

Modelowe kształtowanie szpitali powszechnych w okresie międzywojennym na przykładzie szpitala w Puławach

Natalia Przesmycka

<https://orcid.org/0000-0002-1755-2448>
n.przesmycka@pollub.pl

*Katedra Architektury, Urbanistyki i Planowania Przestrzennego,
Wydział Budownictwa i Architektury, Politechnika Lubelska*

Streszczenie: W wyniku badań i dyskusji lekarzy i architektów zaangażowanych w rozwój szpitalnictwa w dwudziestoleciu międzywojennym, wypracowano rozwiązania modelowe optymalizujące układy funkcjonalne szpitali, ich wielkość, organizację, rozwiązania architektoniczne i budowlane. Z powodu wybuchu II wojny światowej, niewiele założeń doczekało się realizacji w pełnym zakresie. Budynek w Puławach jest wyjątkową inwestycją w skali kraju, ponieważ na jego przykładzie wdrożono idee realizacji racjonalnego i nowoczesnego niewielkiego szpitala powszechnego, a tego rodzaju szpitali w odrodzonej Polsce brakowało najbardziej. Celem badań jest wykazanie wartości architektonicznych budynku obecnego pawilonu B w zespole SPZOZ w Puławach, jako wdrożenia rozwiązania projektowego zawierającego najnowsze idee okresu międzywojennego w zakresie kształtowania szpitali powszechnych.

Słowa kluczowe: architektura szpitali, projektowanie szpitali, optymalizacja projektu szpitala, architektura modernistyczna, architektura międzywojenna, Puławy, modelowe szpitale

Stan badań i metodyka badań

Architektura okresu międzywojennego jest przedmiotem zainteresowań badawczych zarówno architektów jak i historyków sztuki. Szereg opracowań o charakterze przeglądowym ukazało się w ostatnim dziesięcioleciu, dotykając zagadnień kształtowania architektonicznego i stylistyki międzywojennego modernizmu. Obiekty służby zdrowia, przewijają się na ich łamach tych publikacji, jednak szczegółowo opisywane są przede wszystkim obiekty reprezentacyjne ze względu na swoją skalę, wybitnego projektanta lub szczególnie interesującą architekturę (Pszczółkowski, . Historia szpitalnictwa jest z kolei tematyką badań historyków i historyków medycyny, lekarzy, zaś opracowania najczęściej odnoszą się do poszczególnych jednostek administracyjnych, miejscowości lub regionów (Łysiak 2005, Grassmann, Zemke-Górecka, Kędra 2009). Analizy szpitalnictwa w Polsce przedrozbirowej dostarczają liczne monografie i artykuły (m. innymi Podgórska-Klawe 1981), jednak architektura obiektów służby zdrowia z okresu międzywojennego jest już zdecydowanie rzadziej opisywana (Paradowska 2015, Noszczyk 2016, Kopociński, Kopociński, 2020). Tematyką historii zinstytucjonalizowanej ochrony zdrowia na Lubelszczyźnie zajmowali się historycy: Zbigniew Góralski (1982), Dariusz Prucnal (1999), Wiesław Partyka (2017).

Prowadząc badania dotyczące szpitala w Puławach oparto się na materiałach źródłowych – dokumentacji projektowej przechowywanej w Archiwum Państwowym w Lublinie, dokumentacji technicznej będącej w posiadaniu SPZOZ w Puławach oraz na własnych badaniach in situ, prowadzonych jako towarzyszące podczas wykonywania projektów budowlanych dotyczących modernizacji i dostosowywania obiektu do współczesnych wymagań. Ważnym elementem badań były studia porównawcze innych obiektów szpitalnych powstałych i projektowanych w tym okresie na terenie II Rzeczypospolitej oraz studia literaturowe prasy fachowej z okresu dwudziestolecia międzywojennego.

Szpitalnictwo w okresie międzywojennym – zarys problemu

W okresie międzywojennym dostęp do opieki zdrowotnej był jednym z głównych problemów z jakimi mierzył się rząd odrodzonego państwa. Powołano Ministerstwo Zdrowia Publicznego (15 V 1918 – 19. XII 1923) a następnie sprawy związane z ochroną zdrowia rozdzielono pomiędzy kompetencje Ministrów Spraw Wewnętrznych oraz Pracy i Opieki Społecznej. Od 1 lipca 1932 r. sprawy pozostające w gestii MSW przekazano Ministrowi Pracy i Opieki Społecznej, a do wybuchu II wojny światowej problematyka zdrowotna pozostała w rękach Ministra Opieki Społecznej¹. Ustawa sanitarna z 1919 roku nakładała obowiązek zakładania i utrzymywania szpitali na zarządy komunalne. Kolejne ustawy miały na celu rozwiązać problem dostępności i organizacji opieki zdrowotnej: ustawa o ubezpieczeniach społecznych (1923), o zakładach leczniczych (1928) czy o publicznej służbie zdrowia (1939).

Obowiązki i uprawnienia szpitali oraz zakres kontroli władz nadzorczych wyływały bezpośrednio z rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dn. 22. 03. 1928 o zakładach leczniczych i rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 14. 02. 1931 o zakładach leczniczych. W okresie międzywojennym uwidoczniły się dysproporcje w jakości i liczbie obiektów służby zdrowia na terenie Rzeczypospolitej, zaś braki w liczbie łóżek szpitalnych były bardzo widoczne, szczególnie we wschodnich rejonach kraju². W okresie 1918–1939 istniały szpitale o różnych profilach, formie własności czy sposobie finansowania, jednak wszystkie instytucje znajdowały się w trudnej sytuacji finansowej. Budżety szpitalne opierały się na opłatach od chorych, których w większości szpitale dzielono na 3 klasy, przy czym najniższa przeznaczona była dla chorych ubezpieczonych i mniej zamożnych, oraz ubogich. W okresie 1923–1938 liczba łóżek szpitalnych w skali kraju wzrosła o około 5.000, co dawało wskaźnik 21,7 na 10.000 mieszkańców, jednocześnie zmalała liczba samych szpitali (1923 – 702, 1938 – 677, co było wynikiem likwidacji instytucji słabo zarządzanych lub nie odpowiadających wymaganiom sanitarnym). W 1935 roku 52% ogólnej liczby szpitali stanowiły szpitale samorządowe (287), 33% – społeczne (218), 10,7% państwowe (40) a 3,8% szpitale prywatne (115). Trzy lata później ogólna liczba szpitali wynosiła odpowiednio: 283 szpitale samorządowe, 72 państwowe, 214 społeczne i 108 prywatne. Łączna liczba łóżek wynosiła w 1935 roku 68.700³, a w 1938 – 74.999, dając wskaźnik 21,7 łóżka na 10.000 mieszkańców, co wg ówczesnych szacunków znacznie odbiegało od pożądaných wymagań oraz od wskaźników w krajach europy zachodniej⁴.

Stan techniczny budynków szpitali w okresie międzywojennym zależał przede wszystkim od czasu ich powstania i lokalizacji. Jedynie 1/5 szpitali posiadała wszystkie wymagane pracownie analityczne i urządzenia, 39% szpitali posiadało centralne ogrzewanie, 43 szpitale (na 545) nie posiadało podłączenia do sieci wodociągowej, 52 szpitale nie posiadały elektryczności „i prawie tyleż szpitali nie miało kanalizacji”⁵.

Architekci i lekarze – idee racjonalizatorskie

Kryzys gospodarczy z lat 30-tych spowodował, że zaczęto myśleć o bardziej racjonalnym planowaniu budowy nowych obiektów służby zdrowia. Tematyką tą zajmowali się zarówno architekci, inżynierowie jak i lekarze medycyny. Szczególny wkład miał doktor Bohdan Ostromecki, którego idee racjonalnie rozplanowanych szpitali

1 D. Cianciara, *Zdrowie publiczne w Polsce przed II wojną światową – lekcja dla współczesnych*, „Przegląd Epidemiologiczny”, 2011: 65, s. 635–641 (s. 636).

2 Wyliczając braki przyjmowano 10 łóżek na 1000 mieszkańców (dla Warszawy), 8 na 1000 dla innych miast, 5 łóżek na 1000 mieszkańców dla miast powyżej 20.000 i po 2 na 1000 dla pozostałych miejscowości i gmin wiejskich. Osobnym zagadnieniem był brak szpitali psychiatrycznych. Za: M. Heyman, *Ogólna Rozbudowa Szpitalnictwa w Polsce*, „Przegląd Szpitalnictwa” 1939 Nr 1/2, s. 80.

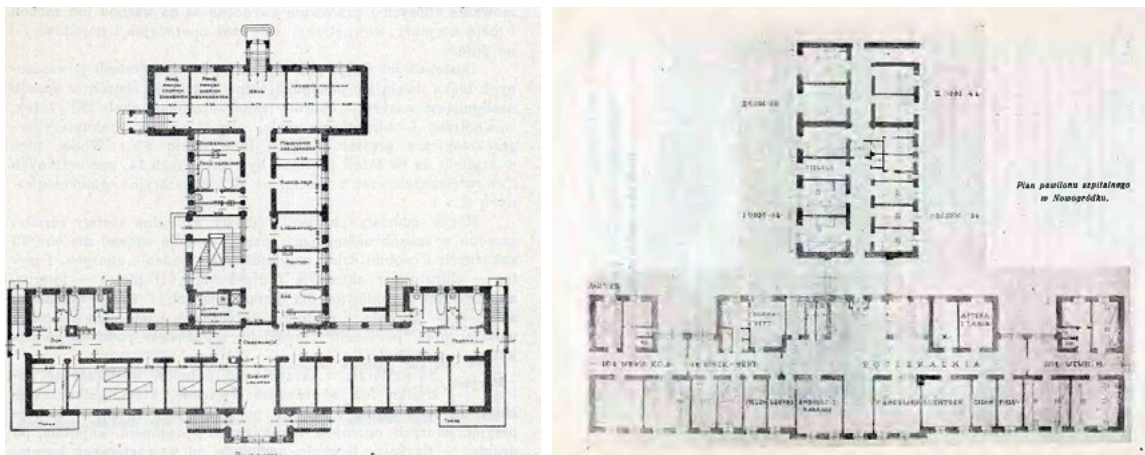
3 Wg dra Jerzego Bulajskiego: Bujalski J., *Rzut oka na stan i działalność zakładów leczniczych państwowych, komunalnych, społecznych i prywatnych na podstawie sprawozdań za rok 1934–1935*, „Lekarz Polski”, Warszawa 1936.

4 W krajach takich jak Węgry czy Szwajcaria wskaźnik wynosił ponad 10. W większości innych krajów europy zachodniej wynosił około 6. Za: *Mały Rocznik Statystyczny 1939*.

5 *Rzut oka...*, op. cit., s. 26–27.

o różnych typach wywarły realny wpływ na projektowane obiekty szpitalne w II połowie lat 30. XX wieku⁶. Według dra Ostromęckiego, budowa i administrowanie szpitali powinny być zadaniami samorządów, zaś gmina, w której chory mieszkał przez ostatni rok powinna pokrywać koszty leczenia ubogich (Ostromęcki 1924). Bohdan Ostromęcki, próbując wyjść naprzeciw potrzebie budowy nowych obiektów szpitalnych „na prowincji”, za najniższy, opłacalny do budowy szpital powszechny uznał obiekt 60-łóżkowy (Ostromęcki 1932). Przedstawiony plan zakładał możliwą rozbudowę szpitala do 75 lub 100 łóżkowego. Przy opracowywaniu projektu korzystał z rad architektów: Borawskiego, Heymana i Pallado.

Podstawowym założeniem zapewniającym właściwe funkcjonowanie szpitala była organizacja przynajmniej 4 oddziałów: wewnętrznego, chirurgicznego, ginekologiczno-położniczego i zakaźnego, oraz pracowni analityczno-diagnostycznych, rentgenowskich, „gabinetu fizykalnego leczenia”, pomieszczeń do przyjmowania i rejestracji chorych przy jednoczesnej potrzebie jak najmniejszej liczby personelu. Zakładał, że w tym samym budynku będą znajdować się pomieszczenia gospodarcze oraz mieszkania dla pracowników, co miało na celu minimalizację kosztów. Jako oddzielne budynki w zespołach szpitalnych wskazywał: kostnicę z salą sekcyjną budynki gospodarcze lub inwentarskie. W założeniu tym można zauważyć podobieństwo do ówczesnego kształtowania szkół powszechnych. Szczegółowo opisany projekt typowego szpitala dra Ostromęckiego, zakładał zastosowanie planu litery T, zwróconej skrzydłem z salami chorych w kierunku południa, tak by 90% pokoi łóżkowych znajdowało się od tej strony.



Ryc. 1. Projekt typowego szpitala powszechnego na 60 łózek, (Ostromęcki, 1932) i projekt szpitala w Nowogródku (Heyman 1938)

Projekt zakładał, że budynek będzie posiadał 4 kondygnacje użytkowe: wysokie podpiwniczenie (sutereny), parter, I i II piętro oraz poddasze z funkcją mieszkalną. W wysokich suterrenach przewidywana była lokalizacja kuchni i pralni z dezynfekcją, sortowni bielizny, magła, kotłowni i składu opału oraz mieszkań „służby męskiej” i personelu z oddziału zakaźnego. Na poddaszu sytuowano pozostałe pomieszczenia mieszkalne dla personelu medycznego. Wielkość oddziałów dostosowana była do statystyk występujących w innych szpitalach powszechnych. Oddział zakaźny liczyć powinien 25% liczby ogólnej łózek i być zlokalizowany na parterze, oddziały: wewnętrzny i chirurgiczny po 30% ogólnej liczby łózek, ginekologiczno-położniczy 10% zaś inne ok. 5%.

6 Dr Bohdan Ostromęcki (1879–1942) ukończył Wydział Lekarski Uniwersytetu w Moskwie. Po ukończeniu medycyny, wyjechał do Petersburga, gdzie specjalizował się w chirurgii. Po kilku latach pracy został zatrudniony w Besarabii, jako lekarz „komunalny”. Od 1908 roku prowadził własną praktykę w Białymstoku, był autorem szeregu publikacji z dziedziny szpitalnictwa i opieki zdrowotnej. Prace te publikował zarówno na łamach lokalnej „Gazety Białostockiej” jak „Przeglądu szpitalnictwa” i „Zdrowia”. Tematykę kształtowania architektonicznego szpitali poruszył w tekstach: *Typy pawilonów dla chorób zakaźnych przy powiatowych szpitalach powszechnych*, „Przegląd Szpitalnictwa” 1936 R. 6 Nr 1, s. 59–67 oraz: *Projekt typowego pawilonu dla chorób skórno-wenerycznych na 100 łózek przy wojewódzkim szpitalu ogólnym*, „Przegląd Szpitalnictwa” 1936 R. 6 Nr 1, s. 59–67, a *Projekt typowego szpitala powszechnego na 60 łózek z 1932*, odbitka z dwutygodnika „Zdrowie”, ukazał się jako rozpowszechniana wśród samorządów miejskich broszura. W obszernym artykule pt.: *Zasady organizacji szpitali publicznych*, wydrukowanym w „Warszawskim Czasopiśmie Lekarskim” Nr 1 z 1924 r., przedstawił zasady, na podstawie których chciałby zorganizować polskie szpitalnictwo. W 1930 r. został przeniesiony do Warszawy na stanowisko naczelnika Wydziału Zdrowia Publicznego w Urzędzie Wojewódzkim, gdzie pracował do emerytury w 1936 roku. Za: M. Szopek, M. Skudlarek, *Lekarze białostocki w okresach: międzywojennym i powojennym*. Bohdan Ostromęcki, „Medyk Białostocki”, nr 86 marzec 2010, s. 19.

Wejście główne na poziomie parteru z obszernym holem z szatnią i poczekalnią zapewniało rozdzielenie chorych zakaźnych i innych – sam oddział zakaźny, częściowo zlokalizowany na parterze posiadał osobne wejście. Zagadnienie segregacji chorych, kontroli dostępu i rozmieszczenia śluz było szczególnie ważne w projekcie dra Ostromięckiego, ponieważ pozwalało na uniknięcie budowy oddzielnych pawilonów zakaźnych. W zakresie wyposażenia technicznego szpitala zakładał wyposażenie budynku w ogrzewanie centralne wodne, oświetlenie elektryczne z podziałem na nocne i wieczorne oraz wentylację grawitacyjną. Jej właściwe działanie miało zapewnić oprócz kanałów w ścianach lokalizacja drzwi i okien naprzeciwko siebie. Oświetlenie światłem dziennym w salach łóżkowych miało zapewniać okna (w proporcji do powierzchni podłogi 1:5), a korytarzy i klatek schodowych dodatkowo naświetla z drzwi. Dr Ostromięcki zakładał optymalną wysokość pokoi łóżkowych 3,25 m i przeciętną wielkość pokoju na 1 łóżko 7,79 m². Określił również minimalne wymiary korytarzy, klatek schodowych i niektórych pomieszczeń.

Wybuch drugiej wojny światowej przeszkodził w realizacji nowych, planowanych od podstaw szpitali powszechnych, jednak powstałe w latach 30. XX wieku projekty nawiązywały do idei propagowanych przez doktora Ostromięckiego. O swoich doświadczeniach projektowych w zakresie optymalizacji programu-funkcjonalno użytkowego szpitala w celu zmniejszenia kosztów budowy (szpital w Nowogródku, obecnie Białoruś) wspominał na łamach Przeglądu Szpitalnictwa arch. M. Heyman: „poddaliśmy cały projekt gruntownej rewizji, zredukowaliśmy wysokości pomieszczeń z 3,20 do 3 m w świetle i w salach chorych przyjęliśmy 6 m² na łóżko (wobec planowanych od 7,5 do 8 m²), skreśliliśmy te pomieszczenia pomocnicze, które nie są naprawdę konieczne, a również i te, które gwarantują możliwość przestrzennego oddzielenie od siebie poszczególnych chorób zakaźnych. Z programu użytkowego wykreślono dom dla personelu z większymi mieszkaniami redukując program użytkowy w tym zakresie do 2 pokojowego mieszkania „samotnego lekarza miejscowego” i mieszkania dla siostr i służących oraz dozorczy – w bryle szpitala. Tym samym planowaną kubaturę zmniejszono o ok. 30%. W efekcie zaprojektowany budynek miał mieć plan litery T⁷.

W okresie międzywojennym powstało kilka nowoczesnych szpitali ogólnych i specjalistycznych: między innymi w Warszawie, Kaliszu, Bydgoszczy, Łodzi, oraz szpitali w miejscowościach uzdrowiskowych. Nowe realizacje obiektów położonych poza dużymi ośrodkami miejskimi czy uzdrowiskami należały do rzadkości. II wojna światowa przyniosła straty w budownictwie szpitalnym (zniszczeniu uległo ponad 80% obiektów). Szpital w Puławach również na tym tle plasuje się wyjątkowo – jako nowa realizacja szpitala powszechnego, przetrwał okupację niemiecką, a zniszczenia zostały poczynione dopiero przez zajmujących go sowieńców.

Szpital powszechny w Puławach – wdrożenie racjonalizatorskich idei – projekt

Inicjatorem budowy nowego gmachu szpitala był chirurg doktor Eugeniusz Mierczyński⁸. Projekt powierzono w 1934 roku inżynierowi architektowi Władysławowi Borawskiemu (1892–1970), specjalizującemu się w projektowaniu szpitali. W 1922 roku ukończył on Wydział Architektury Politechniki Warszawskiej. W 1925 r. został kierownikiem działu budownictwa specjalnego zajmującego się projektowaniem szpitali i budynków użyteczności publicznej, w strukturach miasta stołecznego Warszawy. Jako Członek Polskiego Towarzystwa Szpitalnictwa w czerwcu 1929 r. był polskim delegatem na I Międzynarodowy Kongres Szpitalnictwa w Stanach Zjednoczonych, oraz polskim delegatem w stałej Komisji Budowy Szpitali, członkiem komisji budowy szpitali przy zarządzie głównym Stowarzyszenia Architektów Polskich. Był również honorowym członkiem Amerykańskiego Towarzystwa Szpitalnictwa⁹. Znał najnowsze europejskie i amerykańskie realizacje, czego dowodem są jego publikacje na łamach fachowego czasopisma „Przegląd Szpitalnictwa”¹⁰.

7 M. Heyman, *Współczesne oszczędne kształtowanie budynku szpitalnego*, *Przegląd Szpitalnictwa* 1938 Nr1/2, s. 33–37.

8 *Od przeszłości do współczesności. Historia medycyny w Puławach*, zespół red., Puławy 2014., s. 10. W publikacji dwukrotnie błędnie podano nazwisko architekta (Borkowski).

9 Zaprojektował kilkadziesiąt szpitali, m.in. w Warszawie, Łodzi, Kaliszu, Łucku i innych miastach). Za: *Pamięć miejsca. Architektura Warszawy i jej projektanci*, http://www.beta.architektura.warszawa.sarp.org.pl/projektant/wladyslaw_borawski,243 (dostęp 10. 12. 2020).

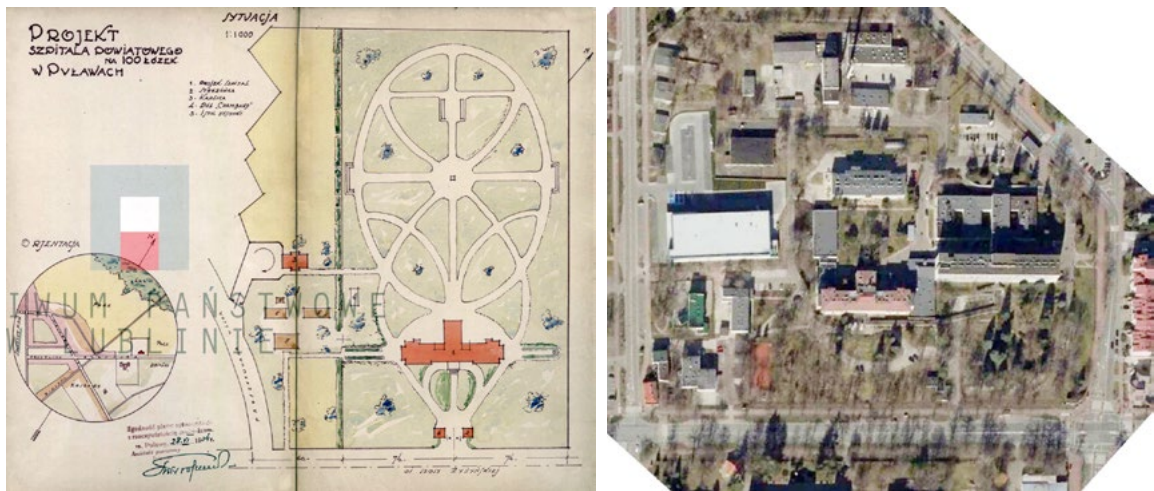
10 W. Borawski, *Przegląd nowoczesnych włoskich szpitali*, „Przegląd Szpitalnictwa” 1936, R. 6 Nr1, s. 75–84. Odwołuje się również do przykładów ekonomicznego projektowania i wznoszenia szpitali w Stanach Zjednoczonych: *Oszczędne kształtowanie budynku szpitala prowincjonalnego*, „Przegląd Szpitalnictwa”, 1934 R. 4 Nr 4, s. 45.

Projekt szpitala powiatowego w Puławach Borawski złożył w kwietniu 1934 roku¹¹. Rysunki projektowe opracował inżynier cywilny Zygmunt Trojanowski. Budynek miał pomieścić 100 łóżek. Pierwszą część oddano do użytkowania w 1939 roku. W trakcie wojny szpital funkcjonował jako szpital niemiecki. W 1945 roku zajęty przez wojska sowieckie (do 1947), po ich opuszczeniu wymagał remontu i w 1948 roku budynek oddano ponownie do użytkowania. W okresie powojennym funkcjonowały w nim oddziały: internistyczny, chirurgiczny, laryngologiczny, zakaźny i gruźliczy¹².

Projekt szpitala w Puławach był wcieleniem w życie przez Borawskiego idei oszczędnego kształtowania budynku niewielkiego szpitala „prowincjonalnego”, co podkreśla sam autor w publikacji na łamach czasopisma „Przegląd Szpitalnictwa”: „Dla zapoczątkowania tej akcji składam do akt Komisji Budownictwa Szpitalnego swój projekt łącznie z opisem szpitala ogólnego na 100 łóżek w Puławach, wykonany w roku bieżącym i który to projekt uzyskał już zatwierdzenie odnośnych władz państwowych”¹³.

Architekt wielokrotnie odwoływał się do postulatu racjonalizacji projektu w celu jak najlepszego wykorzystania kubatury budynku i upraszczania formy. Zwraca uwagę, że planując nowy szpital trzeba przewidzieć możliwość jego łatwej rozbudowy w celu zwiększenie jego pojemności o 50% początkowej liczby łóżek, bez jakiegokolwiek translokacji czy budowy nowych klatek schodowych.

Zaznacza, że pomieszczenia takie jak: izba przyjęć, ambulatorium, kompleks pomieszczeń operacyjnych i porodowych, roentgen i laboratorium, kuchnia, pralnia i centralna kotłownia przypadku powiększenie szpitala nie powinny w zasadzie podlegać rozbudowie. Podobnie jak dr Ostromęcki wskazuje na potrzebę wykorzystania suterenu – w przypadku rozbudowy z pomieszczeniami dla „niższego personelu”, działu „hydroterapii, mekhanoterapii” oraz jako miejsce dla rosnących archiwów. Borawski uważa, że tylko w ostateczności podejmować należy nadbudowę całego lub części gmachu. Jako optymalny układ proponuje wewnętrzny środkowy korytarz, jednak nie koniecznie obudowany z obydwu stron, co ma zapewnić jak najlepsze oświetlenie. Za Najważniejsze w kształtowaniu obiektów szpitalnych architekt uważał funkcjonalność, właściwe wykorzystanie stron świata w celu doświetlenia pomieszczeń, wykorzystanie ukształtowaniu terenu w kształtowaniu dojść do budynku i tworzeniu miejsc spacerowych.



Ryc. 2. Sytuacja: projekt i stan obecny, źródła: APL, UWL, Wydż. Budowlany, sygn. 1945, geoportl.gov

Szeroko dyskutowanym problemem w okresie międzywojennym była konieczność tworzenia nowych oddziałów zakaźnych, gruźliczych i wenerologicznych. Problem segregacji chorych i podziału stref zakaźnych był szeroko dyskutowany. Za umiejscowieniem w jednej bryle szpitala oddziału zakaźnego w przypadku szpitala puławskiego zdecydowały nie tylko czynniki ekonomiczne, ale również ówczesny stan wiedzy na temat realnego

11 Projekt szpitala powiatowego w Puławach, APL, UWL, Wydż. Budowlany, sygn. 1945.

12 Od przeszłości do współczesności..., op. cit., s. 10.

13 W. Borawski, Oszczędne..., op. cit., s. 52.

roznoszenia się niektórych chorób zakaźnych. Umieszczenie oddziału zakaźnego w jednym ze skrzydeł pawilonu Borawski argumentuje:

Co do rozmieszczenia oddziałów szpitalnych w paru budynkach, czy też w jednym, to niema już dwóch zdań, że oddział zakaźny może być umieszczony w jednym budynku z innymi oddziałami. Nowoczesna technika szpitalna, umiejętne rozplanowanie tego oddziału w całości kompleksu, należyście wyszkolony personel – wszystko to w zupełności zabezpieczy od zanieśienia choroby na inne oddziały, jak to zresztą potwierdziły odpowiedzi na ankietę, skierowaną przez Pol. Tow. Szpil. w 1933 r. do lepiej urządzonych szpitali¹⁴.

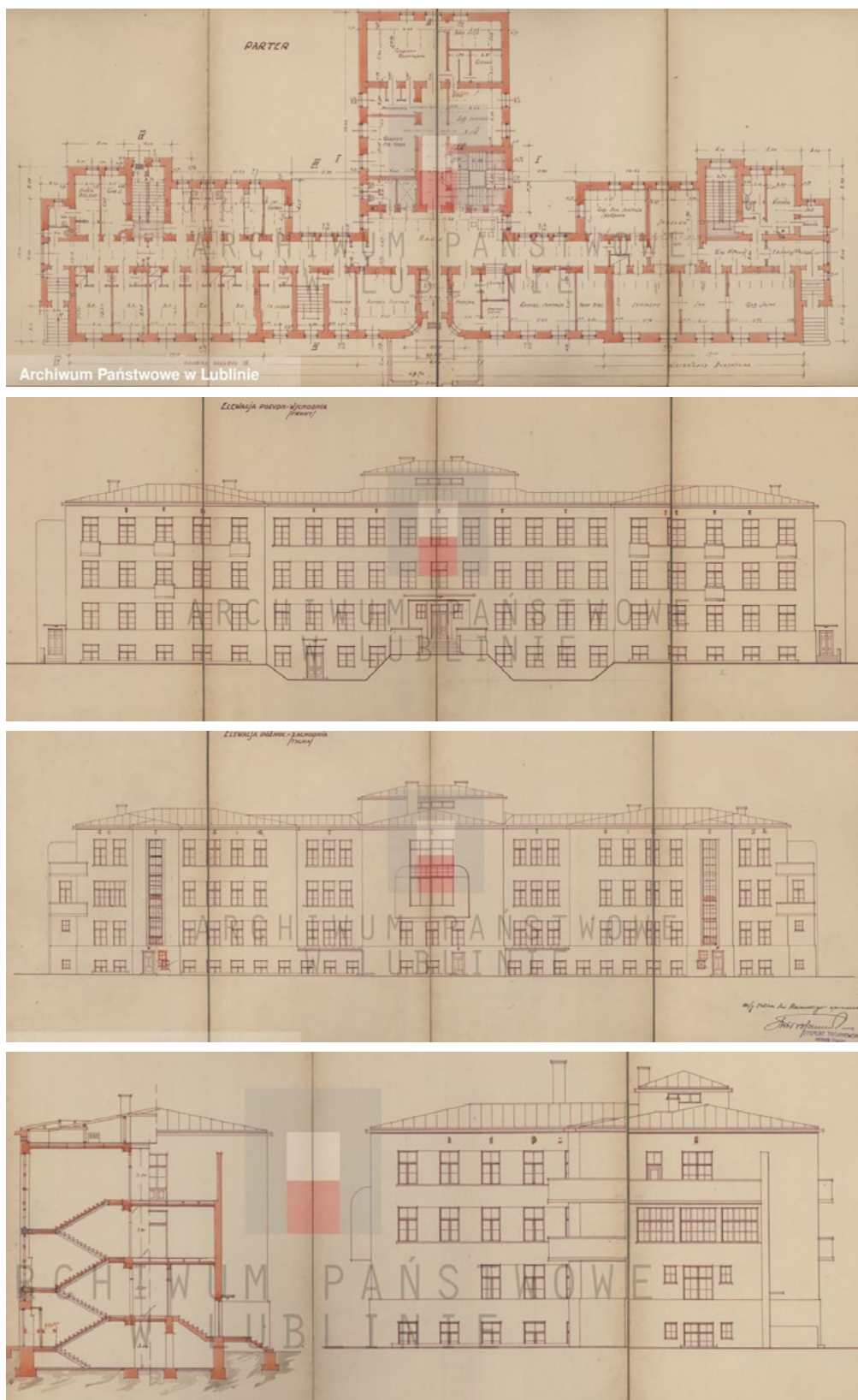
Działka, na której zlokalizowano nowy budynek szpitala od strony południowo-wschodniej przylegała do trasy Żychlińskiej (obecna ulica Partyzantów). Jej kształt miał obrys regularnego prostokąta, z wyjątkiem strony północno-zachodniej, gdzie przebieg granic był nieregularny. W tej części znajdowały się budynki mieszkalne i gospodarcze, które architekt zdecydował się zachować. Działkę podzielono na dwie części: około 4 ha teren w kształcie prostokąta przeznaczona na budynek szpitala i park, a wydzieloną część północno zachodnią na funkcje towarzyszące tzw. „folwark szpitalny”. Znalazły się w niej kaplica przedpogrzebowa z salą sekcyjną, osadnik gnilny i warzywniak. Kaplica nie została zrealizowana, jednak z zachowanej dokumentacji archiwalnej można odczytać jej układ funkcjonalno-przestrzenny i zamierzony styl architektoniczny. Kaplica posiadała niezależne wejście do „trupiarni”, połączonej z nią sali sekcyjnej i gabinetu lekarskiego. Pomieszczenie sakralne dostępne było z zewnątrz przez wygodny plac z podjazdem do zawracania, oraz przez komunikację wewnętrzną w celu wydania zwłok. Obiekt miał mieć skromną elewację, zachowującą symetrię, przykrytą płaskim dachem. Wejście do kaplicy akcentować miały ryzality pilastrów.

Część gospodarczą od parku szpitalnego oddzielał żywopłot. Szpital z założeniem parkowym posiadał regularny symetryczny układ osiowy, akcentujący główne wejście do szpitala, które ujmowały po obydwu stronach skromne stróżówki.

Władysław Borawski starannie zaprojektował usytuowanie wysokościowe budynku szpitala w stosunku do szosy. W miejscu lokalizacji (oddalonej o ok. 50 m od traktu), teren wzniesiony było o około 1 m. Parter budynku usytuowano 210 cm powyżej poziomu terenu, projektując podpiwniczenie o wysokości w świetle kondygnacji 3 m, co spowodowało, że w stosunku do szosy sutereny znalazły się niżej o 1,20 m a poziom parteru wznosił się na wys. 310 cm. Ukształtowanie terenu dało pretekst do funkcjonalnego rozwiązania strefowania dostępności do obiektu. Projektując 3 % spadek pochylni zapewniono podjazd do poziomu suterenu – wejścia osłoniętego daszkiem, będącym zarazem tarasem na poziomie głównego wejścia do szpitala. Do wejścia tego prowadzić miała biegnąca od bramy wejściowej pochylnia o spadku ok. 7%. Tym samym można było uzyskać od razu efekt segregacji chorych na dwie grupy: korzystających z ambulatorium (zwykłych i zakaźnych oraz pracowników korzystających z wejścia na poziomie suterenu) oraz interesantów, przychodzących na zabiegi lecznicze i odwiedzających. Ci ostatni kierowali się z centralnego hallu główną klatką schodową na poszczególne działy.

W narożnikach budynku znajdowały się dodatkowe dwa wejścia: prywatne, prowadzące do mieszkania dyrektora szpitala i bezpośrednio na oddział zakaźny – w miejscu kontrolowanym przez dyżurną pielęgniarkę. Kolejne wejścia zaprojektowano od strony tylnej: do dwóch sekcji oddziału zakaźnego, na oddział chirurgiczny i do oddziału gruźliczego. Osobne wejście było do składów kuchennych i zsypu węgla. Główna klatka schodowa prowadziła na oddział położniczy (II piętro) oraz była traktem chorych „aseptycznych” przyjętych do szpitala. Przy klatce przewidziano miejsce na dźwig osobowy. Z tyłu budynku zaprojektowano i zrealizowano dwie boczne klatki schodowe: prowadzącą bezpośrednio z poziomu suterenu do mieszkania dyrektora i mieszkań kawalerskich służby w suterenu, a wyżej na oddział chirurgii aseptycznej i oddział wewnętrzny (strona północno-wschodnia). Wszystkie trzy klatki schodowe miały w założeniu projektanta ułatwiać chorym „wygodne i dyskretne wychodzenie do parku”, a także obsługę gospodarczą i co najbardziej delikatne – wynoszenie zwłok do kostnicy. Na tą stronę bowiem nie wychodziły żadne okna pokoi łóżkowych.

Główny korpus szpitala mieszczący oddziały łóżkowe rozciąga się równolegle do ulicy w kierunku południowo-wschodnim. Sytuacja ta nie była przypadkowa – taką lokalizację uznawano za najkorzystniejszą dla



Ryc. 3. Projekt – rzut parteru, źródło: APL, UWL, Wyd. Budowlany, sygn. 1945

orientacji pokoi łóżkowych i na tą stronę skierowano 93 spośród projektowanych 100 łóżek. Od strony słonecznej zaprojektowano obydwie ambulatoria, większość „sal sypialnych” personelu szpitalnego, mieszkanie dyrektora, kancelarie, pokoje pielęgniarek. Przy ścianach szczytowych głównej bryły zaprojektowano werandy i balkony, a dla pacjentów z gruźlicą przeznaczona była osłonięta leżalnia. Osłonięcie ścianką o wys. 2,5 m zaprojektowano zarówno w celu ochrony przed wiatrem, jak i dla zasłonięcia widoku na chorych. W kierunku północno-zachodnim zorientowano pomieszczenia takie jak: dezynfektor i kuchenne pomieszczenie, łazienki, ambulatorium i reparacyjne pomieszczenie; kucharki podręczne, wanny, ustępy, gabinety-laboratoria lekarskie, opatrunkowe (septyczna chirurgia i ginekologiczna), a w skrzydle prostopadłym: Roentgen z archiwum klisz, sala operacyjna czysta i porodowa. Od strony północno-wschodniej zaprojektowano laboratorium chemiczne, salę opatrunkową czystą, sterylizację i mycie niemowląt (dla zmniejszenia siły światła dla oczu noworodków).

Do pralni prowadził bezpośredni zsymp brudnej bielizny. Pod oknami znajdowały się otwory wentylacyjne, co miało usprawnić wymianę powietrza. Na poddaszu zaprojektowano trzy rezerwuary dla wody. Zadaszenie nad wejściem do poziomu suterren (taras przy wejściu głównym) zaprojektowano z wypełnieniem stropu luksferami, co miało zapewnić maksymalne doświetlenie niżej położonego wejścia.



Ryc. 4. Widok od strony frontowej, przed 1954 rokiem, niżej: widok od strony północno-zachodniej (park szpitalny), źródło: Archiwum SPZOZ w Puławach

Realizacja

Zatwierdzając projekt Urząd Wojewódzki Lubelski wniósł uwagę o braku zgody na realizację podjazdu (nasypu do poziomu parteru) i konieczności rozwiązania wejścia głównego na poziomie pierwszej kondygnacji nadziemnej (zwanej przez architekta suteroną a przez urząd parterem). Zalecono lepsze doświetlenie holu głównego i zmianę lokalizacji kilku pomieszczeń¹⁵. Nakazano powiększenie okien doświetlających sale chorych (w projekcie stosunek powierzchni okien do podłogi wynosił 1:7 na 1:5), zastosowanie wentylacji mechanicznej w pralni i powiększenie werand do szerokości przynajmniej 2,5 m. Architekt nie zgadzał się z powyższymi uwagami, co wyraził w swoim piśmie jako odpowiedzi na uwagi i zarzuty. Podział strefy wejścia na dolne i górne uzasadniał najnowszymi, powszechnie stosowanymi rozwiązaniami projektowymi na świecie. Tłumaczył, że hol na poziomie sutereny nie będzie miał funkcji poczekalni i w związku z tym nie potrzebuje doświetlenia światłem dziennym. Uzasadnienie było na tyle przekonujące, że pierwotne założenie udało się zachować.



Ryc. 5. Widok od strony południowo-wschodniej, 1939 (?) źródło: Narodowe Archiwum Cyfrowe, niżej lata 60. XX wieku, źródło: Archiwum SPZOZ w Puławach

¹⁵ Projekt szpitala powiatowego w Puławach, APL, UWL, Wydż. Budowlany, sygn. 1945.

Realizacja budynku szpitala została wykonana w większości zgodnie z projektem. Ściany wykonano z cegły pełnej, stropy międzykondygnacyjne na belkach stalowych (typu Klein), klatki schodowe żelbetowe. Jedyne strop nad ostatnią kondygnacją i więźbę dachową wykonano z belek drewnianych. Dach wielospadowy, o kilkunastostopniowym nachyleniu, pokryto blachą stalową. Cokół budynku (do poziomu nadproży okien suterenu) wykończono płytkami ceramicznymi, w pionowym układzie, co było powszechnie stosowanym rozwiązaniem w tym okresie. Elewację wykończono szlachetnym tynkiem mineralnym. Projektowane pełne balustrady balkonów i tarasów nie zostały wykonane. Nie wykonano gospodarczej klatki schodowej w części głównego korpusu.

Szpital był w momencie swojej realizacji, a także w pierwszych latach po II wojnie światowej, bardzo nowoczesny. Posiadał wszelkie niezbędne instalacje oraz własny radiowęzeł. Instalacje warszawskiej firmy Szpołańskiego „budziły podziw jeszcze wiele lat po wojnie”, podobnie jak wysokiej jakości lastrykowe posadzki¹⁶.

Pawilon B w Puławach obecnie

Budynek stanowiący przedmiot badań wchodzi obecnie w skład SPZOZ w Puławach, jako pawilon B. Jest to starszy z obiektów stanowiących kompleks szpitala. W wyniku remontów i przebudów obiekt częściowo został zamieniony, jednak do dnia dzisiejszego zachował swoje wartości architektoniczne. W sensie funkcjonalnym pawilon połączono z budynkiem pomocniczym mieszczącym kuchnię i pralnię oraz z 7-kondygnacyjnym pawilonem A, za pomocą krytego łącznika w poziomie parteru.

W kolejnych dziesięcioleciach budynek przechodził przeobrażenia wynikające z konieczności modernizacji budynku i rozwoju całego szpitala. Na dokumentacji fotograficznej z początku lat 60. XX wieku, widoczna jest postępująca degradacja elewacji (zacieki i zawilgotnienia w strefie niektórych obróbek blacharskich i odsadzek na poziomie parteru. W 1957 roku przeniesiono oddział zakaźny do nowo zbudowanego pawilonu. Decyzja o budowie zakładów Azotowych w Puławach znacząco wpłynęła na liczbę ludności miasta i tym samym potrzeby opieki zdrowotnej. Na początku lat 70-tych nastąpiły w Polsce zmiany w sposobie organizacji służby zdrowia – powstały Zakłady Opieki Zdrowotnej. Był to również czas wielkich inwestycji budowlanych. W 1974 roku oddano do użytkowania nowe pawilony, co pozwoliło na powiększenie liczby łóżek szpitalnych i oddziałów (550, (oddziały dotychczasowe: chirurgiczny, wewnętrzny, położniczo-ginekologiczny, dziecięcy, laryngologiczny, gruźliczy, zakaźny, przewidziano otwarcie 7 nowych: neurologicznego, okulistycznego, urologicznego, reumatologiczno-rehabilitacyjnego, urazowo-ortopedycznego, chirurgii dziecięcej, dermatologicznego).

W trakcie przebudów zlikwidowano wejście na poziomie parteru, a głównym wejściem stało wejście z poziomu dawnych suterenu. Pozostałością po oryginalnym projekcie jest funkcjonująca do dnia dzisiejszego nomenklatura: niskim parterem określa się poziom dawnych suterenu, a wysokim parterem – poziom dawnego parteru. Przebudowano główny korpus pawilonu, zabudowując doświetlające korytarz wnęki i zyskując dodatkową przestrzeń użytkową. Zlikwidowano boczne wejścia do budynku. Na poddaszu, w miejscu nie potrzebnych już rezerwarów, znalazły się szatnie dla personelu.

Już w latach 70-tych wymieniono częściowo stolarkę okienną i drzwiową, zamurowano okna i nadbudowano dawne leżalnie na ostatniej kondygnacji, tworząc podręczne magazynki, zamurowano okna w ryzalicie sali operacyjnej. Rosnące wymagania sanitarno-higieniczne w zakresie wentylacji pomieszczeń spowodowały, że w części pomieszczeń zastosowano wentylację mechaniczną, której centrala znalazła się na poddaszu. Podobnie jak zewnętrzne jednostki klimatyzacyjne, przewody wentylacyjne z powodu braku miejsca wewnątrz budynku zostały poprowadzone na zewnątrz elewacji (od strony tylnej) Oryginalne elementy wyposażenia zachowały się jedynie w obrębie klatek schodowych: okładzina lastryko i balustrady. W salach podłogi pokryto płytkami linoleum, które następnie sukcesywnie wymieniano na wykładziny pcv w rolce. Płytki ceramiczne zastąpiono gresowymi. Rosnące wymagania higieniczne spowodowały zwiększenie liczby umywalk i zlewów, a w wyniku ostatnich modernizacji również dodania łazienek w niektórych pokojach łóżkowych.

Konieczność dostosowania obiektu do wymagań przeciwpożarowych spowodowała w pewnym sensie powrót do pierwotnego projektu – w położonej w części północno-wschodniej klatce schodowej zaprojektowano drzwi ewakuacyjne, które są w pewnym sensie przywróceniem stanu pierwotnego.

¹⁶ *Od przeszłości do współczesności...*, op. cit., s. 10.

Na powyższe zmiany solidna struktura budynku jest podatna, jednak w zderzeniu z wymaganiami w zakresie termomodernizacji obiektu, budynek nie będący objęty żadną formą ochrony konserwatorskiej niestety zatraci swój pierwotny wyraz architektoniczny. Ocieplenie ścian grubą warstwą izolacji spowoduje zatarcie proporcji wydatnego gzymsu, utratę oryginalnej gruboziarnistej faktury wyprawy tynkarskiej oraz likwidację cokołu wykończonego ceramicznymi płytkami.

Pogarszający się stan techniczny balkonów spowodował, że już wyłączono je z użytkowania, a podczas wymiany stolarki okiennej zdecydowano się na likwidację drzwi balkonowych i zastąpienie ich oknami. Stąd blisko już do decyzji o likwidacji balkonów, co nastąpiło w projekcie termomodernizacji obiektu, i spowoduje, że budynek utraci jedną ze swoich unikalnych cech architektonicznych.



Ryc. 6. Widok od strony frotowej, 2020, fot. autor.

Podsumowanie

Doświadczenia zdobyte w okresie międzywojennym w zakresie racjonalizacji projektów obiektów szpitalnych były kontynuowane w okresie późniejszym, jednak tak zwana kultura budowania w kolejnych dekadach PRL upadała coraz bardziej. Stawiając na ilościowy rozwój obiektów służby zdrowia odsunięto również aspekt odczuć pacjenta i skali człowieka, podporządkowując architekturę szpitali jedynie technologicznym aspektem procesu leczenia.

Współczesne wymagania techniczne stawiają często pod znakiem zapytania celowość kontynuowania funkcji obiektu służby zdrowia w starszych obiektach. Jedynie objęte ochroną konserwatorską budynki mają szansę na zachowanie swoich cech architektonicznych. Obecnie coraz częściej dostrzega się wartości architektoniczne i kulturowe obiektów z lat 30. XX wieku, jednak w przypadku pawilonu B SPZOZ w Puławach, na formalną ochronę jest już zbyt późno. Paradoksalnie to świetny stan techniczny obiektu, jego solidna konstrukcja i podatność na liczne przebudowy i modernizacje powoli zacierające oryginalną architekturę, działa na niekorzyść. Budynek nie wygląda na swoje prawie 90 lat, a bez zrozumienia jego historii, uwarunkowań powstania i wyjątkowości realizacji w skali kraju, z prostej bryły budynku nie sposób odczytać oryginalności jego architektury i przełomowości idei przyświecającej jego powstaniu.

O wyjątkowości szpitala w Puławach, świadczyć może również fakt, że realizacja ta, jako wdrożenie w życie idei szpitala powszechnego jest zupełnie nieznana, nie tylko wśród badaczy architektury ale również medycyny. W czasopiśmie Lubelskiej Izby Lekarskiej, odwołując się do broszury Ostromięckiego, autor stwierdza, „Dziś wiemy, że szpitale centralny i powszechny istnieją wyłącznie w dokumentach leżących w Archiwum Państwowym.”¹⁷ Nie jest to prawdą. Szpital powszechny w Puławach został modelowo zrealizowany i jest przykładem na wcielenie w życie modernistycznych idei z zakresu kształtowania obiektów służby zdrowia.

Bibliografia

- [1] Borawski W., *Przegląd nowoczesnych włoskich szpitali*, „Przegląd Szpitalnictwa” 1936, R.6 Nr1, s. 75–84. Borawski W., *Oszczędne kształtowanie budynku szpitala prowincjonalnego*, „Przegląd Szpitalnictwa”, 1934 R. 4 Nr 4, s. 45.
- [2] Bujalski J., *Rzut oka na stan i działalność zakładów leczniczych państwowych, komunalnych, społecznych i prywatnych na podstawie sprawozdań za rok 1934–1935*, „Lekarz Polski”, Warszawa 1936.
- [3] Cianciara D., *Zdrowie publiczne w Polsce przed II wojną światową – lekcja dla współczesnych*, „Przegląd Epidemiologiczny”, 2011: 65, s. 635–641.
- [4] Góralski Z., *Szpitalne na Lubelszczyźnie w okresie przedrozbiorowym*, PWN, Warszawa – Łódź 1982.
- [5] Grassmann M., Zemke-Górecka A., Kędra B., *Szpitalnictwo cywilne w województwie białostockim w II Rzeczypospolitej*, „Miscellanea historico-iuridica” tom VIII ROK 2009.
- [6] Heyman M., *Ogólna Rozbudowa Szpitalnictwa w Polsce*, „Przegląd Szpitalnictwa” 1939 Nr 1/2, s. 80.
- [7] Heyman M., *Współczesne oszczędne kształtowanie budynku szpitalnego*, „Przegląd Szpitalnictwa” 1938 Nr 1/2, s. 33–37.
- [8] http://www.beta.architektura.warszawa.sarp.org.pl/projektant/wladyslaw_borawski,243 (dostęp 10. 12. 2020).
- [9] Kopociński Z., Kopociński K., *Szpital Wojskowy w Równem w latach 1919–1939, Głogów 2020, Wyd. Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Głogowie*.
- [10] Łysiak M., *Materiały do dziejów szpitalnictwa toruńskiego w okresie międzywojennym 1920–1939*, „Rocznik Toruński” 2005, nr 32, s. 215–228.
- [11] *Mały Rocznik Statystyczny 1939*.
- [12] Noszczyk, W. *Zarys dziejów medycyny w Polsce*, t. II, Warszawa 2016.
- [13] *Od przeszłości do współczesności. Historia medycyny w Puławach*, zespół red., Puławy 2014.
- [14] Ostromięcki B., *Projekt typowego pawilonu dla chorób skórno-wenerycznych na 100 łóżek przy wojewódzkim szpitalu ogólnym*, „Przegląd Szpitalnictwa” 1936 R. 6 Nr 1, s. 59–67.
- [15] Ostromięcki B., *Projekt typowego szpitala powszechnego na 60 łóżek z 1932, odbitka z dwutygodnika „Zdrowie”*.

¹⁷ Szpital: idea i praktyka. Miejski, centralny, powszechny, „Medicus” Miesięcznik Lubelskiej Izby Lekarskiej, red. Anna Augustynowska, Niepodległa i Medycyna, 11/2018, s. 17.

-
- [16] Ostromecki B., *Typy pawilonów dla chorób zakaźnych przy powiatowych szpitalach powszechnych*, „Przegląd Szpitalnictwa”, 1936 R. 6 Nr 1, s. 59–67.
- [17] Ostromecki B., *Zasady organizacji szpitali publicznych*, „Warszawskie Czasopiśmio Lekarskie” 1924/1.
- [18] Paradowska A., *Przeciw chorobie. Architektura szpitalna wielkopolski w dwudziestoleciu międzywojennym*, Wydawnictwo Nauka i Innowacje, Poznań 2015.
- [19] Partyka W., *Opieka instytucjonalna na Lubelszczyźnie w XIX wieku. Szpitale i przytulki*, Wyd. KUL 2017.
- [20] Podgórska-Klawe B., *Od hospicjum do współczesnego szpitala. Rozwój historyczny problematyki szpitalnej w Polsce do końca XIX w.*, Wrocław 1981.
- [21] *Projekt szpitala powiatowego w Puławach*, APL, UWL, Wydz. Budowlany, sygn. 1945.
- [22] Prucnal D., Stan badań nad szpitalnictwem w przedrozbiorowej Polsce, ROCZNIKI HUMANISTYCZNE Tom XLVII, zeszyt 2 – 1999.
- [23] Pszczółkowski M., *Architektura użyteczności publicznej II Rzeczypospolitej 1918–1939. Funkcja*, Księży Młyn 2015.
- [24] Szopek M., Skudlarek M., *Lekarze białostoccy w okresach: międzywojennym i powojennym*. Bohdan Ostromecki, „Medyk Białostocki”, nr 86 marzec 2010, s. 19.
- [25] *Szpital: idea i praktyka. Miejski, centralny, powszechny*, „Medicus” Miesięcznik Lubelskiej Izby Lekarskiej, red. Anna Augustynowska, Niepodległa i Medycyna, 11/2018.
- [26] Wanatowicz M. W., Fertacz S., *Szpitalnictwo zamknięte w Katowicach w okresie międzywojennym* Wieki Stare i Nowe. T. 4 (9) – 09.

Model design of general hospitals in the interwar period on the example of the hospital in Puławy

Summary: As a result of research and discussions of medicine doctors and architects involved in the development of health service in the interwar period, model solutions were developed to optimize the functional systems of hospitals, as well their size, organization, architectural and construction solutions. Due to the outbreak of World War II, few assumptions have been fully implemented. The building in Puławy is a unique investment in Poland, because it was used to implement the idea of a rational and modern small general hospital, and such hospitals were lacking in the reborn Poland the most. The aim of the research is to show the architectural value of the building of the present pavilion B in the SPZOZ complex in Puławy as an implementation of a design solution containing the latest ideas of the interwar period in the field of shaping general hospitals.

Keywords: Hospital architecture, hospital design, hospital design optimization, modernist architecture, interwar architecture, Puławy, model hospitals
