

Elżbieta Waszczyszyn

Rozwój poglądów na projektowanie XIX-wiecznych szpitali akademickich i jego wpływ na powstanie I Kliniki Chirurgicznej UJ w Krakowie

Klinika z naukowego uważana stanowiska, dalszych zaiste sięga celów nad zamiary pospolitych szpitali. Wyższe i liczniejsze niesie pożytki i dlatego też rozmaitych wymaga warunków, bez których nominalną tylko posiada wartość i próżnym chyba pyszni się tytułem. W szeregu nauk lekarskich instytucje kliniczne ostatni zajmują szczebel, do którego dążą wszystkie poprzednie dyscypliny teoretyczne (M.J. Brodowicz, Kraków 1827)¹.

Z powyższego opisu jednoznacznie wynika, że na początku XIX w. dobrze rozumiano, jakie znaczenie dla rozkwitu nauk medycznych i unowocześnienia sposobów kształcenia lekarzy mają kliniki lekarskie. Były jednostkami organizacyjnymi, reprezentującymi specjalności kliniczne i budynkami szpitali akademickich, łączącymi funkcję dydaktyczną szkoły uniwersyteckiej z funkcją leczniczą zwykłego szpitala. W swym rozwoju dziejowym miały do spełnienia wiele odpowiedzialnych zadań z różnych dziedzin życia człowieka. Były odzwierciedleniem wymagań estetycznych oraz osiągnięć technicznych dostępnych w danej epoce. Wiele z nich mogło wykazać się wartościową kompozycją całości układu przestrzennego oraz pięknymi formami detalu architektonicznego.

W początkowym okresie swego istnienia – w drugiej połowie XVIII w. – pierwsze zakłady i kliniki uniwersyteckie nie powstawały w nowych obiektach. Z reguły wykorzystywano od dawna istniejące szpitale lub inne budynki (często poklasztorne), które po zaadaptowaniu do nowej funkcji przeznaczano na pierwsze kliniki uniwersyteckie².

Sytuacja zmieniła się wraz z nadejściem XIX w. i rewolucji przemysłowej w Europie. Były to czasy olbrzymiego rozwoju we wszystkich dziedzinach nauki i techniki. W oparciu o postępy w medycynie i higienie kształtowały się nowe koncepcje do-

tyczące budownictwa szpitalnego. Zarządzające istniejącymi zakładami leczniczymi władze miejskie, wydziały lekarskie oraz zaangażowani w ich tworzenie – lekarze i architekci – poddali krytyce dotychczasowe sposoby budowania szpitali i klinik uniwersyteckich³. W starych, przepelnionych i nieprzystosowanych do nowych wymogów budynkach panowała ogromna śmiertelność spowodowana wewnętrznymi zakażeniami, które często dawały początek większym epidemiom⁴.

Gwałtowny rozwój miast przyczynił się do powstania niespotykanych dotychczas i pozbawionych elementarnych urządzeń higienicznych olbrzymich skupisk ludności. Pogorszeniu uległy warunki życia ich licznych mieszkańców. Rozprzestrzenianie się przemysłu potęgowało dewastację środowiska naturalnego, Zwiększyło się zanieczyszczenie powietrza, gleby i wody. Pogorszyła się sytuacja zdrowotna wśród ludności aglomeracji miejskich. Powstały warunki sprzyjające wybuchom epidemii. Zaczęto analizować przyczyny tych zjawisk i szukać sposobów ich zwalczania. Na przełomie XVIII i XIX w. wybitni europejscy lekarze rozpoczęli starania o podniesienie warunków higienicznych wśród żyjącej w miastach ludności. Ciągły postęp wiedzy, a w szczególności – dokonywany w klinikach uniwersyteckich – rozwój nauk medycznych zaczął sprzyjać podejmowanym przez nich próbom opanowania wielkich epidemii chorób zakaźnych⁵.

Jeszcze w latach 1760-1790 znakomici lekarze: Anglik John Howard (1726-1790) i Francuz Jacques Tenon (1724-1816) wykazali ścisłą zależność pomiędzy poziomem umieralności a higieniczno-sanitarnymi warunkami przebywania chorych w istniejących zakładach leczniczych⁶. Zaczęli sprzeci-

wiać się idei szpitala zintegrowanego – czyli wspólnego dla wszystkich chorych, łącznie z chorymi zakaźnie. Proponowali zakładanie specjalistycznych szpitali i klinik. Podkreślali pozytywne znaczenie przewietrzania sal szpitalnych i zaletę przejrzystych układów funkcjonalnych. Krytykowali dotychczas stosowane układy w kształcie czworokąta lub krzyża, a jako najlepszy proponowali tzw. układ pawilonowy zarówno dla ogólnego szpitala miejskiego, jak i dla kliniki uniwersyteckiej⁷. Do podobnych wniosków dochodzili również inni ówczesni lekarze, zwłaszcza angielscy (Pringl, Broksleby, Monro). Zanotowali oni lepsze wyniki leczenia i dużo mniejszą śmiertelność chorych żołnierzy, pielęgniowanych w wolnostojących barakach, a nawet namiotach, niż w starych budynkach szpitalnych⁸. Doświadczenia osiągnięte w leczeniu wojskowym oraz w dziedzinie epidemiologii w znaczny sposób wpłynęły na charakter wszystkich powstających w tym czasie szpitali.

Wraz z kolejnymi osiągnięciami naukowymi nawiązywała się coraz większa łączność pomiędzy medycyną a odkryciami z innych dziedzin nauki, np. chemii, fizyki czy biologii, co sprzyjało rozwojowi studiów nad ulepszeniem systemów budowy szpitali⁹. Decentralizację zabudowy najwcześniej zastosowano w Anglii, gdzie powstały pierwsze w Europie szpitale w systemie pawilonowym. Prototypem takiego układu był Szpital św. Bartłomieja w Londynie zbudowany w 1730 r. Składał się z 4 pawilonów o długości 46 m, otaczających kwadratowy plac o otwartych narożnikach. Czteropiętrowe budynki dysponowały niedużymi salami chorych (10-14 łóżek) o stosunkowo dobrych warunkach higieniczno-sanitarnych¹⁰.

Podobne podejście do projektowania przeważało wśród architektów niemieckich, gdzie polepszenie funkcjonowania zakładów leczniczych uzyskiwano poprzez budowę małych szpitali i klinik, z salami dla nie więcej niż 12 chorych. Wielu lekarzy stało się w tym czasie zwolennikami jak najdalej posuniętego leczenia otwartego, które zmniejszało obciążenie sal w szpitalach i klinikach. Jednym z przykładów takich rozwiązań był – umieszczony później w niemieckich wzornikach – szpital ogólny w Hamburgu z 1823 r.¹¹

Nieco inna sytuacja była we Francji. Obrazowały ją wyniki blisko stuletniej dyskusji, toczącej się wokół problemu odbudowy jednego z najstarszych francuskich szpitali, spalonego w 1772 r. *Hôtel Dieu* w Paryżu. Wydano liczne, bogato ilustrowane opracowania proponowanych rozwiązań architektonicznych¹². Jednym z ciekawszych pomysłów był projekt teoretyczny zrobiony w 1773 r. wg wskazówek lekarza Le Roya przez paryskiego architekta Viela, który w 1777 r. został przedłożony

Paryskiej Akademii Nauk. Była to kompozycja osiowa, składająca się z dwóch rzędów, symetrycznie ustawionych, 11 pawilonów o długości 175 m – dla chorych niezakaźnie. Na końcu każdego z tych rzędów usytuowanych było jeszcze po 8 pawilonów przeznaczonych dla chorych zakaźnie i zgrupowanych wokół 2 kwadratowych dziedzińców. Całość przeznaczona była aż dla 3000 pacjentów. Ciekawym pomysłem architekta była propozycja podniesienia poziomu podłogi w salach szpitalnych o 5 m powyżej poziomu gruntu, co umożliwić miało cyrkulację powietrza poprzez, specjalnie w tym celu zaprojektowane, otwory w podłodze i suficie tych pomieszczeń¹³. Wspomniana wcześniej Paryska Akademia Nauk odrzuciła jednak wszystkie przedstawione jej projekty wielkich szpitali oraz wysunęła własną propozycję podziału *Hôtel Dieu* na 4 mniejsze zakłady lecznicze – po 1 200 łóżek – usytuowane na peryferiach miasta, przy głównych podmiejskich węzłach komunikacyjnych¹⁴. Każdy z nich miał składać się z 14 wolnostojących pawilonów, ustawionych szeregowo. Projekt był jedną z pierwszych prób zastosowania planowej organizacji przy tworzeniu zespołów leczniczych, wkomponowanych w organizm miejski. Projekt stanowił kontynuację idei zawartych w nowatorskich pomysłach Viela, Le Roya i Tenona, które wywarły znaczący wpływ na architekturę szpitali i klinik w XIX wieku¹⁵.

W historii XIX-wiecznego budownictwa szpitalnego można rozróżnić co najmniej dwa przepłatające się ze sobą nurty. Z jednej strony stosowane były rozwiązania, które oddalały się od zalecanych projektów wzorcowych, co zwykle spowodowane było problemami finansowymi ich twórców. Z drugiej strony mieliśmy do czynienia ze stosowaniem wszelkich, obowiązujących w tym czasie norm projektowych, łącznie z bezkrytycznym powielaniem nie zawsze sprawdzonych wzorców.

W 1872 r. francuski architekt Casimir Tollet zaprojektował przykładową salę chorych ze stylizowanym na gotyckie sklepieniem, które miało sprzyjać dobrej cyrkulacji powietrza w jego wnętrzu, a co za tym idzie, szybszemu jego przewietrzaniu. Na światowej wystawie w roku 1878 projekt Tolleta znalazł poparcie kilku wiedeńskich i angielskich lekarzy, którzy rozpropagowali ten pomysł wśród swoich kolegów. Doprowadziło to do wybudowania 12 szpitali we Francji: np. *Hôpital Bichat* w Paryżu, szpitali miejskich w Saint-Denis, Le Havre Epernay, Bourges, Le Mans, Montpellier; we Włoszech: w Broni na południe od Padwy (1893 r.); w Hiszpanii: w Madrycie (1894 r.)¹⁶.

Obok publikacji Casimira Tolleta pt. *Les Hôpitaux modernes au XIX siècle* z 1894 r. powstało w tym

czasie kompleksowe opracowanie światowego szpitalnictwa napisane przez angielskiego autora – Henry’ego Burdette pt. *Hospitals and Asylums of the World*. Obie pozycje były wyrazem ówczesnych poglądów na racjonalne planowanie i budowę szpitali i klinik uniwersyteckich. Największą wagę przywiązywano do stosowania systemu pawilonowego – a więc do rezygnacji ze „wspólnego dachu” dla wszystkich oddziałów szpitala, ważny był również rozdział poszczególnych części budynku zgodnie z zasadami aseptyki i higieny ogólnej. Zwracano uwagę na konieczność dopływu świeżego powietrza, prawidłowego doświetlenia sal chorych i pomieszczeń zabiegowych. Zaczęto się również zastanawiać nad rolą korytarzy i pozostałej komunikacji wewnętrznej w przenoszeniu zakażeń wewnątrzszpitalnych.

Rozwijające się w ciągu całego XIX wieku poglądy na racjonalne planowanie budownictwa szpitalnego dotyczyły również klinik uniwersyteckich. Architekci i współpracujący z nimi lekarze zwracali szczególną uwagę, by nauczanie studentów medycyny, prace badawcze, a w końcu i leczenie chorych mogły odbywać się w jak najbardziej sprzyjających warunkach. Minęły już czasy, kiedy kilku zaledwie profesorów wykladało wszystkie przedmioty z zakresu całej wiedzy medycznej. Wraz z coraz intensywniejszym rozwojem nauk medycznych wyłonił się nowy system podziału medycyny na nauki podstawowe (fizyka, chemia, biologia, morfologia, fizjologia, farmakologia, patofizjologia, patomorfologia) oraz na nauki kliniczne, z których cztery uważane były za główne (medycyna wewnętrzna, chirurgia, pediatria, położnictwo), a równocześnie towarzyszyło im szereg dyscyplin specjalnych, takich jak okulistyka, otorynolaryngologia, dermatologia, wenerologia, neurologia, psychiatria i tym podobne¹⁷.

Polskie szkoły lekarskie wzorowały się na układach studiów, praktykowanych na zachodzie Europy. Były one odbiciem panujących w medycynie tendencji rozwojowych, ale równocześnie zdeprymowane były przez sytuację społeczno-polityczną panującą na polskich ziemiach pod zaborami. Z początkiem XIX w. nadeszły lepsze czasy dla krakowskiego Wydziału Lekarskiego, który dzięki staraniom całego społeczeństwa polskiego, a zwłaszcza jego grona profesorskiego i praktykujących na terenie miasta lekarzy zaczął swój rozwój naukowy, a we współpracy ze środowiskiem krakowskich architektów podjął starania o powiększenie swego zaplecza klinicznego. Jednakże w 1846 r., po upadku Powstania Krakowskiego, ostatni skrawek polskiej ziemi – Wolne Miasto Kraków – objął zabór austriacki. Spowodowało to nasilenie polityki germanizacyjnej. Miasto stało się wielką austriacką twier-

dzą, położoną tuż przy granicy z carską Rosją. Zaważyło to bardzo niekorzystnie na jego przyszłym rozwoju, ograniczając jego ruch budowlany¹⁸. Austriacki zaborca przystąpił również do reorganizacji UJ i jego Fakultetu Medycznego. Już w 1847 r. zaczęły odbywać się pierwsze wykłady w języku niemieckim. Wzmoczona germanizacja nie powstrzymała jednak całkowicie jego rozwoju. Zaczęły powstawać nowe katedry i zakłady, które długo nie mogły jednak znaleźć odpowiednich dla siebie pomieszczeń¹⁹.

Sytuacja zmieniła się dopiero po uzyskaniu w 1866 r. przez Galicję terytorialnej autonomii. Pomimo iż nie stwarzała ona pełnej swobody gospodarczej i politycznej, stosunki społeczne, kulturalne i naukowe Krakowa uległy wielkiemu przeobrażeniu. Reformy, do których zaliczało się m.in. stworzenie samorządu miejskiego, gospodarcza koniunktura i co najważniejsze, rozbudzenie nastrojów patriotycznych, sprzyjały dalszym pozytywnym zmianom. Dla krakowskiego uniwersytetu również rozpoczęła się doba rozkwitu, podczas, której szybko zostały nadrobione wszelkie opóźnienia w stosunku do innych szkół wyższych zachodniej Europy. Miasto pod Wawelem gwałtownie się rozrosło i stało się na przełomie wieków centrum polskiego życia naukowego, artystycznego i politycznego.

Wielką rolę w tym rozwoju odegrało kilka pokoleń polskich architektów, którzy ściągnęli tu po studiach oraz praktykach w Berlinie (Filip Pokutyński, Karol Zaręba), Monachium (Felix Książarski), Paryżu (Franciszek Mączyński), Wiedniu (Jan Zawiejski, Józef Pokutyński, Józef Sare), Zurychu (Tadeusz Stryjeński, Tomasz Pryliński) czy Petersburgu (Adolf Szyszko-Bohusz)²⁰. Początki nowoczesnej architektury Krakowa mają zatem korzenie w wielu europejskich ośrodkach. Stało się to źródłem jej różnorodności i stylistycznego bogactwa. Kraków uniknął jednostronnej dominacji Wiednia, skąd często przysyłano gotowe projekty ważniejszych obiektów rządowych.

Zmiany objęły również stosunki naukowo-dydaktyczne panujące na UJ. Po 1870 r. zakończyła się repolonizacja uczelni i jej Wydziału Lekarskiego, który zaczął osiągać bardzo wysoki poziom rozwoju naukowego. Wzrosła wydatnie liczba jego katedr i zakładów oraz znacznie powiększyło się grono nauczające i liczba studentów²¹. W drugiej połowie XIX w. niemal każda z dziedzin nauk medycznych rozwinęła już swoje współczesne podstawy, stąd też największym problemem Wydziału Lekarskiego UJ stało się w tym czasie zapewnienie odpowiedniego dla nich zaplecza lokalowego. Zaistniała nagła konieczność rozbudowy istniejących i budowy nowych budynków szpitali akademickich²².

Główną siedzibą Wydziału Lekarskiego UJ, z wyjątkiem jego zaplecza klinicznego, było *Collegium Physicum* przy ul. św. Anny. Kliniki Uniwersyteckie już wcześniej – od 1788 r. – zaczęły rozwijać się na terenie dawnego krakowskiego przedmieścia Wesoła, wzdłuż jego głównej osi, którą stanowiła ulica Kopernika, wcześniej zwana również Wesołą (ryc. 1).

Obszar ten był jednym z najpóźniej zagospodarowanych przedmieść dawnego Krakowa. Związane to było m.in. z panującymi w tym rejonie miasta niekorzystnymi warunkami topograficznymi, które nie sprzyjały rozwijaniu się intensywnego osadnictwa. Dziś teren ten znacznie podniesiony nasypami, dawniej położony był na obszarach podmokłych, miejscami piaszczystych, żwirowatych i zamulonych, które z powodu częstych wylewów Wisły nierzadko zamieniały się wręcz w mokradła²³. Przez wiele lat pozostawał poza granicami miasta i narażony był na duże zniszczenia spowodowane częstymi w tych czasach zawieruchami wojennymi, które bardzo skutecznie przerywały jego rozwój architektoniczny i urbanistyczny (ryc. 1). Od połowy lat 80. XIX w. rosło zainteresowanie tą dzielnicą miasta. Za niskie ceny wykupywane były tereny, które stawały się placem budowy szybko rozrastającego się w tym czasie Krakowa. Rozwój ruchu budowlanego wspierany był przez projekt uporządkowania miasta, którego autorem był pierwszy, w okresie galicyjskiej autonomii, prezydent Krakowa – Józef Dietl. Doprowadził on do skanalizowania dużej części miasta, przeprowadzenia licznych wodociągów, wybrukowania ulic oraz rozbudowy obiektów użyteczności publicznej. W latach 1878-1880 zasypano również odcinek tzw. Starej Wisły od Skalki do ulicy Blich, przyczyniając się do zmiany stosunków wodnych w mieście (ryc. 1)²⁴. Na omawianym obszarze powstawać zaczęły nowe krakowskie ulice – m.in. Zybkiewicza, Niecała, Zamenhofska, Radziwiłłowska, Na Blichu (ryc. 1)²⁵. Równocześnie wzdłuż tych ulic rozpoczęły się budowy nowych kamienic, które z czasem stworzyły zwarte pierzeje domów o wspólnych cechach stylistycznych. Powstawały tu również szeregi obiektów użyteczności publicznej, a wśród nich budynki straży pożarnej, poczty oraz gmachy klinik uniwersyteckich. A projektowali je najwybitniejsi architekci tego okresu – Feliks Książarski, Jan Zawiejski, Tadeusz Stryjeński, Józef Sare czy Karol Zaremba.

Sposób rozmieszczenia budynków klinicznych uzależniony był przede wszystkim od wielkości i położenia wolnych terenów, jakimi Wydział Lekarski dysponował w danym momencie lub jakie mógł w tym czasie zakupić. Taka sytuacja nie sprzyjała powstaniu w pełni – od początku do koń-

ca – zaplanowanego układu przestrzennego. A położenie poszczególnych gmachów uniwersyteckich czasami mogło wydawać się zbyt przypadkowe. Mimo tych wszystkich kłopotów, w drugiej połowie XIX w., wzdłuż ul. Kopernika, a zwłaszcza po jej południowej stronie, wśród bogatej zieleni ulicznej oraz resztek dawnych założeń ogrodowych, utworzony został niezwykle wartościowy zespół wolnostojących, monumentalnych gmachów szpitali uniwersyteckich Collegium Medicum UJ (ryc. 1).

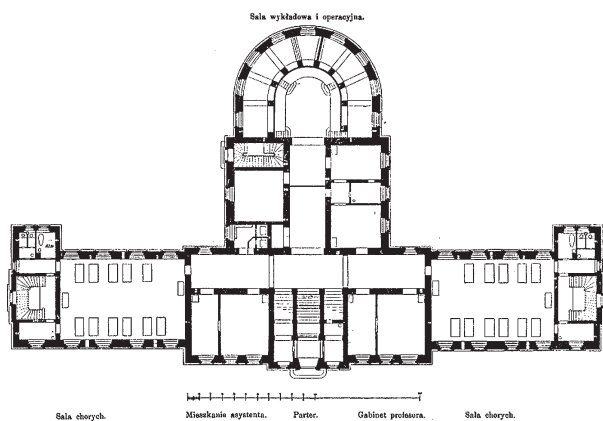
Na ziemiach polskich rozumiano bardzo dobrze, jak podaje jeden z ówczesnych lekarzy, kryjący się pod pseudonimem *Dr Nosocomialis*, że *nowoczesne szpitalnictwo to prawie odrębna specjalność*²⁶. Wiedzano, że przy opracowaniu planów szpitala (w tym również gmachu kliniki uniwersyteckiej) muszą być brane pod uwagę wymagania techniczno-technologiczne, medyczo-higieniczne oraz administracyjno-gospodarcze, jakie wpływają na jego funkcjonowanie. W opracowaniu projektu powinien brać czynny udział naczelny lekarz danego szpitala, który zna potrzeby chorych i wymagania higieny szpitalnej. Komisja przygotowująca plany szpitala powinna zapoznać się z najnowszymi, najlepiej funkcjonującymi rozwiązaniami istniejących już szpitali na terenie kraju i za granicą.

Wielu z ówczesnych polskich architektów przy projektowaniu szpitali i klinik korzystało z pomocy i doświadczenia swych zagranicznych kolegów. Bezpośrednio – poprzez zagraniczną pracę i edukację czy dalekie podróże krajoznawcze oraz pośrednio – poprzez studiowanie bardzo licznych w XIX w. publikacji popularnych i naukowych. W tym celu zamieszczony został w „Medycynie” opis nowego szpitala w Hamburgu, a F. Tournelle w „Pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego Warszawy” w 1869 r. opublikował bardzo szczegółowe opisy szeregu szpitali zagranicznych²⁷. Publikacja ta była niezmiernie ważna, przyczyniając się do spopularyzowania tych rozwiązań wśród polskich architektów.

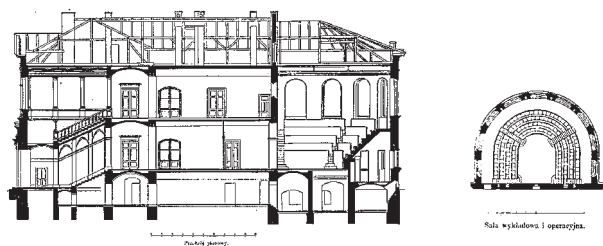
Poglądy na racjonalne planowanie i budowę szpitali i klinik na ziemiach polskich kształtowane były również przez obowiązujące w tym czasie różne ustawy i dekrety prawne ogłaszane przez poszczególnych zaborców. Np. zasady lokalizacji szpitali stosowane w połowie ubiegłego stulecia, które zresztą odpowiadają nawet dzisiejszym wymaganiom, określone zostały m.in. w obowiązującej wówczas pod rosyjskim zaborem ustawie o „Organizacji Rad (opiekuńczych i szczegółowych) Zakładów Dobroczynnych w Królestwie Polskim” (zatwierdzonej dn. 2 marca 1842), gdzie czytamy, że *...szpitale mają być zakładane w miejscu suchem, wzniesieniem i odosobnieniem, tudzież wolnem od wpływu szkodliwych wyciewów. Stąd miejsce na zakład*



Ryc. 1. Plan Krakowa z okło 1899 r. (plan arch., AP, sygn. II-34)

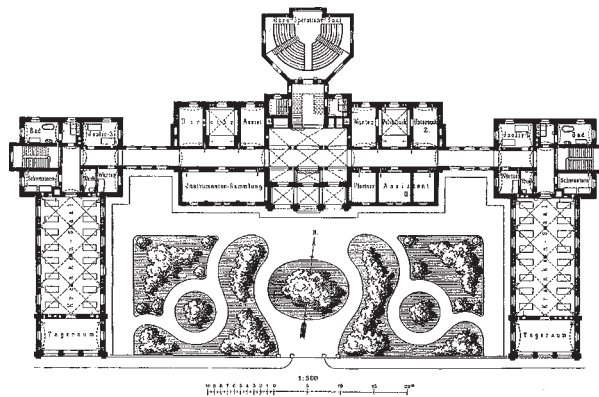


Ryc. 2. Klinika Chirurgiczna, ul. Kopernika 40, rzut parteru, ok. 1900 r. (ryc. arch., publ. 2)



Ryc. 3. Klinika Chirurgiczna, ul. Kopernika 40, przekrój, rzut sali wykładowej, ok. 1900 r. (ryc. arch., publ. 2)

szpitalny nie powinno być wybierane ani wśród samego miasta, ani w bliskości jego wałów, cmentarzy, szlachetów, fabryk, bagien, błot stojących, kanałów nieczystości odprowadzających itp.²⁸ Zwracano również uwagę na racjonalne gospodarowanie powierzchnią parceli



Ryc.4. Klinika Chirurgiczna na Uniwersytecie w Strasburgu, rzut parteru (nadb. [z] P.Mueffigbrodt, E.Schmitt, P.Spieker, *Medizinische Lehranstalten der Universitäten. Technische Laboratorien und Versuchsanstalten. Sternwarten und andere Observatorien* [w:] *Handbuch der Architektur*, praca zbiorowa pod red. J.Durm i H.Ende, 1905, t. IV, cz.6, r.2, s.1-35)



Ryc. 5. Klinika Chirurgiczna, ul. Kopernika 40, elewacja frontowa, ok. 1900 r. (fot. arch., MHK, 3482/XIII-E)



Ryc. 6. Klinika Chirurgiczna, ul. Kopernika 40, elewacja frontowa, 2006 r. (fot. aut.)



Ryc. 7. Klinika Chirurgiczna, ul. Kopernika 40, elewacja tylna, sala wykładowa, 2006 r. (fot. aut.)

szpitalnej. Bardzo często powierzchnia terenu, na której powstawał szpital, była niedostatecznie wykorzystana, jak to miało miejsce np. w szpitalach warszawskich: Wolskim (895 m²/łóżko) i Zapasowym (955m²/łóżko)²⁹.

Przełom XIX i XX w. to okres dalszego rozwoju Wydziału Lekarskiego UJ, który mogąc poszczycić się doskonałymi osiągnięciami w zakresie kształcenia swoich młodych kadr, równocześnie zaczął jeszcze skuteczniej walczyć o budowę nowych i rozbudowę istniejących placówek klinicznych oraz ich coraz lepsze, odpowiadające szybkiemu rozwojowi nauk medycznych wyposażenie.

Przykładem takich działań było wybudowanie w latach 1888-1889 nowego gmachu Kliniki Chirurgicznej wraz z pracownią bakteriologiczną przy ulicy Kopernika 40, naprzeciwko poklaskstornych budynków Szpitala św. Łazarza na Wesołej³⁰.

Monumentalny obiekt o wyraźnych cechach stylu neorenesansowego powstał wg projektu podpisanego przez ówczesnego Radcę Budownictwa, c.k. inżyniera Józefa Sarego (ryc. 2, 3)³¹. Istnieją jednak pewne wątpliwości, czy rzeczywiście był on jedynym autorem planów Kliniki Chirurgicznej³². Sare kierował działającym przy starostwie Oddziałem Technicznym, który był drugim w Krakowie obok Budownictwa Miejskiego urzędem zajmującym się projektowaniem i wznoszeniem gmachów użyteczności publicznej. Mógł firmować swoim nazwiskiem gotowe projekty, często sprowadzane w tym czasie z Wiednia i Lwowa lub wykonywane na miejscu przez podległych mu pracowników, m.in. Gabriela Niewiadomskiego, Stanisława Ciechanowskiego czy Emila Wekluka³³. W przypadku Kliniki Chirurgicznej CM UJ Józef Sare współpracował ze Stanisławem Ciechanowskim³⁴.

Dotychczas Klinika Chirurgiczna mieściła się w budynku przy ulicy Kopernika 9, który już od dłuższego czasu nie spełniał nawet jej podstawowych potrzeb³⁵. Starania o budowę nowego gmachu rozpoczął jeszcze z początkiem lat 80. ówczesny jej kierownik Jan Mikulicz, który razem z inżynierem Sarego pojechał za granicę zapoznać się z najnowszymi realizacjami klinik chirurgicznych na zachodzie Europy. Wyniki tej podróży zawarte zostały w raporcie, który przesłano do Ministerstwa Oświaty. Niestety, pomimo obietnic środki na budowę nie nadchodziły i Mikulicz podjął dramatyczną decyzję o rezygnacji z kierowania kliniką. Niedługo po jego ustąpieniu i zmianach kadrowych w Ministerstwie Skarbu środki się jednak znalazły. Dzięki staraniom nowego profesora chirurgii Ludwika Rydygiera oraz przychylności władz miejscowych, położenie kamienia węgielnego pod nowy gmach nastąpiło 30 kwietnia 1888 r.³⁶

Roboty budowlane prowadzone były pod kierownictwem dwóch znanych krakowskich architektów: Karola Knausa oraz Tadeusza Stryjeńskiego³⁷. Pomimo pewnych kłopotów finansowych prace posuwały się szybko i już 16 października 1889 r. profesor Rydygier mógł połączyć uroczy-

ste otwarcie pierwszego Zjazdu Chirurgów Polskich z równie uroczystym otwarciem nowego, w pełni odpowiadającego ówczesnym wymaganiom gmachu Kliniki Chirurgicznej (ryc. 5)³⁸.

Klinika zbudowana była na rzucie wydłużonego prostokąta, od strony południowej zwróconego frontem do ulicy. Na osi budynku, od strony północnej znajdowało się zakończone półkoliście skrzydło, mieszczące biegnącą przez dwie kondygnacje, amfiteatralną salę wykładową (ryc. 2, 3). Część centralna budynku na parterze mieściła funkcje administracyjno-dydaktyczne oraz ambulatoryjne (pod salą wykładową). Na piętrze mieściły się urządzone wg najnowszych wymagań, aseptyczne sale operacyjne. Należałoby w tym miejscu podkreślić, że nie wszystkie ówczesne kliniki mogły poszczycić się tak bogato wyposażonymi salami operacyjnymi. W znanej zawsze z rozwoju szpitalnictwa Szwajcarii wybudowany w 1885 r. gmach uniwersyteckiej kliniki chirurgicznej nie posiadał żadnej takiej sali, a zabiegi wykonywano jak dawniej, w amfiteatralnej sali wykładowej³⁹. Wydzielenie dobrze oświetlonych, osobnych pomieszczeń na aseptyczne i septyczne sale operacyjne stawiało nas w czołówce europejskich ośrodków medycznych. W skrzydłach krakowskiego pawilonu chirurgicznego znajdowały się nieduże sale chorych, mieszczące 10-12 pacjentów i przylegające do nich pomieszczenia łazienkowe i sanitariaty (ryc. 2)⁴⁰. Podobny układ rzutów stosowano przy budowie większości europejskich klinik chirurgicznych. Widać to np. w budynkach klinicznych uniwersytetu w Strasburgu (ryc. 4), Heidelbergu czy Wrocławiu⁴¹.

Po jedenastu latach, wraz z postępowaniem, jaki dokonał się w nauczaniu chirurgii oraz dzięki niezwykłej energii i zręczności ówczesnego dyrektora kliniki, profesora Bronisława Kadera szpital został przebudowany. W przeciągu zaledwie dwóch lat stał się nowoczesną siedzibą samodzielnej I Kliniki Chirurgicznej UJ, która funkcjonuje tam do dnia dzisiejszego (ryc. 5, 6)⁴².

Gmach kliniki był typowym przykładem zastosowania powszechnej na zachodzie Europy idei budowy szpitali pawilonowych, która w większym stopniu zabezpieczała przed zakażeniami wewnątrzszpitalnymi. Zastosowano ją również przy rozbudowie Szpitala św. Łazarza w Krakowie, który wzbogacił się w tym czasie o 2 pawilony chorób wewnętrznych, 1 dla administracji oraz 1 dla chorych psychicznie.

Wg warszawskiego budowniczego Franciszka Tournelle'a *...szpitale en bloc, czyli z jednego złożonego gmachu, są to po przeważającej części szpitale dawniejsze; dziś bowiem system oddzielnych pawilonów tak przeważa, że nowe, jeżeli tylko miejscowe okoliczności*

bardzo temu nie stoją na przeszkodzie nie wznoszą się już inaczej i bardzo słusznie. Jako główne zalety systemu pawilonowego Tournelle wymieniał łatwość odseparowania chorych różnego rodzaju oraz możliwość szybkiego i skutecznego przewietrzania sal⁴³.

Zgodnie z zasadami przedstawionych przez Tournelle'a należało budować szpitale jako budynki jednopiętrowe z suterrenami. Zwykle nie było to jednak realizowane ze względu na niewielkie tereny, które udawało się przeznaczyć pod ich zabudowę, tak jak w przypadku krakowskiej Kliniki Chirurgicznej. Szpitale parterowe wymagały zbyt dużej przestrzeni i były w związku z tym kosztowne; dwupiętrowe były tańsze, ale mniej funkcjonalne ze względu na konieczność częstego chodzenia po schodach. Tournelle proponował by tzw. *dom dla administracji* zawsze był usytuowany od frontu, co znalazło swoje odzwierciedlenie m.in. w rozplanowaniu funkcji krakowskiej kliniki. Podobnie jak zalecenie dotyczące budowy mniejszych sal: 10 – 12-łóżkowych. Miały one jednak swoje ujemne strony związane z pewnymi ograniczeniami w wentylacji oraz koniecznością zwiększenia powierzchni budowlanej i utrudnieniami w opiece nad chorymi⁴⁴. Dobrym przykładem stosowania małych sal w nowo projektowanych obiektach szpitalnych była również rozbudowa szpitala św. Łazarza w Krakowie. W dwóch nowych, dwupiętrowych pawilonach przeznaczonych na Oddział Chorób Wewnętrznych i Klinikę Chorób Wewnętrznych UJ przypadało tylko po 9 chorych na jedną salę. Podobne rozwiązania spotykamy w pozostałych obiektach należących do zespołu XIX-wiecznych szpitali akademickich na Wesołej.

Od początku swego powstania krakowskie kliniki były odzwierciedleniem swojej epoki, stanu jej wiedzy i poglądów na piękno. Ich architektura, stojąc na pograniczu dyscyplin artystycznych i technicznych, odzwierciedlała rozwój myśli ludzkiej w dziedzinie medycyny, technologii i techniki⁴⁵. Poszukiwały najlepszej formy, harmonizującej z ich funkcją.

Styl neorenesansowy, którego cechy odnaleźć możemy na fasadzie I Kliniki Chirurgicznej, nie został zastosowany przypadkowo. To częste odwoływanie się jej autora do epoki odrodzenia widoczne jest nie tylko w tym konkretnym budynku, ale i w innych jego dziełach, takich jak Klinika Okulistyczna (ul. Kopernika 38) czy Klinika Chorób Wewnętrznych (ul. Kopernika 15)⁴⁶. Spowodowane to było panującą wśród ówczesnych architektów i teoretyków sztuki wysoką oceną renesansowej twórczości. Dla wielu spośród nich była ona uosobieniem „formalnej doskonałości” i przykładem „architektonicznego piękna”, na którym warto i trzeba się było wzorować⁴⁷. Niebagatelny wpływ mia-

ły studia na wiedeńskim wydziale architektury. Była to uczelnia politechniczna, która współtworzyła zdominowaną przez renesans włoski, mniej francuski tzw. *wiedeńską szkołę architektury*. Przyczyniła się do znacznej popularyzacji stylu neorenesansowego w architekturze XIX wieku⁴⁸. Jednym z jej najwybitniejszych profesorów był znany wiedeński architekt dojrzałego historyzmu, Henryk von Ferstel. Na zreformowanym przez niego wydziale architektury studiowali w tym czasie, obok Sarego, również Karol Bitner, Julian Niedzielski, a w latach późniejszych Jan Zawiejski, Teodor Talowski, Władysław Ekielski, Józef Pokutyński⁴⁹. Większość spośród absolwentów tej politechniki zdobyła wysoką pozycję w środowisku krakowskich architektów. Również inżynier Sare, jako radca Budownictwa i kierownik działającego przy Starostwie Oddziału Technicznego, był wybijającą się postacią. Urząd, w którym pracował, zajmował się projektowaniem i wznoszeniem, finansowanych przez władze krajowe, gmachów użyteczności publicznej oraz nadzorowaniem robót budowlanych.

Liczne przykłady propagowania stylu neorenesansowego znaleźć można było w ważnych dla zeszłego stulecia, ewolucjonistycznych teoriach architektonicznych, do których należały koncepcje Gottfrieda Sempera, Jamesa Fergussona i Cesara Daly'ego⁵⁰. Podobne poglądy rozpowszechniane były również przez większość liczących się w tym czasie akademii i politechnik, m.in. przez wcześniej wspomnianą wiedeńską Technischer Hochschule. Zwłaszcza, iż właśnie tę uczelnię ukończył twórca Kliniki Chirurgicznej, można zrozumieć jego skłonność do stosowania neorenesansowego stylu.

Nie należy jednak zapominać, że w historyzmie o wyborze konkretnego stylu decydowały nie tylko względy estetyczne, ale i polityczno-światopoglądowe. Istniała wówczas, rozpowszechniana przez twórców i teoretyków sztuki, potrzeba realizacji określonego programu ideowego, często o znaczeniu symbolicznym.

Architektura była wyraźnie intencjonalna, a swoje ukierunkowanie formułowała poprzez odpowiednią dekorację rzeźbiarską lub malarską. W XIX-wiecznych podręcznikach o architekturze i budownictwie można znaleźć wskazówki, odnoszące się do właściwego stosowania malowideł, rzeźb czy napisów na fasadach ówczesnych budynków⁵¹. Przykładem tego było dzieło K. Brodzińskiego z 1873 r., pt. *Kurs estetyki*, w którym autor omawia poszczególne rodzaje budownictwa, zaczynając od obiektów sakralnych, poprzez domy mieszkalne, przechodząc w końcu do budowli użyteczności publicznej. Według autora *inną wcale piękność i inny charakter mieć muszą pałace, które już nie wzniosły uczucia religijne, ale zamożność, powagę i smak miesz-*

kańców oznaczać mają. Obszerność, bogactwo stylu, wspaniałość ozdób, nawet ich obfitość mieścić się mogą w gmachu pierwszych w kraju osób. Taż sama wielkość i wspaniałość, ale prosta bez drobnych ozdób przystoi budowlom, w których się najważniejsze czynności narodu odbywają. Charakterem jej powinna być powaga i uroczystość, tak jak prywatnych wiejskich domów kształt wesoty i powabny. Domy szczególnie, mające osobne przeznaczenia publiczne, mogą i powinny mieć swój osobny charakter. Zbrojowniom, domom sprawiedliwości, więzieniom, szpitalom, gmachom towarzystw uczonych i wszystkim podobnym, nada dobry artysta zewnętrzna...poezję. Domu więźniów nie ozdobi kolumnami, nie nada mu ganków i wielkich okien...Szpital, przy porządku i pięknych proporcjach nie może mieć przepychu w kolumnach i ozdobach architektonicznych⁵².

Z drugiej jednak strony, z końcem XIX w. w budownictwie świeckim zauważyć można było zmiany w tradycyjnym podziale na pałac, budynek mieszkalny czy budynek użyteczności publicznej – wszystkie wymienione budowle wyrażały tendencje do monumentalizacji⁵³.

Ponieważ renesans oznaczał zazwyczaj artystyczną manifestację humanizmu, był odpowiednim stylem dla wielu obiektów użyteczności publicznej, związanych z instytucjami kulturalnymi, oświatowymi i naukowymi. Do tych ostatnich zaliczał się także i nasz uniwersytecki budynek. Był przykładem technicznej i estetycznej łatwości stosowania tego stylu. Spowodowane to było względną niezależnością formy od konstrukcji, która w renesansie nie uzewnętrzniała się tak bardzo jak w stylu gotyckim czy klasycznym⁵⁴. Niezależność tę zwiększał jeszcze rozwój myśli technicznej, który pozwolił na stosowanie śmiałych rozwiązań budowlanych, prawie całkowicie ukrytych pod stosunkowo bogatą, historyzującą fasadą. Widać to również w gmachu I Kliniki Chirurgicznej UJ, gdzie architekt umiejętnie połączył jego reprezentacyjny i monumentalny wystrój zewnętrzny z użytkowymi wymogami wnętrza. Stworzył w ten sposób architekturę odznaczającą się dużym zjawstwem form klasycznych, o harmonijnej i prostej, choć czasem nieco monotonnej kompozycji będącej nośnikiem odwołujących się do epoki odrodzenia wątków znaczeniowych i symboli.

W dniu dzisiejszym zespół szpitali akademickich, wraz z I Kliniką Chirurgiczną UJ współtworzący Stary Kraków, nadal posiada znaczne wartości historyczne, artystyczne i krajobrazowe. Stanowi niezwykle cenny zespół obiektów użyteczności publicznej, który łączy funkcję szkoły uniwersyteckiej z rozbudowanym technologicznie szpitalem oraz obrazuje charakterystyczne dla XIX w. poglądy estetyczne. Jako całość tworzy zdefiniowaną funkcjonalnie i żyjącą własnym życiem jednostkę architektonicz-

no-urbanistyczną miasta Krakowa, która stanowi dzisiaj swego rodzaju „miasto w mieście”.

- ¹ M. Brodowicz, *Rozprawa o Instytutach Klinicznych*, tekst wygłoszony przez autora przy uroczystym otwarciu nowej Kliniki Lekarskiej przy ul. Kopernika 7 w Krakowie, dn. 22 XI 1827 [w:] M. Brodowicz, *Przegląd swojego zawodu lekarskiego i nauczycielskiego*, 1827, s. 33-59.
- ² W. Zawadowski, *Planowanie zakładów i klinik w Akademii Medycznych* [w:] Szpitalnictwo Polskie, 1960, IV/1, s. 9-10.
- ³ Poruszone w: R.F. Bridgman, *L'hôpital et la Cité*, 1963.
- ⁴ B. Jachowicz, *Poglądy na racjonalne planowanie i budowę szpitali w drugiej połowie XIX stulecia* [w:] Szpitalnictwo Polskie, 1963, VII/3, s. 142.
- ⁵ B. Seyda, *Dzieje medycyny w zarysie*, Warszawa 1973, s. 203-204; W. Wyszynska, *Uwagi o historii i architekturze szpitali XVIII w.* [w:] Szpitalnictwo Polskie, 1965, IX/5, s. 223-224.
- ⁶ J. Kępski, *Rozwój idei szpitalnictwa zakaźnego* [w:] Szpitalnictwo Polskie, 1949, II/1(5), s. 80-81; C. Mignot, *Architektur des 19. Jahrhunderts* (niem.tłum. J.Klein), 1893, s. 225.
- ⁷ Ibidem.
- ⁸ W. Wyszynska, op.cit., s. 223; poruszone szerzej w: O. Kuhn, *Krankenhaus, Handbuch der Architektur*, 1897.
- ⁹ Wielkim osiągnięciem było odkrycie w latach 1865-1875 bakterii, jako źródła chorób zakaźnych (Pasteur, Virchow, Koch, Lister, Semmelweis), por. J. Kępski, op.cit., s. 84-85; poruszone w: B. Seyda, op.cit., s. 203-208, 243-265; również w: A. Nitsch, St. Porębowicz, *Architektura służby zdrowia* [w:] Architektura, 1955, 1, s. 10.
- ¹⁰ W. Wyszynska, op.cit., s. 224; W. Wyszynska, *Uwagi o historii i architekturze szpitali renesansowych* [w:] Szpitalnictwo Polskie, 1965, IX/9 (2), s. 79-82.
- ¹¹ Ibidem; plany tego szpitala opublikowano w: O.Kuhn, op.cit.
- ¹² W. Wyszynska, *Uwagi o historii i architekturze szpitali renesansowych*, op.cit., s. 79-82; poruszone w: R.F. Bridgman, *L'hôpital et la Cité*, 1963.
- ¹³ O. Kuhn, op.cit.; także w: R.F. Bridgman, op.cit.; W. Wyszynska, *Uwagi o historii i architekturze szpitali XVIII w.*, op.cit., s. 224-225.
- ¹⁴ Ibidem, s. 225; a także w: R.F. Bridgman, op.cit.
- ¹⁵ Wśród XVIII-wiecznych zakładów leczniczych nadal najbardziej popularnymi pozostawały szpitale zabudowane wokół placu lub w podkowę, jak np. szpital ogólny w Hamburgu z 1823 r.; W. Wyszynska, *Uwagi o historii i architekturze szpitali XVIII w.*, op.cit., s. 225; poruszone w: O. Kuhn, op.cit.
- ¹⁶ C. Tolle, *Les Hôpitaux modernes au XIX siècle*, 1894; C. Mignot, op.cit., s. 229, 231.
- ¹⁷ W. Zawadowski, *Planowanie zakładów i klinik w Akademii Medycznych* [w:] Szpitalnictwo Polskie, 1960, IV/1, s. 9-10.
- ¹⁸ Problemy budownictwa i rozwoju urbanistycznego Krakowa w pierwszej połowie XIX w. poruszone w: M. Jarosławiecka-Gąsiorowska, *Architektura neoklasycyzmu w Krakowie* [w:] Rocznik Krakowski, 1933, XXIV, s. 119-196; M. Borowiejska-Birkenmajerowa, J. Demel, *Działalność urbanistyczna i architektoniczna Senatu Wolnego Miasta Krakowa w latach 1815-1846* [w:] Studia i Materiały do Teorii i Historii Architektury i Urbanistyki, 1963, 4; J. Purchla, *Matecznik Polski. Pozaekonomiczne czynniki rozwoju Krakowa w okresie autonomii galicyjskiej*, 1992, s. 19-45.
- ¹⁹ B. Seyda, op.cit., s. 478.

- ²⁰ J. Purchla, *Formowanie się środowiska architektów krakowskich drugiej połowie XIX w.* [w:] *Rocznik Krakowski*, 1991, LIV, s. 117-136.
- ²¹ *Zbiory i zakłady przyrodnicze i lekarskie Krakowa*, pod red. J. Rostafińskiego, 1881, s. 17-18.
- ²² T. Popieła, M. Skulimowski, *Historia wydziału lekarskiego w okresie od repolonizacji Uniwersytetu do odzyskania niepodległości (1864-1918)* [w:] *Sześćsetcie Medycyny Krakowskiej*, 1964, s. 104-106; L. Tochowicz, *Zarys historii Krakowskiej Szkoły Medycznej*, 1962, s. 51-52.
- ²³ J. Dzikowska, *Dzieje kościoła św. Mikołaja na Wesołej* [w:] *Rocznik Krakowski*, 1938, XXX, s. 135-136; H. Świechowka, *Przedmieście Wesoła* [w:] *Studia nad przedmieściami*, BK, 94, 1938, s. 126.
- ²⁴ Poruszone w: St. Tomkiewicz, *Ulice i place Krakowa w ciągu dziejów*, 1926; A. Piekiełko-Zemanek, *Egzotyczny ogród na Wesołej*, 1986, s. 22.
- ²⁵ Ibidem.
- ²⁶ Nosocomialis (B.W.J.), *Potrzeby szpitalnictwa warszawskiego*, 1897, s. 4-6; dokument pt. *Organizacja Rad (opiekunich i szczerogolowych) Zakładów Dobroczynnych w Królestwie Polskim (z dn. 2 marca 1842)*, 1842.
- ²⁷ Poruszone w: F. Tournelle, *Warunki budowlane szpitali. Rys historyczno-statystyczny szpitali i innych zakładów dobroczynnych w Królestwie Polskim* [w:] *Gazeta Lekarska*, Warszawa 1872, I.
- ²⁸ Nosocomialis (B.W.J.), op.cit., s. 4-6.
- ²⁹ Ibidem.
- ³⁰ J. Bogusz, *Dzieje Krakowskiej Chirurgii (Wydział Lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego i Akademii Medycznej)* [w:] *Sześćsetcie Medycyny Krakowskiej*, op.cit., s. 262; J. Rostafiński, *Kraków pod względem lekarsko-przyrodniczym*, s. 14; *Przegląd Lekarski*, 1888, 26, s. 357.
- ³¹ *Architekt*, Kraków 1929, 22/4, s. 26; *Czas*, Kraków 1929, 70; *Ilustrowany Kurier Codzienny*, Kraków 1929, 83; J. Bogusz, *Dzieje Krakowskiej Chirurgii (Wydział Lekarski UJ i Akademii Medycznej)* [w:] *Sześćsetcie Medycyny Krakowskiej*, op.cit., s. 261.
- ³² J. Purchla, *Jak powstał nowoczesny Kraków*, 1990, s. 75.
- ³³ B. Zbroja, *Miasto umarłych. Architektura publiczna Żydowskiej Gminy Wyznaniowej w Krakowie w latach 1868-1939*, 2005, s. 118.
- ³⁴ G. Niewiadomski, *Wykaz nowych budowli państwowych i większych przebudowy wykonanych w Krakowie w okresie czasu od r. [1]880 do chwili obecnej*, Kraków 1933, rkps. III-135, vol. 2, fol. 150 [w:] *Archiwum PAN w Warszawie*.
- ³⁵ Zob. w: W. Strzechowski, *Klinika Chirurgiczna* [w:] *Zbiory i Zakłady Przyrodnicze i Lekarskie Krakowa*, op.cit., s. 153-155.
- ³⁶ L. Wachholz, *Wydział Lekarski Uniwersytetu Krakowskiego i jego grono nauczycielskie od roku 1364-1918*, s. 66; J. Bogusz, op.cit., s. 262; *Przegląd Lekarski*, 1888, 26, s. 356.
- ³⁷ Ibidem, s. 357.
- ³⁸ *Pamiętnik I-ego Zjazdu Chirurgów Polskich zgromadzonych w Krakowie w dniu 16 i 17 X 1889*, pod red. L. Rydygiera, 1890, s. 1-3; *Medycyna*, 1892, 13, s. 207-211; J. Bogusz, op.cit., s. 262.
- ³⁹ R. Jachowicz, *Sala operacyjna w zarysie* [w:] *Szpitalnictwo Polskie*, 1978, XXII/2, s. 75.
- ⁴⁰ J. Rostafiński, op.cit., s. 14, 60-63; L. Warchholz, *Szpitalne Krakowskie 1220-1920*, 1924, I i II.
- ⁴¹ P. Mueffigbrodt, E. Schmitt, P. Spieker, *Medizinische Lehranstalten der Universitaeten. Technische Laboratorien und Versuchsanstalten. Sternwarten und andere Observatorien* [w:] *Handbuch der Architektur*, red. J. Durm, H. Ende, Stuttgart 1905, IV/6, 2, s. 1-35.
- ⁴² J. Rostafiński, op.cit., s. 14.
- ⁴³ Poruszone w: F. Tournelle, op.cit.
- ⁴⁴ Ibidem.
- ⁴⁵ S. Kozłowski, *Współzależność rozwoju medycyny oraz technologii zakładów opieki zdrowotnej i społecznej* [w:] *Szpitalnictwo Polskie*, Warszawa 1970, t. XIV, s. 163.
- ⁴⁶ J. Purchla, *Jak powstał nowoczesny Kraków*, 1990, s. 25-26.
- ⁴⁷ M. Zgórnjak, *Wokół neorenesansu w architekturze XIX w. Podstawy teoretyczne realizacje* [w:] *Zeszyty Naukowe UJ, Prace z Historii Sztuki*, 18, s. 133-134; P. Krakowski, *Teoretyczne podstawy architektury XIX wieku*, 1979, s. 76; również w: Z. Ostrowska-Kłębowska, *Problem historyzmu w badaniach nad architekturą wieku XIX* [w:] *Mysł o sztuce*, praca zbiorowa, 1976; P. Krakowski, *Wątki znaczeniowe w architekturze wieku XIX* [w:] *Zeszyty Naukowe UJ, Prace z Historii Sztuki*, 11, 1973.
- ⁴⁸ J. Purchla, *Jak powstał nowoczesny Kraków*, 1990, s. 25-26; M. Zgórnjak, *Neorenesans w architekturze Krakowa* [w:] *Rocznik Krakowski*, 1991, LVII, s. 111-127.
- ⁴⁹ J. Purchla, *Formowanie się środowiska architektów krakowskich w drugiej połowie XIX w.* [w:] *Rocznik Krakowski*, 1988, LIV, s. 125, 128; J. Purchla, *Jak powstał nowoczesny Kraków*, 1990, s. 25-26.
- ⁵⁰ M. Zgórnjak, op.cit., s. 133-134; P. Krakowski, *Teoretyczne podstawy architektury XIX w.*, 1979, s. 75; P. Krakowski, *Fasada dziewiętnastowieczna. Ze studiów nad architekturą wieku XIX* [w:] *Zeszyty Naukowe UJ, Prace z Historii Sztuki*, 16, s. 55-94.
- ⁵¹ P. Krakowski, *Wątki znaczeniowe w architekturze XIX w.*, op.cit., s. 75.
- ⁵² K. Brodziński, *Kurs estetyki*, II [w:] *Pisma Kazimierza Brodzińskiego*, 1873, VI, s. 201-202.
- ⁵³ P. Krakowski, *Teoretyczne podstawy architektury XIX w.*, 1979, s. 72-73.
- ⁵⁴ P. Krakowski, *Wątki znaczeniowe w architekturze XIX w.*, op.cit., s. 75.