

589
~~486~~

DRUGIE SPRAWOZDANIE ROCZNE

Z DZIAŁALNOŚCI

SZPITALA DLA DZIECI W LUBLINIE

za rok 1912.

Zebrał i ułożył

Dr. WACŁAW JASIŃSKI

lekarz naczelny szpitala.



Druk. H. Płoszyńskiej, Lublin.





DRUGIE SPRAWOZDANIE ROCZNE

z działalności

SZPITALA DLA DZIECI W LUBLINIE

za rok 1912.

Zebrał i ułożył

Dr. WACŁAW JASIŃSKI

lekarz naczelny szpitala.



Drukarnia „Estetyczna“ B. Płoszyńskiej w Lublinie, Zielona 5.

**Biblioteka Główna
WUM**



www.dlibra.wum.edu.pl



Drugie sprawozdanie roczne

z działalności

SZPITALA DLA DZIECI W LUBLINIE

za rok 1912.



Wskaźnikiem rozwoju szpitala, jako instytucji społeczno-filantropijnej, jest przede wszystkim wzmożenie ruchu chorych, co się wyraża we wzrastających liczbach frekwencji oddziałów szpitalnych i ambulatorjum. Możliwość dostarczania pomocy wszystkim, którzy z zaufaniem o nią się zwracają, daje zadowolenie i staje się podniecią do pracy. Wzrost zaufania, świadczący o potrzebie i celowości instytucji, powinien stać się jednocześnie czynnikiem jej postępu: należy dostosowywać ją do potrzeb, jakich życie od niej wymaga, nie obniżając nigdy zakreślonego poziomu i nie zasklepiając się w rutynie. Przykładem konieczności takiego dostosowania działalności szpitala do potrzeb życiowych było w praktyce naszego szpitala stworzenie oddziału chirurgicznego, w którym otrzymało już pomoc kilkuset chorych. Obowiązkiem kierowników szpitala jest dalsze wyczuwanie i zaspakajanie tych potrzeb.

Przedmiotem poniższego sprawozdania będzie przeto nietylko zobrazowanie ruchu chorych i działalności szpitala w liczbach, lecz również przedstawienie najpilniejszych potrzeb i zamierzeń.

* * *

W drugim roku swego istnienia szpital szybko poszedł naprzód, przede wszystkim w kierunku dostarczania pomocy największej ilości zgłaszających się chorych dzieci: już w pierwszym

półroczu bywał on przepełniony do tego stopnia, iż ilość leczonych dzieci wynosiła 55—58, gdy pierwotnie obliczony był na 42 łóżka;—w czerwcu roku sprawozdawczego ilość dni szpitalnych przekracza 1500, w pierwszym roku zaś wypadło przeciętno 650—700 miesięcznie.

Pałacą więc stała się potrzeba zwiększenia ilości łóżek i zaopatrzenia szpitala odpowiednio w pościel, bieliznę, naczynia i t. p., co do miejsca bowiem, to wedle wyliczenia szczegółowego, zamieszczonego w opisie szpitala (str. 13—14), rozporządza on pomieszczeniem na 60—65 łóżek (wraz z separatkami).

W roku sprawozdawczym Zarząd czuł się w możności uczynić zadość chociaż w części tej potrzebie i chcąc uniknąć odmawiania pomocy chorym, przywożonym nieraz po kilka i kilkanaście mil, zakupił 10 nowych łóżeczek wraz z szafkami oraz odpowiednią ilością pościeli.

Największą frekwencją cieszył się, jak to się już w pierwszym roku zaznaczało, oddział chirurgiczny—chorzy tego oddziału, w przeciwieństwie do innych, a w szczególności do chorych wewnętrznych, zajmują przytem łóżka najczęściej na długie miesiące, wobec czego oddział ten więcej bywał przepełniony, licząc do 40 chorych; ponieważ zaś oddział szkarlatynowy rozporządził dużą ilością miejsca (28 łóżek według wspomnianego wyliczenia), a w okresie największego przepełnienia szpitala chorych na tym oddziale nie było (4 chorych w ciągu maja, 3-ch w czerwcu), powstał projekt podziału pawilonu parterowego na 2 części z przeznaczeniem dla chorych szkarlatynowych tylnego tylko skrzydła. Projekt ten uszczuplał znacznie ilość łóżek dla chorych płoniczych, co jednak w części jest usprawiedliwione, przy jednym bowiem ze szpitali lubelskich powstaje dobrze obmyślany i urządzany oddział dla chorych zakaźnych; w szpitalu zaś dziecięcym w okresie wolnym od epidemji ilość chorych na płonicę nie przekracza przeciętnie 10-ciu, t. j. liczby, którą bez uszczerbku pomieścić można w oddzielnem skrzydle. Projekt powyższy technicznie łatwy był do uskutecznienia, w planach bowiem—jak wspomniano w opisie—przewidywano ewentualne podzielenie pawilonu, tworząc dwa wejścia z przeciwległej strony; uskutecznienie tego projektu nie wymagało zatem gruntownych przeróbek; zamurowano tylko połączenie pomiędzy skrzydłami pawilonu—co zaś do niebezpieczeństwa przenoszenia infekcji, to,

jak wiadomo, obecnie przede wszystkim uwagę zwrócono na zupełną wyłączność obsługi, sprzętów i brak bezpośredniego zetknięcia chorych zakaźnych, nie akcentując oddalenia tego oddziału od innych: prof. Pirquet, opisując pawilon izolacyjny (Boxstation) w utworzonej niedawno klinice dziecięcej w Wiedniu, wypowiada się wyraźnie, że pawilon podobny w mniejszych miastach umożliwia budowę szpitali dziecięcych bez poszczególnych oddziałów dla chorych zakaźnych. Projekt ten zresztą stał się dla szpitala niejako koniecznością życiową—jedynym warunkiem, umożliwiającym dalsze przyjmowanie chorych, przepelnienie bowiem oddziału wewnętrznego i chirurgicznego groziło już zaniedbaniem warunków higienicznych; wążąc się przeto na ten projekt, czuliśmy się w obowiązku jaknajpilniejszego przestrzegania, by żaden kontakt pomiędzy oddziałami nie mógł istnieć. Praktyka półroczna nie dała powodu do obaw: w okresie tym zdarzył się w oddziale wewnętrznym jeden tylko wypadek płonicy, co, jak wskazują sprawozdania szpitali dziecięcych oraz zeszłoroczne sprawozdanie naszego szpitala poczytywane być musi za bardzo niską odsetkę tej grozy szpitali dziecięcych, jaką są zakażenia wewnątrzszpitalne.

Przeniesienie oddziału wewnętrznego do drugiego pawilonu wpłynęło dodatnio przede wszystkim na warunki higieniczne chorych wewnętrznego oddziału dla których w gmachu ogólnym przeznaczono małą salkę, gdy obecnie rozporządzamy dużą salą ogólną i separatką, przerobioną z dawnej sali operacyjnej; następnie na tem przeniesieniu zyskał oddział wewnętrzny pomieszczenie na pracownię, czego tak bardzo brakowało przy współżyciu z oddziałem chirurgicznym. Oddział zaś chirurgiczny, oprócz powiększenia ilości łóżek pozyskał nader ważną w życiu oddziału możliwość przeznaczenia dla t. zw. czystych chorych (t. j. tych, których rany nie są z góry zakażone, nie mają ropnej wydzieliny) osobnej sali.

Wadą nowego podziału jest zbyt mała ilość miejsca dla chorych szkarlatynowych, co nasunąć może szpitalowi poważne trudności i postawi go w przykrej konieczności odmowy przyjęcia chorym na płonice—temu jednak brakowi zaradzić może jedynie już budowa nowego pawilonu. Takie rozszerzenie szpitala jest zupełnie możliwem do wykonania wobec możności nabycia przylegających do terytorium szpitalnego placów. Szpital posiada już nawet część funduszu, potrzebnego na rozszerzenie terytorium dzięki hojnej ofierze 10,000 rb. zadeklarowanych przez ofiarodawcę z Warszawy (który narazie nie upoważnił Zarządu do wymienienia

nazwiska).—Gdyby ten przykład znalazł naśladowców, szpital zasilony nowymi ofiarami, byłby w stanie wybudować pawilon dla chorych zaraźnych i pozbyłby się obawy, że znajdzie się w konieczności odmawiania przyjęcia chorym na płonicę t. j. tym właśnie dzieciom, dla których pobyt w szpitalu jest niezbędny zarówno dla ich dobra, jak i dla dobra ogólnego, przeciwdziała bowiem szerzeniu się epidemji.

Z innych zmian i urządzeń, jakie przyniósł szpitalowi rok sprawozdawczy zaznaczyć należy dokompletowanie instrumentarium oddziału chirurgicznego, urządzenie wewnętrzne kapliczki przedpogrzebowej i sali sekcyjnej, oraz zakup sprzętów gospodarskich i kuchennych. Znaczne te nakłady, przekraczające w sumie ogólnej 2,300 rb., zawdzięcza szpital ofiarności fundatorów i opiekunów — W.W. P.P. Broniśławy i Juljusza Vetterów. Ich sumptem również otynkowana została tylna ściana sąsiadujących ze szpitalem zabudowań oraz wybrukowana uliczka, prowadząca do kaplicy.

Dzięki tym nakładom, nie objętym budżetem rocznym, szpital zamknął rachunek roku sprawozdawczego bez niedoboru, dając nawet pozostałość, która jak już postanowiono, użytą zostanie na konieczny zakup nowych 10-ciu łóżek z odpowiednią ilością pościeli i bielizny.

Na utrzymanie szpitala wydano w roku sprawozdawczym 11.888 rb. 51 $\frac{1}{2}$ kop., na sumę tę złożyły się pozycje następujące:

Żywienie dzieci i służby	3.442	rb.	58 $\frac{1}{2}$	kop.
Wynagrodzenie lekarzy	1.200	„	—	„
Na utrzymanie siostr miłosierdzia .	1.200	„	—	„
Płaca służby	815	„	—	„
Wydatki kancelaryjne i prow. ksiąg.	205	„	48	„
Materyały apteczne, opatrunki i utrzymanie laboratorium . .	1 249	„	94	„
Zakup i reperacja narzędzi chirurgicznych	111	„	58	„
Biblioteka lekarska	129	„	45	„
Opał i światło	836	„	36	„
Woda	177	„	30	„
Konserwacja budynków, ubezpieczenie i telefon	243	„	82	„

Zakup i reperacja bielizny	736	rb. 33	kop.
„ łóźeczek	357	„ 23	„
Utensylja kuchenne i gospodarskie	556	„ 41	„
Zapomogi na pogrzeby dla biednych	32	„ 95	„
Podatek jednorazowy od zapisu	360	„ —	„
Różne	234	„ 08	„
R a z e m	11.888	rb. 51½	kop.

Do kasy szpitalnej wpłynęło:

Za leczenie chorych	5.328	rb. 86	kop.
Z opłat za ambulatoryum	664	„ 72	„
Odsetki od kapitału żelaznego (łóźka wieczyste)	3.437	„ 10	„
Odsetki od czasowych łóźeczek	2.310	„ —	„
Ofiary jednorazowe	427	„ 75	„
Odsetki od kapitału bieżącego i rezerwowego	847	„ 75	„
R a z e m	13.016	rb. 18	kop.
Pozostałość wynosi:	1.127	„ 66½	„

Zamknięcie rachunku dość znaczną pozostałością należy niewątpliwie do stosunków nader pomyślnych w instytucji filantropijnej. Bliższe jednak omówienie pozycji dochodowych budżetu przekonać musi, że stosunek tych pozycji do ogólnej sumy dochodów nie jest normalnym i powinien uleść zmianom.

Dzieląc mianowicie sumę rozchodu (11 888 rb. 51 k.) przez ogólną ilość dni szpitalnych (14.396 dni—patrz niżej tabl. № 4), wyliczymy, że koszt dzienny utrzymania chorego wynosił 82½ kop; dzieląc zaś przez tę samą ilość dni szpitalnych poszczególne pozycje dochodu przekonamy się, że 0/0 od kapitału żelaznego (3437.10) dawał 23,8 kop. na dzień szpitalny, t. j. pokrywał ledwie 28% rozchodu na chorego; 37 kop. za dzień szpitalny wpłacał sam chory—reszta zaś zależała od wpływów mniej lub więcej przygodnych—zarówno bowiem opłaty za łóźka cza-

sowe (2.310 rb.), jak ofiary jednorazowe ulegają wahaniom i nie mogą być podstawą budżetu. Niewielki kapitał rezerwowy, jaki powstał wskutek otrzymywania procentów od kapitału żelaznego przed otwarciem szpitala, wyczerpie się bardzo szybko*) z chwilą, gdy szpital sam pokrywać zacznie wszelkie nakłady, związane z niezbędnym rozszerzeniem jego działalności. Dla równowagi budżetowej pożądanem jest przeto przede wszystkim powiększenie kapitału żelaznego przez zapisy na łóżka wieczyste i ustalenie (przez zamianę na wieczyste) pozycji łóżek czasowych.—Opłata, wnoszona przez chorych, pokrywa w szpitalu naszym 44% rozchodu dziennego,—gdy w innych szpitalach prywatnych z opłat za leczenie pokrywa się 55—60% wydatków—pożądanym jest jednak, by suma ta zmniejszać się mogła kosztem poprzedniej, w naszych bowiem warunkach ekonomicznych szpital musi być instytucją par excellence filantropijną, gdyż inaczej dłuższa kuracja staje się rujną dla klasy średnio zamożnej nie mówiąc o proletariacie, który tylko z bezpłatnego leczenia korzystać może. Nadmienić trzeba, że do normalnych pozycji dochodowych w budżecie szpitali należą zapomogi miejskie (w. stosunku $\frac{1}{6}$ — $\frac{1}{8}$ rozchodu), których szpital nie posiada. Na pomyślne stosunki budżetowe szpitala wpłynęła dalej i to w znacznym stopniu ta okoliczność, że pozycje rozchodu były w roku sprawozdawczym wyjątkowo niskie: nowe gmachy nie wymagały większych nakładów na konserwację i naprawy, nie regulowano dotąd dla braku porozumienia pomiędzy szpitalami należności za korzystanie z filtrów biologicznych, b. niewiele wydano na narzędzia lekarskie wskutek skompletowania inwentarza przy otwarciu szpitala,—wreszcie rozszerzenie działalności szpitala pociągnąć musi większy nakład na pomoc lekarską i pielęgnarską.

Słowem szpital nasz, jak każdy zresztą szpital bez ofiarności ogółu obejść się nie może, dotychczasowe zaś stałe zapomogi pokrywają w najlepszym razie (t. j. przy regularnej opłacie wszystkich łóżek czasowych) 45—48% wydatków przy minimalnym wprost koszcie utrzymania chorego (82,5 kop. dziennie), jaki dał szpital w roku sprawozdawczym.



*) W czasie druku niniejszego sprawozdania szpital nabył w okolicy Lublina kolonię, przeznaczoną dla rekonwalescentów, pokrywając część należności z kapitału rezerwowego, który tem samym przestał istnieć.

Sprawozdanie liczbowe.

A) Działalność ambulatorjum.

Do ambulatorjum szpitalnego zgłosiło się w roku 1912-ym 3319 dzieci, którym udzielono 5739 porad,—z czego 522 dzieci otrzymało 906 porad w ambulatoryum chirurgicznem, resztę zaś t. j. 2797 przyjęto w ambulatoryum ogólnem (4833 porady).

Porad specjalnych dla dzieci nie dało się przeprowadzić w ambulatoryum w całej rozciągłości: w chorobach oczu wskutek dłuższej choroby i zgonu ś. p. dr J. Swinarskiego, w chorobach zaś uszu, nosa i gardła wskutek tego, że w położonym niedaleko szpitalu św. Józefa udzielane są dwa razy w tygodniu bez ograniczenia wieku porady przez tegoż lekarza, (dr. A. Żebrowskiego), który konsultuje w chorobach uszu, nosa i gardła w szpitalu dziecięcym—utworzenie więc w ambulatorjum szpitala tego działu było w podobnych warunkach poniekąd zbytecznem; ambulatoryum chorób oczu będzie czynne systematycznie w roku 1913.

Dzieci, przyjęte w ambulatorjum ogólnem (2797), dzielą się według wieku:

0— 1 roku	847
1— 2 lat	764
2— 5 „	536
5— 8 „	223
8—12 „	309
12—15 „	118

Co do ilości porad:—jednorazowych udzielono 1877 dzieciom

po 2— 3 razy zgłosiło się	692	„
„ 4— 7 „ „ „	180	„
„ 8—12 „ „ „	44	„
„ powyżej 12 „ „	4	„

Ruch chorych w ambulatoryum według miesięcy przedstawia się, jak następuje:

Tablica № 1.

w miesiącu	porad	w miesiącu	porad
styczniu	217	grudniu	405
lutym	356	listopadzie	385
marcu	454	październiku	412
kwietniu	457	wrześniu	469
maju	507	sierpniu	648
czerwcu	657	lipcu	772
t. j. w półroczu zimowym		2229	
„ „ „ „ letniem		3510	

Rozpoznań zanotowano 4641,— u 368 dzieci postaci choroby nie określono dokładnie przy pierwszym badaniu i nie wyjaśniono rozpoznania, gdyż chorzy nie zgłosili się powtórnie,—730 porad udzielono, nie zmieniając rozpoznania.

Rodzaj choroby według działów wykazuje:

Tablica № 2.

Choroby zakaźne ostre	735	Choroby nerwowe	53
Choroby ogólne (skazy)	606	Choroby serca i naczyń	14
Choroby pasożytnicze	59	Chor. dróg oddechow.	1106
Nowotwory . . .	26	Choroby narz. trawienia	1229
Wady wrodzone . .	60	Choroby dróg moczow.	58
Urazy, uszkodz. termiczne	82	Choroby narz wzroku	65
Choroby mózgu i opon	19	Choroby narz. słuchu	72
		Choroby skóry i tkanki podskórnej	539

Połowa chorych dzieci przypada, jak widzimy na narządy trawienia (26,4%) i drogi oddechowe (23,8%); do ogólnych chorób ustroju (13,1%) najczęściej przypadków dały żółty (scrophulosis) i krzywica (rachitis); w chorobach skóry i tkanki podskórnej lwią część przypadków odnieść należy do ostrych spraw ropnych (ropni i ropówek); z nowotworów 7 było złośliwych (mięsaki), inne łagodne—(przeważnie naczylniaki). Poważną rubrykę (15,8%) stanowią wreszcie choroby zakaźne; z 735 przypadków tej grupy 196 dała gruźlica, 97—zapalenie płuc włóknikowe, 24 dur brzuszny, 21 czerwotka (dysenterja); 380 przypadków izolowano w pokojach ambulatoryjnych, a mianowicie:

płonica (scarlatina)	123	przyp.
błonica gardła i krtani (diphtheria)	65	„
krztusca (koklusz)	134	„
odry	34	„
ospy naturalnej	6	„
„ wietrznej	18	„

Według miesięcy, ruch chorych zakaźnych w ambulatoryum szpitalnem przedstawia

Tablica № 3.

Postać choroby	Styczeń	Luty	Marzec	Kwiecień	Maj	Czerwiec	Lipiec	Sierpień	Wrzesień	Październik	Listopad	Grudzień	RAZEM
Płonica	6	5	—	6	2	5	6	18	33	27	10	5	123
Błonica	7	11	12	9	4	2	5	2	3	6	3	1	65
Odra	—	1	—	—	—	5	1	—	—	9	7	11	34
Krztusiec	6	8	7	12	5	16	13	23	23	13	4	4	134
Ospa naturalna	—	—	—	1	—	1	1	—	1	—	1	1	6
Ospa wietrzna	—	3	1	1	2	1	3	—	2	3	2	—	18
R a z e m	19	28	20	29	13	30	29	43	62	58	25	24	380

Liczba ogólna przyjętych w ambulatorjum dzieci nie jest zbyt duża;—nie mniejsza jednak w stosunku do liczby mieszkańców niż w innych szpitalach dziecięcych Królestwa (do szpitala Anny Maryi w Łodzi zgłosiło się w r. 1911 — 8109 dzieci, u nas 3319).

W ambulatorjum, dokąd — jak wskazuje wyszczególnienie — przynoszone są przedewszystkiem dzieci z cierpieniami narządów oddechowych i trawienia, największy nacisk położono na wskazówki higieniczno-dyetyczne, dotyczące racjonalnego karmienia i utrzymania w czystości ciała dziecka, — w ten sposób starano się szczepić zdrowe zasady pielęgnowania dzieci i wykorzenić tak bardzo u nas powszechne niedbalstwo i przesady,

B). Ruch ogólny chorych szpitalnych.

W dniu 1 stycznia 1912 r. było w szpitalu 15 chłopców i 15 dziewcząt—t. j. 30 dzieci; w ciągu roku przyjęto 317 chłopców i 251 dziewcząt—t. j. 568 dzieci —razem przeto leczono w r. 1912 332 chłopców i 266 dziewcząt—**598** dzieci.

Ruch chorych według miesięcy oraz ogólne wyniki leczenia wskazuje tablica № 4.

Ogólna ilość dni szpitalnych wynosiła w roku sprawozdawczym 14396, t. j. na każdy dzień roku przypadło przeciętnie 39 chorych, gdy w roku 1911 w ciągu 256 dni (od 19 kwietnia) było 5664 dni szpitalnych, czyli 22, chorych na dzień roku.—To wzmoczenie ilości dni szpitalnych wskazuje na wzrost szpitala i każe myśleć o konieczności rozszerzenia ram jego działalności.

Szpital udzielał pomocy zarówno dzieciom mieszkańców Lublina i przedmieść, jak i zamiejscowym—ostatnich było nawet nieco więcej, niż miejscowych:

miejscowych	. .	281
zamiejscowych	. .	287

Prowadzona dokładnie statystyka zamiejscowych wykazuje, że dzieci te pochodziły ze 144 miejscowości (wsi, osad i miasteczek) ziemi lubelskiej i z 19 wsi i miasteczek Podlasia i Wołynia (Uściług, Dorohusk, Parczew, Radzyń, Milanów); gdy w r. zeszłym notowano, że szpital miał po 2—3 dzieci z 16 miejsco-

Tablica № 4

Ruch ogólny chorych szpitalnych.

1911	Byłol-godnia miesiąca		Przyjęto w ciągu miesiąca		Razem leczono		Dni szpital- nych	WYPUSZCZONO						Zmarło			- RAZEM ubyło			Pozostało na następny miesiąc									
	cht.	dz.	cht.	dz.	cht.	dz.		cht.	dz.	z polepsze- niem	bez po- lepszenia	cht.	dz.	razem	cht.	dz.	razem	cht.	dz.	razem	cht.	dz.	razem						
Sycczen .	15	15	30	30	16	13	29	31	28	59	916	5	6	11	3	3	6	3	2	5	3	2	6	14	14	28	17	14	31
Luty .	17	14	31	31	28	18	46	45	32	77	1047	12	3	15	4	9	13	4	2	6	3	2	6	22	22	37	23	17	40
Marzec .	23	17	40	40	22	24	46	45	41	86	1399	5	7	12	8	8	16	8	3	8	3	3	8	24	24	41	21	24	45
Kwiecień .	21	24	45	45	26	14	40	47	38	85	1258	9	9	18	10	7	17	3	3	6	4	4	7	26	26	48	22	20	37
Maj .	21	16	37	28	28	28	56	49	44	93	1294	7	6	13	7	9	16	3	3	5	1	2	4	38	38	38	31	24	55
Czerwiec .	31	24	55	32	29	61	63	53	116	1531	12	6	18	14	12	26	10	5	2	7	2	4	4	31	31	65	25	26	51
Lipiec .	25	26	51	24	13	37	49	39	88	1238	12	11	23	11	10	21	5	2	3	5	3	3	4	19	19	55	18	15	33
Sierpień .	18	15	33	21	20	41	39	35	74	752	8	8	5	13	6	9	15	2	3	5	3	3	6	27	27	39	20	39	35
Wrzesień .	20	15	35	24	26	50	44	41	85	1212	10	8	18	8	7	15	3	3	2	5	3	6	7	34	34	45	17	23	40
Pazdziernik .	17	23	40	35	30	65	52	53	105	1371	16	18	34	8	7	15	12	2	3	9	2	7	9	34	34	68	18	19	37
Listopad .	18	19	37	24	20	44	42	39	81	1057	8	9	17	7	5	12	2	3	3	6	1	6	6	17	17	40	25	16	41
Grudzień .	25	16	41	37	16	53	62	32	94	1321	13	12	25	11	7	18	6	4	4	5	—	5	34	34	55	28	11	39	
Razem w r. 1912.	15	15	30	30	317	251	568	532	266	598	14396	117	100	217	97	93	190	52	34	85	32	28	66	304	255	559	28	11	39

wości, obecnie liczba tych miejscowości wzrosła do 51, - a mianowicie:

z 30 miejscowości	po 2 przypadki
„ 10 „	„ 3 „
„ 7 „	„ 4 „
„ 3 „	„ 5 przypadków
„ 1 „	„ 10 „

Słowem rozszerzył się znacznie i teren działalności szpitala.

Co do wyznania było:

chrześcian 546

żydów 22 — t. j. około 4%; — nieznaczna odsetka dzieci żydowskich, tem jaskrawsza wobec dużego stosunku procentowego ludności żydowskiej w Lublinie, tłumaczy się niechętnem oddawaniem dzieci bez matek, oraz w znacznej mierze niewielkiem poparciem, jakie gmina żydowska na leczenie udziela (chrześcianie otrzymują znacznie częściej świadectwa, za któremi leczeni są na koszt gminy lub chlebobawców).

Co do wieku było:

do 1 roku	— 49
od 1 do 2 lat	— 51
„ 2 „ 5 „	— 131
„ 5 „ 7 „	— 93
„ 7 „ 12 „	— 179
powyżej 12	— 65

Duża ilość dzieci do lat 2-ich, tak niepożądana w szpitalu, nie posiadającym osobnego oddziału dla niemowląt, nieunikniona jest jednak w większym mieście, gdzie opieka nad niemowlętami nie istnieje; - dążeniem szpitala będzie stworzenie niewielkiego chociażby oddziału dla niemowląt, których setki giną wyłącznie z powodu braku opieki, oddawane w występne częstokroć ręce „fabrykantek aniołków“; na razie szpital przyjmuje w niezbędnych tylko przypadkach niemowlęta z matkami do osobnych pokojów — najczęściej są to dzieci zdrowe, dotknięte tylko wadami rozwojowymi, wymagającymi zabiegu chirurgicznego (warga zajęcza, naczyniaki, przepukliny wrodzone i t. p.)

Rubryka przyjęć powtórnych i przyjęć rodzeństwa dała następujące liczby:

przyjęto do szpitala po raz drugi	— 30 dzieci
„ „ „ trzeci	— 3 „

z rodzeństwa przyjęto: po dwoje dzieci—w 20 przypadkach
 „ „ „ „ troje „ —w 3 „
 „ „ „ „ czworo „ —w 1 przypadku

Z przyjęć powtórnych na tę samą chorobę najczęściej mamy do czynienia z gruźlicą kostną, wymagającą kilkakrotnego nakładania opatrunków gipsowych; dużą odsetkę stanowią jeszcze, niestety, dzieci zabierane ze szpitala przed ukończeniem leczenia i oddawane powtórnie z chwilą, gdy rodzice przekonają się nacalnie, że dalsza kuracja może być przeprowadzona tylko w szpitalu.

Z przypadków tego rodzaju mamy do zanotowania, na przykład, przypadek ropnego otoku opłucnej, stwierdzonego w szpitalu po przebytem zapaleniu krupowem płuc w początkach września (9/IX); rodzice zabrali chłopca, nie wierząc w konieczność dokonania operacji,—do szpitala zgłoszono się powtórnie 30 listopada t. j. po 3 miesiącach) z dzieckiem, krańcowo wyniszczonem—wyleczenie tego przypadku (po dokonanej operacji) było w podobnych warunkach prawdziwą niespodzianką. W 10 przypadkach przyjęto powtórnie dzieci, leczone już w szpitalu na inną chorobę — w 5 przypadkach przytem obiedwie sprawy nie stały z sobą w żadnym związku, w pozostałych zaś pięciu mieliśmy do czynienia ze sprawami, w których ścisłe prowadzenie omawianej rubryki miało znaczenie rozpoznawcze, jak wskaże tabl. № 5.

Tablica № 5.

Imię, nazwisko i wiek	Pierwsze rozpoznanie	Czas i wynik leczenia	Rozpoznano przy powtórnym przyjęciu
1) Walerja K. lat 11	Pleuritis exsud. d.	29/4—28.5 1911 polepszenie	Tuberc. pulmon, et intestin 8 XI—1912
2) Lodzią W. l. 2 1/2	Olenitis tbc.	1/7—14.3 1911 wyleczenie	Menigitis tuberc. 25/XI—1912
3) Felcia Powsz. l. 8 1/2	Lymphadenitis colli chron.	11/5—14/5 1911 bez polepszenia	Menigitis tuberc. 15 XI—1912
4) Adaś Myd. l. 12	Scarlatina	28.9—6/11 1912 wyleczenie	Mastoiditis ac. 28/XI—1912
5. Miecio Łat. l. 9	Typhus abdom	18/10—21/10 1912 zabrany przed- wc ześnię	Nephritis parench. ac. 9/XII—1912

Z przyjęć rodzeństwa najczęstsze są przypadki jednoczesnego zapadania na choroby zakaźne, jako to:

płonica	dwoje	rodzeństwa	w	9	rodzinach
„		troje	„	„	3	„
„		czworo	„	„	1	rodzinie
odra		dwoje	„	„	1	„
dur brzuszny (tyfus)		dwoje	„	„	1	„

Z postaci, świadczących o rodzinnem usposobieniu, najczęściej występują u rodzeństwa żoły (scrophulosis) i gruźlica.

W okresie sprawozdawczym zauważono u dwojga dzieci objawy żołów (Keratoconjunctivitis) w 2 rodzinach,—w trzeciej zaś rodzinie u jednego dziecka spondylitis tuberculosa, u drugiego pleuritis exsud. dextra tuberculosa.

W innych przypadkach przywieziono do szpitala dzieci tych samych rodziców, chore na inną chorobę, w różnym dość odległym nawet okresie czasu: — te przypadki świadczą o zaufaniu, jakie szpital wśród warstw szerokich stopniowo zdobywa.



C) Działalność poszczególnych oddziałów.

Oddział chirurgiczny.

(Sprawozdanie ordynatora dr. P. Jankowskiego).

Oddział chirurgiczny, jako już zaznaczono w pierwszym sprawozdaniu, powstał wbrew pierwotnym planom i przewidywaniom, na skutek wymagań życiowych, które zmuszały do podawania pomocy doraźnej, a następnie i systematycznej zgłaszającym się chorym chirurgicznym. Ilość tych chorych zwiększała się stale, tak, iż przeznaczono dla nich jedną z sal I-go piętra w pawilonie głównym, istniejącą tam kuchenkę zamienioną na salkę opatrunkową i ropną, a dawną pracownię lekarską—na salkę do operacji czystych.

Przystosowania te, w danych warunkach konieczne i jedynie możliwe mają charakter tymczasowy, choć narazie były one wystarczające: oddział rozwijał się pomyślnie i w tempie dość żywym, jak wykazują poniższe cyfry:

Z przyjętych w r. 1911 pozostało na r. 1912 chorych chirurgicznych **13** (6 chłopców i 7 dziewczynek).

W ciągu roku 1912 przyjęto **248** (153 chł. i 96 dziewcz.)
" " " 1912 z innych oddziałów przyjęto --4 (1 chł.
i 3 dziewcz.)

Razem leczono 265 (159 chł. i 106 dziewcz.)

W roku sprawozdawczym wypisano:

wyleczonych	1,03 (38,8%)
z polepszeniem	90
bez polepszenia	21
nie leczonych	8
zmarło	19 (6,5%)
Przenies. na inne oddz. .	3
R a z e m	244
Pozostało na r. 1913 .	21
R a z e m	265

Według wieku:

od 0— 1 roku było	35
„ 1 - 2 „ „	21
„ 2 - 5 „ „	51
„ 5— 7 „ „	44
„ 7—12 „ „	76
„ 12--15 „ „	38
R a z e m	265

Wykaz szczegółowy leczonych przypadków, według rozpoznania przedstawia się jak następuje:

Choroby rozwojowe:

Pes equino-varus (cong. et. paral.)	5	przyp.
Syndactylia, polydactylia	2	„
Labium leporinum	2	„
Atresia ani	2	„

Choroby ostre i ropne:

Empyema pleurae	16	przyp.
Osteomyelitis	18	„
Abscessus, phlegmona, panarit etc.	34	„
Mastoiditis	9	„
Cholesteatoma	1	„
Appendicitis	1	„
Psoitis	1	„
Paranephritis	1	„
Peritonitis ac. purul.	1	„
Arthritis acuta	3	„
Septicaemia	1	„
Erysipelas	1	„
Myositis	1	„

Gruźlica zewnętrzna:

Spondylitis	19	„
Tumor albus, spina ventosa etc.	53	„
Lymphomata	8	„
Lupus vulgaris	1	„

Choroby urazowe:

Fracturae	12	przyp.
Ruptura intestini.	1	„
Vulnera	19	„
Hämatoma	1	„
Combustio	8	„

Przepukliny:

Herniae ing. liberae	12	przyp.
„ umbilicalis	1	„

Nowotwory:

Hämangiomata	11	przyp.
Sarcoma testis	1	„
Sarcoma hepatis	1	„
Epulis sarcomatosa	1	„

R ó ż n e:

Calculosis vesicae, urethrae.	5	przyp.
Staphyloma	1	„
Hypertrophia tonsil.	2	„
Paraphimosis	1	„
Fungus umbilici	1	„
Torticollis	1	„
Hydrocele testis	1	„
Cystis duct. Stenon	1	„
Hygroma bursae	1	„
Corp. alien auric	1	„
Neuromata cicatricis post amputat. fem.	1	„
Stricture laryngis	1	„

265 przyp.

Operacji czystych wykonano 44:

Oper. radic herniae	12	przyp.
Extirpatio hämangiomat	11	„
Arthrodesis	2	„
Sectio alta	1	„
„ perinealis	1	„

Operat. plastica	5	przyp.
Tenotomia	3	„
Operat. radic. hydrocele	1	„
Laparotomia	2	„
Operat. radic. hydrocele	1	„
Amputatio femoris	1	„
Tracheotomia	1	„
Sutura mandibulae	1	„
Hypospadi	1	„
Extirpatio lymph. colli	1	„
Iridectomia	1	„

Operacji ropnych (resect. costae. arthrectomia, operat. radic. osteomyehlitid, incisiones etc.) wykonano 79 w tem 9 trepanacji process. mastroid.

Nałożono 47 gipsów (gruźlica oraz złamania). W 15 przypadkach stosowano wyłącznie wyciąg, w 17 przyp. — wyłącznie wstrzykiwania mieszanek jednoformowej itp. Poważny odsetek (30,6%) wszystkich przypadków chirurgicznych stanowi gruźlica kości i stawów, która jest prawdziwym utrapieniem oddziału, gdyż praca około niej wobec dość nikłych rezultatów leczenia w danych warunkach w znacznej mierze uważaną być może za pracę Syzyfową. To też uporczywie nasuwa się w tej sprawie konieczność reformy zasadniczej. Ze względu na przewlekły charakter tej choroby, wymagający bardzo długiego leczenia, koniecznym jest opracowanie innych warunków pobytu takich chorych w szpitalu, gdyż obecnie dość wysoka opłata zniechęca rodziców do dłuższego leczenia i chorzy są ze szpitala zabierani niemal gwałtem, wbrew wszelkim namowom i przekonywaniom, zawsze zbyt wcześnie—w pierwszych zaraz okresach leczenia, gdy zaledwie jakie takie pojawiają się oznaki poprawy. Gruźlica chirurgiczna—podobnie jak i wewnętrzna zresztą—wymaga raczej leczenia sanatoryjnego; dlatego też powinna być w zasadzie oddzieloną od reszty chorych chirurgicznych i o ile to jest możliwe przeniesioną w inne sanatoryjne właśnie warunki otoczenia. Kwestja wysokości opłaty, przytem ze względu na chorych niezamożnych, a takich przeważnie ma dotychczas szpital—wymaga szczególnego uwzględnienia i rozpatrzenia.

Stały wzrost oddziału chirurgicznego, który wreszcie doprowadził do konieczności oddania na jego usługi obu sal w pawi-

lonie głównym, wymaga bezwarunkowo przeprowadzenia planowej akcji w kierunku stworzenia warunków normalnego rozwoju oddziału, zgodnie z wymaganiami chirurgii współczesnej. Przede wszystkim więc należałoby urządzić inną salę operacyjną czystą, gdyż istniejąca jest nieodpowiednią zarówno wskutek zbyt szczupłych jej rozmiarów, jak nieodpowiedniego światła, braku ciepłej wody do mycia rąk, nieodpowiedniego pieca i t. d. Pożądaną byłaby też nieco większa salka opatrunkowa, zaopatrzona również w ciepłą wodę. Istniejący aparat sterylizacyjny (firmy Adnet'a)—jest nieco zamały i niedługo zapewne wypadnie zastąpić go większym.

Ze względu na to, że chirurgia dziecięca ściśle związana jest dziś z ortopedją i mechanoterapią należy mieć na widoku utworzenie przy Szpitalu dziecięcym odpowiednio zaopatrzonego Instytutu Ortopedycznego wraz z koniecznym dla kontroli gabinetem rentgenowskim.

Powyższe dezyderaty, dążące do zapewnienia oddziałowi chirurgicznemu normalnego rozwoju i owocnej działalności, dąby się uskutecznić w drodze dalszego przystosowania do jego potrzeb urządzeń istniejących. Mianowicie dawny pawilon szkarlatynowy doskonale nadaje się do tego celu, gdyż posiada wspólną salę, jakby stworzoną dla ortopedji, a po nadbudowaniu piętra pomieściłby doskonale dwie sale dla chorych, salkę operacyjną czystą—oraz szczegół bardzo ważny - ambulatorjum chirurgiczne, które w warunkach obecnych — nie mając własnego pomieszczenia — nie może rozwijać się normalnie. Rzecz prosta, iż coraz zwiększająca się frekwencja chorych na oddziale chirurgicznym czyni również aktualną sprawę powiększenia personelu zarówno lekarskiego jak i służbowego.

Dr. P. Jankowski.



ODDZIAŁ WEWNĘTRZNY.

Omówione w pierwszej części niniejszego sprawozdania przeniesienie oddziału odbiło się korzystnie na warunkach higienicznych, wpływając dodatnio na wyniki leczenia tych przede wszystkim chorych szpitalnych, dla których oddział szpitalny zastępuje sanatorja i leczenie klimatyczne,—mianowicie dla dzieci gruźliczych, dotkniętych bądź już zmianami w narządach oddechowych lub trawienia, bądź też wykazujących t zw. usposobienie żółtawe. Ogromny zapas powietrza (423 metr. sześć.), duża ilość światła (21 metr. kwadr powierzchni szyb) oraz odpowiednie odżywianie sprawiają, że chorzy, którzy dłuższy czas przebywają w szpitalu wykazują znaczny przyrost wagi i poprawę ogólnego stanu zdrowia.

Na oddział przyjęto w roku sprawozdawczym 81 chłopców i 86 dziewcząt (167 dzieci). że zaś z roku 1911 pozostało 8, razem leczono w r. 1912 175 dzieci.

W roku sprawozdawczym **wypisano:**

wyleczonych	47—29,5%
z polepszeniem	56—35%
bez polepszenia	26—16,25%
na inne oddziały przeniesiono	9
zmarło w ciągu 1-ej doby	7
„ po dłuższym pobycie	11—8,1%
<hr/>	
Razem ubyło 163	

na rok 1913 pozostało 12

Wyszczególnienie rozpoznań obejmuje 170 przypadków, gdyż 5 przyjęto w ciągu roku powtórnie na tę samą chorobę w nie-długim odstępie czasu.

Według rozpoznań było:

I. Choroby zakaźne ostre:

Typhus abdominalis	12
Dysenteria	2
Tetanus	1

15 przypadków.

II. Choroby zakaźne przewlekłe i wogóle ustroju:

Tuberculosis pulmonum	16
„ gland. bronch.	3
Meningitis tbc.	11
Peritonitis tbc.	4
Scrophulosis	8
Anaemia simplex	2
Diathesis haemorrhagica	2
Lues congenita	2

52 przypadków.

III. Choroby mózgu -i nerwowe:

Encephalitis	1
Mikrocephalia	1
Neoplasma cerebri	1
Paralysis post poliomyelitidem	2
Paralysis nervi facialis	1
Chorea minor.	2
Hysteria	3
Enuresis nocturna	2

14 przypadków.

IV. Choroby zarządów oddechowych:

Pneumonia catarrhalis	11
„ croupposa	9
Bronchitis et bronchiolitis	7
Pleuritis exud. serosa	7
„ „ purulenta	6

Pyopneumothorax	1
Rhino et laryngoscleroma	<u>1</u>
	42 przypadków.

V. Choroby narządów krążenia:

Insufficiencia v. mitralis	2
„ et stenosis val. mitr.	<u>3</u>
	5 przypadków.

VI. Choroby narządów trawienia:

Tonsillitis hypertrophica	2
Dyspepsia—gastroenteritis ac.	6
Enteritis chronica, decomposito	5
Entero colitis	2
Tumor abdominis	1
Megacolon congenitum	<u>1</u>
	17 przypadków.

VII. Choroby skóry i układu kostno-mięśniowego:

Eczema capitis et universale	2
Prurigo	1
Erythema	2
Polyarthriti chronica	1
Torticollis	<u>1</u>
	7 przypadków.

VIII. Choroby dróg moczowych:

Cystitis ac.	2
Nephritis parenchym ac.	9
„ chronica	4
Ren mobilis	<u>1</u>
	16 przypadków.

IX. Choroby pasożytnicze i zatrucia:

Taenia sol.	1
Intoxicatio c. hyoscyamo	<u>1</u>
	2 przypadki.

Nie omawiając wyniku leczenia w poszczególnych przypadkach, podamy liczby, dotyczące przyrostu wagi u dzieci, leczonych w oddziale wewnętrznym. Dane te zebrano szczegółowo w 74 przypadkach—w innych nie były miarodajne z powodu zbyt krótkiego pobytu lub nie zbierano systematycznie dla ciężkiego stanu chorych. W 56 przypadkach stwierdzono przyrost wagi, w 5—wagę bez zmiany, w 13—stratę na wadze. W przypadkach, które dały przyrost wagi, dzieci przybierały podczas pobytu w szpitalu:

poniżej 1 kilogr.	—22	razy
od 1 do 2	„	—20 „
„ 2 „ 3	„	— 6 „
„ 3 „ 4	„	— 5 „
powyżej 4	„	— 3 „

Największy przyrost 5200 dał w ciągu 35 dni pobytu chłopiec 9-letni (Staś Os.), przyjęty z powodu podejrzenia o wrzód okrągły żołądka. Straciły na wadze przypadki dalej posuniętej gruźlicy (6 przyp.) oraz ostre postaci zakaźne, w których zabrano dzieci przedwcześnie, przed okresem zdrowienia; te natomiast przypadki ostrych chorób zakaźnych, które po spadku ciepłoty przebyły czas pewien w szpitalu, dawały b znaczny przyrost: 1100- 4700 w kilku przypadkach duru brzuszego, 1000—3800 w przypadkach zapalenia włóknikowego płuc i t. p.

Z przypadków śmiertelnych 7, jak wspomniano, zmarło w ciągu 1-ej doby pobytu w szpitalu, w 6-ciu z nich wcześniejsza pomoc mogła być uratować dzieci. Co do zmarłych po dłuższym pobycie większość należała do przewlekłych, które trzymane w szpitalu przez czas dłuższy wyłącznie z pobudek miłosierdzia, uwzględniając opłakane warunki, jakie ciężko chore dzieci miałyby w domu.

Badań pośmiertnych dokonano 9.

Co do potrzeb oddziału wewnętrznego, byłyby one uwzględnione przy doprowadzeniu do skutku projektu omówionego w sprawozdaniu oddziału chirurgicznego: oddział wewnętrzny zajęłby dawne swe locum (na 1-em piętrze w głównym gmachu), rozporządzając 2-ma salami, 2 separatkami i pomieszczeniem na pracownię. Jedną z sal można byłoby wówczas przeznaczyć wyłącznie dla gruźlicy. Poruszona przy sprawozdaniu z ruchu chorych sprawa oddziału dla niemowląt trudniejsza już jest do urzeczywistnienia, lecz w skromnych rozmiarach mogłaby być również uwzględnioną.

Oddział dyfterytyczny.

Oddział dyfterytyczny mieścił się w dalszym ciągu na oddziale ku zapasowym. Ruch chorych na oddziale był w roku sprawozdawczym znacznie większy, niż w pierwszym roku; że zaś oddział ten należy do nader ważnych, gdyż ratuje bezpośrednio życie dzieci, którym grozi uduszenie wskutek krupu, przeto ów prowizoryczny charakter oddziału powinien także ulegć zmianie: nowy pawilon zakaźny, niezbędny w razie użycia obecnego na oddział chirurgiczny, zaradziłby temu brakowi, obecny zaś oddział, jako zapasowy i stacja obserwacyjna zupełnie jest na miejscu.

Na oddział w roku sprawozdawczym przyjęto 35 dzieci, z roku 1911 pozostało 1, razem leczono 36 dzieci.

Ruch chorych według miesięcy był następujący: przyjęto w lutym 2, w marcu 5, w kwietniu 6, w maju 3, w lipcu 1, we wrześniu 5, w październiku 6, w listopadzie 2, w grudniu 6.

Co do postaci choroby leczono: 2 przypadki błonicy gardła, 2 podejrzone o błonicę i 32 przypadki błonicy krtani (krupu).

W przypadkach krupu przyjmowano najczęściej na krótki przeciąg czasu dzieci, nasuwające obawy co do konieczności zakładania rurki; — 20 z tych dzieci obyło się bez zabiegu, w 12 zaś dokonano intubacji. Wynik leczenia był następujący:

Tablica № 6.

Wyniki	intubowane	bez intubacji	Razem
Wyleczono	7	9	16
Z polepszeniem	1	9	10
Bez polepszenia	2	1	3
Zmarło	2	1	3
Razem	12	20	32

Zaznaczyć należy, że w obydwu intubowanych przypadkach śmiertelnych zejście nastąpiło przed wyjęciem rurki wskutek powikłań błonicy, we wczesnym okresie intubacji (1 i 2 dnia),

2 natomiast przypadki, wypisane bez polepszenia zmarły w domu dla braku rychłej pomocy—dzieci te zabrano do domu przed ukończeniem leczenia; zmarło bez intubacji dziecko 11-miesięczne, u którego natychmiast po przyjęciu dokonano tracheotomji (rurki instubacyjnej nie można było założyć wskutek skurczu głośni).

Oddział szkarlatynowy.

(Sprawozdanie ordynatora dr. P. Borsukiewicza).

Oddział szkarlatynowy rozwija się liczebnie, gdyż cyfra chorych leczonych w 1912 r. (126) przewyższyła liczbę z poprzedniego roku (97), pomimo, że epidemia ostatnia była znacznie słabszą od poprzedniej. Dowodzi to, że mieszkańcy nabierają przekonania do szpitalnego leczenia ciężkich zakaźnych chorób i pozbywają się obawy zostawiania dzieci na opiece szpitalnej. W wielu przypadkach sami rodzice, zwłaszcza ze sfery inteligentnej starają się o umieszczenie dziecka chorego w szpitalu dla odosobnienia go od zdrowych.

Wyniki leczenia chorych uwydatnione zostały w 2 tablicach № 7 i № 8.

Ogólnie o epidemji roku sprawozdawczego nastęrcza się wniosek, że była mniej złośliwą od poprzedniej i dała niezbyt wysoką odsetkę śmiertelności (20^o/_o).

Odznaczała się ona szczególnie częstym występowaniem zapaleń nerek (47^o/_o), bardzo silnych, uporczywych, z krwiomoczem. Zapalenia nerek skończyły się pomyślnie we wszystkich przypadkach, przyjętych w pierwszym, wysypkowym okresie płonicy, zaś wśród przybyłych na oddział już z zapaleniem nerek w ciężkim stanie, z mocznicą, były 2 przypadki śmiertelne na 14 czyli 14%.

Prócz tego, zdarzały się często powikłania (patrz tablicę № 8) ze strony gruczołów, ucha środkowego oraz wyrostka sutkowego.

Prócz tych częstych pospolitych powikłań w płonicy zdarzyły się mniej częste, jako to: zapalenie otrzewnej, ropień pozagardłowy i krwawiączka. Współrzędnie z płonicą wystąpiły: kolusz 2 razy i ospa wietrzna 1 raz.

Dr. P. Borsukiewicz,

Tablica № 7. **Ruch chorych i wyniki leczenia na oddziale szkarlatynowym.**

Miesiące	Leczono	Wyleczono	Polepszenie	Bez polepszenia	Zmarło po 24 g.	Zmarło przed 24 god.	Zmarło razem	Razem było	Pozostało na rok 1913
Pozostało z r. 1911	8	7	1	—	—	—	—	8	—
Styczeń	7	5	1	—	1	—	1	7	—
Luty	5	2	2	—	1	—	1	5	—
Marzec	6	4	2	—	—	—	—	6	—
Kwiecień	7	1	4	—	—	2	2	7	—
Maj	1	—	1	—	—	—	—	1	—
Czerwiec	3	—	3	—	—	—	—	3	—
Lipiec	4	2	1	1	—	—	—	4	—
Sierpień	12	2	3	2	3	2	5	12	—
Wrzesień	24	10	9	1	3	1	4	24	—
Pazdziernik	24	11	6	1	3	3	6	24	—
Listopad	13	5	5	—	3	—	3	12	1
Grudzień	12	2	5	2	3	—	3	10	2
Razem	126	51	43	7	17	8	25	123	3

Dr. P. B.

Oddział zapasowy użyty był w roku sprawozdawczym dwukrotnie, jako stacja obserwacyjna w przypadkach zapalenia gardła, podejrzanego o błonicę i płonicę; jako izolacyjny zaś dawał przytułek chorym w następujących przypadkach zakażeń wewnątrz szpitalnych:

W lutym (14 II) zachorowała na płonicę dziewczynka na sali chirurgicznej, leżąca oddawna w szpitalu; źródła zakażenia nie wyjaśniono, dalszych zakażeń na sali nie było.

We wrześniu (20/IX) na tejże sali zachorował na płonicę chłopiec, przyjęty 14/VIII — chłopca przewieziono przy pierwszych objawach na oddział zapasowy, po wyjaśnieniu zaś rozpoznania na oddział szkarlatynowy — innych zakażeń z tego źródła nie było.

Na sali wewnętrznej zdarzył się w roku sprawozdawczym jeden przypadek płonicy u dziewczynki 9 dnia pobytu w szpitalu (3 IX); oprócz tego, z separatki tego oddziału, po przebyciu kilku godzin, przewieziono na oddział szkarlatynowy, dziecko, skierowane niewłaściwie (jako abscess. retrotonsillaris) na oddział ogólny; pokoiak odkażono formaliną, dalszych przypadków płonicy nie było.

Z oddziału wewnętrznego przeniesiono na zapasowy przypadek koklusz, przyjęty z objawem nieżyłowego zapalenia płuc — charakterystyczne napady kaszlu wystąpiły dopiero po spadku ciepłoty.

Oprócz płonicy, na oddziale ogólnym szpitala wybuchła w roku sprawozdawczym epidemia odry, dając 3 przypadki na sali chirurgicznej i 2 na sali wewnętrznej — 4 przypadki wystąpiły przytem w odstępie jedno lub dwudniowym, co wskazuje, że zakażenie nastąpiło jednocześnie — źródła jednak nie udało się wykryć; piąty przypadek uległ już wskutek zakażenia od poprzednich.

Śmiertelność. Jako uzupełnienie sprawozdań oddziałowych omawiających wynik leczenia na poszczególnych oddziałach podajemy tablicę № 9, wskazującą jakie postacie były przyczyną zgonów w szpitalu; tablica ta wykazuje jednocześnie, którego dnia pobytu nastąpiło zajście śmiertelne, ilustrując, jak późno oddawane są zazwyczaj do szpitala chore dzieci: w 41% zgonów śmierć nastąpiła w ciągu pierwszej doby, w 77% w ciągu pierwszego tygodnia pobytu w szpitalu, w pozostałych zaś 22,6% po dłuższym leczeniu — wśród tych ostatnich, jak już wspomniano w sprawozdaniu, dużą część stanowią przypadki, skazane z góry na zejście śmiertelne i trzymane w szpitalu wyłącznie z pobudek

Tablica № 9. **Wyszczególnienie przypadków śmierci***.

Nazwa choroby	Dzień pobytu							Dłużej niż ty- dzień	Razem
	1	2	3	4	5	6	7		
Płonica (szkarlatyna)	13	2	4	1	1	1	—	3	25
Błonica (difteryt)	1	1	1	—	—	—	—	—	3
Tyfus brzuszny	—	—	—	—	—	—	—	1	1
Zapalenie płuc	2	1	—	—	—	—	—	—	3
Tężec	1	—	—	—	—	—	—	—	1
Odra (bronchiditis)	1	—	—	—	—	—	—	—	1
Zakażenie krwi	3	2	1	—	—	—	—	2	8
Oparzenie	2	—	—	—	—	—	—	—	2
Urazy	1	—	1	—	—	2	—	—	3
Gruźlica płuc, ki- szek i opon móz- gowych	—	—	1	2	—	—	—	2	5
Wady serca	—	1	—	—	—	—	—	2	3
Zapal. otrzewnej	1	—	—	—	—	—	—	—	1
„ opłucnej	—	—	—	1	—	—	1	1	3
„ wyrostka sut- kowego	—	—	—	—	—	—	—	2	2
„ nerek	1	—	1	—	—	—	—	1	3
Nieżyt kiszek (de- compositio)	1	—	—	—	—	—	—	—	1
Nowotwór mózgu	—	—	—	—	—	—	—	1	1
Razem	27	7	9	4	1	2	1	15 22,6	66
	% 41%	% 30,3%			% 6%			%	

*) Według wzoru dr. Schoenaicha z Łodzi.

miłosierdzia. Tak duża stosunkowo ilość umierających w ciągu 1-ej doby zmniejszać się będzie zapewne wraz ze wzrostem zaufania do szpitala.

W organizacji wewnętrznej i składzie osobowym szpitala zaszyły w roku sprawozdawczym niewielkie zmiany.

Personel lekarski był następujący:

- 1) dr. Piotr Borsukiewicz, ordynator oddziału zakaźnego;
- 2) dr. Paweł Jankowski, ordynator oddziału chirurgicznego.
- 3) dr. Wacław Jasiński, lekarz naczelny i ordynator oddziału wewnętrznego.

Oprócz tego, w ciągu całego roku bezinteresownie pracowała na oddziale wewnętrznym w ambulatorjum dr. Marja Jankowska, a w półroczu letnim (od kwietnia do listopada stały i gorliwy udział w pracy oddziału chirurgicznego brała dr. Jadwiga Niepokojczycka).

Kuratorem szpitala był dr. Al. Jaworowski.

Konsultowali łaskawie na zaproszenie lekarzy oddziałowych — w chorobach oczu: ś. p. dr. Józef Świnarski i dr. M. Zajdenman; w chorobach uszu, nosa i gardła dr. A. Żebrowski, który dokonał w szpitalu 9 operacji wydlutowania wyrostka robaczkowego, 2 operacje w nosie i gardle. Badania pomocnicze (odczyn Wassermana) uskuteczniał nader chętnie w pracowni szpitala św. Józefa lekarz naczelny tego szpitala.

Personel pielęgniarski powiększył się o jedną Siostrę miłosierdzia; obecnie przeto, prócz Siostry-przełożonej posiada szpital 4 Siostry, z których 3 czynne są, jako dozorczyńce na oddziałach wewnętrznym, chirurgicznym i zakaźnym, czwarta prowadzi kancelarję i ambulatorjum.

Biblioteka lekarska, zapoczątkowana w roku sprawozdawczym liczy dopiero dwadzieścia kilka tomów dzieł podstawowych i podręczników z zakresu pedjatriji; oprócz zakupionych kosztem szpitala, zasila ją ofiarami w naturze dr. Al. Jaworowski.

Praca naukowa szczupłego grona lekarzy szpitala wyraziła się w pokazach chorych i preparatów w Towarzystwie lekarskiem (dr. Borsukiewicz — 1 pokaz, dr. Jasiński 2 pokazy, dr. Jankowski 1 pokaz, dr. Żebrowski 2 pokazy) i w odczytach: dr. Jasińskiego „Nowe badania co do etiologii czerwoni” i dr. Borsukiewicza „O leczeniu czerwoni surowicą swoistą”. Materiał szpitalny przechowywany z roku na rok ulegnie opracowaniu po nagromadzeniu większej liczby spostrzeżeń z każdego działu.

Dr. Wacław Jasiński.



Biblioteka Główna WUM

KS.1512



210000001512



www.dlibra.wum.edu.pl

SZPITAL IM. KAROLA I MARI



B761

