

OPIS NOWÉJ KLINIKI CHIRURGICZNÉJ

W KRAKOWIE

TUDZIEŻ

KILKA OGÓLNYCH UWAG

O STOSOWNEM URZĄDZENIU KLINIKI CHIRURGICZNÉJ

NAPISAŁ

PROF. L. RYDYGIER.

Dar Prof. dra J. Zubrzyckiego

KRAKÓW.

DRUKARNIA UNIwersYTETU JAGIELLOŃSKIEGO

pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

1890.

Osobne odbicie z „Przeglądu Lekarskiego” z Nr. 4 i 11 r. 1890.

Z-139830

Akc. z l. 2024 nr. 123.....



Dar Prof. dra J. Zubrzyckiego

Opis kliniki chirurgicznej w Krakowie, tudzież kilka ogólnych uwag o stosownem urządzeniu kliniki chirurgicznej.

Podał

Prof. L. Rydygier.

Trzeba było znać starą klinikę chirurgiczną w Krakowie, żeby zrozumieć, z jaką radością i wdzięcznością zabieram się do opisu nowój. Radość tę i wdzięczność miałem sposobność niedawno wyrazić przy poświęceniu kliniki, którą to uroczystość zaszczyteli swą obecnością minister oświaty br. Gautsch i namiestnik hr. Badeni.

Nowa klinika chirurgiczna jest to jednopiętrowy budynek, wybudowany w spokojniejszej części miasta niezbyt daleko od dawnych klinik. Fasada zbudowaną jest w stylu włoskiego renesansu, w ogóle przy budowie mało zważano na zewnętrzne ustrojenie budynku, a główną wagę kładziono na stosowne urządzenie i podział rozmaitych ubikacyj. Cały budynek możemy podzielić na 2 części: jedną idącą wzdłuż ulicy, zawierającą sale dla chorych, drugą wybudowaną prostopadle do niej, a zawierającą ubikacyje służące do nauki i operacyi (fig. 1 i 2.) Część idąca wzdłuż ulicy jest nieco w tył wsunięta.

Przeznaczenie i urządzenie pojedynczych ubikacyj można widzieć bardzo łatwo na załączonych planach.

Obok kliniki wybudowany jest mały jednopiętrowy domek, przeznaczony do doświadczeń i innych prac naukowych. (Fig 3 i 4). Na dole w nim są 2 ubikacyje: jedna służąca do

przechowania zwierząt przeznaczonych do doświadczeń, drugi pokój operacyjny dla tychże. Na pierwszym piętrze jest duży pokój o 4 oknach, przeznaczony dla prac bakteryjologicznych i histologicznych, a obok niego jeszcze maleńki pokój osobny.

W krótkich słowach chciałbym podać opis naszej nowej kliniki, a zarazem zasady, które nami przy przeznaczaniu odpowiednich części budynku i urządzaniu ich kierowały. Jeżeli zaczniemy od części przeznaczonej dla nauki i operacji, to mamy 3 sale operacyjne: 1) wielka amfiteatralnie zbudowana sala wykładowa, idąca przez parter i pierwsze piętro (fig. 9). Sala ta ma 150 miejsc dla siedzących i około 70 dla stojących (w ostatnim letniem półroczu było 220 zapisanych na klinikę chirurgiczną). Arena w tej sali jest 6'30 mtr. długa, a 4'60 mtr. szeroka. Posadzka jest z flizów. Taka podłoga jest w ogóle wszędzie w naszej klinice, tylko pokoje dyrektora, asystentów i osobne dla chorych (separatki) mają posadzkę z twardego drzewa. Do oświetlenia sali we dnie służy 9 dużych okien, zaczynających się po nad amfiteatrem (światła górnego nie ma). Do oświetlenia wieczorem lampa elektryczna o sile 3000 świec (światło łukowe). Uczniowie mają zupełnie osobne wejście do sali operacyjnej, wchodzą na górę i ztamtąd schodkami do ławek. Miejsce pod amfiteatrem jest na 2 części podzielone. W jednej z nich większej jest garderoba dla słuchaczy, w mniejszej opatrunki. Do tej ubikacji są drzwi prosto z areny tak, że opatrunki są zawsze pod ręką. Tam jest umieszczony także kocioł parowy do sterylizatora dla opatrunków. Sam sterylizator (fig. 5) stoi w sali operacyjnej tak, że można bezpośrednio z niego brać sterylizowane opatrunki i kłaść na ranę. Sterylizator został według moich wskazówek wykonany przez Lautenschlägera w Berlinie.

To urządzenie uważam za daleko wygodniejsze, a co ważniejsza pewniejsze, niż umieszczenie sterylizatora w przyległym pokoju, lub jak w klinice berlińskiej nawet na innym piętrze, gdyż znoszenie opatrunków do sali operacyjnej w osobnych naczyniach, żeby je uchronić od zanieczyszczenia, musi być bardzo niedogodne. Sterylizator jest tak urządzony, że przez obrócenie kurka przy kotle parowym (fig. 10 a i b) możemy zamknąć przystęp pary do jego wnętrza, a natomiast wprowadzić ją do rur będących na tylniej ścianie tegoż i w ten sposób wysuszyć już sterylizowane opatrunki. Para następnie innym systemem rur odchodzi znów pod amfiteatr i to częściowo do drugiego kotła (fig. 11), gdzie się zgęszcza, częściowo do komina. Ten drugi kocioł służy zarazem do go-

towania wody tak, że zawsze mamy pod ręką sterylizowaną wodę. Przez stosowne urządzenie zapobieżono temu, żeby para zgęszczona w rurze odprowadzającej nie mogła kapać napowrót do kotła. Przy ranach aseptycznych bowiem nie chcemy nadal używać środków przeciwnilnych do ich przestrzykiwania i niepotrzebnie je drażnić, lecz stosownie do zasady Neubera polewać je tylko sterylizowaną wodą z szklanych kubków. Tak samo nie będziemy przy tych ranach używać gazy jodoformowej, sublimatowej i t. p., lecz także tylko sterylizowaną. Sądzymy, że rany w ten sposób leczone będą się goiły bardzo dobrze, a zarazem, że koszta opatrunków będą mniejsze. Naturalnie tyczy się to ran ściśle aseptycznych; zakażone będziemy opatrzywać dawnym sposobem środkami antyseptycznymi, temiż środkami oczyszcza operator i asystenci ręce, również pole operacyjne. Narzędzia odwieździamy jeszcze dotąd w 5% kwasie karbolowym, gdyż przyrządu do ich sterylizowania nie posiadamy.

Prócz sterylizatora znajdują się w arenie 2 podwójne umywalnie, przy których kurek tak jest urządzony, że możemy mieć według potrzeby każdej chwili wodę zimną, ciepłą i gorącą. W środku areny stoi stół operacyjny (fig. 6). Jest cały z żelaza zbudowany, na nim leżą pochylone ku środkowi 2 płyty szklane w ten sposób, że w środku pomiędzy niemi pozostaje przestrzeń wolna, szeroka na kilka centymetrów. Do tego stołu należy jeszcze część osobna (fig. 7), przeznaczona na to, żeby głowę i tułów w górę unieść, lecz tę tylko w razie potrzeby się zakłada, zresztą jej przy stole nie ma. Zwykle używamy stołu tego bez żadnych dodatków, co ma tę korzyść, że go wtenczas bardzo łatwo oczyścić i każdą nieczystość łatwo spostrzedz. Jak widać na rysunku, przy stole tym nie ma ani śrub, ani kątów, ani ostrych brzegów, wszystko jest o ile możności w najprostszym sposobie ze sobą połączone. Jeżeli chcemy nieco unieść głowę, miednicę lub inną część ciała, to podkładamy gumowe poduszki. Część głowową zakładamy zwykle tylko przy operacjach na głowie, które muszą być wykonane w siedzącej pozycji. Stół ten jest bardzo dogodny do operacji, ale daleko mniej dogodny do badania. Do tego więc celu mamy stół drugi, stojący zaraz w przyległym pokoju, opatrzone materacem i przyrządami do trzymania nóg przy badaniach ginekologicznych. Po obu stronach stołu operacyjnego stoją małe żelazne umywalnie, posuwające się na kółkach. W nich są wpuszczone porcelanowe miednice, na których jest rozczyn sublimatu,

aby podczas operacji tak operator, jak i asystenci mogli często ręce płukać.

Sala wykładowa jest jeszcze powiększona przez część korytarza, prowadzącego do niej z głównego korytarza. Część ta, należąca do sali, oddzieloną jest od reszty korytarza wielkimi szklanymi drzwiami i tworzy z salą wykładową jedną całość. W téj przestrzeni stoi oszklona szafka żelazna do narzędzi (fig. 8). Szafka ta porusza się na kółkach. Naprzeciw niej stoi tablica, którą w razie potrzeby także łatwo na kółkach przesunąć można. Prócz tego stoją tam jeszcze 2 żelazne, pokryte płytami szklanymi, także na kółkach się poruszające stoliki do opatrunków, tudzież podstawa żelazna na kółkach, służąca dozawieszania na niej 3 irygatorów (z rozczynami sublimatu, kw. karbolowego i borowego). W ten sposób można irygatory każdej chwili wszędzie przesunąć, a nie potrzeba ich na ścianach zawieszać, co by już utrudniało należyte oczyszczanie tychże. (Wszystkie te przedmioty wykonał nasz ślusarz Staszczuk bardzo dobrze i tanio).

Z téj przestrzeni prowadzi dwoje drzwi: jedno do pokoju operacyjnego dla ambulatoryjum, drugie do t. z. pokoju dla zoperowanych. Przeznaczenie tego pokoju jest dość rozmaite. Przedewszystkiem mają w nim chorzy przeznaczeni do operacji podczas godzin wykładowych być do operacji przygotowani, jednakże tylko wtenczas, jeżeli na ten dzień jest więcej operacyj przeznaczonych i musimy się spieszyć, zresztą uważam za korzystniejsze, żeby przygotowanie chorego do operacji, jak zachloroformowanie i oczyszczenie pola operacyjnego, odbywało się wobec słuchaczy, gdyż tylko wtenczas należycie przejmą się antyseptyką, ciągle na to patrząc. W dniach takich, w których więcej operacyj trzeba zrobić, można chorego po operacji zaraz tam przenieść i jeden z asystentów go w tym pokoju opatruje, gdy tymczasem drugiego już zachloroformowanego można tymczasem wnieść do sali operacyjnej i operować. W tym pokoju są też rozmaite większe narzędzia, jak n. p. maszyny elektryczne, a możnaby go użyć także do postawienia w nim mikroskopów. My jednakże tego nie potrzebujemy, bo posiadamy przyrząd do projekcji mikroskopowych obrazów. Ja uważam przyrząd ten za koniecznie potrzebny w klinice chirurgicznej i tu mi słuszość przyzna każdy, kto jak ja uważa za bardzo pożyteczne uczniom nie tylko makroskopowe okazy wyjętych guzów i t. p. pokazywać, ale także ich budowę mikroskopową ciągle im przed oczy przedstawiać i przez to w pamięć wbijać. Można

to wprawdzie urządzić tak, jak proponuje Billroth¹⁾, t. j. w przyległym pokoju ustawić kilka mikroskopów i polecić słuchaczom po kolei tam preparat obejrzeć. Billroth jednak sam mi przyzna, że to ogromnie przeszkadza i masę czasu zabiera. Mniejsza już o to, że uczeń mniej wprawny preparat przesunie, albo śrubkę przekręci i asystent ma ciągle robotę z ustawianiem preparatu, ale czekanie z wykładem, aż się skończy to ciągle wchodzenie i wychodzenie jest bardzo nieprzyjemne. Dla tego uważam przyrząd projekcyjny za bardzo potrzebny dla kliniki chirurgicznej, starałem się o niego usilnie i jestem bardzo wdzięczny panu ministrowi oświaty Gautschowi, że mi go kupić pozwolił.

Niemniej jednak muszę podziękować panu ministrowi oświaty, że wysłuchał mych przedstawień i gorących prośb i pozwolił na wykonanie amfiteatru z żelaza, zamiast drewnianego, jaki z początku był proponowany i zatwierdzony. Teraz dopiero stało się możliwem zaprowadzenie w sali wykładowej wzorowej czystości przez to, że ją całą z góry do dołu można zmywać, gdyż siedzenie i podstawki pod nogi umieszczone stoją zupełnie wolno na żelaznej podstawie. Podkładki pod nogi są z blachy i muszą być gęsto podziurawione, żeby woda wszędzie mogła łatwo ściekać i zmyć brud z butów i kurz z ulicy przez słuchaczy naniesiony. Kto będzie badał dawne z drewna zbudowane ławki, to musi znaleźć wszędzie w kątach i zagłębieniach, nawet gdyby służba była wzorową, brud i kurz. Otóż jeżeli przed operacją wejdą słuchacze, to kurz wzbije się w górę, a potem podczas operacji napowrót opada i może ranę zakazić. Żelazny amfiteatr jest wprawdzie nieco droższy, ale znowu nie tak znacznie; przy naszej sali wykładowej kosztował wszystkiego o 2000 zhr. więcej. Wykonany został przez firmę Gridl w Wiedniu zupełnie dobrze. Niektóre drobnostki można by w przyszłości jeszcze zmienić, żeby zmywanie tem ułatwić.

Dodam jeszcze kilka uwag dotyczących się oświetlenia sali operacyjnej ze względu na zdanie wypowiedziane pod tym względem przez Billrotha (l. c.).

Nasza sala wykładowa jest zwrócona na północ. Światło wpada do niej przez 9 wielkich okien tak, jak i Billroth żąda, poza słuchaczami z góry na dół na arenę i stół operacyjny.

¹⁾ J Billroth: *Wie sollen die Unterrichtsräume einer chirurgischen Klinik in Wien beschaffen sein?* W. kl. Woch. 1889, Nr. 1, 2, 3.



Co się tyczy światła góruego, to zdawało się nam, że ten sposób oświetlenia nie jest stosowny w naszym klimacie, a przytem dla nas zbyteczny, gdyż nas p. inżynier starszy Sare zapewniał, że będziemy mieli światła przez te 9 okien wpadającego ilość dostateczną. Doświadczenie zupełnie to potwierdziło, gdyż nawet podczas pochmurnych dni, których tyle było w ostatnim czasie, mieliśmy zawsze światła ilość dostateczną. Dla tego też nie uważam wielkiego aż do ziemi sięgającego okna naprzeciw stołu operacyjnego, jakiego żąda Billroth, nie tylko za niezbędne, ale nawet nie za konieczne. Wprawdzie słusznie zupełnie twierdzi Billroth, że dla niektórych operacyj jest światło horyzontalne bardzo korzystne, jak n. p. do operacyj w jamie ust i gynecologicznych, ale przecież sam przyznaje, że tych operacyj i tak uczniowie nie widzą, można je więc w osobnym pokoju bez uczniów wykonywać i w takim razie naturalnie chorego stosownie sobie ułożyć. Ale ja i przy tych operacjach skarżyłem się na brak światła nie mogłem. I tak w dniu pochmurnym wykonywałem na sali operacyjnej bardzo wysokie wycięcie kiszki odchodowej, a innego dnia staflorafiją i uranoplastykę. Przy tej operacji używałem do szwu igły Langenbecka i mogłem doskonale widzieć w tyle w ustach złoty haczyk do zawieszenia nitki.

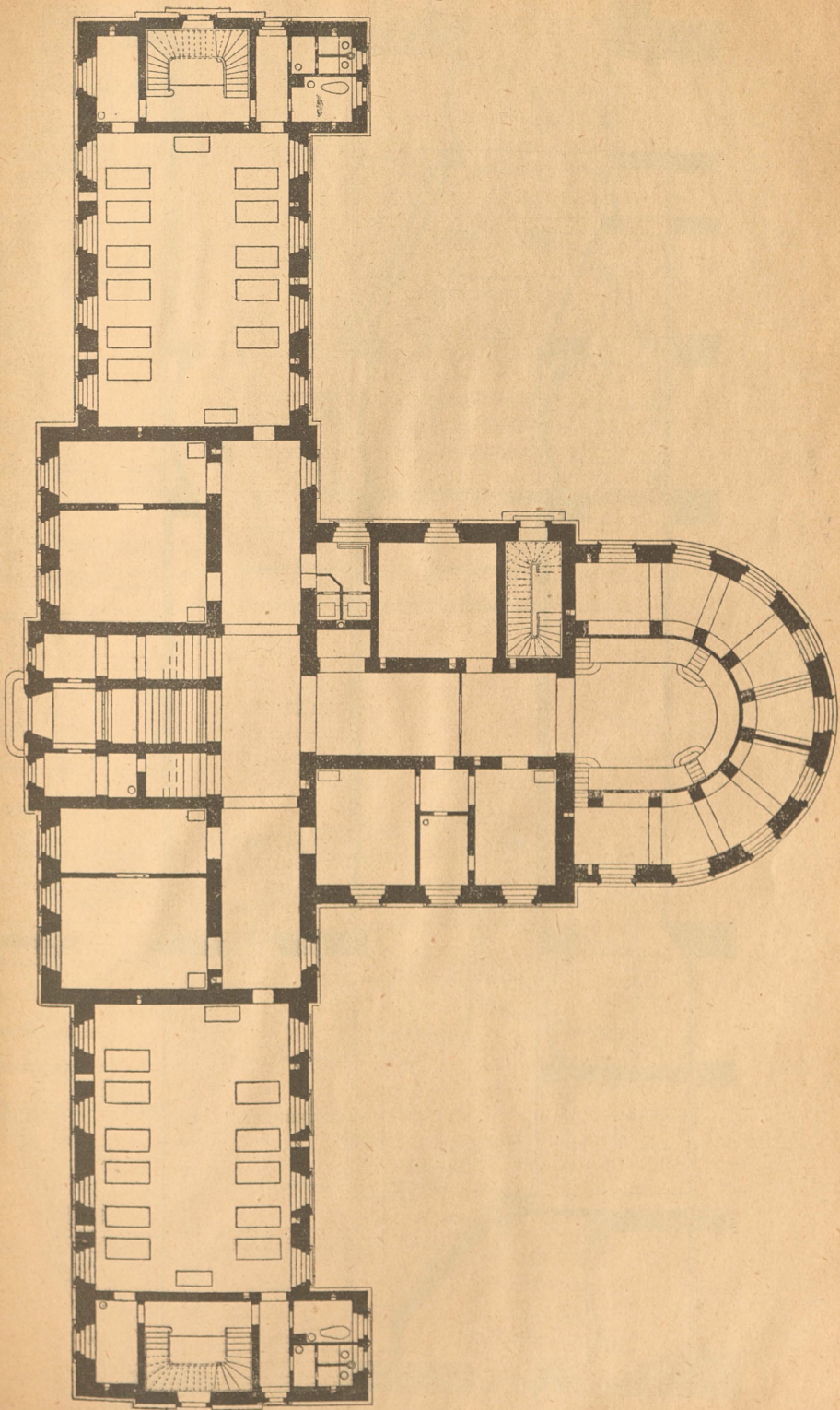
Przytem wielkie okno, jakiego żąda Billroth, ma prócz innych szczególnie jedną wielką niedogodność, którą sam Billroth przyznaje, a mianowicie stanęłoby w miejscu, gdzie są najlepsze miejsca dla uczniów. Po obu stronach chorego stoi operator i asystenci i zasłaniają uczniom po bokach siedzącym; naprzeciw chorego siedzący uczniowie mogą jeszcze najlepiej operację widzieć i te miejsca byłyby raz na zawsze zniesione. Z tego względu okna takiego pod żadnym warunkiem zalecać nie mogę.

Jeszcze jedna uwaga tycząca się amfiteatru: powinien być dostatecznie spadzisty tak, żeby wyżej siedzący mógł nie wstając ponad głowę niżej siedzącego wszystko widzieć. Nasz amfiteatr zaczyna się 1.05 metr. ponad posadzką areny, a idzie w górę do 3.85 metr.

Pod amfiteatrem można urządzić garderobę dla studentów, której nie ma w planie Billrotha, a nawet tak, jak u nas podzielić to miejsce na 2 części, z których w większej urządzić garderobę, mniejszą zaś przeznaczyć do przechowania opatrunków i połączyć ją wprost z areną. To urządzenie, jako też ustawienie sterylizatora tak jak u nas, zdaje mi się być daleko korzystniejsze, niż żądany przez Billrotha

Fig. 1.

Sala wykładowa i operacyjna.



Sala chorych.

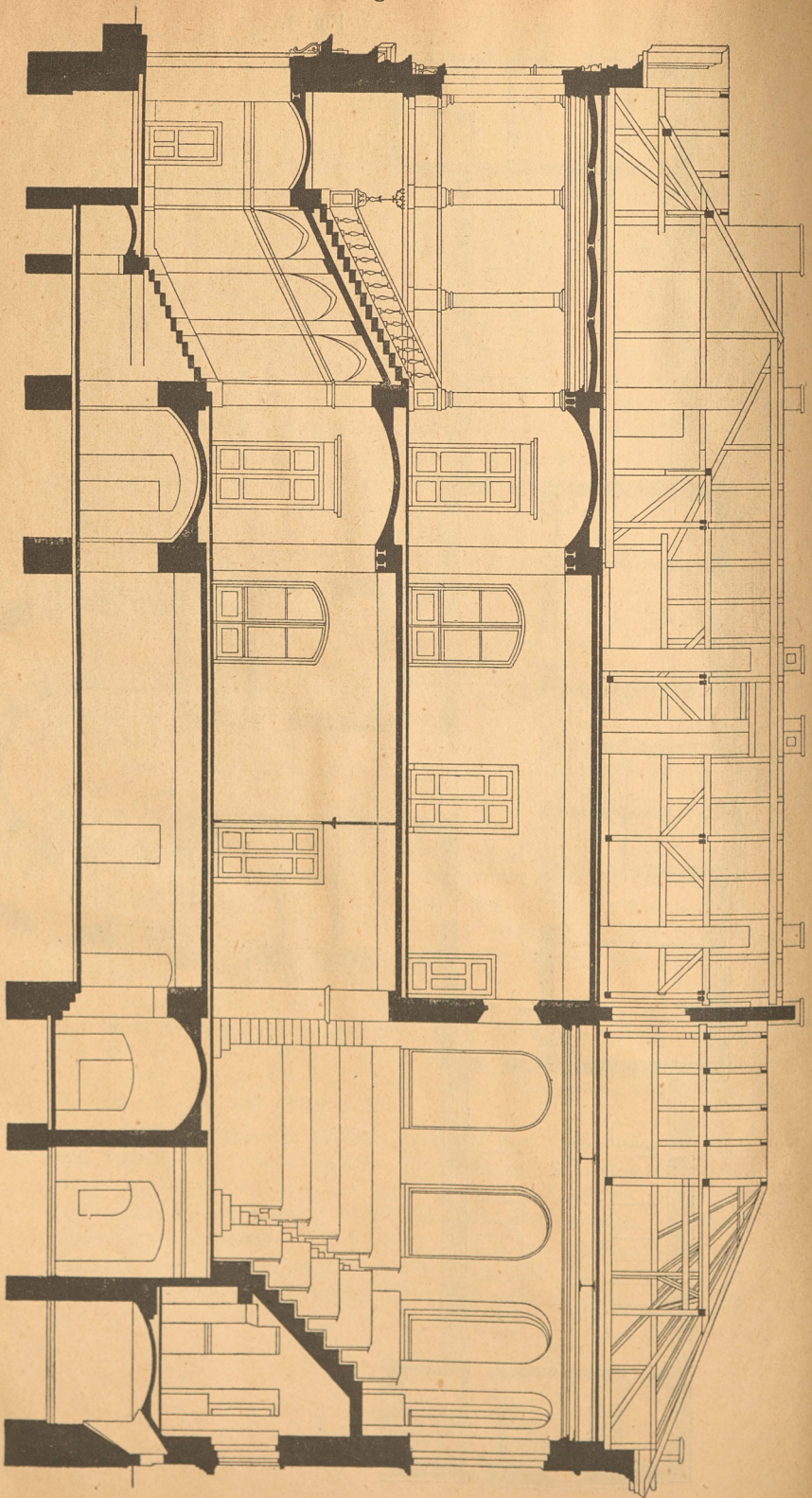
Mieszkanie asystenta.

Parter.

Gabinet profesora.

Sala chorych.

Fig. 2.



0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Przekrój pionowy.

Fig. 10 a.

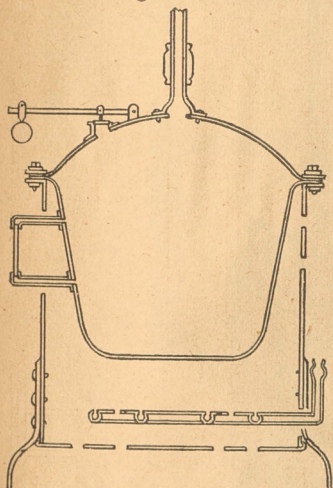
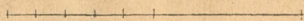
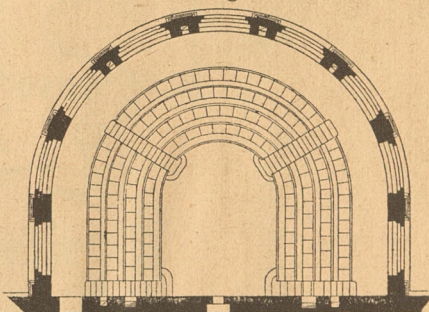


Fig. 9.



■ Sala wykładowa i operacyjna.

Fig. 6.

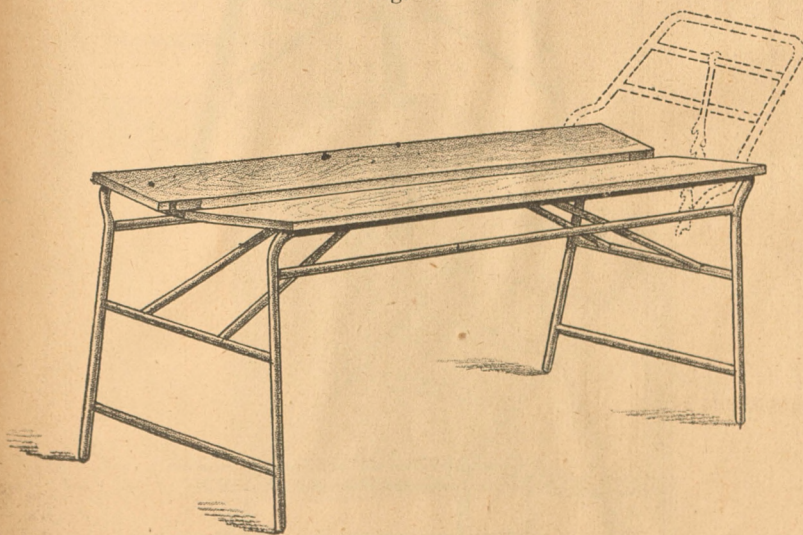


Fig. 11.

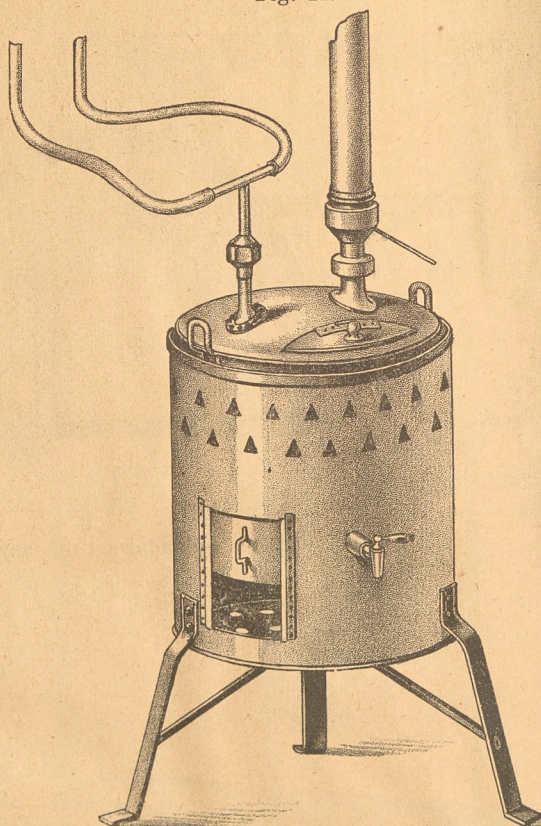


Fig. 7.

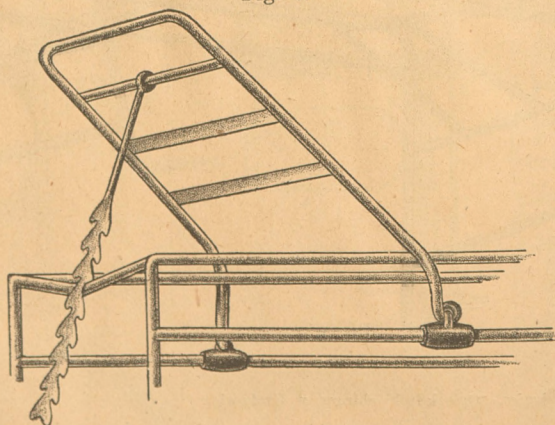
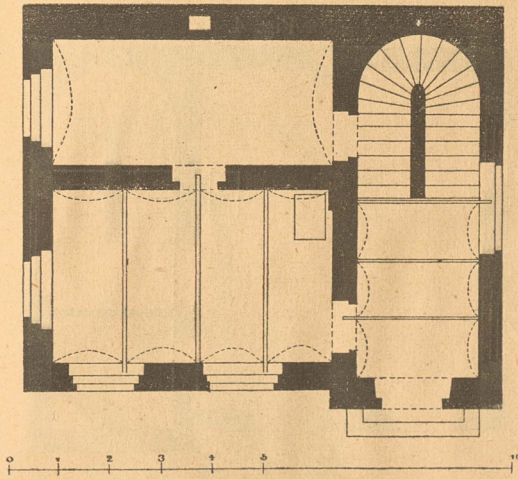


Fig. 3.



Pokoje operacyjne dla zwierząt.

Fig. 5.

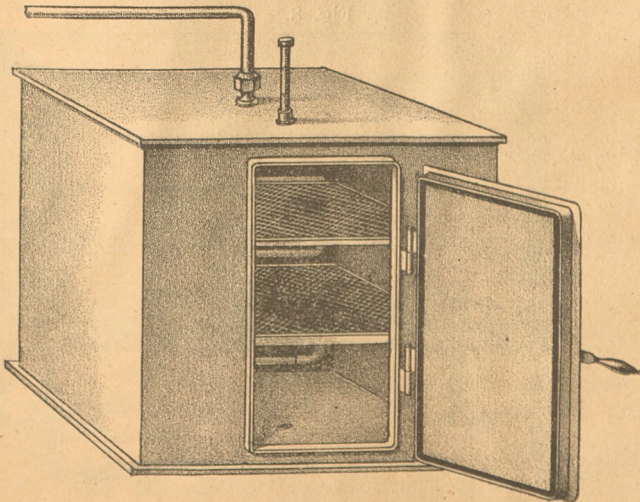
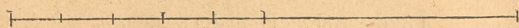
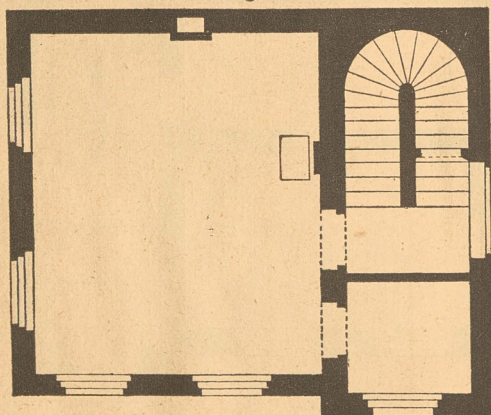


Fig. 4.



Pracownia histologiczna i bakteryjologiczna.

Fig. 8.

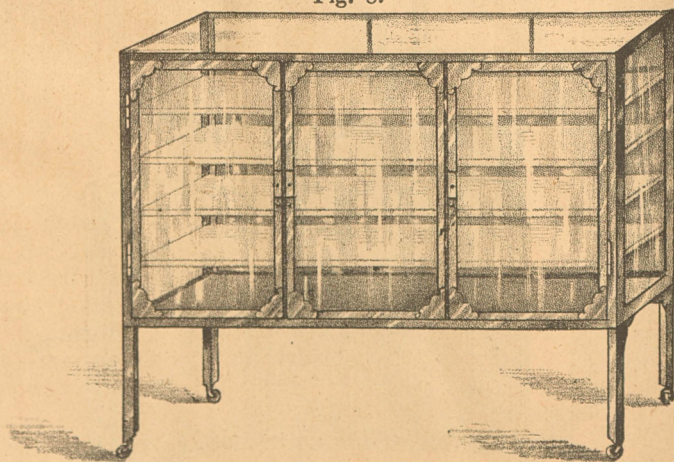
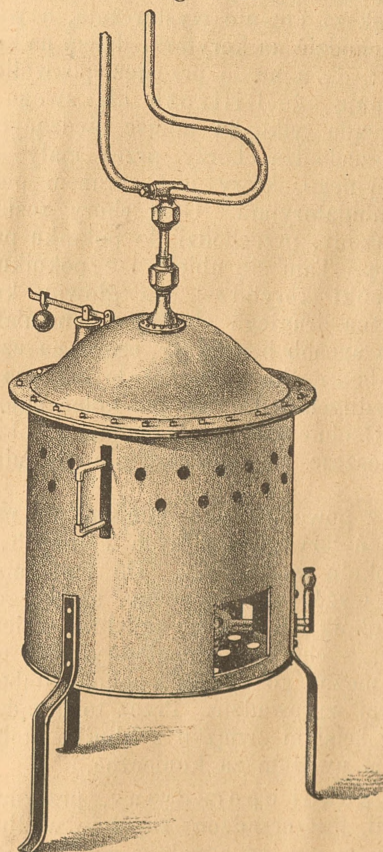


Fig. 10 b.



do przygotowywania i sterylizowania opatrunków pokój osobny, lecz oddzielony od sali wykładowej korytarzem.

Drugi pokój operacyjny sąsiadujący z salą wykładową jest nie wielki i przeznaczony do zmieniania opatrunków i wykonywania mniejszych operacji u chorych poliklinicznych. Ubikacje przeznaczone dla ambulatoryjum są, o ile mi się zdaje, w ogóle w naszej klinice bardzo dogodnie rozmieszczone.

Tuż przy głównem wejściu z drzwiami na korytarz znajduje się pokój poczekalny tak, że każdy chory łatwo może do niego trafić. Jedną ma wadę ten pokój, a mianowicie jest stanowczo za mały. Umieściliśmy w nim wprowadzić z wielką

biedą 36 miejsc siedzących, ale w dniach, w których ilość chorych jest większa i te nie wystarczają, a wtenczas zaczynają chorzy wychodzić na korytarz, dzieci na korytarzu krzyczeć, brudzić i t. d., a na to przecież pozwolić nie można. To też nie pojmuję, że Billroth dla swego liczniejszego ambulatoryjum żąda tylko 34 miejsc siedzących. Z pokoju poczekalnego przechodzą chorzy przez mały korytarzyk do pokoju ordynacyjnego, który jest zarazem pokojem operacyjnym dla ambulatoryjum. Gdy chory zostanie zbadany, względnie opatrzone, przechodzi do pokoiku przeznaczonego do ubierania się. Tam się ubiera i z pokoiku tego wychodzi przez maleńki korytarzyk na główny korytarz, tymczasem zaś można drugiego chorego z ambulatoryjum wprowadzić i w ten sposób bez straty czasu na czekanie, aż się chory ubierze, bez osobnych pokoi do badania kobiet i mężczyzn można jednych i drugich po kolei odprowadzać, badać i opatrzyć. Osobne pokoje do badania kobiet i mężczyzn są naturalnie jeszcze dogodniejsze, ale nie mieliśmy miejsca na to.

Również z powodu braku miejsca nie mamy osobnego pokoju do badań laryngoskopijnych i innych, które trzeba w ciemnym pokoju wykonywać. Do tego musimy używać także pokoiku wyżej wspomnianego, służącego do ubierania się chorych. Pokoik ten daje się zupełnie zaciemnić. Jeśli potrzeba którego z chorych ambulatoryjnych przedstawić na wykładzie, to można go wprost z pokoju ambulatoryjnego do sali wykładowej wprowadzić. Przez to urządzenie jest ambulatoryjum w ścisłym związku z kliniką stałą, co zgodnie z Billrothem uważam za konieczne.

Trzeci pokój operacyjny, przeznaczony głównie dla laparotomii, jest urządzone zupełnie według zasad Neubera. Ściany w nim są zupełnie gładkie, rogi i kąty wygładzone; narzędzia są w zagłębieniu w ścianie na szklanych płytach poukładane: stół operacyjny zupełnie prosty z żelaza i szkła bez części głowowej; stół opatrunkowy także z żelaza i szkła; przy ścianie 2 tafle szklane zamiast stołów; ponad trzecią taflą, na której stoi miednica, znajdują się 2 kurki, jeden dla ciepłej, drugi dla zimnej wody. Wodę użytą do umycia wylewa się na podłogę, a z niej wszystko odpływa przez krótką, bo tylko zewnętrzną ścianę przebijającą szklaną rurę grubości ręki, do rury ściekowej na zewnętrznej stronie muru umieszczonej. Gdyby się w tejże miały wywiązywać szkodliwe gazy kanałowe, toby szły w górę po ścianie zewnętrznej, a nie do pokoju operacyjnego (Neuber).

Drzwi i odrzwia są zupełnie gładkie bez wszelkich zagłębień. Okno składa się z szyby lustrowej 2·60 metr. wysokości, 1·40 metr. szerokiej, osadzonej w żelaznej ramie. Parapet przy oknie jest także przykryty taflą szklaną. O ile to więc w ogóle możliwe urządzone tu wszystko tak, ażeby nigdzie nie mogły zarazki się gnieździć i wszystko dało się łatwo i najdokładniej oczyścić.

Z czterech wielkich sal dla chorych jest każda przeznaczona na 12 łóżek i ma około 45 kub. metr. przestrzeni powietrznej dla łóżka. Łóżka są zrobione według wzoru łóżek, używanych w klinice Bergmanna, są one stanowczo lepsze, niż nasze dawniejsze.

Szafeczki nocne są całe z żelaza i zupełnie otwarte, aby chorzy nie mogli w nich przechowywać reszt pokarmów i w ogóle zawsze musiały być czyste. W środku sali stoi duży stół z szafkami do dołu sięgającymi; szafki te służą do przechowywania bielizny do codziennego użytku przeznaczonj.

Wentylacja sal chorych jest naturalną; w ścianach zewnętrznych są kanały, któremi świeże powietrze do sal wchodzi, w środkowych zaś kanały, przez które powietrze zepsute ponad dach uchodzi; w tychże są umieszczone palniki gazowe. Prócz tego służą do wprowadzenia świeżego powietrza górne części okien, które się dają na horyzontalnej osi obracać. Ogrzane są sale chorych za pomocą pieców kaflowych po 2 w każdej sali, sala wykładowa zaś, operacyjna dla laparotomij i korytarze ogrzane są za pomocą gorącego powietrza, wytwarzanego w kaloryferze umieszczonym w suterynach. Posadzka jest wszędzie równa bez żadnych progów między salami chorych a korytarzem tak, że chorzy mogą bez żadnego wstrząśnienia do sali wykładowej razem z łóżkiem za pomocą stosownie urządzonego łóżka być przewiezieni. Do zwożenia chorych z piętra na dół służy winda, tem bardziej dla nas konieczna, gdyż chorych nie tylko do operacyi, ale i do opatrunku do sali operacyjnej zwozimy. Opatrywanie bowiem w salach chorych zupełnie u nas zniesione, gdyż uważałem je najpierw za nieludzkie, bo po co ma 11 chorych słuchać narzekań 12-tego i w trwodze własnego opatrunku czekać, a po drugie nie zgadza się to z zasadami wzorowej czystości. Sala operacyjna daje się całą dobrze wy- czyścić i spłukać, sali zaś chorych, gdzie stoją łóżka z chorymi i inne sprzęty, nie można już tak dokładnie czyścić, a więc nie można i ręczyć, czyby gdzie trochę ropy lub t.p. nie zostało.

Przy każdej wielkiej sali chorych jest łazienka, 2 klozety i kuchenka podręczna z aparatem gazowym do gotowania. Im bliżej sali chorych łazienka, tem jest lepiej. Dla pokoi osobnych (separatek) nie można było niestety osobnej łazienki urządzić.

Posługacze i posługaczki spią w salach chorych, mają jednakże po jednym pokoju w suterynach, aby tam mogli mieć swoje rzeczy i mieszkanie w razie, gdyby nam przyznano prawo trzymania przynajmniej jednego posługacza i jednej posługaczki rezerwowej. Tego się spodziewamy i uważamy to za konieczne, gdyż nie można żądać od człowieka, aby pracował dzień i noc przez rok cały bez wytchnienia za tak lichą płacę.

Prócz czterech sal wielkich mamy 5 pokoi osobnych dla chorych: 3 dla 3—4 chorych, 2 dla 1—2 chorych. Najmniejszy z tych pokoi ma być używany do ewentualnego odosobnienia przypadków ropnicy, róży i t. p. Drugi większy przeznaczony dla chorych z cuchnącemi ranami, jak to się zdarza przy chorobach odbytnicy, pęcherza itp., których czasem odwieźć i bezwonnemi uczynić w żaden sposób nie można. Pozostałe 3 przeznaczone dla chorych po ciężkich operacjach, potrzebujących więcej spokoju.

W suterynach są mieszkania dla służby i kuchnia rezerwowa (jedzenie gotuje się w starych klinikach i przewozi w ogrzewanym wózku), muzeum, kaloryfer, motor gazowy, pompa, maszyna elektro-dynamiczna i 2 łazienki (dla dyrektora i asystentów). Dla muzeum nie jest miejsce w suterynach najstosowniejszem, pokój ten jednak jest duży, nieźle oświetlony i suchy. Na górze zaś nie mieliśmy pokoju dla umieszczenia muzeum, chyba byśmy byli musieli obrócić na to największy pokój osobny, przez co byśmy byli i tak szczerpłą liczbę łóżek jeszcze o 4 zmniejszyli.

Tak więc, jak szan. czytelnicy widzą, klinika nasza jest w ogóle bardzo praktycznie i dobrze urządzona, jednak ma jedną wadę i to znaczną, t. j. nie ma drugiej mniejszej sali wykładowej dla wykładów teoretycznych. Naumyślnie nie nazywam jej jak Billroth „salą dla kursów“, bo brak u nas gospodarstwa kursowego nie uważam za nieszczęście (choć i u nas dają pierwsi asystenci kursa), z drugiej jednak strony uważam za wielki brak w nauce lekarskiej w Austrii to, że tak mało jest uwzględniona potrzeba systematycznych wykładów teoretycznych. Wskutek tego urządzenia przychodzą do kliniki chirurgicznej uczniowie, którzy nie mają pojęcia o chorobach chirurgicznych. O ile wiem, to w innych klinikach

też nie jest lepiej. Wprawdzie w spisie wykładów stoi: „klinika chirurgiczna z wykładem patologii i terapii szczegółowej,” ale te wykłady teoretyczne odbywają się albo przy sposobności przedstawienia odpowiedniego przypadku, albo też raz lub dwa razy tygodniowo i rozdzielone są wtenczas na cztery półroczna tak, że uczniowie nigdy nie usłyszą całości, a przynajmniej w związku ze sobą. Gdyby nawet profesor wyjątkowo ściśle teorię wykladał i wszystkie części uwzględnił, to i tak dopiero z końcem czwartego półroczna słyszałby uczeń wszystko, a przecież powinien mieć przynajmniej ogólne pojęcie o wszystkim w chwili, gdy wstępuje do kliniki. W Niemczech odbywają się osobno teoretyczne wykłady chirurgii szczegółowej i uczniowie słuchają ich przed zapisaniem się na klinikę. To urządzenie, o ile mi się zdaje, jest daleko lepsze. U nas starają się temu w ten sposób zaradzić, że profesorowie i docenci wykładają niektóre poszczególne działy chirurgii, ale uczniowie zapisują się na te wykłady także dopiero równocześnie z zapisaniem się na klinikę i to niezbyt licznie.

Przynajmniej ogólną chirurgię powinni uczniowie słuchać przed przyjściem do kliniki, łatwiej by bowiem uczeń zrozumiał każdy przypadek, gdyby miał pewne ogólne pojęcie o istocie i przyczynach chorób chirurgicznych, gdyby przedtem poznał objawy i leczenie grup chorobowych. Wykłady takie można uczynić bardzo interesującymi przez wykonywanie podczas nich doświadczeń, pokazywanie preparatów i t. d., a nigdy nie może ich zastąpić nawet najlepsza książka. Do tych wykładów powinna być osobna sala wykładowa, bo najpierw słusznie Billroth twierdzi, że jest nieprzyjemnie w wielkiej sali wykładać dla jakich 30—50 słuchaczy, a po drugie uważam za niestosowne wnoszenie anatomicznych preparatów do sali operacyjnej, a wreszcie musi przecież być czas do wymycia i wywietrzenia sali wykładowej. U nas trwają operacje jeszcze po wykładzie do 3 godzin, czasem i dłużej. Pomiędzy 5—7 zmienia się opatrunki u chorych klinicznych częściowo w pokoju dla ambulatoryjum, częściowo w sali wykładowej, tak więc absolutnie nie ma czasu w tej sali mieć wykłady teoretyczne.

A przecież jeszcze i z tem trzeba się liczyć, że mogą każdej chwili przywieźć do kliniki chorego, u którego trzeba natychmiast operację wykonać (uwieźnięta przepuklina, rany postrzałowe, złamania i t. p.). Znowu by się wykładającemu przeszkadzało.

Z tych powodów wykłady teoretyczne odbywają się obecnie w innym budynku, n. p. w sali wykładowej kliniki wewnętrznej. U nas nie da się już ten błąd naprawić, wspominać o nim tylko dla tego, żeby go uniknąć przy innych nowych budowlach.

Obok kliniki stoi, jak już wyżej powiedziałem, nasz budynek do doświadczeń. Przy obecnym stanie naszej nauki uważam za konieczne, żeby klinika chirurgiczna miała osobne ubikacyje do przetrzymywania i operowania zwierząt, tudzież do badań histologicznych i bakteryjologicznych. Przy budowie tego budynku przedewszystkiem zważaliśmy na to, żeby szczekania i wycia psów jak najmniej było słychać. Dla tego pokój służący do przechowywania psów oddzielony jest z jednej strony podwójnym murem, z drugiej oprócz grubego muru jest jeszcze pokój operacyjny między nim a ogrodem. Z tego też powodu ma tylko jedno małe okragłe, wysoko umieszczone okno; wentylacja odbywa się przez szeroki komin, podłoga jest z cementu, aby ją można łatwo czyścić.

