

N<sup>o</sup> 444.



|| EX LIBRIS ||  
STEFANA DZIEWULSKIEGO



5  
no U 1997 "C"  
POTRZEBY

SZPITALNICTWA

WARSZAWSKIEGO

Skreślił

*Dr. Nosocomialis*

(E. W. J.)

Przedruk z „GŁOSU” № 12—18 z r. 1897.

WARSZAWA.

Druk F. CSERNÁKA, Krakowskie Przedmieście № 6.

1897.

POTRZEBY  
SZPITALNICTWA  
WARSZAWSKIEGO

Skreślił

*Dr. Nosocomialis*

(B. W. J.)

Przedruk z „GŁOSU” № 12—18 z r. 1897.

WARSZAWA.

Druk F. CSERNÁKA, Krakowskie Przedmieście № 6.

1897.



М. 426

Дозволено Цензурою.  
Варшава, 13 Мая 1897 года.



11, 1897

~~U 928/46~~

B208PK/014-42

Coraz częściej dają się w prasie słyszeć głosy o przepelnieniu szpitali warszawskich, nigdzie jednak nie spotkałem szczegółowej charakterystyki naszego szpitalnictwa.

W szpitalach ogólnych Warszawy w r. 1894 było chorych 20.895 i ambulatoryjnych 168.069; sama wysokość tych cyfr świadczy, jak doniosłego zagadnienia dotykamy.

Szpitala są instytucjami społecznymi; z tego też stanowiska trzeba na nie patrzeć i działalność ich oceniać. Dlatego omawianie takich kwestji nie powinno być przywilejem jedynie prasy lekarskiej, dostępnej tylko ogółowi lekarskiemu.

Na zasadzie dokładnej znajomości stosunków, które panują w szpitalach naszych, a po części zagranicznych, postaram się treściwie przedstawić stan obecny naszych szpitali. Jako materiał służyły mi w tej pracy, oprócz faktów osobiście obserwowanych: sprawozdanie Rady miejskiej warszawskiej (rok 1894), sprawozdanie inspektora szpitali, prof. Czausowa i kilka sprawozdań szpitali, które miałem sposobność w innych dużych miastach oglądać <sup>1)</sup>.

---

<sup>1)</sup> Posiłkowałem się mianowicie następującymi sprawozdaniami: 1) Prof. Czausów. *Warszawszka obszczyja bolnicy* (1891 r.); 2) *Otczot o sostojanji obszczestwiennaho przizrenja w gor. Warszawie* (1894); 3) *Jahrbücher der Hamburgischen Staatskrankenanstalten* Roczn. 1893/<sup>4</sup>, 1891/<sup>2</sup>; 4) Hagemeyer. *Das neue Krankenhaus der Staat Berlin am Urban* (1894); 5) Hagemeyer. *Das Allgemeine Krankenhaus der Staat Berlin im Friedrichshein* (1879); 6) Curschmann i Deneke. *Das Allgemeine Krankenhaus zu Hamburg-Eppendorf* (1895); 7) *Jahrbuch der Wiener k. k. Krankenanstalten* (1894); 8) Prof. Czausów. *Oczerk dżiwżenja bolnych w Warsz. bolnicach za 1894 god*; 9) *Organisacja Rad Opiekunecznych Główniej i szczegótowych zakładow dobroczynnych w Królestwie Polskiem* (1842); 10) *Polożenje ob uprawlenji blagotworitelnyimi zawiedienjami w gub. Warszaw., Kalisz. itd.* (1870); 11) *Rospisanje poreji dla biednych gor. Warszawy* (1873); 12) *Otczot o sostojanji obszczestwiennaho przizrenja w gor. Warszawie* (1895); 13) *Russkij Kalendar Suworina* (1896).

## I. DZIEJE STATUTÓW.

Szpitala w Warszawie, jak zresztą i wszędzie w Europie, powstały, jako instytucje dobroczynne, instytucje miłosierdzia chrześcijańskiego przy rozmaitych bractwach i zakonach. To też w dawnych szpitalach, według słów prof. Czausowa, dwa fakty zwracają szczególniejszą uwagę: 1) udział misjonarzy i bractw w organizacji i zarządzie szpitali, opieka nad choremi siostr miłosierdzia i 2) przeznaczenie szpitali nietylko dla chorych, lecz i dla tych wszystkich, któremi trzeba się było opiekować, a więc dla starców, kalek i podrzutków. Ze szpitali warszawskich ogólnych tylko trzy: Wolski, Praski i Zapasowy, powstały w stuleciu bieżącym; św. Rocha (1707), Dzieciątka Jezus (1762), Ewangielicki (1736) i Żydowski (1794) są instytucjami dawniejszych czasów. Szpital św. Ducha należy do instytucji najstarszych, gdyż został założony w roku 1445 przy ulicy Piwnej, w pobliżu kościoła św. Marcina. Na ul. Elektorálną przeniesiono go w r. 1860. Ze szpitali, założonych w bieżącym stuleciu, Praski zbudowano w r. 1828 dla czwartego pułku, jako szpital na choroby oczu, na pamiątkę przyjęcia przez W. ks. Konstantego mandatu do sejmu. Wolski został otwarty w r. 1877 przy domu Zarobkowym Staszycy; Zapasowy w 1832 roku.

Wszystkie szpitala dawniejsze były utrzymywane ze składek i zapisów. Misjonarze, bractwa, zakony i stowarzyszenia przyczyniały się ogromnie do powiększenia dochodów szpitali, które z małych przytułków rozszerzały się stopniowo do instytucji poważnych na 200, 300, a nawet 700 łóżek. „Czy

to nie wstyd dla późniejszych, naszych czasów?” — pyta prof. Czausów. „Ze smutkiem trzeba przyznać — pisze dalej — że w czasach teraźniejszych zapisy na instytucje, znajdujące się pod zarządem Rady miejskiej, są zjawiskiem bardzo rzadkiem.” Dla stałych mieszkańców m. Warszawy pobyt w szpitalach był bezpłatny; pierwszy raz o płaceniu za szpital wspomniano dopiero w r. 1846: z początku płacono 15 kop., potem 20, wreszcie od 1883 r. — 30 kop.

Drugiego marca 1842 roku zatwierdzoną została „Organizacja Rad (opiekuńczych i szczegółowych) Zakładów dobroczynnych w Królestwie Polskiem.” Na zasadzie tej „Organizacji” szpitale oddane zostały pod zwierzchnią władzę Komisji rządowej Spraw wewnętrznych i duchownych (art. I). Główny zarząd nad temi zakładami oddany został Głównej Radzie opiekuńczej Zakładów dobroczynnych (art. II); Główna Rada opiekuńcza składała się z prezesa i członków, do których byli zaliczeni i wszyscy prezydujący w Radach szczegółowych szpitali (art. IV § 9). Wewnętrzny i bliższy zarząd szpitali należeć miał do Rad opiekuńczych szczegółowych, przy każdym z nich ustanowionych (art. 25). Ustawa z roku 1842 w 698 paragrafach zawiera bardzo szczegółowe przepisy, dotyczące całej wewnętrznej organizacji szpitali, służby lekarskiej i nielekarskiej itp.

W roku 1870 wprowadzono w Królestwie Polskiem ustawę nową, która jednak znosiła tylko niektóre paragrafy ustawy 1842 r. Stworzenie dla Warszawy Rady miejskiej Dobroczynności publicznej, podległej wprost Ministerjum Spraw wewnętrznych, i zniesienie Rad szczegółowych szpitali — oto najgłówniejsze zmiany, jakie zaszły po wprowadzeniu nowej ustawy.

Atrybucje zniesionych Rad szczegółowych były bardzo szerokie. Obowiązkiem ich było: dbać troskliwie o utrzymanie szpitali, zawiadywać funduszami szpitalnemi, układać projekty, etaty i wszelkiego rodzaju anszłagi (§ 5). Tutaj rozstrzygano kolegialnie na posiedzeniach Rad szczegółowych wszelkie sprawy, dotyczące miejscowej administracji szpitalnej i funduszków, do nich należących. Decyzje Rad szczegółowych w pewnych wypadkach były nieodwołalne, w innych



zaś ulegać miały zatwierdzeniu Głównej Rady opiekuńczej (§ 6). Do Rad szczegółowych należało przedstawianie do nominacji i uwolnianie członków Rady, lekarzy, zarządzającego apteką oraz intendenta, a w razie potrzeby i osób duchownych (§ 7). Ustawa z r. 1870 (§ 32) powierza zarząd administracyjno-gospodarczy we wszystkich szpitalach Naczelnikowi zakładów dobroczynnych, lekarski zaś—inspektorowi szpitali cywilnych m. Warszawy. W poszczególnych szpitalach dział gospodarczo-administracyjny należy do intendenta i on za wszystko odpowiada, dział zaś medyczny został powierzony lekarzowi szpitalnemu, a jeżeli jest ich paru—starszemu z nich (§ 48). Ogólny nadzór nad zakładami dobroczynnymi i szpitalami, według ustawy 1870 r., mają kuratorzy (opiekunowie) (§ 56).

Takie tylko zasadnicze zmiany zaszły w szpitalnictwie na mocy ustawy 1870 r.; szczegółowe zaś obowiązki lekarzy, intendenta, sióstr miłosierdzia, służby niższej, zachowania się chorych i utrzymania ich, zawarte w ustawie z r. 1842, obowiązują do tej pory i niemi przeważnie szpitalnictwo się kieruje.

Rada decyduje o potrzebach szpitali, Rada układa i zatwierdza etaty, bez zatwierdzenia Rady ani intendent, ani lekarz naczelny nie mogą niczego dokonać dla dobra szpitala; w rękach Rady są wszystkie fundusze i tylko Rada niemi rozporządza. W poszczególnych szpitalach do wewnętrznej służby szpitali, stosownie do ich rozmiarów, są przeznaczeni: lekarz naczelny, lekarze ordynujący, lekarz miejscowy, intendent, zarządzający apteką (siostra mił.), sekretarz, felczerzy, dozorczy i dozorczyńie sal, kucharki, praczki, posługacze i posługaczki (§ 3).

Obowiązki wyżej wymienionych osób są następujące. Lekarz naczelny ma pieczę o chorych i dokłada wszelkich starań do racjonalnego i prędkiego leczenia chorych. Z tego powodu lekarz naczelny, chociaż nie wtrąca się do rozporządzeń gospodarczych w szpitalu, to jednak, zauważywszy zaniedbanie i braki, szkodliwie oddziaływające na zdrowie chorych, zwraca uwagę intendentów i jeżeli ten ostatni nie spełni słusznych żądań, donosi Naczelnikowi zakł. dobr. (§ 50). Lekarz ordynujący, podług obowiązującej jeszcze pod tym

względem ustawy z r. 1842, powinien zajmować się leczeniem powierzonych mu chorych (§ 576); odbywać codzien wizyty, ważniejszych chorych odwiedzać i popołudniu (§ 577); obowiązany przybyć w każdej porze dnia i nocy do szpitala na wezwanie (§ 578). Chorych na lekarza ordynującego obliczono stu (!!) (§ 106), na felczera 50 (§ 109). Lekarz miejscowy przestrzega zachowywania zasad policji szpitalnej, udziela niezwłocznie pomocy chorym nowo przybywającym, lub w nagłym niebezpieczeństwie będącym (§ 599); mieszkać ma w szpitalu i bez ważnych przyczyn z niego się nie oddalać; oddalając się wskazać swój adres, gdzie go w razie potrzeby znaleźć można (§ 601); ma zwiedzać często wszystkie oddziały w rozmaitych porach dnia i nocy (§ 605); przygotowuje raporty (§ 609), ma zastępować w razie choroby lekarza ordynującego (§ 610). „Felczerowie szpitalni dodani są do pomocy lekarzy, żadnego zaś leczenia sami przedsiębrać nie mogą (§ 611), z wyjątkiem wypadków nagłych, groźących niebezpieczeństwem życia” (§ 33). Również szczegółowo określono obowiązki dozorców i dozorczyń w salach, posługaczy i posługaczek, tylko o ich ilościowym stosunku do chorych niema mowy; również nie są wskazane pensje ani służby wyższej, ani niższej.

Lekarstwa dla chorych i opatrunki mają być w jaknajlepszych gatunkach (§ 118). Sposób żywienia chorych i służby szpitalnej został zatwierdzony przez Radę miejską na posiedzeniu 29-go grudnia 1873 r.

Do r. 1894 za szpital płacili albo sami chorzy, albo miasto, gminy itp. Dnia 15 lipca 1894 r. Rada Państwa wprowadziła w Warszawie podatek szpitalny w ilości jednego rubla od osoby na rok (§ 1). Podatkowi temu podlegają wszyscy, bez różnicy płci najemnicy w obrębie m. Warszawy, pracujący czy to w domach prywatnych, czy w zakładach i fabrykach (§ 2); wyjątek stanowią osoby nie mające lat 7 (§ 3). Osoby wyszczególnione w § 2, jak również ich żony i dzieci powinny być leczone w razie choroby w szpitalach darmo (§ 6).

## II. STAN SZPITALNICTWA WARSZAWSKIEGO W ŚWIETLE CYFR.

Jak zaznaczyłem na wstępie, chorych w roku sprawozdawczym było 20.895, leczonych stale w szpitalach ogólnych, i 168.969 chorych ambulatoryjnych. Chorzy w liczbie 20.895 przeleżeli w szpitalach 396.404 dni, czyli jeden chory leżał przecięciowo 19.1 dni. Łóżek we wszystkich 8 szpitalach ogólnych było 1.290; właściwie zaś, jeżeli odliczyć 18 łóżek w pokojkach w szpitalu Św. Ducha, za które płaci się oddzielnie i w tymże szpitalu 12 z ulepszonym pożywieniem, wypadnie, że we wszystkich szpitalach ogólnych było 1.260 łóżek. Gdyby codzień wszystkie 1.290 łóżek były zajęte, to przez rok przeleżeliby chorzy 471.034 dni, a leżeli tylko 396.404, czyli o 74.630 mniej, niż powinni. Dla czego tak jest, powiemy później. Najdłużej leżeli chorzy w szpitalu Św. Ducha, gdyż średnio wypada na jednego chorego 25 dni, potem idzie Dz. Jezus 21, Św. Rocha i Ewangelicki 20, Praski i Żydowski 15, Wolski 19 i Zapasowy 10 dni. (Następują tablice I, II i III na str. 9, 10 i 11).

Na pokrycie niedoborów wzięto z roku następnego:

Dzieciątka Jezus	16.006	rs.	86	kop.
Praski	8.094	"	69	"
Wolski	3.953	"	61	"
Żydowski	5.928	"	3	"

Razem 34.043 rs. 19 kop.

Z przytoczonych tablic widzimy, że wydatki w roku 1894 wyniosły w ogólnej sumie 385.167 rs. 60 kop., dochody zaś 366.056 rs. 73 kop. Dla pokrycia niedoboru wzięto z dochodu roku następnego według sprawozdania 34.043 rs. 19 kop., cho-

WYDATKI W CIĄGU R. 1894.

Tabl. I. (Sprawozdanie nr. II).

	Żywnienie chorych		Lekarstwa		Ubranie		Utrzym. lekarzy i urzędników		Utrzym. służby		Utrzym. mamok		Reparacja budynków, utrzymanie porządku, najem mieszkań		Wydatki czasowe z doch. wydatki		Rozmaite wydatki		Razem			
	chorych	wanny	opatrunki	instrument.	bielizna	pościel	ogrzew. oświetl.	pranie itd.	lekarzy	urzędników	Utrzym.	Utrzym.	Utrzym.	Utrzym.	Reparacja	Wydatki	Wydatki	Razem				
Dz. Jezus	22193	8	9522	9	13908	19	11675	60	19932	40	95821	87	5475	60	35751	70	9104	98	127563	64		
Św. Ducha	10732	22	2819	87	10486	63	8332	91	9721	96	—	—	16985	28	—	—	1180	83	10781	92	71041	+2
Św. Rocha	3516	72	2298	11	4088	55	4910	50	4916	95	—	—	5041	83	—	—	—	—	335	98	25108	64
Praski	2440	66	2194	28	2650	17	3117	—	2211	46	—	—	2704	29	4533	19	—	—	5258	36	25109	41
Wolski	1694	96	650	37	2302	75	4563	71	3141	40	—	—	1051	40	6359	21 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>	—	—	4695	90	24459	70 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>
Zapasowy	1810	—	556	39	3581	24	2936	62	3340	96	—	—	822	56	1153	8 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>	—	—	4264	87	18465	66 <sup>1</sup> / <sub>2</sub>
Żydowski	12441	—	7187	—	8738	96	7040	—	10596	63	—	—	4313	14	13756	6	1006	65	4295	48	69375	38
Ewang.	5269	—	1822	77	3737	16	4473	—	2927	65	—	—	4853	62	—	—	—	—	959	95	24043	54
Razem	60097	64	27050	88	47493	65	47049	34	56789	38	95821	87	41247	72	61538	25	2187	18	39397	44	385167	60

## ILOŚĆ LEKARZY PŁATNYCH, SŁUŻBY I ICH PENSJE.

(Sprawozdanie nr. 24 i 25).

Tabl. II.

	I l o ś ć						Razem			Ze sprawozdania prof. Czausowa					
	Lekarzy	Intendent	Pomoc. inten.	Księży	Felcerów	Sióstr miłos.	Służby przy chorych	Razem otrzymują lekarze	Intendent	Pomoc. gy inten. denta	służba niższa	Naczelny lekarz	Miejscowy	Ordynatorzy	
	R o c z n i e							R o c z n i e			R o c z n i e				
	R u b l i						R u b l i			R u b l i					
Dz. Jezus	11	1	5	2	10	28	51	6050	1700	2775	6424	1600	3 po 450	1000	
Św. Ducha	4	1	4	1	3	16	19	2050	1000	2720	3483	1000	300	2 po 450	
Św. Rocha	4	1	3	1	4	8	10	1350	1000	1425	1132	450	300	4 po 300	
Praski	3	1	1	1	2	5	7	900	400	345	678	300	300	450 i 300	
Wolski	3	1	1	1	2	7	5	1200	1400	380	900	600	300	2 po 300	
Zapasowy	2	1	1	1	3	5	6	1400	500	250	1044	—	450	—	
Ewangelic.	3	1	1	—	3	10	11	650	500	500	1220	450	—	—	
Żydowski	8	1	1	—	7	—	55	3250	850	2340	3504	1050	300	200	
Razem .	34	8	21	7	34	79	164	16850	7350	10735	18385	5450	3000	400	5 po 300
														6400	

Uwaga. Ostatnie 3 rubryki w tej tabelicy wzięte ze sprawozdania prof. Czausowa z roku 1891, i dla tego suma ogólna etatu lekarzy za rok 1894 nie zgadza się z sumą etatów przytoczonych przez prof. Czausowa.

## DOCHODY SZPITALI.

Tabl. III.

	Z nieruchomości i czynsz.		Procenty od kapitału	Z kasy miejskiej i kontroli służących	Z gminy żydowskiej i ewangielickiej	Zwrot za leczenie od chorych	Z dopłaty 5 kop. do biletów na widowiska publiczne	Z innych źródeł nie wymien. w przesz. rubrykach	Pozostałość z roku 1893	R a z e m
Dz. Jezus	11189	10	8880 92 $\frac{1}{2}$	10277	—	77102 331 $\frac{1}{2}$	240 33	3807 9	—	111496 78
Św. Ducha	18727	49	17068 99 $\frac{1}{2}$	—	—	27559 13	—	2635 4	7018 14 $\frac{1}{2}$	73008 80
Św. Rocha	12359	58	5253 72 $\frac{1}{2}$	—	—	9385 90 $\frac{1}{2}$	6 87 $\frac{1}{2}$	412 77	4796 61 $\frac{1}{2}$	32214 92
Praski	—	—	174 90	450	—	8147 42	8146 40	96	—	17014 72
Wolski	—	—	1465 46 $\frac{1}{2}$	4950	—	5536 11	3264	5290 52	—	20506 91 $\frac{1}{2}$
Zapasowy	52	—	—	16000	—	2613 11 $\frac{1}{2}$	—	477 89	—	19143 0 $\frac{1}{2}$
Żydowski	—	—	7744 78 $\frac{1}{2}$	—	21722 81	28822 7 $\frac{1}{2}$	2005 60	3152 8	—	63447 35
Ewangielicki	—	—	3694 87	—	2770	13968 15	3107 39	2799 5	2885 60	29225 6
Razem...	42328	17	44283 66 $\frac{1}{2}$	31677	24492 81	173134 24 $\frac{1}{2}$	16770 59 $\frac{1}{2}$	18670 44	14699 81	366056 73

ciąż z zestawienia cyfr wydatków i dochodów brak wynosi tylko 19.110 rs. 87 kop.

Koszt utrzymania jednego chorego dziennie i w ciągu roku przedstawia tablica następująca:

T A B L I C A I V.

	Pożywien. dziennie jednego chorego	Lek. dzien. i chorego	Oświetlen. ogrzewan. pranie ub. bieliz. itp.	Razem	utrzym. jednego chorego w ciągu roku	
	K o p i e j k i				Rs.	kop.
Dz. Jezus	13.7	5.9	32.9	52.5	191	95
Św. Ducha	13.4	3.6	51.0	68.7	248	45
Św. Rocha	12.0	7.9	53.5	73.4	267	91
Ewangiel.	25.0	7.3	50.1	82.5	301	1
Praski	15.0	12.6	58.0	85.6	312	44
Wolski	12.3	4.7	75.0	92.7	338	45
Zapasowy	21.8	6.6	128.6	187.0	682	55
Żydowski	11.3	6.7	25.5	43.5	158	77

Przy zestawieniu tych cyfr uderza ogromna nierówność wydatków: szpital Żydowski wydawał na utrzymanie jednego chorego dziennie 11,3 kop., szpital Ewangielicki—25,0, szpital Św. Ducha na lekarstwa i opatrunki wydaje 3,6 kop., szpital Praski 12,6. Różnica wydatków na lekarstwa zależy od ilościowego stosunku chorych chirurgicznych do chorych wewnętrznych; leczenie chorych chirurgicznych kosztuje drożej. Szpitale np. Wolski i Zapasowy nie mają wcale oddziałów chirurgicznych. Szpital Ewangielicki zaledwie 4-tą część łóżek przeznaczają dla chorych chirurgicznych, a szpital Praski w roku 1894 przeznaczają połowę. W szpitalach Dz. Jezus i Św. Ducha są kliniki uniwersyteckie i na pewną część chorych idą fundusze uniwersyteckie; dla tego w tych szpitalach na leczenie wydatkowano mniej. Co zaś do wydatków na pożywienie, to one zależą od rodzaju i sposobu żywienia chorych. Inne wydatki są w związku z miejscowymi warunkami, ilością bielizny, ilością służby itp.

### III. ILOŚĆ ŁÓŻEK. — URZĄDZENIA WEWNĘTRZNE. — ODŻYWIANIE CHORYCH. — SŁUŻBA SZPITALNA.

Żeby możliwie dokładnie przedstawić istotny stan szpitalnictwa warszawskiego, trzeba postarać się o odpowiedź na następujące pytania: czy obecna ilość łóżek w szpitalach odpowiada rzeczywistym potrzebom miasta, czy szpitale obecne odpowiadają warunkom wymaganym od tego rodzaju zakładów, czy chorzy w szpitalach są dostatecznie zabezpieczeni pod względem wygod, powietrza, pożywienia, niższej służby, obsługi lekarskiej, czy praktykowany obecnie zarząd administracyjno-lekarski nie krępuje rozwoju szpitalnictwa itd. itd.

Warszawa w 1894 roku posiadała w szpitalach ogólnych, jak to już wyżej widzieliśmy, tylko 1.260 łóżek na przeszło 515.000 ludności. W roku 1854 Warszawa posiadała 5 szpitali ogólnych z 1.016 łózkami etatowymi na 157.436 mieszkańców, w okresie więc 40 letnim ludność Warszawy powiększyła się o 357.564 osób, liczba zaś łóżek zaledwie o 244. Gdy w roku 1854 jedno łóżko szpitalne przypadało na 82 mieszkańców, w roku 1869 jedno na 123,4, to w roku 1894 jedno łóżko na 409,6 mieszkańców.

W Petersburgu 1894 r. było łóżek 4.662, czyli jedno na 222,1; w Moskwie 4.388 łóżek, czyli jedno na 187,4; Hamburg na 625.000 ludności posiadał 3.650 łóżek, czyli jedno na 171,2; Wiedeń na 1.341.897 ludności ma 4.955 łóżek, czyli jedno na 290 mieszkańców. Oprócz tego we wszystkich tych miastach są szpitale dziecinne, które przyczyniają się w znacznym stopniu do zadosyć uczynienia potrzebom mieszkańców. Nie



będę wyliczał w tej chwili szpitali dziecinnych w innych miastach, zaznaczę tylko, że Wiedeń posiada 6 szpitali dziecinnych, w których w 1894 roku było 19.208 chorych dzieci, tj. prawie tyle chorych, ile we wszystkich ogólnych szpitalach Warszawy. Petersburg posiada około 500 łóżek dziecinnych, Moskwa koło 400. Liczba więc 290 mieszkańców na jedno łóżko szpitalne w Wiedniu, napozór tak duża, zmniejszy się znacznie. Warszawa posiada tylko 2 szpitale dziecinnie i to prywatne na 124 łóżka, na których w ciągu roku sprawozdawczego leżało 1.925 dzieci.

A może Warszawa posiada tak świetne warunki sanitarne, że te 1.260 łóżek wystarczały? Tak nie jest; na dowód powołam się znów na cyfry, ale już nie ze sprawozdania Rady Miejskiej, bo tam ich nie znajdziemy, lecz z książki prof. Czausowa „*Warszawskija Obszczyja bolnicy*” z r. 1892. W książce tej na str. 48 znajdujemy liczbę „odmownych biletów,” wydanych w r. 1891 we wszystkich szpitalach ogólnych Warszawy. Widzimy tam, że biletów tych wydano 3.942, a przyjęto chorych 18.069 (str. 40). Na 22.011 więc zgłaszających się do szpitali 3.556 tj. piąta część została nie przyjętą z powodu braku miejsca, a 386 dla innych przyczyn. Jeszcze gorszy jest stosunek w szpitalach poszczególnych: u Św. Ducha na 3.758 zgłaszających się nieprzyjęto dla braku miejsca 1.130, w szpitalu Praskim na 1.271 zgłaszających się przyjęto tylko 891, a 318 dla braku miejsca przyjęcia odmówiono. Prawda, że niejednen z tych chorych mógł być przyjęty do innego szpitala, wielu mogło dostać odmowne bilety w paru szpitalach, ale wszyscy, którzy się stykają ze szpitalami wiedzą, że liczba 3.556 odmownych biletów nie odpowiada rzeczywistej liczbie osób nie przyjętych dla braku miejsca; liczba ta jest 2 razy, jeżeli nie 3 mniejszą od rzeczywistej dla tego, że nie wszyscy chorzy, którzy się zgłaszają do szpitalów, dostają „odmowne bilety:” jedni nie dostają dla tego, że biletów nie żądają, drudzy dla tego, że nie było lekarza, któryby bilet podpisał.

Cyfry te dowodzą, że szpitale warszawskie ilościowo w znacznym stopniu nie odpowiadają potrzebom miasta.



Według sprawozdania Rady w ciągu 1894 r. chorzy przeleżeli o 74.630 dni mniej, niż powinni. Pochodzi to stąd, że przez parę miesięcy letnich szpitale są odnawiane, a ilość obliczona tak, jakgdyby wszystkie łóżka mogły być cały rok zajęte. Z powodu ciągłego braku miejsc w szpitalach, lekarze muszą wypisywać rekonwalescentów wcześniej, niż powinni, żeby robić miejsce dla zgłaszających się nowych ciężko chorych. Wiedzą o tem wszyscy w szpitalach, żeby jednak dać czytelnikom więcej przekonywający argument, zaznaczę, że kiedy w Warszawie przeciętnie jeden chory leżał 19 dni, w Hamburgu np., ponieważ miejsc jest więcej, chory leży dni 40. Tylko 3 tygodnie różnicy!

Nie lepszy jest stan szpitali warszawskich pod względem jakościowym. Z wyjątkiem szp. Św. Ducha, który ma system zbliżony do pawilonowego, centralne ogrzewanie i wentylację, wszystkie szpitale, jako instytucje dawno powstałe, mają albo system stary, to jest że budynki są połączone wszystkie razem i tworzą czworobok (Dz. Jezus, Św. Rocha, Żydowski, Ewangelicki), albo mieszczą się w budynkach, nie przeznaczonych pierwotnie na szpitale (Wolski, Praski), albo w budynkach wynajętych (Zapasowy). Większość szpitali nie posiada kanalizacji, nigdzie niema wentylacji sztucznej, nigdzie należytego ogrzewania i oświetlenia. Z powodu braku wentylacji, najwadliwszego położenia wani i ustępów, z powodu braku miejsca do rozdawania jedzenia, niepodobieństwo zachować porządek i czystość na salach i jako tako znośne powietrze. Sale dla chorych stale przepelnione, wielu chorych dla braku miejsca musi leżeć na ziemi, a ponieważ ustępy, na co wskazywał już jeden z prof. uniwersytetu w *Warsz. Dniow.*, są zbyt oddalone od sal chorych (powinny być przy każdej sali), ponieważ ani korytarze, któremi chorzy muszą chodzić do ustępów, ani same ustępy nie są ogrzewane, więc ze względu na możliwość zaziębnienia i na to, że niekażdy chory może odbywać tak daleką podróż, na salach muszą stać kubły, które jeszcze w większym stopniu zanieczyszczają i sale i powietrze. Pamiętam, że paru kolegów zemdlalo, kiedyśmy pierwszy raz przyszli do klinik Dz. Jezus, nie z powodu widoku chorych, lecz z powodu obrzydliwego powietrza

i zaduchu. Nic podobnego nie zdarzyło się nawet w prosektojum warszawskiem, gdzie wentylacja jest także bardzo pierwotna.

Z żalem i obawą patrzą lekarze na chorych, szczególnie z chorobami piersiowemi, zmuszonych leżeć w szpitalach naszych! Jeżeli tylko warunki na to pozwalają, namawiają zwykle chorych, żeby wyszli ze szpitali, bo pobyt w nich bardzo często nie leczy, nie pomaga chorym, lecz szkodzi. Wprawdzie Rada miejska w swoim sprawozdaniu podaje na jedno łóżko etatowe od 887 (Dz. Jezus) do 1.665 (Św. Ducha) stóp powietrza, ale jakie to jest powietrze, szczególnie w nocy, wiedzą i odczuwają na własnej skórze chorzy, służba szpitalna, siostry miłosierdzia, no i my, lekarze. Nic tu nie pomoże palenie w piecach, otwieranie okien itd.; tylko stała, racjonalnie urządzona wentylacja, jaka już jest zresztą na całym świecie, może zaradzić złemu.

Oprócz dobrego powietrza, najważniejszym czynnikiem w szpitalnictwie powinno być odżywianie chorych. Lecz pod tym względem jesteśmy może jeszcze więcej zacofani: żywienie chorych odbywa się u nas nadzwyczaj szablonowo, niedbale, niedostatecznie; pożywienie samo jest niesmaczne i nieapetyczne.

Z pewnem uczuciem zazdrości patrzemy na przyrządanie potraw dla chorych w szpitalach zagranicznych większych i mniejszych, kiedy porównujemy jednocześnie jakość i ilość potraw naszych. W szpitalach berlińskich np. djeta bywa 4 rodzajów. Djeta I: 250 grm mięsa pieczonego lub gotowanego, 500 grm białego chleba lub 400 grm bułek, 50 grm masła, 15 grm soli, litr kawy lub mleka dziennie. Djeta II: 167 grm mięsa, 250 grm chleba lub 200 grm bułek; soli, mleka, kawy tyle, co przy I. Djeta III: 167 grm mięsa, 200 grm bułek, reszta jak wyżej. Djeta IV ścisła: mięsa niema wcale, 100 grm bułki, reszta jak wyżej. Waga mięsa liczy się już gotowanego lub pieczonego, bez kości. Do mięsa dostają chorzy dodatki z jarzyn i kaszy, a różnorodność tego wszystkiego ogromna, bo aż 21 dań. Oprócz tego dostają chorzy stale po litrze zupy dziennie i na żądanie lekarza rozmaite (w liczbie 28)

dotatki, jak wino, piwo, jaja itd. Rozmaitość, jak widzimy, ogromna, co jest rzeczą bardzo ważną; szczególnie ze względu na chorych, których trzeba forsownie odżywiać i na tych, którzy dłuższy czas zmuszeni są pozostawać w szpitalach. Każdy wie z doświadczenia, że pożywienie musi być urozmaicane, jeżeli ma nam smakować, ma wzbudzać apetyt, ma się, jak to mówią, „nie przyjeść,” nie obrzydnąć.

W szpitalach warszawskich, według normy z 17 grudnia (s. s.) 1873 r., djeta dzieli się na pięć kategorii: 2 pierwsze z mięsem, 2 bez mięsa i jedna ściśle mleczna. Djeta I: mięsa w niedziele i czwartki  $\frac{3}{4}$  funta (300 grm) surowego razem z kośćmi, czyli pół funta (200 grm) gotowanego lub pieczonego, chleba pytlowego funt jeden (400 grm) i bułki 18 złotych. (72 grm) na śniadanie do herbaty, soli 3 złotych. (16 grm). Djeta II: mięsa surowego razem z kośćmi  $\frac{1}{4}$  funta (100 grm), chleba  $\frac{1}{2}$  funta (200 grm), bułki i soli jak wyżej. Djeta III: chorzy dostają tylko zupę na mięsie, a mięso w postaci pieczeni, jako dodatek tylko na specjalne żądanie lekarza i to nie więcej, jak jedna porcja  $\frac{1}{4}$  funta na 20 chorych; bułki 18 złotych. (72 grm) i w formie dodatku 18 złotych., czyli razem 36 złotych. (144 grm). Djeta IV: na cały dzień tylko kleik i jako dodatek na żądanie lekarza bułka 18 złotych. (72 grm). Djeta V: 12 czarek czyli 6 szklanek mleka, 18 złotych. (72 grm) bułki i 12 złotych. (48 grm) kaszy gryczanej, drobnej. Masło chorzy otrzymują tylko jako okrasę do kleiku od  $1\frac{1}{2}$  złotych. (6 grm) do 2 złotych. (8 grm) i jako dodatek do smażenia kotletów (6 złotych.—24 grm) lub pieczeni (4 złotych.—16 grm).

Najważniejszych więc produktów przy odżywianiu chorych w szpitalach warszawskich obliczono mniej, niż w szpitalach berlińskich. Mięsa w szpitalach berlińskich obliczono na chorego od 167 grm do 250 gotowanego lub pieczonego, w Warszawie od 100 do 200 grm surowego razem z kośćmi, a tylko 2 razy tygodniowo po 300 grm (surowego naturalnie). Chleba w Berlinie od 250 do 500 grm, lub bułek od 100 do 400 grm., w Warszawie chleba od 200 do 400 grm i bułki po 72 grm. Masło w Warszawie chorzy dostają tylko w porcjach w ilości od 6 do 24 grm, w Berlinie 50 grm. A przecież wszystkie te produkty są u nas znacznie tańsze, niż w Berlinie.



Urozmaicenia potraw w szpitalach warszawskich niema żadnego. Chorzy, których obowiązują 2 pierwsze djety, dostają na śniadanie: raz w tygodniu, w niedzielę, herbatę, 3 razy kleik i 3 razy krupnik; na obiad: 5 razy w tygodniu krupnik, 2 razy rosół z kartoflami; mięso z zupy używa się jako pieczone z dodatkiem 5 razy tygodniowo sosu cebulowego, raz dodaje się oprócz sosu kapusta i 2 razy śliwki suszone gotowane; wieczorem 3 razy tygodniowo kleik z kaszy jęczmiennej, 3 razy z jaglanej i raz krupnik z perłowej. Jeżeli więc chory leży miesiąc, to musi jeść 12 razy rano i wieczorem kleik z jęczmiennej kaszy, 12 razy wieczorem z jaglanej, 32 razy krupnik i 20 razy sos cebulowy. Ogromna różnorodność, nieprawda? Przy djecie III codziennie rano herbata, w południe 5 razy krupnik, 2 razy rosół z kartoflami. Mięso przy tej djecie, jak wspomniałem wyżej, dostają tylko na żądanie lekarza, jako dodatek, w formie pieczonego. Jako dodatki służą kotlety, pieczone, piwo bawarskie, piwo marcowe, wódka, mleko, kasza, jajka i kawa czarna; wszystko to można dodawać tylko przy II i III djecie. Przy drugiej na 30 porcji można zapisać kotletów, pieczonego, piwa i wódki tylko po 3 porcje, mleka 15 porcji; przy djecie III na 20 porcji, wódki 4 porcje, mleka 9 porcji, śliwek 6 porcji, kawy 6 porcji i pieczonego jedną porcję. Djety IV i V są ścisłe, bez żadnych dodatków, a koszt djety I, najlepszej, przenosi etat, przeznaczony na żywienie chorego (16.2 kop., a etat 13.5), więc szafować nią lekarz nie może. Jako jarzyny i zimą i latem używa się u nas stale kartofli, marchwi, brukwi, poza tem nic. Widzimy więc, że różnorodność potraw i dodatków śmiesznie mała i dziwnie wygląda przy 28 rodzajach dodatków i 21 rodzajach jarzyn w szpitalach berlińskich.

Wyznaczenie porcji pozostawia się lekarzom ordynującym i ci zwykle w czasie wizyt, które odbywają przed południem, stosownie do ilości chorych obecnych, piszą, a przynajmniej obowiązani są pisać t. zw. „relewy” tj. ilość i jakość porcji na dzień następny. Wobec tego, że na żywienie chorego przeznacza się dziennie tylko 13 i pół kopiejki, a koszt I djety np. 16 kop., lekarz nie może wyznaczać tyle chorym, ileby chciał. Oprócz tego, przy zapisywaniu porcji zachodzi

taka okoliczność, że chorzy, którzy przybywają po wizycie lekarzy, nie mają zapisanych dla siebie porcji na dzień następny, nie mówiąc o tem, że niema dla nich porcji tego dnia, kiedy przybywają; ci muszą być żywieni kosztem innych chorych, bo dla nich porcje mogą być zapisane następnego dnia, a dostaną je 3-go dnia po przybyciu.

Jedzenie w większości szpitalów rozkłada się w najniewłaściwszem miejscu, na korytarzach koło ustępów; tam nawet, gdzie są kuchenki (Szp. Św. Ducha) przy oddziałach, umieszczono je obok ustępów i wanien. Jedyna to centralizacja w naszych szpitalach. Zamiast centralnego ogrzewania, oświetlenia, wentylacji, mamy tę swojską centralizację. Za granicą zwykle na salach chorych są duże stoły na środku dla tych chorych, którzy mogą chodzić; przy tych stołach zdrowsi chorzy zwykle jedzą, mając rozumie się takie pomocnicze i niezbędne rzeczy, jak nóż i widelec. U nas musi jeść każdy przy swoim łóżku, zamiast noża musi mu służyć łyżka, zamiast widelca własne palce. Dodajmy do tego, że te nieliczne potrawy, nieapetycznie podane, są zwykle niesmacznie przyrządzone, a będziemy mieli dokładne pojęcie, jak są u nas chorzy żywieni. Przecież nigdzie u nas w szpitalach niema wykwalifikowanych kucharek, a przyrządzaniem potraw zajmują się siostry miłosierdzia, które mogą mieć bardzo małe pojęcie o kuchni, a do pomocy mają tylko służących i służące. Żeby zadowolić najmniej wybredny gust przy małej różności potraw, trzeba dobrej, znajęcej rzecz, zamilowanej kucharki; w obecnych warunkach tego niema.

Że te 13 i pół kopiejki na pożywienie chorego w naszych warunkach są kwotą za małą, dowodzi jeszcze szpital Ewangelicki, gdzie na chorego wydatkowano 25 kop., a i tam zbytku niema. Słusznie też mówi prof. Czausów, że „wobec niezłego urządzenia szpitala (Ewang.), takie żywienie sprzyja bezwątpienia w znacznym stopniu prędkiemu powrotowi sił chorego.”

We wszystkich naszych szpitalach i sienniki dla chorych i większość poduszek wypchane są słomą. Jak to mizernie wygląda wobec materaców i łóżek sprężynowych we wszystkich szpitalach Berlina, Hamburga, Wiednia, Pragi czeskiej, a nawet naszego Sosnowca!

W szpitalach zagranicznych nie tylko szlafroki, lecz i inne części ubrania chorych zastosowane są do rozmaitych pór roku. Chory ma inne spodnie, inne pantofle, inne skarpetki na lato i inne na zimę. Wszyscy chorzy dostają chusteczki do nosa, co i u nas według ustawy 1842 r. (§ 136) powinno mieć miejsce, a czego niema. U nas chore kobiety właściwie nie powinny mieć spódnic, a jeżeli je mają (niezawsze), to już prywatną drogą, o ile siostry miłosierdzia o tem pomyślą i z oszczędności na szlafrokach naszyją spódnic.

Ilość niższej służby szpitalnej przy chorych, warunki, w jakich ona musi pracować, przygotowanie do tego rodzaju zajęcia i płaca są mniej, niż niedostateczne. W naszych szpitalach, wobec ciągłego przepełnienia, jeden posługacz wypada na 12 do 20 chorych. Posługacz taki obowiązany być ciągle na sali, usługiwać chorym, prześcielać łóżka, roznosić pożywienie, jednym słowem ciągle być na nogach i opiekować się choremi. Oprócz tego, posługacze muszą palić w piecach, myśleć o zapalaniu lamp, prowadzić lub nosić chorych do wanny, zamiatać, froterować, wynosić dla braku specjalnej posługi, umarłych itd. Jeżeli dodać, że taki posługacz musi często po kilka razy w nocy wstawać do chorych, często nie spać wcale, że naraża się na zarażenie, to trzeba przyznać, iż praca jego jest nadzwyczaj ciężka, a pensja—4 rs. miesięcznie posługaczka i 5 posługacz oprócz pożywienia! Ubranie służba musi mieć swoje.

Za granicą jest centralne ogrzewanie, centralne oświetlenie, jest specjalna obsługa przy grabarniach, specjalna do noszenia trupów i pomimo to tam jeden posługacz wypada na 7 (Wiedeń) do 9 (Hamburg) chorych.

Wprawdzie w ostatnim roku w niektórych szpitalach wprowadzono posługę nocną, lecz wobec braku pomieszczenia i służba dzienna nie ma należytego wypoczynku, bo musi spać na salach chorych, i nocna nie ma odpowiedniego miejsca, żeby się w dzień przespać. Traci też służba szpitalna prędko zdrowie, lepszych ludzi trudno dostać, na czem najwięcej cierpią chorzy. Coby też powiedział o naszej służbie szpitalnej lekarz japoński, dr. Murato, który dziwił się w je-

dnej z gazet, że w szpitalach hiszpańskich na Kubie posługaczami są prości ludzie, nieobeznani z pielęgowaniem chorych? Czyż wobec tego można się dziwić, że w szpitalu Jana Bożego chory się ugotował, wskoczywszy do kotła i że chory dla braku opieki o mało nie utonął w wannie, co miało miejsce względnie niedawno w jednym z większych szpitali!

Żeby dać pojęcie, jak jest wynagradzana służba szpitalna za granicą, przytoczę jako przykład, że posługacze na sali operacyjnej i przy trupiarni w szpitalach berlińskich, oprócz całkowitego utrzymania i ubrania, dostają po 600 marek rocznie.



#### IV. LEKARZE SZPITALNI.

W sprawozdaniu Rady miejskiej za r. 1894 nr. 25 we wszystkich ogólnych szpitalach wyliczono tylko (patrz Tab. II) 34 lekarzy, licząc nawet oddział dla obłąkanych w szpitalu Żydowskim. W liczbie tych 34 lekarzy jest 8 lekarzy naczelnych i 10 t. zw. „miejsowych.” Jeżeli weźmiemy pod uwagę, że tylko w trzech szpitalach lekarze naczelnicy mają własne oddziały, tj. zajmują się leczeniem chorych i że doliczony jest do liczby 34 ordynator oddz. dla obłąkanych szp. Żyd., to rzeczywiście pozostanie według wykazu Rady m. 28 lekarzy, którzy się zajmują leczeniem chorych ogólnych w szpitalach i ambulatoryjnych. Jeżelibyśmy odliczyli jeszcze 10 lekarzy „miejsowych,” którzy nie mają własnych oddziałów szpitalnych, to właściwie pozostałoby 18 lekarzy. Ponieważ jednak lekarze miejscowi pomagają lekarzom ordynatorom w charakterze asystentów, pozostawimy cyfrę 28.

W roku sprawozdawczym chorzy szpitalni przeleżeli dni 396.404, czyli tyle wizyt powinni byli zrobić lekarze; jeżeli dodamy do tego jeszcze 105.167 chorych ogólnych, którym porada została udzieloną ambulatoryjnie, to wypadnie razem 501.571 porad—na jednego lekarza zatem 17.913 porad rocznie, a 49 dziennie. Przypuśćmy, że są to sami chorzy wewnętrzni, że nie wymagają opatrunków, operacji i wogóle żadnych więcej skomplikowanych zabiegów, że trzeba tylko dowiedzieć się od chorego o jego dolegliwościach obecnych itd., zbadać go, często jego wydzieliny, zapisać to wszystko do „arkusza szpitalnego” lub książki; to i tak, postępując o tyle o ile su-

miennie, mniej niż 10 minut na chorego lekarz poświęcić nie może, a to licząc 49 chorych, stanowiłoby 8 godzin pracy. A gdzie operacje, większe opatrunki, szczegółowsze badania chorych? Wprawdzie, według brzmienia ustawy z r. 1842 (106 §), jeden lekarz powinien obsługiwać 100 chorych, ale wtedy szpitale były więcej przytułkami, niż instytucjami leczniczymi i metody rozpoznawania i leczenia były inne. Teraz lekarz nie może przestać na obejrzeniu języka i policzeniu pulsu.

Dlaczego jednak lekarze nie siedzą po 8 godzin w szpitalach, chociaż większość, o ile znam kolegów szpitalnych, zajmuje się chorem sumiennie? Dlatego, że lekarzy w szpitalach jest znacznie więcej, tylko Rada miejska nie wykazuje ich w sprawozdaniu, bo im ani grosza nie płaci.

W liczbie tych 34 płatnych lekarzy jest 8 lekarzy naczelnych, 10 lekarzy t. zw. miejscowych i 16 lekarzy ordynatorów. O obowiązkach lekarzy wszystkich tych kategorii mówiłem na początku, teraz zaś pozostaje pomówić o wynagrodzeniu lekarzy, objaśnić niektóre szczegóły z obowiązków lekarzy naczelnych, ordynatorów, miejscowych, warunki, w jakich muszą pracować i zbadać, o ile lekarze mogą przyczynić się do rozwoju szpitalnictwa.

Lekarze naczelnii biorą: trzech od 1.000 do 1.600 rs. (Dz. Jezus), pięciu od 300 do 600. Ordynatorzy: jeden 1.000 rs.,<sup>2</sup> po 450 i jeden 400, reszta po 300 rs., a jeden nawet 200 rs. Lekarze miejscowi biorą od 300 (jeżeli dostają pożywienie) do 450 (bez pożywienia).

W ogólnej sumie 385.157 rs., wydanych na szpitale, pensja lekarzy wynosi 16.850 rs. (Tablica II); śmiesznie to wygląda wobec innych rubryk wydatków, chociażby np. (Tablica I) rubryki „rozmaite wydatki,” które wynoszą 39.397 rs. A więc te „rozmaite wydatki,” nie zaliczone ani do żywienia chorych, ani do lekarstw, ani do bielizny, ubrania, pensji lekarzy i urzędników, utrzymania służby, reparacji budynków i rzeczy, ani do wydatków nawet „czasowych,” jednym słowem te wydatki, których nawet wymieniać nie warto, wynoszą 39.397 rs., a pensje lekarzy zaledwie 16.850 rs. Dziwny budżet!

Najwyższą pensję, bo aż 1.600 rs. (nie mieszka w szpitalu i musi mieszkanie wynajmować, pensji ma tylko 1.200) bierze lekarz naczelny Dz. Jezus, instytucji, która daje przytułek koło tysiąca osobom, licząc z podrzutkami i instytutem położniczym. A lekarz takiej instytucji musi cały czas poświęcić na to, żeby jako tako wypełnić obowiązki. Wprawdzie ma on pomocnika, starszego ordynatora z 1.000 rs. pensji, lecz to wszystko nie zmniejsza czasu, poświęconego szpitalowi, jeżeli wziąć pod uwagę, że lekarz naczelny musi podpisywać i sprawdzać nietylko papiery, dotyczące chorych, lecz podpisać masę papierów z zakresu administracji szpitalnej.

Biorąc pod uwagę intensywność pracy, lekarz naczelny i jego pomocnik poświęcają z pewnością trzy razy tyle czasu, ile poświęca zawodowi swemu każdy inny urzędnik. Tu nie ma spraw, papierów, które można załatwić jutro, pojutrze, za tydzień, tu wszystko musi być załatwione dziś, zaraz! Czy się chory wypisuje, czy umarł, papiery jego muszą być załatwione tego samego dnia. Żywność dla chorych na jutro musi być dziś sprawdzona, lekarstwa, wyznaczone przez ordynatorów, muszą być dziś podpisane (lub wykreślone) — wszystko dziś, zaraz, czy to będzie zwyczajny wtorek lub piątek, czy pierwszy dzień Bożego Narodzenia, lub Wielkiej Nocy. Ludzie chorują ciągle.

Tymczasem w szpitalu Dz. Jezus lekarz naczelny bierze 1.600 rs., a cóż powiedzieć o tych szpitalach, w których starszy lekarz bierze 300—400 rs.! Są to wprawdzie mniejsze instytucje, ale za to nie ma pomocników. W takim razie jedno z dwojga: albo, jeżeli jest człowiekiem uczciwym, lekarz poświęca czas darmo dla instytucji i pełni obowiązki filantropijnie, albo też pełni je niedbale, niesystematycznie i jest naczelnym tylko dla reklamy, dla zadowolenia fałszywej ambicji, dla zdobywania i wyrabiania praktyki. Zauważyć trzeba, że w Niemczech lekarz naczelny bierze najmniej 6.000 marek, oprócz mieszkania, opału i światła.

To samo, co o lekarzach naczelnym, da się powiedzieć o ordynatorach płatnych. Nie można wymagać od człowieka, żeby on za 300 rs., a ze składką emerytalną za 270 rs. poświęcał się całkowicie szpitalowi. Główną przecież podstawą

egzystencji lekarza ordynatora jest praktyka prywatna, na którą musi zwrócić szczególniejszą uwagę i jej poświęcić wszystko, jeżeli chce istnieć.

Napisałem wyżej, że gdyby ci płatni lekarze chcieli podolać wszystkim obowiązkom szpitalnym, to musieliby pracować najmniej 8 godzin dziennie.

Któż więc pomaga kolegom ordynatorom płatnym?

Pozwolę sobie przytoczyć w tem miejscu z gazety *Nowosti* głos p. Cardanus'a. „Czy nie chcecie — powiada p. Cardanus—zajrzeć do sal szpitalnych w czasie wizytowania chorych? Będziecie zdziwieni, widząc tę masę lekarzy; pomyślicie sobie zapewne: ile to kosztować musi utrzymanie całego tego personelu medycznego! A czy wy wiecie, że olbrzymia większość tych lekarzy dzień w dzień, lata całe pracuje w szpitalach, dźwigając na swoich barkach cały ciężar przyjmowania chorych, dyżurowania, prowadzenia kart szpitalnych itd., nie dostając za ten cały ogrom pracy ani złamanego szeląga? Czyście słyszeli kiedy, żeby w naszym praktycznym stuleciu ludzie poświęcali swoje siły służbie publicznej, nie otrzymując wzamian od społeczeństwa nic, oprócz moralnych szczutków i szturchańców? Dotychczas—powiada dalej—wielu jest tego przekonania, że lekarz obowiązany jest pomagać cierpiącej ludzkości, nie myśląc o wynagrodzeniu za swoją pracę. Nie chcą zrozumieć, że lekarz — to uczony rzemieślnik. Nikt nie pójdzie do prawnika prosić o radę, do szewca—kupować buty, do nauczyciela — brać lekcje z myślą, że nie powinien wynagrodzić za pracę; a względem lekarza wielu ludzi uważa to za rzecz naturalną.”

Tak jest rzeczywiście, masa lekarzy musi darmo pomagać tym kilkunastu kolegom, biorącym po 270 rs. rocznie, którzy inaczej nie mogliby podolać całemu ogromowi pracy szpitalnej. Do kategorii bezpłatnych lekarzy należą lekarze-ordynatorzy nadetatowi i asystenci. Ordynatorzy nadetatowi zatwierdzani są przez ministerjum narówni z ordynatorami etatowymi i lekarzami naczelnymi. Mają własne oddziały szpitalne, muszą spełniać wszystkie obowiązki lekarzy ordynatorów; w stosunkach szpitalnych i koleżeńskich niema żadnego stopniowania między ordynatorami jednej i drugiej kategorii.

Ordynatorem etatowym może być człowiek, który nie ma żadnych zasług ani obywatelskich, ani naukowych; i odwrotnie ordynatorem nadetatowym może być człowiek bardzo znany w świecie naukowym, doskonały i sumienny praktyk. Do liczby nadetatowych ordynatorów warszawskich należy, jak wiadomo, parę największych powag lekarskich. Różnica między ordynatorami etatowymi i nadetatowymi istnieje tylko na papierze, no i ta chyba, że nadetatowi nie biorą tych 270 rs. rocznie. Tworzenie posad ordynatorów nadetatowych jest dla Rady rzeczą bardzo dogodną, bo nie tylko że one nie kosztują, ale czasami lekarz zamożny własnym kosztem nawet urządza dla siebie oddział. Radzie miejskiej pozostaje jedyny kłopot przedstawienia lekarza do zatwierdzenia.

Ze sprawozdania prof. Czausowa wynika, że takich lekarzy-ordynatorów nadetatowych jest 20. Razem więc z poprzednio wymienionymi 16 lekarzami (nie liczę naczelných i miejskowych) jest 36 lekarzy, którzy nie mają innych obowiązków szpitalnych i powinni się zajmować leczeniem chorych. Że liczba ta jest niewystarczającą, łatwo zrozumieć, porównawszy ją z ilością chorych.

Pomocnikami lekarzy-ordynatorów są lekarze-asystenci. Wielu ich jest w Warszawie, niewiadomo, bo w żadnym sprawozdaniu nie mówi się o nich, jakgdyby nie istnieli <sup>1)</sup>, a jednak może największą część roboty szpitalnej dźwigają na swoich barkach lekarze-asystenci.

Rada miejska daje lekarzowi oddział, złożony z 25 do 40 łóżek; jest on ordynatorem tego oddziału, człowiekiem samodzielnym, niezależnym w swoim oddziale; nikt nie ma prawa wtrącać się ani do jego leczenia, ani do chorych; na nim leży cała odpowiedzialność przed choremi, przed społeczeństwem, no i rozumie się przed Radą miejską: za to bierze 270 rs. rocznie, albo — nic. Ma powierzonych sobie chorych, ma stanowisko, ale może nie mieć chleba.

Żeby zarobić na chleb, musi pracować poza szpitalem, na mieście i w domu: nie może więc poświęcić chorym szpi-

<sup>1)</sup> W sprawozdaniach szpitali zagranicznych wyliczani są wszyscy, nawet wolontariusze, z imienia i nazwiska.

talnym tyle czasu, wieleby wymagała potrzeba, choćby tylko po 10 minut na chorego. Żeby podołać wszystkiemu, musi mieć pomocników, musi mieć lekarzy-asystentów. Ci więc lekarze-asystenci prowadzą „karty szpitalne,” badają chorych i ich wydzielinę, zapisują lekarstwa itd. Odpowiada za wszystko ordynator; od niego więc, od jego charakteru, od jego poczucia koleżeńskości i uczuć obywatelskich zależy większe lub mniejsze pozostawienie samodzielności asystentowi. Ten może jej nie mieć wcale, a może mieć bardzo rozległą. Jeżeli lekarz ordynator ma rozległą praktykę na mieście, wtedy mniej czasu poświęca szpitalowi i asystenci muszą mieć większą samodzielność. Oddziały tych ordynatorów, którzy nie mają asystentów, którzy mają praktykę dużą, a poczucie obowiązku małe, muszą być w większym lub mniejszym stopniu prowadzone źle.

Zdarza się jednak, że lekarz, ordynator oddziału wewnętrznego, posiada tylko kilkanaście (10—15) łóżek, jest człowiekiem sumiennym i poświęca szpitalowi czasu dosyć; taki może się w rezultacie obejść bez asystentów. Ale jest rzeczą niemożliwą, żeby obszedł się bez asystentów ordynator-chirurg, lub ginekolog. Ordynator-chirurg, ginekolog, żeby wykonać najprostszą operację musi mieć pomoc kolegów, musi mieć asystentów i to najmniej trzech: jednego do usypiania chorego, dwóch do pomocy przy operacji. O ile w oddziale wewnętrznym pierwszy lepszy lekarz, wprost z ławy uniwersyteckiej, może być bardzo pożytecznym, o tyle w oddziale chirurgicznym asystent musi być dobrze, praktycznie obeznany ze wszystkimi wymaganiami nowoczesnej chirurgii, żeby mógł prawdziwie pomagać przy wykonywaniu operacji i przy opatrywaniu chorych. Powinien przejść wszystkie stopnie techniki prowadzenia oddziału chirurgicznego, jak: mycia, usypiania chorego, wyjaławiania i podawania narzędzi i materiałów opatrunkowych itd., wprzód, nim będzie mógł asystować przy ważniejszej operacji lub samodzielnie zmieniać opatrunki. Niema w ciele ludzkim organu, do któregooby obecnie nie dotarł w razie potrzeby nóż chirurga, lecz żeby dotarł z pożytkiem dla chorego, trzeba, żeby chirurg, oprócz wielu innych warunków, posiadał i ten jeden: dobrych, obe-

znanych z rzeczą asystentów, asystentów takich, których zna, z którymi stale operuje, którzy znają przyzwyczajenia chirurga i jego technikę przy operacji. A to jest możliwe tylko przy dłuższym okresie wspólnej pracy, w każdym razie paroletniej. Tymczasem Rada miejska nie troszczy się wcale o to, kto będzie pomagał chirurgowi przy operacji. Ordynator chirurg musi sam starać się o asystentów, których Rada zatwierdza zwykle na dwa lata, tj. na przeciąg czasu, który wystarczy zaledwie na jakie takie obeznanie się z warunkami i techniką prowadzenia oddziału. Po dwóch latach w drodze łaski może być zatwierdzony asystent jeszcze na rok, jeżeli to komukolwiek, np. lekarzowi naczelnemu, nie będzie z rozmaitych względów przeszkadzać. Samo mianowanie uważane bywa za pewnego rodzaju łaskę, którą się asystentowi wyświadcza.

Lekarze asystenci, podobnie jak ordynatorzy nadetatowi, nie otrzymują żadnego wynagrodzenia, a jednak żyć muszą. Lekarze-ordynatorzy etatowi lub nie etatowi przez to samo, że mają własne oddziały, zyskują sobie popularność i wzięcie między publicznością. Każdy zwykle chętnie mówi o swojej chorobie i chętnie radzi innym, jeżeli już nie zażywanie jakiego lekarstwa, to przynajmniej zwrócenie się do lekarza, którego on zna, który jemu samemu „pomógł.” Po wyjściu ze szpitala chory opowiada, że leżał na sali d-ra X lub Y i w taki sposób bezwiednie reklamuje lekarza. Wielu chorych po wyjściu ze szpitala zostaje stałymi pacjentami lekarza, który ich leczył w szpitalu. Lekarze-asystenci pozostają zwykle w cieniu, o nich się nie mówi, bo oni są tylko pomocnikami, wołami roboczymi. Zdarza się, że chory leży kilkanaście tygodni na sali i nie wie, jak się nazywa lekarz-asystent, który stale się nim zajmuje, który go *de facto* leczy. Lekarz-asystent więc nie ma możliwości wyrabiać sobie praktyki, jeżeli mu nie pomoże do tego jego kolega ordynator, cieszący się rozleglejszą praktyką. Leczyć takich idealnych ordynatorów, coby mieli i rozległą praktykę i jednocześnie chęć poparcia kolegi asystenta, jest zaledwie paru. Ordynator terapeuta popiera asystenta w taki sposób, że do chorych na

miasto sam przychodzi od czasu do czasu, a na stałe poleca wzywać swego asystenta; tym sposobem wprowadza go w praktykę. Ordynator chirurg, jeżeli ma rozległą praktykę na mieście, bierze ze sobą asystentów na operację i daje możliwość zarabiać. A jeżeli nie ma większej praktyki, nie ma większych operacji, jeżeli do pomocy bierze sobie tylko felczera lub felczerkę, to w takim razie asystenci nic nie zarabiają.

Z czegoż więc żyją lekarze-asystenci? Bywa rozmaicie: jedni mają jakieś środki, które im pozwalają czekać lepszych czasów, inni—dają lekcje lub zwykle korepetycje po 8—10 rs. miesięcznie, jeszcze inni, żeby przebyć parę lat w Warszawie przy szpitalach — zaciągają długi.

Praca lekarza wogóle ogromnie męczy, wyczerpuje, denerwuje. Lekarz przy zajęciu swoim musi mieć wszystkie władze duchowe na straży; automatycznie pracować mu nie wolno i nie może. Jeżeli praca jest więcej wyczerpującą, to czas jej poświęcany musi być krótszy. Dwie, trzy godziny pracy w szpitalu wyczerpią lekarza znacznie więcej, niż 6—8 godzin pracy w każdym innym zawodzie. Każda instytucja prywatna, czy publiczna stara się zwykle zapewnić byt pracownikom swoim o tyle, żeby im wystarczyło na zwykłe potrzeby: mieszkanie, pokarm, ubranie. Jeżeli zdarzy się robota nadprogramowa, wynagrodzenie się powiększa. Po skończonej czynności, każdy ma prawo odpocząć, zjeść spokojnie obiad, pójść na spacer, z wizytą itp. Instytucja, w której pracuje nasz lekarz szpitalny, utrzymania nie daje mu wcale. Po powrocie ze szpitala, żeby nie wiem jak był zmęczony i wyczerpany, musi myśleć o tem, z czego będzie żył, musi się ubiegać o praktykę, nie ma czasu ani odpocząć, ani zjeść obiadu. Nie dość na tem. Zdarza się wypadek na mieście, np. chorego przywożą do szpitala: lekarz miejscowy (jeżeli jest w szpitalu) nie może sobie bez pomocy poradzić, więc lekarz szpitalny, najczęściej chirurg, musi jechać do szpitala, czy to godzina 10-ta, czy 4-ta w nocy. Za tę nadprogramową robotę otrzymuje czasami dodatek do pensji w postaci wymówki, lub zapowiedź wytrącenia z pensji za to, że przekroczył, z korzyścią dla chorych, normę żywienia lub leczenia.



Jest jeszcze jedna kategoria lekarzy szpitalnych—„lekarze miejscowi.” Obowiązkiem ich jest ciągły dyżur w szpitalu i dzień i noc. Oni to obowiązani są przyjmować chorych do szpitala, być na każde zawołanie chorego na sali, odpowiadają za dobroć produktów spożywczych, które wedle przepisów muszą sami przyjmować, dają pomoc wszystkim wypadkowym chorym, przywiezionym do szpitala, układają a przynajmniej sprowadzają raporty itp. Ale podolać tym wszystkim wymaganiom do pewnego stopnia mogą „miejscowi” tylko u Dz. Jezus, gdzie ich jest trzech. Tam każdy z nich dyżuruje tylko 4 godziny dziennie, no i każdą trzecią noc nie śpi. We wszystkich innych szpitalach mamy po jednym lekarzu miejscowym i ci, rozumie się, nie są w stanie zadosyć uczynić wymaganiom. Siedzieć ciągle w szpitalu lekarz nie może; wychodzić musi, jeżeli chce być zdrow na ciele i umyśle <sup>1)</sup>. Wprawdzie ustawa szpitalna pozwala w nadzwyczajnych wypadkach wydalać się ze szpitala, lecz zobowiązuje za to zostawiać na swoim miejscu innego lekarza, lub przynajmniej wskazać adres najbliższego. A ponieważ zwykle wszystko to jest niemożliwe, więc lekarz miejscowy, wychodząc, musi zostawić dokładny adres, żeby na każde zawołanie mógł być wezwany. W każdym razie, za wypadek w szpitalu odpowiada lekarz miejscowy. Wychodząc, musi ciągle myśleć, czy w szpitalu nie stanie się nic złego, czy nie przywiozą wypadkowego chorego, czy nie przyjdzie wreszcie z wizytą inspektor szpitali, naczelnik zakładów dobroczynnych, prezydent, bo w razie nieobecności podczas jednej z takich wizyt, które odbywają się niespodzianie i w dzień i w nocy, lekarz miejscowy ma dużo nieprzyjemności, tłumaczeń, objaśnień. Taka ciągła kontrola, taki ciągły nadzór są to rzeczy bardzo uciążliwe.

Lekarz miejscowy obowiązany jest oglądać produkty spożywcze, które są przywożone do szpitala zwykle bardzo wcześ-

---

<sup>1)</sup> Każdemu choremu, nie przyjętemu do szpitala, szpital powinien wydać „kwit odmowny” z podpisem lekarza miejscowego; a że lekarz nie może ciągle być w szpitalu, więc nie wszystkim wydaje się kwity i to jest jedna z przyczyn, że w sprawozdaniu znacznie mniej wykazano chorych nie przyjętych, niż było w rzeczywistości.

nie, koło 6-ej. Czy to jest możliwe, jeżeli lekarz czasami parę razy w nocy musi wstawać do chorych szpitalnych, lub chorych przypadkowych — poranionych, pokaleczonych; a i bez tego według ustawy „ma sale zwiedzać nawet w nocy.” Podać wszyskiemu niepodobieństwo!

Za ten stały dyżur w szpitalu, za wstawanie w nocy, za niepokój, gdy wychodzi na chwilę ze szpitala, otrzymuje lekarz rs. 450 rocznie i mieszkanie, lub 300, jeżeli dostaje pożywienie na miejscu.

Na całodzienne karmienie lekarza przeznaczają się 31 kop. Menu lekarza jest z góry oznaczone, jak dla chorych, na całe lata. Rozmaitość potraw i przyrządzenie takie samo, jak dla chorych. Dwa razy do roku, na Boże Narodzenie i na Wielkanoc, lekarz miejscowy dostaje po 2 butelki piwa, buteleczkę wódki i pół butelki wina. Trzeba dodać, że pod względem żywienia lekarz miejscowy jest na łasce sióstr miłosierdzia i od stosunku lekarza do nich zależy, jakie będzie dostawał jedzenie.

W szpitalach zagranicznych, w Berlinie, Wiedniu, Hamburgu w tak dużych szpitalach, jak Dz. Jezus, jest najmniej po 10 lekarzy miejscowych, którzy po kolei dyżurują. Dostają za to, oprócz mieszkania, usługi i pożywienia, o jakim u nas lekarz miejscowy marzyć nie może, po 1.200 marek lub 650—750 reńskich. Lekarze ci mają zapewnione całe utrzymanie, więc pensję mogą obracać tylko na przyjemności i ubranie, które kosztuje znacznie taniej, niż u nas.

W takich warunkach można żyć i pracować.

---

## V. ADMINISTRACJA.

Pod względem administracyjno-lekarskim szpitale nasze mają następujące urządzenia.

Nad potrzebami chorych pod względem lekarskim powinien mieć pieczę lekarz naczelny. Śpiżarnią, kuchnią, pralnią, bielizną, przyjmowaniem służby zarządzają siostry miłosierdzia zgromadzenia Św. Winc. a Paulo. One też są dozorczyniami przy chorych. O utrzymaniu porządku w szpitalu i na całym terytorjum, o wszelkich robotach, poprawkach, przeróbkach i wogóle o całym gospodarstwie powinien myśleć intendent, który prowadzi kancelarję i załatwia wszelką korespondencję z Radą, policją itd. Wszystkie te władze są właściwie od siebie niezależne i na każdym kroku jedna może paraliżować najmądrzejsze rozporządzenia drugiej, jeżeli okoliczności tak się złożą.

Lekarz naczelny powinien tylko dbać o dobro chorych, ale niema w szpitalu nic, coby nie było związane z dobrem chorych: pożywienie, powietrze w salach, pościel, bielizna, posługa, rynsztok na podwórzu—wszystko ma wpływ na pomyslność leczenia chorych, lecz rzeczy te należą do sfery działania sióstr miłosierdzia i intendenta.

Siostry miłosierdzia na zasadzie kontraktu z Radą miejską mają atrybucje bardzo szerokie i z uporem nie ustępują na krok od swoich przywilejów, a w wielu razach starają się wyzyskać stanowisko, które im kornet (okrycie głowy) zapewnia. Może kto, nie mając pojęcia o stosunkach, właśnie ze względu na kornet szarytki, weźmie mi za złe

poruszanie tej kwestji, zwłaszcza, że nie mogę w tem miejscu zająć się wyczerpującą charakterystyką dobroczynnej roli sióstr miłosierdzia, która pod wielu względami jest nieocenioną. Nie będę poruszał szczegółów, zaznaczę tylko, że siostry zależą od swoich władz, od nikogo więcej. Siostry zajmują się przyrządzaniem pożywienia, przyjmują i usuwają służbę i ani lekarze, ani intendent w tym zakresie wpływu nie mają.

Trzecią władzą, zależną tylko od Naczelnika zakładów dobroczynnych, jest intendent, który ze względu na charakter swojej działalności musi wkraczać w zakres działania sióstr miłosierdzia, a po części i lekarza. Jeżeli intendent jest człowiekiem obeznanym ze szpitalnictwem, to sprawy mogą iść względnie dobrze, ale jeżeli zostaje nim człowiek, który nigdy nie miał ze szpitalem do czynienia, jakiś dymisjonowany urzędnik lub coś podobnego, to istota spraw szpitalnych musi cierpieć, choćby forma była zachowaną. Dziwnem zrządzeniem losu bardzo, ale to bardzo rzadko zostaje intendentem człowiek, który dłuższy czas służył przy szpitalach; najczęściej zostają ludzie, którzy nie tylko przy szpitalach, ale nawet urzędnikami Rady nigdy nie byli. Jak to wpływa na bieg spraw, niech za przykład posłuży fakt następujący. Parę lat temu wybuchła cholera. Do jednego ze szpitalów zaczęto zwozić po 20 chorych dziennie; lekarz, przeznaczony do leczenia tych chorych, zażądał od intendenta kupna zwyczajnej, blaszanej wanny, niezbędnej do dawania kąpeli chorym na sali, niezbędnej do leczenia. Intendent utrzymywał, że nie może bez wiedzy Rady kupić wanny i zrobił odpowiednie podanie. Po paru dniach przyszła odpowiedź, że lekarz powinien formalnie, na papierze, zażądać kupna wanny. Lekarz spełnia żądanie, lecz to nie wystarcza, bo powinien to zrobić lekarz naczelny. Po dwóch tygodniach wreszcie przyszło pozwolenie na kupno wanny. Okazało się potem, że to wszystko było niepotrzebne, bo do wysokości 50 rs. w nadzwyczajnych wypadkach intendent może sam płacić. Intendentem był świeżo przyjęty, dymisjonowany urzędnik, który się nigdy ze szpitalnictwem nie stykał. W zasadzie szpital, a raczej intendent może wydać na potrzeby szpitala sumę, nie prze-

wyższającą 50 rubli, w rzeczywistości zaś o każdą nową rzecz dla szpitala, o każde najdrobniejsze ulepszenie trzeba pisać do Rady miejskiej, a odpowiedź stamtąd może przyjść do szpitala w parę miesięcy potem, a może nie przyjść wcale.

Spraw szpitalnych na posiedzeniach Rady miejskiej bronią kuratorzy. Ani lekarze, ani intendenci nie mają wstępu na posiedzenia, nie mają głosu nawet doradczego. Decyzja Rady zależy od dobrych chęci kuratora szpitalnego, od jego znajomości potrzeb szpitala i szpitalnictwa, od jego energii. Często jednak wszystko to zawodzi. Do składu Rady miejskiej wchodzi obecnie tylko trzech lekarzy <sup>1)</sup>, reszta to ludzie nie fachowi, którzy nie rozumieją potrzeb szpitalnictwa, nie znają samych szpitali, o których mają radzić i dlatego najpilniejsza potrzeba może być nie załatwioną, odroczoną, bo kurator, człowiek też niefachowy, nie umiał należycie uwzględnić potrzeby, nie umiał przekonać.

<sup>1)</sup> Skład *Rady miejskiej Dobroczynności publicanej* m. Warszawy, według sprawozdania Rady Miejskiej za r. 1894 (nr. 33) jest następujący:

*Prezes:*

Prezydent m. Warszawy

*Członkowie z urzędu:*

Warszawski Ober-Policmajster

Naczelnik zakładów Dobroczynnych (Ziłów)

Inspektor lekarski szpitali cywilnych m. Warszawy (prof. Czausów)

Zarządzający (Prezes) izbą obrachunkową (Kazionnaja pałata) (Rudczenko)

Inspektor szkół m. Warszawy (Sawienków)

*Członkowie z wyborów:*

Rz. r. st. Wł. Nowakowski (od 1878 r.)

Rz. r. st. prof. Włodz. Brodowski (od 1880 r.)

Rz. r. st. Karol Jurkiewicz (od 1893 r.)

R. st. Al. Moldenhawer (od 1891 r.)

R. kol. Piotr A. Troickij (od 1891 r.)

*Sekretarz Rady:*

R. kol. Edward Lechowicz.

*Kuratorowie szpitalów:*

R. tajny W. W. Wiłujew (Dz. Jezus)

Rz. r. st. W. O. Nowakowski (Św. Duch)

Dymisjonowany generał-major ks. A. G. Wachwachów (Św. Rocha)

Dymisjonowany generał-major Al. Fl. Kulikowski (Św. Łazarza)

Dymisjonowany generał-lejtnant Okt. Iw. Radoszkowski (Wolski)

Sędzia (pokoju) Gr. Mart. Grabowski (Tworki)

Salomon Lewental (Żydowski)

Rz. r. st. Z. Z. Styczakowski (Jana Bożego)

Stanisław Filipkowski (Praski)

Rz. r. st. H. Z. Struwe (Ewangielicki)

Jeżeli dodać do tego, że Rada ma pod zarządkiem 101 zakładów dobroczynnych, że wszystkie te instytucje muszą Radę jednakowo obchodzić, że potrzeby są rozpatrywane w tym porządku, w jakim papiery przychodzą na stół Rady, że nie może być dla Rady spraw pilniejszych i mniej pilnych—to będzie zrozumiałem, że szpitalnictwo na tem cierpi i rozwijać się normalnie nie może.

Są to rzeczy wszystkim nam dobrze znane, że na bagatelkę jakąś trzeba czekać nie tygodnie, ale miesiące, bo bez zatwierdzenia Rady zrobić nic nie można. Cóż dopiero mówić o rzeczach większych, o nowych przyrządach, o jakichś większych przeróbkach! Lekarze szpitalni nie mają możności wypowiadać zdań swoich, bo niema w szpitalach zebrzań lekarskich, na którychby się naradzano nad potrzebami danej instytucji. Lekarz-ordynator może zrobić podanie o jakiejś potrzebie szpitalnej do lekarza naczelnego, lekarz naczelny może się zwrócić do Rady piśmiennie, lecz bez zgody kuratora, bez poparcia jego wniosek musi upaść. A rola kuratora w zarządach szpitali jest bardzo nieokreślona. Znane są przykłady, że kurator lata całe formalnie trzęsie szpitalem, bez jego wiedzy nawet lekarz nie może uczęszczać do szpitala; znane są i takie, że kurator, który ma tysiące własnych interesów i spraw do załatwienia, miesiące całe nie bywa w szpitalu.

Lekarz naczelny, jeżeli obowiązki swoje traktuje sumiennie, robi jedno przedstawienie po drugim przez lat kilka, lub kilkanaście i wreszcie, zniechęcony, macha ręką na wszystko i czeka — dopóki za nieporządki w szpitalu nie zostanie usunięty, albo przynajmniej nie otrzyma wymówki. Trzeba ze strony lekarza naczelnego wyjątkowej energii, wyjątkowego poczucia obowiązku, fachowej znajomości nowoczesnego szpitalnictwa, ciągłego i celowego zajmowania się szpitalem, żeby utrzymać instytucję na stanowisku wymagań tegoczesnych.

Szpitaly nasze nie posiadają prawie żadnych udogodnień dla ułatwienia naukowej działalności lekarzy szpitalnych. Z jakimi trudnościami musi się borykać lekarz szpitalny, gdy chce pracować naukowo, można się przekonać chociażby z wydanego niedawno sprawozdania dr. Dunina. Niema urzą-

dzonych gabinetów do badań lekarskich, niema przyrządów, za pomocą których można byłoby badać.

Z wyjątkiem szp. Św. Ducha, nigdzie niema urządzonej należycie sali operacyjnej, niema oddzielnych pokojów dla chorych po ciężkich operacjach, niema miejsca, gdzieby można było izolować chorego w razie potrzeby. Chory jęczy, rzuca się, kona wreszcie ze wszystkimi ceremonjami chwili: gro-  
mnicami, modlitwami za umarłych itp. — wobec całej sali chorych.

---

## VI. ŚRODKI ZARADCZE.

Może mi kto zarzucić, że zanadto pesymistycznie na rzeczy patrzę, że użyłem za czarnych farb, że nie wykazałem wcale stron dodatnich; ale tych dodatnich stron ani ja nie widzę, ani dojrzeć nie potrafi nikt, kto zna dokładnie nasze i obce szpitalnictwo. Przecież nawet inspektor szpitali, prof. Czausów, na str. 37 i nast. pomienionego sprawozdania powiada, że „szpitalnictwo w Warszawie nie czyni zadość potrzebom miasta pod względem ilości łóżek; szpitale duszą się pod ciężarem chorych, ciasno w nich, a zimą i na wiosnę ciasnota daje się jeszcze więcej uczuwać.”

Szpitale warszawskie, przy naszych urządzeniach, przy naszej inicjatywie, przeszkadzają nowoczesnemu rozwojowi szpitalnictwa u nas, już tem samym, że są. Gdyby ich nie było, musiałyby powstać nowe, racjonalniej urządzone i prowadzone.

Jak łatwo, z jaką znajomością rzeczy bierzemy się do poprawienia szpitalnictwa i do zadosyćczynienia pod tym względem potrzebom miasta, niech posłużą następujące przykłady.

Przed laty, nie wiem z czyjej inicjatywy, powstał ze wszech miar chwalebny projekt przeniesienia szp. Dz. Jezus. Fundusze w taki lub inny sposób były zapewnione, wszystkie przeszkody usunięte. Zdawałoby się, że trzeba wyszukać odpowiednie miejsce, zastosować do miejsca i do potrzeb instytucji plany, uzyskać pozwolenie i przystąpić do budowy. Wysadziliśmy komisję, zrobiliśmy plany, uzyskaliśmy pozwo-



lenie, lecz — nie zdecydowaliśmy się ostatecznie co do miejsca; i zaczęły się narady, wyszukiwanie miejsca, wycieczki do Rakowca, na plac wystawy, debaty w prasie, nawet Towarzystwo lekarskie przypomniało sobie dopiero teraz, że ono przedewszystkiem głos zabrać powinno.

Jak się brano naprzykład do rzeczy przy budowie szpitala w Hamburgu na 1.500 chorych, widzimy chociażby z opisu d-ra Wszębora w *Medycynie*. „Dla tego, aby przy obrobieniu planów wymagania techniczne, lekarsko-hygieniczne i administracyjno-gospodarskie zarówno mogły być uwzględnione, wygotowanie planów powierzono: głównemu budowniczemu miasta i dyrektorowi administracyjnemu tegoż szpitala.” Zdaje się że to wystarcza i tak robiono przy budowie innych szpitali. U nas dyrektorowi lekarskiemu odpowiada lekarz naczelny i on właściwie powinien brać najczynniejszy udział w takich wypadkach, bo zna praktycznie potrzeby chorych i wymagania higieny szpitalnej. A jednak, zdaje się, udział d-ra Wszębora był niewielki, bo w przeciwnym razie nie przytoczyłby w swoim opisie nowego szpitala w Hamburgu takiego zdania: „W obecnej chwili, kiedy chodzi o wybudowanie w Warszawie nowego szpitala, wzamian za stary Dz. Jezus, uznałem za stosowne zwrócić uwagę na szczegóły wzorowych urzędzeń szpitalnych już istniejących... w tym celu opis niniejszy pomieściłem w łamach *Medycyny*.” Czy nie zapóźno? Jeżeli członkowie komisji nie widzieli, nie poznali w szczegółach nowoczesnych urzędzeń szpitalnych przed zrobieniem planów, to teraz już nie wiele poprawią. Kiedy w Berlinie miano stawiać nowe szpitale, to, jak mi opowiadał urzędnik w szpitalu Friedrichshain, jeżdżono aż do Włoch, żeby się przypatrzeć nowemu szpitalowi. Czy u nas coś podobnego zrobiono, nie wiem. Sądząc ze słów d-ra Wszębora, zdaje się, że nie. A jednak nowoczesne szpitalnictwo, to prawie odrębna specjalność.

U nas obawiano się przenosić szpitala dalej za miasto, a takie rozwiązanie sprawy byłoby najracjonalniejsze. Z powodu niezajomości rzeczy, przeciwko przenoszeniu szpitala za miasto przytaczano rozmaite powody, nawet takie, że szpital będzie pozbawiony pomocy lepszych praktyków lekarzy

(*Prawda*). A rzecz ta zagranicą dawno już została rozstrzygniętą, czego dowodzą nowsze szpitale: w Hamburgu Eppendorf (4 kilometry za miastem) i w Wiedniu szpital Franz-Joseph<sup>1)</sup>. Berlińskie nowe szpitale *im Friedrichshain, am Urban* były też za miastem, tylko z czasem, z rozwojem miasta zostały otoczone domami, w przyzwoitem jednak oddaleniu. Zresztą ta nasza stara z przed 55 laty ustawa, w wielu punktach zacofana, powiada: „szpitale mają być zakładane w miejscu suchem, wzniesionem i odosobnionem, tudzież wolnem od wpływu szkodliwych wyziewów. Stąd miejsce na zakład szpitalny nie powinno być wybierane ani wśród samego miasta, ani też w bliskości jego wałów, cmentarzy, szlachetnic, fabryk, bagien, błot stojących, kanałów nieczystości odprowadzających itp.”

Drugi przykład: W jednym ze szpitali specjalnych trzeba było dokonać znacznych przeróbek, żeby zabezpieczyć chorych przynajmniej przed zimnem. Lata się ciągnęły, mówiono wciąż, że brak funduszy, że poprawiać się nie oplaci; lekarzowi naczelnemu przypuszczalnie ręce wreszcie opadły i chorzy kilkanaście lat musieli marznąć, zanim fundusze się znalazły.

Jeszcze przykład: Wybudowano wreszcie nowy barak przy szpitalu zapasowym; umieszczono chorych mniej, niż przypuszczano, bo i dla tych jest za ciasno, ale nie urządzono ustępów; przez parę miesięcy wypróżnienia chorych na dysenterję musiała służba nosić w naczyniach do starego budynku, a jak to wpływa na warunki sanitarne, mówić zdaje się nie potrzeba.

I tak ciągle na każdym kroku.

Oprócz chorych stałych, otrzymują też pomoc lekarską w szpitalach chorzy przychodni (ambulatoryjni). Chorzy tej kategorii oprócz porady lekarskiej otrzymują bezpłatnie opatrunki i lekarstwa. Rada miejska na potrzeby ambulatorjum nie daje nic. Pomoc lekarską podają lekarze szpitalni, lub

<sup>1)</sup> Dyrekcja szpitala dopłaca dyrekcji tramwajów, które tam specjalnie chodzą.

specjalni lekarze ambulatoryjni, zatwierdzani na 3 lata; lekarze ci pracują też bezpłatnie. Wielu ich jest, żadne sprawozdanie nic nie mówi, w każdym razie kilkunastu. W r. sprawozdawczym 1894 chorych ambulatoryjnych w szpitalach było 168.969, a od tego czasu liczba ich powiększyła się zapewne znacznie. Na utrzymanie ambulatorjów magistrat daje rocznie 5.000 rs., z czego 3.000 rs. dostaje „Czerwony Krzyż” i 2.000 rs. szpitale. Za te więc 2.000 rs. otrzymało lekarstw i opatrunków 168.969 osób, czyli dla jednego chorego wypada 1.1 kop. Ambulatorja przeznaczone są dla ludności kompletnie biednej, ale wobec tego, że lekarze nie mają możliwości, a właściwie prawa kontrolować przychodzących chorych co do ich stanu zamożności, zdarza się, że ludzie zamożniejsi przysyłają chore dzieci przez służące, nawet w karecie, co miało miejsce w szpitalu za wolskimi rogatekami. Żydzi urządzają się dowcipnie i ubierają się specjalnie, żeby udawać biedaków.

Jakaż więc rada na te wszystkie braki w szpitalnictwie warszawskim?

1) Trzeba powiększyć ilość łóżek szpitalnych przez zbudowanie nowych szpitali lub pawilonów przy istniejących szpitalach. W innych dużych miastach jedno łóżko szpitalne wypada mniej więcej na 200 mieszkańców, chociaż i tam (Berlin, Wiedeń) często narzekają na brak miejsca i myślą o budowie nowych szpitali. W Warszawie jedno łóżko szpitalne w roku bieżącym wypada na 472 mieszkańców. Trzeba więc koniecznie, licząc na stały wzrost ludności Warszawy, wybudować nowe szpitale, w których można byłoby postawić półtora raza tyle łóżek co teraz, tj. żeby razem z istniejącymi było około 3.400 łóżek; obecnie po otwarciu nawet czasowych baraków jest miejsc zaledwie 1.360. Na budowę nowych szpitali place znaleźć się muszą, trzeba tylko, żeby się ktoś tem sumiennie zajął; samo się nie zrobi. Na początek można powiększyć już istniejące szpitale Wolski, Praski i Zapasowy. W szpitalach Wolskim i Zapasowym są obszerne ogrody, w których śmiało można wybudować pawilony przynajmniej na 300 łóżek w każdym; trzeba tylko liczyć się z terenem, obmyśleć i zrobić szczegółowe plany, nie zapomi-

nając naturalnie o zabudowaniach gospodarskich, nie stawiać budynków tak, żeby krępowały stopniowy rozwój danej instytucji. Nowootwarte baraki w szpitalach Zapasowym i Praskim właśnie tak wybudowano — ni przypiął, ni przylatał. Szpital Praski ma obszerne terytorjum (część wydzierżawiona Skorynie), które można w dwójnasób jeszcze powiększyć, jeżeli się przyłączy place miejskie, zajęte obecnie przez drewniane stare rudery, baraki rekruckie; trzeba byłoby tylko ulicę Mikołajewską, która, biegnąc skośnie od ul. Aleksandrowskiej do Panieńskiej, oddziela terytorjum szpitalne od baraków i nie ma żadnego znaczenia jako arterja komunikacyjna, poprowadzić prostopadle od ul. Panieńskiej do ul. Namiestnikowskiej. Na pozyskanem w ten sposób terytorjum można śmiało budować pawilony na 400 chorych i jeszczeby pozostało dużo miejsca na wybudowanie gmachów administracyjnych, mieszkalnych i gospodarskich. Trzeba tylko, powtarzam jeszcze raz, celowo zrobić plany, nie stawiać jednego gmachu tak, że będzie przeszkadzał wybudowaniu innego; trzeba zerwać wreszcie raz z praktykowaną wciąż łataniną. Terytorjum to byłoby większe, niż w szpitalu berlińskim *am Urban*, gdzie mieszczą się pawilony dla 600 chorych, zabudowania gospodarskie i mieszkalne.

Że to nie są mrzonki, że we wszystkich tych szpitalach można stawiać nowe pawilony, dowodzą cyfry. Szpital berliński *am Urban* zajmuje przestrzeni 27.768 m. kw. i mieści 600 chorych; szpital Friedrichshain 95.500 metrów kw. i 784 chorych; szpital Moabit 78.909 metr. kw. i 700 chorych. Nowy szpital w Hamburgu, w Eppendorfie 185.725 kw. metrów i 1.500 chorych. U nas Zapasowy 17.000 sążni kw. = 76.500 kwadrat. metrów i tylko 80 chorych; Wolski 26.873 sążni kwadrat. = 120.928,5 kw. metr., chorych 75, starców 60, razem 135 osób. Terytorjum np. na Pradze = 4.064 sąż. kw. czyli 18.288 metr. kw. Place, które można przyłączyć, tj. baraki rekruckie razem z ulicą i placykiem 3.600 sąż. kw., czyli 16.200 metrów. Razem 34.980 metr. kw., chorych szpital Praski może pomieścić 140.

Wobec tego, że plany muszą być zatwierdzone w Petersburgu i że na zatwierdzenie zwykle trzeba bardzo długo

czekać, powinna Rada miejska niezwłocznie zająć się tą kwestją, bo to sprawa pilna, tembardziej, że ludność z coraz większą ufnością garnie się do szpitali, na których utrzymanie płaci przecież specjalny podatek. Stały brak miejsca w szpitalach zmusza lekarzy wypisywać wcześniej chorych, skutkiem czego chorzy leżą przeciętnie u nas 19 dni, kiedy w Hamburgu np. 40 dni!

2) Cała prowincja nasza jest bardzo biedną pod względem urządzeń szpitalnych i pomocy lekarskiej w cięższych szczególnie wypadkach chirurgicznych i ginekologicznych; Warszawa jako centrum kraju musi przyjmować i zapewniać pomoc tej właśnie kategorii chorych. Leczenie chirurgiczne obejmuje coraz szersze pole w medycynie; potrzeba łóżek zwiększa się ciągle, a łóżek brak. Warszawa posiada 386 łóżek chirurgicznych, czyli jedno na 1.592 mieszkańców (a gdzie prowincja?)

Zagranicą szpitalnictwo stoi pod tym względem bardzo wysoko; prowincja nie potrzebuje w takim stopniu, jak u nas, uciekać się do pomocy miast dużych, a jednak Hamburg posiada przeszło 800 łóżek chirurgicznych, czyli jedno na 780 mieszkańców, Wiedeń 1.117 łóżek chir., czyli jedno na 1.200 mieszkańców.

3) Warszawa nie posiada wcale, nawet na potrzeby uniwersytetu, oddziałów chorób usznych, nosa i gardła.

4) Nie posiada również szpitali dziecinnych i studenci kończący medycynę nie mają możliwości widzieć i badać chorych dzieci. Do dwóch zaś prywatnych zakładów wstępu niema.

5) W istniejących już szpitalach trzeba urządzić racjonalną wentylację (przy pomocy wodociągów).

6) Urządzić według wskazań higieny ustępy i wanny.

7) Wybrać i urządzić odpowiednie miejsca do rozdawania pokarmów (nie na korytarzach przy wychodkach).

8) Poprawić stanowczo odżywianie chorych przez podniesienie etatu (obecnie 13½ kop. na dobę), przez większe urozmaicenie potraw i przez wynajęcie dobrych kucharek. Chorym nie powinno braknąć, jak obecnie, wódki, ale nawet i wina.

9) Powiększyć ilość służby, lepiej ją wynagrodzić i urządzić dla niej mieszkania.

10) Zabezpieczyć byt lekarzom szpitalnym tak, jak zabezpieczają inne instytucje swoim urzędnikom, zajmującym takie jak lekarze stanowisko społeczne.

11) Powiększyć ilość lekarzy szpitalnych; na jednego lekarza nie powinno wypaść więcej nad 12 — 15 chorych, bo tylko wtedy chorzy mogą być należycie obsłużeni (w Wiedniu 16 chorych). Dobór nowych lekarzy powinien być pozostawiony lekarzom szpitalnym, gdyż ci najlepiej znają kolegów i wiedzą, co który z nich wart. Posuwać na wyższe stanowiska lekarskie tylko lekarzy szpitalnych, a nie pierwszego lepszego, który, zawdzięczając tylko protekcji, dostaje odrazu wyższe stanowisko, chociaż przedtem w szpitalnictwie nie był niczem. Lekarzami naczelnymi powinni być ludzie, którzy się szczerze szpitalem zajmują, śledzą rozwój nowoczesnego szpitalnictwa, a nie zaśniedziałe w rutynie, zacofane indywidua, bez znajomości rzeczy, bez świadomości swego stanowiska. Lata służby lekarskiej szpitalnej powinny być skrócone (obecnie 40 lat, czyli do śmierci, jeżeli wziąć pod uwagę, w którym roku życia lekarz dostaje ordynaturę).

12) Powiększyć w każdym szpitalu ilość „lekarzy miejscowych,” bo tak, jak jest teraz, lekarze nie są w stanie podołać wszystkiemu. Opieka lekarska w szpitalu powinna być stała, a obecnie jej niema i być nie może. Jeżeli jest jeden lekarz miejscowy w szpitalu, to się nie osiąga zamierzonego celu i może lekarza nie być wcale (korzyść prawie ta sama).

13) Urządzić gabinety do badań medycznych, gdzieby lekarze mogli pracować więcej naukowo.

14) Urządzić pokoje izolacyjne dla ciężko chorych, dla chorych po operacji itd. Urządzić pokoje do dziennego przebywania chorych.

15) Urządzić należycie sale operacyjne.

16) Dać chorym odpowiednie materace, poduszki, bieliznę, ubranie itp.

17) Pozwolić lekarzom nie wieszać „arkuszy szpitalnych” nad łózkami chorych, żeby ani chorzy, ani odwiedzający nie mieli sposobności czytać przebiegu choroby, bo to

powinno być tajemnicą chorego i lekarza. Kiedy „arkusze” były prowadzone po łacinie (58o § ustawy) było to rzeczą obojętną, lecz teraz muszą lekarze prowadzić „arkusze” po rosyjsku, a wielu chorych język rosyjski rozumie. Nie powinno się też pisać nazwy choroby na tablicy nad łóżkiem chorego.

18) Pozostawić szpitalom swobodę przy urządzaniu i kupowaniu rzeczy potrzebnych szpitalowi.

19) Znieść tę nieszczęśliwą decentralizację, tę niezależność jednej od drugiej władz miejscowych szpitala: siostr miłosierdzia, intendenta i lekarza naczelnego. Dlatego trzeba, żeby wszyscy lekarze szpitalni i intendent naradzali się nad potrzebami szpitala i żeby głos ich był miarodajnym.

20) Lekarz naczelny powinien zasiadać i mieć głos decydujący, jako człowiek fachowy, w zarządzie centralnym wszystkich szpitali.

Żeby jednak większa część powyższych żądań mogła być spełnioną, powinien być utworzony specjalny zarząd tylko dla szpitali ze względu na ich odrębny charakter. Trzeba sobie wybić z głowy, że szpitale są instytucjami dobroczynnymi i mogą być traktowane narówni z innymi zakładami tego rodzaju. Szpitale muszą być uważane, jako instytucje społeczne tak niezbędne, jak wiele innych. Szpitale powinny być utrzymywane przez społeczeństwo, chociażby przy pomocy specjalnego podatku, lecz nie mogą oglądać się na zapisy, składki, bale, koncerty, przedstawienia teatralne itp. Myśl ta kołacze się powszechnie między lekarzami, a przypuszczam, że nawet między członkami Rady miejskiej, boć przecie z inicjatywy Rady postanowiono zbierać specjalny podatek szpitalny, a jeden z jej członków, prof. Czausów, na str. 56 wypowiada tę samą myśl w następujący sposób: „szpitalnictwo i dobroczynność w Warszawie wymagają kardynalnej zmiany. Lecznictwo (szpitalnictwo) powinno być oddzielone od dobroczynności.”

Centralny Zarząd szpitalny powinien mieć wszystkie fundusze w swoich rękach i dowolnie, choć może pod kontrolą Rady, nimi rozporządzać. Jeżeli taka instytucja nie powstanie, to w szpitalach nic się nie zmieni. Przyszywanie

od czasu do czasu takiej łaty, jak np. baraczek choleryczny w szpitalu zapasowym, a nawet i te nowe baraki, których planów szczegółowych może nawet niema wcale,—to nie jest praca nad poprawianiem szpitali. Sprawy szpitalnictwa mogą być powierzane tylko ludziom fachowym. Autonomja szpitali, o której mówiłem w punkcie 18 i następnych, znajduje też w osobie prof. Czausowa gorliwego rzecznika; na 55 str. mówi on: „trzeba pozwolić każdemu szpitalowi prowadzić gospodarstwo samodzielnie, pod kontrolą naturalnie Rady miejskiej; będzie to bodźcem do większego rozwoju każdego ze szpitali.”

Fundusze na to wszystko są, a przynajmniej łatwo je znaleźć. Skorzystam tutaj ze sprawozdania Rady miejskiej za r. 1895, w którym znajdujemy już rachunki z podatku szpitalnego. W r. 1895 szpitale miały dochodów w liczbach okrągłych 382.000 rs. bez podatku szpitalnego, który wyniósł 203.271 rs. 80 kop., wydatki wyniosły 360.157 rs., lecz w sumie tej jest 41.343 rs. 18 kop. długu, który szpitale musiały zapłacić, a który wobec podatku szpitalnego powtarzać się zapewne nie będzie; rzeczywiste więc wydatki na szpitale ogólne wyniosły 318.812 rs. Przewyżka więc dochodów nad wydatkami wynosi 63.200 rs. (w liczbach okrągłych). Wprawdzie w dochodach figuruje zwrot za leczenie w sumie 192.500 rs., ale rubryka ta pozostanie i nadal, tylko naturalnie nieco zmniejszona, bo część będzie pokryta z podatku szpitalnego. W roku 1895 z podatku szpitalnego za leczenie chorych w szpitalach ogólnych zwrócono szpitalom 36.200 rs., resztę musieli zapłacić ci chorzy, do których podatek szpitalny się nie stosuje. Zapłacili więc resztę, to jest 156.300 rs. i na taką sumę trzeba w przybliżeniu liczyć w przyszłości. Stały więc dochód można liczyć 345.000 rs., plus podatek szpitalny, który wyniósł 203.271 rs. Razem więc dochodu przeszło 549.000 rs., a wydatków bez długów 318.000, czyli pozostaje do rozporządzenia 230.000 rs., a taka suma, zdaje się, pozwala myśleć o postawieniu szpitalnictwa na wysokości zadania. Przytoczyłem cyfrę możliwie najniższą, a wiadomem mi jest prywatnie od jednego z członków Rady, że obecnie Rada posiada przeszło 400.000 rs. leżących, które można w każdej chwili użyć.



Zresztą dochód z podatków szpitalnych można znacznie powiększyć przez zobowiązanie wszystkich do płacenia podatku: ci, dla których i rs. rocznie nic nie znaczy, podatku nie płacą (choć przy zmianie losu często korzystają ze szpitala), lecz płacą go tylko biedacy. Gdyby to wszystko wreszcie nie wystarczyło, to, jak słusznie powiada prof. Czausów (str. 55), miasto powinno dawać zapomogę; przecież to jest obowiązkiem miasta, które ma przeszło 6 milionów w budżecie i tylko 2.000 daje szpitalom — na ambulatorja bezpłatne!

Na zakończenie poruszę jeszcze parę kwestji ogólniejszych, które mają jednak ścisły związek ze szpitalnictwem.

1) Do pomocy dodani są obecnie w szpitalach felczerzy. Czyby nie lepiej było (nie mówiąc już o tem, że instytucja felczerów jest anachronizmem, nie spotykanym na zachodzie, a który my pielęgnujemy po większej części ze szkodą dla dla chorych) miejsca, zajmowane obecnie przez felczerów, obsadzać przez kończących medycynę lekarzy. Zyskałyby na tem szpitale i dałoby się możność młodym medykom praktycznie zetknąć się z chorem i z urządzeniami szpitalnemi. Lekarz młody, po wyjściu z uniwersytetu, czuje ogromne braki, które, jeżeli niema środków utrzymania i odpowiednich stosunków, uzupełnić mu bardzo trudno. Byłoby to nawet w związku z poruszonym przez kol. Dolińskiego w *Gaz. Pol.* projektem lekarzy i szpitali gminnych, bo mogliby obejmować te posady właśnie ci lekarze, obeznani praktycznie ze szpitalnictwem, co jest rzeczą wielkiej wagi.

2) Drugą kwestją jest urządzenie centralnej instytucji przyjmowania chorych do szpitali. Teraz chory, który chce się dostać do szpitala, idzie na chybił trafił do pierwszego lepszego (najbliższego); miejsca niema, chory idzie do następnego, też miejsca niema itd. Wprawdzie przez telefony szpitale mogą się porozumiewać, ale gdy weźmiemy pod uwagę, że czeka kilku chorych, kwalifikujących się do rozmaitych szpitali, że nie zawsze można połączyć telefony i trudno doczekać się połączenia, że wreszcie chory wy dostał ostatnie 40 groszy dla dorożkarza, który go przywiózł, że niema go czem odesłać do innego szpitala, to sobie wyobrazimy jakie z tego powodu powstaje zamieszanie.

Gdyby istniała instytucja centralna, chory miałby tylko jedną drogę do odbycia: do tej stacji centralnej, stamtąd odsyłano go specjalną karetką, wiedząc z raportów, gdzie i jakie są miejsca. Powinni jednak, z rozmaitych względów, dyżurować tutaj lekarze kolejno ze wszystkich szpitalów. Dla tych chorych, których stan nie pozwala na przewożenie, powinno być kilka łóżek, gdzie w okresie najgroźniejszym mogliby pozostawać; powinna być też tam urządzona salka operacyjna, wanny itd.

Instytucję taką można urządzić albo w gmachu dzisiejszego szpitala Św. Rocha, który ma być przeniesiony gdzieś indziej, co powinno jak najprędzej nastąpić, albo na placach po dzisiejszym szp. Dz. Jezus zostawić kawałek miejsca i wybudować specjalny, bardzo niewielki zresztą zakład. Dwa te punkty są najodpowiedniejsze ze względu na położenie w śródmieściu. Powstanie takiej instytucji zmniejszyłoby może obawy tych, którzy protestowali przeciwko przenosinom szpitala Dz. Jezus za miasto.

3) Służba niższa szpitalna rekrutuje się obecnie z pośród zwyczajnych parobków i dziewczek; pożądanem byłoby utworzenie zakładu przygotowawczego dla osób, chcących się podejmować posługi w szpitalach przy chorych. Za granicą instytucje takie istnieją i działają z pożytkiem.

Już po napisaniu tych słów, przejrzałem dalszy ciąg sprawozdania prof. Czausowa za rok 1894. Na parę punktów tej książki chciałem zwrócić uwagę. Na str. 25 prof. Czausów zwraca uwagę na zmniejszenie się śmiertelności i jako jedną z najważniejszych przyczyn tego faktu podaje „dodanie mięsa chociaż bardzo nieznaczne.” Na str. 26 § 4 prof. Czausów cieszy się, że czas pobytu chorych w szpitalach się zmniejszył: z 20.4 spadło do 17.9. Spadek ten jest sztuczny i dowodzi, że chorzy byli zbyt wcześnie wypisywani, a z drugiej strony w roku 1894 była cholera, co musiało wpłynąć na zmianę tej cyfry z rozmaitych powodów, których tu nie będę przytaczać; ci, którzy umarli, i w tym roku przeleżeli przeciętnie po 20.6 dni (1891 — 20.4). Jeszcze jeden „pocieszający

fakt" przytacza prof. Czausów na tej samej stronie: zmniejszenie ilości odmownych biletów w porównaniu z rokiem 1891 o półtora tysiąca. I to, zdaje się, złudzenie! W r. 1894 była cholera, cztery szpitale przyjmowały chorych cholerycznych, więc ludność bała się iść poprostu do szpitala, na co wszyscy patrzyli, nie mówiąc już o tem, że ilość odmownych biletów nie daje żadnej miary co do ilości nieprzyjętych osób, o czem mówiłem przedtem. Pocieszać się więc, że jest łóżek dosyć, niema racji. Że łóżek ogromny brak, przekonują przytoczone przezemnie cyfry i dowody. A oto przyczynek do sprawozdań: w sprawozdaniu Rady miejskiej za r. 1894 (nr. 2) chorych ambulatoryjnych podano 168.969, a w sprawozdaniu prof. Czausowa z tego samego roku (str. 39) podano tylko 98.299. Opuszczono tu wprowadzić oba szpitale dziecinne, w których było razem 49.052 dzieci, ale i tak razem wypadnie tylko 147.351, czyli o 21.618 mniej, niż podała Rada. Któreż cyfry są prawdziwe?

---

 502
 

---



m. 426

# GŁOS

TYGODNIK LITERACKO-SPOŁECZNO-POLITYCZNY

wychodzi co sobota w objętości 24 stron.

NUMER „GŁOSU” ZAWIERA

w dziale publicystyczno-dziennikarskim:

- |   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| 1. artykuły wstępne, poświęcone sprawom bieżącym ogólnego znaczenia;    | ↓ | polityczny;  | 6. Stałe korespondencje z kraju i zagranicą; |
| 2. feljtony: „Na widowni” i „Głosy”;                                    | ↓ | 7. „Kronikę powszechną” (rozporządzenia rządowe, życie społeczne, szkoły i oświata, komunikacje, rozmaitości, nekrologja); |  |
| 3. artykuły dotyczące specjalnych spraw życia bieżącego;                | ↓ | 8. kronikę ekonomiczną.  |  |
| 4. „Z obcego świata” (artykuły informacyjne o stosunkach na obczyźnie); | ↓ |  |  |
| 5. przegląd   | ↓ |  |  |

w dziale naukowo-literackim:

- |   |   |                                     |                               |
|---|---|-------------------------------------|-------------------------------|
| 9. artykuły treści społecznej, naukowej i literackiej;                        | ↓ | teracką i artystyczną;              | 12. rubrykę „Błędy językowe”; |
| 10. krytyki i sprawozdania ze wszystkich dziedzin nauki, literatury i sztuki; | ↓ | 13. utwory powieściowe i poetyckie. |                               |
| 11. kronikę li-   | ↓ |                                     |                               |

WARUNKI PRENUMERATY:

w Warszawie		z przesyłką pocztową	
7 rs. — kop.	. . .	rocznie . . .	9 rs. — kop.
3 „ 50 „	. . .	półrocznie . . .	4 „ 50 „
1 „ 75 „	. . .	kwartalnie . . .	2 „ 25 „
— „ 60 „	. . .	miesięcznie . . .	— „ — „

Nakładem „Głosu” świeżo wyszły:

**A. Strindberg.** Mieszkańcy Hemsoe. Powieść. Cena 80 kop.

**E. B. Tylor.** Cywilizacja pierwotna. Badania rozwoju mitologii, filozofji, wiary, mowy, sztuki i zwyczajów, w przekładzie Z. A. Kowerskiej, z przedmową i przypisami dra Jana Karłowicza. Tom I. Cena ra. 2 kop. 40.

**Zygmunt Heryng.** Logika ekonomji. Zasadnicze pojęcia ekonomiczne ze stanowiska nauki o energji. Cena rs. 1 kop. 80.

**Juljusz Payot.** Kształcenie woli. Cena rs. 1 kop. 20.

Adres Redakcji i administracji: Warszawa, Nowogrodzka, 33.

→ ⊗ W REDAKCJI „GŁOSU“ ⊗ ←

nabywać można następujące dzieła:

Rs. k.		Rs. k.
	<b>Bellamy E.</b> Sposób d-ra Heidenhoffa. Powieść . . .	— 50
	<b>Blörnsterne-Biörnson.</b> Jednożeństwo i wielożeństwo . . .	— 30
	<b>Boutmy E.</b> Rozwój ustroju i stosunków politycznych Anglii. Przetłóczył z franc. J. L. Poplawski . . .	— 80
	<b>Brandes J.</b> Umysły współczesne II . . . . .	1 —
	<b>Fouillée A.</b> Moralność, sztuka i religja podług M. Guyau. Przetłóczył J. K. Potocki . . . . .	1 20
	<b>Gliński K.</b> Z zakutego grodu. Szkice fotograficzne . . .	— 80
	<b>Goldenweiser A. S.</b> Prądy i reformy społeczne w Anglii XIX w. . . . .	— 75
	<b>Grant Allen.</b> Powieści dziwne. Przetłóczył Zofja Grabowskiej . . . . .	— 75
	<b>Heryng Z.</b> Gawędy ekonomiczne. . . . .	— 30
	<b>Herzen A.</b> Zarys psychologii ogólnej. Przetłóczył A. Zassowskiego . . .	1 —
	<b>Janet P.</b> Polityka . . . . .	— 40
	<b>Jeż T. T.</b> Wspomnienia o Kraszewskim z portretem . . .	— 75
	<b>Karejew M.</b> Zarys historyczny sejmu polskiego. Przetłóczył A. Poznńskiego. . .	1 —
	<b>Kielland A.</b> Fortuna. Powieść . . .	— 60
	— Trucizna. Powieść . . .	— 60
	<b>Lewes G. H.</b> Zagadnienia ducha i życia (Podstawy przeświadczenia). Przetłóczył J. K. Potocki . . .	2 —
	<b>Lombroso C.</b> Gienjusz i obłąkanie. Przetłóczył J. L. Poplawski (z 9 tablicami). . .	2 60
	<b>Morosz J.</b> A kiedy ono nie takie! Studium z natury. . .	— 50
	<b>Ribot Th.</b> Dziedziczność psychologiczna. Tłumaczył S. Bartoszewicz . . . . .	1 80
	— Filozofja Schopenhauera. Przetłóczył J. K. Potocki. . . . .	1 —
	<b>Ritchie D. G.</b> Darwinizm i nauki społeczne. Przetłóczył J. K. Potocki . . .	— 30
	<b>Rosny J. H.</b> Vamireh. Powieść . . . . .	— 50
	<b>Spencer H.</b> Instytucje kościelne. Przetłóczył J. K. Potocki. . . . .	1 —
	— Instytucje polityczne. Przetłóczył J. K. Potocki. . .	1 80
	— Szkice filozoficzne . . .	1 60
	<b>Taine H.</b> O metodzie. Przetłóczył L. Grendyszyński. Przedmowę napisał Adam Mahrburg . . . . .	— 50
	<b>Valdés A. P.</b> Szumowiny. Powieść. 2 t. . . . .	1 50
	<b>Wundt W.</b> Teorja poznania. Przetłóczył Z. Trynga. . .	2 40

Redakcja GŁOSU odstępuje powyższe dzieła wszystkim swoim prenumeratorom po cenie o 40% niższej.

UWAGA. Na koszta przesyłki dołączać trzeba kop. 15 do każdego rubla należności.

