

POLSKIE TOWARZYSTWO SZPITALNICTWA

NR. 4.

ROK I.

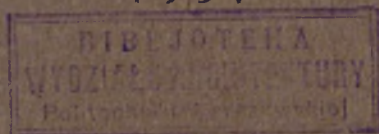
Inż. arch. WŁ. BORAWSKI

ROZBUDOWA SZPITALA ZAKAŻNEGO

Św. STANISŁAWA w WARSZAWIE



1931



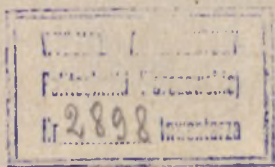
Inż. arch. WŁ. BORAWSKI

ROZBUDOWA SZPITALA ZAKAŻNEGO
Św. STANISŁAWA w WARSZAWIE



725.51 : 9 (438) - 0 (H-na)

ODBITKA Z DWUTYGODNIKA
„ZDROWIE” № 11 — 12 1931 R.





Wstęp Pod wpływem potęgi rozumu ludzkiego, uzbrojonego dziś w niezliczoną aparaturę badawczą, dzięki logicznej metodyce pracy i umiejętnemu skoordynowaniu wysiłków na polu leczenia, zazdrosna o swe tajniki natura traci jednak stopniowo pozycję za pozycją. Specjalnie ciężkim, niebezpiecznym i w dużej mierze nierozpoznanym jeszcze wrogiem są ostrozakaźne choroby, wymagające może bardziej od innych wszechstronnego przystosowania się i zaopatrzenia do walki z nimi. Pod „przystosowaniem” rozumiemy takie obsłużenie chorego ze strony lekarskiego i pielęgniarskiego personelu, ażeby żaden najdrobniejszy szczegół w rozwoju choroby nie mógł ująć uwagi, pod „zaopatrzeniem” rozumiemy stworzenie takich warunków zewnętrznych, ażeby one same niejako współdziałały w zwalczaniu choroby.

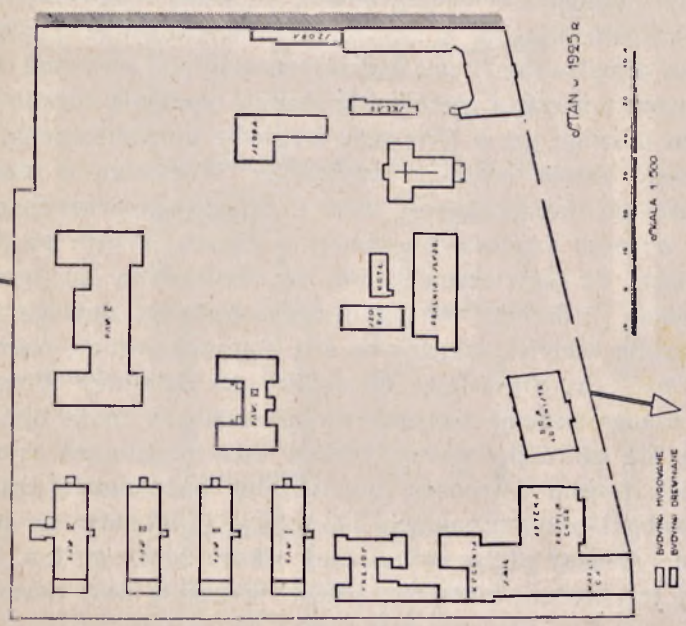
Zespolenie wielorakich, czasem wręcz wykluczających się wymogów jest nad wyraz trudne, konieczną jest więc rzeczą przy projektowaniu budynków szpitalnych, a tembardziej przeznaczo-

nych dla chorób zakaźnych, posiadać prócz umiejętności czysto technicznych, jeszcze dokładne znanstwo całodziennego przebiegu pracy szpitalnej. W tym względzie mamy już poza sobą liczne próby, rozwiązujące te zagadnienia, lecz co jest charakterystyczne, że w teoretycznym ujęciu przeważnie zadowolniające, jednak w praktycznym zastosowaniu wykazujące już zaraz po wybudowaniu szereg mniejszych lub większych niedociągnięć. Jedną z głównych przyczyn tego zjawiska jest to, że jesteśmy w okresie niestabilnych definitywnie zasad, a może raczej operujemy nieodpowiednimi formami i materiałami w stosunku do przyjętych obecnie poglądów. Miejmy nadzieję, że w miarę dalszych zdobyczy doświadczalnych medycyny technika również, wciąż postępując, odnajdzie właściwy do tych potrzeb odpowiednik.

Wynogi lecznicze powinny być tylko wypracowane w zupełności pewne, niewzruszone, gdyż zbyt kosztowną i długotrwałą jest sama budowa, ażeby mogła opierać się na wątpliwych jeszcze, mało sprecyzowanych teorjach lub przypuszczeniach. Zadośćuczynienie temu postulatowi nie jest łatwe, kto wie nawet, czy możliwe, jednak naszym obowiązkiem winno być poszukiwanie wciąż takiego kompromisu, któryby choć w drobnych rzeczach jednoczyły ideę i materję i w ten sposób zwolna, lecz za to pewnie, doprowadzała do możliwej doskonałości. Niechaj przyświecają nam słowa wielkiego badacza i odkrywcy, jakim był Dr. J. Ochorowicz, zadowolniający się w zupełności swemi początkowymi eksperymentami: „w przyczynach drobnych szukajcie objaśnienia kwestyj najwyższych, bowiem te drobne pozornie, są zarówno wznioste, gdyż w nich, jak i w tych największych tkwi jądro jednej Mądrości”.

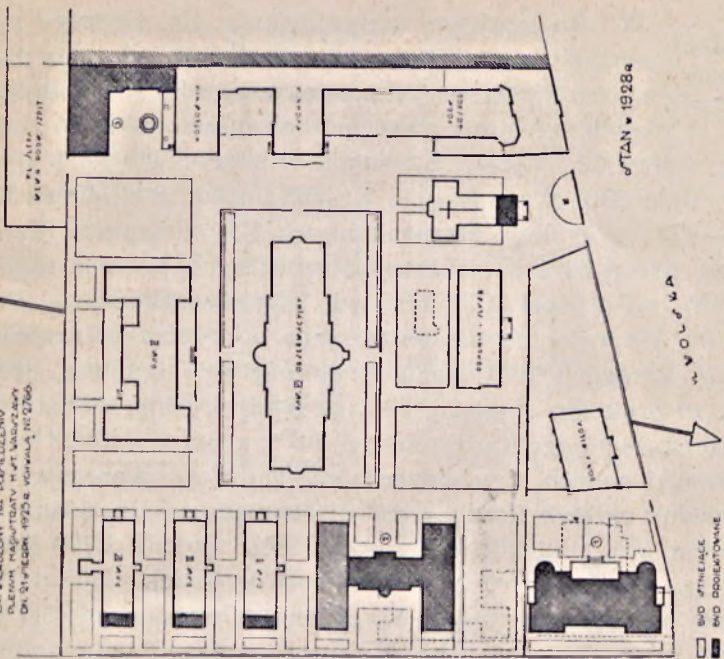
Zaznajomienie się z wysiłkami, poczynionemi przy rozbudowie szpitala św. Stanisława w Warszawie (1925 — 1930 r.), będzie właśnie świadectwem podjętych w tym kierunku prób w warunkach wyjątkowo trudnych dla wykonania w pełni zamierzonego programu; co więcej liczyć się należało z tem, że w planach rozbudowy szpitalnictwa stłecznego przewiduje się przeniesienia centralnego szpitala zakaźnego na 2.000 łózek poza miasto w okolice Młocin. Powyższe względy kładły pewne niepożądane piętno tymczasowości na inwestycje w szpitalu św. Stanisława, nie mniej jednak pod bardzo wieloma względami stanowią one w tej dziedzinie poważny krok naprzód.

План синагогалы
в Вильяне.



Plan synagogy.

План синагогалы
затверджоны на допущенны
планы напутствы штат Вильяны
ди 21-го числа 1925 г. и 21-го числа 1926 г.



СТАН 1928 г.

ВІЛЬЯНА

- СІМ I
- СІМ II
- СІМ III
- СІМ IV
- СІМ V
- СІМ VI
- СІМ VII
- СІМ VIII
- СІМ IX
- СІМ X
- СІМ XI
- СІМ XII
- СІМ XIII
- СІМ XIV
- СІМ XV
- СІМ XVI
- СІМ XVII
- СІМ XVIII
- СІМ XIX
- СІМ XX
- СІМ XXI
- СІМ XXII
- СІМ XXIII
- СІМ XXIV
- СІМ XXV
- СІМ XXVI
- СІМ XXVII
- СІМ XXVIII
- СІМ XXIX
- СІМ XXX
- СІМ XXXI
- СІМ XXXII
- СІМ XXXIII
- СІМ XXXIV
- СІМ XXXV
- СІМ XXXVI
- СІМ XXXVII
- СІМ XXXVIII
- СІМ XXXIX
- СІМ XL
- СІМ XLI
- СІМ XLII
- СІМ XLIII
- СІМ XLIV
- СІМ XLV
- СІМ XLVI
- СІМ XLVII
- СІМ XLVIII
- СІМ XLIX
- СІМ L
- СІМ LI
- СІМ LII
- СІМ LIII
- СІМ LIV
- СІМ LV
- СІМ LVI
- СІМ LVII
- СІМ LVIII
- СІМ LIX
- СІМ LX
- СІМ LXI
- СІМ LXII
- СІМ LXIII
- СІМ LXIV
- СІМ LXV
- СІМ LXVI
- СІМ LXVII
- СІМ LXVIII
- СІМ LXIX
- СІМ LXX
- СІМ LXXI
- СІМ LXXII
- СІМ LXXIII
- СІМ LXXIV
- СІМ LXXV
- СІМ LXXVI
- СІМ LXXVII
- СІМ LXXVIII
- СІМ LXXIX
- СІМ LXXX
- СІМ LXXXI
- СІМ LXXXII
- СІМ LXXXIII
- СІМ LXXXIV
- СІМ LXXXV
- СІМ LXXXVI
- СІМ LXXXVII
- СІМ LXXXVIII
- СІМ LXXXIX
- СІМ LXXXX
- СІМ LXXXXI
- СІМ LXXXXII
- СІМ LXXXXIII
- СІМ LXXXXIV
- СІМ LXXXXV
- СІМ LXXXXVI
- СІМ LXXXXVII
- СІМ LXXXXVIII
- СІМ LXXXXIX
- СІМ LXXXXX

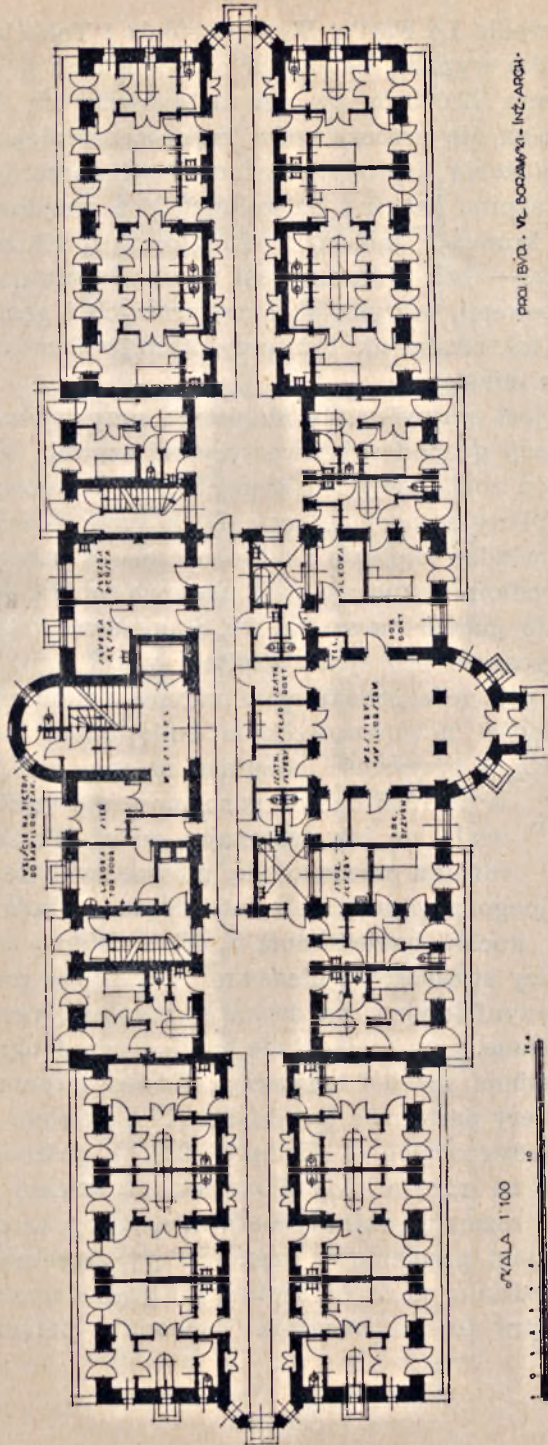
**Liczba łóżek
zakaźnych
w Warszawie**

W celu lepszego zorientowania się, dlaczego przy rozbudowie szpitala św. Stanisława dążono przy-
sporzyć miastu jaknajwiększą liczbę łóżek szpital-
nych, musimy zwrócić się nasamprzód do kilku
cyfrowych zestawień. Łóżek zakaźnych w Warszawie na 1 stycz-
nia 1931 r. było 830, a mianowicie w szpitalu św. Stanisława 584,
(w r. 1925—372) w szpitalu starozakonnym 128, w szpitalu Karola
i Marji dla dzieci 34 i w szpitalach prywatnych 84 (bez szpitali
wojskowych), co wynosi 0,75 łóżka na 1.000 mieszkańców. Dość
rzucić okiem na orjentacyjne teoretyczne obliczenia potrzebnych
łóżek danej kategorii dla miasta przy 1.100.000 ludności, ażeby
stwierdzić, że brak ten sięga aż 50⁰/₀: według metody zachorowal-
ności (Pettenkofer) przy śmiertelności 14⁰/₀₀ potrzeba 1.150 łóżek;
wedle kategorii chorób, wychodząc z założenia, że Warszawa po-
winna posiadać ogółem 12 łóżek na 1.000 mieszkańców, łóżka zaś
zakaźne normalnie stanowią $\frac{1}{6}$ ogólnej ilości, wypada 2.200 łóżek,
średnio licząc z tych dwóch metod — 1650 łóżek, czyli o dwa
razy więcej niż rozporządzamy w obecnej chwili. Niedobór ten
przedstawia się w istocie jeszcze gorzej, ponieważ przy oblicze-
niach nie braliśmy pod uwagę 25 - letniego zapasu na przyrost
naturalny ludności, rozwoju miasta, większej frekwencji chorych
wobec wzrostu ufności w skuteczność leczenia choroby zakaźnej
w dobrze urządzonym i prowadzonym szpitalu, wreszcie niezbed-
nego zapasu z powodu nierównomiernego nasilenia chorób w porze
roku, nie mówiąc już o okresach wybitnie epidemicznych.

Śmiało zatem możemy przyjąć, że Warszawa w niedalekiej
przyszłości powinna osiągnąć 2000 ł. zakaźnych przez rozpoczęcie
budowy nowego szpitala conajmniej w dwóch serjach po 1000 łóż.,
uzupełniając do tego czasu szpital św. Stanisława do przewidzia-
nych granic \pm 650 ł. Po ukończeniu budowy nowego szpitala
skasowanoby oddział zakaźny w szp. starozakonnym, oraz zamie-
nionoby szp. św. Stanisława na ogólny dla dzielnicy Wolskiej.

O znaczniejszem rozszerzeniu szpitala nie może być mowy:
składają się na to przedewszystkiem dwa decydujące czynniki —
szczerpłość terenu i sposób poprzedniej bezplanowej zabudowy
oraz adaptacji przypadkowych budynków i składów na potrzeby
szpitalne. Obszar placu, wynoszący około 24444 m. kw. jest co-
najmniej trzykrotnie mniejszy, aniżeli wskazują nam normy. Bio-

První patro



škála 1:100



PROJ. BYDĚL. VL. BOČANŮVI - INŽ. ARCH.

Plan parteru.



racę średnie wedle Le Fort'a, Vanderwelde'a i Tollet'a czyli 120 m. kw. na 1 łóżko wypada, że szpital o 600 łózkach powinien rozporządzać placem 72.000 m. kw. A zastanówmy się dalej, czy sytuacja terenowa nie przeczy znów najelementarniejszym pojęciom o miejscu założenia szpitala zakaźnego? Otworzony 45 lat temu „zapasowy“ szpital zakaźny na kolonii Oma znajdował się wtedy zupełnie na krańcach miasta w odległości $\frac{1}{2}$ kilometra od wolskich rogatek, — dziś otoczony jest remizą tramwajową, warsztatami autobusowymi, fabryką obić papierowych i gęsto zaludnionymi domami mieszkalnymi, tuż przy ruchliwej zachodniej arterji wypadowej z miasta.

Rzeczą jest oczywistą, że Magistrat, przystąpiwszy w r. 1925 do reorganizacji gospodarki inwestycyjnej szpitali, zaczął przede wszystkim od rozbudowy istniejących już zakładów; opracowane definitywne plany sytuacyjne wszystkich szpitali zostały zatwierdzone przez władze miejskie i od tego czasu w miarę posiadanych na te cele środków rozpoczyna się planowa robota. Najtrudniejsze zadanie spadło jednak na szpital św. Stanisława, którego potrzeby lecznicze i gospodarcze, jako szpitala zakaźnego, były bardzo znaczne, zaś pojęcie o prowizorium narzucało znów rozplanowaniu, a w szczególności nowowznoszonym budowłom, nieodzowne wymagania łatwej w przyszłości adaptacji na inne cele.

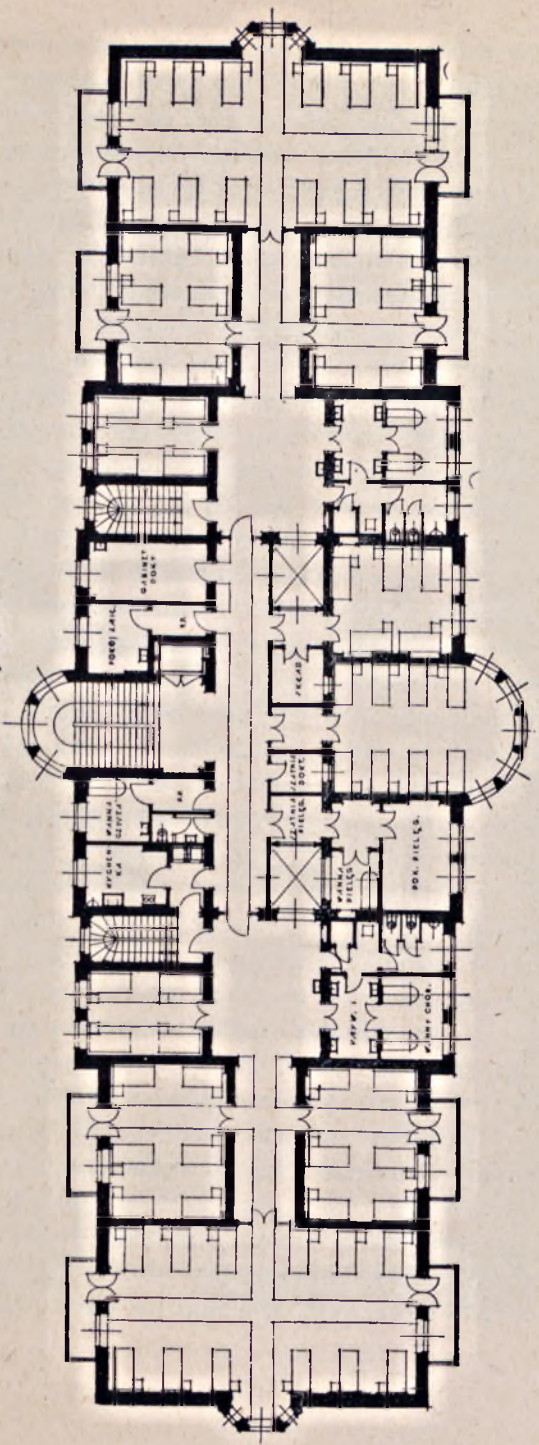
Plan sytuacyjny szpitala

W r. 1925 ogólne rozplanowanie szpitala przedstawiało się jak następuje: od ul. Wolskiej przy narożniku mieściło się główne wejście obok domu administracyjnego z mieszkaniem intendenta, pokoju przyjęć, apteki, kaplicy, kuchni i mieszkania S. M. z drugiej strony. Nieco głębiej od ulicy stosunkowo niedawno wzniesiona pralnia parowa, urządzenia dezynfekcyjne, na dwóch górnych piętrach mieszkania służby i kapelana, — w sąsiedztwie kaplica przedpogrzebowa z laboratorjum, salami sekcji i trupiarnią. Wzdłuż Młynarskiej rozplanowane są cztery parterowe pawiloniki (72 ł.), wgłębi duży pawilon o czterech kondygnacjach (4 oddziały—298 ł.), pośrodku znajdował się drewniak na różę o 45 ł. Poza tem na terenie porozrzucane były tu i tam rozmaite składy, wozownie, szopy, czasowe kotłownie i t. p. Projekt przebudowy szpitala dąży przede wszystkim do możliwego rozdziału na część szpitalną i gospodarczą: mniej więcej po przekątnej terenu narożnik wschodnio-południowy mieści

STANISŁAWA
W WARSZAWIE

PAWILON
OBIEKTYWYNO-ZAKŁADNY

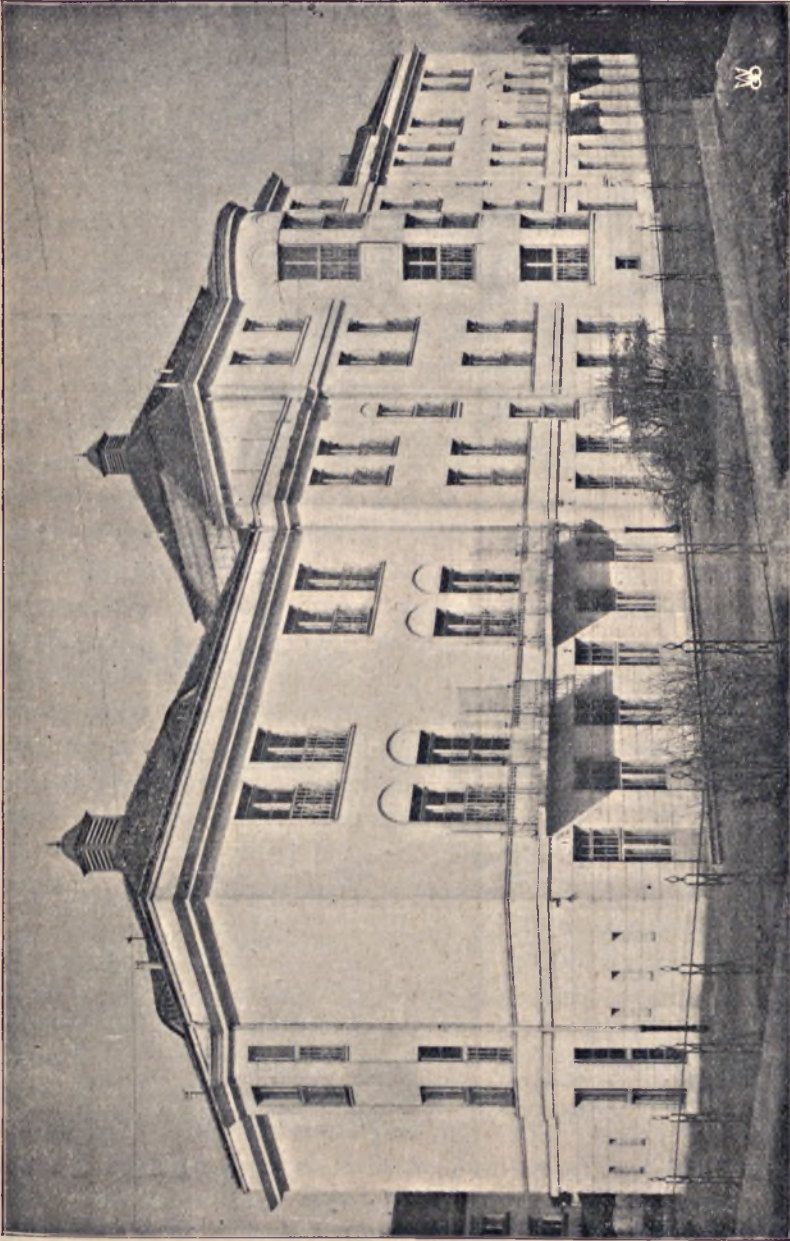
Drab. ko. i. w. piętra



Plan I i II piętra.

pawilony, zaś zachodnio-północny części administracyjno-gospodarcze. W centrum placu wzniesiono pawilon obserwacyjno-zakaźny na 212 łózek, przewiduje się jeszcze nadbudowę jednego małego pawilonu (Nr. 1) i dobudowę do niego w celu stworzenia większego oddziału dla pensjonarzy pierwszej klasy. Pod murami budynków od strony zachodniej ciągną się pomieszczenia mieszkalne służby niższej, kuchnia parowa, kotłownia centralna, wreszcie, niewybudowana jeszcze nowa kaplica przedpogrzebowa (z wyprowadzaniem zmarłych na tylną uliczkę), trupiarnia, sale sekcyjne, laboratorjum bakterjologiczne, mieszkanie laboranta. Obecna kaplica przedpogrzebowa przez dobudowanie chóru stała by się kaplicą dla S. M. i personelu szpitalnego z mieszkaniem kapelana i kilku asystentów. Przy podwórku gospodarczym wybudowano garaże, wagę towarową (na drodze do kuchni i węglarek przy kotłowni), na pięterku skład na słomę. Na miejscu ruder w samym narożniku północno-wschodnim stanąłby dom administracji, zaś obecny zajęłyby S. Miłosierdzia. Kotłownia centralna przez stopniowe uzupełnianie w dodatkowe kotły (do 5-ciu) poza obsługiwaniem już w chwili obecnej, dzięki przewodom idącym w tunelu podziemnym, pawilonu obs. — zakaźnego, kuchni i pralni, dostarczać będzie gorącą wodę do wanien i ogrzewać duży pawilon (Nr. 5), pozostałe cztery mniejsze i przyszyły dom administracji. Z powyższego wynika, że w ciągu kilku lat dokonano dużych zmian na lepsze, i o ile w tymże tempie uda się miastu zakończyć rozbudowę szpitala, to pomimo pewnych braków w rozplanowaniu, niedających się już usunąć, całość stanowić będzie jednostkę szpitalną wcale nie najgorszą, tembardziej przy zamianie w przyszłości tego szpitala z zakaźnego na ogólny.

Pawilon obserwacyjno-zakaźny Z tą właśnie myślą o przyszłym przeznaczeniu zrobiono dość trudny eksperyment przy budowie pawilonu obserwacyjno-zakaźnego, który w razie potrzeby ma się przeistoczyć w chirurgiczny bez żadnych większych przeróbek. Ze względów oszczędnościowych i ciasności terenu uchwalono nad parterem pawilonu obserwacyjnego, mającego swój specyficzny układ małych pomieszczeń i swoje odrębne potrzeby, wnieść jeszcze ze dwa — trzy piętra dla kilku oddziałów chorób zakaźnych, ale nigdzie nie łączących się z parterem.

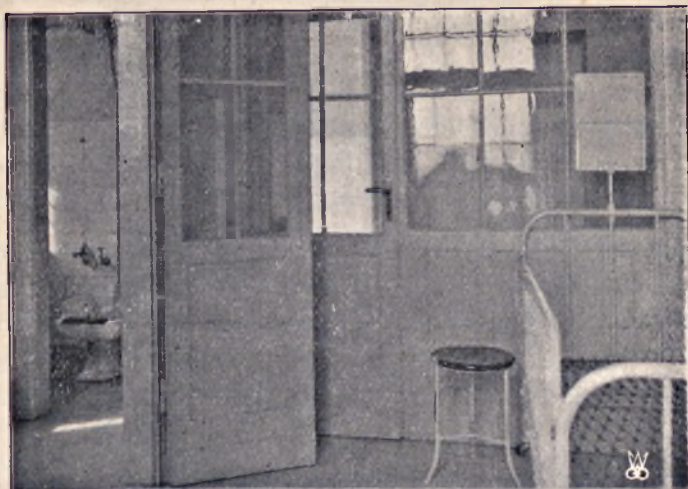


Widok pawilonu.

Takie wyjątkowe i rzadko kiedy stawiane warunki zostały, jak się zdaje, rozwiązane pod tym względem zupełnie zadowolniająco. Dolne kabiny obserwacyjne przeistoczą się w apartamenciki chorych pierwszej klasy, z głównego westiubulu będzie wprost wejście na główną klatkę schodową, układ zaś środkowych pomieszczeń na I i II piętrze od północy jest tak pomyślany, ażeby całkowicie zadość uczynił potrzebom sali operacyjnej (czystej i brudnej) z niezbędnymi przyległościami; w tym też celu pozakładano już przy budowie w ścianach potrzebne rury wodociągowe i kanalizacyjne.

Parter—oddział obserwacyjny Głównym celem założenia kabin obserwacyjnych jest konieczność przepuszczenia wszystkich chorych, wstępujących do szpitala przez ścisłą izolatkę, ażeby możliwie zabezpieczyć się od zakażeń wewnątrz szpitalnych. Do czasu ukończenia najdokładniejszych badań nad chorobą pacjent pozostaje w swojej kabynie, a później dostarczany jest na oddział właściwy, w wypadkach specjalnie ciężkich lub podwójnej kombinacji z chorob zakaźnych wcale jej nie opuszcza na cały czas choroby. Ta zasada i przeznaczenie poszczególnych pomieszczeń oddziału obserwacyjnego aczkolwiek nie jest nową w lecznictwie chorób zakaźnych, to jednak ze względu na możliwie pełne wyekwipowanie każdej kabiny, czego tylko żąda najsurowsza wiedza medyczna, rozwiązanie krążenia personelu obsługującego chorych, dostarczanie jedzenia i t. p., liczne szczegóły na pierwszy rzut oka nawet niewidoczne, jak również trudne do podania w zwięzłym opisie, wszystko to bezsprzecznie jest dla naszych warunków niezwykle doniosłym zjawiskiem. oraz cennym polem do dalszych spostrzeżeń i badań.

Kabiny obserwacyjne w ilości 18 rozmieszczone są po obydwie strony środkowego korytarza (szerokości 2,75 m), oświetlonego wykuszem z końców i dwoma górnymi świetlikami. Pawilon w układzie tym zbliża się do prototypu pawilonów obserwacyjnych — w szp. J. Hopkins'a w Baltimore, do propozycji Meltzera, najwięcej może pod względem układu całego apartamentu do pawilonu na 8 łóżek w szpitalu Dergano pod Medjolanem, składającego się z pokoiku chorego, wanny, ustępu i izolatora od strony korytarza o powierzchni, razem 31,90 m kw. Zupełnie nie wzorowano się na typie dwukorytarzowym (strona czysta



Kabina obserwacyjna.



Narożna sala chorych.

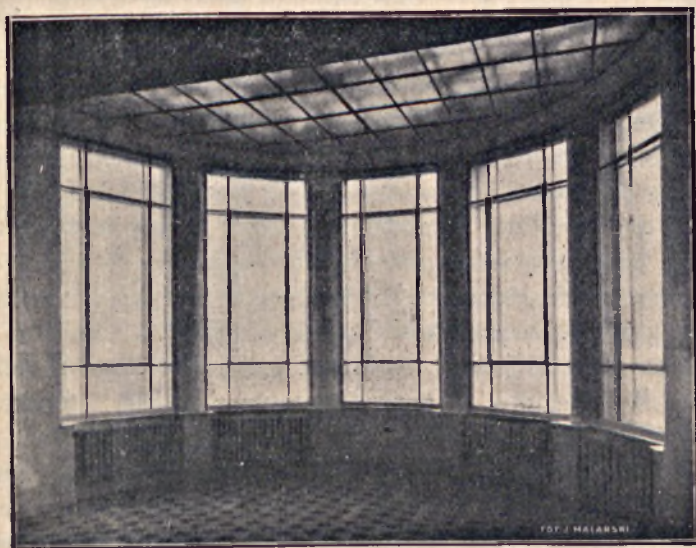
i brudna) z kabiną pośrodku, gdyż to wymagałoby górnego światła czyli budowli parterowej (Szpital Karola i Marji w Warszawie) oraz na typie zupełnie bez korytarza, jak w szpitalu powszechnym we Lwowie, gdzie pawilon składa się z 8-iu zestawionych tylko ze sobą niezależnych apartamentów (kabina, pokój dozoru i ustęp, razem 38 m. kw.), jako nie dający należytej zcentralizowanej obsługi chorego pod względem lekarskim i gospodarczym.

Jednostka obserwacyjna w szpitalu św. Stanisława składa się: 1) z sieni ciepłej wejściowej dla chorego 2,42 m. kw. (gdzie może się rozebrać ze swego ubrania — strona brudna — i przejść bezpośrednio do wanny), 2) z wanny postawionej sztorcem na pokój — 5,72 m. kw., 3) za nią ustęp i brudownik samosplukujący naczynia (Fejfordowski) 2,20 m. kw., 4) właściwa kabina z wyjściami szklanymi drzwiami dla chorego — 9,14 m. kw. powierzchni i przy 4,20 m. wysokości — 38,39 m. sz. powietrza na osobę i 5) izolator między kabiną chorego (całkowicie szklona ścianka do sufitu) a czystym wewnętrznym korytarzem dla personelu 2,40 m. kw.; ta przestrzeń jest przeznaczona na ubieralnię w fartuch dla każdego wchodzącego z korytarza do chorego i odkażanie się przy wychodzeniu, do czego służy umywalka z zimną i gorącą wodą. Ogółem użytkowa powierzchnia wszystkich tych pomieszczeń jednej kabiny wynosi 21,90 m. kw., w kabaturze budowlanej (łącznie ze ścianami) około 100 m. sz.

Każda kabina wyposażona jest w światło elektryczne ze szkłem matowym w płafonie na suficie, na noc zapala się słabe światło niebieskie; dzwonek elektryczny, tubę głośnikową dla rozmów między chorym leżącym w łóżku i korytarzem; wentylacja dopływowa odbywa się przez wąskie górne oświetle z przyrządem regulującym dowolnie kąt otworzenia — otwór ten zabezpieczony jest siatką metalową od much, — druga wentylacja jest wyciągowa z pobudzeniem mechanicznym od turbiny elektrycznej, umieszczonej we wspólnym szachcie wentylacyjnym na strychu; niezależnie od tej sieci kanałów, usuwających powietrze z kabin i sal chorych, funkcjonuje druga do wszystkich wanien i ustępów — w ten sposób w razie zatrzymania ssącej wentylacji i przy zmianie kierunku ciągu w kanałach, powietrze z ustępów nie może trafiać do sal i odwrotnie.



Środkowy korytarz przy świetliku.



Sala środkowa (operacyjna).

Nad 12 kabinami znajdują się silnie wystające balkony, zabezpieczające wejścia do kabin od deszczu. Pozostałe 6 kabin z konieczności technicznych górnych pięter są o nieco innym ugrupowaniu i nie posiadają brudowników, nadzór zaś nad choremi ze strony korytarza będzie uskuteczniiony za pomocą luster odbijanych.

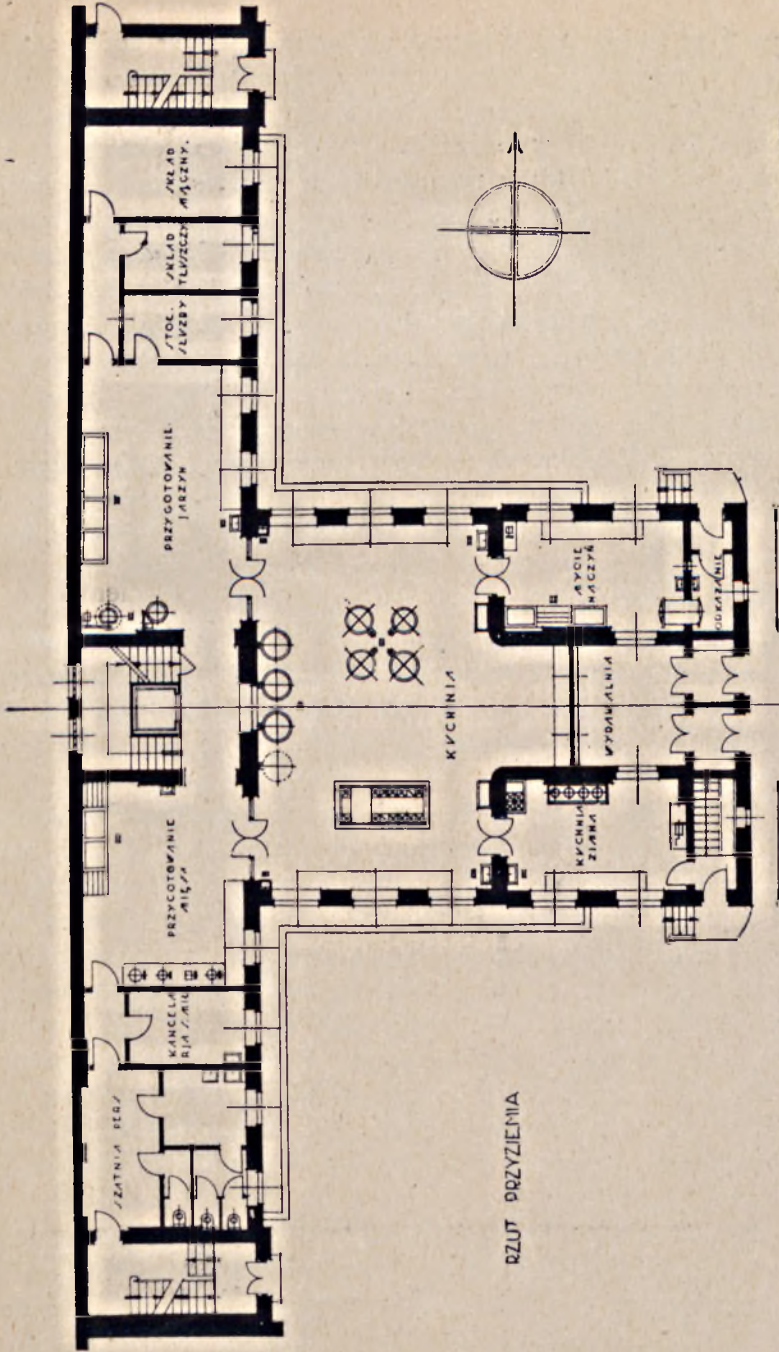
Dojście personelu i obsługi na obserwację odbywa się przez główne wejście od północy — przy westibulu jest dyżurka portjera, gabinet doktora, telefon oraz dwie szatnie, gdzie w specjalnych indywidualnych szafkach pozostawia się wierzchnie ubranie i wkłada się fartuch i czapkę; drzwi, prowadzące z owej szatni na korytarz nie posiadają od tej strony klamki, dzięki czemu ażeby wrócić po ubranie, wychodząc z pawilonu, wyższy i niższy personel przejść musi z konieczności przez odkażające izolatory — umywalki i wanny.

Jedzenie na oddział obserwacyjny dostarczane jest przez okienko od strony westibulu do podręcznej kuchenki. Centralnie do kabin rozmieszczone są jeszcze w parterze dwa pokoje dla dyżurnej służby pielęgniarskiej, alkowa-sypialnia dyżurnego doktora, podręczne laboratorium, ustępy męski i żeński.

I, II i III piętro — Oddziały zakaźne Trzy klatki schodowe, nigdzie nie łączące się z parterem (oczywiście w razie przekształcenia pawilonu na ogólny rozebrane będą w arkadach tylko cienkie murki i okna), obsługują dwa górne piętra o identycznym rozplanowaniu, w części środkowej; między dwoma tarasami jest jeszcze niewielkie trzecie piętro. Przy głównej klatce schodowej umieszczona jest winda osobowa dla chorych, przechodząca przez wszystkie piętra, aż do suterenu, gdzie przewidywano jest odkażanie jej i mycie. Przy przedsionku obok jednej z klatek służbowych są zaprojektowane dwie windy — potrawowa i bielizniarska przy podręcznych oddziałowych kuchenkach, wyposażonych w trzon gazowy, zmywak kamionkowy i zlew. Środek gmachu zajmują pomocnicze lokale, jakoto szatnia i gabinet doktorów, pokój i bielizniarka S. M., pokój na 2 pielęgniarki z wanną i szatnią, ustęp z umywalką dla personelu oraz „czysta“ wanna dla chorych, opuszczających oddział tuż przy głównej klatce schodowej. Dwie salki, mające w przyszłości inne przeznaczenie też są chwilowo zajęte na sale chorych. W skrzydłach budynku poza szklanymi

KUCHNIA.

SZPIK STANISŁAWA.
w WARSZAWIE.



PROJ. BUD. VL. BORAWKI.

SKALA 1:100



BIURO
WYDZIAŁ
ARCHITEKTURY

Plan parteru kuchni.

dzwiami na korytarzu mieszczą się poszczególne oddziały: dzienny pobyt, cztery sale chorych, umywalnia, p. wannowy, ustępy, brudownik samospłukujący, składzik na brudną bieliznę, szafka w murze na próbki wypróźnień. Trzecie piętro składa się z jednej większej sali i kilku pomocniczych pomieszczeń — ogółem na 18 łóżek. Na każdym dolnym piętrze projektowano umieścić po 69 chorych — rozmieszczono zaś swobodnie 88 łóżek, a mianowicie: sala duża o 110 m. kw. ma 16 ł., 2 sale po 37,5 m. kw. każda po 8 ł. i jedna sala o 20 m. kw. 4 łóżka. Pawilon był obliczony na 170 łóżek etatowych, włączając 18 kabin parteru — przy tem obliczeniu średnio wypadło na oddziałach 6,8 m. kw. powierzchni podłogi i 28.5 m. sz. powietrza na chorego. Tymczasem rozmieszczono o 42 łóżka więcej, co stanowi prawie 20%, w tym więc samym stosunku pomniejszyła się średnia pojemność powietrza i przestrzeni na 1 chorego. Wysokości powiększeń w świetle: sutereny 2.30 m., parter — 4.20 m., I piętro — 4.50 m., II p. — 4.20 m. i III p. — 37.0 m.

Wyposażenie wewnętrzne Z urządzeń sanitarnych wypada: 1 pisuar na 44 chorych, 1 wanna na 22 ch., 1 ustęp na 22 ch., 1 umywalka na 11 ch. i 1 brudownik na 44 ch. — wszystko liczone w stosunku do zwiększonej o 20% liczby chorych niż projektowano.

Na I piętrze przy sześciu większych salach znajdują się balkony z siatkami ochronnymi ponad balustradami. Siatki metalowe od much osadzone są od wewnątrz w oberluftach na parterze; są to ramki na zawiasach łatwo otwierane od środka w celu oczyszczania. Na piętrach 50% okien ma zdejmowane ramy drewniane z siatkami dla wstawiania w dolną otwieraną część okna w czasie letnim. Ta część okna odzewnątrz jest zabezpieczona kratą żelazną, ozdobnie kutą. Ponad tą dolną częścią jest środkowa otwierana tylko do mycia kluczem kolejowym; trzecia część górna jest to wąski o 35 cm. wys. oberluft otwierany do środka za pomocą małej przekładni, umieszczonej w gładzie okiennym.

Ogrzewanie pawilonu jest wodne, dostarczane z centralnej kotłowni rurami dobrze zainstalowanymi w przełazowym podziemnym tunelu. Grzejniki gładkie na konsolach dostatecznie oddalone od ściany, cała ścianka za grzejnikami pod oknami wyto-



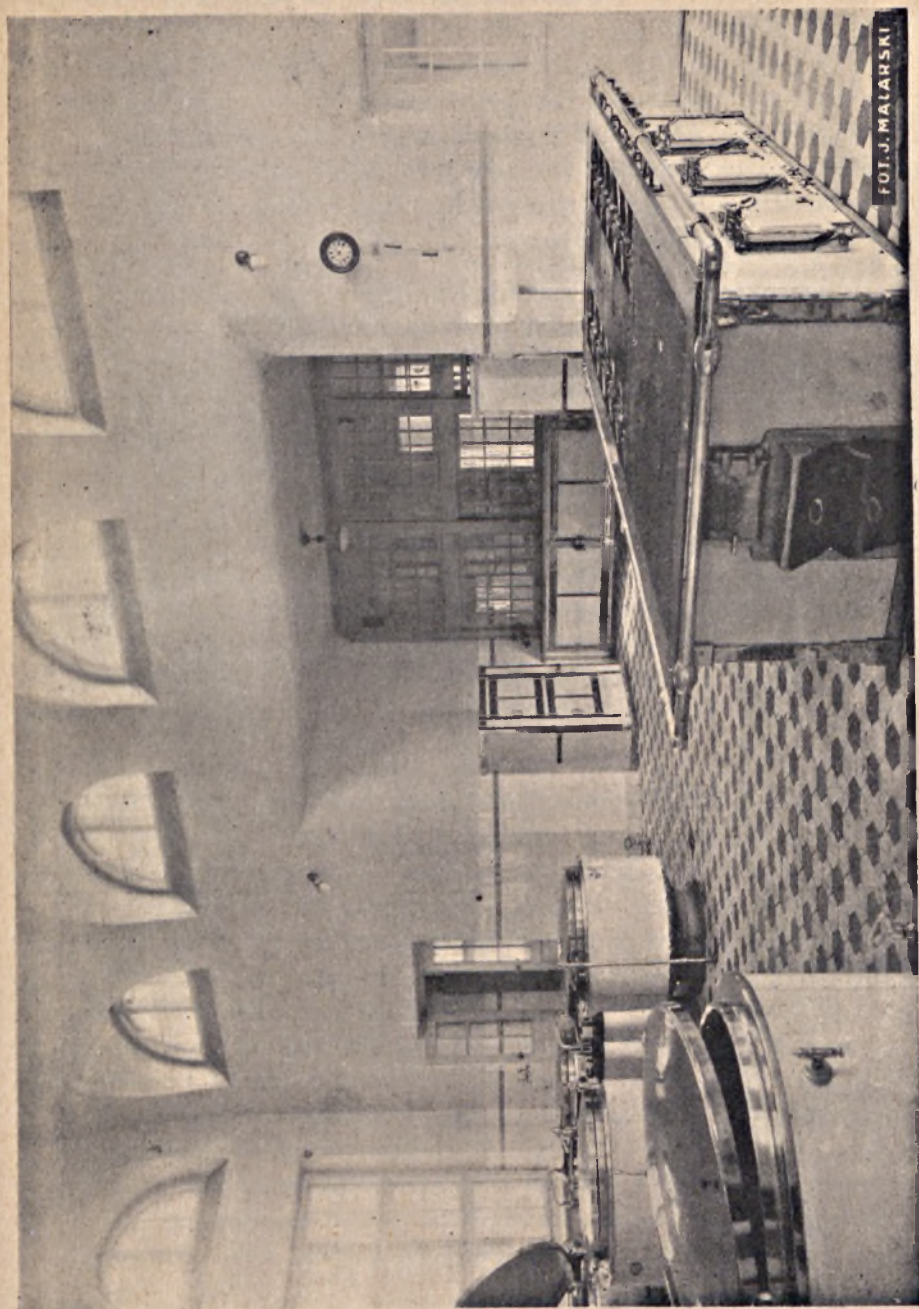
Widok kuchni.

żona glazurą. Cały parter a na piętrach korytarze, dzienne po-
byty, wanny, ustępy i umywalnie posiadają wysokie lamperje
z glazury; wszystkie inne sale chorych i pomocnicze służbowe
pomieszczenia mają lamperje olejne. Ściany malowane klejowo
w ciepłym kolorze kremowym. Podłoga wszędzie terrakotowa
w sześciokąty białe z szaremi; środkiem sal i korytarzy naklejo-
ne jest linoleum bronzowe na szlichcie cementowej na równi
z posadzką, ażeby nie było miejsca na zbieranie się brudu, żeby
uniemożliwić oddzieranie i otrzymać gładką zupełnie powierzch-
nię. Na każdym piętrze posiada pawilon po 2 automaty telefoni-
czne własnej sieci oraz w odpowiedniej ilości sygnalizację
dzwonkową.

Pawilon w odległości 15 m. otoczony jest ażurowem żelaz-
nem ogrodzeniem (siatką Ledochowskiego) na ciągłej betonowej
podmurówce w celu niedopuszczania zbyt blisko pod drzwi kabin
osób, przypadkowo znajdujących się na terytorjum szpitala. Dla
bezpośredniego dojazdu pod kabiny parteru ma być ułożona
jezdnia klinkierowa, na pozostałej części terenu założone będą
trawniki.

**Centrala
ciepłna i kuch-
nia parowa**

Rozszerzając szpital św. Stanisława o jedną trzecią
łóżek szpitalnych stawało się koniecznością wy-
budować nową kuchnię oraz w miejscu odpowied-
niem wznieść centralną kotłownię z maszynownią
w takich rozmiarach, ażeby z niej korzystać mogły nie tylko
uruchamiane nowe budynki, — pawilon i kuchnia, — lecz również
stopniowo dołączane już istniejące. W kotłowni, zagłębionej w po-
łowie niżej poziomu ziemi, przewidziane jest miejsce na 5 kotłów
systemu Wolfa o pow. ogrzewalnej 70 m. kw. każdy — narazie
ustawiono dwa. Obok kotłowni wznosi się 36 m. wysoki wolno-
stojący komin; założone są w ziemi składy na węgiel. Maszynow-
nia składa się z dwóch kondygnacyj: na dole stoją pompy od-
środkowe do cyrkulacji wody gorącej do pawilonu i kuchni i kondensacyjnej z powrotem do kotłów; resztę wyposażenia stano-
wią — dolny i górny zbiornik na wodę kondensacyjną, podgrze-
wacz wody użytkowej, zasobniki na wodę gorącą i rezerwa. W dol-
nej części maszynowni rozpoczyna się tunel podziemny w stronę
pawilonu długości 80 m. z rozwidleniami w stronę przyszłych po-
łączeń.

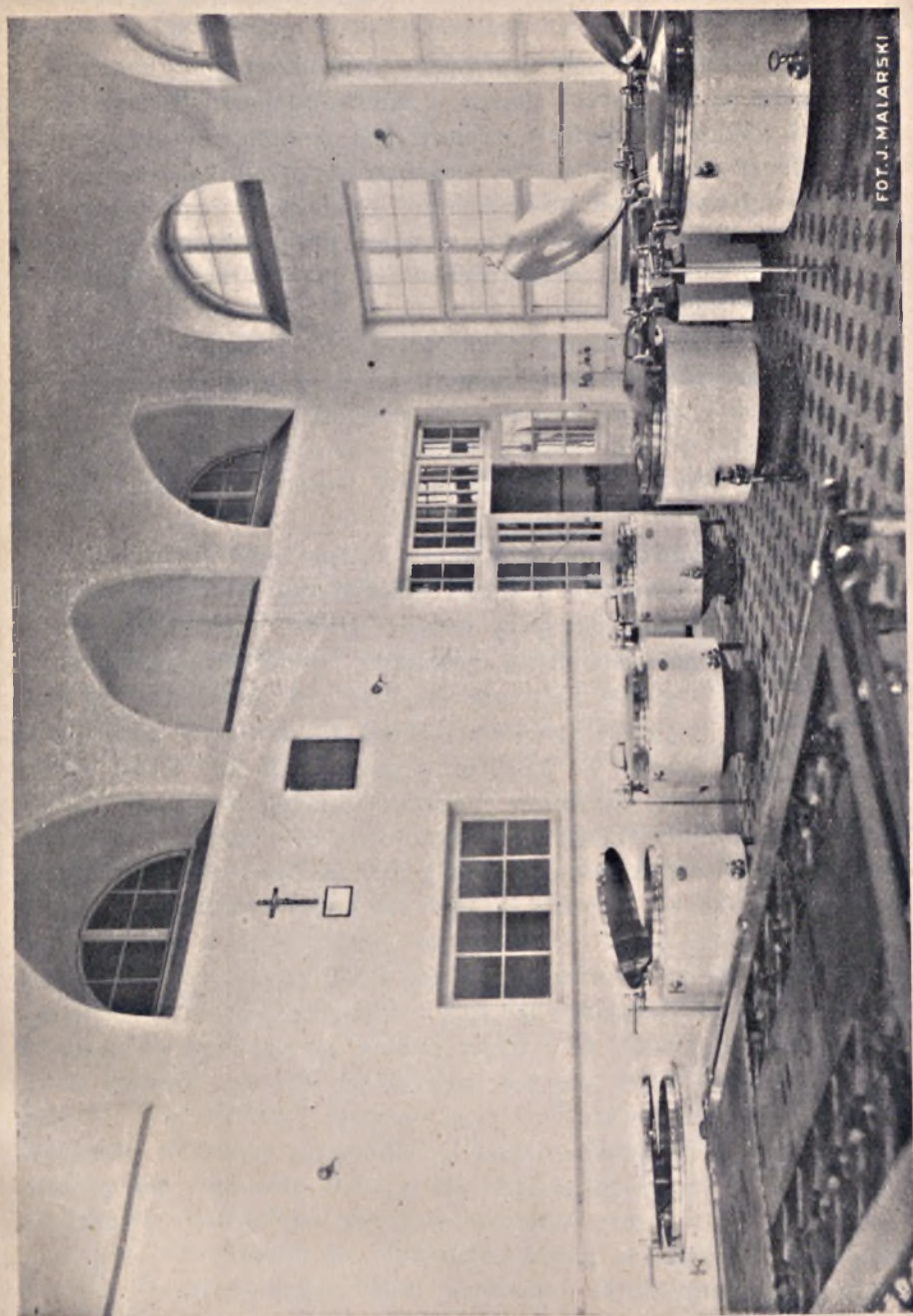


Wnętrze kuchni z widokiem na wydawalnię.

Budynek kuchni w kształcie litery „T“ wyciągnięty wzdłuż murów sąsiedniej posesji przytyka z jednej strony do kotłowni, z drugiej do oficyny z mieszkaniami niższej służby. W wysokich suterenach mieszczą się składy prowiantowe rozmaitego przeznaczenia, chłodnia na nabiał i mięso, wyrób sztucznego lodu, piekarnia podręczna; od strony rampy i wejścia z zewnątrz do składów obok schodów jest pochylnia dla transportowania do suterren wszelakich produktów w workach.

Parter składa się z kuchni właściwej o pow. 113 m. kw. (z obliczenia 0.18 m. kw. na 1 chorego przy 600 chorych); sala kuchenna oświetlona z dwóch stron przeciwległych dużymi oknami posiada jeszcze w górze w lunetach sklepienia klasztorne dodatkowe półkoliste okna z trzech stron. Produkty dostarczane są od strony składów dolnych (jarzynowych i mięsnych) oraz górnych (mącznych) windą towarową elektryczną na 225 kg. lub klatką schodową, przy której z jednej strony znajduje się pokój przygotowawczy dla mięsa z płuczkami i kilkoma różnego przeznaczenia maszynkami poruszanymi elektrycznością, z drugiej płuczki lastrikowe na jarzyny i mechaniczna krajaczka i obieraczka do ziemniaków. Przy tych pomieszczeniach—pokój zarządzającej kuchnią, szatnie i ustępy służby, 2 składziki podręczne i stołówka pracujących w kuchni.

W głównej sali kuchennej stoi trzon kuchenny gazowo-węglowy dług. 3.5 m. i szer. 1.5 m. z 12 palnikami, 4 piecykami, szabaśnikiem i 2 fajerkami; stół żelazny do podgrzewania potraw w oknie do wydawalni długości 4.3 m. oraz dwie szafki żelazne. kotły parowe do gotowania (krajowej produkcji): 2 o pojemności 300 litr. każdy, 3 — o pojemn. 350 litr., 1 — do herbaty 350 litr.; 1 — do kawy z workiem 350 litr., 1 — do mleka 225 litr. i 2 komplety koszy do ziemniaków z żórawiem ściennym. W t. zw. kuchni zimnej, posiadającej swoje okno do wydawalni znajduje się mały trzon gazowy z 4 palnikami i grupa kociołków wywrotowych o pojemn. 30, 40 i 2 po 50 litr. Symetrycznie po drugiej stronie umieszczona jest sień z kamerą dezynfekcyjną osadzoną w murze do zmywalni w celu odkażania parą do 130° C naczyń przynoszonych z oddziałów, zanim wzięte będą do zmycia i do następnego użytku.



FOT. J. MAJARSKI

Wnętrze kuchni.

Również służba przychodząca po odbiór jedzenia na oddziały, nigdzie nie styka się w pomieszczeniach ze służbą kuchenną. Największa bolączka kuchni parowej — usuwanie pary i zapachów — rozwiązana jest w sposób zupełnie zadowolniający: w czasie gotowania i otwierania kotłów czynny jest paropowietrzny agregat, który tłoczy czyste powietrze osuszone na grzejnikach wprost do kuchni — jednocześnie samoczynnie wytworzony jest ciąg powietrza w szachcie wentylacyjnym w wierzchołku sklepienia kuchni o przekroju 1 m. kw., dzięki cyrkulacji pary w zwojach rur tam się znajdujących.

Do opisu powyższych inwestycji należy dodać, że przy pralni zainstalowano również nową kamerę dezynfekcyjną poraz pierwszy wykonaną w kraju na wewnętrzne ciśnienie 1.25 atm. przy temperaturze pary 100° do 123° C, jak również na wytrzymałość próżni 60 — 65 cm. słupa rtęci, co odpowiada temperaturze pary formalinowej 52 — 60° C.

Między podwójnymi ściankami kamera wytrzymuje 3 atm. Jednocześnie z montażem kamery przerobiono całkowicie wejście i wyjście dla pracującego przy dezynfektorze, starając się możliwie zapewnić mu prawidłową cyrkulację i należyte odkażanie.

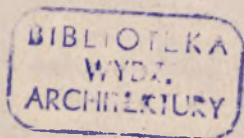
Kubatura i koszt nowych inwestycji Ogólna kubatura (liczona od ziemi do gzymsu) wynosi: pawilonu — 16.400 m³., kotłowni — 1.420 m³., kuchni — 3.610 m³. i garażu 555 m³. Koszt całkowity pawilonu obserwacyjnego, wliczając koszty umeblowania stolarskiego i oparkania oraz repartycję części kosztów kotłowni, komina, tunelu z rurami itp. około 200.000 zł., wynosi 1.350.000 zł. Przy 212 łózkach (18 kabin i łóżka oddziałowe) wypada średnio 80 m³. budowy na 1 łóżko, czyli przy koszcie 1 m³. 83 zł., koszt 1 łóżka odpowiada 6 640 zł. — w rzeczywistości koszt łóżka oddziałowego na 1, 2 i 3 piętrze jest o wiele mniejszy, jeżeli się zważy, że 1 łóżko kabiny na parterze w stosunku do kubatury samego parteru wynosi aż 222 m³. Ogólny koszt kotłowni, kuchni, garażu i komina wyniósł 1.335.000 zł.

Zakończenie Po uruchomieniu częściowem pawilonu obserwacyjno-zakaźnego od r. 1929 nasunęły się dopiero niektóre spostrzeżenia, w większości wypadków dające się z łatwością jeszcze uzupełnić, a mianowicie — na podestach głównej klatki schodowej należy osadzić drzwi oszklone

oddzielające korytarze od schodów, przy windzie potrawowej na parterze pożądanem jest urządzenie dla całego pawilonu miejscowej sterylizacji naczyń, przy kabinach należałoby przewidzieć niewielką salkę opatrunkową. Co do oddziałów na piętrach odczuwa się brak paru pokoiików 1—2 łóżkowych na cięższe przypadki i „pro morte“, gdy tymczasem najmniejsza salka jest 4 łóżkowa, brak na II piętrze balkonów, które jako daszki ochrone dla parteru są tylko przy salach I piętra i, wreszcie, wysokość pięter, wydaje się nadmierną, dochodząca jak na I piętrze do 4.50 m. Przy zastosowaniu, opisaney wyżej wentylacji, zupełnie sprawnie działającej, wysokość międzypiętrową można było znacznie zredukować i projektując, na przykład, na każdej kondygnacji 3,5 m. obniżyłaby się cała wysokość budynku o 2,80 m., dając znaczne oszczędności budowlane. Jest to moment niezmiernie ważny i tłumaczy się czynionem przy projektowaniu zastrzeżeniem, ażeby sale chorych w nowym pawilonie nie były niższe od sal istniejących pięciu pawilonów.


Kompleks budynków gospodarczych nie wykazuje żadnych zasadniczych braków.

Przy opracowywaniu szczegółowem pawilonu obserwacyjnego pod względem architektoniczno - technicznym przez autora niniejszego artykułu brał czynny udział, wspólnie z Radą Opiekuńczą pod przewodnictwem Kuratora p. Antoniego Mencła, ś. p. Dr. W. Dąbrowski lekarz naczelny szpitala, który nie szczędził w tym przedmiocie swoich cennych uwag i przewodnich myśli, popartych gruntowną wiedzą i długoletniem doświadczeniem na polu walki z chorobami zakaźnymi.



10-





2898