

Kliniki Królewskiego Warszawskiego Uniwersytetu.

ZARYS HISTORYCZNY

Józefa Bielińskiego.

Z założeniem szkoły lekarskiej w Warszawie w roku 1809, czyli jak urzędowo nazywała się: Wydział akademicko-lekarski warszawski — okazała się potrzeba założenia kliniki. Ówczesny przełożony szkoły, dziekan Dziarkowski, za pośrednictwem Izby edukacyjnej starał się o odpowiedni lokal w najbliższym szpitalu ¹⁾.

Szkoła ulokowaną była w domu przy ulicy Jezuickiej, a właściwie w oficynie przy ulicy Brzozowej, najbliższym szpitalem był św. Rocha, przy ulicy Krakowskie-Przedmieście. Starania Dziarkowskiego pomyślny wzięły obrót, albowiem prefekt departamentu Warszawskiego zawiadomił Izbę, że, przełożona szpitala św. Rocha nie ma nic przeciw samemu zamiarowi i przystaje na urządzenie kli-

¹⁾ Bliższe szczegóły tak o samej szkole, jak i o pierwiastkowej klinice warszawskiej podałem w „*Krytyce lekarskiej*“ w r. 1903 i 1904, w rozprawie p. t. *Założenie wydziału lekarskiego w Warszawie.*

niki, lecz łączy przytem prośbę, ażeby mający się uczyć „pod należąą byli subordynacją izby żadnej administracji (szpitala) w jej zagospodarowaniu nie czyniono przeszkody“.

Samo urządzenie kliniki nie przedstawiało trudności żadnych. Otrzymano dwa pokoje dla chorych wewnętrznych i chirurgicznych. Chorzy ci, byli na utrzymaniu szpitalnem a specjalne środki lecznicze, nie przewidziane ustawą szpitalną i, pożywienie po nad przepisane także ustawą — nabywane były na koszt szkoły. Profesorowie warszawscy tak dawniejszej daty jak np. Dziarkowski, jak i młodszy wiekiem, Wolff i Czekierski nie przechodzili kursów klinicznych, bo w czasie ich studyów, kliniki nie były znane — przeto nie uważali za potrzebne urządzać specjalnych sal szpitalnych, w których mieli się leczyć chorzy kliniczni.

August Wolff i Józef Czekierski obok wykładanych przez siebie nauk teoretycznych: pierwszy terapii, a drugi chirurgii — tłumaczyli uczniom przy łóżku chorych, najważniejsze zjawiska chorobowe i, wskazywali sposoby leczenia. Odnośnie położnictwa, klinika w tem znaczeniu jak i przywiedzione wyżej, biorąc rzeczy ściśle, istniała już przy szkole akuszerki, która w tej epoce lokowała się na Nowem Mieście, w domu pod № 315; „więcej dla celów prywatnych“ zarządzana przez profesora Brandta.

Tak więc dnia 17 lipca 1811 roku powstały w Warszawie pierwsze kliniki. Chociaż profesorowie, jak zaznaczyliśmy, nie przechodzili kursów klinicznych, za ich czasów nieznanych, lecz spotykali się z niemi już później, podczas podróży swych po Europie — czuli więc dobrze, że owe prowizoryczne kliniki u św. Rocha, nie odpowiadają potrzebom. Wydział akademicki wnikając w raporta profesów klinicznych, „iż do potrzebnego pokazania uczniom wszystkich sposobów leczenia chorób rozmaitych, i wykonywania operacji, fundusze szpitalne nie są wystarczające“ — odniósł się do Dyrekcyi edukacji narodowej z prośbą, o przeznaczenie przynajmniej tymczasowo

2160 zł. na klinikę terapeutyczną i, tyleż na chirurgiczną; gdyż tyle wynosi utrzymanie chorych w szpitalu św. Rocha, za klinicznych uważanych, za dostarczone lekarstwa i inne potrzeby. Dyrekcyja słuszne to żądanie uwzględniła 5 września 1812 roku.

Gdy powstała komisya oświecenia narodowego, gdy w ogóle stosunki polityczne krajowe rdzennie się zmieniły, wydział nie spuszczając z oka źle urządzonych klinik, przypominał się magistraturze oświecenia bezustannie, wykazując, że jeżeli nie można niezwłocznie przenieść klinik w odpowiednie miejsca, to przynajmniej należy podnieść ich etat, aby stan chorych polepszyć niezwłocznie. Członkowie nowej magistratury, byli ciż sami, którzy w r. 1809 potwierdzali szlachetne usiłowania lekarzy warszawskich, stwarzających zakład naukowy, a z poczucia obywatelskiego podtrzymując go ofiarnością osobistą; ci przeto członkowie zrozumieli, że, jeżeli wydział tak kategorycznie żąda większego funduszu, odmowy być nie może. Więc 23 kwietnia 1816 dotychczasowy fundusz podwyższony został do 5254 zł. rocznie.

Kliniki pod tymże sterem, u św. Rocha trwały blisko lat ośm.

Po usunięciu się Wolffa i Czekierskiego z Uniwersytetu, klinikę terapeutyczną objął świeżo przybyły z Niemiec dr. Sander, a po Czekierskim Dybek. Skutkiem intryg i beztaktycznego zachowania się młodego wówczas, a wysoce zarozumiałego asystenta przy klinice Nowickiego, Sander po odbyciu jednej lekcyi klinicznej, podał się do dymisyi, i mimo przekonywań przyjaznych mu ludzi, opuścił Warszawę. Dybek zarządzał kliniką chirurgiczną aż do śmierci. Spuściznę po Sanderze objął zastępczo dr. Szczucki, lecz nie na długo, gdyż 19 września 1819 roku został klinicznym profesorem Freyer, który aż do śmierci poważnie tym zakładem zarządzał. Ostatnim profesorem kliniki terapeutycznej był Kaczkowski Karol, a chirurgicznej Klemens Emilian Nowicki.

Instytutu kliniki terapeutycznej, chirurgicznej i położniczej urządzone zostały w r. 1818 w domu pojezuickim, przy szkole lekarskiej, czyli Wydziale Uniwersytetu ¹⁾.

Przeniesienie kliniki ze szpitala św. Rocha, zawdzięczać należy profesorowi Dybkowi. On bowiem dowodził, że szpital św. Rocha „z natury nie nagiętego urzędu swego“, nigdy zasługiwać nie mógł na imię instytutu klinicznego. Przekonał się o tem profesor w roku szkolnym 1817—1818, a pierwszym swej profesury. Z trzech operacji chirurgicznych, nawet nie z rzędu bardzo ważnych, w owym roku wykonanych, nie udała się żadna; nad najmniejszą chorobą trwonić musiał wiele czasu, a ważne

1) Bardzo pouczającym jest projekt etatu, pierwszego etatu nowo urządzonych klinik, przez dziekana profesora Dybka ułożony.

1) **N a ż y w n o ś ć.** 8 osób ciężarnych kosztowały 1920 zł., 12 osób uczących się akuszerki 2880 zł., a zatem jedna osoba rocznie kosztowała zł. 240, a dziennie $19^{265}/_{365}$ groszy. Na przyszłość zaś do przyjęcia kładzie się 10 kobiet chorych, 10 mężczyzn chorych, 12 kobiet ciężarnych, 12 kobiet akuszerki uczących się — razem 44 osoby po 20 groszy rachując dziennie na osobę, wyniesie rocznie 243 zł. 10 gr., a razem 10706 zł. 20 gr. Nadto 5 osób służących (posługacze, kucharka, stróż) po złotemu dziennie (właściwie $29^{215}/_{365}$) razem 1825; więc według projektowanego etatu na r. 1819, ogół wyniesie 12531 zł. 20 gr.

2) **P e n s y a i z a s ł u g i.** Administratorowi, który będzie odpowiedzialnym za kasę instytutową z dochodów i wydatków, nie mniej naturalistów, sprzętów, z czego rachunki zdawać i dozór nad wszystkim mieć jego obowiązkiem będzie—2400 zł. Posługacz rocznie 180 zł.; tyleż stróż; kucharka 160 zł., dwie posługaczki 288 zł. — razem 3208.

3) **N a o p a ł.** Podług podania instytutu akuszerki, rocznie wydano 1080 zł.; na przyszłość zaś potrzeba, z powodu powiększenia liczby osób więcej opalania, a zatem: a) do kuchni przez 365 dni szczap po 22 codziennie, sążni 107 szczap 5; b) do pralni rocznie sążni 19 szczap 15; c) do jednego pieca do suszenia chust, przez dni 182 szczap po 3 (od 15 października do 15 kwietnia), uczyni sążni 7 szczap 21; d) do 12 pieców

przypadki prawie zawsze niepomysłne brały obroty. Otóż ta okoliczność skłoniła profesora do częstych przełożeń, o założenie dla Uniwersytetu specjalnego instytutu, chociażby szczupłego, lecz w którymby młodzież lekarska przy łóżku chorych, mogła się ćwiczyć, według ówczesnych wymagań naukowych. Jak to już zaznaczono, wszystkie kliniki przeniesiono na ulicę Jezuicką.

Pierwiastkowo urządzono w r. 1818 klinikę położniczą na 10 łóżek, a na 12 chorych klinikę terapeutyczną i chirurgiczną. W r. 1819 powiększono etat, a zatem i liczbę łóżek w klinikach.

Na pierwszym piętrze ulokowano klinikę położniczą; na drugim piętrze klinika męzka, w dwóch pokojach cho-

w salach chorych i w innych miejscach, także u administratora przez 182 dni po szczap 3 na piec — ogółem uczyni sążni 220 szczap 62 czyli 221 sążni, wartość 4309 zł. 15 gr.

4) Na światło — 400 zł.

5) Sprzęty. Sprawienie nowych, pobielenie naczyń kuchennych i reparacya rocznie 1960 zł.

6) Pranie bielizny 360 zł.; ochędóstwo, kadzenie, zamiatanie — 120 razem 480.

7) Kancelarya — na potrzeby piśmienne 1806 zł.

8) Na nieprzewidziane wydatki — 800 zł. Ogólny rozchód roczny 23870. Ten pierwiastkowy etat został przyjęty bez żadnych trudności. A jednakże Freyer za przedstawiony przez siebie etat na 16000 zł., miał tak dużo nieprzyjemności, że się rzekł dziekaństwa, aby się od nich uwolnić.

Według późniejszego etatu utrzymanie klinik kosztowało:

a)	żywność	15695 zł.
b)	pensya	5188 "
c)	opał, światło i t. d. .	12509 "

O g ó ł e m . 33393 zł.

W rozdziale poświęconym Etatowi, wszystkie te pozycye w kolei lat szczegółowo są przedstawione.

rzy wewnętrzni, w drugich dwóch pokojach chirurgiczni; trzecie piętro zajęły chore kobiety tak chirurgiczne jak i terapeutyczne. Każde piętro miało oddzielną służbę. Przy instytucie położniczym mieszkała pierwsza akuszerka; na trzecim urządzono osobną salę dla narad lekarskich i dyskusji z młodzieżą uczącą się — czego przy łóżku chorych profesorowie nie chcieli wykonywać.

Okna instytutu zwrócone były na wschód; powietrze „było czyste“; posadzkę wymalowano olejno, „aby nie zaprowadzać wilgoci, przez częste mycie podłogi“. Wszystkie sprzęty drewniane jak łóżka, stoły, stoliki — również olejno były malowane.

Pościel chorych składała się: a) z siennika, a nie z materaca, aby zachować większą czystość i ochronić „od rozmaitych zarazków gnieźdzących się zazwyczaj w materacach i piernatach“; b) z prześcieradła płóciennego; c) dwóch poduszek włosianych i d) z kołdry wełnianej podszytej prześcieradłem.

Kołdry instytutu położniczego i sali dla chorych na oczy były koloru zielonego; instytutów klinicznych były białe. Dla słabych chorych, których cierpienia nie pozwalały na częste prześcielanie, dawano materace włosiane.

Nad każdym łóżkiem była tabliczka, na której zapisywano imię i nazwisko chorego, wiek, trwałość choroby, jej nazwisko i lekarstwo jakie choremu było назначone, a także dyeta. Ściany, sufit i posadzka salki oftalmicznej zielone, a także firanki w oknie.

Każdy chory przy wstępie swoim do kliniki, prócz łóżka posłanego i sprzętów innych do jego wygody potrzebnych, dostawał: koszulę, szlafrok, pończochy, pantofle i duchenkę lub czepek. Bieliznę tak często odmieniano, jak tego czystość wymagała. Pokarmy i napoje również jak i lekarstwo potrzebne, chory odbierał według ordynacji swego lekarza, którym zawsze był uczeń, pod okiem i za zezwoleniem profesora działający.

Wizyty, instrukcye, prowadzenie dzienników, notowanie ordynacyi, odbywało się we wszystkich klinikach jednakowo, z nieznacznymi zmianami, ściśle związanymi z daną kliniką.

W tym ogólnym zarysie, opowiem szczegółowo o urządzeniu tylko kliniki terapeutycznej; aby się nie powtarzać, gdy będę mówił o klinice chirurgicznej i położniczej, tam podam te tylko wiadomości, o których tu nie wspominam, a które kliniki te różniły się między sobą.

Klinika terapeutyczna jak każda klinika i wówczas i dzisiaj, miała cel trojaki: nauczanie młodzieży przy łóżku chorego, w celu należytego poznania chorób i ich leczenia; doskonalenie nauki przez nowe spostrzeżenia teoretyczne i praktyczne; i, na koniec łagodzenie losu chorych nieuleczalnych. Aby klinika mogła dobrze odpowiedzieć temu zadaniu, powinna być tak urządzona, — aby profesor-dyrektor lub jego zastępca adjunkt, mógł dowolnie i z łatwością, zapełnić łóżka kliniczne takimi chorymi, którzyby stanowili odpowiedni materiał dla wykładów klinicznych. Ściśle biorąc, profesor powinien mieć tylu chorych w ciągu dwuletniego kursu klinicznego, ile przez ten czas opisze chorób, a przynajmniej chorób najczęściej się zdarzających w kraju.

Na tym stopniu pożądanej doskonałości nigdy nie stały kliniki warszawskie za czasów Królewskiego Uniwersytetu, jak o tem przekonywają nas tablice ruchu chorych, poniżej przedstawione. Poważną przeszkodą był sam sposób przyjmowania chorych. Profesor mając w mieście odpowiedniego chorego, zawiadamiał o tem uczniów i odbywał nad nieobecnym w klinice chorym, lekcję kliniczną; gdy tego chorego nie można było ulokować w klinice — przyjmowali nad nim opiekę, albo sam profesor, albo jego adjunkt, lub jeden z uczniów kończących nauki. Było to więc to samo co zaprowadził Frauk w Wilnie, a później kontynuował Śniadecki — klinika ambulatoryjna. Jeżeli chory leczący się w domu, kwalifikował się do kli-

niki, a miejsce było wolne, posyłano po niego lektykę i lokowano.

Drugi sposób powszechny, polegał na tem, że z pośród ambulatoryjnych chorych, wybierano odpowiednich dla klinicznego leczenia, za zgodą naturalnie chorego, lub jego rodziny.

Trzecim nakoniec sposobem, najmniej pożądanym, przyjmowano chorych, z polecenia wyższej władzy, bez względu czy dany osobnik odpowiadał warunkom klinicznego chorego lub nie. Ten ostatni sposób zaopatrywania kliniki, bardzo był uciążliwym dla dyrektorów, lecz mimo energicznych protestów (Freyer, Fijałkowski) z ich strony, powtarzał się ustawicznie przez cały czas istnienia Uniwersytetu.

Pierwszy sposób jakkolwiek trudny dla profesora, z powodu rozległego miasta, lecz w obec powyższego stanu klinik warszawskich, był dla uczniów korzystnym. Można było wybrać takie przypadki chorobowe, których uczniowie nie spotykali w klinice; gdy zaś profesor odbywszy nad takimi chorymi lekcję kliniczną, nieprzyjmował ich dla dalszego leczenia – nie wytaczano mu za to pretensyi.

Drugi sposób miał tę dobrą stronę, że wszyscy uczniowie byli świadkami i uczestnikami egzaminu chorego; doskonalili się w rozpoznaniu choroby; — złą stroną była ta okoliczność, że wśród ambulatoryjnych byli tacy, którzy z prowincyi specjalnie przyjeżdżali dla klinicznego leczenia: gdy nie zostali przyjęci pretendowali, że będąc przedmiotem długiego egzaminu, któremu chory poddał się z rezygnacją lecz i nadzieją że zostanie przyjęty; w najlepszym razie uskarżał się na niesprawiedliwość, lecz bywały wypadki, że nie poprzestając na złoszczeniu się, domagał się wymiaru sprawiedliwości w policji lub sądzie.

Najłatwiejszym sposobem zapełnienia łóżek klinicznych, a najmniej korzystnym dla uczniów, był rozkaz wyższej władzy. Najłatwiejszym, bo w jeden dzień tyle napłynąć mogło rozkazów do instytutów klinicznych, że

wszystkie łóżka zostały zajęte; najmniej korzystny, bo wszyscy wstępujący mogli być jednorodni, co do rodzaju chorób, a szczególnie chronicznych, prawie nie nadających się do klinicznego leczenia, przy takiej szczupłej ilości łóżek.

Najczęściej do tej ostatniej kategorii należeli chorzy, których poprzednio badał profesor i odmawiał im przyjęcia, dla braku kwalifikacji chorego klinicznego.

Również profesowie nie mogli temu warunkowi zadosyć uczynić, aby rozpoczynać klinikę od przyjęcia jednego tylko chorego, a w każdym dniu następnym dodając nowego, — aby nie rozrywać uwagi uczniów i zbytecznie ich nie obciążać. Stopniowo powiększając liczbę chorych, łatwiejszą i pewniejszą staje się obserwacya. Wiedzieli doskonale o tem profesowie, że uczniowie rozpoczynający studia kliniczne, a mianowicie ci, którzy tylko co ukończyli teorię — większe daleko odnoszą korzyści, gdy będą obserwować niewielką ilość chorych, ale dokładnie — aniżeli wielu lecz powierzchownie.

Z tej wychodząc zasady, profesowie byli przeciwni, aby uczniowie kliniczni w początkach swoich studyów, odwiedzali szpitale powszechne, dla większego materiału obserwacyjnego. „Ci albowiem, jak pisze Tomorowicz, którzy przed czasem szpitale wielkie ciekawością powodowani, bez przewodnika zwiedzają; na wielką się liczbę wprawdzie chorych patrzą, ale nie wiele widzą”¹⁾,

Chory przyjęty do kliniki po poprzednim i stosownem oczyszczeniu ciała i, po otrzymaniu koszuli czystej instytutowej, pończoch, szlafroka, pantofli i szlafmicy lub czepka, miał oddane do swego rozporządzenia łóżko z posłaniem wyżej oznaczonem. Na stoliku przy łóżku chorego stojącym, mieściły się: karafka do przechowywania przepisane go napoju, szklanka i soplwaczka szklanua, tudzież lekarstwo; w godzinach do rozdawania pokarmów

¹⁾ Posiedzenie publiczne 1829 str. 52.

przeznaczonych, na tymże samym stoliku kładziono: łyżkę cynową, nóż, widelec i miseczki: naczynie do wygody chorych służące, umieszczone było za firanką otaczającą stolik.

Wizyta ranna kliniczna zaczynała się o godzinie 8-ej rano codziennie, nie wyłączając świąt, a kończyła się o 10-ej — w obec uczniów obowiązanych słuchać wykładów klinicznych. Przez cały rok, wyjąwszy wakacyi, gdy klinika była zamkniętą — odbywały się lekcyje.

Uczniowie uczęszczający na wykłady, byli czwarto i pięć latniemi, a zatem tacy, którzy już wysłuchali nauki pomocnicze na wydziale filozoficznym i wszystkie przygotowawcze na wydziale lekarskim, w ciągu trzech lat poprzednich. Dzielili się oni na asystentów — pięcioletni i, auskultantów — czwartoletni.

Asystenci otrzymywali z kolei chorego, wstępującego do kliniki. Asystent w obec profesora i współtowarzyszy egzaminował chorego, który mu się dostał według porządku przestrzeganego w klinice, t. j. z kolei. Po odbytych najdokładniejszym egzaminie chorego, wykryciu o ile można, warunków stan poprzedni choroby wyjaśniających (anamnesis), przyczyn i symptomatów; przystępował do rozpoznania stanu obecnego choroby (status praesens), wreszcie ustanowił rozpoznanie (diagnosis).

Profesor kliniczny przychodził z pomocą asystentowi, jeżeli zachodziła potrzeba rozróżnienia symptomatów istotnych od przypadkowych, za pośrednictwem semiotyki. Dla tego też zajmował się profesor zasadniczymi kwestyami przy przyjmowaniu chorych. Zwracał wówczas uwagę uczniów: na własności pod zmysły podpadające; na cierpienie przez chorego opisywane. Tą drogą postępując profesor, wyjaśniał tylko siedlisko i formę choroby, — uważając to postępowanie za podstawę pewną i niewątpliwą wskazówkę do wykrycia choroby, owego stanu patologicznego. Licząc się z ówczesnymi środkami dyagnostycznymi, i brakiem zupełnym przy klinice odpowiednich środków, jak mikroskop i chemiczne poszukiwania — prze-

konywamy się, że ta ważna część badania chorego na owe czasy była dobrze postawioną i ściśle wypełnianą.

Po oznaczeniu siedliska choroby, wyjaśnieniu, która funkcya żywotna jest chorobliwie zmienioną -- wykazywał następnie profesor sposób i gatunek zбочenia, przez co wyjaśniał naturę choroby, czyli jej istotę.

Zdając sprawę ze stanu klinik istniejących przed ośmdziesięciu laty, staję na ówczesnem stanowisku wiedzy lekarskiej; dla tego też w poglądach podanych wyżej, jak i poniżej wyszczególnionych, nie prostuję ówczesnych poglądów, nie naginam ich do dzisiejszych, lecz pozostaję w granicach ścisłego wprawdzie, lecz bezstronnego sprawozdawcy. Zresztą, poniżej w rozdziale poświęconym wydziałowi lekarskiemu, będę miał możność raz jeszcze zastanowić się krytycznie nad stanem nauk lekarskich, wykładanych w Królewskim Uniwersytecie Warszawskim, i przedstawić kilka uwag syntetycznych.

Klinika terapeutyczna warszawska za czasów Freyera, Tomorowicza i Kaczkowskiego prowadzoną była według jednych i prawie tych samych zasad. A więc zasady Sylwiusza, Boerhave, de Haen, Stoll, Stoerk, Borsieré, niepodzielnie panowały za czasów Wolffa; hołdował im w części Freyer, chociaż liczył się także z poglądami Jana Piotra Franka, Walentego Hildebranda, Reila, Brera, Erdmanna i Franciszka Hildebranda. Tomorowicz do powyższych przybrał jeszcze za przewodnika Józefa Franka, a Kaczkowski ściśle stosował się do zasad swego przyjaciela i nauczyciela Józefa Franka. Wszyscy wymienieni wyżej profesorowie, w wykładach klinicznych przy łóżku chorego, starannie unikali tych teoryi lekarskich, które, albo jeszcze nie pozyskały praw obywatelstwa, albo już się przeżyły, jak teorya Browna lub Broussais; wychodzili oni z tej zasady: że obciążać młode umysły niedojrzalymi teoryami, lub marzeniami

dzielniejszych umysłów zachodnich, jest szkodliwym, gdyż młodzież z natury swej jest skłoną do chwytania nowości, obalamujących tęgie niekiedy umysły i wyrobione. Niepogardzali profesorowie warszawscy teorią, nie uważali jej za rzecz próżną; — przeciwnie, liczyli się z nią, mając to głębokie przekonanie, że nauka lekarska nigdyby nie doszła do takiego stanu, gdyby poprzestała na pracach Hippokratesa i Galena. Lecz teoria nie powinna była, według ich zdania, panować nad doświadczeniem; teoria wtenczas tylko okazywała się dobrą, gdy ją poparło doświadczenie.

W nauce faktu są zasadami, rozumowanie więc należy gruntować na faktach, zamiast naginać je i pociągać pod rozumowanie. Praktyk powinien być czynny myślą i ręką, — jeżeli pragnie stać się użytecznym, tak przez nauczanie medycyny, jak i przez jej wykonywanie. Ztąd teoria z praktyką stanowić powinna całość skończoną — przymierze. Czysta obserwacja przy łóżkach chorych, zawsze i wszędzie najczystsze stanowi źródło wiadomości lekarskich, najbezpieczniejszych dostarcza prawideł, na których śmiało opierać można rozumowanie, aby z ogromu tego wyprowadzić naukę filozoficzną. Przez zgłębianie natury ludzkiej i w ogóle tworów przyrodzenia, wyniknie teoria, która, w tym labiryncie wiedzy ludzkiej najpewniejszą będzie wskazówką ¹⁾.

Z powyższego nie trudno wywnioskować, że poglądy i zasady profesorów warszawskich, identyczne były aż do drobiazgów, z poglądami Franka Józefa, który wtenczas opuszczał katedrę wileńską, gdy warszawska zaczęła się rozwijać. Zrozumiemy teraz dla czego profesor kliniczny

¹⁾ Poglądy te wyłożył w części August Wolff w swojej terapii; Tomorowicz w cytowanym sprawozdaniu i, Aleksander Lebrun w lekcjach klinicznych swych nauczycieli. Te ostatnie rękopisy znajdują się w Bibliotece Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

warszawski, przy łóżku chorego, przekonywał ucznia o potrzebie dokładnego ustanowienia dyagnozy; a dowodzenie swoje popierał odpowiednio dobranymi przykładami. Samo powstawanie choroby, pewne, a przynajmniej do prawdy podobne, wyprowadzał z ogólnych prawideł fizjologii i patologii, zastosowanych do przypadków pojedynczych. Nigdy nie poprzestawał na oznaczeniu ogólnej formy chorób, i ich ogólnej natury; owszem, rozbierał daną kwestyę bardzo szczegółowo, przedstawiając okoliczności niekiedy bardzo wyjątkowe. Albowiem zaniedbując te wskazówki terapeutyczne, uważał, że starania wszelkie przez lekarza podejmowane, stają się niedostateczne. Niemniej był ostrożnym w nazywaniu chorób, aby fałszywymi nazwiskami nie obudzić błędnego pojmowania choroby. Nazwisko bowiem jako mające stanowić przedmiot obrazu, powinno być stosowne, gdyż inaczej — pojęcie rzeczy, miesza, przewraca, niweczy ¹⁾).

Wobec powyższego, profesor winien był dawać słuchaczom swoim takie określenia, któreby nie tylko wspierały jego dyagnozę, ale zarazem wyjaśniały dokładnie cierpienie przemagające, funkcje zbaczające od normy, siedlisko choroby — słowem istotę choroby. Gdy już to pytanie wszechstronnie roztrząśniętem i wyjaśnionem zostało — przechodził profesor do drugiego: początku choroby i sposobu jej powstawania. Otóż w tym wypadku należy mi wyjaśnić, że profesor Freyer i Tomorowicz, o ile zbadałem dokładnie tę sprawę — kładli uśposobienie chorego, jako jedną z głównych przyczyn działania na organizm. Wychodząc z tej zasady, że leczenie jest procesem przeciwnym chorobowemu, — baczną zwracali uwagę klinicyści warszawscy na dokładną znajomość natury choroby; co, rzecz słuszna, było naturalnem loiczmem następstwem, z poglądów ich na terapię wpływającym. Dla tego uozo-

¹⁾ Tomorowicz l. c.

genia, według nich, najbezpieczniejszą wskazywała drogę przyszłemu lekarzowi.

Wskazania terapeutyczne, z których tak sławnym był w Wilnie Frank, stanowiły w Warszawie bardzo ważną część nauki lekarskiej. Ztąd wynikała konieczna potrzeba dokładnego zaznajomienia się, ze zmianami chorobowymi organizmu; a że anatomia patologiczna jak wszędzie tak i w Warszawie, była wówczas w pierwszej fazie rozwoju; — ztąd łatwo wywnioskować, że wskazania terapeutyczne na poważne natrafiły przeszkody. W kilkudziesięciu historyach chorób przez kandydatów spisanych, które przeglądaliśmy, panuje pod tym względem szablon. „Tak mistrz powiedział!” Oto dewiza we wskazaniach i rokowaniach. Osobistego zdania autora historyi nie szukać, bo się nie znajdzie.

Starego Bagliwiusza stare sentencje: „*prima praxeos fundamenta, sunt indicationes, quibus detectis remedia facillime depromuntur a medicinae penu; et si quid majori correctione indiget iu praximedica, jure medico sunt ipsae indicationes, quae falsis saepe innixae hypotesibus ad damnosam ducunt therapiam*” — przyjmowane były za prawo niepodlegające interpretacji. Pod tym względem większą zauważyliśmy w Wilnie swobodę. Frank sypał sentencjami jak z rękawa — to pewna; ale tenże Frank nie tylko że młodemu uczniowi pozwalał samoistnie torować drogę, ale bronił nowatora w obec areopagu rutynowanych profesorów, dla których odstępianie od prawideł „powagi“, poczytanem było za występpek.

Że dla uczącego się jak leczyć chorego, głównym celem było zbadanie tych zmian, jakie w chorym organizmie powstają pod wpływem lekarstw, zmian, które sprowadzają wyzdrowienie — to pewna; lecz z drugiej strony, nie zwracali profesorowie należytej uwagi, jak mi się zdaje, co czynić należy aby proces wyzdrowienia przyspieszyć; że natura leczy się sama, że dotychczasowa terapia jest zawodną, że reorganizacja w tym kierunku konieczną — tośmy zauważyli z niektórych myśli profesora Tomoro-

wicza, w przywiedzionej powyżej pracy jego. Że w wyborze lekarstw, ograniczano się do niewielkiej ich liczby; że przy wyborze miano na względzie produkty krajowe; że przy przyrządzaniu lekarstw miano na względzie już to taniłość, już skuteczność z wiekowego doświadczenia wyprawdowaną. Widzimy tu, słaby wprawdzie oddźwięk homeopaty, której twórca przebywał czas jakiś w Warszawie, a nawet o katedrę się starał. Z tego punktu widzenia rzeczy, rozgrzeszamy profesorów warszawskich, gdyż reforma w kierunku tym była konieczną, a do jakich rozmiarów dojdzie teoria Hahnemanna, przesądzać wówczas było niepodobieństwem.

Natomiast nie zgadzam się z Tomorowiczem ¹⁾ że: „Szkoly albowiem kliniczne dla wydoskonalenia uczniów, nie zaś dla robienia wątpliwych doświadczeń służyć powinny“. Jakaż pewność, że doświadczenie jest wątpliwem, jeżeli nie będzie przedsiębranem? W obec tak postawionej kwestyi, zamykało się drogę, którą postęp wiedzy podąża. Niezapominajmy, że dziś mamy pracownie fizyologiczne, patologiczne, higieniczne, farmakologiczne i t. d., gdzie każdy nowy środek, nim zostanie dany choremu, przechodzi przeróżne stadja w retortach, lub w organizmie zwierząt, płazów i t. d.

Nic podobnego w Warszawie w omawianej epoce nie było. Patologia, fizjologia, higiena, były zbiorem aforyzmów, uświęconych powagą wieków, przyjętych za wnioski ostateczne. Nikomu na myśl nie przyszło, żeby szukać nowych dróg. Chemicy wprawdzie powtarzali doświadczenia zagranicą czynione, lecz przeważnie w kierunku przemyśłu, dzięki temu, kierunek ten w owych czasach, dzielnie popierany przez Staszica i Platę, rozwijał się należycie; o chemii fizyologicznej pojęcia nie miano, dla tego nie zajmowano się nią. Taki uczony mechanik i flozof, a równocześnie profesor fizjologii Mile, nic w tym kie-

¹⁾ l. c. str. 58.

runku nie zrobił, widoczna nie uważał tego za potrzebne. Otóż w obec powyższego, cały ciężar spadał na klinikę; żadna bowiem z pomocniczych nauk, nie przychodziła jej z pomocą.

W obec zaniedbanego w klinice kierunku doświadczalnego, o postępie nie mogło być mowy. „Uczeń nic innego wiedzieć, ani się uczyć nie może, jak co już gruntownymi i kilkakrotnie powtórzonemi doświadczeniami stwierdzonem zostało;” — pisze Tomorowicz, lecz nie wyjaśnia kto te doświadczenia przedsiębrał i kiedy. Nie będę w błędzie jeżeli dodam, że profesorowie klinicyści warszawscy, czytali ówczesne dzienniki lekarskie, gdzie znajdowali opisy przeróżnych doświadczeń, na innych Uniwersytetach czynione. To więc co już wydrukowanem zostało, przyjmowali na wiarę, nie powtarzając tych doświadczeń. Pod tym względem złudzeń nie mam. Przeglądałem szczegółowo rachunki klinik warszawskich; najmniejszy kawałek mydła, każdy funt soli lub łut pieprzu, starannie był zapisany, gdy dla kliniki był zakupiony; — otóż, prócz spirytusu dla stawiania baniek, nie znalazłem żadnego artykułu kupionego, któryby mnie naprowadził na drogę, że klinicyści robili jakieś doświadczenia w pracowni farmaceutycznej, bo u siebie żadnej nie mieli.

Nawet o takim znakomitem odkryciu Woehlera, że mocznik jest podobny do cyanku amoniaku i że może być otrzymany przy działaniu na ten ostatni związek amoniaku, — nie wspomniał żaden profesor, a *Annal. d. Physik*, czytali, gdzie powyższa praca była opublikowaną.

Przy stosowaniu środków heroiczych zalecali profesorowie swoim uczniom ostrożność, szczególniejszą kiedy sposób działania i stopień szkodliwości, nie dość jeszcze dokładnie były wyjaśnione. I w tym wypadku posiłkowali się doświadczeniami cudzemi.

W obec pewnego zamieszania jakie wówczas, dzięki Hahnemannowi, czuć się dawało w Warszawie, odnośnie środków farmaceutycznych — uważali niektórzy klinicyści warszawscy, że potrzeba zwracać uwagę uczniów na przesadzoną dzielność tych środków. Tak np: „wiele gorączek, zwłaszcza pojedynczych i lekkich, nieraz samym siłom natury zostawiono; aby uczniowie największą ich, w chorobach gorączkowych możność dokładnie oceniać i o świętej Hippokratesa nauki o przesileniach, żadnym czasem niezatartej prawdzie, naocznie przekonać się przyzwyczaili“.

Pomoce ręczne pomniejsze w czasie leczenia chorych terapeutycznych wydarzające się, jako to: puszczenie krwi, przystawianie pijawek, bańki, użycie kateteru i t. p., sami uczniowie pod okiem profesora lub adjunkta, skuteczniczać byli obowiązani. Obok przepisu dyetetycznego i farmaceutycznego nie zaniedbywano leczenia i „psychicznego“, szczególnie w cierpieniach umysłowych. Psychiczne to leczenie polegało na użyciu elektryczności i magnetyzmu.

Ostatnią czynnością egzaminu chorego była prognoza (rokowanie). Zastanawiał się profesor nad zejściem; szczegółowo roztrząsał warunki, które czyniły nadzieję zupełnego powrotu do zdrowia, lub też te, które zgon zapowiadały. Dowody dla pierwszego lub drugiego zejścia wyprowadzał z ważności organu cierpiącego, napięcia choroby, jej rozciągłości, biegu i natury; z konstytucji choroby i natury przyczyn; z charakteru panującej epidemii, z użytego poprzednio sposobu leczenia, który okazywał się zawodnym lub pomocnym. W każdym wypadku, wyliczał profesor następstwa obserwowanego cierpienia. Dział chorób gorączkowych szczegółowo był rozbiegany; szczególną uwagę zwracano na usiłowania i zjawiska krytyczne; ocenienie wszelkich okoliczności, które wyzdrowienie lub śmierć sprowadzić mogły. Jeżeli u chorych gorączkowych największem niebezpieczeństwem zagrożonych, nagle i niespodzianie stan choroby zmienił się na dobre — wówczas profesor zapewniał uczniów, że ten

tryumf należy się całkowicie nie zabiegom lekarza, lecz dobroczynnym siłom natury; że sztuka lekarska służyła tylko w tym razie za narzędzie do usunięcia przeszkód. „Jak bowiem z jednej strony spostrzeżenia i prawidła Hipokratesa o mocy leczącej sił organicznych w pokonywaniu chorób gorączkowych i o nauce przesileń, na nich zasadzającej się, głębokie w nas wzniecają uszanowanie, tak z drugiej strony, litość obudzają ci lekarze, którzy do dziś dnia jeszcze nie wiem czyli przez niewiadomość rzeczy, czyli co gorzej jest, przez bezwstydną szalbiarstwo, każdy obrót choroby pomyślny nie wstydną się własnej jedynie doskonałości przypisywać ¹⁾“.

W takim porządku, w jakim profesor prowadził wykłady swe przy łóżku chorego — uczeń spisywał historię choroby, którą nazajutrz w przytomności profesora i wszystkich uczniów uczęszczających na klinikę, przy łóżku chorego odczytywał. To czytanie służyło z jednej strony za powtórzenie tego co się wyjaśniło przy pierwszym egzaminie; z drugiej, zwracało uwagę na te zmiany jakie zaszły w ciągu ostatnich 24 godzin — uczniowie bowiem notowali wszystkie objawy, jakie w tym okresie czasu zauważyli.

Następnych dni przy łóżku chorego, rozprawy te bywały coraz krótsze; wyjątek stanowiły wypadki cięższe lub ważniejsze: zmiana dyagnozy, leczenia, prognozy — z powodu powiększonego lub zmniejszonego niebezpieczeństwa, zagrażającego życiu chorego. Wieczorne wizyty od 6 do 7 godziny obowiązywały wszystkich uczniów i adjunkta kliniki; profesor bywał w wypadkach ważniejszych.

Adjunkt bywał obecny w klinice w czasie rannych i wieczornych wizyt; do niego należał porządek wewnętrzny instytutu: więc, dopilnowania aby chory otrzymał to, co dla niego było przeznaczonem; bywanie w klinice w razie potrzeby, a zatem w każdej porze dnia.

1) Tomorowicz l. c. 59.

Na posiedzeniu wydziału lekarskiego 16 listopada 1827 dziekan wnosi, aby uczniowie czwarto i pięcioletni nauk lekarskich uczęszczających na kliniki, odbywali z kolei dyżur w tychże klinikach, który dotąd przez uczniów w instytucie położniczym odbywany, dla nader małej ilości uczniów, ustać musiał w r. b. szkolnym. Wydział lekarski: „dyżur jako uciążliwy, ciągły być nie może; w miarę zaś potrzeby, w każdym razie ustanowiony bywa. Co do instytutu położniczego, tam zaprowadzony zostanie, gdy sposobni do tego będą uczniowie“.

Na posiedzeniu 11 października 1830 r. czytano i jednomyślnie przyjęto instrukcję opracowaną przez profesora Kaczkowskiego i Fijałkowskiego, dla uczniów wydziału lekarskiego czynności służby dziennej w klinikach pełniących ¹⁾.

Po wyzdrowieniu nie zaraz chory opuszczał klinikę, okres konwalescencji dostarczał nowego materiału dla obserwacyi. Takim sposobem mogli uczniowie badać stan chorobowy od początku aż do końca; wreszcie okres zu-

¹⁾ Instrukcja dla uczniów wydziału lekarskiego Królewsko Aleksandrowskiego Uniwersytetu, czynności służby dziennej na klinikach pełniących.

1) Służba dzienna, którą każdy czwarto i pięcioletni uczeń z kolei pełnić jest obowiązany trwa godzin 24.

2) Wyjąwszy godziny przeznaczone na prelekcyje, godzinę na obiad i tyleż czasu na wieczerzę, obowiązany jest uczeń czynności służby dziennej pełniący, znajdować się ciągle albo na salach chorych, albo też w kancelaryi na trzecim piętrze, gdzie i nocować będzie, z kąd na wezwanie do każdej kliniki, ma się udać niezwłocznie, lecz i bez wezwania obowiązany jest w dzień i w nocy odwiedzać sale chorych klinicznych i położnic gdzie

3) Przestrzegać będzie spokojności, przyzwoitości, porządku, wykonywania ordynacyi przez profesorów klinicznych uczynionych; tudzież, aby posługacz i posługaczki obowiązki swoje ściśle pełnili.

4) Będzie on zawsze obecny przy rozdawaniu żywności chorym, sam takową skosztuje, mając wzgląd i na ilość onej i uważać będzie czyli chorzy z żywności są kontenci.

pełnego powrotu do zdrowia. Uczyli się więc praktycznie, jak należy postępować z chorym gdy lekarstwa były już niepotrzebne; jakich prawideł należało się trzymać, szczególnie w sferze ubogiej, z której rekrutowali się przeważnie chorzy kliniczni; śledzili jak zaniedbanie tych prawideł, smutne za sobą pociąga skutki.

Gdy chory umierał, dokonywano w klinice rozczłonkowania. Sekcyę dopełniał uczeń w obec profesora i uczniów. Te czynności dopełniały zarazem wykształcenia lekarza pod względem anatomo-patologicznym. Profesor na stole sekcyjnym wyjaśniał uczniom zmiany pośmiertne organizmu, które za życia dyagnoza przewidywała; była możność zwrócenia uwagi na zmiany powstałe pod wpływem działania lekarstw; jak również te zmiany, które skutkiem rozwoju samej choroby, w poszczególnych organach, wykazać się dały.

Te sekcyę miały ważne znaczenie, ponieważ nie było katedry anatomiczno-patologicznej; stanowiły więc dopeł-

5) Czuwać będzie nad ochędóstwem w każdym względzie na salach chorych i około nich samych, a więc obrewiduje nawet pościel i bieliznę chorych, czyli jest czysta i niepodarta.

6) Na klinice położniczej w szczególności będzie śledził nowo przybywające; będzie obecny przy porodach, wydarzających się podczas jego straży, i spisze krótki raport co do porodu, który przy następującej wizycie kliniki położniczej odczyta.

7) Ile razy coś niezwykłego i wymagającego obecności profesora sztuki położniczej wydarzy się, -- postara się niezwłocznie o zaproszenie onego, donosząc o wypadku jak się przytrafi; w innych klinikach uprosi adjunkta.

8) Kończąc czas dzienny służby, zapisze w księdze sposobem raportu swoją czynność i spostrzeżenia zrobione w każdym względzie; dzień, rok i godzinę przybycia i odejścia, tudzież podpisze nazwisko swoje.

Działo się w Warszawie na posiedzeniu wydziału lekarskiego dnia 11 października 1830 r.

nienie naukowych tak pożytecznych wiadomości dla lekarza praktyka.

O ruchu chorych w klinice terapeutycznej poucza nas tabela poniżej podana. Nie przedstawia ona całego materiału klinicznego, jakim rozporządzał profesor przy swoich wykładach, gdyż nie weszli tu ambulatoryjni chorzy, nad którymi jak wyżej zaznaczyliśmy, odbywano lekcye w tak zwanej poliklinice; nie weszli i ci, którzy leczeni byli w domach prywatnych na koszt kliniki. Ten ostatni sposób bez wątpienia uciążliwy dla profesora, nie był bez korzyści dla uczniów. W instytucie klinicznym widzieli uczniowie wszystko tak, jak być powinno; po domach odwiedzając chorych, przekonywali się, jak być nie powinno, a jak być może, jeżeli będą w praktyce późniejszej stosować przepisy lekarskie, stosownie do okoliczności; i, jak te okoliczności z korzyścią dla chorych modyfikowane być powinny

*

*

*

Klinika chirurgiczna Uniwersytetu otworzoną została dnia 9 listopada 1818 r. Poliklinika dopiero z dniem 1 października 1819 do skutku przyjść mogła; rozwinięcie jej należyte z powodu braku asystenta klinicznego, przez dłuższy czas było zaniedbanem.

Do kliniki chirurgicznej przyjmowano tylko przypadki ważniejsze, nauczające, które wymagały większych starań ze strony lekarza i większych wygod dla osoby cierpiącej. Do polikliniki odsyłano chorych, których leczenie nie było połączone z leżeniem; lecz przeciwnie, którzy mogli pracować fizycznie w domu. Do rzędu tych ostatnich chorób zaliczono: lekkie zapalenie miejscowe, pomniejsze rany, ropnie, wrzodzianki, wrzody atoniczne, skrofuliczne, herpetyczne i fistuły; wywichnięcia i złamania kończyn górnych, plamki na błonie rogowej i t. p.

Uczniowie uczęszczający na klinikę chirurgiczną również dzielili się na asystentów i auskultatorów. Pierwsi mieli chorych pod bezpośrednią swoją opieką. Asystent egzaminował chorego, którego wyznaczył mu profesor i w obecności tego ostatniego; po rozpoznaniu choroby, jej przyczyn i zastanowieniu się należytem nad wszystkimi szczegółami będącemi w ścisłej z nią zależności, objawiał swe zdanie, mianowicie: wyznaczał miejsce danemu wypadkowi w systemie nosologicznym, przedstawiał rokowanie, układał plan leczenia; a jeżeli wypadek był nieuleczalny, wskazywał środki dla uśmierzenia cierpień chorego i przedłużenia mu życia.

Po wypełnieniu powyższego, gdy profesor przekonał się o należytem przygotowaniu ucznia, polecał mu spisanie historii choroby, którą powinien był odczytać podczas wizyty następnej; niemniej polecał mu dalszą opiekę nad chorym, dopóki ten będzie przedmiotem naukowego badania.

Z dyskusyi jaka się rozwijała po przeczytaniu historii choroby, profesor wskazywał asystentowi błędy przez niego zrobione, wyjaśniając zarazem środki, jak należy ich unikać.

Dalsze staranie około chorego całkowicie przypadało asystentowi; on przepisywał lekarstwa, naznaczał dyetę, lecz wszystko to robił z wiedzą i potwierdzeniem profesora kliniki.

Przy następnych wizytach, zdawał asystent sprawę z przebiegu choroby, a to wszystko, co zasługiwało na uwagę dopisywał do historii choroby; dopisując codziennie na tabliczce ordynacye. Po ukończonej kuracyi oddaje asystent profesorowi sporządzony przez siebie opis historyczny choroby, z uwzględnieniem własnych zabiegów.

Przy każdej operacyi dokonywanej przez profesora, uczniowie bywali pomocnikami; gdy operował uczeń, profesor był jego asystentem.

Przy klinice warszawskiej nie było oddzielnej sali operacyjnej. Operacje robiono w salach ogólnych, usuwając na ten czas chorych. „Operacje, w czasie których chory leżeć jest przymuszony, robiono na tem samym łóżku, na którym miał chory leżeć po operacji. Łóżko to było cokolwiek wyższe, pokryte z wierzchu ceratą i prześcieradłami, by w czasie operacji chronić pościel od zanieczyszczenia; a to dla tego, aby ile możności strzedz się wrażeń trwożących, jakie na umysł chorego popolicie robią, owe rusztowania i stoły różnego rodzaju; owe ubiory szczególne, bez których różni operatorowie obejść się nie mogą“. Po skończonej operacji, kilku pomocników unosi chorego, inni z pod niego wyciągają prześcieradła i ceratę już nie potrzebne i chory napowrót zostaje położony na łóżku swoim. Po ważnej operacji dyżurowali uczniowie dzień i noc, dopóki najmniejsze groziło niebezpieczeństwo, według kolei przez profesora wyznaczonej. Dyżurni prowadzili skrupulatny dziennik, który służył asystentowi za materyał do historyi choroby. W wypadkach nadzwyczajnych, wymagających śpiesznej pomocy, zawiadamiano profesora. Zwykła kliniczna wizyta bywała codziennie, raz tylko przez profesora; lecz w razie potrzeby, odwiedzał klinikę kilka razy; podobnież asystenci tyle razy odwiedzali klinikę ile razy zalecał im profesor.

W czasie wizyt klinicznych profesor zwracał uwagę uczniów na każdą okoliczność godną uwagi; objaśniał im zjawiska, przywodził na pamięć teorię wyłożoną z katedry, stosując wszystko to do rozbieranego w klinice przypadku; wyjaśniał osobiste spostrzeżenia i innych mistrzów w przypadkach analogicznych, czynił porównania między nimi, nie spuszczać ani na chwilę z uwagi chorego, który był przedmiotem lekcji klinicznej.

Po ukończonej wizycie, profesor z uczniami oddalał się do oddzielnej sali, gdzie kończył lekcję i gdzie przyjmował przychodzących chorych, nad którymi również miał lekcye jeżeli odpowiedni materyał nastrecał się w poliklinice.

Dybek zaprowadził w poliklinice następujący porządek: każdy z przychodzących chorych przedstawiany był profesorowi przez ucznia, który stawał się tym sposobem asystentem, ze wszystkimi atrybucjami, o jakich wyżej była mowa. Asystenci zapisywali potrzebne dla przychodzących lekarstwa, dawali wskazówki dyetetyczne i te profesor swoim podpisem zatwierdzał.

Zaraz po założeniu kliniki, musiano walczyć z przeciwnościami. Rozsiewane wśród publiczności wieści, że instytut ten jest szpitalem, w którym uczący się robią pierwsze próby na chorych; że dla ćwiczeń takich i wprawy potrzebnej młodemu lekarzowi, każdego chorego krają, czy potrzeba czy nie — wieści te, nie wiadomo przez kogo rozgłaszane, odstręczały chorych. Ci, którzy przychodzili do kliniki czynili to z rozpaczą, pewni że w nieszczyśliwym swem położeniu, nie mają nic do stracenia — oddawali się więc z rezygnacją zupełną na wszystko, co się z nimi stać może. Nieprzyjaźń ta dla kliniki upadła stanowczo, gdy się przekonano o fałszywości pogłoski; od-tąd taką ufność pozyskała klinika, na jaką podobny instytut naukowy zasługiwać powinien.

Sława warszawskiej kliniki chirurgicznej daleko się rozchodziła. Nietylko ubodzy ludzie, ale różnego stanu, zamożni nawet, w klinice szukali pomocy. Szczególnie poliklinika była bardzo rozwiniętą. Codziennie tłumy ludzi nie tylko z Warszawy lecz i z prowincyi, zapełniały korytarze. Osiągano ztąd korzyść podwójną — przede-wszystkiem młodzież ucząca się miała w swem rozporządzeniu bogaty materiał obserwacyjny; powtóre, chorzy otrzymywali prędką i skuteczną pomoc w swoich cierpieniach.

Pierwszym zarządzającym kliniką uniwersytecką był Franciszek Dybek, człowiek uczony, dobry teoretyk, szczęśliwy praktyk. Klinikę licząc się ze szczupłym pomieszczeniem, urządził jak na owe czasy wzorowo. Zopatrzył ją w najlepsze instrumenta chirurgiczne; sam był wynalazcą niektórych, jak o tem była mowa wyżej. Po

jego śmierci klinikę objął Nowicki, który nie był sympatycznym człowiekiem, ale był chirurgiem dobrym, zdolnym operatorem i niezłym teoretykiem.

Po śmierci Dybka oddzielono klinikę chirurgiczną od katedry chirurgii teoretycznej, dotąd stanowiącą jedną katedrę; teorię wykladał Janikowski, Nowicki pozostał przy klinice aż do zamknięcia Uniwersytetu.

*

*

*

Klinika położnicza uniwersytetu powstała w r. 1818. W tym bowiem czasie dawniejszy instytut, znajdujący się pod zawiadywaniem komisji spraw wewnętrznych przeszedł do komisji oświecenia ¹⁾ i przyłączony został do wy-

¹⁾ Przy organizacji Uniwersytetu, zwrócił Staszic jako prezes Rady wydziału lekarskiego uwagę na instytut macierzyństwa, od wielu lat istniejący w Warszawie, czyby nie można go wcielić do przyszłego Uniwersytetu; zażądał opinii w tym przedmiocie od dziekana wydziału Dziarkowskiego. Pod dniem 13 czerwca 1816, Dziarkowski przesłał do Komisji oświecenia następujące wyjaśnienie:

„Żądał JW. Prezes Rady wydziału lekarskiego na sesji uwiadomienia: czyliby instytut macierzyński położniczym zwany, zostający dotąd pod rządem prefektury departamentu Warszawskiego, opłacany z jej kasy, uważany zatem jako szkoła departamentowa, istotnie zaś jako nauczający, powinienby należeć do wysokiej Komisji oświecenia publicznego — nie mógłby zostać przyłączonym do kliniki. Dziekan zadosyć takowemu żądaniu czyniąc, nie może zamilczeć, że gdy ten instytut przynależnie uporządkowanym zostauie, przyczynić się znacznie może do dobrodziejstw naukowych i stać się ważną ich gałęzią, a zatem i ludzkości nader użyteczną, nadmienić nadto musi w krótkości stan historyczny tej instytucji od jej utworu aż do niniejszego czasu.

Rząd Pruski był jej wskrzesicielem, który lokal oznaczył na ustronku miasta, gdzieby kobiety ciężarne i położujące, mogły przy zdrowości powietrza mieszkania i potrzebnej spokojności używać, najmował dom na Bielinach do szpitala Dzieciątka Jezus należący, w personale potrzebne i fundusz dostateczny opa-

działu lekarskiego, po zjednoczeniu go z instytutami klinicznymi, w jednym domu na Starem Mieście pod № 73, z którymi pod jednym także dozorem administracyjnym odłąd pozostawał.

Dozór naukowy bliższy został powierzony profesorowi Wahlburgowi i Milemu; szczegółowe zaś dopilnowanie porządku starszej akuszerce Annie Adelt. W takim składzie został instytut do r. 1823, w którym co do osób uczących ta zaszła zmiana, że na miejsce zmarłego Wahlburga i po usunięciu się Milego, objął kierunek nad kliniką Fijałkowski i on pozostawał na tem stanowisku do zamknięcia Uniwersytetu.

Główny cel kliniki położniczej, było wyuczanie

tryzł. Upadł zupełnie przez lat dwa w początkach Księstwa Warszawskiego, dopiero za silnym przekładaniem potrzeby uczynionym ś. p. ministrowi spraw wewnętrznych, przez radcę wydziału lekarskiego (Dziarkowski? Arnold?), otwarcie jego nastąpiło, a król jegomość funduszem 24000 (złoty?) opatrzył. Fundusz ten przez szkodliwą dla ludzkości oszczędność ś. p. ministra na 18000 zredukował, założonym został w domu po-Benońskim, bardziej dla wygody prywatnej jak położnic

Dotąd rządził się ten instytut ustawami pruskimi (w roku 1816?). te oznaczyły dwa tylko kursa począwszy od jesieni i wiosny, każdy po miesięcy 4 trwający; reszta zaś czasu rocznego pozbawiła biedne kobiety od przytułku, a zatem i odprawiania położu. Odmieniały się kobiety do nauk po każdym czteromiesięcznym kursie, a na ich miejsce inne przybywały częścią z miast, częścią z amtów, częścią i od prywatnych nadsyłane, a ostatnie kosztem dziedziców utrzymywane, tak, że się ich liczba najmniej na każdy kurs 12 a nieraz więcej znajdowała. Czyli zaś w ten tak krótki czas nieprzysposobione mogły się wydoskonalić, można się łatwo domyślić. Osób zaś ciężarnych bywało na jeden kurs do 40 i te były kosztem rządu utrzymywane. Każda z nich nie prędzej przed położiem jak na niedziel dopiero sześć mogła być przyjmowaną.

Po rozwiązaniu zaś w niedziel cztery opuszczać instytut musiała, a dziecię do Dzieciątka Jezus odesłane było, jeżeli go matka utrzymać a zatem i wziąć z sobą nie była w stanie.

Lżejsze przypadające choroby mogły być tam leczone,

uczniów i uczennic sztuki położniczej; wszystkie inne cele były względnie podrzędnymi.

Instytut położniczy stanowiąc część Wydziału lekarskiego, łączył w sobie dwa zakłady: najprzód klinikę na 12 łóżek, powtóre szkołę dla 12 ubogich uczennic akuszerki, z bezpłatnem pomieszkaniem, pożywieniem i opalem.

Obecnie zastanowimy się na chwilę tylko nad kliniką.

Do uczących się płci męskiej — należeli wszyscy uczniowie wydziału lekarskiego, przygotowujący się na magistrów i licencyatów. W przedostatnim roku nauk swoich co do teorii, a w ostatnim co do praktyki byli przypuszczani, odbywając kurs dwuletni.

Obowiązki uczniów w klinice były te same jak w klinice terapeutycznej i chirurgicznej.

z tym wszystkim choroby ani położowanie lub czasem epidemicznie panującymi odesłane były do szpitalów wstecz pór roku mrozów, ślot, gdzie też najczęściej niebezpieczeństwom podlegały. Nie było zatem instytutu klinicznego chorób położowych, chorób karmicielek, chorób dzieciennych, bez których to w żaden sposób całość kliników obejść się nie może. Było do tego dwóch profesorów położniczych, z których jeden był zarazem i dyrektorem tej instytucji, którego było obowiązkiem utrzymywać spis przychodzących do położu niewiast o nazwisku, imienia niewiast, dnia, miesiąca przyjęcia i opuszczeniu. Mieszkanie jego było w domu instytutu, gdzie ma do pomocy opłaconą ze skarbu akuszerkę instytutową i ta do woli dyrektora zostawała i mogła być przez niego odmienioną. Miała również swe mieszkanie w instytucie, opała i światła, pod jej prawie rządem zostawały kobiety uczące się sztuki położniczej i ta była ich przewodniczką.

Mniej w przyjęciu zważano na następujące uwagi, na które przecie profesorowie sami mieć powinni baczność, z tych: a) na wiek, który był zamożny w fizyczne siły, gdy te tak są do tej sztuki potrzebnymi i co do wytrwania, fatygi i co do użycia ich w odbieraniu; b) Na zręczność rąk i długość paiców cienkich; c) na moralność; d) na obyczaje i nałogi; e) na rozsądek i przytomność nieodstępną; f) na potrzebne umiarkowanie co do pośpiechu lub powolności zbytecznej; g) na naukowe przysposobienia, przynajmniej koniecznie potrzebne.

Z opisu zatem tej instytucji przekona się Wysoka Komisya

Ponieważ dom, w którym się mieściła klinika położnicza, nie był budowany na zakład leczniczy, przeto te niedogodności jakich doświadczały cytowane powyżej kliniki, w wyższym jeszcze stopniu odczuwała klinika położnicza. Na pierwszym piętrze były trzy pokoje średnie i czwarty mały. Jeden przeznaczony był dla ciężarnych i rodzących, drugi dla położnic, trzeci zachowany dla trudno rodzących i wymagających operacji akuszerskich, aby nie udzielać pomocy w obecności innych chorych; czwarty mały pokój zajmowała starsza akuszerka.

Ponieważ nie było lokalu dla lekarza, a porody najczęściej zdarzały się w nocy — przeto klinika domagała się z konieczności innego lokalu.

oświecenia, jak wielkie utworzy dobrodziejstwo, kiedy ten instytut wcielonym zostanie do kliników lekarskiej i chirurgicznej. Oprócz bowiem znacznej oszczędności jaką urządzić można, oprócz przepisów obowiązkowych służących za prawidła dla profesorów sztuki macierzyńskiej, do których podania ofiaruje się dziekan z przybraniem znajdującego się profesora jak tylko do tego dzieła od Wysokiej Komisji wezwanym i upoważnionym zostanie. Jeszcze wielką będzie dogodnością dla uczniów wydziału mieć w jednym miejscu połączone już ostateczne nauki, które go na całe życie wprawić mogą w dalsze udoskonalenie. Miejsce do tego będzie najdogodniejsze tak co do kliników jako i do instytutu macierzyńskiego, część klasztoru PP. Wizytek; górzyste położenie jego, cichość na ustronku, świeżość powietrza, obszerny podwórze, a gdy się jeszcze i część ogrodu tam znajdującego przyłączy, połączy to wszystko co tylko z wielkim nakładem i upływem lat kilku zaledwie, mogłoby do pożądanego skutku być doprowadzonym. Jest nadto i obszerność samego gmachu, który się od ulicy Furmańskiej przedstawuje, a nadto przekonało doświadczenie, że się w nim 200 chorych francuzów najwygodniej mieściło.

Nie pozostaje zatem dziekanowi jak upraszać Wysokiej Komisji aby raczyła wyjednać dozwoleństwo na zwiedzenie wewnątrz tego klasztoru, oczekuje tylko wezwania aby był w stanie dostateczny złożyć raport.

Wysokiej Komisji Najniższym Sługą

Dziarkowski dziekan“.

To położenie skłoniło najwyższą magistraturę oświecenia do przedsięwzięcia odpowiednich środków dla zbudowania specjalnego gmachu klinicznego. Ważna ta sprawa zasługuje na bliższe rozpatrzenie, chociaż w interesującym nas przedmiocie ma tylko wartość historyczną.

Bliższe szczegóły o ruchu chorych i administracji kliniki położniczej podamy niżej.

*

*

*

Wydział lekarski tyloletniem doświadczeniem przekonany o niedogodnościach wynikających z zajmowanego lokalu, szczególnie ze względu na kliniki, niestosownie w nim umieszczone, starał się właściwemi drogami, zwrócić uwagę na ten tak ważny przedmiot komisji rządowej. Usiłowania te kilkakrotnie sprawiły, iż pod dniem 27 maja 1827 r. wyznaczona została deputacja złożona z kilku członków komisji, dziekana wydziału lekarskiego i profesorów klinicznych, reskryptem następującym:

„Komisya rządowa WR. i OP. zwracając słuszny wzgląd na wydział lekarski najwięcej katedr i osobnych zbiorów, nareszcie trzy wielkie osobne zakłady, czyli instytutu praktyczne to jest: chorób zewnętrznych, wewnętrznych i położniczych, z potrzebną dla wszystkich ekonomiką czyli gospodarstwem, tudzież osobną szkołą akuszerok mieszczący, nierównie większego gmachu i nierównie większych wymaga funduszków, aby mógł dogodnie być umieszczony i godnie odpowiedzieć swemu przeznaczeniu, nim wyjedna potrzebny na ten przedmiot fundusz u Najjaśniejszego cesarza i króla, wzywa deputację o zajęcie obmyśleniem dogodnego na ten gmach, miejsca, i przygotowaniem potrzebnych do tego kroków“.

Deputacja postanowiła lokal dla wydziału lekarskiego, na wzór Uniwersytetów zagranicznych, podzielić na

dwie główne, oddzielne części t. j.: część dla nauk teoretycznych, które pobierają uczniowie w trzech pierwszych latach; i, część dla nauk praktycznych w dwóch ostatnich latach sposobujących się na lekarzy praktycznych; — a więc na dwa oddzielne gmachy, które żadnego związku ze sobą nie potrzebują mieć i nie powinny.

Rozpatrzmy ową część dla nauk praktycznych przeznaczoną, czyli dla instytutów klinicznych.

Podług zdania deputacyi, instytutu kliniczne tak swą dogodnością zewnętrzną jak wzorowem wewnętrznem urządzeniem, mogą się znacznie przyczynić do sławy Uniwersytetu. Kliniki są pierwszym przedmiotem zwiedzania podróżujących znawców, a częstokroć i nieznawców lecz tylko ciekawych; z nich wnioskuje i sądzi znawca, na jakim stopniu postawiony jest cały wydział lekarski w uniwersytecie; a zatem: zakładając instytutu kliniczne w terażniejszych czasach, należy je postawić na tym stopniu doskonałości, aby nie do życzenia w nich nie pozostawało. Całą więc usilnością deputacyi, mającej jedynie na celu dobro ogólne, którego rząd usilnie pragnie — powinno być podanie projektu do założenia klinik w gmachu wzorowym, gdyż usiłowania współczesnych, daleka potomność będzie sądzić i ściśle rozstrząsać.

Według naszkicowanego projektu przez deputację — gmach kliniczny powinien mieścić w sobie:

1) Klinikę terapeutyczną wraz z oddziałem dla obłąkanych, na których utrzymanie legował Staszic procent od 100000 zł.

2) Klinikę chirurgiczną z oddziałem ortopedycznym.

3) Instytut położniczy ze szkołą akuszerek.

4) Ekonomią dla tych trzech oddziałów i mieszkanie dla uczennic akuszeryi utrzymywanych kosztem rządu.

Kliniki terapeutyczna i chirurgiczna, mogą mieć niektóre wspólne lokale; położnicza winna być oddzielną, lecz może być połączona z ekonomią.

Wspólne lokale dla pierwszych dwóch klinik mogą być następujące:

- 1) Lokal na kaplicę z której także instytut położni-
czy korzystać będzie ¹⁾.
- 2) Audytoryum do prelekcji terapii i chirurgii te-
rapeutycznej.
- 3) Sala ustępowa czyli konferencyonalna, dla zgro-

¹⁾ Kurator jeneralny wystąpił do komisji rządowej z wnioskiem, aby każdy do kliniki przyjęty chory, naprzód odbył spowiedź. Komisja rządowa reskrytem z 21 kwietnia 1826 roku № 5811—649 zaleca Radzie Uniwersytetu, aby Wydział lekarski wskazał środki do doprowadzenia zamiaru tego do skutku. Do reskryptu powyższego dołączył sekretarz Uniwersytetu Brodziński do dziekana Milego list poufny: „Mam honor komunika-
wać W. Dziekanowi reskrypt dołączony z prośbą zwrócenia go z opinią na przyszłą sesję. Śmiem przytem moje zdanie wyja-
wić. W Austrii jest zwyczaj, iż każdy na dłuższą słabość się za-
bierający odbywa naprzód spowiedź, co jest dobrze (gdyż chory
nie jest przestraszony w czasie większej słabości i akt takowy
przysiężniej odbyć może). Takie urządzenie w całym kraju
u nas może byłoby dobre, ale, zastosowane do samej kliniki, wy-
stawiłoby klinikę w oczach nie tylko gminu ale i publiczności,
jako przybytek niezawodnej śmierci dla chorego zwłaszcza, gdy
i tak jest mniemanie, że tam chorych przyjmują tylko dla kra-
jania ich żywem i po śmierci. Mojem więc zdaniem w żaden
sposób nie powinien Wydział dawać opinii przychylniej do
wniosku, że by zaś nie zarzucano mu niemoral-
ności i ponieważ komisja wyraźnie chce tego i tylko o wska-
zanie środków wzywa, należy może przedłożyć, że dla
powyższych powodów w samej klinice nie można tego zaprowa-
dzić, ale w ogólności po szpitalach, i że klinika tymczasem jak
dotąd, widząc niebezpieczeństwo wzywała duchownego, tak i na-
dal wzywać będzie i, że ta ustawa, dla samej kli-
niki byłaby w pewnym względzie ubliżeniem nią
dyrygującym.

Brodziński“.

P. S. Jeżeli klinika ma trudność w sprowadzeniu księdza
niech komisja wyznaczy jednego z najbliższego kościoła, który na
każde zażądanie byłby gotów przybyć do chorego.

Dziekan Mile po odebraniu powyższego zażądał opinii pro-
fesorów klinicznych na piśmie. Profesor Freyer pisze: „Urzą-
dzenie projektowane gdyby przyszło do skutku zatrważając chcą-
cych się udać o pomoc do klinik, pozbawiłoby jeszcze bardziej
niż teraz profesorów sposobności dobierania użytecznych do wy-

madzenia się uczniów, egzaminowania chorych, czytania historyi chorób, czynienia nad nimi uwag i t. p.

4) Dwa pokoje, dla każdej płci jeden do używania kąpieli siarkowych.

5) Pokój do nakadzań siarkowych.

kładania respective swej nauki subjektów i zamieniłoby klinikę terapeutyczną na szpital niewyleczonych, co by przeznaczeniu jej jako instytutu naukowego nieodpowiadało”.

Profesor Nowicki: „Jedynе źródło, z którego klinika chirurgiczna otrzymuje chorych, jest miasto. Przykłady chorób wybieranych z osób przychodnich i to z klasy najbiedniejszej, nie są bardzo liczne i nie podług potrzeby. Najbezpieczniejszym środkiem odstręczenia chorych od kliniki byłoby wykazać im spowiedź, któraby u nich miała znaczenie przygotowania na śmierć”.
 Profesor Fijałkowski: „Ile mi wiadomo w chwili przybycia do szpitala, chorzy nie spowiadają się, aż kiedy słabość ich jest ważną; jestem atoli przekonany, że lepiej byłoby urządzić jak w Wiedniu, iżby chorzy przyszedłszy do szpitala lub kliniki, natychmiast spowiadali, co gdyby poprzednio do wiadomości publicznej doszło i spowiedź wtenczas przestałaby być zatrważającą dla chorego, jak dotąd była niejako wynikiem zwiastującym śmierć. Skoro księdza do bardzo słabych tylko sprowadzano: a skoro to urządzenie byłoby po szpitalach, nie mogłoby odstraszać chorych od kliniki, do której ubiegających się pewnie nigdy nie braknie z przyczyny wygod, jakich po szpitalach nie ma”.

Zebrawszy dziekan powyższe zdania, ułożył na ich zasadzie raport do Rady Uniwersytetu 4 maja 1826 № 1259, w którym wykazuje, że kliniki dotychczas, w razie potrzeby spełniały ten obowiązek; jeżeli zaś proponowany przez kuratoryę wniosek ma być przyjęty — to w takim tylko razie może być przyjętym i za stosowanym — jeżeli środek ten będzie zaprowadzony we wszystkich szpitalach miasta równocześnie, i jeżeli zostanie opublikowany w gazetach, jako postanowienie rządowe. W dalszym ciągu dziekan zaznacza: „że w lokalu, w którym się instytutu kliniczne dziś mieszczą, nie ma żadnej oddzielnej izby, choćby jak najmniejszej, aby akt ten (spowiedź) ze spokojnością i przytomnością, jakich wymaga mógł się odbyć”. Jeżeli zaś mimo tych dowodów komisya zechce zaprowadzić nabożeństwa w klinice — w takim razie niech komisya obmyśli fundusz na utrzymanie księdza, któ-

- 6) Lokal na przyrząd do nakadzań innych lekarskich.
 - 7) Lokal na łaźnię.
 - 8) Apartament do uskutecznienia kąpeli kroplistej (la douche).
-

ryby w godzinach rannych, przed rozpoczęciem lekcji dopełnił obowiązków religijnych.

Pracowity ten memoriał Miłego, wywołał odpowiedź komisji rządowej 3 lipca 1826 № 8116—976, z której dowiadujemy się między innymi, że zmuszenie do spowiedzi przybywających do klinik, „nie pokrzywdzeniem, ale rzetelną chlubą a nawet obowiązkiem byłoby dla instytutu pod sterem opiekującej się sprawami religii władzy zostającym, dać z siebie przykład dla innych“. A zatem nie potrzeba się oglądać na to; czy ten zwyczaj będzie zaprowadzony w innych szpitalach stolicy, ale zaprowadzić go u siebie. „Znaną jest dostatecznie komisji rządowej z wielu względów niedogodność dotychczasowego instytutu kliniki; spowiedź jednak na wstępie mogą w nim odbywać chorzy, jak ją dotąd odbywają w razie niebezpieczeństwa choroby i w czasie wielkanocnym. Nieupatrując przeto komisja rządowa stanowiących przeszkód w zaprowadzeniu do tutejszego instytutu kliniki chwalebne zwyczaj, aby chorzy przy wstępie Sakrament Św. Spowiedzi odbywali, stanowi, iż takowy ma być odtąd ściśle zachowywany“. Uwiadomiła komisja Radę Uniwersytetu, że uczyniła stosowną odezwę do komisji spraw wewnętrznych i policyi, o zaprowadzenie tegoż zwyczaj do tych szpitali, w których dotychczas nie był praktykowanym.

„Uznawszy nadto komisja rządowa potrzebę zapewnienia chorym w instytucie kliniki sposobność słuchania w każdą niedzielę i święta uroczyste Mszy S-tej, wzywa Radę Uniwersytetu, ażeby urządzeniem szafianego ołtarza i opatrzeniem go w niezbędne dla tego sprzęty zajęła się, i wykaz szczegółowy potrzebnych na ten przedmiot kosztów podała“.

Rada zawiadomiła dziekana 13 lipca 1826 № 2474, że profesor Ritschel wezwany został w celu porozumienia się z dziekanem względem umieszczenia ołtarza, w jednej z sal klinicznych.

Ołtarz ten urządzono i nabożeństwo zaprowadzono od nowego roku szkolnego. Dla tego przy planowaniu nowego gmachu klinicznego, pierwsze miejsce zajęła kaplica, aby usunąć te niedogodności jakie ów ołtarz sprawiał, w bardzo ciasnych, zapchniętych łózkami salach klinicznych.

9) Kuchenka do gotowania ziółek, dekoktów, grzania kataplazmów i t. p.

10) Mieszkanie dla asystenta obydwóch klinik, który powinien mieszkać w instytucie klinicznym; złożone z 4 pokojów, prócz kuchni, piwnicy i drwalki.

Lokale potrzebne dla kliniki terapeutycznej.

1) Wehód do obudwu sal chorych klinicznych, w którym lokalu znajdować się powinna: a) machina elektryczna z rekwizytami: b) machina galwaniczna; c) narzędzia do ratowania osób będących w pozornej śmierci.

2) Sala dla mężczyzn klinicznych.

3) Sala dla kobiet klinicznych.

4) 5) Dwa lokale w zimie ogrzewane na przechód dla słabych przeznaczone.

6) 7) Dwa pokoje dla obojej płci, każdy przeznaczony dla dwóch chorych umierających, lub niebezpiecznych.

8) Jeden pokój dwa łóżka mieszczący, dla chorych nieczystych, wyziewami swemi, lub nieprzyjemną wonią odchodów swoich, innym chorym nieprzyjemność sprawujących.

9) 10) 11) 12) Cztery pokoje dla oddziału obłąkanych, każdy tak obszerny, aby prócz chorego i posługacz mógł się pomieścić.

Lokale oddzielne potrzebne dla kliniki chirurgicznej.

1) Sala dla kobiet klinicznych.

2) Sala dla mężczyzn klinicznych.

3) 4) Salki oftalmiczne, jedna dla mężczyzny, druga dla kobiet.

5) 6) Salki dla operowanych, jedna dla mężczyzny, druga dla kobiet.

7) Sala operacyjna.

- 8) 9) Salki dla ortopedyi, jedna dla mężczyzn, druga dla kobiet.
- 10) Pokój dla kobiet wenerycznych.
- 11) Pokój dla mężczyzn wenerycznych.
- 12) 13) Pokoje dla umierających mężczyzn i kobiet.

Institut położniczy i szkoła akuszerek.

- 1) Mieszkanie dla odźwierneń, bo instytut ten koniecznie mieć musi ścisłą klauzurę.
- 2) Sale gdzie się uczniowie uczęszczający na klinikę zgromadzać będą.
- 3) Salę porodową dla porodów naturalnych.
- 4) Salę dla porodów sztucznych.
- 5) Salę dla położnic zwyczajnych.
- 6) Salę dla położnic chorych.
- 7) Salę dla ciężarnych.
- 8) Salę dla uczennic akuszeryi, kosztem rządowym utrzymywanych.
- 9) Mieszkanie dla pierwszej akuszerki.
- 10) Audytorium akuszeryi, gdzieby oraz narzędzia i preparaty potrzebne przechowywane były.
- 11) Kuchenka i pralnia mała.
- 12) Łazienka.
- 13) Pokój dla chorych umierających.

Ekonomia wspólna dla trzech instytutów.

- 1) Kuchnia ekonomiczna.
- 2) Spiżarnia na różne zapasy.
- 3) Pralnia.
- 4) Lokal, w którym będą wmurowane kotły dla grzania wody do prania i kąpeli.
- 5) Łazienka dla chorych przybywających, potrzebujących oczyszczenia.

6) Lokal na magazyn czyli skład bielizny i innych utensyliów instytutowych.

7) Lokal na skład odzieży przyjętych chorych do instytutu.

8) Mieszkanie dla ekonoma i jego kancelarya.

9) Jeżeli oddzielne będą wchody do klinik, natenczas mieszkanie dla odźwiernego, stróża i żon posługaczy klinicznych.

10) Piwnice dla ekonomii, ekonomy, pierwszej akuszerki i t. d.

Prócz tych potrzebne są jeszcze zabudowania oddzielne.

1) Podwórze dobrze oparkanione dla składu drzewa zwiezonego.

2) Szopa czyli wystawa dla rznienia i łupania drzewa w czasie niepogody.

3) Skład na drzewo.

4) Skład na słomę.

5) Skład na różne sprzęty gospodarskie i ogniowe.

6) Grabarnia.

7) Kloaki.

8) Studnia albo pompa dostarczająca obficie wodę.

9) Cisterna dla zachowania wody deszczowej.

Obszerność wymienionych lokalów, ich położenie i komunikacje między sobą, tudzież położenie drzwi, okien, pieców i t. d., to jest zewnętrzny skład całego gmachu, jako i wewnętrzne jego rozporządzenie, odpowiedzieć zupełnie powinny jego przeznaczeniu.

Gmach ten przeznaczony na część praktyczną Wydziału lekarskiego, czyli na instytutu kliniczne, jako nie mający żadnej styczności z Uniwersytetem, największą zaś styczność z wielkim szpitalem, nie znajduje się nigdzie przy Uniwersytecie, lecz zawsze prawie przy wielkich szpitalach, jak przekonywają o tem sławne zagraniczne Uniwersytety — w Anglii, Francyi, Austrii i t. d. Zało

zenie bowiem instytutów klinicznych jako wzorowych szkół praktycznych leczenia, ma na celu ten główny i wielki przedmiot, aby sposobiącego się w nich lekarza wiadomości praktyczne najobszerniej mogły być rozwinięte, bo teoria i rozmyślanie nad kilku widzianymi chorobami, nie są dostateczne do utworzenia lekarza praktycznego. W instytucie klinicznym winna młodzież największą mieć sposobność widzenia, zastanawiania się i leczenia chorób różnego rodzaju, czego dopiąć nie podobna przy ograniczonej liczbie chorych; osiągnąć zaś wskazany cel tam tylko można, gdzie kliniki albo przy szpitalu, albo w samym wielkim szpitalu są umieszczone.

O użytku umieszczenia kliniki w samym szpitalu, a gdzie zachodzą nieprzełamane trudności, w bliskości przynajmniej szpitala, lecz zawsze w połączeniu z tymże, przekonywają następujące szczegóły:

1) Profesorowie kliniczni mają natenczas wszelką łatwość, wybierać chorych stosownie do potrzeby; zwracając uwagę uczniów, okazują im w naturze takie choroby, o jakich właśnie nauczają.

2) Chorzy, którzy przestają być przedmiotem naukowości w klinice i przez kilka a czasem przez kilkanaście tygodni bez użytku dla uczniów zajmują miejsce, np. przychodzący do zdrowia po ciężkich chorobach w klinice terapeutycznej, albo operowani w klinice chirurgicznej; czasem już w kilka dni po operacji, mogą być przeniesieni do szpitala, gdzie dla ścisłości kliniki, daje się uczniom sposobność ciągłego obserwowania chorych z kliniki przeniesionych, aż do ich zupełnego wyleczenia; miejsce zaś tym sposobem w klinice wypróżnione, może być przez nowych chorych zajęte. Tym sposobem daleko więcej chorych w klinikach, leczyłby się mogło jak dotąd.

3) Przy takim urządzeniu, uczeń większą ilość pod przewodnictwem doświadczonego lekarza, rozmaitych widzieć może chorych, którzy chociażby nie byli klinicznymi, mogą być jednak przedmiotem obserwacji.

4) Nastrożca się sposobność dla uczniów, postrzegania często ważnych, nagłych przypadków życia zagrażających, tacy bowiem chorzy zwykle w szpitalach zostają umieszczeni.

5) Widzieć może uczeń wiele rodzajów dzieciennych, z którymi jako praktyczny lekarz obeznanym być powinien.

6) Szpital wielki porządnie podzielony na różne oddziały, podług rodzaju chorób i obsadzony dobranymi lekarzami praktycznymi, przedstawi uczniom w obrazach żyjących, co w martwym tylko czytają opisie.

7) Częste autopsie, które jedynie w wielkich szpitalach dadzą się wykonywać, oswoiłyby ucznia z poznawaniem i zgłębianiem częstokroć bardzo ważnych przeistoczeń organicznych.

8) Uczeń kończący kurs nauk lekarskich, mając w jednym obrębie różnorodność chorób, stałby się tam prawie domownikiem, oswoiłby się z widokami cierpień i nędzy, i straciłby ów wstręt, który się daje postrzegać w tych, co tylko w porządnej przebywają klinice, zamiłowałby więcej swoją czynność i niepostrzeżenie nabrałby nałogu do zatrudnień mniej przyjemnych. W jednym obrębie mógłby strawić większą część dnia bez inszego rozerwania, zatrudniony różnorodnością chorób. Zkądże pochodzi biegłość lekarza? Zkąd wypływa obfitość postrzeżeń? Zkąd poszło wydoskonalenie sztuki?, czy z patrzenia aż do sytości na jeden rodzaj choroby, czyli też raczej z różnorodności i częstości ich postaci zmodyfikowanych. Tę korzyść osiągnąć tylko można umieszczając kliniki w szpitalu wielkim, a przynajmniej w jego bliskości, w gmachu wzorowo urządzonym, którenby zarazem przedstawiał wzór szpitala, wzór utrzymywania chorych i wzór postępowania lekarskiego.

Z wyż przytoczonych powodów zdaniem jest deputacji, iż wystawienie gmachu na część praktyczną wydziału

lekarskiego, najstosowniej i najkorzystniej uskutecznioma być może nie gdzieindziej jak tylko w bliskości wielkiego szpitala stolicy to jest Dzieciątka Jezus, na jednym z okolicznych ogrodów gdzie razem i część ogrodów, dla rekonwalescentów klinicznych użytą być by mogła.

Gdyby projekt ten przez deputacyę uczyniony trafił do przekonania Wysokiej komisji rządowej i popartym został ze strony tej Wysokiej Magistratury u Najjaśniejszego Pana, w którego ojcowskiej troskliwości o dobro cierpiącej ludzkości w narodzie, zupełną nadzieję pokładać można i, gdyby łaskawe zatwierdzenie wystawienia gmachu dla wydziału lekarskiego nastąpić miało, natenczas wnosi jeszcze deputacya aby wystawienie onego, od instytutów klinicznych i położniczego, jako najpotrzebniejszych rozpocząć się mogło, a po ukończeniu tych dopiero nastąpić może wystawienie gmachów dla części teoretycznej.

Następnie w skutek reskryptu komisji rządowej z dnia 19 maroa 1829 № 3715 polecającego wezwanie wydziału lekarskiego, aby ten wyraźnie wskazał na wzniesienie gmachu wydziału lekarskiego taki plac, któryby łącząc istotnie potrzebne dogodności, najkorzystniej mógłby być nabyty, pominąwszy jednak szczegół, projektem przez deputacyę, pod dniem 11 września 1827 № 3518 złożonym objęty „aby gmach na instytutu kliniczne i położniczy przeznaczony — na jednym z placów pobliskich szpitala Dzieciątka Jezus został wystawiony ¹⁾“, zgromadzony wydział pod prezydencją rektora i w obecności Inspektora generalnego Uniwersytetu, dnia 28 marca 1829 r., wyżej

¹⁾ Gdy się przełożona siostr miłosierdzia dowiedziała o projekcie wystawienia klinik na terytorium szpitala Dzieciątka Jezus, weszła z mocnym przedstawicielem do komisji rządowej, o uwolnienie rzeczzonego szpitala, od takiego sąsiedztwa.

wspomniany projekt ułożony przez deputację, przejrzawszy — mając ze wszech względów na uwadze dobro ogólne, ponowił zdanie swoje w owym projekcie zamieszczone. Odstępując zaś od dawniejszego projektu umieszczenia gmachu klinicznego w bliskości szpitala Dzieciątka Jezus, „który i tak wzorowym nie może być nazwany, powziąwszy wiadomość do profesora Fijałkowskiego członka Rady ogólnej dozorczej szpitalów, iż przez tę radę przedstawiony już został do komisji Spraw wewnętrznych i politycy, projekt wystawienia nowego wzorowego szpitala dla stolicy nie zbędnie potrzebnego, który zapewne przez rząd opiekuńczy przyjęty i przez wspólne poparcie komisji rządowych do skutku doprowadzony zostanie ¹⁾, był wydział lekarski tego zdania, „aby przy mającym się wznieść n i e w ą t p l i w i e (!) gmachu na szpital wielki w stolicy, na wzór dobrze urządzonych szpitalów np. w Hamburgu lub w Monachium i gmach na kliniki zaprojektowany wybudować“.

Nie wątpliwą więc miał nadzieję w r. 1829 wydział lekarski, że przez doprowadzenie do skutku powyższego projektu, będzie postawiony na stopniu doskonałości, wyrównywającej we wszystkim, wydziałom lekarskim najślawniejszych ówczesnych uniwersytetów.

Z anszlagu jaki przedsięwzięto na wybudowanie kliniki, pod dniem 18 lutego 1829 roku, dowiadujemy się, że koszt całkowity budowy miał wynosić 254102 zł. 23 grosze.

D. C. N.

¹⁾ Rada ogólna dozorcza szpitalów, w projekcie swoim wystawienia centralnego szpitala, podała jako najodpowiedniejsze miejsce dla tego szpitala, dzisiejsze Frascati.

Dzieje budowy zakładu dla obłąkanych w KRÓLESTWIE POLSKIM

stan obecny szpitala w Tworkach

oraz
opracował

Dr. med. **Stan. Bucelski.**

Star. ordynat. szpitala w Tworkach.
dalszy ciąg.

VIII.

Czynności Komisji odbiorczej. — Protokoły. — Rachunki Komitetu budowy. — Koszt budowy szpitala. — Rozwiązanie Komitetu.

Według Najwyżej zatwierdzonej Ustawy, Komitet budowy był obowiązany do wykończenia szpitala i oddania go do użytku publicznego w ciągu $2\frac{1}{2}$ lat. Komitet rozpoczął czynności 6 grudnia 1887 r., zatem szpital powinien być otwarty 6 czerwca 1890 r., a gdybyśmy — podobnie jak Rada m. w depezy do ministra — przyjęli za początek budowy dzień założenia kamienia węgielnego, t. j. 17 lipca 1888 r., to otwarcie zakładu powinno nastąpić nie później jak 17 stycznia 1891 r. Nastąpiło to prawie o rok później, nie przypuszczajmy jednak jakiegś opieszałości ze strony Komitetu. Byłoby wszystko dobrze i na czas, gdyby... Ale nie uprzedzajmy wypadków.

Już w połowie 1890 r. Oswald, za pośrednictwem Komitetu domaga się od Rady m. aby oznaczyła dzień „rewizyi“, bo szpital — prócz kotłowni — jest z grubsza wy-

kończony i chodzi teraz głównie o przygotowanie opisów robót i innych dokumentów budowlanych. W jakim celu Komitet domagał się oznaczenia dnia odbioru — trudno zrozumieć, — albowiem gdy Rada m. na pytanie odpowiedziała, że zależy to od uznania ministerjum i zażądała wiadomości o terminie wykończenia szpitala w celu zakomunikowania daty ministrowi, — Komitet zachował głęboke milczenie.

Rada m. czekała na odpowiedź cierpliwie... Aliści minął urzędowy termin wykończenia szpitala, — umarł budowniczy Oswald (w lutym 1891), a Komitet milczał...

Nareszcie wyczerpała się stoicka cierpliwość nawet Rady m. i wówczas na zapytanie quousque tandem, Komitet prosił o zawiadomienie ministra, że szpital na d. 13 września 1891 r. będzie stanowczo wykończony.

Zawiadomiony o terminie, minister wyznaczył Komisję odbiorczą, powołując do niej prof. psychj. na Uniw. Warsz. M. Popowa i inżyn. gub. kijow. Krywcowa i polecając zarazem gen. gubernatorowi uzupełnienie Komisji, do której z ramienia gen. gubernatora weszli Czausow, insp. szpit. i Waraksin, naczel. zakł. dobr. w charakterze prezesa. Później, na żądanie Krywcowa, który nie uważał się za kompetentnego do ocenienia niektórych urządzeń, jak np. kuchni i instalacji elektrycznej, grono członków Komisji powiększyli: inż. gub. warszaw. Możdżeński, mechanik gub. Federmann i specjalista elektrotechnik, pułkownik saperów Radiwanowskij.

Komitet, oznaczając termin oddania szpitala do użytku publicznego, na 13 września, sam dopiero 2 września przystąpił do odbierania robót od pojedynczych przedsiębiorców, do czego wysadził komisję. W tymże czasie Komitet wyasygnował 100 rb. na przygotowanie opisu robót dla komisji odbiorczej, rzecz więc prosta, że na oznaczony termin nie było nic wykończone i skutkiem tego komisja odbiorcza opóźniła swe czynności, zbierając się w Tworkach po raz pierwszy dopiero 8 października, ale choć było to w 4 tygodnie po wyznaczonym terminie, za-

kończyła swą czynność spisaniem protokołu, z którego okazuje się, że budynki są niewykończone, nieoczyszczone z gruzu i śmieci, — że dziedzince nie splantowane, — że wiele robót dotychczas nie przyjęto jeszcze od przedsiębiorców, — że wreszcie Komitet nie przedstawił komisji odbiorczej żadnych dokumentów technicznych.

Trudno domyśleć się, na co właściwie liczył Komitet budowy, oznaczając termin ukończenia budowy na 13 września, gdy jeszcze było bardzo daleko do wykończenia i gdy wiedział dobrze o swej niegotowości, która jednak była prawdziwą niespodzianką dla Rady m.

Otrzymawszy powyższy protokół komisji odbiorczej, Rada m. przesłała go gen. gubernatorowi, a jednocześnie prosiła komisję o obejrzenie budynków w celu przekonania się kiedy mogą być zdadne do przyjęcia chorych. Czekać dłużej było niepodobiestwem; szpital św. Jana B. i oddział przy szpit. Dz. Jezus — nieodnawiane od czasu rozpoczęcia budowy zakładu w Tworkach, doszły do stanu rozpaczliwej ruiny; z drugiej strony — 1 października był już nominowany personel lekarski, a w części i administracyjny. Wobec tego, komisja odbiorcza w d. 12 i 13 października, zbadawszy, bez dokumentów w rękę, budynki, — orzekła, iż są na tyle wykończone pod względem technicznie lekarskim, że mogą być zajęte przez chorych.

Wówczas Rada m. uchwaliła przeprowadzić chorych z oddziału przy szp. Dz. Jezus zupełnie, a ze szp. św. Jana częściowo, jednakże zanim doszło do tego, upłynęło jeszcze przeszło dwa miesiące. Uroczyste poświęcenie przez duchowieństwo prawosławne i otwarcie zakładu nastąpiło 27 listopada 1891 r., chorzy zaś zostali przewiezieni ze szpitali warszawskich w końcu grudnia i na początku stycznia 1892 r.

Szpital wtedy nie był jeszcze oddany pod zarząd Rady m., a Komitet budowy zapytany w jakim terminie przygotowuje budynki do odbioru i kiedy przedstawi konieczne do tej czynności dokumenty techniczne, — odpowiedział, że czasu określić nie może; dopełnienie wszelkich formalno-

ści, a więc i przygotowanie dowodów technicznych spoczywało na barkach Oswalda, który umarł nie wypełniwszy tego obowiązku. Niemile i niewłaściwe to usprawiedliwienie opieszałości i nieporządku, jakim był winien Komitet in corpore, zostało jednak uwzględnione przez Radę m., która została zawiadomiona przez Komitet w końcu lutego 1892 r., że komisya odbiorcza może już przystąpić do swych czynności.

Komisya zjawiała się na miejscu dopiero 3 czerwca, ale i tym razem napróżno, bo wbrew oświadczeniu Komitetu budowy, nie było ani dokumentów technicznych, ani opisu robót od przedsiębiorców. Komisya protokólnie zażądała przedstawienia wymienionych dowodów, ale ostatecznie, ponieważ dowodów tych nie było, żądanie było próżnem, więc też 12 czerwca komisya przyszła do wniosku, że szpital należy przyjąć od Komitetu budowy w stanie, w jakim jest, bez względu na różne braki i niedokładności i oddać go pod zarząd Rady m.

Powziąwszy takie postanowienie, komisya dokonała odbioru budynków i wszystkich urządzeń, o czym spisano protokół z wymienieniem najważniejszych niedokładności, a na uczynione zarzuty Komitet budowy odpowiedział piśmiennie. Oba te dokumenty, dla uwydatnienia różnicy zapatrywań, umieszczam obok siebie w streszczeniu.

Treść protokołu Komisji odbiorczej.

1. Piece kaflowe są słabo postawione, — bez klamer i wiązania drutem; powierzchnia ogrzewająca jest niedostateczna, przeto w pokojach zimno.

Treść wyjaśnień Komitetu budowy.

1. Piece postawione są na wzór warszawskich, które są dostatecznie mocne; kanały w piecach są z cegły ogniotrwałej; powierzchnia jest — według obliczeń budowniczego — zastosowana do objętości ogrzewanego

2. Cienka warstewka cynku, pokrywającego blachę na dachach, już teraz—zwłaszcza na zagięciach odpryskuje, należy więc dachy w celu zabezpieczenia ich od szybszego zniszczenia, olejno pomalować.

3. Na roboty stolarskie było użyte drzewo niewyschnięte. Przez okna w czasie deszczu leje się do izb.

4. Wyprawa ścian jest niedokładna, materiał zły, skutkiem tego przy drzwiach i piecach tynk odpada.

pomieszczenia; jeżeli ubiegłej zimy było zimno w pokojach, to dlatego, że budynki nowe, a okna były źle opatrzone.

2. Dachy zostały pokryte blachą w najlepszym gatunku, — malowanie zaś ich olejno nie było przewidziane w kosztorysie.

3. Drzewo do robót stolarskich użyte—było suche ¹⁾. Okna otwierają się na wewnątrz dlatego (?) aby zapobiedz wypadnięciu przy myciu oraz, aby wiatr (!) nie wyrwał ram (!). Wreszcie nie można twierdzić aby deszcz zaciekał ²⁾.

4. To nieprawda! Robota jest gruntowna i czysta, a jeżeli tynk przy drzwiach odpada, to pocóż niemi trzaskają? Zresztą

¹⁾ Wątpić należy aby drzewo użyte było suche, gdyż 29 marca 1892 r. (przed odbiorem szpitala) sam Komitet budowy postanowił kosztem 250 rb. ponaprawiać drzwi, które wysychając, popuszczały na szwach.

²⁾ I dotychczas w czasie deszczu woda strumieniem zacieka.

5. Komitet budowy ograniczył się tylko do urzędzenia zbiorników na nieczystości, pominął zaś zupełnie urządzenie pól irygacyjnych.

6. Pralnia mechaniczna niedokładnie pierze.

7. Nieruchome kotły w kuchni parowej są bardzo niepraktyczne, — oczyścić je trudno, bielić trzeba często, a sprawa to niezmiernie mozolna.

piece i ściany nie jednakowo rozszerzają się i skutkiem tego tynk około pieców pęka.

5. Projektowane na przestrzeni 3 dziesiątin pola irygacyjne nie zostały urządzone, to prawda, ale też Komitet nie otrzymał 50000 rb. na jakie liczył; wobec tego urządzenie pól pozostawiono przyszłej administracyi szpitalnej, gdyż da się to łatwo uskutecznić przy pomocy chorych i z pożytkiem dla nich, gdyż jest to praca przyjemna i zdrowa.

6. Nie! pralnia pierze bardzo dobrze, ale bielizny zabrudzonej nie dopiera, bo... woda jest zbyt twarda.

7. Prawda, że kotły są bardzo niepraktyczne, ale też są tańsze i mocniejsze; co do bielenia, to częstość jego nie zależy (?) od typu kotłów ¹⁾.

¹⁾ Niepraktycznymi okazały się też w kuchni płyty marmurowe na ogrzewanych stołach do wydawania żywności na oddziały, — wkrótce popękały i Komitet w marcu 1892 r. zastąpił je blachą.

8. Odprowadzanie nieczystości z ogólnego dołu do zbiorników na polu za pomocą pomp odbywa się niedokładnie i trzeba dokonywać tej czynności częściowo ręcznie.

9. Posadzka z klepki dębowej w drabinkę ułożona rozeszła się, a klepki popaczyły się. Potrzebny jest telefon między pawilonami oraz między szpitalem a Warszawą.

10. Dziedzińce nie są splantowane; przy budynkach niema podsypów i ścieków.

11. W kotłowni, dla zabezpieczenia dachu i od wilgoci należy podszyc wiązania dachowe.

12. Dynamomaszyny przy ekshaustorach należałoby umieścić w zamkniętych pudłach.

8. Istotnie nie odbywa się to dokładnie, ale taki sposób odprowadzenia nieczystości był zaprojektowany i zatwierdzony.

9. Posadzka była układana w jesieni, dlatego też rozeschła się, ale będzie wkrótce naprawiona. Telefony są potrzebne, ale kosztorys nie przewidział ich ¹⁾.

10. Niwelacja nie należała do Komitetu: w projekcie niema o tem wzmianki. Na urządzenie ścieków Komitet nie miał pieniędzy, nie otrzymawszy należnych mu 50000 rb.

11. O przykryciu wiązań także nie było wzmianki w anszlagach.

12. Komitet już polecił przedsiębiorcy osłonić te dynamomaszyny pudłami.

¹⁾ Wiłujew proponował urządzenie telefonów wewnętrznych kosztem 1145 rb. 75 kop, ale Komitet wniosek odrzucił dla braku środków.

Wreszcie prezydujący w Komisji Waraksin zaznacza, że osobiście uważa tynkowanie ścian za zupełnie złe, a warstwę betonu na podłogach za zbyt cienką.

Komitet budowy jest zupełnie innego zdania, i nie myśli jednak uzasadniać go, gdyż prezydujący wypowiedział tylko swój osobisty pogląd, — co zaś do podłóg, to tych nie przyjął Komitet od przedsięwzięcia.

Protokół Komisji odbiorczej podpisali wszyscy z wyjątkiem Popowa który w kwestyach czysto technicznych nie zabierał głosu. Odpowiedź na zarzuty Komisji odbiorczej podpisali wszyscy członkowie Komitetu budowy z wyjątkiem gen. Palicyna, który oponował przeciwko redakcyi repliki, ale głos jego pozostał odosobniony. Toteż gdy przyszło stwierdzić swym podpisem te.. wyjaśnienia Komitetu, generałowi jakoś wypadł wyjazd i musiało się obyć bez jego podpisu.

A jak widzimy z zestawienia zarzutów i wyjaśnień — Komisya odbiorcza... znęcała się nad Komitetem budowy, wynajdując wszędzie braki i wady, jakich — jak twierdzi Komitet budowy — jako żywo nie było. Ale wielka jest wszelako zawziętość ludzka.

Oto prof. Popow — jedyny w Komisji odbiorczej psychjatra — w obszernym swym, a rzeczowo skreślonym referacie wylicza szereg niezmiernie słabych stron nowego szpitala.

W każdym pawilonie — mówi Popow — mieści się tak wielka liczba oddziałów, że wymaga to i bardzo dużej liczby służby i zarazem ogromnie utrudnia dozór. Żeby choć w części zmniejszyć tę wadę w pawilonach dla chorych ogólnych, Popow rzuca myśl przeniesienia mieszkania lekarza ze środka pawilonu do bocznego skrzydła. — Podział pensjonarzy na klasy nie jest ani potrzebny, ani praktyczny, a co do chorych gwałtownych i zanieczyszczających się, zupełnie bezpożyteczny, gdy ci chorzy bez

względu na swe stanowisko społeczne i towarzyskie, bez najmniejszej szkody lub przykrości dla siebie, mogą być pomieszczeni wspólnie. Wentylacja—zdanem Popowa—jest niedostateczna zwłaszcza w oddziałach dla nieporządnych, żąda więc zmniejszenia liczby chorych i w tym celu proponuje spokojnych a nieporządnych umieścić w pawilonie na fermie. Szalówki urządzone są niewłaściwie, gdyż chory może się ukryć przy ścianie z boku drzwi, a na domiar złego, tu właśnie, gdzie chory najłatwiej może się schować, — umieszczony jest wentylator z rączką w kształcie haczyka bardzo dogodnego do zaczepienia stryczka; klozety w szalówkach są zupełnie zbyteczne, gdyż chorzy gwałtowni rzadko z nich korzystają, ale za to z łatwością mogą się o nie pokaleczyć, a w razie wyłamania klozetu, chory dostaje do ręki straszliwą broń; wreszcie ściany szalówek powinny być pomalowane olejną farbą. W wychodkach wszystkich oddziałów — sedesy są oddzielone przegrodami drewnianymi, utrudniającymi nadzór w miejscu, gdzie najczęściej chorzy popełniają samobójstwo, co dokonać tem łatwiej, że przeprowadzone pod sufitem rury wodociągowe doskonale nadają się do założenia sznurka.

Wanny w oddziałach dla gwałtownych powinny być wpuszczone w podłogę, co zuakomicie ułatwiłoby wsadzenie chorego. Wogóle we wszystkich pomieszczeniach dość zimno, a piece — prócz tego ustawione są wadliwie, bo w pewnej odległości od ściany; pomiędzy nią a kanałem dymowym przechodzi rura żelazna, na którą niezmiernie łatwo zarzucić pętlicę w celu samobójczym. Ogrody są pozbawione roślinności, należy więc postawić altany. Konieczny też jest telefon między pawilonami. Na zakończenie Popow podkreśla, że administracja szpitalna powinna ciągle mieć na uwadze jedyny racjonalny sposób rozwiązania kwestyi opieki nad obłąkanymi, mianowicie patronage familial, a w tym celu powinna kompletować służbę oddziałową z włościan okolicznych, którym następnie można by powierzać chorych.

Protokół Komisji odbiorczej wraz z powyższymi uwagami d-ra Popowa, 7 listopada 1892 r., Rada m. przesłała gen. gubernatorowi, który 24 t. m. zapytał, czy i co jest zrobione w celu usunięcia braków w obu protokółach wyłuszczonech.

Rada m. odezwe tę odstąpiła Komitetowi budowy, ale gen. Hurko jeszcze dwukrotnie ponawiał zapytania nim mu nareszcie dało 16 sierpnia 1893 r. odpowiedź, zredagowaną i podpisaną przez d-ra Chardina, jako już dyrektora szpitala.

Z odpowiedzi okazuje się:

— że piece wytrzymały dwie zimy, a chociaż w salach zimno, to zależy to głównie od bardzo niedbałego osadzenia futryn okiennych, między którymi a murem pozostały olbrzymie puste przestrzenie, które — jak mówi dr. Chardin — będą w najkrótszym czasie usunięte;

— że dachy na budynkach nieźle się utrzymały;

— że drzwi zeschły się na szwach popuszczały;

— że przez okna (zamknięte i podwójne) leje się do wewnątrz w czasie deszczu, o ile ten bije w okna;

— że wyprawa ścian utrzymała się nieźle;

— że podłogi już wymagały zbiccia, zestosowania i pomalowania;

— że kotły kuchenne pozostały — ma się rozumieć — niedogodnymi;

— że odprowadzenie nieczystości pozostało jak i dawniej niedokładnem i masy gęste muszą być ręcznie usuwane;

— że pola irygacyjne nie były jeszcze urządzone (i dotąd ich niema);

— że w pralni uczuwać się daje brak balji do bardzo brudnej bielizny, a także drugiego magła;

— że podsypy przy budynkach i ścieki już częściowo wykonane, (dotychczas jednak nie wykończone należyście);

— że dynamomaszyny przy ekshaustorach działały dokładnie i

— że wydatek na podszycie wiązań w kotłowni został wniesiony do budżetu szpitalnego.

W celu usunięcia wad i niedokładności przez Popowa wytkniętych, to przedewszystkiem zaznaczyć należy, że był złożony Radzie m. projekt i plan budowy specjalnego pawilonu dla chorych zanieczyszczających się, lecz projekt ten dotychczas pozostał na papierze. Co zaś do usunięcia małych niedokładności, to wówczas postanowiono i następnie mniej lub więcej szybko usunięto haczyki przy wentylatorach, częściowo zniesiono przegrody w klozetach, rury wodociągowe i rezerwoarki z wodą ukryto w szczelnie do ścian przystających pudłach drewnianych. Postanowiono też wpuścić wanny w podłogę w oddziałach dla gwałtownych, odkładając to do chwili bielenia wanny, a ponieważ dotąd wanny nie bielone powtórnie więc i stoją, jak stały na podłodze.

Prócz tego w odpowiedzi zaznaczona jest potrzeba zaopatrzenia chociażby tylko 8 szalówek w ściany elastyczne, co jednak dotychczas pozostało niewykonanem, ale dodajmy, że w praktyce potrzeba tego rodzaju urządzeń prawie się nie zdarza.

Zanim ta odpowiedź dostała się do rąk gen. gubernatora, tenże 26 maja 1893 r. zażądał od Rady m. opinii co do zarzutów, stawianych Komitetowi budowy przez Komisję odbiorczą. Z odpowiedzi, jaką dopiero 18 września 1894 r. dała Rada m. okazuje się, że uznaje słuszność tych zarzutów i postanowiła dokonać wszystkich wskazanych przeróbek z wyjątkiem malowania dachów. Koszt tych przeróbek obliczono na 9337 rb. 14 kop.; Rada m. zamierzała wydatek ten pokryć z podatku na utrzymanie zakładów dobrocz., jednakże nie uzyskała na to pozwolenia gen. gubernatora, który natomiast zgodził się na zaciągnięcie z tego źródła przez Radę m. pożyczki. Wszelako z propozycji tej Rada m. nie skorzystała, uchwalając dokonywać przeróbek stopniowo, a dla pokrycia wydatków postanowiono corocznie obciążać budżet szpitalny pewną sumą. Na zakomunikowanie tej uchwały gen. gubernato-

rowi 26 stycznia 1895 r., sprawa została ukończona, bo przeróbek nie myślano wykonać.

W myśl art. 28 statutu, Komitet budowy na 260-m posiedzeniu swoim w d. 12 maja 1893 r. uchwalił prosić o rozwiązanie. Zawiadomiona o tem Rada m. za pośrednictwem gen. gubernatora odniosła się w tej sprawie do ministra spr. wewn., na skutek przedstawienia którego, Najjaśniejszy Pan d. 2 sierpnia (21 lipca) zezwolił na zwinienie Komitetu.

Ostatnie posiedzenie odbyło się 5 września (24 sierpnia) poczem Komitet za pokwitowaniem pod datą 23 (11) października, przekazał wszystkie akta i dowody, z wyjątkiem sprawozdania technicznego, Radzie m.

Komitet budowy funkcjonował od d. 6 grudnia 1887 r. do d. 2 sierpnia 1893 r. t. j. 5 lat i 8 miesięcy zamiast 2 lat i 6 m. według art. 3 Najwyżej zatwierdzonej ustawy i w tym czasie odbył 262 posiedzenia, z których 79 w Tworkach; plenarnych posiedzeń było 3 w Tworkach i 48 w Warszawie. Skład osobisty Komitetu zmienił się skutkiem śmierci budown. Oswalda w lutym 1891 r.; stanowisko to ofiarowywano p. Dziekońskiemu, a po odmowie, miejsce Oswalda zajął p. Lembke, dotychczasowy pomocnik Oswalda. Tylko pp. Wiłujew (prezes) i Styczakowski (referent) nie opuścili ani jednego posiedzenia; również gorliwie uczęszczali budowniczowie, opuszczając po 6 posiedzeń, inni zaś członkowie opuścili 49 do 172 posiedzeń.

W ciągu swej działalności Komitet otrzymał na budowę szpitala następujące sumy:

w 1888 r.	264744 rb. 89 kop.
w 1289 r.	435179 rb. 52 kop.
w 1890 r.	76995 rb. 79 kop.

w 1891 r.	71204 rb. 19 kop.
w 1892 r.	1775 rb. 21 kop.
w 1893 r.	4470 rb. 64 kop.
R a z e m	<u>854370 rb. 24 kop.</u>

Na kapitał złożyły się sumy:

500000 rb. z kapitału użyt. Publ., 42226 rb. pożyczka na instalację elektryczną, 8 rb. 22 kop. zwróciła Izba Obrachunkowa jako niesłusznie dopłacone w 1884 r. przez Radę m. w czynszu z Kamionka, 299262 rb. kapitał w Banku na budowę szpitala na d. 1 (13) stycznia 1888 r.; 12874 rb. 2 kop. procent od kapitału i zysk przy wylosowaniu papierów osiągnięty w ciągu 1888 — 1893 r. gdyż Komitet najpierw zużytkował nieprocentującą sumę z Kap. Użytku Publ.

Według sprawozdań rachunkowych, składanych Radzie m. za 1888 r. a następnie w miesiąc Komitet wydał:

W roku	Na wynagrodzenie członków Komitetu	Na budowę szpitala i urządzenia wewnętrzne	Na kancelaryę Komitetu
1888	10100 rb. 75 k.	146795 rb. 21 k.	1235 rb. 66 k.
1889	8994 rb. 92 k.	265938 rb. 52 k.	1320 rb. — k.
1890	8694 rb. 92 k.	184633 rb. 12 k.	1326 rb. — k.
1891	8733 rb. 83 k.	172185 rb. 68 k.	1320 rb. — k.
1892	3823 rb. — k.	33839 rb. 05 k.	550 rb. — k.
1893	427 rb. 07 k.	4408 rb. 46 k.	50 rb. — k.
Razem	40774 rb. 49 k.	807800 rb. 09 k.	5795 rb. 66 k.

t. j.

4,77%

94,56%

0,67%



Według rachunku ostatecznego złożonego Radzie m. 8 czerwca (27. V.) 1893 r. pojedyncze pozycje wydatków przedstawiają jak następuje:

G R U P A I-sza.

Roboty	Za sumę	Wykonał
Mularskie i cie-sielskie	357978 rb. 52 k.	Hiller, podjąwszy się tych robót za 33900 rb.
Dekarskie	34377 rb. 73 k.	Mrowiński, z materya-łu Komitetu.
Stolarskie	68393 rb. 33 k.	Damięcki i Tworkow-ski, przeważnie z ma-teryалу Komitetu.
Posadzki, po-dłogi	11440 rb, 90 k.	J. Tworkowski.
Sztukatorskie . .	29944 rb. 75 k.	
Malarskie	10922 rb. 90 k.	Hiller.
Podłogi na pod-daszu i pod po-sadzki	5312 rb. 81 k.	Hiller, za 4754 r. 35 k.
Urządzenia me-chaniczno sanitar-ne	91244 rb. 64 k.	Plany kanalizacyi, wo-dociągów i t. d. wypra-cował inż. Eberhardt, ogólny nadzór nad wy-konaniem miał. inżyn. Łatkiewicz, montował inż. Michalski.

Roboty	Za sumę	Wykonał
Slusarskie . . .	28707 rb. 20 k.	Ogórkiewicz, podjąwszy się za 27325 rb.
Bruckarskie . . .	3298 rb. 87 k.	
Ogrodnicze . . .	1573 rb. 88 k.	Wał, Kronenberg.
Szklarskie . . .	7537 rb. 71 k.	M. Zilberberg.
Piece	35207 rb 71 k.	Hiller.
Podłogi klinkier.	3993 rb. 97 k.	
Kamieniarskie .	5179 rb. 26 k.	Sikorski.
Podłogi asfaltowe	3397 rb. 51 k.	Tow. asfaltowe.

Razem na budowę wydano 699011 rb. 70 k., a że kosztorys przewidywał sumę 15434 rb. 28 kop. zaoszczędzono (?) więc 55331 rb. 58 kop. a jak już wiemy oszczędność ta polegała na nie wykonaniu niektórych a zamianie innych robót.

Drugą grupę wydatków stanowi: urządzenie oświetlenia elektrycznego za 43167 rb. 57 k. (zamiast 42226 rb.), budowa szosy od stacji w Pruszkowie do zakładu za 10426 rb. 14 kop., wreszcie — modele, kopje planów, asekuracja w czasie budowy domów drewnianych i t. d., poczęstunek robotników (275 rb.), usuwanie śniegu i t. p. 3830 rb. 8 kop., razem w drugiej grupie wydatki wynoszą 57423 rb. 79 kop.

Do trzeciej grupy wydatków zaliczono:

wynagrodzenie członków Komitetu	21587 rb. 76 k.
Kancelarya Komitetu	6928 rb. 56 k.
wynagrodzenie urzęd. Izby Obrach.	8743 rb. 11 k.
wyrządzenie członka Komitetu	
Chardina	7438 rb. 83 k.
honorarium budowniczych Oswalda,	
Lembkego i nadzór techniczny	27722 rb. 07 k.
R a z e m	72419 rb. 33 k.

Wreszcie do czwartej grupy zaliczono urządzenie wewnętrzne, na które wydano 25645 rb 42 kop.

Z e s t a w i e n i e :

Grupa I-sza	699011 rb. 70 kop.
„ II-ga	57423 rb. 79 kop.
„ III-cia	72419 rb. 33 kop.
„ IV-ta	25645 rb. 42 kop.
R a z e m	854500 rb. 24 kop.

A ponieważ Komitet otrzymał 854370 rb. 24 kop., zatem z własnej kieszeni dołożył (?) 130 rb. o czym jednak najmniejszej nie znajdujemy wzmianki w protokołach i innych dokumentach.

Wydatki pomieszczone w III-ciej grupie, a stanowiące wynagrodzenie różnych osób do budowy powołanych wykazują w oddzielnych pozycjach nie tylko znaczne przekroczenia sum w anszlaku przewidywanych, ale nie zgadzają się też z rachunkami, jakie Komitet składał co miesiąc.

Tak więc podług rachunków poszczególnych Komitet budowy pochłonął 40774 rb. 49 kop. a na kancelaryę wydano 5795 rb. 66 kop., razem 46570 rb. 15 kop., tymczasem ostateczny rachunek wykazuje 44697 rb. 26 kop., a w tem wydatek na kancelaryę 6928 rb. 56 kop. i różnice te nigdzie i niczem nie są usprawiedliwione.

Wynagrodzenie prezesa i 4 członków Komitetu wyniosło 21587 rb. 76 kop.; licząc po 13 rb. dziennie, wypada, że Komitet pobierał dyety za 1660 dni... z ułamkiem nawet, gdy według Najwyższej zatwierdzonej Ustawy, Komitet miał być czynnym 30 miesięcy, a zatem prawdopodobnie nie dłużej też powinien pobierać dyety.

Obliczając wynagrodzenie członków Komitetu od 6 grudnia 1887 r., kiedy Komitet rozpoczął czynności do 17 stycznia 1891 r. kiedy przypadał ostateczny termin wykończenia, według statutu szpitala, wyniosłoby:

dla prezesa	5695 rb.
dla 4 członków	9112 rb.
dla członka Chardina	6230 rb.
t. j. razem 21037 rb. zamiast 29026 rb. 59 k.	

Na wynagrodzenie budowniczych, plany i nadzór techniczny kosztorys przewidywał 30173 rb. 73 kop., gdybyśmy nawet liczyli 4% od sumy wydanej, to pozycja ta wyniosłaby 32731 rb. 95 kop. (nie liczymy kosztu szosy i urzędnia wewnętrznego), tymczasem Komitet wypłacił:

Sztromowi za plany	7600 rb. -- kop.
Oswaldowi za plany	3405 rb. 90 kop.
do przeniesienia	11005 rb. 90 kop.

z przeniesienia . . .	11005 rb. 90 kop.
Oswaldowi za dozór i prowadze- nie robót	20373 rb. 73 kop.
Lembkemu za to samo	2250 rb. — kop.
R a z e m . . .	33629 rb. 63 kop.

t. j. w każdym razie przekroczono kosztorys, ale dlaczego ostateczny rachunek Komitetu wykazuje tylko 27722 rb. 7 kop.: nie wiadomo.

I X.

Powiększenie liczby miejsc. — Rozszerzenie szpitala. — Ustawa. — Etat. — Fundusze szpitala. — Budżet dochodów i wydatków.

Szpital na 420 łóżek dla 10 miljonowej ludności Królestwa Polskiego, nawet przy pozostawieniu szpitala św. Jana B. żadną miarą wystarczyć nie mógł, zwłaszcza też, że w Tworkach ustanowiono albo tylko bezpłatne miejsca dla ludzi zupełnie ubogich (320), albo — pensyonarskie dla zamożniejszych, mogących płacić 45 do 75 rb. miesięcznie. Miejsc dla mniej zamożnych chorych ustawa zupełnie nie przewidywała, to też jeszcze przed otwarciem szpitala, 19 (7) października 1891 r., uchwalając przepisy dotyczące przyjmowania chorych na miejsca bezpłatne, Rada m. zarazem postanowiła wystąpić do władzy o powiększenie liczby miejsc w szpitalu o 80 z opłatą po 30 kop. dziennie. Zawiadomiony o tej uchwale gen. gubernator 14 (2) listopada, przede wszystkim zażądał obliczenia kosztu utrzymania tej dodatkowej liczby chorych. Rachunek administracyi szpitala wykazał, że wydatek na utrzymanie chorego, który nie opłaca służby lekarsko-administracyjnej, światła i opału, nie przenosi 30 kop. dziennie na dwie pozostałe pozycye — żywności i ubrania, — ale, że oprócz tego konieczny jest jednorazowy wydatek

około 640 rb. na pierwsze potrzeby (łóżka, bieliznę i t. d.), co postanowiono pokryć z oszczędności w budżecie za 1891 r., która jakoby wynosiła 5415 rb. 80 kop., a w rzeczywistości był niedobór. Korespondencya w tym przedmiocie między kancelaryami trwała dość długo, tak że dopiero 12 listopada 1892 r. wysłano odezwę do ministra, który zgodził się na powiększenie miejsc, o czym 21 (9) stycznia 1893 r. gen. gubernator zawiadomił Radę m., chociaż w rzeczywistości chorzy, płacący po 30 kop. dziennie istnieli od chwili otwarcia szpitala, wprawdzie w liczbie nieznacznej.

Ani administracya szpitala, ani inue władze nie były w stanie powstrzymać napływu chorych, których liczba już w 1893 r. przekraczała etat i wkrótce nastąpiło przedludnienie a więc i pogorszenie warunków sanitarnych. Wówczas powstała myśl rozszerzenia szpitala, co się też w 1894 r. dało uskuteczyć po: 1) przeniesieniu służby z oddziałów do mieszkań w suterrenach, 2) po zwinięciu w dwóch oddziałach pensyonarskich mieszkań lekarzy i 3) po rozszerzeniu 6 pawilonów za pomocą niewielkich przybudówek. Tym sposobem od końca 1899 r. liczba miejsc wzrosła do 725, z których 24 pierwszej, 136 drugiej, 245 trzeciej klasy, a 320 dla chorych bezpłatnych.

13 (1) grudnia 1890 r. wobec zbliżającego się (urzędowego) terminu otwarcia szpitala (w d. 17 (5) stycznia 1891 r.) — gen. gubernator zażądał od Rady m. projektu ustawy dla zakładu w Tworkach. Projekt, wzorowany na ustawie szpitala dla obłąkanych w Kazaniu, był już gotowy, — skreślił go p. K. Puchalski, — po otrzymaniu więc wezwania, Rada m. poleciła d-rom Chardinowi, Popowowi i Rothemu rozpatrzyć projekt, o którym następnie wypowiedzieli opinię członkowie Rady m. Czausow i Nowakowski. Czausow zażądał zmiany nazwy „Warszawski cen-

tralny dom dla obłąkanych“ na „Warszawski szpital okręgowy z kolonją dla obłąkanych“, a dalej uważa posadę pomocnika dyrektora za zbyt dużą, w końcu zaś żąda obsadzenia posad ordynatorów drogą konkursu. Uwagi Nowakowskiego znaczenia nie przedstawiają. Wreszcie 26 stycznia 1891 r. projekt ustawy był rozpatrzony na posiedzeniu Rady m. i przesłany następnie do gen. gubernatora wraz z później podanym przez Czausowa wnioskiem, domagającym się, aby ordynatorzy przy wstąpieniu na służbę otrzymywali tylko połowę pensyi, która po 5 latach powiększała się o 50%, a po 10 dochodziła normy.

Wkrótce zażądał gen. gubernator i projektu instrukcyi, który znów skreślił Puchalski, biorąc wzór z instrukcyi dla kazańskiego szpitala. Projekt instrukcyi odesłano do gen. gubernatora 6 (14) lutego, a stąd wraz z projektem ustawy przesłano go do ministerium i już 13 (1) marca nadeszła odpowiedź ministra (Durnowo), który zażądał wprowadzenia do ustawy pewnych zmian, a mianowicie: zaliczenia do służby etatowej aptekarza, 4 felczerów, 3 felczerek, 5 nadzorców, jednej starszej i 4 młodszych dozorczyń, ekonomy i zarządzającej magazynem bielizny i odzieży. Zdaniem ministra — pomocnik intendenta i kasyer są zbyt liczni: czynności kasyera minister poleca włożyć na buchaltera, natomiast uważa za konieczny etat mechanika z pensją 1200 rb. Projekt Czausowa co do podnoszenia pensyi lekarzom w ciągu 10 lat został kategorycznie odrzucony.

Przerobione według powyższych uwag ministra instrukcyę i ustawę Rada m. 30 (18) kwietnia przesłała do władzy wyższej.

Ale oprócz zmian w statucie, minister w swej odezwie zażądał także usunięcia sióstr miłosierdzia (szarytek), które jako zależne od swej przełożonej — zdaniem p. Durnowo — były niedogodne, albowiem ostatecznie szpital byłby zależny od przełożonej szarytek. To mylne rozumowanie ministra wyjaśnił prezes Rady m., przypominając, że na mocy ustawy z lipca (19. IV) 1870 r. instytut św.

Kazimierza pozostaje (art. 2) pod zarządem Rady m., zatem zakład w Tworkach w żadnym razie nie może stać się zależnym od przełożonej szarytek, ale gen. gubernator nie uwzględnił tego tłumaczenia i w myśl uwag ministra domagał się usunięcia siostr miłosierdzia.

Prezes Rady m. zakomunikował to żądanie na posiedzeniu, na którem też powzięto uchwałę, że chociaż zarząd gospodarstwem szpitalnem nie może być powierzony szarytkom, to jednakże w oddziałach dla kobiet, po przeniesieniu ich do zakładu w Tworkach, szarytki pozostaną, albowiem w danym razie nastąpi tylko przeniesienie oddziału szp. Dz. Jezus do Tworek.

Jednakże z taką decyzją nie zgodził się obecny na tem posiedzeniu (24 (12) VIII. 91 r.) członek Komitetu budowy Chardin; podał on swe votum separatum, w którem zaznaczywszy niemożność dobrania odpowiednich dozorczyń, zarządzających kuchnią, pralnią i szatnią domaga się wyznaczenia na te stanowiska szarytek, których korzystną i bezinteresowną służbę i działalność podnosi i w końcu żąda aby nawet zamiast ucznia aptekarskiego dodać aptekarzowi do pomocy dwie szarytki, zwłaszcza, że na zamianie personelu administracyjnego przez szarytki, szpital zaoszczędza około 200 do 300 rb. rocznie.

Zdanie przyszłego dyrektora najzupełniej podzielił insp. szpit. Czausow i wówczas Rada m. zgodnie z ich opinią wystąpiła z przedstawieniem, które v. minister w. Plehwe zatwierdził, pozwalając na wezwanie do wymienionych czynności szarytek. Opierając się na tem Rada m. na początku listopada 1891 r. zażądała od przełożonej instytutu św. Kazimierza wyznaczenia do szpitala 16 szarytek.

Wszakże w krótkim czasie, bo już w 1892 r. szarytki zmuszone były usunąć się od zawiadywania tak ważnymi działami gospodarstwa szpitalnego jak kuchnią, pralnią, szwalnią i składami bielizny, — zastąpiono je osobami świeckimi, szarytki zaś pozostały tylko jako dozorcynie w oddziałach dla kobiet.

Projekty statutu i etatu najpierw przedstawione przez ministra spr. wewn. do rozpatrzenia Radzie Państwa w połączonych departamentach Praw i Ekonomii Państwowej, a następnie Zebraniu Ogólnemu, zostały Najwyżej zatwierdzone 14 (26) czerwca 1891 wraz z opinią Rady Państwa, dotyczącą pokrycia wydatków na utrzymanie szpitala, obliczonych na 116060 rb., z podatku nałożonego w d. 12 (24) kwietnia 1890 r. na mieszkańców Królestwa Polskiego i przeznaczzonego na utrzymanie zakładów dobroczynnych.

Ustawa szpitala w Tworkach nie ma sobie podobnej w Królestwie, gdyż pozostawia zakładowi pewną autonomję, a jako mało znaną przytaczam ją w dosłownem tłumaczeniu.

USTAWA WARSZAWSKIEGO SZPITALA DLA OBŁĄKANYCH.

*Na oryginale Własną J. C. Mości
ręką napisano:*

TAK MA BYĆ.

w Peterhofie 14 czerwca 1891 r.

I. CEL SZPITALA.

1) Warszawski szpital dla obłąkanych wraz z istniejącą przy nim kolonją ma na celu: a) leczenie obłąkanych; b) opiekowanie się nieuleczalnymi; c) obserwacją — na żądanie władz — nad osobami podejrzanymi o zboczenie umysłowe; d) opiekowanie się osobami pomieszczonemi w szpitalu z wyroków sądowych na mocy art. 95 i 96 kodeksu karnego ¹⁾.

¹⁾ Treść art. 95 i 96 polega na tem, że przestępcy, którzy popełnili zabójstwo lub podpalenie, będąc w anormalnym stanie

2) Do szpitala przyjmowani są mieszkańcy Królestwa Polskiego. O ile w szpitalu znajdują się miejsca wolne, mogą być przyjmowani także i mieszkańcy Cesarstwa, wyłączenie jednak za opłatą.

3) W warszawskim szpitalu dla obłąkanych ustanowia się 420 miejsc, w tem 104 na kolonii rolnej dla chorych nieuleczalnych a zdolnych do pracy, którym można dać większą niż innym swobodę.

4) Miejsca są bezpłatne i pensyonarskie (płatne). Bezpłatnych 320, — płatnych 100, a te dzielą się na pensyonarskie kl. 1-iej w liczbie 20 i kl. 2-iej w liczbie 80.

5) Opłata, pobierana za miejsca pensyonarskie składa się: 1) z opłaty głównej, równającej się przeciętnemu kosztowi utrzymania chorego i 2) z opłaty dodatkowej.

UWAGA. Od duchownych, niezamożnych urzędników i członków ich rodzin, umieszczonych w oddziałach pensyonarskich kl. 2-iej opłata dodatkowa nie pobiera się.

6) Wysokość opłaty dodatkowej (art. 5) za korzystanie z miejsc pensyonarskich określa minister spraw wewnętrznych na mocy przedstawienia warszawskiej Rady miejskiej dobroczynności publicznej.

7) Opłata główna za miejsca pensyonarskie przelewa się do sumy z uchwalonego przez Radę Państwa i Najwyżej zatwierdzonego 24 kwietnia 1890 r. podatku na utrzymanie zakładów dobroczynnych, pozostających pod opieką warszawskiej rady miejskiej dobroczynności publi-

umysłu nie podlegają karze głównej, lecz wyrokiem sądowym zostają oddani do zakładu dla obłąkanych na kurację, a po wyzdrowieniu, jeżeli w ciągu 2 lat nie zdradzają żadnych objawów obłąkania mogą być wypisani z decyzji sądu. W innych wypadkach nienormalni umysłowo przestępcy wyrokiem sądu mogą być oddani pod opiekę rodziny czy innych osób godnych zaufania.

cznej, — opłatę zaś dodatkową zalicza się do specjalnego funduszu szpitala.

8) Przepisy dotyczące umieszczania w oddziałach bezpłatnych chorych z różnych gubernii Królestwa Polskiego ustanawia Rada miejska dobroczynności publicznej a zatwierdza je Generał Gubernator ¹⁾.

II. Zarząd szpitala.

9) Szpital należy do zarządu Ministerjum spraw wewnętrznych pod bliższym nadzorem i opieką Warszaw-

¹⁾ Przepisy, dotyczące sposobu i warunków umieszczania chorych na miejsca bezpłatne w lecznicy dla obłąkanych w Tworkach oraz w szpitalu św. Jana Bożego w Warszawie.

1) Szpital dla obłąkanych w Tworkach, stosownie do art. 4-go Ustawy dla tego zakładu rozporządza 320 miejscami bezpłatnymi dla chorych płci obojga.

2) Stosownie do art. 3 Ustawy 104 miejsc przeznacza się dla spokojnych chroniczków, zdolnych do pracy na fermie i mogących korzystać z większej niż inni chorzy swobody.

3) Z pozostałych 216 miejsc, 108 przeznacza się dla chorych, przeważnie ostrych, co do których można spodziewać się wyzdrowienia oraz 108 dla chroniczków, którzy ze względu na charakter obłąkania są niebezpieczni dla otoczenia, jak również dla osób umieszczanych z rozporządzenia władz sądowych.

4) Bezpłatne miejsca w Warszawskim szpitalu dla obłąkanych w Tworkach mogą być zajmowane wyłącznie przez mieszkańców Królestwa Polskiego.

UWAGA. Mieszkańcy innych gubernii, o ile w szpitalu są miejsca wakujące, mogą być przyjmowani ale tylko jako płatni pensyonarze 1-ej i 2-ej klasy.

5) W stosunku do wysokości pobieranego podatku z poszczególnych gubernii Królestwa Polskiego, w szpitalu dla obłąkanych w Tworkach przypada bezpłatnych miejsc:

Pam. Tow. Lek. T. 102, Z. II.

skiego Generala Gubernatora. Kierownictwo szpitalem — na mocy uchwalonych przez Radę Państwa i najwyżej zatwierdzonych 19 czerwca 1870 r. przepisów o zarządzie zakładów dobroczynnych w guberniach Królestwa Polskiego — należy do Warszawskiej Rady miejskiej dobroczynności publicznej.

10) Bezpośrednią troskę o należyty byt i dobro szpitala Rada miejska wkłada na opiekuna wybranego z pośród osób znanych z dobroczynności. Opiekun, nie mieszając się do zarządu szpitalem, daje baczenie na sposób pielęgnowania i utrzymania chorych, — na majątek zakładu, jego fundusze i na prawidłowe wykonywanie budżetu.

dla gub. Warszawskiej . . .	36
„ Siedleckiej . . .	26
„ Lubelskiej . . .	36
„ Kaliskiej . . .	31
„ Łomżyńskiej . . .	23
„ Piotrkowskiej . . .	36
„ Płockiej . . .	23
„ Radomskiej . . .	26
„ Suwalskiej . . .	24

(W przypisku do tego artykułu zaznaczono, że: Poza-tale 33 miejsca do ogólnej liczby 320, rezerwują się dla osób przysłanych przez sąd i policję“, w rzeczywistości jednak miejsca te przypadły dla m. Warszawy. Skutkiem zmniejszenia w czasach późniejszych terytorium gub. Płockiej i Łomżyńskiej, liczbę miejsc dla każdej z tych gubernii zmniejszono o 3, o które powiększono liczbę dla gub. Warszawskiej; tym sposobem Płocka i Łomżyńska gub. rozporządzają każda liczbą 20 miejsc, a Warszawska 42)

6) Miejsca bezpłatne, w granicach przytoczonego według gubernii podziału, przeznaczone są dla osób rzeczywiście niezamożnych, których ubóstwo stwierdza: na wsi świadectwo wójta gminy, poświadczone przez naczelnika powiatu pod osobistą odpowiedzialnością jednego i drugiego, — w miastach zaś powiatowych i gubernialnych świadectwo wydają dwaj właściciele domów z poświadczeniem w miastach powiatowych przez naczelnika, a w gubernialnych przez prezydenta, — pod odpowiedzialnością osób podpisanych.

O zauważonem niedbalstwie optekun zawiadamia Radę miejską, która na posiedzenie poświęcone rozpatrywaniu spraw szpitalnych wzywa opiekuna z prawem głosu.

11) Bezpośredni zarząd szpitala zostaje powierzony naczelnemu lekarzowi, który ma tytuł dyrektora.

12) Dyrektora wybiera Warszawski Generał Gubernator, zatwierdza go zaś Minister Spraw Wewnętrznych w porozumieniu z Warszawskim Generał Gubernatorem. Ordynatorów nominuje Minister Spraw Wewnętrznych na mocy przedstawienia Gubernatora Warszawskiego ¹⁾, opartego na podaniu dyrektora i na uprzedniem po-

7) W celu umieszczenia chorego — z wyjątkiem przysłanych na mocy wyroków sądowych — należy najpierw porozumieć się z dyrekcją co do możliwości umieszczenia chorego, przyczem należy załączyć: dowody legitymacyjne, świadectwo lekarza miejskiego lub powiatowego o czasie i rodzaju choroby, o stopniu niebezpieczeństwa, jakie chory przedstawia dla otoczenia oraz świadectwo ubóstwa samego chorego i najbliższych jego krewnych, — i dopiero po otrzymaniu od zarządu przychylniej odpowiedzi, można dostarczyć chorego do szpitala, gdzie zgodnie z art. 21 Ustawy stan jego podlega sprawdzeniu.

8) Po nad etatową liczbę, chorzy na miejsca bezpłatne mogą być przyjmowani tylko za pozwoleniem Rady Miejskiej Dobroczyńności Publicznej.

9) W miarę otwierania się wakansów na miejsca bezpłatne, Rada miejska Dobr. Publ. zawiadamia o tem właściwe gubernie za pośrednictwem gubernatorów.

Dalsze art. przepisów, 10 — 15 dotyczą przyjmowania chorych do szp. św. Jana Bożego. Regulamin powyższy został zatwierdzony przez gen. gubernatora 4 (16) lutego 1892 r.

Dodać trzeba, że w praktyce przepisy powyższe oprócz artykułów 1, 5 i 9 nie mają zastosowania, a o kwalifikacji chorych na miejsca bezpłatne ze względu majątkowego decydują gubernatorzy, którym kancelarya daje znać o każdym wakującym miejscu bezpłatnem, a gubernator nadsyła swego kandydata, co do którego dyrekcya wymaga tylko właściwego świadectwa lekarskiego.

¹⁾ Obecnie prezesem Rady m. jest prezydent miasta, do niego więc należy przedstawienie kandydata do zatwierdzenia ministrowi.

rozumieniu się z naczelnikiem zakładów dobroczynnych w Warszawie i z inspektorem szpitali cywilnych w temże mieście. Przy obsadzaniu posad ordynatorskich mają być zachowane przepisy, obowiązujące w takich razach i inne szpitale warszawskie ¹⁾).

13) Oprócz etatowych w szpitalu mogą być czynni i nadetatowi ordynatorzy, korzystający z praw służby państwowej i otrzymujący wynagrodzenie z specjalnego funduszu szpitala, z tem jednak, aby nie przewyższało pensyi ordynatorów etatowych.

14) Intendenta i sekretarza (zarazem buchaltera), nominuje na przedstawienie dyrektora Gubernator Warszawski. Na wszystkie pozostałe urzędy w szpitalu nominuje dyrektor.

15) Roztrząsanie wyjątkowo ważnych kwestyi lekarskich oraz rozpatrywanie sprawozdań oddziałowych należy do Rady szpitalnej, która się składa ze wszystkich ordynatorów pod przewodnictwem dyrektora. Jeden z ordynatorów — z wyboru — pełni obowiązki sekretarza. Rada zbiera się na posiedzenia na propozycyę dyrektora albo też na żądanie piśmienne jednego z ordynatorów.

UWAGA. Przy roztrząsaniu spraw, mających związek z gospodarstwem szpitalnem, na zaproszenie, jest obecny intendent z prawem głosu.

16) Działem gospodarczym szpitala zawiaduje Zarząd, złożony z dyrektora, jako przewodniczącego, — z trzech ordynatorów, intendenta i ekonoma. Referentem Zarządu jest sekretarz szpitala. Posiedzenia Zarządu odbywają się codziennie w godzinach, przez dyrektora oznaczonych.

¹⁾ Niestety, dotychczas konkurs w szpitalu w Tworkach na objęcie posady nie był ogłaszany.

UWAGA. Ordynatorów wyznacza do zarządu na przeciąg dwóch lat dyrektor w porządku przez siebie ustanowionym.

17) Uchwały w sprawach rozpatrywanych przez Radę i Zarząd zapadają większością głosów; w razie równości głosów, głos dyrektora przeważa. Uchwała większości podlega wykonaniu, jednak członkowie zdania większości nie podzielający, mają prawo wyłożyć piśmiennie swój sposób widzenia rzeczy i dołączyć votum separatum do protokołu posiedzenia w celu zakomunikowania go wraz z protokołem Radzie miejskiej.

Jeżeli dyrektor nie zgadza się na powziętą uchwałę, to przysługuje mu prawo wstrzymania wykonania decyzji i przedstawienia sprawy do rozstrzygnięcia przez Radę miejską ¹⁾).

1) Ostatni ustęp art. 17 niweczy całą doniosłość kolegalnej instytucji, jaką mógłby być Zarząd, lecz ten — jak widzimy — może być zależny od fantazyi jednostki.

W praktyce czynności Zarządu są fikcją i ograniczają się do podpisywania rachunków i decydowania takich spraw jak potrzeba kupienia .. gwoździ, wykreślenia z inwentarza (i to za zgodą Rady m.) zdechłej krowy lub przyjęcia do magazynu pewnych nabytych lub dostawionych drobnych efektów np. zapalek, sody, nafty i t. p. Jako główną przyczynę wadliwego funkcjonowania Zarządu należy uważać brak instrukcyi dla członków, którą sam zarząd powinien był dla siebie opracować lub zażądać jej od Rady miejskiej. Bez takiej instrukcyi czynności Zarządu są uciążliwe, mało pożyteczne, a odpowiedzialność Zarządu najzupełniej fikcyjna.

Lecz i tę dość ograniczoną władzę Zarządu starano się jeszcze zwęzić, powracając do istniejących w szpitalach warszawskich porządków. Na mocy art. Ustawy i § 1 regulaminu dla intendenta, ostatni jest tylko wykonawcą rozporządzeń dyrektora i Zarządu, a w rzeczach dotyczących pielęgnowania chorych w razie konieczności obowiązany jest natychmiast wykonać wszystkie żądania ordynatorów, donosząc następnie o tem dyrektorowi. Oprócz tego do władzy intendenta należy utrzymywanie w porządku gmachów i dziedzińców, — zawiadamianie Zarządu

18) Dyrektorowi przysługuje prawo: a) podziału zajęć pomiędzy ordynatorów i kierownictwo ich działalnością lekarsko-służbową; b) udzielania urlopów wszystkim w szpitalu urzędującym do 30 dni, o czym zawiadamia gubernatora (czytaj: prezesa rady m.); c) usunięcia w wypadkach nadzwyczajnych od pełnienia obowiązków wszystkich w szpitalu urzędujących z obowiązkiem natychmiastowego zawiadomienia o tem Gubernatora (=prezesa Rady m.).

19) Pod nieobecność lub w razie choroby dyrektora zastępuje go jeden ze starszych ordynatorów przez Radę m. wyznaczony.

20) Wszelkie dotyczące szpitala sprawy i kwestye, rozstrzygnięcie których przechodzi zakres władzy dyre-

o potrzebie remontu i o wszelkich zauważonych nieporządkach, — zarządzanie niższą służbą administracyjną i regulowanie rachunków z wszelką służbą, — prowadzenie meldunków, — dopilnowanie ogrzewania i wszelkich urządzeń mechanicznych, — przechowywanie rzeczy chorych i t. p. Przytaczam tylko część obowiązków, a widzimy, że już i tego dosyć na jednego człowieka, tymczasem... D. 23 (10) września 1903 r. na posiedzeniu Rady m. był postawiony wniosek o rozszerzenie obowiązków intendenta przez powierzenie mu: nadzoru i zawiadywania magazynami żywności oraz regulowania rachunków szpitalnych z Radą m.

Wychodząc z założenia, że takie powiększenie obowiązków intendenta po 1) doprowadziłoby do nieporozumienia między urzędującymi i po 2) że miałyby to charakter zmiany artykułu instrukcyi, co byłoby już przekroczeniem władzy, Rada m. wniosek w zasadzie uchyliła, powierzając jednak bliższe rozpatrzenie sprawy specjalnej Komisji, która pod przewodnictwem p. Ziętkowskiego d. 11 maja (28 kwietnia) 1904 r. doszła do wniosku, że motywy R. m. nie mają żadnej podstawy i że zatwierdzenie wniosku byłoby nader pożyteczne. Przytem w motywach Komisya powołała się na nigdy nie wydawane rozporządzenie dyrektora, na mocy którego, intendent jakoby już objął nadzór nad składami, a rzecz ta do żadnej kolizyi nie doprowadziła. W końcu Komisya zaznaczyła, że nie widzi przeszkód do wprowadzenia nowego porządku, o ile ten nie okaże się szkodliwym i nie będzie

ktora, mają być przez tegoż skierowane do Rady miejskiej w celu ich rozpatrzenia, w czym na zaproszenie Rady miejskiej bierze udział dyrektor z prawem głosu ¹⁾.

III. Przyjmowanie i wypisywanie chorych ze szpitala.

21) Instytucje rządowe, urzędnicy i osoby prywatne, mające zamiar umieścić chorego w szpitalu, zwracają się z oznajmieniem ²⁾ o tem do dyrektora, dołączając czy to protokół spisany przez lekarza powiatowego lub miejskiego, czy też świadectwo lekarza wolnopracującego z wymienieniem głównych objawów i czasu trwania choro-

z uszczerbkiem dla istotnych obowiązków intendenta, ale ponieważ nie może rozstrzygnąć tej kwestyi, prosiła dyrektora o podanie jej pod dyskusję Zarządu.

Wówczas od członków Zarządu—lekarzy—dyrektor zażądał piśmiennego wyłożenia zdania, nie dopuszczając do porozumienia w dyskusyi, a porozumienie po za salą posiedzeń z innych względów niemożliwe. Pomimo to obaj członkowie Zarządu (d-rzy Żłobikowski i Bucelski) kategorycznie oświadczyli się przeciwko tym zamierzonym a stanowczo szkodliwym dla instytucyi zmianom regulaminu. Rezultat był taki, że Rada m. pozostawiła wniosek w zawieszeniu, nie krępując jednak dyrektora w rzeczy wprowadzenia zmian na własną odpowiedzialność. W kilka miesięcy po tem na mocy art. 16 Ustawy do Zarządu weszło 2-ch innych członków, a 31 marca r. b. Zarząd w odnowionym swym składzie uchwalił wniosek dotyczący obowiązków intendenta wprowadzić w życie, lecz dotąd uchwała ta podpisana przez prezesa i dwóch nowych członków zarządu pozostała na papierze i słusznie, bo tkwi w niej olbrzymie zło dla instytucyi.

¹⁾ Ani Ustawa, ani Instrukcja nie określają dokładnie na czem polega i i gdzie się kończy władza dyrektora, co w praktyce jest niezmiernie niedogodnem i przykrem, toteż o uzupełnienie tego braku Ustawy powinniaby się postarać sama dyrekcyja zakładu.

²⁾ Zwracają się z oznajmieniem, nie z prośbą, zatem wymaganie uiszczenia opłaty stemplowej, byłoby conajmniej niewłaściwem.

by; jeżeli chory przybywa na mocy art. 95 i 96 Kod. Krym. to ma być dołączony wyrok sądowy. Przebywający chorzy mogą pozostawać w szpitalu (z wyjątkiem przysłanych na mocy wyroku) dopiero po sprawdzeniu nienormalnego stanu ich umysłu przez dyrektora przy udziale inspektora lekarskiego szpitali cywilnych w Warszawie. O przyjęciu każdego chorego ma być natychmiast zawiadomiona Rada miejska dobrocz. publ.

22) Osoby, przysłane do szpitala przez władze sądowe w celu zbadania ich stanu umysłowego z racji dokonanego przestępstwa, mają być przyjmowane do szpitala po uprzednim porozumieniu się władzy sądowej z dyrektorem szpitala.

23) Obląkani, pozostający w szpitalach ogólnych przy odsyłaniu ich do zakładu powinni być zaopatrzeni w świadectwo wystawione przez naczelnego lub zarządzającego szpitalem lekarza, z opisem przebiegu choroby i zewnętrznych jej objawów. Świadectwo takie w Warszawie poświadcza inspektor miejscowych szpitali cywilnych, w miastach gubernialnych — inspektor lekarski gubernialny, a w miastach powiatowych i w powiatach — lekarz powiatu.

24) Do wypisania ze szpitala kwalifikują się:

a) osoby zupełnie uleczone z choroby umysłowej po należytej obserwacji i

b) chorzy niewyleczeni, ale spokojni, posiadający odpowiednie środki do utrzymania, przytułek i opiekę krewnych, jeżeli ci ostatni przedstawią zaświadczenie o należytem pielęgnowaniu ¹⁾).

UWAGA. O powrocie do zdrowia chorych, będących w szpitalu na mocy wyroków sądowych, dy-

1) Zapewne błąd stylistyczny. Zaświadczenie o odpowiednim pielęgnowaniu chorego nie może sięgać w przyszłość. Prawdopodobnie chodzi tu o zaświadczenie kwalifikacji moralnych tych osób, które biorą chorego na swoją opiekę.

rektor zawiadamia właściwy sąd i po porozumieniu z nim wypisuje uleczonego ¹⁾).

25) Chorzy nieuleczalni, podlegający co pewien czas napadom szału, mogą być wypisywani ze szpitala na żądanie krewnych lub opiekunów, jednakże dopiero po przedstawieniu przez nich zobowiązania piśmiennego co do rozciągnięcia nad chorym ciągłego i czujnego dozoru. Niezależnie od tego dyrektor szpitala o wypisaniu tego rodzaju chorego komunikuje władzy policyjnej w tej miejscowości, gdzie chory ma zamieszkać.

26) W widokach pomyślniejszego leczenia, dyrektorowi pozostawia się prawo, nie wypisując chorego, uwalniać go (z wyjątkiem aresztantów i pozostających na obserwacji) na krótszy lub dłuższy urlop pod opieką krewnych, opiekunów lub innych, godnych zaufania osób.

IV. Fundusze szpitala.

27) Szpital utrzymuje się: z) podatku ustanowionego na mocy Najwyższego zatwierdzenia w dniu 24 kwietnia (6 maja) 1890 r. opinii Rady Państwa dotyczącej opodatkowania mieszkańców Królestwa Polskiego ²⁾, b) z funduszy specjalnych tworzących się z opłaty dodatkowej za miejsca pensyonarskie, — z dochodów jakie przyniesie uprawa pól do szpitala należących, — ze sprzedaży

¹⁾ Może to nastąpić po dwuletnim pobycie uleczonego w szpitalu dla przekonania się o trwałości wyzdrowienia, w myśl aneksu IV do art. 95 Kod. Krym.

²⁾ Podatek ten powstał z inicjatywy ministra Spr. Wewn., który 2 (14) lutego 1888 r., zapytując jakie środki są projektowane na utrzymanie budującego się szpitala, rzucił zarazem myśl, czy nie należałoby na pokrycie przynajmniej części kosztów utrzymania szpitala dla obłąkanych opodatkować mieszkańców Królestwa w stosunku do liczby obłąkanych w każdej gubernii. Odpowiedź zgodną co do treści, z odezwą ministra wysłano 3 (15) grudnia 1888 r. i w myśl tejże nastąpiło nałożenie podatków.

wyrobów chorych oraz z ofiar i innych wpływów przypadkowych.

28) Specjalne fundusze, — na przedstawienie zarządu szpitala, zatwierdzone przez Radę miej. dobr. publ. — mogą być użyte na potrzeby zakładu i rozszerzenie jego działalności. Pozostałości tego funduszu tworzą specjalny (żelazny kapitał szpitala, z którego — po uzyskaniu pozwolenia ministra spr. wewn. mogą być zaciągane czasowe pożyczki na własne potrzeby zakładu.

29) Co do sposobów przechowywania sum, pobierania dochodów, wydatkowania, prowadzenia sprawozdań z obrotów pieniężnych i inwentarzowych, przygotowania materiałów spożywczych i innych, — zakład dla obłąkanych podlega ogólnym przepisom, jakimi w Warszawie kierują się instytucje rządowe, pozostające pod zarządem miejscowej Rady miej. dobr. publ.

30) Stan i wykaz corocznych dochodów i wydatków szpitala określa budżet zatwierdzony przez Ministerium spraw wewnętrznych.

D. C N.

HISTORIA SZPITALI ŚW. DUCHA i ŚW. TRÓJCY

w Kaliszu.

opracował

Dr. Wacław Męczkowski.

dalejszy ciąg.

ROZDZIAŁ XIV.

Lekarze szpitala św. Trójcy i działalność ich.

Lekarze szpitalni. — Sprawozdania lekarskie. — Choroby zakaźne. — Chorzy i rezydenci. — Ambulatoryum. — Apteka.

Nie możemy ustalić ze ścisłą dokładnością, kiedy została wprowadzona stała opieka lekarska do szpitala św. Trójcy.

Sądzymy w każdym razie, że nastąpiło to po wyjściu prusaków z Kalisza, być może za czasów królestwa kongresowego, koło 1818 r. Pierwszym stałym opiekunem lekarskim szpitala był Fryderyk Leonhardt ¹⁾, nazywany

¹⁾ Kościński (słownik lekarzów) mówi: Ernest Fryderyk Leonhardt urodz. 1802 r. w Kaliszu, stopień Doktora med. uzyskał w Berlinie w 1827 r. Tymczasem, jako podaliśmy w Historii szpitala starozakon. w Kaliszu, istnieje akt zawarty 8. III 1800 między Muncypalnością M. Kalisza a Ernestem Fryder. Leonhardtem assessorem Collegii medici (patrz Pam. Tow. Lek. Warsz. 1904 str. 28). Następnie w 1804 r. w aktach pruskich wymieniony jest, jak to widziliśmy w rozdz. IX, Friedrich Leonhardt assesor collegii medici. Dane nasze, oparte na aktach oryginalnych, nie zgadzają się z faktami, przytoczonymi przez Kościńskiego.

w aktach Kom. Rząd. Spr. Wewn. i Pol. chirurgiem I klasy, w aktach zaś pruskich tytułowany assessorem collegii medici et sanitatis. Że Leonhardt objął obowiązki nie za czasów pruskich, wnioskujemy stąd, że w bardzo dokładnych i szczegółowych aktach pruskich nigdzie nie znajdujemy wzmianki o Leonhardzie, jako lekarzu szpit. św. Trójcy. Natomiast w aktach Kom. Rząd. Spr. Wewn. i Pol. spotykamy już jego nazwisko, jako lekarza szpitalnego. Po śmierci Leonhardta obowiązki lekarza szpitalnego pełnił faktycznie chirurg drugiego rzędu Vetter, pod zwierzchnim kierunkiem fizyka Województwa Kaliskiego Juliana Maiera (Mayera)). Jako stały funkcyjonaryusz szpitalny, Vetter wymieniony jest w 1822 r. jako pobierający 300 złp rocznej pensyi.

Z powodu pełnienia tych obowiązków przez Vettera znajdujemy w aktach dość ciekawą korespondencyę.

Mianowicie 12. IV. 1824 Antoni Skitniewicz, lekarz w stopniu Licencyata w Kaliszu zamieszkały, zwraca się do Komisji Rządowej Spr. Wewn. i Pol. z prośbą „o konferowanie mu posady etatowej Hyrurga przy Inkwizytorjacie i przy szpitalu kaliskim“. Przytem Skitniewicz komunikuje: „Poświęciwszy usługi moje kraiovi w zawodzie wojskowym iako lekarz batalionowy przez lat 15, pracowałem w zawodzie cywilnym iako lekarz powiatowy a później obwodowy przeciągiem lat sześciu, iak o tem

¹⁾ Nazwisko Meyera nastrocza znow różne wątpliwości. W aktach miejskich Kaliskich z końca XVIII w. często spotykamy nazwisko Jonas Mejer, konsyliarz J. K. Mości. W aktach pruskich (1800—1804) dwukrotnie wymieniono Hofrath Ludwig Meyer jako właściciel domu i lekarz. Wreszcie Giedroyć (Źródła P. T. L. W. 1904 str 749) podaje: Meyer (bez imienia) osiadł w Kaliszu, dostawszy w 1784 r. od Stanisława Augusta „przywilej na prawo praktyki lekarskiej w mieście i województwie“. Sądzić naluży, że wspomniany przez Giedroycia Meyer jest identyczny z Jonaszem Meyerem. Co się tyczy fizyka Maiera to był on w aktach różnie podawany: Meyer, Maier, a jeden raz z imieniem Juljan Maier.

chlubne świadectwo Komisji Wojew. Kal. przekonywa i inne późniejsze, których tu dla menażu w opłacie portorii nie załączam. . .

Dalej z woli Najwyższego Rządu powołanym zostawszy do złożenia egzaminu takowy z niemałą pracą i kosztem (bawiąc przez lat przeszło dwa w Warszawie) złożyłem... Posadę etatową Hyrurga przy Inkwizytoryacie kaliskim łącznie i przy szpitalu posiada nieiaki p. Vetter Hyrurg drugiego rzędu nie egzaminowany ani zezwolenia Rządu do tej praktyki nie mający... Pierwsza i druga quaestionis posada przez P. Vetter sprawowaną bydz nie może iuż to z powodu nie złożoney kwalifikacyi iuż też z powodu iż tenże za wykonywanie bez upoważnienia sztuki Lekarskiej na czteromiesięczne więzienie i wygnanie z obwodu, iak o tem załączona sentencya wyroku sądu policyi poprawczyej wydziału kaliskiego przekonywa, iest skazany...¹⁾). Komisya jednak Wojew. Kal. popierała Vettera, a wszelkie odezwy Skitniewicza pozostawiała bez odpowiedzi, jakkolwiek Komisya Rząd. Spr. Wewn. nakażała 28. VIII. 1824 zgodnie z Rozdz. I art. 6 postanowień X. Namiestnika z dnia 21. VI. 1817 obsadzić niezwłocznie posady te lekarzem, mającym kwalifikacye, przyczem zaznaczyła, że kwalifikacye Skitniewicza są wystarczające. Gdy jednak Komisya Wojew. Kal. nic w tej sprawie uczynić nie chciała pomimo bardzo licznych listów Skitniewicza do Kom. Wojew. Kal. i do Kom. Rząd. Spraw Wewn., ta ostatnia 19. X. 1824 poleciła Komisji Wojew. „położyć tamę nadużyciom... wprowadzić lekarza wykwalifikowanego, uważając ze swej strony Skitniewicza za usposobionego“.

Teraz dopiero Komisya Wojew. Kal. zareagowała, jak to widać z odezwy z d. 29. XI. 1824: „Czyniąc zadość rozporządzeniu Komisji Rząd. Spr. Wewn. i Pol. Komisya

¹⁾ Akta Kom. Rząd. Spr. Wewn. tyczące się szpitala № 205 vol. II.

Wojew. ma zaszczyt donieść: iż obowiązki chirurga przy więzieniu Inkwizytoryacie w Kaliszu powierzone zostały p. Skitniewiczowi w miejsce p. Vetter. „Co się zaś tyczy obowiązków lekarskich przy szpitalu Mieyskim w Kaliszu, te dopełnia osobiście fizyk wojewódzki p. Meyer i bezzasadnym jest twierdzenie p. Skitniewicza jakoby przez osobę niewykwalifikowaną pełnione były. Jeśli fizyk Woj. odstępuje szczerze wynagrodzenie do tych obowiązków przywiązane chirurgom, których sobie w pomoc doбира i do pełnienia części obowiązków pod jego bezpośrednim dozorem, nie wynika stąd, aby ciż w pomoc do odbywania niektórych operacyów przybierani pod okiem fizyka Woj. chirurgowie uważani byź mieli iako pełniący sami te obowiązki“ ¹⁾.

Zdaje się jednak, że Komisya Woj. Kal. poświęciła w tym razie prawdę, aby niedopuszczyć do szpitala Skitniewicza: Vetter figurował i przed 1824 r. i później w budżecie wydatków rocznych w oddzielnej pozycji: „Na utrzymanie chirurga: chirurgowi Vetter odwiedzającemu chorych 300 złp.“ Dopiero w budżecie wydatków szpitala w 1829 r. wymienione są dwie oddzielne pozycje: 1) Chirurg szpitala Michał Vetter 300 złp. rocznie; 2) Fizyk wojewódzki Julian Meyer 300 złp. rocznie. Następcą Meyera na stanowisku lekarza szpit. św. Trójcy był również fizyk wojewódzki, Michał Chodasewicz, pobierający jak i poprzednik 300 złp. stałej rocznej pensji i pełniący te obowiązki do 1835 r.

Jak widzimy, do czasu utworzenia Rad Opiekuńczych obowiązki lekarza szpitalnego pełnili fizycy wojewódzcy. Jednakże posada lekarza szpit. św. Trójcy nie była przywiązana do urzędu fizyka wojew.: tylko fizyk. wojew., jako zapewne mający większe wpływy osobiste w Komisji Wojew., posadę tę uzyskiwał.

¹⁾ Akta Kom. Rząd. tyczące się więzienia w Kaliszu. Vol. I, 1312/119.

Gdy Rada Op. Szczeg. szpitala św. Trójcy została zainstalowana, przedstawiła ona Radzie Głównej w dniu 14. II. 1835 r. kandydatów na lekarza szpitala mianowicie: 1) Chodasewicza, fizyka wojewódzkiego, który od początku istnienia Rady obowiązki te pełnił; 2) D-ra Helbicha; 3) Banachiewicza; 4) Stanczukowskiego magistra medycyny, a na chirurga Vettera. Przytem Rada Szczeg. polecała usilnie D-ra Chodasewicza. Jednakowoż Rada Gł. Op. po wysłuchaniu opinii d-ra Woydego zanominowała d-ra Helbicha na lekarza, a Vettera na chirurga.

Wybór to był pod każdym względem szczęśliwy, i szpital św. Trójcy w Kaliszu dotychczas szczyci się tem, że wśród swych kierowników posiadał męża, tak zasłużonego w dziejach medycyny polskiej i znanego z prawości charakteru. Helbich, jak zobaczymy niżej, pierwszy postawił lecznictwo w szpitalu św. Trójcy na wysokości medycyny współczesnej. Jak widać z obszernych i sumiennych kwartalnych sprawozdań lekarskich, Helbich poświęcał szpitalowi wiele pracy, nie tylko pod względem pielęgnowania chorych, lecz nie mniej czynny brał udział w zarządzie szpitala. Niestety kilkoletnia zaledwie działalność Helbicha przypadła na ten czas, kiedy w łonie Rady Szczeg. powstały niesnaski i spory, o czem wyżej wspominaliśmy. Z tego powodu musiał i Helbich doświadczać przykrości. Gdy Rada Szczeg. rozbiła się na dwa wrogie obozy, Helbich stanął po stronie tych, do których przyłączył się członek Rady Głównej Prądyński, przybyły na śledztwo, a w opozycyi do tych, którym następnie Rada Główna poleciła usunąć się z Rady Szczeg. Nastąpiły intrygi. Ks. Lechelt prezydujący, oraz członek Piotrowicz, pragnąc wzmocnić swoją partję, zwrócili się 20. XI. 1839 bez wiedzy Helbicha do Rady Głównej z prośbą o zatwierdzenie drugiego lekarza przy szpitalu w osobie Banachiewicza, motywując tem, że Banachiewicz bezpłatnie pragnie nieść obowiązki. Helbich, uważając przedstawienie Banachiewicza bez jego wiedzy za wyraz braku zaufania do niego, prosił o dymisyę. Jednakże na skutek

prośby Prądzyńskiego pozostał na swem stanowisku Tymczasem z rozporządzenia Rady Głównej niespokojne żywoły opuściły Radę Szczeg. 31. III. 1840. Atmosfera oczyściła się. Lecz niedługo już Helbich pozostawał w szpitalu: skutkiem przeniesienia się do Warszawy, Helbich 5. X. 1840 opuszcza szpital kaliski. Czasowym zastępcą pozostaje Stanczukowski Walenty, popierany przez Helbicha: urzędownie na tem stanowisku Stanczukowski zostaje zatwierdzony 18. I. 1841. Wysoce prawy i sumienny ten lekarz, wzorowy obywatel kraju, był może najgodniejszym następcą Helbicha. Stanczukowski sumiennie wziął się do pracy w szpitalu, lecz na tym posterunku nie długo pozostawał: już w 1843 r. Stanczukowski opuszcza szpital św. Trójcy ¹⁾, a na jego miejsce 30. VI. 1843 został mianowany Ignacy Banachiewicz. Za jego to rządów szpital miał, nie z jego zresztą winy, przykrości z powodu wybuchu gangreny szpitalnej pośród chorych żołnierzy. Banachiewicz obowiązki pełnił do dnia śmierci t. j. do 15. VI. 1847. W dniu 6. XI. 1817 lekarzem szpitala został mianowany Dyonizy Bilczyński. Posiadając rozległą praktykę lekarską, będąc nadto lekarzem więziennym, Bilczyński mało zajmował się szpitalem a nawet niezbyt

¹⁾ W. Stanczukowski zmarł 1874 r. Testamentem własnoręcznym uczynił następujący zapis: „Uniwersalną spadkobierczynią majątku swego, składającego się z sumy złp. 40000 zabezpieczonej na domu № 563, uczynił żonę swą Emilję z Filebornów, upoważniając do podniesienia złp. 10000 na pogrzeb i cele ustnie wskazane. Pozostałe 30000 złp. po ustaniu dożywocia dla żony mają być oddane Warszawskiemu Towarzystwu Dobroczynności, jako wykonawcy, za co przeznacza Towarzystwu 2000 złp., a gdyby obowiązku tego odmówiło, wszystko odrazu zabiera żona.

Na wypadek przyjęcia egzekutorstwa przez Towarzystwo, testator przepisuje kapitalizować fundusz przez 120 lat, aż złoty uczyni tysiąc, i wówczas dopiero mają być już odpowiednio zwiększone legaty wypłacone. Zapisy te w sumach pierwotnych stanowią: 1) złp. 1000 dla m. Kalisza; 2) złp. 100 dla m. Pyzdr;

życzliwie był usposobiony dla szpitala: rządził wszystkim felczer Vetter, lekarz zaś po tygodniu nie oglądał szpitala. Niechętnie też była usposobiona dla niego i Rada Szczeg. Dla tego też opiekun prezydujący Wierbołowicz, w liście poufnym z 29. XI. 1849 do prezesa Rady Głównej Fryd. Skarbka, ubolewa nad opieką lekarską w szpitalu. „Jest tu gwałtowna potrzeba doktora pilnego... Jest tu na teraz świeżo przybyły lekarz Neugebauer wolnopraktykujący; jego nieznam z osoby, ale go tu dość chwala. By się udało skłonić go do przyjęcia służby w szpitalu!“ Życzeniom Wierbołowicza wkrótce stało się zadość: 19 stycznia 1850 Bilczyński opuszcza szpital, a lekarzem szpitalnym został nominowany Ludwik Neugebauer. Młody, rzutki, wówczas już biorący żywy udział w ruchu naukowym lekarskim niemieckim, Neugebauer wkrótce odtworzył w szpitalu św. Trójcy tradycje Helbicha. Niezależnie od urzędowych raportów lekarskich, Neugebauer zaczął drukować w Pam. Tow. Lek. Warsz. obszernie sprawozdania naukowe z czynności szpitala św. Trójcy (1854, 1855, 1856). Niedługo jednak trwała pożyteczna i energiczna praca Neugebauera w szpitalu św. Trójcy ku powszechnemu zadowoleniu i uznaniu mieszkańców Ka-

3) 1000 złp. dla uczniów Uniwersytetu Warszawskiego; 4) 100 złp. na tanie kuchnie; 5) 100 złp. na instytut głuchoniemych; 6) 2000 złp. dla m. Siedlec w połowie na cele dobroczynne, a w połowie na pomoc naukową w gimnazyum; 7) 1000 złp. na kościół katolicki w Siedlcach; 8) 100 złp. na fundusz dla wdów i sierot po lekarzach. Resztę zapisuje dla rodzin Helbichów, Holewińskich, Gawrońskich, Kowalskich, Filebornów, Drozdowskich, Jabłkowskich, Gątkiewiczów, Wojciechowskich, Grabowskich. Część z sumy 30000 złp. przeznaczył rodzinie swojej po ustaniu dożywocia żony.

Zapis przyszłości stanowi suma 1200 rub.

Stan obecny rachunku wynosi obecnie (11. IV. 1906 r.) w papierach procentowych 2100 rub., i w gotowiznie 142, 49 rub. (Z akt Warszawskiego Towarzystwa Dobroczynności).

Pam. Tow. Lek. T. 102, Z. If.

lisza. We wrześniu 1857 r. zabrała go Warszawa, podobnie jak i Helbicha, powołując na profesora świeżo założonej medyko-chirurgicznej akademii. Po ustąpieniu Neugebauera szpital przez parę miesięcy pozbawiony był stałego lekarza. Dopiero 15. 1. 1858 mianowanym został Kajetan Kostecki, człowiek już wówczas stary: obowiązki lekarza szpitalnego pełnił rok za ledwie, do 22. IV. 1859.

Następnie lekarzami szpit. św. Trójcy byli kolejno:

a) Józef Rymarkiewicz od 16 Lipca 1859 r. do 20 sierpnia 1867 r.;

b) Aleksander Hindemith od 20 sierpnia 1867 r. do 1 lipca 1872 r.;

Od 1872 r. opiekę lekarską w szpitalu św. Trójcy sprawowało paru lekarzy: lekarz starszy, naczelny i lekarz młodszy lub ordynator nadetatowy.

c) Józef Cytwic, poprzednio ordynator szpit. Dziec. Jez. w Warszawie, został mianowany starszym lekarzem szpit. św. Trójcy w Kaliszu 20. VI. 1872 r., obowiązki te pełnił do 16. X. 1877 r.;

d) Adolf Sturm mianowany młodszym lekarzem 25. V. 1873 r., pełnił obowiązki do dnia śmierci 1. I. 1874;

e) Adam Drozdowski mianowany lekarzem młodszym 23. I. 1874; 11 kwietnia 1879 został mianowany lekarzem starszym szpitala i obowiązki te pełni do chwili obecnej;

f) Juljusz Merkel mianowany starszym lekarzem 12 kwietnia 1877, uwolniony na własne żądanie 8 maja 1878;

g) Juljan Grekowicz, mianowany starszym lekarzem 15. VI. 1878, pełnił te obowiązki do 26. IV. 1879 r.;

h) Waleryan Wilczewski mianowany 4. VI. 1879 lekarzem młodszym, pełni te obowiązki do chwili obecnej;

i) Gustaw Chodakowski, mianowany ordynatorem nadetatowym 25. I. 1899, pełnił obowiązki do 20. XI. 1900;

j) Marcin Kasprzak mianowany 8. XII. 1900 ordynatorem nadetatowym, pełni te obowiązki do chwili obecnej;

k) Nepomucen Godlewski mianowany 8. XII. 1900 ordynatorem nadetatowym, pełni te obowiązki do chwili obecnej; w 1905 r. opuścił Kalisz i szpital św. Trójcy;

l) Ludwik Zbierzchowski urodz. 1866 r.; ukończył uniwersytet w Warszawie w 1894 r.; nadetatowym ordynatorem został mianowany w 1905 r.; obowiązki pełni do chwili obecnej.

Wizerunki wszystkich powyższych lekarzy, zebrane przez D-ra A. Drozdowskiego, poniżej podajemy.

(Patrz str. 245, 247, 249).

Do bezpośrednich obowiązków lekarzy szpitalnych należało układanie sprawozdań z działalności szpitala św. Trójcy, składanych Radzie Opiekuńczej a od 1871 r. Radzie Dobroczynności Publicznej.

Oprócz sprawozdań ogólnych, zawierających dane statystyczne o ruchu chorych, lekarze obowiązani byli składać sprawozdania lekarskie, których zwłaszcza domagała się Rada Gł. Opiek., a które były kontrolowane przez Radę Lekarską.

Pierwsze takie sprawozdanie znaleźliśmy w aktach za 1828 r. ułożone przez d-ra Jul. Meyera ¹⁾. Meyer wylicza krótko parę kategorii chorób bez żadnych uwag: „chorych na febrę 10, na słabość całego układu ciała 7, na febrę nerwowe 4, wenerycznie 2, na rany 2“.

W 1829 r. dr. Meyer wymienia: „chorych na reumatyzm 6, na puchline 15, wenerycznie 14, na różne inne defekta 11“.

Bardziej obszerne sprawozdanie podaje za 1834 r. dr. Chodasewicz według następującej klasyfikacji:

¹⁾ Niewątpliwie i wcześniej były składane sprawozdania, albowiem Rada Ogólna Dozorcza (1818 — 1830) żądała również sprawozdań.

I. Febry. 1) zimne, 2) nerwowe, 3) gastryczne, 4) katarowe; II. — 5) zapalenia oczu; III. — 6) weneryczne; IV. chroniczne 7) suchoty, 8) wodna puchlina; V. zewnętrzne, 9) jątrzniki, 10) złamania kości, 11) wywichnienia, 12) rany szyi, 13) rany brzucha, 14) odmrożenia, 15) gnicie kości, 16) świerzbowaci, 17) chroniczni i kalecy“. Dane zawarte w tablicy odpowiedniej, dopełnia dr. Chodasewicz uwagą: „Amputacya uda prawego, u dotkniętego gnicielem kości goleni lewej, amputacyę i wyłączenie stawu nogi z pomyślnym skutkiem zrobiłem“.

O wiele obszerniejsze sprawozdania składał A. Helbich ¹⁾. Dane, cyfrowe, składane według zgóry nakreślonego schematu, Helbich podawał krótko. Widocznie był on przeciwnikiem załatwiania czynności kancelaryjnych: Rada Opiek. Gł. parokrotnie ekscytowała go, aby przedstawiał sprawozdania do różnych władz, ponieważ Helbich chciał ograniczać się jedynie do Rady Lekarskiej. Za to oprócz danych cyfrowych Helbich podawał obszernie sprawozdania, w których podawał krytyczne uwagi o przebiegu chorób w szpitalu, o leczeniu ich, o stanie szpitala, a nawet i ogólne uwagi charakteru bardziej społecznego. Niekiedy dołączał nawet rysunki ręczne kolorowane.

W sprawozdaniu za 1836 r. Helbich podaje następujący wykaz:

Chorych było 246: (mężczyzn 96, kobiet 150) dotkniętych chorobami: 1) zapalne 24; 2) gastryczne 32; 3) suchoty 6; 4) oczów 3; 5) Rany i wrzody 26; 6) złamania, stłuczenia i wywichnienie 14; 7) weneryczne 83; 8) starość 6.

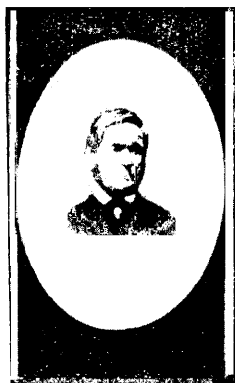
W sprawozdaniu tem znaczną przewyżkę kobiet Helbich tłumaczy obecnością prostytutek. Chorobom we-

¹⁾ Helbich drukował dwukrotnie sprawozdania w Pam. Tow. Lek. Warsz. (Tom III i tom IV).

Lekarze szpitala św. Trójcy w Kaliszu.



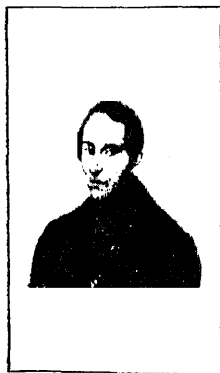
Adam Helbich
1835—1840.



Walenty Stanczukowski
1841—1843.



Ignacy Banachiewicz
1843—1847.



Dyonizy Bilezyński
1847—1850.



Ludwik Neugebauer
1850—1857.



Kajetan Kostecki
1858—1859.

Lekarze szpitala św. Trójcy w Kaliszu.



Józef Rymarkiewicz
1859—1867.



Aleksander Hindemith
1867—1872.



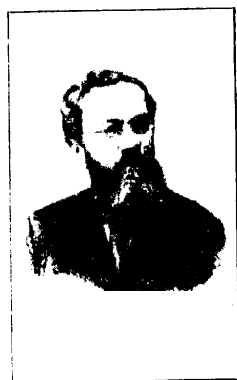
Józef Cytwic
1872—1877.



Adolf Sturm
1873—1874.



Adam Drozdowski
1874. —



Juljusz Merkel
1877—1878.

Lekarze szpitala św. Trójcy w Kalisza.



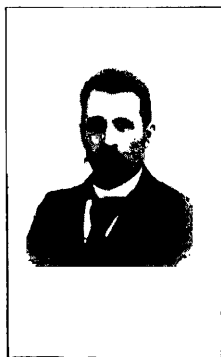
Juljan Grekowicz
1878—1879.



Waleryan Wilczewski
1879. —



Gustaw Chodakowski
1899—1900.



Marcin Kasprzak
1900. —



Nepomucen Godlewski
1900—1905.



Ludwik Zbierchowski
1905. —

nerycznym poświęcał dużo uwag ¹⁾. Operacyi—jak mówi— w 1836 r. wykonał mało. Wspomina o operacyi podwójnej wargi zajęcej (pomyślnie), transplantacyi skóry sposobem Dieffenbacha w zastarzałym wrzodzie (niepomyślnie) i wycięciu skóry w obu powiekach górnych (Eutropium — pomyślnie). „Wrzody rakowate skórne szczególnie na twarzy leczono sposobem Hellmund'a z bardzo pomyślnym skutkiem“.

Pomiędzy zapaleniami najczęstsze były zapalenia płuc, nadto dwa razy mózgu, wątroby — cztery, błon serca raz. W zapaleniach płuc zaleca szczególnie tartar. stibiat. w niewielkich dozach. W kategorii gorączek najczęściej było niepomyślnych wypadków z przeziębienia, a to w czasie transportów lub w więzieniach detencyjnych. Przy tem Helbich czyni uwagę: „Kiedy usiłowanom zajętego dobrem ludzkości Hr. Skarbka winniśmy troskliwą opiekę Rządu nad więzieniami, pozostaje jeszcze obszernie pole do poprawy w więzieniach detencyjnych. Jako lekarz szpitalny zanosilem do władz często zażalenia, lecz muszę powiedzieć: lepiej być w więzieniach niż w winnym iak sądzonym“.

Jak zobaczymy niżej, Helbich parokrotnie podkreśla rzadkie przypadki suchot w Kaliszu. Natomiast zdaniem jego częste są „wodne puchliny szczególnie w skutku zaniedbanych febr zimnych“.

O badaniu pośmiertnem wspomina jeden raz: „w jednym przypadku puchliny brzusznej wodnej punkcya iedenascie razy robioną była w ciągu trzech lat. Po śmierci znaleziono gruczoły kreskowe zatwardzone“.

Z innych uwag przytoczymy jeszcze jedną — „z powodu nabycia choroby wenerycznej przez dwóch mężczyzn przez kupno starej odzieży“: „Artykuł ten na większą bacznosc policyi zaslugiwac winien. Nieiedna najuczciwsza

¹⁾ Uwagi A. Helbicha o chorobach wenerycznych i zakaźnych podajemy oddzielnie, niżej.

familia nabyła nieuleczonych kalectw, poniosła do grobu wiele ofiar za ieden publicznie kupiony gałgan“.

W sprawozdaniu za 1837 r. Helbich podaje 261 chorych, a mianowicie: 1) zapaleń 24; 2) gorączki gastryczne, zgniłe i nerwowe 32; 3) suchoty 5; 4) puchlina wodna 15; 5) pomieszanie zmysłów z pijaństwa 8; 6) paraliż połowy ciała 6; 7) wada organiczna serca 2; 8) cholera indyjska 21; 9) złamania, wywichnięcia i stłuczenia 3; 10) rany, wrzody i odziębienia 33; 11) przepuklina zaciśnięta 1; 12) rak macicy 3; 13) choroby weneryczne 5; 14) świerzba 2; 12) starość 2.

W szczegółowych uwagach, dodanych do sprawozdania, Helbich wymienia operacje: 1) wycięcie zaniedbanego raka wargi dolnej; 2) wyłuszczenie palca nogi; 3) wyłuszczenie guza zimnego (steatoma) z dłoni; 4) herniotomia w zaciśniętej przepuklinie workowej z pomyślnym zejściem (w kilka dni po odpadnięciu sieci nastąpił ścisk żębów, kurcze po całym ciele i skołowacenie, co ustąpiło po kąpielach łagodnych i enemach z opium); 5) zdjęcie katarakty szarej z obu oczów. O używaniu chloroformu lub eteru Helbich nie wspomina. Wzmiankę o badaniu pośmiertnem znajdujemy dwukrotnie. W jednym przypadku „wady organicznej serca“ u sukienika atletycznej budowy („u którego krwawnice venae całego ciała tak mocno były nabiegłe, iż najmniejsza dochodziła grubości gęsiego pióra, tworzyły siatkę na całej skórze, która oprócz niebieskiego koloru szczególną postać nadawała twarzy i różnym częściom ciała“) znaleziono aneurysma arcus aortae nadzwyczajnej wielkości. Drugie badanie dokonano w przypadku bardzo skomplikowanego potłuczenia.

W przypadkach pomieszania zmysłów skutkiem pijaństwa, „bardzo rzadko krew puszczano lub opium zadawano. Polewanie głowy zimną wodą w letniej kąpeli 2—4 razy dziennie nayprędzey uspokajały chorego“.

Charakterystycznym jest pogląd Helbicha na kołtun. Helbich zaznacza, że jedna chora na kołtun o nastąpić mającym napadzie tej choroby każdym razem przekonać się

mogła z tego, iż pęczek włosów zdrowych, który nosiła na dołku sercowym przez 24 godziny skłębił się zupełnie, i że on sam tę próbę wielokrotnie powtarzał zawsze z tym że skutkiem. Dla tego też Helbich sądzi, że zdanie Epsteina ze Lwowa: „ego plicam nunquam vidi nisi artefactam“, jest zupełnie fałszywe.

O cholerze, o przebiegu i leczeniu jej Helbich wzmiankuje bardzo krótko.

Co się tyczy metod badania fizycznego (perkusya i auskultacya), to nie znaleźliśmy w pracach Helbicha dowodu bezpośredniego ich stosowania. Niewątpliwie jednak metody te były mu znane, tem bardziej, że w literaturze metody te były już znane a i literatura polska lekarska w tym czasie nie jedną już pracę z tego zakresu posiadała (Lewicki 1829 r., Raciborski 1837, Kremer 1841 itp.).

Następcy Helbicha składali sprawozdania krótkie, ograniczając się do cyfr ułożonych według schematu. Tak było do czasów Ludwika Neugebauera, który oprócz sprawozdań urzędowych ogłaszał drukiem obszernie uwagi, a prócz tego oddzielne spostrzeżenia z praktyki szpitalnej ¹⁾).

Sprawozdanie swe Neugebauer poprzedza zwykle „uwagami nad stanem powietrza i rzutem oka na ogólny stan chorób i śmiertelności w szpitalu (geniusz epidemiczny)“. Potem następują uwagi szczegółowe nad chorobami, które przedstawia według następującej klasyfikacji:

¹⁾ O odłożeniu wypadłego sznurka pępkowego Pam. Tow. Lek. Warsz. 1851 T. 27 str. 68 — 94 z rysunkami. Toż po niemiecku.

Sprawozdanie z czynności szpit. św. Trójcy w Kaliszu w roku 1854 (P. T. L. W. T. 33).

Sprawozdanie z czynności szpit. św. Trójcy w Kaliszu w roku 1855 (P. T. L. W. T. 36). Toż w osobnej odblite.

Sprawozdanie z czynności szpit. św. Trójcy w Kaliszu w roku 1856 (P. T. L. W. T. 38). Toż w osobnej odblite.

I. Choroby miazmatyczne: zimnice (reumatyczne, przepuszczające, podciągłe, gastryczne), tyfusy, cholera, dyzenteria, wysypki ostre (odra, ogień święty), róża.

II. Zakażenia — Dyscrasiae: Scorbutus, Marasmus, anaemia, żółtaczką (jako choroba idiopatyczna), hydrops, hydraemia, białkomocz, alcoholismus, Artrytyzm, Syphilis (przymiot i śluzotoki zaraźliwe z części płciowych), trichoma (plica polon.), peliosis.

III. Katary i zapalenia — Phlogoses: Notomyelitis (myelit. dorsalis), endocarditis, pericarditis, pneumocatarhus, pleuropneumonia, pleuritis, parotitis, angina submax., paristhmitis (zapalenie migdałków), diarrhoea, hepatitis, orchitis, arthrocaecia (próchnienie kości w stawach), rheumatismus, phlegmone, ambustio, elythritis (zapalenie pochwy).

IV. Martwielizny — Necrotisationes: Abscessus, pneumophthisis, enterophthisis, ulcera, fistula ani, gangraena, carbunculus, encephalomalacia.

V. Haemorrhagiae: haemoptysis, melaena.

VI. Przerosty — hypertrophiae.

VII. Vitia contenti — zboczenia co do materji organu wewnątrz wypełniającej: wodna puchlina worka płucnego, jamy brzusznej (ascites), worka jądrowego, worka synowialnego kolana, helminthiasis.

VIII. Neoplasmata — nowotwory: Epulis, lipoma, tumor fibrosocellularis, skir i rak, polypus, atheroma.

IX. Dysmorphoses — wady kształtu: phimosis, contractura digitorum.

X. Ectopiae — zboczenia położenia części naturalnych ciała: przepuklina, wypadnięcie macicy, proctoptosis, luxatio.

XI. Deleses — wady związku: vulnera, contusiones, fracturae.

XII. Morbi sistematis nervosi: Mania, ischias, epilepsia, surditas, hemiplegia paraplegia, cystoplegia, commotio cerebri, neuralgia, tabes dorsalis, chorea, paralysis.

XIII. Morbi oculorum: Ophtalmia, staphyloma, leucoma, cataracta.

XIV. Morbi cutis: Eczema, Herpes, Ecthyma, favus, furunculosis, scabies.

XV. Partus, puerperium.

Wszystkie działy powyższe opisuje Neugebauer szczegółowo, dołączając częstokroć opis poszczególnych przypadków.

Zwłaszcza obszernie omawia tyfus, który występował „najczęściej jako tyfus wysypkowy, niekiedy jako tyfus tak zwany, rzadko jako tyfus mózgowy“. Wypadki tyfusu wysypkowego „odznaczały się głównie osadowieniem się wypocenia czyli wysięku tyfusowego na zewnętrznej powierzchni ciała w skórze w postaci wysypki do odry podobnej“. Badania pośmiertne na zwłokach osób z tyfusu zmarłych dokonane, opisuje również obszernie, przyczem tak opisuje zmiany w kiszkach: „W kiszkach cienkich błona śluzowa miejscami nieco krwią nastrzyknięta, czasem jednak nie. Nastrzyknięcia owe częściej miały miejsce w kierunku ku kiszce ślepej, aniżeli ku żołądkowi. W ostatnim końcu zaś kiszki cienkiej, przed samem przejściem tejsze w kishkę ślepą znalazłem błonę rzeczoną najczęściej nieco obrzękłą i zarumienioną, nieraz nawet powierzchownie owrzodzoną. Kilka razy widziałem także i w pierwszej trzeciej kiszki dwunastocalowej błonę śluzową obrzmiałą i mniej więcej silnie krwią nastrzykniętą. Błona śluzowa zaś kiszek grubych nie pokazywała żadnych zmian charakterystycznych“.

W leczeniu tyfusu Neugebauer podnosi wielką skuteczność jodku potasu, na dowód czego przytacza opis 42 przypadków.

W leczeniu choroby najbardziej skutecznymi okazały się Liq. Fowleri i Ipekakuna, zwłaszcza ostatnia. Z innych szczegółów przytoczymy jeszcze ustęp z działu o chorobach układu nerwowego: „Z trzech chorych paraliżem dotkniętych, którzy w wykazie tabellarycznym są podani

jako umarli, umarło dwóch tylko wskutek samego cierpienia nerwowego to jest: jeden mężczyzna 43-letni z paraliżem prawej połowy ciała, opierającego się, jak sekcyja udowodniła, na rozmiękczeniu prawej półkuli mózgu, i jedna kobieta 51 lat wieku licząca z paraplegii po odjęciu kołtuna (!)¹⁾ nastąpionej; trzeci zaś chory, dotknięty parażą pęcherza moczowego, cierpiący przytem wysoki stopień hypospadiozy przyrodniej, oległ cholerze, która go w czasie pobytu jego w szpitalu jednego dnia nagle napadła. Reszta chorych sparaliżowanych odzyskała zdrowie zupełnie lub przynajmniej po większej części przez użycie najczęściej saletranu strychniny“.

Z operacyj Neugebauer wymienia kilka przypadków przepukliny uwięzionej, zeszyte całej szpary łonowej (sposobem Dieffenbacha), katarakty.

Wiele uwag poświęca zwłaszcza akuszeryi. W dziele tym znajdujemy: „opis nowego wziernika macicznego (macicowidz); śledzenie ciężaru gatunkowego zapłodka i wpływ tego ciężaru na położenie płodu w macicy; badania uad pępowiną, dotyczące jej skręcania się“.

Sprawozdania D ra Neugebauera należycie były ocenione przez Radę Lekarską. Członek tej Rady Dr. Hirszel 28 sierpnia 1855 r. pisze do Rady Głównej Opiekuńczej: „Sprawozdania z czynności lekarskiej w szpitalu św. Trójcy w Kaliszu odznaczają się od wielu innych tego rodzaju rapportów pracowitem opisaniem leczonych w ciągu roku chorych i pilnem streszczaniem zrobionych spostrzeżeń i wyprowadzonych z nich uwag pod względem naukowym. Lubo obok braku systematycznego uporządkowania pojedynczych przedmiotów częstokroć natrafiamy na takie rozumowania terapeutyczne a nawet na zastosowanie ich w praktyce, które niezawsze trafią do przekona-

1) ! należy do Neugebauera.

nia lekarzy doświadczonych, jestem zdania, aby lekarzowi szpitala św. Trójcy udzielić pochwałę“.

Następcy Neugebauera nie składali już tak obszer-nych sprawozdań. Ograniczali się zwykle do wykazów „tabellarycznych“.

W 1866 r. Dr. Sturm składa sprawozdanie według następującego schematu: 1) Febris intermittens; 2) Febris gastrica; 3) Typhus; 4) Tuberc. pulmon.; 5) Pneumonia; 6) Rhematismus; 7) Epilepsia; 8) Catarrhus pulmonum; 9) Delirium tremens; 10) Diarrhoea; 11) „Scabies; 12) Scrophulosis; 13) Hydrops; 14) Carcinoma; 15) Ophtalmia; 16) Vulnera; 17) Fractura et luxatio; 18) Ulcus atonic.; 19) Contusio; 20) Abscessus; 21) Marasmus senilis; 22) Angina tonsillaris; 23) Catarrhus vesicae urinar.; 24) Furunculosis; 25) Morbus Brightii; 26) Caries; 27) Spondylartrocace; 28) Phthisis; 29) Hysteria; 30) Metritis chron.; 31) Surditas; 32) Blenorhoea; 33) Syphilis primaria; 34) Syphilis secundaria; 35) Moribundi.

Od 1869 r. do 1887 r. sprawozdania lekarskie układa-
no według następującego schematy: 1) gorączki kataral-
ne, gastryczne i reumatyczne; 2) febra (malarya); 3) ty-
fus i gorączki tyfoidalne; 4) cholera; 5) krwawa biegun-
ka; 6) biegunka żółciowa i śluzowa; 7) zapalenie mózgu
i opon; 8) zapalenie rdzenia kręgowego; 9) zapalenie
oczu; 10) ropne zapalenie oczu; 11) ostry katar narzą-
dów oddechowych; 12) parotitis, mumps; 13) angina;
14) krup i dyfteryt; 15) koklusz; 16) zapalenie płuc
i błony opłucnej; zapalenie serca i naczyń; 17) zapalenie
narządów brzusznych; 18) zapalenie narządów moczow-
wych i płciowych; 19) róża; 20) ospa naturalna; 21) Va-
riolois; 22) szkarlatyna; 23) odra; 24) ostre wysypki;
25) katar chroniczny kiszek; 26) zaburzenia wydzielania
żółci; 27) cierpienia organiczne wnętrzości brzusznych;
28) anaemia, chlorosis, leukaemia et diabetes; 29) maras-

mus i zgorzel starcza; 30) skrofuły, choroba angielska; 31) Tuberculosis; 32) choroby organiczne narządów oddechowych; 33) choroby organiczne serca; 34) choroby organiczne naczyń; 35) choroba Brighta i inne zwyrodnienia nerek; 36) reumatyzm i łamania; 37) choroba kamieni; 38) wodna puchlina; 3) skorbut; 40) wysypki chroniczne; 41) wrzody charłacze; 42) choroba weneryczna; 43) zarażenie od zwierząt: wodowstręt, nosacizna, karbunkuł; 44) świerzba; 45) glisty; 46) zaburzenia umysłowe; 47) delirium tremens; 48) neuralgia, anaesthesia i choroby konwulsyjne; 49) padaczka; 50) apoplexia i różne rodzaje paraliżów; 51) Trismus et tetanus; 52) choroby miejscowe narządu słuchu; 53) choroby miejscowe oczu; 54) choroby miejscowe narządów płciowych; 55) choroby miejscowe wielkich stawów; 56) urazowe następstwa kar; 5) stłuczenia; 58) rany z broni białej i palnej; 59) złamania; 60) wywichnięcia; 61) przepukliny; 62) wypadnięcia; 63) przykurczenia i skrzywienia; 64) oparzenia; 65) odmrożenia; 66) zapalenia tkanki podskórnej, wrzody proste i przerzutowe, zastrzał; 67) rak i wrzodziaki; 68) guzy dobrotliwe; 69) rak; 70) próchnienie kości i zgorzel; 71) otrucia; 72) na obserwacji (w chorobach umysłowych i w innych chorobach); 73) choroby zapalne poporodowe; 74) choroby ciężarnych.

Taka klasyfikacja chorób obowiązywała do 1887 r. Dość przejrzeć poszczególne rubryki, by przekonać się, jak ta klasyfikacja z przed laty kilkunastu odbiegała od współczesnych poglądów na chorobę. Nie anatomia patologiczna, nie istota sprawy chorobowej, lecz topografia lub wygląd zewnętrzny służył przeważnie za podstawę do klasyfikowania chorób. Wprawdzie pamiętać należy, że ta klasyfikacja była urzędową, obowiązującą we wszystkich szpitalach i że klasyfikacja urzędowa nie zawsze odpowiada naukowej, a przeto nie odzwierciedla ówczesnego stanu naukowego. W każdym jednak razie urzędowe poglądy w pewien choć powolny i odległy sposób muszą

kroczyć za nauką, a stąd też ta urzędowa klasyfikacja oświeśla w pewien sposób i stan nauki.

W schemacie tym podkreślony № 56: urazowe następstwa kar.

Od 1887 r. w sprawozdaniach lekarskich wprowadzono następującą klasyfikację:

I grupa. 1) ospa; 2) szkarlatyna; 3) dyfteryt; 4) krup; 5) odra; 6) koklusz; 7) grypa; 8) tyfus wysypkowy; 9) tyfus brzuszny; 10) tyfus powrotny; 11) postaci tyfusu bez ścisłego rozpoznania; 12) meningitis epidemica; 13) krwawa biegunka; 14) cholera nostras; 15) parotitis; 16) róża; 17) ropne zapalenie oczu; 18) septicæmia poporodowa; 19) karbunkuł; 20) wodowstręt; 21) nosacizna; 22) syfilis; 23) choroby weneryczne; 24) gruźlica; 25) zapalenie płuc włóknikowe.

II grupa. 1) zimnica; 2) raphania; 3) struma; 4) lepra.

III grupa. 1) scabies; 2) glisty; 3) trichinosis.

IV grupa. 1) katar dróg oddechowych; 2) pleuritis; 3) pleuropneumonia; 4) inne cierpienia narządów oddychania.

V grupa. 1) zapalenie serca i jego błon; 2) organiczne choroby serca i 3) naczyń.

VI grupa. 1) gastroenteritis; 2) choroby żołądka; 3) choroby kiszek; 4) choroby śledziony; 5) choroby wątroby; 6) choroby otrzewnej; 7) przepukliny; 8) wypadnięcie кишки prostej.

VII grupa. 1) zapalenie narządów moczowych; 2) choroba Brighta; 3) choroba kamieni.

VIII grupa. Choroby organów płciowych męskich.

IX grupa. Choroby organów płciowych żeńskich.

X grupa. 1) rozstrój władz umysłowych; 2) padaczka; 3) zapalenie mózgu; 4) zapalenie rdzenia; 5) Apoplexia et paralysis; 6) tetanus; 7) Neuralgia i choroby konwulsyjne; 8) reumatyzm mięśniowy.

XI grupa. 1) wysypki chroniczne; 2) zapalenie tkanki podskórnej; 3) anthrax.

XII grupa. Choroby oczu.

XIII grupa. Choroby uszu.

XIV grupa. 1) złamania; 2) osteomyelitis; 3) reumatyzm stawowy; 4) choroby wielkich stawów; 5) wywichnienia; 6) przykurczenia.

XV grupa. 1) choroby ciężarnych; 2) choroby poporodowe.

XVI grupa. 1) marasmus i starcza zgorzel; 2) skorbut; 3) rhachitis; 4) scrophulosis; 5) guzy dobrotliwe; 6) guzy złośliwe; 7) wrzopy charłacze; 8) Anaemia et chlorosis; 9) diabetes.

XVII grupa. 1) stłuczenia; 2) rany.

XVIII grupa. 1) zatrucia jadamami mineralnymi i 2) organicznymi; w tej liczbie: 3) alkoholem; 4) jadamami zwierzęcymi i w tej liczbie 5) jadem rybim.

XIX grupa. 1) oparzenia; 2) odmrożenia; 3) porażenie od pioruna; 4) porażenie słoneczne.

XX grupa na obserwacji; 1) w domach dla obłąkanych i 2) w innych szpitalach.

XXI grupa. 1) choroby nieokreślone; 2) wrzodzianki; 3) zapalenie gardzieli.

Powyższa klasyfikacya obowiązywała do 1902 r., kiedy wprowadzono stosowaną obecnie klasyfikacyę.

Za czasów działalności Rad Dozorczych i Opiekuńczych szpital począł odgrywać coraz ważniejszą rolę w walce z chorobami zakaźnymi i wogóle zaraźliwymi.

Najwięcej w tym kierunku ujawniła się działalność szpitala odnośnie do chorób wenerycznych.

Wprawdzie już w XVIII w., jak to wyżej widzieliśmy (rozdział VIII), myślano o walce z chorobami zakaź-

nemi. Konstytucja 1775 r. nakazuje, aby „dzieciom szczepiono ospę“ i aby „doktor w czasie lożnych chorób cały powiat objeżdżał, nawet gdy na bydło zaraza panować będzie“. Lecz szpital nie brał żadnego udziału w walce z chorobami zakaźnymi. Pierwsze ślady udziału szpitali znajdujemy w okresie Rad Dozorczych (1817 — 1832). W aktach szpitala św. Trójcy, w korespondencji szpitala z różnymi władzami znajdujemy już dowody takiej działalności szpitala, i mianowicie odnośnie do walki z chorobami wenerycznymi.

Już w latach 1820 — 1830 chorzy weneryczni stanowili poważną odsetkę ogólnej liczby chorych. W sprawozdaniu za 1834 r. liczba chorych tych była najwyższa z pośród wszystkich innych kategorii chorób. Szereg rozporządzeń, wydawanych przez Radę Gł. Op. oraz władze administracyjne, świadczy o ciągłym zajmowaniu się tą sprawą.

W 1835 r. ¹⁾ Komisja Rządowa na wniosek Rady Gł. Opiek. poleciła pod surową odpowiedzialnością, aby „lekarze w razie zgłoszenia się chorego wenerycznego wybadali go, czyli w tej wsi lub w tym domu niema więcej chorych podobnego rodzaju, a jeśli się to okazało, iżby zaraz przez najbliższą władzę do właściwego szpitala, jeżeli w domu leczyć się nie są w stanie, byli odsyłani. Domownicy nieskończenie zarażać mogą osoby, styczność z nimi mające, jakoż były przypadki, że osoba w szpitalu wenerycznym wyleczona, za powrotem do domu na powtórny zarazę wystawioną była“.

Ważne znaczenie szpitali w walce z chorobami wenerycznymi jest wciąż podkreślane przez Radę Gł. Op. W 1856 r. Rada Gł. zaznacza w swem rocznym sprawozdaniu: „Szpitale na prowincyi, bardzo nieliczne w stosunku do ludności kraju, tę najpożyteczniejszą niosą dla mieszkańców posługę, że zapewniają kurację dla chorych

¹⁾ Zdanie Sprawy Rady Gł. Op. z roku. 1835.

syfilitycznych. Choroba ta, łatwo udzielająca się innym i mająca zabójcze skutki na całe pokolenia, ustępuje tylko o ile można skutecznie przy kuracyi szpitalnej⁴. Niejednokrotnie też w sprawozdaniach Rady Opiekuńczej spotykamy zdanie: „Wytępienie zarazy wenerycznej było głównem zadaniem szpitala“.

Z tych właśnie powodów został urządzony w 1855 – 1857 r. oddział dla chorych wenerycznych w szpitalu św. Trójcy w oddzielnej oficynie. Wreszcie w tymże celu Komisya Rząd. Spr. Wewn. wyjednała decyzję Rady Administracyjnej Król. Polsk. z dnia 5 (17) listopada 1852 r., pozwalającą, aby na pokrycie kosztów urządzenia w kraju szpitali dla wenerycznych i na kurację tego rodzaju chorych Kasy Miejskiej płaciły 10% od dochodów, pozostałych do dyspozycji Kom. Rząd. Spr. Wewn. i Duch., a to prócz 5% pobieranych już uprzednio na utrzymanie szpitali w ogólności. „Gdy to nowe źródło dochodu przybyło, Rada Główna w ciągu 7 lat, prócz wzniesienia i uporządkowania oddzielnych oficyn dla wenerycznych przy niektórych szpitalach, jak w Kaliszu, Rawie, Piotrkowie, Siedlcach, Ostrołęce, prócz zasilenia funduszków przeznaczonych na budowę szpitali tych, które trudnić się mają głównie kuracją syfilitycznych (jak w Grójcu, Opatowie, Krasnym Stawie, Lipnie, Mławie, Suwałkach, Marjampolu), — włożyła obowiązek na wszystkie szpitale, wyłącznie specjalnych i tych, przy których są zgromadzenia Sióstr Miłosierdzia, aby przed wszystkimi innymi trudniły się kuracją syfilitycznych“¹⁾.

Niezależnie od tego z rozporządzenia Komisji Rząd. Spraw Wewn. „niektóre władze miejscowe policyjne zniewolone były obmyślać czasową kurację dla tych chorych; w miejscach zaś, gdzie zaraza rozwinęła się znacznie, urządzane były na koszt gmin czasowe lazarety“.

¹⁾ Zdanie sprawy Rady Gł. Opiek. 1859 r.

Również w celach walki z chorobą weneryczną. Kom. Rząd. Spr. Wewn. nakazała, aby miasta opłacały kosztą kuracyi chorych syfilitycznych. M. Kalisz obowiązek ten spełniało, lecz z tego powodu między urzędem municypalnym m. Kalisza, a szpitalem powstawały częste spory: urząd municypalny uważał to sobie za ciężar, od którego usiłował uwalniać się wszelkimi sposobami.

W aktach szpitala św. Trójcy przechowały się niektóre dokumenty, rzucające światło na stosunek społeczeństwa do prostytucyi. Prostytucyę sankcjonowało i państwo i społeczeństwo, widząc w niej środek niezbędny dla zachowania zdrowia fizycznego młodzieży, a z drugiej strony gwarancyę moralności życia rodzinnego. Ponieważ jednak środek ten przedstawiał i poważne niebezpieczeństwo ze względu na szerzenie chorób wenerycznych, wprowadzono przeto opiekę nad prostytutkami, pierwociny współczesnej reglamentacyi, powierzonej władzom policyjnym. Próbkę tej opieki policyjnej uwidocznia dokument poniżej przytoczony ¹⁾.

¹⁾ Inspektor główny służby cywilno lekarskiej, Kochański, z upoważnienia Dyrektora Głównego Komisji Rząd. Spr. Wewn. rozsyła do gubernatorów cywilnych (17/29 Maja 1863 r.) okólnik, przesłany następnie w kopji przez Radę Gł. Opiek. do Rad Szczegółowych, a który tu podajemy w całości:

„Doszło do wiadomości Komisji Rządowej, że policya miasta Płocka kobiety nierządne zarażone, przed odesłaniem na kuracyę do szpitala, poddawała karze chłosty, obawa której mogła powodować ukrywanie choroby i chronienie się przed rewizyą, służących, włóczęg i innych kobiet, pokątnemu nierządowi oddających się. O ile wiadomo Komisji Rządowej karanie kobiet, zarażonych chorobą syfilityczną, nigdzie miejsca niema, dla tych właśnie powodów, które powyż są wymienione. Postępowanie policji Płockiej nie opiera się na przepisach policyjno-lekarskich, i jakkolwiek pochodzić może z pobudek moralności, jest wszakże nieogłędne, a nawet szkodliwe. Nierządowi pokątnemu zaradzić jest bardzo trudno, i jako konieczne zle tolerowane być musi. Jednak dla zmniejszenia złych skutków i dla możliwego ograniczenia choroby wenerycznej, usiłowaniem wła-

Co się tyczy metod leczenia chorób wenerycznych, to dokładniejsze dane poraz pierwszy spotykamy w raportach D-ra Helbicha t. j. od 1835 r. Przedewszystkiem w tym czasie w sprawie chorób wenerycznych panowały poglądy monistyczne: Wszystkie choroby weneryczne stanowiły tylko różne postaci lub objawy syfilisu. Zawsze przeto stosowano rtęć do wewnątrz i zewnątrz. Helbich (w raporcie 1836 r.) zachwala szczególnie proszki

dzy policyjnej być powinno, rozciągnąć ścisłą kontrolę nad nierządnicami. Cel zaś ten osiągniętym nie zostanie, jeśli individua, które ujęte być mają kontrolą, w swym moralnym upadku nie pojmujące ważności tego środka, będą jeszcze odstraszone surowością postępowania i karą, bo obawa kary nastęrczy im wiele sposobów do obejścia i uniknięcia kontroli. Z tych więc powodów Kommissya Rządowa widzi potrzebę objaśnienia, że postępowanie policyi z kobietami nierządnicami, dotkniętymi chorobą syfilityczną, było nieodpowiednie, i że, jeżeli wymierzanie chłosty trwa jeszcze dotąd, Rząd Gubernialny zechce przedsięwziąć środki, aby to nadal miejsca nie miało. podp. Kochański *).

Komissya Rząd. Spr. Wewn. zaznacza, że takie postępowanie policyi miało miejsce jedynie w Płocku, jednakże uznała za stosowne rozporządzenie swe rozesać po całym Królestwie, nie tylko do władz administracyjnych, lecz i do szpitali **).

*) Rozporządzenie to zostało pomieszczone w Zbiorze przepisów Administracyjnych Królestwa Polsk. Część III Tom I str. 477 № 29. „Rozporządzenie, iż kobiety zarażone wenerycznie, przed odesłaniem na kurację do szpitala, karze chłosty poddawane być nie powinny“.

***) O postępowaniu z prostytutkami w szpitalu pozwala wnioskować pewien oryginalny dokument, znaleziony przezemnie w aktach, a który jako charakterystyczny podaję tu w wyjątkach.

Jan Kubiszewski, utrzymujący dom publiczny w Kaliszu, zanosi 13 czerwca 1841 r. do Rady Gł. Opiek. skargę przeciwko administracji szpitala św. Trójcy. Główne jego zarzuty są następujące:

1) „W szpitalu utrzymuję stale na swym koszcie kilka kobiet wenerycznych, opłacając po 1 złp. 10 gr. dziennie; atoli niegodziwe postępowanie ekonoma i żony jego z memi kobietami

Plummera. „Sposób antiflogistyczny“ raczej był szkodliwy. Natomiast „zaprowadzenie tak zw. głodowej kuracyi pokonało wiele zadawnionych kalectw tak czysto wenerycznych jak i podobieństwo z tą chorobą mających“. W jednym ciężkim przypadku „condylomatów śpiczastych“ stosowano: „naprzód kuracyę pojedynczą merkuryalną. później kuracyę głodową, dalej metodę Hahnemanna, w końcu

naraża mię na znaczne przedłużenie choroby... Dla uniknięcia umieszczenia ich w szpitalu kobiety tak z domu publicznego i pokątne nierządnicę starają się ukrywać chorobę weneryczną, bo w szpitalu nielitościwie się z niemi obchodzą... i to jest głównym powodem szerzącej się choroby wenerycznej w mieście... 2) Ekonom pozwala wszystkim wchodzić do szpitala... młodzież nachodzi moje kobiety w sali wenerycznej, naraża je na wstyd i urągowisko... Kobiety moje zastawałem nieraz splakane, wzruszone i zalterowane, co niemało przyczynia się uszczerbkowi w moich dochodach przez rozgłaszanie o chorobie w mem domu... 3) Dozwala się pozostawiać przy chorych moich kobietach ich rzeczy i precyza (korale), co staje się przyczyną przedłużenia choroby. Moje kobiety sprzedają te rzeczy, dostarczają sobie żywności i wódki... 4) Obchodzenie się z mojami kobietami jest bardzo złe. Żona ekonomy chodzi po sali z dyscypliną lub szpicróżgą, miota obelgi na moje kobiety (tu wylicza szereg epitetów)... Przez takie postępowanie ja nie mogę utrzymać kobiet w domu publicznym, od którego kanon i podatki opłacam i istnieniem tegoż domu za konsensem Rządu niemało przyczyniam się do porządku publicznego i zabezpieczenia zdrowia ogółu“.

Cały list ten napisany jest poprawnym stylem i utrzymany w tonie wielkiej godności, przyczem przebija stale poczucie świadomości, że człowiek ten spełnia ważne zadanie społeczne, stojąc na straży zdrowia publicznego, i że ma on za to prawo wymagać od państwa opieki

Rada Gł. Opiek. przesłała tę skargę Radzie Op. Szczegółowej, która odpowiedziała krótko bez żadnego śledztwa i tłomaczenia: „zarzuty Kubiszewskiego są niesłuszne“. Też samą krótką odpowiedź Rada Gł. Op przesłała Kubiszewskiemu. Wobec takiej odpowiedzi i braku śledztwa trudno nam obecnie wnioskować, po czyjej stronie była słuszność.

Hydrarg. oxydat. rubr. sposobem Berg'a — „wszystko z częściowym skutkiem — zewnętrznie zaś doświadczało wszelkich środków trawiących, z których Essentia Thuyae okazała się pomocną“.

Neugebauer (1854 — 1855 — 1856) najchętniej stosował „drugi chlorek żywego srebra według metody Dzondego“. Tylko w zastarzałych przypadkach używał wcierań maści merkuryalnej. Bardzo dobry skutek widział nadto od kąpiei parowych i zwyczajnych ciepłych. Działanie tych środków „popierał odwarem sarsaparylli, gwajaku i innych“. W śluzotoku przewodu moczowego u mężczyzn używał z powodzeniem emetyku, u kobiet zaś wstrzykiwał „siarkan cynku samego lub z ałunem“.

Co się tyczy w ogóle chorób zaraźliwych, to szpital obowiązany był stosować się do ustawy 1842 (§§ 193—198), nakazującej dość surową izolację takich chorych oraz „oczyszczenie“ sal, sprzętów i t. p. (wykadzanie chłorowe, bielenie ścian, mycie roztworem chlorowym lub ługiem, palenie sprzętów i t. p.). Do szczególnie niebezpiecznych chorób ustawa zaleca: gangrena szpitalna, wścieklizna, gorączka zgnięła szpitalna, gorączka położnicza, ospa naturalna, dyzenteria, zapalenie oczu epidemiczne.

Z chorób zakaźnych szpital św. Trójcy w Kaliszu walczył niejednokrotnie z gangreną szpitalną, cholera, wreszcie najczęściej z tyfusem.

Wiadomość o gangrenie szpitalnej, tej strasznej pladze dawnych szpitali, spotykamy jeden raz w r. 1845, po przeniesieniu żołnierzy z lazaretu wojskowego do szpitala św. Trójcy, jak o tem wyżej wzmiankowaliśmy. Epidemja ta szybko rozszerzyła się, dotykając 29 z pośród 53 żołnierzy. Jako środki zaradcze zalecili lekarze zgromadzeni w liczbie dziewięciu:

1) „Obszerne rozlokowanie chorych, przewietrzanie sal albo oczyszczanie powietrza chlorkiem wapnia; 2) obfite i pożywne odżywianie; 3) zapewnienie dostatecznej posługi i pielęgnowanie chorych; 4) środki wewnętrzne i zewnętrzne dotychczas stosowane uznali za stosowne, nadto zaś proponowali nazewnątrz stosować *acidum pyrogignosum*“.

Walkę z cholerą szpital podejmował w latach 1831, 1837, 1852, 1866, 1873. W 1837 według sprawozdania D-ra Helbicha chorych na cholere azyatycką było 33 (21 przybyłych z miasta i 12 dotkniętych tą chorobą z pośród chorych szpitalnych leczących się na inne choroby). Z liczby tej zmarło 8 chorych, z których, jak mówi Dr. Helbich „trzech było rekonwalescentów, którzy byli już przeznaczeni do wyjścia ze szpitala, lecz po zjedzeniu potajemnie owocu w kilka godzin zmarli“. Środki lecznicze, stosowano wówczas takie same, jakie przytoczyliśmy w historii szpitala starozakonnych w Kaliszu (patrz str. 96). Zaznaczyć tylko musimy, że zarówno Rady Szczeg. Op., jak i Helbich traktowali wybuch cholery dość spokojnie.

Z innych chorób zakaźnych spotykamy w aktach liczne wzmianki o ospie. Po raz pierwszy poczęto szczepić ospę dzieciom w Kaliszu w 1810 roku. Ciężkie szczególnie epidemie ospy Kalisz przechodził w latach: 1812, (czarna ospa) 1813, 1879 (czarna ospa).

Do powyższego wykazu dodać należy częste epidemie tyfusu płamistego (zwłaszcza w latach 1848 r., 1854, 1881), wreszcie nieokreślonej postaci „ciężkie zarazowe choroby“ (1805 r., 1813 r.).

Natomiast podkreślić należy na podstawie danych szpitala św. Trójcy rzadkie względnie występowanie gruźlicy. W sprawozdaniu z 1836 r. Dr. Helbich zaznacza: „Suchoty są rzadką chorobą m. Kalisza; może być, iż uwalnia od nich niskie i nadrzeczne położenie“. Spostrzeżenie to poraż wtóry wypowiedział Helbich w 1837 r.: „Su-

choć w stosunku do innych chorób zawsze wypada niewielka liczba na szpital tutejszy“-

Oprócz leczenia chorych szpitalnych lekarze szpitala św. Trójcy udzielali pomocy chorym ubogim i po za szpitalem. Od czasu zainstalowania Rady Opiekuńczej lekarz szpitalny obowiązany był udzielać pomocy lekarskiej i lekarstw ubogim chorym w ich mieszkaniach. Wzmiankę o tej kategorii chorych znajdujemy w sprawozdaniach szpitalnych do 1841 r. bez bliższego zresztą określenia zakresu tej pomocy. Od 1841 r., gdy zapewne obowiązek ten był zbyt uciążliwy i kosztowny dla szpitala, pomoc lekarską dla ubogich chorych ograniczono jedynie dla chorych przychodnich. Powstała w ten sposób pomoc ambulatoryjna, dawniej zwana niekiedy kliniką, a praktykowana do dnia dzisiejszego.

W końcu rozdziału niniejszego kilka słów rzecz należy o kategoriach osób, utrzymywanych przez szpital św. Trójcy.

Podobnie jak to było za czasów Rady Dozorczej szpitali przed rewolucją 1831 r., i w okresie Rad Opiekuńczych oprócz chorych szpital utrzymywał starców i kaleki. Od pierwszych lat działalności Rad Opiekuńczych podejmowana była myśl usunięcia ze szpitala starców t. zw. rezydentów do oddzielnych domów schronienia parafialnych, lecz projekt ten niezupełnie urzeczywistnionym został ¹⁾.

¹⁾ Był nawet projekt urządzenia w szpitalu św. Trójcy przytułku dla sierot. W 1835 r. naczelnik wojenny województwa kaliskiego Sobolew wystąpił z wnioskiem, aby sieroty chłopcy oddawani z różnych obwodów województwa do wojska na „kantonistów“, o ile są niezdolni do służby wojennej („z biel-

Jednakże szpital miał już charakter zakładu leczniczego: rezydenci stanowili tylko pewien oddział, szpital dawał przytułek pewnej liczbie starców, lecz główne stania zarówno Rady Op. Szczeg. jak i Rady Głównej dotyczyły chorych, przybywających do szpitala na kurację. Oddział starców był dla szpitala pewnym ciężarem, który z konieczności tolerować należało. Jeśli dbano o rozwój, wzrost i postęp szpitala, to miano przytem na względzie jedynie chorych. To też, gdy liczba rezydentów była co-roczenie jednaka, liczba chorych z roku na rok wzrastała. Już w 1835 r. Rada Szczeg. w raporcie rocznym pisze: z dumą: „chorzy z chęcią zgłaszają się do szpitala, do którego dawniej obawę mieli“.

Już przeto od początku działalności Rad Opiekuńczych szpital kaliski począł zatracać charakter przytułkowo dobroczynny. Rys ten mocno już został zaznaczony w ustawie 1842 r., która wyraźnie zaleca: „Szpitale jako zakłady przeznaczone do leczenia chorych, przyjmować tylko będą osoby, istotnie pomocy lekarskiej potrzebujące; kalecy i rezydenci miejsca w nich zajmować nie powinni“ (§ 83). Już wtedy więc szpital dążył do uwolnienia się od osób, nie należących do kategorii potrzebujących leczenia.

mem na oczach, skrofuliczni i wogóle słabowici”), byli pomieszczani na stałe w szpitalu św. Trójcy. Sieroty te, według projektu pułk. Sobolewa, miały być utrzymywane na koszt m. Kalisza. Komisya Rząd. Spraw Wewn. projekt ten odrzuciła. W motywach odmownej odpowiedzi zaznaczono: 1) utrzymanie sierot z innych gmin byłoby zbyt uciążliwe dla m. Kalisza; 2) utrzymanie sierot przez odpowiednie gminy mniej kosztuje i jest pożyteczniejsze; 3) rząd zamierza urządzić w każdym województwie przynajmniej jeden szpital; w tym celu Rada Gł. Opiek. wydała już rozporządzenie, aby szpital kaliski przeznaczyć wyłącznie dla chorych; projekt zaś pułk. Sobolewa przeczyłby temu zamiarowi. — Dodać należy, iż, jak wspomina w odezwie swej Pułk. Sobolew „dzieci bywają dostarczane do pułków prawie nagie: były przykłady, że przywożono dzieci w workach, owiniętych słomą“.

W praktyce jednak nie zawsze dawalo się to osiągnąć: lecz w istocie współczesne szpitale pol tym względem nie są szczęśliwsze od szpitali z 1842 r.

Lekarstwa dla chorych szpitalnych były dostarczane pierwiastkowo i przez długie lata przez apteki miejscowe. Apteki te odstępowały od taksy aptekarskiej początkowo 10%. Ponieważ aptekarze dostawcy należeli do Rady Opiekuńczej szpitala jako członkowie (Fryderyk Ehm, Kas Stan.), Rada Główna Opiek. niejednokrotnie zwracała uwagę na tę niewłaściwość i żądała nadewszystko znacznie większego ustępstwa od cen aptecznych. Domagał się tego zwłaszcza ostro Dr. Teodor Heinrich, członek Rady Lekarskiej. Koło 1860 r. nastąpiła zmiana w tym kierunku: lekarstwa na miejscu w szpitalu przygotowywał felczer pod kierunkiem lekarza, bardziej zaś złożone lekarstwa brano z apteki miejskiej. W 1861 — 1862 Dr. T. Heinrich, członek Rady Lekarskiej i Rady Główniej Opiekuńczej dokonał rewizyi aptek szpitali Królestwa. O szpitalu św. Trójcy pisze w raporcie swym co następuje. „Szpital posiada podręczną aptekę, do której sprowadzane są materiały i preparata jako to: siarczan chininy, calomel, iodina, emetyk, piekielny kamień, Ipekakuana, sól gorzka, muchy hiszpańskie, gleita, kora chinny, które lekarz szpitala sam expedyuje dla chorych w szpitalu i klinice. Nadto zakupywane bywają do teź apteki zioła, spirytus, gorczyca, kamfora, siemię lniane, oliwa, sadło, terpentyna, wosk, alun, saletra, cukier, żywokost i trójliść“.

Heinrich podkreśla nadużycia, czynione przez felczerów przy robieniu lekarstw i daje następujący projekt organizacyi aptekarskiej przy szpitalach: 1) szpitale, mające 100 lub więcej łóżek powinny posiadać własną aptekę, administrowaną przez wykwalifikowanego farmaceutę; 2) w szpitalach, mających mniej jak 60 łóżek, powinny

być skasowane wszystkie apteki podręczne, a lekarstwa należy brać z aptek miejscowych; 3) szpitalom, mającym więcej nad 60, a mniej jak 100 łóżek, o ile posiadają fundusze na założenie apteki, dozwala się założyć aptekę, a administrujący farmaceuta mógłby zarazem pełnić obowiązki Ekonoma, jak to jest w szpitalu św. Aleksandra w Radomiu¹⁾. Projekt ten jednak w szpitalu św. Trójcy dla braku funduszów nie wszedł w życie. W dalszym ciągu była apteczka podręczna, w której pracował felczer. Po przybyciu Sióstr Miłosierdzia do szpitala, apteczkę objęły siostry i prowadzą ją do chwili obecnej.

¹⁾ Akta Kom. Rząd. Spr. Wewn. i Duch. Vol. I 29 Maja 1863 roku.

ROZDZIAŁ XV-ty.

Okres Rad Dobroczynności Publicznej.

Zarząd szpitala. — Nowe budowle.

Ukazem z dnia 19 czerwca 1870 r. Rady Opiekuńcze zostały zniesione, a jednocześnie wprowadzone Rady Dobroczynności Publicznej, instytucje urzędnicze, ściśle podległe władzom administracyjnym.

Pierwszą Radę Gubernialną w Kaliszu 1870—1871 r. stanowili: gubernator, wicegubernator, prezes Izby Skarbowej, naczelnik dyrekcji naukowej, naczelnik wydziału rządu gubernialnego, inspektor lekarski gubernialny, oraz członkowie t. zw. z wyboru a właściwie dobrani przez członków z urzędu: Aleksander Kłobukowski, właściciel dóbr Powiercie; Józ. Jabłkowski, właśc. dóbr Cielce; K. Weigt fabrykant; L. Scholtz fabrykant; Alf. Paszkowski notaryusz; Stan. Chełmski, Prezes. Dyr. Szczeg. Tow. Kred. Ziems. w Kaliszu; nadto kuratorowie zakładów dobroczynnych: Rom. Bierzyński — szpitala św. Trójcy, J. Niewiadomski — ochrony dla dzieci, L. Mamroth — szpitala starozakoonych, Rob. Pusch — domu starców.

Charakter rządów w szpitalu zmienił się zasadniczo. Dotychczasowa autonomia Rady Opiekuńczej, jakkolwiek znakomicie i stopniowo coraz bardziej ograniczana

pozwalala na pewien samorząd w Szpitalu, przynajmniej pod względem stosunków wewnętrznych. Od 1870 r. szpital stał się urzędem, kierowanym przez władze administracyjne. Ogólny zarząd sprawowała Rada gubernialna przy Rządzie gubernialnym. Sprawy wewnętrzne załatwiał intendent z kuratorem bez żadnego udziału lekarza.

Reorganizacja 1870 r. zastała szpital w stanie bardzo niepomysłnym: brak było bielizny, mebli i urządzeń szpitalnych i t. p., wreszcie szpital miał długów do 3000 rb. (aptekarzowi, przedsiębiorcom i t. p.). Główną przyczynę takiego stanu rzeczy stanowiła okoliczność, że ostatnie lat kilka przed ustawą 1870 r. były dla Rad Opiekuńczych okresem przejściowym, okresem likwidacji. Rada Główna Opiekuńcza pod kierunkiem gen. Rożnowa podjęła wówczas czynności przygotowawcze w kierunku upaństwowienia szpitali, wprowadzenia ustawy 1870 r., jako ostatecznego aktu na tej drodze. Wobec postanowienia Komitetu Urządzącego, aby znieść wszelkie instytucje samorządne, Rada Główna była zajęta jedynie reformą polityczną, a władze miejscowe administracyjne, roztaczające opiekę nad szpitalem, współdziałały temu. Rady Opiekuńcze szpitalne, skazane na zagładę, dogorywały. Życie szpitalne zatrzymało się, Rada Opiekuńcza była zupełnie bezczynna, szpital wegietował. Nie był wówczas moment do właściwych czynności administracyjnych w szpitalu, do jakiejś akcji w sprawie budynków, funduszków szpitalnych i t. p. Robiło się wówczas jedynie to, co było pilne, gwałtowne.

Dla tego też szpital św. Trójcy doszedł przed 1870 r. do bardzo nędznego stanu.

Na tle tej zupełnej bezczynności, zatrzymania życia szpitalnego, nowa ustawa 1870 r., niezależnie od tego czy miała wnieść do szpitala pierwiastki rozwoju czy też nie, rozpoczynała nowe życie. Czy droga dla tego nowego życia była dobrze obmyślana, to rzecz inna: lecz po

bezczynności można było spokojnie wziąć się do pracy, a pracy tej szpital domagał się gwałtownie.

I stąd w pierwszych latach Rada Dobroczynności publicznej w Kaliszu mogła być poszczycić się dość ożywioną działalnością. A jednak ustawa 1870 r., wprowadzona dla celów politycznych, zaznaczyła się niewątpliwie w dziejach szpitali, jako moment wsteczny. Ustawa odsunęła szpitale od społeczeństwa, wprowadzając rządy urzędnicze i oddając ster szpitali w ręce urzędników różnych dykasteryi, którzy oddani być mogli nie szpitalowi, lecz sprawom swego urzędu.

Jeśli szpital św. Trójcy względnie szczęśliwie przetrwał rządy Rady Dobroczynności Publicznej, to zawdzięczać to należy, jak zobaczymy niżej, szczęśliwemu zbiegowi okoliczności i nie zbyt ścisłemu stosowaniu ustawy 1870 roku.

Oprócz reorganizacji zarządu rok 1870 zaznaczył się w życiu szpitala św. Trójcy dwoma bardzo ważnymi momentami: 1) został wprowadzony do szpitala drugi lekarz stały, ordynator młodszy; 2) oddział starców, t. zw. rezydentów (w liczbie 12) został oddzielony od szpitala, a starcy przeniesieni do domu przytułku, schronienia dla starców. Fakt to w historyi rozwoju szpitala bardzo ważny: widzieliśmy wyżej, jak za dawnych czasów do epoki Księstwa Warszawskiego szpital był prawie wyłącznie przytułkiem dla starców, jak za czasów Królestwa Kongresowego szpital składał się z dwóch prawie równorzędnych oddziałów (oddziału rezydentów i oddziału chorych), jak wreszcie za czasów Rad Opiekuńczych oddział rezydentów stopniowo zajmował w życiu szpitala stanowisko coraz bardziej podrzędne. Nakoniec w 1870 r. następuje zupełne usunięcie rezydentów, szpital przybiera charakter wyłącznie leczniczy.

W tym właśnie czasie, kiedy szpital wczynie przejściowym, jak wspominaliśmy, doszedł do stanu opuszczenia i skutkiem tego wymagał sprężystych rządów, nowa ustawa pozostawiła szpital na opiece kuratora, intendenta

i Rady Gubernialnej. Rola lekarza została sprowadzona jedynie do leczenia chorych.

Wkrótce okazało się, że owe wieloosobowe rządy były właściwie sprawowane przez jednego intendenta, który objął całą gospodarkę wewnętrzną. Intendent w szpitalu św. Trójcy w pierwszych latach po 1870 r. zajmował się wszystkim do tego stopnia, że on zaopatrywał osobiście szpital we wszelkie przedmioty lekarskie (nawet materiały opatrunkowe). Zresztą całe gospodarstwo odbywało się nawet w drobnych rzeczach nie sposobem gospodarczym, lecz przez przedsiębiorców.

Szcześliwym zbiegiem okoliczności inspektorem lekarskim gub. Kaliskiej był wówczas W. Weiss, niemiec z prowincyi nadbałtyckich. Przyzwyczajony do wzorów, jakie dawały szpitale prowincyi nadbałtyckich, nie mógł nie odczuwać głębiej fatalnego stanu szpitala św. Trójcy. Jakkolwiek szpital nie należał do bezpośrednich jego obowiązków, jednakże wziął do serca sprawę szpitala. Przy jego pomocy w 1871 r. nabyto dla szpitala potrzebną bieliznę, łóżka (60), pościel i t. p. za sumę 2000 rb, otrzymaną z ofiar od mieszkańców Kalisza. Lecz nadto potrzebne były wydatki poważniejsze. Główny gmach szpitala wymagał restauracyi, potrzebna była oficyna na mieszkanie dla sióstr i t. p. Na te cele skarb asygnował 20929,65 rb. W 1875 r. były wykonane następujące budowle: nowa muirowana oficyna jednopiętrowa, kaplica i mieszkanie sióstr miłosierdzia, pomieszczenie dla służby, nowe ustępy, grabarnia, nowy dach na głównym gmachu szpitalnym, nowy parkan. W następnym 1876 r. zaprowadzono szereg ważnych urządzeń wewnętrznych: wodociągi, wentylację i t. p., wreszcie zaopatrzone szpital w potrzebną bieliznę, instrumenty chirurgiczne.

Wszystkie te urządzenia doprowadziły istotnie szpital pod względem budowli do stanu wyróżniającego go nie tylko z pośród wszystkich szpitali prowincjonalnych, lecz nawet i Warszawskich.

Przytoczę tu opis ówczesnego stanu według słów tak wiarogodnego świadka, jak prof. Szokalski ¹⁾).

„Miałem świeżo sposobność przyjrzeć się budowie szpitala w Kaliszu, który pod każdym względem będzie wzorowy.

Ogrzewanie dokonywa się w nim za pomocą pieców Meidingerera, połączonych przez kanały poprowadzone pod podłogą z powietrzem zewnętrznym. Piec taki składa się z dwóch cylindrów współśrodkowych o kilkucalowym odstępie. Walec wewnętrzny jest z lanego żelaza — zewnętrzny t. zw. płaszcz z blachy żelaznej. Ognisko utrzymuje się w walcu wewnętrznym a powietrze przechodzące przez odstęp między walcami ogrzewa się od ściany wewnętrznej i ogrzane wychodzi na pokój. Na piecu znajduje się naczynie z wodą, która paruje i zapobiega szkodliwej suchości powietrza. Płaszcz blaszany zapobiega zbyt silnemu promieniowaniu ciepła od strony wewnętrznej.

Przewietrzanie dokonywa się przy pomocy otworów wentylacyjnych: jednego przy podłodze, drugiego pod sufitem. Otwory te są zamykane każdy dwoma klapami komunikującymi z sobą w ten sposób, że jeśli np. dolna jest otwartą, to górna pozostaje zamkniętą. Nadto do t. zw. nogi pieca dochodzi kanał wentylacyjny przechodzący z zewnątrz budynku pod podłogą, który dostarczać może świeżego powietrza, ogrzewającego się poniżej między ścianami cylindrów. Sale w szpitalu mieścić będą tylko po 8 łóżek, a szpital stoi na wolnym zupełnie miejscu. Pod dachem znajduje się duży zbiornik wody czerpanej i podnoszonej do góry za pomocą maneżu. Stąd woda rozchodzi się po całym gmachu i zaopatruje między innymi odpowiednio urządzone umywalnie po salach szpitalnych. Takich wymysłów dla chorych, o ile wiem, brak dotąd we

¹⁾ Pam. Tow. Lek. Warsz. 1876 — LXII str. 602.

wszystkich szpitalach naszych. Wychodki również wzorowo urządzone, gdyż kanały odprowadzające są bardzo daleko. Przy szpitalu znajdują się letnie dla chorych baraki“.

Aby zakończyć ze sprawą budynków zaznaczę, że z większych budowli i restauracji szpitala w późniejszych latach wykonano jeszcze następujące:

1) z powodu powiększenia w Kaliszu straży celnej, której żołnierze korzystają ze szpitala, zaszła potrzeba rozszerzenia lokalu dla chorych oraz nabycia różnych przedmiotów (łóżka żelazne, kołdry, płaszcze, bielizna), na co wydano w 1885 r. 4000 rub. Nadto ogród szpitalny otoczono murem, kosztem 301 rub. Na pokrycie tych wydatków rząd z funduszków departamentu celnego zwrócił szpitalowi 3500 rub.

2) W 1889 r. zbudowano przy szpitalu nowy barak piętrowy systemu amerykańskiego o dwóch obszernych salach, każda na 40 osób, z oddzielnym pokojem dla ciężko chorych; barak ten został zbudowany na miejscu byłego magazynu solnego; na budowę i urządzenie baraku Ministerjum Spraw Wewn. asygnowało z własnych funduszków 4200 rub., nadto zaś zaciągnięto pożyczkę z funduszków miejskich budowlanych 5000 rb. Koszt budowy wynosił 7945,84 rub., a urządzenia wewnętrzne 694,97 rub.

3) W 1880 r. urządzono kamerę dezynfekcyjną żelazną w oddzielnym budynku dla dezynfekcyi za pomocą suchego gorącego powietrza. Kamera pochodziła z fabryki w Petersburgu. W 1892 r. do starej kamery przystosowano urządzenie do dezynfekcyi parą nieprzeprzaną T° 100° C.

4) W 1899 r. z zapisu Aleksandry Nieniewskiej szpital otrzymał piętrowy dom murowany wartości około 8000 rub. ofiarowany na mieszkanie Sióstr Miłosierdzia. Piętro zajmują siostry, parter wynajmowany jest prywatnym lokatorom.

W ostatnich latach (1904—1905) zaszły następujące zmiany w szpitalu.

1) Zbudowano barak choleryczny na terytorium szpitala z funduszków Kasy Miejskiej, obliczony na 36 chorych kosztem 3700 rub. Barak zbudowany został w ten sposób, iż w razie cholery dwa skrzydła są przeznaczone dla chorych, korpus główny dla lekarzy, sióstr, służby, nadto kuchnia, łazienka i t. d. Korpus ten w przyszłości ma służyć dla chorych zakaźnych, skrzydła zaś boczne mają być zniesione.

2) W pralni zostosoowano centryfużę.

3) Urządzono laboratorium bakteryologiczne — ze względu na cholere — kosztem 157 rub.

Pierwsi kuratorzy nie odgrywali w życiu szpitala ważniejszej roli. Kolejno następowali po sobie Roman Bierzyński pisarz Dyrekcyi Szczeg. Tow. Kredyt. Ziemskiego, (1870—1879); Jan Niedomański, właściciel domu w Kaliszu, wreszcie fabrykant Juljan Schner. W 1892 r. Schner zrzekł się obowiązków kuratora, które tymczasowo zostały powierzone starszemu lekarzowi szpitala Dr. Adamowi Drozdowskiemu.

Lekarz starszy według ustawy był odsunięty od szpitala. Kiedy stanowisko objął w 1879 r. Dr. A. Drozdowski, człowiek energiczny i szpitalowi oddany, usiłował on wywierać pewien wpływ na bieg życia szpitalnego. Lecz początkowo wpływy te były bardzo małe, bo wszelkie chęci rozбивały się o przeszkody, jakie wynikały z ustroju zarządu, z ustawy 1870 r.

Jeśli też lekarz starszy mógł być coś przeprowadzić, to tylko dzięki poparciu prywatnemu inspektora lekarskiego Weissa. Wpływy Drozdowskiego powiększyły się za czasów gubernatora Daragana, który interesował się szpitalem i popierał lekarza starszego. Dzięki też temu poparciu lekarz starszy, Drozdowski, właściwie wbrew ustawie 1870 r., został w 1892 r. tymczasowo pełniącym obowiązki kuratora szpitala św. Trójcy i obowiązki te pełni do dnia dzisiejszego. To odstępstwo od litery prawa, to oddanie w ręce jednej osoby, lekarza starszego rządów szpitala było, jak wykazały fakty i jak świadczą da-

wni i obecni lekarze tegoż szpitala, wypadkiem bardzo szczęśliwym dla szpitala. Zkoncentrowanie władzy w rękach energicznego i oddanego sprawie człowieka doprowadziło do tego, że inne organy (Rada Dobroc. Publ., intendent) nie działały hamująco i pozwalały na ujawnienie niezbędnej w działalności kierowniczej sprężystości. Od-tąd wszystko — zarówno dział lekarski, jako też cała administracja, gospodarstwo wewnętrzne i kontrola kasowa, było kierowane przez jedną osobę, jako ściśle z sobą związane dziedziny życia szpitalnego. Ustrój taki pod każdym względem wydał bardzo pomyślne wyniki, zwłaszcza, że władza została wręczona człowiekowi, oddanemu szczerze szpitalowi.

Dzięki temu zarówno pod względem urządzeń wewnętrznych, jak i działalności, szpital św. Trójcy należy do lepszych szpitali w Królestwie Polskiem.

Pomyślnie także wpływała na stan szpitala okoliczność, że szpital św. Trójcy obowiązany był przyjmować na kurację wojskowych. Stąd szpital miał dochody, nadto zaś dzięki temu, władze administracyjne, gubernator i władze wojskowe czuwały nad stanem szpitala. Dzięki też temu, szpital otrzymywał ze skarbu państwa zasiłki, o czem wyżej wzmiankowaliśmy.

Dział gospodarczy w Szpitalu św. Trójcy prowadzą siostry miłosierdzia. Usunięte ze szpitala w 1867 r. wróciły one do Kalisza we wrześniu 1871 r. i objęły obowiązki na mocy kontraktu zawartego z Instytutem św. Kazimierza. Kontrakt ten został wzorowany na dawnym, zawartym jeszcze w 1864 r. Brzmienie tego kontraktu jest następujące:

Działo się w Mieście Warszawie
w Domu Zgromadzenia Sióstr Miłosierdzia u św. Kazimierza dnia 27-go
miesiąca Sierpnia 1864 roku.

Między Jmć księdzem Walentym Dmochowskim Wiytorem X. X. Misyonarzy i Sióstr Miłosierdzia tudzież

Joanną Schwartz Wizytatorką, Maryanną Trzciniąską asy-
stentką i Antoniną Kowalską Ekonomką Zgromadzenia
Sióstr Miłosierdzia, własnem i całego Zgromadzenia imie-
niem działającemi z jednej, a Radą Szczegółową Opiekuń-
czą z drugiej strony stanęła dobrowolna następująca
umowa.

I. Siostry Miłosierdzia mając, sobie aktem urzędo-
wym z d. 1 (13) Lutego 1862 r. zdziałanym zapewniony
fundusz przez Hrabinę Bielińską stosownie do swych re-
guł przyjmują zarząd wewnętrzny szpitala św. Trójcy
w Kaliszu, usługę chorym, tymczasem w liczbie pięciu;
a mianowicie, dozór nad kaplicą, spiżarnią, westjarnią
i pralnią, jak też nad apteką domową.

II. Od Sióstr Miłosierdzia, a mianowicie od Przeło-
żonej zależeć będzie przyjmowanie i odprawianie sług
szpitalnych, jako też czuwanie nad ich dobrem sprawowa-
niem się i spełnianiem wiernem obowiązków powierzonych.

III. Siostra Miłosierdzia mianowana przez wizyta-
torkę, będzie tem samem należeć do składu Rady Szczegółowej i na posiedzeniach jej przedstawiać potrzeby szpi-
tala, robić zapotrzebowania i to wszystko, co zmierza ku
dobru zakładu.

IV. Siostry z tego wszystkiego, co im będzie dane na
potrzeby chorych, będą się rachować radzie, z tego zaś co
stanowi ich fundusz lub co osobiście i wyłącznie dla nich
ofiarowanem będzie, nikomu więcej, tylko własnej Przeło-
żonej i Wizytatorce zdawać będą rachunek.

V. Rada Szczegółowa ze swej strony nad fundusz
Hrabiny Bielińskiej da wygodne pomieszkowanie Siostrom
Miłosierdzia, zaopatrywać je będzie w światło, opał i gru-
bą bieliznę.

VI. W razie słabości albo też śmierci którejj Sio-
stry, będzie ona leczona, a w przypadku śmierci i grzeba-
na stosownie do stanu kosztem szpitala.

VII. Gdyby która z sióstr uległa kalectwu i nieposobności do spełniania obowiązków, będzie zastąpioną przez drugą, od Wizytatorki przyslaną; jeżeliby to kalectwo wydarzyło się po 10-u latach pobytu w szpitalu i usługi chorym, w takim razie nabędzie ona prawa, aby z ogółu funduszu szpitalnego utrzymywaną była do śmierci.

VIII. Pierwsze koszta przyjazdu Sióstr Miłosierdzia z Warszawy do Kalisza, jako też sprawienie potrzebnych sprzętów, to jest łóżek, statków, etc., opędzone zostaną z procentu zaległego od summy, legowanej przez hrabinę Bielińską; w dalszym zaś czasie, kiedy wypadnie siostronom odbyć podróż do Warszawy w skutek zarządzonej zmiany, to koszta podróży ponoszone zostaną przez stronę, która takowej zmiany zażąda.

IX. Jeżeli w późniejszym czasie Rada Szczegółowa zażąda powiększenia liczby Sióstr, a nie będzie na to osobnego funduszu, to koszta sprowadzenia ich poniesione zostaną przez Radę Szczegółową.

X. Odbiorem procentu od summy legowanej dla Sióstr same Siostry zajmować się będą — w razie zaś zachodzącej trudności Rada Szczegółowa w pomoc przychodzić im będzie.

XI. Że w szpitalu św. Trójcy mają przytułek chory syfilityczni, którym usługi oddawać Siostry Miłosierdzia wcale się nie podejmują, bo im tego ich Reguła zabrania, dla tego rada Szczegółowa zobowiązuje się zaraz przeciąć komunikację z innymi chorymi i tak ich odosobnić, aby żadnej styczności nie mieli, tylko ze wspólnej spiżarni będą żywieni, nad czem Siostry dozór mieć będą jako też nad służbą oraz troszczyć się, aby Sakramentami Świętymi opatrywani na drogę wieczności byli.

XII. Rada Szczegółowa do prowadzenia Rachunków, odrabiania korespondencji z władzami, utrzymywania meldunków i t. p. czynności kancelaryjnych utrzymywać będzie pisarza.

XIII. Umowa niniejsza w trzech egzemplarzach jednozgodnych spisana, przez obydwie strony od daty jej

zatwierdzenia przez Radę Główną Opiekuńczą Zakładów Dobroczynnych w Królestwie Polskiem, o co się Rada Szczegółowa powiatu kaliskiego szpitala, św. Trójcy w Kaliszu postara, podpisana.

Zmocy upoważnienia z d. 31 Lipca (12 Sierpnia) 1864 r. № 690 w Imieniu Rady Szczegółowej szpitala św. Trójcy w Kaliszu.

(Podpisano) *ks. Sebastjan Martyński, ks. W. Dmochowski, Wizyt. Zgr. X. X. Miss. i Sióstr Miłosierdzia Joanna Schwartz, Wizytatorka Maryanna Trzcńska, asystentka Antonina Kowalska ekonomka.*

W miarę wzrostu szpitala zwiększała się liczba sióstr Miłosierdzia: w 1881 r. szpital posiada już sześć sióstr, następnie było siedm obecnie (1906 r.) Sióstr Miłosierdzia jest osiem.

Jak wyżej już wspomniałem, od 1892 r. zarząd szpitala spoczywa w jednych tylko rękach lekarza starszego, który jednocześnie pełni obowiązki kuratora szpitala. Według świadectwa lekarzy i mieszkańców Kalisza temu tylko skoncentrowaniu władzy zawdzięczać należy rozwój szpitala. Lekarz starszy czuwa zarówno nad działem lekarskim, jak i nad administracją, nabywaniem potrzebnych dla szpitala produktów i przedmiotów, co bywa ułatwiane nie przez urzędowe licytacje, lecz o wiele tańszym i praktyczniejszym sposobem gospodarczym. Dzięki temu szpital, jakkolwiek rozporządza skromnymi funduszami, rozwija się i pod względem urządzeń wewnętrznych należy niewątpliwie do najlepszych szpitali prowincjonalnych.

Jednocześnie pod względem lekarskim szpital kroczy za rozwojem nauki. Gdy dawniej w szpitalu było dwóch lekarzy obecnie pracuje czterech. Dało to możliwość wytworzenia pewnych specjalności: chirurgja, akuszerya, choroby wewnętrzne i nerwowe, choroby weneryczne.

Oprócz stałych lekarzy pracują w czasie wakacyi studenci medycyny, a także przygodnie lekarze z miasta lub przyjezdni. Przy szpitalu istnieje nadto laboratorium chemiczno bakteryologiczne. Wreszcie lekarze szpitalni udzielają pomocy chorym przychodnim w ambulatoryum, urządzonem przy szpitalu.

W końcu podajemy wykaz prac naukowych, drukowanych przez obecnych lekarzy szpitala św. Trójcy. Prace dawnych lekarzy szpitalnych podane są w słowniku Kościńskiego.

W. WILCZEWSKI:

1) Ostry gościec stawów i ospa czarna, zastosowanie salicylanu sodu bez skutku — śmierć (Gaz. Lekarska T. XXI. 1876 r.).

2) Odwrotne położenie organów wewnętrznych (situs perversus viscerum) (Gaz. Lek. T. XXV. 1878 r.).

A. DROZDOWSKI:

1) Opis operacyi uwięzionej przepukliny pachwinowej, z utworzeniem sztucznego odbytu (Gaz. Lek.).

2) O użyciu jodoformu do opatrunku szankrów a także wrzodów i ran (Tamże).

3) Rana kłuta, drążąca klatki piersiowej, przepuklina traumatyczna płuc (Tamże T. XXVI. 1879 r.).

4) Tłuszczak olbrzymich rozmiarów (Tamże 1882 r. № 52).

5) Sprawozdanie z I go kongresu międzynarodowego, hypnotyzmu eksperymentalnego i terapeutycznego (Medycyna 1890 r.).

6) Przypadek tęcza urazowego, zastosowanie wstrzykiwań podskórnych zawiesiny mózgu królika (Gazeta Lekarska 1900).

N. GODLEWSKI:

1) Przypadek zaczadzenia czadem z lampy (Czasop. Lek. № 1. 1904 r.).

M. KASPRZAK:

- 1) Myoma ligamenti lati (Medycyna 1895 r.).
- 2) Tubae accessoriae tubae Fallopii (La Gynecologie 1895 r.).
- 3) Sprawozdanie z oddziału położniczego przy szpitalu św. Trójcy w Kaliszu za rok 1900. (Czasop. Lek. Łódź r. 1900.).

Na tem kończymy opis dziejów szpitala św. Ducha św. Trójcy w Kaliszu. Mamy zupełną świadomość, że w opisie tym są luki, że częstokroć brak ciągłości lub oświetlenia ważnych nawet faktów. Brak materiałów, rozproszenie ich po różnych archiwach przynajmniej w części może służyć usprawiedliwieniem.



Szpital św. Trójcy w Kaliszu.
Dom administracyjny. Główny gmach dla chorych. Mieszkanie
Sióstr Miłosierdzia.

ROZDZIAŁ XVI.

Stan obecny szpitala św. Trójcy ¹⁾.

Szpital św. Trójcy zajmuje posesyę między ul. Wrocławskie Przedmieście a Nowym Światem przestrzeni 12985 metr. kwadr. Z przestrzeni tej, pół morgu zajmuje ogród (kasztany, lipy, jesiony), z którego korzystają chorzy.

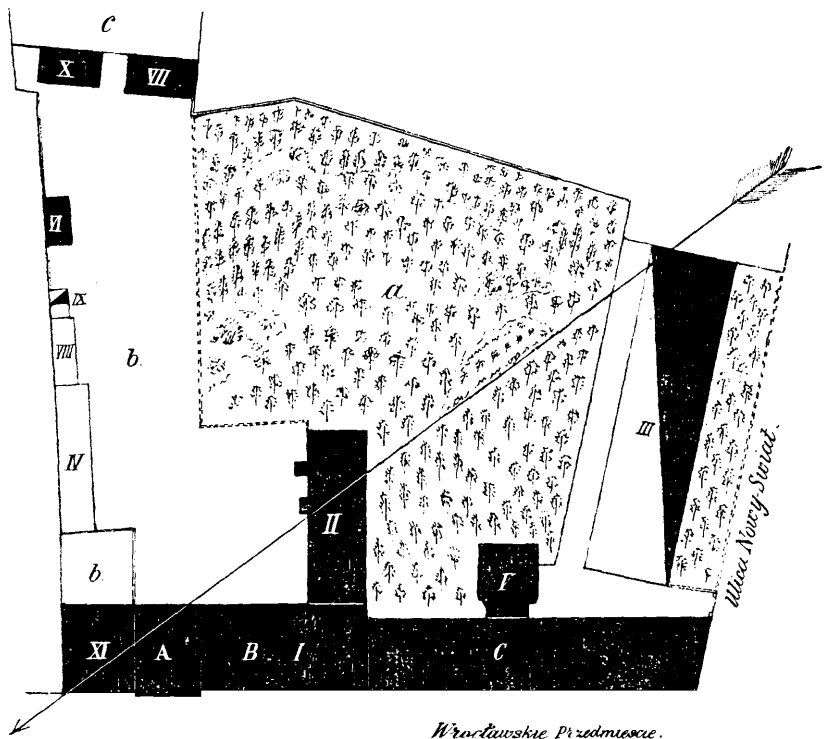
Grunt posesyi szpitalnej jest przepuszczalny. Budynki są suche, z wyjątkiem najstarszego gmachu, domu administracyjnego, gdzie jest wilgoć.

Rozkład zabudowań na posesyi tej wykazuje podany na str. 287 plan sytuacyjny.

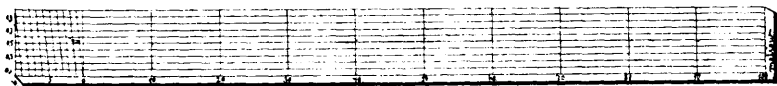
Rozkład poszczególnych budynków podajemy w następujących tablicach wraz z oddzielnymi planami.

(Patrz rys. str. 288).

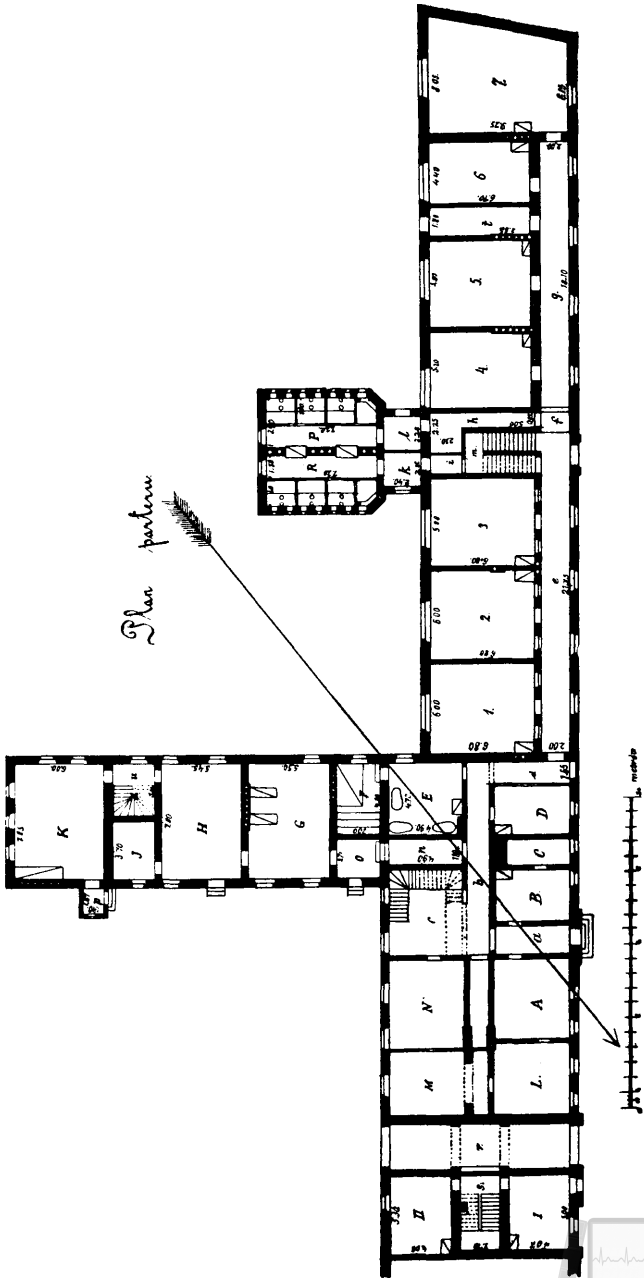
¹⁾ Opis stanu obecnego oraz plany z objaśnieniami zawdzięczam Dr. A. Drozdowskiemu.



Wrocławskie Przedmieście.



I. A. Kaplica, część mieszkania SS. Miłos. Dwa oddzielne pokoje dla chorych B. Dom administracyjny. C. Gmach główny dla chorych. II Parter: kuchnia, maglarnia, pralnia. Piętro: oddzielne pokoje chorych, suszarnia. III. Nowy murowany barak. IV. Barak drewniany dla chorych zaraźliwych. V. Ustępy. VI. Budynek, mieszczący piec dezynfekcyjny. VII. Kaplica przedpogrzebowa i trupiarnia. VIII. Zabudowania gospodarcze. IX. Ustępy. X. Obora i stajnia. XI. I-sze piętro—mieszkanie sióstr; parter wynajęty lokatorom prywatnym. a. Ogród szpitalny. b. Podwórze. c. Ziemia orna.



Parter gmachu głównego oznaczonego na planie sytuacyjnym I—A—B—C—D—E—F.

PRZEZNACZENIE UBIKACYI		Powierz- chnia po- dłogi	Objętość ubikacyi	Płaskożna okien	Stosunek okien do podłogi	Ilość łóżek etatów.
		m ²	m ³	m ²		
<i>Parter głównego pa- wilonu.</i>						
1*	Mieszkanie felczerów	40,80	150,96	7,91	1:5,17	—
2*	Sala chorych . . .	40,80	150,96	7,91	1:5,17	9
3*	Sala chorych . . .	39,98	147,93	7,91	1:5,05	9
4*	Sala chorych . . .	34,04	129,35	6,48	1:5,25	7
5*	Sala chorych . . .	39,53	150,21	6,48	1:6,10	9
6*	Laboratorium . . .	29,48	112,02	6,48	1:4,55	—
7*	Sala chorych . . .	65,68	249,58	9,74	1:6,73	10
I.*	Pokój oddzielny dla chorych	20,35	61,05	3,60	1:5,65	2
II.	Pokój oddzielny dla chorych	21,46	64,38	1,80	1:11,92	2
A.	Kancelarya szpitalna	—	—	—	—	—
B.	Ambulatoryum . . .	—	—	—	—	—
C.	Ambulatoryum . . .	—	—	—	—	—
D.	Gabinet starszego le- karza	—	—	—	—	—
E.	Łazienka	23,03	69,09	1,90	1:12,12	—
F.	Łaźnia parowa . . .	14,40	45,36	0,68	1:21,18	—
G.	Kuchnia	42,90	135,14	5,45	1:7,87	—
H.	Magiel	42,51	133,91	5,45	1:7,8	—
I.	Spizarnia	10,36	32,63	0,55	1:18,83	—
K.	Pralnia	47,10	176,63	11,26	1:4,18	—
L.	Mieszkanie intendenta	—	—	—	—	—
M.	Mieszkanie intendenta	—	—	—	—	—
N.	Mieszkanie intendenta	—	—	—	—	—
O. ¹⁾	Pomieszczenie dla odźwiernego	—	—	—	—	—

* Część światła pada z korytarzy.

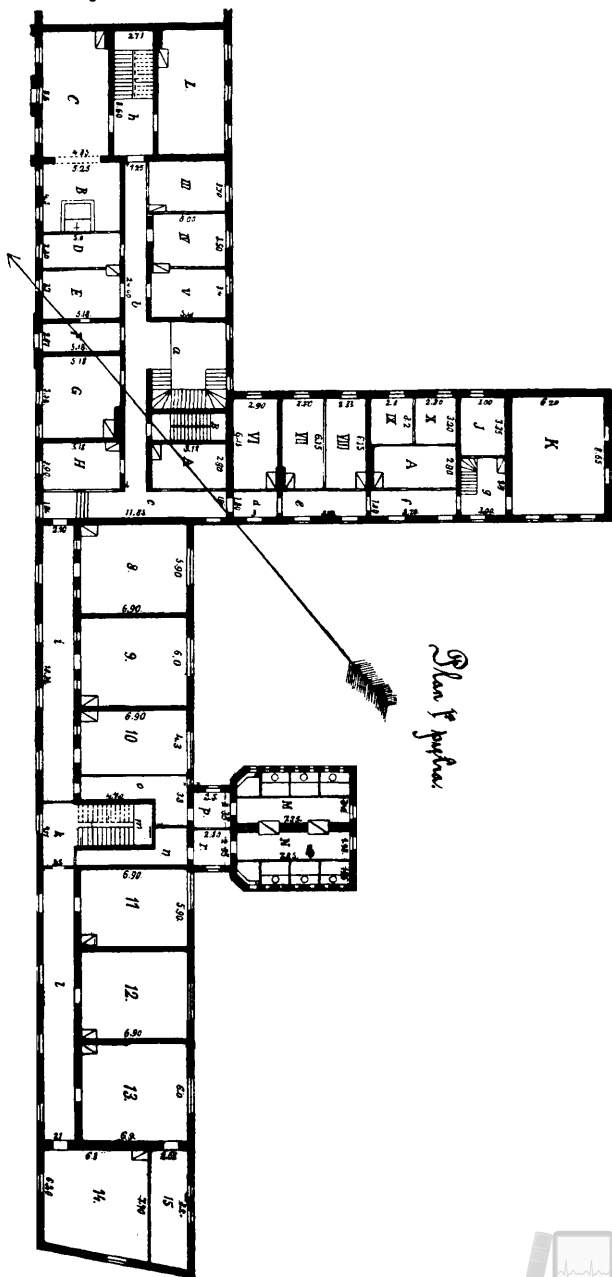
1) Światło z korytarza.

Pam. Tow. Lek. T. 102, Z. II.

PRZEZNACZENIE UBIKACYI		Powierz chnia po- dłogi	Objętość ubikacyi	Płaczynna okien	Stosunek okien do podłogi	Ilość łózek etatów.
		m ²	m ³	m ²		
P.	Ustępy	24,48	88,13	2,32	1:10,55	—
R.	Ustępy	24,48	88,13	2,32	1:10,55	—
a.	Sień wejściowa	—	—	—	—	—
b.	Korytarz	—	—	—	—	—
c.	Klatka schodowa	—	—	—	—	—
d.	Korytarz	8,66	25,98	2,33	1:3,71	—
e.	Korytarz	43,50	163,13	14,03	1:3,10	—
f.	Korytarz	2,20	8,25	—	—	—
g.	Korytarz	36,20	133,94	13,05	1:2,77	—
h.	Korytarz	8,97	32,96	—	—	—
i.	Korytarz	9,90	27,51	—	—	—
k.	Korytarz	5,16	19,09	1,71	1:3	—
l.	Korytarz	5,16	19,09	—	—	—
m.	Klatka schodowa	—	—	—	—	—
n.	Korytarz	9,02	27,06	—	—	—
o.	Sień	8,10	25,52	—	—	—
p.	Sień	2,30	5,52	0,57	1:4	—
r.	Brama wjazdowa	—	—	—	—	—
s.*)	Klatka schodowa	—	—	—	—	—
t.	Korytarz	11,27	42,83	—	—	—

* Światło z bramy wjazdowej.

I-sze Piętro Gmachu Głównego.



	PRZEZNACZENIE UBIKACYI	Powierz- chnia po- dłogi	Objętość ubikacyi	Płazczyzna okien	Stosunek okien do podłogi	Ilość łóżek etatów.
		m ²	m ³	m ²		
	<i>I-sze piętro.</i>					
8*	Sala chorych	40,71	162,84	7,56	1:5,25	9
9*	Sala chorych	41,4	165,60	7,56	1:5,48	9
10*	Sala chorych	29,67	118,68	7,02	1:4,23	7
11*	Sala chorych	35,88	148,14	6,50	1:5,55	7
12*	Sala położnicza . . .	40,71	156,73	6,50	1:6,26	5
13*	Sala operacyjna . . .	41,40	159,39	6,50	1:6,37	—
14	Sala chorych	46,58	179,33	5,93	1:7,85	9
15	Skład materiałów opatrunkowych . . .	20,40	78,54	2,53	1:8,06	—
III.	Oddzielny pokój dla chorych	19,35	68,89	1,93	1:10,03	2
IV.	Oddzielny pokój dla chorych	17,50	56,87	1,93	1:9,07	1
V.	Oddzielny pokój dla chorych	17,61	57,23	1,93	1:9,12	1
VI. ¹	Oddzielny pokój dla chorych	17,84	53,52	1,76	1:10,14	3
VII. ¹	Oddzielny pokój dla chorych	16,60	49,80	1,76	1:9,43	3
VIII. ²	Pokój dla obłąka- nych	17,40	52,20	1,76	1:9,89	2
IX. ²	Pokój dla obłąka- nych	8,96	25,98	0,59	1:15,19	1
X. ²	Pokój dla obłąka- nych	8,96	25,98	0,59	1:15,19	1

* Część światła pada z korytarzy.

¹ Dla zanieczyszczających się.

² Światło okien zmniejszone drewnianymi kratami do $\frac{1}{3}$ części.

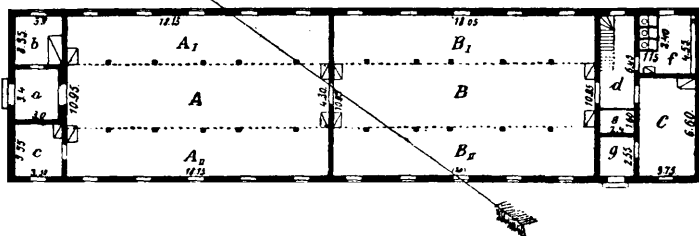
PRZEZNACZENIE UBIKACYI		Powierz- chnia po- dłogi	Objętość ubikacyi	Płaczynna okien	Stosunek okien do podłogi	Ilość łóżek etatów.
		m ²	m ³	m ²		
A.*	Łazienka	15,02	48,06	1,73	1:8,68	—
B.	Kaplica	23,63	93,30	3,14	1:7,52	—
C.	Kaplica	37,41	149,64	7,18	1:5,21	—
D.	Zakrystya	11, 5	37,38	1,84	1:6,25	—
E.	Apteczka	19,17	61,34	1,84	1:10,42	—
F.	Laboratorium apte- czne	10,74	33,29	1,84	1:5,84	—
G.	Skład bielizny	28,75	90,85	3,68	1:7,82	—
H.	Mały magazyn	15,54	48,17	1,84	1:8,32	—
I.	Mały magazyn	11,85	34,36	1,76	1:6,73	—
K.	Suszarnia	53,63	128,71	2,34	1:22,92	—
L.	Pokój Sióstr Miło- sierdzia	—	—	—	—	—
M.	Ustępy	25,40	96,52	2,31	1:11	—
N.	Ustępy	25,40	96,52	2,31	1:11	—
a.	Klatka schodowa . . .	—	—	—	—	—
b.	Korytarz	30,50	102,17	—	—	—
c.	Korytarz	21,33	66,12	3,32	1:6,42	—
d.	Korytarz	5,40	15,93	1,76	1:3,07	—
e.	Korytarz	10,26	30,27	3,52	1:3	—
f.	Korytarz	10,26	30,27	3,52	1:3	—
g.	Klatka schodowa . . .	11,70	34,52	1,76	1:6,64	—
h. ¹	Klatka schodowa i korytarz	23,48	205,45	—	—	—
i.	Korytarz	38,54	152,23	10,12	1:3,81	—
k.	Korytarz	9,55	37,72	2,53	1:3,77	—
l.	Korytarz	38,22	147,15	10,12	1:3,77	—
m.	Klatka schodowa . . .	—	—	—	—	—

* Światło z korytarza.

¹ Światło pada z góry przez szklany dach.

PRZEZNACZENIE UBIKACYI		Powierz- chnia po- dłogi	Objętość ubikacyi	Płaszczyzna okien	Stosunek okien do podłogi	Ilość łózek etatów.
		m ²	m ³	m ²		
n.	Korytarz	10, 2	40, 8	—	—	—
o.	Korytarz	14,35	57,40	0,68	1:2,11	—
p.	Przedśionek	5,88	22,34	1,67	1:3,52	—
r.	Przedśionek	5,88	22,34	1,67	1:3,52	—
s.	Schody na strych	—	—	—	—	—
t.	Pokój posługacza	15,95	46,26	—	—	—

Plan nowego baraku.



Barak nowy murowany.

PRZEZNACZENIE UBIKACYI		Powierz- chnia po- dłogi	Objętość ubikacyi	Płaszczyzna okien	Stosunek okien do podłogi	Ilość łóżek etatów.
		m ²	m ³	m ²		
<i>Barak nowy.</i>						
A. ¹	Sala chorych . . .	78,05	561,96	5,76	—	—
AI.	Sala chorych . . .	60,39	184,19	9,77	—	—
AI.	Sala chorych . . .	60,39	184,19	9,77	—	—
		198,83	930,34	25,30	1:7,86	30
B. ¹⁾	Sala chorych . . .	77,62	558,86	5,76	—	—
BI.	Sala chorych . . .	60,72	183,37	9,77	—	—
BII.	Sala chorych . . .	60,12	183,37	9,77	—	—
		197,86	925,60	25,30	1:7,82	30
C.	Pokój zapasowy . . .	24,75	75,49	1,96	1:12,63	—
a.	Sień	10, 2	32,13	—	—	—
b.	Łazienka	11,05	34,81	1,96	1;5,64	—
c.	Mały magazyn . . .	11,05	34,81	1,96	1:5,64	—
d.	Korytarz	15,48	47,21	1,96	1:7,9	—
e.	Komórka	3,84	11,71	—	—	—
f.	Ustępy	17,06	51,18	1,2	1:14,22	—
g.	Sień	6,12	18,67	—	—	—

1) Sala składa się z trzech części, mianowicie: środkowej części wysokiej 7,2 metr., oświetlonej górnymi okienkami i dwóch bocznych części, wysokości 3,05 metr. i oświetlonych zwyczajnymi oknami.

Szczegóły każdej części wykazane oddzielnie.

Barak stary drewniany dla chorych zakaźnych.

	PRZEZNACZENIE UBIKACYI	Powierz- chnia po- dłogi	Objętość ubikacyi	Płaszczyna okien	Stosunek okien do podłogi	Liczba łóżek etatow.
		m ²	m ³	m ²		
	<i>Stary barak.</i>					
I.	Dla chorych zakaź- nych	30,93	83,51	1,67	1:18,52	5
II.	Dla chorych zakaź- nych	23,58	63,67	1,67	1:14,02	3
III.	Dla chorych zakaź- nych	26,18	69,38	1,67	1:15,59	4
a.	Sień	3,80	10,26	—	—	—
b.	Korytarz	4,03	10,88	—	—	—
c.	Mały magazyn	2,63	7,10	—	—	—
d.	Komórka	1,70	4,59	—	—	—
r.	Korytarz	3,24	8,91	—	—	—
	Mały magazyn	1,92	5,28	—	—	—
g.	Sień	9,75	30,23	—	—	—

W powyższych budynkach jest 16 większych sal oraz 10 oddzielnych pokojów, mogących pomieścić 180 łóżek dla chorych. Dość znaczna liczba oddzielnych sal oraz ich rozkład daje możność podziału sal na oddziały dla chorych wewnętrznych, chirurgicznych, zakaźnych, wenerycznych, kobiecych, położnic, wreszcie pokoje i separatki dla chorych umysłowych, oraz dla zanieczyszczających się.

Przestrzeń powietrza, przypadająca na jednego chorego, jest rozmaita w różnych częściach szpitala. Najgorsze warunki znajdujemy w głównym gmachu. Na parterze odnośne cyfry (w metr. sześć.—w okrągłych cyfrach) dla poszczególnych sal są: 17; 16; 18; 7; 25. Na piętrze: 18; 18; 17; 21; 31 (sala dla położnic) 20. W nowym baraku: 31; 21. W starym baraku (dla zakaźnych): 16; 21; 17. W oddzielnych pokojach warunki są o wiele lepsze: odnośne cyfry wahają się między 25 a 56. Wyjątek stanowią dwa pokoje dla zanieczyszczających się, gdzie na chorego przypada 18 i 17 metr. sześć.

Ściany w salach chorych i oddzielnych pokojach są malowane jasną klejową farbą, na korytarzach i w instytutach są lamperye olejne do wysokości $2\frac{1}{2}$ łokcia. Malowanie odbywa się co 2—3 lata. Skrobanie w miarę potrzeby co 5—6 lat. Sala operacyjna, położnicza, apteka, w nowym baraku i sień wchodowa całe są malowane olejno.

Podłogi w całym gmachu są drewniane olejno malowane, za wyjątkiem korytarzy dolnych w gmachu głównym (z płyt cementowych) oraz ustępów w nowym baraku, gdzie są podłogi cementowe. W sali operacyjnej podłoga jest z płytek Metlachowskich. W sali operacyjnej ściany są olejno malowane, kąty zaokrąglone, podłoga z płytek Metlachowskich, ściek do kanału odprowadzającego brudne wody. Oddzielnego pokoju opatrunkowego niema. Opatrunki robią się w sali operacyjnej lub na salach chorych.

Sterylizator przenośny fabryki Schmidta (Wejmar) za pomocą pary bez podwyższonego ciśnienia. Sterylicya bardzo niedostateczna.

Co się tyczy wentylacji, to w każdej z 14 sal (główny gmach) jest urządzona z blachy żelaznej rura wyciągowa (32×16 cm), zaopatrzona u góry i u dołu w odpowiednie szyby, które się otwierają w miarę potrzeby. Rury wystają nad dachem gmachu na 1½ metra. Do zasilania sal powietrzem czystym służy inny system rur, wystających na zewnątrz gmachu w liczbie 21, ze strony ul. Wrocławskie-Przedmieście; zewnętrzne otwory rur pokryte drucianymi siatkami i odstającymi pokrywami. Z rur tych przechodzi powietrze zewnętrzne do pieców i stąd, po ogrzaniu, przez odpowiednią rurę na salę. Oprócz tego na salach i korytarzach są urządzone w oknach nadokienniki. W pokojach oddzielnych wentylacja odbywa się za pomocą lufcików i okien. W salach dla zakaźnych — za pomocą rur wentylacyjnych, na dach wyprowadzonych. W nowym baraku wentylacja odbywa się za pomocą nadokienników, oraz kanałów, umieszczonych między podwójnymi ścianami baraku i wyprowadzonych do kominów.

Ustępy w szpitalu, w obec nieskanalizowania miasta i gmachu, są urządzone względnie dobrze.

W głównym gmachu dla chorych mężczyzn chirurgicznych i wenerycznych są po 3 komórki z jednym sedesem w każdej i jedną komórką z pisuarem. Posadzka w komórkach cementowa. Oprócz sedesów dla chorych w każdym oddziale jest jeszcze po jednej komórce dla administracji. Taki sam rozkład komórek ustępowych jest na pierwszym piętrze dla kobiet z chorobami wewnętrznymi, chirurgicznymi i wenerycznymi. Assenizacja ustępów odbywa się za pomocą proszku otwockiego, przez filję fabryki „Otwock“. Fekalja z sedesem przechodzą przez rury steingutowe do podziemnego hermetycznie zamkniętego obszernego zbiornika cementowego, gdzie codziennie z rana bywają przesypywane proszkiem otwockim, co wytwarza bezwoną prawie masę, usuwaną ze zbiorników periodycznie. Z górnej części zbiornika wychodzi kanał mурowany, otwierający się do wysokiego kolumna od kuchni, celem usuwania gazów tą drogą.

W baraku murowanym są dwa zwykłe pokojowe sedesy z proszkiem otwockim, automatycznie sypiącym się przy zamknięciu do wiadra cynkowego. Zawartość z wiader jest codzień usuwaną do zbiornika w gmachu głównym. Ustępy w gmachach łączą się bezpośrednio z korytarzami i są ogrzewane zwykłymi piecami.

Sali dziennej dla chorych szpital nie posiada.

Umebłowanie sal oprócz łóżek i szafek stanowią 1 lub 2 stoły, 2 do 6 krzeseł (w tej liczbie fotele) i parawany. W oddzielnych pokojach (№№ 1, II, III, IV, V) są łóżka, szafka, stół, 2 — 4 krzeseł, sofa, umywalnia żelazna.

Łóżka są żelazne, zwyczajne. Oprócz stale będących na salach 180 łóżek jest 23 zapasowych, w tej liczbie 6 dziecinnych. Sienniki nabijane słomą; 10% sienników materacowych. Bielizna: 215 poduszek pierzanych i słomianych w miarę potrzeby; kołder 190; prześcieradeł 350; powłoczek 350; ręczników 270; podkładów 340; koszul 180; gaci 130; spódnic 6; czepków 200; ręczników 270; pończoch 42; czapek 220; pantofli 130; chałatów zimowych 140 i letnich 200. Spódnic szpital kobietom nie dostarcza, chyba wyjątkowo. Koszule chorzy zmieniają co tydzień; gacie co 1—2 tygodnie, bieliznę pościelową co 2 tygodnie.

Grzebieni i szczotek dla chorych dostarcza szpital. W każdej sali ogólnej jest wodociąg i zlew do mycia; dla chorych słabszych miednice. W oddzielnych pokojach są umywalnie.

W gmachu głównym są 2 łazienki: na parterze dla mężczyzn, na górze dla kobiet; trzecia łazienka jest w nowym baraku dla mężczyzn. Oprócz tego jest łaźnia parowa, oraz 2 wanny przenośne (cynkowe). Wanien miedzianych stałych jest 7. Do każdej wanny przeprowadzona jest rurami woda zimna z rezerwoaru pod dachem, woda zaś gorąca ze specjalnego kotła. W szpitalu stosują się kąpiele zwykłe, nasiadowe, ręczne, nożne, nadto prysznic. Z wanien korzystają wyłącznie chorzy szpitalni; jedna wanna z trzech znajdujących się na I piętrze służy dla

SS. Miłosierdzia. Mydła do mycia dostarcza chorym szpital (zwyczajne lub szare).

Wszystkie brudne wody ze szpitala są odprowadzane oddzielnymi kanałami do rzeki.

Oświetlenie sal jest zupełnie wystarczające. Stosunek powierzchni okien do podłogi wykazany jest w tablicach przy planach. Okna w gmachu głównym są skierowane na południo-wschód, w nowym baraku na południo-zachód i południo-wschód. W nocy jest oświetlenie gazowe: palniki Auera umieszczone są w korytarzach, skąd światło wystarczające dochodzi przez okno między salą i korytarzami.

Trupiarnia mieści się w oddzielnym budynku w podwórzu obok kaplicy przedpogrzebowej. Badania pośmiertne w celach naukowych wykonywane są rzadko (około 6 rocznie).

Ogrzewanie sal i pokoi odbywa się za pomocą pieców kaflowych, dobrze zbudowanych w 1897 r. (wyłożone są cienką piecową cegłą, plastrówka). Piece posiadają kanały dla ogrzewania powietrza zewnętrznego, wchodzącego do sal. Korytarze są ogrzewane piecami żelaznymi (Regulier-Ofen).

S ł u ż b a. Posługaczów i posługaczek przy chorych jest 8; nadto 2 kucharki; 4 praczki; 1 służąca przy aptece; 2 siostry; 1 łaziennik; 1 na posyłki; 1 odźwierny; 1 posługaczka przcz ustępach — razem osób 21. Oprócz tego w razie potrzeby najmuje się posługacza do chorych zakaźnych oraz praczkę dodatkowo.

Służba salowa wstaje o godz. 5-ej rano, kładzie się spać o 9 wieczorem. W pracy jest cały dzień, z wyjątkiem niedziel i świąt, kiedy mają wychodne: każdy posługacz i posługaczka wychodzą rano lub popołudniu naprzemian. Służba salowa sypia na salach; inni pracownicy w suterrenach. Stałych dyżurów w nocy niema. Dyżury odbywają się tylko w razie potrzeby. Co się tyczy pensyi to odźwierny otrzymuje 7 rb. miesięcznie, wszyscy inni. męczczyźni po 5 rb., kobiety po 4 rb. Nadto co roku „na

gwiazdkę* służba otrzymuje razem wszyscy 120 rb. Cała służba otrzymuje bieliznę szpitalną, a oprócz tego posługacze salowi mają bluzy. Życie służba otrzymuje od szpitala: na śniadanie żur; na obiad rosół $\frac{1}{2}$ litra z kaszą; mięsa $\frac{3}{4}$ i jarzyna, kluski i t. p.; kolacya: żur z kartoflami. Oprócz tego mężczyźni dostają 2 f. chleba, a kobiety $1\frac{1}{2}$. Służba zmienia się dość często służą od miesiąca do 6 lat, a dłużej wyjątkowo. Wogóle służba żeńska jest lepsza i służy dłużej. Służbą salową zarządzają SS. Miłośierdzia, pozostałą służbą — intendent. Kary pieniężne na służbę nie są nakładane.

Ży w i e n i e c h o r y c h odbywa się według reley, wskazanej w ustawie 1842. Żywienie jest wogóle niedostateczne. Wodę dostają chorzy w kubkach metalowych emaljowanych z rur wodociągowych, rozprowadzonych po salach. Wodociąg własny. Woda otrzymuje się ze studni, specjalnie w tym celu wykopanej. Do jedzenia chorzy na salach ogólnych otrzymują tylko łyżki blaszane emaljowane; chorzy w oddzielnych pokojach dostają nadto noże i widelce. Jadają na łózkach lub na stolikach przy łózkach. Chorzy na salach dostają wazkę do zupy i talerz emaljowany; chorzy zaś w oddzielnych pokojach dostają talerzy ile potrzeba.

K u c h n i a mieści się w przyległej do głównego gmachu oficynie. Są 2 zwyczajne angielskie kuchnie, wodociąg i zlew. Ilość statków wystarczająca. Wadę stanowi stary system kuchen. Dla potrzeb kuchni jest duża pokojowa lodownia. Z kuchni do spiżarni przechodzi się przez maglarnię. Piwnice są niezupełnie suche.

P r a l n i a o r a z s u s z a r n i a mieszczą się w specjalnym budynku, połączonym z maglarnią.

B r u d n ą b i e l i z n ę po chorych zakaźnych dezynfekuje się w kamerze dezynfekcyjnej. Zresztą, o ile można, chorym zakaźnym daje się najbardziej zniszczoną bieliznę — i ta, po użyciu, ulega spaleniu.

Czysta bielizna przechowuje się w oddzielnym pokoju (westjarnia). Dla brudnej bielizny każdy oddział ma oso-

bną zamykaną skrzynię, stojącą w korytarzu, prowadzącym do ustępów. Opróżniają ją co tydzień. Bielizna bardziej zanieczyszczona zapiera się odrazu. Od chorych zakaźnych bieliznę dezynfekuje się zaraz. Bielizna i rzeczy chorych przechowują się w obszernem pomieszczeniu oddzielnem na strychu.

Najważniejsze braki szpitala: 1) barak dla chorych zaraźliwych stary, celowi swemu nie odpowiada; 2) brak odpowiednich urządzeń dla chorych umysłowych, których szpital często musi przyjmować; 3) brak oddzielnej sali dla kobiet, dotkniętych chorobami skórными, które szpital mieści razem z prostytutkami; 4) brak sali dziennej dla chorych; 5) niedostateczne odżywianie chorych, 6) niedostateczna dezynfekcja; 7) nieodpowiednia i niedostatecznie płatna niższa służba szpitalna, a przytem przeciążona pracą; 8) brak salki opatrunkowej; 9) braki w urządzeniu sali operacyjnej (sterylizacja, instrumentarium) nieodpowiednio urządzona kuchnia.

Z a r z ą d s z p i t a l a; Lekarz starszy, Adam Drozdowski; ordynator młodszy Waleryan Wilczewski; ordynator nadetatowy Marcin Kasprzak; ordynator nadetatowy Nepomucen Godlewski ¹⁾.

Obowiązki kuratora pełni czasowo lekarz starszy.

Pielęgowaniem chorych, kuchnią i t. p. zajmują się Siostry Miłosierdzia św. Winc. à Paulo, których jest 7 ²⁾. Starsza siostra Aniela Kędzierska (od 25 lat pozostająca w Kaliszu) oprócz ogólnego nadzoru zarządza bielizną. Trzy siostry są przy chorych, jedna zajmuje się w aptece, jedna w kuchni i jedna w pralni.

Administracyą zajmuje się intendent, Erazm Paszkiewicz, który ma do pomocy jednego kancelistę.

Do pomocy przy chorych są dwaj felczerzy.

W gmachu szpitalnym mieszkają oprócz sióstr miłosierdzia, intendent, kancelista i jeden felczer.

¹⁾ Od 1905 r. Dr. L. Zbierzchowski.

²⁾ Obecnie (1906 r.) jest 8 sióstr.

Chorych do szpitala przyjmuje intendent na mocy kwalifikacji lekarskiej oraz urzędowego zaświadczenia, kto będzie opłacał za leczenie szpitalne (odezwa magistratu, gminy i t. p.). W razach nagłych chorego przyjmują bez żadnych dokumentów.

Aptekę własną prowadzi szpital. Lekarstwa przyrządza siostra Miłosierdzia pod nadzorem starszego lekarza.

Działem wydatków zarządza Rada Gubern. Dobr. Publ. Administruje bezpośrednio szpitalem kurator w osobie starszego lekarza i intendent. Dostawa wszelkich produktów spożywczych, opału i t. p. uskutecznioma jest przez jednego dostawcę, z wyjątkiem mleka dostarczanego sposobem gospodarczym, czem zajmują się Siostry Miłosierdzia.

Umowę z dostawcami zawiera Rada Gubern. Dobr. Publ., a wybór dostawców odbywa się przez licytację.

Wszelkie odnawianie gmachów od 1895 r. odbywa się sposobem gospodarczym.

Skład Rady Gubernialnej Dobroczywności Publicznej.

Prezes 1) Gubernator Nowosilcow.

Członkowie z urzędu: 2) Wicegubernator, Stremouchow; 3) Prezes Izby Skarbowej Morozow; 4) Inspektor urzędu lekarskiego Żabotynskij; 5) Naczelnik Dyrekcyi Naukowej Kostylow; 6) Radca Rządu Gubernialnego Wojciechowski

Członkowie z wyboru: 7) Maurycy Mamroth bankier i posiadacz większej własności ziemskiej; 8) Emil Repphan — właściciel fabryki sukna i posiadacz większej własności ziemskiej; 9) Daniel Zawadzki — Adwokat przys., Prezes Towarz. Dobroc. w Kaliszu; 10) Niemojewski Wacław właściciel ziemski, Prezes Towarzystwa Rolniczego w Kaliszu; 11) Reutt Łukasz, emeryt b. nauczyciel gimnazjum.

Kuratorzy szpitali i przytułków.

12) Szpitala św. Trójcy — pełniący czasowo obowiązki starszy lekarz Adam Drozdowski.

13) Szpitala Starozakonnych Tykociner Izrael, właściciel apteki.

14) Przytułek starców — Vacat.

15) Sekretarz Referent Rady — Stanisław Michałowicz.

16) Buchalter Rady — Michał Zieliński.

Na posiedzeniach Rady, które odbywają się raz na miesiąc, bywa starszy lekarz, jedynie w charakterze czasowego kuratora szpitala.

Fundusze szpitala.

Kapitał żelazny w dniu I/I 1903 wynosił 42184,36 rb. Powstał z zapisów rozmaitych osób; w tem główny zapis ś. p. Kasztelanowej Anny Bielińskiej z Grodzca w sumie 13050 rb. Kapitał ten umieszczony przeważnie w Banku państwa dał w 1902 r. rocznego dochodu 1178,64 t. j. 2,7%.

Co się tyczy nieruchomości to oprócz budynków zajętych na szpital są jeszcze: 1) piętrowy dom murowany, wartości około 8000 rb. z zapisu Aleksandry Nieniewskiej w 1899 r. na mieszkanie dla Sióstr Miłosierdzia, piętro zajmują Siostry Miłosierdzia, parter zaś chwilowo jest wynajęty; 2) gruntu 1 mórg 187 prętów, wynajętego przez władze wojskowe; 3) 4 place w Kaliszu oznaczone №№ 405 — 409 — 439 — 535, znajdujące się w wieczysto-czynszowej dzierżawie. Z nieruchomości powyższych szpital w 1902 otrzymał 238,96 rb.

Najważniejszą rubrykę dochodów stanowi opłata za leczenie chorych szpitalnych. Od dnia 1 stycznia 1902 roku na salach ogólnych wewnętrznych, chirurgicznych i innych chory płaci za dobę 50 kop. W od-

dzielnych pokojach 1 rb. za dobę. Opłata chorych w 1901 r. wynosiła 17428 rb. Duża jednak część opłaty za leczenie pozostaje nieuiszczoną. W dniu 1 Stycznia 1903 r. nieuiszczonych kosztów kuracyjnych liczył szpital 10467,61 rb. Z tej kategorii dochodów co pewien czas umarza się pewna suma, jako niemożliwa do wyegzekwowania. W 1883 roku w ten sposób umorzono 12228,30 rb. kosztów kuracyjnych z lat dawnych.

Wogóle dochody szpitala św. Trójcy w 1902 r. były następujące:

a.	Odsetki od kapitałów	1178,64
b.	Dochody z nieruchomości	238,96
c.	Zapomoga od miasta Kalisza	2500,00
d.	Opłata chorych za leczenie	17428,00
e.	Dochody nadzwyczajne	278,77
f.	Zwrot pożyczki udzielonej innej instytucji .	178,11
g.	Z innych źródeł	896,08
h.	Pozostałość z 1901 r.	6,47
	R a z e m . .	22705,03

Wydatki szpitala św. Trójcy w 1902 r.

1	Pensya lekarzy (500+400)	900,00
2	„ intendentą	500,00
3	„ Sióstr Miłosierdzia	802,50
4	„ felczerów (315+255)	560,00
5	„ służby szpitalnej	1368,00
6	„ kancelisty	240,00
7	„ kapelanów (240 katol. + 50 praw + 30 Ewang.)	320,00
8	Żywność	9459,40½
9	Mydło (zwyczajne 22¾ pud. szare 23,4 pud. 191,10 + 112,32)	303,42
10	Słoma (964 pud. 18 funt.)	626,86
11	Soda i farbka (25½ pud. + 12¼ funt. = 40,08 + 14,70)	54,78
12	Koszt lekarstw	673,82
13	Koszt materiałów opatrunkowych	360,00
14	Narzędzia	75,00
15	Ubranie, bielizna i pościel	1553,80
16	Opał	2814,90
17	Oświetlenie (630,20 gaz. + 65,0 Nafta)	695,20

18	Restauracja budynków	591,04
19	Drobne reparacje, naprawy, rzemieślnicy, naczynia kuchenne, utensylia salowe i gospodarcze	718,87
20	Ubezpieczenie od ognia	139,02

Wyszczególnienie niektórych pozycji
(żywność, światło, opał).

a.	Mięsa wołowego 498 pud. 15 ¹ / ₂ funt.	2368,83
b.	Cielęciny 148 pud. 34 ¹ / ₂ funt.	545,65
c.	Kaszy jęczmiennej 39 czetwiert. 7 czetweryk. 1 garn.	178,69
d.	Drobnej kaszki 19 czetwert. 1 czetweryk 3 garn.	617,50
e.	Kaszy gryczanej 11 czetwiert. 5 czetweryk. 7 garn.	176,02
f.	Kaszy jaglanej 10 czetwert. 6 czetweryk. 4 garn.	119,79
g.	Mąki pszennej 1 czetwert. 1 czetweryk. 5 garn.	101,99
h.	Mąki żytniej 6 czetwert. 4 czetweryk. 5 garn.	61,77
i.	Grochu polnego 2 czetwert. 2 czetweryk. 1 ¹ / ₂ garn.	27,28

j.	Kartofli 104 czetwert. 2 czetweryk. 3 garn.	377,27
k.	Soli 61 pud. 7 funt.	30,58
l.	Mleka 603 wiadra $9\frac{2}{3}$ krużki	664,34 $\frac{1}{2}$
m.	Masła 70 pud. 10 funt.	1222,00
n.	Bułek 308 pud. 6 funt.	744,36
o.	Chleba pytlowego 793 pud. 28 funt.	1109,55
p.	Jaj 21924 sztuki	657,72
r.	Kapusty 5970 sztuk	405,96
s.	Śledzi 1012 sztuk.	50,60
R a z e m . .		9459,40 $\frac{1}{2}$
a.	Świec stearynowych 9 funt.	2,43
b.	Nafty 26 pudów	65,00
c.	Drzewa sosnowego sążni $8\frac{1}{2} \times 40$ r.	340,00
d.	Węgla kamiennych 4425 cent 100 funtowych à $59\frac{1}{2}$ kop. z ustępstwem 6‰	2474,90

T A B L I

Kapitały i dochody szpitala św. Trójcy na podstawie sprawozdań do 1841 r. i ruble od 1847). Cyfry grube

Rok	Kapitały	Zapomoga od skarbu	Z nieruchomości	% od kapitału	Zasitek od miasta	Zwrot kosztów kuracyjnych	Zwrot pożyczek udzielonych innym zakładom	Ofiary, widowiska
1823	—	—	1364	403	—	613	—	1020
24	—	—	938	156	—	501	—	312
26	—	—	2879	290	—	7712	—	13
29	45885	—	2811	285	—	4878	—	14
1835	—	—	—	—	—	—	—	—
36	46136	—	—	—	—	—	—	—
1841	—	—	—	—	2000	—	—	—
47	9030	825	596	170	350	710	—	—
1854	9165	—	319	132	300	5526	—	1
55	9930	—	290	41	1100	5046	—	169
56	9042	—	237	114	800	5180	—	1451
57	9042	—	212	81	1400	3088	—	196
59	5942	—	230	90	700	2953	—	78
1861	—	—	370	115	—	3793	—	83
62	6301	—	406	203	—	3972	—	120
63	7191	—	310	195	672	4289	—	82
65	19915	—	12	163	—	1935	—	165
66	19517	600	9	152	817	1507	—	256
67	19517	—	—	14	817	2659	—	91
68	20117	—	199	103	600	2061	—	1022
1870	—	—	17	—	1561	1020	—	16
71	23446	—	501	755	—	4237	—	1254
72	25259	—	530	825	1600	3172	—	1381
73	25259	—	535	807	1348	4016	—	2109
74	25068	—	637	1336	658	3414	—	939

C A I-sza.

wozdań urzędowych w cyfrach okrągłych (złote polskie wskazują, że liczba dotyczy dwóch rubryk.

Z innych źródeł	Razem	Remanent z roku ubiegłego	Zaległości kosztów kuracyjnych	Inne zaległości	Ogółem wpływy	Zaległe koszty kuracyjne	Inne zaległości	Razem
764	—	1771	1554	—	7520	—	—	4855
1907	—	701	1617	—	8134	—	—	5567
5013	—	1095	4651	—	21669	—	—	1786
2370	—	9303	445	—	20108	—	—	3888
—	—	—	—	—	34650	—	—	—
—	—	—	—	—	15867	—	—	—
—	21716	5478	—	—	29194	—	—	—
1514	4167	1506	—	—	5673	—	—	4395
829	7109	2165	—	—	9275	—	—	7746
1522	—	1322	—	—	9492	—	—	8898
145	—	1436	—	—	6244	—	—	—
1825	—	1332	—	—	8136	—	—	—
517	—	2995	—	—	7566	—	—	—
383	4747	579	—	2043	7370	—	—	—
709	5412	665	—	1777	7856	—	—	—
343	5895	115	—	1797	7809	—	—	5648
1408	3685	1856	—	3331	8873	—	—	8620
1103	4446	538	—	3241	8226	—	—	10240
484	4067	71	—	4583	8722	—	—	11373
24	4011	184	—	5653	9650	—	—	9937
773	3402	—	1090	—	4492	9122	—	—
1802	8552	—	4409	—	12962	9326	—	—
—	7510	450	6343	—	14303	7096	—	—
—	8851	540	4944	—	14336	6090	—	—
—	6988	107	4065	—	11160	8019	—	—

Rok	Kapitały	Zapomoga od skarbu	Z nieruchomości	% od kapitału	Zasitek od miasta	Zwrot kosztów kuracyjnych	Zwrot pożyczek udzielonych innym zakładom	Ofiary, wdowi-ska
1875	25518	—	657	896	—	5125	—	1118
76	26518	—	739	938	2000	5194	—	1210
77	26518	—	632	946	2060	5158	—	805
78	26518	—	827	969	2060	4903	—	932
79	30792	—	453	1069	2060	4771	—	2178
1880	31619	—	449	1066	2060	4994	—	3282
81	31619	—	416	1095	2060	6394	—	454
82	31619	—	404	1157	5060	5254	—	712
83	32055	—	361	1086	3500	6175	—	600
84	35485	—	352	1170	3260	4227	—	1692
85	35485	—	347	1238	3000	4492	—	601
86	37027	—	353	1194	3260	9096	—	3537
87	37689	—	294	1594	2060	7385	—	1668
88	37678	—	172	955	2060	6924	—	3640
89	38172	—	242	1201	2060	6967	—	406
1890	38199	—	164	1183	3060	6125	—	1476
91	38229	—	394	825	1060	6221	—	625
92	40379	—	29	1104	5060	6078	—	350
93	40611	—	29	1870	3160	6955	—	68
94	45270	—	29	1729	3000	6190	3842	103
95	48497	—	49	1145	3060	6387	4434	32
96	48663	—	47	1154	3060	6651	6709	164
97	49568	—	47	1158	3060	4223	6821	16
98	51085	—	32	1144	3060	3244	—	39
99	42065	—	32	1145	3060	4670	3	31
1900	42000	—	318	1152	3000	4966	400	—
1901	42184	—	236	1165	3000	5913	—	—
1902	42184	—	238	1178	2500	7853	178	—

Z innych źródeł	Razem	Remanent z roku ubiegłego	Zaległości kosztów kuracyjnych	Inne zaległości	Ogółem wpływy	Zaległe koszty kuracyjne	Inne zaległości	Razem
153	7932	127	5173	944	14187	6632	931	7564
126	10210	55	5010	923	16199	7423	581	8004
126	9729	1581	4601	427	16340	8619	636	9256
126	9818	705	4170	493	15187	10589	505	11094
126	10658	1001	4095	466	16220	10921	603	11524
126	11980	841	4299	376	17498	16251	743	16995
126	10547	155	5885	416	17005	18908	560	19468
126	12715	136	6160	388	19398	17731	476	18207
126	11850	1956	4896	336	19040	6821	458	7279
261	10905	193	5833	346	17279	5869	957	6827
261	9941	106	4696	885	15629	9196	692	9880
261	17702	246	6333	525	24808	9177	620	9798
261	13264	1115	5822	501	20694	9778	724	10503
261	14015	288	5061	563	19928	12660	1014	13675
261	11139	60	8101	1005	20305	13521	813	14340
261	12271	6	7758	885	20922	13974	812	14786
261	9387	161	8078	656	18284	14446	3178	17624
2599	15223	—	7584	3211	26018	15952	666	16619
6700	18785	122	10553	591	30053	12890	107	12997
2012	16907	439	6689	107	24142	13502	142	13644
2744	17855	74	11557	114	29601	9454	687	10142
888	18676	90	7481	358	26605	9509	1051	10560
2011	17338	424	7055	823	25642	9202	965	10167
1370	8891	864	7619	556	17931	10220	1140	11361
1000	9951	297	7240	645	18134	8243	1223	9466
255	10093	129	5398	10	15631	9371	2241	11613
5960	16275	—	6234	204	22714	11197	2794	13992
278	12227	6	9575	896	22705	10467	2580	13047

T A B L I

Wydatki szpitala św. Trójcy (w cyfrach

W Y D A T K I.

Rok	Pensye	Kancelarya	Żywność chorych	Żywność służby	Lekarstwa, na- rządza i t. p.	Opał, światło, pranie	Bielizna, pościel	Drobne reparacye	Różne wydatki niewym. w rubr.	Razem
1823	1560	30	2846	—	456	513	636	190	941	6575
24	1185	27	2460	—	519	122	101	298	2031	6735
26	1380	30	6257	—	300	820	—	51	4896	13735
29	2600	—	6732	—	—	410	—	48	5707	15498
1835	2190	—	5240	—	1851	607	—	45	779	10712
36	2822	—	5431	—	1266	429	133	89	—	6311
1841	3070	—	7839	729	3143	781	—	571	—	—
47	727	—	1567	—	742	468	—	88	723	4317
1854	788	—	4040	—	1166	612	798	10	1144	8562
55	1114	—	3105	—	1039	666	300	108	2348	8682
56	1392	—	3652	—	1242	369	92	133	975	7857
57	1092	—	1991	—	1281	871	254	114	1889	7494
59	1335	—	2320	—	1416	831	—	139	—	5050
1861	996	—	1981	593	1288	1162	—	142	—	6164
62	1101	—	4005	—	1142	1303	—	359	—	8393
63	1124	—	4224	461	1352	2106	—	270	—	9540
65	1082	—	3225	471	1936	1745	—	621	—	9082
66	1184	—	3482	527	884	1406	—	347	—	7833
67	1195	—	4857	615	1649	1627	—	281	—	10226
68	1188	—	4129	621	1426	2169	—	228	—	8763
1870	326	—	697	157	734	501	—	301	—	2718
71	1770	—	4116	1466	1411	1359	—	278	—	10403
72	2154	—	3912	2237	991	2601	—	590	—	12487
73	2328	—	5765	1288	1029	2100	—	489	—	13000
74	2932	—	4905	1334	958	1827	—	248	—	12206

C A II-ga.

okrągłych — złote polskie i od 1847 ruble).

W Y D A T K I.

Nowe budynki remont	Wydatki zaległe	Wsparcia dla wy- chodząc. ze szpit.	Nieprzewidziane wydatki	Pożyczono innym zakładom	Wogóle należało zapłacić	Zapłacono	Pozostało do spła- ty	Gozowizna w ka- sie
—	—	—	—	—	—	—	1054	—
—	—	—	—	—	—	—	953	—
—	—	—	—	—	—	—	160	—
—	—	—	—	—	—	—	175	—
—	11220	—	—	—	—	—	—	12718
—	30	—	—	—	—	16513	—	—
3747	876	—	—	—	—	20758	—	8435
—	356	—	—	—	5552	4673	879	—
—	33	—	—	—	9552	8595	956	—
—	224	—	—	—	9436	8907	529	—
—	108	—	—	—	—	7965	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	778	—	6829	—	—	—
—	—	540	—	—	6704	6704	—	—
—	44	635	—	—	9074	7535	1538	—
—	2898	—	—	—	12438	7607	4830	201
—	3200	1219	—	—	13502	8335	5167	538
—	5354	1789	—	—	14977	8154	6822	71
—	6401	279	—	—	16908	8537	8370	184
—	8360	165	—	—	17289	9451	7835	399
310	2969	—	141	—	7410	4492	2918	—
—	2918	—	1621	—	1494	12512	2430	450
—	1596	—	1561	—	15645	13763	1882	540
—	1848	—	820	—	15670	14228	1441	107
—	1442	—	691	—	14341	11023	3317	137

Rok	Pensye	Kancelarya	Żywność chorych	Żywność służby	Lekarstwa, na- rządza i t. p.	Opał, światło, pranie	Bielizna, pościeł	Drobne reparacye	Różne wydatki niewym. w rubr.	Razem
1875	3523	166 5072	1109	807	1678	454	331	334	13477	
76	3522	174 4391	1289	874	1747	442	627	124	13192	
77	3557	149 5510	1346	902	1743	601	320	82	14214	
78	3530	180 4900	1248	631	1571	736	432	78	13509	
79	3629	176 4574	1261	874	1759	1311	407	61	14055	
1880	3671	223 5725	1222	990	2638	1501	896	81	16952	
81	3852	224 5861	1222	919	1831	485	414	97	14908	
82	3906	285 7861	1048	828	1656	1638	339	91	17656	
83	3972	222 7942	1042	874	1862	698	285	98	17001	
84	3999	149 6361	1222	906	1820	740	571	128	15899	
85	4038	154 7677	1340	1141	1533	803	350	135	17173	
86	4472	134 7673	1572	1382	2190	1357	514	112	19419	
87	4617	180 7211	1497	1242	1981	1234	494	119	18580	
88	4908	222 8081	1557	1812	2743	1427	520	155	20928	
89	4916	172 8207	1557	1455	2818	1642	920	174	21865	
1890	4946	138 8348	1538	1303	2957	858	546	166	20805	
91	4827	202 8272	1527	1082	3296	1663	586	183	21643	
92	4179	74 9092	1328	1103	3373	689	713	415	20971	
93	4175	74 8528	1314	1140	3270	1025	652	466	20648	
94	4175	170 7424	1290	1279	2845	1146	1020	554	19908	
95	4259	190 6955	1299	1023	2536	1381	1497	629	19771	
96	4271	159 7362	1394	1085	2505	1363	1143	322	19607	
97	4267	155 6922	1287	1042	2575	816	837	460	18360	
98	4304	141 5889	1274	970	2443	766	693	437	16921	
99	4453	158 5977	1341	1071	2356	757	660	646	17422	
1900	4486	174 7751	1573	1078	3152	862	700	654	20434	
1901	4490	165 7802	1477	1113	3455	1064	837	967	21375	
1902	4624	243 8261	1834	1067	4013	1553	718	1161	23490	

Nowe budynki remont	Wydatki zaległe	Wsparcia dla wychodząc. ze szpit.	Nieprzewidziane wydatki	Pożyczono innym zakładom	Wogóle należało zapłacić	Zapłacono	Pozostało do spłaty	Gotowizna w kasie
—	3317	—	714	—	17509	14132	3377	55
—	3377	—	100	—	16671	14618	2053	1581
277	2053	—	282	—	16827	15635	1192	705
492	1192	—	184	—	15379	14186	1192	1001
544	1618	—	145	—	16364	15378	985	841
999	985	—	667	—	19605	17342	2262	155
593	2262	—	203	—	17968	16868	1100	136
779	1100	—	210	—	19746	17441	2305	1956
625	2305	—	212	—	20145	18846	1299	191
808	1299	—	175	—	18183	17173	1009	106
558	1112	—	165	—	19010	15382	3627	246
850	6063	—	166	—	16499	23702	2796	1005
1333	2796	—	185	—	22895	20406	2489	288
978	2489	—	162	—	24558	19868	4689	60
555	5057	—	172	—	27650	20299	7351	6
1239	7251	—	177	—	29473	20760	8712	161
897	8713	—	333	—	31970	18667	13302	—
—	13039	—	174	1369	35553	25896	9657	122
1149	9629	—	598	3842	35868	29614	6353	439
1677	6253	—	221	4434	32495	24067	8427	74
—	8426	—	9	6709	34917	29511	5405	90
—	5'05	—	160	6821	31994	26181	5813	424
200	5817	—	—	7641	32047	24778	7268	86
299	7275	—	199	1504	26199	17633	8565	297
—	8508	—	5	414	26350	18004	8346	129
176	8433	—	267	245	29552	15631	13925	—
550	13962	—	24	17	35930	22707	13222	6
591	13214	—	—	188	37485	22352	14832	53

T A B L I C A III-cia.

Wykaz ruchu chorych i liczby dni szpitalnych.

Rok	Liczba chorych w ciągu roku	Liczba dni instytucjonalnych	Śmiertelność %	Etatowa liczba łóżek
1828	178	—	8	24
1834	258	—	6,6	40
1835	250	13904	15,2	40
1836	246	14537	14	40
1841	416	18733	12,5	40
1847	780	14624	17,0	40
1854	1090	20882	7	50
1855	318	11448	19	50
1856	897	22720	15	50
1857	752	24523	9	50
1858	713	26008	12	50
1859	655	19978	10	50
1860	795	23963	10	—
1862	802	26203	10	—
1863	1102	33755	5	—
1865	920	29233	7	—

Rok	Liczba chorych w ciągu roku	Liczba dni instytucyjnych	Śmiertelność %	Etatowa liczba łóżek
1866	306	6737	9	-
1867	959	21900	9	60
1868	874	23477	11	60
1871	859	26103	9	75
1872	1075	25405	7	75
1873	991	26718	9	75
1874	904	25908	10,5	75
1875	1063	23937	6	75
1876	1096	26316	6,5	75
1877	1087	—	8	75
1878	1102	27272	8	75
1879	1135	27278	10	75
1880	1110	31607	9	75
1881	1477	33304	8	75
1882	1277	31577	9	75
1883	1417	35176	10	75
1884	1280	30677	10	75
1885	1621	35712	7	75

Rok	Liczba chorych w ciągu roku	Liczba dni instytucjonalnych	Śmiertelność %	Etatowa liczba łóżek
1886	1681	41492	6	130
87	1615	39312	7	135
88	1816	43961	6	120
89	1796	45433	6,5	110
1890	1836	45199	6,5	115
91	1880	46004	8	118
92	2111	47393	8	122
93	2062	45091	8	124
94	1867	41975	7	126
95	1892	38652	6	120
96	1707	40675	7	106
97	1386	41576	8	108
98	1289	35398	10	108
99	1452	33976	8,5	105
1900	1771	39499	10	100
01	1794	42473	9	110
02	1692	36882	8	120

KONIEC.

R O C Z N I K

Zarządu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

URZĘDNICY I KOMITETY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO W R. 1906. CZŁONKOWIE KTÓRZY UBYLI, JAKO TEŻ NOWOWYBRANI. LISTA CZŁONKÓW HONOROWYCH, CZYNNYCH I KORESPONDENTÓW TOWARZYSTWA W R. 1906.

[Regul. § 109 A, punkt 1, 2, 3, 4].

1.

Lista Urzędników i Komitetów Towarzystwa

A) Urzędnicy.

Prezes—Dunin Teodor.

Wice-Prezes—Kamocki Walenty.

Sekretarz Stały Henryk Hoyer (Członek honorowy).

p. o. Sekretarza Stałego z powodu choroby Prof. Hoyera, Kosmowski Wiktoryn.

Sekretarz doroczny—Korzon Tadeusz.

Podskarbi—Dobroski Konrad.

Bibliotekarz—Bieliński Józef (Członek honorowy).

Redaktor Pamiętnika — Kamiński Stanisław (na lata 1906 — 1908).

Zarządzający pracownią Towarzystwa — Hoyer Henryk.

p. o. Zarządzającego pracownią z powodu choroby Prof. Hoyera, Pruszyński Jan.

Pam. Tow. Lek. T. 102, Z. II.

B) Zarząd Towarzystwa.

Wszyscy wyżej wymienieni urzędnicy oraz wybrani do Zarządu:

Kosmowski Wiktoryn (na lata 1906—1908).

Winiarski Józef (na 1903—1905).

Radziwiłłowicz Rafał (na lata 1904—1906).

UWAGA. Kol. Winiarski z powodu nie dojścia w r. b. do skutku głosowania na nowego Członka Zarządu, zaproszony został do pełnienia obowiązków Członka Zarządu w r. 1906.

C) Pomocnik Sekretarza dorocznego.

Landstein Ignacy.

D) Komitety.*1. Komitet Kasy Wsparcia, przy Towarzystwie istniejącej.*

Prezes—Dunin Teodor.

Wice-Prezes—Kamocki Walenty.

p. o. Sekretarza Stałego — Kosmowski Wiktoryn.

Zarządzający Kasą Wsparcia—Jakowski Maryan.

Członkowie z grona Towarzystwa wybrani:

Kosiński Juljan.

Sawicki Bronisław.

Szumlański Witold.

Członkowie wybrani z grona lekarzy nie należących do Towarzystwa Lekarskiego:

Heinrich Aleksander.

Żera Teofil.

Z urzędu będący członkami Kasy Wsparcia.

Wszyscy PP. Inspektorowie lekarscy lub ich zastępcy w guberniach Królestwa Polskiego, oraz P. Inspektor Lekarski miasta Warszawy.

UWAGA. W interesach prawnych Komitetu Kasy Wsparcia, jako też wogóle w interesach prawnych Towarzystwa Lekarskiego, przyjmują udział stale zaproszeni przez Towarzystwo dwaj prawnicy, w charakterze Radców prawnych, a mianowicie: P. Leszczyński Stanisław, adwokat przysięgły i P. Wasiutyński Zygmunt, notaryusz przy Sądzie Okręgowym w Warszawie.

II. Komitet opieki funduszu stypendyalnego z legatu D-ra Walentego Koczorowskiego.

Prezes—Dunin Teodor.

Członkowie stale przez Towarzystwo wybrani:

Dobrowski Konrad,
Gepner Bolesław,
p. o. Sekretarza Stałego — Kosmowski Wiktoryn.

III. Komitet do wybrania stypendysty im. D-ra Ignacego Gołębiowskiego.

(Wymienieni w poprzedzającym punkcie Prezes i 3-ch członków).

IV. Komitet do wybrania stypendysty imienia D-ra Polikarpa Girsztowta (w latach 1905—1907).

Gabszewicz Antoni.
Kijewski Franciszek.
Kosiński Julian.
Sawicki Bronisław.

Szteyner Władysław.
Wice-Prezes Kamocki Walenty.

V. Komitet biblioteczny.

Kamocki Walenty (jako Wice-Prezes Towarzystwa).
Korzon Tadeusz (jako Sekretarz doroczny).
Kamieński Stanisław (jako Redaktor Pamiętnika).
Giedroyć Franciszek (na lata 1904—1906).
Rzętkowski Kazimierz (na lata 1905—1907).
Hewelke Otton (na lata 1906—1908).

VI. Komitet Rewizyjny.

Ciechomski Andrzej (na lata 1905—1906).
Karczewski Adam (na lata 1905—1907).
Przyborowski Adam (na lata 1906—1908).

*VII. Komitet do oceny prac na konkurs z legatu D-ra
Walentego Koczorowskiego, oraz do zaprojektowania tema-
tów na rok następny.*

Chełchowski Kazimierz.
Dunin Teodor.
Dmochowski Zdzisław.
Flatau Edward.
Jakowski Maryan.
Sawicki Bronisław.
Wice-Prezes Kamocki Walenty.

*VIII. Komitet konkursowy imienia D-ra Tytusa Chału-
bińskiego (na okres 1905—1908 włącznie).*

Ciechomski Andrzej.
Gajkiewicz Władysław.
Jakowski Maryan.
Przewoski Edward.

Pruszyński Jan.
Sokołowski Alfred.
Wice-Prezes Kamocki Walenty.

IX. Komitet konkursowy imienia D-ra Adama Helbicha.

UWAGA. Stosownie do nowo zatwierdzonego regulaminu konkursu im. Helbicha, Członkowie tego Komitetu mogą być wybrani w Grudniu 1906 r.

X. Komitet premii psychiatrycznych z legatu D-ra Romualda Płaskowskiego (wybrany na lata 1906—1908).

Gajkiewicz Władysław.
Korniłowicz Edward.
Rychliński Karol.
Flatau Edward.
Wice-Prezes Kamocki Walenty.

XI. Komitet do wybrania delegata na zjazd psychiatryczny (zapomoga z legatu D-ra Płaskowskiego).

(Wyżej pod № X wymienieni Członkowie).

XII. Komitet nagród konkursowych imienia D-ra Leona Konitza (wybrany na lata 1906—1909).

Boryssowicz Teodor.
Neugebauer Franciszek.
Staniszewski Władysław.
Zweigbaum Maksymilian.
Wice-Prezes—Kamocki Walenty.

2.

Spis członków, którzy przybyli i ubyli.

Nowowybrani członkowie na początku roku 1906:

a) Członek honorowy

Biegański Władysław.

b) Członkowie czynni:

Dębiński Bolesław.
Horodyński Witold.
Majewski Antoni.
Monsiorski Zygmunt.
Starkiewicz Władysław.
Żebrowski Aleksander.
Żebrowski Bolesław.
Żenczykowski Władysław.

Członkowie zmarli w roku 1905 i na początku r. 1906:

a) Członek honorowy

Estreicher Antoni.

Członkowie czynni:

Rabek Ludwik (w 1905).
Strzeszewski Józef (w 1906).
Wróblewski Władysł. (w 1906).

Członkowie korespondencji.

Korczyński Edward w Krakowie.
Sztembart Wincenty w Guzowie.

3.

Lista Członków Towarzystwa.

a) Członkowie honorowi:

Baranowski Ignacy w Warszawie.
 Biegański Władysław w Częstochowie.
 Bieliński Józef w Warszawie.
 Dybowski Benedykt we Lwowie.
 Eiselt Bogumił w Pradze Czeskiej.
 Guyon Feliks Jan Kazimierz w Paryżu.
 Hoyer Henryk w Warszawie.
 Jordan Henryk w Krakowie.
 Kosiński Julian w Warszawie.
 Retzius Gustaw w Sztokholmie.

b) Członkowie czynni:

Adelt Zygmunt.	Bruner Władysław.
Anders Ludwik.	Bruner Jerzy.
Apte Markus.	Brühl Ludwik.
	Brzeziński Jan.
Babiński Leon.	Bucelski Stanisław.
Barszczewski Czesław.	
Bartkiewicz Bronisław.	Cetnarowicz Stefan.
Bączkiewicz Jan	Chelchowski Kazimierz.
Baranowski Ignacy (czł. hon.)	Chelmoński Adam.
Bauerertz Adam.	Ciechomski Andrzej.
Benni Karol.	Ciągliński Adam.
Bernhardt Robert.	Chwat Ludwik.
Białobrzeski Aleksander.	Chrostowski Bronisław.
Bieliński Józef (czł. hon.)	Cykowski Stanisław.
Biro Maksymilian.	
Borsuk Maryjan.	Dąbrowski Witosław.
Boryssowicz Teodor.	Dębiński Bolesław.
Borzęcki Tadeusz.	Dmochowski Zdzisław.
Borzymowski Jan.	Dobrowski Konrad.
Bregman Ludwik.	Dobrowolski Zdzisław.
Bronowski Szczęśny.	Dobrzycki Henryk.
Brunner Mikołaj.	Downarowicz Elżbieta

Drabczyk Teodor.
 Dudrewicz Kazimierz.
 Dunin Teodor.
 Dydyński Ludwik.
 Dymnicki Józef.
 Dytel Edward.
 Dzierżawski Bolesław.

Elsenberg Antoni.
 Endelman Zygmunt.
 Erbrich Feliks.

Feinstein Leon.
 Ficki Feliks.
 Flatau Edward.
 Flaum Maksymilian.
 Freudenson Władysław.
 Fruchtman Aleksander.
 Fryszman Aleksander.
 Funk Jakób.

Gabszewicz Antoni.
 Gajkiewicz Władysław.
 Garbowski Józef.
 Giedroyć Franciszek.
 Gepner Bolesław.
 Gepner Bolesław Ryszard.
 Goldbaum Józef.
 Goldbaum Mieczysław.
 Goldflam Samuel.
 Grabowski Józef Daniel.
 Gromadzki Jan.
 Groszlik Samuel.
 Grünbaum Adolf.
 Grudziński Zygmunt.
 Grundzach Ignacy.
 Guliński Franciszek.
 Guranowski Ludwik.
 Grzankowski Bolesław.

Halpern Jakób.
 Hanicki Wacław.
 Heiman Teodor.
 Heryng Teodor.

Hewelke Otton.
 Horodyński Witold.
 Hoyer Henryk.

Iwanicki Stanisław.

Jakimiak Bolesław.
 Jakowski Maryjan.
 Jałowiecki Olgierd.
 Janczewski Stefan.
 Jankowski Czesław.
 Janowski Władysław.
 Januszkiewicz Michał.
 Jasiński Tadeusz.
 Jaworski Józef.
 Jezierski Franciszek.

Kamieński Stanisław.
 Kamocki Walenty.
 Karczewski Adam.
 Karwacki Leon.
 Karwowski Konstanty.
 Kępiński Michał.
 Kijewski Franciszek.
 Koelichen Jan.
 Kohn Stanisław.
 Kołakowski Feliks.
 Konwerski Stanisław.
 Kopczyński Aleksander.
 Kopczyński Stanisław.
 Kopytowski Władysław.
 Koral Adolf.
 Kornilowicz Edward.
 Korybut Daszkiewicz Bohdan.
 Korzeniowski Mieczysław.
 Korzon Tadeusz.
 Kosiński Julian (czł. hon.)
 Kosmowski Wiktoryn.
 Kossobudzki Szymon.
 Kossowski Cezary.
 Kozerski Adolf.
 Krajewski Władysław.
 Kramszyk Zygmunt.
 Kramszyk Julian

Krauze Ludwik.
 Kryński Leon.
 Kucharzewski Henryk.
 Kuczyński Antoni.
 Kurtz Stanisław.

Landau Henryk.
 Landau Anastazy.
 Landstein Ignacy.
 Lande Adam.
 Lebensbaum Maksymilian.
 Leśniowski Antoni.
 Leszczyński Leonard.
 Lubliner Leopold.
 Luxenburg Józef.

Łapiński Waław.
 Łapiński Teodor.
 Łogucki Augustyn.

Majewski Antoni.
 Majkowski Julian.
 Malinowski Alfons.
 Malinowski Feliks.
 Markiewicz Stanisław.
 Markusfeld Stanisław.
 Mayzel Waław.
 Meyerson Stanisław.
 Męczkowski Waław.
 Mincer Adam.
 Monsiorski Zygmunt.
 Mutermilch Juliusz.
 Mutermilch Stanisław.

Natanson Antoni.
 Neugebauer Franciszek.
 Nusbaum Henryk.

Oderfeld Hipolit.
 Oltuszewski Władysław.
 Orłowski Edward.
 Orłowski Stanisław.
 Orzeł Kazimierz.
 Otto Czesław.

Pacanowski Henryk.
 Palmirski Władysław.
 Pawiński Józef.
 Perkowski Seweryn.
 Peszke Józef.
 Piltz Jan
 Piotrowski Józef.
 Polak Józef
 Polański Waław.
 Polikier Bernard
 Popiel Włodzimierz.
 Portner Szymon.
 Pruszyński Jan.
 Przewoski Edward.
 Przyborowski Adam.
 Pstrokoński Józef.

Radziwiłłowicz Rafał.
 Rappel Adolf.
 Raum Jan.
 Rejchman Mikołaj.
 Rembéliński Stanisław.
 Rodys Władysław.
 Rogoziński Józef.
 Rosenthal Albert.
 Roszkowski Maryjan.
 Rychliński Karol.
 Ryłko Maryjan.
 Rymowicz Feliks.
 Rzecznowski Leon.
 Rzętkowski Kazimierz.

Sadkowski Henryk.
 Sadowski Michał.
 Sawicki Bronisław.
 Sawicki Władysław.
 Sędziak Jan.
 Sierpiński Konstanty.
 Sikorski Antoni.
 Skłodowski Józef
 Skowroński Roman.
 Ślaski Julian.
 Sławiński Zdzisław.

Śmiechowski Antoni.
 Sokołowski Alfred.
 Solman Tomasz.
 Sommer Feliks.
 Srebrny Zygmunt.
 Staniszewski Władysław
 Stankiewicz Władysław.
 Stankiewicz Czesław.
 Starkiewicz Władysław.
 Steinhaus Julian.
 Sterling Władysław
 Stróżewski Konstanty.
 Świętecki Władysław.
 Świętecki Jan.
 Świętochowski Ignacy.
 Szumlański Witold.
 Szteyner Władysław.
 Szwajcer Jakób.
 Szymański Bronisław.
 Szyszło Wincenty.

Uliński Henryk.
 Warszawski Maksymilian.
 Weber Józef.
 Wesołowski Wacław.
 Winawer Adolf.
 Wilczyński Tadeusz.
 Winiarski Józef.
 Wisłocki Kazimierz.
 Wiśniewski Juljusz.
 Wizel Adam.
 Zaborowski Stanisław.
 Zaleski Karol.
 Zawadzki Józef.
 Zawadzki Władysław.
 Zieliński Edward.
 Zieliński Kazimierz.
 Zembrzusi Ludwik.
 Zembrzusi Stanisław.
 Zweigbaum Maksymilian.

Taczanowski Bronisław.
 Tchórznicki Józef.
 Thieme Apolinary.
 Trzeciński Tadeusz.
 Tuchendler Antoni.

Żebrowski Aleksander.
 Żebrowski Bolesław.
 Żenczykowski Władysław.
 Żurakowski Aleksander.
 Żurakowski Witold.

c) Członkowie przybrani.

Karpiński Wincenty w Warszawie.
 Mutniański Michał w Warszawie.
 Werner Emil w Warszawie.
 Żórawski Marcyan w Warszawie.

d) Członkowie korespondencji.

Arnstein Feliks w Kutnie.
 Babiński Józef w Paryżu.
 Bartoszewicz Wacław w Wilnie.

Białokur Franciszek w Jałcie.
Bielowski Franciszek w Moskwie.
Bernard Maryjan Błażej w Cannes.
Brudziński Józef w Łodzi.
Bujwid Odo w Krakowie.

Ciągliński Kazimierz w Siedlcach.
Ciechanowski Stanisł. w Krakowie.
Chodounsky Karol w Pradze Czeskiej.
Czajkowski Józef w Sosnowcu.
Czarkowski Ludwik w Wilnie.

Dambre w Courtrai, w Belgii.
Dąbrowski Ignacy w Ostrowcu gub. Radomskiej.
Domański Stanisław w Krakowie.
Dogiel Jan w Kazaniu.

Feilchenfeld Rafał w Otwocku.
Finger Ernest w Wiedniu.

Gałecki Stanisław w Łowiczu.
Garliński Władysław w Łodzi.
Głogowski Feliks we wsi Łachowce, pow. Tomasz. g. Lub.
Grellety Jan Lucyan w Vichy.
Grünfeld Józef w Wiedniu.

Handelsman Józef w Kutnie.
Hartwig w Ostendzie.
Hassewicz Stanisław w Karlsbadzie.
Heine w Canstadt.
Hoene Jan w Kijowie.
Hönigsberg Benedykt w Wiedniu.
Huchard Henryk w Paryżu.

Jabłoński Jan w Poitiers.
Janowski Witold w Pradze Czeskiej.
Janssens w Brukselli.
Jerzykowski Stanisław w Poznaniu.
Jurasz Antoni w Heidelbergu.

Koliński Józef w Łodzi.
Klikowicz Stanisław w Moskwie.

Křižek Čenek w Pradze Czeskiej.
Kulski Julian w Noworadomsku.

Liouville Henryk w Paryżu.
Lesser Władysław w Lipsku.
Lee John w Filadelfii.
Lachowicz Antoni w Berdyczowie.

Maixner Emeryk w Pradze Czeskiej.
Michl Franciszek w Pradze Czeskiej.
Mierzejewski Jan w Petersburgu.
Marty Józef w Rennes, we Francji.
Mallez Jan Franciszek w Paryżu.
Mendelsohn Maurycy w Petersburgu.
Mosler Fryderyk w Greifswaldzie.
Mokricki Teodor w Nowogeorgiewsku.
Monin Emil w Paryżu.

Noiszewski Kazimierz w Dźwińsku.

Obtułowicz Ferdynand we Lwowie.
Olechnowicz Władysław
Openchowski Teodor w Charkowie.
Orłowski Waław w Wilnie.

Papiewski Władysław w Radomiu.
Pollack Józef w Ischl.
Przedborski Ludwik w Łodzi.
Przybylski Jan w Odessie.
Puławski Arkadyusz w Nałęczowie.

Reumont Aleksander w Akwizgranie.
Robiński Seweryn w Berlinie.
Rogoziński Kazimierz w Radomiu.
Rumszewicz Konrad w Kijowie.
Ruppert Henryk w Aleksandrowie Pogr.
Rybicki Stanisław w Skierniewicach.
Rydygier Ludwik we Lwowie.

Sajou Karol w Filadelfii.
Schiffers Ferdynand w Liège.

Sękowski Władysław w Tomaszowie gub. Piotrkowskiej.
 Sormani Józef w Padwie.
 Sterling Seweryn w Łodzi
 Stopczański w Krakowie.
 Strzemiński Ignacy w Wilnie.
 Strzyżowski Antoni w Piotrkowie.
 Sturge Allen w Londynie.
 Świeżyński Józef w Jeleniewie pod Opatowem.
 Świdorski Kazimierz w Kazaniu.
 Szadek Karol w Kijowie.
 Szpilman Józef we Lwowie.
 Szuman Leon w Toruniu.

Thomayer Józef w Pradze Czeskiej.
 Troczewski Antoni w Kutnie.
 Wolfram Leszek w Pruszkowie.
 Wroński Władysław w Otwocku.
 Wołkowiec Maksymilian w Sosnowcu.

Zaleski Aleksander w Płocku.
 Żłobikowski Tadeusz w Tworkach.

4.

Wykaz posiedzeń klinicznych i klinicznych dodatkowych, odbyć się mających w r. 1906.

w d n i a c h:

Styczeń	2	16	30
Luty	6	20	27
Marzec	6	20	27
Kwiecień	3	17	24
Maj	9	22	29
Czerwiec	5	19	26
Lipiec	}	F e r y e	
Sierpień			

w d n i a c h:

Wrzesień	4	18	25
Październik	2	16	30
Listopad	6	20	27
Grudzień	4	18	—

w Warszawie dnia 1 Maja 1906 r.

Za zgodność, Wice-Prezes Towarzystwa *W. Kamocki*.

5.

Dostłowny wypis z księgi uchwał, wszelkich postanowień Towarzystwa, jakiegokolwiek zmiany lub uzupełnienia ustawy lub regulaminu stanowiących.

(Reg. § 108. Lit. B. punkt 5).

W roku sprawozdawczym zmian lub uzupełnień ustawy i regulaminu nie było.

6.

SPRAWOZDANIE

*z obrotu funduszków Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego
i funduszków pod administracją Towarzystwa zostających,
za rok 1905.*

(Regul. § 119, Lit. B., punkt 6).

A. Fundusze Towarzystwa.

I. *Fundusz własny Towarzystwa.*

Saldo z r. 1904 Rb. 1100 k. —

W roku 1905 otrzymano wpływy następujące:

1. Składka roczna od członków czynnych za r. 1905 wraz z zaległością z r. 1904	„	3694	„	—
2. Wstępne od 7 członków czynnych	„	42	„	—
3. Zasiłek z czystego dochodu domu № 7 przy ul. Niecałej	„	2550	„	—
4. Prowizya z rachunku przekazowego w Banku Handl.	„	782	„	74
5. 10% od czystego dochodu z 12-tu funduszków specjalnych, na koszt administracji	„	718	„	48
6. Z Kasy Wsparcia na płace urzędników Kancelaryi	„	450	„	—
7. Przelew składek zgóry w r. 1904 wniesionych na poczet należności r. 1905	„	56	„	—
8. Zwrot zaliczenia udzielonego w roku 1904 funduszowi Gołębiowskiego	„	40	„	98
Ogół przychodu				Rb. 9434 k. 20

Z tej sumy spełniono wydatki następujące:

1. Na administrację, druki, materiały piśmienne, potrzeby gospodarcze i wydatki nieprzewidziane Rb. 3229 k. 89

2. Wydatki różne jako to:

a) Opłata Warszawskiemu Towarzystwu Ubezpieczeń, za ubezpieczenie od ognia biblioteki i ruchomości Towarzystwa " 146 " 83
 b) Gratyfikacja za 1905 r. urzędnikom kancelaryi i ofycyalistom Towarzystwa " 265 " —
 c) Pomoc kancelaryjna " 147 " 15

3. Zasiłki funduszom specjalnym:

a) funduszowi Pamiętnika " 1900 " —
 b) " Biblioteki " 1450 " —
 c) " Pracowni " 350 " —
 4) Towarz. Elektrycznemu za instalację elektryczną " 1100 " —

4. Przelano:

a) do funduszu rezerwowego domu № 7 przy ulicy Niecałej " 829 " 20
 b) do funduszu Płaskowskiego w bilet. premjowych, na asek. premjówek " 16 " 13
 Ogół rozchodu Rb. 9434 k. 20

II Rachunek z dochodów domu Towarzystwa pod Nr. 7 przy ulicy Niecałej.

W r. 1905 otrzymano wpływy następujące:

1. Za komorne od lokatorów domu Rb. 6795 k. —
 2. Opłata od lokatorów za wodę " 54 " —
 3. Przelew z fund. rezerwowego domu " 4020 " 66
 Ogół przychodu Rb. 10869 k. 66

Z tej sumy wydano:

1.	Na podatki skarbowe i miejskie . . .	Rb.	2023 k.	03
2.	Na opłatę procentów od długów hipotekę obciążających	"	4897 " 90	
3.	Remont domu i lokalów	"	280 " 82	
4.	Na administrację	"	630 " —	
5.	Na utrzymanie porządku	"	147 " 19	
6.	Na wydatki różne i nieprzewidziane	"	180 " 72	
7.	Przelew do funduszu własnego Towarzystwa	"	2550 " —	
8.	Wynajęcie mieszkań dla woźnego i stróża, podczas budowy domu	"	160 " —	
	Ogół rozchodu	Rb.	10869 k.	66

III. Rachunek Pamiętnika Towarzystwa.

Remanent z r. 1904 Rb. 399 k. 41

W r. 1905 otrzymano:

1.	Wpływy z prenumeraty	Rb.	231 k.	15
2.	Zasiłek z funduszu własnego Towarzystwa	"	1900 " —	
3.	Przelew z fund. na wydaw. prac konkurs. im. Koczorowskiego	"	300 " —	
	Ogół przychodu	Rb.	2830 k.	56

Z tej sumy wydano w r. 1905:

1.	Pensya Redaktora oraz opłata korektora	"	300 " —	
2.	Na druk, papier i ryciny	"	1754 " 14	
3.	Na ekspedycyę, korespondencyę i inne wydatki	"	131 " 62	
	Ogół rozchodu	Rb.	2185 k.	76

Remanent z końcem r. 1905 Rb. 644 k. 80

Pam. Tow. Lek. T. 102, Z. II.

IV. Rachunek Biblioteki Towarzystwa.

W r. 1905 otrzymano:

1. Procent od funduszu Rb. 2000 im. D-ra Kondratowicza, za r.1905	Rb.	85 k. 50
2. Zasiłek z r. 1905 z funduszu własnego Towarzystwa	„	1450 „ —
Ogół przychodu z remanentem	Rb.	<u>1535 k. 50</u>

Z tej sumy wydano:

1. Na prenumeratę czasopism i kupno książek	Rb.	863 k. 33
2. Na oprawę książek	„	201 „ 77
3. Na pomoc kancelaryjną i inne drobne wydatki.	„	333 „ 05
Ogół rozchodu	Rb.	<u>1398 k. 15</u>
Remanent z końcem r. 1905	Rb.	<u>137 k. 35</u>

V. Fundusz stały Pracowni Towarzystwa.

Fundusz ten wynosił w r. 1904 Rb. 10425 k. 50

W roku 1905 przybyła korzyść na kupnie Listów Zast., na Rb. 500, w miejsce wylosow. „ 44 „ 75

Ogół więc tego funduszu z końcem r. 1905 wynosi Rb. 10470 k. 25

a mianowicie:

1. w papierach procentowych	Rb.	10400 k. —
2. w gotowiznie	„	70 „ 25
Razem	Rb.	<u>10470 k. 25</u>

Procenty od funduszu Pracowni:

Remanent z r. 1904 Rb. 2 k. 51

W r. 1905 otrzymano:

1. Procenty od funduszu stałego Pracowni	„	461 „ 46
2. Zasiłek z funduszu własnego Towarzystwa	„	350 „ —
Ogół przychodu z remanentem	Rb.	<u>813 k. 97</u>

Z tej sumy wydano:

1. Płaca woźnemu	Rb.	204 k. —
2. Gratyfikacya temuż	"	30 " —
3. Na potrzeby bieżące Pracowni, jako to: narzędzia, przyrządy, chemikalja, żywienie zwierząt do pracowni należących, opał lokalu oraz przelew 283 rb. do funduszu własnego Towarzystwa, na urządzenia elektryczne, razem	"	578 " 75
Ogół rozchodu	Rb.	812 k. 75
Remanent z końcem r. 1905	Rb.	1 k. 22

*VI. Fundusz rezerwowy domu Towarzystwa przy ulicy
Niecałej pod Nr. 7/614L.*

Pozostałość z roku 1904 Rb. 4626 k. 57

W roku 1905 przelano z rachunku funduszu własnego Towarzystwa, stosownie do budżetu	"	829 " 20
Razem	Rb.	5455 k. 77

Z tej sumy dopełnione zostały wydatki następujące:

1) Przelew do fund. doch. domu № 7/614L, sumy budżetowej	Rb.	2342 k. 20
2. Za sporządzenie dowodów ubezpieczeniowych domu od ognia	"	100 " —
3. Dyrekcyi Tow. Kr. M-sta Warsz. tytułem kaucyi przy zaciąganiu pożyczki	"	150 " —
4. Warsz. Przeds. Asfaltowemu za wyasfaltowanie dziedzińca w domu Tow.	"	364 " 95
5. Rejentowi za sporządzenie aktu pożyczki	"	203 " 38
do przeniesienia	Rb.	3160 k. 53
	Rb.	5455 k. 77

z przeniesiona . . Rb. 3160 k. 53 Rb. 5455 k. 77

6. Przelew do fund.
doch. domu № 7/614L, na do-
kompletowanie wydatków . . „ 1678 „ 46

7. Przelew do fund.
budowlanego, na dokompleto-
wanie wydatków „ 486 „ 84 „ 5325 „ 83

Remanent z końcem roku 1905 Rb. 129 k. 94

VII. Fundusz z legatu D-ra Bącewicza na utrzymanie jego grobu.

Fundusz ten z końcem roku 1905 mieścił się, tak jak poprzednio:

a) w $4\frac{1}{2}\%$ L. Zast. M. Warszawy . . Rb. 100 k. —

b) w gotow. pozost. od kupna List. Zast. „ 56 „ 50

Razem . . Rb. 156 k. 50

Procenty od funduszu Bącewicza:

1. Remanent z końcem r. 1904 . . . Rb. 25 k. 38

2. W roku 1905 otrzymano procent od
funduszu stałego „ 4 „ 28

Razem . . Rb. 29 „ 66

Z tego:

1. Przelano do fund.
własnego 10% od dochodu,
na administrację Rb. — k. 42

2. Wydano na utrzy-
manie w porządku grobu w ro-
ku 1905 „ 6 „ — Rb. 6 k. 42

Remanent z końcem r. 1905 . . Rb. 23 k. 24

VIII. *Fundusz stały z legatu D-ra Bącewicza, na wsparcie 5-ciu wdów po lekarzach.*

Fundusz ten z końcem r. 1905 mieścił się, tak jak poprzednio:

a)	w papierach procentowych	Rb. 8000 k. —
b)	w gotowiznie	„ 20 „ —
	Razem	<u>Rb. 8020 k. —</u>

Procenty od funduszu Bącewicza na wsparcia:

W r. 1905 wpłynął procent od powyższego kapitału Rb. 342 k. —

Z tego:

1.	Przelano do fund. wł. Tow. 10 ⁰ / ₀ od dochodu, na administrację	Rb. 34 k. 20
2.	Przelano do Kasy Wsparcia na roczne zapomogi dla wdów po lekarzach.	„ 307 „ 80 Rb. 342 k. —
	Remanentu z końcem r. 1905 niema	<u>— —</u>

IX. *Fundusz stały nagród konkursowych im. D-ra Tytusa Chałubińskiego.*

Fundusz ten, z końcem roku 1905, jak poprzednio, mieścił się

a)	w 4 ¹ / ₂ ⁰ / ₀ List. Zast. Miasta Warszawy	Rb. 1300 k. —
b)	w gotowiznie	„ — „ 10
	Razem	<u>Rb. 1300 k. 10</u>

Procenty od funduszu Chałubińskiego:

Remanent z końcem r. 1904	Rb. 179 k. 51
do przeniesienia	<u>Rb. 179 k. 51</u>

z przeniesienia . . . Rb. 179 k. 51

W roku 1905 wpłynął procent od kapi-
tału stałego „ 55 „ 58

Ogół przychodu . . . Rb. 235 k. 09

Z tego funduszu:

a) przelano do funduszu własnego: 10%
od czystego dochodu, na administrację . . . Rb. 5 k. 55

b) wypłacono D-rowsi Rzętkowskiemu na-
grode konkursową „ 229 „ 54

Razem . . . Rb. 235 k. 09

X. Fundusz stały z zapisu Henryka Michała Czekierskiego.

Fundusz ten z końcem r. 1905, tak jak poprzednio, znaj-
dował się:

a) w papierach procentowych Rb. 2000 k. —

b) w gotowiznie „ 27 „ 50

Ogółem . . . Rb. 2027 k. 50

Procent od funduszu Czekierskiego:

Remanent z końcem r. 1904 Rb. 42 k. 75

W roku 1905 wpłynęło za kupony od
Rb. 2000 „ 85 „ 50

Ogół przychodu z remanentem . . . Rb. 128 k. 25

Z tego w r. 1905:

1. Przelano do Kasy Wsparcia lekarzy,
dla udzielenia wsparcia . . . Rb. 76 k. 95

2. Przelano 10% od
czystego dochodu do fundu-
szu własnego Towarzystwa, na
administrację „ 8 „ 55 Rb. 85 k. 50

Remanent z końcem r. 1905 . . . Rb. 42 k. 75

XI. Fundusz stały stypendyalny z zapisu D-ra Władysława Florkiewicza.

Fundusz ten, zapisany Towarzystwu Lekarskiemu w testamentie D-ra Florkiewicza w sumie Rb. 5000, zostaje w dożywotnim posiadaniu P. Kassyldy Florkiewiczówny, siostry testatora.

Fundusz ten w roku 1904 złożony został przez dożywotniczkę do depozytu zachowawczego tutejszych Towarzystw Kredytowych, jako własność Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, a mianowicie:

1. Do depozytu Towarzystwa Kredytowego Miasta Warszawy w 5 ⁰ / ₀ Listach Zastawnych tegoż Towarzystwa, wartości nominalnej .	Rb. 1500 k. —
2. Do depozytu Towarzystwa Kredytowego Ziemskiego, w 4 ¹ / ₂ ⁰ / ₀ Listach Zastawnych tegoż Towarzystwa, wartości nominalnej . . .	n 3800 n —
	<hr/>
Razem . . .	Rb. 5300 k. —

UWAGA. Procenty odbiera bezpośrednio dożywotniczka.

XII. Fundusz stały stypendyalny z zapisu D-ra Ignacego Gołębiowskiego.

Fundusz ten, według zapisu wynoszący Rb. 5000, z końcem roku 1905 mieścił się:

a) w papierach procentowych	Rb. 5300 k. —
b) w gotowiznie	n 44 n 50
	<hr/>
Ogółem	Rb. 5344 k. 50

Procent od funduszu Gołębiowskiego:

W roku 1905 wpłynął procent od kapitału	Rb. 226 k. 58
do przeniesienia	Rb. 226 k. 58

z przeniesienia . . . Rb. 226 k. 58

Z tego funduszu:

1. Wypłacono stypendyum studentowi medycyny	Rb.	81 k. 47	
2. Przelano 10% od czystego dochodu do funduszu własnego Towarzystwa, na administrację	"	22 " 66	
3. Zwrócono zaliczenie w r. 1904 z fund. własnego udzielone	"	40 " 98	Rb. 145 k. 11
			<hr/>
Remanent z końcem roku 1905 . . .	Rb.	81 k. 47	

XIII. Fundusz stały nagród konkursowych im. D-ra Adama Helbicha.

Fundusz ten z końcem r. 1905 wynosił, tak jak poprzednio, w papierach procentowych Rb. 2300 k. —

Procenty od funduszu Helbicha:

Remanent z roku 1904	Rb.	51 k. 78
Wpłynęło za kupony od papierów procentowych	"	98 " 34
		<hr/>
Ogół przychodu z remanentem . . .	Rb.	150 k. 12

Z tego funduszu przelano 10% na administrację, do fund. własnego	"	4 " 70
		<hr/>
Remanent z końcem roku 1905 . . .	Rb.	145 k. 42

XIV. Fundusz stały z zapisu D-ra Feliksa Jabłonowskiego.

Fundusz ten z końcem roku 1904 wynosił Rb. 14592 k. 11
do przeniesienia . . . Rb. 14592 k. 11

z przeniesienia . . Rb. 14592 k. 11

W r. 1905 z gotowizny tego funduszu nabyto List Zastawny $4\frac{1}{2}\%$ M-ta Warszawy, wartości nominalnej Rb. 100, za który zapłacono Rb: 91 k. 90, czyli zaliczono korzyść . . . n 8 „ 10

Ogół więc tego funduszu z końcem roku 1905 wynosił . . . Rb. 14600 k. 21

a mianowicie:

a)	w zabezpieczeniu hipotecznem . . .	Rb. 4500 k. —
b)	w papierach procentowych . . .	„ 10100 „ —
c)	w gotowiznie . . .	„ — „ 21
Razem . . .		Rb. 14600 k. 21

Procenty od funduszu Jabłonowskiego.

W ciągu r. 1905 r. otrzymano procenty:

1.	Od właściciela dóbr Brzeźno w powiecie Ostrołęckim 5% od sumy hipotecznej Rb. 4500 . . .	Rb. 225 k. —
2.	Za kupony od papierów procentowych . . .	„ 430 „ 06
Ogół przychodu . . .		Rb. 655 k. 06

Z procentów wydatkowano, w myśl woli testatora:

1.	Na nabożeństwo za duszę testatora, na ogłoszenie o nabożeństwie i utrzymanie w porządku jego grobu . . .	Rb. 10 „ —
2.	Przelano do funduszu własnego Towarzystwa 10% od czystego dochodu, na administrację . . .	„ 65 „ 25
3.	Przelano do Kasy Wsparcia lekarzy, stosownie do zapisu . . .	„ 274 „ 81
4.	Udzielono wsparcia dwóm ubogim majstrom: krawcowi i piekarzowi, po Rb 150 każdemu, stosownie do zapisu . . .	„ 300 „ —
do przeniesienia . . .		Rb. 650 k. 06

	z przeniesienia . . . Rb.	650 k. 06
5. Przelano do funduszu grobu D-ra Jabłonowskiego	n	5 n —
	Ogół rozchodu . . . Rb.	655 k. 06
Remanentu na r. 1906 niema	—	—

Fundusz reparacyjny grobu D-ra Feliksa Jabłonowskiego.

Remanent z końcem r. 1904	Rb.	127 k. 05
Przelano z procentów oszczędność za r. 1905, jak wyżej	n	5 n —
Remanent z końcem r. 1905 wynosi	Rb.	132 k. 05

XV. Fundusz stały konkursowy im. D-ra Leona Konitza.

Fundusz ten z końcem roku 1905, tak jak poprzednio, wynosił, w papierach procentowych Rb. 2000 k. —

Procent od funduszu Konitza.

Remanent z r. 1904	Rb.	256 k. 50
W roku 1905 wpłynęło za kupony od Rb. 2000	n	95 n —
Ogół przychodu z remanentem	Rb.	351 k. 50

Przelano do funduszu własnego Towarzystwa 10 ⁰ / ₀ od czystego dochodu, na administrację	Rb.	9 k. 50
Remanent z końcem roku 1905	Rb.	342 k. —

XVI. Fundusz stały im. D-ra Stanisława Kondratowicza.

Fundusz ten z końcem r. 1905, tak jak poprzednio, wynosił w papierach procentowych Rb. 2000 k. —

Procent od funduszu Kondratowicza.

W roku 1905 otrzymano za kupony od
 Rb. 2000 Rb. 85 k. 30

UWAGA. Stosownie do budżetu i aktu darowizny, powyższy procent przelano do rachunku Biblioteki Towarzystwa.

XVII. Fundusz stały z zapisu Teofili Koczorowskiej.

Fundusz ten, z końcem 1905 r. tak jak poprzednio, mieścił się:

a) w papierach procentowych	Rb. 1000 k. —
b) w gotowiznie	„ 65 „ —
Razem	<u>Rb. 1065 k. —</u>

Procenty od funduszu Koczorowskiej.

W roku 1905 wpłynął % za kupony od papierów %-wych Rb. 42 k. 74

Z tej sumy:

a) przelano do funduszu własnego Towarzystwa, na administrację 10% od czystego dochodu Rb. 4 k. 28

b) przelano do Kasy Wsparcia, dla rozdzielienia między wdowy i sieroty po lekarzach „ 38 „ 46 Rb. 42 k. 74

Remanentu z końcem r. 1905 niema — —

XVIII. Fundusz nagród konkursowych z zapisu D-ra Walentego Koczorowskiego.

Remanent z końcem r. 1904	Rb. 1039 k. 80
do przeniesienia	Rb. 1039 k. 80

z przeniesienia . . Rb. 1039 k. 80

W r. 1905 przelano z funduszu ogólnego z dochodów domu № 12/13 w Piotrkowie, stosownie do woli testatora „ 600 „ —

Ogół funduszu z remanentem . . Rb. 1639 k. 80

Z tej sumy:

1) wypłacono D-rowi Karwackiemu za pracę „Wpływ surowicy Maragliano na przebieg gruźlicy u zwierząt” . . Rb. 300 k. —

2) przelano do fund. na wydawn. prac konkurs. Koczorowskiego, na koszty wydania tej pracy „ 300 „ — Rb. 600 k. —

Remanent . . Rb. 1039 k. 80

XIX. Fundusz na wydawnictwo prac konkursowych, uwieńczonych nagrodą z zapisu D-ra Walentego Koczorowskiego.

Remanent z końcem r. 1904 wynosił . . Rb. 580 k. 66

Przelano z fund. nagród konkursowych na wydanie pracy D-ra Karwackiego „ 300 „ —

Razem . . Rb. 880 k. 66

Z tej sumy przelano do fund. Pamiętnika, na druk pracy D-ra Karwackiego „ 300 „ —

Remanent . . Rb. 580 k. 66

XX. Fundusz stypendyalny im. D-ra Konstantego Marcinkiewicza.

Fundusz ten, tak jak w r. 1904, mieścił się w Akcyach Wileńskiego Banku Ziemskiego, po Rb. 250 Rb. 6000 k. —

Procenty od funduszu Marcinkiewicza.

Remanent z roku 1904	Rb.	1827 k.	35
W roku 1905 otrzymano za kupony dywidendowe	Rb.	787 k.	20
Razem	Rb.	2614 k.	55

Z tej sumy przelano 10 ⁰ / ₀ do funduszu własnego Towarzystwa, na administrację	„	262 „	74
Remanent z końcem r.1905	Rb.	2351 k.	81

XXI. Fundusz konkursowy z zapisu D-ra Józefa Moczutkowskiego.

Fundusz ten, w myśl woli zapisodawcy, znajdował się w ciągu roku 1905 w depozycie zachowawczym Warszawskiego Kantoru Banku Państwa w 3¹/₂⁰/₀ Liście Zastawnym Państwowego Szlacheckiego Banku Ziemskiego, wartości nominalnej Rb. 1000

Procent od funduszu Moczutkowskiego.

Remanent z roku 1904	Rb.	35 k.	—
Otrzymano za rok 1905 z Kasy Warszawskiego Kantoru Banku Państwa procent od wykazanego funduszu, w kwocie	„	34 „	60
Razem	Rb.	69 k.	60

Z tej sumy.

a) przelano do funduszu własnego Towarzystwa 10⁰/₀ na administrację Rb. 7 k. —

b) wypłacono D-rowi Pruszyńskiemu za najlepszy odczyt w 1905 r.

.	„	31 „	10 Rb.	38 k.	10
Remanent	Rb.	31 k.	50		

*XXII. Fundusz stały premii psychiatrycznych z zapisu
D-ra Romualda Płaskowskiego.*

Fundusz ten wynosił z końcem 1904 r. wogóle	Rb. 2101 k. 56
W r. 1905 doliczono korzyść na kupnie Listu Zastawnego Rb. 500, w miejsce wylosowa- wanego	<u> n 42 „ 94</u>

Fundusz przeto z końcem r. 1905 wy- nosił	Rb. 2144 k. 50
--	----------------

i mieścił się:

a) w papierach pro- centowych	Rb. 2100 k. —
b) gotowiznie	<u> n 44 „ 50</u> Rb. 2144 k. 50

Procenty od funduszu premii psychiatrycznych R. Płaskowskiego.

Remanent z r. 1904	Rb. 429 k. 48
W roku 1905 wpłynęło za kupony	<u> n 92 „ 14</u>
Ogół przychodu z remanentem	Rb. 521 k. 62

Z tej sumy w r. 1905 przelano 10% do funduszu własnego Towarzystwa, na administra- cję, stosownie do budżetu	<u> n 9 „ 21</u>
Remanent z końcem r. 1905 r.	Rb. 512 k. 41

XXIII. Fundusz stały z legatu D-ra Romualda Płaskowskiego, dla delegatów na zjazdy psychiatryczne.

Fundusz ten z końcem roku 1904 mieścił się:

a) w papierach pro- centowych	<u> Rb. 2150 k. —</u>
do przeniesienia	Rb. 2150 k. —

z przeniesienia . . . Rb.	2150 k. —
b) w gotowiznie . . . „	1 „ 59 Rb. 2151 k. 59

W roku 1805 żadnej zmiany w tym funduszu nie było.

Procenty od funduszu R. Płaskowskiego dla delegatów.

Remanent z r. 1904 Rb.	253 k. 71
W roku 1905 wpłynęło za kupony . . . „	93 „ 58
Ogół przychodu z remanentem . . . Rb.	347 k. 29

Z tego, w r. 1905 przelano 10% od czystego dochodu funduszu własnego Towarzystwa, na administrację „	9 „ 36
Remanent z końcem r. 1905 . . . Rb.	337 k. 93

XXIV. Fundusz w biletach premjowych z zapisu D-ra Romualda Płaskowskiego.

Remanent z końcem r. 1904 Rb.	316 k. 25
---	-----------

W roku 1905:

1. wpłynęło za kupony od biletów premjowych na Rb. 300 Rb.	14 k. 22
2. przelano z funduszu własnego Towarzystwa na skompletowanie wydatków . . . „	16 „ 13 Rb. 30 k. 35
Ogół przychodu z remanentem . . . Rb.	346 k. 60

Zapłacono Bankowi Handlowemu za asekurację pożyczek premjowych „	30 „ 35
Remanent z końcem r. 1905 . . . Rb.	316 k. 25

a mianowicie:

1. w biletach pożyczek premjowych Cesarstwa	Rb.	300 k. —
2. w losach zagranicznych	n	16 n 25
		<hr/>
Razem jak wyżej	Rb.	316 k. 25

XXV. Fundusz budowlany domu Towarzystwa Lekarskiego pod Nr. 7/614L przy ulicy Niecałej.

PRZYCHÓD.

Remanent z r. 1904 Rb. 8014 k. 39

W roku 1905 wpływy były następujące:

1) podniesiono resztę zdeponowanej w Towarzystwie Ubezpieczeń „Przezorność” pożyczki	Rb.	21000 k. —
2) Otrzymano od Towarzystwa „Przezorność” procent od reszty depozytu	n	195 n —
3) Od Towarz. Kred. m. Warszawy pożyczkę w $4\frac{1}{2}\%$ List. Zast. m. Warszawy, w sumie rb. 25000, zabezpieczono na domu Nr. 7/614L, zaś ze zmiany tychże Listów otrzymano w gotówiznie	n	22509 n 25
4) Przelew z fund. rezerwowego domu	n	486 n 84
		<hr/>
Razem przychód	Rb.	52205 k. 48

ROZCHÓD.

1. Budowniczemu reszta honorarium, umówionego za prowadzenie robót i wygotowanie planów	Rb.	1000 k. —
do przeniesienia	Rb.	1000 k. —

z przeniesienia . . Rb. 1000 k. — Rb. 52205 k. 48

2. Przedsiębiorcy Zamajskiemu reszta umówionej należności za budowę domu	„ 36597 „ 17
3. Firmie „Bracia Jenike” reszta umówionej należności za konstrukcye żelazne	„ 291 „ 95
4. Firmie „Sikorski i Kurcewski” za urządzenie wodociągów, kanalizacji i ogrzewania centralnego	„ 6224 „ 30
5. Firmie „Wróblewski i Binzer”, za instalację oświetlenia elektrycznego	„ 878 „ 82
6. Firmie „Bollman” za instalację dzwonków elektrycznych	„ 150 „ 80
7. Zakładowi Gazowemu za urządzenie gazu	„ 1479 „ 29
8. Rata październikowa r. 1905 od dodatkowej pożyczki Tow. Kred. M-ta Warszawy	„ 893 „ 75
9. Procent od pożyczki 54000 Rb.	„ 1620 „ —
10. Rozchody dodatkowe i nieprzewidziane	„ 2069 „ 40 Rb. 51205 k. 48

Remanent z końcem r. 1905 . . . Rb. 1000 k. —

UWAGA. Remanent ten pozostał dla wypłacenia reszty należności Firmie A. Sikorski i K. Kurcewski.

**B. Fundusze pod administracją Towarzystwa zo-
stające.**

*XXVI. Fundusz z dochodów domu Nr. 12/13 w Piotrkowie,
zapisany przez D-ra Walentego Koczorowskiego.*

W r. 1905 wpłynęło:

Z komornego od lokatorów domu . . . Rb. 5012 k. 50

W r. 1905 dopełnione zostały wydatki
następujące:

1. Na stypendya stu- dentom medycyny	Rb. 825 k. —
2. Przelano do fundu- szu nagród konkursowych, ro- czną sumę w testamencie ozna- czoną	" 600 " —
3. Wniesiono do Kasy Wsparcia lekarzy, procent za r. 1905 od kapitału Rb. 5000, obciążającego hipotekę domu	" 300 " —
4. Procent od kapitału pouchownego, na hipotece do- mu lokowanego	" 6 " 53
5. Na podatki, cięża- ry gruntowe, restauracyę za- budowań, utrzymanie porząd- ku, koszta miejscowej admi- nistracyi i t. p.	" 1956 " 35
6. Przelano 10 ⁰ / ₀ od czystego dochodu do funduszu własnego Towarzystwa, stoso- wnie do budżetu.	" 275 " 06 Rb. 3962 k. 94

Remanent z końcem r. 1905 . . . Rb. 1049 k. 56

XXVII. Fundusz rezerwowy domu Nr. 12/13 w Piotrkowie.

Remanent z końcem r. 1904 wynosił . . Rb. 769 k. 48

UWAGA. W r. 1905 w funduszu tym zmiany nie było.

Warszawa dnia 31 Maja 1906 r.

p. o. Sekretarza Stałego *W. Kosmowski.*

7.

B I L A N S

*Funduszków i własności Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego
za rok 1905.*

(Reg. § 109 Lit. B, punkt 7).

STAN CZYNNY.

1. Wartość domu Towarz. Nr. 614L	Rb. 239822 k. 09
2. Gotowizna	„ 9729 „ 39
3. Papiery procentowe:	
a) Listy Zastawne Towarzystwa Kred. Ziemsk. $4\frac{1}{2}\%$	Rb. 7700 k. —
b) Listy Zastawne Towarzystwa Kred. Miasta Warsz.	
$5\frac{0}{0}$	Rb. 7150
$4\frac{1}{2}\frac{0}{0}$	40800 „ 47950 k. —
do przeniesienia	Rb. 55650 k. — Rb. 249551 k. 48

z przeniesienia . . Rb. 55650 k. — Rb. 249551 k. 48

c) Pożyczka premij. I i II Em. oraz Banku Szlachec. po Rb. 100	"	300	"	—
d) Akcye Wileńs. Banku Ziemsk.	"	6000	"	—
e) List. Zast. 3 $\frac{1}{2}$ % Szlacheckiego Państw. Ban- ku Ziemskiego	"	1000	"	—
f) Losy zagraniczne z za- pisu D-ra Płaskowskiego, oce- nione na	"	16	"	25
				" 62966 " 25-
4. Suma hipotecznie zabezpieczona na dobrach Brzeźno, w powiecie Ostrołęckim	"	4500	"	—
5. Wartość biblioteki	"	37500	"	—
6. Wartość ruchomości w lokalu To- warzystwa	"	4000	"	—
7. Wartość inwentarza Pracowni	"	2772	"	—
				<u>Rb. 361289 k. 73</u>

STAN BIERNY.

1. Fundusz grobu D-ra Bączewicza	Rb.	156	k.	50
2. Procent od funduszu grobu Bącz- ewicza	"	23	"	24
3. Fundusz wsparć D-ra Bączewicza	"	8020	"	—
4. Fundusz imienia D-ra Chałubiń- skiego	"	1300	"	10
5. Fundusz z zapisu Czekińskiego	"	2027	"	50
6. Procent od funduszu Czekińskiego	"	42	"	75
7. Fundusz stypend. D-ra Florkiewicza	"	5300	"	—
8. Fundusz stypendyalny z legatu D-ra Gołębiowskiego	"	5344	"	50
9. Procent od funduszu Gołębiowskiego	"	81	"	47
10. Fundusz imienia D-ra Helbicha	"	2300	"	—
11. Procent od funduszu Helbicha	"	145	"	42
12. Fundusz z legatu D-ra Jabłonow- skiego	"	14600	"	21
				<u>Rb. 39341 k. 69</u>
z przeniesienia				Rb. 39341 k. 69

z przeniesienia . . Rb. 39341 k. 69

13. Fundusz na reperację grobu D-ra Jabłouowskiego	”	132	”	05
14. Fundusz Teofli Koczorowskiej	”	1065	”	—
15. Fundusz z dochodów domu № 12/13 w Piotrkowie	”	1049	”	56
16. Fundusz nagród konkursowych im. D-ra Koczorowskiego	”	1039	”	80
17. Fundusz na wydawn. prac nagrodzonych na konkursie Koczorowskiego	”	580	”	66
18. Fundusz rezerwy domu № 12/13 w Piotrkowie	”	769	”	48
19. Fundusz konkurs. im. D-ra Konitza	”	2000	”	—
20. Procent od funduszu Konitza	”	342	”	—
21. Fundusz im. D-ra Kondratowicza	”	2000	”	—
22. Fundusz stypendyalny im. D-ra Marcinkiewicza	”	6000	”	—
23. Procenty od fund. Marcinkiewicza	”	2351	”	81
24. Fund. z legatu D-ra Moczutkowskiego	”	1000	”	—
25. Procent od fund. Moczutkowskiego	”	31	”	50
26. Fundusz premji psychiatrycznych im. D-ra Płaskowskiego	”	2144	”	50
27. Procent od funduszu premji Płaskowskiego	”	512	”	41
28. Fundusz dla delegatów im. Płaskowskiego	”	2151	”	59
29. Procent od funduszu dla delegatów Płaskowskiego	”	337	”	93
30. Fundusz w biletach premjowych Płaskowskiego	”	316	”	25
31. Fundusz z zapisu D-ra Wszebora	”	1637	”	85
32. Pożyczka hipoteczna Tow. Kredyt. Miejskiego na domu Towarzystwa Lekarskiego № 614L	”	79000	”	—
33. Pożyczka hipoteczna Tow. Ubezpieczeń „Przezorność“ na tymże domu	”	54000	”	—
34. Rachunek Biblioteki Towarzystwa	”	137	”	35
35. Rachunek Pamiętnika Towarzystwa	”	644	”	80
36. Fundusz rezerwy domu 614L	”	129	”	94
37. Fundusz budowlany domu frontowego na posesyi Towarzystwa № 614L (reszta)	”	1000	”	—

do przeniesienia . . Rb. 199716 k. 17

z przeniesienia . . Rb. 199716 k. 17

38. Fundusz stały Pracowni Towarz.	„	10470	„	25
39. Procenty od funduszu Pracowni	„	1	„	22
40. Składki z góry za r. 1906 wniesione przez Członków Towarzystwa	„	8	„	—
41. Majątek Towarzystwa Lekarskiego:				
a) wartość czysta domu Towarzy- stwa pod № 614L . . . Rb. 106822 k. 09				
b) wartość in- wentarza biblioteki, ru- chomości i pracowni.	„	44272	„	—
			„	151094 . 09
				<hr/>
			Razem . . .	Rb. 361289 k. 73

Warszawa dnia 31 Maja 1905 r.

p. o. Sekretarza Stałego *W. Kosmowski.*

S.

Sprawozdanie szczegółowe o nowych zapisach i darowiznach.

(Regul. § 109 Lit. B. p. 8).

W roku sprawozdawczym Towarzystwo Lekarskie otrzymało z zapisu ś. p. D-ra Józefa Wszebora, długoletniego Członka czynnego Towarzystwa, sumę Rb. 1500.

Testamentem własnoręcznym z dnia 10 Lipca 1904 roku Dr. Wszebor uczynił zapis następujący, według dosłownego brzmienia (p. 13): „Rb. 1500 dla Warszawskiego Towarz. Lek. przy ulicy Niecałej w domu własnym, jako długoletni jego członek; procenty od tej sumy, co lat cztery zebrane, przeznaczam na nagrodę konkursową, przyznawaną co lat cztery, przez toż Towarzystwo, za najlepszą oryginalną w języku polskim napisaną w tym celu pracę, z dziedziny patologii ogólnej lub higieny,

autorowi teŝże pracy wypłacaną, z warunkiem wydrukowania w Pamiętniku Towarzystwa”.

Zapis powyŝszy D-ra Józefa Wszebora został zatwierdzony przez Ministerjum Spraw Wewnętrznych, o czym Towarzystwo zawiadomione zostało przez odezwę Jenerał-Gubernatora z dnia 19 Grudnia 1905 roku № 25008.

Suma Rb. 1500 w gotowiźnie wniesioną została do Kasy Towarzystwa Lekarskiego w dniu 22 Paŝdziernika 1905 roku przez P. Zuzannę Wszeborową, pozostałą wdowę po zapisodawcy, a 26 tegoŝ miesiąca nabyte zostały za tę sumę $4\frac{1}{2}\%$ Listy Zastawne Towarzystwa Kredytowego Miasta Warszawy, wartości nominalnej Rb. 1600, z kuponem kwietniowym r. 1906; reszta zaś pozostałej gotowizny w kwocie Rb. 37 kop. 85 również zapisaną została pod funduszem stałym konkursowym (Zob. wyżej Dział 6).

Dary w książkach wykazane są niŝej w sprawozdaniu kol. Bibliotekarza.

w Warszawie dnia 31 Maja 1906 r.

p. o. Sekretarza Stałego *W. Kosmowski.*

9.

Nagrody konkursowe, stypendya i t. p. przyznane w roku 1905, z funduszy pod zarządem Towarzystwa zostających.

(Reguł. § 109 Lit. B. punkt 9).

A. Co do nagród konkursowych.

W roku 1905, mianowicie na dzień 31 Marca, oznaczony był termin do złożenia prac na konkurs z funduszu imienia D-ra Walentego Koczorowskiego.

Towarzystwo Lekarskie w roku 1904 ogłosiło siedm tematów z oznaczeniem dwóch nagród, w myśl zapisu, po Rb. 300 i na koszty wydania kaŝdej pracy nagrodzonej Rb. 300. W terminie powyŝszym, t j. na dzień 31 Marca 1905 r. otrzymało Towarzy-

stwo jedną tylko pracę na temat „Wpływ surowicy Maragliano na przebieg gruźlicy u zwierząt” (godło „Bakteryologia”).

Komitet konkursowy, złożony z D-rów Chełchowskiego, Dunina, Dmochowskiego, Flatau'a i Jakowskiego, pod przewodnictwem Wiceprezesa D-ra Kamockiego, na posiedzeniu swem w dniu 10 czerwca 1905 roku, jednomyślnością głosów przyznał autorowi tej pracy nagrodę imienia Koczorowskiego.

Po otwarciu na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego w dniu 20 Czerwca 1905 r. koperty opatrzonej powyższą dewizą, ogłoszono przyznanie nagrody konkursowej im. Koczorowskiego autorowi pracy, D rowi Leonowi Karwackiemu.

W roku sprawozdawczym, na konkurs imienia Prof. D-ra Tytusa Chałubińskiego (okres 1901 — 1904) nadesłano sześć następujących prac:

I. S o k o ł o w s k i Alfred: Wykłady kliniczne chorób dróg oddechowych T. I. 1902 i T. II 1903.

II. P r u s z y ń s k i Jan: O wpływie adrenaliny na układ krwionośny.

III. Tenże: O ożywianiu serca.

IV. R z ę t k o w s k i Kazimierz: Badanie nad losem roztworów silnych w żołądku ludzkim.

V. Tenże: O zawartości suchej substancji azotu całkowitego i niebiałkowego we krwi, w różnych stanach oraz w wysiękach i przesiekach.

VI. Tenże: Studya nad sprawnością proteolityczną zawartości żołądkowej.

Komitet konkursowy odbył trzy posiedzenia w dniach 3-go Marca, 27 Września i 4-go Października. Po odczytaniu szczegółowych piśmiennych referatów o każdej z nadesłanych na konkurs prac i wyczerpującej nad nimi dyskusji, na posiedzeniu w dniu 4 Października 1905 r. przystąpiono do głosowania nad nimi przy obecności członków Komitetu: Prof. Przewoskiego, D-rów Ciechomskiego, Dmochowskiego, Hewelkego, Jakowskiego i Wiceprezesa Kamockiego. Zgodnie z regulaminem konkursu zastosowano głosowanie tajne na wszystkie prace odrazu, oznaczając je odpowiednio do liczby nadesłanych na konkurs prac, cyframi od 1 do 6, przy czem cyfrę najwyższą dawano najlepszej pracy. Po głosowaniu, największą liczbę bo 28, przy sześciu głosujących, otrzymała praca kol. Rzętkowskiego p. t. „Studya nad sprawnością proteolityczną zawartości żołądkowej; tej też pracy Komitet przyznał nagrodę im. Chałubińskiego, Rb. 229 kop. 54.

Ogłoszenie powyższej decyzji Komitetu konkursowego, nastąpiło na posiedzeniu klinicznym Towarzystwa Lekarskiego w dniu 17 Października 1905 r.

Z procentów od funduszu stałego z zapisu D-ra Józefa Moczutkowskiego, przyznane zostało premium w kwocie Rb. 31 kop. 10 na posiedzeniu Komitetu z dnia 24 Lutego 1905 roku. Po przejrzeniu i rozważeniu odczytów, wygłoszonych na posiedzeniach Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego w roku 1904, członkowie Komitetu, do którego należeli, w myśl regulaminu: Prezes Towarzystwa Dr. Dunin, Sekretarz Stały Prof. Hoyer, Wiceprezes Dr. Kamocki, Redaktor Pamiętnika Towarzystwa Dr. Kamiński i Sekretarz doroczny Dr. Korzon, przy ściślejszej ocenie, wyróżnili prace: kol. Anastazego Landaua „Badania doświadczalne nad alkalicznością krwi”, — oraz kol. Jana Pruszyńskiego „O wpływie adrenaliny na układ krwionośny”, postawiwszy je „ex aequo”; — w obec czego przysądzenie nagrody zgodnie z regulaminem, odbyło się przez losowanie. Los rozstrzygnął na korzyść kol. Pruszyńskiego, któremu też nagroda przysądzoną została.

UWAGA. Do przyznania nagród z innych funduszków konkursowych, terminy w roku 1905 nie przypadały.

B. Co do stypendyów.

Na rok akademicki 1905/6 nikomu stypendya z funduszków pod zarządem Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego zostających, przyznane nie były, a to z powodu, że Uniwersytet Warszawski oraz inne Uniwersytety w Cesarstwie Rosyjskiem były i są dotychczas zamknięte.

Co się tyczy zapomóg i premjów z procentów od funduszu z zapisu D-ra Józefa Chwiećkowskiego, wspomnieć tutaj wypada o udziale Zarządu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego w zatwierdzaniu zapomóg i premij oraz stypendyów z tego funduszu.

Na mocy testamentu D-ra Chwiećkowskiego z d. 5 Czerwca 1879 roku, wykonawcy testamentu: Prof. Dr. Ignacy Baranowski, Dr. Kazimierz Chełchowski oraz adwokat przysięgły Dominik Anc, przyznali w roku 1905 zapomogi, premja i stypendya, a Zarząd Towarzystwa Lekarskiego zatwierdził je, w ogólnej sumie Rb. 2420, a w szczególności:

1. Z procentu od kapitału stypendyalnego uczniów szkół technicznych i rzemieślniczych, przyznano zapomogi 18 uczniom i uczennicom, w wysokości od Rb. 40 do Rb. 100, łącznie w sumie Rb. 1020 k. —

2. Z procentu od kapitału stypendyalnego studentów, przyznano stypendya na rok 1905/6, 2-m studentom medycyny Uniwersytetu Warszawskiego: Albinowi Racinowskiemu i Stanisławowi Krzyżanowskiemu, po Rb. 200, razem „ 400 „ —

Decyzję swą co do przyznania wymienionym studentom stypendyów wykonawcy testamentu motywowali tem, że petenci, pomimo zamknięcia Uniwersytetu, pracują w szpitalach, jak się okazuje ze złożonych dowodów i że według świadectw Władzy Uniwersyteckiej, są zapisani jako studenci na rok 1905/6.

3. Z procentów od kapitału na premja i wydawnictwa popularne z dziedziny nauk przyrodniczych przyznano:

a) Emilowi Waydłowi na wydawnictwo Pszczelarza i Ogrodnika Rb. 100 k. —

b) Stefanii Marciszewskiej za wydawnictwo „Rad i wskazówek dla kierujących ochronami. „ 100 „ —

c) Mieczysławowi Brzezińskiemu na wydawnictwa:

Brzeziński—„Nauka rachunków“ „ 200 „ —

Pułaski — „Co to jest cholera“ „ 100 „ —

Dobrowski—„Łubin“ II-e wydanie „ 200 „ —

Brzeziński — Kalendarz „Gospodarz Polski“ na rok 1906“ „ 300 „ — „ 1000 „ —

Razem Rb. 2420 k. —

Wykonawcy testamentu ś. p. D-ra Chwiećkowskiego, za pośrednictwem Mecenasza Dominika Anca, złożyli Zarządowi Towarzystwa Lekarskiego szczegółowe sprawozdanie ze stanu funduszu

wieczystego i obrotu procentów za rok 1905. Sprawozdanie to jak niemniej cała rachunkowość funduszu wieczystego z zapisu D-ra Józefa Chwiećkowskiego, sprawdzone zostały przez Delegację z grona członków Zarządu Towarzystwa Lekarskiego wyznaczoną, a złożoną z D-rów Józefa Bielińskiego, Stanisława Kamińskiego i Józefa Winiarskiego i znalezione zostały w zupełnym porządku. Kopja sprawozdania za rok 1905 przesłaną została przez Towarzystwo Lekarskie Panu Kuratorowi Okręgu Naukowego Warszawskiego.

Warszawa dnia 15 Czerwca 1906 r.

p. o. Sekretarza Stałego *W. Kosmowski.*

10. 11.

Zawiadomienie o konkursach i nagrodach wakujących.

A. Co do nagród konkursowych.

Wakują następujące nagrody konkursowe, przyznać się mające przez Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

1) Trzy nagrody pieniężne z legatu D-ra Walentego Koczorowskiego, po Rb. 300 — z terminem 31 Marca 1907 roku do składania prac w rękopismach pod adresem Sekretarza Stałego Towarzystwa. Tematy konkursowe i bliższe informacye wydrukowane są w ogłoszeniach, przy końcu niniejszego zeszytu.

2) Nagroda Rb. 150 z funduszu imienia D-ra Adama Helbicha, za najlepszą pracę naukowo-lekarską, ogłoszoną w języku polskim w latach 1905 i 1906 lub w tychże latach w rękopiśmie dla ubiegania się o nagrodę złożoną. Bliższe informacye wydrukowane są w ogłoszeniach, przy końcu niniejszego zeszytu.

3) Nagroda pieniężna w kwocie Rb. 200 z funduszu imienia D-ra Tytusa Chałubińskiego, przyznać się mająca w roku 1909, za najlepszą pracę oryginalną z dziedziny nauk lekarskich ub pomocniczych w zastosowaniu do medycyny, ogłoszoną dru-

kiem w ciągu 4-letniego okresu konkursowego. (Zob. ogłoszenie przy końcu niniejszego zeszytu).

4) Z funduszu imienia D-ra Leona Konitza wakuje nagroda pieniężna w kwocie około Rb. 500, przyznać się mająca w dniu 15 Października 1908 roku za najlepszą pracę oryginalną, poświęconą chorobom kobiecym lub akuszerzy, z liczby prac przedstawionych Towarzystwu Lekarskiemu do konkursu. (Zob. ogłoszenie przy końcu niniejszego zeszytu).

5) Nagroda pieniężna z zapisu D-ra Romualda Płaskowskiego przyznana ma być w bieżącym półroczu I-m 1906. Pracę konkursową, złożoną w rękopiśmie pod godłem „Gutta cavat lapidem non vi sed saepe cadendo” — członkowie Komitetu konkursowego już odczytali i bez wątpienia decyzya Komitetu nastąpi jeszcze przed feryami letnimi r. b.; poczem nowe ogłoszenie konkursu zamieszczone będzie w Pamiętniku Towarzystwa oraz w innych czasopismach lekarskich.

B. Co do stypendyów i zapomóg.

Wakować będą na rok akademicki 1906/7 stypendya następujące:

1) Z legatu D-ra Walentego Koczorowskiego wakować będzie sześć stypendyów, każde po Rb. 300, dla młodzieży poświęcającej się naukom lekarskim, pochodzenia polskiego, religii rzymsko-katolickiej, z pierwszeństwem dla kandydatów pochodzących z rodzin, imiennie przez zapisodawcę wskazanych. Bliższe szczegóły podane są w ogłoszeniu przy końcu niniejszego zeszytu.

2) Z legatu D-ra Ignacego Gołębiowskiego — jedno stypendyum w kwocie Rb. 200, dla studenta medycyny Uniwersytetu Warszawskiego, krewnego zapisodawcy; w braku kandydata z rodziny uprzywilejowanej, otrzymuje to stypendyum student medycyny kursu wyższego tegoż Uniwersytetu.

3) Stypendyum imienia D-ra Polikarpa Girsztowta, w kwocie Rb. 210, przeznaczone dla studenta medycyny Uniwersytetu Warszawskiego, kursu V-go, pochodzenia polskiego, odznaczającego się wzorowem prowadzeniem się i postępami w naukach, a szczególnie zdolnością do chirurgii i poświęcającemu się jej z zamiłowaniem.

4) Dwa stypendya po Rb. 300 imienia D-ra Konstautego Marcinkiewicza, przeznaczone dla studentów wydziału lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego, katolików, pochodzenia polskiego, niezamożnych. Bliższe szczegóły podane są w ogłoszeniu przy końcu niniejszego zeszytu.

Bliższych informacyj co do stypendyów zasięgnąć można z ogłoszeń przy końcu niniejszego zeszytu zamieszczonych, jako też w Kancelaryi Towarzystwa Lekarskiego (ul. Niecała № 7) w godzinach biurowych.

w Warszawie dnia 15 Czerwca 1906 r.

p. o. Sekretarza Stałego *W. Kosmowski.*

12.

Wspomnienia pośmiertne o członkach Towarzystwa Lekarskiego, zmarłych w roku 1905.

(Regul. § 109, Lit. B. punkt 12).

C z ł o n e k c z y n n y

Ś. p. Ludwik Rabek urodził się w mieście Siedlcach dnia 17 Sierpnia 1857 roku, gimnazjum Siedleckie ukończył w Czerwcu 1878 r.; dyplom na stopień lekarza otrzymał w Uniwersytecie Warszawskim w Grudniu 1884 roku. Od 1 Sierpnia 1887 roku objął obowiązki Lekarza miejscowego w Warszawskim Szpitalu dla dzieci przy ulicy Aleksandrya. Z pierwszych prac naukowych *ś. p. D-ra Rabka* była praca p. t. „Przypadek postępowego kostnienia mięśni“, która zamieszczoną została w Gazecie Lekarskiej, mianowicie w №№ 45 i 46 z r. 1891.

Do grona członków czynnych Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego przyjęty został *ś. p. Dr. Ludwik Rabek* na posiedzeniu w dniu 5 Stycznia 1892 r. Do końca życia swego pracował jako lekarz ordynator oddziału chorób wewnętrznych w szpitalu dla dzieci przy ulicy Aleksandrya w Warszawie, spostrzeżenia swoje lekarskie i referaty zamieszczał w Gazecie Lekarskiej, Kronice Lekarskiej i innych czasopismach naszych lekarskich. Zmarł w Genui w dniu 21 Października 1905 roku. Żył

lat 48. Jako zacny kolega, sumienny i pracowity, wyrozumiały i uczynny dla kolegów, pozostawił szczerzy żal po sobie. Szczegółowy wykaz prac naukowych ś. p. kol. Rabka zamieściła Kronika Lekarska w Zeszytcie 21 i 22 z r. 1905 (stron. 691).

C z ł o n k o w i e k o r e s p o n d e n c i.

Ś. p. Edward Korczyński urodził się w Dobromyślu w ziemi Sanockiej d. 5 Października 1844 roku, gimnazjum ukończył w Krakowie, Wszechnicę Jagiellońską na Wydziale Lekarskim w roku 1868. W roku 1874 został mianowany prymaryuszem szpitala św. Łazarza w Krakowie. W roku 1875 został mianowany profesorem zwyczajnym patologii i terapii szczegółowej oraz dyrektorem kliniki lekarskiej w Uniwersytecie Krakowskim. W roku 1879 — 1880 był dziekanem Wydziału Lekarskiego w tymże Uniwersytecie, w roku zaś 1889/90 Rektorem Uniwersytetu. W latach 1875 i 1876 był Prezesem Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego, a w latach 1875—1881 zasiadał w Radzie Miasta Krakowa. Na członka korespondenta Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego wybrany został na posiedzeniu w dniu 7 Stycznia 1880 r.

Pięć lat temu, klinika lekarska Krakowska obchodziła uroczystość 25-o letni jubileusz pracy profesorskiej ś. p. Edwarda Korczyńskiego. Do tego Jubileuszu przyłączyły się podówczas wszystkie Towarzystwa Lekarskie polskie, kreśląc w swych organach znakomite zasługi ś. p. Korczyńskiego, jako wytrawnego pedagoga, działacza społecznego a zarazem prawdziwego przyjaciela młodzieży akademickiej, czego dowodem najlepszym było przewodnictwo w Towarzystwie Obywatelskiem Domu Akademickiego w Krakowie. Od kilku lat dotknięty ciężkim cierpieniem, walcząc z niemocą, nie opuszczał obowiązków profesorskich, które umiował. Co się tyczy prac naukowych ś. p. D-ra Edwarda Korczyńskiego, to wykaz szczegółowy prac zamieszczony został w № 4-tym Gazety Lekarskiej z r. 1900 przez D-ra Pruszyńskiego. Zmarł w Krakowie w d. 23 Września 1905 r.

Ś. p. Wincenty Sztembarth po ukończeniu gimnazjum w Warszawie w r. 1869 — zapisał się w roku 1870 na Wydział Lekarski Uniwersytetu Warszawskiego, w którym stopień lekarza otrzymał w roku 1876; poczem wyjechał na prowincję, mianowicie do miasteczka Krasne na Podolu, zarekomendowany obywatelom tamtejszym przez Prof. D-ra Baranowskiego. Zajmował się tam praktyką lekarską przez rok jeden. Następnie wyjechał

do Paryża aby się tam zająć specjalnie studjami nad akuszeryą i gynecologją. Powróciwszy w roku 1879 do Warszawy pracował lat kilka w Szpitalu św. Ducha przy ś. p. Profesorze Neugebauerze — a następnie zajmował się praktyką lekarską w Warszawie. Przedstawiwszy Towarzystwu Lekarskiemu Warszawskiemu prace swe ogłoszone drukiem, a mianowicie: 1) Wycięcie nadpochwowe macicy z jajnikami; 2) Cztery przypadki otwarcia jamy otrzewnej przy chorobach narządów rodzajnych kobiecych niezapalnego pochodzenia; i 3) Przypadek cięcia cesarskiego, pomyślnie zakończonogo dla matki i płodu, wybrany został na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego w dniu 7 Stycznia 1896 roku na Członka czynnego. W dwa lata później, w r. 1898 wyjechał z Warszawy do Guzowa i zaliczony został przez Towarzystwo Lekarskie do grona Członków korespondentów. Zmarł w Żyrardowie d. 20 Maja 1905 r. w 53 roku życia.

13. 14. 15.

Odpis protokołu posiedzenia Komitetu rewizyjnego, obejmujący rezultaty rewizji rachunków, oraz uwagi, w myśl regulaminu Towarzystwa.

(Regul. § 109, Lit. C.).

Działo się w lokalu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego dnia 2 Marca 1906 r. o godzinie 8-ej wieczorem.

Komitet rewizyjny Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, złożony z D-rów Adama Przyborowskiego, jako przewodniczącego w Komitecie, oraz Andrzeja Ciechomskiego i Adama Karczewskiego, członków tegoż Komitetu, w obecności Wice-Prezesa Towarzystwa D-ra Walentego Kamockiego i p. o. Sekretarza Stałego D-ra Wiktora Kosmowskiego, dopełnił w dniu dzisiejszym, w myśl § 112 regulaminu objaśniającego i rozwijającego

ustawę Towarzystwa Lekarskiego, szczegółowej rewizji rachunków i funduszków Towarzystwa Lekarskiego za rok 1905, oraz sprawdzenia obecnego stanu obu kas: Towarzystwa i Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy.

Podskarbi Towarzystwa Lekarskiego kol. Konrad Dobrski przedstawił Komitetowi następujące księgi rachunkowe: 1) kwintarjusz: do poboru ofiar jednorazowych, składki rocznej, wpływów z prenumeraty Pamiętnika Towarz., wpływów z komornego od lokatorów domu Towarzystwa przy ulicy Niecałej oraz innych wpływów do kasy Towarzystwa wnoszonych. 2) Dzienniki kasy Towarzystwa i kasy Wsparcia. 3) Księgę Główną funduszków Towarzystwa oraz funduszków pod administracją Towarzystwa zostających.

Nadto przedstawione zostały Komitetowi rewizyjnemu przez p. o. Sekretarza Stałego: 1) Bilans funduszków i własności Towarzystwa za r. 1905; 2) podpisany przez Podskarbiego wykaz stanu Kasy Towarzystwa i Kasy Wsparcia w dniu dzisiejszym; 3) asygnacje i dowody wypłat na wydatki w r. 1905 z Kasy Towarzystwa dopełnione; 4) zbiór wypisów hipotecznych, dotyczących sum Towarzystwa na hipotekach lokowanych, wreszcie 5) świadectwa depozytowe Dyrekcyi Głównej Towarzystwa Kredytowego Ziemskiego, Dyrekcyi Towarzystwa Kredytowego Miasta Warszawy i Banku Handlowego, na złożone w tychże instytucjach papiery procentowe Towarzystwa Lekarskiego.

Po szczegółowem sprawdzeniu przedstawionego wykazu funduszków Towarzystwa Lekarskiego za rok 1905 i Bilansu za tenże rok, z księgami buchalteryjnymi i dokumentami kasowemi, Komitet rewizyjny znalazł zupełną zgodność rachunkowości i kasowości za rok upłyniony.

Następnie przystąpił Komitet do rewizji obecnego stanu Kasy Towarzystwa i Kasy Wsparcia; przyczem znalazł stan kasowy następujący:

A. Co do Kasy Towarzystwa.

Według dziennika kasy Towarzystwa, prowadzonego w Kancelaryi a w zupełności zgodnego z dziennikiem prowadzonym

przez Podskarbiego, przychód w r. 1906, wraz z remanentem z r. 1905 po dzień dzisiejszy wynosił:

a) w gotowiznie	Rb. 44777 k. 36
b) w papierach procentowych	„ 48016 „ 25
	<hr/>
Razem	Rb. 92793 k. 61
rozchód wynosi	„ 83225 „ 36
	<hr/>
Saldo przeto kasy w dniu dzisiejszym wynosi	Rb. 9568 k. 25.

Saldo to mieści się:

a) w Banku Handlo- wym w gotowiznie, na rachun- ku przekazowym	Rb. 9143 k. 38
b) w zachowaniu Pod- skarbiego:	
1) w gotowiznie	„ 408 „ 62
2) w losach zagrani- cznych przez D-ra Płaskow- skiego zapisanych	„ 16 „ 25
	<hr/>
Ogółem jak wyżej	Rb. 9568 k. 25

B. Co do Kasy Wsparcia.

Rachunki Kasy Wsparcia za rok 1905 dotąd nie mogły być zamknięte, tak jakto i poprzednich lat się praktykowało, z powodu nieukończenia obrachunków z pp. Pomocnikami Inspektorów Lekarskich gubernialnych, zajmującymi się zbieraniem składek w guberniach kraju. Komitet rewizyjny przeto sprawdził tylko obecne saldo Kasy Wsparcia, według dziennika, podobnie jak wyżej w 2-ch egzemplarzach prowadzonego, a mianowicie:

Przychód z roku 1906 wraz z remanentem z r. 1905, po dzień dzisiejszy wynosił:

Pam. Tow. Lek. T. 102, Z. II.

a) w gotowiznie	Rb. 6606 k. 30
b) w papierach procentowych	„ 1000 „ —
	<hr/>
Razem	Rb. 7606 k. 30
Rozchód	„ 2646 „ 17
	<hr/>
Saldo	Rb. 4960 k. 13

Saldo to mieści się:

a) w Banku Handlowym w gotowiznie, na rachunku przekazowym	Rb. 3615 k. 41
b) w zachowaniu u Podskarbiego:	
1) w gotowiznie	„ 344 „ 72
2) w Akcyach Towarzystwa Zakładu leczniczego „Nałęczów“	„ 1000 „ —
	<hr/>
Razem jak wyżej	Rb. 4960 k. 13

Gotowiznę, znajdującą się u Podskarbiego, według powyższego wykazania, mianowicie w Kasie Towarzystwa Lekarskiego Rb. 408 k. 62, w Kasie Wsparcia Rb. 344 k. 72 oraz Losy Zagraniczne należące do Kasy Towarzystwa, ocenione na Rb. 16 k. 25 i do Kasy Wsparcia Akcje Nałęczowa na Rb. 1000, Komitet rewizyjny sprawdził i wręczył tak gotowiznę jako też papiery procentowe napowrót do zachowania kol. Dobrskiemu; gotowiznę zaś znajdującą się w Banku Handlowym, mianowicie odnoszącą się do Kasy Towarzystwa Rb. 9143 k. 38 i należącą do Kasy Wsparcia Rb. 3615 k. 41, Podskarbi usprawiedliwił wykazem przez Bank Handlowy nadesłanym.

Co się tyczy papierów procentowych, należących do fundusów Towarzystwa Lekarskiego i funduszy Kasy Wsparcia, zdeponowanych w instytucjach finansowych w Warszawie, mianowicie w Towarzystwie Kredytowym Ziemskim, w Towarzystwie Kredytowym Miasta Warszawy, w Banku Handlowym i w War-

szawskim Kantorze Banku Państwa, wynoszących według nominalnej wartości papierów publicznych ogólną sumę Rb. 131900 — a w szczególności: a) w papierach procentowych, należących do Kasy Towarzystwa Rb. 62950 i b) w papierach procentowych należących do Kasy Wsparcia Rb. 68950, kol. Podskarbi usprawiedliwił zdeponowanie tychże papierów, świadectwami depozytowymi odnośnych instytucyj finansowych.

UWAGA. Zaznacza się, że z powyższej ogólnej sumy papierów procentowych, suma Rb. 5300, stanowiąca legat ś. p. D-ra Władysława Florkiewicza, zostaje w dożywotniem posiadaniu p. Kassylidy Florkiewiczówny, siostry testatora; w jej też ręku znajdują się oryginały świadectw depozytowych, a w zachowaniu Podskarbiego znajdują się wierzytelne kopje tychże świadectw depozytowych, na imię Towarzystwa Lekarskiego wystawionych.

Dokumenty te Komitet rewizyjny sprawdził, znalazł je w zupełnym porządku i do dalszego zachowania Podskarbiemu zwrócił.

Następnie Komitet porównał budżet Towarzystwa na rok 1905 z przedstawionym przez p. o. Sekretarza Stałego Bilansem, sporządzonym przy zamknięciu rachunków za rok 1905 i przy porównywaniu szczegółowych funduszów z budżetem, przekonał się, że wogóle wszystkie oznaczenia budżetowe, zarówno w dochodach jak i rozchodach, wykonane zostały zgodnie z budżetem na r. 1905 przez Towarzystwo zatwierdzonym, z wyjątkiem małych różnic, wykazanych już na posiedzeniu administracyjnem Towarzystwa w d. 27 Grudnia r. z. przez kol. Podskarbiego, a które przez Towarzystwo za usprawiedliwione uznane zostały.

W reszcie Komitet rewizyjny sprawdził w dniu dzisiejszym w myśl § 113 Regulaminu, inwentarze własności ruchomej Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Wszelka własność ruchoma Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, z wyjątkiem biblioteki, t. j. dzieł, broszur, atlasów i t. p., które zostają pod najbliższą kontrolą komitetu bibliote-

cznego, zapisaną jest w 3-ch książkach, należycie oparafowanych i opieczętowanych, które przy rewizjach w latach ubiegłych przez Komitet rewizyjny były poświadczane.

Rezultat dopełnionej w dniu dzisiejszym rewizji inwentarzy, według wyżej wymienionych 3-ch książek jest następujący:

Co do inwentarza głównego własności ruchomej Towarzystwa i oddzielnej książki materiałów, w której zapisane są przedmioty, przedszemu ulegające zniszczeniu.

Komitet rewizyjny znalazł wszystkie przedmioty zapisane w tymże inwentarzu i książce materiałów, na właściwych miejscach w lokalu Towarzystwa, a niektóre z utensyljów oddane do użytku służby niższej przy utrzymywaniu porządku w zabudowaniach domu Towarzystwa, z wyjątkiem tych pozycji, które przy poprzednich rewizjach inwentarzy, szczególnie były wymienione, jako zużyte i wykreślone.

Co do inwentarza własności ruchomej Pracowni Towarzystwa.

Komitet rewizyjny znalazł wszystkie przedmioty zapisane w tymże inwentarzu na właściwych miejscach w lokalu Pracowni.

UWAGA. Zaznacza się w konkluzji niniejszego protokołu, że tak zwane „Muzeum“, — które mieściło się w 2-ch szafach oddzielnych w Pracowni Towarzystwa, złożone ze 112-u numerów i mieszczące zbiór czaszek oraz przedmiotów odnoszących się do archeologii i etnografii, a pochodzących z daru ś. p. D-ra Leona Dudrewicza, na zasadzie decyzji Towarzystwa Lekarskiego z d. 3 Października 1905 roku, darowane zostało Warszawskiemu Muzeum Przemysłu i Rolnictwa i zabrane zostało, wraz z szafami,

z lokalu Pracowni Towarzystwa Lekarskiego w dniu 10-m
Października 1905 roku.

Przewodniczący w Komitecie Rewizyjnym (podpisano)

Adam Przyborowski.

Członkowie Komitetu (podpisano)

Adam Karczewski, Andrzej Ciechomski.

Za zgodność odpisu powyższego protokołu posiedzenia Ko-
mitetu Rewizyjnego świadczę

p. o. Sekretarza Stałego *W. Kosmowski.*

Sprawozdanie Komitetu Budowlanego.

Ostateczna uchwała Towarzystwa Lekarskiego, dotycząca rozpoczęcia budowy nowego domu dochodowego na miejscu starego budynku frontowego, znajdującego się na posesyi przy ulicy Niecałej № 7, zapadła na nadzwyczajnem posiedzeniu administracyjnem w d. 18 Maja 1903 r.

Sprawa budowy nowego domu o wiele już dawniej była podnoszona, tak na posiedzeniach Zarządu, jak i Towarzystwa. Powodem był coraz gorszy stan techniczny starego budynku, przy lichych jego murach, spróchniałych belkach i krokwiach dachowych, zniszczonych podłogach, sufitach i t. d. Co rok powiększające się rozchody na remont i podtrzymywanie budowli, nie dawały gwarancji zabezpieczenia jej od ruiny. Na stan taki zwracali wielokrotnie uwagę członkowie Zarządu, zajmujący się admini-

stracą domu, jak również wzywani do oceny stanu budowli budowniczowie. Z drugiej strony wysoka wartość placu, zajętego pod starą budowlę, zalecała zużytkowanie go w sposób, dla Towarzystwa, jako właściciela, jeżeli nie zaraz, to przynajmniej w niedalekiej przyszłości — korzystniejszy.

Gdy w r. 1903 sumy, znajdujące się na hipotece domu Towarzystwa, a należące do zapisów stypendyalnych zostały spłacone, a nadto gdy fundusz rezerwowego domu Towarzystwa doszedł do wysokości, zapewniającej możliwość pokrycia nim strat, na jakie zwykły budżet Towarzystwa z powodu rozebrania dochodzącego budynku byłby narażony przez czas budowy: wówczas, jak się zdawało, nadeszła sposobna chwila do przystąpienia do przedsięwzięcia budowy domu dochodowego, bez wielkiego ryzyka finansowego.

Ztąd Zarząd Towarzystwa, zgodnie z przedstawieniem kol. Kosmowskiego, na posiedzeniu w d. 16 Września 1903 r. postanowił wystąpić do Towarzystwa z wnioskiem udzielenia dodatkowego kredytu na studia przygotowawcze, a ewentualnie — wniesienia odpowiedniego kredytu do budżetu na r. 1904. Następnie Zarząd na posiedzeniach w dniu 28 Listopada 1903 r., w dniu 28 Stycznia 1904 r., w dniu 3 Marca 1904, w dniu 24 Marca 1904 i 30 Kwietnia 1904 r. zajmował się, wraz z zaproszonym budowniczym Fr. Lilpopem, tak stroną techniczną proponowanej budowli, rozpatrywaniem przedstawionych przezeń szkiców i projektów, jakoteż warunkami ich finansowymi i wreszcie na specjalnie zwołanem ad hoc posiedzeniu administracyjnym Towarzystwa w d. 18 Maja 1904 r. przedstawił gotowe plany budowy, przybliżone jej kosztorysy, obrachunki i projekty sfinansowania przedsięwzięcia.

Towarzystwo Lekarskie zdecydowało: a) przystąpić w tymże roku do budowy domu na posesyi Towarzystwa przy ulicy Niecałej № 7, w cenie od 75—80 tysięcy rubli; b) upoważniło Zarząd do wyboru z łona Zarządu, Komitetu Budowlanego — czynnego do końca budowy i c) upoważniło Zarząd do zaciągnięcia na budowę domu pożyczki w sumie 54 tysięcy rubli.

Na podstawie tej uchwały, Zarząd w d. 3 czerwca 1904 r. z łona swego zorganizował Komitet Budowlany, z 5-u członków

złożony, do którego weszli: 1) T. Dunin, jako przewodniczący, 2) W. Kosmowski, jako referent, 3) W. Kamocki, 4) H. Hoyer i 5) K. Dobrski. Zastępcami byli J. Winiarski i J. Bieliński

Komitet postanowił wykonać budowę według planów, wykonanych przez budowniczego Fr. Lilpopa, a przez Towarzystwo przyjętych i pod jego osobistym nadzorem technicznym.

Komitet budowlany odbył 12 posiedzeń wspólnych, a mianowicie w r. 1904 w d. 9 Czerwca, 17 Czerwca, 13 Lipca, 22 Sierpnia, 9 Września, 27 Października, 23 Listopada, w roku 1905 w d. 9 Marca, 25 Maja, 23 Października, i w r. 1906 w d. 23 Stycznia i 13 Marca. Do stałego załatwiania spraw bieżących był upoważniony przez Komitet W. Kosmowski wraz z budowniczym Fr. Lilpopem. Wszystkie protokoły posiedzeń, jako też kontrakty, korespondencje i t. d. z interesami budowlanymi związane, stanowią osobne akta, znajdujące się w archiwum Kancelaryi Towarzystwa.

Rozbiórka starych budowli rozpoczęła się w dniu 8 Lipca 1904 r. Nowa budowla stanęła pod dachem w pierwszych dniach Stycznia r. 1905, zupełne jednak wykończenie domu nie nastąpiło zgodnie z warunkami umowy z przedsiębiorcami, w dniu 1 Lipca 1905, lecz wobec częstych strajków robotniczych, ogólnego zamętu i rewolucyi, opóźniło się do 1 Października r. 1905. Opóźnienie to uznane zostało jako spowodowane siłą wyższą bez winy przedsiębiorców i stąd Komitet żądanych do nich nie rościł pretensyj.

Wszystkie roboty z budową związane powierzone były przedsiębiorcom i firmom przez konkurencyę ograniczoną, według ofert, składanych w zamkniętych kopertach. Na tej podstawie roboty budowlane wykonały następujące firmy:

- 1) Ogólne roboty oddano firmie T. Zamojski.
- 2) Konstrukcye żelazne — Bracia Jenike.
- 3) Kanalizacja, wodociągi, ogrzewanie centralne, firmie Sikorski i Kurcewski.
- 4) Urządzenie oświetlenia gazowego — fabryka gazowa.

- 5) Urządzenie oświetlenia elektrycznego — Wróblewski i Binzer.
 6) Dzwonki elektryczne — Ludwik Bolman.
 7) Schody żelazne — firma Gostyński i Sp.

Bilans budowy przedstawia się jak następuje:

I. R O Z C H Ó D.

1) Koszty planów i notaryalne . . .	Rb.	415 k. 90
2) Firmie „Tomasz Zamojski“, za ogólną budowę	„	46887 „ 17
3) Firmie „Bracia Jenike“ za konstrukcye żelazne	„	9891 „ 95
4) Firmie „Sikorski i Kurcewski“ za urządzenia wodociągowo-kanalizacyjne i ogrzewanie centralne	„	6224 „ 30
5) Zakładowi Gazowemu za urządzenia gazowe	„	1479 „ 29
6) Firmie „Wróblewski i Binzer“ za instalacye oświetlenia elektrycznego	„	878 „ 82
7) Bolmanowi za instalację dzwonków elektrycznych	„	150 „ 80
8) Przeróbka lokalu Towarzystwa z całym urządzeniem	„	2120 „ 71
9) Honorarium Budowniczego	„	2800 „ —
10) Procent od pożyczki Rb. 54000 przez czas budowy	„	3240 „ —
11) Rata Październikowa r. 1905 od dodatkowej pożyczki Towarzystwa Kredytowego Miasta Warszawy, wraz z opłatą stemplową od wypuszczonych Listów Zastawnych na Rb. 25000	„	893 „ 75
12) Rozchody dodatkowe i nieprzewidziane	„	2138 „ 40
Razem . . .	Rb.	77121 k. 09

II. P R Z Y C H Ó D.

1) Pożyczka od Towarzystwa Ubezpieczeń „Przezorność”	Rb. 54000 k. —
2) Procent od zdeponowanej w temże Towarzystwie, podniesionej powyższej pożyczki „	1125 k. —
3) Z dodatkowej pożyczki Towarzystwa Kredytowego Miasta Warszawy, w sumie Rb. 25000	„ 22509 „ 25
4) Przelew z funduszu rezerwowego do mu Towarzystwa Lekarskiego № 7/614L	„ 486 „ 84
Razem	Rb. 78121 k. 09

ZESTAWIENIE.

I. Przychód	Rb. 78121 k. 09
II. Rozchód ,	„ 77121 „ 09
Pozostałość dla zapłacenia firmie „Sikorski i Kurcewski“ w Kwietniu 1906 r.	„ 1000 k. —

Wszystkie powyższe roboty zostały przez Komitet budowlany wraz z budowniczym, od firm odebrane, wszystkie należności firmowe według umowy wypłacone i wypłaty przez nie pokwitowane

Komitet przedstawiając niniejsze sprawozdanie, nadmienia, iż rachunki szczegółowe były sprawdzone i przyjęte przez Komitet Rewizyjny Towarzystwa Lekarskiego w dniu 2 Marca 1906 r. jakoteż, iż pozostałość w ilości Rb. 1000, wykazana w bilansie, pozostaje w Banku Handlowym na ogólnym rachunku Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego, jako suma przypadająca do wypłaty firmie Sikorski i Kurcewski w d. 1 Kwietnia 1906 r.

Z chwilą przedstawienia niniejszego sprawozdania Zarządowi, Komitet budowy po dokonaniu swej czynności, ulega rozwiązaniu.

Warszawa d. 13 Marca 1906 r.

Członkowie Komitetu Budowlanego (podpisano)

W. Kamocki, W. Kosmowski, Konrad Dobrski, J. Winiarski.

Za zgodność odpisu powyższego Sprawozdania Komitetu Budowlanego, świadczę

p. o. Sekretarza Stałego *W. Kosmowski.*

16.

SPRAWOZDANIE

z czynności naukowych Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego za rok 1905.

Na początku roku 1905, a 88-go swego istnienia, Towarzystwo Lekarskie Warszawskie liczyło w swym składzie członków honorowych 10, członków czynnych 245, oraz 97 członków korespondentów.

W roku sprawozdawczym zmarli 4 członkowie czynni, a mianowicie Józef Wszebor, Konrad Zawisza, Leon Dudrewicz i Ludwik Rabek i dwaj członkowie korespondenci: Edward Korczyński i Wincenty Sztembarth.

Na posiedzeniu wyborczem weszło do grona Towarzystwa członków czynnych 9, z członków korespondentów przeszli na członków czynnych 2: Teodor Drabczyk i Julian Majkowski, z członka czynnego na członka korespondenta przeszedł Jan Piltz.

W roku ubiegłym Towarzystwo odbyło 27 posiedzeń klinicznych. Na posiedzeniach klinicznych wygłoszono odczytów 21 (w r. z. 37) w tej liczbie 1 przez nieczłonka (w r. z. 8), oraz dokonano 23 demonstracyj (w r. z. 45). Ogółem zabierało głos 57 kolegów (w r. z. 51). Gości wprowadzonych ogółem było 32 (w r. z. 68). Najliczniejsze posiedzenie liczyło 108 członków, najmniej liczne 19.

W roku sprawozdawczym najliczniej były reprezentowane odczyty z dziedziny neurologii i medycyny wewnętrznej — z każdej kategorii po 4 odczyty. Odczyty neurologiczne były wygłoszone przez następujących kolegów: Stanisława Kopczyńskiego, p. t. „Badania doświadczalne z zakresu fizjologii i anatomii korzeni rdzeniowych“; — Stanisława Orłowskiego „Anatomja patologiczna rdzenia“ i Stanisława Kopczyńskiego „Przypadek porażenia Erb'a“ i Dunina „Istota neurastenji“.

Odczyty kol. Kopczyńskiego i Orłowskiego były obficie ilustrowane pokazami preparatów mikroskopowych za pomocą epidiaskopu.

Odczyt kol. Orłowskiego był czysto dydaktyczny, obejmował krótki wykład i pokaz odpowiednich preparatów ze wszystkich cierpień organicznych rdzenia — odczyt ten zajął trzy posiedzenia i wzbudził dość duże zainteresowanie.

W równej liczbie co do ilości odczytów reprezentowana była medycyna wewnętrza. Prelegentami byli: kol. Leśniowski, który przedstawiał chorobę i wygłosił odczyt o leczeniu gruźlicy otrzewnej za pomocą wstrzykiwań do jamy brzusznej zawiesiny jodoformowej, dalej Dunin, który mówił „O wczesnem operowaniu w chorobach wewnętrznych“; — kol. Rzętkowski wygłosił rzecz p. t. „Podstawy leczenia dyjetetycznego skazy mocznicowej i kol. Moraczewski ze Lwowa „Kilka uwag dotyczących dyjetetyki choroby cukrowej“. Z odczytów tych wielkie zainteresowanie i bardzo ożywioną dyskusję wywołał odczyt kol.

Dunina, jako poruszający jedną z najważniejszych kwestyi medycyny wewnętrznej.

Następne miejsce co do ilości odczytów zajmują w równej mierze bakteryologia i anatomia patologiczna wraz z histologją, po 3 odczyty.

Wszystkie 3 odczyty bakteryologiczne zawdzięczamy kol. Karwackiemu, który poruszył w nich tematy z dziedziny najnowszych zdobyczy i teoryj bakteryologicznych; na pierwszy plan wysunął się tu jego odczyt p. t. „Mechanizm działania surowic specyficznych“ pozostałe dwa odczyty dotyczyły najnowszych odkryć bakteryologicznych; jeden miał za treść „Poszukiwania nad *micrococcus neoformans* Doyen'a“ — jako czynnika etyologicznego w powstawaniu nowotworów złośliwych; drugi zaś miał jednocześnie charakter demonstracyi i nosił tytuł „Pokaz krętków białych (*spirochaete pallida* luis).

Z dziedziny anatomii i histologii mamy do zanotowania 3 odczyty, wygłoszone przez kol. Kamillę Horwitz p. t. „O budowie szpiku kostnego u zarodków“, A. Leśniowskiego „Kilka słów w sprawie zboczeń w budowie organów moczowych“ i Wilczyńskiego „O cytologicznem badaniu przesieków i wysieków oraz płynu mózgo-rdzeniowego“ ten ostatni odczyt wkracza właściwie w dziedzinę dyagnostyki

Następne miejsce co do liczby zajmują odczyty z fizyologii, chirurgii i balneoterapii wraz z klimatoterapią — każdej kategorii po 2 odczyty.

W fizyologicznych odczytach prelegenci zajmowali się układem krwionośnym i tak kol. Rzętkowski mówił „O czynności serca“, a kol. Gałęcki „O ciśnieniu krwi w przebiegu suchot płucnych“.

Dwa chirurgiczne odczyty zawdzięczamy kol. Gabszewiczowi i Bartkiewiczowi; pierwszy mówił o „Kazuistyce chirurgicznej chorób żołądka“ drugi o „Odluszczeniu torebki nerkowej przy morbus Brighti“ — oba odczyty wzbudziły duże zainteresowanie.

Ciekawym bardzo był odczyt z klimatoterapii kol. Sokolowskiego p. t. „O wpływie i właściwościach klimatu dalekiego południa“. Prelegent mówił o klimacie Algieryi, podając dużo

praktycznych szczegółów co do tamtejszych miejscowości klimatycznych; odczyt był ilustrowany pokazami fotografii różnych miejscowości Algieru, rzucanemi na ekran za pomocą epidiaskopu.

Z balneoterapii wygłosił odczyt kol. Pawiński, poruszając w nim nader ważną kwestyę, mianowicie „Działanie kąpieli z kwasem węglowym na krwiobieg“.

Jeden odczyt z dziedziny weneryi zawdzięczamy kol. Trzcinińskiemu, który mówił „O zapobieganiu sprawom parasyfilitycznym, resp. włośdowi postępowemu“. Odczyt ten wywołał tak ożywioną i obszerną dyskusyę, że poświęcono mu dwa posiedzenia kliniczne.

Z dziedziny terapii chorób skórnych mówił kol. Kozerski „O współczesnej technice rentgenoterapii, z demonstracyą odpowiednich preparatów.

Nakoniec oddzielnie zupełnie musi być postawiony odczyt kol. Barszczewskiego „Dziesięciolecie promieni Roentgen'a“, jako poruszający kwestyę fizyki w związku z różnymi działami medycyny. Demonstracyi ogółem odbyło się 23.

Najliczniej przedstawiają się demonstracye chirurgiczne w liczbie 9. Demonstrowali kol. Kossobudzki, Groszlik, Bartkiewicz, Leśniowski, Borzymowski, Gabszewicz, Sławiński i Ludwik Zembrzusi. Pokazywano ciekawe przypadki operacyjne, jak decapsulatio renis, nephrektomii, gastrolizy, exstirpatio laryngii i t. d.

Dużo względnie odbyło się demonstracyi bakteryologicznych, a mianowicie 7. Najwięcej pokazów zawdzięczamy kol. Karwackiemu, który demonstrował zjawiska aglutynacyi, meningokokki, objaw Pfeiffer'a. Kol. Bartkiewicz pokazywał ciekawy przypadek zaszczepienia raka królikowi; kol. Wilczyński demonstrował spirohaete Obermeyer; kol. Rzętkowski — spirohaete pallida luis. Jednem słowem pokazy bakteryologiczne były urozmaicone i poruszały najnowsze tematy z tej dziedziny nauk.

W równej liczbie, po 2 demonstracye, musimy zanotować z dziedziny medycyny wewnętrznej, chorób skórnych i nerwowych.

Z działu medycyny wewnętrznej ciekawy był pokaz fotografii, uwidoczniających ruchy robaczkowe żołądka i kiszek, dokonany przez kol. Stanisława Kijewskiego.

Demonstracje dermatologiczne zawdzięczamy kol. Kozerskiemu i Feliksowi Malinowskiemu, z których pierwszy pokazywał przypadek lupus erythematodes, a drugi przedstawiał przypadek atrophia cutis idiopatica.

Z pomiędzy neurologów demonstrował dwa ciekawe przypadki porażenia Brown-Séquarda kol. Stanisław Kopczyński. Następnie można tu zaliczyć także szereg preparatów z anatomii patologicznej rdzenia, które za pomocą epidiaskopu były pokazywane przez kol. Stanisława Orłowskiego, jako ilustracya do trzech jego odczytów.

Z nowych przyrządów, pokazywanych w roku sprawozdawczym na posiedzeniach Towarzystwa, musimy zanotować oesophagoskop — demonstrował go kol. Stanisław Kijewski oraz pokazywał sposób użycia na żywym człowieku.

Reasumując wyniki działalności naukowej naszego Towarzystwa w roku sprawozdawczym, musimy zauważyć, że i ilość odczytów i ilość demonstracyj była mniejszą, niż roku poprzedniego.

Złożyło się na to kilka przyczyn. Przedewszystkiem poszczególne sekcye naukowe zabierają posiedzeniom ogólnym część tematów odczytowych i demonstracyj, następnie zaś wyjazd pewnej liczby członków naszego Towarzystwa na Daleki Wschód, oraz ogólne niesprzyjające spokojnej pracy naukowej warunki życia, musiały się odbić niekorzystnie na naukowej działalności Towarzystwa.

Bywał nieraz kłopot, czy znajdzie się temat do odczytu na posiedzenie kliniczne. Gości przyjezdnych i wprowadzonych na posiedzenia było także znacznie mniej, niż lat ubiegłych. Tak więc rok ubiegły musimy zaliczyć do mniej pomyślnych lat w działalności Warsz. Towarzystwa Lekarskiego.

Składając mój urząd Sekretarza dorocznego, życzę Towa-

rzystwu jaknajpomyślniejszego rozwoju w jego dalszej działalności i mam nadzieję, że życzenie to ziści się.

Sekretarz doroczny

Tadeusz Korzon

17.

Sprawozdanie Bibliotekarza za rok 1905.

W końcu roku 1904 znajdowało się w Bibliotece:

1. Dzieł, broszur i odbić osobnych	24300
2. Foliantów	351
3. Dzieł w szafie Placzkowskiego	117
4. Słowników w szafie Pląskowskiego	54
5. Rękopisów	86
6. Czasopism prenumerowano	82

Ogółem w końcu roku 1904 . . . 24996

W roku sprawozdawczym przybyło.

1. Dzieł, broszur i odbić osobnych	1050
2. Foliantów	1
3. Rękopisów	1
4. Czasopism prenumerowano	82

W końcu roku 1905 . . . 26130

Prócz powyższych znajduje się w bibliotece:

a) map	54
b) medali	20
c) albumów fotograf.	2

Ważniejsze dary otrzymała Biblioteka w roku sprawozdawczym: Koł. Anders ofiarował kosztowny zbiór dzieł medycyny wewnętrznej i pedyatrycznej nowszej, przeważnie w oprawie, w ogólnej ilości 409 tomów; z nich zapisano do katalogu 131 dzieł w 180 tomach. Koł. Dobrski ofiarował 80 tomów, wszystkie oprawne i wszystkie zapisane do katalogu—dzieła z higieny socjalnej i neuropatologii. Po śmierci kol. Dudrewicza Leona, otrzymała Biblioteka 183 dzieła w 280 tomach; 105 dzieł w 127 tomach zapisano do katalogu, z pozostałych dubletów oprawne lub lepiej zachowane, wymienione zostały na egzemplarze biblioteczne.

Profesor Hoyer ofiarował 49 broszur różnej treści, przeważnie z dziedziny anatomii porównawczej; wszystkie wpisane do katalogu.

Po śmierci Stanisława Kierbedzia ofiarowano do Biblioteki dzieła homeopatyczne w języku angielskim, francuskim, niemieckim, polskim, rosyjskim i włoskim; dzieł 424, tomów 445, wszystkie zapisane do katalogu i stanowią oddział osobny w Bibliotece. Koł. Szumlański darował Revue de laryngologie za lat kilka. Kolega Kramsztyk Zygmunt ofiarował 29 rozpraw różnej treści. Z Petersburga nadesłano rozpraw doktorskich 146.

Redakcyje Gazety lekarskiej i Kroniki lekarskiej, nadesłały różne czasopisma z upłynionego roku i broszury nadsyłane do redakcyi.

Na posiedzeniach Towarzystwa niektórzy koledzy składali swe prace, które następnie przechodziły do zbiorów Towarzystwa.

Fundusze Biblioteki stanowiły:

1. Procent od funduszu imienia Kondratowicza za r. 1905	Rb. 85 k. 50
2. Zasiłek z rachunku własnego Towarzystwa	„ 1450 „ —
Ogół przychodu	Rb. 1535 k. 50

ROZCHÓD.

1. Prenumerata czasopism	Rb. 1000 k. —
2. Kupno i oprawa książek	„ 235 „ 50
3. Pomoc kancelaryjna	„ 300 „ —
Ogółem	<u>Rb. 1535 k. 50</u>

W roku sprawozdawczym prenumerowano następujące wydawnictwa.

1. Annales d'hygiène.
2. „ de l'Institut. de Pasteur.
3. Annalen (Charité).
4. „ d. städt. allg. Krankenhäuser.
5. Antropologie.
6. Arbeiten d. hyg. Gesundheitsamts.
7. Archiv. für. Augenheilkunde.
8. „ „ kl. Chirurgie.
9. „ „ Dermat. u. Syphilis.
10. „ gén. de Médecine.
11. „ für. Gynäkologie.
12. „ „ Hygiene.
13. „ „ Laryngologie.
14. „ „ kl. Medizin.
15. „ de méd. experimentale.
16. „ (Virchow's) für path. Anatomie.
17. „ für Geburtshülfe (Hegar).
18. „ „ Psychiatrie.
19. Beiträge zur kl. Chirurgie (Bruns).
20. Centralblatt für d. Grenzgeb. d. Med. und Chir.
21. „ „ Bacteriologie.
22. Czasopismo lekarskie.
23. Deutsche Chirurgie.
24. Ergebnisse d. allg. Pathologie (Lubarsch).
25. Gazeta lekarska.

Pam. Tow. Lek. T. 102, Z. II.

26. Jahrbücher Eulenburg.
27. „ für Kinderheilkunde.
28. „ „ Gesamte Med.
29. Jahresbericht-Baumgarten's.
30. „ d. Chirurgie.
31. „ für Gynäkologie (Frommel).
32. „ Leistung Neurologie.
33. Journal (British).
34. „ (American).
35. Klinik (Deutsche).
36. Kosmos.
37. Kronika lekarska.
38. Krytyka lekarska
39. Lancet.
40. Medycyna.
41. Mittheil. Mikulicza.
42. Nowiny lekarskie.
43. Przegląd dentystyczny.
44. „ lekarski.
45. Revue de médecine.
46. „ de Chirurgie.
47. „ scientifique.
48. Semaine médicale.
49. Wisła.
50. Wochenschrift - Berliner.
51. „ Deutsche.
52. „ Münchener.
53. „ Wiener.
54. Vierteljahrschrift f. Gesundheitspflege
55. Wszechświat.
56. Zdrowie.
57. Zeitung medicinal (deutsche).
58. Zeitschrift f. klinische Medizin.
59. „ f. Ohrenheilkunde.

Bibliotekarz *Józef Bieliński*.

18.

*Sprawozdanie Redaktora „Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego
Warszawskiego“ za rok 1905.*

W roku sprawozdawczym Pamiętnik redagowany był przez Stanisława Kamieńskiego, członka czynnego naszego Towarzystwa. Drukowano Pamiętnik w drukarni Karola Kowalewskiego w ilości 550 egzemplarzy.

Ogółem Pamiętnik zawierał 82 arkusze druku, 1 tablicę litografowaną i jeden rysunek w zeszytcie IH-im.

Część urzędowa Pamiętnika zawierała protokoły posiedzeń Towarzystwa od dnia 3 Stycznia do 27 Grudnia 1905, sprawozdanie z czynności rocznych Zarządu w Zeszytcie II-im, wreszcie ogłoszenia Zarządu i Komitetów konkursowych w różnych zeszytach. Część ta obejmowała 16 $\frac{1}{2}$ arkusza druku, t. j. o dwa arkusze mniej niż w r. 1904.

Część literacka Pamiętnika zawierała w roku sprawozdawczym Przegląd Piśmiennictwa Lekarskiego Polskiego za r. 1904 i 7 prac oryginalnych, z których 6 napisane zostały przez Członków naszego Towarzystwa, jedna przez dwóch lekarzy ze Lwowa.

Tytuły tych prac są następujące:

- 1) Bikeles G. i Gizelt A. Fیزیologiczne doświadczenia na psach.
- 2) Bucelski S. Dzieje budowy zakładu dla obłąkanych w Królestwie Polskiem oraz stan obecny szpitala w Tworkach.
- 3) Giedroyć F. Zróża biograficzno-bibliograficzne do dziejów medycyny w dawnej Polsce.
- 4) Karwacki L. Wpływ surowicy Maragliano na przebieg gruźlicy u zwierząt.
- 5) Kucharzewski H. Badania doświadczalne nad wpływem surowic leczniczych i normalnej końskiej na krew.
- 6) Męczkowski W. Historia szpitali św. Ducha i św. Trójcy w Kaliszu.
- 7) Rzętkowski K. Studya nad zasadowością krwi ludzi zdrowych i chorych.

Prace oryginalne obejmowały 34¹/₂ arkuszy, t. j. o 1 arkusz więcej niż w 1904 r.

W opracowaniu Przeglądu Piśmiennictwa Lekarskiego Polskiego wzięło udział 35 kolegów, a mianowicie: Bieliński J., Bronowski S., Bruner Wł., Chełchowski K., Korybut-Daszkiewicz B., Dąbrowski W., Dobrzycki H., Ettinger J., Grabowski J., Groszlik S., Hertz W., Jakimiak B., Kamiński S., Kołakowski F., Korzon T., Kozerski A., Kuczyński A., Landstein J., Leśniowski A., Majewski A., Monsiorski Z., Puławski A., Pruszyński J., Radziwiłłowicz R., Rzętkowski K., Sawicki B. W., Szumlański W., Świątecki J., Świątecki Wł., Winiarski J., Załeski K., Zembrzusi St., Zweigbaum M.

Przegląd Piśmiennictwa zawierał 1001 referatów i 404 + 91 = 495 str. Referatów było o 37 mniej; stronice o 34 mniej niż w roku 1904.

Pamiętnik rozsyłany był w r. 1905 w 438 egzemplarzach, a mianowicie miał:

A) <i>Prenumeratorów płatnych</i>	99
a) w Warszawie	34
b) w Królestwie i Cesarstwie	57
c) za granicą.	8

B) *Bezpłatnie rozsyłano egzemplarzy* 345:

a) Redakcyom pism i instytucyom naukowym w Warszawie	14
b) Redakcyom i Towarzystwom Naukowym w Cesarstwie i Królestwie	45
c) Redakcyom i instytucyom zagranicznym	41
d) Członkom czynnym Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego	245

Wykonanie budżetu Pamiętnika przedstawia się w następujący sposób:

D O C H O D Y.

Remanent z r. 1904	Rb.	399 k. 41
Z prenumeraty w 1905 r.	„	231 „ 15
Przelano z własnego funduszu Towarzy-		
stwa	„	1900 „ —
Przelano z funduszu prac konkursowych		
imienia Koczorowskiego na druk pracy nagro-		
dzonej L. Karwackiego	„	300 „ —
		<hr/>
Razem	Rb.	2830 k. 56

W Y D A T K I:

Płaca Redaktora	Rb.	200 k. —
Na korektę do dyspozycji Redaktora	„	100 „ —
Na druk, papier, ryciny	„	1754 „ 14
Ekspedycja i korespondencja	„	109 „ 12
Honorarya autorskie	„	22 „ 50
		<hr/>
Razem	Rb.	2185 „ 76
Remanent z końcem 1905 r. wynosi	Rb.	644 k. 80.

Koszty więc wydawania Pamiętnika były mniejwięcej te same (o 81 rs. większe) co w r. 1904. Budżet zaś był ten sam co w roku 1904. Przewyżka znaczna remanentu na rok 1906 (400 i 644 rb.) pochodzi stąd, że do budżetu dochodów weszła pozycja 300 rubli za pracę konkursową, której nie było w roku 1904-m. Większy koszt wydawania Pamiętnika w roku sprawozdawczym, pomimo mniejszej ilości tablic litografowanych i rysunków niż w r. 1904, pochodził stąd, że koszty składania podniosły się o 33%.

Budżet Pamiętnika na rok 1906 jest wyjątkowo skromny. W skutek braku dochodów z nowowbudowanego domu, Towa-

rzystwo musiało znacznie ograniczyć się w wydatkach i zmniejszyć o 800 rubli zasilek Pamiętnika z funduszków własnych.

Przedstawia się więc budżet w sposób następujący:

Remanent z r. 1905	Rb. 644 k. 80
Prenumerata	" 250 " —
Zasilek z funduszu własnego Towarzystwa	" 1130 " —
Ofiara Redaktora	" 100 " —
	<hr/>
Razem	Rb. 2124 k. 80

Ponieważ wydatki w r. 1905 wyniosły Rb. 2185 k. 76, więc z góry przewidzieć można, że Pamiętnik będzie musiał być bardzo oszczędnie prowadzony; jednak bądź co bądź w roku przysłym stać może na dotychczasowym prawie poziomie. Inna rzecz w r. 1907. Tu już ubędzie remanent w ilości prawie 650 rubli, czyli że Pamiętnik mieć będzie budżet około 1450 rb. To już nie dosięga najskromniejszych wymagań przy redagowaniu pisma, gdyż jeżeli odtrącimy płacę redaktora i koszta ekspedycji, wynoszące razem 310 rubli w r. 1906, to na druk, papier i ry-ciny pozostanie 1140 rubli, t. j. mniej więcej tyle ile wynosi koszt wydania dwóch pierwszych zeszytów. Nawet, gdyby Towarzystwo zadecydowało, że w Pamiętniku drukować należy tylko część urzędową (protokoły posiedzeń i rocznik zarządu) i Przegląd piśmiennictwa lekarskiego polskiego, to i tak sprawa nie byłaby załatwioną, gdyż Pamiętnik ma prenumeratorów płatnych, którym dać trzeba część literacką; w razie zaś zamknięcia prenumeraty, budżet Pamiętnika zmniejszyłby się znowu o rb. 250.

Ważniejszą jednak od tych kwestyi finansowych rzeczą jest to, że Pamiętnik jest jedyum archiwum lekarskiem polskim, w którym mogą być umieszczane prace treści ogólniejszej i rozmiarów większych. Zdaje mi się więc, że jest obowiązkiem tak poważnego jak nasze Towarzystwa nie dać zmarnić tej placówce myśli lekarskiej polskiej. A więc potrzeba zawczasu pomyśleć o zwiększeniu funduszków na Pamiętnik na r. 1907.

Stanisław Kamiński.

19.

*Sprawozdanie z czynności Pracowni Towarzystwa Lekarskiego
za rok 1905.*

W Pracowni Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego zajmowali się w ciągu roku 1905:

PRUSZYŃSKI pracował nad fizykalnymi chemicznymi własnościami żółci ludzkiej, nad histologią nadnerczy u człowieka, nad punktem wrzenia cieczy zwierzęcych i nad ich przewodnictwem elektrycznym.

SIEMIŃSKI — nad żółcią ludzką i roztworami izotonicznymi w stosunku do punktu wrzenia i zamarzania.

PRZESMYCKI — 1) nad istotą procesu barwienia plasmy i jądra za życia, 2) konjugacją w procesach rozwojowych u pierwotniaków.

BALASZEWICZ — nad nowymi metodami barwienia układu nerwowego.

RYGIER — nad meningokokami.

GEPIER — nad składem żółci zwierzęcej i nad stosunkiem siarki obojętnej do siarkanów i eterosiarkanów w moczu.

BENNI — nad składem żółci ludzkiej.

Wydatki na pracownię wynosiły w r. 1905 sumę Rb. 812 kop. 75, a w szczególności:

1. Płaca woźnego rs. 204 i gratyfikacja		
Rb. 30, łącznie	Rb.	234 k. —
2. Narzędzia i przyrządy	„	17 „ 36
3. Chemikalja, barwniki do badań mikroskopowych	„	58 „ 71
4. Żywienie zwierząt, utrzymywanych do użytku pracowni oraz różne drobne wydatki przy doświadczeniach	„	143 „ 34
do przeniesienia	Rb.	453 k. 41

	z przeniesienia . . . Rb.	453 k. 41
5. Opał lokalów pracowni	"	61 " —
6. Opłata Warszawskiemu Towarzystwu Ubezpieczeń, za ubezpieczenie od ognia rucho- mości pracowni	"	5 „ 34
7. Reparacja i utrzymanie w porządku narzędzi	"	10 " —
8. Towarzystwu Akcyjnemu Siemens i Halske za dokończenie urządzenia oświetlenia elektrycznego w sali posiedzeń	"	283 " —
	Razem jak wyżej . . . Rb.	812 k. 75

w Warszawie dnia 16 Czerwca 1906 roku.

Za Zarządzającego Pracownią *J. Pruszyński*.

20.

Sprawozdanie z czynności Komitetu Bibliotecznego za rok 1905.

Komitet biblioteczny odbył w roku 1905 jedno posiedzenie w dniu 20 Grudnia.

Na posiedzeniu tem załatwiono czynności następujące:

1. Kol. Bibliotekarz zawiadomił Komitet, że z końcem roku 1905 znajduje się w bibliotece N-rów 26130; przybyło w ciągu roku N-rów 1050.

2. Sprawdzono na wrywki pewną ilość numerów katalogu repozytoryalnego, z kartkami w katalogu kartkowym, oraz

sprawdzano czy odpowiednie książki znajdują się na pułkach biblioteki i znaleziono wszystko w porządku.

3. Bibliotekarz przedstawił rachunki wydatków na posiedzeniu administracyjnym Towarzystwa Lekarskiego w dniu 27 Grudnia 1905 roku.

4. Bibliotekarz zawiadomił Komitet, że ma zamiar nabyć do biblioteki Towarzystwa „British Medical Journal” — za rok 1905 od kol. Polaka. Komitet rzecz zaaprobował.

w Warszawie dnia 16 Czerwca 1906 roku.

Przewodniczący w Komitecie Bibliotecznym

W. Kamocki.

CZYNNOŚCI
Towarzystwa Lekarskiego
WARSZAWSKIEGO

PROTOKÓŁY

Rok 1906.

Posiedzenie kliniczne z dnia 3 Kwietnia 1906 r.

Przewodniczący Wice-prezes *W. Kamocki*.

Obecnych członków 56 i gości 4.

- T r e s ć:** 1) ŁAPIŃSKI Wacław. — Pokaz 13-dniowego dziecka z wrodzonym guzem.
2) CHEŁCHOWSKI Kazimierz. — „Epidemja włośnicy (Trichinosis)“.
GRZANKOWSKI Bolesław. — „Podstawy operacyjnego leczenia raka macicy“.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Do biblioteki towarzystwa nadesłali: kol. F. MALINOWSKI 3-ci odczyt „Przeglądu chorób skórnych i wenerycznych“

i odbitkę z „Archiv f. Dermatologie und Siphilis“ z pracą swoją p. t.: „Hydroa vacciniformis“.

III. Wiceprezes zawiadomił, że na konkurs im. Płaskowskiego nadesłano pracę p. t. „Badania psychologiczne nad spostrzeganiem i pamięcią przy porażeniu postępowem“.

IV. Wiceprezes powitał obecnych na posiedzeniu gości kol. Wójcikowskiego, Smolińskiego, Zakrzewskiego i Goździckiego.

V. Wacław ŁAPIŃSKI przedstawił 13-dniowe dziecko płci męskiej z wrodzonym guzem w okolicy krzyżowo-ogonowej. Guz miał wielkość co najmniej dwóch pięści dorosłego człowieka i był połączony z kością ogonową i dolną częścią kości krzyżowej za pomocą dość szerokiej szypuły. Budowa guza była wielce różnorodna: obok części wypełnionych płynem mózgodzeniowym wyczuwały się części twarde, niemal kostne. Twór zaliczyć należy do rzędu potworniaków (teratoma) — względnie często spotykanych w tej okolicy guzów wrodzonych.

Na szczególną wszakże uwagę zasługują: 1) niezwykła wielkość guza; 2) cechy anatomopatologiczne; był to bowiem potworniak w połączeniu z nader rzadkiem w kości krzyżowej rozszczepieniem (spina bifida sacralis). [Autoreferat].

VI. CHEŁCHOWSKI Kazimierz wygłosił rzecz p. t. „Epidemja włośnicy“. Źródłem epidemii były 2 młode świny chowu miejsowego. Mięso i szynki z nich zawierały nieliczne dość świeże po części jeszcze nie otorbione włośnie. W kiełbasie włośni nie udało się znaleźć.

Epidemia była łagodna. Z 52 chorych nikt nie umarł a tylko 19 osób ciężko chorowało. Blizko w $\frac{1}{3}$ przypadków przebieg choroby był poronny. Kilka osób jadło zakażone mięso bez żadnych złych następstw. Osoby młodsze chorowały łżej.

Najczęstszy typ zachorowań stanowiła gorączka zwalnająca podobno do tyfusowej, blisko 2 tygodniowa, dochodząca do 49° z górą a nawet do $40,5^{\circ}$. Zjawiała się ona bez wstępnego okresu zaburzeń w trawieniu po paru dniach silnego obrzęku powiek i łącznie gałek ocznych. O ciężkości przebiegu stanowiła raczej długość, niż wysokość gorączki. Gorączce towarzyszyły: podniecenie, bezsenność, częste i obfite poty, wypryski, pokrzywka, przedewszystkiem zaś dotkliwe bóle mięśniowe, które niekiedy utrudniały żucie i uniemożliwiały wszelki ruch czynny. Nacieczenia mięśniowe zdarzały się rzadko. Ani objawu Kerniga, ani zwłaszcza odruchu rzepkowego u nikogo z chorych nie było. U 4 osób b. silne i uparte obrzęki kończyn dolnych a nawet dolnej części tułowia bez rozszerzenia żył, oziębienia i sinicy.

Obrzęki te znikają szybko przy próbach chodzenia. Mocz zwykle dawał odczyn diazo. We krwi leukocytoza wielojądrowa i eozynoflowa. Ciałka eozynochłonne stanowiły 5 — 80% wszystkich ciałek białych. Żadnego stosunku pomiędzy stopniem eozynofilii a ciężkością lub okresem choroby nie można było stwierdzić.

Rozpoznanie było mozolne głównie z powodu, że pierwsze próby wędlin oddane do badania nie pochodziły od sztuk zakażonych. W wielkim mieście odszukać wędliny, będące powodem włośnicy, można tylko przy szczęśliwym zbiegu okoliczności. Stwierdzenie eozynofilii we krwi ułatwiło bardzo rozpoznanie.

Mniemanie niektórych, że włośnica w Królestwie zdarza się tak samo często, jak i w Niemczech, jest niesłuszne. O włośnicy, u nas donoszono tylko z pogranicza pruskiego (Łodzi, Kalisza, Sieradza, Płocka). W Warszawie na kilkadziesiąt tysięcy sekcji nie widziano ani razu włośnicy ostrej a stare zwapniałe włośnie w mięśniach odkryto przypadkowo 5 lub 6 razy w tem 5 razy u osób pochodzących z Poznańskiego. Łatwo zaś dać dowody, że włośnicą interesowano się u nas i liczono z jej możliwością. Czy i nadal będziemy względnie wolni od włośnicy, to wątpliwe. Coraz częstsze i ściślejsze stosunki z cesarstwem niemieckim chyba raczej ujednostają wkrótce warunki zachorowywania na włośnicę.

Z Galicyi o włośnicy nie donoszono nigdy. Kto wie jednak, czy epidemia t. zw. influenzy krakowskiej z r. 1903 nie była włośnicą. Z Poznańskiego o włośnicy donoszono często.

Obowiązkowe oględziny drobnowidzowe wieprzowiny byłoby już pożądane, przynajmniej w Łodzi i Warszawie.

[Autoreferat].

W dyskusji Sokozowski dodaje do wygłoszonego odczytu opis przypadku obserwowanego przez siebie. Jak wiadomo przed 2 laty panowała w Krakowie jakoby influenza z obrzękiem powiek. Mówca widzi analogię w przebiegu tego cierpienia z przypadkami prelegenta i przynajmniej przypadek owej krakowskiej influenzy, spostrzegany tu w Warszawie, uważa za trichinozę. Pewien kupiec z Warszawy pojechał do Krakowa, tam w hotelu jadł szynkę surową.

Na drugi dzień zachorował, przyczem był silny obrzęk powiek, także zrywani byli okuliści. W 2-gim tygodniu choroby przyjechał do Warszawy, gorączkował, miał objawy nerwowego rozdrażnienia, bezsenność, obrzęki kończyn wskutek zakrzepów żylnych, do tego dołączyły się infarkty w płucach, niedomoga

serca, duszność, gorączka w granicach 39° , 38° . Cała sprawa ciągnęła się 2 miesiące. Potem stopniowo nastąpiło wyzdrowienie. Jak widać z przebiegu choroby nie można tu dopatrzeć się typowych objawów grypy. Wzywany na naradę prof. SENATOR, który widział dużo przypadków trichinozy, uznał ten przypadek również za trichinozę. Mówca miał sposobność rozmawiania z D-rem SURZYCKIM w tej kwestyi, otóż Dr. SURZYCKI twierdził, że krakowska epidemia była grypą.

W Krakowie badanie mięsa na trichiny dało wynik ujemny. Co do wyników badania mięsa na trichiny mówca nie przywiązuje zbyt wielkiego znaczenia profilaktycznego. Sam mówca będąc w Gersberdorfie przez dwa lata, z urzędu badał mięso na trichiny i nie znalazł ani razu. Zdaniem mówcy ważniejsze ma znaczenie sposób jedzenia mięsa. U nas jadają mało półsurowego mięsa i dla tego przypadki trichinozy zdarzają się rzadziej, niż gdzieindziej. Zdaniem mówcy przypadki takie muszą się zdarzać, tylko nie są rozpoznawane, jeżeli nie mają charakteru epidemicznego. Niewątpliwie muszą być przypadki cięższe i lżejsze. W literaturze znajdują się wzmianki o tem, że w cięższych przypadkach trichinozy występują powikłania ze strony naczyń w postaci zakrzepów. Jeżeli trichiny wtargną od razu do krwi, wtedy brak objawów ze strony przewodu pokarmowego — a natomiast dominują objawy ogólne.

RZĘTKOWSKI interpeluje prelegenta w kwestyi terapii, jaka była stosowana i częstotści pulsu.

POLIKIER zaznacza, że przed 25 laty, będąc jeszcze studentem przyjrzał się zbliżonej epidemii trichinozy, wielce zbliżonej pod względem objawów do opisanej przez prelegenta. Pięciu studentów polaków w Dornbachu nazajutrz po spożyciu szynki, przysłanej jednemu z nich z Płocka niespodzianie zaniemogło. U jednego z nich, który zapijał szynkę znaczną ilością wódki i piwa, przebieg był łagodny i ograniczył się do silnych wymiotów; natomiast u pozostałych wystąpiły poważne objawy: znaczne obrzmienie powiek i kończyn, zwłaszcza dolnych (oedema malleolarum), silna i stała gorączka od 39° z ułamkiem do 40° z ułamkiem, oraz bóle w różnych częściach ciała, zwłaszcza w kończynach i okolicy przepony. Z polecenia prof. VOGLA wprowadzono z Płocka pozostałą szynkę, w której znaleziono trichiny. Choroba zakończyła się u wszystkich wyzdrowieniem.

ZIELIŃSKI Edward zaznacza, że robiąc sekcye w liczbie około 4 tysięcy — dwa razy tylko przypadkowo znalazł trichiny i to oba razy nie u tutejszych mieszkańców. Jeden był Niemcem, drugi pochodził z Poznańskiego.

CHELCHOWSKI odpowiada RZĘTKOWSKIEMU, że zalecają stosowanie kalomelu, gdyż trichiny z kiszki mogą się przedostać drogą uaczeń chłonnych. W kiszki może następować zapłodnienie trichin a za tem usunięcie ich stamtąd może zapobiegać dalszej inowacyi tych pasorzytów. Prelegent stosował u swoich chorych kalomel. Puls bywał do 120 uderzeń.

VII. GRZANKOWSKI wygłosił odczyt pod nagłówkiem „Podstawy operacyjnego leczenia raka macicy“.

Streścił badania anatomo patologiczne SEELIG'a, FRANGU'a, POUPEL'a i THEILHABER'a, tyżące się szerzenia raka — z części pachwowej i szyi na trzon macicy i zużytkował te wiadomości dla potrzeb klinicznych. Opisał badania anatomo-patologiczne KERMAUNER'a, KUNDRAT'a, BAISCH'a, PANKOW'a w kwestyi przechodzenia raka tak z szyi jak i trzonu macicy na przymacicze. Określił możliwe rozpoznanie klinicznego zajęcia tkanki przymacicznej na zasadzie danych statystycznych, znaczenie cystoskopii i przytoczył zdania rozmaitych autorów w kwestyi usuwania tkanki przymacicznej i w jakiej rozległości przy doszczętnych operacyach raka macicy. Przedstawił najważniejsze wyniki prac anatomo patologicznych SAPPY'a, POIRIER'a, BRUHNS'a, PEISER'a, KROMER'a nad przebiegiem naczyń chłonnych wychodzących z narządów płciowych kobiecych i dane statystyczne anatomo-patologiczne i kliniczne, tyżące się szerzenia raka w gruczołach i wogóle przerzutów drogą chłonną krwiobieg i przeszczepienia. Omówił rozpoznawanie kliniczne przerzutów i sprawę możliwości doszczętnego wyłuszczenia — gruczołów, przytaczając wyniki prac SCHAUTY, WERTHEIM'a.

W 2-giej części pracy GRZANKOWSKI zajął się tylko danymi klinicznymi, mającemi wpływ na wykaz tej lub innej metody operowania — mówił o znaczeniu wieku, ciąży, okresu poporodowego, ogólnego stanu zdrowia, o czasie trwania operacyi przy rozmaitych metodach. Wreszcie poruszył kwestyę samoobrony organizmu i wygasania żywotności minimalnych zarodków raka przy niesprzyjających warunkach egzystencyi.

LEŚNIEWSKI w przemówieniu swoim zaznacza, że GRZANKOWSKI świadomie czy nie świadomie skłania się ku pochwowemu operowaniu macicy, dotkniętej rakiem. Sam L. zajmuje odmienne stanowisko. Stusznem jest dążenie do wynalezienia jakiegoś sposobu bardziej od zabiegów chirurgicznych nadającego się do leczenia sprawy rakowej. Dziś jednak w braku tegoż z konieczności musimy raka wogóle, raka macicy w szczególności leczyć na drodze operacyjnej. Z rozmaitych zaś sposobów operowania raka macicy należy, nie przesądając dziś jeszcze jego wartości

ostatecznej, stosować taki, który najbardziej odpowiada wymaganiom ogólnie chirurgicznym. Do takich niewątpliwie należy operowanie rakowatej macicy od strony brzucha. Z przytoczonych przez GRZANKOWSKIEGO statystyk widać, że operacje brzuszne dają 20 — 25% śmiertelności bezpośredniej. Lecz G. nie przytoczył statystyk nowszych. Z nich widać, że w miarę opanowywania przez pojedynczych operatorów szczegółów techniki zabiegu oraz zrozumienia powikłań okresu pooperacyjnego, wyniki stają się wcale nie gorsze od wyników zabiegów pochwowych. Naprz. DÖDERLEIN z pośród 118 przypadków operowanych, miał 15 zejść śmiertelnych; lecz dodaje, że ostatnia serya przypadków, obejmująca 25 operowanych, nie dała ani jednego przypadku śmierci. Na podstawie doświadczenia oddziałowego (SŁAWICKI 2 przypadki, LEŚN. 7 przyp.) L. również nie nabrał przeświadczenia o okropnej śmiertelności zabiegów brzusznych. Tu należy dodać, że początkowo i po operacjach pochwowych miano 32% śmiertelności bezpośredniej.

Operacje brzuszne pozwoliły znakomicie rozszerzyć *operabilitas* raka macicy. Podczas, gdy operujący od strony pochwy kwalifikują do zabiegu kilka lub kilkanaście chorych z pośród 100 zgłaszających się z prośbą o poradę, z pomocą zabiegów brzusznych niektórzy rozszerzyli *operabilitas* do 90%.

Zarzut, że niepodobna usunąć wszystkich gruczołów chłonnych, dotkniętych rakiem, nie jest zupełnie słuszny; oczywiście stosuje się on do pewnej grupy przypadków — nadmiernego rozszerzenia się sprawy rakowej. Spostrzeżenia jednak, poparte badaniem pośmiertnym zwłok operowanych, lecz zmarłych z choroby przypadkowej, wskazują, że udawało się usuwać zwyrodniałe gruczoły doszczętnie. Jest to zrozumiałe wobec faktu, że dziś jest nam zupełnie dokładnie znany przebieg naczyń chłonnych zdążających od macicy i położenie odnośnych gruczołów chłonnych. Główna zaleta sposobów brzusznych operowania macicy rakowej polega nie na możliwości usuwania gruczołów chłonnych — te późno zabijają chore; lecz na możliwości jaknajrychlejszego wycinania przymacicz, które, jak to wykazały bardzo dokładne odnośne badania, są w 55 — 70% wszystkich przypadków nacieczone rakowo w chwili operacji, i które warunkują owe tak rychłe i tak częste zjawianie się nawrotów miejscowych. Nie mówiąc już o przestarzałym sposobie pochwowym CZERNEGO, najrozleglejsze metody pochwowe nowsze, jako to — SCHUCHARTA nie mogą pozwolić na tak rozległe i doszczętne wycinanie przymacicz. Twierdzenie, że nie są tak dalece potrzebne doszczętne zabiegi w leczeniu raka macicy, gdyż drobne ogniska rakowe, po-

zostawione bądź w tkance przymacicza bądź w gruczołach chłonnych, mogą uleść zniszczeniu, nie zasługuje na większe uwzględnienie, gdyż dotychczas nie stwierdzono naukowo odpowiednich faktów.

HORODYŃSKI wypowiada się w tym samym duchu, co kol. LEŚNIEWSKI.

KRYŃSKI oponuje przeciwko tendencji do doszczętnego operowania. Uważa, że operowanie powinno być przystosowane do każdego oddzielnego przypadku.

CZARKOWSKI przytacza opis operowanych przez siebie przypadków raka macicy, gdzie dokonywał doszczętniej operacji. Mówca zabieg ten uważa za możliwy do wykonania i wskazany.

Na tem posiedzenie zakończono.

Wiceprezes *W. Kamocki.*

Sekretarz *T. Korzon.*

Posiedzenie kliniczne d. 17 Kwietnia 1906 r.

Przewodniczący Wiceprezes *W. Kamocki*.

Członków obecnych 29 i gości 1.

- T r e ś ć: 1) RZĘTKOWSKI Kazimierz. — Demonstracja aorty królika z wywołaną doświadczalnie miażdżycą.
- 2) RZĘTKOWSKI Kazimierz. — O niektórych zaburzeniach czynności mięśnia sercowego w świetle badań najnowszych“.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto:

II. Wiceprezes powitał obecnego na posiedzeniu gościa: kol. MICHAŁOWSKĄ.

III. RZĘTKOWSKI demonstruje aortę królika, któremu wstrzykiwano przez czas dłuższy chlorek barowy do żył usznych. W niektórych miejscach widać b. wyraźne zmiany miażdżycowe, w innych tworzenie się rozległych aneuryzmatycznych wgłębień pokrytych warstwą włókniaka. Przed kilku laty Josué pierwszy otrzymał takie zmiany u królików pod wpływem dożylnych wstrzykiwań adrenaliny. Wkrótce powtórzono te badania i potwierdzili je i inni badacze, między innymi też RZĘTKOWSKI, który wypowiedział przypuszczenie, że idzie tu prawdopodobnie o skutek nadmiernie podwyższonego ciśnienia. Inni natomiast przemawiali za swoistym wpływem toksycznym adrenaliny. W październiku roku ubiegłego Dr. ORGELBRAND na propozycję RZĘTKOWSKIEGO podjął temat o wpływie iniekcji dożylnych chlorku barowego na tętnice u królików. Rezultat doświadczeń, które tu streszcza dziś RZĘTKOWSKI w zastępstwie swego asystenta ORGELBRANDA, nieobecnego w Warszawie, jest następujący. 1 królik zdechł skutkiem ostrego zatrucia $BaCl_2$, u 3 znaleziono minimalne zmiany na aorcie wstępującej w postaci małych wrzodzików ateromatycznych, u ostatniego zaś, któremu zrobiono najwięcej zastrzyknięć, znaleziono w aorcie kolosalne zmiany, które Rz. przy pomocy epidiaskopu zebrany okazał.

Wynik tych doświadczeń poucza, że ateromatoza aorty doświadczalnie da się u królików wywołać nie tylko przy pomocy

adrenaliny, ale — i tak niezłożonego ciała, jak $BaCl_2$, która podnosi ciśnienie tętnicze. Niema tu więc mowy a jakimś specyficznym toksycznym wpływie adrenaliny lecz o skutku podniesionego ciśnienia tętniczego, które, jak się zdaje, jest tem tłem zasadniczym, na jakim rozwija się doświadczalna ateromatoza tętnic u królików.

[Autoreferat].

IV. RZĘTKOWSKI odczytał rzecz p. t. „O niektórych zaburzeniach czynności mięśnia sercowego w świetle badań najnowszych“. Po krótkim omówieniu ważniejszych wytycznych mięśniowej teorii czynności mięśnia sercowego, Rz. rozpatrzył mechanizm extra systoli, jej stosunek do arytmii serca, znaczenie kliniczne. Dalej Rz. przeszedł do roztrząsania zaburzeń w przewodnictwie mięśnia sercowego, rozpatrzył t. zw. „Herzbloc“ i przytoczył obserwowany przez siebie przypadek choroby Adams-Stokes'a. W końcu Rz. omówił sprawę zaburzeń w kurczliwości mięśnia sercowego i t. zw. Pulsus alternans.

Podczas odczytu Rz. demonstrował przyrząd MACKENZIE'go — poligraf, sfigmo-chronograf JAQUET'a i kilka krzywych, zdjętych przy pomocy tych przyrządów.

[Autoreferat].

Na tem posiedzenie zakończono.

Wice-prezes *W. Kamocki.*

Sekretarz *T. Korzon.*

Posiedzenie kliniczne dnia 24 Kwietnia 1906 r.

Przewodniczący Wiceprezes *W. Kamocki*.

Członków obecnych 33.

T r e ś ć: 1) LANDAU Henryk. — „Morfologia i geneza białych ciałek krwi“.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Wiceprezes zawiadomił obecnych o śmierci kol. W. Wróblewskiego i wezwał do uczczenia jego pamięci przez powstanie, co też obecni uczynili.

III. Do biblioteki Towarzystwa nadesłał cały szereg prac swych kol. Dyonizy Hellin.

IV. LANDAU Henryk wygłosił odczyt p. t. „Morfologia i geneza białych ciałek krwi“.

Zdemonstrowawszy głównejsze postaci białych ciałek krwi, prel. wyłuszczył szczegółowo najnowsze klasyfikacje oraz teorie powstawania (EHRlich'a, PAPPENHEIM'a i in.) tych ciałek, poczem przeszedł do omówienia leukocytozy, oraz pseudoleukemii o tyle, o ile stany te przyczyniają się do wyświeślenia kwestyi, poruszonych w nagłówku. [Autoreferat].

Na tem posiedzenie zakończono.

za Prezesa *W. Kamocki*.

Sekretarz *T. Korzon*.

Posiedzenie kliniczne z dnia 9 Maja 1906 r.

Przewodniczący Wiceprezes *W. Kamocki*.

Członków obecnych 32 gości 2.

- T r e ś ć:** 1) *A. KOZERSKI* i *W. ŁAPIŃSKI*. — Przedstawienie przypadku mięsaka, leczonego operacyjnie z następczem naświetlaniem promieniami *ROENTGEN*'a.
- 2) *ŁAPIŃSKI W.* Operacyjne leczenie gruźlicy kości długich stopy dłoni (*spina ventosa*) u dzieci.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto:

II. Wiceprezes zawiadomił o nadesłaniu przez Inspektora Lekarskiego odezwy do Zarządu Towarzystwa z prośbą o udzieleniu mu wiadomości w kwestyi szerzenia wiedzy o gruźlicy i o istniejących uzdrowiskach gruźliczych.

III. Wiceprezes odczytał odezwę Warszawskiego Towarz. Hygienicznego wystosowaną do Zarządu Warszawskiego Towarz. Lekarskiego z prośbą o wzięcie udziału w posiedzeniu, mającem się odbyć 12 maja. Na posiedzeniu tem wygłoszone będą odczyty: kol. *W. MĘCZKOWSKIEGO* p. t. „Kryzys szpitalnictwa i środki zaradcze“, oraz *A. SULIGOWSKIEGO* p. t. „W sprawie umiastowienia szpitali. Rada Tow. Hyg. uprasza Tow. Lek. o upoważnienie bądź zarządu, bądź delegacyi specjalnej do reprezentowania Towarzystwa Lek. na rzezonem posiedzeniu oraz do udziału w redagowaniu uchwał. Na wniosek wiceprezesa, aby Towarzystwo upoważniło Zarząd do reprezentowania go na rzezonem posiedzeniu oraz do powzięcia nawet pewnych uchwał w razie ich nagłości, Towarzystwo wyraziło zupełną zgodę.

IV. *KRYŃSKI* wnosi interpelację w kwestyi protokołu z dnia 20 lutego, znajdując, że umieszczone tam w przemówieniu *KRAJEWSKIEGO* tablice nie były przez mówcę przytaczane. *P. Sekretarz LANDSTEIN* udziela odpowiednich wyjaśnień i broni ścisłości rzezonego protokołu. Na wniosek wiceprezesa Towarzystwo przekazuje sprawę tę do rozpatrzenia Zarządowi Tow.

V. Wiceprezes powitał obecnych na posiedzeniu gości, kol. SMOLEŃSKIEGO i SULIMIERSKIEGO.

VI. Do biblioteki Tow. nadesłał: Feliks MALINOWSKI „Zeszyt 4 Przeglądu chorób skórnych i wenerycznych“.

VII. A. KOZRRSKI i W. ŁAPIŃSKI przedstawili 8-letniego chłopca, operowanego z powodu mięsaka i leczonego następczo promieniami ROENTGEN'a.

W początkach kwietnia 1905 r. rodzice zauważyli u chłopca guz w okolicy lewego obojczyka. Guz rósł szybko, tak, że w połowie maja, gdy Ł. po raz pierwszy widział chłopca, guz przedstawiał się w postaci jaja gołębiego, znajdował się nieco wyżej obojczyka, był ściśle z nim zrośnięty i był twardy, nieruchomy. Rozpoznano guz złośliwy, przypuszczalnie — mięsak (sarcoma). 19 maja 1905 r. Ł. dokonał operacji usunięcia guza. Za pomocą cięcia poprowadzonego wzdłuż i powyżej obojczyka dotarto do guza: guz był miękki, rozpadający się i szczelnie zrośnięty z obojczykiem i otaczającymi tkankami; z tych względów guz usunięto po części nożem (od góry i zewnątrz) po części zaś łyżką (po za obojczykiem), okostną i powierzchowne warstwy kostne obojczyka zeskrobano.

Ponadto usunięto szereg drobnych twardych gruczolów, znajdujących się w tłuszczu w pobliżu żyły szyjowej.

Guz zaczął odrastać — wedle słów rodziców dziecka — w 6 tygodni po operacji, a gdy Ł. ujrzał chłopca w połowie września t. j. w 3 miesiące po operacji, znalazł co następuje: w okolicy lewego obojczyka znajdował się guz wielkości dużego jaja kurzego, guz okalał całkowicie wewnętrzne $\frac{2}{3}$ cz. obojczyka, był twardy, nieruchomy. Z lewej strony szyi w okolicy naczyń znajdował się drugi guz, wielkości jaja gołębiego; guz ten był twardy, ruchomy. W okolicy lewej pachy przy zewnętrznym brzegu mięśnia piersiowego wielkiego znajdowały się dość liczne, drobne gruczoly. Guzy te rosły w ostatnich czasach nadzwyczaj szybko. Poniżej obojczyka istniało lekkie stłumienie wypukowe, oddech zlekka osłabiony. Stan ogólny — dobry.

Wobec złośliwości sprawy nowotworowej Ł. postanowił usunąć guzy możliwie doszczętnie i następnie poddać chorego działaniu promieni ROENTGEN'a oraz stosować wstrzykiwania podskórne arsenuku.

30 września 1905 r. Ł. usunął guz na szyi oraz liczne gruczoly drobne, znajdujące się w tłuszczu, oraz wyciął guz w okolicy obojczykowej przyczem usunął powierzchowną warstwę obojczyka, powierzchowne warstwy mięśnia piersiowego wielkiego,

oraz przylegające do jego brzegu zewnętrznego gruczoły. Nacieczenie nowotworowe sięgało jednak i po za staw mostko-obojęczykowy. Ze względu na sąsiedztwo wielkich pni naczyńowych tę część guza pozostawiono.

Badanie drobnowidzowe (kol. PSTROKOŃSKI) wykazało, że guz składał się z tkanki łącznej o nadzwyczaj wielkiej ilości komórek małych, okrągławych i bardzo małej ilości niewielkich włókien, przedstawiał zatem wszędzie budowę mięsaka (Sarcoma globo-parvicellulare).

Na początku trzeciego tygodnia po operacji guz zaczął odraść: po nad obojęczykiem zjawilo się nieznaczne ograniczone nacieczenie. W tym stanie Ł. skierował chorego do KOZERSKIEGO.

W zakładzie KOZERSKIEGO rozpoczęto naświetlać chorego promieniami X dnia 14. X. 1905 r. Ażeby osiągnąć promieniami całego otoczenia obojęczyka, naświetlano: 1) w kierunku, prostopadłym do przedniej powierzchni klatki piersiowej i 2) ukośnie ku przodowi z nad lewego ramienia — zawsze rurką twardości 6 — 7 skali Benoist. — 14 i 17. X. dano po 2 H (skali Holznehta). 17 i 24. XI dano znów po 4 H.

29. I. 1906 r. ŁAPIŃSKI skierował znów chorego z powodu nacieku naokoło wewnętrznego końca obojęczyka. Od 29. I. do 16. II. dano po 5 H Nacieki szybko uległ wessaniu. 24 i 27 III. dano po 4 II na podejrzone gruczoły, wielkości grochu z lewej strony szyi i w lewej pasze. Czy gruczoły te i dawniej były wyczuwalne, nie było pewnem.

Uległy wessaniu. — 3 i 10. V. dano znowu po mniej niż 4 4. Oprócz wymienionego wyżej leczenia Ł. zrobił choremu dwie serye po 40 wstrzykiwań podskórnych Natrii Cacodylici (à 0,02 — 0,05) w Październiku i Listopadzie oraz w Lutym i w Marcu

Nie przesądając ostatecznego wyniku, KOZERSKI podnosi, że od ostatniej operacji upłynęło siedm miesięcy i stan chorego pozostaje pomyślnym, a gdy tymczasem bez rentgenoterapii powrót następował po upływie 6 tygodni po pierwszej operacji i 2 tygodnie po drugiej.

Wobec faktów:

1) że pewne gatunki mięsaków i raków szybko ulegają wessaniu pod wpływem promieni X; i że

2) przy umiejętności użycia rentgenoterapia wyklucza wszelkie niepożądane niespodzianki,

KOZERSKI przemawia za zdaniem tych, którzy widzą w rentgenoterapii nie antagonistę, lecz dopełnienie chirurgii, która po wycięciu złośliwego nowotworu powinna uciekać się do promieni w celu zniszczenia niedostrzegalnych dla oka możliwych pozostałości nowotworu.

VIII. Wacław ŁAPIŃSKI „Operacyjne leczenie gruźlicy kości długich (*Spina ventosa*) stopy i dłoni u dzieci.

Ł. oświadcza się na wstępie jako zdecydowany zwolennik leczenia zachowawczego gruźlicy kostno-stawowej u dzieci, zaznacza jednak, że leczenie to często zawodzi w gruźlicy kości długich stopy i dłoni (*Spina ventosa*). Przyczyny tego zjawiska leżą w danych klinicznych i anatomo-patologicznych cierpienia. Sprawa gruźlicza ogarnia tu zazwyczaj całą kość niekiedy z obydwiema nasadami: kanał kości bywa rozszerzony i wypełniony ziarniną lub ropą. dość często spotykają się martwaki, wygląd zaś rozdęty kości zależy od nowowytworzonej pod okostną warstwy kostnej (*hyperostosis*); po przebicciu tej warstwy przez sprawę gruźliczą, idącą z głębi kości, zjawiają się ropnie podskórne. Wobec szerzenia się gruźlicy w całej kości i nasadach zostają zagrożone oba sąsiednie stawy danej kości: jest rzeczą jasną, że ten koniec kości, który ma nasadę całkowitą, t. j. linię przyrostkową oraz jądro kostnienia, jest lepiej zabezpieczony od idącej z trzonu kości sprawy gruźliczej, aniżeli koniec posiadający zwykłą chrząstkę stawową.

Kości palców u nóg i rąk, I kość stopowa i I kość dłoniowa mają nasady całkowite w swych końcach dośrodkowych, natomiast cztery pozostałe kości stopowe i dłoniowe posiadają owe nasady w końcach odśrodkowych.

Klinika stwierdza wymownie, że gruźlica o wiele chętniej się szerzy w kierunku wymienionego dopiero co mniejszego oporu t. j. przenika przez zwykłą chrząstkę stawową, natomiast często zatrzymuje się przed nasadą całkowitą. A zatem gruźlica II, III, IV i V kości stopowych oraz dłoniowych jest często punktem wyjścia dla wtórnego zajęcia kości stępu i napięstka.

Z tego zaś faktu klinicznego wypływa wniosek praktyczny w kierunku pewnego rozszerzenia wskazań operacyjnych: gdy leczenie zachowawcze (wstrzykiwania tymolu kamforowego, zawiesiny jodoformowej, eteru jodoformowego stosownie do wskazań) nie daje względnie szybko wyników dodatnich, należy operować tak w celach leczniczych jak i zapobiegawczych przed szerzeniem się gruźlicy we wspomnianych wyżej kierunkach. Zabieg operacyjny winien zmierzać do odsłonięcia całego ogniska kostnego,

z drugiej jednak strony nie jest pożądane całkowite usunięcie chorej kości z uwagi na czynność późniejszą danego członka. Cięcia skórne powinno odsłonić całą chorą kość, z której należy usunąć za pomocą kleszczyków MÉNARD'a (odmiana kleszczy Lur'a) całą ścianę przednią, po części ściany boczne, pozostawiając z kości dość płytki rowek lub tylko ścianę tylną; trzeba bezwarunkowo unikać złamania kości.

Racjonalne zatem zabiegi operacyjne wskazane w tej postaci gruźlicy kostnej u dzieci, są radykalne, zmierzają bowiem do odsłonięcia i oczyszczenia całego ogniska chorobowego, a przecież jednocześnie — zachowawcze, bo dążą zawsze do zachowania ciągłości kości. Leczenie pooperacyjne nie da się wziąć w jedno wskazanie schematyczne: jest to raczej sprawa doświadczenia osobistego poszczególnych chirurgów, z których każdy tworzy niewątpliwie własne wskazania; posiada własne sposoby postępowania. [Autoreferat].

KRYŃSKI zaznacza wybitną zasługę chirurgów dziecięcych, którzy w ostatnich czasach wypowiedzieli walkę szybkim zakusom operacyjnym i wypowiedzieli się za leczeniem zachowawczem. Mówca przytacza przypadek znacznego skrócenia nóżki u dziecka na skutek rezekcji stawu i pochwała podane przez prelegenta pomocnicze środki lecznicze.

ODERFELD uważa, że w przypadkach spina ventosa, konserwatywizm nie daje tak dobrych wyników.

O. sądzi, że metody konserwatywne dać mogą lepsze wyniki, gdybyśmy mogli dać chorym tego rodzaju warunki higieniczno-klimatyczne, jak np. w Berck-sur-mer, czego w naszym kraju nie mamy.

O. miał możność przez kilka tygodni obserwować setki przypadków gruźlicy stawowej w Berck leczonej przez słynnego MÉNARD'a.

Wyniki imponujące. MÉNARD jest stanowczym zwolennikiem wczesnej interwencji przy gruźlicy długich kości stopy i dłoni, o ile w przebiegu tego cierpienia występują nacieczenia gruźlicze i ropnie. Iniekcya jodoformu i Thymol-camphorae dobrych wyników nie dają, a są nadzwyczaj bolesne. O. operuje w sposób przez ŁAPIŃSKIEGO podany. [Autoreferat].

KARCZEWSKI przytacza spostrzeżenie z przed kilkunastu laty, dotyczące dwojga rodzeństwa; dziewczynka była dotknięta gruźliczą cierpieniem palca u nogi, chłopiec miał *spina ventosam* na palcu ręki. Dziewczyńce palec odjęto, chłopiec zaś był leczony zachowawczo (moczeniem palca w ciepłej wodzie słonej)

z najlepszym wynikiem Oboje żyją dotychczas i cieszą się dobrem zdrowiem.

Spostrzeżenie powyższe, zdaniem K., dowodzi, że wyleczenie *spinae ventosae* może nastąpić bez żadnego zgoła zabiegu operacyjnego.

Rozumie się leczenie nieoperacyjne w pomienionej chorobie nie może być poczytywane za правило ogólne. Zdarzają się bowiem przypadki, w których nie tylko ono, lecz i operacja zachowawcza, zalecana przez prelegenta, zawodzi. Lekarz z konieczności musi się uciekać do zabiegu okaleczającego (odjęcia).

K. nie zgadza się z poglądem prelegenta co do bezskuteczności wstrzykiwań jodoformu w przypadkach *spinae ventosae*. K. leczył tym sposobem kilka przypadków i osiągnął wynik pomyślny. Opierając się na spostrzeżeniu, na wstępie przytoczonym, K. stosował również kilkakrotnie ze skutkiem pomyślnym moczenie palca w ciepłej wodzie słonej.

Ponieważ ostatni sposób leczenia sprowadza się niewątpliwie do miejscowego przekrwienia, K. sądzi, że metoda BIER'a, której dotychczas nie miał możności wypróbować, powinnyby dać wyniki pomyślne w pewnej przynajmniej liczbie przypadków. W chorobie rzeczonyj przekrwienie w myśl BIER'a, powinno być stosowane w postaci dużych przyrządów ssących, obejmujących całą rękę. [Autoreferat].

SAWICKI Br. jest zdania, że w bardzo wielu przypadkach gruźlicy długich kości ręki i stopy można osiągnąć wyleczenie na drodze konserwatywnej, bez uciekania się do operacji. Iniekcya emulsyi jodoformowej i kąpiele ciepłe okazują się bardzo skutecznymi. S. przedstawia roentgenogramy, zdjęte z ręki dwudziestokilkoletniego młodzieńca, który zasięgał rady z powodu gruźlicy trzeciego członeczka palca wskazującego. Kość, jak wskazuje fotografia była mocno zniszczona, nadżarta, trzon prawie oddzielony od nasad, wreszcie pod skórą ropień wyraźny. Choremu proponowano operacyę, co i S. uznał za wskazane. Drogą próby zastosował jednak uprzednio ciepłotę, kąpiele sublimatowe, poczem nastąpiła szybka poprawa, wessanie się ropy, wreszcie zagojenie kości.

Zdjęta we dwa miesiące po pierwszej druga fotografia, wykazuje wyrównanie zarysów kości, połączenie się trzonu z nasadami, większą spoiistość kości. Wielokrotnie dobre wyniki widział S. po zastosowaniu sublimatowych kąpeli u dzieci. Jodoform do iniekcji trzeba stosować zawsze pod postacią mięszanki jodoformowej; eter jodoformowy, stosowany zwłaszcza na pal-

cach, łatwo może wywołać zgorzel, nawet po wstrzyknięciu tylko paru kropli, co S. w jednym przypadku spostrzegał.

O ile konserwatywne leczenie do celu nie prowadzi, należy wykonać operację. W tych przypadkach, gdzie należy usuwać całą kość zniszczoną, można byłoby stosować metodę BARDENHNER'a.

Możliwa ona jest na kościach śródrezcza i śródstopia, polega zaś na tem, że sąsiednią zdrową kość należy rozszczepić podłużnie na dwie połówki, z których jedną przesuwają się na miejsce wyjętej kości. [Autoreferat].

SKOWROŃSKI zaznacza, że na leczenie gruźlicy kości wpływają wielce warunki, w jakich chory się znajduje, klimat i opieka jaką go otaczają. Te wspaniałe wyniki, jakie widzieć można u MÉNARD'a w Berck sur mer w wielkim stopniu przypisać należy warunkom miejscowym i dodatniemu wpływowi oceanu i klimatu. SKOWROŃSKI widział chorego chłopca obciążonego dziedzicznie, którego siostra matki zmarła na prosówkę gruźliczą, siostra ojca na suchoty, a który cierpiał na spondylit kręgów lędźwiowych, spina ventosa dużego i małego palca lewej ręki, stawu skokowego i palucha lewej stopy. Rzeczony chory przebywał przez 4 lata w Monte-Carlo i na Riwierze — nosił gorset i brał kąpiele, dziś jest już młodzieńcem i niktby go nie posądził, że kiedyś przechodził tę chorobę. Gdyby był pozostał na miejscu w warunkach mniej sprzyjających, nie obyłoby się zapewne bez operacji i wyłuszczenia kości. [Autoreferat]

ŁAPIŃSKI w odpowiedzi zaznacza, że w przypadkach gruźlicy zamkniętej kości długich stopy i dłoni zawsze zaczyna od leczenia zachowawczego; natomiast w przypadkach gruźlicy otwartej (przetoki), lub gdy leczenie zachowawcze nie prowadzi względnie szybko do celu, jest za operacją a to z uwagi przedewszystkiem na za małą na ogół uwzględnioną możliwością przejścia gruźlicy z kości dłoniowych na napięstek a zwłaszcza z kości stopowych na kość stępu; wczesna operacja może zapobiedz takiemu następstwu. Wreszcie Ł. raz jeszcze kładzie nacisk na pominiętą zupełnie w dyskusji technikę operacyjną, o jakiej wspominał w swem przemówieniu. U nas dotychczas bodaj powszechnie omawianą postać gruźlicy operuje się w ten sposób, że po rozszerzeniu przetoki skrobie się łyżką z chorej kości tyle, ile się da; tym sposobem kość najczęściej ulega złamaniu; połowa kości lub więcej ulega usunięciu a część jej wraz z drugą nasadą pozostaje w ranie. Innemi słowy w tych razach usuwa się za dużo i jednocześnie za mało: za dużo, bo niepotrzebnie niszczy się ciągłość kości, za mało — albowiem ognisko chorobowe nie zawsze

zostaje w całości oczyszczone; nic też dziwnego, że przetoka często zostaje a czynność członka szwankuje. Racyjny zaś zabieg operacyjny, o jakim mówił Ł. pozwala doszczętnie oczyścić ognisko chorobowe i jest zarazem zabiegiem na wskroś zachowawczym, bo pozostawia nienaruszoną ciągłość kości wraz z obydwoma nasadami, które we wcześniejszych okresach opierają się jeszcze — jak wiadomo — sprawie chorobowej, idącej z trzonu kości.

[Autoreferat].

Na tem posiedzenie zakończono.

Wiceprezes *W. Kamocki*.

Pom. Sekretarza *Ign. Landstein*

Posiedzenie kliniczne z dnia 22 Maja 1906 r.

Przewodniczący Wiceprezes *W. Kamocki*.

Członków obecnych 35 i gości 3.

- T r e ś ć:**
- 1) KOZERSKI i GÓRKIEWICZ. — Przedstawienie 11 przypadków mykosis tonsurans capillitii, leczonych za pomocą rentgenoterapii.
 - 2) BORZYMOWSKI. — Przedstawienie chorej, trzykrotnie operowanej z powodu guzów pozaotrzewnowych.
 - 3) KOPCZYŃSKI Stanisław i L. KRYŃSKI. Przedstawienie chorej, dotkniętej padaczką korową (JACKSONA) i leczonej na drodze chirurgicznej.
 - 4) CYKOWSKI St. — „Przelewanie krwawe oraz rozwiązanie w leczeniu eklampsji porodowej“.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Wiceprezes zakomunikował kol. KRYŃSKIEMU rezolucję Zarządu Tow. w odpowiedzi na interpelację jego z powodu protokołu z posiedzenia klinicznego dnia 20 lutego.

III. Wiceprezes odczytał odezwę prezesa Tow. D ra Dunina, który z powodu okoliczności rodzinnych nadał godności prezesa piastować nie jest w stanie. Na wniosek wiceprezesa obecni członkowie jednomyślnie postanowili wyrazić ustępującemu prezesowi, Doktorowi Duninowi, wyrazy współczucia i przesłać gorące podziękowanie za wielokrotną ofiarność dla Towarzystwa.

IV. Wiceprezes powitał obecnych na postępedzeniu gości kol. LUBELSKIEGO, JAROSZEWSKIEGO i HUBICKIEGO.

V. KOZERSKI i GÓRKIEWICZ. Przedstawienie 11-u przypadków w *Mykosis tonsurans capilliti* leczonych za pomocą rentgenoterapii.

KOZERSKI przedstawił 11 przypadków Mykozy włosów głowy, naświetlanych w jego zakładzie przez GÓRKIEWICZA. W 2-m przypadkach ogniska były tylko pojedyncze, ograniczono się więc do naświetlenia tylko pojedynczych kótek, wielkości odpowiadającej rozmiarom zarażonego pola. W 3-cim przypadku wyepilowano po 2 koła, w 1-m trzy. W pozostałych, wobec zajęcia całej głowy, naświetlono skombinowaną metodą KIENBOCK'a, wywołując epilację na całej głowie. Jak łatwo stwierdzić, skóra nie nosi na sobie ani śladu podrażnienia, jest czystą, gładką, już zdrową. W 6 przypadków jest dopiero po epilacji. W 4-ch przypadkach zaczął się ukazywać już porost włosów zdrowych. W 1 porost jest już dosyć znaczny.

Kto miał do czynienia z leczeniem dawnymi metodami grzybkowych chorób włosów, kto się nasłuchał krzyku dzieci przy ciągnącej się lata całe epilacji, ten nie może dosyć nacieszyć się z nowej tej metody. Naświetlanie nie wywołuje najmniejszych jakichkolwiek sensacyj. Po dwóch tygodniach z matematyczną nieledwie dokładnością zaczynają wychodzić włosy jak z futra, przez mole zjedzonego, bez bólu, bez podrażnienia skóry. Jeszcze po tygodniu epilacja jest skończona. Scutula, drobne nacieki, małe ropnie szybko przysychają i goją się.

Zanim nowe włosy ukażą się na powierzchni skóry, szczególnie tępimy wszelkie pozostałe ogniska podejrżane. Po trzech miesiącach szczotka nowych włosów pokrywa głowę.

Im bliżej obserwuje się ten przebieg, tem więcej wypada żałować, że tak często obawa, oparta na nieznajomości rzeczy, powstrzymuje chorych od metody najszybszej, najdokładniejszej, niebolesnej i zupełnie bezpiecznej.

[Autoreferat].

VI. BORZYMOWSKI przedstawił chorą w wieku około 20 lat, która podlegała trzykrotnej laparatomii z powodu guzów zaotrzewnowych.

Pierwsza operacja zrobiona była przed 4-ma laty przez Czesława STANKIEWICZ'a, dwie następne wykonał B.

Podczas pierwszej operacji został wyjęty guz zaotrzewnowy wagi 29 funtów i rezekowana część poprzecznicy. Wynik badania drobnowidzowego wahał się wówczas pomiędzy rozpoznaniem: myxoma i lipoma.

Druga operacja była wykonana po upływie przeszło dwóch lat po pierwszej. Znalaziono wówczas guz około 20 funtów wagi w wolnej jamie otrzewnej wychodzący z sieci.

W styczniu r. b. t. j. w rok po drugiej operacji chora znowu zgłosiła się do szpitala św. Ducha ze znacznie powiększonym brzuchem. Kształt brzucha tym razem znacznie różnił się od poprzednich. Nie miał on formy okrągłej jak zwykle przy guzach brzusznych, tylko kształt wrzeciona, którego oś podłużna odpowiadała środkowej linii ciała. Guz ten, jak zdawało się przy badaniu, składał się z kilku połączonych ze sobą wypukleń dosyć twardych i gładkich jakkolwiek nierównych i nieruchomych. Oprócz niedużych bólów i ogólnego osłabienia, żadnych objawów podmiotowych nie było również jak przed pierwszą i drugą operacją.

Przy operacji okazało się, że jama otrzewnej jest zupełnie wolną, a guz mieści się za otrzewną wzdłuż kręgosłupa obejmując pnie dużych naczyń od przepony do małej miednicy. Guz cały składał się ze zrazów kształtem, barwą i zbitością podobnych do nerki.

W skutek tego podobieństwa została wyjęta razem z guzem lewa nerka objęta guzem i odsunięta przezeń na prawą stronę kręgosłupa.

Nerka ta miała szypułę przeszło 20 cm. długości a w niej naczynia tak rozciągnięte, że nie można było znaleźć ich światła nawet po wycięciu nerki.

Substancja nerki tej była zupełnie na oko normalną, moczowód drożny, a wymiary może bardzo nieznacznie mniejsze od prawej nerki. Ogon trzustki również był odsunięty na prawą stronę kręgosłupa i odseparowany od prawej powierzchni guza.

Śledziona była kilkakrotnie powiększona i tak miękka, że palec przy badaniu pogrążał się w nią jak w masło. Obecnie w 4 miesiące po operacji ogólny stan chorej jest dobry. Śledziona znacznie powiększona wyczuwa się pod żebrami, a w le-

wym dole biodrowym wyczuwa się guz wielkości pięści, który ma być za pomocą ponownej operacji usunięty.

[Autoreferat].

VII. KOPCZYŃSKI Stanisław i KRYŃSKI Leon przedstawili chorą, dotkniętą padaczką korową (JACKSON'a) leczoną na drodze chirurgicznej.

KOPCZYŃSKI St. opowiedział przebieg choroby pod względem nerwowym. Chora lat 30 żona robotnika, córka osobnika, cierpiącego na padaczkę; w 22-m roku życia, a więc 8 lat temu, po raz pierwszy bez wyraźnych przyczyn doznawała jakiegoś ataku nerwowego, polegającego na ogólnem zdrtwieniu ciała, uczuciu gorąca, spazmatycznych krzykach. Chora przytem przytomności nie traciła. Chora wkrótce wyszła mąż i po zamążpójściu w ciągu następnych 4-ch lat co kilka tygodni doznawała podobnych ataków, zwłaszcza w drugim okresie ciąży, w którą trzykrotnie zachodziła. Od tej pory t. j. od 4-ch lat podczas ataków poczęło jej wykrzywiać twarz w prawą stronę, zaczęła doznawać drgawek w prawej ręce i w prawej nodze. Kiedy podobnych ataków zaczęła doznawać jesienią r. 1904, po zajściu w 4-ą ciążę, oddano ją do szpitala Dz. Jezus. Po dwóch tygodniach ataki ustały, chora jednak przeleżała w szpitalu kilka miesięcy. W ostatnich tygodniach ciąży ataki znowu wróciły, chorą przeniesiono do kliniki akuszeryjnej, gdzie w kwietniu 1905 r. chora odbyła poród. Ataki drgawek w prawej połowie ciała trwały jeszcze dwa tygodnie po porodzie. Do jesieni r. 1905 czuła się zdrowa. W końcu sierpnia tegoż roku wystąpiły znów ataki ciężkich drgawek i chorą w takim stanie przywieziono do szpitala św. Ducha.

Badanie dokonane wówczas przez mówcę, wykazało, co następuje: Chora umiarkowanie zbudowana i odżywiana. Stan bezgorączkowy.

W narządach wewnętrznych nic nieprawidłowego nie znaleziono. Co kilka minut chora doznaje w prawej połowie ciała drgawek tonicznych, które stają się potem klonicznymi.

Objawy lekkiego niedowładu spastycznego prawostronnego, bez wyraźnych zaburzeń połowicznych czucia. Żrenice normalnej wielkości, prawidłowo oddziałują na światło i na przystosowanie. Oftalmoskop na dnie oka nic nieprawidłowego nie wykazał. W urynie białka ani cukru nie znaleziono. Chora podczas ataków uryny pod siebie nie oddaje. Na zapytanie podczas ataku chora reaguje podnoszeniem lewej ręki i t. p.

Wobec całego przebiegu choroby, wobec porażenia prawostronnego spastycznego rozpoznaliśmy padaczkę korową JACKSON'a,

najprawdopodobniej w następstwie rozwijającego się nowotworu w okolicy gyrus centralis anterior, po stronie lewej, a wobec ciężkiego stanu chorej po naradzie z kol. BORZYMOWSKIM postanowiliśmy chorą poddać trepanacji czaszki. Podczas operacji okazało się, że mamy do czynienia z wybitnym zgrubieniem czaszki w okolicy odpowiadającej pasowi ruchowemu kory mózgowej. Grubość kości w tem miejscu dochodziła do $1\frac{1}{2}$ ctm. Obmacywanie istoty mózgu przez oponę twardą nic podejrzanego nie wykryło. Kość na przestrzeni kilku centymetrów w kierunku podłużnym w owej okolicy została wycięta. Po operacji chora przez kilka dni jeszcze miewała napady drgawek w prawej połowie ciała, poczem stawały się coraz rzadszemi i po tygodniu ustały całkiem. Po dwóch tygodniach niedowład prawej połowy ciała całkiem ustąpił, mowa stała się całkiem prawidłową. Chora całkiem opuściła szpital, czując się zupełnie zdrowa. Od tej pory, t. j. od września od r. z. do marca roku bieżącego żadnych ataków nie miała. Na początku Marca ataki się pojawiły jeszcze z większą siłą, po paru dniach tych ataków chorą znowu przywieziono do szpitala św. Ducha. Tu stwierdziliśmy niemal nieustannie (co 5 — 10 minut) drgawki toniczne i kloniczne w prawej połowie ciała, zupełne porażenie spastyczne prawostronne, wybitną afazję ruchową. Podczas ataków chora przytomności nie traci. Poza tem stan tak, jak poprzednio.

Chorą zakwalifikowaliśmy znowu do operacji w przeświadczeniu, że kość zgrubiała, wycięta na niedostatecznej przestrzeni wywiera ucisk na odpowiednie ośrodki. Operacji w tym czasie dokonał 14 marca r. b. L. KRYŃSKI. Podczas operacji pomimo dość głębokiego uśpienia chloroformowego, chora co kilka minut dostawała ataku drgawek, które rozpoczynały się zwykle w prawej nodze, potem przechodziły na prawą rękę, wreszcie najdłużej trwały w prawej połowie twarzy. W ciągu pierwszych kilku dni po operacji trwały z dawną siłą, poczem stopniowo słabły i po 13 dniach t. j. 27 marca całkiem ustały. Około 1 kwietnia powróciła mowa, siła ruchowa również stopniowo zaczęła wracać i po dziś t. j. 22 maja chora chodzi, a w prawej ręce pozostały ślady niedowładu. Nerwy twarzowy i podjęzykowy prawy, które przedtem znajdowały się w stanie zupełnego porażenia, obecnie działają prawidłowo. Czy stan taki potrwa długo, czy za jedyną przyczynę padaczki korowej w danym przypadku uważać należy zgrubienie kości czaszki, przesądzać trudno.

Kopczyński, biorąc za punkt wyjścia własny przypadek, rozpatrzył znaczenie rozpoznawcze padaczki JACKSON'a, podał, przy jakich sprawach czynnościowych występuje to cierpienie, a jakich organicznych (nowotwory, krwotoki, rozmiękczenia, mocz-

nica, zatrucia alkoholem, ołowiem, acetonuria), wspomniał, iż w ostatnich czasach notowano przypadki przejścia padaczki korowej w padaczkę samoistną, opisał własny przypadek padaczki korowej z monoplegią przy moczówce cukrowej, gdzie autopsja nie wykryła żadnych zmian w korze mózgowej, w końcu podkreślił, iż znaczenie patognomiczne padaczki JACKSON'a nie tylko zmalało, lecz wprost zakwestyonowane zostało.

[Autoreferat].

VIII. CYKOWSKI wypowiedział odczyt p. t. „Przelewania krwawe oraz rozwiązanie w leczeniu eklampsyi porodowej“.

Pod nazwą krwawych przelewań autor, wespół z innymi, pojmuje dokonywanie ogólnego upustu krwi przez wenesekcję z zastosowaniem następczych wlewań do żył lub pod skórę najczęściej rozczywnów soli kuchennej. W pracy swej zamierza przedstawić sprawę używania wspomnianych przelewań przy eklampsyi porodowej w oświetleniu dat historycznych, jak również poddać ocenie zabiegi położnicze, stosowane w celu przyspieszenia rozwiązania przy omawianem cierpieniu.

Przebiega tedy odnośne prace z piśmiennictwa amerykańskiego, włoskiego, francuskiego, angielskiego, niemieckiego, czeskiego i polskiego; przytacza nieco szerzej poglądy MERLETTI'ego o wartości upustu i wlewań; powtarza za OSTRICEM wydatniejsze teorye o powstawaniu eklampsyi (FRERICBS, TRAUBE-ROSENSTEIN, HALBERTOMA, BOUCHARD, RIVIÈRE i t. d.), podaje za nim zmiany anatomico-patologiczne, przy eklampsyi zachodzące, na podstawie badań PILLIET'a, LUBARSCH'a, PRUTZ'a i SCHMORL'a. Na przypomnieniu własnej kazuistyki, ogłoszonej w roku 1904, kończy przegląd szeregu prac, omawiających wartość wenesekcji i wlewań.

Przechodząc do kwestyi rozwiązywania chorych, przytacza odpowiednie poglądy większości rozpatrywanych autorów, przypomina o artykule MIŁOSZA z roku 1855, mówi o odmiennych poglądach CHARPENTIER'a i TWEEBY'ego, przechodzi wreszcie do własnych zapatrywań i uzasadnia je.

Prelegent poddaje ocenie różne zabiegi położnicze, podejmowane w celu przyspieszenia rozwiązania chorej, omawia głębokie nacięcia szyi (DÜHRSSSEN'a), jak również wprowadzanie do macicy balonu BRAUN'a z zastosowaniem następczego obrotu płodu na nóżki. Poddając krytyce praktyczną wartość ostatniej metody, powołuje się w sprawie dokonywania obrotu na zdania OLSHAUSEN'a, LYLE'a, WOLBERGA, RYBICKIEGO i STYPIŃSKIEGO.

W zakończeniu prelegent wypowiada wnioski, do jakich doszedł na mocy źródłowego zaznajomienia się z piśmiennictwem rozpatrywanego przedmiotu. Są one następujące:

1) Jedni autorowie nie mogą obejść się bez morfiny w leczeniu eklampsji porodowej, ze względu na wpływ tego środka na napady, inni — jak JÖRG (1821), PASTORELLO (1854), FERRÉ (1894), OUI, GUERICH i inni zarzucili ją zupełnie.

2) Już od roku 1894 znajdujemy cały szereg prac, w większym lub mniejszym zakresie poświęconych sprawie stosowania przy eklampsji upustu i wlewań solnych. Jedni wątpią o wartości leczniczej tego zespołu, inni — przeciwnie.

FERRÉ, LANPHEAR, MANGIAGALLI, MERLETTI, TOWNSEND, LEJARS, CUTLER i inni przypisują mu doniosłe znaczenie.

3) Prawie wszyscy, przez prelegenta rozpatrzeni autorowie, na pierwszym miejscu w leczeniu eklampsji kładą możliwie wczesne, możliwie szybkie, niekiedy wysoce forsowne rozwiązanie chorej, wychodzą bowiem z założenia, iż, usuwając płód i łożysko, wydalają tem samem i źródło toksyn, eklampsję wywołujących. Wobec powyższego - zwolennicy czynnej interwencji położniczej stosują upust i wlewania już po rozwiązaniu. Takie traktowanie zalecał w roku 1895 LANPHEAR; w myśl powyższych zasad postąpił również BOND w roku 1899. GLOCKNER (1901) podaje, iż w klinice lipskiej zastosowano upust po możliwie wczesnem rozwiązaniu w 33 przypadkach, zaś w pewnej ich liczbie dodano do tego i wlewania solne. Użycie morfiny stanowiło tu nieomal wyjątek.

Wreszcie w roku 1902 ogłoszono 6 jednakowo leczonych przypadków: 3 z kliniki praskiej RUBESKI w opracowaniu OSTRCILA i 3 własne kol. GASZYŃSKIEGO. W obu tych grupach spostrzeżeń, unikając morfiny, na czele leczenia postawiono możliwie wczesne, niekiedy forsowne przyspieszenie rozwiązania na drodze operacyjnej, poczem dopiero posiłkowano się upustem i wlewaniem. Użycie zespołu tego w klinice praskiej w trzech zaledwie przypadkach na 92 chore, zaś u kol. GASZYŃSKIEGO w trzech przypadkach na jedenaście — posiada cechę próby i stanowi wprost przygodny sposób postępowania lekarskiego.

Wyrażając się wogóle dość powściągliwie o wartości wenesekcji, kol. GASZYŃSKI w zasadzie jest zwolennikiem możliwie wczesnego rozwiązywania i wysuniętych u niego „na plan pierwszy“ następczych wlewań solnych.

Z powyższych przypadków najwcześniejszy przypada w Pradze czeskiej na rok 1893, u kol. GASZYŃSKIEGO — na rok 1898.

4) W przeciwstawieniu do prawie powszechnie przyjętych poglądów jedynie FERRÉ

i CYKOWSKI za zasadnicze zabiegi w leczeniu eklampsji porodowej uważają wenesekcyę i wlewania solne.

FERRÉ oświadcza, iż temu właśnie zespołowi zawdzięcza ocalenie życia swoich chorych; prelegent uważa zespół ów za jedyny zabieg leczniczy przy eklampsji, zarówno podczas ciąży, jak i przy porodzie występującej, jaki w z a s a d z i e w k a ż - d y m p r z y p a d k u, od pierwszej chwili wybuchu cierpienia, n a t y c h m i a s t zastosowanym być powinien.

Prelegent wychodzi z założenia, iż, jak dotąd, nie możemy utrzymywać z całą pewnością, że wyłącznie łożysko i płód stanowią źródło toksyn, eklampsję wywołujących. Być może są one jednym z ognisk, wytwarzających trucizny. Skoro jednak zgadzamy się prawie wszyscy, iż te trujące substancje, bez względu na ich genezę, krążą w e k r w i m a t k i, to cóż może być słusniejszego nad żądanie, ażeby na tę właśnie zatrutą krew bezpośrednio, bo przez upust i wlewania, przedewszystkiem podziałać? Nie zastąpimy upustu krwawieniem, towarzyszącem rozwiązaniu, gdyż dokonanie n a t y c h m i a s t o w e g o, (o takie zaś tylko chodzić może) rozwiązania w olbrzymiej większości przypadków jest ze względu na stan miękkich dróg porodowych niemożliwe, jeśli, rzecz prosta, nie chcemy narazić matki i dziecka na jawne niebezpieczeństwo.

Różnica w postępowaniu FERRÉ'go i prelegenta polega na tem, iż podczas kiedy FERRÉ ogranicza się prawie wyłącznie do upustu i wlewań, prelegent, podobnie jak MERLETTI, dodaje do nich i przyspieszenie rozwiązania, na które patrzy jako na uzupełnienie owego zespołu.

Że jednak bez przyspieszenia rozwiązania niekiedy obejść się można, za dowód posłużyć mogą pięć chorych z kazuistyki prelegenta, które urodziły same i wszystkie przy życiu zostały.

Prelegent przyspiesza poród w kilka, a niekiedy w kilkanaście godzin od chwili zastosowania upustu i pierwszych wlewań — w sposób nieszkodliwy, bo możliwie do fizjologicznego zbliżony, co nie zawsze mogą powiedzieć o sobie zwolennicy szybkiej, forsownej interwencji położniczej.

Dokonywanie upustu po rozwiązaniu uważa C. w z a s a d z i e za zupełnie zbytęczne i zachowuje je dla tych wyjątkowych przypadków, w których tętno i po rozwiązaniu stale nadal napięte pozostaje.

Śród swoich 23 przypadków zdarzył się prelegentowi taki tylko jeden.

Z pomiędzy autorów, których prace w odczycie rozpatrzono, FERRÉ jest pierwszym, który w leczeniu eklampsji odrzucił wszelkie narkotyki; obywa się bez nich i prelegent.

5) Dokonywanie upustu i wlewań przed rozwiązaniem, stosowane dotąd w pojedynczych zaledwie przypadkach, w opracowaniu C. zyskało wartość istotnej metody leczniczej; to też ogłoszone przez C. 19 przypadków, objętych pierwszą kategorią jego spostrzeżeń, stanowią w tym kierunku do roku 1904 jedyną metodyczną kazuistykę w piśmiennictwie polskim i, o ile C. sądzić może ze znanej mu literatury, po za paru przypadkami FERRÉ'go również i w obcem.

6) Śród zabiegów operacyjnych, jakimi mamy rozwiązanie przyspieszyć, najczęstszym, bo w znakomitej większości przypadków do użycia odpowiednim, jednocześnie zaś zupełnie nieszkodliwym, a we wszelkich warunkach pobytu chorej wykonalnym — będzie nałożenie kleszczy; zalecanie ogólnie dokonywania obrotu, po za niewielką, ściśle ograniczoną grupą przypadków — nie wytrzymuje krytyki.

7) Połączenie upustu, wlewań i następczego nieszkodliwego rozwiązania nazwał C. „kombinacją“ zabiegów; podobnego określenia nie spotkał prelegent w żadnej ze znanych mu prac.

Używając powyższej metody, otrzymał C., w porównaniu z dawniejszymi 60, czy choćby tylko 40% śmiertelności matek przy eklampsji w Warszawskim Instytucie Położniczym, znacznie niższą, bo zaledwie 13% sięgającą odsetkę. To też usilnie jeszcze raz poleca metodę tę uwadze szanownych Kolegów.

[Autoreferat].

HALPERN podnosi, że związek, jaki istnieje między stanem narządów płciowych a eklampsją, najczęściej objaśniają zatruciem krwi, nie mając na to prawie żadnych dowodów, podczas gdy nawet pojedyncze wypadki bez zatrucia przemawiają bardzo przeciwko takiemu objaśnieniu. Objaśnienie odruchami z patologicznych narządów ma wogóle na względzie odruchy, wywołane bólem i t. p. objawami uświadomionemi. Tymczasem najzupełniej odpowiadają wszystkim faktom tylko odruchy pod wpływem funkcji i odżywiania patologicznych narządów. Wiadomo, iż każdy moment bądź normalnego, bądź patologicznego odżywiania tkanek drażni w pewien sposób zakończenia nerwów czuciowych w owych tkankach niezależnie od tego, czy wywołuje to

ból etc. czy też nie, dostarczając niejako systemowi nerwowemu wiadomości o stanie tkanki, i to podrażnienie, analogję którego posiadamy w „czuciu mięśniowem“ przy koordynacji ruchów, rozprzestrzenia się w systemie nerwowym, to dochodząc do uświadomienia w postaci bólu etc., to wywołując tylko pewien tonus systemu nerwowego. Przy normalnym stanie narządów tonus ten wyraża się ogólnem uczuciem zdrowia, przy patologicznym zaś zachodzą wahania w inercyji. Otóż sprawa odżywiania i funkcji narządów płciowych działa nienormalnie na taką niezliczoną ilość zakończeń nerwów czuciowych w tych narządach i ustawiczość tego drażnienia do tego stopnia niepokoi system nerwowy, iż bardzo łatwo o zaburzenia w rozmaitych odruchach. Tym to sposobem z podrażnienia — często ukrytego — zakończeń nerwów czuciowych powstają odruchy, powodujące pigmentacje, zmiany w cząstkach etc., tym też sposobem przeważnie u pierwiastek (u nich najczęstsza eklampsja) z powodu mniejszego przystosowania, zaburzenia w systemie nerwowym wychodzą poza zwykłe granice. Dla tego od usunięcia płodu nie można jeszcze oczekiwać usunięcia eklampsji, gdyż nie usunięto patologicznego stanu narządów płciowych, a ten stan patologiczny nie przestaje niepokoić systemu nerwowego; dla tego też, choć oprócz usuwania płodu, jako przyczyny, zwiększającej to niepokojenie systemu nerwowego, najodpowiedniejszom jest leczenie eklampsji antinervin'ami, to nie można żądać od nich zupełnego usunięcia objawów, gdyż drażnienie systemu nerwowego przez patologiczne życie tkanek nie ustaje. Eklampsja, laryngospasmus etc. przy rhachitis wskazują również na wskazany mechanizm powstawania eklampsji: póki odżywianie i funkcja tkanki kostnej są normalne, podrażnienie zakończeń nerwów czuciowych, w tkance tej znajdujących się, jest normalne, każdy zaś moment patologicznego odżywiania i funkcji chorej tkanki kostnej drażni patologicznie system nerwowy niezależnie od tego, czy wywołuje ból czy też nie, i to ustawiczne patologiczne podrażnienie summuje się i daje zaburzenia w systemie nerwowym. [Autoreferat].

STANISZEWSKI zaznacza, że prelegent nie wspomniał najnowszej literatury w kwestyi przyczyn drgawek porodowych i ich leczenia. ZWEIFEL uważa za przyczynę rzucawki niedostateczne utlenianie białka we krwi, następstwem czego jest znaczna ilość kwasu mięsnomlecznego we krwi i w urynie matek, w sznurku pępkowym płodów i we krwi łożyska. Pierwotne miejsce powstawania tego kwasu — płód, pierwsze więc wskazania przy leczeniu — przyspieszenie porodu. Wybór metody przyspieszającej poród pozostawia uznaniu fachowców. W leczeniu morfinę odrzuca stanowczo, zgadza się na stosowanie chloroformu podczas

zabiegu operacyjnego. Z uznaniem odzywa się o upustach krwi i następczych wlewaniach roztworu soli.

Największego skutku oczekiwać należy według ZWEIFLA od stosowania wdechań tlenu, z powodu jednak powierzchniowego oddychania u eklamptyczek ma zamiar przeprowadzić pompowanie powietrza do gruczołów piersiowych (na modłę stosowaną u zwierząt), aby w ten sposób usunąć niedostateczne utlenianie białka. Zaleca również zapobieganie przez dietę mleczną, wraz z uważeniami objawów niebezpiecznych już na 3 miesiące przed końcem ciąży. [Autoreferat].

STANISZEWSKIEMU odpowiada C.: W „Archiv für Gynaekol.“ z roku 1904 została ogłoszona praca ZWEIFLA p. t. „Zur Aufklärung der Eklampsie“. C. nie powoływał się na nią dla tego, iż wenesekcyi i wlewaniom poświęcono tam stosunkowo niewiele miejsca.

HALPERNOWI C. odpowiada, że o podrażnieniu odruchowem, mającem za punkt wyjścia samą macicę, pracę porodową i ranę w macicy poporodowej, stanowiącem jeden z czynników, eklampsję wywołujących, wspominał już w roku 1893 Charpentier, jak to C. w swym odczycie podał. Ma ono jednak posiadać znaczenie drugorzędne. [Autoreferat].

Na tem posiedzenie zakończono.

Wiceprezes W. Kamocki

Pom. Sekretarza Ign. Landstein.

Posiedzenie kliniczne d. 29 Maja 1906.

Przewodniczący Wiceprezes *W. Kamocki*.

Obecnych członków 93 i gość 3.

- T r e ś ć.** 1) *STARKIEWICZ W.* — Przedstawienie chorego, dotkniętego cierpieniem — aneurysma aortae.
 2) *BRUDZIŃSKI J.* — „Szpital Anny-Maryi dla dzieci w Łodzi (urządzenie, organizacya, dyeta chorych“.
 3) *PINKUS Stanisław.* — „Teorya i praktyka w stosowaniu pokarmów przetrawionych“.

I. Protokół posiedzenia poprzedniego odczytano i przyjęto.

II. Wiceprezes powitał obecnych na posiedzeniu gości: kol. *SEVERINA*, *ŁUBIŃSKIEGO* i *MOGILNICKIEGO*.

III. Wiceprezes odczytał tematy na konkurs im. *Koczorowski*. Podano tematów siedm:

- 1) Badania doświadczalne z dziedziny trofiki mięśni (wpływ zmian cyrkulacyjnych i inuerwacyjnych na mięśnie).
- 2) Badania nad swoistością *spirochaete pallida* (*SCHAUDIN — HOFFMAN*).
- 3) Bakteryologia krwawej biegunki.
- 4) Porównawcze określenie żelaza, hemoglobiny i liczby krążków czerwonych we krwi w blednicy i niedokrwistości.
- 5) Zmiany w nadnerczu przy arteriosclerosis.
- 6) Patogeneza t. zw. *mycosis pharyngis*.
- 7) Fermenty mleka i znaczenie ich dla sprawy żywienia niemowląt.

IV. Wiceprezes odczytał list kol. *BIEGAŃSKIEGO*, który przesyła Towarzystwu podziękowanie za zaliczenie go w poczet członków honorowych Towarzystwa.

V. Wiceprezes odczytał list kol. *HAŚKOWEC* z Pragi czeskiej, który ofiarował do biblioteki Tow. „Przegląd neurologii czeskiej“.

VI. Prof. Zygmunt Łaskowski z Genewy jednogłośnie został wybrany na członka honorowego Towarzystwa.

VII. Na prezesa Towarzystwa w miejsce ustępującego kol. Dunina wybrano dotychczasowego wiceprezesa kol. Walentego KAMOCKIEGO.

VIII. Na wniosek wiceprezesa Towarzystwo delegowało, p. ob. sekretarza stałego i sekretarza dorocznego do wyrażenia kondolencji i podziękii ustępującemu prezesowi kol. DUNINOWI.

IX. Kol. Szumlański po wyborze dotychczasowego wiceprezesa na prezesa Tow. proponuje przystąpienie niezwłoczne do wyboru wiceprezesa. P. ob. sekretarza stałego, kol. Kosmowski, tłumaczy niezgodność podobnych wyborów z regulaminem Tow., z czem godzą się obecni członkowie.

X. STARKIEWICZ przedstawił chorego z tętniakiem aorty wstępującej, bez tętna w całej niemal górnej połowie ciała. Chory od lat 5-u czuł wzrastające osłabienie, od roku doznaje blisków i mroczków przed oczyma, zawrotów głowy, chwilowych omdleń, nieraz po kilkakroć w ciągu dnia; miewa duszność i bicie serca przy chodzeniu. Przy badaniu stwierdzono brak zupełny tętna w obydwóch tętnicach promieniowych, obydwóch ramieniowych, pachowych, podobojczykowych, żuchwowych zewn., skroniowych. Tętno w t. szyjowych wspólnych początkowo wyczuwało się słabo, w następnych dniach przeważnie wcale się nie wyczuwało. Tętno w t. udowych słabe, w stopowych niewyczuwalne. Na plecach, z obydwóch stron, na przestrzeni od X międzyżebra do $\frac{1}{2}$ łopatki zauważono sploty tętnic dodatkowych, wyraźnie tętniących po sztucznem podnieceniu chorego.

Badaniem fizykalnem oraz rentgenoskopią stwierdzono tętniaka aorty wstępującej z wypuklieniem workowatą w górnej części, zwróconem w lewo. Obok tego znaleziono nierówność i nieruchomość zwrotną źrenic na światło, oraz porażenie lewej struny głosowej. Cięższych objawów anemii mózgowej (nudności, wymiotów, dzwonięcia w uszach) chory nie miewał, omdlenia w ostatnim czasie zdarzają się rzadko; ziębienia, drętwienia kończyn również nie doznaje. Zjawiska chromania przestankowego w kończynach górnych po miernych wysiłkach fizycznych nie udawało się wywołać. Ciśnienie krwi w palcach rąk, badane tonometrem GÄRTNER'a, stosunkowo dość wysokie, przeciętnie około 50 mm rtęci. Różnice na poszczególnych palcach wuoszą do 20 — 30 mm.

[Autoreferat].

XI. BRUDZIŃSKI J. podawszy na wstępie historię powstania szpitala Anny-Maryi dla dzieci w Łodzi, opisał szczegółowo oddzielne pawilony dla chorych i pomieszczenie izolacyjne, przed-

stawił organizację pomocy ambulatoryjnej, podział pracy między lekarzy, rejestrację chorych, organizację służby niższej i dozorczyń, dyetę chorych, wreszcie naczelny kierunek szpitala.

XII. PINKUS Stanisław wypowiedział odczyt p. t. „Teorya i praktyka w stosowaniu pokarmów przetrawionych“.

Wynik nowszych badań PAWŁOWA, STARLING'a, BAYLISS'a, DULÉZENNE'a, COHNHEIM'a, LANDSTEINER'a z dziedziny fizjologii trawienia przekształca cały ten dział. Pierwszy wykazał ciągłość nerwowych pobudzeń, wywołujących produkcję fermentów w poszczególnych szczegółach; drugi dowiódł, że nerwy nie są wyłącznymi drogami tych podrażnień, lecz że każdy z narządów trawiących wytwarza substancje działające specyficznie na czynność narządu z kolei po nim postępującego (SECRETIN, HORMONES).

Badania te i inne powiązane z niemi ujawniły niezmierną złożoność procesów metabolicznych, ich fizjologiczną celowość. Jednocześnie ujawniły one niedostateczność dotychczasowych metod badania, mających określać wartość pokarmów podług ilości białka, węglowodanów i tłuszczów, jakie zawierają. Okazało się bowiem, że oprócz tego i oprócz stopnia zużywalności pokarmu należy uwzględnić całą pracę mechaniczną i chemiczną, zużywaną przez organizm w toku przyswajania pokarmu bądź to jako części „bioplazmy“ bądź jako materiału zapasowego.

Pozatem jednak powstaje cały szereg nowych pytań dotyczących się zmian współczesnych wywołanych przez czynność trawienia na resztę organizmu, reakcyi tych zmian na sprawy przewodu pokarmowego, wpływów mechanicznych i chemicznych pokarmu i jego części rozpadowych na fizjologiczne otoczenie, oddźwięków tkankowych, towarzyszących tym reakcyom.

O rózcz tego specyjalne badanie w dziedzinie dyetetyki, SIVÉN'a, CHITTENDEN'a i FRAZER'a, dowiodły, że ilości pokarmów, postawione przez szkołę niemiecką jako minimum, dają się obniżyć znacznie bez szkody dla organizmu. SPECK i TOLIN wykazali, że w przemianie materyi należy rozróżniać t. zw. tkankową (endogeniczną — wewnętrzną) i energetyczną (eksogeniczną). W chorym organizmie, w którym ta ostatnia jest zredukowana do minimum, zaś praca, i wymiana materyi w tkance wyteżają się poza miarę normalną, ekzogeniczna winna być popierana i oszczędzana.

To samo prawie tyczy się sztucznego odkarmiania niemowląt.

Próby zastąpienia niezmiennego białka i węglowodanów preparatami, zawierającymi te substancje w stanie przetrawionym są obecnie bardziej pożądane niż kiedykolwiek. Niepowo-

dzenie obecnych preparatów daje się objaśnić tem, że są one albo nieczyste (zawierają toksyny i toksalbuminy, jak większość peptonów, pochodzące z zanieczyszczeń bakteryalnych), albo nie tylko nie rozpuszczają się dostatecznie, lecz nawet nie pęcznieją.

Czyste bowiem Albumozy Peptony ani młodości aoi biegunki w stosowaniu nie wywołują. Somatoza bardzo użyteczna w małych ilościach, w większych jest źle użytkowana i powoduje biegunki. Same peptony (LIEBICHA—KEMERICHA, KOCHA, PEPTON, DENAYER etc.) mają znacznie mniejszą wartość.

Wina peptonowe zawierają zbyt mało części stałych. Wyjatek stanowi panopepton (FAIRCHILD) o 20 % substancji stałych, z których 6,5% produktów białkowych, 13,5% rozpuszczalnych węglowodanów rozpuszczonych w Sherry.

Dla karmienia dzieci nżywano pożywek mieszanych zawierających bądź mleko, bądź kazeozę wraz z dekstryną, słodem lub syropem (NESTLÉ, KUFKE, RADEMAN, MELLIN's Jood). Wszystkie one zawierają za mało białka i za dużo węglowodanów. Inne, jak Hygama, Alkarnose, Roborat, Malted milk, — zawierają kazeozę roślinną lub mleczną, sól, dektrynę z dodatkiem fermentów mających jakoby wpływać na łatwiejszą strawność ich. Wartość ich b. problematyczna.

W Ameryce od 15 lat już rozpowszechniło się użycie fermentów trawiących, zwłaszcza wyciągów, trzustki zawierających proteo, — amyloリティczne i diastatyczne fermenty.

Przy należytem stosowaniu tej metody, zwłaszcza posiłkując się bardzo czystymi preparatami można otrzymać pożywkę smaczną i taną, przetrawiając sztucznie pokarm, mający stanowić strawę chorego. Przetrawiając mleko częściowo, otrzymuje się przy przy należytem rozcieńczeniu, po dodaniu cukru mlecznego i śmietanki, mleko z którego kazeina przy ścinania wypada w drobnych kłaczkach jakby z kobiecego.

Prelegent demonstrował oprócz wymienionych, preparaty RHEWANIA i FAIRCHILD: trypsynę, zymogen, peptogenie milk powder i peptonizing tubes, służące do trawienia mleka, mięsa i t. p.

[Autoreferat]

KORYBUT - DASZKIEWICZ zaznacza, że widział dokonywane w Walszawskim Domu Wychowawczym przez prelegenta próby tak zwanego humanizowanego mleka. Mleko krowie rozcieńczone pół na pół wodą z dodatkiem pewnej ilości proszku, przedstawionego przez prelegenta, a składającego się przeważnie z tryptyny i cukru mlecznego po 10 minutowem gotowaniu nabierało istotnie takich własności, że serwik jego pod wpływem kwasu octowego ścinał się pod postacią bardzo na oko zbliżoną do tego,

jak ścina się sernik mleka kobiecego. Wyniki analizy chemicznej takiej mieszaniny według prelegenta wykazują, że jest ona niezmiernie pod względem ściśle chemicznym zbliżoną do mleka kobiecego.

Gdyby jednak taka mieszanina była dobrze znoszona przez niemowlęta, zdaniem KORYBUTA-DASZKIEWICZA była by ona i wtedy wadliwą, przedstawiałaby bowiem pokarm martwy (zabity przez gotowanie).

Wobec czego mówca ma zamiar postarać się niejako o wskrzeszenie, ożywienie takiego pokarmu przez wprowadzenie doń gotowych fermentów.

W tym celu ma zamiar użyć przedstawiony mu przez p. PINKUSA wyciąg trzustkowy, zawierający 4 podstawowe fermenty, — ewentualnie zastosować i inne gotowe fermenty.

Czy próby takie doprowadzą do pożądanego celu, t. j., czy sprawę sztucznego żywienia posuną naprzód trudno napewno orzec; bądź co bądź są one, zdaniem KORYBUTA-DASZKIEWICZA, niezmiernie zachęcające i dla tego chce on je przeprowadzić w Domu Wychowawczym.

Rzętkowski w sprawie poruszonej przez DASZKIEWICZA t. zw. humanizowanego mleka zaznacza, że aby tę „humanizację“ należy ocenić, należało sprawdzić, jak reaguje na takie mleko żołądek niemowlęcia. Tego D. nie robił. Można więc conajmniej mówić tu o upodobnieniu składu mleka krowiego do mleka kobiecego, co jest rzeczą zuaną oddawna. Już sam dodatek śmietanki do mleka krowiego sprawia, że to ostatnie da straty sernika drobniejsze.

W sprawie poruszonej przez p. PINKUSA. Rz. nie podziela mniemania aby pokarmy przetrawione zyskały kiedykolwiek jakie znaczenie praktyczne. Są to raczej lekarstwa niż pokarmy. Nie spełniają one należycie zasadniczych funkcji pokarmów, a mianowicie nie zaspakajają uczucia głodu i nie pobudzają smaku t. j. apetytu. Jak dziś — mają one raczej ekonomiczno-handlowe, niż praktyczno-kliniczne znaczenie.

[Autoreferat].

RZĘTKOWSKIEMU KORYBUT-DASZKIEWICZ odpowiada, że napozór co do sprawy w mowie będącej (możliwość humanizowania mleka krowiego) stoją oni co się tyczy swych poglądów na dwóch przeciwległych krańcach.

I KORYBUT-DASZKIEWICZ á priori nie rozstrzyga w sensie pomyslnym wyników prób, które ma zamiar wykonać, ale nie może, jak to czyni RZĘTKOWSKI, z góry dociekania te potępić.

Oczywiście, że sztuką natury się nie zastąpi, czy jednak na tej drodze nie posunie się naprzód sprawy sztucznego żywienia niemowląt tylko dalsze badania powiedzieć mogą.

Z powodu przemówienia DASZKIEWICZA, RZĘTKOWSKI zwraca się do niego z prośbą, aby zechciał jasno określić co rozumie pod nazwą mleko „humanizowane“? [Autoreferat].

Na zapytanie RZĘTKOWSKIEGO co uważa KORYBUT-DASZKIEWICZ za humanizowanie mleka, mówca odpowiada, że nazwę „humanizowanie“ uważa za warunkową, to jest, że z mleka krowiego żadna sztuka zrobić kobiecego nie jest w stanie. Jeśli jednak mieszanka, przygotowana przez p. PINKUSA z mleka krowiego, miała skład chemiczny, nadzwyczaj zbliżony do składu chemicznego mleka kobiecego (co naturalnie, należałoby sprawdzić), jeśli sernik w tej mieszance ścinał się w sposób zbliżony do ścinania się sernika mleka kobiecego i t. d., można było mówcy użyć i słusznie terminu „próby humanizowania mleka“, mówiąc o procedurach, dokonywanych przez p. PINKUSA.

[Autoreferat].

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *W. Kamocki.*

Pom. Sekretarza *Ign. Landstein.*

OGŁOSZENIA.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE

ogłasza następujące tematy do nagród konkursowych z funduszu zapisanego przez D-ra Walentego Koczorowskiego.

1. Badania doświadczalne z dziedziny trofiki mięśni; (wpływ zmian cyrkulacyjnych i innerwacyjnych na mięśnie).
2. Bakteryologia krwawej biegunki;
3. Porównawcze określenie żelaza, hemoglobiny i liczby krążków czerwonych we krwi, przy błędnicy i niedokrwistości;
4. Badania nad swoistością *Spirochaete pallida* (Schaudrun-Hoffman);
5. Zmiany w nadnerczu przy arteriosclerosis;
6. Patogeneza t. zw. mycosis pharyngis;
7. Fermenty mleka i znaczenie ich dla sprawy żywienia niemowląt.

Termin nadesłania prac oznacza się do dnia 31 Marca 1907 r. Za najlepsze dwie prace napisane na wybrane tematy, z liczby wyżej wymienionych, wyznaczone są dwie nagrody po rub. 300.

Rozprawy nagrodzone wydrukowane będą nakładem Tow. Lekarskiego każda w 300 egzemplarzach, które stanowiąc będą własność autorów. Prace nadesłane być mają w rękopisach pod adresem Sekretarza stałego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (ul. Niecała № 7) z zachowaniem zwykłych form konkursowych, t. j. nazwiska autorów i miejsca ich zamieszkania mają być podane w osobnych kopertach zabezpieczonych, opatrzonych stosownemi dewizami.

p. o. Sekretarza Stałego W. *Kosmowski*.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

podaje do wiadomości, że nagroda pieniężna, w kwocie rs. 200, imienia Tytusa CHAŁUBIŃSKIEGO, przyznana zostanie przez Towarzystwo w roku 1909 za najlepszą pracę oryginalną z dziedziny nauk lekarskich lub pomocniczych w zastosowaniu do medycyny, ogłoszoną drukiem w języku polskim w czasie od dnia 1-go stycznia 1905 r. do 31-go Grudnia 1908 r. Ustawa konkursowa i regulamin dopełniający, żadnych innych ograniczeń w przyjmowaniu prac do ubiegania się o nagrodę nie zastrzegają. Autor, przesyłając pracę do Towarzystwa, na piśmie wyrazić winien, że ją do konkursu, o jakim mowa, przeznacza. Prace do konkursu składane być mogą w ciągu lat 1905, 1906, 1907, 1908 i w ciągu Stycznia 1909 r. na ręce Sekretarza Stałego Towarzystwa. Ustawę i regulamin konkursowy każdy w Kancelaryi Towarzystwa (ulica Niecała Nr. 7) przejrzeć może.

p. o. Sekretarza Stałego
W. Kosmowski.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

podaje do wiadomości, że z funduszu imienia D-ra Med. i Chirurgii LEONA KONITZA, przyznana zostanie przez Towarzystwo w dniu 15 Października 1908 roku, jako w rocznicę zgonu D-ra Konitza, nagroda pieniężna w kwocie Rub. 500, za najlepszą pracę oryginalną, poświęconą chorobom kobiecym lub akuszeryi, z liczby przedstawionych Towarzystwu prac, ogłoszonych drukiem w terminie od dnia 1 Kwietnia 1905 roku do dnia 31 Marca 1908 roku. Nagroda ta ewentualnie może być rozdzieloną, stosownie do uznania Komitetu konkursowego. Przedmiotem prac mogą być zarówno kliniczne, jako też laboratoryjne badania we wzmiankowanej specjalności, jak również i podręczniki obejmujące wykład chorób kobiecych wogóle. Mogą także autorowie w terminie prekluzyjnym do dnia 31 Marca 1908 roku przedstawić Towarzystwu prace w rękopisach, z zachowaniem zwykłych formalności konkursowych, t. j. z dewizą i kopertą zapieczętowaną, zawierającą nazwisko i miejsce zamieszkania autora. Prace nadsyłane być mają pod adresem „Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie“ (ulica Niecała Nr. 7), lub przedstawione za pośrednictwem jednego z członków Towarzystwa, z oświadczeniem na piśmie, że praca złożoną zostaje na konkurs imienia Konitza. Praca wydrukowana początkowo w jakimkolwiek innym języku, a następnie przetłumaczona na język polski, nie może być nagrodzona. Rozprawa uwieńczona z liczby prac w rękopisach przedstawionych, należy do Towarzystwa Lekarskiego i dopiero po wydrukowaniu jej w Pamiętniku Towarzystwa, zwraca się na własność autora.

p. o. Sekretarza Stałego
W. Kosmowski.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

zawiadamia, że w Październiku 1907 roku przyznana zostanie nagroda imienia A. B. Helbicha w kwocie rubli 150. za najlepszą pracę naukowo-lekarską, ogłoszoną w języku polskim w latach 1905 i 1906, lub w tychże latach w rękopismie dla ubiegania się o nagrodę złożoną. Do nagrody kwalifikują się jedynie prace oparte na samodzielnych badaniach, które mogą się przyczynić do postępu wiedzy lekarskiej.

Komitet sądzący, własnem staraniem będzie usiłował zebrać prace odpowiadające warunkom konkursu; dla uniknięcia jednak możliwych przeoczeń, prosi autorów o składanie ich, najpóźniej do 1-go Marca 1907 roku, na imię sekretarza stałego Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego.

Autorowie składający prace w rękopisie, mogą albo od razu ujawnić nazwisko lub składać je w zamkniętej kopercie, zaopatrzonej tem samem co i rękopis godłem. Koperta z nazwiskiem otworzoną będzie tylko w razie przyznania nagrody.

Od ubiegania się o nagrodę wyłączone są prace, za które autorowie otrzymali już nagrodę pieniężną z któregoś z funduszy nagrodowego, będącego w zawiadywaniu Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego.

p. o. Sekretarza Stałego
W. Kosmowski.

Od Komitetu' Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych.

Komitet Kasy zwraca się z uprzejmą prośbą do wszystkich lekarzy, nie będących jeszcze członkami Kasy, aby zechcieli zapisywać się w poczet jej członków. Komitet nadmienia przytem, że zwiększenie funduszy Kasy da się osiągnąć przeważnie drogą zwiększenia liczby uczestników oraz wysokości składek rocznych. przykład lat ubiegłych przekonał nas, że ciężkie warunki ekonomiczne odbijają się i na stanie lekarskim, czego dowodem jest większa niż dawniej liczba podań o wsparcie, nietylko wdów i sierot, lecz niestety i samych lekarzy, złożonych chorobą i nie będących w stanie zarobić na życie swoje i rodziny. Siłą faktów, podania tych, którzy myśleli o zasilaniu niegdyś wsparcia potrzebujących, a więc podania członków i rodzin pozostałych po członkach, są uwzględniane przedewszystkiem. Sumy przyznawane osobom tej kategorii są większe, niż sumy wyznaczone lekarzom nieczłonkom lub ich rodzinom, a blizka jest chwila, że w miarę wzrostu liczby podań członków Kasy, a przy niezwiększaniu się funduszy, podania lekarzy nieczłonków i ich rodzin zupełnie niestety, dia braku funduszu, nie będą mogły być uwzględniane.

Warszawa d. 1 Lipca 1906

W imieniu Komitetu, Zarządzający Kasą Wsparcia

Dr. M. Jakowski.

DO NABYCIA

w księgarni E. Wende i innych.

Dr. W. Męczkowski. O udawaniu (symulacji) objawów nerwowych. O badaniu i świadectwach lekarskich w przypadkach cierpień urazowych. Cena 1 rb.

Dr. W. Męczkowski. Stan i potrzeby szpitali Królestwa Polskiego. Cena 60 kop.

Wyszło z druku dzieło

pod tytułem

Medycyna w Samorządzie.

Stan obecny lecznictwa publicznego w Królestwie Polskim. Braki i potrzeby.

Treść: Szpitalnictwo. — Opieka nad umysłowo-chorymi. Pomoc położnicza dla ludności. — Domy wychowawcze dla podrzutków. — Opieka lekarska nad szkołami. — Pomoc lekarska dla ludności fabrycznej. — Pomoc lekarska dla ludności wiejskiej. — Walka z chorobami wenerycznymi.

Wydział lekarski Uniwersytetu.

Cena 1 rub. 80 kop.

Skład główny w księgarni E. Wende i S-ka.

Słownik Lekarski Polski.

Opracowali z polecenia Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego

Prof. D-r Tadeusz Browicz, Stanisław Ciechanowski,
Stanisław Domański, Leon Kryński, przy współudziale
Tow. lek. warsz., Wydziału lek. Tow. przyj. nauk w Poz-
naniu, oraz wielu lekarzy i przyrodn. pol. Kraków. 1905.
Nakładem Tow. lek. krak. Wielka 16°, stron X + 762.

==== Cena w Warszawie Rb. 8 kop. 50. ====

Skład główny w księgarni E. WENDE i Sp.

Do nabycia w Towarzystwie Lekarskiem Warszawskiem

(Niecała Nr. 7)

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO POLSKIEGO

**za rok 1887, 1888, 1889, 1891, 1892, 1893,
1894, 1895, 1896, 1897, 1898, 1899,
1909, 1901, 1902, 1903 1904 i 1905.**

Cena kop. 75 (za każdy rok oddzielnie.)