

Elżbieta Mazur

Wyposażenie szpitali Królestwa Polskiego na podstawie instrukcji rządowej z 1842 roku

I. Wstęp. II. Budynek szpitalny i jego otoczenie. III. Wnętrze szpitala. 1. Sale. 2. Urządzenia sanitarne. 3. Inne pomieszczenia szpitalne. IV. Ustawa a praktyka

I. Wstęp

Omawiając problematykę wyposażenia szpitali na podstawie instrukcji carskiej z 1842 r., warto zwrócić uwagę na kolejne akty prawne, które regulowały tę kwestię na terenie Królestwa Polskiego. Po uchwaleniu w 1815 r. konstytucji Królestwa Polskiego utworzono Radę Administracyjną i Komisje Rządowe pełniące funkcje ministerstw. Szpitale podporządkowano wówczas Komisji Rządowej Spraw Wewnętrznych i Policji (dalej cyt.: KRSWiP). W 1817 r. powołano do życia Radę Ogólną Dozorczą przy KRSWiP oraz Rady Szczegółowe. Ich zadaniem było ułożenie instrukcji dla podlegających im szpitali¹. W Warszawie jako pierwszy otrzymał instrukcję szpital Dzieciątka Jezus w 1820 r. Była ona obszerna i drobiazgową, dotyczyła wszystkich dziedzin ówczesnego życia szpitalnego, miała także służyć za wzór dla innych placówek. Ustalała zadania szpitala, sposób przyjmowania chorych, rodzaj odzieży, bielizny, naczyń, urządzenia sal, sposoby izolacji chorych, przepisy higieniczne, zasady postępowania z chorymi, zalecenia dla lekarzy i siostr miłosierdzia, wszelkie kwestie finansowe oraz wzory całej, bardzo szczegółowej dokumentacji szpitalnej. Był to dokument przemyślany, w najdrobniejszych szczegółach regulujący wewnętrzną organizację szpitalną². Inne, znane nam instrukcje z Kalisza i Lublina poziomem znacznie odbiegały od instrukcji warszawskiej. Zaistniała więc potrzeba ujednoczenia tych dokumentów. Zadanie to powierzono Adamowi Rudzic-Rudnickiemu³. W 1830 r. ogłosił on drukiem projekt organizacji szpitali⁴. W pracy tej postulował utworzenie w każdym mieście wojewódzkim szpitala dla 200 chorych, urządzonego zgodnie z instrukcją warszawską z 1820 r.

Dalsze zmiany prawne regulujące statut szpitali miały miejsce w Królestwie Polskim w 1832 r. Wówczas ustanowiono Radę Główną Opiekuńczą (dalej cyt.: RGO) przy Komisji Rządowej Spraw Wewnętrznych, Duchowych i Oświecenia Publicznego (dalej cyt.: KRSDiOP), która zastąpiła KRSWiP⁵. Nowa ustawa dawała RGO znaczne uprawnienia

¹ Z. Podgórska-Klawe, *Od hospicjum do współczesnego szpitala. Rozwój historyczny problematyki szpitalnej w Polsce do końca XIX wieku*, Warszawa 1981, s. 57–58.

² Tamże, s. 59.

³ B. Jakimiak, *Rozwój, organizacja i stan obecny szpitalnictwa warszawskiego*, Warszawa 1928, s. 19.

⁴ A. Rudzic-Rudnicki, *Projekt organizacji szpitalów cywilnych w Królestwie Polskim a mianowicie w mieście stołecznym Warszawie*, Warszawa 1830.

⁵ Z. Podgórska-Klawe, op. cit., s. 59.

we wszystkich dziedzinach związanych ze szpitalnictwem, łącznie z prawem wydawania przepisów i zarządzeń. Zobowiązywała RGO do składania KRSWDiOP miesięcznych i rocznych raportów ze swej działalności. Raporty te ogłaszane były w prasie. Ustawa regulowała zasady zarządu szpitalami, sprawy wewnętrznej organizacji pozostawiając osobnym zarządzeniom, instrukcjom i regulaminom.

W sierpniu 1833 r. RGO wydała instrukcję dla Rad Szczęgólowych zbliżoną treścią do instrukcji dla szpitala Dzieciątka Jezus z 1820 r.⁶ Osobne rozporządzenia ustalały stopniowo wzory jednolitej dokumentacji i zasady instrukcji dla personelu układane przez Rady Szczęgólowe.

W 1840 r. car zatwierdził stworzoną jeszcze w 1838 r. ustawę o Zarządzie Lekarskim, która podporządkowywała personel szpitalny głównemu inspektorowi szpitalnemu, RGO pozostawiając jedynie sprawy organizacyjno-administracyjne⁷. Ustawę tę uzupełniono wydaniem 18 lutego (2 marca) 1842 r. dokumentu, który stanowi przedmiot moich rozważań, a mianowicie instrukcji pt. *Urządzenia dotyczące zakładów dobroczynnych*, składającej się z trzech części: 1. *Organizacja Rad Opiekuńczych: Głównej i Szczęgólowych Zakładów dobroczynnych w Królestwie Polskim* (s. I–XXXV); 2. *Ustawa dla szpitali cywilnych w Królestwie Polskim* (s. 1–336); 3. *Zbiór Annexów do ustawy dla szpitali cywilnych w Królestwie Polskim* (bez numeracji stron).

Część druga tego dokumentu, a więc ustawa szpitalna, była najwybitniejszym osiągnięciem polskiego ustawodawstwa regulującego kwestię organizacji szpitali. Nie ma ona także odpowiednika w ustawodawstwie europejskim⁸. To obszerne, liczące ponad 300 stron dzieło stanowi znakomite źródło do badań nad stanem i wyposażeniem szpitali w XIX wieku, poddaje bowiem szczegółowej regulacji prawnej wszystkie dziedziny życia szpitalnego. Zarządzenia wprowadzone omawianym dokumentem zmierzały wyraźnie do podporządkowania wszystkich szpitali ścisłej kontroli państwowej. Natomiast towarzysząca ukazowi ustawa szpitalna podnosiła wszystkie dotychczasowe i nowe zarządzenia do rangi obowiązujących praw⁹. Zdaniem Zofii Podgórskiej-Klawe „Nie wydaje się, aby można było znaleźć jakkolwiek dziedzinę z zakresu ówczesnego na najwyższym nawet poziomie szpitalnictwa, którą by w ustawie pominięto”¹⁰.

Ustawa szpitalna z 1842 r. ustalała ostatecznie skład i obowiązki personelu administracyjnego¹¹. Novum w tej części ustawy stanowiło wyznaczenie funkcji salowego lub dozorczyńni salowej, których obowiązkiem był „[...] ciągły nadzór nad porządkiem, czystością,

⁶ *Zbiór urzędzeń i wiadomości dotyczących instytucji dobroczynnych w Królestwie Polskim*, Warszawa 1834, s. 32–63.

⁷ Z. Podgórska-Klawe, op. cit., s. 62.

⁸ Tamże.

⁹ Ustawa szpitalna składała się z pięciu działów: „Dział I. O miejscowym zarządzie szpitali. Dział II. Urządzenie i policja lekarska szpitali. Rozdział 1. Podział szpitali. Rozdział 2. O urządzeniu szpitali. Rozdział 3. O przyjmowaniu chorych i ich pomieszczeniu. Rozdział 4. O pomocy lekarskiej. Rozdział 5. O żywieniu chorych w szpitalach. Rozdział 6. O utrzymaniu czystości, ochłodstwa w białiznie, pościeli i lokalu szpitalnym. Rozdział 7. O opalaniu i oświetlaniu szpitali. Rozdział 8. O nadzorze nad chorymi, o przechadzkach i zachowaniu się chorych podczas pobytu w szpitalu tudzież o osobach ich odwiedzających. Rozdział 9. O postępowaniu w przypadkach chorób zaraźliwych tudzież o postępowaniu z chorymi nieczysto się utrzymującymi i konającymi. Rozdział 10. O translokowaniu chorych z jednego oddziału do drugiego, wypisywaniu ich ze szpitala i translokowaniu do innego. Rozdział 11. Przepisy względem umarłych. Rozdział 12. O dziennikach, wykazach i raportach ruchu chorych szpitalnych. Dział III. Przepisy szczególne dla szpitali specjalnych. Dział IV. Przepisy wewnętrzne gospodarstwa i rachunkowości szpitalnej. Dział V. O obowiązkach osób należących do wewnętrznej służby szpitalnej”, *Urządzenia dotyczące zakładów dobroczynnych*, Warszawa 1842, spis rzeczy bez numeracji stron.

¹⁰ Z. Podgórska-Klawe, op. cit., s. 63.

¹¹ W paragrafie 2 ustawy wymieniono następujące stanowiska: „Naczelnny lekarz. Lekarze ordynujący. Lekarz miejscowy. Intendent, ekonom lub gospodyni. Zarządzający apteką. Sekretarz i kanceliści. Szafarz lub szafarka. Potrzebna liczba felczerów. Dozorcy, dozorczyńnie, salowe tudzież dozorcujące nad pralnią. Potrzebna liczba kucharzy lub kucharek, praczek, posługaczy i posługaczek”. *Ustawa dla szpitali cywilnych w Królestwie Polskim*, [w:] *Urządzenia dotyczące zakładów dobroczynnych*, Warszawa 1842, § 2, s. 4.

spokojnością w tych salach które im są powierzone”¹² a także „Dopilnowanie, aby pod ich [dozorców – E.M.] wiedzą zostająca w salach posługa ściśle wykonywała swoje obowiązki i ażeby z chorymi obchodziła się łagodnie, nie dopuszczając się żadnych obelżywych lub nieprzyzwoitych wyrażań [...]. Przyjmowanie potrzebnych dla chorych [...] efektów, żywności, napojów tudzież wszystkiego, co do utrzymania czystości około chorych i w salach jest potrzebne. Utrzymywanie w zapisie pewnej ilości czystej bielizny i odzieży ażeby w razie potrzeby zmieniania takowej u chorych, można było to natychmiast skutecznić. Utrzymywanie rejestru wszystkich efektów do ich sal należących [...]. Pilnowanie ażeby sale utrzymywane były w czystości i ochędństwie; pościel w czasie właściwym pościelana; podłogi wymiecione i oczyszczone; przewiewniki i lufki u okien otwierane według zaleceń lekarzy [...]; ażeby wszelkiego rodzaju naczynia służące do użytku chorych zawsze były czyste; [...] ażeby chorzy nie bawili się grą w pieniądze i ażeby w sali nie było hałasu ani kłótni [...]. Dopilnowanie opalania [...] pieców i oświetlania sal podczas nocy; [...] dawanie baczenia na schludne utrzymanie się samych chorych, ażeby włosy u nich były uczesane i paznokcie obcięte, a nadto, u mężczyzn brody ogolone i włosy ostrzyżone.”¹³

Dla naszych rozważań, dotyczących wyposażenia szpitali, najważniejsze są te fragmenty ustawy, które omawiają lokalizację, kształt budynku szpitalnego, jego otoczenie, rozplanowanie wnętrza szpitala i wyposażenie poszczególnych pomieszczeń.

II. Budynek szpitalny i jego otoczenie

Pod koniec wieku XVIII w Europie Zachodniej narasta tendencja do umieszczania szpitali na przedmieściach miast. W Polsce jedynie w Krakowie udało się ówczesnemu prymasowi Michałowi Poniatowskiemu doprowadzić do przeniesienia starego szpitala św. Barbary do znajdującego się na przedmieściu Wesoła klasztoru¹⁴. Budowanie szpitali na przedmieściach miast w początku XIX wieku stało się fundamentalną, teoretyczną zasadą, stale ponawianą, także w ustawie z 1842 r., w której czytamy: „Szpitale mają być zakładane w miejscu suchem, wzniesionem i odosobnionem, tudzież wolnem od wpływu szkodliwych wzywów. Ztąd miejsce na zakład szpitalny nie powinno być wybierane ani wśród samego miasta, ani też w bliskości jego walów, cmentarzy, szlachturów, fabryk szkodliwe wzywy wydających, bagien, błot stojących, kanałów nieczystości odprowadzających. Ze względu zaś na spokojność, jaka dla chorych jest potrzebna, nie powinny być szpitale zakładane w bliskości młynów i takich zakładów fabrycznych które loskot sprawują.”¹⁵

Na ewolucję systemu budownictwa szpitalnego w XIX w. wpłynęły postulaty medyczne. Na przełomie XVIII i XIX wieku za warunek *sine qua non* wszelkich mających przynieść pozytywny rezultat poczynań z chorymi uznano świeże powietrze i należyte oświetlenie. W ustawie zalecano zatem, aby budowla miała dla szpitali dużych kształt prostokąta, otwartego z jednej strony dla zapewnienia przewiewu powietrza; dla mniejszych miał to być budynek podłużny, ustawiony jednym dłuższym bokiem ku zachodowi, drugim zaś ku wschodowi, dla zapewnienia odpowiedniego nasłonecznienia¹⁶. Zalecano, aby gmachy szpitalne nie przekraczały dwóch pięt¹⁷.

Niezmiennym fragmentem otoczenia szpitalnego (od czasów najdawniejszych do dziś) było ogrodzenie oddzielające teren od sąsiednich posesji, uniemożliwiające swobodne wychodzenie

¹² Ustawa..., § 678, s. 305.

¹³ Tamże, § 681, s. 306–309.

¹⁴ L. Wachholz, *Szpitale krakowskie 1220–1920*, t. 1, Kraków 1921, s. 26–29; Z. Podgórska-Kławe, op. cit., s. 93.

¹⁵ Ustawa..., § 41, s. 29–30.

¹⁶ Tamże, § 42, s. 30, § 43, s. 30–31.

¹⁷ Tamże ..., § 44, s. 31.

i wchodzenie. Płoty, mury, sztachety, frontowe domy z jednym wejściem miały zawsze ten sam podstawowy cel – uniemożliwienie lub utrudnienie podopiecznym szpitali kontaktu ze światem zewnętrznym¹⁸. Zgodnie z tą zasadą w ustawie z 1842 r. czytamy: „Obręb szpitala powinien być ze wszystkich stron zamknięty, już to przez same zabudowania, [...] już to przez kraty lub parkan, tak jednak, aby wszelkie w tychże przejścia były pozamykane, a jedno z nich do ciągłego przechodu służące, strażnicą stałą opatrzone”¹⁹. Zadbano też, zgodnie z zaleceniami dziewiętnastowiecznych higienistów, o teren przyszpitalny. Przy szpitalu powinno być miejsce przeznaczone na spacery lżej chorych, obsadzone krzewami i drzewami (nie owocowymi), wyposażone w ławki. W szpitalach koedukacyjnych tereny rekreacyjne miały być oddzielne dla kobiet i mężczyzn²⁰. W związku z koniecznością zapewnienia chorym świeżego powietrza postulowano także odsunięcie kuchni, pralni, domu pogrzebowego i toalet od głównych pomieszczeń szpitalnych.

III. Wnętrze szpitala

1. Sale

Do XIX w. sale szpitalne były bardzo duże. Jeszcze w 1819 r. projekt H. Szpilowskiego dla „szpitala głównego” w Warszawie przewidywał budowę dwóch stuosobowych sal, jednej dla kobiet, drugiej dla mężczyzn. Na zachodzie Europy postulowano zmniejszenie powierzchni sal, ale w Królestwie Polskim z powodu braku pieniędzy nie próbowano zmienić istniejącego stanu rzeczy²¹. Dopiero ustawa z 1842 r. przyniosła konkretne postulaty. Sale dla chorych miały być dostatecznie przestronne, wysokie i o takiej powierzchni, by mogło się na niej swobodnie zmieścić od 12 do 18 łóżek²². Ściany sal miały być gładkie, bez gzymsów lub sztukaterii. Podłogi drewniane musiały być pomalowane farbą olejną lub woskowane i froterowane²³. Także liczba i wielkość okien powinna być dostosowana do powierzchni sal szpitalnych. „Okna w salach powinny być w ścianach podłużnych z obu stron umieszczone. Tam gdzie korytarz tego nie dozwala nad drzwiami sal urządzają się okna do przewiewu. [...] Dla złagodzenia zbyt dużego światła [...] służą rulety u okien, lub okiennice, najlepiej zielone”²⁴.

Jednym z głównych warunków właściwego urządzenia sali dla chorych było zapewnienie świeżego powietrza. W tym celu zalecano instalowanie wentylatorów²⁵. Istotne były kwestie ogrzewania i oświetlenia sal. Najkorzystniejszym sposobem ogrzewania według ustawy było instalowanie kaloryferów; w ostateczności sale mogły być ogrzewane za pomocą kominko-pieczów, których otwór paleniskowy znajdował się wewnątrz sali. Sale oświetlane były lampkami oliwnymi²⁶.

Paragraf 53 ustawy pt. *Effekta i sprzety w salach* wyjaśniał: „W salach przeznaczonych dla chorych mają się znajdować: łóżka, stoliki, słuwalki, przyrząd do umywania się chorych,

¹⁸ Z. Podgórska-Klawe, op. cit., s. 99.

¹⁹ *Ustawa...*, § 45, s. 31.

²⁰ Tamże, § 72, s. 44–45.

²¹ Z. Podgórska-Klawe, op. cit., s. 103.

²² *Ustawa*, § 47, s. 32–33.

²³ Tamże, § 48, s. 33.

²⁴ Tamże, § 49, s. 33–34.

²⁵ Tamże, §§ 50 i 51, s. 34–35.

²⁶ Tamże, § 52, s. 36. W większości szpitali w Królestwie nie ogrzewano ani korytarzy ani toalet prawie do końca XIX w. Wprawdzie już w latach osiemdziesiątych XIX stulecia próbowano w nowo budowanych szpitalach instalować centralne ogrzewanie, jednakże dopiero w dwudziestowiecznych szpitalach pawilonowych stało się to regułą. Lampy olejne stosowano aż do drugiej połowy XIX w. Oświetlenie gazowe jako pierwszy wprowadził w 1865 roku warszawski Szpital Ewangelicki, Z. Podgórska-Klawe, op. cit., s. 113.

parawany; a w salach gdzie są chorzy słabsi – stolce”²⁷. Według zaleceń ustawy najlepszymi miały być łóżka żelazne, w razie ich braku mogły być drewniane, pomalowane farbą olejną. Długość łóżka wynosiła 6 stóp (ok. 1,8 m), szerokość 2 stopy i 6 cali (ok. 60 cm) a wysokość 1 stopę i 6 cali (ok. 45 cm)²⁸. Od strony nóg łóżko powinno być zaopatrzone w klapę, która dla chodzących chorych mogłaby służyć w dzień jako ławka. Zabroniono zawieszania firanek i kotar wokół łóżek. Ustawione miały być one z dala od pieca i drzwi i nie mogły przylegać do ścian. Odstęp między łóżkami miał wynosić 2 i pół stopy (ok. 70 cm), a między rzędami łóżek nie mniej niż kilkanaście stóp.

Na każdym łóżku zawieszano drewnianą tabliczkę z informacjami o pacjencie²⁹. Ustawa nakazywała, żeby jedno łóżko przypadało na jednego pacjenta. Umieszczanie w nim dwóch lub więcej chorych było surowo wzbronione³⁰. Na łóżku leżał przykryty prześcieradłem siennik wypchany targaną słomą, na nim poduszki wypchane taką samą słomą i obleczone w białe płócienne powłoczki. Koldry były flanelowe lub sukienne, podszyte prześcieradłem. Ustawa zabraniała ze względów higienicznych używania pościeli puchowej i kolorowych powłoczeń³¹.

Między łóżkami miały stać drewniane stoliki bez szuflad wspólne dla dwóch chorych, przeznaczone do stawiania naczyń i lekarstw³². Przy każdym łóżku miała być postawiona spluwaczka metalowa lub drewniana, wysypana piaskiem bądź trocinami. W szczególnych wypadkach na zlecenie lekarza chory mógł otrzymać spluwaczkę szklaną lub blaszaną z pokrywką³³.

Zgodnie z ustawą w każdej sali powinien znajdować się jeden lub dwa parawany „dla zasłonięcia łóżka chorego podczas uskuteczniania około niego takiej czynności, którejby na widoku innych dopełniać przyzwoitość nie dozwalała, lub też zasłonięcia [chorych – E.M.], których rodzaj cierpienia lub samo konanie, szkodliwe na innych mogłoby uczynić wrażenia”³⁴.

Ustawa zarządzała także, by w każdej sali znajdowała się umywalnia złożona z „metalicznego rezerwoaru z kurkiem, miednicy i podstawy”. „Podstawa”, czyli blat, wyposażona została w szufladę, w której leżały grzebienie, mydła, słowem przybory toaletowe. Obok umywalni zawieszony miał być „jeden lub więcej ręczników”³⁵.

W każdej sali szpitalnej powinny, zdaniem twórców instrukcji, znajdować się przenośne toalety. Ich konstrukcję i przydatność tłumaczył paragraf 63 ustawy: „Dogodne bardzo będzie dla chorych urządzenie w salach stolców ruchomych, osłoniętych ścianami drewnianymi w kształcie szaf, do których wejście byłoby z sali, a otwór do wynoszenia nieczystości drzwiczkami z korytarza zamykany. W szafach takowych urządzone być powinny przewiewniki, wyprowadzające wyziewy nad dach [...]”³⁶. Ponadto w salach nie mogły wisieć żadne obrazy ani ozdoby, a każda z sal musiała być oznaczona tablicą z numerem, nazwiskiem lekarza opiekującego się oddziałem, felczera oddziałowego, dozorczy lub dozorzczyni salowej³⁷.

Obok wymienionych wyżej sprzętów, które stanowiły wyposażenie sal szpitalnych, każdy oddział powinien być zaopatrzony w bieliznę, odzież dla chorych, pościel, naczynia miedziane, cynowe, żelazne, drewniane (por. Aneks – wykaz efektów szpitalnych). Ponadto w każdym oddziale powinny się znajdować: zegar ścienny, szafa na czystą bieliznę, szafa do

²⁷ Tamże, s. 36.

²⁸ I. Ibatowicz, *Vademecum do badań nad historią XIX i XX wieku*, t. 1, Warszawa 1967, s. 32.

²⁹ Ustawa..., § § 54–57, s. 36–38.

³⁰ Tamże, § 104, s. 60.

³¹ Tamże, § 58, s. 38.

³² Tamże, § 59, s. 38.

³³ Tamże, § 60, s. 39.

³⁴ Tamże, § 61, s. 39.

³⁵ Tamże, § 62, s. 39–40.

³⁶ Tamże, s. 40.

³⁷ Tamże, § § 64–66, s. 40–41.

przechowywania sprzętów chirurgicznych, opasek, środków czystości; kosz na brudną bieliznę, kosze na wykorzystane opatrunki a także liczne tace do roznoszenia lekarstw i do narzędzi lekarskich³⁸. Wszystkie ubrania szpitalne miały być w trzech wymiarach: „a to w takim stosunku, iżby dwie części przypadały na wzrost wysoki, trzy na średni i jedna na mały. Dla dzieci pomienione efekta mają być oddzielne”³⁹.

2. Urządzenia sanitarne

W pierwszej połowie XIX w. łazienki szpitalne w całej Europie (z wyjątkiem nowych szpitali) pełniły częściej funkcje terapeutyczne niż higieniczne. Rzadko były to wydzielone salki ze zbiornikiem wody i wannami czy cebrami do kąpeli. Zwykle przeznaczano na łazienki pomieszczenia w piwnicach, nawet w innym budynku. Do zwykłego mycia służyły umywalki w salach⁴⁰. Jednakże ustawa z 1842 r. zalecała, aby w szpitalu łazienka była na każdym piętrze, w środku budynku, a nie jak dotąd, na uboczu. Łazienki miały być wyposażone w wanny miedziane, cynowe lub drewniane obite miedzianą blachą. Łączyć się miały z salami szpitalnymi ogrzanym korytarzem. Ponadto ustawa w kwestii kąpeli zalecała: „W miarę potrzeby, stosownie do rodzaju choroby winny być urządzone [...] kąpiele: kropliste, strumieniowe, fumigacyjne i parowe”⁴¹. Toalety powinny być umieszczone, zgodnie z wymaganiami ustawy, w niedalekiej odległości od sal, w takiej jednak, by żadna przykra woń nie docierała do chorych. „Pomieszczenie kloak powinno być nie w tymże zabudowaniu co i sale szpitalne, lecz w wystawie, połączonej z resztą zabudowania przez korytarz [...]. Kloaki znajdować się powinny na każdym piętrze, tak, aby do nich po schodach, ani w górę, ani na dół iść nie było potrzeba. Każda kloaka powinna być przedzielona tyłu przegrodami ile jest otworów do oddawania stolca. Otwory zaś same zakrywać się mają klapą szczelnie przystającą. Tak sam korytarz, jak i kloaki powinny być opatrzone przewiewnikami lub rurami drewnianymi przechodzącymi od deski, w której są otwory aż po nad dach [...]. Drzwi prowadzące od pomienionego korytarza powinny być podwójne i z takim urządzone mechanizmem aby się same zamykały”⁴². W połowie XIX wieku taki system kloak stosowany był powszechnie. Dopiero w kilka lat później zaczęto w Anglii – ale tylko w najnowocześniejszych szpitalach – stosować tzw. waterklozety, czyli toalety splukiwane wodą ze zbiorników. System ten powoli upowszechnił się w Europie Zachodniej w drugiej połowie XIX w. Na terenach Królestwa Polskiego nie zaistniał, przede wszystkim z powodu opieszalego wprowadzania kanalizacji miejskiej. Unowocześnienie szpitalnych urządzeń sanitarnych nastąpiło dopiero, gdy system kanalizacyjny już działał⁴³.

3. Inne pomieszczenia szpitalne

Do wydania ustawy z 1842 r. nie znajdujemy żadnych wzmianek o funkcjonowaniu w szpitalach izb przyjęć. Jedynie w opisie szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie z 1791 r. wspomniano, że przy głównym wejściu była izba, w której przyjmowano chorych i podrzutki⁴⁴. Natomiast wymieniona wyżej instrukcja nakazywała utworzenie izby przyjęć w każdym szpitalu. Miała się ona mieścić blisko wejścia i składać z pokoju przyjęć i umywalni, w której chory przed przyjęciem do szpitala miał być umyty⁴⁵.

³⁸ Tamże, § § 78–79, s. 48–49.

³⁹ Tamże, § 82, s. 50.

⁴⁰ Z. Podgórska-Klawe, op. cit., s. 110.

⁴¹ Ustawa..., § 70, s. 42–43.

⁴² Tamże, § 73, s. 45–46.

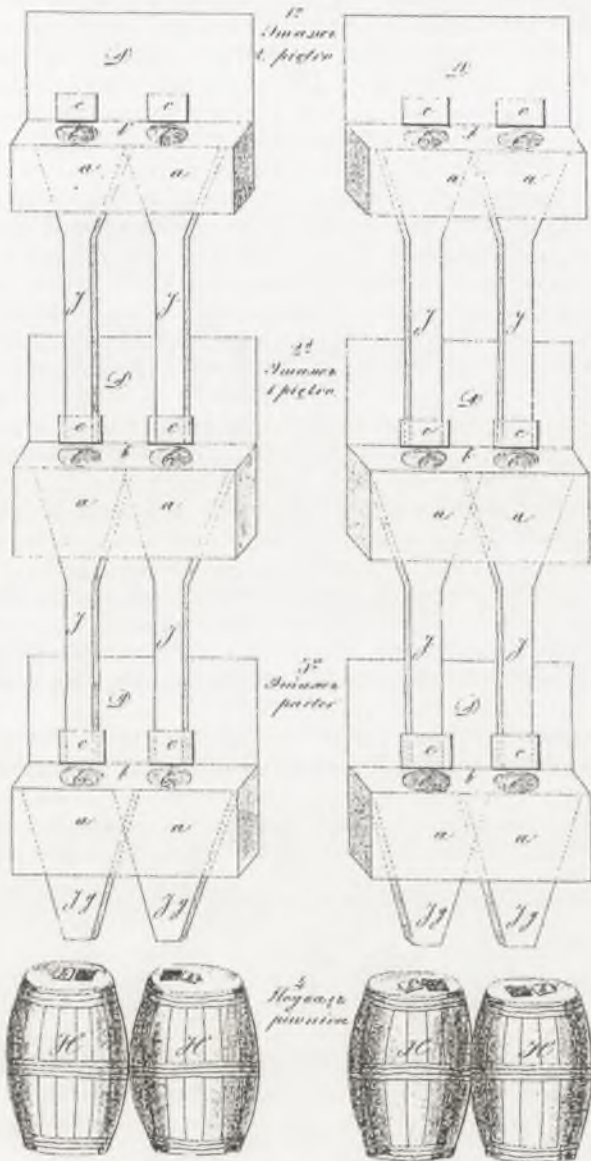
⁴³ Z. Podgórska-Klawe, op. cit., s. 109.

⁴⁴ S. Galecki, *Dzieje budowy nowego Szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie*, „Zdrowie”, t. 17, 1901, nr 7, s. 560.

⁴⁵ Ustawa..., § 68, s. 42.

План
опытного кабинета

Н. С. К. Г.



Plan sedzisków

- a. Ścieżka wyłożona kamieniami, która jest umieszczona w środku między siedziskami
- b. Siedziska z drzwiczkami otworami
- c. Kłopy siedziskowe
- d. Ścieżka przedzielająca kłopy, na której znajdują się siedziska
- e. Kłopy siedziskowe
- f. Kłopy z wysięgłymi pedałami do brzośki prowadzonymi
- g. Ciężki tytuł umieszczony na ścianie
- h. Ciężki w drzwiach do drzwi
- i. Kłopy do umycia
- h. Ścieżki umieszczone

Ryc. 1. Projekt urządzenia szpitalnych toalet według projektu instrukcji rządowej z 1842 r.

Fig. 1. A plan of hospital lavatory on the basis of the government instruction from 1842

Nowością było także zarządzanie o organizowaniu sali operacyjnej. Do połowy XIX wieku operowano na salach ogólnych, na zwyczajnym, czasami jedynie podwyższonym łóżku. W ustawie pisano: „W szpitalu w którym przyjmowani są chorzy na choroby tzw. zewnętrzne, tj. będące przedmiotem chirurgii ma być urządzona oddzielna sala operacyjna. Sala ta powinna być w bliskości oddziałów wewnętrznych, jednak tak odosobniona, aby krzyk chorych operowanych nie raził innych. Głównym warunkiem urządzenia tej sali jest dostateczne światło [...]. Światło to powinno padać z góry, i dlatego w sali operacyjnej będzie okno najdogodniejsze weneckie, wielkie i wysokie. W teje sali umieszczają się: stół do operacji, szafy z narzędziami chirurgicznymi i przyrządami do opatrywania chorych. Obok niej lub w bliskości powinna być jedna lub kilka małych izb dla umieszczania chorych po operacji”⁴⁶.

Urządzenie apteki szpitalnej zależało od tego, czy wydawała ona jedynie leki dostarczane z zewnątrz, czy też była apteką *sensu stricto*, wtedy jej tworzenie musiało się odbywać zgodnie z ustawą o aptekach. W większości wypadków apteki szpitalne były po prostu składami leków⁴⁷.

Kostnicę zaczęto odsuwać poza budynek szpitalny już w XVIII w. Zdecydowała o tym ówczesna powszechna wiara w uzdrawiającą moc świeżego powietrza. W XIX w. zaczęto się liczyć także ze stanem psychicznym chorych, usuwano więc kostnicę nie tylko z zasięgu ich powonienia, ale i wzroku. W tym duchu utrzymana jest także ustawa z 1842 r. Postulowano również stworzenie osobnego pomieszczenia dla wykonywania sekcji zwłok. „Na grabarnię i salę sekcyjną powinna być przeznaczona oddzielna zupełnie budowla, o ile można dalej od zabudowania, gdzie chorzy są pomieszczani. Zajazd do niej tak ma być urządzony, aby ciała zmarłe mogły być wywożone bez wystawiania ich na widok chorych. Izby przeznaczone na grabarnię i salę sekcyjną powinny być dobrze oświetlone, zimową porą ogrzane, i opatrzone przewiewnikami. W izbie sekcyjnej posadzka najlepiej kamienna, kiedy jednak zasoby szpitala nie wystarczają na urządzenie takowej, może być i drewniana olejno pomalowana. W grabarni mają być tapczany do składania na nich trupów; a w izbie sekcyjnej stół anatomiczny”⁴⁸.

Pomieszczenia szpitalne uzupełniały kuchnia, pralnia i suszarnia, lokale dla administracji, pokój dla dyżurujących, kaplica w szpitalach chrześcijańskich i bożnica w szpitalach dla starozakonnych a nadto „szopa do nakadzania [dezynfekcji – E.M.], składy na efekta szpitalne i rzeczy chorych przybywających, izba odźwiernego, stajnia, składy na drzewo, furazj itd. i piwnice”⁴⁹.

W jakim stopniu zalecenia instrukcji szpitalnej z 1842 roku były realizowane w praktyce? Po żmudnych poszukiwaniach w prasie dziewiętnastowiecznej mogę powiedzieć, że o ile w szpitalach wybudowanych przed rokiem 1842 wiele postulatów ustawy nie mogło być spełnionych, o tyle w szpitalach budowanych w drugiej połowie XIX wieku starano się w miarę możliwości realizować wymagania instrukcji. Prześledźmy ten proces, odwołując się do poszczególnych artykułów ustawy.

IV. Ustawa a praktyka

Za przykład korzystania z zaleceń ustawy niech posłuży szpital w Kaliszu wybudowany w 1870 roku. Działka, na której został wzniesiony, zajmowała prawie 13 000 m². Znaczna jej część przeznaczona była na ogród, z którego korzystali chorzy. Główny budynek szpitala usytuowany został tak wobec stron świata, aby uzyskać jak najlepsze oświetlenie. Był jednopiętrowy, o jednym wejściu, przy którym mieściło się pomieszczenie dla odźwiernego. Ogród w roku 1885 otoczono murem⁵⁰.

⁴⁶ Tamże, § 67, s. 41.

⁴⁷ Tamże, § 71, s. 43–44.

⁴⁸ Tamże, § 74, s. 46.

⁴⁹ Tamże, § 46, s. 31–32.

⁵⁰ W. Męczkowski, *Historia szpitali św. Ducha i św. Trójcy w Kaliszu*, Warszawa 1903, s. 293, 303–304.

Pod budowę nowego szpitala gminy żydowskiej w Warszawie poszukiwano odpowiedniego terenu. Wybrano działkę za rogatką Wolską na Czystem. „Pieszko od rogatki Wolskiej przechodzi się do szpitala w 15–20 minut”⁵¹. Szpital składał się z 8 luźno rozmieszczonych pawilonów różnej specjalności. Cały teren ogrodzono murem, zasadzono drzewa i krzewy, tworząc ogród przeznaczony dla chorych. Wewnątrz ogrodu wybrukowano alejki spacerowe⁵².

Czasami jednak zdarzało się tak, że mimo odpowiedniej lokalizacji budynek szpitala nie spełniał wymagań higienicznych. Franciszek Groër opisał szpital Św. Ducha w Warszawie: „W ogóle to o budowlę tej powiedzieć można, że była najniefortunniej obmyślona [...] Jakkolwiek więc wybrana pod szpital miejscowość, w części miasta nie zacieśnionej [ul. Przyrynek – E.M.] i obfitującej w świeże powietrze przedstawiała sposobność do należytego urządzenia szpitala, wszystko zepsuła niestosowna jego budowa”⁵³.

Właśnie F. Groër, od 1859 r. lekarz naczelny szpitala Św. Ducha, był pomysłodawcą i organizatorem przeniesienia szpitala do nowej siedziby przy ul. Elektoralnej (1860). Szpital składał się z trzech piętrowych pawilonów, otoczonych ogrodem. Pawilony zostały usytuowane tak, aby okna wychodziły na strony wschodnią i zachodnią, zapewniając dobre oświetlenie. Całość była ogrodzona parkanem z trzema wejściami: głównym, gospodarczym i trzecim, przy kaplicy, służącym do wywożenia zmarłych⁵⁴.

Generalnie w nowo powstających szpitalach starano się realizować zalecenia instrukcji. Zabudowania gospodarcze odsuwano od głównych pomieszczeń szpitala. Kostnice, znajdujące się na ogół przy kaplicy, chroniono przed wrokiem chorych. Wszędzie wprowadzano izby przyjęć, znajdujące się przy wejściu do szpitala, i urządzano osobne sale operacyjne. Wydaje się, że we wszystkich szpitalach nowo powstających lub przenoszonych do nowych budynków stosowano z powodzeniem wskazówki dotyczące należytej wentylacji, ogrzewania i oświetlenia. Starano się także wszędzie zakładać łazienki z wannami cynkowymi, miedzianymi lub ceburami drewnianymi. „Do każdej wanny przeprowadzona jest rurami woda zimna z rezerwuaru pod dachem, woda zaś gorąca ze specjalnego kotła. W szpitalu stosują się kąpiele zwykłe, nasiadowe, ręczne, nożne, nadto prysznic”⁵⁵.

Z wyżej wymienionego opisu szpitala w Kaliszu, a także innych, których tu nie przytoczono, wynika, że łazienki i wanny nadal wykorzystywano do celów leczniczych. Utrzymaniu higieny służyły umywalki znajdujące się w salach. Zachowaniu czystości sprzyjało malowanie podłóg i ścian farbą olejną, co ułatwiało ich mycie i ewentualną dezynfekcję.

W drugiej połowie XIX wieku toalety umieszczano wewnątrz budynku szpitalnego, choć wobec braku kanalizacji nieustannym problemem było wywożenie fekaliów i zapewnienie odpowiedniej wentylacji⁵⁶. Sale szpitalne wyposażane były tak jak zalecała instrukcja, w łóżka żelazne, stoliki, metalowe umywalnie, spluwaczki⁵⁷. O ile ze znalezieniem informacji na temat wyposażenia stałego szpitali nie miałam kłopotów, o tyle weryfikacja wykazu „efektów szpitalnych” zamieszczonych w aneksie nr 4 ustawy nastroczała wiele trudności. Jedno jest pewne, że pościel puchowa ze względów higienicznych zastąpiona została kołdrami, obleczenia kolorowe – białymi, a piernaty zastąpiono materacami ze słomy lub włosa⁵⁸.

⁵¹ „Zdrowie”, 1988, s. 31–32.

⁵² M. Fuks, *Żydzi w Warszawie. Życie codzienne, wydarzenia, ludzie*, Poznań 1997, s. 203.

⁵³ F. Groër, *Opis szpitala św. Ducha*, Warszawa 1872, s. 37–38.

⁵⁴ Tamże, s. 50–51.

⁵⁵ W. Męczkowski, op. cit., s. 315.

⁵⁶ „Assenizacja ustępów odbywa się za pomocą proszku otwockiego. Fekalia z sedesów przechodzą przez rury steingutowe do podziemnego, hermetycznie zamkniętego zbiornika cementowego, gdzie codziennie z rana bywają przesypane proszkiem otwockim, co wytwarza bezwoną prawie masę, usuwaną ze zbiorników peryodycznie. W górnej części zbiornika wychodzi kanał murowany otwierający się do wysokiego komina od kuchni, celem usuwania gazów tą drogą”, W. Męczkowski, op. cit., s. 314.

⁵⁷ F. Groër, op. cit., s. 52.

⁵⁸ Tamże, s. 39.

Wydaje się, że wykaz przedmiotów potrzebnych choremu w szpitalu, zamieszczony w ustawie z 1842 r., przynajmniej dla niektórych ich kategorii przerastał rzeczywistość. Dla porównania szpital w Kaliszu liczący 180 łóżek posiadał 190 kołder (w instrukcji 100 kołder na 50 osób), 350 prześcieradeł (w instrukcji 150 na 50 osób), 180 koszul (w instrukcji 150 na 50 osób), 215 powłoczek na poduszki (w instrukcji 300 na 50 osób), 130 gaci (w instrukcji gatak 50 na 50 osób), 270 ręczników (w instrukcji 50 na 50 osób), 200 szlafmyc męskich i czepków dla kobiet (w instrukcji 150 na 50 osób), 200 szlafroków letnich (w instrukcji 100 na 50 osób) i 140 szlafroków zimowych (w instrukcji 60 na 50 osób)⁵⁹.

Jak widać z tego wyliczenia, znacznie mniej bielizny pościelowej i osobistej przypadało na jednego pacjenta w funkcjonującym szpitalu niż teoretycznie przewidywano w instrukcji. W praktyce mogło to wyglądać jeszcze gorzej. Dr Bolesław Jakimiak skarżył się na łamach prasy: „W szpitalach zagranicznych nie tylko szlafroki, lecz i inne części ubrania chorych zastosowane są do różnych pór roku. Chory ma inne spodnie, inne pantofle, inne skarpetki na lato i inne na zimę. Wszyscy chorzy dostają chusteczki do nosa, co i u nas według ustawy 1842 roku powinno mieć miejsce, a czego nie ma. U nas choremu zamiast noża musi służyć łyżka, zamiast widelca własne palce”⁶⁰. Z całą pewnością w tym ostatnim stwierdzeniu było dużo racji, bowiem w wykazie „effektów szpitalnych” dla 50 pacjentów przewidziano tylko 7 par noży i widelców, łyżek natomiast znajduje się 60.

Choć instrukcja była naówczas postępową w swoich wymaganiach higienicznych, to jednak pewne jej zalecenia budzą dziś zdziwienie, np. przeznaczenie dla 50 chorych „czterech grzebieni rzadkich i gęstych”⁶¹. Co więcej, obliczono ich żywotność na dwa lata. Przewidywany czas użytkowania poszczególnych przedmiotów również zaskakuje. Np. dlaczego czas użytkowania 50 szpitalnych gatak dla 50 pacjentów miał wynosić 2 lata⁶²? Niestety, dotychczas nie znalazłam żadnego materiału, który pozwoliłby zaakceptować lub zweryfikować podany w wykazie czas trwałości poszczególnych przedmiotów.

Nie wszystkie szpitale Królestwa Polskiego zostały zmodernizowane w drugiej połowie XIX w. Rzeczywistość wyglądała znacznie gorzej. Jak już wspomniałam, starych, nie dających się unowocześnić szpitali było więcej. Nie dziwi więc, że w 1897 r., pół wieku od ukazania się omawianej ustawy, wspomniany wyżej dr Jakimiak (późniejszy ordynator oddziału chirurgicznego szpitala Przemienienia Pańskiego) pisał: „Większość szpitali nie posiada kanalizacji [...] niema wentylacji sztucznej, należyte ogrzewania i oświetlenia. [...] w powodu braku miejsca do rozdawania jedzenia niepodobieństwo zachować porządek i czystość. [...] Sale dla chorych stale przepełnione, wielu chorych dla braku miejsca musi leżeć na ziemi, a ponieważ ustępy [...] są zbyt oddalone od sal chorych [...], ponieważ ani korytarze ani ustępy nie są ogrzane, więc ze względu na możliwość zaziębienia [...], na salach stoją kubły, które [...] zanieczyszczają i sale i powietrze”⁶³.

Niezależnie jednak od stopnia realizacji ustawy i tak stanowi ona przykład znacznego postępu wiedzy w dziedzinie higieny i rozumienia zadań stojących przed szpitalami. Jest także cennym źródłem dla historyka zajmującego się dziejami szpitalnictwa.

Adres Autorki:

Dr hab. Elżbieta Mazur

Instytut Archeologii i Etnologii PAN

Al. Solidarności 105

00-140 Warszawa

⁵⁹ W. Męczkowski, op. cit., s. 315.

⁶⁰ Dr Nosocomialis (B. Jakimiak), *Potrzeby szpitalnictwa warszawskiego*, Warszawa 1897, s. 19–20.

⁶¹ Wykaz efektów szpitalnych, poz. 119.

⁶² Tamże, poz. 10.

⁶³ Dr Nosocomialis (B. Jakimiak), op. cit., s. 15–16.

**HOSPITAL FIXTURES AND FITTINGS IN THE KINGDOM
OF POLAND ON THE BASIS
OF THE GOVERNMENT INSTRUCTION FROM 1842**

The article discusses the issue of fixtures and fittings in hospitals in the Kingdom of Poland on the basis of the government instruction from 1842. The document was an outstanding achievement in Polish legislation devoted to hospital organisation and has no counterpart in European legislation. Consisting of three hundred pages, it is an excellent source of data concerning the condition of hospitals in the 19th century, because it was meant to regulate all aspects of their functioning. The article focuses on the fragments devoted to the location, shape and surroundings of the building, its interior layout and the equipment needed in its specialised parts. It summarises recommendations concerning the principles of building hospitals, the size of particular rooms and the equipment required for them, the quality and quantity of bed-linen, kitchenware and other utensils. Other topics discussed are the recommended sanitary and heating solutions, and the location of kitchens, laundries, drying-rooms, mortuaries and other necessary buildings. Furthermore, the article investigates the extent to which the instruction was really followed. Nineteenth-century press materials reveal that although in hospitals built before 1842 many of the requirements could not be met, yet in those founded in the second half of the 19th century they were usually taken into consideration and, if possible, fulfilled, as is exemplified by the hospital in Kalisz, the Jewish community hospital in Warsaw or the Holy Spirit Hospital at Elektoralna Street in Warsaw.

Translated by
Izabela Szymańska

Aneks

Wykaz efektów szpitalnych

No	Wykaz efektów szpitalnych	Ich stosunek na 50 osób	Czas na jaki mają służyć
	<i>plóciennych</i>		
1	szlafmyc męskich i czepków dla kobiet	150	trzy lata
2	powłoczek wierzchnich (licząc po po dwie poduszki na jednego chorego)	300	trzy lata
3	nasypek (licząc po dwie poduszki na jednego chorego)	300	cztery lata
4	sienników wierzchnich	100	cztery lata
5	sienników spodnich	100	cztery lata
6	chustek do nosa	300	dwa lata
7	prześcieradeł do obszywania kołder	150	cztery lata
8	pokrowców na dzieże piekarniane	3	dwa lata
9	pokrowców na wiadra i cebrzy	7	dwa lata
10	gatek	50	dwa lata
11	prześcieradeł	150	trzy lata
12	koszul	150	połtora roku
13	koszul długich z flamandzkiego płótna, z rękawami długimi, dla chorych niespokojnych	2	dwa lata
14	ręczników	50	jeden rok
15	obrusów	6	sześć lat
16	fartuchów dla felczerów i posługaczy	30	jeden rok
17	pończoch	150	jeden rok

18	rulet albo zasłon do okien z flamandzkiego płótna	podług liczby okien w salach szpitalnych	15 lat
19	podkładek ceratowych pod ciężkosłabych, każda po dwa łokcie długości i 11/2 łokci szerokości	4	jeden rok
<i>drelichowych</i>			
20	kołder	100	sześć lat
21	szlafroków	100	sześć lat
<i>sukiennych i flanelowych</i>			
22	kołder	60	pięć lat
23	kaftaników	5	pięć lat
24	szlafroków	60	pięć lat
25	pokrowców na dzieże piekarniane	2	sześć lat
<i>skórzanych</i>			
26	butów wojłokowych ze skórzanymi podeszwami, dla wychodzenia do kloak zimą	3 pary	dwa lata
27	kożuchów powleczonech sukmem ordynaryjnym, do tegoż użytku	3	ośm lat
28	pantofli	150 par	jeden rok
<i>miedzianych</i>			
29	rażdli rozmaitej wielkości	3	12 lat
30	naczynie do mierzenia	1	20 lat
31	przyrządów do umywania rąk	4	10 lat
32	miednic do tychże	4	10 lat
33	imbryczków różnej wielkości	2	12 lat
34	zegarów ściennych	1	20 lat
35	lichtarzy	3	12 lat
36	bassonów	3	20 lat
<i>cynowych</i>			
37	kubków	50	15 lat
38	misek z nakrywkami, które służą zamiast talerzy	50	15 lat
39	solniczek	50	15 lat
40	urynałów stolcowych	3	15 lat
41	urynałów zwyczajnych	7	15 lat
42	imbryczków	2	15 lat
43	miseczek do krwi puszczenia	2	15 lat
44	kubków do rozdawania lekarstw	4	15 lat
<i>żelaznych i blaszanych</i>			
45	bezmian do ważenia	2	20 lat
46	wagi rozmaitej wielkości	4	20 lat
47	warząchwi blaszanych do czerpania	4	dwa lata
48	fajerek do spirytusu	2	10 lat
49	rażdli do grzania kataplazmów	3	dwa lata
50	pogrzebaczy	3	15 lat
51	fajerek do węgla	2	10 lat

52	drąg żelazny	1	20 lat
53	łopatek do kadzenia	2	5 lat
54	motyk do oczyszczania podwórza	2	dwadzieścia lat
55	naczyni do mierzenia, komplet jeden, składający się z dwóch kwatek, kwarty, półgarnca, garnca i ćwierci	1	20 lat
56	noży i widelców, par	7	trzy lata
57	noży kuchennych	2	dwadzieścia lat
58	kagańców nocnych	6	dwadzieścia lat
59	patelni	3	10 lat
60	trójnogów	2	20 lat
61	talerzyków blaszanych do opatrunku	6	pięć lat
62	tarek do chrzanu	3	dwadzieścia lat
63	toporów	4	pięć lat
64	warząchw do szumowania	2	sześć lat
65	latarni drucianych	2	pięć lat
66	latarni ze szkłem	2	pięć lat
67	lichtarzy niskich	6	ośm lat
68	lichtarzy wysokich	3	pięć lat
69	stępli do znaczenia bielizny	3	20 lat
70	szczypców lichtarzowych	6	dwadzieścia lat
71	szczypców kominkowych	2	20 lat
72	spluwaczek	50	15 lat
73	kotłów do kuchni	2	15 lat
74	kotłów do pralni	2	15 lat
	<i>drewnianych</i>		
75	beczek	4	ośm lat
76	beczulek	2	ośm lat
77	wanien	4	ośm lat
78	konewek malowanych z obręczami żelaznymi do wody w salach	4	sześć lat
79	stolnic aparatowych do opatrunku	4	15 lat
80	stolnic do roznoszenia porcyj	6	15 lat
81	tabliczek czarnych z napisami do zawieszania nad łózkami	50	20 lat
82	tabliczek do oznaczania sal i oddziałów	podł. 1. sal	20 lat
83	magiel do pralni	1	10 lat
84	dzień do piekarni	2	10 lat
85	koryt do kuchni	2	5 lat
86	stół operacyjny	1	20 lat
87	stołek z poręczami do operacji z poduszką skórzaną	1	20 lat
88	łóżek	50	15 lat
89	łyżek	60	jeden rok
90	łopat	4	jeden rok
91	statków do zlewania pomyj	4	sześć lat
92	szkrynek do składania opasek	2	sześć lat
93	tragi do przenoszenia chorych	1	20 lat
94	rzeszot	2	jeden rok
95	sit	2	jeden rok
96	ławeczek malowanych	4	15 lat
97	stolików do stawiania przy łózkach	25	15 lat

98	stołów różnej wielkości	10	20 lat
99	krzesel prostych	10	10 lat
100	stolców	4	10 lat
101	kubłów	3	10 lat
102	statków piekarnianych	3	dwa lata
103	szaflików	4	trzy lata
104	parawanów	4	15 lat
105	szafek do przechowywania lekarstw w salach	4	20 lat
106	szafek do składania rzeczy i bielizny w salach	4	20 lat
107	różnej wielkości szaf z drzwiczkami i bez tych	6	20 lat
108	szafa do przechowywania narzędzi	1	20 lat
109	szczotek do podłogi	4	jeden rok
110	skrzyń na drzewo	4	15 lat
111	szuflad z przegródkami do przenoszenia flaszek i słoików z lekarstwami	4	10 lat
	<i>konopianych</i>		
112	worków	4	dwa lata
113	krążków powrozowych	4	jeden rok
	<i>szklanych</i>		
114	ciepłomierzów do zawieszania w salach	4	na efekta szklane termin nie oznacza się
115	ciepłomierz osobny do użycia przy kąpielach	1	
116	butli wielkich opłatanych	4	
117	naczyń szklanych ze szkła grubego ze szklanymi pręcikami do nakadzeń kwasami mineralnymi	2	
118	kałamarzy	6	
	<i>rogowych</i>		
119	grzebieni rzadkich i gęstych dla chorych	4	dwa lata
	<i>narzędzia dla rzemieślników</i>		
120	nożyczek	2	
121	żelazek krawieckich	2	
	<i>narzędzia ogniowe</i>		
122	haków	2	
123	wiader żelaznych	3	
124	żelaznych drągów	2	
125	drabin	2	
126	toporków	4	
127	sikawek do gaszenia, przynajmniej podręczna	1	

Zgodno: *Minister Sekretarz Stanu Królestwa Polskiego IG. Turkuł*

Źródło: *Zbiór Annexów do ustawy dla szpitali cywilnych w Królestwie Polskiem, [b.m.w.] 1842.*