

POLSKIE TOWARZYSTWO SZPITALNICTWA

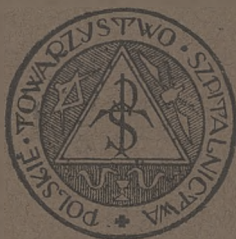
Nr. 1-2.

Rok VII.

PRZEGLĄD SZPITALNICTWA

KWARTALNIK

I - II



1937

PRZEGLĄD SZPITALNICTWA

KWARTALNIK

I - II



14

1937



Druk. „Zgoda“ J. Klimczak i S-ka. Zieina 47 Tel. 619-57.

3531. a. 37/28

O odwiedzaniu chorych w szpitalach dziecięcych.

Sprawa odwiedzania chorych w szpitalach będzie omawiana, jako jeden z głównych tematów, na V Międzynarodowym Kongresie Szpitalnictwa w Paryżu, w lipcu r. 1937. Fakt ten świadczy dobitnie, że sprawa ta nie jest jeszcze powszechnie zrozumiana i należyście ujęta. W Warszawie odwiedzanie chorych w szpitalach miejskich zostało unormowane odnośnymi przepisami, wydanymi przez Zarząd Miejski.

Jeżeli odwiedzanie chorych dorosłych wywołuje jeszcze wiele nieporozumień zarówno wśród publiczności, jak i wśród lekarzy, tym bardziej można to powiedzieć o odwiedzaniu chorych dzieci. Dlatego też choć na tym miejscu podzielić się z czytelnikami kilkoma uwagami i spostrzeżeniami, zdobytymi podczas dwudziestoletniej działalności Szpitala im. Karola i Marii dla dzieci.

Odwiedzanie chorych dzieci w szpitalach dziecięcych ma dobre i złe strony. Niektórzy pediatrzy szpitalni, zwłaszcza w Niemczech, uważają w ogóle odwiedziny rodziców za rzecz szkodliwą, i pragnęliby zupełnie nie dopuszczać odwiedzających na sale chorych dzieci. „Starszych dzieci rodzice i opiekunowie nie powinni odwiedzać, niemowląt zaś nie wolno odwiedzać nikomu“. Czy takie stanowisko jest w zupełności uzasadnione?

Trzeba przyznać, że w szpitalach dla dorosłych odwiedziny osób bliskich, uzależnione od wielkości szpitala, od tego, czy przeważają w szpitalu duże sale czy też pokoje oddzielne, od jakości i ciężkości cierpienia, prawie zawsze przynoszą choremu pożytek i mogą być zaliczone do pomocniczych środków leczniczych, gdyż, sprawiając choremu przyjemność, przyczyniają się do podniesienia samopoczucia chorego i wzmacniają jego wolę do wyzdrowienia.

Odwiedziny rodziców w szpitalach dziecięcych w większości wypadków tego „leczniczego“ znaczenia nie posiadają. Wizyty rodziców działają kojąco tylko na te dzieci, które przyjmują spokojnie przyjście i odejście drogiej im osób. Są to zazwyczaj dzieci starsze, w wieku szkolnym. Dzieci zaś młodsze są wizytą rodziców pobudzone; witają ich radośnie, lecz żegnają płaczem i krzykiem. Po odwiedzinach czują się one znacznie gorzej, są podniecone i wyczerpane płaczem; często podnosi się nawet z tego powodu ciepłota ciała, a po dniu odwiedzin następuje niespokojna noc; dzieci, które już się odtęskniły, były spokojniejsze i przywiązały się do pielęgniarki, zaczynają po odwiedzinach rodziców znowu płakać i tęsknić, i znów muszą się przyzwyczajać do warunków

szpitalnych. Wszystko to wpływa na pogorszenie się stanu chorobowego, i dlatego wizyty rodziców powinny być ograniczone i uregulowane odpowiednimi przepisami.

Drugą okolicznością, która każe ograniczać częstość, czas odwiedzin i liczbę osób odwiedzających, jest obawa przed zawleczeniem zakażeń na oddziały szpitalne. W naszym szpitalu rodzice mogą odwiedzać swe dzieci tylko raz na tydzień, w niedzielę, przez 15 minut; jednocześnie mogą odwiedzać dziecko tylko 2 osoby; odwiedzać mogą chore dzieci tylko ich rodzice i rodzeństwo, starsze ponad lat 16; wchodząc na salę, osoba odwiedzająca wkłada czysty fartuch szpitalny; odwiedzający nie powinni nie kłaść na łóżko dziecinnie, ani siadać na nie; nie należy brać dzieci na ręce, sadzać na kolanach, całować. Przy powyższych ograniczeniach rzadko kiedy zdarza się zawleczenie przez rodziców swoistych chorób zakaźnych wieku dziecięcego, jak odry, błonicy, płonicy, ksztuśca i t. p., gdyż osoby dorosłe rzadko na nie chorują; mogą one przenieść zarazki tych chorób jedynie wtedy, gdy w ich mieszkaniu lub w domu inne dzieci chorują na choroby zakaźne — w tych wypadkach rodzice nie powinni być dopuszczani do dziecka na salę szpitalną.

O wiele częściej mogą rodzice zawlec na oddziały kataralne — grypowe — zakażenia dróg oddechowych, na które sami zapadają. Dlatego też przy najlżejszym niedomaganiu (katar, ból gardła, kaszel, chrypka, nieznaczne podniesienie ciepłoty, ogólne osłabienie i t. p.) rodzice nie powinni odwiedzać dzieci. Pielęgniarki i lekarze, pracujący na sali podczas wizyt rodziców, powinni zwracać uwagę na powyższe objawy u osób odwiedzających i udzielać im odpowiednich wskazówek. W czasie epidemii grypy odwiedzanie chorych może być w ogóle wstrzymane, jak to słusznie zarządził Wydział Szpitalnictwa w Warszawie w r. 1937.

Wobec tego, że zakażenia kataralne są groźne dla małych dzieci, zwłaszcza dla niemowląt, osoby odwiedzające nie są dopuszczane na oddziały niemowlęce, lecz przyglądają się swym dzieciom przez oszklone drzwi lub okna. Również i na oddziały zakaźne rodzice nie mogą być wpuszczani na sale, żeby nie roznosić zarazków do domu i po mieście. Rozumie się, że od tych ograniczeń mogą być czynione pewne odstępstwa. Jeżeli dziecko jest bardzo ciężko chore, lekarz może pozwolić rodzicom na częstsze odwiedzanie i na dłuższe przebywanie u chorego. W razie znacznego pogorszenia się stanu chorego, rodzice są zawiadamiani o stanie dziecka i dopuszczani do jego łóżka na wszystkich oddziałach, nawet na zakaźnych, po zastosowaniu odpo-

wiednich przepisów (nałożenie fartuchów, masek na usta i na nos, czapek płóciennych na głowę, dokładne odkażenie rąk przed wyjściem).

Rodzice, zwracając się o pozwolenie ponadprzepisowego widzenia się z dzieckiem, nie mówią zazwyczaj, że to oni pragną zobaczyć swe dziecko, że to im jest tęskno, lecz motywują swą prośbę tym, iż dziecko cierpi i tęskni, ba, „że z tęsknoty zachoruje“. Otóż chęć rodziców uspokoić: jest bardzo mały odsetek dzieci, które się nie przyzwyczajają do szpitala i stale tęsknią i płaczą; prawie wszystkie dzieci już po kilkudniowym pobycie czują się dobrze, i o ile tylko stan zdrowia na to pozwala, bawią się i są wesołe, i dopiero właśnie odwiedziny rodziców. Jak to powiedzieliśmy wyżej, wyprowadzają je z tego dobrego stanu. Dlatego też lekarz, prócz wyżej wymienionych odstępstw, tylko w wyjątkowych razach może zezwolić na dodatkowe wizyty rodziców; gdy dzieci dobrze znoszą te odwiedziny i gdy zobaczenie dziecka uspakaja rodziców i wzmacnia ich zaufanie do szpitala. Początkowo mieliśmy wiele nieprzyjemności z powodu zakazu częstego odwiedzania chorych; obecnie jednak, gdy rodzice się przekonali, że jest to zasada ogólna, i gdy zrozumieli, że czynimy to dla dobra ich dzieci, coraz mniej mamy przykrości z tego powodu.

Rodzice, dla których rozłąka z dzieckiem jest ciężkim przeżyciem i wywołuje stały niepokój, pragną mieć przynajmniej częste wiadomości o swym dziecku; dlatego też w szpitalu powinna być należycie zorganizowana obsługa informacyjna. W szpitalu im. Karola i Marii rodzice mogą zapytywać o stan swych dzieci osobiście lub telefonicznie codziennie między godz. 17 — 18; informacji udziela przełożona pielęgniarek, która przed wymienioną godziną obchodzi wraz z lekarzem dyżurnym wszystkie oddziały szpitalne. Zapytywanie w innych godzinach jest zasadniczo niedozwolone, odrywa bowiem personel szpitalny od normalnej pracy.

Wbrew powyższemu zaleceniu, rodzice często zapytują o zdrowie dzieci w godzinach przedpołudniowych. Aby uczynić zadość tej potrzebie, przełożona pielęgniarek codziennie rano pozostawia w kancelarii krótkie notatki o stanie ciężko chorych, głównie o wysokości ciepłoty ciała i o zachowaniu się dziecka w ciągu minionej nocy. Kancelaria szpitala, dzięki tym notatkom, może udzielać rodzicom odpowiednich informacji, bez potrzeby zapytywania oddziałów o stan zdrowia dzieci i bez odrywania tym sposobem personelu salowego od pracy.

Chciałbym rzec kilka słów jeszcze o jednym ograniczeniu. Rodzice, odwiedzając dzieci, pragną sprawić im jak największą przyjemność, i dlatego niejednokrotnie chcą im przynosić różne przysmaki,

ciastka, cukierki i t. d. Otóż w szpitalu dziecięcym rodzice mogą przynosić dzieciom tylko nowe zabawki, książki i kwiaty, które wręczają im osobiście podczas odwiedzin niedzielnych; żadnych zaś zapasów żywności ani łakoci przynosić na sale szpitalne nie wolno, a to dlatego, by dziecko nie zjadło czegoś, co by mu mogło zaszkodzić. Co się zaś dotyczy niektórych produktów spożywczych, w pewnych przypadkach dozwolonych przez lekarza, głównie owoców, niekiedy sucharków, czekolady i innych łakoci, rodzice wręczają je w kancelarii szpitalnej przełożonej pielęgniarek, która przesyła je na właściwy oddział podług nazwisk dzieci; pielęgniarka salowa przechowuje je w kredensiku oddziałowym i podaje dzieciom stopniowo, w odpowiedniej porze i w odpowiedniej ilości.

Wśród ujemnych stron odwiedzin musimy jeszcze wskazać na szkodliwość, wynikającą z nieodpowiedniego zachowania się rodziców na sali szpitalnej. Nie mówię tu o tym, że rodzice powinni zachowywać się przyzwoicie, nie zaśmiecać sali, nie palić tytoniu na oddziałach szpitalnych, nie prowadzić głośnych rozmów i t. d.; chodzi o to, aby osoby odwiedzające nie podrywały zaufania dzieci do lekarzy i pielęgniarek, nie zmniejszały ich autorytetu; dzieje się to wtedy, gdy rodzice, wbrew poleceniu lekarza, potajemnie podkarmiają dzieci niedozwolonymi łakociami, gdy wypowiadają różne żądania i żale przy łóżku chorego, gdy głośno na całą salę krytykują pracę pielęgniarek, sposób leczenia, przepisy szpitalne. Takie nieprzyjemne incydenty wymagają wielkiego opanowania i taktu ze strony lekarzy i pielęgniarek; nie jest łatwo wysłuchiwać skarg i zarzutów. Chcąc uspokoić rodziców, musimy wejść w ich położenie i zrozumieć, że wiele z tych niesłusznych skarg ma swoje źródło w niepokoju o chore dziecko. Jeżeli jednak nie udaje się uspokoić odwiedzających dobrocią i perswazją, należy uciec się do środków energiczniejszych, aż do usunięcia ich z sali. Oczywiście, w razie zauważenia braków w opiece nad dzieckiem, rodzice mają prawo zakomunikować o tym lekarzowi lub przełożonej pielęgniarek w odpowiedniej formie i w odpowiednim miejscu, i braki te, w razie ich istotnego skonstatowania, powinny być przez kierownictwo szpitala natychmiast usunięte.

Widzimy więc, że odwiedzanie chorych dzieci może im w wielu wypadkach wyrządzić szkodę; szkodliwości te jednak mogą być w znacznej mierze złagodzone lub usunięte, dzięki ograniczającym przepisom i przy obopólnej dobrej woli rodziców i personelu szpitalnego. Odwiedziny rodziców w szpitalach dziecięcych mają również bezwzględnie znaczenie dodatnie: są one łącznikiem między domem a szpitalem.

W szpitalu im. Karola i Marii obowiązuje przepis, iż wizyty rodziców odbywają się w obecności pielęgniarek i lekarzy, którzy udzielają rodzicom informacji o stanie zdrowia dzieci. Jest to warunek bardzo ważny, łagodzący ciężkie dla rodziców przepisy w sprawie odwiedzania chorych. Jest zrozumiałe, że rodzice pragną choć raz na tydzień dowiedzieć się o stanie ich dziecka bezpośrednio od lekarza leczącego. Lekarze szpitalni winni zaspakajać tę słuszną potrzebę. Młodzi lekarze, przysłuchując się rozmowom starszych kolegów z osobami odwiedzającymi, uczą się, jak należy rozmawiać z rodzicami, co trzeba mówić, a czego mówić nie potrzeba i nawet nie wolno. Tak jak trzeba się uczyć zbierania wywiadów, należy również się uczyć rozmawiać z otoczeniem chorego o jego stanie obecnym i o widokach na przyszłość. Ponadto, te niedzielne rozmowy z rodzicami służą do uzupełnienia brakujących szczegółów z wywiadów, zauważonych przez lekarza ordynującego, a niezbędnych dla wyjaśnienia sprawy chorobowej. Pielęgniarki zaś, zarówno oddziałowe, jak szpitalne społeczne, w rozmowie z rodzicami dowiadują się o rodzinnych i domowych warunkach, o troskach i kłopotach rodziców, o trudnościach w wychowaniu dziecka, o jego przyzwyczajeniach, o ulubionych potrawach; udzielają rodzicom wiadomości o zachowaniu się dziecka i pieczą o ich w sprawach higieniczno-wychowawczych — wszystko to przyczynia się do zacieśnienia łączności między domem a szpitalem i wzmacnia zaufanie publiczności do leczenia szpitalnego.

Dni pracy, wypoczynku i choroby w życiu pielęgniarki szpitalnej.

„Twierdzę, że najszcześliwszymi z ludzi, najbardziej kochającymi swój zawód, najwdzięczniejszymi za dar życia są, podług mego zdania, kobiety, które poświęcają się pielęgniarstwu. Jest to zwykle nadużycie słów, jeżeli uważa się ich życie, jak to wielu czyni, za ofiarę i męczeństwo“. Tymi słowy określiła życie pielęgniarki *Florence Nightingale*, która, wykonywując swoją pracę, nie czuła się ofiarniczką, lecz była przez całe życie człowiekiem służby społecznej.

Służba pielęgniarska, jak i wszelka inna służba społeczna, wymaga różnych warunków, jak: powołanie, usposobienie, uzdolnienie; wśród tych warunków ważne miejsce zajmuje odpowiedni stan zdrowia i sił fizycznych.

Panuje powszechnie mniemanie, że pielęgniarstwo należy do najbardziej wyczerpujących zawodów, że pielęgniarki często chorują i szybko tracą zdrowie. Chcę właśnie na zasadzie spotrzeżeń, dokonanych w szpitalu im. Karola i Marii, omówić chorobowość pielęgniarek w szpitalu dziecięcym i odpowiedzieć na pytanie, na jakie choroby najczęściej zapadają pielęgniarki, oraz jaki zachodzi stosunek między pracą a wypoczynkiem i chorobą.

Liczba dni pracy, wypoczynku, urlopu i choroby pielęgniarek szpitala im. Karola i Marii od 1. IV. 1930 do 31. III. 1936.

Rok	L I C Z B A									
	pielęgniarek	dni pobytu w szpitalu	dni pracy		dni wypoczynku		dni urlopu		dni choroby	
				%		%		%		%
1930—31	31	10206	7830	76,7	934	9,2	986	9,6	456	4,5
1931—32	31	10224	7882	77,1	942	9,2	985	9,8	505	4,9
1932—33	31	10328	7796	75,6	934	9,0	841	8,1	757	7,3
1933—34	32	10320	8015	78,4	935	9,2	934	9,1	336	3,3
1934—35	32	10328	7938	76,8	949	9,2	998	9,2	443	4,5
1935—36	35	10929	8229	75,3	1209	11,0	980	9,0	511	4,7
razem		62235	47690	76,6	5903	9,5	5634	9,1	3008	4,8

Choroby pielęgniarek
od 1. IV. 1930 do 31. III. 1936.

Choroby	Liczba dni choroby							liczba przy- padków
	1930—31	1931—32	1932—33	1933—34	1934—35	1935—36	Razem	
Błonica	14	—	6	—	20	—	40	3
Dur brzuszny . . .	80	—	—	—	24	—	104	2
Zapalenie epidem. przysusznicy . . .	—	—	—	—	—	42	42	2
Rumień zakaźny . .	—	—	19	—	—	—	19	1
Róża	11	—	—	—	—	—	11	1
Gruźlica płuc . . .	—	181	365	13	—	—	559	1
Grypa (zapal. katar. dróg oddech.) . . .	89	36	110	66	73	143	517	51
Zapalenie gardła .	—	35	30	32	70	20	187	25
Ogólne osłabienie— wyczerpanie . . .	74	40	38	52	—	95	299	16
Reumatyzm stawo- wy i mięśniowy . .	27	21	11	21	5	5	90	7
Artretyzm	12	5	—	2	14	—	33	5
Choroby serca i na- czyń	—	27	5	—	70	—	102	4
Choroby narządów trawienia	132	—	48	126	90	35	431	15
Choroby dróg mo- czowych	2	15	—	—	54	79	150	7
Choroby skóry i tkanki podskórnej	14	2	—	—	7	41	64	6
Urazy	—	25	122	8	5	—	160	3
Poród i urlop popo- rodowy	—	105	—	—	—	—	105	1
Schorzenia nóg . .	—	3	3	14	11	51	82	7
Choroby zębów — zapalenia okosłnej	1	10	—	2	—	—	13	4
Razem	456	505	757	336	443	511	3008	161

Z zestawienia powyższego wynika, że na pracę przypada 76,6% ogólnej liczby dni; wypoczynek¹⁾ i urlop²⁾ obejmują 18,6%, a dni chorobowe stanowią 4,8%. Jeżeli odsetki te obliczymy w stosunku rocznym, otrzymamy, że pielęgniarka w ciągu roku pracuje przeciętnie 280 dni, czyli nieco więcej, niż 9 miesięcy; na wypoczynek i urlop przypada rocznie 68 dni; choruje zaś pielęgniarka w ciągu roku przeciętnie 17 dni, czyli przeszło pół miesiąca. Są to liczby przeciętne: prawie połowa ogólnej liczby pielęgniarek nie choruje w ciągu roku zupełnie; mamy w szpitalu i takie pielęgniarki, które w ciągu wielu lat służby nie opuściły z powodu choroby ani jednego dnia. Powyższa przeciętna roczna liczba —17—dni chorobowych nie jest zbyt wielka. W statystykach zagranicznych spotykamy liczby o wiele większe. Tak naprz. w Danii, jak podaje *C. Reimann*³⁾ w dwóch największych szpitalach Kopenhagi średnia roczna liczba dni chorobowych dla każdej pielęgniarki wyniosła 23 i 32,4 dni; w Niemczech w dwóch szpitalach w Berlinie każda pielęgniarka chorowała przeciętnie po 30 dni w roku; w Austrii w dwóch szpitalach w Wiedniu przeciętnie pielęgniarki chorowały rocznie przez 31,2 i 29 dni.

Liczby powyższe mogą posłużyć do obliczenia, ile potrzeba sił zastępczych na czas choroby pielęgniarek. Jeżeli szpital zatrudnia 20 pielęgniarek, z których każda w ciągu roku choruje przeciętnie 17 dni, to z powodu chorób pielęgniarek ubywa rocznie 340 dni pracy, czyli, nawet przy uwzględnieniu częściowego wzajemnego zastępowania się pielęgniarek podczas choroby, na każde 20 pielęgniarek przypada najmniej jedna dodatkowa pielęgniarka na zastępstwa chorobowe.

Pielęgniarki szpitala im. Karola i Marii dla dzieci, opuściły z powodu choroby 3008 dni pracy w ciągu 6 lat. Wśród wyliczonych na tablicy chorób, zatrzymamy się przede wszystkim, na chorobach zakaźnych.

W wymienionym okresie stwierdziliśmy 9 przypadków swoistych chorób zakaźnych i 1 przypadek gruźlicy płuc — razem 10 przy-

¹⁾ Każda pielęgniarka ma zabezpieczone prawem 4^{ty} dni wypoczynkowe w miesiącu.

²⁾ Po półrocznym zatrudnieniu pielęgniarka ma prawo do dwutygodniowego urlopu; po rocznej pracy otrzymuje 4 tygodnie urlopu, po 10 latach — 5 tygodni, po 20 latach — 6 tygodni urlopu.

³⁾ *Cristiane Reimann* — „Some Observations on the Ratio of Nurses to Patients“ — Nosokomeion — 193

padków. W latach 1930 — 1936 pracowały w szpitalu przez dłuższy lub krótszy okres czasu 52 pielęgniarki, z których 10 chorowało na choroby zakaźne, co stanowi 19,2%. Jest ciekawe, że odsetka ta jest identyczna z odsetką chorób zakaźnych, którą stwierdził Alter¹⁾ wśród personelu pielęgniarskiego, pracującego w szpitalach ogólnych w Niemczech. W latach 1923 — 1926 w 451 szpitalach ogólnych pracowało 6701 pielęgniarek, z których zachorowało na choroby zakaźne łącznie z gruźlicą 1279 pielęgniarek, co stanowi 19,09%. Odsetka ta, zdobyta na tak wielkim materiale, odpowiada faktycznemu stanowi rzeczy. Co się zaś tyczy częstości chorób zakaźnych wśród personelu pielęgniarskiego szpitali dziecięcych, powinna ona być większa, niż w szpitalach ogólnych dla dorosłych: w tych ostatnich pielęgniarki rzadziej stykają się i pielęgnują chorych zakaźnych, niż w szpitalach dziecięcych.

O chorobach zakaźnych wśród personelu pielęgniarskiego mamy spostrzeżenia za cały czas istnienia szpitala od r. 1913. W ciągu 22 lat stwierdziliśmy 29 przypadków chorób zakaźnych, a mianowicie:

błonicy	— 8 przypadków
płonicy	— 4 przyp.
świnki	— 2 przyp.
rumienia	— 1 przyp.
zakaźnego	
róży	— 1 przyp.
duru brzuszego	— 6 przyp.
duru plamistego	— 3 przyp.
gruźlicy płuc	— 4 przypadki.

W ciągu tego okresu pracowało w szpitalu 100 pielęgniarek, z których chorowało na choroby zakaźne łącznie z gruźlicą 29 pielęgniarek, co stanowi 29,0%. Odsetka ta, zdobyta na liczniejszym materiale i w ciągu dłuższego okresu czasu, jest, zgodnie z wyżej wypowiedzianym poglądem, wyższa od podanej poprzednio. Rozumie się, że częstość chorób zakaźnych wśród personelu w różnych szpitalach, w różnym czasie i w różnych miejscowościach może być różna i zależy głównie od panujących epidemii i od liczby oddziałów zakaźnych, na których przede wszystkim personel zaraża się od chorych. Te dwa mo-

¹⁾ Dr Alter. „Gesundheitsverhältnisse der Schwestern in allgemeinen öffentlichen Krankenhäusern Deutschlands“ — Zeitschrift für Krankenhauswesen — Tor zesz. 9, 1928.

menty odbiły się również i na naszej statystyce. Podczas wojny i w ciągu kilku lat powojennych panowała w Warszawie wtelka epidemia duru plamistego — i wtedy stwierdziliśmy trzy przypadki tej choroby wśród pielęgniarek; od lat kilkunastu nie ma już w Warszawie epidemii duru plamistego, nie stwierdzamy również tej choroby w szpitalu. Cztery pielęgniarki chorowały na płonicę — wszystkie te przypadki pochodzą z okresu, gdy prowadziliśmy w szpitalu specjalny oddział płonicy. W szpitalu dziecięcym, jak wiemy, choroba zakaźna może wystąpić u dziecka, leżącego na jakimkolwiek oddziale, i być źródłem zakażenia dla pielęgniarek, najczęściej jednak zaraża się personel, pracujący na oddziałach zakaźnych i obserwacyjnych, jak o tym dobitnie świadczą następujące dane, zebrane przez *U. Künzig*¹⁾ w szpitalu akademickim w Düsseldorfie, posiadającym wszelkie oddziały i kliniki. Na oddziale błonicy w ciągu 20 lat, od r. 1907 — 1927, stwierdzono wśród zatrudnionego personelu 60 przypadków błonicy, a na wszystkich innych klinikach i oddziałach błonica wystąpiła wśród personelu 18 razy. Wśród personelu, pracującego na oddziale płonicy, zachorowały na płonicę 42 osoby; wśród pozostałego personelu szpitalnego stwierdzono tylko 14 przypadków płonicy. Aczkolwiek dane powyższe świadczą wyraźnie, iż najczęściej personel nabywa choroby zakaźnej w szpitalu, zaraziwszy się od chorych, jednak nie każdy przypadek choroby zakaźnej wśród personelu można uzależnić od zakażenia wewnątrzszpitalnego. Należy w każdym przypadku zakażenia dążyć do wykrycia jego źródeł. Nie zawsze można to źródło ustalić. Zwłaszcza trudno jest rozstrzygnąć tę sprawę w takich chorobach, jak dur brzuszny, czerwotka, gruźlica, którymi pielęgniarki mogą zarazić się i poza szpitalem, stykając się ze światem zewnętrznym.

W celu zmniejszenia częstości ostrych chorób zakaźnych wśród personelu pielęgniarskiego, należy dążyć przede wszystkim do tego, aby na oddziałach zakaźnych pracowały głównie te pielęgniarki, które daną chorobę przechodziły, lub te, których odporność na daną chorobę została stwierdzona za pomocą odczynów biologicznych (odeczyn Schick'a w błonicy, odczyn Dick'a w płonicy); np. na oddziale błonicy powinny pracować pielęgniarki, które nie są wrażliwe na błonicę, na oddziale płonicy — te, które przechodziły płonicę. Dalej, należy zwalczać zakażenia wśród personelu drogą immuno-biologiczną, za pomocą szczepień ochronnych, z których największe znaczenie,

¹⁾ *Udo Künzig* — „Ueber die Geföhrdung von Ärzten, Schwestern und Personal in Infektionskliniken“ — *Zeitschrift für Kinderheilkunde* — Tom 45, 1982.

prócz szczepień przeciwospowych, posiadają systematycznie przeprowadzane szczepienia przeciw durowi brzuszemu.

Co się zaś tyczy gruźlicy, to prócz ścisłego przestrzegania przy pielęgnowaniu chorych gruźliczych wszelkich środków ochrony przed zakażeniem przez płwocinę, przez zakażenie kropelkowe przy kaszlu, kichaniu (noszenie masek), przez kał — najważniejsze znaczenie posiada odpowiedni pod względem zdrowotnym dobór personelu pielęgniarskiego. Należyta selekcja powinna odbywać się już w szkołach pielęgniarstwa — pełne badanie wraz ze zdjęciem Roentgenowskim. Takiemuż badaniu powinny podlegać pielęgniarki przy przyjęciu na służbę szpitalną, a następnie wszystkie pielęgniarki szpitalne powinny być pod dozorem lekarskim. O innych ogólnych środkach higienicznych, wzmacniających siły ochronne pielęgniarek w walce z wszelkimi chorobami, a zwłaszcza z gruźlicą, słów kilka powiemy niżej.

Z dotychczasowych rozważań wynika, że pielęgniarki w szpitalach dziecięcych, posiadających odpowiednie oddziały zakaźne, są bardziej narażone na choroby infekcyjne, niż ogół dorosłych mieszkańców w danej miejscowości. Wprawdzie choroby zakaźne mogą mieć ciężki przebieg i nawet kończyć się śmiercią (z 29 pielęgniarek jedna zmarła na płonicę), jednak na pierwszy plan wśród schorzeń pielęgniarek wysuwają się nie one, lecz nieswoiste kataralne zapalenia dróg oddechowych — grypa i różnego rodzaju zapalenia gardła. Wśród 161 przypadków chorobowych, na te dwie grupy chorób przypada 76 przypadków, co stanowi 47,2%. Są pielęgniarki, skłonne do tych schorzeń w równym stopniu co dzieci: zapadają na nie, szczególnie w miesiącach jesienno-zimowych, corocznie, a nawet kilka razy do roku. Choroby te są złem społecznym nie tylko dlatego, że powodują utratę dużej liczby dni pracy, lecz również z tego względu, że pielęgniarki, pracujące w początkowym okresie tych schorzeń, łatwo zarażają nimi dzieci szpitalne, dla których te choroby mogą być niebezpieczne. W celu zmniejszenia szerzenia się zakażeń kataralnych na salach szpitalnych, pielęgniarki powinny meldować o swym najblższym niedomaganiu, a następnie, jeśli lekarz pozwoli im pracować, powinny się odpowiednio zachowywać przy kaszlu i kichaniu, i nosić na sali maskę, zasłaniającą nos i usta. Pielęgniarki łatwo przenoszą te choroby na dzieci, lecz również łatwo same się nimi zarażają od chorych dzieci; zarażają się również wzajemnie jedna od drugiej, zwłaszcza gdy mieszkają we wspólnych pokojach; mogą zarazić się także od pozostałego personelu szpitalnego i, oczywiście, poza szpitalem, na

mieście. Do rozwoju zapaleń kataralnych dróg oddechowych przyczynia się osłabienie sił ochronnych ustroju, często wywołane przeziębieniem. Do zmniejszenia skłonności do tych cierpień służą ogólne wzmacniające środki „zapobiegania dyspozycyjnego“, jak odpowiednia gimnastyka, hartowanie, właściwe odżywianie, oddychanie, odpoczynek, a przede wszystkim unikanie przeziębień, do których powstania przyczynia się między innymi system pawilonowy budowy szpitala: przy przejściu z jednego pawilonu na drugi, zwłaszcza w miesiącach jesiennych i zimowych, personel szpitalny powinien pamiętać o ciepłej odzieży i odpowiednim obuwiu — nie przemaczać i nie przeziębiać nóg!

Następne miejsce pod względem częstości występowania zajmuje ogólne osłabienie i wyczerpanie: zanotowaliśmy 16 przypadków tych zaburzeń zdrowia, co stanowi 10% ogólnej liczby schorzeń. Jest to liczba stosunkowo duża i świadczy o małej wytrzymałości fizycznej zwłaszcza młodszych sił pielęgniarskich.

Co się zaś tyczy innych chorób, nie wymagają one specjalnego omówienia wobec nielicznych spostrzeżeń. Rzuci się w oczy dość znaczna ilość chorób przewodu pokarmowego, wśród których notowano ciężkie schorzenia wątroby i kilka przypadków zapaleń wyrostka robaczkowego. Zwracamy jeszcze uwagę na dwie rubryki końcowe, na schorzenia nóg i zębów, których w większości przypadków można uniknąć. Przez zastosowanie odpowiedniej higieny nóg i ćwiczeń gimnastycznych, przez noszenie właściwego obuwia, możnaby uniknąć lub przynajmniej złagodzić takie dolegliwości, jak płaska stopa lub żyłaki. To samo można powiedzieć o chorobach zębów: możnaby ich uniknąć niemal w zupełności przy należytej higienie jamy ustnej i przy stałej kontroli uzębienia przez specjalistę.

Po przedstawieniu chorobowości wśród pielęgniarek szpitalnych i po omówieniu niektórych specjalnych środków ochronnych w poszczególnych grupach chorobowych, chcę obecnie zwrócić uwagę na ogólne środki, zmierzające do zmniejszenia chorobowości wśród personelu pielęgniarskiego.

Przede wszystkim jest niezbędne pełne badanie kliniczne wraz z prześwietleniem lub zdjęciem Roentgenowskim, oraz dokładnym zebraniem wywiadów, zwłaszcza co do przebiecia chorób zakaźnych, każdej nowowstępującej pielęgniarki.

Stan zdrowia pielęgniarek powinien być pod stałą kontrolą położonej pielęgniarki i lekarza. W szpitalu im. Karola i Marii o każdej

pielęgniarce prowadzona jest karta zdrowia z wymienieniem przebytych chorób i kontrolą wagi. Każdy nieumotywowany ubytek wagi powinien spowodować szczegółowe badanie, zwłaszcza w kierunku gruźlicy. Ze sprawa stałej kontroli zdrowia pielęgniarek nie jest dotąd powszechnie uregulowana, świadczy o tym chociażby fakt, że w Niemczech, podług *Alter'a*, jest ona zaprowadzona tylko w 48% szpitali.

Dalej, powinny być zabezpieczone zdrowotne warunki pracy pielęgniarek: odzież ochronna, obfitość wody bieżącej na salach szpitalnych, jak i w mieszkaniach pielęgniarek, udostępnienie częstych kąpeli, natrysków, należyte odżywianie, możność spędzenia godzin wolnych od pracy na świeżym powietrzu; ćwiczenia gimnastyczne, sporty, gry ruchowe; odpowiednie mieszkanie.

Wymienione wyżej warunki są zrozumiałe i nie wymagają żadnych wyjaśnień. Zaznaczę tylko, że w szpitalu im. Karola i Marii urządzono plac do gry w piłkę latającą. Chwile wolne od pracy pielęgniarki mogą spędzać przy dobrej pogodzie w ogrodzie szpitalnym. Na ogół trzeba stwierdzić, że pielęgniarki nasze zbyt mało uprawiają sportów, gier ruchomych, a zwłaszcza ćwiczeń gimnastycznych, głównie oddechowych. Do tych prostych, codziennych ćwiczeń gimnastycznych pielęgniarki powinny być wdrażane w szkole, tak, aby weszły one w przyzwyczajenie i stały się niezbędne jak np. mycie.

Co się tyczy mieszkań pielęgniarek, jest bardzo pożądane, aby każda pielęgniarka miała oddzielny, choćby mały pokój, gdyż tylko w oddzielnym pokoju może należycie odpocząć po wyczerpującej pracy, nie będąc narażoną na stałe towarzystwo osoby lub osób, niekiedy z nieprzyjemnymi, a nawet szkodliwymi przyzwyczajeniami czy nałogami. Z 24 pielęgniarek, mieszkających w szpitalu im. Karola i Marii, 14 pielęgniarek zajmuje osobne pokoje, zaś pozostałe 10 mieszka po dwie, w 5 pokojach. Są to warunki mieszkaniowe bezsprzecznie dobre. W Niemczech, według *Alter'a*, z 400 szpitali tylko w 137 zakładach pielęgniarki mieszkają w oddzielnych pokojach, w 208 szpitalach pielęgniarki zajmują pokoje o 3 łózkach; w pozostałych szpitalach mieszkają w salkach o 4 do 7 łózków.

Duże znaczenie zdrowotne posiada właściwe uregulowanie dyżurów nocnych. W szpitalu im. Karola i Marii pielęgniarki dyżurują co 5 tydzień, od godziny 23 wieczór do 7 rano. Po dyżurze nie pracują w dzień a kończąc dyżur w niedzielę rano, zaczynają pracować dopiero w poniedziałek o 15 po południu. Podczas nocnego dyżuru otrzymują posiłek (owoce, wędliny, pieczywo, herbata). Wolne od

dyzurów są pielęgniarki po 20 latach służby szpitalnej, a to dlatego, że osoby starsze w okresie przekwitania źle znoszą dyżury nocne — popadają w bezsenność. W dzień po dyżurze pielęgniarka powinna spać przez 8 godzin przy zapewnionej ciszy. W niektórych większych szpitalach zagranicznych dla snu „dziennego“ pielęgniarek „nocnych“ są przeznaczone specjalne pokoje, dobrze izolowane od hałasu. Nie we wszystkich szpitalach jest zabezpieczony zupełny wypoczynek po nocnym dyżurze. Tak np. w Niemczech z 410 szpitali tylko w połowie, t. zn. w 205 szpitalach pielęgniarki nie pracują w dzień po dyżurze; w innych zakładach pielęgniarki są zatrudnione częściowo po kilka godzin do pół dnia, a w 18 szpitalach pracują po nocnym dyżurze przez cały dzień.

Dostatecznie długi urlop wypoczynkowy jest jednym z niezbędnych warunków utrzymania zdrowia i zdolności do pracy, pod warunkiem, że będzie wykorzystany w sposób jak najlepszy dla zdrowia. Z wagi pielęgniarki przed i po urlopie możemy się do pewnego stopnia przekonać, czy urlop był spędzony właściwie. Jest nader pożądaną, aby pielęgniarki wykorzystywały swój urlop nie tylko w miesiącach letnich, lecz także i w zimowych. Obecnie Zarząd Miejski m. st. Warszawy umożliwia spędzenie urlopu po cenach jak najniższych w różnych miejscowościach klimatycznych, w górach, nad morzem, na obozach sportowo-wypoczynkowych, przeznaczonych dla pracowników miejskich i ich rodzin.

Pielęgniarki, pracujące w szpitalach miejskich, przy ośmiogodzinnym dniu pracy i czterech dniach wypoczynkowych w miesiącu, otrzymują po rocznej pracy czterotygodniowy urlop. W większości szpitali niemieckich (62%) pielęgniarki korzystają z urlopu czterotygodniowego lub dłuższego; są jednak szpitale, dające urlopy o wiele krótsze. Według statystyki *Alter'a* w 17 szpitalach siostry nie otrzymują żadnego urlopu, a w 14 — urlop do 8 dni, w 35 — urlop do 2 tygodni, w 21 szpitalach pielęgniarki otrzymują urlop do 3 tygodni; w najgorszym położeniu są pod tym względem siostry zakonne.

Na tych uwagach kończymy omawianie ogólnych warunków zdrowotnych pracy pielęgniarek. Zaznaczę jeszcze, że aczkolwiek opisane warunki przyczyniają się do zachowania zdrowia pielęgniarek. jednak jest rzeczą najważniejszą, aby pielęgniarki same żyły zgodnie z wymaganiami higieny, nie przekraczając przepisów higienicznych ani na salach szpitalnych, ani w życiu. Zarówno same pielęgniarki, jak i ci, którzy szpitale utrzymują i nimi zarządzają, powinni dążyć do tego, aby pielęgniarki mogły pracować w szpitalu jak najdłu-

żej w pełnym zdrowiu, gdyż tylko zdrowa, pełna radości życia i pogody pielęgniarka może otoczyć chorego należyłą opieką, może go pocieszyć, ukoić, rozweselić, pomnać, że uśmiech jest równie zaraźliwy jak łza. Ze względów zaś już czysto gospodarczych jest ważne, aby w szpitalu pracowało jak najwięcej pielęgniarek starszych, gdyż pielęgniarki starsze i doświadczone pracują na ogół o wiele ekonomiczniej od niedoświadczonych. W szpitalu im. Karola i Marii z 29 pielęgniarek, zatrudnionych w dniu 1.IV.1936, 14 pielęgniarek pracowało w szpitalu dłużej niż 10 lat, w tej liczbie 6 pielęgniarek dłużej niż 20 lat.

Obecnie angażujemy jedynie te pielęgniarki, które ukończyły szkoły pielęgniarstwa. Mamy już kilka pielęgniarek — absolwentek szkoły pielęgniarstwa, pracujących w szpitalach po kilka lat, wśród nich jedna pracuje już lat 11. Ta okoliczność upoważnia nas do wyrażenia nadziei, że utrzyma się wyżej podany stosunek liczby pielęgniarek starszych do ilości sił młodszych, i że nadal pielęgniarki w naszym szpitalu będą pracowały długo, w pełni sił i zdrowia, z pożytkiem dla instytucji i ku własnemu zadowoleniu.

Blaski i cienie pracy lekarskiej w szpitalu

Podobnie jak w innych krajach i w Polsce szpitale przeszły szereg znacznych i istotnych ewolucji nim stały się tym, czym są obecnie. Zależnie od etapów tych ewolucji wzrastała się rola lekarzy w szpitalach i równomiernie z tym coraz większa stała się wartość szpitali dla chorego człowieka.

Jak m. in. stwierdził *W. Męczkowski* na zasadzie Uchwał Synodów Polskich, w czasach dawniejszych szpitale były przede wszystkim przytułkami dla biednych i zasadniczo znajdowały się pod kierownictwem duchowieństwa. Pomoc lekarska w nich nie zawsze była zapewniona w dostatecznym stopniu, jak to można wnioskować ze statutu Synodu w Łęczycy w 1425 r. W czasach nieco późniejszych, jak widać z uchwał Synodu Krakowskiego 1621 i 1711 rola lekarzy w szpitalach jest nieco większa, gdyż „przyjmować do szpitali można tylko taką liczbę ubogich, jaką pozwalają doktorzy, ale bez wiedzy i pozwolenia proboszcza, nikt przyjętym być nie może“. To też i czysto nawet lekarskie zarządzenia wydawane są dla szpitali przez władze kościelne, czego przykładem może posłużyć choćby list pasterski Kard. *B. Maciejowskiego* i Synodu Krakowskiego z 1601 r., w których znajduje się polecenie „aby chorzy dotknięci chorobą zakaźną, mogącą zarazić innych, byli utrzymywani oddzielnie“. Podobne Reguły Societatis Jesu z 1684 r. nakazują by „jeśli choroba jest przerzutna, to naczynie ma być odłączone“.

W sprawach szpitali synody zwracały się tylko do proboszczów. Stan ten wydatnego znaczenia administracji szpitalnej, przeważnie duchownej, a małego udziału w tej administracji lekarzy u nas przetrwał prawie do połowy XIX stulecia, pomimo postępującej sekularyzacji administracji szpitalnej. Jako przykład przytoczę choćby wydatną rolę starszej siostry Miłosierdzia (przełożonej) *J. Olszewskiej* w pierwszych latach istnienia Instytutu Oftalmicznego (założonego w 1827 r.). Przykładem jak mało wtedy zdawano sobie sprawy z wartości lekarza dla szpitala dowodzi choćby fakt, że po przedwczesnej śmierci *Jana Hüllverdinga* od 1829 do 1856 roku czynnikami administracyjnymi (rodzina fundatora) powierzyły służbę lekarską Instytutu dentyście i magistrowi chirurgii *Adolfowi Anglowi*, wątpliwej wartości lekarzowi, a w każdym razie nie okuliście i ten około 27 lat leczył w Instytucie. To też dopiero w drugiej połowie XIX stulecia, a mia-

nowicie od roku 1854 zaczyna się rozkwit tej placówki, dzięki powołaniu na stanowisko konsultanta a potem i lekarza naczelnego *Wiktor Feliksa Szokalskiego*. W ogóle w szpitalnictwie polskim i warszawskim w szczególności przełom na lepsze zaczyna się dopiero około 1870 roku.

Będzie to okres, w którym następuje, jak zaznaczył dr *Józef Skłodowski* w swych pamiętnikach z których łaskawie zezwolił mi skorzystać w rękopisie:

„przekształcenie się szpitali — przytułków w istotne warsztaty lecznicze. Ówczesny Uniwersytet Warszawski, rosyjski nie dawał dobrej szkoły, to też większość lekarzy naczelnych i ordynatorów stanowili pospolici praktycy bez zapału i bez wyższych ambicji, mało wyrastający ponad szary tłum zwykłych bazgraczy recept. Oddziały szpitalne nie posiadały koniecznych urządzeń, zwłaszcza badawczych a w ich frekwencji przeważali beznadziejni chronicy i marantycy. To też o oddziały jeszcze nie bardzo się ubiegano, nie dawały bowiem one ani zadowolenia, ani splendoru a pensja była licha lub żadna“.

Lekarze naczelnicy byli to przeważnie ludzie już starsi, stanowisko było raczej traktowane jako synekura. Były i tu jednak szczęśliwe wyjątki, jak dr *Władysław Stankiewicz* w szpitalu Ewangelickim, prof: dr *Wiktor Szokalski*, *Bolesław Gepner*, w Instytucie Oftalmicznym, *Feliks Sommer* w szpitalu Wolskim. Wśród czynników administracyjnych, a więc kuratorów, obok ludzi bezwzględnie wartościowych, jak naprz. *Jan Tadeusz Lubomirski* — byli też i ludzie przeważnie mało odpowiedni, a nieraz zupełnie obcy i nie stojący na wysokości zadania, podobnie jak i szereg intendentów, którzy nie mogli wszak zrozumieć wartości pracy lekarzy w ogóle i wolontariuszy lekarzy w szczególności i nieraz też, jak słynny generał *Wałujew*, przeszkadzali im w pracy.

„A tymczasem na oddziałach szpitalnych, jak zaznacza *Skłodowska*, wszystko zaczęło się powoli zmieniać i ożywiać za sprawą kilku młodych ordynatorów, wśród których dla interny największe zasługi położyli *Teodor Dunin* i *Alfred Sokółowski*, dla neurologii *Władysław Gajkiewicz*, dla chirurgii *Władysław Krajewski* i *Władysław Matlakowski*, a dla okulistyki *Wiktor Feliks Szokalski*. Za nimi poszło wkrótce wielu innych i oddziały szpitalne stały się wkrótce placówką bardzo cenioną, a wielu z ich ordynatorów objęło z czasem zaszczytną rolę kształcenia młodych lekarzy, a niekiedy pokryjому i studentów oraz podtrzymywania polskiej nauki lekarskiej“.

Podezas swych studiów w Uniwersytecie Kijowskim (rok 1907 — 1912) korzystałem już obficie z polecanych mi często przez mych profesorów-rosjan podręczników polskich, a więc z „Diagnostyki różniczkowej” *Władysława Biegańskiego*, z jego „Podręcznika chorób zakaźnych”, z „Podręcznika chorób serca” — *Władysława Janowskiego*, z książki „O suchotach płucnych” *Alfreda Sokołowskiego*. Według opinii współczesnych — książki te uważane były za stojące na bardzo wysokim poziomie. Dodam tu jeszcze, że jeden z najwybitniejszych podręczników okulistyki to: „Wykład chorób przyrzędu wzrokowego człowieka” napisany przez *Szokalskiego* wtedy naczelnego lekarza Instytutu Oftalmicznego w Warszawie. Książka ta wyszła w roku 1869 a tłumaczenie rosyjskie jej zjawilo się już w 1873 roku. Prócz tego w roku 1909 *Bronisław Ziemiński*, ordynator Instytutu Oftalmicznego wydaje własnym nakładem oryginalne dzieło: „Wykład okulistyki”. Sprawiedliwość nakazuje też tu wspomnieć o zasługach naukowych i pedagogicznych *Zygmunta Kraneszyka* ordynatora Szpitala na Czystym.

Mówię o tym, żeby przypomnieć wszystkim, że szpitale polskie w końcu XIX stulecia, to wybitne placówki nauczania. Należy tu jeszcze podkreślić, że większość z tych placówek były bezpłatne, albo prawie bezpłatne — tak *Dunin* zyskawszy ordynaturę płatną około 25 rubli miesięcznie, już w dwa lata potem z powodów politycznych stracił tę placówkę jako płatną i do końca życia pracował bezpłatnie, utrzymując jednak własnym sumptem pracownię szpitalną. Oddział *Dunina* wynosił wtedy około 40 łózek. Z początku wszelkie badania pracowniane wykonywano na salach chorych, a potem z wielkim trudem uzyskano niewielkie pracownie oddzielne. Pomimo to w tych ciężkich warunkach, chorzy otrzymywali od swych lekarzy pomoc stojącą na zupełnie współczesnym poziomie, a szpitale zarazem były uczelnia dla wielu lekarzy.

Charakter ówczesnych prac naukowych był przeważnie praktyczny i dotyczył głównie obserwacji klinicznych oraz ulepszeń badania i leczenia. Jednak w związku z odkryciami *Pasteura* i *Kocha* i u nas zaczyna się już praca usilna nad badaniem drobnoustrojów i zmian drobnowidowych w tkankach.

Wspomnieć też powinniśmy tu próby oparcia wskazań lekarskich na danych sprawdzanych anatomo-patologicznie przez *Edwarda Zielińskiego* i jego szkołę.

Do lekarzy szpitalnych, w których wyrobił się kierunek naukowy patologiczny i doświadczalny, należy *Edmund Biernacki*.

Do gruntownie przygotowanych neurologów z pośród ordynatorów warszawskich należy *Władysław Gajkiewicz*.

Praca lekarzy ordynatorów w tym okresie odbywała się w warunkach bardzo trudnych, gdyż przy skąpym uposażeniu szpitali, nie tylko że nie mieli żadnych pensji lub też mieli niewielkie 300 do 450 rubli rocznie, ale nie mając odpowiedniego zaopatrzenia oddziału, a chcąc pracować naukowo, z własnej szkatuły musieli utrzymywać pracownię szpitalną i wprowadzać ulepszenia w leczeniu, a chirurdzy sprowadzać musieli narzędzia i instrumenty i raz po raz własnym kosztem odbywać podróże zagraniczne naukowe dla dopełnienia wiedzy. Jako jednego z najwięcej zasłużonych chirurgów wspomniemy też *Władysława Krajewskiego*, który własnym swym kosztem urządził w szpitalu pracownię naukową, gabinet rentgenowski i sprowadzał stale i kompletował narzędzia i instrumenty i wraz z *Władysławem Matlakowskim* założył podstawy chirurgii warszawskiej.

Jedna z piękniejszych kart dziejów szpitalnictwa polskiego należy do *Władysława Matlakowskiego* (1851 — 1895). Syn chłopca, który w warunkach życia ciężkich, nie mając sam żadnego wykształcenia, dał wykształcenie uniwersyteckie swoim 4-m synom, *Matlakowski* był człowiekiem o pełnej wartości tego wyrazu. *Matlakowski* był ordynatorem szpitala Dzieciątka Jezus od roku 1882 do 1889, t. j. dopóki mu ciężka choroba płucna nie wytrąciła z ręki narzędzi pracy chirurgicznej. Cechą wybitną umysłu *Matlakowskiego* była daleka od dyletantyzmu wszechstronność. Działalność jego jako chirurga ordynatora przypadła, jak zaznacza *Roman Jasiński*, na tle niebywałej epoki początków antyseptyki. Do roku 1885, ku wielkiemu utrapieniu, na jego oddziale podobnie jak i innych chirurgów na dobre gospodarowała róża i dopiero od 1885 roku zaczął *Matlakowski* stosować zasady nowej podówczas antyseptyki. Zaczęło się od stosowania 0,1% sublimatu do obmywania skóry i ran i 5% karbolu do dezynfekcji narzędzi. „Pamiętam dobrze, mówi *A. Ciechomski*, jak nie posiadał się z radości nasz dzielny przewodnik, gdy operacje przebiegać zaczęły bez gorączki, gdy róża, nieodstępna towarzyszka naszych ran doszczętnie i odrazu wygasła, gdy wreszcie każda czysta rana goiła się doraźnie.

Niedość mu jeszcze na tym, bo zaraz w niedługim czasie urządza własnym kosztem salę operacyjną, usuwa wszelkie sprzęty drewniane i zastępuje żelaznymi ze szkłem lub marmurem, sprawia wspaniałe szklane irygatory i kosztowne ceraty na stół operacyjny i opatrunkowy, przebiera w białe płaszcze siebie i wszystkich pomocników. Poza tym wciąż marzy o ułożeniu własnym kosztem posadzki kamiennej

w sali operacyjnej, na co władze szpitalne się nie zgodziły, z uwagi na jakieś przeszkody techniczne.

Przed laparotomią w wigilię sala operacyjna była oczyszczana dokładnie i zamykana do 9-ej rano dnia następnego dla uniknięcia zakażenia z powietrza, któremu wówczas przypisywano wielkie znaczenie“.

Że jednak *Matlakowski* nie wszystko nowe przyjmował bez zastrzeżeń, tego dowodzą jego obserwacje nad zatruciami karbolem stosowanym zewnątrz, tego dowodzi też nieużywanie przez niego spray'u przy żadnej ze swych laparotomii. Spray uważał za zbędny, chociaż używali go współcześni mu jak *Knowsley-Thornton*, *Spencer-Wells* i inni. Do wiązania i szwów używał jedwabiu gotowanego w sublimacie 1 : 500. Do mycia gąbek i serwetek sublimatu 1 : 1000. Przed każdą laparotomią brał kąpiel, wdziawał czystą bieliznę i mył twarz i głowę sublimatem. Bardzo lubił uczyć i był istotną skarbnicą wiedzy lekarskiej. Przed rozpoczęciem operacji, w każdym choćby najbłaższym przypadku, wykladał otaczającym go tłumnie kolegom cały swój plan postępowania, tłumacząc się z każdego szczegółu, z każdego oryginalnego pomysłu. Ile to razy sam mocno chorym będąc, w nocy przybiegał do szpitala, by się naocześnie przekonać, co się dzieje z biedakiem, którego w dzień operował. W zawodzie swym chirurgii posiadał zupełną znajomość literatury. Każdy przypadek dokładnie notował i opisywał ze szczegółami. Przez lat kilkanaście, t. j. przez cały czas swej działalności chirurgicznej należy do najpłodniejszych pisarzy w piśmiennictwie lekarskim polskim. Nieraz podziwiać trzeba było, gdy w kilku jednocześnie pismach pojawiały się prace jego a każda napisana gruntownie i naukowo. Był więc *Matlakowski* jednym z najwybitniejszych współtwórców chirurgii polskiej i przewodnikiem duchowym swego pokolenia lekarzy.

Jako przykład wybitnej wartości lekarza szpitalnego końca XIX i początku XX wieku przytoczymy *Bronisława Sawickiego* (pamiętnik *Sktłodowskiego*).

„*Sawicki* całą wiedzę i technikę chirurgiczną zawdzięczał sobie; od prof. *Jefremowskiego*, którego był asystentem, nie się nie mógł nauczyć, prócz tego chyba jak operować nie należy. Lecz miał wybitne zdolności, zapał, wytrwałość i gorące umiłowanie zawodu. Już w klinice swego niefortunnego szefa razem z *A. Gabszewiczem* i kilkoma asystentami Polakami, musiał być raczej kontrolerem niż uczniem, obrońcą chorych, pilnującym beładnych ruchów i noża *Jefremowskiego* i kończącym za niego wielokroć fatalnie rozpoczęte operacje. Tą przykrą niewdzięczną drogą wyrabiał się stopniowo *Sawicki* w chirurgii, uzupeł-

niając swą wiedzę praktyczną przez mozolne ćwiczenia na zwłokach, przyglądanie się robocie innych chirurgów a potem samodzielными operacjami na własnym oddziale, wreszcie przez krótkie lecz częste wyjazdy do klinik zagranicznych. Czytał bardzo wiele i gruntownie, przedstawiał licznych chorych na posiedzeniach lekarskich, zabierał chętnie i zawsze poważnie głos w dyskusjach, ogłaszał też cenne prace w zakresie chirurgii. Z biegiem czasu stał się jednym z najuczeńszych chirurgów polskich. To przy wskrzeszeniu Uniwersytetu Warszawskiego jemu pierwszemu ofiarowano stanowisko dyrektora kliniki. Odmówił jednak i był tylko profesorem honorowym, a prócz tego prezesem, a następnie sekretarzem stałym Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego.

Prócz chirurgii zajmował się *Sawicki* gorliwie szpitalnictwem, a wszystko co w tym kierunku zobaczył dobrego u obcych starał się słowem i pismem na nasz grunt przeszczepić. Wiele jego zabiegów rozbiło się o warunki gospodarcze i polityczne kraju, jednak część ich została uwzględniona, lub przynajmniej zapoczątkowana, jak naprz. kursy pielęgniarstwa dla szarytek, po których spodziewać się można było znacznej poprawy w tej zaniedbanej dotąd u nas dziedzinie.

Dużo czasu i miejsca zajęłoby mi cytowanie i wyliczanie zasług współczesnych lekarzy szpitalnych polskich. Widzimy wszak ich pracę staranną, bezinteresowną i zapewniającą chorym współczesną pomoc lekarską, czytamy ich prace stojące na poziomie współczesnego szpitalnictwa, podziwiamy ich pracę pedagogiczną, dzięki której liczni ich uczniowie otrzymają należyte przygotowanie dla pracy samodzielnej. Obok ordynatorów nie wolno tu pominąć i lekarzy przychodni oraz asystentów, którzy bardzo często wiernie służyli chorym i nauce. Kiedy mowa o pracy ofiarnej lekarzy nie sposób tu pominąć pracy ofiarnej lekarzy wolontariuszy, którzy bezinteresownie zupełnie niosą często na swych barkach cały ciężar obsłużenia należytego naszych oddziałów szpitalnych. Sam ordynator i jego asystenci, zresztą bardzo nieliczni i słabo uposażeni, nigdy nie byliby w stanie obsłużyć często wielkich i przepełnionych po brzegi oddziałów, gdyby lekarze wolontariusze, zupełnie bez żadnych nieraz widoków na przyszłość, nie ofiarowali chorym swej uczynnej i bezinteresownej, a tak wartościowej pracy. Od swej pracy zarobkowej, często bez odpoczynku biegną oni do szpitala wprost z czystego bezinteresownego przywiązania dla chorych i medycyny. Mówi się, że odbywają oni stage, że korzystają i zdobywają doświadczenie szpitalne, a nikt się nie zastanowi, jak mało ci eisi pracownicy liczyć mogą na jakiekolwiek stanowiska w przyszłości i czy zachęcają ich obecne warunki, jakie mają choćby ci płatni lekarze szpitalni.

W czasach obecnych ciężkich, gdy nie znające litości prawo fiskalne zrobiło sobie i z lekarzy tylko źródło dochodów i podatków, kosztem choćby odebrania im możliwości dalszego kształcenia się i kształcenia swych dzieci — a mimo to zwycięża jeszcze w lekarzach i młodych i starszych myśl humanitarna i często lekarz, sam nie mając, pracę swą bliżnim i społeczeństwu zupełnie bezinteresownie ofiarowuje. Często zresztą praca ta jest zapoznawana i robione są nawet próby drożenia się ze strony szpitalnictwa i ograniczania czasu tej cennej i ofiarnej pracy, bez której wiele z oddziałów szpitalnych musiałoby ograniczyć swą działalność, a może nawet i przerwać ją zupełnie, a wszak ich pracy też zawdzięcza społeczeństwo pogłębienie wykształcenia klinicznego i fakt, że oddziały szpitalne jeszcze dotąd są szkołą, a ich kierownicy ordynatorzy profesorami młodszego pokolenia lekarzy.

Praca lekarzy w szpitalach do roku 1933 odbywała się w ramach ustawy szpitalnej z roku 1842, według której wyraźny był rozdział działu leczniczego i administracyjno-gospodarczego w szpitalu. Lekarz naczelny, w myśl tej ustawy, był tylko zwierzchnikiem całego personelu lekarskiego, pomocniczo-lekarskiego i farmaceutycznego. Właściwym dyrektorem zakładu, odpowiedzialnym za prawidłowe prowadzenie wszelkich spraw zakładu, za wykonanie uchwał i poleceń Rady Opiekuńczej i Wydziału był intendent szpitala. Intendent był zwierzchnikiem całego zakładu z wyjątkiem personelu lekarskiego, pomocniczo-lekarskiego i farmaceutycznego. Nie więc dziwnego, że to rozdwojenie często mogło stwarzać wiele trudności dla szpitali. A — pomimo to, jakby wynikało z opinii niektórych lekarzy, a wyrażonej choćby opinii dr *Bolesława Jakimiaka* (1933), rozdział taki między uprawnieniami gospodarczymi i lekarskimi był uważany przez niektórych lekarzy za korzystny. Lekarz zbyt zajęty jest chorym i sprawami jego leczenia by nie interesować się sprawami gospodarczymi szpitala, jak nabywanie produktów spożywczych, materiałów na bieliznę i odzież chorych i opracowywać zagadnienie remontu budynków szpitalnych.

A tymczasem pominięcie zupełne tych spraw raczej odbijało się tu szkodliwie, gdyż stwarzało przerost w szpitalu administracji, nie liczącej się w dostatecznym stopniu z interesami chorych, dla których właśnie są szpitale przeznaczone. Dochodziło wszak dawniej do tak karykaturalnych stosunków, że od generała *Wiłujewa*, ówczesnego kuratora szpitala Dzieciątka Jezus, zależało dopuszczenie do pracy na oddziale lekarza, a intendenci wtrącali się do pracy wolontariuszy w szpitalu. Zresztą z chwilą przejęcia wszystkiego przez Władze Polskie wiele rzeczy uległo może poprawie, jednak sprawa konieczności jednolitego kie-

rownictwa szpitala stała się coraz bardziej jasna. Jeżeli bowiem, chory ma być w szpitalu pierwszą osobą — to zupełnie chyba słuszne jest naczelne kierownictwo szpitala powierzyć właśnie lekarzowi, który znowu wszystkie zagadnienia szpitalne, a więc: budowlane, gospodarcze, personalne, nie mówiąc już o czysto lekarskich, rozwiązać musi pod kątem dobra chorego. Jako przykład niech chociażby posłuży fakt małego, jak dotąd, zainteresowania się administracji szpitalnej zagadnieniem bezpieczeństwa pożarowego szpitala, które tylko dla lekarza odpowiedzialnego za całość gospodarki szpitalnej jest jasne w całej grozie i skłoni go do szeregu poczynań w sprawie ulepszenia rozmieszczenia służby szpitalnej, jej należytego przeszkolenia i odpowiedniego zaopatrzenia budynków szpitalnych. A sprawa samych budynków szpitalnych ile uwagi i wnikliwości wymaga właśnie od lekarza. Sprawa należytego zużycia, a nawet zaprojektowania budżetu szpitalnego ile zyska w ręku myślącego społecznie szpitalnego lekarza, który nieraz odczuł braki dawniejszej administracji. To też za dalszy postęp w kierunku racjonalnego urządzenia szpitali uważać należy rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dn. 22. III. 1928 r.

Zaczęło się ono od starań zrównoważenia budżetów szpitalnych ustalających byt szpitalny i od powierzenia całego szpitalnictwa kierownictwu lekarskiemu w osobie dyrektora wydziału szpitalnictwa i dyrektorom szpitali lekarzom. Według brzmienia tej ustawy na czele szpitala stoi dyrektor lekarz. Dyrektor jest nie tylko przedstawicielem szpitala na zewnątrz, ale i odpowiedzialnym kierownikiem szpitala i zwierzchnikiem służby lekarskiej pielęgnarskiej, administracyjnej i gospodarczej. Dyrektor zarządza bezpośrednio szpitalem pod względem lekarskim, administracyjnym i gospodarczym, układa preliminarze budżetowe, sporządza zamknięcia rachunkowe i przedkłada je właściwym władzom. Jeśli dodamy do tego, że prócz tego dyrektor jest zazwyczaj ordynatorem, to zdawałoby się mogło, że ten zbytek obowiązków raczej jest zbyt wielkim niż pożytecznym. A tymczasem uważniejsza analiza przekona nas raczej o pożytku tej nowej organizacji. A więc przede wszystkim zagadnienie odpowiedzialności za całość pracy w szpitalu skieruje jego uwagę na poszczególne zagadnienia tej gospodarki. Damy tu przykład. Dawny brak odpowiedzialności za gospodarkę pieniężną szpitala mógł powodować zderzenie intendencji szpitalnej z lekarzem naczelnym i ordynatorami z powodu nieprzyjmowania do szpitala chorych nie mających pieniędzy. Obecnie dyrektor jako lekarz i ordynator już odróżniać musi przypadki ciężkie i nie cierpiące zwłoki od przypadków niesłusznie obarczających pieniężnie gospodarkę szpitala. Dalej

w trosce o ekonomiczne wyzyskanie każdego miejsca w szpitalu dyrektor łatwiej będzie walczyć o nieprzetrzymywanie chorych w szpitalu, by w ten sposób móc nie odmawiać pomocy szpitalnej innym chorym. Zagadnienie służby szpitalnej dyrektor szpitala, w porozumieniu z ordynatorami, łatwiej będzie mógł rozwiązywać pod kątem pożytku chorych, ich bezpieczeństwa i doskonałości obsługi. Wpływ na przychodnie szpitalne, te ważne czynniki leczenia, również z punktu całości pracy szpitala może być tylko dobrze rozwiązany przez odpowiedzialnego za tę całość lekarza dyrektora. Sprawy kuchni muszą znaleźć w dyrektorze i ordynatorach coraz większe zrozumienie i może już niedługo przyjdzie czas kiedy lekarze tym rzeczywiście bardzo ważnym zagadnieniem poważnie się zainteresują. A sprawy remontów i budownictwa szpitalnego. Wszak niedawnym jest jeszcze pogląd niechętnych lekarzy do bałaganu w czasie remontu, a już obecnie coraz częściej spotykamy się właśnie wśród lekarzy z żywym zainteresowaniem tymi sprawami, wszak zupełnie bezpośrednio związanymi z należytą pomocą chorym.

Widzimy więc, że wciągnięcie dyrektorów lekarzy i ordynatorów w wir administracji szpitalnej, to nie próżne utrudnianie im życia, a właśnie pogłębianie nurtu tego życia i jako takie droga do dalszego postępu i rozwoju szpitali. Nie potrzebuję jednak chyba dowodzić, że nowa ta organizacja wymaga pewnego przestrojenia się duchowego i niejako przeszkolenia, jednak w myśl: „salus aegroti suprema lex“ żadna praca, żaden wysiłek nie powinien tu być za ciężki. Tym bardziej to mówię, że nowe czasy gospodarki polskiej dały wszak szpitalom obok zrównoważonych budżetów, płatnych choć jako tako ordynatorów i płatnych asystentów, no i nie przeszkadzają korzystać z pomocy bezpłatnych asystentów wolontariuszy i hospitantów, nie mówiąc już o praktykantach ze środowiska pielęgniarskiego. Pozostaje w dalszym ciągu dla dyrektora i ordynatorów obok coraz to większego ulepszania pracy lekarskiej w szpitalach, przygotowanie sobie coraz to lepszych pomocników z pracującego u nich personelu lekarskiego, no i przygotowanie ich na samodzielnych pracowników i swoich następców. Praca naukowa szpitala również w dyrektorze lekarzu znaleźć winna i znajduje zapewne gorliwego orędownika i oprócz swych walorów osobistych wnoszonych do tej pracy, dyrektorzy w budżetach szpitalnych znaleźć powinni odpowiednie pozycje dla wysokiego naukowego postawienia swej placówki.

Dzięki tej pracy mas lekarskich w nowych ramach szpitale nasze dalej pracują, stale przepełnione chorymi okazują im pomoc stojącą na poziomie współczesnym, wydają liczne prace naukowe i kształcą przysz-

łość medycyny polskiej, młodych lekarzy. Jako spadkobiercy idei, które ożywiały u nas *Biegańskiego*, *Dunina*, *Sokołowskiego*, *Biernackiego*, *Gajkiewicza*, *Krajewskiego*, *Mallakowskiego*, *Szokalskiego*, *Sawickiego* i wielu, wielu innych, szpitale w dalszym ciągu stanowią część czynnej pracy dla dobra Polski. I to są właśnie prawdziwe blaski naszej pracy lekarskiej w szpitalu.

Niestety obok tych blasków dość wydatnie występują i nasze nędze, cienie naszej pracy.

Przed wojną, jak zaznaczyliśmy, większa część lekarzy w szpitalach pracowała zupełnie bezpłatnie lub prawie bezpłatnie: ordynatorzy mieli około 25 rubli miesięcznie lub mniej, a z niewielkich swych dochodów i z praktyki prywatnej utrzymywali nieraz pracownię szpitalne i zakupywali potrzebne narzędzia dla oddziału. Niewielu też z dawnych nawet wybitnych lekarzy, z wielu względów mogli zapewnić sobie i swoim najbliższymi spokojną starość. Widzimy obecnie wdowy i sieroty po tych nieraz bardzo zasłużonych pracownikach w biedzie i zmuszone do kołatania na starość do ofiarności publicznej. Obecne nasze pokolenie w wolnej Polsce ma lepsze nieco uposażenie, jednak z wielu względów szpitale samorządowe, a nieraz i rządowe dają więcej niż niewystarczające uposażenia swoim lekarzom. Według bardzo skromnych obliczeń prof. *Cieszyńskiego* (1928), lekarz samotny nie samodzielny by móc się wyżywić i pracować, powinien mieć co najmniej 320 zł., miesięcznie; lekarz samotny samodzielny, który swą pracą własną musi przygotować się do kierownictwa zakładem i do przysposobienia społeczeństwu młodych lekarzy, powinien mieć minimum 650 zł., lekarz żonaty z jednym dzieckiem 1250 złotych, a z trojgiem dzieci — 1806 złotych. Od tego czasu, t. j. od roku 1928 podatki wzrosły przeszło w dwójnasób, dochody zmniejszają się stale, co rok mamy coraz to nowe dobrowolne i niedobrowolne składki, a pensja dietnego dyrektora, a więc lekarza w hierarchii szpitalnej najwyższego, wynosi około 500 złotych, ordynatora około 400 złotych, a asystenta 150 do 200 złotych. Reszta ma dać ś. p. praktyka prywatna z roku na rok się zmniejszająca i obciążona podatkami, które zabierają z niej co najmniej połowę, a asystenci zasadniczo powinni nie mieć żadnej pracy pozaszpitalnej. Jednym z największych ciężarów dla lekarza obciążonego rodziną jest mieszkanie z jego strasznym 12%-wym podatkiem, który stale ma nam przypominać, że mieszkanie jako tako kulturalne jest u nas niedozwolonym luksusem. Według przepisów dyrektor szpitala mieć powinien mieszkanie w szpitalu, jednak nie posiadający wbrew przepisom tego mieszkania, nie dostają na nie rzeczywistego ekwiwalentu. Stale przy-

pomina się lekarzom, że wszak dawniej byli jeszcze mniej płatni, a pomimo to jeszcze pieniądze wspierali szpitale. Jeżeli jednak weźmiemy pod uwagę obecny wzrost kosztów zaopatrzenia szpitali, to zrozumiemy, że w warunkach obecnych rzadko kto z lekarzy mógłby utrzymywać pracownię szpitalną lub zaopatrzyć w instrumentarium swój oddział. Niedostateczne uposażenie lekarzy, będących zarazem nauczycielami młodych pokoleń nie tylko, że pozbawia ich możności dalszego kształcenia się, brania udziału w ruchu naukowym świata, ale przeszkadza im i uniemożliwia kształcenie własnych dzieci, nie mówiąc już o odłożeniu choćby niewielkiej sumy na wypadek choćby krótkiej choroby. Zaopatrzenie jakiegokolwiek na starość lub na wypadek niedołęstwa jest z góry niemożliwe i niepewne choćby ze względu niepewności emerytur, czego przykład mamy stale przed oczyma.

Daleki tu jestem od obwiniania kogokolwiek za istniejący stan rzeczy; dziwne mi jest, że nie rozumiem tej niebosiężnej różnicy w pracy i obowiązkach dyrektora Tramwajów Miejskich w porównaniu z dyrektorem jakiegokolwiek szpitala, jaka istnieje w ich pensjach, ale nie sędzę, żeby zła wola kogokolwiek stworzyła te ciężkie warunki uposażenia lekarzy. Być może, że jednym z czynników jest tu swoisty pogląd na wynagrodzenie lekarza „jaki dotąd istnieje ogólnie. W myśl średnio-wiecznych znanych rycin, lekarz wezwany do ciężko chorego uważany jest za anioła, a lekarz zwracający się o honorarium ma już znacznie mniej miłą postać, a mianowicie diabła.

Dużo jednak poważniej przedstawia się to zagadnienie w świetle naszej przyszłości. Lekarz, a więc i lekarz szpitalny — to żołnierz, który uzbrojony w najnowsze dane wiedzy, ma mieć w opiece zdrowotność kraju. Obecna pauperyzacja w ogóle i pauperyzacja lekarzy, nie wyłączając lekarzy szpitalnych, hamuje już postęp wiedzy lekarskiej u nas, a bardzo wrażliwa na wszystko, co się dokoła nas dzieje młodzież już stronić zaczyna od zawodu lekarskiego — a jednostki, które do nas przybywają, coraz częściej tylko jedną jedyną myślą żyją, jak uzyskać posadę płatną i jak na niej się utrzymać, jak najmniejszym wysiłkiem umysłu. Coraz mniej mamy lekarzy wolontariuszy, a wszak bez nich, jak zaznaczyliśmy, obsługa lekarska szpitala będzie cierpieć. Coraz częstszy staje się typ lekarza, który książek nie kupuje, a wieczorem co najwyżej przeczyta gazetę, na książki i pisma specjalnie nie ma pieniędzy, ani czasu, a co więcej, nawet ochoty i potrzeby, gdyż zniechęcił go przykład żywy, do czego doszło dawne pokolenie lekarzy, których najbliższa rodzina nieomal żebrze, no i obecni — na stanowiskach lekarze, których uposażenie jest poniżej wszelkich najskromniejszych wymagań. Nie

wszędzie tak się dzieje. Jak zaznacza prof. *Janiszewski* Niemcy, w budżecie swoim na rok 1929/30 mogli przeznaczyć $\frac{1}{4}$ całego budżetu na walkę z gruźlicą, podczas gdy Polska w roku 1933/4 na ten cel przeznaczyła zaledwie 1 : 3805. Zda się próżne tu będą słowa: *Caveant consules!* wypowiedziane zresztą przez senatora Rzeczypospolitej, Prezesa Naczelnej Izby Lekarskiej, prof. *M. Michałowicza*.

A może się mylę, a może już teraz bliski jest dzień, kiedy za istotną wartość lekarza uważana będzie jego praca humanitarna, kiedy nie będzie on przede wszystkim źródłem dochodu pieniężnego dla Państwa, kiedy będzie on bez ciężkiej troski o jutrzejszy chleba kawałek mógł oddawać się pracy twórczej dla dobra społeczeństwa i Państwa, tej pracy, która teraz nie znajduje ani zrozumienia, ani możliwości. Praca ta wymaga opieki Państwa. Konieczne jest by ustały te ciężkie nędzy nasze, bo potrzebna jest nasza twórcza praca wśród żołnierzy, broniących bezpieczeństwa i honoru naszego Państwa.

Na zakończenie niech mi wolno będzie serdecznie podziękować p. doktorowi *Józefowi Skłodowskiemu*, z którego cennych uwag obficie korzystałem przy zestawieniu pracy niniejszej i który jest jednym z tych, któremu nie tylko liczne zastępy chorych, ale i całe rzesze lekarzy tak wiele zawdzięczają.

Podstawy i źródła zachowania porządku w szpitalach.

Szpital o charakterze publiczno-prawnym, jest skupieniem ludzkim, dążącym do osiągnięcia celu określonego jego zadaniem. Zaludnienie bywa często dość znaczne, w wielkich szpitalach osiągające poziom zaludnienia małych miasteczek. Rzecz zrozumiała, że to zbiorowisko ludzi musi mieć pewien ustrój, rządzić się pewnymi prawami i przepisami.

Układem swego życia szpital przypomina szkoły zamkniętego typu z tą różnicą, że w szkołach młodzież wyłamująca się z narzuconego im układu życia może być usuwana — szpital zaś z niżej przytoczonych względów rzadko się może uciekać do tego środka.

Tym nie mniej, życie w szpitalu musi płynąć określonym korytem i tętnić rytmem pracy, wymagającym ustalonego, krępującego wolę jednostki ładu, przestrzegania zasad porządku wewnętrznego i odpowiedniej atmosfery psychicznej.

Część ludności szpitala jest elementem stałym, to zespoły pracujące. Na dobór tego zespołu mamy wpływ, kwalifikacje zespołu ustalamy sami, nieodpowiednich wśród pracowników możemy usuwać, choć połączone to jest z pewnymi trudnościami natury prawnej i społecznej. Wzajemny stosunek osób pracujących w szpitalu ujęty jest normami regulaminów i przepisów służbowych, jak również stosunek zespołu do chorych. Słowem, element stały ludności szpitala prowadzony jest według ogólnych zasad pracy i obowiązku, wynikającego z umowy służbowej.

Jeżeli pominiemy szpitale dla dzieci, gdzie zagadnienie poruszone w niniejszym rozważaniu jest więcej zagadnieniem matek i ojców, niż samych chorych, gdyż prowadzenie dzieci jest według mnie znacznie łatwiejszym i szpitale dla umysłowo chorych, którzy są prowadzeni w sposób autorytatywny i muszą być krępowani w przejawianiu szczątków swej woli lub w chorobliwych jej rozrostach, pozostałe szpitale lub oddziały szpitalne są łatwiejsze lub trudniejsze do prowadzenia, lecz metody w nich stosowane noszą mniej więcej jeden i ten sam charakter, gdyż duży szpital w tym kierunku różni się od małego tylko ilością chorych i większą ilością specjalności. Prawda, że w sanatoriach dla chorych gruźliczych, w których chorzy z reguły nie dają wyzdrowień szybkich i wskutek tego dłużej w nich przebywają, chorzy wymagają nieco innego podejścia do siebie, że w szpitalach lub na oddziałach szpitalnych wenerycznych poziom moralno-społeczny

części chorych stawia szpitalowi pewne dodatkowe zadania, lecz ostatecznie wszędzie mamy do czynienia z osobnikiem chorym tylko mniej lub więcej trudnym do prowadzenia. Jakimi środkami dysponujemy, by często wielka maszyna szpitalna szła bez zgrzytu, by zbiorowisko wypadkowe osobników, nie związanych ze sobą niczym, prócz wspólnoty cierpienia i choroby żyło obok siebie i stykało się ze sobą w warunkach tak bliskiego skupienia, jak to z konieczności musi być w szpitalach, by zespół pracujący w szpitalu mógł wykonywać bez przeszkód i tarć zadanie na niego włożone, dążyć do uzdrowienia pozostających na jego opiece chorych, a jednocześnie nie zaniedbywać tworzenia nowych wartości w rozwijaniu swej wiedzy lekarskiej.

W tym kierunku czuwa nad życiem wewnętrznym szpitala ogólna opieka prawa, chroniąca jej istotne, uznane przez wszystkich potrzeby interesu, lecz wydaje mi się, że nie dobrze świadczyłoby o szpitalu, gdyby do jego podwoi zbyt często pukał przedstawiciel bezpieczeństwa publicznego, lub wewnętrzne życie szpitalne było przedmiotem rozważań państwowych ciał śledczych i sądowych państwowych.

Pewne zasady współżycia, pewne przyzwyczajenia do posłuchu chorzy mają w sobie i podświadomie powodują się nimi w szpitalu. O ile w danym środowisku i społeczeństwie więcej są utrwalone te potrzebne nam elementy psychiki ludzkiej, o tyle ułatwioną jest rola szpitala. Lecz przychodzący do szpitala chorzy spotykają się w nim z nową, przeważnie nieznaną im dotychczas rzeczywistością, do której muszą się dostosować, a wiemy, że łatwiej obok siebie układają się myśli niż przedmioty i ludzie. To też dotychczas omówione współczynniki porządku i zasady współżycia nie mogą być uważane za wystarczające i musimy mieć inne, wychodzące z samego szpitala lub leżące w zakresie wykonywanych przez szpital obowiązków w tym, co nazwałbyśmy statyką i dynamiką życia szpitalnego.

Czynniki o charakterze statystycznym, wpływające na prawidłowy bieg życia szpitalnego są przede wszystkim pisane prawa w nich obowiązujące. Punktem wyjścia tego pisanego prawa szpitalnego jest statut szpitalny (Dz. U. R. P. Nr. 38/1928 r. art. 171). Statut określa zadania szpitala, ustrój wewnętrzny, skład rady szpitalnej, liczbę i rodzaj oddziałów szpitalnych i pracowni, kategorie pracowników, zasadnicze ich obowiązki i uprawnienia. W myśl statutu powstają instrukcje służbowe, w których ustalane są obowiązki służbowe, poszczególnych grup pracowników szpitalnych i regulamin określający zasady porządku wewnętrznego w szpitalu. Regulamin ten, który szpital ma prawo i obowiązek opracować, a uzyskawszy jego zatwierdzenie

przez władze, ustalone w statucie podać do wiadomości chorym, przez wywieszenie ich w miejscach dostępnych dla chorych, jak sale chorych, świetlice i izby przyjęć i do wykonania pod rygorem wyciągnięcia takich lub innych konsekwencji w stosunku do chorych, złośliwie do niego nie stosujących się. Regulamin ten winien zawierać pewne ramy zewnętrzne, do których chorzy muszą się stosować w czasie pobytu w szpitalu, więc przede wszystkim rytm czasu życia szpitalnego: ranne wstawanie, czas przyjmowania posiłków, badań lekarskich, sprzątanía sal, odpoczynku dziennego i nocnego poza tym ogólne wskazania i wymagania higieniczne: zachowanie porządku obok siebie, na sali chorych, we wszystkich pomieszczeniach szpitalnych do których chorzy mają dostęp, zachowania ciszy i spokoju, palenia papierosów, zachowania się w czasie badań lekarskich, zwracanie uwagi i liczenie się z potrzebami sąsiedów, zachowanie się odwiedzających. W poszczególnych wypadkach niektóre wymagania regulaminu mogą być podane do wiadomości chorym przez indywidualne zapoznanie chorych z ich treścią, a nawet przez podpisanie.

W przepisach tych winno być podane w ten czy w inny sposób do wiadomości chorych zastrzeżenie, że w razie systematycznego ich naruszenia przez chorych, pozwalającego przypuszczać złą wolę chorego, lub cięższą nieobyczajność chory może być wypisany ze szpitala. Zastrzeżenie to ma poważne znaczenie z punktu widzenia prawnego.

Z punktu widzenia prawnego przyjęcie chorego do szpitala ujmowane jest jako umowa, wiążąca obie strony.

Chory przyjmowany do szpitala w myśl tej umowy zgadza się mileząco stosować do przepisów, dawać posłuch zaleceniom, radom osób upoważnionych przez szpital do wykonywania zadań szpitalnych, naturalnie w granicach kompetencji poszczególnych osób zespołu służbowego szpitala. Szpital zaś w myśl tej niepisanej umowy bierze na siebie obowiązek dania choremu odpowiedniego pomieszczenia, wyżywienia zgodnego z potrzebami chorego organizmu, zastosowania leków, które uważa w danym wypadku za niezbędne, wykonania wszelkich niezbędnych zabiegów, roztoczenia nad chorym opieki fachowej lekarskiej i pielęgniarskiej oraz zastosowania specjalnego nadzoru jeżeli stan chorego tego wymaga.

Prawne skutki takiej umowy mają zastosowanie bez różnicy czy chory zgłasza się sam do szpitala, czy też jest zgłoszony przez Związki Komunalne, Ubezpieczeniowe i t. p.

Umowa ta może być rozwiązana za obustronną zgodą, to znaczy normalnie po osiągnięciu celu przyjęcia chorego do szpitala, to jest po wyleczeniu.

Jednostronne, bez zgody chorego rozwiązanie tej umowy, to jest wypisanie chorego wbrew jego woli, pociągnąć może za sobą dla szpitala wszelkie wynikające z tego skutki prawne, to znaczy, że chory, wypisany w ten sposób, może wystąpić na drogę sądową, jeżeliby, wskutek tej formy wypisania ucierpiał na zdrowiu.

Jak widzimy sytuacja prawna po przyjęciu chorego do szpitala jest tego rodzaju, że utrudnia wykorzystanie paragrafów regulaminu służby wewnętrznej w wypadkach naruszenia ich przez chorych.

Również stanowisko fachowo-lekarskie, które musi liczyć się z osłabioną wskutek choroby odpornością nerwową chorego, a często z psychopatycznym ich nastawieniem niechętnie idzie w kierunku wypisania chorego ze szpitala bez jego mniej lub więcej dobrowolnej zgody, z czego wynika, że środek ten, jako środek wychowawczy, używany jest i może być używany tylko w ostateczności.

Następnym elementem w statyce szpitalnej, wpływającym dodatnio na zachowanie się chorych jest stan szpitala, jego rozplanowanie i zaopatrzenie. Nie ulega wątpliwości, że o ile lepiej utrzymane są pomieszczenia szpitalne w swoich wnętrzach, o ile rozplanowanie wewnętrzne szpitala pozwala na lepszą segregację chorych według ciężkości stanu chorobowego, i nawet pewnego doboru chorych z jednakowymi przyzwyczajeniami i odpowiadających sobie charakterami, o ile nie jest niadmiernie przepełniony, a jest dobrze przewietrzony, zimą dostatecznie ogrzany, ma dostateczne urządzenia higieniczne, to wśród chorych powstaje odpowiedni nastrój przychylności w stosunku do szpitala, ułatwiający kierowanie nimi.

Ten sam odruch życzliwości wywołuje w chorych umiejętna, dostosowana do indywidualnych potrzeb chorego gospodarka żywnościowa szczególnie, jeżeli chorzy odczuwają dążenie ze strony zespołu leczącego i pielęgnującego do uwzględniania ich indywidualnych przyzwyczajeń. Nie mniejszą rolę odgrywa dostateczne zaopatrzenie szpitala w bieliznę, porządną sprzęt wyposażeniowy sali i innych pomieszczeń z którymi się chorzy stykają. Widoczna dbałość zespołu pracującego o utrzymanie czystości i zachowanie przepisów higieny. Dobre zaopatrzenie szpitala w leki i opatrunki ma bardzo wielkie pod tym względem znaczenie i odwrotnie brak leku, przepisanego przez lekarza, niedostarczenie go w porę, niedbałe stosowanie tego leku wzmaga wśród chorych podświadome opory.

Wymienione środki mające na celu zachowanie porządku w szpitalu, tak prawne, jak i regulaminowe, jako mające ograniczone pole działania, jak środki o znaczeniu wychowawczym, wpływającym

pośrednio na większą podatność chorych, mają znaczenie względne i nie wystarczyłyby dla osiągnięcia celu do którego dążymy. gdyby szpitale tylko na nich polegały.

Elementem najsilniej kształtującym wolę chorego w kierunku podporządkowania się tak zewnętrznego, jak podświadomego wymaganiom i zaleceniom szpitala jest chęć wyleczenia się chorego i zaufanie, że szpital przez swe zarządzenia i rady dąży do tego celu. Ta nadzieja wyleczenia zawarta w opinii dobrze leczącego, pielęgnującego i dbającego o swych chorych szpitala stwarza w umysłowości chorych „klimat“ ładu i porządku, jako koniecznych warunków w których wyleczenie może nastąpić. Ten kapitał zaufania nie powstał odrazu, pokolenia całe pracowały nad jego ukształtowaniem się. Ogromne wysiłki finansowe państw, gmin i pojedynczych osób dały administracji szpitalnej możność stworzenia znośnych warunków zewnętrznych. Pokolenia lekarzy i pielęgniarek wkładały w te sztywne formy swą wiedzę, swe talenty i ducha czujnej umiejętnej opieki.

Tę najistotniejszą część pracy szpitalnej nazwałbym dynamiką życia szpitalnego i w tej dynamice jest istotne źródło powolności chorych i względnej łatwości ich prowadzenia.

Lecz jak najlepszy gmach szpitalny wobec zmieniających się wymagań i wzrostu naszych środków technicznych, z biegiem czasu przedstawia nas zadawalniać i musimy dążyć do jego dostosowań, tak samo i kapitał zaufania do szpitala nie jest rzeczą niezmienną i wymaga stałego wysiłku ze strony zespołu pracującego, by tego zaufania nie zmarnować i przez to nie utracić swego naturalnego wpływu.

Dynamika życia szpitalnego musi się ciągle odnawiać w żywym źródle wiedzy, musi być czujna, musi nie żałować swego wysiłku i talentami swego zespołu pracującego, utrzymywać życie szpitalne w linii stałego rozwoju. Jeżeli to czynimy dajemy tym najtrwalszą podstawę porządku w szpitalu.

Gmach nowego szpitala powszechnego w Kaliszu jako kompozycja architektoniczna ¹⁾.

Twórca nowoczesnej metody opieki społecznej w szpitalach Dr R. Cabot w jednej ze swoich prac (Was ist Fürsorgedinst im Krankenhaus) taką przeprowadza różnicę między człowiekiem zdrowym i chorym, przebywającym w szpitalu: pierwszy znajduje się w posiadaniu nie tylko swej otoczki cielesnej, ale otacza go również atmosfera społeczna i duchowa, tymczasem każdy pacjent w szpitalu jest całkowicie odcięty od społecznych i duchowych podniet a zainteresowanie



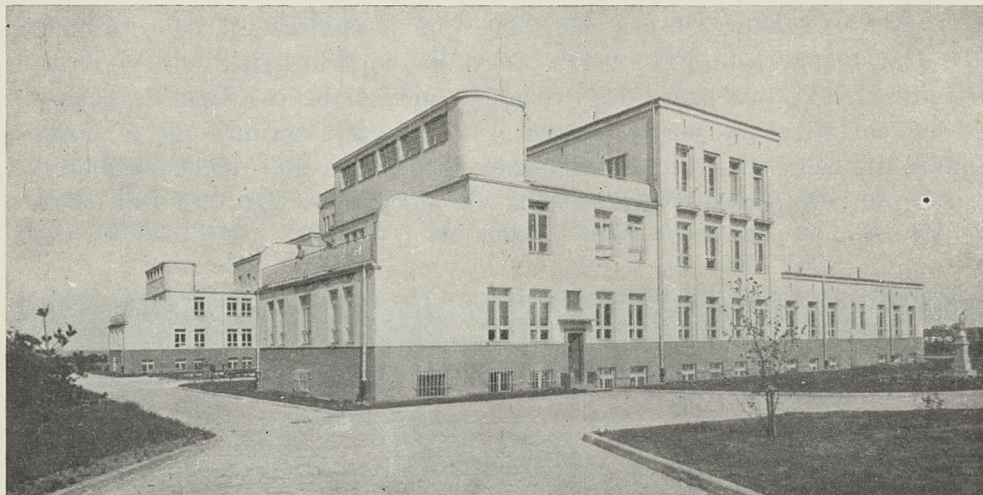
Widok główny szpitala.

nastawione jest przede wszystkim na jego własną, chorą otoczkę cielesną. Znalazłszy się w tym nowym dla siebie środowisku chory odnosi na wpół nieświadomie wrażenie, iż cały świat jest chory i pełen grozy. -- Szybkie załatwienie obowiązków przez lekarzy i pielęgniarki, zaabsorbowanych jedynie jego stroną fizyczną, działa na duszę i uczucia pacjenta mroząco. Odczuwa on jedynie straszną tęsknotę za domem i wstręt do egzystencji w takich warunkach.

Szereg innych jeszcze lekarzy społeczników, jak *Delille, Goldmann*,

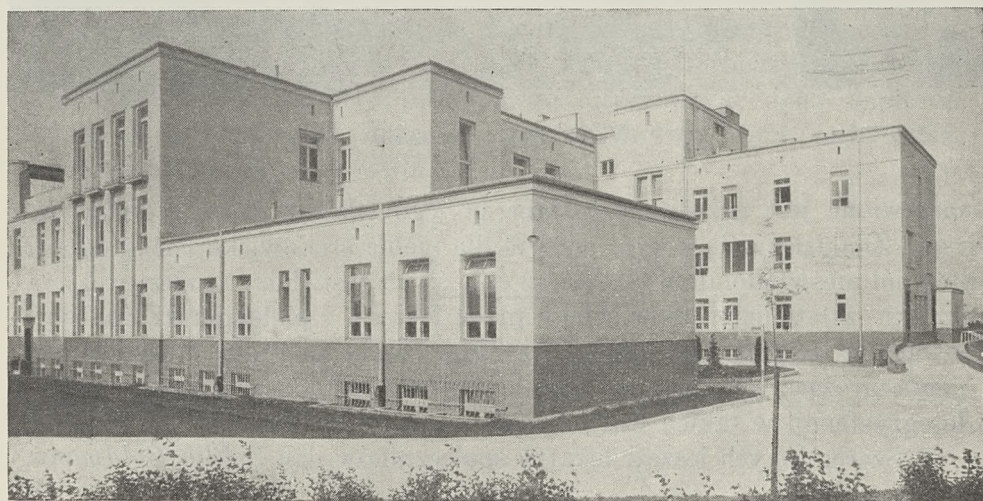
¹⁾ Referat wygłoszony na otwarciu szpitala w Kaliszu. Plany pięter podane są w broszurze P. T. S. Nr. 23, 1933 r.

Mourier, charakteryzując w sposób jaskrawy stan chorego w szpitalu, domagają się wprowadzenia opieki społecznej w szpitalach, a dr *Alter* nawet żąda, aby szpitale w samej swej budowie z góry przystosowały się do tych swoich nowych zadań.



Widok boczny.

I rzeczywiście, jeżeli te idee w ciągu ostatnich dziesięcioleci wywarły swój dodatni skutek w organizacji niejednego szpitala, to rów-



Widok tylny.

niez trzeba stwierdzić, że w życiu współczesnym rodzą się też potężne poszukiwania, jak najlepszego ukształtowania samego szpitala. Musimy sobie zdawać sprawę, że budowa szpitala stawia nam specjalne wymagania, chociażby już z tego względu, że jest to miejsce przymusowego azylu dla biednej, cierpiącej istoty ludzkiej, pozbawionej swobody, ruchu, samostanowienia, — w przeciwieństwie do wszystkich innych budowli, z których korzysta człowiek zdrowy, wolny, pełen zainteresowań. Wyjątek z tej kategorii stanowią chyba więzienia, z którymi nie będziemy porównywać znów szpitali, jak to było zresztą w średniowieczu. Mając na uwadze dobro chorego, które w szpitalu jest



Hall i korytarz.

największym prawem, dążymy dziś do stworzenia wnętrza szpitalnego zupełnie odmiennego, dostosowanego do rozmaitych potrzeb chorego i rodzajów choroby. Posłuchajmy zatem, jakie myśli w sprawie samej budowy wypowiadają współcześni znawcy szpitalnictwa lekarze i architekci: prof. dr *Szenajch* uważa, że „szpital powinien być nie tylko miejscem, gdzie chory znajduje schronienie na czas choroby, lecz przez swą budowę i urządzenie powinien stać się również jednym z najpotężniejszych środków leczniczych w rękach wytrawnego lekarza“. Arch. *Diestel*, przewodniczący Międzynarodowej komisji budownictwa szpitalnego, zwraca uwagę, że „znaczenie szpitala w kulturalnym i gospodarczym życiu narodu zmusza nas do tego, aby przez uproszczenie i racjo-

nalizację ustalić normy dla budowy, z punktu zaś medycznego i technicznego znaleźć najlepszą formę". Dr *Goldwater* w swym referacie na pierwszym kongresie w Atlantic City taką daje definicję dobrego szpitala: „żaden ekonomista szpitalny nie wyraził dotąd danych ścisłych wartości rzeczywistej lub względnej poszczególnych części budynku szpitalnego, współdziałających w zwalczaniu choroby. Z przestudiowania tych wszystkich elementów składowych szpitala, ich funkcjonowania, ich proporcji, ich stosunku między sobą może dopiero architekt wyciągnąć praktyczne wskazówki. Dobrym planem jest ten, który wywiera znaczniejszy wpływ na wydajność medyczną szpitala, bierze pod uwag-

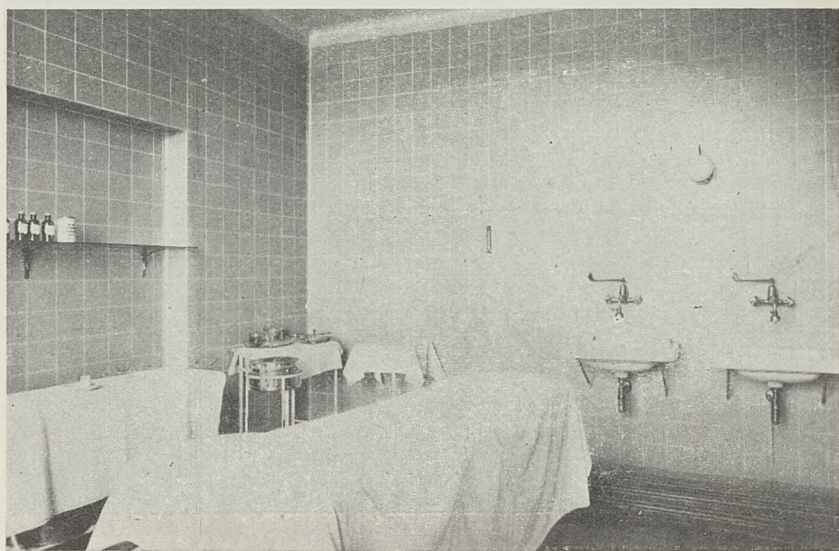


Sala chorych.

gę zasady higieny przy projektowaniu sal, rozmieszczenie obok siebie oddziałów wzajemnie zależnych, założenie istotnie potrzebnych instalacyj technicznych wreszcie, zapewnia personelowi zdrowe warunki pracy“.

Jak widzimy architektom szpitalnym stawiane są dzisiaj mnogie i specyficzne wymagania dla uwzględnienia ich w projekcie szpitala i dlatego nie dziwi nas następująca redakcja jednej z tez, przyjętej w 4 lata później na III Kongresie (1933 r.): „nie wystarcza być tylko architektem, tylko artystą lub konstruktorem — budowniczy szpitalny musi znać tak dokładnie złożoną strukturę wewnętrznych funkcji szpitala, jak lekarz szpitalny co najmniej podstawy techniki“. Uważam, że

zdanie to trafia w sedno rzeczy: — musi znać strukturę wewnętrznych funkcij szpitala — ponieważ zgodzimy się na to, że architektura szpitalna jest przede wszystkim architekturą wnętrza, albowiem ona stwarza dla chorego zasadniczą otoczkę materialną. Poza prawidłowym rozmieszczeniem grup chorych, sal i pomocniczych pomieszczeń, poza oszczędnym opracowaniem ruchu obsługi lekarskiej i pielęgnarskiej, słowem, poza całym zespołem logicznej pulsacji tego organizmu, do funkcij szpitala będzie też należało estetyczne wykończenie wnętrza. Musi tu być zachowany pewien umiar między zbytecznym luksusem a prostotą powabną i miłą dla oka, pozbawioną wszelkiej surowości. Osiąga

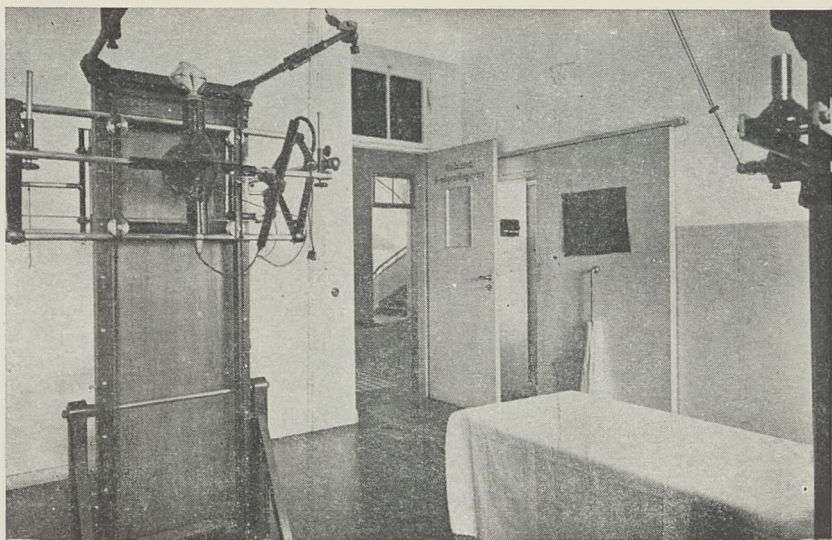


Sala operacyjna.

rów a nawet samą barwą, która, jak to stwierdziły nawet ostatnie badania, odpowiednią siłą światła, jego rozmieszczeniem, harmonią kolorów, ma pewien wpływ leczniczy przy niektórych chorobach.

Pozostaje jeszcze do rozpatrzenia traktowanie całości szpitalnej. Dzięki współczesnym metodom leczenia, stwarzającym wokół chorego bardzo rozległy aparat doświadczalny, obserwacyjny i terapeutyczny, wszelkie pomoce fizyczne a nawet psychiczne, nie może to wszystko działać w rozproszeniu, odwrotnie, w jak największej koncentracji. W przeciwieństwie więc do poprzednich rozplanowań pawilonowych dla wszystkich rodzajów szpitali dążymy dziś do złączenia oddziałów szpitalnych w jednym budynku nie wyłączając nawet oddziałów zakaźnych.

Po tym zwięzłym skrócie, w którym poruszyliśmy pewne momenty emocjonalnej natury i podstawowe zasady dobrej kompozycji szpitalnej, zastanowimy się teraz na ile to wszystko jest osiągalnym przy zetknięciu się oko w oko z rzeczywistością. „Naprawdę tylko ci, pisałem w jednej ze swoich broszur, którzy bliżej i dłużej zgłębiali ten subtelny warsztat pracy mogą zaświadczyć, że zaspokojenie wielorakich, nieraz sprzecznych ze sobą warunków, jest wprost nie do osiągnięcia czy to z punktu techniki, czy też konieczności oszczędnościowych“. Nie przypuszczałem przed paru laty, że te refleksje będą miały zastosowanie właśnie w stosunku do jednej z moich prac, która w swoim

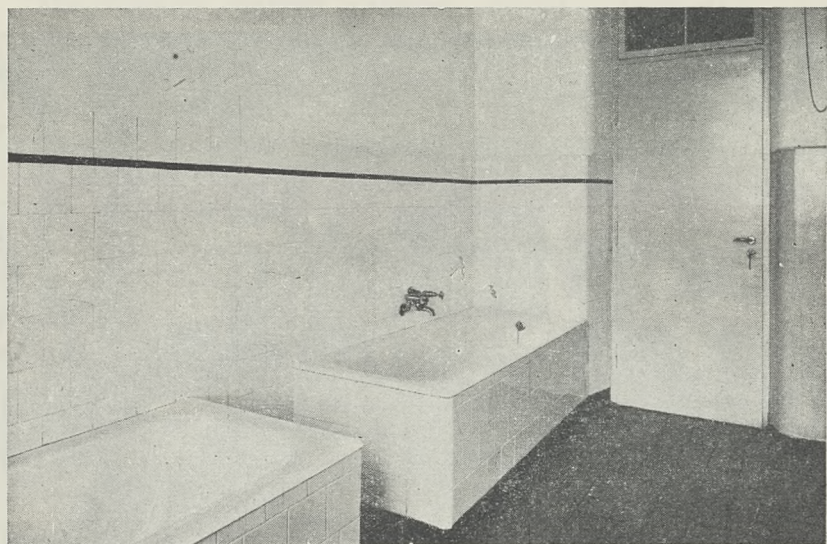


Roentgen

początkowym założeniu posiadała — zgodnie z opinią innych — pewne zalety.

Jak wiadomo pierwotny program budowy nowego szpitala na Tyńcu w Kaliszu, przewidywał wzniesienie samodzielnego pawilonu zakaźnego z oddziałem gruźlicy ogółem dla 114 chorych, a później wybudowaniem jeszcze jednego gmachu z oddziałami aseptycznymi i częścią administracyjną i mieszkalną. Gdy jednak zgodnie z projektem, wyróżnionym na konkursie zamkniętym, pawilon zakaźny stanął już w grubych murach i nakryty został dachem zjawily się w tym okresie takie trudności finansowe, że postanowiono w już istniejących murach wkomponować dodatkowo oddziały wewnętrzny, chirurgiczny, położniczy

i ginekologiczny przy odpowiedniej oczywiście redukcji oddziałów zakaźnych z dwóch pięter do jednego skrzydła na parterze — przeniesienie pielęgniarek z kaplicą do nadbudowy nad częścią centralną, wreszcie, izbę przyjęć do osobnego budynku przy wjeździe. Po przystosowaniu projektowanych składów kuchennych na oddział dla przymusowo leczonych kobiet, po skasowaniu przy wszystkich oddziałach osobnych pokoi jako dzienne pobyty osiągnięto aż ponad 250 miejsc szpitalnych. Każdy chyba przyzna, że taki eksperyment dokonany jedynie w imię potrzeb „oszczędnościowych“ powinien być określony jako pewnego rodzaju nie- dozwolona operacja, ponieważ przeprowadzona na skonkretyzowanej



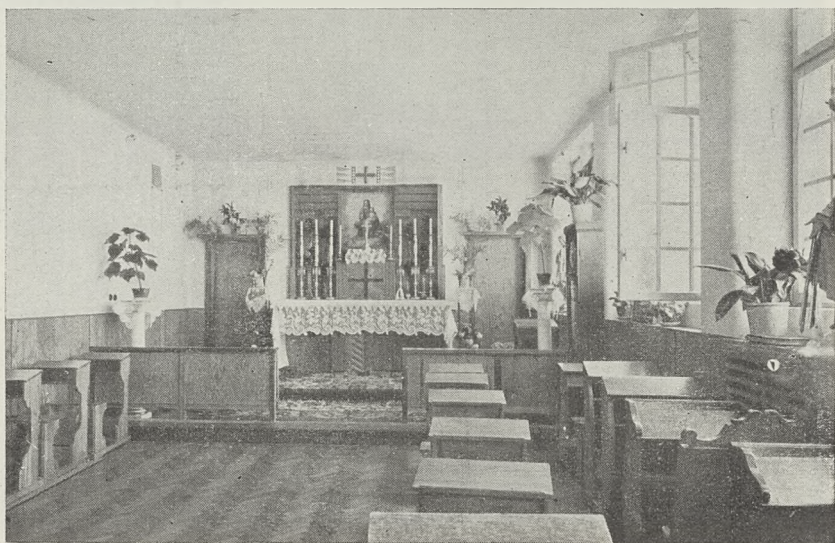
Łazienka.

i ucieleśnionej już idei i nie za długo przed jej ostatecznym narodzeniem. Zrobiło się jednak wszystko, co tylko było dostępne w tych warunkach. Blizny z konieczności pozostały i te nie mogą ujść oka znawcy. Nie mogły więc poszerzyć się mury korytarza w osiowym bloku budynku, który miał obsługiwać tylko sypialnie pielęgniarek, a stał się traktem do sal operacyjnych i separarek chorych, — niektóre z adaptowanych na nowo pomieszczeń na inne cele są za szczupłe, — przystosowanie suterenu na oddział dla przymusowych chorych należy uważać za prowizorium i tp.

Z całym obiektywizmem należy jednak przytoczyć i inne momenty, które będąc podstawą kompozycyjną, pozostały i powinny stanowić przy funkcjonowaniu szpitala czynnik dodatni.

Zorientowanie budynku jest w stosunku do stron świata, a nie okalających ulic. Główna elewacja szpitala o dominującej przewadze sal chorych i tarasy są od strony południowej. Niewielka ilość sal chorych i separatek posiada wschodnią lub zachodnią stronę. Pomocnicze pomieszczenia, klatki schodowe, korytarze i nowe sale operacyjne— na północ.

Do pawilonu na parter prowadzi 15 wejść — z tej liczby jedno tylko frontowe dla personelu i odwiedzających a wszystkie inne zgrupowane głównie od tyłu: trzy na oddziały zakaźne, trzy do kabin obserwacyjnych, trzy na oddziały aseptyczne i pięć o charakterze gospodar-



Kaplica.

czym (kuchnia i pralnia) i służbowym. Cały zatem ruch komunikacyjny zewnętrzny i powstający stąd hałas jest od przeciwnej strony sal chorych.

Na osi głównego korpusu mieści się w suterenach centralna kotłownia i pompy, na strychu w wieży zbiornik na wodę zimną i gorącą—zapewnia to prawidłową obsługę dla obydwu skrzydeł pawilonu.

Po jednej stronie w suterenach znajduje się kuchnia, po drugiej pralnia przedzielone kilkoma służbowymi sypialniami i składem rzeczy chorych.

Obok dwóch klatek schodowych, umieszczonych na przecięciu się bocznych skrzydeł, są na każdym piętrze podręczne kuchenki oddziało-

we, połączone windami z odpowiednimi kredensami na dole przy niezależnym podziale obsługi oddziałów septycznych i aseptycznych.

Obok łazienek i umywalk zaprojektowano skrzynie — składziki do zawieszania wewnątrz worków na brudną bieliznę, które po napełnieniu i zawiązaniu spuszcza się specjalnymi szafkami na dół do magazynów na brudną bieliznę. Również podawanie na piętra czystej bielizny do pokoi pielęgniarek jest przewidziane za pomocą wind.

Oddziały zakaźne posiadają niezależne wejścia wprost z terenu a łączą się między sobą podwójnymi drzwiami — izolatorami dla odkażania się przechodzącego przez nie personelu.

Odwiedzający chorych z innych oddziałów korzystają z centralnej klatki schodowej względnie windy osobowej i obszernego hallu na każdej kondygnacji, który w obecnych warunkach spełniać powinien rolę dziennych pobytów.

Chorzy chirurgiczni pierwszego piętra posiadają do dyspozycji dwa otwarte tarasy od południa, zabezpieczone od bocznych przeciągów ściankami na wysokość 2,5 m.

Na drugim piętrze każdego oddziału chorych płucnych zaprojektowano obszerne tarasy; z frontu od strony południowej znajdują się płytkie, kryte leżalnie dla powietrznej kąpieli przy jednoczesnej możliwości korzystania z promieni ultrafioletowych, padających właśnie od południa po przez wysoko osadzoną w ścianie szybę „vita“. Taki układ ścian leżalni i cofnięte dalej od gzymsu boczne balustrady unieumożliwiają jakiegokolwiek porozumienie się i styczność z chorymi z dolnych tarasów. We wszystkich salach chorych płucnych zaprojektowano zamiast okien wyłącznie drzwi i mały wystający balkonik, ażeby ciężiej chorzy leżący przez otwarte drzwi balkonu widzieli więcej, niż tylko samo niebo.

Pozostaje do omówienia widok zewnętrzny budynku — jako autorowi wolno mi przytoczyć ocenę, którą wypowiedział o tym w słowie wstępnym do odnośnej broszury prof. arch. *C. Domaniewski*, członek sądu konkursowego: „Zewnętrzna forma, wynikła wyraźnie z planu budowl, o formach modernizmu konstrukcyjnego, w bryłach swych o dobrze wyczutych proporcjach wyróżnia się bardzo dodatnio pełnią harmonii wnętrza i strony zewnętrznej w całości architektonicznym

Projekt ten niewątpliwie przyczyni się do podniesienia poziomu rozwiązań architektonicznych szpitali tego typu“.

Sprawy szpitalne budżetowe na prowincji*)

1) Wysokość i układ budżetu.

Postanowienia prawne dla budżetu szpitalnego streszczają się w następujących formułach:

1. Budżet szpitala winien być wydzielony z ogólnego budżetu samorządowego i tylko w ogólnym budżecie winna być uwidoczniiona suma, którą samorząd przyczynia się do utrzymania szpitala. Bardzo słuszne i przewidujące prawo, daje ono bowiem podstawę do rozwoju szpitala. Prawodawca odróżnia sumy przewidziane w budżecie na opiekę społeczną i koszty za leczenie ubogich, od sum i spraw związanych z obowiązkiem utrzymania szpitala.
2. Druga zasada to obowiązek pokrywania deficytu szpitalnego. Szpitale publiczne są to instytucje, które z mocy samego prawa nie mają na celu zysku. Deficyt szpitalny przewidywany jest, jako sprawa normalna dla tej instytucji. Nadwyżkę, czyli dochód należałoby uznawać za sprawę nieprawidłową w szpitalu publicznym (nadmiernie wysoka taksa).
3. Koszty w zasadzie winny być płatne z góry, a najpóźniej w dniu opuszczenia szpitala przez chorego. W zasadzie szpital więc powinien mieć pokryte wszystkie koszty, bieżące i zaległe, czyli obliczany w preliminarzu dochód winien wpływać więcej niż w stu procentach, a wydatki winny być prelimitowane nawet powyżej określonej sumy dochodu przypuszczalnego. Niestety prawo, a życie, są to różne sprawy. W życiu jednak widzimy i słyszymy zasady, które wręcz przeciwnie wyrażają swój stosunek do budżetu szpitalnego. Samorządy płacące koszty leczenia za ubogich chorych z dużym nawet opóźnieniem i w skromnym procencie ogólnej należności mniemają, że regulując te koszty tym samym przyczyniają się do utrzymania szpitala. Błędne to rozumowanie nie wyjaśniają żadne okólniki i rozporządzenia (niestety) nie ma władzy, któraby kontrolowała te sprawy.

Zasadnicze prawo budżetowe Państwa żąda, aby rozchód był w zgodzie z przychodem, a deficyt traktuje jako rzecz nienormalną w gospodarce publicznej. Zarówno samorządy, jak i wła-

*) Referat wygłoszony na Zjeździe Dyr. Szp. woj. łódzk. w Kaliszu.

dze nadzoreze podkreślają samowystarczalność szpitala, jako wynik dobrej gospodarki, deficyty zaś szpitalne władze administracyjne kwalifikują raczej ujemnie. Znów należałoby wyjaśnić rolę szpitala w ogólnej gospodarce społecznej.

Dyrekcja szpitala postawiona w tych warunkach, że nie ma prawidłowych form budżetowych, musi układać budżety spekulatywne, które, w zależności od koniunktury gospodarczej pozwalają na wegetację, ale nie dają podstaw do konsekwentnego z roku na rok rozwoju szpitala.

Stąd na oczach naszych widzimy pogarszanie warunków, a nie poprawę dla bytu szpitali.

Tablica Nr. 2. wskazuje jak powinno wyglądać prawidłowe zamknięcie rachunkowe na podstawie prawa i zapewniające stały dalszy rozwój szpitala i podniesienie jego poziomu fachowego.

Szpital prawidłowo samowystarczalny:

Dochód:

1) Subsydium stałe samorządu	X tysięcy zł.
2) Pokryty deficyt z roku ubiegłego	Y „ „
3) Zapłacone koszty leczenia całkowicie	Z „ „
Razem:	$X + Y + Z$.

Rozchód:

1) Wydatki normalne szpitala całkowicie wykorzystane i rachunki zapłacone	X + Z	tysięcy zł.
2) Dokonanie inwestycji celowych	X	„ „
Razem:	$X + Y + Z$	tysięcy zł.

2) W jakiej wysokości globalnie powinien być preliminowany budżet szpitala?

Ani zasadnicze prawodawstwo o zakładach leczniczych, ani instrukcje o sporządzaniu budżetów szpitalnych nie wskazują, czy wydatki mają być preliminarowane na łóżko, czy na chorego. Prawidłowo winno być ustalone ile dany szpital winien posiadać łóżek etatowych, a następnie, w poszczególnych województwach i w zależności od charakteru i poziomu szpitala, winny być wskazane orientacyjne sumy, określające możliwość preliminarowania najwyższej sumy na łóżko.

Z danych, wykazanych przez Wydział Szpitalnictwa Warszawskiego wynika, że Warszawa preliniuje na łóżko 2,115 zł., kliniki uniwersyteckie zaś 3,350 zł. Dla naszego szpitala, traktując go, jako szpital okręgowy, określam sumę wysokości preliniowania na jedno łóżko 1400 — 1500 zł. Suma ta musi być przyjęta, jako norma dla dzisiejszych ciężkich czasów samorządów tutejszych. Wysokość budżetu wynosić winna 434,000 zł. do 465,000 zł. Uchwalony, lecz nie zatwierdzony budżet wynosi na rok 37/38 426,000 zł. Drugim sposobem określenia wysokości sum preliniowanego budżetu jest preliniowanie w stosunku do przeciętnej ilości chorych, jaką się przewiduje w roku nadchodzącym. Oczywiście, podstawą określenia tej sumy przeciętnej powinna być średnia z roku ubiegłego, obliczona na podstawie obliczenia w miesiącach najwyższej frekwencji i najniższej. Obliczenie takie może postawić szpital wobec przykrej niespodzianki przy wzmożonej zachorowalności i epidemii, a wtedy budżet będzie deficytowy i szpital będzie miał wielkie trudności płatnicze, zresztą te trudności płatnicze są stałe. W przeciwnym wypadku, gdy szpital preliniuje na zbyt wielką ilość chorych, a sumy preliniowane na wydatki wykorzysta w 100% zaspo-ko-i sobie w wyższej skali wydatki rzeczowe i przez co zasobność jego się polepszy, ale zamknie rok deficytem, gdyż dochody w nadmiarze prawdopodobnie nie dopiszą.

Wysokość budżetu dla szpitali ogólnych powiatowych winna być przykładowo ujęta, aby szpitale trzymać na pewnym poziomie, godnym cywilizowanego państwa. Z drugiej zaś strony by szpital uniezależnić od domorosłych znawców samorządowych, którzy oszczędności zawsze szukają tylko w szpitalu. Oczywiście budżet szpitala okręgowego na 300 łóżek, a powiatowego na 100, 50, 25 łóżek powinien być nie tylko proporcjonalnie wyższy, lecz wysokość jego winna wzrastać w zależności od specjalizacji i urządzeń. Przeglądając budżet szpitala w Sieradzu i Turku, muszę orzec, że budżety te preliniowane są w zbyt niskiej sumie, natomiast budżet w Koninie dostatecznie wysoko. O innych budżetach szpitali województwa łódzkiego mówić nie mogę, gdyż na moje kilkakrotne prośby, budżetów tych mi nie dostarczono. Doradzam Kolegom, aby starali się bronić możliwie wyższych budżetów szpitalnych.

Instrukcja Ministerstwa Skarbu do sporządzania budżetu wymaga, aby dochody preliniowano na podstawie faktycznych wpływów za 10 miesięcy. Uzależnia to szpital od sumiennego płacenia i zmusza do pilnowania należności. Okres jesienno-zimowy jest niewątpliwie lepszy dla wpływów szpitalnych, wiosenno-letni zaś zawsze gorszy.

3) Deficyty.

Wracając jeszcze raz do deficytów stwierdzić należy, że:

- 1) niewątpliwie zależy od procentu zapłaconych kosztów leczenia,
- 2) od zbyt niskiej taksy,
- 3) od źródlenia produktów i środków leczniczych w okresie budżetowym,
- 4) od nieprzewidzianych inwestycji i wypadków niezależnych od administracji,
- 5) od nieprawidłowo ułożonego budżetu.

Z kilkoletnich obserwacji okresu kryzysowego i wzmożonej oszczędności wynika, że deficyt równa się zwykle sumie nieuregulowanych rachunków za dostawy na 1. IV. Pomijam zadłużenie długoterminowe użyte na inwestycje. Wszystkie powyższe wyjaśnienia mają rację i usprawiedliwienie tylko przy warunkach prawidłowej, rzetelnej i oszczędnej gospodarki szpitalnej, deficyty powstałe z powodu nieumiejętnego, nieopatrzniego, czy też niesumiennego gospodarowania, oczywiście powinny być przedmiotem dochodzeń władz nadzorczych.

Ustawowy 15% upust dla leczących się na koszt ubezpieczalni społecznych nie pokrywany przez samorządy, oraz 30-dniowy kredyt dla tych ubezpieczalni jest nieumotywowaną krzywdą dla szpitali, a usprawiedliwieniem dla deficytów szpitalnych.

Zaznaczyć przy tym należy, że ubezpieczalnie nie są hurtowymi dostawcami chorych do szpitali komunalnych, a przez nadmierne restrykcje terminowe, oraz wykorzystywanie kosztownych badań, potrącanie całkowicie wszystkich składek ubezpieczeniowych z należnych kosztów leczenia, nieczym nie przyczyniają się do utrzymania, lecz pogłębiają jego trudności finansowe.

4) Opłaty i ściąganie kosztów leczenia.

Przed wszystkim muszę zaznaczyć, że wysokość opłat nie wpływa na wzmożoną frekwencję. Tak wyjaśnia przynajmniej nasza statystyka z okresu sześcioletniego. Wpływają natomiast trudności finansowe gmin wiejskich i miejskich. Wływa też, i to wyraźnie, stanowisko i zapatrywania naczelników tych gmin na celowość opieki społecznej, oraz humanitarne wykonywanie obowiązków społecznych gminy.

Opłaty w szpitalach, mających wszystkie oddziały, oraz stojących na wyższym poziomie naukowym, muszą być wyższe, niż w ogólnych szpitalach powiatowych.

Oplaty powinny być w pewnym uregulowanym stosunku do kosztów utrzymania rodziny, cen na środki lecznicze, kosztów utrzymania personelu fachowego i t. p.

W państwie, w którym jest ustalona waluta i uregulowana równowaga budżetowa, wydaje się słusznym obliczanie opłat na podstawie przeciętnych kosztów utrzymania w okresie trzechletnim (t. j. na podstawie prawa szpitalnego z roku 1928).

Należałoby rozważyć, czy słusznym jest, aby w szpitalu publicznym, który z zasady nie powinien być instytucją spekulatywną, obliczać różne opłaty dla różnych oddziałów. Przy rozważaniu tych spraw trzeba stwierdzić, że deficyt wypadający na oddziale zakaźnych, wyrównuje się zyskiem na oddziale chirurgicznym i położniczym. Gdy frekwencja na oddziałach chirurgicznym i położniczym stanowi ponad 50%, jak to było u nas w latach ubiegłych ponad 60%, szpital zamyka rok budżetowy nadwyżką.

Należałoby wyjść z zasady, że nieszczęście jakim jest choroba, w zakładzie publicznym winno być traktowane pod względem opłat jednakowo. Czyż jest winą chorego, że trafiony przez chorobę chirurgiczną ma płacić o 20% drożej, niż ten, którego decydują się w szpitalu leczyć na oddziale wewnętrznym, dlaczego chory na chorobę zakaźną ma korzystać z jeszcze dalszej zniżki?

Słusznym by było ustanowienie jednej opłaty przeciętnej dla wszystkich oddziałów, słusznym też jest ustanowienie opłat dla szpitali miejskich trzech oddziałowych i małych szpitali ogólnych, przez Urząd Wojewódzki, z warunkiem dopilnowania samorządów, aby winikłe deficyty z powodu niedostosowanych opłat w danym szpitalu były faktycznie pokrywane.

Bilety kolejowe, opłaty stemplowe i taksy szpitalne winny być powszechnie obowiązujące i z góry wiadome. W komunalnych szpitalach winny być 4,50 dziennie. Byłoby to wielką ulgą dla ludności potrzebującej leczenia.

Ulgi specjalne dla gruźlików i chorych zakaźnych, powinny być regulowane przez Skarb Państwa, gdyż stanowią one o zdrowotności ogólnej, lub z powszechnego podatku obywatelskiego na opiekę społeczną.

Dla wielu szpitali komunalnych, wysokość opłat faktycznie jest obojętna, gdyż o pokrycie niezbędnych wydatków troszczy się nie dyrektor, lecz odpowiednie wydziały magistratów, wydziały powiatowe.

Tam jednak, gdzie, jak u nas, dyrektor sam musi zdobywać dochody, aby pokryć niezbędne wydatki, wysokość opłat dziennych i re-

gulowanie w ogóle kosztów za leczenie przez chorych, nie jest sprawą obojętną, a przeciwnie niezwykle żywotną. Opłaty muszą być tak wysokie i frekwencja tak liczna, wpływy do kasy tak regularne, aby można było opłacić w terminie pobory personelu i rachunki dostawców.

Jak można opłaty kalkulować nisko, gdy sumy składowe wydatków dziennych na chorego wypadają według zamknięć rachunkowych roku ubiegłego następująco:

Wydatki administracyjne:

1) osobowe i rzeczowe	1,23 zł.
2) utrzymanie budynków, uzupełnienie sprzętów, opał, światło, woda	0,65 „
3) leczenie i utrzymanie chorych, wydatki osobowe i rzeczowe — gospodarstwo szpitalne	3,96 „

Razem: 5,84 zł.

Taksa szpitalna wynosiła: na oddziale chirurgicznym i położniczym zł. 6, na wewnętrznym zł. 5 i na zakaźnym — gruźliczym zł. 3,50.

Ze stosunku wyliczonych przeciętnych kosztów własnych do taksy wynika, żeśmy ją prawidłowo określili.

Obliczenie roku ubiegłego potwierdza wyżej przytoczone dane. Wobec czego na wezwanie Urzędu Wojewódzkiego o dalszą obniżkę opłat zmuszeni jesteśmy odpowiedzieć, że opłaty chętnie byśmy obniżyli, gdyby właściciele uregulowali zaległe koszta, niepokryte deficyty z lat ubiegłych, oraz skłonni byliby ustalić pewną dotację, względnie choćby dawać na początku roku awans w wysokości 5.000 zł.

W statucie bowiem Międzykomunalnego Związku Szpitalnego członkowie obowiązani są do awansu po 20.000 zł.

Jest inaczej w życiu. Szpital utrzymuje się bez pomocy, z opłat, które ściąganie.

5) Zaległe koszta leczenia, ich ściąganie i umarzanie.

Na podstawie kilkuletnich obserwacji i sprawdzania kto płaci koszta w terminie muszę określić, że płaci tak, jak i podatki t. zw. uczciwy płatnik, nie koniecznie musi on być zamożny, jest on tylko sumienny. Ponieważ on płaci, a inni nie, przeto cały ciężar spada na regulujących terminowo rachunki. Wpłaty ich stanowią o dochodach szpitala, na nich opiera się preliminarz budżetowy i wynikająca z zamk-

nić rachunkowych kalkulacja kosztów własnych szpitala. Gdy, jak w naszej sytuacji 40% stanowią chorzy, kierowani przez opiekę społeczną miasta Kalisza, a koszty regulowane są możliwie terminowo, Zarząd Miejski zaś przyjmuje przelewy, dostarcza prąd, gaz, drzewo i t. p., to w tych warunkach szpital może jeszcze, jako tako, egzystować i zaspokoić najkonieczniejsze potrzeby, lecz gdy tak poważny dostawca chorych, rachunków nie ureguluje w terminie, a rachunki poleżą niezalutowane, prócz tego w sumach dochodzących ponad 10,000 zł. — wówczas wytwarza się sytuacja niezwykle krytyczna, zwłaszcza przy regulowaniu pobrań służbowych.

Gminy wiejskie w ogóle z reguły są nastawione na to, żeby nie płacić rachunków za skierowanych przez siebie chorych. Spekulują one wyraźnie na wysokie zadłużenie, a następnie oczekują ustawowego umorzenia.

Nieszczęsny pomysł umarzania kosztów wytworzył sytuację niesłychanie demoralizującą.

Gminy posuwały się do tego, że omijały swoje własne szpitale powiatowe, a posyłały do innych — unikając w ten sposób nadzoru starosty, z jednej strony, z drugiej były pewne, że egzekucja przez swój urząd skarbowy nie dojdzie rychło do skutku.

Im więcej się kosztów umarza, tym więcej ich rośnie.

Sytuacja powyżej wytworzona przez narastanie zaległych kosztów i następnie umarzanie, także sposoby skierowywania chorych, wywołują słuszną obronę ze strony szpitala. Przede wszystkim przy przyjmowaniu szpital musi robić utrudnienia, bardzo skrupulatnie badać papiery, a po przyjęciu rozwijać bardzo ożywioną korespondencję z gminami. Skutek jest ten, że szpital, przejęty obroną własną, nastawia się w stosunku do chorego zbyt rygorystycznie i przez to traci na swoim charakterze społecznym.

Wina za ten stan rzeczy spada na prawodawcę i na nadzór.

Operację taką, jak umorzenie kosztów, należało dokonać błyskawicznym i radykalnym cięciem w jednym roku i więcej jej nie stosować. Po czym szpitale otoczyć słuszną opieką, a samorządy gminne i miejskie odpowiednimi rygorami, aby koszty leczenia wpływały regularnie. Rozumiem, że szpitale są za drogie, ale winna nie administracja, lecz układ stosunków i koniunktura finansowa w samorządzie.

Zaległe koszty leczenia po wielu wezwaniach, upomnieniach idą do urzędów skarbowych celem ściągnięcia. Cała suma 160,000 zł. leży w tych urzędach prawie bez ruchu. W okresie jesienno-zimowym, kiedy zwykle jest większa ilość gotowizny w gospodarstwach, urzędy

skarbowe w tym czasie ściągają podatki dla Państwa i samorządów. Za egzekucje szpitalne biorą się w okresie przednówka, gdy w gospodarstwach i bminach kasy są puste. Rezultaty też są bardzo nikłe i więcej wpływa protokółów o nieściągalności do kancelarii szpitalnej, niż gotówki do kasy szpitalnej.

Należałoby zrobić próbę z własnym inkasentem — egzekutorem, który przez codzienne nachodzenie domu może potrochu wyluskać od opornych płatników choć część należności.

Na zakończenie muszę w kilku słowach wyjaśnić, że samorzady, utrzymujące szpitale, są same w tak ciężkiej sytuacji finansowej, że zmuszone są bronić się przed wysokimi sumami należnych kosztów leczenia za ubogich. Nie mniej na dyrektorach szpitali leży ciężki obowiązek przedstawienia i tłumaczenia, że utrzymywanie zakładów leczniczych i opieka społeczna jest naczelnym i podstawowym obowiązkiem samorządu terytorialnego. Daje się bowiem zauważyć niepokojący objaw zanikania zainteresowania i uznania doniosłości opieki społecznej nad chorym. Za najwięcej palącą sprawę uznaje się dziś bezrobocie. Pamiętać jednak należy, że bezrobocie i choroba w bliskim stoją pokrewieństwie.

Zagadnienie szpitalne ogólne na prowincji*)

Rozwój nauk lekarskich i nowe metody lecznicze, oraz postępy opieki społecznej — sprawiły, że rola i cel funkcjonowania szpitala dziś, a wczoraj stały się kolosalnie różne. Gdy jeszcze przed wojną światową szpital na prowincji nosił charakter w połowie przytułkowy, a w połowie leczniczy, to dziś już należy nazwać szkodliwym przeżytkiem szpital, który w dalszym ciągu przytula stare babki i żebraków. Nosi on nazwę szpitala przez nieporozumienie, winien bowiem otrzymać urzędową nazwę przytułku. Z przykrością trzeba stwierdzić, że niektóre małe szpitale na terenie b. Królestwa Polskiego jeszcze mają dziś ten przeważający charakter, gdzie opieka religijna ma więcej miejsca, niż lekarska i pielęgnarska. Przy przyjęciu do tych szpitali chorych, większą rolę odgrywa litość, niż wskazania lekarskie.

Samorządy i instytucje opieki społecznej żądają, aby leczenie trwało w dzisiejszych szpitalach krótko i mało kosztowało.

Szpitala i urządzenia sanitarne w Państwie nie są tak postawione i urządzone, aby to żądanie mogło być spełnione. Do szpitala przybywają chorzy za późno, lekarze w tych szpitalach nie dysponują odpowiednimi urządzeniami i środkami, aby w krótkim czasie zdrowie przywrócić. Rozgrywa się skomplikowana pisanina o przedłużanie terminów, praca biurokratyczna powiększa się z roku na rok. Celują w tej akcji biurokratycznej naczelnicy lekarze Ubezpieczalni Społecznej, a wójtowie w gminach już ich naśladują. Chorzy zaś zmuszani są do opuszczania szpitala w stanie niezupełnego wyleczenia.

Leczenie na termin prowadzi do absurdu. Zwłaszcza w chorobach zakaźnych, gruźliczych, skomplikowanych złamań i poważnych cierpień narządów wewnętrznych.

Do jakiego więc szpitala dążyć powinni lekarze szpitalni? Odpowiedź na to otrzymujemy z Międzynarodowego Kongresu Szpitalnictwa w Knocke sur-Mer z lipca 1933 r.

„Ze wszystkich debat wynikało, że nowoczesny szpital winien dążyć do tego, aby być odpowiednio ważną placówką w ogólnej gospodarce społecznej. Kto tak rozumie szpitalnictwo, zrozumie zmiany, jakim musi ono ulec, zrozumie znaczenie międzynarodowej pracy w tej dziedzinie, zrozumie aktywizację w tym kierunku pracy lekarskiej, pielęgnarskiej i gospodarczej w ostatnim 10-leciu, która już została

*) Referat wygłoszony na Zjeździe Dyr. Szpitali woj. łódzkiego w Kaliszu.

dokonana i która coraz usilniej szuka nowych dróg rozwojowych, oceniając je pod kątem gospodarki społecznej. Charakteryzuje tę pracę wyraźna rewolucyjność, a impuls daje nauka i technika. Trzeba było zerwać z wieloma miłymi przyzwyczajeniami, ambicjami i, wyrażnie mówiąc, z nieżyłymi impulsami natury uczuciowej. Rzecz jasna, że nie można uważać szpitala tylko za warsztat reperacyjny ciała ludzkiego, lecz z drugiej strony szpital nie może być instytucją, gdzie panuje li tylko słoneczny promień miłości. Nie widzimy żadnej szkody, jeśli duża doza trzeźwego czynu zostanie wlana do zapatrywań na rolę współczesnego szpitala. Lecznictwo i pielęgniarstwo winny w szpitalu podać sobie rękę do wspólnej pracy; obie te dziedziny muszą się opierać na naukowym i technicznym fundamencie, aby spełnić zadanie i udzielić pomocy choremu, a nie okazać mu tylko współczucia. Wszyscy jesteśmy na tej drodze, ale nie osiągnęliśmy jeszcze całkowitego celu, może między innymi dlatego, że wszystko winno być oparte na stronie gospodarczej. Współczesny szpital winien się liczyć z tym, że nie wystarczają i nie stanowią podstawy szpitalnictwa maszyny rachunkowe, maszyny do pisania i szafy z aktami, lecz, że przede wszystkim należy dobrze gospodarować i dobrze pracę zracjonalizować, aby cel osiągnąć najmniejszymi środkami, za pośrednictwem opartej na naukowych zasadach pracy lekarskiej i pielęgniarzkiej. Ostatnie lata bogate są w poczynania organizacyjne, mające na celu usunięcie wielu błędów i zużytkowanie doświadczenia w różnych krajach.

Dążyć należy do tego, aby nie powtarzać wszędzie nowych eksperymentów, a zużytkować doświadczenie innych. Jest to naczelną zasadą we wszystkich dziedzinach, więc i w szpitalnictwie przy stosowaniu zdobyczy nauki i techniki, gospodarstwa społecznego i pielęgniarstwa“.

Najwyższy i niedościgniony rozwój szpitalnictwa widzimy w Ameryce.

W Europie szpitale rozwijały się z motywów dobroczynnych i miłosierdzia chrześcijańskiego, w Ameryce zaś, pod wpływem kolosalnego rozwoju przemysłu i jego potrzeb. Wypadki w fabryce, górnictwie, na ulicy itp. zdecydowały o potrzebie urządzeń najwspanialszych i najcelowszych. Ogromne odszkodowania ubezpieczeniowe i wysokie renty inwalidzkie zdecydowały o najbardziej starannych sposobach leczenia. Z utylitarnych, a nie humanitarnych założeń wyszła potrzeba przywracania całkowitego zdrowia poszkodowanym. Za Ameryką poszedł dalszy rozwój szpitalnictwa europejskiego. Wpływ techniki na konstrukcję i urządzenia szpitala przy udziale wielkich kapitałów amerykańskich jest niewątpliwie widoczny. Z drugiej zaś strony bar-

dziej wszechstronna kultura i wiedza europejska doprowadziły do stworzenia programu i organizacji nowoczesnego szpitala, odpowiadającego całkowicie potrzebom epoki dzisiejszej. Dziś szpital musi być technicznie doskonale urządzone, posiadać wszelkie pomoce naukowe potrzebne do sprawdzenia rozpoznania, rozporządzać wykwalifikowanymi siłami lekarskimi i pielęgniarskimi, które razem skoordynowanie działając, muszą doprowadzić do ulepszenia sposobu przywracania zdrowia, lub też znakomitej redukcji kalectwa, tam, gdzie nie może być uzdrowienia.

Poza tym szpital nabrał charakteru instytucji zapobiegawczej i większego znaczenia społecznego w organizacji państwa, oraz w samorządzie. Na terenie międzynarodowym zostały sformowane nowe postulaty szpitalnictwa i szersze zadania etyczne. Nasze polskie prawodawstwo szpitalne wyraźnie wyróżniło jego rolę w zespole instytucji zdrowia i opieki społecznej. Uległo również zmianie postępowanie taktyczne w stosunku do chorego. Chory nie da się już otumanić byle pociechą i „ut aliquid fecisse videatur“ kropelkami, zabijającymi jego świadomość stanu chorobowego. Cała ludzkość za dużo już wie o chorobach, oraz metodach leczniczych. Otwarcie też musimy z chorymi rozważać jego sposób leczenia.

Nowoczesny szpital w wielkich, czy małych miastach dla sprawnego funkcjonowania i faktycznie dobrego załatwiania chorego, powinien posiadać wszystkie oddziały obsadzone wyszkolonymi specjalistami, a przede wszystkim: chirurgiczny, wewnętrzny, położniczy i zakaźny. Lekarz ogólny nie jest w możności objąć wszystkich gałęzi daleko posuniętej specjalizacji lekarskiej i dlatego nie może dobrze prowadzić ze względu wymagań lekarskich obecnych, szpitala ogólnego nawet na prowincji. Oddziały szpitalne nie są w stanie obyć się bez stałej pomocy konsultantów w chorobach ocznych, usznych itp. Szpital musi posiadać rentgenologa i chemika z dobrze urządzonymi pracowniami. Stosownie zorganizowana kuchnia dietetyczna, apteka, posiadająca nowoczesne leki, urządzenia dezynfekcyjne, pralnie i inne pomoce, nieodzowne dla dobrego szpitala, — muszą być w rozporządzeniu lekarza szpitalnego.

Taki szpital nie może dziś powstać w każdym powiecie, gdyż przerasta on możność finansową pojedynczego samorządu. Kto twierdzi inaczej, ludzi się sam i ludzi innych.

W naszych warunkach tylko kilka samorządów powiatowych i miejskich będzie w możności organizować wspólnymi siłami, i to przy wydatnej pomocy Rządu, taki szpital. Szpital powyższy nazywam

okręgowym w odróżnieniu od obecnych szpitali powiatowych, które istnieją z mocy obowiązujących ustaw i ambicji, zgoda niewspółczesnych, posiadania własnych szpitali. Mamy już elektrownie okręgowe; powinniśmy mieć i szpitale okręgowe. Rozwój komunikacji, szybkość przenoszenia się z miejsca na miejsce i zwiększenie wogóle tempa życia utwierdza mnie w przekonaniu że słuszniej jest organizować i wyposażyć szpital okręgowy odległy o sto kilometrów, niż łożyć na swój szpital odległy od gminy o 50 kilometrów. Powinno powstać tyle szpitali okręgowych, ile jest ubezpieczalni. Winny być one w Zarządzie Wojewódzkich Związków Międzykomunalnych. Na terenie Województwa Łódzkiego w dalszym ciągu powinien być rozwijany szpital kaliski, jako największa jednostka między Poznaniem, a Łodzią, oraz Piotrków. Sieć kolejowa i szosowa, a nawet instynkt samej ludności wskazuje najlepiej miejsce, gdzie należy rozwijać szpitale okręgowe. (Vide tablica Nr. 1).

Zgadzam się, że w miarę rozwoju ogólnej kultury i bogactwa samorządowego, winny powstawać w każdym większym mieście wszechoddziałowe szpitale. Im lepiej będą urządzone, tym większą będą się cieszyły frekwencją.

Istnieją jeszcze względy ekonomiczne i wojskowo-obronne, które przemawiają za takim programem rozwoju szpitalnictwa.

Czas sprawę postawić na stole urzędów wojewódzkich i ministerstw.

Posunięcia dokonane z organizacją i budową szpitali psychiatrycznych uzasadniają również słuszność powyższego twierdzenia. Powstałe Międzykomunalne okręgowe szpitale dla umysłowo-chorych znakomicie się rozwijają i opłaty w nich są coraz mniejsze. Szpital okręgowych winien posiadać co najmniej 350 do 400 łóżek w dobie obecnych potrzeb. Muszą mieć one techniczną podstawę do rozbudowy na podwyższoną ilość łóżek.

Obecne małe szpitale prowincjonalne winny być przekształcone we wzorowe ośrodki zdrowia z izbami izolacyjnymi dla chorych zakaźnych, z salami dla krótkotrwałych chorób wewnętrznych i chirurgicznych itp., oraz ze stacją transportową dla chorych czasowo zatrzymanych, a którzy mają być wysłani do szpitali okręgowych. Cała aparatura medycyny zapobiegawczej, dobrze funkcjonująca przychodnia winny mieć szersze pole tam do działania. W tym też kierunku winna iść racjonalna reorganizacja szpitala powiatowego. Szpital i Urząd Zdrowia Powiatowego, przy nim funkcjonujący, powinien mieć powi-

zanie z gminnymi ośrodkami zdrowia, z drugiej zaś strony ze szpitalem okręgowym zorganizowana stała współpraca.

Sieć okręgowych szpitali, powiatowych organizacji zapobiegawczo-leczniczych i gminnych stanowiłyby celową organizację służby zdrowia w Państwie. Obecnie marnuje się grosz i wyczerpują siły, a rezultaty małe. Ramy mego referatu nie pozwalają na dalsze uzasadnienia tego postulatu.

Rola szpitala w walce z gruźlicą*)

(Skrót referatu).

W społecznej walce z gruźlicą — w jej najdoskonalszej postaci — systemie edynburskim — główną rolę wyznaczono dobrze zorganizowanej przychodni, zaopatrzonej w całą nowoczesną aparaturę środków rozpoznawczych, w lekarzy specjalistów oraz wyszkolony personel wywiadowczyń-pielegniarek.

Szpital — w systemie edynburskim — jest tym drugim szczeblem, miejscem, gdzie tylko wyjątkowo trudne do rozpoznania wypadki są kierowane, gdzie koncentruje się aktywne leczenie gruźlicy. Do niedawna szpitale były miejscem kierowania przypadków z daleko posuniętymi zmianami gruźliczymi, przeważnie beznadziejnymi. Były przytułkami dla umierających — ze złą sławą domów przedpogrzebowych.

Ze zmianą sądów o uleczalności gruźlicy, o konieczności wczesnych rozpoznań, o skuteczności leczenia zapadowego — zmieniła się rola szpitala w walce z gruźlicą. Szpital ma być miejscem izolowania wszystkich wypadków gruźlicy prątkującej, których z takich czy innych przyczyn, w warunkach domowych nie możemy izolować.

Kraje Europy Zachodniej oraz Ameryka, mające ustawę przeciwgruźliczą oraz zasoby finansowe do realizowania przepisów ustawy, dawno wprowadziły w życie ten zasadniczy kanon izolowania prątkujących. Projekt polskiej ustawy przeciwgruźliczej mówi: „o odosobnieniu chorych na gruźlicę w szpitalach, schroniskach, przytułkach i t. p.“ i że „we wszystkich powstających szpitalach ogólnych winny być odpowiednio urządzone pomieszczenia dla chorych gruźliczych“ i o przymusie umieszczania chorych w zakładach leczniczych. Ale jak wiemy — ustawa w życie nie weszła i zasady nie zawsze są stosowane.

Ażeby można było urzeczywistnić zasadę izolowania prątkujących, trzeba, by ilość łóżek dla chorych gruźliczych była dostateczna. Gdybyśmy wzięli za podstawę obliczenia Skandynawów, którzy liczbę łóżek dla chorych gruźliczych doprowadzają do rocznej liczby zgonów na gruźlicę — musielibyśmy mieć zastraszająco dużą ilość łóżek. Bo wien według *Grodeckiego* umiera rocznie w Polsce 85.500 ludzi. Posiadamy zaś łóżek szpitalnych — 3.461, łóżek sanatoryjnych 5.219.

Co wynosi 1,05 łóżek szpitalnych na 10.000 mieszkańców oraz 1,58 łóżek sanatoryjnych na 10.000.

*) Referat,  wygłoszony na Zjeździe Dyr. Szpitali woj. łódzkiego w Kaliszu.

Zaopatrzenie wprost katastrofalne — szczególnie w porównaniu ze stanem w innych państwach, obliczanym na 10.000 ludności:

Norwegia	—	14.
Dania	—	9,8
Szwajcaria	—	8,7
Szwecja	—	8,5
Anglia	—	5,7
U. S. A.	—	5,5
Finlandia	—	4,7
Holandia	—	4,0

Dokładnej liczby zaopatrzenia naszego kraju nie mamy. Jeżeli według *Grodeckiego i Sielickiego* — wzorem Niemieckiego Cent. Komitetu do walki z gruźlicą przyjmimy mnożnik 10. liczby zgonów dla określenia liczby żyjących gruźlików, to będziemy mieli cyfrę 850,500. chorych, z tego przypuszczalnie połowę (według wskaźnika z *Frammingham*) prątkujących. Przy tak wielkiej liczbie chorych wszystkie posiadane przez nas zakłady okażą się niewystarczające, a w szpitalach nie znajdzie się miejsca dla chorych umierających.

Według *K. Dąbrowskiego* w roku 1930 w Warszawie tylko 33,6% zmarłych z powodu gruźlicy umarło w szpitalach.

Rolą przychodni przeciwgruźliczej jest — z tej wielkiej liczby chorych wybrać wypadki, nadające się do leczenia sanatoryjnego, leczenia w szpitalach, nie nadających się do leczenia — ale wymagających ze względów społecznych — odosobnienia. Jest to wielki zakres pracy dla przychodni, wymagający i dobrej organizacji i wysokiego poziomu lekarskiego. Jeżeli przychodnia nie stoi na wysokości zadania, lub jeżeli jej wcale nie ma — rolę jej powinien przejąć szpital.

Na oddziały chorób płucnych w szpitalach winni być kierowani chorzy w celach obserwacyjnych, czy to dla ustalenia charakteru cierpienia, czy też przebiegu i rokowania. Do szpitala należy kierować chorych, oczekujących leczenia sanatoryjnego, wymagających zabiegów niezwłocznych (odma, wyrwanie n. przepon. plomba i t. p.).

Chorzy niezamożni gmin wiejskich i miejskich, nie mogący otrzymać leczenia sanatoryjnego, winni być kierowani na oddział chorób płucnych celem leczenia uciskowego, bądź konserwatywnego (odżywianie, leżakowanie, środki farmakol.), wyrwanie bowiem z dotychczasowych warunków bytowania, zwykle złych, odpoczynek, odżywianie daje nie gorsze wyniki, niż leczenie klimatyczne i odpowiada zasadzie regionalizmu w leczeniu gruźlicy.

W czasie pobytu w szpitalu wychowywanie specjalne chorego, szerzenie zasad higieny oraz odpowiednio podana wiedza o gruźlicy jest jednym ze środków propagandy przeciwgruźliczej.

Rolę więc szpitala dałoby się streścić do następujących punktów:

1. Szpital winien być w stałym kontakcie z przychodnią przeciwgruźliczą możliwie pod wspólnym kierownictwem lekarskim i obsługiwać pewną jednostkę terytorialną, objętą systematyczną walką z gruźlicą.
2. Winien mieć oddział dla gruźlicy zaawansowanej, jako miejsce odosobnienia dla przypadków nie mogących być izolowanymi w domu, oraz przypadków, które trzeba było przyjąć z powodu ciężkości stanu, krwotoku i t. p.
3. Winien mieć oddział, gdzie byliby kierowani chorzy dla celów rozpoznawczych (kontakt z gruźlicą, wczesne okresy), celem kwalifikowania dla dalszego leczenia (sanatoria) oraz chorzy wymagający leczenia.

Pozostaje jeszcze duży odcinek zaniedbany przez szpitale, mianowicie szczepień przeciwgruźliczych B. C. G. Stosunkowo łatwymi posunięciami organizacyjnymi wewnątrzszpitalnymi dałoby się skutecznie przeprowadzenie akcji szczepiennej, ściśle według instrukcji Komitetu szczepień przeciwgruźliczych.

Jak widzimy, zakres roli szpitala w walce społecznej z gruźlicą jest niemały — w warunkach prowincjonalnych wprost zasadniczy.

W szpitalach powiatowych winny być utworzone oddziały obserwacyjne — celem segregacji chorych, oraz oddziały izolacyjne — dla wypadków beznadziejnych. Przypadki trudniejsze diagnostycznie, lub nadające się do leczenia aktywnego, winny być kierowane na oddziały chorób płucnych szpitali większych o typie okręgowych — lub do sanatoriów wojewódzkich, zakładanych przez związki wojewódzkie.

Ustawa o zakładach leczniczych mówi: „Obowiązek zakładania i utrzymania szpitali ogólnych, otwierania oddziałów dla chorych zakaźnych w szpitalach ogólnych ciąży na powiatowych związkach komunalnych i miastach wydzielonych z powiatów, zaś szpitali specjalnych dla psychicznie chorych oraz dla innych kategorii chorych — na wojewódzkich związkach komunalnych“.

Przez „innych kategorii chorych“ należy rozumieć i chorych na gruźlicę. Rozpatrując statystyki oddziałów gruźliczych szpitali woj. łódzkiego za rok 1936 — dzięki uprzejmości Dra *Sielickiego* z Polskiego Związku Przeciwgruźliczego — doszedłem do wniosku, że w większoś-

ci szpitali powiatowych są to „łóżka“ a nie oddziały, często na salach ogólnych — przeważnie dla wypadków desperackich.

Leczenie aktywne gruźlicy (odmy, wyrwania nerwu przeponowego) poza Łodzią i Kaliszem, odnotowano tylko w Piotrkowie Tryb. i Sieradzu. Większość szpitali podaje „łóżka dla gruźliczych“ zresztą w dużym nie stosunku z ogólną ilością łóżek.

Nazwa szpitala — miejscowość	Ilość łóżek ogólna	Dla gruźlicy
Szpital miejski w Tomaszowie Mazow.	125	13
Szpital Powiatowy Koło	86	6
Szpital Powiatowy Konin	130	20
Szpital Powiatowy Łask	52	8
Szpital Miejski Pabianice	94	20
Szpital Powiatowy Łęczycą	—	0
Szpital Miejski Piotrków	125	20
Szpital Powiatowy Radomsko	55	5
Szpital Powiatowy Sieradz	68	4
Szpital Pow. Turek	50	5
Szpital Powiatowy Wieluń	102	10

Szpital w Kaliszu posiada oddział dla gruźlicy zaawansowanej — 24 łóżka, oraz oddział chorób płucnych — 20 łóżek. Przyjmowani są chorzy przysyłani z przychodni przeciwgruźliczej, przychodni miejskiej oraz Ubezpieczalni Społecznej. O ile oddział dla gruźlicy rozpadowej jest prawie stale przepełniony — to oddział chorób płucnych prawie zawsze rozporządza wolnymi łóżkami (obłożenie w 60%).

Czy wynika stąd wniosek o dobrym stanie zdrowia ludności m. Kalisza? Cyfry podane z jednej tylko instytucji przekazującej chorych — mówią co innego. Przychodnia Kaliskiego Towarzystwa Przeciwgruźliczego ma w swej opiece na dzień 1. I. 1937 r. — 1283. pacjentów — w tym 228 prątkujących. Umieszcza miesięcznie około 10 chorych w szpitalu. Zagadnienie sprowadza się jak zawsze do spraw zbyt małych możliwości finansowych instytucji, płacących za chorych, zagadnienie, o które wszystkie usiłowania akcji przeciwgruźliczej roz-

bijają się jak o mur. Mimo statystyk, szczególnie z komisji poborowych, które każą nam wierzyć, że sprawa zagrzuźliczenia zmniejsza się, cyfry umieralności są ciągle jeszcze wielomówiące.

Na 10.000 ludności umieralność z gruźlicy u nas wynosi 20,1, gdy w sąsiednich Niemczech tylko 9,8, a w Czechosłowacji 16,1. Dr *Biggs* — Dyrektor Służby Zdrowia N. Yorku (cytuje za *Grodeckim*) mówi: „Zdrowotność publiczną można nabyć“. W zwykłych warunkach życia ludzkiego każdy kraj jest w stanie sam ustalić liczbę umieralności za pomocą swoich wysiłków finansowych i organizacyjnych“.

Jak jest u nas, odpowie nam mało zaszczytne pierwsze miejsce — w światowej statystyce śmiertelności z gruźlicy.

T E Z Y.

1. Najbardziej celowym środkiem w walce z gruźlicą w warunkach prowincjonalnych jest szpital nastawiony na wszelkie postacie gruźlicy, potrzebujące leczenia aż do nieuleczalnych, a wymagających odosobnienia, włącznie.
 2. Wobec braku odpowiednio zorganizowanych oddziałów dla leczenia gruźlicy płuc w szpitalach powiatowych — szpitale te winny przystąpić do utworzenia oddziałów izolacyjnych dla wypadków beznadziejnych, oraz oddziałów obserwacyjnych. Wypadki, nadające się do leczenia aktywnego, winny być kierowane do szpitali większych (okręgowych), mających oddziały chorób płucnych.
 3. Wobec niewyzyskania łóżek na oddziałach już istniejących należy zwrócić się z apelem do władz Ubezpieczalni, samorządowych oraz rządowych podkreślając, że zmniejszenie sum na leczenie dla gruźliczych grozi niebezpieczeństwem zwiększenia zagrzuźliczenia kraju, zmniejszając jego obronność.
-

Pompy próżniowe w salach operacyjnych.

Od kilkunastu lat chirurg posługuje się aparatami do wytwarzania próżni przy zabiegach. Jednakże nie wszystkie sale operacyjne są jeszcze zaopatrzone w tego rodzaju urządzenia, a zwłaszcza na prowincji, co ujemnie wpływa na przebieg wielu zabiegów. Chirurg nie stosujący próżni w swojej pracy popełnia błąd, nie wykorzystując tych wszystkich możliwości, jakimi winien się posługiwać dla lepszego i szybkiego dokonania zabiegu.

Wyliczmy tu wkrótce te momenty, w których bez pompki ssącej nie można się obejść. Przede wszystkim w narkozie usuwamy za pomocą pompki śluz z jamy ustnej i gardzieli. Przy wymiotach dzięki dokładnemu wysysaniu z gardzieli mas pokarmowych możemy zapobiec przedostaniu się ich do oskrzeli. Przy zabiegach w jamie ustnej i nosowej, również możemy wchłonić krew, zamiast ją wycierać gazikami.

Wiemy jak przeszkadza operatorowi stałe wycieranie krwi przy operacji na języku lub podniebieniu. Ilu też chorych zapadło na pneumonię przy tych zabiegach. Dziś, dzięki użyciu pomp ssących, aspiracyjna pneumonia jest już rzadkością, wystarczy tylko w czasie narkozy przy omawianych zabiegach zostawić końcówkę aparatu w jamie ustnej na czas operacji, by wszystko co się gromadzi w jamie ustnej było dokładnie usunięte.

Spójrzmy jakie ma znaczenie zastosowanie próżni w zabiegach w jamie brzusznej. Więc przede wszystkim opróżnienie jelit przy zabiegach w czasie niedrożności. Takie dokładne opróżnienie dawniej było niemożliwe, a miało ogromne znaczenie w przebiegu operacji.

Wiemy dobrze jak ważną jest sprawa opróżnienia jelit dla odtrucia chorego. Rozkładająca się treść jest głównym źródłem zatrucia i przy pomyślnie wykonanym zabiegu powoduje zatrucie w przebiegu pooperacyjnym, wskutek trwającego jeszcze parę dni paraliżu peristaltyki.

Opróżnienie rozdętych gazami jelit konieczne jako akt wstępny w zabiegach z powodu nieodrożności, gdyż ułatwia nam odszukanie miejsca skrętu, zmniejszając uraz i ryzyko pęknięcia jelita.

Przy zaszywaniu jamy brzusznej nie wolno wtłaczać rozdętych jelit, gdyż powodujemy przy tym schok i uciskamy serce, po przez przeponę powodując zaburzenia w krążeniu.

Rozległe, wypełnione płynną treścią guzy jamy brzusznej jak torbiele jajników, bąblowce, torbiele trzustki, mają niekiedy tak cienkie ścianki, iż niepodobna je wynicować nazewnątrz bez ich naderwania. Wylanie się treści takich guzów do jamy brzusznej jest bardzo niebezpieczne.

Nakłócie specjalnym trójgranicem i połączenie go z aparatem ssącym, wyłącza możliwość pęknięcia i daje możność uwolnienia guza nawet z rozległych zrostów *in situ*, zezwala na wykonanie mniejszych cięć, zmniejsza wstrząs, dodatnio wpływając na przebieg pooperacyjny. Wreszcie usunięcie ropy z jamy brzusznej w zapaleniu otrzewnej.

Wprowadzając końcówkę do uchylka *Douglasa* możemy dokładnie opróżnić całą jamę brzuszną od ropy. Wycieranie ropy i suszenie jamy brzusznej gazikami jest wręcz szkodliwe, gdyż zwiększa uraz a takie niedelikatne dotykane do otrzewny jest w swych skutkach fatalne. To samo obserwujemy przy osuszaniu krwi, żółci moczu i t. d. przy pęknięciu narządów jamy brzusznej.

Dla chirurgów, którzy stosują przepłukiwania jamy brzusznej przy zabiegach: przy *peritonitis*, jak również i dla tych którzy przy ropnym zapaleniu jamę brzuszną zaszywają na głucho, dokładne jej opróżnienie jest koniecznością.

Wreszcie możemy użyć pomp ssących zamiast aparatów „*Potaina*“ przy opróżnianiu *pleurytów*, ropni opadowych, krwiaków i tym podobnie.

Ten krótki opis dostatecznie uzasadnia konieczność stosowania próżni, zresztą nie wymaga ona uzasadnienia, gdyż jest już szeroko stosowana. Jeżeli jednak nie wszystkie sale operacyjne posiadają tego rodzaju instalacje, zwłaszcza na prowincji, pochodzi to stąd, że nie wszędzie instalacje te mogą być wprowadzone. Jakie są tego przyczyny? Pomp ssących jest kilka rodzaj — jedne są uruchamiane prądem elektrycznym, inne strumieniem wody, inne znów strugą pary. Motorki elektryczne obracające turbinki, dają zbyt dużą próżnię i wysysanie jest za gwałtowne co utrudnia ich użycie, gdyż do końcówki zostaje wessana sieć, ściana narządu który opróżniamy, błona śluzowa gardzieli i t. p. Zbyt duża próżnia powoduje również uraz. Elektryczne pompy z opornikiem regulującym dopływ prądu i siłę ssania, są bardzo drogie i dlatego mało używane. Wyrabiane są za granicą, co również nie przyczynia się do ich rozpowszechnienia w kraju. Pompy próżniowe, parowe są mało stosowane, gdyż wymagają strumienia pary o dużym ciśnieniu. Wprawdzie każdy dobry autoklaw posiada

taką pompkę, lecz zwykle nie ma on połączenia z butlą aparatu ssącego. Nie byłoby to praktyczne ze względu na to, iż autoklawy nie zawsze są czynne w czasie wykonywania zabiegu. W dużych szpitalach z instalacją centralnej sterylizacji pompki parowe są używane.

Wreszcie pompki ssące uruchamiane za pomocą strumienia wody. Tego rodzaju pompki znalazły szerokie zastosowanie, ale i te aparaciki wymagają dość znacznego ciśnienia wody. Jest ich wprawdzie wiele systemów również fabrykowanych za granicą i dość kosztowne. Wiele systemów ma wadliwą konstrukcję jak np. te, które wewnątrz są skonstruowane ze szkła, co powoduje ich częste zepsucie, na skutek pęknięcia. Brak prądu elektrycznego w dzień, słabe ciśnienie w liniach wodociągowych — zwłaszcza w małych miasteczkach na kresach wschodnich — zbyt wysoka cena aparatu i ich niedokładne funkcjonowanie wskutek złej budowy niektórych typów, skłoniło nas do skonstruowania takiej pompki wytwarzającej próżnię, którąby można było zastosować w każdym szpitalu i fabrykować w kraju.

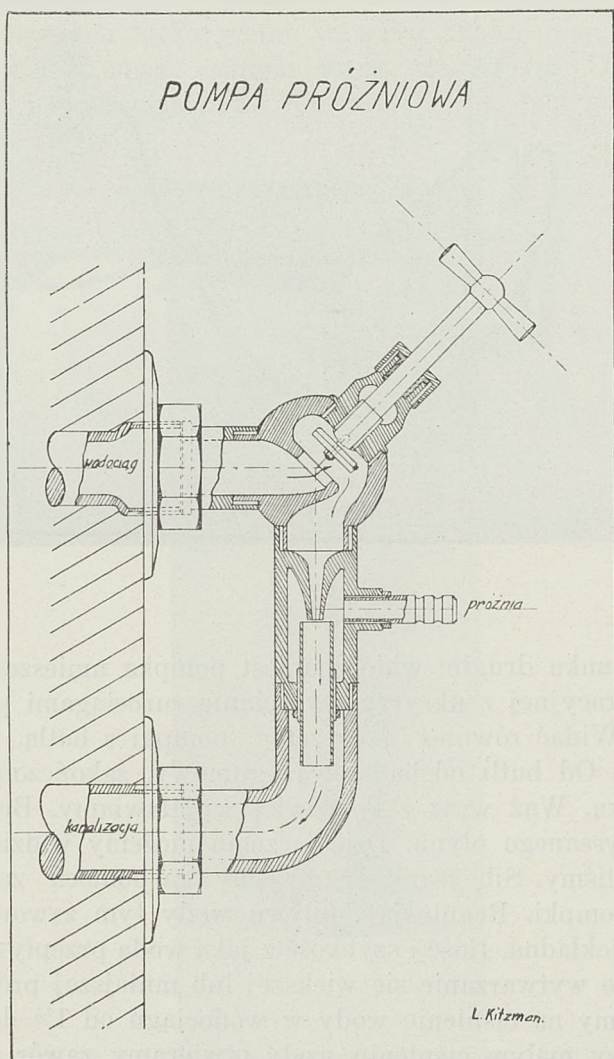
Pompka odlana jest z brązu, o masywnych ścianach, tak iż cała konstrukcja jest bardzo mocna. Składa się ona z dwu części, górnej z zaworem dopływowym i sztucerkiem do łączenia z butlą i dolnej, po której spływa woda i wchłonięte powietrze. Cały system jest uwidoczniiony wyraźnie na rysunku.

Górną część pompki łączymy z rurociągiem wodociągowym, dolną z odpływową rurą kanalizacyjną, śruby łączników opierają się o okrągłe metalowe wkładki szczelnie przylegające do ścian, tak iż dopływowa rura wodociągowa, jak również odpływowa kanalizacyjna są zewnątrz niewidoczne. Metalowe krążki przymocowujemy za pomocą kilku śrub do ściany. Zmontowanie jest łatwe, jak również przy zatkaniu się pompki łatwo ją rozmontować i oczyścić. Zatkanie zdarza się wyjątkowo rzadko i tylko w tych wypadkach, gdy coś obcego trafi do wodociągu.

Montujemy aparat na ścianie sali operacyjnej w bliskiej odległości od stołu operacyjnego, zależnie oczywiście od warunków lokalnych. Rurę wodociągową i kanalizacyjną staramy się założyć w ścianie tak, by nie było jej widać na zewnątrz.

Najpraktyczniej jednak jest doprowadzić rury do pompki przez ścianę z sąsiedniej ubikacji, by rurociąg leżał za ścianą sali operacyjnej.

Przy użyciu pompek ssących na większe ciśnienia wodociągowe, należy montować syfony zwykle na odprowadzającej rurze kanalizacyjnej; zapobiegając w ten sposób przedostawaniu się gazów z powro-

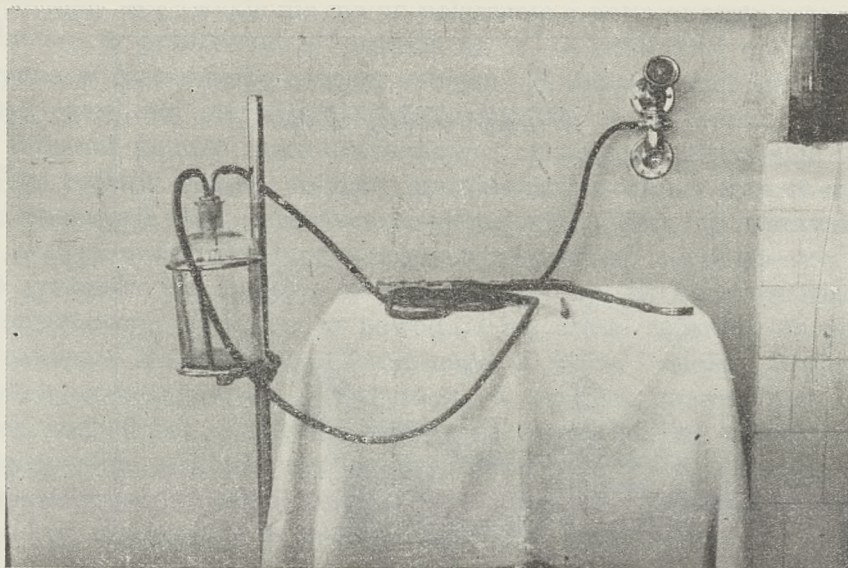


Rys. 1. Przekrój podłużny pompki.

tem. Syfony te należy montować w pewnej odległości od aparatu, unikając instalowania ich w sali operacyjnej.

Najwygodniej umieścić taki syfon przy ścianie sąsiedniej ubikacji, przez którą przechodzi rura kanalizacyjna.

Najczęściej wypada korzystać z rur wodnych, idących do umywalk jak również z rur kanalizacyjnych odprowadzających wodę z tychże umywalk. Wystarczy dokonać tylko odnośne połączenia.



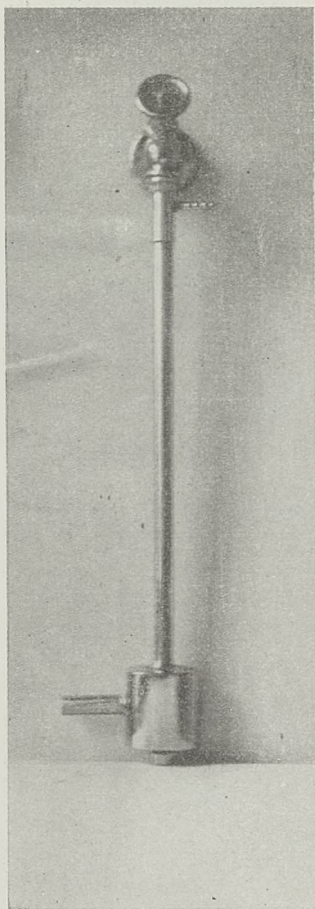
Rys. 2

Na rysunku drugim widoczna jest pompa umieszczona na ścianie sali operacyjnej z ukrytymi w ścianie rurociągami pod płytkami z terakoty. Widać również połączenie pompki z butlą, umieszczoną na statywie. Od butli odchodzi wąż gumowy, zakończony odpowiednią końcówką. Wąż wraz z końcówką wyjaławiamy. Butla służy do zbierania wysanego płynu. Dzięki czemu możemy widzieć jaką ilość płynu usunęliśmy. Siłę ssania regulujemy za pomocą zaworu w górnej części pompki. Regulacja dopływu wody tym zaworem jest bardzo łatwa i dokładna. Ilość i szybkość z jaką woda przepływa przez aparat powoduje wytwarzanie się większej lub mniejszej próżni. Pompkę tę obliczyliśmy na ciśnienie wody w wodociągu od $1\frac{1}{2}$ do 6 atmosfer i wyżej. Przy małym ciśnieniu wody otwieramy zawór szerzej, przy dużym doprowadzamy wody mniej.

Duże trudności nasunęły się nam przy zastosowaniu pompek w tych szpitalach, w których ciśnienie wodociągowe nie osiąga nawet $1\frac{1}{2}$ atm. Na kresach jest jeszcze dużo szpitali które posiadają własne wodociągi z powodu braku wodociągów miejskich. Przy takich urządzeniach zbiornik rozprowadzający wodę znajduje się na strychu budynku szpitalnego, niekiedy na wysokości 1-go piętra. Nie więc dziwnego, że ciśnienie wodne w rurociągu jest minimalne.

Zdarza się iż słup ciśnienia wody osiąga zaledwie 4 — 5 m wody.

W celu umożliwienia zastosowania pompek w salach operacyjnych, posiadających niekorzystne warunki dla instalacji tychże, udało się nam skonstruować pompkę ssącą, (patrz rys. III) pracującą przy bardzo niskim ciśnieniu. Wystarczy 3-ch, 4-ch m. słupa wody.



Rys. 3. Pompka ssąca wodna pracująca przy niskim ciśnieniu.

by przyrząd uruchomić. Pompka ta ma prawie identyczną konstrukcję z opisaną poprzednio, różni się tylko tym, iż jest znacznie dłuższą i u dołu posiada przyrząd (syfon), tamujący możliwość przedostawania się gazów z kanalizacji do pompki, a przez nią do sali operacyjnej. Syfon ten jest łatwo dostępny dla oczyszczania. Za pomocą zaworu u góry, doprowadzającego wodę, uruchamiamy pompkę i możemy re-

gulować siłę ssania. Aparat ten może również pracować i przy znacznie wyższym ciśnieniu.

Pompki te od kilku lat zainstalowane są w szpitalach w Wilnie i dają dobre wyniki. Ostatnio zainstalowano w niektórych szpitalach na prowincji pompy ssące na niskie ciśnienie wodociągowe, te również pracują zupełnie dokładnie. Mam nadzieję, iż skonstruowanie pompek ssących rozwiązuje sprawę ich użycia, gdyż mogą one być wykonane w kraju, a koszty ich produkcji są nieznaczne¹⁾.

¹⁾ Model pomp wykonał p. Olejnikow, Wilno ul. Legionowa 25.

D Y S K U S J E.

Dyskusja do referatu dr Szenajcha.

Dr. R. Szpikowski: To co Profesor *Szenajch* dziś nam powiedział, jest bardzo ładne. Z jednym bym się z Profesorem nie zgodził, a mianowicie co do odosobniania dzieci.

W szpitalu św. Stanisława są odosobniane dzieci tylko te, u których nie można ustalić rozpoznania. Rzeczywiście i dzieci i matki ryczą i jedno i drugie są niespokojne.

Piętnastoletnia obserwacja w szpitalu wykazuje, że zakażenie dodatkowe występuje na 12 — 14 dzień, na ten okres chciałbym izolować wszystkie dzieci zakażne przychodzące do szpitala. Byłoby to możliwe przy dużej ilości izolatek. Obecnie szpital stale walczy z wewnątrz szpitalnym zakażeniem, szczególnie z wietrzną ospą.

Druga sprawa dotyczy wywiadów (anamnezy). Stwierdzam, że matki albo nie chcą mówić jeżeli mają inne dzieci chore w domu, albo same o tem nie wiedzą.

Na zasadzie słów matek, lekarz notuje: „otoczenie zdrowe“, dziecko po kilku dniach dostaje odrę lub ospy wietrznej. Po sprawdzeniu na miejscu, często okazuje się, że inne dzieci albo są chore na odrę lub ospę wietrzną, albo niedawno przechodziły je.

Albo też matka podaje, że dziecko przechodziło odrę, lekarz dyżurny umieszcza dziecko na oddziale gdzie jest dodatkowe zakażenie odrą, a dziecko po kilku dniach zapada na odrę. Z wywiadami lekarze mają dużo trudności.

Wśród inteligencji podobnych wypadków prawie że się nie spotyka. Mamy podobno w przyszłości, może już niedalekiej budować szpital zakaźny, myślę że Pan Dyrektor Wydziału Szpitalnictwa wpłynie na odpowiednią rozbudowę tego szpitala.

2. *Prof. Dr W. Melanowski:* To co powiedział prof. *Szenajch* zdawałoby się w sprawie specjalnej,—uważam że może mieć ogólne znaczenie. Ważnym jest, że szpital musi mieć pewne maximum łóżek szpitalnych; następnie powinno być dążeniem ogólnym, ażeby sale w szpitalach były małe, i to dotyczy nie tylko sprawy dotyczącej prof. *Szenajcha* ale i mojej. Mój szpital ma piękne sale niewielkie, podzielone pięknymi korytarzami, ale to nie znaczy, żebym uważał, że wszystko jest dostatecznie dobre i zabezpieczające przed zakażeniem wewnątrz szpitalnym. Poza tym uważam, że szpital ma jeszcze jedno zadanie; nie tylko chodzi tu o infekcję, ale prócz tego szpital powinien mieć znaczenie wychowawcze i dlatego musi być odpowiednio urządzony. Przeważnie nasze szpitale są za mało zaopatrzone w wodę. Jest to co prawda trochę kosztowne, szpital mój np. dopłaca 1000 zł. za wodę, a tymczasem zasadniczo uważam, że na 40 osób tylko 4 umywalki wspólne jest to stanowczo za mało. Musi być więcej jak 3 wanny na 83 osoby. Jestem zdania, że szpital nie tylko w celu walki z zakażeniami musi być lepiej zaopatrzony w wodę, ale i w celu propagandy wody i mydła. Koniecznem jest, żeby ludzie, którzy byli w szpitalu nauczyli się przynajmniej dobrze myć. Byłbym za tym, żeby wyciągnąć wniosek z odczytu prof. *Szenajcha*, mianowicie ażeby tam gdzie można, unowocześnić szpital a w szczególności wprowadzić więcej użycia wody i mydła.

3. *Dr K. Orzechowski:* Chciałbym nawiązać do ostatnich słów przemówienia p. prof. *Szenajcha*, a mianowicie, że najważniejszym elementem w życiu szpitala jest człowiek. Występuje on na każdym kroku, musimy się więc nad tym faktem zastanowić. Obawiam się, że jeżeli budowa odpowiedniego nowoczesnego szpitala zostanie wkrótce zrealizowana, to będziemy tym zaskoczeni, gdyż nie będziemy do tego faktu przygotowani. Wszyscy kierownicy instytucyj muszą już dzisiaj zwrócić uwagę na ten czynnik personalny i przygotować ludzi do pracy nawet w dzisiejszych złych warunkach

lokalowych. Jest rzeczą niewłaściwą, że się zadawalniamy nierealnymi żądaniami, że trzeba to i owo budować już jutro, — ale nie robimy wszystkiego tego, co można zrobić pomimo ciężkich warunków pracy: musimy więc, my lekarze, poświęcić się całkowicie pracy szpitalnej, wdrożyć należycie pielęgniarstwo świeckie i zakonne przez pouczanie i uświadamianie ich, wreszcie odpowiednio wyszkolić i wychować służbę niższą.

Zjawia się pytanie: jak wykorzystać kiepskie pomieszczenia, jakie już są. Nie wyklucza to projektów budowy nowoczesnych szpitali. Władze Z. U. S.-u postanowiły już rozpocząć budowę szpitala ogólnego na 1200 łóżek. Zarząd Miejski projektuje również rozbudowę szpitala dla dzieci im. Karola i Marii i budowę centralnego szpitala zakaźnego.

Jednak zróbmy coś, żeby poprawić obecną sytuację wywołaną przez zakażenia wewnątrz szpitalne. Musimy dolożyć wszelkich starań i urządzić oddziały obserwacyjne. Pociągnie to za sobą duże wydatki, ale przy zapobiegliwości i wysiłku pp. dyrektorów uda się je zrealizować.

Co się tyczy znaczenia anamnezy, to tak jest niski poziom kulturalny naszych klientów, że opieranie na ich zeznaniach swoich posunąć byłoby wielkim ryzykiem.

Poza tym chciałbym zapytać pana prof. *Szenajcha*, czy nie byłoby rzeczą możliwą, aby w szpitalach dla dzieci forsować masowe szczepienia zapobiegawcze. Jestem przekonany, że możnaby wtedy w znacznej mierze zapobiec wewnątrz szpitalnym zakażeniom.

4. *Dr W. Janczewski*: P. Dr *Szenajch* podnosi kwestię urządzenia szpitala dziecięcego, ale są szpitale, które są w znacznie gorszej sytuacji. Jako kierownik szpitala położniczego jestem w wyjątkowo ciężkich warunkach, bo mam nie tylko pacjentki dorosłe ale i tyleż niemal noworodków. Przed kilkoma laty odłączyliśmy noworodki od matek; oddzielenie dzieci dało wynik dodatni i znacznie mniej noworodków chorowało na rozmaite choroby. Wskutek nadzwyczajnego przepełnienia Zakładu, zjawily się infekcje, noworodków należało izolować. W roku zeszłym mieliśmy kilka przypadków dyfterytu u noworodków. Przeprowadzone badania gardła u pielęgniarek i akuserek wykazały, że przeszło 10% pielęgniarek było nosicielami dyfterytu. Kilka więc osób z personelu nawet usunięto od zajęć. Zaprowadzono na nos i usta maski i infekcja dała się opanować. W roku bieżącym przyszła grypa, zaczęto więc chore noworodki izolować, ale dopiero wtedy, kiedy Zakład zamknięto a pozostałe noworodki zizolowano, udało się opanować infekcję. Poza tym cały personel ubrano w maski, jak też i karmiące matki. Zakład nasz pierwotnie zbudowano na 80 osób, został on teraz powiększony do 151 łóżek, a chorych mamy 180, to nagromadzenie chorych spowodowało szerzenie się infekcji. Budując w przyszłości nowe Zakłady położnicze należy pamiętać o urządzeniu dużej ilości separaetek, gdzie w razie wybuchu epidemii dyfterytu, grypy lub innych chorób zakaźnych chore noworodki możnaby od razu izolować.

Odpowiedź prof. dr W. Szenajcha.

W odpowiedzi Kolegom, zabierającym głos w dyskusii, chciałbym przede wszystkim zaznaczyć, że w przyszłości pod względem techniki i taktyki walki z zakażeniami wewnątrz szpitalnymi nie wiele nowego można będzie dokonać; postęp w walce może być na drodze biologicznej za pomocą szczepień. Obecnie już od 8 lat na oddziale błonieczym. Każdemu dziecku jednocześniej ze surowicą przeciwbłoniczą zastrzykujemy jeden flakon surowicy przeciwpłoniczej i tym sposobem zwalczamy skutecznie zakażenia wewnątrzszpitalne szkarlatyną na oddziale dyfterytycz-

nym. Zastosować tej metody na innych oddziałach nie można ze względu na obcogatkowość surowicy.

Co do zwalczania odry, to gdyby surowicę przeciwdrozwą można było zawsze otrzymywać w dostatecznej ilości, to walka z tym zakażeniem byłaby o wiele skuteczniejszą, niż dotąd. Obecnie zaczynamy stosować jako środek zapobiegawczy przeciw odrze wyciąg z łożyska. Gdyby ten wyciąg okazał się równie skuteczny jak i surowica przeciwdrozwą od ozdowieńców, wtedy można byłoby każdemu nowowstępującemu dziecku podczas epidemii odry zastrzykiwać omawianą szczepionkę i walka z odrą byłaby skuteczną i ułatwiona.

Co do częstości zmian pielęgniarek w szpitalach i jakby stronienia pielęgniarek od pracy szpitalnej, to należałoby żądać od każdej pielęgniarki przynajmniej kilkoletniej pracy w szpitalach i dopiero pielęgniarka, mająca poza sobą pracę szpitalną, miałaby prawo ubiegać się o stanowiska społeczne w instytucjach medycyny zapobiegawczej, byłoby to z wielkim pożytkiem dla pracy socjalnej.

Co do zwiększenia liczby dzieci zawszonych, to walka z wszawicą powinna się odbywać głównie na terenie domu przez opiekę otwartą. Wszawica może stać się groźną kłeską w razie wystąpienia tyfusu plamistego.

Dyskusja do referatu prof. dr. W. Melanowskiego.

1. Dr *K. Orzechowski*: Prof. Melanowski w pierwszej połowie swego referatu przedstawił nam piękne postacie lekarzy przedwojennych. Pomimo tego, że pobierali oni b. niskie pensje w szpitalach warszawskich, ale pracowali z wielkim samozaparciem dla dobra chorych i całego szpitalnictwa. Były to istotnie piękne postacie i były to blaski w życiu szpitalnym. Następnie referent przeszedł do czasów obecnych i widzi cienie w szpitalnictwie głównie z powodu niskich pensji lekarzy szpitalnych. Muszę zaznaczyć, że pensje obecne są o wiele wyższe, niż przedwojenne, to też pogląd referenta i wnioski jego nie są dla mnie zrozumiałe. Dzięki nowej Ustawie o zakładach leczniczych szpitalnictwo zostało oddane niepodzielnie w ręce lekarzy. Wypadło to w dobie niesłychanego kryzysu światowego, nie tylko wśród cieni natury ogólnej, ale w czasie kataklizmu dziejowego. Lekarze dobrze zdawali sobie sprawę z odpowiedzialności, jaka na nich spadała, jak również zdradzili wielkie poczucie obowiązków, jakie im w udziale przypadły w stosunku do szpitali, społeczeństwa i państwa. — Był to moment wielkiego zmagania się i nie można charakteryzować tego, jako cienie specjalnie szpitalne. Istotnie w szpitalach nie było w tym czasie i nie ma obecnie pełnych żłobów, z których można brać. To też sądzę, że jest to bohaterstwem, że w tych ogólnych warunkach lekarze szpitalni nie załamali się, przeciwnie dzięki nim szpitalnictwo żyje i może nadal się rozwijać. Na tle ogólnych cieni to są napewno blaski, o których prelegent nie wspominał ani słowem. Mamy całe zastępy lekarzy, którzy nie są związani ze szpitalami i myślę, że w życiu ich jest więcej cieni niż na odcinku szpitalnym. O wiele jaśniej się przedstawia praca lekarzy w szpitalach, niż praca w zakresie praktyki prywatnej lub społecznej. Dla mnie istotnym cieniem i źródłem jego jest ogólna klęska światowa.

Pragnę zakończyć swe przemówienie raczej apelem, by świat lekarski nie wpadał w pesymizm z powodu niewystarczających pensji szpitalnych, bo w innych dziedzinach jest gorzej. Cóż mogą powiedzieć ci, dla których brak pracy, albo ci w głębokiej prowincji, którzy wytrzymali bez cukru i soli.

2. Prof. Dr *W. Melanowski*: Kiedy mówiłem o blaskach, to podkreśliłem, że widzę je i w nowej ustawie, i w nowych zagadnieniach. które dzięki niej znalazły

rozwiązanie; ale kiedy mówiłem o cieniach, to bynajmniej nie uważałem za nie pustego żłobu, ale to, że przy tym żłobie koń już zaczął zdychać i to chyba jest istotnie cieniem. Współczesne pokolenie lekarzy musi mieć odpowiednie warunki do dalszego rozwoju, a tymczasem warunki obecne są już zanadto skurtyzowane. A jest to nie tylko moje zdanie, — nie wiem dlaczego koledzy wogóle nie zabierają w tej sprawie głosu, być może, że tu obecni uważają, że jest bardzo dobrze. Należy jednak zwrócić uwagę na to, że jest obecnie coraz mniej lekarzy-wolontariuszy w szpitalach i to jest groźne. Każdy z nas musi liczyć na jakąśkolwiek przyszłość a to właśnie jest cieniem, że dla nas przyszłości żadnej niema! Nie możemy wszak zamykać oczu na to, co jest błędem, choćbyśmy tego nie mogli nawet odrazu poprewić.

3. Prof. Dr *Wł. Szenajch*: W ostatnich latach zmniejszył się wybitnie napływ lekarzy do szpitali miejskich na stanowiska lekarzy-wolontariuszów, z braku zaś wolontariuszów nie będzie można dokonywać należytego wyboru na stanowiska asystenckie. Aby temu zaradzić należy zachęcić a częściowo przymusić młodych lekarzy do pracy szpitalnej przez wymaganie od kandydatów na wszelkie stanowiska lekarskie kilkoletniej pracy w szpitalach lub klinikach, oraz przez wybitne zwiększenie liczby należących płatnych etatów asystenckich i ordynatorskich. Wtedy przedewszystkiem, wobec zmniejszenia się liczby wolontariuszów, chorzy szpitalni będą mogli być odpowiednio obsłużeni, a następnie będzie to zachętą do pracy szpitalnej dla młodych lekarzy, którzy, należycie pracując w szpitalu, będą mogli liczyć, że wcześniej czy później obejmą stanowisko płatne.

4. Dr *J. Skłodowski*: Z dzisiejszego odczytu nie odniosłem wrażenia, ażeby w tym co powiedział prof. Melanowski była niechętna jakaś krytyka pod adresem Wydziału Szpitalnictwa. Może tylko odbiornik okazał się zbyt czuły. Co do wielu poruszonych szczegółów, jeden tylko podkreślić dziś pragnę. Chodzi mianowicie o materialną i moralną sytuację wolontariuszów. Przy małej liczbie lekarzy etatowych zadawalający poziom lecznictwa szpitalnego jest w bardzo znacznym stopniu zasługą wolontariuszów. Bez ich pomocy porządna praca byłaby wogóle nie do pomyslenia. Niesłuszne jest twierdzenie, jakoby wśród młodych lekarzy panowała tylko bezideowość i interesowność. Właśnie wśród wolontariuszów spotyka się bardzo wiele ofiarności i zamiłowania zawodu. Ilnż jest takich, co mimo przeciążenie praktyką ubezpieczalnią starają się wszelkimi siłami kontaktu ze szpitalem nie zrywać, choćby bez żadnych widoków awansu, zarobku, albo nadziei wyrobienia sobie praktyki. Nie patrzę więc z pesymizmem na przyszłość moralną naszego zawodu; uważam jednak, że zachęcanie wolontariuszy i ułatwianie im pracy jest ważnym obowiązkiem zarówno ordynatorów jak i administracji.

5. Dr Pułk. *K. Miszewski*: Dr Skłodowski powiada, że odbiornik był czuły i dlatego więcej niż kto inny zareagował na referat. Wydaje mi się, że szary słuchacz odczuwa to samo; w swoim ścisłym gronie uzaliliśmy się i to dobrze, że moglibyśmy o naszych bolączkach i nadziejach powiedzieć. Ale jaki skutek z tego? Trzeba, żeby o tym mówiły izby lekarskie, związki lekarskie, posłowie... Między wierszami referatu czuć było u profesora żal do rządu, do skarbu, że nam nic nie daje.. ale nie to jest straszne, lecz straszne jest to, że do nas społeczeństwo źle się odnosi. W stosunku do lekarzy znajduje drogę szantaż. Ubezpieczalnie społeczne w swoim czasie nawoływały, abyśmy się wszyscy ubezpieczali od szantażu. Mówiono mi, że nie mamy nawet pojęcia wiele jest na nas skarg. Nie uzalajmy się więc w ciasnym gronie, ale wystąpmy na szerszą arenę.

6. Dr *K. Orzechowski*: Jestem zadowolniony, że odegrałem rolę czułego odbiornika i spowodowałem dyskusję, bo w przeciwnym razie wyszlibyśmy w milczeniu bez należącego oświetlenia sprawy, co byłoby niedobre. Zdać mi się, że jest już jasnym, że szpitalnictwo w dzisiejszych ciężkich czasach stało się raczej bastionem dla świata lekarskiego w walce o lepsze jutro. Odczuwam to osobiście wyraźnie, bo wiem ilu jest kandydatów do szpitali i nieszczęściem jest, że nie można wszystkich przyjąć. Nie ma za dużo pieniędzy w kasach szpitalnych, o tym wszyscy wiedzą. Władze nadzorcze, między innymi w osobie obecnego tu dr. Ostromięckiego, władze miejskie, społeczeństwo twierdzi, że szpitale są za drogie, a zwłaszcza szpitale warszawskie, gdzie opłata szpitalna w roku 1936 wynosiła 6 zł. 80 gr. dziennie. Żąda się, żeby szpitale kosztowały mniej więcej 5 zł. dziennie, więc w jaki sposób można jednocześnie wypłacać wyższe pensje personelowi szpitalnemu. O ile ktoś z kolegów widzi wyjście z tej matni, to proszę nam udzielić rady. Trzeba sięgnąć głębiej w zagadnienie cieni, podanych przez prof. Melanowskiego, a znajdziemy ich źródło poza szpitalami.

W obronie szpitali muszę stwierdzić, że na ich terenie jest lepiej, niż w innych dziedzinach pracy lekarzy. Świat lekarski przeżywa kryzys i do walki z nim muszą stanąć w pierwszym rzędzie Związki Lekarzy i Izba Lekarska. Zgadzam się z tym, że lekarze wolontariusze powinni mieć przynajmniej darmowe tramwaje, ale tramwaje na razie nie chcą się zgodzić, bo chodzi im o większe dochody.

Rozwińmy propagandę i przekonajmy odpowiednie czynniki, że szpitale nie mogą być tanie a wtedy lekarze, dyrektorzy, pielęgniarki i inni będą lepiej opłacani.

7. Prof. Dr *W. Melanowski*: Na zakończenie chcę przede wszystkim podkreślić, że Dyrektor Orzechowski nie może chyba uważać za osobistą wycieczkę tego, co powiedziałem. Nigdy nic podobnego nie mogłem mieć na względzie. Jestem głęboko przekonany, że usiłowania Wydziału Szpitalnictwa idą przede wszystkim w tym kierunku, aby w szpitalach było jak najlepiej i by lekarze wytrwać mogli w tych ciężkich czasach, ale nie chciałbym, byśmy nie zdawali sobie sprawy, że w Polsce cały szereg oszczędności robi się właśnie kosztem lekarzy. Nie chcę nikogo tu obwiniać, ale ktoś stale słysza opinia, że lekarz jest właśnie najbogatszym, więc można go obciążać i obcinać mu pensję do nieskończoności. Uważam, że wieleby się tu dało poprawić. Są oszczędności, które w następstwie mogą się okazać bardzo szkodliwe dla społeczeństwa. Nie jest błędem, że się oszczędza i że lekarz też musi na tem ucierpieć, ale nie wolno tego robić bez końca, bo kucyk zdechnie, nim zaczniemy z niego korzystać. Na lekarzach, ani na zdrowiu publicznym nie wolno oszczędzać za dużo. Sprawa warunków życia lekarzy na ogół zmieniła się bardzo na gorsze i groźne jest to, że obecnie już coraz mniej jest kandydatów na lekarzy — niema narybku, a przytem stale na niekorzyść zmienia się poziom intelektualny lekarzy.

STRESZCZENIA.

1. Zakładanie szpitala (*J. E. Stone, Nosok. VII/4-36*). Pierwszym krokiem przy zamierzonej organizacji szpitala jest ustalenie programu jego przyszłej działalności. Przy opracowywaniu takiego planu uwzględnione być muszą cztery zasadnicze czynniki: 1^o istotna potrzeba szpitala, 2^o jego wielkość i pojemność (liczba łóżek szpitalnych), 3^o rola projektowanego szpitala w pracy klinicznej, zwłaszcza jeśli idzie o szpital mający być terenem studiów dla przyszłych lekarzy, i 4^o związek szpitala z administracją lokalną. Niezależnie od tamtych czynników koniecznym jest nad to poznanie: a) rodzaju najczęstszych wypadków zachorzeń, ich charakteru i okresów, w których się powtarzają; b) charakteru terenu — wiejski czy miejski; c) miejscowej ludności, jej głównych zajęć i warunków higienicznych, d) ruchu ludności i przyrostu naturalnego, e) rodzaju istniejących już w okolicy szpitali, przychodni i innych ośrodków zdrowia oraz zasięgu ich działalności, f) warunków gospodarczych, społecznych, mieszkaniowych i t. p. w danej okolicy.

Przy obliczaniu liczby łóżek szpitalnych nie można kierować się zwykłą przeciętną lecz uwzględniać fakt, że łóżka przeznaczone np. dla chorych nerwowych nie nadają się dla chorych dzieci, lub łóżka sanatorium dla gruźlików nie mogą być oddane położnicom, albo łóżka szpitala ogólnego chorym zakaźnym. Innymi słowy, ustalać należy nie ogólną liczbę łóżek szpitalnych, lecz liczbę tę podzieloną na kategorie chorób z uwzględnieniem rezerwy przynajmniej na kilka lat naprzód. Z drugiej strony liczba łóżek szpitalnych zależy od sfery działalności szpitala (innych pacjentów posiada szpital np. miejski, innych lecznica prywatna) oraz przypuszczalnego rozszerzania jego zasięgu. Wbrew sądom niektórych specjalistów, że maksymalna pojemność szpitala nie powinna przekraczać 500 łóżek, J. E. Stone twierdzi, że ilość tę można podwoić, a nawet potroić pod warunkiem atoli, że dobrze opracowano i rozplanowano szpital już w projekcie i że kierować nim będzie osoba teoretycznie i praktycznie dobrze obznajmiona z organizacją pracy w nowoczesnym tego słowa znaczeniu.

Prace nad przygotowaniem planu szpitala poprzedzić muszą studia wstępne, polegające z jednej strony na zanalizowaniu poszczególnych działów szpitala zależnie od ich funkcji, z drugiej strony na skoordynowaniu tych funkcji w jednej syntezie. W tym celu opracowujący plan szpitala zdawać sobie musi dokładnie sprawę, 1) z funkcji, które ma wypełniać szpital, i miejsca, gdzie one będą wypełniane, 2) właściwego stosunku przestrzennego pomieszczeń potrzebnych do wypełniania tych funkcji i 3) wzajemnego stosunku i wiązania się funkcji szpitalnych. To też w tym stadium prac konieczną jest rada zawodowego technika — specjalisty szpitalnego. Architekt, opracowujący plan szpitala musi jednak brać ponad to pod uwagę, że medycyna i higiena ciągle czynią postępy, winien przeto nie tylko zdawać sobie sprawę z najnowszych w tych działach zdobyczy, ale także liczyć się z możliwościami pewnych zmian w konstrukcji szpitalnej już w najbliższym czasie i przygotować plan szpitala tak, by minimalnym kosztem można było w przyszłości dostosować szpital do ewentualnych nowych warunków.

Nad całością prac przygotowawczych do budowy szpitala czuwać winny dwie odpowiedzialne, powołane przez czynniki miarodajne komisje: jedna finansowa, której zadaniem jest zebranie funduszków i opracowanie budżetu budowy oraz gospodarki szpitala, druga — budowlana, która winna zająć się zbadaniem i ustaleniem wymagań stawianych co do projektu szpitala, zatwierdzeniem planów architektonicznych, wreszcie kontrolą budowy. Ta druga komisja potrzebuje, oczywiście, w wielu wypad-

kach pomocy ze strony zawodowców i dlatego wskazanym jest tworzenie przy niej podkomisji, np. chirurgicznej, lekarskiej, pielęgniarzkiej i t. p., a jeżeli plany szpitala uzyskuje się drogą konkursu, także podkomisji architektów. J. E. Stone uważa przy tym, że wykluczyć należy organizowanie konkursów otwartych i jest zdania, że w konkursach szpitalnych mogą brać udział tylko architekci naprawdę gruntownie znający się na budownictwie szpitalnym. O pracy architekta szpitalnego J. E. Stone pisze: „We wszystkich swych planach i szkicach musi on pamiętać, że ma do czynienia nie z budynkami, lecz z chorymi i to winno być myślą przewodnią w ciągu całej jego pracy... musi też pamiętać, że najlepszymi szpitalami są te, gdzie prawie całkowitym jest samozaparcie się budowniczego, każąc tylko z dzieła domyślać się autora... Na nim spoczywa odpowiedzialność skierowania różnorodnych częstokroć i sprzecznych opinii na właściwe i zdrowe drogi czynu...“

Ważną, oczywiście, jest rzeczą dobór miejsca, gdzie ma być zbudowany szpital. Wchodzą tu w grę czynniki zarówno natury zdrowotnej, jak i gospodarczej, a dadzą się ująć w następujące punkty: 1) położenie i konfiguracja placu, 2) charakter gleby 3) powierzchnia w stosunku do liczby projektowanych łóżek szpitalnych, 4) warunki dostępu dla pacjentów, personelu szpitalnego i odwiedzających chorych, wreszcie 4) cena.

Jeżeli nie ma złych warunków zdrowotnych i podglebie placu jest suche, najważniejszą rzeczą przy budowie terenu pod szpital jest możliwie największe osłoneczenie go we wszystkich częściach. Dla tego zamknięte doliny, podnóża wzgórzy, tereny zbyt nisko położone i wilgotniejsze od sąsiednich terenów bezwzględnie — nawet jako dar — nie nadają się na tereny szpitalne. W ogóle warunkami odpowiadającymi szpitalom jest spokój, czyste powietrze, dobre osłoneczenie, dobra wentylacja, brak kurzu, dymu i zapachów, odosobnienie, ładny widok, łatwość dostępu bezpieczeństwo przeciwpożarowe, możność rozbudowy — o ile możliwości poziomo — wreszcie możliwość połączeń z instalacjami ścieków, wodociągów, gazu, elektryczności i t. p. Oczywiście przy doborze miejsca pod szpital wielką rolę odgrywa klimat danego kraju. W krajach północnych wymaga się więcej słońca, w południowych przeciwnie — więcej cienia.

Klimat również — obok warunków gospodarczych — odgrywa wielką rolę przy doborze konfiguracji budynków szpitalnych. W Europie na ogół szpitale buduje się w kierunku poziomym w Ameryce, przeciwnie, wznosi się je pionowo — ze względu na droższą placów, wyższe jednak będą szpitale np. w Anglii niż w Egipcie. Zasadniczo tańszym i wygodniejszym w praktyce jest system budowy pawilonów koncentrycznych, w blokach więcej lub mniej zwartych. Praktyka wykazała, że najczęściej używane są formy bloków EHLUX.

Ważną sprawą przy wyborze miejsca pod budowę szpitala jest uwzględnienie warunków umożliwiających odseparowanie przyszłego domu zdrowia od hałasów zewnętrznych. Niektóre miejscowości pod tym względem dla szpitala się nie nadają, inne wymagają specjalnego rozplanowania budynków tak, by pomieszczeniom dla chorych zapewnić spokój. Jak najwięcej uwzględnione musi być również ograniczenie hałasów wewnętrznych, zwłaszcza monotonnych, mogących wpływać na stan nerwowy pacjentów, np. ruch windy, trzaskanie drzwi, turkot motorów. Izolacja od hałasów nie może jednak być posuniętą aż do „martwej“ ciszy, która również ujemnie wpływa na stan psychiczny chorego. i

Przy planowaniu szpitala nieodzowną jest rzeczą myśleć od początku o całości szpitala pełnego. Dlatego nie jest wskazanym planowanie najpierw poszczególnych oddziałów i następne dostosowywanie do nich pomieszczeń dodatkowych lub reduko-

wanie ich do minimum w celu osiągnięcia miejsca dla łóżek dodatkowych. Pamiętać trzeba, że szpital zasadniczo składa się z dwóch grup pomieszczeń, jednych przeznaczonych dla bezpośredniej kuracji chorego, drugich, obejmujących administrację i urządzenia pomocnicze szpitalne, jak kuchnie, pralnie itd. Dobrze od razu rozplanowanie szpitala oszczędza kosztów i kłopotów przy późniejszych poprawkach i uzupełnieniach. Ze sprawą tą wiąże się sprawa dróg komunikacyjnych w szpitalu. Zasadniczo ruch zewnętrzny w szpitalu rozбива się na 6 wyraźnych grup: 1. pacjentów wewnętrznych, 2. pacjentów dochodzących, 3. usuwania zmarłych, 4. personelu, 5. odwiedzających i 6. dostawców. Ruch ten musi być z góry należycie uregulowany, podobnie jak wewnętrzny między pokojami chorych, ambulatorium, salami operacyjnymi, kuchnią itp.

Dla zorientowania się w przyszłym szpitalu architekt winien przygotować: 1) szkic planu, 2) schemat szpitala w akcji i 3) specyfikację urządzeń i rozplanowanie wewnętrznych.

Przy ustalaniu kosztów budowy nie można kierować się zwykłą przeciętną od łóżka, zależą one bowiem od charakteru szpitala i jego warunków. Innym jest np. koszt łóżka w szpitalu, służącym wydziałowi medycznemu uniwersytetu, a więc w szpitalu wyposażonym w specjalne laboratoria, innego typu sale operacyjne, bardziej skomplikowane drogi komunikacyjne, inne natomiast w szpitalu zwykłym, inne w szpitalach miejskich, inne w prowincjonalnych, inne wreszcie w dużych, a inne w małych. Słuszniejszym zatem, według autora studium, jest przeprowadzanie kalkulacji według oddziałów szpitalnych a nie całości szpitala i nie od łóżka lecz od, jednostki pojemności. Dla Anglii sądzi, że ceny te wahać się w obecnych warunkach mogą od 20 pensów za stopę sześcienną w szpitalach ogólnych, do 26 pensów w szpitalach uniwersyteckich (3 do 5.20 złotych). Przy budowie nie należy bezwarunkowo czynić oszczędności przez użycie tańszego lecz gorszego materiału. Zdaniem autora przeciętny koszt budowy wynosi pięciokrotny koszt rocznego utrzymania szpitala i jeśli kosztorys sumę taką znacznie przewyższa, wskutek czego trzeba poczynić pewne oszczędności, uskutecznić je należy po dokładnym zanalizowaniu projektu we wszystkich szczegółach, rezygnując z niektórych mniej istotnych ulepszeń, np. obniżając wysokość sufitów, upraszczając drogi komunikacyjne itp. Wszelkie zmiany jednak muszą być dokonane po wyraźnym orzeczeniu całej komisji budowlanej, aby uniknąć późniejszych nieporozumień.

W wielu krajach, jak w Stanach Zjednoczonych, Kanadzie, a także w Europie, od pewnego czasu wzrosła w szpitalnictwie tendencja ku koncentracji zakładów szpitalnych i uproszczenia ich administracji. Tendencje te należy poważnie brać pod uwagę przy budowie nowych szpitali, co niemało da oszczędności. Z drugiej strony trzeba uwzględnić również nowoczesne dążenia do tworzenia t. zw. ośrodków zdrowia, tworzące się w trzech zasadniczych grupach: 1) jako szpitale ogólne, 2) jako kombinacja szpitali specjalnych i ogólnych, wreszcie 3) w formie najdalej idącej kombinacji szpitali ogólnych, szpitali specjalnych wraz z klinikami uniwersyteckimi.

Ciekawy swój artykuł kończy J. E. Stone opisem ośrodka szpitalnego w Birmingham budowanego kosztem 1.250 tysięcy funtów szterlingów. Oświadcza przy tym gotowość nadesłania każdemu, kto by się tą sprawą interesował szczegółowych planów tego nowego ośrodka zdrowia w Anglii.

2. „Jak uzyskać dobre plany szpitala.“ (*Dr. inż. Hubert Riiter: „Wie komme ich zu guten Krankenhausplänen?“* — Nosokomeion VII/2-1936).

Sprawa budowy szpitala, biorąc pod uwagę trudności rozplanowania, celowości jego organizacji, koniecznych urządzeń wewnętrznych, wreszcie zmniejszenia do

minimum kosztów uruchomienia i eksploatacji, jest rzeczą bardzo skomplikowaną. To też we wszystkich krajach kulturalnych świata powstał dziś poważny zastęp specjalistów, lekarzy, architektów, ekonomistów, zawodowych pielęgniarek, którzy poświęcają się studiom szpitali i na podstawie swego doświadczenia wysuwają praktyczne wnioski i wskazówki, dotyczące budowy szpitali w przyszłości. Jednocześnie na podstawie badań tych specjalistów ukazują się studia i monografie oraz specjalne podręczniki szpitalnictwa jako nowej nauki. Przy wielu wyższych zakładach naukowych pozostają oddzielne katedry poświęcone bądź całości bądź niektórym działom szpitalnictwa. Rezultatem tego jest, że w wielu już wypadkach można mówić o szpitalach wzorowych, choć dalekich jeszcze od doskonałości, na ogół jednak z ubolewaniem stwierdzić trzeba, że w żadnej bodaj dziedzinie organizacji społecznej i budownictwa nie panuje podobnie wielki chaos i bezplanowość, jak właśnie w szpitalnictwie.

Jakiś filantrop lub jakaś instytucja, w niewątpliwie szlachetnej myśli przysłużenia się społeczeństwu i zostawienia po sobie trwałej pamięci, podejmuje myśl założenia szpitala. Nie liczy się przy tym prawie nigdy ani z istotnymi potrzebami, ani warunkami lokalnymi i ogranicza się zazwyczaj na ustaleniu liczby łóżek szpitalnych oraz wysokości kosztów. W bardzo wielu wypadkach budowę szpitala powierza się wprost przypadkowemu inżynierowi lub wprost przedsiębiorcy na podstawie wzorów jakiegoś dawnego szpitala albo planów skopiowanych z podręczników. Kiedy szpital niemal jest ukończony, poszukuje się przyszłego lekarza naczelnego, oczywiście z pośród dobrych praktyków szpitalnych, którzy z natury rzeczy mają wyrobioną opinię co do organizacji szpitalnej. Niemal z reguły lekarz taki od razu dostrzega braki, które trzeba usunąć. Zaczynają się przeróbki, spóźnione sprowadzanie specjalistów, rosną wzajemne pretensje a jednocześnie i niepotrzebne koszty, od razu stawiające w trudną sytuację finansową przyszły szpital.

Uniknąć tego można bardzo łatwo. Trzeba tylko od samego początku zasięgnąć porady teoretycznie i praktycznie wyrobionego specjalisty szpitalnika. Określi on przede wszystkim, czy szpital w danej okolicy istotnie jest potrzebny, czy nie stworzy niewskazanej w dziedzinie szpitalnictwa — jak każdej dziedzinie pracy społecznej — konkurencji i czy projekt budowy nie należałoby skierować do innej dzielnicy kraju, miasta czy powiatu. Są już kraje, które trudności te usunęły, wprowadzając w dziedzinie szpitalnictwa coś w rodzaju koncesyj. Specjaliści szpitalnicy są w każdym kraju a korzystanie z ich usług ułatwiają przede wszystkim Towarzystwa Szpitalnictwa, gęstą siecią okrywające już cały świat cywilizowany.

Kiedy specjalista szpitalnik uzna zasadniczy projekt szpitala za słuszny i pożyteczny, powinien powstać komitet budowy, złożony z osób obdarzonych nie tylko dobrą wolą, lecz dobrze znających potrzeby szpitalnictwa. Do komitetu takiego powinien wejść lekarz, architekt, technik szpitalny, pielęgniarka, specjalista od administracji i finansowości szpitalnej i t. p. Jeśli komitet budowy został starannie wybrany, rezultat wtedy powinien być taki, że błędy prawie będą wykluczone.

Trzy zasadnicze zadania spadają na barki komitetu budowy: 1) ustalenie zasadniczego programu zakładanej nowej instytucji z uwzględnieniem zarówno jej pojemności, jak i celu jej działania; 2) wybór właściwego miejsca pod budowę, wreszcie 3) wybór doświadczonego w tych sprawach architekta.

O tym, jaki ma być zasadniczy program zamierzanego przedsięwzięcia, rozstrzyga przede wszystkim dokładna znajomość stosunków zdrowotnych w danej okolicy, liczba i główny rodzaj zatrudnienia mieszkańców, zasięg i rola istniejących już osobników zdrowia i szpitali z uwzględnieniem liczby i rodzaju łóżek szpitalnych

i t. p. Nie małą rolę odgrywa przy tym zastanowienie się nad przyszłą organizacją wewnętrzną i gospodarczą projektowanego szpitala, aprowizacją, warunkami komunikacyjnymi i t. p.

Sprawa wyboru placu pod budowę nowego szpitala jest ułatwioną tam, gdzie plany miasta lub gminy z góry już przewidziały odpowiednie tereny. Jeśli takich z góry przewidzianych terenów dana miejscowość nie posiada, pozostaje zagadnienie wyboru takiego placu, który najmniej dostarczałby trudności, a przede wszystkim najbardziej był odpowiedni pod względem komunikacyjnym. Nie można przy tym zapominać o właściwym przeznaczeniu szpitala, inne bowiem warunki stawiać należy szpitalowi np. ogólnemu, a inne sanatorium lub szpitalom specjalnym. W każdym razie z zakupem czy uzyskaniem terenów nie należy się spieszyć i akt przyjęcia dokonywać trzeba dopiero po przekonaniu się, że wszystkie warunki terenu dla przyszłego szpitala są najbardziej korzystne.

Z kolei przystąpić wtedy należy do przygotowania planów budowlanych szpitala. Uzyskać je można bądź przez wybór architekta specjalisty poświęcającego się budowie szpitali, bądź drogą konkursu. Opracowany plan poddany być musi gruntownym rozważaniom z kilku punktów widzenia: lekarskiego, gospodarczego, technicznego, wreszcie finansowego. Wymaga to wiele taktu i doświadczenia ze strony przewodniczącego komitetu budowy. Musi on być, jak słusznie zauważa architekt szwedzki Cederström, osobą, która dokładnie zna i zbadała wszystkie problemy związane ze szpitalnictwem. W pewnym stopniu musi on rozumieć punkt widzenia lekarza, jak i architekta, musi bowiem doprowadzić do porozumienia i celowej współpracy wszystkich zainteresowanych. Jest to najbardziej twórczy etap pracy komitetu budowy i dopiero po jego zakończeniu można przystąpić do budowy.

3. Szpital Bat'y w Zlinie jako ośrodek zdrowia. (*Nosokomeion VII/2 — 36*).

Dążenia Międzynarodowego Towarzystwa Szpitalnictwa, zmierzające ku stworzeniu ze szpitali ośrodków zdrowia, w szerokim zakresie brane są pod uwagę w Czechosłowacji, gdzie idea ta — oczywiście w ograniczonych ramach — realizowaną była nawet przed powstaniem Międzyn. Towarz. Szpitalnictwa. Terenem doświadczeń w tym kierunku stał się założony w r. 1927 szpital znanej wytwórni obuwia Bat'y w Zlinie. Myśl utworzenia z tego szpitala ośrodka zdrowia powziął jego dyrektor dr. Albert, któremu stopniowo pośpieszyły z pomocą: czechosłowacki Czerwony Krzyż Liga przeciwgruźlicza im. Masaryka, okręgowy urząd opieki nad młodzieżą, Opieka nad matką i dzieckiem, służba zdrowia w zakładach Bat'y, wreszcie obwodowa Kasa Chorych. Połączeniu się tych instytucji dla jednego celu sprzyjał w znacznej mierze fakt, że lekarze szpitala brali od dawna czynny udział w pracach tych instytucji. W szczególności współpraca szpitala z miejscową Kasą Chorych miała ten doraźny skutek, że dzięki należycie poprowadzonym przychodniom znakomicie zmniejszyła się liczba zachorzeń, wymagających pielęgnacji szpitalnej. Do ambulatoriów, które bardzo szybko zyskały zaufanie, poczęto się zgłaszać przy najmniejszych, częstokroć zupełnie błahych, objawach choroby, co z jednej strony pozwalało na opanowanie wczasu rozwijającej się choroby, z drugiej ograniczało ilość wypadków czasowej niezdolności do pracy. Jednocześnie współdziałanie ze służbą opieki sanitarnej w zakładach Bat'y pozwoliło na wykrywanie chorób ukrytych i na kliniczne ich leczenie. Współpraca zaś z pozostałymi organizacjami o charakterze społecznym stworzyła przy szpitalu instytucję niejako syntetycznej nieprzerwanej opieki nad zdrowiem jednostki, poczynając od okresu ciąży, poród, niemowlęctwo i wiek dziecięcy aż do objęcia pracy zawodowej a po tym starości lub niezdolności do pracy.

Praktyczne wnioski, które pozwala wysnuć doświadczenie dotychczasowe są następujące:

1. Ośrodek zdrowia powinien być możliwie blisko pacjenta, t. j. na terenie, w którym się najczęściej obraca, a więc np. w środku miasta lub w pobliżu zakładów pracy.

2. Poszczególne działy pomocy sanitarnej i społecznej traktowane być winny jako składniki ogólnej syntetycznej opieki lekarsko-społecznej. Z zasadą tą należy się liczyć zarówno dla koncentracji wysiłków, jak umożliwienia, rozwinięcia a nawet samego stworzenia istotnej współpracy lekarsko-społecznej.

3. Nie może być różnicy między poszczególnymi kategoriami osób korzystających z usług ośrodka zdrowia. Wszystkie środki diagnostyczne i lecznicze muszą być jednakowo dla wszystkich potrzebujących dostępne. Kosztowne urządzenia i aparaty powinny stanowić własność wspólną, natomiast unikać należy zbędnych podwójnych instalacji jednakowych urządzeń.

4. Ośrodek zdrowia powinien stwarzać warunki umożliwiające współdziałanie różnych specjalistów nawet w czasie pracy. W tym celu ośrodek winien posiadać wspólną salę konferencyjną, gdzie specjaliści ci mogliby z sobą porozumiewać się codziennie.

5. Każde pomieszczenie, każde urządzenie winno być wykorzystywane w sposób jak najbardziej wyczerpujący, gdzie to możliwe, nawet dla celów różnych, byle nawzajem siebie nie wykluczających. Innymi słowy, prócz trzech wymiarów przestrzennych, wykorzystywać należy jak najrzetelniej czwarty — czas. W tym celu przyzwyczaić należy pacjentów do właściwego oszczędzania czasu i miejsca, a nadto dbać o krótkość dróg komunikacyjnych.

Powyższe zasady posłużyły za punkt wyjścia do rozplanowania nowego Domu Zdrowia Bał'y w Zlinie.

Szpital ten zaprojektowany został w samym środku miasta, przy czym pas zieleni szerokości 200 m. oddziela go od otoczenia. Składa się on z dwóch równoległych do siebie pawilonów, połączonych ze sobą po środku trzecim prostopadłym. W budynku większym, zwróconym frontem ku południowi, mieści się 16 oddziałów szpitalnych po dwa na każdym piętrze o łącznej liczbie 520 łóżek szpitalnych. W drugim, mniejszym, budynku równoległym, posiadającym front zwrócony ku północy, umieszczono różne oddziały diagnostyczne; pawilon poprzeczny służy głównie celom komunikacyjnym. Cały parter budynków zajęty jest przez instytucje opieki pozaszpitalnej, a więc opieką sanitarną zakładów Bał'y, ambulatorium centralne, biura Kasy Chorych, stacja opieki nad matką i dzieckiem oraz oddział Czerwonego Krzyża. Dla usprawnienia funkcji ambulatorium badania wstępne, jak np. ustalenie temperatury itp. dokonywane są przez personel pomocniczy przed badaniem lekarskim. Usuwa to niepotrzebne krążenie po korytarzach, w których ruch zasadniczo jest jednokierunkowy, ułatwia diagnozę lekarską i przyspiesza konsultację.

Na pozostałych piętrach na specjalną uwagę zasługuje oddział operacji aseptycznych na 7 piętrze dostępny zarówno dla chirurga i ginekologa jak i ortopedysty, przy operacjach pacjentów szpitalnych, równie jak i pacjentów ambulatoryjnych. Podobnie mniej więcej urządzony jest oddział operacji septycznych (5-te piętro), gdzie mogą pracować chirurdzy i ginekolodzy a także akuszerzy (przy porodach septycznych). Charakterystycznym dla szpitala Bał'y w Zlinie jest piętro 6-ste, gdzie znalazła pomieszczenie lekarska administracja zakładu i gdzie jednocześnie koncentruje się praca naukowa. Ośrodkiem tego oddziału jest sala konferencyjna (jednocześnie służąca za bibliotekę i czytelnię), gdzie prymariusze i młodzi lekarze codziennie odbywają kon-

ferencję. Tu też mieszczą się prywatne gabinety lekarzy od dyrektora począwszy do asystentów włącznie. Na trzecim piętrze budynku mieszczą się specjalne pokoje do badań a także diagnozy przy pomocy promieni Roentgena, elektrokardograf itp.

Oddział stomatologiczny (na 2-im piętrze) posiada 14 kabin dentystycznych, duże sale operacyjne, salę techniki dentystycznej oraz obszerne poczekalnie, oddzielnie dla dorosłych i dzieci.

Kuchnie mieszczą się na najwyższym (10-tym piętrze), budynku poprzecznego. Pod kuchniami, na 9-tym piętrze znajdują się składy i jadalnia dla personelu, wskutek czego reszta szpitala nie odczuwa bliskości kuchni.

Zasadniczy podział szpitala jest następujący: 1 piętro — oddział pediatryczny i ortopedyczny oraz administracja szpitala (w pawilonie mniejszym); 2 piętro choroby wewnętrzne oraz oddział stomatologiczny, 3 piętro — diagnoza; 4 piętro—oto—rino—laryngologia i klinika oczna; 5 piętro — chirurgia septyczna; 6 i 7 piętra — chirurgia aseptyczna, sale operacyjne oraz (6 piętro) administracja lekarska; 8 piętro — oddział ginekologiczny i akuszerijny.

4 Współpraca szpitali z lekarzami ubezpieczalni. (Dr. B. Albert, *Nosok.* VII/4-36).

Współpraca szpitali z lekarzami ubezpieczalni chorych wykazuje następujące korzyści dla ubezpieczalni:

1. umożliwia szybką diagnozę i we właściwym czasie rozpoczęte leczenie, co dla ubezpieczalni oznacza skrócenie okresu niezdolności do pracy ubezpieczonego oraz zmniejszenie sum wypłacanej zapomogi.

2. umożliwia lekarzom ubezpieczalni zajęcie się pracą sanitarną w rodzinach, poradami w ambulatoriach, kontrolą nad rekonwalescentami i wypełnianie zadań o charakterze administracyjnym,

3. odosobnienie chorych zmniejsza prawdopodobieństwo zachorzeń w rodzinach,

4. przeniesienie chorych ze złych warunków domowych w środowisko wzorowe pod względem higienicznym posiada doniosłe znaczenie wychowawcze, co z kolei stanowi poważny czynnik zapobiegania chorobom.

Dla szpitali natomiast współpraca ta przynosi następujące korzyści:

1. stabilizację liczby pacjentów, normowaną umową z ubezpieczalnią,

2. pewność dalszej opieki nad rekonwalescentami i

3. pewne źródło utrzymania.

W Zlinie (Czechosłowacja) korzyści takiej współpracy szpitala z ubezpieczalnią uzmysławiają następujące dane statystyczne z sześciu lat ostatnich:

Podczas gdy odsetek chorych i niezdolnych do pracy w r. 1930 wynosił 5,11, w latach następnych spadał kolejno do 4,88, — 4,05 — 3,34 — 2,99 a w r. 1935 już tylko 2,88. Przeciętny koszt pielęgnacji chorego w szpitalu kosztował ubezpieczalnię w r. 1930 — 266 koron czeskich, w r. 1931—311 k. cz, w następnym już tylko 262 k. cz. później 200 k. cz, a w r. 1934 — 184 k. cz.

5. Podróż samolotem jako zabieg leczniczy „*Zeitschrift für das gesamte Krankenhauswesen*“ (nr. 23 — 10/XI-36).

W mieście Darmstadt pewien ojciec odbył za poradą i namową lekarza półgodzinny lot na wysokości 3 tys. metrów z 4-miesięcznym dzieckiem zapadłym na ciężki koklusz. Rezultat był zdumiewający: dziecko w niesłychanie krótkim czasie zostało uleczone.

Nie jest to pierwszy wypadek uleczenia z koklusu przy pomocy lotu aeroplanowego. Już przed kilku laty pewien lekarz, zmuszony odbyć podróż w samolocie z dzie-

kiem chorym na koklusz, zauważył, że podróż ta uleczyła dziecko. Prof. de Rudder, dyrektor kliniki dziecięcej uniwersytetu frankfurckiego wypowiada się zupełnie pozytywnie o tej najnowszej metodzie leczenia. Oczywiście, nie można w tej sprawie wydać opinii definitywnej, zbyt mało bowiem obserwowano jeszcze podobnych wypadków. Ponieważ jednak znanym jest fakt, że zmiana klimatu zawsze pomyślnie oddziaływa w wypadkach koklusu, można przypuszczać, że przy locie aeroplanowym rolę leczniczą odgrywa nagle zmiana klimatu na znacznej wysokości nad ziemią. Wiadomo atoli, że w lokalach aeroplanowych poważnym czynnikiem może być również moment psychiczny. Dlatego tak ważnym jest wypadek darmstacki, z dzieckiem kilkumiesięcznym. Nie mogą tu bowiem wchodzić w grę czynniki psychiczne. Prof. de Rudder proponuje, by dla sprawdzenia ewentualnej siły leczniczej lotów na większych wysokościach zabrać na pokład statku powietrznego 20—30 dzieci chorych na koklusz i odbyć z nimi półgodzinną przejażdżkę. Rezultat tej przejażdżki byłby rozstrzygającym.

6. Pływający szpital norweski (*Zeitschr. f. d. ges. Krankenhauswes.* 6/37).

Rybacy norwescy otrzymają niebawem nowy pływający szpital przybrzeżny, umieszczony na odpowiednio do tego przeznaczenia przygotowanym okręcie. Szpital ten zbudowany kosztem 200 tys. koron, liczyć będzie 35 łóżek szpitalnych i 4 łazienki do kąpeli leczniczych oraz zupełnie nowoczesne wyposażenie lekarskie i techniczne. Będzie on krążył w pobliżu flotyli rybackich, by nieść pomoc w wypadkach choroby ich członków, jeżeli odwiezienie ich do szpitali na lądzie nastęrcza większe trudności. W dziejach szpitalnictwa Norwegii szpitalny okręt nie będzie pierwszym szpitalem pływającym. Już przed kilkudziesięciu laty poczęły podobną rolę spełniać dwa małe statki, które obecnie, ze względu na wielkie uszkodzenia przez czas, zostaną prawdopodobnie wycofane. O pożytku tego rodzaju szpitali świadczy fakt, że w ciągu ostatnich 10 lat wspomniane dwa statki obsłużyły łącznie 35 tysięcy chorych.

7. Szpitale dietetyczne (*Zeitschr. f. d. ges. Krankenhauswes* 8/37).

W jednym tylko Związku Sowieckim istniał dotychczas szpital poświęcony wyłącznie terapii przy pomocy specjalnej diety. W roku bieżącym podobny szpital otrzymać ma Brazylia, a zamiary stworzenia u siebie analogicznej placówki posiada jeszcze Japonia. Dla Japonii sprawa ta ma pierwszorzędne znaczenie, gdyż choroby przewodu pokarmowego, zepsute zęby i różne infekcje kiszek są tam niezmiernie częstą plagą.

8. Instytut rakowy w Południowej Afryce (*Zeitschr. f. d. Krankenhauswes.* 8/37).

„The Observer“ donosi o ufundowaniu w Johannesburgu instytutu rakowego. Instytut ten budowany kosztem 50 tys. funtów szterlingów na gruntach miejscowego szpitala powszechnego liczyć będzie na razie 40 łóżek.

9. Japonia rozbudowuje swe szpitalnictwo (*Zeitschr. f. d. ges. Krankenhauswes* 6/37).

Rząd japoński wydał ostatnio zarządzenie zmierzające do otworzenia w ciągu najbliższych kilku lat 600 nowych szpitali. Ogólny koszt budowy tych szpitali wyniesie 30 milionów yen, z czego połowę pokryje skarb państwa. Zadaniem nowych szpitali będzie nie tylko obsługa sanitarna, ale także walka z chorobami nagminnymi

i społecznymi, przede wszystkim z gruźlicą, która w Japonii bardzo wiele pochłania ofiar. W samym Tokio, liczącym 5½ miliona mieszkańców zanotowano w 1934 r. 140 tys. wypadków gruźlicy, w tej liczbie 13.500 śmiertelnych. Walkę z gruźlicą w Tokio utrudniał fakt, że dotąd w tym mieście istniało zaledwie 18 szpitali z ogólną liczbą 2.960 łóżek szpitalnych.

10. Największy w świecie aparat Roentgena (*Zeitschr. f. d. ges. Krankenhauswes.* 6/37).

Szpital St. Bartolomews w Londynie szczyci się posiadaniem największego w świecie aparatu Roentgena, który przede wszystkim ma służyć do zwalczania raka. Olbrzymia, 10-metrowa rura tego aparatu może osiągnąć napięcie do miliona wolt wskutek czego wartość lecznicza aparatu odpowiada wartości 1 kg. radu.

K R O N I K A.

1. V Międzynarodowy Kongres Szpitalnictwa w Paryżu.

Na tegoroczny Kongres do Paryża Polskie Twa Szpit. projektowało delegować: v. prez. Dyr. Dr K. Orzechowskiego i człon. Zarz. inż. arch. M. Kozłowski. Poza tym z ramienia Min. Op. Społ. projektowano delegować Nacz. Dr W. Przywieczerskiego. Z powodu jednak pilnych spraw służbowych w ostatniej chwili musieli zrezygnować z wyjazdu do Paryża Dr Orzechowski i Dr Przywieczerski, natomiast udał się jedynie inż. arch. M. Kozłowski, jako przedstawiciel władz państwowych i Pol. Twa Szpitalnictwa.

Wydane nakładem Pol. Twa Szpitalnictwa i przy zasiłku Ministerstwa Opieki Społecznej wydawnictwo propagandowe w języku polskim i francuskim pod tytułem „Szpitale psychiatryczne w Polsce“ zostało przesłane w ilości 400 egzemplarzy do Sekretariatu Kongresu w celu bezpłatnego rozdania uczestnikom.

Sprawozdanie z Kongresu zreferuje po powrocie na jednym z posiedzeń naukowych Twa inż. arch. M. Kozłowski.

2. Zjazd dyrektorów szpitali woj. warszawskiego.

Na jesieni r. bież. Polskie Twa Szpit. przystępuje do zorganizowania jednodniowego zjazdu w Warszawie na którym zostaną wygłoszone następujące referaty:

1. Czego wymaga ustawa i życie od dyrektora szpitala na prowincji.
2. Szpital powiatowy jako ośrodek służby zdrowia.
3. Doksztalcenie zawodowe personelu szpitalnego.
4. Położnictwo na prowincji z ze szczególnym uwzględnieniem oddziałów położniczych.
5. Rola higieniczno-wychowawcza szpitala prowincjonalnego.

3. Wystawa szpitalnictwa w Warszawie.

Przez Zarząd Pol. Twa Szpit. została powołana specjalna komisja w osobach: vice-prezesa Dr W. Babeckiego, Sekretarza inż. arch. W. Borawskiego, inż. arch. M. Heymana, inż. arch. M. Kozłowski i płk. Dr K. Miszewskiego w celu przygotowania materiałów, dotyczących urządzenia I-iej w Polsce wystawy szpitalnictwa w Warszawie. Jako termin zorganizowania pow. imprezy ustalono jesień 1938 r.

4. Nowo-przyjęci członkowie Towarzystwa:

Szpital Powiatowy św. Antoniego w Kozienicach.

B I B L I O G R A F J A.

„Zeitschrift für das gesamte Krankenhauswesen“
Nr. 21 (13. October 1936).

Prof. Petrik: Ochrona szpitala przed atakami powietrznymi („Der Schutz des Krankenhauses gegen Angriffe aus der Luft“).

Prof. dr. H. Cramer: Powzeczny instytut chorób rakowatych przy szpitalu im. Virchowa w Berlinie („Das Allgemeine Institut gegen die Geschwulstkrankheiten im Rudolf Virchow Krankenhaus, Berlin“).

W. Plaetke: Pranie bielizny szpitalnej środkami tlenowymi („Waschprozess der Krankenhauswäsche aus zellwollehaltigen Geweben bei Verwendung eines sanerstoffhaltigen Waschmittels“).

Nr. 22 (21. Oktober 1936):

Prof. dr. E. Thomas: Ochrona niemowląt w zakładach położniczych („Säuglingsschutz in Entbindungsanstalten“).

Inż. M. Setz: Nowa klinika ortopedyczna szpitala w Lund („Die neue Orthopädische Klinik des Allgemeinen, öffentlichen Krankenhauses der Stadt Lund“).

F. Oehler: 30-lecie miejskiego szpitala im. Virchowa w Berlinie („30 Jahre Städt. Rudolf Virchow—Krankenhaus in Berlin“).

Nr. 23 („10. November 1936):

J. Gappa: Zadania rewizji szpitalnej („Aufgaben der Krankenhausrevision“).

Dr Reinert: Prywatne ubezpieczenia chorobowe i szpital („Private Krankenversicherung und Krankenhaus“).

Prof. dr. A. Süssenguth: Napoje orzeźwiające i gaszące pragnienie („Die Notwendigkeit eines Erfrischungs — und Durstgetränkes“).

H. Ewert: Kontrola i księgowość w dziale maszyn szpitala („Betriebskontrolle und Buchführung im Maschinenbetriebe der Krankenanstalten“).

„Zeitschrift für das gesamte Krankenhauswesen“.

Nr. 24 (24. November 1936):

Dr. Uhl: Oszczędzanie tkaniny w pralni szpitalnej („Faserschonung in der Krankenhauswäscherei“).

Inż. V. Quehl: Para i gorąca woda w szpitalach („Über Dampf—und Warmwasserbereitungsanlagen in Krankenanstalten“).

Nr. 25 (8. Dezember 1936):

Inż. M. Setz: Szpital dziecięcy w Lilienfeld w Dolnej Austrii („Das C. M. Franksche Kinderspital in Lilienfeld, Niederösterreich“).

Gebert: Historyczny rozwój szpitali berlińskich (Die geschichtliche Entwicklung der Berliner Krankenhäuser“).

Dr. R. Hanne: Zastosowanie środków dezynfekcyjnych w szpitalu („Die Verwendung der Desinfektionsmittel im Krankenhausbetrieb“).

Nr. 26 (22. Dezember 1936):

K. v. Jeżewski: Szkic szpitala z r. 1721 („Entwurf eines Krankenhauses aus dem Jahre 1721“).

G. Anders: Ubezpieczenia społeczne w latach 1935 i 1936 („Die Sozialversicherung im Jahre 1935 und 1936“).

Nr. 1 (5. Januar 1937):

W. Kiesewetter: Nowoczesna organizacja biura szpitalnego („Neuerliche Büro — Organisation im Krankenhaus“).

D. H. Mehl: Pomiary naturalnego naswietlania izb chorych („Intensitätsmessung der natürlichen Beleuchtung von Krankenzimmern“)

Nr. 2 (19. Januar 1937):

Dr. Scherer: Szpital, kasa chorych i związek opieki („Krankenhaus, Krankenkasse und Fürsorgeverband“).

Inż. H. Cederström: Projekt uproszczonego systemu wymiany rysunków i opisów planów szpitalnych („Vorschlag zu einem vereinfachten System für den Austausch von Zeichnungen und beschreibenden Angaben betreffend Krankenhausplanung“).

F. Oehler: Kuchnie centralna i dietetyczna („Zentralküche und Diätküche“).

Zeitschrift für das gesamte Krankenhauswesen“.

Nr. 3 (2. Februar 1937):

Dr. Scherer: Szpital, kasa chorych i związek opieki („Krankenhaus, Krankenkasse und Fürsorgeverband“) — zakończenie artykułu z Nr. 2.

Sieben: Szpital — dom zdrowia („Krankenhaus — Gesundheitshaus“).

Peter: Zapotrzebowanie łóżek szpitalnych w wielkim mieście („Der Bedarf an Krankenzimmern einer Grossstadt“).

Nr. 4 (16. Februar 1937)

Arch. Mohr i Weidner: Rozbudowa szpitala miejskiego w Schneidemühl (Piła) („Erweiterungsbau des Städtischen Krankenhauses in Schneidemühl“).

H. Lessman: Nowe zadania pralni zakładowej („Ein neues Aufgabengebiet für die Anstaltswäscherei“).

Inż. M. Setz: Opieka szpitalna w Austrii („Krankenhausfürsorge in Österreich“).

Nr. 5 (2. März 1937):

R. Doorentz: Izolacja akustyczna przy budowie szpitala („Schallschutz im Krankenhausbau“).

W. Roth: Problem wyżywienia w szpitalu średniej wielkości („Die Ernährungsfrage im mittleren Krankenhaus“).

H. E. Schuchardt: Pielęgniarka chorych w prawodawstwie Niemiec, Francji, Włoch i Stanów Zjedn. („Die Krankenschwester in der Arbeits — und Sozialrechtsprechung des In — und Auslandes“).

„Zeitschrift für das gesamte Krankenhauswesen“.

Nr. 6 (16. März 1937):

Ing. R. Hilgert: Kąpiele lecznicze w nowym szpitalu w Essen („Heilbäder im Krankenhausneubau „Huyssenstift“ Essen“).

Ing. M. Setz: Kąpiele wstępne w szpitalu („Die Aufnahmebäder im Krankenhaus“).

Sieben: Przeszkolenie administracji szpitalnej („Zur Fortbildung der Krankenhausverwalter“).

Dr. J. Molnár: Poliklinika i szpital kasy chorych pracowników tramwajowych w Budapeszcie („v. Horthy Miklós — Poliklinik und Krankenhaus der Krankenkasse für ungarische Staatsbahngestellte in Budapest mit besondersartiger Röntgenabteilung“).

Nr. 7 (30 März 1937):

Prof. dr. G. Sieveking: W sprawie wczesnego rozpoznania raka („Zur Frühdiagnose des Krebses“).

W. Plaetke: Nowoczesne zagadnienia gospodarcze w szpitalu („Neuzeitliche Wirtschaftsfragen im Krankenhaus“).

O. Mündel: Nowy typ autoklawu („Ein neuer Autoklaventyp“).

Nr. 8 (13. April 1937):

K. Lotz: Organizacja rachunkowości miejskiej administracji szpitalnej („Die Organisation des Rechnungswesens einer städtischen Krankenhausverwaltung“).

Dr. K. Bieling: Specyficzny charakter i zadania szpitali prywatnych' zwłaszcza sanatoriów („Die Eigenart und die besonderen Aufgaben der Privatkankeanstalten, insbes der Sanatorien“).

Dr. K. Reutti: Gospodarcze znaczenie sanatoriów i prywatnych zakładów leczniczych („Die wirtschaftliche Bedeutung der Sanatorien und Privatheilanstalten“).

REFERATY:

- | | |
|---|----|
| 1. Dr <i>Wł. Szenajch</i> : O odwiedzaniu chorych w szpitalach dziecięcych. | 3 |
| 2. Dr <i>Wł. Szenajch</i> : Dni pracy, wypoczynku, i choroby w życiu pielęgniarki szpitalnej. | 9 |
| 3. Prof. dr <i>W. Melanowski</i> : Blaski i cienie pracy lekarskiej w szpitalu. | 18 |
| 4. Pułk. dr <i>Z. Rażniewski</i> : Podstawy i źródła zachowania porządku w szpitalach. | 30 |
| 5. Inż. ach. <i>W. Borawski</i> : Gmach szpitala powsz. w Kaliszu jako Kompozycja architektoniczna. | 35 |
| 6. Dr <i>S. Radwan</i> : Sprawy szpitalne budżetowe na prowincji. | 44 |
| 7. Dr <i>S. Radwan</i> : Zagadnienie szpitalne ogólne na prowincji. | 52 |
| 8. Dr <i>M. Grabowski</i> : Rola szpitala w walce z gruźlicą. | 57 |
| 9. Dr <i>J. Tymiński</i> : Pompy próżniowe w salach operacyjnych. | 62 |

DYSKUSJA:

- | | |
|------------------------------------|----|
| Do ref. dr <i>Szenajcha</i> | 69 |
| Do ref. dr <i>W. Melanowskiego</i> | 71 |

STRESZCZENIA:

- | | |
|---|----|
| 1. Zakładanie szpitala. | 74 |
| 2. Jak uzyskać dobre plany szpitala? | 76 |
| 3. Szpital Bat'y w Zlinie jako ośrodek zdrowia. | 78 |
| 4. Współpraca szpitali z lekarzami ubezpieczalni. | 80 |
| 5. Podróż samolotem jako zabieg leczniczy. | 80 |
| 6. Pływający szpital Norweski. | 81 |
| 7. Szpitale dietetyczne. | 81 |
| 8. Instytut rakowaty w Południowej Afryce. | 81 |
| 9. Japonia rozbudowuje swe szpitalnictwo. | 81 |
| 10. Największy w świecie aparat Roentgena. | 82 |

KRONIKA:

- | | |
|---|----|
| 1. V Międzynarodowy Kongres Szpitalnictwa w Paryżu. | 82 |
| 2. Zjazd dyrektorów szpitali woj. warszawskiego. | 82 |
| 3. Wystawa szpitalnictwa w Warszawie- | 82 |
| 4. Nowo-przyjęci członkowie Towarzystwa. | 82 |

BIBLIOGRAFIA:

- | | |
|--|----|
| „Zeitschrift für das gesamte Krankenhauswesen“ | 83 |
|--|----|

