedzą i doświadczeniem klinicznym, jak talentem i techniką operacyjną, wywalczył On sobie wśród chirurgów naszych buławę hetmańską, którą od szeregu lat niezaprzeczenie dzierżył w swem ręku, wzywany do walki na posterunki najbardziej zagrożone, gdzie wróg był najsilniejszy, a walka najcięższa. Nie uchylał się od niej nigdy, bez względu na to, gdzie

i kiedy stanąć trzeba było do apelu, o ile była najsłabsza bodaj nadzieja zwycięstwa. Wielki zapal i umiłowanie zawodu swego potrajały wale z natury Jego siły — wielkie poczucie obowiązku i współczucie wszelkiej niedoli nie pozwalały mu oszczędzać tych sił, które też stargał tak wcześniej w bezustannej i gorączkowej walce ze śmiercią — o życie innych.

Zawód chirurga ś. p. Władysława Krajewskiego rozpoczął niezwykle wcześnie. Skończywszy bowiem w 21-ym roku życia wydział lekarski w Uniwersytecie warszawskim i zaraz potem powołany do armii czynnej podczas wojny rosyjsko-tureckiej, zmuszony był prowadzić duży oddział chirurgiczny w szpitalu wojskowym. Był to pierwszy etap samodzielnej pracy chirurgicznej Krajewskiego. Tudańemu mu było nad zwykłą miarę odrazu poznać cały ogrom cierpień, na jakie skazani bywają chorzy oddziałów chirurgicznych — i całą niemoc ówczesnej chirurgii w walce z cierpieniami temi. Były to wszak, u nas przynajmniej, jeszcze zupełnie przedantyseptyczne czasy.

Na wrażliwą naturę ś. p. Władysława Krajewskiego kilkomiesięczny pobyt w takim środowisku nędzy i cierpień, jakie przedstawiać musiały oddziały szpitalne armii rosyjskiej w roku 1877, nie mógł pozostać bez wpływu poważnego. Obok zapału do dalszej i bardziej owocnej pracy w tym kierunku, w którym wypadło mu zbiegiem okoliczności tak wcześnie rozpocząć swoją karierę, wyniósł on stąd głębokie zrozumienie i odczucie, jak ciężką i odpowiedzialną jest rola chirurga i jak gruntownego wymaga przygotowania. To też odtąd systematycznie i wytrwale dąży do zdobycia w jaknajszerszym zakresie przygotowania tego, zarówno teoretycznego, jak i praktycznego.

Po powrocie do kraju i krótkim pobycie przy klinice prof. Kosińskiego, zwraca się przede wszystkim ku gruntownym studjom nad anatomią ciała ludzkiego. Przez 4 blisko lata, jako pomocnik prosektora przy katedrze anatomii opisowej i topograficznej, trawi dnie całe nad preparatami, już to preparując sam, już to demonstrując i pomagając studentom. Obok tego oddaje się ćwiczeniom w operowaniu i eksperymentowaniu na zwierzętach, oraz studjom teoretycznym w dziedzinie chirurgii nowoczesnej, tak wspaniale wtedy rozwijającej się na Zachodzie. Wr. 1882 udaje się do wielkich jej ognisk zagranicą, zapoznając się

ze szkołą niemiecką u Billroth'a, Alberta, Nussbauma i Schedego, z francuską u Péana, Verneuil'a, Tillaux'a i innych. Tutaj uzupełnia w dalszym ciągu wiadomości swoje z histologii i anatomii patologicznej.

Po powrocie z zagranicy, obejmuje w końcu r. 1883 posadę lekarza miejscowego i zarazem asystenta na oddziale chirurgicznym d-ra Orłowskiego w szpitalu Dzieciątka Jezus, gdzie wkrótce, wobec choroby ordynatora, staje się faktycznym jego zastępcą. W roku 1886 zostaje mianowany ordynatorem oddziału w tymże szpitalu.

Początek szpitalnej pracy Władysława Krajewskiego przypada tedy na chwilę znamionną w dziejach chirurgii. Była to epoka gwałtownego i świetnego jej rozwoju pod wpływem antyseptyki, która na Zachodzie świeciła już wielkie tryumfy zdobyczy realnych — u nas stawiała dopiero pierwsze kroki. Warunki, w jakich przewrót ten odbywał się u nas, nadzwyczaj były ciężkie. Stan ówczesny szpitali, a zwłaszcza oddziałów chirurgicznych, był bardziej niż opłakany. Brak najniezbędniejszych środków materalnych i brak światłych kierowników; walka z nędzą szpitalną i walka z rutyną biurokratyczną i zaśniedziałością starszyny — oto akcesorya, wśród których musieli obracać się pierwsi nasi pionierowie chirurgii nowoczesnej. Musieli oni nie tylko stwarzać najczęściej własnymi środkami warsztaty chirurgiczne, lecz i walczyć o prawo do pracy samodzielnej, nie krępowanej nakazami i zakazami ludzi, zwykle najmniej do tego powołanych. Trzeba było zaiste wielkiego hartu, wielkiego umiłowania zawodu, aby pracować i iść przebojem dalej w ciężkiej i bez tego pracy, gdy się spotkało na drodze więcej kamieni ciskanych pod nogi, niż słów zachęty, nie mówiąc już o pomocy czynnej.

W chwili owej świeciło już jasnym płomieniem imię jednego pioniera na nowych drogach chirurgii — Władysława Matlakowskiego; obok niego z równą niemal siłą szybko zabłysło imię drugiego bojownika i najbliższego jego sąsiada w pracy szpitalnej — Władysława Krajewskiego. Nie ustępując pierwszemu wiedzy specjalną i talentem, niósł on ze sobą więcej jeszcze temperamentu i młodzieńczej werwy, zarówno w pracy twórczej, jak i w burzeniu zażytków i poglądów zastarzałych, bez czego ostatecznie żaden postęp jest niemożliwy. Jego artykuł p. t. „Dla czego w na-

szych oddziałach chirurgicznych rezultaty są gorsze, niż zagranicą,“ śmiało i z talentem pisarskim poruszający kardynalne braki ówczesnych stosunków szpitalnych, niewątpliwie doniosło pod tym względem miało znaczenie. Wywołał on, jak to łatwo zrozumieć, całą burzę, ściągnął gromy oburzenia, napaści i insynuacji na autora i stał się dlań powodem niechęci ze strony starszyny lekarskiej i młodych tejże adeptów, która przetrwała przez długi szereg czasu. Lecz jednocześnie śmiało i rzeczowe wystąpienie to zmusiło niektórych kierowników oddziałów do baczniejszego zwrócenia uwagi na niezbędne ulepszenia pomocy chirurgicznej, bardziej zgodne z nowoczesnymi wymaganiami i zdobyczami wiedzy, i tem niezaprzeczenie przyniosło niepoślednią korzyść dla sprawy ogólnej. Sądzę, że czas już najwyższy, aby rzecz tę traktować niezależnie od osobistości i ściśle rzeczowo — wtedy i ocena jej wypadnie zupełnie inaczej, niżli to miało miejsce przed laty z górą dwudziestu.

Co można było zrobić na oddziale przy dobrych chęciach i umiejętnem kierownictwie — tego dał dowód ś. p. Krajewski po otrzymaniu własnego oddziału. Obok stosunkowo wcale nieźle urządzonych sali operacyjnej, stworzył on pracownię do badań klinicznych, zaopatrzył ją we wszystkie niezbędne przyrządy, uzupełnił i odnowił instrumentarium — wszyst o to, co prawda, własnym kosztem. Wkrótce oddział ś. p. Krajewskiego zasłynął jako jeden z najbardziej wzorowych w Warszawie — przyciągając liczne rzesze szukających pomocy i ratunku i liczne szeregi lekarzy — w celach kształcenia się i pracy naukowej. Jedni i drudzy znajdowali to, czego szukali.

Będąc kierownikiem oddziału, ś. p. Krajewski był zarazem najpilniejszym jego pracownikiem — tyle pracy i energii, co ordynator, nie wkładał, z bardzo rzadkimi wyjątkami, żaden z jego asystentów. Nawet w ostatnich latach, przy kolosalnej praktyce lekarskiej, oddział w szpitalu stanowił dlań pierwszą i najważniejszą placówkę. W nowym szpitalu Dzieciątka Jezus urządził go — znów przeważnie kosztem własnym — tak, że nie ustępował co do celowości i ścisłości wymagań aseptyki najlepszym oddziałom zagranicą, a pod niejednym względem wiele z nich przewyższał. Głównie też, dzięki zabiegom ś. p. Krajewskiego, szpital Dzieciątka Jezus pozyskał na wszystkich wogóle oddziałach znakomite

urządzenia sterylizacyjne i, jak na nasze stosunki, względnie racjonalne i zasobne urządzenia sal i innych ubikacji operacyjnych; wszystko to, w pierwotnych planach urządzeń szpitala wyglądało zupełnie inaczej. Inicjatywę i udział ś. p. Krajewskiego w postawieniu na znacznie lepszej stopie tego największego i najlepszego szpitala w kraju naszym podnieść, zdaniem mojem, należy, jako niemałą zasługę w dalszym rozwoju szpitalnictwa krajowego.

Obok rozległej wiedzy fachowej, którą zawdzięczał olbrzymiej swej pracowitości i fenomenalnej pamięci — posiadał ś. p. Krajewski umysł nadzwyczaj krytyczny, jasny i szeroki. Te właściwości pozwalały mu stanąć na wysokim szczeblu wyrobienia klinicznego, bez dłuższych i drobiazgowych studyów klinicznych, na które nie miał w życiu czasu i możliwości. Jako diagnosta, zwłaszcza w chirurgicznych cierpieniach organów wewnętrznych i sprawach należących do t. zw. Gruntzgebietów medycyny i chirurgii, nie miał sobie równego wśród chirurgów polskich. Tej też gałęzi chirurgii w latach ostatnich oddawał się ze szczególnem zamiłowaniem, z zaniedbaniem nawet pewnem innych działów, co do których sam On, jak i Jego współpracownicy uczniowie, pozostali w tyle, dzięki zbytnej jednostronności materiału oddziałowego. Była to jedyna wada oddziału ś. p. Krajewskiego jako uczelni. Pod innymi bowiem względami była to uczelnia niezastąpiona w warunkach naszych.

Ś. p. Krajewski posiadał znakomity talent prelegenta. Ilekroć słyszało Go się, z jaką łatwością i jasnością potrafił w krótkich, dobitnych wyrazach ująć i oświetlić z najważniejszych stron każdy przypadek kliniczny, ocenić każdą sprawę z chirurgią związaną — zawsze żał chwycił za serce, że człowiek ten zmuszony był wieźć tak rzadki dar swój w ciasnych murach oddziału, a działalność pedagogiczną zakończyć w szkole felczerskiej, gdy wszelkiego rodzaju miernoty zajmowały katedry wyższych uczelni, państwając się w jednakowej mierze nad słuchaczami i chorymi.

Puścizna literacka ś. p. Krajewskiego nie jest obfita ilościowo. Kto chciałby ocenić wartość i zalety Jego pióra, a zarazem uprzytomnić sobie przyczyny tak niewielkiego dorobku literackiego po tak bogatym dorobku w życiu praktycznem — niech weźmie do ręki ostatnią pracę Nieboszczyka, p. t. „Przewlek-

łe zatkanie kamieniem przewodu żółciowego wspólnego,” drukowaną w „Medycynie“ na krótko przed śmiercią, a pisaną niewątpliwie pod wpływem świadomości o szybkim zbliżaniu się tejże. Niezwykła to praca, jak i człowiek, który ją pisał! Obok całego szeregu bogatych treścią obserwacji nad patologią i leczeniem kamicy żółciowej, znajdujemy tu oddany z wielką plastyką wizerunek życiowy lekarza-polaka doby obecnej wogóle, a chirurga warszawskiego w szczególności. Wskazując na „ciężką bolączkę, jaką jest dla każdego Polaka kolosalny rozdzźwięk, istniejący pomiędzy literaturą a tem, czego dokonywamy w życiu“ — ś. p. Krajewski pisze:

„Oto dwie fazy z życia chirurga warszawskiego obecnej doby: pierwsza — to wywalczanie bytu, borykanie się z brakiem; druga — to rwący potok praktyki, w połączeniu z dążeniem do wydoskonalenia swych urządzeń operacyjnych i gromadzeniem materiału obserwacyjnego. W tej drugiej fazie, o ile praktyka dopisze, zjawia się po pewnym czasie przesyt: już nietylko strawić, ale nawet dobrze zmagazynować napływającego masy materiału chirurg często nie jest zdolny. Porwany zawrotnym pędem szybko, jak w kalejdoskopie, zmieniających się obrazów i wydarzeń, zahypnotyzowany powodzeniem, wyczerpany duchowo i fizycznie bezustannie pracą zawodową, rozgorączkowany związaniem z nią radościami i ciężkimi zmartwieniami, chirurg w tym okresie czasu nie rozróżnia zupełnie pojedynczych dni swego żywota; żyje etapami od jednego wypoczynku do drugiego; liczy wiek swój nie na lata, lecz na liczbę przebytych kampanii, a każda z nich, po przeżyciu, wydaje mu się jedną ciężką zmurą. Czyż żyjąc tak gorączkowo, poświęcając wszystkie siły na praktykę, jest chirurg w możliwości napisać coś porządnego, a głównie, czy może usystematyzować swą literacką pracę?“

„Przychodzi 3-cia faza: syt praktyki i mamony (naturalnie, jeśli ma dość skromne wymagania, bo chirurgia u nas, to nie interes bankierski, który dawałby krociowe zyski) chirurg chciałby zestawić swój bilans życiowy, i oto stają mu na zawadzie:

1) Luki, napotykanie w gromadzonym z takim trudem i poświęceniem materiale klinicznym, wymagające porządnej pracy dla jakiegoś takiego dopełnienia, jeśli nie chce fantazyować. Niemniej luki są tak znaczne, iż wcale wypełnić się nie dają, co po wynikach, robionych w tym

kierunku, sprowadza zniechęcenie do utrwalenia w druku przeżytych swych czynów.

2) Długie lata praktyki, to bezustanne stykanie się z chorymi i operowanie, wytworzyły narów – nałóg, do pijackiego podobny, który z nieprzepartą siłą ciągnie od stołu pisarskiego w stronę sali operacyjnej, lub na coraz nowe piętra domów warszawskich, aby coraz to nowych widzieć chorych, już nawet nie dla zysku, lecz w celu zadośćuczynienia tej wewnętrznie odczuwanej potrzeby.

3) Tak zwane zaufanie publiczności, którem na każdym kroku pochlebiają mu chętnie kljenci, jest trzecim czynnikiem, wytrącającym chirurgowi pióro z odwyklej od dzierżenia go ręki. Dzieje się to tem łatwiej, że jest to woda na jego młyn, on tylko czeka na zachętę, aby sobie z zadowoleniem powiedzieć, iż byłoby to zbyt wielką dla społeczeństwa krzywdą, gdyby się uchylał od obywatelskiego obowiązku niesienia pomocy bliźniemu. A jeśli jeszcze potrafią mu podszepnąć, że robi to lepiej od innych, to już i po nim. Tak to jest przecież przyjemnie czuć się jeszcze potrzebnym, iż niema chyba chirurga-praktyka, któryby się na lep ten wziąć nie dał i nie zaniedbał hamulców, które obiecywał sobie nałożyć z czasem na wykonawstwo praktyki lekarskiej. No i wciaga się taki chirurg znów powoli w dawny wir praktyki, ze szkodą dla swoich prac literackich i trwa w tym manewrze (z rzadkimi wyjątkami), dopuki go też sama publika zeń nie wytrąci.

Każdy mi chyba przyzna, iż nie są to warunki życia, usposabiające do literackiego tworzenia. Najczęściej się też zdarza, iż dożywamy 4-ej fazy życiowej, w której, choć już wytrąceni z pola praktycznej działalności, nie mamy już ani dość sił, ani zapału do pisania.

Przytoczyłem cały ustęp powyższy, gdyż daje on nam miarę tego, jak odczuwał ś. p. K r a j e w s k i wartość i potrzebę pracy literackiej i jaką gorycz nosił w sobie, że nie danem Mu było zestawić swego „bilansu życiowego“ tak, jakby On chciał, a bezwątpienia i potrafił to uczynić. Cokolwiek wychodziło z pod pióra Jego, miało cechy wybitnej indywidualności autora, gruntownego opanowania przedmiotem i wysoce sumiennego opracowania. Na najmniejsze bodaj „fantazyowanie“ niema miejsca w pracach Jego, tak jak nie było i w życiu. Największa Jego rzecz o „Epityphlitis“, której, niestety, wyszła tylko pierwsza połowa,

należy niewątpliwie do najcenniejszych prac w tak bogatej wszechświatowej literaturze przedmiotu tego. Szereg pomniejszych prac, że wymienię tu: „O chirurgicznym leczeniu pęknięcia macicy podczas porodu“, „Operacyjne leczenie wypadnięcia odbytnicy“, i t. d., do dziś dnia posiadają istotną wartość, zawierając wiele ciekawych i oryginalnych spostrzeżeń i pomysłów. Pod względem literackim wszystkie prace K r a j e w s k i e g o odznaczają się rzadką w literaturze specjalnej swadą pisarską, plastyką i barwnością stylu. Naczelne miejsce pod względem tym zajmuje, zdaniem mojem, rozprawa o „Stosunku medycyny wewnętrznej do chirurgii“, drukowana w jednym z pierwszych szesztyłów „Przeglądu Chirurgicznego“. Czasopismo to założył i wydawał kosztem własnym K r a j e w s k i od r. 1893, nie szczędząc zachodu i pieniędzy, aby tylko ułatwić i zachęcić do pracy literackiej chirurgów polskich i specjalistów w działach z chirurgią pokrewnych. Jeżeli pismo mimo to nie ziściło wielkich nadziei pokładanych w niem przez wydawcę – najmniejsza w tem wina Jego. Należy raczej zaznaczyć, że wiele cenniejszych prac, ogłoszonych przez młodszych kolegów, powstało z inicjatywy i przy czynnej osobistej pomocy K r a j e w s k i e g o, który w takich razach znajdował zawsze czas na rady i wskazówki, a nieraz i na gruntowną redakcyę artykułów. Pracownia Jego anatomo-patologiczna i bakteriologiczna stała otworem dla wszystkich, chcących pracować, również bogata czytelnia i biblioteka, którą chętnie uzupełniał bez żadnych ograniczeń, o ile tylko potrzebne to było dla pracujących.

Ofiarność ś. p. K r a j e w s k i e g o, jak na nasze stosunki, była prawdziwie niezwykłą. Daleki od chęci wszelkiego taniego rozgłosu i popularności, chętnie śpieszył z cichą pomocą każdemu potrzebującemu. Wiedzą o tem najlepiej liczne zastępy zarówno tych, którzy sami z wielkiej Jego uczynności korzystali, bądź na rozmaite tak liczne u nas ukryte cele społeczne zasiłków szukać musieli. Ta jego ofiarność znalazła wyraz i w ostatniej woli, którą większą część majątku swego, tudzież bogaty księgozbiór na cele użyteczności publicznej przeznaczył.

Wszystko, co ś. p. Władysław K r a j e w s k i w życiu osiągnął, zawdzięczał li tylko sobie. Był to samouk w najlepszym znaczeniu tego wyrazu. Cokol-

wiek robił — wszystko nosiło piętno Jego wybitnej indywidualności, bo w każdą robotę część duszy swej wkładał.

Wszędzie i zawsze był sobą, ze wszystkimi zaletami i wadami żywej Jego natury, której obce były wszelka obłuda i pogoń za efektem. Dla wszystkich jednakowo przystępny, przed nikim nie otaczał się nimbem sztucznej wielkości i powagi.

Dla małych i maluczkich umiał być przyjacielem i sługą — bo nosił w sercu wielki skarb miłości do ludzi.

Przewodnią gwiazdą życia Jego było dążenie do światła i prawdy. Szedł ku nim drogą prostą, świecąc przykładem energii, wytrwałości i poświęcenia.

Wielką wiarą w przyszłość krzepił ducha w ciężkich chwilach zwątpienia i zagrzewał do pracy, bo w niej widział odrodzenie i przyszłość Narodu swego, którego był jednym z najlepszych synów.

Zeszedł do grobu u świtu lepszej doli dla Ziemi swojej, kiedy był najpotrzebniejszy.

I. Watten.

KRONIKA.

(Nº 53) Zapis ś. p. Władysława Krawskiego:

1) Rub. 10,000 dla sekcji rzemieślniczej przy Muzeum Przemysłu, na kapitał żelazny, od którego odsetki obracane być mają na zapomogi dla rzemieślników na wyjazd za granicę, w celu doskonalenia w swoim fachu, z pierwszeństwem dla ślusarzy i kotlarzy.

2) Rub. 24,000 dla Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego, jako fundusz wieczysty na założenie, pomieszczenie i wynagrodzenie kustosa Muzeum chirurgicznego przy temże Towarzystwie.

3) Rub. 20,000 dla Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego na wydawnictwo dzieł oryginalnych polskich treści chirurgicznej — ewentualnie w połowie na zapomogę dla pisma peryodycznego treści specjalnie chirurgicznej. W razie nieprzyjęcia zapisu na bliżej określonych warunkach przez Towarzystwo Lekarskie, przypadnie ono Kasie pomocy dla osób pracujących na polu naukowem, imienia dra J. Mianowskiego.

4) Rub. 14,200 Towarzystwu Lekarskiemu Warszawskiemu na kapitał wieczysty, od którego odsetki służyć będą na stypendya dla lekarzy na wyjazd za granicę w celu wydoskonalenia się w danej specjalności.

(Nº 54) Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie. Dnia 4-go b. m. w Stowarzyszeniu Lekarzy Polskich w Warszawie Prezes wydziału gospodarczego prof. Bylicki ze Lwowa przedstawił stan prac przygotowawczych do Zjazdu i Wystawy. Przemówienie prof. Bylickiego podajemy w streszczeniu.

Zjazdy lekarzy i przyrodników polskich odbywają się, jak wiadomo, dotychczas w dwu jedynie miastach polskich: w Krakowie i we Lwowie. W Poznaniu odbył się raz jedyny, a mający się odbyć powtórnie, przed samem otwarciem został zakazany, zaś w Warszawie dotychczas odbyć się jeszcze nie mógł.

Lwów, jako miejsce Zjazdu, swem położeniem geograficznym niekorzystnem, nie może rywalizować z Krakowem, abstrahując już od tego znaczenia wielkiego, jakie Kraków tradycyjnie posiadał i niewątpliwie posiada, i tego uroku, jaki ma dla nas wszystkich.

Lwów nie jest miastem, przez które się przejeżdża i z przyjemnością na Zjeździe zatrzymuje, ale miastem, do którego osobno i umyślnie wybrać się potrzeba. Oto już *vis major*, z którą mają do walenia ci, co Zjazd urządzają we Lwowie.

To też świadomi tych trudności, dokładamy wielkich starań, by Zjazd ten X, a zatem jubileuszowy, uczynić pol względem naukowym najzupełniejszym, a zarazem uczynić go nie pozornie, lecz istotnie tak pociągającym, by trud odpowiedzi go istotnie został wynagrodzony.

A zatem najpierw co do sekcji, to liczbę tychże pomnożyliśmy o sekcye: przyrodniczo-pedagogiczną i filozoficzną, oraz o dwa posiedzenia zbiorowe: o raku i alkoholizmie.

Sekcja przyrodniczo-pedagogiczna, która będzie się składała z doświadczonych pedagogów, rozporządzających bogatym swym materiałem, zastanawiać się będzie nad sposobami nauczania nauk przyrodniczych w szkołach w taki sposób, aby pewien pierwiastek przyrodniczego badania stał się istotną częścią wychowania, co nie ubliża wcale i kierunkowi humanistycznemu, dziś tak bardzo przeważającemu.

Sekcja filozoficzna wynika z prądów dzisiejszych filozoficzno-przyrodniczych. Na żądanie też tej sekcji, która się świetnie zapowiada pod swem dzielnem przewodnictwem, aby jeden z wykładów na pierwszym jubileuszowym posiedzeniu był z dziedziny filozofii, uczyniliśmy zadość, uprosiwszy na prelegenta kol. Władysława Biegańskiego z Częstochowy, który mówić będzie o współczesnej filozofii przyrody.

Zbiorowe posiedzenie dla raka ma głównie na celu omówienie programu prac przyszłych, abyśmy na tem polu dotrzymać mogli kroku badaczom innym.

Zbiorowe posiedzenie dla alkoholizmu jest również rzeczą całkiem nową, a sprawa sama, jako rak toczący szczególnie robotniczą warstwę społeczeństwa i lud, bardzo na czasie.

Zjazd ten X, jako jubileuszowy, mamy uczynić jaknajsołenniejszym. Ma się on zatem odbyć przed patronatem pamięci M. regelego Nenckiego; jak wiadomo, powstała z inicjatywy dzienników lwowskich myśl uczczenia tego wielkiego uczonego polskiego pomnikiem, ustawionym w hali scho-

dowej instytucji dla chemii lekarskiej, higieny i farmakologii. Odpowie to zupełnie przyjętemu zwyczajowi, że pomników uczonym nie stawia się na ulicach, lecz w budynkach i podwórzach uniwersyteckich, odpowiadających ich działalności. A że to są miejsca nie prywatne, lecz publiczne i że te rzesze uczniów, które przez długi szereg lat, a może przez wieki przesuwają się będą tamtędy, więcej zrozumienia mieć będą dla uczczenia Nenckiego od rzeszy ulicznej, nieświadomej wielkości jego, to nie ulega wątpliwości. Ze funduszków zjazdowych na ten cel nie użyjemy, to nie ulega wątpliwości. Ale że większą część tych funduszków stworzymy przy sposobności Zjazdu, to pewna.

Postanowiliśmy też na cześć Nenckiego wybić plakietę i wykonanie jej powierzyliśmy rzeźbiarzowi D. Kunickowi. Spodziewamy się, że każdy z członków Zjazdu naszego chętnie ją, jako małą pamiątkę, nabędzie.

Z pierwszej odezwy naszej wiadomo, że obciliśmy rozdać pomiędzy uczestników Zjazdu „Przewodnik po Lwowie”. Nie ośmieliłbym się tego podnosić raz jeszcze, gdyby tu chodziło o zwyczajny banalny przewodnik, zawierający to i owo, zakończony wreszcie planem miasta. Nie taki przedmiot postanowiliśmy rozdać, ale wniosek jego autora—Prof. Wiczkowskiego—będzie on z pierwszorzędnych źródeł zebraniem tego wszystkiego, co miasto Lwów czyniło i czyni dla oświaty, higieny i pauperyzmu, oraz da wyobrażenie o ruchu naukowym, literackim i dziennikarskim miasta; dział oświaty zawierać będzie wszystko, począwszy od szkoły florentyńskiej, aż do uniwersytetu i da obraz wszelkich i prywatnych szkół i usiłowań oświatowych. Książka ta będzie obrazem tego, co zdziałalo miasto w kilkudziesięcioletnich warunkach bytu autonomicznego.

Działem Zjazdu, który do dziś dnia już udało się uczynić wielce pociągającym, jest nasza Wystawa przyrodniczo-lekarska i higieniczna. Będzie ona nie tylko z nazwy taka, ale i w istocie, gdyż Komitet jej tak poważnie swe zadanie pojmuje, że ściśle przestrzegać będzie tego, aby, jak to bywa bardzo często, pod pozorem i pod płaszczykiem rozciągliwego pojęcia higieny nie wcisnęły się przedmioty żadnego związku z higieną nie mające. Jest ona do dziś dnia tak obficie obsadzona, że już dotychczas rozporządzalne miejsca są prawie zajęte, tak, że nowe przybudowania będą potrzebne.

Wszystkiego wymienić nie podobna, co będzie ona zawierać, a zatem wspomniemy przynajmniej niektóre działy, jak oto: kompletne urządzenia pokoi ordynacyjnych specjalistów; pokojeienne dla dzieci zdrowych i chorych w połączeniu z wykładami o hygienie dziecięcego wieku i pielęgnowaniu dzieci chorych; cały oddział szpitalnictwa; sale operacyjne; idealne sale szpitalne; mieszkania urządzone według wymagań higieny; oddział wodołecznictwa; cały instytut Zanderowski w ruchu; dział bakteriologiczny, urządzony przez Prof. Kucera w połączeniu z wykładami popularnymi; dział aptekarski z wzorową nowoczesną apteką; grupa przemysłu chemicznego, obejmująca całą wytwórczość polską; grupa narzędzi i przyrządów wyrobu krajowego i obcego; zestawienie całego piśmiennictwa polskiego przyrodniczo-lekarskiego i książek szkolnych przyrodniczych od roku 1900 czyli od daty ostatniego Zjazdu; dział statystyczny opracowany Rada Zdrowia i biura poszczególnych miast; dział o zabezpieczeniu robotników, kasach chorych i t. p.

Bardzo interesującą będzie grupa zarządów gminnych ku utrzymaniu i ochronie zdrowia mieszkańców i tu na pierwszym miejscu wystąpi gmi-

na miasta Lwowa z urządzeniami swemi zdrowotnymi.

W grupie wychowania młodzieży Lwów weźmie przeważny udział przez wystawienie typów swych szkół wzorowych. Wystawiony też będzie i przenośny pawilon szkolny Doecker'a. W osobnym budynku przedstawiona będzie higiena i patologia mleka, począwszy od wzorowej obory, a skończywszy na wytwórczości wszechstronnej. Mleczarstwo w całości przedstawione zostanie staraniem zakładów Księcia Andrzeja Lubomirskiego, a maszyny wytwórczości mlecznej wystawią pierwszorzędne firmy.

Będzie też w ruchu i wzorowa piekarnia i maszyna elektryczna. Komitetowi wystawowemu, na którego czele stoi niestrudzony dr. Kalikst Krzyżanowski, idzie bardzo na rękę magistrat miasta Lwowa, oraz ministerium wojny, handlu, oświaty i kolejowe.

Oto jak najkrótszy zarys naszych usiłowań, który przedstawiono szanownym i łaskawym Kolegom z gorącą prośbą, aby je raczyli poprzeć ze znaną nam tradycyjną dobrą wolą i energią.

(№ 55) Zjazd Lwowski:

Zgłoszone dalej wykłady:

1. „Etyologia obrażeń nerwu kraniowego dolnego czyli wstecznego” Dr. J. Sędziak z Warszawy. 2. „Przyczynek do patologii i terapii ostrego podśluzowego zapalenia krani”. (*laryngitis submucosa acuta*). Tenże 3. „O t. zw. wyroślach adenoidalnych na podstawie przeszło 1000 dokonanych operacji”. Tenże 4. „Zaburzenia nosowo-gardłowo-kraniowo-uszne w przebiegu chorób dolnych dróg oddechowych”. Tenże 5. „Związki chorób usznych, nosowych i gardłowych z chorobami wewnętrznymi”. Dr. Teofil Stachiewicz ze Lwowa.

XXII. Sekcja dentystyczna. Gospodarz: Doc. Dr. Andrzej Gońka (Kopernika 1.).

Gospodarz sekcji dentyst. komitetu warszawskiego Dr. Gruszczyński (Al. Jerozolimskie 84.) zgłosił następujące tematy:

1. Dr. Leonard Leszczyński (Warszawa): I. Referaty: a) „O leczeniu korzeni”, b) „O płomach amalgamatowych”. II. Tematy do dyskusji: a) „O regulowaniu zębów”, b) „O zapaleniu dziąseł (*gingivitis*)”. 2. Dr. Leopold Brenneisen (Warszawa): I. Referat: „Aluminium w dentystyce ze szczególnem uwzględnieniem zastosowania przy robotach mostkowych”. II. Temat do dyskusji: „Sprawa narkozy w dentystyce”. 3. Dr. Franciszek Mayer (Warszawa). Referat: „O krwawieniach po wyrwaniu zębów”. 4. Dr. Aleksander Gruszczyński (Warszawa). Referat: „Leczenie przetok zębowych”. 5. Dr. Tadeusz Sokołowski (Warszawa). „O leczeniu przetok zębowych systemem Biera”.

W sekcji weterynarskiej, której gospodarzem jest Prof. Stan. Królikowski (Lwów — Kochanowskiego 33) przyjęto za tematy: 1) Warunki niezbędne do skutecznego zwalczania w ramach ustawowych chorób zaraźliwych. 2) Środki i sposoby zwalczania gruźlicy u zwierząt. 3) Róża wąglikowa, jej drogi rozpowszechnienia i środki zapobiegawcze. 4) Choroby zakaźne zwierząt domowych, polegające na obecności we krwi pasorzytów zwierzęcych (plasmodye i t. d.). 5) Najnowsze kierunki w hodowli i w żywieniu zwierząt domowych. 6) Znaczenie hodowli drobiu i ryb dla gospodarstwa krajowego. 7) Stosunek weterynaryi do mleczarstwa. 8) Utrzymanie stajenne i pastwiskowe zwierząt domowych ze Względem na ustawę policyi weterynaryjnej. 9) Najnowsze kierunki w hodowli i w żywieniu zwierząt domowych. 10) Wpływ melioracji gruntów na zdrowotność

zwierząt (waglik róża świń, łomikost, ślepotą miesięczna i t. d.). 11) Stosunki weterynaryjne w ziemiach polskich.

Zgłoszono zaś wykłady następujące:

1. W. Biliński (Brody): a) Markowanie trzody chlewnej, b) Własny, oryginalny projekt zaopatrywania zwierząt w pasporty stałe. 2. Królikowski: a) O potrzebie zmiany ustawy o chorobach zwrótowych pod względem t. zw. ślepoty miesięcznej z powodu upowszechnienia się badania oczu u koni za pomocą wziernika. b) Program wykładów z działu nauk weterynaryjnych dla różnych kategorii szkół rolniczych i wykładów popularnych dla włościan i mieszczan. 3. J. Fedeccki (Kalisz): Statystyka włośnicy (*trichinosis*) w rzeźniach gubernii kaliskiej. 4. S. Fibich: Rzut oka na choroby ryb. 5. J. Szpilman: Potrzeba utworzenia przy Akademii weterynaryjnych zakładów do badania chorób zakaźnych zwierzęcych, ze względów naukowych i ekonomicznych. 6. F. Fried: a) Niepłodność u bydła, b) Zakaźne ronie. 7. Z. Markowski. Ujednastnienie we wszystkich państwach ogledzin bydła i produktów spożywczych zwierzęcego pochodzenia. 8. K. Panek: O związku pryszczycy (zarazy pysskowo-racicowej) ze schorzeniami osesków karmionych mlekiem zwierząt chorych na tę zarazę. 9. W. Grabski: Ubezpieczenie inwentarza żywego od wypadku i chorób.

(№ 56) Komitet wystawy przyrodniczo-lekarskiej i higienicznej X Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie w r. 1907 przypomina, że termin do wnoszenia zgłoszeń przedmiotów, na wystawę przeznaczonych, upłynął z końcem miesiąca lutego r. b. Po upływie tego terminu zgłoszone przedmioty będą mogły być tylko w takim razie na wystawę przyjęte, jeśli komitet rozporządzać będzie jeszcze stosownem miejscem na ich pomieszczenie. Ze względu zaś, że napływ zgłoszeń jest bardzo wielki, a wystawa zapowiada się niezwykle dobrze, leży w interesie samych wystawców, by z wnoszeniem swych zgłoszeń się pospieszyli, a to tem bardziej, że przedmiotów później zgłoszonych nie będzie można uwidocznic w katalogu wystawowym.

Magistrat krakowski postanowił wziąć udział w Wystawie przyrodniczo-lekarskiej we Lwowie.

(57) W Stowarzyszeniu lekarzy polskich w Warszawie roztrząsano sprawę organizacji pomocy lekarskiej dla ludności fabrycznej w Królestwie Polskiem. W bardzo ożywionej dyskusji przeważały następujące zapatrywania: 1) Udział samych robotników w kosztach pomocy lekarskiej jest niezbędny, jak również w administracji, albowiem to wpływa dobroczynnie na zmniejszenie się nadużyć i zobopólnego niezadowolenia. Jednakże u nas robotnicy sami nie mogą ponosić całego kosztu pomocy lekarskiej, szczególnie na prowincyi, a w przeważnej części wydatków powinni brać udział i fabrykanci. 2) Przymusowe ubezpieczenie robotników na wypadek choroby jest niezbędne, albowiem na przeczność i zabiegliwość ich jeszcze liczyć nie można. 3) W tych zakładach, gdzie

już istnieje zadowolniająca pomoc lekarska, należy ją oczywiście pozostawić bez zmian. 4) Od zasady stałego lekarza odpowiedniejszą jest zasada wolnego, ale ograniczonego wyboru lekarza. (Uznano to większość zebranych wbrew wywodom d-ra Ciaglińskiego i innych). 5) Oznaczenie wysokości wynagrodzenia lekarza, czyto stałego, czy też oddzielnie za każdą poradę, uchwalono oddać osobnej komisji. -- Do komisji, mającej na zadanie tych rozpraw opracować odpowiedni szczegółowy projekt organizacji pomocy lekarskiej dla robotników, powołał Zarząd Stow. d-rów: Chelchowskiego, S. Markiewicza, Paderewskiego, Łazarewicza, Żenczykowskiego, Winiarskiego, Birona, Polaka, inżyniera p. Simona i przedstawicieli Koła przemysłowców miasta Warszawy, wybranych na zaproszenie Zarządu.

(№ 58) Dzieło d-ra Sokołowskiego „Wykłady kliniczne dróg oddechowych”, doczekało się wielce pochlebnej oceny we wszystkich ważniejszych czasopismach lekarskich niemieckich i angielskich. Recenzje *Brit. med. Jour. Zeitsch. f. Tuberk. (Köhler)*, *Munch. med. W. (Penzold)*, *Medical Record* dziełu temu przyznają wartość klasyczną. Dzięki tłumaczeniu niemieckiemu, które dokonał wybornie dr. Fabjan, książka Sokołowskiego ujawnia szereg prac naszych lekarzy, światu lekarskiemu zagranicznemu bardzo mało lub wcale nieznanych. Ciesząc się z uznania, jakiego doznał produkt wieloletniej pracy i doświadczenia w naszych ciężkich warunkach, życzymy autorowi, aby w dalszym ciągu z takim uznaniem dla pożytku naszej literatury lekarskiej pracował i pod tym względem znalazł więcej naśladowców. (Gaz. Lek.)

Dzieło Sokołowskiego rzeczywiście doznało prawdziwie entuzjastycznego przyjęcia w prasie europejskiej; rzadko — poprostu — zdarza się czytać tak jednoznaczne i powszechne uznanie, jak te, które cechują oceny tego pięknego dzieła.

(№ 59). — Izba lekarska zach.-galicyjska w odezwiado lekarzy wzywa ich do brania udziału w akcji wyborczej i interpelowania kandydatów na posłów co do stanowiska w sprawach dotyczących interesów stanu lekarskiego. W myśl wniosku Izby styryjskiej, poleca Izba zach.-gal., aby kandydatom przedkładać przedewszystkiem żądania o wydanie nowej ordynacji stanowej dla lekarzy i obsadzenie kierownictwa departamentu sanitarnego w min. spr. wewn. osobą lekarza.

№ 60). — Do podjęcia wydawnictwa „Rocznika szpitalnego” nawołuje kolegów galicyjskich Dr. M. Salpeter (z Podhajec). Redakcyja „Lwowskiego Tyg. Lekarskiego,” gdzie spotykamy artykuł kol. Salpetera w tej sprawie, sądzi, że wydawnictwo takie byłoby rzeczą przedwczesną i że należałoby zużytkować na teraz pisma lekarskie, istniejące w kraju.

(№ 61). — Wzorowy szpital fabryczny powstał przy fabryce „Huta Częstochowska” na Rakowie. Kieruje nim kolega Przemysław Rudzki.

Komitet redakcyjny:

J. Brudziński, I. Fankanowski, A. Goldman, J. Grabowski, B. Handelsman, Ks. Jasiński, K. Jonscher, H. Kohn, J. Koliński, A. Krusche, J. Maybaum, J. Michalski, I. Perlis, A. Rząd, S. Serkowski, S. Skalski, E. Sonnenberg, H. Trenkner.

Wydawca: Dr. S. Serkowski.

Redaktor: Dr. S. Sterling.

Druk A. Karskiego w Łodzi.