

Rozwiązanie projektowe ambulatorium i stacji izolacyjnej pierwszego szpitala dziecięcego Anny Marii w Łodzi oraz jego rozwinięcie w warszawskim szpitalu Karola i Marii. Analiza porównawcza



prof. dr hab. inż. arch.
MAREK PABICH
Politechnika Łódzka
Instytut Architektury i Urbanistyki
ORCID: 0000-0003-2831-2826



mgr
MACIEJ LOBA
Politechnika Łódzka
Instytut Architektury i Urbanistyki
ORCID: 0009-0007-9223-6860

W artykule analizowana jest ewolucja myśli projektowej o przestrzeni ambulatoryjnej i obszarze kwarantanny w szpitalu dziecięcym na początku XX wieku, w zakresie rozwoju oraz adaptacji przestrzeni, poprzez weryfikację jej użytkowania. Posłużono się przy tym metodami analizy jakościowej, w obrębie której zastosowano technikę analizy porównawczej omawianych przypadków w oparciu o literaturę przedmiotu, rzuty budynków i opisy ich użytkowania.

Opieka ambulatoryjna w początkach kształtowania się szpitalnictwa dziecięcego pełniła niezwykle ważną funkcję. Prawidłowe rozpoznanie wstępne, selekcja i rozdział przypadków, a w dalszej kolejności – udzielenie pomocy doraźnej lub izolacja, czemu służyć miała sprawna organizacja przestrzenna

ambulatorium – przeważały czasem o funkcjonowaniu całej placówki, stanowiąc pierwszą barierę przeciw zakażeniom. Oddział obserwacyjny natomiast był pierwszą służą zapobiegającą przeniesieniu i rozprzestrzenianiu się domniemych infekcji zakaźnych wewnątrz samego szpitala.

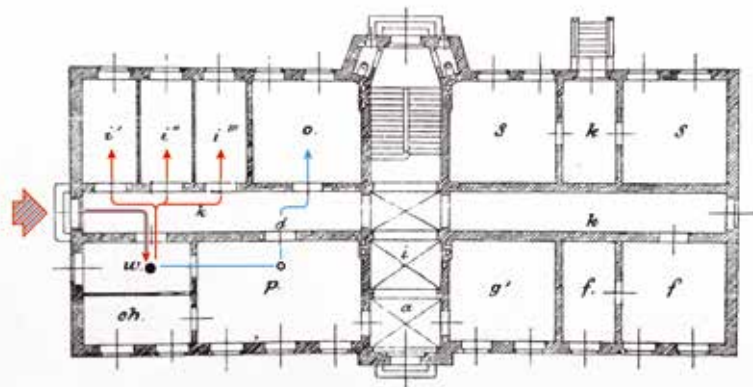
Szpitalnictwo dziecięce pod koniec XIX w.

Ostatnie ćwierćwiecze wieku XIX i sam początek XX, wobec odkryć Pasteura aż po referat Kocha, jednoznacznie przesądający o związku między drobnoustrojami a chorobą – to czas niezwykle dynamicznych zmian w architekturze ambulatoryjnej przestrzeni szpitalnej. Dzieje się tak zwłaszcza w szpitalach dziecięcych, które ze swej natury są bardziej wrażliwe na przenoszenie zakażeń wewnątrzszpitalnych. To czas rozwoju wielobudynkowych kompleksów szpitalnych w ramach założenia szpitala o układzie pawilonowym¹.

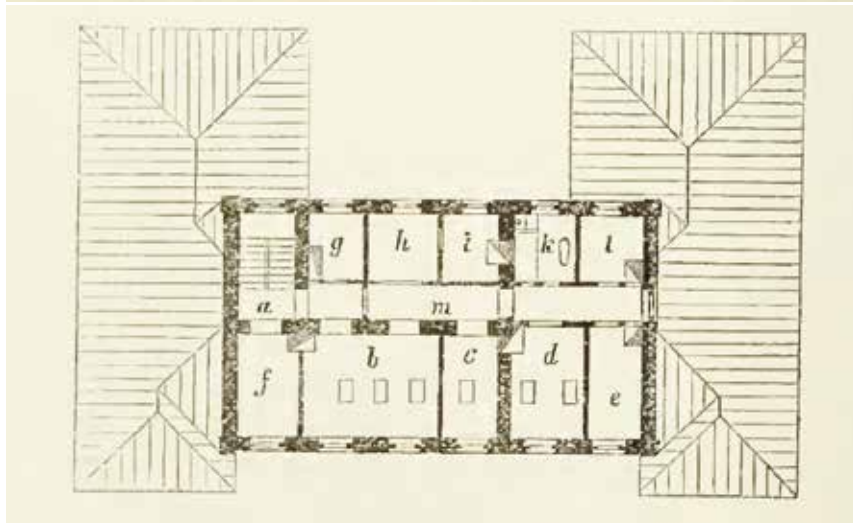
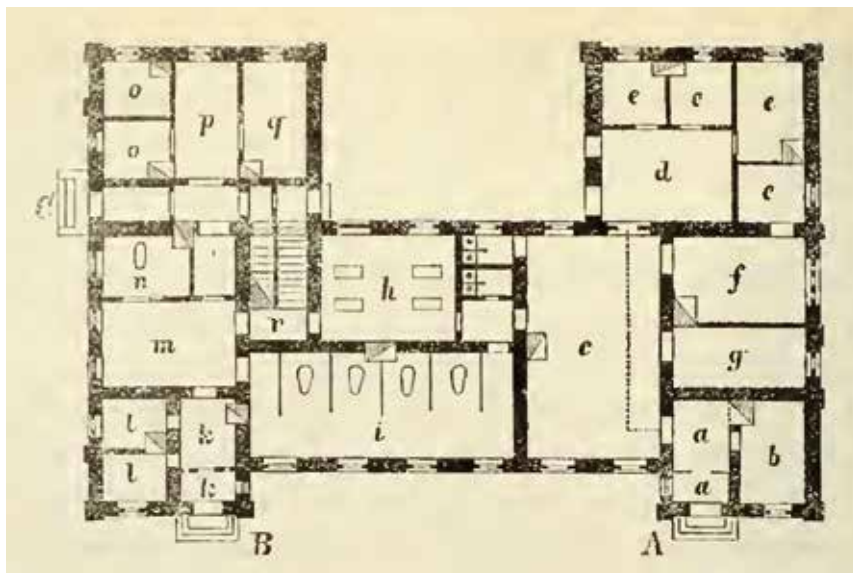


Il. 1. Paweł Riebenschahm, gmach ambulatorium szpitala dla dzieci im. Anny Marii w Łodzi, fot. 1939–1945 r.; źródło: [21]

¹ Szpital pawilonowy to szpital o takim układzie funkcjonalno-przestrzennym, w którym oddziały tóżkowe sytuowane są w co najmniej dwu budynkach, przy czym w żadnym z budynków nie umieszczono więcej niż połowy ogólnej liczby hospitalizowanych. Koncepcja szpitala pawilonowego sięga końca XVIII wieku i obserwacji czynionych przez chirurgów wojskowych (Sir John Pringle (1707–1782)), dotyczących przeżywalności chorych podczas rozlokowywania rannych w lazaretach. Po publikacjach Florence Nightingale (1820–1910) z okresu wojny krymskiej (1853–1856) koncepcja ta rozwinęła się, ewoluowała i zdominowała budownictwo szpitalne na świecie w drugiej połowie XIX wieku, by funkcjonować aż po wiek XX [1].



Il. 2. Paweł Riebensahm, ambulatorium szpitala dla dzieci im. Anny Marii, rzut parteru; źródło: [18]



Il. 3. Robert Gödicke, Carl Rauchfuss, szpital dziecięcy św. Włodzimierza w Moskwie (1874–1876), budynek ambulatorium, rzut parteru (a) i piętra (b); źródło: [5]

Połączenie kwarantanny i izolatek po raz pierwszy zastosowano w szpitalu dziecięcym księcia Piotra Greogorowicza Oldenburskiego w Petersburgu (oprac. 1867–1869) jako wynik współpracy znanego architekta petersburskiego Cezara Albertowicza Cavosa (1824–1883) z pediatrą i laryngologiem prof. Carlem Rauchfussem (1835–1915). Szpital księcia Oldenburskiego otrzymał w 1876 r.

wyróżnienie w Brukseli, a dwa lata później, po uhonorowaniu twórców na Wystawie Światowej w Paryżu złotym medalem – został uznany za szpital wzorcowy [2]. Carl Rauchfuss wraz z architektem Robertem Gödicke (1829–1910) opracował później projekt szpitala św. Włodzimierza w Moskwie, który został uznany w 1878 r. w Paryżu za najnowocześniejszy szpital europejski [3].

W dziejach szpitalnictwa dziecięcego, od końca trzeciej ćwierci XIX w. do początków wieku XX, za Władysławem Szenajchem – można rozróżnić trzy okresy izolacji chorych – okres odosobnienia ogólnego (*l'isolment en commun*), czyli decentralizacji poszczególnych chorób w pawilonach szpitalnych, okres dalszego odosobnienia chorych umieszczanych w docelowych pawilonach (*l'isolment dans l'isolment*) oraz ostatni – izolacji pacjentów w poszczególnych boksach (*l'isolment individuel ou cellulaire*). Okres pierwszy obejmuje wykorzystanie doświadczeń petersburskich i moskiewskich Rauchfussa, okres drugi opiera się na doświadczeniach Jacquesa Jasepha Granchera (1843–1907), wicedyrektora Instytutu Pasteura, jednocześnie dyrektora Hôpital des Enfants-Malades w Paryżu i sięga początku lat 90. XIX w. Grancher przedkładał nade wszystko rolę antyseptyki w kontrze do idei zamykania chorych w izolatkach. Okres trzeci, współtłoczący z drugim, wyłania się w ramach dyskusji Granchera z Émile Roux (1853–1933), immunologiem i bakteriologiem, współpracownikiem Pasteura. Roux utrzymywał, iż wobec powietrznej drogi szerzenia zakażeń – potrzebna jest pełna izolacja dzieci w oddzielnych celkach [4].

Analizowane w artykule przypadki szpitali są pierwszą na ziemiach polskich próbą zastosowania systemu pawilonowego w budownictwie pediatrycznym, którego zwolennikami byli wszyscy wybitni pediatrzy europejscy od Calra Rauchfussa, Jacquesa Granchera, Émile Roux, po Józefa Brudzińskiego i Władysława Szenajcha (1879–1964). Prezentowane zmiany należą do późnych przeobrażeń w obrębie tego nurtu.

Postulaty wydzielenia budynku ambulatorium i stacji obserwacyjnej znajdujemy co prawda już u samego Rauchfussa [5], ale ambulatorium – wydzielone jako odrębny budynek, i stacja obserwacyjna wsparta laboratorium szpitalnym jako konieczny element projektu założenia szpitala dziecięcego – pojawia się w publikowanych przez prof. Józefa Brudzińskiego na łamach „Czasopisma Lekarskiego” w roku 1905 uwagach o postępie w dziedzinie szpitalnictwa dziecięcego. Autor podkreśla, że te warunki bezdyskusyjnie przesądzą o dalszym kierunku rozwoju szpitalnictwa pediatrycznego [6].

Obydwie opisywane w niniejszej pracy placówki medyczne pozostają modelowymi rozwiązaniami problemu planowania szpitala dziecięcego, a ich współtwórcą i organizatorem Józef Polikarp Brudziński (1874–1917) zajmuje poczesne miejsce w ścisłej europejskiej czołówce pediatrii światowej początku XX wieku.

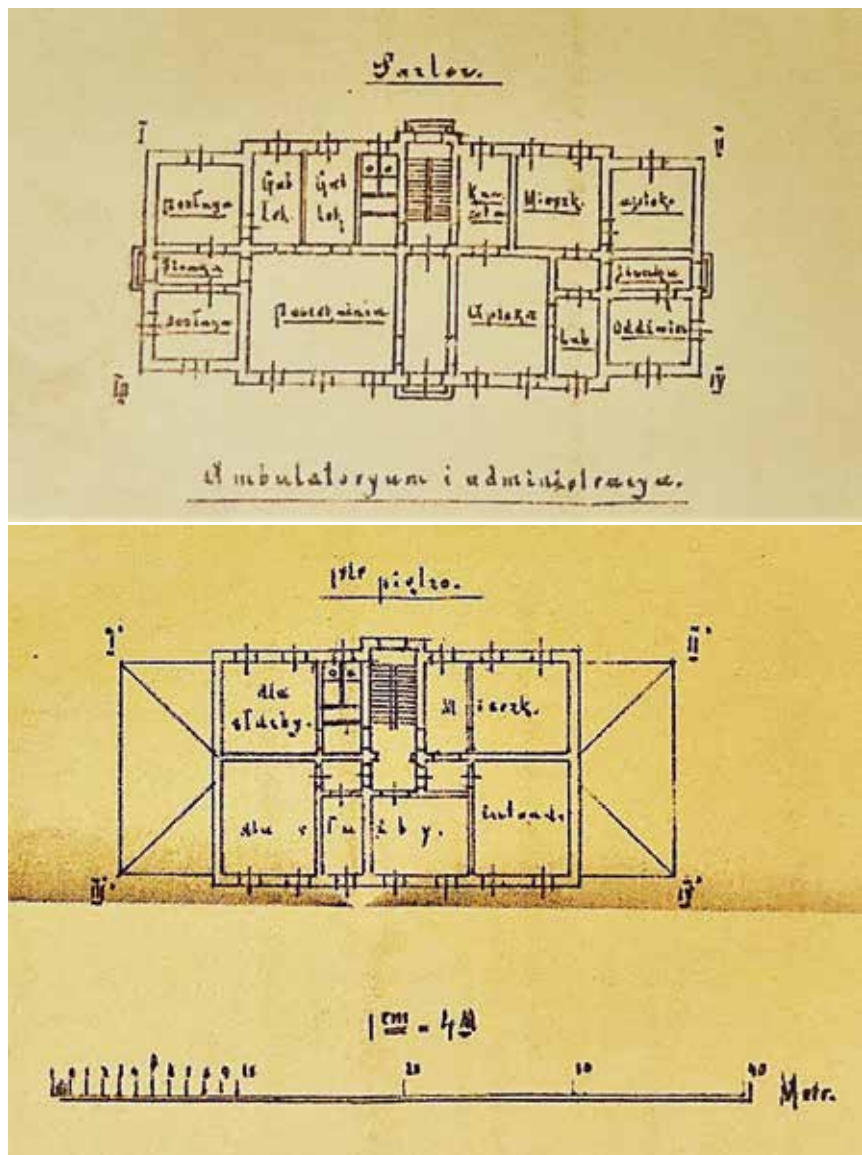
Szpital Anny Marii w Łodzi oddany do użytku w 1905 r. został zrealizowany z prywatnej fundacji łódzkich rodzin fabrykanckich Herbstów i Geyerów. Formułowana jeszcze przez dr. Seweryna Sterlinga (1864–1932)

idea powstania szpitala dziecięcego w Łodzi skryzalizowała się za sprawą inicjatywy łódzkiego lekarza dr. Karola Jonschera (1850–1907), który w 1902 roku rozpoczął zbieranie środków na ten cel. Do prac komitetu szpitalnego na prośbę Jonschera włączył się wybitny naukowiec, neurolog i pediatra Józef Brudziński, który zgodził się objąć stanowisko naczelnego lekarza powstającego szpitala [7], [8].

Józef Brudziński w latach 1898–1900 pracował w klinikach w Warszawie, w Krakowie u prof. Macieja Jakubowskiego (1837–1915), w Grazu u prof. Theodora Eschericha (1857–1911), w Paryżu u prof. Antoine’a Marfana (1858–1942) i prof. Victora Hutinela (1849–1933), a także w klinikach Wiednia, Innsbrucku, Zurychu, Kolonii i Londynu. Był także spotecznikiem i działaczem narodowym (w 1917 r. został pierwszym rektorem wskrzeszonego Uniwersytetu Warszawskiego). Prowadził badania kliniczne i obserwacje², których wyniki relacjonowała europejska prasa medyczna [9], [10].

Brudziński w latach bezpośrednio poprzedzających budowę szpitala odbył studyjną podróż po europejskich szpitalach dziecięcych. Odwiedził szpital w Monachium, Kaiser und Kaiserin Friedrich Kinderkrankenhaus oraz Poliklinik für Kinderkrankheiten – oba prof. Adolfa Baginsky’ego (1843–1918) w Berlinie, Klinikę Adél Bródy w Budapeszcie, szpital Hermanna Soltmanna (1844–1919) w Lipsku, a także szpitale w Wiedniu i Paryżu [7], [11], [12].

Właściwym architektem powstającego szpitala Anny Marii został Paweł [Paul] Riebensahm (1861–1947), architekt niemieckiego pochodzenia, wykształcony na Politechnice Ryskiej, którą ukończył w 1885 r., by po 9 latach trafić do Łodzi, gdzie pracował dla Karola Scheiblera jako kierownik działu budowlanego [12], [13]. Projekt szpitala Anny Marii powstał jako wynik współpracy Pawła Riebensahma działającego w komitecie szpitalnym z dr. Karolem Jonscherem oraz dr. Adolfem Tochtermanem (1866–1950) [15]. Można przypuszczać, że sprowadzony Józef Brudziński wniósł duży wkład intelektualny w sam projekt architektoniczny, trudno jednak precyzyjnie wyznaczyć jego bezpośredni zakres, przynajmniej do czasu formalnego objęcia zwierzchnictwa nad szpitalem. Z racji oczywistych, opisywanych przez niego samego mankamentów i anachronizmów, pozostających w sprzeczności z opisanymi w 1905 r. doświadczeniami studyjnymi Brudzińskiego, można założyć, że w części projekt architektoniczny szpitala powstał przy udziale dr. Jonschera i dr. Tochtermana. Jeśli jednak powstał przed przybyciem Brudzińskiego, to najprawdopodobniej w oparciu o założenia sformułowane jeszcze przez dr. Seweryna Sterlinga i architekta Adolfa Zeligsona (1867–1919). Sterling



Il. 4. Seweryn Sterling, Adolf Zeligson, projekt szpitala dla dzieci w Łodzi, rzut parteru (a) i piętra (b), 1885 r.; źródło: [16]

i Zeligson w 1885 roku, za namową berlińskiego higienisty i następcy Roberta Kocha – Maxa Rubnera (1854–1932) – opublikowali w prasie lekarskiej założenia szpitala dziecięcego na 40 łózek dla Łodzi, w oparciu o rozwiązania szpitala św. Olgi projektu Konstantyna Bykowskiego (1841–1906) oraz Wasilija Barakowa (1852–1905), powstałego we współpracy z Karlem Rauchfussem [16].

Brudziński objął szpital w trakcie budowy i poprowadził organizacyjnie przez kolejne lata, pozostając na stanowisku lekarza naczelnego szpitala Anny Marii do roku 1910. Część innowacji stosowana była na bieżąco, a część korekt nastąpiła niezwłocznie w pierwszym roku użytkowania szpitala [17].

W roku 1910, na prośbę warszawskiej filantropki Zofii Szlenkierówny (1882–1939), Brudziński wziął udział w nowym przedsięwzięciu – projekcie przygotowanym wraz z architektem Czesławem Domaniewskim (1861–1936), przyszłym dziekanem Wydziału Architektury Politechniki Warszawskiej [19]

– opracowaniu, budowie i organizacji szpitala dziecięcego im. Karola i Marii Szlenkierów w Warszawie (1911–1913). Szpital ten w całości powstał w oparciu o doświadczenia i przemyslenia Brudzińskiego na stanowisku naczelnego lekarza Szpitala Anny Marii w Łodzi [20].

² W roku 1908, tj. w czasie pełnienia funkcji lekarza naczelnego szpitala Anny Marii, odkrył i opisał ważny objaw cierpienia opon mózgowych u dzieci, który nazwał „odruchem drugostronnym na kończynach dolnych”. W roku 1909 po dalszych badaniach opisał tzw. objaw karkowy. Objawy opisywane przez Brudzińskiego nazwane jego nazwiskiem jako „signe de Brudziński” stanowią ważny wkład w diagnostykę zapalenia opon mózgowych u dzieci [9], [10].



Il. 5. Paweł Riebensahm, wejście do stacji obserwacyjnej, pawilon administracyjny i ambulatorium szpitala Anny Marii w Łodzi od strony szpitala, fot. ok. 1930; źródło [15]



Il. 6. Czestaw Domaniewski, Józef Brudziński, szpital Karola i Marii, Warszawa (1913), budynek ambulatorium, rzut; źródło: [4]



Il. 7. Czestaw Domaniewski, Józef Brudziński, szpital Karola i Marii, Warszawa (1913), ambulatorium szpitalne, wejście dla pacjentów; źródło: [4]

Ambulatorium i stacja obserwacyjna w szpitalu Anny Marii

Ambulatorium w szpitalu Anny Marii od początku pomyślane było tak, aby można było oddzielić przypadki podejrzone o infekcję zakaźną, co w chwili budowy szpitala było już praktyką zaakceptowaną i powszechnie przyjętą, a na ziemiach polskich dotychczas niestosowaną. „Zasada ta – pisał Brudziński – przez wszystkich za słuszną uznawana, w niektórych tylko szpitalach nowszych dla dzieci została urzeczywistniona (szpital Bagińskiego w Berlinie, szpital Soltmana w Lipsku, szpital Bródy w Peszcie). W naszym szpitalnictwie dziecięcym jest to pierwsza próba [17].

Do ambulatorium matki z dziećmi wpuszczane były wejściem bocznym (a'), skąd pojedynczo wchodziły na prawo, do przylegającego pokoju (w), gdzie odbywało się pobieżne badanie przedwstępne. W tym miejscu lekarz oglądał skórę i gardło dziecka, wypytując jednocześnie o krztusiec (dawniej koklusz), dyfteryt i szkarlatynę. Dzieci z tymi rozpoznaniemami umieszczane były odpowiednio w pokojach izolacyjnych (i', i'', i'''), a dzieci nieinfekcyjne – wpuszczane do ogólnej poczekalni (p) i przyjmowane kolejno w ogólnym pokoju ordynacyjnym (o).

Rozróżnia to organizację planu ambulatorium Anny Marii od przypadku ambulatorium Rauchfussa w szpitalu św. Włodzimierza w Moskwie, które także było zespolone ze stacją obserwacyjną, umieszczoną jednak na piętrze.

W Moskwie nie było jasno wydzielonych traktów, a wejście chorych i zdrowych pozostawało wspólne. Podobnie miała się rzecz z wyposażonym w dwa gabinety ambulatorium proponowanym przez Sterlinga i Zeligsona, gdzie również brak wydzielonych ciągów komunikacyjnych i brak stacji obserwacyjnej.

Stacja obserwacyjna według opracowania Rauchfussa dla dużego szpitala liczącego pomiędzy 125 a 250 łóżek powinna była posiadać od 5 do 10 łóżek, a w szpitalach średnich (75–125 łóżek) od 3 do 5. W szpitalach małych, do których Rauchfuss zaliczał szpitale mające między 25 a 75 łóżek, w oddziale obserwacyjnym wystarczyło do 3 łóżek [5]. Brudziński dodatkowo zauważa, że berlińska stacja obserwacyjna Bagińskiego składała się z 6 łóżek rozlokowanych w 6 pokojach, a szpital przyjmuje od 250 do 300 pacjentów leżących. Odpowiednio Peszt dysponował 3 łóżkami, a w klinice prof. Hermanna Soltmanna 3 łóżeczka stacji obserwacyjnej mieściły się szklanych celkach-boksach [6].

Stacja obserwacyjna w szpitalu Anny Marii mieściła się jednak w jednym budynku z ambulatorium, choć nie była z nim bezpośrednio skomunikowana. Wyposażona została w osobne wejście od strony kompleksu szpitalnego. Składała się z 2 sal (s)

przyległych do widnego korytarza (k). Stuzyla do przetrzymywania chorych o niepewnej diagnozie do czasu uzyskania danych z badañ bakteriologicznych w wypadku dyfterytu lub obserwacji przebiegu choroby w przypadku odry i pŁonicy. WyposaŹenie stacji w dwa pomieszczenia z przeznaczeniem dla trzech pacjentów samo w sobie kŁóciŁo siŁe z ideą izolowanej obserwacji, a bardzo szybko okazaŁo siŁe niewystarczajĄce wobec rosnĄcego obŁoŹenia szpitala [18]. Jak siŁe wydaje, zbyt maŁa przepustowość stacji obserwacyjnej nie wynikala z niedoszacowania wyliczeñ Raufussa i pośrednio czerpiĄcych z jego statystyk twórców Łódzkiego szpitala, lecz z niewystarczajĄcej liczby miejsc w szpitalu Anny Marii wzglŁdem potrzeb caŁej aglomeracji obsŁugiwanej przez jeden obiekt.

RozwiĄzanie ambulatorium i stacji izolacyjnej szpitala Anny Marii nie byŁo wolne od wad. ByŁy to: wspólny korytarz prowadzĄcy zarÓwno do separatek, jak i do pokojów ordynacyjnych niezakaŹnych oraz, co najistotniejsze, wspólny wejście i wyjście dla chorych i zdrowych, a takŹe wyraŹne niedoszacowanie rzeczywistych potrzeb szpitala. Niemniej, co warte podkreślenia, rozwiĄzanie to byŁo pierwszĄ na ziemiach polskich próbĄ zastosowania przyjĘtych w szpitalnictwie europejskim rozwiĄzañ.

Ambulatorium i stacja obserwacyjna w szpitalu Karola i Marii

Przy projektowaniu warszawskiego szpitala Karola i Marii, który Brudziński projektowaŁ osobiście wraz z prof. Czesławem Domaniewskim, rozwiĄzano problem ciĄgów komunikacyjnych w ambulatorium szpitalnym. Chorzy trafiali bezpośrednio z ulicy poprzez przedsionek (31) do sortowni (32). Tutaj urzĄdzono system 5 przeszklonych boksów rozdzielajĄcych oczekujĄce dzieci z matkami i niewielki korytarzyk (29).

Pierwsza selekcja odbywaŁa siŁe wŁaŹnie tutaj. Dzieci chore niezakaŹnie kierowane byŁy korytarzem gŁównym (41) do poczekalni niezakaŹnej (40). Tam oczekiwaŁy na przyjĘcie w gabineciech, by po udzieleniu porady ambulatoryjnej opuŹciŁy szpital wyjściem dla dzieci nieinfekcyjnych (24). Dzieci chore zakaŹnie kierowane byŁy do piĘciu izolatek (34–36), skąd albo opuszczaŁy szpital wyjściem dla zakaŹnie chorych w końcu korytarza (33), albo w razie decyzji o hospitalizacji odsyŁano je do pawilonów szpitalnych.

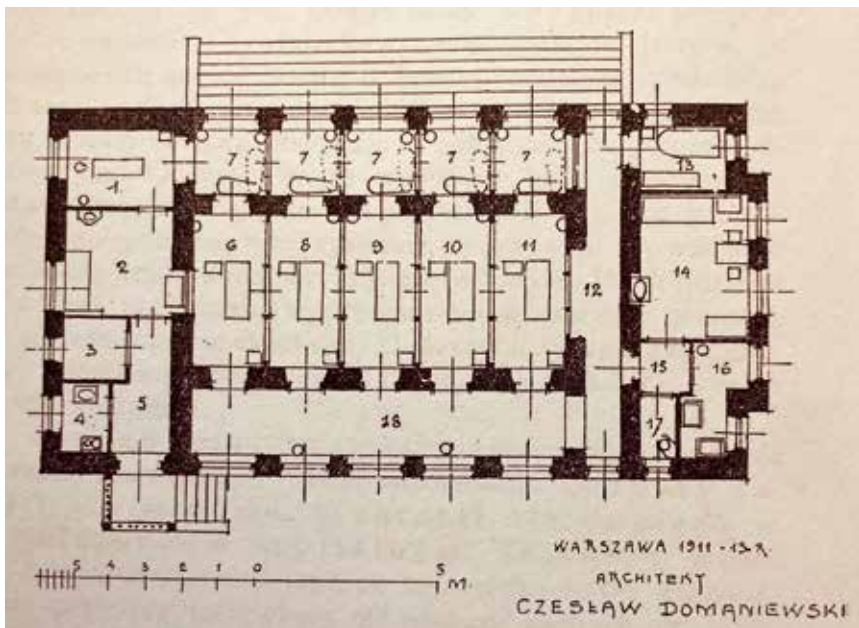
Stacja obserwacyjna urzĄdzona zostaŁa w warszawskim szpitalu jako odrębny budynek, pawilon obserwacyjny. SkŁadala siŁe z piĘciu oszklonych salek, dodatkowo doświetlonych i wentylowanych wŁasnymi oknami, tzw. boksów typu melcerowskiego, dostępnym dwustronnie, z obiegajĄcym je korytarzem czystym (18).



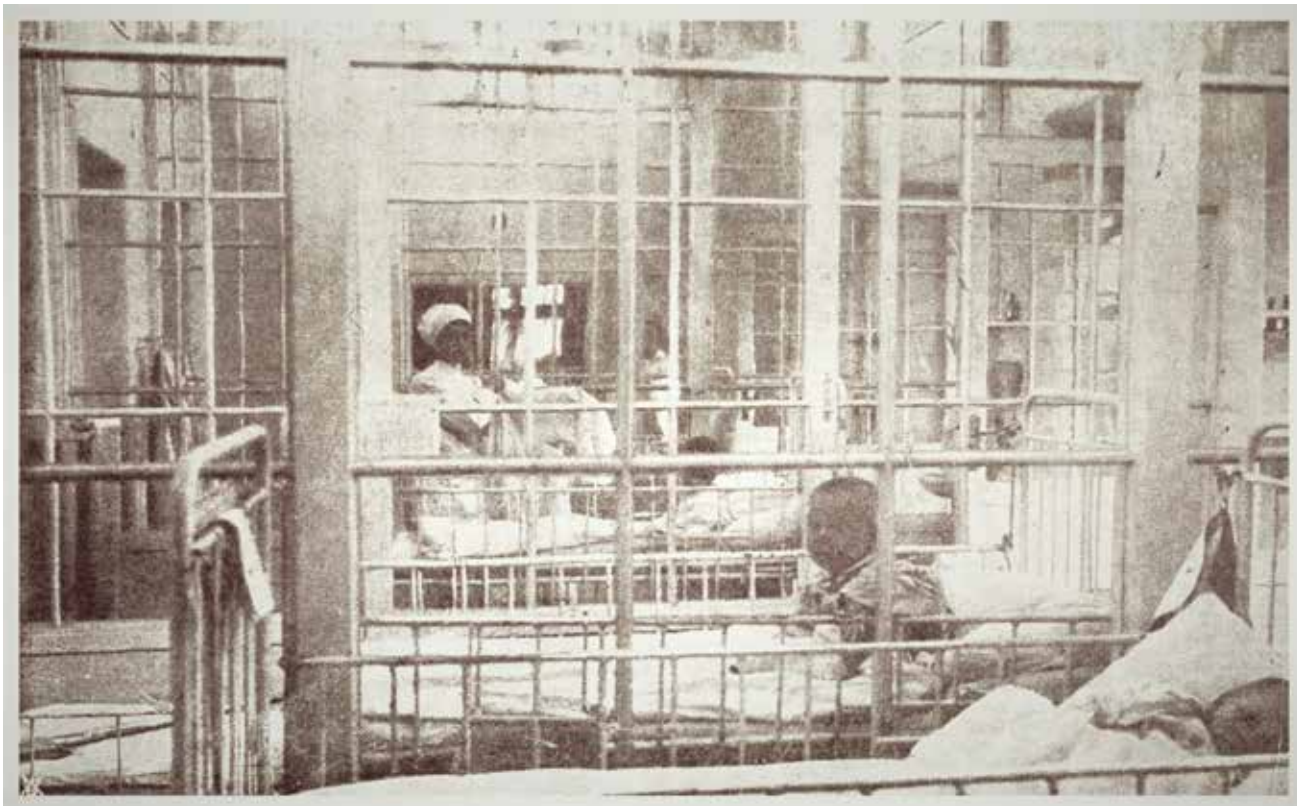
Il. 8. Czesław Domaniewski, Józef Brudziński, szpital Karola i Marii, Warszawa (1913), ambulatorium szpitalne, sortownia chorych, fot. ok. 1930; Źródło: [4]



Il. 9. Czesław Domaniewski, Józef Brudziński, szpital Karola i Marii, Warszawa (1913), ambulatorium szpitalne, wyjście dla chorych zakaŹnych, fot. ok. 1930; Źródło: [4]



Il. 10. Czesław Domaniewski, Józef Brudziński, Szpital Karola i Marii, Warszawa (1913), stacja obserwacyjna; Źródło: [20].



Il. 11. Czestaw Domaniewski, Józef Brudziński, szpital Karola i Marii, Warszawa (1913), stacja izolacyjna, przeszkłone celki stacji (2), fot. ok. 1930; źródło: [4]

Rozwiązanie to opisane zostało po raz pierwszy przez Ernesta Fiodorowicza Melcera (1868–1922), rosyjskiego architekta i inżyniera wojskowego, który zaprojektował w 1906 roku boks wyposażony w służbę do przyjmowania pacjentów zakaźnych, zapobiegający rozprzestrzenianiu się chorób zakaźnych, co znalazło zastosowanie w następnych dziesięcioleciach. [22]

Poszczególne separátky (6, 8–11) wyposażono w przedsonki z wannami (7). Pawilon dodatkowo miał niewielką salę operacyjną (1).

Szpital Karola i Marii obsługiwał sporą aglomerację. Pacjentami byli mieszkańcy Warszawy i okolic. Z racji spodziewanego dużego obciążenia Brudziński wykluczył zastosowanie systemu boksów dostępnych bezpośrednio z ulicy, w których chorzy oczekiwali na diagnozę, jako zbyt kosztowny dla obsługującego miasto szpitala [20]. Zastąpił go jednak omówionym systemem.

Wnioski

Przy porównywaniu obydwu omawianych realizacji obserwujemy proces aplikacji doświadczeń osobistych przez współtwórcę rozwiązań koncepcyjnych. Lata spędzone na stanowisku lekarza naczelnego urządzanego i wciąż kształtującego się szpitala łódzkiego (1905–1910) to obserwacja niedociągnięć i przeoczeń oraz mierzenie się z konsekwencjami przyjętych wcześniej, jeszcze na etapie fundacji, założeń. Owocem tych lat były przemyślenia podparte innymi, czynionymi wcześniej, na gruncie obcym, obserwacjami,

które w potężeniu z głęboką, wciąż aktualizowaną wiedzą prof. Józefa Brudzińskiego dały nowoczesny program szpitalny opracowany z wysokiej klasy architektem, jakim był Czestaw Domaniewski. Te rozwiązania, wraz z wprowadzeniem systemu częściowej izolacji osobniczej w poszczególnych pawilonach, przesuwały polskie szpitalnictwo dziecięce z okresu *l'isolment en commun* w obszar własny, pomiędzy *l'isolment dans l'isolment* a *l'isolment individuel ou cellulaire*, co sytuowało szpital Karola i Marii na najwyższym poziomie europejskim czasu jego powstania. Prześledzenie zachodzących procesów otwiera pole dalszych obserwacji w zakresie rozwoju i adaptacji budynków użyteczności publicznej w oparciu o weryfikację ich użytkowania.

Bibliografia

- [1] Taylor J., *The Architect and the Pavilion Hospital: Dialogue and Design Creativity in England 1850–1914*, London and New York: Leicester University Press, 1997.
- [2] Kuzniecowa M.N., 2008, *Iz proshogo peditricheskoy sluzhby. Woprosy sovremennoy peditrii*, 7(5), s. 128–130 [Кузнецова М.Н., 2008, Из прошлого педиатрической службы. Вопросы современной педиатрии, 7(5), с. 128–130].
- [3] Lewanowicz W.W., Mikirticzan G.E., Sawina I.A., 2014, *U istokow SPBGPМУ: wkład wydajuszczo peditra KA Rauchfusa*. *Pediatr*, 5(2), s. 3–13 [Леванович В.В., Микиртичан Г.Е., Савина И.А., 2014, У истоков СПбГПМУ: вклад выдающегося педиадра КА Раухфуса. *Педиатр*, 5(2), с. 3–13].
- [4] Szejnach W., *Szpital im. Karola i Marii dla dzieci. Drugie dziesiocielecie 1924–1934*, Warszawa: Wydawnictwo Wydziału Szpitalnictwa Zarządu Miejskiego w M. St. Warszawie, 1937.
- [5] Rauffuss C., *Die Kinderheilanstalt* [w:] Gerhardt C. (red.) *Handbuch der Kinderkrankheiten*, Tubingen: H. Laupp 1877, s. 465–530.
- [6] Brudziński J., 1905, *Słów kilka o postępkach szpitalnictwa dziecięcego*, „*Czasopismo Lekarskie*”, t. 7, z. 2–3, s. 61–74.

- [7] Psenicka-Gundlach Z., 1967, *Pierwszy szpital dziecięcy w łodzi – rola i znaczenie*, „*Zdrowie Publiczne*”, t. 78, nr 7, s. 1173–1176.
- [8] Supady J., 1979, *Powstanie i organizacja pierwszego szpitala dla dzieci w łodzi w latach 1904–1914*, „*Szpitalnictwo Polskie*”, R: 23, nr 1, s. 19–24.
- [9] Handelsman M., Józef Polikarp Brudziński [w:] Konopczyński W. (red.) *Polski Słownik Biograficzny*, t.III, Kraków: Polska Akademia Umiejętności, 1937, s. 11–12.
- [10] Lisowski W., 1988, *Prof. dr med. Józef Polikarp Brudziński (1874–1917) – wielki peditra i pierwszy rektor wskrzeszonego Uniwersytetu Warszawskiego*, „*Lekarz Wojskowy*”, t. 64, nr 1–2, s. 114–117.
- [11] Berner W., Supady J., *Działalność lekarsko-społeczna na rzecz zdrowia publicznego w łodzi w latach 1870–1914*, Łódź: ADI, 2001.
- [12] Grygiel T., *Szpital Anny Marii widziany oczyma historyka miasta i architektury* [w:] Gotębiowska M. (red.), *Szpital Anny Marii w łodzi*. *Zastugi dla peditrii*, Łódź: Bestom-Dentonet.pl, 2005, s. 59–67.
- [13] Strzałkowski J., *Architekti i budowniczwie w łodzi do roku 1944*, Łódź: Nakładem autora, 1997, s. 113–114.
- [14] Stefański K., Paul Riebenschahm [w:] *Idem, Ludzie, którzy zbudowali Łódź. Leksykon architektów i budowniczych miasta (do 1939 roku)*, Łódź: Dom Wydawniczy Księży Młyn, 2009, s. 147–148.
- [15] Mogilnicki T., *Dwudziestopięcioletnie Szpitala Anny Marii w łodzi 1905–1930*, Łódź: „Drukarnia polska” L. Mazurkiewicza, 1930.
- [16] Sterling S., Zeligson A., 1895, *Projekt Szpitala dla dzieci w łodzi*, *Podali... lekarz i... Architekt*, „*Zdrowie*”, nr 122, s. 401–409.
- [17] Brudziński J., 1905, *Szpital Anny Marii dla dzieci w łodzi*, „*Czasopismo Lekarskie*”, t. 8, nr 5, s. 179–189.
- [18] Brudziński J., 1907, *Pierwsze sprawozdanie roczne z działalności szpitala Anny Marii dla dzieci w łodzi*, „*Czasopismo lekarskie*”, t. 10, nr 4, s. 116–134.
- [19] Łoza H., *Słownik architektów i budowniczych Polaków oraz cudzoziemców w Polsce pracujących*, Warszawa: Budownictwo i Architektura, 1954.
- [20] Brudziński J., 1914, *Szpital im. Karola i Marii dla dzieci w Warszawie*, „*Przegląd Peditryczny*”, t. 6, z. 4, s. 97–143.
- [21] *Gmach ambulatorium szpitala dla dzieci im. Anny Marii w łodzi*, arch. Paweł Riebenschahm, fot. 1939–1945 r., *Zbiory Woje-wódzkiej Biblioteki Publicznej im. Marszałka Józefa Piłsudskiego w Łodzi*, Dział Regionalny, sygn. R 179.
- [22] Mielcer E.F., *Pawilony dla zaraznych bolnych w gospitalach, Sankt-Pietierburg: t-wo Chudozestwiennoj Pieczati*, 1906 [Мельцер Э. Ф., *Павильоны для заразных больных в госпиталях*, Санкт-Петербург: т-во Художественной Печати, 1906].



Il. 12. Czesław Domaniewski, Józef Brudziński, szpital Karola i Marii, Warszawa (1913), stacja izolacyjna – widok górnych okienek wentylujących boksy, fot. ok. 1930; źródło [4]

DOI: 10.5604/01.3001.0053.7584

PRAWIDŁOWY SPOSÓB CYTOWANIA

Pabich Marek, Loba Maciej, 2023, Rozwiązanie projektowe ambulatorium i stacji izolacyjnej pierwszego szpitala dziecięcego Anny Marii w Łodzi oraz jego rozwinięcie w warszawskim szpitalu Karola i Marii. Analiza porównawcza, „Builder” 8 (313). DOI: 10.5604/01.3001.0053.7584

Streszczenie: W artykule analizowana jest ewolucja myśli projektowej o przestrzeni ambulatoryjnej i obszarze kwarantanny w szpitalu dziecięcym na początku XX wieku, w zakresie rozwoju oraz adaptacji przestrzeni, poprzez weryfikację jej użytkowania. Postulowano się przy tym metodami analizy jakościowej, w obrębie której zastosowano technikę analizy porównawczej omawianych przypadków, w oparciu o literaturę przedmiotu, rzuty projektowe i opisy użytkowania budynków. Zestawiono dwie realizacje powstałe przy udziale wybitnego neurologa i twórcy polskiej pediatrii Józefa Polikarpa Brudzińskiego (1874–1917). Obserwacje zebrane podczas jego podróży studyjnej po klinikach kilku krajów i doświadczenia własne z pracy w szpitalach kilku miast europejskich zostały wykorzystane przy urządzaniu szpitala dziecięcego Anny Marii w Łodzi (1902–1905), a następnie zweryfikowane przez kolejne 5 lat pracy na stanowisku lekarza naczelnego szpitala. Z tej perspektywy Brudziński wraz z architektem Czesławem Domaniewskim (1861–1936) zaprojektował kolejny szpital dziecięcy, im. Karola i Marii Szlenkierów w Warszawie (1911–1913), łącznie z osobistymi doświadczeniami z szeroką wiedzą na temat szpitalnictwa dziecięcego. Porównywano ambulatoria i stacje obserwacyjne obydwu szpitali jako obszary

odpowiadające, węzłowe, newralgiczne, obrazujące zmiany w szpitalnictwie przekładające wiedzę i doświadczenia na bezpośrednią praktykę. Analiza porównawcza obydwu tych realizacji pozwoliła na wskazanie miejsca i pozycji polskiego szpitalnictwa dziecięcego początku XX wieku na tle zmian w szpitalnictwie europejskim. Prześledzenie zachodzących procesów otwiera pole dalszych obserwacji w zakresie rozwoju i adaptacji przestrzeni publicznych w oparciu o weryfikację ich użytkowania.

Słowa kluczowe: architektura szpitali dziecięcych, szpital pawilonowy, Józef Brudziński, szpital Anny Marii, szpital Karola i Marii, ambulatorium, stacja obserwacyjna

Abstract: DESIGN SOLUTION FOR THE OUTPATIENT CLINIC AND QUARANTINE UNIT OF THE FIRST ANNA MARIA CHILDREN'S HOSPITAL IN ŁÓDŹ AND ITS DEVELOPMENT IN THE KAROL AND MARIA CHILDREN'S HOSPITAL IN WARSAW. COMPARATIVE ANALYSIS. This article analyzes the evolution of architectural thought, specifically, project thought behind the outpatient clinic and the quarantine area of children's hospitals at the beginning of the XX century. Specifically, the analysis focuses on how the use of this space, and observation of this use, assisted in the development of future such projects. A qualitative method was used to compare and contrast two case studies, using existing literature, architectural plans, and descriptions of the use of the space. Two case studies are examples of hospitals realized in collaboration with a famous neurologist and a co-creator of Polish pediatrics, Józef

Polikarp Brudzinski (1874-1917). His observations collected during his travel residencies in several countries worldwide contributed to developing one of the discussed hospitals, the Hospital Anny Marii in Lodz (1902-1905). They were further verified when he worked in this hospital for five years and continued to improve its functioning working as the head doctor there. With all these experiences in mind, he later helped design, along with an architect Czesław Domaniewski (1861-1936), the second hospital studied in this paper: The Karol and Maria Szlenkier Hospital in Warsaw (1911-1913). This project resulted from Brudzinski's personal experiences in Lodz, his vast knowledge of pediatrics, and his love of architecture. Outpatient clinics and observation stations of both hospitals were compared and considered as critical areas demonstrating the evolution of hospital design thinking and their practical applications. Comparative analysis of both cases allowed for placing Polish pediatric hospital development and its accompanying changes in the broader European context. Outlining these processes allows for further investigation of public spaces based on careful and knowledgeable observation of their use.

Keywords: architecture of children's hospitals architecture, history of hospitals, pavilion hospital, Józef Brudziński, Anna Maria Hospital, Karol and Maria Hospital, outpatient clinic, observation unit