

Architektura Szpitala Miejskiego w Gdańsku Wrzeszczu

Wzniesiony na początku XX w. Szpital Miejski był przez lata największą placówką leczniczą w Gdańsku i w regionie, a jego budowa stała się jedną z ważniejszych inwestycji w mieście, zrealizowanych przed pierwszą wojną światową. Architektura budynków szpitalnych nie była dotąd przedmiotem naukowego opracowania¹.

Plany utworzenia nowego szpitala miejskiego w Gdańsku zaczęto kreślić w ostatnich latach XIX w. Zwrócono wówczas uwagę na brak odpowiedniego zaplecza medycznego, które umożliwiłoby zaspokojenie potrzeb dynamicznie rozwijającego się miasta. Szybki przyrost liczby mieszkańców, związany m.in. z włączaniem w obręb Gdańska okolicznych miejscowości, spowodował zwiększone zapotrzebowanie na usługi medyczne. Niestety, istniejące już placówki nie były w stanie sprostać temu zadaniu. Dwa gdańskie szpitale wyznaniowe – katolickich boromeuszek przy Weidengasse (obecnie ulica Łąkowa) i diakonis ewangelickich przy Neugarten (obecnie ulica Nowe Ogrody) – działały wprawdzie bez zarzutu, jednak funkcjonowanie innych placówek znajdujących się pod miejskim zarządem nie było już tak sprawne².

Działający od średniowiecza przestarzały szpital przy Bramie Oliwskiej od wielu lat nie był w stanie sprostać podstawowym wymaganiom dotyczącym higieny. Brakowało w nim nowoczesnego wyposażenia, a jego obiekty nie spełniały obowiązujących wówczas standardów medycznych. Działanie placówki dodatkowo utrudniały: chaotyczny układ budynków pochodzących z różnych okresów, ich zły stan techniczny oraz brak zgodnego z panującymi wówczas wymogami podziału na poszczególne oddziały. Doraźne remonty i prowizoryczne rozbudowy, mające ratować podupadający szpital, nie rozwiązywały problemu. Część obowiązków starego lazaretu przejął wzniesiony w latach osiemdziesiątych XIX w. według projektu Heino Schmiedena nowoczesny, dobrze wyposażony szpital chirurgiczny na Sandgrube (obecnie przy ulicy Księdza Franciszka Rogaczewskiego), ale nie był on w stanie zaspokoić wszystkich potrzeb mieszkańców³.

¹ Artykuł powstał na podstawie pracy magisterskiej, napisanej pod kierunkiem prof. Małgorzaty Omilanowskiej i obronionej w 2013 r.

² Na temat funkcjonowania szpitali zob. Adam Szarszewski, *Proces medykalizacji szpitali gdańskich, aspekty socjalne, prawne i ekonomiczne (1755–1874)*, Gdańsk 2007.

³ *Bericht des Magistrats der Stadt Danzig über der Stand Gemeinde- Angelegenheiten der Stadt Danzig für das Jahr vom 1 April 1884 bis dahin 1885*, Danzig 1885, s. 7; Karl Fehlhaber, *Das neue*

W dniu 1 kwietnia 1898 r. zgromadzenie Rady Miasta powołało specjalną komisję, która wspólnie z magistratem miała rozważyć budowę nowych gmachów dla miejskiego szpitala. W wyniku obrad zaplanowano wzniesienie jednego dużego kompleksu mieszczącego dwa oddziały: chirurgiczny i medyczny. Umieszczenie obu oddziałów w jednej placówce zwiększało możliwości lecznicze dzięki ich wzajemnej współpracy, było również korzystne ze względów ekonomicznych. W dniu 3 października 1899 r. Rada Miasta zatwierdziła wniosek dotyczący budowy nowego szpitala⁴.

Początkowo na miejsce budowy wybrano grunty Uphagena znajdujące się w dzielnicy Langfuhr (obecnie Wrzeszcz), w okolicach Wielkiej Alei. Jednak szybko wycofano się z tej decyzji ze względu na brak możliwości późniejszej rozbudowy⁵. Po długich debatach 15 listopada 1901 r. zapadła decyzja o usytuowaniu szpitala na zachód od Wielkiej Alei, w połowie drogi biegnącej od centrum miasta w kierunku rozwijającego się Wrzeszcza, w okolicy Zigankenberg (obecnie Suchanino)⁶. Jeszcze tego samego roku zakupiono od właściciela cegielni Maxa Hartmana parcelę o powierzchni 100 000 m², położoną przy późniejszej Delbrückallee (obecnie przy ulicach Dębinki i Marii Skłodowskiej-Curie). Teren przyszłego szpitala powiększono w 1905 r. poprzez dokupienie sąsiedniej działki – łącznie z drogą dojazdową liczył on 157 572 m². Korzystna lokalizacja – na uboczu, w mało zurbanizowanej części miasta – dawała możliwość ewentualnej rozbudowy.

Zaprojektowanie kompleksu szpitalnego powierzono miejskiemu architektowi Karlowi Fehlhaberowi⁷. Zanim jednak powstał ostateczny projekt, nad jego kształtem przez kilka lat debatowali członkowie Rady Miasta oraz tzw. komisji szpitalnych (il. 1). Plany oceniane były przez urzędników, budowniczych i lekarzy. Pilnego rozwiązania wymagała m.in. kwestia wielkość szpitala (liczba pacjentów i budynków). Poszukiwano także sposobu na zmniejszenie kosztów budowy⁸. Zwracano uwagę

städtische Krankenhaus zu Danzig, Oldenburg 1913, s. 1; Oleg Peters, *Heino Schmieden, Leben und Werk des Architekten und Baumeisters 1835–1913*, Berlin 2016, s. 282–283.

⁴ [Danzig 15 August, *Das große Lazarettbau- Projekt.*], „Danziger Zeitung” 1906, nr 379, s. 1; Fehlhaber, *Das neue städtische Krankenhaus...*, s. 1.

⁵ *Bericht des Magistrats des Stadt Danzig über der Standt Gemeinde- Angelegenheiten der Stand Danzig für das Jahr vom 1 April 1900 bis dahin 1901*, Danzig 1901, s. 34; *Erläuterungsbericht zum Neubau eines städtischen Krankenhaus in Danzig*, Danzig 1906, s. 5; *Erläuterungsbericht zum Neubau eines städtischen Krankenhaus in Danzig*, Danzig 1907, s. 5; Fehlhaber, *Das neue städtische Krankenhaus...*, s. 2; *Danzig 15 August, Das große...*, s. 2.

⁶ Fehlhaber, *Das neue städtische Krankenhaus...*, s. 2.

⁷ Karl Franz Hermann Fehlhaber (28.01.1984–9.08.1937) – architekt, urodzony w Bekenhagen, w 1877 r. otrzymał uprawnienia w zakresie kierowania budową (Bauführung), a w 1882 r. – tytuł mistrza budowlanego. W 1886 r. uzyskał patent w zakresie Hochbau. Przed przybyciem do Gdańska pracował w Magdeburgu, Rudolstadt i Hanowerze. Architekt miejski w latach 1893–1929. Więcej na ten temat zob. Mirosław Gliński, *Fehlhaber Karl Franz Hermann* [w:] *Encyklopedia Gdańska*, Gdańsk 2012, s. 276; Geheimes Staatsarchiv Preußischer Kulturbesitz, I HA, Rep. 93 B, Nr. 378, *Nachweisung der Königlichen Regierung Baumeister*, poz. 2608.

⁸ Koszt budowy nowego szpitala i adaptacji starego na Sandgrube na potrzeby ośrodka pomocy społecznej planowano pokryć z przychodów uzyskanych ze sprzedaży gruntów

na każdy aspekt, w tym na ewentualną konieczność rozbudowy lazaretu w dalszej przyszłości⁹. Po długich dyskusjach 18 grudnia 1906 r. zaakceptowano projekt szpitala, w którym zmieścić się miało osiemset łóżek¹⁰.

Teren pod budowę zaczęto przygotowywać już jesienią 1906 r., transportując piach ze żwirowni¹¹. W 1907 r. ukończono prace terenowe i podjęto wykopy pod pierwsze fundamenty. Jesienią 1908 r. rozpoczęto wznoszenie pierwszych obiektów¹². Na początku 1909 r. niemal wszystkie budynki (z wyjątkiem kotłowni) były już w stanie surowym¹³. W pracach budowlanych brało udział wiele gdańskich firm¹⁴. Liczba pracowników na placu budowy często przekraczała czterysta osób¹⁵.

przy Bramie Oliwskiej i Garncarskiej (1 118 700 Mk), ze środków pozyskanych z zapisu testamentowego Marie von Normann (260 000 Mk), z przyznanych już miastu pożyczek (2 258 500 Mk) oraz z planowanej pożyczki (3 000 000 Mk). Łączny koszt inwestycji miał wynieść 6 636 700 Mk, z czego na budowę szpitala we Wrzeszczu przewidziano 6 009 900 Mk, zob. *Betrifft den Neubau eines städtischen Krankenhauses. Danzig 18 Juli 1906* [w:] *Amtliche Drucksachen des Danziger Magistrats 1903–1909*, s. 48; GStaPK I HA. Rep. 76, Kultusministerium; VIII B, Nr. 1786, *Betrifft den Neubau eines städtischen Krankenhauses* (brak paginacji).

⁹ W sprawozdaniach ze zgromadzeń Rady Miasta wielokrotnie przywoływano przykład budowy lazaretu chirurgicznego – urzędnicy uznali, że poniesiono porażkę, ponieważ szpital już po niecałych piętnastu latach od jego powstania w niewystarczającym stopniu spełniał potrzeby mieszkańców. Dbano więc o to, by odpowiednio oszacować wielkość nowego szpitala, chociaż bardzo ważne było również zminimalizowanie kosztów. Ostatecznie zrezygnowano w pierwszym etapie m.in. z budowy trzeciego budynku z salami dla pacjentów, którego wzniesienie zakładał jeden ze zmodyfikowanych projektów, zob. *Erläuterungsbericht...*, 1906; *Erläuterungsbericht...*, 1907, załączone plany.

¹⁰ Naczelne kierownictwo nad budową objął Fehlhaber. Na jego wniosek miejscowy nadzór budowlany został powierzony miejskiemu sekretarzowi budowlanemu Kullemanowi. Do nadzoru technicznego powołano dwóch pomocników: Klohsa i Smechta. W czasie trwania prac budowlanych, kierownictwo budowy działało w ciągłym porozumieniu z lekarzami miejskiego lazaretu: prof. dr Arturem Barthem, dr Frymuthem oraz jego następcą prof. dr Adolfem Wallenbergiem. Wyposażenie szpitala i zakup sprzętów powierzono miejskiemu radcy, kupcowi Polle'owi i dyrektorowi administracyjnemu Hennig'owi, zob. *Unser Neues Danzig Stadtlazarett*, „Danziger Zeitung” 1911, nr 180, Abend Ausgabe (Zweites Blatt), s. 1; „Zeitschrift für das gesamte Krankenhauswesen” 1908, Jg. IV, H. 22, s. 525.

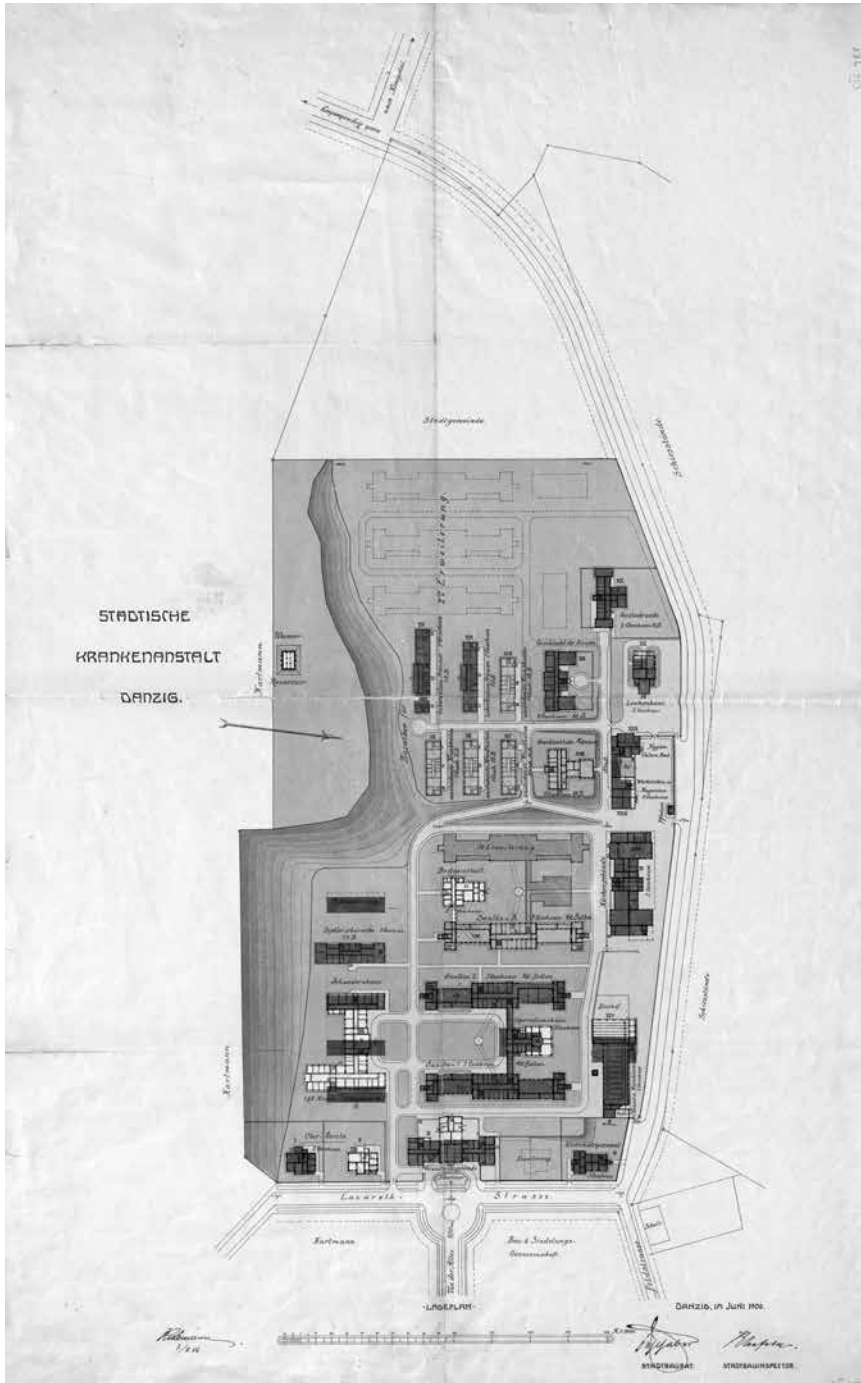
¹¹ *Bericht des Magistrats des Stadt Danzig über den Stand Gemeindeangelegenheiten bei Ablauf des Verwaltungsjahres 1906/1907*, Danzig 1907, s. 40.

¹² *Bericht des Magistrats des Stadt Danzig über den Stand Gemeindeangelegenheiten bei Ablauf des Verwaltungsjahres 1907/1908*, Danzig 1908, s. 40; *Bericht des Magistrats des Stadt Danzig über den Stand Gemeindeangelegenheiten bei Ablauf des Verwaltungsjahres 1909/1910*, Danzig 1910, s. 50.

¹³ *Bericht des Magistrats des Stadt Danzig über den Stand Gemeindeangelegenheiten bei Ablauf des Verwaltungsjahres 1908/1909*, Danzig 1909, s. 47.

¹⁴ Wykaz firm biorących udział w budowie i dostarczających materiały oraz wyposażenie został opublikowany w gdańskiej prasie. Więcej informacji na ten temat zob. *Die Lieferungen für das neue Krankenhaus*, „Danziger Neuste Nachrichten” 1911, nr 92, s. 3; *Die Lieferungen für das neue Krankenhaus*, „Danziger Zeitung” 1911, nr 180, Abend Ausgabe (Zweites Blatt), s. 2.

¹⁵ *Unser Neues...*, s. 1.



Il. 1. Projekt roboczy Szpitala Miejskiego, Karl Fehlhauer, 1906, plan ze zbiorów Gdańskiej Biblioteki PAN, Pracownia Kartografii, nr inw. C III 487

Wiosną 1909 r. wykonano tynkowanie, założono instalacje: oświetleniową i wodną, a także zamontowano system ogrzewania¹⁶. W tym samym roku na sąsiedniej działce zbudowano boisko im. nadburmistrza Heinricha Ehlersa¹⁷. Jednym z ostatnich etapów była budowa kotłowni, która powstała w 1910 r. Uroczyste otwarcie szpitala nastąpiło 19 kwietnia 1911 r. o godzinie 11.00¹⁸. Kierownictwo nowej placówki objęli doktor Artur Barth (oddział chirurgiczny) i doktor Adolf Wallenberg (oddział medyczny)¹⁹. Łączny koszt budowy wyniósł 5 337 900 Mk, w tym na prace związane z systemem wodnym wydano 55 000 Mk²⁰.

Nowo otwarty szpital, przeznaczony do przyjęcia 818 pacjentów, dzielił się na dwa oddziały: chirurgiczny i medyczny²¹. Pierwszy z nich był w stanie pomieścić 264 pacjentów i obejmował: duży budynek z salami dla chorych, pawilon operacyjny, gmach dla chorych na sepsę i barak izolacyjny dla cierpiących na dyfteryt (z własną salą operacyjną). Dodatkowe miejsca dla pacjentów obu oddziałów znajdowały się w budynku dla chorych pierwszej i drugiej klasy, w którym umieszczono również salę operacyjną²².

Oddział medyczny przyjmował pacjentów z różnymi problemami, niewymagających leczenia chirurgicznego. W jego skład wchodziły: budynek z salami dla chorych, baraki dziecięcy i obserwacyjny, cztery pawilony izolacyjne, dwa baraki dla gruźlików, dwa budynki dla chorych skórnie i wenerycznie oraz budynek dla chorych psychicznie. Oddział medyczny mógł leczyć jednorazowo 492 pacjentów²³. Kompleks szpitalny obejmował łącznie 26 obiektów, w tym 16 budynków przeznaczono dla pacjentów, a pozostałych 10 pawilonów pełniło funkcje zabiegowe, mieszkalne, gospodarcze i administracyjne²⁴.

Fehlhaber projektując zespół nowego Szpitala Miejskiego, wykorzystał zalety zarówno założenia pawilonowego, jak i wielopiętrowego, kompaktowego gmachu. System szpitali pawilonowych, popularny w Niemczech od drugiej połowy XIX w.

¹⁶ GStaPK I HA. Rep. 76, Kultusministerium; VIII B, nr 1786, 27 Juli 1909 *Betrifft Krankenhaus-Neubau in Danzig* (brak paginacji).

¹⁷ *Bericht des Magistrats des Stadt Danzig über den Stand Gemeindeangelegenheiten bei Ablauf des Verwaltungsjahres 1909/1910*, Danzig 1910, s. 49.

¹⁸ *Bericht des Magistrats des Stadt Danzig über den Stand Gemeindeangelegenheiten bei Ablauf des Verwaltungsjahres 1910/1911*, Danzig 1911, s. 7; *Die Einweihung des neuen Krankenhauses*, „Danziger Neueste Nachrichten” 1911, nr 91, s. 2.

¹⁹ *Die Weihe des neuen Krankenhausanlage*, „Danziger Zeitung” 1911, nr 182, Abend Ausgabe, s. 2; Tadeusz Zajączkowski, *Profesor Arthur Barth (1858–1927) – pierwszy chirurg w nowo wybudowanym Szpitalu Miejskim w Gdańsku (1911–1924)*, „Przegląd Urologiczny” 2012, nr 6; <http://www.przegląd-urologiczny.pl/artukul.php?2362> [dostęp: 10.01.2013].

²⁰ *Unser Neues...*, s. 1.

²¹ *Ibidem...*, s. 10; Fehlhaber, *Das neue städtische Krankenhaus...*, s. 4.

²² *Ibidem*, s. 6; *Monographien Deutscher Städte*, Bd. 4, Danzig, red. Erwin Stein, Oldenburg 1914, s. 170; A. Schmidt, *Die chirurgische Abteilung des städtischen Krankenhauses in Danzig*, „Deutsche Zeitschrift für Chirurgie” 1921, Bd. 166, s. 9.

²³ Fehlhaber, *Das neue städtische Krankenhaus...*, s. 4.

²⁴ H. Mankowski, *Neuzeitliche Krankenhausbauten* „Ostdeutsche Bauzeitung” 1912, Jg. 10, nr. 7, s. 25; *Monographien...*, s. 163–164.

aż do końca pierwszej wojny światowej, pozwalał na łatwą separację chorych oraz stały dopływ światła i świeżego powietrza. Przez długi czas uznawany był za najlepsze rozwiązanie architektoniczne dla placówek medycznych.

Za pierwszy szpital pawilonowy w Europie uznaje się ukończony w 1765 r. Royal Naval Hospital w Stonehouse koło Plymouth, zaprojektowany przez londyńskiego architekta Alexandra Rovehaeda²⁵. Kompleks składał się z 15 budynków usytuowanych wokół przestronnego dziedzińca²⁶. Spopularyzowanie idei podziału oddziałów szpitalnych na poszczególne obiekty przypisuje się też niezrealizowanemu projektowi przebudowy paryskiego szpitala Hôtel Dieu, opracowanemu w 1773 r. przez lekarza Jean'a Baptiste'a Le Roy i architekta Charles'a Francois Viel'a²⁷. Projekt ten zakładał układ oparty na dwóch symetrycznych rzędach długich pawilonów (po jedenaście pawilonów w każdym rzędzie), uzupełnionych o obiekty administracyjne, gospodarcze i kościół oraz – wysunięte na tyłach założenia – budynki dla zakaźnie chorych²⁸. Budowę zdecentralizowanych szpitali zalecał również na początku XIX w. Jean Nicolas Louis Durand, prezentując przykładowy projekt obiektu szpitalnego złożonego z czternastu pawilonów usytuowanych w dwóch rzędów²⁹. Budynkiem, który prawdopodobnie zdecydował o późniejszej popularności architektury pawilonowej, był paryski Hôpital Lariboisiere, zaplanowany w 1839 r. i wzniesiony w latach 1846–1854 według projektu Martina Pierre'a Gauthier'a³⁰.

²⁵ Szpitale podzielone na osobne oddziały, umieszczane niekiedy w odrębnych pawilonach, powstawały w krajach arabskich już w średniowieczu. Brakuje jednak informacji, czy miały one wpływ na upowszechnienie się tego typu architektury szpitalnej w Europie, zob. Zofia Podgórska-Klawe, *Od hospicjum do współczesnego szpitala*, Warszawa 1981, s. 13; Władysław Szumowski, *Historia Medycyny*, Warszawa 1961, s. 172.

²⁶ Szpital wzniesiono podczas wojny siedmioletniej na potrzeby rannych żołnierzy. Więcej na ten temat zob. Grace Goldin, John D. Thompson, *The Hospital: A social and architectural History*, London 1975, s. 142–144; Ludwig Klasen, *Gebäude für Gesundheitspflege und Heilanstalten, Grundriss- Vorbilder in Gebäuden aller Art*, t. 4, Leipzig 1884, s. 314; <http://www.webrarian.co.uk/stonehouse/royalnavalhospital/> [dostęp: 3.05.2012].

²⁷ Goldin, Thompson, *The Hospital...*, s. 128–135; Axel Hinrich Murken, *Vom Armenhospital zum Grossklinikum. Die Geschichte des Krankenhauses vom 18. Jahrhundert bis zur Gegenwart*, Köln 1988, s. 34; Wanda Wszyńska, *Uwagi o historii i architekturze szpitali XVIII w.* [w:] „Szpitalnictwo Polskie” 1965, t. 9, s. 224.

²⁸ Goldin, Thompson, *The Hospital...*, s. 130; Wszyńska, *Uwagi o historii i architekturze szpitali...*, s. 224–225.

²⁹ Jean-Nicolas-Louis Durand, *Precis des lecons d'architecture données à l'ecole polytechnique*, Paris 1802, plansza nr 18.

³⁰ Całe założenie skupiało się wokół długiego dziedzińca, z budynkami administracji na jednym końcu i kaplicą (wraz z innymi zabudowaniami) na drugim. Wzdłuż dłuższych boków placu umieszczono symetrycznie po trzy dwupiętrowe pawilony, połączone galeriami. Obiekt ten jest wymieniany niemal we wszystkich opracowaniach dotyczących architektury szpitalnej jako budowla, która wywarła duży wpływ na upowszechnienie się szpitalnictwa pawilonowego na świecie. Klasen podkreślał nawet, że koncepcja tego szpitala ugruntowała nową epokę w dziejach szpitalnictwa, zob. Klasen, *Gebäude für...*, s. 326; Murken, *Vom Armenhospital...*, s. 131–135; Nikolaus Pevsner, *A history of building types*, Princeton 1976, s. 154.

Zalety stosowania zabudowy pawilonowej w szpitalach wojennych dostrzeżono także w czasie wojny krymskiej (1851–1856) oraz wojny secesyjnej w Ameryce Północnej (1861–1865)³¹. W Niemczech zainteresowanie tego typu rozwiązaniem zaczęło rosnąć po zakończeniu wojen prusko-austriackiej (1866) i niemiecko-francuskiej (1870–1871). Wielu lekarzy zaobserwowało, że ranni i chorzy leczeni w szpitalach polowych, złożonych z prowizorycznych baraków i namiotów, wracają do zdrowia szybciej niż pacjenci przebywający w jednym budynku szpitalnym.

Pierwszą inicjatywę budowy zespołu niewielkich pawilonów szpitalnych podjęto na przełomie lat 1866–1867 w Szpitalu Charité w Berlinie. Na potrzeby tamtejszej Kliniki Chirurgicznej wzniesiono skromne, drewniane baraki, bezpośrednio nawiązujące do zabudowy wojskowych lazaretów³². Zaprezentowany tam system pawilonowy szybko przyjął się w niemieckim budownictwie szpitalnym i już wkrótce zaczęły postawać kolejne założenia – od niedużych lazaretów po wielkie kompleksy. Do najważniejszych szpitali pawilonowych w Niemczech należał Städtisches Allgemeines Krankenhaus „Im Friedrichshain”, wzniesiony w Berlinie w latach 1868–1874 według projektu spółki Martina Gropiusa i Heino Schmiedena. Kompleks składał się z siedemnastu jedno- i dwukondygnacyjnych obiektów, podzielonych na poszczególne oddziały oraz budynki niemedyce³³. Zespół ten stał się wzorcowym obiektem epoki, a swoją rangą ugruntował pozycję architektury pawilonowej w niemieckim szpitalnictwie³⁴.

Zjawiskiem, które zaważyło na kształcie obiektów szpitalnych, było wprowadzenie aseptyki – postępowania mającego na celu wyjąłowanie przedmiotów i przestrzeni tak, aby drobnoustroje nie mogły zakazić rany. Zasady aseptyki wprowadził kiloniski lekarz Gustaw Neuber³⁵. W tym czasie opracowano również

³¹ Zmagania wojny krymskiej wpłynęły na reformę szpitalnictwa przede wszystkim dzięki działalności Florence Nightingale uznawanej za jedną z matek nowoczesnego pielęgniarstwa. Jej starania o stworzenie planów szpitala pawilonowego podczas przebudowy lazaretu św. Tomasza w Londynie zaowocowały późniejszą modernizacją wielu angielskich placówek, zob. Klasen, *Gebäude für...*, s. 326.

³² Obiekty te powstały według planów dyrektora administracyjnego Charité Carla Heinricha Esse i berlińskiego dyrektora budowy Hermanna Blakensteina, zob. Murken, *Vom Armenhospital...*, s. 123.

³³ Więcej na ten temat zob. *Städtisches Allgemeines Krankenhaus in Berlin-Friedrichshain*, „*Zeitschrift für Bauwesen*” 1875, Jg. 25, s. 131–144.

³⁴ Oswald Kuhn w swoim dziele na temat architektury szpitalnej, wydanym w ramach *Handbuch der Architektur*, zalecał budownictwo pawilonowe jako najlepszą formę dla tego typu obiektów, zob. Oswald Kuhn, *Krankenhauser. Handbuch der Architektur*, Bd. 5, H. 1, Stuttgart 1891, s. 497.

³⁵ Marek Labon, *Dwie tradycje projektowania przestrzeni szpitalnej*, „*Gazeta AMG*” 2006, nr 3, s. 15; http://www.gazeta.gumed.edu.pl/attachment/attachment/341/Gaz2006_03.pdf [dostęp: 20.05.2012]; *Gustaf Adolf Neuber und seine chirurgischen Privat-Hospitäler*, <http://www.sekkiel.de/jubilaen/125-jahre-asepsis/neubers-hospitaeler/?print=1&PHPSESSID=20eec2c6c6c326759c1922d1b6eb01d9> [dostęp: 19.05.2012].

zasady antyseptyki, polegające na odkażaniu ciała³⁶. Wypracowane w latach sześćdziesiątych XIX w., wywarły znaczący wpływ na ewolucję architektury szpitalnej. W miarę postępu medycyny zaczęto ograniczać rozdrobnienie poszczególnych obiektów wchodzących w skład szpitali. Dzięki odkryciom z dziedziny bakteriologii i higieny łączenie określonych grup pacjentów w jednym obiekcie stało się bezpieczniejsze. Krytykowano stosowanie wyłącznie budownictwa pawilonowego ze względu na wysokie koszty utrzymania i zbędne utrudnienia komunikacyjne. W drugiej połowie lat osiemdziesiątych XIX w. zaczęto wznosić placówki łączące osiągnięcia systemu pawilonowego oraz zalety szpitala mieszczącego się w jednym budynku, do których przede wszystkim należy zaliczyć ekonomię. Przykładem takiej zabudowy był szpital w Lubece (1885–1887), zbudowany według projektu Heino Schmiedena i Victora v. Weltziena³⁷. Wkrótce sposób budowy szpitali oparty na wznoszeniu kilku wielopiętrowych budynków, wykorzystujący zarówno zalety podziału na osobne obiekty oraz izolacji niektórych oddziałów, jak i korzyści płynące z zastosowania budowli korytarzowej, doczekał się powszechnego uznania. Na początku XX w. na terenie Niemiec powstało wiele szpitali opartych na podobnych zasadach i łączących obie koncepcje.

Miejski Szpital w Gdańsku również został zorganizowany według powyższego schematu – łączył oba założenia. Połowa pacjentów szpitala była kierowana do dwóch dużych, nowoczesnie wyposażonych budynków, mieszczących sale dla chorych. Pacjentów wymagających separacji umieszczano w osobnych murowanych gmachach, dla zakaźnie chorych przewidziano zaś specjalne, parterowe pawilony³⁸.

Teren zakupiony pod budowę szpitala sąsiadował od północnego wschodu z ulicami Delbrückallee i Feldstrasse (obecnie ulicą Smoluchowskiego). Od południa ograniczało go malownicze wzgórze, zaś od zachodu – rozległy teren zielony. Parcela położona była dość wysoko i pięła się w górę, w kierunku południowo-zachodnim³⁹. Architekt doskonale sprostął trudnym warunkom terenowym, planując stworzenie systemu ziemnych tarasów, które zostały efektywnie wykorzystane do rozdzielenia poszczególnych grup budynków (il. 2).

Zabudowania administracyjne, gospodarcze i mieszkalne umieszczono bezpośrednio przy ulicy, co umożliwiło cofnięcie budynków leczniczych w głąb działki. W skierowanym ku wschodowi ciągu frontowym wzdłuż ulicy Delbrückallee usytuowano: reprezentacyjny budynek administracyjny, dwie wille ordynatorów oraz budynek mieszkalny dla kadry urzędniczej. Na najniższym

³⁶ Antyseptyka jest postępowaniem odkażającym, polegającym na dezynfekcji skóry, błon śluzowych i ran. Za ojca aseptyki zwyczajowo uważa się Josepha Listera.

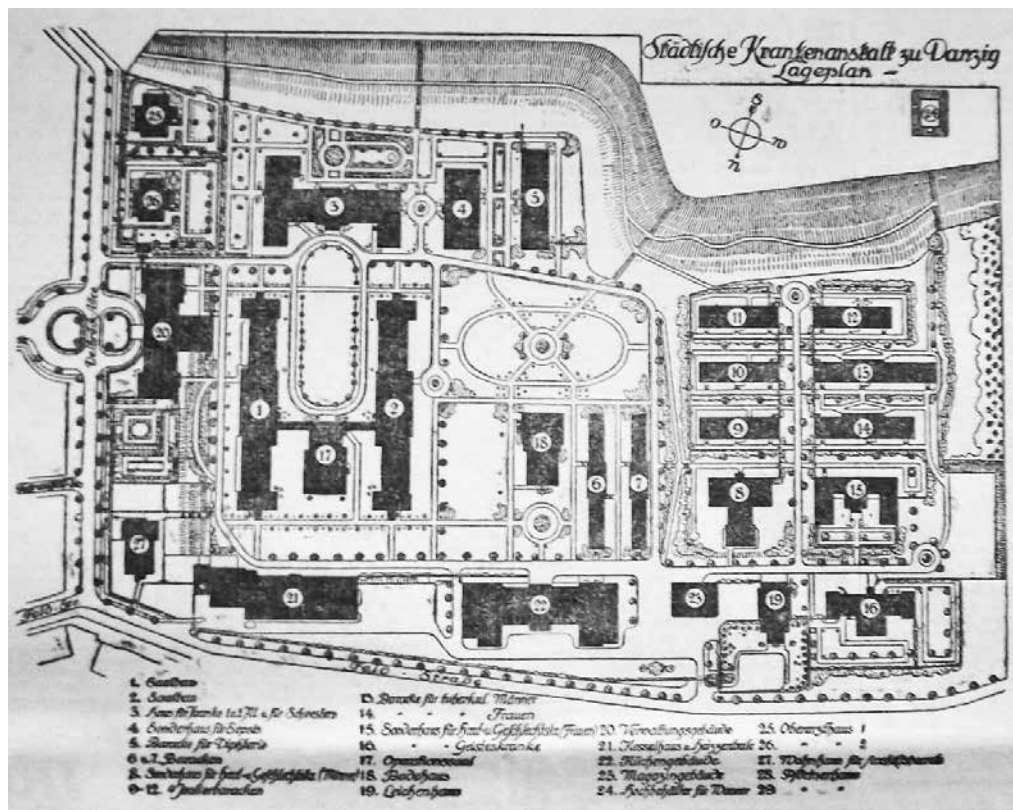
³⁷ Murken, *Vom Armenhospital...*, s. 157–158; Peters, *Heino Schmieden...*, s. 360.

³⁸ *Ibidem*, s. 185.

³⁹ Średnia wysokość terenu wahała się od 24 m do 62 m n.p.m, zob. *ibidem*, s. 184; Fehlhaber, *Das neue städtische Krankenhaus...*, s. 2; *Monographien...*, s. 162.

poziomie, wzdłuż północnej krawędzi działki (od Feldstrasse) wyznaczono wewnętrzną drogę, przy której zostały ustawione budynki gospodarcze. Na jej końcu, w narożu działki, umieszczono oddział dla chorych psychicznie i epileptyków.

Architektura
Szpitala
Miejskiego...



Il. 2. Plan Szpitala Miejskiego w Gdańsku: 1, 2 – budynki salowe, 3 – budynek dla siostr i chorych pierwszej i drugiej klasy, 4 – budynek izolacyjny dla zakażonych sepsą, 5 – budynek dla chorych na dyfteryt, 6, 7 – baraki, 8 – budynek dla chorych skórnie i wenerycznie mężczyzn, 9–12 – pawilony izolacyjne, 13, 14 – pawilony dla chorych na gruźlicę mężczyzn i kobiet, 15 – budynek dla kobiet chorych skórnie i wenerycznie, 16 – budynek dla chorych psychicznie, 17 – blok operacyjny, 18 – budynek łaźni, 19 – kostnica (z prosektorium), 20 – budynek administracyjny, 21 – kotłownia, 22 – budynek gospodarczy, 23 – magazyn, 24 – ujęcie wody, 25–27 – budynki mieszkalne, wg *Unser Neues Danziger Stadtlazarett*, „Danziger Zeitung” 1911, nr 180, Abend-Ausgabe, s. 1

Na pierwszym tarasie, na zachód od budynku administracji i na południe od ciągu gospodarczego, po obu stronach budynku operacyjnego stały potężne bryły dwóch trzypiętrowych gmachów z salami dla chorych. Dalej, w kierunku zachodnim, zbudowano budynek kąpielowy oraz dwa tymczasowe baraki: obserwacyjny i dziecięcy. Po południowej stronie działki znajdował się duży budynek dla pielęgniarek i pacjentów prywatnych. Na zachód od niego stały oddział dla zakażonych sepsą oraz pawilon dla chorych na dyfteryt.

Na kolejnym, wyższym tarasie znalazły się dwa rzędy baraków. Tuż obok, naprzeciw zakładu dla psychicznie chorych i budynku prosektorium wzniesiono budynki z przeznaczeniem dla chorych dermatologicznie i wenerycznie. Osiem obiektów zbudowanych na najwyższym tarasie zamykało zespół od południa. Kompleks szpitala został świetnie zaplanowany zarówno pod względem funkcjonalności, jak i architektury krajobrazu. Wszystkie budynki umieszczono wśród zieleni. Stosunkowo luźna zabudowa działki pozwalała na stworzenie przestrzeni rekreacyjnych, ważnych dla komfortu psychicznego pacjentów. Duże powierzchnie zieleni tworzyły przyjazną atmosferę. Odpowiednia liczba dróg i alejek, wylanych betonem lub asfaltem, pozwalała na swobodną komunikację pomiędzy budynkami.

Główne wejście na teren szpitala znajdowało się między reprezentacyjnymi budynkami przy ulicy Delbrückallee, wśród których dominował budynek administracji, umieszczony centralnie na osi Eichenalle (il. 3, 4). Czterokondygnacyjny, murowany gmach zaprojektowano w stylu uproszczonego neobaroku. Układ pomieszczeń był dwuipółtraktowy, ale na parterze środkowa część budynku mieściła jednoprzestrzennie duży hol. Obiekt zdołał dwa skrajne, wysunięte w obu elewacjach, trójosiowe ryzality oraz przechodzący w wystawkę środkowy pseudoryzalit (również trójosiowy), z wejściem pośrodku. Fasada budynku była piętnastoosiowa, podzielona na trójosiowe zespoły w ryzalitach i częściach korpusu. Elewacje budynku zostały otynkowane w odcieniach szarego różu, zaś w części cokołowej były ryflowane.

Parter budynku zajmowały biura administracji, apteka, izba przyjęć oraz dwie polikliniki, które udzielały pomocy ambulatoryjnej. Piętra przeznaczono na przestrzenie mieszkalne, bibliotekę i palarnię⁴⁰. Pośrodku pierwszego i drugiego piętra znajdowały się dwa reprezentacyjne pomieszczenia: kasyno dla lekarzy oraz sala do odprawiania nabożeństw, prowadzenia wykładów i kursów dokształcających dla personelu⁴¹.

Na południe od gmachu administracji stanęły obok siebie dwie wille dla ordynatorów (il. 5). Oba dwukondygnacyjne budynki zostały wzniesione na identycznym, nieregularnym rzucie, jednak różniły się nieznacznie rozwiązaniem elewacji oraz dachów. Elewacje obu budynków były tynkowane, ozdobione motywem girlandy. Dodatkową dekorację stanowiły kolorowo malowane okapy i stylizowane opaski okienne. Wnętrza domów miały zapewnić mieszkańcom wysoki standard, ale pełniły też funkcje oficjalne. Najważniejszym pomieszczeniem na parterze był gabinet lekarski z poczekalnią i osobnym pokojem badań⁴². Pomiędzy domami ordynatorów a centralnym budynkiem administracyjnym

⁴⁰ Karl Fehlhaber, *Gebäude für Krankenpflege und öffentliche Wohlfarth [w:] Danzig und seine Bauten*, Danzig 1908, s. 189; Karl Fehlhaber, *Das neue städtische Krankenhaus zu Danzig*, Oldenburg 1913, s. 6–7; *Monographien...*, s. 172; *Sammelwerk der gesundheitlichen Fürsorgeeinrichtungen usw. Im Gebiet der Freien Stadt Danzig*, Düsseldorf 1928, s. 23.

⁴¹ Więcej na temat rozkładu pomieszczeń zob. *Erläuterungsbericht...*, 1907, s. 21.

⁴² *Ibidem*, s. 21.

umieszczono niewielką portiernię. W północno-wschodnim rogu działki stanął dom mieszkalny dla urzędników i pracowników gospodarczych. Pierwotny plan zakładał wzniesienie obok (w późniejszym terminie) drugiego obiektu o tej samej funkcji.

*Architektura
Szpitala
Miejskiego...*



Il. 3. Budynek administracyjny i dom ordynatora, około 1911, pocztówka ze zbiorów Krzysztofa Gryndera



Il. 4. Reprezentacyjny gmach administracji Szpitala Miejskiego, około 1911, pocztówka ze zbiorów Krzysztofa Gryndera



Il. 5. Budynki mieszkalne dla lekarzy-ordynatorów, w głębi budynek administracyjny, pocztówka ze zbiorów Krzysztofa Gryndera

W głębi parceli znajdowały się zabudowania *stricte* szpitalne, służące celom medycznym i obsługujące gospodarcze zaplecze placówki. Wszystkie te obiekty zostały zaprojektowane jako jednolite, doskonale zaplanowane założenie, harmonijne pod względem układu i estetyki. Wszystkie budynki (z wyjątkiem baraków) wybudowano z cegły, podpiwniczono i otynkowano. Zastosowano w nich żelbetowe stropy. Drewniano-betonowe, płaskie dachy pokryto papą. Obiekty, w których mieściły się oddziały dla pacjentów i pomieszczenia gospodarcze, łączyło też podobne rozwiązanie elewacji, polegające na zastosowaniu szaro-piaskowego tynku i ograniczeniu detalu. Poziome podziały elewacji zostały wprowadzone przez umieszczenie skromnego gzymsu cokołowego. Pionowa artykulacja była ograniczona do profilowanych, prostokątnych opasek okiennych, zaakcentowanych jaśniejszym kolorem, łączących niekiedy okna kilku kondygnacji. Charakterystycznym elementem wielu budynków były duże okna, opracowane według schematu opartego na czterech taflach szkła otoczonych małymi, kwadratowymi szybkami, umieszczane najczęściej w klatkach schodowych. Dekorację budynków stanowiły też drewniane, znacznie wysunięte, malowane okapy, często wsparte na kroksztynach, oraz znajdujące się pod nimi fryzy. Nadanie niemal wszystkim budynkom tego samego charakteru podkreślało jedność założenia i dodawało kompleksowi szpitala walorów estetycznych.

Bezpośrednio za gmachem administracji, na pierwszym tarasie znajdował się zespół dwóch budynków salowych, połączonych zamkniętą galerią z blokiem operacyjnym (il. 6). Trzy obiekty tworzyły symetryczny układ, przy czym

W pokojach usytuowano izolatki (20 izolatek, w każdej po 2 łóżka), łazienki, toalety, gabinety dla pielęgniarek i inne pomieszczenia pomocnicze⁴⁵. W skrajnych ryzalitach zlokalizowano piono toalet, umywalnie, pokoje opatrunkowe i magazyny narzędzi⁴⁶. Wybudowany po drugiej stronie gmach oddziału medycznego zaprojektowano analogicznie (il. 7).



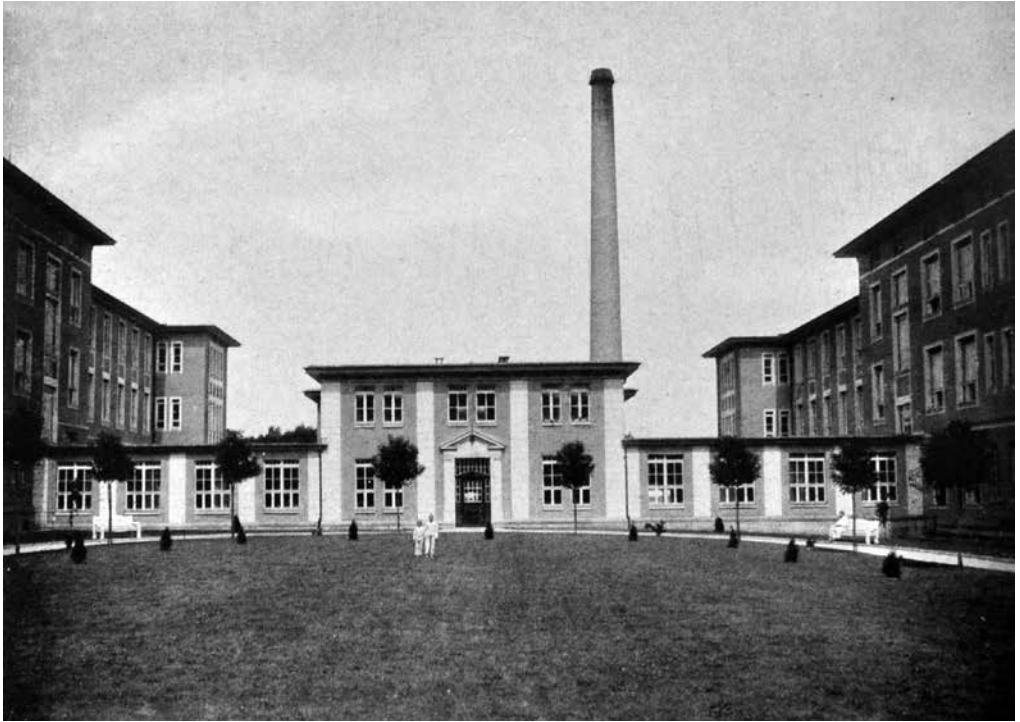
Il. 7. Budynek salowy II, widok od zachodu, około 1914, wg *Monographien Deutscher Städte*, Bd. 4, *Danzig*, Oldenburg 1914, s. 166

Dwukondygnacyjny budynek operacyjny usytuowano pomiędzy gmachami dla pacjentów i połączono z nimi krytym łącznikiem (il. 8). Na parterze znajdowały się dwie sale zabiegowe: septyczna i aseptyczna (il. 9). Oba pomieszczenia wyłożono ceramicznymi płytkami i oświetlono za pomocą dużych okien umieszczonych w dwóch ścianach – każda sala miała jedno okno od południa zgodnie z obowiązującymi wówczas zaleceniami higieny⁴⁷.

⁴⁵ W budynkach oddziału chirurgicznego umieszczono również niewielkie laboratorium, przechowalnię rzeczy pacjentów, pokoje mieszkalne dla męskiego personelu pomocniczego oraz Instytut Ortopedyczny wyposażony w 23 nowoczesne aparaty rehabilitacyjne, pochodzące z medycznego domu towarowego w Berlinie. Znajdowała się tam również sala wykładowa z nowoczesnym projektorem, zob. Fehlhaber, *Das neue städtische Krankenhaus...*, s. 9; *Monographien...*, s. 177.

⁴⁶ Nowością w gdańskiej architekturze szpitalnej było wprowadzenie osobnych pomieszczeń przeznaczonych specjalnie do takich czynności, jak mycie naczyń, pranie brudnej bielizny szpitalnej i czyszczenie basenów. Zastosowanie w pierwszych latach XX w. tak szczegółowego podziału pomieszczeń świadczy o chęci wdrożenia przez architekta i decydentów ówczesnych zaleceń dotyczących higieny, zob. Fehlhaber, *Das neue städtische Krankenhaus...*, s. 4–5.

⁴⁷ Zalecano umieszczenie jak największej liczby okien z wielu stron, zob. Kuhn, *Krankenhaus...*, s. 702–707.



Il. 8. Budynek operacyjny, około 1914, wg *Monographien Deutscher Städte*, Bd. 4, Danzig, Oldenburg 1914, s. 168



Il. 9. Wnętrze sali operacyjnej Szpitala Miejskiego, około 1921, wg Schmidt, *Die chirurgische Abteilung des städtischen Krankenhauses in Danzig*, „*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*” 1921, Bd. 166, s. 5

Sąsiadowały z nimi pomieszczenia przygotowawcze, pokoje do sterylizacji narzędzi, laboratorium rentgenowskie, pokój badań, poczekalnia i gabinet lekarski. Na piętrze znajdowały się laboratoria fotograficzne i mikrobiologiczne, kolekcja preparatów, magazyn materiałów opatrunkowych oraz dwa pokoje dla asystentek operacyjnych⁴⁸. Tynkowane elewacje budynku zostały opracowane w inny sposób niż w pawilonach salowych. Budynek operacyjny – prawdopodobnie ze względu na ważną funkcję, jaką pełnił w zespole szpitala – zyskał, podobnie jak znajdujący się dalej pawilon łaźni, bogatsze dekoracje w postaci lizen, delikatnie nawiązujące do reprezentacyjnego gmachu administracyjnego. Wejście do budynku zdobił uproszczony klasyczny portal przypominający naczółek wsparty na kolumnach.

Po południowej stronie pierwszego tarasu umieszczono budynek kąpielowy (il. 10)⁴⁹. Obiekt ten oferował pacjentom bogatą gamę zabiegów balneologicznych, takich jak kąpiel zanurzeniowa, prysznice z zimną, ciepłą bądź mieszaną wodą, polewanie, prysznice pasowe, sauna, kąpiel kwasowęglowa, kąpiel świetlna oraz łaźnia piaskowa⁵⁰. Oprócz pomieszczeń terapeutycznych znajdowały się tam: gabinet ordynatora, pokój konsultacyjny, poczekalnia oraz rentgenowskie laboratorium diagnostyczne.

Na zachód od budynku kąpielowego zlokalizowano dwa oddziały: obserwacyjny i dziecięcy, umieszczone tymczasowo w drewnianych barakach, przeniesionych ze starego szpitala przy Bramie Oliwskiej⁵¹.

Po południowej stronie kompleksu stanął trójkondygnacyjny gmach mieszczący pokoje mieszkalne dla siostr i tzw. „chorych prywatnych” (il. 11). Chorzy prywatni byli pacjentami klasowymi – osobami zamożnymi, które mogły sobie pozwolić na wniesienie wyższej opłaty za leczenie szpitalne. Swoją pobyt w lazarecie finansowały z własnych środków bądź prywatnych ubezpieczeń, otrzymując w zamian lepsze warunki⁵². Mimo że budynek wzniesiono na niesymetrycznym

⁴⁸ Schmidt, *Die chirurgische...*, s. 9.

⁴⁹ Murowany, parterowy budynek na rzucie zbliżonym do dwóch prostokątów: większego od południa i mniejszego od północy, został zaplanowany jako centralna część zespołu oddziału wewnętrznego, który miał powstać po pierwszej rozbudowie. Początkowo planowano także wzniesienie dwukondygnacyjnego budynku łaźni. Więcej na ten temat zob. *Erläuterungsbericht...*, 1907, s. 16.

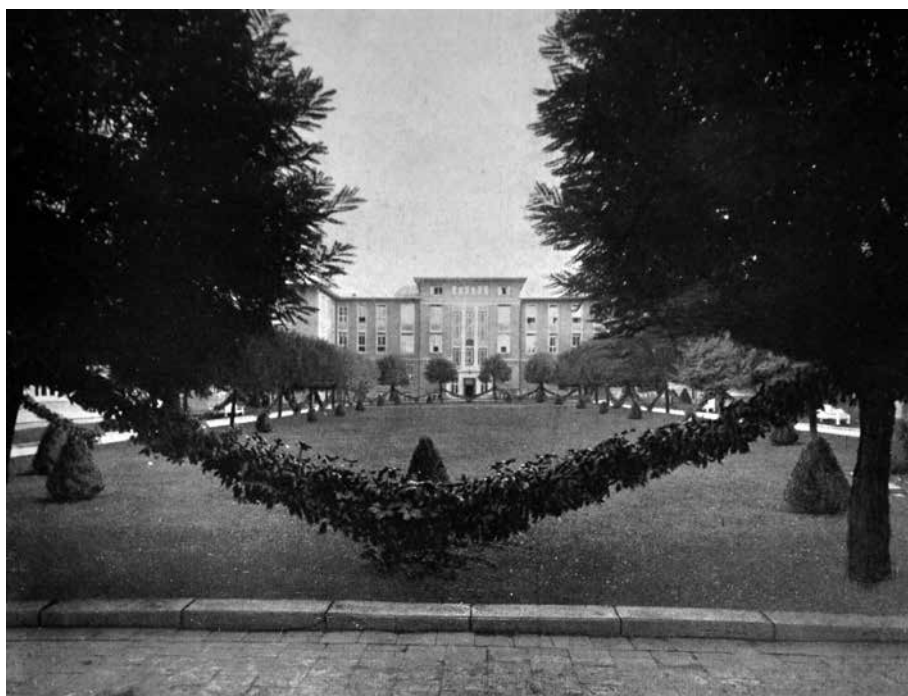
⁵⁰ W budynku kąpielowym znajdowały się: brodziki do moczenia nóg, komory parowe oraz tzw. czterokomorówka, czyli urządzenie złożone z czterech baseników, służące do elektrowodnych kąpeli samych kończyn. W budynku zainstalowano ponadto nowoczesne urządzenia terapeutyczne, m.in. lampy: kwarcową i Finsena, przeznaczone do naświetlań, oraz aparat do darsonwalizacji, służący do leczenia skóry, nadciśnienia i nerwicy za pomocą prądów o niskim natężeniu i dużej częstotliwości, zob. Fehllhaber, *Das neue städtische Krankenhaus...*, s. 6; *Monographien...*, s. 170.

⁵¹ Ponowne wykorzystanie tych obiektów pozwoliło zaoszczędzić fundusze, do czego przykładano wagę już w trakcie debatowania nad kształtem szpitala. Podłużne baraki ustawiono wzdłuż osi północ-południe, równoległe do siebie oraz do niewielkiej skarpy, stanowiącej krawędź wyższego tarasu. Budynki pomalowano na jasne kolory, starając się nadać im przyjaznego charakteru, zob. *Monographien...*, s. 167; *Sammelwerk...*, s. 24.

⁵² W 1914 r. koszt pobytu w pierwszej klasie wynosił od 10 do 13,5 Mk dziennie, a w drugiej klasie – od 6 do 9 Mk, przy czym obywatele Gdańska obowiązywała niższa opłata. Koszt pobytu



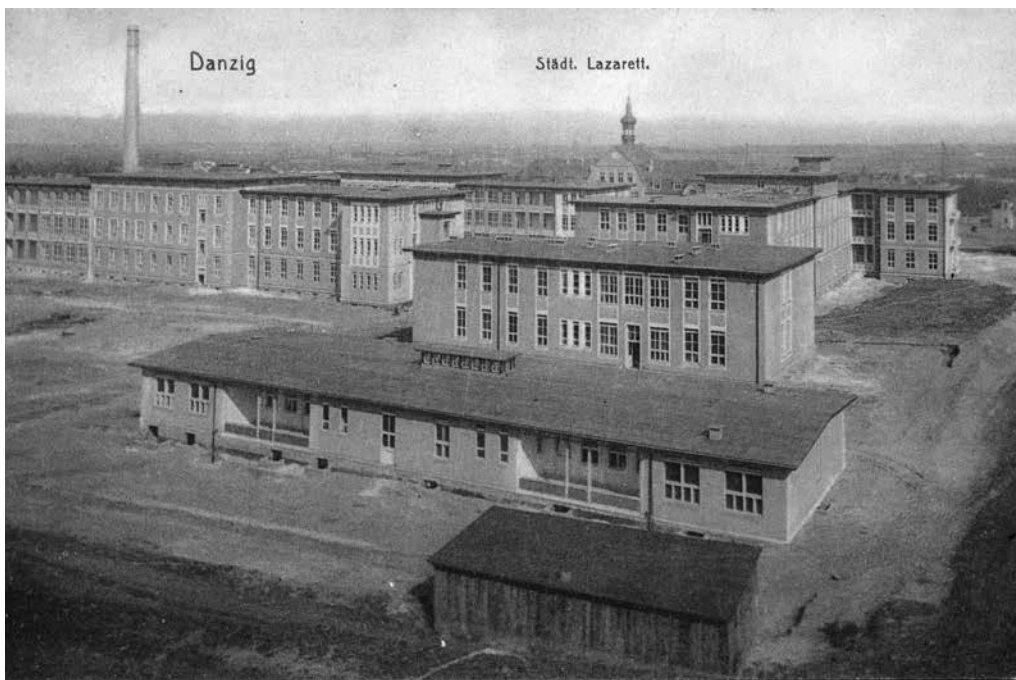
Il. 10. Szpital Miejski, na pierwszym planie budynek łaźni i dwa tymczasowe baraki, w tle budynek gospodarczy, około 1911, pocztówka ze zbiorów Krzysztofa Gryndera



Il. 11. Budynek oddziału chorych pierwszej i drugiej klasy, wg *Sammelwerk der gesunheitlichen Fürsorgeeinrichtungen usw. Im Gebiet der Freien Stadt Danzig*, Düsseldorf 1928, s. 23

rzucie, z oficyną od południa, jego fasada została zakomponowana symetrycznie. Architekturę obiektu podkreślały trzy osie smukłych, wysokich okien, umieszczone pośrodku ryzalitu. Większość pacjentów szpitala lokowano w dużych budynkach, jednak ze względu na specyfikę niektórych chorób utworzono również specjalne pododdziały, które umożliwiały separację chorych i były przystosowane do określonych form terapii.

Specjalny budynek, w którym leczono pacjentów zakażonych sepsą, znajdował się po południowej stronie parceli, na zachód od domu dla sióstr, i razem z sąsiadującym barakiem dla chorych na dyfteryt należał do oddziału chirurgicznego (il. 12, 13). Był to prosty, dwukondygnacyjny obiekt na planie prostokąta, ustawiony wzdłuż osi północ-południe.

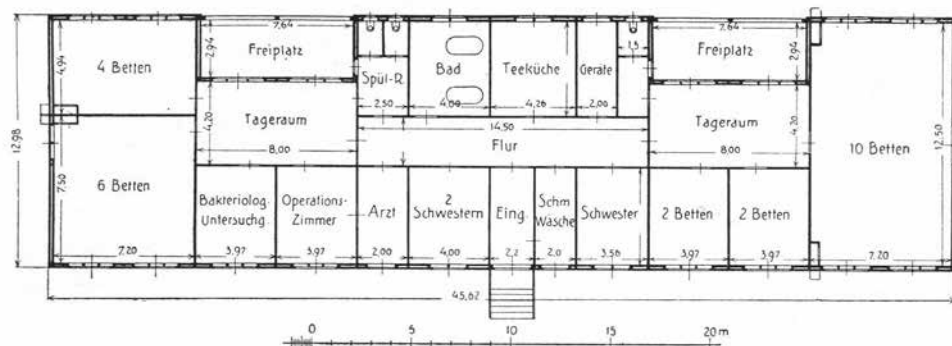


Il. 12. Szpital Miejski, widok od południowego zachodu, na pierwszym planie pawilon dla chorych na dyfteryt, w głębi budynek dla zakażonych sepsą, po lewej stronie drugi budynek salowy, około 1910, pocztówka ze zbiorów Krzysztofa Gryndera

dorosłej osoby w trzeciej klasie wynosił zaledwie od 2 do 4 Mk. W 1927 r. za jeden dzień pobytu w szpitalu trzeba było zapłacić: w pierwszej klasie – 18 i 23 guldenty, w drugiej klasie – 10 i 15 guldentów, w trzeciej klasie – 4,50 i 6,75 guldenty za osoby dorosłe oraz 3 i 3,5 guldenty za dzieci. Pacjenci klasowi musieli dodatkowo płacić za operację i korzystanie ze specjalnych usług, takich jak nocne czuwanie nad nimi, dodatkowe kąpiele lecznicze, naświetlania, konsultacje z lekarzem specjalistą, spożywanie napojów niedostępnych dla zwykłych chorych – wody mineralnej lub wina, zob. *Bestimmungen über die Inanspruchnahme des Städtischen Krankenhauses zu Danzig*, Danzig 1927, s. 3; *Monographien...*, s. 182–183.

Na terenie szpitala stanęło łącznie siedem baraków izolacyjnych: jeden dla chorych na dyfteryt, umieszczony na pierwszym tarasie w sąsiedztwie oddziału dla pacjentów z sepsą, i sześć kolejnych, ustawionych symetrycznie – po trzy budynki w dwóch rzędach – na wyższym nasypie (il. 14). Wszystkie pawilony miały identyczną, lekką konstrukcję opartą na żelaznym szkielecie uzupełnionym ceglami. Podwójne, tynkowane ściany zewnętrzne kryły specjalną konstrukcją dźwigającą

Architektura Szpitala Miejskiego...



Il. 13. Rzut pawilonu dla chorych na dyfteryt (błonicę), wg *Danzig und seine Bauten*, Danzig 1908, s. 188



Il. 14. Zespół budynków Szpitala Miejskiego, na pierwszym planie pawilony dla chorych zakaźnie, w głębi po lewej stronie fragment budynku dla chorych dermatologicznie i wenerycznie mężczyzn, pośrodku tymczasowe baraki i budynek łaźni (za nimi budynek gospodarczy), po prawej stronie budynek salowy, około 1911, pocztówka ze zbiorów Krzysztofa Gryndera

dach. Oprócz pomieszczeń pomocniczych, które znalazły się we wszystkich budynkach dla pacjentów, umieszczono tutaj specjalne pralnie, służące do sterylizacji rzeczy używanych przez osoby zarażone⁵³. Pawilony różniły się między sobą jedynie wielkością i układem wnętrza. Dwa obiekty dla chorych na gruźlicę zostały dodatkowo wyposażone w specjalne tarasy do werandowania pacjentów, umieszczone od południa⁵⁴. Leżakowanie na świeżym powietrzu było na początku XX w. jedną z głównych metod leczenia gruźlicy, na którą nie znano jeszcze skutecznego leku (il. 15). Popularność tej terapii sięgała 1854 r., kiedy w Görbersdorf (obecnie Sokołowsko w Sudetach) otwarto pierwsze sanatorium przeciwgruźlicze przeznaczone do leczenia klimatycznego⁵⁵. Założyciel ośrodka Herman Brehmer zalecał wystawianie pacjentów na wielogodzinne działanie promieni słonecznych i powietrza, co chętnie kontynuowali jego naśladowcy, tworząc kolejne tego typu placówki⁵⁶.

Wzdłuż północnej krawędzi najwyższego tarasu umieszczono dwa budynki, w których znalazły się oddziały dla chorych na choroby skórne i weneryczne. Mniejszy, dwukondygnacyjny obiekt mieścił oddział dla mężczyzn, złożony z 36 łóżek. Sąsiedni, nieco większy, dwukondygnacyjny budynek przeznaczony dla kobiet, mógł przyjąć 58 pacjentek⁵⁷. Naprzeciwko, w narożu działki stanął oddział dla chorych psychicznie i epileptyków. Początkowo miał on charakter tymczasowy. Przyjmowano tu pacjentów, którzy oczekiwali na przeniesienie do prowincjonalnego zakładu dla chorych psychicznie⁵⁸.

⁵³ Takie same pomieszczenia urządzono również w budynkach dla cierpiących na sepsę, choroby skórne i weneryczne, zob. *Monographien...*, s. 175.

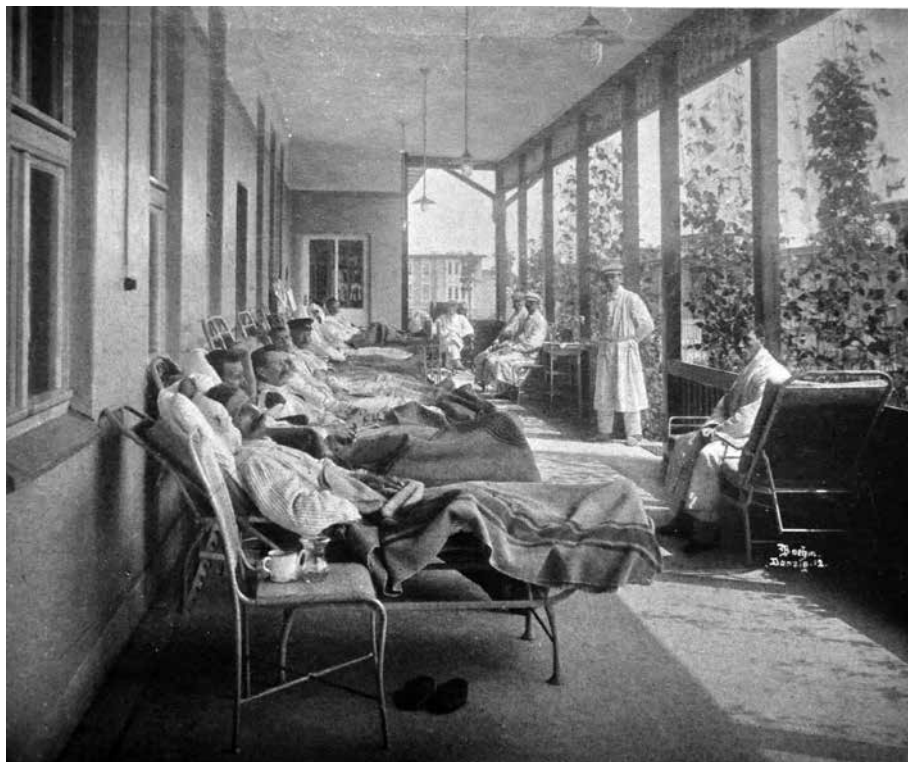
⁵⁴ Gruźlica stanowiła największy problem pośród wszystkich chorób zakaźnych dręczących ludność miasta. W Gdańsku wskaźnik umieralności na gruźlicę był jednym z wyższych na terenie całego Cesarstwa. W latach 1890–1913 umarło na nią od 19 do 25 osób na każde 10 tysięcy mieszkańców, zob. Andrzej Romanow, *Warunki życia ludności Gdańska [w:] Historia Gdańska*, Sopot 1998, s. 441.

⁵⁵ Andrzej Kierzek, Andrzej Pozowski, Jadwiga Kuciel-Lewandowska, *Alfred Marcin Sokołowski a Władysław Matlakowski. Przyczynek do historii sanatoryjnego leczenia gruźlicy płuc*, „*Annales Academiae Medicae Stetinesis*” 2007, nr 53, s. 124–128; Mariusz Migala, *Rozwój terapii baleoklimatycznej na Górnym Śląsku w aspekcie leczenia gruźlicy (II połowa XIX w. i I połowa XX w.)*, Opole 2009, s. 24–35, 48, 80–92; Małgorzata Omilanowska, *Nadbałtyckie Zakopane. Połoga w czasach Tyszkiewiczów*, Warszawa–Sopot 2011, s. 159–160; <http://www.sudetnik.pl/tag/brehmer/> [dostęp: 13.01.2013].

⁵⁶ Na początku XX w. werandy i tarasy do leżakowania stanowiły stały element obiektów przeznaczonych do leczenia chorób płucnych, czego przykładem mogą być zabudowania największego zakładu o tym profilu w Beelitz pod Berlinem (według projektu Heino Schmiedena i Juliusa Boethke), zob. Peters, *Heino Schmieden...*, s. 150–157, 318.

⁵⁷ Choroby weneryczne były na początku XX w. stosunkowo częstą dolegliwością trapiącą mieszkańców Gdańska. W 1913 r. we wszystkich placówkach medycznych miasta hospitalizowano z tego powodu łącznie 850 mężczyzn i 245 kobiet, w tym 57 prostytutek. Najprawdopodobniej w związku z niewygodnym dla władz miasta tematem nierządu zdecydowano się odgrodzić za pomocą muru oddział dla kobiet chorych wenerycznie od reszty kompleksu szpitala. Przed budynkiem pozostawiono podwórze o powierzchni 500 m², na które mógł wjechać samochód transportujący prostytutki, zob. *Erläuterungsbericht...*, 1907, s. 19; Romanow, *Warunki życia...*, s. 441.

⁵⁸ Fehlhäber, *Das neue städtische Krankenhaus...*, s. 5.



Il. 15. Pacjenci na werandzie oddziału dla gruźlików, wg *Monographien Deutscher Städte*, Bd. 4, Danzig, Oldenburg 1914, s. 167

Po wschodniej stronie postawiono dwukondygnacyjny budynek kostnicy. Był to skromny obiekt o nieregularnym kształcie, złożonym z korpusu na rzucie krótkiego prostokąta z szerokim ryzalitem w południowej elewacji i tylną, parterową przybudówką mieszczącą kaplicę pogrzebową. Parter budynku zajmowały pomieszczenia do przechowywania i przygotowywania zwłok, magazyn trumien i kwatery dla pracownika. Na pierwszym piętrze znajdowały się pokoje Instytutu Patologii: pracownia mikroskopowa, laboratorium, przechowalnia preparatów, gabinet prosektora oraz duża sala prosektoryjna połączona – dzięki specjalnej windzie do transportu zwłok – ze znajdującą się piętro niżej chłodnią⁵⁹.

Z kostnicą sąsiadował dwukondygnacyjny magazyn mieszczący garaże, spiżarnie i warsztat stolarski⁶⁰. Pomiędzy magazynem a kostnicą umieszczono wkrótce niewielką dobudówkę, w której trzymano zwierzęta eksperymentalne⁶¹. Kolejnym obiektem usytuowanym wzdłuż wewnętrznej ulicy był tzw. budynek

⁵⁹ *Erläuterungsbericht...*, 1907, s. 24–25; Fehllhaber, *Das neue städtische Krankenhaus...*, s. 7; *Monographien...*, s. 173; *Sammelwerk...*, s. 23.

⁶⁰ *Erläuterungsbericht...*, 1907 s. 21.

⁶¹ Fehllhaber, *Das neue städtische Krankenhaus...*, s. 8.

gospodarczy, mieszczący kuchnię szpitalną (wyposażoną w sprzęty elektryczne) pralnię oraz aparaty służące do dezynfekcji (il. 16)⁶².

Budynki szpitalne i gmach administracji podłączono do centralnego systemu ogrzewania. Szpital posiadał własną kotłownię, nad którą górował wysoki komin⁶³. Kompleks powstał na obszarze objętym miejską siecią wodociągową, jednak na jego potrzeby wykopano osobną studnię o głębokości 250 m, wyposażoną w duży zbiornik wodny umieszczony na wzgórzu sąsiadującym z terenem placówki. Szpitalna studnia była na tyle wydajna, że dodatkowo zaopatrywała w wodę miejski system wodociągów⁶⁴.



Il. 16. Budynek gospodarczy Szpitala Miejskiego, wg *Sammelwerk der gesundheitlichen Fürsorgeeinrichtungen usw. Im Gebiet der Freien Stadt Danzig*, Düsseldorf 1928, s. 24

Nowy szpital otrzymał nowoczesne i bogate wyposażenie. Zastosowano w nim wiele rozwiązań ułatwiających funkcjonowanie. Zgodnie z ówczesnymi wymogami w budynkach oddziałowych na każdym piętrze znajdowały się toalety⁶⁵. W pawilonach szpitalnych zainstalowano system kanałów wentylacyjnych, a w salach

⁶² *Erläuterungsbericht...*, 1907, s. 23; *Sammelwerk...*, s. 23.

⁶³ Budynki: gospodarczy, operacyjny, kąpielowy, oraz prosektorium były ogrzewane niskociśnieniowym ogrzewaniem parowym, zaś pozostałe obiekty – ciepłą wodą. Dodatkowo z kotłowni dostarczano ciepłą wodę do łazienek i kuchni oraz gorącą parę do aparatów dezynfekcyjnych, zob. *Monographien...*, s. 173; *Sammelwerk...*, s. 23.

⁶⁴ Początkowo planowano podłączyć placówkę do miejskiej sieci wodociągów. Decyzja o wykopaniu studni zapadła prawdopodobnie już po rozpoczęciu budowy, zob. Fehlhäber, *Gebäude...*, s. 189; *Monographien...*, s. 174.

⁶⁵ Odprowadzenie nieczystości zostało zapewnione dzięki przyłączeniu zespołu szpitalnego do miejskiej kanalizacji, zob. *ibidem*, s. 174.

dla pacjentów umieszczono dodatkowo elektryczne wentylatory⁶⁶. Kompleks szpitalny został przyłączony do miejskich sieci gazowej i elektrycznej, dzięki czemu zainstalowano w nim oba rodzaje oświetlenia⁶⁷.

Wykończenie wnętrz ułatwiało utrzymanie czystości. Na oddziałach dla chorych zaokrąglono kanty i naroża pomieszczeń. Ściany pomalowano farbą olejną, wszędzie zamontowano gładkie skrzydła drzwiowe⁶⁸. Podłogi zostały wyłożone linoleum. W salach operacyjnych, toaletach, łazienkach i pokojach gospodarczych położono płytki ceramiczne⁶⁹. Wszystkie budynki, w których przebywali pacjenci, łącznie z barakami, zaopatrzone w dodatkowe pomieszczenia, które ułatwiały opiekę nad chorymi⁷⁰.

Zabudowa lazaretu wyraźnie wpisywała się w proces ewolucji architektury szpitalnej, łączącej w owym czasie koncepcję od rozdrobnienia na wiele małych obiektów ku koncentracji. Wykorzystanie korzyści płynących zarówno z zabudowy pawilonowej, jak i budynków korytarzowych nie było wyjątkiem w niemieckiej architekturze. Rozplanowaniem budynków, podziałem ich wnętrz oraz układem całego projektu gdański szpital nawiązywał do ówczesnych rozwiązań stosowanych w Niemczech⁷¹. Tym, co odróżniało go od innych placówek, była jedynie szata.

Zespół gdańskiego Szpitala Miejskiego powstał jako spójne założenie, przemyślane zarówno pod względem funkcjonalnym, jak i estetycznym. Umieszczone wzdłuż wschodniej krawędzi parceli reprezentacyjne budynki o charakterze mieszkalno-administracyjnym otrzymały skromną, delikatnie historyzującą szatę, która miała zapewnić oglądającemu przyjemne wrażenia. Gmachy te nie odbiegały znacząco od architektury większości budowanych w tym czasie szpitali. Dalsze obiekty szpitalne i gospodarcze otrzymały znacznie skromniejsze formy, zgodnie z zasadą *decorum*. Forma budynków, szczególnie tych, które mieściły sale dla chorych, została opracowana z myślą o optymalizacji kosztów związanych z utrzymaniem⁷².

⁶⁶ Latem sale chorych były wietrzone za pomocą uchylnych skrzydeł okiennych, zob. *ibidem*, s. 174.

⁶⁷ *Ibidem*, s. 174.

⁶⁸ *Gesichtspunkte beim Bau des neuen städtischen Krankenhauses*, „Danziger Zeitung” 1911, nr 180, Abend Ausgabe (Zweites Blatt), s. 1.

⁶⁹ Mankowski, *Neuzeitliche Krankenhausbauten*, „Ostdeutsche Bauzeitung” 1912, Jg. 10, nr. 7, s. 25; *Monographien...*, s. 174.

⁷⁰ W skład dodatkowych pomieszczeń wchodziły: pokój badań, łazienka, toalety, składzik narzędzi, podręczna kuchnia, sala do mycia basenów itp. Liczba i wielkość tych pomieszczeń były dostosowane do przeznaczenia poszczególnych budynków. Znajdujące się na wszystkich oddziałach pokoje dla personelu umożliwiały pracownikom pełnienie dyżurów przez całą dobę.

⁷¹ Wielkością oraz sposobem połączenia poszczególnych budynków Szpital Miejski przypomina inne niemieckie placówki medyczne m.in. w Karlsruhe, Düsseldorfie, Monachium-Schwabingu, czy nieco mniejszy szpital w Görlitz, zob. Murken, *Vom Armenhospital...*, s. 206, 211.

⁷² *Erläuterungsbericht...*, s. 5; *Danzig 15 August, Das große...*, s. 2.

Wydaje się, że z punktu widzenia późniejszego rozwoju architektury to właśnie te formalnie skromniejsze budynki stoją o krok dalej, wyraźnie zdradzając cechy modernizmu. Mimo że architektura modernistyczna zaczęła pojawiać się w Gdańsku dopiero w latach dwudziestych XX w., warto zwrócić uwagę na fakt, że budynki szpitala spełniają wiele jej założeń, takich jak ograniczenie detalu, zastosowanie płaskich dachów czy wykonanie gładkich ścian elewacji. Elementy te nie były w owym czasie powszechnie stosowane w architekturze szpitalnej.

W kolejnych dekadach placówka podlegała licznym przebudowom, które wcale nie potoczyły się tak, jak zaplanował to architekt⁷³. Po pierwszej wojnie światowej zaistniała potrzeba poszerzenia oddziału dla pacjentów chorych wenerycznie i dermatologicznie. W związku z tym dokupiono niewielką parcelę, znajdującą się pomiędzy szpitalem a placem sportowym. W latach dwudziestych na zachodnim krańcu działki ustawiono kolejno: dwa pawilony dla pacjentów oraz dwa baraki szkolne⁷⁴. W ich sąsiedztwie powstały dwie szklarnie i dom mieszkalny dla lekarzy. W związku ze zmiennymi potrzebami i spadkiem zachorowalności na niektóre choroby kilka istniejących obiektów zaczęło pełnić nowe funkcje, np. wcześniejszy oddział dla chorych na dyfteryt przearanżowany został na oddział gruźliczy. W 1927 r. oddano do użytku budynek Rentgenowskiego Instytutu Diagnostyki i Terapii. Dwa lata później zbudowano nowy gmach oddziału dziecięcego, zaprojektowany przez dyrektora miejskiego Urzędu Budowlanego, architekta Alberta Krügera (il. 17). Modernistyczny budynek został wzniesiony na rzucie zbliżonym do litery L. Dzięki zastosowaniu nowoczesnej konstrukcji opartej na żelaznym szkielecie powstała możliwość przeprucia ścian rzędami dużych okien zapewniających doskonały dopływ dziennego światła⁷⁵. Oddział dziecięcy zyskał formę popularnego wówczas w szpitalnictwie budynku tarasowego⁷⁶. Tego typu obiekty zawdzięczają swoje powstanie berlińskiemu lekarzowi Dawidowi Sarasonowi, który na początku XX w. zalecał dostosowywanie architektury

⁷³ *Erläuterungsbericht...1906; Erläuterungsbericht...1907*, załączone plany założenia.

⁷⁴ W barakach przeprowadzano prawdopodobnie szkolenia dla średniego personelu, zob. Arthur Berner, *Das Städtische Krankenhaus in Danzig*, „Deutsche Medizinische Wochenschrift” 1934, Jg. 60, s. 1357; *Sammelwerk...*, s. 22.

⁷⁵ Hugo Althoff, *Siedlungsarbeit in der Freien Stadt Danzig 1920–1930*, H. 2, Danzig 1930, brak paginacji; *Sie kann sich sehen lassen! Das neue Kinderstation des Städtisches Krankenhauses*, „Danziger Volksstimme” 1929, Jg. 20, nr 143, Beiblatt, s. 3; http://www.domuphagena.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=33:wystawa-qarchitektura-i-urbanistyka-wolnego-miasta-gdaskaq-25-maja-2012-3-marca-2013&catid=5:aktualnoci&Itemid=4 [dostęp: 12.12.2012].

⁷⁶ Zachodnia elewacja skrzydła południowego oraz południowa elewacja skrzydła północnego zostały połączone dwoma rzędami wysuniętych balkonów, biegnących na wysokości pierwszego i drugiego piętra. Takie ustawienie ograniczało silne powiewy wiatru, które mogły zaszkodzić małym pacjentom. Najwyższa kondygnacja krótszego skrzydła została zaprojektowana jako dodatkowy, otwarty od południa, niezadaszony taras. Trzy ściany zapewniały osłonę od wiatrów.

budynków szpitalnych przeznaczonych dla dziecięcych pacjentów do zasad leczenia klimatycznego, a w szczególności terapii światłem słonecznym i świeżym powietrzem⁷⁷. Idea leżakowania przyjęła się w pediatrii tak dobrze, że większość oddziałów dziecięcych wybudowanych w Niemczech przed drugą wojną światową zaopatrzone w systemy tarasów⁷⁸.



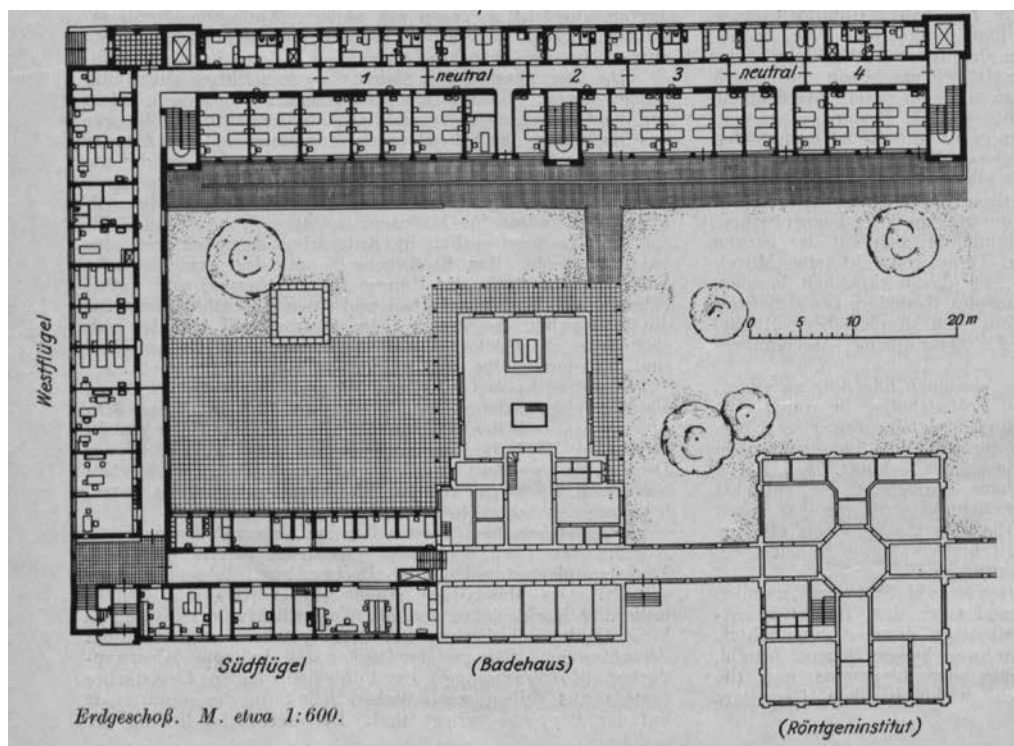
Il. 17. Budynek oddziału dziecięcego, lata trzydzieste XX w., pocztówka ze zbiorów Krzysztofa Gryndera

Kolejna, największa w dziejach szpitala rozbudowa, zakończona w 1931 r., uwytatniła popularne od lat trzydziestych XX w. dążenie architektury szpitalnej do skoncentrowania jak największej liczby jednostek w jednym gmachu (il. 18). Nowy budynek oddziału wewnętrznego składał się z północnego, czteropiętrowego skrzydła z tarasem na dachu, trójkondygnacyjnego skrzydła zachodniego oraz południowego, tej samej wysokości, połączonego z budynkiem kąpielowym⁷⁹.

⁷⁷ Istnieje kilka publikacji, w których Sarason propagował wznoszenie budynków tarasowych, m.in. zob. David Sarason, *Das Freilufthaus, ein neues Bausystem für Krankenanstalten und Wohngebäude: prämiert mit der goldenen medaille vom Internationalen Tuberkulosekongress in Washington 1908*, München 1913; *idem, Ein neues Bausystem für Krankenanstalten und Wohnhäuser* [w:] *Deutscher Verein für öffentliche Gesundheitspflege*, Braunschweig 1908, s. 204–208.

⁷⁸ Budynek gdańskiego oddziału dziecięcego można porównać ze wzniesioną dwa lata później kliniką dziecięcą szpitala w Essen (według projektu Ernsta Bode), zob. Murken, *Vom Armenhospital...*, s. 222.

⁷⁹ Koszt budowy oddziału wewnętrznego wyniósł 1 620 000 gdańskich guldenów. Projekt budynku sporządził Albert Krüger. Do współpracy artystycznej zaproszono architekta Hansa Reicherta. Całkowity nadzór budowlany podlegał senatorowi do spraw robót publicznych, dr inż. Hugo Althoffowi. Lokalne kierownictwo budowy objął miejski nadzorca budowlany



Il. 18. Zespół nowego oddziału wewnętrznego, rzut przyziemia, wg A. Krüger, *Städtisches Krankenhaus in Danzig. Erweiterung der „Inneren Abteilung“*, „Zentralblatt der Bauverwaltung“ 1932, Jg. 52, s. 590

W 1935 r. na bazie Szpitala Miejskiego utworzono Państwową Akademię Medycyny Praktycznej (*Staatliche Akademie für Praktische Medizin*), w której prowadzono zajęcia praktyczne dla studentów wyższych lat (IV i V rok). Senat Wolnego Miasta Gdańska przyznał nowo powstałej uczelni dotację na wyposażenie klinik⁸⁰. W 1940 r. uczelnię przemianowano na Akademię Medyczną (*Medizinische Akademie in Danzig*), przyznając jej uprawnienia wyższej uczelni medycznej.

Wszystkie kliniki, z wyjątkiem kliniki chorób kobiecych przy Schellmühlerweg (obecnie ulica Kliniczna), zostały zlokalizowane na terenie szpitala. Zakłady teoretyczne umieszczono w budynkach przy Schwarzes Meer (ulica obecnie nie istnieje), Alei Hindenburga (obecnie Aleja Zwycięstwa) i w budynku rektoratu przy Wallgasse 14b (obecnie ulica Wałowa). Na potrzeby sal wykładowych przebudowano niektóre wnętrza budynków szpitalnych.

Lochmann. Więcej na temat obiektu zob. Albert Krüger, *Städtisches Krankenhaus in Danzig. Erweiterung der „Inneren Abteilung“*, „Zentralblatt der Bauverwaltung“ 1932, Jg. 52, s. 589–593.

⁸⁰ Edmund Grzegorzewski, *Akademia Lekarska w Gdańsku. Sprawozdanie z inspekcji i projekt uruchomienia [w:] Geneza i początki Akademii Medycznej w Gdańsku (1945–1950): wybór źródeł*, Gdańsk 1999, s. 13.

W drugiej połowie lat trzydziestych na wzgórzu sąsiadującym z działką szpitala zaaranżowano trasę spacerową dla pacjentów z widokiem na miasto⁸¹.

Po wybuchu drugiej wojny światowej nazistowskie władze miasta miały dalekosiężne plany rozbudowy kompleksu⁸². Klęska Niemiec uniemożliwiła realizację tych spektakularnych pomysłów. Ostatecznie na tyłach szpitala wzniesiono w latach czterdziestych tymczasowe baraki dla przymusowych robotników oraz prowizoryczne pawilony na potrzeby uczelni. W czasie wojny na terenie szpitala powstał również (istniejący do dzisiaj) system schronów. Zespół szpitalny przetrwał zawieruchę wojenną w stosunkowo niezłym stanie⁸³. W wyniku bombardowań w marcu 1945 r. zburzeniu uległy jedynie baraki oddziału dermatologiczno-wenerycznego, położone na zachodnim krańcu działki⁸⁴.

W marcu 1945 r. szpital przeszedł pod polski zarząd. W dniu 8 października zapadła decyzja o utworzeniu w Gdańsku Akademii Lekarskiej (późniejszej Akademii Medycznej, obecnie Uniwersytetu Medycznego), dla której szpital miał stanowić główne zaplecze. W związku z intensywną specjalizacją poszczególnych gałęzi medycyny kompleks szpitala po 1945 r. był wielokrotnie modernizowany i przebudowywany na potrzeby zmieniających się oddziałów i klinik⁸⁵. Remonty obiektów, zmiany układu wnętrza i przebudowy odbywały się regularnie co kilka lat. W wyniku braku spójnego programu rozbudowy zespół szpitala dość szybko zatracił spójność architektoniczną.

⁸¹ Archiwum Państwowe w Gdańsku [dalej: APGD], Akta Policji Budowlanej 15/3835, *Zwischen- Gutachten über den Ausbau der Städtischen Krankenanstalten in Danzig* (Stand der Arbeiten Ende 1942), s. 12.

⁸² Wstępny projekt zakładał powiększenie szpitala do 1900 łóżek. Rozbudowa miała zostać przeprowadzona etapami, w kolejnych dekadach po zakończeniu wojny. Planowano reorganizację klinik i budowę nowych obiektów dla klinik chirurgicznych, oddziału dziecięcego, kliniki chorób oczu i uszu, kliniki dermatologicznej, oddziału onkologicznego oraz kliniki szczękowo-dentystycznej. Po zachodniej stronie parceli, na terenie placu sportowego miały powstać: oddziały zakaźne, pawilony dla gruźlików, klinika chorób nerwowych i nowy Instytut Patologii. Przewidywano zwiększenie liczby mieszkań dla pracowników, rozbudowę zaplecza gospodarczego oraz duże zmiany w infrastrukturze szpitala, m.in. budowę podziemnego parkingu, zob. APGD, 15/3835, *Zwischen-Gutachten...*, s. 18–34.

⁸³ Bolesław Hajduk, *Tragiczny rok 1945* [w:] *Historia Gdańska*, t. 4, cz. 2, s. 362.

⁸⁴ Mirosław Gliński, Jerzy Kukliński, *Kronika Gdańska 1997–1997*, Gdańsk 1998 s. 242; Grzegorzewski, *Akademia...*, s. 19.

⁸⁵ Dla zobrazowania zmian, jakie zaszły w tkance architektonicznej dawnego Szpitala Miejskiego, wymienię te najważniejsze: rozbudowa gmachu dawnej kostnicy na potrzeby Zakładu Anatomii Patologicznej w latach 1946–1949 (rozebranego w 2012 r.), budowa baraków w zachodniej części zespołu w latach pięćdziesiątych, otwarcie gmachu sali wykładowej im. Ludwika Rydygiera w 1951 r., rozbudowa budynku Kliniki Neurologii w latach 1967–1970 (dawny budynek dla chorych pierwszej i drugiej klasy), budowa apteki w 1983 r., wzniesienie nowego budynku Instytutu Radiologii w 1993 r. oraz kaplicy szpitalnej w 1994 r. W latach 1988–1998 przeprowadzono trój etapową rozbudowę budynku operacyjnego na potrzeby Instytutów Kardiologii, Kardiologii i Anestezjologii. W ostatnich latach wzniesiono budynek Kliniki Onkologii i Hematologii Dziecięcej (2003–2004) i pawilon diagnostyczny (2009–2010).

Przygotowując teren pod budowę nowoczesnego Centrum Medycyny Inwazyjnej na początku XXI w., wyburzono część zabudowań po zachodniej stronie działki, w tym dawny oddział dla chorych na dyfteryt oraz trzy baraki⁸⁶. Do nowego wieloskrzydłowego budynku przeniesiono kilkanaście klinik i jednostek leczniczych oraz blok operacyjny. W 2012 r. przystąpiono do reorganizacji szpitala, polegającej na modernizacji i adaptacji zwolnionych obiektów. Prace rozpoczęto od rozbiórki trzech ostatnich pawilonów, magazynu i rozbudowanego w latach czterdziestych prosektorium. Wyburzono również modernistyczny gmach oddziału dziecięcego (w 2014 r.) oraz dawny budynek dla chorych dermatologicznie i wenerycznie mężczyzn (w 2016 r.). Dawne pawilony salowe, blok operacyjny oraz budynek administracyjny zostały gruntownie wyremontowane⁸⁷. Na terenie kompleksu, w miejscu wyburzonych obiektów, trwa obecnie budowa nowego Centrum Medycyny Nieinwazyjnej.

Pomimo znacznych zmian w tkance architektonicznej kompleksu szpitala w zachowanych do dziś obiektach wciąż widać ślady dawnej świetności. Powstałe na początku zeszłego stulecia budynki doskonale spełniały potrzeby mieszczących się w nim jednostek. Ich układ ułatwiał funkcjonowanie placówki i zwiększał bezpieczeństwo pacjentów. Szpital powstał jako spójne, estetyczne i harmonijnie zaprojektowane założenie. I pod tym względem mógłby stanowić wzór dla wielu współczesnych placówek medycznych.

Architecture of the Municipal Hospital Complex in Gdańsk

The Municipal Hospital Complex in Gdańsk was erected to the design of the municipal architect Karl Fehlhaber in 1907–11. The complex replaced the hospital operating by Brama Oliwska (Olivaer Tor) and the surgical unit functioning at Sandgrube. Initially, the new hospital comprised 26 units and offered beds for 807 patients. It combined the advantages of the pavilion system with the benefits of a modern multi-storey building. The system of pavilion hospitals, popular in Germany from the second half of the 19th century until the end of World War I, facilitated an easy isolation of patients and allowed permanent access to light and fresh air. The use of elements of pavilion architecture in the Municipal Hospital made it possible to separate patients suffering from infectious diseases from the other ones. At the same time, modern, several-storey high buildings were built for the needs of the complex. They housed patient rooms, which enabled easy transport of patients (indispensable for the 20th century diagnostics and treatment), and were much easier and cheaper to maintain. The grand residential buildings and the office building were located in the front part of the complex. Simple in form, the other buildings were excellently

⁸⁶ Centrum Medycyny Inwazyjnej wzniesiono w latach 2008–2011 według projektu konsorcjum Arch-Deco z Gdyni i APA Kuryłowicz & Associates z Warszawy.

⁸⁷ W budynkach salowych i bloku operacyjnym zostały umieszczone kliniki pediatryczne, zaś wnętrza dawnego budynku administracji przeznaczono na sale wykładowe.

prepared to fulfil their functions. The façades of both medical and non-medical units had almost no ornaments, with the exception of high windows and painted eaves. The simple forms and the functionalism of these buildings can be interpreted as a harbinger of modernism. During the subsequent decades the hospital was rebuilt several times, but some of its original buildings are still used for medical purposes.

*Architektura
Szpitala
Miejskiego...*