

74679

Jubil 41278

WYDAWNICTWO „MEDYCYNY I KRONIKI LEKARSKIEJ”.

497:4

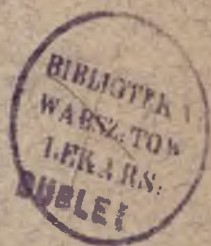
F. RAKIEWICZ, architekt.



# Szpitala Warszawy

pod względem technicznym.

SZKIC OGÓLNY.



BIBLIOTEKA  
Szpitala Karola Marii  
Dla Dzieci  
Nr. 722

WARSZAWA.

Druk K. Kowalewskiego, Piękna 15.  
1918.



www.dlibra.wum.edu.pl

**Biblioteka Główna  
WUM**



[www.dlibra.wum.edu.pl](http://www.dlibra.wum.edu.pl)

# Szpitala Warszawy

## POD WZGLĘDEM TECHNICZNYM.

Warszawa posiada następujące szpitale:

RODZAJ	№ bieżący	NAZWA SZPITALA	Liczba łózek		Nadwyżka % <sup>o</sup>	U W A G I.
			Nor- maln.	etato- wa*)		
Ogólny	1	Szpital Dz. Jezus	735	966	31,4	pawilony ogól. i oddziały spec.
"	2	Starozakonnych	630	876	39,04	
"	3	Przemienienia Pańskiego	410	473	15,36	zajęte numerki
"	4	Ś-go Ducha	224	360	59,80	
"	5	Ś-go Rocha	113	119	5,31	chwilowo zakaż.
"	6	Filja Szp. Dz. Jezus Złota 74	100	103	3,00	
"	7	Szp. przy ul. Karolkowej	200	225	12,50	dziecięcy
"	8	im. Karola i Maryi	80	100	25,00	
Zakaźny	9	Ś-go Stanisława	192	300	56,25	czasowy b. kolejowy czasowy
"	10	Szp. przy ul. Pokornej 12	240	290	20,83	
"	11	" " " Brzeskiej 12	100	100	0	
"	12	" Wolski (ogólny na 75 ł.)	195	238	16,05	
Umysł. ch.	13	a) szp. Jana Bożego	250	320	28	
		b) filja szpit. w Otwocku	230	230	—	
Wen. i skór.	14	Szpital S-go Łazarza	300	400	33,33	szpital urządz. (na żąd. wł. okup.
dla prostytut.	15	" przy ul. Zakroczymsk.	(1000)	(350)	—	
Oczny	16	Instytut Oftalmiczny	50	82	64	
Ogółem (bez № 15)			4049	5182	28	

\*) Wniesiona do etatu budżetowego.

Ta względnie długa lista Szpitali, znajdujących się pod zarządem Magistratu m. stołecznego Warszawy, stojących na straży zdrowia milionowego miasta, dzieli się, pod względem rodzaju zajmowanych budynków na 3 następujące grupy zasadnicze:

a) Szpitale, mieszczące się w gmachach specjalnych co do typu.

b) Szpitale, stałe lub czasowe w budynkach, przystosowanych do potrzeb.

c) Szpitale, o typie budynków mieszanym.

Oprócz wymienionych istnieją jeszcze szpitale:

1) Ewangelicki,

2) Dziecięcy przy ul. Kopernika,

3) Dziecięcy przy ul. Śliskiej.

Szpitale te nie zostały włączone do ogólnego wykazu, ponieważ mają one odrębny charakter pod względem administracji i stosunku do Magistratu.

Również pominięte zostały w wykazie:

1) Zakład położniczy Ś-tej Zofji

2) „ „ przy ul. Karowej

3) „ „ na Pradze,—pomimo, że znajdu-

ją się pod bezpośrednim zarządem Magistratu i reprezentują pewną liczbę łóżek. Są to jednak zakłady zupełnie specjalne, niewłaściwie więc zaliczało by się łóżka te do kategorii miejsc dla chorych szpitalnych.

Następnie nie są pomieszczone w wykazie:

1) oddział dla rekonwalescentów,

2) barak dla chorych dzieci na choroby infekcyjne—znajdujące się przy szpitalu Dz. Jezus, gdyż stanowią one części składowe ogólnego gospodarstwa Szpitala i Domu Wychowawczego, jako pomoce wewnętrzne.

Niesłuszne więc było by wymienione wyżej, a pominięte w wykazie ogólnym instytucje pomieszczać w wykazie tym, gdyż nie stanowią one jednostek, które by wpłynęły na liczbę łóżek szpitalnych, znajdujących się pod bezpośrednim zarządem Magistratu, lub też, mających charakter ściśle leczniczy.

Pomijając Szpitale, mieszczące się w budynkach cudzych—zajętych czasowo lub dzierżawionych przez miasto: 1) przy ul. Karolkowej, 2) przy ul. Pokornej, 3) przy ulicy Brzeskiej i 4) przy ul. Zakroczymskiej, obszar i przybliżona wartość szpitali Warszawy przedstawia się jak następuje:

№ bieżący	NAZWA SZPITALA	Powierzch. terytorium w m. kw.	Przybliżona wartość w rublach		Ogólna wartość (przybliż.)
			pl. szpit.	budynk.	
1	Szpital Dz. Jezus	76500	1600000	1350000	2,950 tys.
2	„ Starozakonnych	73600	220000	1200000	1,420 „
3	„ Przem. Pańskiego	32000	675000	375000	1,050 „
4	„ S-go Ducha	14500	740000	500000	1,240 „
5	„ S-go Rocha	2600	290000	110000	400 „
6	„ przy ul. Złotej 74	950	28500	96000	124 „
7	„ im. Karola i Maryi	12300	160000	325000	485 „
8	„ S-go Stanisława	22000	260000	340000	600 „
9	„ Wolski (Staszic)	30800	510000	290000	800 „
10	„ S-go Jana Bożego	15500	295000	300000	595 „
11	„ S-go Łazarza	62000	1250000	260000	1,510 „
12	Instytut Oftalmiczny	8700	400000	112000	512 „
	Ogółem Rb.	351450 m <sup>2</sup> czyli	6,428500	5,258000	11,686tys.
	Dt Mk	62,75m-gi	16,000000	13,000000	29,000000

Wykazane wyżej wartości są względne, zależne od cen bieżących i dają tylko ogólne pojęcie o majątku nieruchomości Szpitali Warszawy. — W razie zamierzonej sprzedaży lub zamiany, musiałby, oczywiście, każdorazowo być dokonany szczegółowy opis i ścisła ocena.

Wspomniany wyżej podział na 3 grupy zasadnicze pod względem typu budynków jest następujący:

a) Szpitale, mieszczące się w budynkach, specjalnie zbudowanych:

	Rok zapoczątk.
1) Szpital Dz. Jezus . . . . .	1901
2) „ Starozakonnych . . . . .	1902
3) „ Przemienienia Pańskiego . . . . .	1868
4) „ Ś-go Ducha . . . . .	1865
5) „ im. Karola i Maryi . . . . .	
6) „ Ś-go Stanisława . . . . .	1894
7) „ Ś-go Jana Bożego (względnie). . . . .	1728
8) „ Ś-go Łazarza . . . . .	1841
9) Instytut Oftalmiczny . . . . .	1871

b) Szpitale, mieszczące się w budynkach niespecjalnych, przystosowanych do potrzeb szpitalnych:

- 1) Szpital przy ul. Złotej Nr. 74 (stały-miejski)
- 2) „ przy ul. Karolkowej (w domu dzierżawion.)
- 3) „ przy ul. Zakroczymskiej (gmach po koszarach Sapieżyńskich)
- 4) „ Wolski (gmach Sal zarobkow. im. Staszica)

c) Szpitale, mieszczące się w gmachach typu mieszanego: w części budynki typu szpitalnego, w części różne mieszkalne, przystosowane do potrzeb szpitalnych:

- 1) Szpital Ś go Rocha (stały w gmachu własnym)
- 2) „ przy ul. Brzeskiej (b. szpital kolejowy)
- 3) „ przy ul. Pokornej (dzierz. od gminy żydow.)
- 4) „ Ś-go Jana Bożego, filja w Otwocku—budynki dzierżawione (specjalne).

Jak widać z powyższego ugrupowania, na 16 szpitali, tylko 9 mieści się w budynkach, specjalnie dla szpitali wzniesionych. Uważając kwalifikację szp. Ś-go Jana Bożego do grupy pierwszej za niezupełnie ścisłą, w pozostałych ustala się następujący stosunek (w cyfrach zaokrąglonych):

Na ogólną liczbę Szpitali Warszawy—16.

- a) 55% mieści się w budynkach, specjalnie wzniesion.
- b) 45% „ „ „ niespecjalnych, przystosowanych jedynie do potrzeb szpitalnych.

Należy zastrzedz, że ugrupowanie to ma na widoku li tylko pomieszczenie, przeznaczone dla chorych, t. j. sale ogólne, ewent. pomieszczenia pokrewne. O ile byśmy powyższą klasyfikację pragnęli zastosować do ubikacji i budynków pomocniczych, jak kuchnie, pralnie, laboratoria etc. wypadłoby kilka szpitali przenieść z grupy 1-ej do 2-ej lub 3-ej, zwiększając % szpitali, mieszczących się w gmachach niespecjalnych, czyli, jeszcze bardziej na niekorzyść obecnego stanu stosunek ten ustalić.

Dla zobrazowania istniejącego stanu szpitalnictwa w Warszawie pod względem wymagań techniki szpitalnej, określonej pewnymi normami, przyjętymi przez odnośnych specjalistów, wypadnie wykazać ustosunkowanie, jakimi dysponują szpitale Warszawy pod względem a) przestrzeni, przeznaczanej z terytorium szpitalnego dla jednego chorego (stosunek liczby łóżek do posesyi szpitalnej) b) przestrzeni (sześcienności), przeznaczanej w salach ogólnych na jedno łóżko szpitalne.

Stosunek liczby łóżek do powierzchni terytorium szpitalnego, w poniższem zestawieniu wyrażony w ilorazie, daje

nam pojęcie względne o lepszych lub gorszych warunkach, z jakich chorzy w danym szpitalu korzystają.—Na polepszenie lub pogorszenie warunków tych wpływa, po za wyszczególnionym niżej stosunkiem liczbowym powierzchni terytorium do liczby łóżek, cały szereg czynników: dzielnica, w której szpital dany leży, liczba pięter, — całe sąsiedztwo szpitala—puste przestrzenie lub zabudowania mieszkalne albo fabryczne, stacja lub linja kolejowa i t. p. Zestawienie wszystkich warunków istniejących może dopiero wskazać na rzeczywisty stan rzeczy.

№ Działy	Nazwa Szpitala	Liczba pięter (kondygn.)	Powierzchnia terytorialna w m <sup>2</sup>	Stosun. powierz. do liczby łóżek		Warunki terytorium Szpitala	
				normalnej	etatowej	Dodatnie	Ujemne
1	Szpital Dz. Jezus	2	76500	104,	79,2	{ dzielnica mało zabudowana	sąsiedztwo kolei
2	" Starozakon.	2	73600	116,8	84	ditto	" zakł. gaz.
3	" Przem. Pańsk.	2	32000	78	67,6	bliskość rzeki	nizkie położenie
4	" S-go Duchy	2	14500	64,75	49,28	—	gęste zabud. fabr.
5	" S-go Rocha	2-3	26000	23,0	21,85	Ogród Uniwers.	śródmieśc., ciasn.
6	" przy ul. Złotej	3	950	9,5	9,22	żadnych	wyj. ciasn. fabr.
7	" im. Kar. i Mar.	1	12300	153,75	123,—	przestrz. niezab.	ściste zgrupow.
8	" S-go Stanisł.	1-2	22000	114,60	73,40	"	sąsiedz. mieszk.
9	" S-go Jana Boż.	2-3	15500	62	48,5	"	sąsiedz. miasta
10	" S-go Łazarza	2-3	62000	206,6	155,—	"	{ sąsiedztwo ga- zowni i fabryk
11	Instytut Oftalmiczny	3	8700	174	106,	"	możliwe

Z tego też względu nie od rzeczy będzie, oprócz podania w powyższej tablicy ilorazów, określających cyfrowy stosunek powierzchni terytorium poszczególnych szpitali do liczby łóżek (*a.* normalnej i *b.* określonych etatem budżetu), zaznaczyć w uwagach główne czynniki, dodatnio lub ujemnie wpływające na warunki zdrowotne danego terytorium szpitalnego. Szpitale czasowe nie są wzięte pod uwagę.

Wymagania naukowe, ustalone dla techniki szpitalnej określają stosunek powierzchni (parterowej) terytorium szpitalnego do liczby łóżek szpitalnych na 120 — 150 m. kw. na 1-go chorego. Na zasadzie powyższych danych możliwe jest wyprowadzenie wniosków ogólnych co do stanu pod tym względem. Nie przesądza to jednak sprawy, czy pozostawienie danego szpitala na dotychczasowym miejscu lub przeniesienie go na inne — korzystniejsze, jest pożądané lub nie. Decyzya w pewnych razach wyniknie z innych przyczyn, niezależnych od poglądu na sprawę szpitalnictwa.

Nie od rzeczy będzie podanie w poniższej tablicy wykazu niektórych szpitali, w różnych krajach istniejących, z przytoczeniem danych, co do przestrzeni terytorium szpitalnego, na 1-go chorego przyjętych:

Nazwa kraju	Miejscowość i nazwa	liczba m <sup>2</sup> na 1-go choreg.	U w a g i.
Austro-Węgry	Szpit. Wilhelm. Wied.	185	(wyb. 1891—1902)
"	Ces. Fran. Józ. "	151	(wybud. w 1888)
Niemcy	" Moabit Berlin	97	
"	" Fridrichs. "	122	" 1894
"	" Charité "	106	
"	" Eppend. Hamb.	124	" 1888
"	" miejski Wiesb.	155	
"	" Carola-Krk. Drez	156	
"	" kliniczny Wrocl.	120	
"	" " Lipsk	90	
"	" Virchowa Berlin	128	" 1906
Francja	" Laribois. Paryż	107	" 1847—53
Anglja	" Fountain Lond.	210	
"	" wojskowy "	108	
"	" Brook "	249	
Belgja	" wojsk. Bruksella	132	
Ameryka	" John-Hopkins		
	Baltimore	157	

Cyfry te, w porównaniu ze stanem szpitali Warszawskich, same za siebie mówią.



Trudniejszą znacznie sprawą jest określenie miarodajnej przestrzeni, przeznaczonej na jednego chorego w salach szpitalnych ogólnych.

Wynika to z przyczyny, że nieliczne bardzo szpitale stanowią pewną jednolitą całość do charakteru budowli, całość. Poza 4-ma szpitalami: Dz. Jezus, Starozakonnych, Ś-go Ducha i Szpitalem im. Karola i Maryi, które budowane były jako szpitale w całości, a więc według ogólnego projektu, opartego na pewnych wspólnych, zasadniczych normach, reszta szpitali Warszawskich stanowi kompleksy budynków, sespawilonów, wznoszonych w różnych czasach, przy różnych warunkach i wymaganiach. Sposób rozwiązania sprawy budowy lub urządzenia szpitali tej kategorii, niestety, — zależał przeważnie od nagłości potrzeby, rozporządzalnych środków, a często od osób, wchodzących w skład Komisji czy Komitetów budowlanych. — Jako jaskrawy przykład podobnego uzależnienia może służyć historia budowy Szp. Dz. Jezus, gdzie w pewnym okresie projektowania, pod naciskiem osób, decydujących z urzędu, chciano wymiary i cele instytucji zasadniczych—Domu wychowawczego i Szpitala, podporządkować pod możliwie rozciągnięty zakres programu budowy Klinik Uniwersyteckich. Tylko wypadkowemu ustąpieniu osób tych, zawdzięczać można racjonalniejsze ustosunkowanie poszczególnych części i potrzeb projektowanego szpitala.—To działo się przy budowie nowego szpitala. Cóż dopiero wyniknąć może w razie rozwiązywania sprawy o konieczności urządzenia lub rozszerzenia szpitala za pomocą półśrodków?—Odpowie nam szpital Przemienienia Pańskiego, w którym na 5 budynków mamy 8 kategorii pomieszczeń dla chorych.

Z przytoczonych względów, należy wprowadzić pewne owarunkowanie do tablicy, mającej określać sześciennosc powietrza na 1-go chorego w salach,—a więc, przedewszystkiem muszą być podane dwie tablice: jedna dla wymienionych wyżej szpitali o typie jednolitym, druga zaś—dla reszty szpitali i wskazująca dwa wymiary sześciennosci: odpowiadające normom pierwotnym, oraz obok — istniejące obciążenie podług liczb etatowych. W tablicy tej również miarodajny będzie wymiar wysokości w salach o normie niższej.—W wypadkach wyjątkowych, znacznego przekroczenia normy wzwyż ponad przyjęte przez ogół normy, nie uwzględniono danych tych w tablicach, jako rzeczy niemiarodajnych, gdyż wypływających z prowizorycznego lub

przypadkowego stanu rzeczy (np. sala № 2 urządzona w szp. Przem. Pańskiego w kaplicy, o dwupiętrowej wysokości).— Również niemiarodajne jest wciąganie do tablic sześcienności powietrza na 1-go chorego w pomieszczeniach t. zw. separatek, izolatorów itp. — gdyż: 1-o konieczność ustalenia „użytecznych” wymiarów pojedynczych pokoiów, sama przez się wytwarza sześciennosc większą od żądanych norm.

(np.  $2,5 \times 5,0 \times 4,0$  wys. =  $50 \text{ m}^3$ );

2-o w Szpitalach Warszawskich t. z. pokoiki (oddziały numerkowe, separatyki itp.) naogół należą do wyjątków, spotykanych w nielicznych szpitalach: w Szp. Przem. Pańskiego i Dz. Jezus po kilka, oraz większa liczba w Szp. Ś-go Ducha, obecnie przekształconych na oddziały ogólne.

Uwzględniając powyższe uwagi i zastrzeżenia otrzymujemy następujące wyniki, ujęte w poniższe 2 tablice sześcienności na 1-go chorego:

**TABLICA I<sup>1)</sup>**  
Szpitale o jednolitym charakterze budowli.

№ bieżący	Nazwa Szpitala	Sześcienn. na 1 ch. przy licz. ch. w sal		U w a g i.
		normal.	etatow. *)	
1	Szpit. Dz. Jezus	32—37	26,60	Szpitale o charakterze czasowym w dom. cudz. nie są obj. tabl. sześc. 1) przy ul. Karolk. 2) „ „ Pokorn. 3) „ „ Brzesk. 4) „ „ Zakrocz.
2	„ Starozakonnych	22—29	18,34	
3	„ Ś-go Ducha	38	23,64	
4	„ im. Karola i Maryi	32—36	27,20	
5	Instytut Oftalmiczny	33—54	26,50	

\*) Obliczenie proporcjonalne podług etatowego obciążenia chorymi ogółu miejsc.

**TABLICA II<sup>1)</sup>**  
Szpitale o niejednolitym charakterze budowli.

№ bieżący	Nazwa Szpitala	Sześcienn. na 1 chor. przy liczbie chorych w sali		wysok. sal przy min. sześcienn.	U w a g i.
		normaln. metrów sześcienn.	etatowej		
1	Szpit. Przem. Pańsk.	30—43	31,63	4,5	cyfra większa oznacza najkorzystniejsze warunki przestrzeni w sali, cyfra mniejsza — zaś, najniekorzystniejsze, jakie istnieją w danym szpitalu, coby wpływa z różnorodności ubikacyi szpitalnych (sal dla ehorych).
2	„ Ś-go Rocha	18—39	27,00	3,5	
3	„ przy ul. Złotej 74	145—19,8	14,40	2,70	
4	„ S-go Stanisława	23—28	16,30	4,0	
5	„ Wolski	15—20	14,35	2,95	
6	„ S-go Jana Boż.	18—44	24,22	3,5	
7	„ S-go Łazarza	18—54	27,00	4,0	

1) Cyfry zaczerpnięte z tablic Księgi Pamiątkowej 1908—1909 r. dla liczby normalnej.

Dla zestawienia z przytoczonymi cyframi, podane są następujące normy, przyjęte dla szpitali wogóle:

Sześciennosc powietrza na 1-go chorego w sali:

a) dla chorych wewnętrznych	24—30 m <sup>3</sup>	} przy wysok. sal w świetle od 3,75—4,25 m.
b) „ „ chirurgicznych	30—36 m <sup>3</sup>	
c) „ „ zakaźnych	36—40 m <sup>3</sup>	

Nie od rzeczy będzie podkreślenie w przytoczonych dotąd 4-ch tablicach dwoistości cyfr, stanowiących wyniki ustosunkowania przestrzeni sal z liczbą chorych w szpitalach warszawskich.

Jedynie przytoczenie wyników dla obydwóch stanów: teoretycznego, przy t. zw. normalnej liczbie łóżek, i etatowego obciążenia szpitali chorymi, daje nam możliwość wnioskowania w warunkach, rozporządzalnych pod względem budowli szpitalnych. — Jest to o tyle ważne, że stan obciążenia szpitali chorymi ponad etat, jest w Warszawie objawem stałym, mającym pierwszorzędny wpływ na cały szereg zjawisk nienormalnych w szpitalnictwie Warszawy.

Wnioski, dające się wysnuć z powyższych danych, są oczywiste: jeżeli szpitale warszawskie wykazują zbyt niskie normy przestrzeni terytorium lub kubiczności sali na jednego chorego w porównaniu z wymaganiami techniki szpitalnej, a dzieje się to skutkiem nadmiernego obciążenia szpitali choremi, wynika z tego, że liczba miejsc szpitalnych jest zbyt mała w porównaniu z rzeczywistą potrzebą.

Gdybyśmy sprowadzili ogólną liczbę łóżek w szpitalach wszystkich (prócz specjalnego przy ul. Zakroczymskiej) zajętych rzeczywiście, do wymagań techniki szpitalnej, wypadło by, że przy przyjętej przestrzeni na 1-go chorego, liczba łóżek normalnych (4049) należy zwiększyć do: 5200 łóżek przez dobudowanie nowych miejsc szpitalnych—czyli o 1150 miejsc.—Dałoby to dla 800,000 mieszkańców Warszawy 1 łóżko na 155 bez uwzględnienia rodzaju choroby. Pamiętajmy przytem musimy, że 45% szpitali z 1300 łóżkami etatowymi znajduje się w chwili obecnej w budynkach nieodpowiednich, jako niespecjalnych co do typu.

Do powyższych uwag i wniosków ogólnych, należało by dodać słów kilka dla odpowiedzenia na pytanie: które szpitale należy uznać za możliwe do pozostawienia na miejscu obecnym, które zaś kwalifikują się, z rozmaitych względów do przeniesienia w miejsca i warunki właściwsze?

Co do kategorii pierwszej, lista zamyka się na 5-ciu szpitalach, mieszczących się w gmachach specjalnych.—Sprawa wewnętrznych ulepszeń, rozszerzenia, unormowania liczby chorych i t. p. nie zmniejsza możliwości pozostawienia szpitali tych na miejscu obecnem.

Do kategorii drugiej—należą wszystkie szpitale pozostałe. Stoimy więc wobec potrzeb następujących:

a) powiększenia ogólnej liczby istniejących łóżek normalnych o 1150 miejsc dla potrzeb Warszawy

b) przeniesienia 1300 łóżek szpitalnych do budynków, specjalnie wzniesionych dla celów szpitalnych.

Ze szpitali, kwalifikujących się do pozostawienia na miejscu obecnem, mogły by być rozszerzone lub ulepszone:

1) Szpital Dz. Jezus — bez powiększania terytorium \*).

2) Szpital Starozakonnych — przez nabycie sąsiednich terytorjów—co jest w przyszłości przewidziane.

3) Szpital im. Karola i Maryi, w razie nabycia sąsiednich terenów, należących do gminy starozakonnych.

4) Szpital Ś-go Ducha nie powinien być powiększany co do liczby łóżek—lecz przeciwnie, doprowadzony do normy, przewidzianej pierwotnie i ulepszony.

5) Szpital Przemienienia Pańskiego—na obecnem terytorjum, po zburzeniu szeregu budynków nieodpowiednich—kwalifikuje się do budowy nowych pawilonów, domu administracyjnego etc.—odpowiadających wymaganiom techniki szpitalnej.

Przejdźmy wykaz szpitali, przewidzianych z różnych względów do przeniesienia na inne terytoria:

Na pierwszym miejscu stoi **szpital Ś-go Rocha**.—O potrzebie przeniesienia szpitala tego w inne miejsce mówiono od lat kilkudziesięciu. W czasach ostatnich—przed laty 25—30-tu, projektowano zamianę terytorjów, na których szpital miał być pomieszczony w gmachach dawnej fabryki tytoniu „Union” przy ul. Hożej róg Marszałkowskiej.—Około 15 lat temu, projektowano zająć parcelę z terytorjum szp. Ś-go Łazarza pod budowę szp. Ś-go Rocha.—Przypuszczalnie następny projekt przeniesienia szpitala tego zwróci się w poszukiwaniu odpowiedniego terytorjum w dzielnicy Powiśla,

---

\*) w zależności jednak, od urzeczywistnienia idei utworzenia specjalnej dzielnicy, mało zabudowanej gmachami specjalnymi podług propozycji d-ra S. Orłowskiego (patrz Medycyna 1915 Nr. 28, 29, 30).

odczuwającego potrzebę szpitala.— Czy obecny szpital Ś-go Rocha będzie zupełnie skasowany, ewent. zburzony, z przeznaczeniem terenu pod inne budowle miejskie, trudno przesądzać. — Istnieje bowiem idea \*) zużytkowania szpitala tego, po odpowiednim przerobieniu gruntownem, dla celów naukowo-leczniczych, wobec bezpośredniego sąsiedztwa z Uniwersytetem, jako szpital kliniczny.

**Szpital Ś-go Łazarza**, położony w dzielnicy, mającej określoną przyszłość w projektach Wielkiej Warszawy, musi poddać się wyrokowi, skazującemu go od dawna na przetrzucenie w dzielnice dalsze od środka miasta. Łączy się to z urzeczywistnieniem projektu \*\*) budowy specjalnego oddziału leczniczego dla chorych przychodnich, którzy mogli by korzystać z koniecznych zabiegów leczniczych bez pozostawania w szpitalu. Oddział taki mógł by być w śródmieściu przy jednym czy kilku szpitalach. Szpital sam można by wtedy przenieść po za dzielnice centralne.

**Szpital Ś-go Stanisława**, jako szpital dla chorób zakaźnych wyłącznie przeznaczony, uznany został przez miarodajne sfery, za kwalifikujący się do przeniesienia poza miasto. Obecnie znajduje się on w dzielnicy fabrycznej, gęsto zaludnionej, najmniej nadającej się do sąsiedztwa z tego rodzaju szpitalem.

W czasach przedwojennych wskazywano miejsca pod budowę szpitala dla 500 zakaźnych chorych na obszarach wsi Koło lub też w Rakowcu.— Zaniechano jednak na razie dalszego opracowania programu, gdyż na przeszkodzie stała sprawa kanalizacji wymienionych miejscowości, połączona z olbrzymimi wydatkami. — Rozwiązanie sprawy tej łączy się z projektami dzielnic przyszłej Wielkiej Warszawy.

**Szpital Ś-go Jana Bożego**, zdaniem specjalistów, stanowi w dziedzinie lecznictwa umysłowo chorych, krzyżący anachronizm. Dla tego też zaniechano jakichkolwiek projektów ulepszeń w budynkach istniejącego szpitala. Natomiast opracowano wyczerpująco sprawę budowy wielkiej kolonii dla umysłowo chorych na 1000 łóżek, opartej na najnowszych zdobyczach wiedzy tej specjalności.

Szpitale tego typu, jak przy ul. Złotej 74, Wolski i przy ul. Brzeskiej, powinny być skasowane, jako nieodpowiada-

---

\*) Idea kuratora szpitala p. I. Balińskiego.

\*\*) Projekt D-ra K. Watraszewskiego.

jące pod żadnym względem najprymitywniejszym wymaganiom techniki szpitalnej.

Sprawa budowy prawidłowych szpitali: ogólnego dla dzielnicy Wolskiej i dla chorób infekcyjnych na Pradze pozostaje zawsze aktualną.

Wyrażone poglądy: co do konieczności przeniesienia szeregu szpitali w miejsca odpowiednie, co do budowy szpitali nowych lub ulepszania tych, które pozostaną na miejscach obecnych, są zawsze pilne do urzeczywistnienia. Gdyby Warszawa mogła się zdobyć na środki, potrzebne dla osiągnięcia wszystkich tych zamierzeń, chwila powrotu do warunków normalnych, musiała by być chwilą rozpoczęcia wykonania zadań wymienionych.—Ponieważ niestety, urzeczywistnienie projektów tych będzie połączone z wydatkami, obliczanymi na miliony, szereg lat musi upłynąć do czasu, ukończenia tak rozległych zamierzeń. Gdyby, nawet, wkrótce znaleziono sposób uzyskania stałego przyływu gotówki na stopniowe wykonanie powyższych projektów, cały szereg budowli szpitalnych, w postaci ich obecnej, będzie musiał zaspakajać potrzeby zdrowotne ludności Warszawy przez czas dłuższy. — Wobec tego wypadnie zastanowić się nad pytaniem, jakie meljoracje i jak daleko idące pod względem kosztów, należy i można przewidzieć w szpitalach, przeznaczonych bezsprzecznie do przeniesienia. W szpitalach, mających pozostać nadal, sprawa ta przedstawia się inaczej—wszelkie ulepszenia i rozszerzenia stanowią wydatek produkcyjny. — A więc: w **szpitalu Dz. Jezus** musi być wybudowany jeszcze jeden pawilon na 250 łóżek, pralnia i kuchnia muszą być rozszerzone i urządzenia ich uzupełnione. Projekty pawilonu i pralni są już omówione \*) i oczekują na chwilę stosowną do rozpoczęcia budowy.

Następnie, jest na widoku rozwiązanie sprawy urządzenia racjonalnego ambulatorium, gdyż istniejące, przy frekwencji 100000 obecnie, i przewidzianem powiększeniu liczby porad, nie wystarczy na potrzeby dzielnicy. Czy nowe ambulatorium znajdzie się na terytorium szpitalnym, czy na jednym z placów pustych w sąsiedztwie, trudno obecnie przesądzać. W związku ze sprawą usunięcia ambulatorium z dotychczasowego lokalu, bezwątpienia rozwiązana będzie

---

\*) Komisja pod przewodnictwem kuratora szpitala, inż. J. Prűffera.

sprawa urządzenia pomieszczeń, niezbędnych do przyjęcia i segregacji chorych, zgłaszających się do tak wielkiego szpitala; jakim jest szpital Dz. Jezus. A po wybudowaniu nowego pawilonu na 250 łóżek, sprawa prawidłowego przyjmowania chorych jeszcze bardziej się skomplikuje.—Wracając do projektu wspomnianego pawilonu na 250 łóżek, należy zaznaczyć, że projekt ten ma na widoku nie tylko ilościowe lecz i jakościowe polepszenie stanu w szpitalu.—Nie uniknioną rzeczą było uwzględnienie w projekcie całego szeregu braków, rażących współczesne pojęcia o urządzeniach szpitala. Przedewszystkiem ma być dopełniony brak urzędzeń dla wszelkich rodzajów terapii fizykalnej. W chwili obecnej lekarze szp. Dz. Jezus są skrępowani niemożnością stosowania całego szeregu zabiegów, uznanych przez współczesne leczenie jako środki skuteczne. Nielicznym zaledwie pacjentom można zalecić zabiegi te po za programem leczniczym szpitala.

Dalsze zamierzenia meljoracji w szpitalu Dz. Jezus muszą się zwrócić w kierunku uporządkowania sprawy mieszkań dla personelu służbowego i administracyjnego. Idea lokowania pewnej kategorii funkcjonaryuszów w podziemiach poszczególnych budynków, musi być bezwarunkowo uznana za anachronizm. Dla wszystkich muszą się znaleźć odpowiednie mieszkania, korzystające ze światła, powietrza i warunków, gwarantujących zdrowie, nie zaś chorobę pracownikom, a zadatki cierpień i zbroczeń fizycznych ich potomstwa. Wszyscy muszą zamieszkać nad powierzchnią ziemi w budynkach, w tym celu wzniesionych.—Prawdopodobnie przy tej sposobności będzie unormowany stosunek liczbowy koniecznego personelu do właściwej ilości łóżek.—Pragnąc zakończyć opis przyszłych zamierzeń, dążących do uczynienia szpitalu Dz. Jezus. Zakładem leczniczym, możliwie odpowiadającym wymaganiom techniki szpitalnej, konieczne jest zwrócenie uwagi na następujące, wielce pożądane ulepszenia. System pawilonowy, najmodniejszy w czasie, kiedy opracowywano projekt budowy szpitala Dz. Jezus, z biegiem czasu wykazał szereg stron ujemnych w zastosowaniu do naszych warunków klimatycznych i gospodarczych.—Bardzo niedogodne okazało się dostarczanie chorych do pawilonów szpitalnych z odległego pokoju, do przyjęcia ich przeznaczanego, w budynku administracyjnym. Przewożenie ciężko chorych, po kąpieli, przez długie dziedzińce, podczas mrozu, nie może wpływać dodatnio na stan

zdrowia. Należało by więc przewidzieć połączenie korytarzowe, czy tunelowe między domem administracyjnym a pawilonami, w których powinny być ubikacje, do przyjęcia chorych przeznaczone — Ten warunek prowadzi do projektu następującego: ponieważ pawilony poszczególne nie tylko, że nadmiaru ubikacji nieposiadają, lecz przeciwnie, grzeszą brakiem szeregu bardzo potrzebnych pomieszczeń, stanie się koniecznem wytworzenie w poszczególnych pawilonach nowych przestrzeni, które były by zajęte na rzecz brakujących obecnie ubikacji.

Przez nadbudowę części pawilonów, przyległych do klatki gospodarczej, w każdym pawilonie otrzymamy pięterko, mogące pomieścić mieszkancko dla interna-asystenta i pewnej części służby — salowej. Przez połączenie odpowiednie sąsiednich pawilonów, względnie 2-ch chirurgicznych Nr. 1 i Nr. 2 w jedną grupę, zaś wewnętrznych Nr. 3, 4 i 5 w drugą grupę, od strony drogi środkowej, wytworzyłibyśmy przestrzenie, nadające się w parterze i 1-m piętrze do zajęcia na wspomniane wyżej pokoje dla przyjęcia chorych do pawilonów, pomieszczenia laboratoryjne i lekarskie gabinety, ewent. sale operacyjne (między pawilonami Nr. 1 i 2) i opatrunkowe, wspólne dla tych pawilonów. W ten sposób dało by się zużytkować w samych pawilonach opróżnione ubikację dla innych celów i usunąć chociażby najważniejsze braki w rozkładzie pawilonów pod względem gospodarskim. Przykłady podobnych połączeń mamy w najnowszych szpitalach zagranicznych.

W szpitalu Ś-go Ducha należy przewidzieć ulepszenia i uzupełnienia następujące:

Urządzenie, istniejące w pralni szpitalnej nie licuje z ogólnym charakterem szpitala tego. Ani rozkład pomieszczeń, ani rodzaj urządzeń nie mogą być uznane za racjonalne. Należy bezwarunkowo przystosować pomieszczenia i urządzenia pralni do współczesnych wymagań, aby zachować wymaganą kolejność procesu prania i racjonalny sposób. — Sprawa ta jest paląca i musi być urzeczywistniona w najbliższej przyszłości. Kuchnia również musi być udoskonalona.

Wielokrotnie zaznaczano nieracjonalność urządzenia ambulatoryum i sąsiedztwa z nim sali sekcyjnej i kaplicy przedpogrzebowej. Główne wady ambulatoryum polegają na tem, że: poczekalnia mieści się na parterze, zaś gabinety lekarskie na 1-m piętrze; poczekalnia jest ogólną salą, nie



uwzględniającą konieczności segregowania przychodzących chorych na główne kategorie, aby można było oddzielać choroby ogólne od infekcyjnych i od dzieci, przynoszonych lub przyprowadzonych po poradę.

Kaplica przedpogrzebowa i sekcyjna—znajdują się zbyt blisko pomieszczeń dla chorych i od poczekalni ambulatoryjnej. Chorzy muszą przechodzić obok kaplicy i sekcyjnej; gorszą sprawą są zaduchy, dochodzące w lecie do ambulatoryum z trupiarni. Szukając sposobów rozwiązania pomyślnie tej bolączki, dochodzimy do wniosków następujących: należy odłączyć ambulatoryum od sekcyjnej i kaplicy przedpogrzebowej. O ile by terytorium szpitalne nie miało być powiększone, ambulatoryum, pozostało by na miejscu obecnem. Wypadłoby jedynie wprowadzić możliwe udogodnienia. Sekcyjną i kaplicę musiano by przenieść do oficyny, mieszczącej pralnię, w sąsiedztwie bramy ulicznej.—Racyonalniej rozwiązałyby się sprawa ta drogą dokupienia jednej z sąsiednich posesyi.—Dało by to możliwość rozwiązania równocześnie drugiej — bolączki,—którą stanowi sprawa niedostatecznej ilości mieszkań dla służby szpitala.—O ile udało by się zredukować liczbę łóżek do normy, przewidzianej pierwiastkowo w projekcie szpitala, było by bardzo pożądane przywrócenie promenoirów, przy korytarzu poprzecznym, pokasowanych stopniowo dla wytwarzanych, nowych potrzeb. (Roentgen, pokoiki, gabinety).

Ważną melioracją było by urządzenie w szczytach pawilonów, od strony ogrodu, krytych balkonów — werand i schodów do wyjścia z 1-go piętra bezpośrednio, nie jak dotąd, przez salę ogólną.—Łatwiejszą sprawą stanowi urządzenie drugiej werandy—leżalni dla chorych piersiowych, oraz wytworzenie dostatecznej i odpowiedniej przestrzeni na składy rzeczy. Sprawy te, jako nie połączone ze zbyt wielkimi kosztami, mogą być uskutecznione w najbliższej przyszłości.—Wymienione, proponowane melioracje dały by możliwość uczynienia szpitala Ś-go Ducha współczesnym szpitalem co do najwygodniejszego rozkładu poszczególnych części. Należało by jednak również rozwiązać sprawę istniejącego laboratorium, rozstrzygając pytanie zasadnicze: czy centralne laboratorium miejskie ma obarczać gmachy szpitala Ś-go Ducha, czy też winno być pomieszczone w innem, właściwszem miejscu? O ile by uznano ze względów, dostatecznie umotywowanych, uwiecznienie przynależności laboratorium miejskiego do gmachów szpitala Ś-go Ducha,

należało by bezwarunkowo pomyśleć o wyborze więcej odpowiednich ubikacji, gdyż obecne nie odpowiadają ani jednemu z kardynalnych warunków najprymitywniejszego nawet laboratorium, które wymaga przede wszystkim światła, a następnie odpowiedniej przestrzeni i rozkładu.

Dla uzupełnienia całokształtu projektów pożądanym melioracji w szpitalu Ś-go Ducha, należy również wspomnieć o idei urządzenia tarasów — leżalni dla użytku chorych numerkowych (1-go piętra domu frontowego i budynku kuchennego). Tarasy-leżalnie projektowane są na odpowiednio przerobionej powierzchni dachów korytarza, okalającego kaplicę i części głównego (do budynku kuchennego). Dla udostępnienia tarasów tych mają być urządzone odpowiednie wyjścia z korytarzy oddziałów — męskiego i żeńskiego. Tarasy mogły by być używane przez płcie obie drogą odpowiedniego podziału powierzchni lub czasu używalności tarasów.

W szpitalu Przemienienia Pańskiego należy przewidzieć następujące melioracje i zmiany: przede wszystkim, — projektowane jest wzniesienie nowego, potrójnego pawilonu. Pawilon ten, 1-o piętrowy, mają składać 3 skrzydła z salami dla chorych, prostopadłymi do ulicy Floryańskiej. Skrzydła te łączy długi, wspólny korpus, leżący wzdłuż ulicy Floryańskiej, mieszczący sale operacyjne, opatrunkowe i szereg tp. ubikacji szpitalnych. Całość tworzy literę E, zwróconą grzbietem do ulicy. Następną koniecznością jest wybudowanie domu administracyjnego, którego dotąd brak w szpitalu. Gmach ten projektuje się przy zbiegu ulic przy froncie Kościoła Ś-go Floryana.

Sięgając w odleglejszą przyszłość, należało by przewidzieć cały szereg zmian w istniejącym ugrupowaniu i składzie budynków szpitala Przemienienia Pańskiego, Należało by zacząć od wykazu budynków, kwalifikujących się do zburzenia, ze względu na ich rozkład lub położenie wadliwe.

Cała grupa budynków, znajdujących się w pośrodku terytorium: oficynach drewnianych, mieszkalnych, budynek ku trupiarni i sekcyjnej, domu mieszkalnego między pawilonami (intendent etc.), baraku parterowego, powinna ulec zburzeniu. Takież los powinny spotkać, stopniowo, — zabudowania, mieszczące ambulatoryum, kancelaryę, pralnię i kuchnię, aby ustąpić miejsca racjonalnie zbudowanemu budynkowi gospodarskiemu (kuchni, pralni, składy, mieszkań służby etc.). Następnym budynkiem, który, ze względu na sytua-

cyę swoją (utrwalającą kierunek przekątnej ulicy, skasowanej kilkanaście lat temu, przy połączeniu 2-ch terytoriów w jedno) musi być zburzony, jest resztką baraku drewnianego (t. zw. rekruckiego) i dobudowany do niej 1-o piętrowy pawilon dla sal Nr. 5 i Nr. 12.—Ten sam los musi spotkać część budynku t. zw. pawilonu starego, wtłoczoną w nasyp uliczny. Część ta, wiecznie wilgotna i ciemna, nie nadaje się ani do celów szpitalnych ani mieszkalnych. Skrócony w sposób ten, budynek, można by użytkować: w parterze na mieszkania dla personelu, w 1-em piętrze jako ambulatoryum, dostępne z góry, od ulicy, przez specjalny mostek zewnętrzny.—Dało by to możliwość odosobnienia publiczności, korzystającej z porad ambulatoryjnych od terytorium szpitalnego; co jest ze wszech miar pożądane w tym i w każdym szpitalu.

Projektowane zmiany w układzie budynków wytworzyły by dość znaczną przestrzeń wolną w pośrodku terytorium. Na tej przestrzeni można by z powodzeniem zbudować jeden lub dwa baraki, równoległe do zasadniczego kierunku pawilonów. Położenie baraków tych odpowiadałoby osiom wolnych przestrzeni między skrzydłami projektowanego, potrójnego pawilonu.

Budynek instytutu anatomico-patologicznego, obecnie zastosowany jako pawilon oraz w części swej, jako mieszkania siostr i służby, powinien wrócić do pierwotnego swego przeznaczenia. Uwzględnić, jedynie, należy nowe warunki, wskazujące zbyt wielkie wymiary kaplicy przedpogrzebowej. Zaradzić temu można by w ten sposób, żeby dla kaplicy pozostawić część frontową pomieszczenia, np.  $\frac{1}{2}$  lub połowę, oddzielając część tą ścianą przedziałową.—Pozostała część, o wysokości przeszło 10 metrów, można by podzielić na 2 — 3 kondygnacje, tworząc przestrzenie, dla celów szpitalnych przydatne, jako mieszkania służby lub tp.—Pozostałe ubikacje wypadało zastosować do celów, w pierwotnym projekcie przewidzianych, — z uwzględnieniem warunków obecnych.

**W Instytucie Oftalmicznym**, o ile dalszy jego rozwój byłby pożądany, należało by zaprojektować niektóre ulepszenia i uzupełnienia.

Kuchnia i pralnia, istniejące w podziemiach, winny być przeniesione w miejsce odpowiedniejsze. Również mieszkanie intendenta, sztucznie wykrojone, z sal i korytarza szpitalnego, powinno znaleźć właściwsze pomieszczenie. — Wskazuje to celowość wzniesienia przy szczycie domu

sąsiedniego, od ulicy Smolnej, budynku, w którym można by pomieścić mieszkanie dla intendentą, kapelana, kuchnię, pralnię, oraz, z dojściem z ulicy, ambulatoryum.—Dało by to możliwość usunięcia z pawilonu wszystkiego, co niewłaściwie w pawilonie, sztucznie lub przypadkowo pomieszczono. Zyskałaby na tem strona lekarska, równocześnie zaś, powiększyła by się liczba miejsc dla chorych.—Co się tyczy szpitali: 1) im. Karola i Maryi i 2) Starozakonnych, trudno przesądzać w chwili obecnej zamierzania zarządów szpitalnych na przyszłość. Zaznaczenie wyżej o celowości nabycia placów, sąsiadujących ze szpitalami temi, przewiduje możność dalszej rozbudowy, o ile to uznane zostanie za wskazane.—Przejdźmy do szpitali, zakwalifikowanych do przeniesienia w bliższej lub dalszej przyszłości.—Wykaz ich podany był wyżej. Co się zaś tyczy sprawy, w których ze szpitali tych i jakie melioracye uznać za pożądane i produkcyjne, wobec ostatecznego losu, przewidzianego dla nich—przeniesienia na inne miejsce, wypadło by ograniczyć się jedynie do **Szpitala Ś-go Stanisława**, resztę należało by pozostawić w stanie urządzeń obecnych, dbając jedynie o niezbędną konserwacyę do czasu przenosin. — Uprzywilejowanie jednego szpitala Ś-go Stanisława, wypłyne z następujących przyczyn.

Jak wspomniano wyżej, dzielnica wolska potrzebuje szpitala ogólnego. Szpital Ś-go Stanisława, nieodpowiedni, jako specjalny dla chorób infekcyjnych, mógł by z powodzeniem obsługiwać dzielnicę wolską jako szpital ogólny.—Terytoryum względnie obszerne — przeszło 20000 m<sup>2</sup> daje możność urządzenia szpitala na 200 — 250 łózek. Ponieważ szpital Ś-go Stanisława posiada kilka budynków, które, jako nowe i specjalnie wzniesione mogą służyć dla celów szpitalnych (dom administracyjny, pawilon piętrowy, kaplica i sekcyjna oraz budynek pralni), należało by w budynkach tych wprowadzać stopniowo właściwe melioracye i uzupełnienia) dążąc do zburzenia nieodpowiednich, w celu zyskania miejsca dla nowych pawilonów i budynków, odpowiadających szpitalowi ogólnemu na 200—250 łózek.—Wynika z tego, że pralnię należało by bezwarunkowo uzupełnić urządzeniami wewnętrznymi, t. j. specjalnymi aparatami do prania mechanicznego.—Stary dom frontowy, pozostałość po dawnym ogrodzie Ohma, mieszczący pokój do przyjęcia chorych, gabinety, laboratoria, mieszkania służby, aptekę, mieszkania Sióstr Miłosierdzia. Kuchnię, pralnię i kamerę dezynfekcyjną, wypadło by bezwarunkowo znieść (odrazu lub

stopniowo). Poszczególne części zburzone winny być zastąpione nowymi, racjonalnymi budynkami. — Dalej, cztery baraki murowane i historyczny barak drewniany (ospowy), (który wystawiono tymczasowo na lat parę z materiału rozbiórki starego budynku w oddziale b. szp. Dz. Jezus dla umyślowo chorych,—przetrwał zaś około lat 25), należałoby zburzyć, zyskując miejsca pod budowę pawilonów piętro-  
wych, typu istniejącego nowego, lub też innego, jaki uznany będzie za odpowiedni. Projektowana kombinacja dała by możliwość osiągnięcia ekonomicznie sprawy szpitala ogólnego dla dzielnicy wolskiej.

Wymienione wyżej propozycje co do przyszłego rozwoju szpitali warszawskich, mogą mieć jedynie charakter myśli, rzuconych szkicowo. Niektóre z myśli tych, obejmujących całokształt szpitali istniejących, mogą się okazać szczęśliwymi i zasługującymi na dalsze rozwinięcie. Inne — będą zastąpione przez lepsze propozycje, więcej odpowiadające celowi.

Nie chodzi tu bowiem, w chwili obecnej o stawianie nieomyślnego programu dla dalszego rozwoju i udoskonalenia szpitalnictwa Warszawy pod względem budowlanym. Szkic niniejszy ma na celu zapoczątkowanie technicznej monografii szpitali Warszawy, która, wychodząc z dotychczasowych ram urzędowego Sprawozdania Wydziałowego, nawiązało by kontakt z ogólną ideą rozwoju miasta, opracowywaną w projektach przyszłej Wielkiej Warszawy. — Będzie to gwarancją uniknięcia rozbieżności zamierzeń poszczególnych organów Zarządu Miejskiego, —tak niepożądaną w racjonalnej gospodarce miasta.—Da to możliwość zorientowania się zawczasu we wspólnych zamierzeniach co do stylizacji pewnych terytoriów, co wpłynąć może na uprzyśtępnienie warunków nabycia lub zamiany posiadanych, dla celów, objętych programami poszczególnych wydziałów.

Rozejrzyjmy się dalej w niektórych szczegółach, stanowiących charakterystykę stanu, w jakim znajdują się obecnie szpitale Warszawy.

Ponieważ, poza stroną gospodarczą, której ster oddano w ręce Sióstr Miłosierdzia i Intendentów, zasadniczy kierunek instytucją leczniczą, jaką jest z przeznaczenia swego każdy szpital, musi leżeć w rękach lekarza, zarządzającego tym szpitalem czyli, podług urzędowej nomenklatury — doktora głównego resp. lekarza naczelnego, wnioszek ztąd pro-

sty, że osoba ta, pierwsza w szpitalu, powinna z instytucją, przez nią rządzoną, być w związku najściślejszym. A więc, przede wszystkim — winna mieszkać na terytorium szpitala. Otóż w Warszawie sprawa ta ma się zupełnie inaczej: na 16 szpitali, tylko w 5-ciu lekarze naczelnicy mają mieszkanie na miejscu. Reszta musi przychodzić z miast do urzędowania. Warszawa tak się z tem już zżyła, że stan ten uważa za normalny. — Również niekonsekwentnie postawiona jest sprawa mieszkań dla t. zw. lekarzy-internów. Jakkolwiek ustawa przewiduje jasno konieczność zamieszkania lekarzy tych w szpitalu, nie odzwierciadla się ta konieczność w ogólnym rozkładzie ubikacji szpitalnych. — Większość mieszkań lekarzy-internów czyni wrażenie pomieszczeń, ad hoc wytworzonych kosztem innych, kasowanych w celu tym ubikacji szpitalnych. — Co się tyczy urządzeń specjalnych, bez których szpital, w pojęciu nowożytnym, obyć się nie może, smutną statystykę przedstawiają szpitale Warszawy — miasta, które dają możność przystosowania do celów szpitalnych wszelkich nowożytnych urządzeń: kanalizacyi, wodociągów, elektryczności, gazu etc.

Do chwili obecnej zachował się szpital Ś-go Łazarza, leżący w pryncypalnej dzielnicy, a w nim gmach administracyjny, mieszczący kancelaryę, aptekę, laboratorium i szereg mieszkań personelu lekarskiego i administracyjnego, nie korzysta z kanalizacyi miejskiej.

Tak konieczne dla zabezpieczenia zdrowia personelu służbowego urządzenie pralni mechanicznej do prania bielizny chorych, posiada na ogólną liczbę 16-tu szpitali — tylko 5 szpitali. Reszta musi się zadawać pierwotnym sposobem prania ręcznego w baljach. Co najwyżej, w kilku szpitalach, w ostatnich czasach urządzono wirówki do wyżymania, w niektórych zaś — suszarnie parowe. Wszak szpital specjalny infekcyjny Ś-go Stanisława do chwili obecnej ma pralnię ręczną z baljami. — W analogicznym położeniu znajduje się sprawa dezynfekcyi: na 16 szpitali, — posiada komory odkażające 6 szpitali.

Kuchnie ulepszone — parowe — posiada 4 szpitale. To wszystko wykazane co do ilości jedynie.

Należy zaznaczyć, że wymieniona skromna ilość urządzeń ulepszonych — mechanicznych i parowych, co do jakości, przedstawia bardzo wielkie braki. Stałe przepełnienie szpitali, dochodzące do 100% ponad normę, przyjętą przy

obliczaniu instalacji, musiało wpłynąć zajmująco na urządzenia te. Okresy działania przedłużane ponad pierwotne zamierzenia, redukowały t. zw. przerwy remontowe do minimum. W tych warunkach zużycie następuje tak szybko, że maszyny, po roku od czasu zmontowania muszą być zrujnowane.

Przeszedłszy do szczegółów urządzenia i eksploatacji szpitali warszawskich, konieczne jest obszerniejsze omówienie sprawy konserwowania budynków szpitalnych.

Konieczność konserwacji budowli wynika z dwóch przyczyn zasadniczych: zużycia normalnego, wypływającego z działania warunków zewnętrznych — zmian temperatury, atmosferycznych opadów i różnych czynników, działających na zużycie materiałów, zastosowanych do budowy, — drugą przyczyną jest uszkodzenie poszczególnych części budynków, wynikające z nieracjonalnego użytkowania, rozmyślnego psucia i niedostatecznego lub spóźnionego podtrzymywania w stanie właściwym—eksploatowanych urządzeń lub budynków.

O ile działają tylko przyczyny pierwszej kategorii, t. zw. normalne, konserwacja normalna jest zupełnie dostateczna.

Gorzej jest, gdy w grę wchodzi czynnik drugiej kategorii. Wtedy konserwacja nie wystarcza. Zacząć trzeba walkę ze zniszczeniem—trzeba ratować przed niem budynki.

Ogólnie przyjęte normy, uznane jako dostateczne do utrzymania gmachów szpitalnych w stanie należytym i zapobiegającym od zniszczenia, określono na 2% od sumy kosztów budowy, przypuszczając, że odsetki te będą używane od początku istnienia gmachów corocznie, i niedopuszczą do t. zw. stanu zniszczenia. — Części, podlegające zniszczeniu lub zużyciu normalnemu zamienia się stopniowo na nowe. Przypatrzmy się, jak sprawa ta załatwiana była w szpitalach warszawskich.

Dawnemi czasy, t. j. do chwili objęcia zarządu nad szpitalami przez Magistrat, czyli do r. 1907, normy, przeznaczone na t. zw. remonty, były o charakterze więcej przypadkowym, aniżeli opartym na podstawach empirycznych.— Często wpływ miała na wysokości sumy większa lub mniejsza zabiegliwość przedstawiciela resp. opiekuna danego szpitala. Jak skromne pojęcie panowało do czasu tego o po-

trzebie racjonalnego konserwowania gmachów szpitalnych, można przytoczyć przykład, że na konserwację roczną gmachów szpitala Dz. Jezus, stanowiących rodzaj miasteczka, wartości przeszło 2-ch milionów rubli, wyznaczano 3000 rb. czyli 0,15%. — Skutki tego okazały się wkrótce w całej pełni.

Magistrat podniósł normy poprzednie. Przyjęto za zasadę określanie sumy, potrzebnej na remont budynków normą 1% od sumy ubezpieczenia ogniowego. W wyjątkowych wypadkach, gdzie chodziło o budynki starsze (są między nimi po kilkaset lat stojące), podnoszono normę tę do 1½—2%. Ponieważ szacunek ubezpieczeniowy sięga najwyżej 0,5—0,6 wartości rzeczywistej budynków, sumy, przeznaczane do chwili obecnej nie przenoszą więcej ponad 0,6—1,2% wartości budynków.

Gdyby przypuścić, że warunki eksploatacji i stan budynków są zadawalniające, w każdym razie norma, przeznaczona na remont jest niedostateczna i prowadzi do dewastacji.

Niestety, nie możemy powiedzieć, aby budynki były poprzednio w stanie zadawalniającym utrzymane. Wystarczy przejrzeć w Księdze Pamiątkowej Wydz. Dobroczynności publicznej z r. 1908—9 protokoły Komisji, która odbierała szpital od b. Rady Miejskiej dobr. publicznej pod zarząd Magistratu m. Warszawy; aby się przekonać, że już w r. 1907 stan budynków uznany był za b. niezadawalniający.

Od czasu tego upłynęło lat 10. Budynki otrzymywały na konserwację połowę, ewent. dwie trzecie tych środków, jakie praktyka uznaje za niezbędne dla utrzymania budynków, normalnie eksploatowanych, w należyтым porządku. Lecz budynki nie były eksploatowane normalnie. Charakterystyką szpitali Warszawy jest stałe przepełnienie choremi, dochodzące do 60% ponad normę miejsc etatowych. W takim też stosunku musiały pracować wszystkie części składowe budynków, w tym stosunku były obciążone pracą wszystkie urządzenia specjalne. Wniosek z tąd jasny, że przy kosztach konserwacji, wynoszących prawie 1/3 tego co powinno by w opisanych warunkach utrzymanie budynków w porządku kosztować, budynki szpitalne w dalszym ciągu, pod zarządem Magistratu, pomimo najlepszych intencji Komisji miejscowych, musiały dążyć do stopniowego zniszczenia, spowodowanego głównie stałym przepełnieniem choremi. Stan taki, ciągnął się z roku na rok, nie rażąc jednak nikogo jaskrawością swoją. Wynikało to z zajęcia się szere-



giem projektowanych na przyszłość melioracji ogólnych. Szereg Komisji specjalnych opracowywało projekty nowych szpitali lub pawilonów. Gruntowniejsze restauracje łączyło się z chwilą rozpoczęcia robót większych, projektowanych, mieszcząc wszystkie zamierzenia w ogólny program budżetowy danej instytucji. Równocześnie rozwiązywano sprawę pomieszczenia zgłaszających się coraz liczniejszych rzesz chorych, drogą wtłaczania w te same przestrzenie podwójnych ilości, względnie do normalnej liczby łóżek. — Za ciasnotą w salach, poszła praca wzmożona w kuchniach i pralniach, zjawilo się zapotrzebowanie mieszkań dla zwiększonego personelu.

Rozwiązywanie wszystkich wymienionych trudności pochłaniając całkowitą uwagę Komisji, normujących działalność i stan szpitali, nie pozwalało widzieć dostatecznie jasno postępującej z roku na rok dewastacji. Na dobitkę złego przyszyła wojna światowa a z nią cały łańcuch trudności technicznych, nieznanych dotychczas ani możliwych do przeprowadzenia.

Stopniowe zmniejszanie się ilości najkonieczniejszych materiałów, narzędzi i przyborów, z równoległym, nieproporcjonalnym wzrastaniem cen na materiały i robociznę, z dnia na dzień wytwarzały sytuację coraz trudniejszą. Niemożliwa cena danego materiału lub brak zupełny materiału tego lub części składowych reparowanego urządzenia, zmuszały i zmuszają w dalszym ciągu do opóźnienia reparacji i wprowadzania różnych paliatywów. Malowanie pomieszczeń szpitalnych, w braku farby olejnej, zastąpiono myciem. Mycie zastąpiono omiataniem. Dachy cynkowe łątano cynkiem, później zatykano blachą żelazną. Dachy żelazne, stanowiące — niestety — lwią część pokrycia budynków szpitalnych, wymagają ciągłej konserwacji i malowania olejnego. Do najgorszych z nich, w określonych wypadkach, zastosowano smarowanie specjalnym lakiem żelaznym. Sposób ten, nieużywany dotychczas, stwarza nową trudność na przyszłość, — dalszego konserwowania dachów żelaznych. Łatanie dachów cynkowych, z powodu braku cynku w handlu, staje się niewykonalne. W urządzeniach specjalnych, brak wielu materiałów zmusza do stosowania części i materiałów zastępczych, najczęściej nie gwarantujących trwałości, co gorsza działających niszcząco na przybory lub urządzenia.

Dobrej zaprawy niema, kafli, żelaza, szkła, kitu, drze-

wa, terakoty, farb i t. d. niema lub cena wyłącza możliwość wykonywania robót konserwacyjnych. Stan taki trwa już przeszło 3 lata. Dodajmy do tego rezultat zarekwirowania metali, niezbędnych do konserwacji kotłów i aparatów, a wytworzymy sobie ogólne pojęcie o stanie, do jakiego dojść musiały budowle szpitalne. Niema już oddawna mowy o jakimkolwiek racjonalnym remoncie. Może być jedynie mowa o wykonywaniu pewnych robót pod naciskiem nieuniknionej konieczności i o sztucznym podtrzymywaniu i ratowaniu miejsc najniebezpieczniejszych.

Opisany stan rzeczy każe przewidywać, że z chwilą przywrócenia warunków względnie normalnych, pozwalających na prowadzenie robót konserwacyjnych w sposób racjonalny, wypadnie bardzo umiejętnie określać program stopniowego doprowadzania do stanu należytego budynków i urządzeń. Trudna to będzie robota, gdyż prawie wszystko posiada prawa pierwszeństwa w ogólnej masie potrzeb remontowych.—Chcąc zaś wykonać wszystko — wypadłoby przewidzieć odrazu zbyt wielkie wydatki. Wszak większa część urządzeń specjalnych, jak kotły w kuchniach, aparaty w pralniach, jak również wiele z urządzeń ogrzewania centralnego będą musiały być w najbliższej przyszłości zastąpione przez nowe, gdyż stan ich obecny, ratowany nieprawidłową łątaniną, wyłączać będzie możliwość reparacji racjonalnych. Taki sam los czeka większą część dachów żelaznych nad gmachami szpitalnymi.

Taki jest szkicowy obraz stanu szpitali Warszawy pod względem technicznym w chwili obecnej. — Wiele pracy i wielu środków będzie potrzeba, aby ze stanu tego podźwignąć budynki i urządzenia szpitalne do stanu możliwego. — Równocześnie już teraz, zawczasu należało by przystąpić do omówienia kolejności przewidzianych melioracji zasadniczych, przeniesienia nieodpowiednich szpitali na miejsca i w warunki właściwsze. Wszystko to jednak będzie chybiało celu, dopóki nie będzie racjonalnie rozwiązana sprawa niedopuszczania do przeciążenia szpitali ponad normy możliwe. Wtedy można będzie eksploatować urządzenia i pomieszczenia rekonstruowane w sposób, odpowiedni do ich przeznaczenia. Wtedy dopiero będzie mogła być mowa o normalnym zużyciu i normalnej konserwacji.

Dając na konserwację te środki odpowiednie, będzie można stale utrzymać szpitale warszawskie w stanie, licującym z przeznaczeniem budynków i urządzeń.

Jednak warunki te nie będą mogły rozwiązać całkowicie poruszonej sprawy. Nieodzowne jest pamiętać jeszcze o innych czynnikach, które, na równi z racjonalną eksploatacją i konserwacją stanowią o utrzymaniu szpitala w stanie właściwym lub powodują ruinę jego.

Czynnikami temi są: wyszkolona i rzetelna obsługa poszczególnych części i działów szpitalnych oraz czujny i nieustanny nadzór nad utrzymaniem powierzonych działów w porządku przez odpowiednich funkcjonariuszów.—Przepisy i instrukcje, ustalające porządek i sposób eksploataowania poszczególnych części i funkcji szpitalnych, muszą przestać być martwą literaturą, lecz stać się żywym słowem, stale w czyn wprowadzanem i stosowanem, bez względu na mniejsze lub większe drażliwości w stosunkach osobistych różnych kategorii funkcjonariuszów. Rzecz prosta, że przepisy te i instrukcje muszą być zredukowane do koniecznego minimum wskazań i żądań, opartych na prawie, praktyce wzorowej i faktycznych wymaganiach życia. Pierwiastek literacko-biurokratyczny musi być z nich usunięty.—Na straży przestrzegania przepisów musi stać przedstawiciel administracji, nie pochłonięty całkowicie czynnościami kancelaryjnemi, osobiście dający przykład wglądaniu wszędzie i zawsze w życie szpitala.

---

Biblioteka Główna WUM

**KS.1508**



210000001508



[www.dlibra.wum.edu.pl](http://www.dlibra.wum.edu.pl)

SZPITAL IM. KAROLA I M.



B725

Geprüft und freigegeben durch die Kais. Deutsche Presseabteilung  
Warschau, den 12. III. 1918. T. № 9363. Dr. № 417.