

Zeszyt okazowy

GINEKOLOGIA

MIESIĘCZNIK POŚWIĘCONY CHOROBYM KOBIECYM
I POŁOŻNICTWU

REDAKTOR: CZESŁAW STANKIEWICZ
Właściciel Prywatnego Zakładu Ginekologicznego w Warszawie.

KOMITET REDAKCYJNY:
(WARSZAWA)

TEODOR BORYSSOWICZ

współwłaściciel Warsz. Zakładu Ginekologicznego.

GUSTAW CHODAKOWSKI

właściciel Prywatnego Domu Zdrowia.

ZYGMUNT MONSIORSKI

lekarz ambul. chorób kobiecych w Szpitalu Wolskim, zastępca redaktora.

FRANCISZEK NEUGEBAUER

ordynator oddziału ginek. Szpitala Ewangelickiego.

TOMASZ REUTT

ordynator oddziału ginek. Szpital. Praskiego.

JAKÓB ROSENTHAL

ordynator oddziału ginek. Szpitala Żydowskiego.

Adres Redakcyi: Złota 3, w Warszawie. Telefon № 1846.

Przedpłata roczna: Rb. 6, Marek 12, Koron 15.

Przedpłatę przyjmuje REDAKCYA, Biura Ogłoszeniowe i księgarnie w kraju i zagranicą.

SKŁADY GŁÓWNE: Na Galicyę: Księgarnie **Krzyżanowskiego** w Krakowie i **Altенberga** we Lwowie. Na Poznańskie, Śląsk, Prusy Królewskie i Książęce: księgarnia **Leitgebra** w Poznaniu.

WSZYSTKIE ARTYKUŁY SĄ PŁATNE.

Deuxième année. Février 1905. № 2.

GINEKOLOGIA

REVUE POLONAISE MENSUELLE DE
GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE

Rédacteur en chef: Dr. Czesław Stankiewicz,
VARSOVIE, ZŁOTA 3.

II Jahrgang. Februar 1905. № 2

GINEKOLOGIA

POLNISCHE MONATSSCHRIFT FÜR GY-
NÄKOLOGIE UND GEBURTSHÜLFE

Redacteur: Dr. Czesław Stankiewicz,
WARSCHAU, ZŁOTA 3.

Upraszamy o nadsyłanie przedpłaty na rok 1905.

Nr 2, Luty, 1905.

Powszechnie
uznanej dobroci
i wytwornego smaku

Wina Węgierskie Lecznicze
Dr. H. Weisz Miskolcz (Węgry).

ZADAĆ WSZĘDZIE
Jeneralny Reprezentant
: : : : Nowy-Świat Nr 24 : : : :

NALEŻNOŚĆ za roboty może być spłacana RATAMI.
Nowy-Świat Nr 24.
E. Ratowski.

Przedsiębiorstwo odnawiania
Kosciotłów, Pałaców, Domów.
Tapety w dużym wyborze od
10 kop. za rolkę na miejscu.

Malowanie olejne
i operacyjnych
i wogóle pomiesz-
czeń szpitalnych.

NA WARSZAWĘ I PROWINCYE
ROBOTY MURARSKIE
i **MALARSKIE**
od najskromniejszych
do najwykwintniejszych

W poczet współpracowników „Ginekologii” raczyli się zapisać:

Dr. Mieczysław Belżyński (Łódź), Dr. K. Bocheński (Lwów), Dr. Jan Borzymowski (Warszawa), Docent Dr. Stanisław Braun (Kraków), Dr. Rudolf Breiter (Lwów), Dr. Ludwik Bryndza-Nacki (Warszawa), Dr. Władysław Bujalski (Wilno), Docent Dr. Władysław Bylicki (Lwów), Dr. Cercha (Kraków), Docent Dr. Chlumsky (Kraków), Dr. Stanisław Cykowski (Warszawa), Dr. Czesław Czerwiński (Lublin), Prof. Dr. Adam Czyżewicz (Lwów), Dr. A. Czyżewicz junior (Lwów), Docent Dr. Stanisław Dobrowolski (Kraków), Dr. Jan Gromadzki (Warszawa), Dr. Bolesław Grzankowski (Warszawa), Dr. S. Flatau (Norymberga), Dr. F. Grodecki (Kowno), Dr. Władysław Hojnacki (Lwów), Dr. Józef Idzikowski (Warszawa), Prof. Dr. Henryk Jordan (Kraków), Dr. Bohdan Korybut-Daszkiewicz (Warszawa), Prof. Dr. Julian Kosiński (Warszawa), Docent Dr. Franciszek Kościński (Lwów), Prof. Dr. Leon Kryński (Warszawa), Dr. Stanisław Kurtz (Warszawa), Dr. Jan Lachs (Kraków), Dr. Józef Laskowski (Warszawa), Dr. Wincenty Lisowski (Humań), Dr. Adam Małkowski (Warszawa), Dr. Marcinkowski (Piotrków), Prof. Dr. Antoni Mars (Lwów), Dr. Alfred Michelis (Chełm), Dr. Bolesław Motz (Paryż), Dr. Hipolit Olszewski (Łódź), Docent Dr. Witold Orłowski (Petersburg), Dr. Gracyan Pisarzewski (Częstochowa), Dr. Eugeniusz Podhorecki (Petersburg), Dr. Pomorski (Poznań), Dr. W. Pomorski (Humań), Dr. Wincenty Puławski (Radziejów), Prof. Dr. Raczyński (Petersburg), Prof. Dr. Aleksander Rosner (Kraków), Prof. Dr. Waclaw Rubeška (Praga Czeska), Dr. Przemysław Rudzki (Praga Czeska), Dr. Leon Rutkowski (Płońsk), Prof. Dr. Ludwik Rydygier (Lwów), Dr. Józef Saks (Łódź), Dr. Julian Ślaski (Warszawa), Docent Dr. Sołowij (Lwów), Dr. M. Stawiński (Płoskirów), Dr. Heliodor Święcicki (Poznań), Dr. Aleksander Szulc (Żyrardów), Dr. Bronisław Szybowski (Warszawa), Dr. Mieczysław Themerson (Płock), Dr. Antoni Troczewski (Kutno), Dr. Maksymilian Warszawski (Warszawa), Dr. Adolf Wątor (Lwów), Dr. Bruno Wojciechowski (Kraków), Dr. Kazimierz Wojciechowski (Kijów), Verus (Warszawa), Dr. Karol Zaleski (Sanok), Prof. Dr. Józef Ziemacki (Petersburg).



Stowarzyszenie Towarzystwa Lekarskich
gub. Lubelskiej

GINEKOLOGIA

MIESIĘCZNIK POŚWIĘCONY CHOROBYM KOBIECYM
I POŁOŻNICTWU

REDAKTOR: CZESŁAW STANKIEWICZ
Właściciel Prywatnego Zakładu Ginekologicznego w Warszawie.

KOMITET REDAKCYJNY:
(WARSZAWA)

TEODOR BORYSSOWICZ

współwłaściciel Warsz. Zakładu Ginekologicznego.

GUSTAW CHODAKOWSKI

właściciel Prywatnego Domu Zdrowia.

ZYGMUNT MONSIORSKI

lekarz ambulatoryjum chorób kobiecych w Szpitalu Wolskim.

FRANCISZEK NEUGEBAUER

ordynator oddziału ginek. Szpitala Ewangelickiego.

TOMASZ REUTT

ordynator oddziału ginek. Szpit. Praskiego

JAKÓB ROSENTHAL

ordynator oddziału ginek. Szpitala Żydowskiego.

Adres Redakcyi: Złota 3, w Warszawie. Telefon № 1846.

Przedpłata roczna: Rb. 6, Marek 12, Koron 15.

Przedpłatę przyjmuje REDAKCYA, Biura Ogłoszeniowe i księgarnie
w kraju i zagranicą.

WSZYSTKIE ARTYKUŁY SĄ PŁATNE.

Première année. Août 1904. № 7.

GINEKOLOGIA

REVUE POLONAISE MENSUELLE DE GY-
NÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE

Rédacteur en chef: Dr. Czesław Stankiewicz,
VARSOVIE, ZŁOTA 3.

I Jahrgang. August 1904. № 7.

GINEKOLOGIA

POLNISCHE MONATSSCHRIFT FÜR GYNÄ-
KOLOGIE UND GEBURTSHÜLFE

Redacteur: Dr. Czesław Stankiewicz,
WARSCHAU, ZŁOTA 3.

OGŁOSZENIA. — ANNONCES.

FRANCENSBAD Dr. LEOPOLD STEINSBERG
—>> ORDYNUJE JAK DAWNIEJ. <<—

Sierpień, 1904.

W poczet współpracowników „Ginekologii“ raczyli się zapisać:

Dr. Mieczysław Bełżyński (Łódź), Dr. K. Bocheński (Lwów), Dr. Jan Borzymowski (Warszawa), Docent Dr. Stanisław Braun (Kraków), Dr. Rudolf Breiter (Lwów), Dr. Ludwik Bryndza (Warszawa), Dr. Władysław Bujalski (Wilno), Docent Dr. Władysław Bylicki (Lwów), Dr. Cercha (Kraków), Docent Dr. Chlumsky (Kraków), Dr. Stanisław Cykowski (Warszawa), Dr. Czesław Czerwiński (Lublin), Prof. Dr. Adam Czyżewicz (Lwów), Docent Dr. Stanisław Dobrowolski (Kraków), Dr. Jan Gromadzki (Warszawa), Dr. Bolesław Grzankowski (Warszawa), Dr. S. Flatau (Norymberga), Dr. F. Grodecki (Kowno), Dr. Władysław Hojnacki (Lwów), Dr. Józef Idzikowski (Warszawa), Prof. Dr. Henryk Jordan (Kraków), Dr. Bohdan Korybut-Daszkiewicz (Warszawa), Prof. Dr. Julian Kosiński (Warszawa), Docent Dr. Franciszek Koźmiński (Lwów), Prof. Dr. Leon Kryński (Warszawa), Dr. Stanisław Kurtz (Warszawa), Dr. Jan Lachs (Kraków), Dr. Józef Laskowski (Warszawa), Dr. Wincenty Lisowski (Humań), Dr. Adam Małkowski (Warszawa), Dr. Marcinkowski (Piotrków), Prof. Dr. Antoni Mars (Lwów), Dr. Alfred Michelis (Chełm), Dr. Bolesław Motz (Paryż), Dr. Hipolit Olszewski (Łódź), Docent Dr. Witold Orłowski (Petersburg), Dr. Gracyan Pisarzewski (Częstochowa), Dr. Eugéniusz Podhorecki (Petersburg), Dr. Pomorski (Poznań), Dr. W. Pomorski (Humań), Dr. Wincenty Puławski (Radziejów), Prof. Dr. Raczyński (Petersburg), Prof. Dr. Aleksander Rosner (Kraków), Prof. Dr. Waclaw Rubeška (Praga Czeska), Dr. Przemysław Rudzki (Praga Czeska), Dr. Leon Rutkowski (Płońsk), Prof. Dr. Ludwik Rydygier (Lwów), Dr. Józef Saks (Łódź), Dr. Julian Ślaski (Warszawa), Docent Dr. Sołowij (Lwów), Dr. M. Stawiński (Warszawa), Dr. Heliodor Święcicki (Poznań), Dr. Aleksander Szulc (Żyrardów), Dr. Bronisław Szybowski (Warszawa), Dr. Mieczysław Themerson (Płock), Dr. Antoni Troczewski (Kutno), Dr. Maksymilian Warszawski (Warszawa), Dr. Adolf Wątarek (Lwów), Dr. Bruno Wojciechowski (Kraków), Dr. Kazimierz Wojciechowski (Kijów), Verus (Warszawa), Dr. Karol Zaleski (Sanok), Prof. Dr. Józef Ziemacki (Petersburg).

Dr. Franciszek Jezierski

ordynuje jak zwykle od 20 Maja w Ciechocinku (przy aptece).

JABŁOŃSKI

WYCIĄG IGLIWIWA SOSNOWEGO

używany do kąpiei w wielu chorobach, zawierający w sobie wszystkie części igieł sosnowych, jak lotne tak i stałe, zupełnie rozpuszczalny w wodzie.

Wyrobu *Apteki*

E. Kuszkowskiego

W JABŁONNIE POD WARSZAWĄ.

DOSTAĆ MOŻNA WE WSZYSTKICH APTEKACH I SKŁADACH APTECZ.

ŻAŁAĆ WSZEDZIE JABŁOŃSKIEGO EKSTRAKTU SOSNOWEGO. ○○○○○

Druskienniki (gub. Grodz.)

W sezonie letnim ordynuje
jak lat poprzednich

Dr. Oskar Goldberg

Choroby kobiece i akuszerya

Masaż ginekologiczny,
Gimnastyka lecznicza,

Powietrzne suche kąpiele gorące

(ogólne i miejscowe).

JULJA Szoberowa

w WARSZAWIE, ŻÓRAWIA 7.

POLECA PASY BRZUSZNE: DZIANE, FISZBINOWE I ELASTYCZNE, PASY MIESIĘCZNE Z PODUSZKAMI, GORSETY HYGIENICZNE I ZWYCZAJNE, NAPIERŚNIKI, SZELKI DO PROSTEGO TRZYMANIA SIĘ I T. P.

Specjalnie Sale Operacyjne i t. p. ubikacje

z warstwą jednolitą, podobną do emalii, wytrzymującą zmywanie środkami dezynfekcyjnymi, wykonywa specjalnie

G. KOECK, Chmielna 20 w Warszawie.

NOWINY LEKARSKIE

Organ Wydziału Lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk Poznańskiego.

Wychodzi na początku każdego miesiąca w Poznaniu
pod redakcją

Dr. Heliodora Święcickiego

Treść „Nowin” obejmuje następujące działy:

A. Prace oryginalne. 1) Treściwe „Moniesienia“ oryginalne („tymczasowe“); o wynikach prac badaczy polskich. 2) Prace oryginalne i spostrzeżenia z praktyki.

B. Dział sprawozdawczy.

I. Streszczenia zbiorowe (ze wszystkich działów nauk lekarskich). II. Sprawozdania i drobniejsze wiadomości z następujących działów: 1) Anatomia, fizjologia, embriologia. 2) Anatomia patologiczna, patologia doświadczalna, bakteriologia. 3) Chemia lekarska, farmakologia, toksykologia. 4) Medycyna wewnętrzna, balneologia i t. d. 5) Choroby dzieci. 6) Choroby nerwowe i umysłowe. 7) Chirurgia: a) ogólna, b) głowy i szyi, c) klatki piersiowej, d) jamy brzusznej i narządu moczopłciowego, e) kręgosłupa, miednicy i kończyn; ortopedia. 8) Choroby gardła, nosa, krtani i uszu. 9) Dentystyka. 10) Oftalmologia. 11) Ginekologia i położnictwo. 12) Choroby skórne i weneryczne. 13) Hygiena. 14) Medycyna sądowa. III. Zapiski lecznicze i nowsze przyrządy lekarskie. IV. Przegląd prasy lekarskiej polskiej. V, Ruch w Towarzystwach i zjazdów lekarskie: a) zagraniczne, b) krajowe. VI. Korespondencye z ognisk ruchu naukowego i zawodowego: a) za granicą, b) w kraju. VII. Sprawy zawodowe. VIII. Oceny. Bibliografia. IX. Odcinek. X. Wiadomości bieżące. Rozmaitości. Kronika osobowa i żałobna.

Przedpłata wynosi z przesyłką pocztową: Rocznie w Niemczech marek 16, w Austrii koron 18, w Król. Polskiem i Rosyi rubli 8, we Francyi i Belgii franków 20.

Przedpłatę przyjmuje dr. Franciszek Zakrzewski, Poznań, ulica Rycerska Nr. 29; w Krakowie księgarnia Krzyżanowskiego; we Lwowie Gubrynowicz i Schmidt; na Królestwo Polskie ma główny debet księgarnia Wendego i Spł. w Warszawie; w Wilnie księgarnia Zawadzkiego; w Kijowie księgarnia Idzikowskiego; w Petersburgu księgarnia Grendyszyńskiego; nadto wszystkie urzędy pocztowe Ces. Niemieckiego. Każdorazowy numer „Nowin Lekarskich“ wysyła ekspedycya abonentom wprost pod opaską.

Numer okazowy otrzymać można na żądanie darmo i opłatnie, tak wprost z ekspedycyi Nowin lek., jak również z księgarni Wendego i Sp. w Warszawie.

DOM ZDROWIA

D-ra Gustawa Chodakowskiego

w Warszawie, Długa № 8.

Przyjmuje na stały pobyt z chorobami kobiecemi, chirurgicznymi, wewnętrznymi, oraz osoby spodziewające się słabości — za opłatą dzienną od Rb. 1 kop. 50—4 Rb.

Stały konsultant Zakładu: Dr. med. Franciszek Neugebauer.
Ordynatorzy: Dr. med. Zygmunt Monsiorski, Dr. J. Grodzki.

GAZETA LEKARSKA

pismo tygodniowe, poświęcone wszystkim gałęziom umiejętności lekarskiej.

Redaktorem odpowiedzialnym jest Dr. Gajkiewicz Wł. Wydawcą jest Dr. Pruszyński Jan (Hoża 50).

Cena Gazety Lekarskiej:

w Warszawie rocznie rb. 7 Półrocznie rb. 3 kop. 50.

Z przesyłką w Państwie Rosyjskiem i zagranicą:

Rocznie rb. 8, półrocznie rb. 4.

Wydawnictwa „Gazety Lekarskiej”:

1) *Wykłady o chorobach zakaźnych ostrych* przez d-ra Wł. BIEGAŃSKIEGO. Tom I. Cena rb. 4, z przesyłką rb. 4 kop. 50. Tom II. Cena rb. 4 kop. 50, z przesyłką rb. 5.

2) *Wykład chorób dróg oddechowych*, przez d-ra A. SOKOŁOWSKIEGO. Tom I. *Choroby tchawicy i oskrzeli*. Cena rb. 2 kop. 40, w oprawie rb. 2 kop. 80, z przesyłką kop. 40. Tom II. *Choroby płuc*. Cena rb. 3, w oprawie rb. 3 kop. 50, przesyłką kop. 50.

3) *Dyagnostyka anatomo-patologiczna*. p. d-ra Z. DMOCHOWSKIEGO. Cz. I *Klatka Piersiowa*. Cena rb. 3, na papierze kredowym rb. 4, przesyłką kop. 50.

Nabywać można u Wydawcy „Gazety Lekarskiej“ (Hoża 50) i we wszystkich księgarniach.

Warszawski Zakład

GINEKOLOGICZNY

Marszałkowska Nr. 45, Telefonu Nr. 3114,

D-rów Boryssowicza, Brühla, Gromadzkiego, Jaskłowskiego, Kuniewicza, Natansona, Thiemego, Tyrchowskiego i Winawera przyjmuje na stałe pomieszczenie i leczenie osoby dotknięte chorobami kobiecemi, jakoteż spodziewające się słabości.

Opłata dzienna od rb. 1.50 do rb. 5.



STERYLIZOWANA Wata, Gazę hygr. i jodoform. Katgut jodowy i ligatury. Tampony na nitkach, Opatrunki ginekologiczne, Bandaże, Fizyolog, roztwór soli z przrzędem, Żelatynę 5^o/₁₀₀, Automatyczne zamkniętko do irygatorów i t. d. poleca
PRACOWNIA STERYLIZACYJNA
D-ra BORZYMOWSKIEGO.

Warszawa, Złota 36.

Wyprawki połogowe po 70 kop. (szczotka, serwetki do kroczka, tasiemka, bandaże, tampony, gaza).

Prywatny Zakład Lecznicy Chirurgiczno-Ginekologiczny

Z ODDZIAŁEM DLA RODZĄCYCH

Boduena Nr 5, telefonu Nr 3083.

D-rów Anteckiego, Cykowskiego, Kossobudzkiego, Laskowskiego, Leśniowskiego, Rylki, Sławińskiego i W. Żurakowskiego.

Przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie (Rb. 1.50—5 rb.)

GINEKOLOGIA

MIESIĘCZNIK POŚWIĘCONY CHOROBYM KOBIECYM
I POŁOŻNICTWU

T R E S Ć.

- I. PRACE ORYGINALNE.
Prof. **A. Mars**, Lwów. Klinika Położniczo-Ginekologiczna Lwowska, jej powstanie, rozwój i wyniki (dok.) 267
- II. WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. 321
- III. SKRZYŃKA DO LISTÓW.
Dalszy przyczynek do dziejów ginekologii polskiej, przez **Z. MONSIORSKIEGO**, Warszawa. 418
Kilka uwag do własnego artykułu p. t. „Macica dwoista i t. d.”
przez **W. BUJALSKIEGO**, Wilno. 419
- IV. ZAPISKI LECZNICZE.
Lizytol i Sapokreozol, przez dr. **P. RUDZKIEGO**. 420
- V. OGŁOSZENIA.

SOMMAIRE.

- I. TRAVAUX ORIGINAUX.
Clinique obstétricale et gynécologique de Lemberg, son origine, l'évolution et les résultats, par M. le Prof. **A. de MARS** (de Lemberg):
- II. NOUVELLES.
- III. CORRESPONDANCE.
Contribution à l'histoire de la gynécologie polonaise, par **M. S. MONSIORSKI** (de Varsovie).
Quelques remarques supplémentaires à son article „Uterus duplex etc.”, par **M. W. BUJALSKI** (de Vilno).
- IV. NOTES THÉRAPEUTIQUES.
Lysitol et Sapokreozol.
- V. ANNONCES.

INHALT.

- I. ORIGINALARBEITEN.
Lemberger geburtshülflich - gynäkologische Klinik, ihre Entstehung, Fortschritte und Erfolge, von Prof. **A. v. Mars** (Lemberg):
- II. LAUFENDE NACHRICHTEN.
- III. KORRESPONDENZEN.
Beitrag zur Geschichte der polnischen Gynäkologie, von **S. Monsiorski** (Warschau).
Einige Bemerkungen zu seinem Aufsatz „Uterus duplex etc.”, von **W. Bujalski** (Wilno).
- VI. THERAPEUTISCHE NOTIZEN.
Lysitol und Sapokreozol.
- V. ANNONCEN.

I.

PRACE ORYGINALNE

KLINIKA POŁOŻNICZO-GINEKOLOGICZNA LWOWSKA

JEJ POWSTANIE ROZWÓJ I WYNIKI

podał prof. dr. A. MARS (Lwów).

DOK.

Na klinice chorób kobiecych będzie nam chodziło nie tylko o leczenie narządu płciowego kobiecego, nie tylko o utrzymanie zdrowia i życia kobiety jako jednostki, ale zarazem o to, aby ochronić, uratować lub przywrócić zdolności rozrodcze tej jednostki.

Jeszcze wyraźniej zobaczycie Panowie tę dążność na klinice położniczej, gdzie będzie szło nie tylko o ratowanie zagrożonych rodzących i niesienie pomocy nie mogącym urodzić, ale będzie nam szło o to, aby pod naszą opieką brzemiennosc prawidłowo przebiegała, aby osoby rodzące prawidłowo uchronić od mogących im grozić niebezpieczeństw, aby zawczasu możliwe zło usunąć, aby położnice po prawidłowym, naturalnym porodzie mogły powrócić do warunków fizyologicznych z zachowaniem nie tylko sił i zdrowia jednostki, ale wraz z dalszą zdolnością płodzenia; aby niemowlęta urodzone nie tylko zachowały zdolność do życia, ale aby miały warunki do jak najbujniejszego rozwoju.

Zdaje mi się, że słów tych kilka wystarczy, aby Panom zaznaczyć ogromną różnicę, jaka zachodzi pomiędzy klinikami, któreście poznali, a tą, którą właśnie poznać macie.

Jeżeli się teraz nad tą różnicą zastanowimy, to mimowoli nasuwa się nam uwaga, że wobec społeczeństwa, wobec kraju, wobec gospodarki krajowej, ginekologia w ogólności, w szerszym tego słowa znaczeniu, a położnictwo w szczególności ma odrębną, powiem wyjątkową, doniosłość. Aby to Panom wykazać, muszę się zwrócić na inne pole, t. j. do sprawy gospodarstwa krajowego.

Niewątpliwem jest, że o bogactwie danego kraju decyduje ilość wyprodukowanej pracy. Im ludność silniejsza, zdrowsza, zdolniejsza do pracy, tem większą będzie jej wydajność, czyli bogatszym będzie ten kraj, który będzie posiadał ludność silniejszą, zdrowszą, zdolniejszą do pracy.

Na rozwój ludności pod względem fizycznym wpływa bardzo wiele czynników, i to jedne dodatnio, drugie ujemnie. W krajach

dobrze uorganizowanych i dobrze gospodarowanych władze, czy to rządowe, czy też krajowe, znają te czynniki bardzo dobrze i troszczą się o nie. Starają się rozwijać dobrobyt, umoralnienie, podnosić poziom ogólnego wykształcenia, zaprowadzają różne urządzenia sanitarne, stłumiają epidemie i t. d. i. t. d.

Pomiędzy czynnikami, mającymi wpływ na fizyczny rozwój ludności, jednym z najważniejszych jest niewątpliwie sprawa rozrodcza; jej przebieg odbija się już to na kobietach, już też na noworodkach, których pierwsze dni decydują częstokroć o przyszłym rozwoju i sile osobników. O ile ta sprawa jest ważna i doniosła, o tyle dla władz rządowych i krajowych jest ona niedostępna, gdyż kryje się w zaciszach domowych, w ramach pożycia małżeńskiego. Dlatego też na tę sprawę władze bezpośrednio wpływu wywierać nie mogą, nie mogą wydawać bezpośrednich zarządzeń, któreby ją regulować mogły.

Do zacisza domowego, do kwestyi pożycia małżeńskiego mogą się dostawać tylko osoby prywatne, a temi są lekarze, akuszerki, osoby, niosące doraźną pomoc moralną i materialną, czyli duchowieństwo i dobroczynność. Tylko za pośrednictwem tych prywatnych czynników może władza działać na sprawy rozrodcze kraju, a o ile ta droga jest niedostępna, o tyle wymaga większych ofiar i większego starania.

W długich latach mej zawodowej działalności przemyślałem nad temi sprawami wielokrotnie, przypatrywałem się ogólnym stosunkom zdrowotnym w naszym kraju i porównywałem z tem, co widziałem za granicą. Przedewszystkiem zaznaczyć muszę, iż, jak daleko mogę zasięgnąć pamięcią, pod względem sanitarnym w kraju naszym robi się bardzo wiele, aczkolwiek wiele do zrobienia pozostaje. Gdziekolwiek się myślą zwróć, zaznaczyć muszę postęp bardzo znaczny. Aby to wykazać, dość porównać działalność władz sanitarnych w czasie cholery w roku 1873, a w czasie cholery ostatniej; przypomnieć sobie, jak wyglądały przed 20 laty nasze szpitale w kraju, a jak wyglądają dzisiaj; jakie znaczenie i wpływ mieli lekarze powiatowi dawniej a dzisiaj; jakie znaczenie dla kraju ma instytucya lekarzy okręgowych i gminnych i t. d. Za długo musiałbym wyliczać, i byłoby to zbyt cenne, bo o tem Panowie wiedzą dobrze, widzicie to sami, i świadczą o tem zestawienia statystyczne. Są to wszystko sprawy łatwo dostępne, a przy dobrych chęciach władz decydujących poprawa stosunków i postęp widoczne i wydatne.

Inaczej rzecz się ma ze sprawą rozrodczą w kraju: postępu takiego, jak w innych kierunkach, dopatrzeć trudno. Istnieje wprawdzie pod względem chorobliwości i śmiertelności w połogu w ostatnich dziesiątkach lat poprawa bardzo znaczna, która atoli polega na zmienionych prądach i poglądach w nauce. Odkąd rdzenne pojęcie czystości w postępowaniu około rodzących i położnic zostało powszechnie w nauce przyjęte, stosunki poprawiły się znacznie,— jak dotąd jednak daje się to u nas stwierdzić w większych miastach

i wyższych sferach ludności, nie przeszło jednak jeszcze dostatecznie na kraj cały, nie objęło niższych sfer ludności.

Poza tem w innych kierunkach stosunki pozostały jak dawniej, postęp jest zbyt powolny, zbyt mało widoczny.

Aby wyrobić sobie obraz istniejących u nas stosunków i wykazać doniosłość zagadnień, dotyczących spraw rozrodczych w kraju, zwrócę uwagę Panów na niektóre okoliczności.

Kto zna naszą ludność wiejską w kraju, a prócz tego bywał w krajach innych i za granicą, musiał spostrzedz, jak wielka zachodzi różnica między kobietami. Widzieć to można na większych zgromadzeniach, w których ogół pewnej ludności bierze udział, zatem w kościołach, na jarmarkach, dożynkach i t. d. Uderzającym przedewszystkiem jest, jak mało u nas widzi się młodych mężatek; albo widzimy młode dziewczęta, albo osoby mniej lub więcej zgrzybiałe; inaczej pod tym względem w innych krajach koronnych i za granicą.

Ileż to razy, bywając w wiosce rodzinnej, przekonałem się, że ta lub owa chorowito i staro wyglądająca kobiecina—to ta, którą niedawno widywałem jako hożą, młodą dziewczynę. Ileż razy w szpitalu, zbierając wywiady, dziwiłem się, że tak młoda osoba tak staro wygląda, i zwracałem na to uwagę młodszych kolegów. Mimowoli przychodziło mi na myśl, że chyba sobie lat ujmuje! Nie, Panowie, one tego sposobu nie znają, to na czem innem polega. Osoby te marnieją u nas w czasie życia płciowego i starzeją się przedwczesnie. Osoby te wychodzą za mąż, zachodzą w ciążę, pracują ciężko, często ronią i nie zwracają nawet uwagi na to, rodzą i, wstając w kilka godzin po porodzie, wracają do zajęć codziennych, chorują i nie leczą się; oczywista, że wśród tego marnieć muszą. A ileż to jest okoliczności, które nawet poruszać trudno. Ze tak jest, na dowód niech Panom posłuży istniejący prawie w całej Galicyi u ludu zwyczaj, iż po porodzie najbliższego ranka, zatem nieraz w kilka godzin albo tuż po porodzie, ojciec zabiera dziecko i z kumami idzie na chrzest do kościoła bez względu na porę roku i pogodę. Do obowiązków zaś matki należy, aby tymczasem przygotowała dla kumów poczęstunek, zatem zwleka się z łóżka, robi porządki, bieli polepę, przystawia garnki z jedzeniem do ognia, poczem na nowo kładzie się do łóżka i oczekuje kumów, którzy się tymczasem po drodze w karczmie zabawiają. Zwyczajów takich w różnych okolicach kraju z pewnemi odmianami istnieje dosyć.

Pomoc przy porodach bywa u nas niedostateczna: stosunkowo bardzo wiele kobiet obchodzi się bez pomocy akuszerki, tylko babki i sąsiadki asystują przy porodach. W wielu razach dopiero gdy poród nie postępuje, trwa za długo, albo gdy występuje jakieś niebezpieczeństwo, zaczynają się najpierw różne próby, sadzanie rodzącej na kolanach, wieszanie u powały, wstrząsanie, gniecienie brzucha i wygniatanie. Gdy to nie pomaga, wzywają mężczyzn do pomocy; jeżeli rączka wypadnie, okręca się bat koło niej i ciągnie, dokąd się nie urwie. Ciekawa rzecz, że zupełnie tych samych

sposobów używają dziś też ludy dzikie, niecywilizowane. A gdy to wszystko zawodzi, wówczas dopiero posyła się wreszcie po akuszerkę egzaminowaną.

Skutkiem braku należytej pomocy przy porodach naturalnem jest, że częściej u nas kobiety podpadają chorobom w położu, częściej muszą występować krwotoki, po których następuje charłactwo, częściej spotykamy pewne cierpienia ginekologiczne.

Przetoki pęcherzowo-pochwowe, które po nieprawidłowych porodach występują, są u nas, w stosunku do innych krajów, prócz Rosyi, bardzo częste. Nasze wieśniaczki o zebranych chlebie idą daleko, aby się kalectwa swego pozbyć; widziałem je w tym stanie na klinikach w Lipsku, w Dreźnie, we Wrocławiu i Wiedniu. Na wszystkich innych znanych mi klinikach należą do rzadkości, a na tych, które wymieniłem, a na których częściej się przetoki pęcherzowo-pochwowe widuje, znane są pod nazwą polskich przetok.

Po co szukać dowodu daleko; wczoraj odebrałem chore, leżące w połowie zakładu na klinikę przeznaczoną, i otóż na 10 chorych ginekologicznych dostało mi się 3 osoby, obarczone przetokami pęcherzowo-pochwowemi—a 5 jeszcze pozostało w drugiej połowie zakładu. Czy to nie wymowne?

Nie do uwierzenia istotnie, ile u nas kobiet wiejskich jest obarczonych wypadnięciem macicy. Lekarze, praktykujący na prowincyi, wiedzą to dobrze. Jest to plaga, której się kobiety boją; stało się prawie zwyczajem, że kobieta, czująca dolegliwości w podbrzuszu, zakłada sobie podpaszkę, aby tym sposobem zapobiedz wypadnięciu macicy, a potem udaje się do apteki i żąda kropli „na podniesienie macicy“.

Osoby, chorujące dłuższy czas po porodzie, leżą u nas po wsiach często zupełnie bez opieki; stan ich zdrowia nie dochodzi do wiadomości lekarza, a tem mniej do wiadomości władz. Często nawet bywają choroby ukrywane, gdyż babki, bojąc się, by nie były do odpowiedzialności pociągnięte, nie dopuszczają wezwania lekarza, a tem mniej nie donoszą władzom. Lud nauczył się uważać ciężkie choroby w położu za nieszczęście, „dopust Boży“, podobnie jak zejście śmiertelne. Mąż, zapytany o żonę chorą, odpowiada ze stoicyzmem lakonicznie: „E! to po małym“. W tem wyrażeniu zawarte jest wszystko: nawet się nie pytajcie, bo to po porodzie; na to rady niema, będzie jak Bóg da.

Naturalnem jest, że w podobnych warunkach kobiety u nas marnieją, starzeją się przedwcześnie, mniej produkują pracy, często stają się do niej niezdolne; na tem tracą gorzej dogładane gospodarstwa domowe, na tem traci kraj — ile? obliczyć trudno, ale że traci, to pewne.

Kobiety schorowane rodzą potomstwo lichsze; dzieci takich matek będą gorzej karmione, będą miały mniej sił żywotnych, mniej odporności, łatwo będą ulegać wpływowi zewnętrznym, więcej ich zginie w niemowlęctwie.

Nasz żołnierz jest odważny i bitny, to rzecz znana, ale niech się Panowie przypatrzą nowozaciecznym rekrutom u nas, a w innych krajach koronnych lub zagranicą. Jakie to wszystko u nas małe, drobne, szczupłe, jak na nich czapki i mundury wyglądają;—a przecież mundur jest tak robiony, że się powinien nadawać na przeciętnego rekruta.

Takich spostrzeżeń można robić wiele, i niejednobym mógł jeszcze przytoczyć, ale tego zaniecham, bo to są spostrzeżenia, oparte na zebranych podmiotowych wrażeniach, których nie mogę poprzeć cyframi, gdyż w tych sprawach, które poruszyłem, zestawień statystycznych niema, albo są niedostępne. Wolę zatem zwrócić się do sprawy, którąbym mógł poprzeć cyframi i w tym celu przedstawię Panom porównanie Galicyi z sąsiednimi Morawami. Do porównania użyję dat, które znalazłem w sprawozdaniach c. k. krajowej Rady zdrowia.

Mógłby mnie spotkać zarzut, że krajów tych porównywać nie można, albowiem na Morawach nie bywało wojen, panował spokój, wzrastała kultura ziemi, dobrobyt wysoko stojący i t. d. Otóż powiem, że to wszystko prawda, i dlatego do porównania użyję takiej sprawy, która od tych czynników bardzo mało zależy, sprawy bezpośrednio nas obchodzącej, t. j. pomocy przy porodach, śmiertelności po porodach i chorobliwości w porogu.

Ponieważ ludność Galicyi jest trzy razy liczniejsza, niż na Morawach, będę zatem tę okoliczność uwzględnił w obliczeniach.

Na Morawach w roku 1895 odbyło się 89068 porodów, z tych 97,34% przy pomocy akuszerki egzaminowanych, zatem tylko 2,66% bez takiej pomocy.

W Galicyi w roku 1896 odbyło się 322010 porodów, z tych zaledwo 19,4% odbyło się przy pomocy akuszerki egzaminowanych, zatem 80,6% bez takiej pomocy.

Najniekorzystniej na Morawach przedstawia się powiat Neustadt, gdzie tylko 81,39% porodów odbyło się przy pomocy akuszerki egzaminowanych, a 18,61% bez tej pomocy.

Najniekorzystniej w Galicyi przedstawia się Turka, gdzie 1,8% porodów odbyło się przy pomocy akuszerki egzaminowanych, a 98,2% bez tej pomocy. Stosunek taki istnieje w Europie tylko w głębokiej Rosyi. Prócz Turki, w 16 powiatach odbywa się przy pomocy akuszerki mniej, niż 10% porodów, a między temi w dwu powiatach, t. j. w strzyżowskim i limanowskim, niżej 5% porodów.

Jakie to ma znaczenie? bardzo wielkie.

Każdy z Panów, chociaż nie słuchał wykładów położnictwa, wie, że tylko nadzwyczajna czystość we wszystkim, co wchodzi podczas porodu w zetknięcie z częściami rodnymi kobiecymi, zapewnia pomyślny przebieg porogu i powrót do stanu prawidłowego po porodzie.

Ustawy dla akuszerki pod karami przepisują ściśle: jak się akuszerka ma myć, czem, i jakich środków używać, żeby mieć ręce

czyste,—ale ustawa ta dotyczy tylko akuserek; wiejskie babki i sąsiadki, które przy porodach asystują, nie mają o tem wyobrażenia, przepisom tym nie podlegają. Jakież tego następstwo? oto, że u nas musi więcej kobiet chorować i umierać w położu, niż gdzieindziej; i tak jest istotnie.

Porównując Galicyę z Morawami, widzimy, że na Morawach z 89 068 rodzących w roku 1895 zmarło 152 osoby, czyli 1,7 na tysiąc rodzących, podczas kiedy w roku 1896 w Galicyi na 322 010 zmarło 1363, czyli 4 na tysiąc. Czyli w porównaniu Galicya straciła w tym roku 2,3 na tysiąc więcej, niż Morawy. Strata ta wynika wprost z braku dostatecznej, należytej pomocy przy porodach. Znaczy to, że Galicya z powodu tego braku wobec Moraw straciła 644 kobiety, zdolne do pracy; ile zostało drobnych, niezaopatrzonych sierot? ile strat cichych?

O tę stratę jednak mniejsza, da ona się odzyskać większą płodnością, czyli szybszym przyrostem ludności.

Zdaje mi się, że te cyfry były wymowne, a przecież one nie malują istotnego stanu rzeczy. Główna strata leży jeszcze gdzieindziej. Liczne choroby położowe przebiegają ze względu na niebezpieczeństwo utraty życia stosunkowo jeszcze pomyślnie, czyli, że z pomiędzy tych kobiet, które chorują, nie umiera zbyt wiele, ale wiele z nich choruje tygodnie i wiele wychodzi kalekami, niezdolnymi do pracy.

Nie mam do rozporządzenia statystyki chorobliwości w czasie porodu i położu w Galicyi; w naszych dzisiejszych stosunkach zebranie podobnej statystyki jest niemożliwością, bo, jak to już wyżej nadmienilem, przypadki te są dla władz niedostępne. Możemy się jednak bez tego obejść i dojść drogą pośrednią do obliczenia. Wiadomem jest, bo to stwierdzają wszystkie statystyki, że chorobliwość w położu przydarza się wszędzie w pewnym stosunku do liczby przypadków zejścia śmiertelnego, tak, że z liczby przypadków śmierci możemy w przybliżeniu obliczyć chorobliwość. Naturalnem jest, że im wyższa śmiertelność, to i niekorzystniejszy jest stosunek chorobliwości, ale to możemy pominąć, a nawet, aby na pewno uniknąć wszelkiej przesady, obliczymy stosunek według najkorzystniejszych statystyk, jakie istnieją.

Najkorzystniejsza, istniejąca dziś, jest statystyka Hofmeiera z kliniki w Würzburgu. Otóż w tej statystyce przy 2‰ śmiertelności z gorączki położowej chorowało z zakażenia 59 na tysiąc, a z tego ciężko 21 na tysiąc rodzących.

Wźmy zatem chorobliwość na Morawach i w Galicyi w przybliżeniu w tym stosunku, w jakim się przedstawia w Würzburgu, to otrzymamy następujący wynik: ponieważ na Morawach śmiertelność wynosi 1,7‰, to znaczy to, że chorowało na gorączkę położową 50‰, a z tego ciężko 17,8‰ rodzących, co obliczywszy na ilość osób, wypada, że na Morawach w roku 1895 chorowało na gorączkę położową 4450, a między temi ciężko 1450 osób.

Ponieważ zaś w Galicyi mamy wykazaną śmiertelność 4‰ , to znaczy to, że chorowało na gorączkę połogową 118‰ , a między temi ciężko 42‰ rodzących, co obliczywszy na ilość osób, wypada, że w Galicyi w roku 1896 chorowało na gorączkę połogową 37 996 kobiet, a między temi ciężko 13 524 kobiety.

Uwzględnivszy teraz, że liczba porodów na Morawach ma się do liczby porodów w Galicyi, jak 1:3,6, musimy pomnożyć liczby na Morawach przez 3,6, i w tym stosunku otrzymamy liczbę chorych na gorączkę połogową na Morawach 16 020, a przypadków ciężkich 5 220. Liczby te, tak pomnożone, możemy teraz porównać z liczbami w Galicyi, z czego wynika, że w Galicyi chorowało w r. 1896 z braku należytej opieki przy porodach w porównaniu do Moraw więcej o 21 976 osób, a między temi ciężko więcej o 8 344 osób. Chcąc zupełnie ściśle rachować, należy od tej cyfry odjąć liczbę zmarłych w Galicyi; t. j. 1 363, co uczynivszy, wypada okragło, że, pomināvszy stratę w zmarłych, 7 000 kobiet więcej niż na Morawach rocznie ciężko u nas choruje na choroby połogowe.

Z liczb tych ogólna liczba 21 976 nie tyle nas obchodzi, ile liczba 7 000. W liczbie 21 976 chorych po odliczeniu zmarłych, znajduje się rocznie 13 632, które, przypuścimy, zupełnie wyzdrowiały; kraj stracił tylko ich pracę. Czas choroby liczmy przeciętnie po 10 dni, to znaczy 136 020 dni, a licząc dzień po 25 kr., wynosi to 68 160 koron. Cyfra ta—to fraszki. Wāvniejszā jest druga cyfra: 7 000 ciężko chorych. Co to znaczy, Panowie, ciężko chora w jęziku lekarskim, podana do statystyki?—to znaczy, że ta osoba walczyła ze śmiertciā, że jeżeli się podniosła z łóżka, to tylko z życiem, ale zdrowie i siły jej przepadły, albo wyszła kalekā, niezdolnā do pracy.

Aby nawet cień przesady usunąć, skreślmy z tej liczby połowę, powiedzmy, że jeszcze połowa powróciła do jakiego takiego zdrowia i od biedy pracuje; to w każdym razie przybyło w jednym roku 3 500 osób niezdolnych do pracy, które jako kaleki muszą być utrzymywane. Jeżeli policzymy na rok wartość straconej pracy jednostki 150 koron, a koszt utrzymania teje jednostki tylko 150 koron, wypada, że rocznie traci kraj na każdej kalece 300 koron. To znaczy, że po wszelkich strāceniach, uwzględnivjąc tylko połowę ciężko chorych i zapatrując się jak najbardziej różowo na stosunki nasze krajowe, stwierdzamy, iż krajowi co roku przybywa nowej straty co najmniej milion koron.

Wierzājcie mi, Panowie, że obliczenie to zbyt skromne, leży daleko poniżej rzeczywistości; że u nas choruje wogóle w połogu i ciężko daleko więcej osób; stosunki sāv oplākane. Słowa te wypowiadam na podstawie sprawozdania krajowej Rady zdrowia, która w zestawieniu za rok 1895 stwierdza, że pod tym względem u nas stosunki sāv najgorsze ze wszystkich krajów koronnych, a przy czyna leży w braku pomocy położniczej przy porodach.“

Chcąc Panom przedstawić istotny stan rzeczy; musiałbym chyba odczytywać szeregi liczb i zestawień statystycznych, czego w ramy

dzisiejszego wykładu ująć mi niepodobna; mogę tylko stwierdzić, że w sprawozdaniach krajowej Rady zdrowia mamy nagromadzony bardzo cenny i ciekawy materiał, a szczególnie w sprawozdaniu za rok 1896, które obejmuje pogląd na ubiegłych lat 24.

Że stosunki u nas są takie, to dzieje się dlatego, że mamy za mało akuszerok, za mało lekarzy, a między temi ostatniemi za mało akuszerów.

Dość powiedzieć, że są u nas powiaty, w których jeden lekarz wypada na 15 000, a jedna akuszerka na 30 000 ludności. A jakaż część tych lekarzy nie zajmuje się zupełnie położnictwem!

Ze słów moich zdaje mi się, Panowie, że wylania się doniosłość powstania nowej szkoły położniczej dla kraju. Tu nie chodzi o ten tysiąc lub dwa porodów, które się odbywają w zakładach położniczych krajowych, bo te nikną wobec kilkukroćstotysięcy porodów, jakie w Galicyi rocznie mają miejsce; tu nie chodzi o naukę samą, bo i skądinąd przyjść może, ale chodzi o cele dydaktyczne, chodzi o lekarzy, wydoskonalonych w położnictwie i ginekologii.

Utarte jest zdanie, że wydatki w budżecie krajowym na cele sanitarne, a w szczególności na szpitale, uważać należy jako ciężar, jako wydatek nieproduktywny, jako ofiarę na ołtarzu humanitaryzmu. Otóż, Panowie, co do tego jestem odmiennego zdania i *co do zakładów położniczych przynajmniej muszę tu dzisiaj założyć protest.*

Wobec olbrzymich strat, jakie kraj z powodu braku akuszerok i położników rocznie ponosi, i jakie co roku przybywają, *powstanie nowego ogniska dla celów dydaktycznych w położnictwie i ginekologii jest bardzo dobre umieszczenie kapitału, które tylko zyski przynieść musi.*

Kraj potrzebuje należycie wydoskonalonych akuszerów, którzyby nietylko byli dobrimi położnikami, niosącemi skutecznie pomoc wśród ciężkich porodów, ale potrzebuje położników, którzyby odczuwali potrzeby krajowe i byli posłannikami cywilizacyjnej idei, dotarli do każdego zacisza domowego i oświecili o potrzebie pomocy położniczej. Potrzebuje nietylko położników, ale pionierów położnictwa i ginekologii.

Nadto niezbędnie potrzebuje całych zastępów akuszerok, jużto jako siły roboczej do spełnienia zadania, jużteż do pośredniczenia w zamierzonem posłannictwie.

Kraj tego potrzebuje koniecznie, jeżeli ma się zrównać pod omawianym względem z resztą krajów koronnych.

Uczyć się i uczyć położnictwa i ginekologii, to, Panowie, rzecz nielatwa. Położnictwo i ginekologia, to najtrudniejsza nauka ze stanowiska dydaktycznego ze wszystkich nauk lekarskich, a to dlatego, że pole naszej działalności, pole dydaktyczne, to pole bardzo niedostępne dla nauki i nauczania, bo to narząd płciowy kobiety.

Pomyślcie, Panowie, jaka to przykrość dla każdej kobiety, jeżeli widzi, że cierpienie jej kobiece, dotyczące narządu płciowego,

jest przedmiotem nauki, jeżeli tajemnice pożycia małżeńskiego wychodzą na jaw wobec zgromadzenia mężczyzn.

Jak mnie doświadczenie nauczyło, Polki odczuwają to daleko więcej, aniżeli kobiety innych narodowości.

Jest to fakt poważny, z którym się muszą liczyć władze decydujące, słuchacze i nauczyciele. Tylko przy wspólnem wyczerpującem działaniu tych trzech czynników dobre prowadzenie nauki z korzyścią dla kraju jest możebne.

Jak należy postępować, licząc się z tym faktem, nielatto powiedzieć, bo każdy człowiek ma nieco odrębny sposób postępowania i wzięcia się w stosunkach towarzyskich. Takt właściwy wobec kobiet, które badać i obserwować będziemy, jest konieczny. Jak postępować, nie powiem, ale powiem, jak ja się starałem postępować wobec moich pacjentek i radzę to Panom naśladować, skoro mam Panów do kliniki wprowadzić. Otóż, Panowie, w każdej kobiecie, z którą się jako lekarz stykałem, starałem się uszanować moją matkę staruszkę, moje siostry, a w ostatnich czasach moją żonę i moje córki.

Omawiając ten przedmiot, wypowiedziałem moje dążenia i cele.

* * *

Panowie! kraj hojną ręką rzucił grosz ciężko złożony, rzucił marmur, bronz, ciosy, wodociągi, elektryczność, gaz i to wszystko, co cywilizacya niesie. Myślą i pracą prof. Czyżewicza wzniosł się gmach wspaniały. Gmach ten nie dla mnie, nie dla Was, Panowie, i nie dla tych osób, które w nim rodzą, ale dla celów dydaktycznych i dla nauki.

Zaznaczywszy moje poglądy, gdyż na rozprowadzanie czasu nie starczy, powtarzam teraz jako zobowiązanie to, co już powiedziałem: „nietylko chcę, ale pracować będę z Panami dla Panów, przez Panów dla kraju, przez katedrę dla nauki.“

Niechże to ognisko nauki odpowie słusznym oczekiwaniom; temi słowy otwieram dzisiaj klinikę położniczo - ginekologiczną lwowską.

Od chwili otwarcia kliniki do dni ostatnich minęło lat pięć, pięć pierwszych lat istnienia kliniki.

Jak z powyższego opisu wynika, zasoby kliniki w pierwszych początkach były bardzo szczupłe: ledwo najkonieczniejsze urządzenia zaprowadzone, instrumentarium składało się z niewielu narzędzi, resztę musiały dopełniać prywatne zasoby profesora. To, co dziś w klinice istnieje, co zostało zgromadzone, urządzone i przygoto-

wane, to wszystko — dorobek pięciolecia. Na ten dorobek składały się nadzwyczajne dotacje z Ministerium, oszczędności Namiestnictwa, ofiary funduszu krajowego, a wreszcie praca i zabiegi personelu klinicznego.

Klinika w pierwszym zawiązku, prócz profesora w myśl aktu, dotyczącego systemizowania katedry, miała dwóch asystentów płatnych, jedną akuszerkę kliniczną i jednego sługę z ramienia c. k. Rządu. Nadto otrzymała klinika 8 posługaczek z ramienia Wydziału krajowego.

Wobec rozmieszczenia kliniki na czterech piętrach (łącznie z suterrenami), personel ten okazał się niedostateczny. Niebawem zatem uzyskałem przez c. k. Namiestnictwo demonstratora z płacą 600 koron rocznie i akuszerkę pomocniczą z płacą 600 koron i wiktem w naturze, a przed rokiem sługę pomocniczego. Po przedstawieniu wymagań kliniki Wydział krajowy zwiększył liczbę posługaczek do 12-tu, a nadto ustanowił nadzorczynię, która dostaje wikt i płacę 30 koron miesięcznie. Na miejsce nadzorczyni udało mi się pozyskać akuszerkę i tym sposobem umożliwić podział pracy w klinice.

W ciągu pięciu lat uzyskano u c. k. Ministerium kredyty, a mianowicie: na urządzenie kosztem około 6000 koron pracowni chemiczno-mikroskopowo-bakteryologicznej; później kosztem około 5000 koron amfiteatru w sali wykładowej, — amfiteatr ten o lekkiej konstrukcyi żelaznej spodem przejrzysty, pomysłany przez nas, narysowany przez pana architekta Namiestnictwa Tretera, a wykonany we Lwowie przez firmę Piotrowicza i Szumana, jest cackiem w swoim rodzaju, odpowiadającym najwyszukańszym wymaganiom; następnie kredytem około 4000 koron uzyskanym od c. k. Ministerium, ustawiono przyrządy do wyjaławiania i założono przewody z cyny angielskiej do rozprowadzania po klinice płynów wyjaławionych. Przewody te wyjaławia się zapomocą pary z maszyny, osobno na ten cel ustawionej.

Ponieważ sala laparotomijna jest mała i w czasie operacyi nie może pomieścić wszystkich uczniów, przeto c. k. Ministerium zgodziło się na urządzenie w sąsiedniej ubikacyi żelaznej łoży, z której uczniowie będą mogli przyglądać się dokonywanym zabiegom.

Gdy w miarę rozrostu i rozwoju kliniki brak miejsca dał się uczuwać, Wydział krajowy, uwzględniając potrzeby kliniki, adoptował swoim kosztem dwie ubikacye w suterrenach i oddał je klinice na wiwisektoryum i pomieszczenie dla drobnych zwierząt. Ubikacye

te zostały urządzone kosztem około 1 600 koron ze Skarbu Państwa.

Trzymając się przysłowia „nulla dies sine linea“ i depcząc wciąż, uzyskano u Władz decydujących, jeszcze inne ulepszenia, które uzupełniły urządzenia kliniczne.

Coroczne nadzwyczajne dotacje na cele naukowe, dotacje zwyczajne i uposażenia z ramienia Wydziału krajowego, dały możliwość doprowadzenia instrumentarium i przyrządów do stanu, w jakim się dziś znajdują.

Samo przez się rozumie się, jak trudne były początki, gdy na każdym kroku brak się uczuwać dawał tak w urządzeniach, jak w personalu, który tem samem był przeciążony. Wśród takich warunków musiała klinika wywalczać sobie uznanie u publiczności i świata lekarskiego, który z zaciekawieniem śledził rozwój i wyniki kliniki.

Z roku na rok warunki układały się coraz korzystniej, i chociaż dzisiaj jest jeszcze dużo do zrobienia, osiągnięto już bardzo wiele. Klinika powinna być pojęta w ciągłym, bezustannym rozwoju, idącym równoległe do postępu nauki, co wyradza potrzebę ciągłego przeobrażania. Rzecz oczywista, iż zmiany nie mogą się dokonywać doraźnie, szczególnie jeżeli dotyczą pojęć ogólnych,—dziać się to musi powoli, w miarę warunków i możliwości. O ile plan ten ogólny znajduje urzeczywistnienie w naszej klinice, wykazemy w odnośnym ustępie niniejszego sprawozdania.

Rolę bardzo ważną odgrywała w rozwoju kliniki kwestya materiału klinicznego.

Klinika położniczo-ginekologiczna pod tym względem znajduje się w odmiennych warunkach od innych klinik. Materiał położniczy ma ona zapewniony, albowiem służy jej materiał zakładu krajowego, na którym w Austrii ciąży serwitut dydaktyczny. Obok jednak kliniki uniwersyteckiej również i szkoła akuszerok ma równe prawo do korzystania z materiału położniczego, jaki posiada zakład położniczy krajowy. Otóż materiał ten musiał być podzielony z uwzględnieniem potrzeb obydwu zakładów. Klinika posiadająca w porównaniu ze szkołą akuszerok stosunkowo niewielu uczniów, ale uczniów, którzy mają być lekarzami, potrzebuje tego materiału mniej na ilość, więcej zaś co do jakości i ilości przypadków patologicznych. Szkoła akuszerok, mająca stosunkowo znaczną liczbę uczennic, potrzebuje dużo materiału co do ilości, mniej zaś co do jakości i ilości przypadków nieprawidłowych. Stosunek ten potrzeb odmiennych zarysowuje się wyraźnie i wynika z odmiennego powo-

wane, to wszystko – dorobek pięciolecia. Na ten dorobek składały się nadzwyczajne dotacje z Ministerium, oszczędności Namiestnictwa, ofiary funduszu krajowego, a wreszcie praca i zabiegi personelu klinicznego.

Klinika w pierwszym zawiązku, prócz profesora w myśl aktu, dotyczącego systemizowania katedry, miała dwóch asystentów płatnych, jedną akuszerkę kliniczną i jednego sługę z ramienia c. k. Rządu. Nadto otrzymała klinika 8 posługaczek z ramienia Wydziału krajowego.

Wobec rozmieszczenia kliniki na czterech piętrach (łącznie z suterrenami), personel ten okazał się niedostateczny. Niebawem zatem uzyskałem przez c. k. Namiestnictwo demonstratora z płacą 600 koron rocznie i akuszerkę pomocniczą z płacą 600 koron i wiktem w naturze, a przed rokiem sługę pomocniczego. Po przedstawieniu wymagań kliniki Wydział krajowy zwiększył liczbę posługaczek do 12-tu. a nadto ustanowił nadzorczynię, która dostaje wikt i płacę 30 koron miesięcznie. Na miejsce nadzorczyni udało mi się pozyskać akuszerkę i tym sposobem umożliwić podział pracy w klinice.

W ciągu pięciu lat uzyskano u c. k. Ministerium kredyty, a mianowicie: na urządzenie kosztem około 6000 koron pracowni chemiczno-mikroskopowo-bakteryologicznej; później kosztem około 5000 koron amfiteatru w sali wykładowej, — amfiteatr ten o lekkiej konstrukcyi żelaznej spodem przejrzysty, pomysłany przez nas, narysowany przez pana architekta Namiestnictwa Tretera, a wykonany we Lwowie przez firmę Piotrowicza i Szumana, jest cackiem w swoim rodzaju, odpowiadającym najwyszukańszym wymaganiom; następnie kredytem około 4000 koron uzyskanym od c. k. Ministerium, ustawiono przyrządy do wyjalawiania i założono przewody z cyny angielskiej do rozprowadzania po klinice płynów wyjalawionych. Przewody te wyjalawia się zapomocą pary z maszyny, osobno na ten cel ustawionej.

Ponieważ sala laparotomijna jest mała i w czasie operacyi nie może pomieścić wszystkich uczniów, przeto c. k. Ministerium zgodziło się na urządzenie w sąsiedniej ubikacyi żelaznej łoży, z której uczniowie będą mogli przyglądać się dokonywanym zabiegom.

Gdy w miarę rozrostu i rozwoju kliniki brak miejsca dał się uczuwać, Wydział krajowy, uwzględniając potrzeby kliniki, adoptował swoim kosztem dwie ubikacye w suterrenach i oddał je klinice na wiwisektoryum i pomieszczenie dla drobnych zwierząt. Ubikacye

te zostały urządzone kosztem około 1 600 koron ze Skarbu Państwa.

Trzymając się przysłowia „nulla dies sine linea“ i depcząc wciąż, uzyskano u Władz decydujących, jeszcze inne ulepszenia, które uzupełniły urządzenia kliniczne.

Coroczne nadzwyczajne dotacje na cele naukowe, dotacje zwyczajne i uposażenia z ramienia Wydziału krajowego, dały możliwość doprowadzenia instrumentarium i przyrządów do stanu, w jakim się dziś znajdują.

Samo przez się rozumie się, jak trudne były początki, gdy na każdym kroku brak się uczuć dawał tak w urządzeniach, jak w personelu, który tem samem był przeciążony. Wśród takich warunków musiała klinika wywalczać sobie uznanie u publiczności i świata lekarskiego, który z zaciekawieniem śledził rozwój i wyniki kliniki.

Z roku na rok warunki układały się coraz korzystniej, i chociaż dzisiaj jest jeszcze dużo do zrobienia, osiągnięto już bardzo wiele. Klinika powinna być pojęta w ciągłym, bezustannym rozwoju, idącym równolegle do postępu nauki, co wyradza potrzebę ciągłego przeobrażania. Rzecz oczywista, iż zmiany nie mogą się dokonywać doraźnie, szczególnie jeżeli dotyczą pojęć ogólnych,—dziać się to musi powoli, w miarę warunków i możliwości. O ile plan ten ogólny znajduje urzeczywistnienie w naszej klinice, wykazemy w odnośnym ustępie niniejszego sprawozdania.

Rolę bardzo ważną odgrywała w rozwoju kliniki kwestya materiału klinicznego.

Klinika położniczo-ginekologiczna pod tym względem znajduje się w odmiennych warunkach od innych klinik. Materiał położniczy ma ona zapewniony, albowiem służy jej materiał zakładu krajowego, na którym w Austrii ciąży serwitut dydaktyczny. Obok jednak kliniki uniwersyteckiej również i szkoła akuszerok ma równe prawo do korzystania z materiału położniczego, jaki posiada zakład położniczy krajowy. Otóż materiał ten musiał być podzielony z uwzględnieniem potrzeb obydwu zakładów. Klinika posiadająca w porównaniu ze szkołą akuszerok stosunkowo niewielu uczniów, ale uczniów, którzy mają być lekarzami, potrzebuje tego materiału mniej na ilość, więcej zaś co do jakości i ilości przypadków patologicznych. Szkoła akuszerok, mająca stosunkowo znaczną liczbę uczennic, potrzebuje dużo materiału co do ilości, mniej zaś co do jakości i ilości przypadków nieprawidłowych. Stosunek ten potrzeb odmiennych zarysowuje się wyraźnie i wynika z odmiennego powo-

łania czynników kształconych, z odmiennego przeznaczenia i wysokości nauki.

Co do materiału ginekologicznego rzecz się ma zupełnie odmiennie. Klinika potrzebuje dużo materiału doborowego i urozmaiconego, a uzyskanie jego jest trudniejsze aniżeli w innych klinikach uniwersyteckich. Trudność polega na tem, że kobiety niechętnie dają się badać wobec uczniów, jeżeli przedmiotem badania jest ich narząd płciowy.

Rozchodziło się zatem o to, aby klinika otrzymała z materiału położniczego materiał do jej celów o ile możliwości odpowiedni, a nadto, aby chore ginekologiczne, zgłaszające się do szpitala powszechnego, były skierowywane na klinikę położniczo-ginekologiczną.

Uregulowanie tych stosunków zabrało bardzo wiele czasu, gdyż trzeba było prowadzić rokowania ze szkołą akuserek, która się nie godziła na nasze poglądy co do podziału materiału. Nadto szło o zapobieżenie przepelnieniu w jednej połowie zakładu. Wiele papieru zapisano, zanim po dwóch prawie latach, stosunki się ułożyły w ten sposób, że Wydział krajowy w porozumieniu z c. k. Namiestnictwem przychylił się do postulatów kliniki uniwersyteckiej i wydał rozporządzenie, normujące stosunek kliniki do szkoły akuserek pod względem przyjmowania brzemiennych, rodzących i położnic, jak niemniej i chorych ginekologicznych.

Rozporządzenie to wydane dnia 22 września 1900 L. 63434 opiewa:

Lwów, dnia 22 września 1900.

L. 63434.

Wydział krajowy po porozumieniu się z c. k. Namiestnictwem w sprawie podziału materiału naukowego pomiędzy c. k. Szkołę położnych a c. k. klinikę położniczo-ginekologiczną postanowił, co następuje, i przesyła p. Dyrektorowi dla zakomunikowania pp. Profesorom tych dwóch instytucji i wprowadzenia poniżej podanych postanowień w życie zaraz z rozpoczęciem nowego roku szkolnego. C. k. klinika położniczo-ginekologiczna przyjmować będzie ciężarne, rodzące i położnice cztery dni w tygodniu i ma prawo odsyłania szkole położnych wszystkich rodzących tudzież położnic nie gorączkujących, skoro przynajmniej 21 łóżek w klinice będzie już zajętych. Toż samo odnosi się do ciężarnych, tak, że odsyłanie ciężarnych przez klinikę do c. k. Szkoły położnych w dniach przy-

jęcia kliniki powinno mieć miejsce dopiero, gdy z łóżek przeznaczonych dla ciężarnych na klinice przynajmniej 17 będzie zajętych. Co do rozdziału materiału ginekologicznego przyjmuje się zasada, że wszystkie chore ginekologiczne we wszystkich dniach tygodnia zostaną skierowane z izby przyjęcia szpitalnej do kliniki, a klinika będzie mogła odesłać na oddział szpitalny te chore, które dla celów naukowych nie przedstawiają odpowiedniego materiału, względnie—oświadczą zamiar leczenia się w szpitalu. Wyjątek od tej zasady będzie dla chorych, przyjmowanych z praktyki prywatnej prymariusza oddziału ginekologicznego szpitalnego i jego asystenta, które to chore bezpośrednio na oddział szpitalny przyjmowane i nadal być mogą. Profesorowi kliniki ginekologicznej oprócz już zastrzeżonego powyżej prawa elekcyi z pośród całego materiału ginekologicznego w chwili, gdy chore do szpitala się zgłaszają, zapewnić należy ściśle wykonanie prawa wynikającego z ustępu VIII układu, zawartego między Wydziałem krajowym a c. k. Rządem, mocą którego profesorowie kliniczni mogą wybierać chorych do swoich oddziałów klinicznych ze wszystkich innych oddziałów szpitalnych, o ile chore temu się nie sprzeciwia, i mogą wracać chore ze swoich oddziałów na wszystkie oddziały szpitalne, o ile chore te, według przepisów szpitalnych do szpitala się kwalifikują.

Marszałek krajowy *Badeni* mp.

Członek Wydziału krajowego *Wayhinger* mp.

Od czasu wydania tego rozporządzenia zapanował w klinice spokój tyle potrzebny do dalszego rozwoju; niestety jednak trwał tylko dwa lata, bo w ostatnim roku co do chorych ginekologicznych poczęły znowu zachodzić trudności.

II. OPIS KLINIKI

Gmach przeznaczony na zakład położniczy krajowy, postawiony, jak już wyżej powiedziano, na szczycie wzgórza w miejscu zwanem „Wólka kampionowska“, otoczony ogrodem, przedstawia okazałą budowlę. Powierzchnia, zajęta przez gmach, wynosi przeszło 2000 metrów kwadratowych. Front, mający 100 metrów długości, zwrócony jest ku ulicy Pijarów, biegnącej równolegle do ulicy Łyczakowskiej. Od ulicy Pijarów prowadzi droga przed zakład położniczy pomiędzy dwiema klinikami: wewnętrzną i chirurgiczną, które, zbudowane tuż przy ulicy, zwrócone są frontem do zakładu położniczego.

Od obu krańców gmachu bieżą ku tyłowi w kierunku ku ulicy Piekarskiej dwa okazałe skrzydła.

Załączone widoki lepiej od słów przedstawią zewnętrzną postać gmachu (rys. I).

Cały gmach jest dwupiętrowy, i pod całym są sutereny.

System budowy koszarowo-korytarzowy.

Wszystkie ubikacje posiadają prócz napisów metalowych nad drzwiami numery, któremi są sale oznaczone. W lewej połowie gmachu, w której się mieści klinika uniwersytecka, numery są nieparzyste, po drugiej zaś stronie gmachu parzyste. W planach i w dalszym opisie kliniki trzymamy się istniejącej numeracji. Sutereny są oznaczone liczbami rzymskimi.

Środek frontowej budowli zajmuje obszerna klatka schodowa (rys. III), w której szerokie kamienne schody okrążają windę hydrauliczną (rys. III), przeznaczoną do przewożenia chorych wraz z łózkami z piętra na piętro.

Prócz tego drugie schody boczne, gospodarskie, również kamienne, położone są na przejściu z głównego traktu w skrzydła

budynku (rys. III). Obok schodów bocznych znajduje się winda ręczna (rys. II—xviii, III—23, IV—49, V—75) do wyciągania ciężarów, opuszczająca się do suteren.

Jak to z planów widać wyraźnie, na każdym piętrze w części frontowej budynku biegnie od północy szeroki korytarz, który w skrzydle budynku leży od strony zachodniej. Frontowa część tego korytarza ma 42 metry, a część położona w skrzydle—34 metry długości. Korytarz w całości ma na każdym piętrze prawie 76 m. długości. Szerokość jego wynosi 2,35 m., wysokość zaś na różnych piętrach jest różna, i tak: w suterenach 3,10 m., na parterze 3,80 m., na pierwszym piętrze również 3,80, a na drugim 4,0 m. Powierzchnia jego jest zatem na wszystkich piętrach równa i wynosi na każdym 178,60 m², a kubatura zaś się różni i wynosi w suterenach 553,66 m³. w parterze i na pierwszym piętrze po 677,88 m³. a na drugim piętrze 716,40 m³.

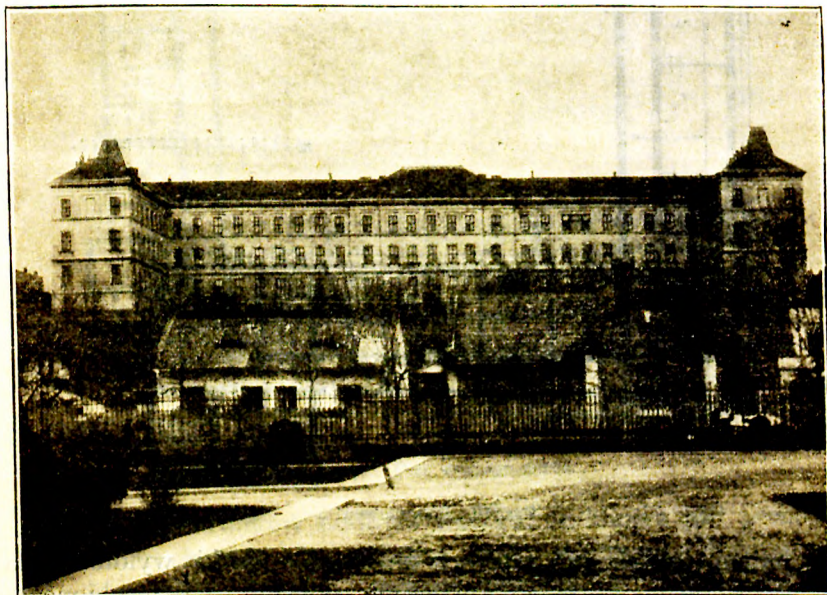
Z korytarza prowadzą wejścia do obszernych sal, położonych ku południowi, w skrzydle zaś sale są na wschód położone.

Do suteren prowadzą z korytarza dwa spusty do śmieci i jeden spust na brudną bieliznę.

Miejsca ustępowe na każdym piętrze są podwójne: jedne mają wejście z głównej klatki schodowej, drugie zaś są położone na krańcu frontowego traktu. Zbudowane są tak, że połowa obszernej ubikacji o kubaturze 65,91 m³. tworzy niejako przedpokój, z którego jest wejście do 3 lub 4 kabin. Z tych jedna jest pissoirem, w pozostałych mieszczą się wodne klozety (rys. II—xix, III—5, 21, IV—35, 47, V—61, 73).

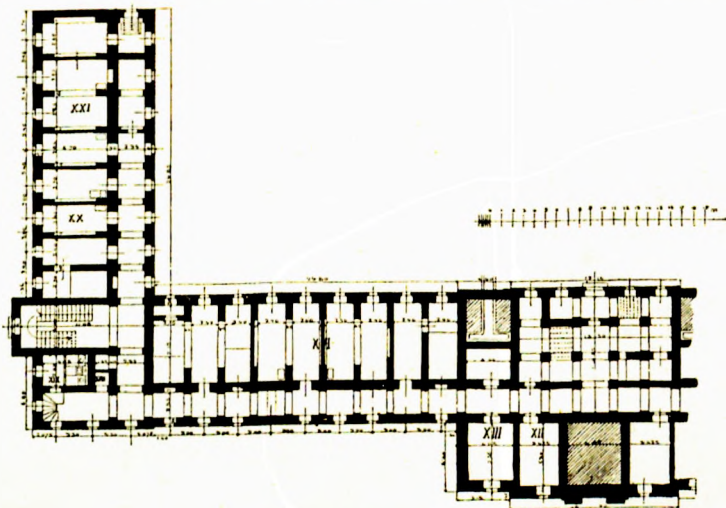
Sale, położone w głównym trakcie budynku, ogrzewane są zapomocą kaloryferów gorącym suchym powietrzem, skrzydło i niektóre sale na parterze mają kaflowe piece. W oknach sal, wychodzących na południe i na wschód, znajdują się urządzenia do wentylacji zapomocą ruchomych kwater w oknach.

Oświetlenie elektryczne, czerpane obecnie z głównej stacyi miejskiej, z którą gmach świeżo został połączony, było dawniej dostarczane przez instalacje szpitalne. Prócz tego zakład ma potrójny system rur: jeden służy do rozprowadzania gazu i jest w połączeniu z główną stacją gazową miejską; drugi na wodę zimną połączony od niedawna z wodociągiem miejskim, zaopatrzonym w wodę dobrostańską; trzeci zaś na wodę gorącą, ogrzewaną w zbiorniku, umieszczonym na strychu budynku.

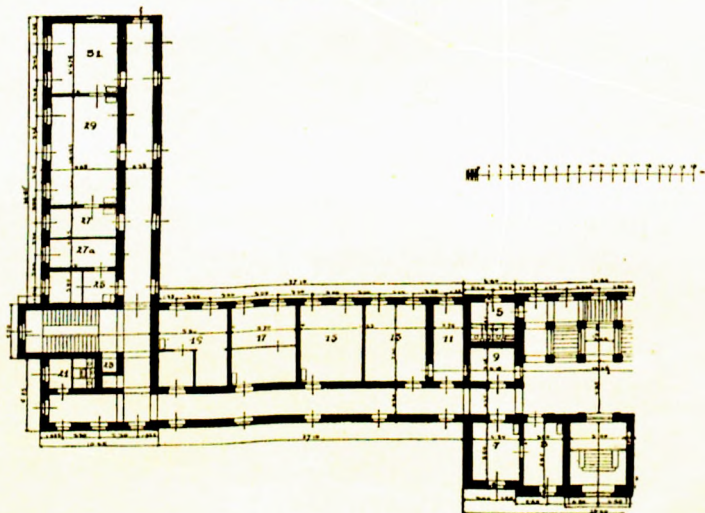


Rys. I. Krajowy zakład położniczo-ginekologiczny we Lwowie.

Niemal we wszystkich salach znajdują się wyloty wodociągowe, zakończone marmurowymi umywalniami, w miarę przeznaczenia



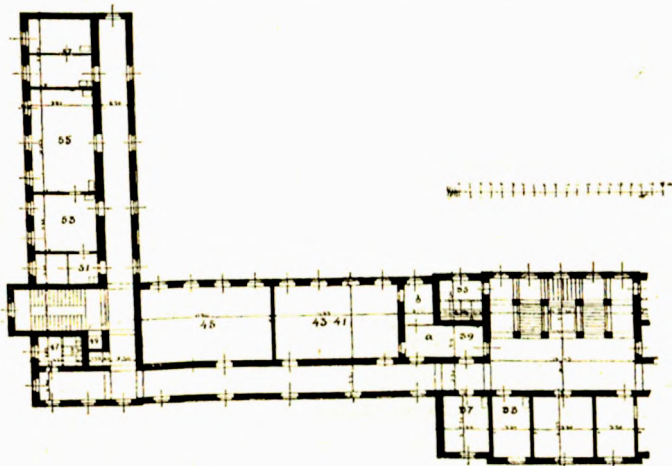
Rys. II. Plan suteren.



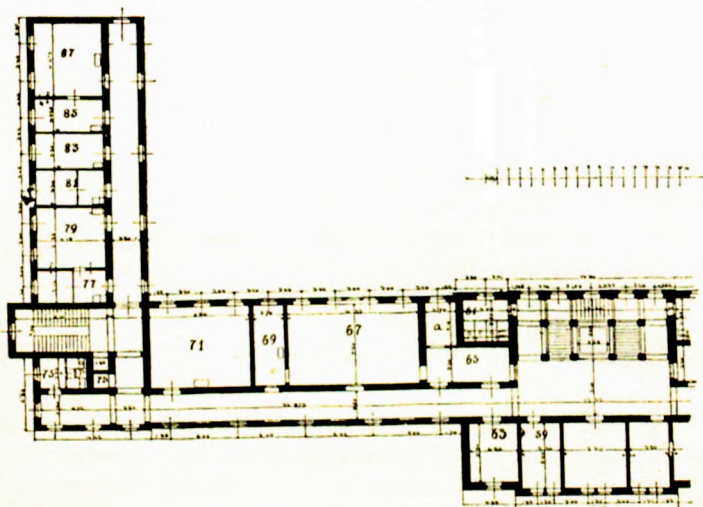
Rys. III. Plan parteru.

sali, o jednej, dwóch, lub czterech muszlach. Kurki wylotowe dawniej wszystkie do ręcznego otwierania, obecnie są przerobione do otwierania nogami.

Jak już wyżej zaznaczono, lewą połowę gmachu zajmuje klinika położniczo-ginekologiczna, prawą zaś szkoła akuszerek i oddział



Rys. IV. Plan pierwszego piętra.



Rys. V. Plan drugiego piętra.

szpitalny. Z warunków budowy wynika, że klinika jest pomieszczona na czterech piętrach, wliczając w to sutereny. Rozmieszczenie takie jest niekorzystne i stanowi poniekąd stronę ujemną kliniki.

W zakładzie takim, jak klinika, personel służbowy, a szczególnie lekarze, muszą być ciągle w ruchu, a ciągle biegająca po wysokich piętrach staje się nader uciążliwą. Rzecz oczywista, iż mimo najlepszej woli musi się to niekorzystnie odbijać na wewnętrznej administracji, nie może być takiej kontroli ze strony czynników lekarskich, jakaby mogła być wówczas, gdyby klinika mieściła się tylko na dwóch piętrach. Jako dobrą zaś stronę takiego rozmieszczenia możnaby uważać tę okoliczność, że poszczególne oddziały kliniczne łatwiej się dają od siebie odgraniczyć, jeżeli na różnych piętrach są położone, co ze względu na różnorodność materiału, na obecność w klinice przypadków czystych i zakażonych, jest rzeczą pożądaną.

Wobec różnej kategorii osób i chorych, które znajdują w klinice pomieszczenie, podzielono ją ze względów higienicznych i leczniczych na 4 oddziały, a mianowicie:

- I. Oddział położniczy
- II. „ ginekologiczny
- III. „ septyczny
- IV. „ naukowo-dydaktyczno-administracyjny.

Każdy z tych oddziałów stanowi pewną odrębną całość, terytoryalnie i administracyjnie od innych oddzieloną. Zrobiono wszystko możliwe, aby uniknąć łączności między oddziałami, dlatego też każdy ma osobnego lekarza, osobną akuszerkę, osobną usługę, osobne sprzęty i przybory, osobne urządzenia do wyjaławiania i osobne instrumenta, które z oddziału na oddział przenoszone być nie mogą. Dla lepszego oddzielenia jest i to zaprowadzone, że lekarze o ile możliwości mają wyznaczone mieszkania przy oddziałach, do których są przydzieleni. Dla lepszego zorientowania się w klinice podajemy opis każdego oddziału z osobna.

I. Oddział położniczy.

Przeznaczony wyłącznie dla osób brzemiennych, rodzących i położnic czystych, t. j. niegorączkujących. Zajmuje całe pierwsze piętro, gdzie się mieszczą rodzące i położnice nie gorączkujące, a nadto dwa pokoje pod częścią frontową gmachu w suterrenach, przeznaczone dla brzemiennych zdrowych, które wyczekują porodu.

Punkt środkowy oddziału położniczego stanowi duża sala, przeznaczona na porodową; obok niej po jednej stronie leży pokoik dla akuszerki dyżurnej, pokoik dla sterylizacji i łazienka dla rodzą-

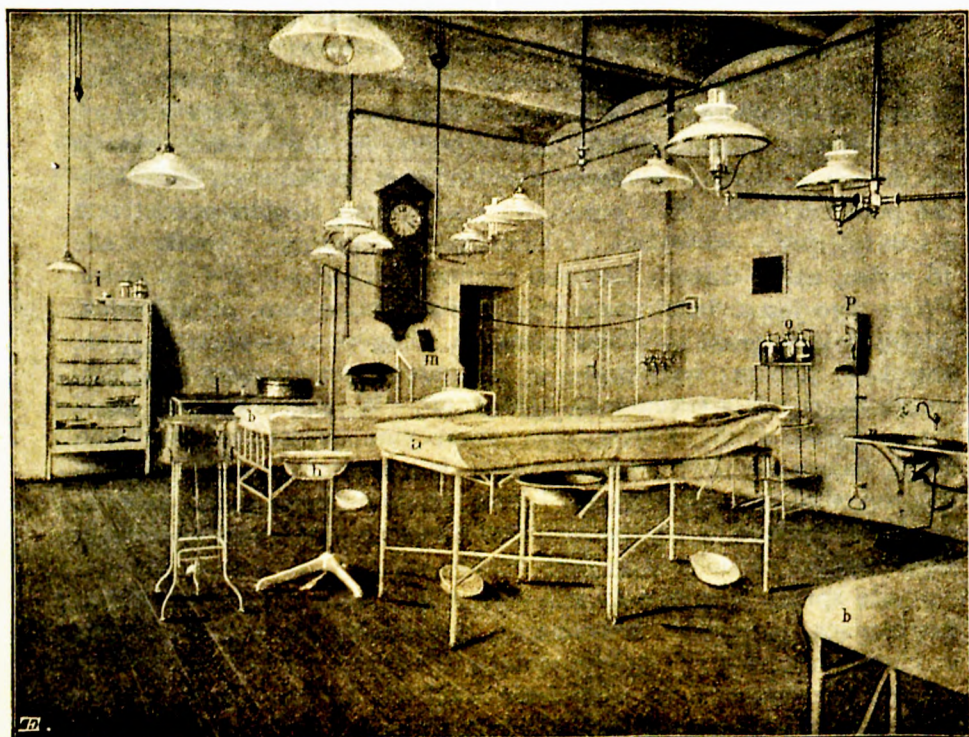
cych. Naprzeciw tej ostatniej z drugiej strony korytarza mieszkanie asystenta.

Po drugiej stronie sali porodowej jest duża sala dla położnic zdrowych. Dalej skrzydło, zawierające dwie sale mniejsze dla położnic, kuchenkę dla służby i mieszkanie akuszerki, złożone z pokoju i kuchni.

Sala porodowa (rys. IV—41, 43, VI, VII), której 4 okna są zwrócone ku południowi, ma dwoje drzwi, prowadzących na korytarz, a nadto w ścianie zachodniej dwoje małych drzwi, z których jedne prowadzą do pokoiku akuszerki dyżurnej (rys. IV—39 b), drugie zaś do pokoiku przeznaczonego na sterylizacją (rys. IV—39 a). Ściany są szpachlowane na gładko i lakierowane, podłoga z płytek szamotowych, ułożona falisto tak, że płyny, na nią wylane, zdążają do dwóch ścieków o zamknięciu syfonowem, położonych przy ścianie północnej sali. Sala porodowa jest ogrzana ciepłem powietrzem z kaloryferów i oświetlona 11 lampami elektrycznymi, każda o sile 16 świec, nadto dwoma lampami ruchomymi, każda o sile 25 świec. Prócz tego jest 6 lamp gazowych z siatkami Auera na wypadek, gdyby elektryczność chwilowo zawiodła. Długość sali wynosi 11,55 m., szerokość 7,30 m., wysokość 4,25 m., zatem powierzchnia sali równa się 84,32 m². a pojemność—358,36 m³. W sali mieści się sześć łóżek porodowych, z tych dwa operacyjne wyższe od zwykłych łóżek, dające się przy pomocy prostej konstrukcyi zmienić w bardzo dogodny stół operacyjny. Łóżka te pomyślane przez docenta, dr. Kościńskiego, a wykonane przez ślusarza we Lwowie okazały się w użyciu pięcioletniem, jako bardzo dobre.

Ze sprzętów mieści ta sala następujące: szafę metalową szklaną, zawierającą wszystkie instrumenty położnicze, będące w użyciu w klinice (rys. VII i); stoły metalowe mosiężne z żelaznymi kutemii nogami przeznaczone na ustawienie wagi dla dzieci i puszek z opatrunkami wyjałowionemi (rys. VII k, l); wysoki pulpit metalowy do pisania stojąco, na nim wpisują się do historyi chorób zaszłe fakty (rys. VII m); duży dokładny ścienny zegar zaopatrzony w chińską wskazówkę sekundową (rys. VI). Wszystkie te sprzęty pomieszczone są przy ścianie zachodniej pomiędzy opisanemi wyżej małemi drzwiami. Przy ścianie północnej znajduje się między drzwiami, prowadzącemi na korytarz, przymocowana do muru marmurowa biała umywalnia o czterech muszlach, do której dopływa rurami woda ciepła i zimna (rys. VII r). Przez odpowiednie ustawienie kurków wylotowych można umywalnię albo zamknąć, albo też otrzymać

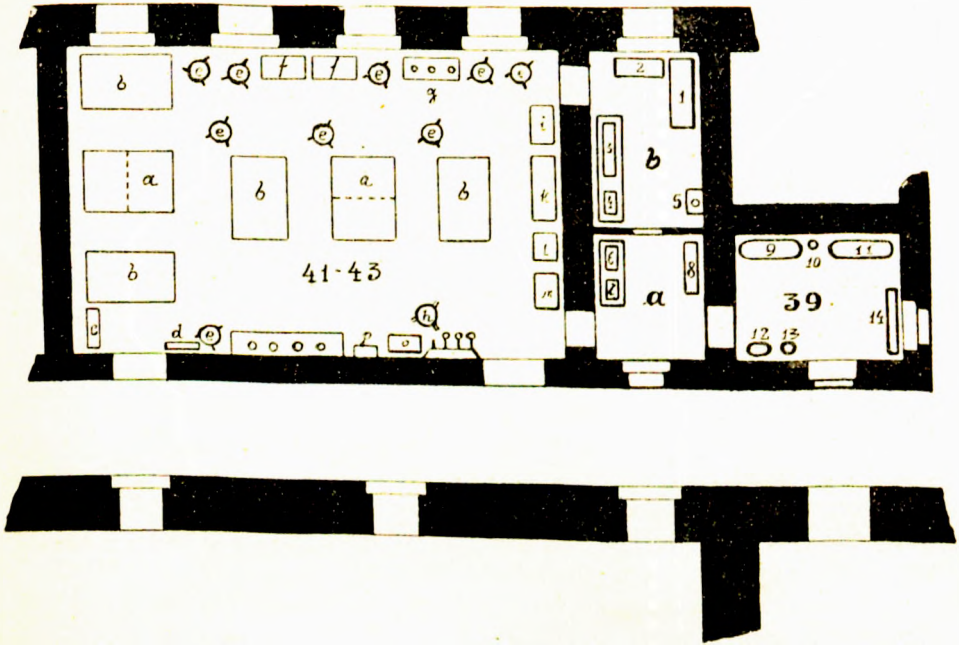
wodę ciepłą lub zimną, lub wreszcie mieszaną letnią. Po odpowiednim ustawieniu kurków wylotowych, myjący się może zapomocą konstrukcyi nożnej puszczać dowolnie lub zamykać prąd wody. Obok umywalni po jednej stronie stoi szklana podstawa na ręczniki (rys. VII *d*), po drugiej przymocowany do muru aparat Kadera na wyjałowione szczotki (rys. VI, VII *p*), a obok niego mała ruchoma



Rys. VI. Widok części sali porodowej.

metalowa umywalnia otwierana nogami, zawierająca spirytus, roztwór lysolu, sublimatu i mydło płynne (rys. VI, VII *o*). Na tejże ścianie przebiega z drugiego piętra potrójny system rur cynowych, prowadzący wyjałowione płyny bezpośrednio z kotłów (Fig. VI, VII *n*). Powyższy system rur kończy się w sali porodowej czterema wylotami, z których trzy znajdują się przy ścianie i zamknięte są.

kurkami z dzwonekowanym zakończeniem (rys. XI); czwarty zaś zaopatrzony został w łączniki do założenia rury gumowej, która służy do połączenia z ruchomą umywalnią, urządzoną tak, że przewód dla płynu, dający się rozłożyć na kawałki, może być z łatwością wyjąłowany. Oddzielne części przewodu zapomocą begnetowego zamknięcia łączą się ze sobą. Umywalnię tę można ustawić przy łóżku operacyjnym obok operatora, aby mógł wśród zabiegu od



Rys. VII. Plan sali porodowej z przyległościami.

czasu do czasu oplukiwać ręce w wyjąłowanym płynie (rys. VI, VII *h*).

Nad umywalnią marmurową znajduje się wylot kaloryferu i obok hydrant, z którego można splukiwać całą salę silnym prądem wody (rys. VI). W kącie sali stoi biała szklana tablica szkolna do rysowania kolorowymi kredami (rys. VII *c*). Pomiędzy oknami ustawiony jest aseptyczny aparat z butlami o pojemności 10 litrów każda, w których się mieszczą roztwory płynów przeciwnięlnych

(rys. VII g), obok dwa ruchome stoliki szklane o podstawach metalowych pod narzędzia i opatrunki w czasie zabiegu (rys. VII f), Stojak z irygatorami (rys. VII s), 6 miednic porcelanowych na ruchomych podstawach metalowych (rys. VII e), 4 niskie stolki metalowe, kilka basenów porcelanowych, kilka tac okrągłych metalowych emaliowanych na łożyska, dopełniają umeblowania sali porodowej. Wszystkie sprzęty prócz zegara, o ile nie są niklowane, są lakierowane na biało. W pokoiku akuszerki dyżurnej (rys. IV—39b, VII—39b) mieści się łóżko kliniczne (rys. VII l), stół dębowy do mycia (rys. VII—2), także stolki, ogisko gazowe na niskim stole mosiężnym z żelaznymi nogami, na którym jest ustawiony sterylizator Lautenschlägera, przeznaczony do wyjaławiania narzędzi potrzebnych do operacji (rys. VII—3). Pokoik ten ma długości 4 metry, szerokości 2,60 m., wysokości 4,25 m., zatem pojemności 44,20 m³.

Pokoik do sterylizacji (rys. IV—39a, VII—39a) jest to mały zakątek z oknem na korytarz ku północy i stanowi przejście z łazienki do sali porodowej. Pokoik ten łączy się przejściem z pokojkiem akuszerki, od którego jest oddzielony cienką drewnianą ścianką, zawiera dwa ogniska gazowe, ustawione na metalowych mosiężnych stołach (rys. VII—6, 7). Na ogniskach stoją puszkiki niklowane z zamknięciem wodnym przeznaczone do wygotowywania drobnych przyborów, będących w bezustannem użyciu, jako to: szczotek do mycia, miseczek, pilniczków do paznokci etc. etc. Puszki te z polecenia naszego wykonał (z blachy niklowanej) bardzo pięknie blacharz Z. Popiel ze Lwowa (rys. VI). W pokoiku do sterylizacji umieszczona jest wreszcie podręczna szafa z czystą bielizną dla rodzących (rys. VII—8). Długość pokoiku wynosi 3 m., szerokość 3 m., wysokość 4,25 m., zatem pojemność 38,25 m³.

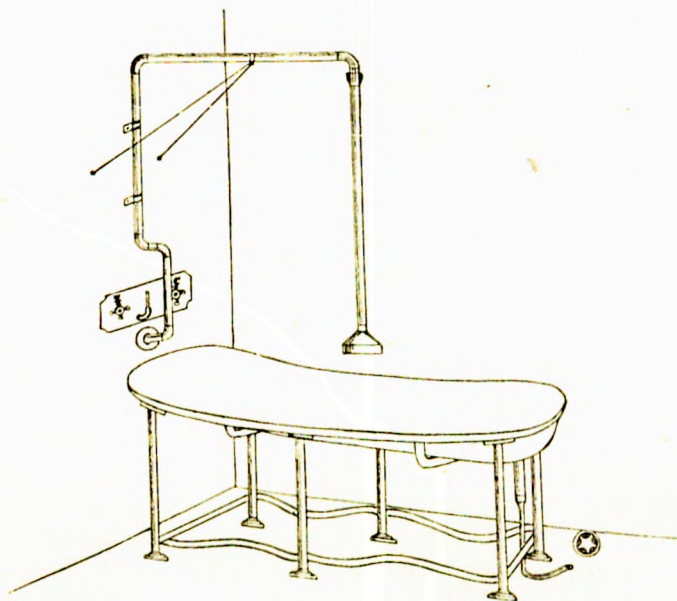
Łazienka, przeznaczona już to do mycia rodzących, już też do stosowania kąpieli, zajmuje pokój 4,20 m. długi, 3 m. szeroki, 4,25 m. wysoki, zatem mający 55,55 m³ pojemności; jedne drzwi wiodą z niej na korytarz, drugie do pokoiku przeznaczonego na sterylizację, przez który się wchodzi do sali porodowej. Okno łazienki wychodzi na zachód do klatki schodowej, ma zatem światło drugorzędne, i dlatego w czasie kąpieli musi być łazienka i we dnie oświetlana (rys. IV—39, VII—39).

Do celów leczniczych znajduje się tu wanna porcelanowa angielska, w jednej sztuce wypalona (rys. VII—11); metalowa wanna do kąpieli nasiadowych (rys. VII—12), a również mała wanienska

metalowa o żelaznej podstawie dla noworodków; obydwie na biało lakierowane (rys. VII - 13).

Prócz tego w łazience znajduje się taca miedziana na mocnej żelaznej podstawie, ustawiona nieco pochyło. Nad nią znajduje się sitko, do którego zapomocą aparatu, służącego do mieszania wody zimnej z ciepłą, dochodzi z rur woda o ciepłocie dowolnej.

Taca ta zbudowana według pomysłu Sniegirjewa służy do obmywania przybywających rodzących przed skierowaniem ich na salę porodową.



Rys. VIII. Widok części łazienki z tacą do kąpieli.

Naprzeciw łazienki, jak już wspomniano, znajduje się pokój, stanowiący mieszkanie asystenta o kubaturze 98,18 m³. Pokój ten jest zaopatrzony w kilka koniecznych sprzętów, należących do inwentarza klinicznego, a nabytych kosztem Skarbu Państwa (rys. IV—37).

Z drugiej strony sali porodowej jest położona wielka sala długości 11,90 m., szerokości 7,30 m., zatem o powierzchni 86,87 m², tak, jak inne, wysoka, t. j. o kubaturze 369,20 m³. Do sali tej

prowadzą jedne drzwi z korytarza; 4 okna tej sali zwrócone są na południe; wokoło na 1,50 m. od dołu ściany są lakierowane; na tej przestrzeni można je zmywać; reszta ścian bielona, podłoga z dębowych tafelek zaprawiana (rys. IV—45). Sala ta, ogrzewana kaloryferem, oświetlona dwiema lampami elektrycznymi o sile 16 świec każda i jedną ruchomą boczną o sile również 16 świec, ma 12 łóżek ustawionych wokoło. Na jedno łóżko przypada zatem 30,75 m³. powietrza. Wentylacja urządzona w dwóch oknach zapomocą ruchomych tafli.

Łóżka żelazne zaopatrzone w druciane siatkowe wkłady zamiast sienników, pokryte są materacami z włosia. Na materacach leży prześcieradło gumowe, pokryte prześcieradłem białym, na którym mieści się podkład ułożony w poprzek. Dwie poduszki z włosia, jeden kocyk podszyty i drugi nie podszyty na nogi dopełniają posłania. Do każdego łóżka z boku przymocowany jest podłużny kosz żelazny, zasłany materacykiem, a przeznaczony jako posłanie dla noworodka.

Na środku sali stoi duży mosiężny stół z żelazną podstawą, na którym ustawiono płyny i opatrunki; stół ten służy zarazem do przewijania dzieci. Koło każdego łóżka stoi blaszana nocna szafeczka lakierowana, a na szczycie pokryta szklaną płytą. Pod łózkami stoją widoczne nocniki metalowe i baseny porcelanowe. Przy drzwiach po jednej stronie umywalnia marmurowa o dwóch muszlach przymocowana do muru, zaopatrzona w kurki wodociągowe z wodą ciepłą i zimną do odmykania ręcznego. Umywalnia ze spirytusem, sublimatem i mydłem płynnem dopełnia umeblowania sali.

Oprócz opisanej właśnie sali dla położnic mieszczą się jeszcze w skrzydle budynku dwie sale mniejsze z oknami wychodzącymi na wschód: jedna większa o trzech oknach (rys. IV—55) długości 10,12 m., szerokości 5,85 m., o powierzchni 59,20 m²., kubaturze 251,60 m³. mieszcząca 7 łóżek; wypada zatem na jedno łóżko 35,94 m³. powietrza, druga mniejsza o dwu oknach (rys. IV—53), długości 5,55 m., szerokości 5,85 m., o powierzchni 32,47 m²., kubaturze 137,10 m³., mieszcząca 5 łóżek; zatem na jedno łóżko przypada 25,42 m³. powietrza.

Obie sale połączone są drzwiami, w obu do ogrzewania ustawione są piece kaflowe. Każda z tych sal posiada dwie lampy elektryczne o sile 32 świec.

Łóżka i stoły, jak w sali położniczej dużej. W sali większej jest umywalnia marmurowa ręczna o 2 muszlach, a nadto ustawiona jest wylęgarnia dla noworodków niedonoszonych.

Sala duża (koło sali porodowej) i sala większa położona w skrzydle, przeznaczone są dla położnic niegorączkujących po porodach prawidłowych. W sali mniejszej o pięciu łóżkach gromadzą się położnice niegorączkujące, które przebyły zabiegi operacyjne. Na końcu korytarza znajduje się pokój i kuchnia, stanowiące mieszkanie akuszerki, o łącznej kubaturze 166,26 m³. (rys. IV—57).

Między bocznymi schodami a mniejszą salką położniczą znajduje się kuchenka do rozdzielania i odgrzewania jedzenia, podzielona ścianką na dwie połowy. W drugiej połowie mieszczą się dwa łóżka posługaczek. Kuchenka mieści w sobie wannę i w porze, gdy jedzenie nie bywa rozdawane, służy za łazienkę. Kuchenka ta zapomocą drzwi łączy się z mniejszą salką położniczą (rys. IV—51).

Do oddziału położniczego należą jeszcze dwie salki w suterenach pod budynkiem frontowym z oknami zwróconymi na południe, przeznaczone dla ciężarnych (rys. II—xvi), każda o długości 5,70 m., szerokości 3,60 m., zatem powierzchni 4,70 m², wysokości 3,10 m., zatem kubaturę 127,34 m³. W salkach tych mieści się 20 łóżek, zatem na jedno łóżko przypada powietrza 12,7 m³. Łóżka są zwykłe żelazne z siennikami słomianymi. Pokoiki są ogrzewane zapomocą pieców, oświetlone 2 lampami elektrycznymi, każda o sile 16 świec.

II. Oddział ginekologiczny.

Zajmuje całe drugie piętro. W części gmachu frontowej mieszczą się dwa pokoje asystentów, sala dla laparotomii, pokój do sterylizacji narzędzi, opatrunków i płynów, pokój z instrumentami, sala wykładowa a zarazem operacyjna, wreszcie sala chorych o 12 łóżkach. W skrzydle znajdują się dwie salki większe, dwie separaty, pokój akuszerki pomocniczej, kuchenka a zarazem łazienka i pokój dla służby.

W klatce schodowej, przed wejściem do korytarza, mieści się pokój o dwu oknach, zwróconych ku północy, stanowiący mieszkanie asystenta. Pokój ten ma kubatury 90,01 m³. i wyposażony jest w sprzęty podobnie jak pokój na pierwszym piętrze (rys. V—59). Tuż obok niego znajduje się salka przeznaczona dla laparotomii (rys. V—63, XII—63). Salka ta długości 5,50 m., szerokości 4,20 m., zatem o powierzchni 23,10 m², wysoka na 4,25 m., ma pojemności 102,17 m³. Ściany jej są wyprawione gładko, szpachlowane i kilka-

krotnie lakierowane; narożniki i kąty są zaokrąglone, podłoga betonowa szlifowana z kątami i narożnikami zaokrąglonymi. Drzwi podwójne gładkie od wewnątrz szpachlowane i lakierowane. Piec hartmutowski z kafli porcelanowych, o brzegach szlifowanych i spajanych szkłem wodnym ogrzewa tę salę. Piec ten jest urządzony w taki sposób, że główna jego część kryje się w murze i wystaje do pokoju asystenta, do salki zaś zwrócona jest tylko jedna ściana pieca, na jednym poziomie ze ścianą salki. Palenisko i drzwiczki mieszczą się w pokoju asystenta (rys. XII P). Okno jedno skierowane na północ z jedną szybą lustrzaną, ujętą w ramę żelazną, osadzone na trzpieniu, daje się na nim obracać z łatwością. Framuga okna jest ścięta skośnie na boki i ku dołowi tak, że parapetu niema.

Koło okna umieszczone są dwie lampy gazowe Auerowskie jako oświetlenie rezerwowe, zresztą salka jest oświetlona czterema lampami elektrycznymi, każda o sile 32 świec, a oprócz tego jedną lampą ręczną, także o sile 32 świec. Lampy elektryczne są umieszczone w ścianach bocznych, a przez to nad środkiem sali od powały nic nie zwisa.

Ze sprzętów salka posiada na środku stół operacyjny (rys. XII E), trzy stoliki szklane o żelaznych nogach (rys. XII B, C, D), postument pod ręczniki (rys. XII A), trzy stołki metalowe okrągłe (rys. XII S), dwa małe niskie stołeczki pod nogi dla operatora. Przy drzwiach ustawiona jest duża porcelanowa, wypalona w jednej sztuce, umywalnia Lautenschlägera urządzona do odmykania nogami (rys. XII I). Nad nią znajdują się wyloty kurków z wodą ciepłą i zimną, a nadto kurki przewodów cynowych, o których była mowa przy opisie sali porodowej. Kurki urządzone podobnie jak w sali porodowej (patrz str. 351) jeden z nich kończy się umywalnią ruchomą stojącą przy stole operacyjnym, jak w sali porodowej (rys. XII H). Obok umywalni przymocowany jest do muru aparat pomysłu Kadera, zawierający szczotki wyjałowione (rys. XII K). Koło pieca stoi umywalnia ruchoma ze spirytusem, mydłem płynnym i sublimatem (rys. XII F), 5 miednic na ruchomych podstawach metalowych (rys. XII S) i trzy metalowe stołki okrągłe dopełniają umeblowania.

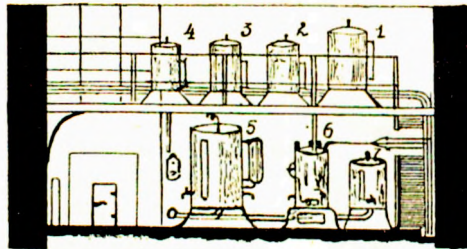
Przed drzwiami do sali laparotomijnej zbudowana jest budka o drzwiach pendułowych.

Ponieważ salka, przeznaczona dla laparotomii, jest mała i nie może pomieścić wszystkich uczniów, przeto, jak już napomknęto

w części historycznej, w jej ścianie zachodniej będzie umieszczone okno o dużej szybie lustrzanej równo z powierzchnią ściany oprawionej, poza którą w dzisiejszym pokoju asystenta, będzie urządzona łoża o żelaznej konstrukcyi, z której przez to okno uczniowie będą mogli przyglądać się operacyom.

Plany i kosztorys są już dawno gotowe, a kredyt ze Skarbu Państwa dopiero na rok 1905 przyzwolony. W planie (rys. XII L) jest już zaznaczone przyszłe pomieszczenie tej łoży.

Po drugiej stronie korytarza w salce, położonej nad łazienką i pokojem do sterylizacyi pierwszego piętra, znajduje się długi pokój o ścianach lakierowanych, przeznaczony na pomieszczenie aparatów do sterylizacyi (rys. XII-65). Pokój ten długości 7,35 m., szerokości 3,30 m., o powierzchni 24,26 m²., wysokości 4,25 m.,



Rys. IX. Przekrój pionowy pokoju z sterylizatorami.

kubaturze 104,55 m³., ma dwa okna o świetle drugorzędnem. Jedno okno wychodzi na klatkę schodową, drugie na korytarz (rys. V-65, IX, XII). W pokoju tym jest umieszczony mniej więcej na połowie wysokości pomost żelazny wzdłuż całego pokoju. Na tym pomoście są ustawione 4 sterylizatory, z których dwa są przeznaczone do wyjaławiania wody, dwa zaś zawierają wyjaławione płyny przeciwnilne. Sterylizatory te ogrzewane są palnikami gazowemi. Płyny po wygotowaniu chłodzi się zapomocą chłdnic umieszczonych wewnątrz, które są połączone z rurą, doprowadzającą wodę zimną.

Zalączony rysunek IX przedstawia sterylizatory ustawione na pomoście. Od sterylizatorów prowadzą trzy rury cynowe, jedna do wody, dwie dla płynów przeciwnilnych. Rury te potrójne prowadzą do sali laparotomijnej i do sali porodowej, jak to już wspomniano

przy opisie tych sal, a nadto do sali wykładowej, gdzie wyloty ich kończą się przy ścianie (rys. XII z), wreszcie odgałęzienie jedno dochodzi do środka amfiteatru, o czym jeszcze będzie mowa.

Rury cynowe łączone są ze sobą tylko szczelnem przyciśnięciem, a mianowicie końce rur, mające być dołączone, są talerzykowato odgięte. Na końce te założone są obrączki z gwintem, które zapomocą mutry zwanej „holendrem“ są do siebie przyciągnięte. Tym sposobem talerzykowate zakończenia rur stykają się ze sobą tak szczelnie, że zupełnie wody nie przepuszczają.

Ten sposób połączenia widoczny jest na załączonym rysunku (rys. X).

Rury przebiegają górą po ścianach, będąc przymocowane do metalowej płyty, u dołu zaś, aby je od uszkodzenia uchronić są zabezpieczone okryciem z blachy żelaznej (rys. XI a). Wyloty rur są urządzone bardzo dowcipnie. Ponieważ cyna jest bardzo giętka,



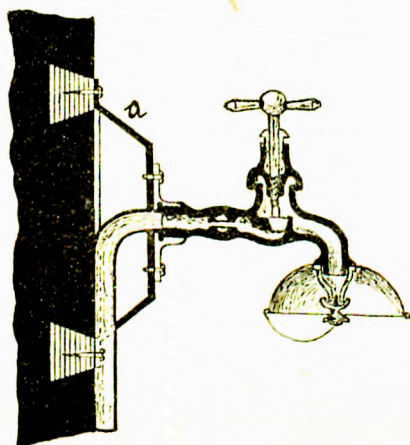
Rys. X. Przekrój połączenia rury cynowej.

nie można było zakończyć rur kurkami, gdyż w użyciu musiałyby się odlamywać; przeto w miejscu, gdzie się rura kończyła i miał być założony kurek, przymocowano bardzo silnie do muru puszkę niską, z grubej blachy żelaznej (rys. XI a). Do tej blachy przyśrubowano silnie i szczelnie kurek z jednej strony, a z drugiej do unieruchomionej blachy doprowadzono rurę cynową, jak to widać na rysunku XI-ym.

Wyloty kurków zaopatrzone zostały w klosze metalowe, aby przy nalewaniu płynów do butli nie padał pył z góry. Wszystkie kurki są wykonane z aliażu, zwanego metalem czerwonym, po przeprowadzeniu bowiem w klinice odnośnych doświadczeń, okazało się, że ten aliaż opiera się najbardziej szkodliwemu działaniu płynów przeciwgnilnych.

Tak urządzony wodociąg został poddany próbie, przy której okazało się, że znosi bardzo dobrze ciśnienie 20 atmosfer. Rury, grubości 2 mm. mają w świetle 2 ctm.

W celu odkażania cynowych przewodów, jako też oczyszczania powietrza w danych ubikacjach ustawiono pod pomostem kocioł parowy „Climax“ (rys. IX—6) pojemności 80 litrów, który wywiązuje parę pod ciśnieniem 4 atmosfer. Ten kocioł może być połączony z każdą z rur z osobna. Jeżeli się chce rurę oczyścić, wypuszcza się z niej plyn i łączy z kotłem; wówczas para pod ciśnieniem czterech atmosfer wpada do rur, przeczyszcza je i wydostaje się do tej sali, którą przez kran otwarty chcemy parą napelnić. Sala napelnia się parą, która zabierając kurz z powietrza, skrapla się na ścianach i podłodze. Pod pomostem obok kotła ustawiony jest jeszcze sterylizator Fritscha do wyjaławiania wody do podręcz-



Rys. XI Przekrój wylotu rury i kurka.

nego użytku (rys. IX—7) i duży sterylizator do opatrunków,—oba z fabryki Lautenschlägera (rys. IX—5).

Przy ścianie północnej tego pokoju stoją trzy stoły niskie, mosiężne z żelaznymi podstawami; na tych stołach ustawione są palniki gazowe dla dwu sterylizatorów, z których jeden do narzędzi, a drugi do puszek z drobnymi przyborami (rys. XII—8, 9, 10). Wreszcie jest jeszcze w tym pokoju mały warsztat ślusarski (rys. XII—11) i drewniana szafa do drobnych przyborów (rys. XII—7).

Pokój na instrumentarium, obok położony i o ścianach lakierowanych, z oknem na południe [po nad pokoikiem akuszerki dyżurnej na pierwszym piętrze] (rys. V—65 a, XII—65 a), mieści trzy

szafy szklane metalowe, zawierające narzędzia ginekologiczne (rys. XII—1, 2, 3), szafę niską szklaną do opatrunków (rys. XII—5), jedną szafę dużą dębową do leków (rys. XII—4) i drugą do drobnych przyborów (rys. XII—6). Pokoik ten ma długości 4,10 m., szerokości 2,66 m., powierzchni 10,90 m²., kubaturę 46,33 m³.

Z pokoju, mieszczącego przyrządy do sterylizacji, prowadzą małe drzwi do sali wykładowej i zarazem operacyjnej.

Sala duża, położona nad salą porodową, ma długości 11,55 m., szerokości 7,60 m., powierzchni 87,78 m².; jest wyższą aniżeli inne sale gmachu, bo ma 5,70 m. wysokości. Kubatura jej wynosi 372,65 m³.

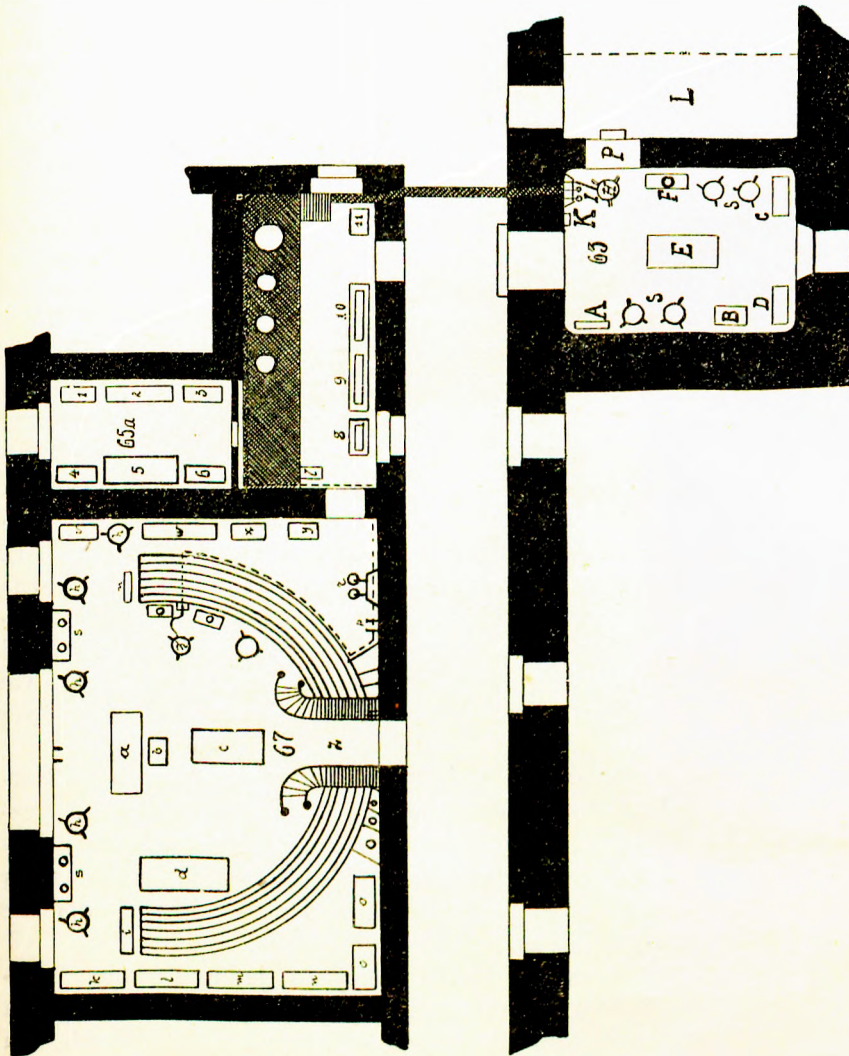
Trzy okna, a z tych jedno środkowe potrójne, wychodzą na południe. Okno środkowe potrójne, którego wymiary wynoszą 4,10 m. długości, a 2,70 m. szerokości, (a więc powierzchni 11,07 m².), ma szyby matowe białawe, które dają się jednak usuwać, a za nimi zwykle szyby ze szkła przezroczystego. Ściany lakierowane, podłoga ułożona z płytek szamotowych, podobnie jak w sali porodowej (patrz str. 351). Sala oświetlona jest 5 lampkami elektrycznymi, o sile 16 świec każda, a nadto 3 lampami łukowymi małymi, tak zwanymi „liliputami“, każda o sile 200 świec.

Załączony plan tej sali (rys. XII) ułatwi jej opis.

W środku sali ustawiono w formie półkola metalowy amfiteatr na 60 siedzeń dla uczniów. Amfiteatr ten spoczywa na cienkich kantówkach, połączonych żelazną konstrukcją, a kantówki są ustawione na żelaznych dźwigarach pod podłogą. Nadto przymocowany jest także kantówkami do muru ściany północnej. Do środka amfiteatru prowadzi tunel (rys. XII z) ograniczony drzwiami z żelaznej grubej blachy. Do tego tunelu prowadzą drzwi z korytarza. Tuż przy tunelu ustawione są półokrągłe schodki do amfiteatru prowadzące: jest to jedyne wejście do ławek, tak, że uczniowie nie mogą chodzić po sali, a tylko tą drogą i temi schodami dostają się na swoje miejsca. Pod amfiteatrem, między kantówkami, można swobodnie przechodzić; chociaż więc amfiteatr bardzo znaczną część sali wypełnia, pozostaje jeszcze dość potrzebnego miejsca na różne cele.

We wklęsłości amfiteatru jest około 11,25 m². wolnego miejsca, na którym w czasie operacji ustawia się stół operacyjny i inne potrzebne stoły i przybory, a podczas wykładów stół do badania ginekologicznego (rys. XII c) i metalowe łóżko do badania przemiennych (rys. XII d).

Klinika posiada kilka stołów operacyjnych; w ciągłym użyciu są jednak zwykle dwa, a mianowicie: jeden do laparotomii, znany



Rys. XII. Plan sali wykładowej z przyległościami.

stół Stelznera z fabryki Knoke i Drechslera z Drezna, a drugi—skonstruowany przez doc. dr. Kościńskiego, a wykonany przez

tutejszego fabrykanta^rp. Georgeona. Stół ten przedstawia wiele korzyści i będzie na innym miejscu przez autora opisany. Operacje mniejsze i operacje pochwowe wykonywujemy zazwyczaj na zwykłym krześle ginekologicznym do badania lub na stole Stasa.

Przy jednej ścianie amfiteatru umieszczono umywalnię porcelanową dużą systemu Lautenschlägera, do której doprowadzono wodę zimną i ciepłą. Prócz tego obok stoi umywalnia ruchoma z mydłem, lysolem i sublimatem, a wylot rury cynowej doprowadza do niej przegotowaną wodę (rys. XII) podobnie jak w salach laparotomijnej i porodowej (patrz str. 351, 358).

Prócz tego stoi duży stół dębowy, na biało lakierowany, służący za katedrę (rys. XII a), i kilka podobnie lakierowanych stołków. Nad tunelem umieszczono zegar. Pod ścianami wokoło ustawione są różne sprzęty i przybory w następującym porządku.

Idąc z tunelu drzwiami na prawo, napotykamy wyloty potrójnego przewodu cynowego (rys. XII r) tak urządzone, jak w sali porodowej (patrz str. 351); dalej, przy ścianie zachodniej, postument z butlami do płynów aseptycznych; obok—szafa szklana z podręcznymi instrumentami do badania (rys. XII y); przy niej dębowy aparat do połączenia istniejącego tamże kabla z przyrządami do elektryzowania, faradyzacyi, galvanokaustyki, cystoskopii etc. etc. (rys. XII v).

Między oknami wmurowano marmurowe umywalnie, każda z czterema muszlami dla uczniów, odmykające się nogami (rysunek XII s), hydranty do splukiwania wodą całego amfiteatru i sali (rys. XII t, p). Dalej stoją stoły szklane na metalowej podstawie (rys. XII b, w, x), tablica szkolna takąż sama, jak w sali porodowej (rys. XII i).

Przy ścianie wschodniej stoi szafa z modelami gipsowymi Marsa (rys. XII k) i trzy inne szafy dębowe do przyborów dydaktycznych (rys. XII l, m, n). Wreszcie przy ścianie północnej, przy drugich drzwiach tunelu, ustawione są stolki dla chorych, które mają być przedstawione uczniom podczas lekcyi, i dwa powyżej opisane stoły operacyjne (rys. XII o).

Za salą wykładową jest wązki pokój (o jednym oknie, kubatury 87,20 m³), w którym mieszka asystent (rys. V—69). Po za tym pokojem jest sala chorych ginekologicznych o 12 łózkach dla chorych i jednym dla posługaczki; sala ta ma długości 8,90 m., szerokości 7,60 m., t. j. powierzchni 67,40 m². i kubatury 286,45 m³. Na jedno łóżko przypada zatem 23,84 m³. powietrza (rys. V—71). Okien w sali jest trzy na południe; ściany dołem są polakierowane

jak we wszystkich salach chorych w klinice. Sala oświetlona jest 2 lampkami elektrycznymi wiszącymi i jedną ruchomą, każda o sile 16 świec.

Prócz kaloryferu sala ta ma piec, a prowadzą do niej jedne drzwi z korytarza; stoi tu stół dębowy, umywalnia marmurowa o dwu muszlach, umywalka do płynów aseptycznych.

Lóżka żelazne na biało lakierowane zamiast sienników mają siatki druciane, materace włosiane, zresztą uposażone podobnie, jak położnicze.

Reszta sal ginekologicznych znajduje się w skrzydłowym budynku. Obok bocznych schodów kuchenka i łazienka, oddzielona ścianką od pomieszczenia dla dwu posługaczek (rys. V—77), podobnie jak na pierwszym piętrze (patrz str. 357). Dalej tak zwana „salka kamienna“ (ponieważ ma betonową podłogę) lakierowana, z dwoma oknami na wschód, długości 6,45 m., szerokości 5,55 m., o powierzchni 34,14 m², kubaturze 145,10 m³; dawniej do innych celów przeznaczona, obecnie mieści 5 łóżek dla chorych ginekologicznych po mniejszych operacjach. Salka ta oświetlona jedną lampką elektryczną o sile 16 świec i jedną boczną ruchomą o takiej samej sile; ma piec, umywalnię marmurową z dwoma muszlami (rys. V—79). Za nią leży pokój o jednym oknie, o kubaturze 86,32 m³, w którym mieszka akuszerka pomocnicza (rys. V—81).

Za tym pokojem są dwie separatki prawie jednakowe (rys. V—83, 85) z oknami na wschód; jedna długości 6,15 m., szerokości 3,30 m., o powierzchni 20,29 m² i o kubaturze 86,32 m³, druga o szerokości 3,25 m., zatem o powierzchni 19,99 m², a kubaturze 85,96 m³. W każdej stoją dwa łóżka, w każdej jest umywalnia wmurowana o jednej muszli. Nadto separatki te mają po kilka sprzętów wyścielanych i dywaniki z linoleum na ścianach i na podłodze.

Szereg sal kończy sala o 5 łóżkach dla chorych i jednym dla posługaczki, mająca długości 6,67 m., szerokości 6,15 m., powierzchni 41,02 m², o kubaturze 174,34 m³, z oknami na wschód, piecem, oświetlona lampką elektryczną wiszącą i jedną boczną ruchomą o sile 16 świec (rys. V—87).

Salka ta przeznaczona jest wyłącznie dla chorych po laparotomiach, jest zatem starannie wyposażona. Ma umywalnię marmurową o dwu muszlach, umywalnię ruchomą na płyny, ruchomy stół mosiężny z irygatorami na opatrunki, drugi stół mosiężny na żelaznej podstawie, duży fotel wyścielany do wypoczynku.

Łóżka jak w innych salach; przy każdym jak wszędzie szafka metalowa nocna i dzwonek elektryczny.

III. Oddział septyczny.

Pomieszczony w skrzydle na parterze, ma korytarz ścianką zamknięty, a składa się z czterech sal i kuchenki z łazienką.

Tuż obok bocznych schodów jest kuchenka i łazienka (rys. III—25) podobna jak na pierwszym piętrze (patrz str. 357). Z kuchenki tej prowadzą drzwi do pokoiku (o jednym oknie na wschód) (rys. III—27 a) długości 5,85 m., szerokości 2,75 m., o powierzchni 16,08 m²., a kubaturze 68,83 m³.

Salka ta o ścianach lakierowanych, podłodze betonowej, z umywalnią marmurową o jednej muszli, oświetlona z lampkami elektrycznymi o sile 16 świec i jedną lampą ręczną, przeznaczona jest dla rodzących gorączkujących. Mieści jedno łóżko, szafę szklaną z osobnemi dla tejże sali instrumentami położniczymi, stół szklany, postument na irygatory, miednice na podstawkach, stolki metalowe.

Dalej leży tych samych rozmiarów, powierzchni i kubatury salka o jednym oknie, jak wszystkie sale wyposażona, a przeznaczona dla bardzo ciężko chorych, umierających, szalowych, i dla tego prócz łóżka zwykłego ma łóżko siatkowe (rys. III—27).

Następna sala o trzech oknach na wschód, długa 10,13 m., szeroka 5,85 m., o powierzchni 59,26 m²., wysoka 4,28 m., o kubaturze 253,47 m³., mieści 8 łóżek dla chorych ginekologicznych gorączkujących, z ropieniem, dla osób z przetokami moczowemi, rakowatych etc. etc. (rys. III—29). Na jedno łóżko w tej sali przypada powietrza 31,68 m³.

Wreszcie ostatnia salka długości 6,68 m., szerokości 5,85 m., wysoka 4,28 m., o powierzchni 39,07 m². i kubaturze 167,22 m³., mieści sześć łóżek dla położnic gorączkujących; na jedno łóżko zatem wypada 27,87 m³. (rys. III—31). Wszystkie te sale wyposażone są podobnie, jak sala dla chorych ginekologicznych.

III. Oddział naukowo-dydaktyczno-administracyjny.

Mieści się częściowo na parterze frontowej budowli, częściowo w suterrenach.

Na parterze głównej klatki schodowej mieści się pokój o jednym oknie ku północy, o kubaturze 89,15 m³., w którym mieszka asystent

(rys. III—3), podobnie jak na pierwszym piętrze wyposażony. Obok tego podobny pokój, mający długości 5,50 m., szerokości 4,20 m., wysoki na 4,28 m., o powierzchni 23,10 m², i kubaturze 98,90 m³, przeznaczony na kancelaryę dla lekarzy i dla lekarza dyżurnego (rys. III—7). Mieści on łóżko za firanką, dwa biurka, stolik, kanapkę, wieszadła i szafę na papiery, oraz telefon domowy wewnętrzny do rozmawiania z pierwszym i drugim piętrem. Pokój ten ma wejście z korytarza. Naprzeciw znajduje się mały zakątek (rys. III—9) z oknem na klatkę schodową, w którym stoi wanna dla lekarzy, a który jest równocześnie urządzony na ciemnię fotograficzną.

Dalej idzie poczekalnia o jednym oknie dla interesantów, chcących mówić z profesorem (rys. III—11). Za nią kancelarya profesora o 2 oknach, urządzona także na sypialnię i na salę posiedzeń, w której mieści się biblioteka kliniczna (rys. III—13).

Następny pokój długości 7,30 m., szerokości 5,70 m., wysoki 4,28 m., o powierzchni 41,61 m². i kubaturze 178,09 m³, przeznaczony jest na ambulatoryum kliniczne (rys. III—15).

Nadmienić mi wypada, że ambulantki czekają w korytarzu naprzeciw drzwi do tego pokoju, ku czemu mają ustawionych pięć ławek pod ścianą.

Pokój ambulatoryjny z dwoma oknami na południe, o ścianach lakierowanych, posadzce z płytek szamotowych, ogrzewany kaloryferem i piecem, oświetlany elektrycznie 5 lampkami o sile 16 świec każda, i jedną ręczną o sile również 16 świec, ma w szafie szklanej osobne instrumentarium do badania i do nagłych zabiegów nie cierpiących zwłoki; są tu dwa krzesła ginekologiczne, stół metalowy niski do badania brzemiennych, dwa ogniska, na których ustawione są dwa sterylizatory do wyjaławiania narzędzi, dwie umywalnie marmurowe—razem o czterech muszlach; jedna umywalnia odmyka się ręcznie, druga—kolanami. Prócz tego jest biurko i kilka stołków.

Dalsza sala o podobnych rozmiarach (rys. III—17) z dwoma oknami na południe, długości 7,30 m., szerokości 5,70 m., wysoka 4,28 m., o powierzchni 41,61 m², kubaturze 178,09 m³. jest przeznaczona dla dyżurujących uczniów. Jest ona poprzecznie podzielona na dwie części: z tych wstępna, mająca umywalnię marmurową, urządzona jest na szatnię; druga zaś ma 3 kanapki do spania, pokryte ceratą. Każda kanapka ma pościel, złożoną z prześcieradła, dwu poduszek i kocyka.

Ostatni pokój w części frontowej gmachu ma szerokości 5,90 m., długości 7,30 m., wysokości 4,28 m., powierzchni 43,07 m². i kubatury 184,34 m³; przeznaczony jest na podręczne laboratorium. Mieści on centryfugę, digestorium, wagę dokładną, stół duży pod dwoma oknami do mikroskopowania, mikrotom, stół bakteryologiczny, stół chemiczny, sterylizatory do celów bakteryologicznych, umywalnię, wagę dużą do ważenia guzów, aparat do destylowania wody. Oświetlony jest gazem i elektrycznością (rys. III—19).

W suterrenach pod skrzydłem budynku jest pokój długości 8,55 m., szerokości 5,70 m., wysoki 3,10 m., o powierzchni 48,73 m². o kubaturze 151,06 m³, przeznaczony na ćwiczenia w operacjach położniczych i ginekologicznych na fantomach (rys. II—xxi). Ma on w tym celu przymocowane do podłogi 3 fantomy, tablicę szklaną do rysowania, stoły, stolki, umywalnię, szafę z przyborami do ćwiczeń, modele etc.; obok znajduje się mały pokoik o kubaturze 50,34 m³, zawierający preparaty mokre anatomo-patologiczne, używane wśród operacji w klinice.

Wreszcie pod frontową częścią budynku w suterrenach, pod pokojem dla lekarzy dyżurnych, urządzone jest pokój do vivisekcji, długości 5,35 m., szerokości 4,05, wysokości 3,10 m., zatem o powierzchni 21,67 m², a pojemności 67,18 m³; jest w nim stół operacyjny mosiężny na żelaznej podstawie, stoły dla zwierząt, sterylizator Lautenschlägera, szafka szklana z instrumentami, umywalnia z wodą ciepłą i zimną; oświetlony jest 2 lampkami Auerowskimi (rys. II—xiii).

Do tego pokoju przylega drugi prawie o tej samej pojemności, w którym się hoduje drobne zwierzęta, jak króliki, świnki morskie myszy (rys. II—xii).

III. ROZWÓJ KLINIKI, PERSONEL LEKARSKI I SŁUŻBOWY, ZBIORY, PRZYBORY NAUKOWE, NAUCZANIE I UCZNIOWIE

Klinika uniwersytecka, jeżeli ma odpowiadać wymaganiom, jakie się jej, jako szkole uniwersyteckiej, stawiać powinno, musi być w ciągłej bezustannej ewolucyi, w ciągłym rozwoju; nie może ona być instytucją skończenie urządzoną, ale musi wykazywać postęp, i to postęp, idący równym krokiem z rozwojem nauki. Postęp ten raz jest wydatniejszy i szybszy, innemi czasy skromniejszy i powolniejszy, ale wciąż istnieje. Wywoływać on musi zmiany w urzędzeniu kliniki, a klinika musi być niejako ujawnieniem i żywym świadectwem postępu.

Idealnemi byłyby warunki, gdyby zmiany w klinikach odbywać się mogły ściśle w miarę postępu nauki; jest to atoli prawie niemożebne. Wszelkie zmiany pociągają za sobą koszta, często wysokie, i dlatego zmiany w urzędzeniach klinicznych możliwe są tylko w ograniczonej mierze, zależnie od hojności Władz decydujących. W drugim dopiero rzędzie zależy rozwój kliniki od kierownictwa, t. j. od profesora.

Obok rozwoju, idącego krok w krok za postępem nauki, idzie jeszcze drugi rodzaj rozwoju, dotyczący miejscowych warunków, rozległości instytucyi i jakości wyposażenia.

Jak widać z rysu historycznego, klinika w pierwszym zawiązku została pomieszczoną w gmachu choć wspaniałym, ale skąpo wyposażonym w potrzeby według oszczędnych wymagań szpitalnych: cele naukowe i dydaktyczne nie były prawie wcale uwzględnione, a poczynione zostały tylko najkonieczniejsze adaptacye, aby umożliwić otwarcie kliniki. Jeżeli zwrócimy uwagę na opis dzisiejszego stanu kliniki, to przyznać należy, że w ciągu pięciolecia zrobiono

bardzo wiele: klinika z początku ubożuchna, rzec można zaimprovizowana, przedstawia dzisiaj zakład stojący na wysokości nauki.

Od chwili otwarcia kliniki urządzono pracownię chemiczno-bakteryologiczno-mikroskopową, vivisektoryum i stajnię dla zwierząt; zebrano przybory dydaktyczne, wybudowano amfiteatr, zaprowadzono rury dla płynów wyjałowionych; oddział położniczy i część ginekologicznego wyposażono w metalowe sprzęty. Aczkolwiek klinika ma i dzisiaj jeszcze różne potrzeby i postulaty, ale bardzo wiele już zrobiono. W tem miejscu zaznaczyć muszę, że jak dotąd nie zaprowadzono żadnego urządzenia, któreby zawiodło, i jako niepraktyczne, złe pomyslane lub niepotrzebne musiało być usunięte.

W czasie okresu od chwili zaprojektowania budowy gmachu dla kliniki, aż do chwili jej otwarcia, t. j. w ciągu lat ośmiu, wymagania kliniczne wzrosły; to też zamianowany profesor spotkał się z brakami, które usunąć należało.

W ciągu pięcioletniego istnienia kliniki przybyły nowe potrzeby, które w miarę możności przy zaprowadzaniu nowych urządzeń uwzględniono. Gdyby klinika była od razu zupełnie urządzoną w roku 1898, nie wyglądałaby tak, jak dziś; dzisiaj bowiem istnieją niektóre urządzenia, których jeszcze w roku 1898 nie znano, np. umywalnie Lautenschlägera, Rydygiera, aparaty na szczotki wyjałowione Kadera, aparat Polana i t. d. i t. d.

O ile było to nieodpowiedniem, że zaraz klinika musiała być czynną mimo niedostatecznego wyposażenia; o tyle ona zyskała, gdyż dziś więcej odpowiada współczesnym wymaganiom nauki. Już po otwarciu naszej kliniki Snegirjew podał swój sposób oczyszczania rodzących: zaraz też zostało zaprowadzone odpowiednie urządzenie, zwrócono większą uwagę na kąpiele rodzących, zastąpiono wannę metalową (dotychczas dla rodzących używaną) przez wannę porcelanową w jednej sztuce wypaloną.

W czasie otwarcia kliniki sprowadzono kolanową umywalnię, wówczas za najlepszą uważaną; obecnie zastąpiono ją już lepszą nożną systemu Lautenschlägera.

Z początku klinika posiadała sprzęty drewniane we wszystkich oddziałach. Obecnie w oddziale położniczym i w jednej sali chorych ginekologicznych sprzęty drewniane zastąpiono metalowemi.

Jak to już na początku powiedziano, zanim klinika mogła być otwartą, profesor wykładał przez kilka miesięcy teoretycznie. W chwili otwarcia kliniki zmieniła się rzecz od razu tylko o tyle, że wykłady mogły się odbywać przy chorych. Obecnie zaś odby-

wają się w taki sam sposób, jak w klinikach najlepiej urządzonych. Nie posiadamy wprawdzie zbiorów historycznych, ale posiadamy już zbiory do celów dydaktycznych potrzebne, a mianowicie:

Dzieł z ilustracjami potrzebnych do wykładów	tomów	49
Modeli Winternitza, Zweifla, Friedmanna, Marsa etc.		
już to z gipsu, już też z masy papierowej	sztuk	186
Atlasów ściennych jak Schulzego, Wydera, Leopolda etc.	„	8
Instrumentów najnowszych	„	1174
Różnych aparatów	„	113
Preparatów mokrych	„	360
Preparatów suchych	„	29
Preparatów mikroskopowych	sztuk	kilkaset.

Od chwili otwarcia prowadzi klinikę profesor dr. Mars, były profesor zwyczajny położnictwa i ginekologii w uniwersytecie Jagiellońskim i kierownik szkoły akuszerek tamże, zamianowany 15-go września 1898 profesorem zwyczajnym tychże przedmiotów przy Wydziale lekarskim we Lwowie.

Pierwszemi asystentami klinicznymi byli dr. Kościński Franciszek, były sekundaryusz oddziału chorób kobiecych szpitala powszechnego i były asystent szkoły akuszerek w Krakowie, i dr. Ackermann, były sekundaryusz oddziału chorób kobiecych szpitala powszechnego krakowskiego.

Jako pierwsi praktykanci zgłosili się na klinikę i byli czynni panowie doktorowie: Dziewoński, Barański, Kohn, Millet, Bocheński.

Jak już z opisu wynika, rozmiary kliniki są znaczne, bo posiada ona około 100 łóżek rozmieszczonych na czterech piętrach. Praca w niej na razie dla profesora i dwu zaledwie asystentów zbyt uciążliwa, to też ledwo podolać jej mogli.

Ponieważ siły lekarskie w początkach ustanowione nie były dostateczne, Ministerjum ustanowiło od 1-go października 1900 roku posadę demonstratora, z płacą 600 koron. A gdy i to okazało się niedostatecznym, w lipcu roku 1903 zwinęło posadę demonstratora, a na to miejsce pozwoliło zamianować dwu asystentów bezpłatnych, lecz ze wszystkimi moralnymi prawami, jakich asystenci zażywają; jednemu z asystentów dano stypendyum, które wpierv demonstrator pobierał.

Oprócz dwu pierwszych asystentów byli później mianowani asystentami klinicznymi doktorowie: Rudolf Breiter, Kazimierz

Bocheński, Stanisław Lewicki, Julian Piotrowski — wszyscy czterej uczniowie szkoły krakowskiej. Po nich dopiero doktorowie Napoleon Gąsiorowski, Tadeusz Czaplicki i Ludwik Daum wszyscy trzej już uczniowie szkoły lwowskiej. Ogółem w ciągu pięciolecia pracowało w klinice dziewięciu asystentów, dwu demonstratorów a prócz tego czterdziestu lekarzy jako praktykantów.

Nadmienić wypada, że w roku 1902 odbył się w Wydziale lekarskim kurs dla lekarzy, na który uczęszczało do kliniki położniczo-ginekologicznej dziewięciu lekarzy już to z Galicyi, już też z pod zaboru rosyjskiego.

Pod względem podziału pracy lekarskiej zaprowadzony jest porządek następujący:

Klinika podzielona jest na 4 oddziały, z których każdy ma na czele asystenta. Każdy z asystentów prowadzi powierzony mu oddział przez 10 tygodni, poczem przechodzi na inny, tak że w ciągu roku każdy jest czynny na wszystkich oddziałach klinicznych. Asystentom zostają przydzieleni praktykanci, którzy pod ich okiem badają i wykonywają różne czynności lekarskie i administracyjne.

Wszyscy asystenci mieszkają w klinice. Praktykanci przybywają do kliniki rano przed godziną ósmą i zostają tu czas nieograniczony, zależnie od ilości pracy.

Kto z personelu klinicznego wejdzie do kliniki, musi obnażyć ręce po łokcie, obmyć się i nałożyć na siebie ubranie kliniczne t. j. biały chałat. W takim tylko ubraniu ma wstęp na klinikę. Taż sama zasada stosowana jest i do lekarzy, którzy w przejeździe klinikę zwiedzają.

Asystent robi na swoim oddziale ranną wizytę z praktykantami o godzinie 8-ej rano i popołudniową między 4-tą a 6-tą. Między 9-tą a 10-tą rano schodzą się wszyscy lekarze w pokoju dyżurnych i przygotowują papiery administracyjne, które profesor przed lekcją przegląda i podpisuje. Lekarze czynni w oddziale położniczym i lekarze czynni w oddziale ginekologicznym uważani są jako czysti i nie zakażeni. Asystenci zaś i lekarze czynni w ambulatoryum i w oddziale septycznym są uważani jako nie-czysti i zakażeni.

Codziennie razem z profesorem obchodzą klinikę wszyscy lekarze. Wizyta ta rozpoczyna się w oddziale położniczym, potem odbywa się w oddziale ginekologicznym, a na końcu w oddziale septycznym. Podczas wizyty w oddziałach położniczym i ginekologicznym czynni są tylko czysti lekarze, a nieczysti są widzami,

i na odwrót w oddziale septycznym czynni są tylko zakażeni a czyści są widzami.

Podczas operacji większych asystują tylko lekarze kliniczni czyści; jedynie tylko narkozę obejmują lekarze z oddziału septycznego, a i to tylko w braku sił lekarskich czystych.

Tylko profesor i naczelnicy asystenci na swoich oddziałach mogą badać chore w miarę potrzeby o dowolnej porze dnia i nocy.

Lekarz dyżurny niesie doraźną pomoc tylko w przypadkach bardzo nagłych i nie cierpiących zwłoki, zresztą jest tylko obowiązany wezwać odnośnego asystenta. Inni lekarze mogą badać chore tylko w obecności i za zezwoleniem profesora, względnie asystenta stojącego na czele oddziału.

W czasie obecności profesora ciąży na nim zupełnie moralna odpowiedzialność za wszystko co się dzieje w klinice. W czasie jego nieobecności zastępcą jest I-szy asystent, który jest przed nim moralnie odpowiedzialny. W razie nieobecności i asystenta I-go zastępcą jest następny według starszeństwa służbowego.

Gwarancją harmonii koleżeńskiej jest to, że prócz służbowego starszeństwa wobec władz uniwersyteckich i rządowych i prócz różnicy w płacy, wszyscy są równi pod względem czynności klinicznych, naukowych, dydaktycznych i lekarskich. Dla porządku tylko respektowany jest głos tego asystenta, który zastępuje profesora. Mniejszą lub większą samodzielność asystentowi w klinice przyznaje profesor, zależnie od jego doświadczenia klinicznego i przymiotów osobistych.

W razie jakiegoś niezwykłego wydarzenia na klinice, nagłego zajścia etc. lekarz asystent zwołuje wszystkich kolegów w klinice obecnych, z którymi już to się naradza, już też do pomocy przywołuje. W razie potrzeby wzywa profesora, z mieszkaniem którego klinika jest telefonem połączona; profesor przybywa na każde wezwanie, a czasem nawet i nocuje w klinice.

Klinika ma do dyspozycji około 15 czasopism, które lekarze kliniczni między siebie rozdzielają i zdają z nich co tydzień sprawę profesorowi i kolegom podczas umyślnie na ten cel urządzanych zebrań.

Jednym z ważnych obowiązków klinicznych są dyżury lekarskie. Przez cały rok w jednym pokoju, tak zwanym „pokoju lekarzy dyżurnych“, położonym na parterze budynku, istnieje rodzaj stałego pogotowia klinicznego. Co najmniej jeden lekarz we dnie i w nocy musi być obecny w klinice, względnie w pokoju dyżurnym, o ile

chwilowo nie jest w klinice czynny. Dyżury pełnią w ten sposób wszyscy lekarze, prócz profesora. W klinice pewne dni są przeznaczone do przyjęcia osób rodzących, brzemiennych i położnic; ponieważ wtedy jest więcej czynności, a wydarza się czasem i kilka operacji położniczych, przeto w te dni prócz lekarza dyżurnego przynajmniej jeden asystent nie wydała się z zakładu.

W ciągu pięciolecia trzech doktorów zgłosiło się i zostało zamianowanych przez Wydział lekarski i potwierdzonych przez c. k. Ministerjum na docentów położnictwa i ginekologii, a mianowicie w roku 1899 dr. Koźmiński Franciszek i dr. Bylicki Władysław, w roku zaś 1900 dr. Sołowij Adam.

Z rysu historycznego i opisu kliniki widać, że w czasie, gdy klinikę się dopiero urządzało; gdy istniały na każdym kroku braki; gdy personel lekarski był zbyt szczupły; gdy zachodziły trudności administracyjne i sąsiedzkie; wtedy lekarze kliniczni zaledwie mogli podolać czynnościom lekarskim, administracyjnym i dydaktycznym, kierunek zaś naukowy w klinice nie mógł być należycie rozbudzony i uprawiany. Dla tego też plony pierwszego pięciolecia ograniczają się głównie do wyników leczniczych, do uregulowania administracji i do pracy dydaktycznej. Kierunek naukowy dał skromne owoce, a uwydatnił się w następujących pracach i w odczytach w Towarzystwach naukowych:

W ROKU 1899.

OGŁOSZONO DRUKIEM:

- 1) *Prof. Mars.* O stosunku zakładów położniczych i położnika do gospodarstwa krajowego z uwzględnieniem naszego kraju. [„Przegląd lekarski“ Nr 7 i 8, 1899.]

ODCZYTY I DEMONSTRACYE:

- 1) *Prof. Mars.* O wypadnięciu obu jajników do pochwy po doszczętnem wyluszczeniu macicy per vaginam. [Tow. ginekologiczne, Lwów, dnia 26 kwietnia 1899.]
- 2) — O próbnem otwarciu jamy brzusznej. [Tow. ginek. lwow. 26. IV. 1899.]
- 3) *Dr. Koźmiński.* O rozmiękczeniu kości z okazaniem czterech przypadków tego cierpienia. [Tow. lek. lwow. 30. VI. 1899.]
- 4) — Przypadek przetoki pęcherzowo-pochwowej i cewkowo-pochwowej, w którym obok tego cierpienia osoba ta trzy razy rodziła. [Tow. ginek. lwow. 26. IV. 1899.]

- 5) — Przypadek wrodzonego naczyniaka w okolicy pępka u noworodka. [Tow. ginek. lwow. 14. VI. 1899.]
- 6) — Przypadek przeszczepienia się raka części pochwowej macicy na wargę sromową większą podczas operacji. [Tow. ginek. lwow. 14. VI. 1899.]

W ROKU 1900.

OGŁOSZONO DRUKIEM:

- 1) *Prof. Mars.* Włókniako-mięśniak prawego okrągłego więzu w przewodzie pachwinowym. [„Przegląd lekarski“ Nr 16, 1900.]
- 2) — O leczeniu krwisteku omacicznego (haematocele periuterina). [„Przegląd lekarski“ Nr 11, 12, 13. 1900.]
- 3) — Ein Fibromyom des rechten Mutterbandes im Leistenkanal. [„Monatschr. f. Geb. u. Gyn.“ B. XII, H. 1]
- 4) — Kilka uwag w sprawie próbnego otwarcia jamy brzusznej. [Księga pamiątkowa Uniw. lwow. ku czci 500 let. jub. Uniw. Jag. 1900.]

WYKŁADY I DEMONSTRACYE:

- 1) *Prof. Mars.* O zapobieganiu gorączce połogowej. [IX Zjazd lekarzy i przyrodników w Krakowie 1900.]
- 2) — Ciężarna z wyleczonem pęknięciem macicy. [Tow. lek. lwow. 28. III. 1900.]
- 3) — Przypadek epispadiasis urethrae u kobiety.
- 4) — Przypadek kraurosis vulvae. [Tow. lek. lwow. 25. V. 1900.]
- 5) *Dr. Koźmiński.* Wypadnięcie macicy u dziewicy, która nie spółkowała.
- 6) — Torbiel pochwy z następownem wycisowaniem tejże. [Tow. ginek. lwow. 17. I. 1900.]
- 7) — Przypadek ciąży trąbkowej.
- 8) — „ rozmiękczenia kości.
- 9) — „ wrodzonego braku pochwy. [Tow. ginek. lwow. 14. II. 1900.]
- 10) — Stołek do badania i pomniejszych operacyj ginekologicznych. [IX Zjazd lek. i przyr. w Krakowie 1900.]
- 11) — Okazanie prostego przyrządu do wlewań podskórnych. [Tamże.]
- 12) — Przypadek obrażenia żyły próżnej dolnej. [Tamże.]

- 13) — O operacjach mających na celu rozwiązanie rodzących drogami naturalnymi zapomocą zmniejszenia pojemności płodu. [Tamże.]

W ROKU 1901.

OGŁOSZONO DRUKIEM:

- 1) *Prof. Mars i prof. Jordan.* O zapobieganiu i leczeniu gorączki połogowej. [Kraków, 1901.]
- 2) *Dr. Bocheński.* O opatrywaniu pępowiny według metody Martina w stosunku do innych sposobów polecanych. [„Przegląd lekarski“, Nr 48, 1901.]
- 3) — Niezwykłe umiejscowienie obrażenia części miękkich główki płodu powstałego podczas porodu. [„Przegląd lek.“, Nr 51, 1901.]

WYKŁADY I DEMONSTRACJE:

- 1) *Prof. Mars.* Kobieta 82-letnia po owaryotomii i operacji radykalnej przepukliny pepkowej. [Tow. lek. lw. 1. III. 1901.]
- 2) — Brzemienna u której wycięto nerkę z powodu hydronephrosis.
- 3) — Kobieta u której wycięto macicę pękniętą podczas porodu.
- 4) — Kobieta, której usunięto ciążę daleko posuniętą zamaciczną per laparotomii; wycięcie kawalka moczowodu, zeszyicie, przetoka moczowa brzuszna, operacyjne wyleczenie tejże. [Tow. lek. lw. 21. IV. 1901.]
- 5) — Osoba, u której usunięto części sromowe zewnętrzne z powodu kraurosis vulvae.
- 6) — Dwa przypadki znaczniejszych zmian w miednicy kostnej. [Tow. ginek. lwow. 4. VII. 1901.]
- 7) *Doc. Kościński.* Chora z Garulitas vulvae seu Flatus vaginae. [Tow. lek. lwow. 5. VII. 1901.]
- 8) — Przebieg porodu u osoby, u której przedtem wykonano zeszyicie pękniętej macicy przez laparotomię. [Tow. ginek. lwow. 4. VII. 1901.]
- 9) *Dr. Breiter* Macica z przydatkami usunięta przez pochwę sposobem Döderleina.
- 10) — Duży włókniak wyluszczonej podśluzowo z pozostawieniem macicy po zaszyciu łożyska. [Tow. lek. lwow. 5. VII. 1901.]

- 11) *Dr. Bocheński.* Molluscum fibrosum, wielkości gruszki, wargi sromowej większej. [Tow. ginek. lwow. 7. XI. 1900.]

W ROKU 1902.

OGŁOSZONO DRUKIEM:

- 1) *Prof. Mars.* Kilka uwag nad wycinaniem macicy z uwzględnieniem metody Döderleina. [„Przegląd lekarski“, Nr 4, 5, 6. 1902.]
- 2) — Einige Bemerkungen über Uterusexstirpation durch die Scheide unter Berücksichtigung der Methode Döderleins. [„Wiener kl. Woch.“, Nr 12 1902.]
- 3) *Dr. Breiter.* Ciąża, poród i połóg u osób obarczonych wadą serca. [„Przegl. lek.“, Nr 25, 26, 27, 28 i 29. 1902.]
- 4) — Nowy wzornik do celów położniczych. [„Przegląd lek.“ Nr 48. 1902.]
- 5) *Dr. Lewicki.* Czy istnieje fizyologiczne zwolnienie tętna w położu. [„Przegląd lek.“, Nr 47 i 48. 1902.]

WYKŁADY I DEMONSTRACJE:

- 1) *Prof. Mars.* Karlica po cięciu cesarskim, wypadnięcie jelit, wyzdrowienie. [Tow. lek. lw. 7. II. 1902.]
- 2) — Osoba operowana metodą Wertheima z powodu Carcinoma uteri. [Tow. lek. lwow. 4. IV. 1902.]
- 3) *Dr. Breiter.* O przyrządzie Polana do leczenia wysięków. [Tow. lek. lwow. 4. IV. 1902.]

W ROKU 1903.

OGŁOSZONO DRUKIEM:

- 1) *Prof. Mars.* Kilka uwag w sprawie wykonywania zabiegów operacyjnych w ginekologii od strony powłok brzusznych i od strony pochwy. [„Przegl. lek.“, Nr 4, 5 i 6. 1903.]
- 2) — Ogólne uwagi w sprawie stosowania postępowania bezgnilnego w praktyce lekarskiej. [„Przegląd lekarski“ Nr 26, 27, 28. 1903.]
- 3) — Przypadek rzekomego obojnactwa leczony operacyjnie. [„Przegląd lekarski“, Nr 40, 1903.]

- 4) *Dr. Kościński.* Postępowanie wobec poprzecznych zaniedbanych położeń płodu. [„Przegl. lek.“, Nr 47, 48, 49, 50 i 51. 1903.]
- 5) *Dr. Breiter.* Kilka uwag o metodzie rozszerzania szyi macicy zapomocą rozszerzadeł metalowych wraz z opisem czterech przypadków. [„Przegl. lek.“, Nr 16 i 17. 1903.]
- 6) — *Fistulae cervico-vaginales laqueaticae.* [„Przegląd lek.“, Nr 46. 1903.]

WYKŁADY I DEMONSTRACYE:

- 1) *Prof. Mars.* Przedstawił klinikę położniczo-ginekologiczną lwowską. [Tow. lek. lwow. 1. V. 1903.]
- 2) — Ogólne uwagi w sprawie stosowania postępowania bezgnilnego w praktyce prywatnej. [Tow. lek. lwow. 22. V, 1903.]
- 3) *Dr. Breiter.* Chora z gruźlicą, u której per vaginam można wy badać naciekły moczowód. [Tow. lek. lwow. 19. XII. 1902.]
- 4) — Przedstawił nowsze narzędzia używane w klinice. [Tow. lek. lwow. 22. V. 1903.]
- 5) *Dr. Czaplicki.* Przypadek krwisteku zamacicznego. [Tow. lek. lwow. 22. V. 1903.]

Chociaż i dzisiaj klinika nie jest zupełnie urządzona, bo szczególnie sprawy administracyjne wymagają jeszcze uregulowania, stosunki jednak ułożyły się już o tyle, że w następnych latach spodziewać się można i na polu pracy naukowej obfitszych wyników.

Do personelu klinicznego zaliczyć dalej należy położne, których urzędownie klinika ma dwie, w rzeczywistości zaś trzy.

Położna kliniczna, przyjęta przez dziekanat Wydziału lekarskiego na przedstawienie profesora za pięcioletnią umowę, z płacą roczną 1200 koron i dodatkiem 600 koron na życie; mieszka na pierwszym piętrze; czynna jest na oddziale I-szym t. j. oddziale położnic zdrowych.

Ponieważ w klinice jedna położna żadną miarą wystarczyłby nie mogła, przeto zaraz przy powstaniu kliniki została przyjęta położna pomocnicza również za pięcioletnim kontraktem z płacą 600 koron rocznie i 600 koron relutum za wikt. Ta położna naprzemian z akuszerką kliniczną pełni dyżury i obowiązki w sali porodowej, zastępuje akuszerkę kliniczną i wyręcza ją w czasie nawału pracy. W zwykłych zaś warunkach jest przeznaczona do oddziału ginekologicznego, gdzie na drugim piętrze mieszka.

Ponieważ Wydział krajowy ustanowił nadzorczynię sług dla kliniki, profesorowi udało się na to miejsce pozyskać jedną z młodych akuszerek, która prócz tego, że jest nadzorczynią nad służbą, pełni obowiązki akuszerki przy oddziale septycznym i w ambulatoryum, a mieszka w suterrenach. Akuszerka ta pobiera wikt w naturze i dostaje płacy 30 koron miesięcznie. Obie akuszerki kliniczne mają w lecie dwa miesiące wakacji. Akuszerka zaś, pełniąca obowiązki nadzorczynie, przechodzi na lato wraz z resztą służby pod rozkazy prymaryusza szpitala.

Z ramienia siostr miłosierdzia przydzielona jest do kliniki jedna siostra zakonna, która czuwa nad służbą, oświetleniem, opalem, jest czynną przy rozdziale jedzenia, ma pod swoim kluczem pościel i bieliznę kliniczną i t. d.

Księża kapelani szpitalni pełnią obowiązki duszpasterzy w kaplicy klinicznej, gdzie odprawiają służbę Bożą i chrzczą dzieci.

Rytualnego obrzezania na klinice się nie wykonywa, tylko ósmego dnia po porodzie ogląda chłopców wysłannik kahału.

Do zakładu położniczego przydzielony jest urzędnik administracyjny, który ma biuro w zakładzie i załatwia, czynności, odnoszące się do obowiązków biura szpitalnego.

W samym początku istnienia kliniki do obsługi chorych zażądał profesor 8 posługaczek; gdy się jednak okazało, że posługaczki kliniczne muszą przynosić jedzenie dla chorych, liczba ta okazała się niedostateczną i została na odnośne przedstawienie u Władz zwiększoną o dwie, a potem w miarę rozrostu kliniki jeszcze o trzy posługaczki. Obecnie ma ich klinika 13. Z tych przeznaczone są:

dla oddziału położniczego	5
„ „ ginekologicznego	4
„ „ septycznego	2
„ ambulatoryum	1
„ siostry miłosierdzia do pomocy	1
Razem	13

Niektóre posługaczki sypiają w salach chorych, inne w pokojach obok kuchenek na łóżkach dla nich przeznaczonych. Dla pięciu posługaczek dziś jeszcze właściwie niema stałego pomieszczenia; sypiają one z brzemieniami. Jest to brak, nad usunięciem którego kierownik kliniki pracuje w nadziei, że mu się to uda.

Na czas wakacyj sześć posługaczek zostaje przy klinice, reszta zostaje oddaloną. Jest to złe doniosłe, bo z każdym rokiem po wakacjach dostaje się część służby zupełnie nowej, z obowiązkami posługaczek nieobznajmionej, którą dopiero uczyć trzeba.

Z posługaczek trzy pobierają po 14, reszta zaś po 12 koron miesięcznie.

Z ramienia rządu ma klinika służącego, przydzielonego do katedry; do niego należy utrzymywanie porządku w ubikacjach naukowych i dydaktycznych. Służący ma w suterrenach mieszkanie i pobiera płacy 2 kor. 70 h. dziennie, czyli 985 koron 50 h. rocznie.

Gdy klinika się rozrosła, okazało się, że jeden sługa nie wystarcza, i dlatego c. k. Ministerium przydzieliło sługę pomocniczego z płacą 2 kor. 40 h. dziennie czyli 876 kor. rocznie. Służący ten mieszka za kliniką, gdyż niema obecnie dla niego pomieszczenia; życzeniem jest, aby dla niego stworzyć miejsce w klinice.

Wreszcie z ramienia administracji szpitalnej jest jeszcze dwu pełniących służbę przy bramie parobków, którzy przynoszą leki, dźwigają ciężary, przenoszą chore z łózkami, noszą drzewo, bieliznę, pałą w piecach, czyszczą wychodki etc. etc.

Według dawniejszych przepisów uczeń, w celu uzyskania absolutorium, obowiązany był między innymi do wykazania się, że słuchał przynajmniej jedno półrocze położnictwa i ginekologii.

Wobec postępu, jaki zrobiła ginekologia w ostatnich lat dziesiątkach, jedno półrocze dla ucznia dawno już okazało się niedostatecznym; na innych Uniwersytetach od lat wielu uczniowie słuchają tych przedmiotów po dwa półrocza, a tylko ci, którzy nie mają zamiaru zajmować się w przyszłości położnictwem i ginekologią, poświęcają im jedno półrocze. Natomiast młodzi lekarze, chcący w położnictwie i ginekologii praktykować, uważają naukę w czasie studyów uniwersyteckich za niedostateczną, i dopiero jako lekarze do studyów klinicznych się zabierają.

We Lwowie w nowym Wydziale lekarskim wielu uczniów, nie mając doświadczonych poprzedników, ograniczało się na słuchaniu położnictwa i ginekologii w ciągu jednego półrocza, a gdy się opatrzyli, że to mało, naprawić tego nie mogli, gdyż na dalszą naukę tych przedmiotów już czasu zabrakło.

W jednym więc półroczu musiał profesor zapoznać uczniów z przedmiotem nowym, jakim dla każdego ucznia jest położnictwo; musiał ich nauczyć badać, poczem mogli dopiero z materiału klinicznego korzystać.

Warunki nauczania polepszyły się znacznie od chwili, gdy profesorowi przybyli do pomocy trzej docenci prywatni, z których jeden wyklada teorię położnictwa, drugi kurs o operacjach położniczych, a trzeci kurs o operacjach ginekologicznych. Nadto dwaj z pomiędzy nich prowadzą w letniem półroczu ćwiczenia w badaniu położniczem i ginekologicznem.

Obecnie według nowego rozporządzenia Ministerstwa Wyznań i Oświaty uczniowie są obowiązani słuchać położnictwa i ginekologii w ciągu dwóch półroczy w celu uzyskania absolutorium; dlatego spodziewać się należy, że obecnie nauka będzie prowadzona z daleko większą korzyścią.

Z natury rzeczy wynika, że każda z klinik uniwersyteckich ma odmienne warunki, potrzeby i wymagania, co się tłumaczy właściwościami wykładanego przedmiotu. Każda klinika stanowi odrębną szkołę, w każdej nauka bywa w odmienny sposób udzielana. Skutkiem tego też uczniowie, zapisani na klinikę położniczo-ginekologiczną, muszą się zastosować do pewnych przepisów w klinice zaprowadzonych.

Przez czas uczęszczania na klinikę nie może być uczeń równocześnie zapisany na wykłady, połączone z ćwiczeniami na trupach, albo na takie przedmioty, gdzieby miał styczność bezpośrednią z chorobami zakaźnymi. Uczeń taki, gdyby wyjątkowo musiał być przyjęty, może mieć co najwyżej wstęp do sali wykładowej; nie może być obecny atoli w pewnych ubikacjach kliniki, a tembardziej nie może brać udziału w badaniu chorych.

Uczniowie zapisani muszą się stosować do ustanowionego regulaminu, który jest przybity na ścianie w pokoju uczniów i brzmi:

REGULAMIN

DLA PANÓW SŁUCHACZÓW,

UCZĘSZCZAJĄCYCH NA KLINIKĘ GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZĄ.

1. Wstęp do kliniki ginekologiczno-polożniczej dozwolony jest tylko wpisanym na wykłady.
2. Każdy z panów słuchaczy wstępujący do kliniki, powinien się wprost udać do szatni, gdzie po zdjęciu wierzchniego ubrania

- i umyciu rąk sposobem przepisany, ma się okryć klinicznym chałatem i dopiero tak przygotowany może się udać do innych lokalności.
3. Po wyjściu z szatni udają się panowie słuchacze na wykład o godz. 10 do sali wykładowej. *Badać ciężarne, rodzące i chore ginekologiczne mogą tylko na wezwanie, względnie zezwolenie profesora lub jego zastępcy.*
 4. Naturalnym zastępcą w nieobecności profesora jest I-szy asystent, a względnie jego zastępca.
 5. Uczęszczający na te wykłady w celu dostatecznego wykształcenia się praktycznego obowiązani są odbywać dyżury, jako też pełnić obowiązki ordynaryuszów.
 6. Codziennie czterej słuchacze — według listy wydanej na cały tydzień—pełnią obowiązki dyżurnych, tak, iż przynajmniej dwaj z nich powinni być zawsze obecnymi w zakładzie. Dyżurni przebywają w sali dyżurnych. Dyżur trwa od wykładu klinicznego jednego dnia, przez dzień i noc, do wykładu dnia następnego. *Zgłaszające się w ciągu doby ciężarne i rodzące mogą dyżurni badać tylko za zezwoleniem profesora lub asystenta.* Dyżurni powinni obserwować jak najdokładniej wszystkie porody, tak, aby podczas wykładu mogli profesorowi złożyć z ich przebiegu dokładne sprawozdanie.
 7. Dyżurni stają się ordynaryuszami niewiast, które odbyły poród w zakładzie w czasie ich dyżuru i w dalszym ciągu obserwują połów aż do dnia wyjścia położnicy. Ustupujący z dyżuru oddaje rodzące, u których w przeciągu ich dyżuru poród się nie ukończył, dyżurnym dnia następnego, albo też obserwuje je dalej jako ordynaryusz, co rozstrzyga I-szy asystent.
 8. Ordynaryusze obowiązani są na odpowiednich filurach, wydanych przez asystentów, opisać przebieg ciąży, porodu i położu obserwowanego przypadku; filury odpowiednio wypełnione i opatrzone własnoręcznym podpisem, należy oddać jednemu z asystentów. Dyżurni mają pierwszeństwo do objęcia w opiekę chorych ginekologicznych i stają się ich ordynaryuszami, jeżeli I-szy asystent nie przydzieli ich wpierv komu innemu.
 9. Wstęp na sale położnic, jako też i na sale ginekologiczne jest dozwolony tylko podczas wizyt klinicznych między 8 a 9-tą

rano i po południu między 5 a 6-tą; wstęp w innych godzinach tylko wyłącznie za pozwoleniem asystenta.

10. Słuchacze, *którzy brali udział bądź-to bezpośrednio, bądź pośrednio w sekcjach anatomo-patologicznych lub sądowych, mają do zakładu przez 24 godziny wstęp wzbroniony*. Po 24 godzinach, gdy przybędą do zakładu, muszą się w pierwszym rzędzie zgłosić do asystenta I-go.
11. Przystępując do badania ciężarnych, rodzących i ginekologicznych chorych, należy sobie *dokładnie obmyć ręce według przepisu na umywalni umieszczonego*.
12. Palenie papierosów tak na sali, jak i na korytarzach, jest bezwzględnie wzbronione.

Prof. dr. Mars m. p.

PRZEPIS

OCZYSZCZANIA I MYCIA RĄK,

OBOWIĄZUJĄCY WSZYSTKICH WSTĘPUJĄCYCH DO KLINIKI BEZ WYJĄTKU.

1. Obcięcie i opiłowanie paznokci.
2. Oczyszczenie mechaniczne zaułka pod sterzącym brzegiem paznokcia.
3. Mycie ciepłą wodą, mydłem i szczotką, przynajmniej przez pięć minut, całej ręki i przedramienia po łokieć z uwzględnieniem każdego palca z osobna, a szczególnie fałdów paznogiowych.
4. Mycie spirytusem i szczotką przez trzy minuty, jak pod N^o 3.
5. Mycie rozczyntem sublimatu i szczotką przez trzy minuty, jak pod N^o 3.

Uczniowie słuchają położnictwa i ginekologii zazwyczaj w ciągu dwu ostatnich lat studyów lekarskich. Zrazu liczba uczniów zapisanych na wykłady była wyższa; ponieważ atoli w Wydziale lekarskim lwowskim niektórych klinik do dziś dnia jeszcze brakuje, wielu uczniów wyjeżdża na ostatni rok studyów do innych uniwersytetów, gdzie też i położnictwa słuchają.

W poszczególnych latach było uczniów zapisanych:

W roku 1898/9	w zimowym półroczu	43
„ „	w letniem „	4
„ 1899/900	w zimowym „	31
„ „	w letniem „	8
„ 1900/1	w zimowym „	33
„ „	w letniem „	9
„ 1901/2	w zimowym „	23
„ „	w letniem „	4
„ 1922/3	w zimowym „	24
„ „	w letniem „	7
	<u>Razem . 186</u>	

IV. RUCH CHORYCH I WYNIKI LECZNICZE

Zanim podamy sprawozdanie z ruchu chorych w klinice i cyfry, odnoszące się do materiału klinicznego, musimy się pierwszej jeszcze zastanowić nad jego jakością.

Pod tym względem istnieją bardzo znaczne różnice pomiędzy zakładami, wpływające niepomierne na ich stosunki i na wyniki lecznicze.

Im wyżej stoi społeczeństwo danej okolicy pod względem poziomu wykształcenia, im więcej stosunki społeczne są uregulowane, tem inteligentniejsza publiczność napływa do zakładu leczniczego i przyczynia się do wytworzenia korzystniejszych warunków w każdym niemal kierunku.

Im więcej w Europie posuwamy się z zachodu ku wschodowi, warunki te przedstawiają się coraz mniej korzystnie, a różnice występują bardzo wybitnie. Widzi się to wyraźnie, porównywając zakłady przy ich zwiedzaniu, a różnice dostrzedz można nawet ze sprawozdań klinicznych i szpitalnych. Plany budowlane różnych zakładów i ich urządzenia również różnicę tę wykazują.

Jeżeli porównać jedną z klinik położniczo-ginekologicznych zachodnich z taką samą więcej na wschód położoną, to zwraca naszą uwagę odrazu okoliczność, że na zachodzie bardzo wiele miejsca mają zakłady położnicze dla brzemiennych wyczekujących na poród, kiedy np. my przeznaczamy na ten cel daleko mniej miejsca. Jest to rzeczą zupełnie naturalną: na zachodzie publiczność uświadomiona przybywa zawczasu do zakładu położniczego i na poród wyczekuje, podczas gdy u nas zwraca się do zakładu najczęściej dopiero podczas porodu. U nas wyczekują na poród jako brzemienne tylko te osoby, które nie mają się gdzie podziać, nie mają z czego żyć; tylko nędza albo ciężka niemoc do zakładu położniczego je kieruje.

Na zachodzie widzimy ubikacje przeznaczone dla I, II i III klasy chorych, i to po kilka pokoi na każdą klasę; u nas klasy I i II w zakładach położniczych istnieją więcej na papierze, bo u nas tylko wyjątkowo osoba zamożniejsza do zakładu położniczego się zgłasza.

Im dalej na wschód, tem więcej zakłady notują porodów ulicznych, tem więcej przybywa rodzących krwawiących, gorączkujących i zakażonych. Położenia poprzeczne zaniedbane, pęknięcia macicy, przetoki pęcherzowo-moczowe należą na zachodzie do rzadkości, podczas gdy my się z nimi częściej spotykamy. Na zachodzie często widzą w zakładach i operują ciążę pozamaciczną, rzadziej widzą przypadki haematocelu periuterina; my natomiast rzadziej się spotykamy z ciążą zamaciczną, bo nam się dostaje gotowy już krwistek po poronieniu albo pęknięciu ciąży zamacicznej.

Cale szeregi takich uwag możnaby spisywać i ze sprawozdań szpitalnych robić wnioski o poziomie wykształcenia społeczeństwa, wśród którego się zakład znajduje.

Pomiędzy zakładami tak blisko położonemi, jak w Krakowie i Lwowie, już istnieje różnica.

Jako asystent i sekundaryusz, a później jako profesor i kierownik zakładu, pracowałem we Lwowie i Krakowie i muszę powiedzieć, że różnica ta wyraźnie odczuć się daje.

Podobnie jak z materyałem położniczym, ma się rzecz i z chorobami ginekologicznemi. Przypadki, które do kliniki u nas się zgłaszają, często są bardzo zaniedbane i daleko posunięte. Wogóle na zachodzie żalą się klinicyści, że chore obarczone rakiem macicy późno się zgłaszają, u nas zgłaszają się po raz pierwszy nieraz takie przypadki, w których nawet objawowem leczeniem niewiele zrobić można. Guzy narządu płciowego są zwykle powikłane zrostami z powodu wielokrotnie przebytych spraw zapalnych otrzewnowych. Torbielaki jajnikowe dochodzą nieraz do rozmiarów tak znacznych, jakie na zachodzie rzadko bywają widziane.

W ciągu pięciolecia kilkakrotnie musiałem wykonać owaryotomię pod wskazaniem życiowem z powodu groźnych objawów uciskowych, np. z powodu utrudnionego oddechania wywołanego obecnością guza.

Leczenie takich chorych w opisanych warunkach powinno dawać wyniki mniej korzystne, aniżeli w podobnych zakładach na zachodzie; a jeżeli mimo to wyniki mamy dobre, które innym nie ustępują, to zawdzięczamy je wysiłkom naszym.

Jeśli się ma do czynienia z publicznością o niższym poziomie wykształcenia, to i leczenie pooperacyjne jest wielce utrudnione.

Operacje plastyczne dokonywane na częściach sromowych wymagają spokojnego zachowania się chorych, o co u nas trudno. W ciągu istnienia naszej kliniki wydarzyło się, że jedna chora w dniu, w którym dokonano na niej cięcia cesarskiego, wstała z łóżka i poszła sama do wychodka w chwili, gdy czuwająca przy niej posługaczka zasnęła. Następstwem było pęknięcie szwów i wypadnięcie jelit. Szczęśliwym zbiegiem okoliczności osoba ta wyzdrowiała prawie bez reakcyi. Dwie inne osoby zrobiły toż samo po całkowitem wycięciu macicy przez powłoki brzuszne. Obie zniosły to wprawdzie bez żadnego odczynu, mimo to jednak takie zachowanie się nie może być przecież obojętne.

Możnaby wyliczyć wiele podobnych faktów, z jakimi mamy do czynienia.

Mówiąc o jakości materiału klinicznego, nie można pominąć okoliczności, że nie tylko poziom wykształcenia zgłaszających się osób, ale i inne warunki miejscowe wywierają wpływ poważny na jego jakość. I tak, porównyując klinikę lwowską z krakowską nie można pominąć okoliczności, że w okolicach Krakowa w niektórych miejscowościach kobiety okazują bardzo często ścieśnienie miednicy, co w tym stopniu w okolicach Lwowa nie istnieje. Dlatego klinika położnicza krakowska mimo mniejszego materiału ma więcej ciężkich przypadków położniczych.

Natomiast znów przypadki rozmiękczenia kości należą w Krakowie do rzadkości, podczas gdy we Lwowie widzi się ich stosunkowo wiele.

Przypadki zakażenia tryprowego w różnych okresach rozwoju są codziennym materiałem ginekologicznym w klinice lwowskiej; widzimy ich we Lwowie nieporównanie więcej, niż w Krakowie.

Z tego przedstawienia rzeczy wynika, że choć materiał kliniczny ginekologiczny we Lwowie jest urozmaicony, ale przypadki są już zaniedbane; w dodatku zbyt często napotykamy powikłanie zakażeniem rzeżączkowym, co dla celów leczniczych nie jest korzystne.

Cheąc dać dokładny obraz stosunków istniejących w pewnym zakładzie leczniczym, należy porównać wyniki w nim otrzymane z wynikami innych zakładów. Porównanie takie jest słuszne, atoli tylko wówczas, gdy dotyczy wyników z tego samego czasu.

Pojęcia, które dziś w medycynie panują, a szczególnie odnoszące się do postępowania przeciw i bezgnilnego, sprawiły w niej

w ostatnich dziesiątkach lat przewrót zupełny, i doprowadziły w krótkim czasie do niebywałego dawniej udoskonalenia naszych metod i do świetnych wyników leczniczych. Dzisiaj leczymy skutecznie takie przypadki, wobec których nie tak dawno staliśmy niemal bezsilni.

Chcąc zatem porównywać dziś wyniki jakiegoś zakładu, nie można brać do porównania wyników innych zakładów ogłoszonych przed kilku lub kilkunastu laty; te bowiem zakłady, które swe wyniki przed kilkunastu laty ogłosiły, pod wpływem tegoż samego postępu, mogą się niewątpliwie dzisiaj daleko lepszymi poszczycić; dla tego trzeba porównywać wyniki działalności społecznej.

Ostatnia znana mi praca statystyczna ogłoszona została w roku ubiegłym z kliniki prof. Hofmeiera w Würzburgu *); z nią też będziemy w dalszym ciągu porównywali nasze wyniki, o ile się do tego sposobność nadarzy.

Przy przypadkiem składa się tak, że przed laty siedmiu porównywałem już wyniki lecznicze, uzyskane w szkole akuszerki w Krakowie, z wynikami oddziału położniczego prof. Hofmeiera, przez niego ogłoszonymi.

Dzisiaj nadarza mi się sposobność porównania w szerszym zakresie, gdyż mogę porównać wyniki tak dobrze z dziedziny położnictwa, jako też i z ginekologii; a czynię to tem chętniej, że wyniki prof. Hofmeiera należą między statystykami do najlepszych.

Przechodząc do ruchu chorych i do wyników leczniczych musimy uwzględnić dwa odmienne działy t. j. osobno omawiać położniczą, a osobno ginekologiczną część kliniki.

Przedewszystkiem, jako ważną okoliczność zaznaczyć należy, że klinika położnicza lwowska jest pomieszczona w krajowym zakładzie położniczym i że przez to jest częścią tego zakładu. Niektóre zatem przepisy, które w innych klinikach, a nawet już w ginekologicznej części kliniki, nie mają zastosowania, w części kliniki położniczej muszą być uwzględnione.

Klinika, jako zakład położniczy, prócz osób zdrowych, przybywających na poród do kliniki, musi przyjmować także osoby rodzące gorączkujące (już zakażone), a także i położnice gorączkujące zakażone, o ile na to miejsca starczy, t. j. o ile (według rozpoczą-

*) Die kgl. Universitäts-Frauenklinik in Würzburg 1889—1901. Hofmeier 1903.

dzenia w rysie historycznym podanego) niema w klinice przepelnienia (patrz str. 342).

Przybywają zatem do kliniki czasem osoby w stanie bez nadziejnym albo nawet już umierające, które na klinikę przyjęte być muszą, gdyż klinika jest zarazem oddziałem szpitalnym. Prawa wyboru materiału położniczego klinika nie ma, musi przyjmować wszystko, co przychodzi.

Stąd też przy ocenie leczniczej działalności kliniki materiał położniczy musi być podzielony na dwie kategorie: do pierwszej wejdą przypadki, które w chwili przybycia do kliniki były czyste, nie zakażone, nie gorączkujące; do drugiej te, które przybyły już zakażone i gorączkujące.

Do materiału ginekologicznego uwaga ta niema zastosowania, gdyż klinika ma zupełną swobodę wyboru przypadków ginekologicznych, na tych samych warunkach, jakie powszechnie w klinikach uniwersyteckich obowiązują.

KLINIKA POŁOŻNICZA.

Jak już w rysie historycznym nadmieniono, klinika przyjmuje cały materiał napływający do zakładu położniczego w ciągu dziesięciu miesięcy w roku, przez cztery dni w każdym tygodniu.

Dniami przyjęcia są: niedziela i poniedziałek, środa i czwartek.

Porządek przyjmowania przypadków jest następujący. Wszystkie osoby, zgłaszające się do przyjęcia, wstępują do klinicznej izby przyjęcia; tu dyżurny lekarz zbiera wywiady, bada ciepłotę i tętno, i przekonywuje się, czy dana osoba nadaje się do przyjęcia na klinikę i czy nie okazuje objawów zakażenia.

Osoby ciężarne nadające się do przyjęcia t. j. po skończonym ósmym miesiącu księżycowym ciąży, z ciepłotą i tętnem prawidłowym, zostają pomieszczone między zdrowymi brzemiennymi; rodzące zdrowe udają się na pierwsze piętro do oddziału położniczych zdrowych.

Osoby przybywające do kliniki, jako położnice po odbytych porodach ulicznych, albo wogóle w pierwszych dniach porodu bywają uważane co do zakażenia, jako niepewne; pomieszcza się je w oddziale przeznaczonym dla chorych zakażonych. Nadmienić tu wypada, że osoby, które w domu urodziły, zgłaszają się prawie zawsze do kliniki dopiero wówczas, gdy ich nieprawidłowy przebieg porodu (najczęściej stan gorączkowy) do tego zmusza.

Osoby rodzące zdrowe udają się, jak już powiedziano, na pierwsze piętro do oddziału położniczego, gdzie wchodzi do łazienki; tam każda zdejmuje swoje ubranie, dostaje kąpiel, ubiera się w czystą bieliznę kliniczną i przechodzi na salę porodową.

Natychmiast po przybyciu na salę porodową lekarz bada dokładnie stan przybyłej i spisuje szczegółowy protokół.

Aczkolwiek na sali porodowej unikamy częstego badania rodzących, jednak surowsze przepisy w tym kierunku nie istnieją; ilekroć tego potrzeba wymaga, lekarz lub akuszerka dyżurna badają rodzące wewnątrznie. Co do uczniów istnieje tylko ograniczenie, że mogą badać tylko w obecności i pod nadzorem asystenta.

Przed każdym badaniem oczyszcza się rodzącą t. j. części sromowe, międzykrocz, podbrzusze i wewnętrzne powierzchnie ud przez namydlenie i splukanie roztworem sublimatu 1:1000.

Badający umywa się według metody Fürbringera i ujmuje ręką, którą ma wewnątrznie badać, wyjałowiony i w roztworze sublimatu (1:1000) zamoczony wacik. Waciki takie w dostatecznej ilości znajdują się koło każdego łóżka rodzącej w ruchomej, umyślnie na ten cel przygotowanej, miednicy. Ręką drugą rozwiera szeroko wargi sromowe i uchwyconym wacikiem splukuje i obciera przedsionek pochwy jednym pociągnięciem z góry na dół; następnie wacik rzuca i wprowadza palec do pochwy w celu badania. Przestrzykiwań pochwowych, wycierania pochwy przed badaniem i porodem (jak to jest w użyciu w klinice Hofmeiera) w zwykłych prawidłowych przypadkach nie wykonywa się w klinice nigdy. Tylko przy cuchnących lub ropiastych odchodach przepłukujemy pochwę 1% roztworem lysolu w celu usunięcia nadmiaru wydzieliny.

Podczas badania wewnątrznego w I-szym okresie porodowym unikamy wprowadzania palca do szyi macicy, o ile nie zachodzi konieczna tego potrzeba, i ograniczamy się do badania przez sklepienie pochwe, co najczęściej dostatecznie poucza o stanie i okresie porodu.

Postępowanie takie kontrolować się naturalnie nie da i zależy wprost od dobrej woli i sumienności badającego.

Badanie w drugim okresie porodowym uważamy jako najmniej niebezpieczne.

W trzecim okresie porodowym t. j. po urodzeniu się płodu, i tuż po porodzie unikamy badania wewnątrznego zapomocą palca i ograniczamy je do przypadków wyjątkowych.

W razie koniecznej potrzeby, np. krwotoku, raczej rozwieramy pochwę szerokimi, na ten cel umyślnie zbudowanymi, a przez doc. dr. Kościńskiego dla niektórych operacji położniczych zaleconymi wziernikami łyżkowymi. Wolimy odsłonięte części wewnętrzne obejrzeć, niż palcem badać.

Po porodach prawidłowych nie wykonywamy żadnych wewnętrznych przeplukiwań, tylko oplukujemy części sromowe zewnętrznie rozczyłem lysolu.

Po zabiegach operacyjnych w przypadkach, w których wody płodowe były cuchnące, oczyszczamy wnętrze macicy, wycierając je kawałkami gazy jodoformowej umaczanymi w 5% roztworze kwasu karbolowego i ujętymi w szczypczyki; przemywań wewnątrzmacicznych nie robimy.

W przypadkach takich, w celu zapobieżenia możliwemu zakażeniu, szczególnie jeżeli rodząca krwawi, bardzo chętnie szczelnie tamponujemy macicę gazą jodoformową. Po takiej tamponadzie macica kureczy się dobrze, a gaza jodoformowa działa przeciwnie. Po tamponowaniu macicy nie widzieliśmy nigdy złych skutków; przeciwnie, mamy to przeświadczenie, że pomyślny przebieg bardzo wielu przypadków zawdzięczamy właśnie takiemu tamponowaniu macicy.

Po za tem staramy się w klinice przeprowadzić we wszystkich możliwych kierunkach bezwzględna czystość według zasad, dzisiaj ogólnie w nauce przyjętych.

W ciągu pięciolecia przyjęto do kliniki 2912 przypadków położniczych. Z tych uznano 2486 w chwili przyjęcia za zdrowe i przydzielono je do klinicznego położniczego oddziału osób zdrowych; resztę zaś, między którymi były w chwili przyjęcia umierające, ciężko chore, gorączkujące, roniące, położnice ze świeżem zakażeniem wenerycznym, osoby obarczone powikłaniami chorobowymi, mogącymi stanowić źródło zakażenia, ogółem 426 osób przydzielono do oddziału klinicznego zakaźnego.

W klinice Hofmeiera nie znajdujemy wprawdzie podziału jej na oddział osób zdrowych i oddział osób zakażonych; de facto atoli podział taki istnieje, gdyż w jego klinice, jak to z zestawień widać, przypadki położnicze nieczyste bywają przyjmowane na oddział ginekologiczny. Na tym oddziale w ciągu 14 lat zanotowano 562 przypadki położnicze, jako to: różne powikłania ciąży, graviditas extrauterina, haematocele, subinvolutio uteri, abortus incompletus, immi-nens, habitualis, polypus placentaris, mola, ruptura uteri, abortus

artificialis, abortus septicus etc. etc.; wynika stąd, że statystyka położnicza Hofmeiera obejmuje przypadki, odnoszące się tylko do osób, które w chwili przyjęcia były zdrowe.

Oddział położniczy czysty czyli osób zdrowych.

Z przyjętych na ten oddział 2486 osób wystąpiło z kliniki przed porodem 151, a tych część po wyleczeniu cierpień, z którymi się jako brzemiennie zgłosiły, część zaś dlatego, że nie chciały się dać badać i rodzić wobec uczniów.

Pozostałe 2335 urodziły w klinice, a mianowicie:

W roku 1899	.	.	.	.	433 osób
„ 1900	.	.	.	.	426 „
„ 1901	.	.	.	.	481 „
„ 1902	.	.	.	.	501 „
„ 1903	.	.	.	.	494 „
<hr/>					
Razem					2335 osób

Między temi było:

Pierwiastek	.	.	.	832	czyli 36%
Wieloródek	.	.	.	1503	„ 64%
Mężatek	.	.	.	980	„ 42%
Stanu wolnego	.	.	.	1355	„ 58%

Między ostatnimi było 11 rozwódek i 52 wdów.

Według tego do kliniki lwowskiej zgłasza się stosunkowo więcej osób stanu wolnego, aniżeli do kliniki Hofmeiera, w której na 900 rodzących było 437 mężatek a 463 osób stanu wolnego.

Dzieci urodziło się 2374.

Porodów bliźniaczych było 47 czyli 2%, i 8 poronień.

Z pomiędzy noworodków było żywo urodzonych 2223, a nieżywo urodzonych 159 czyli 6,69%; w liczbie tej mieści się 60 płodów zmacerowanych i 8 przypadków poronień, które przyjęto na oddział położniczy czysty.

Stosunek dzieci nieżywo urodzonych jest mniej więcej taki, jak w klinice Hofmeiera, gdzie na 900 porodów było nieżywo urodzonych dzieci 55 czyli 6,11%.

Donoszonych dzieci przyszło na świat 1985, a niedonoszonych 389.

Płci męskiej było 1209, a żeńskiej 1165, czyli, że na 100 urodzonych dziewcząt przypada 104 chłopców.

Położeń główkowych było 2239 = 94,31%

W tem:

czaszkowych	I —	1321 = 55,65%
	II —	897 = 37,79%
czołowych	I —	1 = 0,04%
	II —	3 = 0,12%
twarzowych	I —	10 = 0,12%
	II —	1 = 0,04%
skośnych	I —	5 = 0,21%
	II —	1 = 0,04%

Położeń miednicowych było 85 = 3,58%

W tem:

zupelnych	I —	24 = 1,01%
	II —	15 = 0,64%
pośladkowych	I —	10 = 0,42%
	II —	16 = 0,67%
nózkowych	I —	11 = 0,46%
	II —	9 = 0,38%

Położeń poprzecznych było 50 = 2,11%

pierwotnych	I —	20 = 0,82%
	II —	23 = 1,00%
zaniedbanych	I —	4 = 0,17%
	II —	3 = 0,12%

12 porodów zanotowane są jako nagłe; przypadki te dotyczą położeń czaszkowych, a bliższe określenie I czy II starano się oznaczyć z ułożenia płodu między udami matki.

Ilość położeń czaszkowych oznaczona odsetkiem 93,44% zbliża się więcej do obliczeń Heckera i Winekla, podczas gdy liczba położeń poprzecznych określona odsetkiem 2,11 przenosi jeszcze cyfrę, którą podaje Hofmeier.

Prócz podanych nieprawidłowych położeń płodu spostrzegano z ważniejszych nieprawidłowości:

Pelvis angusta justo minor	80
„ plana rhachitica	36
„ spondylolysetica	1
„ coxalgica	1
„ kyphotica	1
„ scoliotica	1
„ obliqua	1
„ exostotica	3
„ osteomalacica	6
„ major	4
Rigiditas oxificii uteri externi	1
Hydramnios	13
Hydramnios acutum	3
Tetanus uteri	1
Hyperemesis gravidarum	1
Fibromata uteri	7
Prolapsus funiculi umbilicalis	39
„ manus	17
Placenta praevia centralis	4
„ „ lateralis	7
Ablatio placentae praecox	5
Laceratio colli uteri incompleta	7
Ruptura perinaei I i II gr.	161
„ perinaei III gradus	4
„ „ centralis	2
„ vaginae	3
Retentio velamentorum	61
„ placentae	5
Placenta succenturiata	4
Metrorrhagia post partum	40
Eclampsia post partum	1
Mastitis	4
Pneumonia	4
Myelitis transversa	1
Vaginitis	81
Lues	11
Vitium cordis	19
Tuberculosis pulmonum	4
Nephritis	3
Cystitis gonorrhoeica	3

Porównując to zestawienie z podobnem z kliniki Hofmeiera, zwracam uwagę, że w naszej klinice miały miejsce 4 przypadki zupełnego pęknięcia międzykrocza, co czyni 0,17%, podczas gdy w klinice Hofmeiera w ostatnich 900 przypadkach nie wydarzył się ani jeden podobny przypadek.

Trzy razy nastąpiło pęknięcie zupełne międzykrocza podczas szybko dokonywanej pomocy ręcznej w położeniach miednicowych u pierwiastek na płodach bardzo znacznie rozwiniętych; jeden raz podczas dokonywania operacji kleszczowej w przypadku mechanizmu nieprawidłowego położenia czaszkowego, w którym pęknięcie rozpoczęło się jako raptura perinaei centralis i przeszło w pęknięcie zupełne. W przypadku tym operował pod nadzorem asystenta praktykant kliniczny.

Pęknięcie międzykrocza I i II-go stopnia było w klinice Hofmeiera w ostatnich 900 przypadkach 59 czyli 6,55% w naszej klinice zaś było na 2 335 porodów 161 co czyni 6,89%.

Zbyt wielkie rozmiary główki ułatwiają niewątpliwie pęknięcie międzykrocza, podobnie też i pewne właściwości mechanizmu, w jakim się główka rodzi; u nas może grać jeszcze rolę i ta okoliczność, że mamy do czynienia z osobami o bardzo niskim poziomie wykształcenia, które się zachowują nieswornie i są nieposłuszne.

Prócz tego u noworodków spostrzegano:

Spina bifida	1
Faux lupina	1
Atresia ani congenite	2
Vitium cordis congenitum	2
Anencephalus	1
Pes varus	2
Polydaktylia	2
Syndaktylia	1
Rhachitis foetalis	1
Melaena neonatorum	3
Lues	10
Atelectasis pulmonum	2
Pneumonia	6
Enteritis	2
Fractura epiphysis femoris	1
Paresis facialis	1
Mastitis	1
Ophthalmoblenorrhoea	5

Ophthalmoblenorrhoea obserwowana była w czterech przypadkach w roku 1899 tuż po otwarciu kliniki w czasie, gdy klinika nie była jeszcze dostatecznie urządzona, gdy dopiero była w ruch wprawiana, i postępowanie zapobiegawcze nie było jeszcze należyte przeprowadzone. W następnych latach obserwowano w roku 1901 jeden przypadek, w innych latach nie było żadnego przypadku.

Zrazu używano w celu postępowania zapobiegawczego do zakrapiania oczu noworodków roztworu argenti nitrici, później roztworu protargolu, a od dwu lat 1% roztworu argenti acetici.

Pod względem operacyjnym wykonano następujące zabiegi:

Operacji kleszczowych przy niskiem ustawieniu główki	50	razy
Operacji kleszczowych przy wysokiem ustawieniu główki	57	„
Do niskich ustawień używaliśmy zwykle kleszczy Simpsona; do wysokich ustawień najczęściej Madurowicza, w przypadkach trudniejszych Breusa albo Tarniera.		
W pięciu przypadkach przy wysokiem ustawieniu główki operacya kleszczowa nie prowadziła do celu, i musiano przystąpić do zmniejszenia pojemności główki.		
Obrót na główkę zabiegami zewnętrznymi wykonano	1	raz
Obrót na nóżki wykonywano	68	razy
W 2 przypadkach okazało się dokonanie obrotu niemożliwym i niebezpiecznym, przystąpiono zatem do wypaproszenia płodu. W 4 przypadkach wykonano obrót sposobem Brakstona-Hicksa.		
Wydobyto płód za nóżki	42	„
Pomoc ręczną w przypadkach położań miednicowych wykonano	53	„
Wyciśnięcie płodu sposobem Kristellera	14	„
Wymóżdżenie główki	16	„
Wypaproszenie płodu	10	„
Zabiegi, mające na celu zmniejszenie pojemności główki płodu i wypaproszenie tułowia, dokonywaliśmy sposobem podanym przez Koźmińskiego t. j. operowaliśmy pod kontrolą wzroku po odsłonięciu pola operacyjnego wziernikami łyżkowymi.		
Odprowadzenie wypadniętej pępowiny	6	„
„ „ rączki	2	„

Zmiana położenia twarzowego na czaszkowe metodą Thorna	2	„
w tem raz z pomyślnym wynikiem.		
Rozszerzenia szyi macicy dokonano	6	„
w tem 2 razy sposobem Dührssena, a 4 razy sposobem Bossiego.		
Episiotomii	42	„
Sectio cesarea	7	„
wszystkie z pomyślnym wynikiem dla matki i dla dziecka.		
Laparotomię na ciężarnych wykonano	6	„
z tych w jednym przypadku w celu usunięcia hydronephrosis, w pięciu przypadkach w celu usunięcia torbiela jajnikowego. Wszystkie przypadki operowano z pomyślnym wynikiem; we wszystkich ciąży została utrzymana.		
Wyciśnięto łożysko sposobem Credégo	43	„
Wydobyto łożysko ręcznie	42	„
Wydobyto błony pozostałe	8	„
Wyskrobano macicę w położu	14	„
Wytamponowano macicę	70	„

Porównując zabiegi operacyjne, wykonane w klinice lwowskiej, z zabiegami dokonanymi w klinice Hofmeiera, zwraca uwagę, że w klinice w Würzburgu wykonano ręczne wydobyte łożyska 7 razy na 900 porodów, podczas, gdy w klinice lwowskiej wykonano je 42 razy na 2335 porodów, czyli, że we Lwowie wykonywano je 2 razy częściej. Różnicę tę należy odnieść do odmiennych zapatrywań w postępowaniu w klinice lwowskiej; u nas przyjętą jest zasada, że po zabiegach ciężkich, wśród których wiele manipulowano w macicy, nie wyczekujemy długo na wystąpienie łożyska; jeżeli łożysko nie odchodzi, a chora krwawi, przystępujemy do ręcznego wydobywania łożyska, mając na myśli korzyści, wynikające z ukończenia porodu. Po ukończeniu bowiem porodu możemy przystąpić do gruntownego i starannego oczyszczenia kanału rodowego przez wytarcie wnętrza macicy w sposób wyżej opisany; możemy też wykonać tamponadę, jako postępowanie zapobiegające możliwemu zakażeniu, z którego mamy bardzo dobre wyniki.

W klinice Hofmeiera tamponowano pochwę 2 razy, o tamponowaniu macicy niema wzmianki; w klinice zaś lwowskiej dokonano

70 razy tamponowania macicy, co daje wyraz zapatrywaniu i postępowaniu, jakie u nas jest przyjęte, w przeciwstawieniu do zapobiegawczych przestrzykiwań narządu płciowego, jakie w klinice Hofmeiera na szeroką skalę są w użyciu.

Pod względem śmiertelności i chorobliwości stosunki przedstawiały się jak następuje:

Na 2335 osób, które rodziły w klinice w oddziale położniczym, jako niegorączkujące, zmarło 3 osoby, czyli 0,12% albo 1,28 pro mille.

Z tych jedna zmarła w roku 1902. M. S., L. prot. 547, zamężna, wieloródka, poczęła rodzić u siebie w domu; do kliniki przybyła z powodu znacznego krwotoku, trwającego od kilkunastu godzin. Ciepłota 36,0°, tętno 108, bardzo nikle, tętna płodu wysłuchać nie można. Rozpoznano koniec pierwszego okresu porodowego, krwotok z przedwczesnego odklejenia łożyska. Przebito pęcherz, wody płodowe zielone. Krwotok nie ustaje. Usiłowano sprowadzić główkę kleszczami, założonemi na główkę wysoko stojącą, a gdy się to nie udało, zmniejszono pojemność główki i wydobyto płód. Łożysko wygnieciono sposobem Credégo. Macica nie kurczy się. Secale cornutum, tamponada macicy. Tętno coraz niklejsze nie podnosi się, i mimo wszelkich środków podniecających i kilkakrotnych wlewań podskórnych, chora zmarła w dziewięć godzin po przybyciu na klinikę.

Sekcyja wykazała prócz obrazu najwyższej niedokrewności ostry obrzęk śledziony.

Ze stanowiska klinicznego musimy powiedzieć, że chora zmarła skutkiem krwotoku.

Nie można jednak pominąć okoliczności, że sekcyja wykazała ostry obrzęk śledziony, co by przemawiało za tem, że w niniejszym przypadku miało miejsce zakażenie septyczne. Możliwości zakażenia septycznego w tym przypadku wykluczyć nie można, gdyż chora przybyła do kliniki na końcu pierwszego okresu porodowego, rodziła najpierw w domu przez cały dzień, przez kilkanaście godzin krwawiła i była po za kliniką wielokrotnie badaną.

Jeżelibyśmy w tym przypadku przyjęli jako przyczynę zejścia śmiertelnego zakażenie septyczne, to nie można przypuścić, aby ono nastąpiło w klinice: chora była tu niespełna 9 godzin, a w tak krótkim czasie obrzęk ostry śledziony nie mógł się być wytworzyć; należy raczej przypuścić, że została zakażoną w domu przed przybyciem do kliniki, zaraz na początku porodu. Jeżeli zatem zmarła z zakażenia, które powstało po za kliniką, powinniśmy przypadek

ten uważać, jako mylnie przyjęty na oddział położnic zdrowych, i doliczyć go do przypadków septycznych.

Druga osoba zmarła w 1903 r., A. F., zamężna wieloródka. L. prot. 172. Przybyła na klinikę d. 29/III z powodu krwotoku trwającego od 24 godzin. Ciepłota 37, tętno ledwo wymagalne.

Rozpoznano: Placenta praevia centralis, wykonano obrót metodą Braxtona-Hicksa, laceratio cervicis, atonia uteri, dalsze krwawienie, Secale cornutum, tamponada. Tętno się nie podniosło mimo wszelkich zabiegów. Chora zmarła w 10 godzin po przybyciu na klinikę.

Sekcyja stwierdziła śmierć z powodu ostrej niedokrewności.

Trzecia zmarła także w roku 1903, F. F., L. prot. 504. Do kliniki zgłosiła się, jako brzemienna. Pierwsze dwa porody klezczowe, dzieci nieżywe, trzeci poród zakończony wymóżdzeniem. Czwarty poród płodu niedonoszonego, który wazył 2660 gramów, ukończono, po dokonanych obrotach na nóżki, ręcznym wydobyciem. Płód żyjący. Osoba bardzo wynędzniała z miednicą krzywiczą; skośnie ścięcioną z powodu kyphoscoliosis; postanowiono w 32-gim tygodniu ciąży wznieść przedwczesny poród, tymczasem zaś podano dytę Prochownika.

W dniu 30/XI w celu wywołania czynności porodowej założono gazę jodoformową do szyi macicy: nieznaczne skurcze macicy; 1/XII zmieniono gazę, stan takiz sam. W kilka godzin później założono balon Barnes'a, który po kilku godzinach zastąpiono balonikiem Charpentiera; 2/XII przy ujściu rozwartem na 3 palce obrót metodą Braxtona-Hicksa. Wydobyte ręcznie płodu. Macica nie kurczy się, krwotok. Wyjęto ręcznie łożysko, zastosowano secale cornutum, tamponadę macicy, a mimo to chora krwawi. W dniu macicy po stronie prawej czuć talerzowate miękkie zagłębienie, pochodzące z częściowego porażenia ściany macicy w miejscu przyczepienia łożyska. Usunięto tampony, odsłonięto część pochwową wziernikami, i ponieważ brzegi ujścia były naddarte, nałożono szwy. Wytampowano pochwę, macicę ułożono w przodozgięciu i opaską, założoną na brzuch, przytrzymało ją w tem położeniu. Chora opaski znieść nie mogła; wyjęto tampony, ściągnięto macicę ku dołowi. Krwawienie ustało.

W następnym dniu chora przysła do siebie.

Trzeciego dnia po porodzie wystąpił stan gorączkowy, a czwartego dnia chora zmarła przy objawach zakażenia septycznego.

Sekcyja stwierdziła bardzo znaczną niedokrewność i objawy, odpowiadające zakażeniu septycznemu.

Osoba ta zmarła niewątpliwie skutkiem zakażenia, powstałego w klinice, co jedynie usprawiedliwia się tem, że w przypadku niniejszym chora była w ciągu przeszło trzech dni co kilka godzin przedmiotem różnych zabiegów operacyjnych.

Gdybyśmy pierwszy przypadek zaliczyli do oddziału septycznego, to w takim razie w oddziale położniczym rodzących niezakażonych mielibyśmy do zanotowania tylko dwa przypadki zejścia śmiertelnego, co by czyniło $0,08\%$, czyli $0,85$ pro mille.

Ponieważ jedna chora zmarła od krwotoku, zatem z zakażenia septycznego umarła jedna, co czyni $0,04\%$, czyli $0,43$ pro mille.

W klinice Hofmeiera z 900 rodzących zmarło 3 czyli $0,33\%$, a z tych na zakażenie septyczne 1 czyli $0,11\%$ (ta jednakowoż przyszła do kliniki już zakażona, żadna zatem z nich w klinice nie była zakażona). Śmiertelność przypadków czystych w klinice lwowskiej była znacznie niższa, bo wynosiła $0,12\%$.

Według naszego przekonania śmiertelność, gdy idzie o odsetek niżej jednostki pro mille, nie może dawać wyobrażenia należytego o gorszych lub lepszych wynikach leczniczych pewnego zakładu. W takich razach jeden jedyny przypadek zejścia śmiertelnego zmienia bardzo znacznie odsetek śmiertelności; tymczasem każdy przecieź łatwo zrozumie, że tam, gdzie rodzi tysiące; gdzie kilkadziesiąt osób styka się z rodzącymi; gdzie od sumiennosci jednostki wiele zależy: zakażenie może być przypadkowe, albo powstać w sposób taki, że nie można za to winić zakładu; każdy zaś przypadek zakażenia może się zakończyć zejściem śmiertelnem.

Właściwym probierzem, dającym wyobrażenie o stosunkach zdrowotnych zakładu położniczego, o wynikach jego leczniczych, jest częstotliwość zachorowania w położu.

W klinice lwowskiej zwracano nadzwyczajną uwagę na przebieg położu, na ciepłotę i tętno. Każda sala zaopatrzona jest stale w taką liczbę termometrów, aby można było u wszystkich w sali leżących położnic równocześnie zmierzyć ciepłotę. Tym sposobem zyskuje się na czasie i kontrola lekarska może być bardzo dokładną. Samo przez się rozumie się, że termometry są kontrolowane. Jeżeli któraś z położnic okazuje jednorazowe podwyższenie ciepłoty powyżej $37,5^{\circ}$, zostaje przeniesioną na oddział położniczy zakaźny, chociaż dalej pozostaje w ewidencji oddziału położniczego, i w zestawieniach do niego jest zaliczona.

W statystyce z kliniki Hofmeiera czytamy, że uwzględniano chorobliwość w położu dopiero wówczas, gdy ciepłota przekroczyła

38°; w celu ułatwienia porównania i my postępujemy w ten sam sposób w niniejszej pracy i zestawiamy przypadki, w których ciepłota dosięgła przynajmniej 38° C. Przypadków jednorazowego podniesienia ciepłoty niżej 38°/o nie wliczamy.

Tym sposobem w klinice lwowskiej w oddziale położniczym czystym, było gorączkujących 197 co czyni 8,43°/o.

Przypadki te rozdzielają się w sposób następujący:

1. Jednorazowe podniesienie ciepłoty do 38°	. . . . .	21	0,90°/o
2. Dwurazowe podniesienie ciepłoty do 38°	. . . . .	15	0,64°/o
3. Jednorazowe podniesienie ciepłoty wyżej 38°	. . . . .	31	1,33°/o
4. Dwurazowe podniesienie ciepłoty wyżej 38°	. . . . .	30	1,27°/o
5. Pológ gorączkowy niżej 39°	. . . . .	36	1,55°/o
6. Pológ gorączkowy ciężki, wyżej 39°	. . . . .	64	2,74°/o
		<u>197</u>	<u>8,43°/o</u>

Jak już z zestawienia niniejszego wynika, przypadki te rozpadają się na dwie kategorie, a mianowicie na:

I. Jedno i dwurazowe podniesienie ciepłoty z dalszym prawidłowym przebiegiem porodu i tych przypadków było	. . . . .	97	4,14°/o
II. Przypadki dłuższego gorączkowania w porodu, których było	. . . . .	100	4,29°/o
		<u>197</u>	<u>8,43°/o</u>

Co do przyczyny stanu gorączkowego, przypadki nasze układają się:

Nie stwierdzono na pewno przyczyny w 36 przypadkach	. . . . .	1,54°/o
W 64 przypadkach przyczyna gorączki nie leżała w narządzie płciowym	. . . . .	2,74°/o
Wreszcie w 97 przypadkach przyczyna gorączki leżała w narządzie płciowym	. . . . .	4,15°/o
		<u>8,43°/o</u>

Gdybyśmy podobnie, jak Hofmeier, do przypadków gorączkowych, w których przyczyna leżała w narządzie płciowym dołączyli

jeszcze przypadki gorączki niewiadomego pochodzenia, otrzymalibyśmy liczbę 133 co czyni 5,69%.

Porównując nasze liczby z liczbami Hofmeiera, widzimy dużo lepsze wyniki w klinice lwowskiej, gdyż u nas procent zachorowania w położeniu wynosi 8,43%, podczas gdy w klinice Hofmeiera w ostatnich 900 przypadkach wynosił 14,5%.

Jak już powyżej zaznaczono, osoby roniące, położnice, ciężkie przypadki położnicze, były w klinice Hofmeiera przyjmowane na oddział ginekologiczny, więc zupełnie podobnie, jak u nas, nie weszły w zestawienie statystyczne oddziału położniczego.

Hofmeier wykazuje, że w jego klinice niekorzystny odsetek chorobliwości w ostatnich latach tylko doszedł do 14,5%, a w latach dawniejszych wynosił: 8,5%, 10,2%, 8,9%, 10,6%, 9,9% i 16,4%, a przeciętnie we wszystkich latach 11,24%. Pogorszenie w ostatnich latach przypisuje przepelnieniu i niekorzystnym warunkom kliniki.

Wyniki nasze świetne zawdzięczamy niewątpliwie w pewnej części temu, że klinika nasza jest jak na dziś dobrze urządzoną; głównie atoli—jak sądzimy—zasadom, jakie w klinice panują, i współdziałaniu sił lekarskich. Panom kolegom asystentom należy się zupełne uznanie, gdyż tylko przy ich wzorowej i nieustannie wyczerpanej pracy i sumienności osiągnąć to było możebne.

W każdym razie nie możemy być przekonani o korzyściach zapobiegawczego przestrzykiwania i oczyszczania rodzących sposobem, w klinice w Würzburgu praktykowanym.

Oddział położniczy zakaźny.

426 osób w chwili przybycia na klinikę uznano już to za zakażone, już też za nieczyste lub niepewne, i skierowano je do oddziału zakaźnego.

Między temi było:

Położnic	. . . . .	94
Rodzących	. . . . .	179
Roniących	. . . . .	153

Dzieci urodziło się 186. Porodów bliźniaczych było 7.

Żywych urodziło się 135 dzieci, a między temi 120 donoszonych. Zmacerowanych urodziło się 20, nieżywo 31.

Położeń czaszkowych było	154
„ twarzowych „	2
„ czołowych „	3
„ poprzecznych „	14 z tych 2 evolutio spontanea
„ miednicowych „	13
Razem	186

Z nieprawidłowości spostrzegano:

Pelvis angusta justo minor	7
„ plana rhachitica	5
Kyphotica	1
Rigiditas orificiū ut. exter.	1
Hydramnios	1
Physometra	6
Tetanus uteri	1
Fibromata uteri	1
Prolapsus funiculi umbil.	2
„ manus	8
Placenta praevia centralis	2
Elongatio port. vag. cum prolapsu uteri	2
Ablatio placentae praecox	1
Ruptura uteri	3
„ colli uteri	1
„ perinaei I i II gr.	16
„ mucosae vaginalis.	5
Retentio velamentorum	4
„ placentae	5
Metrorrhagia post partum	9
Atonia uteri	4
Eclampsia	14
Mastitis	1
Vaginitis	7
Mania puerperalis	4
Trombophlebitis	2

Pneumonia	6
Lues	30
Vitium cordis	8
Tuberculosis pulmonum	11
Nephritis	1
Ulcera cruris	7
Intermittens	3
Intoxicatio phosphorica	1
Variola vera	1
Trachoma	1
Pleuritis	5

Z operacyi wykonano następujące:

Operacyi kleszczowych przy niskiem ustawieniu główki	9 razy
Operacyi kleszczowych przy wysokiem ustawieniu główki	13 "
W 4 przypadkach kleszcze nie prowadziły do celu i musiano przystąpić do wymóżdzenia główki.	
Versio	9 "
Expressio foetus	1 "
" placentae	10 "
Evisceratio foetus	7 "
Trepanatio	9 "
Extractio manualis foetus	18 "
" placentae manualis	8 "
" manualis ovi intra abortum	23 "
Dilatatio cervicis	8 "
3 razy metodą Dührssena, 5 razy metodą Bossiego.	
Episiotomia	7 "
Extractio velamentorum	2 "
Excochleatio uteri	97 "
Macicę tampowano	171 "

Z tego 97 razy po wyskrobaniu, a 74 razy po porodach.

Co do śmiertelności, to w oddziale zakaźnym w ciągu pięcioletnia zmarło 22 osoby, a mianowicie:

Liczba	Rok	Nr. protokółu	Litery początk.	Stan w chwili przyjęcia	Przebieg choroby	Przyczyna śmierci
1	1899	149	A. L.	Położnica gorączkująca po poronieniu. Ciepl. 39,0°, T. 110.	Leczone dni 11.	Septicaemia
2	"	425	M. D.	Rodząca. Ciepłota 39,5°, T. 116.	Poród dobrowolny. Ruptura perinaei Igrad., Sutura.	Peritonitis septica
3	1900	316	P. R.	Rodząca. Ciepłota 39,5°, T. 116. Vitium cordis.	Poród dobrowolny.	Peritonitis septica
4	"	281	B. T.	Rodząca. Ciepłota 39°, T. 92. Eclampsia.	Poród szybki dobrowolny. Eclampsia w porożu.	Oedema pulmonum
5	"	557	K. P.	Rodząca. Ciepłota 39,8°, T. 100. Położenie poprzeczne.	Versio in pedem. Extractio foetus. Foetus vivus.	Septicaemia
6	1901	441	I. L.	Położnica gor. po poronieniu. Ciepl. 39,0°, T. 112.	Leczone 10 dni	Septicaemia
7	"	266	P. O.	Rodząca. Ciepłota 37,7°, T. 104.	Poród dobrowolny.	Septicaemia
8	"	378	K. S.	Brzemienna. Ciepl. 37,5°, T. 104. Eclampsia.	Venesectio, Infusio subcutanea, Dilatio cervicis, Incisiones modo Dührsen, Forceps alta.	Eclampsia
9	"	467	M. M.	Brzemienna, Endocarditis Pneumonia	Poród szybki dobrowolny	Pleuropneumonia ambilateralis
10	1902	248	C. T.	Położnica gorączkująca. Ciepl. 39,0°, T. 124.	Leczone 12 dni	Septicaemia
11	"	72	M. L.	Rodząca, Vitium cordis in stadio incompensationis. Położenie poprzeczne.	Versio in pedem, Atonia uteri, Metrorrhagia, Extractio placentae manualis. W klinice była 19 godzin.	Vitium cordis

Liczba	Rok	Nr. protokołu	Litery początk.	Stan w chwili przyjęcia	Przebieg choroby	Przyczyna śmierci
12	1902	326	M. P.	Położnica. Ruptura uteri. Peritonitis septica.	W klinice była 28 godzin	Peritonitis septica
13	"	335	P. S.	Rodząca. Ciepłota 39,2°, T. 90. Położenie poprzeczne zaniedbane.	Embryotomia. Tamponada uteri.	Septicaemia
14	1903	214	A. F.	Położnica. Moribunda.	W klinice była 4 godziny	Septicaemia
15	"	172	K. C.	Położnica. Moribunda.	W klinice była 30 godzin	Septicaemia
16	"	506	M. T.	Rodząca. Ciepłota 37,8°, T. 96.	W klinice niebadana	Septicaemia
17	"	15a	A. G.	Rodząca gorączkująca. Nieprzytomna. Tętno ledwo namicalne. Położenie twarzowe niskie.	Forceps- Metrorrhagia. W klinice była 2 godziny.	Septicaemia
18	"	124	A. K.	Rodząca. Eclampsia.	Forceps alta. Ruptura perinaei. Sutura. Pneumonia.	Pneumonia
19	"	358	I. F.	Położnica. Ruptura uteri compl. Ciepł. 37,8 o, T. 140. Peritonitis.	Laparotomia. Sutura uteri. W klinice była 16 godzin.	Peritonitis septica
20	"	573	B. L.	Rodząca. C. 37,8°, T. 140. Gemelli. I poród w domu, II poprzeczne zaniedbane.	Embryotomia	Septicaemia
21	"	603	M. K.	Położnica. Ciepłota 39,5°, T. 120.	W klinice była 22 godziny	Septicaemia
22	"	625	I. O.	Położnica. Ciepłota 38,6°, T. 140.	W klinice była 27 godzin	Septicaemia

Zastanawiając się nad przypadkami, które w oddziale położniczym zakaźnym zakończyły się zejściem śmiertelnym, musimy zauważyć, że z pomiędzy 426 osób, przyjętych w ciągu pięciolecia na oddział zakaźny, 94 osoby przyjęto jako położnice; z pomiędzy tych ostatnich zmarło osób 7, a wszystkie przybyły do kliniki z objawami rozwiniętego zakażenia septycznego. Jedna przybyła umierająca, a śmierć nastąpiła w 4 godziny po przyjęciu na klinikę. Trzy zmarły w czasie między 22 a 30 godzinami po przyjęciu na klinikę, a trzy chorowały dłużej t. j. 10, 11 i 12 dni.

Przypadki te naturalnie nie mogą wchodzić w zestawienie statystyczne osób rodzących w klinice.

Rodzących i roniących nieczystych przyjęto w tym okresie czasu 332, z których zmarło ogółem osób 15, czyli 4,5%. Między temi 10 zmarło z powodu zakażenia septycznego, co czyni 3%; z chorób przypadkowych zmarło 5, co czyni 1,5%.

Gdybyśmy chcieli połączyć wszystkie przypadki osób rodzących i roniących w klinice bez względu na to: czy osoby te przybyły do kliniki jako zakażone lub nie, wypadłyby cyfry następujące:

Porodów czystych było	2 335
„ zakażonych	332
	<hr/>
Razem	2 667
Umarło 18 co czyni	0,67%

Co do chorobliwości w położu w oddziale położniczym zakaźnym notowano:

Jednorazowe podniesienie ciepłoty	9 razy
Połów gorączkowy u osób, które przybyły jako rodzące .	38 „
Połów gorączkowy u osób, które przybyły jako położnice .	38 „
Septicaemia u osób, które przybyły jako rodzące . . .	18 „
Septicaemia u osób, które przybyły jako położnice . . .	10 „
	<hr/>
Razem	113 razy

Straciwszy z tej cyfry 48 przypadków, dotyczących osób, przyjętych do kliniki po odbytych porodzie, pozostaje na te położnice, które przybyły jako rodzące i w klinice urodziły, gorączkujących 65; w stosunku do odbytych w klinicznym oddziale położniczym zakaźnym porodów i poronień w liczbie 332 czyni to 19,57%.

Gdybyśmy dalej ułożyli naszą statystykę najniekorzystniej i obliczyli procent chorobliwości dla wszystkich przypadków, jakie w ciągu pięciolecia w klinice lwowskiej rodziły, bez względu, czy przybyły do kliniki zdrowe lub zakażone, to wypadają następujące cyfry:

W oddziale położniczym czystym urodziło osób	2 335
W oddziale zakaźnym	332
	<hr/>
Razem	2 667

Między położnicami gorączkowało:

W oddziale położniczym czystym	197
" " " zakaźnym	65
	<hr/>
Razem	262

Z czego wynika, że ze wszystkich rodzących gorączkowało: $9,82\%$.

Odsetek ten, obejmujący wszystkie przypadki porodów, nie dosięga chorobliwości w klinice Hofmeiera w Würzburgu z lat ostatnich, gdzie było $14,5\%$, ani przeciętnej z lat poprzednich, która wynosi $11,24\%$.

Słusznie zatem możemy powiedzieć, że wyniki lecznicze mamy lepsze, aniżeli w klinice w Würzburgu.

Oddział ginekologiczny.

W ciągu pięciolecia przyjęto ogółem do kliniki 1 288 chorych, które się rozdzielają na następujące kategorie stanów patologicznych.

1. Choroby sromu i pochwy.

Molluscum fibrosum labii maj	1 raz
Cystis glandulae Bartholini	4 razy
Ruptura perinaei inveterata	19 "
Symphilitis	1 "
Haematoma vulvae	2 "
Vulnus in regione clitoridis	1 "
Pruritus vulvae	3 "
Kraurosis vulvae	3 "
	<hr/>
do przeniesienia	34 "

	z przeniesienia	34 razy	
Vaginismus		2 "	
Polypus urethrae		4 "	
Prolapsus urethrae		2 "	
Defectus vaginae		9 "	
Stenosis vaginae		5 "	
Prolapsus vaginae		34 "	
Fistula vesico vaginalis		47 "	
Cystis vaginae		4 "	
Corpus alienum in vagina		3 "	
Paravaginitis abscedens		1 "	
Carcinoma vaginae		2 "	
		146 razy	146

II. Choroby macicy.

Endometritis w różnych postaciach	203 razy	
Residua post abortum	33 "	
Mola (między temi z hydatidosae)	7 "	
Haematometra	5 "	
Stenosis orif. uteri externi	62 "	
Lacerationes portionis vaginalis, ectropium hyper-		
trophia mucosae	11 "	
Fibromata uteri	156 "	
Fibrosarcoma uteri	3 "	
Neoplasmata maligna corporis uteri	19 "	
Carcinoma uteri	94 "	
Retroflexio uteri	45 "	
Proplapsus uteri	12 "	
Retroflexio uteri gravidi	7 "	
Graviditas interstitialis	5 "	
Involutio uteri incompleta	4 "	
	666 razy	666

III. Choroby przydatków macicy, tkanki łącznej i otrzewnej otaczającej.

Kystomata ovariorum	84 razy		
Cystis dermoidalis	1 "		
Fibroma ovarii	1 "		
	do przeniesienia	86 "	812

	z przeniesienia	86	„	812
Neoplasma malignum ovariorum		26	„	
Graviditas extrauterina		19	„	
Pyosalpinx		32	„	
Adnexitis		72	„	
Tumores adnexorum		31	„	
Fibroma ligamenti rotundi		2	„	
Exsudatum parametriticum		78	„	
„ perimetriticum		7	„	
Haematocele periuterina		39	„	
Peritonitis tuberculosa		14	„	
		<hr/>		
		406	razy	406

IV. Cierpienia innych organów.

Cystis retroperitonealis		1	razy	
Cystis cystis felleae		1	„	
Carcinoma renis		2	„	
Hydronephrosis		1	„	
Cystopyelitis		4	„	
Osteomalacia		23	„	
Spondylolysthesis		1	„	
Septicopyaemia		4	„	
Carcinoma S. romani		1	„	
Mastitis abscedens		2	„	
Hernia umbilicalis		3	„	
Abscessus parietis abdominalis		3	„	
Perityphlitis		1	„	
Atrophia genitalium praecox		3	„	
Hyperemesis gravidarum		1	„	
Nephritis in gravida		6	„	
Tuberculosis pulmonum in gravida		5	„	
Vitium cordis in gravida		6	„	
Cystitis in gravida		2	„	
		<hr/>		
		70	razy	70
		<hr/>		
		Razem		1 288

W przypadkach tych podjęto następujące zabiegi operacyjne:

A. Na częściach sromowych zewnętrznych i na brzuchu.

NAZWA OPERACJI	ILOŚĆ	ŚMIERTELNOŚĆ
Oncotomia mammae	1	0 = 0
Operatio Alexander-Adams	1	0 = 0
Operationes abdominales extra peritoneales	6	0 = 0
Punctio abdominis	6	1 = 16,66%
Operationes vulvae	25	0 = 0
Razem	39	1 = 2,5%

B. Na pochwie.

NAZWA OPERACJI	ILOŚĆ	ŚMIERTELNOŚĆ
Colporrhaphia	21	0 = 0
Colpoperineoplastica	44	0 = 0
Operationes vaginae (Stenosis, Cystitis etc)	18	0 = 0
Fistulorrhaphiae	38	1 = 2,63%
Razem	121	1 = 0,82%

C. Na macicy i sklepieniach pochwowych*).

NAZWA OPERACJI	ILOŚĆ	ŚMIERTELNOŚĆ	
		MARS	HOFMEIER
Excochleatio uteri	194	1 = 0,51%	14,08%
Exstirpatio uteri totalis per vag.	50	2 = 4,0%	
Exstirpatio uteri per morcellement	5	0 = 0	
Vaginofixatio uteri	4	0 = 0	
Ablatio polypi uteri	39	1 = 2,56%	
Discisio orif. ut. externi	64	0 = 0	
Amputatio portionis vag.	13	0 = 0	
Operatio Emmeti	8	0 = 0	
Excisio mucosae modo Schroeder	13	0 = 0	
Atmocausis	4	0 = 0	
Coeliotomia vaginalis	20	0 = 0	
Operationes in parametriis	2	0 = 0	
Razem	416	4 = 0,96%	

*) Dla łatwiejszego przeglądu i porównania przytaczamy w zestawieniach C. i D. obok i procentowe cyfry z Kliniki Hofmeiera, o ile są podane w powołanej pracy.

D. Laparotomie.

NAZWA OPERACJI	ILOŚĆ	ŚMIERTELNOŚĆ	
		MARS	HOFMEIER
Hysterectomia uteri myomatosi . . .	6	0 = 0	16,5%
Exstirpatio uteri myomatosi supra- vaginalis	37	3 = 8,10%	
Exstirpatio uteri myomatosi nec non adnexorum totalis	19	3 = 15,78%	
Exstirpatio tumorum malignorum uteri	7	4 = 57,14%	4,9%
Exstirpatio uteri modo Wertheim . .	14	7 = 50,0%	
Adnexotomia	36	3 = 8,33%	10,5%
Castratio	6	0 = 0	
Ovariectomia	74	1 = 1,35%	10,5%
Exstirpatio tumorum abdom (Hy- dronephrosis, Cystis cyst. fe- leae, Tumor retroperitoncalis etc.)	6	1 = 16,66%	
Operatio intestinorum	3	1 = 33,33%	10,5%
Tuberculosis peritonaci	4	2 = 50,0%	
Herniotomia	2	0 = 0	
Razem	223	25 = 11,21%	

Nadto leczono farmaceutycznie 537 osób, z których zmarło 9, czyli 1,67%, a u których żadnych zabiegów nie dokonywano.

Ogółem zatem z 1 288 przyjętych chorych zmarło 40 czyli 3,10%.

Operowanych było 751 osób, z których zmarło 31, co czyni 4,12%.

Operacji dokonano ogółem 799, z których zakończyło się śmiercią 31 czyli 3,87%.

Co się tyczy przypadków zejścia śmiertelnego, to musimy nadmienić, że niektóre z nich obciążają naszą statystykę, chociaż śmierć nastąpiła nie skutkiem zabiegu operacyjnego, ale po zabiegu. I tak:

1. Przypadek zejścia śmiertelnego po punkcji brzucha dotyczył nowotworu złośliwego, w którym po przeniesieniu chorej na klinikę, wykonano punkcję ex indicatione vitali; chora zmarła z powodu ogólnej carcinomatosis.

2. Przypadek śmiertelny po operacji przetoki pęcherzowo-pochwowej dotyczył dziewczicy, u której z niewiadomej przyczyny istniała od trzech lat sztuczna przetoka pęcherzowo-pochwowa. Osoba ta okazywała daleko posunięte zmiany w nerkach i zmarła na skazę moczową.

3. Przypadek śmiertelny po wyskrobaniu macicy dotyczył osoby wysoko gorączkującej, którą krwawiącą, prawie bez tętna, na klinikę przywieziono. Podejrzewano nowotwór złośliwy in cavo uteri; w celu dokładniejszego zbadania i zatamowania krwotoku wyskrobano macicę i wytamponowano. Osoba ta zmarła niezależnie od zabiegu z powodu zakażenia septycznego, z którym na klinikę przybyła.

4. Podobnie zmarła skutkiem krwawienia i zakażenia septycznego osoba, którą krwawiącą, prawie bez tętna przywieziono na klinikę z polipem macicy. Osoba ta zmarła niezależnie od operacji skutkiem zakażenia septycznego, z którym przybyła.

5 i 6. Podobnie zmarły dwie osoby obciążone tuberculosi peritonaei, u których wykonano laparotomię w miejsce punkcyi wskazanej ex indicatione vitali.

Gdybyśmy przynajmniej pierwsze 4 przypadki, które do zestawienia wliczone być nie powinny, pozostawili na boku, to wówczas pozostałoby 27 osób zmarłych, co na 751 osób operowanych czyni 3,59%, a na 799 wykonanych operacyi 3,39%.

Porównać nasze wyniki z wynikami kliniki Hofmeiera możemy tylko o tyle, o ile w sprawozdaniu z kliniki jego są daty.

Z chorych do oddziału ginekologicznego klinicznego przyjętych, zmarło u Hofmeiera 2,97%, podczas gdy w naszej klinice nieco więcej, do 3,10%. Różnica ta nieznaczna tłumaczy się tem, że do oddziału ginekologicznego w klinice Hofmeiera wliczonych jest kilkadziesiąt przypadków położniczych, które w ogólności mają mniejszy odsetek śmiertelności. Przypadki tej kategorii podaliśmy w osobnem zestawieniu z naszej kliniki, jako oddział położniczy zakaźny. Że uwaga ta jest słuszną mamy niezbity dowód w tem, że odsetek śmiertelności w poszczególnych operacyach mamy niższy od odsetka w klinice Hofmeiera. Jeżeli się nadto uwzględni okoliczność we wstępie nadmienioną, że nam się dostają przypadki daleko więcej zaniedbane aniżeli klinice w Würzburgu, to wyników naszych żadną miarą nie możemy uważać za gorsze.

Po zabiegach operacyjnych wypadł nam odsetek śmiertelności 4,12%, a klinice zaś Hofmeiera 2,7%. Tu zachodzi jednak różnica w sposobie obliczenia, gdyż nasz odsetek obliczony jest tylko w stosunku do operowanych, podczas gdy w klinice Hofmeiera obliczono go w stosunku do wszystkich chorych przyjętych do kliniki t. j. tak operowanych, jako też i nieoperowanych.

W klinice w Würzburgu, od ogólnej cyfry zmarłych odjęto 9 przypadków, w których nie wykonano zabiegów operacyjnych, i obliczono odsetek śmiertelności w stosunku do wszystkich chorych przyjętych. Rachunek ten jest mylny, bo odejmując 9 przypadków śmierci, które nie były operowane, należało z ogólnej liczby chorych odjąć wszystkie te przypadki, które nie były operowane, jak myśmy to uczynili, a wówczas wypadłby był Hofmeierowi odsetek śmiertelności wyższy. Gdybyśmy tak obliczali, jak w klinice Hofmeiera obliczono, otrzymalibyśmy odsetek śmiertelności 2,48%, zatem niższy, aniżeli Hofmeiera.

Po laparotomiach Hofmeier ma nieco lepsze wyniki, bo wykazuje odsetek śmiertelności 10,5%, podczas gdy my mamy 11,11%.

I tak z zestawienia stanów patologicznych i dokonanych operacji widać, w klinice Hofmeiera operowano więcej złejch przypadków, aniżeli u nas. Statystykę naszą psują przypadki nowotworów złośliwych, któreśmy operowali.

Natomiast po laparotomiach z powodu mięśniako-włóknaków mamy lepsze wyniki, bo na 62 przypadki mamy 6 przypadków zejścia śmiertelnego czyli 9,67%, podczas gdy w klinice Hofmeiera otrzymano 16,5%.

Po ovariotomiach my mamy 1,35%, w Würzburgu zaś 4,9%.

Po wycięciu macicy przez pochwę wykazują w klinice Hofmeiera 14,08% zejścia śmiertelnego, my zaś mamy na 55 przypadków 2 przypadki zejścia śmiertelnego, czyli 3,63%.

Ten znaczny niestosunek na niekorzyść kliniki Hofmeiera można by wytłómaczyć tem, że w klinice jego prawdopodobnie operowano przez pochwę przypadki nowotworów złośliwych z naciekami w sąsiedztwie macicy, jakie u nas uważane były za nienadające się do operacji.

Chcąc być sprawiedliwymi, musimy nadmienić na korzyść kliniki w Würzburgu, że nasze przypadki pochodzą z ostatniego pięciolecia, podczas gdy przypadki z kliniki Hofmeiera odnoszą się do ostatnich lat 15-tu. W tym czasie w postępowaniu operacyjnym i pooperacyjnym zaznaczył się bardzo znaczny postęp, i niewątpliwie wszystkie kliniki, a także i Hofmeiera musi mieć lepsze wyniki w ostatnich pięciu latach, aniżeli przed laty 15-tu.

Kończąc niniejsze sprawozdanie wypada mi nadmienić jeszcze, że w klinice naszej przypadki nie były wybierane; gdzieś tylko mieli jaką taką nadzieję wyleczenia, braliśmy się bez wahania do operacji.

Dwa razy np. robiliśmy owaryotomię u staruszek powyżej lat 80 z dobrym wynikiem. Trzy razy wykonaliśmy laparotomię bez narkozy chloroformowej, a tylko przy zastosowaniu sposobu Schleicha; dwa razy operowaliśmy tym sposobem myotomię.

Zastanawiając się nad naszymi przypadkami operacyjnymi, zwraca jeszcze uwagę znaczna bardzo różnica, jaka zachodzi w wynikach po złośliwych zabiegach operacyjnych, wykonanych w przypadkach nowotworów złośliwych, a przypadkach zmian chorobowych dobrotliwych.

Wykonaliśmy laparotomii w przypadkach zmian chorobowych dobrotliwych 199; z tych umarło osób 13, co czyni 6,53%; tymczasem z 24 przypadków nowotworów złośliwych straciliśmy 12 czyli 50,0%.

II.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE

WIADOMOŚCI ZAWODOWE I OGÓLNO-LEKARSKIE.

Rada Lekarska (Petersburg) uznała, że niema prawnej podstawy do wzbrania-
nia lekarzom pisania recept nie po łacinie, a w jakimkolwiek innym języku; apte-
karze jednak za takimi receptami nie są obowiązani wydawać lekarstw. Taż
sama Rada zezwała lekarzom umieszczać na swych szyldach oprócz imienia, na-
zwiska, stopnia i specjalności również i szczegóły, w jakich uniwersytetach się
kształcili lub gdzie studyowali swoją specjalność. (*Rus. Wracz.*)

Komisya, obradująca przeszłe od roku nad zreformowaniem szpitali warszaw-
skich, wypracowała projekt i złożyła go Radzie miejskiej dobroczynności publicz-
nej, gdzie będzie ponownie rozpatrzone, a następnie przesłany władzy wyższej do
zatwierdzenia. Projekt zajmuje się kwestyą organizacji oddziałów szpitalnych
oraz ambulatoryów.

Na budowę nowej kliniki położniczo-ginekologicznej w Petersburgu asygno-
wano 350 tysięcy rubli. Klinika ma być gotowa na początku 1908 r.

TOWARZYSTWA LEKARSKIE.

Lekarze kieleccy wnieśli podanie o utworzenie Towarzystwa lekarskiego;
podanie to wraz z przychylną opinią władzy miejscowej odesłano do ministerium
spraw wewnętrznych. Otwarty ma być w Kielcach również oddział Warsz. Tow.
Hygienicznego.

DROBNIEJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI.

Ministerium spraw wewnętrznych uznało posady powiatowych akuserek
za zbyt wysokie z racyi bardzo ograniczonego ich pola działalności. Pieniądze, stąd
zaoszczędzone, mają być obrócone na dodatki dla inspektorów lekarskich i ich po-
mocników, oraz na zaopatrzenie urzędów gubernialnych w narzędzia do badań le-
karskich.

W szpitalu Św. Ducha w Warszawie odbędzie się 7 września r. b. konkurs
na posadę ordynatora nadetatowego oddziału chorób moczopęciowych.

Warszawski Instytut rządowy szczepienia ospy ochronnej przeniesiony zo-
stał do domu własnego, zbudowanego kosztem 30000 rb. na placu miejskim przy
ul. Nowogrodzkiej № 82. Składa się z dwóch części, rozdzielonych ściśle, z labo-

ratorium i ambulatoryum. Instytut będzie wykończony ostatecznie za parę tygodni.

W szeregu *Odczytów klinicznych*, wydawanych przez redakcję *Gazety Lekarskiej* ukazała się praca M. Wegschneidera p. t. „Sztuczny poród przedwczesny w praktyce.“ Tłómaczenia z niemieckiego dokonał kol. Bartkiewicz.

Rząd francuski nosi się z zamiarem zamianowania lekarek dla każdej z większych osad tuziemczych Algieru, ponieważ kobiety arabskie zupełnie nie chcą korzystać z pomocy mężczyzn.

Na uniwersytecie w Glasgowie roztrząsano niedawno kwestyę dopuszczenia kobiet na wydziale lekarskim do wszystkich zajęć na równi z mężczyznami; sprawę rozstrzygnięto odmownie.

Trzecie doroczne zebranie Towarzystwa badaczy raka pod przewodnictwem księcia Walii dało parę ciekawych szczegółów. Przypuszczenie, iż rak może zdarzać się u wszystkich istot żyjących; sprawdzono obecnie względem ryb i ślimaków. Przeważało zdanie, iż rak jest chorobą niezakaźną.

Wydział lekarski uniwersytetu lwowskiego uchwałił większością głosów przedstawić na katedrę psychiatrii i neuropatologii następujące terno kandydatów: 1) dr. Flatau i doc. dr. Halban, 2) dr. Rychliński, 3) dr. Piltz.

Dnia 16 lipca r. b. odbyła się w Paryżu (na place de Breteuil) uroczysta inauguracja pomnika Pasteura, wystawionego ze składek publicznych. Warszawskie Tow. lekarskie reprezentował prof. O. Bujwid. Złożono trzy wieńce polskie: od Komitetu narodowego, od Uniwersytetu Jagiellońskiego i od miasta Krakowa. Wieńce zawieszono na grobowcu Pasteura w instytucie jego imienia.

Oryginalną znowę urządzili handlarze trumien w Maladze. Odpowiadając na nowy podatek od trumien, zamknęli oni swe sklepy, wywiesiwszy napis: „requiescet in pace“. Cały tydzień trwała znowa, a tymczasem trupy chowano w workach.

(*Revue française de médecine* Nr 23).

WIADOMOŚCI OSOBOWE.

Nadzwyczajny profesor ginekologii w Uniwersytecie lipskim, dr. Karol *Menge*, został mianowany zwyczajnym profesorem w Erlangen na miejsce prof. Veita. Prof. *Kroenig* zaś, który miał objąć tę katedrę, przeniósł się do Fryburga na miejsce prof. Hegara.

Rektorem Uniwersytetu Jagiellońskiego wybrano prof. dr. Napoleona *Cybulskiego*.

Dzikanem wydziału lekarskiego we Lwowie został wybrany prof. Włodzimir *Lukasiewicz*.

Dzikanem czeskiego wydziału lekarskiego w Pradze został na rok przyszły wybrany prof. dr. Jan *Horbaczewski*, z pochodzenia rusin.

III.

SKRZYŃKA DO LISTÓW

Dalszy przyczynek do dziejów ginekologii polskiej.

Szanowny Redaktorze!

W majowym numerze *Ginekologii* kol. Karczewski, uzupełniając nekrolog ś. p. prof. Gliszczyńskiego, podaje opis dokonanej przez nieboszczyka pierwszej owaryotomii w kraju naszym. Szczęśliwą nazwać można myśl kol. Karczewskiego nie tylko w kierunku oddania należytego uznania ś. p. prof. Gliszczyńskiemu, ale—co ważniejsza—w kierunku zapoczątkowania dziejów ginekologii ojczystej. Snując dalej wątek tych dziejów, chciałbym podzielić się z Sz. czytelnikami faktami, dotyczącymi pierwszej *udanej* u nas owaryotomii, oraz pierwszej operacji wycięcia macicy. Wykonał je ś. p. profesor L. Neugebauer. Pierwsza ze wspomnianych operacji opisana jest w 59 tomie „Pamiętnika Tow. Lek. Warsz.” str. 180 rok 1868; w *Gazecie Lekarskiej*, tom IV, str. 42—47, rok 1868; oraz w 32 tomie *Monatschrift für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten* str. 206—235. Berlin, 1868. Szczegóły tej operacji są następujące:

Chora, 25-letnia Józefina Górka z Sinoleki pod Węgrowem, była operowana d. 27 listopada 1867 r. Prof. L. Neugebauerowi asystowali: profesorowie Girsztowt i Korzeniowski, doktorzy Helbich, Groer, Kwaśniewski, Chwat, Braun, Śmiechowski, kand. med. Ciunkiewicz; obecni byli również profesorowie Lebrun i Tyrchowski, doktorzy Konitz i Darewski.

Operacja odbywała się *na łóżku* w pokoju, umyślnie ogrzonym do 18° R. Po rozcięciu ściany brzusznej znaleziono ogromną torbiel wielokomorową przy równoczesnem ascites. Z trzech komór torbieli wypuszczono trójgranicem 13 litrów płynu. Szypułę guza przed przecięciem zaciśnięto drutem żelaznym zapomocą specjalnego konstryktora oraz nałożono na nią pętlę ze sznura konopnego grubości zwykłego szpagatu. Kikut wszyto do rany brzusznej. Operacja trwała pod chloroformem 5 kwadransów. Guz wraz z wypuszczonym zeń płynem ważył 6510 grm. Ostateczne zamknięcie się rany po wyropieniu kikuta nastąpiło d. 2 lutego; w szesna-

ście dni potem ś. p. prof. L. Neugebauer przedstawił chorą na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Blizna pooperacyjna miała 4 cale długości. 13 marca 1868 r., t. j. prawie w cztery miesiące po operacyi chora zmarła wskutek wycięczenia i przewlekłego zapalenia płuc.

3 października tegoż roku ś. p. prof. L. Neugebauer amputował macicę wraz z lewostronnemi przydatkami; guz, który wzięto za nowotwór jajnika okazał się torbielno-mięsakiem macicy, który rozrastał się między ścianami więzu szerokiego. Operowana zmarła następnego dnia po operacyi. Sprawozdanie o tym przypadku znajdujemy w „Pamiętniku Tow. Lek. Warsz.” z r. 1869, tom 61, str. 241—152 p. t. „Wycięcie wielkiego guza macicy wraz z lewym jajnikiem, z niepomysłnym skutkiem”, oraz w 6 tomie *Beiträge zur Geburtshilfe und Gynäkologie*, r. 1869, str. 125—135, wydawanych przez F. Scanzoniego w Würzburgu.

Zygmunt Monsiorski.

4 lipca 1904 r.

Szanowny Redaktorze!

Jako uzupełnienie do artykułu mego zamieszczonego w № 6-ym *Ginekologii* pod tytułem „Macica dwoista. Krwistek maciczny i jajowodowy. Cięcie brzuszne”, przytaczam jeszcze przypadki krwisteku z piśmiennictwa polskiego, łaskawie mi podane przez Sz. kolegów J. Rosenthala i B. Wojciechowskiego:

1) Dziewięć różnych przypadków krwisteku przewodu rodnego, ze szczególnem uwzględnieniem rozpoznania i leczenia z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego profesora dr. H. Jordana, skreślił dr. *Bruno Wojciechowski*, asystent kliniki. *Przegląd Lekarski*, 1903.

2) *L. Neugebauer*. Jednostronny krwistek macico-pochwowy (haemelythrometra-unilateralis) spowodowany atrezyą prawej połowy kanału macico-pochwowego dwudzielnego „Pamiętniki Tow. Lek. Warsz.” 1870. LXIII. 167.

3) *L. Feigel*. Krwistek śródmaciczny i otok macicy jednostronny przy macicy dwurożnej rozdzielonej i zamknięciu jednego roga. *Przegl. Lek.* 1876, XV, 245, 261, 273.

4) *J. Rosenthal*. Przypadek krwisteku śród-macicznego w rogu prawym macicy dwurożnej. Wycięcie nadpochwowe macicy. Wyzdrowienie. *Gaz. Lek.* 1898, XVIII, 768, 798.

Trzy ostatnie prace są pomieszczone w „Wykazie” kol. Czesława Stankiewicza, obejmującym bibliografię polską do roku 1902 włącznie.

Pośpieszam również sprostować błąd, jaki wkradł się do mej pracy. Mianowicie na str. 286 *Ginekologii* zamiast „Trebinskij” — powinno być „Trzebickij”.

Z poważaniem W. Bujalski.

Wilno, 30 lipca 1904 r.

IV.

Zapiski lecznicze

Lizytol i Sapokreozol. Oba te środki antyseptyczne stosowane są w klinikach akuszeryjnych w Pradze.

Lizytol posiada tę wyższość nad lizolem, że łatwiej rozpuszcza się w wodzie i nie drażni tkanek; ten ostatni przymiot jest ważny i ze względu na ręce operatora i ze względu na śluzówki pochwy i macicy. Lizytol nie jest to związek chemiczny, a tylko mieszanina ścisła.

Drugi z wymienionych w nagłówku środków, sapokreozol przewyższa lizytol pod względem rozpuszczalności w eterze, chloroformie i benzolu.

Dla porównania podaję szematyczną tablicę wyniku badań, dokonanych przez dr. B. Krafta, głównego chemika miasta Pragi i Związku handlowo-farmaceutycznego.

LIZOL	LIZYTOL	SAPOKREOZOL
W wodzie jasno rozpuszczalny.	W wodzie jasno rozpuszczalny.	W wodzie <i>jaśniej od lizolu</i> rozpuszczalny.
W eterze rozpuszczalny; przy nadmiarze eteru ścina się.	W eterze <i>jasno</i> rozpuszczalny, przy nadmiarze eteru ścina się.	W eterze jasno rozpuszczalny, przy <i>dużym</i> nadmiarze eteru ścina się.
—	Same przez się są neutralne i w roztworze wodnym nie wywiązują kwasów.	

W alkoholu wszystkie te środki rozpuszczają się jasno.

Co się tyczy siły roztworów, do irygacji i obmywań stosuje się roztwór 0,5—1%, a do sterylizacji 1—3% roztwór.

Dr. P. RUDZKI.

Redaktor i Wyd.: Dr. Czesław Stankiewicz. Druk G. Paprockiego, Smolna.

Дозволено Цензурою. Варшава, 4 Августа 1904 г.

Dr. Zygmunt Wąsowicz

ordynować będzie jak w latach poprzednich od 15 Maja r. b. w **KRYNICY** dom „pod Orłem“ (naprzeciw domu zdrojowego).



Zakład TEOFIŁA PETZA w Warszawie

Chmielna 12.

Poleca własny wyrób sterylizatorów do narzędzi, rozmaitej wielkości puszek do gipsu, waty, gazy, ligatur; puszek do tamponowania macicy, przyrządy do parowych i suchych ciepłych kąpielii oraz wszelkie wyroby blacharskie. Obstalunki załatwia szybko i podług życzenia.

Prywatny Zakład Ginekologiczny

D-ra Czesława Stankiewiczza

Warszawa, Żłota 3.

Urządzenie ściśle aseptyczne. Sterylizacya pod ciśnieniem. Dwie sale operacyjne, sala porodowa, pokój izolacyjny. — **Pracownia** chemiczno-drobnowidzowa. Wylegarka (couveuse). — **Pokoje** wykwintnie umeblowane. Winda hydrauliczna (Otis). — **Przyjmowane są:** chore **ginekologiczne** (wszystkie metody lecznicze prócz elektryzacyi) oraz **ciężarne**. Nazwisko pacjentki na mocy ustawy Zakładu może pozostać w zupełnej tajemnicy. — **Opieka lekarska:** właściciel Zakładu, mieszkający przy Zakładzie, i lekarze asystenci. Na miejscu stała akuszerka i wykwalifikowana pielęgniarka i masażystka. — **Cena pobytu** z leczeniem **od 2 rubli** dziennie. Za operacye i porody opłata stosownie do umowy. **Poród i 10 dni pobytu na sali wspólnej (2 łóżka) Rb. 40.** Dla osób niezamożnych, poleconych przez Szanownych Kolegów, ustępstwa do 50%.

Poliklinika. Informacye na miejscu i listownie.

Telefonu № 1846.

KRONIKA LEKARSKA

Dwutygodnik, poświęcony przeglądowi postępów umiejętności lekarskich.

Adres Redakcyi Orła № 5, — Administracya Marszałkowska № 99.

W r. b. wszyscy całorocznii prenumeratorzy otrzymają premium.

Dr. med. W. Moraczewski „Podręcznik do badań chemiczno-klinicznych“.

Cena roczna Kroniki Lekarskiej rb. 7, z przesyłką rb. 8.

We FRANCENSBADZIE
ordynuje jak lat ubiegłych
Dr. JÓZEF ZEITNER

Krytyka Lekarska

Pismo miesięczne,

ZAWIERA:

rozbiór zasadniczych pojęć medycyny, oceny prac naukowych polskich, opracowania z historii medycyny przede wszystkim w Polsce, sprawy społeczne lekarskie i zawodu lekarskiego. — Cena rub. 4 rocznie, z przesyłką rub. 5.

Redakcyja i administracyja w WARSZAWIE,
NOWO-SENATORSKA 6.

Towarzystwo Akcyjne Zakładów Wyrobów Metalowych

KONRAD, JARNUSZKIEWICZ i S-ka

w WARSZAWIE

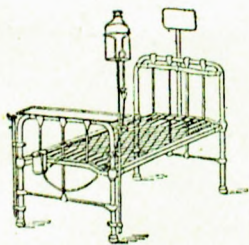
Fabryka ul. Ciepła № 12.

WARSZAWA, ul. Grzybowska Nr. 19.

Magazyny { PETERSBURG, ul. Morska Nr. 15.

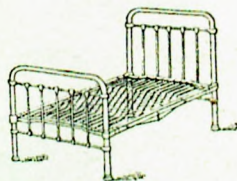
{ MOSKWA, ul. Wielka Łubinka, dom

{ Tow. Ubezpiecz. „Rosja“.



№ 1014.

Łóżko porodowe z irygatorem.



№ 1023.

Łóżko szpitalne.

Poleca przedmioty do nowoczesnych urządzeń szpitali, sal operacyjnych, oraz gabinetów lekarskich, a mianowicie:

Łóżka żelazne z materacami metalowymi różnych typów, szafki nocne, stoły chirurgiczne i ginekologiczne, taborety stałe i wykręcane, szafy oszklone hermetycznie i stoliki do narzędzi chirurgicznych, fotele do operacji ocznych i usznych, irygatory, podstawy i umywalnie pedałowe z flaszkami do płynów, nosze ręczne i na kółkach, lektyki do przewożenia chorych z miasta do szpitala, fotele na kołach dla chorych i t. p.

wszystkie przedmioty pod względem wykończenia nie ustępują wyrobom zagranicznym.

Wielki wybór powyższych przedmiotów posiadamy na składzie Grzybowska 19.

==== Ceny niskie — Katalogi ilustrowane gratis franco na żądanie. ====

Nadesłano do Redakcyi.

Dr. med. Jan Pruszyński. O wpływie adrenaliny na układ krwionośny

Odbitka z *Gazety Lekarskiej*, 1904. Str. 62.

Dr. Jakób Rosenthal. Przypadek krwisteku śródmacicznego w rogu prawym macicy dwurożnej. Wycięcie nadpochwowe macicy. Wyzdrowienie.

Odbitka z *Gazety Lekarskiej*, 1898. Str. 9 z rysunkiem.

J. Majkowski. W sprawie większego rozpowszechnienia naszych wód mineralnych i możliwości zastąpienia wód zagranicznych krajowemi.

Odbitka z *Medycyny*. Str. 11.

Sprawozdanie Towarzystwa Lekarskiego Radomskiego za rok 1903.

Odbitka z *Czasopisma Lekarskiego*, 1904. Str. 29.

CENA „GINEKOLOGII“ wraz z odnośnieniem do domu i przesyłką pocztową wynosi rocznie:

Rb. 6, Marek 12, Koron 15.

Przedpłatę można wnosić w ratach półrocznych.

Studenci medycyny, przy zamówieniach wprost z redakcyi, mogą otrzymywać „Ginekologię“ za połowę ceny.

SKŁADY GŁÓWNE: Na Galicyę: Księgarnie **Krzyżanowskiego** w Krakowie i **Altenberga** we Lwowie. Na zabór pruski: księgarnia **Leitgebra** w Poznaniu.