

D-R MED. KAZIMIERZ RZĘTKOWSKI

ORD. SZPIT. DZIECIĄTKA JEZUS W WARSZAWIE.

Odbudowa kraju
a
szpitalnictwo

*Zarys programu
rozwoju naszego szpitalnictwa
krajowego.*

WYDANO Z ZAPO-
MOGI KASY POMO-
CY DLA OSÓB, PRA-
CUJĄCYCH NA PO-
LU NAUKOWYM, IM.
DOKTORA JÓZEFA
MIANOWSKIEGO.

W A R S Z A W A

SKŁAD GŁÓWNY W KSIĘGARNI E. WENDE I S-KA


1917

CENA 6 MAR. POL.

Czesław Domaniewski

ARCHITEKT.



EX
LIBRIS  M.B.
CZESŁAW
DOMANIEWSKIEGO

D-R MED. KAZIMIERZ RZĘTKOWSKI
ORD. SZPIT. DZIECIĄTKA JEZUS W WARSZAWIE.

Odbudowa kraju a szpitalnictwo

*Zarys programu
rozwoju naszego szpitalnictwa
krajowego.*

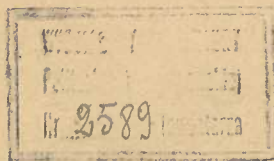
WYDANO Z ZAPO-
MOGI KASY POMO-
CY DLA OSÓB, PRA-
CUJĄCYCH NA PO-
LU NAUKOWYM, IM.
DOKTORA JÓZEFA
MIANOWSKIEGO.

362 (438) : 614 (438)

W A R S Z A W A
SKŁAD GŁÓWNY W KSIĘGARNI E. WENDE I S-KA
1917



Gepřaft und freigegeben durch die Kais. Deut. Presseabteilung
Warschau, den 2/VII 1917. T. № 6187. Dr. № 569.



TŁOCZNIK WŁ. ŁAZARSKIEGO, MARSZAŁKOWSKA 114.

Chwila, w której wypadnie nam z całym natężeniem sił naszych przystąpić do odbudowy kraju, zbliża się coraz bardziej. W dziele tej odbudowy, która będzie niewątpliwie podłożem nowej, lepszej organizacji naszego życia społecznego i gminnego, sprawa szpitalnictwa jest jedną ze spraw najbardziej naczelných. W społeczeństwie naszym wciąż jeszcze tkwią powszechnie poglądy na szpital jako na instytucję, dzięki której prawy chrześcijanin ma możność zadość czynić swym obowiązkom miłości bliźniego. Ten religijno-filantropijny pogląd na szpital jako na instytucję „dobroczynną“ stanowi jeden z powodów zaniedbania, w jakim szpitalnictwo nasze trwa. Szpital nie jest instytucją dobroczynną jeno być winien wytwórnją zdrowia, jako jednej z najbardziej kapitalnych podstaw majątku i dobrobytu krajowego. Szpital musi być instytucją społeczno-gminną, w której człowiek chory powinien w czasie możliwie najkrótszym i o wydatkach możliwie najmniejszych uzyskiwać maximum stałej swej sprawności do pracy i do zarobkowania. Szpital wreszcie winien być instytucją, w której podczas epidemii mogliby być niezwłocznie internowani i leczeni wszyscy chorzy, zagrażający zdrowiu publicznemu. W ten sposób, przy współdziałaniu domów odosabniania, szpital mocen jest stłumić w zarodku lub skrócić znacznie trwanie zarazy z jej niesłychanie zgubnym wpływem na dobrobyt i majątek społeczny.

W tem pojęciu o szpitalu jako o instytucji użyteczności publicznej, tkwi konieczność istnienia szpitala w szeregu nieodzownych instytucji miejskich i gminnych. Ztąd też mówiąc o odbudowie kraju, o odnowieniu życia, zamarłego w wielu miejscowościach, ciężko dotkniętych klęską wojny, nie możemy pomijać szpitalnictwa.

Wyraz „odbudowa“, ściśle mówiąc, nie może stosować się do szpitalnictwa naszego, bowiem w czasach przedwojennych szpitalnictwo nasze wiejskie, gminne, niemal wcale w kraju naszym nie istniało. Nie będzie

więc tu chodziło o „odbudowę“, lecz o fundowanie odnowa, o zakładanie szpitalnictwa w kraju naszym. Zobaczymy niebawem jakie, sądząc z ilości łóżek szpitalnych u nas, braki olbrzymie posiada pod względem ilościowym szpitalnictwo nasze. Braki te wznagały się niemal z dniem każdym wobec naturalnego przyrostu ludności przy ciągłym a nader niedostatecznym *status quo ante* ilości łóżek szpitalnych. Przyrost ten roczny w czasach normalnych w kraju naszym wahał się najczęściej około 2%, wynosząc w latach 1911 — 1912 z górą 308 tysięcy ludzi¹⁾. Licząc minimalnie 3 łóżka szpitalne na 1000 ludności, stwierdzamy konieczność równoległego przyrostu w ilości łóżek szpitalnych w tym czasie na 900 z górą. Chociaż nie jestem w możności przytoczyć tu danych, dotyczących istotnego przyrostu ilości łóżek szpitalnych w kraju naszym w latach 1911 — 1912, to jednak stanowczo twierdzić możemy, że jeśli co przybyło, to pewno tylko w Warszawie, zaś na prowincji, o którą przecież bardzo chodzi, nie przybyło żadne łóżko szpitalne. W ten sposób różnica pomiędzy ilością łóżek szpitalnych rzeczywistych a koniecznych u nas z roku na rok rosła, aż wreszcie urosła do takich liczb, które wyrównać będzie prawie niepodobieństwem. Za chwilę stanie przed nami szereg cyfr, w sposób nader jaskrawy opłakane stosunki ilościowe w szpitalnictwie naszym malujący. Zaznaczyć wypada, że w latach ostatnich przyrost ludności w kraju naszym, oczywiście nieobliczony jeszcze, jest niewątpliwie ujemny, o wiele bardziej ujemny, niż to było np. w roku 1905, gdy wskutek wojny japońsko-rosyjskiej i klęsk dni rewolucyjnych przyrost ów spadł do — 2,4%. I ta wszakże smutna okoliczność nie o wiele poprawi stosunek łóżek szpitalnych rzeczywistych do koniecznych w kraju naszym.

Przystępując do zestawienia ilości rzeczywistych łóżek szpitalnych w kraju naszym z ilością łóżek koniecznych, za punkt wyjścia do porównań i obliczeń należy wziąć dane, przyjęte przez najpierwsze powagi niemieckie w dziedzinie szpitalnictwa, które pouczają, że dla ludności miejskiej należy obliczać ilość łóżek szpitalnych koniecznych niemniej 5 na 1000. Dla ludności wiejskiej kraju naszego można, sądząc, przyjąć ilość nie mniej 2-ch łóżek szpitalnych na 1000 ludności.

Biorąc te dane za podstawę naszych obliczeń, znajdziemy, ile powinno być łóżek szpitalnych w każdej z gubernii Królestwa Polskiego.

¹⁾ Rocznik Statystyczny Król. Pol. Rok 1914. Opracow. pod kier. Wład. Grabskiego. Warszawa, 1915. Str. 15.

Zaznaczyć muszę, że dane dotyczące obszaru i ludności miast i gmin kraju naszego czerpię z cytowanego wyżej Rocznika Statystycznego Królestwa Polskiego za rok 1914.

I. Gub. Kaliska.

№	POWIAT	Obszar wiorst □	Ludność w tysiącach			Łóżek szpitalnych ilość konieczna		
			Gmin	Miast	Ogółem	Gmin	Miast	Ogółem
1	Kaliski	1258	127	57	184	254	285	539
2	Kolski	1116	124	16	140	248	80	328
3	Koniński	982	111	10	121	222	50	272
4	Łęczycki	1156	127	30	157	254	150	404
5	Sieradzki	1133	146	46	192	292	230	522
6	Słupecki	1046	115	7	122	230	35	265
7	Turecki	1204	121	11	132	242	55	297
8	Wieluński	1847	187	12	199	374	60	434
Ogółem łóżek szpitalnych ilość konieczna						2116	945	3061

II. Gub. Kielecka.

№	POWIAT	Obszar wiorst □	Ludność w tysiącach			Łóżek szpitalnych ilość konieczna		
			Gmin	Miast	Ogółem	Gmin	Miast	Ogółem
1	Jędrzejowski	1116	102	—	102	204	—	204
2	Kielecki	1677	145	38	183	290	190	480
3	Miechowski	1204	144	6	150	288	30	318
4	Olkuski	1235	146	7	153	292	35	327
5	Pińczowski	1014	122	19	141	244	95	339
6	Stopnicki	1404	155	10	165	310	50	360
7	Włoszczowski	1218	99	—	99	198	—	198
Ogółem łóżek szpitalnych ilość konieczna						1826	400	2226

III. Gub. Lubelska.

№	POWIAT	Obszar wiorst □	Ludność w tysiącach			Łóżek szpitalnych ilość konieczna		
			Gmin	Miast	Ogółem	Gmin	Miast	Ogółem
1	Biłgorajski	1501	119	9	128	238	45	283
2	Chełmski	1866	168	23	191	336	115	451
3	Hrubieszowski	1291	122	26	148	244	130	374
4	Janowski	1726	129	21	140	258	105	363
5	Krasnostawski	1329	124	11	135	248	55	303
6	Lubartowski	1200	107	16	123	214	80	294
7	Lubelski	1601	155	68	223	310	340	650
8	Puławski	1492	182	13	195	364	65	429
9	Tomaszowski	1213	115	12	127	230	60	290
10	Zamojski	1570	129	26	155	258	130	388
Ogółem łożek szpitalnych ilość konieczna						2700	1125	3825

IV. Gub. Łomżyńska.

№	POWIAT	Obszar wiorst □	Ludność w tysiącach			Łóżek szpitalnych ilość konieczna		
			Gmin	Miast	Ogółem	Gmin	Miast	Ogółem
1	Kolneński	1344	83	7	90	166	35	201
2	Łomżyński	1590	109	30	139	218	150	368
3	Makowski	1013	67	8	75	134	40	174
4	Mazowiecki	1246	82	9	91	164	45	209
5	Ostrołęcki	1424	87	16	103	174	80	254
6	Ostrowski	1375	103	15	118	206	75	281
7	Szczuczynski	1274	73	7	80	146	35	181
Ogółem łożek szpitalnych ilość konieczna						1208	460	1668

V. Gub. Piotrkowska.

№	POWIAT	Obszar wiorst □	Ludność w tysiącach			Łóżek szpitalnych ilość konieczna		
			Gmin	Miast	Ogółem	Gmin	Miast	Ogółem
1	Będziński	1201	238	33	271	476	165	641
2	Brzeziński	982	103	47	150	206	235	441
3	Częstochowski	1691	160	74	234	320	370	690
4	Łaski	1233	125	47	172	250	235	485
5	Łódzki	825	177	431	608	354	2155	2509
6	Piotrkowski	1834	159	43	202	318	215	533
7	Radomski	1817	155	22	177	310	110	420
8	Rawski	1141	87	12	99	174	60	234
Ogółem łożek szpitalnych ilość konieczna						2408	2545	5953

VI. Gub. Płocka.

№	POWIAT	Obszar wiorst □	Ludność w tysiącach			Łóżek szpitalnych ilość konieczna		
			Gmin	Miast	Ogółem	Gmin	Miast	Ogółem
1	Ciechanowski	1080	88	12	100	176	60	236
2	Lipnowski	1469	104	13	117	208	65	273
3	Mławski	1307	105	20	125	210	100	310
4	Płocki	1161	98	37	135	196	185	381
5	Przasnyski	1228	74	14	88	148	70	218
6	Rypiński	1086	90	8	98	180	40	220
7	Sierpecki	957	82	11	93	164	55	219
Ogółem łożek szpitalnych ilość konieczna						1282	575	1857

VII. Gub. Radomska.

№	POWIAT	Obszar wiorst □	Ludność w tysiącach			Łóżek szpitalnych ilość konieczna		
			Gmin	Miast	Ogółem	Gmin	Miast	Ogółem
1	Iłżecki	1584	151	—	151	302	—	302
2	Konecki	1665	134	27	161	268	135	403
3	Kozienicki	1655	137	11	148	374	55	429
4	Opatowski	1493	161	23	184	322	115	437
5	Opczyński	1628	132	9	141	264	45	309
6	Radomski	1781	164	44	208	328	220	548
7	Sandomierski	1049	124	18	142	248	90	338
Ogółem łożek szpitalnych ilość konieczna						2106	660	2766

VIII. Gub. Siedlecka.

№	POWIAT	Obszar wiorst □	Ludność w tysiącach			Łóżek szpitalnych ilość konieczna		
			Gmin	Miast	Ogółem	Gmin	Miast	Ogółem
1	Biański	1311	79	20	99	158	100	258
2	Garwoliński	1600	147	16	163	294	80	374
3	Konstantyn.	1263	88	—	88	176	—	176
4	Łukowski	1656	117	12	139	254	60	314
5	Radzyński	1409	89	22	111	178	110	288
6	Sokołowski	1131	80	28	108	160	140	300
7	Węgrowski	1134	80	11	91	160	55	215
8	Włodawski	1176	90	13	103	180	65	245
9	Siedlecki	1900	117	20	137	234	100	334
Ogółem łożek szpitalnych ilość konieczna						1794	710	2504

IX. Gub. Suwalska.

№	POWIAT	Obszar wiorst □	Ludność w tysiącach			Łóżek szpitalnych ilość konieczna		
			Gmin	Miast	Ogółem	Gmin	Miast	Ogółem
1	Augustowski	1179	83	15	98	166	75	241
2	Kalwaryjski	1168	79	13	92	158	65	223
3	Marjampolski	1914	116	10	126	232	50	282
4	Sejneński	1995	90	5	95	180	25	205
5	Suwalski	1294	82	28	110	164	140	304
6	Władysław.	1559	76	9	85	152	45	197
7	Wyłkowyski	1116	77	11	88	154	55	209
Ogółem łóżek szpitalnych ilość konieczna						1206	455	1661

X. Gub. Warszawska.

№	POWIAT	Obszar wiorst □	Ludność w tysiącach			Łóżek szpitalnych ilość konieczna		
			Gmin	Miast	Ogółem	Gmin	Miast	Ogółem
1	Błoński	949	130	17	147	260	85	345
2	Gostyński	1054	88	19	107	176	95	271
3	Grójecki	1467	125	13	138	250	65	315
4	Kutnowski	805	98	17	115	196	85	281
5	Łowicki	1060	96	19	115	192	95	287
6	Miń.-Mazow.	1200	109	21	130	218	105	323
7	Nieszawski	1125	113	6	119	226	30	256
8	Płoński	1259	104	20	124	208	100	308
9	Pułtusk	1341	103	25	128	206	125	331
10	Radzyński	1036	79	6	85	158	30	188
11	Skierniewicki	671	68	12	80	136	60	196
12	Sochaczewski	932	76	8	84	152	40	192
13	Warszawski	1317	225	882	1107	450	4400	4850
14	Włocławski	1144	95	40	135	190	200	390
Ogółem łóżek szpitalnych ilość konieczna						3013	5510	8523

Zestawienie ogólne.

GUBERNIA	Obszar wiorst □	Ludność w tysiącach			Łóżek szpitalnych ilość konieczna		
		Gmin	Miast	Ogółem	Gmin	Miast	Ogółem
Kaliska	9961	1058	187	1245	2116	945	3061
Kielecka	8869	913	80	993	1826	400	2226
Lubelska	14789	1349	226	1575	2700	1125	3825
Łomżyńska	9206	604	90	694	1208	460	1668
Piotrkowska	10763	1204	809	2013	2408	2545	4953
Płocka	8287	641	114	755	1282	575	1857
Radomska	10854	1003	132	1135	2106	660	2766
Siedlecka	12581	892	141	1033	1794	710	2504
Suwalska	10824	602	91	693	1206	455	1661
Warszawska	15359	1537	1102	1639	3013	5510	8523
Ogółem . . .	111553	9803	2972	12775	19661	13385	33046

Dane powyższe stwierdzają aktualną potrzebę ilości łóżek szpitalnych w kraju naszym w liczbie 33046, z których 19661 łóżek przypadnie na gminy, 13385 na miasta. W ten sposób 1 łóżko gminne przypadnie na 498 gminia-ków, 1 łóżko miejskie na 222 mieszkańców miast. Ogółem 1 łóżko szpitalne przypadnie na 3,3 kwadratowych.

Cyfry powyższe odpowiadają ilości łóżek koniecznych w kraju naszym. Tyle łóżek być powinno; zobaczmy z kolei, ile ich jest? Dane poniższe czerpię również z cytowanego wyżej rocznika statystycznego. Dotyczą one ro-ku 1911.

GUBERNIA	Łóżek szpitalnych 1911 rok		Deficyt	
	jest	powinno być	absolutny	%
Kaliska	427	3061	2634	87
Kielecka	445	2226	1781	80
Lubelska	931	3825	2894	75
Łomżyńska	192	1668	1476	88
Piotrkowska	1915	4953	3038	61
Płocka	380	1857	1477	79
Radomska	353	2766	2413	87
Siedlecka	277	2504	2227	88
Suwalska	231	1661	1430	86
Warszawska	4372	8528	4156	48

Ogółem brak 23523 łóżek szpitalnych t. j. 71% ilości koniecznej, albowiem, jak widzieliśmy powinno być łóżek 33046, zaś jest w rzeczywistości 9523... Zaznaczyć wypada, że ostatnia cyfra nie jest dla czasów obecnych ścisłą: ileż bowiem domostw, budynków, dworów, wsi i miasteczek w kraju naszym padło ofiarą pocisków stron wojujących, wraz z dobytkiem mieszkańców i inwestycjami gmin miejskich i wiejskich. To pewna, że choć niezbyt ściśle, cyfry te w przerażający wprost sposób malują wielce niedostateczne zaopatrzenie kraju naszego w łóżka szpitalne. Oto do czego doprowadziła nas obca gospodarka, zamykająca oczy na najistotniejsze potrzeby mieszkańców „kraju przywiślańskiego“, w którym wobec braku 71% koniecznych łóżek szpitalnych ludność marła „pod płotem“ niemal tak samo, jak w tundrze syberyjskiej..

* * *

Krajowi naszemu brak zatem w chwilach obecnych 23536 łóżek szpitalnych. Do usiłowań zapobieżenia temu brakowi musimy przystąpić niezwłocznie, ponieważ wskutek przyrostu ludności, który waha się u nas w latach normalnych około 2% ludności, roczny przyrost łóżek odpowiednio do przyrostu ludności wynosić winien około 900 łóżek na razie, z czasem oczywiście coraz więcej: przez lat parę po wojnie obecnej przyrost ten będzie niewątpliwie znacznie mniejszy, a może nawet żaden. Stąd też przystąpiwszy niezwłocznie do zwiększania intensywnego liczby łóżek szpitalnych choć w części wyrównamy dotkliwą różnicę pomiędzy stanem aktualnym a koniecznym sprawy, zanim trzeba będzie kompensować przyrost roczny.

Pierwszem pytaniem, jakie wobec przedstawionego stanu rzeczy narzuca się samo przez się jest, ile też kosztować będzie założenie tak wielkiej liczby łóżek szpitalnych gminnych i miejskich w kraju naszym. Tu więc z kolei wypadnie nam omówić, ile kosztuje budowa szpitala, obliczając koszt na jednostkę — łóżko szpitalne. Tej kwestji musimy poświęcić nieco więcej miejsca, a to ze względu na nieustalone w tej sprawie i trudne wogóle do ustalenia poglądy znawców szpitalnictwa.

Mówiąc o kosztach założenia szpitala mamy na myśli sumę kosztów gruntu pod szpital i kosztów wybudowania i zaopatrzenia szpitala. Na razie rozważymy tu wyłącznie drugą część tej sumy t. j. koszt wybudowania i zaopatrzenia szpitala, bowiem koszt gruntu pod szpital jest kwestją ściśle związaną z cenami ziemi w danym miejscu i wahać się może w granicach dość znacznych, spadając nawet do 0 w razie otrzymania gruntu pod szpital od

hojnego ofiarodawcy darmo... Również nie możemy wogóle poruszać tu kosztów obróbki gruntów pod szpital, co zresztą wchodzi zazwyczaj do kosztów budowy szpitala. Zadaniem naszym przeto będzie narazie rozważenie sprawy kosztów budowy szpitala, i w tym kierunku, zaznaczę z góry, opierać się możemy wyłącznie na danych obcych, przeważnie niemieckich. W naszym kraju w czasach tuż przed wojną prócz szpitali dziecięcych (Łódź, Warszawa) nie powstała odnowa ani jeden szpital powszechny. To też nie posiadamy zgoła własnego doświadczenia i własnych danych liczbowych w sprawie budowy szpitali u nas: musimy w tej mierze operować danymi cudzemi.

Przystępując do budowy nowego szpitala musimy z góry przyjąć pewne dane co do rozmiarów ubikacji szpitalnych, uznane w interesie higieny szpitalnej za niezbędne.

To tylko bowiem za szpital uważać możemy, co tym danym odpowiadać będzie. W tym względzie pruskie ministerjum spraw wewnętrznych przyjęło następujące zasady budowlane, uznane za znawców szpitalnictwa za racjonalne i nieodzowne. Z tych ważniejsze musimy tu przytoczyć dla uniknięcia nieporozumień w sprawie rozważania odpowiedniości danego budynku dla celów szpitalnych. Zasady te są następujące:

1. Ilość placu na 1 łóżko szpitalne powinna wynosić co najmniej 100 metrów kwadr. powierzchni (t. j. 1 ar).
2. Każde piętro budynku szpitalnego, mieszczące więcej niż 30 łóżek powinno posiadać 2 klatki schodowe.
3. Najmniejsza szerokość przejść i kurytarzy ma wynosić 1,8 metra, klatek schodowych 1,3 metra.
4. W izbach wielołożkowych ilość powietrza na 1 łóżko ma wynosić 30 metr. sześć., przy 7,5 m. kw. podłogi; w izbach jednołożkowych 40 metr. sześć. przy 10 m. kwadr. podłogi. Jeżeli chodzi o chorych nie obłożnie, ilość powietrza może wynosić 24 m. sześć. na chorego.
5. Każdy oddział szpitalny ew. piętro pawilonu powinno mieć świetlicę (izbę do przebywania chorych nieobłożnych w dzień) o powierzchni podłogi nie mniej 2 m. na chorego.

Powyższe dane zasadnicze co do wymiarów budowlanych izby szpitalnej, niezależnie od wielkości danego szpitala, muszą być wzięte za punkt wyjścia przy rozważaniach poniższych. I tylko szpital, odpowiadający tym danym, brany będzie poniżej pod uwagę.

Powstaje teraz sprawa ogólnego planu szpitala w stosunku do kosztów jego budowy.

Naogół odróżniamy system pawilonowy i system kurytarzowy szpitali. Rzecz oczywista, że im system budowy szpitala zbliża się do czystego typu pawilonowego, t. j. typu zupełnie wyodrębnionych jednostek (osobne pawilony z własnymi urządzeniami jak np. sale operacyjne, pracownie i t. p. np. w szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie), tym koszt takiego szpitala będzie większy. Chodzi bowiem o to, że w czystym typie pawilonowym w każdym pawilonie musi się powtarzać to, co w układzie budowli połączonych będzie stanowiło jedną ubikacją dla wszystkich części szpitala, a więc jeden „dom operacyjny“ dla całej części chirurgicznej szpitala, jeden „dom terapeutyczny“ dla całego szpitala, jeden budynek pracowniany, Roentgenologiczny i t. p.

Nie ulega wątpliwości, że założenie szpitala systemu kurytarzowego na danym placu, z odpowiednią wentylacją izb, zastosowanych ściśle do wyżej podanych rozmiarów, w niczem nie może być uważane za mniej odpowiednie pod względem sanitarno-hygienicznym od systemu pawilonowego. To też w naszych warunkach przy zakładaniu większego szpitala najbardziej odpowiednim pod względem ekonomicznym wydawał by mi się typ „blokowy“, a więc 1) blok dla chorych wewnętrznych, 2) blok dla chorych chirurgicznych (z domem operacyjnym), 3) oddzielna część dla chorych zakaźnych, 4) blok naukowo-terapeutyczny, 5) budynki pomocnicze (maszyny, kuchnie, pralnie, dezynfekcja, zarząd, mieszkania dla służby etc). Każdy z takich „bloków“ składał by się z ubikacji budowanych systemem kurytarzowym.

Po omówieniu powyższym w zarysie najogólniejszym tych zasadniczych warunków, którym w pojęciu naszym odpowiadać winien szpital pod względem budowlanym, zobaczmy z kolei, ile kosztować ma 1 łóżko szpitalne? Pod tym względem rozporządzamy dość bogatą statystyką, obejmującą koszt budowy i zaopatrzenia 354 rozmaitych szpitali niemieckich, zebrany przez prof. *Krohne* (Die Zunehmende Verteuerung unserer modernen Krankenhausanstalten i t. d. w *Ergebn. u. Fortschritte des Krankenhauswesens* Bd. 2, str. 43—96. 1913).

Za średnią z tych danych, których niepodobna tu przytaczać in extenso, przyjmuje prof. *Krohne* 4505 marek na łóżko szpitalne, przyczem średnie dla różnej wielkości szpitali są według niego następujące (loc. cit. str. 89).

Szpital poniżej 50 łózek koszt 1 łóżka wynosi 3799 mk.

„ od 51—200 „ „ 5165 „

„ powyżej 200 „ „ 6920 „

Koszt 1 łóżka szpitalnego poniżej rozważymy jeszcze nieco szczegółowiej odnośnie do szpitali małych; tu zaznaczymy, że najniższe dane w sta-

tystyce *Krohne'go* wynoszą 1,055 mk. na łóżko (szpital na 20 łózek w prowincji Magdeburgskiej) najwyższe 15390 mk. (!!) (Szpital na 113 łózek w prow. Potsdam-Berlin).

Podajemy niżej nieco danych, dotyczących kosztu budowy i urządzenia kilkunastu szpitali większych, w obliczeniu na 1 łóżko.

№	NAZWA SZPITALA	Rok budowy	Ogólna ilość łózek	Na 1 łóżko marek		A U T O R
				budowa	zaopatrzenie	
1	Miejski szpital w Norymberdze	1893—97	761	4304		Thel-Ruppel ¹⁾
2	Cöln-Lindenburg	1908	1200	5523	975	Püttner ²⁾
3	Hamburg St. Georg	1908—10	993	3079	954	„
4	Westend-Charlottenburg	1904	662	9081	1052	Püttner
5	Cöln gm. Żydowska	1908	200	6800	625	„
6	Gelsenkirchen	1905	204	6932	912	„
7	Recklinghausen	1906	240	5928	982	„
8	Johannstadt Düsseldorf	1901	581	7144	654	„
9	Rudolfinerhaus Wiedeń	1884	100	9870		Thel-Ruppel
10	München-Schwabing	1910	1300	8000	2700	„
11	Rudolf-Virchow Berlin	1906		8200	1200	„
12	Friedrichshain			7500		„
13	Glasgow Royal Inf.	1910	660	15000		„
14	London Brook f. H.	1896	488	10000		„
15	Edinburgh N. f. H.	1903	600	12000		„

Z zestawienia powyższego widzimy, że liczby przytoczone dość znacznie przekraczają średnie *Krohne'go*. Pochodzi to stąd, że zestawienie powyższe obejmuje zakłady większe i naogół nowsze, bardziej nowoczesne. Uwidacznia się tu okoliczność, podkreślona już przez *Krohne'go*, że z biegiem czasu koszt budowy i urządzenia szpitali zwiększają się coraz to bardziej i dochodzą w większych szpitalach dziś już do sum przewyższających znacznie środki materialne wielu gmin i miast.

Jaka może być przyczyna tego niepożądanego bądź co bądź zjawiska? Nie ulega wątpliwości, że podrożenie nowoczesnych instytucji szpitalnych

¹⁾ Grundsätze für den Bau von Krank. haüs. Berlin, 1914.

²⁾ Das Deutsche Krankenhaus — str. 830.

zależyc może od wzrostu słusnych wymagań higieniczno-sanitarnych i terapeutycznych w miarę postępu nauki. Dawniej nie liczone się z objętością sali szpitalnej i pakowano chorych bez liczby i różnicy gdzieś do naprędcy przebudowanych na szpital budynków poklasztornych lub nawet powięzionych... Dziś to jest niedopuszczalne. Nie ulega też wątpliwości, że i robocizna naogół wzrastała a po wojnie może jeszcze bardziej wzrośnie nietylko zagranicą ale i u nas. Jest to wyrazem podrożenia wogóle warunków życia. Wszakże przy omawianiu wysokości kosztów budowy i urządzenia szpitali współczesnych, chodzi i o inne jeszcze względy. Przedewszystkiem zbyt bogate pod względem architektonicznym przyozdabianie szpitali z zewnątrz i wewnątrz, nienależyte wyzyskanie poddaszy i piwnic, zbyt wielka ilość pokoi pojedynczych i t. p. Nie ulega wątpliwości, że pod tym względem tu i owdzie zgrzeszono przez zbyt liczne przeładowanie frontów budynków szpitalnych szczegółami czysto dekoracyjnej natury oraz przyozdobienie wnętrza przez balustrady, nisze, kolumny i t. p. niepotrzebne ozdoby. To jest zgoła zbyt liczne, chociaż zdaniem budowniczego *Spiller'a* (*Die Verteuerung der Krankenhäus. Zeitschr. f. Krankenanstalt. 1914, 14*) nie należy zbyt przeceniać wpływu przyozdabiania fasady szpitalnej na koszt budowy ogólny. Szpital bardziej może niż każdy inny budynek publiczny powinien robić miłe wrażenie nazewnątrz, i dążenie do nadania mu ponurych kształtów więziennie-koszarowych powinno spotykać się ze stanowczą opozycją.

Dalszy powód drożyzny budowy i urządzenia szpitalnego obciąża już bardziej stronę czysto lekarską. Mamy tu na myśli koszty urządzenia i zaopatrzenia wewnętrznego, które szybko wzrastają w czasach ostatnich. Tak w atlasie higieny *Praussnitz'a* za wystarczające na zaopatrzenie wewnętrzne uważane są 4 — 300 marek na łóżko, podczas gdy *Theil* oblicza te wydatki na 1,000 mk. i więcej; a w podanej wyżej tabelicy znajdujemy w odnośnej rubryce sumy dochodzące do 2700 mk. Koszta urządzenia i zaopatrzenia obejmują wewnętrzne umeblowanie sal, naczynia, bieliznę, urządzenia kąpielowe i in., wreszcie instrumenty i aparaty lekarskie naukowe i terapeutyczne, jednym słowem wszystkie ruchomości szpitalne. Budżety urządzenia w szpitalach wielkich obciążają dość poważnie szpitalne instytucje naukowe, które w nowoczesnych wielkich szpitalach powszechnie są umieszczane. Do tych instytucji z wolna przenosi się ciężar pracy naukowej lekarskiej. Że to poważnie obciąża budżety zakładania i prowadzenia wielkich szpitali, to nie ulega żadnej wątpliwości. Wszakże wobec kolosalnego rozwoju nauk lekarskich zakłady uniwersyteckie w całości zajmują się sprawami nauczania młodzieży lekarskiej. Ich personel ma coraz to mniej czasu na pracę twórczą,

która przenosi się do instytucji specjalnych, nie obarczonych mozolną pracą nauczania. Ztąd też widzimy w ostatnich czasach, że z instytucji naukowych szpitalnych (*Eppendorf-Hamburg, Rudolf-Virchow Berlin i w. in.*) wychodzą prace o charakterze wysoce teoretycznym, mające tylko luźny związek z łóżkiem chorego. Z drugiej strony cały ciężar kursów uzupełniających dla lekarzy przechodzi na szpitale, ponieważ w klinikach jest miejsce tylko dla studentów, a nauczanie czysto kliniczne już nie odpowiada celom lekarzy skończonych. Ztąd owe piękne sale wykładowe, opatrzone bogato najprzeróżniejszymi przyrządami do nauczania i t. p. To wszystko poważnie obciąża budżety wielkich szpitali. Atoli robienie w tym kierunku zbyt daleko idących oszczędności było by przeciwdziałaniem naturalnemu a wielce dobroczynnemu postępowi nauk lekarskich, na co żaden humanitarny i stojący na wysokości zadania prawodawca chyba się nie zgodzi. Zupełnie wszakże co innego jest, czy w szpitalach nieodzwonne są takie rzeczy jak np. kręgielnia, tenis dla pielęgniarek i lekarzy i t. p., co widzimy tu i owdzie...

Powyżej zestawiliśmy dane, dotyczące kosztu budowy szpitali wielkich, takich, które dają nam pojęcie o cenie szpitali wielkomijskich. W tabelicy poniższej zebrano dane kosztów szpitali małych, z których wnosić możemy, ile wynosi koszt szpitala gminnego na 1 łóżko, (wedł. *Krohne w Erg. u. Fortschr. d. Krankenhauswesens. 1915, T. II, str. 74 i dal.*)

S Z P I T A L	Rok założenia	Łó- żek	Koszt mk. 1 łóżka
Gumbinnen, szpital Ewangelicki	—	29	3279
Allenstein, szpit. gminny	—	15	3333
Miejski szpit. w obw. Marienweder	1906	24	3893
	1909	23	3143
Szpital gminny w obw. Szlezwig	—	11	1181
" " " " Szczecin	1910	22	3940
" " " " Stow. kobiet w obw. Kösslin	1906	18	4000
" " " " gminny w obw. Potsdam	1905	17	2941
" " " " Bromberg	1909	16	4156
" " " " Wiesbaden	1909	20	2050
" " " " "	1912	20	3812
" " " " "	1904	19	3152
" " " " Lignickim	1912	17	2333
" " " " Oppeln	1910	20	1750
" " " " "	1909	15	2406
" " " " Magdeburg	1904	20	3350

Z tablicy powyższej widzimy, że: 1) koszt budowy szpitali małych (od 11 — 29 łóżek) zazwyczaj bywa znacznie niższy niż koszt budowy szpitali większych, 2) że koszt ten waha się dość znacznie, wynosząc od 1181 do 4156 marek za łóżko i to niezależnie od ilości łóżek, roku budowy a nawet miejsca, gdzie dany szpital się znajduje (np. porówn. w tablicy powyższej szpitale w obw. Wiesbaden).

Wyciągając średnią z dość rozbieżnych danych, możemy stwierdzić, że koszt budowy szpitala małego wynosi 3054 mk. na 1 łóżko.

Zestawiając ostatecznie wszystko to, cośmy powyżej rozważyli w sprawie kosztów budowy i zaopatrzenia szpitali większych i mniejszych, miejskich i gminnych dojsć musimy do wniosku, że szpitale naogół należą do najdroższych inwestycji społecznych. Jest to okoliczność, z którą bezwarunkowo liczyć się trzeba już a priori przy projektowaniu jakichkolwiek bądź planów, mających na celu poprawę warunków szpitalnictwa naszego pod względem ilościowym.

Jeżeli przyjmiemy średnie *Krohne'go* za minimalne, do czego upowaznia nas zestawienie ich z danymi obu tablic powyższych, oraz głosy prasy fachowej, jakie opublikowanie statystyki przez *Krohne'go* poruszyło¹⁾ to uznać możemy, że 4500 marek na 1 łóżko stanowi sumę, poniżej której trudno kalkulować budowę i urządzenie szpitala ogólnego. Wyniesie to w rublach bez mała 2300 rb. na łóżko, z czego na urządzenie i zaopatrzenie pierwsze obliczać należy ryczałtem nie mniej 500—600 rubli.

Licząc się z ewentualnym podrożeniem cen robotnika, materiałów etc. po wojnie za podstawę do naszych obliczeń przyjmiemy koszt 1 łóżka (budowa i pierwsze zaopatrzenie razem) na 2500 rubli. Następujące powody skłaniają nas do przyjęcia ostatecznie tej ceny: 1) jej bliskość do średnich, przez *Krohne'go* wyprowadzonych, 2) jej wysokość nieco niższa od najczęściej spotykanych kosztów 1 łóżka w szpitalach większych, zaś nieco wyższa od blizkich do maximum cen dla szpitali mniejszych; to daje nam możliwość uznania jej za najbliższą może rzeczywistości przeciętną ceną 1 łóżka wogóle, bez odróżniania łóżka w szpitalu miejskim od łóżka w szpitalu gminnym, co przy obliczaniu kosztów rozważanego przezemnie zarysu odrodzenia naszego szpitalnictwa krajowego stanowiło by trudność niemal nieprzezwyciężoną.

¹⁾ Por. Zeitschr. für Krankenanstalt. 1914, № 13 (artykuł *Ruppel'a*), № 14, 16 (art. *Spiller'a*) i in.

Ustaliwszy w sposób powyższy z jednej strony konieczną ilość minimalną łóżek szpitalnych dla kraju naszego, z drugiej zaś — koszt budowy i pierwszego zaopatrzenia szpitali w postaci kosztu 1 łóżka możemy z łatwością obliczyć, jaki wydatek dla kraju naszego pociągnie za sobą założenie tylu łóżek szpitalnych, ile ich w danej chwili warunki nasze wymagają.

GUBERNIA	Łóżek szpitaln. 1911 rok		Wartość ogółem wszystkich		Koszt całkowity wszystkich łóżek brakujących
	jest	powinno być	łóżek obecnych w tysiącach rubli	łóżek konieczn. w tysiącach rubli	
Kaliska	427	3061	1067,5	7552,5	6585,0
Kielecka	445	2226	1112,5	5565,0	4452,5
Lubelska	931	3825	2327,5	9562,5	7235,0
Łomżyńska	192	1668	480,0	4170,0	3690,0
Piotrkowska	1915	4953	4787,5	12382,5	7595,0
Płocka	380	1857	950,0	4642,5	3692,5
Radomska	353	2766	882,5	6915,0	6032,5
Siedlecka	277	2504	692,5	6260,0	5567,5
Suwalska	231	1661	577,5	4152,5	3575,0
Warszawska	4372	8528	10930,0	21320,0	10390,0
Razem . .			23807,5	82622,5	58815,0

Dane powyższe stwierdzają, że chcąc doprowadzić ilość łóżek szpitalnych do ilości w danych warunkach koniecznej, kraj musiałby wydać na samo pobudowanie i zaopatrzenie szpitali, nie licząc kosztów ziemi pod szpitale, z górą 58,8 milionów rubli. Ten olbrzymi wydatek, który wisi nad naszym społeczeństwem jako nieodzowna konieczność, jest przerażającą swym ogromem miarą tego zaniedbania gospodarczego, w jakie kraj nasz, pozbawiony samorządu, popadł. Królestwo Polskie dało państwu rosyjskiemu w latach 1905 do 1912 z górą 390,3 milj. czystego dochodu; w r. 1912 dochód ten czysty wynosił 89514435 rubli! Nasze szpitalnictwo jest wymownym przykładem tego, z jakich to źródeł owe „czyste“ dochody osiągnano: składały się nań pewno nie w mniejszej mierze od dochodów na szpitalnictwie naszym, dochody na budowie dróg, na regulacji rzek, na szkolnictwie, na funduszach zabezpieczających spokojną starość robotnikom i inwalidom, jednym słowem na tym wszystkim, bez czego prawidłowo zorganizowane społeczeństwo nie może dziś już istnieć.

Koszt założenia i zaopatrzenia szpitali jest jedną rubryką w budżecie wydatków na szpitalnictwo, drugą jest kupno ziemi, na której by owe szpi-

szpitale można było pobudować. Sprobujmy w przybliżeniu ocenić tę rubrykę.

W liczbie uznanych przez współczesną teorią szpitalnictwa niezbędnych warunków, jakim ma odpowiadać szpital prawidłowy, zaznaczyliśmy wyżej, że w obliczeniu na 1 łóżko wielkość placu szpitalnego nie może być mniejsza od 100 metrów kwadratowych powierzchni, zatem ilość ziemi, na której wypadnie umieścić owe 23523 brakujące nam łóżka szpitalne wyniesie 235,23 hektary. Licząc, że morga nasza równa się okrągło 56 arom (ściślej 55,9877 ar.), znajdziemy, że ilość ziemi pod brakujące łóżka szpitalne wyniesie około 420 morgów. Cena morga ziemi w kraju naszym jest dość różna, zależnie od gubernii. Nadto w ostatnich latach przed wojną wzrastała ona dość znacznie z roku na rok, jak to ilustruje następująca tabelka, na której zestawiono ceny morga ziemi w rublach podług transakcji, dokonanych przy pośrednictwie Banku włościańskiego, (por. Roczn. stat. loc. cit. str. 107).

L a t a	Cena przeciętna dla Król. Polskiego	W a h a n i a	
1901—1905	95 rb.	136 (gub. Lubelska)	— 57 (gub. Łomżyńska)
1906—1910	113 „	156 („ „)	78 „ „
1910	130 „	186 („ „)	85 (gub. Suwalska)
1911	137 „	200 (gub. Radom.)	89 („ „)
1912	160 „	202 (gub. Lubelska)	123 („ „).

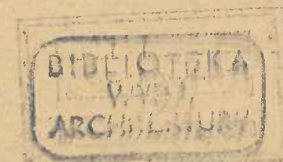
Biorąc pod uwagę jednozgodną niemal opinię rzeczoznawców, że po wojnie obecnej cena ziemi wzrośnie prawdopodobnie znacznie, będziemy może najbliżsi rzeczywistości, jeśli oznaczmy cenę morga ziemi, mającej być zakupioną pod szpitale na okrągłe 200 rubli. W całości więc wartość ziemi na 23523 brakujące łóżka szpitalne t. j. 420 morgów wyniesie 84 tys. rubli. Zaznaczę, że liczba ta zgoła nie jest ścisłą, ponieważ pomiędzy owymi 23523 łózkami pewną część wypadnie umieścić w miastach, gdzie cena ziemi jest znacznie wyższa (np. Łódź, Warszawa i t. p.), a nadto, owe 200 rubli jako przyjęta tu cena morga ziemi ma wszelkie cechy wielkości zgoła dowolnej i przez to na podstawie do rachunku ścisłego nie nadającej się. Jeżeli wszakże i przez to na podstawie do rachunku ścisłego nie nadającej się. Jeżeli wszakże to wyliczenie tu podaję, to dla tego, aby wykazać, że nawet przy podwojeniu czy potrojeniu sumy powyższej, wyrażającej cenę ziemi pod przyszłe nasze szpitale, wydatek ten zawsze jeszcze stanowić będzie znikomą część tego, co wypadnie zapłacić za samo pobudowanie i zaopatrzenie naszych szpitali.

* * *

Streszczając wszystko, cośmy dotychczas wyłuszczyli dochodzimy do następujących wniosków:

1. W chwili obecnej w Królestwie Polskiem jest brak z górą 23 tysięcy łóżek szpitalnych t. j. 71%. Znaczy to tyle, co stwierdzenie, że niemal $\frac{3}{4}$ całej ludności Królestwa Polskiego nie posiada należytej obsługi szpitalnej. Ludność gminna stanowiąca około 76% całej ludności Królestwa Polskiego, jest niemal zupełnie pozbawiona obsługi szpitalnej, ponieważ ogromna większość istniejących w tej chwili w kraju naszym łóżek szpitalnych jest prawie wyłącznie ześrodkowana w miastach.

2. Koszt założenia budowy i zaopatrzenia szpitali na brakujące w chwili obecnej z góry 23 tysiące łóżek wyniesie około 60 milionów rubli.



SZPITAL GMINNY.

Wytyczną w przyszłym rozwoju szpitalnictwa w kraju naszym, zgodnie z powyżej wystawionymi postulatami, powinno być przede wszystkim dążenie do zaopatrzenia w należytą ilość łóżek szpitalnych ludności gminnej, wiejskiej, tej właśnie, która w chwili obecnej jest niemal zupełnie pozbawioną szpitalnictwa. We wszystkich prawie większych miastach Królestwa Polskiego znajdują się już dziś szpitale. Nie odpowiadają one potrzebom naszej ludności ani pod względem ilościowym ani też pod względem jakościowym, to prawda. Są one raczej przytułkami, w których całymi miesiącami zalegają różni inwalidzi, starcy, kaleki, nieuleczalni, a do których chorzy garną się z najwyższą niechęcią. W zasadzie jednak istnieją one, jako szpitale i usiłują pełnić jak mogą swe obowiązki społeczne. Wieś nasza, gmina, jest zupełnie pozbawiona szpitali. To też pierwszym zadaniem, jakie się nam nasygnęczy w pracy nad rozwojem i podniesieniem szpitalnictwa w kraju naszym, winno być należyte zaopatrzenie w łóżka szpitalne ludności pozamiejskiej.

W sieci szpitali, która pokryje kraj nasz, odróżnić będziemy 3 typy instytucji, różniące się od siebie głównie pod względem ilościowym, a mianowicie: szpitale gminne, szpitale małomiejskie (w miastach powiatowych, gubernialnych) oraz szpitale wielkomiejskie, w Warszawie, w Łodzi, w Częstochowie i in., nie licząc instytutów klinicznych uniwersyteckich, które jako posiadające cele wyłącznie naukowe, pedagogiczne, stać muszą na uboczu. Trzy te zasadnicze typy naszych instytucji szpitalnych będą się różnić od

siebie głównie pod względem ilościowym, t. j. ilością łóżek, jaką będą rozporządzać. Co się tyczy różnicy jakościowej, to ta polegać będzie przede wszystkim na coraz większej specjalizacji oddziałów szpitalnych, która w szpitalach gminnych będzie najmniejsza, w szpitalach wielkomiejskich — największa, najdalej idąca. Dalsza różnica jakościowa polegać będzie na coraz to bogatszym wyposażeniu kliniczno-naukowym szpitali większych, na zaopatrzeniu ich w najnowsze pomoce i urządzenia terapeutyczne, które w małych szpitalach gminnych oczywiście mogą być uwzględniane tylko w stopniu najmniejszym. Z powyższego widzimy, że w tej formie szpitalnictwa, o jakiej tu mówimy, typ najniższy instytucji szpitalnych, t. j. szpital gminny, przy prawidłowym rozwoju komunikacji w kraju naszym, będzie poniekąd miał charakter urządzonej prawidłowo stacji ratunkowo-izolacyjnej, w której znajdują miejsce przede wszystkim chorzy z chorobami ostreymi, chorzy chirurgiczni potrzebujący pomocy natychmiastowej, położnice oraz chorzy, wymagający izolacji, z chorobami zakaźnymi. Wszelkie choroby, wymagające kuracji dłuższej i specjalnych zabiegów terapeutycznych (djetetyka, mechano-, aktyno-, balneo- i t. p. terapia), nie będą mogły być leczone w szpitalach gminnych, i chorzy odnośni z konieczności pójdą do szpitali miejskich i wielkomiejskich.

Szpital gminny w tym charakterze, jako stojąca najbliżej ludu instytucja leczniczo-sanitarna, będzie musiał w całości posiadać charakter szpitala, nie zaś, jak to dziś u nas jest niestety powszechne, instytucji przytułkowej dla inwalidów, żebraków, bezdomych i t. p. O tych instytucjach pomówimy szczegółowiej w swoim miejscu, tu zaś czynimy to zastrzeżenie w naszym przekonaniu bardzo ważne. Lud nasz, niestety, nie bardzo rozumie różnicę pomiędzy szpitalem a przytułkiem dla starców, kalek i niedołągów społecznych.

Dla ludzi tej kategorii w szpitalu gminnym nie będzie miejsca. W ogóle szpital gminny winien być w całości instytucją leczniczą, leczącą („Heilanstalt“) nie zaś pielęgniarską („Pflegeanstalt“). Ztąd też i chorzy chroniczni (jak np. nowotworowi, chorzy na choroby organiczne nerwowe, sercowo-naczyniowe, nerkowe, a nawet płucne) tylko wyjątkowo będą mogli korzystać z łóżek szpitala gminnego, w którym [tylko chorzy na choroby ostre, ściśle biorąc, winni szukać ratunku. Szpital gminny zgoła nie będzie mógł odpowiadać swemu zadaniu, jeśli zostanie zapełniony przez chorych i bezdomych. Musi on być intensywnie pracującą wytwórnią zdrowia nie zaś przytułkiem dla kalek i nieuleczalnych.

Pod względem charakteru szpital gminny powinien być o ile możności powszechnym, mającym różne choroby i różne specjalności cierpień ostrych na widoku. Powinien on przede wszystkim posiadać 2 większe oddziały, wewnętrzny i chirurgiczny, dla mężczyzn i dla kobiet. W obu oddziałach, w osobnych salach, znajdować się winny łóżka dla dzieci. Następnie szpital gminny powinien posiadać odpowiedniej wielkości oddział dla położnic, oraz pokoiki izolacyjne dla ostrych psychoz, które na razie z tych czy innych względów nie znajdują pomieszczenia w zakładach specjalnych. Wreszcie szpital gminny winien posiadać oddział infekcyjny, składający się z kilku części, dających się w zupełności oddzielać od siebie.

Przy szpitalu gminnym winno znajdować się ambulatorjum dla chorych przychodzących. W ten sposób można będzie całą pomoc lekarską dla danego obszaru gminnego ześrodkować w szpitalu. Część chorych, nadających się do leczenia ambulatoryjnego, w ten sposób nie obciążą łóżek szpitalnych. Mocniejsi ozdrowieńcy znajdą pomoc ambulatoryjną, nie tracąc zetknięcia ze szpitalem aż do chwili zupełnego wyzdrowienia. Wreszcie powstanie w ten sposób możliwość doboru chorych dla szpitala, przedszego izolowania przypadków zakaźnych, nie mówiąc już o szybszej i skuteczniejszej pomocy w ambulatorjum, które będzie korzystało ze środków szpitala (np. w zakresie małej chirurgji i in.). Lekarz pracujący w ambulatorjum będzie miał możność segregować poniekąd chorych na takich, którzy mogą się leczyć ambulatoryjnie i takich, którzy będą musieli udać się do szpitala. W ostatnim przypadku lekarz zdecyduje, czy chorzy odnośni nadają się do szpitala gminnego, czy też do szpitala w mieście. W ten sposób właśnie da się uskuteczyć w sposób najprostszy ów dobór chorych dla szpitala, o którym wspomniałem wyżej. I w ten tylko sposób szpital, jako instytucja wysoce kulturalna, będzie miał możność rozwinięcia swego dobroczynnego kształcącego wpływu na szerokie warstwy ludności gminnej, która poza nim nie będzie szukała ratunku i porady u osób ciemnych i niepowołanych.

Jak duży winien być szpital gminny? Przystępując do rozważania tego zasadniczego w sprawie omawianej pytania, przypomnimy, że *Krohne* (Erg. d. Krankhsvesens II, 90) zaleca, aby każda gmina (w Niemczech) licząca powyżej 3-ch tysięcy mieszkańców posiadała swój szpital. W kraju naszym jest zaledwie parę gmin, które liczą poniżej 3-ch tys. mieszkańców. Wszystkie niemal są większe i nieraz znacznie większe, z ilością mieszkańców zazwyczaj mało co niższą od 5-iu tysięcy i często o wiele większą niż 10 tys. mieszkańców. W części pierwszej zazaczyliśmy, że dla ludności wiejskiej

możnaby przyjąć ilość 2 łóżek szpitalnych na tysiąc ludności. Przyjmując przeto postulat *Krohne'go*, musielibyśmy obliczać dla naszych gmin przeważnie od 10 do 20 łóżek szpitalnych. Wszakże przy braku środków materialnych w naszych gminach byłoby prostym niepodobieństwem obarczać każdą z nich szpitalikiem na kilkanaście łóżek, którego rozmiary nie odpowiadałyby tym wymaganiom, jakie wyżej dla szpitala gminnego postawiliśmy. Jest bowiem czystym niepodobieństwem w granicach 20 łóżek umieścić tych chorych, jakich gmina dostarczy, a więc wewnętrznych, chirurgicznych, położnic, zakaźnych, czasem ostrą psychozę... Gmina też nie utrzyma w takim szpitaliku lekarza, pielęgniarzy, gospodyni etc. Szpital gminny, w moim przekonaniu nie może i nie powinien mieć mniej niż 50 łóżek, a mianowicie w rozkładzie następującym:

dla chorych wewnętrznych . . .	20	łóżek
„ „ chirurgicznych . . .	10	„
„ „ zakaźnych . . .	10	„
„ „ położnic . . .	5	„
zapasowych	5	„

Stąd też należy obliczać, że taki szpital obsłuży (w stosunku 1 łóżka na 500 mieszkańców) około 25 tysięcy mieszkańców. A przeto należy obliczać 1 szpital gminny pięćdziesięciółóżkowy na 3—4 gmin. Ponieważ gmin w Królestwie Polskiem, według Rocznika Statystycznego za r. 1914, jest 1282, przeto licząc 1 szpital (50 łóżek) na 4 gminy, otrzymamy 320 szpitali z pojemnością około 16000 łóżek, a więc mniej więcej tyle, ile ich w danej chwili potrzeba.¹⁾

Przy budowie szpitali gminnych w kalkulowaniu ilości łóżek, tak jak zwykle przy budowie szpitala, należy liczyć się z przyrostem ludności, który, jak wiadomo, wynosi u nas około 2% rocznie. Licząc przeto zaludnienie obsługiwane przez 1 szpital obszaru gminnego na 25 tysięcy głów, wypadnie mieć na względzie roczny przyrost ludności o jakieś 500 głów, co pociąga za sobą roczny przyrost 1 łóżka szpitalnego. Zakładając przeto szpital gminny 50 łóżkowy, już odrazu trzeba zarówno powierzchnią placu, jak i objętość budynków i zakres wydajności urządzeń szpitalnych (instalacje kuchenne, pralnie etc.) obliczać conajmniej na 60 — 70 łóżek (t. j. na lat 20 — 30 przyrostu rocznego ludności).

¹⁾ Ludność gmin w Królestwie Polskiem wynosi 9803,7 tys., potrzebuje ona przeto ściślej licząc dwa razy tyle łóżek szpitalnych, t. j. 19607,4.

Po uwagach powyższych możemy w świetle danych, rozważonych w części I, przystąpić do oceny w zarysach najogólniejszych kosztorysu budowy i zaopatrzenia takiego szpitala.

Kosztorys założenia budowy i zaopatrzenia szpitala gminnego na 50 łóżek.

1. Plac 100 arów ¹⁾ =1,8 morga po 200 rb.=	360 rb.
2. Budowa i zaopatrzenie szpitala na 60 łóżek (bez ambulatorjum), po 2500 rb. na łóżko	150000 „
3. Budowa i urządzenie ambulatorjum około	5000 „
Razem	155360 rb.

W ten sposób oceniamy w przybliżeniu koszt budowy i zaopatrzenia szpitala gminnego na 50 łóżek aktualnych (+ 10 zapasowych) na 155360 rb. W tej sumie mieszczą się już wszystkie koszty budowy instytucji wraz z mieszkaniem dla służby lekarskiej oraz administracyjno-gospodarczej szpitala.

Zaznaczyliśmy wyżej, że ilość gmin wiejskich w Królestwie Polskim wynosi 1282. Licząc 1 szpital na 4 gminy, należałoby wybudować 320 szpitali, każdy, jak zaznaczono wyżej, pojemności 50 łóżek aktualnych (+ 10 zapasowych, mających pokryć przypuszczalny przyrost ludności w przeciągu przyszłych lat kilku). Wybudowanie tej ilości szpitali pociągnęłoby za sobą koszt 49715200 rubli. Ponieważ powierzchnia „gminnej“ części Królestwa Polskiego obejmuje (Roczn. Stat. str. 16) 21639749 morgów, przeto dla pokrycia powyżej obliczonego kosztu szpitali należałoby obciążyć każdą morgę Królestwa Polskiego jednorazowym podatkiem około 2,3 rubla. Sam przez się, jak widzimy, nie jest to ciężar zbyt wielki. Wszakże w połączeniu z innymi podatkami na pokrycie obecnych „braków“, bez których prawidłowo bytująca pod względem społecznym, kulturalnym i ekonomicznym gmina współczesna egzystować nie może, suma ta, choć tak pozornie niewielka, już byłaby obciążeniem dotkliwym zwłaszcza dla własności drobniejszej. Przecież szpitalnictwo to jedna dopiero strona normalnej egzystencji zbiorowisk ludzkich; nie mamy dróg i komunikacji należytych, nie mamy szkół, brak nam wody czystej w gminach, gdzie tyfus i dysenterja panują niemal endemicznie skutkiem braku urządzeń prawidłowej assenizacji. Oto wraz ze szpitalnictwem tylko niektóre braki, jakim zapobiedz trzeba niezwłocznie.

¹⁾ Plac dwa razy większy niż potrzeba ze względu na konieczność rozszerzenia szpitala w przyszłości.

To wszystko gminy pokryć będą musiały z własnej kieszeni i własnym przemysłem. W jaki sposób to uskutecznić jest to rzecz naszych ekonomistów, którzy te sprawy będą musieli w sposób najpraktyczniejszy rozstrzygnąć.

Powyżej rozpatrzyliśmy te wymagania, jakim mniej więcej odpowiedzieć będzie musiał szpital gminny, i w przybliżeniu koszt wybudowania i zaopatrzenia należytej ilości szpitali gminnych w Królestwie Polskiem.

Z kolei rozważmy drugą, równie ważną rubrykę w kosztach szpitalnictwa gminnego, mianowicie też koszt prowadzenia szpitala. Tu wciąż będziemy mieli na widoku prawidłowo funkcjonujący szpital gminny na 50 łóżek aktualnych.

Jeżeli w sprawie budowania i zaopatrywania szpitali przy omawianiu kosztów braliśmy za jednostkę 1 łóżko szpitalne, to tu musimy wziąć za punkt wyjścia 1 dzień szpitalny. Przy niestychanym braku łóżek szpitalnych w kraju naszym, a zwłaszcza w większych miastach, gdzie np., jak w szpitalach warszawskich, chorzy leżą na siennikach na podłodze, każde łóżko szpitalne pracuje okrągły rok. Wskutek układania chorych na podłodze ilość „dni szpitalnych“ w szpitalach warszawskich wypada stale większa niż iloczyn z liczby łóżek przez 365. Jest to okoliczność, słuszenie potępiana przez wszystkich znawców szpitalnictwa. Tak *A. Gottstein* ¹⁾ stwierdza, że najwyższa granica dopuszczalna zajęcia łóżka szpitalnego w przeciągu roku wynosi 90%, t. j. 330 dni. W Berlinie ta granica waha się około 82% (300 dni). Zaś pruskie ministerjum oświaty w r. 1903 za najwyższą granicę dopuszczalną uznało 241 dni szpitalnych na 1 łóżko. W naszych obliczeniach weźmy najwyższą granicę dopuszczalną, t. j. 330 dni na łóżko szpitalne. W ten sposób nasz 50-io łóżkowy szpital gminny wyrobi w ciągu roku 50 × 330 dni szpitalnych, t. j. 16500 dni szpitalnych.

Interesującym jest, jak pod względem obsadzenia łóżek szpitalnych zachowują się szpitale warszawskie.

Korzystając z ogłoszonych pod tym względem danych, możemy nabrać o tym pojęcia odnośnie do warunków w roku 1908—1909 ²⁾, obliczywszy z odnośnych tablic (str. 570) ilość dni szpitalnych przypadającą na 1 łóżko etatowo.

¹⁾ Die Krankenhausversorgung der Bevölkerung in den Grosstädten w Ergebn. u. Fortschritte des Krankenhauswesens, T. II, 1913, str. 185.

²⁾ Księga Pamiątkowa Wydziału Dobroczyńności Publicznej Magistratu m. Warszawy, wydana w r. 1911.

Szpitale	1908—1909 łóżek etatow.	Dni szpitalnych	
		ogółem	na 1 łóżko
Dzieciątka Jezus	650	339323	522
Ś-go Ducha	218	81688	375
Ś-go Rocha	110	33299	302
Ś-go Stanisława	120	35953	299
Wolski	75	23669	315
Praski	330	134203	403
Żydowski	599	252017	420

Obliczając średnią z rubryki ostatniej, otrzymamy, że w roku 1908—1909 jedno łóżko szpitalne dało w Warszawie 376 dni szpitalnych! Człowiek nieznający warunków naszych, które są niewątpliwie gorsze teraz (a zwłaszcza w czasie przedwojennym) niż w latach 1908—1909, na zasadzie tej cyfry dojdzie do wniosku, że na 1 łóżku szpitalnym musiało w Warszawie w przeciągu roku 1908 przez czas jakiś leżeć jednocześnie dwóch chorych! Pośpieszam wyjaśnić, że nie było tak na szczęście. W rzeczywistości było tak, że jeden chory (t. j. jedna osoba) leżała na łóżku przez cały rok, zaś druga—obok niej na podłodze... Poprostu łóżek etatowych było zawsze mniej niż chorych. Tego być nie powinno i nie może w szpitalu nowoczesnym. Cyfry te bowiem są jednym z wymowniejszych dokumentów zacofania barbarzyńskiego, w jakim kraj nasz znalazł się pod względem społeczno-sanitarnym.

Powróćmy wszakże do naszego projektowanego szpitala gminnego. Zakładamy przeto, że jedno łóżko będzie w nim pracować nie więcej nad dni 330, czyli, jak obliczyliśmy, szpital gminny ma wyrobić dni 16550. W obliczaniu kosztów dnia szpitalnego za punkt wyjścia weźmiemy 1) dane szpitali warszawskich, 2) będące w naszym rozporządzeniu dane niektórych szpitali niemieckich. Z danych dotyczących w tej mierze obecnego szpitalnictwa prowincjonalnego korzystać tu nie będziemy, a to z powodu braku ścisłych i wiarogodnych danych w tym kierunku. Zresztą chodzi nam tu o koszty nieco bliższe do współczesnych wymagań, a dane szpitali warszawskich wespół z niemieckimi będą niewątpliwie bliższe tych wymagań niż dane z naszej prowincji.

Co się tyczy wydatków różnych na 1 dzień szpitalny w szpitalach warszawskich, to w cytowanej już wyżej „Księdze Pamiątkowej“ za rok 1909 na str. 570—571 znajdujemy tablicę № 4, z której danych korzystać tu będziemy, po obliczeniu na ich zasadzie odsetkowym ważniejszych rubryk poszczególnych. Zaznaczyć tu muszę, że tablica ta, pomimo swej pozornej

szczegółowości, zbyt ścisłego pojęcia o jakości wydatków i ich charakterze nie daje. Znajdujemy w niej np. takie oddzielne rubryki, jak: „różne drobne wydatki“, „nieprzewidziane wydatki“ i wreszcie jeszcze „różne wydatki związane z utrzymaniem szpitali“ (*sic!*)... Jakże to są wydatki, dlaczego aż trzykrotnie się powtarzają, to są pytania, na które pomieniona tablica nie odpowiada. To też z tablicy tej zaczerpnęmy tu tylko sumę ogólną wydatków i ważniejsze ich pozycje.

Wydano w r. 1909 w szpitalach warszawskich na 1 dzień szpitalny w kopiejkach.

WYSZCZEGÓLNIENIE WYDATKÓW	S z p i t a l e					
	Dziec. Jezus	Ś-go Ducha	Ś-go Rocha	Ży- dowski	Wolski	Ś-go Stani- sława
Personel lekarski	3,57	9,82	11,99	7,21	12,25	16,61
„ administracyjny	1,84	3,45	7,96	2,27	4,12	6,59
Niższa służba, dozoru chorych	3,95	5,64	9,12	7,88	7,95	10,98
„ „ gospodarcza	4,59	6,42	5,05	4,17	6,81	8,86
Siostry miłosierdzia	1,00	1,83	1,98	—	2,99	2,04
Żywnienie chorych	27,23	30,25	27,29	26,98	27,56	26,12
„ służby	8,83	16,03	17,18	7,68	21,25	20,48
Lekarstwa	8,32	10,61	10,17	8,25	9,50	5,45
Opał	12,98	11,31	6,31	13,68	6,91	10,71
Światło	4,37	4,30	7,95	6,35	3,95	7,89
Ubranie, bielizna, obuwie, pościel	3,78	6,59	6,62	5,44	6,93	6,05
Pranie bielizny i pościeli	0,79	0,55	0,77	0,52	0,63	0,75
Remont budynków i urządzeń	4,36	19,87	11,34	5,27	17,43	14,19
Pozostałe	12,64	32,88	14,03	6,54	19,58	50,24
Razem	97,85	155,55	138,76	102,24	147,86	186,93

Odsetkowo ważniejsze z tych rubryk przedstawiają się jak następuje.

WYSZCZEGÓLNIENIE WYDATKÓW	S z p i t a l e					
	Dziec. Jezus	Ś-go Ducha	Ś-go Rocha	Ży- dowski	Wolski	Ś-go Stani- sława
Personel lekarski	3,6%	6,3%	8,6%	7 %	8,2%	9,0%
„ administracyjny	1,8„	2,2„	5,7„	2,2„	2,7„	3,5„
Niższa służba, dozoru. chorych	4,0„	3,6„	6,5„	7,7„	5,3„	5,8„
„ „ gospodarcza	4,7„	4,1„	3,6„	4,0„	4,5„	4,6„
Żywnienie chorych	27,8„	19,9„	19,8„	26,3„	18,6„	13,9„
„ służby	9,0„	10,3„	12,3„	7,5„	14,3„	10,9„
Lekarstwa	8,4„	6,7„	7,3„	8,0„	6,4„	2,9„
Ubranie, bielizna, obuwie, pościel	3,8„	4,2„	4,7„	5,3„	4,7„	3,2„
Remont budynków	4,4„	12,7„	8,1„	5,1„	11,7„	7,6„

Na zasadzie danych powyższych stwierdzamy w szpitalach warszawskich średni wydatek na 1 dzień szpitalny 138,19 kopiejek (w r. 1909!). Z tego ważniejsze rubryki średnio w odsetkach przedstawiają się jak następuje.

	%	kopiejek
Personel lekarski	7,1	9,81
„ administracyjny	3,0	4,14
Niższa służba dozoru. chorych	5,5	7,64
„ „ gospodarcza	4,2	5,80
Siostry miłosierdzia	1,4	1,97
Żywnienie chorych	20,9	28,88
„ służby	10,7	14,78
Lekarstwa	6,9	9,54
Odzież, pościel i t. p.	4,3	5,85
Remont budynków	8,2	11,33

Co się tyczy szpitali zagranicznych (niemieckich) to dane, jakimi rozporządza, dotyczą 52 szpitali większych. Zebrane są one w *B. Zeidler'a* „Taschenbuch für den wirtschaftlich. und verwaltungstechn. Krankenanstalts-Betrieb.“, wyd. F. Leineweber'a, Lipsk, lata 1910 — 1911.

Z tych wynosiły wydatki

od 1 — 2 mk. na 1 dzień szpitalny w	3	6%
„ 2 — 3 „ „ „ „	7	14„

od 3 — 4 mk. na 1 dzień szpitalny w	23	46%
„ 4 — 5 „ „ „ „	12	24„
„ > 5 „ „ „ „	5	10„
niepodano w	2	

Z zestawienia powyższego widzimy, że w będących w mowie zakładach niemieckich — bez różnicy co do ilości łóżek i miejsca szpitala — najczęstszy wydatek na 1 dzień szpitalny ryczałtowo wynosi od 3 — 4 marek. Średnia, obliczona przezemnie dla tych zakładów (za rok 1910 — 1911) wynosi 3,92 marki za 1 dzień szpitalny. Licząc markę 48 kop. otrzymamy 188,16 kopiejek, t. j. okrągło o 50 kop. na 1 dzień szpitalny więcej niż w szpitalach warszawskich wyżej wymienionych. Niestety, dane szpitali zagranicznych są tak zestawione, że niepodobna z tablic rozbić ich na poszczególne rubryki tak jak powyżej to skuteczniliśmy dla wydatków w szpitalach warszawskich. To pewna, że lwia część różnicy przypada na żywnienie chorych, którego koszt w szpitalach zagranicznych na 1 dzień szpitalny wynosił 1,41 mk. (67,68 kop.), t. j. 36% dziennych wydatków na chorego, podczas gdy u nas wynosił tylko 28,88 kop. (20,9%).

Bardzo trudno jest orzekać w chwili obecnej, jakie normy wydatków powstaną w czasach powojennych. To pewna, że już a priori będziemy musieli niektóre rubryki z powyżej zaznaczonych podnieść znacznie i być może wprowadzić nowe. Do podniesienia kwalifikować się będą przede wszystkim wydatki na żywnienie chorych i służby szpitalnej. Do niedawna wynosiły one w naszych szpitalach warszawskich zaledwie 20,9% wydatków na chorych (28,88 kop.) i 10,7% (14,78 kop.) na służbę. Widzieliśmy, jak ustępują te rubryki zagranicznym. Obliczać je pewno trzeba będzie w przyszłości nie niżej obecnych norm niemieckich, t. j. 67 — 68 kop. Następnie znacznie podwyższyć wypadnie normy płacy dla służby dozoru. chorych, która z dzisiejszych parobków, ordynusów, brudasów i nicponiów, chwytających się posługi w szpitalach jako ostatniej deski ratunku w swej nędzy, raz wreszcie musi stać się służbą pielęgniarską. Taką służbą pielęgniarską wypadnie opłacać znacznie drożej, wypadnie wprowadzić dla niej obowiązkowe ubezpieczenia na życie i od wypadków, a przede wszystkim wypadnie ją odpowiednio kształcić, ku czemu szpital gminny winien być pierwszym i najpilniej pracującym etapem. Wzrosną też wydatki na służbę lekarską, która w szpitalu gminnym, w tym rozmiarze pracującym, jak to wyżej omówiono, składać się musi conajmniej z 2-ch lekarzy, a mianowicie, ordynatora starszego, z płacą w pierwszym roku 2 tys. rubli, z podwyżką w następnych

4 latach po 100 rubli rocznie do 2400 rb., mieszkaniem, światłem, opałem, oraz ordynatora pomocnika, z płacą w pierwszym roku 600 rb., mieszkanie i życie, z podwyżką w latach czterech następnych do 1000 rb. Lekarze ci muszą być dobrze opłacani, albowiem za warunek postawić należy, że ordynator starszy praktykować może tylko w godzinach popołudniowych, ordynatorowi pomocnikowi zaś wcale niewolno zajmować się praktyką prywatną. Do pomocy tym lekarzom w czynnościach laboratoryjnych, w kancelarii trzeba będzie dać laboratoryjnie wykwalifikowaną pomocnicę lekarską (t. zw. „Wissenschaftliche Hilfsarbeiterin“).¹⁾ Takie bezpretensjonalne, wyszkolone w prostszych robotach laboratoryjnych „naukowe“ pomocnice doskonale spełniają swoje obowiązki w wielu szpitalach niemieckich. Prócz prostszych prac laboratoryjno-rozpoznawczych, pełnią one obowiązki bibliotekarek, stenografek, daktylografek, fotografek i t. p. Pensja ich zagranicą najczęściej waha się w granicach 600 — 1000 marek rocznie, zazwyczaj z mieszkaniem i życiem. U nas wypadnie im dać conajmniej 500 rb. rocznie i całkowite utrzymanie. Szpitale zyskają na tym bardzo wiele, a dla licznej rzeszy inteligentnych kobiet otworzy się nowe, nader wdzięczne pole do poważnej pracy. Że podniesie to poziom badania lekarskiego w szpitalach gminnych i skieruje w nich pracę na poważne tory twórczo-naukowe, to nie ulega żadnej wątpliwości. Z kolei wypadnie podnieść wydatek na lekarstwa, które w szpitalach naszych wynoszą niesłychanie mało. Jednym słowem trzeba będzie poddać bardzo ścisłej rewizji i krytyce, opartej o nowoczesne zasady szpitalnictwa, badania lekarskiego i lecznictwa, dotychczasowe nasze rubryki wydatków i zmienić je do gruntu w sensie oczywiście powiększenia i to nieraz znacznego. Sądzę, że będę może najbliższym prawdy, jeżeli obliczę dzienne wydatki szpitalne na 1 chorego nie niżej 2-ch rubli. W ten sposób, licząc 16550 dni szpitalnych na rok, jako maksymalną wydajność szpitala gminnego, obliczymy roczny wydatek na 33100 rubli rocznie, który gmina będzie musiała pokryć. Wydatek ten na wszystkie 320 szpitali gminnych wyniesie razem 10592000 rubli, co obciążałoby 1 morgę gminną rocznym czynszem bez mała 49 kopiejek.

¹⁾ Porówn. w tej mierze *Der Beruf der wissenschaftl. Hilfsarbeiterin besonders in Krankenanstalten* E. Wolf w *Erg. u. Fortschritte des Krankenhauswesens*, 1913, t. II, str. 192.

SZPITALE MAŁOMIEJSKIE

(„POWIATOWE“).

Zaznaczyłem wyżej, że szpital gminny, przy należytej rozwiniętej komunikacji w kraju naszym, będzie miał charakter poniekąd prawidłowo urządzonej stacji ratunkowo-izolacyjnej. Wszyscy chorzy, wymagający kuracji dłuższej i zabiegów terapeutycznych bardziej skomplikowanych, poszukiwać będą miejsca w szpitalach miejskich, powiatowych czy gubernialnych, oraz wielkomiejskich.

Z kolei przechodzimy do rozważenia zatym sprawy szpitali prowincjonalnych miejskich, które w miarę możności powstać winny w znacznej większości bardziej zaludnionych powiatów oraz w niektórych mniej zaludnionych miastach gubernialnych. Chodzić tu będzie o wystawienie typu szpitala prowincjonalnego o wymiarach, pokrywających potrzeby tego miasta, w którym ma się on znajdować, oraz bliższej okolicy, z której będą do szpitala nadsyłani chorzy, wymagający dłuższej i bardziej złożonej kuracji. Ztąd też szpital taki nie może być obliczony w stosunku 5-iu łóżek na 1000 mieszkańców danej miejscowości, lecz powinien zawierać więcej łóżek, dla pokrycia potrzeb gmin dalszych i okolicznych.

W rozważaniu takiego typu szpitala małomiejskiego musimy za punkt wyjścia brać to, co wiemy o charakterze zasląbnień na prowincji naszej i do tego dostosowywać w szczegółach charakter naszego szpitala prowincjonalnego. Wiadomo nam oddawna, że w naszych miastach prowincjonalnych przeważająca odsetka zasląbnień przypada na choroby zakaźne: ospa, szkarlatyna, odra, dury brzuszny i plamisty, krwawa biegunka. Z tej wielce smutnej listy ubędą w przyszłości zapewne zasląbnięcia na ospę, przy prawidłowo zorganizowanym powszechnym szczepieniu zapobiegawczym ospy.

Dalej — duża również odsetka zasłabnięć przypada na gruźlicę. I wreszcie, co również jak i zasłabnięcia na choroby zakaźne bardzo smutno świadczą o kulturze naszej prowincji, stosunkowo spora odsetka zachorzeń przypada na choroby położowe (gorączka położowa). Co się tyczy gruźlicy, to z góry zaznaczyć winienem, że niema dla niej już miejsca w prawidłowo funkcjonującym szpitalu ogólnym. Miejscem, gdzie się gruźlicę rozpoznaje, może być przychodnia gruźlicza, ambulatorjum szpitalne lub prywatne; miejscem, gdzie się ją leczy, dziś już może być tylko specjalne sanatorium dla suchotników.

Szpital przeto małomiejski powinien mieć specjalny oddział dla chorych zakaźnych i odpowiednio zaprowadzony oddział dla rodzących z salą porodową oraz urządzeniami do pielęgnowania niemowląt; urządzenia te mają niesłychanie ważne znaczenie pedagogiczne, ponieważ w nich matki już zdrowe przed wypisaniem się z niemowlęciem ze szpitala mogą praktycznie zapoznawać się z pielęgowaniem racjonalnym noworodków. W szpitalach gminnych, gdzie trudniej będzie po dni parę przetrzymywać położnice „zdrowe“, ta okoliczność nie będzie mogła być oczywiście należycie uwzględniana. W ten sposób szpital małomiejski stanie się posterunkiem doniosłym w walce ze śmiertelnością niemowląt.

Co się tyczy oddziału dla chorób zakaźnych, to ten stanowić winien jedną z ważniejszych części szpitala małomiejskiego u nas. Wielkość takiego oddziału zależy będzie od wielkości szpitala. Należałoby w takim oddziale uwzględnić choroby następujące: szkarlatyna, odra, dur plamisty, dur brzuszny, błonica, biegunka krwawa. Bezwzględnie izolowane powinny być dur plamisty, szkarlatyna i odra. W salach wspólnych, ale z prawidłowym urządzeniem boksów, mogą przebywać razem błonica, dur brzuszny i biegunka krwawa, przyczem każda z tych postaci zakażenia winna być obsługiwana przez osobną służbę pielęgniarską, pod nadzorem baczonym nader wykwalifikowanych dozorczyń „zakaźnych“. W ten sposób oddział zakaźny szpitala małomiejskiego składać się będzie z następujących części, zupełnie oddzielonych od siebie, posiadających osobne urządzenia kąpielowe, osobne klozety, osobną służbę pielęgniarską: 1) oddział szkarlatynowy, 2) oddział dla duru plamistego, 3) oddział odrowy, 4) oddział wspólny dla błonicy, duru brzuszego i biegunki krwawej. Ten ostatni oddział może się składać z jednej części, wszelako chorzy dla duru i biegunki muszą posiadać osobne urządzenia asenizacyjne. Nadto, jak to wyżej zaznaczono, oddział ten „wspólny“ musi być prawidłowo podzielony na boksy. Prócz tego oddział zakaźny musi posiadać pokoiki zapasowe dla ospy i in.,

oraz w każdym z działów pokoiki osobne dla chorych zamożniejszych płatnych.

Każdy szpital małomiejski powinien posiadać izbę dezynfekcyjną, która winna obsługiwać szpital, a w miarę możliwości i miasto, a zwłaszcza zakłady miejskie odosabniania osób podejrzanych o zakażenie (t. zw. domy izolacyjne). Kierownikiem takiej izby dezynfekcyjnej może być epidemjolog miejski, będący jednocześnie bakterjologiem szpitalnym. Urząd epidemjologa miejskiego jest tak samo niezbędnym, jak np. urząd naczelnika straży ogniowej, a może nawet o tyle niezbędniejszym, że bez porównania większa jest ilość ludzi tracących życie i sprawność zarobkowania na skutek chorób zakaźnych, niż na skutek pożarów. Do epidemjologa miejskiego należy również nadzór nad izbami odosabniania w mieście.

Wreszcie szpital małomiejski winien posiadać odpowiedniej (patrz niżej) wielkości oddziały wewnętrzny i chirurgiczno-ginekologiczny z pokojami dla chorych zamożniejszych płacących oraz pokoje zapasowe dla chorych innej kategorii, wymagających krótszego lub dłuższego pobytu w szpitalu (choroby skórne, oczne, gardlane, ostre psychozy i in.).

Jeżeli w szpitalu gminnym środki terapeutyczne doprowadzone były zaledwie do wysokości doraźnych zabiegów terapeutycznych jaknajprostszych, to w szpitalach małomiejskich powinniśmy mieć na widoku już bardziej złożone metody terapeutyczne. W tym celu szpital małomiejski powinien mieć urządzenia pozwalające na zastosowanie w skromnym zakresie mechano-hydro- i aktinoterapii, nie mówiąc już o leczeniu światłem słonecznym i o kuracych na świeżym powietrzu (kąpiele powietrzno-słoneczne, werandowanie i t. p.). W terapii szpitala małomiejskiego winna znaleźć miejsce i odpowiednia djetetyka. Oczywiście trudnoby tu było pozwolić sobie na osobną kuchnię djetetyczną. Wszakże w personelu kuchni ogólnej szpitala małomiejskiego powinny znaleźć się osoby, które mogłyby zgodnie ze wskazówkami lekarzy przygotować odnośny posiłek o charakterze terapeutyczno-djetetycznym.

Stosownie do powyżej wytkniętego zakresu działalności szpitala małomiejskiego i personel jego lekarski i pielęgniarski powinien być znacznie liczniejszy niż w szpitalu gminnym. Jeśli bowiem w szpitalu gminnym przeprowadzenie ścisłej specjalizacji lekarskiej byłoby niemożliwym, to tu specjalizacja taka jest niezbędną. Naturalnie chodzi o specjalizacją najogólniejszą, a więc o choroby wewnętrzne i o choroby chirurgiczne. Oddział wewnętrzny ma swego ordynatora (1 na 50 łózek, por. niżej) i dwóch

asystentów, z których każdy kolejno przez rok swej obowiązkowej trzyletniej służby na oddziale prowadzi oddział zakaźny. Oddział chirurgiczny ma swego ordynatora (1 na 50 łóżek) i trzech lub czterech asystentów, z których jeden prowadzi oddział porodowy, ku czemu winien posiadać odpowiednie wykształcenie. Każdy ze starszych ordynatorów co rok naprzemiennie pełni obowiązki dyrektora szpitala, zawiadującego całkowitym gospodarstwem szpitalnym przy pomocy podwładnych mu gospodarczo-kancelaryjnych organów służbowych. Lekarze mają do pomocy pomocnice naukowe po jednej na każdy oddział. Prócz tego, jak wyżej zaznaczono, szpital posiada własnego bakterjologa, który jest jednocześnie zawiadowcą izby dezynfekcyjnej (epidemiolog miejski). Służba pielęgniarska składa się z pielęgniarki naczelnej, dwóch pielęgniarek oddziałowych, dwóch pielęgniarek zakaźnych oraz niższej służby pielęgniarskiej po 1 osobie na 10 — 12 chorych. Oddział położniczy posiada swoją akuszerkę, która w miarę możliwości zawiaduje sterylizacją szpitalną oraz pełni obowiązki narzędziarki chirurgicznej. Nadto laboratorium szpitalne oraz izba sekcyjna posiada swoich osobnych posługaczy, zarówno jak i zakład terapeutyczny szpitala i jego izba dezynfekcyjna.

W szpitalu małomiejskim, tak, jak w szpitalach wielkomiejskich, w miesiącach ferji letnich powinni pracować studenci wyższych, klinicznych semestrów wydziałów lekarskich. Praca ich powinna być należycie opłacana, tak jak opłacana jest przez zakłady przemysłowe praca studentów politechniki podczas ich t. zw. „praktyk wakacyjnych“. Prawo do korzystania z tych wolontarjuszów letnich będą miały tylko te szpitale, które przez swoją wzorową działalność zasłużą na zaufanie naszych wydziałów lekarskich. W ten sposób nasze lecznictwo prowincjonalne samo dla siebie pod kierunkiem i dozorem wydziałów lekarskich będzie przygotowywać współpracowników, którzy już na ławie szkolnej zdążą gruntownie zapoznać się ze szpitalnictwem prowincjonalnym i jego zadaniami.

Z tego co dotychczas powiedziano, widzimy, że szpital małomiejski, czy jak kto chce „powiatowy“ różni się od szpitala gminnego ściślej przeprowadzoną specjalizacją chorób oraz większym zaopatrzeniem w pomoce terapeutyczne i, co za tym idzie, w znacznie liczniejszy personel lekarski, pomocniczy i pielęgniarski. Czy taki szpital powinien posiadać ambulatorjum? Jestem zdania, że prawidłowo urządzone i zaopatrzone ambulatorjum takiemu szpitalowi nie zaszkodzi, o ile nie będzie odrywać lekarzy szpitalnych od pracy oddziałowej nad chorymi obłożnymi, a natomiast, przy prawidłowej organizacji pracy lekarskiej, zawsze może być wielce pomocną

dla szpitala instytucją. Od frekwencji takiego ambulatorjum szpitalnego zależy będzie, czy dadzą sobie z nim radę lekarze szpitalni, czy też wypadnie dobrać dla nich pomoc z zewnątrz szpitala. To drugie byłoby, w moim przekonaniu, mniej pożądane. Zaznaczyć winienem z kolei, że środki terapeutyczne prawidłowo funkcjonującego ambulatorjum powinny być niemal te same, co środki terapeutyczne szpitala wogóle. Ztąd też wątpliwym jest, aby miasto, założywszy w swych szpitalach zakłady terapeutyczne i zaopatrujący oddziały chirurgiczne w dobre sale operacyjne i narzędzia, chciało i umiało znaleźć środki na takie same niemal zaopatrzenie osobno istniejących lecznic miejskich dla chorych przychodzących. To też niewątpliwie pomoc lekarska dla niezamożnych chorych przychodnich obarczy szpitale miejskie i istniejące przy nich ambulatorja i napewno w mierze jeszcze większej niż to przewidziano dla szpitali gminnych (por. str. 19). Wszakże byłbym przeciwny łączeniu takich ambulatorjów z bezpłatnym wydawaniem lekarstw, chociaż korzystanie chorych przychodnich ze szpitalnego zakładu terapeutycznego w rozmiarach wykluczających nadużywanie w imię zasady *ut aliquid fieri videatur* dałoby się może tu i owdzie zastosować (kąpiele lecznicze, elektro- aktino- mechanoterapia i t. p.). W ten sposób dałoby się szpital zachować tylko dla chorych obłożnych, chorzy zaś ambulatoryjni, mogący przychodzić do szpitala, mogliby w całkowitej mierze korzystać z jego środków lekarskich bez zajmowania łóżek szpitalnych. Zaznaczyć wszakże wypada, że to postępowanie, stanowiące niewątpliwie dużą ulgę dla szpitala i duży pożytek dla leczonej się ludności, pociąga za sobą nieodrodną większy rozmiar i większą wydajność zakładów szpitalnych terapeutycznych wraz z potrzebą liczniejszego personelu lekarskiego i pomocniczego. Pamiętajmy o tym zawsze, że chorzy ubodzy mają prawo do zupełnie takiej samej pomocy lekarskiej co ludzie zamożni. Obowiązkiem naszym jest zapewnić największemu nędzarzowi te same kosztowne zabiegi lecznicze, jakie zalecamy ludziom zamożnym w pierwszorzędnych „badach“ zagranicznych. Demokratyzacja terapii współczesnej i przyszłej to jest jedno z donioślejszych zadań, nad rozstrzygnięciem którego powinni pracować bardzo pilnie prawodawcy z zakresu lecznictwa w gospodarstwie społecznym.

* * *

Przejdźmy z kolei do rozważania sprawy rozmieszczenia szpitali miejskich w Królestwie Polskim. Chodzić tu będzie o szpitale wielkomiejskie i o szpitale małomiejskie „powiatowe“. Szpitale wielkomiejskie, o których

wypadnie nam niżej słów parę powiedzieć, znajdować się winny tylko w największych zbiorowiskach ludzkich kraju naszego. Do takich zaliczyłbym Warszawę, Łódź, Zagłębie Dąbrowskie (Sosnowiec w r. 1909 liczył 80710 mieszkańców), Częstochowę, Lublin i Kalisz. Wszystkie pozostałe miasta gubernialne oraz znaczna większość powiatowych powinny posiadać szpitale małomiejskie „powiatowe“, różniące się tylko wymiarami, ale blizkie tego typu, o jakim przed chwilą mówiliśmy.

Rozważmy sprawę rozmieszczenia tych szpitali według poszczególnych guberni. ¹⁾

I. Gub. Kaliska.

Koło	9387	mieszkańców.
Konin	8071	„
Łęczyca	9230	„
Sieradz	9646	„
Zduńska Wola	22504	„
Turek	9341	„
Wieluń	9095	„

Tu należałoby urządzić 1 szpital miejski w Zduńskiej Woli na 130—140 łóżek. Co się tyczy innych miast powiatowych, to wobec niewielkiej ilości w nich mieszkańców narazie wystarczyłoby wybudować 1 szpital na 2 powiaty (t. j. na 17—18 tys. ludności) stołózkowy. W ten sposób otrzymamy w powiatach kaliskich 4 szpitale małomiejskie o liczbie łóżek 440 (po 1 szpitalu Konin-Koło, Turek-Łęczyca, Sieradz-Wieluń).

II. Gub. Kielecka.

Miechów	3783	mieszkańców.
Olkusz	6032	„
Pińczów	10980	„
Stopnica	10342	„
Włoszczowa	13400	„

¹⁾ Sprawa rozmieszczenia szpitali prowincjonalnych była już przed laty kilkudziesięciu przedmiotem prac d-ra Henryka Dobrzyckiego, który nawet opracował dla kraju naszego „mapę szpitalnictwa“. Niestety nie udało mi się znaleźć tej mapy w oryginale. To pewna, że nowe ukształtowanie się kraju naszego pod względem zaludnienia, pod względem środków komunikacyjnych oraz postępy w szpitalnictwie prawdopodobnie wpłynęły na zmianę postulatów, podnoszonych swego czasu przez Henryka Dobrzyckiego w rzeczonyj „mapie“ szpitalnictwa.

Tu należałoby zbudować dla powiatów Olkuskiego i Miechowskiego 1 szpital powiatowy na 100 łóżek, 1 szpital we Włoszczowej na 100 łóżek, 1 szpital dla powiatów Pińczowskiego i Stopnickiego na 120—150 łóżek. Nadto w Kielcach (30800 mieszkańców) 1 szpital na 180 łóżek. W ten sposób w Ziemi Kieleckiej otrzymamy 4 szpitale miejskie o 500—530 łóżkach.

III. Gub. Lubelska.

Biłgoraj	7300	mieszkańców.
Chelm	17541	„
Hrubieszów	15876	„
Janów	6450	„
Krasnystaw	8279	„
Lubartów	8280	„
Puławy	8934	„
Tomaszów	9484	„
Zamość	14213	„

Tu Chelm, Hrubieszów, Tomaszów powinny posiadać po 1 szpitalu 100 łózkowym. Dla powiatów Janowskiego i Biłgorajskiego powinien być 1 szpital na 100 łóżek. Dla powiatów Puławskiego i Lubartowskiego 1 szpital na 120 łóżek. Wreszcie powiaty Krasnostawski i Zamojski powinny posiadać 1 szpital na 120—130 łóżek. W Lublinie powinien być szpital wielkomiejski (patrz niżej). Razem tedy w Ziemi Lubelskiej powinno być co najmniej (nie licząc Lublina) 6 szpitali „powiatowych“ objętości 630—650 łóżek.

IV. Gub. Łomżyńska.

Łomża	27343	mieszkańców.
Kolno	5125	„
Maków	7556	„
Tykocin	5137	„
Ostrołęka	11612	„
Ostrów	12659	„
Szczuczyn	4955	„

Tu Kolno i Szczuczyn powinny posiadać 1 szpital powiatowy na 100 łóżek. Następnie zaś ze względu na brak komunikacji i odległości dość znaczne Ostrołęka, Ostrów powinny posiadać po 1 szpitalu około 100 łóżek, zaś Maków i Tykocin na czas jakiś musiałyby poprzestać na szpitalach o ty-

pie gminnych na 50 lub niewiele co więcej łóżek. W Łomży natomiast powinien być dobrze urządzony szpital conajmniej na 150 łóżek. W Ziemi Łomżyńskiej przeto otrzymamy 6 szpitali małomiejskich, z których 2 o typie gminnych (Maków, Tykocin) o 550 łózkach.

V. Gub. Piotrkowska.

Piotrków	38114	mieszkańców.
Będzin	45716	"
Dąbrowa Górnicza	36120	"
Brzeziny	14919	"
Tomaszów	27455	"
Pabjanice	37491	"
Zgierz	18483	"
Radogoszcz	59522	"
Radomsk	18620	"
Rawa	9793	"

W Ziemi Piotrkowskiej jedna Rawa musiałaby poprzestać na szpitalu mniejszym o typie szpitali „gminnych“. Inne miasta powinny posiadać duże szpitale typu „powiatowego“, a mianowicie.

Piotrków szpital conajmniej na 200 łóżek, Będzin 1 szpital na 250 łóżek, Dąbrowa Górnicza 1 szpital na 180 łóżek, Brzeziny 1 szpital na 100 łóżek, Tomaszów 1 szpital na 150—160 łóżek, Pabjanice 1 szpital na 200 łóżek, Zgierz 1 szpital na 100 łóżek, Radogoszcz 1 szpital na 300 łóżek, Radomsk 1 szpital na 100 łóżek. W Sosnowcu i naturalnie w Łodzi muszą być szpitale o typie wielkemiejskim (patrz niżej). W ten sposób w Ziemi Piotrkowskiej otrzymamy razem (nie licząc Łodzi i Sosnowca) 10 szpitali na 1640 łóżek.

VI. Gub. Płocka.

Płock	30612	mieszkańców.
Ciechanów	8776	"
Lipno	7305	"
Mława	17178	"
Przasnysz	10583	"
Rypin	6049	"
Sierpc	8009	"

Tu w Płocku powinien być szpital na 180—200 łóżek. Dla Ciechanowa i Przasnysza wystarczyłyby narazie 1 szpital na 120 łóżek, dla Lipna,

Rypina i Sierpca 1 szpital centralnie położony na 120—150 łóżek, wreszcie w Mławie 1 szpital na 100 łóżek. Razem otrzymamy dla Ziemi Płockiej 4 szpitale o 570 łózkach.

VII. Gub. Radomska.

Radom	39981	mieszkańców.
Wierzbnik (pow. Iłżecki)	10128	"
Końskie	8341	"
Kozienice	8633	"
Ostrowiec (Opatów)	13051	"
Opoczno	7550	"
Sandomierz	6798	"

W Radomiu powinien być 1 szpital na 200 łóżek, w Wierzbniku (ew. w Iłży) 1 szpital na 120 łóżek; w Ostrowcu i w Sandomierzu po 1 szpitalu na 100 łóżek i wreszcie w Kozienicach ze względu na odległe ich położenie od środka Ziemi Radomskiej 1 szpital na 80—100 łóżek. W Końskim narazie wystarczyłyby 1 szpital na 50 łóżek o typie „gminnym“. W Ziemi przeto Radomskiej mielibyśmy 6 szpitali (1 o typie „gminnym“) na 670—700 łóżek.

VIII. Gub. Siedlecka.

Siedlce	23292	mieszkańców.
Biała	13451	"
Żelechów (pow. Garwoliński)	7628	"
Łuków	10484	"
Międzyrzec (pow. Radzyński)	12671	"
Sokolów	9738	"
Węgrów	11087	"
Włodawa	10500	"

W Siedlcach powinien być 1 szpital na 130—150 łóżek. Łuków i Międzyrzec powinny posiadać 1 szpital na 100—120 łóżek; Węgrów i Sokolów 1 szpital na 100—120 łóżek. Wreszcie Biała, Żelechów oraz Włodawa po 1 szpitalu o typie „gminnym“ na 50—60 łóżek. Razem otrzymamy dla Ziemi Siedleckiej 6 szpitali (z tych 3 o typie „gminnym“) na 550—570 łóżek.

IX. Gub. Suwalska.

Suwałki	24354	mieszkańców.
Augustów	11797	"

Kalwarja	11558	mieszkańców.
Marjampol	5079	"
Wyłkowyski	5509	"
Sejny	3284	"

W Suwałkach powinien być 1 szpital na 150—180 łózek; w Augustowie 1 szpital o typie gminnym na 50—60 łózek; w Kalwarji 1 szpital na 150 łózek, który musiałby obsłużyć również miasta powiatowe Marjampol, Wołkowyski i Władysławów (3915 mieszkańców). Wreszcie Sejny musiałyby poprzestać na 1 szpitalu o typie „gminnym“ na 50 łózek. Razem tedy w Ziemi Suwalskiej otrzymamy 4 szpitale (z których dwa, a mianowicie w Augustowie i w Sejnach, o typie „gminnym“) na 450 łózek.

X. *Gub. Warszawska.*

Gostynin	6757	mieszkańców.
Grójec	5086	"
Kutno	14407	"
Łowicz	14408	"
Kałużyn (pow. Mińsko-Mazow.)	10900	"
Nieszawa	3191	"
Płońsk	11682	"
Pułtusk	15198	"
Radzymin	10576	"
Skierniewice	9630	"
Sochaczew	6657	"
Nowy Dwór	7400	"
Włocławek	33248	"

Nie licząc Warszawy z jej szpitalami wielkomijskimi na Ziemię Warszawską przypadnie: Gostynin (blizki od Płocka) i Kutno 1 szpital na 100—120 łózek (w Kutnie); Łowicz i Skierniewice 1 szpital na 130 łózek; Sochaczew, Nowy Dwór 1 szpital na 80—100 łózek; Pułtusk i Płońsk 1 szpital na 150 łózek; Radzymin 1 szpital o typie „gminnym“ na 50—60 łózek; Włocławek, Nieszawa 1 szpital na 160—180; wreszcie Kałużyn (ew. Mińsk Mazowiecki) 1 szpital gminny o 60 łózkach, jak również Grójec. Razem otrzymamy 8 szpitali (3 o typie „gminnym“) na 840 łózek.

Tu zaznaczmy, że w Ciechocinku powinien być również szpital o typie „małomijskim“ najmniej na 100 łózek.

W zestawieniu ogólnym danych powyższych otrzymamy co następuje:

NAZWA MIEJSCOWOŚCI	Mieszkań- ców	Szpi- tali	Łózek	U W A G I
<i>Gub. Kaliska.</i>				
Zduńska Wola	22504	1	140	
Koło—Konin	17458	1	100	
Turek—Łęczyca	18171	1	100	
Sieradz—Wieluń	18741	1	100	
Razem	76874	4	440	
<i>Gub. Kielecka.</i>				
Olkusz—Miechów	9815	1	100	
Włoszczowa	13400	1	100	
Pińczów—Stopnica	21322	1	150	
Kielce	30800	1	180	
Razem	75337	4	530	
<i>Gub. Lubelska.</i>				
Chełm	17541	1	100	
Hrubieszów	15876	1	100	
Tomaszów	9484	1	100	
Janów—Biłgoraj	13750	1	100	
Puławy—Lubartów	17214	1	120	
Zamość—Krasnystaw	22492	1	130	
Razem	96357	6	650	
<i>Gub. Łomżyńska.</i>				
Łomża	27343	1	150	
Kolno—Szczuczyn	10120	1	100	
Ostrołęka	11612	1	100	
Ostrów	12659	1	100	
Maków	7556	1	50	typ „gminny“
Tykocin	5137	1	50	typ „gminny“
Razem	74427	6	550	

NAZWA MIEJSCOWOŚCI	Mieszkań- ców	Szpi- tali	Lózek	U W A G I
<i>Gub. Piotrkowska.</i>				
Rawa	9793	1	50	typ „gminny“
Piotrków	38114	1	300	
Będzin	45716	1	250	
Dąbrowa Górnicza	36120	1	180	
Brzeziny	14919	1	100	
Tomaszów	27455	1	160	
Pabjanice	37491	1	200	
Zgierz	18483	1	100	
Radogoszcz	59522	1	300	
Radomsk	18620	1	100	
Razem	306238	10	1640	
<i>Gub. Płocka.</i>				
Płock	30612	1	200	
Ciechanów — Przasnysz	19369	1	120	
Lipno — Rypin — Sierpc	21563	1	150	
Mława	17178	1	100	
Razem	88722	4	570	
<i>Gub. Radomska.</i>				
Radom	39981	1	200	typ „gminny“
Wierzbnik (ew. Iłża)	10128	1	120	
Kozienice	8033	1	100	
Ostrowiec	13051	1	100	
Sandomierz (ew. Opatów)	6798	1	100	
Końskie	8341	1	50	
Razem	86932	6	670	
<i>Gub. Suwalska.</i>				
Suwałki	24354	1	180	typ „gminny“
Augustów	11797	1	60	
Kalwarja — Marjampol — Wyłkowysk — Władysławów	26061	1	150	typ „gminny“
Sejny	3284	1	50	
Razem	65496	4	440	

NAZWA MIEJSCOWOŚCI	Mieszkań- ców	Szpi- tali	Lózek	U W A G I
<i>Gub. Siedlecka.</i>				
Siedlce	23292	1	150	typ „gminny“ typ „gminny“ typ „gminny“
Łuków — Międzyrzec (p. Radzyń.)	23155	1	120	
Węgrów — Sokołów	20825	1	120	
Włodawa	10500	1	60	
Biała	13451	1	60	
Żelechów (pow. Garwoliński)	7628	1	60	
Razem	98851	6	570	
<i>Gub. Warszawska.</i>				
Gostynin — Kutno	21164	1	120	typ „gminny“ typ „gminny“ typ „gminny“
Łowicz — Skierniewice	24038	1	130	
Sochaczew — Nowy-Dwór	14057	1	100	
Pułtusk — Płońsk	27870	1	150	
Radzymin	10576	1	60	
Włocławek — Nieszawa	37429	1	180	
Kałużyn (ew. Mińsk-Mazow.)	10900	1	60	
Grójec	5086	1	60	
Ciechocinek	zmienna	1	100	
Razem	151120	9	960	

Sumując dane powyższe, otrzymamy:

Ludności „powiatowej“ . . . 1120349 osób.
Szpitali 59
Lózek 7020

1 szpital przypada na ± 18 tys. ludności „powiatowej“
1 łóżko przypada na 159 osób (patrz niżej).

Tablica powyższa, stanowiąca zwięzłe streszczenie potrzeb naszego szpitalnictwa małomiejskiego pod względem ilościowym, wymaga w pewnych szczegółach komentarzy i wyjaśnień. Widzimy z niej przedewszystkim, że nie w każdym mieście powiatowym umieszczono tu szpital, że w niektórych miejscowościach przewidywany jest jeden szpital na dwa a nawet na trzy powiaty. Zrobiono to dla dwóch powodów, a mianowicie. Niektóre nasze miasta powiatowe są tak małe, że niepodobniestwem byłoby

obarczać je tylko ciężarem utrzymania szpitala. Weźmy np. taką Słupcę (gub. Kaliska) z jej 5,8 tys. mieszkańców, Miechów (gub. Kielecka) z 3,7 tys. mieszkańców, Tykocin (gub. Łomżyńska) — 5,1 tys. mieszkańców i w. in. Po drugie — tak małe ilości mieszkańców nie mogłyby nawet zapełnić szpitala powiatowego, którego rozmiary byłyby w tych warunkach oczywistym zbytkiem dla małej miejsciny. A kraj nasz na zbytki za ubogi jeszcze!... Ztąd też należało zaprojektować 1 szpital na 2 a nawet na 3 powiaty, w przekonaniu, że braki, jakie ztąd dla ludności niewątpliwie powstaną, dadzą się doskonale wynagrodzić prawidłową organizacją i celowym rozmieszczeniem szpitali gminnych, bez istnienia których wogóle cała omawiana tu reforma i organizacja szpitalnictwa nie mogłyby istnieć. W innych znowu okolicach zaproponowano szpital powiatowy nie w mieście powiatowym, lecz w gminie. Tak np. w powiecie Łódzkim jest gmina Radogoszcz, która ma 59522 ludności. Takiej gminy niepodobna pozostawić bez szpitala o zakresie „małomiejskim“. Wobec tego prawdopodobnym jest, że wypadnie umieszczać jeden szpital, mający obsługiwać 2 lub 3 miasta powiatowe, nie w mieście, lecz gdzieś na granicy powiatów w równej możliwie odległości od obu miast. Są to wszystko drobne szczegóły, które w szkicowaniu planu rozmieszczenia szpitali powiatowych po całym kraju naszym, z konieczności mogą i powinny ulegać krytyce i korekcie.

Rozważając dalej powyższą tablicę, widzimy w niej, o ile chodzi o szpitale „małomiejskie“, dwa typy tych szpitali. Najczęściej spotykamy tu typ szpitala małomiejskiego małego o stu łózkach. Atoli w wielu miejscach, zwłaszcza w Ziemi Piotrkowskiej, spotykamy szpitale „powiatowe“ o wiele większe, bo dochodzące do cyfry 200, 250 a nawet 300 łózek. Ilość łózek w tych szpitalach odpowiada ilości ludności tych miast, w których mają być pobudowane, i wynosi więcej niż 1 łóżko na 200 mieszkańców, albowiem, jak to już wyżej zaznaczono, w szpitalu „powiatowym“ szukać będą ratunku i ci mieszkańcy gmin, którzy z wyłuszczonej wyżej względów nie nadają się do leczenia w szpitalach gminnych. Ztąd też jeśli wyliczyliśmy wyżej przeciętnie, że 1 łóżko „powiatowe“ przypada na 159 mieszkańców, to w rzeczywistości tak nie jest, bowiem szpitale małomiejskie będą musiały, i to dość poważnie, obsługiwać i ludność gminną. Należy się obawiać, że w rzeczywistości preliminowana wyżej ilość łózek „powiatowych“ okaże się za małą.

Wyżej zaznaczyliśmy, że typ szpitala małomiejskiego u nas powinien co do jakości chorych odpowiadać tym warunkom zdrowotnym, jakie charakteryzują nasze prowincjonalne zbiorowiska ludzkie. Specjalizacja oddzia-

łów w tych szpitalach winna ograniczać się do działów najprostszych, a mianowicie: choroby wewnętrzne, choroby chirurgiczne, choroby zakaźne, położnictwo. W myśl tego najprostszego podziału na specjalności szpital powiatowy na 100 łózek winienby dzielić się jak następuje:

oddział wewnętrzny 30 łózek (mężczyzn, kobiet, dzieci),
 „ chirurgiczno-ginekologiczny 30 łózek (jak wyżej),
 „ zakaźny 20 łózek (jak wyżej),
 „ położniczy 10 łózek,
 zapasowych łózek 10 (chorzy płatni, choroby skórne, oczne, uszne, weneryczne, ostre psychozy i t. p.).

Widzimy tu przeto 30% łózek wewnętrznych, tyleż chirurgicznych, 20% łózek zakaźnych, 10% położniczych. Reszta łóżka zapasowe. Ten sam podział — może z ograniczeniem pewnym t. zw. łózek zapasowych na korzyść wewnętrznych i chirurgicznych — należałoby stosować w szpitalach większych. Tak więc w szpitalu na 200 łózek mielibyśmy

oddział wewnętrzny 60 łózek (ewent. 65)
 „ chirurgiczny 60 „
 „ zakaźny 40 „
 „ położniczy 20 „
 zapasowych 20 (ewent. 15) łózek.

W szpitalu na 300 łózek:

oddział wewnętrzny 90 łózek (ewent. 100)
 „ chirurgiczny 90 „
 „ zakaźny 60 „
 „ położniczy 30 „
 zapasowych 30 (ewent. 20) łózek.

Co się tyczy pomocy lekarskiej, to za zasadę należałoby przyjąć, że do 100 łózek pozostaje jeden ordynator, tylko ilość asystentów wzrasta. W ten sposób szpital 100 łózkowy byłby obsługiwany przez lekarzy w sposób następujący.

Oddział wewnętrzny:

1 ordynator starszy,
 2 asystentów (z których jeden prowadzi oddział zakaźny).

Oddział chirurgiczny:

- 1 ordynator starszy,
 - 3 asystentów (z których 1 prowadzi oddział porodowy).
- Razem (nie licząc bakterjologa — por. wyżej str. 31) 7 lekarzy.

Szpital na 200 łózek byłby obsługiwany w następujący sposób:

Oddział wewnętrzny:

- 1 ordynator starszy,
- 3 asystentów (z których 2 prowadzi oddział zakaźny).

Oddział chirurgiczny:

- 1 ordynator starszy,
 - 4 asystentów (z których 2 prowadzi oddział porodowy).
- Razem przeto szpital 200 łóżkowy będzie obsługiwany przez 9 lekarzy.

W szpitalu na 300 łózek mielibyśmy:

Oddział wewnętrzny:

- 1 ordynator starszy,
- 4 asystentów (z których 2 prowadzi oddział zakaźny).

Oddział chirurgiczny:

- 1 ordynator starszy,
 - 5 asystentów (z których 2 prowadzi oddział porodowy).
- Razem przeto w szpitalu na 300 łózek 11 lekarzy.

Ta ilość lekarzy wydaćby się mogła zbyt duża. Wszakże pamiętać należy, że do ich obowiązków należyć będzie 1) prowadzenie ambulatorjum dla chorych przychodnich, gdzie ilość porad niewątpliwie przewyższy kilkanaście tysięcy rocznie, 2) prowadzenie działów terapeutycznych w specjalnym budynku terapeutycznym. Ztąd też lekarze, w ten sposób pracujący, z pewnością pracowałiby niemniej 8 godzin dziennie. I tu zaznaczę, że praktyka prywatna dla ordynatorów starszych byłaby ograniczona tylko do godzin popołudniowych, zaś asystentom nie wolno byłoby wcale zajmować się praktyką prywatną, chyba tylko chirurgicznym i to na wezwanie ordynatora chirurga poza szpital do operacji lub porodu.

Wspomnieliśmy wyżej o t. zw. budynku terapeutycznym. Chodzi tu o specjalny zakład do terapii fizykalnej, t. zw. „Badehaus“ autorów niemieckich, w którymby chorzy szpitalni, a także o ile możliwości ambulatoryjni, mogli korzystać z zabiegów mechano-terapeutycznych, hydroterapii, leczenia

światłem słonecznym i t. p. Taki zakład terapii w naszych szpitalach prowincjonalnych musiałby z konieczności mieć wymiary niewielkie i środki dość ograniczone. Wystarczyłby zatem budynek jednopiętrowy. Na dachu — w postaci altany fotograficznej — miejsce dla kąpiei słonecznych z najprostszymi przyrządami do gimnastyki i natryskiem. Pierwsze piętro — minimalny instytut Zanderowski z najniezbędniejszymi aparatami, oddział aktino-djagnostyczny i terapeutyczny (Roentgen), masaż, elektryzacja; dół — oddział balneoterapeutyczny (łącznie: sucha, parowa, kąpiele całkowite i częściąściowe, zawiązania, wanna ciągła, natryski). Oto wszystko.¹⁾ W pobliżu — ścieżki pagórkowate do kuracji terenowej. Naturalnie żadnych bardziej wyszukanych i droższych procedur w takim ubożuchnym zakładzie być by nie mogło, a więc nie byłoby tu kąpiei błotnych, falistych, czterokomorowych, basenów, diatermii, przyrządów do terapii Finsen'owskiej i t. p. Po to chorzy z prowincji musieliby podążać do szpitali wielkomiejskich. Jestem tego zdania, i to pragnę tu mocno podkreślić, że w każdym większym szpitalu prowincjonalnym powinniśmy dążyć do stosowania jak można najszerzej tych i tym podobnych zabiegów terapeutycznych. Stąd też sądzę, że każdy plan szpitala, który nie będzie uwzględniał czy zakładów specjalnych w rodzaju „Badehäuser“, czy też odpowiednich instalacji tego rodzaju w pawilonach szpitalnych, nawet o ile możliwości w gminnych (kąpiele, natryski i t. p.), nie będzie odpowiadała dzisiejszym wymaganiom. W szpitalach powinniśmy posiadać to wszystko, co jest niezbędne w celu jaknajintensywniejszego leczenia chorych. Pamiętać bowiem wciąż musimy, że szpital jest wytwórną zdrowia i każdy dzień przebywania chorego w szpitalu dłużej, niż powinien, jest stratą materialną, która obciąża majątek społeczny podwójnie. Przez niepotrzebne przebywanie w szpitalu pacjent nie tylko że nie pracuje, ale wymaga utrzymywania go w szpitalu. Czyż nie podwójna to strata dla społeczeństwa?

* * *

Spróbujmy ocenić w przybliżeniu koszt, jaki pociągnie za sobą zorganizowanie szpitalnictwa „powiatowego“ zgodnie z wytycznymi, rozważonymi wyżej.

¹⁾ Szczegółową literaturę poruszonej tu sprawy „budynku kąpielowego“ znajdzie czytelnik w *B. Zeidler'a* „Handb. f. Bau et. von Kranken und Pflegeanstalten“, Lipsk, 1911, *F. Leineweber*, oraz w pracy *M. Matthes'a* p. t. „Baderäume“ w *Dietrich-Grober Das Deutsche Krankenhaus*, G. Fischer, Jena, 1911. Tu podano plany niektórych tego rodzaju zakładów.

Zaznaczono przed chwilą, że obecne potrzeby szpitalnictwa „powiatowego” czy małomiejskiego oceniać należy na 7020 łóżek w 59 szpitalach. Ilość łóżek w każdym z tych szpitali waha się od 100 — 150 (najczęściej) do 250 — 300. Są to wahania stosunkowo dość duże, dlatego też preliminowany tu budżet sumaryczny założenia tych inwestycji nie może być uznawany za bezwzględnie ścisły. Tak jak wszystkie dane cyfrowe, którymi dotychczas operowaliśmy, i te będą wielce nieścisłe i dające zaledwie niejaki wyobrażenie o całokształcie kosztów naszego przyszłego szpitalnictwa krajowego.

Powyżej, mówiąc wogóle o kosztach budowy i zaopatrywania szpitali (por. str. 14), przyjęliśmy w obliczeniu na 1 łóżko cenę 2500 rubli. Mając więc do założenia 59 szpitali prowincjonalnych małomiejskich objętości 7020 łóżek, musimy preliminować na to sumę 17550000 rubli. Z góry wszakże musimy zaznaczyć, że jeżeli chodzi o szpitale tego typu, jaki wyżej w zarysie przedstawiliśmy, to w rzeczywistości wypadnie tą sumę przekroczyć. Przedewszystkiem nie wliczono tu kosztów gruntu pod szpital, który, jak to zaznaczono wyżej (str. 16), w porównaniu z wydatkami na założenie, budowę i zaopatrzenie jest niewielki, zawsze jednak podniesie sumę powyższą pewno do jakichś 18 milionów rubli. Następnie pamiętać winniśmy, że nasze szpitale „małomiejskie” posiadać będą musiały własne urządzenia kanalizacyjne, własne urządzenia dostarczania wody, której ilość na dobę i głowę, jak chcą niektórzy rzeczoznawcy, winna w szpitalach wynosić około 400 litrów, gdy w zwykłych warunkach ilość jej w użytku domowym obliczamy na jakieś 100 litrów¹⁾. Dalej instalacja przewietrzania, oświetlenia, budowa dróg i ulic do szpitali w naszym bezdrożu, z którego słyniemy na świat cały... Są to wydatki, które w części nie znajdują uwzględnienia w żadnej statystyce zagranicznej, w części zaś dadzą się bardzo trudno a priori obliczyć. Wogóle koszt wytworzenia energii na potrzeby szpitali (ciepło, światło, praca), chociaż stanowią bardzo ważną rubrykę w wydatkach na instalacje i ich funkcjonowanie, bardzo trudno dadzą się obliczyć w stosunku do 1 łóżka. Przed niedawnym czasem podał w tym kierunku swe formuły inż. cyw. *L. Dietz*²⁾ (formuły na zużycie zimnej i gorącej wody, na zużycie ciepła przez instalacje do ogrzewania, zużycie ciepła na przewietrza-

¹⁾ Porówn. *B. Zeidler* „Handb. für Bau etc. Kranken- und Pflgeanstalten“, Lipsk, 1911, str. 23.

²⁾ *Ludwig Dietz* „Technische Versorgung der Krankenanstalten“ w „Das Deutsche Krankenhaus“, str. 257, 338.

nie i in). Przyszłość dopiero pokaże, o ile formuły te dadzą się użyć jako podstawa do ścisłego rachunku. Zresztą są one oparte na materiale statystycznym niemieckim, uwzględniającym i warunki klimatyczne Niemiec i przyzwyczajenia ich mieszkańców. U nas prawdopodobnie dałyby się one zastosować z tak wielkimi zastrzeżeniami, że nawet zakwestjonowałyby można wogóle problematyczną ich wartość.

Z powyższego widzimy, że preliminowany przez nas kapitał w przybliżeniu 18 milionów rubli, jako koszt założenia koniecznej ilości szpitali „powiatowych”, uważać należy za zbyt mały. Trudno powiedzieć dokładnie, o ile należy go powiększyć, sądząc wszakże, że twarda rzeczywistość zaakragli go niewątpliwie do 20 milionów rubli.

Spróbujmy z kolei ocenić koszt prowadzenia będących w mowie szpitali. Licząc na 1 łóżko 330 dni szpitalnych, otrzymamy na całe 7020 łóżek w szpitalach małomiejskich 2316600 dni szpitalnych, co w stosunku do 2-ch rubli wydatków na 1 dzień i chorego da w rezultacie 4633200 rubli rocznego wydatku na prowadzenie wszystkich szpitali małomiejskich „powiatowych” w Królestwie Polskim. I tu z powodu sumy powyższej zaznaczyć musimy, że w rzeczywistości okazać się ona może znacznie większą, ponieważ nie posiadamy dziś nawet przybliżonego pojęcia o tym, jakie ceny istnieć będą po wojnie. Oceniając roczny wydatek na prowadzenie szpitali małomiejskich przeto na jakieś 5 milionów rubli rocznie, zaznaczyć winniśmy, że suma ta obciążać będzie mieszkańców miast i mieszkańców gmin, tych, których choroba nadawać się będzie do dłuższego i bardziej urozmaiconego leczenia w lepiej zaprowadzonych szpitalach miejskich. Jeżeli przyjmujemy, że w szpitalach miejskich $\frac{2}{3}$ chorych wypadnie na miasta, zaś $\frac{1}{3}$ na gminy, to z sumy powyższej obciążą mieszkańców miast około 3,4 milionów rubli, zaś mieszkańców gmin około 1,6 milionów rubli. W szpitalach miejskich, jak wyliczyliśmy, korzystać będzie mogło 1120349 osób, zamieszkałych w miastach powyżej wymienionych. Ztąd też, gdybyśmy chcieli pokryć sumę powyższą przypadającą na mieszczan przy pomocy podatku szpitalnego, każdy z mieszkańców miast musiałby opłacać z górną 3 ruble rocznie. Jestto wielkość bardzo znaczna, która przewyższa obecnie i długo jeszcze przewyższać będzie znacznie możność płatniczą obywateli naszych miast powiatowych. Ztąd też nie ulega żadnej wątpliwości, że ów olbrzymi wydatek prowadzenia dostatecznej ilości szpitali małomiejskich w kraju naszym nie da się pokryć bezpośrednim „podatkiem szpitalnym”.

Obciążenie gmin w wydatkach na szpitale miejskie oceniliśmy ryczałtem na 1,6 milionów rubli. Na 1 morgę przypadnie tu około 7,3 kopiejek.

Ponieważ wyżej zaznaczyliśmy, że wydatki na prowadzenie szpitali gminnych obciążą 1 morgę rocznym czynszem bez mała 49 kop. (por. str. 28), przeto z zestawienia obu tych cyfr widzimy, że ogólny wydatek gmin na leczenie ich mieszkańców w szpitalach gminnych i małomiejskich wyniesie około 56,3 kop. w obliczeniu na 1 morgę. I ta suma, jako podatek szpitalny bezpośredni, dodajmy jeden z wielu kulturalnych podatków, które spadną na naszą gminę samorządną, jest sumą, ze względu na swą wielkość budzącą bardzo poważne zastrzeżenia. Nie czuję się na siłach wskazywać tu źródła, z których będą musiały być pokryte te wielkie sumy, jakie pochłaniać będzie corocznie nasze szpitalnictwo.

KILKA SŁÓW O SZPITALACH WIELKOMIEJSKICH.

Prócz szpitali gminnych i małomiejskich kraj nasz posiadać musi dostateczną ilość łóżek w szpitalach wielkomiejskich. Zaznaczyliśmy wyżej, że do umieszczenia takich szpitali kwalifikują się, prócz Warszawy i Łodzi, Częstochowa, jedna z miejscowości w Zagłębiu, np. Sosnowiec, Lublin i Kalisz. Sprobujmy w przybliżeniu obliczyć tu ilość łóżek, jaką rozporządzać winny miasta powyższe, biorąc za konieczne 5 łóżek na 1000 mieszkańców.

Warszawa	mieszkańców	800000	łóżek szpitalnych	4000
Łódź	"	393526	"	1970
Częstochowa	"	69525	"	348
Sosnowiec	"	80710	"	404
Lublin	"	62222	"	312
Kalisz	"	46796	"	234

Razem mieszk. 1452779 łóżek szpitalnych 7268

Licząc roczny naturalny przyrost ludności około 2%, otrzymamy w pierwszym zaraz roku przyrost ludności (nie wliczając tu emigracji ze wsi do miast!) około 29 tys., co w ilości łóżek da konieczny roczny przyrost łóżek szpitalnych 145. Ztąd też przewidując ów przyrost, należy założyć conajmniej 8 tys. łóżek szpitalnych zawczasu, co pokryje przyrost ludności w pierwszych 8 — 12 latach. Przyznać należy, że znaczna ilość tych łóżek już istnieje, że niektóre szpitale wielkomiejskie (w Warszawie) pod względem urządzeń za znośne poczytywać można. Ztąd też, nie zatrzymując się dłużej nad stro-

ną pieniężną reformy szpitali wielkomijskich, tak jak to poczyniliśmy wyżej odnośnie do szpitali „powiatowych“ i „gminnych“, przejdźmy wprost do charakterystyki szpitali wielkomijskich w świetle uwag powyższych.

Za zasadniczą różnicę pomiędzy różnymi typami szpitali uznaliśmy wyżej stopień ich specjalizacji. Ta specjalizacja, w szpitalu gminnym niemal żadna, w szpitalu powiatowym już wyraźnie zaznaczona, w szpitalach wielkomijskich powinna być doprowadzona do maximum. Szpital wielkomijski powinien być szpitalem powszechnym, dla wszystkich rodzajów chorób. W szpitalu powiatowym mieliśmy, ściśle biorąc, dwa rodzaje oddziałów (wewnętrzny z zakaźnym i chirurgiczny z położniczo-kobiecym). Tu, w szpitalu wielkomijskim, musimy mieć nadto oddziały dla innych rodzajów chorób, gdzieby chorzy specjalni mogli być poddawani dłużej lub krócej trwającej kuracji przy pomocy najrozmaitszych aż do najbardziej złożonych metod terapeutycznych. Do takiego typu szpitali najbardziej zbliżony jest nasz szpital warszawski na Czystem. Ten typ możnaby uznać w zarysie za miarodajny, oczywiście z koniecznymi ulepszeniami.

Sprawa wartości pod względem ilościowym i jakościowym naszych szpitali wielkomijskich była już tyle razy rozważana przez wielce kompetentnych autorów (*T. Dunin, B. Sawicki, B. Jakimiak, W. Męczkowski* i in.), że podnoszenie tu tej sprawy byłoby zbyteczne. To też ograniczę się tylko do niektórych uwag, związanych w moim przekonaniu z rozwojem naszego szpitalnictwa wielkomijskiego. Przedewszystkiem więc kwestja ambulatorjów dla przychodzących chorych i wogóle kwestja pomocy leczniczej dla chorych nieobłożnie.

W szpitalach powinna być ześrodkowana pomoc lekarska o ile możności wyłącznie czy przeważnie dla chorych obłożnych. Chorzy nieobłożni, należący do warstw mniej zamożnych, powinni znajdować pomoc lekarską w ambulatorjach. O ile w odniesieniu do szpitali „gminnych“ czy „powiatowych“ głosowałbym za umieszczeniem ambulatorjów dla chorych przychodzących w szpitalach, o tyle w odniesieniu do miast wielkich, wyżej wyliczonych, uważałbym za bardziej celowe oddzielenie pomocy dla chorych obłożnie (szpital) od pomocy dla chorych ambulatoryjnych (lecznice miejskie). Umieszczenie ambulatorjum dla chorych przychodzących w wielkim szpitalu wielkomijskim jest bez pożytku dla szpitala, a ze szkodą dla ambulatorjum. Owo ambulatorjum bowiem traktuje się w wielkim, intensywnie dla swych chorych obłożnych pracującym szpitalu po macoszemu. Brak tu czasu i osób na należyłą kontrolę pracy ambulatoryjnej, a organizacja pomocy terapeutycznej w wielkim stylu dla chorych ambulatoryjnych niesłychanie wikłałaby

prawidłowe funkcjonowanie działów terapeutycznych szpitala wielkomijskiego. Szpital wielkomijski w moim przekonaniu powinien być instytucją zamkniętą. Nadawanie pewnym jego częściom, przeznaczonym dla chorych obłożnych, charakteru instytucji otwartych lub w pewne dni czy godziny otwieranych dla chorej publiczności z miasta, jest w wysokim stopniu niepożądane. Mam tu na myśli takie instytucje szpitalne, jak sale operacyjne czy opatrunkowe, domy terapeutyczne i t. p. Ztąd też jestem zdania, że w wielkich miastach należałoby pomoc lekarską dla chorych przychodzących zorganizować oddzielnie od szpitali.

Należałoby przeto zorganizować w wyżej wymienionych miastach szeregi punktów ambulatoryjnych — lecznic z różnymi specjalnościami, w którychby chorzy przychodzący mogli otrzymywać bezpłatnie lub też za małą opłatą (co jest racjonalniejsze!) poradę lekarską i doraźną pomoc (chirurgia, okulistyka, laryngologia, otjatrja, dentystryka etc.). Każda z lecznic powinna być tak urządzona, aby mogła nieobłożnie choremu udzielić niezwłocznie należytej pomocy (w zakresie np. małej chirurgji etc.). Jeżeli pomoc ta polegać ma na zabiegu bardziej złożonym, to chory z odpowiednią adnotacją zostaje skierowany do szpitala (np. operacja, pociągająca za sobą leżenie w łóżku etc.). Prócz tego, w każdym mieście większym znajduje się miejski dom terapeutyczny specjalnie dla chorych, kierowanych z ambulatorjów. Taki dom terapeutyczny, będący ostatnim słowem w zakresie lecznictwa fizykalnego, wodolecznictwa, elektro-aktinoterapii i t. p., zaopatrzone w prawidłowo urządzone inhalatorjum, pijalnię wód mineralnych etc., obsługuje wyłącznie chorych ambulatoryjnych bezpłatnie lub za opłatą. Mają doń przeto dostęp i chorzy zamożniejsi, prywatni. Ów dom terapeutyczny powinienby służyć nietylko celom terapii chorych ambulatoryjnych. Jako „dépendance“ tego domu powinien być w nim urządzony instytut kliniczno-djagnostyczny dla analiz lekarskich, badania układu nerwowego, naczyniowego, dla badań bakterjologiczno-rozpoznawczych etc. Dziś ubodzy chorzy są pozbawieni tych przywilejów klienteli zamożniejszej, a lekarze są w prawdziwym kłopotcie nietylko wówczas kiedy mają biedakowi przepisać iniekcje arszeniku, naświetlanie, kąpiele i t. p., ale też nawet i wtedy, kiedy trzeba takiemu choremu zbadać mocz, krew czy płwocinę. Tak nadal być nie może i nie powinno. Medycyna nie może służyć tylko tym, którzy są w stanie ją opłacać! My, lekarze, powinniśmy nieustannie nawoływać prawodawców i organizatorów społecznych do stworzenia należytej pomocy lekarskiej dla nędzarzy w przekonaniu, że każdy chory ma prawo do najbardziej szczegółowego zbadania i najbardziej złożonego leczenia. Taki „dom tera-

peutyczny", mający również służyć celom djagnostyki lekarskiej, winien być również centralą kropli mleka, centralą pomocy dla ubogich położnic, rodzących w domu, centralą opieki nad noworodkami i wreszcie instytucją szerzącą oświatę w zakresie higieny i lecznictwa praktycznego. Jak widzimy, zakres działalności takiej instytucji byłby olbrzymi. I to byłaby naprawdę instytucja pożyteczna, „dom zdrowia“ w całym tego słowa znaczeniu. Jakże blado wobec tego wyglądają nasze dzisiejsze „ambulatorja“ szpitalne, owe zgoła bezużyteczne, a nieraz, jako rozsądniki chorób zakaźnych, wielce szkodliwe instytucje brudne, zapchane, wiecznie cuchnące.

Pozostawiając narazie *in statu quo* szpitale warszawskie oraz łódzkie, powinniśmy niezwłocznie przystąpić do budowy wielkich szpitali wielkomiejskich w Lublinie, Częstochowie, w Zagłębiu i w Kaliszu. Powyżej obliczyliśmy potrzeby szpitalne miast pomienionych w sposób następujący:

Częstochowa . . .	348 łóżek
Sosnowiec	404 „
Lublin	312 „
Kalisz	234 „

Są to te ilości łóżek, które pokryją wyłącznie zapotrzebowanie na miejsca szpitalne ludności miast powyższych. Należy liczyć się z tym, że łóżka w szpitalach wielkomiejskich będą w pewnej mierze musiały służyć i mieszkańcom miast powiatowych oraz gmin. Ztąd też ilości powyższe łóżek, powiększone nieco ze względu na oczekiwany naturalny przyrost ludności, będą musiały uleść powiększeniu jeszcze ze względu na przewidywane potrzeby ludności pozamiejscowej. W rzeczywistości przeto ilość łóżek w wymienionych miastach należy preliminować wyższą, niż to zestawienie nasze podało. Narazie, sądzę, możnaby okrągło przedstawić te ilości skorygowane w sposób następujący:

Kalisz	250 łóżek
Lublin	350 „
Częstochowa . . .	400 „
Sosnowiec	450 „

Pod względem rozdziału specjalności w pomienionych szpitalach należałoby wprowadzić go w sposób następujący:

Kalisz. Szpital na 250 łóżek. Plac pod budowę szpitala najmniej na 500 łóżek, t. j. 5 hektarów. Typ budowy szpitala blokowy, składający się

przeto z poszczególnych „bloków“ budynków wedle specjalności a mianowicie:

Oddział wewnętrzny: 60 łóżek ogólnych; osobno 10—15 łóżek dla suchotników (1 pawilon).

Oddział zakaźny: osobny pawilon na 50—60 łóżek, składający się z kilku sal, z których do każdej można wejść osobno, nie przechodząc przez inne. Oddział ten powinien posiadać osobne sale dla szkarlatyny, duru plamistego, odry oraz wspólne dla błonicy, duru brzuszego i biegunki krwawej. Nadto — pokoiki dla ospy i innych rzadziej spotykanych zachorzeń infekcyjnych (drętwiła karku etc.).

Blok chirurgiczno-ginekologiczny i położniczy z 1 czystą salą operacyjną, 1—2 „zakaźnymi“ salami operacyjnymi i 2—3 pokojami porodowymi. W tym bloku może znaleźć miejsce niewielki oddział uszno-gardłany i oczny. Tu liczyć możemy 60—70 łóżek chirurgiczno-ginekologicznych, 20—25 położniczych, 20 uszno-gardłano-ocznych.

Nadto osobny oddział dla chorych skórnych i wenerycznych na 10—15 łóżek, oraz domek z pokojkami dla chorych psychicznych (ostre psychozy). W środku całego terytorjum „dom terapeutyczny“, prócz terapii, która w szpitalu na 250 łóżek z konieczności musiałaby być skromniej zakrojona, mieszczący w sobie laboratorja djagnostyczno-kliniczne. Oddział zakaźny byłby umieszczony na krańcu terytorjum szpitalnego i odpowiednio izolowany od budynków pozostałych. W pobliżu, w tej samej części terytorjum szpitalnego, kaplica z izbą przedpogrzebową i salą sekcyjną, oraz na granicy terytorjum zakaźnego i ogólnego — kamera dezynfekcyjna. Pozatem, oczywiście, kuchnie, domy maszynowe, budynki administracyjne, mieszkania dla służby lekarskiej, pielęgniarzkiej etc. etc.

Częstochowa, Lublin. Szpitale na 350—400 łóżek na terytorjum wynoszącym conajmniej 8—10 hektarów. Budowa blokowa, a mianowicie: blok dla chorych wewnętrznych z osobnym oddziałem dla suchotników oraz z oddziałem dla skórnych (ewent. i wenerycznych), blok chirurgiczno-ginekologiczno-położniczy. W środku dom terapeutyczny i osobny budynek djagnostyczno-lekarski. Na krańcu terytorjum szpitalnego osobny pawilon zakaźny. Zresztą, jak wyżej dla Kalisza, tylko wszystko większe i lepiej zaopatrzone.

Sosnowiec. Szpital na 450 łóżek na placu conajmniej 10—12 hektarów. Rozkład i urządzenie jak wyżej.

Przechodząc do rozważenia z kolei kosztów założenia i prowadzenia instytucji powyższych, musimy tu na wstępie wyrazić wątpliwość, azali w wa-

runkach doby jutrzejszej da się pobudować i zaopatrzyć tego rodzaju szpitale za cenę 2,5 tys. rubli za łóżko. Wyżej już (por. str. 11) zaznaczyliśmy, że im szpital większy, cena jego w obliczeniu na 1 łóżko wynosi więcej: sądzę, że może bliżsi będziemy rzeczywistości, jeśli cenę 1 łóżka w szpitalach wielkomiejskich (wraz z kosztem gruntu pod szpital) przyjmujemy co najmniej na 3 tys. rubli. W ten sposób wydatki na pobudowanie i założenie szpitali w wyżej wymienionych miastach będą następujące:

Kalisz	łóżek 250	koszt założenia i zaopatrzenia	750000	rb.
Lublin	" 350	" "	1050000	"
Częstochowa	" 400	" "	1200000	"
Sosnowiec	" 450	" "	1350000	"
Razem	1450		4150000	rb.

I koszta prowadzenia takich szpitali będą stosunkowo większe niż odnośnie do szpitali gminnych czy powiatowych. Wyżej przyjęliśmy dla szpitali gminnych i powiatowych 2 ruble na 1 dzień szpitalny. Tu suma ta niewątpliwie okaże się za małą, bowiem wzrosną koszta terapii, stosunkowo liczniejszej służby lekarskiej i pielęgniarskiej, koszta strony technicznej, żywienia szpitalnego etc. etc. Przyjmując, że te wszystkie wydatki podniosą powyższą kwotę co najmniej na jakieś 10%, otrzymamy wydatek na 1 dzień szpitalny najmniej 2,2 rb. Biorąc za podstawę rachunku 330 dni szpitalnych na 1 łóżko, otrzymamy w rezultacie

Kalisz	łóżek 250	dni szpit.	82500	181500	rb.
Lublin	" 350	" "	115500	254100	"
Częstochowa	" 400	" "	132000	290400	"
Sosnowiec	" 450	" "	148500	326700	"
Razem	1450	dni szpit.	478500	1052700	rb.

Tyle co najmniej wynosić będzie roczny wydatek miast pomienionych na prowadzenie w nich szpitali o typie wielkomiejskim.

O szpitalach warszawskich i łódzkich mówić tu nie będę. Pisano o tem już i mówiono tak wiele, że z konieczności musiałbym tu powtarzać rzeczy znane i uznane. Warszawa stosunkowo nieźle jest zaopatrzona w łóżka szpitalne, wszakże za wyjątkiem szpitali Dzieciątka Jezus i na Czystem, które można tolerować, wszystkie inne przedstawiają się wielce ujemnie. Ztąd też w przyszłej reformie szpitali warszawskich należałoby zostawić tylko 2 te szpitale, po poczynieniu w nich odpowiednich zmian, zaś wszystkie inne — wprost skasować. Na to miejsce należałoby wybudować wielkie szpi-

tale 1000—1200 łózkowe, a mianowicie po jednym: w dzielnicy Wolskiej, w dzielnicy Mokotowskiej oraz na Pradze—pomiędzy dworcami Brzeskim i Piotrogradzkim. Szpital Ś-go Ducha możnaby zamienić na miejski dom terapeutyczny, zaś szpitale Ś-go Rocha, Wolski, Praski zupełnie skasować. Byłbym przeciwny budowaniu szpitala wielkiego za miastem, np. gdzieś dalej niż w Rakowcu. Szpital miejski powinien być w mieście, w pobliżu miejskich urządzeń kanalizacyjno-wodociągowych oraz gazowo-elektrycznych, a nadewszystko komunikacyjnych. Za miastem pobudować można sanatorja dla suchotników, domy wypoczynkowe, miejskie szpitale dla obłąkanych etc. etc. Zbliżona reforma dotknąaby powinna i szpitalnictwo łódzkie.

PRZYTULKI.

Jednym z najbardziej bolesnych punktów dotychczasowego szpitalnictwa naszego jest okoliczność przebywania w szpitalach naszych wielkiej liczby osób, które nie nadają się wcale do leczenia szpitalnego. Do takich należą t. zw. „chronicy“, kaleki, sterani życiem zniedołężniałi starcy „dziadki“ i „babki“, bezrobotni a zwłaszcza kobiety bezrobotne (np. służące bez miejsc) wreszcie beznadziejni chorzy na gruźlicę. O ile wiadomo, w szpitalach prowincjonalnych ilość pensjonarzy tej kategorii, zwłaszcza zimą, jest nietylko nie mniejsza, ale może większa niż w szpitalach warszawskich. Ta okoliczność powoduje, że 1) cenne miejsca szpitalne dla chorych mających szanse wyleczenia się, t. j. powrotu do całkowitej sprawności zarobkowej, ulegają znacznej redukcji, 2) zmniejsza się wogóle intensywność pracy w szpitalach, które w połowie conajmniej zamieniają się na przytułki dla niedołęgów, 3) o ile chodzi o suchotników — pobyt ich w szpitalach publicznych na oddziałach ogólnych zmniejsza znacznie szanse ich poprawy, wytwarzając natomiast niebezpieczeństwo zarażania się sąsiadów, 4) kosztowne urządzenia szpitalne marnują się bezpożytecznie dla osób, mogących doskonale i bez szkody dla swego zdrowia przebywać w instytucjach mniej kosztownie budowanych i urządzonych. Wszystko to razem daje w rezultacie dużą szkodę z punktu widzenia społeczno-ekonomicznego. Ztąd też do reformy szpitalnictwa krajowego u nas niezbędnym jest niezwłoczne wprowadzenie dwóch punktów, a mianowicie: usunięcia ze szpitali starców i niedołęgów oraz tak zw. „chroników“ do zakładów specjalnych, i pobudowania osobnych sanatorjów dla mających szansę poprawy chorych gruźliczych.

Sprawa t. zw. „chroników“, starców, steranych pracą chorowitych niedołęgów, bezdomnych etc. jest oddawna prawdziwą bolączką naszego szpitalnictwa. O ile chodzi o t. zw. „chroników“, t. j. chorych na choroby przewlekłe (np. choroby sercowe, płucne niegruźlicze — rozedma, nerki i t. p.), które mogą ulegać pogorszeniu i dlatego potrzebują opieki i pomocy lekarskiej i leczenia lekarstwami, to miejsce takich ludzi jest w szpitalu. Są to ludzie chorzy, a aktualność ich stanu chorobowego daje im prawo do opieki szpitalnej. Do innej kategorii należą tacy ludzie, jak np. paralitycy, chorzy na przewlekłe choroby organiczne układu nerwowego, niezdolni do pracy zarobkowej wskutek kalectwa, wstrząsu i t. p. Tacy nie mogą i nie powinni zajmować miejsc w szpitalach publicznych. I wreszcie starcy, sterani pracą robotnicy i rzemieślnicy, t. zw. u nas „wyrobnicy“, t. j. ludzie bez fachu, żyjący z dnia na dzień z pracy, jaka im się nastroczy, są to wszystko ludzie, nad którymi opieka w prawidłowo zorganizowanym społeczeństwie powinna obarczać państwowe instytucje ubezpieczeniowe. U nas obarcza ona szpitalnictwo, w myśl zasady *senectus ipsa morbus*, która każdego płatnika podatku szpitalnego kieruje do szpitala... W ten sposób wytwarza się takie położenie, że conajmniej 10 — 15% miejsc szpitalnych z oczywistą szkodą dla społeczeństwa bywa stale zajęte przez tę kategorię ludzi.

Jeżeli szpitalnictwo nasze ma wogóle kiedykolwiek funkcjonować prawidłowo, a do tego kiedyś dojść musi, to ze szpitali naszych powinni być usunięci wszyscy ci, którzy nie są chorzy. Powstaje tedy konieczność zakładania specjalnych przytułków dla kalek, niedołęgów, chorowitych starców. Nie podzielam wcale zdania niektórych autorów niemieckich z zakresu szpitalnictwa, którzy twierdzą, że w każdym szpitalu powinna być pewna ilość łóżek dla niedołęgów chorowitych („Sieche“), ci bowiem mogą wykonywać pewną pracę przy innych chorych w szpitalach i zajmują te łóżka, które mogłyby być puste...¹⁾ Przedewszystkim o ile mnie wieloletnie doświadczenie szpitalne uczy, owo wykonywanie pewnej pracy pomocniczej jest możliwe i to nie często, tylko na oddziałach kobiecych (reparacja bielizny, zwijanie papierków do proszków i inne tego rodzaju zajęcia), na męskich zaś pensjonarze, o których mowa, nic nie robią, palą papierosy, grają w karty, śpią cały dzień. A co się tyczy owego zajmowania łóżek — to lepiej, żeby stało łóżko puste, niż ma być zajęte przez osobnika nie potrzebującego kuracji, który je za dwóch, zanieczyszcza się, psuje powietrze na sali, a nadewszystko zajmuje miejsce temu, który, chorując na ostrą choro-

¹⁾ Por. *Theil*, „Grundsätze für den Bau von Krankenhäusern“. Wyd. II, 1914, str. 48.

bę, miałby w szpitalu wszelkie szanse rychłego wyzdrowienia z pożytkiem dla społeczeństwa. Pensjonarze tego rodzaju przenoszą się ze szpitala do szpitala, a lekarz wobec nich odgrywa niesłychanie przykrą rolę pozbawiania ich dachu nad głową i pożywienia, wypisując ich ze szpitala i stając się przez to mandatarjuszem niehumanitarnego społeczeństwa, które powinno zapewniać przecież najelementarniejsze potrzeby steranym wiekiem, pracą i chorobą swym członkom. Jak widzimy, sprawa ta dotyka najdonioślejszych zadań społecznych i w przeważnej swej części jest sprawą natury ekonomiczno-socjalnej, dotyczącą ubezpieczenia ludzi od niedołęstwa starości. Ztąd też, nie mogąc rozważać tu sprawy tej szeroko, poruszyć ją muszę wyłącznie z punktu widzenia potrzeb szpitalnictwa naszego.

Za zasadę, której całkowitą słuszność miałem sposobność wyżej stwierdzać kilkakrotnie, przyjmuję, że osobniki, o których mowa, nie mogą być internowane w szpitalach publicznych, lecz wyłącznie w specjalnych przytułkach. W przytułkach tych — tak jak np. w zakładzie w Górze-Kalwarji — mogą być też umieszczani chroniczni psychopaci, t. j. nieszkodliwi dla otoczenia i nie mający szansy wyzdrowienia chorzy obłąkani, epileptycy, idjoci, nie nadający się do kształcenia w szkołach specjalnych, i in. Trudno jest oceniać, ile nasz kraj potrzebuje miejsca dla tego rodzaju osobników. Wprowadzona od niedawna do szpitali warszawskich statystyka będzie mogła zapewne w czasie niedługim odpowiedzieć na pytanie, ilu w szpitalach warszawskich jest pensjonarzy, należących do kategorii ludzi, o jakich tu mowa. Dziś jeszcze nie posiadamy danych w tym kierunku i pewno dla prowincji długo jeszcze posiadać ich nie będziemy. Sądzę, że w najlepszy sposób dałoby się uzyskać takie dane drogą spisu jednodniowego wszystkich „chorych“ we wszystkich szpitalach Królestwa Polskiego, ze specjalnym uwzględnieniem tej kategorii pensjonarzy.

Ztąd też nie mogąc oceniać, jakie są potrzeby kraju naszego odnośnie do ilości miejsc w przytułkach dla starców, kalek, niedołęgów etc., zmuszony jestem poprzestać na omówieniu kosztorysu takiego przytułku, korzystając ze źródeł w tej mierze niemieckich (t. zw. „Siechenhäuser“)¹⁾.

¹⁾ Pór. E. Pütter „Finanzielle Erhalt. der Krankenanstalt.“ w Grober'a „Das Deutsche Krankenhaus“, 1911, str. 834 i dal.

NAZWA ZAKŁADU	Rok otwarcia	Ilość łózek	Obszar gruntu	Koszta w 1908 r.		
				Budowy	Urządzenia	Utrzymania
				na 1 łóżko		
W Kielu	1908	38	46034	—	—	1,01
Zakład Wilhelm-Augusta w Toruniu	1897	47	5067	958,51	112,21	0,60
W Kartuzach	1908	50	6215	1446,67	86,02	0,49
W Pleszewie (Strecker)	1907	50	45000	1800	52,00	0,40
W Hanau	1907	50	—	1610	240,25	—
W Bautzen	1905	80	4715	1974,46	134,81	0,67
Grossenhain i S.	1906	108	6750	1200	120	0,60
W Hannoverze	1907	150	11016	2709	489	1,56
Elberfeld	1910	160	25900	4487,50	437,50	—
Halle a. S.	1892	174	11980	2086,98	267,40	1,00
Staigacker w Wirtembergji	1872	250	250000	1400	280	0,82
Szpital zu Buch w Berlinie	1908	1500	94184	4614	600	1,70

Z tablicy powyższej widzimy, że koszta budowy i urządzenia różnych niemieckich zakładów dla starców i kalek („Siechenhäuser“) są wielce rozmaite. Wynoszą one bowiem w obliczeniu na 1 łóżko od 958,51 mk. do 4614 mk. W tych warunkach trudno brać jakąś wielkość średnią. Najczęściej, jak widzimy, ceny wahają się tu pomiędzy 1400 — 2000 mk. na łóżko, co jest tu bez porównania mniejszą ceną, niż te, jakie widzieliśmy wyżej (str. 14) odnośnie do szpitali. W naszych przeto warunkach budowa takiego przytułku wyniesie pewno 1000 — 1200 rubli na łóżko. Koszta urządzenia tego rodzaju zakładów są również znacznie mniejsze niż w większości szpitali, bowiem wahają się w granicach 52 — 600 marek, wynosząc najczęściej około 200 marek. Można przeto spodziewać się, że w naszych warunkach po wojnie nie powinny one wynieść więcej nad 250 rubli. Licząc się z podróżowaniem i materiałów i robocizny po wojnie, sądzą, że nie omylimy się bardzo, jeśli obliczymy koszta budowy i urządzenia, ew. zaopatrzenia przytułku dla starców i kalek około 1500 rubli na 1 łóżko.

Ile gruntu wypadnie zużyć pod zakład tego rodzaju, na to dane tablicy powyższej z całą ścisłością nie odpowiadają, a to ze względu na niezwykle duże ich wahania. Mamy tu więc zakład na 38 łózek, zbudowany na gruncie obszaru 46034 m. kwadr. (= z górą 1200 m. kwadr. na łóżko w Kielu) i zakład na 1500 łózek z gruntem o 94185 m. kwadr. (= 62 m. kwadr. na 1 łóżko, zu Buch w Berlinie!). To są wahania, z których niepodobna wy-

prowadzać przeciętnych. Sądzę, że może będziemy najbliżsi prawdy, jeśli przyjmiemy ilość gruntu, konieczną pod budowę przytułku, 100 m. kw. (1 ar) na 1 łóżko, tak jak przyjęto dla szpitali. Oczywiście w niektórych zakładach możnaby liczyć na wykorzystanie zdolnych do pracy pensjonarzy przy robotach polnych: wówczas należałoby zakłady te umieszczać w fermach, w folwarkach, których rozległość naturalnie zależałaby raczej od potrzeb gospodarczych zakładu nie zaś od ilości w nim łóżek.

W miarę budowy nowych szpitali wzorem tych, o jakich wyżej była mowa, wszystkie te szpitale powiatowe, które nie dałyby się przerobić na szpitale odpowiadające słusznym wymaganiom nowoczesnym, należałoby pozamieniać na przytułki, o jakich mowa. Byłby to niezmiernie doniosły krok naprzód w rozwoju naszego szpitalnictwa prowincjonalnego.

Wyżej zaznaczono, że dziś jeszcze nie posiadamy należytego materiału do oceny, ile właściwie łóżek potrzebuje kraj nasz dla swych starców, kalek etc. Ztąd też, nie podając tu żadnych cyfr ogólnych, mniemam, że narazie należałoby w każdej gubernii pobudować zakłady przytułkowe na 200 łóżek z uwzględnieniem zawczasu konieczności ich rozszerzenia w przyszłości. W ten sposób w kraju naszym powstałoby około 2000 łóżek przytułkowych w 10 zakładach. Zgodnie z powyżej rozważonymi danymi koszt budowy i zaopatrzenia tych zakładów razem wyniosłby około 3 milionów rubli, nie licząc kosztów gruntu pod ich budowę, zresztą niezbyt wysokich (porówn. str. 16).

Co się tyczy kosztów prowadzenia tego rodzaju zakładów, to w tym kierunku dane w tablicy powyższej są może najmniej rozmaite, jakkolwiek i tu wahania są dość znaczne (od 0,40 do 1,56 mk. na dzień i łóżko). Średnio wydatki dzienne stanowią około 0,90 mk., t. j. około 45 kop. (w r. 1908). Przewidując powojenne podrożenie produktów i in., sądzą, że bliżsi będziemy rzeczywistości, jeśli dzienny wydatek ocenimy na 60—70 kop. Jeżeli obliczymy na każde łóżko maximum 360 dni przytułkowych, to otrzymamy we wszystkich naszych zakładach około 72000 dni „przytułkowych“, co kosztować będzie rocznie około 504000 rb., t. j. około pół miliona rubli. Cyfry powyższe są naogół dość dowolne i ścisłej dokładności ich nie mam tu zamiaru bronić. Jeśli je przytoczyłem, to dlatego, aby w pewnym przybliżeniu zarysować koszt tego rodzaju zakładów i ich prowadzenia. Z zestawienia tych danych z danymi dla szpitali (por. str. 27) widzimy, że utrzymanie pensjonarza, nadającego się do przytułku, w szpitalu kosztowałoby o jakieś 1,30 rb. drożej, pomijając koszt budowy 1 łóżka dla takiego pensjonarza w szpitalu 2500 rubli, zaś w przytułku 1000—1500. Ztąd widzimy, że

umieszczając pensjonarzy, o których tu mowa, w szpitalach, społeczeństwo traciłoby na każdym z nich około 1,3 rb. dziennie. Prócz tej straty pieniężnej ta szkoda wyniknąć ztąd może, że łóżko szpitalne zajmuje osobnik bez szansy powrotu do całkowitej lub nawet częściowej sprawności zarobkowej z krzywdą dla osobnika, który na tym samym łóżku wyzdrowiałby zupełnie, skutkiem zaś zajęcia łóżka przez starca lub nieuleczalnego niedołęgę, nie może dostać się do szpitala. Wszystko to przemawia na korzyść budowania specjalnych przytułków dla starców, kalek i niedołęgów chorowitych, wbrew zdaniu niektórych autorów, którzy nie widzą żadnej szkody w rezerwowaniu miejsc dla tego rodzaju osobników w szpitalach *sensu stricto*.

Koszt budowy i utrzymania tego rodzaju przytułków jest dość znaczny, w każdym razie znacznie niższy niż — szpitali. W pokrywaniu wydatków na ten cel winnyby brać znaczny udział instytucje emerytalno-ubezpieczeniowe dla klas pracujących, pracodawcy, fabrykanci i t. d. Ztąd też przy prawidłowej organizacji tego rodzaju instytucji, co dla kraju naszego jest oddawna rzeczą najpierwszej potrzeby, wydatki na przytułki dla steranych wiekiem, kalek, niedołęgów etc. nie obarczałyby w zbyt wielkiej mierze budżetu gmin i miast.

Przy budowaniu i zakładaniu tego rodzaju instytucji należy pamiętać zawsze o możliwości eksploataowania sił fizycznych i intelektualnych ich pensjonarzy z korzyścią dla nich samych i dla społeczeństwa, które ich utrzymuje. Ztąd też w takich zakładach powinnyby się znaleźć miejsca na szkoły dla idiotów, zacofanych dzieci (por. niżej) oraz najprostsze warsztaty dla mogących w nich pracować.

W SPRAWIE SANATORJÓW DLA GRUŻLICZYCH.

Wielokrotnie wypowiedziano zdanie, że gruźlica może być tylko leczoną w sanatorjach specjalnych. Tak jest istotnie. Przy obecnym stanie wiedzy, gdy nie posiadamy środka chemoterapeutycznego na gruźlicę (jak to np. jest odnośnie do przymiotu) i gdy sero-terapia i bakterjoterapia gruźlicy nie istnieje, leczenie gruźlicy musi iść po torach dotychczasowych. Świeże powietrze, spokój, dobre odżywianie — oto zasadnicze warunki leczenia gruźlicy, warunki, które mogą oczywiście być zrealizowane tylko w sanatorjum specjalnym. Wszakże z punktu widzenia ekonomji narodowej zasadniczą sprawą w kwestji sanatorjów dla suchotników jest pytanie, czy metoda leczenia w sanatorjach daje w wynikach trwałe wyleczenie z powrotem do całkowitej sprawności zarobkowania. Innymi słowy, czy zakładanie sanatorjów dla suchotników jest działalnością, która się opłaca w gospodarstwie narodowym. Dziś już rozporządzamy sporą statystyką, która może dać odpowiedź na to zasadnicze pytanie. Nie ulega żadnej wątpliwości, że w sanatorjach dla suchotników — przy odpowiednim doborze chorych w pierwszych okresach — bardzo znaczna odsetka chorych poprawia się znakomicie aż do odzyskania niemal całkowitej sprawności zarobkowania. Atoli poprawa ta jest tylko poprawą i to nietrwałą. O wyleczeniu się zupełnym może być mowa tylko w bardzo małej stosunkowo odsetce przypadków. Z tych, którzy byli w sanatorjum, dość szybko z biegiem czasu wymiera na gruźlicę coraz więcej, aż wreszcie po upływie lat kilku pozostają tylko jednostki, rzadko kiedy zdolne do pracy zarobkowej, będące ciężarem społeczeństwa i kończące żywot swój w szpitalach. Tak

smutnie przedstawia się w swych wynikach działalność sanatorjów dla suchotników.

Zobaczmy teraz, jaki jest w przybliżeniu koszt budowy i prowadzenia będących w mowie zakładów. Dane niemieckie podają w tej mierze co następuje: ¹⁾

№	NAZWA ZAKŁADU	Rok założenia	Ilość łóżek	Powierzchnia gruntu ar.	Koszta na 1 łóżko mk.			
					Budowy	Urządzenia	Ogólne	r. 1908 dzień 1 łóżka
1	Andreasheim	1903	43	1207,70	755,81	779,16	1534,87	3,03
2	Erbrinzentanne	1898	63	1468,33	3600,00	984,12	5333,32	3,02
3	Glückauf	1901	100	400,10	5632,88	615,74	6423,54	4,18
4	Stübeckshorn	1902	65	2597,78	2701,53	1118,46	3819,99	4,33
5	Schwarzenbach	1899	70	478,75	2708,57	731,42	3611,41	3,23
6	Krnprnz Wilh. Oborn.	1903	100	1361,26	5680,59	675,44	6736,89	3,61
7	Moltkefels	1904	100	2154,30	7494,16	1029,12	9234,79	4,99
8	Cottbus	1900	110	1640,48	4911,13	1539,24	7305,61	3,71
9	Oderberg	1897	114	5132,19	6777,89	902,79	8078,76	6,09
10	Aug.-Wikt. Beringhaus.	1904	118	16999,31	16102,49	898,80	17509,76	7,94
11	Stadtwald Melsungen.	1904	120	175,62	7531,93	891,86	9023,99	4,85
12	Schielo	1905	127	2999,67	6226,75	578,69	7632,95	5,02
13	Sülzhayn	1898	130	900,76	6372,20	538,46	7133,12	4,38
14	Beelitz	1902	616	14000	16857,42	1415,38	18926,16	6,92
15	Königsberg	1895	70	732,58	3065,71	744,28	4055,70	3,38

Jak widzimy z tablicy powyższej, na której zgrupowano dane dotyczące 15 sanatorjów ludowych, mieszczących w sobie z górą 1870 łóżek, wahania w obliczonym na 1 łóżko koszcie budowy tych zakładów są wielkie. Wynoszą one od 755,81 mk. (№ 1 sanatorjum Andreasheim bei St. Andreasberg) do 16102,49 mk. (№ 10 sanatorjum Augusta-Viktoria-Knappschaftsheilstätte, Beringhausen bei Meschede, Wstft.), a nawet do 16857,42 (№ 14 sanatorjum Beelitz.). Jeśli z tych danych wolno wyciągać jakieś przeciętne

¹⁾ „Das Deutsche Krankenhaus“, str. 832.

w celu przybliżonego zorientowania się tylko, to wynika, że koszt budowy sanatorium w obliczeniu na 1 łóżko waha się najczęściej w granicach od 3600 do 9000 mk., wynosząc średnio z górą 6400 mk. (= około 3200 rb.). Koszt urządzenia sanatorjów w obliczeniu na 1 łóżko waha się już w granicach mniej rozległych, a mianowicie od 538,46 mk. (№ 13 sanatorium Sulzhayn) do 1415,38 (№ 14 sanat. Beelitz), a nawet 1539,24 mk. (№ 8 sanat. Cottbus). Średnio koszt urządzenia sanatorium w obliczeniu na 1 łóżko wyniesie na zasadzie tablicy powyższej z górą 898 mk. (= 449 rb.). Łącznie przeto koszt urządzenia i założenia sanatorium dla suchotników (rok 1908!) wyniesie około 3650 rb., w latach powojennych niemniej 4000 rb. na 1 łóżko!

Z powyższego widzimy, że ze względu na koszt budowy i zaopatrzenia sanatoria są zakładami znacznie droższymi niż szpitale. Z drugiej zaś strony śmiało dziś już rzecz można, że ilość wyzdrowień trwałych w szpitalach ogólnych (nie licząc chorych na gruźlicę) o całe niebo przewyższa ilość wyzdrowień trwałych w sanatorjach... Z powyższego widzimy, że w społeczeństwie tak ubogim jak nasze, które będzie musiało miliony rubli wydać na jakie takie zaopatrzenie się w szpitale ogólne, wydatki na sanatoria specjalnie ludowe dla suchotników — takie, o jakich w tablicy powyższej mowa — byłyby bezpożytecznym wyrzucaniem pieniędzy. Z naciskiem pragnę tu zaznaczyć, że mam na myśli tylko sanatoria dla ludności ubogiej, sanatoria ludowe. O sanatorjach prywatnych dla chorych zamożnych niema tu co mówić, są to bowiem instytucje przemysłowo-lecznicze, interesy zarobkowe prywatne, których koszt zakładania oraz koszt leczenia się w nich chorych zamożnych, nie liczących się z groszem, nic nas z punktu widzenia ekonomji ogólnonarodowej nie obchodzi. Oczywiście takie sanatoria istnieć muszą i powinny, aby ludzie zamożni nie wywozili krajowych pieniędzy za granicę.

Chodzi jednak o to, co robić z masą suchotników ubogich jaka w kraju naszym istnieje? Z punktu widzenia socjalnego gruźlica jest klęską społeczną, jest prostym wytworem nędzy, braku mieszkań, przeludnienia izb. Jest ona przeto prostym następstwem braków społecznych, i odpowiedzialność za nią spada na społeczeństwo samorządne. Im społeczeństwo samorządne prawidłowiej organizować się będzie, im bardziej dbać będzie o to, aby każdy jego członek miał dostateczną ilość światła słonecznego i powietrza świeżego w izbie, tymbardziej gruźlica z klęski społecznej stawać się będzie czymś wypadkowym, w rodzaju takich chorób jak np. zapalenie płuc lub gościec stawowy ostry. Zanim to jednak nastąpi, społeczeństwo ze względów humanitarnych musi zapewnić suchotnikowi takie metody le-

czenia, jakie w danej chwili wiedza lekarska uznaje za najlepsze, bez względu na to, czy metody te wyleczą chorego trwale i doszczętnie, czy też tylko życie mu przedłużą.

Dziś, pomimo wszystko, taką metodą leczenia jest tylko metoda sanatoryjna. W moim przeto mniemaniu nie da się uniknąć budowania sanatorjów ludowych dla suchotników poza miastami, tylko należy je budować znacznie taniej, znacznie oszczędniej, niż to tablica wyżej podana stwierdza.

Z tego względu na baczną uwagę zasługiwałby system budowania pawilonów szpitalnych zaproponowany i zrealizowany w pobliżu Berlina w roku 1910 (Nordend) przez *Dosquet'a*. Nie mogę tu wchodzić w szczegóły tej wielce interesującej sprawy,¹⁾ zaznaczę tylko, że typ pawilonu *Dosquet'a* zbliżony jest do długich, płytkich sal, których strona frontowa jest zamknięta nie ścianą murowaną lecz oknami, które można *ad libitum* podnosić i zamykać, tak, że chorzy za tymi oknami umieszczeni, mogą bardzo łatwo wychodzić do ogrodu. Okna sięgają do podłogi. W ten sposób chory ma zapewnione maximum światła i powietrza świeżego, a odpowiednio urządzone ogrzewanie pozwala na korzystanie mu stale z powietrza nawet w zimie. Najbardziej zaś godnym uwagi jest to, że wybudowanie takiego pawilonu według *Dosquet'a* nie kosztuje więcej nad 2000 mk. na łóżko. *Dosquet* leczy w swoim szpitalu wszystkich chorych nawet na takie choroby, jak ostry gościec stawowy, w którym tradycyjnie istnieje obawa wpływu zimna i przeciągów. Wyniki leczenia ma on bardzo dobre, a cały szpital i jego prowadzenie (3 mk. dziennie na łóżko!) zasłużyły na wysokie uznanie w kołach fachowych²⁾.

Przyszłość pokaże, czy idea poznańskiego lekarza *Kaczerowskiego*, wcielona w czyn przez *Dosquet'a*, znajdzie zastosowanie ogólne w stosunku do wszystkich chorób leczonych w szpitalach. To pewna, że ma ona wszelkie szanse zastosowania wielce pożytecznego odnośnie do sanatorjów dla suchotników. Należałoby przeto pawilony typu *Dosquet'a* stosować 1) w szpitalach większych (powiatowych, wielkomiejskich) — w oddziałach specjalnie dla suchotników przeznaczonych (patrz niżej), 2) poza miastem — w fermach szpitalnych, w sanatorjach ludowych dla suchotników.

Liczba suchotników w kraju naszym jest bardzo znaczna. Zdaniem *Sokołowskiego* wynosi ona niemniej 100 — 120 na 10 tys. ludności. Umieścić

¹⁾ Literatura o tem patrz *Dosquet* „D. Vierteljahrschr. für Offentl. Gesundheitspflege“, Bd. 38, str. 785, oraz „Das Krankenhaus als Heilmittel. durch seine Belüftung und Belichtung“ w *Ergebn. u. Fortschritte des Krankenhauswesens* 1913, II, str. 292.

²⁾ Por. „Finanzielle Erhalt. der Krankenhäus.“ E. Püttner w „Das Deutsche Krankenhaus“, str. 830.

całą tę olbrzymią ilość naszych suchotników w sanatorjach i w szpitalach jest najczystszy niepodobieństwem. Sądzę, że byłoby już bardzo dobrze, gdyby w każdej z gubernii Królestwa Polskiego można było wybudować sanatorjum ludowe (wedł. typu *Dosquet'a*) na jakieś 200 łózek. W ten sposób mielibyśmy do rozporządzenia dla naszych suchotników jakieś 2000 łózek. Koszt założenia tych łózek należałoby obliczać na 200—300 tys. rubli, roczny zaś wydatek na 300×2000 , t. j. 600000 dni szpitalnych, licząc 1,50 rb. na 1 dzień, wyniosłby w przybliżeniu 900 tys. rubli. Do takich sanatorjów nadawaliby się chorzy w najpierwszych okresach cierpienia. Chorzy w późnych okresach cierpienia, nie rokujący żadnej poprawy, po dawnemu musieliby wchodzić do szpitali, powiatowych lub wielkomiejских, które jak zaznaczono wyżej, powinnyby posiadać osobne pawilony dla suchotników.

Kwestja internowania w sposób powyższy pewnej części naszych suchotników w szpitalach i sanatorjach ludowych istniejących jest jedną stroną walki z gruźlicą u nas. Drugą, w moim przekonaniu niemniej ważną, jest sprawa wczesnego rozpoznawania gruźlicy wśród mas ludowych. W ten tylko bowiem sposób — wczesnie rozpoznając gruźlicę — potrafimy znaleźć dla sanatorjów ludowych taki kontyngens chorych, którzy będą dawali największe szanse poprawy. W ten przeto sposób zdołamy rozwinąć planową akcję w tym celu, aby olbrzymi kapitał wydany na założenie i prowadzenie sanatorjów ludowych dawał straty najmniejsze. Wczesne rozpoznawanie gruźlicy da się osiągnąć przez masowe zakładanie dla gruźliczych chorych przychodni, zaopatrzonej w najlepsze środki rozpoznawcze oraz posiadających odpowiedni personel. Akcja ta jest już u nas zapoczątkowana szczęśliwie przez Warszawskie Towarzystwo Przeciwgruźlicze. Takie przychodnie powinnyby się znajdować w bardzo ścisłym kontakcie z sanatorjami ludowymi dla suchotników. Z drugiej strony koniecznym jest rozciągnięcie opieki nad otoczeniem i domownikami tych suchotników, którzy z tych czy z owych względów przebywają w domach. I wreszcie podstawową rzeczą w walce z suchotami jest obowiązek meldowania przypadków gruźlicy tak, jak się melduje przypadki innych chorób zakaźnych. W ten sposób można by najłatwiej uzyskać materiał do podziału całej masy suchotników w danej chwili na kategorie dających szansę poprawy w sanatorjach i już nie dających tej szansy. Okoliczność zaś powyższa, z punktu widzenia ekonomicznego, jest pierwszorzędnej wagi, bowiem umieszczanie chorych bez szansy poprawy we względnie kosztownych sanatorjach, nie wytrzymuje rachunku i za daremne wyrzucanie grosza publicznego poczytywane być winno.

W sanatorjach dla suchotników powinny istnieć specjalne oddziały dla dzieci z gruźlicą zewnętrzną, wymagających kuracji światłem słonecznym. Byłyby to może najkosztowniejsze części sanatorjów ludowych, wymagałyby bowiem nietylko odpowiednich urządzeń do najlepszego wykorzystania leczniczego wpływu światła słonecznego, ale także urządzeń do stosowania kąpiei leczniczych (solanki), oraz salek operacyjnych. Zaznaczę tu, że ten dział uzdrowisk, choć może najkosztowniejszy, jest najbardziej „rentowny“ pod względem uzyskiwania stałych popraw stan chorych. Stwierdzono bowiem, że gruźlica gruczołowa oraz stawowo-kostna daje w tych warunkach taką poprawę, jak żadna inna.

Pozostaje tu jeszcze rozważenie losu olbrzymich wprost mas suchotników w kraju naszym, będących w posuniętych okresach choroby, a więc takich, co do których nadzieja poprawy zasadniczej jest wykluczona i którzy żądają od nas już tylko przedłużenia życia... Są to ludzie ciężko chorzy, w każdej chwili narażeni na ciężkie powikłania rozległej sprawy chorobowej (krwotok, odma, osłabienie serca i t. p.), a więc ludzie, których stan wymaga hospitalizacji i nieustannego dozoru lekarza. Pod względem tej kategorii chorych panuje ustalone oddawna mniemanie, że powinni być oni umieszczani w osobnych oddziałach szpitalnych. Jest to zupełnie słuszne i z punktu widzenia interesu tych chorych i — wszystkich pozostałych chorych szpitalnych. Czyż mam tu dowodzić, że każdy z takich chorych jest niemal wciąż rozpylającą się wokół hodowlą laseczników gruźliczych; czy mam wskazywać na to, że ci chorzy, niesłuchanie ciężcy, całymi tygodniami niemal umierający i nie mogący umrzeć, dniem i nocą kaszlący, wytwarzają tę niesłuchanie smutną atmosferę nastrojową sali szpitalnej, która robi z tej sali widownią nieustannej tragedji i jest w takiej ostrej sprzeczności z pojęciem szpitala, jako „wytwórni zdrowia“.

Tacy chorzy muszą być nietylko usunięci z sal ogólnych przyszłych szpitali naszych, ale co więcej, muszą być umieszczani w osobnych pawilonach, zdala od bloków wewnętrznych, na krańcu szpitala. Z naciskiem winienem tu zaznaczyć, że pawilon taki dla ciężkich suchotników zarówno w swej budowie, jak i wogóle w swej pozycji w całym ustroju danego szpitala, mieć powinien charakter lecznicy, nie zaś domu przedpogrzebowego. Ponieważ leczenie takich chorych jest tylko objawowym, a podstawa jego jest ta sama, co podstawa leczenia sanatoryjnego chorych w okresach wczesnych, przeto taki pawilon powinien mieć typ małego sanatorjum. Możemy nadać mu typ *Dosquet'owski*, który wyżej już w zarysie podaliśmy, lub też możemy dążyć do typu bardziej solidnego pawilonu, oczywiście kosz-

towniejszego, piętrowego. Pawilon taki powinien posiadać odpowiednie leżalnie zakryte i otwarte. Wymiary sal powinny nieco przewyższać te, jakie w swoim miejscu za niezbędne podaliśmy (por. str. 9). Praktyczniej jest dzielić pawilon na mniejsze oddziały — sale, mieszczące nie więcej nad 6—8 łóżek w jednej izbie. Utrudnia to wprawdzie pracę pielęgniarską, ale pozwala na rozmieszczanie chorych tak, aby najmniej sobie przeszkadzali. A co najważniejsza, to to, że takie małe salki dadzą się z łatwością parę razy na rok kolejno oczyszczać i dezynfekować, co z dużymi izbami jest o wiele trudniejsze do uskutecznienia. W pawilonie tym powinno być przewidziane kilka pokoiów osobnych dla chorych płacących lub dla chorych ze względu na swoje stanowisko (np. uboga inteligencja) zasługujących na jaknajdalej idące uwzględnianie ich wymagań słusznych.

Nie mogę podawać tu szczegółów budowy takiego pawilonu. Czytelnika, któryby w zarysie pragnął poznać typ takiego pawilonu dla suchotników, odsyłam do pracy *d-ra Stoevesandt*, w której opisano pod każdym względem wzorowy pawilon dla suchotników w miejskim szpitalu w Bremie.¹⁾ Pawilon ten, mieszczący w sobie około 70 chorych, wybudowano i zaopatrzone kosztem 180 tys. marek (1904—1905). Każdy szpital wielkomiejski i powiatowy powinien posiadać taki pawilon, którego rozmiary dadzą się ustalić na drodze statystycznych danych co do ilości suchotników wogóle, a ciężko chorych w szczególności w danej okolicy. Pozostaje wszakże kwestja hospitalizacji suchotników w gminach. Jej miejscem nie może być żadną miarą szpital gminny (por. str. 18). Z drugiej strony wiemy jak niechętnie tacy chorzy, zwłaszcza na wsi, rozstają się ze swoją rodziną... „Kiedy mam umierać, to już niech między swoimi!..“ A właśnie pomiędzy naszą ludnością włościańską bywa tak dużo chorych na gruźlicę przewlekłą o postaciach niezwykle ciężkich. Chorzy ci sieją wokoło siebie gruźlicę, na całe lat dziesiątki zakażają izby włościańskie. Ztąd też hospitalizacja ich jest rzeczą pierwszorzędnej wagi z punktu widzenia zapobiegawczego. Część z nich niewątpliwie udawałaby się do szpitala dobrowolnie, gdyby miała szpital w pobliżu, w którymby rodzina mogła ją odwiedzać. Czy nie dałoby się takich chorych umieszczać pod luźnym nadzorem lekarzy w osobnych, skromnie urządzonych budynkach, gdzieś na krańcach wsi, opodal szpitali gminnych? Sprawa ta zasługuje bądź co bądź na baczne rozważenie, przechodzące ramy niniejszego zarysu.

¹⁾ *Ergebn. und Fortschritte des Krankenhauswesens*. Tom II, str. 239. W tekście plany i rysunki pawilonu.

SZPITALY DLA OBLĄKANYCH.

Powyżej, mówiąc o szpitalach gminnych, uznaliśmy za konieczne zaznaczyć, że już w szpitalu gminnym — tej *par excellence* stacji ratunkowo-leczniczej dla przypadków ostrych — winno być przewidziane miejsce dla chorych na ostre psychozy, rozpoczynające się nagle (por. str. 19). Nie ulega wątpliwości, że takie przypadki z wielu względów powinny być zarówno w interesie bezpieczeństwa publicznego, jak i dobra samych nieszczęśliwych chorych, niezwłocznie internowane. Pobyt wszakże takiego chorego w szpitalu gminnym powinien być możliwie jaknajkrótszym i o ile możności chory taki powinien być niezwłocznie odsyłany do specjalnego szpitala dla obłąkanych. Ztąd też w kraju naszym powinna powstać cała sieć szpitali dla obłąkanych, istniejących zgoła niezależnie od szpitali ogólnych. Jaka ilość miejsc powinna być przewidziana dla obłąkanych w kraju naszym? Badania statystyczne ostatnich lat (przed wojną!) stwierdzają, że ilość miejsc dla obłąkanych powinna wynosić średnio 2,5‰ w stosunku do ogółu ludności.¹⁾ Badania te również stwierdzają, że ilość przypadków obłąkania w miastach większych znacznie przewyższa ilość tę w miastach prowincjonalnych i na wsi. I wreszcie stwierdzono, że ilość przypadków obłąkania w miarę postępu „kultury“ wzrasta coraz bardziej, skutkiem czego przewidywana ilość miejsc dla obłąkanych powinna się liczyć z nieuniknionym przyrostem i każdy program w tej dziedzinie co lat kilka ulegać winien rewizji. Jeżeli przytoczoną wyżej liczbę 2,5‰ przyjmiemy za teore-

¹⁾ Porówn. *W. Weygandt* „Irrenanstalten“ w Grober'a „Das Deutsche Krankenhaus“, str. 328.

tycznie niezbędną średnią, to możemy obliczyć ilość miejsc dla obłąkanych, jaką rozporządzać winna każda z gubernii Królestwa Polskiego. Tu wszakże uważam za konieczne uczynić pewną poprawkę. Chodzi mianowicie o to, że w guberniach o charakterze przeważnie czysto rolniczym możemy tę ilość oceniać na 2‰, zaś w guberniach o charakterze fabryczno-przemysłowym przyjmiemy ją na 3‰ (por. *Weygandt* loc. cit.).

W ten sposób otrzymamy dane następujące:

	Ludność w tysiącach	‰ ilość absolutna miejsc dla obłąkanych	
Kaliska	1245	2‰	2490
Kielecka	993	2 „	1986
Lubelska	1575	2 „	3150
Łomżyńska	694	2 „	1388
Piotrkowska	2013	3 „	6039
Płocka	755	2 „	1510
Radomska	1135	2 „	2270
Siedlecka	1033	2 „	2066
Suwalska	693	2 „	1386
Warszawska	1639	3 „	4917
Ogółem	12775	—	27202 (2,13‰)

Obliczając tedy na zasadzie danych *W. Weygandta*, otrzymamy olbrzymią ilość 27202 miejsc dla obłąkanych, jaką teoretycznie kraj nasz powinien rozporządzać. Jest to ilość miejsc może teoretycznie konieczna, ale śmiem twierdzić tak olbrzymia, że żaden, nawet najbardziej prawidłowo zagospodarowany kraj, nie mógłby sobie na nią pozwolić. Ztąd też nowoczesne dane z zakresu szpitalnictwa dla obłąkanych, dotyczące ilości koniecznych dla nich miejsc w szpitalach specjalnych, nie mogą znaleźć żadnego zastosowania w naszych rozważaniach nad szpitalnictwem polskim w odbudowie kraju naszego. Kraj nasz — narazie, a może nawet przez czas dłuższy, będzie musiał zadowolnić się o wiele mniejszą ilością łóżek.

Dane statystyczne, dotyczące ilości miejsc szpitalnych dla obłąkanych w Królestwie Polskim¹⁾, pouczają, że w r. 1911 w całym Królestwie było 16 szpitali dla obłąkanych, a mianowicie w gub. Warszawskiej 5, w War-

¹⁾ Por. Rocznik Statyst., 1915, str. 231 i 238.

szawie 3, w gub. Lubelskiej 4, Piotrkowskiej 2, Kieleckiej 1, Suwalskiej 1. W nich — łóżek 1516, chorych 1891; dni szpitalnych 648321 (194,5 dni na 1 chorego). Taki jest nasz *status praesens* pod względem rozporządzalnych miejsc dla naszych obłąkanych, stan, który oddawna wywoływał równie słuszne, jak niestety bezskuteczne narzekania naszych psychiatrów (*K. Rychliński, Chodźko, R. Radziwiłłowicz* i in.). Z wyżej przytoczonych danych widzimy, że aby zadosyć uczynić wymaganiom teorii szpitalnictwa psychiatrycznego, należałoby założyć z górną 27 tysięcy łóżek dla obłąkanych w kraju naszym, t. j. niemal podnieść ilość istniejących dziś ośmnastokrotnie! Zauznaczyliśmy wszakże, że powyższe, może całkiem słuszne wymagania teorii, znacznie przechodzą to, co kraj nasz na szpitalnictwo psychiatryczne w najbliższej przyszłości poświęcić może. W obecnym stanie nauki szpital psychiatryczny nie może być jeszcze uważany za wytwórną zdrowia w tym stopniu, co szpital ogólny. Opieka nad obłąkanymi i pielęgnowanie ich jest niewątpliwie obowiązkiem humanitarnym społeczeństwa, ale zyski z kapitału wydanego na szpitalnictwo społeczeństwo osiągnie przede wszystkim ze szpitali ogólnych. Zakładanie więc tych ostatnich w społeczeństwie tak ubogim, jak nasze, jest pilniejsze, niż dążenie do zadosyćuczynienia słusznym zresztą wymaganiom teorii szpitalnictwa psychiatrycznego. Ztąd też kraj nasz przez czas pewien, oby niezbyt długi, zadawałać się będzie musiał o wiele skromniejszą liczbą miejsc szpitalnych dla swoich obłąkanych.

Mniemałbym, że dla zadosyć uczynienia choć w drobnej części istotnym potrzebom naszego szpitalnictwa psychiatrycznego, należałoby przystąpić o ile możności jaknajprędzej do pobudowania w każdej z gubernii Królestwa Polskiego szpitala dla obłąkanych na jakieś 1000 — 1500 miejsc. W ten sposób zyskałby kraj nasz conajmniej 10000 — 12000 miejsc dla obłąkanych, które to miejsca przez czas jakiś musiałyby wystarczać. W szpitalach tych należałoby zwrócić baczną uwagę na część terapeutyczną, która powinna stanąć na wysokości zadania zgodnie z wymaganiami psychiatrii nowoczesnej. Czas bowiem najwyższy, aby z naszych szpitali psychiatrycznych zetrzeć to znamię ponure *lasciate ogni speranza*, które w przekonaniu laików i wielu lekarzy niespecjalistów odstrasza od nich chorych. Z drugiej strony odnośnie do chorych przewlekłych spokojnych należałoby w miarę możliwości starać się o stosowanie pracy nietylko jako cennej metody leczniczej, ale pracy, jako takiej, w celu możliwego wyeksploatowania resztek sprawności chorych w celach pożytecznych. Oczywiście jest rzeczą, że takie „eksploatowanie“ (w sensie dodatnim!) możliwe jest tylko w prawidłowo urządzonym i celowo umieszczonym szpitalu (szpital-kolonja, warsztaty

dla chorych etc.). Pod tym względem nasze dzisiejsze szpitalnictwo psychiatryczne przedstawia się, o ile mi wiadomo, niżej wszelkiej krytyki.

Wreszcie w organizacji prawidłowej pomocy dla obłąkanych w kraju naszym niewolno nam zapominać o dzieciach nienormalnych, idjotach etc. W całym Królestwie Polskim poza przytułkiem w Warszawie dla tej kategorii chorych, utrzymywanym przez Gminę Ewangelicką, nie było i nie ma ani jednej instytucji społecznej tego rodzaju. W moim przekonaniu w każdym szpitalu dla obłąkanych powinien być specjalny oddział dla tego rodzaju pensjonarzy. W miarę możliwości należałoby i tu drogą współdziałania lekarzy-psychjatrów i pedagogów pracować nad kształceniem tego rodzaju osobników, chociażby na pół lub ćwierć pożytecznych członków społeczeństwa.

ZAKOŃCZENIE. WNIOSKI.

Powyżej starałem się zobrazować w krótkim i niezbyt ścisłym może zarysie aktualne potrzeby kraju pod względem szpitalnictwa. Stwierdzamy pod tym względem niesłychane zaniedbanie kraju naszego, w którym przy jego bardzo gęstym zaludnieniu, przy coraz to wzmagającej się kulturze ludności, deficyt koniecznych w chwili obecnej łóżek szpitalnych wynosi 71% (str. 8). Aby ten deficyt pokryć należałoby wybudować szpitali o pojemności 33046 łóżek, co oceniliśmy ryczałtowo na 58,8 milionów rubli (str. 15).

W rzeczywistości przy szczegółowszym rozważaniu sprawy szpitali gminnych, mało- i wielkomiejskich, doszliśmy do wniosku, że koszta sumaryczne tych różnych instytucji wyniosą o wiele więcej. Stwierdziliśmy bowiem, że założenie i zaopatrzenie 320 szpitali gminnych kosztować będzie 49,7 milionów rubli; założenie 59 szpitali małomiejskich (str. 41) pochłonie około 20 milionów rubli. Prócz tego — szpitale wielkomiejskie, przytułki, sanatoria, szpitalnictwo psychiatryczne, organizacja leczenia ambulatoryjnego etc. etc. Doprowadzenie kraju naszego pod względem szpitalnictwa do porządku całkowitego, jak widzimy, pochłonęłoby tak wielkie sumy i tyle pracy, że mimowoli staje przed nami w całej swej plastyce tragicznej myt o stajni Augjaszowej. Albowiem szpitalnictwo jest zaledwie jedną gałęzią naszego bytowania społecznego. A ileż to innych gałęzi tego bytowania naszego w równym jak szpitalnictwo zaniedbanu usycha? To, co się dzieje w zakresie szpitalnictwa jest odbiciem *caeteris paribus* wszystkich innych dziedzin naszej egzystencji gospodarczej. I oto staje przed nami kraj nasz w niesłychanym zaniedbanu gospodarczym, gdy wokoło u sąsiadów ład i po-

rządek. Azaliż nie Augjaszowa to stajnia? Tę stajnię oczyścić musimy sami. Nie liczymy na pomoc zzewnątrz. A Herkulesem, który musi dokonać i dokona tego czynu, będzie nasz własny Król-Duch, nikt inny!

Oczywistą jest rzeczą, na co już zwróciłem w swoim czasie uwagę w dyskusji nad podanym wyżej zarysem potrzeb naszego szpitalnictwa w Towarzystwie Lekarskim (grudzień 1916), do wykonania planu nakreślonego wyżej musimy przystępować z wolna. Pamiętać winniśmy, że szpitalnictwo funkcjonować może prawidłowo tam, gdzie i inne dziedziny życia stoją na wysokości potrzeb współczesnej kultury. Cała np. reforma naszego szpitalnictwa prowincjonalnego, zarówno gminnego jak i miejskiego, jest ściśle związana choćby z doskonałym zaopatrzeniem kraju w środki komunikacyjne. A dalej niepodobna przecież przy obecnym stanie zamożności naszej ludności gminnej rzucać na jej przeciążone i spracowane barki ciężaru utrzymania tych paru setek szpitali gminnych... Należy podnieść zamożność gminy, należy odpowiednio oświecić i ucywilizować naszą gminę, należy ugruntować w niej samorząd, wzbudzić w gminie zaufanie do samorządu, odzwyczaić gminniaków od felcerów, znachorów i babek. I wreszcie — należy dać gminie czystą wodę, bez której szpital istnieć przecie nie może, zorganizować prawidłowe usuwanie nieczystości... Dopiero na tak uprawionym gruncie można będzie naprawdę dokonać w zakresie szpitalnictwa tego wszystkiego, co wyżej było w zarysie naszkicowane, a co prędzej czy później musi wejść w życie.

Ztąd też narazie należałoby się zadowolnić tylko zapoczątkowaniem tego wszystkiego, co było zaznaczone wyżej. Możliwy przeto przystąpić niezwłocznie do naszkicowania szczegółowego planu „małego“ rozwoju naszego szpitalnictwa krajowego. Ten plan „mały“ polegałby winien przede wszystkim na pobudowaniu kilku szpitali gminnych o typie naszkicowanym wyżej oraz paru szpitali powiatowych i 2—3 wielkomiejskich (Łódź, Zagłębie Dąbrowskie, 1 szpital w Warszawie). Główny nacisk położylbym na zapoczątkowanie tej działalności od szpitali gminnych. Należałoby przeto w każdej guberni pobudować niezwłocznie i puścić w ruch 2—3 wzorowe szpitale gminne. Miałyby to niesłychane a wielostronne znaczenie pedagogiczne. Z jednej bowiem strony względnie tanim kosztem możnaby wypróbować pod względem pieniężnym i gospodarczym sprawę funkcjonowania, a zwłaszcza budowy i utrzymania wzorowego szpitala gminnego u nas. Z drugiej zaś strony szpital taki celowo zbud-

wany i prawidłowo funkcjonujący, byłby żywym przykładem zachęcającym zwiedzających go gminniaków do naśladowania. Przykład takiej tętniącej życiem instytucji przemawiałby do trzeźwej duszy naszego gminniaka o wiele wymowniej niż wszelkie broszurki lub nauki słowne. Należałoby zatem założyć po 2—3 szpitale gminne w każdej guberni, zwłaszcza w guberniach takich, jak Lubelska (np. powiaty puławski, janowski), Piotrkowska, Radomska (gdzieś w Sandomierskiem), Płocka, Kaliska, gdzie ludność gminna nieco zamożniejsza i stosunkowo kulturalniejsza. Prócz tego należałoby pobudować niezwłocznie kilka szpitali powiatowych oraz z wielkomiejskich — wyżej wspomniane (Łódź, Zagłębie, Warszawa). W tym „małym“ planie uważałbym też za niezbędne umieszczenie choćby dwóch sanatorjów ludowych dla suchotników oraz przytułków według omówionego wyżej planu (por. str. 56, 62), a także — większych szpitali dla obłąkanych (gub. Lubelska na granicy z Siedlecką oraz gdzieś w równej odległości od Piotrkowa, Radomia i Kielc np. choćby w pobliżu Opoczna). Sanatorjum, przytułek oraz szpital dla obłąkanych możnaby pobudować w jednej „fermie szpitalnej“ odpowiednio rozległej, tak, iżby żadna z instytucji pomienionych nie przeszkadzała sobie, a wszystkie razem mogły korzystać ze wspólnych instalacji, takich, jak ogrzewanie, oświetlenie, kanalizacja, wodociągi etc. (por. str. 60, 71). Oczywistą jest rzeczą, że i kosztorys takiego planu „małego“ byłby odpowiednio zredukowany do kilkunastu milionów rubli. Wszakże wprowadzenie w życie takiego „małego“ planu nie może i nie powinno powstrzymać nas od nieustannej pracy nad urzeczywistnieniem planu całego — a więc w tym zakresie „wielkim“, jak to wyżej nakreśliłem. Ów plan „wielki“ to nie fantazja, przeciwnie, to istotne wymagania w zakresie szpitalnictwa, potrzeby rzeczywiste z liczebności naszej wypływające.

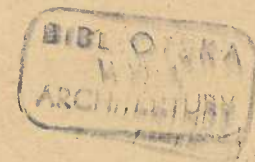
Aby życie z jego nieustającymi potrzebami o ile możności uzgodnić z istniejącym a tak niedostatecznym ilościowo i jakościowo stanem szpitalnictwa, zanim będziemy w możności zapewnić każdemu choremu miejsce i odpowiednie leczenie w szpitalu, nie pozostaje nam nic innego jak rozwinąć energiczną działalność zapobiegawczą, profilaktyczną w gminach i miastach. W ten sposób zmniejszymy przede wszystkim ilość przypadków chorób zakaźnych w naszych miasteczkach i gminach, przez co dotkliwy brak miejsc w szpitalach dla chorych zakaźnych stanie się nieco mniej nieznosnym. A więc wprowadzając narazie w życie plan „mały“ rozwoju szpitalnictwa, winniśmy jednocześnie rozwinąć energiczną walkę z du-

rem brzuszny i krwawą biegunką (dostarczanie czystej wody i usuwanie nieczystości) w naszych miastach i gminach; z ospą (przymusowe szczepienie), z chorobami dziecięcymi (hygienu szkoły i ochronki), z dudem plamistym (kąpiele ludowe, czystość izb), z chorobami połógowemi (udostępnienie rodzącym postępowej i wyszkolonej odpowiednio pomocy akuszeryjnej) i wreszcie z gruźlicą i chorobami wenerycznymi (odpowiednia propaganda, udostępnienie pomocy ambulatoryjnej etc.). Jako środek tymczasowy, powiększający ilość łóżek szpitalnych dla prawdziwie chorych, należałoby rozwinąć energiczniejszą działalność w celu usunięcia bezwzględnego ze szpitali tych wszystkich, którzy nie są chorzy. W ten sposób powstałaby konieczność zwiększenia miejsc o charakterze czysto przytułkowym, co zresztą już zapoczątkowano w Warszawie. Z drugiej strony należałoby rozwinąć starania w celu skrócenia pobytu w szpitalu tych, którzy, ściśle biorąc, już mogą być wypisani ze szpitala (posunięci ozdrowieńcy po chorobach ostrych, po operacjach chirurgicznych i t. p.). Należałoby też wpłynąć na skrócenie czasu oczekiwania na operację chorych na oddziałach chirurgicznych i ginekologicznych. I wreszcie zapobiegać wszelkimi sposobami nagromadzeniu się w szpitalach chorych nieobłożnie! Ztąd wynika konieczność zorganizowania w większych miastach Królestwa porządnej pomocy ambulatoryjnej. Trzebaby raz przestać nareszcie traktować sprawę pomocy dla ubogich chorych przychodnich tak lekceważąco jak dotychczas. W ogólnych zarysach nakreśliłem już wyżej plan działalności w tym tak zaniedbanym u nas dotychczas kierunku (por. str. 19, 31, 33, 51 i in.). W moim przekonaniu Warszawa powinna dać przykład w tym kierunku i rozpocząć od zorganizowania oddzielnie od szpitali paru lecznic dla ubogich chorych przychodnich oraz domu „terapeutycznego“ z centralą badań djagnostycznych w tej postaci, jak to miałem sposobność omówić wyżej (str. 51). Nie ulega wątpliwości, że w ten sposób część chorych szpitalnych, nadających się do leczenia ambulatoryjnego, opuściłaby nasze szpitale, uwalniając miejsca dla chorych obłożnych.

Narazie przeto, przy zastosowaniu środków w rodzaju powyższych, i jednoczesnym wprowadzeniu w życie planu „małego“, możnaby ów ostry „głód“ łóżek szpitalnych w naszym kraju jako tako zaspokoić. To dałoby nam możność powolnego i nieustannego wprowadzania w życie planu „wielkiego“ rozwoju naszego szpitalnictwa krajowego w sensie tych postulatów, które powyżej starałem się uzasadnić.

Jedną z poważniejszych przeszkód przy szybkim urzeczywistnianiu planu „wielkiego“ rozwoju naszego szpitalnictwa krajowego byłby niewątpliwie

brak ludzi — a więc w pierwszej linii brak odpowiednich kadrów służby lekarskiej i zwłaszcza pielęgniarskiej. Trudno przewidzieć jak się ułożą stosunki bytowania naszego po wojnie... Obecnie liczba lekarzy w naszym kraju jest stanowczo niewystarczająca. I przed wojną było ich stosunkowo mało. Przez czas pewien po wojnie stosunki pod tym względem nie o wiele zmieniają się na lepsze. Niepodobna też przewidzieć ilu lekarzy produkować będą i jakie nasze wszechnice... To pewna, że aby dotkliwemu brakowi lekarzy u nas zapobiedz, wypadnie przez czas pewien uciec się do sposobów niezwykłych. Wypadnie, mianowicie uzyskać decyzją władz naszych sejmowych na zezwolenie zajmowania się praktyką lekarską u nas, publiczną i szpitalną, wszystkim lekarzom polakom, bez względu na to, gdzieby ukończyli studia, i bez żadnych egzaminów. Wystarczyłoby w tym razie ściśle zbadanie kwalifikacji tych lekarzy przez nasze władze państwowe oświecenia. Będzie to trwało tylko lat kilka, w sensie zarządzenia tymczasowego, które ustanie z chwilą dojścia naszej własnej produkcji pod względem lekarskim do rozmiarów dla potrzeb krajowych niezbędnych. W ten sposób da się zapobiedz niewątpliwie brakowi lekarzy u nas, który zresztą wobec wprowadzania narazie planu „małego“ nie będzie tak ostro odczuwany przez ludność. Daleko trudniej będzie ze służbą pielęgniarską wyższą i niższą. Zwłaszcza z tą ostatnią. Praca w szpitalu dotychczas nie była zachęcającą dla posługi niższej. Nie oddawał się jej nikt z powołania, z zamiłowania i dla przyjemności. Zmuszał do niej ludzi brak zarobku i głód. Po wojnie dla służby męskiej otworzy się cały szereg wakansów (wojsko, policja, poczta, koleje, urzędy niższe), dotychczas nieistniejących. Przemysł fabryczny i wytwórczość na potrzeby nasze własne i cudze wzrosnie u nas niestłuchanie i to pochłonie również mnóstwo ludzi, kobiet i mężczyzn. Wreszcie wzrosną z rozwojem oświaty i kultury wymagania... Z tym wszystkim, myśląc o przyszłym rozwoju naszego szpitalnictwa krajowego, musimy się już a priori bardzo liczyć. To też nie pozostanie nam nic innego, jak pod każdym względem podnieść stopę naszej niższej służby szpitalnej w przyszłych naszych szpitalach krajowych i bezwarunkowo rozszerzyć zakres korzystania w szpitalnictwie z pracy służby kobiecej.



SPIS RZECZY.

	<i>Str.</i>
1. Wstęp	1
2. Szpital gminny	18
3. Szpitale małomiejskie (powiatowe)	29
4. Kilka słów o szpitalach wielkomiejskich	49
5. Przytułki	56
6. W sprawie sanatorjów dla gruźliczych	62
7. Szpitale dla obłąkanych	69
8. Zakończenie. Wnioski	73

DO NABYCIA WE WSZYSTKICH KSIĘGARNIACH
 NASTĘPUJĄCE DZIEŁA, WYDANE Z ZAPOMOGI
 KASY POMOCY DLA OSÓB PRACUJĄCYCH NA POLU NAUKOWEM
 imienia D-RA MED. JÓZEFA MIANOWSKIEGO
 LUB OFIAROWANE NA RZECZ KASY

MEDYCYNA

	Rb. k.
Anatomia opisowa według wykładów d-ra med. i fil. <i>Edwarda Lotha</i> , napisali: <i>Włodzimierz Koskowski</i> , <i>Kazimierz Tyska</i> i <i>Stefan Bogustawski</i> (16×25 ¹ / ₂). Zeszyt I, 1916, 112, rys. 19. Zeszyt II, 1916, 224, rys. 170. Każdy zeszyt . . .	1 50
Baginsky A. Wykład chorób dzieci. Podręcznik dla lek., stud. Przekład z wyd. niem. 1883, przez d-ra <i>Wiktora Kosmowskiego</i> (14×21). Tom I 1886, VIII+279. Tom II 1886, 272. Tom III 1887, 272. Każdy tom . . .	1 —
Bichniewicz Z. Materiały do chemoterapii twardzieli (16×24) 1915, 31.	
Biegański Wl. Logika medycyny czyli krytyka poznania lekarskiego. Wydanie 2 (14 ¹ / ₂ ×22 ¹ / ₂) 1908, XVII+267 . . .	1 —
Billroth Th. v. Winiwarter Al. Wykład chirurgii ogólnej w 51 odczytach. Podr. dla słuchaczy n. lek. i dla lekarzy. Przeł. z 15 wyd. niem. <i>Sktłodowski, Żurkowski, W. Watten. Wertheim</i> (16×24) 1898—1900, XIV+1134+ryc. 175 w tekście . . .	4 —
Bornstein M. dr. O odrębnym typie rozszczepienia psychicznego. (16×23 ¹ / ₂), 1916, 85 . . .	— 80
Brzeziński J. Ochędostwo jako warunek zdrowia (13 ¹ / ₂ ×20), 1908, 38 . . .	— 3
Cels A. Cornelius. O lecznictwie ksiąg ośmiuro. (A. Corn. Celsii. De medicina libri octo), z najlepszych wydań <i>Almeloneen'a, Krause'go</i> i <i>Targi</i> na język polski przeł. dr. med. i chir. <i>Henryk Łuczkiewicz</i> (18×25 ¹ / ₂) 1889, XXXVII+630. (2 —)	— 50
Cybulski N. prof. Fizjologia człowieka (15×23 ¹ / ₂). Cz. I. Krew. Limfa. Mięśnie. Układ nerwowy. 1894, III 239 . . .	— 75
Cz. II. Krążenie krwi i limfy. Oddychanie. Trawienie. 1892, IV+494 . . .	— 75
Cz. III. Wydaliny. Charakter spraw chemicznych. Statyka i dynamika ustroju. Zmysły. Oko. 1894, IV+717 . . .	— 75
Cz. IV. wyd. staraniem <i>Stanisława Markiewicza</i> . Zmysły.—Ucho.—Powonienie.—Smak.—Czucie.—Szczegółowa fizjologia układu nerwowego centralnego.—Fizjologia rozmnażania się i rozwoju. 1886, 719+906 . . .	— 75
Dębiński Bol. Dyagnostyka gruźlicy cz. I.—Metody kliniczno-laboratoryjne z przedmową d-ra <i>Sokołowskiego</i> (11×25 ¹ / ₂) 1919, VI+129+III+2 tabl. . . .	1 —
— Znaczenie odmy piersiowej sztucznej w leczeniu gruźlicy płucnej. (Odczyty kliniczne, serya XXI). (17×26), 1916, 71+VI tabl. . . .	— 40
Dmochowski Zdzisł. Dyagnostyka anatomo-patologiczna (15×23 ¹ / ₂). Cz. I. Klatka piersiowa, 1903, III+421 . . .	5 —
Cz. II. Jama brzuszna. 1909, IV+1000 . . .	10 —
Erlicki Al. Wykłady kliniczne o chorobach umysłowych (15×23) 1897, 373 . . .	1 50
Fizjologia człowieka pod redakcją A. Becka i N. Cybulskiego 2 tomy. 1915, 663, 715. Cena za 2 tomy . . .	8 —
Flatau Ed. Prace z pracowni neurobiologicznej. Tom 1. (16×24), 1917, VI+362, tabl. XXIII . . .	3 20
Gaszyński St. Akuszerya dla użytku lekarzy i uczniów szkół położniczych (18×27) 1912, 360 rys.+XVI+815 . . .	4 —
Gottlieb R. dr. i Meyer H. Hans dr. Farmakologia doświadczalna. Podręcznik dla studentów i lekarzy. Z II-go wydania niemieckiego przełożył <i>Dr. Jan Pruszyński</i> . 1916, XX+626 . . .	3 60
Güntner S. Wstęp do nauki bakterjologii ze szczególnem uwzględnieniem techniki mikroskopowej. dla lek. i stud. Z niem. przeł. dr. <i>Aleksander Żurkowski</i> (16 ¹ / ₂ ×13) 1902, III+552 z 90 fotogram. . . .	9 —
Heiman T. Choroby narządu słuchowego. Podręcznik dla lek. i stud. 161 rys. w tekście (14×22) 1902, VIII+729 . . .	3 —
— Krótki rys historii otjatrii z portretem. 1912, XVI+208 . . .	2 —
Henle J. Zarys anatomii człowieka w opracowaniu prof. d-ra <i>Fr. Merkla</i> . Z czwartego wydania niemieckiego przełożony przez grono Lekarzy Warszawskich pod redakcją d-ra <i>E. Lotha</i> . Tekst z licznymi, częściowo barwnymi rycinami i atlasem. 1917, VII+732+II . . .	
Atlas z licznymi, częściowo barwnymi rycinami. 1917, 498 . . .	
Huetter-Lossen. Wykład chirurgii szczegółowej. Przeł. z 7-go wydania niem. dr. <i>Lesniowski, Szumlański, Łapiński, Przyppowski, Stawiński, Groszlik, Pałeczki, Korzeniowski</i> (15×23) 1898—1900, 1558+353 rys. . . .	5 —

	Rb. k.
Jaccoud S. Wykład patologii szczegółowej Przekład z 7 wyd. franc., ozdob. drzeworytami, 1 tab. chrom. (16×24) 1884	2 —
Karwacki L. i Biernacki S. O wpływie hamującym niektórych środków chemicznych na rozwój łaseczników gruźliczych na podłożu sztucznym, (20×29), 1916, 49.	— 50
Knappe W. Dyzenterya (16×24), 76	— 50
Knopf S. A. dr., Łagowski St. Gruźlica jako choroba społeczno-narodowa i walka z nią. 1901, 73 z rys.	— —
Koźlakowski F. dr. Anatomia i Fiziologia zębów człowieka. Podręcznik dla słuchaczy szkół dentystycznych i dla lekarzy poświęcających się odontologii. (16×24), 1914, IX, 146	1 50
Kramsztyk Z. Objawy kliniczne chorób oczu (15×23) I, 1907, 388, II, 411. Dwa tomy	4 —
Krehl L. dr. Fiziologia patologiczna. Podr. dla lek. i stud. Z 5 wyd. niem. przeł. dr. Jan Pruszyński, doc. Uniw. Lwów. (16½×24) 1911, 638+XVII	2 —
Krysiński St. Słownictwo anatomiczne (16×23½).	
Cz. I. Nazwy anatomiczne. 1898. XVII+268, z 30 rys. w tekście i 2 tabl.	— 75
Cz. II. Słownik nazw anatomicznych łacińsko-polski i polsko-łaciński. 1898, 275	— 75
Cz. III. Słownik abecedłowy nazw anatomicznych łacińsko-polski z objaśn. źródło-łowowemi. 1898, 125	— 60
Malinowski F. dr. Choroby weneryczne, tom II. Wrzód weneryczny, zgorzeliowy, zwyczajny. Zapalenie żołądki. Lepieże stożkowate. Rzeżączka. (17×25), 1916, 231, 40 rys. i 7 tabl. kol.	2 —
Męczkowski W. dr. Monografie historyczne szpitali w Królestwie Polskiem 1907, 480	1 50
Medycyna Społeczna. Prace Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej. Tom I. 1916. Wydane przez R. Radziwiłowicza i W. Knappego. 1917, 171	
Orłowski S. Choroby nerwów obwodowych. Choroby rdzenia kręgowego, 186 rys. w tekście, 1 tabl. (17×46) 1906, 419+VIII	2 50
— Syfilis rdzenia (14×22) 1898, 340, z 4 tabl. lit.	1 —
Otto C. Zmiany anatomiczne w sercu w ostrem i przewlekłym zatruciu alkoholem. 1913 (11½×15), 58 tabl.	— 50
Palmirski Wł. i Karłowicz Zen. Wodowstręt u ludzi oraz szczepienia zapobiegawcze według metody Pasteur'a (12½×19) 1911, VIII+183	— 76
Podręcznik histologii ciała ludzkiego, zbiorowo napisany przez następujące grono: A. Bochenek, N. Cybulski, E. Godlewski, H. Hoyer jun., K. Kostanecki, L. Kryński, St. Maziarzski, Al. Rosner (Kraków), Wł. Szymanowicz (Lwów), L. Dydyński, H. Hoyer sen., Wł. Janowski, W. Kamocki, A. Kuczyński, R. Radziwiłowicz (Warszawa). Redakcją kierował H. Hoyer sen., wyd. L. Dydyński. 1901, 562, ryc. w tekście 430	2 40
Poradnik Weterynaryjny dla gospodarzy wiejskich małorolnych (16½×24) 1912, 365+V+rys. 92 opraw,	— 75
Przegląd piśmiennictwa lekarskiego za r. 1912+1913, pod red. T. Borzęckiego rok XXXVII.	
Roszkowski W. i Żebrowska A. O budowie pochewek prącia u błotniarek. 1915, 56.	— 50
Rzętkowski K. Badania nad zachowaniem się kwasów aminowych w ustroju ludzkim. (16×25), 1916, II+223+XLVII	3 —
Sander F. Zarys nauki o Publicznej Ochronie Zdrowia według 2 wyd. r. 1885, przeł. St. Markiewicz (14×22) 1894, IV+632	1 50
Serkowski S. dr. Mleko i mleczarstwo w oświetleiu higieny i bakterjologii, ze 130 rzs. w tekście (15½×24) 1907, 476, wydanie I-sze. Wydanie II-gie uzupełnione. 1917. XII. 560	4 50
— Wakcynoterapia. Zarys społecznego stanu wiedzy o istocie szczepień ochronnych i leczniczych. 1913. VIII+300+15.	
Steinhaus J. Prace laboratorium anatomii patologicznej Szpitala Żydowskiego w Warszawie (17×25½).	
Zesz. I. 1904, z 3 tabl. rys. 40	1 —
Zesz. II. Histologia patologiczna badania mikroskopowego tkanek i płynów patologicznych. 1905	— 75
Zesz. III. Histologia patologiczna ogólna. 1905, 194, tabl. 25	2 72
Szybiński Wł. Pomoc przy porodzie u krów. 1907, 86	— 15
Tchórznicki J. Pilne sprawy higieniczne	1 —
Tryjarski E. i Saski St. O leczeniu twardzieli szczepionką swoistą. Odbitka z Gazety Lekarskiej	— 50
Wassercug D. Objawy oczne przy zaburz. ukl. nerw. oraz wartość ich przy rozpoz. siedliska i natury chorób mózg. Z rys. szemat. (15½×23) 1891. XIII+III tabl. kol.	1 —
Weber Mayer. Klimatoterapia i balneoterapia. Przeł. i uzupełnił dr. T. Borzęcki (15½×23) 1909, XIII+360	1 20
Wroński Wł. Jak sobie radzić w nagłych wypadkach przed przybyciem doktora i jak się obchodzić z chorymi. Wyd. 2. 1908, 259+VI	— 25
Wrzosek Ad., dr. med. Propedeutyka lekarska, wydana staraniem d-ra W. Szumlańskiego (17½×26½) 1913	1 —

2589