

Hochachtungsvoll überreicht von den Autoren.

Separatabdruck

aus der

Wiener klinischen Wochenschrift

Organ der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Jahrgang 1903.

Nr. 14, 15.

Ein Projekt für den Neubau des St. Anna-Kinderspitals in Wien

mit Erläuterungen und Bemerkungen.

Von

Univ. med. Dr. **Alexander Hinterberger**
und
Arch. C.-M. **Franz Freih. v. Krauß.**

Mit fünf Tafeln und einer Abbildung im Text.



WIEN UND LEIPZIG.

WILHELM BRAUMÜLLER

K. U. K. HOF- UND UNIVERSITÄTSBUCHHANDLER.

1903.



VERLAG VON
WILHELM BRAUMÜLLER
K. U. K. HOF- UND UNIVERSITÄTS-BUCHHÄNDLER
WIEN UND LEIPZIG.

Wiener klinische Wochenschrift

unter ständiger Mitwirkung der Herren Professoren Drs.

G. Braun, O. Chiari, Rudolf Chrobak, V. R. v. Ebner, A. Freih. v. Eiselsberg, Th. Escherich, S. Exner, M. Gruber, A. Kolisko, I. Neumann, H. Obersteiner, R. Paltauf, Adam Politzer, G. Riehl, F. Schauta, J. Schnabel, C. Toldt, A. v. Vogl, J. v. Wagner, Emil Zuckerkandl.

Begründet von weiland Hofrat Professor

H. v. BAMBERGER.

Herausgegeben von

Ernst Fuchs, Karl Gussenbauer, Ernst Ludwig, Edmund Neusser, L. R. v. Schrötter und Anton Weichselbaum.

Organ der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.

Redigiert von

PROF. DR. ALEXANDER FRAENKEL.

Auf Wunsch liefert die Verlagshandlung Interessenten das Blatt zur genaueren Information während der Dauer eines Monats (4 Nummern hintereinander) probeweise und kostenfrei ohne irgendwelche Verpflichtung.

Die „Wiener klinische Wochenschrift“ erscheint jeden Donnerstag im Umfang von drei bis vier Bogen Groß-Quart.

Abonnementspreis jährlich 20 K — 20 Mk. Abonnements- und Insertions-Aufträge für das In- und Ausland werden von allen Buchhandlungen und Postämtern, sowie von der Verlagshandlung übernommen.

Probenummern sind von letzterer jederzeit gratis and franko zu beziehen.

Separatabdruck aus der Wiener klinischen Wochenschrift, 1903, Nr. 14, 15.
Verlag von **Wilhelm Braumüller**, Wien, VIII/1, Wickenburggasse 13.

Ein Projekt für den Neubau des St. Anna-Kinderspitals in Wien mit Erläuterungen und Bemerkungen.

Von Univ. med. Dr. **Alexander Hinterberger** und Arch. C.-M. Franz **Freih. v. Krauß.**

Das St. Anna-Kinderspital zu Wien ist ein inmitten eines stark bevölkerten, dicht verbauten Teiles von Wien gelegenes Krankenhaus, welches modernen Anforderungen mit Ausnahme seines neuen Pavillons für Infektionskrankheiten in keiner Weise mehr entsprechen kann.

Es tritt hier wieder die so schwierige Aufgabe an Arzt und Architekt heran, ein modernes Krankenhaus inmitten eines dicht verbauten Stadtteiles auf kleinem Areale zu entwerfen.

Das Areale des St. Anna-Kinderspitals grenzt glücklicherweise an drei Seiten an Straßen und an der vierten Seite teilweise sogar an einen größeren Platz an. Es ist also noch lange nicht ein besonders ungünstiger Bauplatz für ein Krankenhaus nahe dem Zentrum einer Millionenstadt zu nennen. Es ist ein Bauplatz, der heute so beschaffen ist, wie die Bauplätze von heute geschaffenen kleinen Peripheriespitälern etwa in 30 Jahren in hygienischer Beziehung aussehen können, sobald das Wachstum der Städte und die daraus folgende Verwertung der diese Plätze umgebenden Gründe diese Areale mit geschlossenen Häuserzeilen umgeben haben werden.

Es sei hier nicht wieder die Frage über Peripheriespitäler oder zentrale Krankenhäuser in Millionenstädten aufgerollt, es soll hier nicht wieder das Dogma: „Ein Krankenhaus darf nur zwei Geschosse haben“, auf seine Unfehlbarkeit geprüft werden.

Aber es sei hier nur ein Autor erwähnt, um zu zeigen, daß die Verfasser nicht ohne jeden Rückhalt unter den über Krankenhausbauten arbeitenden Autoren vielgeschossige Gebäude, „der Not gehorchend, nicht dem eignen Trieb“, zu entwerfen sich erlaubten.

Baurat Schmieden, dessen ungemein interessanter Vortrag aus dem „Gesundheits-Ingenieur“, Bd. XIX, Nr. 4 u. 5 zur Lektüre empfohlen sei, sagt: „In England und in Amerika finden wir neuere Hospitäler mit Krankenpavillons von zwei, drei, sogar vier, ja selbst fünf Stockwerken. Entscheidend ist in dieser Beziehung in erster Linie die Lage der Baustelle. Liegt sie im Innern großer Städte, so wird naturgemäß eine größere Ausnützung von Grund und Boden angestrebt, als in den weniger bebauten Vorstädten, bzw. außerhalb der Stadt, wo im allgemeinen immer eine Krankenanstalt besser gelegen sein wird. Soll man aber die Errichtung

der Krankenanstalten im Innern der Städte völlig verurteilen? Die nahe Erreichbarkeit und die Möglichkeit der Benützung der Anstalt für Unterrichtszwecke fallen doch bei der Errichtung von Krankenanstalten auch wesentlich ins Gewicht.“

An anderer Stelle sagt Schmieden ferner, daß England jetzt meist 4—5stöckige Krankenhäuser erbaue. Da nun England gewiß kein Land ist, wo ein Krankenhaus als etwas Nebensächliches behandelt wird, da ja in England die gewissermaßen als Komponenten der Lehre vom Krankenhausbau fungierenden Disziplinen der Krankenpflege und der Wohnungshygiene sogar auf einer hohen Stufe stehen, da außerdem auch bei manchen deutschen Musteranstalten dreistöckige Pavillons gebaut und projektiert wurden, kann man für ein Krankenhaus nahe dem Zentrum einer Großstadt den mehrstöckigen Pavillon wohl ruhig konzedieren. Baut man nun in einer Großstadt ein zentral gelegenes Spital, so werden selbstredend in diesem die medizinischen Unterrichtsanstalten unterzubringen sein, da jeder Bewohner der Stadt das Recht hat, zu verlangen, daß ihm eine erstklassige Heilstätte, eine Klinik, wo er rasch und unentgeltlich Rat und Hilfe im Erkrankungs- oder Verunglückungsfalle auch bei seltenen und schwierigen Fällen finden kann, rasch und leicht erreichbar sei.

Sohin hat ein Krankenhaus, welches die Universitätsklinik für Kinderkrankheiten enthalten soll, nicht nur das Recht, nahe dem Zentrum der betreffenden Großstadt zu stehen, sondern man hat auch die Pflicht, dieses Krankenhaus an einer Stelle zu bauen, wo es allen Müttern der Großstadt relativ leicht, rasch und billig erreichbar ist. Dieses zentral gelegene Kinderspital darf daher auch als mehrgeschossiges Krankenhaus gebaut werden, sobald nicht die Geldmittel zur Verfügung stehen, um demselben ein großes Areal als Bauplatz zu verschaffen.

Es ist das kleinere Uebel, wenn ein Kinderkrankenheim vielgeschossig ist; es ist ein unverhältnismäßig viel größeres Uebel, wenn kranke Kinder gar nicht auf die Klinik gebracht werden, weil die arbeitende Mutter sich scheut, den Lohn eines halben Tages Arbeit wegen eines Ganges auf die stundenweit entfernte klinische Ambulanz zu verlieren.

Das von den Verf. im Auftrag von Herrn Prof. Dr. Escherich zu lösende Problem bestand darin, auf dem gegebenen Areal des St. Anna-Kinderspitals zu Wien einen zu wissenschaftlicher Forschung, zum Unterricht und zur klinischen und poliklinischen Behandlung sowohl leicht infektiöser und unklarer, als auch nicht infektiöser, als endlich chirurgischer Fälle brauchbaren Neubau zu projektieren.

In dieser Definition der Aufgabe ist auch das Prinzip, nach welchem die Gliederung des Gebäudes durchgeführt wurde, ausgesprochen.

Ein Teil des Gebäudes muß der poliklinischen und klinischen Behandlung leicht infektiöser und in dieser Hinsicht unklarer Fälle reserviert sein, und dieser Teil vom ersten Geschoß an, wo die klinische Behandlung derselben beginnt, von den anderen Teilen des Gebäudes vollkommen, also durch Mauern, getrennt sein. Diese Trennungsmauern sind, da in den einzelnen Geschossen verschieden viel Räume von dieser Beobachtungsabteilung und Abteilung für leichte Infektionskrankheiten einzufügen waren, in den verschiedenen Geschossen, an

verschiedenen Stellen angebracht. Im Parterre jedoch, dem vorzugsweise der poliklinischen Behandlungsweise dienenden Geschoße, geschieht die Trennung der eintreffenden Kranken nach der Seite, wo Nichtinfektiöse erledigt werden, und der Seite, wo verdächtige Fälle erledigt werden durch das beim Vorraum amtierende Krankenhausorgan, welches die Kranken sofort ihren Warteräumen zuweist.

Die Vorhalle an der Nordostecke des Erdgeschosses ist ein bis zur Straße vortretender Raum, worin die Kinderwagen aufzustellen sind. Diese Vorhalle bildet ein noch neutrales Gebiet, also nur eine Fortsetzung der Straße. Die nicht infektiösen Fälle werden aus der Vorhalle nach Westen in die Warteräume für die drei Ordinationszimmer dirigiert, die infektiösen und verdächtigen Fälle werden nach Osten in eines der beiden, an je ein Ordinationszimmer angrenzenden Wartezimmer, gewiesen. Der nicht infektiöse aufgenommene Fall geht dann zur Aufnahmskanzlei — ins Bad — über die Mittelstiege in die allgemeine Abteilung; der infektiöse oder verdächtige Kranke geht im Fall der Aufnahme entweder über die am Nordende des Ostflügels gelegene Stiege der „Beobachtungsabteilung“ direkt auf das für ihn passende Krankenzimmer oder durch die Nordtür des Ostflügels in den Infektionspavillon. Der Austritt der nur poliklinisch behandelten Kranken aus dem Hause ist ebenfalls nach den beiden Kategorien getrennt. Die Nichtinfektiösen verlassen das Haus wieder am Eingang, wo sie den Arznei-Abgabeschalter passieren. Die Infektiösen verlassen das Haus an der Nordtür des Osttraktes. Durch selbstschließende, nur in der Richtung dieses Weges vom Publikum öffnbare Türen wird das Publikum gezwungen, im Parterre des Osttraktes nur diese Bewegungsrichtung beizubehalten.

Das Terrain, welches von West nach Ost fällt, erlaubte glücklicherweise die Räume für die Ambulanz, die Räume der internen Poliklinik wesentlich höher zu machen, als die für die anderen Zwecke bestimmten Ubikationen. So sehr eine zu scharfe Betonung des sog. „Luftcubus“ bei Anlage zentral gelegener Krankenhäuser in finanzieller und bautechnischer Hinsicht das Arbeiten unverhältnismäßig im Vergleich zu den Vorteilen groß bemessener Räume erschwert, so sehr muß man bei Warteräumen und Ordinationsräumen diesen Anforderungen Genüge zu leisten versuchen, und die fehlenden Quadratmeter der Fläche durch die Höhe der Räume auszugleichen anstreben, wenn sich hierzu die Gelegenheit bietet.

Ein großer Teil der östlichen Hälfte des Gebäudes war nunmehr von der Ambulanz und den Abteilungen für Beobachtung und leichte Infektionskrankheiten in Anspruch genommen.

Der chirurgischen Abteilung, welche ja ein geschlossenes Ganzes bilden muß, welche Ambulanzräume, also im Parterre liegende Räume braucht, war naturgemäß das Erdgeschoß des Westtraktes des Baues zu geben, u. zw. deshalb der westliche, nicht der östliche Trakt, weil der östliche Seitenflügel die Anbringung des großen Krankensaales für chirurgische Fälle gestattete, ohne an den bestehenden neuen Pavillon für Infektionskrankheiten zu nahe heranrücken zu müssen,

Dieser große Krankensaal im Westflügel wiederholt sich in allen Geschossen des Gebäudes. Im obersten Geschoß bildet er den gemeinsamen Schlafsaal der Nonnen. Leider ist er der einzige wirklich gute Krankensaal des Gebäudes, da dieser Raum der einzige ist,

welcher zweiseitig belichtet ist, alle Nebenräume bietet und einen für das Liegen im Freien bestimmten Balkon vorgelegt hat. Dieser Balkon ist in Eisenkonstruktion mit Fußboden und Decken aus Glasplatten gedacht. Er nimmt so dem Krankensaal nur sehr wenig Licht und bleibt möglichst rein. Der Balkon liegt gegen Osten und gegen das Innere des Komplexes, hat also Vormittag Sonne und Nachmittag Schatten und ist von der Straße und den Nachbargebäuden aus fast nicht sichtbar.

Im freigebliebenen Mitteltrakt war es nunmehr möglich, die für den Verkehr der Studierenden und den Verkehr im allgemeinen Teil desselben dienende „reine“ Stiege anzulegen, die Hauptstiege des Gebäudes.

Da die Stiegen in mehrgeschossigen Gebäuden die Träger des größten Uebelstandes solcher Bauten sind, indem die Stiegen vorzugsweise den Uebertritt der verdorbenen Luft aus den unteren Geschossen in die oberen Geschosse vermitteln, wurde die Stiege nach drei Seiten hin frei, und nach Süden vortretend, angelegt und derselben hiedurch eine ausgiebige Querdurchlüftung und Besonnung geleistet. Außerdem wurden in die Mittelpfeiler der Stiege die Rauchfänge der Zentralheizung und der Warmwasseranlage verlegt, dadurch die Heizung der Stiege unterstützt und durch Fortführung der Stiege bis auf das flache Dach des Neubaus aus derselben gewissermaßen ein die ganze Haushöhe durchziehender, geheizter, also als Abluftschlauch wirkender Raum gebildet, welcher wohl nie Luft aus einem unteren in ein oberes Stockwerk bringen wird, vielleicht aber, besonders an sonnigen Tagen, wo die Sonne diese Stiege den ganzen Tag erwärmt, sogar aus den einzelnen Stockwerkskorridors noch Luft ansaugen und nach oben abführen wird. Ferner ist beabsichtigt, wenn möglich auch die Abluftkanäle aus den Operationssälen und dem Hörsaal etc. in diese Mauern zu verlegen, um auch diesen Räumen lange geheizte, bis zum Dach führende Abluftkanäle beizugeben.

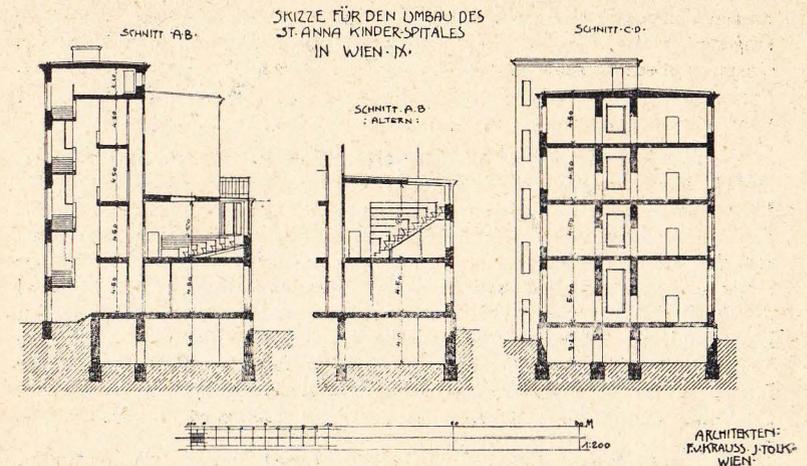
Die kleine Stiege am Nordende des Osttraktes für die Abteilungen für Beobachtung und leichte Infektionskrankheiten ist wenigstens nach zwei Seiten frei, hat eine Schmalseite nach Westen, also starke Nachmittagssonne, geht bis auf das Dach und wird sohin ähnlich wirken wie die Hauptstiege, wenn auch nicht so vollkommen.

Der Hörsaal verlangte erstens Nordlicht, damit man denselben nie durch Sonnenplachen verdunkeln muß, zweitens Beleuchtung durch Fenster, welche im Rücken der Hörer und über dem Auditorium gelegen sind, um dem Hörer die denkbarst günstigste Beleuchtung des Demonstrationsplatzes zu leisten, drittens ruhige Lage, viertens leichte Zugänglichkeit von allen Teilen des ganzen Komplexes und von der Straße. Diesen Anforderungen genügte nur die Anbringung des Hörsaales im ersten Stock eines gegenüber der Stiege nach Norden leicht vorspringenden Mitteltraktes.

Da die Operationssäle auch Nordlicht und Ruhe brauchen, da sie vor allem vor Straßenstaub sorgfältig geschützt liegen müssen, war ihr natürlicher Platz unter dem Hörsaal, an welcher Stelle sie ja auch in bester Verbindung mit den anderen Räumen der chirurgischen Abteilung stehen.

Da sowohl die Operationssäle, als auch besonders der Hörsaal durch ihre Abluft besonders im Sommer bei geöffneten Fenstern die

über denselben gelegenen Räume bedrohen, da ferner der Hörsaal auch teilweise Oberlicht haben soll, da endlich das Bedürfnis nach Lüftung der Gänge nach oben hin zunimmt, wurde dieser Mitteltrakt vom zweiten Stock an nicht weitergeführt und es dadurch erreicht, daß das Gebäude vom zweiten Stock an, also in seiner ganzen oberen Hälfte, aus zwei Seitentrakten besteht, welche nur durch einen schmalen Quertrakt verbunden sind. Dieser Quertrakt ist nur aus der Stiege mit den Verbindungsgängen rechts und links gebildet und hat an diesen Verbindungsgängen nur zirka 4 m Tiefe. Durch diese Anordnung ist einerseits die Besonnung der Südfront des Infektionspavillons möglichst erhalten worden, andererseits wurde die Durchlüftung der oberen zwei Geschosse wesentlich begünstigt, wie es ja die natürlichen Verhältnisse der Obergeschosse überhaupt verlangen, endlich wird es vermieden, zwei dunkle Ecken, die von Lichthöfen nicht mehr sehr verschieden sind, rechts und links vom Mitteltrakt zu schaffen.



Vom zweiten Stock an besteht also dieses Hauptgebäude eigentlich aus zwei Pavillons.

An verfügbaren Arbeitsplätzen hat der Hauptpavillon zwei in der Lehrmittelsammlung, zwei im Vorbereitungsraum.

Sollte es jedoch möglich sein, den Hörsaal statt in der hier nach Angabe ganz schwach ansteigenden Form in der Form des gewöhnlichen Auditoriums für mit Demonstrationen verbundene Vorlesungen zu konstruieren, wie der zweite beiliegende Schnitt zeigt, so würden noch weitere vier große Arbeitsplätze unter dem Auditorium zur Verfügung gestellt werden können. Auch wäre dann unter dem Auditorium Raum für verschiedene Bedürfnisse eines Hörsaales (Garderobe, Tisch für Indices etc.)

Der niederer gehaltene Hörsaal würde hingegen wieder die Verwendung seines Daches als große Terrasse erlauben, ohne eine

Stiege von einem Raum des Fußbodens des III. Geschosses begeben zu müssen.

Der erwähnte, zweite Schnitt mit gut ansteigendem Auditorium zeigt, daß ein Herumführen der kranken Kinder auch hier möglich ist, wenn auch nicht auf Rampen, so doch auf Treppen.

Der Hörsaal ist mit seitlich aufklappenden Sitzen gedacht, um das Herabsteigen der Hörer zum Demonstrationstisch und das Defilieren der Hörer vor dem Kranken möglichst zu erleichtern. Der Flächeninhalt des Hörsaales bleibt in beiden Fällen, bei schwach und steil ansteigendem Auditorium, gleich, ebenso die Belichtungsverhältnisse, die Möglichkeit der Demonstration von Laternenbildern etc. Besonders letztere in der Zukunft wahrscheinlich sich auch bei uns sehr einbürgernde Form des Anschauungsunterrichtes ist im steilen Auditorium besser ausführbar als im flachen.

Der Korridor der Beobachtungsabteilung mündet an zwei Stellen nach außen, um eine Durchlüftung desselben zu gestatten. Das eine dieser Gangenden, welches zwischen zwei Räumen dieser Abteilung ausgespart ist, konnte als Tagraum des nebenliegenden Krankenzimmers dienen, ohne seinen Zweck als Durchlüftungsgang zu verlieren, indem man es durch eine $1\frac{1}{2} m$ hohe, also halbhohe Glaswand vom Korridor abschloß.

Das Wartezimmer für infektiöse Kranke neben dem Hörsaal bildet, die einzige, von Fall zu Fall fungierende Verbindung der Beobachtungsabteilung mit der allgemeinen Abteilung, u. zw. durch den Hörsaalkomplex. Es wurde dies in der Ansicht eingezeichnet, daß die Gefahr einer Hausinfektion bei ausnahmsweiser Vorstellung eines suspekten Falles aus der Beobachtungsabteilung im Hörsaal durch Bestand dieser, nur vom diensthabenden Arzt und nur im Bedarfsfall zu öffnenden Verbindung verringert wird. Wenn diese Verbindung nicht besteht, so müßte ja in dem erwähnten Fall der Kranke über die Haupttreppe in das Wartezimmer gebracht werden, also eine viel größere Strecke im „reinen“ Teil zurücklegen.

Dieses Wartezimmer für infektiöse Kranke wäre auch der Raum, in welchen event. ein im Niveau des ersten Geschosses verlaufender Verbindungsgang aus Eisen und Glas vom Infektionspavillon in den Hauptpavillon zum Hörsaal münden könnte, um in besonderen Ausnahmefällen eine Demonstration eines Kranken aus dem Infektionspavillon in dem Hörsaal zu ermöglichen, ohne den Kranken durch den Garten und über die „reine“ Stiege transportieren zu müssen. Wenn man den Hörsaal desinfizierbar baut, wie es z. B. der Hörsaal der Klinik Pozzi in Paris ist, so wäre so ein Vorgehen ja ohne besondere Gefahr.

Das oberste Geschoß enthält die Ubikationen für die Schwestern, die Küche, die Apotheke, ein Kleiderdepot und Wohnungen der Aerzte und des Personals. Es ist niedriger gehalten als die anderen Geschosse. Die Wohnungen gehören in das oberste Geschoß, weil ein dienstfähiger Gesunder ohneweiters Treppen steigen kann, der Kranke aber getragen werden muß und weil ja auch kein anderes Geschoß hiefür zur Verfügung steht.

Es empfiehlt sich, die Küche*) in das oberste Geschoß zu verlegen, weil sie erstens viel Wasserdampf, ferner Wärme produziert und endlich darin sehr häufig Gase sehr unangenehmer Art (durch Zwiebelbrösten, übergehende Milch, Beizen, Kochen von Kraut, Rüben, Kohl etc. etc.) entwickelt werden. Sowie in einem Gebäude eine gemeinsame Küche nicht im obersten Geschoß liegt, wird das ganze Gebäude von allen diesen Unannehmlichkeiten betroffen (spezifischer Geruch großer Hotels).

Die Anlage der Küche im obersten Geschoß ist in England schon sehr populär geworden, so daß man solche Anlagen auch in kleinen Familienhäusern vielfach antreffen kann.

Es ist auch kaum möglich, ein Haus trocken zu halten, wenn die Küche nicht im obersten Geschoß liegt. Trockenheit eines Krankenhauses, besonders eines Kinderkrankenhauses, wo viele Infektionskrankheiten vorkommen, deren Organismen noch nicht bekannt sind, (gewisse Anginen, Darmkatarhe, sog. Bluterkrankungen, Rheumatismen etc.), deren Biologie man also noch nicht kennt, ist aber eine Hauptsache ersten Ranges, wichtiger als die „gute Luft des Krankenzimmers“, die heute noch immer an erster Stelle genannt wird. Wenn man von einem pathogenen Mikroorganismus auch noch gar nichts weiß, wird man doch sagen können, daß er zu seinem Leben Feuchtigkeit braucht, denn das haben alle Mikroorganismen gemein. Der sicherste Schutz gegen Mikroorganismen, also Hausinfektionen so gut wie Modergeruch, dürfte also Trockenheit des Gebäudes sein. Bäder, Klosets etc. etc. müssen in allen Geschossen sein. Diese Feuchtigkeitsquellen kann man nicht ausschalten, die Küche aber kann man als Feuchtigkeitsquelle einfach durch Anlage im obersten Geschoß ganz ausschalten.

Die Speiseaufzüge sind in beiden Fällen nötig. Hier sind zwei Speiseaufzüge eingezeichnet. Der eine versorgt die Beobachtungsabteilung, der andere den übrigen Teil des Gebäudes. Die Blechgefäße für den Speisentransport der Beobachtungsabteilung können in dieser Abteilung unter Aufsicht des Arztes gereinigt und trocken sterilisiert werden, so daß sie sterilisiert in die Küche wieder zurückkommen.

Das Souterrain des Hauptpavillons ist nur als Keller gedacht. Souterrains sind auch, genau genommen, anders nicht zu verwerten. Ein Haus mit Souterrain ist deshalb kein niedereres Haus, wie ein anderes mit der gleichen verwerteten Geschoßzahl, es ist nur ein teilweise in die Erde gestecktes, aber gleich hohes Haus.

Der Gewinn an Geld durch Anlage eines Souterrains ist ein kleiner, die Unannehmlichkeiten durch das Bestehen zweitklassiger Räume in einem so heiklen Gebäude, wie ein Kinderkrankenhaus können sehr bedeutende werden. Es empfiehlt sich daher, den Keller eines Krankenhauses wirklich nur als Keller zu verwerten, i. e. für Heizung, Warmwasserbereitung, sonstige Maschinenanlagen, Mülleverbrennung etc., dann als Depots für Kohlen, Holz, gewisse

*) Rauchfuß Gerh., Handb., Bd. I, pag. 484, sagt: „Die Anlage der Apotheke, der Küche und des Waschhauses über der Beobachtungsstation (also auch über den anderen Räumen, Anm. d. Verf.) ist der Unterbringung im Keller oder Erdgeschoß vorzuziehen.“

Apothekerwaren, Gemüse, Fleisch, Getränke etc., endlich als Räume, wo hie und da eine kleine Reparatur vom Haustischler, Hausschlosser u. dgl. vorgenommen werden kann.

Der Keller ist ebenfalls geteilt und der für die Beobachtungsabteilung bestimmte nur von dieser aus, durch deren Stiege, u. zw. durch eine Doppel tür zugänglich. Die Hauptstiege führt nicht in den Keller, um dem Gebäude keine Kellerluft zuzuführen. Der Keller der allgemeinen Abteilung und der chirurgischen Abteilung ist nur von außen zugänglich. Der Speisenaufzug der allgemeinen Abteilung führt als Warenaufzug für die Benützung des Küchenpersonals bis in den Keller. Neben diesem Aufzug sind die Kellerräume der Küche projektiert.

Es ist nicht anzunehmen, daß durch diesen, ja unumgänglich nötigen Aufzug oder die kleine Stiege der Beobachtungsabteilung irgendwelche nennenswerten Mengen von Kellerluft ins Gebäude aufsteigen, da man ja vor diesen beiden Kommunikationen schon im Keller unten selbstschließende und gut abschließende Doppeltüren anbringen kann.

Das Dach wurde als flaches Dach, ohne Dachboden angenommen. Die beiden Stiegen führen aus Ventilationsrücksichten, wie schon bemerkt, ganz auf das Dach hinauf. Das Dach ist durch zwei, 2 m voneinander entfernte parallele Gitter in einen für die Beobachtungsabteilung gehörenden Teil und einen der allgemeinen Abteilung gehörenden Teil getrennt und kann als Erholungsraum im Freien für die im obersten Geschoß wohnenden, dienstfreien Ärzte, Schwestern etc. dienen. Die Rauchfänge, wie die Ventilationskanäle ragen genügend hoch über das Dach hinaus, um das Dach brauchbar zu machen und vor allem ein Rückströmen von Rauch oder Abluft in den Komplex zu erschweren und bilden Schattenplätze, wo einige Bänke aufgestellt werden können. Da das Dach den Wohnungen näher ist als der Garten und sicher eine sehr schöne Aussicht bieten wird, dürfte es ein ganz angenehmer Aufenthaltsort des Personals an Tagen werden, wo der Wind nicht fremden Rauch etc. dem Dach zubringt.

Es verbleiben die Räume für den Dienst an der Leiche und für wissenschaftliche Arbeiten. Diese Räume können weder der allgemeinen noch der Beobachtungsabteilung beigeordnet werden, denn in diesen Räumen arbeiten Menschen, welche der einen und der anderen Abteilung angehören. Es wird Material aus allen Abteilungen — Chirurgie-, Interne, Beobachtungs- und Infektionsabteilung — darin verarbeitet. Es müssen die Räume für Arbeiten in allen Zweigen der Kinderheilkunde dienen können. Da außerdem der Dienst an der Leiche ohnedies Anlage einer kleinen Leichenhalle und eines Seziersaales und mehrerer Nebenräume abseits von den beiden Pavillons erfordert hätte, also ein spezielles Erdgeschoß für diese Zwecke ohnedies erbaut hätte werden müssen, war es naheliegend, diese Ubikationen über diesem schon gegebenen Erdgeschoß anzubringen, also einen dritten „wissenschaftlichen Pavillon“ beizugeben. Für diesen Entwurf waren noch weitere Erwägungen maßgebend.

Sobald der Bau dieses Pavillons, der ja sofort begonnen werden kann, zu einer Zeit beendet ist, wo der Neubau des Hauptpavillons in Angriff genommen werden soll, erwächst der nötigen und definitiven Unterbringung der im heutigen alten St. Anna-

Kinderkrankenhaus bestehenden, den neuen fertigen Ubikationen entsprechenden Teil des Krankenhauses (Aufahrungsraum, Sezierraum etc.) keinerlei Schwierigkeit. Außerdem hat man dann Räume zur Verfügung, welche momentan nicht verwendet werden müssen (Laboratoriumsräume etc.) und ad libitum während des Neubaus des Hauptpavillons provisorisch verwendet werden können.

Ferner kann es bei allen wissenschaftlichen Arbeiten vorkommen, daß Gase und Dämpfe entwickelt werden, welche nicht nur unangenehm sind (angebrannte Milch, Geruch von den Versuchstieren aus, von den Kulturen aus), sondern auch für kindliche Respirationsschleimhäute gefährlich werden können (Säuredämpfe, Schwefelwasser, stoff, Quecksilberdämpfe). Ferner involviert jedes Laboratorium, besonders ein solches, wo mit Aether (Milchlaboratorium), Alkohol, Benzol, u. zw. oft von nicht vollkommen in chemischen Arbeiten geschulten Menschen gearbeitet wird, eine stets drohende Feuersgefahr. Die Gefahr von Infektionen durch Laboratorien würde Isolierung derselben, etwa doppelte Anlage derselben, verlangen. Die Feuersgefahr und die von den Laboratorien abgehenden Gase verlangen die Unterbringung der Laboratorien dort, wo weder Gase noch Feuer darüber gelegene Stockwerke bedrohen können, also eventuell noch in einem Obergeschoß. Würde man aber die Laboratorien in einem 4. Stockwerk des Hauptpavillons unterbringen, so würde dieser Teil des Gebäudes sehr hoch, der Dienst erschwert, es können Schwierigkeiten mit den Behörden in baupolizeilicher, in sanitätpolizeilicher Hinsicht erwachsen. Außerdem darf man nicht vergessen, daß ja dann die Abwässer der Laboratorien, von denen jedes ja mindestens ein Entwässerungsrohr haben muß, durch die ganze Höhe des Gebäudes fließen würden. Rohrschäden könnten durch Eindringen hygroskopischer oder infektiöser Substanzen da ziemlich bedenklich werden.

Endlich ist es nur in dieser Weise, durch Schaffung eines eigenen Pavillons möglich, heute noch nicht voraussehenden Erweiterungen der Gebiete wissenschaftlichen Forschens dereinst durch Eröffnung neuer Räume in einem weiteren Stockwerk des „wissenschaftlichen Pavillons“ Genüge leisten zu können.

Der Hauptpavillon ist ohnedies ad maximum hoch gebaut, sein oberstes Geschoß voll, die verbaubare Grundfläche vollkommen ausgenützt. Würde man dem Hauptpavillon heute leerstehende Räume mit noch fraglicher Bestimmung einfügen, so würde die organische Gliederung des Baues darunter schwer leiden und man hätte trotzdem nicht die geringste Sicherung, ob diese Zukunftsräume brauchbar sind und an richtiger Stelle stehen.

Schließlich ist es gar nicht unmöglich, daß das Waschen der Krankenhauswäsche außer Haus mit der Zeit als zu kostspielig befunden wird, oder daß sich da Uebelstände einstellen, welche ein Waschen in eigener Regie in einer ordentlichen Krankenhauswaschküche wünschenswerter machen. Auch dieser Eventualität könnte dann durch ein weiteres Geschoß auf diesem Pavillon und Einfügung eines Wäsche- und Warenaufzuges im Vorraum neben der Stiege in ganz entsprechender Weise Genüge geleistet werden.

Im Hinblick hierauf, ganz abgesehen von der Schwierigkeit der Unterbringung der ganzen Schmutzwäsche im Hauptpavillon, wurde in diesem dritten Pavillon ein von der Anstalt und der Straße

zugängliches Halbsouterrain als Schmutzwäshedepot und Schmutzwäshesortiererraum beigegeben. Von dort aus geschieht die Uebernahme der Schmutzwäsche durch die heute die Wäsche der Klinik besorgende Waschanstalt.

Der Sezierraum wurde wegen des nötigen Konnexes mit der nötigen Beisetzammer und der Aufbahrungskapelle in das Erdgeschoß verlegt, als ein zweiteiliger Raum (für Infektionsleichen und nicht infektiöse Leichen) gezeichnet und durch einen für beide Teile dienenden Lift mit Handbetrieb mit der Beisetzammer verbunden. Der Sezierraum hat gegen die Straße zu stets geschlossene, gegen den Garten zu öffnende Fenster. Eine kurz daranstoßende Gartenmauer soll es ermöglichen, trotz dieser an der Straße liegenden Sezierräume die Front des Gebäudes bis zur Baulinie vorzuschieben.

Die Kapelle hat zwei Funktionen zu leisten. Erstens dient sie als Aufbahrungsraum für die Leichen zum Zweck des Besuches seitens der Anverwandten. Die Seitenflügel der Kapelle sind mit verschiebbaren Glastüren versehen, durch Lifts mit Handbetrieb mit der Beisetzammer verbunden und dienen zur Aufbahrung von infektiösen Leichen, der Mittelraum dient für Aufbahrung nicht infektiöser Leichen. Aufstellbare Eisenblechwände gestatten die Teilung dieses letzteren Raumes je nach Erfordernis. Sollten mehr als vier Leichen auf das Leichenbegängnis warten, so ist für provisorische Aufbahrung der weiteren Leichen, bis in der Kapelle Platz wird, noch der unter der Kapelle liegende große, als Sargdepot und Materialienkammer signierte Raum verwendbar. Das Ankleiden und Einsargen der im Sezierraum gewaschenen Leiche kann im Beisetzraum geschehen.

Zweitens kann von der Kapelle aus gleich das Leichenbegängnis stattfinden. Ein Raum für den Priester ist vorgesehen. Der im Erdgeschoß des Pavillons untergebrachte verheiratete Diener ist gewissermaßen Portier dieses Pavillons, kann den Verkehr mit dem Publikum betreffs der Leichen übernehmen und bewacht das Haus zur Nachtzeit.

Für die Desinfektion aller von der Anstalt zu desinfizierenden Gegenstände wurde ein großer Desinfektionsraum mit Zu- und Abgang vom Garten aus angelegt. Der Desinfektionsapparat hat $1\frac{1}{2}$ m Länge und 1-30 m Durchmesser. Dieser Apparat kann dann die heute im Hause befindlichen drei kleineren Desinfektoren vollkommen ersetzen. Damit eventuell ein verlässlicher Diener denselben sogar als zubringendes und wegbringendes Organ bedienen kann, wurde zwischen den Abgabe- und Abholraum ein Brausebad eingeschaltet. Legt dieser zubringende Diener seine Dienstkleider ebenfalls in den Desinfektor, so kann er dann das Douchebad passieren, drüben neue Kleider anziehen und als „reiner Diener“ weiterarbeiten. Der Apparat bekommt seinen Dampf vom Hauptpavillon, im Winter von der Heizung, im Sommer von der Warmwasseranlage her.

Das nach Norden und Osten liegende, also Mikroskopierlicht und Einblick in den Komplex gewährende Arbeitszimmer des Professors hat zur einen Seite einen Abwaschraum, damit ein beschäftigter Diener wenigstens zeitweise zur Hand ist, zur anderen Seite das Waggzimmer, welches so auch nicht zu weit von dem im gleichen Geschosse liegenden Milchlaboratorium und dem chemischen Laboratorium entfernt liegt.

Das pathologische und histologische Laboratorium haben das nötige Nordlicht für Mikroskopie. Der Brutraum liegt separat, damit die Kulturen nicht von Dämpfen zu leiden haben. Eine Kammer ist reserviert für die Töpfe zum Auskochen der verwendeten Petrischalen und anderen Gläser, sowie für das Waschen der ausgekochten Gefäße etc. Eine Kammer dient als Sterilisiererraum und Aufbewahrungsraum für die im pathologischen oder auch chemischen Laboratorium (Milchlaboratorium) gebrauchten sterilen Gefäße.

Die Mazerierkammer, welche in Bezug auf die Verpestung einer Prosektur der weitaus gefährlichste Raum ist, wurde an einer Ecke des wissenschaftlichen Pavillons im obersten Geschoß angebracht und kann dort eine Oberlichte und eine Ventilation nach oben zu erhalten. Das photographische Laboratorium wurde aus Rücksicht auf die Fassade über die Kapelle gelegt. Es hat Nordwest und Oberlicht, braucht also Sonnenplätzen. Will man Nordlicht, so muß man es eben ohne Rücksichtnahme auf die Fasadestörung, welche es dann durch sein großes Fenster bedingen würde, auf die Nordfront verlegen.

Dieser „wissenschaftliche Pavillon“ ist klein, fast ein Turm zu nennen, seine Stiege geht bis auf das Dach durch. Er wird also eher durch Wind und den Auftrieb der Abluft zu viel gelüftet werden als zu wenig.

Der „wissenschaftliche Pavillon“ ist jedenfalls verkleinerbar, u. zw. durch Weglassung einzelner Räume und durch Reduzierung des Ausmaßes einzelner Räume.

Es ist wahrscheinlich, daß man den nur der Kapelle angehörenden Zwickel, welcher über das Areale vorspringt, da er nur für Kapellenzwecke dient, heute dem Areale ohne große Kosten einverleiben wird können und dürfen.

Um allen komplizierten Ventilationssystemen aus dem Weg zu gehen, wurden nur Abluftkanäle, u. zw. für jeden größeren Raum eine besonderer gedacht. Da besonders im Frühjahr und auch im Herbst die Luftbewegung in solchen Kanälen oft eine minimale ist, ja sogar zuweilen auch eine Umkehrung des Luftstromes in solchen Abluftschläuchen vorkommt, wird vorgeschlagen, in die an der unteren Zimmerkante mündenden Abluftkanäle von der Zentralheizung abgehende, oder noch besser von einem nur für die Ventilation dienenden System von Heizröhren abzweigende, kurze vertikale Heizröhre einzulegen, welche die Luftbewegung in den Abluftkanälen unterstützen, resp. zuweilen, sobald es not tut, auch erzeugen sollen. Da spezielle Lufteintrittsöffnungen in Parapets etc. in der Praxis stets sorgfältig verschlossen gehalten werden, weil eine genügende Vorwärmung der Frischluft durch vorgelagerte Heizkörper etc. einfach nicht möglich ist, wurden solche Öffnungen ganz weggelassen, der Zutritt der Frischluft aus den Fensterritzen etc. (so wie in einer Privatwohnung) genügend erachtet und für zeitweilige Ventilierung der Räume durch Klappfenster in den oberen Fensterflügeln vorgesorgt.

In sämtlichen drei prämierten Projekten der englischen Konkurrenz im Jahre 1902 für ein Sanatorium für Tuberkulose („The Kings Sanatorium“) findet man eine Querdurchlüftung der Zimmer in der Weise vorgesehen, daß in der Türwand der Räume über der Tür ein Kippfenster angebracht ist. Das Kippfenster an der Außenwand, das über der Tür und das Kippfenster des korrespondierenden Korridor-

fensters bilden, sowie alle drei geöffnet werden, ein sehr gutes Mittel zur Querdurchlüftung. In einzelnen Räumen läßt sich dieser Modus hier auch verwerten.

Sollte eine spezielle Frischluftzuführung für die großen Krankensäle verlangt werden, so würde sich eine Nachahmung der im Wilhelminenspital in den großen Krankensälen für Kinder dort eingeführten zentralen Frischluftzuführung empfehlen.

Die Heizkörper sollen in den kleinen Räumen seitlich stehen, da dann deren Wirkung eine angenehmere ist, als wenn sie in den Parapets stehen und weil sie dann wenig verstauben (trockene Destillation des Staubes bei Funktionieren der Heizung). Ferner sollen aus dem vorerwähnten Grund und aus Reinlichkeitsrücksichten nur ganz glatte, weiß emaillierte Radiatoren verwendet werden, deren Elemente so weit auseinanderstehen, daß überall die Hand mit dem Scheuerlappen leicht zu kann. In den großen Sälen und Gängen empfehlen sich längs laufende Heizrohre. Um Raum zu ersparen und da ja Kinder meist im Krankenzimmer gebadet werden, wurden die, übrigens fahrbaren, Wannen in die Vorräume der Klosets gestellt. Diese Vorräume stehen alle (teilweise unter Zuhilfenahme von Unterteilungen) mit der Außenwelt in Verbindung.

Die Schmutzwäsche und die Mülle können bis zu ihrer Uebertragung in den Schmutzwäschesortieraum, resp. die Mülleverbrennungskammer in den Parapets der freien Gangfenster untergebracht werden. Man kann dort unter den Fenstern Räume schaffen, welche nach außen durch von innen stellbare Blechjalousien mit dem Freien kommunizieren, von innen aus durch Blechtüren zugänglich sind. Dort stehen dann die Blechkästen, in welche die Wärterinnen die Schmutzwäsche resp. die Mülle einleeren. Vor Oeffnung der Blechtür wird im Winter die Außenjalousie geschlossen. Der Diener kommt mit reinen leeren Blechkästen herauf, wechselt seine leeren Blechkästen gegen die vollen und schafft die Wäschekästen in den Schmutzwäschesortieraum, eventuell zum Desinfektor, die Müllekästen zur Mülleverbrennung.

Für viele Details haben wir heute wertvolle Vorbilder im Kaiser Franz Josefs-Jubiläums-Kinderspital. Die Hohlkehlen aus Terrazzo, die Glaswände zwischen Tagraum und Krankenzimmer, die Wasserbetten, die vorzüglichsten mit dem Ellbogen bewegbaren Hähne an den Waschtischen etc. etc. sind nur nachahmenswert.

Das gepreßte Glas erlaubt heute ohne Lichtverlust Räume gegen den Einblick abzuschließen, bietet also für den Entwurf zentral anzulegender Krankenanstalten, welche in Millionenstädten ja ein absolut unabweisbares Bedürfnis sind, eine Erleichterung bei deren Projektierung. In Bezug auf den Brutraum beim bakteriologischen Laboratorium sei auf die vorzügliche Einrichtung des Brutraumes im Institut für Pflanzenschutz (Dr. Kornauth) hingewiesen, wo eine Wand die Brutkiste von dem Raum, wo die Mikrobrenner und die Thermoregulatoren sind, trennt. Sowohl in Bezug auf Feuersicherheit als in Bezug auf reine Luft des Brutraumes ist diese Anlage ausgezeichnet.

Das neue St. Anna-Kinderspital würde nach diesem Projekt also eigentlich aus 5 Pavillons bestehen, von denen 2 ganz getrennt stehen, der Pavillon für Infektionskrankheiten und der Pavillon für wissenschaftliche Zwecke, und 3 teilweise untereinander verknüpft

sind, der Pavillon für Unterrichtszwecke, welcher den Hörsal und die Operationsäle birgt, der Pavillon für nichtinfektiöse Erkrankungen und chirurgische Erkrankungen und der Pavillon für leicht infektiöse Erkrankungen und die Beobachtungsabteilung.

Das Projekt sucht die Nachteile mehrgeschossiger Bauten für Krankenhauszwecke durch folgendes zu korrigieren: 1. Sehr seichter Grundriß, daher leichte Querdurchlüftung. 2. Trennung des Hauptpavillons vom 3. Geschoß an in zwei fast ganz getrennte Seitenflügel. 3. Freistellung des Stiegenhauses nach drei Seiten hin. 4. Trennung der Arbeitsräume vom Krankenhauspavillon als einen besonderen Pavillon. 5. Verlegung der Küche und der Wohnungen in das oberste Geschoß.

Die beiläufigen Bankkosten dieses Projektes in der Höhe von mutmaßlich 990.000 Kronen übersteigen um ein Wesentliches die Summen, welche man hoffen kann, für diesen Neubau zur Verfügung zu haben. Es ist sohin dieses Projekt nur als ein Versuch der Lösung dieser Aufgabe aufzufassen, als die von den Autoren auf die ehrende Einladung Herrn Prof. Dr. Escherichs hin vorgelegte erste Bearbeitung der Frage, wobei die Autoren in erster Linie den Anforderungen der Hygiene, soweit es irgend das leider so kleine Areal erlaubt, gerecht zu werden trachteten.

Wir Mediziner und jeder naturwissenschaftlich gebildete Mensch müssen leider betonen, daß es hohe Zeit ist, daß man die Naturwissenschaften, also auch die Medizin, in gebührender Weise beachtet, und daß es für einen Kulturstaat absolut notwendig ist, daß sein Ausgabenbudget von den Forderungen der Hygiene, dieser Schützerin des kostbarsten Eigentums des Staates, seiner Bewohner, in hervorragender Weise betont ist.

*

Das Projekt enthält sämtliche von Herrn Prof. Dr. Escherich gewünschte Räume, wie folgt:

Ambulatoriumsräume für die pädiatrische Klinik.
Vorhalle (Kinderwagenremise).

Räume für nicht infektiöse Kranke: Zwei Ordinationszimmer; ein Warteraum; Kurszimmer (zugleich Warteraum); Warteraum hiezu (zugleich ein Ordinationszimmer); Klosett.

Räume für suspekta Kranke: Zwei Warteräume; zwei Ordinationszimmer; zwei Klosetts.

Pädiatrische Klinik (Unterricht und Forschung).
Hörsaal; Wartezimmer für Nichtinfektionskranke; Wartezimmer für Infektionskranke; Vorbereitungsraum; Klosett mit Pissoir; Lehrmittelsammlung; Zimmer des Professors mit Vorräum; Klosett; Museum; Saal für Hydrotherapie; Auskleideraum hiezu; Raum für Tierversuche; Tierstall; Milchlaboratorium; Chemisches Laboratorium; Waggzimmer; Waschräum; Laboratorium des Professors; Sterilisierraum; Klosett; Histologisches Laboratorium; Bakteriologisches Laboratorium; Brutraum; Waschräum; zwei Klosetts; Stoffwechsel-Laboratorium; Klimatologisches und Gasanalytisches Laboratorium; Klosett; Photographisches Atelier mit Dunkelkammer.

Interne Abteilung.

Zwei Krankensäle für 12 Betten mit Bad, Klosett, Tagraum, Teeküche und Balkon; Krankensaal für 4 Betten mit Bad und Klosett; zwei Krankenzimmer für 3 Betten mit Bad und Klosett; zusammen 34 Betten.

Abteilung für Augen- und Ohrenkrankheiten.

Zwei Krankensäle für 5 Betten mit Teeküche, Tagraum, Klosett; und Bad; ein Spiegelzimmer; zusammen 10 Betten.

Abteilung für Säuglinge.

Ein Saal für 10 Betten; ein Ammenraum; ein Bad und Klosett; Terrasse; zusammen 10 Betten. In Summe 54 Betten.

Abteilung für suspekten oder leicht infektiösen Kranke.

Raum für Unterrichtszwecke mit Vorraum; zwei Krankensäle mit 6 Betten, Teeküche, Bad und Klosett; ein Krankenzimmer für 3 Betten mit Klosett und Bad; ein Tagraum; ein Entlassungsbad; ein Krankenzimmer für 2 Betten mit Klosett und Bad; ein Krankenzimmer für 4 Betten mit Klosett und Bad; zwei Krankenzimmer für 3 Betten mit Klosett und Bad; ein Krankensaal für 6 Betten mit Teeküche, Klosett und Bad; ein Tagraum. Summe 33 Betten.

Chirurgische Abteilung.

Warteraum (zugleich Kinderwagenremise); zwei Ordinationszimmer; Gips- und Verbandzimmer; Klosett; Orthopädisches Turnzimmer (zugleich Warteraum); Krankensaal mit Teeküche, Bad, Klosett, Tagraum Balkon für 12 Betten; drei Krankenzimmer für je 3 Betten mit Klosett und Bad; Sterilisiererraum; Narkoseraum; aseptischer Operationssaal; septischer Operationssaal; Zimmer des Ordinarius. Summe 21 Betten.

Räume für den Dienst an der Leiche.

Aufbahrungskapelle; Raum für den Priester; Sezierraum für Leichen von Infektionskrankheiten; Sezierraum für Leichen von Nicht-Infektionskrankheiten; Klosett; Materialkammer (zugleich Sargdepot); Leichenkammer für Leichen von Infektionskrankheiten; Leichenkammer für Leichen von Nicht-Infektionskrankheiten; Mazerierkammer; Dienerzimmer.

Administrationsräume.

Lift; Aufnahmskanzlei; Portierloge (zugleich Arzneiabgaberaum); Portierswohnung (Vorraum, Klosett, Küche, Zimmer, Kabinett); Dienerwohnung (Vorraum, Klosett, Küche, Zimmer, Kabinett); Desinfektionsräume (Eingaberaum, Brausebad, Abgaberaum); Schmutzwäschesortiererraum; Raum für reine Wäsche; Trocken- und Bügelzimmer; Windelwäscherei; Klosett; Küche mit Abwaschraum und Speise; Kleiderdepot; Apotheke.

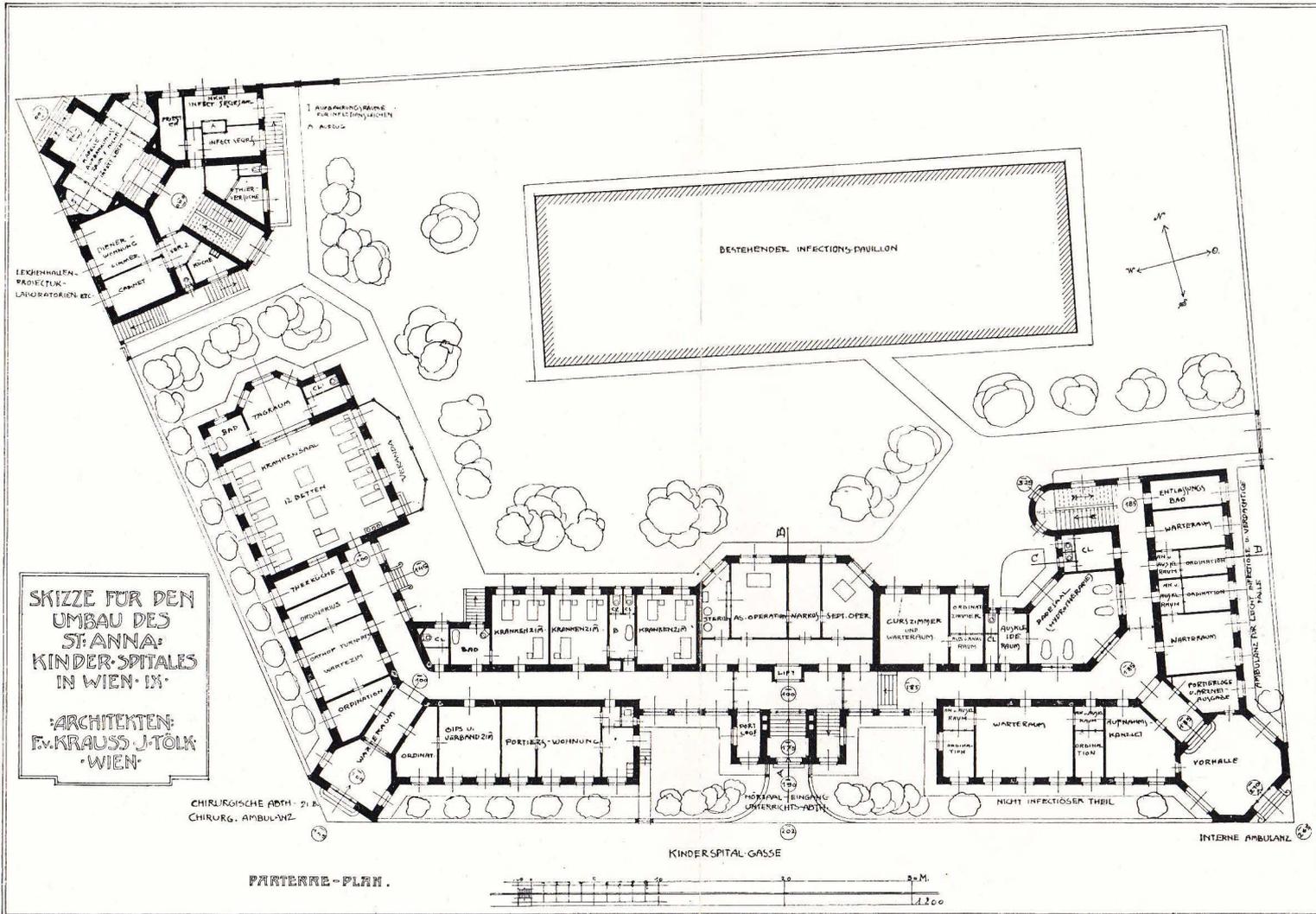
Wohnräume.

Vier Aertwohnungen mit einem Bad und zwei Klosetts; Speisezimmer der Aerzte (zugleich Bibliothek und Dienstzimmer); Wohnung der Verwalterin; Oberinwohnung mit Vorzimmer; Schlafsaal für 9 Nonnen, mit Betraum, Klosett und Bad; Refektorium der Nonnen; Schlafsaal der Pflegerinnen für Kranke der Beobachtungsabteilung, mit Bad und Klosett; Speisezimmer der Pflegerinnen; zwei Dienerwohnungen mit einem Klosett; Schlafsaal der Mägde mit Bad und Klosett; ein Diener- und Mägdleibzimmer.

Keller

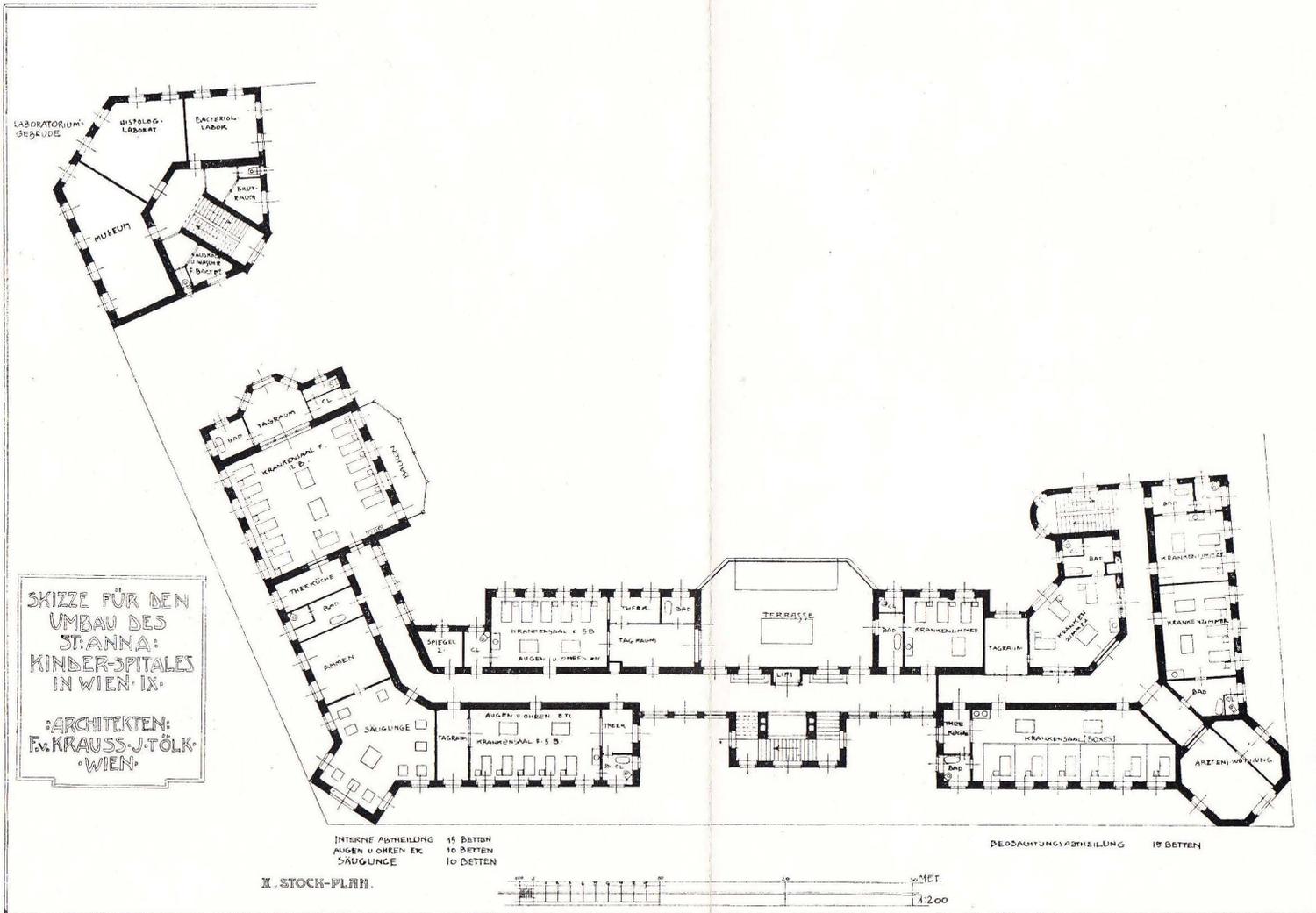
der chirurgischen Abteilung, der allgemeinen Abteilung, der Beobachtungsabteilung, für Holz und Kohlen der Küche und der Zentralheizung, für Fleisch und Gemüse, für Getränke, für die Apotheke; Kellerräume der Zentralheizung.

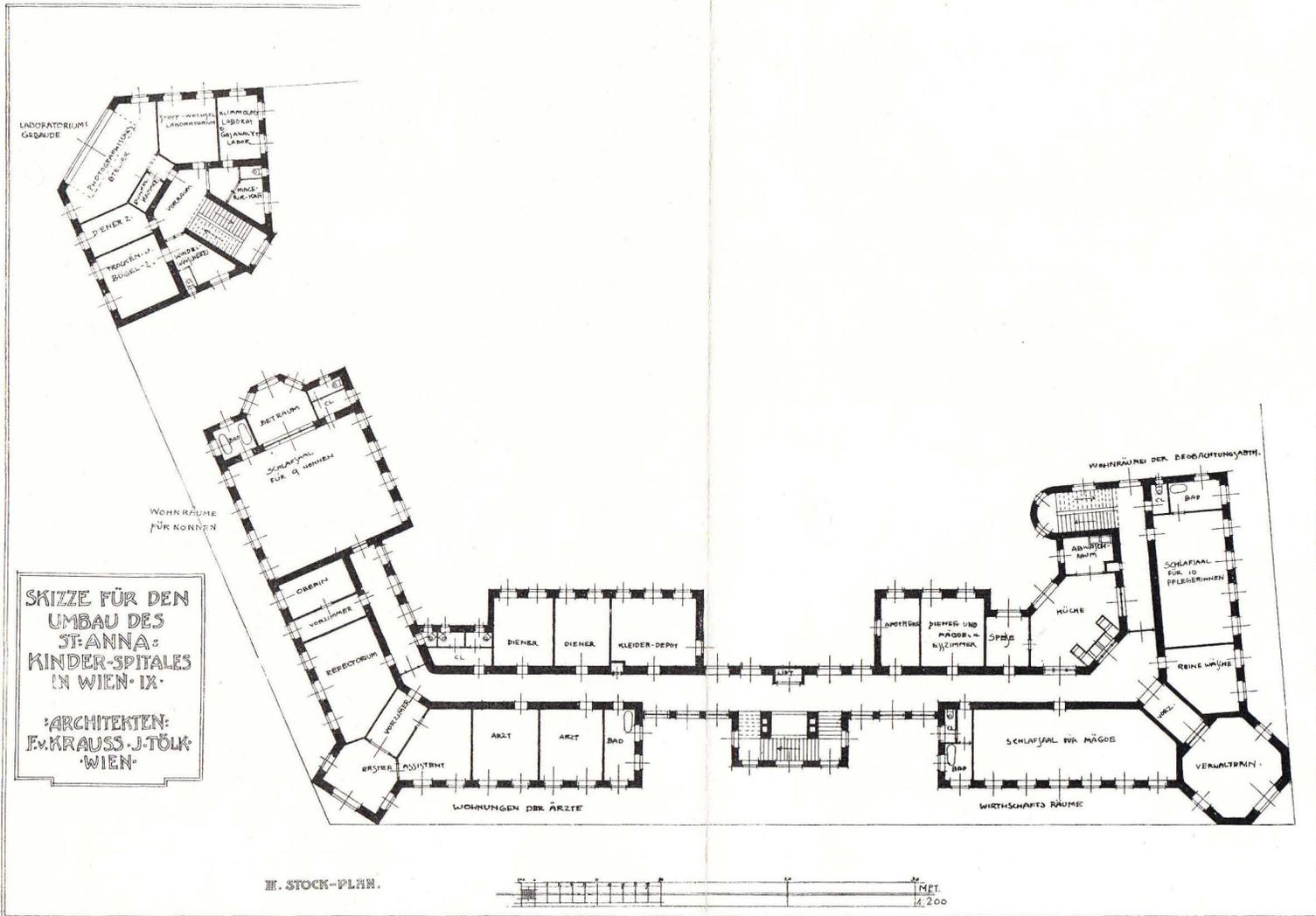
Die Anstalt hat für 108 Betten Belagraum, u. zw. 21 Betten für chirurgische, 34 für interne, 33 für suspekten und leicht infektiösen Fälle, 10 für Säuglinge und 10 für Augen- oder Ohrenkranke.



SKIZZE FÜR DEN
 UMBAU DES
 ST. ANNA-
 KINDER-SPITALS
 IN WIEN. IX.
 ARCHITECTEN:
 F. KRAUSS J. TOLK
 WIEN.

PARTERRE-PLAN.





f25

Verlag von **WILHELM BRAUMÜLLER**, Wien und Leipzig.
k. u. k. Hof- und Universitätsbuchhändler.

ÖSTERREICHISCHES
ÄRZTE-KAMMER-BLATT

Amtliches Organ der Ärztekammern für
Kärnten, Krain, Mähren (deutscher Anteil), Niederösterreich
(außer Wien), Salzburg, Schlesien, Steiermark, Deutsch-Tirol
und Vorarlberg.

Herausgegeben im Vereine mit obigen Kammern und redigiert von

Dr. Franz Brenner in Brünn.

Erscheint am 1. und 15. eines jeden Monats. Preis für Mitglieder der Ärzte,
Kammern bei direktem Bezuge vom Verleger, wenn durch die zuständige Kammer abonniert
3 K jährlich inkl. Frankozusendung, für Nichtmitglieder und durch den Buchhandel be-
zogen 6 K jährlich.

Zuschriften für die Redaktion sind zu richten an **Dr. Jos. Fichler, Wien,**
VIII/2, Daugasse 2 A.

Das einzige offizielle Organ, welches sich ausschließlich mit ärztlichen
Standesangelegenheiten beschäftigt und alle diesbezüglichen behördlichen
Erlässe und Verlautbarungen, sowie über die Beschlüsse, Verhandlungen
und Unternehmungen der Ärztekammern und ärztlichen Vereine Original-
protokolle und Berichte bringt. Für den geringen Betrag von 3 K kann sich jeder
Arzt hierüber während des ganzen Jahres auf dem Laufenden erhalten.

ZEITSCHRIFT
FÜR
HEILKUNDE.

Herausgegeben von

Prof. H. Chiari, Prof. A. Fraenkel, Prof. E. Fuchs, Prof.
C. Gussenbauer, Prof. V. v. Hacker, Prof. R. v. Jaksch,
Prof. E. Ludwig, Prof. E. Neusser, Prof. A. v. Rosthorn,
Prof. L. v. Schrötter und Prof. A. Weichselbaum.

(Redaktion: Prof. H. Chiari in Prag.)

Die „**ZEITSCHRIFT FÜR HEILKUNDE**“ erscheint jährlich in
12 Heften von je zirka 5 Druckbogen Umfang.

Der **Abonnementspreis** für den Jahrgang (12 Hefte) beträgt
36 K = 30 M.

Der **Abonnementspreis** für die **einzelnen Abteilungen**, und zwar:

Interne Medizin u. verw. Disziplinen (4 Hefte).

Chirurgie u. verw. Disziplinen (4 Hefte) und

Patholog. Anatomie u. verw. Disziplinen (4 Hefte),

ist **12 K = 10 M.** für jede Abteilung.

Zuschriften für die Redaktion sind zu richten an
Herrn Professor **H. Chiari, Prag, II. Krankenhausgasse 4.**

Verlag von **WILHELM BRAUMÜLLER**, Wien und Leipzig.

k. u. k. Hof- und Universitätsbuchhändler.



ARCHIV

für

Dermatologie und Syphilis.

Begründet von **H. Auspitz** und **F. J. Pick**.

Unter Mitwirkung von

Prof. **M'Call Anderson**, Dr. **Arning**, Prof. **Behrend**, Dr. **Besnier**,
Prof. **Bergh**, Dr. **Blaschko**, Prof. **Boeck**, Prof. **Duhring**, Prof. **v. Düring**
Prof. **Ehrmann**, Dr. **Elsenberg**, Dr. **Fabry**, Prof. **Finger**, Dr. **J. Grün-**
feld, Prof. **Hallopeau**, Prof. **Haslund**, Dr. **C. Herxheimer**, Dr. **Hoch-**
singer, Prof. **Jadassohn**, Prof. **Janovsky**, Dr. **Joseph**, Dr. **Klotz**,
Prof. **Köbner**, Prof. **Kopp**, Prof. **Lang**, Dr. **Ledermann**, Prof. **Luka-**
siewicz, Dr. **Lustgarten**, Prof. **v. Marschalkó**, Dr. **du Mesnil**, Prof. **Mracek**,
Prof. **Neumann**, Prof. **Petersen**, Prof. **Pospelow**, **J. K. Proksch**,
Prof. **Reder**, Prof. **Rille**, Prof. **Róna**, Dr. **O. Rosenthal**, Prof. **Schiff**,
Dr. **Schütz**, Dr. **Schuster**, Dr. **Schumacher II.**, Dr. **Szadek**, Prof. **Tar-**
nowsky, Dr. **Touton**, Dr. **Ullmann**, Dr. **Veiel**, Dr. **Vollmer**, Dr. **Waelsh**,
Dr. **v. Watraszewski**, Prof. **Welande**, Dr. **Winternitz**, Prof. **Wolff**,
Prof. **v. Zeissl**

und in Gemeinschaft mit

Prof. **Caspary**, Prof. **Doutrelepont**, Prof. **Lesser**,

Königsberg

Bonn

Berlin

Prof. **Neisser**, Prof. **Riehl**,

Breslau

Wien

herausgegeben von

Prof. **F. J. Pick** in Prag.



Originalarbeiten werden von jedem der Herren Herausgeber entgegengenommen. In allen **Redaktionsangelegenheiten** wolle man sich direkt an Herrn **Prof. F. J. Pick** in **Prag**, Jungmannstraße 41, wenden.

Vom „**Archiv für Dermatologie und Syphilis**“ erscheinen jährlich 3—4 Bände (à 3 Hefte) mit schwarzen und farbigen Tafeln und Textabbildungen. Gr. 8^o. Preis pro Band **21 K 60 h — 18 Mk.**

Druck von Kratz, Helf & Comp. Wien, VII., Neustiftgasse 74.
(Für die Druckerei verantwortlich Alois R. Lauermann.)