



MARIAN SURDACKI

INFIRMERIA  
Szpitala Świętego Ducha  
w Rzymie  
w XVII-XVIII wieku

TOWARZYSTWO NAUKOWE KUL

INFIRMERIA  
Szpitala Świętego Ducha  
w Rzymie  
w XVII-XVIII wieku

TOWARZYSTWO NAUKOWE  
KATOLICKIEGO UNIWERSYTETU LUBELSKIEGO  
JANA PAWŁA II

ŹRÓDŁA I MONOGRAFIE

539

PRACE Z DZIEJÓW  
SZKOLNICTWA I OPIEKI SPOŁECZNEJ W POLSCE  
POD REDAKCJĄ MARIANA SURDACKIEGO  
TOM XXII



ISTNIEJE OD ROKU 1934

M A R I A N   S U R D A C K I

I N F I R M E R I A  
Szpitala Świętego Ducha  
w Rzymie  
w XVII-XVIII wieku

Lublin

TOWARZYSTWO NAUKOWE  
KATOLICKIEGO UNIWERSYTETU LUBELSKIEGO  
JANA PAWŁA II

RECENZENCI

Prof dr hab. Władysława Szulakiewicz, Uniwersytet Ignatianum w Krakowie

Prof. dr hab. Tadeusz Srogosz, Uniwersytet Jana Długosza w Częstochowie

OPRACOWANIE REDAKCYJNE, SKŁAD KOMPUTEROWY, INDEKS

Stanisław Sarek

PROJEKT OKŁADKI I STRON TYTUŁOWYCH

Krzysztof Rumowski

NA OKŁADCE

Ułożenie chorego przez duchaków w „ambulansie szpitalnym”

(miniatura z Liber Regulae dell’Ospedale di Santo Spirito,

wiek XIII. Archivio di Stato di Roma)

Publikacja dofinansowana ze środków budżetu państwa  
w ramach programu Ministra Edukacji i Nauki pod nazwą „Doskonała Nauka”,  
nr projektu DNM/SN/550557/2022,  
kwota dofinansowania 30 850,00 zł, całkowita wartość projektu 34 450,00 zł.



Publikacja jest wynikiem realizacji projektu badawczego  
nr 2018/29/B/HS3/02235 finansowanego przez Narodowe Centrum Nauki.

© Copyright by Towarzystwo Naukowe KUL 2023

ISBN 978-83-66647-50-3

TOWARZYSTWO NAUKOWE  
KATOLICKIEGO UNIWERSYTETU LUBELSKIEGO  
JANA PAWŁA II

ul. F. Chopina 29/11, 20-023 Lublin  
tel. 81 525 01 93, tel./fax 81 524 31 77  
e-mail: [tnkul@tnkul.pl](mailto:tnkul@tnkul.pl) [www.tnkul.pl](http://www.tnkul.pl)  
Dział Marketingu i Kolportażu tel. 81 524 51 71  
e-mail: [kolportaz@tnkul.pl](mailto:kolportaz@tnkul.pl)

DRUK I OPRAWA

ELPIL, ul. Artyleryjska 11, 08-110 Siedlce

Moim Wnukom  
WOJTUSIOWI, HELENCE i ADASIOWI  
– do nich należy przyszłość



## WSTĘP

Szpital Świętego Ducha w Rzymie, usytuowany nad Tybrem tuż przy Watykanie (kilkaset metrów od Bazyliki Świętego Piotra), został ufundowany w 1198 r. przez jednego z największych papieży średniowiecza, Innocentego III (1198-1216). Budowa trwała zapewne kilka lat, wiadomo jednak, że w 1204 r. inwestycja była już zakończona<sup>1</sup>.

W grudniu 1201 r. administrację i zarząd nowego szpitala papież powierzył Gwidonowi z Montpellier, twórcy zatwierdzonego przez siebie w 1198 r. Zakonu Kanoników Regularnych Świętego Ducha, tzw. duchaków. Gwidon został mianowany pierwszym przełożonym generalnym nowego szpitala w Rzymie, któremu początkowo nadano nazwę *Santa Maria in Saxia (in Sassia)*, by w 1207 r. zmienić ją na obowiązującą do dzisiaj *Santo Spirito in Saxia*<sup>2</sup>, oddając dzieło pod patronat Ducha Świętego, tak jak zarządzający nim zakon. Szpital miał fundamentalne znaczenie dla rozwoju szpitalnictwa w świecie chrześcijańskim, służąc jako wzorzec innym tego typu instytucjom, zarówno duchackim, jak i prowadzonym przez inne zgromadzenia zakonne i środowiska.

Od czasu dokonanej z polecenia papieża Sykstusa IV (1471-1483) rekonstrukcji szpital był, aż do zjednoczenia Włoch (wł. *Risorgimento*) w 1870 r., podzielony na dwie odrębne, lecz integralnie z sobą związane instytucje, pełniące różne zadania: właściwy szpital dla chorych, czyli infirmerię, oraz przytułek dla porzuconych dzieci (*brefotrofium*)<sup>3</sup>. W szczytowych okresach napływu chorych w XVIII w. „gościł” w swoich murach ponad 2000 pensjonariuszy – chorych i dzieci porzuconych<sup>4</sup>. Odbudowa Szpitala Świętego Ducha przez Sykstusa IV, zwanego drugim

---

<sup>1</sup> G. DROSBACH, *“Caritas” Cristiana: Innocenzo III fondatore dell’Ospedale e dell’Ordine di Santo Spirito*, w: AOSS, s. 85-94 – szczegóły na temat fundacji szpitala i zakonu oraz relacji Gwidona z Innocentym III.

<sup>2</sup> F. LA CAVA, *Liber Regulae Sancti Spiritus. Testo comentato*, Milano 1947, s. 21-23; A. CANEZZA, M. CASALINI, *Il Pio Istituto di S. Spirito e Ospedali Riuniti di Roma*, Roma 1933, s. VII-IX, XII-XIII; A. CANEZZA, *Gli Arcispedali nella vita cittadina, nella Storia e nell’Arte*, Roma 1933, s. 8-10, 13-14.

<sup>3</sup> Autor wielokrotnie pisał na ten temat. Jego badania na przełomie lat 80-90. XX wieku zostały sfinalizowane licznymi publikacjami w języku polskim i włoskim

<sup>4</sup> Zob. Rozdział VI.



fundatorem, a następnie inwestycje z lat 1659-1665 (*Sala Alessandrina*) i 1737-1749 (*Sala Benedittina*) oraz lat 70/80. XVIII w. nadały budowli ostateczny, zachowany do dzisiaj wygląd zewnętrzny. Okres świetności szpitala przypadł na XVII i XVIII w., czyli na czasy postreformacyjne, podczas gdy sam zakon okres największego splendoru przeżył w XIII-XV w., na początku zaś XVI w. utracił wiele placówek w krajach luterańskich. Pomimo przebudowy i kolejnych przeobrażeń oraz radykalnych zmian związanych ze sposobem administrowania szpital świętoduski zachował, jako infirmeria, swoją rangę aż do czasów obecnych, stanowiąc jedną z ważniejszych instytucji leczniczych dzisiejszego Rzymu. Aż do zjednoczenia Włoch w 1870 r. pozostawał pod protekcją papieża, w związku z tym nazywano go „arcyszpitalem papieskim” (*archiospedale apostolico*). W okresie potrydenckim przyjmowano do niego wyłącznie chorych mężczyzn.



Fronton współczesnego głównego budynku Szpitala Świętego Ducha w Rzymie.  
Ujęcie od strony Tybru. Domena publiczna

Aż do czasów oświecenia w minionych wiekach, nazwą szpitala określano wszystkie instytucje opiekuńcze dla różnych ludzi potrzebujących pomocy, poczynając od sierot, dzieci porzuconych, poprzez żebraków, ubogich i starych, a na chorych kończąc. Ci ostatni nie byli jednak w tych placówkach jakąś uprzywilejowaną liczbowo kategorią „mieszkańców”, gdyż szpitale pełniły wtedy przede wszystkim funkcje przytułków. W odniesieniu do czasów historycznych pojęcie „szpital” jest więc bardzo ogólne i nieostre; oznaczano nim tak wielkie szpitale w metropoliach europejskich, chociażby ten rzymski duchaków czy paryski *Hôtel Dieu*, jak i małe polskie przytułki dla kilku starych i biednych osób (*domus pro pauperibus, domus pauperum*). I choć chorzy trafiali też do małych i średnich szpitali,

to jednak trudno mówić o ich leczniczej funkcji, gdyż brakowało w nich zazwyczaj zaplecza medycznego, ich pensjonariusze korzystali co najwyżej z wizyt medyków miejskich lub czasami przebywających w nich cyrulików, balwierzy czy chirurgów. W Polsce, podobnie jak w całej Europie, szpitale o profilu leczniczym prowadzili wyłącznie bonifratrzy, z największym szpitalem w Krakowie<sup>5</sup>; w tymże mieście taką misję pełnili również w swoim szpitalu wspomniani duchacy<sup>6</sup>. Ponadto chorych wraz personelem lekarsko-chirurgicznym było można spotkać w największych szpitalach prepozyturalnych Świętego Ducha w Lublinie<sup>7</sup>, w Gdańsku<sup>8</sup>, Wrocławiu<sup>9</sup>, Toruniu<sup>10</sup> czy epizodycznie w Warszawie. Z wyjątkiem krakowskiej placówki braci miłosiernych (bonifratrów) pozostałe wypełniały szerszą misję: szpital lubelski był jednocześnie przytułkiem dla ubogich, sierocińcem i lecznicą, szpital duchacki w Krakowie zaś miał podwójne przeznaczenie: przytułku dla podrzutek oraz infirmerii, choć w mniejszym stopniu dawał także schronienie biedakom<sup>11</sup>.

Podwójną specjalizację i podobne przeznaczenie Szpital Świętego Ducha w Rzymie miał przynajmniej od odbudowy w XV w. Papież Innocenty III erygował go bowiem *ad usum infirmorum et pauperum*<sup>12</sup>, co oznacza, że miał służyć chorym i ubogim, a więc był pomysły jako lecznica i przytułek, jakkolwiekoczesne miejsce w jego działalności zajmowała również opieka nad podrzutekami<sup>13</sup>. Opiekuńcza funkcja szpitala, jako *brefotrofium* dla podrzutek, na szerszą skalę

<sup>5</sup> H. KOMARYŃSKA, *Szpital Bonifratrów w Krakowie w XVII-XVIII wieku*, Lublin 1910.

<sup>6</sup> K. ANTOSIEWICZ, *Opieka nad chorymi i biednymi w krakowskim Szpitalu Świętego Ducha (1220-1741)*, „Roczniki Humanistyczne”, 26, 1978, z. 2, s. 35-79; TAŻ, *Zakon Ducha Świętego w Polsce średniowiecznej*, „Nasza Przeszłość”, 23, 1966, s. 167-198

<sup>7</sup> D. PRUCNAL, *Szpital p.w. Ducha Świętego w Lublinie*, Lublin 2005

<sup>8</sup> Z. KROPIDŁOWSKI, *Organizacja dzieł miłosierdzia chrześcijańskiego w Gdańsku w XVI-XVIII w.*, w: *Charitas. Miłosierdzie i opieka społeczna w ideologii, normach postępowania i praktyce społeczności wyznaniowych w Rzeczypospolitej XV-XVIII wieku*, red. U. Augustyniak, A. Karpiński, Warszawa 1999, s. 145; TENŻE, *Formy opieki nad ubogimi w Gdańsku od XVI do XVIII w.*, Gdańsk 1992, s. 95, 97, 103; A. SZARSZEWSKI, *Lekarzy czujne oczy. Medykalizacja w Gdańsku doby oświecenia*, „Klio”, 15, 2010, s. 67, 71, 76; TENŻE, *Proces medykalizacji szpitali gdańskich, Aspekty socjalne, prawne i ekonomiczne (1755-1874)*, „Annales Academiae Medicae Gedanensis”, 37, 2007, Supplement I, zob. szczególnie s. 364-372

<sup>9</sup> M. SŁOŃ, *Szpitale średniowiecznego Wrocławia*, Warszawa 2000, s. 259.

<sup>10</sup> K. PEKACKA-FALKOWSKA, *Dżuma w Toruniu w trakcie III wojny północnej*, Lublin 2019, s. 199-206.

<sup>11</sup> A. KARPIŃSKI, *Pauperes. O mieszkańcach Warszawy XVI i XVII wieku*, Warszawa 1983, s. 303-304.

<sup>12</sup> Zob. Rozdział I, przypis 1.

<sup>13</sup> Wbrew tradycyjnej historiografii była praktykowana już w XIII w. Zob. A. ESPOSITO, *Assistenza e organizzazione sanitaria nell'Ospedale di Santo Spirito*, w: *L'antico ospedale di Santo Spirito dall'istituzione papale alla sanità del terzo millennio: convegno internazionale di studi*, Roma, 15-17 maggio 2001 Roma 2001-2002 (dalej cyt. AOSS), „Il Veltro. Rivista della Civiltà Italiana”, 45, 2001, nr 5-6, s. 206. Por. A. CANEZZA, M. CASALINI, *Il Pio Istituto di S. Spirito e Ospedali Riuniti di Roma*, Roma 1933, s. 146.

wykrystalizowała się później, spychając opiekę socjalną (hospicyjno-przytułkową) nad biednymi na margines, a od XVI w. w zupełny niebyt. W regule widnieją także wskazówki dotyczące przyjmowania prostytutek i kobiet rodzących, pielgrzymów i gości, zarówno nobili – ci byli przyjmowani w „specjalnym miejscu” i obsługiwani „z szacunkiem”, jak i osob zakonnych i kościelnych, przez co szpital był wtedy uznawany za kurialny<sup>14</sup>. Gdy chodzi o leczniczo-medyczny charakter szpitala, pozostawał on niezmienny od samego zarania i trwa nadal. O ile szpitale, jako przytułki przechodziły wielowiekową ewolucję od funkcji socjalnej do funkcji medycznej, to Szpital Świętego Ducha w Rzymie od początku pełnił też funkcję medyczną.

To właśnie funkcja i misja medyczna modelowego szpitala kanoników Świętego Ducha stała się przedmiotem dociekań i rozważań niniejszej pracy, która stanowi kontynuację wcześniejszych badań dotyczących opieki nad dziećmi porzuconymi. Przed dwudziestu pięciu laty w swojej książce autor pisał: „Infermeria w Szpitalu Świętego Ducha w Rzymie stanowi obiekt zupełnie przez badaczy nieknięty”. Sytuacja ta nie zmieniła się do dzisiaj. Powstanie monografii leczniczo-medycznej części tego szpitala jest więc osiągnięciem pionierskim. Tym samym szpital doczekał się dwuczęściowego, acz integralnego opracowania obydwu odrębnych instytucji, znajdujących się jednak w tym samym kompleksie budowlanym. Pierwsza część, poświęcona opiece nad podrzutkami (*brefotrofium*), ukazała się w wersji polskiej i włoskiej<sup>15</sup>.

W tym właśnie kontekście pojawił się problem sformułowania tytułu i przyjęcia odpowiedniego terminu na określenie badanej instytucji, który oddawałby adekwatnie jej istotę i sedno. Analogicznie do poprzedniej książki można było użyć sformułowania: „chorzy w Szpitalu ...”, ewentualnie „Lecznicza funkcja Szpitala ...”. Pierwsze z nich nie objęłoby całego spektrum zagadnień, gdyż chorzy byli wprawdzie bardzo ważym przedmiotem analiz, ale tylko jednym z wielu. Podobnie drugie ograniczałoby rolę szpitala tylko do leczniczej funkcji, pomijając równie ważne zadania edukacyjne. Ponadto termin „szpital” sugeruje w pełni integralną instytucję, łącznie z podrzutkami i serią agend z nim związanych (*Conservatorio*, *Scuola dei putti*), również klasztorem sióstr duchaczek, opiekujących się dziećmi. Ostatecznie sięgnięto po stare średniowieczne terminy używane na określenie chorego (*infirmus* – „niemocny”) oraz lecznicy (*infirmaria* – dosł. „niemocnica”). To ostatnie słowo, w spolszczonej wersji „infermeria”, oznacza miejsce, w którym przebywali chorzy. W dawnych czasach istniały one masowo

<sup>14</sup> A. ESPOSITO, *Assistenza e organizzazione*, s. 203, 206.

<sup>15</sup> Polski i włoski tytuł tej monografii: *Dzieci porzucone w Szpitalu Świętego Ducha w Rzymie w XVIII wieku*, Lublin 1998 oraz *Il brefotrofo dell'Ospedale di Santo Spirito in Roma nel XVIII secolo*, Conferenze 115, Varsavia-Roma 2002.

wewnątrz klasztorów benedyktyńskich, do których przybywali też chorzy z zewnątrz. Przy tak zdefiniowanym tytule infirmeria oznacza tę część szpitala, w której przebywali chorzy – *infirmi*, leczeni przez lekarzy i chirurgów<sup>16</sup>. Dla uniknięcia monotonii językowej alternatywnie i zamiennie będzie też używany klasyczny termin „szpital”, rozumiany oczywiście w aspekcie funkcji leczniczej.

Szpital Świętego Ducha był lecznicą wielooddziałową i wielofunkcyjną. Znajdowały się w nim oddziały dla gorączkujących, dla chorych na gruźlicę, dla dotkniętych szkorbutem czy świerzbem oraz dla chorych na kamienie. Dominowali bezwzględnie pacjenci z różnymi gorączkami, wywołanymi szczególnie malarią, która stanowiła prawdziwą plagę w całym Lacjum. Oprócz leczenia gorączek szpital był sławny z wewnętrznego szpitalika chirurgicznego dla zranionych (*Ospedaleto dei Feriti*). Należy też wspomnieć o wewnętrznym szpitaliku, w którym leczono chorych ze służby i personelu szpitalnego – *Ospedale della Famiglia*, szpitaliku dla upośledzonych umysłowo oraz o elitarnym, małym szpitaliku dla nobilitowanych, którzy na tle olbrzymiej populacji chorych pochodzących z niższych stanów społecznych byli rzadkim wyjątkiem. Patrycjusze, notable, dostojnicy kościelni byli leczeni w swoich domach, pałacach czy zamkach, korzystając z prywatnych, najlepszych, sownie opłacanych medyków, natomiast, zgodnie z wolą papieży Szpital Świętego Ducha służył jako miejsce bezpłatnego leczenia tzw. biedoty. W Infirmerii Świętego Ducha wykształcono oryginalny, niespotykany współcześnie, system kształcenia chirurgów i służby pielęgniarskiej, polegający na tym, że młodzi mężczyźni obsługiwali pacjentów i jednocześnie studiowali w szkole chirurgicznej. Infirmeria była zatem instytucją zarówno leczniczą, jak też edukacyjną.

W Infirmerii Świętego Ducha istniało kilka agend o profilu edukacyjno-badawczym, mających na celu przygotowanie i szerzenie wiedzy i kultury medycznej, kształcenie lekarzy, przede wszystkim chirurgów, a także umożliwienie nauki pracującym pielęgniarkom. Chodzi o słynną bibliotekę i akademię medyczną, które ufundował lekarz papieski Giovanni Maria Lancisi (1654-1720). W szpitalu istniały też teatr i muzeum anatomiczne, obie instytucje złożone w 1772 r. Zadaniem teatru było organizowanie publicznych pokazów anatomicznych. Organizacja, repertuar, poziom pokazów, doświadczeń oraz eksperymentów anatomiczno-medycznych to jedno z najbardziej frapujących zagadnień badawczych. Ważną funkcję pełniła znakomicie zaopatrzona apteka, stanowiąca zarazem wytwórnię leków.

Jednym z celów pracy jest omówienie edukacyjnej roli tej, by tak powiedzieć, akademii i kliniki medycznej w kształceniu lekarzy, chirurgów i służby pielęgniarskiej.

---

<sup>16</sup> Temat w tym sformułowaniu nie budził wątpliwości ze strony polskich i zagranicznych recenzentów projektu badawczego,

skiej. Analizie poddano rozbudowaną grupę lekarzy i chirurgów, ich wykształcenie, drogi kariery, osiągnięcia badawcze i pracę dydaktyczną, sposoby rekrutacji, wzajemne relacje, status społeczny, przedstawiono wybitne postacie z tego środowiska, wreszcie związki z wydziałem medycyny i katedrą chirurgii na *Sapienzy*, czyli rzymskim uniwersytecie. Takiej samej charakterystyki dokonano odnośnie do paramedycznej służby pielęgniarstwa, bardzo różnorodnej i rozwarstwionej pod względem stanowisk. Zanalizowano dualistyczną rolę „archiszpitała”, z jednej strony przyciągającego największe autorytety świata medycyny, z drugiej kształcącego rzesze chirurgów i fachową służbę pielęgniarstwa i okołochirurgiczną na potrzeby innych szpitali oraz prywatnych osób w bardzo szerokim aspekcie geograficznym.

Główny nacisk został położony na wymiar społeczny instytucji, na jej „zbiórnik” ludzkie – pensjonariuszy. Ważne było ukazanie rozwoju medycyny i leczenia, procesu medykalizacji i odpowiedzi na pytanie, na ile świętoduska infirmeria odgrywała swoją główną rolę na tle innych szpitali leczniczych Rzymu i Europy. Gdy chodzi o pacjentów, zwrócono uwagę na ich liczebność, rodzaje chorób, wiek, wyznanie, pochodzenie społeczne i geograficzne, ruch chorych, długość hospitalizacji, testamenty, przepływ między szpitalami, epidemie i ich częstotliwość, rodzaje i uwarunkowania społeczne chorób, izolację zakaźnie chorych, śmiertelność, skuteczność terapii, przyczyny zgonów. Wreszcie istotne jest pytanie, na ile naprawdę leczono, a na ile szpital był w rzeczywistości „umieralnią”; jakie były standardy relacji lekarz–pacjent. Ważnym celem badań stało się przedstawienie struktury wewnętrznej i wyposażenia infirmerii, sposobów leczenia, stosowanych medykamentów, etiologii chorób, jak też ustalenie pór roku, w których miała miejsce największa i najmniejsza skala hospitalizacji.

Intencją było ukazanie Infirmerii Świętego Ducha w szerszym kontekście społecznym, kościelnym i cywilnym oraz w perspektywie przemian modelu opieki zdrowotno-medycznej i społecznej na tle „rewolucji” naukowych XVII i XVIII w. i zachodzących przemian w całej w Europie przełomu XVIII i XIX w. Fundamentalne były odpowiedzi, na ile infirmeria świętoduska stanowiła pod względem medycznym awangardę na tle innych szpitali europejskich, szczególnie po wprowadzeniu w XVIII w. innowacyjnych procedur medycznych (spisów chorych) i założeniu nowych wewnątrzszpitalnych instytucji.

Wyjątkowy status szpitala, przez wieki będącego „własnością” Stolicy Apostolskiej, rodzi wiele pytań, na które odpowiedzi mogą mieć charakter ambiwalentny. Chodzi mianowicie o następujące pytania: Jak dualizm władzy papieskiej (jednocześnie kościelnej i państwowej) wpływał na funkcjonowanie i specyfikę unikatowej w Europie instytucji? Czy i na ile ten status był czynnikiem stymulującym i ułatwiającym jego rozwój w sferze medycznej i ekonomicznej?



Czy w dobie oświecenia szpital papieski był nadal instytucją dobroczynną, opartą na miłosierdziu chrześcijańskim, czy już nowoczesną kliniką państwową, nadzorowaną przez papieża jako przywódcę Państwa Kościelnego? Czy nadal pozostawał pod kontrreformacyjnym wpływem Kurii rzymskiej, podejrzliwej wobec nowych eksperymentów? Jaka była bezpośrednia rola papieży w życiu szpitala, którzy wydawali w tej sprawie setki bulli, brew, dekretów i edyktów?

W pracy podjęto się kompleksowego omówienia infirmaryjnej funkcji Szpitala Świętego Ducha. Postawiono pytanie: Czy infirmeria rzymska miała inspiracyjny i modelowy wpływ na rozwój medycyny i kształtowanie się nowoczesnego szpitala? Problematyka badawcza zahacza więc o historię medycyny, gdyż zasadnicze jądro tematu stanowią chorzy, personel lekarski, środki lecznicze, stosowane metody kuracji. Wszystko to wiąże się bezpośrednio z medycyną i jej progresem, co w szpitalu kanoników Świętego Ducha można było wyraźnie obserwować. Nie chodzi jednak o szczegółowe analizy *stricte* medyczne, które wymagałyby szczegółowej wiedzy lekarskiej i pogłębionych dociekań nad starowłoskimi nazwami chorób, narzędzi chirurgicznych, niezliczonej ilości leków, traktatów medycznych itp. Problemy zostały przebadane na tyle, by móc stworzyć całościowy obraz Szpitala Świętego Ducha jako lecznicy i miejsca uprawiania medycyny wraz ze wszystkimi aspektami jego działalności i przybudówkami (struktura, apteka, instytucje oświatowe, cmentarz), procedury przyjmowania do szpitala, życie religijne, życie codzienne, zarząd, rola papieży).

Praca jest więc w pierwszym rzędzie monografią, syntezą historii szpitala, przekazującą spory zasób wiedzy z zakresu dawnej medycyny, a także z dziejów nowożytnego Rzymu, papieży i Państwa Kościelnego. Reformujący wiatr XVIII stulecia, wiejący do wielu krajów europejskich, takich jak austriacka Lombardia czy Królestwo Neapolu, nie docierał do Państwa Kościelnego, które wydawało się zamknięte w swoich religijnych nakazach na zabronione innowacje. Święta Kongregacja Indeksu monitorowała pisma autorów oświeceniowych, zakazując rozpowszechniania i czytania nowych idei<sup>17</sup>. Rzym, tradycyjnie uważany za ojczyznę papieżstwa kontrreformacyjnego i inkwizycji, nigdy nie był traktowany jako główny ośrodek naukowy. Nowsze jednak badania podkreślają szczególnie charakter nauki i medycyny w mieście i jego instytucjach: uniwersytetach i akademiach (przede wszystkim słynnej *Accademia dei Lincei*), szpitalach, bibliotekach, klasztorach i sądach, a także w Kurii papieskiej i Kongregacji Indeksu<sup>18</sup>. Przyczynił

<sup>17</sup> M. PICCIALUTTI, *L'Ospedale di Santo Spirito nel secolo XVIII. Organizzazione e riforme*, w: AOSS, s. 269-287. Szerzej na ten temat zob. M. ROSA, *Settecento religioso. Politica della ragione e religione del cuore*, Venezia 1999.

<sup>18</sup> Por. *Conflicting Duties: Science, Medicine and Religion in Rome, 1550-1750*, red. M.P. Donato, J. Kraye, London 2009. Szczególnie jeden z artykułów: M. CONFORTI, *The Biblioteca Lancisiana and the 1714 edition of Eustachi's anatomical plates, or Ancients and Moderns reconciliated*, s. 323-330.

się do tego papież Benedykt XIV, który za swojego pontyfikatu (1740-1748) podjął wiele ożywczych kroków, w szczególności unowocześnił jeden z zasadniczych sektorów wizerunku Rzymu, jakim była działalność charytatywna na rzecz biednych i chorych. Jak pisze Maura Piccialuti, „wielu zagranicznych podróżnych, zarówno katolików, jak i niekatolików, widząc imponujące szpitale i ogólnie gościnność (*accoglienza*), którą Rzym oferował ubogim chorym, uważało, że działalność charytatywna jest metodą rządzenia [...] W jego państwie [Benedykta XIV], targanym kryzysami gospodarczymi [...], opieka stawała się głównym celem działalności Kościoła”<sup>19</sup>. Miasto skupiało wybitnych lekarzy, których przyciągali purpuraci, również sam Szpital Świętego Ducha. Nigdzie nie było tylu sławnych medyków, przy tym twórców dzieł naukowych, co na dworze papieskim, nigdzie też nie było tak wielkiej liczby różnorodnych szpitali i instytucji charytatywnych<sup>20</sup>. Inna gama problemów, które poddano analizom, to poziom higieny sanitarnej społeczeństwa, etatowość personelu, rola kanoników regularnych Świętego Ducha w zarządzaniu szpitalem oraz infirmerią – ich udział w leczeniu i pielęgnowaniu chorych, życie sakramentalno-religijne chorych oraz rola spowiedników, kapłanów polecających dusze, członków innych zakonów prowadzących duszpasterstwo.

W nawiązaniu do wcześniejszej książki o *brefotrofium* Szpitala Świętego Ducha, chcąc opracować chronologicznie kompatybilną jej drugą część, badania zamierzano ograniczyć do XVIII w., czyli – w perspektywie europejskiej – do „wieku oświecenia”. Kwerendy archiwalne wykazały jednak, że materiał źródłowy dla wcześniejszego okresu jest na tyle bogaty i ilościowo porównywalny do dokumentacji z następnego stulecia, że pozwala na rozszerzenie ram czasowych i przesunięcie ich o sto lat wstecz. Dzięki temu łatwiej jest śledzić powolne zmiany w postkontreformacyjnej polityce papieży w stosunku do „nowoczesnej medycyny”, postęp w badaniach empirycznych, prace nad szczepionkami, zakładanie nowych instytucji edukacyjnych, przeprowadzanie sekcji zwłok, zrównywanie się statusu lekarzy i chirurgów, wzrost znaczenia chirurgii, wprowadzenie statystyk chorych etc. Dwuwiekowa przestrzeń analiz pozwoli też np. prześledzić stan medycyny w dwu ważnych dla rozwoju nauki epokach – racjonalizmu i oświecenia.

Wiek XVIII to okres intrygujący badawczo dla dziejów świętoduskiej infirmerii, gdyż ogniskują się w nim i stykają dwie epoki w dziejach medycyny. Daje on możliwość obserwowania ewolucji sztuki medycznej i przechodzenia od tradycyjnych późnośredniowiecznych i wczesnonowożytnych form leczenia do

---

<sup>19</sup> M. PICCIALUTI, *L'Ospedale di Santo Spirito*, s. 269. W tymże artykule szerzej o reformach Benedykta XIV w Szpitalu Świętego Ducha.

<sup>20</sup> M. SURDACKI, *Dzieci porzucone w Szpitalu Świętego Ducha w Rzymie w XVIII wieku*, Lublin 1998, s. 51-69.

nowoczesnego szpitala, w którym z pewnym opóźnieniem zaczęto na szerszą skalę praktykować naukowe osiągnięcia i postulaty medyczne siedemnasto- i osiemnastowiecznych filozofów, lekarzy i filantropów, takich jak: Gottfried Wilhelm Leibniz (1646-1717), John Howard (1726-1790) czy Filip Pinel (1745-1826). Intrygujące są pytania: Na ile papieże w tradycyjnym konserwatyźmie akceptowali w „Archiospedale Apostolico” oświeceniowe nowinki i koncepcje naukowe (często antykościelne) w zakresie medycyny i dbali o naukowo-postępowały wymiar szpitala? Jaki był stosunek Stolicy Apostolskiej do świeckich stowarzyszeń i akademii naukowo-badawczych?

Prądy oświeceniowe przyniosły radykalne zmiany w koncepcji miłosierdzia, wyrażające się w upaństwowieniu i laicyzacji szpitali oraz wykształceniu się instytucji leczniczy, w tym szpitali specjalistycznych. Idee te, urzeczywistniane przez rewolucję francuską, rozprzestrzeniały się po całej Europie. Zmierzch XVIII w. zamyka pewną epokę w rozwoju szpitali, stanowi cezurę, okres przejściowy między szpitalami na ogół kościelnymi, specjalizującymi się w opiece nad biednymi, a szpitalami nowego typu, których główną funkcją było leczenie. Schyłek XVIII w. to kształtowanie się współczesnego pojęcia opieki społecznej, za którą odpowiedzialne stawało się państwo.

Za górną granicę przyjęto koniec XVIII w., zbiegające się z nim powstanie Republiki Rzymskiej i panowanie Napoleona w Państwie Kościelnym. Te czasy przyniosły istotne zmiany w sposobie administrowania szpitalem i przyczyniły się do niechybnego upadku Zakonu Kanoników Regularnych Świętego Ducha<sup>21</sup>, sprawującego dotychczas rządy na szpitalem. Badania kończą się okresem, który miał bardzo duże znaczenie w procesie stopniowego przechodzenia od modelu państwa wyznaniowego (z prawnym uprzywilejowaniem religii panującej) do oddzielenia Kościoła od państwa. Jakkolwiek głównym przedmiotem badań uczyniono XVII i XVIII w., to dla celów porównawczych lub dla wyjaśnienia przyczyn bądź następstw badanych zjawisk często będzie się sięgać do archiwaliów szesnasto- i dziewiętnastowiecznych.

Wykorzystując teorię i koncepcję społecznej historii medycyny, która obligeje do stawiania szczegółowych pytań badawczych, hipotez, przypuszczeń oraz wyciągania wniosków, a więc inne podejście niż typowy opis faktów historycznych, wynikających wprost ze źródeł, starano się nadać badaniom nowatorskie ujęcie. Fakty stały się punktem wyjścia do analiz porównawczych, szukania społecznych uwarunkowań i przyczyn tego, co działo się wewnątrz szpitala. Starano się stosować metodę „egzogenną”, pozwalającą ukazać wpływ czynników zewnętrznych np. na fluktuację liczby chorych i skalę i przyczyny ich umieralności w infirmerii,

---

<sup>21</sup> Ostatni regularny duchak na świecie zmarł w 1875 r. w Rzymie (w Polsce w 1823 r. w Krakowie).



następnie szukać i udzielać odpowiedzi na pytania wynikające z uzyskanych danych źródłowych w kontekście perspektywy rzymskiej i europejskiej sytuacji społecznej, politycznej, kościelnej itp.

W polskiej literaturze naukowej brak opracowań poświęconych infirmeryjnej funkcji Szpitala Świętego Ducha w Rzymie, taka działalność pozostawała dotąd w naszym kraju nieznaną, za wyjątkiem lakonicznych wzmianek w niektórych artykułach Klary Antosiewicz, która jako jedyna zajmowała się zakonem duchaków w Polsce. Informacje o infirmerii rzymskiego szpitala świętoduskiego w naszym kraju upowszechniał jedynie autor projektu w swojej poprzedniej książce i kilkunastu artykułach<sup>22</sup>.

Historia szpitalnictwa, zwłaszcza jego infirmeryjnej funkcji, nie należała nigdy do głównych nurtów badawczych w badaniach historycznych, a przecież choroby i potrzeba ich leczenia, zwłaszcza epidemie, były stałym syndromem cywilizacji. Na tle innych, licznych placówek opiekuńczych Rzymu samemu Szpitalowi Świętego Ducha poświęcano sporo miejsca w pracach ogólnych. Historyczno-źródłowy wymiar mają dzieła napisane w XVII w. przez Camillo Fanucciego i Carlo Boromeo Piazzę<sup>23</sup>, dające przegląd instytucji i inicjatyw charytatywnych w ówczesnym Wiecznym Mieście. Należy je jednak traktować raczej w kategoriach źródeł niż opracowań naukowych. Większe walory prezentują obszerne prace z połowy XIX w., a wśród nich monumentalne studium kardynała Carlo Luigi Morichiniego<sup>24</sup>. Zdecydowanie najlepszym dziełem jest synteza chrześcijańskiej dobroczynności rzymskiej pod redakcją Vincenzo Monachino. Szczególne cenne są w niej ogólne fragmenty odnoszące się do Szpitala Świętego Ducha<sup>25</sup>, tyle że nie są one oparte na analizie

---

<sup>22</sup> M. SURDACKI, *Infirmeria Świętego Ducha w Rzymie w XVII-XVIII wieku. Perspektywy badawcze*, „Archiwa Biblioteki i Muzea Kościelne”, 110, 2018, s. 381-394; TENŻE, *Życie religijne i sakramentalne w infirmerii Szpitala Świętego Ducha w Rzymie w XVII-XVIII wieku*, „Archiwa Biblioteki i Muzea Kościelne”, 115, 2021, s. 447-470; TENŻE, *Lekarze i chirurdzy e szpitalu Świętego ducha w Rzymie w XVII-XVIII wieku*, „Medycyna Nowożytna”, 28, 2022, z. 1, s. 11-52; TENŻE, *Posługa opiekuńcza i duszpasterska duchaków i kapucynów w Szpitalu Świętego Ducha w Rzymie w XVII-XVIII wieku*, „Archiwa Biblioteki i Muzea Kościelne”, 119, 2022, s. 417-436; TENŻE, *Studi di Chirurgia presso L'Ospedale Santo Spirito di Roma nei secoli XVII e XVIII*, „Nuova secondaria”, 60, 2022, nr 1 (settembre), s. 221-230; TENŻE, *Physicians and Surgeons at the Hospital of the Holy Spirit in Rome in the 17<sup>th</sup>-18<sup>th</sup> Centuries*, „Medicina nei secoli”, 35, 2023, nr 1, s. 93-112; TENŻE, *Testamenty chorych Szpitala Świętego Ducha w Rzymie w XVIII-XIX wieku*, „Nasza Przeszłość”, 140, 2023, s. 103-129; TENŻE, *Vita religiosa e sacramentale nell'Ospedale di Santo Spirito a Roma nei secoli XVII-XVIII*, „Ricerche di storia sociale e religiosa”, 2023, nr 95, s. 75-111.

<sup>23</sup> C. FANUCCI, *Trattato di tutte le Opere Pie dell'alma città di Roma*, Roma 1601; C. B., *Opere pie di Roma, descritte secondo lo stato presente*, Roma 1679.

<sup>24</sup> L.C. MORICHINI, *Degl'istituti di pubblica carità e di istruzione primaria in Roma*, Roma 1835; TENŻE, *Degli istituti di carità per la sussistenza e l'educazione dei poveri e di prigionieri in Roma*, Roma 1870.

<sup>25</sup> *La carità cristiana in Roma, a cura di V. Monachino*, Bologna 1968.

źródłowej. Z nowszych opracowań dużą wartość ma praca Maury Piccialutti, omawiająca instytucje dobroczynne w Rzymie w pierwszej połowie XVIII w., w tym badaną infirmerię<sup>26</sup>.

Ważniejsza jest ocena dorobku historiograficznego na temat samego Szpitala Świętego Ducha w Rzymie. Prekursorem poważniejszych badań nad nim jest Alessandro Canezza<sup>27</sup>. Jego prace mają jednak charakter bardziej popularno-naukowy (brak przypisów czy wykazu źródeł), wzmianki zaś na temat infirmerii szpitalnej są rzadkie. Duży dorobek w piśmiennictwie dotyczącym Szpitala Świętego Ducha w Rzymie ma długoletni dyrektor Biblioteki zwanej *Lancisiana* Pietro De Angelis<sup>28</sup>. Jego rozprawy poświęcone wymienionemu szpitalowi też jednak nie spełniają podstawowych kryteriów naukowości (brak dokumentacji źródłowej, przypisów, bibliografii). Najbardziej przydatne w prowadzonych badaniach okazały się jego publikacje dotyczące agend szpitalnych, takich jak dietetyka szpitalna, *Accademia Lancisiana* i *Biblioteca Lancisiana*, apteka, Bractwo Świętego Ducha. Autorami nowszych publikacji na temat rzeczzonego szpitala są Flavia Colonna<sup>29</sup> oraz Carla Keywanian<sup>30</sup>.

Oprócz wyżej wymienionych autorów drobnymi, ale bardzo ważnymi aspektami życia rzymskiej infirmerii duchaków zajmowali się Benedetto De Altari<sup>31</sup> i Réginald Grégoire<sup>32</sup>, problemy służby medycznej poruszali zaś Pietro Savio<sup>33</sup> oraz Ignazio Pappalardo<sup>34</sup> i Anna Lia Bonella<sup>35</sup>. Warto wspomnieć jeszcze po-

---

<sup>26</sup> M. PICCIALUTTI, *La carità come metodo di governo. Istituzioni caritative a Roma dal pontificato di Innocenzo XII a quello di Benedetto XIV*, Torino 1994; TAŻ, *L'Ospedale di Santo Spirito nel secolo XVIII. Organizzazione e riforme*, w: AOSS, s. 269-287.

<sup>27</sup> A. CANEZZA, M. CASALINI, *Il Pio istituto di S. Spirito e ospedali Riuniti di Roma*, Roma 1933; A. CANEZZA, *Gli arcispedali di Roma nella vita cittadina nella storia e nell'arte*, Roma 1933.

<sup>28</sup> Jego prace wykorzystane w książce są cytowane w bibliografii.

<sup>29</sup> F. COLONNA, *L'Ospedale di Santo Spirito a Roma: lo sviluppo dell'assistenza e le trasformazioni architettonico-funzionali*, Roma 2009. Praca jest poświęcona szczególnie inwestycjom budowlanym i przekształceniom strukturalnym szpitala.

<sup>30</sup> C. KEYWANIAN, *The Hospitals and urbanism in Rome, 1200-1500*, Leiden 2015. Autorka przedstawia rozwój urbanistyczny Rzymu na przestrzeni trzech stuleci, skupiając się na budowie szpitali publicznych, w tym także Świętego Ducha (s. 339-383).

<sup>31</sup> B. DA ALTARI, *L'ospedale romano di S. Spirito in Sassia e i Cappucini. Note storico-commemorative del I centenario dell'assistenza spirituale affidata ai cappucini 1856-1956*, Roma 1956.

<sup>32</sup> R. GRÉGOIRE, *Servizio dell'anima quando del corpo nell'ospedale di Santo Spirito*, „Ricerche per la storia religiosa di Roma”, 3, 1979, s. 221-254.

<sup>33</sup> P. SAVIO, *Ricerche sui medici e chirurghi dell'Ospedale di Santo Spirito in Sassia. Secoli XVI-XVII*, „Archivio della Società Società Romana di Storia Patria”, XCIV (XXV) della serie III, 1971, s. 145-168.

<sup>34</sup> I. PAPPALARDO, *Litotomi e oculisti Preciani e Norcini-Soppressione del loro privilegio nell'ospedale di Santo Spirito nel 1751*, Roma 1963.

<sup>35</sup> A.L. BONELLA, *La professione medica a Roma tra Sei e Settecento*, „Roma moderna e contemporanea”, 6, 1998, s. 349-366.

pularny szkic kolejnego dyrektora Biblioteki *Lancisiana*, Angelo Palmy<sup>36</sup>. Oprócz wymienionych nie ma już innych opracowań, które szerzej odnosiłyby się do funkcjonowania Infirmierii Świętego Ducha jako całości, a nawet do wybranych sfer jej komplementarnej działalności. Istnieje za to parę wartościowych publikacji na temat lekarzy i chirurgów, rozwoju medycyny, badań anatomicznych, kształcenia chirurgów i ich pozycji zawodowej w wiekach nowożytnych, są one pomocne w badaniach nad leczniczo-edukacyjną działalnością szpitala duchaków (ich autorami są Maria Conforti, Silvana De Renzi, Elisa Andretta, Maria Pia Donato)<sup>37</sup>. Bardzo przydatne okazały się akta dwóch konferencji międzynarodowych, odbytych w 2009 r. w Pawii<sup>38</sup> oraz w 2010 r. w Fermo<sup>39</sup>, a poświęconych kształceniu lekarzy i chirurgów. Wiele zawartych w nich artykułów wykorzystano przy omawianiu problematyki personelu medycznego i chirurgicznego.

Najobszerniejszy zbiór artykułów prezentujących różne aspekty funkcjonowania Szpitala Świętego Ducha zawiera tom wystąpień na międzynarodowej konferencji w Rzymie (15-17 maja 2001 r.), poświęconej 800-letniej rocznicy fundacji szpitala (uczestniczył w niej autor pracy)<sup>40</sup>. Z punktu widzenia opisywanych badań godny uwagi jest artykuł Anny Esposito, dotyczący opieki sanitarnej w szpitalu, chociaż tylko w okresie średniowiecza, oraz Sylvii Dominici<sup>41</sup>. Ogólne wzmianki o Infirmierii Świętego Ducha w Rzymie można znaleźć w syntezach historii medycyny i chirurgii włoskiej Giorgio Cosmaciniego<sup>42</sup>, Salvatore De Rienzi<sup>43</sup>, Eleny Brambilla<sup>44</sup>. Z badaczy spoza Włoch studia nad Szpitalem Świętego Ducha prowadzą Eunice D. Howe (USA)<sup>45</sup> oraz Gisela Drossbach (Niemcy)<sup>46</sup>. Ich

<sup>36</sup> A. PALMA, *L'ospedale di Santo Spirito in Saxia*, Roma 1994.

<sup>37</sup> M. CONFORTI, S. DE RENZI, *Sapere anatomico negli ospedali romani. Formazione dei chirurghi e pratiche sperimentali (1620-1720)*, w: *Rome et la science modern: entre Renaissance et Lumières*. (Collection de l'École française de Rome; 403), 2008, s. 433-472; E. ANDRETTA, *Universo dei medici e mondo dei chirurghi nella Roma cinquecentesca. I 'Capitula Concordiae' del 1534*, „Medicina e storia”, 9, 2009, nr 17/18, s. 65-97; M.P. DONATO, *La medicina a Roma tra Sei e Seicento. Una proposte di interpretazione*, „Roma moderna e contemporanea”, 13, 2005, nr 1, s. 99-114.

<sup>38</sup> *Formare alle professioni. Figure della sanità*, red. M. Ferrari, P. Mazzarello, Pavia 2010.

<sup>39</sup> *La formazione del medico in eta moderna (secoli XVI-XVIII)*, red. R. Sani, F. Zurlini, Macerata 2012.

<sup>40</sup> M. SURDACKI, *Il „Conservatorio” e la “Scuola dei putti” nell'Ospedale di Santo Spirito nei secoli XVII e XVIII*, w: AOSS, s. 253-267.

<sup>41</sup> A. ESPOSITO, *Assistenza e organizzazione ...*, s. 239-241.

<sup>42</sup> G. COSMACINI, *Storia della medicina e della sanità in Italia. Dalla peste europea alla guerra mondiale. 1348-1918*, Bari 1994; TENZE, *La vita nelle mani. Storia di chirurgia*, Roma-Bari 2003.

<sup>43</sup> S. DE RENZI, *Storia della medicina italiana*, t. IV, Napoli 1846.

<sup>44</sup> E. BRAMBILLA, *La medicina del Settecento: Dal monopolico dogmatico alla professione scientifica*, w: *Malattia e medicina. Storia d'Italia, Annali 7*. red. F. Della Peruta, Torino 1984. s. 3-147.

<sup>45</sup> E. HOWE, *The Hospital of S. Spirito and Pope Sixtus IV*, New York 1978; TAŽ, *L'Ospedale di Santo Spirito come città ideale*, w: AOSS, s. 341-352.

<sup>46</sup> G. DROSSBACH, *Christliche caritas als Rechtsinstitut: Hospital und Orden von Santo Spirito in Sassia (1198-1378) (Kirchen- und Staatskirchenrecht 2)*, Paderborn 2005.

badania dotyczą jednak głównie średniowiecza. Z punktu widzenia historii medycyny i drobnych aspektów odnoszących się do Szpitala Świętego Ducha w Rzymie ważne jest czasopismo „*Medicina nei secoli*”.

W przypadku historii szpitalnictwa w Europie Zachodniej w XVII-XVIII w. literatura przedmiotu jest bardzo szeroka. Autorami ważniejszych prac przeglądowych anglo- i niemieckojęzycznych są: Dieter Jetter, Axel Hinrich Murken, Hans-Peter Rhomberg, Martin Scheutz<sup>47</sup>, Edward Chaney i Colin Jones<sup>48</sup>. Ukazują one ewolucję szpitali europejskich od średniowiecza po XVIII w., zarówno ich funkcji, jak i sposobu finansowania, zatrudniania personelu, relacji lekarz–pacjent, a także ich architektury. Wskazują one też, że to szpitale północnoeuropejskie zaczęły odgrywać główną rolę w dobie oświecenia. O największych szpitalach europejskich pisali: Johanna Bleker, Volker Hess, Ernst Peter Fischer, Georg Harig<sup>49</sup> (o szpitalach w Berlinie), Guenter B. Risse<sup>50</sup> (o szpitalach w Paryżu), James O. Robinson<sup>51</sup> (o szpitalach w Londynie), Ronald Sluijter<sup>52</sup> (o szpitalach holenderskich), Vera Nigrisoli Wårnhjelm<sup>53</sup> (o szpitalach szwedzkich), Bernhard Grois, Paul Pfeiffer<sup>54</sup> (o szpitalach wiedeńskich). W pracy tego ostatniego znajduje się także przegląd literatury do historii szpitalnictwa w XVIII w.

Jak wynika z powyższego omówienia, pomimo szeregu różnych rozproszonych publikacji Szpital Świętego Ducha jako infirmeria nie miał jednak jak dotąd

---

<sup>47</sup> D. JETTER, *Das europäische Hospital. Von der Spätantike bis 1800*, Köln 1986; A.H. MURKEN, *Vom Armenhospital zum Großklinikum. Die Geschichte des Krankenhauses vom 18. Jahrhundert bis zur Gegenwart*, 3. Auflage, Köln 1995; H.P. RHOMBERG, *Das Hospital. Heil- und Pflegestätten im Wandel der Zeit*, Lindenberg im Allgäu 2015; M. SCHEUTZ et al. (red.), *Hospitals and Institutional Care in Medieval and Early Modern Europe*, London 2009.

<sup>48</sup> E. CHANEY, *Philanthropy in Italy: English Observations on Italian Hospitals 1545-1789*, w: *The Evolution of the Grand Tour: Anglo-Italian Cultural Relations since the Renaissance*, 2<sup>nd</sup> ed., London 1998; C. JONES, *The Charitable Imperative: Hospitals and Nursing in Ancient Regime and Revolutionary France*, London 1999.

<sup>49</sup> J. BLEKER, V. HESS (red.): *Die Charité. Geschichte(n) eines Krankenhauses*. Akademie-Verlag, Berlin 2010; E.P. FISCHER, *Die Charité: Ein Krankenhaus in Berlin - 1710 bis heute*, Berlin 2010; G. HARIG G., *Ärzte und Patienten der Charité im 18. Jahrhundert*, „Miniaturen zur Geschichte, Kultur und Denkmalpflege Berlins”, nr 18, 1985. s. 26-36.

<sup>50</sup> G.B. RISSE, *Mending bodies, Saving Souls: A History of Hospitals*, New York 2009.

<sup>51</sup> J.O. ROBINSON, *The Royal and Ancient Hospital of St Bartholomew (Founded 1123)*, „Journal of Medical Biography”, 1999, vol. 1 (1): 23-30.

<sup>52</sup> R. SLUIJTER, *Oud, afgesloofd, behoeftig en arm. Bejaardenzorg in Leiden in de achttiende eeuw*, Doctoraalscriptie Universiteit Leiden, 1995.

<sup>53</sup> V. NIGRISOLI WÅRNHJELM, *Medicina e medici di corte in Svezia in Età Moderna: luoghi di itinerari formative*, w: *La formazione del medico in eta moderna (secoli XVI-XVIII)*, red. R. Sani, F. Zurlini, Macerata 2012, s. 51-76

<sup>54</sup> B. GROIS, *Das Allgemeine Krankenhaus in Wien und seine Geschichte, Mit einem Geleitwort von Erna Lesky*, Wien 1965; P. PFEIFFER, *Das Allgemeine Krankenhaus in Wien von 1784: vor dem Hintergrund der Geschichte des Hospitalwesens und der thesianisch-josephinischen Gesundheits- und Fürsorgepolitik im 18. Jahrhundert*, Münster 2012

zwartego opracowania naukowego. Nikt dotąd nie przeprowadził wyczerpujących badań nad całością tej instytucji. Wypełnienie tej „pustki” badawczej stało się zadaniem palącym i fundamentalnym ze względów naukowych, społecznych i cywilizacyjno-humanitarnych. Jest zaskakujące, że szpital świętoduski, znajdujący się w „kolebce chrześcijaństwa oraz europejskiego miłosierdzia” oraz miejscu studiów setek duchownych i naukowców z całego świata, nie znalazł jednak wśród nich prawdziwego historiografa. Być może przyczyną niechęci do podejmowania tej problematyki w ujęciu całościowym stał się ogrom instytucji i związanych z tym problemów, jak też liczba zachowanych materiałów archiwalnych. Na tym tle prezentowana rozprawa postawiła sobie za cel monograficzne przedstawienie pełnego obrazu funkcjonowania tej majestatycznej instytucji w konkretnym przedziale czasowym, a tym samym wypełnienia białej plamy w historiografii włoskiej i światowej.

Materiał źródłowy w samym tylko *Archivio di Stato di Roma* (ASR) liczy ponad 3 tys. teczek<sup>55</sup>. Niespotykane bogactwo i różnorodność archiwaliów powodują konieczność ich trafnego doboru i selekcji, a przy korzystaniu z nich kierowania się intuicją. Najwartościowsze spośród źródeł są protokoły wizytacji papieskiej szpitala, której dokonał w latach 1737-1749 kard. Leandro Porzia, z całą serią dekretów reformacyjnych<sup>56</sup>. Długa, kilkunastoletnia wizyta apostolska w Szpitalu Świętego Ducha stała się doświadczeniem, do którego odwoływano się w zarządzaniu każdym sektorem szpitala. Z rozwiązań podjętych dla największego rzymskiego instytutu opieki zdrowotnej i charytatywnej powstały (wyłoniły się) nakazy, regulacje i wskazania, które później znalazły zastosowanie także w innych szpitalach tego miasta<sup>57</sup>. Liczące ponad 400 stron protokoły stanowią skarbnicę informacji odnośnie do wszystkich sfer funkcjonowania szpitala (ujętych w układzie problemowym w strukturze monografii). Dają one bardzo krytyczny obraz funkcjonowania infirmerii. Doceniając ich fundamentalną wartość dla badań, należy pamiętać, że owa wizytacja, jak i wcześniejsze, wykorzystane z XVII w.<sup>58</sup>, koncentrują się na opisie negatywnych, czasem patologicznych stron życia szpitala, łącznie z zachowaniem personelu, pomijając w opisach to, co nie budziło wątpliwości. Należy zatem podchodzić ostrożnie i wyważenie do przekazów wizyta-

---

<sup>55</sup> Wszystkie wykorzystane w pracy źródła z *Archivio di Stato di Roma* znajdują się w dziale tematycznym *Archivio dell'Archiospedale di Santo Spirito*. Przy ich cytowaniu po skrócie nazwy (ASR) będą podawane numer księgi, te czki i tytuł dokumentu (zob. przykład poniżej).

<sup>56</sup> ASR. nr 902, *Visita Apostolica deputata ... 1737*; ASR nr 905, *Ordini e Decreti della Santa Visita Apostolica. 1737*.

<sup>57</sup> M. PICCIALUTI, *L'Ospedale di Santo Spirito*, s. 286.

<sup>58</sup> Na przykład ASR, nr 1296, *Visita Apostolica di Clemente VIII de'31 agosto 1592*; ASR, nr 1296, *Atti della ...1679*.

cyjnych, które nie mogą w pełni kreować generalnego i obiektywnego obrazu świętoduskiej infirmerii.

Odrębną bezcenną grupę materiałów stanowią źródła normatywne, wydawane z dużą częstotliwością przez papieży i przełożonych generalnych, pozwalające ukazać zalecany model organizacji szpitala<sup>59</sup>. Do badań statystycznych podstawę będą stanowić pojawiające się od drugiej dekady XVIII w. *Ristretti Generali*, drukujące syntetyczne liczbowe podsumowania chorych<sup>60</sup>. To novum w dokumentacji i sprawozdawczości szpitala, pozwalające na realizację najbardziej intrygujących zadań badawczych, tj. kompleksowe analizy ogromnego zbioru hospitalizowanych, którzy pospołu z rzeszą podrzutków szpitalnych tworzyli łącznie z chorymi innych rzymskich placówek medycznych swego rodzaju odrębny stan społeczny – biedoty rzymskiej i ludzi zmarginalizowanych. Wielce przydatne były również wszelkie raporty i opisy sporządzone przez przełożonych, przedstawiające faktyczny stan funkcjonowania infirmerii<sup>61</sup>. Szczególne ważne są wykazy codziennych obowiązków pensjonariuszy szpitala oraz regulaminy normujące ten problem<sup>62</sup>. Nie mniejsze znaczenie mają spisy personelu i urzędników administracyjnych, czyli – jak to określano – rodziny szpitalnej<sup>63</sup>.

Powyższa bardzo pobieżna charakterystyka źródeł daje tylko ogólny pogląd o wartości i rodzajach archiwaliów stanowiących podstawę badań nad leczniczo-medyczną funkcją Szpitala Świętego Ducha w Rzymie. Nie sposób przedstawić wszystkich wykorzystanych w pracy rodzajów źródeł, dlatego będą one w miarę potrzeb omawiane w trakcie analiz.

\*

Rozpoczęte pod koniec lat 80. XX w. badania nad dziejami Szpitala Świętego Ducha w Rzymie miały początek w stażu naukowym, odbytym w latach 1980-1981 na Uniwersytecie *Sapienza* pod kierunkiem wybitnego naukowca i polityka, śp. Prof. Gabriele de Rosa, który zainspirował mnie do podjęcia tej problematyki, i przez wiele następnych lat służył jako Mistrz i przewodnik naukowy w Rzymie. Zdobyte wtedy doświadczenia zapoczątkowały trwającą do dziś ścisłą i nieprzerwaną współpracę z Italią i włoskimi ośrodkami naukowo-universyteckimi. W tym miejscu pragnę przywołać i wspomnieć mojego znamienitego Mistrza i wychowawcę śp. Prof. Stanisława Litaka oraz śp. Prof. Jerzego Kłoczowskiego,

<sup>59</sup> Na przykład ASR, nr 7, *Editto da osservarsi ... 1736*.

<sup>60</sup> Na przykład ASR, nr 1414, *Ristretto deg'Infermi entrati, partiti, e morti ... 1717*.

<sup>61</sup> Na przykład ASR, nr 1414, *Stato nominativo degl'Infermi ... 1811*.

<sup>62</sup> Na przykład ASAR, nr 1409, *Regole da osservarsi nell'Arcispedale ... 1654*.

<sup>63</sup> Na przykład ASR, nr 1414, *Famiglia dello Spedale ... 1767*



który otworzył mi „okno na świat” naukowy Europy i umożliwił liczne wyjazdy i stypendia zagraniczne. Wszystkim im za to dziękuję i wyrażam cześć. Mówiąc o Rzymie i Włoszech, pragnę podkreślić nieocenioną, wszechstronną pomoc i troskę w czasie moich pobytów w Wiecznym Mieście ze strony Pani Wandy Gawrońskiej, fundatorki Centro Incontri e Studi Europei oraz Associazione Pier Giorgio Frasati dell’Università Amici Cattolica di Lublino, z których stypendiów korzystałem.

Szczególne słowa podziękowania pragnę skierować pod adresem Towarzystwa Naukowego KUL z Panią Dyrektorką Aliną Żuk za wydanie nie tylko tej książki, ale i za pomoc w przygotowywaniu grantów naukowych, w których ramach ta publikacja powstawała. Dziękuję także red. Stanisławowi Sarkowi za redakcję, korektę i komputerowe przygotowanie książki do druku.

Wreszcie najważniejsze i najgłębsze podziękowania, które trudno jest wyrazić w perspektywie i bilansie długiego życia naukowego i prywatnego, mianowicie wielkie wyrazy wdzięczności najbliższej Rodzinie. Dziękuję za wspólne czterdzieści lat i otrzymane dobro mojej ŻONIE EWIE, moim DZIECIOM oraz śp. RODZICOM. To dla nich przede wszystkim, a nie tylko dla nauki, powstawały kolejne książki, to oni zawsze wspierali mnie i towarzyszyli na trudnych naukowych i życiowych ścieżkach, to dzięki ich poświęceniu i zrozumieniu mogłem realizować swoje naukowe i życiowe pasje.



Kompleks szpitalny *S. Spirito in Sassia* na Borgo Santo Spirito w Rzymie.

Domena publiczna

## Rozdział I

# INFIRMERIA SZPITALNA – STRUKTURA I ORGANIZACJA

### 1. PIERWOTNA FUNDACJA

Jeden z największych średniowiecznych papieży, Innocenty III (1198-1216), uważając, że liczący wówczas 35 tysięcy mieszkańców Rzym powinien, jako kolebka chrześcijaństwa, stanowić szczególne centrum miłosierdzia i dobroczynności, ufundował między 1198 a 1201 r. nad Tybrem, w pobliżu Bazyliki św. Piotra, wielki szpital *ad usum infirmorum et pauperum* („na użytek chorych<sup>1</sup> i biednych”). Administrację i zarząd nowego szpitala powierzył w grudniu 1204 r. twórcy zakonu duchaków Gwidonowi z Montpellier i jego współpracownikom, przybyłym właśnie z Montpellier<sup>2</sup>. Gwidon został zatem mianowany pierwszym przełożonym generalnym szpitala w Rzymie, któremu – jak już wspomniano – początkowo nadano nazwę *Santa Maria in Saxia (in Sassia)*, by w 1207 r. zmienić ją na obowiązującą do dzisiaj: *Santo Spirito in Saxia*<sup>3</sup>. O lokalizacji szpitala rzymskiego zadecydowała bliskość



Bł. Gwidon z Montpellier  
Za: zakony-na-swiecie.  
blogspot.com

<sup>1</sup> Po łacinie „chorzy” są tu nazwani *infirmi*, czyli dosłownie „niemocni”, z czego wzięła się tytułowa „infirmieria” (z łac. *infirmaria* – dosłownie „niemocnica”), czyli nazwa pomieszczenia przeznaczonego dla chorych, zwłaszcza w budynkach zamieszkiwanych przez duże grupy osób. W średniowieczu infirmierie umieszczone przy klasztorach pełniły funkcję także przytułku dla ludzi starych i ubogich. W języku czeskim szpital to po dziś dzień *nemocnice* (kalka językowa łacińskiej *infirmarii*).

<sup>2</sup> Zakon Świętego Ducha, a właściwie Zakon Kanoników Regularnych Świętego Ducha z Saxia (łac. *Ordo Fratrum Canonice Regularium Sancti Spiritus de Saxia*) – skrótowo duchacy de Saxia albo po prostu duchacy – żyjący według Reguły św. Augustyna, został założony w Montpellier w Królestwie Francji około 1180 r., kiedy Gwidon z Montpellier wybudował tam szpital pomagający biednym ludziom i porzuconym dzieciom i oddał swoje dzieło pod patronat Ducha Świętego. Regułę Zakonu Świętego Ducha zatwierdził papież Innocenty III 22 kwietnia 1198 r. (browe *His praecipue*). Duchacy nosili czarną szatę z białym krzyżem o dwóch ramionach poprzecznych (symbol Trójcy Świętej), a wszystkie zakończenia tegoż krzyża miały rozdwojone rogi (symbolizujące dwanaście owoców Ducha Świętego). Por. K. ANTOSIEWICZ, *Duchacy*, w: *Encyklopedia katolicka*, t. IV, Lublin 1995, kol. 299-301.

<sup>3</sup> F. LA CAVA, *Liber Regulae Sancti Spiritus. Testo comentato*, Milano 1947, s. 21-23; A. CANEZZA, M. CASALINI, *Il Pio Istituto di S. Spirito e Ospedali Riuniti di Roma*, Roma 1933, s. VII-IX, XII-XIII; A. CANEZZA, *Gli Arcispedali nella vita cittadina, nella Storia e nell'Arte*, Roma 1933, s. 8-10, 13-14.



Krzyż  
duchaków



Watykanu oraz tradycja, a mianowicie fakt, że wiele wieków wcześniej w tym miejscu były usytuowane wielkie placówki charytatywno-opiekuńcze. Już w 498 r. papież Symmachus (Simmakiusz) wybudował tu *xenodochium* (z gr. ξενοδοχείον [*ksenodochion*], czyli „miejsce noclegowe dla przybyszów, obcych, zajazd, gościniec”), na którego ruinach królowa anglosaska Ina erygowała w 727 r. słynne hospicjum *Schola Saxonum*, przeznaczone dla swoich współrodaków pielgrzymujących do grobu św. Piotra. Pod koniec XI w. zostało ono zniszczone. Przy ocalałym kościele *S. Maria in Saxia*, związanym ze zdewastowaną *Schola Saxonum*, powstał Szpital Świętego Ducha. Od wspomnianego kościoła szpital duchacki przyjął początkowo wezwanie św. Maryi, a ponadto tak od nazwy kościoła, jak i nazwy dawnego hospicjum anglosaskiego przylgnęło doń na zawsze antyczne dopowiedzenie *in Saxia (in Sassia)*<sup>4</sup>.

Szpital Świętego Ducha w Rzymie od 1228 r. stał się domem generalnym całego zakonu, a rezydującemu w nim stale przełożonemu generalnemu – komendantowi (wł. *commendatore, precettore*)<sup>5</sup> podlegali wszyscy zwierzchnicy szpitali duchackich rozproszonych po całej Europie<sup>6</sup>. Działalność i funkcjonowanie Szpitala Świętego Ducha, jak i pozostałych szpitali duchackich były regulowane przez *Liber Regulae S. Spiritus*, którego autorem był Gwidon z Montpellier<sup>7</sup>.

Prace i powinności duchaków nie ograniczały się do przyjmowania i udzielania pomocy w swoich placówkach tym, którzy się o nią sami zwrócili. Byli wręcz zob-

---

W polskiej literaturze historycznej i pokrewnej na temat tegoż szpitala, jak i zakonu duchaków, a także sformułowań z nimi związanych, zwykło się używać formy „Świętego Ducha”, na wzór bodaj ich nazwy łacińskiej i włoskiej, a więc niejako odwróconej w stosunku do oficjalnego polskiego imienia Trzeciej Osoby Trójcy Świętej, czyli Duch Święty (zob. chociażby w *Credo* czy w codziennej formule: „W imię Ojca i Syna, i Ducha Świętego”). Tak też jest w niniejszej książce. Przy tym używany niekiedy przymiotnik „świętoduski”, oznaczający ‘odnoszący się do Ducha Świętego’, czyli do kościoła lub nawet ulicy (tak jest chociażby w Lublinie) pod wezwaniem lub nazwą Ducha Świętego, też nawiązuje do formy „Święty Duch”.

<sup>4</sup> F. LA CAVA, *Liber Regulae*, s. 23-24; A. CANEZZA, *Gli Arcispedali*, s. 6-7; A. CANEZZA, M. CASALINI, *Il Pio Istituto*, s. V-VI.

<sup>5</sup> W niniejszej publikacji na oznaczenie tej funkcji przyjęto formę „komendator” (jako spolszczenie włoskiego słowa *commendatore*), nazwę obecną już w języku polskim – w słowniku W. Doroszewskiego (<https://sjp.pwn.pl/doroszewski/komendator;5441070.html>), a oznaczającą funkcję przełożonego (niższą od wielkiego mistrza) w analogicznym co do funkcji zakonie, a mianowicie w Zakonie Szpitala Najświętszej Maryi Panny Domu Niemieckiego w Jerozolimie, czyli u krzyżaków: „Na czele [zakonu Krzyżaków] stał wielki mistrz, po nim szedł wielki komendator, który ziemią chełmińską zawiadował: był zastępcą i głównym doradcą mistrza” [Moracz. Dzieje II, 10].

<sup>6</sup> F. LA CAVA, *Liber Regulae*, s. 24.

<sup>7</sup> A. PALMA, *Breve guida storica al S. Spirito in Saxia*, Rieti 1995, s. 6-7; F. LA CAVA, *Liber Regulae*, s. 79-89; P. DE ANGELIS, *Regula sive Statuta Hospitalis Sancti Spiritus. La più antica regola ospitaliera di Santo Spirito*, Roma 1954; A. CANEZZA, *L'ospedale romano di S. Spirito negli ordinamenti e nelle miniature del "liber regulae"*, w: *Atti del III congresso nazionale di studi romani*, Vol. II, Bologna 1935, s., s. 12-21.

wiązani do poszukiwania biednych i chorych po miastach i ulicach, a następnie do transportowania ich – na taczkach, noszach czy w lektyce – do szpitala<sup>8</sup>. Od samego początku Szpital Świętego Ducha w Rzymie zdecydowanie górował wielkością, zamożnością i skalą roztaczanej opieki nad pozostałymi placówkami duchackimi w Europie<sup>9</sup>. Pietro de Angelis nazwał ufundowany przez papieża Innocentego III szpital „dworem miłosierdzia”, goszczącym, żywiącym i wspomagającym bezdomnych, prześladowanych, podrzutki, kobiety rodzące, grzesznice, prostytutki. Według niego stanowił on fundament i centrum dobroczynności i opieki społecznej, inspirujące i przyspieszające rozwój szpitalnictwa – rzymskiego, włoskiego, europejskiego i w ogóle światowego<sup>10</sup>.



Historyczna grafika z wedutą na budynki szpitala i kościoła Świętego Ducha

Chociaż w początkowej fazie swojej działalności Szpital Świętego Ducha w Rzymie był otwarty na niemalże wszystkie kategorie potrzebujących, to jednak dominującą jego funkcją była wówczas opieka nad chorymi i ubogimi (*pauperes et infirmi*), która stanowiła zasadniczy cel jego działalności co najmniej do końca XIV w.<sup>11</sup> Prawie brak natomiast śladów źródłowych o przyjmowaniu

<sup>8</sup> F. LA CAVA, *Liber Regulae*, s. 83, 102.

<sup>9</sup> A. PALMA, *Breve guida storica*, s. 6; A. CANEZZA, M. CASALINI, *Il Pio Istituto*, s. IX; A. CANEZZA, *Gli Arcispedali*, s. 10; F. LA CAVA, *Liber Regulae*, s. 23.

<sup>10</sup> P. DE ANGELIS, *L'ospedale di Santo Spirito in Saxia*, vol. II: *Dal 1301 al 150*, Roma 1962, s. 65. Zob. też: A. CANEZZA, M. CASALINI, *Il Pio Istituto*, s. XXVI.

<sup>11</sup> P. DE ANGELIS, *L'ospedale di Santo Spirito in Saxia*. vol. II, s. 15-16, 19; A. CANEZZA, M. CASALINI, *Il Pio Istituto*, s. VIII, XII, XIII.

podrzutków do Szpitala Świętego Ducha w Rzymie w pierwszych wiekach jego funkcjonowania, pomimo że opieka nad takimi dziećmi była bardzo mocno eksploatowana przez założyciela zakonu, Gwidona, w *Liber Regulae*: „Orphani infantes proiecti pro posse domus nutriantur”, czyli żeby dzieci porzucone w miarę możliwości w domu [zakonnym] były karmione. Również proveniencyjna legenda, zakorzeniona silnie w historiografii, mówi, że zasadniczym powodem ufundowania szpitala był proroczy, makabryczny sen papieża Innocentego III, w którym ukazywali mu się rybacy wylawiający w sieciach zamiast ryb zwłoki nowo narodzonych dzieci, porzuconych przez matki. Miał on pobudzić papieża do aktu ekspiacyjnego i budowy nad Tybrem szpitala dla dzieci niechcianych, w miejscu, gdzie we śnie papieża znajdowano utopione dzieci<sup>12</sup>.

Prawdopodobne jest więc, że Szpital Świętego Ducha w Rzymie, również w pierwszych dwóch wiekach istnienia, zajmował się porzuconymi dziećmi. Nie ulega natomiast wątpliwości, że funkcja szpitala jako instytucji nastawionej także na opiekę nad podrzutkami wykrytowała się w wiekach późniejszych, szczególnie za papieża Eugeniusza IV (1431-1447) i papieża Sykstusa IV (1471-1484). Obaj w wydanych przez siebie bullach wyraźnie wspominali o potrzebie otoczenia opieką dzieci porzuconych – problemie dotychczas przemilczanym lub ledwie sygnalizowanym przez ich poprzedników<sup>13</sup>. Wraz z pojawieniem się przy Szpitalu Świętego Ducha przytułku przyjmującego porzucone dzieci wykształcił się cały system opieki nad nimi, polegający na oddawaniu podrzutków na wychowanie do rodzin zastępczych, a następnie przekazywaniu ich w adopcję, na służbę i na naukę rzemiosła. W tym samym czasie swoją działalność rozpoczęło tak zwane *Conservatorio*, gdzie mieszkały już dorosłe podrutki płci żeńskiej. Równocześnie powstała szkoła dla dorastających porzuconych chłopców (*Scuola dei putti*). U schyłku XV w. system opieki nad podrzutkami w Szpitalu Świętego Ducha w Rzymie był już w pełni wykształcony i ugruntowany. Świadczy o tym bulla papieża Innocentego VIII (1484-1492) z 1488 r., gwarantująca odpust osobom karmiącym, wychowującym i adoptującym podrutki szpitalne, a także tym, którzy wstępują z nimi w związki małżeńskie<sup>14</sup>.

Jak widać, przez pierwsze dwa wieki szpital był nastawiony przede wszystkim na udzielanie pomocy chorym i ubogim. Od około połowy XV w. zaczął się zdecydowanie przekształcać w przytułek dla dzieci porzuconych, zachowując

---

<sup>12</sup> A. CANEZZA, M. CASALINI, *Il Pio Istituto*, s. VII-VIII. Legenda ta została w XV-XVI wieku utrwalona w postaci fresków na murach szpitalnych. Zob. P. DE ANGELIS, *L'architetto*; A. CANEZZA, *Gli Arcispedali*. Owa legenda znajduje potwierdzenie także w źródłach. Zob. ASR, nr 3098, *Succinta Notizia del Ven. Archiospedale di Santo Spirito*, 1602, s. 2.

<sup>13</sup> A. CANEZZA, M. CASALINI, *Il Pio Istituto*, s. XXXVI-XLVI.

<sup>14</sup> Tamże, s. XLVI-XLVII.

jednocześnie funkcję szpitala dla chorych<sup>15</sup>. Przede wszystkim szpital zatracił charakter przytułku dla ubogich, choć leczeni w nim w czasach nowożytnych pacjenci należeli do niższych warstw społecznych, wręcz biedoty.



Niejakie punkt rozpoznawczy *brefotrofium* – tzw. okno życia  
w Szpitalu Świętego Ducha w Rzymie Wikimedia. Domena publiczna

Szpital Świętego Ducha w Rzymie, podobnie jak i Zakon Kanoników Regularnych Świętego Ducha, w XIII i XIV w. przeżywał okres największej świetności. Jego pozycji nie osłabiły nawet czasy trwającej około 70 lat rezydencji papieża w Awinionie (1309-1377). Tragiczne skutki dla szpitala przyniosła natomiast

---

<sup>15</sup> Tamże, s. XIII, A. CANEZZA, *Gli Arcispedali*, s. 14.



wielka schizma (1378-1417). W trakcie walk toczących się między zwolennikami konkurujących ze sobą papieży szpital uległ zniszczeniu i popadł w ruinę<sup>16</sup>.

Wyraźny ślad na historii Szpitala Świętego Ducha w Rzymie odcisnął pontyfikat Eugeniusza IV, który podejmował próby reform zmierzających do odbudowy szpitala. Najważniejszym jego posunięciem było wybudowanie odrębnego małego szpitalika filialnego dla chorych kobiet w okolicach Camposanto Teutonico. Oznacza to, że wcześniej Szpital Świętego Ducha zajmował się leczeniem chorych obojga płci. Decyzja papieża Eugeniusza IV była reakcją na zniszczenie budynków szpitalnych; nie można już w nich było zagwarantować separacji chorych ze względu na płęć. Istotne znaczenie miał również niedobór żeńskiego personelu opiekuńczego (duchaczek), co zmuszało do angażowania personelu męskiego do pielęgnacji chorych kobiet. Zdaniem papieża takiej sytuacji nie można było dłużej tolerować, gdyż sprzeniewierzała się ona zasadzie zachowywania dobrych obyczajów i moralności w szpitalu. Nowy szpital dla kobiet został podporządkowany administracyjnie szpitalowi macierzystemu, jego bowiem zarząd i personel tworzyły siostry duchaczki<sup>17</sup>.

Reformatorskie wysiłki papieża Eugeniusza IV nie zdołały jednak zapobiec dalszemu upadkowi szpitala ani przyczynić się do poprawy warunków egzystencji jego podopiecznych. Ostateczny cios wspaniałej pierwotnie budowli zadał pożar w 1471 r.

## 2. BUDOWLA SYKSTYŃSKA I JEJ ROZWÓJ

Papież Sykstus IV (1471-1484), wizytując na początku swojego pontyfikatu zrujnowany szpital, zanotował: „mury upadające, budynki wąskie i ohydne, pozabawione powietrza i elementarnych wygod, bardziej przypominają miejsce przeznaczone na więzienie niż do leczenia ludzi”. Po dokonanej wizji podjął w 1473 r. decyzję o budowie od podstaw całkowicie nowego szpitala na fundamentach starego. Prace zostały zakończone na początku 1477 r. W bulli wydanej rok później pisał: „po zburzeniu starych, upadających budowli szpitalnych, zbudowaliśmy szpital, powiększając go na szerokość i na długość, wyposażając w krużganki, pomieszczenia i budynki bardziej przestrzenne i wygodne”<sup>18</sup>. Monumentalny i nowoczesny jak na owe czasy szpital, który pod względem architektonicznym stanowił jeden z najpiękniejszych w Rzymie kompleksów budow-

<sup>16</sup> A. CANEZZA, M. CASALINI, *Il Pio Istituto*, s. XXI, XXIX, XXXIII-XXXIV.

<sup>17</sup> Tamże, s. XXXIV-XXXVI; A. CANEZZA, *Gli Arcispedali*, s. 35-37. A. ESPOSITO, *Assistenza e organizzazione sanitaria nell'Ospedale di Santo Spirito*, w: AOSS, s. 210; E. HOWE, *L'Ospedale di Santo Spirito come città ideale*, w: AOSS, s. 341-352.

<sup>18</sup> P. DE ANGELIS, *L'ospedale di Santo Spirito in Saxia*, vol. I: *Dal 1301 al 1500*, Roma 1960, s. 104, 320.

lanych Odrodzenia<sup>19</sup>. Swoją wielkością, przepychem i walorami architektonicznymi górował on wyraźnie nad innymi największymi szpitalami włoskimi, zbudowanymi w epoce Renesansu: *Ospedale Maggiore* w Mediolanie, *Ospedale del Pammatone* w Genui, *Ospedale degli Innocenti* we Florencji<sup>20</sup>. W przebudowanym szpitalu sykstyńskim nadal przebywały kobiety, tym razem w oddzielnych niż mężczyźni salach<sup>21</sup>.

Jeśli chodzi o budowle, w których przebywali i byli leczeni chorzy, to na szczególną uwagę zasługuje wzniesiona z inicjatywy papieża Sykstusa gigantycznej wielkości sala o wymiarach 125 m długości, 12 m szerokości i 13 m wysokości. Ze względu na imię fundatora była zawsze nazywana *Corsia Sistina* lub *Sala Sistina*, a z uwagi na monumentalność – Wielką Salą (*Corsia Grande*)<sup>22</sup>. Ponadto w nowym szpitalu była wtedy mniejsza sala, skierowana w kierunku rzeki, zwana *Ospedaletto*, oraz pomieszczenie dla osób nobilitowanych (*pro nobilibus et honestis personis*)<sup>23</sup>. Budowla sykstyńska, składająca się z wymienionych sal, dwóch dziedzińców i wieży z dzwonnica, ze względu na jednolitą harmoniczną formę, jest uznawana za jedno z najwspanialszych dzieł architektonicznych Renesansu we Włoszech, jej zaś twórca, Baccio Pontelli (1450-1492), za największego architekta pracującego w piętnastowiecznym Rzymie<sup>24</sup>. Przez pięć wieków w Wielkiej Sali kładziono tylko osoby dotknięte gorączkami malarycznymi. Pacjentów z innymi chorobami umieszczano w odrębnych oddziałach lub przyjmowano do pozostałych szpitali rzymskich, specjalizujących się w udzielaniu pomocy cierpiącym na inne choroby<sup>25</sup>.

Przynajmniej do lat czterdziestych XVIII w. *Sala Sistina* stanowiła bazę leczniczej części Szpitala Świętego Ducha, to w niej umieszczano absolutną większość chorych. W 1571 r. szpital mógł pomieścić 130 łóżek: 30 – w *Ospedaletto* i 100 w *Corsia Sistina*. W razie potrzeby istniała możliwość dostawienia kolejnych łóżek – *cariole* w środku sali między podwójnymi rzędami łóżek przylegających do obu podłużnych ścian. W czasie epidemii podczas czterech letnich miesięcy pod koniec XVI w. w Sali Sykstyńskiej zamiast dwu podwójnych rzędów łóżek

---

<sup>19</sup> P. DE ANGELIS, *L'ospedale di Santo Spirito in Saxia*, vol. II, s. 320-322; A. CANEZZA, M. CASALINI, *Il Pio Istituto*, s. XXXVII-XXXIX; P. DE ANGELIS, *L'architetto e gli affreschi di Santo Spirito in Saxia*, Roma 1961.

<sup>20</sup> A. CANEZZA, M. CASALINI, *Il Pio Istituto*, s. XL-XLI, LVIII.

<sup>21</sup> A. ESPOSITO, *Assistenza e organizzazione*, s. 210.

<sup>22</sup> Tamże; A. CANEZZA, *Gli Arciospedali*, s. 46; ASR, nr 3098, *Succinta Notizia del Ven. Archiospedale di Santo Spirito*. 1602; ASR, nr 3098, *Notizie riepilogate su fondazione di S. Spirito*, w: *Ordine di S. Spirito. Commendatori e Canonici*; P. DE ANGELIS, *L'ospedale di Santo Spirito in Saxia*, vol. I, s. 348.

<sup>23</sup> M. VANTI, *Un umanista del Cinquecento in funzione di riformatore, Bernardino Cirillo commendatore e maestro generale dell'Ordine di S. Spirito (1556-1576)*, Roma 1936, s. 118.

<sup>24</sup> P. DE ANGELIS, *L'ospedale di Santo Spirito in Saxia*, Vol. I, s. 320-323, 325.

<sup>25</sup> P. DE ANGELIS, *La Spezieria dell'Ospedale di Santo Spirito in Saxia e lotta contro la malaria*, Roma 1954, s. 7.

CORSIA SISTINA LUB SALA SISTINA,  
ZWANA TEŻ CORSIA GRANDE (WIELKĄ SALĄ)



Widok na XVII-wiecznej rycinie i na współczesnej fotografii. Fot. M. Surdacki

ustawiono sześć rzędów, w sumie 300 łóżek. Natomiast zimą rzadko zdarzało się, by dostawiano *cariole* czy łóżka podwójne<sup>26</sup>. *Sala Sistina* była przeznaczona wyłącznie dla chorych mężczyzn. Należy bowiem pamiętać, że w drugiej połowie XV w. nie przyjmowano do właściwego Szpitala Świętego Ducha chorych niewiast. Szpital ten udostępniono ponownie dla chorych kobiet od XVI w. Umieszczane były one jednak w odrębnym kompleksie budynków, powstających w XVI w. wzdłuż *Via dei Penitenzieri*<sup>27</sup>. W wiekach późniejszych chorych kobiet we właściwym szpitalu duchaków także nie było.

Długie, szerokie sale, wzdłuż których ustawiano na całej długości przynajmniej dwa szeregi łóżek, były typowe dla większości dużych szpitali przeznac-

<sup>26</sup> M. VANTI, *Un umanista del Cinquecento*, s. 118-119. W sumie z dodatkowymi *cariole* w sali mogło być pięć rzędów łóżek.

<sup>27</sup> A. CANEZZA, M. CASALINI, *Il Pio Istituto*, s. XLVII-XLVIII.

czonych dla chorych. Niekiedy ustawiano w nich dodatkowe rzędy miejsc do spania i terapii, czego przykładem jest szpital *S. Giacomo degli Incurabili*, którego główną bazę stanowiła sala dla mężczyzn o wymiarach: 100 m długości, 10 m szerokości i 8 m wysokości. Zgodnie z założeniem ustawiono tam szeregi łóżek na 170 osób, można było jednak dostawić pośrodku dwa kolejne rzędy. Pod nią była mniejsza sala dla kobiet na 93 łóżka. W latach 1580-1600 średnio przebywało tam dziennie od 90 do 160 pacjentów<sup>28</sup>. Porównując powierzchnie największych sal w obu szpitalach, wyraźnie większa była *Corsia Grande* w szpitalu świętoduskim (1500 m kwadratowych wobec 1000), a poza tym jeszcze wyższa.

Przykład ten pokazuje, że trudno jest precyzyjnie ustalić „pojemność” takich placówek, którą można rozważać w trzech aspektach. Po pierwsze, szpitale miały swoje założenia i limity fundacyjne, określające możliwość umieszczenia takiej liczby osób, która gwarantowała optymalne dla nich warunki pobytu. Bardzo często limity były z konieczności przekraczane, nieraz do skrajnych rozmiarów. Wykorzystywano wtedy różne pomieszczenia zastępcze nawet poza szpitalem. Zdarzało się wreszcie i tak, że w szpitalu występował ilościowy deficyt chorych w stosunku do możliwości lokalowych. Najbardziej obiektywnym miernikiem wielkości szpitala w kontekście możliwości przyjmowania liczby chorych był pierwszy przypadek. Według niego należy też oceniać wielkość Szpitala Świętego Ducha i jego możliwości hospitalizacyjne.

W bulli z 1488 r. papież Innocenty VIII (1484-1492) określił Szpital Świętego Ducha w Rzymie jako największy i zwierzchni dla wszystkich szpitali, łącznie z tym w Montpellier<sup>29</sup>.

Odbudowany przez papieża Sykstusa IV szpital, pomimo przejściowych trudności, przez kilka następnych wieków przeżywał nowy okres świetności. Nie brakowało wszakże tragicznych epizodów. W czasie wojen włoskich między królem francuskim Franciszkiem I i cesarzem niemieckim Karolem V w maju 1527 r. wojska cesarskie zdobyły i splądowały Rzym, w tym szpital duchaków. Wymordowano wszystkich jego pensjonariuszy oraz cały męski i żeński personel zakanny.

Wzniesione w drugiej połowie XV i XVI w. budynki stanowiły główny trzon szpitala i bazę jego funkcjonowania w przyszłych stuleciach. W późniejszych czasach dokonywano jednak nowych inwestycji, choć nieporównywalnie mniejszych od majestatycznej fundacji Sykstusa IV. W proces przebudowy szpitala wielki

---

<sup>28</sup> M. VANTI, *S. Giacomo degli Incurabili di Roma nel Cinquecento (Dalle Campagne del Divino Amore a S. Camillo de Lellis)*, Roma 1938, s. 25-29. W szpitalu przeznaczonym dla chorych weneńskimi leczono wodą drzewną (*acqua del legno*). By skorzystać z tej kuracji przybywali pacjenci z zewnątrz, którzy zatrzymywali się w szpitalu na krótki okres. Wtedy we wszystkich kwaterach szpitala można było umieścić nawet 730 łóżek.

<sup>29</sup> P. DE ANGELLI, *L'ospedale di Santo Spirito in Saxia*, Vol. I, Dal 1301 al 1500, Roma 1960, s. 307.



wkład wnieśli papież Aleksander VII (1655-1667) i współczesny mu przełożony generalny szpitala Francesco Maria Febei (1662-1680). Z ich inicjatywy wzniesiono wewnątrz kompleksu szpitalnego Salę Aleksandryjską (*Corsia Alessandrina*) dla chorych chirurgicznie oraz wybudowano gmach Banku Świętego Ducha<sup>30</sup>. Sala była podłużna – 152 palmy długości i 50 palmy szerokości<sup>31</sup> – i krótszym bokiem przylegała prostopadle do środka Sali Sykstyńskiej przy jej centralnym ołtarzu. Wraz z wybudowaniem *Sala Alessandrina* otwarto w niej nowy szpital dla rannych – *Ospedaletto dei Feriti*, przeznaczony dla chorych z ranami, złamaniami kości i innymi przypadkami wymagającymi interwencji chirurgów<sup>32</sup>.

O doskonałości całej instytucji był przekonany sekretarz Domenico Borgarucci, który w 1623 r. wyrażał niezliczone pochwały na temat budowli szpitalnej, podkreślając jej wspaniałość, szczególnie niezwykle piękno głównej sali<sup>33</sup>. Również według rękopisu pochodzącego z XVII w. Szpital Świętego Ducha stanowił dzieło wspaniałe i chwalebne (*magnifica e gloriosa*), górujące nie tylko nad innymi instytucjami charytatywnymi Rzymu, ale i całego świata. Był „głową” wszystkich szpitali erygowanych przez to zgromadzenie. Ze względu na rozłożystość i powierzchnię przypominał wielki zamek, obejmujący wiele monumentalnych budowli – pałaców z dziedzińcami. W jednym przebywały mamki, karmiące porzucone niemowlęta, w drugim – chłopcy z zakonnikami, nauczycielami (*scuola dei putti*), w trzecim – dziewczęta razem z siostrami w monasterze z kościołkiem wewnętrznym św. Tekli, ufundowanym przez Klemensa VIII (1592-1605). Wreszcie w czwartym budynku Sali Sykstyńskiej, zdolnym pomieścić 1000 łóżek, przebywali chorzy. Przylegał do niego okazały pałac przełożonych zakonu i szpitala (*palazzo del commendatore*), zbudowany w latach 1566-1572, w którym mieszkała cała rodzina szpitalna w liczbie 90 osób, wśród nich spowiednicy, kapelani, udzielający chorym sakramentów św. oraz inni księża i zakonnicy<sup>34</sup>.

<sup>30</sup> A. PALMA, *L'Ospedale di Santo Spirito in Saxia*, Roma 1994, s. 85; A. Canezza, *Gli Arciospedali di Roma nella vita cittadina nella storia e nell'arte*, Roma 1933, s. 46, 114. Na temat Sali Aleksandryjskiej zob. DE ANGELIS, *L'ospedale di Santo Spirito in Saxia*, vol. I: *Dal 1301 al 1500*, Roma 1960, s. 364; tenże, *L'Ospedale Apostolico di Santo Spirito in Saxia*, Roma 1955, s. 116; R. GRÉGOIRE, *Servizio dell'anima quando del corpo nell'ospedale di Santo Spirito*, „Ricerche per la storia religiosa di Roma”, 3, 1979, s. 235.

<sup>31</sup> Palm (*palm*) to miara odpowiadająca długości jednej dłoni (około 7,5 cm). Nowa sala miała więc nieco ponad 20 m długości i około 7 m szerokości.

<sup>32</sup> R. GRÉGOIRE, *Servizio dell'anima quando del corpo nell'ospedale di Santo Spirito*, „Ricerche per la storia religiosa di Roma”, 3 (1979), s. 235.

<sup>33</sup> Biblioteca Apostolica Vaticana (BAV), Barberiniano latino 1068, *Relatione del modo che si tiene ... nel governo dell'archiospedale di S. Spirito, scritta da fra Domenico Borgarucci dell'Ordine di Santo Spirito*, 1623, s. 3-3v. Relację tę wydał i zanalizował R. Grégoire (*Servizio dell'anima*, s. 221-254).

<sup>34</sup> ASR, nr 3098, Rękopis zaczynający się od słów: *Piazza dell'Opere Pie*, s. 5-6, 9 (ten rękopis ten powołuje się na słynne dzieło o rzymskim miłosierdziu i pobożności: A.B. PIAZZA, *Opere pie di Roma, descritte secondo lo stato presente*, Roma 1679. W kontekście dalszych rozważań podana

W tym pałacu mieściły się też założone później *Biblioteca Lancisiana*, *Academia Lancisiana* i *Muzeum Anatomiczne*.

Szukając analogii, można by przyrównać go do ufundowanej przez św. Bazylego (330-379) w 370 r. Bazyliady, którą ze względu wielkość budowli św. Grzegorz z Nazjanzu (329-390) opisywał jako usytuowane poza murami Cezarei „nowe miasto”. Wielki podziw dla tej budowli wyrażał też w innym miejscu, pytając: „Czymże jest w porównaniu do niego siedem bram w Tebach, mury Babilonii, piramidy Egiptu, koloseum na Rodos, Kapitol w Rzymie?”. Tak jak Szpital Świętego Ducha, stanowiła ona wzór dla szybko rozwijających się w następnych dwu wiekach na Wschodzie i Zachodzie instytucji charytatywnych<sup>35</sup>. Faktycznie renesansowy szpital nad Tybrem strukturą i organizacją wewnętrzną przypominał małe miasto. Eunice Howe, autorka z USA, porównała go nawet do miasta idealnego. Składał się z izolowanych obiektów, które, choć działały niezależnie, stanowiły sieć budynków o powiązanych funkcjach<sup>36</sup>.

Szpital musiał być budowlą niezwykłą, skoro zachwyty nad nim wyrażał podczas swojej wizyty w Wiecznym Mieście w 1511 r. sam Marcin Luter, którego trudno posądzać o przychyłność dla Rzymu. Wielkie wrażenie wywarła na nim nie tylko strona artystyczna i dekoracyjna, ale też sprawność funkcjonowania i poziom struktur sanitarnych, niespotykanych na tym poziomie w krajach pozaalpejskich<sup>37</sup>. Ogólnie wychwalał wszystkie szpitale włoskie, wzorowo zbudowane, zaopatrzone we wszystko, co konieczne, w których wyżywienie jest bardzo dobre, służba uprzejma, lekarze zdolni, a łóżka i sprzęty schludne i dobrze utrzymane. Uderzała w nich, jak twierdził, przede wszystkim godna podziwu czystość<sup>38</sup>. W XVII w. prawie wszyscy znaczący podróżni, nawet ambasador perski, wizytując Rzym, robili sobie obowiązkową przerwę i postój

---

liczba łóżek w Sali Sykstyńskiej wydaje się zawyżona. Tyle bywało po rozbudowie szpitala w połowie XVIII w. Opis pałacu komendatorów zawiera: A. CANEZZA, *Gli Arciospedali*, s. 67-72.

<sup>35</sup>A. PAZZINI, *L'ospedale nei secoli*, Roma 1958, s. 42-44, 48; S. LONGOSZ, *Ksenodochium – hospicjum wczesnochrześcijańskie*, „Vox Patrum” 16 (1996), z. 30-3, s. 293-294; V. MONACHINO, *L'antichità e l'alto medioevo*, w: *La carità cristiana in Roma*, a cura di V. Monachino, Bologna 1968, s. 83. J. Naumowicz, *Instytucje charytatywne św. Bazylego*, „Bazyliada”, „Vox Patrum” 16 (1996), z. 30-31, s. 137. Tu też szczegółowy opis budynków, struktury wewnętrznej i zaplecza oraz kategorii osób hospitalizowanych w Bazyliadzie (s. 129-134).

<sup>36</sup>E. HOWE, *L'Ospedale di Santo Spirito come città ideale*, s. 341, 347. Tam o architekturze średniowiecznego szpitala.

<sup>37</sup>A. CELLI, *Malaria e colonizzazione nell'Agro Romano dai più antichi tempi ai giorni nostri*, Firenze 1925, s. 231 A. CANEZZA, M. CASALINI, *Il Pio Istituto*, s. L.

<sup>38</sup>A. PAZZINI, *L'ospedale nei secoli*, Roma 1958, s. 243; A. CANEZZA, *Gli Arciospedali*, s. 55-56; A. CANEZZA, M. CASALINI, *Il Pio Istituto*, s. L; A. CELLI, *Storia di malaria nell'agro romano*, Città di Castello, 1925, s. 231; G. COSMACINI, *Storia della medicina e della sanità in Italia. Dalla peste europea alla guerra mondiale. 1348-1918*, Bari 1994, s. 190-191.

w Szpitalu Świętego Ducha<sup>39</sup>. Około 1526 r. populacja chorych w Szpitalu Świętego Ducha wynosiła 500; wyprzedzał go pod tym względem tylko dwór papieski z 700 członkami rodziny papieskiej, rezydującej na Watykanie. Dla porównania w innych dużych szpitalach rzymskich przebywało, w: *San Giacomo* – 170, w *San Giovanni* – 60, w *Consolazione* – 22<sup>40</sup>.

Centralną i największą część szpitala stanowiła *Corsia Grande*, inaczej Sala Sykstyńska, pośrodku której była usytuowana kaplica do celebrowania codziennej Mszy dla chorych, z galerią i kolumnami marmurowych ławek oraz ozdobnym ołtarzem i tabernakulum<sup>41</sup>. Dla skuteczniejszej opieki powierzono ją dozorowi trzech oddzielnych *guardii*; jednej na górze, drugiej na dole, gdzie ustawiono odpowiednio 182 i 147 łóżek dla gorączkujących, razem 329. W obu wydzielono razem cztery części – kwatery (*quartieri*). Trzecia zaś *guardia* obejmowała szpitalik dla rannych podzielony na dwie części - kwatery, w których w sumie były 84 łóżka. W całej *Corsia Grande*, łącznie ze szpitalikiem dla rannych, mieściło się 413 łóżek<sup>42</sup>.

Mimo że od początku istnienia szpital wzbudzał podziw i zachwyt, to jednak wobec ogromnych potrzeb i napływających tłumów chorych nie był w stanie wszystkich przyjąć i zabezpieczyć właściwej opieki, zwłaszcza w czasach epidemii i innych klęsk. Wobec przepełnienia chorych kładziono wówczas nawet na strychu lub w innych zakamarkach<sup>43</sup>. Pod koniec 1741 r. w czasie epidemii grypy w szpitalu było ustawionych 596 łóżek, a wszystkie były zpełnione, z wielkim uszczerbkiem dla chorych. Ponad połowę (313) stanowiły łóżka w *Corsia Grande*. Pozostałe były usadowione w mniejszej *Corsia Nuova* (130), szpitaliku dla rannych (*Ospedaletto dei Feriti*) (130), w korytarzu prowadzącym do szpitala S. *Filippo* dla rodziny szpitalnej (40), w samym szpitaliku S. *Filippo* (12) oraz w szpitaliku S. *Giacinto* dla chorych na gruźlicę (12)<sup>44</sup>.

---

<sup>39</sup> M. PICCIALUTI, *La carità come metodo di governo. Istituzioni caritative a Roma dal pontificato di Innocenzo XII a quello di Benedetto XIV*, Torino 1994, s. 14.

<sup>40</sup> A. CANEZZA, *Gli Arciospedali* s. 66.

<sup>41</sup> ASR, nr 3098, Rękopis zaczynający się od słów: *Piazza dell'Opere Pie*, s. 9.

<sup>42</sup> ASR, nr 67, Rękopis z XVIII w. rozpoczynający się od słów: „L'Gran Corsia dello Spedale di Santo Spirito”; ASR, nr 18, ASR, nr 18, *Regole da osservarsi nel Sacro, ed Apostolico Archiospedale di Santo Spirito in Sassia di Rom. Parte prima, In Roma MDCCLI*, s. 2.

<sup>43</sup> M. SURDAKCI, *Dzieci porzucone w Szpitalu Świętego Ducha w Rzymie w XVIII wieku*, Lublin 1998, s. 85-87; ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI, Prefazione*, s. 2-7. Zob. też ASR, nr 44, *Dimostrazione generale di tutta l'entrata*.

<sup>44</sup> ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata della Santità ... 1737*, s. 274.

### 3. WIELKA ROZBUDOWA – NUOVO BRACCIO

Dostrzegając ograniczenia budowlu, papież Benedykt XIV (1740-1758), powołując się na bullę poprzednika, Pawła V (1605-1621), na mocy edyktu z 23 maja 1742 r., podjął decyzję o wybudowaniu od fundamentów wzdłuż Tybru nowego skrzydła (inaczej ramienia) szpitala (*Nuova Corsia, Nuovo Braccio*) z przybudówkami, niewiele mniejszego od starego. Zalecił ponadto modernizację *Corsia Vecchia* (*Corsia Grande*) w starym szpitalu wraz z niektórymi agendami oraz dobudowanie części dla *Zitelle* z *Conservatorio*, które żyły dotąd w dużym ścisku. Wykonanie swojej woli powierzył kardynałowi Antonio Severio Gentiliemu, od 1741 r. wizytatorowi apostolskiemu szpitala. Wszystkie przedsięwzięcia finansowano ze środków zgromadzonych w Banku Świętego Ducha<sup>45</sup>. Jako że decyzję szybko zrealizowano, Benedykt XIV nazywany jest trzecim fundatorem szpitala, o zasługach podobnych do pierwszego i drugiego fundatora, Innocentego III (1198-1216) i Sykstusa IV (1471-1484)<sup>46</sup>. Nowa inwestycja zaburzyła nieco wcześniejszą architekturę, ponieważ łuki długiej kolumnady (portyku) zostały zamknięte przez dodanie nowej wielkiej sali (tzw. *Sala Benedittina*), która została przyklejona do wyrafinowanej artystycznie fasady Sali Sykstyńskiej, przysłaniając jej wschodni portyk<sup>47</sup>.

Powiększenie kompleksu szpitalnego o położone wzdłuż Tybru *Nuovo Braccio*, będące przedłużeniem po lekkim kącie *Braccio Vecchio*, stanowiło wielkie osiągnięcie dla mieszkańców Rzymu, samego szpitala, jego personelu oraz pensjonariuszy. Duże znaczenie miało też odnowienie starej części szpitala – *Braccio Vecchio*, stworzenie nowego cmentarza oraz wybudowanie nowego oratorium Bractwa Świętego Ducha w miejscu starego, które rozebrano, by umożliwić wzniesienie w jego miejscu nowego skrzydła. Po remoncie w *Corsia Grande* można było ustawić przy ścianie 83 łóżka, które wraz z *carriole* (łóżkami ruchomymi) i *terze* (łóżka trzecie) dawały łączną liczbę 249 miejsc do spania i terapii. Dodatkowo z boku, od strony ulicy, urządzono małe podłużne pomieszczenie (*Corsia Piccola*) na 42 łóżka, natomiast wyżej utworzono sklepienie, na którym znajdowały się pokoiki dla personelu szpitalnego. Zarówno w *Corsia Grande*, jak

---

<sup>45</sup> ASR, nr 1410, BENEDICTUS PP. XIV, *Reverendissimo Cardinale Gentili*; ASR, nr 7, *Ristretto del contenuto di dversi chirografi ... 1749*, s. 209v-210; ASR, nr 903, *Visita Apostolica in Santo Spirito, incominciata l'anno 1737 ... 1749*.

<sup>46</sup> P. DE ANGELIS, *L'ospedale di Santo Spirito in Saxia e le sue filiali nel mondo, L'assistenza medica e sociale dal secolo XII al secolo XIX in Europa, Asia, Africa, America*, Roma 1958, s. 63.

<sup>47</sup> P. DE ANGELIS, *L'ospedale di Santo Spirito in Saxia*, vol. I, s. 364. Zaraz po wielkiej powodzi, która załaziła Rzym w 1871 r., by uniknąć dalszego zalewania miasta przez Tyber obudowano rzekę murywanymi wałami. Wymagało to zburzenia i rozebrania Sali Benedyktyńskiej, przez co odsłonięto okaleczoną fasadę Sykstusa IV, z oknami z wyrzeźbionymi dekoracjami marmurowymi, a także niższą zniszczoną część; P. DE ANGELIS, *L'Ospedale Apostolico di Santo Spirito in Saxia nella mente e nel cuore dei papi*, Roma 1955, s. 124-126; A. CANEZZA, *Gli Arciospedali*, s. 116.

i w *Corsia Piccola* między co drugim łóżkiem przy murze były ustawione szafki dla chorych, pod nimi zaś płynęła woda z fontanny na Placu św. Piotra<sup>48</sup>.

Z kolei pomiędzy wielką salą w starym szpitalu (*Braccio Vecchio*) a salą w *Nuovo Braccio* usytuowano przedsionek (*atrium*), gdzie w razie potrzeby można było ustawić 12 łóżek. Od strony ulicy zamontowano drzwi ze schodkami, patrząc zaś w kierunku Tybru, gdzie wcześniej było oratorium Bractwa, po dobudowie urządzono dwa duże pokoje. Pierwsze przeznaczono dla Bractwa św. Filipa Neri i jego braci przybywających w dni powszednie świadczyć pomoc i miłosierdzie dla chorych, a w święta rozdzielać im pokarmy wzmacniające (*ristoro*). Drugie przekazano różnym towarzystwom (*compagne*), których członkowie również przychodzili w wyznaczone dni wspomagać chorych. Dalej, mijając wymienione pokoje, znajdował się okrągły teatr służący do pokazów anatomicznych. Nad drzwiami mieścił się chór wraz z pokojem dla dystyngowanych osób. Z tegoż przechodziło się do pokoju przełożonego infirmerii z okienkiem, przez które można było obserwować *Corsia Grande*<sup>49</sup>.

Z boku, w kierunku Tybru, było atrium z siedzeniami, balustradą i widokiem na rzekę. Z tego miejsca rekonwalescenci zaczerpywali świeżego powietrza. Na wprost mieścił się pokój na 60 łóżek oraz drugi taki sam na wyższej kondygnacji. Między wspomnianym pokojem a atrium po prawej stronie były schody prowadzące do fontanny, z której rurami płynęła woda do Sali Lancisi – w starym szpitalu. Zadbano o nowe wyposażenie sal szpitalnych, wstawiając wszędzie przy łóżkach chorych żelazne ławki i stoliki<sup>50</sup>. W czasie przebudowy zmieniono też umiejscowienie wąskiego szpitalika dla personelu (*spedaletto della famiglia*), znajdującego się dotąd w starym szpitalu, na bardziej przestrzenne pomieszczenie w nowym skrzydle nad Tybrem<sup>51</sup>.

Stary szpital w zasadzie nie został powiększony, za to dokonano w nim restrykturyzacji konkretnych oddziałów. Sala, w której przebywali dawniej, jak ich nazywano, świerzbowaci, miała formę portyku z łukami podtrzymującymi sklepienie, na którym mieściły się pokoje dla rodziny szpitalnej. Zimą ustawiano w niej paleniska (*fuoconi*) dla wygody ubogich, którzy przychodzili się tam ogrzać. W związku z tym funkcjonowało przysłowie: *Andante a comandare a Fuoconi di Santo Spirito*. W tej sali, nazywanej również *Corsia Nuova*, wszystkie łuki skle-

<sup>48</sup> ASR, nr 1301, *Relazione fatta da Ferrini alla S.S. di tutto quello che si è fatto nello Spedale di S. Spirito, e del trasporto dei Rognosi nello Spedale di S. Gallicano con utile*; ASR, nr 903, *Visita Apostolica ... 1737-1749*; A. CANEZZA, *Gli Arciospedali*, s. 115.

<sup>49</sup> ASR, nr 1301, *Relazione fatta da Ferrini*, s. 22-24; ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata ... 737*, s. 278-281, 299-302.

<sup>50</sup> ASR, nr 1301, *Relazione fatta da Ferrini*, s. 24-25; ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata ... 1737*, s. 281-284.

<sup>51</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 3-4.

pienne były pozamykane, a okna zasłonięte kotarami płóciennymi. Pod ceglaną nawierzchnią biegły kanały, co tworzyło brudną „martwą ziemię”, która szkodziła służbie oraz chorym, niszczyła też zawilgotniałe i pokryte pleśnią łóżka. Z przodu pałacu komendantów puszczono kanał ściekowy, wybrano wzdłuż całej sali śmierdzącą ziemię, przemieszczono z wewnątrz na ulice wszystkie przewody ściekowe, osuszono wapnem oraz suchym gruzem podłoże i ułożono posadzkę z nowej kwadratowej cegły z dwoma pokrywami do spływania wody, wybrukowano też miejsca przed szpitalem, zlikwidowano zagrożenia pożarowe i zaszklono okna. Dzięki temu ustąpiły smród i wilgoć, sala zaś wskutek renowacji stała się przewiewna, słoneczna, jasna, sucha, przez co nie psuły się już łóżka, a powietrze stało się zdrowsze<sup>52</sup>.

Gruntownej odnowie poddano również wąski pokój dla mających (*deliranti*) i chorych na szkorbut. Z powodu zniszczonego strychu bardzo w nim wiało, w czasie deszczu ciekła woda, a wąskie i ciemne okna, usytuowane tuż nad głowami chorych, nie dawały wystarczającego oświetlenia. W pokoju można było ustawić tylko cztery łóżka, więc gdy liczba chorych zwiększała się, możliwe było umieszczenie maksymalnie ośmiu łóżek, w ścisku jedno przy drugim. Panował tam dotkliwy smród, co źle wpływało na chorych, rodziny szpitalnej, lekarzy i chirurgów, którzy często nie przychodzili ze względu na niemożliwość do zniesienia zaduch. W ramach remontu pokój ten poszerzono, powiększono poddasze i oszklono okna, poprawiono posadzkę ceglaną, dzięki czemu stał się wygodny i można było umieścić w nim trzynastu chorych<sup>53</sup>.

Modernizacja szpitala objęła nie tylko oddziały i pomieszczenia dla chorych, ale także zaplecze usługowo-gospodarcze. Odnowiono i powiększono magazyn żywności i refektarz rodziny szpitalnej. Zbyt małe, oddalone od sal szpitalnych były pokoje zakrystiana i spowiedników, co powodowało, że wzywani do udzielenia sakramentów ciężko chorym nie zawsze zdążali na czas. Wyremontowano więc dla nich trzy pokoje w pobliżu chorych, dzięki czemu mogli bez zwłoki przybywać z posługą duchową. Trzy pokoje opuszczone przez spowiedników oddano księżom polecającym dusze, którzy ze względu na niedostatek miejsca byli czasem zmuszeni spać poza szpitalem<sup>54</sup>.

Nieodzowny element funkcjonowania szpitala stanowiły kuchnie – jedna dla chorych, a druga dla rodziny szpitalnej. Były tak ciasne, że kucharze ledwie się w nich mijali i cierpieli z powodu żaru od ognia. Wobec tego kuchnię dla personelu powiększono tak, że mogła odtąd służyć również chorym. Poprawiono urządzenia

<sup>52</sup> ASR, nr 1301, *Relazione fatta da Ferrini*, s. 28-30. Zob. też ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata (...) 1737*, s. 154-155.

<sup>53</sup> ASR, nr 1301, *Relazione fatta da Ferrini*, s. 31.

<sup>54</sup> Tamże, s. 32-34.



doprowadzające wodę, wymieniono piecyki oraz ustawiono nowoczesne palenisko do gotowania posiłków<sup>55</sup>. W czasie wizytacji stwierdzono, że w szpitalach, w których „królują” choroby, podstawową potrzebą jest otwarte i zdrowe powietrze. Niestety na dziedzińcu z tyłu szpitala, w przestrzeni zupełnie zamkniętej i bez przewiewu, panowało stęchłe, niezdrowe powietrze. Rozebrano więc starą kuchnię i przeprowadzono inne renowacje, dzięki czemu powietrze krążyło wszędzie swobodnie. Ponadto wybrukowano dziedziniec, na którym były umieszczone siedzenia dla rekonwalescentów chcących zaczerpnąć świeżego powietrza<sup>56</sup>.

Opis przebudowy i nowych inwestycji z lat czterdziestych XVIII w. wykazał ewidentne mankamenty w strukturze budowlano-lokalowej szpitala, ograniczenia przestrzenne, niefunkcjonalność i niedostosowanie do potrzeb. Oprócz niedoboru miejsca we znaki dawały się szczególnie: brak dobrego dziennego oświetlenia, wilgotność, złe powietrze, zimno i hulający wiatr z powodu nieszczelności okien i dachu. Taki stan budowli został odziedziczony po minionej epoce. W tej formie, z drobnymi zmianami, szpital funkcjonował od lat 80. XV w. Restrukturyzacja dokonana dzięki Benedyktowi XIV rozpoczęła nowy etap w jego dziejach. Przede wszystkim prawie podwoiła się w szpitalu liczba miejsc dla chorych.

Po zakończeniu prac budowlanych inspektor Giovanni Battista Ferrini podziękował papieżowi za wszystkie decyzje i protektorat. Podkreślił, że dzięki rozbudowie i reformom, wdrożonym w czasie kilkunastoletniej wizytacji apostolskiej, szpital całkowicie zmienił wygląd, stał się majestatyczny i czysty, podczas gdy wcześniej prawie wszyscy uciekali stamtąd i nie zbliżali się do niego w obawie przed zakażeniem i przez wstręt, jaki budził. Odtąd przemienił się w instytucję uniwersalną, kompletną i wzorcową na cały Rzym, i – jak twierdził – „nie ma teraz żadnych osobistości czy luminarzy, którzy oglądając cuda i wielkie dzieła Wiecznego Miasta, nie chcieliby podziwiać położonego na Tybrem szpitala”. Nie omieszkał też podziękować wizytatorowi, kardynałowi Gentilemu, i komendatorowi Pallaviciniemu za skuteczne wykonanie woli papieża<sup>57</sup>.

Inwestycje i rekonstrukcje z lat czterdziestych XVIII w. polepszyły w ogromnym stopniu warunki lokalowe szpitala i zwiększyły jego pojemność. W wyniku tego szpital zyskał w *Nuovo Braccio* miejsca dla 443 pacjentów, a w *Braccio Vecchio* dla 514, co w sumie umożliwiało położenie na łóżkach 957 osób<sup>58</sup>. Nieco inne dane podają akta wizytacji, według których we wszystkich pomieszczeniach *Braccio nuovo* można było ustawić 430 łóżek, najwięcej w *Corsia Grande* (255), w tym łóżka przy murze, ruchome, trzecie oraz dodatkowe, następnie w *Corsia*

<sup>55</sup> Tamże, s. 34-36.

<sup>56</sup> Tamże, s. 37.

<sup>57</sup> Tamże, s. 40-41.

<sup>58</sup> Tamże, s. 25-26.

*Piccola* (43), pierwszym i drugim *camerone* (po 50), w atrium między dużymi salami (12), w szpitaliku dla rodziny szpitalnej (20). Z kolei we wszystkich pomieszczeniach starego szpitala dało się ustawić 517 łóżek – najwięcej w *Corsia Grande* (346 łóżek), następnie w szpitalu dla rannych (80), nowej sali, wcześniej dla świerzbowatych (64), szpitaliku dla chorych na gruźlicę (12), pokojach *S. Antonio* i *S. Lorenzo* (8 i 7). W sumie cały szpital dla chorych, posiadający trzynaście różnych wewnętrznych oddziałów, szpitalików, sal i pokoi o różnej wielkości, był obliczony na 947 łóżek<sup>59</sup>. Tak w starym szpitalu, jak i nowo wybudowanym ramieniu dwie największe sale nosiły taką samą nazwę *Corsia Grande*.

Najdokładniejszy opis szpitala po dobudowie jego nadtybrzańskiej części, pochodzi z 1750 r. Wymienia on liczbę łóżek, jakie można było ustawić we wszystkich kwaterach. Zaczynając od starego szpitala, największy oddział – *Corsia Grande* – była obliczona na 346 łóżek, w tym 110 „przy murze”, 110 *cariole*, 108 *terze*, 12 dodatkowe pod kopułą, 6 przy drzwiach wyjściowych do ogrodu. Drugi oddział starego szpitala, *Ospedaletto dei Feriti* (*Sala Alessandrina*) mieścił 95 łóżek, z tym w samym szpitaliku było 80 łóżek, a w innych jego oddziałach – 15, w tym sali *S. Antonio* – 8, a w sali *S. Lorenzo* – 7. Trzeci oddział, tak zwana Nowa Sala (*Corsia Nuova*), dawniej dla chorych na świerzb, była przewidziana na 64 łóżka. W sumie stary szpital miał 505 miejsc do spania i terapii. Niewiele mniej, bo 410 łóżek, można było ustawić w *Nuovo Braccio*, z czego w dużej sali – *Corsia Grande* – 83 przy murze, 83 *cariole*, 81 *terze*, następnie po 50 w dwóch pokojach – *camerone* (razem 100), 39 w dwóch salkach – *corsiette*, 4 dodatkowe łóżka koło drzwi w tychże *corsiette* oraz 12 dodatkowych łóżek w atrium dwóch sal. W sumie w starym i nowym szpitalu było 918 łóżek. W wykazie odrębnie ujęto dwa szpitaliki, dla chorych na gruźlicę oraz dla rodziny szpitalnej, pierwszy na 12 łóżek, drugi na 20 łóżek. Tak więc, uwzględniając wszystkie łóżka, w połowie XVIII stulecia w Szpitalu Świętego Ducha mogło przebywać jednocześnie 947 chorych. W razie potrzeby, wynikającej chociażby z przepełnienia szpitala, przewidziano jeszcze, za decyzją lekarzy, dostawienie łóżek po różnych oddziałach, a nawet przetransportowanie najbardziej wytrzymałych pacjentów do spichlerzy szpitalnych<sup>60</sup>.

Z powyższych danych wynika, że w połowie XVIII w. szpital mógł pomieścić około tysiąca chorych na różne schorzenia, a w sytuacjach kryzysowych zapewne jeszcze więcej. Dodając do tego około 500 *Zitelle* mieszkających w *Conservatorio*, kilkudziesięciu chłopców ze *scuola dei putti* oraz karmione przez mamki porzucone noworodki, nie licząc bardzo licznego personelu duchownego i świeckiego, szpital

<sup>59</sup> ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata ... 1737*, s. 284-285, 288.

<sup>60</sup> ASR, nr 67, *Nota di tutti i letti ... 1750*. Zob. też ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 2-5.



utrzymywał w swoich murach około dwutysięczną wspólnotę osób chorych, potrzebujących i wymagających opieki socjalnej. Odnosząc to do naszych realiów, „populacja szpitalna” odpowiadała średniemu staropolskiemu miastu.

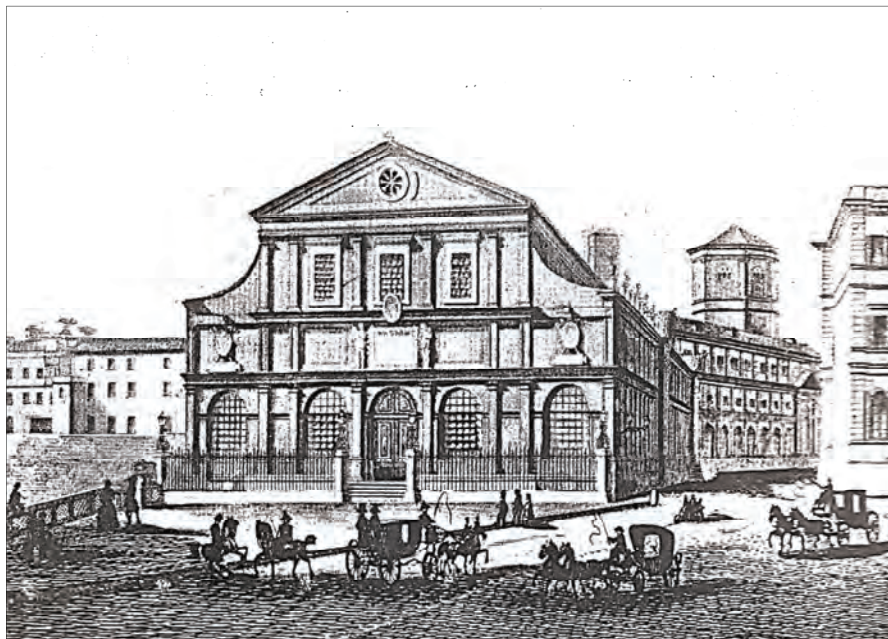
Po inwestycjach Benedykta XIV przez następne blisko pół wieku szpital praktycznie się nie zmieniał. Dopiero w 1788 r. z inicjatywy papieża Piusa VI (1775-1799) komendant Francesco Abizi zdecydował o budowie nowego gmachu, szpitala *S. Carlo*, w celu zwiększenia pojemności Szpitala Świętego Ducha, który stał się niewystarczający z racji rosnącej populacji Rzymu, w połowie XVIII w. przekraczającej 150 tysięcy osób. Budynek filialnego szpitala, usytuowany na przeciwko szpitala macierzystego, został ukończony marcu 1792 r. Miał on przyjmować chorych na malarię. Nowy szpital ujawnił swoją przydatność już trzy lata po inauguracji, kiedy to w okresie głodu, który nawiedził Rzym w 1795 r., w zespole szpitalnym Santo Spirito i San Carlo jednego dnia w lipcu przebywało 1300 chorych. Liczba ta utrzymywała się na stałym poziomie przynajmniej do września. Tylko w tym okresie hospitalizowano w tych szpitalach 17 tysięcy chorych, czyli blisko 10 procent ówczesnej ludności Rzymu<sup>61</sup>.

Ranga Szpitala Świętego Ducha i wrażenie, jakie robił na obserwatorach, w niczym nie zmalała z upływem czasu. Według raportu Komisji Administracyjnej Szpitali z 1811 r. przypominał on olbrzymi kolos – *Colosso*, który porażał wielkością, zadziwiał niespotykaną liczbą utrzymywanych osób oraz rozłożystością i rozgałęzieniami budowli<sup>62</sup>.

---

<sup>61</sup> M. VANTI, *Un umanista del Cinquecento*, s. 138-140A. CANEZZA, *Gli Arciospedali*, s. 108, 116-118. Szpital *San Carlo* służył później jako szpital wojskowy dla armii Państwa Kościelnego, a po zdobyciu Rzymu w 1870 r. stał się pierwszym włoskim szpitalem w nowej stolicy Włoch. Został rozebrany w 1937 r. pod budowę *Via della Conciliazione*. Szpital składał się z parteru, na którym mieściły się duże spichlerze, oraz dwóch pięter dla chorych. Pacjenci byli umieszczeni w dwóch dużych nawach, podzielonych na trzy podłużne nawy z pilastrami. Niższa nawa albo sala, nazwana *Santa Maria*, miała 117 m długości, 16 m szerokości i 4,5 m szerokości. Druga, wyższa, nazywana *San Carlo* (tak jak szpital) była nieco dłuższa i miała 132 m długości. W obu nawach były kaplice.

<sup>62</sup> ASR, nr 1414, *Rapporto sugli Stabilimenti dipendenti dalla Commissione Amministrativa degli Ospedali. Per l'anno 1811*, w: Statistica. „Infermi-Proiotti e Personale 1706-1811”, „Stato degli infictuosi proibizioni e personale”, s. 1.



Szpital Świętego Ducha po resauracji za pontyfikatu Piusa IX (1846-1878)

Wśród dużych szpitali rzymskich Infirmaria Świętego Ducha jako jedyna nie miała charakteru koedukacyjnego – była przeznaczona tylko dla mężczyzn. Tę sytuację postanowił zmienić Giovanni Maria Lancisi (1654-1720), lekarz osobisty papieża Klemensa XI (1700-1721), fundator szpitalnej akademii i biblioteki, nazwanej jego nazwiskiem. W testamencie zapisał szpitalowi sumę 70 tysięcy skudów z obowiązkiem wybudowania drugiego, mniejszego szpitala dla gorączkujących kobiet, pochodzących z przyszpitalnych przedmieść, przysiółków (*borghi*) i okolic, konkretnie: Longara, Ponte, *Strada Giulia* i Corso. Z czasem planowany szpital miał rozszerzyć zakres działalności i przyjmować chore kobiety z całego Rzymu, niezależnie od pochodzenia i stanu społecznego, między innymi z dzielnicy Trastevere. Zgodnie z życzeniem testatora nowy szpital, budowany z jego spadku, miał być usytuowany w pobliżu macierzystej placówki, a cała inwestycja miała być zrealizowana w ciągu dziesięciu lat, bez możliwości przedłużenia terminu budowy<sup>63</sup>.

<sup>63</sup> ASR, nr 1301, *Osservazioni fatte sopra le mutationi e novità accadute nella Ven. Casa di S. Spirito in Sassia dell'anno 1700 nell'anno Santo del Giubileo 1750*, s. 2; ASR, nr 301, Testament Giovanni Maria Lancisiego z 1720 r., zaczynający się od słów: *Eminentissimo Pieta Marcelino Corradini*, s. 43-43v; M. CONFORTI, S. DE RENZI, *Sapere anatomico negli ospedali romani. Formazione dei chirurghi e pratiche sperimentali (1620-1720)*, w: *Rome et la science modern: entre Renaissance*

Od początku jednak pojawiły się obawy co do możliwości wypełnienia woli fundatora, a mianowicie, czy pozostawiony spadek wystarczy na zrealizowanie planów oraz czy przyjmowanie kobiet z tak rozległych rewirów nie będzie zbyt dużym obciążeniem i nie doprowadzi do deficytu finansowego. Istniały też wątpliwości co do tego, czy nowa inwestycja nie naruszy tradycji szpitala męskiego. Przełożony generalny szpitala i zakonu, Zosimo Valignani, po naradzie ze swoimi ministrami i kanonikami uznał pomysł Lancisiego za niebezpieczny. Podjęto wobec tego decyzję o nieerygowaniu szpitala kobiecego. Nie chcąc naruszać idei testamentu i sprzeniewierzać się woli donatora, zdecydowano przeznaczyć jego legat na wybudowanie innego szpitala – *San Gallicano* w dzielnicy Trastevere, przeznaczonego dla trędowatych i świerzbowatych kobiet. Realizacja tej decyzji nastąpiła natychmiast, gdyż już w 1726 r. budowa szpitala została zakończona. Wydzielono w nim pięć łóżek dla chorych kobiet z regionów, które według woli fundatora miały znaleźć się w planowanym przez niego szpitalu. Chodziło o kobiety, których ze względu na ryzyko związane ze złym stanem zdrowia nie można było przetransportować do mocno oddalonego szpitala S. *Giovanni di Laterano*. Kolejnych dziesięć stałych łóżek zarezerwowano dla kobiet z tych samych dzielnic z objawami trądu i świerzbu na głowie. W ten sposób, jak stwierdzono, zadośćuczyniono woli dobroczyńcy, zapewniając opiekę kobietom z wymienionych dzielnic nie w żeńskim szpitalu, o którym myślał Lancisi, lecz w innym, nieco oddalonym od miejsca, w którym był pierwotnie zaplanowany<sup>64</sup>. Szpital *San Gallicano* od razu zyskał sławę jednej z najważniejszych placówek leczniczych Rzymu. W pewnym stopniu był symbolicznie związany ze Szpitalem Świętego Ducha, choćby przez fakt, że stając się szybko szpitalem koedukacyjnym, przejął w niedługim czasie jego pacjentów dotkniętych świerzbem. W nowym szpitalu był widoczny wyraźny postęp w zakresie higieny i leczenia, co miało wpływ także na ogólną sytuację szpitalnictwa rzymskiego, w tym Szpitala Świętego Ducha. Począwszy od 1744 r., przenoszono tam i hospitalizowano pacjentów zakaźnych, którzy do tej pory byli przyjmowani do dużych szpitali rzymskich z ryzykiem rozprzestrzeniania się chorób skórnych, od trądu po grzybicę – świerzb, z wyłączeniem kiły, którą leczono w szpitalu *San Giacomo degli Incurabili*<sup>65</sup>.

Decyzja o przeznaczeniu piętnastu łóżek w szpitalu *San Gallicano* wyłącznie dla chorych kobiet z przysiółków Szpitala Świętego Ducha była respektowana

---

*et Lumières*, Collection de l'École française de Rome, 403, 2008, *Sapere anatomico*, s. 470; M. PICCIALUTI, *La carità*, s. 82.

<sup>64</sup> ASR, nr 301, Testament Giovanni Maria Lancisiego z 1720 r., s. 43v-46v. Decyzję o przeznaczeniu fundacji Lancisiego na szpital S. Gallicano wydał mocą cyrografu z 6 grudnia 1724 r. Klemens XIII. Zob. ASR, nr 7, *Ristretto del contenuto di diversi chiorografi*, s. 206.

<sup>65</sup> M. PICCIALUTTI, *L'Ospedale di Santo Spirito nel secolo XVIII*, s. 270.

w następnych latach. Protektor szpitala z dzielnicy Trastevere, kardynał Neri Corsini, pisał w 1753 r., że znajdują się w nim łóżka dla chorych kobiet z ostrą gorączką, których nie można przewieźć do szpitala *S. Giovanni in Laterano*, gdyż mogłyby umrzeć w drodze. Trzymano też stale jedno łóżko na wypadek, gdyby trafiła się jakaś bardzo ciężko chora. Pensjonariuszki z przedmieść i ulic sąsiadujących ze szpitalem duchaków, mające zarezerwowane miejsca w szpitalu *San Gallicano*, były określane, z uwagi na fundatora, mianem *inferme Lancisiane*. Do nowego szpitala nie wolno było przyjmować kobiet z chorobami nieuleczalnymi, chirurgicznymi, chronicznymi, z dyzenterią, szkorbutem, gruźlicą oraz w zaawansowanej ciąży. W wyjątkowych wypadkach zgodę na zostawienie takich pacjentek w szpitalu mógł wydać tylko jego nadzorca, wspomniany kardynał Neri Corsini<sup>66</sup>.

#### 4. SPECJALIZACJA I PRZEZNACZENIE

Rzym już w średniowieczu był ogromnym skupiskiem różnorodnych instytucji opiekuńczych. Oprócz monumentalnego Szpitala Świętego Ducha istniały w Wiecznym Mieście inne szpitale o doniosłym znaczeniu. Wziąwszy pod uwagę, że inspirację do podejmowania działalności dobroczynnej czerpano w głównej mierze z Ewangelii i nauki Kościoła, Rzym, jako centrum chrześcijaństwa, a zarazem siedziba papieża, miał wszelkie podstawy, by dźwżyć prymat także w zakresie szpitalnictwa w Europie. Wielkie zasługi w tym względzie wnieśli papieża będący fundatorami lub protektorami większości rzymskich szpitali. Sieć instytucji dobroczynno-leczniczych Rzymu obejmowała jeszcze wiele innych mniejszych szpitali, zarządzanych przez uniwersytety, cechy lub przedstawicielstwa narodowe. Sprawowały one opiekę nad chorymi rzemieślnikami różnych dziedzin i nad cudzoziemcami przebywającymi w Stolicy Świętej. Był więc Rzym centrum dobroczynności<sup>67</sup>. Nie tylko Rzym, ale całe Państwo Kościelne, „nawiązujące do przesłania ewangelicznego o prymacie miłosierdzia w życiu i projekcji eschatologicznej dnia ostatecznego, gdy nie będą pytać, co powiedzieliśmy i co czytaliśmy, lecz co uczyniliśmy na korzyść bliźniego”. Rzym w XVIII w. jawił się jako stolica miłosierdzia, podniesiony do tej rangi przez władze państwowe oraz z motywów religijnych. Był tak postrzegany nie tylko przez rzymian i mieszkańców Państwa Kościelnego, lecz również przez inne państwa i ich władców. Świadczą o tym relacje pielgrzymów, a przede wszystkim rzesze mieszkańców

<sup>66</sup> ASR, nr 1410, *Regolamenti riguardanti le Inferme Lancisiane*, Por. M. PICCIALUTI, *La carità*, s. 82-83. Q. QUERINI, *La beneficenza romana dagli antichi tempi fino ad oggi*, Roma 1892, s. 331.

<sup>67</sup> Dokładny wykaz i opis szpitali rzymskich zawiera praca M. SURDACKI, *Dzieci porzucone*, s. 51-69.

uciekających z okolicznych wsi i ciągnących do miasta w latach suszy, niedostatku, głodu (na przykład na początku lat 60.) czy wojen o sukcesję<sup>68</sup>

W celu ułatwienia mieszkańcom Rzymu wyboru właściwego szpitala w przypadku choroby lub wypadku kongregacja papieska wydała w latach 1736 i 1742 dwa podobne w treści edykty, które zawierały wykaz szpitali z określeniem ich specjalizacji i możliwości leczenia poszczególnych chorób. Były one przydatne szczególnie dla rządców parafii, z których za ich wiedzą transportowano do szpitala potrzebujących pomocy. Edykt został rozwieszony we wszystkich parafiach i szpitalach, aby proboszczowie, przełożeni szpitali i inni oficjele nie tłumaczyli się niezajomością kryteriów kierowania i przyjmowania chorych do właściwych placówek leczniczych. Za nieprzestrzeganie zawartych we wspomnianych edyktach zasad groziło pozbawienie piastowanego urzędu i funkcji oraz inne kary zastrzeżone do decyzji kongregacji papieskiej<sup>69</sup>. Owe rozporządzenia pokazują, że sieć i organizacja szpitali rzymskich, uwzględniające również rozmieszczenie parafii, tworzyła jeden organiczny system opiekuńczy, zarządzany i nadzorowany przez najwyższe władze kościelne, konkretnie przez papieża.

Najistotniejsze punkty edyktu z 1736 r. koncentrują się wokół fundamentalnej zasady, „aby każdy biedny chory miał szpital, w którym mógłby się leczyć”. Dopiero w następnej kolejności wymieniono problemy dotyczące konieczności szybkiej hospitalizacji w nagłych przypadkach, selekcji pacjentów w sytuacji, gdy istnieją różne szpitale predysponowane do leczenia określonych chorób, izolowania osób zarażonych chorobami epidemicznymi, ubrania pacjentów, którzy są nosicielami tych chorób, czy przedwczesnego wypisu ze szpitala<sup>70</sup>.

Według edyktów z 1736 i 1742 r. Rzym posiadał sześć szpitali o charakterze publicznym i ogólnym, przeznaczonych zarówno dla rzymian, jak i osób spoza miasta. Były to:

- *Santo Spirito in Sassia* – jedyny wśród dużych szpitali rzymskich przeznaczony wyłącznie dla chorych mężczyzn. Specjalizował się w leczeniu osób gorączkujących, chorych na dyzenterię (czerwonkę), gruźlicę, puchliny – obrzęki (*idropici*), zakażonych świerzbem, a także innych chorych, których nie dało się leczyć w pozostałych szpitalach rzymskich<sup>71</sup>. Na początku XVII w. (1623 r.) szpital wykluczał możliwość przyjmowania chorych

---

<sup>68</sup> M. ROSA, A. MONTICONE, V.E. GIUNTELLA, P. STELLA, *Poveri ed emarginati: un problema religioso*, „Ricerche per la Storia Religiosa di Roma”, 3, 1979, s. 25.

<sup>69</sup> ASR, nr 7, *Editto da osservarsi ... 1736*; ASR, nr 7, *Editto da osservarsi ... MDCCXLII*. Edykt z 1742 r. (*MDCCXLII*) jest nieco obszerniejszy i zawiera więcej zaleceń, zwłaszcza odnośnie do życia religijnego; M. PICCIALUTI, *La carità*, s. 114-115.

<sup>70</sup> ASR, nr 7, *Editto da osservarsi ... 1736*.

<sup>71</sup> ASR, nr 7, *Editto da osservarsi ... 1736*; ASR, nr 7, *Editto da osservarsi ... MDCCXLII*.

na trąd, świerzb i dotkniętych chorobami nieuleczalnymi, których należało umieszczać w innych szpitalach, w których mogli być leczeni lepiej: S. *Giovanni Laterano*, S. *Giacomo degli Incurabili* czy S. *Lazaro*<sup>72</sup>. Przyszłość pokazała, że odnośnie do świerzbowatych Szpital Świętego Ducha w pewnym okresie złamał tę zasadę.

Absolutną większość gorączkujących, szczególnie przed powstaniem nowego ramienia szpitala, umieszczano w *Corsia Grande*. Ponieważ gorączka była symptomem wielu chorób i dolegliwości, w źródłach nie zawsze można znaleźć dokładną ich specyfikację. Pacjentów dotkniętych bardziej zaraźliwymi chorobami wywołującymi gorączkę umieszczano jednak w oddzielnych miejscach.

- *Santissimo Salvatore a S. Giovanni in Laterano* – przeznaczony dla osób obojga płci dotkniętych wszystkimi rodzajami chorób, których nie dało się leczyć w innych szpitalach.
- *S. Maria della Consolazione* – dla rannych obu płci, ze zwichnięciami, złamaniami kości, stłuczeniami, poparzeniami, pogryzionych przez jadowite zwierzęta. Przyjmowano w nim także biedne kobiety – położnice.
- *S. Giacomo degli Incurabili* – dla osób z wrzodami, *inveterati* (z nałogami?), codziennie leczono i opatrywano w nim rany wszystkim, którzy się tam zgłaszali, ponadto usuwano chorym kamienie nerkowe.
- *S. Maria e di S. Gallicano*, dla chorych na gruźlicę i trąd obydwójga płci. Przyjmowano tam również chore kobiety z dzielnic Borgo Vecchio, Borgo Pio, Longara, Trastevere, Orso, Strada Giulia oraz z winnic należących do tych dzielnic.
- *S. Giovanni Colabita de Padri Fatebenfratelli* (bonifratrów) – przeznaczony dla mężczyzn z gorączką.

Oprócz wyżej wymienionych szpitali były jeszcze inne, dostępne tylko dla niektórych chorych:

- *S. Antonio Abbate a S. Maria Maggiore* – przyjmował poparzonych.
- *Infermeria a Ponte Sisto* – służyła ubogim kapłanom z wszystkimi rodzajami schorzeń.
- *S. Rocco* – jako szpital cechowy przeznaczony dla sterników, wioślarzy, pracowników rozładunku drewna, *carbonari di ripetta*, faszynujących tamy i groble, woźniców, dla kobiet rodzących i niektórych spośród gorączkujących.
- *S. Maria dell'Orto* – był również szpitalem korporacyjnym, przeznaczonym dla ogrodników i sprzedawców warzyw, *pizzicaroli* i ich pomocników,

---

<sup>72</sup> R. GRÉGOIRE, *Servizio dell'anima*, s. 235.



młynarzy i ich pomocników, wytwórców wermiszelu i ich pomocników, siatkarzy *scarpinelli* i ich pomocników, plantatorów winogron, *mezzaroli* ich pomocników, *stabbiaroli*.

- *S. Maria di Loreto de' Fornari* – szpital cechowy dla piekarzy, mierniczych zboża i ich pomocników.
- *S. Lorenzo in Miranda* – dla aptekarzy i kupców kolonialnych.
- *S. Carlo al Corso* – dla emigrantów lombardzkich mieszkających w Rzymie.
- Inne szpitale narodowe dla chorych pochodzących z poszczególnych państw<sup>73</sup>

Wszystkie te szpitale miały dużo wcześniejszy rodowód i funkcjonowały już XVII w. Zwracają uwagę liczne szpitale branżowo-zawodowe, a także szpitale narodowe. Zgodnie z ich przeznaczeniem i ogólnymi zaleceniami trafiała do nich na leczenie większość chorych uprawiających wymienione profesje lub cudzoziemcy. Spora jednak ich część, wbrew wydawanym rozporządzeniom, znajdowała miejsce w Szpitalu Świętego Ducha, gdzie, jeśli już się pojawili, nie można im było odmówić pomocy. Cztery szpitale (*S. Giovanni in Laterano*, *S. Maria della Consolazione*, *S. Giacomo*, *S. Gallicano*) miały charakter mieszany, męsko-żeński, nie było natomiast żadnej lecznicy przeznaczonej wyłącznie dla kobiet. Pomimo pewnej specjalizacji, niektóre z nich zajmowały się leczeniem takich samych urazów i schorzeń. Wyłącznie w leczeniu poparzeń specjalizował się szpital *S. Antonio*, ale osoby z takimi przypadłościami mogły uzyskać pomoc również w szpitalach *S. Maria della Consolazione* oraz Świętego Ducha. Cierpiący z powodu kamieni byli kurowani w szpitalu *S. Giacomo*, jak również u duchaków w szpitaliku *S. Antonio*<sup>74</sup>.

Edykt z 1742 r. poddawał zasadom narzuconym szpitalom publicznym, szpitale branżowe, a więc uniwersyteckie, brackie, rzemieślniczo-korporacyjne, narodowe (np. *S. Maria dell'Orto*, *S. Rocco*). Pod pojęciem szpitali publicznych kryły się szpitale podległe Stolicy Apostolskiej, które można uważać za państwowe, gdyż papież był zwierzchnikiem Państwa Kościelnego, co implikowało jednocześnie ich kościelno-religijny charakter. Niektóre mniejsze szpitale branżowe niesłusznie odmawiały przyjęcia osób należących do konkretnych stowarzyszeń i sodalicii, a to pod pretekstem, że istnieją duże szpitale przyjmujące chorych o rozmaitych schorzeniach, nie pytając, kim są i skąd pochodzą. Na mocy edyktu zabroniono władzom szpitali zawodowych używania takiej argumentacji i nakazano przyjmowanie chorych z konkretnych korporacji<sup>75</sup>.

<sup>73</sup> ASR, nr 7, *Editto da osservarsi ... 1736*; ASR, nr 7, *Editto da osservarsi ... MDCCXLII*; M. PICCIALUTI, *La carità*, s. 113.

<sup>74</sup> ASR, nr 7, *Editto da osservarsi ... MDCCXLII*

<sup>75</sup> Tamże. Zob. też M. PICCIALUTI, *La carità*, s. 115.

Edykt z 1736 r. zobowiązywał proboszczów do dokładnego zapoznania się z informacjami, dla jakich chorób przeznaczone były poszczególne szpitale rzymskie. Jednocześnie ostrzegał rządców parafii przed wysyłaniem chorych, po zaopatrzeniu ich w specjalne bilety, od razu do szpitali narodowych, cechowych i szpitala bonifratrów bez potwierdzenia ze strony tych instytucji, że będą do nich przyjęci. Ponadto gdyby zamierzali skierować chorych z dzielnicy Trastevere do szpitala *San Gallicano*, mieli wcześniej rozpoznać, czy znajdują się w nim wolne łóżka. Wysyłając chorych ze swojej parafii do szpitali, proboszczowie byli zobowiązani poświadczyć na bilecie ich ubóstwo oraz zadbać, by lekarz wpisał na nim rodzaj choroby. Gdy na terenie parafii znajdowali się ubodzy niedołęzni i niepełnosprawni inwalidzi, proboszcz nie mógł ich kierować do szpitala, lecz zadbać o przyjęcie do hospicjum *S. Michele a Ripa*. W konkluzji edyktu stwierdzono, że jeśli wszystkie zawarte w nim rozporządzenia będą respektowane, każdy ubogi chory (*povero infermo*), niezależnie od rodzaju dolegliwości, będzie miał odpowiedni szpital do leczenia jego dolegliwości<sup>76</sup>.

Podstawą systemu szpitalnego w Rzymie byli zatem proboszczowie, do których adresowano wspomniane edykty. Przytoczone dyspozycje potwierdzają rolę i odpowiedzialność proboszczów za chorych parafian. W zasadzie to oni pierwsi wstępnie „segregowali” chorych i decydowali, do jakiego szpitala należy ich skierować. Dotyczyło to szczególnie chorych z uboższych warstw społecznych. Dla takich był zasadniczo przeznaczony Szpital Świętego Ducha. Z zaleceń wynika pośrednio, że ludzie zamożniejsi – członkowie poszczególnych cechów – mieli być kierowani do szpitali korporacyjnych, branżowych. Inna konstatacja, jaka się tu nasuwa, to wyraźny rozdział w Rzymie szpitala-lecznicy od szpitala-przytułku, którym było np. hospicjum *S. Michele a Ripa*. Generalnie bowiem w mniejszych miastach i miejscowościach szpitale nadal były w przeważającej mierze przytułkami. Z drugiej strony należy pamiętać, że rzymski Szpital Świętego Ducha też taką funkcję pełnił, jeśli się uwzględni drugą jego część – *brefotrofium* dla podrzutków i związane z nim *Conservatorio*. W praktyce były to jednak dwie różne instytucje charytatywne, choć prowadzone przez ten sam zakon, lecz o zupełnie innym przeznaczeniu.

Szpitalne rzymskie stanowiły podstawowe miejsce leczenia chorych, pewna jednak ich część w wypadku mniej groźnych dolegliwości nie była hospitalizowana, lecz leczona we własnych domach. Bardzo duże znaczenie dla organizacji opieki nad biednymi miało rozporządzenie papieża Innocentego XII (1691-1700) z 1698 r., modyfikujące zasady działania Urzędu Jałmużny Papieskiej. Nakładało ono na proboszczów parafii rzymskich obowiązek poszukiwania biednych wy-

---

<sup>76</sup> ASR, nr 7, *Editto da osservarsi ... 1736*. Zob. na ten temat: M. ROSA, A. MONTICONE, V.E. GIUNTELLA, P. STELLA, *Poveri ed emarginati*, s. 25.

magających wsparcia materialnego i leczenia, a następnie dostarczenia spisu tych osób jałmużnikowi papieskiemu. W celu ułatwienia korzystania z pomocy wydrukowano gotowe formularze, które potrzebujący mogli bezpośrednio oddać do parafii, podczas gdy wcześniej musieli się najpierw zwrócić z pisemną prośbą do jałmużnika papieskiego. Tym sposobem zdecentralizowano politykę opiekuńczą pałacu papieskiego, skracając dystans od miejsca zamieszkania biednych do ośrodka pomocy, jakim pośrednio stawała się parafia. Odciążono też wielu analfabetów od problemu pisania za odpłatą wniosków i prośb o pomoc. Dzięki tej innowacji został skrócony czas dystrybucji pomocy w pieniądzu i darmowych lekach, jak również w organizowaniu bezpłatnych domowych wizyt lekarskich<sup>77</sup>.

Rozporządzenie Innocentego XII odnosiło się też do lekarzy, zajmujących się leczeniem „wstydlivych ubogich” w ich własnych domach. Organizowaniem gratisowych usług lekarskich dla biednych w ich domach zajmowało się arcy-Bractwo Dwunastu Apostołów (*dei Dodici Apostoli*), założone w XVII w., które prowadziło jedyną publiczną aptekę w mieście<sup>78</sup>. Mieszkali przy niej lekarze w liczbie odpowiadającej liczbie dzielnic Rzymu. Ubodzy zgłaszali się do niej z zaświadczeniem od proboszcza i licencją od lekarza<sup>79</sup>. Z inicjatywy Innocentego XII jedyna apteka publiczna przy tym Bractwie została zastąpiona dziesięcioma aptekami przypadającymi na czternaście dzielnic Rzymu. W skład personelu obsługującego ubogich mieszkających w poszczególnych parafiach wchodziło dziesięciu lekarzy ze swoimi zastępcami oraz dziesięciu chirurgów stosownie do sieci darmowych aptek. Na czele każdej z aptek stał jeden lekarz, jeden chirurg i jeden aptekarz. W ten sposób został stworzony prawdziwy, bezpłatny publiczny system usług zdrowotnych, zależny od Urzędu Jałmużny Papieskiej. Nastąpił wyraźny przełom, polegający na przejściu przez papieża i Kurię Rzymską funkcji opiekuńczo-charytatywnych i dzieł miłosierdzia, modelowanych i działających dotychczas w duchu i trybie posttrydenckim, przy dużym udziale, jak w tym wypadku, stowarzyszeń i bractw charytatywnych<sup>80</sup>. Medyków zatrudnionych w bezpłatnej służbie społecznej wybierano w drodze konkursu publicznego spośród tych, którzy posiadali przynajmniej dziesięcioletnią praktykę i byli wpisani do oficjalnego rejestru zawodowego lekarzy. Rekrutacja odbywała się pod kierunkiem lekarza papieskiego oraz innych doktorów z *Collegio della Sapienza*<sup>81</sup>. Pozostałe

---

<sup>77</sup> ASR, nr 317, *Ordini da osservarsi ...* 1698, M. PICCIALUTI, *La carità*, s. 41-42; Q. QUERINI, *La beneficenza*, s. 312-318.

<sup>78</sup> C.B. PIAZZA, *Opere pie*, s. 417-423.

<sup>79</sup> C.L. MORICHINI, *Degli istituti di carità per la sussistenza e l'educazione dei poveri e di prigionieri in Roma*, Roma 1870, s. 303.

<sup>80</sup> M. PICCIALUTI, *La carità*, s. 44, 51.

<sup>81</sup> Q. QUERINI, *La beneficenza*, s. 315; L. PASTOR, *Storia dei papi*, vol. XIV, Roma 1931, s. 425.

wymagania stawiane kandydatom to wiek – nie niższy niż trzydzieści i nie wyższy niż sześćdziesiąt lat, dobra opinia i posiadanie żony<sup>82</sup>.

Działania legislacyjne Innocentego XII, zobowiązujące lekarzy deputowanych do opieki nad biednymi chorymi w wyznaczonych rewirach miasta, przyjęły charakter trwałej polityki, która również później, za pontyfikatu Klemensa XI (1700-1721) i Benedykta XIV (1740-1758), nakładała na parafie i proboszczów ciężar leczenia najuboższych mieszkańców<sup>83</sup>. W instrukcji wydanej w 1742 r. przez tego Benedykta XIV zapisano, „że lekarze mają przypisywać bezpłatnie lekarstwa biednym z podlegających im dzielnicowych aptek, chorzy zaś, którzy nie mieli środków na utrzymanie, powinni być nakłaniani przez lekarzy do przybycia lub przewiezienia do szpitali, gdzie dostaną pomoc ze zwyczajowej jałmużny udzielanej ubogim rekonwalescentom”. Lekarze ci (*medici dei poveri*) nie mogli być opłacani przez pacjentów, a do ich domów udawać się mieli na polecenie proboszczów, których zobowiązano do wypisywania nazwisk chorych wymagających domowej wizyty lekarskiej w specjalnym biuletynie, na którego podstawie lekarze mieli dwa razy dziennie odwiedzać chorego w jego domu<sup>84</sup>. *Rinnovazione* Benedykta XIV zawierało przepisy dla lekarzy wyznaczonych do leczenia biednych chorych oraz ważne odniesienia do osoby jałmużnika papieskiego i Arcybractwa Dwunastu Apostołów. Według tego dokumentu lekarze po czwartym dniu choroby i po odbyciu spowiedzi przez pacjenta byli zobowiązani wystawić chorym certyfikat, uprawniający do pobrania jałmużny zarówno z Urzędu Jałmużny Papieskiej, jak i ze wspomnianego arcybractwa. Warto podkreślić ogromną rolę, jaką odgrywał w owym czasie jałmużnik papieski, osobistość bardzo ważna w Kurii Rzymskiej i bliska Benedyktowi XIV, który zasłynął jako „papież-wielki jałmużnik”<sup>85</sup>.

Już w wiekach wcześniejszych Szpital Świętego Ducha cieszył się ogromnym splendorem. W 1661 r. komendant Virgilio Spada pisał, że jest on sławny we wszystkich narodach, z uwagi na dzieła miłosierdzia, jakie się w nim dokonują, a przede wszystkim z uwagi na najwybitniejszych lekarzy, chirurgów i aptekarzy, wybieranych w drodze konkursów spośród masy kandydatów przybywających do Rzymu z całego świata chrześcijańskiego, odznaczających się pracowitością i usłużnością wobec chorych, znajomością anatomii i sprawnością w wykonywaniu sekcji zwłok<sup>86</sup>. W podobnym tonie myślał kronikarz Carlo Bartolomeo Piazza w 1679 r., informując, że w szpitalu duchaków leczy się wszystkich chorych,

<sup>82</sup> M. PICCIALUTI, *La carità*, s. 45.

<sup>83</sup> Tamże, s. 198.

<sup>84</sup> ASR, nr 79, *Rinnovazione ... 1742*. Por. M. PICCIALUTI, *La carità*, s. 200-201.

<sup>85</sup> ASR, nr 79, *Rinnovazione dell'Istruzioni*; M. PICCIALUTI, *La carità*, s. 27, 203 nn.

<sup>86</sup> ASR, nr 1409, *Intorno ai benserventi*, 1661, s. 40-41; P. P. DE ANGELIS, *La Spezieria dell'Ospedale di Santo Spirito in Saxia e lotta contro la malaria*, Roma 1954, s. 79.

a zgłaszają się do niego nawet osoby nie po to, by w nim się leczyć, lecz ze względu na to, że jest tam najlepiej zaopatrzona apteka oraz pracują w nim najbardziej doświadczeni lekarze i chirurdzy. Zaznaczył, że przyjmowani są do niego chorzy z gorączką i ranni wszystkich narodowości, a nikomu z nich nie można odmówić pomocy<sup>87</sup>. Dalej utrzymywał, że szczególnie latem szpital był maksymalnie wypełniony osobami wszystkich narodowości i języków<sup>88</sup>.

W 1686 r. papież Innocenty XI (1676-1689) nakazał, aby do szpitali rzymskich byli przyjmowani wszyscy chorzy, przybywający z różnych stron, bez względu na rodzaj dolegliwości oraz posiadane rany. Nie wolno ich było pod jakimkolwiek pozorem odesłać z powrotem do domu ze względu chociażby na to, że dany szpital nie specjalizował się w leczeniu konkretnych schorzeń i ran. Mieli tam pozostawiać do czasu, aż lekarze naczelni tych szpitali, po rozpoznaniu stanu zdrowia pacjenta, wydadzą decyzję odnośnie do dalszego leczenia. Jeśli postanowili, że chorzy powinni znaleźć się w innych placówkach, przystosowanych do kuracji tych chorób czy ran, to należało ich tam przetransportować. Dekret papieski, dotyczący również Szpitala Świętego Ducha, miał być bezzwłocznie wprowadzony w życie<sup>89</sup>. Ten sam edykt w identycznej treści powtórzono w 1712 r. i podczas wizytacji w 1742 r.<sup>90</sup> Temat dotyczący przyjmowania chorych do szpitali znajdował stałe miejsce w ustawodawstwie dotyczącym szpitali rzymskich. W edykcie wydanym w 1736 r. przez *Sacra Congregazione della Visita* zapisano: „chory, który przybywa do jakiegokolwiek szpitala, niech będzie kładziony do łóżka z najwyższym miłosierdziem, i nie może być zwolniony pod pretekstem, że nie leczy się w tym szpitalu jego dolegliwości, można to uczynić dopiero po zbadaniu go przez lekarza głównego szpitala, który na podstawie swojej wiedzy stwierdzi, że dla skuteczniejszego leczenia jego choroby powinien się znaleźć w innym szpitalu, a sam transport nie będzie niebezpieczny dla jego zdrowia. Po spełnieniu tych warunków i podjęciu decyzji o przeniesieniu przełożony szpitala winien wystawić bilet poświadczający, że chory został zbadany przez lekarza, a jego dolegliwość może być leczona w szpitalu, do którego został skierowany”<sup>91</sup>.

Również wizytator papieski, kardynał Leandro Porzia, w rozporządzeniu wydanym w 1737 r. nakazał przyjmować do Szpitala Świętego Ducha wszystkich

---

<sup>87</sup> ASR, nr 3098, nr 3098, Rękopis zaczynający się od podtytułu „Piazza dell’Opere Pie di Roma. Cap. 3”, s. 9-16.

<sup>88</sup> ASR, nr 1409, *Decreti di Visita 1679 ... Acciajoli*, s. 66.

<sup>89</sup> ASR, nr 3, *Privilegia e Jura pro Archiospedale S. Spiritus in Sassia de Urbe. Tomo XII*; ASR, nr 7, *Ristretto del di dversi chirografii*, s. 204v.

<sup>90</sup> ASR, nr 7, *Editto da osservarsi ... 1736*; ASR, nr 7, *Editto da osservarsi ... MDCCXLII*.

<sup>91</sup> ASR, nr 7, *Editto da osservarsi ... 1736*.

chorych jakiegokolwiek narodowości, jakiegokolwiek zawodu i wieku, bez żadnych ograniczeń i wyjątków. Jednocześnie zastrzegł, że jeśli nie są ciężko chorzy albo ze względu na rodzaj choroby, wykonywany zawód i przynależność narodową, należy im się opieka i leczenie w innych przeznaczonych do tego szpitalach, do tych powinni być kierowani. Wobec tego polecił zawiadomić dyrektorów placówek, do których będą przekazani ze względu na możliwość lepszego leczenia. Z powyższego wypływa wniosek, że szpital duchaków był nastawiony na pacjentów z ciężkimi schorzeniami<sup>92</sup>.

Podobne rozporządzenie dotyczące przyjmowania chorych wydał w 1746 r. w czasie wizytacji Szpitala S. *Giovanni in Laterano* kardynał Neri Corsini (1685-1770). Zarządził on, że nowo przybyłych chorych, którzy ze względu na rodzaj dolegliwości lub inne uzasadnione przyczyny nie kwalifikują się do pobytu w danym szpitalu, przed odesłaniem ich do odpowiedniej placówki leczniczej należy nakarmić, poddać badaniom lekarskim i położyć na prawdziwe łóżko, a nie na materac. Wśród chorych, którzy „po ludzkim przyjęciu” mieli być odesłani do szpitali specjalistycznych, znajdowali się świerzbowaci. Nie omieszkał dodać, że kilka lat wcześniej osoby zarażone świerzmem przeniesiono ze Szpitala Świętego Ducha do Szpitala San Gallicano. W szpitalu laterańskim takiego rozwiązania nie wprowadzono, dlatego kardynał zarządził rozwiązanie doraźne, nakazał mianowicie ustawienie w ogólnej sali dla kobiet dodatkowych łóżek i *cariole* dla zarażonych pensjonariuszek, ale w bezpiecznej odległości od miejsc do spania i terapii pozostałych, niezainfekowanych świerzmem pacjentek<sup>93</sup>.

## 5. ODDZIAŁY SZPITALNE

Według opisu z końca XVII w. długi i szeroki korytarz (*Corsia Grande*), zdolny pomieścić tysiąc łóżek, był w letniej porze wypełniony osobami wszelakich narodowości i języków, pochodzącymi z całego świata. W innym miejscu można przeczytać, że w tym szpitalu są leczeni chorzy przybywający z różnych stron i jest w nim najwięcej oddziałów specjalistycznych, pośród wszystkich szpitali rzymskich, jak też największa liczba duchownych oraz lekarzy i chirurgów uposażanych przez kurię papieską<sup>94</sup>.

Szpital Świętego Ducha niechętnie przyjmował osoby z innymi dolegliwościami i objawami chorobowymi niż gorączki, choć wobec istniejących roz-

---

<sup>92</sup> ASR, nr 905, *Ordini e Decreti della Santa Visita Apostolica. 1737*, s. 4v. Por. M. PICCIALUTI, *La carità*, s. 122-123.

<sup>93</sup> M. PICCIALUTI, *La carità*, s. 256-257.

<sup>94</sup> ASR, nr 3098, Rękopis powstały nie wcześniej niż w 1689 r., zaczynający się od słów: *In detto Spedale si medicano tutti i poveri*.



porządzeń nie mógł odmówić im przynajmniej doraźnej opieki. Problem ten był przedmiotem stałych dyskusji i narad. Podczas kongregacji szpitalnej odbytej 10 marca 1705 r. zakazano przyjmowania do dużego szpitala (*Ospedale Grande*) osób prawdziwie gorączkujących, gdy zaś trafili się *birbanti* (oszuści, łajdacy) niemający efektywnej gorączki, polecono zapewnić im schronienie w Sali Santa Lucia i dać materac ze słomy oraz koc. Następnego dnia rano mieli ich zbadać lekarze, a rannych chirurdzy i podjąć decyzję, czy położyć ich do łóżka i leczyć, czy odesłać i wydalic ze szpitala<sup>95</sup>.

Szpital Świętego Ducha był ponadto sławny z wewnętrznego szpitalika chirurgicznego, *Ospedaletto dei Feriti*, który, jak sama nazwa wskazuje, był przeznaczony do leczenia osób z różnymi ranami i przypadłościom wymagającymi pomocy chirurgicznej<sup>96</sup>. Trafiali doń jednak także pacjenci z innymi dolegliwościami, którym nie można było zapewnić specjalistycznej, odpowiedniej do ich stanu kuracji. W takiej sytuacji władze szpitala zwracały się do chirurgów głównych i ich zastępców, aby przyjmowali do swoich oddziałów osoby z ciężkimi złamaniami, rozległymi ranami, poważnymi zwichnięciami, stłuczeniami, poparzeniami czy guzami powodującymi gorączkę, natomiast nieuleczalnie chorych, z chorobą francuską czy z złejzymi ranami, poparzeniami, zwichnięciami i kontuzjami mieli, po ich opatrzeniu, odesłać do innych szpitali. Gdyby jednak było to ze szkodą dla zainteresowanych, byli zobowiązani zawiadomić przełożonego infirmerii, który miał zdecydować, jakie rozwiązanie zastosować<sup>97</sup>.

Kwestię kryterium przyjmowania do szpitala dla rannych próbowano uregulować na kongregacji w 1705 r. Zdecydowano, że pacjenci z ranami mieli być poddani konsultacji lekarzy i chirurgów, którzy wszystkie osoby z owrzodzeniami i chorobą francuską mieli szybko skierować do szpitala S. *Giacomo degli Incurabili*, zaś cudzoziemców i rzemieślników z innymi ranami do odpowiednich szpitali narodowych oraz prowadzonych przez odpowiednie cechy. Poproszono jednocześnie papieża o wydanie przełożonym tych szpitali nakazu, aby przyjmowali do siebie osoby z ranami ze Szpitala Świętego Ducha ze skierowaniami podpisanymi przez przełożonego infirmerii i jednego z lekarzy lub chirurgów. Dotychczas szpitale te były zamknięte dla takich osób, stąd prośba do papieża, by zarządził ich otwarcie<sup>98</sup>.

Szczegółowy opis struktury wewnętrznej szpitala dla rannych pochodzi z 1623 r. Jego główna sala, obliczona na sto łóżek, była podzielona na cztery oddziały, odizolowane nie stałą ścianą, lecz kotarami (kurtynami – *cortine*).

<sup>95</sup> ASR, nr 3101, *Congregazioni tenute sopra l'interessi dell'Archiospedale de S. Spirito*.

<sup>96</sup> R. GRÉGOIRE, *Servizio dell'anima*, s. 235.

<sup>97</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 83, 94.

<sup>98</sup> ASR, nr 3101, *Congregazioni tenute*.

W każdym z oddziałów znajdowało się w okresie zimowym po 25 łóżek, natomiast w lecie, porze maksymalnego napływu pacjentów, ich liczbę podwajano, ustawiając wzdłuż sali, od stóp pierwszego łóżka jedno po drugim dwa następne. W ten sposób pojawiały się trzy rzędy łóżek koło siebie, zwanych *primo*, *secondo cariola*, *terzo*. Rzędy łóżek były ustawiane po obu stronach szpitalika dla rannych, poczynając od wejścia głównego, z pozostawieniem wszelako miejsca do komunikacji pośrodku sali. Ten sam system układania łóżek po prawej i po lewej stronie stosowano w dużym szpitalu. W szpitaliku były jeszcze inne małe pokoje. W jednym z nich, zwanym *S. Antonio*, z dziesięcioma łózkami, umieszczono chorych, którzy z powodu wysokiej gorączki lub bólu w wyniku połamania, wpadali w stan szału czy obłądu, krzyczeli, zakłócając spokój innych pacjentów. W przyszłości pokój *S. Antonio* służył chorym na kamienie. Oprócz tego wydzielono pomieszczenie na garderobę, pościel i bieliznę oraz inne sprzęty; był tam także pokoik, w którym ubierali się chorzy skierowani przez lekarzy na rekonwalescencję do szpitala *della Trinità de Convalescenti*<sup>99</sup>.

Szpital dla rannych był przeznaczony dla osób z ciężkimi przypadkami i ranami powypadkowymi, wymagającymi stacjonarnej pomocy personelu chirurgicznego. Był tutaj, jak nigdzie indziej, rozbudowany i odpowiadał najwyższym standardom. Ten szpital, w źródłach często nazywany *medicheria*, nie zawsze był wykorzystywany zgodnie ze swoim przeznaczeniem. Według relacji z 1737 r. przyjmowano doń w ciągu dnia około stu osób z zewnątrz. Po udzieleniu podstawowej pomocy wielu z nich otrzymywało na wynos lekarstwa, bandaże, kawałki płótna, ściereczki. Powodowało to duże obciążenie i spore straty finansowe. Ponadto w Infirmierii Świętego Ducha do łóżek kładziono pokrytych ranami, poparzonych i inne osoby dotknięte nieuleczalnymi chorobami. Zdaniem wizytatora wszyscy oni powinni zgłaszać się do szpitali dla nich przeznaczonych – pierwsi i drudzy się do szpitali *Santa Maria della Consolazione* i *S. Giacomo degli Incurabili*, osoby z oparzeniami zaś do szpitala *S. Antonio di fuoco*. Chcąc zaradzić tym nieprawidłowościom, wizytator zabronił dłuższego hospitalizowania takich osób. Gdyby jednak ktoś taki zjawił się pierwszy raz w szpitalu dla rannych z potrzebą pomocy chirurgicznej, nakazał go natychmiast opatrzyć oraz poinformować, że zaraz potem lub następnym razem ma udać się do jednego z wyżej wymienionych szpitali. Dodał przy tym, że gdyby wśród pacjentów trafiły się przypadki ciężkich zwichnięć, złamań czy ran, należało ich na dłużej zatrzymać, ażeby służący pielęgniarze mogli zdobywać praktykę dotyczącą podobnych wypadków. Wizytator stwierdził ponadto, że ze względu na małą w owym czasie

---

<sup>99</sup> BAV, Barberiniano latino 1068, *Relatione del modo che si tiene ... 1623*, s. 4; R. GRÉGOIRE, *Servizio dell'anima* s. 235-236.

liczbę gorączkujących osoby wymagające operacji chirurgicznych lub po tych zabiegach kładziono w *Corsia Grande*, dzięki czemu zaoszczędzono jeden etat, likwidując stanowiska kaprała szpitala dla rannych. Zaznaczył przy tym, że nie była to decyzja tymczasowa i nawet jeśli wielka sala wypełni się gorączkującymi, a chirurgicznie chorzy wrócą do swojego szpitalika, to etat kaprała nie zostanie przywrócony<sup>100</sup>.

Rozporządzenie z 1737 r., mające charakter kompromisowy, nie rozwiązało w pełni zasygnalizowanego problemu. W następnym roku ten sam wizytator skarżył się, że w wydzielonym pokoju szpitala dla rannych, zwanym *medicaria*, panował nieład – poświęcano nadmiernie duże środki na opatrywanie i leczenie osób z zewnątrz, które nie miały żadnego związku ze szpitalem i w ogóle nie kwalifikowały się do pobytu w nim. Jak stwierdzono szpital nie przyjmował niegorączkujących chorych z problemami chirurgicznymi, a osoby bez symptomów gorączki miały udawać się do innych rzymskich szpitali. W ramach radykalnych środków zaradczych *medicaria* została zamknięta, a służbie pielęgniarskiej zabroniono wydawania specyfików leczniczych komukolwiek innemu, jak tylko uprawnionym chorym ze szpitala, i to za specjalnymi kwitami, podpisanymi przez głównych chirurgów. Tym sposobem uniemożliwiono służbie pobieranie ukradkiem z apteki lekarstw i innych środków używanych potem do leczenia chorych spoza szpitala w ich prywatnych domach<sup>101</sup>.

Szpital Świętego Duch specjalizował się więc przede wszystkim w leczeniu chorych z gorączkami i – w nieco mniejszym stopniu – w chirurgii i leczeniu osób z ranami. Oprócz tego istniało w nim szereg innych małych oddziałów, sal czy innych pomieszczeń, nazywanych szpitalikami, przeznaczonych dla osób o konkretnych schorzeniach. Jednym z nich był szpitalik *S. Antonio* dla chorych na kamienie. Poprzez szpitalik *S. Lorenzo* był powiązany ze szpitalem dla rannych. We wszystkich trzech nadzór i opiekę nad chorymi sprawował ten sam kapral i dwóch starszych funkcją służących (*ciarabucchi*). Pewną odrębność posiadał szpitalik *S. Giacinto* dla gruźlików (*tisici, etici*). Istniały też szpitaliki *S. Girolomo* dla chorych na skorbut oraz *S. Gaetano* dla szalonych, bredzących i majaczących (*deliranti*)<sup>102</sup>. Ostatnie trzy były strukturalnie związane bardziej z *Corsia Grande*, ich pacjenci bowiem wymagali leczenia i nadzoru ze strony lekarzy, a nie chirurgów. Wszystkie te szpitaliki były bardzo małe, przebywało w nich od kilku do kilkunastu pacjentów, czasami kilkudziesięciu, dotkniętych rzadziej występującymi przypadłościami.

<sup>100</sup> ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata ... 1737*, s. 31-32.

<sup>101</sup> ASR, nr 905, *Ordini e Decreti della Santa Visita Apostolica. 1737*, s. 7. ASR, 903, *Visita Apostolica in Santo Spirito, incominciata l'anno 1737 ... 1749*, s. 21-22.

<sup>102</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 2, 15, 186

Te wewnętrzne oddziały istniały już na długo przed dobudową nowego skrzydła. Miejsca te, całkowicie odizolowane od gorączkujących, funkcjonowały przez cały XVIII w. W szpitaliku S. *Antonio* opiekę nad chorymi na kamienie w dzień i w nocy sprawowali dwaj najbardziej doświadczeni służący z tego szpitalika, tzw. *giovani di medicaria*, co świadczy, że funkcjonalnie był on związany ze szpitalem dla rannych, leczenie bowiem i usuwanie kamieni wymagało zabiegów chirurgicznych. W szpitaliku S. *Gaetano* przebywających w nim pacjentów wizytował oddzielny lekarz i chirurg<sup>103</sup>.

Ze względu na elitarność stanowo-zawodową na uwagę zasługują dwa kolejne wewnętrzne szpitaliki. Pierwszym był Szpitalik św. Filipa, inaczej rodziny szpitalnej (*Ospedaletto della Famiglia*), w którym leczono chorych należących do służby i personelu leczniczego. Wszystkie osoby zatrudnione na jakichkolwiek stanowiskach określano mianem „rodziny szpitalnej” (*famiglia dell'ospedale*). To jej służył wspomniany szpitalik<sup>104</sup>, który po rozbudowie całego szpitala w połowie XVIII w. został przeniesiony do nowego skrzydła, a dawne jego pomieszczenie zostało wcielone do *Conservatorio*<sup>105</sup>. Leczony w nim personel szpitalny, duchowny i świecki, w porównaniu do pozostałych pensjonariuszy miał pewne przywileje w wyżywieniu, obsłudze i warunkach lokalowych. Drugim był szpital dla osób szlachetnie urodzonych – *Ospedale de' Nobili*, uposażony w czasie pontyfikatu Innocentego XII (1691-1700), a ufundowany przez komendatora Bernardino Casalego (1689-1713). Trafiali doń między innymi chorzy księży i *nobili*<sup>106</sup>. Wbrew temu, co twierdzi Maura Piccialuti, nie był to na pewno pierwszy oddział szpitalny dla osób z wyższych sfer, ponieważ w 1679 r. wizytator informował, że księży, którzy zachorują, kładzie się w *Ospedale dei Nobili*<sup>107</sup>. Z takim przeznaczeniem funkcjonował już dużo wcześniej, w 1623 r. bowiem brat Domenico Borgarucci pisał, że „papież wyznaczył wspaniałe i przestrzenne miejsce dla osób nobilitowanych, dotkniętych nieszczęśliwym losem, a że od urodzenia różniły się one od innych, toteż w inny sposób winni być traktowani. Dlatego przydzielono im na wyższej kondygnacji, tam gdzie zamieszkują zakonnicy, cztery bardzo dobrze urządzone, udekorowane pokoje, w których ustawiono cztery łóżka z zasłonami do każdego pomieszczenia. Była tam kaplica z ołtarzem ozdobionym pięknymi malowidłami, w której jeden

---

<sup>103</sup> ASR, nr 67, Rękopis z końca XVIII w. rozpoczynający się od słów: *L'Gran Corsia dello Spedale di Santo Spirito*.

<sup>104</sup> ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata ... 1737*, s. 144, 146.

<sup>105</sup> M. SURDACKI, *Dzieci porzucone*, s. 86; ASR, nr 1409, *Illustrissimo Monsignore Pietro De Carolis*.

<sup>106</sup> ASR, nr 1409, *Decreti di Visita ... Acciajoli ... 1679*, w: *Notificazione sopra varie disposizioni riguardanti il retto regime, governo, ed administratione dell'Apostolico Archiospedale di Santo Spirito, in Roma MDCCCXV* (dalej cyt. MSVD), s. 66-67; M. PICCIALUTI, *La carità*, s. 30.

<sup>107</sup> ASR, nr 1409, *Decreti di Visita ... Acciajoli ... 1679*, s. 66.

z dyżurnych księży z dolnej części szpitala odprawiał dla nich codziennie rano Mszę św. i udzielał Komunii św., dwa razy w ciągu dnia wizytował ich najstarszy i najbardziej doświadczony lekarz naczelny szpitala, zalecając stosowne medykamenty”. Generalnie byli on lepiej traktowani niż pozostali chorzy<sup>108</sup>. Z dobrodziejstw takiego miłosierdzia, jak pisze Borgarucci, korzystali biedni chorzy biskupi, towarzyszyli im w tym stale ubodzy ponownie dworscy, którzy z powodu nieporozumień lub innych przyczyn musieli zatrzymać się w Rzymie, pomimo że znajdowały się tam (w szpitaliku) osoby z rodziny pałacu (papieskigo?)<sup>109</sup>. Jako że przebywały w nim osoby z wyższych sfer, starano się oddać im należyty szacunek i otaczać ich szczególną atencją. Dlatego do opieki nad nimi wyznaczono odrębnego kaprała, który osobiście odpowiadał za zapewnienie pacjentom tego szpitala wszystkiego, czego potrzebują, zwłaszcza czystej bielizny. W okresie późniejszym, w 1737 r., w tym szpitalu oprócz kaprała był jeszcze jeden *giovane*. Swojego kaprała miał również mały szpital dla chorego personelu – *Ospedaletto della Famiglia*<sup>110</sup>. Szpitalik miał też swoją wewnętrzną kaplicę<sup>111</sup>.

Oba szpitale nie zawsze były wykorzystywane zgodnie ze swoim przeznaczeniem, wobec czego na kongregacji w 1705 r. zakazano przyjmowania do Szpitala św. Filipa innych osób niż członkowie gwardii i rodziny szpitalnej oraz magazynierzy, szafarze i rządcy pracujący w posiadłościach szpitalnych. Identyczne zarządzenie wprowadzono odnośnie do szpitala dla szlachetnie urodzonych, do którego dostęp mieli wyłącznie doktorzy oraz ubodzy przedstawiciele rodzin szlacheckich i patrycjuszowskich. W wypadku gdy przybywały do tych szpitalików inne, nieuprawnione osoby, zabroniono ich badania i leczenia<sup>112</sup>. W latach trzydziestych XVIII w. w szpitalu dla nobilitowanych rzadko przebywali chorzy, a jeśli tak, to przede wszystkim kapłani, którzy w zasadzie powinni trafiać do swojej infirmerii *Ponte Sisto*. Pozostali świeccy prawie nigdy nie należeli do stanu szlacheckiego, a kładziono ich do łóżka szpitalnego ze względu na różne zobowiązania<sup>113</sup>.

Szpital Świętego Ducha przeznaczony dla osób biednych nie pobierał od swoich pacjentów opłat za hospitalizację. Tymczasem w literaturze spotkać można informację, że ten szpital wraz ze szpitalem bonifratrów, *S. Giovanni di Dio*

---

<sup>108</sup> BAV, *Barberino Latino* 10683, cap. II. *Relatione del modo, che si tiene ... Domenico Borgarucci. 1623*, s. 19-19v.

<sup>109</sup> Tamże, s. 19v. („poveri vescovi infermi”, „gentil’huomini della corte”, „persone della famiglia del palazzo”).

<sup>110</sup> Tamże, s. 19v. ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi nell’Arcispedale 1654*, s. 71-72; ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi dagl’ Officiali ... 1654*, s. 41-42; ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 198-199; ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata...1737*, s. 18.

<sup>111</sup> ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata ... 1737*, s. 283.

<sup>112</sup> ASR, nr 3101, *Congregazioni tenute*.

<sup>113</sup> ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata ... 1737*, s. 17. ASR, nr 903, *Visita Apostolica in Santo Spirito, incominciata l’anno 1737 ... 1749*, s. 11.

na wyspie Tiberina, były jednymi z pierwszych, które posiadały oddziały odpłatne – dla osób szlachetnie urodzonych i zamożnych<sup>114</sup>. Nie ulega wątpliwości, że w wypadku Szpitala Świętego Ducha chodziło o wewnętrzny szpitalik *dei Nobili*.

W zależności od sytuacji niewielkie pomieszczenia wymienionych szpitalików dostosowywano do konkretnych potrzeb. Tak więc w 1740 r. nowy wizytator, kardynał Giacomo Lanfredini przeniósł chory personel, przebywający w szpitalu *S. Filippo*, do szpitala dla rannych, jednocześnie zwolnił pracującego w pierwszym z nich służącego. Było to podyktowane względami oszczędnościowymi, dlatego dyżurni zatrudnieni dotychczas w wielkiej sali byli zobowiązani służyć również chorym z rodziny szpitalnej, ulokowanym w szpitalu dla rannych<sup>115</sup>. Na początku lat 80. XVIII w. szpital *S. Antonio* przyjął nazwę *Ospedale San Liborio*<sup>116</sup>, szpital *S. Filippo* zaś *Ospedale di San Pio*<sup>117</sup>. Mocą dekretu z 1796 r. zabroniono przyjmowania do tego szpitala osób z zewnątrz, kimkolwiek by byli, lecz tylko chorych z rodziny szpitalnej, aktualnie pozostających na służbie<sup>118</sup>.

W szczególnych okolicznościach otwierano kolejne szpitaliki. Taka sytuacja zaistniała w czerwcu 1764 r., gdy w obliczu epidemii i zwiększonego napływu chorych zorganizowano dla nich Szpitalik św. Karola (*S. Carlo*) w pomieszczeniu, które służyło dotąd za składnicę materaców. Ustawiono w nim na tę okoliczność 150 dodatkowych łóżek. W związku z zaistniałą sytuacją wystąpiły też inne trudności i braki w personelu obsługującym, gdyż duża jego część pracująca w *Braccio nuovo* z powodu epidemii zachorowała i zapełniła wewnętrzny Szpital św. Filipa<sup>119</sup>.

Szpital Świętego Ducha był placówką wielooddziałową, ale zarazem wielospecjalistyczną, leczącą rozliczne i rozmaite kategorie chorych, chociaż nie wszystkie, niektóre bowiem kwalifikowały się do kuracji w innych szpitalach Rzymu. Choć ogromny pod względem budynków, to nie zawsze, nawet po rozbudowie jego wewnętrzna struktura i układ pomieszczeń zapewniały odpowiednie warunki hospitalizacji i bezpieczeństwa dla wszystkich grup pacjentów, w wielu wypadkach wymagających separacji.

Bardzo duże kłopoty sprawiali w szpitalu pacjenci określani, jako *deliranti*, *furiosi*, *idrofobi*, czyli furiaści, osoby szalone, wściekłe, opętane, w dzisiejszym rozumieniu, dotknięte chorobami nerwowymi i umysłowymi. W 1758 r.

<sup>114</sup> M. PICCIALUTI, *La carità*, s. 26.

<sup>115</sup> ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata ... 1737*, s. 147.

<sup>116</sup> ASR, nr 1414, *Ristretto Generale... 1785, sotto governo ... Francesco Degli Albizi ... Commendatore*, Roma 1786.

<sup>117</sup> ASR, nr 1414, *Ristretto Generale ... anno 1793, sotto governo ... Francesco Degli Albizi ... Commendatore*, Roma 1794.

<sup>118</sup> *I bassi ufficiali della milizia, cioe Sagrenti, e Cadetti, a secondo del concordato*. ASR, nr 167, *Ordini Noi Francesco Albizi*, s. 49.

<sup>119</sup> ASR, nr 61, *Giornale. Memorie delle Cose...* 1759, s. 281 Ten wewnętrzny szpitalik nie miał żadnego związku z filialnym szpitalem *S. Carlo*, wybudowanym w końcu XVIII w.



komendant Giuseppe Maria Castelli donosił, że w szpitalu bywali chorzy, którzy wskutek choroby i cierpienia wpadali w szał, stawali się gwałtowni i groźni dla samych siebie i innych, krzykami zakłócali ciszę, przeszkadzali służbie wypełniać obowiązki. W swojej agresji i niepokromionej furii gryźli i atakowali współpensjonariuszy, w wyniku czego jeden z nich poniósł śmierć. Źródło takiej sytuacji tkwiło w braku miejsca, w którym można by ich było umieścić w oddaleniu i separacji od innych chorych tak, aby im nie zagrażali i nie burzyli spokoju. Chcąc odseparować niebezpiecznych pacjentów, komendant przydzielił dla nich pokój przy boku kaplicy w szpitalu dla rannych, w którym wcześniej mieściła się szkoła chirurgii dla studiującej służby. Zamontowano w nim dwoje drzwi z ryglami i zamkami, ustawiono żelazne ławki przykute łańcuchami do muru i przytwierdzone do posadzki oraz cztery łóżka ze stolikami, w znacznej odległości od siebie, by leżące na nich osoby wzajemnie sobie nie przeszkadzały. Co najważniejsze: przymocowano także do muru żelaznymi łańcuchami kajdanki i obroże (naszyjniki), które służyły do obezwładniania osób skłonnych do buntu i ekscesów. W nowej sali niechybnie umieszczono jednego chorego na wściekłość (*idrofobo*) oraz wielu *deliranti*, którzy odtąd byli na tyle strzeżeni, że nikomu nie robili krzywdy i nie przeszkadzali, zwłaszcza personelowi, który czując się bezpiecznie mógł bez przeszkód służyć ogółowi chorych. Jak stwierdził 9 lipca 1759 r. komendant, pomieszczenie to na przyszłość miało się nazywać Salą św. Kajetana<sup>120</sup>.

Chorzy nerwowo czy umyślowo wymagali szczególnej nadzoru, gdyż byli groźni nie tylko dla innych pacjentów, ale także dla samych siebie. W 1813 r. w raporcie komisarza policji zapisano, że chory 24-letni Giuseppe Tobaldi ze Szpitala Świętego Ducha, znajdujący się w stanie delirium spowodowanym gorączką, popełnił samobójstwo, rzucając się do Tybru. Burmistrz Rzymu Luigi Braschi obwinił za to asystentów, którzy nie otoczyli dostateczną opieką niebezpiecznie chorego, który mógł także zagrozić pozostałym chorym, Zwrócił się przeto do wiceprezydenta Komisji Administracyjnej Szpitali o podjęcie wszelkich środków zapobiegających podobnym nieszczęściom<sup>121</sup>.

---

<sup>120</sup> ASR, nr 44, *Sotto il governo del Sig. Card. Giuseppe Maria Castelli dai 13. VII 1758 ai XII 1759*, w: *Notificazione diverse della Casa di S. Spirito*, s. 82-83; ASR, nr 1409, *Ordini per il luogo per l'infermi furiosi*, s. 221; ASR, nr 1409, *Breve ragguaglio ... 1759*, s. 134. (127-136); ASR, nr 61, *Giornale di Memorie delle Cose*, s. 83. ASR, nr 904, *Regolamento per provvedere meglio alla cura dell'Anima*, 2 ottobre 1758; ASR, nr 904, *Ordini, e Decreti fatti dall' ... Cardinale Castelli ... 1759*. Zob. też: C.E. SIMONETTO, L. DEL PISTOIA, *Note su stragione e razionalità tra Sette e Ottocento a Roma. Il periodo francese*, w: *L'ospedale dei pazzi di Roma dai papi al '900. Lineamenti di assistenza e cura a poveri e dementi*, red. A. Iaria, A. Bonfigli, F. Fedeli Bernardini, t. II, Bari 1994, s. 97.

<sup>121</sup> ASR, nr 3099, List księcia Braschi do wiceprezydenta *Commisione Amministrativa* księcia Chigi.

Obecność osób z zaburzeniami umysłowymi i sugestywny opis ich zachowania oraz sposobu sprawowania nad nimi nadzoru stanowią ważny przyczynek do ukazania ich losów w czasach przed oświeceniowych<sup>122</sup>. Już sama terminologia używana na ich określenie (szaleni, opętani, wściekli, obłąkani) świadczy, że nie nadawano im jeszcze statusu medycznego i nie określono natury ich stanu. Ich dolegliwości oderwano od kontekstu medycznego i włączono w moralną sferę wykluczenia. Mimo pojawienia się szpitali bonifratrów, którzy po raz pierwszy pochyliли się nad losem tych ludzi, nie było jeszcze w tym czasie specjalnych instytucji leczniczych dla „szalonych” i „wariatów”, toteż umieszczano ich w szpitalach razem z innymi chorymi. Nawet w największym szpitalu europejskim, jakim nadal był papieski Szpital Świętego Ducha, długo nie przewidywano dla nich odrębnych pomieszczeń i izolacji, a jeśli już do tego doszło, to nadal stosowano dawne metody ograniczania ich agresji i utrzymywania w ryzach ze względów bezpieczeństwa. Źródła nic też nie mówią o ich leczeniu, bo takie wówczas w zasadzie nie istniało. Dopiero dzięki doświadczeniom płynącym z obserwacji zachowań ludzi obłąkanych, wtopionych w masy innych osób umieszczonych w szpitalach, od około połowy XVIII w. zaczęto dostrzegać naturą obłądu, przypisywać mu jednostkę chorobowo-medyczną i próbować go leczyć. Był to jednak proces powolny, w którego wyniku rodziła się psychiatria i szpitale dla psychicznie chorych, nie licząc prowadzonych przez bonifratrów. Wielkie zasługi w wykrywalizowaniu się psychiatrii jako dziedziny medycznej wnieśli dwaj lekarze pracujący w końcu XVIII w. z obłąkanymi: Filip Pinel (1745-1826) w szpitalu Bicêtre w Paryżu oraz niejaki Tuck w królewskim szpitalu Bethelhem w Londynie<sup>123</sup>.

Obowiązek przyjmowania wszystkich chorych i zakaz odmawiania przyjęcia, czasem pośpiech lub nietrafna, wstępna diagnoza sprawiały, że chorych kładziono nieraz nie tam, gdzie powinni leżeć. Takie sytuacje korygowali podczas wizytacji lekarze, którzy zlecali przeniesienie takich chorych do odpowiednich dla nich oddziałów. Jeśli spotkali na ogólnej sali kogoś ze szkorbutem lub *delirante*, który niepokoi i przeszkadza innym, przenosili go do *S. Lorenzo*, gruźlików zaś do szpitalika *S. Giacinto*, tak by nie zarażali pozostałych pacjentów, a chorych chirurgicznie, po obejrzeniu przez chirurgów, umieszczano w *Ospedaletto dei Feriti*. Gdy napotkali osoby z nawrotem choroby, wcześniej leczonych w szpitalach bonifratrów lub św. Jana na Lateranie, nie mogli ich tam ponownie transportować, lecz dalej kurować do pełnego wyzdrowienia<sup>124</sup>.

<sup>122</sup> Szerzej na ten temat w podrozdziale 7

<sup>123</sup> M. FOUCAULT, *Historia szaleństwa w dobie klasycyzmu*, tł. H. Kęszycka, Warszawa 1987, s. 56, 123, 128.

<sup>124</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 73-74.

Do Szpitala Świętego Ducha pacjenci trafiali na leczenie przede wszystkim ze swoich domów, rzadziej przybywali z innych szpitali, w których nie mogli znaleźć odpowiedniej kuracji ze swoich dolegliwości. Szczególne relacje infirmeria świętoduska utrzymywała z założonym w 1693 r. przez papieża Innocentego XII (1691-1700) hospicjum papieskim dla ubogich inwalidów Rzymu (*Ospizio Apostolico delli Poveri Invalidi di S. Michele di Ripa Grande*). Na początku było przeznaczone dla osieroconych i porzuconych chłopców, którzy uczyli się tam rzemiosła i służyli ubogim rodzinom, później także dla biednych i starych włóczęgów<sup>125</sup>. Dziesięć lat po fundacji papież Klemens XI (1700-1721) mocą dekretu wydanego w 1703 r. otworzył w tym hospicjum oddział korekcyjny dla młodych skazańców, którzy nie byli jeszcze na tyle dorośli, aby wiosłować na galerach. Niegrzeczni chłopcy pod ścisłym dozorem przędli bawełnę w wielkiej sali, wolną nogą poruszali obracające się koło, drugą zaś nogę mieli przywiązaną łańcuchem do belki. Również ich wyżywienie było skromniejsze i gorszej jakości niż pozostałych chłopców umieszczonych w hospicjum. O ile praca odbywała się w pomieszczeniach przypominających warsztaty rzemieślnicze, to organizacja pracy prezentowała już aspekty zwiastujące scentralizowaną manufakturę.<sup>126</sup>

W 1693 r. hospicjum otrzymało od papieża Innocentego XII przywilej umożliwiający wysyłanie powozami (*carozze*) chorych inwalidów, ubogich i uczniów do wszystkich szpitali rzymskich, według diagnozy o chorobach, w których się specjalizowały. Po odbytej kuracji takie szpitale były zobowiązane odesłać wyleczonych pacjentów tym samym transportem do macierzystego hospicjum. W wypadku śmierci pacjenta przywilej gwarantował hospicjum odzyskanie ubrań i innych rzeczy po zmarłym. Do początku lat 40. XVIII w. Szpital Świętego Ducha respektował wymienione reguły, systematycznie przyjmując chorych alumnów hospicjum. W 1740 r. jednak protektor hospicjum papieskiego skarżył się, że przełożony infirmerii nie stosuje się do przywileju i odmawia przyjęcia chorych chłopców, przywołując historię Giuseppe Vannoi. W odpowiedzi komendator szpitala duchaków uznał za słuszne prawa hospicjum do leczenia podopiecznych w zarządzanym przez siebie szpitalu, jednocześnie zapewnił, że szpital nigdy nie będzie odmawiał leczenia skierowanych tu chłopców, przeprosił też za zaistniałą sytuację, a odmowę przyjęcia alumnów tłumaczył niezajomością regulaminu przez przełożonego infirmerii. Jednocześnie wyjaśniał, że wspomniany pacjent został przyjęty, ale po dwóch dniach decyzją lekarza zwolniony,

<sup>125</sup> ASR, nr 7, Rękopis zaczynający się od: „Illustrissimo”, s. 169-170v.

<sup>126</sup> M. FATICA, *La reclusione dei poveri a Roma durante il pontificato di Innocenzo XII (1700-1721)*, „Ricerche per la Storia Religiosa di Roma” 3 (1979), s. 174-175.

cała zaś sprawa była wynikiem nieporozumienia między medykiem a przełożonym infirmerii<sup>127</sup>.

Hospicjum miało wprowadzić własną infirmerię dla starych pensjonariuszy, których ze względu na wiek i splot chronicznych chorób, nie chciały przyjmować inne szpitale. Jak stwierdził protektor, można było w nim umieszczać także chorych chłopców, by nie przeciążać choćby Szpitala Świętego Ducha, w szpitalach specjalistycznych jednak znajdowali oni lepszą opiekę medyczną. Kładzenie starych z młodymi skutkowałoby tym, że ani jedni, ani drudzy nie mieliby właściwej opieki, mogło to również prowadzić do zamętu i różnych nie stosowności. W prawdziwych natomiast szpitalach mogli liczyć na czujność rektora, licznych, księży, asystentów i służących. Ostatecznym argumentem za nieumieszczaniem starych z młodymi w jednej infirmerii było unikanie ciężkich skandali, dlatego zabronione było wspólne przebywanie w hospicjach i pozostałych placówkach charytatywnych nie tylko osób różnej płci, ale też chłopców z dorosłymi, szczególnie ze starymi, przed czym przestrzegał między innymi św. Franciszek Salezy w swoich listach<sup>128</sup>. Gdy więc do szpitala duchaków trafiali chorzy chłopcy, odseparowywano ich od dorosłych, umieszczając wszystkich razem w wydzielonej części szpitala<sup>129</sup>.

Problem nie został jednak do końca rozwiązany i nadal budził kontrowersje, czego dowodzi relacja złożona pod przysięgą w 1784 r. przez długoletnich pracowników hospicjum *S. Michele a Ripa Grande*. Zeznawali oni, że wcześniej Szpital Świętego Ducha bez sprzeciwu przyjmował ich chorych alumnów. Do tego dokumentu była dołączona kopia wspomnianej notatki z 27 maja 1740 r. komendatora Pallaviciniego adresowanej do władz hospicjum. Ostatecznie 20 czerwca 1784 r. zwołano kongres z udziałem komendatora Vincenti, na którym postanowiono, że Szpital Świętego Ducha będzie przyjmował wyłącznie podopiecznych hospicjum *S. Michele* dotkniętych chorobami możliwymi do leczenia tylko w tym szpitalu, za wyjątkiem czasu rozwoju epidemii wirusowych chorób zakaźnych<sup>130</sup>.

Opisana sprawa stanowi przyczynek do poznania około tysiącosobowej populacji pensjonariuszy szpitala duchaków, z których niewielką część stanowili w XVIII w. młodzi podopieczni hospicjum papieskiego. Pokazała też specyfikę

---

<sup>127</sup> ASR, nr 7, Rękopis zaczynający się od: *Illustrissimo*, s. 169-170v, 187. Na temat tego hospicjum zob. A. BALZANI, *L'Ospizio Apostolico detto „il San Michele” dal 1693-1718*, Roma 1969; *Le immagini del Santissimo Salvatore. Fabbriche e sculture per l'Ospizio apostolico dei poveri invalidi*, red. B. Contardi, G. Curcio, E.B. Di Gioia, Roma 1988; M. PICCIALUTI, *La carità*, s. 28, 39, 54-79.

<sup>128</sup> ASR, nr 7, Rękopis zaczynający się od: *Illustrissimo*, s. 171-174.

<sup>129</sup> ASR, nr 1409, *Decreti di Visita 1679 ... Acciajoli*, s. 66-67.

<sup>130</sup> ASR, nr 7, Rękopis zaczynający się od: *Illustrissimo*, s. 185, 189v.

samego szpitala, który pomimo szerokiej specjalizacji bronił się przed osobami dotkniętymi chorobami, których nie był w stanie leczyć. Wreszcie szpital, choć mocno rozbudowany po reformach Benedykta XIV, nadal liczył się z ograniczeniami lokalowymi i organizacyjnymi, toteż w sytuacji epidemii dbał przede wszystkim o swoich pacjentów, zwłaszcza gorączkujących, do których hospitalizacji był przystosowany.

## 6. POMIESZCZENIA ZASTĘPCZE – SPICHLERZE

W czasach częstych epidemii, gdy liczba chorych napływających do szpitala przekraczała jego możliwości lokalowe, władze szpitala zmuszone były korzystać z pomieszczeń i lokali zastępczych, często gospodarczych. Na ten cel wykorzystywano między innymi spichlerze szpitalne. Podczas epidemii w latach 1656-1657 władze Szpitala Świętego Ducha zorganizowały dwa własne lazarety: jeden w spichlerzach przy podjeździe do kościoła *San Onofrio* na Janikulum, natomiast drugi przy *S. Michele* jako szpitalik dla „podejrzanych” (*ospedaletto del sospetto*). Do opieki na chorymi w tych lazaretach Szpital Świętego Ducha oddelegował sześciu lekarzy i trzech chirurgów wraz z kilkoma osobami ze służby do pomocy. W szczytowym okresie moru, gdy lazaretowe spichlerze nie wystarczały, powiększono je o trzy wynajęte domy, z których jeden służył za mieszkanie obsługujących zarażonych<sup>131</sup>. Umieszczanie chorych w spichlerzach nie było rozwiązaniem korzystnym. W tej sytuacji w 1688 r. komendant, po naradzie z głównymi lekarzami, podjął decyzję, że dwa spichlerze należące do szpitala, położone przy podjeździe do kościoła *S. Onofrio*, należy w przyszłości wykorzystywać do składowania zboża szpitalnego, a nie do umieszczania w nich chorych. W razie epidemii grypy dla chorych zamierzano znaleźć odpowiednie miejsce, w którym można by ich było umieścić, bez konieczności adaptowania do tego celu spichlerzy, tak jak było to praktykowane dawniej<sup>132</sup>.

Rozporządzenie to, jeśli nawet zostało wprowadzone w życie, w dłuższej perspektywie nie było przestrzegane. W sytuacjach krytycznych, gdy wszystkie miejsca w szpitalu były zajęte, chorych wciąż umieszczano w spichlerzach. Było to szkodliwe tak dla nich samych, jak i dla rodziny szpitalnej, ponieważ latem w dolnej części spichlerza rozchodził się smród i zaduch z powodu niskiego sklepienia,

<sup>131</sup> P. SAVIO, *Ricerche sui medici e chirurghi dell'Ospedale di Santo Spirito in Sassia. Secoli XVI-XVII*, „Archivio della Società Società Romana di Storia Patria”, XCIV (XXV) della serie III, 1971, s. 146-147, 157-158. Jest też informacja o istnieniu w czasie zarazy *Spedaletto fuori della Porta del Popolo*, do którego przychodził lekarz ze Szpitala Świętego Ducha (s. 158). Chodzi zapewne o ten przy *S. Michele*. Zob. też A. CANEZZA, *Gli Arciospedali*, s. 114.

<sup>132</sup> ASR, nr 1409, *Decreto che non si mettano gl'ammalati*, s. 78.

natomiast zimą w górnym hulał wiatr i panował ziąb, przechodzący przez wszystkie części dachu z powodu braku poddasza. W obu spichlerzach były liczne okna, wielkie, ale niskie, wszystkie osadzone ponad głowami chorych, nie było w nich szklanych szyb, lecz płócienne zasłony, co powodowało oczywiście zaciemnienie pomieszczeń. W deszczowe dni dostawała się tam woda. Do spichlerza usytuowanego koło ulicy latem wdzierały się tumany kurzu, a wokół dziedzińców utrzymywało się powietrze złej jakości. Z powodu sporego oddalenia od szpitala służba wielokrotnie nie mogła przybyć na czas do pracy, na czym cierpieli sami chorzy<sup>133</sup>.

Zdarzało się, że i nawet spichlerze były przepełnione, wtedy chorych umieszczano na parterze w fasadowych przybudówkach (*rimesse*). W takich warunkach stan zdrowia pacjentów zamiast się polepszać, ulegał pogorszeniu, a nawet wielu z nich umierało. Chorowali również pełniący służbę gwardziści usługujący pacjentom, jak np. w 1736 r., kiedy to zaraz po swoim dyżurze wszyscy czterej dostali gorączki. Podłogi w przybudówkach były wybrukowane (*selciata*), ale pod spodem znajdowała się martwa ziemia, w której biegły liczne przewody z wodą, przez co wszędzie było mokro i panowała wilgoć, nie tylko na podłodze, lecz również na ścianach przy dziedzińcu, gdzie znajdowały się fontanny i wanny (*vasche*). Powietrze dostające się do środka przybudówek przez okna było złej jakości, do tych od ulicy zaś wdzierał się kurz i słońce, również przez drzwi, które latem zawsze pozostawały otwarte. Po dobudowaniu *Nuovo Braccio* wspomniane przybudówki wykorzystano do celów gospodarczych: pierwszą na stajnię dla koni, drugą na magazyn budowlany, a w trzeciej pracowali cieśle<sup>134</sup>.

Sytuacja lokalowa poprawiła się zdecydowanie po oddaniu do użytku nowego skrzydła szpitala. I ono jednak nie pomieściło wszystkich chorych w czasie wielkiej epidemii, jaka miała miejsce w 1768 r. Władze szpitala były wtedy zmuszone przekazać na ten cel znajdujące się tam dwa dodatkowe pomieszczenia, z których jedno służyło wcześniej za skład łóżek<sup>135</sup>. Mimo wszystko nowa inwestycja radykalnie zwiększyła możliwości lokalowe na wypadek epidemii i innych klęsk, warunki lokalowo-sanitarne dla chorych, a także pracę rodziny szpitalnej, która – będąc na miejscu – mogła być bardziej racjonalnie wykorzystywana, a zarazem mniej liczna, a w sumie tańsza<sup>136</sup>.

Konieczność poszukiwania dodatkowych miejsc z powodu przepełnienia szpitala pojawiała się także w obliczu innych kataklizmów i plag wywołujących choroby. Bardzo pamiętny i trudny dla Szpitala Świętego Ducha był 1764 r. ze względu

<sup>133</sup> ASR, nr 1301, *Relazione fatta da Ferrini*, s. 26.; ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata ... 1737*, s. 275-276.

<sup>134</sup> ASR, nr 1301, *Relazione fatta da Ferrini*, s. 27; ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata ... 1737*, s. 277

<sup>135</sup> ASR, nr 44, *Sotto il governo del Sig. Card. Giuseppe Maria Castelli ... 1759*, s. 81.

<sup>136</sup> ASR, nr 1301, *Relazione fatta da Ferrini*, s. 27-27v.



na klęskę głodu, jaka zapanowała w Rzymie i jego, dość rozległych, okolicach. Niedostatek zboża i żywności zmusił papieża Klemensa XIII (1758-1769) do stworzenia w mieście schronisk (*reclusori*) dla głodujących biedaków, którzy wypędzeni ze swych miejscowości przez głód, przybywali do Rzymu. Jedno ze schronisk, dla mężczyzn, zorganizowano w spichlerzach przy Termini, inne zaś, dla kobiet, przy S. *Anastasia*. W drugim wraz z matkami przebywały też chore dzieci, cierpiące na ospę. Aby zaradzić tej niedoli i zapewnić dzieciom opiekę i kurację medyczną, papież polecił przyjąć ich do Szpitala Świętego Ducha, który jednak, jako placówka leczenia ogólnego, nie mógł zapewnić im odpowiedniej pielęgnacji i ciszy, szczególnie w nocy. Postanowiono więc utworzyć niejako nowy szpital w pokojach i sypialniach przeznaczonych wcześniej dla *Scuola dei Putti*, którą przeniesiono do pokoju zwanego muzycznym. A ponieważ pomieszczenia po byłej szkole okazały się za ciasne, dlatego otworzono część komunikacyjną połączoną z *Conservatorio*, dzięki czemu mieszkające tam *Zitelle*, pełne cierpliwości i miłosierdzia, mogły opiekować się chorymi dziećmi w nowo utworzonym szpitaliku. Opiekował się też nimi jeden z młodzieńców służących w infirmerii oraz zastępca pisarza delegowany przez lekarza, doktora Giuseppe De Rossi, do upuszczania krwi. Ogólny nadzór nad ospowatymi dziećmi powierzono komisarzowi szpitalnemu i przełożonej przytułku. Tak zorganizowana opieka, podobnie jak w wypadku porzuconych chłopców ze szpitalnej szkoły, satysfakcjonowała władze szpitalne. Niezależnie od dzieci wręcz tłumy głodnych w poszukiwaniu żywności i schronienia zapełniły wówczas Szpital Świętego Ducha – tego roku napłynęła do szpitala rekordowa liczba chorych – 1701 osób. Spowodowało to ogromne, niemożliwe do pokrycia wydatki szpitala, również z powodu wzrostu cen żywności<sup>137</sup>. Różnego rodzaju kataklizmy i nieszczęścia miały jeszcze inne konsekwencje, mianowicie pauperyzację ludności, zwłaszcza z niższych warstw społecznych. Zepchnięci w nędzę ludzie częściej chorowali, w czego wyniku masowo trafiali do szpitala, powodując jego przepełnienie i przeciążenie finansowe. Pod koniec lat 50. XVIII w. wiele cywilizowanych osób i rzemieślników, doprowadzonych do skrajnej nędzy, traktowało szpital jako przytułek, bez żadnego wstydu szukając w nim miejsca do mieszkania pod pozorem leczenia. Epidemia z 1758 r. stanowiła wtedy przyczynę powstania jeszcze innych problemów dla Szpitala Świętego Ducha, wynikających pośrednio z sytuacji i decyzji podjętych w szpitalu św. Jana na Lateranie, który miał charakter koedukacyjny. W obliczu wielkiej liczby chorych kobiet w czasie epidemii, przełożeni tej drugiej instytucji przeznaczili dla nich połowę (w sumie sto łóżek) oddziału wydzielonego dla mężczyzn, którzy nie mieszcząc się w szpi-

<sup>137</sup> ASR, nr 61, *Giornale di Memorie delle Cose*, s. 278-279; ASR, nr 61, *Giornale. Memorie*, s. 308. Termin *reclusorio* znaczy też więzienie, zakład karny, w tym wypadku chodzi jednak bardziej o przytułek.

talu laterańskim, w tej samej liczbie zostali umieszczeni w infirmerii duchaków. Następnie postanowiono generalne sprzątnięcie szpitala św. Jana, rozpoczynając je od oddziału dla kobiet, które przeniesiono do oddziału dla mężczyzn, a tychże do szpitala nad Tybrem. Po zakończeniu porządków i powrocie kobiet na swoje miejsce analogiczne prace kontynuowano w części męskiej. W wyniku tego pacjenci płci męskiej, którzy powinni być hospitalizowani w placówce na Lateranie, nadal pozostawali w Infirmerii Świętego Ducha. W wyniku arbitralnej decyzji władz szpitala *S. Giovanni in Laterano* szpital duchacki utrzymywał własnym sumptem stu „obcych” chorych.

### 7. GDZIE ŚWIERZBOWACI? SAN GALLICANO

Jedną z najbardziej zakaźnych i powszechnych chorób był w tamtych czasach świerzb (*rognā, scabia*), toteż w XVII-XVIII w. toczyła się dyskusja, w jakim szpitalu rzymskim umieszczać osoby nim zainfekowane (*rognosi*), by nie zarażały innych pensjonariuszy. Biorąc pod uwagę fakt, że w Rzymie istniały liczne szpitale specjalistyczne, władze Szpitala Świętego Ducha argumentowały, że to do nich powinni być odsyłani pacjenci ze świerzem lub z innymi chorobami zakaźnymi, tym bardziej że ich szpital miał na utrzymaniu ponad 3000 osób. Na tę liczbę składało się 1500 dzieci porzuconych przebywających w domach matek, 600 pensjonariuszek *Conservatorio* wraz z siostrami, 200 chorych i rannych, 100 oficjeli i służących w szpitalu, 100 zakonników, kapelanów i innych ministrów, 30 matek i pozostałych kobiet, 100 podrzutków do ośmiu lat, 350 mężczyzn na służbie w gospodarstwach, oraz wielu innych. Tłumaczono, że w Rzymie powinien być przynajmniej jeden szpital dla osób niedotkniętych chorobami zakaźnymi, by nie narażać ich na jeszcze groźniejsze dolegliwości niż te, z którymi trafili do szpitala. Wtedy pacjentów można by było kłaść do czystych łóżek, a nie do zainfekowanych wcześniej przez dotkniętych świerzem lub podobnymi schorzeniami. Przekonywano, że chorzy zakaźnie w szpitalach dla nich przeznaczonych i dostosowanych, tak pod względem lokalowym, jak i personelu, znajdują lepszą opiekę niż u duchaków<sup>138</sup>.

Podnoszono też argument, że w miejscu lokalizacji Szpitala Świętego Ducha, nie ma wiatrów, a panujące tam ciężkie i gęste powietrze nie służy chorym zakaźnie, jest wręcz dla nich szkodliwe i sprzyja rozprzestrzenianiu się chorób infekcyjnych. Lepiej więc byłoby, gdyby zarażeni świerzem znaleźli się w placówce o mniejszej liczbie chorych i personelu, a Szpital Świętego Ducha był instytucją wielooddziałową o złożonej strukturze. Duża liczba chorych, służby,

<sup>138</sup> ASR, nr 3101, *Raggioni per le quali*.

personelu opiekuńczego i medycznego oraz duchownych wymagała sprawnej komunikacji i mobilności. W szpitalu panował ścisk i spory ruch, co dawało możliwość łatwego zarażenia, szczególnie groźnego dla mamek, *Zitelle*, chłopców ze szkoły i sióstr w klasztorze<sup>139</sup>. Renomowany szpital nad Tybrem budził stałą ciekawość cudzoziemców – osób dostojnych z wyższych sfer, które nie wyobrażały sobie pobytu w Rzymie bez obejrzenia tego miejsca. Tymczasem spotykali tam smród i fetor, bijący od masy zakaźnie chorych, co osłabiało wizerunek i splendor szpitala. Kolejną racją za pozbyciem się świerzbowatych było sąsiedztwo pałacu papieskiego i rezydencji dostojników kościelnych, narażonych na zakażenie. Niebezpieczeństwo zainfekowania groziło również lekarzom i chirurgom. Chorzy na świerzb odstraszały wiele osób przychodzących z zewnątrz świadczyć dobrowolną pomoc i miłosierdzie w szpitalu<sup>140</sup>. W konkluzji zaznaczono, że choć dotąd Szpital Świętego Ducha nie przyjmował dotkniętych świerzbem i zakażonych, to i tak każdego roku do tego stopnia był przepełniony chorymi epidemicznymi, że istniejące pomieszczenia nie wystarczały, choć były wyposażone w aż sześć rzędów łóżek, i trzeba było szukać dla chorych nowych kwater. W tej sytuacji przyjęcie świerzbowatych, ze względu na groźbę infekcji, było niedopuszczalne, a poza tym wymagałoby utworzenia dodatkowych pokoi<sup>141</sup>.

Odpowiedź na powyższe dezyderaty wystosowały władze szpitala *S. Salvatore in Laterano*, informując, że nie przekonały ich argumenty przyłożonych Szpitala Świętego Ducha. Wynikało z niej, że sprawa obecności infekcyjnie chorych w placówce duchaków od dawna budziła kontrowersje i nie była uregulowana. Delegaci szpitala *S. Salvatore* przyznawali, że istniało wprawdzie drukowane rozporządzenie, wydane przez wizytatorów, w którym zapisano, że Szpital Świętego Ducha powinien przyjmować tylko chorych „dobrego sortu” (*buona sorte*), poprosili jednak o przedstawienie przywileju czy dokumentu wydanego przez papieża, wykluczającego możliwość przyjmowania chorych zakaźnych do tego szpitala. Przypomniano, że w 1648 r. papież Innocenty X (1644-1655) wydelegował swojego lekarza Gabriele Fonsecę do przedyskutowania tej sprawy z komendantem Stefano Vaim. Rezultatem tych rozmów, w których uczestniczyli też inni lekarze szpitalni i wizytatorzy apostołscy, było zarządzenie, że Szpital Świętego Ducha nie może przyjmować chorych na świerzb z powodów wyżej omówionych. Decyzję tę zaaprobował papież Aleksander VII (1655-1667) i przekazał ją ustnie wspomnianemu komendantowi<sup>142</sup>.

---

<sup>139</sup> Tamże.

<sup>140</sup> Tamże.

<sup>141</sup> Tamże.

<sup>142</sup> Tamże.

Na pewien czas szpital duchaków obronił się przed przyjmowaniem chorych na świerzb. Nie wiadomo, gdzie oni trafiali po werdykcie Aleksandra VII. Być może od razy kierowano ich do szpitala S. *Lazzaro*. Na pewno przebywali w tym szpitalu w 1717 r., ale prawdopodobnie już dużo wcześniej. Wiadomo też, że byli tam jeszcze w 1728 r., rok później jednak rejestry już o nich w tym szpitalu nie wspominają, co znaczy, że od 1729 r. znaleźli swoje miejsce w szpitalu duchaków<sup>143</sup>.

Obecność chorych na świerzb była ogromnym problemem, stwarzającym zagrożenie dla zdrowia i życia pensjonariuszy, personelu oraz pacjentów przebywających na różnych oddziałach szpitala. Co roku do Szpitala Świętego Ducha przybywało około 4500 zarażonych tą chorobą, najwięcej pojawiała się ich zimą<sup>144</sup>. Lokowano ich z reguły w nowej sali szpitalnej (*Corsia Nuova – Sala Alessandrina*) wybudowanej w drugiej połowie XVII w. Była to sala z arkadami, w której w zimie ustawiano paleniska, przy których ogrzewali się biedni ludzie<sup>145</sup>. Obecność osób dotkniętych świerzbem stanowiła źródło zarażeń innych chorych, lekarzy, obsługi szpitalnej oraz pensjonariuszek. Świerzb rozprzestrzenił się bardzo szybko, najczęściej wskutek noszenia zainfekowanych, niezbyt dobrze upranych i zdezynfekowanych ubrań, jak też w czasie wykonywania przez personel i lekarzy czynności pielęgnacyjnych, takich jak nacieranie maścią, zmiana pościeli czy karmienie. Zakażenie świerzbem było powodem wysokiej (12-13%) śmiertelności pensjonariuszy cierpiących na inne dolegliwości, przede wszystkim gorączkujących i rannych<sup>146</sup>. Chcąc zaradzić tej drastycznej sytuacji i ograniczyć ogromne straty finansowe, jakie łączyły się z leczeniem i utrzymywaniem osób zakażonych, papież Benedykt XVI wydał decyzje, by wszystkich chorych na świerzb przenieść do specjalistycznego szpitala S. *Gallicano* w Rzymie. Realizacja tej decyzji miała nastąpić do połowy 1743 r.<sup>147</sup>.

Na początek w szpitalu *San Gallicano* przygotowano dwa szpitaliki (*spedaletti*), do którego przetransportowano z *Corsia Grande* Szpitala Świętego Ducha wszystkich chłopców ze strupami – parchami (*tigna*). Jednocześnie przeniesiono do niego bieliznę osobistą i pościelową, żelazne ławki, przedmioty

---

<sup>143</sup> Szerzej o tym w rozważaniach dotyczących liczby chorych. O obecności świerzbowatych w szpitalu S. *Lazaro* wspominają sumaryczne spisy chorych. Zob. ASR, nr 1414, *Ristretto deg'Infermi ... entrati, partiti, e morti Nel sagro, et apostolico Archiospedale di s. Spirito in Sassia di Roma ... Anno 1717*; ASR, nr 1414, *Ristretto deg'Infermi ... 1728*.

<sup>144</sup> ASR, nr 1301, *Relazione fatta da Ferrini*, s. 13; ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata ... 1737*, s. 165; ASR, nr 1410, *Benefici fatti nello Spedale di S. Gallicano ... 1751*.

<sup>145</sup> ASR, nr 1301, *Relazione fatta da Ferrini...*, s. 13; ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata ... 1737*, s. 164; ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 2-3.

<sup>146</sup> ASR, nr 1301, *Relazione fatta da Ferrini*, s. 13; ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata ... 1737*, s. 160, 164.

<sup>147</sup> M. SURDACKI, *Dzieci porzucone*, s. 251.

z miedzi, cyny, brązu i inne potrzebne rzeczy, tak dla chorych na świerzby, jak i dla nowej „rodziny”, która miała im służyć. Dla rozróżnienia wszystko opatrzone herbem urzędującego papieża. Szpital Świętego Ducha podarował też sienniki, materace, poduszki, koce i ubrania, ponadto urządził dla tych chorych aptekę i zaopatrzył ją własnym kosztem we wszystkie medykamenty, przyprawy korzenne, tudzież inne komponenty do ich wyrobu<sup>148</sup>. Do obsługi świerzbowatych oddelegowano ze szpitala duchaków dwadzieścia najbardziej doświadczonych osób: dwóch księży, lekarza głównego, lekarza asystenta, chirurga, dwóch kaprali, jednego aptekarza, ośmiu *giovani* tworzących gwardię, i czterech tragarzy. Przenoszenie wszystkich świerzbowatych do szpitala *San Gallicano* trwało dwa miesiące i zakończyło się 1 lipca 1743 r. Na mocy dekretu z 28 sierpnia 1743 r., wydanego podczas wizytacji, Szpital Świętego Ducha był zobowiązany płacić za utrzymanie i leczenie tych chorych 1200 skudów rocznie oraz sprawować nad nimi kierownictwo i nadzór. Poza tym papież miał przekazywać na ten cel każdego roku 1500 skudów ze środków pochodzących z loterii i 400 skudów z datarii – urzędu beneficjów stolicy apostolskiej. Od tej pory na przyszłość było zabronione przyjmowanie do Szpitala Świętego Ducha chorych na świerzby z gorączką<sup>149</sup>.

Co ciekawe, świerzbowaci przeniesieni do szpitala *San Gallicano* formalnie nadal pozostawali pacjentami Szpitala Świętego Ducha, o czym świadczy częściowe finansowanie ich leczenia w szpitalu specjalistycznym, a także wysłanie do niego własnych lekarzy, duchownych oraz personelu pomocniczego. Wyrazem łączności i integralnej współpracy obu instytucji charytatywnych było mianowanie przez papieża protektorem (*protettore*) szpitala *San Gallicano* kardynała Antonio Severio Gentilego i przekazanie mu wszystkich prerogatyw dotyczących przyjmowania świerzbowatych do tej placówki. Kardynał niechybnie przystąpił do realizacji dekretu papieskiego w tej sprawie, ustanawiając inspektorem tego szpitala Giovanniego Battistę Ferriniego, który pełnił jednocześnie tę samą funkcję w Szpitalu Świętego Ducha. Niebawem Gentili został nominowany wizytatorem apostolskim Szpitala Świętego Ducha po śmierci jego poprzednika, kardynała Lanfrediniego 28 maja 1741 r.<sup>150</sup>. Warto nadmienić, że Ferrini był wcześniej chirurgiem<sup>151</sup>.

<sup>148</sup> ASR, nr 1301, *Relazione fatta da Ferrini*, s. 9-10; ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata ... 1737*, s. 169-170.

<sup>149</sup> ASR, nr 1301, *Relazione fatta da Ferrini*, s. 10-11, 42; ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata ... 1737*, s. 167, 171-172; ASR, nr 1410, *Benefici fatti nello Spedale...*

<sup>150</sup> ASR, nr 1301, *Relazione fatta da Ferrini*, s. 2, 9-10; ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata ... 1737*, s. 177-182.

<sup>151</sup> ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata ... 1737*, s. 306.

W wyniku realizacji decyzji papieskiej doszło do skoordynowania działań leczniczych dwu szpitali i wzajemnej współpracy. Z przeniesienia do szpitala *San Gallicano*, korzyści odnieśli przede wszystkim chorzy na świerzb, uzyskali bowiem szansę całkowitego wyleczenia. Szpital Świętego Ducha, w którym dotąd przebywali, nie mógł im zapewnić odpowiednich warunków kuracji. Przebywali tam w ciasnej i wilgotnej sali, usytuowanej wzdłuż hałaśliwej drogi, ich łóżka mocno ściśnięte, w liczbie 66, przylegały do muru, a u ich stóp pod oknami stały w poprzek, jedno przy drugim, kolejne 64 łóżka. Taki ścisk i szczupłość miejsca utrudniały obsłudze wykonywanie należytej opieki oraz utrzymanie czystości w pomieszczeniu, wskutek czego panował w nim fetor. Cierpieli z tego powodu przede wszystkim sami chorzy, ale też osoby przychodzące pomagać im w potrzebie, wolontariusze z motywów charytatywnych. Z powodu kształtu pomieszczenia i panującej ciasnoty oraz z obawy przed zarażeniem się świerzbem lekarze naczelnicy rzadko wizytowali chorych, zostawiając te obowiązki medykom asystentom. Zdaniem wizytatora chorych na świerzb leczono w pośpiechu i zbyt krótko oraz mało skutecznymi metodami. Kurację bulionami, serwatką, stosowaniem środków przeczyszczających, upuszczaniem krwi stosowano zaledwie przez kilka dni, później dawano im maść do smarowania się już poza szpitalem. Lepszej kuracji nie można było stosować z powodu konieczności ustępowania miejsca innym pacjentom przybywającym z silnymi gorączkami, którzy natychmiast musieli być położeni do łóżka<sup>152</sup>. W takiej sytuacji nieliczni zdrowieli, u wielu następował nawrót choroby, ponieważ wracając do domu wkładali te same zainfekowane ubrania, w których przybyli do szpitala. Inni, nie do końca wyleczeni, udawali się do szpitala Świętej Trójcy na rekonwalescencję, a potem wieczorem chodzili spać do *Santa Galla*, za dnia zaś kwestowali po mieście i niewielu wracało do szpitala. Przy tym stylu życia ich choroba się odnawiała, wtedy wracali do tego szpitala i w nim umierali<sup>153</sup>.

Dla kontrastu w szpitalu *San Gallicano* wielka, sucha, jasna i przewiewna przestrzeń umożliwiała ustawienie w odpowiedniej od siebie odległości 132 łóżek, a w 1751 r. nawet 170 i więcej. Dzięki temu panował tam porządek i wzorowa czystość, która pozytywnie wpływała na zdrowie pacjentów, służby opiekuńczej oraz osób z zewnątrz, licznie przychodzących tam każdego dnia pomagać chorym, którzy w nowym szpitalu codziennie rano i w czasie dnia byli wizytowani przez lekarza naczelnego i jego asystenta. W *San Gallicano* leczono ich właściwymi medykamentami, bez pośpiechu, tak długo jak tego potrzebowali. Po

<sup>152</sup> ASR nr 1301, *Relazione fatta da Ferrini*, s. 10-12; ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata ... 1737*, s. 155-157; ASR, nr 1410, *Benefici fatti nello Spedale*.

<sup>153</sup> ASR, nr 1301, *Relazione fatta da Ferrini*, s. 13-14; ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata ... 1737*, s. 156.



zakończeniu zasadniczej kuracji przez kilka kolejnych dni zażywali kąpeli, w czasie których upuszczano im krew (*bagni ne quali si leva loro sangue*), a następnie nacierano w łózkach maściami, dawano środki przeczyszczające<sup>154</sup>. Nie następował więc nawrót choroby, ponieważ ubrania ich prano, a gdy były zbyt zniszczone, wyrzucano je do Tybru, w ich miejsce dawano im szaty po zmarłych, wcześniej oczywiście dobrze oczyszczone. Niewielu odchodziło nie w pełni wyleczonych, a jeśli się to zdarzało, wracali we właściwym czasie, by kontynuować kurację. Rzadki wyjątek stanowili włóczędzy, którzy pragnąc zachować wolność i swobodę żebrania w mieście, przedwcześnie opuszczali szpital nie do końca zdrowi<sup>155</sup>. W sumie spośród wszystkich zarażonych świerzbem w szpitalu *San Galicano* udało się wyleczyć 80%, a śmiertelność wynosiła tam 6%, podczas gdy w Szpitalu Świętego Ducha była dwukrotnie wyższa. W konsekwencji corocznie zmniejszała się też liczba zarażonych, nigdy już nie przekraczając 2100 osób rocznie<sup>156</sup>.

Szczególnie często świerzbem zakażały się podopieczne przytułku *Conservatorio*, tzw. *Zitelle*. Wykonywały one prace usługowe na rzecz szpitala, piorąc i porządkując pościel, naprawiając koce i ubrania osób dotkniętych tą chorobą, przez co same się zarażały. Często zdarzało się, że świerzbem zaatakowanych było jednocześnie 100 lub więcej pensjonariuszek, które leżały w łózkach. Ponadto liczne z nich, chociaż nie pozostawały w łóżku, były niezdolne do żadnej pracy. Wiele umierało z powodu nawrotu świerzbu. Skalę zjawiska określił wizytujący szpital w 1741 r. kardynał Lanfredini, według którego wszystkie mieszkanki przytułku były pokryte świerzbem. Choć starano się leczyć je z całą starannością, to nigdy nie udało się osiągnąć całkowitego wyzdrowienia, ponieważ szczupłość i niedobór miejsca dla 600 *Zitelle* nie pozwalały oddzielić zdrowych kobiet od chorych. Jedynym sposobem uwolnienia się od zagrożenia tą chorobą było ich przetransportowanie wraz z innymi świerzbowatymi do *San Gallicano*. Dzięki wzorowej czystości, przewiewnemu i obszernemu miejscu, dostatкови wody w nowym szpitalu wszystkie *Zitelle* pozbyły się choroby, z wyjątkiem jednej w zeszłym roku, którą przetrzymywano przez trzy miesiące w oddzielnej izbie aż do perfekcyjnego wyleczenia<sup>157</sup>.

---

<sup>154</sup> ASR, nr 1301, *Relazione fatta da Ferrini*, s. 11-12; ASR, nr 1410, *Benefici fatti nello Spedale* ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 3

<sup>155</sup> ASR, nr 1301, *Relazione fatta da Ferrini*, s. 14; ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata ... 1737*, s. 173.

<sup>156</sup> ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata ... 1737*, s. 173.

<sup>157</sup> ASR, nr 1301, *Relazione fatta da Ferrini*, s. 16-17; ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata ... 1737*, s. 160.

Uwolnienie Szpitala Świętego Ducha od obowiązku przyjmowania i leczenia zarażonych świerzbem przyniosło wiele pożytku całej rodzinie szpitalnej. Wcześniej bowiem nowi adepci obsługi zaczynali pracę w szpitalu od opieki nad świerzbowatymi, którym ścielili łóżka i usługiwali we wszystkich potrzebach. Stąd zarażali się morem, objawiającym się silną gorączką. Po skończeniu stażu, pewnego rodzaju „nowicjatu”, jeśli ich stan zdrowia się pogorszył, podejmowali dyżury i służbę w *Corsia Grande*, w której leżeli chorzy gorączkujący, zakażając pracujących tam swoich kolegów. Dyżurujący pielęgniarze zarażali się przy posłudze świerzbowatym, konkretnie przy stawianiu im baniek i pijawek, nacieraniu, rozbieraniu i ubieraniu, przenoszeniu łóżek, dostarczaniu bielizny i innych rzeczy dla chorych lub śpiąc na zakażonych łóżkach znajdujących się blisko tych, którzy byli chorzy na świerzb. Zakażeniom sprzyjał też uprawiany tam często handel. Wszystkie wymienione okoliczności powodowały, że nieraz prawie cała rodzina szpitalna w oddziale *S. Filippo* była zaatakowana tym morem. Wskutek tego w łóżkach pozostawało nieraz 20-24 osób, a wśród nich ciężko chorzy, i w ciągu roku niemało ich umierało. Kilka miesięcy po przetransportowaniu świerzbowatych do *San Gallicano* rodzina Szpitala Świętego Ducha została uwolniona od tej choroby i cieszyła się doskonałym zdrowiem, rzadko można było spotkać osoby z taką przypadłością, a przypadki śmierci w jej gronie już się nie zdarzyły. Również w szpitalu *San Gallicano* rodzina szpitalna, wobec panującej tam czystości i odpowiedniej kuracji, nie była już narażona na niebezpieczeństwa<sup>158</sup>.

Niemale szkody wyrządzali świerzbowaci pacjentom gorączkującym oraz pacjentom z dolegliwościami chirurgicznymi. Powodem był pewien nieporządek, związany ze sporą liczbą nieoznakowanych, jednakowych łóżek i innych rzeczy. Przez nieuwagę tragarzy, a także zaniedbania ze strony personelu pomocniczego przedmioty te, używane wcześniej przez chorych na świerzb, służyły później także gorączkującym i rannym. Ponadto osoby dyżurujące, także często ze świerzbem, roznosiły chorobę podczas przygotowywania chorym łóżek, stawiania im baniek i pijawek, nacierania i wykonywania innych czynności manualnych. Źródłem zakażeń były też ubrania prane i naprawiane przez zaatakowane świerzbem *Zitelle* z *Conservatorio*. Największą przyczyną zakażeń był brak izolacji chorych. Wielkie niebezpieczeństwo groziło ze strony czterdziestu świerzbowatych przebywających w *Corsia Grande* w pobliżu łóżek gorączkujących oraz porozrzucanych po innych kwaterach. Wszystko to sprawiało, że osoby z gorączką i ranni, którzy wyleczyli się z poprzedniej dolegliwości, zarażali się niechybnie świerzbem<sup>159</sup>. Zupełnie inne warunki mieli świerzbowaci w szpitalu *San Gallicano*, w *Corsia Grande*,

<sup>158</sup> ASR, nr 1301, *Relazione fatta da Ferrini*, s. 14-16; ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata ... 1737*, s. 158-159.

<sup>159</sup> ASR, nr 1301, *Relazione fatta da Ferrini*, s. 17-18.

w której oprócz nich nie było żadnych pacjentów z chorobami ogólnymi. Pozostali zakaźnie chorzy – *tignosi* (parszywi, z liszajem obrączkowym) – przebywali w dwóch oddzielnych szpitalikach. Nie prowadzono tam żadnego handlu, a wszystkie rzeczy należące do *tignosi* były oznaczone herbem papieża Benedykta XIII, a na rzeczach służących chorym na świerzb widniał herb Benedykta XIV. Dla większego bezpieczeństwa trzymano je w osobnych garderobach. Dzięki takim środkom ostrożności nikt z personelu służącego dotkniętym liszajem nie był zakażony świerzmem, żaden też *tignoso* nie został zainfekowany świerzmem<sup>160</sup>.

Pobyt świerzbowatych w Szpitalu Świętego Ducha stanowił też duże zagrożenie dla ogółu ludności (*publico*). Chorzy opuszczający tę placówkę, zaraziwszy się w niej świerzmem, przechodzili częstokroć na rekonwalescencje do szpitala SS. *Trinità dei Pellegrini*. Ponieważ zaraza na początku nie uwidoczniła się na zewnątrz, kładziono ich w czystych łóżkach, a kiedy stamtąd wychodzili, pozostawiali zakażone łóżka, na których spały później inne osoby, w konsekwencji więc i one się zarażały. Dlatego jedni i drudzy po powrocie do własnych domów rujnowali całe swoje rodziny, a osoby, które nie miały gdzie wrócić, chodziły spać do *Santa Galla* lub wynajętych kwater i karczm, wyrządzając tam takie same szkody jak w szpitalu SS. *Trinità dei Pellegrini*. Gdy świerzbowaci umierali w szpitalu, ich brudne ubrania sprzedawano Żydom, a ci z kolei odsprzedawali je ludziom, którzy ubierając je bez wcześniejszego oczyszczenia, zarażali się świerzmem i dalej rozprzestrzeniaли chorobę. Sytuacje takie nie zdarzały się w *San Gallicano*, gdyż tam nie przyjmowano innych, zwykłych chorych, którzy mogliby zarazić się świerzmem. Nie sprzedawano tam ubrań po zmarłych, które oczyszczano i dokładnie prano, a później przekazywano wyleczonym biedakom opuszczającym szpital, w sytuacji gdy ich własne szaty były podarte i nie nadawały się do użytku<sup>161</sup>. Dlatego też szpital ten nie był źródłem zakażeń ludzi z zewnątrz, jak to dotychczas – paradoksalnie – miało miejsce w Szpitalu Świętego Ducha, który lecząc chorych, jednocześnie zakażał – zwalczając jedne choroby, był źródłem innych. W tej sytuacji pozbycie się chorych na świerzb, a jednocześnie przeznaczenie dla nich jako miejsca pobytu i leczenia szpitala *San Gallicano* okazało się wielkim sukcesem, przyniosło wielostronne korzyści dla wszystkich stron, zarówno dla dotkniętych świerzmem, jak i dla rodziny szpitalnej, *Zitelle* z *Conservatorio*, chorych gorączkujących, ogółu ludności i samego szpitala<sup>162</sup>.

W momentach najtrudniejszych w Szpitalu Świętego Ducha przebywało jednocześnie 170 zakażonych świerzmem, z których 130 umieszczono w przeznaczonej dla

<sup>160</sup> Tamże, s. 18.

<sup>161</sup> ASR nr 1301, *Relazione fatta da Ferrini*, s. 18-20; ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata ...* 1737, s. 163-164, 176.

<sup>162</sup> ASR nr 1301, *Relazione fatta da Ferrini*, s. 1, 9, 20; ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata ...* 1737, s. 175.

nich sali *Corsia Nuova*, 40 – w *Corsia Grande*, w pobliżu apteki, zapewnionej dla gorączkujących. W czasach bardziej spokojnych dziennie hospitalizowanych było 70 świerzbowatych, a zdarzało się nawet, że przez dwa-trzy miesiące średnio było ich tylko 50. Dla porównania po translokacji do *S. Gallicano* najwięcej zakażonych świerzbem w ciągu dnia było 115 osób, natomiast przeciętna w zimie wynosiła 70 osób, w lecie zaś 25-30 osób<sup>163</sup>. Jak widać, specjalistyczne leczenie w nowym szpitalu przyniosło radykalne ograniczenie skali świerzbu w mieście i pobliskich rejonach. Dowodem tego była dwukrotnie niższa liczba zainfekowanych świerzbem przyjmowanych w ciągu roku do nowego szpitala *S. Gallicano* – 2200 osób w stosunku do okresu, gdy przyjmowano ich do Szpitala Świętego Ducha<sup>164</sup>.

Biorąc pod uwagę zniszczenie łóżek, pościeli i bielizny, koszty medykamentów oraz innych rzeczy i sprzętów, które służyły chorym na świerzb, ich roczne utrzymanie kosztowało Szpital Świętego Ducha 3825 skudów. Do tego dochodziły jeszcze straty finansowe i koszty związane z utrzymaniem ośmiu członków gwardii, która ich obsługiwała, tragarzy, zarażonego personelu, kobiet i dziewcząt z przytułku, które leżały w łóżkach i nie mogły pracować, a były leczone. Wszystkie te wydatki wynosiły razem w ciągu roku 5886 skudów. Taką właśnie sumę mógł zaoszczędzić rocznie konwent po pozbyciu się chorych na świerzb ze swoich murów. Odejmując 1200 skudów, które duchacy musieli każdego roku zapłacić Szpitalowi *San Gallicano* za leczenie tych pacjentów, ostatecznie oszczędności wyniosły 4686 skudów<sup>165</sup>.

O tym, że decyzja ta była skutecznie wprowadzona w życie, świadczy relacja z 1746 r., według której w okresie tym zdarzały się już tylko sporadyczne przypadki występowania świerzbu na terenie Szpitala Świętego Ducha. Posunięcie to przyniosło również doskonałe rezultaty, jeśli chodzi o pensjonariuszki. Zakaz przyjmowania do szpitala nowych pacjentów zarażonych świerzbem spowodował całkowite wyzdrowienie cierpiących na tę dolegliwość podopiecznych przytułku. Jak donosi relacja powizytacyjna sporządzona przez kard. Lanfrediniego, nie zdarzyło się już nigdy, aby w *Conservatorio* chorowało jednocześnie obłożnie na świerzb więcej niż 30 *Zitelle*. Rzadkie przypadki zakażeń tą chorobą wynikały wyłącznie z kontaktu z osobami z zewnątrz. Zakażone w takich okolicznościach pensjonariuszki były jednak od razu odseparowywane w osobnych pokojach, gdzie przebywały aż do całkowitego wyleczenia<sup>166</sup>.

---

<sup>163</sup> ASR nr 1301, *Relazione fatta da Ferrini*, s. 13; ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata ... 1737*, s. 165.

<sup>164</sup> ASR, nr 1301, *Relazione fatta da Ferrini*, s. 13.

<sup>165</sup> ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata ... 1737*, s. 165-166, 171.

<sup>166</sup> M. SURDACKI, *Dzieci porzucone*, s. 251-252; ASR, nr 1305, *Nota di tutte le Zitelle ... 1742*, s. 154-177; ASR nr 1301, *Relazione fatta da Ferrini ...*, s. 9, 18-20; ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata ... 1737*, s. 174.

Skomplikowany i trudny do rozwiązania w ówczesnym czasie problem osób zarażonych świerzmem pokazuje wzajemne kontakty i współpracę między szpitalami. Tylko w wypadku świerzbowatych Infirmaria Świętego Ducha współpracowała ze szpitalami: *S Lazzaro*, *SS. Trinità*, *Santa Galla*, *San Gallicano* i *San Salvatore*. Nie była to współpraca łatwa i bezkonfliktowa. Władze wymienionych szpitali niechętnie godziły się na goszczenie w swoich murach tej kategorii pacjentów, spychając ów obowiązek, i to różnymi argumentami, na inne placówki. W sumie jednak starano się znaleźć najlepsze rozwiązanie przede wszystkim dla samych chorych, szukając dla nich jak najlepszych metod i warunków leczenia, kierując się jednocześnie troską o bezpieczeństwo pacjentów o innych dolegliwościach oraz pracującego personelu. Rozwiązanie takie znaleziono. Ze źródeł pośrednio wynika, że to od szpitala duchaków, jako największej i najstarszej instytucji, oczekiwano podjęcia się tego obowiązku. Okresowa jednak obecność świerzbowatych w tym szpitalu czyniła więcej szkód niż korzyści, dlatego zastosowano rozwiązanie kompromisowe. Przełożeni powierzyli opiekę nad chorymi na świerzb instytucjom bardziej przystosowanym do jego leczenia, same zaś przyjęły na siebie ciężar finansowy ich leczenia i utrzymania.

### 8. OSPEDALE DEI PAZZI

W 1548 r., dzięki Bractwu *Santa Maria della Pietà*, wybudowano szpital o tej samej nazwie dla biednych szaleńców – wariatów, głupków (*pazzi*, *pazzarelli*). Z małej siedziby klasztoru *Santa Caterina dei Funari* został przeniesiony w 1550 r. do domu przy *Piazza Colonna*. W drugiej połowie XVI w. służył jako miejsce przeznaczone do segregacji najbardziej nieredukowalnego „jądra nierozsądku (*sragione*) w samym sercu Rzymu”. Na mocy brewe Benedykta XIII (1724-1730) z 4 października 1725 r. przeniesiono go ze starej siedziby w nowe miejsce na *via della Lungara*, blisko Watykanu i przyłączono do Szpitala Świętego Ducha, z którym przez krótki czas pozostawał administracyjnie zjednoczony, łącznie z zapleczem materialnym. Zwierzchnictwo nad obiema instytucjami powierzono komendantrowi szpitala i zakonu Świętego Ducha. W 1726 r., w Lungara, obok pralni szpitala duchaków, wybudowano nowy szpital *Santa Maria della Pietà*, mogący pomieścić 100 mężczyzn i kobiet, zwany powszechnie *Ospedale dei Pazzi* (szpital dla obłąkanych)<sup>167</sup>.

<sup>167</sup> C. E. SIMONETTO, L. DEL PISTOIA, *Note su stragione e razionalità*, s. 95-96; M. VANTI, *Un umanista del Cinquecento*, s. 120-121; ASR, nr 7, *Ristretto del contenuto di diversi chirografi*, s. 206; ASR, nr 1301, *Osservazioni fatte sopra le mutationi*, s. 21; *Ristretto del contenuto di diversi chirografi*, s. 206; ASR, nr 1301, *Osservazioni fatte sopra le mutationi*, s. 21. Zob. też *L'ospedale dei pazzi di Roma dai papi al '900. Lineamenti di assistenza e cura a poveri e dementi*, vol II, Bari 1994.

Połączenie administracyjne obu instytucji i poddanie szpitala dla szalonych zarządowi szpitala kanonickiego groziło całkowitym wchłonięciem przez niego majątku należącego do pierwszego z nich i pozbawienie go wszelkiej autonomii. W tej sytuacji papież Klemens XII (1730-1740) wydał 12 sierpnia 1730 *motu proprio*, w którym postanowił, że aktualny i każdy kolejny komendator będzie musiał zarządzać dobrami Szpitala Świętego Ducha i *Ospedale dei Pazzi* całkowicie odrębnie, i że z jakimkolwiek powodu nie będzie mógł wykorzystywać majątku jednej instytucji na rzecz drugiej<sup>168</sup>. Wszelkie kontrakty, rachunki, dochody i wydatki nie mogły być pomieszane i włączone do wspólnej kasy, nakazano prowadzić odrębne księgi i bilanse, tylko władza zwierzchnia nadal pozostawała w rękach komendatora; także wszyscy *ministri* szpitala dla osób niepoczytalnych byli zobowiązani do posłuszeństwa tym że szpitala duchackiego<sup>169</sup>.

W dokumencie z 1775 r. komendator Romualdo Guidi, przełożony Szpitala Świętego Ducha oraz *Ospedale dei Pazzi*, zapisał, że Giovanni Battista Pera, chirurg tego drugiego, bardzo dobrze służył jego podopiecznym, lecz ze względu na zawansowany wiek i słabe zdrowie został mianowany koadiutorem swojego następcy, którym został chirurg Pietro Aprili<sup>170</sup>. Wynika z tego, że szpital dla „dziwnych osób” miał własny personel medyczno-chirurgiczny, zapewne niezbyt liczny, nie wiadomo zresztą, czy stale tam rezydujący czy dochodzący. Wbrew przyjętej nazwie nie był prawdziwą lecznicą, lecz bardziej izolacyjnym i przymusowym przytułkiem o cechach więziennych.

Można powiedzieć, że od lat 20. XVIII w. Szpital Świętego Ducha posiadał, przynajmniej od strony administracyjnej, dwie różne placówki, do których trafiały jednostki szalone, nerwowe i niezrównoważone. Pierwszą stanowił niewielki, wewnętrzny oddział S. *Gaetano* w wielkim kompleksie szpitalnym nad Tybrem, w którym przebywały osoby niespokojne, agresywne, z reguły dotknięte wścieklizną. Drugim był specjalistyczny szpital *Ospedale dei Pazzi* dla faktycznie umysłowo i psychicznie chorych w dzisiejszym rozumieniu, których jeszcze wtedy za chorych nie uważano.

Na przełomie 1. i 2. połowy XVIII w. liczba ludzi „nierozumnych”, dotkniętych szaleństwem, stale wzrastała, w związku z czym komendator Giovanni Ottavio Bufalini w 1750 r. informował papieża Benedykta XIV (1740-1758), że także nowa siedziba, ze względu na niedobór przestrzeni, nie nadawała się już do opieki nad tymi osobami. W reakcji papież zastosował radykalne, represyjne

<sup>168</sup> ASR, nr 7, *Ristretto del contenuto di diversi chirografi*, s. 207; ASR, nr 67, *Osservationi fatte sopra le mutationi*, s. 3.

<sup>169</sup> ASR, nr 1301, *Osservationi fatte sopra le mutationi ... 1750*, s. 21; ASR, nr 1408, *Clemens PP. XII, Motu proprio 1730*.

<sup>170</sup> ASR, nr 159, *Deputazione di Chirurgo*, s. 17.



rozwiązanie: postanowił mianowicie, że sądy i gminy nie mają już prawa odsyłać takich „chorych” do szpitala na *via Lungara*, ale umieszczać ich w lokalnych więzieniach, wreszcie opieką nad nimi obarczył zakonników i mniszki w swoich konwentach i klasztorach<sup>171</sup>.

Warunki segregacji i odosobnienia niepoczytalnych nadal dyktowały zasady sięgające XVII w. Decyzję o zaliczeniu do obłąkanych, na podstawie obserwacji zachowania, powierzono władzy i „autorytetowi porządku moralnego”, które poprzez izolację starały się ich korygować i naprawiać. W szpitalu *Santa Maria della Pietà* dozór nad podwładnymi sprawował *maestro dei pazzi*, który bił internowanych, decydował o wolności lub kajdanach każdego z nich, metodach poprawy ciała i wyleczenia duszy. Przestrzeń i perspektywę przeznaczoną dla przypadków szaleństwa była poprawa, horyzont znaczone wąskimi i niezdrowymi celami, ograniczony łańcuchami i obrożami, wypełniony słomą z ekskrementami, dręczony przez szczury i owady. W świecie sąsiadującym z więzienictwem granice były niestabilne i szczególnie obłąkani przekraczali je bardzo często. To pomieszczenie przestrzeni i pól, typowe dla pozamedycznej koncepcji szaleństwa, przez długi czas charakteryzowało politykę państwa papieskiego wobec szalonych. Jeszcze w 1816 r. ekonom Perrugini, napisał: „[...] ubodzy obłąkani nie byli umieszczani w szpitalu, ale byli przetrzymywani przez Rząd w więzieniach publicznych [...] Aby oddzielić więźniów od osób psychicznie chorych, magistraty (sędziowie) wraz przełożonymi Szpitala Świętego Ducha i dyrektorami Domu dla Obłąkanych, uzgodnili, że tych ostatnich należy umieszczać w *Ospedale dei Pazzi*, gdzie powinni mieć lepszą opiekę i ochronę...”<sup>172</sup>. I choć uważano, że jest on bardziej odpowiedni dla niepoczytalnych, to w rzeczywistości panował w nim bardzo surowy reżim, rosnąca liczba internowanych powodowała przeludnienie, a ciągła rozbudowa nie przyczyniała się do poprawy warunków, co powodowało, że obłąkanych traktowano tam jak w więzieniach. Tamtejsza codzienność niewiele miała wspólnego ze szpitalną i bardziej przypominała penitencjarną.

Osoby szalone miały dużo gorszą opiekę medyczną niż pacjenci dotknięci innymi „medycznymi” przypadłościami. Lekarz, chirurg byli u nich postaciami marginalnymi, wzywani tylko na okresowe wizyty i interweniowanie przy dolegliwościach fizycznych. Dla osób ze świata obłądu lekarz i lekarstwo były dostępne tylko częściowo i okazjonalnie, bez poddawania ich systematycznej obserwacji. Także lekarze i personel pracujący z szalonymi otrzymywał znacznie

<sup>171</sup> C.E. SIMONETTO, L. DEL PISTOIA, *Note su stragione e razionalità*, s. 96.

<sup>172</sup> Cyt. za: tamże, s. 97. Por. A. GIANNELLI, *Studi sulla pazzia nella provincia di Roma*, Roma 1905.

niższe uposażenie niż pozostali członkowie rodziny szpitalnej<sup>173</sup>, co świadczy, że dolegliwości tych osób nie były traktowana w kategoriach choroby i ich nie leczono, a lekarz niewiele przy nich mógł zrobić. Patrzone na nich przede wszystkim z perspektywy religijnej, a ta przyznała medycynie znaczną autonomię dopiero od połowy XVIII wieku. Jeszcze jednak w regulaminie sporządzonym w 1760 r. dla Szpitala Świętego Ducha jako główny cel działań szpitalnych wskazywano zapewnienie opieki duszom pacjentów. Przewidywano w nim prowadzenie zapisów z codziennymi adnotacjami nie o stanie zdrowia ciał przez lekarzy, lecz o nawróceniu dusz przez duchowieństwo<sup>174</sup>. „Ukryty przed lekarzem świat i przestrzeń szaleństwa oddawały się oczom ludu, rzymskiego plebsu, któremu zostały przyznane w formie spektaklu, zgodnie ze zwyczajem trwającym aż do czasów Piusa IX (1846-1878), a bardzo często zdarzało się, że tłumy zaciekawionych ludzi przez specjalne kraty przyglądały się zamkniętym nieszczęśliwym ludziom. Segregowane szaleństwo, poprzez swoją dziwaczność, czyniąc z siebie spektakl, odzyskało prawo do obywatelstwa”<sup>175</sup>.

---

<sup>173</sup> Tamże, s. 97.

<sup>174</sup> ASR, nr 904, *Regolamento per provvedere meglio alla cura dell'Anima*, 2 Ottobre 1758.

<sup>175</sup> Cyt. za: C.E. SIMONETTO

, L. DEL PISTOIA, *Note su stragione e razionalità*, s. 97.



## Rozdział II

# INSTYTUCJE EDUKACYJNE

### 1. AKADEMIA

Od połowy XVI w. Rzym był miejscem ważnych badań anatomicznych, zapoczątkowanych przez Realdo Colombo i Bartolomeo Eustachiego. W historii medycyny i rzymskiej tradycji anatomicznej na uwagę zasługują dzieła między innymi Guglielma Rivy, Bernardina Gengi, Giovanniego Marii Lancisiego, Giorgia Bagliviego. W stolicy papieży istniały dwa środowiska, dwie instytucje zasłużone dla rozwoju tej dziedziny. Pierwszym była katedra anatomii na *Sapienzy*, która jednak nigdy nie osiągnęła sławy ani reputacji katedry z Padwy, a populacja studentów medycyny na rzymskim uniwersytecie pozostała raczej lokalna. Mimo to Rzym przyciągał lekarzy oraz chirurgów i ułatwiał im prowadzenie badań anatomicznych w placówkach leczniczych, gęsto rozsianych w jego tkance miejskiej, szczególnie w największym z nich – Szpitalu Świętego Ducha<sup>1</sup>. Anatomia jako fundament kształcenia oraz wiedzy chirurgów i lekarzy opierała się w swoich badaniach i poszukiwaniach głównie na chirurgach i chirurgii. Duże szpitale, ośrodki nauki chirurgii dla uczniów i praktykantów, były też miejscem do odbywania stażu dla młodych lekarzy, którzy po zdobyciu podstawowych stopni akademickich mogli wybierać między pracą u swojego nauczyciela a służbą na oddziałach szpitalnych, by móc potem samodzielnie wykonywać swój zawód<sup>2</sup>.

Chirurgia była jedną z podstawowych specjalizacji rzymskiego Szpitala Świętego Ducha, czego dowodem był wewnętrzny szpital dla rannych – *Ospedaletto dei Feriti*. Wymagało to obecności specjalistów w tym zakresie, chirurgów, i przygotowania ich do zawodu, a tym samym do prowadzenia studiów chirurgicznych. Służyła temu AKADEMIA, w której wypracowano skuteczny system

---

<sup>1</sup> M. CONFORTI, S. DE RENZI, *Sapere anatomico negli ospedali romani. Formazione dei chirurghi e pratiche sperimentali (1620-1720)*, w: *Rome et la science modern: entre Renaissance et Lumières*, Collection de l'École française de Rome, 403), Roma 2008, s. 434.

<sup>2</sup> M. P. DONATO, *La medicina a Roma tra Sei e Settecento. Una proposte di interpretazione*, „Roma moderna e contemporanea”, 13, 2005, nr 1, s. 99-114. Zob. na ten temat: P. DE ANGELIS, *Insegnamento della Medicina negli Ospedali di Roma. Cenni storici*, Roma 1948.

kształcenia chirurgów, oparty na własnym personelu medycznym, jak i specjalistach z zewnątrz. W źródłach figuruje czasem pod nazwą *Accademia delli Giovani dell'ospedale*<sup>3</sup>. W akademii szpitalnej uruchomiono nauczanie anatomii i chirurgii skierowane zarówno do młodych lekarzy, pracujących na jego oddziałach, jak i do studentów medycyny, stażystów chirurgów, którzy opiekowali się chorymi. Aby zdefiniować swoje działanie, wszystkie te grupy uczniów i słuchaczy w stosunku do miejsca, w którym przebywały, używały terminu „akademia”. Początki owej akademii są niejasne. Liczne informacje o niej pochodzą już z początku XVII w. Przeczytać więc można, że w 1617 r. słynny później Giovanni Maria Castellani prowadził lekcje anatomii dla uczniów Akademii Świętego Ducha. Nauczanie anatomiczne pozostawało w centrum jego kariery – w 1621 r. już od dwóch lat kierował katedrą anatomii i chirurgii w *Sapienzy*, a prowadził ją do 1651 r. Castellani zwracał uwagę na renomę, jaką cieszyła się akademie nawet wśród studentów zagranicznych, którzy tłoczyli się na oddziałach szpitalnych, by uczyć się medycyny i chirurgii. Akademię tworzyli młodzi lekarze, być może nawet studenci medycyny<sup>4</sup>.

O tym, że w szpitalu istniała akademie, nauczająca anatomii i chirurgii, poświadcza raport brata zakonnego Domenico Borgarucciego z 1623 r., w którym jednak wspomina on nie tyle o młodych lekarzach czy studentach, co o świeckiej młodzieży zajmującej się opieką nad chorymi. Przypomina przy tym, że ci młodzi ludzie, choć niezbędni do codziennego funkcjonowania oddziałów, przebywali w szpitalu także po to i przede wszystkim po to, aby nauczyć się chirurgii „i obserwować sposób opatrywania rannych, upuszczania krwi, zakładania baniek i innych metod leczenia stosowanych przez chirurgów”. Ich przyjęcie do szpitala było podporządkowane chęci uczenia się, dlatego tym celu „zbudowali między sobą akademie” i poprzez zbiorowe opodatkowanie zapłacili jednemu z chirurgów szpitalnych, aby udzielał im lekcji chirurgii. Było to zgodne z powołaniem dydaktycznym, jakie miały wówczas duże szpitale. Borgarucci przypomniał też, że na oddziały szpitalne uczęszczali młodzi lekarze podążający za lekarzami dyżurnymi<sup>5</sup>. U schyłku XVII w. Carlo Bartolomeo Piazza (1632-1713) rozwodził się o „akademiach anatomii”, które odbyły się w szpitalach Świętego Ducha

---

<sup>3</sup> Na przykład w 1620 r. P. SAVIO, *Ricerche sui medici e chirurghi dell'Ospedale di Santo Spirito in Sassia. Secoli XVI-XVII*, „Archivio della Società Romana di Storia Patria”, XCIV (XXV) della serie III, 1971, s.146.

<sup>4</sup> M. CONFORTI, S. DE RENZI, *Sapere anatomico*, s. 439, 442-444. Zob. *I maestri della Sapienza di Roma dal 1514-1787: i rotuli e altre fonti*, red. E. Conte, Roma 1991.

<sup>5</sup> R. GRÉGOIRE, *Servizio dell'anima quando del corpo nell'ospedale di Santo Spirito*, „Ricerche per la storia religiosa di Roma”, 3 (1979), s. 226, 238, 243. Pod koniec XVIII w. w szpitalu nieuleczalnie chorych w Neapolu pracowało ponad stu młodych lekarzy praktyków. Zob. D. GENTILCORE, *Healers and Healing in Early Modern Italy*, Manchester 1998, s. 145.

i *Santa Maria della Consolazione*<sup>6</sup>. Podobne akademie czy szkoły chirurgiczne działały także w innych szpitalach, np w *Ospedale Maggiore* w Mediolanie. W szkole mediolańskiej na naukę anatomii mogli zapisać się nie tylko mężczyźni kierowni do zawodu lekarskiego lub chirurgicznego, ale też cyrulicy (*barbieri, sotto barbieri*) oraz służba szpitalna, do której jednak mogli być przyjęci wyłącznie młodzieńcy potrafiący pisać i czytać<sup>7</sup>.

W 1677 r. komendant szpitala Francesco Maria Febei stworzył w 1677 r. dla Akademii szczegółowe konstytucje. Zaznaczył, że chirurdzy w niej kształceni i praktykujący są znani i sławni w wielu państwach, dlatego dekrety normujące jej funkcjonowanie miały nie tylko podtrzymać tę opinię, ale jeszcze ją wzmocnić oraz wzbudzić zaufanie do studiujących tam adeptów medycyny, w szczególności chirurgii. Naukę chirurgii zaś mogli w niej pobierać pracownicy służby szpitalnej – *giovani serventi*<sup>8</sup>, którzy dzielili swoje obowiązki między pracę zawodową a studiowanie. Świadczą o tym zapisy z *curriculum vitae* osób, których przyjmowano do szpitala po zdaniu egzaminu jako *giovani studenti*<sup>9</sup>. Również treści ogłoszeń o konkursach na przyjęcie do szpitala *giovani studenti di chirurgia* wykazują równoważny dualizm celów, którym miały one służyć. I nie było tu dylematu, czy chodziło bardziej o zabezpieczenie opieki chorym, czy o kształcenie chirurgów<sup>10</sup>.

Na wykłady do Akademii uczęszczali wszyscy *ufficiali e giovani*, z wyjątkiem zastępców chirurga. Podczas zajęć obowiązywała ścisła dyscyplina, cisza, nie wolno było spóźniać się i przysypiać. Rozpoczęcie zajęć awizowano dwukrotnym sygnałem dzwonka. Na dźwięk pierwszego wszyscy musieli wejść do Akademii, drugi oznaczał przybycie wykładowcy – lektora. Każde spóźnienie traktowano jako nieobecność, za co groziła kara, polegająca chociażby na ujęciu lub obniżeniu jakości posiłku. W refektarzu podczas posiłku można było zapoznać się z planem wykładów z wiszącej tam tablicy. Z uczestnictwa w zajęciach byli zwolnieni kaprale i członkowie dyżurującej w tym czasie gwardii. Zabronione było wychodzenie z wykładów, mogli to czynić jedynie kaprale, wezwani na dyżur lub wizytację. Wtedy wykreślano ich z listy obecności. Od studentów wymagano

---

<sup>6</sup> C. B. PIAZZA, *Eusevologio romano, ovvero delle opere pie di Roma*, II, Roma 1698, s. XXIII-XXVI. O słynnej szkole anatomii i chirurgii w tym szpitalu por. P. PERICOLI, *L'Ospedale di S. Maria della Consolazione di Roma dalle sue origini ai giorni nostri*, Imola 1879, s. 108.

<sup>7</sup> G. COSMACINI, *Storia della medicina e della sanità in Italia. Dalla peste europea alla guerra mondiale. 1348-1918*, Bari 1994, s. 199-200.

<sup>8</sup> ASR, nr 1409, *Costituzioni et ordini ... 1677. Francesco Maria Febei*, w: NSVD, s. 59.

<sup>9</sup> ASR, nr 168, Dokument wystawiony przez archiwistę szpitala zaczynający się od słów: *Il sudetto Cherubini Eustachio*, s. 220; ASR, nr 168, Dokument zaczynający się od słów: *Il Cittadino Michelangelo Girotti*, s. 198.

<sup>10</sup> ASR, nr 161, *Avviso per il concorso dei Giovani Studenti*, s. 186.



systematycznego uczestnictwa w wykładach i bezwzględnego wykonywania poleceń lektorów. Zajęcia można było opuścić jedynie za zgodą lektora i przełożonego infirmerii. Za odnotowywanie obecności był odpowiedzialny kapral szpitalika dla rannych. Dokumentację tę i inne uwagi przekazywał przełożonym, którzy wobec licznych absencji uznawali studentów za niezdolnych do służby i zwalniali ich ze szpitala. To samo groziło słuchaczom nieradzącym sobie z ćwiczeniami chirurgicznymi i nienadążającym z przyswajaniem materiału teoretycznego z chirurgii i anatomii<sup>11</sup>.

Nauka teoretyczna w Akademii była weryfikowana praktyką. Wszyscy *ufficiali* oraz służący z *Ospedaletto* i w *Corsia*, słuchacze Akademii, co ranka towarzyszyli chirurgom i ich zastępcom w wizytacjach chorych. W medycynie, a szczególnie w chirurgii, istotne znaczenie miała znajomość anatomii, pogłębianą poprzez obserwację i wykonywanie sekcji zwłok, które lektorzy przeprowadzali w okresie Wielkiego Postu. Ażeby w nich uczestniczyć, należało uzyskać zgodę przełożonego infirmerii oraz chirurga wykonującego autopsję. Nie musieli o taką prosić zastępcy chirurgów, którym lekarze i główni chirurdzy zlecali otwarcie ciała zmarłego. Pod groźbą kary bezwarunkowego wydalenia ze służby zabronione było krojenie zwłok bez wskazania przełożonych. Niektórzy studenci pragnęli głębiej poznać strukturę ciała i mechanizmy jego funkcjonowania. Służyło temu układanie na stole anatomicznym żył, tętnic czy nerwów. Przed wystawieniem ich na widok publiczny zwracali się wszelako o zgodę chirurga, który opiniował zasadność prośby i decydował, czy te elementy organizmu nadają się do ekspozycji. Ażeby zapobiec profanowaniu zwłok, zabroniono samowolnego wynoszenia ciał lub szczątków zmarłych na cmentarz i pozostawianie ich tam bez pochówku<sup>12</sup>.

Efekty nauki w szkole sprawdzano poprzez egzaminy. Komendant szpitala Antonio Mario Erba apelował w 1757 r., by studenci byli lepiej do nich przygotowywani i nie mówili chociażby w ten sposób: „A kto nas tego uczy, co powinniśmy wiedzieć? Praktyka, którą widzimy i słuchamy w szkole nie wystarcza do nauczenia się tego, co jest konieczne. Wykłady wchodzą jednym uchem, drugim wychodzą”. Stwierdził też, że rozmawiał wielokrotnie z wykładowcą i głównym chirurgiem Carlem Guattanim, który obiecał, że przeprowadzi ze studentami kilka praktycznych wykładów anatomii i podzieli się doświadczeniami wyniesionymi z swoich studiów chirurgicznych w Paryżu, Bolonii i Florencji<sup>13</sup>.

<sup>11</sup> ASR, nr 1409, *Costituzioni et ordini ... 1677*, s. 59-61.

<sup>12</sup> Tamże, s. 61-63. Zob. też ASR, nr 1409, *Decreti per l'ospedale in occasione di sospetto contagioso de'5 gennaio 1691*, w: NSVD, s. 79.

<sup>13</sup> ASR, nr 1409, *Erezione di scuole ... 1757*, s. 195-196.

Dzięki akademii rola i znaczenie Szpitala Świętego Ducha w drugiej połowie XVII w. niepomniernie wzrosły. Wzmocniła się jego funkcja dydaktyczna, co znalazło odzwierciedlenie we wzroście liczby drukowanych tekstów przeznaczonych do nauczania. Wystarczy przypomnieć działalność Bernardino Gengi, naczelnego chirurga i wykładowcy tego szpitala (1676-1695), którego wykłady zostały opublikowane z myślą o studentach (*Anatomia chirurgica*, 1672). Pisał on: „Nie ma bardziej odpowiedniego miejsca do nauczania młodzieży zarówno w medycynie fizycznej i chirurgii, jak w Szpitalu Świętego Ducha”, w innym zaś miejscu: „Dlatego jesteśmy przeznaczeni [...], aby uczynić tę bardzo słynną akademię godną podziwu dla świata, nauczając doktryn chirurgicznych i anatomicznych”. W sumie organizacja i programy nauczania chirurgów w akademii już otwarcie naśladowały wtedy te z uniwersytetu<sup>14</sup>. Drukowane prace Gengi i innych chirurgów świadczyły o coraz większym „upublicznianiu” anatomii. Choć nadal istniał znaczący podział pracy między lekarzem a chirurgiem, to jednak coraz bardziej obie grupy dostrzegały wzajemną potrzebę wymiany wiedzy i umiejętności. Znani i wybitni lekarze i chirurdzy poprzez Akademię uczynili Szpital Świętego Ducha, z jego możliwościami przestrzennymi, z obfitością pacjentów i dywersyfikacją zawodową personelu, centrum eksperymentów i badań medycznych, anatomicznych, ale także chemicznych (wyrabianie leków w aptecze szpitalnej) oraz ośrodkiem kształcenia młodych lekarzy, chirurgów i aptekarzy<sup>15</sup>.

## 2. SZKOŁY CHIRURGICZNE

Mając na myśli radykalną poprawę poziomu kształcenia chirurgii, Antonio Mario Erba powrócił w 1757 r. do planu swojego poprzednika, komendatora A.M. Pallaviciniego, stworzenia w szpitalu pięciu szkół chirurgicznych i przedstawił projekt do rozpatrzenia papieżowi. Programy szkół w kolejności obejmowały: pierwsza – nauczanie o instytucjach i podstawowych zasadach chirurgii; druga – metodyczne wyłożenie całego kursu anatomii teoretycznej; trzecia – nauczanie anatomii praktycznej, z pokazami wszystkich części anatomicznych przy użyciu zwłok ludzkich; czwarta – demonstrowanie przypadków praktycznych na nieboszczykach: chorób kości, rozpoznawanie złamań, zwichnięć i innych urazów oraz pokazanie sposobów leczenia, bandażowania, nastawiania oraz składania kości. W ostatniej, piątej szkole zabiegów chirurgicznych zamierzano uczyć przeprowadzania operacji przy użyciu odpowiednich narzędzi. Chodziło o operowanie ran, aneoryzmów (*aneorismi*), przepuklin, kontuzji, nowotworów, kamieni, dolegliwości układu moczowego oraz

<sup>14</sup> Cyt. za: M. CONFORTI, S. DE RENZI, *Sapere anatomico*, s. 456-457; B. GENGA, *Anatomia chirurgica*, Rzym 1672; P. SAVIO, *Ricerche sui medici e chirurghi*, s. 167.

<sup>15</sup> M. CONFORTI, S. DE RENZI, *Sapere anatomico*, s. 458.

wykonywanie zabiegów ratujących życie matki lub dziecka podczas ciąży, porodu i połogu. W koncepcji przewidywanych szkół chirurgicznych kładziono nacisk na wygodę studentów i dostosowanie godzin nauki do ich obowiązków szpitalnych. Projekt uwzględniał w szczególności uruchomienie Teatru Anatomicznego, co umożliwiłoby stworzenie mistrzowskiej drogi kształcenia i szkolenia młodych fachowców dla Rzymu i całego państwa, potrafiących upuszczać krew, stawiać pijawki, *vessicanti* oraz wykonywać inne zabiegi. Dawałoby też szansę na przygotowanie znakomitych i doświadczonych profesorów i pracowników niższych stopni na potrzeby różnych osób i środowisk, które zwracały się do Szpitala Świętego Ducha z prośbą i ufnością, że takich specjalistów tam znajdują<sup>16</sup>.

Chcąc ułatwić realizację zamysłu, A.M. Erba wytypował potencjalnych wykładowców do pięciu szkół. Do pierwszej zaproponował sławnego mistrza Moranda z Instytutu Chirurgicznego w Paryżu, nie mniej znanego doktora Cocchi z Florencji, jednego z lektorów z Uniwersytetu Sapienaza w Rzymie, oraz głównego lekarza doktora Tonci ze Szpitala Świętego Ducha, specjalistę od instytucji chirurgicznych, operacji i położnictwa. Jako mistrza anatomii teoretycznej i pokazów operacyjnych oraz chorób kości wskazał profesora Carlo Guattaniego z miejscowego szpitala oraz wychowanka i koadiutora już niepracującego wysoce uczonego doktora Manciniego. Na mistrza i demonstratora (*demonstratore*) anatomii praktycznej rekomendował Giavinę, prosektora z *Sapienzy*, bardzo znanego w Rzymie chirurga, koadiutora Świętego Oficjum. Wreszcie, gdy chodzi o choroby kości i pokazywanie operacji, to za najlepszego kandydata uznał chirurga Toscano Pierattiego, byłego naczelnego chirurga ze szpitala w Pistoii, o dużym doświadczeniu i wiedzy, wykładowcę anatomii praktycznej. Zatrudnienie uznanych specjalistów chirurgii na stanowisku wykładowców wymagało odpowiedniego wynagrodzenia, w związku z czym komendant Erba 27 lutego 1758 r. udał się w tej sprawie do Benedykta XIV (1740-1758) na audiencję, na której papież zaaprobował w całości i bez ograniczeń plan stworzenia w szpitalu takich studiów<sup>17</sup>.

Z profilu i nazwy szkoły wynika, że podstawową kadrę dydaktyczną stanowili w niej chirurdzy główni, wspierani w zakresie teorii przez naczelnych lekarzy szpitalnych. W rozporządzeniu z 1796 r. komendant Francesco Albizi zobowiązał zarówno jednych, jak i drugich do nauczania w szkole, a także zapisywania frekwencji studentów, oceny i korygowania ich zachowania, a w wypadku permanentnego lekceważenia obowiązków – usunięcia ze szkoły<sup>18</sup>.

<sup>16</sup> ASR, nr 1409, *Erezione di scuole ... 1757*, s. 196-197.

<sup>17</sup> Tamże, nr 1409, *Erezione di scuole ... 1757*, s. 197-200; P. DE ANGELIS, *L'Ospedale Apostolico di Santo Spirito in Saxia nella mente e nel cuore dei papi*, Roma 1955, s. 130.

<sup>18</sup> ASR, nr 167, *Ordini Noi Francesco Albizi ... 1796*, s. 49.

Szkoły chirurgiczne zastąpiły w nauczaniu chirurgii wcześniejszą Akademię, której nazwę trudno znaleźć w źródłach osiemnastowiecznych. Plan ich stworzenia został błyskawicznie zrealizowany, już bowiem w 1759 r. działały w Szpitalu Świętego Ducha cztery szkoły chirurgiczne. W każdej z nich w kolejne dni tygodnia rano nauczało czterech profesorów. W ciągu kolejnych dwu lat ich pierwotna koncepcja została zmodyfikowana, ponieważ zamiast planowanych pięciu utworzono o jedną szkołę mniej. W pierwszej wykładano chirurgię teoretyczną, w drugiej uczono praktyki, w trzeciej przedstawiano i tłumaczono przypadki praktyczne, w czwartej zaś odbywały się wykłady z anatomii<sup>19</sup>.

Chirurgów nauczających w szkole nazywano profesorami, a ich pozycja odpowiadała statusowi profesorów uniwersyteckich. Określano ich takim mianem również ze względu na dydaktyczną działalność w szkole i uczestnictwo w pokazach anatomicznych. Niektórzy główni chirurdzy szpitalni pracowali i mieli swoje katedry na *Sapienzy*, np. w pierwszej połowie XVII w. Giovanni Maria Castellani<sup>20</sup>, W XVIII w. jeden z chirurgów naczelnych, nadliczbowy, został określony jako *cattedratico*, co wskazuje, że pracował w *Sapienzy* i miał tam katedrę<sup>21</sup>. W większości jednak przypadków mianem profesorów (lektorów), określano wykładowców w Szpitalu Świętego Ducha. W XVI i XVII w. tytułu lektora (*lettore*) używano wobec lekarzy profesorów posiadających katedry na *Sapienzy*, którzy udzielali lekcji medycyny i chirurgii pielęgniarzom służącym w szpitalu<sup>22</sup>. W wykazie personelu szpitalnego z 1767 r. wszystkich czterech chirurgów naczelnych nazywano raz lektorami<sup>23</sup>, innym razem mistrzami (*maestri*)<sup>24</sup>. W szkole nauczali nie tylko miejscowi chirurdzy główni, ale też dochodzący z zewnątrz. Niektórzy pracowali w kilku szpitalach jednocześnie, jak np. Carlo Guatani czy Francesco Maria Pieratti, którzy pełnili w tym samym czasie stanowiska głównych chirurgów i lektorów w szpitalach Świętego Ducha i *San Gallicano*<sup>25</sup>. Wprawdzie cały system kształcenia chirurgów nazywano szkołami, w praktyce jednak należy przez to rozumieć jedną szkołę chirurgiczną, podzieloną według programu i dziedzin nauczania na kilka oddziałów czy obszarów specjalizacji.

---

<sup>19</sup> ASR, nr 64, *Relazione delle ... Castelli ... 1759*, s. 42; ASR, nr 1409, *Relazione delle Cose del Venerabile ... 1759 ... Castelli Procomendatore*, s. 223. Oba źródła są tożsame, z tym, że drugie (drukowane) zawiera tylko niektóre teksty z pierwszego (rękopiśmiennego)

<sup>20</sup> M. CONFORTI, S. DE RENZI, *Sapere anatomico*, s. 439.

<sup>21</sup> ASR, nr 67, Rękopis. rozpoczynający się od słów: *L'Gran Corsia dello Spedale di Santo Spirito*.

<sup>22</sup> P. SAVIO, *Ricerche sui medici e chirurghi*, s. 145-146.

<sup>23</sup> ASR, nr 1414, *Famiglia dello Spedale ... 1767*.

<sup>24</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... In Roma MDCCLI*, s. 130-132.

<sup>25</sup> ASR, nr 1387, *Elenco delle dimostrazioni di anatomia ... 1786*; ASR, nr 1387, *Indice delle lezioni e dimostrazioni ... 1769*.

Niezwykłe ważne były relacje Szpitala Świętego Ducha z medycznym wydziałem *Sapienzy* (*Studium Urbis*)<sup>26</sup>, a dokładnie z pracującymi w tych instytucjach lekarzami i chirurgami. Chodzi o kształcenie przyszłych chirurgów w szpitalnej akademii i szkole oraz na uniwersytecie. Oba te środowiska były z sobą mocno zintegrowane i łączyły je wspólne interesy, gdy chodzi o wykładowców, jak i studentów. Wielu lekarzy i chirurgów naczelnych (nazywanych profesorami, mistrzami, lektorami) miało podwójne zatrudnienie – w szpitalu i na uniwersytecie, pełniąc w nich funkcje edukacyjne i badawcze. Praca w szpitalu umożliwiała im praktykę terapeutyczną i obserwację kliniczną setek pacjentów, tym samym badania skutkujące powstawaniem rozpraw naukowych, służących później studentom. Obie instytucje miały też Teatry Anatomiczne, lecz większa dostępność zwłok i ich obfite zapasy w szpitalu dawała lepsze możliwości praktykowania badań anatomicznych poprzez wykonywanie autopsji<sup>27</sup>.

Sekcje zwłok wykonywano w Rzymie regularnie już od pierwszej połowy XVI w. zarówno w szpitalu kanoników, jak i w *Santa Maria della Consolazione*, w których leczono rany i urazy. Ten fakt oraz duży przepływ pacjentów, powodował, że stały się one miejscem eksperymentów i praktyk medyczno-klinicznych oraz badań w zakresie anatomii i fizjologii<sup>28</sup>. Współpraca *Sapienzy* i Szpitala Świętego Ducha była też obopólnie korzystna dla niższego personelu medycznego. Absolwentom uniwersytetu szpital dawał możliwość odbycia stażu, praktyki czy podjęcia pierwszej pracy na stanowisku asystenta lub zastępcy chirurga, *giovani* zaś służący w szpitalu oprócz nauki w wewnętrznej akademii i szkole szpitalnej mieli poza tym szansę nauki chirurgii i medycyny także na *Sapienzy*. Połączenie nauczania anatomii i chirurgii oraz współpraca między uniwersytetem a szpitalem nie były niczym niezwykłym, miała miejsce np. w cieszącej się wielką sławą Padwie<sup>29</sup>. Wydział medyczny związany z sztukami wyzwolonymi (*artes*, niejako wstępem do filozofii) uniwersytetu padewskiego stanowił model, na którym wzorowały się w nauczaniu medycyny inne uniwersytety Półwyspu Apenińskiego<sup>30</sup>. W sumie jednak kształcenie medyczne podążało ścieżką obowią-

---

<sup>26</sup> Por. F. GAROFALO, *Contributo storico allo studio dell'insegnamento dell'anatomia nella Sapienza. Documenti d'archivio*, „Humana Studia. Bolletino bimestrale dell'Istituto di Storia della medicina dell'Università di Roma”, 32, 1950, s. 1-25.

<sup>27</sup> Por. M. CONFORTI, S. DE RENZI, *Sapere anatomico*, s. 451, 453.

<sup>28</sup> Tamże, s. 450; M.P. DONATO, *La medicina*, s. 100-101. Zob. też A. CARLINO, *La fabbrica del corpo. Libri e dissezione nel Rinascimento*, Torino 1994.

<sup>29</sup> J.J. BYLEBYL, *The School of Padua: Humanistic Medicine in the XVI Century*, w: *Health, Medicine and Mortality in the XVI Century*, red. C. Webster, Cambridge 1979, s. 335-370; G. Cosmacini, *Storia della medicina*, s. 204.

<sup>30</sup> M. NICOD, *Tra Università e corte: formazione e carriere dei medici della corte visconteo-sforzesca (XIV-XV sec.)*, w: *Formare alle professioni. Figure della sanità*, red. M. Ferrari, P. Maz-

zującą na wszystkich uniwersytetach europejskich: lekarz uzyskiwał kwalifikacje potwierdzone i gwarantowane przez autorytatywną instytucję, co odróżniało go od „empirystów i szarlatanów”<sup>31</sup>.

Nauczanie anatomii na uniwersytecie w Padwie stanowiło absolutną awangardę, przyciągając studentów z krajów całej Europy, zwłaszcza o niższym poziomie medycyny, np. ze Szwecji<sup>32</sup>. Choć młodzi studenci z krajów protestanckich starali się studiować w bliższych geograficznie luteranckich Niemczech, prawdziwym jednak magnesem przyciągającym tych studentów były Holandia i Francja. Europejski prymat w nauczaniu anatomii zaczęła dzierżyć w tym czasie holenderska Lejda, do której dołączyły później w chirurgii Utrecht i Amsterdam. W dziedzinie medycyny praktycznej wielką rolę odgrywał natomiast Paryż<sup>33</sup>.

*Sapienza*, choć nie miała w średniowieczu tak prestiżowych tradycji jak inne uniwersytety Półwyspu Apenińskiego, pozostawała nadal ważnym ośrodkiem nauczania i promocji medycyny. Zarówno uniwersytet, jak i sam Rzym przyciągał wielu luminarzy chirurgicznych i medycznych, którzy chcieli nauczać i służyć potężnym osobistościom. Rzymska *Sapienza* podążała za współczesnymi tendencjami, mimo że ścierały się w niej wydziały konserwatywne z innowatorską medycyną. Rzym był siedzibą władzy duchowej i uniwersalnej, licznych dworów nobilów, patrycjuszy i znaczących osób, znajdowały się w nim różne trybunały, kurie generalne i kolegia zgromadzeń religijnych. Stanowił chłonny rynek, potrzebujący usług prozdrowotnych i terapeutycznych ze strony autorytetów medycznych. Wszystkie te uwarunkowania i sfery instytucjonalne, powiązane z sobą i krzyżujące się jedna z drugą, budowały wielkie kariery lekarzy przybywających do Wiecznego Miasta, którzy przemieszczali się między dworami, uniwersytetem, trybunałami i szpitalami<sup>34</sup>.

---

zarello, Pavia 2010, s. 88. Zob. też: G. SIRAI, *Arts and Sciences ad Padua. The Studium of Padovu before 1350*, Toronto 1973; T. Pesenti, *Arti e medicina: la formazione del curriculum medico*, w: *Luoghi e metodi di insegnamento universitario medievale (secoli XIII-XIV)*, red. L. Garran, O. Limone, Galatina 1989, s. 155-177.

<sup>31</sup> P. MAZZARELLO, *La ricerca d'un identità attraverso i secoli: la medicina, il medico e la sua formazione*, w: *Formare alle professioni. Figure della sanità*, red. M. Ferrari, P. Mazzarello, Pavia 2010, s. 11.

<sup>32</sup> V. NIGRISOLI WÄRNHJELM, *Medicina e medici di corte in Svezia in Età Moderna: luoghi di itinerari formative*, w: *La formazione del medico in età moderna (secoli XVI-XVIII)*, red. R. Sani, F. Zurlini, Macerata 2012, s. 64.

<sup>33</sup> Tamże, s. 64. Por. T. FRÄNGSMYR, *Svenk idéhistoria. Bildning och vetenskap under tusenår*, Stockholm 2000, vol. 1, s. 61.

<sup>34</sup> M.P. DONATO, *La medicina*, s. 101-102. Por. też: P. CAPPARONI, *I maestri di anatomia nell'Ateneo Romano della Sapienza durante il secolo XVI*, „Bollettino dell'Istituto storico italiano dell'arte sanitaria”, 6 (1926), nr 5, s. 197-227; P. SAVIO, *Ricerche sui medici e chirurghi*, s. III, 145-168. Zob. też: M.R. DI SIMONE, *La "Sapienza" romana nel settecento: organizzazione universitaria e insegnamento del diritto*, Roma 1980.



Na styku średniowiecza i czasów nowożytnych centrum medycyny włoskiej nie koncentrowało się w Rzymie, lecz w miastach północnej Italii. W XVI w. W poszukiwaniu kwalifikacji zawodowych i doskonalenia naukowego studenci i absolwenci medycyny udawali się do Bolonii i Ferrary, a przede wszystkim do Padwy. William Shakespeare (Szekspir) pisał, że do Padwy trafiali jako wykładowcy między innymi jego słynni rodacy lekarze, tacy jak Thomas Linacre z Oksfordu (1460-1526) czy John Caius z Cambridge (1510-1573). W 1534 r. Anglicy zainteresowani medycyną w Padwie byli tak liczni, że stworzyli tam swoją „narodową kolonię”, czyli nację. Prestiż uniwersytetu i wysoki poziom studiów lekarskich przyciągał też Żydów, Niemców, Czechów, Szwajcarów, Flamingów<sup>35</sup> czy Polaków, np. znany lekarz i botanik, autor *Herbarza Polskiego*, Marcin z Urzędowa (ok. 1500-1573)<sup>36</sup>. U progu XX w. Biagio Brugi pisał, że jeszcze na początku XVII w. „uniwersytet w Padwie to nie był jedną ze szkół w mieście, regionie, całej Italii, lecz szkołą całej Europy, angielską, niemiecką [...]”<sup>37</sup>. Z biegiem czasu, w XVII-XVIII w., coraz większą rolę w rozwoju medycyny odgrywał Rzym z Sapienzą i największym poligonem edukacyjnym, badawczym i klinicznym – Szpitalem Świętego Ducha, ściągającym znanych praktyków i teoretyków medycyny i chirurgii.

W dotychczasowej historiografii „kościelnej” Rzym w sferze medycyny postrzegano jako „twierdzę tradycji”. W rzeczywistości było przeciwnie: między drugą połową XVII a początkiem XVIII w. Rzym był jednym z epicentrow odnowy europejskiej kultury medycznej, prawdziwą stolicą naukową, przyciągającą wysokiej rangi uczonych<sup>38</sup>. Od późnego średniowiecza najlepsza medycyna rozwijała się wokół dworu papieskiego i papieży, wybierających najwybitniejszych nadwornych medyków (*archiatra*)<sup>39</sup>, którzy byli również członkami Kolegium Medycznego i często wykładowcami na *Sapienzy*. Skupieni wokół papieża kardynałowie i arystokraci oraz ich rodziny także potrzebowali znanych i zaufanych chirurgów oraz lekarzy. Wielu z nich miało wykształcenie filozoficzne i medyczne, a uzyskując mecenat kardynalsko-patrycjuszowski, mieli możliwość badania

<sup>35</sup> G. COSMACINI, *Storia della medicina*, s. 80.

<sup>36</sup> Zob. L. HAJDUKIEWICZ, *Marcin z Urzędowa Polski*, w: *Polski Słownik Biograficzny*, t. 19, Warszawa 1974, s. 573-577.

<sup>37</sup> G. COSMACINI, *Storia della medicina*, s. 153; B. BRUGI, *Fra Paolo Sarpi e lo Studio di Padova*, Venezia 1923, s. 100-102.

<sup>38</sup> M.P. DONATO, *La medicina*, s. 99-100. Zob. B. LATOUR, *Science in action. How to follow scientists and engineers through society*. Cambridge, Harvard 1987.

<sup>39</sup> G.P. DELLA CAPANNA, *Studi sul umanissimo e Rinascimento medico. Gli architri pontefici toscani dal secolo XIII al XVII*, Montecatini 1968; R. PALMER, *Medicine and the Papal Court in the Sixteenth century, w: Medicine at the Courts of Europe, 1500-1837*, London, 1989, s. 49-78.

tajemnic natury w akademiach, ogrodach botanicznych, laboratoriach i bibliotekach w pałacach patrycjuszy i bogatych protektorów<sup>40</sup>.

Drugą przesłanką sprzyjającą rozwojowi medycyny w Rzymie była wielość instytucji charytatywnych, z których szczególnie w czterech medykacja była wyraźnie zarysowana. Były to Szpital Świętego Ducha oraz szpitale *San Salvatore ad Santa Sanctorum*, *Santa Maria della Consolazione*, *San Giacomo in Augusta degli Incurabili*, w których wysoka liczba chorych, dostępność organów anatomicznych, wyposażenie w laboratoria i narzędzia chirurgiczne umożliwiały wykonywanie autopsji i innych doświadczeń<sup>41</sup>. Instytucje te, podległe protektoratowi prałatów i kardynałów, były powiązane z kurią papieską, choćby poprzez wybór nadwornych medyków papieża spośród naczelnych lekarzy szpitalnych<sup>42</sup>. Mimo to szpitale rzymskie były otwarte na nowości i eksperymenty w dziedzinie medycyny, choć nierzadko spotykały się z oporem i kontestacją środowisk kościelnych, np. jezuitów<sup>43</sup>. W okresie między 1670 i 1680 r. głos innowatorów medycznych stawał się coraz silniejszy, czemu sprzyjał pontyfikat Innocentego XI (1667-1689), gdy nastąpiło osłabienie hegemonii jezuitów nad działalnością naukową i porzucenie niektórych zasad usankcjonowanych przez kontrreformację<sup>44</sup>.

Ożywienie i postęp w nauce medycznej powodował, że w Rzymie pojawiały się alarmy dotyczące niebezpieczeństwa nowoczesnej medycyny, zwłaszcza korpuskularnej i atomistycznej oraz filozofii natury<sup>45</sup>. W 1690 r. wystąpiono przeciwko „ateistom” neapolitańskim, zabraniając kontaktów z nimi rzymskim lekarzom *novatores*<sup>46</sup>. Pomimo obrony przez Święte Oficjum filozofii scholastycznej i prób

<sup>40</sup> M.P. DONATO, *La medicina*, s. 100; R. PALMER, *Medicine and the Papal Court*.

<sup>41</sup> M.P. DONATO, *La medicina*, s. 100, 108-109; M. PICCIALUTI, *La carità*.

<sup>42</sup> M.P. DONATO, *La medicina*, s. 100

<sup>43</sup> Tamże, s. 103; S. JARCHO, *Quininè Predecessor. Francesco Torti and the Early History of Cincona*, Baltimor, London 1993.

<sup>44</sup> M.P. DONATO, *La medicina*, s. 106. Zob. G. SIGNOROTTO. *Lo squadrone volante. I cardinali "liberari" e politica europea nella seconda metà del XVII secolo*, w: *La corte di Romà tra Cinque e Seicento. Teatro della politica europea*, red. G. Signorotto, M.A. Visceglia, Roma 1998, s. 93-138; C. DONATI, *La Chiesa di Roma tra antico regime e riforme settecentesce (1675-1766)*, w: *Storia d'Italia. Annali, La Chiesa e il potere politico dal medioevo all'età contemporanea*, red. G. Chittolini, G. Miccoli, Torino 1986, s. 721-766.

<sup>45</sup> M.P. DONATO, *La medicina*, s. 107. Wspomniany atomizm to teoria o ziarnistej, nieciągłej strukturze materii, twierdzenie, że materia składa się z niepodzielnych elementów, niegdyś atomów, a współcześnie cząstek elementarnych. Korpuskularyzm (z łac. *corpusculum*, „małe ciało, ciałko”) z kolei to teoria fizyczna, która zakłada, że cała materia składa się z małych cząstek. Różni się od atomizmu tym, że korpuskuły i są dalej podzielne, podczas gdy atomy nie. Teoria nabrała znaczenia w XVII w. (Thomas Hobbes, René Descartes, Isaac Newton, John Locke, Robert Boyle).

<sup>46</sup> M.P. DONATO, *La medicina*, s. 107; L. OSBAT, *Inquisizione a Napoli. Il processo agli ateisti 1688-1697*, Roma 1974. Na temat historii politycznej i kulturowej rzymskiej inkwizycji, relacji między nauką, filozofią i teologią w kontekście katolickim w dobie rewolucji naukowej zob. M.P.

interwencji inkwizycyjnej medycyna przełomu XVII i XVIII w. w Rzymie wykazywała innowatorski trend, który posiadał jakby podwójną naturę – tradycyjno-nowoczesną<sup>47</sup>.

Na początku XVIII w. Rzym stał się, także z uwagi na osiągnięcia w „nowej medycynie”, polityczną i duchową stolicą Europy. Wpływ na to miała szybkość obiegu informacji dzięki podróżującym i zbiegająca się tu sieć powiązań dyplomatycznych i religijnych, ale także liczba i pluralizm placówek szpitalnych. Sankcjonowaniu nowoczesnej medycyny sprzyjali papieże Innocenty XII (1691-1700) i Klemens XI (1700-1721), stając się promotorami karier wielu rzymskich *novatores*. Za Klemensa XI wprowadzono radykalne zmiany w polityce zdrowia publicznego oraz wzmocniono zarząd medycznego Kolegium Rzymskiego, kierowanego odtąd przez protagonistów odnowy medycyny rzymskiej końca XVII w., Giorgio Bagliviego czy Alessandro Pascoliego, którzy w stolicy Państwa Kościelnego znaleźli znakomite warunki do badań. Wizyta Klemensa XI w bibliotece stworzonej przez Giovanniego Marię Lancisiego i jej konsekracja w 1714 r. stanowiła symbol połączenia pobożności religijnej i naukowej nowoczesności<sup>48</sup>.

Wspomniano już, że w Szpitalu Świętego Ducha kształcono w sztuce chirurgii nie tylko na własne potrzeby, ale też dla innych instytucji – szpitali rzymskich, italskich i w ogóle europejskich. W świetle przytoczonych informacji świętoduska szkoła – akademia chirurgii – jawi się jako klinika i „uniwersytet” chirurgiczny, w mniejszym stopniu medyczny, o szerokim zasięgu oddziaływania oraz powszechnej sławie. Szpital Świętego Ducha był przykładem i symbolem procesu tworzenia w Europie, w tym w Italii, instytutów klinicznych, zapoczątkowanych w XVIII wieku w holenderskiej Lejdzie przez prof. Hermana Boerhaave<sup>49</sup>. Jego kliniczna praca polegała na prowadzeniu wykładów przy łóżku chorego i obserwacji pacjentów. Klinika ta była miejscem, w którym lekarz mógł wybrać sobie dla celów dydaktycznych pacjentów o szczególnych przypadłościach i jednostkach chorobowych oraz mógł je obserwować, potem zinterpretować objawy i teoretycznie opisać. Wszystkie te warunki kliniczne spełniał także Szpital Świętego Ducha, który już za czasów G. Lancisiego w początkach XVIII w. stał się wielkim ośrodkiem szkolenia i rekrutacji chirurgów oraz miejscem praktyk i staży dla młodych lekarzy. Mieli oni obowiązek (także gwoli kształcenia) dwa razy na dzień uczestniczyć w wizytach naczelnych lekarzy, brać udział dwa razy na miesiąc w pokazach anatomicznych, prowadzonych przez głównych chirurgów.

---

DONATO, *Scienza e teologia nelle congregazioni romane: la questione atomista, 1626-1727*, w: *Rome e la science moderne: entre Renaissance e Lumières*, Rome 2008, s. 595-634.

<sup>47</sup> M.P. DONATO, *La medicina*, s. 107-108.

<sup>48</sup> Tamże, s. 108-109

<sup>49</sup> M. FOUCAULT, *Nascità della clinica*, Torino 1969, s. 72; G. COSMACINI, *Storia della medicina*, s. 220

G. Lancisi określił ten szpital jako „niezwykle pożyteczne publiczne seminarium dla lekarzy, chirurgów i aptekarzy”. Charakter kliniczny mał w tym czasie również *Ospedale di S. Orsola* w Bolonii<sup>50</sup>.

Nie byłoby kliniki bez jej integralnego związku ze szpitalem, gwarantującym ciała zmarłych pacjentów potrzebne do badań naukowych anatomii patologicznej, która była jednym z warunków uzyskania przez szpital rangi klinicznej. Nie wystarczyły bowiem do badań klinicznych ciała straconych skazańców. Takie ciała służyły poznaniu normalnej anatomii ludzkiej, gdyż należały do człowieka, który za życia był zdrowy, nie można w nim więc było zaobserwować żadnych zmian chorobowych. Lekarzom czy chirurgom zajmującym się anatomią patologiczną nieodzowne były ciała hospitalizowanych, wcześniej żyjących, a więc zwłoki zmarłych chorych, najodpowiedniejsze do badań klinicznych. Już William Harvey (1578-1657) pisał, że autopsja zmarłego gruźlika czy chorego chronicznie jest dużo bardziej użyteczna niż dziesięć autopsji wisielca<sup>51</sup>. Sprężenie na polu naukowym między anatomią patologiczną i kliniką implikowało taki sam związek na polu zawodowym i społecznym między chirurgami a lekarzami. Jeden z historyków medycyny pisze: „Anatomizm kliniczny, z którego narodziła się klinika nowożytna, spowodował rewolucyjną przemianę, z której z kolei wykształcił się dzisiejszy zawód lekarza chirurga, a w ogólnym – nowoczesne społeczeństwo”<sup>52</sup>.

Proces doskonalenia metod terapii i dochodzenia medycyny do wyższego poziomu nie wykazywał radykalnych przełomów i przyspieszeń, lecz przebiegał małymi, konsekwentnymi krokami. W perspektywie rozwoju, który zostanie w pełni urzeczywistniony w XIX i XX w., już w XVI, a szczególnie XVIII w. widoczna jest „interwencja medyczna nad chorymi, która przewyżczając bezruch blokujący ubogich w jego stanie nędzy-choroby wewnątrz starych hospicjów i przytułków, toruje drogę nowoczesnemu szpitalowi, pomyślanemu jako miejsce planowej diagnostyki i leczenia. Osiemnastowieczna rewolucyjna medycyna naukowa, poprzedzająca przyszłe terapie, w swoich pierwszych krokach „na wyboistym terenie praktyki, nie uniknęła pierwszych pomyłek i uchybień, zwłaszcza na poziomie technologicznym”<sup>53</sup>.

Mimo że Szpital Świętego Ducha już wcześniej miał cechy kliniczne, to jednak formalnie kliniką nie był. Stał się nią dopiero za rządów komendatora Antonio Pallotty (1814-1816). To za niego zostały wprowadzone w życie zamierzenia papieża Piusa VII (1800-1823), które wcześniej ze względów politycznych nie mogły być zrealizowane. W 1815 r., na wniosek Kolegium Konsystorza Ad-

<sup>50</sup> G. COSMACINI, *Storia della medicina*, s. 220-222, 225.

<sup>51</sup> Tamże, s. 229. Por. H. SIGERIST, *Introduzione alla medicina*, Firenze 1938, s. 127.

<sup>52</sup> G. COSMACINI, *Storia della medicina*, s. 231-232.

<sup>53</sup> Tamże, s. 186-187.

wokatów (*Collegio Avvocati Consistorali*), pod którego zwierzchnictwo był podany uniwersytet rzymski, papież zadekretował utworzenie kliniki medycznej w Szpitalu Świętego Ducha. Pracujący wówczas w nim wybitni lekarze Tomaso Perlà (1765-1846) oraz Giuseppe Sisco (1748-1830) zastanawiali się, jak to było możliwe, że mający tak chwalebną przeszłość Rzym, centrum nauki i medycyny, pozbawiony był dotąd zintegrowanej instytucji kliniczno-uniuersyteckiej, służącej kształceniu lekarzy i chirurgów. Poniekąd wyjaśnił to chirurg tego szpitala i archiatra papieski Giuseppe De Mattheis (1777-1858), pisząc, że studenci mieli ułatwiony dostęp w uczęszczaniu do szpitali publicznych, gdzie bardzo często wysoko wykwalifikowani nauczyciele posiadali prestiż profesorów uniwersyteckich. Nie bez przyczyny więc dwuwierszowy napis w Szpitalu Świętego Ducha głosił: „Každy obywatel ma dostęp do sztuki medycznej” (*Ad medicas artes hic civique via patet*)<sup>54</sup>.

Szpital Świętego Ducha kształcił fachowców na różnym poziomie kwalifikacji zawodowych, konkretnie chirurgicznych. Zupełnie inny program kształcenia i stopień wiedzy anatomicznej oferował przyszłym chirurgom – cyrulikom (*barbieri*), uprawnionym do leczenia chorób zewnętrznych, jak również pielęgniarkom, którzy mieli opiekować się chorymi. W tym przypadku chodziło o elementarną wiedzę anatomiczną, pamięciową i techniczną, o swego rodzaju „katechizm anatomiczny” dla uczniów – praktykantów, terminatorów, często analfabetów, przydatną do wykonywania prostych czynności technicznych czy mechanicznych, jak stawianie baniek, nacieranie, puszczenie krwi i inne usługi. Była to anatomia „chirurgiczna” potrzebna masom tzw. operatorów ręcznych. Prawdziwa natomiast „anatomia chirurgiczna” była przeznaczona dla doborowych chirurgów, którzy ze znanstwem wykonywali ze zwłok materiał poglądowy służący dla celów edukacyjnych i dostarczali go lektorom. Była wreszcie „anatomia medyczna”, niejako fizjologiczna, wykorzystywana przez lekarzy do ukazania studiującym budowy i mechanizmu ciała ludzkiego, także ta patologiczna, służąca badaniu i identyfikacji przyczyn śmierci i diagnozowaniu przypadkowych chorób wewnętrznych

O tym, że Szpital Świętego Ducha przyjmował na naukę osoby z zewnątrz, świadczy wypowiedź przełożonego generalnego z 1759 r. Ludovico Calino, według którego zdarzało się, że odbywający w szpitalu praktykę w zakresie chirurgii *giovani esteri* z powodu braku fachowości, kaleczą i ranią żyły, szkodząc chorym. Chcąc temu zapobiec, zarządził, aby *capo sanguinista* nie pozwalał im w przyszłości tego czynić, a zlecił wykonywanie owych zabiegów osobom z gwardii szpitalnych, dobrze do tego przygotowanych. Dodał, że jeśli by ich zabrakło, będą surowo

<sup>54</sup> A. CANEZZA, *Gli Arciospedali di Roma nella vita cittadina nella storia e nell'arte*, Roma 1933, s. 122.

ukarani<sup>55</sup>. Wynika z tego, że ci ostatni unikali i lekceważyli swoje dyżury, stąd z konieczności musieli ich zastępować obcy praktykanci. Podobne sytuacje zdarzały się też wcześniej. Już w 1652 r. wizytator zabronił dopuszczania do upuszczania krwi *forestieri giovani*, jeśli nie przejdą wcześniej trzymiesięcznej stałej praktyki w szpitalu i nie będą zaaprobowani przez lekarzy szpitalnych<sup>56</sup>. Zakaz ten powtórzono także w 1679 r.<sup>57</sup>

Funkcjonowanie szkół nie było pozbawione było mankamentów. Chodziło między innymi o niedobór podręczników. W 1765 r. komendant szpitala, już wspomniany L. Caliano, skarżył się, że lektorzy szkół nie są w stanie wyłumaczyć słuchaczom w ciągu pół godziny całego materiału. Istniał zwyczaj, że lektorzy dyktowali wiedzę ze swoich notatek, wskutek czego studenci nie byli w stanie w pełni jej przyswoić. W tej sytuacji komendant zarządził, aby wykładowcy wykorzystywali podręczniki drukowane. Doktorowi Tonci, prowadzącemu wykład z instytucji chirurgicznych, zalecono posługiwać się *di Monsù delle Fage*. W celu ugruntowania wiadomości wykładowca przed przejściem do prezentacji kolejnych partii wiedzy z książki miał odpytywać słuchaczy z wcześniejszego materiału, a następnie jeszcze raz go powtórzyć i przeczytać. Z kolei Giavina, nauczający anatomii, zamierzał posługiwać się *Compendium Anatomicum* („Kompendium Anatomicznym”) Laurentiusa Heistera. Pokazując kości ludzkie, w miesiącach letnich miał do pomocy jednego pielęgniarza studenta, którego zobowiązał do przeprowadzania pokazów dla pozostałych scholarów, w miesiącach zimowych zaś był zobowiązany sam kroić ciała zmarłych i ich części pokazywać przypatrującym się studentom. Naśladując mistrza, to samo czynili *giovane* oraz starsi funkcyjni (*maggiori*), kapral i ośmiu *ciarabucchi*. Następny lektor operacji chirurgicznych C. Guattani był zobowiązany nauczać z książki *Chirurgia* wspomnianego L. Heistera. Najpierw należało opisać sposób przeprowadzania operacji, potem wykonać ją na zwłokach, w końcu zlecić scholarowi wykonanie takiej samej. Z tego samego opracowania co C. Guattani miał korzystać F.M. Pieratti, lektor od praktycznych przypadków. Według niego najważniejszą metodą uczenia się praktyki był pokaz mistrza, a następnie powtórzenie przypadku przez jednego ze scholarów<sup>58</sup>.

Z powyższego wynika, że metody nauczania w szkołach chirurgicznych uwzględniały przekazywanie wiedzy teoretycznej oraz jej weryfikowanie poprzez odbywającą się na bieżąco praktykę ze strony słuchaczy. Wyznaczywszy podręczniki do nauki chirurgii dla lektorów, nakazano wszystkim studentom,

<sup>55</sup> ASR, nr 61, *Giornale di Memorie delle Cose ... 1759*.

<sup>56</sup> ASR, nr 3, *Ordini da osservarsi nell'Hospitale ... 1652*, s. 88; ASR, nr 1409, *Decreti fatti da altri Visitatori ... 1752*, s. 69.

<sup>57</sup> ASR, nr 1409, *Decreti di Visita 1679 ... Acciaiuoli*, s. 68.

<sup>58</sup> ASR, nr 1409, *Ordini per li studi di chirurgia, 1765*, s. 258-259.



zaopatrzyć się w nie do końca sierpnia 1765 r., a więc przed rozpoczęciem nowego roku studiów chirurgicznych w szpitalu. Nabyte książki mieli przedłożyć przełożonemu infirmerii i każdą z nich podpisać własnym imieniem i nazwiskiem. Posiadanie własnej książki dawało w sytuacjach wątpliwych pierwszeństwo w promocjach i różnego typu awansach<sup>59</sup>.

Kwestię metodyki nauczania poruszano również w czasach Republiki Rzymskiej i okupacji francuskiej, gdy szpitalowi nadano charakter państwowo-narodowy. Twierdzono wtedy, że lektorzy po pisemnym przekazaniu i podyktowaniu wiedzy studentom powinni następnie przejść do ustnego jej wyjaśnienia. W ogólnym przekonaniu była to metoda najbardziej skuteczna<sup>60</sup>.

Drażliwym, powtarzającym się problemem było nieregularne uczęszczanie na wykłady do szkół chirurgicznych. W pamiętniku (kronice) przełożony generalny szpitala i zakonu Giuseppe Maria Castelli pod datą 13 sierpnia 1758 r. zanotował, że niektórzy *uffiziali e giovani* zaniedbują naukę i rzadko pojawiają się w szkołach chirurgicznych, które dla korzyści uczących się powiększono ostatnio do czterech. W celu zdyscyplinowania adeptów chirurgii do rzetelnej nauki nakazał zaprowadzić księgę obecności, prowadzoną przez *unzionario*, służącą do odnotowywania ich nieobecności w każdym tygodniu. Na tej podstawie przełożony odpowiedzialny za edukację chirurgów miał prawo ich napominać, karać, degradować, a nawet zwalniać, pomimo że pełnili w szpitalu funkcję służących. Miało to zapobiegać marnowaniu środków publicznych i umożliwiać kształcenie dobrych profesorów (*buoni professori*), z oddaniem służących chorym<sup>61</sup>. Rejestry osób ewidentnie lekceważących frekwencję oraz najbardziej pilnych służyły jako jedno z kryteriów oceny przydatności do służby i stanowiły argument przy ocenie konkurentów. Castelli pisał, że „przy okazji egzaminów i konkursów zostanie sporządzony wyciąg absencji, aby rozróżnić osoby pilnie uczestniczące w zajęciach szkół od zaniedbujących ten obowiązek. Wyciąg ów miał być dołączony do wymaganej dokumentacji i oceniany przy podejmowaniu decyzji podczas wyboru najlepszych kandydatów, przy których rozważano ich pilność, staranność i cierpliwość, serdeczność w opiece nad chorymi, cnoty, którymi wykazali się przy regularnej frekwencji w szkołach”<sup>62</sup>.

Bardzo niską frekwencję w szkołach stwierdzono w 1759 r. Wtedy studenci albo w ogóle nie pojawiali się na zajęciach, albo pojawiali się rzadko lub z przerwami, inni notorycznie spóźniali się bądź wychodzili wcześniej, wreszcie nie-

<sup>59</sup> Tamże, s. 260.

<sup>60</sup> ASR, nr 168, *Repubblica Romana Una, ed Indivisibile ... 1799*, s. 209.

<sup>61</sup> ASR, nr 64, *Relazione delle Cose ... Castelli 1759*, s. 42-44; ASR, nr 1409, *Relazione delle Cose 1759 ... Castelli Procomendatore*, s. 223; ASR, nr 61, *Giornale di Memorie delle Cose*, s. 6.; ASR, nr 61, *Giornale. Memorie delle cose*, s. 4-5, 101. .

<sup>62</sup> ASR, nr 61, *Giornale di Memorie delle Cose*, s. 6.

którzy przybywali tylko po to, aby się pokazać. Tym sposobem szpital, który „choć pierwszy wśród wszystkich szpitali, był słabiej wyposażony w studentów doświadczonych i uzdolnionych w sprawach chirurgicznych i anatomicznych”. Wobec tego Castelli jako przełożony generalny, chcąc „potrząsnąć” młodzieńcami, leniwymi i lekceważącymi swoje obowiązki, nakazał, aby co tydzień przedstawiano mu rejestr nieobecnych. Za każdą absencję groziła sankcja, a za nagminne opuszczanie zajęć degradacja z pełnionej funkcji. Nie dotyczyło to zastępców chirurgów, lecz w wypadku częstej nieobecności nie dopuszczano ich do konkursów na wyższe stanowisko. Za skrajne zaniedbywanie nauki i absencje groziło wydalenie z pracy. Takie osoby uznawano za niewdzięczne i niezdolne do służby, uważano je za niepotrzebny balast finansowy. Pomimo sankcji zaniedbywanie nauki było tak nagminne, że skłoniło komendatora do wydania lektorom (profesorom czterech szkół chirurgicznych) prerogatyw pozwalających im karać wszystkich, bez wyjątku, leniwych studentów. Mogli więc ich dyscyplinować za absencję, spóźnianie się, niewykonywanie poleceń, brak pilności, za złą służbę chorym i lekceważenie wizytacji<sup>63</sup>. Można sądzić, że wprowadzenie obostrzeń i rygorów niewiele pomogło, gdyż w 1765 r. komendator Ludovico Calino wierne powtórzył dekret swojego poprzednika<sup>64</sup>.

Wiedza i umiejętności praktyczne nabyte w szkole chirurgicznej i weryfikowane na egzaminach otwierały furtkę do awansów i wejścia do grona *ufficiali maggiori*. Według komendatora Calino od tej pory nikt nie mógł osiągnąć statusu *maggiore*, jeśli nie wykonał pokazu anatomicznego. Również nikogo z ponadetatowej służby nie można było przyjąć na stałe do pracy w Wielkiej Sali (*Corsia Grande*), jeśli wpieryw nie wykazał się na egzaminie konkursowym biegłością w łacinie. Odtąd nie pozwalano też na okresową pracę na zewnątrz z możliwością powrotu na wcześniejsze miejsce<sup>65</sup>.

W celu zapewnienia sprawnej organizacji nauki drukowano plany zajęć dydaktycznych, które były szczególnie ważne w wypadku ćwiczeń z anatomii. Obowiązek przygotowania i wydrukowania planu zajęć powierzono lektorowi prowadzącemu pokazy. W 1771 r. taki drukowany indeks wykładów i demonstracji anatomicznych, odbywanych w okresie Wielkiego Postu, miał wykonać swoim sumptem, z własnego honorarium, lektor Carlo Guattani. Kiedy tego nie uczynił, komendator Romualdo Guidi ponownie nakazał mu szybko wykonanie zadania, ażeby w razie czego rzeczowego indeksu nie musiał sporządzać następny chirurg dziekan (*cerusico decano*)<sup>66</sup>.

---

<sup>63</sup> ASR, nr 61, *Giornale. Memorie delle cose*, s. 102-103. ASR, nr 1409, *Decreto sopra la frequenza ... 1759*, s. 240-242,

<sup>64</sup> ASR, nr 1409, *Ordini per li studi di chirurgia*, 1765, s. 260-261.

<sup>65</sup> Tamże, s. 261-262

<sup>66</sup> ASR, nr 1409, *Ordine sull'indice ... 1771*, s. 275-276.

### 3. TEATR ANATOMICZNY

Ogromnym osiągnięciem, podnoszącym prestiż Szpitala Świętego Ducha jako placówki kliniczno-dydaktycznej, było utworzenie w 1772 r. Teatru Anatomicznego. Miał on formę okrągłą w kształcie amfiteatru ze wznoszącymi się stopniowanymi siedzeniami i stołem pośrodku do przeprowadzania sekcji zwłok. Założył go przełożony generalny szpitala Romualdo Guidi (1770-1778) za pozwoleniem papieża Piusa VI (1775-1799). Kierował nim zawsze naczelny chirurg szpitala. Jako pierwszy funkcję tę pełnił *chirurgo primario* Giuseppe Flaiani<sup>67</sup>. Nowy Teatr Anatomiczny szybko zyskał powszechny prestiż i uznanie, chociaż już wcześniej istniała podobna instytucja, ale zapewne w dużo skromniejszej formie i nie zawsze była określana tym mianem. W 1737 r. wizytator zanotował bowiem, że „w starym teatrze” usunięto wszystkie drewniane krzesła czy ławki i stworzono tam wielkie, dobrze oświetlone pomieszczenie służące do krojenia zwłok<sup>68</sup>. Według opisu z 1748 r. stary okrągły Teatr również posiadał siedziska, schodki i inne wygody. Miał formę dzisiejszej sali widowiskowej ze stopniowanymi siedzeniami dla lepszej widoczności. Służył do nauki anatomii, przeprowadzania w Wielkim Poście pokazów anatomicznych, eksponowania struktury i budowy ludzkiego organizmu oraz odbywania dwa razy w tygodniu wykładów z chirurgii dla studentów<sup>69</sup>. Nie ulega wątpliwości, że pełnił on funkcje podobne do nowego Teatru i umożliwiał studentom obserwowanie pokazów anatomicznych oraz prosektoryjnych.

Istnienie i funkcjonowanie szpitala chirurgicznego, Teatru Anatomicznego i szkoły chirurgicznej wymagało zabezpieczenia odpowiedniego zestawu sprzętu i specjalistycznych narzędzi, potrzebnych do przeprowadzania operacji i pokazów anatomicznych. Noże, lancety i inne przyrządy używane w chirurgii są nazywane w źródłach żelazem chirurgicznym (*ferris di cerussia*). Aby masowo przeprowadzane zabiegi chirurgiczne były dla pacjentów jak najmniej uciążliwe, musiały to być sprzęt dobrej jakości. Tymczasem nie zawsze odpowiadał najwyższym standardom, a często nawet wręcz go brakowało. Sytuacja taka miała miejsce w latach 40. XIX w., kiedy to w szpitalu były nieliczne noże chirurgiczne, a poza tym w złym stanie i niedobrej klasy. Przy ich używaniu pacjenci cierpieli, a nieraz odwoływano operacje z powodu braku odpowiednich narzędzi do ich prze-

---

<sup>67</sup> M. SURDACKI, *Dzieci porzucone*, s. 83; A. PALMA, *L'ospedale di Santo Spirito in Saxia*, Roma 1994, s. 53-63; TENZE, *Breve guida storica al S. Spirito in Saxia*, Rieti 1995, s. 27-38; F. LA CAVA, *Liber Regulae Sancti Spiritus. Testo comentato*, Milano 1947, 36-37; A. CANEZZA, M. CASALINI, *Il Pio Istituto di S. Spirito e Ospedali Riuniti di Roma*, Roma 193, s. LXXIX-LXXXI; A. BACHINI, *La e le Opere di Giovanni M. Lancisi*, Roma 1920; F. Azzurri, *I nuovi restauri nell'Archiospedale di S. Spirito in Saxia*, Roma 1868, s. 90-98.

<sup>68</sup> ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata ... 1737*, s. 296-297; ASR, nr 903, *Visita Apostolica in Santo Spirito, incominciata l'anno 1737 ... 1749*, s. 241-242.

<sup>69</sup> ASR; nr 1301, *Relazione fatta da Ferrini*, s. 23

prowadzenia. Jak się dowiadujemy, Carlo Guattani, naczelny chirurg Szpitala Świętego Ducha, właściwe noże na potrzeby chirurgii i anatomii oraz do usuwania kamieni sprowadził aż z Paryża. Przywiózł też wiele innych narzędzi, często nieznanymi i nieużywanymi jeszcze we Włoszech, które były wygodne i łatwe w użyciu przy robieniu zabiegów, a co najważniejsze – nie sprawiały tak dużego bólu operowanym. W trosce o ich stan i bezpieczeństwo umieszczono je w wykonanej w tym celu skrzynce z przedziałami wyłożonymi delikatnym płótnem. Ich sprawdzanie, czyszczenie, naprawianie powierzono jednemu z profesorów<sup>70</sup>. Według innego rozporządzenia narzędzia chirurgiczne nabyte we Francji przechowywał, zgodnie z inwentarzem, przełożony infirmerii, a w razie potrzeb oddawał chirurgom i profesorowi, który miał utrzymać je w czystości i chronić przed rdzą<sup>71</sup>. Katalog sprzętów chirurgicznych sporządzony w 1747 r. wymienia ponad sto kilkadziesiąt rodzajów narzędzi, używanych przy zabiegach operacyjnych. Duża część nich występowała w kilku egzemplarzach; ich nazwy są bardzo fachowe i specjalistyczne, w większości trudne do przetłumaczenia i precyzyjnego wyjaśnienia ich przeznaczenia. Niemniej warto przytoczyć ogólne nazwy przynajmniej niektórych. Były to: różne skalpele (zakrzywione, spiczaste, proste) do przepukliny i innych części ciała, noże anatomiczne, igły do zszywania (między innymi tętnicy międzyżebrowej, operacji tętniaka), srebrne wzierniki, pęsety (do odwracania powieki na lewą stronę, do polipów i inne), faringoskop srebrny do badania gardła, *tlocar* do niszczenia kości szczypcami podczas operacji przetoki, przyrządy do wyciągania kamyków (z haczykami, łyżką i inne), strzykawki, chwytaki, części do trepanacji, śruby kotwowe przyrządy do opatrywania ran i owrzodzeń, 12 ołowiowych świec żarowych. Te sprzęty powierzono opiece chirurga naczelnego Carlo Quantanego, który w tymże czasie przebywał w Paryżu<sup>72</sup>. Przy okazji obserwacji tylko tych kilku wybranych sprzętów można poznać również rodzaje zabiegów chirurgicznych wykonywanych w szpitalu. O bogactwie sprzętów chirurgicznych wspominał w brewe z 1780 r. papież Pius VI (1775-1799). Sławiąc szpital i szkołę chirurgiczną, zaznaczył, że ogromna ich część, wykonana „cudownym kunsztem”, została przywieziona z zagranicy i jest w muzeum szpitalnym<sup>73</sup>.

<sup>70</sup> ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata...1737*, s. 261; ASR, nr 903, s. 213-214.

<sup>71</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 33.

<sup>72</sup> ASR, nr 3092, *Catalogo degli strumenti di cerusia ... 1747*.

<sup>73</sup> ASR, nr 1409, *Breve di facoltà per la matricola in chirurgia ... 1780*, s. 285.

„ŻELAZO CHIRURGICZNE” (*FERRI DI CERUSSIA*),  
CZYLI NARZĘDZIA I PRZYBORY CHIRURGICZNE W MUZEUM SZPITALNYM



Noże i lancety,



szcypce, nożyce i dłuta,



piły i inne przyrządy



oraz trepanatory. (Fot. M. Surdacki)



W 1811 r. Teatr Anatomiczny był wyposażony we wszystkie niezbędne preparaty anatomiczne, tak naturalne, jak i woskowe, oraz w kompletną kolekcję narzędzi (*ferris*) chirurgicznych. Prowadzono w nim regularne nauczanie oraz pełny kurs chirurgiczny dla młodej służby szpitalnej. Raz w roku organizowano tam bardzo rygorystyczny konkurs dla adeptów chirurgii, uwieńczony rozdaniem złotych i srebrnych medali dla najbardziej utalentowanych i wyróżniających się<sup>74</sup>.

Idea nagradzania wyróżniających się uczestników konkursów i pokazów anatomicznych medalami zrodziła się w umyśle przełożonego generalnego szpitala Domenico Sampieriego (1778-1783), który chcąc promować kulturę naukową wśród młodych studentów szpitala, ustanowił dla nich pokazowe egzaminy konkursowe, premiiowane medalami złotym i srebrnym. Inicjatywę tę zgłosił w 1779 r. papieżowi Piusowi VI (1775-1799), który z uznaniem ją zaakceptował. Tematy konkursów miały zawsze charakter anatomiczno-chirurgiczny. Uczestnicy losowali z pudełka pytania, a potem zamknięci i nadzorowani w osobnym pokoju przystępowali do rozwiązywania wylosowanego problemu. Autorzy najlepiej ocenionych prac mieli potem wykonać praktyczny pokaz z użyciem części ciała ludzkiego, której dotyczyło pytanie<sup>75</sup>. Zdobyć złotego medalu dawało prawo do otrzymania dyplomu w zakresie chirurgii i wpisania zwycięscy do rejestru chirurgów<sup>76</sup>. O taki przywilej wystarał się u Piusa VI sam pomysłodawca medali, komendant Sampieri, który pragnął dla najzdolniejszych studentów szkoły szpitalnej skrócić drogę do osiągnięcia oficjalnego statusu chirurga w drodze odbywanych staży szpitalnych lub u dyplomowanych chirurgów<sup>77</sup>.

Decyzja papieża Piusa VI umacniała i uwiarygodniała pozycję Szpitala Świętego Ducha jako szkoły „uniwersytetu chirurgii”, w którym – jak podkreślał papież – dzięki służbie chorym, usilnym ćwiczeniom, uczestnictwu w operacjach, pokazach i konkursach anatomicznych można było zdobyć dyplom chirurga. W brewe z 18 sierpnia 1780 władzę do nadawania takiego dokumentu (*matricula* – matrykuły) nadał bezpośrednio ówczesnemu komendantowi i jego następcom, bez oglądania się na zgodę i stanowisko Kolegium Medycznego (*Medicorum Collegii*). Skutkowało to wpisaniem do *Album Magistrorum Chirurgiae* i prawem do swobodnego uprawiania sztuki chirurgicznej w każdym miejscu. Przywilej papieski zawierał pewne ograniczenia i odnosił się tylko do najlepszych studentów, którzy wcześniej zostali nagrodzeni medalem i pełnili funkcję zastępcy chirurga. Dodał, że zdobyte tą drogą uprawnienia chirurgiczne nie mogą być

<sup>74</sup> ASR, nr 1414, *Rapporto sugli Stabilimenti ... 1811*, s. 1.

<sup>75</sup> A. CANEZZA, *Gli Arciospedali*, s. 110-111.

<sup>76</sup> P. DE ANGELIS, *Giovanni Maria Lancisi. La Biblioteca Lancisiana. L'Accademia Lancisiana*, Roma 1965, s.197

<sup>77</sup> A. CANEZZA, *Gli Arciospedali*, s. 111.



przez żadne autorytety kwestionowane, a wydane rozporządzenie nie jest wbrew przywilejom i ustawom przyznanym Kolegium Lekarskiemu miasta przez biskupów Rzymu oraz inne konstytucje i dekrety apostołskie<sup>78</sup>.

Niezależnie od Teatru Anatomicznego w szpitalu istniały inne pomieszczenia o podobnym przeznaczeniu, w których przygotowywano zwłoki do celów badawczych, prosekcyjnych i edukacyjnych. Istniejące w 1772 r. *incisorie* (prosektoria), czyli miejsca do cięcia i rozczłonkowania zwłok na potrzeby nauki anatomii i chirurgii, były pozbawione wygod i wyposażenia. Brakowało przede wszystkim oddzielnej sali do maceracji ciał. Te pierwsze nakazano więc zaopatrzyć we wszystkie niezbędne sprzęty, a brakującą salę natychmiast wybudować od podstaw. Wyznaczono też nadintendenta (*sopra intendente*) Teatru, który był zobowiązany uczestniczyć w zajęciach z anatomii praktycznej razem z pozostałymi scholarzami, poczynając od *capo sanguigna*, po służących w małym szpitalu (*spedaletto*), z wyjątkiem pełniących dyżury w gwardiach. Nauka w tej szkole rozpoczynała się około południa i trwała każdego roku od pierwszej środy lub soboty oktawy Święta Zmarłych, a kończyła się pierwszego kwietnia<sup>79</sup>.

Nauka anatomii nie mogła się rozwijać bez przeprowadzania autopsji, którą w szpitalach, również w Szpitalu Świętego Ducha, wykonywano dla stwierdzenia przyczyn zgonu lub rozpoznania struktury i patologii chorób. Równie często ciała zmarłych wykorzystywano dla potrzeb edukacji przyszłych lekarzy czy chirurgów. Od okresu odrodzenia w celu stworzenia okazów (modeli) anatomicznych dokonywano balsamowania zwłok<sup>80</sup>. Do nauki struktury ciała ludzkiego służyły też publikowane ilustrowane albumy i tablice anatomiczne. W 1543 r. słynny chirurg flamandzki, Andrea Vesalio (1514-1564), lektor anatomii na uniwersytecie w Padwie, wydał dzieło *De humanis corporis fabrica*, które otworzyło erę nowożytnej anatomii ilustracyjnej<sup>81</sup>

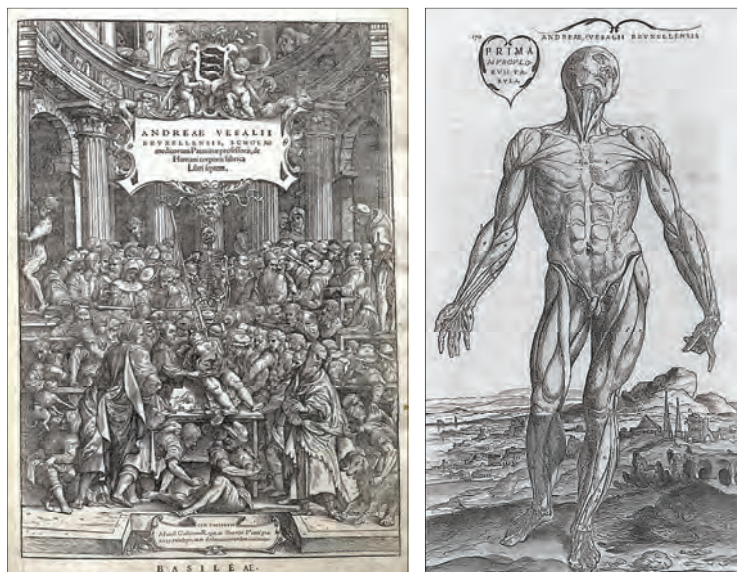
---

<sup>78</sup> ASR, nr 1409, *Breve di facoltà per la matricola di chirurgia ... 1780*, w: NSVD, s. 284-287. *Matricola (matricola)* – rejestr publiczny, w którym w średniowiecznych cechach wpisywano nazwiska osób mogących zajmować się określoną sztuką lub rzemiosłem, w tym wypadku chirurgią.

<sup>79</sup> ASR, nr 1409, *Ordini per l'ospedale ... Romualdo Guidi 1772*, s. 280.

<sup>80</sup> E. TOGNOTTI, *Le cere anatomiche e la rivoluzione della didattica medica nell'età dei Lumi: insegnare a "guardare: per capire e fare, w: Formare alle professioni. Figure della sanità*, red. M. Ferrari, P. Mazzarello, Pavia 2010, s. 126-127.

<sup>81</sup> Tamże, s. 127. Zob. C.D. O'MALLEY, *Andreas Vesalius of Brussels*, Berkeley 1964.



Strona tytułowa i przykład ilustracji anatomicznej z dzieła Andrei Vesalia. Domena publiczna

Dużym osiągnięciem w aspekcie dydaktycznym było pojawienie się pod koniec XVII w. woskowych modeli anatomicznych, które stały się alternatywą wypreparowanych ludzkich części anatomicznych (preparatów). Modele woskowe przeżywały swój największy rozkwit w epoce oświecenia, w drugiej połowie XVIII w., po reformach uniwersyteckich, które zmodyfikowały kształcenie lekarzy i chirurgów. Były szczególnie przydatne w przedstawianiu cielesnej strony budowy człowieka (*corpo di carne*)<sup>82</sup>. Posługiwano się nimi także w rzymskim Szpitalu Świętego Ducha<sup>83</sup>.

Wiele informacji o funkcjonowaniu Teatru, jego wyposażeniu i zarządzaniu, przekazuje dekret wizytacyjny z 1806 r., zaktualizowany w 1810 r. przez Szpitalną Komisję Administracyjną. Na jego mocy opiekę nad Teatrem sprawował specjalny dozorca (*custode*). Do jego powinności należało dbanie o czystość pomieszczeń teatralnych i znajdujących się tam szklanych witryn oraz gablot, badanie i sprawdzanie preparatów anatomicznych, oczyszczanie ich z pleśni oraz renowacja i uzupełnianie w porozumieniu z naczelnymi chirurgami. To samo dotyczyło się woskowych preparatów anatomicznych. Dozorca był też zobowiązany do wykonania w ciągu roku dwóch nowych, dużych preparatów anatomicznych i wystawiać je zawsze w Teatrze na Święto Zmartwychwstania Pańskiego. Dozorcę nadzorował

<sup>82</sup> E. TOGNOTTI, *Le cere anatomiche*, s. 130, 133-134.

<sup>83</sup> Obecnie eksponaty woskowe są zgromadzone w Museo di Storia della Medicina, znajdującym się w dawnej *Sala Alessandrina* Szpitala Świętego Ducha.

sam przełożony infirmerii, który trzymał klucze do Teatru oraz prowadził inwentarz wszystkich sprzętów chirurgicznych, jak też przyjmował nowo nabyte narzędzia. Wydawał je osobiście wyłącznie na potrzeby szpitala, na zlecenie chirurgów naczelnych i ich zastępców za pokwitowaniem w specjalnej księdze. Osobiście też odbierał je po wykorzystaniu przez chirurgów do celów operacyjnych. Nadzór, kontrola jakości i przydatności narzędzi należała do chirurgów naczelnych. Jeśli uznali, że niektóre nie nadają się już do użytku, wycofywali je i zamawiali nowe. Inne oddawali do czyszczenia i naprawy. Renowacji przyborów chirurgicznych dokonywał rzemieślnik i ich wytwórca, który na mocy od dawna zawieranych umów był zobowiązany regularnie, każdego świątecznego dnia przychodzić do szpitala w godzinach wizyt chirurgów i odbierać zlecenia odnośnie do naprawy, oczyszczenia narzędzi czy dostawy nowych. Z uwagi na specyfikę miejsca i zgromadzonych eksponatów – zwłok ludzkich lub ich fragmentów – pomieszczenia Teatru podlegały ścisłej ochronie. Pilnowano szczególnie wejścia w czasie zajęć odbywających się w szkole chirurgicznej tak, aby oprócz często przemieszczających się *giovani studenti* nikt inny niepowołany nie mógł wejść do środka<sup>84</sup>.

Szkoła chirurgiczna i istniejące katedry dawały studentom teoretyczne podstawy edukacji, a Teatr Anatomiczny zapewniał praktyczną stronę nauki chirurgii i anatomii. Prosperita edukacyjna szpitala, utrzymująca się do końca XVIII w., trwała jeszcze po rządami francuskimi w Rzymie. Dzięki otwieraniu nowych kierunków studenci doskonalili swoje umiejętności, niedługo jednak, wraz z zamknięciem małych szpitalnych katedr, uznanych za paralelne w stosunku do uniwersyteckich, kształcenie kliniczne w szpitalu zostało zakończone. W ten sposób zniknęli też młodzi mężczyźni, łączący dotychczas w szpitalu pracę z nauką<sup>85</sup>.

#### 4. POKAZY ANATOMICZNE

Pokazy w Teatrze Anatomicznym miały charakter publiczny i otwarty. Zawiadamiano o nich poprzez drukowane obwieszczenia, informujące o datach całego cyklu pokazów, osobach je wykonujących, ich pochodzeniu i funkcjach, a także organach ludzkich będących obiektem danej demonstracji. Jeden z takich afiszów, wydrukowany w 1769 r., zawiadamiał o osiemnastu pokazach, zaplanowanych na okres od 12 lutego do 19 marca włącznie. Odbywały się one przeciętnie co drugi dzień, ale tylko jeden w ciągu dnia. Sześć z nich miało miejsce w kolejne niedziele, pięć w piątki, żaden z nich w poniedziałki i soboty. Pokazom, rozpoczynającym się

---

<sup>84</sup> ASR, nr 1409, *Commissione Amministrativa degli Ospedali seduta 25 settembre 1810. Decreto per il regolamento dell'Ospedale di Santo Spirito in Sassia di Roma.*

<sup>85</sup> A. CANEZZA, *Gli Arciospedali*, s. 111.

o godzinie 22, przewodniczył kilkakrotnie już wspomniany Carlo Guattani, chirurg papieża Klemensa XIII (1758-1569), korespondent Królewskiej Akademii Nauk Chirurgii w Paryżu, chirurg naczelny i lektor notomii i chirurgii Szpitala Świętego Ducha i szpitala *San Gallicano*. W roli krojących zwłoki (*incisori*) i asystentów anatomicznych występowali: Francesco Capi z Sant'Oreste (Lacjum), zastępca chirurga, Giacomo Loretti z Sabinii (Abruzja), zastępca chirurga, Ignazio Antonio Olivucci z Korsyki, *capo sanguigna*, Paolo Zannoja z Domodossola (Piemont), *unzionario*. Wśród przygotowujących i prowadzących pokazy byli wymienieni *capo sanguigna* i *unzionario*, kapral szpitalika dla rannych z *San Gallicano*, czterej kaprale z *Corsia Grande*, pochodzący z Nowary, Ferentino i Lukki (jeden z nich określany jako *caporale decano*). Wszyscy zatrudnieni byli w Szpitalu Świętego Ducha na wyższych stanowiskach administracyjnych (*ufficiali*). Pozostali przybyli z Romagnano (Piemont), Anticoli Corrado, Olevano, Vallecorsa, Lukki, Vivaro, Sardynii, Domodossola, Rimini, Rzymu; pracowali oni na niższych szczeblach, byli to przede wszystkim *giovani* studiujący chirurgię. Zwraca uwagę, że wśród uczestników pokazów nie było praktycznie mieszkańców Wiecznego Miasta<sup>86</sup>

Tematyka demonstracji anatomicznych w formie pokazów, lekcji i objaśnień obejmowała wszystkie części organizmu ludzkiego i ich funkcjonowania, ukazywała całą anatomię człowieka. Serię demonstracji rozpoczęła prezentacja ginekologiczna, objaśniająca organy rodne kobiety, macicę, jajniki, tematykę ciąży, porodu, budowę piersi i sprawę laktacji. Na kolejnych spotkaniach omawiano szkielet, układ kości, budowę i zasadę działania organów wewnętrznych – brzucha, wątroby, nerek (wraz z operacją nefrotomii), śledziony, otrzewnej, trzustki, pęcherza moczowego, otrzewnej, pęcherzyka (woreczka) żółciowego, układu moczowego, narządu słuchu, następnie klatki piersiowej i układu oddechowego – płuc, opłucnej, gruczołu grasicy, mięśni oddechowych, układu oddychania, krążenia krwi, tętnic, żył, mięśni ruchu i dotyku. Kolejne pokazy dotyczyły szpiku kostnego, okostnej, chrząstek, więzadeł, gruczołów śluzowych i błony maziowej, struktury mózgu i opon mózgowych, tzw. „duchów zwierzęcych” (instynkty, impulsy, nastroje), układu i sieci nerwów, kręgosłupa, mięśni twarzy, szczęki, języka, nosa, węchu, struktury krtani, kości gnykowej, powstawania głosu, poczucia smaku, budowy oka i mechanizmu widzenia, wydzielania łez. Dwa ostatnie pokazy były poświęcone przewodowi pokarmowemu i trawiennemu, różnym rodzajom przepuklin, pokazowi i wyjaśnieniu, co to jest krezka okrężnicy, odżywianiu, krwawieniom<sup>87</sup>.

---

<sup>86</sup> ASR, nr 1387, *Indice delle lezioni e dimostrazioni anatomiche*. To tylko ogólne tematy, będące przedmiotem pokazów, w ich ramach mieściły się bardzo szczegółowe elementy anatomiczne.

<sup>87</sup> Tamże.

Nieco rzadziej podobne pokazy anatomiczne odbywały się dwadzieścia lat później. W 1786 r. przewodniczył im Francesco Maria Pieratti, chirurg naczelny, litotom, lektor anatomii i chirurgii Szpitala Świętego Ducha i Szpitala *San Gallicano*. Jako tnący zwłoki i asystenci towarzyszyli mu dwaj zastępcy chirurgów – Battista Maruffi z Turynu i Vincenzo Aprili z Rzymu, *capo sanguigna* Giovanni Carvasalli z Rzymu, *unzionario* Desiderio Malatesta ze Scurcoli oraz dwaj studenci Biblioteki Lancisiana, obaj czterokrotnie nagradzani w ostatnich latach medalem za udział w konkursach. Począwszy od 5 marca do 9 kwietnia przeprowadzono dziesięć pokazów, które – tak jak poprzednio – rozpoczynały się o godzinie 22. Sześć przewidziano na niedziele, pozostałe cztery w piątki. Tym razem dotyczyły one bardziej skonkretyzowanych i ogólnych zagadnień związanych z częściami ciała i ich działaniem. Po kolei obejmowały one: (1) części składowe ciała ludzkiego, jego zewnętrzny podział; (2) kości; (3) arterie, żyły, naczynia limfatyczne, krew, limfa; (4) mięśnie ogólnie; (5) gruczoły, wydzielanie hormonów; (6) głowa, szczególnie kości ją tworzące; (7) mięśnie czołowe (*frontali*), mięśnie nad karkiem poruszające głowę; (8) mózg; (9) szpik kręgosłupa; (10) nerwy. Każdy pokaz przeprowadzała jedna osoba. Byli to: wspomniani *capo sanguigna* i *unzionario*, pięciu kaprali *di Corsia*, kapral szpitala dla rannych, pisarz, stolnik. Dwóch kaprali *di Corsia* pełniło też funkcję lekarzy asystentów nadliczbowych (w tym jeden miał doktorat z medycyny i filozofii), a inny był kapralem-dziekanem. Również i tym razem w spisie prowadzących pokazy były osoby pochodzące z dalekich stron, między innymi z Turynu, Mediolanu, Trydentu, Cosenzy (zapisana Cosentino)<sup>88</sup>.

Zastanawiać może przeprowadzanie demonstracji anatomicznych zasadniczo w godzinach nocnych, bez naturalnego oświetlenia. Zapewne działo się tak dlatego, że jedynie nocą służba medyczna i opiekuńcza była wolna od codziennych obowiązków i mogła uczestniczyć w szkoleniach bez szkody dla chorych. Wydaje się to racjonalne. Trudniej wyjaśnić motywy przeprowadzania większości pokazów w niedzielę, w mniejszym stopniu w piątek. Niedziela była przecież dniem świętym. Może starano się zapewnić pracownikom i studentom sobotnio-niedzielny odpoczynek po tygodniowym wysiłku, a rozpoczęcie pokazów pod koniec niedzieli traktowano, jako powrót do pracy i dyżurów, tym bardziej że prawie wszyscy zakwaterowani byli na miejscu. Pokazy anatomiczne miały dla obserwatorów i słuchaczy cel edukacyjny, dla wykonawców zaś formę egzaminu na wyższe stanowiska, choć wydaje się, że przeważała funkcja edukacyjna, a ci drudzy występowali przede wszystkim w roli instruktorów i ekspertów.

---

<sup>88</sup> ASR, nr 1387, *Elenco delle dimostrazioni di anatomia ....1786*



W źródłach nie można też znaleźć odpowiedzi na pytanie, dlaczego wszystkie publiczne pokazy anatomiczne odbywały się zawsze wyłącznie w czasie Wielkiego Postu. Narzuca się tu motyw religijny. Wtedy ciało ludzkie, szczególnie martwe, staje się z perspektywy wiecznej, eschatologicznej nic niewarte, jest symbolicznym „prochem”, który można wykorzystać dla celów badawczych i edukacyjnych. Nie bez znaczenia był też chyba kontekst udręczenia, poniżenia i destrukcji ciała Chrystusa, prowadzącej do odkupienia człowieka. Samo ciało ludzkie po śmierci, jego umartwienie i chwilowa „dehumanizacja” miała prowadzić do postępu medycyny i tym samym ratowania i ocalania ludzi w życiu ziemskim. Są to jednak tylko autorskie skojarzenia, a nie racjonalne tezy. Od pewnego jednak momentu szpitale również stały się częścią tego rytuału. W swojej pracy opublikowanej w 1644 r. Pietro Saulnier przypomniał, że co roku w miesiącach zimowych w amfiteatrze Szpitala Świętego Ducha odbywały się pokazy anatomiczne w obecności studentów i innych zainteresowanych dyscypliną<sup>89</sup>. Nie jest jasne, co miał na myśli autor, pisząc o porze zimowej – czy okres Wielkiego Postu, zaczynający się nieraz jeszcze w lutym, a więc miesiące jeszcze chłodne, czy całą zimę, łącznie z grudniem i styczniem. W kontekście tego, co powiedziano wcześniej, wydaje się, że pierwsza możliwość, „wielkopostna”, jest bardziej prawdopodobna. Wielki Post był czasem, w którym praktykowano pokazy anatomiczne także w innych szpitalach, np. w najstarszym Teatrze Anatomicznym w Padwie, założonym w 1594 r.<sup>90</sup>

Jeden z autorów podkreślał, że zarówno w dawnych czasach, jak i jemu współczesnych lekarze łączyli wiedzę praktyczną z teoretyczną. Dlatego – jego zadaniem – w sławnym Teatrze Anatomicznym stworzono cztery różne katedry. Trzy z nich były prowadzone przez profesorów naczelnych chirurgii – jedna zajmowała się anatomią, druga chirurgią praktyczną, trzecia operacjami chirurgicznymi, przedmiotem zainteresowań ostatniej katedry była fizjologia<sup>91</sup>. Pojawienie się katedr można by tłumaczyć zmianą terminologiczną i uznać, że były one tożsame z wcześniejszymi czterema szkołami chirurgicznymi. Tyle tylko, że tematyczne obszary obu z nich nie były w pełni kompatybilne. Zwłaszcza pojawienie się katedry fizjologii, nastawionej na poznanie funkcjonowania organizmu ludzkiego, świadczy o nowym podejściu do nauczania chirurgii i poszerzeniu jej o wiedzę lekarską. Modyfikacja programu i zakresu nauczania stanowiła proces przechodzenia od wcześniejszego stereotypu chirurga jako

<sup>89</sup> Por. P. SAULNIER, *De capite Sacri ordinis Sancti Spiritus dissertatio*, Lyons 1649, s. 143.

<sup>90</sup> E. BRAMBILLA, *La medicina del Settecento: Dal monopolico dogmatico alla professione scientifica*, w: *Malattia e medicina. Storia d'Italia, Annali 7*, red. F. Della Peruta, Torino 1984, s. 25.

<sup>91</sup> ASR, nr 67. Nietytułowany rękopis zaczynający się od słów: *La Gran Corsia dello Spedale di Santo Spirito* (brak daty i autora, prawdopodobnie z końca XVIII w.).



mniej cenionego „medycznego rzemieślnika”, do chirurga lekarza w dzisiejszym wyobrażeniu i statusie.

Zmiany te były efektem długotrwałego, powolnego procesu i przemian w pojmowaniu i prowadzenia badań nad naturą i ciałem, w szczególności pojawienia się procedur eksperymentalnych i rosnącego dialogu z badaniami z terenów spoza Alp. Kulminacyjny czas tego procesu przypada na wiek XVII, w którym intensywnie prowadzone badania znajdowały przełożenie na traktaty naukowe, wydawane później drukiem. Jednym z elementów, które doprowadziły do fundamentalnych zmian we współczesnej medycynie, było narzucone pod koniec XVIII wieku chirurgiczne „spojrzenie” na ciało i zmiana *statusu* chirurgów i chirurgii, wyrażająca się we wzroście ich prestiżu. Nauczanie w szpitalu anatomii oraz praktyki operacyjnej pokonywało stopniowo bariery zawodowe i skierowane było także do lekarzy. W kontekście rzymskim relacje współpracy między lekarzami i chirurgami, sprzyjające podwyższeniu możliwości leczniczych szpitali, przyczyniły się do przyswojenia wiedzy chirurgicznej przez lekarzy i do przywiązywania większej wagi do zagadnień „chirurgicznych” w badaniach nad anatomią i patologią<sup>92</sup>.

Pomimo często przywoływanego przez lekarzy rozróżnienia między ich własnymi kompetencjami a umiejętnościami manualnymi chirurgów zapotrzebowanie na wiedzę chirurgiczną było również duże ze strony lekarzy, których możliwości zawodowe znacznie wzrastały, jeśli mogli się wykazać znajomością podstawowych pojęć i umiejętnością operowania. W dążeniu do zapoznania się z anatomią i chirurgią studenci medycyny lub młodzi lekarze uczęszczali do szpitala na zajęcia dydaktyczne organizowane nawet przez stażystów chirurgów. Musieli przecież tam poznać sposoby upuszczenia krwi, zarezerwowane wprawdzie dla niższych zawodów medycznych, ale zawsze przepisywane przez lekarzy fizyków, jak w XVI-XVII w. często ich określano<sup>93</sup>. Wynika z tego, że specjalistyczny patent tak różnych dotąd dwóch profesji powoli łagodniał, a jednostronność wiedzy i umiejętności przechodziła w pewien uniwersalizm i wszechstronność kompetencji zawodowych przedstawicieli obu grup. W coraz większym stopniu lekarz stawał się też chirurgiem i odwrotnie.

---

<sup>92</sup> M. CONFORTI, S. DE RENZI, *Sapere anatomico...*, s. 435-436, 457; A.L. BONELLA, *La professione medica a Roma tra Sei e Settecento*, „Roma moderna e contemporanea”, 6, 1998, s. 349-366; O. TEMKIN, *The role of surgery in the rise of modern medical thought*, „Bulletin of the History of Medicine”, 25, 1951, s. 248-259.

<sup>93</sup> M. CONFORTI, S. DE RENZI, *Sapere anatomico...*, s. 439, 446. Na przykład: „medico psihico, scrittore, medico segreto”, Placido Fusco, lekarz naczelny Szpitala Świętego Ducha (1559-1574). Zob. P. SAVIO, *Ricerche sui medici e chirurghi*, s. 149 I inne. E. Andretta, *Universo dei medici e mondo dei chirurghi nella Roma cinquecentesca. I 'Capitula Concordiae' del 1534*, „Medicina e Storia”, 9, 2009, nr 17/18, s. 65.

W tym samym 1772 r., kiedy powstał Teatr Anatomiczny, z inicjatywy przełożonego generalnego szpitala Romualdo Guidiego, za aprobatą papieża Klemensa XIV (1769-1774), utworzono w szpitalu drugą sławną instytucję: Muzeum Anatomiczne, w którym gromadzono eksponaty anatomiczne, służące do nauki studentom i przyszłym chirurgom. Przełożony i założyciel muzeum pisał: „Wiedząc, jak wielką wartość dla nauki anatomii w szpitalu posiada szkoła medycyny i chirurgii, oprócz wyposażenia i udekorowania Teatru Anatomicznego dwoma arsenalami najlepszych sprzętów chirurgicznych [...], zmniejszyliśmy pomieszczenie Teatru na rzecz przylegającego do niego Muzeum anatomicznego, by przechowywać w nim części anatomiczne służące studentom do nauki chirurgii [...]. Pragniemy, by było ono utrzymywane z największą starannością, lecz jeszcze z dnia na dzień rozwijało się i rosło [...]. Dyrektorem i dozorcą muzeum został ustanowiony Giuseppe Flaiani (1739-1808), naczelnny chirurg nadliczbowy i lektor Szpitala Świętego Ducha, a późniejszy chirurg papieski, który już rozpoczął zdobywanie dla Muzeum większej ilości części”<sup>94</sup>. Oprócz nadzorowania i konserwacji akcesoriów, począwszy od listopada do końca marca, Flaiani kroił w prosektorium zwłoki i w tym samym czasie uczył tej umiejętności studentów. Miał im udostępniać jednocześnie dla celów dydaktycznych znajdujące się w Muzeum części anatomiczne i obowiązkowo przygotować w ciągu roku przynajmniej dwie nowe części na wyposażenie muzeum. Na polecenie komendatora Guidiego postarał się też o wybudowanie od podstaw nowej sali maceracyjnej do preparowania szkieletów oraz odrestaurował prosektorium<sup>95</sup>.

Do wyposażenia Muzeum przyczyniło się wiele znakomitości, w tym Anglicy: Księżę Gloncaster i i król Jerzy III (1738-1820) oraz słynny chirurg Giacomo Hunter (1718-1783), którzy za pośrednictwem papieża Piusa VI (1775-1799) przekazali kolekcję preparatów i części anatomicznych oraz narzędzi chirurgicznych. Wielkie zasługi dla muzeum wniósł kardynał Francesco Saverio de Zelada (1717-1801). Dzięki niemu i wybitnemu anatomowi z uniwersytetu w Bolonii Carlo Moniniemu (1729-1803) wykonano w rzeźbie woskowej studium położnicze (*Studio ostetrico*) naturalnej wielkości, podzielone na 36 preparatów, oraz postarano się o wiele innych preparatów, tablic anatomicznych i modeli anatomicznych ciała ludzkiego lub jego części, np. tułowia. Wszystkie wymienione eksponaty były trzymane w orzechowych szafkach zaszkłonych kryształem z jedwabnymi zasłonami. Było w nich prawie wszystko, co dotyczyło budowy człowieka: darowane przez Guattaniego (mistrza Flainiego) preparaty czaszki, szczęki oraz mechanizm sznurkowy obrazujący pracę mięśni, preparaty systemów

<sup>94</sup> P. DE ANGELIS, *L'Ospedale Apostolico di Santo Spirito in Saxia nella mente*, s. 130-134; A. CANEZZA, *Gli Arciospedali*, s. 135-136.

<sup>95</sup> A. CANEZZA, *Gli Arciospedali*, s. 136.



Szafa z eksponatami w Muzeum Anatomicznym, z prawej strony osobno jeden z esponatów. Fot. M.Surdacki

tętniczo-żylnych, następnie dwa duże szkielety prezentujące wszystkie naturalne więzadła i rozgałęzienia nerwów. Istniała ponadto ogromna liczba utwardzonych części patologicznych, przechowywanych w alkoholu. W odrębnej witrynie znajdowała się unikatowa kolekcja kamieni moczowych, a w jej centrum ogromny, przecięty na pół kamień, wielkości ludzkiej głowy, przypominający starą kulę armatnią<sup>96</sup>.

<sup>96</sup> Tamże, s. 134-135, 137-140. Pasący się koń połknął piłkę grającym ludziom. Wobec obcego ciała uwięzionego w żołądku wytworzył się ważyący kilka kilogramów beton.

Praktyczna nauka poprzez autopsje i pokazy anatomiczne wymagała wykorzystania zwłok. Z ich zdobyciem nie było problemu, gdyż umieralność pacjentów w szpitalu była spora. Z reguły zmarłych chowano na cmentarzu szpitalnym, jako że wielu pochodziło z dalekich stron, co uniemożliwiało przetransportowanie ciał do rodzinnych miejscowości. Mnóstwo było prawdziwie ubogich, którymi rodziny się nie interesowały. W czasach nowożytnych problem wykorzystania i zdobywania ciał do celów badawczych budził kontrowersje i opory, a praktyka otwierania zwłok stanowiła pewne tabu<sup>97</sup>. Od lat 40. i 50. XVI wieku w badaniach anatomicznych w Rzymie wykorzystywano obfite zapasy zwłok w szpitalach<sup>98</sup>. Zapewniały one możliwość organizowania corocznych pokazów, chociaż nie wiadomo, czy preparowane w szpitalu zwłoki były zwłokami skazanego czy pacjenta zmarłego w szpitalu. Zdecydowanie bliższa prawdy jest druga możliwość, gdyż w przeciwieństwie do uniwersytetów w szpitalach ciał zmarłych pacjentów było pod dostatkiem.

Ponieważ ciało nie było ciałem straconego, lecz zmarłego pacjenta, cała procedura postępowania była związana ze sferą moralną szpitala, w którym rytuały śmierci, określone ustawami, odpowiadały zupełnie innej logice niż te, które odnosiły się do ciała przestępcy<sup>99</sup>. Pokazy anatomiczne, często o charakterze publicznym, wykonywane w czasach nowożytnych na zwłokach skazanych mężczyzn były w Rzymie zjawiskiem często spotykanym. Wymagało to interakcji między trzema instytucjami: władzą sądowniczą, która przyznała zwłoki, Bractwem św. Giovanni Decollato, które nadzorowało organizację i dysponowanie zwłokami przed i po sekcji, oraz uniwersytetem – w osobie anatoma lub studentów, którym dostarczone były zwłoki do *Sapienzy* lub do *Academia de Notomisti*<sup>100</sup>. Otwarcie zwłok w celu ustalenia przyczyny zgonu nie było piętnowaną, a raczej akceptowaną procedurą w wyższych warstwach społecznych. Nie wiadomo jednak do końca, czy „publiczne” praktyki autopsji przeprowadzanej w rzymskich szpitalach na ubogich pacjentach nie budziły tarć między personelem religijnym i medycznym, które zdarzały się we Francji<sup>101</sup>. Ustalany wcześniej kalendarz publicznych pokazów anatomicznych i drukowanie informujących o nich afiszów pozwala przyjąć, że Szpitalu Świętego Ducha, przynajmniej u schyłku XVIII w. kontrowersji takich nie było<sup>102</sup>.

<sup>97</sup> M. CONFORTI, S. DE RENZI, *Sapere anatomico*, s. 434. Zob. K. PARK, *The criminal and the saintly body: autopsy and dissection* „Renaissance Quarterly”, 47, 1994, s. 1-33.

<sup>98</sup> M. CONFORTI, S. DE RENZI, *Sapere anatomico*, s. 450. Zob. też: A. CARLINO, *La fabrica del corpo*.

<sup>99</sup> M. CONFORTI, S. DE RENZI, *Sapere anatomico*, s. 449-150

<sup>100</sup> Tamże, s. 440. Na Temat wspomnianego bractwa zob. V. PAGLIA, *La morte confortata. Riti della paura e mentalità religiosa a Roma nell'eta moderna*, Roma 1982; TENZE, „*La pietta dei carcerati*”. *Confraternite e società a Roma nei secoli XVI-XVIII*, Roma 1980.

<sup>101</sup> M. CONFORTI, S. DE RENZI, *Sapere anatomico...*, s. 450. Por. C. JONES, *The construction of the hospital patient in early modern France, w: Institutions of Confined: Hospitals, Asylums and Prisons in Western Europe & North America, 1500-1950*, red. N. Finsch i R. Jütte, Cambridge, 1996, s. 55-74.

<sup>102</sup> Zob. wcześniejsze rozważania.

Ekspertyz chirurgicznych, połączonych z otwarciem zwłok, dokonywano dla celów nukowych, edukacyjno – instruktażowych, badań anatomicznych, jak i dla ustalenia przyczyn śmierci w przypadku ciężkich urazów czy chorób, chociażby epidemmi. Badanie zwłok ofiar dżumy było powszechną procedurą w miastach dotkniętych epidemią, np. w lazarecie założonym na wyspie na Tybrze w Rzymie<sup>103</sup>. Zainteresowanie lekarzy i chirurgów anatomią „normalnego” ciała spletało się więc z zainteresowaniem zmianami wywołanymi przez choroby, jak i obrażeniami wskutek wypadków i pobić. Taką postawę i praktykę medyczną prezentowały, oprócz Szpitala Świętego Ducha, inne placówki lecznicze, jak *Santa Maria della Consolazione* czy *San Salvatore*<sup>104</sup>.

Rekonstrukcja Teatru Anatomicznego rozbudowa i unowocześnienie szkoły chirurgicznej wskazują na rolę, również dydaktyczną, jaką odrywali chirurdzy w Szpitalu Świętego Ducha i w organizacji całego szpitalnicwa. Przeprowadzanie sekcji zwłok oraz lekcje anatomii były dozwolone i regularnie praktykowane w szpitalu nadtybrzańskim, podczas gdy poza granicami Państwa Kościelnego sam Kościół ze swoimi władzami sprzeciwiał się podobnym praktykom i pozwalał na ich dokonywanie w podległych sobie szpitalach tylko pod warunkiem, że po nich nastąpią uroczyste procesje zadośćuczynienia ku pamięci ludzi, których zwłoki wykorzystano do autopsji<sup>105</sup>. Praktykowanie sekcji zwłok i rozwój chirurgii, znajdowało oparcie i „błogosławieństwo” u papieża Benedykta XIV, który już jako arcybiskup w Bolonii wyróżniał się postępowością w spojrzeniu na studia anatomiczne<sup>106</sup>. W edykcie z 1743 r. mowa jest o chwalebny zwyczaju praktykowanym w szpitalach rzymskich, w których „wykłada się i wyjaśnia tematy dotyczące chirurgii”. Dobroczyenne instytucje szpitalne w stolicy papieżstwa były wolne od zakazu prowadzenia wykładów z medycyny, poza aulami uniwersyteckimi *Sapienzy*, zakazu wydanego w ostatnim roku pontyfikatu Innocentego XII, w lutym 1700 r. W 1745 r. wykłady z chirurgii odbywały się również we wspomnianym szpitalu *San Salvatore ad Sancta Sanctorum*. Były przeznaczone dla młodych mężczyzn, którzy po ukończeniu studiów medycznych odbywali tam praktykę. Co ciekawe, wynagrodzenie chirurga w tym szpitalu było równe uposażeniu dwóch lekarzy głównych<sup>107</sup>.

---

<sup>103</sup> P. SAVIO, *Ricerche sulla peste di Roma degli anni 1656-1657*, w: *Archivio della Società Romana di Storia patria*, 95, 1972, s. 139; M. CONFORTI, S. DE RENZI, *Sapere anatomico*, s. 453, 455.

<sup>104</sup> P. MARZIANI, *In Hippocratis Aphorismum XXII expositio*, Romae, 1617, s. 47; M. CONFORTI, S. DE RENZI, *Sapere anatomico*, s. 450, 452.

<sup>105</sup> M. PICCIALUTI, *La carità*, s. 231. Por. E. BRAMBILLA, *La medicina del Settecento*, s. 12-13, 55-61.

<sup>106</sup> M. PICCIALUTI, *La carità*, s. 231. Zob. M. ROSA, *Tra Muratori. Il giansenismo e i "lumi": profilo di Benedetto XIV*, w: *Riformatori e ribelli nel '700 religioso italiano*, Bari 1969, s. 50-53.

<sup>107</sup> Cyt za: M. PICCIALUTI, *La carità*, s. 231-232.



Z powyższego wynika, że szpitale rzymskie podległe Stolicy Apostolskiej, wbrew przyjętemu stereotypowi o konserwaryzmie kościelno-papieskim, przynajmniej w XVIII w. były instytucjami progresywnymi w dziedzinie medycyny i chirurgii, otwartymi na nowości czy wręcz je inspirującymi i stymulującymi.

Ciała zmarłych do celów prosektryjnych musiały być starannie umyte ciepłą wodą. Powinność tę wykonywał w Szpitalu Świętego Ducha *campo santino*. Pokój do przeprowadzania cięcia zwłok był zamknięty na trzy klucze. Dostęp do niego mieli przełożony infirmerii, jego zastępca oraz *unzionario*. Mogły być one udostępnione na każde żądanie dwóm zastępcom chirurga, lekarzom asystentom, kapralom, wszystkim *maggiori* i jednemu ze służących w małym szpitalu dla ran-nych, jeśli potrafił samodzielnie kroić ciała. Inni mogli wchodzić tam w celu asystowania i uczenia się tych umiejętności. W pracowni służącej do eksperymentów anatomicznych znajdował się syfon do wstrzykiwania, do którego dostęp był również ograniczony. Za pozwoleniem przełożonego infirmerii mogli go używać jedynie zastępcy chirurgów, *capo sanguigna* oraz *unzionario*<sup>108</sup>.

Za czystość i porządek we wspomnianych miejscach odpowiadał *unzionario* podległy bezpośrednio nadintendentowi Teatru Anatomicznego, który w każdą niedzielę, czasami nawet dwa razy, zmywał kamienne posadzki w pomieszczeniu prosektryjnym oraz w pokoju do maceracji (*maceratoria*) – namaczania zwłok<sup>109</sup>.

Używanie zwłok ludzkich w celach edukacyjno-naukowych pociągało za sobą konieczność godnego i humanitarnego traktowania szczątków. Dlatego sala zmarłych, czyli kostnica, była bezpośrednio połączona z cmentarzem szpitalnym, co umożliwiało zabieranie wieczorem z sali prosektryjnej (*incisoria*) na cmentarz zwłok wykorzystywanych do anatomicznych pokazów i doświadczeń. Jeśli były to pocięte kawałki ciał, umieszczano je na noszach – marach (*cataletto*) w sali zmarłych lub na kamieniu przymocowanym do muru. Wieczorem każdego dnia szczątki pozostawione na kamieniu zabierał *campo santino* i grzebał je na cmentarzu. Zabronione było, po rygorze kar, pozostawianie ciał lub ich części na innych kamieniach, gdyż powodowało to smród. Nie wolno było macerować czegokolwiek w kamiennej wazie lub miedzianej wannie ani trzymać kawałków zwłok w kredensach, również ze względu na wydzielany odór<sup>110</sup>. W nowo wybudowanej *maceratoria* dokonywano maceracji ciał dla uzyskania czystych szkieletów, potrzebnych do dydaktyki i nauczania anatomii. Klucze do niej trzymał przełożony infirmerii oraz nad intendent Teatru Anatomicznego. Ten drugi odpowiadał za czystość pomieszczenia, czuwał, aby maceracji nie poddawano jednocześnie więcej niż

<sup>108</sup> ASR, nr 1409, *Ordini per l'ospedale ... Guidi 1772*, s. 280-281.

<sup>109</sup> Tamże, s. 281.

<sup>110</sup> Tamże, s. 281-282.



dwóch zwłok oraz, by wszystkie kawałki mięsa oddzielone od kości były szybko usuwane i kładzione na marach w kostnicy. Drukowany regulamin, normujący sposób postępowania ze zwłokami, był wywieszony w sali prosektoryjnej<sup>111</sup>.

Posiadanie szkoły chirurgicznej, Teatru Anatomicznego czy organizowanie pokazów anatomicznych implikowało masowe wykorzystywanie martwych ciał. W związku z tym nieustannie przypominano wszystkim uczestniczącym w tych procederach o refleksję i szacunek do zwłok ludzkich. W 1751 r. władze szpitala, apelowały, aby *capo sanguigna*, który kroił zwłoki dla wymienionych wyżej potrzeb, dbał o każdy, najmniejszy nawet ich kawałek. Argumentowano, że ciało ludzkie lub jego szczątki, uświęcone poprzez chrzest, po Sądzie Ostatecznym przeciwko zmartwychwstaniu, wymaga więc godnego pogrzebania w miejscu świętym<sup>112</sup>. Surowymi sankcjami zagrożone było krojenie zwłok lub preparowanie ich części we własnych pokojach. Można to było czynić wyłącznie w pomieszczeniu do tego przeznaczonym, obok sali zmarłych<sup>113</sup>.

## 5. EGZAMINY CHIRURGICZNE I AWANSE

Powszechnie panowało przekonanie, że bazą profesjonalnej chirurgii jest nauka praktycznej anatomii. Optymalnym sposobem weryfikowania umiejętności kandydatów do zawodu chirurga, a także mobilizowania do nauki były organizowane corocznie w lutym egzaminy z anatomii, w których uczestniczyli wszyscy *maggiori*, łącznie z kapralami i zastępcami chirurgów. Zarządzenie w sprawie tych egzaminów wydał w 1781 r. przełożony generalny Domenico Sampieri, który w konsultacji z mistrzami chirurgii, ustalił przy tym sposób ich przeprowadzania. Najpierw mistrzowie przedstawiali cztery różne preparaty anatomiczne, pozostawiając wybór jednego z nich każdemu z konkurentów. Nie były one jednakowe, ponieważ zdający wykazywali zróżnicowany poziom wiedzy, umiejętności i doświadczenia. Wybrawszy część zwłok, przechodzili do sali prosektoryjnej, gdzie w obecności przełożonego infirmerii lub innej osoby mieli dokonać w ciągu 24 godzin preparacji, aż do odsłonięcia i uzewnętrznienia struktury anatomicznej badanego fragmentu. Następnie każdy student dokonywał pokazu preparowanego fragmentu ciała w Teatrze Anatomicznym, potem w obecności mistrzów chirurgicznych i komendatora szpitala, opisywał jego przeznaczenie i funkcje. W nadziei, że praktyczny sposób sprawdzania wiedzy zwiększy zaangażowanie studentów w naukę chirurgii, tym, którzy wyróżnili się w preparacji i dokonali wzorowego pokazu, przyznawano nagrody w postaci książek do anatomii i narzę-

<sup>111</sup> Tamże, s. 282.

<sup>112</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 104.

<sup>113</sup> Tamże, s. 149.

dzi chirurgicznych<sup>114</sup>. Identyczny pomysł wysunięto w 1799 r. Chcąc zachęcić studentów do ćwiczenia praktycznej anatomii, utworzono niewielką nagrodę dla autora najlepszej preparacji, którą eksponowano w Teatrze Anatomicznym, wypisując nazwisko jej wykonawcy<sup>115</sup>.

Chociaż egzaminy uważano za najbardziej obiektywne kryterium oceny wiedzy i umiejętności kandydatów, to jednak nie zawsze przebiegały one w prawidłowy i neutralny sposób. Świadczy o tym zarządzenie wydane w 1783 r. przez przełożonego generalnego Domenico Sampieri. Miało ono zapobiegać niesprawiedliwościom oraz stronniczości w ocenianiu wyników, dlatego konkurenci przystępujący do nich musieli wymówić następujące słowa: *Ex allatis in eruditia historia signis etc.* Zabroniono im używania słów, wyrażeń, sformułowań, min i ekspresji, które mogły wskazywać nauczyciela, od którego pobierali naukę, albo akademię czy koło, do których uczęszczali. W przeciwnym razie dokonane na egzaminie rozwiązania, choćby perfekcyjne, uznano by za niewykonane i nieważne<sup>116</sup>.

Wspomniano, że wymagania stawiane na egzaminach i stopień ich trudności nie były takie same dla zdających. W szkołach chirurgicznych kształcić się mogli wszyscy pracujący w szpitalu *giovani* o różnym poziomie hierarchii zawodowej, prezentujący zróżnicowane umiejętności. Nie każdy mógł aspirować do równorzędnych stanowisk. Dlatego przed egzaminem należało zadeklarować jego rodzaj, a tym samym stopień i stanowisko, do którego się pretendowało. Na mocy dekretu reformacyjnego z 1738 r. egzaminy na uprawnienia chirurgiczne miały być przeprowadzane w trzech klasach. Pierwsza obejmowała tych, którzy chcieli uzyskać tytuł w zakresie chirurgii (*addottorarsi*). Aby osiągnąć ten stopień, należało wykazać się tą samą wiedzą i umiejętnościami co aspiranci do funkcji lekarza asystenta medycyny (*assistenti di medicina*). W egzaminie drugiej klasy uczestniczyli pretendenci do „dyplomu od wszystkiego” (*la patente in omnibus*). Oni też powinni posiadać pewne zdolności w języku łacińskim, co oznaczało, że ci pierwsi również. W trzeciej klasie do egzaminu stawali starający się o *patente in levibus*. Pozytywny wynik egzaminu w klasie pierwszej umożliwiał uzyskanie wyższego urzędu, czyli *cristieraro*, *unzionario*, *litotomo*. Taki sam wynik uzyskany w drugiej klasie pozwalał zdobyć stopień kaprała, w trzeciej klasie zaś upoważniał do udziału w gwardiach oraz w niższej służbie (*servizi*)<sup>117</sup>.

Zarządzenie to ukazuje drogę kariery i awansu od najniższego stopnia w służbie szpitalnej, aż do osiągnięcia statusu zastępcy chirurga. Szpital Świętego

<sup>114</sup> ASR, nr 1409, *Editto per l'esame ... Domenico Sampieri 1781*, s. 288-289.

<sup>115</sup> ASR, nr 168, *Repubblica Romana Una, ed Indivisibile*, s. 209.

<sup>116</sup> ASR, nr 1409, *Decreto sull'esame dei giovani, Domenico Sampieri, 1783*, s. 292-293.

<sup>117</sup> ASR, nr 905, *Ordini e Decreti della Santa Visita Apostolica. 1737*, s. 8; ASR, nr 1405, *Ordinazioni stabilite per il buon regolamento*; ASR, nr 1409, *Ordinazioni dell'Eminentissimo Porzia 1738*, s. 111. Por. M. PICCIALUTI, *La carità*, s. 124.

Ducha łączył w sobie trzy sfery działalności: lecznicy dla chorych, szkoły, akademii dla adeptów chirurgii i medycyny oraz kliniki i placówki badawczej, w której wykonywano eksperymenty i pokazy anatomiczne. Pełnił więc funkcje lecznicze, dydaktyczne i kliniczne. Kształcił i przygotowywał fachowców na różnych poziomach. Dla niektórych był szkołą zawodową, dla innych uniwersytetem. Wszystkich obowiązywało ciągle pogłębianie wiedzy i doskonalenie umiejętności. Przypominał strukturę uniwersytetu ze studentami, profesorami i szeregiem pośrednich osób funkcyjnych, hierarchicznie uszeregowanych, jak chociażby *ufficiali maggiori*. Podstawą formacji zawodowej służby była anatomia i chirurgia. Dzięki nauce jedni dochodzili do stopni profesorskich i stanowisk lekarzy naczelných, inni zatrzymywali się na niższym poziomie, ale umożliwiającym wykonywanie czynności *quasi-medycznych*.

Zdarzyło się tak między innymi 1798 r., kiedy to Michelangelo Girotti, kończąc pracę w szpitalu, poprosił o wystawienie patentu ukończenia szkoły i posiadanych stopni. Świadcstwo takie wydawano wszystkim kończącym pobyt i karierę w Szpitalu Świętego Ducha. Była to kariera krótka – sześćioletnia, ale bardzo intensywna i pełna osiągnięć. Zaliczywszy w 1793 r. egzamin na słuźącego i zarazem studenta chirurgii oraz medycyny, uczęszczał do szkoły prowadzonej przez głównych lekarzy i chirurgów oraz do Teatru Anatomicznego, chodził do sali prosektoryjnej, gdzie zdobywał podstawy chirurgii, asystował przy codziennych operacjach chirurgicznych, pełnił funkcję dziekana w *Corsia Grande*, jak i *ciara-bucco* w szpitalu dla rannych, a następnie *giovane di medicheria* i kaprała w *Corsia Grande*<sup>118</sup>. Można powiedzieć, że odbył on sześćioletnie studia połączone z praktyką, niesfinalizowane wprawdzie osiągnięciem miana chirurga, lecz dające podstawę do wykonywania tego zawodu i osiągnięcia dalszych stanowisk.

Podobne, acz jeszcze bogatsze doświadczenie pracy miał kaprał szpitalny Giuseppe. Po zdaniu w 1793 r. egzaminu pełnił po kolei funkcję dziekana *Corsia Grande*, *sotto unzionario*, zastępcy pisarza, *giovane di medicheria*, asystenta przy operacjach. W egzaminie odbytym w 1798 r. zajął pierwsze miejsce wśród dwunastu konkurentów na stanowisko kaprała *Corsia Grande*. Codziennie chodził do szkoły chirurgicznej, do prosektorium na lekcje anatomii oraz do Biblioteki *Lancisiana*, gdzie zgłębiał wiedzę teoretyczną. Ostatecznie pod koniec 1799 r. osiągnął pozycję pisarza i *unzionario*<sup>119</sup>.

Pomimo posiadania własnej wewnątrzszpitalnej szkoły chirurgicznej niektórzy *giovani* kierowali byli na naukę chirurgii na uniwersytet *Sapienza*. Nie zawsze jednak wykorzystywali tę szansę. Możliwość wyjścia ze szpitala i brak

<sup>118</sup> ASR, nr 168, Dokument zaczynający się od słów: *Il Cittadino Michelangelo Girotti*, s. 198.

<sup>119</sup> ASR, nr 168, Rękopis zaczynający się od słów: *Requisiti del Cittadino Giusepope Caporale*, s. 200.

kontroli sprzyjały marnowaniu czasu, włóczeniu się po mieście i rozrywkom. Nie czyniąc postępów w nauce, dyskredytowali szpital i szkodzili jego wizerunkowi. Pragnąc zmobilizować ich do solidnego studiowania, uprzedzono, że jeśli wyniki dalszych egzaminów okażą się złe, za pierwszym razem zostaną upomniani, za drugim razem zagrożono im degradacją na gorsze stanowisko, za trzecim natomiast, gdy ich postawa zostanie uznana jako niekorygowana, a niechęć do nauki trwała, mieli być zwolnieni ze szpitala, bez wydania świadectwa pracy. Ostatecznie komendator Francesco Albizi (1785-1797) uznał, że młodzi chłopcy zamiast iść na studia do *Sapienzy* i oszukiwać szpital pozorowaną nauką, powinni uczęszczać do miejscowych szkół prowadzonych w Teatrze Anatomicznym i jednocześnie pracować w szpitalu. Dlatego zwrócił się do lekarzy, chirurgów głównych i lektorów, aby cofnęli ustnie lub pisemne zezwolenia na kształcenie się w *Sapienzy*<sup>120</sup>. Postanowienie to nie obowiązywało zbyt długo, jako że w 1799 r. zalecono zwalniać studentów szkoły chirurgicznej służących w *Corsia*, jeśli chcieli wyjść na uniwersytet<sup>121</sup>. Patrząc z dłuższej perspektywy czasowej, również w okresie dużo wcześniejszym przełożeni szpitala niechętnie godzili się na studia swych pracowników na *Sapienzy*, obawiając się, że oddaleni od szpitala będą zaniedbywać pracę opiekuńczą<sup>122</sup>.

Zaangażowanie studentów w naukę anatomii i chirurgii, a także wyniki egzaminów było dalekie od oczekiwań, o czym świadczą powtarzające się przez cały XVIII w. krytyczne uwagi dotyczące zbyt „lekkiego” traktowania studiów, a zwłaszcza nieregularnej frekwencji. W 1795 r. przełożony generalny szpitala Francesco Albizi znów narzekał na zachowanie studiującej młodzieży podczas egzaminów i słabe rezultaty w nauce. Przyczyną tego było nieregularne uczęszczanie do szkół prowadzonych przez lekarzy, naczelnych chirurgów oraz lektorów. By temu zaradzić, ponownie ostrzegł uczących się, że w wypadku złych wyników egzaminów będą przenoszeni na niższe stanowiska, gdy zaś sytuacja się powtórzy – zostaną wyrzuceni ze szpitala<sup>123</sup>.

Jak wiadomo, osoby służące w szpitalu po zakończeniu pracy otrzymywały świadectwa *benserviti*, zawierające pozytywną oceną służby. Na mocy rozporządzenia z 1661 r. mogli je otrzymać tylko należycie wywiązujący się z obowiązków, odznaczający się miłosierdziem chrześcijańskim i wprawą zawodową. Decyzję taką, w nawiązaniu do dawnych praktyk, podjął komendator na kongregacji, po dyskusji z lekarzami, chirurgami, aptekarzem i funkcyjnymi zakon-

<sup>120</sup> ASR, nr 1409, *Notificazione sopra i giovani quali non si portano bene nell'esame e vanno alle scuole dela Sapienza, Francesco Albizi, 1794*, w: NSVD, s. 300-301..

<sup>121</sup> ASR, nr 168, *Republica Romana Una, ed Indivisibile*, s. 209.

<sup>122</sup> A. CANEZZA, *Gli Arciospedali*, s. 110.

<sup>123</sup> ASR, nr 1409, *Notificazione rispetto ai giovani ... Francesco Albizi, 1795*, s. 301-302.

nikami. Argumentowano, że szpital o wielkiej sławie w całym świecie, z wybitnymi lekarzami i chirurgami, nie może firmować i promować świadectwem *benserviti* osób niepewnych, wątpliwych, które po podjęciu pracy w miastach i zamkach narażałyby na szwank wizerunek szpitala i całego chrześcijaństwa. Mogłyby stwarzać niebezpieczeństwo i wyrządzić uczciwym osobom szkody cielesne, a co gorsze – duchowe, zwłaszcza gdy trafiłyby do klasztorów żeńskich. Świadectw pracy w ogóle nie mogli otrzymać służący w szpitalu i w aptece, których zwolniono za zaniedbania w służbie lub z powodów moralnych. Nie mogli go też otrzymać ci, którzy pracowali mniej niż trzy lata, chociaż ich praca zadawała przełożonym. Jeśli chcieli, mogli uzyskać tylko proste zaświadczenie od przełożonego infirmerii, stwierdzające pobyt w szpitalu przez dany okres, lecz bez pieczęci. Podobnie było, gdy chodzi o służących w aptece, z tym że okres pracy koniecznej do otrzymania *benserviti* wynosił tam dwa lata. W wypadku, gdy nie dopełnili tego warunku, mogli liczyć na analogiczne zaświadczenie bez pieczęci, wystawione przez kierownika apteki. Do sporządzania świadectw *benserviti* służyły dwa ujednolicone formularze – jeden dla studentów chirurgii, drugi dla farmacji, z zaznaczeniem odpowiedniego trzy- lub dwuletniego okresu. Bywali i tacy, którzy pełnili służbę przez więcej niż trzy lub dwa lata odpowiednio w szpitalu lub w aptece. Jeśli wykazywali się wzorową postawą w pracy i obyczajach oraz często przystępowali do sakramentów, wtedy za zgodą kongregacji wystawiano im, w proporcji do zasług, świadectwo ze specjalną formułą<sup>124</sup>. Świadectwa *benserviti* wystawiane przez przełożonego infirmerii podpisywali również lekarze naczelni<sup>125</sup>.

Jak widać, wymagania stawiane „absolwentom” szpitalnej akademii chirurgicznej, pragnącym otrzymać pozytywny certyfikat z zakończenia nauki, były wysokie. Ale też ranga takiego dyplomu była znacząca. Jego posiadacze, choć nie uzyskiwali prawdziwego stopnia naukowego, dzięki praktyce i kształceniu szpitalnemu aspirowali do zdobycia pozycji „elity” w zawodzie. Wydawanie przez szpital takich dokumentów świadczy o ich wartości na chirurgicznym rynku pracy, prawdopodobnie bardziej w odniesieniu do pracy w innych szpitalach lub u osób prywatnych niż do otwarcia własnej działalności. Opinię tę potwierdzał już wcześniej (1623 r.) Domenico Borgarucci, pisząc w swoim raporcie, że „ze Szpitala Świętego Ducha wychodzą najlepiej wyszkoleni chirurdzy, kompetentni i odnoszący sukcesy”<sup>126</sup>.

Zakres zdobytych umiejętności i doświadczeń w dziedzinie chirurgii młodych mężczyzn zatrudnionych i uczących się w szpitalu przedstawia wykaz praktyk i obowiązków, jakie wykonywał pod koniec XVIII w. *giovane* Franceschi. Po kolei pełnił funkcję dziekana w sali szpitalnej, uczestniczył w sekcji zwłok w prosek-

<sup>124</sup> ASR, nr 1409, *Intorno ai benserventi*, 1661, s. 40-42.

<sup>125</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 33, 76.

<sup>126</sup> M. CONFORTI, S. DE RENZI, *Sapere anatomico*, s. 444-445.

torium, uczęszczał do Teatru Anatomicznego na operacje oraz do szkoły chirurgicznej, w której uczyli słynni chirurdzy Flaiani, Olivuci czy Pane, wreszcie osobiście leczył chorych z guzami (*tumori*) – nowotworami, opatrywał rany w *Ospedaletto dei Feriti* pod kierunkiem wymienionych chirurgów<sup>127</sup>. Nie pełnił on jeszcze nawet funkcji zastępcy chirurga. Analizowany dokument służył bądź jako załącznik do aspirowania o to stanowisko lub nieco niższe z zakresu *magiori*, bądź też został sporządzony na potrzeby starań o pracę w innym miejscu. Niemniej przy okazji świadczy pośrednio, że wewnątrzszpitalna szkoła solidnie przygotowywała zarówno teoretycznie, jak i praktycznie do zawodu chirurga.



Imienna licencja dla jednego z chirurgów  
wydana przez protomeyka

<sup>127</sup>ASR, nr 167, *Requisiti del giovane Franceschi 1797*, w: *Spedizioni e Decreti. Rubricella Expeditionum*, s. 411.





## Rozdział III

### PERSONEL MEDYCZNY

Zasadniczym zadaniem szpitali pełniących funkcje infirmerii, czyli takich, w których przebywali chorzy (pierwotnie szpitale były bowiem przede wszystkim, jak sugeruje nazwa „szpital” – niem. *Spittel*, wł. *ospitale*, ang. *hospital*, z łac. *hospitalis*, „gościnnie”, z *hospes*, gen. *hospitis* „gość” – przytułkami, goszczącymi potrzebujących), było leczenie pacjentów, wymagające utrzymywania fachowego personelu medycznego. W czasach nowożytnych w małych i średniej wielkości szpitalach z rzadka można było spotkać prawdziwych, dyplomowanych lekarzy, co najwyżej osoby tylko w małym stopniu znające arkana medycyny i pobieżnie przyuczone do wykonywania podstawowych kuracji: balwierzy, felczerów, cyrulików czy chirurgów. W szpitalach prowadzonych przez żeńskie zgromadzenia zakonne leczeniem zajmowały się same siostry. Wykazywały się one umiejętnością wykonywania podstawowych usług i świadczeń medycznych, takich jak upuszczanie krwi, opatrywanie ran czy aplikowanie lekarstw<sup>1</sup>. Doświadczenie pielęgniarskie było głównym czynnikiem funkcjonowania szpitali chociażby szarytek (od XVII w.)<sup>2</sup>.

Z zupełnie inną sytuację mamy do czynienia w dużych szpitalach europejskich pełniących funkcję infirmerii, takich jak Szpital Świętego Ducha w Rzymie, który niezależnie od działającego w nim *brefotrofium* (przytułku dla dzieci podrzutków, od gr. βρεφοτροφέω [*brefotrofeō*], „karmić niemowlę”, z βρέφος [*brefos*], „niemowlę” plus τροφεύω [*trofeuō*], „karmić piersią”) stanowił jedną z najważniejszych,

---

<sup>1</sup> S. ROSIAK, *Prowincja litewska*, s. 86, 185, 284. Zob. też: Z. PODGÓRSKA-KŁAWE, *Szpitale*, s. 64; L. MEZZADRI, *Wincenty à Paulo. Miłosierdzie i świętość*, Kraków 2010, s. 222.

<sup>2</sup> J. SZADY, *Misja opiekuńcza zgromadzenia Sióstr Miłosierdzia Wincentego a Paulo w Polsce w XVII-XVIII wieku*, „Teki Komisji Historycznej. Oddział PAN w Lublinie” 12 (2015), s. 91. Szarytki (od fr. *charité*, znaczącego „miłość, miłosierdzie”), czyli Zgromadzenie Sióstr Miłosierdzia św. Wincentego a Paulo (łac. *Institutum Puellarum Caritatis S. Vincenti a Paulo*) to żeńskie, katolickie zgromadzenie życia apostołskiego, założone przez Wincentego a Paulo (stąd również nazwa wincentynki) i Ludwikę de Marillac w 1633 r. we Francji, zatwierdzone przez papieża Klemensa IX w 1668 r., do Polski przybyłe w 1652 r. Celem zgromadzenia jest pomaganie chorym i słabym między innymi przez prowadzenie szpitali, pielęgnowanie chorych w ich domach oraz działalność charytatywną.

a przynajmniej największą instytucję leczniczą w ówczesnym świecie. W takich placówkach obecność wykwalifikowanych lekarzy, nazywanych zawsze medykami, absolwentów uniwersyteckich studiów medycznych, była czymś naturalnym, podobnie zresztą jak chirurgów. Potrzebę i konieczność utrzymywania w szpitalu personelu medycznego podkreślił w 1737 r. wizytator papieski Leandro Porzia, pisząc, że oprócz pielęgnowania życia duchowego chorych, powinno się jednocześnie myśleć o zdrowiu pacjentów i ulepszaniu sposobów ich leczenia<sup>3</sup>.

## 1. KSZTAŁCENIE LEKARZY I CHIRURGÓW W PRZESZŁOŚCI

Struktura i podział personelu medycznego w szpitalach infirmeriach był w minionych wiekach prosty, ale też nieco inny niż w czasach obecnych. Ówczesną sztuką leczenia ludzi zajmowała się pospołu medycyna, reprezentowana i uprawiana przez medyków, czyli lekarzy, oraz chirurgia, którą zajmowali się chirurdzy. Dawniej nie było tak licznych i różnorodnych jak dzisiaj specjalizacji lekarskich, wśród których jedną z wielu jest chirurgia, wcześniej uznawana za dziedzinę odrębną, jakkolwiek również skierowaną na ratowanie życia czy zdrowia ludzi. W 1571 r. dział medycyny w Szpitalu Świętego Ducha reprezentowali tak zwani *medici fisici* (łac. *medici physici*) oraz *medici assistenti*. Tych pierwszych w następnych dziesięcioleciach nazywano lekarzami głównymi. Chirurgią zaś zajmowali się w szpitalu *medici cerugici*, czyli chirurdzy, *cavasangue* – upuszczający krew – oraz *litotomi* – specjalizujący się w wycinaniu kamieni<sup>4</sup>. Termin *cerugico*, *cerusico* był synonimem słowa *chirurgo*, powszechnie używanego w XVII-XVIII w. W przeciwieństwie do medycyny, która jawiła się wówczas jako dziedzina jednorodna i ogólna, w chirurgii istniała pewna specjalizacja i gradacja zadań oraz wtajemniczenia zawodowego. Łącznikiem była umiejętność przeprowadzania operacji, a więc fizyczna ingerencja i zabiegi na żywym organizmie za pomocą odpowiednich narzędzi. Już jednak od drugiej połowy XVII w. w źródłach wyraźnie odróżniano właściwą chirurgię i „prawdziwych chirurgów” od litotomów oraz sangwinistów, traktując tych ostatnich jako niżej stojących w hierarchii fachowców od „krwawych zabiegów”.

Środowisko lekarzy i chirurgów było mocno zróżnicowane w swoich kategoriach i klasach. Według jednego z badaczy pod koniec XVI w. dzieliło się ich na dwie grupy. Pierwszą stanowili praktycy na poziomie średnio-wysokim, do których należeli profesjonaliści o gruntownej wiedzy naukowej, wysokiej

<sup>3</sup> ASR, nr 905, *Ordini e Decreti della Santa Visita Apostolica. 1737*, s. 5.

<sup>4</sup> P. SAVIO, *Ricerche sui medici e chirurghi dell'Ospedale di Santo Spirito in Sassia. Secoli XVI-XVII*, „Archivio della Società Società Romana di Storia Patria”, XCIV (XXV) della serie III, 1971, s. 145-146.

pozycji społecznej i piastujący ważne stanowiska, drugą zaś praktycy na poziomie średnio-niskim, których reprezentowali cyrulicy, szarlatani i inni, przyuczeni wprawdzie w medycynie czy chirurgii, acz posługujący się nieraz także magią, wykonujący swoje czynności na kanwie praktyki, bez odpowiedniego przygotowania teoretycznego. W przybliżeniu hierarchia ówczesnych zawodów medycznych w 1574 r. wyglądała następująco: lekarze fizyczni (*medici fisici*), starsi chirurdzy, młodszy chirurdzy, rzeźnicy (*norcini*), *ciurmadori* (szarlatani, oszuści)<sup>5</sup>. Jest to jedna z typologii, mimo to pokazująca w przybliżeniu uszeregowanie i pozycje osób zajmujących się leczeniem według kompetencji i wykształcenia lub też ich braku. Warto zaznaczyć, że w Szpitalu Świętego Ducha byli jednak wyłącznie ci pierwsi.

Na przestrzeni wieków, w różnych okresach historycznych istniały ogromne różnice w sposobie kształcenia medyków. Dla lekarza greckiego i rzymskiego dominującym stanem była, jakby nie patrzeć, jego samoistność i samotność, przede wszystkim instytucjonalna, ponieważ nie istniały publiczne struktury przeznaczone do zawodowego kształcenia lekarzy, jak późniejsze wydziały medyczne, czy miejsca pracy, jak szpitale, a także społeczna, gdyż ich życie miało zawsze indywidualną i prywatną historię. Zdobycie statusu lekarza było faktem prywatnym, opartym na osobistej relacji między mistrzem a uczniem<sup>6</sup>. Wobec braku jakiegokolwiek publicznej instytucji edukacyjnej kandydat na lekarza musiał sam zadbać o znalezienie odpowiedniego mistrza z zakresu medycyny, u którego pobierał naukę i praktykował. Wybór nauczyciela przypominał późniejszy wybór wydziału medycznego<sup>7</sup>. Dotyczył on zresztą obu stron – raz inicjatywa należała do mistrza, który upatrywał najlepszych kandydatów do współpracy, w ten sam sposób uczeń starał się spotkać i zjednać sobie przychylności najlepszego przewodnika do nauki profesji medycznej. Obaj stawiali sobie odpowiednie warunki, choć zdecydowanie dominującą i bardziej wymagającą stroną w tym układzie

---

<sup>5</sup> G. COSMACINI, *Storia della medicina e della sanità in Italia. Dalla peste europea alla guerra mondiale. 1348-1918*, Bari 1994, s. 145; A. CORSINI, *Medici ciarlatani e ciarlatani medici, con 8 tavole fuori*, Bolonia 1922, s. 62, 77. Choć słowo *norcino* dosłownie znaczy rzeźnik, to jednak w tym wypadku pod tą nazwą kryją się chirurdzy z Norcji i wioski Preci, którzy przez wiele pokoleń ćwiczyli się operacjach usuwania kamieni i zaćmy. Zob. A. PELLICCIA, *La Scuola Chirurgica Preciana*, w: *Natura e scienza nella rivoluzione francescana*, red. L. Conti, Città di Castello 2013, s. 139-173; A. FABBÌ, *La scuola chirurgica di Preci*, Spoleto 1974; G.B. FABBRI, *Della litotomia antica e dei litotomi ed oculisti norcini o preciani*, Roma 1870.

<sup>6</sup> P. MAZZARELLO, *La ricerca d'un identità attraverso i secoli: la medicina, il medico e la sua formazione*, w: *Formare alle professioni. Figure della sanità*, red. M. Ferrari, P. Mazzarello, Pavia 2010, s. 11.

<sup>7</sup> M. VEGETTI, *Le origini dell'insegnamento medico*, w: *Formare alle professioni. Figure della sanità*, red. M. Ferrari, P. Mazzarello, Pavia 2010, s. 23, 28-30.

był oczywiście mistrz (*maestro*)<sup>8</sup>. Liczne grupy autorytetów lekarskich gromadziły bogate metropolie świata hellenistycznego i rzymskiego. Swego rodzaju szkoły medycyny powstawały na Kos, w Knidos, w Pergamonie, w Smyrnie, w Efezie i w Laodycei. Mówiąc o „szkołach medycznych” w starożytności, trzeba mieć na myśli prywatne domy, prywatne biblioteki i związki ściśle prywatne – często rodzinne – między ojcem i synem, mistrzem i uczniami Mimo filantropijnych inwencji, starożytna sztuka medyczna, oparta przeważnie na samokształceniu miała charakter arystokratyczny i była przeznaczona dla wąskich, uprzywilejowanych grup<sup>9</sup>.

Lekarzowi starożytnemu nie wystarczyła tylko lektura książek, jego formacja dokonywała się przede wszystkim w drodze ciągłego terminowania, w relacji z mistrzem, poprzez serię niekiedy przypadkowych doświadczeń, podróże odbywane samotnie lub z innymi, które przekładały się na ustawiczną samoedukację<sup>10</sup>. Tak było zresztą nie tylko w świecie antycznym, lecz również w średniowieczu, przynajmniej wczesnym, kiedy te same kwestie – zdrowia, choroby i jej leczenia – zostały zredefiniowane w kontekście nowej rzeczywistości, w ramach już chrześcijańskich uwarunkowań kulturowych i chrześcijańskiej antropologii<sup>11</sup>.

W średniowieczu wszelako nastąpiła też radykalna zmiana w systemie kształcenia lekarzy. Już od X w. dużą rolę odgrywała szkoła medyczna w Salerno<sup>12</sup>. Dopiero jednak utworzenie na przełomie XII i XIII w. uniwersytetów<sup>13</sup> doprowadziło do instytucjonalizacji studiów medycznych na wydziałach lekarskich. Odtąd za prawowitego i akredytowanego lekarza uważało się tylko wykształconego profesjonalistę – *vir scientificus et doctoratus*, który ukończył ustalony, stały i stopniowy tok studiów, zdał wymagane egzaminy, opanował wiedzę zawartą w tekstach autorów wyznaczających strukturę i granice dyscypliny<sup>14</sup>. Lekarz późniejszego średniowiecza to światły, wszechstronny, wykształcony profesjonalista, intelektualista, posiadający wiedzę filozoficzną, ale przede wszystkim dogłębną i różnorodną wiedzę techniczną, niezbędną do wykonywania zabiegów,

<sup>8</sup> Tamże, s.31-32.

<sup>9</sup> Tamże, s. 30, 34-35

<sup>10</sup> Tamże, s. 28-31; L. FERRARI, *Diventare medico dall'evo antico all'evo moderno*, w: *Formare alle professioni. Figure della sanità*, red. M. Ferrari, P. Mazzarello, Pavia 2010, s. 18.

<sup>11</sup> C. CRISCIANI, *La formazione del medico nel Medioevo: dottrina ed etica*, w: *Formare alle professioni. Figure della sanità*, red. M. Ferrari, P. Mazzarello, Pavia 2010, s. \*\*\*\*; L. FERRARI, L. FERRARI, *Diventare medico*, s. 18.

<sup>12</sup> Por. B. LAWN, *The Salernitan Questions. An Introduction to the History of Medieval and Renaissance Problem Literature*, Oxford 1963; P. MORPURGO, *Filosofia della natura nella schola salernitana del secolo XII*. Bologna 1990; P.O. KRISTEELLER, *Studi sulla scuola medica salernitana*, Napoli 1986.

<sup>13</sup> P. MAZZARELLO, *La ricerca*, s. 11.

<sup>14</sup> Cyt za: C. CRISCIANI, *La formazione del medico*, s. 38-39.

zdolny do nawiązywania relacji i sprawowania kontroli emocjonalnej, a w XIV i XV w. pełniący rolę nadwornego lekarza, doradcy, współwłaściciela, a nawet rzecznika, wychowawcy i nauczyciela książąt, odpowiedzialnego za ich zdrowie fizyczne, często za ich formację etyczną i edukacją kulturalną<sup>15</sup>. Od lekarza średniowiecznego wymagano przy uprawianiu zawodu szczególnych umiejętności manualnych, gdyż działał i poruszał się on między *scientia ad ars* – wiedzą a sztuką (mechaniczną). Kompleksowa wiedza i tożsamość zawodowa lekarza była usadowiona między nauką formalną i doświadczeniem nieformalnym<sup>16</sup>.

Postawa, kształcenie lekarzy oraz koncepcja medycyny średniowiecznej wynikała z religijnego ducha epoki i tzw. scholastyki. Mówiło się o „scholastyce medycznej” i o „medycynie scholastycznej”. Na podkreślenie zasługuje podwójna natura ówczesnej medycyny: teoretyczna i praktyczna; dyskusje wokół związku między nimi przewijały się na wielu uniwersyteckich wydziałach medycznych, szczególnie w Italii. Generalnie medycyna jako nauka w dużym stopniu była podporządkowana filozofii naturalnej (naturalistycznej)<sup>17</sup>. W stosunku do choroby i chorego dominowała perspektywa religijna i waloryzacja duchowa cierpienia fizycznego oraz troska nie tylko o leczenie ciała, ale także duszy, co znajdowało wyraz również w strategii edukacyjnej, formującej postawę i zachowania lekarza<sup>18</sup>.

Wedle doktryny chrześcijańskiej wszelka wiedza, w szczególności medyczna, należy do Boga i jest aktem Jego hojności. Uważano zatem, że lekarz nie może sprzedawać tego, co otrzymał od Boga, ani tym bardziej żądać zapłaty za efekty jej zastosowania. Roszczenie zapłaty kontrastowało z obowiązkiem chrześcijańskiego miłosierdzia wobec biednych chorych, którym lekarz chrześcijanin powinien pomagać na wzór Chrystusa. Właśnie dlatego, że został obdarzony przez Boga intelektem, inteligencją i predyspozycją do studiów, nie mógł marnować tych talentów, ale wykorzystywać je na rzecz innych. Miał być niejako pośrednikiem Stwórcy w akcie uzdrawiania. Wszelako ciężkie studia i męcząca praca sprawiały, że potrzeba wynagrodzenia była jak najbardziej uzasadniona, w rzeczywistości, bowiem lekarz nie pobierał opłat za samo wyleczenie ani za swoją wiedzę, ale za trud i uciążliwą pracę. Wśród tych sprzeczności, dotyczących zobowiązań i potrzeb lekarza, pod koniec XII w. osiągnięto kompromis, którego nigdy więcej nie kwestionowano. Definiował on związek między etyką miłosierdzia i pomocy, porządkował relacje chrześcijanina do bliźniego oraz między człowiekiem a Bogiem<sup>19</sup>.

<sup>15</sup> Tamże, s. 57.

<sup>16</sup> Tamże, s. 43, L. Ferrari, *Diventare medico*, s. 18-19.

<sup>17</sup> C. CRISCIANI, *La formazione del medico*, s. 40-41.

<sup>18</sup> Tamże, s. 36-38, 50. Por. J. AGRIMI, C. CRISCIANI, *Malattia, malato, medico nel Medioevo*, Torino 1980.

<sup>19</sup> C. CRISCIANI, *La formazione del medico*, s. 48-49



Pokróćce formułowano to w ten sposób: „Lekarz profesjonalista nie będzie prosił o zapłatę książąt i możnych, gdyż dary, które mu sami złożą, oraz sława czerpana z pobytu u nich, są już wystarczającymi nagrodami; zamiast tego będzie żądał jak najwięcej od bogatych pacjentów z klasy średniej. Dzięki środkom uzyskanym za leczenie tych ostatnich, chrześcijański lekarz będzie mógł wtedy świadczyć usługi bezpłatnie i charytatywnie biednym”<sup>20</sup>.

Proces instytucjonalizacji studiów chirurgicznych przebiegał w średniowieczu mniej jednorodnie i nade wszystko odbył się dużo później w porównaniu do medycyny. We Włoszech już w XIV w. wydziały medyczne przewidywały przygotowanie chirurgiczne studentów, a współistnienie chirurgii z medycyną stawało się rzeczą naturalną. Nieco gorzej było we Francji. W Paryżu kształcenie zawodowe w chirurgii było wykluczone z nauczania uniwersyteckiego aż do końca XV w. i przebiegało zgodnie z formami szkolenia typowego dla cechu rzemieślniczego. Na uniwersytecie w Montpellier natomiast chirurgię, ściśle powiązaną z praktyką lekarską, można uznać za „skrzyżowanie” bardziej instytucjonalnych ram studiów chirurgicznych włoskich i szkoleń paryskich<sup>21</sup>. Nie należy jednak zapominać, że akademickie towarzystwa chirurgiczne, uprawnione do tworzenia kolegiów i wydawania dyplomów, powstaną i staną się oficjalne w całej Europie dopiero od XVIII w., a zatem „mówienie o chirurgach w średniowieczu odnosi się do niejednorodnej grupy operatorów, wzmocnionej praktyką zawodową typu rodzinnego i warsztatowego”<sup>22</sup>.

Podczas gdy profesjonalne i kompetentne uprawianie medycyny zakładało uzyskanie tytułu magistra lub doktora na uniwersytecie, w przypadku chirurgii sytuacja była diametralnie odmienna<sup>23</sup>. Panowało przekonanie, że aby zostać szanowanym chirurgiem, z perspektywami zawodowymi, nie był konieczny żaden dyplom. Wręcz przeciwnie – dyplomowani chirurdzy, którzy marnowali wiele lat nad książką, nie cieszyli się taką reputacją jak ich koledzy szkoleni wyłącznie praktycznie, którzy szybciej i sprawniej reagowali na zapotrzebowania z rynku okołozdrowotnego, co gwarantowało dobre zarobki i rozwój dziedziny na dworach, w urzędach i w szpitalach<sup>24</sup>. Mimo to od XIV w. można było obserwować postępującą integrację wiedzy chirurgicznej i anatomicznej z nauczaniem medycznym<sup>25</sup>.

<sup>20</sup> Cyt za: tamże, s. 49.

<sup>21</sup> G. ZUCCOLIN, *I chirurghi nel Trecento: formazione dottrinale e professionale*, w: *Formare alle professioni. Figure della sanità*, red. M. Ferrari, P. Mazzaello, Pavia 2010, s. 59.

<sup>22</sup> Tamże, s. 59-60. Na ten temat zob. A. PAMPALONE, *Le botteghe dei barbieri a Roma alla fine del Seicento*, ENBach (2020), <http://www.enbach.eu/it/content/le-botteghe-dei-barbieri-roma-alla-fine-del-seicento>.

<sup>23</sup> P. MAZZARELLO, *La ricerca*, s. 11.

<sup>24</sup> G. ZUCCOLIN, *I chirurghi nel Trecento*, s. 60.

<sup>25</sup> Tamże, s. 61.

Pomimo nierozłącznego związku chirurgii z anatomią historyczna droga anatomii tylko częściowo jest porównywalna z historią chirurgii. Podczas gdy ta ostatnia była ukierunkowana na praktykę, na zawód, zrodzony jeszcze przed uniwersytetem i funkcjonujący poza nim, studiowanie anatomii jako wiedzy teoretycznej, niezbędnej do szkolenia lekarzy i chirurgów, zintegrowanej w XIV-XV w. z programem studiów medycznych, jak również z organizacją pierwszych „publicznych” sekcji anatomicznych, należy określić jako nową, ściśle związaną z uniwersytetem i wiedzę uniwersytecką<sup>26</sup>. Dopiero jednak począwszy od XVI w. studia anatomiczne zaczęły stawać się warunkiem komplementarnego wykształcenia lekarzy<sup>27</sup>.

Szczególnie wysokie wymagania stawiano lekarzom pracującym na dworach królewskich i książęcych, jak też u dostojników kościelnych. Proces kształcenia i przebieg kariery wyróżniał ich spośród innych przedstawicieli stanu lekarskiego. Śledząc profil lekarza dworskiego, należy zwrócić uwagę na różne momenty i etapy szkolenia – od studiów na uniwersytecie po codzienną praktykę – oraz na różne narzędzia, które to umożliwiały: wykłady, egzaminy, relacje z kolegami i mistrzami, nowe badania, spotykane podczas leczenia przypadki oraz teksty innych lekarzy. Ich formacja zawodowa u schyłku średniowiecza była długotrwała, nie ograniczała się do lat nauki na wydziale, ale uwzględniała ustawiczne doksztalcanie, polegające na naprzemiennej praktyce lekarskiej u księcia i teoretycznej działalności dydaktyczno-naukowej na uniwersytecie<sup>28</sup>. Istniał powszechny model lekarza zatrudnionego przez elity, działającego na dworze księcia i jego świty. Przykładem są lekarze skupieni w XIV-XV w. wokół dworu Sforzów i Viscontich w Lombardii, wykształceni na uniwersytecie w Pawii, którzy oprócz troszczenia się o zdrowie swoich mocodawców często kontynuowali nauczanie uniwersyteckie. Co najważniejsze lekarz nie pracował w pojedynkę, lecz należał do grupy profesjonalistów. Na dworze Sforzów praktyka lekarska miała charakter kolegialny, a rozstrzygnięcie sprawy klinicznej było wyrażane przez kilku lekarzy w zbiorowych, pisemnych opiniach. Zapewniało to lepszy zakres umiejętności

<sup>26</sup> Tamże, s. 64.

<sup>27</sup> E. TOGNOTTI, *Le cere anatomiche e la rivoluzione della didattica medica nell'età dei Lumi: insegnare a "guardare: per capire e fare*, w: *Formare alle professioni. Figure della sanità*, red. M. Ferrari, P. Mazzarello, Pavia 2010, s. 125.

<sup>28</sup> M. NICLOUD, *Tra Università e corte: formazione e carriere dei medici della corte visconteo-sforzesca (XIV-XV sec.)*, w: *Formare alle professioni. Figure della sanità*, red. M. Ferrari, P. Mazzarello, Pavia 2010, s. 103. Na temat lekarzy pracujących na dworze Medyceuszy we Florencji zob. D. LIPPI, *Conoscere e ri-conoscere: medicina alla terapia alla corte dei Medici (XVI-XVIII secolo)*, w: *Umanesimo e Università in Toscana (1300-1600)*, red. S.U. Baldassarri, F. Ricciardelli, E. Spagnesi, Firenze 2012, s. 91-110; C. CRISCIANI, *Tra Università, corte, e città: note su alcuni medici pavesi del sec. XV*, *Annali di storia delle Università italiane*, 7, 2003, s. 70; T. PESENTI, *Medici di corte e Università*, „*Medicina nei secoli*”, 9 (1997), nr 3, s. 391-401,

zawodowych, pewniejszą diagnozę i skuteczniejsze leczenie, dawało również całej grupie asekurację i ochronę w przypadku niepowodzenia kuracji<sup>29</sup>. W wypadku zatrudnienia na dworze relacja między lekarzem a pacjentem nie była efemeryczna i obliczona tylko na czas choroby, lecz trwała aż do zakończenia kariery dworskiej przez lekarza, który otrzymywał pensję i nie był już wynagradzany za wykonanie zabiegów<sup>30</sup>. Uczni lekarze, którzy wykładali na uniwersytetach i pracowali na dworach książąt, wyróżniali się również pisaniem prac naukowych z zakresu medycyny, filozofii naturalnej, logiki czy fizyki<sup>31</sup>. Była to więc absolutna elita lekarzy, spotykanych również bardzo często w Rzymie, w większości na dworze papieskim.

Na przełomie średniowiecza i czasów nowożytnych podejście do studiów medycznych było bardzo eklektyczne i zdecydowanie inne niż w dzisiejszych czasach. Kształcenie było nakierowane na nauki humanistyczne, a nie na eksperymentalne. Program uniwersyteckich studiów medycznych obejmował bloki tematyczne z zakresu filozofii moralnej – etyki, logiki – dialektyki, fizyki naturalnej, a oprócz tego medycyny teoretycznej i praktycznej. Końcowy egzamin doktorski nie przewidywał sformalizowanego materiału z całego toku studiów, a jedynie ocenę dwóch „promotorów”, którzy awansowali kandydata. Wystąpienie składało się z trzech przygotowanych wcześniej zagadnień z wiedzy ogólnej, na przykład z logiki czy fizyki, a nie tylko medycyny. Tak wyglądały studia medyczne na uniwersytetach w Macerata i w Padwie<sup>32</sup> i zapewne w rzymskiej *Sapienzy*. Generalnie w wykształceniu lekarzy dużą rolę odgrywały fizyka i filozofia.

## 2. STATUS ZAWODOWO-SPOŁECZNY. WZAJEMNE RELACJE

Lekarze i chirurdzy, aby wykonywać swój zawód, musieli poddać się immatrykulacji w swoich korporacjach poprzez egzamin przeprowadzony przez kolegów medyków za uiszczeniem należnej opłaty. Sztuka chirurgii była nastawiona na leczenie chorób zewnętrznych, przewlekłych lub uznanych za nieuleczalne,

---

<sup>29</sup> P. MAZZARELLO, *La ricerca*, s. 11; M. NICLOUD, *Tra Università e corte*, s. 78, 92. Zob. też: V. NUTTON, *Medicine ad the Courts of Europe, 1500-1837*, London–New York 1990.

<sup>30</sup> M. NICLOUD, *Tra Università e corte*, s. 92. Na ten temat zob. G. POMATA, *La promessa di guarigione. Malati e curatori in antico regime*, Roma–Bari 1994.

<sup>31</sup> M. NICLOUD, *Tra Università e corte*, s. 100.

<sup>32</sup> M. CINGOLANI, M. ZAMPI, *L'insegnamento della Medicina legale presso l'Università degli Studi di Macerata: dalle origini dell'Ateneo all'Unità d'Italia*, w: *La formazione del medico in eta moderna (secoli XVI-XVIII)*, red. R. Sani, F. Zurlini, Macerata 2012, s. 31. Szerzej na temat Szkoły Medycznej w Macerata: C. PUCCINI, *La scuola medica e l'insegnamento della medicina legale*, w: A. ADVERSI, D. CECCHI, L. PACI, *Storia di Macerata*, Macerata 1974.

wenerycznych, owrzodzeń, guzów ropnych itp. Wspomniani *norcini*, pomijając czynności związane z rzeźnictwem i kastracją zwierząt, zajmowali się leczeniem przepuklin, usuwaniem kamieni moczowych, a także upuszczaniem krwi w obecności lekarza<sup>33</sup>. „Zasadniczym zadaniem chirurgów było upuszczanie krwi, zakładanie baniek i pijawek, leczenie pęcherzy moczowych, przecinanie ślinianek przyusznych i innych podobnych ropni lub guzów spowodowanych gorączką”<sup>34</sup>. Szarlatani wreszcie, jak sama nazwa wskazuje, po zdobyciu licencji, kupionej często w wyniku fałszywego egzaminu, mieli uprawnienia do sprzedawania maści, tłuszczu z węży, kulek piżmowych i innych specyfików należących do perfumerii i drogerii<sup>35</sup>.

Mimo postępu nowe osiągnięcia w naukach medycznych wciąż nie były do końca utrwalone, co powodowało ciągłą niepewność w sposobach leczenia, a tym samym otwierało drzwi medycynie alternatywnej – nieoficjalnej, być może nigdy aż tak niekwitnącej jak w pierwszej połowie wieku oświecenia. Prawdziwie wykształceni lekarze nadal mieszały dziwne i tajemnicze składniki do swoich mikstur, a w ślad za nimi podążali medycy i niemedycy szarlatani, chwając się tysiącem innych „tajemnic”. Wskutek tego medycyna oficjalna, przy udziale lekarzy z gruntowną wiedzą naukową, nadal wykorzystywała w leczeniu proszki ze skorpiona i ropuchy, olej z jaszczurki, żabie skóry, mocz dziecka i inne dziwne specyfiki<sup>36</sup>.

Proces regulacji różnych zawodów, mieszczących się w szerokim spektrum opieki zdrowotnej w XVI-XVIII w., często wymykał się kontroli korporacyjnej lub kolegialnej. Popyt na usługi zdrowotne i ich podaż były bardzo różne, klienci bowiem i odbiorcy świadczeń medycznych należeli do bardzo różnych grup społecznych – od szlachty, patrycjuszy i wysokiego duchowieństwa po klasy niższe. To na ich potrzeby i możliwości finansowe odpowiadała szeroka gama świadczeniodawców, począwszy od ekspertów wyselekcjonowanych poprzez studia uniwersyteckie lub praktyki u chirurgów aż do „marginalnych lekarzy”, którzy działali we wsiach lub w miastach i których klienci byli biedni<sup>37</sup>. Prawdziwi leka-

<sup>33</sup> G. COSMACINI, *Storia della medicina*, s. 145-146

<sup>34</sup> L. von PASTOR, *Storia dei papi*, vol XVI, t. I, Roma 1931, s. 109; M. PICCIALUTI, *La carità come metodo di governo. Istituzioni caritative a Roma dal pontificato di Innocenzo XII a quello di Benedetto XIV*, Torino 1994, s. 45.

<sup>35</sup> G. COSMACINI, *Storia della medicina*, s. 146. Na temat szarlatanów zob. G. COSMACINI, *Il medico ciarlatano. Vita inimitabile di un europeo del Seicento*, Roma-Bari 2001; D. GENTICOLARE, *Il sapere ciarlatanesco. Ciarlatani, “fogli volanti” e medicina nell’Italia moderna*, w: *Saperi a confronto nell’Europa dei secoli XIII-XIX*, red. M.P. Paoli, Pisa 2009, s. 375-395.

<sup>36</sup> B. BRUNELLI, *Figurine e costumi nella corrispondenza di un medico del ‘700 (Antonio Valisnieri)*, Milano 1938, s. 49; G. COSMACINI, *Storia della medicina*, s. 204.

<sup>37</sup> C. CIPOLLA, *Public Health*, s. 86; G. COSMACINI, *Storia della medicina*, s. 146.

rze, chcąc się „nobilitować”, starali się świadczyć usługi i swoją wiedzę przedstawicielom wyższych klas, tymczasem było wielu lekarzy, którzy „nie pracowali dla królów, papieży, biskupów i osób nobilitowanych”, ale wykonywali swój zawód w miejscach peryferyjnych dla ośrodków władzy i dobrobytu. Na przykład w osiemnastowiecznej Toskanii rozmieszczenie terytorialne lekarzy było jak na tamte czasy bardzo gęste (jeden na 5000 mieszkańców)<sup>38</sup>.

Tak zwana medycyna elitarna – uczona, uprawiana przez wykształconych lekarzy – nie była w stanie zaspokoić potrzeb całego społeczeństwa, zostawiała więc przestrzeń dla alternatywnych „uzdrowicieli” i „uzdrowicielek”, działających w środowisku, z którego pochodziły. Począwszy od późnego średniowiecza, kwitła medycyna kobieca, praktykowana przez staruszki (*vetulae*), zielarki, położne i akuszerki, stosujące przeróżne środki, w tym terapię religijną i liturgiczną (modlitwy), ale również czary i magię demoniczną. O tym, jak skuteczna była to medycyna, świadczą powiedzenia funkcjonujące jeszcze w 1630 r.: „Lepiej umrzeć, niż być leczonym ręką kobiety.

Studia medyczne w Italii nie miały jednolitej regulacji, która gwarantowałaby niezbędną jakość; bardzo często studenci byli wykorzystywani jako pielęgniarze i opiekunowie, a ich kariery medyczne przebiegały bardzo różnymi ścieżkami między różnymi uniwersytetami w związku ze zróżnicowanymi możliwościami finansowymi. Każdy z lekarzy posiadał osobisty repertuar panaceów i lekarstw oraz sferę niedostępną dla innych, nawet dla jego uczniów. „Postacie doktora i szarlatana nie miały w opinii publicznej tak wyraźnych granic ani tak odmiennych konotacji prestiżu i uznania, jakie w ciągu ostatnich dwóch stuleci wypromował i uświadomił w świadomości naukowej racjonalizm”<sup>39</sup>. Już pod koniec XV w. i w następnym stuleciu główne państwa północnej Italii rozwinęły awangardową organizację zdrowia, znacznie wyprzedzając resztę Europy. W połowie XVI w. szkoły medyczne działające przy bardzo licznych uniwersytetach włoskich, również przy rzymskiej *Sapienzy*, należały do najsławniejszych i najbardziej rozwiniętych na kontynencie, w których nauczały osobowości o wielkim prestiżu<sup>40</sup>.

W szpitalach znajdowała zatrudnienie tylko część lekarzy, większość prowadziła działalność pozaszpitalną, między innymi praktykując wizyty domowe, pełniąc funkcje lekarzy miejskich, rodzinnych czy służąc odpłatnie na różnych

<sup>38</sup> C. CIPOLLA, *Public Health*, s. 81-82. G. COSMACINI, *Storia della medicina*, s. 202.

<sup>39</sup> Cyt za: C. E. SIMONETTO, L. DEL PISTOIA, *Note sustragione e razionalità trà Sette e Ottocento. Il periodo francese*, w: *L'ospedale dei pazzi di Roma daipapi al '900. Lineamenti di assistenza e cura a poveri e dementi*, red. A. Iaria, A. Bonfigli, F. Fedeli Bernardini, t. II, Bari 1994, s. 88.

<sup>40</sup> C. M. CIPOLLA, *Chi ruppe i rastelli a Monte Lupo?*, Bologna 1977, s. 21; C. M. Rastelli, *Origine e sviluppo degli Uffici di Sanità in Italia*, „Annales cisalpinnes d' Hstoire sociale”, seria I, 1973, nr 1973, s. 89-90.

dworach – świeckich i kościelnych. Jeśli chodzi o wynagrodzenie za pracę w szpitalach, ratuszach i komunach miejskich, to było ono skromniejsze niż dochody płynące z prywatnej praktyki, zwłaszcza prowadzonej u bogatych<sup>41</sup>.

Chcąc lepiej ukazać pozycję, rolę i zadania lekarzy oraz chirurgów warto przyjrzeć się relacjom między nimi w okresie wcześniejszym. Nie były one jasno sformalizowane i niepozbawione wzajemnych pretensji, a nawet konfliktów. Między obiema grupami zawodowymi istniały wyraźne przedziały, panowało przekonanie o całkowitej wyższości lekarzy nad chirurgami i przedstawicielami innych profesji zajmujących się leczeniem<sup>42</sup>. Jaka więc była ich rola wewnątrz systemu medycznego w stolicy papieży? Lekarze mieli swoją korporację – Kolegium Rzymskie (*Collegio Romano dei Medici*), utworzone w 1447 r., które było organem kształcącym przyszłych medyków i koordynującym ich działalność. Na jego czele stał główny lekarz państwowy – *protomedico*. Kolegium posiadało uprawnienia kontrolne także w stosunku do aptekarzy oraz lekarzy żydowskich. Korzenie tej organizacji sięgały przynajmniej 1425 r.<sup>43</sup> Z kolei chirurdzy w Rzymie, choć nie byli zorganizowani instytucjonalnie, tworzyli ważną grupę społeczną, która obejmowała osoby działające na dworach rzymskich, w szczególności na dworze papieskim, oraz niektórych chirurgów szpitalnych<sup>44</sup>.

Kolegia medyczne, stanowiące alternatywę edukacyjną dla uniwersytetów, gdy chodzi o kształcenie lekarzy, były znane także w innych miastach włoskich i w innych krajach. Już od początku XIV w. działało kolegium medyczne we Florencji<sup>45</sup>. Kolegia miały charakter kontrolny i nadzorczy w stosunku do personelu paramedycznego, zwłaszcza niewykształconego w strukturach uniwersyteckich.

<sup>41</sup> Por. G. COSMACINI, *Storia della medicina*, s. 202-203.

<sup>42</sup> R. PALMER, *Physicians and surgeons in Sixteenth century Venice*, „Medical History”, 23 (1979), s. 451; E. ANDRETTA, *Universo dei medici e mondo dei chirurghi nella Roma cinquecentesca. I 'Capitula Concordiae' del 1534*, „Medicina e Storia”, 9 (2009), nr 17/18, s. 66-67.

<sup>43</sup> Szczegółowe informacje o kolegium: A.L. BONELLA, *La professione medica a Roma tra Sei e Settecento*, „Roma moderna e contemporanea”, 6 (1998), s. 349-366; A. ESPOSITO, *Note sulla professione medica a Roma. Il ruolo del Collegio Medico alla fine del Quattrocento*, „Roma Moderna e Contemporanea”, 13, 2005, nr 1, s. 21-52. Zob. też: E. ANDRETTA, *Universo dei medici*, s. 69, 86; F. GAROFALO, *Quattro secoli di vita del protomedico e del Collegio dei Medici di Roma (Regesto dei documenti dal 1471 al 1870)*, Roma 1951. Podobne kolegia istniały i w innych miastach, na przykład w Weronie czy Florencji. Zob. A. PASTORE, *L'onore della corporazione. Il collegio medico di Verona fra tardo Quattrocento e gli inizi del Seicento*, w: *Studi distoria per Luigi Ambrosoli*, red. M. Allegri, Verona 1993, s. 7-28; *Archivio di Stato di Verona. Inventario della serie Collegio dei medici del fondo Atti dei Rettori Veneti*, red. M. Fabris, Verona 2014; L. SANDRI, *Il Collegio medico fiorentino e la riforma di Cosimo I: origini e funzioni (secc. XIV-XVI) w: Umanesimo e Università in Toscana (1300-1600)*, red. S. U. Baldassarri, F. Riciardelli, E. Spagnesi, Firenze 2012, s. 183-214

<sup>44</sup> Na temat chirurgów w Rzymie zob. F. GAROFALO, *Quattro secoli*; E. ANDRETTA, *Universo dei medici*, s. 74-76.

<sup>45</sup> L. SANDRI, *Collegio Medico Fiorentino*, s. 183-214.



Takie cele stawiało sobie ufundowane w 1663 r. w Sztokholmie *Collegium medicorum*. Wobec braku szwedzkich lekarzy z dyplomem akademickim działała spora grupa nielegalnych chirurgów, aptekarzy, akuszerów i szarlatanów, zagrażających zdrowiu publicznemu. „Ujarzmieniem i zahamowaniem tej plagi” miało się zająć wspomniane stowarzyszenie. Zwierzchnicy kolegium ustalili, że tylko lekarze posiadający tytuł akademicki mogli zajmować się medycyną wewnętrzną i że na nich miał spoczywać obowiązek inspekcji wszystkich korporacji rzemieślniczych, zajmujących się leczeniem, począwszy od chirurgów po akuszerki. *Collegium medicorum* zajmowało się również nauczaniem praktycznym położnictwa i anatomii – w 1685 r. zorganizowało w Sztokholmie pierwszą sekcję dostępną za opłatą także dla publiczności<sup>46</sup>. Przeciwno nowej organizacji protestowali chirurdzy kształcący się w prywatnych korporacjach pod okiem mistrzów, którzy nie chcieli się poddać kontroli członków kolegium. W 1686 r. stworzyli własne stowarzyszenie – *Societas chirurgica*, pozostające jednak ciągle pod nadzorem lekarzy kolegialnych. Ostatecznie w 1698 r. *Collegium medicorum* jako organ porządkujący organizację opieki zdrowotnej w całym kraju przekształcono z urzędu lokalnego w państwowy. Odtąd wszyscy lekarze w całej Szwecji musieli zdać egzamin przed kolegium i zapisać się do rejestru zawodowego. Przewodniczący kolegium uzyskał prawo uczestniczenia i asystowania podczas finalnego egzaminu chirurgów, natomiast lekarz medycyny musiał być zawsze obecny przy ważnych operacjach przez nich wykonywanych. Spór między lekarzami i chirurgami w Szwecji był kontynuowany jeszcze w XVIII w. i zakończył się w 1797 r., kiedy *Societas* została włączona do *Collegium medicorum*<sup>47</sup>.

Struktura i sposób działania sztokholmskiego *Collegium medicorum* wykazuje liczne podobieństwa z analogiczną organizacją w Rzymie, a także w innych państwach. Dowodzi też, że wzajemne relacje między lekarzami a chirurgami miały charakter uniwersalny i przypominały rzymskie (włoskie) realia. Kolegia były najwyższym organem porządkującym strukturę organizacyjną środowiska medycznego i choć nie miały bezpośredniego wpływu na życie szpitali, to jednak porządkowały i normowały system opieki zdrowotnej.

---

<sup>46</sup> V. NIGRISOLI WÄRNHJELM, *Medicina e medici di corte in Svezia in eta moderna: luoghi di intinerari formative*, w: *La formazione del medico in eta moderna (secoli XVI-XVIII)*, red. R. Sani, F. Zurlini, Macerata 2012, s. 73-75. Aby zapisać się do *Collegium medicorum* i osiągnąć licencję umożliwiającą uprawianie *medicina interna* w Sztokholmie, lekarze musieli przedstawić zagraniczny dyplom akademicki, zaświadczenie wykonywania zawodu przez przynajmniej sześć lat i poddać się bardzo rygorystycznemu egzaminowi ustnemu przed obliczem kolegium. W tym czasie niemożliwe było jeszcze uzyskać dyplom lekarza w samej Szwecji. Por. W. KOCK, *Medical Education in Scandinavian since 1600*, w: *The History of Medical Education, International Symposium, February 5-9, 1968, UCLA Forum in Medical Sciences, n. 12*, Berkeley-Los Angeles-London 1970, s. 255.

<sup>47</sup> V. NIGRISOLI WÄRNHJELM, *Medicina e medici*, s. 72-73.

W kontekście dalszych rozważań warto wyjaśnić, kogo określano pojęciem *protomedico*. Otóż był to urzędnik publiczny, główny lekarz państwowy (nadworny) odpowiedzialny za państwową opiekę zdrowotną w państwie. Do jego głównych zadań należała ocena zdolności osób, które zgłosiły chęć podjęcia zawodu lekarza lub farmaceuty oraz nadzorowanie ich działalności<sup>48</sup>.

W 1534 r. w Rzymie z inicjatywy kardynała Andrei Della Valle (1463-1534)<sup>49</sup> zostało erygowane towarzystwo lekarzy fizycznych, do którego włączono „protomedyka” z Kolegium Lekarzy oraz prawowitych chirurgów działających w mieście, zarejestrowanych w prowadzonej przez niego księdze<sup>50</sup>. Stworzenie uniwersalnego stowarzyszenia z wybitną osobowością hierarchii kościelnej przyczyniło się do ogłoszenia *Capitula Concordiae*, które próbowało wyjaśnić i uregulować kontrowersje i roszczenia pojawiające się już dużo wcześniej ze strony chirurgów w stosunku lekarzy<sup>51</sup>.

Środowisko chirurgów rzymskich nie było jednorodne. Jedną grupę tworzyli chirurdzy zatrudnieni na dworach i w pałacach patrycjuszy oraz u rodzin papieskich i kardynalskich. Do drugiej należeli chirurdzy pracujący w licznych szpitalach. Oprócz nich było wielu innych osób o niższych umiejętnościach, znających jednak podstawowe tajniki tego zawodu. Szczególnie mocną pozycję mieli chirurdzy szpitalni, zdobywane bowiem w szpitalu doświadczenia poprzez pracę, staże i praktyki dawały im dobre przygotowanie zawodowe i pewną niezależność. Dzięki temu byli w mniejszym stopniu poddani tradycyjnej hierarchii lekarskiej, symbolizowanej przez Kolegium Medyczne i środowisko uniwersyteckie, niechętnie też angażowali się w spory z lekarzami i tworzenie *Capitula*<sup>52</sup>.

Chirurdzy chcieli uzyskać prawo do doustnego podawanie chorym leków, nie zgadzali się, by lekarz naczelny (*protomedico*) podważał możliwość wykony-

---

<sup>48</sup> O protomedykach zob. F. GAROFALO, *Quattro secoli*; D. GENTILCORE, *I protomedicati come organismi professionali in Italia durante la prima età moderna*, w: *Avvocati, medici, ingegneri: alle origini delle professioni moderne (secoli 16-19)*, red. M.L. Betri, A. Pastore, Bologna 1997, s. 93-104; D. GENTILCORE, „All that pertains to medicine”: *protomedici and protomedicati in early Modern Italy*, „Medical History”, 38, s. 121-142. Niekiedy pojęciem tym określano zarówno lekarza, jak i chirurga naczelnego w danym szpitalu: „protomedici sono due, un fisico e un chirurgo”.

<sup>49</sup> Ch. RIEBESELL, *Della Valle, Andrea*, w: *Dizionario Biografico degli Italiani*, 1989, 37, s. 720-723.

<sup>50</sup> E. ANDRETTA, *Universo dei medici*, s. 65. Generalnie personel medyczny w dzisiejszym tego słowa znaczeniu, dzielono w tamtych czasach na lekarzy fizycznych (medyków – *medici fisici*) i chirurgów. W wykształceniu lekarzy duże znaczenie odgrywała fizyka i filozofia. W aktach wizytacji z 1585 r. personel medyczny Szpitala Świętego Ducha jest dzielony jest na *physici et chirurghi*. Lekarza określano więc słowem „fizyk”. Były to synonimy. Zob. M. VANTI, *Un umanista del Cinquecento in funzione di riformatore, Bernardino Cirillo commendatore e maestro generale dell'Ordine di S. Spirito (1556-1576)*, Roma 1936, s. 195.

<sup>51</sup> E. ANDRETTA, *Universo dei medici*, s. 66.

<sup>52</sup> Tamże, s. 74-76.

wania przez nich operacji w wypadku nieobecności miejskiego komisarza chirurgii, podważali również system wynagrodzeń i sposób przyznawania im licencji do wykonywania profesji. Nie ograniczali się tylko do roszczeń teoretycznych, lecz nie zważając na brak uprawnień, samowolnie przepisywali pacjentom leki doustne, przyjmując prerogatywy przysługujące lekarzom fizycznym. Łamali tym samym wydane w 1531 r. przez Kolegium Medyczne statuty, zabraniające uprawiania tak niebezpiecznych praktyk, często kończących się komplikacjami lub śmiercią pacjenta. Była to z ich strony próba osiągnięcia większej satysfakcji ekonomicznej i zdobycia wyższego prestiżu w ustalonym porządku społecznym<sup>53</sup>.

Do Kolegium Medycznego, będącego promotorem całego przedsięwzięcia przed ogłoszeniem *Capitula Concordiae*, wezwano 18 listopada 1533 r. na debatę i „sąd” przedstawicieli chirurgów, którzy wspólnie z lekarzami i kardynałem Della Valle uczestniczyli w formułowaniu dokumentu, podpisanego i ratyfikowanego ostatecznie 15 czerwca 1534 r. w ramach kompromisu przez wszystkie zaangażowane strony, a następnie zaaprobowanego przez Stolicę Apostolską. Tak zwane punkty zgody czy jedności, oprócz stowarzyszenia w jedną organizację środowiska lekarzy i chirurgów rzymskich, dokonywały regulacji praktyk chirurgicznych, normowały ogólne relacje między chirurgami, medykami i Kolegium, formułowały organizację prawną i ekonomiczną systemu medycznego i – co najistotniejsze – sankcjonowały hierarchię społeczną świata medyczno-leczniczego, a konkretnie tradycyjną niższość chirurgów i ich podporządkowanie lekarzom<sup>54</sup>. Już wtedy jednak pojawiały się stanowiska odosobnione. Szwajcarski lekarz i przyrodnik, ojciec medycyny nowożytnej Paracelsus (1491-1541) pisał, że „lekarze powinni być lekarzami i chirurgami i żaden nie powinien być oddzielony od drugiego, jak to zdarza się w praktyce”<sup>55</sup>.

Ustawa zawierała pewne sprzeczności. Jednoczyła wprawdzie prawdziwych lekarzy i chirurgów w sformalizowanej „wspólnocie zgody”, brała ich pod protekcję Kolegium Medycznego, kardynałów – tym samym papieżstwa, dawała gwarancję uprawiania zawodu, podczas gdy wykluczała wszystkich innych niezwyfikowanych „uzdrowicieli”. Z drugiej strony niejako utrzymywała średniowieczny status podziału i odrębność obu dyscyplin, wyznaczała chirurgom pewne limity

<sup>53</sup> Tamże, s. 68-69.

<sup>54</sup> Tamże, s. 69-70, 82; M. PICCIALUTI, *La carità*, s. 45.

<sup>55</sup> PARACELUS, *Paragrano ovvero le quattro colonne dell'arte medica*, red. B. Masini, Torino 1961. Cyt. za G. COSMACINI, *Storia della medicina*, s. 137. Paracelsus, właściwie Phillipus Aureolus Theophrastus Bombastus von Hohenheim, to lekarz i przyrodnik, zwany ojcem medycyny nowożytnej, zwłaszcza pionier jatrochemii (inaczej chemjatrii), czyli alchemii lekarskiej, kierunku panującego w alchemii od XVI do XVIII w., mówiącym, że głównym zadaniem chemii jest odkrywanie nowych leków. Paracelsus jako czołowy jej przedstawiciel wprowadził do lecznictwa alkohol, sole arsenu, miedzi, ołowiu i srebra oraz opracował reguły dawkowania leków.

w zakresie działań medycznych i możliwości leczenia, ograniczała pola działania<sup>56</sup>. Ostatecznie zabroniono chirurgom przepisywania i podawania leków doustnych. Granica między wnętrzem a zewnątrz ciała ludzkiego stała się fundamentalnym elementem budowy hierarchii medycznej. Dla chirurga pozostawało tylko ciało zewnętrzne. Granica ta mogła być przekroczona tylko za wyraźną zgodą protomedyka, i to udzieloną tylko na krótki czas. Przepisy dopuszczały wprawdzie chirurga do leczenia wewnętrznego, zawsze jednak pod czujnym okiem lekarza i na jego zlecenie. Możliwość ta została zinstytucjonalizowana w zreformowanej wersji statutu z 1569 r.<sup>57</sup>

Mimo dokonanych uregulowań zawartych w *Capitula* problem relacji medyków i chirurgów nadal budził kontrowersje. Na początku XVII w. protomedycy znowu byli zmuszeni wydawać zakazy leczenia i wykonywania zabiegów przez chirurgów, jeśli wcześniej pacjenta nie zbadał lekarz fizyczny i nie stwierdził, że przed interwencją chirurgiczną nie zachodzi konieczność oczyszczenia całego ciała przez medyka<sup>58</sup>.

Chirurdzy, aby legalnie wykonywać zawód, musieli uprzednio zdać egzamin, a następnie uzyskać aprobatę protomedyka Kolegium Medycznego, co skutkowało wpisaniem ich nazwiska do rejestru. Były to standardy typowe nie tylko dla Rzymu. Podobne procedury stosowano w tym czasie w większości kolegiów włoskich. Gdy chodzi o Rzym, takie wskazania zawierały już statuty z 1531 r., w których podkreślano, że wszystkie licencje i uprawnienia niezbędne do wykonywania zawodu musiały być przyznane przez protomedyka. Na mocy ustawy z 1534 r. surowe zasady w przyznawaniu licencji dotyczyły także zagranicznych chirurgów, którzy przybyli do miasta z chęcią pozostania tam i wykonywania zawodu. Ci nie tylko musieli być poddani egzaminowi po przyjeździe, ale w ciągu pierwszego roku pobytu podlegali dalszym kontrolom co dwa miesiące. Ścisła kontrola obcych chirurgów stanowiła pierwszą próbę regulacji przepływów zagranicznych, które następnie zostały rozszerzone w sektorze zdrowia także w stosunku do lekarzy. Zarówno chirurgom rzymskim, jak i obcokrajowcom zdanie egzaminu nie dawało licencji na przeprowadzanie każdego rodzaju interwencji<sup>59</sup>. Podczas egzaminu każdemu z nich przydzielano przypadek określany jako *levissimus* lub *barbitonsores*, co zapewne oznaczało zdobycie tytułu chirurga czy cyrulika. Udzielanie

<sup>56</sup> E. ANDRETTA, *Universo dei medici*, s. 76-77

<sup>57</sup> Tamże, s. 80-81. W niektórych północnych miastach włoskich statuty pozwalające chirurgom wykonywać takie zabiegi pod kontrolą lekarza obowiązywały aż do końca XVIII w. I. NASO, *Medici e strutture sanitarie nella società tardo medievale. Il Piemonte dei secoli XIV e XV*, Milano 1982, s. 97.

<sup>58</sup> D. GENTILCORE, *I protomedicati come organismi*, s. 93-95; E. ANDRETTA, *Universo dei medici*, s. 82-83.

<sup>59</sup> E. ANDRETTA, *Universo dei medici*, s. 78-80.

licencji stanowiło jedną z najbardziej dochodowych sfer działalności Kolegium<sup>60</sup>. W kolejnych latach metody przeprowadzania egzaminów ulegały pewnym zmianom. Na podstawie wspomnianych statutów z lat 1568/9 zintensyfikowano formy kontroli, poprzez na przykład wprowadzenie obowiązku przedstawienia przez chirurga dwóch listów referencyjnych przed egzaminem<sup>61</sup>.

Za uprawianie chirurgii bez oficjalnej zgody groził mandat w wysokości 10 złotych dukatów, a wypadku podawania leków doustnie – aż 25 złotych dukatów. W celu sprawdzenia, czy chirurdzy rzeczywiście przestrzegali narzucone zasady, Kolegium ustanowiło rewizorów, wybieranych przez protomedyka lub wylosowanych spośród tych, którym przyznano uniwersalną licencję w zakresie chirurgii *ad omnes casus*. W ten sposób dokonywała się swego rodzaju samokontrola w grupie chirurgów<sup>62</sup>. Wśród zadań powierzonych rewizorom szczególnie istotna była kontrola działalności chirurgów w szpitalach. Takie rozwiązanie, zastosowane w szesnastowiecznym Rzymie w odniesieniu do szpitali, stanowiło szczególny i odosobniony przypadek w Europie<sup>63</sup>. Począwszy od tego wieku szpitale były ważnym miejscem rozwijania wiedzy medycznej i chirurgicznej, alternatywnym dla nauczania uniwersyteckiego<sup>64</sup>. Próba uregulowania działalności chirurgów w szpitalach była najbardziej widoczna w Rzymie, choć nie wiadomo, w jakim stopniu inspekcja z ramienia Kolegium w tamtejszych szpitalach została zrealizowana, gdyż nie mniej ważną rolę w zarządzaniu szpitalami odgrywały pewne osobistości, jak komendantor w Szpitalu Świętego Ducha czy kardynał protektor (*cardinale protettore*), który miał całkowitą supremację nad instytucjami szpitalnymi i prawo do dekretowania oraz podejmowania decyzji w imieniu papieża<sup>65</sup>. Z licencji za lata 1547-1570 wynika, że protomedyk Kolegium Medycznego udzielał zgody na wykonywanie zawodu we wszystkich przypadkach chirurgicznych albo dawał uprawnienia tylko do wykonywania wybranych czynności, co wiązało się z zakresem umiejętności kandydata w konkretnych obszarach, na przykład pielęgnacja ran z broni palnej lub żelaznej, wrzodów, odcinka żylnego, ekstrakcja kamieni, przyżeganie, czyli kauteryzacja ran za pomocą przypiekania<sup>66</sup>.

---

<sup>60</sup> Tamże, s. 83; V. NUTTON, *Humanist surgery*, w: *The medical Renaissance of the sixteenth century*, red. A. Wear, R.K. French, I. M. Lonie, Cambridge, 1985, s. 89.

<sup>61</sup> E. ANDRETTA, *Universo dei medici*, s. 83-84

<sup>62</sup> Tamże, s. 81.

<sup>63</sup> A. CAVATERRA, *L'ospedalità a Roma nell'età moderna: il caso del San Giacomo (1585-1605)*, „Sanità, Scienza e Storia”, 1986, nr 2, s. 87.

<sup>64</sup> E. ANDRETTA, *Universo dei medici*, s. 81.

<sup>65</sup> E. ANDRETTA, *Universo dei medici*, s. 82. Por. *Quelli che servono gli infermi. Assistenza e medicina a Roma nei secoli XVI e XVII. Mostra bibliografica Roma 18 maggio 18 giugno 1987*, red. A. Scolari, Roma 1987.

<sup>66</sup> E. ANDRETTA, *Universo dei medici*, s. 79.

Wydanie *Capitula* wpisywało się w program restrukturyzacji rzymskiego systemu medycznego i Państwa Kościelnego, podjęty przez Kolegium (organ edukacyjny i kontrolny), które było promotorem ustaw. Program ten miał zarówno charakter polityczno-państwowy, jak i religijny, uosobiony przez kardynała Della Valle i samego papieża Klemensa VII (1523-1534) oraz protomedyków i archiatrów tego papieża. Członkowie Kolegium utrzymywali z papieżami i wysokimi sferami hierarchii kościelnej wielopostaciowe relacje. Wśród tych, którzy naciskali na promulgację Kapituły, znajdowali się archiatrzy papiescy, kardynałowie, wybitne postacie Kurii i lektorzy uniwersyteccy. Tym sposobem chirurdzy, lekarze miejscy, członkowie Kolegium zostali poddani pod kuratelę Stolicy Apostolskiej. Istotną rolę w powstaniu nowych regulacji odegrał uniwersytet, który po zamknięciu go w wyniku splądrowania w 1527 r. ponownie otwarto dzięki inicjatywie papieża Pawła III (1534-1547). Odtąd był on powiązany z Kolegium Medycznym, a obie instytucje utrzymujące głębokie interakcje, stały się jednym z fundamentów systemu medycznego Rzymu. Chronologiczna koincydencja między dyskusją i promulgowaniem kapituł a wznowieniem działalności uczelni jest bardzo wymowna<sup>67</sup>.

Ważnym wynikiem współpracy Kolegium i uniwersytetu było utworzenie i otwarcie w rzymskiej *Sapienzy* w 1535 r. katedry chirurgicznej, a co za tym idzie – szkoły anatomii i chirurgii. Był to ukłon w stronę chirurgów i afirmacja uprawianej przez nich dyscypliny. Wyrazem interakcji między tymi dwoma instytucjami było to, że nie tylko członkowie Kolegium byli zaangażowani w egzaminowanie aspirujących do uzyskania statusu lekarza, ale prawie wszyscy profesorem medycyny uniwersyteckiej w nim uczestniczyli<sup>68</sup>. Nowa katedra ściągnęła na uniwersytet wybitne osobistości<sup>69</sup>, które legitymizowały chirurgię i jej bliski związek z anatomią. Ich koncepcja medycyny przypisywała wielkie znaczenie anatomii, sekcjom zwłok oraz pokazom anatomicznym. Pełniąc rolę lektorów uniwersyteckich, pisali traktaty o anatomii, oparte na doświadczeniach anatomicznych w murach uczelni oraz w szpitalach<sup>70</sup>.

<sup>67</sup> Tamże, s. 71-73, 77

<sup>68</sup> F.M. RENAZZI, *Storia dell'Università di Roma, detta comunemente La Sapienza*, Roma 1803-1806, s. 108; E. ANDRETTA, *Universo dei medici*, s. 84-85; *I maestri della Sapienza di Roma dal 1514-1787, Studi e Fonti per la storia dell'Università di Roma*, vol. 116-117, red. E. Conte, Roma 1991, s. 8.

<sup>69</sup> Byli to między innymi Bartolomeo Eustachi (1500-1574), Realdo Colombo (1510-1559) i Arcangelo Piccolomini (1535-1586). Zob. L. BELLONI, *Bartolomeo Eustachi, anatomico del '500 a lume di recenti ricerche*, "Archives Internationales d'Histoire des Science", 29, 1979, s. 5-10; C. COLOMBERO, *Realdo Colombo*, w: *Dictionary of Scientific Biography*, 1982, XXVII, s. 241-243; F. PIERRO, *Arcangelo Piccolomini Ferrarese (1525-1586) e la sua importanza nell'anatomia postvesaliana*, „Quaderni di storia della scienza e della medicina”, 1965, s. 1-35.

<sup>70</sup> E. ANDRETTA, *Universo dei medici*, s. 84.



W świetle ustaw z 1534 r. chirurdzy nadal pozostawali w cieniu lekarzy, którzy zachowywali liczne narzędzia kontroli nad nimi. Utrzymane zostały limity i utrudnienia ograniczające ich samodzielność zawodową. Nie stworzono żadnej formy korporacyjnej organizacji chirurgów z własnym statutem, której wcześniej również nie mieli – w przeciwieństwie do cyrulików (fryzjerów i golibrodów), posiadających od połowy XV w. własny cech. Nie mając żadnego instytucjonalnego ciała, po raz pierwszy jednak zostali włączeni do grupy *universitas*. Ponadto ustanowiono wybieranego z ich grona komisarza, który reprezentował chirurgów od strony prawnej<sup>71</sup>. Bezspornym osiągnięciem *Capitula Concordiae* było zwiększenie świadomości potrzeby nauczania anatomii, od tej pory intensywnie rozwijanej na uniwersytecie. Jeśli nawet wola kształcenia chirurgów w anatomii nie dała spodziewanych efektów, to jednak sama mobilizacja i zapał do przekazywania im wiedzy anatomicznej, zarówno w ramach katedry uniwersyteckiej, jak i poprzez publiczne demonstracje, miała ważne konsekwencje w zakresie ogólnego szkolenia medycznego<sup>72</sup>. Opinię taką wyraził w 1619 r. protomedyk papieski Lorenzo Garzonio, który napisał ponadto, że „chirurdzy w leczeniu, tak jak cyrulicy w upuszczaniu krwi, nie widząc nigdy struktury kończyn, arterii, żył, nerwów i ich umiejscowienia, popełniają okropne błędy, przecinając jedną rzecz zamiast drugiej lub coś podobnego, przez to czynią ekstremalne i nieodwracalne szkody dla pacjentów”<sup>73</sup>.

Jeśli nawet *Capitula* nie położyła definitywnie kresu w sporach między lekarzami i chirurgami, to jednak odegrały ważną rolę w wyznaczeniu równowagi sił w systemie medycznym Rzymu, ukazały też związek zawodów medycznych z władzą polityczną<sup>74</sup>. Można powiedzieć, że wypracowane wtedy zasady dotyczące statusu obu grup zawodowych nie uległy większym zmianom w dwu następnych stuleciach, choć różnice i przedziały między nimi sukcesywnie się spłaszczwały, co zawdzięczać można postępującemu dowartościowywaniu anatomii, również w zakresie kompetencji lekarzy.

---

<sup>71</sup> Tamże, s. 82-83, 74.. Przykład rzymski podobny był do bolońskiego, gdzie chirurdzy nie mieli własnej organizacji korporacyjnej. G. POMATA, *La promessa di guarigione*, s. 133.

<sup>72</sup> E. ANDRETTA, *Universo dei medici*, s. 90

<sup>73</sup> Na temat zob. L. GARZONIO, D. GENTILCORE, *I protomedicati come organismi*, s. 93-95; D. GENTILCORE, *The organisation of medical practice in Malpighi's Italy*, w: *Marcello Malpighi, anatomist and physician*, red. D. Bertoloni Meli, Florence 1997, s. 75-110.

<sup>74</sup> E. ANDRETTA, *Universo dei medici*, s. 65.

### 3. LICZEBNOŚĆ

Liczba personelu medycznego w rzymskim Szpitalu Świętego Ducha była zmienna. W 1557 r. pracowało w nim trzech lekarzy fizycznych oraz dwóch chirurgów<sup>75</sup>. Już wtedy posiadał on najliczniejszą kadrę medyczną spośród szpitali rzymskich<sup>76</sup>. W 1623 r. lekarzy głównych było czterech oraz dwóch głównych chirurgów, a każdy z nich miał swojego asystenta<sup>77</sup>. W 1654 r. szpital zatrudniał etatowo dwóch lekarzy głównych, naczelnych (*medici principali*) i dwóch lekarzy asystentów (*medici assistenti*). Oprócz nich pracowało dwóch głównych chirurgów (*chirurgi principali*) oraz dwóch chirurgów zastępców (*chirurgi sostituti*)<sup>78</sup>. Jeśli można chirurgom przypisać w tych czasach status medyków, to zespół lekarski (na dwóch poziomach pod względem stanowisk) tworzyło w sumie osiem osób. W 1658 r. stan liczbowy personelu lekarsko-chirurgicznego był identyczny jak w 1623 r.<sup>79</sup> Sytuacja taka pozostała bez zmian także w 1700<sup>80</sup> i 1707 r. Lekarze główni mieszkali wtedy w oddzielnych kwaterach w domu przy ul. Ducha Świętego, wokół kościoła<sup>81</sup>. W 1737 r. pracowało czterech lekarzy i trzech chirurgów szpitalnych<sup>82</sup>, parę lat później znów było czterech lekarzy głównych i czterech lekarzy asystentów oraz po dwóch chirurgów głównych i ich zastępców – łącznie dwanaście osób fachowego personelu medyczno-chirurgicznego<sup>83</sup>.

Liczba personelu medycznego była warunkowana liczbą chorych. W 1759 r. szpital zatrudniał czterech lekarzy głównych (*esercenti*) oraz trzech kolejnych lekarzy głównych jako nadliczbowych (*soprannumerari*); tych ostatnich było nawet czterech. Kiedy jednak ostatnio jeden z głównych lekarzy zmarł, na jego miejsce przesunięto lekarza nadliczbowego, lecz kolejnego już nie przyjęto, ponieważ wcześniej i tak byli w nadmiarze. Uczyniono tak, by nie ograniczać następnego komendatora i na wypadek wakatu dać mu swobodę wyboru spośród

---

<sup>75</sup> M. VANTI, *Un umanista del Cinquecento*, s. 122. Lekarze i chirurdzy mieli na pewno asystentów, o czym autor nie wspomina.

<sup>76</sup> Po koniec XVI w. w jednym z ważniejszych szpitali rzymskich był jeden lekarz i jeden chirurg. Obaj mieli swoich asystentów. M. VANTI, *S. Giacomo degli Incurabili di Roma nel Cinquecento (Dalle Campagne del Divino Amore a S. Camillo de Lellis)*, Roma 1938, s. 35. W drugim pod względem wielkości i ważności Szpitalu św. Jana na Lateranie w 1592 r. pracowało dwóch lekarzy głównych i jeden asystent oraz główny chirurg i jego zastępca. P. DE ANGELIS, *L'Arcispedale del Salvatore ad SS. a S. Giovanni in Laterano*, Roma 1958, s. 20.

<sup>77</sup> BAV, Barberiniano latino 1068, *Relatione del modo che si tiene ... 1623*, s. 8.

<sup>78</sup> ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi nell'Arcispedale 1654*, s. 31-39, 43.

<sup>79</sup> ASR, nr 27, *Ospedale di Santo Spirito ... 1658*.

<sup>80</sup> ASR, nr 1414, *Nota della Famiglia*.

<sup>81</sup> ASR, nr 1414, *Salariati dell'Ospedale ... 1707*.

<sup>82</sup> ASR, nr 905, *Ordini e Decreti della Santa Visita Apostolica. 1737*, s. 5.

<sup>83</sup> ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata ... 1737*, s. 230; ASR, nr 3096, *Provisioni della Famiglia dell'Ospedale ... Porzia Visitatore*.

profesorów znacznie lepszego lekarza nadliczbowego niż mianowany z góry na wiele lat wcześniej. Wynika z tego, że szpital korzystał wtedy z usług aż ośmiu (siedmiu) lekarzy głównych. Więcej niż zwykle było też chirurgów, a mianowicie dwóch głównych oraz dwóch nadliczbowych, którzy im pomagali (*coadiutori*). Gdy jednak zabrakło jednego z głównych, z podobnych co wyżej względów nie zastąpiono go innym, uznając, że nie jest na ten czas potrzebny<sup>84</sup>.

Od strony obsady medycznej najkorzystniejsza sytuacja zaistniała w 1766 r., gdy w szpitalu pracowało z pełnym wynagrodzeniem czterech lekarzy naczelnych. Było też trzech lekarzy naczelnych nadliczbowych, czterech nieopłacanych lekarzy asystentów ze stałym miejscem pracy, ale tylko z prawem do stołowania się, wreszcie ośmiu lekarzy asystentów nadliczbowych. Cały sztab medyczny liczył dziewiętnaście osób<sup>85</sup>, w następnym zaś roku o jedną osobę mniej, gdyż ubył jeden asystent nadliczbowy. Gdy chodzi o chirurgów, to głównych było wtedy czterech, zastępców zaś dwóch, ale tylko z prawem do wyżywienia. Wszystkich lekarzy, niezależnie od stanowiska, określono mianem doktorów, czego nie czyniono przy chirurgach, z wyjątkiem jednego, o którym napisano, że jest doktorem lektorem Instytutu Chirurgii<sup>86</sup>.

Równie liczny zespół lekarzy pracował w szpitalu pod koniec XVIII w. Tworzyło go w sumie aż dwunastu medyków, w tym czterech lekarzy naczelnych, dwóch lekarzy naczelnych nadliczbowych oraz czterech asystentów i czterech asystentów nadliczbowych<sup>87</sup>. W 1799 r. utrzymywano odrębnego chirurga dla rodziny szpitalnej. Uznano jednak, że jest on nieużyteczny, wobec czego zalecono jego zwolnienie<sup>88</sup>.

Jak widać, zaplecze lekarsko-medyczne szpitala w XVIII w. sukcesywnie zwiększało się. W porównaniu do stanu z połowy XVII w. pod koniec następnego stulecia lekarzy było ponad dwukrotnie więcej, choć w nieco mniejszym stopniu progresja dotyczyła chirurgów. Było to skutkiem nie tylko rozbudowy szpitala czy wzrostu liczby pacjentów, lecz wynikało z postępu medycyny i opieki lekarskiej oraz troski o chorych i lepsze warunki ich kuracji. Istotne znaczenie miało pojawienie się w szpitalu zaplecza badawczo-naukowego, nowych wewnętrznych instytucji: biblioteki i akademii, teatru i muzeum anatomicznego czy organizowanie regularnie pokazów anatomicznych. Wszystko to wymagało szerszego zaplecza medycznego, by szpital mógł spełniać warunki kliniczno-uniwersyteckie, ewoluować w kierunku współczesnego szpitala i prowadzić badania laboratoryjne

<sup>84</sup> ASR, nr 64, *Relazione delle Cose... 1759 ... Castelli Procomendatore*, s. 222-223.

<sup>85</sup> ASR, nr 66, *Registro della Famiglia ... 1766*, s. 1-2.

<sup>86</sup> ASR, nr 1414, *Famiglia dello Spedale primo gennaio 1767*: „con futuro subingresso” – z możliwością zdobycia stanowiska w przyszłości.

<sup>87</sup> ASR, nr 67, Rękopis. rozpoczynający się od słów: *L'Gran Corsia dello Spedale di Santo Spirito*.

<sup>88</sup> ASR, nr 168, *Repubblica Romana... 1798-1800*, s. 209.

oraz eksperymenty naukowe, przyczyniające się do rozwoju medycyny jako nauki. Pod koniec XVIII w. wszystkie te wymogi, również dzięki odpowiedniej liczbie personelu lekarskiego, szpital świętoduski spełniał.

Ciekawe wnioski daje analiza pochodzenia personelu medyczno-chirurgicznego. W 1767 r. wśród 18 lekarzy pracujących w szpitalu na jakichkolwiek stanowiskach 7 było rodowitymi Rzymianami, reszta przybyła z dalszych czy bliższych stron, w tym 4 z Korsyki. Z sześciu natomiast chirurgów i ich zastępców, żaden nie pochodził z Rzymu, dwóch zaś było z Mediolanu<sup>89</sup>. Wszyscy lekarze, jak i chirurdzy główni byli angażowani do pracy w Szpitalu Świętego Ducha już jako absolwenci uniwersytetów i innych instytucji czy akademii. Gdy chodzi o sześciu chirurgów, a zwłaszcza ich zastępców, to prawie wszyscy wykształcili się i zyskali praktykę w szpitalu duchaków.

#### 4. LEKARZE GŁÓWNI

Od personelu medycznego wymagano nie tylko wysokich kwalifikacji, umiejętności i fachowej wiedzy, ale także wysokich walorów moralnych, oddania i miłosierdzia w stosunku do chorych pacjentów, zwłaszcza tych najuboższych. Potwierdzają to reguły wydane w 1654 r. dla Szpitala Świętego Ducha, w których widnieje zapis: „[...] jeśli do szpitala przybywają na leczenie osoby zazwyczaj mniej poważane, niezamożne i nie szlachetnie urodzone, to w perspektywie Chrystusa Zbawiciela są tym bardziej godne szacunku i protekcji, dlatego powinny być z wielką sumiennością i pilnością traktowane przez lekarzy”<sup>90</sup>.

Hierarchicznie priorytetową i nadzorczą pozycję wśród grona medycznego posiadali lekarze główni, nazywani – podobnie jak chirurdzy główni – profesorami<sup>91</sup>. Według regulaminu 1664 r. najważniejszym ich obowiązkiem było przeprowadzenie dwa razy dziennie (rano i po obiedzie) wizytacji chorych w podlegających im oddziałach. Wizyty kończyły się przynajmniej pół godziny przed obiadem czy kolacją, aby można było przed jedzeniem rozdać chorym lekarstwa i przeprowadzić zabiegi lecznicze. W czasie wizyty porannej lekarzowi towarzyszył jego asystent, aptekarz, kapral i jeden *giovane* z gwardii. Stwierdziwszy szybko pogarszający się stan chorego, wskazywał tym dwu ostatnim, by zadbali o zaopatrzenie go w sakramenty święte<sup>92</sup>. Jedyne on posiadał prawo wypisywania

<sup>89</sup> ASR, nr 1414, *Famiglia dello Spedale... 1767*.

<sup>90</sup> ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi nell'Arcispedale ... 1654*, s. 31; ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi dagl' Officiali ... 1654*, s. 20.

<sup>91</sup> ASR, nr 905, *Ordini e Decreti della Santa Visita Apostolica. 1737*, s. 6v.

<sup>92</sup> ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi nell'Arcispedale ... 1654*, s. 31-36; ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi dagl' Officiali ... 1654*, s. 20.; ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLL*, s. 73.

recept w czasie wizyt lekarskich. Nie mogli ich wystawiać asystenci, chyba że w wyjątkowych sytuacjach. Takie same obowiązki mieli lekarze główni w XVIII w.<sup>93</sup>

Według regulaminu z 1679 r. druga wizyta miała się odbywać wieczorem<sup>94</sup>. Ustalenie optymalnej pory odbywania wizyt nie było proste, ponieważ należało przy tym uwzględnić wiele okoliczności. Rozporządzenie wydane w 1753 r. stanowiło, że jeśli lekarz i chirurg rozpoczynają pełnienie swoich obowiązków o tej samej godzinie, to dyżurny kapral ma przede wszystkim spełniać zalecenia tego pierwszego<sup>95</sup>. W 1799 r. nakazano wybranie takiej godziny wizyty, żeby *giovani* i kaprale mogli brać udział zarówno w obchodach kierowanych przez lekarzy, jak i chirurgów<sup>96</sup>.

Bardzo różnie wyglądała REKRUTACJA LEKARZY, która nie zawsze gwarantowała zatrudnienie najlepszych specjalistów, szczególnie w wiekach wcześniejszych. Pełniący funkcję komendatora Bernardino Cirillo żalił się w czasie wizytacji szpitala w 1573-1574 r., że nie ma wielkiego wpływu na wybór lekarzy szpitalnych, gdyż – jak twierdził – zależał on od właścicieli pałaców i dworów, którzy z „władczą beczelnością” narzucali konkretnych medyków, dołączając do tego listy polecające od kardynałów lub innych osobistości, wychwalające zdolności protegowanych, choć w praktyce okazywali się ignorantami. Jeszcze gorzej było z popieranymi w ten sam sposób chirurgami. Jeśli nawet, komandor odmówił przyjęcia jakiegoś kandydata, lub później go odesłał, to zjawiał się następny, jeszcze gorszy. Zastrzegł jednak, że praktyki te dotyczyły przede wszystkim asystentów, w mniejszym stopniu lekarzy i chirurgów naczelnych, wśród których wielu było gruntownie wykształconych<sup>97</sup>.

Negatywna ocena zwyczajów związanych z obsadą stanowisk medycznych uderza nie tyle w samych lekarzy i chirurgów, co w różne układy i protekcje w elitach rzymskich, zwłaszcza kościelnych. Ich naciski musiały być bardzo przekonujące i „ciężkiego kalibru”, skoro tak wysoki rangą i prestiżem dostojnik – przełożony generalny szpitala i zakonu, mianowany przez papieży – z konieczności był zmuszony im ulegać.

W czasach późniejszych o podobnych zwyczajach i praktykach źródła już nie wspominają. Od początku XVII w. i w następnym stuleciu lekarzy głównych przyjmowano do szpitala w drodze konkursu publicznego, ogłaszanego drukowanym obwieszczeniem<sup>98</sup>. W 1623 r. Domenico Borgarucci pisał, że wszyscy lekarze główni przed objęciem tego stanowiska uczestniczyli w rygorystycznym

<sup>93</sup> ASR, nr 67, Rękopis *L'Gran Corsia*; ASR, nr 1409, *Decreti di Visita 1679 ... Acciaiuoli*, s. 64.

<sup>94</sup> Tamże, s. 64.

<sup>95</sup> ASR, nr 1410, *Alcuni regolamenti*.

<sup>96</sup> ASR, nr 168, *Repubblica Romana ... 1799*, s. 209.

<sup>97</sup> M. VANTI, *Un umanista del Cinquecento*, s. 174-176.

<sup>98</sup> A. CANEZZA, *Gli Arciospedali di Roma nella vita cittadina nella storia e nell'arte*, Roma 1933, s. 106-110; ASR, nr 905, *Ordini e Decreti della Santa Visita Apostolica. 1737*, s. 6-6v.

egzaminie, ustalonym i ogłoszonym na miesiąc przed jego odbyciem w Rzymie i innych miejscowościach, tak, aby mogli w nim rywalizować pretendenci z najwyższą wiedzą i umiejętnościami nawet z bardzo dalekich stron<sup>99</sup>. Wobec śmierci jednego z czterech lekarzy, doktora Francesco *protomedico generale*<sup>100</sup>, 6 lipca 1741 r. rozpisano konkurs na wakujące po nim miejsce. Mogli się do niego zgłosić lekarze z gruntowną znajomością doktryny religijnej i doświadczeniem, które gwarantowało dobrą opiekę nad chorymi i kształcenie personelu opiekuńczego. Przed egzaminem, w ciągu piętnastu dni od ogłoszenia, pretendenci do tego stanowiska zobowiązani byli dokonać akredytacji i złożyć deklarację uczestnictwa, a także przedstawić się osobiście przełożonemu generalnemu szpitala. Ponadto mieli dostarczyć zaświadczenie, że mają przynajmniej 35 lat, że minęło nie mniej niż 12 lat od uzyskania doktoratu na uniwersytecie publicznym oraz że posiadają chwalebny praktykę lekarską. Egzamin odbył się 21 lipca w Bibliotece *Lancisiana*, a rozpoczął się o godzinie 21. Zadaniem każdego z lekarzy było pisemne opracowanie po łacinie w ciągu 24 godzin na podstawie dzieł Hipokratesa wylosowanego tematu w taki sposób, w jaki uczyniliby to dla studentów. Następnie wszyscy kandydaci ustnie prezentowali swoje dysertacje przed wizytatorem, kardynałem Antonio Severio Gentilim, przełożonym generalnym oraz wyznaczonymi do oceny arbitrami. Po wysłuchaniu wystąpień i ocenie dysertacji sędziowie wybierali na wakujące miejsce najlepszego z konkurentów, uwzględniając przy tym złożone wcześniej załączniki<sup>101</sup>.

Lekarze główni mieli gruntowną wiedzę z zakresu farmacji, znali skład leków i recepturę ich przyrządzania. To oni egzaminowali wszystkich nowicjuszy, rozpoczynających służbę w aptece. Co jakiś czas wizytowali aptekę, sprawdzając, czy medykamenty są świeże i nieprzeterminowane, należycie przechowywane i przygotowane z dobrych komponentów, według właściwych proporcji i wagi. Dlatego wszyscy czterej lekarze musieli być obecni, gdy kierownik apteki je przygotowywał. Jeśli zostały spełnione wszystkie wymogi i procedury, zatwierdzali podpisem listę tych medykamentów, które deponowano w składnicy aptecznej. Przynajmniej dwa razy w roku wszyscy czterej zbierali się w aptecę wraz z komendantem, by weryfikować, czy znajdujące się w niej leki zostały sporządzone

---

<sup>99</sup> BAV, Barberiniano latino 1068, *Relazione del modo che si tiene ... 1623*, s. 7; R. GRÉGOIRE, *Servizio dell'anima quando del corpo nell'ospedale di Santo Spirito*, „Ricerche per la storia religiosa di Roma”, 3 (1979), s. 238.

<sup>100</sup> Protomedyk generalny (*protomedico generale*) to urzędnik publiczny, główny lekarz państwowy (nadworny), odpowiedzialny za państwową opiekę zdrowotną w państwie. Do jego głównych zadań należała ocena zdolności osób, które zgłosiły chęć wykonywania zawodu lekarza lub farmaceuty, oraz nadzorowanie ich działalności. O protomedykach zob. F. GAROFALO, *Quattro secoli*; D. GENTILCORE, *I protomedicati come organismi*, s. 93-104 oraz 121-142.

<sup>101</sup> ASR, nr 1410, *Notificazione del concorso da farsi per la destinazione di uno de'quattro Primairi Medici del Venerabile Archiospedale di San Spirito in Sassia*, w: *Regolamenti e Bandi*.



zgodnie ze sztuką farmaceutyczną i czy ich jakość była odpowiednia. Do ich zadań należało też sprawdzanie jakości jedzenia dla chorych<sup>102</sup>.

Zatrudnienie w Szpitalu Świętego Ducha było dla lekarzy wyróżnieniem, stanowiło o prestiżu oraz pozycji w świecie i środowisku medycznym. Świadczy o tym fakt, że wśród lekarzy głównych tego szpitala często spotykało się medyków papieskich (*medico segreto*), opiekujących się zdrowiem najwyższego zwierzchnika Kościoła. Byli to lekarze o ogromnym doświadczeniu i bardzo długim stażu pracy w szpitalu. Przykładem jest Giovanni Tiracorda, który jako lekarz papieski spędził w rzeczonym szpitalu 45 lat (1547-1692). Bardzo długą praktykę szpitalną mieli też inni medycy papiescy: pracujący razem Giulio Mancini (1595-1623) i Bernardino Castellani (1595-1620) oraz Mattia Naldi ze Sieny (1655-1683), Francesco Malvetani (1655-1681), jak i wielu innych<sup>103</sup>. Jeśli chodzi o pozostałych lekarzy, to typowy okres ich zatrudnienia i pracy wynosił od roku do dziesięciu lat, rzadziej kilkanaście lat. Niektórzy z nich pełnili stanowisko medyków papieskich w trakcie pracy w szpitalu, inni stawali się nimi dopiero po zaprzestaniu pracy w szpitalu, jak na przykład Bernardino Castellani, który opiekował się zdrowiem papieża Grzegorza XV (1621-1623)<sup>104</sup>.

LEKARZE PAPIESCY pracujący w infirmerii świętoduskiej byli autorytetami medycznymi o wszechstronnej wiedzy teoretycznej i umiejętnościach praktycznych. Większość z nich było autorami ważnych opracowań i książek z dziedziny medycyny. Określano ich mianem *scrittore*, co oznaczało nie tyle pisarza, lecz właśnie autora tekstów i dzieł naukowych. Niektórzy pełnili też funkcję lektorów, ucząc studentów sztuki lekarskiej na uniwersytecie, ale także w szpitalnej szkole chirurgicznej. Wspomniany Giovanni Tiracorda jako lektor był autorem opisu z sekcji zwłok papieża Klemensa X, przeprowadzonej przez Gabriele della Porta. Z kolei Francesco Malvetani dokonał charakterystyki zarazy szerzącej się w Rzymie w 1656 r. Bardzo bogatą twórczością naukową mógł się pochwalić Mattia Naldi, który pracując w szpitalu, pisał i publikował książki z zakresu medycyny i filozofii, dotyczące analizy epidemii, dzieł Hipokratesa w tłumaczeniu z greki na język łaciński<sup>105</sup>. Połączenie wykształcenia medycznego z filozoficznym było częste i typowe dla tych czasów. Takie posiadali Giovanni Maria Castellani, jak też jego brat, wspomniany Bernardino Castellani, lekarz papieski, który był lekarzem, filozofem i anatomem, oraz należący do rzymskiej elity lekarskiej Antonio Bucci, posiadający dyplom z medycyny i filozofii, a jednocześnie znany jako znakomity anatom praktyk, mistrz krojenia zwłok (*incisore*)<sup>106</sup>.

<sup>102</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 74-76.

<sup>103</sup> P. SAVIO, *Ricerche sui medici e chirurghi*, s. 153, 155, 157 i inne.

<sup>104</sup> R. GRÉGOIRE, *Servizio dell'anima*, s. 238.

<sup>105</sup> P. SAVIO, *Ricerche sui medici e chirurghi*, s. 152, 155, 157

<sup>106</sup> M. CONFORTI, S. DE RENZI, *Sapere anatomico negli ospedali romani. Formazione dei chirurghi*

Status i wybitność lekarzy papieskich pod względem i gruntowności wiedzy i doświadczenia można porównać jedynie z pozycją lekarzy na dworach królewskich. Tak monarchowie, jak i papieże, jako przywódcy i dostojnicy państwowi i kościelni, mogli sobie pozwolić na wybór najwybitniejszych „stróżów swojego zdrowia”<sup>107</sup>. Na przykład w XVI-XVII w. królowie szwedzcy z dynastii Wazów wobec niskich kwalifikacji rodzimych medyków sprowadzali do opieki osobistej, znanych lekarzy z innych państw – Holandii, Italii, Szkocji<sup>108</sup>, z kolei stanowisko lekarza nadwornego króla Francji, Ludwika XIII (1601-1627), pełnił przez 27 lat słynny archiatra Jean Heroard (1551-1628), wykształcony na wydziale medycznym uniwersytetu w Montpellier<sup>109</sup>.

Twórczością pisarską, jako tak zwani *scrittore*, mogli się pochwalić nie tylko medycy papiescy, ale również inni lekarze szpitalni. Zatrudniony w szpitalu duchaków tylko przez jeden rok (1578) Baldassarre Pisanelli z Bolonii miał na swoim koncie kilka drukowanych traktatów medyczno-filozoficznych, wydanych – tak za jego życia, jak i po śmierci – w Genewie, Brukseli, Wenecji, Rzymie. Pisał między innymi o dżumie, opracował sylwetki słynnych lekarzy. Podobnym dorobkiem mógł się wykazać Paolo Zacchia (1648-1659) z Rzymu, publikujący swoje dzieła w Rzymie, Amsterdamie, Norymberdze i Wenecji, między innymi na temat lekarzy rzymskich i uwarunkowań medyczno-prawnych ich działalności. Girolamo Brasavola opublikował (1686) rozważania o wyżywieniu, Hipokratesie, a także o kongresie lekarzy rzymskich, a Giovanni Battista Fossombrone opisał (1692) postępowanie w sprawie cudu w procesie o uznanie za błogosławionego arcybiskupa Limy Alfonso Mogrobesio. Był delegatem i opiniodawcą na komisjach procesowych w kwestiach medyczno-psychicznych sprawy. Ciekawą i bogatą biografią mógł się poszczycić Arcangelo Piccolomini z Ferrary, który zanim trafił w dojrzałym wieku do szpitala rzymskiego (lata 1574-1578), wykładał wcześniej nauki medyczne w Paryżu i Bordeaux, a także w Rzymie, zyskał też uznanie jako praktykujący lekarz, opublikował ponadto w 1556 r. w Paryżu książkę *Galleni de humoribus commentarii*, ponownie wydaną w Rzymie w 1585 r.<sup>110</sup>

---

*e pratiche sperimentali* (1620-1720), w: *Rome et la science modern: entre Renaissance et Lumières*, Collection de l'École française de Rome; 403, Rome 2008, s. 438, 443, 447. Na temat związków filozofii z medycyną zob. G. COSMACINI, *Storia della medicina*, s. 134-138. Tam też literatura przedmiotu.

<sup>107</sup> V. NIGRISOLI WÄRNHJELM, *Medicina e medici*, s. 67-72.

<sup>108</sup> Tamże, s. 70 nn.

<sup>109</sup> M. FERRARI, *Formare il medico, formare il principe: l'Institutio dell'archiatra secondo Jean Heroard*, w: *La formazione del medico in eta moderna (secoli XVI-XVIII)*, red. R. Sani, F. Zurlini, Macerata 2012, s. 105-124.

<sup>110</sup> P. SAVIO, *Ricerche sui medici e chirurghi*, s. 151-152, 156, 159. F. FAVINO, *Sostanza e materia in uno scritto inedito di Girolamo Brasavola*, „Medicina nei secoli”, 15 (2003), nr 2, s. 247-267.

Nie wszyscy lekarze szpitalni mieli na swoim koncie własne publikacje, nie wszyscy też sprawowali funkcję lektorów, a ich praca ograniczała się wyłącznie do leczenia chorych. Pomimo to należy stwierdzić, że kadre medyczną w Szpitalu Świętego Ducha tworzyli lekarze wybitni, znani i sławni, pochodzący z różnych terenów Italii, a nawet Europy, między innymi z Portugalii, Flandrii<sup>111</sup> czy Niemiec<sup>112</sup>. Byli to medycy klasy europejskiej, łączący praktykę szpitalną z pracą twórczą, wyrażającą się w publikacjach wydawanych w całej Europie, również po śmierci, co znaczy, że tworzyli dzieła klasyczne, aktualne i przydatne dla przyszłych pokoleń. W szpitalu duchaków mieli możliwość praktycznego wykorzystania swojej wiedzy i doświadczeń, z drugiej strony tak wielki szpital i masy chorych w nim przebywających umożliwiały prowadzenie obserwacji i badań do publikacji naukowych, tym samym dalsze rozwijanie i wzbogacanie swojej kariery. Fakt, że powierzano im zdrowie i życie papieży, dobitnie świadczy o ich poziomie i profesjonalizmie zawodowym. Dzięki tak znamienitym lekarzom, szkoła chirurgiczna, w której nauczali, sam szpital oraz rozwijana w nim medycyna przyjmowały formę kliniki, łączącej leczenie z nauczaniem i pracą badawczo-naukową.

Lekarze główni pracowali na zasadzie kontraktu i za swoje usługi pobierali honorarium. Z uwagi na zmieniającą się walutę, jej wartość i rodzaj kruszcu (często były to monety złote) oraz płaconie pensji częściowo w wikcie i artykułach żywnościowych problem ten nie będzie analizowany. Wypłacanie wynagrodzenia odbywało się w cyklu miesięcznym. Na przykład *medico fiscico* Giovanni Tomasso za pracę w maju 1555 r. otrzymał wynagrodzenie w wysokości ośmiu skudów w złocie, a pełniący tę samą funkcję Francesco da Macerata (w 1553 r.) oraz Lorenzo Ducci z Lukki (1557) za miesiąc pracy dostali tylko po pięć skudów w złocie. Wynika z tego, że pensje lekarzy naczelnych nie zawsze były jednakowe, a kontrakty zawierano indywidualnie. Porównując zarobki za pracę w szpitalu lekarzy i chirurgów, zgodnie z obowiązującą ówczesnie hierarchią, zdecydowanie lepiej wynagradzani byli pierwsi. W 1551 r. honorarium miesięczne dwu lekarzy głównych wynosiło siedem skudów, dwu chirurgów głównych zaś trzy skudy<sup>113</sup>. Od reguły bywały rzadkie wyjątki. Na przykład w szpitalu *S. Giovanni in Laterano*, w 1592 r. zarówno lekarzom, jak i chirurgowi płacono po 10 skudów miesięcznie, już jednak ich zastępcy otrzymywali inne uposażenie: asystent lekarza 6 skudów, zastępca chirurga – 5 skudów<sup>114</sup>.

<sup>111</sup> P. SAVIO, *Ricerche sui medici e chirurghi*, s. 148, 150.

<sup>112</sup> A. CANEZZA, *Gli Arciospedali*, s. 146. W 1598 r. do szpitala przybył znany lekarz Giovanni Faber z Bamberii i pracował w nim przez siedem lat.

<sup>113</sup> P. SAVIO, *Ricerche sui medici e chirurghi*, s. 147-148, 149, 160.

<sup>114</sup> Dla porównania mężczyźni z personelu opiekuńczego otrzymywali jednego skuda miesięcznie. P. DE ANGELIS, *L'Arciospedale del Salvatore*, s. 20.

W 1767 r. komendator Giovanni Potenziani twierdził, że od medyków i chirurgów głównych zależy zdrowie chorych, dlatego zgodnie z tradycją winni dwa razy na dzień wizytować podległe im oddziały, obejmując także pokoje i salki na górze i na dole, *S. Filippo, Spedaletto dei Feriti, S. Antonio, S. Lorenzo* i *S. Giacinto*. Ponieważ dawny rozkład wizyt z punktu widzenia lekarzy i chirurgów budził zastrzeżenia, zreformowano regulamin na korzyść zainteresowanych, dostosowując wizyty do godzin posiłków rannych i dziennych spożywanych przez chorych. Odtąd medycy główni przybywali na wizytę godzinę przed posiłkiem, aby po jej zakończeniu był jeszcze odpowiedni czas na upuszczanie krwi i inne zabiegi, które wykonywano zaraz po skończeniu obchodu. W razie spóźnienia się lekarzy czy chirurgów głównych wizytację mogli rozpocząć asystenci i zastępcy. Z kolei lekarze i chirurdzy naczelni nie mogli rozpocząć wizytacji przed upływem 15 minut od czasu, w którym powinni się zjawić i czekać na nich ich asystenci i zastępcy, aptekarze oraz kaprale. Jeśli do tego momentu ich zabrakło, groziła im kara proporcjonalna do czasu opóźnienia wizyty<sup>115</sup>. Bardziej rygorystycznie sprawę tę regulował dekret z początków XIX w., zgodnie z którym asystenci lekarscy, zastępcy chirurgów, kaprale i inni musieli punktualnie stawiać się na sali na czas wyznaczony przez swoich zwierzchników, a powtórne ich wzywanie było wykluczone<sup>116</sup>.

W nadzwyczajnych przypadkach, szczególnie w sytuacji chorób epidemicznych, występujących masowo wśród ludu (*morbi popolari*), lekarze główni zwoływali kolegia naradcze w celu przekonsultowania zaistniałej sytuacji, ustalenia rodzaju choroby oraz najlepszego i prawidłowego sposobu leczenia, a dla wyjaśnienia przyczyn zarazy w niektórych przypadkach mogli zarządzić sekcję zwłok<sup>117</sup>. Według zarządzenia z 1652 r. lekarze i chirurdzy mieli wręcz obowiązek organizowania wspólnych kongregacji, czyli konsyliów, na wypadek ciężkich chorób<sup>118</sup>. Zalecono też zwoływanie dwa razy w miesiącu kongregacji lekarzy, przy udziale przełożonego generalnego, mających na celu omówienie spraw dotyczących chorych i wdrażania wydanych zarządzeń<sup>119</sup>. Niekiedy sam komendator zarządzał specjalne kongresy, na które musieli się obowiązkowo stawić wszyscy

---

<sup>115</sup> ASR, nr 165, *Editto et Orario per i Medici, e Chirurghi dell'Ospedale. 1767*, w: „Ordini e Decreti. Regestrum Expeditiorum”, s. 75; Ten sam dokument wklejony na końcu tej wizytacji publikowany jest również gdzie indziej, Zob: ASR, nr 905, *Ordini e Decreti della Santa Visita Apostolica. 1737*, s. 29v, ASR, nr 1409, *Editto sull'orario dell'ospedale, 1767, Giovanni Potenziani*, w: NSVD, s. 271-272.

<sup>116</sup> ASR, nr 1409, *Commissione Amministrativa ... 1810*.

<sup>117</sup> ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi nell'Arcispedale ... 1654*, s. 35-36; ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi dagl' Officiali ... 1654*, s. 21; ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 75-76.

<sup>118</sup> ASR, nr 1409, *Decreti fatti da altri Visitatori ... 1652*, s. 69.

<sup>119</sup> ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi nell'Arcispedale ... 1654*, s. 31-36; ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi dagl' Officiali ... 1654*, s. 21; ASR, nr 3, *Ordini da osservarsi nel'Hospital ... 1652*.

lekarze<sup>120</sup>. Ciesząc się najwyższą pozycją i autorytetem wśród personelu, występowali oni w roli doradców czy konsultantów. Potwierdza to narada odbyta w 1688 r., na którą komendator Giovanni Battista Spinola wezwał głównych medyków w związku z nieporządkiem panującym w zarządzaniu i gospodarce szpitala. Przedmiotem dyskusji był też brak dyscypliny wśród pracowników, zaniedbania w opiece duchowej i zdrowotnej nad chorymi oraz kwestia wykorzystania spichlerzy na wypadek epidemii<sup>121</sup>.

Identyczne narady z udziałem lekarzy praktykowano również w następnym stuleciu. W 1747 r. wizytator narzekał na lekarzy, gdyż w przypadkach nadzwyczajnych, zwłaszcza w czasie epidemii, nie wykazywali oni szczególnej uwagi i pilności, jakiej można było od nich oczekiwać w tak trudnych sytuacjach. Jego zdaniem, jako ważne osobistości i znawcy chorób, winni się własnowolnie i samorzutnie zbierać i w obecności komendatora konsultować i dyskutować wspólnie trudne przypadki oraz ustalać środki, sposoby leczenia i dalszego postępowania wobec epidemii. W sytuacjach koniecznych mogli dokonywać sekcji zwłok, tak jak czyniono to podczas powszechnej zarazy w 1746 r. Wtedy to zgromadzeni, z udziałem komendatora, medyka papieskiego i samego wizytatora kardynała Lanfrediniego, podejmowali decyzje, które pozwoliły wyleczyć i uchronić od śmierci wielu chorych, z których tylko nieliczni zmarli<sup>122</sup>. Lekarze i chirurdzy naczelnicy mieli też obowiązek uczestniczenia razem z miejscowymi kanonikami w zebraniach dotyczących ogólnych spraw szpitala, z prawem do zabierania głosu i podejmowania decyzji<sup>123</sup>.

W szpitalu zawsze było zatrudnionych z reguły dwukrotnie więcej lekarzy niż chirurgów. Wiązało się to się między innymi z większą liczbą chorych, których musieli obsługiwać. Lekarze główni zajmowali się przede wszystkim pacjentami gorączkującymi, umieszczonymi w Wielkiej Sali (*Corsia Grande*), podczas gdy chirurdzy odpowiadali za leczenie osób w mniejszym szpitaliku dla rannych, do którego chorych chirurgicznie kierowali ze swego oddziału właśnie medycy naczelnicy<sup>124</sup>.

W trakcie wizytacji z 1676 r. kardynał Acciaiuoli stwierdził, że lekarze główni spóźniali się na poranną wizytę, opóźniając tym samym wydawanie lekarstw i obiadu, co powodowało konfuzję, gdyż chorzy musieli spożywać posiłki, w czasie, gdy rozpoczynały się już nowe przyjęcia. Przyczyną niepunktualnego przychodzenia do pracy był fakt, że mieszkali w dużym oddaleniu, pomimo że

<sup>120</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s.76.

<sup>121</sup> ASR, nr 1409, *Decreto che non si mettano gl'ammalati*, s. 78.

<sup>122</sup> ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata ... 1737*, s. 136-137

<sup>123</sup> ASR, nr 167, *Ordini Noi Francesco Albizi ... 1796*, s. 48.

<sup>124</sup> ASR, nr 67, *Rękopis L'Gran Corsia ...*

wynajmowali mieszkania tuż przy szpitalu. Z konieczności musieli ich często wyręczać asystenci, którzy nie mieli potrzebnej znajomości teorii ani odpowiedniej praktyki i doświadczenia, narażając chorych na ryzyko i niebezpieczeństwo. Ci młodzi lekarze asystenci, określane także jako „gładko ogoleni” (*sbarbati*), narażali pacjentów raczej na strach niż na ulgę. Nie bacząc na to, wizytator rozważał, że może lepiej będzie, jeśli miejsce lekarzy naczelnych zajmą nie lekarze „pierwszej klasy”, lecz inni o niższym wprawdzie statusie, za to odznaczający się większym miłosierdziem, którzy zamieszkają w pobliskich domach wyznaczonych dla nich przez szpital, a to bardziej sprzyjałoby ich punktualnemu przybywaniu na wizyty<sup>125</sup>.

Według dekretu z 1679 r. lekarze i chirurdzy główni nie mogli wyręczać się asystentami lub zastępcami pod rygorem obniżenia im pensji lub wydalenia z pracy. Podobne sankcje za zaniedbywanie lub opuszczanie wizyt, obejmujące dodatkowo pogorszenie wyżywienia, przewidywał dekret powizytacyjny z 1696 r. W wypadku choroby lub innej ważnej okoliczności lekarz nie mógł wydelegować na swoje miejsce asystenta, lecz wyłącznie innego, równego pozycją dodatkowego lekarza dyplomowanego, i to za akceptacją komendatora. Za jego pracę w zastępstwie musiał jednak sam zapłacić, gdyż – jak stwierdzono – szpital dawał uposażenie tylko czterem lekarzom głównym, a nie temu, który ich ewentualnie będzie zastępował. W ostateczności chorych podlegających nieobecnemu lekarzowi przydzielano pod opiekę pozostałych lekarzy naczelnych<sup>126</sup>. W 1691 r. na wypadek krótkiej nieobecności lekarza głównego jako chwilowy zastępca został wyznaczony doktor medycyny Elogio Samant<sup>127</sup>. Wcześniej, jeśli w związku ze swoją chorobą lekarz nie mógł przewodniczyć wizytacji, obchód przeprowadzał inny lekarz lub asystent<sup>128</sup>.

Niezależnie od względów obiektywnych zdarzało się, że lekarze, niejednokrotnie z własnej woli, świadomie i bez uzasadnionych przyczyn, lekceważyli swoje obowiązki. Dowodzi tego relacja wizytatora Leandro Porzii z 1737 r., który z ubolewaniem stwierdził, że pomimo wielu wcześniejszych upomnień ze strony przełożonych bardzo często byli oni nieobecni i nie uczestniczyli w wizytowaniu chorych, zwłaszcza nie dopełniali powinności dwukrotnego ich wizytowania. Przypomniał więc, że jest to ich podstawowa powinność, i zagroził po raz kolejny ujęciem lub zmniejszeniem wyżywienia bądź wynagrodzenia proporcjonalnie

---

<sup>125</sup> Cyt za: S. DOMINICI, *Il governo dell' Ospedale di Santo Spirito e dei suoi annessi nel secolo XVII. Continuità e riforme*, w: AOSS, s. 238-239.

<sup>126</sup> ASR, nr 1409, *Decreti di Visita 1679 ... Acciaiuoli*, s. 65; ASR, nr 1409, *Atti della Visita ... Petrucci ... 1696*, s. 81; ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 76-77.

<sup>127</sup> ASR, nr 1409, *Decreti per l'ospedale in occasione di sospetto*, s. 80.

<sup>128</sup> ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi nell'Arcispedale ... 1654*, s. 31-35; ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi dagl' Officiali ... 1654*, s. 20-21.



do skali zaniedbań albo niechybnym wydaleniem ze szpitala w wypadku, jeśli nie zmienią swojego postępowania. Można sądzić, że zapowiedziane sankcje nie przyniosły spodziewanej poprawy, jako że dokładnie dziesięć lat później kolejny wizytator oraz komendant powtórzyli cytowane wyżej rozporządzenie<sup>129</sup>.

Lekarze główni niekiedy zaniedbywali też swoje obowiązki w stosunku do personelu szpitalnego. W latach czterdziestych XVIII w. nie wizytowali chorych kanoników i innych osób z rodziny szpitalnej lub czynili to niechętnie i niedbale, tłumacząc, że nie są przez nich opłacani. Tymczasem miesięcznie ich zarobek wynosił 18 skudów (wraz z wyżywieniem i mieszkaniem), a roczne utrzymanie lekarza naczelnego przekraczało 215 skudów. Dla porównania koszty zatrudnienia chirurga naczelnego wynosiły 91 skudów, innych zaś członków rodziny szpitalnej 57 skudów. Takie dysproporcje w zarobkach wizytator uznał za skandaliczne, a żądania lekarzy za nieuzasadnione, dlatego komendant nakazał, aby z atencją leczyli kanoników i nie oczekiwali od nich żadnej zapłaty<sup>130</sup>.

Tak duże różnice w uposażeniu lekarzy i chirurgów potwierdzają, że ich status i prestiż zawodowy nie był jednakowy, a chirurgia, wymagająca bardziej praktycznych umiejętności, była wyraźnie mniej doceniana niż „prawdziwa medycyna”, którą studiowano na uniwersytetach<sup>131</sup>. Mimo dokonujących się zmian w XVIII w. pokutował jeszcze w dużym stopniu wcześniejszy stereotyp myślenia, że anatomia i chirurgia są bezużyteczne dla sfery klinicznej. W szesnastowiecznym społeczeństwie funkcjonował pogląd, wedle którego lekarze należeli do wyższej klasy, natomiast chirurdzy, cyrulicy i aptekarze do klasy niższej<sup>132</sup>. Właśnie wtedy, gdy na uniwersytecie anatomia została uznana za naukę, chirurgia – jako technika mało szlachetna i „niewyrafinowana” dla wybitnych lekarzy anatomistów, stała się praktyką chirurgów współpracujących z lekarzami, którzy często nie doceniali nawet anatomii<sup>133</sup>.

Każdy z lekarzy głównych sprawował nadzór nad konkretnymi oddziałami i leżącymi w nich pacjentami. Zgodnie ze zwyczajem starano się, by wszyscy mieli pod opiekę w miarę równą liczbę chorych. Odpowiedzialni za to byli dyżurni kaprale, którzy nie zawsze przestrzegali tych zasad. W 1760 r. przełożony generalny szpitala Ludovico Calino donosił, że od miesięcy kaprale łamią obowią-

---

<sup>129</sup> ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata ...1737*, s. 32; ASR, nr 905, *Ordini e Decreti della Santa Visita Apostolica. 1737*, s. 27; nr 903, *Visita Apostolica in Santo Spirito, incominciata l'anno 1737 ... 1749*; ASR, nr 1409, Rękopis zaczynający się od słów: *Don Leandro del Titolo di S. Calisto della S.R.R. prete Cardinal Porzia Visitatore Apostolico ... 1737*.

<sup>130</sup> ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata ... 1737*, s. 390-292.

<sup>131</sup> Por. M. PICCIALUTI, *La carità*, s.44-45; L. Psator, *Storia dei papi*, vol. XIV, Roma 1931, s. 425.

<sup>132</sup> C. CIPOLLA, *Public Health and the Medical Profession in the Renaissance*, New York-London, 1976, s. 72.

<sup>133</sup> G. COSMACINI, *Storia della medicina*, s. 141.

zujące reguły, kładąc nowych chorych w sposób przypadkowy w różnych oddziałach, przez co poszczególni profesorowie byli niesprawiedliwie obciążeni pracą. Chodziło zwłaszcza o osoby z ciężkim przebiegiem choroby. W reakcji przełożony nakazał kapralom większą czujność i rozdzielanie między lekarzy tej samej liczby nowo przybyłych chorych, również tych w ciężkim stanie. Wyjątek można było uczynić tylko w wypadku, gdy po opuszczeniu szpitala nastąpił nawrót choroby. Wtedy taką osobę, nie bacząc na reguły, należało powierzyć opiece tego samego doktora, który go wcześniej leczył<sup>134</sup>.

Liczba pacjentów przypadająca na jednego lekarza głównego zależała od oddziału, w którym pracował, i jego statusu. W 1750 r. w starej części szpitala leżało 505 chorych, obsługiwanych przez czterech lekarzy, z których każdy miał pod swoją pieczę podobną liczbę pacjentów (129, 128, 127, 121). Bardziej obciążeni byli dwaj lekarze główni nadliczbowi pracujący w nowym skrzydle szpitala, w którym przebywało 410 osób. Jednemu podlegało 231, drugiemu zaś 179 chorych. Jak widać, tu dysproporcje były znaczniejsze<sup>135</sup>. Każdy z głównych lekarzy miał pod opieką pewną liczbę pacjentów z wielkiej sali starego szpitala – dwóm z nich przypisano po około 90 osób, dwóm innym po 75. Kryterium przydziału był ciąg łóżek według ich kolejności, na przykład od 1 do 30 numeru, biorąc pod uwagę, że każdy numer zawierał rząd trzech łóżek: od muru, *cariole* i „trzecie”. Dodatkowo mieli oni pod opieką swoich pacjentów w liczbie od kilku do kilkunastu w innych mniejszych rewirach starego szpitala. Podobne zasady rozdzielania chorych występowały w wypadku lekarzy nadliczbowych w nowym szpitalu, gdzie większość ich pacjentów przebywało także w wielkiej sali<sup>136</sup>.

Nie zawsze udawało się obdzielić każdego lekarza jednakową liczbą pacjentów. Niekiedy dysproporcje w tym względzie były bardzo duże. W 1811 r. na 184 chorych przyjętych do szpitala w ciągu trzech miesięcy (styczeń-marzec), doktor Egidio Giovanelli dostał pod swoją pieczę 55 chorych, doktor Santini 40, a doktor Perla tylko 24. Przyczyny tych różnic są trudne do wyjaśnienia, osoby bowiem leczone przez poszczególnych doktorów cierpiały w większości na podobne lub te same schorzenia czy dolegliwości. Wynika z tego, że lekarze ci posiadali jednakowe, ogólne, wszechstronne kwalifikacje, a nie specjalizowali się w leczeniu konkretnych chorób<sup>137</sup>.

---

<sup>134</sup>ASR, nr 153, *Editto dove si ordina ai Caporali dell'Ospedale di mettere un uguale numero degl'Infermi a ciascun Medico, come pure di far legare in loro presenza dai Giovani di Guardia li fagotti dei panni dell'Amalati*, 1760, Ludovico Calino Commendatore, w: *Regestrum Expeditiuonu* 1763, s. 53.

<sup>135</sup> ASR, nr 67, *Nota di tutti i letti ... 1750.*

<sup>136</sup> Tamże.

<sup>137</sup>ASR, nr 1414, *Stato nominativo degl'Infermi ... 1811*. Nie są to na pewno wszyscy chorzy przyjęci do szpitala w tych miesiącach. Zob. rozważania o liczbie chorych.

Również w 1828 r. obowiązywała zasada proporcjonalnego rozdziału pacjentów między lekarzy naczelnych, którymi byli wtedy doktorzy: Leandro Tosti, Giovanni Vincenzo Ambrogio, Giovanni Battista Bomba, Pier Luigi Valentini. Pierwszy z nich w styczniu, lutym i marcu miał odpowiednio pod opieką 141, 129, 168 pacjentów, drugi – 136, 153, 183, trzeci – 144, 131, 142, czwarty – 130, 119, 138. Pomimo pewnych różnic, zwłaszcza między doktorem Ambrogio a Valentinim, są to liczby w miarę porównywalne<sup>138</sup>. Gdy jednak chodzi o spektrum, różnorodność i liczbę chorób stwierdzonych u pacjentów, to między poszczególnymi lekarzami występowały dużo większe różnice. W styczniu, lutym i marcu wśród pacjentów doktora Tosti znajdowały się osoby mające od 33 do 53 różnych dolegliwości, doktor Ambrogio leczył: 27-39 schorzeń, doktor Bomba – 30-31, a doktor Valentini – 12-23. Mimo tych różnic można jednak powiedzieć, że wszyscy lekarze naczelnicy odznaczali się uniwersalnym i kompleksowym przygotowaniem do leczenia bardzo szerokiej gamy chorób<sup>139</sup>.

Z powyższych analiz wynika, że bieg czasu nie naruszył podstaw organizacyjnych leczenia w zakresie obsady medycznej szpitala. Pomimo rozbudowy zaplecza lokalowego, zwiększającej się liczby chorych i postępu w naukach medycznych leczenie chorych w szpitalu spoczywało, tak jak w drugiej połowie XVII w., na barkach czterech lekarzy naczelnych.

W sytuacjach nadzwyczajnych, a do takich należały epidemie, lekarze byli odsyłani do leczenia chorych umieszczanych w pozaszpitalnych budynkach zastępczych. W czasie wielkiej zakaźnej epidemii w latach 1656-1657 jeden z nich, Domenico Fabrigia zmarł, zarażony przez zainfekowanych pacjentów przebywających w należącym do Szpitala Świętego Ducha lazarecie S. *Michele*, zwanym *Palazetto*. Jako że szpital posiadał wiele posiadłości na terenie Lacjum, jego władze wysyłały swoich lekarzy także do opieki nad mieszkającymi w nich chorymi<sup>140</sup>.

## 5. LEKARZE NADLICZBOWI

W czasach epidemii oraz wówczas, gdy lekarze główni z powodu choroby lub innych przyczyn nie przychodzili do pracy, korzystano z pomocy lekarzy nadliczbowych (*sopranumeri*). Sytuacja taka zaistniała w 1741 r. Wybrano wtedy na czas epidemii trzech dodatkowych lekarzy z przyrzeczeniem, że będą pierwszymi w oczekiwaniu na wakat w szpitalu, w zamian za pracę bez wynagrodzenia w okresie zastępstwa. W ten sposób zabezpieczono opiekę chorym, a zarazem

---

<sup>138</sup> ASR, nr 3192 Jest to nietytułowana, rękopiśmienna księga sumaryczna w podzespole „Statistica di infermi e rispettive infermità”. Dalej będzie cytowana jako *Sumaryczny spis 1828*.

<sup>139</sup> ASR, 3192, *Sumaryczny spis 1828*.

<sup>140</sup> P. SAVIO, *Ricerche sui medici e chirurghi*, s. 147, 157.

odciążono szpital, który nie musiał wypłacać 20 skudów miesięcznie lekarzom, podejmującym pracę w szpitalu<sup>141</sup>. Dwóch lekarzy nadliczbowych obsługiwało chorych ulokowanych w *Nuovo Bracciuo* także w czasie epidemii w 1750 r.<sup>142</sup>

Rozwiązanie takie niesło też negatywne skutki, ponieważ zgodnie ze zwyczajem lekarze koadiutorzy (*coadiutori*) nie byli wynagradzani, a całą zapłatę otrzymywali wspomagani przez nich lekarze główni. Budziło to niezadowolenie koadiutorów, którzy nie mając motywacji, nie przykładali się do pracy. Nie można było ich za to ukarać chociażby poprzez redukcję pensji, której nie otrzymywali. W trosce o pacjentów wizytator zarządził, że w miejsce koadiutorów należy wybrać trzech lekarzy nadliczbowych według stażu oraz zaangażowania, jakie wykazali, służąc w szpitalu w czasie epidemii. Podał przy tym przykład lekarza naczelnego Cosimo Grelli, który będąc na emeryturze, wybrał sobie za koadiutora lekarza De Camillis, pierwszego z listy lekarzy nadliczbowych. Taki sposób dobierania koadiutorów nakazał praktykować także w przyszłości, z tym że odtąd naczelnny lekarz emerytowany miał pobierać 100 skudów, reszta wynagrodzenia zaś należała się koadiutorowi, jak zostało to uzgodnione w wypadku dwu wymienionych lekarzy. Dzięki temu koadiutorzy z oddaniem zaczęli służyć chorym, a przełożeni mogli ich karać finansowo za każdą nieobecność. Ostateczne decyzje w kwestiach mianowania podejmował przełożony generalny szpitala<sup>143</sup>.

Jak widać, funkcje medyków naczelnych w tym czasie pełnili także lekarze emerytowani, zapewne wcześniej pracujący w Szpitalu Świętego Ducha bądź w innych placówkach. Można powiedzieć, że obsada lekarska szpitala miała charakter trójstopniowy. Tworzyli ją, licząc od góry, lekarze główni, których w różnych sytuacjach wspierali lekarze nadliczbowi – pomocniczy (koadiutorzy); pod względem merytorycznym byli sobie równorzędni, choć pierwsi, na stałych etatach i regularnie wynagradzani, mieli wyższą pozycję i przewagę, nad czasowo najmowanymi pomocnikami; trzecią grupę stanowili asystenci, podlegający lekarzom głównym, zobowiązani do spełniania wszelkich poleceń zwierzchników. Funkcja lekarza asystenta dawała szansę dalszego awansu. Przykładem był doktor Giuseppe De Rossi, który w 1762 r. rozpoczął pracę jako asystent, aby w 1765 r. uzyskać mianowanie na stanowisko nadliczbowego lekarza głównego<sup>144</sup>.

Lekarze nadliczbowi, najczęściej było ich trzech, pojawili się w drugiej połowie XVIII w., po rozbudowie szpitala. Chcąc pełnić tę funkcję, musieli wcześniej

<sup>141</sup> ASR; nr 1301, *Relazione fatta da Ferrnii*, s. 6

<sup>142</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 183, 193-194.

<sup>143</sup> ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata ... 1737*, s. 125-126; ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 78-79.

<sup>144</sup> ASR, nr 66, *Registro della Famiglia ... 1766*, s. 1.

uzyskać pisemną zgodę (patent) komendatora, zaaprobowany przez samego papieża, w którym gwarantowano im nominację na stanowisko lekarza głównego, gdy tylko pojawi się wakat. Przywoływano ich na zastępstwo do szpitala w sytuacji dłuższej nieobecności lekarzy głównych. Nie byli jednak opłacani przez szpital, lecz w kwestii wynagrodzenia musieli się porozumieć z lekarzami, których zastępowali. Z usług lekarzy nadliczbowych korzystano również w okresach zwiększonego napływu chorych, których umieszczano w *Nuovo Braccio*, a nawet w spichlerzach. Pracowali dotpóty, dopóki był nadmiar chorych, potem opuszczali szpital. Nie otrzymywali za swoją pracę żadnego wynagrodzenia, wystarczała im zawarta w patencie obietnica, że zostaną w przyszłości na stałe zatrudnieni. Mimo to byli zobowiązani stawiać się w szpitalu na każde wezwanie komendatora i brać udział w konsultacjach, kongresach, wizytacjach i egzaminach<sup>145</sup>.

W 1758 r. w *Nuovo Braccio* pracowało dwóch lekarzy nadliczbowych, z których pierwszy sprawował opiekę nad dwa razy większą liczbą pacjentów niż drugi. Wskutek tego miał nie tylko więcej obowiązków, ale też dłużej pracował, przez co opóźniał rozpoczęcie obiadu i kolacji, a w konsekwencji burzył cały harmonogram zajęć rodziny szpitalnej. W reakcji na taki stan rzeczy komendator Giuseppe Maria Castelli nakazał inspektorowi Ferriniemu podzielić oddziały na równą liczbę pensjonariuszy tak, aby obydwaj medycy byli sprawiedliwie obciążeni pracą<sup>146</sup>. Z kontekstu wynika, że wśród nich istniała pewna hierarchia i nadrzędność pierwszego nad drugim. Łatwo zauważyć, że lekarze nadliczbowi nie dość, że pracowali za darmo, to jeszcze zajmowali się większą liczbą chorych osób niż ich etatowi koledzy. Motywem zachęcającym do akceptowania takiej sytuacji była zapewne perspektywa otrzymania stałej pracy.

Podsumowując, lekarze główni nadliczbowi (nieopłacani) pracowali w szpitalu razem z etatowymi lekarzami głównymi tylko w okresach epidemii, w innych wypadkach służyli w szpitalu wyłącznie podczas absencji lekarzy etatowych. Wymagana osobista zgoda papieża przy wyborze lekarzy nadliczbowych potwierdza ogromną zależność Szpitala Świętego Ducha od Stolicy Apostolskiej i jej wpływ na jego funkcjonowanie.

## 6. LEKARZE ASYSTENCI

Lekarze główni, mieszkający poza szpitalem, sami nie byli w stanie zapewnić opieki chorym, zarówno nowym, przybywającym do szpitala o każdej porze dnia, jak i przyjętym wcześniej. Odbywane przez nich dwie codzienne wizytacje nie wystarczały, aby obsłużyć wszystkich pacjentów. W związku z tym zatrud-

<sup>145</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 10, 80-91.

<sup>146</sup> ASR, nr 44, *Sotto il governo del Sig. Card. Giuseppe Maria Castelli ... 1759*, s. 76.

niano dodatkowe siły medyczne w osobach dyplomowanych lekarzy asystentów. Ci, mieszkając w szpitalu, gwarantowali chorem całodobową opiekę medyczną, zwłaszcza w czasie nieobecności lekarzy głównych. Jako podwładni tych ostatnich, wykonywali wszystkie ich dyspozycje i zalecenia<sup>147</sup>. Każdy z czterech asystentów był przypisany do konkretnego lekarza głównego; przy jego boku zdobywał dalszą praktykę, towarzysząc przełożonemu w wizytacjach i obserwacjach pacjentów. Dzięki temu, jak pisał Domenico Borgarucci w 1623 r., zwiększali swoje umiejętności zawodowe, z czasem stając się sławnymi lekarzami Rzymie i poza nim, często medykami kardynałów i wielkich książąt<sup>148</sup>.

Lekarzy asystentów przyjmowano do pracy w szpitalu w drodze konkursu publicznego, o którym powiadamiano wydrukowanym obwieszczeniem rozlepianym w okolicznych miejscowościach<sup>149</sup>. Przykładem może być konkurs w formie egzaminu, ogłoszony na 19 stycznia 1739 r. w celu wybrania czterech nowych asystentów lekarskich. Wystąpiło w nim 11 kandydatów, którzy piętnaście dni wcześniej musieli zapisać się na listę rywalizujących, a także przedstawić certyfikat uzyskania doktoratu z medycyny oraz wykaz innych dokumentów. W wyniku egzaminu przyjęto *pro assistentibus* czterech najlepszych<sup>150</sup>. Identyczny system naboru lekarzy asystentów obowiązywał do końca XVIII w. W trakcie egzaminu kandydaci pisali kilku-, rzadziej kilkunastostronicowe wypracowania po włosku lub po łacinie na tematy zdrowia, ubóstwa, medycyny, chorych i chorób oraz inne. W każdym egzaminie brało udział od kilku do kilkunastu osób<sup>151</sup>. Kandydat starający się o posadę asystenta lekarza głównego musiał mieć ukończone co najmniej 25 lat<sup>152</sup>. Bezwzględnym warunkiem uzyskania tego stanowiska były odbyte studia medyczne i uzyskanie doktoratu z medycyny. W 1786 r. jeden z lekarzy asystentów miał nawet podwójny doktorat – z medycyny i z filozofii<sup>153</sup>. Przynajmniej takie same warunki przy nominacji musieli spełnić medycy główni, a oprócz tego musieli posiadać wcześniejszą, dłuższą praktykę w pracy z chorymi. Do konkursów na asystentów zgłaszali się kandydaci z różnych stron, a nawet krajów, na przykład na początku XVIII w. w egzaminie uczestniczyło dwóch młodych lekarzy niemieckich – z Ffalsz-Neuburga i z Wiednia<sup>154</sup>.

<sup>147</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 87-88.

<sup>148</sup> BAV, Barberiniano latino 1068, *Relatione del modo che si tiene ... 1623*, s. 8; R. GRÉGOIRE, *Servizio dell'anima*, s. 239

<sup>149</sup> ASR, nr 64, *Relazione delle Cose ... Castelli. 1759*, s. 52-53; ASR, nr 1409, *Relazione delle Cose 1759 ... Castelli Procomendatore*, s. 227.

<sup>150</sup> ASR, nr 1405, *Notificazione. L'Ordine Leandro Porzia ... 1738*.

<sup>151</sup> ASR, nr 1388, *Esami dei Givani Medici 1788-1791*. Także księgi nr 1389, 1390.

<sup>152</sup> ASR, nr 1409, *Decreti di Visita 1679 ... Acciajoli*, s. 65.

<sup>153</sup> ASR, nr 1387, *Elenco delle dimostrazioni di anatomia*.

<sup>154</sup> A. CANEZZA, *Gli Arciospedali*, s. 117.



Głównym zadaniem lekarzy asystentów było pielęgnowanie chorych i ich obserwacja tak często, jak było to – według nich – konieczne, towarzyszenie lekarzom głównym w rannych i wieczornych wizytach oraz informowanie ich o szczególnych przypadkach stwierdzonych w czasie dyżuru. Jeśli taki się zdarzył, mogli zmienić i zaordynować inną dietę dla pacjenta. To oni diagnozowali chorych przyjmowanych rano i wieczorem, kładli ich do łóżek, jak też odsyłali niektórych pacjentów gdzie indziej ze względu na ich obrażenia czy choroby, na przykład zranionych (*piagati*) czy *flussanti*. W czasie dyżuru byli zobowiązani przebywać bez przerwy w szpitalu, nie mogli go opuszczać bez znalezienia swojego zastępcy, tak, by w każdej nieprzewidzianej potrzebie chorzy mogli znaleźć pomoc lekarską. W ich gestii było też sprawdzanie jakości i ilości wina, zup, mięsa oraz pozostałych potraw dla chorych<sup>155</sup>.

Zakres obowiązków asystentów, sformułowany w połowie XVII w., nie zmienił się ponad sto lat później. Obarczono ich dodatkowo zadaniem kontrolowania leków przyjmowanych przez chorych. Każdy posiadał księżeczkę, w której odnotowywał zalecenia lekarzy głównych, a następnie sprawdzał, czy są one zgodne z tym, co zapisali aptekarze. Notowali też zaordynowane przez swoich przełożonych lekarstwa, przebieg i zmiany stanu chorobowego. Przy najmniej jeden, pełniący dyżur, miał być gotowy na każde wezwanie i śpieszyć z pomocą w pilnych wypadkach pensjonariuszkom z *Conservatorio* i osobom znajdującym się we wszystkich miejscach szpitala. Wieczorem, przed pójściem na spoczynek, byli zobowiązani jeszcze raz obejść swoje oddziały, ażeby upewnić się, czy nie zaistniała nowa sytuacja, wymagająca natychmiastowej pomocy. Gdy któryś z pacjentów był umierający, byli zobowiązani powiadomić kaprała i służących z dyżurnej gwardii, ażeby zapewnili zaopatrzenia sakramentami świętymi, jak też wypisać receptę na leki ratujące życie. Powinnością asystentów było też leczenie przyniesionych do szpitala chorych podrzutków oraz przebywających w domach mamek lub pozostających pod kuratelą innych osób, pod warunkiem, że wcześniej zobaczą polisę, poświadczającą, że są podopiecznymi szpitala. Do nich należał obowiązek zbadania rano wyznaczonych do wypisu rekonwalescentów, a w sytuacji stwierdzenia nawrotu słabości, ponownego położenia ich do łóżka, aż do pełnego wyleczenia.

Lekarze asystenci, wykonując podstawową misję leczniczą, byli zobowiązani nadal się kształcić i pogłębiać wiedzę medyczną. Na polecenie swoich mistrzów i za zgodą przełożonego infirmerii dwadzieścia cztery godziny po śmierci pacjenta otwierali niektóre zwłoki, a następnie bardzo dokładnie je analizowali i badali.

---

<sup>155</sup> ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi nell'Arcispedale ... 1654*, s. 37-38; ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi dagli' Officiali ... 1654*, s. 21-22; ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 88-90.

Służyło to gruntownej nauce własnej i zdobywaniu większego doświadczenia, ale także – jak pisano – całemu zdrowiu publicznemu<sup>156</sup>.

Najbardziej precyzyjny regulamin dla lekarzy asystentów oraz zastępców chirurgów sformułowali w 1749 r. wizytator papieski kardynał Antonio Severio Gentili oraz komendant Antonio Maria Pallavicini. Stanowił on reakcję na dotychczasowe zaniedbania i wysoką śmiertelność pacjentów, którymi nie zawsze miał się kto zająć. Sprecyzowano w nim cztery podstawowe obowiązki personelu medycznego. Po pierwsze, asystenci lekarscy oraz zastępcy chirurgów, w dniach pełnienia gwardii, nie mogli opuścić szpitala, z wyjątkiem bardzo pilnych spraw, ale pod warunkiem zapewnienia zastępstwa przez jednego z kolegów i poinformowania o tym kaprała gwardii. Po drugie, w czasie dyżuru nie mogli przesiadywać w bibliotece lub w innych nieuprawnionych miejscach, lecz od rana do wieczora przebywać w *Corsia Grande*. Jeśli musieli wyjść na chwilę do swojego pokoju lub w inne miejsce, mieli obowiązek zawiadomić kaprała gwardii, by w potrzebie mógł ich wezwać. Po trzecie, mieli za zadanie pokazać kapralowi chorych, których należało położyć do łóżka, a następnie wskazać potrzebujących niezwłocznej interwencji chirurga czy pomocy lekarza głównego. Po czwarte, asystenci i zastępcy chirurgów musieli na koniec każdego dnia, przed pójściem do łóżka, skontrolować wszystkich pacjentów leżących na oddziałach, w razie potrzeby udzielić im pomocy i przygotować do zabiegów na następny dzień, wykonywanych przez głównych lekarzy i chirurgów<sup>157</sup>.

W niektórych okresach, zwłaszcza w drugiej połowie XVIII w., w szpitalu pojawiali się dodatkowi lekarze asystenci (*sopranumeri*). W 1786 r. było ich dwóch<sup>158</sup>.

Podobnie jak lekarze główni również ich podwładni nie zawsze stawiali na wysokości zadania i zaniedbywali swoje obowiązki. W 1652 r. do najczęstszych wykroczeń należało nieuzasadnione opuszczenie szpitala<sup>159</sup>. Negatywną opinię o postawie lekarzy asystentów, jak i zastępców chirurgów wydał wizytator w 1741 r., zarzucając im częstą nieobecność w gwardiach, nieodwiedzanie ciężko chorych i gorączkujących. Chcąc poprawić dyscyplinę, zobowiązał ich do stałego uczestniczenia w gwardiach i niewychodzenia ze szpitala, chyba że w nadzwyczajnej

---

<sup>156</sup> ASR, nr 66, *Registro della Famiglia ... 1766*, s. 1-2; ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 90. Zob. też ASR, nr 1409, *Commissione Amministrativa ... 1810*.

<sup>157</sup> ASR, nr 3092, *Ordini del Cardinal Antonio Saverio Gentili Visitatore Apostolico ... 1749*, s. 33. Niemal te same zalecenia wyraził już wizytator w 1741 r. Zob. ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata ... 1737*, s. 127-128.

<sup>158</sup> ASR, nr 64, *Relazione delle Cose ... Castelli. 1759*, s. 52-53; ASR, nr 1387, *Elenco delle dimostrazioni di anatomia ... 1786*.

<sup>159</sup> ASR, nr 3, *Ordini da osservarsi nell'Hospitale*, s. 88.

potrzebie. Jednocześnie zakazał im zlecania leczenia chorych wieczór przez *giovani di medicaria*, „a więc tego, co sami powinni robić, a od dawna tego nie czynili”<sup>160</sup>.

Lekarze asystenci popełniali też inne świadome przewinienia, nawet oszustwa. W 1749 r. wizytator donosił, że wystawiali recepty na lekarstwa rzekomo konieczne dla chorych, u których wystąpiła choroba już po wizycie przeprowadzonej przez lekarzy głównych, a następnie dawali je do podpisu przełożonemu infirmerii. W czasie kontroli wykryto, że niektóre leki przepisane konkretnym pacjentom nie były im podawane, lecz wynoszone ze szpitala. W tej sytuacji komendator nakazał przełożonemu infirmerii, aby przed złożeniem podpisu na receptach wypisanych przez asystentów upewnił się najpierw, czy pacjent, któremu przepisano dany lek, został przyjęty do szpitala po wizycie dokonanej przez lekarzy głównych, czy też w międzyczasie pojawił się nowy objaw choroby, wymagający natychmiastowego leczenia. W obu jednak przypadkach należało upewnić się, czy chory rzeczywiście przyjął zaordynowany lek<sup>161</sup>.

W wypadku wakatu asystenta lekarza na to miejsce to, w drodze konkursu, wybierano najlepszego z konkurentów. Pozostali z pozytywnym wynikiem mogli zapisać się jako asystenci nadliczbowi, ale bez prawa do przyszłego odziedziczenia tej funkcji. Zdarzało się, że w konkursach dwaj kandydaci uzyskali identyczne noty, dopiero więc po analizie i ocenie wymagań stawianych pretendantom, akceptowano jednego z nich. W tej sytuacji wizytator zanegował praktykę wybierania Nielimitowanej liczby asystentów nadliczbowych z prawem do objęcia pełnego stanowiska w przyszłości. Odtąd komendator postanowił organizować konkursy wyłącznie z opcją wyboru najwyżej dwóch nadliczbowych asystentów, z zapewnieniem im stałej pracy w wypadku wakatów. Takie rozwiązanie nie krępowało przyszłych komendatorów, dając im możliwość przeprowadzania własnych konkursów na tę posadę. Dotąd musieli aprobować nadliczbowych asystentów, wybranych przez antecesorów. Nie zniechęcało to studentów medycyny do podejmowania kolejnych prób, po pierwszym, nieudanym podejściu, znalezienia się wśród dwóch nominowanych. Wreszcie korzystali na tym sami chorzy, uzyskując możliwość lepszej opieki ze strony pewniejszych medyków, którzy poddali się dwa razy weryfikacji<sup>162</sup>.

Rozwiązanie takie zastosowano już niebawem, 23 kwietnia 1759 r., gdy stanowisko asystenta lekarza, pełnione od lata poprzedniego roku, opuścił doktor Scatena, wyznaczony do innych, pilniejszych zadań leczniczych. Zorganizowano więc publiczny konkurs na wybór nowego asystenta, przy obecności czterech lekarzy głównych. W jego wyniku wybrany został na wakujące miejsce Baldassare

<sup>160</sup> ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata ... 1737*, s. 127-128.

<sup>161</sup> Tamże, s. 408; ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 33.

<sup>162</sup> ASR, nr 1409, *Decreto sopra l'elezione de' medici sostituti ... 1759*, s. 237-238.

Capogrossi, który optymalnie rozwiązał przedstawiony przypadek oraz przedstawił zaświadczenie, że był już zatwierdzony w poprzednim konkursie i praktykował wcześniej przez osiem miesięcy w czasie uciążliwej epidemii jako *pro-assistente*. W tej sytuacji rozważano nawet dopuszczeniu go do stanowiska asystenta na podstawie poprzedniego konkursu, tak jak to wcześniej czyniono, gdy osoby ze zdany egzaminem nie zostały przyjęte, ale uzyskany wynik dawał im prawo i pierwszeństwo na miejsce przy następnym wakacie. Praktykę taką, jako nieodpowiednią, z powodów, o których była mowa, jednak uchylono. Podano nowe argumenty za zmianą systemu obsadzania wakatów, a mianowicie, że ci, którzy zostali przyjęci z prawem do przyszłej sukcesji, niejako spoczywają na laurach, tracą mobilizację, zaniedbują dalsze studia, wskutek czego są gorzej wykształceni. Zniechęcają też innych, którzy czekają na naukę medycyny, a widząc zajęte już miejsca, tracą nadzieję na zdobycie stanowiska asystenta. Ponadto nowy system przy kolejnym wakacie dawał szansę pojawienia się „profesorów” bardziej doświadczonych, o szczególnej wrażliwości, obdarzonych większą ofiarnością i współczuciem wobec chorych. Ponieważ jednak uznano, że warto było mieć „profesorów” kompetentnych, zdolnych zastąpić czasowo aktualnych asystentów podczas ich nieobecności lub w innych sytuacjach, po konsultacji z lekarzami głównymi postanowiono mianować na asystentów nadzwyczajnych (*sopranummerti*) czterech kolejnych doktorów, których w konkursie uznano za odpowiednich. Byli to: Giovanni Mannoni, Teodoro Angelucci, Marco Bernardini i Ortensio Russo<sup>163</sup>.

Na wypadek absencji któregoś z asystentów komendator mógł wezwać do pełnienia tej funkcji każdego spośród wymienionych, według swojego uznania, wszyscy bowiem byli traktowani na równi. Żaden z nich, nawet jeśli został już przyjęty na zastępstwo etatowego asystenta lub służył w szpitalu, nie miał jednak prawa wejść automatycznie na miejsce przyszłego wakatu, ale musiał przystąpić do nowego konkursu, zarządzanego przez komendatora na tę okoliczność. Pomyślny wynik w nim uzyskany, lepszy od innych, był tylko wstępem do dalszej rekrutacji, w której brano pod uwagę przede wszystkim ocenę jego służby pełnionej na zastępstwie. Opinia o niej stanowiła dla komendatora decydujący argument tylko w sytuacji, gdy wszyscy kandydaci do zapełnienia wakatu, również niemający wcześniej możliwości odbycia takiej służby, uzyskali jednaki wynik w konkursie<sup>164</sup>.

Zwraca uwagę nazywanie kandydatów na asystentów lekarskich „profesorami”, co na pewno nie określało ich pozycji, a miało raczej charakter grzecznościowy. Również określenie *pro assistente* należy do unikatowych, z kontekstu wynika, że chodziło o kandydata na asystenta po pozytywnym zaliczeniu egzaminu

<sup>163</sup> ASR, nr 1409, *Decreto sull'esame dei medici primari*. 1759, s. 216-218.

<sup>164</sup> Tamże; ASR, nr 1409, *Decreto sull'esame dei medici primari ... 1759*, s. 218.

konkursowego. Z powyższego wynika również, że aspirujący do asystentury lekarskiej, już po studiach medycznych, byli zobowiązani do ciągłej nauki, a w wypadku osiągnięcia tego stanowiska ich praca w szpitalu przypominała dzisiejszy staż, specjalizację czy rezydenturę, po której bądź awansowali wyżej na lekarzy głównych, bądź szukali innego zatrudnienia. Generalnie droga do funkcji asystenta lekarza nie była prosta, a raczej trudna i skomplikowana, wymagająca od pretendentów ciągłego pogłębiania wiedzy. Głównym motywem surowych kryteriów awansu czy nominacji asystenckich stawała się troska o zdrowie pacjentów, co było uzależnione od wysokiego poziomu prezentowanego przez asystentów, sprawujących, jak wiadomo, całodobową opiekę nad nimi.

Praktyczny sprawdzian nowych zasad rekrutacji nastąpił 1 września 1759 r. Wtedy z inicjatywy opuszczającego szpital doktora Speranza ogłoszono konkurs na wakujące po nim miejsce. Maksymalne wyniki uzyskali doktorzy Teodoro Angelucci i Marco Bernardini oraz służący w szpitalu Ortensio Russo, z tym że dwaj ostatni brali udział w poprzednim konkursie i otrzymali również maksymalne noty, a dodatkowo służyli już w szpitalu na zastępstwie, wykazując duże umiejętności i zaangażowanie. W tej sytuacji na pierwszego nadliczbowego asystenta wybrano doktora Bernardiniego, z prawem wypełnienia pierwszego wakatu, jako drugiego wyznaczono Ortensio Russo, pod warunkiem ukończenia doktoratu<sup>165</sup>. W wypadkach nieprzewidzianego i gwałtownego przyływu chorych władze szpitala reagowały na bieżąco, organizując konkursy na lekarza asystenta nadliczbowego<sup>166</sup>.

Nie wiadomo, na jaki czas zatrudniano lekarzy asystentów na pełnym etacie. Można sądzić, że kontrakty zawierano na trzy lata, gdyż w jednym z dokumentów, zapisano w 1759 r., że doktor Pietro Vinciguera, *medico assistente*, zakończy w lipcu przyszłego roku trzyletni okres pracy w szpitalu. Władze szpitala chciały jednak, by dalej kontynuował swoją asystenturę z uwagi na biegłość w sztuce medycznej, zdolności, wiedzę, zdobyte doświadczenie w czasie wykonywania swoich obowiązków. Dlatego, posiadając prawo do wybierania i mianowania asystentów, postanowiły przedłużyć mu etatowe zatrudnienie na kolejne trzy lata. Decyzję taką podjęto z myślą o dobru pacjentów, biorąc pod uwagę jego przydatność, zwłaszcza znakomite przygotowanie anatomiczne w zakresie autopcji i krojenia zwłok, zdobyte w czasie studiów, zakończonych z wyróżnieniem, i praktyki na uniwersytecie *Sapienza*. Tym bardziej, że wyraził on gotowość regularnego przychodzenia do sali anatomicznej, by dzielić się swoją wiedzą ze studentami posługującymi w szpitalu (*giovani*), uczyć ich kunsztu medycznego oraz przeprowadzania operacji<sup>167</sup>. Wynika z tego, że posiadał on wysokie umie-

<sup>165</sup> ASR, nr 1409, *Decreto sopra l'elezione ... 1759. Castelli*, s. 239.

<sup>166</sup> ASR, nr 161, *Aviso per il concorso ... medico assistente soprannumero*, s. 151.

<sup>167</sup> ASR, nr 1409, *Proroga di Assistente*, s. 236.

jętności chirurgiczne i gruntowną wiedzę z tej dziedziny. Trudno przesądzać, czy prolongowanie etatu asystenta była standardem czy raczej wyjątkiem, stosowanym wobec zdolnych i potrzebnych szpitalowi asystentów. Zapewne część z nich po kilkuletniej praktyce opuszczało szpital, traktując asystenturę w infirmerii duchaków jako reklamę i punkt wyjścia do pracy w innych placówkach leczniczych.

## 7. CHIRURDZY GŁÓWNI

Podobnie jak od lekarzy, również od chirurgów głównych wymagano pilnej, wiernej służby i leczenia chorych, przy czym zaznaczano, że winni pracować za niezbyt wysokie wynagrodzenie. Do ich zadań należało wizytowanie chorych w podległych sobie oddziałach oraz chorych z oddziałów prowadzonych przez lekarzy głównych, którym ci ostatni zalecili konsultację chirurgiczną (*videat chirurgus*)<sup>168</sup>. Wizyty mieli przeprowadzać tyle razy, ile było to potrzebne, według nakazu własnego sumienia, acz zazwyczaj było to dwa razy dziennie. Chirurgdzy w każdej chwili mogli zwrócić się do lekarza o pomoc w doborze właściwej kuracji dla rannych i przypisanie im odpowiedniej diety i lekarstw. Ponadto ich obowiązkiem było stawianie baniek i pijawek, jak też przyuczenie do zawodu *giovani* służących w szpitalu<sup>169</sup>.

Chirurgdzy naczelnicy mogli, tak samo jak lekarze główni, wypisywać podczas codziennych wizytacji, recepty dla swoich pacjentów. Bez osobistego podpisu jednych i drugich na receptach aptekarz szpitalny nie mógł ich zrealizować i wydać przepisanych leków<sup>170</sup>.

Nauczanie było nie mniej ważnym obowiązkiem chirurgów niż prowadzenie kuracji i wykonywanie zabiegów. Dlatego powierzali oni niektóre zadania swym zastępcom lub wyższej służbie (*ufficiali maggiori*), sami zaś wiedzę o różnych chorobach i sposobach ich leczenia przekazywali studentom. Pierwszy chirurg, dwa razy w tygodniu, we wtorek i w piątek, prowadził zajęcia ze studentami w szkole chirurgicznej, gdzie dyktował im traktaty z chirurgii i anatomii<sup>171</sup>. Chirurgdzy naczelnicy wyznaczali spośród *maggiori e giovani* osoby do prowadzenia w okresie Wielkiego Postu pokazów anatomicznych i wykładów, a także ustalali tematy, które były przedmiotem tych spotkań. Następnie przekazywali te informacje wszystkim słuchaczom, aby mogli się z tym materiałem wcześniej za-

<sup>168</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 82-83.

<sup>169</sup> ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi nell'Arcispedale ... 1654*, s. 39-40; ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi dagl' Officiali ... 1654*, s. 23-24.

<sup>170</sup> ASR, nr 1409, *Commissione Amministrativa ... 1810*.

<sup>171</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 83-84; A. Canezza, *Gli Arcispedali*, s. 110.



poznać. Chirurdzy wyznaczali prosektorów do preparacji części anatomicznych, układali je w porządku oraz nadzorowali krojenie zwłok. Ustalali kalendarz publicznych pokazów w Teatrze Anatomicznym, które rozpoczynały się w pierwszą niedzielę Wielkiego Postu, a kończyły się pokazem w Niedzielę Palmową. Na każdym pokazie musiał być obecny chirurg nadzorca, który je organizował. Po zakończeniu cyklu pokazów wielkopostnych był zobowiązany przekazać znaczną jałmużnę na odprawienie Mszy za duszę zmarłych, których zwłoki wykorzystano do celów anatomicznych i prosektoryjnych. Krótko mówiąc, chirurdzy naczelni odpowiadali za całość nauczania i jego organizację w Szkole Chirurgii, za gruntowne opanowanie wiedzy chirurgicznej i anatomicznej, która – jak stwierdzono – nie tylko wpływała na sławę i prestiż szpitala, ale także gwarantowała bezpieczeństwo osób, którymi mieli się później zajmować. Chirurdzy główni, jako eksperci, odpytywali i oceniali w czasie egzaminów kandydatów na swoich zastępców oraz na stanowiska *capo sanguigna* i *unzionario*, brali też udział w kongregacjach szpitalnych, konsultacjach medycznych, wizytacjach i innych spotkaniach, zarządzonych przez komendatora lub przełożonego infirmerii<sup>172</sup>.

Podstawowym miejscem pracy chirurgów był szpitalik dla rannych, który przyjmował osoby wymagające zabiegów operacyjnych lub opatrzenia ran. W końcu XVIII w. w czasie dwukrotnego wizytowania chorych chirurgowi asystował jego zastępca, kapral szpitalika dla rannych, *capo sanguigna*, pisarz, *unzionario*, stolnik i czterech kaprali z *Gran Corsia*<sup>173</sup>. Chirurdzy odpowiedzialni byli też za zaopatrzenie swego szpitalika, (tzw. *medicaria*) w nieodzowne lekarstwa, według własnoręcznie sporządzanych receptur. Niezależnie od pracy w swoim szpitalu chodzili co miesiąc na zmianę do *Conservatorio*, do matek i szkoły dla porzuconych chłopców, gdy wzywano ich do leczenia dolegliwości wymagających interwencji chirurgicznej. Leczyli też kanoników oraz członków rodziny szpitalnej. W pracę chirurgów była wpisana stała gotowość podjęcia interwencji w nagłych przypadkach. Gdy zostali wezwani, musieli natychmiast śpieszyć z pomocą, nie bacząc na odbywane wizytacje, szczególnie pacjentom, którym wcześniej wykonali niebezpieczną operację<sup>174</sup>.

Chirurdzy byli zobowiązani również leczyć za darmo wszystkich biednych spoza szpitala, a pobieranie za to jakiegokolwiek zapłaty, groziło pozbawieniem pracy<sup>175</sup>. Nie wolno im było opuścić szpitala pod żadnym pretekstem, jeśli nie zostawili na zastępstwie innego kolegi po fachu<sup>176</sup>. Gdy nie mogli z rana przybyć

<sup>172</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 83-84.

<sup>173</sup> ASR, nr 67, Rękopis: *L'Gran Corsia*.

<sup>174</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 83-84.

<sup>175</sup> ASR, nr 1409, *Decreti di Visita 1679 ... Acciaiuoli*, s. 66.

<sup>176</sup> ASR, nr 1409, *Decreti per l'ospedale in occasione di sospetto ... 1691*, s. 79.

do szpitala z powodu nagłej, chwilowej niedyspozycji, musieli powiadomić przełożonego infirmerii, by ten zorganizował dla nich zastępstwo, jeśli jednak nieobecność z powodu choroby była dłuższa, to w gestii samego komendatora było znalezienie kogoś godnego na to miejsce<sup>177</sup>.

W dokumencie z 1623 r. można przeczytać, że dwaj chirurdzy naczelni wyszli z seminarium służących Szpitala Świętego Ducha (*seminario dei servitori di Santo Spirito*), w którym nauczyli się zawodu. To niezwykle istotna informacja, świadcząca, że rzeczony szpital był faktycznie szkołą, szpitalem uniwersyteckim, kształcącym wybitnych chirurgów, którzy nie tylko pełnili najwyższe funkcje w szpitalu, ale potem służyli papieżom, kardynałom, księżętom i dostojnikom rzymskim. A było to możliwe dzięki „posiadanej wiedzy i praktyce w czasie długiej i intensywnej pracy w szpitalu, która sprawiła, że mieli oni powszechne poważanie, byli doświadczonymi fachowcami, lepszymi od innych”. Ta opinia dotyczyła zarówno chirurgów naczelnych, jak i ich zastępców<sup>178</sup>.

Chirurgów głównych angażowano do szpitala na podstawie złożonej dokumentacji, potwierdzającej dotychczasowe osiągnięcia i przebieg kariery zawodowej. W 1799 r. chirurg rzymski Luigi Bancari, starając się o to stanowisko dostarczył następujące zaświadczenia stwierdzające, że odbył wstępny kurs studiów fizyki w Kolegium Rzymskim – pracował jako pielęgniarz w szpitalu *Santa Maria della Consolazione*, a potem w szpitalu *S. Giacomo degl’Incurabili* i w Szpitalu Świętego Ducha, w którym miał angaż po konkursie; pełnił w nim funkcję dziekana *della Corsia*, a następnie kolejno kaprała *della Corsia*, *ciarabucco* w szpitaliku dla rannych, *giovane di medicheria*, co zobowiązywało go do asystowania przy operacjach – po kolejnym egzaminie został kapralem w szpitaliku dla rannych, następnie osiągnął posadę *unzionario* i *capo sanguigna*, przeprowadził pięć pokazów anatomicznych w teatrze, kilkakrotnie był nagradzany w konkursach – w 1794 r. srebrnym medalem, w 1796 r. dwoma medalami srebrnymi, a w 1796 r. srebrnym i złotym medalem<sup>179</sup>. Zdobywanie złotego medalu dawało prawo do otrzymania dyplomu w zakresie chirurgii<sup>180</sup>.

Droga do pozycji chirurga głównego była długa i różnorodna. Po studiach z fizyki prowadziła poprzez naukę, służbę, pracę i praktykę w różnych szpitalach na coraz wyższych hierarchicznie stanowiskach, zdobywanych w drodze konkursów, egzaminów i pokazów anatomicznych. Przyszli chirurdzy większość tej drogi odbywali, owszem, w swoim Szpitalu Świętego Ducha, mając już jednak, jak wynika

<sup>177</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 84-85.

<sup>178</sup> BAV, Barberiniano latino 1068, *Relatione del modo che si tiene ... 1623*, s. 8; R. GRÉGOIRE, *Servizio dell’anima*, s. 239.

<sup>179</sup> ASR, nr 168, *Nota dei requisiti*, s. 227.

<sup>180</sup> P. DE ANGELIS, *Giovanni Maria Lancisi. La Biblioteca Lancisiana. L’Accademia Lancisiana*, Roma 1965, s. 197.

z powyższego, wcześniejszą praktykę w innych placówkach leczniczych. Bywało też odwrotnie: niektórzy mężczyźni po wcześniejszych doświadczeniach w szpitalu duchaków kontynuowali pracę i karierę chirurgiczną w innych szpitalach.

W sumie jednak, podobnie jak w wypadku niższego personelu, nie było też stałego i pewnego sposobu mianowania głównych lekarzy i chirurgów. W 1737 r. wizytator stwierdził, że nic bardziej nie służy leczeniu chorych niż zręczność profesorów. Dlatego zdecydował nie powierzać w przyszłości tych stanowisk w drodze wymiany – zastępstwa – czy z łaski (*per grazia*), lecz poprzez egzamin i publiczny konkurs, obowiązujący również przy wyznaczaniu pomocników „bezsilnych” (*impotenti*) profesorów<sup>181</sup>. Wynika z tego, że wcześniej mianowano naczelnych medyków uznaniowo, na przykład za zasługi, staż, wiek itp. oraz że niektórzy lekarze i chirurdzy byli w zaawansowanym wieku, skoro wizytator ich tak określił.

Podobnie jak lekarze, również chirurdzy nie ograniczali swojej aktywności zawodowej tylko do wykonywania obowiązków w szpitalu. Byli też wykładowcami, tak jak Antonio Bucci, który jako lektor chirurgii w 1620 r. nauczał i egzaminował w akademii młodych mężczyzn pracujących w szpitalu. W spisie zapłat za 1617 r. został wymieniony jako lektor chirurgii w Szpitalu Świętego Ducha, a dokładniej jako lektor akademii szpitalnej dla młodzieży. Oprócz pensji w wysokości 40 skudów otrzymywał on poza tym od stażystów znacznie niższą kwotę 8 skudów na kwartał<sup>182</sup>. Informacja ta świadczy, że przynajmniej w niektórych okresach i może w odniesieniu do konkretnych wykładowców studenci służący w szpitalu opłacali swoich mistrzów. O podobnych praktykach w czasach późniejszych dokumenty nie wspominają<sup>183</sup>. Również wśród chirurgów występowały różnice w ich statusie i prestiżu, co znajdowało odzwierciedlenie w otrzymywanym wynagrodzeniu. Na przykład w 1569 r. dwaj chirurdzy Szpitala Świętego Ducha otrzymywali odpowiednio 75 i 100 skudów rocznie<sup>184</sup>. Forma uposażenia chirurgów zmieniała się w czasie. Oprócz miesięcznej pensji otrzymywali oni zwyczajowo inne gratyfikacje i dary w naturze (*regalie*). W 1738 r. wizytator pozbawił dwóch głównych chirurgów łóżka, pościeli, 20 świec, 4 kózek (*capretti*), 8 królików, wędlin, sera, cielęciny i innych artykułów, jajek, ryb i innych produktów, w zamian za to zarządził wypłacanie im co miesiąc w gotówce równowartości tych danin<sup>185</sup>.

<sup>181</sup> ASR, nr 905, *Ordini e Decreti della Santa Visita Apostolica. 1737*, s. 6-6v.

<sup>182</sup> „lettore di ceruggia del nostro Ospedale”, „lettore dell'accademia delli Giovani dell'ospedale”. P. Savio, *Ricerche sui medici e chirurghi*, s. 164.

<sup>183</sup> M. CONFORTI, S. DE RENZI, *Sapere anatomico*, s. 443.

<sup>184</sup> E. ANDRETTA, *Universo dei medici*, s. 86.

<sup>185</sup> ASR, nr 903, *Visita Apostolica in Santo Spirito, incominciata l'anno 1737 ... 1749*, s. 13.

Na początku lat pięćdziesiątych XVI w. w wykazach chirurgów szpitalnych występuje jakby podwójna nazwa ich określająca: *medico cerusico*, czyli lekarz chirurg. Czy posiadali oni dwie specjalizacje, czy też może już wtedy chirurga uznawano sporadycznie za lekarza? Wspomniano wyżej, że niektórzy lekarze posiadali wysokie umiejętności chirurgiczne, możliwe więc, że zdarzały się wypadki odwrotne. Wśród chirurgów szpitalnych również można było spotkać uznane postacie powszechnie znane, twórców traktatów naukowych. Do takich należał Mario Cecchini, *scrittore e lettore* szpitali *S. Giacomo* i *S. Giovanni*, główny chirurg w infirmerii duchaków w 1699 r. Zanim jednak do niego przybył, opublikował w 1686 r. zbiór swoich odczytów i pokazów anatomicznych, ukazujących układ anatomiczny ludzkiego ciała, a przeprowadzonych w Teatrze Anatomicznym w wymienionych szpitalach. Z rzadka autorami drukowanych prac o tematyce anatomicznej byli także chirurdzy asystenci, na przykład Filippo Ciucci, praktykujący w szpitalu 1656 r.<sup>186</sup>

Bardzo różny był staż pracy chirurgów – od kilku miesięcy do nawet trzydziestu lat. W XVI-XVII w. do rzadkości należeli chirurdzy urodzeni w Rzymie, za to wielu przybyło z bardzo odległych stron, między innymi z Mediolanu, Bolonii, Brescii, Neapolu. Na szczególną uwagę zasługuje trzech przedstawicieli rodziny Trulli, specjalizujących się w chirurgii. W latach 1655-1676 w Szpitalu Świętego Ducha pracował chirurg Stefano Trulli, zatrudniony także w szpitalu *S. Lazzaro*. Mniej więcej w tym samym czasie praktykował z nim jego rodzony brat Giovanni, litotom (1645-1661), natomiast nieco wcześniej (1638-1654) chirurgiem tegoż szpitala był inny Giovanni Trulli, prawdopodobnie ojciec wyżej wymienionych<sup>187</sup>.

Oceniając chirurgów związanych ze Szpitalem Świętego Ducha, należy powtórzyć wyrażoną wcześniej opinię o lekarzach, że byli to najlepsi fachowcy i eksperci w swoim zawodzie, o powszechnej, a przynajmniej ponadrzymskiej sławie. Może tylko w nieco mniejszym stopniu zajmowali się pisaniem dzieł teoretycznych, swoją aktywność koncentrując na nauczaniu młodych adeptów chirurgii i praktyce chirurgicznej, z której słynął szpital.

Wśród nich wyróżniał się szczególnie Carlo Guattani (1709-1773), postać wybitna, która dała początki chirurgii naukowej w Szpitalu Świętego Ducha. Zaczynając w nim od pozycji pracującego studenta (wcześniej w wieku 19 lat ukończył Collegio Romano), doszedł do stanowiska naczelnego chirurga szpitalnego i papieskiego. To on wyzwolił sztukę chirurgii od monopolu *norcini* – rzeźników. Pisał, że w szpitalu istniał zwyczaj powierzania zadania usuwania kamieni (litotomia), leczenia zaćmy (*depressione della cataratta*) oraz opróżniania pęcherza strzykawką (*sciringatura*), właśnie tego rodzaju ludziom, którzy

<sup>186</sup> P. SAVIO, *Ricerche sui medici e chirurghi*, s. 145-146, 160-162, 166, 168.

<sup>187</sup> Tamże, s. 160-168.

przekazywali swoją profesję dziedzicznie z ojca na syna. Zabijało to, jego zdaniem, prawdziwą chirurgię, wcześniej w Rzymie bardzo szanowaną, ponieważ tacy „fachowcy” zdominowali i sprywatyzowali tę sferę do tego stopnia, że osoby z zatrzymaniem moczu, niemający pieniędzy, by im zapłacić za zabieg, umierały z moczem w pęcherzu, nie mówiąc o innych operacjach. Chirurgdzy nie mogli zaopatrywać się w strzykawki, gdyż zabroniono posługiwania się nimi w szpitalu. Guattani dzięki „prywatnej nieludzkiej” praktyce zdobył stanowisko zastępcy chirurga w Szpitalu Świętego Ducha, nie miał jednak na początku większego wpływu na praktyki „chirurgów rzeźników”, którzy bardzo rzadko używali strzykawki w operacjach. Dopiero komendator Giovanni Ottavio Bufalini (1749-1754) powierzył mu w 1751 r. funkcję głównego chirurga, który dzięki wcześniejszym studiom i praktyce we Francji nauczył się wykonywać operacje przy zaćmie, zatrzymaniu moczu i kamieniach. W ten sposób stworzył nową szkołę chirurgów, którzy tak się wyspecjalizowali, że tylko sporadycznie konieczna była jego pomoc przy tego typu operacjach<sup>188</sup>.

## 8. ZASTĘPCY CHIRURGÓW

W XVII w. chirurgów głównych wspomagali podlegający im chirurgdzy zastępcy, których przyjmowano do *Medicaria* za zgodą i przyzwoleniem lekarzy i chirurgów naczelnych, po wcześniejszym zadaniu trudnego egzaminu teoretycznego i praktycznego. Mogli do niego przystępować wyłącznie starsi mężczyźni funkcyjni, co oznaczało, że były to osoby mądre, z dużą wiedzą, roztropne, doświadczone, skłonne z miłością służyć chorym<sup>189</sup>. Podobna procedura wyboru zastępców chirurgów w drodze konkursu obowiązywała sto lat później, w połowie XVIII w. W czasie egzaminu z operacji chirurgicznej w roli arbitrów występowali główni chirurgdzy i lekarze, a pretendować do tej funkcji mogli tylko pracownicy wyższego stopnia (*ufficiali maggiori*), a więc służący w małym szpitalu – *ospedalletto dei feriti*, w tym kaprale<sup>190</sup>.

Sposób i forma egzaminów nie miały ustalonej formy. Zmieniały się także składy komisji egzaminacyjnej, różni też byli kandydaci i ich liczba. Jeden z takich pisemnych egzaminów na stanowisko dwóch zastępców chirurga, z udziałem dziesięciu konkurentów, odbył się 28 listopada 1764 r. Komisję tworzyło czterech

---

<sup>188</sup> A. CANEZZA, *Gli Arciospedali*, s. 111-112; M. PICCIALUTI, *La carità*, s. 231; E. BRAMBILLA, *La medicina del Settecento: Dal monopolico dogmatico alla professione scientifica*, w: *Malattia e medicina. Storia d'Italia, Annali* 7. red. F. Della Peruta, Torino 1984, s. 12-13..

<sup>189</sup> ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi nell'Arcispedale ... 1654*, s. 43-47; ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi dagl' Officiali ... 1654*, s. 25-26; ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 83-84.

<sup>190</sup> ASR, nr 64, *Relazione delle Cose ... Castelli. 1759*, s. 52; ASR, nr 1409, *Notificazione per l'Archiospedale ... 1759*, s. 194

profesorów – mistrzów chirurgii, którzy po egzaminie odczytali dysertacje kandydatów. Trzech otrzymało optymalne bardzo dobre noty, dwóm z nich powierzono funkcję zastępców chirurga, trzeci otrzymał stanowisko *capo sanguigna*. Czwarty w kolejności, również z wynikiem bardzo dobrym, został nominowany na pisarza. Inni zaś z dobrymi ocenami obsadzili stanowiska *unzionario*, kaprała szpitala dla rannych oraz stolnika<sup>191</sup>.

Wolę uczestniczenia w egzaminie i konkursie należało zgłaszać nie później niż trzy dni przed ich odbyciem, a czasami nawet dziesięć dni wcześniej<sup>192</sup>. Na przykład 5 maja 1738 r. ogłoszono egzamin na stanowisko zastępcy chirurga, który miał się odbyć 15 maja o godzinie 21, przed komisją w składzie czterech lekarzy głównych i trzech chirurgów. Udział w nim wzięło 14 pracowników szpitala. Wśród kandydatów byli: *unzionario* (38 lat, 13 lat pracy w szpitalu), *cristeraro* (odpowiednio 38 i 11 lat), pisarz (35 i 11 lat), czterech kaprale (32-28 oraz 9-6 lat), *barbiere* (28 i 8 lat), *sotto unzionario* (26 i 6 lat) i pięciu innych bez funkcji (25-22 i 5-2 lat). Im wyższą funkcję pełnili kandydaci, tym byli starsi wiekowo i mieli dłuższy staż pracy. Tylko dwóch było Rzymianami, kilku pochodziło z Mediolanu, Florencji, Ankony. Egzamin zdało dziewięciu kandydatów, a najlepszy okazał się 28-letni wspomniany już Carlo Antonio Guattani z Mediolanu, wybrany od razu na stanowisko zastępcy chirurga głównego, którym wówczas był Antonio Ratazzi. Nowy zastępca osiągnął później status chirurga naczelnego i chirurga papieskiego, stał się jednym z najbardziej znanych fachowców w tym zawodzie<sup>193</sup>.

Sposób dochodzenia do pozycji zastępcy chirurga ukazuje chociażby życiorys Eustachio Cherubiniego, pracującego w 1799 r. na tym stanowisku. W 1781 r. w wyniku publicznego egzaminu przyjęto go do szpitala w roli służącego studenta, następnie po posłudze dziekana *Corsia Grande* i szpitala dla rannych zaliczał, również w drodze egzaminów, kolejne szczeble kariery: kaprała *Corsia Grande*, *unzionario*, *capo sanguigana*, wreszcie zastępcy chirurga. W latach 1788-1791 został nagrodzony srebrnymi medalami, a w 1792 r. złotym i srebrnym medalem za udział w konkursach z chirurgii i anatomii. Wykonywał też publiczne pokazy anatomiczne oraz przygotowywał i wystawiał w Teatrze Anatomicznym w czasie Wielkiego Postu preparaty anatomiczne. W 1798 r. został uznany przez publiczność prorektorem anatomii (*incisore*) na Uniwersytecie *Sapienza* w Rzymie. Ostatecznie uzyskał certyfikat nienagannej postawy w czasie osiemnastoletniej pracy w szpitalu<sup>194</sup>.

<sup>191</sup> ASR, nr 61, *Giornale. Memorie delle Cose ... 1759*, s. 302.

<sup>192</sup> ASR, nr 1405, *Notificazione. L'Ordine Leandro Porzia Visitatore ... 1738*.

<sup>193</sup> Tamże.

<sup>194</sup> ASR, nr 168, Dokument wystawiony przez archiwistę szpitala zaczynający się od słów: *Il sudetto Cherubini Eustachio*, s. 220.



Różnie przebiegała droga do osiągnięcia pozycji zastępcy chirurga. W wypadku dwóch mężczyzn przyjętych na służbę do szpitala w 1759 r. trwała za ledwie nieco ponad pięć lat, gdyż już w 1764 r. zostali mianowani na stanowisko zastępców chirurgów. W tym czasie zdobywali odpowiednią edukację i pełnili niższe funkcje. Ich kariera rozwijała się więc bardzo szybko, wręcz błyskawicznie<sup>195</sup>. Analogicznie jak w przypadku lekarzy asystentów zastępcy chirurgów bywali mianowani na to stanowiska na okres trzyletni. Wynika to z brewe papieskiego z 1780 r., w którym widnieją słowa: „ustaliłem, że urząd zastępców będą oni pełnić przez trzy lata, z dodatkiem jednego trymestru (kwartału) i trzech dni, jak to dawniej bywało”<sup>196</sup>.

I jeden, i drugi zastępca chirurga był przypisany do swojego konkretnego zwierzchnika, można powiedzieć, że – podobnie jak w wypadku lekarzy – byli oni ich asystentami. Zastępcy zawsze spali w szpitalu, ażeby o każdej porze dnia, i nocy być gotowym przyjmując i leczyć pacjentów. Ci ostatni bowiem zjawiali zazwyczaj dość niespodzianie, gdyż zranienia złamania miały charakter nagły i wymagały natychmiastowej interwencji – opatrzenia, z którym nie można było, jak w wypadku innych chorób, czekać do rana. Również zastępcy chirurgów byli zobowiązani leczyć wszystkich potrzebujących gratisowo przy wykorzystaniu szpitalnych medykamentów<sup>197</sup>.

Zastępcy chirurgów pełnili na zmianę, co drugi dzień, całodobowe dyżury, podczas których mieli opatrywać w każdej chwili rany nowo przybyłych pacjentów, a w razie potrzeby przekazać ich chirurgowi głównemu do dalszej obserwacji i zabiegów. Stawiali się każdego dnia rano w szpitalu, a po przybyciu chirurgów głównych razem z nimi uczestniczyli w wizytowaniu chorych. Informowali wtedy swoich zwierzchników o osobach przyjętych poprzedniego dnia, ich dolegliwościach, podanych lekarstwach i wdrożonym leczeniu, potem zaś prowadzili ich do łóżek chorych z innych oddziałów, którym tamtejsi lekarze zlecili konsultację chirurgiczną. W praktyce w imieniu chirurgów głównych przeprowadzali ją ich zastępcy, którzy składali po tym sprawozdanie o podjętej kuracji lekarzom opiekującym się tymi pacjentami. Zastępcy chirurgów, przyjmując do swojego szpitalika i diagnozując poszkodowanych, decydowali, czy kwalifikują się oni do położenia do łóżka czy też po udzieleniu pierwszej pomocy powinni być odesłani do innych szpitali. Spisywali ich dane personalne, zawód oraz rodzaj i skalę zranienia, a następnie powiadamiali stosowne władze. Jako że do szpitala trafiały osoby ranne, z uszkodzeniem ciała w wyniku wypadków, pobić i zdarzeń

<sup>195</sup> ASR, nr 66, *Registro della Famiglia ... 1766*, s. 3.

<sup>196</sup> ASR, nr 1409, *Breve di facoltà per la matricola in chirurgia ... 1780*, s. 286.

<sup>197</sup> BAV, Barberiniano latino 1068, *Relatione del modo che si tiene ... 1623*, s. 8; R. GRÉGOIRE, *Servizio dell'anima*, s. 239.

kryminalnych, zastępcy chirurgów musieli natychmiast zawiadomić służby świeckie, informując je o personaliach poszkodowanych i stopniu odniesionych obrażeń. Jeśli stan hospitalizowanych pacjentów pogarszał się lub nastąpił zgon, mieli obowiązek ponownie zgłosić ten fakt odpowiednim organom zewnętrznym. Kiedy pojawił się na tą okoliczność przedstawiciel sądu, wspólnie dokonywali oględzin zwłok, by ustalić, czy przyczyną śmierci mogły być odniesione obrażenia; wtedy sprawę przejmowały organa śledcze<sup>198</sup>.

Zastępcy chirurgów przygotowywali ponadto maści, opatrunki, plastry, pudry i inne medykamenty potrzebne przełożonym, asystowali im w zabiegach i wizytowaniu chorych. Swoje obowiązki mieli, oczywiście, wykonywać za darmo, choć mogli przyjąć zapłatę, jeśli chory dobrowolnie ją proponował. Jeden z zastępców chirurgów chodził co miesiąc, na zmianę z drugim, do klasztoru sióstr duchaczek leczyć porzucone dzieci i karmiące je mamki, chłopców przebywających w *Scuola dei Putti*, a także dziewczęta i kobiety w *Conservatorio*. Zajmowali się tam upuszczaniem krwi, stawianiem baniek i wykonywaniem innych zabiegów, a także nacinaniem i tatuowaniem znaku krzyża na stopie porzuconych dzieci. Leczyli również podrzutki przekazane na wykarmienie i wychowanie mamkom zewnętrznym, za okazaniem polisy poświadczającej, że są oni podopiecznymi szpitala. Do obowiązków zastępców chirurgów należało też upuszczenie krwi każdemu, kto zgłosił się do szpitala z receptą od lekarza zlecającego wykonanie tego zabiegu. Wreszcie nadzorowali swoje *medicarie*, dogłębnie sprawdzając czy są zaopatrzone w odpowiednie dla chirurgii lekarstwa, bandaże, kompresy i inne materiały opatrunkowe, sami jednak recept nie mogli wystawiać. Zabroniono im natomiast leczenia osób z zewnątrz, a tym bardziej wydawania lekarstw obcym. Wyznaczani też byli przez swoich mistrzów do krojenia zwłok i prowadzenia wykładów anatomicznych<sup>199</sup>. Harmonogram pracy i podstawowe obowiązki zastępców chirurgów były niemal identyczne jak lekarzy asystentów<sup>200</sup>.

Postawa zastępców chirurgów nie zawsze była zgodna z oczekiwaniami władz szpitala. W 1771 r. komendator Romualdo Guidi skarżył się, że chorzy przychodzący do szpitala, oczekujący pomocy chirurga, nie mogli na nią liczyć, gdyż na dyżurze często brakowało asystentów chirurgów. Chcąc ich zachęcić do lepszej pracy, postanowiono dodać każdemu z nich dwa scudy miesięcznie. W ostateczności, gdy któryś musiał opuścić szpital, a jego kolega sam nie mógł sobie

<sup>198</sup> ASR, nr 1409, *Ordine per il buon servizio ... 1742*, s. 120.

<sup>199</sup> ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi nell'Arcispedale ... 1654*, s. 43-46; ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi dagl' Officiali ... 1654*, s. 25-26; ASR, nr 66, *Registro della Famiglia ... 1766*, s. 2; ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 95-97.

<sup>200</sup> Zostały one omówione przy wyżej przy asystentach medycznych. Zob. ASR, nr 3092, *Ordini del Cardinal Antonio Saverio Gentili ... 1749*, s. 33.

poradzić, dyżurny kapral, za zgodą przełożonego, mógł wyznaczyć w zastępstwie kogoś z grona *maggiori*<sup>201</sup>.

Zastępcy chirurgów podlegali nadzorowi *sottopriore* – zastępcy przełożonego infirmerii, który sprawdzał, czy zawsze przebywają w swoich kwaterach i czy wykonują polecenia chirurgów głównych. W szpitalu dla rannych często ranni pacjenci krwawili lub znajdowali w skrajnym niebezpieczeństwie, zagrażającym ich życiu. Wtedy służący gwardziści byli zobowiązani natychmiast powiadomić zastępcę chirurga, do którego przypisany był chory. Często zdarzało się, zwłaszcza w nocy, że służący zapominali lub świadomie nie informowali o tym zastępców chirurgów, bywało też, że ci ostatni, zawiadomieni o groźnych przypadkach, nie interweniowali, czynili to ze zwłoką lub bez należytej staranności<sup>202</sup>. Ówczesny komendant szpitala, Giuseppe Maria Castelli, pisał wprost, że nocą asystenci chirurgów, mając zgłoszenie konieczności wykonania pilnej operacji, przedkładali „własną wygodę nad miłosierdzie”, co kończyło się śmiercią pacjenta. Chcąc zaradzić takim sytuacjom na przyszłość, nakazał *sottopriore*, aby przy każdej śmierci pacjenta powierzonego opiece chirurgów osobiście i z największą sumiennością zbadał okoliczności i przyczyny zgonu. W celu ich wyjaśnienia miał wypytać chorych sąsiadujących ze zmarłym, członków dyżurnej gwardii, szczególnie naczelnych profesorów, co pozwoliłoby wyeliminować w przyszłości podobne nieprawidłowości. W przypadku udowodnienia uchybień, zwłaszcza świadomych, był zobowiązany powiadomić komendatora, aby ten mógł wymierzyć winnym surowe kary, łącznie ze zwolnieniem, nie tyle sprawcom (chirurgom), co młodym służącym za przemilczenie smutnych wydarzeń<sup>203</sup>.

Wprawdzie głównym miejscem i celem pracy lekarzy i chirurgów była infirmerijna część szpitala i leczenie przebywających w niej pacjentów, to jednak sprawowali oni również nadzór medyczny nad podopiecznymi znajdującymi się we wszystkich agendach drugiej części kompleksu szpitalnego, czyli w przytułku. W razie potrzeby opiekowali się porzuconymi niemowlętami i karmiącymi je mamkami, podopiecznymi *Conservatorio* oraz chłopcami ze *Scuola dei Putti*. Według dekretu z 1811 r. profesorowie, czyli lekarze i chirurdzy naczelnicy, mieli odbywać regularne wizyty w kwaterach, w których odbywało się karmienie porzuconych dzieci, dbać szczególnie o izolowanie dzieci i mamek dotkniętych świerzmem od zdrowych oraz leczyć wszystkich zainfekowanych według najlepszej sztuki lekarskiej<sup>204</sup>. Gdy zachodziła potrzeba, zastępcy chirurgów śpieszyli

<sup>201</sup> ASR, nr 1409, *Editto per li sostituti ...1771*, s. 276-277; ASR, nr 3, *Editto di Monsignore Commendatore per li Sostituti*, s. 124.

<sup>202</sup> ASR, nr 3092, *Notificazione sopra il canonico Sotto-priore* s. 4. Jest to przedruk dekretu, jaki wydał w 1759 *pro-commendatore* kardynał Giuseppe Maria Castelli, s. 4-5.

<sup>203</sup> Tamże, s. 5-6.

<sup>204</sup> ASR, nr 1409, *Commissione Amministrativa ... 1810*.

także z pomocą osobom zakażonym przebywającym w lazaretach S. *Lazzaro* czy S. *Michele*, podległych strukturalnie szpitalowi macierzystemu<sup>205</sup>.

Lekarze i chirurdzy zatrudnieni na różnych stanowiskach w Szpitalu Świętego Ducha stanowili personel leczniczy o wysokich kwalifikacjach i uznanej renomie. Byli elitą zawodową kształconą na uniwersytetach lub w prestiżowych akademiach, kolegiach i szkołach wewnątrzszpitalnych, w których później także sami nauczali swoich następców. Pracując na początku swojej kariery jako asystenci czy zastępcy swoich mistrzów, ciągle się rozwijali i pogłębiali wiedzę, która pozwalała im potem osiągać najwyższe funkcje w rozlicznych szpitalach i instytucjach, a także prowadzić prywatną praktykę.

---

<sup>205</sup> P. SAVIO, *Ricerche sui medici e chirurghi*, s. 165-166. W 1656 r. w czasie zarazy do lazaretów tych oddelegowani zostali Stefano Trulli i Ottavio Chiattonne.



## Rozdział IV

### PERSONEL OPIEKUŃCZY I PARAMEDYCZNY

#### 1. SŁUŻBA PIEŁĘGNIARSKA – GIOVANI

Sięgając do najstarszych czasów funkcjonowania szpitala, niewiele można powiedzieć o świeckim personelu opiekuńczym. Dokładniejszych wzmianek na ten temat nie ma nawet w *Liber regulae*. W rozdziale XIII można tam przeczytać takie zalecenie: „Kiedy przychodzą lub przynoszeni są do szpitala chorzy, postępuje się z nimi w następujący sposób: Po wypowiedaniu się u dyżurnego kapłana przystępują do komunii św., po czym są prowadzeni są na łóżko. Wtedy bracia, przed pójściem na posiłek, dostarczają im jedzenie zgodnie z możliwościami domu, jakby chorzy byli panami. Oba posiłki rozpoczynają się na sygnał dzwonka, na który bracia porzucają inne zajęcia i śpieszą z miłosierną posługą chorym”. Z kolei w rozdziale XL napisano, że „jeden dzień w tygodniu poszukuje się ubogich chorych po drogach, placach i prowadzi się ich do Szpitala Świętego Ducha, by zapewnić im sumienną opiekę”. Rozdział XLII natomiast mówi, że „za dnia w środę siostry myją głowę chorym w szpitalu, w czwartek – nogi, bieliznę zaś pierze się, gdy zajdzie potrzeba”<sup>1</sup>.

Te krótkie informacje mają dużą wagę poznawczą, a mianowicie, że tuż po fundacji szpitala, a zgodnie z czwartym ślubem pielęgniactwa chorych zajmowali się sami bracia, na których ciążył także obowiązek poszukiwania chorych na zewnątrz, poza szpitalem. Nie wiadomo, jak długo trwały te praktyki, na pewno jednak z czasem zanikły, dużo wcześniej zwłaszcza ta druga, gdyż nie sposób o niej znaleźć jakichkolwiek wzmianek odnośnie do wieków nowożytnych. W porównaniu do tych ostatnich czasów zaskakująca jest informacja o obsłudze chorych w zakresie higieny przez siostry zakonne, co później absolutnie się nie zdarzało. Czy jednak pod pojęciem wspomnianych chorych kryli się mężczyźni, czy może w początkowej fazie szpital przyjmował tylko kobiety, tego do końca nie wiadomo. Jak można wnosić z powyższego, w pierwszych wiekach istnienia szpitala

---

<sup>1</sup> Przekład za: P. DE ANGELIS, *La Spezieria dell'Ospedale di Santo Spirito in Saxia e lotta contro la malaria*, Roma 1954, s. 55-56.



aż do końca średniowiecza posługą chorym zajmowali się sami zakonnicy, w większości bracia. Już jednak w dobie kontrreformacji wraz sukcesywnym porzucaniem opiekuńczo-służebnej misji przez kanoników Świętego Ducha szpital do opieki nad chorymi zaczął wykorzystywać personel świecki. Zbiegło się to mniej więcej z momentem pojawieniem się drugiej, edukacyjnej funkcji szpitala, tj. nauczania chirurgii i, w mniejszym stopniu, medycyny.

Od tego czasu świecki personel usługowo-opiekuńczy, funkcjonujący według ściśle ustalonej hierarchii i wewnętrznej struktury, stawał się coraz bardziej rozbudowany. Co do liczby główny jego trzon stanowili *giovani serventi*, czyli służący młodzi mężczyźni, młodzieńcy, pomocnicy. Usługując chorym we wszystkich potrzebach, stanowili podstawową służbę szpitalną. Świadczyli usługi opiekuńczo-pielęgnacyjne, pospołu z niektórymi zabiegami leczniczymi, ale też niekiedy wykonywali prace fizyczne, tragarские, porządkowe, wypełnili funkcje dzisiejszych salowych i sprzątaczek. Ważnym ich zadaniem było pomaganie chorym przy posiłkach, karmienie ciężko chorych, niemogących samodzielnie jeść. Wprawdzie warunkiem przyjęcia do szpitala na służbę było ukończenie przez kandydata przynajmniej dwudziestu lat, to w praktyce nie przestrzegano tego kryterium<sup>2</sup>. Generalnie *giovani* świadczyli szeroko pojętą pomoc chorym, cięższe zaś prace fizyczne, np. przenoszenie, dźwiganie wykonywała niższa służba, tzw. *famiglia bassa*<sup>3</sup>.

Mimo że nazywano ich *giovani*, to wśród nich byli zarówno kilkunastoletni czyli niekoniecznie, jak postulowano przy zatrudnianiu, dwudziestoletni młodzieńcy, jak też mężczyźni dojrzałsi wiekowo i zawodowo. W 1654 r. w szpitalu było zatrudnionych na odpłatnej służbie 24 mężczyzn pielęgniarzy, którzy ćwiczyli się głównie w sztuce chirurgii. Oprócz nich bywało kilka dodatkowych ponadetatowych osób (*giovani soprannumeri*), szczególnie w lecie, kiedy często wybuchały epidemie, wobec czego osoby z nadliczbowej, rezerwowej służby przybywały z pomocą, innym razem zastępowały tych, którzy zachorowali lub byli nieobecni z różnych innych powodów<sup>4</sup>. Dla porównania: w ważnym, aczkolwiek dużo mniejszym szpitalu S. *Giacomo* do opieki na chorymi mężczyznami był wyznaczony jeden doświadczony pielęgniarz (*infermiere*), mający do pomocy ośmiu służących, mniejszym zaś oddziałem dla kobiet opiekowała się siostra przełożona, wspierana przez dwie lub trzy pomocnice<sup>5</sup>. Z kolei w szpi-

---

<sup>2</sup> ASR, nr 1409, *Decreti di Visita 1679 ... Acciaioi ... 1679*, s. 66; ASR, nr 3098, Zbiór reguł i przepisów, które wydał w 1741 r. wizytator kardynał Giacomo, zaczynający się od: *Non si puo ammettere nessuno per Canonico ...*

<sup>3</sup> A. CANEZZA, *Gli Arciospedali di Roma nella vita cittadina nella storia e nell'arte*, Roma 1933, s. 106-107.

<sup>4</sup> ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi ... Cortellini 1654*, s. 84-85; ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi dagl' Officiali ... 1654*, s. 49.

<sup>5</sup> M. VANTI, *S. Giacomo degli Incurabili di Roma nel Cinquecento (Dalle Campagne del Divino Amore a S. Camillo de Lellis)*, Roma 1938, s. 36.

talu św. Jana na Lateranie w 1592 r. personel opiekuńczy liczył 14 służących (*servi*)<sup>6</sup>.

Zwykle w szpitalu oprócz *giovani*, tworzących gwardię, utrzymywano dodatkowo sześciu nowicjuszy, którzy otrzymywali wyżywienie, łóżko, pościel i ubrania. Niektórzy z nich tworzyli później gwardię, inni odchodzili, gdy zmniejszyła się liczba chorych. Na początku wizytacji rozpoczętej w 1737 r. ze względów oszczędnościowych wszystkich pozbawiono wyżywienia, a czterem z nich odmówiono także łóżka, pościeli i ubrań, a tylko dwóch najstarszych pozostawiono w szpitalu na wypadek potrzeby, przyznając im przy tym łóżko i ubranie<sup>7</sup>.

Podobna sytuacja zaistniała w 1759 r. Chcąc pomóc młodzieńcom wybranym jako nadliczbowi, zwłaszcza pragnącym doskonalić się w chirurgii, i zapobiec ich rozproszeniu się przed uzyskaniem etatu, postanowiono utrzymywać czterech z nich w szpitalu bez wynagrodzenia, dając tylko pokój, łóżko i ubranie. Korzyść z tego była obustronna, szpital bowiem, nie płacąc wynagrodzenia, w każdej chwili mógł skorzystać z ich pomocy, oni zaś uzyskiwali pierwszeństwo do regularnej służby. Rozwiązanie takie zastosowano jeszcze w tym samym roku, gdyż oprócz etatowych służących postanowiono utrzymywać bezpłatnie innych czterech, którzy mieszkając w szpitalu, mogli zastąpić na wypadek nieobecności stałych pracowników. Przemawiało za nimi doświadczenie pracy w szpitalu, troska o dokończenie rozpoczętych studiów oraz fakt pochodzenia z dalekich krajów. Sądzono, że oddaleni od swoich miejscowości będą z wdzięczności za naukę gorliwie służyć chorym, by nie stracić możliwości studiowania. Jak twierdził komendator Giovanni Maria Castelli, tym sposobem szpital stworzył sobie „zawsze gotową, pewną rezerwę” energicznych, odważnych młodzieńców na wypadek nagłego napływu chorych<sup>8</sup>.

Nie zawsze takie rozwiązania się sprawdzały. Na przykład w 1741 r. utrzymywano w szpitalu czterech dodatkowych służących, którzy za „chleb i łóżko” zastępowali na stałe zatrudnionych kolegów, jeżeliby ci zachorowali lub byli chwilowo nieobecni z innych powodów. Tymczasem praktycznie nic nie robili, często zamiast oporządzać łóżka, wychodzili ze szpitala w czasie służby, a zdaniem wizytatora najczęściej robili to złośliwie. Wobec tego zostali zwolnieni, tym bardziej że minęła już epidemia grypy<sup>9</sup>.

<sup>6</sup> P. DE ANGELIS, *L'Arciospedale del Salvatore ad SS. a S. Giovanni in Laterano*, Roma 1958, s. 20.

<sup>7</sup> ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata ... 1737*, s. 15.

<sup>8</sup> ASR, nr 1409, *Decreto per li Quattro giovani soprannumeri ... 1759*, s. 243-245; ASR, nr 1409, *Relazione dell e Cose del Ven. Archiospedale ... 1759 ... Castelli*, s. 65-68; ASR, nr 61, *Giornale di Memorie e delle Cose ... 1759*, s. 143; ASR, nr 904, *Ordini e Decreti fatti dal ... Cardinale Castelli ... 1759*, s. 61-62.

<sup>9</sup> ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata ... 1737*, s. 384-385.

Nie wiadomo, co najbardziej przyciągało młodych mężczyzn do służby w szpitalu: chęć nauki, motywy ekonomiczne czy pobudki charytatywne? Jak twierdzili w 1750 r. wizytator kardynał Saverio Gentili i komendator Antonio Maria Pallavicini, młodzieńcy zgłaszali się i byli przyjmowani do szpitala, aby służyć chorym, jak i w celu przyuczenia się do zawodu z dziedziny medycyny lub chirurgii. Realizację tego celu umożliwiało obserwowanie masowo wykonywanych tam operacji, kształcenie w szkole chirurgicznej, jak też lektura ksiąg i innych pism w Bibliotece Lancisiana. Na naukę w szkole chirurgicznej, odbywającej się we wtorki i piątki, chodzili wszyscy, oprócz pełniących dyżur w gwardii. Notowali tam treść traktatów chirurgicznych, dyktowanych przez swojego mistrza oraz rozwiązywali i dyskutowali zlecone przez niego problemy i przypadki. W wolnych godzinach mogli też obserwować, jak prosektoży dokonują preparacji części na okoliczność pokazów anatomicznych. Po obiedzie udawali się do Biblioteki Lancisiana i przynajmniej przez godzinę studiowali tam wiedzę teoretyczną. Pobyt w bibliotece odnotowywali podpisem w specjalnej księdze, aby przełożeni mogli zobaczyć, którzy z nich przejawiali wolę pogłębiania wiedzy. Zaniedbujący wizyty w bibliotece podlegali karom, łącznie z wydaleniem ze służby i studiów<sup>10</sup>.

Korzystanie z biblioteki i lektura w czasie wolnym od pracy i nauki było premiowane, gdyż wzorowa frekwencja w czytelnicy, odnotowywana skrupulatnie przez bibliotekarza, miała duże znaczenie przy konkursach i awansach na wyższe stanowiska. Usługujących studentów wzywanych do pogłębiania wiedzy w bibliotece określono mianem *giovani medici e chirurghi*, co potwierdza, że Infirmaria Świętego Ducha była nie tylko placówką leczniczą, lecz też edukacyjną, parauniwersytecką<sup>11</sup>.

## 2. REKRUTACJA

Do czasu rządów komendatora Virgilio Spady (1600-1662) do opieki nad chorymi przyjmowano bez konkursu i egzaminu, co sprawiało, że niektórzy nie umieli nawet czytać. Później, do lat czterdziestych XVIII w., rekrutacja kandydatów do służby odbywała się w drodze egzaminu, o którym informowano poprzez publiczne ogłoszenia. Na przykład w 1755 r. pojawiło się obwieszczenie zawiadamiające o konkursie na służących studentów medycyny i chirurgii, z zaznaczeniem, że bezwzględnym warunkiem opuszczenia do egzaminu i ewentualnego przyjęcia do pracy jest przedłożenie dokumentów do sekretariatu w terminie 15 dni, począwszy od 1 maja do połowy tego miesiąca. Chodziło o akt

<sup>10</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... In Roma MDCCLI*, s. 206, 209-210, 212.

<sup>11</sup> ASR, nr 1409, *Commissione Amministrativa ... 1810*.

urodzenia, świadectwo chrztu, zaświadczenie *de vita et moribus* wystawione przez własnego proboszcza, dowód niekaralności, a nawet byciu podejrzanym czy uczestniczenia w procesach sądowych, następnie dokument o pochodzeniu i dobrym wychowaniu, świadectwo dotychczasowej nauki (studiów) wraz z informacją o znajomości łaciny. Osoby, które po analizie dokumentów zostały dopuszczone do egzaminu, miały się stawić się 22 maja o godzinie 10 rano w Bibliotece Lancisiana, gdzie po kolei były przepytywane przez miejscowych lekarzy i chirurgów głównych w obecności komendatora. Kandydatów informowano, że po pozytywnym zdaniu egzaminu będą sukcesywnie, w odpowiednim czasie przyjmowani do pracy i na studia, w zależności od potrzeb i wolnych miejsc, przede wszystkim według uzyskanych ocen<sup>12</sup>. Znajomość łaciny lub przynajmniej podstaw były warunkiem koniecznym szczególnie dla tych, którzy aspirowali do wyższych stopni<sup>13</sup>.

Takich samych dokumentów żądano od mężczyzn starających się w konkursie o status służącego i studenta chirurgii w szpitalu w późniejszym okresie, na przykład w 1765 r. i pod koniec XVIII w. Nie uległ też większym zmianom sposób rekrutacji służby szpitalnej. Zgłaszających się przepytowano w Bibliotece Lancisiana, a na wakujące miejsca, w zależności od potrzeb, przyjmowano najlepiej zdających, po kolei według listy. Chcąc zachęcić kandydatów do udziału w konkursach, w ogłoszeniach informowano, że służbę uczącą się chirurgii i medycyny, odciąży się, w porównaniu do wcześniejszych lat, od nadmiernych trudów i ciężkich prac, by mogła bardziej poświęcić się opiece nad chorym i studiom<sup>14</sup>.

Z reguły chętnych zgłaszało się bardzo wielu i pomimo że niekiedy byli wśród nich włóczędzy bez dokumentów i bez grosza, niektórzy mocno zaawansowani wiekiem inni zaś znowu zbyt młodzi, to jednak wszystkich dopuszczano do egzaminów, z wyjątkiem tych, którzy nie potrafili odpowiedzieć na najprostsze pytania, jak na przykład, co to jest chirurgia. Wielu przybywało wyłącznie po to, by skorzystać z posiłków, wcale nie myśląc o wyuczeniu się zawodu, niektórzy nie potrafili nawet wymienić swojego nazwiska. Jeśli więc zostali dopuszczeni do służby, ale źle wykonywali swoje obowiązki wobec chorych, w końcu byli zwalniani, najczęściej z powodu także innych przewinień, szczególnie kradzieży<sup>15</sup>.

W tych okolicznościach wizytator papieski kardynał Saverio Gentili zmodyfikował i zaostriżył wcześniejszy system naboru. Poleciał obserwować młodzieńców przybyłych na praktykę, szczególnie podczas epidemii, i wybierać najlepszych, po wcześniejszym zaczerpnięciu informacji o ich pochodzeniu, zamożności, kul-

<sup>12</sup> ASR, nr 1410, *Notificazione. D'ordine ... 1755*.

<sup>13</sup> A. CANEZZA, *Gli Arciospedali*, s. 110.

<sup>14</sup> ASR, nr 1409, *Ordini per li studi di chirurgia*, 1765, s. 260; ASR, nr 168, *Avisso*. 1798.

<sup>15</sup> ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata ... 1737*, s. 225-226

turze, obyczajowości, a także znajomości języka łacińskiego, a przynajmniej umiejętności czytania. Po ustaniu epidemii podawano ich egzaminowi, a następnie sporządzano listę predestynowanych do pracy. O kolejności decydował termin rozpoczęcia służby, dotychczasowa postawa wobec chorych oraz ocena z odbytej rozmowy. Listę rozlepiano w szpitalu do publicznego wglądu, by każdy z oczekujących na ponowne przyjęcie, mógł zobaczyć swoją pozycję i w razie potrzeby zjawić się w szpitalu. Gdy jednak pierwsi z listy nie przybyli na czas z własnej winy do szpitala, przyjmowano następnych. Taki sposób rekrutacji do służby, wprowadzony w życie w 1746 r., sprawdził się i miał obowiązywać w przyszłości<sup>16</sup>.

Choć od tej pory starano się zwalczać faworyzowanie i preferencje przy rekrutacji do pracy w szpitalu, to jednak istniały okoliczności, kiedy najważniejsze kryterium przyjęcia na służbę, jakim był wynik egzaminu i pierwszeństwo na liście, nie był respektowany. Przełożony infirmerii zostawił sobie możliwość zatrudnienia osób niżej sklasyfikowanych, jeśli uznał, że znajdujący się wyżej na liście są leniwi i nie gwarantują właściwej opieki chorym. W takiej sytuacji tracili prawo pierwszeństwa, lecz – jak zaznaczono – były to wyjątkowe i jedyne przesłanki podjęcia takich decyzji<sup>17</sup>.

W 1737 r. wizytator, chcąc nadać egzaminom bardziej rygorystyczny charakter, zarządził, żeby oprócz komendatora oraz miejscowych lekarzy i chirurgów, przy egzaminach uczestniczył zawsze lekarz papieski. Wezwał jednocześnie do obiektywnego traktowania kandydatów, przestrzegał przed faworyzowaniem niektórych. Wcześniej bowiem przy wyborze kierowano się niekiedy uznaniowością, a nie faktycznymi przymiotami konkurentów i osiągniętymi przez nich notami<sup>18</sup>.

Z przyjęciem do ewentualnej służby dodatkowych osób nie czekano do stanu wyższej konieczności. Pod koniec lat pięćdziesiątych XVIII w., na wniosek komendatora, organizowano co jakiś czas egzamin publiczny przed komisją w składzie: *maestro di casa*, *priore dell'ospedale*, archiwista i profesorzy. Wcześniej dokonywano wstępnej selekcji, w której odrzucano młodzieńców nieobyczajnych, nieokrzesanych, źle wychowanych i leniwych. Kandydaci z najlepszymi ocenami wypełniali wakaty po starszych kolegach, uzyskując stałe miejsce. Pozostali, zgodnie z listą, mogli być w każdej chwili wezwani przy zwiększonym napływie chorych lub absencji etatowych pracowników. Dlatego też po egzaminie odnotowywano miejsce ich zamieszkania, by w razie potrzeby łatwiej było ich odnaleźć<sup>19</sup>.

<sup>16</sup> Tamże, s. 227-228; ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... In Roma MDCCLI*, s. 35.

<sup>17</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... In Roma MDCCLI*, s. 35-36.

<sup>18</sup> ASR, nr 905, *Ordini e Decreti della Santa Visita Apostolica. 1737*, s. 7.

<sup>19</sup> ASR, nr 64, *Relazione delle Cose... 1759*, s. 44-46.

Egzaminy konkursowe nie miały stałych terminów, odbywały się w zależności od potrzeb, a przystępowała do nich różna liczba kandydatów. Różna też była liczba osób przyjmowanych do pracy i służby. Na przykład protokół egzaminu odbytego w grudniu 1764 r. obejmuje dane osobowe 15 mężczyzn przyjętych na służbę, z których jeden szybko odszedł bezpowrotnie ze szpitala. Ponad dwa razy więcej osób (39) uczestniczyło w egzaminie 20 marca 1766 r. Tym razem nie podano ich pochodzenia geograficznego, za to przy danych personalnych zamieszczono adnotacje charakteryzujące ich postawę. Odnosnie do dwunastu z nich zapisano, że nie chcieli przybyć na służbę chorem w czasie epidemii. Takie informacje podano przy dwóch medykach, których w sumie we wspomnianym protokole wpisanych było sześciu<sup>20</sup>. Unikanie pracy w szpitalu lub całkowite rejterowanie w takiej sytuacji świadczy o tym, że była ona nie tyle trudna i uciążliwa, lecz raczej niebezpieczna i zagrażała życiu. Jeden z członków służby został zwolniony za kradzież, inny wyrzucony ze szpitala przez samego komendatora z powodu licznych nadużyć, a jeszcze inny, powróciwszy do zdrowia po chorobie, poszedł służyć do Szpitala *San Gallicano*<sup>21</sup>.

Do konkursów, w zależności od sytuacji, dopuszczano osoby nowe, jak i przebywające w szpitalu. W egzaminie, który zarządzono na 5 czerwca 1730 r. uczestniczyły 54 osoby, w tym połowę stanowili mężczyźni aktualnie służący, a drugą połowę nowicjusze. Zaledwie pięciu było Rzymianami, a niektórzy pochodzili z odległych miast czy regionów: Katanii, Bari, Mediolanu, Piemontu<sup>22</sup>. Z kolei w egzaminie odbytym 23 czerwca 1738 r. uczestniczyło siedemnastu mężczyzn w wieku od 16 do 28 lat, wszyscy bez wcześniejszego doświadczenia pracy w szpitalu. Dwóch pochodziło aż z Senegalu („Senegalien...”)<sup>23</sup>. Na egzamin odbywający się 26 listopada 1764 r. zgłosiło się 74 kandydatów. Nie wszyscy nadawali się do służby z uwagi na nieodpowiednią postawę i charakter, tym bardziej że myślano o zatrudnieniu w *Nuovo Braccio* kapucynów. Zważywszy, że w odbytym tego dnia egzaminie bardzo dobre noty otrzymało zbyt mało kandydatów i że wielu z nich służyło w szpitalu w okresie epidemii, po przeczytaniu prac oraz ocenie ich służby postanowiono wybrać 40 mężczyzn. W ten sposób wykluczono tych, którzy nigdy nie służyli chorem, jak też wprawdzie wcześniej pracujących, lecz źle wywiązujących się z obowiązków<sup>24</sup>. Najwyższą liczbę kandydatów do służby w szpitalu – ponad stu – odnotowano w 1793 r.<sup>25</sup>

<sup>20</sup> ASR, nr 66, *Registro della Famiglia ... 1766*, s. 10-20: „non ha voluto venire al servizio degli infermi in tempo dell'influenza”, „e mancato di venire all'servizio in tempo dell'influenza”.

<sup>21</sup> Tamże, s. 20.

<sup>22</sup> ASR, nr 1405 *Lista dei Giovani esaminati, et approvati ... 1730 ...*

<sup>23</sup> ASR, nr 1405, *Ordinazioni stabilite per il buon regolamento ... 1738*.

<sup>24</sup> ASR, nr 61, *Giornale. Memorie delle Cose ... 1759*, s. 300-301.

<sup>25</sup> ASR, nr 168, Dokument zaczynający się od słów: *Il Cittadino Michelangelo Girotti*, s. 198.



Z powyższego można wnosić, że praca w szpitalu była dla młodych mężczyzn zajęciem atrakcyjnym i opłacalnym, skoro nie brakowało chętnych, a liczba kandydatów przewyższała limit wolnych miejsc. Służba w szpitalu miała dla nich nie tylko wymiar finansowy, wielu dawała szansę dalszej edukacji w zakresie chirurgii.

### 3. OBOWIĄZKI

Od mężczyzn tworzących służbę wymagano skromności, uczciwości pilności, subordynacji i dyspozycyjności wobec lekarzy, dobrych obyczajów, bogobojności, kultury towarzyskiej, wystrzegania się przekleństw, kpin, bluźnierstw w stosunku do chorych i kolegów. Mieli się oni odznaczać uczciwością, nie mogli przywłaszczać sobie rzeczy chorych i wnosić niczego ze szpitala. Nie mogli maltretować pacjentów słownie i czynami, pozostawiać ich bez opieki. Zobowiązani byli odnosić się do nich z szacunkiem, cierpliwością, miłosierdziem, karmić, przebierać, pomagać na każde wezwanie. Nie wolno im było w czasie dyżuru spać ani wychodzić poza szpital, mieli wykazywać stałą czujność, dostarczać na czas lekarstwa, syropy, specyfiki orzeźwiającej i przekąski. Nie mogli dopuścić, by ktoś umarł bez przyjęcia sakramentów świętych – widząc zagrożenie życia zobowiązani byli wezwać spowiednika, a w wypadku agonii przywołać kapłana „rekomendującego duszę”. Towarzyszyli z pochodnią kapłanowi udzielającemu choremu wiatyku, za co w nagrodę otrzymywali od niego błogosławieństwo. Do ich obowiązków należało dbanie o czystość sal szpitalnych, ściełanie łóżek, zmienianie pościeli, nakrywanie i sprzątanie ze stołów, rozdzielanie ciepłej wody, dostarczanie lekarstw i jedzenia, zbieranie i deponowanie pakunków z rzeczami pacjentów, podtrzymywanie ognia w piecu, palenie lamp oliwnych, wreszcie rozbieranie i przenoszenie na cmentarz zmarłych. Głównym jednak ich zadaniem było towarzyszenie lekarzom podczas wizytowania chorych i znaczenie na tabliczkach przepisanych przez medyków leków, wreszcie przyuczanie się w sztuce chirurgii, opatrywanie rannych, upuszczanie krwi, przystawianie baniek i pijawek<sup>26</sup>. Istniał nakaz, aby każdy ze służących, dla zdobycia praktyki, przynajmniej raz w tygodniu upuszczał chorym krew<sup>27</sup>.

Pracujący w szpitalu młodzi ludzie, mający przed sobą dwa zasadnicze cele do realizacji: naukę oraz służbę chorym, byli nieraz zbyt przeciążeni. Aby mogli bardziej poświęcać się opiece nad chorymi, pokonywać kolejne szczeble kariery zawodowej, chodzić do szkoły, do teatru na pokazy anatomiczne i uczestniczyć

<sup>26</sup> ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi ... Cortellini. 1654*, s. 85-88; ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi dagli' Officiali ... 1654*, s. 50-52; ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... In Roma MDCCLI*, s. 207-208, 210.

<sup>27</sup> ASR, nr 1409, *Decreti di Visita 1679 ... Acciaioli*, s. 66.

w wizytach swoich mistrzów, władze szpitala zdecydowały się w 1750 r. uwolnić ich od niektórych obowiązków, niewymagających większych zdolności i przygotowania, które mogły wykonywać inne osoby – proste, pospolite, nawet prostackie i nieokrzese (vili). Zwolniono więc właściwą służbę od ciężkich prac, takich jak przenoszenia zmarłych na cmentarz, dźwiganie żelaznych kotłów z zupą, koszy z chlebem i dzbanów z wodą, zamiatanie sal, przebieganie chorych i noszenie do garderoby brudnych ubrań. Zamiast tego w czasie wolnym od dyżurów mieli dla własnej korzyści chodzić z chirurgami i uczyć się od nich metod leczenia chorych, jak też razem z *capo sanguigna* upuszczać krew, o ile potrafili, a jeśli nie, to wcześniej mieli wyuczyć się tych zabiegów na zwłokach. To samo mieli czynić w stosunku do *unzionario*, pomagając mu aplikować lekarstwa i opatrywać pęcherze<sup>28</sup>.

Niezależnie od obowiązków zawodowych służba szpitalna uczestniczyła w praktykach religijnych. Zalecano, aby codziennie rano, w godzinach mniej wypełnionych pracą, służący byli obecni na Mszy św., a raz w miesiącu przystępowali do komunii generalnej. W okresie Wielkiego Postu, na sygnał *Ave Maria*, wzywano ich do modlitw na klęczkach przed namalowanym krzyżem w *Gran Corsia* oraz odmawiania Litanii do Wszystkich Świętych i innych modlitw, prowadzonych przez księży spowiedników. W oktawę zmarłych, wszyscy wolni od dyżuru byli zobowiązani chodzić wieczorem do kaplicy na cmentarzu i odmawiać egzekwie za tych, którzy zakończyli życie<sup>29</sup>.

Służący, jak i cała rodzina szpitalna, oprócz wykonywania podstawowych zadań związanych z opieką nad chorymi, miała także inne obowiązki natury duchowej, wynikające charakteru miejsca, w którym się znajdowali i pracowali. Wszyscy musieli respektować i praktykować wszelkie ceremonie oraz obrzędy religijno-kościelne obowiązujące w szpitalu. Jednym z nich były regularne procesje do czterech kościołów wyznaczonych przez papieża, odbywane w roku jubileuszowym 1750. Za regularne uczestniczenie w nich można było uzyskać łaskę odpustu zupełnego. Stanowiły one jednak dodatkowe obciążenie do niełatwej pracy w szpitalu. W tej sytuacji służący i inni opłacani pracownicy szpitala zwrócili się do papieża Benedykta XIV (1740-1758) o zwolnienie z dalszego odbywania procesji, motywując swoją prośbę zmęczeniem, ciężką i mozolną służbą na rzecz chorych, sprawowaną nieustannie w dzień i w nocy. W odpowiedzi papież udzielił dyspensy z odbywania dalszych procesji do *Quatuor Basilicas*, ale tylko tym, którzy uczestniczyli w niej piętnaście razy i więcej, innym takiego zwolnienia nie przyznał<sup>30</sup>.

<sup>28</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... In Roma MDCCLI*, s. 206-209, 213.

<sup>29</sup> Tamże, s. 207, 212-214

<sup>30</sup> ASR, nr 1408, *Indulto di Sua Santità ... 1750*.

Inną powinnością całego personelu szpitalnego, w tym chorych, było uczestniczenie na klęczkach w odmawianiu Litanii do Wszystkich Świętych i innych modlitw, które prowadził jeden z księży przed wizerunkiem Świętego Krzyża na murze w wielkiej sali szpitalnej. Komendator Ottavio Bufalini, pragnąc podziękować za taką postawę zwłaszcza służbie opiekuńczej, zwrócił się w 1751 r. do papieża Benedykta XIV o przyznanie im odpustu *delle Stazioni di Roma*<sup>31</sup>.

Generalnie młodzi mężczyźni przyjęci na służbę do szpitala wykonywali bardzo różne zadania, a dzięki zdobywanej praktyce w pracy z chorymi i studiom mogli osiągnąć niemal wszystkie wyższe stanowiska istniejące w szpitalu, nawet o charakterze religijnym, np. zakrystiana, kościelnego. W 1739 r. funkcję zakrystiana w szpitalu pełnił student szkoły chirurgii. Za swoją pracę, oprócz łóżka wyżywienia i pościeli, otrzymywał jednego skuda miesięcznie. Jego obowiązkiem było zapewnienie chorym Komunii św., służenie przy mszach i przygotowanie do nich wszystkiego, co niezbędne, łącznie z kaplicą, następnie opłacanie noszowych transportujących chorych do szpitala (*barelanti*) z jałmużny papieskiej. Ponieważ jednak obowiązki natury sakralnej wykonywane być powinny przez osoby duchowne, a nie osobę świecką, wizytator zwolnił byłego zakrystiana, a w jego miejsce mianował w jego miejsce kanonika z tytułem wikariusza zakrystii szpitalnej (*vicario*)<sup>32</sup>.

#### 4. PERSONEL PARAMEDYCZNY

##### - *Capo sanguigna*

Pewne kompetencje i umiejętności związane z medycyną i sztuką leczenia posiadali dwaj inni pracownicy: *capo sanguigna* (*sangwina*) oraz *unzionario*, niekiedy nazywani zastępcami chirurgów<sup>33</sup>. Obaj wybierani byli przy udziale komendatora szpitala w drodze konkursu, w którym szczególnie nacisk kładziono na biegłość w chirurgii. Kandydować do tej funkcji mogli członkowie służby szpitalnej<sup>34</sup>. Zwłaszcza pierwszy z nich wykonywał działania wymagające przygotowania chirurgicznego. Miał zawsze do czynienia z krwią ludzką, co znajdowało wyraz w samym nazewnictwie pełnionej funkcji. Zgodnie z zaleceniami lekarza wizytującego przed rannym posiłkiem upuszczał krew wskazanym chorym. Asystowali i pomagali mu przy tym *giovani*. Upuszczanie krwi, zwane też flebotomią, stanowiło dawniej jedną z podstawowych form kuracji, szczególnie

<sup>31</sup> ASR, nr 1408, *Memoriale con il rescritto* ...

<sup>32</sup> ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata* ... 1737, s. 33-34.

<sup>33</sup> ASR, nr 1409, *Ordini per l'ospedale* ..., Romualdo Guidi 1772, s. 280-281.

<sup>34</sup> ASR, nr 64, *Relazione delle Cose* ... Castelli 1759, s. 50-51; ASR, nr 1409, *Relazione delle Cose* 1759 ... Castelli Procomendatore, s. 226.

osób z wysoką gorączką. Warunkiem powodzenia zabiegu było między innymi pobranie odpowiedniej ilości krwi. Nieumiejętność wykonywania tych czynności, polegających na przecinaniu żył i tętnic we wszystkich częściach ludzkiego ciała, kończyła się nieraz śmiercią pacjenta<sup>35</sup>. W okresie wcześniejszym (1571) specjalistów od upuszczania krwi określano również terminem *cavasangue*, co oznaczało lekarza o małej wartości<sup>36</sup>. W XVI-XVII i zaliczano ich do grupy chirurgów. W 1553 r. zaznaczono, że *cavasangue* Fabrizio da Todi, zajmując się obecnie upuszczaniem krwi w szpitalu, wcześniej był medykiem (*era medico*)<sup>37</sup>. Być może był on też lekarzem, potrafiącym upuszczać krew, co przy tej profesji nie dziwi, a może użyto takiego określenia w szerszym znaczeniu, mając na uwadze osoby ze środowiska medycznego związane z leczeniem.

*Capo sanguigna* pełnił też funkcje nauczyciela i instruktora. W sali zmarłych uczył nowicjuszy na zwłokach podwiązywania naczyń krwionośnych (*ligatur, legature*), umożliwiającymi puszczanie krwi, a następnie demonstrował to na żywych organizmach. Upewniwszy się, że młodzi adepci nabrali odpowiedniej wprawy, powierzał im przeprowadzenie prawdziwych zabiegów, zawsze pod swoim nadzorem. Niezależnie od podstawowych obowiązków zobowiązany był dalej pogłębiać znajomość swojego warsztatu i wiedzy poprzez towarzyszenie chirurgom głównym w wizytowaniu chorych, a także uczęszczanie do szkoły chirurgicznej oraz na wykłady i pokazy w Teatrze Anatomicznym. Wprowadzony gruntownie w arkana chirurgii, miał prawo pełnić obowiązki nieobecnych czasowo zastępców chirurgów. W okresie Wielkiego Postu jako jeden z *incisori* wykonywał cięcia zwłok na części, służące do pokazów anatomicznych w teatrze. Przy okazji w pracach tych uczestniczyli służący studenci, pogłębiając tym sposobem wiedzę z anatomii. Ponadto, szczególnie w czasie epidemii grypy, wczesnym rankiem wizytował pacjentów, nakłaniał opornych do przyjmowania przepisanych leków. Jeśli nie udało się ich do tego przekonać, niezużyte medykamenty zwracał do apteki<sup>38</sup>.

Upuszczanie krwi, nazywane krwawą terapią, było zabiegiem mokrym i brudzącym. Nie chcąc poplamieć pościeli i łóżek, używano ochronnych kołder (*piumaccioli*) oraz czerwonych płócien, ręczników czy ścierek. Do wykonania flebotomii były potrzebne opaski, pojemniki na krew (szklanki, kubki, kieliszki)

---

<sup>35</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... In Roma MDCCLI*, s. 102-103; ASR, nr 66, *Registro della Famiglia ... 1766*, s. 5. Por. M. Conforti, S. DE RENZI, *Sapere anatomico negli ospedali romani. Formazione dei chirurghi e pratiche sperimentali (1620-1720)*, w: *Rome et la science modern: entre Renaissance et Lumières*, (Collection de l'École française de Rome, 403), Rome 2008, s. 447.

<sup>36</sup> P. SAVIO, *Ricerche sui medici e chirurghi dell'Ospedale di Santo Spirito in Sassia. Secoli XVI-XVII*, „Archivio della Società Società Romana di Storia Patria”, 44 (45) della serie III, 1971, s. 146.

<sup>37</sup> Tamże, s. 161

<sup>38</sup> ASR, nr 1409, *Commissione Amministrativa ... 1810*.

oraz miedziane wazy, używane wtedy, gdy upuszczało się krew przy użyciu ciepłej wody. Terapię tę rzadko wykonywano pojedynczym pacjentom, a podczas epidemii grypy otwierano żyły i upuszczano krew kilku pacjentom naraz<sup>39</sup>.

W źródłach wymieniany jest też *barbiere*, co w dosłownym tłumaczeniu oznacza barbera, fryzjera golącego włosy czy brodę. Zapotrzebowanie na jego usługi w szpitalu, w którym przebywało stale kilkuset chorych mężczyzn, było niewątpliwie duże. Tyle tylko, że jego praca nie ograniczała się tylko do wykonywania czynności fryzjerskich, gdyż posługując się brzytwami i innymi ostrymi narzędziami, potrafił on również upuszczać krew. Świadczy o tym zapis z 1572 r., mówiący, że *barbiero* był wyznaczony do różnego rodzaju pobierania krwi<sup>40</sup>, a także relacja Domenico Borgarucciego z 1623 r., według której fryzjer uczył wielu młodych z zewnątrz sztuki upuszczania krwi. W tymże roku w kronice zapisano, że najstarszy ze służby szpitalnej *barbiere*, posiadając od dyżurnego kaprała każdego oddziału pisemny wykaz pacjentów do zabiegu, podążał z lampką oliwną i za pomocą dobrze naostrzonego lancetu nacinał żyły i upuszczał krew w ilości zaordynowanej przez lekarza. Ściągniętą krew zostawiał w szklance u wezłowania łóżka po to, aby mógł ją obejrzeć po wizycie, odbywanej po obiedzie, naczelnym lekarz. W czasie wykonywania zabiegów towarzyszyło mu wielu mężczyzn spoza szpitala, którzy pragnęli nauczyć się umiejętności upuszczania krwi, czyli *sanguigna*<sup>41</sup>.

W wykazie personelu leczniczego z 1654 r. *barbiere* figuruje obok lekarzy, chirurgów, specjalistów paramedycznych *unzionario* oraz *cristeraro*, natomiast nieobecny jest w nim *capo sanguigna*. Oznacza to, że wyręczał go wtedy w jego czynnościach właśnie *barbiere*, którego urząd „jest tak ceniony, jak droga jest każdemu własna krew, w której zawiera się dusza, czyli życie [...]”. Ponieważ, jak zapisano w dokumencie, najczęstszym środkiem stosowanym przy leczeniu gorączek było upuszczanie krwi, dlatego osoba to wykonująca na zlecenie medyków i głównych chirurgów tuż po porannym obchodzie lekarskim powinna być starsza i doświadczona, znać dobrze części organizmu, żyły i tętnice. *Barbiere* był ponadto zobowiązany ostrzyć brzytwy, oczyszczać z mięsa lancety, uczyć młodych pielęgniarzy upuszczania krwi, przypinania pijawek, stawiania baniek, obdzierania różnymi sposobami mięsa od kości, podwiązywania naczyń krwio-

---

<sup>39</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... In Roma MDCCLI*, s. 103-104; ASR, nr 903, *Visita Apostolica in Santo Spirito, incominciata l'anno 1737 ... 1749*, s. 196.

<sup>40</sup> M. VANTI, *Un umanista del Cinquecento in funzione di riformatore, Bernardino Cirillo commendatore e maestro generale dell'Ordine di S. Spirito (1556-1576)*, Roma 1936, s. 123: „c'è un barbiero destinato a trarre tutte sorte di sangue”.

<sup>41</sup> „il barbiere insegna a molti giovani forestieri l'arte del salasso”. BAV, Barberiniano latino 1068, *Relatione del modo che si tiene ... 1623*, s. 13v-14; R. GRÉGOIRE, *Servizio dell'anima quando del corpo nell'ospedale di Santo Spirito*, „Ricerche per la storia religiosa di Roma” 3 (1979), s. 227, 243.

nośnych i innych czynności. Powinien asystować i przyglądać się nowicjuszom i nie ufać im, aż do czasu, gdy wyćwiczą się dobrze i naborą praktyki<sup>42</sup>.

### - *Unzionario*

Nie mniej ważną rolę w szpitalu odgrywał *unzionario* (*onzionario, untionario* – od *unziona, onziona* – namaszczenie). Zgodnie z terminem, którym go określano, zajmował się nacieraniem i aplikacją wszelkiego typu maści, smarowideł i innych specyfików od użytku zewnętrznego. Ponadto wykonywał szereg innych czynności leczniczych, jak nakładanie inhalacje, okadzanie (*suffumigi*), nagrzewanie, podwiązywanie naczyń krwionośnych *sirodini*, nakładał też plastry, bandaże, robił ciepłe i mokre okłady (*fomenti, pittime*), opatrywał pęcherze i bąble (*attaccar vescicatori*) – ogólnie leczył chorych według wskazówek lekarzy. Ponadto strzygł ich i golił<sup>43</sup>. W 1623 r. został określony synonimicznym terminem *massaggiatore* – masażysta<sup>44</sup>. Kardynał Leandro Porzia informował w 1738 r., że *unzionario*, nazywany asystentem medycznym (*assistente della medicina*), wizytował rannych i okaleczonych, a ponieważ ciągle się jeszcze kształcił, musiał kierować się tym, co zalecił mu lekarz<sup>45</sup>.

Najdokładniejszy opis obowiązków *unzionario* oraz rodzaj wykonywanych przezeń zabiegów i używanych środków leczniczych zawierają dokumenty z 1751 i 1766 r. Według nich *unzionario* asystował lekarzom i chirurgom w wizytach, rannej i dziennej. Następnie, stosując się do ich zaleceń, leczył wskazanych chorych, z których duża część miała pęcherze na ciele lub inne zmiany skórne. Nakładał na pęcherzyki pękające na ciele pacjentów kompresy, bandaże, maści i żele, wosk, opaski, siatki kastracyjne (*reti di castrato*), aplikował smalec do uszu oraz stosował proszki zablizniające, natłuszczał ciała chorych. Stosował też dreny (*spogne*), wywary, olejki, pudry, okłady z liści boćwiny, z użyciem świeżego masła zmieszanego z odpowiednią maścią<sup>46</sup>. Zabiegów było zbyt dużo i wymagały częstego powtarzania, dlatego pomagali mu członkowie dyżurnej gwardii. Leczenie pęcherzy zobowiązany był rozpocząć rano przed wizytą lekarzy i chirurgów, a wszystkie inne czynności zakończyć przed posiłkami: obiadem bądź kolacją. Nie mógł natomiast leczyć osób z zewnątrz, a zwłaszcza wydawać im leków szpitalnych<sup>47</sup>.

<sup>42</sup> ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi dagl' Officiali ... 1654*, s. 35-36.

<sup>43</sup> ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi ... Cortellini. 1654*, s. 62-63; ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi dagl' Officiali ... 1654*, s. 36-37; ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... In Roma MDCCLI*, s. 164.

<sup>44</sup> BAV, Barberiniano latino 1068, *Relazione del modo che si tiene ... 1623*, s. 14; R. Grégoire, *Servizio dell'anima*, s. 227.

<sup>45</sup> ASR, n. 905, *Ordini e Decreti della Santa Visita Apostolica. 1737*, s. 7v.

<sup>46</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... In Roma MDCCLI*, s. 128-129, 131-132.

<sup>47</sup> Tamże, s. 129-130; ASR, nr 66, *Registro della Famiglia ... 1766*, s. 4.



*Unzionario* uczestniczył ponadto w zajęciach szkoły chirurgicznej, i to w podwójnej roli. Sam pogłębiał w niej znajomość swego warsztatu zawodowego, ale też organizował zajęcia dla studentów i uczył ich. Otrzymał od swojego *maestro* (chirurga) listę przypadków rozdawał do rozwiązania i wyjaśnienia wszystkim członkom rodziny szpitalnej studiującym chirurgię w szkole. Stopień trudności zadań zależał od stażu i stanowiska zajmowanego przez słuchacza<sup>48</sup>.

Pozycja zawodowa *unzionario* była nieco niższa od tej, którą zajmował *capo sanguigna*. W wypadku choroby czy nieobecności tego drugiego specjalista od nakładania maści i leczenia pęcherzy mógł go zastępować w obowiązkach związanych z upuszczaniem krwi. Stanowiska tego nikt nie mógł osiągnąć bez pozytywnej opinii chirurgów, poświadczającej o predyspozycjach i znajomości chirurgii, zwłaszcza anatomii. Pełniąc tę funkcję, stawał się od razu jednym z uprawnionych do krojenia zwłok (*incisore*), a tym samym odpowiadał za organizację i prowadzenie zajęć w Teatrze Anatomicznym w okresie wielkopostnym. Przy cięciu i przygotowaniu zwłok na potrzeby pokazów klinicznych był zobowiązany przestrzegać tych samych reguł co *capo sanguigna*<sup>49</sup>. Do namaszczania *unzionario* wykorzystywał miedziany kocioł z przedziałami, a w każdym z nich znajdowała się waza z różnymi maściami, które były podgrzewane przez znajdującą się niżej w środku kotła ciepłą wodę. Podchodził po kolei do łóżek, przy których na kartach zaznaczony był zlecany zabieg, na dolegające miejsce nakładał, za pomocą gąbki zanurzonej w wymienionych naczyniach, odpowiedni specyfik, na końcu zaś bandażował ciało pacjenta<sup>50</sup>.

Zadania i zabiegi, jakie wykonywał *unzionario*, oraz stosowane przez niego specyfiki świadczą, że zajmował się on przede wszystkim chorobami skóry, naturalnie i powstającymi samoczynnie, jak i będącymi konsekwencją wypadków, głównie poparzeń. Jego specjalizację, z dzisiejszej perspektywy, można porównać do dermatologicznej i częściowo chirurgicznej, bąble, pękające pęcherze i stosowane metody ich kuracji, o których często wspominają dokumenty, sugerują, że najpewniej chodziło o pęcherzycę, chorobę autoimmunologiczną skóry, a także wszelkiego typu poparzenia.

W okresach epidemii i zwiększonych potrzeb przełożeni szpitala wprowadzali dodatkowe stanowisko – *sotto unzionario*, czyli zastępcy *unzionario*. Towarzysząc i pomagając swojemu zwierzchnikowi w opatrywaniu chorych i poszkodowanych, pobierał z apteki, jak i sam przygotowywał potrzebne do tego środki. Stale posiadał listę osób kwalifikujących się do zabiegu, wyznaczoną przez lekarzy

<sup>48</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... In Roma MDCCLI*, s. 130.

<sup>49</sup> Tamże, s. 130-131.

<sup>50</sup> R. GRÉGOIRE, *Servizio dell'anima*, s. 243; BAV, Barberiniano latino 1068, *Relatione del modo che si tiene ... 1623*, s. 14

i chirurgów. Jeśli się one powtarzały u niektórych pacjentów, po raz pierwszy wykonywał je sam, a następne powierzał członkom dyżurnej gwardii. Tak jak bezpośredni przełożony, strzygł włosy i brody chorym i zapewniał berety na zimę tym, którzy ich nie mieli, uczestniczył w wizytach chirurgicznych, sporządzał listę nieobecnych w szkole i dostarczał ją przełożonemu infirmerii, trzymał klucze do teatru i na zlecenie swojego zwierzchnika prowadził w nim zajęcia oraz pokazy. Jako zastępca mógł aspirować do wyższego stanowiska i uzyskać prawo krajania zwłok, dopiero jednak po opanowaniu wiedzy z chirurgii i anatomii oraz wykazaniu w praktyce, że jest ekspertem w preparowaniu części ciała i prowadzeniu pokazów anatomicznych<sup>51</sup>. Według rozporządzenia z 1738 r. *sotto unzionario* doglądał chorych na kamienie. Wizytator nakazał mu wtedy uwolnić się od uczestniczenia w wizytach lekarskich i zobowiązał go do pomagania litotomowi<sup>52</sup>.

#### - *Litotom*

Duży stopień wtajemniczenia chirurgicznego posiadał litotom (*litotomo*)<sup>53</sup>, zajmujący się leczeniem zatrzymania moczu, usuwaniem kamieni z pęcherza moczowego, dróg moczowych czy miedniczki nerkowej (litotomia), usuwaniem piasku z nerek. Do pełnienia tego stanowiska wymagane było długie doświadczenie, szczególnie w zakresie usuwania kamieni, które w owym czasie było zabiegiem nie tylko bardzo trudnym, ale też niebezpiecznym. W 1751 r. litotom, nazwany profesorem, zamieszkiwał poza szpitalem. Po dostarczeniu mu do domu zlecenia sporządzonego przez kaprała musiał natychmiast udać się do szpitala na obserwację chorego, a po postawieniu diagnozy wdrażał odpowiednie zabiegi. Najczęściej występowało zatrzymanie moczu, co wymagało syringowania (*siringandolo*), polegającego na nakłuciu pęcherza w celu opróżnienia go. Równie często bywał wzywany do chorych na kamienie. Po ich stwierdzeniu ustalał, konsultując się z lekarzem, dzień wykonania operacji poprzez cięcie. Przed operacją pacjenta poddawano oczyszczeniu i upuszczaniu krwi, potem przekazywano go pod opiekę dwóch *giovani*, a następnie przenoszono do sali, w której litotom przeprowadzał operację. Po jej zakończeniu i po położeniu pacjenta do łóżka nadal się nim opiekował aż do całkowitego wygojenia rany. Niekiedy zajmował się wydobywaniem (*estrazione*) kamieni umiejscowionych w penisie<sup>54</sup>.

<sup>51</sup> Tamże, s. 131-133. Zob. też ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata...1737*, s. 379.

<sup>52</sup> ASR, nr 1409, *Ordinazioni stabilite per il buon regolamento ... 1738*; ASR, nr 905, *Ordini e Decreti della Santa Visita Apostolica. 1737*, s. 7v.

<sup>53</sup> I. Pappalardo, *Litotomi e oculisti Preciani e Norcini-Soppressione del loro privilegio nell'ospedale di Santo Spirito nel 1751*, Roma 1963.

<sup>54</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... In Roma MDCCLI*, s. 11, 91-92.

Uprawnienia, kompetencje, technika i praktyczne umiejętności sytuowały litotoma na poziomie współczesnego urologa, a także chirurga. Tak obecnie, jak i w przeszłości obie te specjalizacje były mocno z sobą związane i wzajemnie się uzupełniały. Mimo to dawniej litotoma nie zaliczano ani do lekarzy, ani do chirurgów, choć przeprowadzając zabiegi chirurgiczne układu moczowo-pęcherzowego, w rzeczywistości wypełniał zadania chirurga, tyle że w bardziej ograniczonym zakresie anatomicznym. Z tego względu po dokonaniu otwartych operacji miał obowiązek konsultować z chirurgiem dalsze postępowanie, jak też informować o swoich pacjentach lekarza, który wyznaczał dla nich właściwą dietę i lekarstwa. O tym, że była to stanowisko newralgiczne i niejako pierwszej potrzeby, świadczy nakaz, by w razie choroby lub opuszczenia Rzymu, a tym samym niemożliwości niezwłocznego przybycia do infirmerii, litotom związany umową ze szpitalem wysłał w zastępstwie innego kolegę po fachu<sup>55</sup>.



Uwiarygodnione efekty pracy litotoma – kamienie wydobyte z dróg moczowych pacjentów, przechowywane w muzeum szpitalnym. Fot. M. Surdacki

Analizując długość zatrudnienia na stanowisku litotoma, można powiedzieć, że występowała tu większa stabilność niż w wypadku specjalistów upuszczających

<sup>55</sup> Tamże, s. 92-93.

krew, którzy częściej się rotowali i z reguły pełnili tę funkcję parę lat, rzadko jednak powyżej dziesięciu. Często zmieniali się co roku. Trochę więcej też zarabiali, a ich gaże były zbliżone do uposażenia chirurgów, co wynikało z podobnej trudności i charakteru zabiegów, które wykonywali. Dokonując gradacji stanowisk, litotom zajmował miejsce tuż po zastępcach chirurgów, choć w niektórych źródłach nieco wyżej byli stawiani *capo sanguigna*, a nawet *unzionario*. Generalnie były to funkcje mniej więcej równoważne pod względem przydatności w leczeniu szpitalnym<sup>56</sup>.

#### – *Cristeraro*

Podstawowe umiejętności medyczne i aptekarskie posiadał *cristeraro*, zajmujący się robieniem lewatyw (*clistieri*, *clistieri*) oraz przygotowywaniem leków i środków przeczyszczających z mleka, bulionu i żółtek jaj. Ze względu na rodzaj przeprowadzanych czynności musiał uważać, by nie poplamieć chorych lub ich łóżek. Używane do lewatyw specyfiki były nietrwałe, toteż wymagały ciągłego odnawiania i odświeżania<sup>57</sup>. W 1737 r. wymienione zabiegi wykonywał jeden z *giovani della spezeria*, którego główny aptekarz przyuczał wcześniej, jak przygotowywać lewatywy, napary, odwary oraz olejki do ich wykonywania<sup>58</sup>. W tej sytuacji wcześniejszy, oddzielny etat *cristeraro* został zlikwidowany<sup>59</sup>. Stanowisko upoważniające do robienia lewatywy było na tyle ważne, że pełniący je nie mógł opuścić szpitala bez pozostawienia zaufanej osobie klucza do szafy, w której znajdowały się owe preparaty<sup>60</sup>. Ogólnie jednak była to funkcja o specyfice bardziej aptekarsko-pielęgniarskiej niż medyczno-leczniczej

### 5. STARSZA SŁUŻBA – UFFICIALI MAGGIORI

W gronie służby opiekuńczo-pomocniczej (*giovani serventi*) z uwagi na wiek, lata pracy, zdobytą praktykę i zdolności występowała wewnętrzna hierarchia, rzutuująca na pozycję zawodową i materialną. Do pierwszej, niższej i mniej doświadczonej grupy zatrudnionej w dużym szpitalu (*spedale grande*) należeli nowicjusze i służący ponadliczbowi, przyuczający się do zawodu, pracujący za darmo lub słabo opłacani. Z biegiem czasu, w miarę potrzeb i wolnych miejsc, przyjmowano ich do grona *salariati*, czyli uposażanych finansowo. Starsi natomiast stopniem – *anziani*, *maggiori*, służący

<sup>56</sup> P. SAVIO, *Ricerche sui medici e chirurghi*, s. 145-168.

<sup>57</sup> ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi ... Cortellini*. 1654, s. 63-64; ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi dagl' Officiali ...* 1654, s. 37. Zob. też R. Grégoire, *Servizio dell'anima*, s. 243.

<sup>58</sup> ASR, nr 1405, *Ordinazioni stabilite per il buon regolamento ...* 1738; ASR, nr 905, *Ordini e Decreti della Santa Visita Apostolica*. 1737, s. 7v.

<sup>59</sup> ASR, 903, *Visita Apostolica in Santo Spirito, incominciata l'anno 1737 ...* 1749, s. 6.

<sup>60</sup> ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi ... Cortellini*. 1654, s. 63-64; ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi dagl' Officiali ...* 1654, s. 37.

w małym szpitalu dla rannych (*ospedaletto dei feriti*), tak zwani *ciarabuchi* – zajmowali się puszczeniem krwi, przykładaniem pijawek i stawianiem baniek. Spośród nich, bardziej doświadczonych, zdolnych, wykazujących się afektem wobec chorych, z reguły starszych wiekiem, wybierano kaprali (*caporali*). Ci zaś z czasem mogli osiągnąć jeszcze wyższe stanowiska, jak *barbiere*, *unzionario*, *cristeraro* i inne, w ostateczności dojść do zastępcy chirurga. On zaś, po odbyciu kolejnych trzech lub więcej lat pracy, opuszczał to miejsce, dając możliwość osiągnięcia tej samej rangi innym<sup>61</sup>.

Opisana droga awansu i kariery, w wyniku sukcesywnej nauki, przypomina szkoły lub cechy zawodowe, w których od pozycji ucznia nowicjusza można było osiągnąć status mistrza – w wypadku szpitala chirurga, pracując na początku nierzadko za darmo, jak uczniowie w korporacjach rzemieślniczych. Były to więc przyszpitalne szkoły chirurgiczne.

Służba pełniąca wyższe stanowiska, tzw. *ufficiali maggiori*, nie była jednolita i równa sobie rangą. Różne, nieprecyzyjne i niekonsekwentne było jej nazewnictwo, które zmieniało się w czasie. Generalnie terminem tym określano wszystkich mężczyzn pracujących w szpitalu dla rannych, który wymagał bardziej doświadczonego i wyspecjalizowanego chirurgicznie personelu pomocniczego niż pozostałe oddziały szpitala. W 1759 r. zatrudnionych w nim było na tym stanowisku ośmiu mężczyzn, określonych jako *ufficiali inferiori*, czyli niższego stopnia, w przeciwieństwie do ich nadzorcy kaprala, którego spośród nich wybierano. Najwyższą pozycję wśród *maggiori*, jeszcze wyższą niż kapral szpitalika dla rannych, mieli *capo sanguigna* oraz *unzionario*, od których wymagano wyższych umiejętności chirurgicznych<sup>62</sup>. Hierarchię pozycji i ważności grupy *maggiori* pokazują wyniki egzaminu odbytego w 1764 r., po którym według uzyskanych ocen, od najwyższej w dół, obsadzono po kolei funkcje: *capo sanguina*, *unzionario* i kaprala szpitalika dla rannych<sup>63</sup>. Taka też była ranga i prestiż wymienionych funkcji, po których już niżej sytuowali się *ciarabuchi* ze szpitalika i zwykli *giovani* w pozostałych oddziałach szpitala, również mocno zróżnicowani, opłacani, służący za wikt, ubrania i dach nad głową, czy też nadliczbowi i inni.

Trudna do zdefiniowania była funkcja *giovani di medicheria* (*medicaria*), szczególnie często spotykana w dwu ostatnich dekadach XVIII w. *Medicheria* niewątpliwie wiązała się z chirurgią i chirurgami, skoro w 1654 r. mówiono o przyjmowaniu do *medicaria* mężczyzn ze służby szpitalnej, którzy zdali egzamin na zastępców chirurga. Ci ostatni byli zobowiązani do darmowego leczenia osób przychodzących do *medicaria*, jak i troski o dostawę do niej leków nieodzownych

<sup>61</sup> ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi ... Cortellini*. 1654, s. 89-90; ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi dagli' Ufficiali ...* 1654, s. 52-53.

<sup>62</sup> ASR, nr 1409, *Relazione delle Cose del Ven. Archiospedale ... 1759 ... Castelli Procomendatore*

<sup>63</sup> ASR, nr 61, *Giornale. Memorie delle cose ...* 1759, s. 302.

w chirurgii<sup>64</sup>. Była to swego rodzaju izba przyjęć, miejsce opatrywania rannych i jednocześnie składnica medykamentów i opatrunków chirurgicznych, bandaży, plastrów itp. Usługi pomocnicze dla tej agendy, jak i kierujących nią chirurgów, spełniali właśnie *giovani di medicaria*. Mieli oni pewne umiejętności medyczne, gdyż czasami, wbrew przepisom, zastępcy chirurgów zlecali im leczenie chorych<sup>65</sup>.

Terminem *medicaria* jako synonimicznym określano szpital dla rannych, którego główny personel stanowili chirurdzy ze swoimi zastępcami oraz dyżurująca gwardia, złożona z ośmiu służących wyższego stopnia (*ciarabucchi*), uczących się chirurgii. Dwóch z nich pełniło przez trzy miesiące na zmianę funkcję pomocników chirurgów. Prawdopodobnie to ich określano mianem *giovani di medicaria*. Cokwartalne zmiany w pełnieniu tej funkcji dawały wszystkim szansę zdobycia praktyki chirurgicznej i zawodu poprzez obserwację licznych operacji i zabiegów, jakie wykonywali każdego dnia ich mistrzowie i zastępcy. Obaj „asystenci-pielęgniarze” byli zobowiązani do bezwzględnego posłuszeństwa chirurgom. Troszczyli się o zaopatrzenie i przygotowanie wszystkich sprzętów, narzędzi i materiałów nieodzownych do przeprowadzania operacji: plastrów, opatrunków, balsamów, kremów, pudrów, oliwek, *vino miratto*, spirytusu, wody, płótna do robienia opasek, łąt, bandaży, taśm do owijania, drewnianych łubek pomagających przy składaniu złamań i leczeniu pęknięć, nożyczek, brzytw, igieł, nici, strzykawek. Wiele materiałów i opatrunków sami wykonywali, prali je i prasowali, podgrzewali wywary, zapewniali światło umożliwiające obserwowanie choroby. W wypadku braku materiałów prosili chirurgów o wypisanie recept i zamówień, które potem realizowali w odpowiednich sklepach. Obaj asystenci byli przypisani do swojego chirurga głównego oraz jego zastępcy, któremu towarzyszyli w obchodach. Ich też pacjentami, podzielonymi na dwie grupy, się opiekowali. Przechodząc rano i wieczorem z przenośnym stolikiem z szufladą na specyfiki lecznicze (pudry, maści itp.), aplikowali je po kolei chorym. Nie wolno im było pod jakimkolwiek pretekstem wynosić ze szpitala środków medycznych, którymi dysponowali<sup>66</sup>.

W drugiej połowie XVIII w. wśród służących pojawiła się funkcja dziekana Wielkiej Sali – *Decano della Corsia Grande*. Było to jedno z najniższych stanowisk, tuż po zwykłym, bezfunkcyjnym służącym, i stanowiło w tym okresie pierwszy szczebel do dalszych awansów w pracy zawodowej. Drabina stanowisk w tym czasie przebiegała dalej następująco: dziekan *Corsia Grande*, *giovane di medicaria*, kapral *Corsia Grande*, *ciarabucco*, kapral szpitala dla rannych, pisarz,

<sup>64</sup> ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi ... Cortellini*. 1654, s. 43-47; ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi dagl' Officiali ...* 1654, s. 25-26; ASR, nr 66, *Registro della Famiglia ...* 1766, s. 2.

<sup>65</sup> ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata ...* 1737, s. 127-128.

<sup>66</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... In Roma MDCCLI*, s. 203-205.



*unzionario, capo sanguigna*, zastępca chirurga. Gdzieś w środku między nimi można jeszcze dodać stolnika, Zwraca uwagę niska pozycja funkcyjna osób służących w *Corsia Grande*, w której leżało najwięcej chorych ogólnie – na ogół gorączkujących, wymagających bardziej usługi pielęgnacyjnej niż umiejętności chirurgicznych. Zdarzało się, na przykład w 1787 r., że funkcję kaprali w Wielkiej Sali pełnili nadliczbowi asystenci lekarzy głównych. W tym samym roku jeden ze służących występował w podwójnej roli dziekana i kaprala tej sali<sup>67</sup>. O tym, że tytułacja stanowisk szpitalnych była skomplikowana, świadczy zapis z 1771 r. nazywający chirurga głównego dziekanem<sup>68</sup>.

Do grupy *maggiori* należeli też pisarz oraz stolnik (*scalco*), pełniący funkcje, wydawałoby się, bardziej techniczne i usługowe niż okołochirurgiczne. Ich czynny udział w wykładach i pokazach anatomicznych pozwala sądzić, że posiadali wiedzę anatomiczną. Świadczy o tym prezentacja, jaką przedstawił w Teatrze Anatomicznym 1769 r. stolnik Giovanni Battista Gattinara na temat krtani, kości gnykowej, gardła (*uvola*) i zmysłu smaku. Inny zaś stolnik, Pozzi wystąpił w 1787 r. w tym samym miejscu z tematem szpiku kostnego<sup>69</sup>. Z kolei pisarz Rosarbo Ferreri objaśniał tegoż roku temat gruczołów<sup>70</sup>. Niekiedy *starszymi* określano zastępców chirurgów, a nawet lekarzy asystentów, którzy w 1767 r. figurowali w wykazie personelu jako *maggiori*<sup>71</sup>.

W wiekach wcześniejszych o wyborze na stanowiska *maggiori* decydowało kryterium wiekowe. W 1679 r. awans na kolejne funkcje zdobywało się według starszeństwa. Jeśli najstarszy nie był zdolny do objęcia wyższego wakującego stanowiska, otrzymywał je kolejny pod względem stażu<sup>72</sup>. Już wtedy nie zgadzał się z tym komendator Febei, pisząc w 1677 r., że o nominacjach powinna decydować biegłość, wiedza fachowa, a także wrodzona cnota kandydata<sup>73</sup>. Jego zdanie nie było jednak w pełni respektowane i o awansie nadal decydowało starszeństwo oraz staż. Prawie sto lat później (1757 r.) komendator szpitala Antonio Mario Erba pisał bowiem do papieża Benedykta XIV (1740-1758)), że najlepszym sposobem promowania *giovani* na stanowiska *ufficiali maggiori* nie powinien być wiek, który w przeszłości decydował o nominacji, ale umiejętności zweryfikowane podczas egzaminu<sup>74</sup>, polegającego na przygotowaniu pokazu

---

<sup>67</sup> ASR, nr 1387, *Elenco delle dimostrazioni di ... 1787*; ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... In Roma MDCCLI*, s. 227.

<sup>68</sup> ASR, nr 1409, *Ordine sull'indice delle lezioni anatomiche ... 1771*, s. 275-276.

<sup>69</sup> ASR, nr 1387, *Indice delle lezioni e dimostrazioni anatomiche ... 1769*.

<sup>70</sup> ASR, nr 1387, *Elenco delle dimostrazioni di ... 1787*.

<sup>71</sup> ASR, nr 1414, *Famiglia dello Spedale ... 1767*.

<sup>72</sup> ASR, nr 1409, *Decreti di Visita 1679 ... Acciaiuoli*, s. 66.

<sup>73</sup> ASR, nr 1409, *Costituzioni et ordini ... 1677*, s. 61.

<sup>74</sup> ASR, nr 1409, *Erezione di scuole ... 1757*, s. 195.

anatomicznego<sup>75</sup>. Na przełomie lat 80. i 90. XVIII w. egzaminy na miejsce *giovane di medicaria*, kaprała szpitalika dla rannych i *capo sanguigna* przyjmowały formę wypracowania pisemnego po łacinie lub włosku na tematy okołozdrowotne i medyczne<sup>76</sup>.

Według regulaminu z 1759 r. wybór *ufficiali maggiori*, tj. kaprała szpitala dla rannych, *unzionario* i *capo sanguigna* miał się dokonywać w drodze konkursu w przekonaniu, że na te miejsca wybierze się tych, którzy są najbardziej biegli w chirurgii. Miało w nim prawo uczestniczyć także ośmiu pielęgniarzy (*ciarabuchi*) wspomnianego szpitala<sup>77</sup>.

Sposób i forma egzaminów na wyższe funkcje nie miały stałego kanonu. Zmieniały się także składy komisji egzaminacyjnej, różni też byli kandydaci i ich liczba. Jeden z takich egzaminów na stanowisko dwóch zastępców chirurga, odbył się, w formie pisemnej, z udziałem dziesięciu konkurentów, 28 listopada 1764 r. Komisję tworzyło czterech profesorów – mistrzów chirurgii, którzy po egzaminie odczytali napisane dysertacje kandydatów. Trzech zdających otrzymało optymalne, bardzo dobre noty. Dwóm z nich powierzono funkcję zastępców chirurga, trzeci otrzymał stanowisko *capo sanguigna*, a czwarty w kolejności, również z wynikiem bardzo dobrym, został nominowany na pisarza. Inni zaś z dobrymi ocenami obsadzili stanowiska *unzionario*, kaprała szpitala dla rannych oraz stolnika<sup>78</sup>. Choć głównym celem był wybór zastępców chirurga, to jednak i pozostali kandydaci uzyskali awans i nominacje na wyższe niż dotąd sprawowane stanowiska. Przystępując do egzaminu, musieli zapewne znać jego zasady, które gwarantowały zwycięzcy najwyższą możliwą do osiągnięcia w tym konkursie funkcję, ale i nieco niższych, też dla nich satysfakcjonujących, skoro je przyjęli.

Hierarchię i drogę awansu wśród pracowników wyższego szczebla ukazuje konkurs odbyty 11 września 1759 r., w którego wyniku na pisarza wybrano kaprała szpitalika dla rannych. Na opuszczone przez niego miejsce w szpitaliku, spośród dwóch równorzędnych kandydatów nominowano starszego z nich, drugiego zaś obsadzono na zwolnione przez tego ostatniego stanowisko kaprała wielkiej sali (*corsia grande*)<sup>79</sup>. Jak widać, każdy z nich z niższej pozycji zawodowej awansował na wyższą.

Stanowisko kaprała, *ciarabucco* i inne z grupy *ufficiali maggiori* można było osiągnąć tylko poprzez studia w szkole chirurgicznej. Nie można było na nie

<sup>75</sup> ASR, nr 1409, *Ordini per li studi di chirurgia*, 1765, s. 46.

<sup>76</sup> ASR, nr 1388, *Esami dei Givani Medici 1788-1791*.

<sup>77</sup> ASR, nr 64, *Relazione delle Cose ... Castelli 1759*, s. 49-50; ASR, nr 1409, *Relazione delle Cose 1759 ... Castelli Procomendatore*, s. 227.

<sup>78</sup> ASR, nr 61, (*Giornale. Memorie delle cose ... 1759*, s. 302.

<sup>79</sup> ASR, nr 1409, *Decreto di elezione, Giuseppe Maria Castelli ... 1759*, s. 239.

wybrać *giovani* studiujących medycynę, nawet na tak zwane miejsce z łaski czy wdzięczności, (*posti di grazia*), nadawane czasami przez przełożonych generalnych<sup>80</sup>. Choć status lekarza ogólnego ceniono ówczesnie bardziej niż chirurga, to jednak w *ospedaletto dei ferii*, gdzie opatrywano i leczono rany, bardziej przydatne były umiejętności chirurgiczne. Dogłębna wiedza medyczna była tam mniej nieodzowna, liczyły się sprawności manualne i techniczne oraz znajomość anatomii. Mimo to jeszcze sześć lat wcześniej komendantor uważał, że studenci medycyny nadają się również do pełnienia funkcji kaprali *delle Corsie* i wykonywania czynności związanych z chirurgią. Jeśli uczęszczali do szkół chirurgicznych, mogli przystępować do konkursu na stanowiska *ciarabucchi* w szpitalu dla rannych, jednak pod warunkiem, że zaprezentują wyższe umiejętności w chirurgii niż inni, a przynajmniej takie same<sup>81</sup>. Oni też – *ciarabucchi* – oprócz lekarzy i chirurgów mieli swobodny dostęp do sali prosektoryjnej<sup>82</sup>, a w wyjątkowych sytuacjach mogli nawet zastępować, za pozwoleniem przełożonego, zastępców chirurgów<sup>83</sup>.

Pomimo że *maggiori* formalnie do stanu chirurgów nie należeli, to jednak umiejętnościami praktycznymi, zwłaszcza *unzionario*, *capo sanguina* i litotom mocno się do nich upodabniali. Potwierdza to dokument z 1767 r., w którym zapisano, że *capo sanguina* miał w razie czego prawo pełnić funkcję zastępcy chirurga<sup>84</sup>. Wszyscy oni pracowali zawsze na płatnych etatach.

Szczególne wymagania stawiano dwóm osobom asystującym przy usuwaniu kamieni oraz przy amputacji jakiejś części ciała. Były to zabiegi i operacje bolesne, ryzykowne, nierzadko kończące się śmiercią, dlatego asystentów (*giovani assistenti*) wybierano spośród służących o najdłuższym stażu, doświadczeniu i odpowiednich predyspozycjach. Mężczyźni ci nie należeli formalnie do grupy *maggiori*, lecz też swoimi umiejętnościami przewyższali zwykłych członków gwardii. Ich zadaniem było przygotowanie pacjentów do operacji, wykonywanej przez litotoma, zapewnienie niezbędnych materiałów i sprzętów: bandaży, opasek, płótna, waty, tkaniny, maści, wina, olei, itd. Na czas zabiegu zamykali okna i drzwi, a po jego zakończeniu, śpiąc w jednym pokoju z operowanymi, opatrywali im rany i zmieniali brudne podkłady. Dyżurowali we dwóch na zmianę, co drugi dzień każdy. Identyczną opiekę sprawowali nad osobami, którym chirurdzy dokonali amputacji, jak i nad pacjentami po usunięciu katarakty (*depreste le cataratte*). We wszystkim musieli słuchać lekarzy i chirurgów – tym drugim asystować w wizyta-

<sup>80</sup> ASR, nr 1409, *Ordini per li studi di chirurgia*, 1765, s. 262.

<sup>81</sup> ASR, nr 64, *Relazione delle Cose ... 1759*, s. 53.

<sup>82</sup> ASR, nr 1409, *Ordini per l'ospedale ... Romualdo Guidi 1772*, s. 280-281.

<sup>83</sup> ASR, nr 1409, *Editto per li sostituti ... 1771*, s. 276-277.

<sup>84</sup> ASR, nr 1414, *Famiglia dello Spedale ... 1767*.

cjach, dbać, aby przy ciężko chorych nie zabrakło kapłana polecającego duszę, a w wypadku zgonu przygotowywali ciało zmarłego do pochówku. Tak jak wszyscy kaprale i *ufficiali maggiori* chodzili do szkoły i do teatru anatomicznego oraz uczestniczyli w pokazach anatomicznych, jeden z nich jednak musiał zawsze pozostać na dyżurze, zwłaszcza gdy byli ciężko chorzy<sup>85</sup>.

## 6. STAN LICZEBNY

Pobyt w szpitalu kilkuset chorych, nieraz nawet około tysiąca, wymagał utrzymania licznej służby pielęgniarstwa i personelu medycznego. Pojęcie służby obejmuje w tym wypadku grupę osób wykonujących zadania opiekuńczo-pielęgniarstwa w stosunku do chorych. W jej skład wchodziłi wszyscy *giovani* oraz ich przełożeni kaprale oraz czasami desygnowani do ich pomocy tragarze, jakkolwiek tych ostatnich należy zaliczyć raczej do pracowników fizycznych, od których nie wymagano nawet podstawowej wiedzy i umiejętności związanych z opieką nad chorymi. W 1654 r. służbę szpitalną w Szpitalu Świętego Ducha tworzyło około 30 osób, wśród których jedną piątą stanowili pracownicy ponadetatowi<sup>86</sup>. Cztery lata później służba obsługująca chorych liczyła 38 osób: 24 członków gwardii, 8 nadliczbowych i 6 kaprali<sup>87</sup>. W 1706 r. była nieco liczniejsza i składała się z 30 gwardzistów oraz 6 kaprali – w sumie 36 osób<sup>88</sup>. Stan liczbowy służby ulegał ciągłym fluktuacjom. W 1707 r. na płatnych etatach pracowało 26 *giovani* oraz 42 *giovani* bez uposażenia finansowego, 6 kaprali, w tym 4 *di Corsia* i po jednym w szpitalu dla nobilitowanych i szpitalu dla rannych. Razem były to 74 osoby<sup>89</sup>. Siedem lat później odnotowano 31 osób z gwardii oraz 6 kaprali. Tym razem wszyscy (w sumie 37) pobierali wynagrodzenie<sup>90</sup>.

Służba szpitalna nie zawsze dawała sobie radę ze swoimi obowiązkami, szczególnie w okresach zdwojonego napływu chorych do szpitala. W latach 40. XVIII w. służący byli tak mocno przeciążeni, że odbijało się to negatywnie na posłudze chorym oraz uniemożliwiało naukę teorii i praktyki chirurgicznej. Na skutek nadmiernych zajęć często chorowali, a nawet umierali. Z tego powodu trudno było znaleźć silnych mężczyzn chętnych do służby, szczególnie w okresie epidemii. Aby odciążyć służbę od ciężkich prac, każdej z czterech grup dyżurnych

<sup>85</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... In Roma MDCCLI*, s. 200-202.

<sup>86</sup> ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi ... Cortellini. 1654*, s. 84-85; ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi dagl' Officiali ... 1654*, s. 49

<sup>87</sup> ASR, nr 27, *Ospedale di Santo Spirito ... 1658*.

<sup>88</sup> ASR, nr 1414, *Salariati si di Città ... 1706*.

<sup>89</sup> ASR, nr 1414, *Salariati dell'Ospedale ... 1707*.

<sup>90</sup> ASR, nr 1414B, *Elenco della Famiglia Medica et Chirurgica*.

przydzielono jednego tragarza – *facchino*. Mieli oni wyręczyć służbę w zamiataniu i czyszczeniu sal, noszeniu wody z fontanny, zmienianiu pościeli chorym, roznoszeniu kotłów z jedzeniem, noszeniu ciał zmarłych na cmentarz. Dzięki temu *giovani* mniej chorowali i mogli w pełni poświęcić się pracy z chorymi, wykonywaniu poleceń lekarzy i chirurgów oraz wykorzystać czas na studia – obserwowanie i wykonywanie operacji. Decyzja ta przyciągnęła licznych studentów na praktykę do szpitala, którzy z oddaniem opiekowali się chorymi, licząc na etatową pracę. Zwiększyła się też możliwość wyboru służby spośród osób bardziej zamożnych, bogobojnych, uprzejmych i uczciwych. Wcześniej bowiem, szczególnie w czasie epidemii, przyjmowano młodych mężczyzn z konieczności i w pośpiechu, którzy przybywając do szpitala nie w celu kształcenia się, ale dla wiktów i wyjścia ubóstwa, popełniali wiele błędów i niegodnych czynów<sup>91</sup>.

Dokonana reforma doprowadziła do redukcji zatrudnienia i efektywniejszego wykorzystania sił ludzkich i zarazem oszczędności. Przed zmianami w szpitalu służyło 32 mężczyzn, po reorganizacji zaś 24 oraz dodatkowo 3 tragarzy, razem 27 osób. Różnice te okazały się jeszcze bardziej istotne, gdy się uwzględni okres epidemii, podczas której przed reformą, angażowano aż 72 służących oraz 9 tragarzy, w sumie 81 mężczyzn. Później natomiast, podczas epidemii, służyło 65 osób, w tym 59 *giovani* oraz 6 tragarzy. Tak więc po zmniejszeniu o 7 osób liczby *giovani servienti* i przydzieleniu dwóch tragarzy, szpital oszczędzał nieco ponad 21 skudów miesięcznie, a w ciągu roku 250<sup>92</sup>. Przytoczona statystyka wykazała, że stan liczbowy służby, obejmującej *giovani* i tragarzy, w okresie epidemii zwiększał się w stosunku do spokojnych czasów ponad dwukrotnie, i to zarówno przed, jak i po reformie. W podobnych proporcjach wzrastała też liczba pensjonariuszy, dla których przeznaczano wtedy dodatkowe pomieszczenia szpitalne. Bywało i odwrotnie. W 1737 r., jak stwierdził wizytator, dzięki miłosierdziu Bożemu liczba chorych w tym roku zmniejszyła się o ponad połowę, dlatego też proporcjonalnie do ich stanu zredukowano liczbę służących<sup>93</sup>.

W 1759 w starym szpitalu i w nowym jego skrzydle zatrudniano 43 służących oraz dodatkowo 4 nadliczbowych, razem 47 osób<sup>94</sup>. W 1765 r. stwierdzono, że łączna liczba mężczyzn służących w *Gran Corsia*, *Spedaletto* i *Corsiolo*, razem z pełniącymi wyższe funkcje oficjalami, w przyszłości miała zawsze wynosić 50<sup>95</sup>.

---

<sup>91</sup> ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata ... 1737*, s. 208-210; ASR, nr 1301, *Relazione fatta da Ferrini*, s. 7. Zob. też: ASR, nr 1410, *Notificazione. D'ordine ... Antonio Maria Erba ... 1755*. Również w 1796 r., w obliczu wzrostu liczby chorych każdej gwardii przydzielono do pomocy po jednym tragarzu.

<sup>92</sup> ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata ... 1737*, s. 210-213.

<sup>93</sup> ASR, nr 905, *Ordini e Decreti della Santa Visita Apostolica. 1737*, s. 7.

<sup>94</sup> ASR, nr 44, *Sotto il governo del Sig. Card. Giuseppe Maria Castelli ... 1759*.

<sup>95</sup> ASR, nr 1409, *Ordini per li studi di chirurgia, 1765*, s. 260

## 7. ZACHOWANIE

Niemal wszyscy pracownicy, z wyjątkiem lekarzy, mieszkali na terenie szpitala, w czasie wolnym od pracy mogli jednak wychodzić na zewnątrz. Czas pobytu poza szpitalem i godziny powrotu były normowane, choć ulegały zmianom, nawet w obrębie roku. Według regulaminu z 1691 r. wszyscy członkowie rodziny szpitalnej wieczorem, na dźwięk *Ave Maria*, byli zobowiązani znajdować się w szpitalu. Po tym sygnale zamykano bramy, których nie można było później otworzyć, chyba że dla chorych i rannych. Każdy, kto spędził noc poza szpitalem bez pozwolenia przełożonego, był zwalniany<sup>96</sup>. Inne zarządzenie w tej sprawie wydał w 1724 r. komendator Zosimo Valignani, który zabronił służbie, asystentom lekarzy, zastępcom chirurgów oraz innym *ufficiali*, spędzać nocy poza szpitalem, jednocześnie wyznaczył nieprzekraczalne godziny powrotu. Od pierwszego listopada do końca karnawału była to godzina trzecia w nocy, od początku Wielkiego Postu do trzeciego maja – pierwsza w nocy, od tego zaś dnia do końca października – godzina druga w nocy. Według tego grafiku miały być zamykane wszystkie wejścia do szpitala, bez możliwości otwarcia komukolwiek aż do rana. Nocującym poza szpitalem groziły kary, łącznie z bezwarunkowym zwolnieniem<sup>97</sup>. Cytowane zarządzenie ukazuje pośrednio szerszy kontekst życia i obyczajów mieszkańców Rzymu w karnawale, dowodzi zrozumienia zwierzchników szpitala dla potrzeb, zabawy i rozrywki młodego personelu.

Negatywną ocenę młodemu personelowi wystawił w 1760 r. przełożony generalny Ludovico Calino, pisząc, że niewiele czasu poświęca nauce, zaniedbuje opiekę nad chorymi i bardzo późno wraca w nocy do szpitala. W tej sytuacji odtworzył i zaktualizował dawniejszy regulamin, wedle którego *giovani*, lekarze asystenci i duchowni byli zobowiązani wracać do domu nie później niż o trzeciej po północy. Przepis nie obowiązywał tych, którzy w wypadku pilnej potrzeby, uzyskali pozwolenie przełożonego na późniejszy powrót<sup>98</sup>. Można sądzić, że nie przyniósł on spodziewanych skutków, gdyż w 1762 r. tenże komendator informował, że członkowie rodziny szpitalnej nie przestrzegają nakazu powrotu do szpitala przed godziną trzecią w nocy. Wobec tego znów ponowił poprzednie rozporządzenia w tej sprawie, obarczając kaprali obowiązkiem odnotowywania wszystkich osób łamiących regulamin. Dozwalał jednak późniejszy powrót, o ile zainteresowany wcześniej uzyskał zgodę przełożonego infirmerii. Ten regulamin nie dotyczył księży, jak bowiem zaznaczono, nie brano nawet pod uwagę, by któryś z nich mógł tak późno wracać do szpitala<sup>99</sup>.

<sup>96</sup> ASR, nr 1409, *Decreti per l'ospedale in occasione di sospetto ... 1691*, s. 80.

<sup>97</sup> ASR, nr 1409, *Ordini per lo spedale, Zosimo Valignani, 1724*, s. 85-86.

<sup>98</sup> ASR, nr 61, *Giornale. Memorie delle cose*, s. 156.

<sup>99</sup> ASR, nr 1409, *Editto, col quale si proibisce*, s. 246-247.



W sposób szczególny było zakazane całonocne przebywanie w mieście, o czym mówi dekret z 1750 r., zabraniający spędzania nocy poza szpitalem. Nie dozwalał zarazem służbie wchodzenia pod jakimkolwiek pretekstem w ubraniach szpitalnych do obcych domów – zwłaszcza podejrzanych kobiet, także do kościołów, tylko do należących do duchaków ani na zabronione ulice z wyjątkiem tych, które prowadziły od szpitala do nowego cmentarza, kościoła S. *Onofrio*, *Piazza avanti Salviati*, do szpitalnej składnicy drewna oraz do *Piazza di S. Giacomo Scoscia Cavalli*<sup>100</sup>

Problem powrotu do szpitala rozważał kompleksowo w 1770 r. komendant Romualdo Guidi. Stwierdził on, że osoby z personelu wychodzą w szatach szpitalnych po godzinie 24 na ulice, do okolicznych dzielnic i w inne miejsca oraz do specyficznych domów (*case particolari*). W związku tym zezwolił na wychodzenie na zewnątrz w tych ubraniach wyłącznie do miejsc wyznaczonych przepisami, czyli od szpitala, aż do nowego cmentarza, kościoła S. *Onofrio* i pozostałych obiektów wymienionych w dekreście z 1750 r. Aby uniknąć plotek, nie narażać się na sprawy sądowe i nie dyskredytować szpitala, siebie i całej wspólnoty szpitalnej, pozwolił im pozostawać w tym rejonie nie dłużej niż do północy. Biorąc jednak pod uwagę młody wiek personelu, jego prawo do wolnego spędzania czasu na zewnątrz, dozwolił wracać służbie do szpitala przed czwartą w nocy. Zobowiązał też kaprała pierwszej gwardii do zamknięcia bramy między trzecią a czwartą w nocy, aby nikt z obcych nie wszedł do środka, a o godzinie czwartej zamknąć bramę i wpisywać na listę jeszcze później wracających<sup>101</sup>.

Oprócz nocnych wypadów, tułania się po mieście i późnych powrotów do najczęstszych występków służby szpitalnej należała gra w karty i uprawianie innych nielegalnych, a zabronionych gier kosztem wykonywania obowiązków wobec chorych. Jak stwierdził w 1770 r. przełożony generalny Romualdo Guidi, problem dotyczył całego personelu, niższego i wyższego stopnia, wobec tego po raz kolejny zabronił różnych rodzajów gier w karty na terenie szpitala<sup>102</sup>.

Służbę opiekuńczą tworzyli bardzo młodzi mężczyźni, oderwani od swych rodzin i miejscowości. Zakwaterowani w szpitalu, po zakończeniu pracy i nauki, wieczorami dysponowali wolnym czasem, który nie zawsze spędzali we właściwy sposób. W 1759 r. komendant Giuseppe Maria Castelli informował, że przebywają oni po kilku w swoich nieoświetlonych sypialniach bez żadnego dozoru. Nadmierna wolność sprzyjała trudnemu do wyobrażenia bałaganowi i niegodnemu zachowaniu. Powstał więc pomysł urządzenia sypialni tak, aby każda z nich

<sup>100</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... In Roma MDCCLI*, s. 146, 150, 208, 211.

<sup>101</sup> ASR, nr 1409, *Editto di proibizione ai giovani*, s. 274-275.

<sup>102</sup> ASR, nr 1409, *Editto per li giovani dell'ospedale sul gioco ... 1770*, s. 283; ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... In Roma MDCCLI*, s. 151

była częściowo widoczna z pokoi kaprali poszczególnych gwardii oraz przez okienko, z pomieszczenia „kapłana polecającego dusze”, który pełniłby nadzór nad zachowaniem służby. Dzięki temu kapłani mogli widzieć, co dzieje się w sypialniach i dbać o dyscyplinę, obserwować, kiedy wychodzą i wracają, czy nie uprawiają zabronionych gier, nie prowadzą bezwstydných rozmów i nie śmieją się rubasznie, nie hałasują nadmiernie. Do realizacji tych planów trzeba było znaleźć księży spośród wspomnianych „kapłanów polecających dusze”. A takich w szpitalu nie można było spotkać. Chcąc zachęcić owych duchownych do podjęcia się tej trudnej misji, rozważano podniesienie im wynagrodzenia i wdrożenie wcześniejszego projektu, który nie został zrealizowany z powodu braku odpowiednich kapłanów<sup>103</sup>.

Nie zniechęciło to jednak komendatora Castellego i inspektora Ferriniego do zrealizowania tego pomysłu. W końcu 1759 r. wybudowano cztery pokoje-sypialnie (*cammeroni*) dla 32 służących wchodzących w skład czterech gwardii w starym szpitalu (*Spedale Vecchio*) oraz stworzono w nich dodatkowe miejsca dla czterech służących nadliczbowych, ściąganych w razie potrzeby. Blisko nich usytuowano czternaście pokoi: osiem dla „kapłanów polecających duszę”, cztery dla kaprali, po jednym dla lekarza asystenta oraz dla pisarza. Po tych inwestycjach nie tylko poprawiły się warunki lokalowe służących, którzy dzięki racjonalnemu rozplanowaniu i skupieniu blisko siebie mogli łatwiej budzić się i wstawać, gdy było trzeba, i pełnić dyżury, nie tracąc czasu na przechodzenie. Wcześniej, gdy przebywali w rozproszeniu, panował chaos, i kilka osób musiało przemieszczać się, by zbudzić śpiących do usługiwania przy rozdawaniu Komunii św., uczestniczenia w wizytach lekarzy i chirurgów. Po dobudowie pomieszczeń wystarczyła jedna osoba z gwardii, by zrobić pobudkę wszystkim<sup>104</sup>.

Przy tak dużej liczbie służby szpitalnej ważnym problemem było zabezpieczenie jej odpowiedniego stroju, a dokładnie uniformów szpitalnych, bo jednorodność w tym względzie była regułą w tego typu instytucjach. Nie ma na ten temat zbyt wielu informacji. Wymieniany już kardynał Lanfredini, wspominał, że wszyscy wyżsi oficjele, jak i służący niżsi rangą często chodzili po szpitalu lub wychodzili na zewnątrz niewłaściwie ubrani, to jest bez peruki, w płaskich butach bez sprzączek, klamerok (*fibbie*) lub z zepsutymi sprzączkami, w pantoflach na niskim obcasie lub bez obcasów. Chcąc zapobiec tym nieprzyzwoitościom, w trosce o wygląd pracowników i wizerunek szpitala, nakazał służbie poruszać się wyłącznie w pantoflach z zapiętymi klamerkami, a jeśli włosy nie były utrzymywane za pomocą peruki, to musiały być tak czyste, jak tylko możliwe. Inną nieprawidłowością było noszenie

<sup>103</sup> ASR, nr 64, *Relazione delle Cose ... Castelli. 1759*, s. 57-60.

<sup>104</sup> ASR, nr 44, *Sotto il governo del Sig. Card. Giuseppe Maria Castelli ... 1759*, s. 73.

w lecie, w czasie upałów, ciężkich ubrań. Zdaniem wizytatora było to nieludzkie, toteż nakazał przygotowanie szat z lekkiego płótna, a przy tym w jednym kolorze, dla wszystkich pracowników, niezależnie od pełnionej funkcji<sup>105</sup>.

Postawa młodzieńców przyjętych do szpitala często budziła niepokój z powodu zaniedbywania studiów. Na początku lat trzydziestych XVIII w. komendant Pietro De Carolis żalił się, że tylko nieliczni serio traktują naukę i wytrwale dążą do wyznaczonego celu, jakim było wyuczenie się zawodu. Jeśli nawet niektórzy przychodzili do szpitala z jakąś podstawową wiedzą, to potem, opuszczając szpital, często wszystko zapominali. Ubolewał nad rodzicami, którzy wysyłając swoich synów do Rzymu, ponosili koszty na kształcenie, a synowie nie spełniali ich oczekiwań, siejąc zgorszenie wśród władz i pracowników szpitala, ale też okolicznych mieszkańców. Wielu wykazywało się lenistwem, włóczęgą się po mieście, prowadziło życie rozrzutne i rozrywkowe, ze szkodą dla zdrowia duszy i ciała. Zdarzało się, że do szpitala wracali o szóstej lub siódmej rano, bo wcześniej przebywali w karczmach. Nie mając względu na swój ubiór i reputację, grali w karty, stawiali zakłady o szkatułki, zegarki, pierścionki i koszule, zachowywali się niestosownie, wywoływali skandale<sup>106</sup>.

Często wydawane zarządzenia i wezwania do stosownego zachowania się służby świadczą, że rzeczywistość daleko odbiegała od wymaganych norm i oczekiwań. Na przykład w 1750 r. przestrzegano służbę przed bluźnierstwami, niekulturalnym słownictwem w rozmowach z personelem i osobami z zewnątrz, zabraniano prowadzenia rozmów z kobietami odwiedzającymi chorych, stosowania kpin i żartów wobec nich oraz osób odwiedzających chorych, przechodzących ulicą, noszenia i wnoszenia do pokoi broni, nocowania obcych osób w swoich kwaterach lub w innych miejscach szpitala. Te i inne zakazy kierowane do służby, które – jak można sądzić – były reakcją na wszelkie złe praktyki i świadczyły tylko o nieustannej ich powtarzalności, jak np. upijanie się, niszczenie i przywłaszczanie rzeczy szpitalnych i pieniędzy wyjętych z ubrań zmarłych pensjonariuszy, wcześniejsze zejście ze służby przed przybyciem następcy, a przez to pozostawienie chorych bez opieki<sup>107</sup>.

Choć postawa pielęgniarzy budziła nieraz wiele zastrzeżeń, to jednak jednocześnie, co trzeba dodać, ich odpowiedzialna i ciężka praca nie zawsze była doceniana. Podczas wizytacji w 1759 r. najwyższy przełożony szpitala Giuseppe Maria Castelli słyszał narzekania ze strony *giovani*, że w wypadku śmierci przejmują się pozostawione przez nich rzeczy, a dodatkowo żąda się pokrycia kosztów pochówku, nie bacząc na ich ciągłą a ryzykowną służbę w dzień i w nocy przy ciężko

<sup>105</sup> ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata ... 1737*, s. 221-222.

<sup>106</sup> ASR, nr 1409, *Illustrissimo Monsignore Pietro De Carolis ...*

<sup>107</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... In Roma MDCCLI*, s. 141, 150-151, 207.

chorych, od których się zarażali, co często prowadziło do śmierci. Zdaniem komendatora było to niesprawiedliwe i niewdzięczne ze strony szpitala, dlatego zabronił praktyki rekwirowania rzeczy pozostawionych przez osoby, które zmarły podczas służby oraz pobierania opłat od ich spadkobierców za pogrzeb – nakazał darmowe chowanie ich w kościele szpitalnym, a dodatkowo odprawienie na koszt szpitala dziesięciu mszy oraz innych modlitw za dusze zmarłych<sup>108</sup>.

## 8. AWANSE I ROTACJA

Chcąc korygować naganne zachowania, komendator wzorem innych szpitali wprowadził obowiązkowe egzaminy na wolne miejsca według następującego porządku. Nowicjusze, którzy nie byli jeszcze opłacani, musieli przystąpić do egzaminu, po którym jednak tylko najlepsi mogli otrzymać płatne miejsce. Przy tym nie miało znaczenia, czy ktoś wprawdzie dostał się do szpitala i pracował tylko za „ubranie i łóżko”, decydujące znaczenie miała zdobyta wiedza. Mężczyźni, którzy otrzymywali wynagrodzenie i tworzyli gwardię w *Corsia Grande*, byli zobowiązani konkurować o miejsce *ciarabucco*, ci z kolei o miejsce kaprała szpitalika *S. Filippo, giovane Ospedale dei Nobili* lub *sotto unzionario*. Idąc dalej, kapral szpitala *S. Filippo*, stolnik, *sotto unzionario, giovane dei Nobili* musieli przystąpić do egzaminu o stanowisko kaprała *Corsia Grande*, ten zaś był zobowiązany w ten sam sposób ubiegać się o jedno ze stanowisk grupy *ufficiali maggiori*, poczynając od kaprała szpitalika dla rannych aż po *capo sanguigna*. Wreszcie wszyscy *maggiori* musieli starać się o ostateczne najwyższe miejsce w tej hierarchii – zastępcy chirurga<sup>109</sup>.

Do egzaminu o to samo stanowisko można było przystępować tylko trzy razy. Jeśli komuś nie udało się awansować po trzech próbach, uznawano go za niezdolnego i przesuwano na niższe stanowisko. Komendator Pietro De Carolis poinformował też służących, którzy byli dyplomowanymi lekarzami, choć uczestniczyli w gwardii, że muszą poddać się egzaminowi z chirurgii, tak jak praktykowało się to w szpitalu *San Giovanni di Laterano*<sup>110</sup>. Obowiązkowe egzaminy na wyższe stanowiska umożliwiały awans, ale niosły też ryzyko pogorszenia swojej sytuacji i degradacji w hierarchii. W 1756 komendator postanowił, że już po pierwszym nieudanym egzaminie zdający od razu zostanie przeniesiony na niższe stanowisko, przy drugim zaś niepowodzeniu, jako niezdolny i nierokujący dalszego rozwoju, miał być zwolniony ze szpitala. W ten sposób zwalniało się

<sup>108</sup> ASR, nr 904, *Ordini, e Decreti fatti dall' ... Cardinale Castelli ... 1759*, s. 73-74.

<sup>109</sup> ASR, nr 1409, *Illustrissimo Monsignore Pietro De Carolis ...*

<sup>110</sup> Tamże.

miejsce dla bardziej pojętnych i ambitnych w dążeniu do doskonalenia zawodowego<sup>111</sup>.

Niektóre inne funkcje, stolnika, pisarza, bibliotekarza, *barbiere dei canonici* i *di S. Giacinto*, nie podległy egzaminom konkursowym, a mianowanie na nie należało do dyspozycji przełożonego generalnego, który nadawał je według uznania – *per grazia*. On też wskazywał, czy nominowani przez niego mają ewentualnie uczestniczyć w innych konkursach. Tak zwane miejsca z łaski (*per grazia*) ustalano wcześniej, zanim pojawił się wakat. Odtąd wszelkie stanowiska można było osiągać wyłącznie w drodze egzaminu, a nie przez starszeństwo, co zapobiegało stronniczości przy wyborach, a preferowało osoby inteligentne i pracowite. Aby każdy miał czas na przygotowanie, termin egzaminu wyznaczono na czas aż po Bożym Narodzeniu. Reformom towarzyszyła nadzieja, że wyselekcjonowana służba poprzez solidną naukę osiągnie we właściwym czasie upragniony cel, a tym samym przyczyni się do odzyskania przez szpital dawnej chwały, jaką cieszył się w minionych wiekach w całym wręcz świecie, a w ostatnich czasach została mocno nadszarpnięta przez postawę studiujących pracowników<sup>112</sup>.

Dokładnych informacji o przebiegu kariery zawodowej i drogach awansu dostarcza niedatowany spis z XVIII w. Ukazuje na przykład awans z funkcji *capo sanguigna* na stanowisko zastępcy chirurga czy fakt pełnienia posady kaprała szpitala dla rannych przez doktora, absolwenta medycyny. Przeczytać też można, że czterej *giovani* pracujący w salach klinicznych ukończyło studia medyczne. Świadczy to o wysokim stopniu fachowości personelu, formalnie zaliczanego do służby pielęgniarstwa. Nie wiadomo, czym były owe sale kliniczne. Ich nazwa sugeruje pewną innowacyjność i specjalizację leczenia, do czego potrzebni byli, nawet do podstawowej obsługi, ludzie z wykształceniem medycznym<sup>113</sup>. W przypadku wszystkich *ciarabucchi*, kaprali, *unzionarii* i jednego dziekana widnieje adnotacja: *matricolato in chirurgia*. Może to oznaczać zarówno kogoś wykwalifikowanego, doświadczonego w chirurgii (raczej jeszcze nie chirurga), ale też osobę immatrykulowaną, zarejestrowaną, przyjętą w poczet studentów chirurgii. Tylko co dziesiąty mężczyzna widniejący na liście (razem 7) pochodziło z Rzymu, więcej kandydatów do pracy w szpitalu – po 5 – przybyło z Królestwa Neapolu i Korsyki<sup>114</sup>.

Ciekawie przedstawiała się droga awansu członków wyższej służby i staż pracy przed osiągnięciem odpowiednich funkcji. Na przykład Marco Petrini, pochodzący z Montorio, przyjęty do pracy w 1757 r., do awansu na stanowisko *capo*

<sup>111</sup> ASR, nr 1409, *Notificazione per l'Archiospedale ... Giuseppe Maria Castelli*, s. 194.

<sup>112</sup> ASR, nr 1409, *Illustrissimo Monsignore Pietro De Carolis*.

<sup>113</sup> ASR, nr 1414B, *Elenco della Famiglia Medica et Chirurgica*.

<sup>114</sup> Tamże.

*sanguina* w 1767 r. potrzebował dziewięciu lat. Szybszą drogę kariery przeszli pozostali funkcyjni. Kapral szpitala dla rannych na swoją nominację czekał sześć lat, pisarz i stolnik po cztery lata (1762-1766), najkrócej zaś *unzionario*, który objął to stanowisko po dziesięciu miesiącach od przybycia do szpitala. Gdy chodzi o czterech kaprali w *Gran Corsia*, różnica w latach pracy przed zdobyciem rzeczonyj funkcji wynosiła od roku do ośmiu lat. Wszyscy wymienieni (razem 9) pochodzili spoza Rzymu, w tym aż trzech z Korsyki<sup>115</sup>.

Nie mniej ważne wnioski płyną z analizy losów czternastu *giovani* służących w 1766 r. w *Corsia Grande*. Ich przeciętny staż pracy wynosił średnio około trzy lata, z tym że jeden z nich służył w szpitalu siedem lat, inny z kolei tylko rok. Trzech z nich figurowało pod określeniem *di professione medico*, co potwierdza, że wśród służby szpitalnej zdarzali się młodzi lekarze, którzy nie byli wliczani do etatów personelu medycznego, złożonego z lekarzy naczelnych i ich asystentów, ewentualnie nadliczbowych. Wszyscy trzej pochodzili z dalekich stron: z Korsyki, z Mediolanu i z Rimini, co pozwala przypuszczać, że odbywali oni swego rodzaju staż lekarski w szpitalu, nie bacząc na podrzędność stanowiska. Przy trzech *giovani* widniały adnotacje (w tym przy jednym medyku), że wyjechali i więcej do szpitala nie wrócili<sup>116</sup>.

Posługiwanie chorym i pomoc lekarzom nie wyczerpywały obowiązków młodych mężczyzn. Poprzez naukę i praktykę mieli przygotowywać się do pracy w zakresie medycyny i chirurgii, by z czasem uzyskać dyplom uprawniający do wykonywania tych zawodów. Nie mogli spocząć na laurach, lecz musieli się nieustannie rozwijać. Jeden z dekretów powizytacyjnych stanowił, że żaden *giovane*, niezależnie od zajmowanej pozycji, nie może pracować w szpitalu więcej niż siedem lat. Służący z trzeciej klasy nie mogli pracować dłużej niż trzy lata, jeśli w tym czasie nie zdołali osiągnąć wyższej pozycji. Stosując się do tej zasady, w ciągu trzech dni od 3 lipca 1738 r. szpital miało opuścić czterech służących, a w ich miejsce przyjęto tylu samo nowych. Wizytator, kardynał Leandro Porzia, wydał też polecenie, aby mężczyznom po ośmiu latach służby nie przedłużano jej do ostatecznego terminu dziesięciu lat, a ci, którym minęło 10 lat służby, mieli być natychmiast zwolnieni<sup>117</sup>. Takie samo podejście, mobilizujące do nauki i robienia kariery, obowiązywało w czasach napoleońskich. Ustanowiono wówczas coroczny egzamin weryfikujący dla służby, w którego wyniku można

<sup>115</sup> ASR, nr 66, *Registro della Famiglia ... 1766*, s. 5-6.

<sup>116</sup> Tamże, s. 8-10.

<sup>117</sup> ASR, nr 905, *Ordini e Decreti della Santa Visita Apostolica. 1737*, s. 8v; ASR, nr 1405, *Ordinazioni stabilite per il buon regolamento ... 1738*; ASR, nr 1409, *Ordinazioni dell'Eminentissimo Porzia 1738*, s. 111; ASR, nr 1409, *Ordinazioni stabilite per il buon regolamento ... 1738*; A. CANEZZA, *Gli Arciospedali*, s. 110.



było uzyskać awans, pozostać na dotychczasowym miejscu lub zostać zdegradowanym na niższe stanowisko<sup>118</sup>.

Tak więc, pracując w szpitalu, należało ciągle weryfikować i podwyższać swoje umiejętności, a tym samym dążyć do kolejnych stopni wtajemniczenia zawodowego. Jeden z konkursów na wyższe stopnie, zorganizowany w 1738 r. dla pracowników szpitala, został poprzedzony egzaminem ustnym. W jego wyniku z dalszej rywalizacji odpadło 19 mężczyzn, spośród których najstarszy liczył 29 lat i przepracował 9 miesięcy w szpitalu. Oznacza to, że do służby w szpitalu trafił w dość późnym wieku. Pozostali mieli od 19 do 24 lat i staż pracy od 9 miesięcy do 4 lat. Wszyscy przyjęci zostali na służbę do szpitala, mając od 17 do 22 lat. Tylko sześciu z nich, mniej więcej co trzeci, pochodziło z Rzymu, a inni byli nawet z tak odległych stron, jak Trydent, Agrigento (Sycylia), Korsyki, Lukki, a nawet jeden z Hiszpanii<sup>119</sup>. Było to zgodne z polityką władz szpitala, które preferowały kandydatów pozarzymskich, uważając, że ci oddaleni od rodzin, bardziej będą angażować się w służbę i naukę. Przybywanie młodych ludzi z dalekich stron, nawet z dalekich krajów, świadczy o renomie rzymskiego szpitala jako placówki edukacyjnej. Wielu z nich po wyuczeniu się chirurgii opuszczało szpital i wykorzystywało zdobytą wiedzę i praktykę w innych środowiskach i miejscach.

Nadzwyczajny wzrost chorych w szpitalu odnotowano w sierpniu 1758 r., kiedy to w dwu salach leżało po 640 osób. Z tego powodu opieka nad chorymi ze strony gwardii *di sciroppo* była niemożliwa, gdyż wszyscy zajmowali się rozdawaniem leków i rosołu, co sprawiało, że nie było nikogo, kto mógłby chorym zmienić koszulę czy podać wody. W tej sytuacji zwiększono na ten czas stan liczbowy obsługi o jedną osobę<sup>120</sup>. Całą zaś służbę rozszerzono o trzech *giovani*, ponieważ w czasie wielkiej i długiej epidemii, pracując bez przerwy, była tak zmęczona, że większość ciężko zapadła na bardzo niebezpieczne choroby, a niektórzy nawet zmarli. Poza tym chorująca służba była źle żywiona, otrzymywała nieświeży, czerwony chleb za tak zwany grosz (*a baiocco*). Karmiono ich nie najlepszą zupą z orkiszu (*farro*), chleba, ryżu i makaronu nitkowego (*vermicelli*). Służący otrzymywali wprawdzie gotowane mięso, ale gdy spadła im gorączka, natychmiast, bez odbycia rekonwalescencji, przywracano ich do pracy w gwardiach, przez co szybko ponownie popadali w chorobę. Zastępowano ich więc nowicjuszami bez żadnego doświadczenia i umiejętności potrzebnych do pracy z chorymi. W takiej sytuacji komendant Castelli zarządził, aby odtąd dawać dyżurnym najlepszy chleb, który jedli kanonicy, także lepszą zupę z ryżem, makaronem i kaszą manną

<sup>118</sup> ASR, nr 168, *Repubblica Romana ... 1799*, s. 209.

<sup>119</sup> ASR, nr 905, *Ordinazioni stabilite per il buon regolamento ... 1738*.

<sup>120</sup> ASR, nr 64, *Relazione delle Cose ... Castelli. 1759*, s. 53-54; ASR, nr 1409, *Relazione delle Cose 1759 ... Castelli Procomendatore*, s. 228; ASR, nr 61, *Giornale. Memorie delle cose*, s. 7.

(*semolella*) czy kawałek pieczonej cielęciny. Po takim odżywianiu, pomimo że szybko mijała im gorączka, nie byli od razu kierowani na służbę, lecz na rekonwalescencję. Tym razem o terminie powrotu do pracy miał decydować prowadzący ich lekarz, a nie – jak dotąd – przełożony infirmerii<sup>121</sup>.

Sytuacja powtórzyła się w następnym roku. W czasie ataku gorączki potrojono liczbę łóżek w szpitalu, a wszystkie *Corsiette* były tak wypełnione, że gwardia od syropów nie była w stanie nadążyć z rozdzielaniem leków. Wobec tego podjęto decyzję o dodaniu do składu tej gwardii dodatkowych dwóch osób do służby w *Ospedale Vecchio*<sup>122</sup>. Podobnie zarządzono odnośnie do *Braccio nuovo*, w którym również ujawniła się niewydolność opieki. Dlatego i tam na czas epidemii zatrudniono dwóch nadliczbowych lekarzy głównych. Nie rozwiązało to jednak problemu, gdyż był tam tylko jeden kapral mogący w czasie wizyt towarzyszyć tylko jednemu z lekarzy, tym bardziej że przychodzili oni do szpitala o tej samej godzinie. Dlatego drugiemu lekarzowi zmuszony był asystować mężczyzna usługujący pisarzowi. Odbijało się to negatywnie na poziomie opieki, gdyż gwardia pozbawiona zwierzchnika, złożona w większości z nowicjuszy pracujących za darmo, nie była w stanie podołać swoim zadaniom. W reakcji na to komendant ustanowił drugiego kaprala, który wraz ze swoim kolegą miał wypełniać wszystkie obowiązki przypisane jego stanowisku. Chcąc jeszcze bardziej zmobilizować gwardzistów do gorliwszej służby, zorganizował dla nich nowe lokum<sup>123</sup>. Odtąd *nowe skrzydło* zostało poddane kierownictwu i opiece dwóch kaprali, którzy mieli służyć w dwóch oddziałach, na jakie zostało ono podzielone, to jest na oddział na górze (*di sopra*), do którego dołączono przyległą *Corsietta Nuova*, i oddział obok ołtarza, z którym złączona była *Corsietta di sotto* i dwa *Cameroni*, w czasach gdy byli w nich chorzy, oraz *Ospedaletto della Famiglia*. Kiedy jeden z kaprali gwardii od syropów wyszedł po zakończeniu pracy, drugi obsługiwał oba oddziały, a jeśli obaj udawali się na nocny spoczynek, wtedy kapral z *Braccio Vecchio* służył również w *Braccio nuovo*. Ponieważ nie mógł nadążyć z rozdzielaniem leków w obu częściach szpitala, zarządzono, aby obaj kaprale nowego skrzydła budzili się naprzemiennie w godzinach roznoszenia medykamentów. Jednego z nich zwolniono więc z obowiązku uczestniczenia w wieczornej wizytacji, by mógł w tym czasie odpocząć, a następnie wstać w nocy i zaopatrzyć chorych w przepisane leki<sup>124</sup>.

<sup>121</sup> ASR, nr 44, *Sotto il governo del Sig. Card. Giuseppe Maria Castelli ... 1759*, s. 84-85.

<sup>122</sup> ASR, nr 64, *Relazione delle Cose ... Castelli. 1759*, s. 53-54; ASR, nr 1409, *Relazione delle Cose 1759 ... Castelli Procomendatore*, s. 228

<sup>123</sup> ASR, nr 44, *Sotto il governo del Sig. Card. Giuseppe Maria Castelli ... 1759*, s. 74-76.

<sup>124</sup> ASR, nr 64, *Relazione delle Cose ... Castelli. 1759*, s. 54-56; ASR, nr 1409, *Relazione delle Cose 1759 ... Castelli Procomendatore*, s. 228.

## 9. GWARDIE

Aby liczna służba mogła sprawnie funkcjonować, podzielono ją na cztery gwardie dyżurne: pierwszą gwardię (*prima guardia*), gwardię syropów (*guardia di scioppi*), gwardię wizytacyjną (*guardia di visita*) oraz tak zwaną *guardione*. W 1654 r. na czele każdej z nich stał kierownik gwardii, tak zwany kapral (*caporale*). Wszystkie gwardie składały się z czterech mężczyzn. Dwóch z nich służyło w małym szpitalu dla rannych, pozostali czterej zaś w dużym szpitalu. W sumie w czterech gwardiach służyły 24 osoby. Poszczególne gwardie wymieniały się w czasie i – jak sugeruje ich nazwa – miały wyodrębnione zadania do spełnienia, choć niektóre ich obowiązki były wspólne<sup>125</sup>. Każda z czterech gwardii pełniła dyżur po kolei, jedna za drugą w ciągu pełnej doby<sup>126</sup>. Wszystkie gwardie musiały pracować w komplecie. Gdy ktoś z jej składu zachorował, w jego miejsce wyznaczano innego, jeśli nikt w szpitalu nie był wolny, wzywano kogoś z ponadliczbowych, z zapewnieniem, że będzie pierwszym w kolejce do zatrudnienia przy pojawieniu się wakuu<sup>127</sup>.

Cztery analogiczne gwardie działały sto lat później. Tworzyli ją kapłan, jak go nazywano, „polecający duszę”, kapral gwardii oraz sześciu służących, z których dwóch starszych pozycją obsługiwało szpitalik dla rannych oraz chorych z oddziałów *Sant'Antonio* i *San Lorenzo*. Inni czterej służyli w *Corsia Grande*<sup>128</sup>. Gwardie te, ustanowione przez *canonico priore*, funkcjonowały również w ostatniej ćwierci XVIII w. Wszystkie obsługiwały *Gran Corsia* i miały jednakową obsadę personalną. W skład każdej wchodził: kapral, spowiednik, dwaj kapłani „polecający duszę” Bogu (również spowiednicy), sześciu służących, tragarz (*fachino*), *acquaralo*, strażnik nocny (*ufficiale della notte*). Gdy zwiększała się liczba umierających, do gwardii dołączał zakrystian, a w razie potrzeby *priore* lub *sotto priore*<sup>129</sup>.

Pierwsza gwardia nosiła takie miano, ponieważ jako pierwsza rozpoczynała cykl (serię) wyznaczonych na całą dobę dyżurów. Godziny rozpoczęcia pracy przez pierwszą gwardię zmieniały się w zależności od pory roku, co determinowało także czas rozpoczęcia służby kolejnych gwardii. Zmiany te wynikały przede wszystkim z rytmu i czasu dozowania leków oraz wykonywania zabiegów, a także godzin spożywania posiłków. Przy tych czynnościach musiały być po-

<sup>125</sup> ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi ... Cortellini*. 1654, s. 90-91; ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi dagl' Officiali ...* 1654, s. 53.

<sup>126</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... In Roma MDCCLI*, s. 15.

<sup>127</sup> ASR, nr 1409, *Decreti di Visita 1679 ... Acciaiuoli*, s. 66.

<sup>128</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... In Roma MDCCLI*, s. 15.

<sup>129</sup> ASR, nr 67, Rękopis z końca XVIII w. rozpoczynający się od słów: *L'Gran Corsia dello Spedale*.

szczególne gwardie. Czas pracy kolejnych gwardii był różny i zależał od rodzaju oraz liczby zadań, jakie – zgodnie ze swoją nazwą – musiały wypełniać w ciągu dyżuru. W połowie XVII w. harmonogram pracy zmieniał się tylko dwa razy w roku i był wyznaczany dla dwu półroczy: zimowego (od Wszystkich Świętych do Wielkanocy) oraz letniego (od Święta Zmartwychwstania do Święta Zmarłych). Z kolei w połowie XVIII w. godziny rozpoczynania pracy zmieniały się w pięciu okresach roku: 4 maja – 13 września, 14 września – koniec października, 1 listopada – koniec karnawału, cały Wielki Post, Wielkanoc – 3 maja<sup>130</sup>. Zwracając uwagę dysproporcje czasowe okresów, tak naprawdę nie wiadomo, czym podyktowane

W połowie XVIII w. pierwsza gwardia rozpoczynała dyżur około północy. W okresie wiosenno-letnim pracowała od godziny 22 do 4.30. Z kolei podczas Wielkiego Postu gwardia przychodziła na służbę 45 minut po północy, a schodziła ze zmiany o godzinie 6.30. W innych okresach roku dyżury rozpoczynały się między godziną 24 a 0.30. Czas dyżurów nie był jednakowy i wahał się od sześciu i pół godziny w porze letniej do pięciu godzin w okresie powielkanocnym<sup>131</sup>.

Członkowie pierwszej gwardii mieli za zadanie troszczyć się o lampy, w tym zaopatrzenie ich w oliwę i knoty, utrzymywać wieczorem ogień w palenisku na środku szpitala, dokonywać nocnych obchodów chorych, nosić im ciepłą wodę i zupę, tak rano jak i wieczorem, w czasie obiadu i kolacji, nakrywać do stołu, przygotowywać i odnosić kufle i dzbanki na wino dla chorych, roznosić kotły z jedzeniem oraz rozdzielać i rozdawać chleb do posiłków<sup>132</sup>.

*Guardia dei sciroppi*, następująca zaraz po pierwszej, nazywała się tak, gdyż w czasie jej dyżuru przygotowywano i rozdawano syropy i inne medykamenty. Trwała zawsze cztery i pół godziny. Podstawowym jej zadaniem było podawanie chorym syropów i mikstur oraz innych lekarstw, nakrywanie do stołu na czas obiadu i kolacji oraz troszczenie się o dietę i zdrowe żywienie chorych<sup>133</sup>.

Po zakończeniu służby przez gwardię „od syropów” wchodziła na zmianę kolejna, trzecia gwardia, która kontynuowała rozdawanie lekarstw i syropów. Jej głównym jednak obowiązkiem było towarzyszenie lekarzom i chirurgom podczas obchodu, stąd była określana jako *guardia di visita*. Kończyła swój dyżur wraz z sygnałem dzwonka wzywającego rodzinę szpitalną na obiad (*alla seconda tavola*). Zaraz po przyjsciu rano do szpitala członkowie gwardii „odsłaniali” łóżka

<sup>130</sup> ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi ... Cortellini. 1654*, s. 92-94; ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi dagl' Officiali ... 1654*, s. 54-55; ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... In Roma MDCCLI*, s. 15-16

<sup>131</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... In Roma MDCCLI*, s. 16, 226.

<sup>132</sup> ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi ... Cortellini. 1654*, s. 92-94; ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi dagl' Officiali ... 1654*, s. 54-55; ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... In Roma MDCCLI*, s. 228.

<sup>133</sup> ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi ... Cortellini. 1654*, s. 94-96; ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi dagl' Officiali ... 1654*, s. 55-56.

(*ritirare le bandinelle*), poprawiali w nich posłanie oraz sprawdzali czy wszyscy chorzy są czysti. Ponadto powinnością jej członków było: wzywianie kapłanów do udzielenia komunii św., zamiatanie sal i korytarzy, przynoszenie w zimie węgla do kominków i rozpalanie ognia, dawanie krzepiących posiłków przepisanych przez lekarzy i rosółu tym, którzy pobrali lekarstwa, nakrywanie i sprzątanie stołów, rozdzielanie podczas obiadu chorym białego wina, czerwonego zaś w szpitaliku dla *flussanti*, opiekowanie się rzeczami pacjentów, naprawianie łóżek i ich porządkowanie po odejściu chorych, zmienianie materacy i słomy w sennikach<sup>134</sup>.

Ostatnia gwardia, nazywana *guardione*, trwała najdłużej ze wszystkich. Rozpocynała dyżur od obiadu per la *seconda tavola della familia*, a kończyła latem ok. godziny 22, zimą zaś o 24, a nawet godzinę po północy. Rankiem członkowie tej gwardii dostarczali gotowaną wodę chorym przyjmującym Komunię św. Ich obowiązkiem było asystowanie lekarzom w czasie wizyt, sprzątanie i porządkowanie pomieszczeń, przykrywanie zimą łóżek, utrzymywanie w czystości misek służących lekarzom do mycia rąk, rozdzielanie białego wina na obiad w dużym szpitalu, a czerwonego *ai flussanti* w małym szpitalu, przygotowywanie do pochówku zmarłych i przenoszenie ich na cmentarz, przynoszenie węgla i zapalanie ognia w palenisku przed kolacją (tak jak gwardia *di visita*), dozowanie wód leczniczych (*ferrata, pettorale, cetrata*) przy kolacji, deponowanie pakunków nowo przyjętych osób. W czasie codziennych wizytacji zawsze jeden z członków dyżurującej gwardii posiadał kasetę ze znaczkami, które zgodnie z zaleceniami lekarza przytwierdzał do stolika przy łóżku chorego. W soboty członkowie tej gwardii myli i czyścili pojemniki, dzbany i konewki na wodę dla chorych<sup>135</sup>.

Wszystkie cztery gwardie zmieniały się co tydzień (w każdą sobotę). Pierwsza gwardia, kończąca dyżur w sobotę, w następnym tygodniu przyjmowała obowiązki gwardii *di visita*, natomiast *guardia di sciroppi* wchodziła w rolę *guardione*. W dalszej kolejności osoby z gwardii od wizyt przejmowali powinności gwardii syropów. W końcu członkowie *guardione* służyli jako pierwsza gwardia<sup>136</sup>. Tak więc służący mężczyźni co tydzień wzajemnie się rotowali, nie byli na stałe przypisani do żadnej gwardii, a przechodząc przez każdą z nich, byli sprawiedliwie obciążeni pracą, nabywali w ten sposób wszechstronnych umiejętności przydatnych na każdym odcinku służby szpitalnej. Wszystkie wymienione cztery

<sup>134</sup> ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi ... Cortellini. 1654*, s. 96-99; ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi dagl' Officiali ... 1654*, s. 56-58.

<sup>135</sup> ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi ... Cortellini. 1654*, s. 100-102; ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi dagl' Officiali ... 1654*, s. 59-60; ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... In Roma MDCCLI*, s. 222.

<sup>136</sup> ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi ... Cortellini. 1654*, s. 105; ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi dagl' Officiali ... 1654*, s. 60-61.

gwardie można by więc nazwać, zaczynając od pierwszej, po kolei nocną, ranną, dzienną i wieczorową. Niezależnie od podziału służby szpitalnej na cztery gwardie (ze względu na wykonywane czynności), obowiązującego przez XVII i XVIII w., z rzadka w źródłach wyszczególniane są tylko dwie gwardie: dzienna i nocna<sup>137</sup>.

Niezależnie od szczegółowych obowiązków przypisanych osobom poszczególnych gwardii istniały ogólne zalecenia, które musieli wykonywać *giovani serventi*. Chodziło o zabezpieczenie ciągłej opieki chorym. Dlatego nikt z aktualnej gwardii nie mógł wyjść z dyżuru przed przybyciem zmienników z następnej grupy. Kończąc pracę, odchodzący byli zobligowani zostawić chorych w stanie zadbanym oraz poinformować następców o osobach z zagrożeniem życia. Z kolei nowi dyżurni zaraz po przybyciu musieli sprawdzić, czy pacjenci nie są zmoczeni, spoceni i brudni, a gdy któryś z nich zakończył życie, mieli wezwać kaprała, rozebrać zmarłego, a po dwóch godzinach przenieść ciało do izby zmarłych. Zadaniem gwardzystów, każdego w swoim oddziale, była wymiana pościeli i utrzymywanie w czystości łóżek. Gdy zauważyli ciężki stan któregoś z pacjentów, natychmiast mieli wezwać kapłana ze świętymi olejami lub „rekomendującego duszę”. Ważną powinnością było usługiwanie chorym w czasie posiłków i przynoszenie jedzenia<sup>138</sup>.

## 10. KAPRALE – CAPORALI

Jak już wspomniano, każda gwardia posiadała swego naczelnika, nadzorcę, tak zwanego kaprała (*caporale*), który miał być dla swoich podwładnych wzorem pilności i miłosierdzia w stosunku do chorych. W sumie kaprali było sześciu, czterech bowiem nadzorowało wymienione gwardie, służące w *Corsia Grande*, dwóch kolejnych kierowało służbą w szpitaliku dla rannych oraz w szpitalu dla szlachetnie urodzonych<sup>139</sup>. Najważniejsze było punktualne rozpoczęcie zmiany przez poszczególnych kaprali w wielkiej sali. Dotyczyło to zresztą kaprali wszystkich czterech gwardii. Żaden z nich nie mógł oddalić się i opuścić własnej zmiany wcześniej, nim nie pojawił się kierownik kolejnej gwardii – chodziło o przekazanie następcy raportu ze swojego dyżuru<sup>140</sup>.

Posiadali oni te same obowiązki, co ich podwładni, lecz z perspektywy kontrolnej, stawali się łącznikami między służbą a tak zwanym *priore* oraz perso-

<sup>137</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... In Roma MDCCLI*, s. 21-26.

<sup>138</sup> ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi ... Cortellini. 1654*, s. 103-105; ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi dagl' Officiali ... 1654*, s. 60-62; ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... In Roma MDCCLI*, s. 162.

<sup>139</sup> ASR, nr 3096, *Provisioni della Famiglia dell'Ospedale ... Porzia Visitatore ...*

<sup>140</sup> ASR, nr 66, *Registro della Famiglia ... 1766*, s. 6.



nelem lekarskim. Kaprale z *Corsia Grande* po rozpoczęciu dyżuru obchodzili pacjentów i sprawdzali, czy są należycie opatrzeni, przed jego zaś zakończeniem zostawiali następcy wykaz ciężko chorych. Gdy wymagała tego sytuacja, wzywali na pomoc pełniących wówczas dyżur, lekarza asystenta, zastępcę chirurga czy kapłana z posługą sakramentalną. Kaprale asystowali lekarzom (po jednym dla każdego lekarza) podczas rannej i popołudniowej wizytacji chorych, przekazując im uwagi z obserwacji, zapisywali zalecenia medyków, a potem w porozumieniu z aptekarzem aplikowali leki. Pomagali lekarzom myć ręce, ubierać i zdejmować fartuchy oraz peleryny. Organizowali i przygotowywali gwardię do dyżuru, ustalali grafik jej obowiązków. Uczestnicząc w wizytacjach, zapisywali na kartkach operacje i zabiegi zlecone do wykonania przez *litotomo*, *capo sanguigna*, *unzionario*, zastępców chirurgów czy asystentów aptecznych. Kontrolowali służących, czy we właściwym czasie i dobrze wykonują przepisane zabiegi, przekręcają chorych, chroniąc przed odleżynami, zmieniają spocone i brudne koszule, podają napoje. Gdy lekarze asystenci zlecili upuszczanie choremu krwi, zastosowanie *vescicanti*, *sinapismi*, *impiastri*, musieli wykonać to sami kaprale, a nie specjaliści w tym zakresie – *capo sanguigna* czy *unzionario* – którzy przeprowadzali tylko zabiegi zlecone w czasie wizytacji przez głównych lekarzy i chirurgów. W zimie, kładąc nowych chorych do łóżka na oddziale, ogrzewali owo łóżko i pościel za pomocą ogrzewalników, pomagali im się rozebrać<sup>141</sup>. Według jednego dokumentu nadzorcy obserwowali, czy ich podwładni wykonują zlecone okłady, kompresy, nacierania, odrywają *sinapismi*, wizytują tych, którzy mają *vescicanti*, czy dostarczają posiłki odżywcze i aplikują pijawki<sup>142</sup>. Wynika z tego, że te same zabiegi byli zobowiązani wykonywać raz sami kaprale, innym razem ich gwardziści. Ponadto sprawdzali, czy często podaje się coś do picia odczuwającym pragnienie oraz przypisaną choremu przez medyków galaretkę i przyprawę (*conditi*), czy wszyscy potrzebujący zostali zaopatrzeni sakramentami, wreszcie dbali o to, by w salach nie było hałasu i krzyków<sup>143</sup>.

Kaprale kontrolowali ścielenie łóżek, doglądali sprzątaną, zamiatania i mycia podłóg po posiłkach, troszczyli się o ubrania i chodaki (trepy) dla chorych, gdy wstawali z łóżek. Ciężył też na nich obowiązek opieki nad umierającymi, dbali, by nie zabrakło im odpowiednich *rinfrescamenti*, jak *ristorativi*. W wypadku śmierci chorego byli zobligowani, w obecności kapłana „polecającego duszę”,

<sup>141</sup> ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi ... Cortellini*. 1654, s. 64-66; ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi dagl' Officiali ...* 1654, s. 37-38; ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... In Roma MDCCLI*, s. 156-159, 162; ASR, nr 67, Rękopis z końca XVIII w. rozpoczynający się od słów: L'Gran Corsia dello Spedale.

<sup>142</sup> ASR, nr 66, *Registro della Famiglia ...* 1766, s. 6.

<sup>143</sup> Tamże, s. 7.

rozebrać nieboszczyka, ułożyć ciało, odnotować fakt śmierci. Rzeczy znalezione w łóżku zmarłego, zwłaszcza pieniądze, srebro i złoto, przekazywali przełożonemu infirmerii i zawiadamiali o opatrzeniu go sakramentami. Po upływie dwóch godzin od zgonu musieli odesłać ciało do kostnicy, a potem dopilnować zmiany materaca i poduszki po zmarłym oraz zaścielenia łóżka w nową, białą pościel. Ponadto odpowiadali za przechowywanie specjalnych znaków (symboli graficznych), oznaczających medykamenty przepisane chorym przez lekarzy<sup>144</sup>.

Pełnili też rolę stróżów, zapisując personel wracający do szpitala po godzinie trzeciej w nocy, pilnowali też, aby nocą nie wszedł do szpitala nikt obcy, a tym bardziej w nim nocował. Przebywając na nocnym dyżurze, mieli też budzenia przełożonych, lekarzy asystentów, zastępców chirurga, spowiedników i innych oficjeli oraz służby według kolejności podejmowania przez nich obowiązków. Mieli też obowiązek sprawdzania bębna szpitalnego, do którego niekiedy były podrzucane dzieci. Na sygnał dzwonka kapral osobiście lub któryś z ich gwardzystów szedł do bębna, nacinał i tatuował na stopie dziecka piętno podwójnego krzyża, a potem oddawał je mamkom<sup>145</sup>.

Jednym z zadań kaprali było pilnowanie przepisanego chorym jadłospisu. Notowali więc zarządzenia lekarzy co do wiktu, a następnie za pomocą różnych znaków zaznaczali ilość, jakość i rodzaj pożywienia dla poszczególnych osób, z wyszczególnieniem czasu i godziny wydawania posiłków<sup>146</sup>. W czasie posiłków karmili chorych, doglądali, czy nie brakuje im jedzenia oraz napoi i czy nie są zmuszani do zbyt niego pośpiechu przy spożywaniu posiłków.

Niezależnie od obowiązków opiekuńczych wszyscy naczelnicy gwardii musieli się doksztalać w szkole chirurgicznej, a na zlecenie zwierzchników prowadzić w teatrze pokazy i prelekcje z anatomii<sup>147</sup>.

Poza od ogólnymi powinnościami, takimi jak udział w wizytach lekarskich, kaprale mieli też obowiązki wobec kierowanych przez siebie gwardii. Kapral pierwszej gwardii pomagał przy organizacji posiłków, przyjmował chorych oraz wyznaczał im łóżka na odpowiednich oddziałach, pilnował rozdawania i dozowania leków, obchodził sale chorych, sporządzając listę pacjentów w ciężkim stanie i zaznaczał tych, którym udzielono Ostatniego Namaszczenia, i tych, którym tego sakramentu nie udzielono. Sprawdzał, czy o ustalonej godzinie są zamykane osłony wokół łóżek chorych, dbał o ciszę w salach. Zapewnienie spokoju i ciszy było również obowiązkiem kaprala gwardii syropów, który pilno-

<sup>144</sup> ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi ... Cortellini. 1654*, s. 66-68; ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi dagl' Officiali ... 1654*, s. 39-41.

<sup>145</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... In Roma MDCCLI*, s.149,158, 162-163.

<sup>146</sup> ASR, nr 67, Rękopis z końca XVIII w. rozpoczynający się od słów: *L'Gran Corsi dello Spedale*.

<sup>147</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... In Roma MDCCLI*, s. 158, 162-163, 167.

wał rozdawania tych specyfików i innych leków zgodnie ze wskazaniem. Gdy chory przyjmował więcej niż trzy leki, musiał dostarczyć mu wodę do przepłukania gardła oraz kawałek pomarańczy. Jeśli trzeba było podać medykamenty w nocy, podgrzewał buliony lecznicze, które stanowiły ważny środek kuracji, podobnie jak oliwa. Podawał środki przeczyszczające, a jeśli zachodziła potrzeba, pomagał mu dyżurny z gwardii aptecznej oraz nowicjusz aptekarski, do którego należało rozdawanie takich artykułów leczniczych, jak serwatka czy mleka. Gdy pacjenci nie chcieli pobrać leków lub nie zdążyli ich przyjąć przed śmiercią, wszystkie niezużyte medykamenty oddawał kierownikowi apteki<sup>148</sup>.

Najbardziej rozbudowany repertuar obowiązków miał kapral gwardii *di visita*. Przejmując zmianę od poprzednika, kontynuował rozdawanie lekarstw, pilnował, aby gwardziści rano zamietli koło łóżek, uporządkowali je, poprawili ułożenie pościeli i koców oraz przebrali chorych. Po wizycie lekarskiej sam doglądał chorych oraz zarządzał wykonywaniem zabiegów przez *barbiere* (fryzjera), *unzionario*, *cristeraro* i *ciarabucchi*. Przy przyjmowaniu chorych wzywał dyżurnego asystenta lekarza, który decydował, czy położyć chorych do łóżka, zakładał nowym pacjentom kartotekę, informował o konieczności odbycia spowiedzi i odprowadzał pacjenta do łóżka. Zaciągał i otwierał przeciwsłoneczne zasłony okienne. Rozlokowywał przyjęte osoby w kwaterach, pilnował wydawania ciepłych posiłków, codziennie przekazywał do spiżarni listę ciężko chorych, ażeby przygotowano im kurze mięso w wystarczającej ilości. Po obiedzie prowadził chorych na Mszę św. Przy rejestracji chorych odbierał od nich rzeczy do zdeponowania. Był obecny, gdy wyleczeni opuszczali szpital, wydawał im rzeczy i pilnował, aby czegoś nie zagubiono lub nie pomyłono<sup>149</sup>.

Gdy chodzi o kaprala nadzorującego *guardione*, wizytował on razem ze swoją gwardią chorych, dbał o dostarczenie im ciepłej wody, zupy i innych wzmacniających artykułów przepisanych przez lekarza. Informował nowo przyjętych o konieczności spowiedzi, a następnie prowadził ich do łóżka<sup>150</sup>. W porze obiadowej i sjesty zamykał i otwierał bramy szpitalne, opuszczał na ten czas i odsłaniał zasłony w oknach, budził rodzinę szpitalną, sporządzał listę zmarłych i przygotowywał ze służbą ich ciała do pochówku<sup>151</sup>.

---

<sup>148</sup> ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi ... Cortellini*. 1654, s. 72-74; ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi dagl' Officiali ...* 1654, s. 42-43; ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... In Roma MDCCLI*, s. 172-173, 175-176.

<sup>149</sup> ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi ... Cortellini*. 1654, s. 74-77; ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi dagl' Officiali ...* 1654, s. 44-45.

<sup>150</sup> ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi ... Cortellini*. 1654, s. 77-78; ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi dagl' Officiali ...* 1654, s. 45-46.

<sup>151</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... In Roma MDCCLI*, s. 180-181.

Pomimo że poszczególnym kapralom były przypisane konkretne obowiązki, wynikające z charakteru danej gwardii i pory dyżuru, to każdy z nich wypełniał też bieżące, wspólne dla wszystkich zadania opiekuńcze, związane z rejestracją chorych, ich wyżywieniem, higieną, pielęgnacją, wydawaniem leków itp. Na przykład dokładna rejestracja nowych pacjentów była dokonywana przez kaprali pierwszej i trzeciej gwardii. Chodziło o ewidencję osób przybyłych do szpitala rano i przed obiadem oraz po południu i wieczorem.

Własnego kaprała miał szpital dla rannych. Na to stanowisko mógł być nominowany tylko mężczyzna pełniący wcześniej przynajmniej funkcję stolnika. Wykonywał on te same zadania, co pozostali kaprale z *Corsia Grande*, choć nie uczestniczył w gwardii, nadzorując i kontrolując tylko pracę starszej służby – *ciarabucchi*. Podstawowym obowiązkiem tego kaprała było asystowanie lekarzom i chirurgom w czasie wizytowania chorych znajdujących się w szpitalu dla rannych, jak i w szpitalach *S. Antonio* i *S. Lorenzo*. Sprawował też główną opiekę nad tamtejszymi pacjentami. Pilnował narzędzi chirurgicznych i na każde życzenie dostarczał je chirurgom. Poza tym uczestniczył w zajęciach szkoły chirurgicznej i na komendę swych przełożonych prowadził w wielkim Poście prelekcje i pokazy w Teatrze Anatomicznym<sup>152</sup>.

Swojego nadzorcę nazywanego kapralem miał również niewielki szpitalik św. Filipa (*Ospedaletto della Famiglia*) dla chorych z personelu szpitalnego. Z uwagi na to, że nie zawsze przebywali tam chorzy, nie wyznaczano dla niego oddzielnej gwardii, a zarządzał nim jednoosobowo najstarszy stażem spośród mężczyzn służących w szpitalu dla rannych. Pomagał on chorym przy posiłkach, dbał o czystość oraz zmianę pościeli i odzieży szpitalnej, wykonywał *fomenti*, nacierania i kąpiele, zagrożonym śmiercią zapewniał przyjęcie sakramentów i asystencję kapłana „polecającego duszę”. W sytuacjach zbytniego obciążenia pomagali mu przebywający tam koledzy rekonwalescenci. W czasie gdy nie było ciężko chorych, tak jak pozostali kaprale i służba wyższego szczebla, chodził do szkoły i brał udział w pokazach anatomicznych w teatrze<sup>153</sup>.

W okresie epidemii i zwiększonego napływu chorych, których umieszczano w nowym skrzydle, zwiększała się też liczba służby, którą kierował powoływany na tę okoliczność dodatkowy kapral (*caporale del nuovo Braccio*). Musiała to być osoba pewna, posiadająca doświadczenie w zarządzaniu ludźmi, dlatego tę funkcję powierzał osobiście sam komendantor jednemu spośród kaprali z *Corsia Grande*. Zakres jego obowiązków był taki sam jak kaprali wspomnianych wyżej, z tą różnicą,

---

<sup>152</sup> ASR, nr 66, *Registro della Famiglia ... 1766*, s. 5; ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... In Roma MDCCLI*, s. 186-187.

<sup>153</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... In Roma MDCCLI*, s. 198-199

że nie uczestniczył w gwardii, a tylko koordynował wynajętą okresowo służbę, jednocześnie pełnił swoje obowiązki w gwardii w *Corsia Grande*<sup>154</sup>.

Przez długi czas o mianowaniu na stanowisko kaprala dla *Corsia Grande* decydował wiek – starszeństwo kandydata. W czasie swoich rządów komendator Antonio Maria Erba wprowadził w 1756 r. inny zwyczaj: powoływania na to stanowisko najlepszego z konkursu-egzaminu chirurgicznego, do którego mogli przystąpić *scalco*, czterech *giovani anziani* z *Corsia Grande* oraz studenci chirurgii. Zdaniem komendatora Erby starsi wiekiem nie zawsze byli najodpowiedniejsi do wykonywania tej funkcji, uprawniającej do kierowania głównymi salami. I ten sposób mianowania nie okazał się optymalny. Według następnego komendatora, Giuseppe Marii Castellego, najlepszym byłby bezpośredni wybór przez siebie samego spośród służących mężczyzn. Zastrzegł jednak, że takie rozwiązanie mogłoby budzić niezadowolenie służby i posądzenie o uznaniowość. Dlatego system wyboru kaprali nadal pozostał przedmiotem dyskusji, a decyzję postanowił pozostawić swojemu następcy<sup>155</sup>.

Warto przytoczyć przykład egzaminu z 27 listopada 1764 r., mającego na celu obsadzenia najważniejszego kaprala w szpitalu dla rannych. Dopuszczono do niego czternastu *giovani*, w tym czterech urzędujących kaprali, ośmiu *ciarabucchi* z tego szpitala oraz dwóch *giovani decani* z *Corsia Grande*. Zadano pięć pytań, za które czterech konkurentów uzyskało optymalne noty. Dołączył do nich kolejny z oceną bardzo dobrą. Wybrano wszystkich pięciu jako kaprali, z myślą, że któryś z nich zastąpi pracowników wyższej rangi – *anziani*, tym bardziej, że dwóch zastępców chirurga opuściło szpital. W tej sytuacji wszystkich pięciu elektów czekał następnego dnia rano ponowny egzamin, tym razem na stanowisko dwóch wakujących zastępców chirurga<sup>156</sup>.

Egzaminy konkursowe często odbywały się dzień po dniu, niekiedy nawet przeprowadzano ich kilka tego samego dnia. Taka sytuacja miała miejsce 29 lipca 1762 r. Rano w czasie egzaminu wybierano czterech kaprali dla *Corsia* spośród ośmiu *ciarabucchi* i dwóch starszych (*anziani*), służących dotąd w wymienionej sali. Kandydaci musieli wykonać pokaz anatomiczny, a dodatkowo zadano im pytania z chirurgii. Tego samego dnia zarządzono egzamin na stanowisko kaprala szpitalika dla rannych. Tym razem o jego rozstrzygnięciu decydowały zdolności i starszeństwo zdających<sup>157</sup>.

---

<sup>154</sup> Tamże, s. 182-185

<sup>155</sup> ASR, nr 64, *Relazione delle Cose...* 1759, s. 46-50; ASR, nr 1409, *Notificazione per l'Archiospedale ...* 1759. Giuseppe Maria Castelli, s. 193.

<sup>156</sup> ASR, nr 61, *Giornale. Memorie delle cose ...* 1759, s. 301-302.

<sup>157</sup> Tamże, s. 221

Jak ważna była funkcja kaprała, świadczy sytuacja zastana przez wizytatora w 1741 r. Informował on, że od momentu zniesienia stanowiska kaprała w szpitaliku dla rannych, służący zaprzestali sumiennego wykonywania obowiązków. Tylko niektórzy z nich towarzyszyli chirurgom podczas wizytacji, inni przestali ścielić łóżka, karmić ciężko chorych i wypełniać inne obowiązki, a jeśli już je wykonywali, to bardzo niedbale. Byli nieposłuszni wobec lekarzy i chirurgów, nie wykonywali ich zarządzeń, wszystko robili z przymusu i niedbale. Cierpieli na tym ciężko chorzy, dlatego wizytator podjął decyzję o przywróceniu płatnego etatu kaprała gwardii w tym szpitaliku<sup>158</sup>.

## 11. SANKCJE

Szpitalowi Świętego Ducha w jego misji przyświecały dwa fundamentalne cele i zasady, a mianowicie troska o ciało i troska o duszę chorego. Ich skuteczna realizacja zależała wyłącznie od pracującego w nim personelu duchownego i świeckiego. O ile ten pierwszy odpowiadał wyłącznie za sferę religijną, „wyleczenie duszy” i otwarcie choremu drogi do zbawienia, to personel świecki miał troszczyć się o jego ciało i wyleczenie fizyczne. Na osobach świeckich spoczywał nawet większy, podwójny ciężar, gdyż oprócz pielęgnacji i sprawowania opieki nad chorymi, odpowiadały także pośrednio za życie sakramentalne pensjonariuszy, w szerszej perspektywie za ich zbawienie. Jednym z ich zadań było przecież czuwanie i dogłądanie ciężko i agonalnie chorych oraz informowanie o tym kapłanów, którzy udzielali umierającym ostatnich sakramentów.

Chcąc zmobilizować personel, a zwłaszcza służbę dyżurną w gwardiach do rzetelnej posługi chorym i zapobiec zaniedbaniom z jej strony, stworzono szczegółowy wykaz sankcji grożących za lekceważenie obowiązków. Ponieważ różny był stopień popełnianych nieprawidłowości, różne też stosowano za nie kary. Było ich trzy rodzaje. Pierwszą, za drobne wykroczenia i błędy, było pozbawienie posiłku w refektarzu raz lub kilka razy. Za cięższe przewinienia kara miała charakter bardziej pokutny, upokarzający. Winowajca po pozbawianiu go wiktumu musiał przybyć do refektarza, gdzie stawiano przed nim stolik z dzbankiem wody i bochenkiem chleba. Podczas, gdy inni spożywali posiłek, ten na stojąco, nie patrząc na wystawiony wikt, lecz na jedzących, był zmuszony oznajmić przed nimi przestępstwo, które popełnił. W końcu, jeśli ktoś dopuścił się najcięższych wykroczeń, groziło mu bezwzględne wyrzucenie z pracy. Była jeszcze jedna kara materialna, a mianowicie za każdą zgubę rzeczy szpitalnej sprawca musiał zapłacić jej równowartość. W sprawie wyznaczonych sankcji ostatnie słowo należało do komendatora, który mógł je zmienić – złagodzić bądź zwiększyć ich

<sup>158</sup> ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata...1737*, s. 142.



surowość, zależnie od okoliczności, w jakich popełniono wykroczenia. Mógł wreszcie zastosować prawo łaski. Ustalony katalog kar obowiązywał wszystkich członków rodziny szpitalnej tak świeckich, jak i duchownych<sup>159</sup>.

Lista przewinień skutkujących odjęciem posiłku obejmowała około pięćdziesięciu sytuacji. Niektóre z nich wydawały się banalne, inne poważniejsze. Kara postu groziła między innymi za kładzenie na łóżka chorych dwóch materacy, a na swoje nawet trzech; chodzenie po szpitalu w kapciach i beretach, nienoszenie fartuchów w czasie pracy; nieobecność w szkole, na pokazach w Teatrze Anatomicznym, w Bibliotece Lancisiana; wpuszczanie kobiet do szpitala, niewizytowanie w czasie dyżuru chorych; trzymanie zmarłego na łóżku więcej niż dwie godziny; niezamykanie bram szpitala w nocy. Kara pozbawienia wikt groziła także kapłanom, którzy nie przybywali do chorych z sakramentami na każde zawołanie lub odmawiali pomocy innym duchownym<sup>160</sup>. Niewiele mniej było występków i uchybień, za które groziła kara stania przed stolikiem w refektarzu. Podlegały jej na przykład osoby, które wykazywały się zuchwalstwem, brakiem kultury i posłuszeństwa oraz hałasowały w nocy, opuszczały wizyty lekarskie i chirurgiczne, nie poprawiały łóżek chorych i nie zmieniały im brudnej pościeli, spóźniały się na dyżur, nie sporządzały list ciężko chorych i nie przekazywały ich swym zmiennikom, nie wykonywały pacjentom zabiegów przepisanych przez lekarzy i chirurgów<sup>161</sup>.

Najsurowszą karę, dyscyplinarne zwolnienie z pracy, stosowano za konkretne złamanie prawa i skrajne przewinienia, takich jak nieustanna recydywa drobniejszych uchybień i występków, zwłaszcza świadomie i celowo popełnianych. Zwolnieniu podlegali wszyscy, którzy po trzykrotnym, publicznym staniu przed stolikiem i częstym karaniu odjęcia jedzenia nadal ze złośliwości popełniali te same wykroczenia. Ponadto relegowanie z pracy w szpitalu groziło za bluźnierstwa przeciwko Bogu i nieposłuszeństwo, gwałtowne protestowanie przeciwko nałożonym karom pozbawienia wikt oraz agresji wobec osób spoza szpitala, za dopuszczenie do śmierci pacjenta bez przyjęcia sakramentów oraz asystencji kapłanów „rekomendujących duszę”, za ożenek lub jego zamiar bez powiadomienia i zgody samego komendatora<sup>162</sup>. Zakaz zawierania małżeństw bez przyzwolenia władz zwierzchnich tylko pozornie może dziwić. Młodzi mężczyźni zgłaszający się do pracy w szpitalu, stale w nim kwaterowali, a ich obowiązkiem, oprócz zasadniczych zajęć opiekuńczych, było studiowanie. Trudno więc wyobrazić sobie, jakby takie małżeństwo „na odległość” w ówczesnych realiach

<sup>159</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... In Roma MDCCLI*, s. 138-139. Por. A. CANEZZA, *Gli Arciospedali*, s. 111.

<sup>160</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... In Roma MDCCLI*, s. 140-145.

<sup>161</sup> Tamże, s. 146-149.

<sup>162</sup> Tamże, s. 150-153.

miało funkcjonować, zważywszy, że na terenie szpitala żadne kobiety nie mogły zamieszkiwać, ale nawet dłużej przebywać. Sytuacja stawałaby się tym bardziej kłopotliwa, jeśliby żony pochodziły z dalekich stron.

Choć wydalenie ze szpitala było najcięższą sankcją za popełnione wykroczenia, to jednak w wyjątkowych wypadkach można było liczyć na akt łaski. W 1761 r. dwaj pielęgniarze zaatakowali koło mostu rekonwalescenta szpitalnego na wózku, szarpiąc go i obrażając słowami, za co zostali zwolnieni ze służby przez komendatora Ludovico Calino. Pomimo tak haniebnego czynu komendator jednak ponownie przyjął ich do pracy w wyniku interwencji kardynała Giuseppe Castellego – wcześniej, do połowy 1759 r., komendatora. Wydaleni i z powrotem przyjęci musieli jednak poddać się przykładowej karze, polegającej na pozbawieniu ich przez sześć dni posiłków i służbie w gwardii przez cały kwiecień bez przydziału należnych ubrań. Jak zanotował komendator, musieli oni odbyć publiczną pokutę, by przynajmniej częściowo zadośćuczynić rozgłosowi publicznego przestępstwa<sup>163</sup>.

Ciężkim nadużyciem, także grożącym utratą pracy, było otwarcie zwłok bez pozwolenia przełożonego infirmerii, a zwłaszcza brak troski o jakąkolwiek część krojonego ciała i pochowanie jej na cmentarzu. Wypowiedzeniem pracy karano kaprali, którzy nie informowali swoich przełożonych o absencjach podwładnych na dyżurach, ich złym zachowaniu wobec chorych oraz błędach w rozdawaniu lekarstw i upuszczaniu krwi czy leczeniu pęcherzy. Takie same sankcje dotyczyły służących nieangażujących się w naukę zawodu, opuszczających wizytacje, unikających uczestniczenia w upuszczaniu krwi, które przeprowadzał *capo sanguigna*, opuszczających szkołę. Ekspulsja ze szpitala groziła niechodzącym do biblioteki i na preparacje anatomiczne<sup>164</sup>.

To tylko niektóre nieprawidłowości i nadużycia, popełniane niekiedy świadomie, z lenistwa czy złej woli przez personel szpitalny, w większości niższego stopnia. Ich mnogość oraz dolegliwe i różnorodne konsekwencje, które były za to wyciągane, świadczą, że pomimo surowych kryteriów stosowanych przy rekrutacji służby była to społeczność bardzo zróżnicowana charakterologicznie i moralnie, niemalże zamknięta w szpitalu, a ze względu na młody wiek skłonna do różnych wybryków i ekscesów. Z drugiej strony bezkompromisowa reakcja władz szpitala dowodzi, że nie było pobłażania dla większych i mniejszych anomalii i deformacji, a wszystko w trosce o dobro pacjentów oraz prestiż i powagę największej instytucji charytatywnej w świecie chrześcijańskim<sup>165</sup>.

<sup>163</sup> ASR, nr 61, *Giornale. Memorie delle cose*, s. 171.

<sup>164</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... In Roma MDCCLI*, s. 150-153.

<sup>165</sup> O sankcjach dyscyplinarnych stosowanych wobec wyższego personelu medycznego i chirurgicznego jest mowa w poświęconym tej sprawie rozdziale.

Pomocniczy personel męski, złożony z młodych mężczyzn, podzielony na gwardie, występował we wszystkich innych szpitalach rzymskich, w których pełnił na zmianę całodobowe dyżury, tak jak działo się to w infirmerii duchaków. Był tylko nieco mniej liczny, proporcjonalnie do wielkości szpitala. W szpitalach przeznaczonych dla chorych kobiet gwardie dyżurne także składały się z kobiet<sup>166</sup>.

## 12. CZŁONKOWIE BRACTW – OSOBY MIŁOSIERNE

Pomoc chorym w szpitalu była udzielana w kilku płaszczyznach. Otrzymywali oni opiekę medyczną ze strony lekarzy, wsparcie duchowe i religijne od kapłanów, pielęgnację zaś oraz zaspokojenie potrzeb fizycznych i żywieniowych zapewniał im personel pomocniczy. Można powiedzieć, że była to piecza i protekcja oficjalna, instytucjonalnie gwarantowana. Nie mniej ważne dla osób złożonych chorobą było wsparcie, by tak napisać, psychologiczne, płynące z czystego miłosierdzia i motywów altruistycznych. Takie świadczyli ludzie dobrej woli przychodzący spoza szpitala, by opiekować się chorymi. Byli to zarówno członkowie bractw charytatywnych, jak i osoby indywidualne, niezrzeszone w żadnych grupach, czyli – jakbyśmy dziś powiedzieli – wolontariusze. Na pomoc z ich strony oczekiwały szczególnie osoby ciężko chore, którym personel szpitalny nie mógł poświęcić więcej czasu i towarzyszyć nieraz w ostatnich chwilach życia, tym bardziej że możliwość odwiedzania przez bliskie sobie kobiety była ograniczona, a przy tym wielu z nich pochodziło z dalekich stron.

Wsparcie ze strony osób z zewnątrz przyjmowało nieraz spore rozmiary. Świadczył o niej wspomniany kilkakroć Domenico Borgarucci, pisząc w 1623 r., że do szpitala przybywają liczni zakonnicy, pobożni i szlachetni ludzie, niekiedy szlachetnie urodzeni – *gentil'huomini*, aby praktykować miłosierdzie, roznosić posiłki i pomagać chorym przy jedzeniu<sup>167</sup>. Osoby takie, pochodzące z wyższych warstw społecznych, spotykało się też w innych szpitalach rzymskich, na przykład S. *Giacomo in Augusta*<sup>168</sup>. Tacy wolontariusze, jak i członkowie bractw charytatywnych gorliwie i z zapałem umacniali chorych duchowo i moralnie oraz zachęcali do praktyk religijnych<sup>169</sup>. Swoich studentów na praktykę (staż) do szpitali rzymskich wysyłało Collegio Romano, aby nabywali w nich doświadczenie fizyczne i moralne, jak i formację duchową przy służbie chorym. Wprawdzie preferowano w tym względzie szpital S. *Giacomo degli Incurabili*, pewnie

<sup>166</sup> ASR, nr 7, *Editto da osservarsi nelli Spedali di Roma ...*

<sup>167</sup> BAV, Barberiniano latino 1068, *Relatione del modo che si tiene ...1623*, s. 15v, 16v -17; R. GRÉGOIRE, *Servizio dell'anima*, s. 227, 244. *Gentil'huomi* – osoby szlachetne, ze szlachetnego rodu. Być może byli oni zrzeszeni w jakichś bractwach, ale mogły to być też osoby działające prywatnie.

<sup>168</sup> P. DE ANGELIS, *L'Arcispedale di San Giacomo in Augusta*, Roma 1955, s.18-19.

<sup>169</sup> R. GRÉGOIRE, *Servizio dell'anima*, s. 231.

jednak część z nich trafiała także do Infirmierii Świętego Ducha, służąc w nim pomocą chorym<sup>170</sup>.

Ogromną rolę wolontariuszy szpitalnych podkreślono w dekrete powizytacyjnym z 1652 r., który zobowiązywał komendantów do wysłuchiwanie przynajmniej co piętnaście dni wszystkich osób świeckich i duchownych, przybywających dobrowolnie posługiwać chorym<sup>171</sup>.

Obecność miłosiernych i pobożnych osób świeckich i duchownych z zewnątrz, gotowych służyć chorym, była bardzo pożądana przez władze szpitalne. W 1679 r. wizytator, kardynał Acciajoli apelował do zakonników i kapłanów Rzymu, zwłaszcza korzystających z jałmużny Pałacu Apostolskiego, i innych pobożnych ludzi, o podejmowanie na zmianę służby w szpitalu i świadczenie dzieł miłosierdzia poprzez spowiadanie i nauczanie chorych prawd wiary, jak i pocieszanie ich, co miało odbywać się zwłaszcza w czasie obiadów i kolacji<sup>172</sup>.

Wsparcie ludzi dobrej woli nie zawsze jednak, ze względów organizacyjnych, było należycie wykorzystywane. W 1741 r. wizytator Saverio Gentili narzekał, że duchowni i świeccy przybywający do szpitala opiekować się duszą i ciałem pensjonariuszy nie mają rozeznania co do ich stanu zdrowotnego. Nie wiedzą, którzy z nich otrzymali oleje święte, a którzy na skutek pogarszającego się stanu zdrowia najbardziej potrzebują ich opieki i obecności. Chcąc na przyszłość wskazać takie osoby, nakazał kapralowi pierwszej gwardii, aby po wieczornej wizycie wezwał najstarszych członków każdej gwardii w celu poinformowania go o ciężko chorych na podlegających im oddziałach. Kapral został zobowiązany do sporządzenia listy z dwiema kolumnami: w jednej z nich miał umieścić osoby, które przyjęły oleje święte, w drugiej osoby, które należy nimi opatrzyć w wypadku, gdy stan zdrowia mocno się pogorszy. Lista miała być przypięta do konfesjonau, aby wszyscy ją widzieli. Nakazano też służącym zamieszczanie informacji o przyjęciu olejów świętych na tabliczkach pacjentów pospołu z rodzajami przepisanych diet. Zdaniem wizytatora wprowadzenie tych rozporządzeń okazało się bardzo korzystne, gdyż stan i potrzeby chorych były lepiej rozpoznawalne dla miłosiernych osób. W konsekwencji chorzy byli otoczeni lepszą opieką, gdy chodzi o duszę, ciało i zdrowie<sup>173</sup>.

Jedną z czynności wykonywanych przez pobożne osoby spoza szpitala było strzyżenie chorych. W 1749 r. obcinali oni włosy prawie wszystkim pacjentom, odciążając w tych czynnościach *unzionario* i jego zastępcę. Ze względów oszczędnościowych etat drugiego z nich został zlikwidowany, a w sytuacji epidemii w strzyżeniu chorych

<sup>170</sup> Tamże, s. 228.

<sup>171</sup> ASR, nr 1296, *Atti della Visita di Monsignore Scotti*, s. 17.

<sup>172</sup> ASR, nr 1409, *Decreti di Visita 1679 ... Acciajoli*, s. 64-65.

<sup>173</sup> ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata...1737*, s. 113-115.

pomagał bezpłatnie jeden z członków gwardii<sup>174</sup>. W tej sprawie musiała nastąpić liberalizacja przepisów, albowiem dekret z 1691 r. zabraniał komukolwiek praktyki obcinania włosów tak chorym, jak i zmarłym. Zabieg ten można było wykonać wyłącznie z polecenia lekarza konkretnemu pacjentowi, a włosy pozostałe po takich postrzyżynach należało spalić w obecności *sottopriore*<sup>175</sup>. Wydano go w trosce o bezpieczeństwo pacjentów i w celu ustrzeżenia ich przed roznoszeniem zarazków chorób zakaźnych.

Duża część osób z zewnątrz, świadcząc pomoc i opiekę pensjonariuszom, działała prywatnie i okazjonalnie. Byli jednak także zrzeszeni w bractwach charytatywnych, które pomagały w sposób zorganizowany, grupowy według ustalonych regulaminów. Choć konfraternie charytatywne, choćby Bractwo ubogich czy Bractwo miłosierdzia, prowadziły szeroki wachlarz działań opiekuńczych. Bractwa, których członkowie pracowali w szpitalach, wspierając materialnie te instytucje lub pielęgnując chorych, oraz te, które zakładały szpitale, można nazwać bractwami szpitalnymi. Takim było rzymskie Bractwo Świętego Ducha, utworzone w celu świadczenia wszechstronnej pomocy powstałemu wcześniej szpitalowi o tej samej nazwie<sup>176</sup>.

Początki Bractwa Świętego Ducha sięgają czasów fundacji szpitala. Jego powstanie było związane z decyzją Innocentego III, który aprobując zakon, dostrzegł potrzebę zorganizowania stowarzyszenia ludzi świeckich, niejako trzeciego zakonu charytatywnego, wspierającego pracę kanoników Świętego Ducha w ich szpitalach. Stowarzyszenie to cieszyło się przez wieki stałym poparciem i protekcją papieży, zwłaszcza poprzez przyznawanie braciom odpustów<sup>177</sup>. Na mocy dekretu papieża Urbana V z 1362 r. wstąpienie i przynależność do bractwa było obwarowane wpłatą 30 srebrnych denarów i uiszczaniem corocznie jednego denara na rzecz chorych w szpitalu. Tym, którzy nie byli w stanie podołać takim warunkom, przełożony generalny szpitala i zakonu mógł obniżyć wpisowe lub całkowicie z niego zwolnić. Do bractwa mogły należeć osoby obydwójga płci. Przez pewien czas, na przykład w połowie XV w., miało ono wyłącznie charakter włoski, ale od schyłku XV stulecia wpisało się do niego wiele znamienitych osób z całej Europy, także Polaków. W księdze bractwa figurują wpisy kardynałów, biskupów, książąt; wpisał się do niego również papież Eugeniusz IV (1431-1447),

<sup>174</sup> Tamże, s. 380.

<sup>175</sup> ASR, nr 1409, *Decreti per l'ospedale in occasione di sospetto ...* 169, s. 80.

<sup>176</sup> A. PAZZINI, *L'ospedale nei secoli*, Roma 1958, s. 100-101; M. Da Altari, *Il Medio Evo*, w: *La carità cristiana in Roma*, a cura di V. Monachino, Bologna 1968, s. 149-151; P. DE ANGELIS, *L'arciconfraternità ospitaliera di Santo Spirito in Saxia*, Roma 1950; M. SURDACKI, *Dzieci porzucone*, s. 52

<sup>177</sup> Zob. ASR, nr 1410, *Breve Sommario delli privilegi, essentioni, et indulgenze, concesse da diversi Sommi Pontefici al Archiospedale di S. Spirito in Saxia din Roma, et suoi membri, 1647*. Jest to wykaz różnych przywilejów i odpustów nadanych bractwu i braciom Bractwa Świętego Ducha.

który w 1446 r. odnowił przeżywające kryzys stowarzyszenie. Ponownej odnowy konfraterni dokonał w 1478 r. papież Sykstus IV (1471-1484), pisząc w zakończeniu wydanej w tym celu bulli, że ma ona służyć chorym, porzuconym dzieciom i ubogim<sup>178</sup>. Przywileje wcześniej nadane bractwu potwierdzili też kolejni papieże, Aleksander VI (1492-1503) oraz Juliusz III (1550-1555)<sup>179</sup>.

Od zarania Bractwo Świętego Ducha miało charakter zdecydowanie elitarny i honorowy. Jego członkowie bardziej wspierali finansowo-materialnie szpital i jego pensjonariuszy. W źródłach nie ma wielu świadectw wskazujących, że „ekskluzywni bracia” bezpośrednio fizycznie angażowali się w pielęgnację chorych. Być może za to, w okresie późniejszym, gdy bractwo stało się mniej elitarne, wśród miłosiernych osób, wspomnianych w dokumentach, przychodzących służyć charytatywnie do szpitala, znajdowali się właśnie przedstawiciele tej brackiej wspólnoty. O tym, że członkowie bractwa angażowali się w opiekę nad chorymi pośrednio dowiedzieć się można z obwieszczenia, zawierającego wykaz odpustów przyznanych braciom i siostram. Wśród okoliczności, za które można było raz w roku otrzymać odpust zupełny, po dopełnieniu obowiązku spowiedzi i Komunii św., była osobista służba chorym w szpitalach przez siedem kolejnych dni. Za to samo można było otrzymać odpust częściowy tylko pod warunkiem wzbudzenia sobie żalu za grzechy, a mianowicie za odwiedzenie jakiegoś chorego – 50 dni odpustu, za odwiedzanie chorych w Szpitalu Świętego Ducha – 100 dni, za asystowanie przy administrowaniu sakramentów chorym – 50 lat odpustu<sup>180</sup>.

Bractwo Świętego Ducha posiadało swoje oratorium, które dla potrzeb rozbudowy szpitala w początku lat 40. XVIII w. zburzono. Na to miejsce papież Benedykt XIV ufundował nowe w nieco innej lokalizacji. Jego budowa została ukończona na Zielone Świątki 1746 r. bractwo utrzymało tę samą co szpital nazwę i insygnia krzyża oraz wezwanie Zwiastowania Najświętszej Maryi Panny, jak też pierwotne cele, które zobowiązywały braci do służenia chorym w szpitalu, uczestniczenia i pomagania w uroczystościach i nabożeństwach religijnych, procesjach oraz obecności podczas udzielania ciężko chorym wiatyku<sup>181</sup>.

W opiekę nad chorymi zaangażowaniem byli też członkowie Bractwa św. Filipa, którzy w latach czterdziestych XVIII w. przybywali każdego dnia do

---

<sup>178</sup> P. DE ANGELIS, *L'ospedale di Santo Spirito in Saxia, Vol. I, Dal 1301 al 1500*, Roma 1960, s. 65-67, 69, 72-73, 104, 109-110 i nast.; TENZE, *L'Ospedale Apostolico di Santo Spirito in Saxia nella mente e nel cuore dei papi*, Roma 1955, s. 130-134; ASR, nr 3098, Rękopis zaczynający się od słów: *Piazza dell'Opere Piie di Roma*, s. 8v-9

<sup>179</sup> P. DE ANGELIS, *L'Ospedale Apostolico di Santo Spirito in Saxia nella mente*, s. 77-78, 91.

<sup>180</sup> ASR, nr 1301, *Indulgenze concesse alli fratelli e sorelle*.

<sup>181</sup> ASR, nr 1300, Rękopis zaczynający się od słów: *Beatissimo Padre*. List członków Bractwa Świętego Ducha do Benedykta XIV. ASR, nr 1300, *Motivi per la subordinazione e dipendenza dell'Archiconfraternità di S. Spirito*.



infirmierii szpitalnej pomagać chorym i wspierać ich duchowo swoją obecnością. To samo czynili przedstawiciele innych, niewymienionych z nazwy towarzystw świeckich<sup>182</sup>. Z tego samego czasu pochodzi zapis mówiący o przeznaczeniu w dobudowanym skrzydle dwóch pokoi z kredensami dla kompanii i ich braci, którzy regularnie i przykładowo przychodzili do szpitala pomagać chorym. Nie wiadomo, czy byli to członkowie wyżej wymienionych bractw, czy jeszcze innych<sup>183</sup>. Na przełomie XVI i XVII w. chorym w Szpitalu Świętego Ducha posługiwał też sam Kamil de Lellis, późniejszy święty, wraz ze swymi współbraćmi kamilianami<sup>184</sup>.

Niezależnie od bardzo licznego świeckiego personelu pomocniczego władze Szpitala Świętego Ducha, szczególnie w okresie epidemii i nasilonego napływu chorych, wynajmowały do służby i opieki nad nimi przedstawiciele innych zakonów, najczęściej kapucynów, zarówno kapłanów jak i braci, Pierwszych angażowano przede wszystkim do pracy duszpasterskiej (spowiednicy i „rekomendujący duszę”)<sup>185</sup>, drudzy poświęcali się pielęgnacji chorych. W posłudze hospitalizowanym, według ogólnej opinii, o wiele lepiej sprawdzali się zakonnicy niż młodzieńcy świeccy. Niełatwo było ich jednak pozyskać z konwentów rzymskich, a nawet z klasztorów znajdujących się na prowincji.

---

<sup>182</sup> ASR, nr 1301, *Relazione fatta da Ferrini*, s. 23-24; ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata ... 1737*, s. 278-281, 299-301. Na temat posługi pielęgniarstwa św. Kamila w szpitalach zob. M. VANTI, *S. Camillo de Lellis (1550-1614); Apostolo di carità infermiera; Dai processi canonici e da documenti inediti*, Torino 1929.

<sup>183</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... In Roma MDCCLI*, s. 4.

<sup>184</sup> L. FIORANI, *Religione e povertà. Il dibattito sul pauperismo a Roma tra Cinque e Seicento*, „Ricerche per la Storia Religiosa di Roma”, 3, 1979, s. 86-88.

<sup>185</sup> Zob. M. SURDACKI, *Życie religijne i sakramentalne w infirmerii Szpitala Świętego Ducha w Rzymie w XVII-XVIII wieku*, „Archiwa Biblioteki i Muzea Kościelne”, 115, 2021, s. 447-470.

## Rozdział V

# ZARZĄD I PERSONEL GOSPODARCZO-USŁUGOWY

### 1. ROLA PAPIEŻY

Od momentu swojej erekcji aż do zjednoczenia państwa włoskiego w 1870 r. Szpital Świętego Ducha w Rzymie pozostawał pod stałą, nigdy niesłabnącą kuratelą i protekcją papieży. Jako jedyny od początku swojego istnienia cieszył się przywilejem szpitala papieskiego, pozostającego w bezpośredniej zależności od Stolicy Świętej<sup>1</sup>. Nerozerwalny związek szpitala ze Stolicą Piotrową był podkreślany nieustannie przez kolejnych papieży. W bulli z 1488 r. papież Innocenty VIII (1484-1492) pisał: „L’Ospedale di Santo Spirito in Sassia di Roma, situato sotto i nostri occhi, fondato col denaro Apostolico dai Pontefici Nostri Predecessori, e da loro dotato, è insignito di molti e vari privilegi e prerogative”<sup>2</sup>. Opinie, że Szpital Świętego Ducha był szpitalem papieskim, ponieważ został ufundowany z subsydiów i środków Kościoła, występują w niezliczonej liczbie akt i dokumentów watykańskich („L’Ospedale Nostro è costruito a spese della Chiesa Romana”)<sup>3</sup>.

Bez aprobaty papieży władze szpitalne nie mogły podjąć żadnej ważniejszej decyzji dotyczącej działalności instytucji ani też dokonać jakiegokolwiek inwestycji budowlanej. Oprócz pierwotnej fundacji szpitala przez Innocentego III kolejni papieży inicjowali i finansowali wszystkie najważniejsze nowe budowy w dziejach szpitala: Sykstus IV (1471-1481) – odbudowę szpitala sykstyńskiego, Paweł II (1464-1471) – budowę kościoła Świętego Ducha, Paweł IV (1555-1559) – *Palazzo dei Commendatori*, Aleksander VII (1655-1667) – budowę Sali Corsia Alek-

---

<sup>1</sup> P. DE ANGELIS, *L’Ospedale di Santo Spirito in Saxia*, vol. II, s. 7; F. LA CAVA, *Liber Regulae Sancti Spiritus. Testo comentato*, Milano 1947, s. 101; E. HOWE, *L’Ospedale di santo Spirito come città ideale*, w: AOSS, s. 343.

<sup>2</sup> P. DE ANGELIS, *L’Ospedale di Santo Spirito*, vol. II, s. 308 („Szpital Świętego Ducha in Saxia w Rzymie, usytuowany w zasięgu naszych oczu, ufundowany dzięki pieniądзом papieskim przez naszych poprzedników, papieży rzymskich, i przez nich dotowany oraz zaopatrywany w rozliczne i rozmaite przywileje oraz prerogatywy”).

<sup>3</sup> Tamże, s. 351.

---

\* W indeksie wyróżniono (*kursywą*) nazwiska cytowanych autorów.

sandrina, Benedykt XIV (1740-1758) – wzniesienie *Nuovo Braccio*, Pius VI (1775-1799) – dobudowanie szpitala *S. Carlo*. W ciągu około siedmiu wieków, przez cały czas, kiedy szpital podlegał zwierzchnictwu Stolicy Apostolskiej, papieże byli najwyższymi zwierzchnikami Szpitala Świętego Ducha w Rzymie. Świadczy o tym wypowiedź Sykstusa IV, zawarta w bulli z 23 stycznia 1477 r.: „Il Nostro Ospedale di Santo Spirito in Sassia dell’Alma Urbe non ha altro Superiore che il Pontifice Romano”<sup>4</sup>. Wyrazem zależności szpitala od Stolicy Apostolskiej, ale zarazem troski papieżstwa o losy tej instytucji było objęcie w 1446 r. funkcji przełożonego generalnego szpitala bezpośrednio przez papieża Eugeniusza IV (1431-1447), a to w reakcji na kryzys i nieprawidłowości wewnętrzne, do jakich doszło w tym szpitalu<sup>5</sup>. Bezpośrednia zależność Szpitala Świętego Ducha od papieża, z wyjątkiem krótkiego okresu dominacji napoleońskiej w Rzymie (1808-1814), trwała aż do 1870 r., kiedy to jego zarząd i administracja zostały całkowicie ześwieczone<sup>6</sup>.

Bardzo ważny i specyficzny sposób kontroli, a zarazem swego rodzaju formę zarządzania szpitala stanowiły wizytacje apostolskie. Wynikały z władzy, którą miał papież – jako biskup Rzymu miał prawo i obowiązek wizytowania kościołów, zakonów i miejsc charytatywnych, w tym również szpitali, w Wiecznym Mieście. Wizytator delegowany przez kongregację watykańską, a następnie mianowany przez papieża, najczęściej kardynał, rzadziej biskup, miał nieograniczone prerogatywy, umożliwiające mu wydawanie dekretów reformacyjnych, dla wizytowanych instytucji mających charakter obligatoryjny. W przypadku Szpitala Świętego Ducha wizytacje były organizowane w momentach najgłębszych jego kryzysów ekonomicznych, administracyjnych i organizacyjnych. Ze względu na ogrom problemów i wielkość obiektów podlegających lustracji wizytacje trwały bardzo długo, z reguły od kilku do kilkunastu lat. W czasie ich przeprowadzania można mówić o komisarycznym zarządzaniu i administrowaniu szpitalem przez wizytatora, którego władza przewyższała niekiedy nawet uprawnienia przełożonego generalnego (tak było podczas wizytacji a latach 1737-1749)<sup>7</sup>. Wizytację tę, zarządzoną przez Klemensa XII (1730-1740), rozpoczął kardynał Leandro Porzia,

---

<sup>4</sup> P. DE ANGELIS, *L’Ospedale Apostolico di Santo Spirito in Saxia nella mente*, Roma 1955 s. 66. W Archivio di Stato di Roma zachowały się liczne wykazy bulli papieskich odnoszących się do Szpitala Świętego Ducha w Rzymie. Zob. np. ASR, nr 1, *Bullarium S. Spiritus in Saxia de Urbe. 1752* (w latach 1198-1649 wydano aż 159 takich bulli).

<sup>5</sup> P. DE ANGELIS, *L’Ospedale Apostolico*, s. 62-63; A. CANEZZA, *Gli Arciospedali di Roma nella vita cittadina nella storia e nell’arte*, Roma 1933G, s. 160; A. CANEZZA, M. CASALINI, *Il Pio Istituto di S. Spirito e Ospedali Riuniti di Roma*, Roma 1933, s. XXXV.

<sup>6</sup> Zob. M. SURDACKI, *Dzieci porzucone*, s. 88-89; P. DE ANGELIS, *L’Ospedale Apostolico*, s. 153-154.

<sup>7</sup> Zob. C. SCHIAVONI, *Gli infanti „esposti” del Santo Spirito in Saxia di Roma tra ’500 e ’800. Numero, ricevimento, allevamento e destino*, w: *Enfance abandonnée et société en Europe XIVe-XXe siècle*, Rome 1991, s. 1017-1064, s. 1028. Na temat wizytacji z lat 1737-1749 zob. M. PICCIALUTI, *La carità*, s. 104-177.

mianowany przez papieża na stanowisko wizytatora apostolskiego 22 września 1737 r. Po jego śmierci nowy papież, Benedykt XIV, wyznaczył 4 września 1740 r. na wizytatora kardynała Giacomo Lanfrediniego, a po rychłej śmierci i tego wizytatora funkcję tę 28 maja 1741 r. otrzymał kardynał Antonio Severino Gentili, który pełnił ją aż do zakończenia wizytacji, tj. do końca sierpnia 1749 r.<sup>8</sup>

## 2. ADMINISTRACJA

### – *Commendatore* (komendator)

Choć w praktyce wpływ papieży na funkcjonowanie Szpitala Świętego Ducha w Rzymie był nieograniczony, to jednak nie byli oni jego bezpośrednimi zwierzchnikami. Od momentu fundacji aż do drugiej połowy XIX stulecia oficjalnie najwyższa władza nad tą instytucją spoczywała w rękach przełożonego generalnego lub – inaczej – komendatora (*commendatore*, tak właśnie w źródłach zawsze nazywanego). Pierwszym przełożonym generalnym szpitala, nominowanym przez papieża Innocentego III, był Gwidon z Montpellier, będący zarazem przełożonym generalnym zakonu duchaków. Komendatorzy sprawowali najwyższą władzę nad całym Szpitalem Świętego Ducha, nad wszystkimi jego agendami.

Aż do pontyfikatu Eugeniusza IV (1431-1447) wybór przełożonego generalnego szpitala (komendatora), a zarazem generała całego zakonu, pozostawał w gestii samych braci duchaków, którzy wybierali go spośród siebie. Taki wybór był zawsze sankcjonowany przez papieża. Eugeniusz IV wprowadził w tym względzie radykalne zmiany – nie tylko pozbawił zakonników prawa elekcji komendatorów, ale również wprowadził zwyczaj obsadzania tego stanowiska osobami spoza zakonu. Odtąd komendator był wybierany przez papieża spośród wysoko postawionych prałatów kurii rzymskiej<sup>9</sup>. Po tych reformach od XV do XVIII w. funkcję przełożonego generalnego Szpitala Świętego Ducha w Rzymie pełnili między innymi przedstawiciele różnych zakonów, w tym oczywiście także duchaków (najwięcej w XV i XVI w.), aczkolwiek nominacje papieskie na komendatorów otrzymywali również biskupi, arcybiskupi i kardynałowie. Bywało i tak, że niektórzy, pełniąc wcześniej władzę zwierzchnią nad szpitalem, potem awansowali na wysokie stanowiska kościelne. Można powiedzieć, że funkcja komendatora otwierała drogę do najwyższych godności i zaszczytów kościelnych, nawet do papiestwa<sup>10</sup>.

<sup>8</sup> Zob. ASR, nr 901, *Sacre Visite 1592-1734. Ordini*; ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata ... 1737*.

<sup>9</sup> A. CANERZZA, M. CASALINI, *Il Pio Istituto di S. Spirito*, s. XXI-XXII, XXXIV, LIII.

<sup>10</sup> Listę komendatorów Szpitala Świętego Ducha w Rzymie zob. w: A. CANEZZA, *Gli Arcispedali*, s. 159-162. Zob. też A. CANEZZA, M. CASALINI, *Il Pio Istituto*, s. XXI, LIII.

Chociaż od pontyfikatu Eugeniusza IV przełożeni generalni Szpitala Świętego Ducha w Rzymie nie wywodzili się spośród duchaków, a dopiero po objęciu stanowiska stawali się członkami tego zakonu, to jednak zawsze byli jednocześnie generałami całego Zgromadzenia Świętego Ducha oraz zwierzchnikami wszystkich szpitali duchackich na całym świecie. Dokumenty z XVII i XVIII w. przełożonego określają jako „Commendatore del Apostolicis Archiospedale di Santo Spirito in Sassia di Roma, e di tutto l'Ordine di S. Spirito Generale Maestro”<sup>11</sup>.

Kadencje komendantów nie były czasowo normowane. Niektórzy po otrzymaniu nominacji sprawowali władzę nad szpitalem aż do śmierci, inni tylko do czasu uzyskania wyższej godności kościelnej, z reguły kardynalskiej<sup>12</sup>.

#### – *Maestro di casa (mistrz szpitalny)*

Po komendantorze bezwzględnie najważniejszą osobą w hierarchii całej administracji i personelu szpitala był *maestro di casa*, czyli dosłownie „mistrz (gospodarz) domu”, mianowany zawsze przez komendatora kanoników Świętego Ducha. Jego zasadniczym obowiązkiem było zarządzanie ekonomią oraz gospodarką całego „domu i szpitala”, uwzględniając także interesy całego zgromadzenia zakonnego<sup>13</sup>. Pojęcie „dom” występuje tu w szerokim sensie, obejmuje nie tylko cały szpital, ale również wspólnotę zakonną Świętego Ducha, tj. jej członków w placówce rzymskiej, łącznie z kanonikami osadzonymi w dobrach ziemskich. Należy pamiętać, że szpital nadtybrzański składał się *brefotrofium* dla dzieci porzuconych, infirmerii dla chorych oraz klasztoru sióstr duchaczek, dlatego zwierzchność *mestro di casa* rozkładała się na wszystkie jego części. *Maestro di casa* miał niekiedy do pomocy swojego zastępcę – *sottomaestro di casa* (niejako „podmistrza domu”)<sup>14</sup>. *Maestro di casa*, jako najwyższy zwierzchnik, kierował także innymi szpitalami rzymskimi, np. *S. Giacomo degli Incurabili*, w którym funkcję tę pełnił sam Camillo de Lellis, czyli późniejszy św. Kamil<sup>15</sup>.

Prerogatywy mistrza były bardzo szerokie. Decydował o zakupach artykułów żywnościowych, wydatkach, cenach, dysponował dochodami, posiadał prawo zawierania kontraktów bez żadnych upoważnień, nawet dotyczących własności ziemskich szpitala. Wszystko to czynił w imieniu komendatora, przed którym odpowiadał, czasami tylko konsultując z nim niektóre sprawy. Dzierżył w swoich rękach jeden z trzech kluczy do skarbca banku szpitalnego. Na koniec roku wraz z komendantorem i kasjerem dokonywał przeglądu stanu finansów, uczestniczył

<sup>11</sup> Zob. np. ASR, nr 89, *Registro delle Congregazioni*.

<sup>12</sup> A. CANEZZA, *Gli Arcispedali*, s. 59-62.

<sup>13</sup> ASR, nr 64, *Relazione delle Cose ... Castelli 1759*, s. 13.

<sup>14</sup> ASR, nr 1414, *Nota della Famiglia*.

<sup>15</sup> M. VANTI, *S. Giacomo degli Incurabili di Roma nel Cinquecento (Dalle Campagne del Divino Amore a S. Camillo de Lellis)*, Roma 1938, s. 68, 76.

we wszystkich kongregacjach banku oraz w egzaminach organizowanych przez szpital. Niekiedy gospodarką w okolicznych posiadłościach zawiadywał *fattore generale*, czyli ekonom generalny, który – tak jak wyżej wymienieni – również był kanonikiem Świętego Ducha. Stanowisko to nie zawsze było obsadzone. W 1759 r. wizytator postanowił ów urząd odnowić, wśród kanoników nie znaleziono jednak odpowiedniego kandydata. W tej sytuacji gospodarkę na terenach wiejskich szpitala powierzono mężczyźnie świeckiemu, który miał działać pod zwierzchnictwem *maestro di casa*<sup>16</sup>. Bez podpisu mistrza nie mogła być zakupiona żadna rzecz dla szpitala ani zrealizowany jakikolwiek nakaz płatniczy. Był zobowiązany zawsze prowadzić inwentarz agend z bieżącą księgowością oraz często wizytować urzędy, miejsca związane ze szpitalem i sprawdzać ich administratorów. Był więc *maestro di casa* ekonomem i administratorem odpowiedzialnym za majątek, którego w sprawach gospodarczych wszyscy oficjele, tak w szpitalu, jak i na wsiach, zobowiązani byli bezwzględnie słuchać<sup>17</sup>.

Jego odpowiednikiem w drugiej części szpitala, w przytułku, był *commissario dei progetti* – jedna z najważniejszych osobistości na terenie Szpitala Świętego Ducha, zwłaszcza w XVII i XVIII w. Sprawował on kontrolę nad całokształtem problemów związanych z życiem dzieci od momentu ich znalezienia aż do ostatecznego opuszczenia przez nie murów szpitalnych<sup>18</sup>.

#### – *Priore (przeor, przełożony infirmerii)*

Najwyższym zwierzchnikiem szpitala dla chorych był *priore*, przełożony (przeor) rzymskiego klasztoru – konwentu Świętego Ducha, z całym kompleksem zabudowań szpitalnych. Wybierał go zawsze, spośród członków zakonu, komendator, przełożony generalny duchaków; jemu też zawsze podlegał, tak jak wszyscy przeorzy szpitali duchackich na świecie. Odpowiadał przede wszystkim za całokształt spraw związanych z leczniczą częścią szpitala, za warunki życia chorych i opiekę nad nimi.

Przeorowi podlegały wszystkie osoby zatrudnione w szpitalu, ministrowie kościelni, oficjele świeccy i służba. Odpowiadał on za całą działalność szpitala oraz za wykonanie zaleceń wizytatorów apostolskich. Był opiekunem chorych, nadzorcą - ekonomem spraw materialnych, podpisując listy i rachunki zakupów i innych wydatków. Przełożony pilnował spowiedników i kapłanów polecających dusze, lekarzy, chirurgów, aptekarzy oraz służbę w sumiennym wykonywaniu

<sup>16</sup>ASR, nr 64, *Relazione delle Cose ... Castelli 1759*, s. 13-16.

<sup>17</sup>ASR, nr 1409, *Ordinazioni decretate dal Cardinale Porzia ... 1737*, s. 4-5; ASR, nr 905, *Ordini e Decreti della Santa Visita Apostolica. 1737*, s. 24.

<sup>18</sup>ASR, nr 1305, *Offizio della Priora ... 1661*; ASR, nr 905, *Ordini e Decreti della Santa Visita Apostolica. 1737*, s. 25; ASR, nr 152, *Decreto del Canonico*, s. 201; ASR, nr 158, *Ordini per il Signor Canonico*, s. 140.



zadań względem chorych, szczególnie agonalnych, dbał o właściwe przydzielanie produktów żywnościowych oraz nadzorował kuchnię, spiżarnię i garderobę. Miał nieograniczone prerogatywy wobec personelu usługującego, mógł go karać – łącznie z wydaleniem z pracy – za popełnione błędy, zwalniać, gdy było zbyt dużo zatrudnionych, wystawiał świadectwa pracy *benserviti* służbie szpitalnej. Odpowiadał za budynki i pomieszczenia. Doglądał jakości i ilości posiłków chorych, sprawdzał, czy najbardziej chorzy dostają suplementy – świeże jajka lub rosół z żółtkami jajek, a pozbawieni apetytu i niemogący jeść – *passarina* lub inne produkty, pilnował czystości i ciszy podczas jedzenia. Uczestniczył rano i po kolacji razem z lekarzami asystentami w wizytowaniu chorych, w tym nowo przybyłych, W ramach kontroli obchodził niekiedy po północy sale, sprawdzając, czy służby dyżurne nie śpią, nie hałasują i usługują ciężko chorym. Pilnował, by wieczorem brama szpitalna była zamykana. Jako duchowny pełnił też obowiązki duszpasterskie. Celebrował msze w wielkie święta: Wielkanoc, Boże Ciało, Wszystkich Świętych, Boże Narodzenie, pierwsza niedziela Wielkiego Postu, udzielając wtedy Komunii św. całej rodzinie szpitalnej, natomiast w Wielki Czwartek – wszystkim chorym, odprawiał też mszę śpiewaną w uroczystość świętych Kosmy i Damiana. Ponadto każdego dnia po wieczornym posiłku przewodniczył śpiewanej antyfonie do Matki Bożej przed ołtarzem szpitalika dla rannych<sup>19</sup>.

Pomagał mu jego zastępca, *sottopriore*, który miał podobne obowiązki co jego przełożony. Obaj uzupełniali się w swoich powinnościach, na przykład wtedy, gdy jeden sprawował nadzór w jednym oddziale, a drugi czynił to w innym. Zastępca czuwał nad czystością pokoi i izb służących. W dzień towarzyszył lekarzom podczas obchodów i dozorował gwardię w wypełnianiu zaleceń medycznych. Obserwował pracę kucharzy i przygotowywanie posiłków, a w czasie ich spożywania zważał, aby służący należycie usługiwali i karmili chorych. Zasiadając razem z chorymi przy stole, odmawiał w skupieniu modlitwę dziękczynną i błogosławił jedzenie, następnie czuwał, aby po skończonym posiłku zgodnie ze zwyczajem, klęcząc, podziękowali Bogu. Około trzy godziny po kolacji razem z gwardią i jej kapralem wizytował chorych, by w razie potrzeby dostarczyć im produkty orzeźwiające. Bardzo ważną powinnością zastępcy przełożonego było grzebanie zmarłych i troska o nadanie pochówkowi skromnego, religijnego charakteru. Do niego należało też odprawianie śpiewanych mszy na cmentarzu w intencji zmarłych oraz strzeżenie pieczęci szpitalnej, jak i kluczy do depozytu rzeczy pacjentów<sup>20</sup>.

<sup>19</sup>ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi nell'Arcispedale di San Spirito in Sassia ... Cortellini 1654*, s. 2; ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi dagl' Officiali ... 1654*, s. 1-5; ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... In Roma MDCCLI*, s. 31-42; nr 64, *Relazione delle Cose ... 1759*.

<sup>20</sup>ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi nell'Arcispedale ... Cortellini 1654*, s. 8-14; ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi dagl' Officiali ... 1654*, s. 5-9; ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 43-50.

### – *Ispettore (inspektor)*

Bardzo ważną osobistością w administracji szpitala był *ispettore* – inspektor, którego władza i prerogatywy obejmowały nie tylko leczniczą część szpitala, ale także przytułek dla dzieci porzuconych. Jego znaczenie uwidoczniło się szczególnie w okresie wielkiej wizytacji z lat 1737-1749, gdy funkcję tę sprawował Giovanni Battista Ferrini, który wraz z komendantami tych czasów i wizytatorami apostołskimi tworzył swego rodzaju „triumwirat” w zarządzaniu szpitalem<sup>21</sup>. Choć było to ważne stanowisko, to jednak nie zawsze figurowało w wykazie najwyższych władz administracyjnych szpitala.

Według zaleceń inspektorem mogła być osoba mająca doświadczenie i wiedzę dotyczącą wszystkich urzędów szpitalnych, biegła w ekonomii, wyręczająca i zastępująca w wielu decyzjach samego przełożonego generalnego. Jego zadaniem w stosunku infirmerii szpitalnej było pilnowanie, aby chorzy byli otaczani opieką pełną miłosierdzia, nadzór na rodziną szpitalną i czystością pomieszczeń, w których przebywali. W sposób szczególny miał doglądać pracę pisarza i kierownika magazynu. Był odpowiedzialny za przygotowanie na początku każdego miesiąca do wglądu komendatora wykazu pacjentów nowo przybyłych, zwolnionych (wyleczonych), zmarłych i pozostałych na kontynuację leczenia, a także wykazu rzeczy pozostałych po zmarłych i przekazanych w jego obecności pośrednikowi handlowemu, jak również po zmarłych dotkniętych szkorbutem i gruźlicą oraz pieniędzy pozostawionych przez osoby, które zakończyły życie w szpitalu. Taki sam rejestr generalny za cały rok (z wykazami miesięcznymi), dotyczący tych samych spraw, był zobowiązany sporządzić z nastaniem każdego nowego roku, a następnie przekazać go do druku. Miał do niego dołączyć identyczną statystykę odnośnie do drugiej części szpitala – *brefotrofium* dla podrzuteków<sup>22</sup>.

## 3. PERSONEL KANCELARYJNO-BIUROWY

### – *Scrivano (pisarz)*

Funkcję typowo biurokratyczną i kancelaryjną pełnił *scrivano* – pisarz szpitalny. Wymagano od niego zyskania bezwarunkowego zaufania, inteligencji, dokładności, ostrożności i cierpliwości. Musiał mieć wprawę w pisaniu, dysponować bardzo dobrym charakterem kaligraficznego, kancelaryjnego pisma i odznaczać się zrozumiałą dla innych wymową. Wyboru na ten urząd dokonywano nie w drodze egzaminu czy według starszeństwa, lecz decyzją samego komendatora,

<sup>21</sup> ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata...1737*, s. 153.

<sup>22</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 265-267; ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata ... 1737*, s. 153.

który wskazywał najlepszego spośród służby szpitalnej, pod warunkiem, że spełniał wymienione wymogi<sup>23</sup>.

Jego obowiązkiem było ewidencjonowanie wszystkiego, co działo się w szpitalu, przede wszystkim ruchu chorych. Codziennie rano przed wizytą lekarską rejestrował chorych w specjalnej księdze, w rejestrze depozytów zaś księgował ubrania i pieniądze, które złożyli na przechowanie. Sam je przyjmował, a potem oddawał. Był za nie odpowiedzialny, troszczył się, by nie zostały pomieszane, dlatego dwukrotnie w roku sprawdzał, czy pakunki z ubraniami są należycie powiązane, a rzeczy czyste oddzielone od brudnych. Do niego trafiały pieniądze znalezione przy zmarłych lub w ich pakunkach, które następnie za pośrednictwem przełożonego infirmerii przekazywano skarbnikowi szpitalnemu. Rejestrował rekonwalescentów wypisanych ze szpitala, z adnotacją, że odebrali zdeponowane rzeczy i pieniądze. Wypisywał na każdą prośbę rodziny akty zgonu zmarłych w szpitalu, pobierając, za wertowanie ksiąg, dwa *pavoli* opłaty<sup>24</sup>.

Oprócz tego obowiązkiem pisarza było wpisywanie do specjalnej tabeli dzieci porzuconych w przytułku oraz sporządzanie na koniec każdego roku sumarycznych spisów (*ristretti*) wszystkich przybyłych do szpitala, tj. podrzutków i chorych, w wypadku drugich także liczby zmarłych i wyleczonych. Taką samą ewidencję w odrębnej księdze prowadził odnośnie do całej rodziny szpitalnej, notując datę i wynik egzaminu, początek rozpoczęcia służby, datę zwolnienia lub własnowolnego odejścia, awanse i degradacje, datę śmierci. W wypadku gdy pracownik tymczasowo opuszczał szpital, odnotowywał przewidywany czas jego powrotu, szczególnie ważne było zapisanie faktu zwolnienia dyscyplinarnego, równoznacznego z wydaleniem ze szpitala, co zamykało mu prawo powrotu. Sporządzał świadectwa odbytej służby w szpitalu oraz listy wypłat dla rodziny szpitalnej, przygotowywał ogłoszenia o egzaminach. Ponadto sporządzał pisemne zamówienia do sklepów na artykuły gospodarcze, spożywcze i lecznicze, a także wystawiał zlecenia wypłat dla personelu szpitalnego.

Pomimo licznych obowiązków kancelaryjnych pisarz towarzyszył chirurgom w czasie wizytacji, chodził do szkoły chirurgicznej, na zlecenie mistrzów prowadził pokazy i wykłady w Teatrze Anatomicznym. Przynależąc do służby szpitalnej wyższego stopnia (*maggiori*), miał uprawnienia do cięcia zwłok<sup>25</sup>. W szpitalu pełnił podwójną funkcję: z jednej strony dokumentalisty, kronikarza i notariusza, z drugiej zaś pracownika obeznanego w chirurgii, do której przyuczał się

<sup>23</sup> ASR, nr 64, *Relazione delle Cose ... Castelli 1759*, s. 50-52; ASR, nr 1409, *Relazione delle Cose 1759 ... Castelli Procomendatore*, s. 227.

<sup>24</sup> ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi ... Cortellini 1654*, s. 50-52; ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi dagl' Officiali ... 1654*, s. 27, 29-31; ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 105-106, 109, 112; ASR, nr 66, *Registro della Famiglia ... 1766*, s. 5.

<sup>25</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 114.

w szkole. 11 września 1759 r. na stanowisko pisarza, w drodze konkursu, został wybrany właśnie Pietro Aprili, pełniący dotychczas funkcję kaprała szpitala dla rannych, czyli był to człowiek mocno przyuczony w chirurgii<sup>26</sup>. Oznacza to, że funkcję pisarza pełniły osoby świeckie, służące i uczące się w szpitalu.

W razie potrzeby pisarzowi przydzielano do pomocy zastępcę – *sottoscrivano*. Był wybierany spośród służby, musiał odznaczać się tymi samymi cechami co główny pisarz i być mu pomocny we wszystkim. Powoływano go w czasach epidemii do prowadzenia rejestracji chorych, umieszczanych wtedy w *Nuovo Braccio*. Towarzyszył lekarzom podczas wizytacji, rejestrował ruch chorych, sporządzając między innymi listy rekonwalescentów wysyłanych do Szpitala Trójcy Świętej, podobnie jak jego przełożony był zobowiązany również do nauki w szkole i udziału w pokazach w Teatrze Anatomicznym<sup>27</sup>.

#### – *Archivista i tesoriere (archiwista i skarbnik)*

Ogromną dokumentację pisaną, wytwarzaną przez szpital i z nim związaną, przechowano w archiwum. Papież Urban VIII w swoim brewe z 28 września 1626 r. postanowił, że mianowanie notariusza publicznego, czyli archiwisty Szpitala Świętego Ducha może zostać dokonane, według uznania komendatora, spośród braci profesów zakonu, a także spośród notariuszy Archiwum Kurii Rzymskiej. Miał on przywilej sporządzania dokumentów dotyczących szpitala w w jakimkolwiek miejscu<sup>28</sup>. Zarządzał nim *archivista* (archiwista), który w latach 60. XVII w. miał do pomocy swojego zastępcę. Obaj byli członkami zakonu Świętego Ducha<sup>29</sup>. Identycznie było także w innych okresach, co najwyżej nie zawsze było ich dwóch. Pozycję i rolę archiwisty określił dokument z 1759 r., według którego była to osoba nadzwyczaj odpowiedzialna i zarazem ważna, ponieważ do jego rąk trafiały wszystkie najbardziej tajne i wrażliwe pisma oraz dokumenty szpitala. Jako strażnik archiwum musiał mieć przygotowanie notarialne, umieć sporządzać akty, zaświadczenia szpitalne oraz wysyłać je na zewnątrz w imieniu komendatora. Powinien być nim zawsze kanonik po ślubach, choć przeważnie pozostawał w stanie świeckim<sup>30</sup>. Do kompetencji archiwisty należało między innymi sporządzanie testamentów chorym w szpitalu<sup>31</sup>.

<sup>26</sup> ASR, nr 1409, *Decreto di elezione, Giuseppe Maria Castelli ... 1759*, s. 239.

<sup>27</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 202-203; ASR, nr 67, Rękopis. rozpoczynający się od słów: *L'Gran Corsia dello Spedale*.

<sup>28</sup> P. DE ANGELIS, *L'Ospedale Apostolico di Santo Spirito in Saxia nella mente ...*, s. 114.

<sup>29</sup> ASR, nr 1414B, *Stato dell'officij, provisioni*, s. 61-62.

<sup>30</sup> ASR, nr 64, *Relazione delle Cose ... Castelli 1759*, s. 17-18. (*canonico professo, benché per lo piu rimane nello stato di laico*).

<sup>31</sup> ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata ... 1737*, s. 203-204. Zob. rozważania o testamentach.

Nie mniej odpowiedzialną funkcję pełnił *tesoriere* – skarbnik, zwany też kasjerem (*cassiere*). Powierzano ją zawsze doświadczonemu kanonikowi w podeszłym wieku. Przyjmował on i przechowywał wszystkie pieniądze wpływające do szpitala z różnych źródeł, jak też je wypłacał. Prowadził księgę przychodów i rozchodów oraz sporządzał cotygodniowy bilans obrotów finansami, osobiście wypłacał pieniądze mamkom za karmienie dzieci porzuconych. Gdy w podręcznej kasie znajdowało się zbyt dużo pieniędzy, dla większego bezpieczeństwa ich nadmiar deponował w Banku Świętego Ducha<sup>32</sup>. Całą księgowością szpitala, sporządzaniem corocznych inwentarzy poszczególnych agend oraz znajdujących się w nich rzeczy, łącznie z finansami, zajmował się *computista* – księgowy. W kierowanej przez niego agendzie (*computisteria*) było zatrudnionych razem z nim aż siedem osób, w tym skarbnik i pisarz<sup>33</sup>. W niektórych okresach szpital posiadał też swojego prawnika – adwokata<sup>34</sup>.

#### 4. PERSONEL USŁUGOWO-GOSPODARCZY

Warunki życia codziennego chorych, ich wyżywienie, pielęgnacja i higiena zależały w ogromnym stopniu od obecności, pracy i zaangażowania personelu usługowo-gospodarczego, dlatego warto nie tylko wymienić jego skład, ale także przedstawić wykonywaną przez niego pracę. Z opisu jego kompetencji i obowiązków można bowiem lepiej poznać różnorodne aspekty życia szpitala i jego pensjonariuszy oraz kompleksowość i wielkość całej instytucji. Niektóre z tych funkcji były tak ważne, że zostały zaprezentowane w innych rozdziałach przy omawianiu konkretnych aspektów funkcjonowania szpitala; chodzi tu chociażby o grabarza i kucharza<sup>35</sup>. Liczba służby pomocniczej zmieniała się w zależności ilości chorych w szpitalu<sup>36</sup>.

Komfort i warunki życia osób hospitalizowanych zależały w dużym stopniu od aprowizacji żywnościowo-ubraniowej. Za tę drugą odpowiadał *guardarobba* – dosłownie „garderobiany, szafiarz”, dysponent, administrator ubrań, bielizny, przedmiotów codziennego użytku dla chorych oraz rzeczy gospodarczych. Rozdzielał on dla chorych materace, koce, pościel, *traverse*, poduszki, serwetki, ręczniki, fartuchy, koszule, ubrania, suknie, chodaki, berety, a także ogrzewacze łóżek, węgiel,

---

<sup>32</sup> ASR, nr 64, *Relazione delle Cose ... Castelli 1759*, s. 18-19; ASR, nr 905, *Ordini e Decreti della Santa Visita Apostolica. 1737*, s. 22; nr 1414B, *Stato dell'officij, provisioni*, s. 32; nr 1409, *Editto sugli smarrimenti degli oggetti ... 1764*, s. 255.

<sup>33</sup> ASR, nr 1414B, *Stato dell'officij, provisioni*, s. 29-34, 61-62.

<sup>34</sup> Tamże, s. 61.

<sup>35</sup> Odpowiednio rozdziały XI oraz VII.

<sup>36</sup> ASR, nr 67, Rękopis rozpoczynający się od słów: *L'Gran Corsia dello Spedale*.

miotły, lampy, kaganki, nocniki i inne podobne rzeczy. Wszystkie ubrania i uniformy szpitalne były oznaczone znakiem szpitala. Troszczył się o zmianę brudnych ubrań i oddawanie ich do pralni, naprawianie uszkodzonych i zakup nowych, pilnował, aby nie wynoszono niczego poza szpital i aby służba zmieniała brudną, mokrą pościel i koszule na czyste i suche, odpowiadał za przydzielanie ubrań nowym pacjentom i odbieranie ich, gdy opuszczali szpital. Wydziałał też płótna do wyrobu koszul, a także ubranka, płótna i pieluchy przeznaczone dla chłopców, którymi opiekowały się mamki ze *scuola dei putti* i mamki poza-szpitalne. Niekiedy do pomocy *guardarobba* (kierownikowi garderoby) wyznaczano zastępcę. Z reguły miał też do swojej dyspozycji jednego porzuconego chłopca ze *scuola dei putti*<sup>37</sup>. Regulamin z 20 czerwca 1738 r. wymienia także stanowisko *guardarobba maggiore*, które pełnił wtedy jeden z kanoników. Miał on pozycję nadrzędną w stosunku do zwykłego *guardarobba*. Zajmował się on sporządzaniem rachunków, zamówień i kwitowaniem wszystkiego, co znajdowało się w szafach szpitalnych, między innymi kalkulacją i zakupem płótna do wyrobu bandaży i opasek<sup>38</sup>.

Nie mniej ważną funkcję pełnił tak zwany *dispensiere* – magazynier i szafarz żywności, zawiadujący spiżarnią. Jego zadaniem było rozdzielanie artykułów żywnościowych na posiłki, jak też oliwy do lamp oraz na użytek kuchni i jadalni. Troszczył się o zaopatrzenie spiżarni w świeże, dobrej jakości produkty. Wraz z pomocnikiem kuchennym zakupywał surowe mięso w rzeźni albo nabywał już gotowane lub pieczone i dostarczał je kucharzowi<sup>39</sup>. Funkcję tę pełnili często kanonicy Świętego Ducha, którzy nie zawsze należycie wywiązywali się ze swych powinności. W końcu lat 30. XVIII w. inspektor szpitala Giovanni Battista Ferrini otrzymał od wizytatora Leandro Porzii nakaz sporządzenia inwentarza artykułów znajdujących się w spiżarni. Nie mógł jednak dopełnić tego zadania, albowiem w nocy zarządca magazynu żywności wyjechał do swojej ojczyzny i już nie powrócił. Na jego miejsce inspektor obsadził od razu innego kanonika, bez profesji zakonnej, któremu polecił zaprowadzenie i uzupełnienie ksiąg przychodów i rozchodów. Czasami szafarz miał zastępcę – *sottodispensiere*<sup>40</sup>. Do zadań szafarza należało dbanie o naczynia i przedmioty służące do jedzenia, przy czym

<sup>37</sup> ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi nell'Arcispedale ... Cortellini 1654*, s. 53-56; ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi dagl' Officiali ... 1654*, s. 31-33; nr 1409, *Regole da osservarsi dagl' Officiali ... 1654*, s. 31-33; ASR, nr 905, *Ordini e Decreti della Santa Visita Apostolica. 1737*, s. 22-22v; ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 11, 114-117.

<sup>38</sup> ASR, nr 905, *Ordini e Decreti della Santa Visita Apostolica. 1737*, s. 9-9v.

<sup>39</sup> ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi ... Cortellini 1654*, s. 57-59; ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi dagl' Officiali ... 1654*, s. 33-35. Zob. też ASR, nr 905, *Ordini e Decreti della Santa Visita Apostolica. 1737*, s. 22.

<sup>40</sup> ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata ... 1737*, s. 25, 27.



należyta ostrożność musiał zachowywać, aby używać odrębnych naczyń i sztuców dla cierpiących na gruźlicę i szkorbut. Ponadto jego obowiązkiem było policzenie wszystkich chorych według przepisanej im diety<sup>41</sup>.

Z kuchnią (*cucina*) i kucharzami było związanych kilku kolejnych pracowników usługujących. Jednym z nich był *scudellaro* (jakby miskowy), nazywany tak, ponieważ odpowiadał za wszystkie talerzyki i *scudelle* (miski) cynkowe, dbał o ich czystość i wydawał gwardzistom nakrywającym stoły. Zajmował się również krojeniem chleba, przygotowywał wino i nalewał je do dzbanków, gotował jajka, a surowe wydawał ciężko chorym, doglądał kaganków oliwnych nieodczownych przy umierających, troszczył się, by zawsze była w nich oliwa i knoty, służył chorym podczas posiłku spożywanego w drugiej turze, wreszcie utrzymywał czystość i porządek w spiżarni. Podobny status miał *squattaro*, czyli pomywacz, podległy kucharzowi i jego zastępcy. Wcześniej rano dokładał opał i podtrzymywał w ogień kominie i innych paleniskach, przynosił ze spiżarni produkty do robienia posiłków, zmywał i oczyszczał łyżki, miski, rondelki, patelnie, talerze i naczynia cynowe, wanny i kadzie marmurowe, przypiekał też grzanki z chleba na zupę winową dla chorych. Kucharze mieli w każdej chwili do pomocy chłopców kuchennych, którzy dyżurowali w kuchni codziennie na zmianę. Jeden z nich z rana rozpałał palenisko i kładł na nie mięso do gotowania, które wcześniej inny przynosił od rzeźnika. Pomocnicy przynosili opał i dostarczali ze spiżarni potrzebne na dany dzień produkty, utrzymywali na kominie podgrzany rosół i wodę dla chorych, czyścili wyposażenie kuchni i paleniska, byli zobowiązani wynosić zlewki oraz brudy i wylewać je do Tybru<sup>42</sup>.

Ważną, usługową funkcję pełnił *scalco*, czyli stolnik, wyznaczany nie według starszeństwa, ale według uznania komendatora lub przełożonego infirmerii, do posługi w refektarzu. Stolników było dwóch, obsługiwali wyłącznie rodzinę szpitalną<sup>43</sup>. Pod koniec XVIII w. w spisie rodziny szpitalnej figurował jeden stolnik i trzech zastępców<sup>44</sup>. Rano stolnik wydawał śniadanie gwardzistom, zamiataczom, tragarzom i stróżom nocnym. W porze obiadu i kolacji odbierał od kucharza mięso, rozdzielał je, pilnując by było świeże, dobrze ugotowane i poporcjowane. Sygnałem dzwonka wzywał rodzinę szpitalną na obiad i kolację, przygotowywał jednocześnie nakrycie stołu. Odpowiadał za organizację i kolejność spożywania posiłków, czystość oraz naczynia w refektarzu, pilnował przestrzegania postu i diety

<sup>41</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 117-126.

<sup>42</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 240-243; ASR, nr 1414, *Famiglia dello Spedale ... 1767*.

<sup>43</sup> ASR, nr 64, *Relazione delle Cose... Castelli 1759*, s. 50-51; ASR, nr 1409, *Relazione delle Cose 1759 ... Castelli Procomendatore*, s. 227; ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata ... 1737*, s. 19.

<sup>44</sup> ASR, nr 67, Rękopis rozpoczynający się od słów: *L'Gran Corsia dello Spedale*.

chorych. Sprawował też pieczę nad chorymi na suchoty i gruźlicę w Szpitalu S. Giacinto, często ich wizytował i kontrolował czy są prawidłowo obsługiwani<sup>45</sup>, strzegł wszystkiego, co mu zostanie powierzone<sup>46</sup>. Stolnik miał poza tym podstawowe umiejętności pielęgniarские, a nawet medyczne, był też dietetykiem. Nie dziwi więc, że funkcja ta stanowiła warunek awansu na kaprala szpitala dla rannych i uprawiała do prowadzenia pokazów i eksperymentów chirurgicznych w Teatrze Anatomicznym, do którego trzymał klucze w wypadku absencji *sottounzionario*. Wiedzę medyczno-anatomiczną pogłębiał obowiązkowym uczestnictwem w szkole chirurgicznej<sup>47</sup>.

Odrębną agendą, choć związaną ze spiżarnią i kuchnią, była piwnica, służąca do przechowywania wina, octu oraz innych płynnych artykułów spożywczych. Odpowiadał za nią *cantoniere* – piwniczy, który zakupywał i wydawał wymienione artykuły, dbał o ich jakość i konserwację, a także porcjował według określonej miary. W przygotowaniu i zdobywaniu beczek oraz różnych pojemników pomagał mu jego pomocnik (*sottocantiniere*)<sup>48</sup>. Spożycie i dystrybucja wina musiały kreować jakieś problem, skoro po jednej z wizytacji wyznaczono dodatkowo specjalnego nadzorcę piwnicy – karczmarza-oberżystę (*oste*), który miał pomagać przy wyborze, zakupie i konserwacji tego trunku<sup>49</sup>.

Spokój i bezpieczeństwo w szpitalu w ogromnym stopniu zależały od portiera, od którego wymagano dużej przenikliwości i uwagi podczas wchodzenia i wpuszczania osób z zewnątrz, zwłaszcza pilnowania, by nie przedostawały się do środka kobiety pragnące odwiedzić bliskich sobie mężczyzn, chyba że za zaświadczeniem od proboszcza, że są ich najbliższą rodziną. Nie wolno było wpuszczać „birebantów” i innych podejrzanych osób, które mogłyby wyrządzić krzywdę chorym, przynosząc artykuły żywnościowe szkodliwe dla ich zdrowia. Miał także czuwać, by nikt nie wynosił na zewnątrz rzeczy szpitalnych lub należących do chorych. Do niego należało otwieranie głównej bramy na sygnał *Ave Maria*, zamieszczenie przestrzeni przed szpitalem i miejsc wokół swojej dyżurki, pomaganie tragarzom podczas sprzątanego szpitala przy przemieszczaniu chorych z jednego oddziału do drugiego i ustawiania nowych łóżek<sup>50</sup>.

W oddziale szpitalnym S. Giacinto dla chorych na gruźlicę ważną i niebezpieczną pracę, o charakterze również tragarzkim, wykonywał tzw. *vassallo dei tisici*. Wykonywał on wszystkie czynności przy dotkniętych tą chorobą, po-

<sup>45</sup>ASR, nr 66, *Registro della Famiglia ... 1766*, s. 5; ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 188-191.

<sup>46</sup>ASR, nr 1405, *Ordinazioni stabilite per il buon regolamento ... 1738*.

<sup>47</sup>ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 191.

<sup>48</sup>ASR, nr 905, *Ordini e Decreti della Santa Visita Apostolica. 1737*, s. 10v-11, 23v; ASR, nr 64, *Relazione delle Cose ... Castelli 1759*, s. 28-30.

<sup>49</sup>ASR, nr 64, *Relazione delle Cose ... Castelli 1759*, s. 29-30.

<sup>50</sup>Tamże, s. 243.

cząwszy od ścielenia łóżek, zmiany pościeli i ubrań, dostarczania posiłków, aż do rozbierania zmarłego, przenoszenia zwłok do sali zmarłych. Odziewał i okręcał je wcześniej w prześcieradło, w którym robił dwa węzły. Czynał to, by po pochówku na cmentarzu mógł je przy odbiorze od grabarza rozpoznać i nie pomylić z innymi prześcieradłami. Wynika z tego, że zmarłych w szpitalu chorych chowano w tym czasie bez ubrania i szat. Innym jego obowiązkiem było wkładanie codziennie rano brudnej bielizny do kopertowego prześcieradła i po oznakowaniu tobołka dostarczenie go do garderoby, a następnie odebranie jej po dokładnym wypraniu. Musiał mieć się na baczności, aby nie mieszać rzeczy gruźlików, z należącymi do innych pacjentów. W końcu do niego należał obowiązek suszenia i wietrzenia materacy i sienników, dbałość o utrzymywanie wszystkich niezbędnych rzeczy w jego oddziale oraz o ich czystość<sup>51</sup>.

Prace i usługi najbardziej podstawowe i uciążliwe wykonywał *ufficiale della notte*, czyli strażnik nocny. Źródła wspominają o nich w liczbie mnogiej, było ich więc przynajmniej dwóch. Główną ich powinnością było utrzymywanie czystości, wypróżnianie oraz mycie sprzętów służących do zaspakajania potrzeb fizjologicznych pacjentów. Opróżniali *vasi* o czwartej w nocy lub szóstej nad ranem, ustawiali na ziemi i podawali chorym nocniki. Dbali o czystość drewnianych skrzyń-kaset służących do załatwiania innych niż oddawanie moczu potrzeb oraz wymieniali, gdy były brudne, a jeśli zepsute, po wyskrobaniu i wymyciu, oddawali do reperacji cieślom. Mokre posadzki i podłóża oraz zamoczone miejsca między łózkami chorych posypywali trocinami lub ziemią, co miało na celu ich osuszenie i odwodnienie<sup>52</sup>. Relacja z 1623 r. wymienia dwóch takich służących, nazywanych *urinarali*. Nie wiadomo, czy byli to wspomniani strażnicy nocni, niewątpliwie musieli także zajmować się donoszeniem chorym nocników i ich opróżnianiem<sup>53</sup>. Strażnicy nocni utrzymywali porządek w garderobie, na schodach, korytarzach, a w każdą sobotę kompleksowo sprząтали, myli, czyścili miejsca publicznego użytku w szpitalu. Odpowiadali za oświetlenie w czasie egzekwii i pogrzebów, trzymając pochodnie i przyświecając służbie transportującej zmarłych na cmentarz. W okresie Wielkiego Postu brali udział w Drodze Krzyżowej, nosząc świeczniki z zapalonymi świecami. Byli odpowiedzialni za czystość cmentarza, zwłaszcza w dniach odprawiania śpiewanych mszy w intencji zmarłych. W czasie posiłków pilnowali, by przez centralne drzwi nikt nie wchodził na ten czas do środka,

<sup>51</sup> Tamże, s. 255-256. W 1767 r. pracę tę wykonywał Cristoforo Proietti. Sadząc po nazwisku, był to były wychowanek (wcześniej podrzutek) miejscowego *brefotrofium*. ASR, nr 1414, *Famiglia dello Spedale ... 1767*; M. SURDACKI, *Dzieci porzucone*, s. 193-195.

<sup>52</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 8-9, 259-260.

<sup>53</sup> R. GRÉGOIRE, *Servizio dell'anima quando del corpo nell'ospedale di Santo Spirito*, „Ricerche per la storia religiosa di Roma”, 3, 1979, s. 244.

z wyjątkiem rodziny szpitalnej, nowych chorych i osób przychodzących usługiwać w infirmerii. Przynosili kotły i pojemniki z jedzeniem, pomagali w wolnych chwilach chorym przy spożywaniu posiłków. Pomagali rekonwalescentom i wyleczonym przy wychodzeniu ze szpitala: przynosili z depozytu pakunki z ubraniami, pomagali w ubieraniu, towarzyszyli we wsiadaniu do powozu. W końcu do ich zadań należało zanoszenie raportów do biura gubernatora Rzymu, sporządzonych przez zastępców chirurgów, dotyczących rannych i zranionych osób<sup>54</sup>.

Wielka liczba chorych, sprzętów, sal i agend gospodarczych, odzieży oraz artykułów żywnościowych wymagała obecności pracowników wykonujących prace fizyczne. Najcięższe wykonywali *facchini*, czyli tragarze, zatrudnieni przy transporcie chorych, dźwiganiu i przenoszeniu różnych rzeczy<sup>55</sup>. W szpitalu było ich zawsze kilku, najczęściej trzech-czterech<sup>56</sup>, w czasie epidemii nawet blisko dziesięciu<sup>57</sup>. Niekiedy odrębnych tragarzy wydzielano dla konkretnych oddziałów S. *Giacinto* czy S. *Girolamo*<sup>58</sup>. W 1739 r. wizytator do najważniejszych ich zadań zaliczył: rozładowywanie z wózka białej pościeli i ubrań oraz ładowanie brudnych sienników, wietrzenie i odwracanie na powietrzu oraz reperowanie i noszenie materacy<sup>59</sup>. Zdarzało się, że czasami było aż sześć osób zatrudnionych przy konserwacji i naprawie materacy, być może także przy ich produkcji, co znaczy, że stanowiły one podstawowe wyposażenie łóżek szpitalnych<sup>60</sup>. Podobny typ pracy wykonywali posługujący nazywani *acquaiòli* (*acquaroli*), czyli nosiwodami, odpowiedzialni – jak sama nazwa wskazuje – za przynoszenie wody, czasami pomagający też przy zamiataniu<sup>61</sup>.

Utrzymaniem czystości w szpitalu zajmowali się *spazzini*, czyli zamiatacze. Codziennie rano przed pierwszą wizytą lekarską, jak i po jedzeniu zamiatali sale chorych, szczególnie pod łózkami. Od czasu do czasu odkurzali i czyścili wszystkie sprzęty, zasłony łóżek, konfesjonały, ławki ściany, kuchnie, refektarz, Teatr Anatomiczny itp., a raz w miesiącu razem z tragarzami zamiatali i myli cały szpital, w szczególności w Zielone Świątki. Oprócz prac związanych z utrzymaniem czystości przynosili dla chorych wodę z Fontanny Lancisiego, podgrzewali ją, gdy było zimno, i dostarczali do łóżek. Dbali o higienę członków gwardii szpitalnej, odnosząc cztery razy na dzień do garderoby ich brudną

<sup>54</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 258-262.

<sup>55</sup> Wspominano już o tym przy omawianiu innych zagadnień.

<sup>56</sup> ASR, nr 67, Rękopis rozpoczynający się od słów: *L'Gran Corsia dello Spedale*.

<sup>57</sup> ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata ... 1737*, s. 210-213.

<sup>58</sup> ASR, nr 67, Rękopis. rozpoczynający się od słów: *L'Gran Corsia dello Spedale*.

<sup>59</sup> ASR, nr 1409, *L'ordine del Card. Porzia Visitatore ... 1739*, s. 16-17.

<sup>60</sup> ASR, nr 67, Rękopis. rozpoczynający się od słów: *L'Gran Corsia dello Spedale*.

<sup>61</sup> W 1767 r. było ich czterech. ASR, nr 1414, *Famiglia dello Spedale ... 1767*; ASR, nr 67, Rękopis. rozpoczynający się od słów: *L'Gran Corsia dello Spedale*.

bieliznę i pościel oraz zaopatrując w nową, wypraną<sup>62</sup>. Generalnie zamiatacze mieli elastyczny zakres obowiązków, podobnie jak inni mężczyźni zatrudnieni przy fizycznych pracach porządkowo-usługowych. Zamiatacze podlegali *prefetto della pulizia*, czyli prefektowi czystości, który bez przerwy obchodził sale z wodą i miotłą, a zauważywszy większe zabrudzenia na posadzce, pod łózkami czy w pojemnikach higienicznych, wzywał sprzątaczy, aby je usunęli<sup>63</sup>.

Usługowo produkcyjne zadania posiadał *materassaro* (*materassaio*), czyli jakby materacownik, który – jak świadczy jego miano – zajmował się produkcją, reparacją, odnawianiem i czyszczeniem materacy, a także kołder, poduszek, wezglówi, podglówek, sienników słomianych dla wszystkich agend szpitala. Czynił to na zamówienie szpitalnej garderoby z wydzielonych mu przez niego płócien. Rano pomagał też garderobie układać w kredensach pościel przynoszoną od prania. W związku z ogromną liczbą łóżek szpitalnych miał zawsze kilku pomocników, którzy pracowali przy wypróżnianiu brudnych i zawilgoconych wypełnień (często słomy) wspomnianych rzeczy oraz roznosili wyposażenia łóżek po salach<sup>64</sup>. W pewnym momencie XVIII w. szpital zatrudniał kierownika od materaców oraz jego pięciu innych podległych mu mężczyzn, wykonujących wspomniane prace<sup>65</sup>.

## 5. RODZINA SZPITALNA

Dane dotyczące służby szpitalnej, pochodzące z różnych źródeł i czasów, są fragmentaryczne, obejmują tylko osoby bezpośrednio zaangażowane w opiekę nad chorymi, a więc członków poszczególnych gwardii i ich kaprali, w niektórych przypadkach także tragarzy, nie uwzględniają natomiast całego zaplecza administracyjno-usługowego, personelu medycznego czy osób duchownych. Cytowane powyżej liczby nie są zatem tożsame z całą rodziną szpitalną (*famiglia dell'ospedale*), którą tworzyli wszyscy ludzie związani ze szpitalem, niezależnie od funkcji i stanu, świeckiego, bądź kościelnego<sup>66</sup>. Wyjątkiem jest informacja archiwisty Domenico Borgarucciego z 1623 r., który pisał, że zaplecze personalne jest rozbudowane i liczy 72 osoby zakonne i świeckie, a oprócz nich przybywają młodzi studenci, którzy zamierzają specjalizować się w chirurgii oraz medycynie; są oni

<sup>62</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 256-258.

<sup>63</sup> Tamże s. 249-250; ASR, nr 67, Rękopis. rozpoczynający się od słów: *L'Gran Corsia dello Spedale*.

<sup>64</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 244–247; ASR, nr 1414, *Famiglia dello Spedale ... 1767*

<sup>65</sup> ASR, nr 67, Rękopis. rozpoczynający się od słów: *L'Gran Corsia dello Spedale*.

<sup>66</sup> Nazwa w stosunku do całego personelu szpitalnego *famiglia dell'ospedale* była wtedy używana powszechnie. Zob. R.M. VANTI, *Un umanista del Cinquecento in funzione di riformatore, Bernardino Cirillo commendatore e maestro generale dell'Ordine di S. Spirito (1556-1576)*, Roma 1936, s. 35.

zorganizowani w akademii i prowadzeni przez lektora chirurgii<sup>67</sup>. Biorąc pod uwagę tych ostatnich, liczebność rodziny szpitalnej oscylowała wokół 100 osób. W czasie wizytacji z 1676 r. podano, że w służbę chorym było zaangażowanych 87 osób, począwszy od przełożonego infirmerii po służbę<sup>68</sup>.

Dokładne dane dotyczące pełnej statystyki osób wyznaczonych do służby nad chorymi zawierają *Ristretti Generali* za poszczególne lata. Tylko niektóre z nich doprecyzowują, o jakie osoby chodzi. W spisie z 1747 r. zapisano, że „rodzina szpitalna zaangażowana do opieki nad chorymi liczy obecnie 101 osób, łącznie z lekarzami i chirurgami, ale wcześniej było nawet 109 osób”. Identyczną formę zapisu zastosowano też rok później, ale już w 1756 i 1757 r. podano, że rodzina szpitalna pomagająca chorym liczyła 102 osoby, włączając w to czterech lekarzy, czterech lekarzy nadliczbowych, dwóch chirurgów głównych oraz litotoma. W wykazie z 1767 r. zapisano, że liczebność rodziny szpitalnej zmienia się w zależności od większej lub mniejszej liczby chorych, a aktualnie liczy 137 osób. W 1769 r. widniał identyczny zapis, dodano w nim jeszcze, że liczy ona obecnie 155 osób, wcześniej jednak jej stan był wyższy i wynosił aż 253 osoby<sup>69</sup>.

Ze spisów z lat 1747-1810 wynika, że najmniej osób (95) zaangażowanych w opiekę nad hospitalizowanymi odnotowano w 1750 r., najwięcej zaś, a mianowicie 213, w 1793 r. Począwszy od 1767 r., podawano jeszcze dodatkową informację o tym, że w niektórych okresach danego roku liczby te były jeszcze wyższe, np. w 1769 r. – 155 wobec aż 253 osób, w 1793 – 213 wobec 285, ale już w 1808 r. tylko 104 wobec 109. W okresie badanych 63 lat rodzina szpitalna liczyła przeciętnie w ciągu roku 127 osób, a po uwzględnieniu maksymalnych liczb, które odnosiły się do miesięcy o największym napływie chorych, średnia ta wynosiła aż 158. Widać wyraźnie, że wzrost liczby chorych implikował zwiększenie zatrudnienia personelu szpitalnego przede wszystkim poprzez zatrudnienie czasowe, nietatowych, niepłatnych pielęgniarzy, służby usługowej do prac fizycznych oraz personelu medycznego i chirurgicznego<sup>70</sup>. Powyższe ustalenia potwierdza w swojej deskrypcji z 1763 r. Filippo Titi, który pisze, że w Szpitalu

---

<sup>67</sup> BAV, Barberiniano latino 1068, *Relatione del modo che si tiene ... 1623*, s. 7; R. GRÉGOIRE, *Servizio dell'anima*, s. 226.

<sup>68</sup> S. DOMINICI, *Il governo dell'Ospedale di Santo Spirito e dei suoi annessi nel secolo XVII. Continuità e riforme*, w: AOSS, s. 248.

<sup>69</sup> ASR, nr 1414, *Ristretto Generale di tutti gli Infermi ... l'anno 1747 ... sotto il governo Antonio Maria Pallavicini*; ASR, nr 1414, *Ristretto Generale di tutti gl'Infermi, Proietti, Famiglia ... per lo scorso anno 1756 ... sotto il governo ... Antonio Maria Erba*; ASR, nr 1414, *Ristretto Generale di tutti gl'Infermi, Proietti, Famiglia ... per lo scorso anno 1756 ... sotto il governo ... Antonio Maria Erba*; ASR, nr 1414, *Ristretto Generale di tutti gl' infermi nel Sagro, et Apostolico Archiospedale di S. Spirito ... 1767 ... sotto il governo Giovanni Potenziani ... 1767*.

<sup>70</sup> ASR, nr 1414 *Ristretto Generale di tutti gli Infermi ... l'anno 1750 ... sotto il governo Giovanni Ottavio Bufalini*.



Świętego Ducha było 1000 łóżek dla chorych, nie licząc 135 osób z tzw. rodziny szpitalnej<sup>71</sup>.

O ile wyrwykowe dane z okresu wcześniejszego ze źródeł opisowych faktycznie odnoszą się do osób służących w gwardiach oraz ich bezpośrednich zwierzchników – kaprali i czasem *ufficiali maggiori* – to statystyki w wykazach rocznych dotyczą rodziny szpitalnej (*famiglia dell'ospedale*). Ten ostatni termin ma szersze znaczenie, jest bardziej pojemny, obejmując cały sztab ludzi związany z funkcjonowaniem szpitala jako lecznicy, a nie tylko służbę opiekuńczą. W tej sytuacji nie wiadomo, ile i jaka część tej służby (*giovani* i *ufficiali maggiori*) zawierała się w ogólnych statystykach tzw. rodziny szpitalnej. Można sądzić, że około połowa lub nieco więcej. Ostatecznie należy przyjąć, że w drugiej połowie XVII w., cały wiek XVIII i pierwsze dziesięciolecie następnego służbę szpitalną tworzyło mniej więcej od około 40 do 80 osób, wliczając w to lekarzy i chirurgów notowanych w niektórych rejestrach, ale nie kanoników i innych duchownych.

Statystyki zbiorcze (*ristretti*) osób związanych z infirmerią nie podają ich personaliów oraz pełnionych funkcji, dlatego cenne są dokumenty, w których takie informacje się znajdują. Według spisu z 1658 r. rodzina szpitalna zatrudniona w infirmerii liczyła 85 osób, wliczając w to kapłanów spowiedników i polecających duszę, personel lekarsko-chirurgiczny, członków gwardii i ich kaprali, personel usługowy, pracowników apteki, przełożonego infirmerii i jego zastępcę; natomiast bez innych kanoników, niezwiązanych bezpośrednio leczeniem chorych<sup>72</sup>. Taki skład rodziny zatrudnionej w infirmerii stanowi podstawę przytaczanych tu zestawień liczbowych. Identycznie jak w 1658 r. przedstawiała się sytuacja w 1700 r.<sup>73</sup> Za to już w 1707 r. rodzina szpitalna związana z infirmerią liczyła aż 121 osób, na co wpływ miała wyjątkowo wysoka liczba nieopłacanych *giovani*. Wszyscy wymienieni pracownicy zamieszkiwali na terenie szpitala, z wyjątkiem lekarzy i chirurgów naczelnych<sup>74</sup>. Już w czasie wizytacji z 1739 r. rodzina szpitalna pracująca w infirmerii liczyła 96 osób<sup>75</sup>. Parę lat później wizytator stwierdził, że zmniejszyła się ona o pięć osób<sup>76</sup>.

---

<sup>71</sup> F. Titi, *Descrizione delle pitture, sculture e architetture esposte al pubblico in Roma*, Roma 1763, s. 26-27. Zob. też M. Piccialuti, *La carità come metodo di governo. Istituzioni caritative a Roma dal pontificato di Innocenzo XII a quello di Benedetto XIV*, Torino 1994, s. 14, 30.

<sup>72</sup> ASR, nr 27, *Ospedale di Santo Spirito .... 1658*.

<sup>73</sup> ASR, nr 1414, *Nota della Famiglia ...*

<sup>74</sup> ASR, nr 1414, *Salariati dell'Ospedale ... 1707*. Wykaz ten nie uwzględnia dwóch kanoników - przełożonych infirmerii oraz lekarzy asystentów i zastępców chirurgów. Można więc przyjąć, że ogólna liczba personelu była o kilka osób większa.

<sup>75</sup> ASR, nr 3096, *Provisioni della Famiglia ... Porzia Visitatore*.

<sup>76</sup> ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata...1737*, s. 230-232.

Najbardziej kompletną charakterystykę rodziny szpitalnej, z rozróżnieniem poszczególnych funkcji i stopni oraz pochodzenia geograficznego, daje spis z 1767 r., który wymienia osoby bezpośrednio zaangażowane w pracę leczniczą części szpitala. Grupę najwyższych przełożonych tworzyło pięciu kanoników (*priore*, czyli przeor, i jego zastępca, kierownik spiżarni, inspektor, kurator). Oprócz nich było 12 kapłanów z tytułem *maggiori*, a wśród nich dwóch spowiedników, zakrystian, kierownik garderoby oraz ośmiu księży rekomendujących duszę<sup>77</sup>.

Gdy chodzi o personel medyczny, to spośród wszystkich osiemnastu lekarzy niższej i wyższej rangi tylko czterech głównych było w pełni opłacanych, następnym trzech głównym nadliczbowych miało opcję przyszłego przyjęcia. Lekarzy asystentów było natomiast aż jedenastu, z tym że czterech ze statusem *maggiori*, miało stałe miejsce i tylko wyżywienie, zaś pozostałych siedmiu – ponadliczbowych – miało status nadliczbowych z obietnicą przyjęcia. Przechodząc do chirurgów (w sumie sześciu), czterech głównych, w pełni opłacanych, pełniło jednocześnie stanowisko lektorów w szkole chirurgicznej, jeden z nich był też litotomem. Dwaj zastępcy chirurgów ze statusem *maggiori* pracowali wyłącznie za wyżywienie, z kolei *capo sanguigna*, z tytułem *maggiore* i obowiązkiem pełnienia roli trzeciego zastępcy chirurga, otrzymywał pełne wynagrodzenie, podobnie jak czterej inni *maggiori*: pisarz, *unzionario*, kapral szpitala dla rannych oraz stolnik; ci ostatni mieli jeszcze zapewnione pełne wyżywienie. Zwraca uwagę brak uposażenia lekarzy asystentów, którzy materialnie byli gorzej sytuowani niż teoretycznie stojący niżej pod względem prestiżu personel paramedyczny, który z uwagi na wąską specjalizację praktyczną i dużą odpowiedzialność stanowił podstawową bazę funkcjonowania infirmerii<sup>78</sup>.

Odnosnie do pozostałej części średniego personelu opiekuńczego w spisie nie podano żadnych informacji na temat jego warunków pracy, co może oznaczać, że nie był on uposażony, a miał tylko zakwaterowanie w szpitalu. Chodzi tu o czterech kaprali z *Corsia Grande*, ośmiu *giovani* ze *Spedaletto dei Feriti*, zwanych *ciarabucchi*, szesnastu *giovani* z *Corsia Grande*, dwudziestu *giovani* nadliczbowych z opcją przyszłego zatrudnienia<sup>79</sup>. Oprócz osób z zarządu infirmerii, personelu medycznego i pielęgniarstwa byli inni, mianowicie: główny aptekarz oraz czterech jego stałych pomocników z pensją i wyżywieniem, kucharz i trzech chłopców do pomocy (w tym *squattaro*), zawiadujący składem materacy i pięciu pomocników, kierujący spiżarnią – tzw. *scudellaro*, portier, grabarz, sługa niższej rodziny szpitalnej (*famiglia bassa*), wliczono jeszcze pracującego na stałym etacie

<sup>77</sup> ASR, nr 1414, *Famiglia dello Spedale ... 1767*.

<sup>78</sup> Tamże.

<sup>79</sup> Tamże.

tragarza i trzech jego podwładnych, trzech nosiwodów (*acquaroli*), trzech stróżów nocnych oraz prefekta odpowiedzialnego za czystość<sup>80</sup>.

W sumie według cytowanego spisu rodzinę szpitalną niższego i wyższego poziomu w 1767 r. tworzyło 126 osób, w tym 17 duchownych (kanoników i innych kapłanów, 25 osób personelu lekarsko-chirurgicznego, 52 osoby pionu opiekuńczo-pielęgniarskiego, 5 pracowników apteki oraz 27 osób z najniższej służby usługowej. Liczba ta obejmuje tylko osoby obsługujące infirmerię. Statystyka nie uwzględnia personelu administracyjnego, gospodarczego i pomocniczego pracującego w agendach i posiadłościach szpitalnych, także osób związanych z pracą w *brefotrofium* oraz kanoników Świętego Ducha pełniących funkcje kościelno-religijne w całym szpitalu i kościele Świętego Ducha. Mimo to spis oddaje wiarygodny i zbliżony do rzeczywistości stan rodziny szpitalnej w infirmerii. Dostarcza także wiele innych informacji i spostrzeżeń, między innymi odnośnie do pochodzenia terytorialnego personelu zatrudnionego w infirmerii, wśród którego tylko 21 osób (16,5%) pochodziło z samego Rzymu. Wielu przybyło z bardzo odległych regionów i dużych miast, w tym dziewięciu z Mediolanu, po pięciu z Korsyki i Królestwa Neapolu, trzecią z Sardynii, po dwóch z Piemontu i Sieny, a w pojedynczych przypadkach z Ascoli, Bari, Florencji, Kalabrii, Lukki, Padwy, Palermo, Pescary, Spoleto, Wenecji<sup>81</sup>. Jest to potwierdzenie, że Szpital Świętego Ducha w Rzymie stanowił bardzo atrakcyjne miejsce pracy i studiów, przyciągające zewsząd ludzi pragnących spełniać swoje aspiracje zawodowe i edukacyjne. Był instytucją centralną, niemającą sobie równych pod względem prestiżu, skupiającą najlepszych specjalistów, a zarazem oferującą optymalne możliwości rozwoju zawodowego. Spis pozwala poznać strukturę i nazwy pełnionych funkcji, materialne warunki pracy i różnice występujące w tym zakresie. Wszyscy lekarze (w sumie 18) niezależnie od swej pozycji i formy zatrudnienia określani zostali jako doktorzy, odnośnie zaś do chirurgów terminologii takiej przy żadnym z nich nie użyto, co jeszcze raz dowodzi rozdzielności obu profesji i niższej pozycji chirurgów. Na końcu spisu zamieszczono adnotację, że stan liczbowy *giovani*, jak i „niższej rodziny” wzrasta w zależności od liczby chorych<sup>82</sup>. Gdy ich napływ się zwiększał, z pomocą śpieszyli ci, którzy figurowali na liście jako nadliczbowi. Oznacza to, że podana łączna liczba personelu była aktywnie wykorzystywana w infirmerii tylko w czasach wyraźnego zwiększania się liczby pacjentów.

Nie mniej ważna konstatacja wynika z analizy nazwisk, zwłaszcza niższej służby wykonującej najuciążliwsze prace fizyczno-usługowe. Wśród niej uwagę zwracają mężczyźni o nazwisku Projetti. Jeden z nich posługiwał w najbardziej

<sup>80</sup> Tamże.

<sup>81</sup> Tamże.

<sup>82</sup> Tamże.

niebezpiecznym szpitaliku S. *Giacinto* dla gruźlików. Trzej inni byli zatrudnieni w pracowni materacy<sup>83</sup>. Nazwisko to miało rodowód związany z porzuceniem dzieci, które były osobami anonimowymi, nieposiadającymi nazwisk. Chłopcy po osiągnięciu wieku dojrzałego usamodzielniali się i często zakładali własne rodziny. Przyjmowali wtedy tzw. nazwiska przezwiskowe: Proietto – Proietti, kojarzące się z ich pochodzeniem i statusem społecznym. Nazwy *proietto* oraz *espoto* używane były bowiem w tym czasie zamiennie na określenie podrzutków, tworzących usytuowany najniżej w hierarchii ludności odrębny stan społeczny. Przynależność do niego, wynikająca z faktu porzucenia, na zawsze sankcjonowana była dodatkowo nazwiskiem, które stanowiło etykietę odróżniającą ich od reszty społeczeństwa. Tym ludziom trudno było osiągnąć jakąkolwiek znaczącą pozycję społeczno-zawodową, o czym świadczy również przykład mężczyzn o tym nazwisku służących w infirmerii<sup>84</sup>. Jest niemal pewne, że byli oni wychowankami Szpitala Świętego Ducha lub ich potomkami. Szpital bowiem bardzo chętnie wspierał swoich byłych podopiecznych, umożliwiając im zdobycie pracy i zarobku.

Pojęcie rodziny określające osoby związane ze szpitalem używane było w różnym, w węższym i szerszym kontekście i znaczeniu. Gdy mówiono o „rodziny szpitalnej”, rozumiano pod nią wszystkie bez wyjątku osoby związane z całym szpitalem, także z obsługą jego pozarazymskich agend gospodarczych. W tym znaczeniu nie jest ono przedmiotem rozważań. Jest nią natomiast rodzina szpitalna, mniej lub bardziej kompletnie ujęta w spisach, ale odnosząca się tylko do infirmerii i przebywających w niej chorych. Zdarzały się jednak i spisy „rodziny” w jeszcze bardziej zawężonym rozumieniu. Przykładem jest pochodzący z drugiej połowy XVIII w. *Elenco della Famiglia medica e chirurgica*. Sama nazwa sugeruje listę tylko zespołu lekarskiego i chirurgicznego, tymczasem znalazł się na niej także cały niższy i wyższy personel opiekuńczo-pielęgniarski, tzw. *giovani*, którzy od początku pracy w szpitalu byli traktowani jako przyszli znawcy sztuki lekarskiej i chirurgicznej. Świadczą o tym określenia i informacje, jakie przy nich zamieszczano. Dlatego warto wymienić całą spisana w wykazie rodzinę medyczno-chirurgiczną. Z nieznanых powodów w spisie nie uwzględniono lekarzy i chirurgów naczelných, których zawsze było sześciu. Wymieniono natomiast lekarzy asystentów (czterech stałych i sześciu ponadetatowych oraz dwóch zastępców chirurgów). Ponadto na liście znaleźli się: *capo sanguigna*, *unzionario*, kapral szpitala dla rannych, dwóch kaprali stałych, kapral stały *di Corsia*, kapral nadliczbowy, ośmiu *ciarabucchi* (*chiarabucchi*), ośmiu dziekanów stałych *di Cor-*

<sup>83</sup> Tamże.

<sup>84</sup> ASR, nr 1322, *Descrizione Generale dei nomi e dell'età di tutte le Zitelle ... 1757 ...*; M. SURDACKI, *Dzieci porzuczone*, s. 193; tenże, *Il brefotrofito dell'Ospedale di Santo Spirito in Roma nel XVIII secolo*, Conferenze 115, Varsavia–Roma 2002, s. 76-77.

sia, czterech *giovani assistenti alle sale cliniche*, dziesięciu *giovani* konkursowych, szesnastu *giovani* bez odbycia konkursu. Spis nie wymienia kierownika apteki, za to figurują na nim zastępca aptekarza głównego, czterech stałych pomocników aptecznych, dwóch nowicjuszy i aż trzech nadliczbowych pomocników. Sumując, spis obejmuje 75 osób, a dodając lekarzy i chirurgów głównych oraz kierownika apteki, 82 osoby związane bezpośrednio z leczeniem i pielęgnacją chorych<sup>85</sup>. Wśród nich nie ma duchownych odpowiedzialnych za życie religijne, położonych infirmerii, jak i pracowników pionu pomocniczo-gospodarczego<sup>86</sup>.

---

<sup>85</sup> ASR, nr 1414B, *Elenco della Famiglia Medica et Chirurgica*.

<sup>86</sup> Tamże.

## Rozdział VI

### PENSJONARIUSZE

#### 1. TRANSPORT DO SZPITALA

Według duchackiej reguły zakonnej, zainspirowanej przez papieża Innocentego III, bracia i siostry nie mogli ograniczać się tylko do przyjmowania chorych, lecz byli zobowiązani wręcz ich poszukiwać. W pierwotnej regule Szpitala Świętego Ducha, powstałej na początku XIII w., jak już wspomniano, *ad usum infirmorum et pauperum*, w rozdziale XL zapisano, że „jeden dzień w tygodniu ubodzy chorzy mają być poszukiwani po ulicach oraz placach i transportowani do Szpitala Świętego Ducha i tam być leczeni z wielką starannością”<sup>1</sup>. Tak sprawa miała się przedstawiać w średniowieczu. W miniaturze kodeksu pochodzącego, w którym około połowy XIII w. została skopiowana owa reguła, przedstawiono coś, co można uznać za prototyp współczesnego ambulansu: powóz (karetę), o czterech kolach, na której zakonnik i zakonnica umieszczają chorego<sup>2</sup>.

W wiekach nowożytnych o takim poszukiwaniu chorych źródła wprost nie wspominają. Chorzy przybywali do szpitala najczęściej bezpośrednio ze swoich domów. Nierzadko przemieszczali się z jednego do drugiego szpitala. Działo się tak, gdy w sytuacji nagłej potrzeby trafiali do danego szpitala z przypadku jako do najbliższej placówki leczniczej. Później, gdy kuracja nie przynosiła efektu lub nastąpił nawrót choroby, a inny



Znacząca miniatura w inicjale kodeksu z XIII w.  
z prototypem ambulansu

<sup>1</sup> F.A. LA CAVA, *Liber Regulae Sancti Spiritus. Testo comentato*, Milano 19147, s. 164-165; G. COSMACINI, *Storia della medicina e della sanità in Italia. Dalla peste europea alla guerra mondiale. 1348-1918*, Bari 1994, s. 57.

<sup>2</sup> A. ESPOSITO, *Assistenza e organizzazione sanitaria nell'Ospedale di Santo Spirito*, w: AOSS, s. 203.



szpital był bardziej odpowiedni w leczeniu danej dolegliwości, często przenoszono ich. Jako że były to osoby chore i trudno było im się samodzielnie przemieszczać, problem był transport. W 1741 r. wizytator kardynał Gentili informował, że transportowanie z jednego do drugiego szpitala było niebezpieczne i przynosiło wiele szkód. Ubolewał, widząc, jak wielu ciężko chorych, po przewiezieniu do Infirmarii Świętego Ducha, ledwo co zdołało przyjąć ostatnie namaszczenie i zaraz umierało, inni nie zdążyli nawet otrzymać tego sakramentu. Chcąc zaradzić podobnym wypadkom, wydał dwa zarządzenia. Pierwsze, aby lekarze asystenci kładli do łóżka wszystkich pacjentów z nawrotem choroby odesłanych w tym samym dniu ze szpitala św. Jana na Lateranie i szpitala Bonifratrów, a następnie powierzyli ich opiece głównych lekarzy aż do pełnego wyleczenia i wyzdrowienia. Drugie, aby przełożony infirmerii (*priore*) nie opłacał więcej tragarzy, którzy przetransportowali chorych z dwu wymienionych szpitali<sup>3</sup>. W połowie XVIII w. przenoszeniem chorych ze Szpitala Świętego Ducha do innych placówek leczniczych Rzymu zajmowali się strażnicy nocni z pomocą tragarza<sup>4</sup>.

Kardynał skrytykował też inne praktyki związane z rozlokowywaniem chorych w szpitalach rzymskich. Otóż chorzy, którzy przybywali z okolicznych miejscowości przez bramę miejską, zamiast trafiać do znajdującego się nieopodal szpitala św. Jana na Lateranie, byli wiezieni do oddalonego o kilka kilometrów Szpitala Świętego Ducha z narażeniem zdrowia i życia. Było to niezgodne z edyktami papieskimi, nakazującymi wieśniakom dowozić chorych do szpitali najbliższej usytuowanych bram miejskich, przez które weszli do miasta. Niestosowanie się do wymienionych przepisów wynikało stąd, że wieśniacy wiozący chorych wierzchem na koniach, gdy docierali do szpitala laterańskiego, za swoją usługę i trud otrzymywali po trzy *paoli* jałmużny za każdego przywiezionego pacjenta, tymczasem zostawiając ich w Szpitalu Świętego Ducha dostawali sumę dwukrotnie wyższą. Ponadto często otrzymywali jakieś doraźne, dodatkowe zajęcia czy zlecenie na rzecz miasta, a tym samym możliwość dorobienia. Konkretny interes i kalkulacja skłaniały ich do zostawiania chorych u duchaków, kosztem mordęgi transportowanych. Wizytator, pragnąc ulżyć poniewierce chorych oraz ograniczyć wydatki szpitala, zabronił przełożonemu infirmerii płacenia podwójnej jałmużny i przyjmowania chorych, którzy zgodnie z poleceniami apostolskimi mieli być umieszczeni w szpitalu św. Jana na Lateranie<sup>5</sup>.

Dekrety Urbana VIII (1623-1644) i Aleksandra VII (1655-1667) stanowiły, że to od woli chorych zależy wybór szpitala, który najbardziej im odpowiada. Tymczasem kardynał Neri Corsini, wizytujący w latach 1745-1746 szpital św.

<sup>3</sup> ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata 1737*, s. 147-149.

<sup>4</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 261.

<sup>5</sup> ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata ... 1737*, s. 150-151.

Jana na Lateranie, stwierdzał nieprawidłowości, polegające na niechętnym przyjmowaniu do tego szpitala chorych z okolic bliskich Szpitalowi Świętego Ducha. Podkreślał, jak uciążliwe i męczące jest dla chorego samo przybycie (przyjście) do szpitala, a co dopiero ponowne odesłanie go do innej placówki. Zaznaczył jednocześnie, że do zreorganizowanego przez wizytatorów Szpitala Świętego Ducha chorych przyjmuje się bez żadnych zastrzeżeń i utrudnień, nie pytając, z jakich dzielnic pochodzą i przez jakie bramy przybywają. W tej sytuacji kardynał Corsini wprowadził zasadę równości i wzajemności w warunkach hospitalizacji chorych między dwoma szpitalami, pod sankcją wydalenia i zwolnienia ze szpitala położonych i lekarzy niestosujących się do tych reguł. Jednocześnie pod rygorem tych samych kar przestrzegał, że nikt nie może domagać się od przewoźników, aby chorych dostarczonych do szpitala na Lateranie odwozili do Szpitala Świętego Ducha, położonego bliżej dzielnic, z których pochodzą, zwłaszcza, że sami chorzy chcieliby być zabrani do jeszcze bardziej oddalonego szpitala *Sancta Sanctorum*. Potwierdził też, że ustanowiona wcześniej przez papieża wolność wyboru szpitala, nie może być chorem odebrana<sup>6</sup>.

Dla ciężko chorych wielki problem stanowiło dotarcie do szpitali. Stan zdrowia często nie pozwalał im przemieścić się na własnych nogach, dlatego wymagały one pomocy innych osób, które by ich do szpitala przetransportowały. Zajmowali się tym pracownicy wyznaczeni do transportu chorych na noszach, zwani *portatorori* – *barellanti*, czyli tragarze noszowi. Delegował ich i opłacał Urząd Jałmużny Papieskiej przy Stolicy Apostolskiej (*Limosineria Apostolica*), który miał za zadanie w imieniu Ojca Świętego okazywać pomoc charytatywną ubogim<sup>7</sup>. W historii katolickich tendencji reformatorskich ważną rolę odegrał Innocenty XII (1691-1700), ostatni papież XVII w. i pierwszy czasów *ancien régime*'u, który w czasie swojego pontyfikatu wykazywał cechy absolutystyczne. Jego autorytaryzm przejawiał się również w stosunku do charytatywnych struktur miejskich, Urzędu Jałmużny Papieskiej, odpowiadającego za rozdawanie datków ubogim, jak i Świętej Kongregacji Wizytacji Apostolskiej, organu nadzorczego rzymskich miejsc i instytucji pobożnych. Generalnie wywarł on głęboki wpływ na instytucjonalną politykę Rzymu i całego Państwa Kościelnego<sup>8</sup>.

Papież Innocenty XII zmodernizował ten urząd, dostosowując go do potrzeb ludności rzymskiej. Umocnił pozycję jałmużnika papieskiego – *Elemosiniere Segreto*, który stał się jednym z najważniejszych dostojników dworu papieskiego. Nawiązując do bardzo dawnych tradycji, jeszcze z pierwszego tysiąclecia, w imie-

<sup>6</sup> M. PICCIALUTI, *La carità come metodo di governo. Istituzioni caritative a Roma dal pontificato di Innocenzo XII a quello di Benedetto XIV*, Torino 1994, s. 256-257.

<sup>7</sup> ASR, nr 1409, *Notificazione sopra le barelle, e barellanti*, w: NSVD, s. 190.

<sup>8</sup> M. PICCIALUTI, *La carità*, s. 38-39.

niu papieża rozdawał pieniądze biedakom, szpitalom, klasztorom męskim i żeńskim oraz innym instytucjom dobroczynnym, praktykował publiczne rozdawnictwo chleba i innych artykułów<sup>9</sup>. Szpitale rzymskie przeznaczone głównie dla ludzi biednych podlegały rozporządzeniom najwyższej władzy kościelnej – Świętej Kongregacji, a konkretnie jej części zajmującej się szpitalami (w jej skład wchodził między innymi jałmużnik papieski), która miała prawo wizytować i wydawać odnoszące się do nich edykty. Posiadała też prerogatywy prowadzenia polityki i opieki społecznej nad ubogimi Rzymu oraz rozmieszczania chorych w różnych szpitalach miasta. W 1721 r. wydała rozporządzenie dotyczące porządku publicznego, które zabraniało chorym obojga płci kładzenia się i leżenia na ulicach i nakazywało im udanie się do szpitali, a w wypadku ciężkiej niemocy przewiezienie ich tam przez odpowiednie służby. *Sacra Congregazione* miała też prawo wydawania przepisów o przymusowej hospitalizacji chorych. W wypadku, gdyby nie chcieli się do nich udać, mieli być siłą tam przewiezieni lub przeniesieni przez przewoźników chorych, którzy pobierali za to zwyczajowe wynagrodzenie z Biura Jałmużny Papieskiej<sup>10</sup>.

Generalnie chorzy docierali do szpitali w dwojaki sposób: pochodzący z miejscowości i okolic pozarymskich byli przywożeni na wozach transportem konnym, natomiast chorych z samego miasta przynosili do szpitala wspomniani tragarze noszowi. Zapewne nosze były podłużne, umożliwiające choremu pozycję leżącą. Bywały jednak i w formie krzeselek. O takich wspomina w relacji z roku jubileuszowego 1625 proboszcz rzymskiej parafii *S. Maria del Popolo*, którą warto przytoczyć w szerszym kontekście dla zobrazowania życia chorych biedaków w mieście: „biednych martwych ludzi spotyka się nie tylko na ulicach, ale w stołach, szopach, spichlerzach przy *Piazza del Popolo*, również w skałach wapiennych i małych wioskach, w których zamieszkuje szumowina biedoty Rzymu (*la feccia della poverta*), i nie tylko umierają z powodu braku środków, a gdy proboszcz, gdy jeszcze nie umarli, odeśle ich do szpitali, nie chcą ich przyjąć, i często umierają na krzesłach (*in sedia*) podczas przenoszenia”<sup>11</sup>.

Transport chorych do szpitala otwierał pole do nadużyć ze strony osób wyznaczonych do transportu, które dopuszczały się oszustw, sprzeniewierzając

---

<sup>9</sup> C. FANUCCI, *Trattato di tutte le Opere Pie dell'alma città di Roma*, Roma 1601, s. 11-14; C.L. MORICHINI, *Degli istituti di carità per la sussistenza e l'educazione dei poveri e di prigionieri in Roma*, Roma 1870, s. 225; M. PICCIALUTI, *La carità*, s. 40-41. Na temat tradycji jałmużny papieskiej zob. V. MONACHINO, *L'antichità e l'alto medioevo*, w: *La carità cristiana in Roma*, red. V. Monachino, Bologna 1968, s. 87, 97-100, 103-106.

<sup>10</sup> M. Piccialuti, *La carità*, s. 110-111.

<sup>11</sup> L. Fiorani, *Povertà e malattia nella Roma post-tridentina (secc. XVI-XVIII)*, w: *L'ospedale dei pazzi di Roma dai papi al '900. Lineamenti di assistenza e cura a poveri e dementi*, red. A. Iaria, A. Bonfigli, F. Fedeli Bernardini, t. II, Bari 1994, s. 78.

jałmużnę papieską. Jako że jałmużnik papieski wypłacał cztery *giuli* mężczyznom dostarczającym chorych do szpitala na noszach, za czasów papieża Innocentego XII często trafiali się sprytni i przebiegli tragarze, transportujący do szpitala wychudzonych i bladych przyjaciół i znajomych, którzy uchodzili za chorych, potem dzielili się z nimi pieniędzmi uzyskanymi na podstawie zaświadczenia o transporcie takiego „fałszywego chorego”<sup>12</sup>.

W oszustwach związanych z transportem chorych do szpitala współuczestniczyli pośrednio proboszczowie i wikariusze parafii, którzy nie byli obecni w momencie kładzenia chorego na nosze. Tragarze wymuszali od nich wydanie drukowanych formularzy z herbem papieskim, podpisanych przez proboszczów, ale *in blanco*, czyli niewypełnionych w poszczególnych rubrykach, w których sami wpisywali imię i nazwisko chorego, parafię, z której go przenoszono, i nazwę szpitala, do którego miał trafić, oraz datę odtransportowania. Tymczasem wszystkie takie blankiety powinni własnoręcznie wypełniać księża z parafii, z której zabierano chorych. Wielokrotnie tragarze wpisywali dane osób fikcyjnych, dokonując prawdziwych fałszerstw. Bywało nawet gorzej, gdy z biura Jałmużny Papieskiej pobierano formularze w ogóle niepodpisane przez kapłanów, a później fałszowane przez tragarzy, łącznie z podrobieniem podpisu. W 1752 r. zdemaszkowano jednego z takich kombinatorów, niejakiego Filippo Salvadei, który w wyniku procesie sądowego został skazany na upokarzające wożenie przez miasto na osiołku, a następnie na pięć lat więzienia<sup>13</sup>.

Chcąc położyć kres oszustwom, szkodliwym dla szpitali i Urzędu Jałmużny Papieskiej, który pokrywał koszty podróży i wynagrodzenie dla tragarzy, nakazano wszystkim kapłanom, aby osobiście odbierali formularze z biura papieskiego i trzymali je w zamknięciu, nikomu nie udostępniając. Gdy zostaną poinformowani, że jakiś ciężko chory potrzebuje noszy, nie mogli temu wierzyć na słowo, lecz osobiście sprawdzić to w jego domu. Jeśli sytuacja rzeczywiście wymagała interwencji, proboszcz lub jego zastępca musiał asystować przy kładzeniu chorego na nosze, a następnie wypełnić własną ręką wszystkie rubryki biuletynu i złożyć pod nim podpis. Dopiero tak uwierzytelniony dokument mógł wręczyć tragarzom, którzy mieli przenieść bezsilnego pacjenta do któregoś ze szpitali rzymskich. Odtąd wszystkie dokumenty znalezione w szpitalach, dotyczące użycia noszy i transportu, które były źle lub nie w pełni wypełnione, obciążały księży, a ci byli zobowiązani zwrócić z własnej kieszeni urzędowi Jałmużny Papieskiej pieniądze zapłacone przez przełożonych szpitali za przetransporto-

---

<sup>12</sup> Q. Querini, *La beneficenza romana dagli antichi tempi fino ad oggi*, Roma 1892, s. 314. Por. M. Piccialuti, *La carità*, s. 43.

<sup>13</sup> ASR, nr 1409, *Notificazione sopra le barelle*, s. 190-191.

wanie chorych<sup>14</sup>. Opisane sytuacje, jak i wydane zarządzenie dotyczyły wszystkich szpitali rzymskich, a więc także największego z nich, Szpitala Świętego Ducha. W 1738 r. wizytator kardynał Lenandro Porzia nakazał, by niezależnie od okoliczności, za przetransportowanie chorych do Szpitala Świętego Ducha noszowym płacił przełożony infirmerii<sup>15</sup>.

## 2. PROCEDURA PRZYJMOWANIA

Chory, dotarłszy do szpitala samodzielnie bądź przywieziony doń czy przyniesiony, podlegał specjalnej procedurze przyjęcia i hospitalizacji, normowanej precyzyjnie przez regulaminy. Najdokładniejsze z nich pochodzą z początku XVII w. Zasadniczo niewiele się one od siebie różnią, w obu z nich jednak można znaleźć pewne odrębności.

Według regulaminu z 1623 r. chorego przybywającego do szpitala, jeszcze przed położeniem go do łóżka, musiał najpierw obejrzeć jeden z czterech dyżurujących lekarzy asystentów, który w obecności *priore* lub *sotto priore*, obserwując chorego, decydował, czy może być przyjęty na leczenie. Od razu wykluczano możliwość hospitalizacji osób z podejrzeniem trądu czy świerzbu oraz chorób nieuleczalnych. Gdy lekarz zdecydował o przyjęciu, chory musiał odbyć spowiedź u jednego z czterech spowiedników i przyjąć Komunię św., potem przez jednego z członków gwardii był kładziony do łóżka w odpowiednim dla jego schorzenia oddziale, na przykład w dużym szpitalu lub szpitaliku, jeśli był ranny. Zważano przy tym, aby łóżka były dobrze zaścielane kocem, białym prześcieradłem i miały czysty materac. Zabronione było kładzenie pacjenta na posłaniu, na którym niedawno ktoś zmarł lub został wypisany. Można to było uczynić dopiero po zmianie materaca i pościeli, nad czym osobiście czuwał przełożony infirmerii lub jego zastępca. Po położeniu chorego do łóżka zjawiał się przy nim pisarz, który zapisywał dane personalne nowego pacjenta: imię i nazwisko, zawód, pochodzenie terytorialne i imię ojca, ilość, jakość i kolory pozostawionych ubrań; pytał też, czy posiada złoto lub srebro. Następnie pielęgniarze z gwardii zawijali i wiązali dokładnie pakunek z ubraniami, dołączając do niego kwit z numerem łóżka chorego, nazwiskiem, adnotacją, czy ma pieniądze i jaką kwotę; sporządzali też drugi identyczny kwit i zostawiali go w torebce przymocowanej do frontu łóżka. Zabezpieczony pakunek gwardziści przenosili do garderoby i kładli go w oznaczone numerem miejsce (odpowiadające numerowi łóżka), w porządku umożli-

<sup>14</sup> Tamże, s. 191-192.

<sup>15</sup> ASR, nr 1405, *Ordinazioni stabilite per il buon regolamento...* 1738. Zapewne Urząd Jałmużny Papieskiej wypłacone kwoty zwracał szpitalowi; ASR, nr 905, *Ordini e Decreti della Santa Visita Apostolica*. 1737, s. 7.

wiającym pisarzowi szybkie odnalezienie go przy wypisie chorego ze szpitala. Pieniądze chorego deponowano natomiast w dużej skrzyni, w płóciennych torebkach rozmieszczonych wewnątrz niej dookoła. Posiadały one odpowiednie numerki odpowiadające znakom na szpitalnych łózkach. Dwa klucze do garderoby, w której znajdowały się pozostawione ubrania i pieniądze trzymali przełożony infirmerii oraz pisarz. Pomieszczenia tego nie mógł otworzyć żaden z nich bez obecności drugiego. Końcową fazą „ceremonii” przyjmowania chorego do szpitala było przekazanie mu przez garderobę ubrań szpitalnych, na które składały się biała koszula, beret, długi ciepły płaszcz z niebieskiego płótna, szlafrok płócienny (*zimmara di panno turchino*) oraz trepy na drewnianej podszewie. Dwie ostatnie rzeczy służyły choremu, gdy wstawali z łóżka za jakąś potrzebą, przechodzili się lub udawali na posiłek<sup>16</sup>.

Nie mniej ciekawy i drobiazgowy rytuał, dotyczący kryteriów i sposobu udzielania pomocy choremu w Szpitalu Świętego Ducha, a ukazujący poszczególne etapy hospitalizacji, pochodzi z 1632 r. Po przybyciu pacjenta do szpitala kapral dyżurującej gwardii pytał go o pochodzenie, miejsce urodzenia i zawód, następnie przedstawiał sytuację przełożonemu infirmerii, który informował lekarza asystenta celem dokonania wstępnej oceny stanu zdrowia chorego: czy ma gorączkę i na jaką dolegliwość cierpi, czy potrzebuje pilnego i natychmiastowego remedium na leczenie ukąszeń czy na bóle kolkowe oraz czy jest konieczna interwencja dyżurnego chirurga lub inna pomoc medyczna? Po przyjęciu do szpitala do chorego zgłaszał się kapelan na pierwszą spowiedź sakramentalną, potem chorego transportowano na oddział, kładziono do łóżka z czystą i podgrzaną pościelą, ubierano w białą koszulę i dostarczano odpowiedni posiłek. Wieczorem ponownie odwiedzał go kapelan, by następnego dnia mógł przystąpić do Komunii św. Po tym wszystkim zjawiał się pisarz, który notował w księdze chorych imię i nazwisko pacjenta, imię ojca, adres zamieszkania, narodowość, wiek, zawód, rzeczy osobiste posiadane w momencie przybycia. Tak jak wszyscy chorzy, dwa razy dziennie był wizytowany przez lekarza naczelnego w asyście przełożonego infirmerii i kaprała. Lekarz ustalał środki lecznicze, podczas gdy przełożony wybierał dlań rodzaj wyżywienia. Zalecenia pierwszego z nich były później przekazywane aptekarzowi, który był również odpowiedzialny za notatki z zaleceniami dla fryzjera, *cristeraro* i *onzionario*. Po zakończeniu wizyty przez lekarza jeden z gwardzistów zapisywał dietę na *orzate* i wino, zgodnie z zaleceniami lekarskimi<sup>17</sup>.

<sup>16</sup> BAV, Barberiniano latino 1068, *Relatione del modo che si tiene ...1623*, s. 9; R. GRÉGOIRE, *Servizio dell'anima quando del corpo nell'ospedale di Santo Spirito*, „Ricerche per la storia religiosa di Roma”, 3, 1979, s. 239-240.

<sup>17</sup> L. FIORANI, *Povertà e malattia*, s. 82-84.



Pochodzący z początku XVII w. opis „ceremonii” przyjmowania chorych do szpitala należy do najdokładniejszych. W późniejszym okresie przyjmowaniem chorych do szpitala zajmowali się kaprale dyżurujących gwardii, wpisując na codziennie sporządzanej, oddzielnej liście przyjęć datę przybycia, następnie zaznaczali pierwszą literę nazwiska jednego z czterech głównych lekarzy, który miał się nim opiekować, numer łóżka i nazwę oddziału, na którym go umieszczono. Z reguły była to *Corsia Grande*, przeznaczona dla gorączkujących, a jeśli nie było tam miejsca lub chory wymagał specjalnego leczenia, był kładziony w innym oddziale – w *Corsia Nuova*, *Nuovo Braccio* lub w szpitaliku dla rannych, co również kapral zaznaczał. W razie potrzeby były stosowane łóżka zwane podwójnymi, z sofą od spodu wysuwaną, tzw. *cariole*, na której kładziono chorych w wypadku braku normalnych miejsc; a nawet także tak zwane „trzecie łóżka” (*terza*), wykorzystywane w analogicznych sytuacjach. Taki fakt także zawsze odnotowywano, podobnie jak i narodowość pacjenta, oznaczając ją skrótem: *Franc.* (Francuz), *Pol.* (Polak), *Ted.* (Niemiec). Taki spis chorych przyjętych do szpitala w ciągu dwudziestu czterech godzin, wykonany w trzech egzemplarzach, kapral zostawiał przełożonemu infirmerii, nadintendentowi i pisarzowi, który był odpowiedzialny za dokumentowanie statystyki i ruchu chorych. Oprócz tego pisarz sporządzał sumaryczny, dobowy wykaz nowo przyjętych chorych oraz dzieci porzuconych, z wyszczególnieniem oddziałów, w których ich umieszczono oraz liczby ciężko chorych. Dostarczano go do magazynu żywności, by można było zaplanować jadłospis i organizację posiłków<sup>18</sup>. Spisy chorych pisarz był zobowiązany robić dwa razy w ciągu dnia<sup>19</sup>.

Wstępną diagnozę po przybyciu chorego stawiał dyżurny asystent lekarza lub zastępca chirurga. Oni też decydowali o jego hospitalizacji i wyznaczeniu mu łóżka oraz oddziału, na którym należało go położyć. Zdarzało się, że samowolnie czynili to sami służący, bez żadnej konsultacji z personelem medycznym i dyżurnym kapralem, za co groziło nawet wydalenie ze służby<sup>20</sup>.

Po przyjęciu do szpitala i wyznaczeniu łóżka chorzy zmieniali własne ubrania na odzienie szpitalne. Zimą służący byli zobowiązani ogrzać łóżko nowemu choremu, jak również koszule szpitalną, w którą go odziewano. W połowie XVII w. za rejestrację, przyjmowanie i oddawanie depozytów chorych odpowiadał pisarz. Obchodząc rano i po obiedzie razem z dyżurnym kapralem sale, spisywał nowych pacjentów z adnotacją o wieku, rodzicach, zawodzie i miejscowości, z której pochodzili. Notował, czy nie brakuje im ubrań, na przykład koszuli, peleryny (*fer-raiolo*), butów, opisywał jakość pozostawionej odzieży, aby po wyzdrowieniu, nie

<sup>18</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 169 171.

<sup>19</sup> ASR, nr 44, *Sotto il governo del Sig. Card. Giuseppe Maria Castelli ... 1759*, s. 78.

<sup>20</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 151.

żądali lepszej od tej, w której przybyli. Następnie wypisywał dwa kwity dla każdego albo trzy, gdy posiadali pieniądze lub szpadę, wraz z nazwiskiem służącego z gwardii, który robił paczkę z ubraniami, z wypisanym na niej numerem łóżka chorego. Jeden kwit umieszczano na tabliczce przy leżącym, drugi w paczce, trzeci w torbie z pieniędzmi lub mieczem. Wszystkie te rzeczy pisarz rejestrował dodatkowo w specjalnej księdze, po czym wzywał służącego, by przeniósł depozyty do przechowalni. Posiadane przez chorych pieniądze, wyroby ze srebra i złota oraz inne cenne rzeczy pakował osobiście sam pisarz, zapisując sumę gotówki oraz wartość i stan przedmiotów, a następnie wraz z przełożonym infirmerii umieszczał w tak zwanym domu depozytowym

Pacjenci, na ogół ludzie starzy i schorowani, często musieli sami się rozbierać, co było dla nich niekiedy trudne. Mieli im w tym pomagać dyżurni kaprale i służba, a nie, jak się zdarzało się, postronne obce osoby. Zdjęte ubrania, nieraz łachmany, wkładali pod swoje łóżko, a że były one niekiedy bardzo brudne, infekowały miejsca do spania i przechodzące osoby. Zgorszony tym wizytator kardynał Gentili nakazał w 1741 r., aby nowo przybyłych chorych rozbierali służący, a pozostawioną garderobę, po zawinięciu w papier z imieniem i nazwiskiem pacjenta, składali w przechowalni<sup>21</sup>. Uczulano jednak, by wiązanie pakunków przez służbę nadzorował jej kapral<sup>22</sup>.

Często chorzy (na przykład w 1757 r.) narzekali na zaginięcia składanych pod łózkami rzeczy lub ich zamianę na gorszego gatunku lub stanu. Dotychczas przynosili je stamtąd w inne miejsce *giovani* lub tragarze. Wydano więc zarządzenie, aby kapral dyżurnej zmiany zaprowadził najpierw chorego do łóżka, a któryś z członków gwardii zaniósł rzeczy chorego do kredensu<sup>23</sup>. Według zarządzenia z 1759 r. do łóżka nowych chorych udawał się pisarz wraz z jednym z członków gwardii, sporządzając dwa kwity, z których jeden umieszczał na tabliczce łóżka chorego, a drugi w paczce z bielizną zdeponowaną w kredensie, z którego tragarz prznosił pakunek do magazynu. Zastrzeżono, że tej czynności nie mogli wykonywać pojedynczo sami tragarze, a najlepiej by było, żeby odnosili je sami kaprale. Aby zapobiec zaginięciu rzeczy, chorym wychodzącym ze szpitala wydawano zdeponowane paczki w obecności dwóch członków dyżurnej gwardii<sup>24</sup>. Nieprawidłowości jednak wciąż się zdarzały. Już rok później komendant Ludovico

---

<sup>21</sup> ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata...1737*, s. 201-202. Zob. też ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 159; ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 141.

<sup>22</sup> ASR, nr 153, *Editto dove si ordina ... 1760*, s. 53; ASR, nr 64, *Relazione delle Cose ... Castelli. 1759*, s. 63.

<sup>23</sup> ASR, nr 1409, *Relazione delle Cose del Ven. Archiospedale ... 1759, Castelli*; ASR, nr 64, *Relazione delle Cose ... Castelli. 1759*, s. 63.

<sup>24</sup> ASR, nr 61, *Giornale di Memorie delle Cose ... 1759*, s. 85; ASR, nr 61, *Giornale. Memorie delle Cose*, s. 85; ASR, nr 64, *Relazione delle Cose ... Castelli. 1759*, s. 63-64.

Calino zarzucał kapralom, że nie towarzyszą służbie w pakowaniu i składaniu rzeczy należących do chorych w kredensie, do którego trzymają klucze. Powołując się na swojego poprzednika kardynała Giuseppe Maria Castellego, nakazał kapralom dopełnianie swoich powinności pod groźbą surowych kar, a dodatkowo zobowiązał do pokrycia własnym sumptem szkód za rzeczy zaginione<sup>25</sup>.

Jeśli do szpitala trafiał niemowa lub z powodu ciężkiej choroby niepotrafiąca przekazać swojego imienia i nazwiska, pisarz odnotowywał ją w rejestrach jako osobę niemówiącą (niemą) – *homo sine loquela*. Nie mogąc uzyskać danych personalnych, opisywał ją według cech zewnętrznych, na przykład koloru włosów, możliwego wieku, na który wyglądała czy innych cech, umożliwiających ogólną identyfikację. Taki sam sposób postępowania praktykowano wobec osób, które tuż po przybyciu do szpitala zmarły. Gdy do szpitala trafiał duchowny, pisarz zapisywał w biuletynie nie tylko jego imię i nazwisko, ale też fakt, że jest kapłanem, by z uwagi na stan i prestiż można go było odróżnić od innych pacjentów<sup>26</sup>.

Zdarzało się, że wśród nowo przyjętych znajdowały się osoby z dalekich krajów, jak mówiono: „spoza gór” (*oltramontani*), nieznające miejscowej mowy. Chodziło tu na pewno o góry Alpy. W takiej sytuacji przyjmujący ich kaprale wpisywali w karcie przyjęć obok numeru łóżka, także narodowość – że jest to Francuz, Niemiec, Polak itd., aby można mu przysłać spowiednika mówiącego w jego języku. Ponadto, gdy któryś z przybyszy znajdował się na krawędzi śmierci, pytano go o imię, nazwisko, ojca, matkę, narodowość, zawód, wiek, i wszystko to zapisywano. Jeśli stracił już mowę, dokonywano transkrypcji imienia i nazwiska z biuletynu wystawionego przez proboszcza parafii, z której został zabrany, z adnotacją: „na podstawie biuletynu”. Jeśli nie dało się tego ustalić, próbowano uzyskać jakieś dane od tych, którzy przyprowadzili chorego do szpitala, aby móc go w księgach zarejestrować. Osoby, które transportowały chorego do szpitala na noszach, na koniu lub w inny sposób, przedstawiały biuletyny podpisane i podstemplowane przez proboszczów, poświadczające, że wypowiedzieli chorego i widzieli, jak był kładziony na nosze, na wóz, na konia czy inny środek transportu. Wszystkie formalności załatwiał dyżurny kapral, który poświadczał podpisem przyjęcie chorego oraz wypłacenie osobie go transportującej wyznaczonej jałmużny: *giuli x*. Bywało i tak, że chorzy o własnych siłach docierali do szpitala i zaraz w nim kończyli życie, niektórzy musieli być wysłani do innych szpitali, wreszcie byli i tacy, których odsyłało z tamtych szpitali po-

<sup>25</sup> ASR, nr 1409, *Editto per li caporali ... 1760*, s. 245-246; ASR, nr 61, *Giornale di Memorie delle Cose ... 1759*, s. 15, 148.

<sup>26</sup> ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi nell'Arcispedale ... 1654*, s. 50; ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi dagl' Officiali ... 1654*, s. 29. Zob. też ASR, nr 1409, *Ordini spora li fardelli*, s. 51; ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 107.

nownie do placówki duchaków jako nie w pełni wyleczonych (*recidivi*). W takich wypadkach kapral nie mógł podpisać tragarzom stosownych biuletynów. Musiał jednak chorego położyć do łóżka<sup>27</sup>

Przy przyjmowaniu chorych do szpitala, zważano, by nie stali się oni zagrożeniem dla pozostałych hospitalizowanych. Gdy u nowo przybyłych stwierdzono suchoty (*tisici*), kładziono ich w odizolowanym miejscu, przydzielano własne sprzęty i przedmioty do jedzenia, aby nie mieszały się z rzeczami używanymi przez zdrowych. Oddzielnie trzymano i prano przeznaczone dla nich prześcieradła, koszule i czepki (*berettini*)<sup>28</sup>. Zgodnie z dekretem z 1691 r. postanowiono wydzielić miejsce na uboczu szpitala do obserwacji nowo przybyłych osób pod kątem oznak choroby zakaźnej. Jeśli takie symptomy zauważono, poddawano tych pacjentów ponownej obserwacji głównych lekarzy i chirurgów, by ci zarządzili, co należy dalej zrobić.

Za wyznaczenie łóżek i rozmieszczenie nowo przyjętych chorych w poszczególnych miejscach odpowiadali kaprale. Według obowiązujących od dawna drukowanych regulaminów powinno się ich oddać, równomiernie według stanu zdrowia i w podobnej liczbie, pod opiekę jednemu z czterech lekarzy naczelnych, odpowiedzialnych za swoje oddziały. Chodziło o to, aby każdy z nich zajmował się podobną liczbą ciężko chorych, jak i tych z drobniejszymi dolegliwościami. Tymczasem analiza miesięcznych rejestrów chorych dokonana w 1760 r. przez komendatora Ludovico Calino wykazała, że kaprale przydzielali niektórym lekarzom zbyt dużą liczbę chorych z trudnymi przypadkami, co powodowało ich przeciążenie i zmęczenie. W reakcji nakazał przestrzeganie wcześniejszych reguł – po równo rozmieszczać ciężko chorych. Wyjątkiem byli pacjenci z nawrotem choroby, których należało ponownie powierzyć tym samym medykom, którzy ich wcześniej leczyli<sup>29</sup>.

Tabela nr 1. Ruch chorych w szpitalu w niektórych latach  
w okresie 1717-1811\*

| ROK  | POZOSTALI<br>Z ROKU<br>UBIEGŁEGO | PRZYBYLI<br>W ROKU<br>BIEŻĄCYM | RAZEM | WYLECZENI.<br>OPUŚCILI<br>SZPITAL | ZMARLI<br>(PROCENT) | POZOSTALI<br>NA NASTĘPNY<br>ROK |
|------|----------------------------------|--------------------------------|-------|-----------------------------------|---------------------|---------------------------------|
| 1717 |                                  |                                | 11574 | 9409                              | 1214<br>(10,5 %)    | 210                             |
| 1720 |                                  |                                | 9009  | 7768                              | 1066                | 175                             |

<sup>27</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 159-161.

<sup>28</sup> ASR, nr 1409, *Decreti di Visita 1679 ... Acciaiuoli*, s. 66-67.

<sup>29</sup> ASR, nr 1409, *Editto per li caporali ... 1760*, s. 245-246; ASR, nr 61, *Giornale di Memorie*, s. 150.

| ROK  | POZOSTALI<br>Z ROKU<br>UBIEGŁEGO | PRZYBYLI<br>W ROKU<br>BIEŻĄCYM | RAZEM | WYLECZENI.<br>OPUŚCILI<br>SZPITAL | ZMARLI<br>(PROCENT) | POZOSTALI<br>NA NASTĘPNY<br>ROK |
|------|----------------------------------|--------------------------------|-------|-----------------------------------|---------------------|---------------------------------|
|      |                                  |                                |       |                                   | (11,8 %)            |                                 |
| 1723 |                                  |                                | 7934  | 7167                              | 767<br>(9,7 %)      | 258                             |
| 1724 |                                  |                                | 7904  | 6919                              | 697<br>(8,8 %)      | 288                             |
| 1728 |                                  |                                | 8463  | 7415                              | 788<br>(9,30 %)     | 260                             |
| 1729 |                                  |                                | 12020 | 9988                              | 1283<br>(10,7 %)    | 749                             |
| 1730 |                                  |                                | 10777 | 8857                              | 1526<br>(14,2 %)    | 394                             |
| 1731 |                                  |                                | 8384  | 7236                              | 756<br>(9,0 %)      | 392                             |
| 1732 |                                  |                                | 9223  | 7929                              | 797<br>(8,6 %)      | 497                             |
| 1733 |                                  |                                | 9031  | 7614                              | 1127<br>(12,5 %)    | 290                             |
| 1734 |                                  |                                | 8126  | 7336                              | 794<br>(9,8 %)      | 296                             |
| 1735 |                                  |                                | 10501 | 9059                              | 1032<br>(9,8 %)     | 410                             |
| 1736 |                                  | 11906                          | 12316 | 10360                             | 1432<br>(11,6 %)    | 524                             |
| 1743 | 392                              | 10451                          | 10843 | 9341                              | 1309<br>(12,1%)     | 193                             |
| 1744 | 193                              | 9920                           | 10113 | 8013                              | 955<br>(9,4 %)      | 113                             |
| 1747 | 238                              | 7715                           | 7953  | 6937                              | 815<br>(10,2 %)     | 201                             |
| 1750 | 351                              | 9664                           | 10015 | 8923                              | 820<br>(8,2 %)      | 272                             |
| 1756 | 281                              | 6651                           | 6932  | 6096                              | 598<br>(8,6 %)      | 238                             |

| ROK  | POZOSTALI<br>Z ROKU<br>UBIEGŁEGO | PRZYBYLI<br>W ROKU<br>BIEŻĄCYM | RAZEM | WYLECZENI.<br>OPUŚCILI<br>SZPITAL | ZMARLI<br>(PROCENT) | POZOSTALI<br>NA NASTĘPNY<br>ROK |
|------|----------------------------------|--------------------------------|-------|-----------------------------------|---------------------|---------------------------------|
| 1757 | 238                              | 7383                           | 7621  | 6891                              | 539<br>(7,1 %)      | 211                             |
| 1767 | 767                              | 16371                          | 17138 | 14380                             | 2127<br>(12,4 %)    | 631                             |
| 1769 | 629                              | 16308                          | 16937 | 14738                             | 1512<br>(8,9 %)     | 687                             |
| 1771 | 604                              | 10322                          | 10926 | 9493                              | 998<br>(9,1 %)      | 435                             |
| 1772 | 435                              | 11251                          | 11686 | 10083                             | 1005<br>(8,6 %)     | 598                             |
| 1773 | 598                              | 9855                           | 10453 | 9082                              | 981<br>(9,4 %)      | 390                             |
| 1776 | 404                              | 7724                           | 8130  | 7083                              | 716<br>(8,8 %)      | 331                             |
| 1783 | 473                              | 2041                           | 20874 | 18775                             | 1462<br>(7,0 %)     | 637                             |
| 1785 | 535                              | 17984                          | 18519 | 16581                             | 1429<br>(7,7 %)     | 509                             |
| 1793 | 497                              | 18875                          | 19372 | 16739                             | 1713<br>(8,8 %)     | 920                             |
| 1803 | 805                              | 16909                          | 17714 | 14229                             | 3091<br>(17,4%)     | 394                             |
| 1804 | 394                              | 8487                           | 8881  | 7793                              | 856<br>(9,6%)       | 232                             |
| 1805 | 232                              | 7007                           | 7239  | 6316                              | 667 (9,2%)          | 256                             |
| 1806 | 256                              | 8074                           | 8330  | 7435                              | 694<br>(8,3 %)      | 191                             |
| 1807 | 191                              | 5408                           | 5599  | 4866                              | 558<br>(10,0 %)     | 175                             |
| 1808 | 175                              | 5797                           | 5972  | 5197                              | 592<br>(9,9 %)      | 183                             |
| 1809 | 183                              | 62334                          | 6416  | 5599                              | 629<br>(9,8 %)      | 188                             |



| ROK  | POZOSTALI<br>Z ROKU<br>UBIEGŁEGO | PRZYBYLI<br>W ROKU<br>BIEŻĄCYM | RAZEM | WYLECZENI.<br>OPUŚCILI<br>SZPITAL | ZMARLI<br>(PROCENT) | POZOSTALI<br>NA NASTĘPNY<br>ROK |
|------|----------------------------------|--------------------------------|-------|-----------------------------------|---------------------|---------------------------------|
| 1810 | 190                              | 8610                           | 8800  | 7443                              | 907<br>(10,3 %)     | 450                             |

\* Miejsca puste oznaczają brak danych w *Ristretti*

### 3. LICZBA I EWIDENCJA

O randze, wielkości i całym fenomenie Szpitala Świętego Ducha świadczył nie tylko wysokiej klasy personel lekarski, wielość oraz różnorodność wewnętrznych instytucji i agend naukowych, edukacyjnych i kliniczno-medycznych, majestatyczny kompleks budowlany, ale przede wszystkim niespotykana nigdzie indziej liczba leczonych w nim osób. Jak już wspomniano, po rozbudowie w połowie XVIII w. można w nim było ustawić około 1000, a nawet więcej łóżek<sup>30</sup>, co umożliwiało hospitalizację w danym momencie takiej samej liczby chorych. Nie znaczy to, że tylu ich tam zawsze przebywało, zdarzało się to tylko w sytuacjach krytycznych, takich jak epidemie.

Informacje o konkretnych liczbach chorych występują sporadycznie przy opisie innych problemów. Cofając się mocno wstecz, pod koniec 1550 r. w szpitalu przebywało 192 pacjentów, przez cały zaś ten rok przez szpital przewinęło się 10500 chorych. Spośród nich zmarło 1472 (14%), a wyzdrowiało 9028 (86%). W 1572 r. liczba hospitalizowanych osób oscyływała wokół 300-350 osób<sup>31</sup>. W 1585 r. do szpitala przybyło łącznie 5901 chorych, z których zmarło 672 (11,4%)<sup>32</sup>. Wynika z tego, że liczba hospitalizowanych w stosunku do okresu sprzed trzynastu lat zmniejszyła się prawie dwukrotnie. Świadczy to o dużych wahaniach liczby pensjonariuszy, które zdarzały się również w przyszłości.

Precyzyjne dane statystyczne dotyczące chorych leczonych w Szpitalu Świętego Ducha za lipiec, sierpień, wrzesień i październik, wraz z liczbą zgonów, istnieją dla trzech lat 1657-1659. Są one o tyle cenne, że regularne statystyki chorych szpitala zaczęto sporządzać dopiero w XVIII w., ciągle z latami je udoskonalając. We wspomnianym trzyleciu nie notowano w Rzymie żadnych większych epidemii; dlatego podane liczby powinny odnosić się przeważnie do

<sup>30</sup> ASR, nr 67, *Nota di tutti i letti ... 1750*; ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata ... 1737*, s. 284-285, 288.

<sup>31</sup> M. VANTI, *Un umanista del Cinquecento in funzione di riformatore, Bernardino Cirillo commendatore e maestro generale dell'Ordine di S. Spirito (1556-1576)*, Roma 1936, s. 119, 121.

<sup>32</sup> Tamże, s. 194.

przypadków malarii, ponadto wahania w miesiącach letnich odpowiadają zwyczajowemu przebiegowi rocznego cyklu malarycznego. Gwałtowny wzrost epidemii nastąpił w 1657/1658 r. W sierpniu 1658 r. liczba chorych prawie potroiła się w stosunku do tego samego miesiąca poprzedniego roku (z 374 do 1026). W miesiącach jesiennych, we wrześniu i w październiku 1659 r., zwraca uwagę wysoka liczba zgonów, procentowo wyższa niż w dwu poprzednich miesiącach pojawienia się malarii, w których liczba hospitalizowanych osiągnęła najwyższe wartości (1024 w lipcu i 1282 w sierpniu). Przyczyniła się do tego zimnica tropikalna – *perniciosa*, która pojawiła się właśnie na jesieni. Sezon malaryczny w 1659 r. rozpoczął się z większą gwałtownością niż w roku poprzednim; natomiast we wrześniu (836 pacjentów) i październiku (517) zachorowalność wyraźnie się zmniejszyła<sup>33</sup>.

Jeszcze przed budową nowego skrzydła szpitala przebywało w nim na leczeniu więcej niż 514 osób<sup>34</sup>. W latach 40. XVIII w., już po inwestycjach Benedykta XIV, w szpitalu możliwe było ustawienie 950 łóżek<sup>35</sup>. Nie znaczy to, że zawsze były one zajęte, często się jednak zdarzało, że ich liczba była niewystarczająca, a chorych trzeba było umieszczać w pomieszczeniach zastępczych. W 1750 r. lekarze opiekowali się w starym i nowym skrzydle szpitala przynajmniej 915 pacjentami<sup>36</sup>. Rekordową liczbę chorych leżących jednocześnie na oddziałach szpitalnych zanotowano w czasie epidemii w sierpniu 1758 r. – w sumie 1280<sup>37</sup>.

Znakomite możliwości odtworzenia stanu liczbowego pensjonariuszy szpitalnych dają drukowane spisy (*Ristretti Generali*), zawierające sumaryczną statystykę chorych przybyłych do szpitala, wyleczonych, którzy opuścili szpital, oraz zmarłych, począwszy od 1 stycznia do 31 grudnia danego roku. Są to trzy podstawowe, najważniejsze informacje. Oprócz tego są jeszcze podawane liczby osób, które nie zostały w pełni wyleczone do końca grudnia, w związku z czym pozostały w szpitalu na następny rok celem kontynuowania leczenia. Oto przykład typowego zapisu dotyczącego statystyki pacjentów za rok 1767: „zostali z roku 1766 – 767 osoby, przybyli do szpitala w 1767 r. – 16371”, „razem wszyscy w 1767 r. – 17138, „opuścili szpital uzdrowieni w 1767 r – 14380, zmarli w szpitalu w 1767 r. – 1640, pozostali do leczenia na następny 1777 r.– 631”<sup>38</sup>. Jak widać, na ogólną liczbę

---

<sup>33</sup> A. CANEZZA, *Gli Arciospedali di Roma nella vita cittadina nella storia e nell'arte*, Roma 1933, s. 91.

<sup>34</sup> ASR; nr 1301, *Relazione fatta da Ferrini*, s. 26-27.

<sup>35</sup> Tamże, s. 25-26; ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata...1737*, s. 284-285, 288.

<sup>36</sup> ASR, nr 67, *Nota di tutti i letti ... 1750*.

<sup>37</sup> ASR, nr 64, *Relazione delle Cose ... Castelli. 1759*, s. 53-54; ASR, nr 1409, *Relazione delle Cose 1759 ... Castelli Procomendatore*, s. 228.

<sup>38</sup> ASR, nr 1414, *Ristretto Generale ... anno 1767... sotto il governo Giovanni Potenziani*.

pacjentów, którzy przebywali w szpitalu w danym miesiącu czy roku składają się liczby przybyłych, odchodzących (wyleczonych) oraz zmarłych.

Do końca lat 60. XVIII stulecia spisy prezentują statystykę w odniesieniu do każdego miesiąca z osobna – na końcu z ogólnym podsumowaniem dla całego roku, późniejsze natomiast podają tylko globalną liczbę chorych w ujęciu rocznym, za to z uwzględnieniem podziału na poszczególne oddziały szpitalne. Dla XVIII w. odnaleziono 28 takich zestawień za różne lata. Dla celów porównawczych wykorzystano też analogiczne ewidencje z pierwszego dziesięciolecia XIX w. Zawarte w nich dane w opracowaniu syntetycznym prezentuje tabela nr 1.

Mimo fragmentaryczności i wybiórczości spisy te pozwalają ukazać liczebność chorych pacjentów na przestrzeni całego stulecia. Otóż w ciągu 28 różnych lat (1717-1793) w rubryce przyjętych do szpitala (*entrati*) odnotowano 312 774 osoby, a więc średnio na rok 11 170 osób. Rozpatrując owe średnie oddzielnie w podziale na półwiecza, wyraźnie niższa była średnia roczna *entrati* to 9636 dla pierwszej połowy stulecia, wobec 13 217 dla drugiej. Średnia ta na początku XIX (1803-1810) ponownie obniżyła się do 8619 osób, a gdyby nie brać pod uwagę „nietypowego” 1803 r., spadłaby ona aż do 7320 osób rocznie. Napływ chorych do szpitala nie następował w sposób jednolity i stały. Najwyższe liczby w tym względzie odnotowano w latach 80./90. (z rekordowym rokiem 1783 – 20874 osób), następnie w końcu lat 60. Wyraźnie widać, że statystyki dotyczące liczby chorych w pierwszych sześciu dekadach XVIII w. są przeciętnie około dwukrotnie niższe niż w pozostałym czterdziestolecu, z wyjątkiem 1776 r.<sup>39</sup>

Nie bez znaczenia był tu ogromny napływ, w drugiej połowie wieku, do miast włoskich ubogich ze wsi i prowincjonalnych miasteczek, szukających zatrudnienia w rozwijających się manufakturach. W wielkich miastach, takich jak Neapol czy Rzym, włoczęgostwo i żebractwo osiągnęły niewyobrażalne rozmiary, Stolica Państwa Kościelnego była w tym czasie określana mianem „raju dla żebraków”, spośród których oraz pozostałej biedoty rekrutowała się ogromna liczba pensjonariuszy szpitalnych<sup>40</sup>. Pod koniec XVII w. w niektórych dzielnicach Rzymu biedacy stanowili 41% ogólnej populacji mieszkańców miasta<sup>41</sup>. Po „eksplozji” liczby chorych w końcu XVIII i na początku następnego wieku, od 1804 r., nastąpił gwałtowny, kilkuletni spadek, trwający przynajmniej do schyłku

<sup>39</sup> ASR, nr 1414. Zob. *Ristretti generali* za te lata.

<sup>40</sup> C.E. SIMONETTO, L. DEL PISTOIA, *Note su stragione e razionalità tra Sette e Ottocento a Roma. Il periodo francese*, w: *L'ospedale dei pazzi di Roma dai papi al '900. Lineamenti di assistenza e cura a poveri e dementi*, red. A. Iaria, A. Bonfigli, F. Fedeli Bernardini, t. II, Bari 1994, s. 90. Na temat masowej emigracji zob. M. ROSA, A. MONTICONE, V.E. GIUNTELLA, P. STELLA, *Poveri ed emarginati: un problema religioso*, „Ricerche per la Storia Religiosa di Roma”, 3, 1979, s. 12 -13 nn.

<sup>41</sup> L. FIORANI, *Povertà e malattia*, s. 78-79.

pierwszej dekady XIX stulecia<sup>42</sup>. I nie był on wynikiem odciążenia infirmerii duchackiej przez pojawienie się nowych placówek leczniczych, ich bowiem sieć była od poprzedniego stulecia stabilna.

Trudno wyjaśnić, co spowodowało takie przełomy, zawirowania i skoki ilościowe. Poprawa warunków lokalowych, poprzez dobudowanie *Nuovo Braccio*, w niczym nie implikowała ruchu chorych i nie zwiększyła skali hospitalizowanych osób. Fakt, że po powstaniu nowego skrzydła liczba pacjentów była podobna oznacza, że wcześniej „upychano” ich na mniejszej powierzchni i w pomieszczeniach zastępczych. Głównym stymulatorem liczby szpitalików była kondycja zdrowotna i warunki sanitarne społeczeństwa, epidemie i anomalie klimatyczne. Z tego względu nie sposób było przewidzieć, co będzie się działo w szpitalu w następnym roku. Profilaktyka prozdrowotna, opieka sanitarna i zachowanie higieny w kontekście zdrowia nie były jeszcze wtedy zakorzenione w niższych warstwach społecznych. Zresztą utrzymanie czystości w ówczesnych realiach stawało się niemożliwe wobec braku odpowiedniej struktury sanitarnej w domostwach ludzi ubogich.

Jeszcze ciekawsze spostrzeżenia przynosi analiza osób zaznaczonych jako *entrati* z rozróżnieniem na poszczególne miesiące. Tak szczegółowe dane znajdują się w 19 spisach rocznych z lat 1717-1757. Aż dziewięć razy pod względem liczby osób przyjętych do szpitala przodował sierpień (1720, 1723, 1734-1736, 1747, 1750, 1756-1757), w trzech plasuje się na drugiej pozycji, w czterech na trzeciej, a w pozostałych na piątej lub szóstej. Również źródła narracyjne potwierdzają tendencję, że kulminacja zachorowań, a co za tym idzie – liczba chorych przybywających do szpitala miała miejsce w sierpniu, ogólnie w czasie lata. Preludium do sierpniowych, z reguły szczytowych, stanów kłęski epidemii malarycznej stanowił często lipiec, w którym najczęściej zaczynał się pomór, przyjmując największe rozmiary w miesiącu następnym. Tak było w 1723 r., kiedy to tylko w sierpniu trafiło do szpitala nieznacznie więcej chorych, w większości gorączkujących, których zaatakowała *terzana* lub *quartana*. W 1728 r. malaria wybuchła o miesiąc wcześniej, w lipcu, w którym odnotowano 1369 *entrati*, podczas gdy w sierpniu o 365 mniej<sup>43</sup>. Był to sygnał, że sytuacja krytyczna minęła, w każdym bowiem kolejnym miesiącu aż do końca roku te liczby sukcesywnie się zmniejszały.

W przekroju całego wieku pod względem nasilenia zachorowań i przyływu chorych do szpitala zdecydowanie przeważało drugie półrocze. W niektórych

<sup>42</sup> ASR, nr 1414. Zob. *Ristretti generali* za te lata.

<sup>43</sup> ASR, nr 1414, *Ristretto degli Infermi, partiti e morti ... 1723*; ASR, nr 1414, *Ristretto degli Infermi, partiti e morti ... 1728*.

latach ta dominacja była ogromna, największa w 1744 r., kiedy w ostatnich sześciu miesiącach pojawiło się w szpitalu prawie pięć razy więcej chorych (7725 osób – 78%) niż w pierwszej połowie roku (2195 – 22%)<sup>44</sup>. Również ogromne były różnice na korzyść drugiego półrocza w latach 1750 (74% – 26%) i 1736 (70% – 30%)<sup>45</sup>. Od tej reguły bywały też wyjątki, nie z tak dużymi jednak jak wyżej dysproporcjami. Największa różnica na korzyść pierwszych sześciu miesięcy wystąpiła w 1743 r. r., w których do szpitala wstąpiło 6134 osób – 59%, podczas gdy w drugiej połowie roku 4320 – 41%<sup>46</sup>.

Absolutny rekord zachorowań padł w sierpniu 1736 r., kiedy to w rubryce *entrati* odnotowano 2468 osób. Musiała wtedy wystąpić jakaś wielka zaraza, która gwałtownie wybuchła i dość szybko ustąpiła, o czym świadczą liczby hospitalizowanych w miesiącach poprzedzających – w lipcu (967) oraz we wrześniu (1307). Choroba jednak chyba niezupełnie wygasła i stan poepidemiczny trwał nadal, we wszystkich bowiem pozostałych miesiącach aż do końca roku liczba nowych chorych utrzymywała się na poziomie 1100-1300 osób<sup>47</sup>. Nie zdarzyło się już więcej, by w jakimś innym miesiącu liczba chorych przekroczyła 2000. Bardzo wysokie wartości zanotowano jeszcze w listopadzie 1729 r. – 1781 chorych i styczniu 1730 r. – 1608 chorych. Konfrontując ostatnie dwie liczby, można sądzić, że nieznaną epidemią miała charakter ciągły i trwała dłużej na przełomie wymienionych lat, zważywszy, że również w grudniu 1729 r. chorych było równie dużo – 1406. Także w lutym 1730 r. utrzymywał się wysoki poziom zachorowań (1246), a dopiero w marcu liczba nowych chorych spadła poniżej 1000<sup>48</sup>. Można tu mówić o dwu falach czy cyklach epidemii bądź zachorowalności: letniej, z kulminacją w sierpniu, i zimowej, od listopada do lutego włącznie. Różne były miesięczne nasilenia epidemii zimowych. Raz największe zniwo zbierała ona w listopadzie (1729 r.) czy grudniu (1724 r.), innym razem w styczniu (1731 r.) czy lutym (1733 r.). W 1733 i 1743 r. najwyższe liczby zachorowań w skali obu tych lat zanotowano najpierw w pierwszym roku w lutym i styczniu, w drugim zaś odwrotnie<sup>49</sup>. Nasilenie zakażeń miało tu cykl dwumiesięczny.

---

<sup>44</sup> ASR, nr 1414, *Ristretto degli Infermi, partiti e morti ... anno 1744 ... sotto il governo Antonio Maria Pallavicini ... 1744.*

<sup>45</sup> ASR, nr 1414, *Ristretto Generale ... 1767 ... sotto il governo Giovanni Potenziani*; ASR, nr 1414, *Ristretto degli Infermi, partiti e morti ... 1736.*

<sup>46</sup> ASR, nr 1414, *Ristretto Generale ... 1743 ... sotto il governo Antonio Maria Pallavicini.*

<sup>47</sup> ASR, nr 1414, *Ristretto degli Infermi, partiti e morti ... 1736.*

<sup>48</sup> ASR, nr 1414, *Ristretto degli Infermi, partiti e morti ... 1730.*

<sup>49</sup> ASR, nr 1414, *Ristretto degli Infermi, partiti e morti ... anno 1724*; ASR, nr 1414, *Ristretto degli Infermi, partiti e morti ... anno 1729*; ASR, nr 1414, *Ristretto degli Infermi, partiti e morti ... anno 1731*; ASR, nr 1414, *Ristretto degli Infermi, partiti e morti ... anno 1733*; ASR, nr 1414, *Ristretto degli Infermi, partiti e morti ... anno 1744 ... sotto il governo Antonio Maria Pallavicini ... 1743.*

Mówiąc o letniej i zimowej fali zachorowań, dużo częściej, niemal corocznie i w większej skali, występowała ta pierwsza. Druga natomiast pojawiała się co parę lat, od czasu do czasu, przychodziła po raz drugi w roku po kilkumiesięcznej przerwie od letniej – sierpniowej albo ją o parę miesięcy poprzedzała. Taka sytuacja miała miejsce w 1733 r., gdy po dużej skali zachorowań w styczniu i lutym, ich skala dwukrotnie się zmniejszyła, a następnie w sierpniu ponownie nastąpił zdecydowany napływ chorych do szpitala<sup>50</sup>. Z dzisiejszej perspektywy bardziej zrozumiałe jest występowanie epidemii w okresie zimowym w skutek różnego rodzaju przeziębień. Zapewne takie same przyczyny większej zachorowalności występowały kilka wieków temu. Z kolei wielki natłok pacjentów w lecie miał źródło, o czym wspomniano, w niedostatecznej higienie i uwarunkowaniach sanitarnych oraz panujących w tym kręgu geograficznym upałach, powodujących rozkład nieczystości i rozprzestrzenianie się epidemii. Współcześnie ta sytuacja uległa poprawie, toteż letni szczyt zachorowań w warunkach europejskich jest zjawiskiem rzadko występującym. Choć statystyki nie specyfikują dolegliwości, które były przyczyną hospitalizacji, to można przyjąć, że nagłe i szybkie wzrosty liczby pacjentów były skutkiem krótkotrwałej, z reguły miesięcznej letniej zarazy malarycznej. W długich okresach, kiedy stan liczebny pacjentów był niższy i stabilny, przyczyną ich hospitalizacji były inne zaburzenia zdrowotne, jakie mogły się przytrafić, niezależnie od pory roku, pogody oraz różnych nieszczęść i zrządeń losu.

Porą najbardziej bezpieczną w aspekcie zdrowotnym była wiosna. Na przestrzeni czterdziestu lat (1717-1757) nie zdarzyło się nigdy, by pod względem liczby chorych napływających do szpitala, miesiące kwiecień, maj i czerwiec zajmowały jedno z trzech pierwszych miejsc. Wręcz odwrotnie miesiące te w wymienionym okresie zajmowały zdecydowanie trzy ostatnie miejsca. To właśnie kwietniu 1744 r. zarejestrowano najmniejszą liczbę (326) chorych osób, które przewinęły się przez szpital, czyli siedem i pół razy mniej niż w sierpniu 1736 r. – 2468 hospitalizowanych<sup>51</sup>.

Analizowane spisy mają, ze względu na niekompletność, nieco charakter sondażowy, z uwagi jednak, że dotyczą różnych, rozproszonych czasowo lat, dają ogólny obraz i rozmiary zjawiska, pozwalają dostrzec występujące w nim tendencje czy prawidłowości. Możliwe, że w latach pozbawionych wykazów mogło ono przyjmować wartości jeszcze bardziej ekstremalne w obie strony. Taka sytuacja mogła zaistnieć podczas wielkiej epidemii w 1658 r. czy kłęski głodu w 1764 r. Zwłaszcza epidemie powodowały masowy napływ chorych do szpitala,

<sup>50</sup> ASR, nr 1414, *Ristretto degli Infermi, partiti e morti ... 1730*.

<sup>51</sup> ASR, nr 1414, *Ristretto degli Infermi, partiti e morti ... 1736*; ASR, nr 1414, *Ristretto Generale ... anno 1744 ... sotto il governo Antonio Maria Pallavicini*.



choć nie do wszystkich oddziałów. Gdy w 1758 r. liczba chorych w szpitalu ogólnym wzrosła do rzadko notowanych rozmiarów – 1200 osób, to jednocześnie nie odnotowano, tak jak zawsze wcześniej, zwiększenia liczby pacjentów w szpitaliku dla rannych<sup>52</sup>. Jest to łatwo wytłumaczalne, ponieważ w *Ospedaletto dei feriti*, trafiali pacjenci po różnych wypadkach lub z przypadkami, wymagającymi pomocy chirurgicznej, nie zaś leczenia chorób epidemicznych.

Liczba przyjmowanych osób to tylko jeden z wyznaczników wielkości szpitala, jeszcze ważniejszym kryterium jego rangi i prestiżu jest skuteczność stosowanych metod leczenia i współczynnik osób, które odzyskały w nim zdrowie lub polepszyły jego stan. Rejestry z lat 1717-1810 wykazały, że na przestrzeni około stu lat liczba osób, które opuściły szpital, odzyskawszy zdrowie (*partiti con salute*), oscylowała w granicach od 80 do 90 %, średnio w roku 85%. Wahania w tym zakresie były niewielkie i w przeciwieństwie do liczby chorych leczonych w szpitalu nie było tu żadnych przełomów i skoków w skali rocznej. Najwyższy odsetek wyleczonych zanotowano w latach 1757 (90,4%), 1723 (90,3%), najniższy zaś w 1803 r.: 1717 (81,3%). Nie występowały żadne korelacje między liczbą przyjmowanych chorych, a ich wyleczalnością. Na przykład w 1783 r., kiedy zapisano do szpitala najwięcej osób (20874), współczynnik wyzdrowień wyniósł 89,8%, a w 1807 r. o najniższej liczbie chorych (5599) – 86,9%. Najwięcej osób wyleczonych opuściło szpital w latach, w których przebywało w nim najwięcej osób, a więc w 1783 r. – 18775, 1793 r. – 16739, 1785 – 16584. Są to liczby bezwzględne i nie zawsze świadczą o skuteczności leczenia. Choć w wymienionych trzech przypadkach tak właśnie było, już jednak w 1803 r., choć z dobrym zdrowiem opuściło szpital również bardzo dużo osób – 14 229, efektywność kuracji była najmniejsza, zmarło bowiem aż 17,4% pacjentów.

#### 4. POCHODZENIE SPOŁECZNO-TERYTORIALNE I WIEK PENSJONARIUSZY

Statystyki chorych z XVII-XVIII w. rzadko informują o wieku, pochodzeniu terytorialnym, statusie społecznym i zawodzie pensjonariuszy szpitalnych. Takie dane można natomiast uzyskać z niektórych źródeł z początku XIX w., np. z bieżącej księgi chorych za okres od początku stycznia do końca marca 1811 r., w której zarejestrowano 184 mężczyzn przyjętych do szpitala<sup>53</sup>.

Najmłodszym pacjentem był siedmioletni chłopiec, najstarszy zaś liczył 84 lat. Wśród hospitalizowanych dominowały osoby w przedziale wieku 10-40 lat (117

<sup>52</sup> ASR, nr 61, *Giornale di Memorie delle cose*, s. 7.

<sup>53</sup> ASR, nr 1414, *Stato nominativo degli Infermi ... 1811*. Wiek chorych w momencie przyjęcia do szpitala przedstawia tabela nr 2.

osób – 64%), a więc młode lub bardzo młode, wręcz młodzieńcy czy chłopcy<sup>54</sup>. Pod koniec XVII w. chorych chłopców, odseparowywano od dorosłych, umieszczając wszystkich razem w wydzielonej części szpitala<sup>55</sup>.

Tabela nr 2. Wiek chorych w 1811 r.

| CHORZY<br>WEDŁUG WIEKU | LICZBA CHORYCH | %    |
|------------------------|----------------|------|
| Poniżej 1 roku         | 1              | 0,55 |
| 10-20                  | 37             | 20,1 |
| 21-30                  | 50             | 27,2 |
| 31-40                  | 30             | 16,3 |
| 41-50                  | 19             | 10,3 |
| 51-60                  | 28             | 15,2 |
| 61-70                  | 8              | 4,4  |
| 71-80                  | 10             | 3,4  |
| Powyżej 80             | 1              | 0,55 |
| Razem                  | 184            | 100  |

Można sądzić, że podobnie było również półtora wieku później. Najczęściej trafiały do szpitala osoby liczące od 20 do 30 lat (27%), czyli w najlepszym okresie życia pod względem sił witalnych i fizycznych. Statystyka ta potwierdza, że Szpital Świętego Ducha nie przyjmował chorych dzieci<sup>56</sup>. Z dzisiejszej perspektywy zadziwia znikomy odsetek osób starszych lub starych, ponad sześćdziesięcioletnich (zaledwie 10%), którzy w takim wieku najczęściej ulegają schorzeniom zdrowotnym. Należy jednak pamiętać, że w owych czasach osoby, pracujące fizycznie, rzadko dożywały tych lat. Starość i śmierć, zwłaszcza w niższych warstwach społecznych, przychodziła wtedy dużo wcześniej niż dziś.

„Słabość i chorowitość” młodych pacjentów częściowo może wyjaśniać struktura zawodowa hospitalizowanych. Prawie połowa z nich (85-46%) pochodziło ze wsi, byli oni rolnikami – wieśniakami (*campagnoli*), wykonywali ciężkie prace narażające ich na utratę zdrowia i sił, zapewne też częściej ulegali wypadkom podczas pracy. Pozostali pacjenci reprezentowali inne zawody. W kolejności, pod

<sup>54</sup> Tamże.

<sup>55</sup> ASR, nr 1409, *Decreti di Visita 1679 ... Acciaioli*, s. 66-67.

<sup>56</sup> ASR, nr 1414, *Stato nominativo degl'Infermi ... 1811*.

względem liczby, byli to szewcy (14), ogrodnicy (5), sprzedawcy owoców (5)<sup>57</sup>. Brak informacji o chorobach, na jakie cierpieli wymienieni w spisie mężczyźni. Abstrahując od tych epidemicznych (malarycznych) – gorączkowych, w wypadku poddanych i wieśniaków miały one podłoże w biedzie, niedożywieniu i przepracowaniu. Można powiedzieć, że miały one specyfikę wiejską, wieśniaczą, związaną z wykonywanym zawodem i statusem społecznym. Gdy chodzi o pozostałych pacjentów, dolegliwości niektórych mogły być również skutkiem wykonywanej profesji, a więc były to choroby zawodowe.

Na te choroby zwrócił uwagę na początku XVIII w. włoski lekarz, pionier medycyny pracy, profesor uniwersytetu w Padwie Bernardino Ramazzini (1633-1714), który wraz z Francesco Tortim (1658-1741) był wczesnym orędownikiem stosowania kory chinowca (z niej chinina) w leczeniu malarii<sup>58</sup>. Ramazzini, jako prekursor higieny pracy i medycyny zapobiegawczej, był pierwszym lekarzem zajmującym się leczeniem chorób *gens popularis* związanych z pracą. Naliczył ich aż sześćdziesiąt kategorii, każdą analizując w kontekście środowiska pracy, technologicznym, społecznym oraz zachowań i uwarunkowań życiowych<sup>59</sup>. Jego zdaniem, jeśli pacjent pochodził z ludu (mas pracujących), podstawowe pytania stawiane przez lekarza hipokratycznego brzmiały: „na co cierpisz?, z jakiego powodu?, od ilu dni?, co jesz?, wypróżniasz się?”. Jego zdaniem należało dodawać jeszcze inne, może najważniejsze: „czym się zajmujesz?”, które umożliwiałoby lepiej zidentyfikować przyczynę choroby i dobrać skuteczniejsze formy leczenia. Zaznaczał przy tym, że medycy bardzo rzadko o to pytali<sup>60</sup>. W źródłach nie natrafiono na informacje, które pozwoliłyby stwierdzić, czy takie pytanie stawiano pacjentom Szpitala Świętego Ducha w Rzymie, a biorąc pod uwagę wieśniaczoplebejską proveniencję pacjentów, w rozumowaniu Ramazziniego byłoby ono bardzo zasadne. Jeśli jednak jego koncepcje miały być z czasem stopniowo wdrażane w życie, to gdzie mogło to mieć miejsce, jak nie w tym właśnie szpitalu?

Wymowne wnioski nasuwa analiza pochodzenia geograficznego osób przyjętych na leczenie. Wprawdzie wśród nich najwięcej było mieszkańców Rzymu (52 osoby – 28%), to jednak nie stanowili oni bezwzględnej większości, a ich odsetek, jak na wielkość miasta, nie był wysoki. Za to wielu pacjentów pochodziło z bardzo dalekich stron, oddalonych o kilkaset kilometrów od Wiecznego Miasta, między innymi czterech z Rimini, po dwóch z Akwili, Genui, Florencji, Mediolanu, Wenecji, Sardynii. W szpitalu można też było spotkać pojedynczych pacjentów

<sup>57</sup> Tamże.

<sup>58</sup> B. RAMAZZINI, *Le malattie dei lavoratori (De morbis artificum diatriba)*, red. F. Carnevale, Roma 1982. Pierwsza rozprawa o chorobach zawodowych została opublikowana w 1700 r., w późniejszym okresie miała wiele wydań i tłumaczeń.

<sup>59</sup> Tamże, s. 46. Por. G. COSMACINI, *Storia della medicina*, s. 208-213.

<sup>60</sup> G. COSMACINI, *Storia della medicina*, s. 214.

z Ascoli, Asyżu, Imoli, Katanii (Sycylia), Lukki, Spoleto. Pozostałe około  $\frac{2}{3}$  chorych wywodziło się z małych, zapewne okołorzymskich miejscowości i okolic<sup>61</sup>. Liczna obecność w szpitalu osób z odległych miast i regionów, pozwala domniemywać, że część z nich zachorowało lub odniosło rany podczas pobytu w Rzymie. Inni zapewne świadomie przybywali z daleka na leczenie, oczekując skutecznej kuracji ze strony wyspecjalizowanego personelu medycznego. Przytoczona statystyka, potwierdza niekwestionowany prestiż Szpitala Świętego Ducha, który „ofertą leczniczą” przyciągał pacjentów z terenu całych Włoch, a także Europy. Nie był to tylko szpital miejski, lokalny czy regionalny, ale uniwersalny i otwarty dla wszystkich, również dla przybyszów i pielgrzymów z całej Europy. Rzym, jako centrum oraz stolica chrześcijaństwa, był miastem wyjątkowym i skazanym na inwazje ludzi obcych, którzy w wypadku choroby lub innego nieszczęścia musieli mieć możliwość uzyskania pomocy w ramach opieki medycznej.

Podobnie przedstawiała się struktura zawodowa i społeczna oraz pochodzenie geograficzne pacjentów kilka lat później. Pod koniec drugiej dekady XIX w. nieco więcej niż co trzeci mężczyzna sporządzający w szpitalu akt ostatniej woli był wieśniakiem, pochodzącym z miejscowości pozarzymskich, tylko 15% testatorów stanowili rzymianie. Większość chorych przybyło do szpitala z okolic położonych w promieniu do stu kilometrów od Rzymu (Gallicano, Castel Vecchio), było też jednak sporo osób z bardzo dalekich prowincji i miast: Mediolanu, Piemontu (Nowary), Udine, Lukki, Narni, Terni, Rieti, Spoleto, San Benedetto, Maceraty. Oprócz wieśniaków pracujących na polu, plantatorów winogron lub robotników winnic pozostali testatorzy wywodziли się ze środowisk rzemieślniczych, kupieckich, niekiedy pracowali w usługach. Wśród nich byli fryzjerzy, wojskowi, murarz, oberżysta, wojskowy, służący, właściciel suszarni, dorożkarz-woźnica, sprzedawca żelaza, tragarz, cukiernik, stolarz, ogrodnik, rybak, piekarz, gręplarz wełny, wytwórca sieci, winiarz, pielęgniarz, malarz, a także eremici z eremu Masserano (Piemont), z Vercelli oraz z Rieti z eremu Morlupo<sup>62</sup>. Jak widać, nie było wśród nich, tak jak i wcześniej, osób z wyższych warstw społecznych.

Wprawdzie powyższe dane pochodzą z początku XIX w., lecz można przyjąć, że wiek hospitalizowanych, pochodzenie społeczne i geograficzne były podobne, o ile nie identyczne, również w okresie wcześniejszym. Pamiętać przy tym należy, że analizowana statystyka dotyczy miesięcy zimowych, w których liczba chorych w szpitalu była zawsze niższa niż w okresie letnim, w którym często wybuchały epidemie. Nie ma jednak żadnych przesłanek, by sądzić, że struktura społeczno-geograficzna pacjentów ulegała zmianom w zależności od pór roku, choć prawdo-

<sup>61</sup> ASR, nr 1414, *Stato nominativo degl'Infermi ... 1811*.

<sup>62</sup> ASR, nr 1145, *Testamenti*.

podobnie w lecie zwiększała się liczba pacjentów z „malarycznych” rejonów okolicy rzymskich.

Zdecydowana przewaga pacjentów pochodzących spoza Rzymu była zjawiskiem typowym w innych placówkach leczniczych tego miasta. Tak więc w szpitalu *S. Giacomo degli Incurabili* procent pensjonariuszy miejscowych był minimalny, przybywały natomiast do niego rzesze chorych z całych Włoch, także cudzoziemcy, szczególnie w okresach, gdy odbywała się kuracja schorzeń wenearycznych za pomocą wody drzewnej – *acqua del legno*. W absolutnej większości byli to ubodzy, przeważnie błakający się żebracy, w  $\frac{2}{3}$  mężczyźni<sup>63</sup>.

Surową opinię o pensjonariuszach szpitalnych jako zbiorowisku wyraził w 1574 r. komendator Bernardino Cirillo, uważany za prawdziwego reformatora szpitala. W gruncie rzeczy była to ocena adekwatna do ich obyczajów, stylu życia, manier i wychowania (a raczej jego braku), związanych z pochodzeniem społecznym. Twierdził wprawdzie, że cała troska i miłość winny być skoncentrowane na chorych, jednocześnie uważał, że większość z nich to „odpady społeczeństwa” (*„rifiutti della società”*), należące do klasy najbardziej pogardzanej, ignoranci, ludzie roszczeniowi, brudni i złośliwi, a do tego aroganci, gwałtowni i wykorzystujący szpital, np. w żądaniach artykułów zbytku (cukru), a po jego opuszczeniu złorzeczący szpitalowi i go obmawiający. W konkluzji pisał, że zwykle chorzy nie mają uczuć, tak jak dżentelmeni czy nobilitowani. Tworzyli oni „brygady wkraczające do szpitala, złożone z ludzi należących do niższej ligi”, których ciągle trzeba było mieć na oku, ponieważ byli podstępni i dopuszczali się kradzieży oraz oszustw<sup>64</sup>.

Ten dosadny i krytyczny opis, nawet jeśli zbyt dosadnie wyrażony, oddaje pośrednio zachowanie i mentalność oraz specyfikę niższych warstw społecznych, reprezentowanych przez wywodzących się z nich pensjonariuszy. Choć autorowi opisu przyświecały szlachetne intencje i zatroskanie losem tych ludzi, to jednak nie rozumiał i nie akceptował ich postaw, i to z pozycji człowieka z przeciwstawnych sfer, żyjącego w zupełnie innym świecie. Opinia przełożonego generalnego może być nieco krzywdząca dla hospitalizowanych, ukazanych niemalże jako margines społeczny. Wyrażona z punktu widzenia wizytatora, dążącego do wychwycenia wszelkich niedoskonałości, daje nazbyt pesymistyczny i uogólniony obraz zjawiska. Choć te konstatacje dotyczą schyłku renesansu, to jednak można je odnieść do późniejszych czasów, „klientela” szpitalna bowiem na przestrzeni jednego czy dwu stuleci niewiele się zmieniła pod względem społecznym, trudno

---

<sup>63</sup> M. VANTI, *S. Giacomo degli Incurabili di Roma nel Cinquecento (Dalle Campagne del Divino Amore a S. Camillo de Lellis)*, Roma 1938, s. 37. Na ten temat zob. A. CORRADI, *L'acqua del legno e le cure depurative nel Cinquecento*, Milano 1884.

<sup>64</sup> M. VANTI, *Un umanista*, s. 151-152.

też przypuszczać, by znaczącej zmianie uległa też jej kultura, aspiracje, nie mówiąc o edukacji.

## 5. KATEGORIE CHORYCH

Analizowane spisy dają możliwość dokładnego poznania struktury pacjentów pod względem rodzajów chorób na poszczególnych oddziałach, pozwalają też ukazać liczebność przebywających w nich osób. Takie dane pojawiają się, począwszy od lat sześćdziesiątych XVIII w. Dla okresu wcześniejszego ograniczają się tylko do podania ogólnych statystyk oraz wyszczególnienia liczby chorych w oddziale dla rodziny szpitalnej oraz świerzbowatych w szpitalu *S. Lazzaro*.

Informacje o liczbie chorych w rocznych rejestrach są podawane oddzielnie dla poszczególnych szpitali wewnętrznych: dla gorączkujących w *Nuovo Braccio* i *Gran Corsia*, chorych chirurgicznie w *Spedaletto dei Feriti*, chorych na kamienie w *Stanza di S. Antonio*, dotkniętych gruźlicą w *Spedale di S. Giacinto*, chorych na szkorbut w *Nuovo Spedale di S. Girolamo*, chorej rodziny szpitalnej w *Spedale di San Filippo*, chorych na wściekliznę (*idrofobi o rabbiosi*) w *Stanza S. Gaetano*. W spisie z 1783 r. pojawiała się nowa nazwa *Ospedale San Liborio*, zamiast dotychczasowej *S. Antonio* dla chorych na kamienie, a w 1793 r. nazwa *Spedale San Pio* dla szpitalika przyjmującego chorego personel, zastąpiła wcześniejsze wezwanie *S. Filippo*<sup>65</sup>.

Na przestrzeni siedemnastu lat, w okresie 1767-1810, przez szpital przewinęło się 202 985 pacjentów, w tym 187 819 gorączkujących (92,53%), 7794 wymagających interwencji chirurgicznej (3,84%), 3131 cierpiących na szkorbut (1,54%), 2225 zaatakowanych gruźlicą (1,10%), 1739 chorych z rodziny szpitalnej (0,86%), 258 chorych na kamienie (0,13%), 7 dotkniętych wścieklizną (0,005%). Średnio na rok opiekę w szpitalu otrzymywało 11 048 osób z gorączką, 458 z problemem chirurgicznym, 184 ze szkorbutem, 131 z gruźlicą, 102 spośród chorującego personelu, 15 osób z kamieniami oraz mniej niż jedna osoba z wścieklizną (0,4). Średnia roczna dla wszystkich pacjentów, niezależnie od typu schorzenia wyniosła 12233<sup>66</sup>. Jest to statystyka niezwykle wymowna i narzucająca jedyny komentarz, mianowicie, że Szpital Świętego Ducha specjalizował się przede wszystkim w leczeniu osób z gorączką. Tylko siedmiu na stu pacjentów cierpiało na inne dolegliwości, znajdując w nim pomoc w małych wewnętrznych szpitalikach czy oddziałach umożliwiających izolację zapobiegającą zarażaniu

<sup>65</sup>ASR, nr 1414, *Ristretto Generale ... sotto il governo Domenico Sampier ... 1783*; ASR, nr 1414, *Ristretto Generale ... sotto il governo ... Francesco Degli Albizi ... 1785*.

<sup>66</sup>Zob. tabela nr 3.



infekcjami gorączkowymi. Wszyscy pacjenci, niezależnie od zdrowotnych przypadłości, byli leczeni przez ten sam personel lekarski, co oznacza, że nieznaną była jeszcze wówczas specjalizacja medyczna.

Najwięcej osób gorączkujących (19 497) przebywało w szpitalu w 1783 r., najmniej (5132) w 1807 r., z kolei najwyższy współczynnik tych osób w stosunku do ogólnej populacji pensjonariuszy (95,6%) odnotowano w 1793 r., natomiast najniższy (89,4%) w 1769 r. Różnice na przestrzeni czasu były minimalne, a stwierdzonych proporcji nie były w stanie zaburzyć niespodziewane wysokie liczby innych chorych, np. dotkniętych skorbutem, których w 1783 r. było 600, podczas gdy w 1087 r. tylko 42, a więc aż 14 razy mniej. Niewiele mniej osób zachorowało na skorbut w 1769 r. – 564 osoby. Tylko w tych dwóch latach odnotowano ponad  $\frac{1}{3}$  przypadków skorbutu, jakie miały miejsce w okresie 1767-1810. Nie wiadomo, co spowodowało takie jednorazowe nasilenie skorbutu, mającego przyczynę głównie w niedożywieniu, jednorodności jedzenia i braku witaminy C. Hipotetycznie można to wiązać z jakimiś anomaliami pogodowymi, skutkującymi niedoborem żywności i kłęską głodu. Co ciekawe, ta choroba w ostatnich pięciu analizowanych latach wyraźnie ustąpiła, nie przekraczając liczby 65 osób rocznie<sup>67</sup>.

Tak wielkie dysproporcje nie występowały w przypadku chorych na gruźlicę, która była oprócz skorbutu jedną z najbardziej powszechnych i niebezpiecznych chorób. Najwięcej jej przypadków (288) zanotowano w 1769 r., natomiast najmniej (tylko 49) w 1772 r., czyli sześciokrotnie mniej niż trzy lata wcześniej. O ile liczba zachorowań w drugiej połowie XVIII w. była bardzo niestabilna i wykazywała duże skrajności, to począwszy od 1804 do 1810 r. utrzymywała się na podobnym poziomie i średnio niższym jak poprzednio: 113 wobec 145 osób<sup>68</sup>. Czy była to stała tendencja, zwiastująca powolne ograniczanie choroby, wiążącej odpowiedzi nie można udzielić.

Odwrotną tendencję można zauważyć odnośnie do chorych na kamienie. Spis za 1767 r. w ogóle nie uwzględnia szpitala *S. Antonio*, co może oznaczać, że takie schorzenie w ogóle się nie pojawiło. Dopiero następny wykaz, z 1769 r., wymienia w tymże szpitaliku 4 osoby, w kolejnych latach do końca XVIII w. ich liczba sukcesywnie, nieznacznie się zwiększa, lecz ciągle oscyluje poniżej przeciętnej – 8 osób na rok. Dla odmiany w latach 1803-1810 średnia chorych na kamienie była zdecydowanie wyższa – 19 osób na rok. Tę statystykę wyraźnie zawyżył rok 1806, kiedy to w szpitalu znalazło się 43 osób z kamieniami, nie podważa to jednak tendencji do zwiększania się liczby osób z tym schorzeniem. Wszystkie

---

<sup>67</sup> Tamże.

<sup>68</sup> Tamże.

marginalne, śladowe przypadki obecności chorych dotkniętych wścieklizną miały miejsce w ostatnim trzydziestoleciu XVIII w.<sup>69</sup>

Odrębną kategorię pacjentów stanowiły osoby z chorobami chirurgicznymi, umieszczane w szpitalu dla rannych. W latach 70-90. XVIII w. średnio w ciągu roku pojawiało się 567 takich pacjentów, podczas gdy w pierwszym dziesięcioleciu następnego stulecia średnia roczna osób wymagających interwencji chirurgicznej była o 42% niższa i wynosiła 347. Nieznane są przyczyny takiego stanu rzeczy. Może część z nich trafiało do innych szpitali, bo trudno przypuszczać, by tak znacznie zmniejszyło się zapotrzebowanie na zabiegi i leczenie chirurgiczne, zważywszy, że gros tych pacjentów to osoby ranne i powypadkowe. Najwięcej osób przebywało na oddziale chirurgii w 1667 r. – 834, najmniej w 1808 r. – 275<sup>70</sup>. W tym wypadku dysproporcje były stosunkowo najmniejsze.

I na koniec należy wspomnieć pozostałych chorych, należących do szeroko pojętego personelu szpitalnego, łącznie z duchownymi i kanonikami. Osoby pracujące, w większości mieszkające w szpitalu, poprzez codzienny kontakt z chorymi, zwłaszcza zakaźnie, były szczególnie narażone na zarażenie. Wskutek tego często chorowały i trafiały na leczenie do szpitalika S. *Filippo*. Znajdujący się w nim chorzy wywodzili się z niewielkiej, okołodwuosobowej grupy osób zatrudnionych w szpitalu i agendach z nim związanych. W latach 1767-1810 najwięcej członków rodziny szpitalnej chorowało w 1803 (219 osób) i 1767 (210), następnie w 1769 (189) i 1783 r. (155). Były to lata o najwyższej liczbie chorych w szpitalu<sup>71</sup>, co wymagało zwiększania liczebności personelu, z którego pewna część zawsze chorowała. Tak więc liczba osób w szpitalu determinowała stan liczebny obsługi, a w dalszej kolejności skalę jej zachorowalności. Również gdy chodzi o najniższe przypadki hospitalizacji personelu, to były one wprost proporcjonalne do idącego z nimi w parze niskiego stanu liczebnego chorych w całym szpitalu. Świadczą o tym statystyki z okresu pięciolecia 1806-1810, w którym liczba chorych w szpitalu osiągała najniższy poziom (średnio 7023 osoby w ciągu roku), czego skutkiem była też bardzo mało zachorowań w gronie rodziny szpitalnej (35 osób w roku)<sup>72</sup>. Dla kontrastu: bywało też tak, że tylko w jednym dniu chorowało jednocześnie nawet dwudziestu członków rodziny szpitalnej<sup>73</sup>.

W przeciwieństwie do osób z zewnątrz przybywających na leczenie, odnośnie do których spisy klarownie podają rodzaj choroby, w wypadku szpitala dla personelu mówią tylko ogólnie o chorych. Nie wiadomo więc, na jakie schorzenia

<sup>69</sup> Zob. Tabela nr 3.

<sup>70</sup> Tamże.

<sup>71</sup> Zob. tabela nr 1.

<sup>72</sup> Tabela nr 3

<sup>73</sup> ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata...1737*, s. 144-147.

cierpiały przebywające tam osoby. Bez wątplenia kładziono w nim członków rodziny szpitalnej z tymi samymi chorobami, co pacjenci z pozostałych oddziałów czy szpitalików specjalistycznych. Zresztą i jedni i drudzy byli leczeni przez tych samych lekarzy. Odrębny szpitalik dla personelu zapewniał mu lepsze warunki lokalowe, większą dyskreję, intymność oraz spokój. Liczono, że dzięki temu kuracja będzie bardziej skuteczna i szybciej odzyskają zdrowie, by móc powrócić do wykonywania szpitalnych obowiązków.

**Tabela nr 3. Struktura pacjentów według chorych w niektórych latach  
w okresie 1767-1810**

| ROK  | RAZEM | GORĄCZ-<br>KUJĄCY | CHIRURGICZNI | SZKORBUT | GRUŻLICA | KAMIENIE | WŚCIEKLIZNA | FAMIGLIA |
|------|-------|-------------------|--------------|----------|----------|----------|-------------|----------|
| 1767 | 17138 | 15659<br>(91,4%)  | 834          | 222      | 213      | 0        | 0           | 210      |
| 1769 | 16937 | 15145<br>(89,4%)  | 747          | 564      | 288      | 4        | 0           | 189      |
| 1771 | 10926 | 10183<br>(93,1%)  | 378          | 149      | 85       | 11       | 0           | 120      |
| 1772 | 11686 | 10935<br>(93,6%)  | 474          | 109      | 49       | 8        | 1           | 110      |
| 1773 | 10453 | 9853<br>(94,3%)   | 377          | 80       | 65       | 6        | 0           | 72       |
| 1776 | 8130  | 7468<br>(91,9%)   | 421          | 67       | 95       | 9        | 2           | 68       |
| 1783 | 20874 | 19497<br>(93,4%)  | 674          | 364      | 173      | 11       | 0           | 155      |
| 1785 | 18519 | 17343<br>(93,6%)  | 690          | 184      | 141      | 12       | 2           | 147      |
| 1793 | 19372 | 18530<br>(95,6%)  | 421          | 276      | 64       | 12       | 2           | 67       |
| 1803 | 17714 | 16144<br>(91,1%)  | 472          | 600      | 262      | 17       | 0           | 219      |
| 1804 | 8881  | 8117<br>(91,4%)   | 389          | 124      | 123      | 20       | 0           | 108      |
| 1805 | 7239  | 6552<br>(90,5%)   | 333          | 100      | 106      | 60       | 0           | 88       |

| ROK                | RAZEM          | GORĄCZ-<br>KUJĄCY  | CHIRURGICZNI    | SZKORBUT        | GRUŻLICA        | KAMIENIE       | WŚCIEKLIZNA     | FAMIGLIA        |
|--------------------|----------------|--------------------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|-----------------|-----------------|
| 1806               | 8330           | 7676<br>(92,1%)    | 375             | 65              | 125             | 43             | 0               | 46              |
| 1807               | 5599           | 5132<br>(91,7%)    | 278             | 42              | 107             | 15             | 0               | 25              |
| 1808               | 5972           | 5464<br>(91,5%)    | 275             | 63              | 122             | 14             | 0               | 31              |
| 1809               | 6416           | 5912<br>(92,1%)    | 289             | 60              | 104             | 11             | 0               | 40              |
| 1810               | 8800           | 8209<br>(93,3%)    | 367             | 62              | 103             | 15             | 0               | 44              |
| Suma               | 202986<br>100% | 187819<br>(92,53%) | 7794<br>(3,84%) | 3131<br>(1,54%) | 2225<br>(1,10%) | 268<br>(0,13%) | 7<br>(0,00001%) | 1739<br>(0,86%) |
| Średnia<br>rocznie | 11940          | 11048              | 458             | 184             | 131             | 16             | 0,41            | 102             |

## 6. ROTACJA CHORYCH

Podawane w wykazach sumaryczne liczby chorych ukazują nasilenie zachowań w ciągu roku czy też miesięcy, nie są jednak zbieżne z liczbą pacjentów aktualnie przebywających w szpitalu w danym momencie – w danym dniu. Te drugie są kilkakrotnie niższe niż pierwsze. Wystarczyło przeleżeć w szpitalu przez choćby jeden dzień, by być zarejestrowanym, tak samo jak osoba przebywająca w szpitalu kilkanaście lub kilkadziesiąt dni. Wśród nich następowała ciągła rotacja, trudno jednak ustalić, jaka była przeciętna długość hospitalizacji. Główną kategorię pensjonariuszy stanowiły osoby gorączkujące. Czas ich pobytu i leczenia w szpitalu zależał od przebiegu choroby. Po ustąpieniu gorączki zwyczajowo trzymano je w szpitalu jeszcze przynajmniej trzy dni, a przedłużenie okresu rekonwalescencji zależało od decyzji lekarzy<sup>74</sup>. Znając specyfikę chorób objawiających się gorączką, można przyjąć, że wychodzenie z nich trwało nie mniej niż tydzień, co razem ze wspomnianą rekonwalescencją oznaczało przynajmniej dziesięciodniowy pobyt w szpitalu, z odchyleniem w obie strony w wypadkach szczególnych i skrajnych. Gorączka była nie tylko objawem grypy i malarii, ale także innych chorób, a czas wychodzenia z nich mógł być dłuższy. Dlatego warto

<sup>74</sup> ASR, nr 1409, *Decreti di Visita 1679 ... Acciaioli ... 1679*, s. 66.

odnieć się do porównań w tym względzie z innymi szpitalami, choćby do infirmerii bonifratrów w Krakowie, która podobnie jak rzymska placówka duchaków przyjmowała wyłącznie mężczyzn dotkniętych bardzo różnymi schorzeniami, pochodzących z biedniejszych warstw społecznych.

W latach 1657-1676 średnio pobyt jednego chorego w krakowskim szpitalu bonifratrów wynosił 26 dni, co zdaniem H. Komaryńskiej oznaczało bardzo wysoką rotację i przepływ pensjonariuszy, charakterystyczny dla prawdziwych infirmerii. Nieco później, w latach 1692-1715, wskaźnik średniego pobytu w szpitalu był krótszy o pięć dni<sup>75</sup>. Zważywszy na postęp w medycynie i leczeniu w ciągu stu lat oraz nieporównywalnie lepszą kadrę medyczną, a co za tym idzie – efektywność leczenia, jest niemal pewne, że w Infirmerii Świętego Ducha hospitalizowanie takich samych chorych trwało jeszcze krócej, być może około dwóch tygodni. Tak było w innym szpitalu rzymskim – S. *Giacomo degl'Incurabili*, przeznaczonym dla dotkniętych syfilisem, w którym chorzy zatrzymywali się od 15 dni do miesiąca, a tylko w rzadkich wypadkach dłużej. Wielu z nich wracało tam na ogół po roku na ten sam z reguły okres<sup>76</sup>.

7 sierpnia 1759 r. w Szpitalu Świętego Ducha przebywało 840 pacjentów, a – jak zaznaczono – ich liczba wyraźnie się zmniejszyła, co znaczy, że w poprzednim miesiącu chorych musiało być ponad tysiąc. Był to bowiem czas, w którym wygaszał z reguły rekordowy w roku szczyt sierpniowych zachorowań<sup>77</sup>. Według wykazów sporządzonych przez Komisję Administracyjną ds. Szpitali, w Szpitalu Świętego Ducha przebywały w konkretnym dniu 1811 r. średnio 433 osoby. Najwięcej pacjentów (888) zanotowano 24 sierpnia, w porze zwykle malarycznej, natomiast najmniej (160) 9 czerwca, w miesiącu najbardziej bezpiecznym i zdrowym. W tym roku przyjęto do szpitala w sumie 11 430 chorych. Dla porównania w pozostałych ważniejszych szpitalach rzymskich liczby globalne hospitalizowanych w ciągu roku oraz średnie dzienne przedstawiały się następująco: SS *Trinità* dla rekonwalescentów: 7006 pacjentów – 56,2 osób na miesiąc, szpital S. *Giovanni Laterano* dla gorączkujących kobiet: 3216 – 131,1, S. *Maria della Consolazione* dla rannych: 732 – 42,5, *San Gallicano* dla chorych na świerzb i grzybicę (*per i rognosi e tignosi*): 537 – 58,1, S. *Giacomo in Augusta* dla nieuleczalnie chorych (*per le piaghe incurabili*): 442 – 45, S. *Rocco* dla rodzących kobiet: 182 – 3,3, *Santa Maria della Pietà per i Pazzi* dla szalonych chłopców: 34 – 123,3. *Giovanni Calibita o dei Benefratelli* dla gorączkujących (*per i febricitanti contribuenti* – za opłatą): 453 – 25,2. Należy dodać, że w 1811 r. oprócz Infirmerii Świętego Ducha i szpitala bonifratrów przeznaczonych tylko dla mężczyzn, dwa inne: S. *Giovanni Laterano* i S. *Rocco*

<sup>75</sup> H. KOMARYŃSKA, *Szpital Bonifratrów w Krakowie w XVII-XVIII wieku*, Lublin 2010, s. 242.

<sup>76</sup> M. VANTI, S. *Giacomo degli Incurabili*, s. 28, 52.

<sup>77</sup> ASR, nr 61, *Giornale. Memorie delle cose ... 1759*, s. 281-282, 291.

służyły wyłącznie kobietom. Pozostałe miały charakter mieszany<sup>78</sup>. Wynika z tego, że szpital na Lateranie, zmienił swój koedukacyjny charakter – na placówkę przeznaczoną tylko dla kobiet<sup>79</sup>.

Zamieszczone liczby ukazują olbrzymie dysproporcje między szpitalami rzymskimi w liczbie leczonych w nich rocznie pacjentów i średniej liczbie tychże w ciągu dnia. W obu przypadkach szpital duchaków dzierżył niekwestionowany prym, przewyższając pod tym względem pozostałe placówki szpitalne trzy-, czterokrotnie (*S. Giovanni Laterano*), a często kilka- czy nawet kilkadziesiątkrotnie. Wiele danych, a zwłaszcza korelacje między liczbą przyjętych w roku a średnią dzienną, wymaga dodatkowego wyjaśnienia i interpretacji. Trudno choćby pojąć, że szpital dla chorych umysłowo przyjął w analizowanym roku tylko 34 podopiecznych, a w miesiącu utrzymywał ich średnio 123. Byli to jednak pacjenci, których pobyt w szpitalu trwał wiele lat, gdyż chodziło tam przede wszystkim o opiekę i dozór, a nie leczenie. Tak więc do pierwszej, bardzo niskiej liczby nowych osób przybyłych w 1811 r. należy dodać 124 osoby pozostałe w przytułku z poprzedniego 1810 r. W międzyczasie w 1811 r. szpital opuściło 27 osób uzdrowionych, 11 zmarło, na następny zaś 1812 r. znowu absolutna większość pozostała – 120 osób. W przeciwieństwie do innych szpitali tu rotacja i wymiana pensjonariuszy była minimalna. Zupełnie odwrotnie było w szpitalu *S. Rocco*, gdzie w okresie całego roku pojawiły się 182 kobiety rodzące, ale średnio w ciągu miesiąca przebywały w nim tylko trzy. Tu ruch i przepływ pacjentek był nieustanny. Przychodziły tam po prostu urodzić dziecko i potem szybko opuszczały szpital, łącznie 178 w roku<sup>80</sup>.

Cytowane wyżej średnie pacjentów przypadających na dzień (433 osoby) oraz najwyższa (888) i najniższa (160) ich liczba w danym dniu przy stosunkowo umiarkowanym napływie chorych do szpitala (11 430) w ciągu całego 1811 r., pozwalają na zasadzie analogii ustalić szacunkowo wartość tych wskaźników dla innych lat. Na przykład w 1783 r., w którym napłynęła do szpitala najwyższa liczba chorych (20 874), średnia dzienna mogłaby wynosić 791 osób, w kulminacyjnym zaś dniu roku w szpitalu mogło przebywać aż 1621 osób, a najmniej 292 osób<sup>81</sup>. Z kolei w 1807 r., o najmniejszej ogólnej liczbie hospitalizowanych

---

<sup>78</sup> ASR, nr 1414, *Rapporto sugli Stabilimenti ... 1811*, s. 9, tabela 1 i 2.. Dane dla szpitala bonifratrów podano tylko dla 7 miesięcy (maj–grudzień)

<sup>79</sup> ASR, nr 7, *Editto da osservarsi ... MDCCXLII*. Pod koniec XVI w. do szpitala *S. Giacomo* w ciągu roku trafiło 1000 chorych i tyle samo tylko na zabiegi z wodą drzewną. M. VANTI, *S. Giacomo degli Incurabili*, s. 37.

<sup>80</sup> ASR, nr 1414, *Rapporto sugli Stabilimenti ... 1811*, tabela nr 1.

<sup>81</sup> Sposób liczenia był następujący. W 1783 r. wpisano do szpitala 20 874 osób, co stanowiło 182,6% liczby przyjętych do szpitala w 1811 r. (11 430 osób). O taki więc procent powiększono



(5599), wskaźniki te mogłyby wynosić: średnia dzienna w ciągu roku – 212 chorych, maksymalna liczba danego dnia – 435 chorych, minimalna liczba – 78 chorych<sup>82</sup>. Pomijając szacunkowe liczby, widoczna jest ogromna zmienność i dynamika w liczebności pacjentów, nie tylko w perspektywie rocznej i miesięcznej, ale nawet dziennej, co widoczne jest choćby na przykładzie 1811 r., w którym w ciągu dwóch miesięcy liczba osób przebywających w danym dniu w szpitalu zmieniła się aż o pięć i pół razy<sup>83</sup>.

Wyznacznikiem długości czasu hospitalizacji są proporcje między liczbą osób wstępujących do szpitala w czasie roku i średnią dzienną pacjentów. Wynika z nich, że w podobnym tempie co w Szpitalu Świętego Ducha wymieniali się chorzy w szpitalu *S. Giovanni Laterano*. W obu placówkach ich pobyt trwał mniej więcej tyle samo dni, co nie dziwi, wzięwszy pod uwagę, że specjalizowały się one w leczeniu osób gorączkujących. Na marginesie warto zwrócić uwagę na ogromną przewagę mężczyzn w pięciu szpitalach koedukacyjnych. Na ogólną liczbę 8751 przyjętych do tych szpitali w 1811 r.  $\frac{3}{4}$  – 75% stanowili mężczyźni: 6537 wobec 2214 kobiet. Dominacja mężczyzn występowała we wszystkich tych szpitalach, największa w szpitalu *S. Gallicano* (82%). Gdyby uwzględnić liczbę pacjentów w szpitalach „jednopłciowych”; męskich (Świętego Ducha – 11430 osób, bonifratrów - 453) oraz kobiecych (*in Laterano* – 3216, *S. Rocco* – 182), proporcje w dziewięciu analizowanych szpitalach rzymskich byłyby jeszcze większe na korzyść mężczyzn: 17967 do 5612. W sumie w tych szpitalach w 1811 r. hospitalizowano 23 579 osób, w tym 76,2% mężczyzn i 23% kobiet<sup>84</sup>. To niezwykle ciekawe i tajemnicze zjawisko, ale jego interpretacja wykracza poza tematykę podjętej pracy. Dla porównania w polskich szpitalach-przytułkach z tego okresu proporcje pod względem płci były odwrotne, zdecydowanie dominowały w nich kobiety<sup>85</sup>.

Pewne wyobrażenie o liczbie i ruchu chorych dają statystyki ilości dni spędzonych w Szpitalu Świętego Ducha przez nich w całym 1811 r. i poszczególnych miesiącach. W ciągu dwunastu miesięcy, chorzy „przemieszkali” w nim 158 011 dni, co średnio daje na miesiąc 13 167. Najwięcej takich dni przypadło na sierpień (23 590) i tylko nieznacznie mniej na lipiec (21974), w których zwyczajowo dała o sobie znać letnia gorączka. Jeszcze miesiąc wcześniej, w czerwcu

---

wszystkie wskaźniki wpisanych do szpitala w 1783 r. – 20784 (tj. średnia roczną, najwyższą i najniższą liczbę osób przebywających w szpitalu w danym dniu).

<sup>82</sup> W wypadku 1807 r. zastosowano taki sam sposób obliczania szacowanych wskaźników.

<sup>83</sup> ASR, nr 1414, *Raporto sugli Stabilimenti ... 1811*.

<sup>84</sup> Wszystkie dane na podstawie ASR, nr 1414, *Raporto sugli Stabilimenti ... 1811*, tabela nr 1.

<sup>85</sup> Por. M. SURDACKI, *Opieka społeczna w Wielkopolsce Zachodniej w XVII-XVIII wieku*, Lublin 1992, s. 149-150

był w tym względzie zupełny „luz”, co znalazło wyraz w najmniejszej w roku liczbie tzw. chorobodni. Utrzymanie chorego w czasie każdej doby pobytu w szpitalu było bardzo drogie, gdyż jak podkreślano, nie oszczędzano ani na jedzeniu, ani na lekarstwach. Aplikowano im medykamenty najlepsze, najdroższe i bez żadnych ograniczeń. Nie stosowano też żadnych limitów w przydziale jedzenia, środków wzmacniających, bandaży, opatrunków, prześcieradeł, koszul i samych łóżek. Wszystko robiono tak, jakby chory był leczony i traktowany jak we własnym domu. W ośmiu pozostałych wymienionych szpitalach rzymskich naliczono w ciągu 1811 r. 17 3523 dniówek szpitalnych, a więc tylko niewiele więcej (52,3%) niż w samym Szpitalu Świętego Ducha (47,7%). Razem we wszystkich dziewięciu szpitalach było to 331 534 dni. Wskaźniki te niemal idealnie korespondują z liczbami chorych, którzy przybyli w ciągu roku do Szpitala Świętego Ducha (11 430 – 47,6%) i tymi, którzy znaleźli się w pozostałych analizowanych szpitalach (12 602 – 52,4%); łącznie razem w dziewięciu szpitalach 24 032 dni rocznie. Bez żadnego ryzyka można przyjąć, że sytuacja identycznie wyglądała również w XVII-XVIII w. Jest to kolejny wyznacznik „gigantyczności” i niepowtarzalności infirmerii prowadzonej przez duchaków. Nie tylko w Rzymie, ale i w całej Italii, a nawet w Europie była to instytucja pod wieloma względami bezprecedensowa, w tym wypadku pod względem wielkości i liczby pensjonariuszy<sup>86</sup>.

**Tabela nr 4. Ruch chorych w szpitalu w niektórych latach  
w okresie 1717-1811**

| ROK  | CHORZY | WYLECZENI | ZMARLI |
|------|--------|-----------|--------|
| 1717 | 11574  | 9409      | 1214   |
| 1720 | 9009   | 7768      | 1066   |
| 1723 | 7934   | 7167      | 767    |
| 1724 | 7904   | 6919      | 697    |
| 1728 | 8463   | 7415      | 788    |
| 1729 | 12020  | 9988      | 1283   |
| 1730 | 10777  | 8857      | 1526   |
| 1731 | 8384   | 7236      | 756    |

<sup>86</sup> ASR, nr 1414, *Rapporto sugli Stabilimenti ... 1811*, tabela nr 1 i 2.

---

| ROK  | CHORZY | WYLECZENI | ZMARLI |
|------|--------|-----------|--------|
| 1732 | 9223   | 7929      | 797    |
| 1733 | 9031   | 7614      | 1127   |
| 1734 | 8126   | 7336      | 794    |
| 1735 | 10501  | 9059      | 1032   |
| 1736 | 12316  | 10360     | 1432   |
| 1743 | 10843  | 9341      | 1309   |
| 1744 | 10113  | 8013      | 955    |
| 1747 | 7953   | 6937      | 815    |
| 1750 | 10015  | 8923      | 820    |
| 1756 | 6932   | 6096      | 598    |
| 1757 | 7621   | 6891      | 539    |
| 1767 | 17138  | 14380     | 2127   |
| 1769 | 16937  | 14738     | 1512   |
| 1771 | 10926  | 9493      | 998    |
| 1772 | 11686  | 10083     | 1005   |
| 1773 | 10453  | 9082      | 981    |
| 1776 | 8130   | 7083      | 716    |
| 1783 | 20874  | 18775     | 1462   |
| 1785 | 18519  | 16581     | 1429   |
| 1793 | 19372  | 16739     | 1713   |
| 1803 | 17714  | 14229     | 3091   |
| 1804 | 8881   | 7793      | 856    |
| 1805 | 7239   | 6316      | 667    |
| 1806 | 8330   | 7435      | 694    |
| 1807 | 5599   | 4866      | 558    |

| ROK  | CHORZY | WYLECZENI | ZMARLI |
|------|--------|-----------|--------|
| 1808 | 5972   | 5197      | 592    |
| 1809 | 6416   | 5599      | 629    |
| 1810 | 8800   | 7443      | 907    |

## 7. ŚMIERTELNOŚĆ

W ten sposób pojawia się pytanie o śmiertelność hospitalizowanych, która była sprzężona ze skalą wyleczalności. Jak wyżej wspomniano, odsetek osób, które nie przeżyły pobytu w szpitalu w połowie XVII i pod koniec XVII w. wynosił odpowiednio 14% i 11,4 %<sup>87</sup>. Doskonale możliwości zbadania tego problemu dla XVIII w. i początku następnego dają *Ristretti*, z których wynika, że współczynniki umieralności (z wyjątkiem 1803 r.) – 17,4% – były stabilne i zawierały się w przedziale między 14,1% (1730) a 7,0% (1783), co na rok dawało przeciętnie ok. 10%<sup>88</sup>. Zauważalna była jednak pewna tendencja do powolnego zmniejszania się skali umieralności w szpitalu; o ile w pierwszej połowie stulecia analizowany wskaźnik przybierał często wartość dwucyfrową, to w drugim półwieczu był przeważnie jednocyfrowy<sup>89</sup>.

Zwraca uwagę fakt, że najwięcej zgonów miało miejsce nie w okresie sierpniowych epidemii, kiedy w szpitalu notowano najwyższe liczby osób, lecz na początku nowego roku i pierwszych miesiącach wiosennych, choćby w 1736 r., gdy wobec niezbyt dużego napływu chorych w styczniu, lutym i marcu zmarło aż 26,1% osób, a jeszcze w kwietniu liczba zmarłych zdecydowanie przekraczała średnią roczną (16,1%). Dla porównania w sierpniu, miesiącu o najwyższej liczbie pacjentów w całym stuleciu, ich śmiertelność była na poziomie 4,9%, a więc była dwukrotnie mniejsza od przeciętnej dla całego roku<sup>90</sup>. Taka prawidłowość występowała we wszystkich latach, dla których istnieją dane miesięczne, najbardziej podczas lata<sup>91</sup>. Dla porównania w „rekordowym” pod względem liczby pensjo-

<sup>87</sup> Zob. początek tego rozdziału.

<sup>88</sup> ASR, nr 1414, *Ristretto degli Infermi, partiti ... 1730*; ASR, nr 1414, *Ristretto Generale ... 1783 ... sotto il governo Domenico Sampieri*.

<sup>89</sup> Zob. tabela nr 1.

<sup>90</sup> ASR, nr 1414, *Ristretto degli Infermi, partiti e morti ... 1736*.

<sup>91</sup> 1720 (styczeń-kwiecień – zmarło 17,0%), 1723 (styczeń-marzec – 15,8%), 1724 (styczeń-luty – 16,7%), 1728 (grudzień – 18%), 1729 (styczeń-kwiecień – 15,6%), 1730 (luty-marzec – 32%), 1731 (luty-marzec – 16,1%), 1732 (grudzień – 16,8%), 1733 (luty-kwiecień – 19,6%), 1734 (luty – 17,2%), 1735 (luty-marzec – 14,2%), 1743 (luty – 32,6%), 1747 (styczeń-luty – 15,1%), 1750 (styczeń-luty – 17,1%). 1756 (styczeń-luty – 14,6%). Zob. *Ristretti* za te lata.

nariuszy miesiącu, czyli sierpniu, współczynnik śmiertelności zawsze oscylował między 3,3 % w 1757 r. (najmniejsza stwierdzona śmiertelność) a 8,3% w 1728 r. Tak więc skala śmiertelności w porze letniej była najniższa i całkowicie odwrotnie proporcjonalna do liczby pacjentów. Do miesięcy względnie bezpiecznych, gdy chodzi o zgony, należały maj i czerwiec oraz wrzesień i październik, w których odsetek zgonów osiągał wartość lekko poniżej średniej rocznej (7-9%)<sup>92</sup>.

Okazuje się, że regularnie pojawiające się fale letnich chorób i gorączek malarycznych nie były tak groźne dla życia, jak można byłoby się spodziewać. Widać, że w szpitalu dobrze i skutecznie z nimi sobie radzono. Bardziej niebezpieczne były infekcje w porze późnojesiennej zimowej i wczesnowiosennej, przynoszące największe żniwo śmierci, ze szczególną kulminacją w styczniu i lutym, gdy prawdopodobnie panowała grypa i choroby grypopodobne.

Powyższe wnioski znajdują potwierdzenie w omawianej wcześniej statystyce za lata 1657-1659, szczególnie w 1659 r., gdy apogeum malarii w lipcu i sierpniu (razem 2306 chorych) skutkowało śmiercią 133 osób (5,8%), podczas gdy z dużo mniejszej liczby chorych we wrześniu i październiku (1353 chorych), gdy pojawiła się *perniciosa*, zmarły aż 163 osoby, czyli 12%. Współczynnik śmiertelności był więc dwa razy wyższy niż w wypadku rozprzestrzeniania się malarii. Ogólnie w 1657 r. wynosił on 7,4%, w 1658 r. – 6,7%, w 1659 r. – 8,2%, w skali globalnej zaś trzylecia 7,3% (645: 8836)<sup>93</sup>. Jest to wskaźnik porównywalny do sytuacji w następnych stuleciach, choć z uwagi na wycinkowe dane nie można go bezwiednie odnieść do dłuższego okresu.

Odsetek śmiertelności na poziomie 10% rocznie potwierdził raport Szpitalnej Komisji Administracyjnej z 1811 r. Według jego autorów był on mocno zawyżony. Otóż przez gwałtowność choroby, opór przed wcześniejszym pójściem na leczenie, wreszcie przez spekulację i wyrachowanie rodzin, które nie chcąc ponosić kosztów pogrzebu i pochówku, wysyłały swych krewnych do szpitala praktycznie w stanie bardzo ciężkim, bliskim śmierci, w praktyce nie do uratowania. Wskutek tego wielu umierało podczas transportu, innych nie zdążono nawet położyć do łóżka. Taki sposób postępowania uznano za karygodny. Argumentowano, że tego typu zgonów nie powinno się zapisywać na konto szpitala, by nie obciążać systemu leczniczego wypracowanego przez profesorów, a tym samym nie kształtować opinii, że to w warunkach szpitalnych pacjenci nabawili się ciężkiej choroby. Dokonano więc podziału chorych zmarłych w szpitalu na trzy grupy, tych, którzy zakończyli życie w pierwszym, drugim i trzecim dniu po przyjęciu. W 1811 r. w szpitalu życie zakończyło w sumie 1180 osób. Spośród nich 72 zmarło pierwszego dnia po przybyciu, 124 – drugiego, 114 – trzeciego, co

<sup>92</sup> Tamże.

<sup>93</sup> A. CANEZZA, *Gli Arciospedali*, s. 91.

daje razem 320. Po odjęciu tej liczby od ogólnej liczby zgonów pozostaje 860 zmarłych, co znaczyłoby, że odsetek śmiertelności tego roku w szpitalu obniżyłaby się do 7,4%. Twierdzono, że nie trzeba mieć doświadczenia klinicznego, aby wiedzieć, że niemożliwe jest w ciągu trzech dni powstanie choroby ani radykalne pogorszenie stanu zdrowia pacjenta, które prowadzi do śmierci. Upublicznienie tej statystyki, wraz ze zmniejszonym współczynnikiem zgonów, miało słać sztukę lekarską w szpitalu i pokazać dużą efektywność terapii<sup>94</sup>.

O poziomie i skuteczności leczenia świadczy skala śmiertelności chorych przebywających w szpitalu. Spośród 1714 pacjentów leczonych od początku stycznia do końca marca 1828 r. zmarło 98, czyli 5,7%<sup>95</sup>. Przeciętnie pobytu w szpitalu nie przeżywał mniej więcej co dwudziesty chory. Biorąc pod uwagę realia ówczesnych czasów, stan wiedzy medycznej i możliwości leczenia, a także skuteczność dawnych medykamentów, odsetek ten należy uznać za niewysoki, tyle tylko, że odnosi się on do wszystkich chorych, w praktyce był on bardzo różny zależności od rodzaju chorób<sup>96</sup>.

Niska śmiertelność nie może dziwić, zważywszy na awangardowość szpitala, gwarantującego najlepsze warunki kuracji. Dużą wyleczalność chorych można wiązać z postępm medycyny i unowocześnieniem metod leczenia. Szanse na skuteczne wyleczenie zależały zawsze od stopnia zaawansowania choroby. Tymczasem pisarz rejestrujący dolegliwości chorych w 1828 r. wielokrotnie zaznaczył, że wielu z nich zjawiało się w szpitalu z chorobą bardzo mocno zaawansowaną, wskutek czego umierało już parę godzin po przyjęciu<sup>97</sup>.

Zjawiska wyleczalności i śmiertelności pozostawały ze sobą we wzajemnej zależności. Pomimo rozbudowy zaplecza lokalowego, powstania wewnętrznych instytucji medyczno-dydaktycznych, prężnej działalności Teatru Anatomicznego, wzrostu liczby personelu medycznego, prowadzenia pokazów anatomicznych, ustawicznego kształcenia personelu pomocniczego, postępu w medycynie oraz poprawy warunków sanitarnych, wyleczalność pacjentów pozostawała na ustabilizowanym poziomie. Większego wpływu na współczynnik wyleczonych i zmarłych nie miały też epidemie i przepełnienie w szpitalu. Mówiąc o stabilnej skali umieralności w szpitalu, należy pamiętać, że dotyczyła ona wszystkich hospitalizowanych. Jak jednak problem ten przedstawiał się w odniesieniu do poszczególnych oddziałów szpitalnych pokażą poniższe rozważania.

Bardzo ciekawe wnioski płyną z analizy chorób, które były przyczyną śmierci pacjentów w 1828 r. Najwięcej, 19 osób, zmarło z powodu zapalenia płuc, co

<sup>94</sup> ASR, nr 1414, *Rapporto sugli Stabilimenti ... 1811*, s. 8-9.

<sup>95</sup> 3192, *Sumaryczny spis 1828*.

<sup>96</sup> O czym w innym miejscu – por. niżej.

<sup>97</sup> 3192, *Sumaryczny spis 1828*.



znaczy, że pobytu w szpitalu nie przeżyło 23% osób zaatakowanych tą chorobą. Następnie u 12 pacjentów przyczynę zgonu były ogólnie choroby płuc (30 %), u 6 zapalenie opłucnej (6 %), u 5 gorączka nerwowa (62 %). Dwóch zmarło na gorączkę *terzana*, która przeszła w zapalenie opłucnej (0,3 %), kolejnych dwóch na uwiąd – zanik mięśni (66,7%). Nie udało się też przeżyć dwóm mężczyznom cierpiącym na zapalenie osierdzia. Zmarło ponadto dwóch chorych z płynem w jamie opłucnej, jak również trzeci, u którego ta sama choroba przeszła w zapalenie płuc. W szpitalu zakończył również życie mężczyzna chory na płuca, który miał współistniejącą chorobę żołądka. Tak więc zarówno zapalenie osierdzia, jak i płyn w jamie opłucnej okazały się chorobami w stu procentach śmiertelnymi. W pozostałych pojedynczych przypadkach przyczyną zgonu była kolka, ospa zlewająca, gruźlica płuc, krwioplucie, biegunka, zapalenie opłucnej z flegmą, obrzęk płuc, kacheksja, zapalenie mózgu, wodobrzusze, puchlina wodna, dyzenteria, apopleksja, dolegliwości płucno-żołądkowe, nieżył żołądka, paraliż przełyku, choroba gastryczna, nerki. W perspektywie globalnej najbardziej niebezpieczne i śmiertelne były choroby płuc, na czele z gruźlicą płucną, która w spisie pod właściwą jej nazwą (*tisi*) rzadziej była wymieniana, w porównaniu do wielu chorób okołopłucnych. Prawdopodobnie kryły się pod nimi również nowotwory płuc, które w ogóle nie były diagnozowane i notowane w źródle. Utajone choroby nowotworowe mogły też towarzyszyć i innym schorzeniom wewnętrznym, np. nieżyłowi żołądka i przełyku, puchlinom, czy krwiopluciu. Za to bardzo rzadko kończyły się śmiercią wszelkiego typu gorączki, z wyjątkiem bardzo śmiertelnej gorączki nerwowej. Praktycznie brak było chorób kardiologicznych. Paru mężczyzn z palpacją serca i bólem w okolicy serca konstatację tę tylko potwierdza<sup>98</sup>.

Stwierdzono wcześniej, że w ujęciu ogólnym w szpitalu umierał, mniej więcej co dziesiąty pacjent. Jest to konstatacja o tyle ważna i wymowna, co jednocześnie zaciemniająca prawdziwy obraz zjawiska. Dopiero jego analiza w zależności od rodzaju dysfunkcji zdrowotnych pozwoli ukazać jak niejednorodna, wręcz skrajnie różna była w tym względzie sytuacja. Otóż były choroby obciążone, nawet w warunkach szpitalnych ogromnym ryzykiem śmiertelności oraz schorzenia, z których na ogół się nie wychodziło. Do pierwszych należała gruźlica oraz skorbut. Bezwzględnie największe spustoszenie siała gruźlica, na którą w latach 1767-1810 umierało 73% hospitalizowanych i – co ciekawe – więcej w pierwszej dekadzie XIX w. (80%) niż w trzech końcowych dekadach poprzedniego stulecia (67,4%), co świadczy, że żaden postęp w leczeniu tej choroby nie nastąpił. Drugą śmiertelną chorobą, choć już nie w takim wymiarze, był skorbut, pozabawiający życia blisko połowę dotkniętych nim osób (45,9%). W jego wypadku

<sup>98</sup> Tamże.

odsetek umieralności utrzymywał się na stabilnym poziomie. Wyjątkowy był 1767 r., w którym zmarło aż 84,2% chorych na szkorbut, spośród 222 – 187. Pacjentów o innych przypadłościach śmierć nie dziesiątkowała już w tak okrutny sposób. W wypadku osób wymagających zabiegu chirurgicznego swojego pobytu w szpitalu dla rannych nie przeżył co piąty pacjent (20,3%). Wskaźnik ten przez blisko pięćdziesiąt lat utrzymywał się mniej więcej na tym samym poziomie. Jeszcze większą szansę przeżycia miały osoby cierpiące na kamienie, wymagające często interwencji czy zabiegu ze strony chirurga, choć nie umieszczano ich w szpitalu chirurgicznym. Spośród nich pobytu w szpitalu nie przeżyło 14,8% osób, odsetek zmarłych jednak sukcesywnie z biegiem lat się zmniejszał, co może sugerować postęp w sztuce usuwania kamieni. I wreszcie nieliczne przypadki wścieklizny, które zawsze kończyły się śmiercią, co potwierdza, że ta choroba była wówczas jeszcze całkowicie nieuleczalna<sup>99</sup>.

Okazuje się, że największe szanse przeżycia spośród wszystkich hospitalizowanych miały osoby z objawami gorączki (przeważnie malarycznej), których była przytłaczająca większość. Choć umieszczeni w wielkich, wspólnych salach, teoretycznie mieli najgorsze warunki lokalowe, to jednak tylko 7,8% z nich nie dało się uratować. Nie licząc gorączkujących, spośród pozostałych pacjentów o innych niedomaganiach, łącznie z personelem, pobytu w szpitalu w latach 1767-1810 nie przeżyło aż 31,7% osób (4804 na 15152). Można powiedzieć, że niska śmiertelność wśród wielkiej masy gorączkujących radykalnie niwelowała wysoki odsetek zgonów wśród innych grup chorych, a w konsekwencji powodowała wyraźne obniżenie analogicznego współczynnika odnoszącego się do wszystkich hospitalizowanych. Aby nie zaciemniać i nie deformować obrazu zjawiska związanego ze skalą umieralności w szpitalu, problem ten należałoby rozpatrywać odrębnie dla poszczególnych kategorii chorych, występowały bowiem takie choroby, których wyleczalność była skrajnie różna. Omawiając problem śmiertelności i wyzdrowień, należy mieć na uwadze, że dotyczy on szpitala awangardowego, niemal kliniki, o rzadko spotykanym gdzie indziej zapleczu medycznym, toteż jest więcej niż pewne, że śmiertelność chorych w innych, mniejszych szpitalach była wyższa. Biorąc pod uwagę wymienione okoliczności, do podobnych porównań należy podchodzić z dużą ostrożnością. Nie można na przykład bezkrytycznie zinterpretować niemal identycznych wskaźników śmiertelności w szpitalu kanoników Świętego Ducha (10%) i w szpitalu *S. Giacomo degl'Incurabili* (9-11%)<sup>100</sup>. W tym drugim szpitalu wymieniony odsetek dotyczy w miarę jednorodnej grupy pacjentów – wenerycznie chorych, w pierwszym zaś ogółu populacji szpitalnej. Można

<sup>99</sup> Wyliczeń dokonano na podstawie nr 1414, *Ristretti* z lat 1767-1810.

<sup>100</sup> M. VANTI, *S. Giacomo degli Incurabili*, s. 37.

natomiast wyciągnąć wniosek, że syfilis był w owym czasie chorobą bardziej chroniczną niż powodującą częste i szybkie zgony.

Ocena współczynnika umieralności pacjentów może być miarodajna tylko przy porównaniu tego zjawiska z sytuacją w innych placówkach leczniczych. W szpitalu bonifratrów w Cadillac we Francji w latach 1714-1744 umierało rocznie 20% chorych<sup>101</sup>. Także w krakowskim szpitalu bonifratrów w latach 1657-1676 swoje życie kończyło również 20% pacjentów rocznie. Wskaźnik ten był nieco niższy w latach 1692-1715 oraz w latach 1775-1796, a wynosił 18%<sup>102</sup>. Różnice w tym względzie między rzymskim szpitalem duchaków a szpitalami bonifratrów, zwłaszcza w Krakowie, były bardzo duże na korzyść tego pierwszego. Dwukrotnie niższej śmiertelności chorych w placówce rzymskiej wynika przede wszystkim z zupełnie nieporównywalnego zaplecza medycznego obu instytucji. Podczas gdy w szpitalu krakowskim był zatrudniony tylko jeden lekarz, w szpitalu rzymskim było ich łącznie z chirurgami kilkunastu<sup>103</sup>.

Parę uwag należy poświęcić jeszcze elitarnemu szpitalikowi *dei Nobili*. Informacje liczbowe odnośnie do jego pacjentów są podawane w rejestrach rocznych tylko za lata 1717-1736, i to na marginesie. Być może w innych latach zostali oni, jako praktycznie niezauważalna liczbowo grupa, włączeni w ogólną statystykę chorych. W ciągu trzynastu lat, dla których odnaleziono spisy, w *Ospedale dei Nobili* przebywało w sumie 140 osób, najwięcej po 18 w 1723 i 1724 r., najmniej – 3 osoby w 1731 r. Średnio z leczenia w szpitalu korzystało rocznie około 11 osób, czyli przeciętnie mniej niż jedna osoba w ciągu miesiąca<sup>104</sup>. Trudno w tym wypadku mówić o szpitalu, choć w źródłach tak jest wymieniany. Było to raczej wydzielone, spokojne i dyskretne miejsce dla pojedynczych osób dystygowanych o rodowodzie szlacheckim i wysokim prestiżu, traktowanych w szpitalu na zupełnie innych zasadach niż pozostali pacjenci. Nie ulega wątpliwości, że wobec tak niskiej liczby pensjonariuszy pomieszczenie to przez wiele tygodni musiało pozostawać puste lub też było wykorzystywane dla innych celów<sup>105</sup>. Spośród 140 osób, które znalazły się w tym szpitaliku, 33 nie przeżyło. W porównaniu do ogółu chorych, śmiertelność (23,6%) była w nim o wiele wyższa ponad dwukrotnie<sup>106</sup>. Co było tego przyczyną, biorąc pod uwagę szczególną troskę, jaką tych ludzi

---

<sup>101</sup> S. PORĘBOWICZ, *Szpital psychiatryczny w Cadillac. 250 lat opieki psychiatrycznej*, „Szpitalnictwo Polskie” 6, 12962, nr 6, s. 81.

<sup>102</sup> H. KOMARYŃSKA, *Szpital Bonifratrów*, s. 243, 248, 253.

<sup>103</sup> Tamże, s. 296 i nast.

<sup>104</sup> ASR, nr 1414, *Ristretto degli Infermi entrati, partiti e morti ... 1723*; ASR, nr 1414, *Ristretto degli Infermi entrati, partiti e morti ... 1724*; ASR, nr 1414, *Ristretto degli Infermi entrati, partiti e morti ... 1731*.

<sup>105</sup> ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata...1737*, s. 17.

<sup>106</sup> Zob. *Ristretti* za lata 1717-1736

otaczano? Można przypuszczać, że wśród nich znajdowało się wielu w zaawansowanym wieku, schorowanych, którzy byli tam niejako rezydentami, a pobyt w szpitalu stanowił dla nich formę dożywocia.

W sposób nie do końca jasny w rejestrach zamieszczono dane o osobach zarażonych świerzem. Tych pacjentów również nie ujmowano w ogólnych statystykach, lecz w formie dodatkowej informacji i to tylko za okres 1717-1728, zaznaczając przy tym, że przyjęto ich do szpitala św. Łazarza (*rognosi ricevuti nell'Ospedale S. Lazzaro*). Był to szpital zlokalizowany na Monte Mario, zajmujący się najpierw opieką nad trędowatymi, a następnie specjalizujący się w leczeniu cierpiących na choroby skórne<sup>107</sup>. Na mocy brewe Innocentego X (1644-1655) z 30 marca 1645 r. został on włączony do Szpitala Świętego Ducha<sup>108</sup>. To właśnie do niego odsyłano zakażonych świerzem, podobnie jak około dwadzieścia lat później, gdy ze szpitala duchaków przeniesiono ich do szpitala S. Gallicano<sup>109</sup>. Od momentu agregowania opiekę nad zakażonymi osobami w szpitalu św. Łazarza sprawował „szpitalnik” (*ospedaliero*), opłacany z funduszu Szpitala Świętego Ducha. Kiedy zarażeni pacjenci wymagali bardziej fachowej konsultacji, z pomocą przychodzili im pracownicy medyczni z infirmerii świętoduskiej. Na przykład w 1656 r. litotom Stefano Truli, zajmujący się wycinaniem kamieni, pracował w obu szpitalach<sup>110</sup>. Rękopis z 1658 r., wymieniający uposażenie personelu Szpitala Świętego Ducha, wymienia chirurga oraz przełożoną lub przełożonego szpitala *San Lazzaro*<sup>111</sup>, co niewątpliwie potwierdza wzajemny związek obu instytucji, i świadczy o ich odrębności lokalowej; jako że do infirmerii duchaków nie przyjmowano chorych kobiet, to tym bardziej nie mogła w nim pełnić zwierzchniej funkcji siostra zakonna. Wzajemny związek obu instytucji potwierdza reskrypt papieża Klemensa XII (1730-1740), na mocy którego szpital *San Lazzaro* został podporządkowany z niewielkimi dochodami Szpitalowi Świętego Ducha<sup>112</sup>, a także dokument z XVIII w., w którym nieliczni pracownicy usługowi szpitala *San Lazzaro fuori Porta Angelica* figurują w spisie rodziny szpitalnej szpitala świętoduskiego<sup>113</sup>. Skalę liczbową pensjonariuszy szpitala

<sup>107</sup> *La carità cristiana in Roma*, s. 206; M. SURDACKI, *Dzieci porzucone*, s. 53.

<sup>108</sup> P. SAVIO, *Ricerche sui medici e chirurghi dell'Ospedale di Santo Spirito in Sassia. Secoli XVI-XVII*, „Archivio della Società Società Romana di Storia Patria”, XCIV (XXV) della serie III, 1971, s. 145, 165; P. DE ANGELIS, *L'Ospedale Apostolico di Santo Spirito in Saxia nella mente e nel cuore dei papi*, Roma 1955, s. 122.

<sup>109</sup> Problem chorych na świerz i przeniesienia do szpitala S. Gallicano omówiony został w odrębnym podrozdziale.

<sup>110</sup> P. SAVIO, *Ricerche sui medici e chirurghi*, s. 146, 165. W szpitalu św. Łazarza zatrudniony był przez półtora roku, za co zapłacono mu 90 skudów – rocznie 60 skudów.

<sup>111</sup> ASR, nr 27, *Rubricella delli salariati*.

<sup>112</sup> ASR, nr 7, *Ristretto del contenuto di dversi chirografi*, s. 209.

<sup>113</sup> ASR, nr 1414, *Nota della famiglia ...*

S. Lazzaro określa relacja z 1690 r., według której „przypadki trądu były częste, a liczba trędowatych wysoka; było ich wtedy 15<sup>9</sup>. Odnotowano też w tym roku jeden przypadek śmierci kobiety chorej na trąd<sup>114</sup>.

W ciągu pięciu lat wymienionego okresu do szpitala S. Lazzaro przyjęto razem 746 świerzbowatych, co daje 149 osób na rok, najwięcej w 1717 r. – 195 osób, najmniej w 1728 r. – 97<sup>115</sup>. Informacji na temat ich śmiertelności spisy nie podają. Z wcześniejszych rozważań wiadomo, że przynajmniej w latach trzydziestych świerzbowaci przebywali w Szpitalu Świętego Ducha, ulokowani w *Corsia Nuova* starego skrzydła, co było przyczyną licznych zakażeń innych pensjonariuszy<sup>116</sup>. Fakt, że w spisach chorych, poczynawszy od 1729 r., zaprzestano podawania oddzielnych adnotacji o chorych przyjętych do S. Lazzaro, pozwala przypuszczać, że zostali włączeni do tabel z ogólną statystyką. Przyjmując ten tok rozumowania, świerzbowaci byli obecni w szpitalu świętoduskim od 1729 r. do czasu ich prętransportowania ich w 1743 r. do szpitala S. Gallicano. Według akt wizytacji z przełomu lat 30/40. w Szpitalu Świętego Ducha przebywało dziennie od 70 do 170 świerzbowatych, w większości w *Corsia Nuova*, mniej więcej tyle samo, co w latach, gdy umieszczano ich szpitalu S. Lazzaro. Spośród nich umierało około 12%<sup>117</sup>.

Kwestią niejasną i nie do końca rozwiązana pozostaje pytanie o płęć chorych na świerzb pozostających w szpitalu duchaków. Czyżby przyjmowano do niego wyłącznie zarażonych mężczyzn, a kobiety z tą przypadłością od razu kierowano do innych szpitali, *San Lazzaro* czy *San Gallicano*. Hipoteza, że świerzbowaci, bez względu na płęć, mogli przebywać razem w szpitalu świętoduskim jest mało prawdopodobna. Zakładając, że mogli być w nim jakoś izolowani od innych chorych, nie jest możliwe, by przebywali tam razem osoby obojga płci, tym bardziej, że wśród służby opiekuńczej nie było nigdy kobiet.

## 8. WYCHODZENIE ZE SZPITALA

Wyleczenie z choroby i związane z tym wypisanie ze szpitala nie zawsze oznaczało bezpośredni powrót pacjenta do domu. Wielu z nich, po hospitalizacji i podleczeniu zdrowia, nie było jeszcze w pełni sił i wymagało dalszej, lżejszej już kuracji – rekonwalescencji. Dotyczyło to szczególnie pacjentów po zabiegach

<sup>114</sup> P. Savio, *Ricerche sui medici e chirurghi*, s. 165

<sup>115</sup> ASR, nr 1414, *Ristretto deg'Infermi entrati, partiti, e morti ... 1717*; nr 1414, *Ristretto deg'Infermi entrati, partiti, e morti ... 1720*; nr 1414, *Ristretto deg'Infermi entrati, partiti, e morti ... 1723*; nr 1414, *Ristretto deg'Infermi entrati, partiti, e morti ... 1724*; nr 1414, *Ristretto deg'Infermi entrati, partiti, e morti ... 1728*.

<sup>116</sup> ASR; nr 1301, *Relazione fatta da Ferrini*, s. 14-17; ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata...1737*, s. 158-160.

<sup>117</sup> ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata ...1737*, s. 165-166, 173.

operacyjnych, ale też przebywających na innych oddziałach. Szpital Świętego Ducha, nastawiony na szybką i doraźną pomoc osobom z poważnymi przypadkami chirurgicznymi i schorzeniami, nie mógł sobie pozwolić na długą i kosztowną rekonwalescencję, która mogła być prowadzona w innych placówkach, zwłaszcza w przeznaczonym do tego celu szpitalem *Trinità dei Pellegrini*. Do niego też kierowano osłabionych pacjentów szpitala duchackiego. Po sporządzeniu listy osób przeznaczonych do przetransportowania pisarz odwoził rekonwalescentów powozem do nowego szpitala, przekazując ową listę, wraz z danymi personalnymi oraz informacją o liczbie dni pobytu w szpitalu, tamtejszemu przełożonemu<sup>118</sup>.

W wypadku, gdy pacjenci opuszczali szpital, udając się do domu lub na rekonwalescencje do innego zakładu, służba usuwała ze stolików (tabliczek) przy łóżkach wszystkie znaki oraz biuletyny z ich imieniem i nazwiskiem. Odchodzących jeszcze raz proszono o podanie ustnie danych osobowych, co miało zapobiec zamianie wydawanych ubrań<sup>119</sup>.

W momencie wydawania depozytów rekonwalescentom odkryto wiele nieprawidłowości, polegających na ich braku, zaginięciu, przypadkowym lub celowym podmienianiu. Takie sytuacje zdarzały się nagminnie i wynikały z nieprzestrzegania procedury deponowania rzeczy w momencie przybycia chorych do szpitala. Jak stwierdził w 1759 r. komendator Castelli (1758-1759), jeszcze za życia jego poprzednika Pallaviciniego (1637-1749) ubrania po przyjęciu i przebraniu się chorych kładziono nieraz pod łóżko, co dawało okazję do ich przywłaszczania sobie przez nieznanymi sprawców. Zaniedbań dopuszczał się sam pisarz, który nie zawsze dwa razy na dzień obchodził i spisowywał nowych chorych, przez co paczki pozostawały pod łóżkami z jednego dnia na drugi. Winni też byli kaprale, którzy wiązali paczki i oznaczali je numerami łóżek, na których leżeli ich właściciele. Wobec nieprzybycia pisarza, sami, bez żadnej asysty zanosili je do magazynu. Z kolei za rządów komendatora Giovanniego Ottavio Bufaliniego (1749-1754) stwierdzono liczne zaginięcia depozytów, wydawanie nie tych, co należy, zamienianie między odchodzącymi ze szpitala. Mechanizm tych błędów był następujący: na przykład kapral zaznaczał na biuletynie numer 16 łóżka, na którym kładł chorego, podczas gdy lekarz w czasie wizyty przenosił go na łóżko z numerem 20, wtedy pisarz zapisywał go na nowym łóżku, w którym się znalazł. W międzyczasie na łóżku nr 16 umieszczano innego chorego, a na jego tobołku przypinano biuletyn z tym samym numerem. Stąd istniały dwa tobołki z identycznym numerem, przypisane do jednego łóżka<sup>120</sup>.

<sup>118</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 108.

<sup>119</sup> Tamże, s. 222.

<sup>120</sup> ASR, nr 44, *Sotto il governo del Sig. Card. Giuseppe Maria Castelli ... 1759*, s. 76-78.



Zamiana zdeponowanych paczek i ubrań lub brak niektórych rzeczy była zjawiskiem permanentnym, stwierdzanym przy opuszczaniu szpitala przez rekonwalescentów. Pomimo ciągłych rozporządzeń w tej sprawie trudno było skutecznie go uregulować. Różne były przyczyny tych nieprawidłowości. Według opinii wizytatora z lat 40. XVIII w. w grę wchodziły zarówno pomyłki lub zaniedbania, jak i świadome działania czy wręcz oszustwa. Po pierwsze, klucze do kredensów, w których składano depozyty, były ogólnie dostępne dla wszystkich. Rzeczy znikają więc, zanim zostały przeniesione przez pisarza z kredensu do magazynu. Po drugie, powodem zamiany pakunków była niesolidność ze strony gwardii, a co gorsza – świadome działanie samych pacjentów. Mianowicie przy opuszczaniu szpitala zamieniali oni celowo biuletyny trzymane na przyłóżkowych stolikach z biuletynami innych chorych, którzy mieli lepsze ubrania. W tej sytuacji komendant szpitala zobowiązał członków gwardii, aby po ułożeniu chorych na łóżku związali ich odzienie i złożyli nie w kredensie, ale pod łóżkiem, przed późniejszym przeniesieniem ich do magazynu<sup>121</sup>. Kilka lat później, o czym już wspomiano, składanie ubrań pod łóżkami uznano za jedną z przyczyn rzeczonych nadużyć.

Zdarzało się, że rekonwalescentom opuszczającym szpital wydawano nie własny pakunek, lecz inny, lepszy. Nie reagowali jednak wtedy, ubierali się w przekazane ubrania i szybko opuszczali szpital, a w wypadku, gdy zauważono pomyłkę, tłumaczyli się nieświadomością. Aby zapobiec takim sytuacjom, komendant, odnawiając stare rozporządzenia, nakazał kapralom i dyżurnym, by po wydaniu decyzji przez lekarza o wypisie pacjenta ze szpitala, nie usuwali od razu biuletynów, ale raz jeszcze poprosili go o podanie imienia i nazwiska oraz skonfrontowali te dane z widniejącymi na biuletynach i z numerem łóżka. Mieli też zapytać, czy jest chodzący, przez pomyłkę bowiem zdarzył się przypadek, że biuletyn położono nie w tej przegrodzie tabliczki informacyjnej u wezłowania, lecz w innej. Wskutek tego nastąpiła dezinformacja, gdyż rekonwalescent leżał na innym łóżku, niż wskazywał na to błędnie umieszczony biuletyn. Czasem sami rekonwalescenci świadomie i ze złośliwości czynili takie przekłamania, podając pytającemu informacje niezgodne ze stanem rzeczywistym. Nakazano też kapralowi, aby osobiście uczestniczył w wydawaniu i rozdzielaniu pakunków odchodzącym rekonwalescentom, pytał raz jeszcze odchodzących o te same, co wyżej informacje, i porównywał je z zamieszczonymi w biuletynach<sup>122</sup>.

Ważnym problemem było określenie przez służbę medyczną momentu, w którym było można bezpiecznie wypisać pacjenta ze szpitala, uznając go za już wyleczonego i zdrowego. W trosce o dobro chorych kongregacja papieska

<sup>121</sup> ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata...1737*, s. 383.

<sup>122</sup> ASR, nr 44, *Sotto il governo del Sig. Card. Giuseppe Maria Castelli ... 1759*, s. 78-79.

wydawała edykty do przełożonych wszystkich szpitali rzymskich. W jednym z nich, z 1742 r., przestrzegano lekarzy, aby nie zwalniano pacjentów szpitali, dopóki nie będą całkowicie wyleczeni z choroby, która była przyczyną ich hospitalizacji. Ażeby mogli opuścić szpital, przynajmniej przez trzy dni musieli czuć się dobrze i przez te dni byli w stanie swobodnie spacerować po sali. Zdarzało się bowiem, że zmuszano ich wcześniej do opuszczania szpitala ze szkodą dla nich. W wypadku rannych, jak zaznaczono w edyktie, opinię o dalszej rekonwalescencji w szpitalu *Santissima Trinità* wydawali chirurdzy<sup>123</sup>.

Pacjentów opuszczających szpital wypisywano po obiedzie, zapewniwszy im wcześniej tenże posiłek. Po jego spożyciu otrzymywali małą butelkę wina, udawali się do garderoby, następnie odbierali zdeponowane paczki i przebierali się w swoje ubrania. Tym, co od razu nie mogli opuścić szpitala, paczkę ponownie wkładano pod ich łóżko<sup>124</sup>. W ubieraniu się rekonwalescentom pomagali strażnicy nocni, którzy w czasie zimy podpalali w palenisku ogień, by zapewnić im ciepło w czasie zmiany garderoby<sup>125</sup>.

W oddzielnych rejestrach pisarz odnotowywał zmarłych i datę ich śmierci, wyleczonych – opuszczających szpital, sporządzał listę rekonwalescentów, przekazując ją woźnicy, który przewoził ich na dalsze leczenie do szpitala *Santissima Trinità dei Pellegrini*<sup>126</sup>. Ubodzy z poszczególnych parafii hospitalizowani w szpitalu po wyzdrowieniu przed opuszczeniem szpitala przedstawiali drukowane biuletyny podpisane przez proboszczów, w których pisarz poświadczał, czy spędzili w nim przynajmniej dziesięć dni. Jeśli taka sytuacja miała miejsce i byli zarejestrowanymi w swoich parafiach, otrzymywali za ten okres zwyczajową jałmużnę. Na mocy rozporządzenia jałmużnika papieskiego, gdy pobyt w szpitalu był krótszy, takie wsparcie im się nie należało<sup>127</sup>.

Niepokojącym zjawiskiem występującym w szpitalach było przedwczesne wypisywanie chorych. Komendator Szpitala Świętego Ducha informował w 1748 r., że ze szpitala *SS. Trinità dei Pellegrini* odsyłano rekonwalescentów nie w pełni wyleczonych. Było to ze szkodą dla nich, ale także dla samych szpitali, które musiały ponownie od początku rozpoczynać kurację i ich utrzymywać. Winą za to obarczono lekarzy, którzy idąc na łatwiznę, zbyt szybko wypisywali nie w pełni wyleczonych, którzy jeśli wstali samodzielnie z łóżka i ubrali się, nie byli już ponownie wizytowani i badani przed opuszczeniem szpitala. Tymczasem niektó-

<sup>123</sup> ASR, nr 7, *Editto da osservarsi ... MDCCXLII*.

<sup>124</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 23, 184, 236.

<sup>125</sup> Tamże, s. 259

<sup>126</sup> ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi nell'Arcispedale ... 1654*, s. 47-50, 53; ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi dagl' Officiali ... 1654*, s. 30-31; Zob. też: ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata...1737*, s. 265.

<sup>127</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 109.

rym dołączały się w międzyczasie inne choroby i choć nie mogli utrzymać się na nogach, wieziono ich na dorożkami do SS. *Trinità dei Pellegrini*, przez co jeden zmarł w czasie transportu. Chcąc temu przeciwdziałać, przełożony generalny Szpitala Świętego Ducha polecił głównym lekarzom, by nie zwalniali nigdy ze szpitala pacjentów, jeśli nie byli całkowicie wyleczeni z choroby i nie mogli własnymi siłami dotrzeć do domu, w przeciwnym razie należało jeszcze przedłużyć im pobyt w szpitalu o kilka dni. Zwrócił się też do dyżurnych lekarzy asystentów, by wizytując rekonwalescentów, zbadali i upewnili się, czy wśród przeznaczonych do wypisania nie ma kogoś z nawrotem choroby lub innej słabości. W takiej sytuacji należało ich umieścić w pierwotnym miejscu do ponownej obserwacji<sup>128</sup>.

Opisane spostrzeżenia i dyspozycje wydano w czasie wizytacji Szpitala Świętego Ducha (1737-1749), najważniejszej spośród wizytacji, jakie kiedykolwiek odbyły się w szpitalach rzymskich<sup>129</sup>. Zapisy wynikające z osobistych doświadczeń wizytatora miały obowiązywać we wszystkich szpitalach w mieście. *Sacra Congregazione della Visita Apostolica* poprzez zakres oraz analityczność przeprowadzonych kontroli, sam czas trwania wizytacji oraz związane z nią procedury zamierzała rozszerzyć zasady kierowania Szpitalem Świętego Ducha na inne instytuty szpitalne w Rzymie. Trwająca ponad dziesięć lat obecność wizytatorów podważyła uprzywilejowane, arbitralne rządy tego szpitala, dotychczas oddzielnego i wolnego od ogólnych reguł, autorytatywnej kontroli oraz od rygorystycznego stosowania tego samego prawa kanonicznego we wszystkich szpitalach<sup>130</sup>.

Również w okresie rządów francuskich, gdy szpitale rzymskie podlegały Komisji Administracyjnej Szpitali, pacjenci po zakończonej kuracji często udawali się na dalszą rehabilitację do SS. *Trinità dei Pellegrini*, gdzie byli przez trzy dni karmieni, aby odzyskać siły. W 1811 r. książę Luigi Braschi Onesti (1744-1818) – mer (burmistrz) Rzymu skierował do Komisji list, prosząc o ponowne przyjęcie do Szpitala Świętego Ducha chorego Camillo Poliego, który wcześniej przebywał w nim krótko, lecz nie był jeszcze zdolny do pracy, a dodatkowo z powodu biedy nie posiadał żadnych środków na swoje utrzymanie. W od-

<sup>128</sup> ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata...1737*, s. 409-410.

<sup>129</sup> Wizytacja rozpoczęła się z wydaniem 22 września 1737 r. wydaniem przez Klemensa XII (1730-1740) brewe papieskiego, na mocy którego pierwszym wizytatorem mianowany został kardynał Leandro Porzia (1673-1740). Po jego śmierci Benedykt XIV wizytatorem szpitala ustanowił 4 sierpnia 1740 r. kardynała Giacomo Lanferediniego (1680-1741), a po niespodziewanej śmierci tegoż decyzją kolejnego brewe z 28 maja 1741 r. funkcję wizytatora objął kardynał Antonio Saverio Gentili (1810 1753), który pełnił ją aż do zakończenia wizytacji w 1749 r. Zob. M. Piccialuti, *La carità*, s. 119-120, 229.

<sup>130</sup> M. PICCIALUTI, *La carità*, s. 126-127.

powiedzi sekretarz Komisji napisał, że „nic nie może być bardziej nieprawidłowe niż prośba wyrażona przez mężczyznę oczekującego ponownej hospitalizacji, pomimo pełnego wyzdrowienia. Komisja wyraża współczucie z powodu jego ubóstwa, ale nie może go z niego uwolnić, utrzymując i żywiąc w szpitalu osobę już wyleczoną; nie byłoby to dobrze pojmowane miłosierdzie, a otwarłoby drogę do innych niekończących się nadużyć”<sup>131</sup>.

Niemal identyczny list interwencyjny do Komisji Administracyjnej wystosował w tym samym roku Braschi w sprawie Liberato Selvaggiiego, starego mężczyzny bez jednego oka, który po złamaniu nogi znalazł się w szpitalu *S. Maria della Consolazione*. Po wyleczeniu złamania nie był jednak w stanie samodzielnie zarabiać na utrzymanie, ponieważ doznał wielkiego paraliżu uniemożliwiającego chodzenie i był zmuszony leżeć w łóżku. Braschi był wprawdzie świadomy, że szpital nie powinien utrzymywać dłużej osób, które zostały już wyleczone, niemniej, zważając na sytuację oraz ubóstwo „nieszczęśnika” i niemożliwość samodzielnego bytu, poprosił o miłosierdzie dla niego i przydzielenie mu dożywocia w Szpitalu Świętego Ducha wśród chorych, którzy mają tam wieczne (*perpetuo*) łóżko. Nieznana jest reakcja Komisji na powyższą suplikę. Warto za to przytoczyć pismo, które wystosował wiceprezydent Komisji Administracyjnej książę Agostino Chigi della Rovere (1771-1855) do wspomnianego burmistrza Rzymu. Informował on, że w Szpitalu Świętego Ducha przebywa 9-10-letni zdrowy chłopiec o „kwitnącym wyglądzie”, którego przyjęto w chorobie na leczenie, a teraz pozostaje w nim od bardzo długiego czasu, choć został perfekcyjnie wyleczony. Nie miał jednak ani rodziców, ani innej rodziny, która mogłaby się nim zaopiekować, i choć lokalne władze nie chciały go pozostawić na ulicy, to nie potrafiły znaleźć stosownego rozwiązania. Jak argumentował Chigi, „Komisja uważa, że żywienie zdrowego chłopca na koszt gminy lub wysłanie go do jednego czy drugiego hospicjum, a tym bardziej utrzymywanie w szpitalu wśród chorych, byłoby sprzeniewierzeniem idei prawdziwego miłosierdzia, należy więc znaleźć dla niego racjonalne miejsce”. Po tej odpowiedzi książę Braschi poprosił władze Komisji Administracyjnej o przesłanie danych chłopca i obiecał umieścić go w *Ospizio S. Michele a Rippa*<sup>132</sup>, instytucji dla opuszczonej i zaniedbanej młodzieży męskiej, która mogła tam dorastać i wychowywać się poprzez prace w manufakturze.

Cytowana korespondencja i zawarte w niej informacje z czasów panowania Napoleona jako króla Włoch, posiadają unikatową wartość. Rzym i tamtejsze szpitale nie podlegały wtedy zwierzchnictwu papieskiemu, lecz władzy cywilnej. O przyjęciu do szpitala nie decydowali dostojnicy kościelni i motywy miłosier-

<sup>131</sup> ASR, nr 3099, List księcia Braschi do *Commissione Amministrativa* ....

<sup>132</sup> ASR, nr 3099, List księcia Braschi do wiceprezydenta *Commissione Amministrativa* ...

dzia, tylko względy czysto pragmatyczne. Z korespondencji wynika, że w Szpitalu Świętego Ducha za czasów francuskich istniało miejsce (oddział) dla dożywotnich rezydentów, prawdopodobnie za jakąś opłatą. W dwu poprzednich wiekach źródła o takim rozwiązaniu w ogóle nie wspominają, chyba że chodziłoby o wewnętrzny szpitalik *dei Nobili*. Wyraźnie jednak widać, że w latach „francusko-napoleońskich” w szpitalu istniał jakiś mały przytułek, zapewne dla osób wyjątkowych i protegowanych przez władze świeckie, a niedostępny dla biedaków. Treść przytoczonych listów dowodzi też, że Komisja Administracyjna z całą mocą broniła dawnego modelu i przeznaczenia szpitala – wyłącznie jako lecznicy dla chorych i nie ulegała w tym względzie naciskom najwyższych autorytetów i osobistości. Pismo księcia Chigi pokazuje też, że choć szpital nie był przeznaczony dla małych chorych dzieci, to już podrośniętych chłopców do niego czasami przyjmowano<sup>133</sup>.

Zachodzi pytanie, czy protegowanie osób na hospitalizację miało charakter epizodyczny, czy też stało się znakiem postrewolucyjnych czasów francuskich. Taki dylemat pojawia się przy kolejnej protekcji, skierowanej w 1812 r. do wiceprezydenta Komisji księcia Chigi, a podpisanej przez senatora Aledoville, prefekta Departamentu Rzymskiego, członka Rady Stanu, barona cesarstwa i legii honorowej. W liście pisanym w Paryżu po francusku i po włosku polecał on i prosił o przyjęcie do Szpitala Świętego Ducha chorego i gorączkującego od dwóch lat Vincenzo Tonilliego (wiek 23 lata), syna ogrodnika z klasztoru maltańskiego<sup>134</sup>.

---

<sup>133</sup> Zob. wyżej podrozdział 4.

<sup>134</sup> ASR, nr 3099, List senatora Aledoville do wiceprezydenta *Commissione* ...

## Rozdział VII

### CHOROBY

#### 1. UWARUNKOWANIA ŚRODOWISKOWO-SPOŁECZNE

Już sama struktura wewnętrzna szpitala i istniejące w nim oddziały wskazują, że trafiali do niego przedstawiciele wszystkich środowisk społecznych, pochodzący tak z Rzymu, jak i z różnych zakątków Italii. Generalnie przeważali ludzie niezamożni, a nawet biedni. To, że ubóstwo i choroby są ze sobą nierozłącznie powiązane, jest faktem obiektywnym i niezaprzeczalnym<sup>1</sup>. Skala ilościowa chorych, potencjalnych pensjonariuszy szpitali, eksplodowała zazwyczaj w okresie epidemii i innych klęsk (suszy, głodu, powodzi), które szczególnie w pierwszej połowie XVII w. nieustannie nawiedzały Rzym i jego okolice. Smutna sekwencja wydarzeń miała miejsce w XVII w.: dżuma w 1611, 1630 i 1656 r., odra w 1633 i 1635 r., straszny upał w 1645 i 1646 r., malaria w 1648 r., gorączka złośliwa w 1654 r., głód w 1621, 1636, 1647-1649 i 1653 r.<sup>2</sup>

Jeśli te kryzysy zdrowotne dotykały wszystkie klasy społeczne, to jednak ubodzy byli stawiani w pierwszym rzędzie, w którym cierpienie i śmierć zbierała najobfitsze żniwo. To, co łączyło chorobę z pauperyzmem, to fakt, że większość pacjentów tłoczących się w szpitalach pochodziło z najniższych, plebejskich, ekonomicznie bezradnych warstw społeczności rzymskiej. Luigi Fiorani pisał: „Relacja ta zacieśniała się na płaszczyźnie szpitalnej. Dlatego, że ci biedni znajdowali w szpitalu trochę szacunku i pocieszenia, których w zwykłym życiu nie doświadczali, ale spotykali też trudności i dyskryminację, co czyniło ich położenie trudnym. I tak w końcu szpital stwarzał nowe poświadczenie stanu ich ubóstwa,

---

<sup>1</sup> Szerzej a ten temat L. FIORANI, *Religione e povertà. Il dibattito sul pauperismo a Roma tra Cinque e Seicento*, „Ricerche per la Storia Religiosa di Roma”, 3, 1979, s. 81-87.

<sup>2</sup> Biblioteca Apostolica Vaticana, Barb. Lat. 10683, *Relatione del modo che si tiene... nel governo dell'archispedale di S. Spirito*, s. 1-32. Ten dokument jest opublikowany w: R. GRÉGOIRE, *Servizio dell'anima quando del corpo nell'ospedale di Santo Spirito*, „Ricerche per la Storia Religiosa di Roma”, 3, 1979, s. 221-254. Zob. też L. FIORANI, *Povertà e malattia nella Roma post-tridentina (secc. XVI-XVIII)*, w: *L'ospedale dei pazzi di Roma dai papi al '900. Lineamenti di assistenza e cura a poveri e dementi*, red. A. Iaria, A. Bonfigli, F. Fedeli Bernardini, t. II, Bari 1994, s. 85; TENZE, *Religione e povertà*, s. 82-83.



co wzmacniało i sankcjonowało ich status jako ostatnich w społeczeństwie”<sup>3</sup>. W innym miejscu kontynuował: „Szpital był ostatnią plażą, na której miasto porzucało swoje ofiary [...]. Ofiary dotknięte głodem, wojną, chorobami zakaźnymi, te same zagrożenia i koszmary, które zaatakowały przedindustrialne społeczeństwa Europy, jeszcze nieprzygotowane (i jeszcze mniej przygotowane były Rzym i Państwo Kościelne) do rozwiązywania problemów związanych rozwojem demograficznym i reorganizacją życia gospodarczego oraz do obrony klas najbardziej narażonych na skutki nowej dynamiki społecznej”<sup>4</sup>.

Sporo o pochodzeniu społeczno-terytorialnym pacjentów i przyczynach ich hospitalizacji oraz sposobach transportu można dowiedzieć się z rękopisu pochodzącego z początku XVIII w. Mowa w nim o wielkiej liczbie wieśniaków, którzy chorowali z powodu ciężkiej pracy, niedostatku, złego klimatu i deszczy w licznych posiadłościach rolnych otaczających Rzym, jak również w daleko od Rzymu oddalonych<sup>5</sup>. Choroby, w dużym stopniu zwłaszcza malaria, dotykały ich szczególnie w okresie ciężkich prac wiejskich, letnich lub wczesnojesiennych. Jednym ze sposobów uniknięcia czy zmniejszenia ryzyka zarażenia się była ucieczka w góry, co w czasie epidemii prowadziło do wyludnienia wsi<sup>6</sup>. Publiczne edykty papieskie z czasów pontyfikatu Innocentego XI (1676-1689) i Innocentego XII (1691-1700), rozwieszane w Rzymie i w innych miejscowościach, informowały, że w wypadku potrzeby chorymi wieśniakami zatrudnionymi w gospodarstwach mają się zaopiekować rządcy tych majątków, najpierw zadbać o udzielenie im sakramentów świętych, potem zgromadzić i odżywić w miejscowych austeriach, a następnie przewieźć wierzchowcem do szpitali rzymskich. Wszystkie koszty transportu, łącznie z jedzeniem, miały być wiozącym natychmiast zwrócone przez władze tych szpitali z konta Urzędu Jałmużny Papieskiej, w proporcjach do przebytej odległości i według taryfy wyznaczonej w wymienionych edyktach<sup>7</sup>.

Z powodu braku dobrej woli i miłosierdzia gospodarze dóbr i inne osoby, niechętnie zajmowały się chorymi poddanymi i nie zabezpieczali im koniecznej opieki, zajęci w lecie swoimi sprawami i myślący tylko o swoim zysku. Niekiedy sami chorowali lub wyjeżdżali, pozostawiając opustoszałe austerie, przez co chorzy wieśniacy zostawali całkowicie bezradni i opuszczeni w środku wioski, bez możliwości otrzymania sakramentów świętych z uwagi na dalekie odległości

<sup>3</sup> Cyt za: L. FIORANI, *Povertà e malattia*, s. 85.

<sup>4</sup> L. FIORANI, *Religione e povertà*, s. 82.

<sup>5</sup> ASR, nr 3092, Rękopis zaczynający się od słów: *Per prevedere al bisogno*.

<sup>6</sup> A. CELLI, *Malaria e colonizzazione nell'Agro Romano dai più antichi tempi ai giorni nostri*, Firenze 1925, s. 13, 16. Na temat malarii, sposobów jej zwalczania i unikania w okolicach Rzymu na przestrzeni wieków zob. P. DE ANGELIS, *La Spezieria dell'Ospedale di Santo Spirito in Saxia e lotta contro la malaria*, Roma 1954, s. 9-24.

<sup>7</sup> ASR, nr 3092, Rękopis zaczynający się od słów: *Per prevedere al bisogno*.

i niedostateczną troskę okolicznych proboszczów. Żyli w brudzie i biedzie na tych wsiach, a jeśli udało im się dowiec do szpitali rzymskich, wyniszczeni przez chorobę i ból szybko umierali lub nie odzyskiwali już pełni zdrowia. Wielu innych było zmuszonych pozostać, z narażeniem życia, w złym klimacie letnim na wsiach, w tawernach, karczmach i gospodach lub we własnych zagrodach. W tej sytuacji zaapelowano do przełożonych Szpitala Świętego Ducha, aby kierując się miłosierdziem, zadbali przynajmniej o chorych w posiadłościach położonych blisko szpitala, szczególnie w należącej do niego miejscowości Manziana oraz zorganizowali i opłacili ich transport na leczenie w Rzymie. Kierując się względami oszczędnościowymi, zalecano wykorzystać do transportu stajennych i konie utrzymywane w tych włościach. Ażeby nie wozić pojedynczo chorych, wcześniej należało ich zaopatrzyć w sakramenty święte, a następnie posilić i zgromadzić w miejscach, w których rezydowali proboszczowie i kanonicy szpitalni, a dopiero później przetransportować do szpitala. W celu zapobiegnięcia zbyt dużym wydatkom i efektywnego wykorzystania koni i woźniców, polecono duchownym informować o tym, gdzie znajdują się chorzy, co pozwalało wybrać woźniców z odpowiednich miejscowości. Stwierdzono, że nie należy oszczędzać na kosztach związanych z szybkim przewiezieniem chorych do szpitala, ponieważ im wcześniej i w lepszej kondycji do niego trafią, tym krótsze i łatwiejsze, a tym samym tańsze będzie ich leczenie. Padła też propozycja, aby zależnie od wielkości dóbr ich właściciele przekazywali na rzecz szpitala pewną kontrybucję w zbożu lub w pieniądzu. Zdaniem autora rękopisu naturalną powinnością posiadaczy majątków było udzielanie w czasie choroby pomocy ubogim robotnikom pracującym na ich rzecz<sup>8</sup>. Z treści dokumentu wynika, że austerie i inne podobne placówki rozsiane w domenach właścicieli ziemskich służyły jako tymczasowe schroniska – przytułki dla chorych poddanych, zanim zostali przewiezieni do prawdziwych placówek leczniczych w Rzymie, w pierwszym rzędzie do Szpitala Świętego Ducha.

Uwarunkowania środowiskowo-społeczne chorób, na jakie cierpieli pacjenci szpitalni nie zmieniły się sto lat później. W 1811 r. przyczyną wielu nieszczęść i ogromnego wzrostu liczby chorych w szpitalach rzymskich była panująca epidemia, którą wywołały wielkie deszcze padające nieprzerwanie w maju i czerwcu tego roku. Zdaniem lekarzy spowodowane nimi zanieczyszczenie środowiska i związane z nim śmiertelne opary oraz ciężkie prace polne przyśpieszyły wybuch okresowych gorączek, sprawiając, że szpitale wypełniły się o miesiąc wcześniej niż zwykle. Niezależnie więc od klęsk żywiołowych i związanych z nimi epidemii, główną przyczyną hospitalizacji było wyczerpanie ciężką pracą ubogich chłopów

---

<sup>8</sup> Tamże.

czy wyrobników wiejskich. W porównaniu do innych miast położenie Rzymu nie było korzystne. Usytuowany wśród rozległego, słabo zamieszkałego i nieuprawianego terytorium ściągali osoby, które chciały te ziemie zagospodarować, użyźnić i wykorzystać do produkcji rolnej. W tym celu sprowadzali grupy najemnych robotników rolnych z dalekich stron, którzy, pracując w mozole, tracili siły i zdrowie. Chcąc potem odzyskać zdrowie, przybywali do miasta bladi i wyniszczeni. Dlatego, jak zaznaczono, byłoby rzeczą barbarzyńską odmówić azylu, schronienia i wyżywienia tym, którzy w rzymskich placówkach leczniczych oczekują ratunku. Szpitale w Rzymie, w odróżnieniu od szpitali w innych gminach, przyjmowały nie tylko chorych z różnych części własnego państwa (*di altri Dipartimenti dell'Impero*), lecz także poddanych z innych królestw, księstw i republik. W konkluzji stwierdzono, że Rzym, jak żadne inne miasto, obfitował w instytucje charytatywne, które służyły przede wszystkim leczeniu i odżywianiu ubogich warstw społeczeństwa podczas często pojawiających się chorób zakaźnych<sup>9</sup>.

Jedną z najbardziej powszechnych chorób na Półwyspie Apenińskim była malaria, której źródła w zasadzie w wprost pod tą nazwą nie wymieniają. Równinną część śródziemnomorskiej Italii Fernand Braudel nazwał „kompleksem malarycznym”, o złym i chorobliwym powietrzu. Lacjum i jego stolica były bardzo podatne na tę chorobę, przyniesioną do Rzymu przez sphywającą ze wzgórz Monti Albani (Colli Albani) wodę, która stała się synonimem śmierci<sup>10</sup>. Sugestywny jej opis przytacza jeden z badaczy: „na terenach tych w czasie deszczy tworzyły się bagna z wodą ściekową, zbierającą wszystkie nieczystości, w tym owady i zwierzątka z ostrymi i klującymi kolcami (żądłami). W lecie wydzierały się z niej niezdrowe, szkodliwe opary unoszące się w powietrzu, wchłaniane przez ludzi”<sup>11</sup>. Na Zachodzie Europy malaria była postrzegana jako choroba włoska, właśnie we Włoszech otrzymała swoje miano, to tamtejsi uczeni cały dorobek badań nad tą chorobą określili „malariologią”<sup>12</sup>. Spotykało się nawet głosy, że historia Włoch południowych to historia malarii<sup>13</sup>.

Malaria nie omijała miast, choćby Rzymu, niemającego sprzyjających uwarunkowań klimatycznych; nie oszczędzała też elit i bogatych, którym łatwiej było przestrzegać higienę i stosować profilaktykę. Dwa ataki malarii w 1581 i 1590 r., znacznie poważniejsze niż poprzednie, zabrały życie papieżom Sykstusowi V

<sup>9</sup> ASR, nr 1414, *Raporto sugli Stabilimenti ... 1811*, s. 1, 9.

<sup>10</sup> F. BRAUDEL, *Civiltà e imperi del mediterraneo nell'età di Filippo II*, Torino, 1953, s. 70-72.

<sup>11</sup> F. BONELLI, *La malaria nella storia demografica ed economica d'Italia primi lineamenti di una ricerca*, „Studi storici”, 7, 1966, nr 4, s. 659.

<sup>12</sup> G. COSMACINI, *Storia della medicina e della sanità in Italia. Dalla peste europea alla guerra mondiale. 1348-1918*, Bari 1994, s. 119; J. Ruffié, J. Ch. Sournia, *Le epidemie nella storia*, Roma 1989, s. 191.

<sup>13</sup> A. CELLI, *Malaria e colonizzazione*, s. 18.

(1585-1590)<sup>14</sup> i Urbanowi VII (1590, zmarł 13 dni po wyborze). Choroba pochłonęła wiele innych ofiar w Watykanie – w zaraźliwym, cuchnącym miejscu (*luogo pestifero*) i – jak zanotował wtedy jeden z konklawistów – najgorszym terenie w Rzymie<sup>15</sup>. Epidemiczność Rzymu i okalających go stron, sprzyjająca ciągle powtarzającym się zarazom gorączkowym, co tłumaczy w dużym stopniu profil szpitala specjalizującego się w leczeniu tego rodzaju chorób.

Liczba chorych w szpitalu zawsze zwiększała się radykalnie w miesiącach letnich. Przerażające relacje dotyczące tego zjawiska pochodzą z połowy XVI w. W 1571 r. przełożony generalny szpitala i zakonu Bernardino Cirillo pisał, że od piętnastu lat, tj. od 1556 r., złośliwość pór roku, ubóstwo i inne uwarunkowania sprawiły, że ludzie oswoili się ze szpitalem, do którego przybywało w tym okresie o trzy czwarte więcej chorych niż w przeszłości. W obwieszczeniu z 13 sierpnia 1566 r. donoszono o niespotykanych upałach i masach chorych przybywających do szpitali Świętego Ducha i św. Jana na Lateranie, spośród których umierało w ciągu dnia od 50 do 60 osób. Parę dni później skala pomoru nie zmniejszyła się, wręcz przeciwnie – według doniesienia z 7 września w ostatnim tygodniu odnotowano 800 zmarłych, a 21 dnia tego miesiąca zapisano: „jest bardzo dużo chorych i zmarłych, niemal plaga – dżuma (*peste*)”<sup>16</sup>.

Ciepłe powietrze i panujące wysokie temperatury utrudniały utrzymanie czystości w domach i na ulicach, wskutek czego pojawiały się wtedy liczne przypadki duru brzuszego – tyfusu (*tifo*)<sup>17</sup>. Brak podstawowych warunków higienicznych, wody, świeżego powietrza, profilaktyki, niedostatek wyżywienia – to zdaniem szesnastowiecznych lekarzy główna przyczyna powstawania masowych chorób epidemicznych wśród ludu (*morbi popolari*)<sup>18</sup>. Prawie każdego roku w Rzymie, szczególnie w 1591 r. wybuchała w lecie dżuma lub zaraźliwa, pandemiczna gorączka (*febbre pandemica pestilenziale*). Zakażenia powodował straszny brud w domach i środowiskach, w których żyli ubodzy. Ludzie umierali też po ukłuciach czy użądleniach owadów i insektów, szerzących się wśród chorych i potem roznoszących różne zarazki<sup>19</sup>. Ponadto do Rzymu ciągnęły tłumy chorych z okolicznych wiosek dotkniętych malarią. Byli to ubodzy pracownicy, porzucający swoje spustoszone rodzinne strony w nadziei na jakiś zarobek i poprawę bytu. Głodujący i zmuszeni do spania pod gołym niebem, padali na ziemię z powodu wysokiej gorączki, aczkolwiek w nadziei, że uda się ją przezwyciężyć, oczekiwali

<sup>14</sup> Cyt. za: G. COSMACINI, *Storia della medicina*, s. 123.

<sup>15</sup> A. CELLI, *Malaria e colonizzazione*, s. 102.

<sup>16</sup> M. VANTI, *Un umanista del Cinquecento in funzione di riformatore, Bernardino Cirillo commendatore e maestro generale dell'Ordine di S. Spirito (1556-1576)*, Roma 1936, s. 119.

<sup>17</sup> Tamże, s. 119.

<sup>18</sup> Cyt. za: G. COSMACINI, *Storia della medicina*, s. 129.

<sup>19</sup> M. VANTI, *Un umanista del Cinquecento*, s. 119.

na przewiezienie ich do szpitala. Z reguły było jednak już za późno, toteż wielu z nich umierało wcześniej lub zaraz po przybyciu do szpitala. Chorzy, po trzech lub czterech dniach pobytu w szpitalu, gdy zazwyczaj mijała im gorączka, odsyłani byli rydwanami (*cocchio*) do szpitala *Trinità dei Pellegrini*, w którym pozostawali następne trzy dni, potem wracali do swoich domów<sup>20</sup>.

Opisane sytuacje powtarzały się w następnych stuleciach, choć idące z czasem polepszenie poziomu życia i warunków sanitarnych, w tym higieny, a także postęp w medycynie, sprawiał, że w okresach późniejszych skala epidemii i różnego rodzaju pomorów nie była już tak katastroficzna, a i skuteczność leczenia zwiększała szansę chorych na przeżycie i tym samym ograniczała nieco ich śmiertelność.

## 2. RODZAJE

Pod pojęciem pacjentów gorączkujących, dla których przeznaczony był szpital, krył się szeroki konglomerat osób dotkniętych bardzo różnymi chorobami, których głównym symptomem była gorączka, objawiająca się nie tylko w wypadku grypy, ale także malarii, tyfusu, dżumy, ospy i podobnych zdrowotnych zaburzeń<sup>21</sup>. Oprócz wymienionych, w Szpitalu Świętego Ducha leczono wiele innych kategorii chorób i dotkniętych nimi osób. Była już o nich mowa przy oddziałach szpitalnych, przeznaczonych między innymi dla chorych na gruźlicę, kamienie, szkorbut, czy świerzb, tych ostatnich od lat 40. XVIII w. do szpitala już nie przyjmowano. Odrębną grupę pacjentów stanowili ranni oraz osoby różnymi urazami i po wypadkach, wymagające chirurgicznego opatrzenia uszkodzeń, kontuzji czy skaleczeń. Kilka małych wewnętrznych oddziałów, w których leczono konkretne schorzenia, nie oddaje w pełni niezliczonej ilości jednostek chorobowych, jakie spotykało się całej infirmerii szpitalnej. Największe ich skupisko kumulowało się w Wielkiej Sali – *Corsia Grande*.

Specjalizacja szpitala nie zmieniła się na początku następnego stulecia. W 1811 r. nadal przyjmowano do niego przede wszystkim gorączkujących, w związku z czym w obu wielkich salach przebywali pacjenci o wszystkich skomplikowanych chorobach (*malattie complicate*). Istniał też oddzielny oddział dla osób z chorobami chirurgicznymi, a więc z ranami, złamaniami zwichnięciami, nowotworami. Ponadto przenoszono do niego chorych z wielkiego szpitala, którym dołączyły się inne dolegliwości wymagające interwencji chirurgów. Leczono również chorych zarażonych syfilisem, kiłą (*lue Venerea*). Tak jak wcześniej dalej funkcjonowały miejsca dla osób ze szczególnymi dolegliwościami, mianowicie sale dla chorych na

<sup>20</sup> Tamże, s. 120.

<sup>21</sup> Por. G. COSMACINI, *Storia della medicina*, s. 101.

gruźlicę, szkorbut i kamienie. W szpitalu przeprowadzano również różnego rodzaju operacje chirurgiczne. Z uwagi na nadmiar chorych w niektórych latach, szczególnie epidemii grypy, pacjentów umieszczano w portykach-arkadach (*loggiati*) i pokojach przylegających do pałacu komendantów, a nawet zapełniano nimi kościół szpitalny. Papież Pius VI (1775-1799) wobec wzrostu liczby chorych zamknął pobliskie spichlerze należące do szpitala, przeznaczając je na miejsce hospitalizacji chorych żołnierzy<sup>22</sup>.

Gdy chodzi o XVIII w., nie natrafiono na szczegółowe specyfikacje chorób, na które cierpieli pensjonariusze szpitalni. Takie informacje niosą dopiero źródła z początku XIX w. Otóż 184 osobom leczonym w szpitalu w pierwszych trzech miesiącach 1811 r. przypisano około trzydziestu różnych chorób i dolegliwości. Dużej części z nich nie można jednoznacznie zinterpretować i przypisać im dzisiejszego znaczenia i miana. Niektóre, choć różnie nazywane, miały podobną specyfikę, a różniły je tylko subtelne niuanse. Najczęściej – 28 razy – przy chorym widniała adnotacja *puntura*, co oznacza ukłucie, użądlenie, ukąszenie prawdopodobnie przez owady, tyle tylko, że miało to miejsce w sezonie zimowym, podczas gdy przypadki takie były typowe dla miesięcy letnich. W następnej kolejności (21 razy) chorzy cierpieli na różne odmiany reumatyzmu, z reguły bardzo ostrego; 16 razy hospitalizowanych uznano za chronicznie chorych (*cronico*), co oznaczało dolegliwość o trwałym przebiegu i małej tendencji do samoistnego ustępowania. Nie wiadomo, czym różniła się od poprzedniej przypadłość nazywana *continua* (17 razy), co dosłownie oznacza ciągła. Zapewne chodziło o jakieś jednostki chorobowe o charakterze przewlekłym. Niejasna jest też dolegliwość stwierdzona 13 razy, nazwana okresową – *periodica*. Wiadomo natomiast, co kryje się pod piętnastoma przypadkami pacjentów, przy których wpisano adnotację *inremitte*, co oznacza, że choroba po wyleczeniu ciągle powracała i powtarzała się. W podobnej skali (17 razy), przyczyną hospitalizacji był kaszel z reguły połączony z katarą (*tosse catarale*), rzadziej kaszel występujący samoistnie, a nawet sam katar. Chodziło tu o zapalenie gardła i nieżyt dróg oddechowych czy anginę. Jeden raz przy chorym wprost zapisano, że cierpiał na ból gardła. Kaszel mógł być wstępnym objawem przyszłej, rozwijającej się gruźlicy, tylko raz wymienionej wprost w spisie – *affezione tuberculare*, a o której tak często wspominają dokumenty osiemnastowieczne; przypomnieć należy, że istniał wtedy wewnętrzny szpitalik dla gruźlików. Z gruźlicą może być kojarzony termin *petto*, określający dolegliwość związaną z kłatką piersiową czy płucami chorego (7 razy). Stwierdzono też pojedyncze przypadki bólu w piersiach (zawał serca?), reumatyzmu klatki piersiowej, kolki, paraliżu i apopleksji, u kilku pacjen-

<sup>22</sup> ASR, nr 1414, *Raporto sugli Stabilimenti ... 1811*, s. 1.



tów występowała astma, zaparcia, nieregularne gorączki, porażenie połowiczne (*decipromonica, emipligia*), a także *reciclantato, sinoco semplice, sinoco putrido*. U dwóch pacjentów występowała *putrida*, co oznaczało gnicie, rozkład ciała; być może gangrenę<sup>23</sup>.

Wśród hospitalizowanych znalazło się 16, których dotknęła tzw. *quartana* (4) oraz *terzana* (12). Tymi terminami określano malaryczną formę gorączki. Malaria, współczesna nazwa choroby tropikalnej, wywoływanej przez pierwotniaki – zarodźce malarii, była wcześniej określana jako febra, w nawiązaniu do jednego z najbardziej typowych objawów zakażenia, czyli gorączki z dreszczami. Stąd pełne nazwy tej choroby, przyjmującej różne postacie, to *febre quartana* i *febre terzana*, po polsku „czwartaczka” i „trzeciaczka”. W wypadku pierwszej nietypowa forma gorączki przerywanej (zwykle malarycznej) pojawiała się co cztery dni, w drugiej gorączka powracała co trzy dni<sup>24</sup>. W sumie cierpiący na oba rodzaje tej choroby stanowili niespełna 9% ogółu odnotowanych pensjonariuszy. Sam fakt jej występowania w okresie zimowym świadczy jednak, że choroba ta była groźna we wszystkich warunkach klimatycznych i porach roku.

Wymienione rodzaje schorzeń i niedomagań obejmują tylko pacjentów w oddziałach szpitala dla tzw. gorączkujących, z chorobami ogólnymi, leczonych i pozostających pod opieką czterech głównych lekarzy. Sądząc po rodzajach i nazwach opisanych dolegliwości (np. brak złamań, ran), prawdopodobnie statystyki nie uwzględniają osób dotkniętych przypadkami chirurgicznymi, w których była konieczna interwencja chirurga.

Prawdziwą „kopalnię” wiedzy o rodzajach chorób, a zarazem sposobów i środków stosowanych w ich leczeniu, skuteczności kuracji oraz śmiertelności pacjentów, z podaniem przyczyn ich śmierci, stanowi sumaryczny spis z 1828 r.<sup>25</sup> Podobnie jak rejestr z 1811 r. zawiera on dane o chorych za trzy pierwsze miesiące roku, jest więc porównywalny z poprzednim, ale przy tym jeszcze bogatszy i dokładniejszy. Pod względem zasobu informacji o liczbie i typach chorób, kuracji stosowanych w Infirmerii Świętego Ducha to źródło jest jedyne w swoim rodzaju, dlatego pomimo że pochodzi z późniejszego okresu, zawarte w nim dane mogą być retrospektywnie odnoszone także do poprzednich stuleci.

<sup>23</sup> ASR, nr 1414, *Stato nominativo ... 1811*. Na temat *sinoco* zob. niżej.

<sup>24</sup> W wypadku *quartana* zarodziec chorobotwórczy dla człowieka, pochodzący od insektów (komarów, pcheł, wszy), przenosił malarię przez trzy miesiące w roku, gdy zaś chodzi o *terzana* – sześć miesięcy w roku. Szerzej na temat gorączek *terzana* i *quartana* oraz ich przyczyn i przebiegu zob. G. COSMACINI, *Storia della medicina*, s.124-126. Zob. też A. CELLI, *Malaria e colonizzazione*, s. 122-123; L.G.M. COLUMELLA, *L'arte dell'agricoltura e libro sugli alberi*, Torino 1977, s. 49.

<sup>25</sup> ASR, 3192, *Sumaryczny spis 1828*.

Po pierwsze wynika z niego, że w styczniu w salach szpitalnych przebywało łącznie 551 chorych, z tego w lutym 532, w marcu zaś 631. Opieką zdrowotno-medyczną nad chorymi w szpitalu nadal sprawowało czterech lekarzy głównych, a każdy z nich w ciągu miesiąca miał pod swoją pieczę około 150 pacjentów o bardzo różnych schorzeniach. W sumie w pierwszym kwartale tego roku razem mieli oni pod opieką medyczną 1714 osób.

Bezwzględnie główną przyczyną hospitalizacji w Szpitalu Świętego Ducha była gorączka (*febre*), charakteryzująca się wzrostem temperatury ciała powyżej normy (36,5-37°C) z powodu różnych przyczyn. W rzeczywistości były to gorączki, których źródło wymienia 29 rodzajów. Z reguły ich specyfika jest dookreślana dodatkowymi terminami, pozwalającymi poznać przyczyny gorączki, jej odmiany, przebieg, a nawet długość trwania. W wielu przypadkach, z perspektywy dzisiejszej medycyny, nazwy gorączek, jak i zresztą innych chorób, są archaiczne i niejasne, pozwalają tylko na snucie hipotez. Ażeby zidentyfikować i rozpoznać ich dzisiejsze znaczenie, konieczne byłyby gruntowne studia z zakresu historii chorób<sup>26</sup>.

Na 1714 pacjentów przebywających w szpitalu w pierwszych trzech miesiącach 1828 r. przy połowie z nich (864) w rubryce pod nazwą „choroba” wpisano różnego typu gorączkę. Najczęściej występowała *terzana*, czyli trzeciaczka (325 razy). Wśród niej rozróżniono różne odmiany: ogólnie trzeciackę (108), trzeciackę prostą (*semplice*, 128), podwójną (*doppia*, 86) oraz pojedyncze przypadki trzeciacki dyzenteryjnej (*dissenterica*) i *perniciosa*, czyli zimnicy złośliwej tropikalnej – malarycznej. U jednej osoby trzeciaczka przeszła w zapalenie płucnej. Drugie miejsce pod względem częstotliwości zajmowała gorączka zwana okresową – *periodica* (38) oraz gorączka okresowa o nieregularnym i anomalnym „przebiegu – *periodica con tipo anomalo* (107). Na oba te przypadki chorowało razem 145 osób. Na kolejnym miejscu były gorączki reumatyczne (*reumatica*) w liczbie 84, w tym 24 przypadki nazwano reumatycznymi prostymi, a 8 reumatyczno-żołądkowymi. Nieco rzadziej notowano czwartackę (55 przypadków); pod ogólną nazwą zapisano ją 31 razy, jako *semplice* – 20 razy, jako podwójną – 4 razy. Również 55 osób miało gorączkę żołądkową (*gastrica*), najczęściej odnotowano jej wersję *semplice* (29), następnie przerywaną – *interminente* (15), ogólną (9), zapalną – *infiammatoria* (4), nerwową (2) oraz po jednym razie: robaczą (*vermiciosa*), nieżytową (*catarrale*), śledzionową (*di milza*). Aż 66 chorych cierpiało na gorączkę określaną ogólnie nieżytową (*catarrale*). Nie wiadomo natomiast, co kryło się pod mianem gorączki codziennej, powszedniej – *quotidiana* (45), rzadziej dookreślonej jako prosta (4). Zapewne chodziło o ciągle i długie utrzymywanie się temperatury. Była też gorączka krótkotrwała, jednodniowa lub

<sup>26</sup> Dzisiejszym lekarzom, również włoskim, duża część nazw chorób występujących w źródłach jest zupełnie nieznaną i trudną do zinterpretowania.

dwudniowa, tzw. efemeryczna – *effimera* (16) oraz *subcontinente* (11), a więc rozciągająca się w czasie, ale z bardzo krótkimi przerwami lub remisjami. W szpitalu stwierdzono ponadto u 8 chorych gorączkę nerwową. Była to wysoka gorączka na tle psychogennym, która u dzieci mogła wywołać konwulsje padaczkowe, a u dorosłych – zamroczenie lub delirium<sup>27</sup>.

Wśród wymienionych, różnorodnych gorączek aż 24 razy pojawia się termin *sinoca* i *sinoco*. Była to jedna z odmian gorączki, a używane określenie nawiązywało do przestarzałej antycznej nazwy tej jednostki chorobowej. Również *sinoca* odnotowywana była w kilku wersjach: zwykłej, gastrycznej i prostej (*semplice*), a także gnilnej (*putrido*). Ta gorączka często kojarzona była z przedłużającą się formą gorączki efemerycznej<sup>28</sup>. W obu przypadkach forma i przebieg tych stanów patologicznych jest całkowicie niejasna, podobnie zresztą jak i wśród innych przypadków gorączkowych, mocno przez lekarzy różnicowanych poprzez nadawanie im szczegółowych nazw.

Przestawione analizy wykazały, że Szpital Świętego Ducha, zgodnie z tradycją z wcześniejszych stuleci, na początku XIX w. nadal specjalizował się w leczeniu osób gorączkujących. Samą gorączkę określano wtedy jako chorobę, liczba zaś i typologia gorączek była niezwykle bogata i szeroka. Rodzaje i nazwy gorączek wynikały zarówno z długości trwania i przebiegu, jak np. trzeciaczka, czwartaczka, jednodniowe czy przerywane, jak też miały podłoże w patologii i dolegliwościach innych organów wewnętrznych czy całego organizmu, np. śledziony, układu nerwowego, żołądka. Ciekawe, że niekiedy jako chorobę i przyczynę pobytu pacjenta w szpitalu podawano nie schorzenie organu, lecz sam skutek i objaw jego niedomagania, czyli gorączkę. Mogło to wynikać z chęci uwiarygodnienia i legitymizacji szpitala, wyspecjalizowanego w leczeniu wszelkiego typu gorączek.

W szpitalu duchaków leczono przede wszystkim choroby wewnętrzne i ogólne. Po pacjentach, określanych jako „gorączkowi”, następną potężną grupę hospitalizowanych stanowiły osoby z problemami płucnymi. Wśród nich było 99 z zapaleniem opłucnej (*pleuritide*), kolejnych 26 oprócz wymienionej dolegliwości miało flegmę (*pleuditide e spuria*). Z kolei zapalenie płuc występowało u 86 osób (*pneumonite*), kolejnych 30 leczyło się na płuca (*polmoni*), a 14 doznało równoczesnego zapalenia opłucnej i płuc (*pleuropneumonia*). W najgorszej sytuacji było 18 chorych z gruźlicą płuc (*tisi polmonale*) oraz 4 z krwotokiem płucnym (*pneumonorragia*). Dodatkowo jednemu pacjentowi przypisano ogólnie

<sup>27</sup> ASR, 3192, *Sumaryczny spis 1828*

<sup>28</sup> O różnych odmianach *sinoco* zob. *Istituzioni di medicina prattica dettate da Giovanni Battista Borsieri de Canilfeld recate nell'idioma italiano dal dottor Raimondo pellegrini con sue note*. Volume unico, Firenze 1840. s. 152-189.

gruźlicę (*tubercolosi*). W sumie na różnego stopnia choroby związane z płucami cierpiało 278 hospitalizowanych, czyli 16%.

Z nieco mniejszą częstotliwością występowały choroby nieżytowe, które dotknęły 89 osób. Były to infekcyjne choroby górnych dróg oddechowych, przebiegające razem z nieżytem nosa, czyli z katarą (*affezioni catarali*). W wypadku 18 innych pacjentów ich dolegliwość nazwano po prostu katarą (*cataro*), w tym 5 miało katar chroniczny. Ogólnie na katar, nieżyt nosa i dróg oddechowych cierpiało 107 pacjentów – 6% chorych.

Inne schorzenia trafiały się już dużo rzadziej, jak chociażby, reumatyzm i różne bóle reumatyczne – 23 przypadki. W większości stwierdzano ogólny reumatyzm, następnie reumatyzm chroniczny, a najrzadziej reumatyzm ostry. Nie wiadomo, co kryje się pod nazwą reumatyzmu nieżykowego (*reuma catarale*, 36 osób). Razem na wszystkie dolegliwości o charakterze reumatycznym cierpiało 59 osób. W podobnej skali powodem pobytu w szpitalu był nieżyt żołądka (*gastrite, gastritide*, 6 osób) i różnie określane choroby gastryczne: *gastricismi* (34), *affezioni gastriche* (15), *cefalagia gastrica* – silny ból gastryczny (2). Na problemy żołądkowo-przełykowe cierpiało więc 57 osób (3,3%).

Do chorób o średnim nasileniu co do liczby należały: epilepsja – padaczka (10 osób), kiła (*sifilide*, 10), porażenie połowiczne – hemiplegia (*emiplegia*, 10), astma (11), w większości astma przekrwiona (*asmapletorica*) oraz astma zwykła i astma wilgotna – mokra (*umida*), puchlina brzuszna (*astice*, 13), kaszel (13), angina (14), biegunka (15), ospa (16), niedomaganie zdrowotne (*indisposizione della salute*, 16). Gdy chodzi o anginę, wymienia się trzy jej odmiany: przełykową (*faringea*), migdałków (*tonsillare*) oraz przyusznią (*parotide*).

Przypadki chorób poniżej dziesięciu umownie można uznać za schorzenia rzadkie. Dziewięciu pacjentów miało różę – zakaźną rumieniową chorobę skóry (*erisipela*), ośmiu skarżyło się na silny ból głowy (*cefalagia*), tyle samo dotkniętych było paraliżem, w tym u jednego występował paraliż prawej nogi, u innego paraliż przełyku. Siedmiu pacjentów chorowało na krwioplucie (*emotisi*), po pięciu na żółtaczkę (*itterizia*) oraz na dyzenterię – czerwonkę (*dissenteria*), czterech na kolkę (*colica*), w tym jeden na kolkę zapalną (*infiammatoria*). Po trzy razy u chorych stwierdzono zaparcia (*stitichezza*), bolesne oddawanie moczu (*dissuria, stranguria*), zapalenie – nieżyt jelit (*enterite*), świnkę (*parotide*), duszność (*dispnea*), reumatyczny ból głowy (*frenalgia*), puchlinę wodną (*anasarca*), ból śledziony (*splinalgia*), wiać – zanik (*tabe*), kołatanie serca (*palpitazione di cuore*), obrzęki (*edema – edemazia, idrope dei polmoni*), rzeżączkę (*gonorrea*). Biorąc pod uwagę wspomniane przypadki kiły, w szpitalu przebywało 13 osób zarażonych chorobami wenerycznymi. Po dwie osoby znalazło się w szpitalu z powodu krwawienia z nosa (*epistassi*), apopleksji (*apoplessia*), zapalenia żołądka

(*astritide*), niestrawności (*dispepsia*), bólu gardła (*dolori di gola*), płynu w jamie opłucnej (*idroterace*), ischiasu – rwy kulszowej (*ischiaide*), melancholii (*melancholia*), majaczenia, szaleństwa (*deliri*), zapalenia osierdzia (*pericartitide*).

Oprócz chorób masowych i często powtarzających się zdarzały się przypadki rzadkich, pojedynczych przypadłości. Takich było około 40. Były to: kacheksja – utrata masy ciała i wyniszczenie (*cachesia*), przepuklina pępkowa (*ernia ombelicale*), zapalenie nerek (*nefritide*), hemoroidy (*emmoroidi*), hepatalgia – zapalenie i ból wątroby (*epatalgia*), wodobrzusze (*idrope astice*), wąglik (*carbonchio*), ból w okolicy serca (*cardialgia*), artretyzm (*artritide*), lumbago (*lombagine*), tasiemiec (*tenia*), stłuczenie – siniak (*contusione*), dysfagia – zaburzenia, trudności w przełykaniu (*distagia*), zatrzymanie moczu (*iscuria*), mimowolne moczenie się (*enuresi*), zatrucie (*ebrezza*), ból ucha (*otalgia*), opryszczka krostkowa (*epetopustuloso*), obrzęk i zatkanie ślinianek usznych (*ingorgo alle parotidi*), gnicie – tężec – zgorzel (*putride*), dławica piersiowa (*parasinanche*), chore zablokowane migdałki (*tonsile infarcite*), ropne zapalenie oka (*ottalmite*), wada okolicy przedsercowej (*vizio ai precordio*), obrzęk nogi (*endema nella gamba*), dymienica (*bubone*), lumbago – postrzał (*lombagine*), dolegliwości konwulsyjne jelit (*affezione convulsive degl'intestini*), bóle brzucha (*tormini*), zapalenie mózgu (*enufalitide*) choroba Beri Beri (*beriberia*)<sup>29</sup>, szał (*frenitide*)<sup>30</sup>. Było jeszcze kilkanaście innych chorób, które trudno było zidentyfikować.

Spis z 1828 r. wykazał ogromną liczbę i różnorodność schorzeń, które dotnęły osoby przebywające w szpitalu (zdecydowanie ponad 100). Nie wszystkie występowały w podobnym natężeniu. Zgodnie ze specjalizacją szpitala dominowali pacjenci gorączkujący, a w następnej kolejności osoby z dolegliwościami pulmonologicznymi, chorobami reumatycznymi, bardzo dużo też było chorób nieżytych, gastrycznych czy górnych dróg oddechowych. Miały one charakter powszechny i masowy, dotyczyły bowiem około 90% ogółu pensjonariuszy. Pozostali pacjenci cierpieli na inne różnorodne choroby, sporadycznie i pojedynczo występujące. Ich spektrum obejmowało niemal wszystkie możliwe i znane ówczesnej medycynie przypadki. Świadczy to, że Szpital Świętego Ducha był lecznicą bardzo wszechstronną, gwarantującą fachową opiekę medyczną pacjentom o bardzo różnych, nieraz skrajnych problemach zdrowotnych, wymagających fachowej opieki. Pracujących w nim lekarzy można porównać do dzisiejszych internistów czy lekarzy rodzinnych, którzy lecząc choroby wewnętrzne, musieli sobie także radzić z osobami wymagającymi leczenia specjalistycznego, chociażby wenerologicznego (kiła, rzeżączka), psychiatrycznego (melancholia, szaleństwo) czy neurologicznego (padaczki, paraliże). Abstrahuując od pacjentów,

<sup>29</sup> Choroba Beri-Beri to skrajna forma awitaminozy wywołanej niedoborem witaminy B.

<sup>30</sup> Zob. *Istituzioni di medicina prattica*, s. 704-717

których główną przypadłością były różne gorączki, wprost odnotowywane jako podstawowa choroba, również w innych chorobach, jednym z objawów była wysoka temperatura (zapalenie płuc, dyzenteria, angina, nieżyt. itd.). To jeszcze bardziej potwierdza specjalizację szpitala w leczeniu osób gorączkujących.

Czasami do szpitala trafiały osoby bez skonkretyzowanych dolegliwości, raczej włączędzy niż chorzy, niewymagający żadnego leczenia. Takie sytuacje miały miejsce w każdym z trzech miesięcy. Wprawdzie przy przyjmowaniu do szpitala zapisano, że są to inwalidzi z nieomaganiem zdrowotnym, to jednak później po kilku dniach obserwacji w innej rubryce zapisano, że nie mają żadnej choroby, dlatego zostali zwolnieni<sup>31</sup>.

Zwraca uwagę niezwykła szczegółowość i precyzja w nazewnictwie chorób, co znaczy, że lekarze posiadali dostateczną wiedzę umożliwiającą stawianie tak dokładnych diagnoz. Było to widoczne przy różnicowaniu gorączek, anginy czy dolegliwości płuc, gdzie drobne niuanse decydowały o prawidłowym rozpoznaniu i zaliczeniu ich do właściwej odmiany choroby. Dokonana typologia chorób jest w dużym stopniu orientacyjna. Wiele chorób nakładało się na siebie i miało podwójne, często wielorakie przyczyny i symptomy, dlatego trudno było je jednoznacznie zaszeregować do konkretnej jednostki chorobowej. Na przykład *reuma cattarale* może być zaliczona zarówno do chorób nieżytu, jak i reumatycznych. Podobnie *febre nervosa* oznaczała tak gorączkę, jak i chorobę nerwową. Analogiczne trudności z kwalifikacją pacjentów występowały w sytuacji, gdy jedna choroba przekształcała się w inną, z reguły bardziej groźną. W jednym przypadku zapalenie płuc przeszło w gruźlicę, w innym zaś w zapalenie przyusznicy, czyli świnkę. Z kolei dwa razy konsekwencją zapalenia opłucnej była ospa, w tym ospa zlewająca (*confluente*). Niekiedy przyczyną pobytu w szpitalu była podwójna choroba – zapalenie opłucnej oraz problemy żołądkowe, innym razem choroba płuc i żołądka. Nie wiadomo też, jakie były różnice między wodobrzuszem (*idrope ascite*) a puchliną brzuszną (*ascite*) czy też między *tisi polmonale* a *tuberculosis*, czyli gruźlicą płucną a tuberkulozą. Drugie pojęcie dzisiaj rzadko używane, bardziej ogólne, mogło oznaczać gruźlicę innych organów czy układów organizmu.

Nie zawsze nowo przybyli pacjenci byli od razu trafnie i w pełni zdiagnozowani. Nieraz dopiero po obserwacji stwierdzano u nich prawdziwą dolegliwość. W pierwszych trzech miesiącach 1828 r. do szpitala przyjęto jedenastu chorych na gruźlicę płuc oraz jednego z krwiopluciem, którzy po wstępnej kuracji zostali zapisani w rubryce „wyzdrowiali” (*risanati*). Dodano jednocześnie, że nie zostali wyleczeni, gdyż przeniesiono ich do sali S. *Giacinto* przeznaczonej dla gruźlików, z których później dwóch zmarło (jeden z krwiopluciem). Oznacza to, że pacjenci

---

<sup>31</sup>ASR, 3192, *Sumaryczny spis 1828*.



z gruźlicą płuc nie od razu, a przynajmniej nie wszyscy, byli odsyłani do wewnętrznego szpitalika, który z uwagi na zaraźliwość choroby miał również cele izolacyjne. Wynikają z tego jeszcze inne spostrzeżenia. Po pierwsze, krwioplucie, choć nie nazywano go wprost gruźlicą, musiało mieć jej cechy, skoro osoby z tym problemem umieszczano i leczono jednocześnie w oddzielnej sali pospołu z gruźlikami. Po drugie, śmierć z powodu rozwiniętej już postaci gruźlicy nie zdarzała się tak często w porównaniu z innymi chorobami płuc, zwłaszcza z zapaleniem tych organów. To na tę przypadłość chorzy częściej umierali, co znaczy, że możliwości leczenia tego stanu chorobowego były bardzo ograniczone<sup>32</sup>. W chorobach pulmonologicznych to zapalenie płuc dziesiątkowało chorych już na etapie, zanim jeszcze przemieniło się w gruźlicę. Zmiany sposobu leczenia i odsyłanie pacjentów do innych oddziałów dotyczyły także innych chorób. Tak np. mężczyzna z zacopowaniem ślinianek usznych został przekazany do szpitala dla rannych w celu wykonania zabiegu chirurgicznego<sup>33</sup>.

Można przyjąć, że katalog chorób występujących pod koniec trzeciego dziesięciolecia XIX w. był taki sam lub bardzo podobny także w wiekach wcześniejszych. Rzadkie przypadki gruźlicy mogą świadczyć, że zaczęto ją powoli opanowywać, między innymi dzięki poprawie warunków życia i wyżywienia. Porównując rejestry chorych z 1811 i 1828 r., uderza brak w tym drugim terminu *puntura* – ukłucie, dominującego kilkanaście lat wstecz. Być może skutki ukłucia, w późniejszym spisie, wliczano w inne przypadki chorobowe. Mniejsza różnorodność chorób pacjentów w 1811 r. jest zrozumiała w obliczu prawie dziesięciokrotnie mniejszej populacji pacjentów w stosunku do spisu późniejszego.

### 3. MEDYKAMENTY – ŚRODKI LECZNICZE

Wielka liczba i różnorodność dolegliwości chorobowych wymagała zastosowania odpowiednich metod leczniczych i lekarstw. Źródła z XVII-XVIII w. tylko przy okazji ogólnych problemów i pośrednio wspominają o środkach i metodach leczniczych. W 1652 r. nakazywano zarządcy spiżarni wydawanie chirurgom wina potrzebnego do leczenia ran i owrzodzeń (*piaghe*), *unzionario* zaś miał otrzymywać masło używane do smarowania pęcherzy, co na początku powinno być poprzedzone aplikowaniem białej maści<sup>34</sup>. Częstym środkiem leczniczym były *vescicanti*, stosowane z różnym natężeniem w zależności od zdarzeń losowych i uznania medyków. W 1748 r. wizytator pisał, że lekarze szpitalni tylko

<sup>32</sup> Zob. rozważania o śmiertelności w rozdziale VI.

<sup>33</sup> ASR, 3192, *Sumaryczny spis 1828*.

<sup>34</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 37-39, 47, 53-54, 60; Zob. też ASR, nr 3, *Ordini da osservarsi nell'Hospitale ... 1652*, s. 88.

od przypadku do przypadku aplikują te środki. Wcześniej bywało, że około 50 pacjentów wymagało ich zastosowania, a podczas epidemii nawet więcej niż 200, teraz natomiast 10, a w czasie zarazy najwyżej 20<sup>35</sup>.

Sposoby leczenia poszczególnych chorób można wiernie odtworzyć na podstawie spisu z 1828 r. Najbardziej powszechną metodą kuracji było upuszczanie krwi. W sumie ten zabieg lekarze *zlecili* 111 pacjentom, używając przy tym różnych, niezbyt jasnych terminów, najczęściej *sanguigne* – sangwiny, krwiste zabiegi, rzadziej *salasso* – puszczenie krwi, sporadycznie *mignatte* – pijawki oraz *copette* (*coppe*) – bańki<sup>36</sup>. Zarówno *salassi*, jak i sangwiny stosowano miejscowo oraz ogólnie na całym ciele. Sangwina oznaczała zabieg upuszczania krwi, najczęściej chirurgiczny, o czym świadczy samo znaczenie słowa *sangue* (z łac. *sanguis*) – krew (krwisty), a także bardzo ważna funkcja sangwinisty (*sanguigna*), który tę czynność przeprowadzał lub nadzorował. Najczęściej nacinano żyły zlokalizowane na szyi lub na rękach, ale nierzadko nakłuwano tętnice chorego, zazwyczaj w okolicy skroni. Oprócz zestawu ostrych noży chirurgicznych (lancetów) i strzykawek używano w tym celu pijawek lekarskich, które wsysały się w skórę i wypijały krew (hirudoterapia), oraz wypełnionych gorącym powietrzem baniek. Stawianie baniek prowadziło do zgromadzenia się znacznej ilości krwi z drobnych, włosowatych naczyń krwionośnych w jednym miejscu. Powstawało coś w rodzaju krwiaka, a organizm traktował zgromadzoną tam krew jako ciało obce i usuwał ją<sup>37</sup>.

Szczególnie enigmatyczny jest termin *salassi*, który nie precyzuje sposobu zmniejszania ilości krwi w organizmie. Fakt, że ci sami lekarze różnicowali nazwy odnoszące się do tych samych w zasadzie zabiegów, sugeruje, że posiadały one odrębną specyfikę i nie były tożsame. Nigdy nie zdarzyło się, by lekarz przepisał jakimkolwiek pacjentowi oba te zabiegi naraz<sup>38</sup>. Być może *salassi* stanowiły metodę ściągania krwi za pomocą pijawek, powszechnie wykorzystywanych wówczas w terapii, a które w omawianym spisie są tylko dwukrotnie wymienione pod

<sup>35</sup> ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata ... 1737*, s. 380.

<sup>36</sup> ASR, 3192, *Sumaryczny spis 1828*.

<sup>37</sup> Na temat puszczenia (upuszczania) krwi (flebotomii) zob. P. WÓJTOWICZ, *Wykrwawianie się na zdrowie – czym jest upuszczanie krwi?*, <https://www.medonet.pl/zdrowie/wykrwawianie-sie-na-zdrowie---czym-jest-upuszczanie-krwi-,artykul,91419706.html> (dostęp 20.10.2023); *Puszczanie krwi*, [https://pl.wikipedia.org/wiki/Puszczanie\\_krwi](https://pl.wikipedia.org/wiki/Puszczanie_krwi). O hirudoterapii (łac *hirudo*, pijawka) zob. M. BURAK, *Hirudoterapia – na co pomaga leczenie pijawkami? Wskazania, przeciwwskazania, przebieg zabiegu hirudoterapii*, [https://www.doz.pl/czytelnia/a15196-Hirudo\\_terapia\\_na\\_co\\_pomaga\\_ Leczenie\\_pijawkamiWskazania\\_przeciwwskazania\\_przebieg\\_zabiegu\\_hirudoterapii; Hirudoterapia](https://www.doz.pl/czytelnia/a15196-Hirudo_terapia_na_co_pomaga_ Leczenie_pijawkamiWskazania_przeciwwskazania_przebieg_zabiegu_hirudoterapii; Hirudoterapia), <https://pl.wikipedia.org/wiki/Hirudoterapia> (dostęp 20.10.2023).

<sup>38</sup> W związku z tym dla rozróżnienia obu zabiegów w tekście będzie używany zarówno termin *sangwina*, jak też *salassi*, w tym drugim wypadku na zmianę z polską wersją tej nazwy *upuszczanie krwi*.

konkretną i właściwą sobie nazwą *mignatte*. Być może chodziło tu o bańki cięte, przed których postawieniem skóra była lekko nacinana nożykiem, dzięki czemu krew była zasysana do wnętrza stawianej nad nacięciem bańki. W tym przypadku bańki były zbiornikami wynaczynionej krwi. Używano także do tego specjalnych przyrządów sprężynowych – „baneczników”, w których zwolnienie sprężyny zwalniało kilkanaście nożyków nacinających skórę<sup>39</sup>. Podsumowując, nie da się w pełni wyjaśnić, czym różniły się od siebie *sanguigne* i *salassi* i jakie zabiegi związane z krwiopustem kryły się pod tymi nazwami, wiadomo tylko, że były stosowane w podobnym celu i z podobnym skutkiem.

Upuszczanie krwi, zwłaszcza lancetem, nazywane krwawą terapią, było zabiegiem mokrym i brudzącym. Nie chcąc poplamzić pościeli i łóżek, używano ochronnych kołder (*piumacciuoli*) oraz czerwonych płócien, ręczników czy ścierek. Do wykonania tego zabiegu były potrzebne opaski, pojemniki na krew (szklanki, kubki, kieliszki) oraz miedziane wazy, używane, gdy upuszczano krew przy użyciu ciepłej wody. Terapię tę rzadko wykonywano pojedynczo, a podczas epidemii grypy nawet grupowo, otwierając żyły i spuszczać krew kilku pacjentom jednocześnie<sup>40</sup>. Upuszczanie krwi za pomocą baniek ciętych wymagało nie tylko precyzji i praktyki, ale i wprawy w obsłudze służących do tego żelaznych nożyków – maszynek. W latach czterdziestych XVIII w. strzegł je i osobiście obsługiwał kapral szpitala dla rannych. Gdy jednak uczestniczył w wizytach lub zajmował się innymi czynnościami, nożyki te przekazywał swoim podwładnym, którzy, nie mając odpowiedniej praktyki w ich obsłudze, niekiedy krzywdzili chorych podczas zabiegów, a przy tym psuli narzędzie, narażając szpital na dodatkowe wydatki związane z ich naprawą. Chcąc zaradzić tym nieprawidłowościom, wizytator szpitala kardynał Lanfredini, nakazał, by pieczę nad tym narzędziem sprawował wyłącznie *capo sanguigna*. Od tej pory wyłącznie on mógł powierzyć go kapralowi do używania przy upuszczaniu krwi. Zaznaczył przy tym, że narzędzie powinno być raz w roku oddawane, do przeglądu i naprawy profesorowi chirurgii<sup>41</sup>.

<sup>39</sup> P. BROŻEK, *Stawianie baniek – skuteczność, wskazania, przeciwwskazania, powikłania*, [https://www.doz.pl/czytelnia/a16825-Stawianie\\_baniek\\_\\_skuteczosc\\_wskazania\\_przeciwwskazania\\_powiklania; Stawianie\\_baniek](https://www.doz.pl/czytelnia/a16825-Stawianie_baniek__skuteczosc_wskazania_przeciwwskazania_powiklania; Stawianie_baniek), [https://pl.wikipedia.org/wiki/Stawianie\\_baniek](https://pl.wikipedia.org/wiki/Stawianie_baniek) (dostęp 20.10.2023).

<sup>40</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... In Roma MDCCLI*, s. 103-104; ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata...1737*, s. 241.

<sup>41</sup> ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata ...1737*, s. 259-260.



Narzędzia do upuszczania krwi w muzeum szpitalnym.  
Fot. M. Surdacki

Umniejszanie ilości krwi w organizmie było kanonem w ówczesnej praktyce medycznej. Zabieg ten stosowano rutynowo i bez większej refleksji, niezależnie o rodzaju dolegliwości, nierzadko z niepowetowaną szkodą dla chorych. Z biegiem i powoli ta praktyka zaczęła budzić wątpliwości u bardziej krytycznych i innowatorskich lekarzy, do których należał padewski lekarz Bernardino Ramazzini, uchodzący za innowatora w dziedzinie kliniczno-terapeutycznej. Demaskował on swoich kolegów, którzy nie wiedząc, co innego robić i nie chcąc się do tego przyznać, stale podawali te same preparaty lub praktykowali upuszczania krwi<sup>42</sup>. „Lepiej uważać na upuszczanie krwi” – pisał o chorobach farbkarzy – „ich

<sup>42</sup> F. CARNEVALE, *Prefazione*, w: B. RAMAZZINI, *Le malattie dei lavoratori (De morbis artificum diatriba)*, red. F. Carnevale, Roma 1982, s. 17-18.

krw jest taka, że nie należy jej tak łatwo odciągać, jak się to czyni innym chorobym<sup>43</sup>. Jego zadaniem byli lekarze, którzy przypisywali długie terapie nawet na krótkie i proste choroby, które zwyczajnie ustępują same. Dalej pisał ironicznie o lekarzach: „najpierw oferuje środki uspakajające, potem pobudzające, syropy, o których istnieniu nie powinno się wiedzieć, następnie środki przeczyszczające, wielokrotne upuszczanie krwi i tysiące innych irytacji, a wszystko zgodnie z zasadą: nie ma dnia bez przypisania nowej recepty<sup>44</sup>. Analizując sposoby leczenia i środki lecznicze aplikowane pacjentom w rzymskim Szpitalu Świętego Ducha, powstaje wrażenie, że krytyczne uwagi Ramazziniego, co do prowadzenia terapii przez lekarzy szpitalnych mocno współbrzmia z praktyką stosowaną sto lat później po wydaniu jego dzieła.

Tak samo często jak upuszczanie krwi jako remedium na rozmaite dolegliwości służyły pewne napoje, takie jak napary i wywary z jęczmienia, rzadziej napoje piersiowe (*pettorali*), rozcieńczające i rozpuszczające (*diluenti*), płyny napotne (*diaforetici*), płyny przeciwzapalne (*antiflogistiche*), lemoniada mineralna. Również powszechnie w kuracji stosowano środki przeczyszczające (*purganti*, *lassativi*), które lekarze przypisali 89 pacjentom<sup>45</sup>.

Stosunkowo często, choć dwukrotnie rzadziej, wykorzystywano plastry powodujące pojawianie się pęcherzy na skórze (*vesicanti*) oraz chininę i sporządzane z niej odwary (*decotti*). Jeśli chodzi o ten pierwszy specyfik, to słowo *vesicante* oznacza środek wywołujący surowicze pęcherze i bąbelki na skórze, które miały charakter leczniczy. Był to zatem lek, preparat farmaceutyczny, obecnie nieużywany, o bardzo energicznym działaniu odrażającym, który po nałożeniu na skórę, z reguły za pomocą plastrów czy okładów, powodował pojawienie się bąbelków o zawartości surowiczej. Możliwe, że chodzi tu o bańki, które wywołują podobne reakcje, tyle tylko, że bańki, wymieniane często w źródłach z wcześniejszych stuleci, miały swoją osobną nazwę *copette*<sup>46</sup>.

Nieco rzadziej leczono środkami moczopędnymi (*diuretici*), okładami i kompresami rozgrzewającymi (*fomenti*), rozcieńczającymi i rozpuszczającymi (*diluenti*), ściągającymi (*astringenti*), wymiotnymi (*emetici*, *vomitivi*), przeczyszczającymi, lewatywami (*clisteri*), winianem – kwasem winnym (*cremore di tartaro*), nacieraniem i smarowaniem (*unzioni*), specyfikami olejnymi (*oleosi*), digitoksyną (*digitalna*), walerianą (*valerina*), kwiatami cynkowymi (*fiori di zinco*), okładami pęcherzykowymi (*epispatici*), olejnymi śluzowatymi lizawkami (*lambitivi*), ker-

<sup>43</sup> B. RAMAZZINI, *Le malattie dei lavoratori*, s. 85.

<sup>44</sup> Tamże, s. 74.

<sup>45</sup> ASR, nr 3192, *Summaryczny spis 1828*.

<sup>46</sup> Wobec wyrażonych wątpliwości w dalszych rozważaniach używana będzie zarówno oryginalna nazwa *vesicanti*, jak i *okłady* czy *plastry pęcherzykowe*.

mesem. Ponadto sporadycznie były używane gumowe żelki (*gommosi*), środki pobudzające (*stimolanti*), napotne (*sudoriferi*), uspokajające (*deprimenti*) wykrztuśne (*espettoranti*), łagodzące (*anodni*), preparaty oleisto-nawilżające (*emulienti*), gorzkie substancje, takie jak goryczka (*amaricanti*), okłady z musztardy gorczyczej (*senapismi*), opium (*oppio*), cebula morska (*scilia – scillia*), napój z rabarbaru ułatwiający trawienie, (*rabarbaro*), środki z tamaryndowca (*tamarin-nrati – tamarindo*), oksymel (*ossimele*)<sup>47</sup>, syrop z fiołków (*sciropo di viola*), napój cytrynowy (*limonea*), wyciąg z lulka (*estratto di giusquiano*), olej rycynowy (*olio ricino*), słodzik (*dolcificanti*), napar z jagody jałowca (*infusione di bocche di ginopro*), kwaśną lemoniadę (*lemonea tartarizzante*).

#### 4. SPOSOBY LECZENIA

Znając rodzaje schorzeń oraz szeroki repertuar stosowanych środków leczniczych, warto przyrzeć się konkretnym sposobom kuracji poszczególnych przypadków chorobowych. Należy rozpocząć od najliczniejszej w szpitalu grupy pacjentów z różnego typu gorączkami. U osób z *trzeciacką* i *czwartacką* standardową metodą kuracji były środki przeczyszczające, upuszczanie krwi oraz chinowiec (*china*). Sporadycznie w tych przypadkach przepisywano tylko chininę. Jeden z medyków zalecił bliżej nieokreśloną miksturę „antyczwartackową” (*antiquantalaria*). Wiele rodzajów gorączki, w zasadzie zdecydowana większość, miało podłoże malaryczne, o czym świadczy stosowanie w ich leczeniu chininy, zasadniczego w owym czasie specyfiku do zwalczania tej zarazy. Zwraca uwagę przepisywanie w przypadku *trzeciacki* i *czwartacki* dwóch leków jednocześnie o nazwie *chinino* i *china*. Wydaje się, że chodzi o ten sam środek, czyli chininę, jednakże wyodrębnianie ich w receptach przez lekarzy, świadczy, że były między nimi jakieś różnice, wyrażające się nie tylko w nazwach, lecz i w działaniu. W wersji słownikowej *china* oznacza chinowca lub drzewo chinowe, *chinino* zaś – od strony chemicznej – właśnie chininę. Niewątpliwie miały one wspólną bazę opartą na chinowcu<sup>48</sup>. Chininę sprowadzili do Europy z Ameryki Łacińskiej jezuiti na początku XVII w. Uzyskiwano ją z kory chinowca peruwiańskiego. Z reguły była transportowana przez członków Towarzystwa Jezusowego i przez nich propagowana na naszym kontynencie, w przerobionej postaci była zresztą nazywana „proszkiem jezuitów”. O skuteczności tego leku zaświadczał gorący jej orędownik Giovanni Maria Lancisi. Podczas szalejącej w 1715 r. epidemii

<sup>47</sup> Oksymel to klasztorna mikstura opracowana przed wiekami na bazie miodu i octu jabłkowego, stosowana na podniesienie odporności organizmu.

<sup>48</sup> Studia nad tym problemem przekraczają zakres pracy.



malarycznej wyleczył on w bardzo krótkim czasie nobilitowanego pacjenta z gorączki *terzana penicosa*, aplikując mu najpierw na dolne kończyny pęcherze (*vescicanti*), a następnie dając do wypicia chininę z kilkoma kroplami oleju z *matiola*<sup>49</sup>.

Przy gorączkach żołądkowych i żołądkowo-reumatycznych podstawą leczenia były środki przeczyszczające oraz napój z jęczmienia. Kuracja była niekiedy uzupełniana sangwiną, środkami wymiotnymi i lewatywą. Z kolei podczas gorączki reumatycznej chorym aplikowano z reguły sangwinę lub *salassi* i napoje. Te same środki stosowali lekarze w wypadku gorączki nieżytowej, choć jednemu z pacjentów z tą przypadłością przepisano leki przeczyszczające, chinę i chininę, tłuste śluzowate, lizawki (*lambitivi*) oraz *vescicanti*. Gorączkę efemeryczną zwalczano prawie wyłącznie napojami, szczególnie z jęczmienia, epizodycznie korzystano też z sangwiny i płynów przeczyszczających. Gorączkę robaczą także leczono napojami i środkami przeczyszczającymi. Febrę nerwową jeden z lekarzy próbował wyleczyć odwarami z chininy, *vessicanti* oraz lekami przeciwbólowymi, łagodzącymi, natomiast inny – specyfikami wymiotnymi, przeczyszczającymi, napotnymi i płynami. Niestety wysiłki drugiego z nich okazały się bezskuteczne, albowiem obydwaj jego pacjenci zmarli. Gorączkę żołądkowo-nerwową likwidowano za pomocą napoi oraz środków przeczyszczających i wymiotnych. Przy gorączce gruźliczej stosowano sangwinę, napoje piersiowe oraz mleko, przy gorączce śledzionowej leki przeczyszczające i przetykające. Nieco innymi sposobami zwalczano *sinoco*. Tu podstawą leczenia była sangwina i napoje, czasem dodatkowo przy różnych odmianach tej choroby także środki przeczyszczające, przeciwzapalne, napotne, *vessicanti*<sup>50</sup>.

Choć lista gorączek, jak już stwierdzono, była bardzo długa, to jednak wszystkie one tworzyły wspólną grupę przypadłości klinicznych, o odrębnych wprawdzie źródłach, ale o podobnych czy nawet takich samych objawach. Dlatego liczba medykamentów, metod i środków wykorzystywanych do zwalczania tych patologicznych stanów była nieproporcjonalnie krótsza w stosunku do chorób wpisanych w kartę pacjenta. W większości stanów gorączkowych uniwersalnym antidotum na ich zwalczanie była chinina, upuszczanie krwi, środki przeczyszczające i wymiotne oraz napoje. Małe różnice w sposobie leczenia poszczególnych odmian gorączki tkwiły, co najwyżej, w liczbie używanych specyfików, ich zmianianiu i dobieraniu w indywidualnych przypadkach.

Niektóre z owych środków były też podstawą terapii w chorobach płuc i układu oddechowego. W walce z zapaleniami opłucnej i płuc metody kuracji

<sup>49</sup> P. DE ANGELIS, *La spezieria*, s. 51.

<sup>50</sup> ASR, 3192, *Sumaryczny spis 1828*.

były identyczne. W obu przypadkach główne remedium stanowiły, według jednego lekarza, sangwiny, napoje, *vescicanti* i kermes, według drugiego – lokalne lub generalne upuszczanie krwi, napoje, *vescicanti* i tłuste lizawki. Jeszcze inny z lekarzy w leczeniu tych schorzeń stosował bliżej nieskonkretyzowane leki przeciwzapalne. Czasami zapaleniu płuc towarzyszyła flegma, wtedy dokonywano upuszczania krwi oraz serwowano napoje, w sytuacji zaś zapalenia płuc połączonego z chorobą żołądkową wykorzystywano środki przeczyszczające i leki przeciwzapalne. Te ostatnie, jako jedyne antidotum, zapisywano osobom z obrzękiem płuc oraz chorym na obopólne zapalenie płuc i opłucnej. W hamowaniu krwotoku płucnego pomagała sangwina, woda mineralna z cytryną, kasja oraz lewatywy. Gdy dochodziło już do gruźlicy, starano się ją leczyć przede wszystkim mlekiem lub dietą mleczną. Jej uzupełnieniem były na zmianę *vescicanti*, napoje (zwłaszcza piersiowe), kermes, lewatywy. Sporadycznie terapię ograniczano wyłącznie do mleka. W przypadkach ogólnie stwierdzonej gruźlicy – tuberkulozy – środkami leczniczymi było upuszczanie krwi, płyny oraz kermes lub mleko, *vescicanti* oraz substancje wykrztuśne. W sytuacji, gdy u pacjenta stwierdzono ogólnie chorobę płuc, dozowano mu sangwinę, *vescicanti*, środki wykrztuśne oraz napotne<sup>51</sup>.

W bardzo często występujących chorobach nieżyty górnych dróg oddechowych zawsze podstawą ich leczenia były *vescicanti*, uzupełniane napojami, puszczeniem krwi, niekiedy, lekami wykrztuśnymi, wykadzaniem – dezynfekcją gazową (*suffumigi*) oraz lepkiemi, oleistymi preparatami nawilżająco-kojącymi, łagodzącymi stany zapalne (*emulienti*). Przy nieżycie chronicznym dochodziło jeszcze mleko, oleiste lizawki i kermes. W reumatycznym nieżycie dróg oddechowych jedyną metodą kuracji było upuszczanie krwi oraz napoje, zwłaszcza z jęczmienia. W ten sam sposób likwidowano zwykły katar. Przy dolegliwościach gastryczno-żołądkowych uniwersalnym i jedynym sposobem ich leczenia było aplikowanie środków przeczyszczających oraz rozcieńczająco-rozpuszczających, wspomaganym czasem lewatywą i specyfikami przeciwzapalnymi<sup>52</sup>.

Szerokiego repertuaru środków używano w leczeniu chorób reumatycznych, bo chociaż łączył je wspólny człon nazwy, to jednak nie były one tożsame i wymagały adekwatnych do ich specyfiki medykamentów. Na ogólny reumatyzm (*reumatismo*) używano zawsze sangwiny, napojów oraz *vescicanti*. Te same zabiegi stosowano przy ostrym reumatyzmie, dodając jeszcze łagodne środki przeczyszczające (*minorativi*), jednakże przy chronicznym, oprócz *vescicanti*, przepisywano płyny napotne, w innym wypadku sam proszek z antymonu napotnego

---

<sup>51</sup> Tamże.

<sup>52</sup> Tamże.

(*stibbio*). Czym innym były bóle reumatyczne, które łagodzano lub pozbywano się ich za pomocą wywaru z łopianu (*bardana*) albo też *vescicanti*, substancji napotnych i rozcieńczających. Z kolei schorzenie określane jako *reumatologia* leczono przede wszystkim wywarami, odwarami łopianu, mlekiem i mieszanką mleczną, lekami napotnymi i okładami pęcherzykowymi. W wypadku natomiast dolegliwości zwanej *affezione reumatica* kurowano ją upustem krwi i środkami przeczyszczającymi.

Jeśli chodzi o choroby weneryczne, to rzeżączkę leczono płynami rozcieńczająco-rozpuszczającymi, natomiast kiłę wywarem z łopianu oraz mlekiem. Do zahamowania biegunki stosowano substancje przeczyszczające i ściągające, tamaryndowiec oraz gumowe żelki, na zaparcia: lewatywę i środki przeczyszczające, na niestrawność – środki przeczyszczające oraz gorzkie substancje (goryczkę). Z kolei padaczkę próbowano zwalczać lub ograniczać za pomocą chininy, kwiatów cynku i waleriany, ekstraktów roślinnych i środków przeciwepileptycznych. Wobec jednej osoby dotkniętej epilepsją lekarz zastosował sangwinę i leki przeczyszczające. Takie same środki przepisano choremu na apopleksję, czyli udar mózgu, oraz osobom dotkniętym paraliżem. Tym ostatnim aplikowano czasem dodatkowo walerianę i specyfiki ściągające (*astringenti*). Na silne bóle głowy najlepszą receptą była sangwina, napoje i leki przeczyszczające. Dużo bogatszy arsenał środków był konieczny przy leczeniu paraliżu niektórych części i organów ciała. Sparaliżowaną nogę kurowano wywarem z chininy, nacieraniem gęstym balsamem (*linimento*), substancją z pieprznika pospolitego – kurki (*kantarelli*), paraliż przełyku kurowano okładami z musztardy na szyi i na całym ciele, smarowaniem, przepłukiwaniem przełyku mlekiem i rosółem. Bardzo liczne zabiegi stosowano przy innym ze schorzeń neurologicznych, porażeniu połowicznym. Wśród nich były środki przeczyszczające, upuszczanie krwi, okłady pęcherzykowe (*epispatici*, *vescicanti*), chinina, płyny, niekiedy waleriana, kwiaty arniki i kąpiele. Oczywiście nie wszystkie środki stosowano jednocześnie, ale dobierano do poszczególnych pacjentów. Z kolei w przypadkach *tabe*, czyli ciężkiego i postępującego ogólnego zaniku, stosowano wywary z chininy i mleko.

Stosunkowo prostych środków używano przy zwalczaniu ospy. Podstawą kuracji były leki przeciwzapalne i przeczyszczające, różne napoje, płyny orzeźwiający i rozpuszczający. Jeden z lekarzy leczył ospę, w tym ospę wietrzną, tylko napojami. Trzy różne metody odnotowano w zwalczaniu kolki. Pierwsza polegała na stosowaniu sangwiny generalnej i lokalnej oraz lewatywy, druga – na podawaniu środków napotnych oraz okładów pęcherzykowych (*epispatici*), trzecia – środków przeczyszczających i substancji oleistych. Jeszcze więcej zabiegów zastosowano wobec pacjenta z kolką zapalną, którego leczono sangwiną, środkami przeczyszczającymi, kompresami rozgrzewającymi, płynami oleistymi i na-

maszczaniem. Niemal tych samych zabiegów używano przy bólu śledziony, tyle że zamiast namaszczenia, choremu zalecono napoje. Niejednorodność sposobów leczenia występowała również przy żółtaczce. Można ją było zwalczać środkami przeczyszczającymi i napojami, następnie także środkami przeczyszczającymi, wywarem z traw (*graminace*), rozpuszczonym winianem, wreszcie sangwiną i napojem z rabarbaru. Z kolei dyzenterię likwidowano za pomocą sangwiny, tamarindowca, kasji i środków ściągających, lub też przy użyciu łagodnych środków przeczyszczających.

W dwojaki sposób leczono puchlinę wodną (*anasarca*). Czasami zwalczano ją tylko środkami moczopędnymi, innym razem przypisywano kilka specyfików: cebulę morską, digitoksyny, saletrę (*nitro*), plastry pęcherzykowe, winian. Bardzo skomplikowane i złożone było leczenie puchliny brzusznej. Stosowano przy niej na zmianę alternatywne zabiegi: najczęściej specyfiki moczopędne, potem lekkie środki przeczyszczające, cebulę morską, winian, dygitalinę (*digitale*)<sup>53</sup>, napar z jagody jałowca.

Na silne bóle głowy (*cefalagia*) stosowano sangwinę i napoje, czasami dodawano do nich środki przeczyszczające. Stałe i ściśle określone sposoby postępowania obowiązywały w przypadku krwioplucia (*emotisi*), lecząc go zawsze z upuszczeniem krwi lub sangwiną oraz napojami, cytrynową wodą mineralną, niekiedy także łagodnymi środkami przeczyszczającymi, zmiękczającymi czy węglem (*diamante*). W zwalczaniu hemoroidów pomocne były sangwiny lokalne, napoje oraz środki przeczyszczające. Na zapalenie jelit skuteczne były sangwina, smarowania, specyfiki oleiste, środki przeczyszczające, lewatywa i kompresy rozgrzewające. Te same zabiegi, za wyjątkiem lewatywy, uskutecziano na zapalenie śledziony, zapalenie wątroby i reumatyczne bóle głowy, na różę zaś aplikowano środki przeczyszczające i napoje, kwaśną lemoniadę – *tartarizzante*, płyny rozpuszczające, winian, sangwinę<sup>54</sup>.

Za skuteczny środek do zwalczania apopleksji i melancholii uważano sangwinę z okładami pęcherzykowymi (*epipastici*), a niekiedy tylko tę pierwszą. Na przypadki majaczenia – delirium lekarze przepisywali sok cytrynowy, szylkretowy (*limonea tartarizzata*), na ischias stosowali metodę Cotugno<sup>55</sup>, na duszność – *vescicanti*, *diveretici* i mleko ośle, na dławicę piersiową – kasję i gumowe żelki. Astmę, inną chorobę dróg oddechowych, leczono głównie sangwiną i puszczeniem krwi, środkami przeczyszczającymi oraz napojami, a jako uzupełnienie stosowano kermes, oksymel (*ossimiele*). Podobnie zwalczano anginę, wdrażając,

<sup>53</sup> Dygitalyna – glikozyd nasercowy, otrzymywany z naparstnicy zwyczajnej.

<sup>54</sup> ASR, 3192, *Summaryczny spis* 1828.

<sup>55</sup> Domenico Cotugno (1736-1822), włoski lekarz, anatom i chirurg, nazywany „neapolitańskim Hipokratesem”)

jako kurację bazową sangwinę oraz napoje, często kasję, rzadziej środki przeciwzapalne oraz *vesicanti*. Na ból gardła natomiast używano kasji i napojów<sup>56</sup>.

Uniwersalnym remedium na choroby kardiologiczne było upuszczanie krwi i sangwina. Przy kołataniu serca wspomagano je kasją, digitoksyną (digitalną), środkami uspokajającymi, natomiast przy bólu w okolicach serca podawano płyny oleiste i środki przeczyszczające, stosując dodatkowo smarowania i kompresy rozgrzewające<sup>57</sup>.

Sporadycznie występujące inne schorzenia próbowano leczyć następującymi metodami i medykamentami: artretyzm – środkami przeczyszczającymi i napotnymi; wodobrzusze – środkami moczopędnymi; płyn w jamie opłucnej – środkami przeczyszczającymi, lewatywą, oksymelem – *vesicanti*, środkami moczopędnymi; mimowolne oddawanie moczu – chinowcem; zatrzymanie moczu – sangwiną, płynami oleistymi i ciepłymi okładami; bolesne oddawanie moczu – sangwiną, kompresami rozgrzewającymi, płynami oleistymi, syropem z fiołków, lewatywą, środkami przeczyszczającymi, napojami; zapalenie nerek – sangwiną i łagodnymi środkami przeczyszczającymi; świnkę – pijawkami, winianem, płynami rozpuszczającymi, napojem cytrynowym; zatrucie – kwaśną lemoniadą; ból śledziony – sangwiną, puszczaniem krwi, środkami przeczyszczającymi i oleistymi, okładami rozgrzewającymi i napojami; kacheksję – środkami stymulującymi i pobudzającymi, *vesicanti*; krwawienie z nosa – sangwiną, środkami przeczyszczającymi, lewatywą; tasiemca – środkami przeczyszczającymi, korzeniem z granatowca; tężec/zgorzel – środkami przeczyszczającymi, rozpuszczającymi, napotnymi, *vesicanti*; zapalenie osierdzia – lekami przeciwzapalnymi; trudności w przetykaniu – puszczaniem krwi i ciepłymi kąpielami; chorobę zapalną stawów – ekstraktem z lulka, ciepłymi kąpielami, opium, walerianą; stłuczenia – maściami i kremami; ból ucha – lokalną sangwiną i środkami przeczyszczającymi; ból szyi i nogi – okładami z musztardy gorczyczej; chore migdałki – kasją i płynami rozcieńczalnymi; obrzęk nogi – środkami moczopędnymi i winianem; dymienicę – winianem, smarowaniem maścią rtęciową; dolegliwości konwulsyjne jelit – olejem rycynowym i środkami uspokajającymi; przepuklinę pępkową – środkami przeczyszczającymi, okładami rozgrzewającymi, sangwiną; opryszczkę krostkową – środkami napotnymi, słodzikiem; chorobę Beri-Beri – ekstraktem z lulka, kąpielą, opium, walerianą; lumbago – sangwiną lokalną i środkami przeczyszczającymi; wąglik – środkami moczopędnymi; obrzęk ślinianek przyusznych – sangwiną lokalną i łagodnymi środkami przeczyszczającymi; bóle brzucha – oleistymi środkami przeczyszczającymi, lewatywą; szal – środkami

<sup>56</sup> ASR, 3192, *Sumaryczny spis 1828*.

<sup>57</sup> Tamże.

przeciwzapalnymi; zapalenie mózgu – sangwiną, środkami przeczyszczającym i napojami; *scelotribe* – pijawkami, środkami przeczyszczającymi, lekami przeciwskurczowymi, *vessicanti*<sup>58</sup>.

Dokonany opis sposobów leczenia poszczególnych dysfunkcji zdrowotnych nasuwa kilka wniosków. Otóż podstawowe metody i środki leczenia jeszcze na początku XIX oparte były przede wszystkim na medycynie tradycyjnej i lekach naturalnych, z reguły roślinno-ziołowych. Remedium w zwalczaniu wielu schorzeń stanowiły też artykuły żywnościowe, składniki codziennej diety: oleje, masło, wino, słodzik, lemoniada, napój jęczmienny, serwatka czy zwykłe mleko, główny, a czasem jedyny środek kuracji gruźlicy i chorób płucnych. Nie znano i nie używano jeszcze leków syntetycznych, fabrycznie produkowanych w XX w. Te, które aplikowano chorym, z reguły wyrabiano w wewnątrzszpitalnej aptece z produktów zakupionych w sklepach orientalnych Rzymu lub ręcznie zebranych. Pewna grupa leków oraz zabiegów miała zastosowanie uniwersalne, stanowiąc środki na większość chorób. Należały do nich upuszczanie krwi, stawianie baniek, *vessicanti*, środki przeczyszczające, wszelkiego rodzaju napoje, w tym płyny rozcieńczające, lewatywy. O ile w wypadku części z nich już sama nazwa określała ich specyfikę i pochodzenie (np. kasja, rabarbar, oleje, mleko), to jednak większość miała nazwę ogólną, wskazującą tylko ich przeznaczenie i skutek działania. Chodzi między innymi o preparaty przeciwgorączkowe, przeczyszczające, napotne, wykrztuśne, moczopędne, o których składzie i pochodzeniu, niewiele wiadomo. W ogóle terminologia dotycząca ówczesnych medykamentów i metod leczenia jest archaiczna i często nieadekwatna do nazw dzisiejszych specyfików farmaceutycznych. Jej szczegółowe wyjaśnienie wymagałyby oddzielnych studiów z pogranicza historii farmakologii, co w kontekście podjętego tematu nie wydaje się celowe.

W zależności od rodzaju chorób, stosowano różne metody ich leczenia. Niektóre niedomagania wymagały użycia jednego medykamentu, inne dużo więcej. Wiele przypadków gruźlicy płuc leczono jedynie mlekiem, podobnie jak ospę napojami czy zaparcia środkami przeczyszczającymi. Ale były i przypadłości wymagające zastosowania szerokiego zestawu leków i zabiegów, chociażby przy bolesnym oddawaniu moczu lekarz przepisał pacjentowi jednocześnie sześć środków leczniczych: sangwinę, kompresy rozgrzewające, środki przeczyszczające, lewatywę, napoje i substancję oleistą. Co ciekawe, pomimo wypracowanych kanonów kuracji często nie było jednolitej procedury zwalczania dolegliwości, medycy bowiem stosowali rozmaite metody leczenia tych samych chorób u różnych pacjentów. Podsumowując, wypada stwierdzić, że nawet w tak wielkim

---

<sup>58</sup> Tamże.



szpitalu, jak rzymski Szpital Świętego Ducha, medycynę przełomu XVIII i XIX w., pomimo stałego postępu dokonującego się w tej dziedzinie, dzieliła, w porównaniu do okresu o sto lat i więcej późniejszego, przepaść, uwzględniając nawet wysokie kompetencje diagnostyczne pracujących tam lekarzy. Wiele powszechnie stosowanych metod leczenia, uznawanych wtedy za podstawowe i skuteczne, zostało przez dzisiejszą medycynę zupełnie zanegowanych (puszczenie krwi) lub w oficjalnym leczeniu wypartych z użycia (bańki, pijawki).

Opisany szczegółowy asortyment specyfików leczniczych daje wyobrażenie o ich różnorodności, pochodzeniu i bogactwie, które sprowadzało się w zasadzie do produktów natury i niewiele zmieniającej się od wieków medycyny ludowej. Można powiedzieć, że oferta farmaceutyczna w czasach nowożytnych, włącznie z „wiekiem oświecenia”, bazowała na lekach i metodach kuracji stosowanych już w głębokim średniowieczu, nie sięgając już dalej wstecz. Zważywszy na ograniczoną skuteczność ówczesnych medykamentów i fakt, że podłożem chorób było ubóstwo oraz słabość i wyniszczenie organizmów, wynikające z przepracowania i małowartościowej diety, nie dziwi, że podczas hospitalizacji wielki nacisk kładziono na odpowiednie odżywianie chorych. Kwestia zabezpieczenia pacjentom odżywczych i wzmacniających pokarmów należała do najczęstszych pojawiających się zaleceń, gdyż w tym głównie upatrywano panaceum na wyleczenie i poprawę zdrowia pacjentów.

W praktyce różnie z tym bywało, choć akurat w 1575 r. chorzy otrzymywali odżywcze pokarmy i bardzo dobre napoje<sup>59</sup>. Istniała świadomość pierwszorzędного znaczenia dla niedożywionych i chorych pacjentów diety opartej przynajmniej na dobrym chlebie i dobrym bulionie, zintegrowanej z napojami – płynami terapeutycznymi, którym było wino. Wykorzystywano go w terapii w wielu postaciach i odmianach. *Vino mirabile* (cudowne) wskazane było w żółci i korkach dróg żółciowych oraz przeciw cholerze i melancholii; *vino cordiale* (serdeczne) – z ogórecznika i melisy – oraz *vino drogato* (narkotyczne) było odpowiednie na wszelkie bóle; było też wino *aqua vitae*, ponieważ przywracało zdrowie chorym, regenerowało siły rekonwalescentom i „trzymało śmierć z dala od starych”. W badanej epoce uwaga medyczna była intensywnie kierowana, z jednej strony, na drogi „obrzydliwe” (*aborali*), to jest końcowy otwór przewodu pokarmowego i moczowego, przez które przebiega działanie środków leczniczych – napojów wodnych, przeczyszczających, lewatywy – znajdujące kres w glinianych naczyniach pisuarów i desek klozetowych, z drugiej strony nie mniej uwagi poświęcało się drodze doustnej, przez którą przechodzi podawany pokarm i leki.

---

<sup>59</sup> Jak pisze A. Celli: „Infermi sono alimentati con cibi nutrienti e bevande generose” (*Storia di malaria nell'agro romano*, Città di Castello, 1925, s. 231).

W ten sposób – jak spuentował Giorgio Cosmacini – „korzyść z kuracji mogła być całkowita, nie tylko «ewakuująca», ale także «ożywcza»”<sup>60</sup>.

Tak jak lekarstwa zwykle pomagają w leczeniu, to nieprawidłowe lub błędnie ich zastosowanie może zaszkodzić, a nawet wywołać ekstremalne konsekwencje. Przy takiej masie chorych w jednym miejscu i nie mniejszej mnogości używanych środków leczniczych nietrudno było o pomyłki, które w Szpitalu Świętego Ducha również się zdarzały, o czym informowano np. w 1759 r. W celu zapobieżenia takim niebezpiecznym wypadkom, zarządzone, by tuż po wizycie lekarskiej spotykali się asystent apteczny, lekarz asystent i kapral, biorący udział w obchodzie, a każdy z osobna notował w książeczkach przepisane zalecenia i lekarstwa. Konfrontując ze sobą trzy osobne zapisy, łatwo było wykryć błędy. W wypadku wątpliwości recept nie realizowano, lecz korzystając ze „świeżej pamięci” weryfikowano wcześniejsze zapisy w czasie następnej wizyty. Dopiero wtedy nadawano zleceniom (receptom) dalszy bieg. Od momentu wprowadzenia tego rozporządzenia prawie nigdy nie słyszało się, aby zdarzył się jakiś poważny błąd w dystrybucji medykamentów, jak również podczas wykonywaniu operacji chirurgicznych. Zalecono nawet, by takie spotkania odbywać nawet dwa razy dziennie<sup>61</sup>.

W procesie leczenia i stawianiu diagnozy bardzo ważny był kontakt lekarza z pacjentem i przeprowadzane badania. Na temat aktywności leczniczej i terapii praktycznych niewiele jest wzmianek w dokumentach, pewnym wyjątkiem są zawierane kontrakty o pracę. Dla lekarza podstawową formą rozpoznania dolegliwości chorego było badanie moczu, uważane dawniej za główne narzędzie diagnostyczne. Lekarz nie przeprowadzał analizy klinicznej poprzez fizyczny kontakt z pacjentem, lecz swoją diagnozę opierał jedynie na opisie objawów i na badaniu moczu. Kontrakty lekarzy szpitala *San Salvatore* (koniec XV w.) obli-gowały ich do leczenia ran ofiar zarazy, sprawdzania pulsu chorych, a ponadto przeprowadzania prawdziwego badania klinicznego. W wypadku chirurgów kontakt bezpośredni był naturalnym wymogiem przy przeprowadzaniu operacji, nastawianiu zwichniętych i złamanych kości czy puszczeniu krwi<sup>62</sup>. W umowach o pracę kładziono nacisk na dopełnianie obowiązku leczenia chorych w czasie zarazy, co wyraźnie świadczyło, że obawa przed zarażeniem utrudniała trzymanie lekarzy przy łóżkach chorych, często pozostawionych samym sobie lub powierzonych opiece *barbieri* oraz prostych sanitariuszy. Aby temu zapobiec, w Szpitalu Świętego Ducha, szczególnie w okresie epidemii, komendatorzy spisywali

<sup>60</sup> G. COSMACINI, *Storia della medicina*, s. 190.

<sup>61</sup> ASR, nr 64, *Relazione delle Cose ... Castelli*. 1759, s. 61-62.

<sup>62</sup> A. ESPOSITO, *Assistenza e organizzazione sanitaria nell'Ospedale di Santo Spirito*, w: AOSS, s. 211.

kontrakty bardziej wiążące, nie tylko z lekarzami, ale także z personelem paramedycznym, a w niektórych wypadkach wymagani byli również poręczyciele, którzy czuwali nad dotrzymaniem umów i uniemożliwiali ucieczkę lekarza<sup>63</sup>.

## 5. NOWE TRENDY W TERAPII I BADANIACH MEDYCZNYCH

Metody kuracji i środki lecznicze stosowane w Szpitalu Świętego Ducha były pochodną ówczesnego poziomu wiedzy i badań w medycynie i farmakologii. Zresztą sam szpital był poligonem eksperymentów i miejscem, w którym słynni lekarze i chirurdzy prowadzili badania i obserwacje kliniczne<sup>64</sup>. Szczególny impuls do rozwoju medycyny dał papież Benedykt XIV (1740-1758). Jeszcze przed wyborem na Stolicę Piotrową w swoim *De servorum Dei beaficatione et beatorum canonizatione*, opublikowanym w Padwie między 1734 a 1737 r., nakreślił relacje między zjawiskami mistycznymi i ekstatycznymi a naturalnymi, zaproponował granicę między świętością a chorobą<sup>65</sup>. Przedstawił też bardziej liberalną interpretację bulli *De cadaverum sectione* Bonifacego VIII (1294-1303), aby umożliwić gruntowniejsze studia nad anatomią<sup>66</sup>. Benedykt XIV zapoczątkował sekularyzację cenzury, co w latach siedemdziesiątych XVIII w. doprowadziło do reformy kongregacji indeksów i katalogu ksiąg zakazanych, a tym samym do otwierania akademii medycznych, uwolnienia myśli i debat naukowych od podporządkowania wiążącemu osądowi władz kościelnych. Dzięki temu toczący się w połowie stulecia wielki spór o zasadność praktyki szczepień, doszedł do ostatecznego uznania przez naukę, nastąpiła także legitymizacja nowych praktyk terapeutycznych<sup>67</sup>.

Oświeceniowe innowacje i odkrycia medyczne wymagały stopniowego przelamywania dawnych przyzwyczajzeń i stereotypów, mocno utrwalonych w środowisku lekarskim, dlatego nie wszystkie od zaraz pojawiały się w szpitalach rzymskich. Ponadto badania nad nowymi sposobami leczenia, nad lekami były długotrwałe, potrzebowały weryfikacji i testów. Przykładem są wysiłki podejmowane w celu zwalczania cyklicznie występującej ospy, pustoszącej populację, zwłaszcza dziecięcą. To kolejna plaga, przybyła do Europy z Indii, która niechlubnie zastą-

---

<sup>63</sup> Tamże, s. 211-212. Zob. Na ten temat I. NASO, *Medici e strutture sanitarie nella società tardo medievale. Il Piemonte dei secoli XIV e XV*, Milano 1982.

<sup>64</sup> Zob. rozważania o lekarzach i chirurgach w rozdziale III.

<sup>65</sup> C.E. SIMONETTO, L. DEL PISTOIA, *Note su stragione e razionalità trà Sette e Ottocento. Il periodo francese*, w: *L'ospedale dei pazzi di Roma dai papi al '900. Lineamenti di assistenza e cura a poveri e dementi*, red. A. Iaria, A. Bonfigli, F. Fedeli Bernardini, t. II, Bari 1994, s. 88.

<sup>66</sup> C. RENDINA, *I papi. Storia e segreti*, Roma 1983, s. 733-734; G. COSMACINI, *Storia della medicina*, s. 246.

<sup>67</sup> C.E. SIMONETTO, L. DEL PISTOIA, *Note su stragione*, s. 88.

piła w XVIII w. zanikła w drugiej połowie poprzedniego stulecia dżumę<sup>68</sup>. Próbę leczenia lub zapobiegania ospie prawdziwej podjęto w XVI w. w Chinach metodą wariolizacji, stanowiącą pierwowzór szczepień. W Europie jako pierwsi przejęli ją Turcy osmańscy, którzy również zaczęli stosować wariolizację. Do walki z ospą używano proszku ze strupów lub ropy, pobranego od chorych z łagodnym przebiegiem choroby. Następnie proszek ten wdmuchiowano do nosa osoby zdrowej lub wkładano do nosa zwilżony wydzieliną ze strupów tampon, co powodowało, że rozwijała się u niego łagodna postać choroby. Dzięki temu tak celowo zarażony był już w przyszłości odporny na tego wirusa. Z taką praktyką spotkała się Mary Wortley Montagu (1689-1762), żona ambasadora angielskiego, postanawiając wypróbować nową procedurę na własnych dzieciach, które po wariolizacji szybko wyzdrowiały. Upowszechniła tę metodę w Londynie i Wielkiej Brytanii<sup>69</sup>. Spotkała się ona jednak z zastrzeżeniami natury teologicznej, gdyż projektowanie szczepień miało kontrastować z „Boską Opatrznością, jedynym arbitrem życia i śmierci, choroby i zdrowia”<sup>70</sup>. Jak uzasadniano, wariolizacja, produkowała chorobę u zdrowej osoby, odwracając tym samym cel medycyny, jakim było dawanie zdrowia chorej osobie. Dopiero za pontyfikatu Benedykta XIV papieżstwo złagodziło swoją sztywność doktrynalną, pozostawiając miejsce na autonomię dyskursu naukowego i debatę nad szczepionkami. Spory nad celowością i skutecznością wariolizacji trwały w Europie przez całą drugą część XVIII w. Prym w propagowaniu i testowaniu „przeszczepów” wiodła Anglia, przekonała się też do nich cesarzowa Maria Teresa, katolicka Austria i lekarze austriaccy oraz niektórzy włoscy medycy prowincjonalni i wiejscy, lecz ich bardziej tradycyjni koledzy z miast i „miejscowi bigoci” uważali, że prowadzone doświadczenia były wymysłem niewiernych barbarzyńców, możliwym do zrealizowania „w heretyckim kraju, takim była Anglia, ale nie w Italii, która nic z nimi nie miała wspólnego”<sup>71</sup>.

Na Półwyspie Apenińskim prym w walce o przeszczepy wiodła Toskania, a ich promotorem był lekarz Giovanni Angelo Gatti (1742-1798), profesor medycyny teoretycznej w Pizie. W latach sześćdziesiątych prowadził on zażartą batalię w Paryżu o szczepionkę antyospową, wykonał sto przeszczepów na osobach wysokich rangą, lecz spotkało go pewne niepowodzenie, ponieważ u niektórych przeszczep się nie przyjął i potem zachorowali na ospę. Jasnego stanowiska w sprawie wariolizacji nie zajął w 1763 r. parlament francuski; zawiesił dopuszczenie jej do oficjalnego użytku, czekając do czasu, aż wydziały teologiczne

<sup>68</sup> G. COSMACINI, *Storia della medicina*, s. 238-240.

<sup>69</sup> Tamże, s. 242.

<sup>70</sup> U. TUCCI, *Il vaiolo tra epidemia e prevenzione*, w: *Malattia e medicina*, red. F. Della Peruta, Torino 1984, s. 391.

<sup>71</sup> G. COSMACINI, *Storia della medicina*, s. 247.

i medyczne Sorbony zdecydują o zasadności i korzyściach bądź ryzykowności tej metody. Istniały powszechne obawy, że jeśli Paryż zmieni zawieszenie w zakaz, w jego ślad pójdzie cała Europa. Sorbona zachowała się bardzo asekuracyjnie, dopiero po pięciu latach, w 1768 r. wydała wyrok na wzór Poncjusza Piłata: ani nie zabraniał on inokulacji, ani na nią nie zezwalał, lecz po prostu ją tolerował<sup>72</sup>. Opór środowiska medycznego wobec perspektywy szczepień wynikał nie tylko z obaw o ich nieskuteczność i szkodliwość oraz z wątpliwości religijnych – czy można walczyć z czymś, co jest skutkiem grzechu – ale też z troski o swoje materialne interesy oraz lęku przed utratą monopolu zysku i swojej pozycji. Gatti pisał bowiem, że „każdy może praktykować takie zabiegi, nawet kobieta, matka, pielęgniarka będą to czynić lepiej niż największy z lekarzy. Inokulacja musi więc trafić w ręce kobiet, które nie uczynią go przywilejem dla nielicznych, ale rozprzestrzenią i upowszechnią, a wtedy wszczepianie będzie przydatne dla całej ludzkości”<sup>73</sup>. Pod koniec XVIII w., zwłaszcza w środowisku lekarzy i publicystów lombardzkich i mediolańskich, zaczęła się coraz bardziej kształtować koncepcja medycyny profilaktycznej lub inaczej zapobiegawczo-prewencyjnej, opartej między innymi na szczepieniu, która, jak pisał w 1766 r. lombardzki luminarz Pietro Verri (1728-1797), „nie czekała na pojawienie się choroby, aby ją dopiero wtedy leczyć”<sup>74</sup>.

Pojawiające się dużo wcześniej pomysły i prace nad szczepionkami i wakcyzacją doczekały się praktycznego zastosowania dopiero w 1796 r., gdy brytyjski doktor Edward Jenner, w walce z chorobami zakaźnymi, podał 8-letniemu chłopcu w szczepionce wirusa ospy krowiej. Przed tym eksperymentem zaobserwował, że osoby, które pracują przy bydłe, nie zapadają na ospę prawdziwą, a co najwyżej zarażają się krowianką – łagodną odmianę ospy. Wysnuł stąd teorię, że to właśnie może ich chronić przed ospą. W XIX wieku metoda Jennera zwana wakcyzacją (od *variola vaccina* – ospa krowia) rozpowszechniła się w Europie, a potem i na świecie. Spełniły się też prognozy Gattiego, gdyż na początku XIX w. zaczęto tworzyć coraz liczniejszy personel paramedyczny o niższej specjalizacji, i to jemu w wielu przypadkach powierzono opiekę nad pierwszymi szczepieniami<sup>75</sup>.

W poważniejszej skali nowatorskie trendy w sposobach terapii zaczęły się pojawiać w szpitalach i w praktyce prywatnej dopiero u progu XIX w. Dążenie do nowej medycyny, opartej na prostocie i na *vis sanatrix naturae* (uzdrowiającej sile

---

<sup>72</sup> B. FADDA, *L'innesto del vaiolo. Un dibattito scientifico e culturale nell'Italia del Settecento*, Milano 1983, s. 71; G. COSMACINI, *Storia della medicina*, s. 248. Zob. też V. MASSAI, *Angelo Gatti (1744-1798): un medico toscano in terra di Francia*, Firenze, 2008.

<sup>73</sup> Obydwa powyższe zdania pochodzą z dzieła Gattiego, *Nouvelles reflexions sur la pratique de l'inoculation*, (1767), s. 11. Cyt za: G. COSMACINI, *Storia della medicina*, s. 249.

<sup>74</sup> G. Cosmacini, *Storia della medicina*, s. 250.

<sup>75</sup> B. FADDA, *L'innesto del vaiolo*, s. 116.

natury), głoszonej przez Oświecenie, podjął twórca medycyny romantycznej szkocki lekarz, profesor z Edynburga John Brown (1735-1788) w pracy *Elementa medicinae*, wydrukowanej w Edynburgu w 1780 r. Doktrynę tę rozpropagował we Włoszech, tłumacząc jego dzieło w 1792 r., lekarz Giovanni Rasori (1766-1837). Brown podważał scholastyczne i humoralne tradycje medycyny i wiążące się z nimi nadużywanie środków przeczyszczających i wymiotnych oraz upuszczania krwi<sup>76</sup>, które w Szpitalu Świętego Ducha jeszcze na początku XIX stanowiły niemal standardowe panaceum na większość chorób<sup>77</sup>. Francuski lekarz Louis Valentin (1758-1829), odbywający w 1820 r. podróż medyczną od południa do północy Italii, robiąc przerwę w Rzymie, zwrócił uwagę, że pozbywanie się krwi z organizmu, stosowane jako środek priorytetowy również przy gorączkach naprzemiennych, wobec ogromnych kosztów chininy, było poważnym nadużyciem rzymskiej medycyny<sup>78</sup>; można sądzić, że również występującym w szpitalu nadtybrzańskim.

Osiągnięcia medyczne doby napoleońskiej nie rozkładały się równomiernie na całym półwyspie. Mapa lekarzy naśladowców Rasoriego dzieliła się na pół: na północy występował ich natłok, podczas gdy południe było od nich zupełnie wolne. Trudno powiedzieć, jak było w Rzymie i Szpitalu Świętego Ducha. O tym, że niektóre innowacje szybko tam docierały, dowodzi przykład lekarza klinicysty Giuseppe Matthey (1776-1835), naczelnego medyka w szpitalu świętoduskim i profesora *Sapienzy*. W 1820 r. pisał on, że od około czterech lat wielokrotnie używał cylindra (stetoskopu) do osłuchiwania klatki piersiowej, który wynalazł w 1816 r. lekarz francuski René Theophile Hyacinthe Laennec (1781-1826), dodając jednocześnie, że posługiwał się nim w swojej szkole bez większego pożytku<sup>79</sup>. Druga część wypowiedzi świadczy o oporach i sceptycyzmie, jakie towarzyszyły lekarzom adoptującym nowe formy leczenia. G. Matthey skrytykował też nadużywanie przez lekarzy wszechobecnych w szpitalach środków przeczyszczających<sup>80</sup>.

Ogromny wpływ na pojawienie się nowości medycznych miały prądy rewolucyjne, które przekroczyły Alpy kilka lat przed armią włoską generała Bonaparte. Idea „nowej medycyny”, która tak jak francuscy wyzwolicieli miała być równie wyzwalająca z przeszłości, czy to z tradycyjnego hipokratyzmu, czy *ancien régime*'u, dotarła najpierw do Mediolanu i Pawii, a później w głąb półwyspu. Była to medycyna Browna, występująca przeciwko „dogmatycznej ignorancji i ślepemu

<sup>76</sup> C.E. SIMONETTO, L. DEL PISTOIA, *Note su stragione*, s. 88-89.

<sup>77</sup> ASR, nr 1414, *Stato nominativo ... 1811*.

<sup>78</sup> L. VALENTIN, *Viaggio medico in Italia fatto nell'anno 1820*, Torino 1823, s. 51-52

<sup>79</sup> G. COSMACINI, *Storia della medicina*, s. 271; L. Valentin, *Viaggio medico*, s. 19, 51-52.

<sup>80</sup> G. MATTHEY, *Dell'abuso dei purganti e della medicina curativa ossia lurgazione di Le Roy riflessioni critiche*, Viterbo 1825.



empiryzmowi”, elektryzująca szczególnie młodych lekarzy<sup>81</sup>. Pomimo burzliwych wydarzeń z przełomu XVIII i XIX w. wydłużał się średni wiek życia, a bilans demograficzny rekompensował się, gdyż jannerowskie szczepienia ratowały więcej istnień ludzkich niż było ofiar wojen napoleońskich i związanych z nimi epidemii i głodu. Medycyna stawiała się także medycyną wojskową, przyjmując masowy zasięg. W punktach pierwszej pomocy i w szpitalach polowych następował rozkwit i dowartościowanie chirurgii, na znaczeniu zyskali lekarze wojskowi, których liczba niepomiaralnie wzrosła<sup>82</sup>.

W atmosferze opisanych zjawisk i wydarzeń znów pojawiły się kontrowersje dotyczące medycznej praktyki zwalczania chorób metodą upuszczania krwi, której wielkimi zwolennikami byli: francuski lekarz François Joseph Victor Broussais (1772-1838) lekarz szpitala wojskowego *Val-de-Grâce* w Paryżu oraz Giovanni Rasori<sup>83</sup>. Drugi z nich stosował tę metodę podczas epidemii w leczeniu przerywanych gorączek malarycznych, w klinikach medycznych, cywilnej i wojskowej w Mediolanie (stolicy Napoleońskiego Królestwa Włoch): *Ospedale Maggiore* i *Ospedale di S. Ambroggio*. Za obie zresztą był odpowiedzialny w latach 1806-1807. Wielu lekarzy opozycyjnych było mu przeciwnych, uważając upuszczanie krwi za broń śmiertcioną, a Rasoriego za „maniaka krwiopijcę” – „siewcę cmentarzy”. Panowały opinie, że ta praktyka była mocno nadużywana przez mało bystrych i nieostrożnych lekarzy oraz oskarżana o wampiryzm. Rasori, lekarz naczelny *Ospedale Maggiore*, skutecznie przeciwstawiał się zarzutom i bronił się statystyką, publikując w 1812 r., jako pierwszy we Włoszech i Europie, zestawienia tabelaryczne śmiertelności w mediolańskiej klinice cywilnej i w innych największych szpitalach Królestwa. Wyniki te przemawiały na jego korzyść i zjednywały mu uznanie części środowisk, a jego „krwiste terapie”, choć kwestionowane, były nadal stosowane<sup>84</sup>.

Czasy napoleońskie są uznawane są za prawdziwą złotą epokę szczepień<sup>85</sup>. Zaszczepiono wtedy przeciw ospie 150 tysięcy osób<sup>86</sup>. Wakcynacja stanowiła najważniejsze osiągnięcie medyczne aż do epoki współczesnych odkryć bakteriologicznych<sup>87</sup>. Obrona przed chorobami epidemicznymi, wpisana w działalność

---

<sup>81</sup> G. COSMACINI, *Storia della medicina*, s. 257, 261. Zob. G. Rasori, *Nuova Dottrina Medica di G. Brown*, Pisa 1792, s. 134.

<sup>82</sup> G. COSMACINI, *Storia della medicina*, s. 264-265.

<sup>83</sup> A. CAZZANIGA, *La grande crisi della medicina italiana nel primo Ottocento*, Milano 1951, s. 119; G. COSMACINI, *Storia della medicina*, s. 267.

<sup>84</sup> G. COSMACINI, *Storia della medicina*, s. 266-267

<sup>85</sup> M.L. BERTI, *Le malattie dei poveri*, Milano 1981, s. 92.

<sup>86</sup> L. SACCO, *Trattato di vaccinazione*, Milano 1809, s. 4; G. Cosmacini, *Storia della medicina*, s. 280.

<sup>87</sup> G. COSMACINI, *Storia della medicina*, s. 280-281.

władz polityczno-medycznych i szeroki kontekst społeczny, zapoczątkowała trend, który coraz bardziej rozwijał się w XIX w. Między 1800 i 1803 r. zostały podsumowane i ukoronowane doświadczenia poprzedniego stulecia w dziedzinie obrony przed ospą. Siedemnastowieczna wariolizacja, praktykowana nie bez ryzyka i zastrzeżeń przy użyciu ropy ludzkiej, ustąpiła miejsca dziewiętnastowiecznej wakcynacji wykonywanej przy użyciu ropy krowiej<sup>88</sup>. Pojawiały się nawet stwierdzenia, że „przez wszczepienie wydzieliny ospy zwierzęcej można przekazać człowiekowi zło właściwe bydłowej naturze i uczynić z niego monstrum (potwora) – pół człowieka, pół byka”<sup>89</sup>. Na zarzuty, że wakcynacja szkodzi człowiekowi, propagator szczepień Luigi Sacco (1769-1836) ripostował, że przecież, „spożywając mleko i mięso, również moglibyśmy zarazić się wszystkimi chorobami bydłowymi, jeśli jednak nigdy nie miało to miejsca, dlaczego mielibyśmy się teraz obawiać szczepień”. W 1802 r. minister spraw wewnętrznych nowo powstałej Republiki Włoskiej pisał, że przeszczep ospy krowiej aplikuje się bezpłatnie we wszystkich szpitalach Republiki<sup>90</sup>. W Prusach, Bawarii czy Etrurii wieści o sukcesach kampanii przeciwospowej skłoniły rządzących do naśladowania przykładu rządu włoskiego<sup>91</sup>. W 1804 r. wiceprezydent Francesco Melzi d’Eril nakazał wyznaczyć delegatów, po jednym dla każdego departamentu, którzy mieli instruować lekarzy i chirurgów swojego okręgu w zakresie szczepień i nadzorować pracowników szpitali i gmin odpowiedzialnych za bezpłatne szczepienia. Wszystkim, którzy by tego odmówili, groziło wydalenie z pracy i utrata stanowiska<sup>92</sup>.

Od tego czasu szczepienia przeciw ospie rozpowszechniały się z różnym skutkiem na terenie Włoch, w wielu rejonach napotykać na opór wynikający z zacofania i przesądów. W szczepieniach profilaktycznych przodowały Lombardia i Veneto, gdzie „austriacka maszyna administracyjna” perfekcyjnie funkcjonowała na polu medyczno-zdrowotnym. Dużo gorzej było na południu, jak również w Państwie Kościelnym, np. w Umbrii czy Emilii-Romanii. Po upadku Napoleona papież Pius VII (1800-1823) zakazał szczepień przeciw ospie, które „mieszają limfę zwierząt z limfą ludzi”<sup>93</sup>. Nie wiadomo dokładnie, kiedy szczepionki przeciwko ospie użyto wśród mieszkańców Rzymu. Jeśli zdarzyło się to już we wczesnym okresie napoleońskim, to na pewno nie do końca w sposób

<sup>88</sup> Tamże, s. 279.

<sup>89</sup> Twierdził tak francuski filozof i lekarz nadworny Ludwika XVII Pierre Jean-Georges Cabanis (1757-1808). Cyt. za G. Cosmacini, *Storia della medicina*, s. 279.

<sup>90</sup> Tamże, s. 279-280.

<sup>91</sup> Tamże, s. 279.

<sup>92</sup> L. SACCO, *Trattato*, s. 213; G. COSMACINI, *Storia della medicina*, s. 279.

<sup>93</sup> G. COSMACINI, *Storia della medicina*, s. 281-282.

powszechny i efektywny. Musiało upłynąć jeszcze sporo czasu, zanim skutecznie zwalczono lub ograniczono tę chorobę w Rzymie i okolicach za pomocą szczepień, ponieważ jeszcze w 1811 r. pacjenci z tą dolegliwością w Szpitalu Świętego Ducha nie należeli do rzadkości<sup>94</sup>.

Wielość chorób epidemiczno-zakaźnych (tyfus, malaria, pelagra, ospa), trapiących społeczeństwo włoskie była impulsem do zaangażowania rządów w dziedzinie zdrowia publicznego oraz do teoretycznego i praktycznego rozwoju medycyny. Na początku XIX w. Włochy dzierżyły prym w tym względzie, stając się „uprzywilejowanym obserwatorium na skrzyżowaniu wiedzy medycznej i epidemii”. Oświeceniowy racjonalizm i ogień rewolucji rozbudziły świadomość, że zdrowie to nie tylko dobro jednostki, ale całego społeczeństwa<sup>95</sup>.

Rozważania dotyczące szczepień przeciwospowych ukazały, jak długi i trudny był proces dochodzenia do odkrywania skutecznych środków i sposobów leczenia różnych chorób, szczególnie masowych, zakaźno-epidemicznych. Wymagał on nie tylko żmudnych, benedyktyńskich badań naukowych, obserwacji i prób, ale także przewyciężenia rutyny, nieufności, lęków i oporów natury społeczno-mentalnościowej, również religijnych, być może najważniejszych. W pokonywaniu i łagodzeniu tych ostatnich istotne znaczenie miały wyraźnie antykościelne prądy oświeceniowe oraz wolnościowe idee rewolucji francuskiej, niesione wraz z rozszerzaniem się wpływów napoleońskich. Wynalezienie i zastosowanie pierwszej szczepionki na przełomie XVIII i XIX w. to krok milowy, stanowiący cezurę w historii medycyny i lecznictwa, podobnie zresztą jak uznanie obłądu czy szaleństwa za jednostkę chorobową było równoznaczne z narodzinami psychiatrii.

Szukając analogii, podobnie rzecz się miała z chininą, zastosowaną w Europie po raz pierwszy o wiek wcześniej niż wariolizacja. Przeszła ona tę samą drogę kontestacji i sporów, zanim dopuszczono ją do powszechnego zastosowania i uznano efektywność jej działania. Z drugiej strony były to jednak dwa inne odkrycia: chinina zwalczała już istniejącą chorobę, wakcynacja zaś przeciwdziałała jej pojawieniu się. Niewątpliwie oba wynalazki miały znaczenie przełomowe w walce z malarią i ospą, oba też miały korzenie pozaeuropejskie. Chininę z powodzeniem stosowano w rzymskim Szpitalu Świętego Ducha, szczepienia natomiast aplikowane w warunkach domowych co najwyżej ograniczały liczbę zainfekowanych ospą w tym szpitalu.

Mówiąc generalnie o nowościach medycznych i wykorzystaniu najlepszych metod kuracji, wydaje się, że Rzym był w tym względzie miejscem uprzywilejowanym, a zwłaszcza szpital kanoników regularnych, od samego zarania

<sup>94</sup> Zob. rozważania wyżej w tym rozdziale. ASR, nr 1414, *Stato nominativo degl'Infermi ... 1811*.

<sup>95</sup> G. COSMACINI, *Storia della medicina*, s. 277.

znajdujący się w centrum zainteresowani papieży i całego Kościoła. Z drugiej strony leczona w nim „uboga klientela” (z małymi wyjątkami) nie musiała angażować i mobilizować do wykorzystywania maksymalnych środków i wysiłków terapeutycznych. Najwyższe standardy kuracji stosowali natomiast najwybitniejsi lekarze wobec osób z dworu papieskiego i innych rzymskich dostojników, bez wątpienia korzystający ze wszystkich możliwych tajników i arkanów medycyny.



## Rozdział VIII

### ŻYCIE CODZIENNE

#### 1. PORZĄDEK I ROZKŁAD DNIA

Każdy dzień rozpoczynał się z samego rana od zmiany chorym przez służbę mokrej i brudnej pościeli i ubrań. Tuż potem następowało rozdzielanie komunii św. tak, by chorzy mogli ją przyjąć na czczo i tym aktem rozpocząć dzień. Sakrament Eucharystii był udzielany tylko na czczo, dlatego wcześniej kaprał wraz z podwładnymi oznaczał krzyżykiem numery łóżek z chorymi, którzy go jeszcze nie przyjęli. Ranne udzielanie Komunii świętej, oznajmiane chorym sygnałem dzwonka, odbywało się bardzo wcześnie, w niektórych miesiącach jeszcze o zmroku. Członkowie gwardii pobierali z kaplicy pochodnie, srebrne lichtarze ze świecami, a następnie towarzyszyli kapłanowi niosącemu Najświętszy Sakrament, uważając, by nie pokapać woskiem łóżek chorych. Pomagali również tym, którzy nie mogli przełknąć hostii. Następnie wszystkim, którzy przystąpili do Komunii św., przynoszono przepisane syropy i lekarstwa. Pod nazwą syropów kryły się nie tylko syropy w dzisiejszym znaczeniu, lecz także różne płynne specyfiki żywiościowe, którym przypisywano właściwości lecznicze, między innymi olej, rosół leczniczy. Z reguły wymagały podgrzania. Dla tym, którzy jeszcze nie zdążyli przyjąć Komunii św., takie mikstury odkładano na bok, na później<sup>1</sup>.

Rozdawanie syropów i bulionów leczniczych zależało od pory roku. W drugiej połowie czerwca i pierwszej połowie lipca odbywało się to o godzinie 5 rano, a następnie co pół miesiąca o trzydzieści minut później aż do przełomu grudnia i stycznia, kiedy to wymienione specyfiki podawano o godzinie 10.30. Różnica była więc ogromna i wynosiła pięć i pół godziny. Odtąd termin przynoszenia syropów chorym znowu się zmieniał co piętnaście dni o pół godziny, ale tym razem na wcześniejszy, aż do czerwca. Tak było w 1654 r.<sup>2</sup> W połowie XVIII stulecia i w 1767 r. nastąpiły tylko minimalne zmiany. O ile przez pierwsze

---

<sup>1</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 46, 175, 229-230-232, 235; BAV, Barberiniano latino 1068, *Relatione del modo che si tiene ... 1623*, s. 10; R. GRÉGOIRE, *Servizio dell'anima quando del corpo nell'ospedale di Santo Spirito*, „Ricerche per la storia religiosa di Roma”, 3, 1979, s. 240.

<sup>2</sup> ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi nell'Arcispedale ... 1654, Tavola dell'ore per dar agli infermi i sciropi*.



i ostatnie cztery miesiące roku godziny wydawania mikstur były identyczne jak dawniej i zmieniało się (przesuwało) co pół miesiąca o trzydzieści minut, to w środkowych miesiącach (maj, czerwiec, lipiec, sierpień) pora rozdawania syropów była stała, wyznaczona na godzinę 6 rano, a więc o godzinę później niż w połowie XVII w. Tym samym chorzy mogli spać o godzinę dłużej<sup>3</sup>.

Po przyjęciu syropów przystępowano do aplikowania lekarstw. Były to między innymi pigułki oraz lekarstwa przeczyszczające (*medicine purganti*), co oznacza, że otrzymywali je nie wszyscy chorzy, ale zapewne pacjenci przygotowani do zabiegów chirurgicznych. Chodziło zapewne o nader często wykonywane lewatywy. Nie wiadomo, czy i jakie jeszcze medykamenty kryły się pod terminem wydawania w tym czasie lekarstw. Zaliczano do nich niewątpliwie mleko i serwatkę, które roznosili nowicjusze aptekarscy. W źródłach mowa jest też o lekach trzymanyh w słoikach oraz lekach rozpuszczalnych. W większości wymagały one podgrzania, a roznosili je zarówno asystenci aptekarscy, jak i dyżurna służba. Lekarstwa rozdawano dwie godziny po syropach, również w zależności od pór roku, a konkretnie miesięcy. Najwcześniej czyniono to w drugiej połowie czerwca i pierwszej połowie lipca – o godzinie 7 rano, najpóźniej – o godzinie 12.30. Praktykę tę stosowano w sposób niezmienny zarówno w XVII, jak i w XVIII w.<sup>4</sup>

Podawane rano lekarstwa i syropy przygotowywał aptekarz wieczorem poprzedniego dnia, ustawiając je na stole w małych szklankach, na których był zapisany numer łóżka chorego, któremu był przepisany dany specyfik. Za weryfikację prawidłowości przepisanych medykamentów odpowiadał przełożony infirmerii, który trzymając w ręku rulon z przepisаныmi lekami i numerami łóżek, porównywał je z szklankami ustawionymi na stole i sprawdzał, czy nie nastąpił jakiś błąd. Następnie aptekarz wraz z kapralem i przedstawicielem gwardii danego oddziału, prowadzeni przez przełożonego, podchodzili po kolei do łóżka chorego, któremu zapisano lek. Najpierw przełożony z „miłością” namawiał chorego do zażycia leku, a jeśli ten okazywał niechęć, prosił, a w końcu zmuszał go *con carità* do jego przyjęcia, podając natychmiast odrobinę przegotowanej wody do popicia i przepłukania ust. W tym też czasie, o świcie otwierano szpital, a potem także okna celem przewietrzenia sal<sup>5</sup>.

<sup>3</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI, Regola delle ore per dare agl'infermi I sciroppi, e brodi medicati*, s. 24; ASR, nr 905, *Ordini e Decreti della Santa Visita Apostolica. 1737, Tavola generale dell'ore di dar li sciroppi, medicine, e da mangiare agl'Infermi nel Apostolico Arcispedale di San Spirito di Sassia di Roma, 1767* (dokument dołączony na końcu księgi).

<sup>4</sup> ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi nell'Arcispedale ... 1654, Tavola dell'hore destinate per dar agl'infermi medicine*; ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI, Regola delle ore per dar agli ammalati le medicine purganti*, s. 25, 230; ASR, nr 905, *Ordini e Decreti della Santa Visita Apostolica. 1737, Tavola generale*.

<sup>5</sup> R. GRÉGOIRE, *Servizio dell'anima*, s. 241; BAV, Barberiniano latino 1068, *Relatione del modo che si tiene ... 1623*, s. 12.

Aplikowanie leków wymagało dużej uwagi ze strony służby, gdyż zdarzały się pomyłki i zamiany przepisanych medykamentów. Niekiedy służący dawali leki bez recept podpisanych przez uprawnione osoby, innym razem mylili recepty. Często zdarzało się, że chorzy nie chcieli przyjmować leków przepisanych im przez lekarzy, odwracali znaki „dieta” czy „mięso” zostawione na tabliczkach umieszczonych na przedzie ich łóżek. Wtedy służba miała obowiązek zawiadomić o tym lekarza, a niechciane medykamenty oraz pozostałe po zmarłych wcześniej pensjonariuszach zwrócić do apteki<sup>6</sup>. Pomyłki w przepisywanych lekach powstawały już podczas wizyt lekarskich. Popelniali je przez zaniedbanie i brak uwagi aptekarze i kaprale, błędnie zapisując zaordynowane przez medyków specyfiki. Mocą rozporządzenia z 1758 r. nakazano lekarzom sprawdzać po zakończeniu wizyty recepty zapisane w księgach aptekarskich i po upewnieniu się, że są prawidłowo sporządzone, własnoręcznie je podpisywać. Później lekarze asystenci, wraz z aptekarzami i kapralami raz jeszcze musieli zweryfikować, czy wszystko jest porządku, i dopiero wtedy wysłać zamówienie do realizacji<sup>7</sup>.

Przed południem, a w porach zimowych przed „późnym” obiadem najważniejszym wydarzeniem była pierwsza wizyta lekarska i chirurgiczna. W czasie wizyty każdemu z lekarzy towarzyszył jeden asystent, a chirurgowi zastępca oraz jeden z kaprali, który zapisywał zalecenia lekarskie odnośnie do medykamentów. Przed rozpoczęciem wizyty członkowie gwardii przynosili z apteki słoiki i butelki z lekkim bulionem (*brodo lungo*) i rozdawali go chorym, na których szafkach widniał znak informujący, że przyjęli oni wcześniej środki przeczyszczające. Podanie bulionu miało wzmocnić osłabionych pacjentów. Usługujący chirurgowi nosił potrzebne do opatrywania oleje, napary, balsamy oraz pojemnik na zużyte opaski i opatrunki, zważając, by nie były rzucane na podłogę<sup>8</sup>. Gdy lekarz główny stwierdził, że u jakiegoś pacjenta choroba minęła, wysyłał go do szpitala SS. *Trinità dei Convalescenti* przy użyciu rydwanu utrzymywanego do tego celu<sup>9</sup>. Wizyty lekarskie i chirurgiczne przed obiadem, jak i przed kolacją musiały się zakończyć na pół godziny lub godzinę przed posiłkiem, aby personel pomocniczy mógł w międzyczasie wykonać jeszcze zlecone zabiegi.

Ranną wizytę lekarską poprzedzał obchód zastępcy przełożonego – *sottopriore*, który dokonywał ogólnego przeglądu wszystkich łóżek w celu rozpoznania, czy chorzy otrzymali leki przepisane przez profesorów podczas wizyty odbytej poprzedniego dnia zgodnie z listą apteczną, na której widniały wszystkie

<sup>6</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s.152, 230-231.

<sup>7</sup> ASR, nr 44, *Sotto il governo del Sig. Card. Giuseppe Maria Castelli ... 1759*, s. 87-88.

<sup>8</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 246, 28, 232, 235; Zob. też R. GRÉGOIRE, *Servizio dell'anima*, s. 242; BAV, Barberiniano latino 1068, *Relatione del modo che si tiene ... 1623*, s. 13.

<sup>9</sup> BAV, Barberiniano latino 1068, *Relatione del modo che si tiene ... 1623*, s. 13; R. GRÉGOIRE, *Servizio dell'anima*, s. 242.

zlecenia. W wypadku zauważenia jakiegoś błędu lub pominięcia miał postarać się o poprawienie uchybienia, o ile było to jeszcze możliwe. Często zdarzało się, że profesorzy zarządzali natychmiastową dystrybucję leków, wtedy *sottopriore* był zobowiązany szybko poinformować asystenta, kaprała lub pomocnika aptecznego, którzy mieli zadbać, by dyspozycja lekarza naczelnego została niechybnie wykonana<sup>10</sup>.

Po wizycie, podczas której lekarze i chirurdzy wydawali dyspozycje co do dalszej kuracji, podległy im personel przystępował do wykonania zleconych zabiegów. Były to między innymi lewatywy, wcierania i smarowania maściami i innymi preparatami, upuszczanie krwi i przystawianie pijawek. Przy tej ostatniej operacji starano się, aby nie zabrudzić pościeli krwią. Oprócz wspomnianych pijawek w Szpitalu Świętego Ducha używano do tego celu szklanych baniek wypełnionych gorącym powietrzem, a także sprężystych lancetów do nacinania miejsc, z których spływała krew. Starano się je tak robić, by przyglądający się służący uczniowie mogli nauczyć się tej sztuki. Upuszczania krwi przez nacięcie lancetem dokonywał osobiście *capo sanguigna*. Czynności przygotowawcze do tych zabiegów wykonywali członkowie dyżurnej gwardii. Myli oni ciepłą wodą miejsca, do których przykładano pijawki, czyścili brzytwą skórę do nacięć. Po pierwszej wizycie lekarskiej przeprowadzano też inne typowe dla każdego dnia zabiegi: okłady (*fomenti*), kompresy (*bagnoli*) i inne. Wszystkie opisane zabiegi i operacje musiały zakończyć się przed obiadem<sup>11</sup>. Dozór nad prawidłowym i terminowym wykonywaniem zabiegów leczniczych sprawowali kaprale<sup>12</sup>.

Na dźwięk dzwonu ogłaszającego porę obiadu dyżurujący portier lub kapral z pomocą służących wypraszał ze szpitala wszystkie kobiety i osoby z zewnątrz, za wyjątkiem tych, którzy przyszli pełnić dzieła miłosierdzia. Kierował też wszystkich spacerujących po szpitalu do swoich łóżek. Następnie zamykał, szczególnie w czasie letnim, wszystkie bramy, aby uniemożliwić wchodzenie obcych osób i tym samym zapewnić pensjonariuszom spokój na czas posiłku i ciszę na popołudniową siestę. Wyjątek czyniono wobec osób chorych i rannych<sup>13</sup>.

Szczegółowy przebieg obiadu opisuje relacja z 1623 r. Wraz z sygnałem dzwonka lekarz asystent chodził od łóżka do łóżka i pytał chorych, czy otrzymali

---

<sup>10</sup> ASR, nr 3092, *Notificazione sopra il canonico Sotto-priore ... 1815*, s. 4. Jest to przedruk dekretu, jaki wydał w 1759 *pro-commendatore* kard. Castelli

<sup>11</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 215, 232-233, 235. Na temat upuszczania krwi zob. B. WOJCIECHOWSKA, *Flebotomia i purgowanie, czyli o leczeniu w wiekach średnich*, Kielce 2019.

<sup>12</sup> R. GRÉGOIRE, *Servizio dell'anima*, s. 242; BAV, Barberiniano latino 1068, *Relatione del modo che si tiene ... 1623*, s. 13.

<sup>13</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 180, 189, 223, 234, 243. Na obiad dzwonił stolnik.

to, co zlecił im rano główny lekarz. Gdy stwierdził, że mają gorączkę lub pozostały jeszcze jej resztki, przywiązywał ręcznik do słupka łóżka – znak dla kaprała, że dla tego pacjenta należy przedłużyć czas na jedzenie i zachować dla niego porcję. W tym czasie, gdy asystenci lekarscy obchodzili pacjentów, gwardziści przygotowywali ich do posiłku; przynosili stoliczki na łóżka, chusteczki, łyżki mosiężne, ustniki do ciepłej wody lub wina, blaszane miski. Jednocześnie dwaj członkowie gwardii chodzili między chorymi – jeden z dwoma ręcznikami, drugi z dzbankiem wody (w zimie ciepłej) i miską, wykrzykując głośno „woda do mycia rąk!”. Rytuałowi obmywania i wycierania rąk towarzyszyło odmawianie *Pater Noster* i *Ave Maria*. Zaraz potem rozbrzmiewał ponowny dźwięk dzwonu i na ten znak dwaj inni członkowie służby brali dwa duże miedziane garnki, jeden z *pisto* z mięsa cielęcego, drugi z napojem jęczmiennym (*orazata*). Idąc za przełożonym infirmerii, podchodzili do każdego łóżka i według znaku graficznego wydzielali jedzenie chorym. Przy obiedzie i przy kolacji pomagali im liczni zakonnicy Świętego Ducha oraz przybywający z zewnątrz *gentil'huomini*, którzy blaszanymi kubkami nabierali jedzenie i nakładli do misek. Aby usprawnić dystrybucję jedzenia i zachować higienę, w różnych miejscach szpitala byli ustawieni inni członkowie służby z misami z gorącą wodą, w której po każdym użyciu opłukiwano kubek. Tym czynnościom towarzyszyły litanie śpiewane przed głównym ołtarzem<sup>14</sup>.

Następnie, wraz z sygnałem ręcznego dzwonka dwaj służący wynosili z kuchni drewnianą gondolę, w której znajdowały się miedziane garnki z różnymi rodzajami zup, trzej inni służący zaś nieśli trzy miedziane wazy: jedną z mięsem gotowanym na wodzie z jagnięcia (*di castrato*), drugą z mięsem pieczonym, trzecią z gotowanym mięsem kurzym. Gondole kładziono na ziemi, wazy z mięsem zaś oraz koszykami chleba na dużym stole w pobliżu ołtarza szpitalnego. Po błogosławieniu jedzenia przez dyżurnego spowiednika, w obecności przełożonego infirmerii, jego zastępcy i zakonników Świętego Ducha oraz *gentil'huomini*, służący przystępowali do rozdzielania chorym zawartości gondoli według zaleceń lekarskich, zważając na tych, którzy są na diecie. Równocześnie odbywało się rozdzielanie zup, których zwykle było siedem rodzajów: z chlebem gotowanym na rosole, z tartą bułką, z ryżem, z mąką, orkiszowa, bulion na ziołach, rosół ze świeżymi jajkami. Przed nalaniem zupy, wymieniając po kolei wszystkie, *gentil'uomini* pytali chorego, jaka mu najbardziej smakuje. Musieli zważać, aby pacjentom nie dawać zup niewłaściwych i niezdrowych dla ich schorzeń, pomimo że bardzo o to prosili. Dystrybucja posiłków miała być sprawiedliwa. Jeśli więc podczas obiadu serwowanie mięsa i zup rozpoczynano od danego oddziału, to

<sup>14</sup> R. GRÉGOIRE, *Servizio dell'anima*, s. 243; BAV, Barberiniano latino 1068, *Relatione del modo che si tiene ... 1623*, s. 15.

w tym samym czasie pozostali chorzy, np. szpitalika dla rannych, spożywali inne dania, za to wieczorem kolejność była odwrotna. W sumie chodziło o to, aby zarówno obiad, jak i kolację wszyscy pensjonariusze szpitali zjadali w tym samym czasie<sup>15</sup>.

Podczas gdy chorzy spożywali posiłek, przełożony infirmerii przechodził się z koszykiem z dwiema przegródkami: z jednej z nich dawał leżącym winogrona – *passarina*, z drugiego zaś jaja świeże do picia. Towarzyszyli mu kaprale, którzy obserwowali chorych, czy im czegoś nie potrzeba, a jeśli któryś nie mógł jeść, pomagali mu duchacy i osoby miłosierne z zewnątrz. Obecność zakonników dawała okazję do rozmów duchowych: wzywali chorych do cierpliwości i dziękowania Bogu, którego woli muszą się podporządkować i być z nim zawsze zjednoczeni. Gdy przełożony zauważył, że któryś z chorych nie chce lub nie może jeść mięsa, przekazywał mu dwa świeże jajka, innym cierpiącemu zaś szklankę płynnej, odżywczej potrawy z piersi kurczaka czy drobiu (*stillato*). Po salach w czasie obiadu przechodził się też służący z koszykiem na szyi z dodatkowym chlebem, który rozdawał tym, co mogli jeść i mieli apetyt. Aby się rozweselić i podnieść na duchu, chorzy spożywali posiłki rano i wieczorem przy dźwiękach muzyki płynącej z wielkich organów usytuowanych w widocznym miejscu, w środku szpitala<sup>16</sup>.

Po sprzątnięciu i wyniesieniu naczyń do kuchni oraz zamieceniu sal i uporządkowaniu łóżek przez służbę rozpoczynało się przygotowanie do drugiej wizyty lekarskiej z udziałem wszystkich lekarzy i chirurgów, kaprali, pracowników apteki i przedstawicieli gwardii, po której zakończeniu przystępowano do wykonywania zabiegów leczniczych, identycznych jak po pierwszej, porannej wizycie<sup>17</sup>.

W latach 50. XVII w. godziny spożywania obiadu zmieniały się nie tylko w zależności od pory roku, ale co miesiąc. Zmiany nie następowały jednak z początkiem miesiąca, lecz w jego połowie (zawsze 15 dnia każdego miesiąca). Wcześniej przystępowano do jedzenia w czasie letnim, później w okresie zimowym, a różnica w ramach roku sięgała nawet pięciu i pół godziny. Posiłek wydawano najwcześniej – o godzinie 11 – od drugiej połowy czerwca do pierwszej połowy lipca. Przez następne prawie pół roku termin rozpoczęcia obiadu przesunął się o pół godziny, tym razem już co piętnaście dni. Przykładowo w pierwszej połowie września był wyznaczony na godzinę 13. Najpóźniej, o go-

<sup>15</sup> R. GRÉGOIRE, *Servizio dell'anima*, s. 244-245; BAV, Barberiniano latino 1068, *Relatione del modo che si tiene ... 1623*, s. 16-17.

<sup>16</sup> R. GRÉGOIRE, *Servizio dell'anima*, s. 245; BAV, Barberiniano latino 1068, *Relatione del modo che si tiene ... 1623*, s. 17.

<sup>17</sup> R. GRÉGOIRE, *Servizio dell'anima*, s. 245-246; BAV, Barberiniano latino 1068, *Relatione del modo che si tiene ... 1623*, s. 17-18.

dzinie 16.30, chorzy otrzymywali obiad w okresie od 15 grudnia do 15 stycznia. Później, aż do połowy czerwca, co pół miesiąca przyspieszano czas jego wydawania o kolejne trzydzieści minut, by znów po dwunastu miesiącach serwować go o godzinie 11.<sup>18</sup>

O godzinie 18, czasem o 19 kolejny dzwonek dawał znak do otwarcia bram i ściągnięcia zasłon z okien (*badinelle*). Rozpoczynała się wtedy druga wizyta lekarska oraz zajęcia w szkole prowadzone przez głównego chirurga<sup>19</sup>. Po południowej (wieczorowej) wizycie lekarskiej obsługa ponownie przystępowała do wykonywania zaordynowanych przez lekarzy i chirurgów zabiegów leczniczych: leczenia pęcherzy, stosowania kompresów i lewatyw, smarowania, upuszczania krwi<sup>20</sup>.

Również organizacja i rytm wydawania kolacji był uzależniony od pór roku. W tym wypadku termin rozpoczęcia kolacji zmieniał się o kolejne pół godziny co miesiąc, a nie co piętnaście dni. W konsekwencji zamian godzinowych w skali roku było o połowę mniej – 12 wobec 24. Spowodowało to także jeszcze istotniejsze skrócenie – do dwu i pół godziny – rozpiętości czasowej między kolacją wydawaną najwcześniej (w czerwcu i lipcu o godzinie 20), a najpóźniej serwowaną (w grudniu i w styczniu o godzinie 22.30)<sup>21</sup>. Zarówno podczas obiadu, jak i podczas kolacji chorzy byli obsługiwani przez służbę złożoną z dyżurnych gwardii, która przygotowywała nakrycia stołów, rozkładała chusteczki, stawiała na nich oliwę, dzbanki z winem i wodą, przynosiła lampy, a po jedzeniu sprzątała i odnosiła naczynia, tace, filiżanki, talerze, cynowe kubki itp.<sup>22</sup>

Grafik i harmonogram rozpoczynania głównych posiłków nie uległ większym zmianom sto lat później. W 1750 r. nastąpiły w nim tylko minimalne modyfikacje. Nadal najwcześniej obiad rozpoczynano na przełomie czerwca i lipca (o godzinie 11), najpóźniej zaś w drugiej połowie grudnia i pierwszej stycznia – o godzinie 16, a więc pół godziny wcześniej niż przed stu laty. Za to istotne innowacje wprowadzono w organizacji kolacji. W stosunku do poprzedniego stulecia czas jej wydawania uzależniono tylko od pięciu różnych pod względem długości okresów. Do jednej godziny spłaszczyła się rozpiętość czasowa jej wydawania, poczynając od godziny 20.30 do godziny 21.30. W tym pierwszym terminie chorzy przystępowali do jedzenia w maju, czerwcu, lipcu i sierpniu, z kolei w drugim:

---

<sup>18</sup> ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi nell'Arcispedale ... 1654, Tavola dell' hore destinate per dar da mangiare agl'infermi, tanto la mattina, quanto la sera, distintamente per tutto l'anno.*

<sup>19</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 144, 180, 223.

<sup>20</sup> Tamże, s. 148-149.

<sup>21</sup> ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi nell'Arcispedale ... 1654, Tavola dell' hore destinate destinate per dar da mangiare ...*

<sup>22</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 144, 226, 228, 231, 233.



w styczniu, lutym, marcu, listopadzie i grudniu. W pozostałych, krótszych okresach, obejmujących ogólnie sezon wiosenno-jesienny, kolację jedzono o godzinie 21.<sup>23</sup>

Stwierdzona tendencja była kontynuowana w następnych latach. W 1767 r. obiad rozpoczynał się najwcześniej w południe (w czerwcu i lipcu), najpóźniej zaś, tak jak i kilkanaście lat wcześniej o godzinie 16 (styczeń, grudzień). W pozostałych, pośrednich porach, od zimy do lata, obiad wydawano z każdym kolejnym miesiącem o pół godziny wcześniej, od sierpnia do grudnia zaś z każdym miesiącem o pół godziny później. Niemal całkowicie ujednotacono w skali roku czas kolacji, którą od początku marca do końca października konsumowano o godzinie 21, natomiast zaledwie o pół godziny później w miesiącach zimowych: w styczniu, w lutym, w listopadzie i w grudniu<sup>24</sup>.

Gdy chodzi o wiek XVII, warto zwrócić uwagę na bardzo wczesne godziny rozpoczynania obiadu w lecie i bardzo późne w zimie; w tej drugiej porze także kolacji. Z dzisiejszej perspektywy i współczesnych zwyczajów szpitalnych są one trudne do wytłumaczenia, biorąc nawet pod uwagę włoskie uwarunkowania klimatyczne, późniejszy zachód słońca czy zwyczaje i rytm życia codziennego (poobiednie sjeisty). Z biegiem czasu „skrajności” te łagodziły się w skali roku, a siatka i rozkład posiłków zaczęły się bardziej ujednotaczać i przypominać obecne standardy i praktyki, panujące w południowych krajach basenu Morza Śródziemnego. Od pór roku zależała też długość przerw dzielących obiad i kolację. W okresie zimowym były one wyraźnie krótsze. W grudniu czy w styczniu 1750 r. wynosiły pięć i pół godziny, podczas gdy w czerwcu i lipcu aż trzy godziny więcej. Zwracają uwagę bardzo długie odstępy dzielące zimowe kolacje, spożywane od godziny 22 do 22.30, a kolejnym posiłkiem – obiadem, który odbywał już drugiego dnia o godzinie 16.<sup>25</sup> W jakimś stopniu tak długa przerwa może być uzasadniona późną kolacją. Należy pamiętać, że we włoskiej tradycji i dziennym menu śniadanie ma charakter raczej symboliczny. W wypadku pensjonariuszy szpitalnych źródła o nich w ogóle nie wspominają, co znaczy, że ich nie praktykowano.

Harmonogram z 1654 r., wymieniając dwa dzienne posiłki, mówi, że obiad i kolacja były wydawane rano i wieczór<sup>26</sup>. Wynika z tego, że obiad traktowano jako pierwszy i główny posiłek dzienny, łączący jedzenie ranne i południowe.

<sup>23</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI, Tavola delle ore destinate per dare a mangiare agl'infermi*, s. 26.

<sup>24</sup> ASR, nr 905, *Ordini e Decreti della Santa Visita Apostolica. 1737, Tavola generale ...*

<sup>25</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI, Tavola Tavola delle ore destinate per dare a mangiare*, s. 26.

<sup>26</sup> Tamże.

W wypadku, bardzo wczesnych obiadów letnich jest to naturalne, spożywanie jednak obiadu bez wcześniejszego śniadania w zimie o godzinie 16, zwłaszcza przez chorych, może być zrozumiałe tylko z perspektywy tradycji i kultury włoskiej.

W regulaminie dla personelu szpitalnego z 1750 r. jest mowa, że kapral pierwszej gwardii po zakończeniu około pierwszej w nocy kolacji rodziny szpitalnej (*la prima Tavola della Famiglia*) pobrał z magazynu jajka i podawał je chorym na drugą kolację. O godzinie drugiej odbywał nocny obchód, w czasie którego, chorym potrzebującym wydawano dla wzmocnienia zupę na winie z grzankami, rosół, galaretkę oraz wodę. O godzinie trzeciej w nocy rozdzielano ciepłe posiłki regeneracyjne chorym w potrzebie z kolejnych oddziałów. Niektóre były wspólne, inne specjalne, zaordynowane przez lekarzy konkretnym pacjentom<sup>27</sup>. To śródnocne dożywianie, w szczególności chorych w ciężkim stanie, można traktować jako uzupełnienie dobowej diety i „pomost” między właściwą kolacją a obiadem.

Po odbyciu dwóch obowiązkowych wizyt, rannej i popołudniowej (wieczornej), naczelnicy lekarze i chirurdzy udawali się do swoich domów. Chorzy nie pozostawiali jednak całkowicie bez opieki medycznej, przez cały bowiem czas na dyżurze przebywali ich zastępcy. Przed udaniem się na nocny odpoczynek, co ze względu na późną kolację miało miejsce około godziny 22, 23, asystenci lekarzy i zastępcy chirurgów musieli jeszcze raz zwizytować wszystkich pacjentów, bacząc szczególnie na ciężko chorych<sup>28</sup>.

Bardzo często o godzinie drugiej w nocy wizytacji sal dokonywał przełożony infirmerii na zmianę z ze swym zastępcą. Obchody te miały charakter bardziej kontrolny w odniesieniu do kaprali i ich podwładnych, sprawdzały, czy dobrze wykonują swoje obowiązki wobec chorych, np. czy zdejmują im wcześniej naklejone plastry, czy kapłani czuwają przy umierających, czy nie jest zakłócana cisza nocna. Ciężko chorych, którzy nie spali, pytali, czego im brakuje i sprawdzali, czy zmieniono im brudne podkłady i przepocone koszule. Kontrolowali też lekarzy asystentów, czy przed pójściem spać zwizytowali w swoich oddziałach pacjentów z zagrożeniem życia, a zastępcy chirurgów oraz *unzionario* opatrzyli swoich pensjonariuszy<sup>29</sup>.

Wizytacja nocna, już bez udziału lekarzy, sprawdzająca i monitorująca stan chorych, odbywała się we wszystkich oddziałach szpitala. Rozpoczynał ją dyżurny kapral od *Corsia grande*, jej części górnej lub dolnej, potem przechodził do *Spedaletto dei Feriti*, resztę zaś tej sali oraz *Corsia nuova* pozostawiał do zwizytowania starszemu służącemu dyżurującemu w tymże szpitaliku. Po jej zakoń-

<sup>27</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 171-172, 174, 181, 226.

<sup>28</sup> Tamże, s. 145; BAV, Barberiniano latino 1068, *Relatione del modo che si tiene ... 1623*, s. 10.

<sup>29</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 39-40, 48- 49.

czeniu wizytujący sporządzali listę wszystkich chorych oraz drugą listę, z nazwiskami osób znajdujących się w ciężkim stanie, nazwą oddziału, na którym leżeli, oraz adnotacją o przyjęciu lub nie olejów świętych. Wykaz ciężko chorych bez ostatniego namaszczenia był dostarczany spowiednikowi, przebywającemu najbliżej chorego, by mógł w sytuacji zagrożenia życia udzielić tego sakramentu<sup>30</sup>. Do czynności wykonywanych w nocy należało wynoszenie zmarłych na cmentarz<sup>31</sup>.

Cały rytm, rozkład, czas pracy i opieki w szpitalu był sprzężony z godziną dyżurów poszczególnych gwardii., zmieniał się wraz z cyklem pór roku. Wykonywanie dobowych obowiązków, to jest rozdawanie syropów, lekarstw, wizyt lekarskich, zabiegów, posiłków, zawsze latem rozpoczynało się później niż zimą.

Duże, wspólne sale oraz towarzyszące chorobom ból i cierpienie sprawiały, że niełatwo było zapewnić pacjentom komfortowe warunki wypoczynku, zwłaszcza w nocy. Tym niemniej robiono wszystko, by nocą panowała maksymalna cisza i nie przerywano chorym snu. Spokój nocny był jednak mimo woli zakłócany przez dyżurnych gwardzistów, którzy dwie godziny po północy wizytowali i doglądali chorych, zwłaszcza w ciężkim stanie, zaspakajając ich potrzeby; zmieniali przepoczone, mokre rzeczy, wykonywali zabiegi, dostarczali wzmacniające napoje i potrawy. Wzywali wreszcie kapłanów z posługą sakramentalną, zwłaszcza z ostatnim namaszczeniem, potem sporządzali listę osób, którym udzielono ostatniego namaszczenia lub też nie. Wszystkie te obowiązki spadały na służących gwardii nocnej, którzy nie mogli nawet na chwilę spuścić z oka ciężko chorych. W nocy sale chorych były dobrze oświetlone palącymi się cały czas świecami i lampami oliwnymi<sup>32</sup>.

Gwardia nocna pilnowała też, by po dźwięku melodii *Ave Maria* nikt z obcych nie pozostawał na noc i nie spał w szpitalu. Musiała być jednak bardzo czujna i ostrożna, gotowa otworzyć bramę na każde kołatanie, nawet jeśli czynił to ktoś dla żartów czy zabawy. W takim wypadku dyżurujący w *Corsia nuova*, a jeśli go tam nie było, to przebywający w niższej części *Corsia grande*, był zobowiązany podejść do bramy, zobaczyć, co się dzieje, i powiadomić swojego kaprała, który decydował, czy bramę otworzyć. Jeśli pukał jakiś ranny, bezwzględnie mieli go wpuścić, ale samego, bez osób towarzyszących, które za nim podążały z ciekawości lub z innych powodów. W drodze wyjątku do szpitala mogli też wejść w nocy czterej *giovani*, umieszczeni na liście rezerwowej, jako pierwsi pretendenci do nieodpłatnej służby chorym, wyłącznie za nocleg i wikt. W tym kontekście szpital spełniał też rolę dzisiejszego szpitalnego oddziału ratunkowego. Również, gdy w nocy przyniesiono porzucone dziecko, jeden z dyżurujących

<sup>30</sup> Tamże, s. 172-174.

<sup>31</sup> Tamże, s. 38.

<sup>32</sup> Tamże, s. 171-172, 185, 225-227.

z górnej części *Gran Corsia*, musiał wziąć klucz i z lampą przenieść go do karmiących mamek<sup>33</sup>.

Po wizytacji gwardziści budzili służbę nocną (*ufficiali di notte*), która przejmowała dalsze czynności typowo już fizyczne, związane z pracami porządkowymi i sanitarnymi, np. wynoszeniem nieczystości<sup>34</sup>.

Według opisu z 1623 r. na sygnał *Ave Maria*, oznaczającym północ, zastępca przełożonego infirmerii, razem z służącym oraz kapralem danego oddziału, z zapaloną pochodnią w ręku i dzbankiem z gorącą wodą obchodził wszystkie łóżka i obserwował chorych. Jeśli pacjent spał, przechodził dalej, gdy się odkrył, przykrywał go, jeśli nie spał, wypytywał go, czy czegoś nie potrzebuje, gdy prosił pić, dawał mu słodki czerwony napój, zwany popularnie *manus Christi*, a później trochę ciepłej wody, w wypadku, gdy chory miał *flusso*, wkładał mu do ust kęsek chleba zmoczonego w czerwonym winie. Tak chodząc, wzywał wszystkich do wypoczynku, ciszy i nieczynienia hałasów, by inni mogli spokojnie spać, jeśli podczas tej wizyty spotkał jakiegoś spoconego czy zmoczonego pacjenta, musiał od razu zmienić mu poślanie, umyć i nie odchodzić, zanim nie będzie całkowicie oporządkowany. Po wspomnianej wizycie służący z niższej klasy, człowiek prosty i niepiśmienny, za pomocą siedziska z nocnikiem umożliwiał załatwiać potrzeby fizjologiczne. Jako że szpital był usytuowany nad wypływającym od tyłu Tybrem, miał dogodne warunki do usuwania brudu i śmieci i utrzymania higieny. Służba opróżniała pojemniki z nieczystościami w zimie do godziny szóstej nad ranem, latem zaś do czwartej w nocy, czego pilnował zastępca przełożonego infirmerii. Wtedy kończył dyżur, a zastępował go główny przełożony wraz z dwoma innymi służącymi oraz dwoma kapłanami, spowiednikiem i polecającym dusze. Zaczynał od modlitwy przed Najświętszym Sakramentem, następnie odprowadzał wcześniej rano Mszę św., którą, jak wspomniano, rozpoczynał się nowy dzień w szpitalu. Raz w miesiącu i we wszystkie główne święta przełożony udzielał Komunii św. służącym i całej rodzinie szpitalnej<sup>35</sup>.

Być może na przestrzeni dłuższego okresu pewne szczegóły w rozkładzie i porządku dnia pensjonariuszy szpitalnych ulegały drobnym zmianom, szczególnie, gdy chodzi o godziny wykonywania niektórych czynności i skład dyżurującego personelu. Wątpliwości mogą budzić zwłaszcza godziny posiłków oraz czas dyżurów poszczególnych gwardii i osób, uzależnione od pór roku<sup>36</sup>.

<sup>33</sup> Tamże, s. 32, 225-226, 243.

<sup>34</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 228.

<sup>35</sup> R. GRÉGOIRE, *Servizio dell'anima*, s. 241

<sup>36</sup> Problem kalendarza, czasu i godzin w Rzymie w minionych wiekach wymagałby odrębnych pogłębianych analiz i studiów.

## 2. WARUNKI MIESZKALNO-BYTOWE

Trudno jednoznacznie ocenić warunki życia pensjonariuszy szpitalnych w perspektywie globalnej i dłuższego czasu, np. wieku. Zmieniały się one często i zależały od najrozmaitszych czynników, między innymi sytuacji gospodarczej i lokalowej szpitala czy liczby hospitalizowanych, determinowanej różnymi kataklizmami, np. epidemiami, których nigdy nie brakowało. Ogromny wpływ na codzienny byt pacjentów miała też postawa samych władz szpitala. Marcin Luter, wizytując w 1511 r. Szpital Świętego Ducha w Rzymie, zobaczył porządne łóżka, z czystą pościelą, pielęgniarzy przynoszących napoje w czystych kubkach oraz matrony usługujące chorym<sup>37</sup>. Bernardino Cirillo (1556-1575), niedługo po objęciu funkcji komendatora, opisał w 1550 r. sytuację na salach szpitalnych: „Ktoś wymiotuje, ktoś płacze, ktoś kaszle, ktoś wzdycha, ktoś umiera, ktoś szaleje, że trzeba go związać, ktoś narzeka z powodu bólu [...]. Służba jest zła i wstrętna [...]. Jeden z tych leniwych pójdzie nakarmić chorego, zastanie nieszczęśnika udręczonego, apatycznego, słabego i leżącego na ziemi, który ledwo może trzymać się łóżka, i powie: pij, połykaj, bo możesz się udusić”. Spośród dziesięciu tysięcy pacjentów przebywających w szpitalu w 1549-1550 r. miało umrzeć aż około 90%, co powodowało opór chorych przed hospitalizacją i przekonanie, że szpital przypomina raczej „przedsionek śmierci” niż miejsce, w którym odzyskuje się zdrowie. I choć wyposażenie szpitala niezbędne do prawidłowego funkcjonowania (kuchnie, pralnia, apteka, sanitariaty) mogłby zaimponować wizytatorowi, to jednak zarządzający nim od wewnątrz dostrzegał braki w wiedzy medycznej personelu oraz niedobór służby i jej nieudolność<sup>38</sup>.

Reformy naprawcze przeprowadzone przez B. Cirillo w jubileuszowym 1575 r. odmieniły radykalnie warunki życia w szpitalu; wyżywienie stało się dostatnie, pościel i koce doskonałe, leki dobre i różnorodne, a chirurg nie odpoczywał w dzień i w nocy, ani nawet w niedzielę, stale zajęty upuszczaniem krwi<sup>39</sup>. Pozytywną odmianę dostrzegł przybyły na uroczystości jubileuszowe spoza Alp bawarski kaznodzieja Jacob Rabus (1545-1587), który podobnie jak Marcin Luter zachwycił się Szpitalem Świętego Ducha, pisząc: „Jest to instytucja, której splendor może wydawać się niewiarygodny dla Niemców, którzy nie widzieli tego na własne oczy. Ubodzy nie są tu traktowani ze zwyczajem wziętym od nas, ale w sposób pański, mają opiekę ze strony lekarzy i aptekarzy i są bardzo dobrze karmieni”<sup>40</sup>.

<sup>37</sup> A. CELLI, *Malaria e colonizzazione nell'Agro Romano dai più antichi tempi ai giorni nostri*, Firenze 1925, s. 231; A. CANEZZA, M. CASALINI, *Il Pio Istituto*, s. L.

<sup>38</sup> G. COSMACINI, *Storia della medicina e della sanità in Italia. Dalla peste europea alla guerra mondiale. 1348-1918*, Bari 1994, s.189.

<sup>39</sup> Tamże, s. 189

<sup>40</sup> A. CELLI, *Storia di malaria*, s. 231; G. COSMACINI, *Storia della medicina*, s. 190.

Pomyślność w szpitalu nie trwała jednak długo. Wizytacja przeprowadzona w 1585 r. odnotowała chorych pozostawionych samym sobie, brudne łóżka, niedobór lekarzy, wysoki poziom śmiertelności. W tym samym roku Kamil de Lellis, późniejszy założyciel kamilianów i święty, znalazł w szpitalu jeszcze żywego mężczyznę w sali, do której wrzucano zmarłych. Zresztą jemu samemu pozostawiano opiekę nad najbardziej obrzydliwymi i zabrudzonymi nieszczęśnikami<sup>41</sup>. Jak widać, rzeczywistość szpitalna była bardzo dynamiczna – od czystości, którą zachwycał się Luter do brudu i plugastwa chorych mężczyzn, z którymi miał do czynienia przyszły święty. Obie te oceny można uznać za skrajne, jednak świadczące o dużej niestabilności panujących w szpitalu warunków codziennego życia.

Na początku, jak i pod koniec XVI w. zarówno na północy, jak i południu Półwyspu Apenińskiego szpitale były miejscami bardzo zróżnicowanymi pod względem higienicznym, a braki i niedostatki w higienie ciała szły w parze ze swego rodzaju hydrofobiczną mentalnością społeczeństwa i wstrętem do używania płynów i kąpiele. Taka postawa wzmocniła się jeszcze w XVII w., uzyskując podstawę naukową, według której zanurzenie w wodzie powodowało rozszerzenie porów, co umożliwiało wchłanianie przez otwarte kanaliki „nasion zarazy” do ciała w czasie epidemii. Jeszcze zanim Gottfried Wilhelm Leibniz (1646-1716) uczynił człowieka „monadą”, siedemnastowieczna jatrofizyka zapobiegała chorobom ludzkim, zamykając pory i „okienka” organizmu. Kąpiele i płukania stanowiły praktykę niebezpieczną. Skóra zamiast oczyszczania wodą miała być naoliwiana, pomadowana, zabezpieczana aromatyzowanymi kremami ściągającymi, które zatykają ujścia kanalików ciała i neutralizują zapachy i pot „pożytecznego” brudu za pomocą perfum<sup>42</sup>.

Samo pojęcie warunków jest bardzo szerokie i złożone, zawierające wiele aspektów związanych z pobytem chorych w szpitalu, takich jak choćby wyżywienie, higiena, poziom opieki medycznej i duchowej, sytuacja lokalowa, postawa personelu opiekuńczego itp. W 1623 r. brat Domenico Borgarucci, sekretarz szpitala, nie ukrywał zadowolenia z wysokich standardów panujących w szpitalu. Stwierdził, że chorzy są tam traktowani z dużą troską i miłosierdziem (*con buona cura e carità*), podkreślał dobrą muzykę wykonywaną w kaplicy oraz wystrój pomieszczeń. Jeśli chodzi o personel, lekarzy i chirurgów, to „mają oni największe umiejętności w Rzymie, a nawet na świecie, wykonują swoją pracę z najwyższą starannością i wytrwałością”. Dalej pisał, że trzy razy w ciągu dnia sprząta się sale, przesuając każde łóżko, obiadowi i kolacji towarzyszy dźwięk organów, a pod-

<sup>41</sup> C.C. MARTINDALE, *San Camillo de Lellis*, Milano 1947, s. 96, 99.

<sup>42</sup> G. COSMACINI, *Storia della medicina*, s. 191-192. Jatrofizyka to kierunek w medycynie XVII i XVIII w., który, opierając się na wielkich zdobyczach fizyki i matematyki, szukał wyjaśnień dla czynności fizjologicznych i patologicznych organizmu w zasadach fizyki, a zwłaszcza mechaniki



czas spożywania posiłków czytane są księgi świętych i inne duchowe pisma. Chwalił też znakomite wyżywienie, chleb i wino zawsze świeże i wysokiej jakości. Borgarucci mówi następnie o warunkach oferowanych *ai nobili*, którzy korzystają z odrębnego oddziału: „Pokoje są bardzo dobrze przystosowane, jedzenie lepiej strzeżone, a obsługa szlachetniejsza”<sup>43</sup>.

Wspominany raport jest apologią siedemnastowiecznego szpitala, być może napisaną, jak twierdzi Luigi Fiorani, w celu obalenia podejrzeń lub krytyki, które się pojawiały<sup>44</sup>. Trudno jest pojąć, czy i w jakim stopniu te słowa faktycznie odzwierciedlały konkretną rzeczywistość. W 1626 r., kilka lat po wspomnianym pozytywnym raporcie Borgarucciego, ktoś inny wydał nieco surowszą ocenę tego szpitala: „W Szpitalu Świętego Ducha w Rzymie chorych traktowano wcześniej bez zarzutu, karmiono ich dobrym chlebem i dobrym winem, a ponieważ ostatnio piec do pieczenia chleba został wynajęty, chorzy jedli chleb złej jakości, ciężki i ciemny. Chorzy pili wcześniej wina bardzo dobre *di Ripa*, teraz zaś piją mocne i złe wina rzymskie”. Nie lepiej było, jeśli chodzi o leki, „gdyż więcej ich było w najmniejszym sklepie rzymskim niż w aptece szpitalnej”. Niewystarczające i złe było karmienie chorych, którzy „przy posiłkach otrzymywali zawsze parę sardynek i trochę tuńczyka, często złej jakości, przez co chorowali i cierpieli”<sup>45</sup>. Oceniając dwie skrajne relacje, należy zauważyć, że każda z nich odnosi się do innych aspektów życia w szpitalu. Niewykluczone więc, że obie są w miarę realistyczne w spojrzeniu na wybrane sprawy, jednak bardziej prawdopodobne jest, że prawda o Szpitalu Świętego Ducha tkwi gdzieś pośrodku i stanowi wypadkową obu opinii.

Ogromne mury szpitalne w porach jesienno-zimowych były trudne do ogrzania, co negatywnie odbijało się na warunkach życia i zdrowiu chorych. Utrzymaniu ciepła w szpitalu służyły paleniska, których w 1652 r. było sześć<sup>46</sup>. W 1741 r. zepsuty i nieszczelny sufit oraz źle zabezpieczone odpowietrzniki powodowały, że na chorych przebywających w szpitalu dla rannych przeciekała woda. Z tego powodu i panującego zimna bardzo cierpieli, dodatkowy dyskomfort sprawiało im niezdrowe powietrze. Chorzy często narzekali na brak ciepłości ze strony służby. Takie sytuacje zdarzały się podczas posiłków, gdy obsługa zbyt wcześnie sprzątała chorym chusteczki, serwetki, łyżki, tace, talerze, kubki. Poruszony tym wizytator

---

<sup>43</sup> L. Fiorani, *Povertà e malattia nella Roma post-tridentina (secc. XVI-XVIII)*, w: *L'ospedale dei pazzi di Roma dai papi al '900. Lineamenti di assistenza e cura a poveri e dementi*, red. A. Iaria, A. Bonfigli, F. Fedeli Bernardini, t. II, Bari 1994, s. *Povertà e malattia*, s. 84; BAV, Barberiniano latino 1068, *Relatione del modo che si tiene ... 1623*, s. 12, 19v; R. Grégoire, *Servizio dell'anima*, s. 225-227.

<sup>44</sup> L. Fiorani, *Povertà e malattia*, s. 85.

<sup>45</sup> Cyt. za L. Fiorani, *Povertà e malattia*, s. 85; R. Grégoire, *Servizio dell'anima*, s. 231.

<sup>46</sup> ASR, nr 3, *Ordini da osservarsi nell'Hospitale ... 1652*, s. 89.

Gentili nakazał w 1741 r. naprawić usterki i niedomagania w lokalu szpitalnym oraz zabronił usługującym zabierania naczyń, zanim chorzy skończą spokojnie posiłek<sup>47</sup>.

Wiele do życzenia pozostawiały też w tym czasie warunki sanitarno-higieniczne. W szpitalu czuło się wszechobecny smród, nie tylko szkodzący chorym i personelowi, ale też odpychający dla osób z zewnątrz, odwiedzających pacjentów. Źródłem tego stanu rzeczy była brudna posadzka oraz wyposażenie i meble służące chorym. Z polecenia wizytatora inspektor nakazał natychmiast zerwać cuchnące podłogi, usunąć wszystkie drewniane ławki, stoliki i podłogi, a następnie umyć je i oczyścić, a bardzo stare sprzęty wymienić na nowe, zwłaszcza drewniane ławki na żelazne. To samo uczyniono z materacami, siennikami i poduszkami, zasłonami, gdyż gnieździły się tam, podobnie jak na suficie, pluskwy. Podczas prac odświeżających pobielono ściany, załatano dziury, odkurzono cały szpital, oczyszczono śmierdzące wazy na nieczystości, a także ustawiono nowe skrzynie na trociny, którymi posypywano i osuszano posadzki oraz używano do innych czynności higienicznych<sup>48</sup>.

Nie zawsze też chorzy, w zależności od pór roku, byli zaopatrywani w odpowiednie nakrycia do snu. Podczas wizytacji stwierdzono, że latem, zamiast lekkich koców, osobom przebywającym *Corsia Grande* i w spichlerzach przydzielano ciężkie, wypchane pakułami kołdry, które podczas snu zrzucali na podłogę i spali odkryci, często nago z naruszeniem przyzwoitości i norm moralnych, a niechybnie też ze szkodą dla zdrowia. Wizytator dowiedział się, że istniał dawny zwyczaj dawania chorym z wielkiej sali i spichlerzy kocyków z włókna – nici oraz z odpadów bawełnianych, niestety jednak – jak dodał – wszystkie były już zniszczone, wobec tego zalecił zakupić przynajmniej 600 takich samych. Zaznaczył przy tym, że nie można różnicować pacjentów i wszyscy powinni mieć identyczne przykrycia. Jego zdaniem używane zimą ciężkie wypchane kołdry nie utrzymywały ciepła i nie zapewniały chorym dostatecznej ochrony przed zimmem, nakazał zatem je wycofać i zastąpić kocami wełnianymi. Niewystarczająca też była ilość pościeli, materaców i sienników słomianych, które poza tym często były brudne. Wobec czego wizytator nakazał nabyć ich dostatecznie dużo, aby w wypadku epidemii można je było wymieniać, kiedy tylko zajdzie potrzeba. W trakcie lustracji stwierdzono też wiele innych nieprawidłowości. Białe zasłony przykrywające kredensy oraz przedzielające łóżka bardzo się brudziły, zalecono zatem ich zamianę na ciemniejsze, niebiesko-zielone, turkusowe. Usunięto też liczne kredensy należące do różnych stowarzyszeń (bractw), zajmujących zbyt dużo miejsca w *Corsia Grande* i szpitalu dla rannych. Umożliwiło to dostawienie dodatkowych łóżek na czas epidemii<sup>49</sup>.

<sup>47</sup> ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata...1737*, s. 200-202.

<sup>48</sup> Tamże, s. 183-186.

<sup>49</sup> Tamże, s. 188-195.

Pomimo stwierdzonych nieprawidłowości warunki życia chorych w Szpitalu Świętego Ducha były i tak o wiele lepsze niż w innych placówkach szpitalnych. Na przykład podczas wizytacji z 1727 r. szpitala *S. Salvatore ad Sancta Sanctorum in Laterano* kardynał Alessandro Albani stwierdził, że stan higieny na oddziałach szpitalnych budzi przerażenie. W reakcji na panujące zwyczaje zakazał kładzenia nowo przybyłych osób na łóżkach, w których zmarł niedawno jakiś pacjent lub przez długi czas leżał chory w gorączce i – jak stwierdził – „klejący się” („lepki” – *attaccatiaccio*) albo podejrzany o inną niebezpieczną dolegliwość. Nowego pacjenta można było położyć w takim miejscu dopiero po dokładnym umyciu i oczyszczeniu łóżka. Nakazał też, aby plastry użyte raz na rany wyrzucić i nigdy nie aplikować ich ponownie innym pacjentom, ponieważ nawet wyprane zawsze będą brudne od maści i specyfików z mirry<sup>50</sup>.

Podczas wizytacji odbytej w latach 1745-1746 kardynał Neri Corsini zaznaczył, że choć w stosunku do wizytacji z 1727 r. w szpitalu na Lateranie nastąpił pewien postęp w zakresie higieny, to jednak nadal stosowało się w nim okrutne i bolesne praktyki, jak np. podkładanie w łóżkach ciężko chorych jednego lub dwu filców, aby zaoszczędzić zużycia materacy. Wpływało to na pogorszenie się stanu zdrowia pacjentów z powodu insektów, dlatego wizytator zabronił używania filców w celu wyeliminowania gnieźdzących się w nich pluskiew. Jako wzór do naśladowania w tych sprawach ponownie wskazał Szpital Świętego Ducha, dodał jednocześnie, że celem odbywanych w tym samym czasie wizytacji było ujednoczenie leczenia i praktyki administracyjnej w dwu głównych szpitalach rzymskich. Chodziło przede wszystkim o wprowadzenie w szpitalu laterańskim, wzorem szpitala duchaków, spisów chorych, ksiąg rachunkowych i ewidencjonowanie ubrań pozostawianych w przez chorych w chwili przyjęcia na leczenie<sup>51</sup>.

Zdarzało się, że osoby chore, szczególnie w nocy, zrzucały nakrycia z łóżka (rozkrywały się), co w okresie zimowym powodowało przeziębienia i kolejne komplikacje zdrowotne. W takiej sytuacji zadaniem służących było podczas obchodów ponowne okrywanie ich, dostarczanie dodatkowych koców, a gdy było zimno, wprost ogrzewanie koszul przy ich zmianie i nakładaniu. Mieli też obowiązek przynosić chorym na każde wezwanie baseny oraz posypywać mokre i zabrudzone miejsca trocinami, a w ogóle jak najczęściej wizytować pacjentów podczas swoich dyżurów. Zdarzało się, że służący zaniedbywali swoje obowiązki, gdy chorzy mieli odleżyny (*decubiti*) lub dostawali krwotoku (*emorragie*) nie reagowali, nie dając też znać komukolwiek, kto by ich opatrzył<sup>52</sup>.

<sup>50</sup> M. PICCIALUTI, *La carità come metodo di governo. Istituzioni caritative a Roma dal pontificato di Innocenzo XII a quello di Benedetto XIV*, Torino 1994, s. 97.

<sup>51</sup> Tamże, s. 259.

<sup>52</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 142.

Według relacji wizytatora Leandro Porzii chorzy o dolegliwościach chirurgicznych przebywający w *Spedaletto* nie byli właściwie obsługiwani, gdyż stanowisko dyżurnej służby znajdowało się na samym początku, przy wejściu do pomieszczenia, w którym leżeli pacjenci. Czysta bielizna była przechowywana na jego tyłach, a sprzęty do obsługi higienicznej (dzbany i miski) trzymano w wannie znajdującej się w pobliżu pierwszego łóżka. Oddalenie pomieszczeń służby i tych zawierających akcesoria higieny sprawiało, że dyżurni nie słyszeli wezwań chorych albo też przez lenistwo nie chcieli im pomóc, np. przynieść i zmienić brudną koszulę na czystą, poprawić ułożenie w łóżku, przewrócić z boku na bok. W takich okolicznościach zewsząd rozchodził się smród i feter, wanna była pełna nieczystej wody, przez co leżący odczuwali wielki dyskomfort. Jedyną możliwością polepszenia tej sytuacji było przeniesienie dyżurującej gwardii na środek szpitalika, co wizytator natychmiast zarządził<sup>53</sup>.

Na życiu pensjonariuszy negatywnie odbijała się sama struktura wewnętrzna szpitala i rozmieszczenie poszczególnych oddziałów. W 1739 r. wizytator Leandro Porzia zauważył, że oprócz dwóch dużych sal, starej i nowej, oraz szpitala dla rannych, nazywanego *San Salvatore*, było wiele innych pokoi rozproszonych po licznych oddziałach przeznaczonych dla pacjentów cierpiących na różne dolegliwości i w różnym stanie. Powodowało to zamieszanie i dezorganizację, a co najważniejsze — było z krzywdą dla hospitalizowanych, ponieważ lekarze nie potrafili się nimi wystarczająco zaopiekować z uwagi na dużą dekoncentrację (porozrzucanie) lokalową. Istniała też konieczność mnożenia (zwielokrotnienia) służby, palenisk, oświetlenia (lamp i świec). Zdarzało się, że nawet dla jednego chorego trzeba było stosować tak kosztowne moltiplikacje. Skądinąd chorzy w rozproszeniu byli niejako nieznanymi i przez to zaniedbani duchowo przez służbę kapłańską. Postanowiono więc zgromadzić wszystkich w jednym, dobrze usytuowanym szpitaliku, oddzielnym od dużych sal, który był utrzymany we wzorowej czystości, z łózkami odgrodzonymi zasłonami. Rozwiązanie to uznano za niezwykle pożyteczne, ponieważ w pokoju *S. Filippo*, przeznaczonym dla chorej służby, wcześniej było nie mniej niż sześć czy siedem osób, które dla swojej wygody udawały chorobę. Od wielu jednak miesięcy, odkąd umieszczono rozproszonych chorych w jednym szpitaliku, nie zdarzyło się nigdy, by było ich tam więcej niż jeden lub dwóch<sup>54</sup>.

Przed rozbudową, gdy liczba chorych przekraczała 514 osób, w sali, w której byli wcześniej świerzbowaci, konieczne było umieszczenie dodatkowych łóżek zwanych *straordini*. Było to bardzo niekorzystne dla chorych i dla personelu obsługującego zakaźnie chorych. Później kładło się ich w korytarzu, znajdującym

<sup>53</sup> ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata ... 1737*, s. 18.

<sup>54</sup> ASR, nr 905, *Ordini e Decreti della Santa Visita Apostolica. 1737*, s. 13.

się nad gankiem kanoników, w którym nie było drzwi, za to przez liczne i szerokie okna ze wszystkich stron docierało się powietrze, promienie słoneczne i woda. Łóżka stały tam jedno przy drugim, co powodowało dużą niewygodę dla personelu w posługiwaniu chorym, sprawiało też trudności lekarzom głównym, chirurgom i aptekarzowi, którzy często nie byli obecni ponieważ było to miejsce ciasne i kłopotliwe w dostępie. W sumie wszystko to obracało się na niekorzyść chorych<sup>55</sup>. Opisany stan dotyczy okresu niedługo po pozbyciu się w lipcu 1743 r. chorych na świerzb, przeniesionych do innego szpitala, ale jeszcze przed ukończeniem budowy nowego ramienia szpitala, a więc około połowy lat 40. XVII w.

Nie zawsze też w dostatecznie dobrych warunkach przebywali chorzy członkowie rodziny szpitalnej. Czasami byli umieszczani nie w swoim szpitalu, lecz w innych oddziałach. Przed wielką wizytacją przełomu lat 30. i 40. XVIII w. chorych pracowników przeniesiono do szpitala dla rannych, pozbawiono ich zarazem dotychczasowego pielęgniarsza i powierzono opiece gwardii dyżurującej w *Corsia Grande*. Od tej pory chorych z personelu traktowano przy przydziale wiktury jak wszystkich innych pensjonariuszy. Sytuacja ich bardzo się pogorszyła, jako że dyżurująca obsługa, mocno obciążona i zaangażowana w przepelnionej *Corsia Grande*, nie była w stanie ich odpowiednio obsłużyć. Na oddział rannych wpadał na krótko co najwyżej jeden służący, ale i tak był karany za opuszczanie wielkiej sali. Tymczasem liczba chorych członków rodziny szpitalnej wzrosła do dwudziestu, a wśród nich było kilku w stanie ciężkim. Zupełnie nie miało im kto podać szklanki wody, a w czasie wizyt lekarskich nie było nikogo, kto mógłby poprawić, zaścielać czy wyczyścić ich łóżka. W sumie we wszystkich sprawach byli tak źle traktowani, że niektórzy jeszcze niewyleczeni opuszczali szpital i udawali się do swoich krewnych lub przyjaciół, by u nich odzyskiwać zdrowie, tak jak wysyła się po leczeniu pacjentów do szpitala *Trinità dei Pellegrini*, gdzie przechodzą rekonwalescencję. Chcąc jak najszybciej naprawić bulwersującą sytuację, kardynał Gentili anulował decyzję sprzed kilku lat swojego poprzednika kardynała Porzii i przeniósł ich z powrotem do miejsca, w którym wcześniej przebywali — do szpitala św. Filipa, przywrócił też wyłącznie dla nich pielęgniarsza oraz specjalne jedzenie. Dzięki temu „rodzina szpitalna” dużo szybciej dochodziła do zdrowia i powracała do pracy, co przynosiło szpitalowi realne oszczędności, jako że nie musiał zatrudniać nadliczbowych służących), którzy na ten czas zastępowali chorych w etatowym personelu<sup>56</sup>.

<sup>55</sup> ASR, nr 1301, *Relazione fatta da Ferrini*, s. 26-27.

<sup>56</sup> ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata ... 1737*, s. 144-147.

Jak wiadomo, Szpital Świętego Ducha posiadał różne oddziały czy raczej rewiry, były to pomieszczenia, nazywane niekiedy imionami świętych, umożliwiające grupowanie i izolowanie pacjentów z uwagi na rodzaj chorób i dolegliwości. W praktyce jednak, z uwagi na ograniczenia lokalowe i nie zawsze właściwe zarządzanie często panował bałagan, zagrażający zdrowiu i życiu hospitalizowanych. Inną przyczyną takiego stanu rzeczy było nieprzestrzeganie zasady umieszczania chorych we wskazanych i odpowiednich dla nich szpitalach. W 1741 r. wizytator z niepokojem informował, że osoby z symptomami gruźlicy leżały w Wielkiej Sali (*Corsia Grande*) razem z gorączkującymi, a gdy lekarz chciał ich przenieść do szpitalika *S. Giacinto* dla gruźlików, twierdzono, że nie znajdują się jeszcze w stanie, w którym gruźlica byłaby ostatecznie potwierdzona. W tej sytuacji wydano rozporządzenie, które nie pozwało osobom zarażonym gruźlicą przebywać z pacjentami z gorączką. W przyszłości od razu mieli być lokowani w szpitalu gruźliczym, aby nie szkodzić pozostałym chorym. Samo przeniesienie w inne miejsce też nie gwarantowało bezpieczeństwa współpacjentom, gdyż łóżka, które niejako dziedziczyli po gruźlikach, też niosły ryzyko zakażenia. Niepokojąca była praktyka sprzedawania ubrań po zmarłych osobach dotkniętych tą przypadłością, które przekazywano pośrednikom do sprzedaży, zarażając przez to nabywców, którzy je nosili i używali<sup>57</sup>.

Analogicznie rzecz się miała z chorymi na szkorbut, których również nie odosobniano od innych chorych ani nie wydzielano dla przedmiotów codziennego użytku, służących do jedzenia i picia, aplikowania lekarstw czy do spania. Wszystko to szkodziło pensjonariuszom z innymi problemami zdrowotnymi, którzy używając rzeczy wspólnych dla chorych na szkorbut, niechybnie się zarażali. W celu zapobieżenia stwierdzonym nieprawidłowościom odrestaurowano i wydłużono izbę św. Wawrzyńca, służącą poprzednio majaczącym (szalonym) i w niej umieszczono zarażonych szkorbutem. Nakazano jednocześnie wydzielić i oznakować łóżka tych chorych i zabroniono używania wspólnych przedmiotów nieodzownych przy konsumpcji. Zakazano też, identycznie jak w wypadku gruźlików, sprzedaży tobołków i paczek z ubraniami pozostałych po zmarłych zainfekowanych szkorbutem<sup>58</sup>. O zagrożeniach wynikających z obecności w szpitalu świerzbowatych jest mowa w innym miejscu.

W 1741 r. nieprawidłowości występowały również w podejściu do osób z problemami chirurgicznymi, którzy nie mogli być leczeni przez chirurgów i korzystać z ich pomocy. Było to wynikiem nietrafnej decyzji poprzedniego

<sup>57</sup> Tamże, s. 138-139; ASR, nr 903, *Visita Apostolica in Santo Spirito, incominciata l'anno 1737 ... 1749*, s. 11-112.

<sup>58</sup> ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata...1737*, s. 140; ASR, nr 903, *Visita Apostolica in Santo Spirito, incominciata l'anno 1737 ... 1749*, s. 112-113.



wizytatora, Leandro Porzii, który trzy lata wcześniej przemieścił ich ze szpitalika dla rannych do *Corsia Grande*, gdzie zostali zmieszani z chorymi gorączkującymi. W rezultacie, gdy rano przychodzili chirurdzy opatrujący i leczący rany, wskutek zamieszania niektórzy pacjenci nie mogli skorzystać z ich pomocy i konsultacji. Nowy wizytator, kardynał Lanfredini, zdecydował więc o ponownym powrocie chorych chirurgicznie do poprzedniego miejsca – do szpitalika<sup>59</sup>.

Wielka liczba chorych oraz wielość sal i oddziałów wymagały częstej obserwacji i kontroli ich stanu zdrowia, standardów leczenia i warunków życia szpitalnego, co najwyższym stopniu zależało od postawy, solidności i zaangażowania personelu medycznego i służby opiekuńczej. Dozór nad tym wszystkim spoczywał w największym stopniu na barkach zastępcy przełożonego infirmerii. Na mocy rozporządzenia z 1769 r., obowiązującego jeszcze w początkach XIX w., nie mógł on zdawać się tylko na przekaz i relację członków gwardii, ale musiał osobiście odwiedzać pacjentów i wypytywać o ich sytuację, sprawdzając, czy zostały przeprowadzone przewidziane operacje i zbiegi wpisane na listę, na przykład gorące kompresy, nacierania, czy otrzymali przyprawione przekąski (*conditi*), ciepłą i zimną wodę, czy zmieniono im podkłady i wykonano inne czynności typu chirurgicznego<sup>60</sup>.

Standard opieki i warunki życia chorych w szpitalu były więc uwarunkowane zarówno czynnikami obiektywnymi, materialno-lokalowymi, jak też ludzkimi, tj. postawą personelu, który nie zawsze spełniał stawiane wobec niego oczekiwania. Nieustannie powtarzane apele najwyższych władz kościelnych o godne, pełne miłosierdzia traktowanie chorych często trafiały w próżnię. Nieprawidłowości występowały tak ze strony duchownych w sferze opieki religijnej, jak i personelu świeckiego, zwłaszcza pomocniczego, w obowiązkach pielęgnacyjnych i zwykłym zachowaniu. Przekleństw i wulgaryzmów wobec chorych używali nie tylko członkowie gwardii, ale – co gorsza – także ich przełożeni, zwracając się do leżących w łóżkach nie po imieniu czy nazwisku, ale obelżywie, np. „ty łotrze”, „oszuście” itp.<sup>61</sup>

Podczas wizytacji w 1743 r. kardynał Gentili zauważył, że personel szpitalny, nie tylko źle służył chorym, ale ponadto niejako maltretował ich nieprzyzwoitymi słowami, co budziło wielkie niezadowolenie, zwłaszcza znaczących pacjentów. Tę swego rodzaju patologię potwierdzała „księga pokut” (*libro delle penitenze*), w której odnotowano setki kar nałożonych na rodzinę szpitalną za niegodne traktowanie pacjentów. Wobec powyższego polecił, aby przy następnym naborze służących brać pod uwagę nie tyle przedstawione dokumenty i spełnianie teoretycznych wymagań, ale w pierwszym rzędzie ocenę wcześniejszej pracy w szpitalu oraz dotychczasowe

<sup>59</sup> ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata ... 1737*, s. 141.

<sup>60</sup> ASR, nr 3092, *Notificazione sopra il canonico Sotto-priore ... 1815*.

<sup>61</sup> ASR, nr 3092, *Disordini, che sono*.

zaangażowanie i sumienność w służbie chorym<sup>62</sup>. W 1758 r. podczas codziennych wizyt słyhać było lamenty i narzekania terminalnie chorych, na to, że *giovani* używają obelżywych słów, niewłaściwie traktują ich ciała, nie odpowiadają na prośby, zachowują się w sposób niegodny cywilizowanych ludzi, lecz jak nieokrzesany plebs, łamiąc wszelkie prawa ludzkie. W reakcji przełożony generalny szpitala Giuseppe Castelli apelował, aby traktowali chorych z dobroduszością, współczuciem i miłosierdziem, jakie Bóg żywi wobec tych biedaków. Komaendator, podobnie jak przed piętnastu laty kardynał Gentili, zabronił służbie używania ostrego i obraźliwego języka, krzywdzenia chorych i złego traktowania ich ciał, w przeciwnym razie zagroził natychmiastowym zwolnieniem z pracy<sup>63</sup>.

W wielu wypadkach brak odpowiedniej opieki nie wynikał ze złej woli służby, ale z okoliczności zewnętrznych, do których należały epidemie. Jedna z największych wybuchła w 1758 r. Wobec natłoku chorych i adoptowania na ten cel kolejnych dwu kwater w *Braccio nuovo* nie udało się w sposób zadawalający zwiększyć liczby służby. Do opieki nad leżącymi w nich chorymi delegowano gwardię obsługującą *Corsia Grande*, która przeciążona obowiązkami często się tam nie pojawiała. Brak w niej było niezbędnego wyposażenia, np. stolików marmurowych z otworami na słoiki z lekami czy kubków na krew spuszczoną chorym. Aby umożliwić lekarzom obejrzenie chorego, wszystkie te rzeczy kładziono na podłodze pod łózkami, przez co często były przewracane, niszczone przez psy, a słoiki tłuczone podczas zamiatania. Chcąc temu zapobiec, ciągle zanoszono je do apteki i z powrotem odbierano. Wobec powyższego komendant wraz z inspektorem postanowili zmienić ten stan rzeczy. Szybko odrestaurowano kwatery, osłonięto je od przeciągu, przy ścianie ustawiono między co drugim łóżkiem marmurowe stoliki z wnękami na wspomniane rzeczy, także ławki dla służących i stolik do pisania oraz kredens na bieliznę i pościel<sup>64</sup>.

Kryzysowa sytuacja panowała również w *Corsia Grande*, gdzie dwie gwardie od syropów zwłaszcza w nocy nie radziły sobie z nadmiarem pacjentów. Jej czterech członkowie, zajęci w tym samym czasie dostarczaniem bulionów, syropów i innych medykamentów, nie byli w stanie odwiedzać ciężko chorych, przez co nie miał im kto podać pić, zmienić przepoconych i śmierdzących koszul, podnieść, gdy upadli, czy pomóc przy załatwianiu potrzeb fizjologicznych. Na taką sytuację niezwłocznie zareagował komendant, przydzielając dwóch dodatkowych służących po jednym dla każdej gwardii. Obaj zostali wyznaczeni do

<sup>62</sup> ASR, nr 1409, *Ordine per il buon servizio ... 1742*, s. 119.

<sup>63</sup> ASR, nr 61, *Giornale di Memorie delle Cose*, s. 43. To samo w ASR, nr 1409, *Decreto per li giovani, che maltrattano l'infermi*. 1758, s. 202-203; ASR, nr 904, *Ordini, e Decreti fatti dall' ... Cardinale Castelli ... 1758*.

<sup>64</sup> ASR, nr 44, *Sotto il governo del Sig. Card. Giuseppe Maria Castelli ... 1759*, s. 81-82.

pielęgnacji i obsługi zaniedbanych pacjentów, podczas gdy pierwsi czterej nadal wykonywali dotychczasowe powinności związane z lekami. Pomoc nowych sił była tym cenniejsza, że wspomniana „czwórka” rano i podczas dnia udawała się często do szpitala dla rannych celem pomocy przy operacjach i przy upuszczaniu krwi przy użyciu baniek i pijawek<sup>65</sup>.

Z uwagi na charakter choroby nie zawsze odpowiednią opiekę miały osoby dotknięte gruźlicą przebywające w szpitalu S. *Giacinto*. W końcu lat 30. XVIII w. usługiwało im dwóch pielęgniarzy, za co zapewnione mieli łóżko, wikt, pościel i ubrania. Status, jaki posiadali, nazywano *posti di grazia* (miejsca z łaski), przydzielane przez przełożonego infirmerii, toteż wymagania w stosunku do nich były wysokie. Oni jednak nigdy nie zbliżali się do chorych na gruźlicę ze strachu przed ich przypadłością, zrzucając ten obowiązek na podwładnego sługę (*vassalo*), który za taką pracę otrzymywał jedynie łóżko i pościel. W tej sytuacji dwóm pielęgniarzom pozostało jedynie wypisywanie rano kartek dla dyspozytora spiżarni, pobieranie jedzenia dla pacjentów z gruźlicą, podpisanie biuletynów tych, którzy zmarli – jeden z nich zostawał w spiżarni, a drugi wkładano w ręce nieboszczyka. Wobec tego, że praktycznie nie służyli oni gruźlikom, wizytator zlikwidował te miejsca i powierzył obowiązek opieki nad tymi chorymi stolnikowi, któremu miał pomagać „wasal”. Z punktu widzenia finansowego było to rozwiązanie bardzo korzystne, zwłaszcza, że pacjentów z tą dolegliwością było zwykle dwóch, trzech, a bardzo rzadko siedmiu lub ośmiu<sup>66</sup>.

### 3. CZYSTOŚĆ I HIGIENA

W 1679 r. wizytujący szpital kard. Acciaioli pisał, że czystość i higiena jest podstawą funkcjonowania każdej instytucji leczniczej. Dlatego zarządził wykonanie i ustawienie drewnianych wanien na odpady: brudną wodę i resztki zup, rosółów i innych artykułów spożywanych w czasie obiadu i kolacji. Z kontekstu wynika, że dotychczas nie były one właściwie gromadzone i segregowane z zachowaniem warunków sanitarnych. Toteż ostrzegawczo zobowiązał wszystkich służących i członków gwardii, by przestrzegali czystości i wykorzystywali nowe pojemniki, w przeciwnym razie zagroził im karami za rzucanie odpadków na ziemię<sup>67</sup>. Cała ta sprawa nie wystawia najlepszego świadectwa istniejącemu stanowi rzeczy w szpitalu.

Utrzymanie higieny i czystości w szpitalu, w którym we wspólnych, obszer-nych pomieszczeniach przebywała tak wielka liczba chorych, było z punktu

<sup>65</sup> Tamże, s. 88.

<sup>66</sup> ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata ... 1737*, s. 16-17.

<sup>67</sup> ASR, nr 1409, *Decreti di Visita 1679 ... Acciaioli*, s. 67.

widzenia zdrowotnego wymogiem fundamentalnym, warunkującym skuteczność leczenia i zapobiegającym rozprzestrzenianiu się chorób, nie mówiąc o epidemiach. Dlatego codziennie rano i po obiedzie, a nawet trzy razy na dzień, posadzki i wszelkie powierzchnie podłogowe szpitala były myte i czyszczone przez zamiataczy i tragarzy, zwłaszcza pod łózkami chorych. Podobnie sprzątano też i zamiatano pokoiki i salki, w których sporządzano specyfiki lecznicze. Oprócz tego jeden ze służących cały dzień nieustannie wycierał brudy i był na każde wezwanie, gdy wymagała tego sytuacja<sup>68</sup>. W utrzymanie porządku angażowały się najwyższe władze. Co trzy miesiące przełożony infirmerii wraz z inspektorem obchodzili szpital i zarządzali oporządzenie lub nawet wymianę wszystkich łóżek, czyszczenie i mycie stołów oraz ławek, aby nie było tam brudu i wilgoci. Od czasu do czasu sale i inne miejsca w szpitalu były gruntownie sprawdzane, czy nie wymagają naprawy, a jeśli była taka potrzeba, informował o tym samego komendatora, a przed Zielonymi Świątkami zarządzał generalne sprzątanie szpitala<sup>69</sup>.

W jednym z opracowań można przeczytać, że komendator Szpitala Świętego Ducha Stefano Vai (1632-1650) pod koniec pierwszej połowy XVII w. zastąpił drewniane łóżka łózkami żelaznymi, stając się w ten sposób promotorem higieny szpitalnej<sup>70</sup>. Regulamin z 1679 r. informował, że łóżka chorych były w lecie przykrywane białymi narzutami, które w innych okresach roku zmieniano na wełniane koce. Dbano o porządne poślanie łóżek, co sprawdzano każdego dnia rano, a w ciągu dnia ewentualnie poprawiano. Dotyczyło to również łóżek rekonwalescentów i osób przenoszonych w inne miejsca, a także zmarłych. Dbali o to zakonnicy- duchacy, a każdy z nich nadzorował jeden rząd łóżek. Pilnowali oni służby w punktualnym wykonywaniu tych czynności, czuwali nad zmianą pościeli, materacy i sienników, kiedy zajdzie potrzeba<sup>71</sup>.

W okresie późniejszym odpowiedzialność za te sprawy przejęli kaprale gwardii i ich podwładni, ścieląc łóżka codziennie rano i poprawiając je w czasie obiadu i kolacji. Musieli przy tym delikatnie obchodzić się z ciężko chorymi, by nie zadawać im dodatkowego cierpienia. Łóżka po zmarłych pacjentach nie mogły być ponownie używane przez nowych chorych, zanim ich materace i sienniki nie zostały na jakiś czas wystawione na świeże powietrze i wyczyszczone, a ich pościel wyprana. Okazją do całkowitej wymiany pościeli było opuszczanie szpitala przez wyleczonych pacjentów i rekonwalescentów. Wszystkie łóżka miały białą pościel, którą zmieniano w wypadku zamoczenia czy

<sup>68</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 8, 46, 183, 221.

<sup>69</sup> Tamże, s. 41-42.

<sup>70</sup> A. CANEZZA, *Gli Arciospedali nella vita cittadina, nella Storia e nell'Arte*, Roma 1933, s. 50.

<sup>71</sup> ASR, nr 1296, *Atti della Visita ... Acciaioli...* 1679, s. 29-30; ASR, nr 1409, *Decreti di Visita 1679 ... Acciaioli*, s. 64.

zabrudzenia. Gdy jednak leżeli na niej umierający, nie wolno jej było ruszać, aby „nie skracać im życia”. Trzy razy w tygodniu, w poniedziałek, środę i sobotę, służba gruntownie oporządzała łóżka: odwracała materace i sienniki, poprawiała *le bandinelle* i wymieniała wszystko, co było mokre i brudne, podarte, połamane, nie bacząc na opór, niekiedy czynny, pacjentów. Zmiana ręczników następowała co osiem dni, Wymieniając brudną pościel, poduszki, koce, nie wolno było rzucać jej na podłogę, lecz na specjalnie nosze. W razie konieczności służba świadczyła usługi pielęgnacyjne także w nocy, zmieniając chorym brudne podkłady flanelowe (*traverse*), prześcieradła, koszule, chusteczki, podawała wodę, artykuły wzmacniające oraz przeprowadzała mokre okłady i nacierania. Na każde wezwanie ciężko chorym zmieniano koszule<sup>72</sup>. Większość tych zaleceń obowiązywała już sto lat wcześniej, od 1652 r. Wtedy również łóżka poprawiano trzy razy w tygodniu, nowo przyjętym chorym dawano białe prześcieradła i zmieniano je co osiem dni oraz wietrzono i czyszczono sienniki i materace po zmarłych<sup>73</sup>.

Nie zawsze jednak w praktyce tak było. Zdarzało się, że duża część ciężko chorych leżała w brudzie. Wielu z nich umierało nie z powodu gorączki, lecz na skutek odleżyn, gdyż nie byli na czas myci i oporzędzani. Winni temu byli dyżurujący gwardziści, którzy mieli co godzinę doglądać takich pacjentów, a nie zawsze to czynili. Autor opisu twierdził, że czystość jest najlepszym lekarstwem i zabezpieczeniem dla chorych. Tymczasem stan pomieszczeń, w których się znajdowali się ciężko chorzy, budził niekiedy politowanie i obrzydzenie; brudne były chociażby nocniki, podobnie jak inne pojemniki i skrzynki na nieczystości, między łózkami zalegały śmieci, nieczyste też były zasłony i firanki. Takie same warunki panowały w szpitalu dla rannych (*medicheria*). Spore niewygody cierpieli świerzbowaci, przebywający w bardzo ciasnym miejscu w *Corsia Nuova*, zwłaszcza w momentach, gdy ich liczba się zwiększała. Dodatkowo czuli się opuszczeni i zaniedbani, ponieważ rzadko odwiedzali ich przełożeni, podobnie jak chorych na gruźlicę w sali *S. Giacinto*. Prawdopodobnie unikali tych wizyt z obawy przed zarażeniem, gdyż były to oddziały bardzo niebezpieczne, o największej śmiertelności. Nienajlepsze niekiedy warunki pobytu chorych w szpitalu wynikały nie tylko z ograniczeń lokalowych i zaniedbań ze strony służby pomocniczej, bywały również wynikiem niesolidności i zaniedbań lekarzy. Nie zawsze wykazywali się oni punktualnością w rozpoczynaniu wizyt, niekiedy w ogóle je opuszczali, za co przełożeni potrącali im z wynagrodzenia. W czasie wizyt przeprowadzanych w pośpiechu niekiedy popełniali niebezpieczne po-

<sup>72</sup> ASR, nr 1409, *Decreti fatti da altri Visitatori ... 1752*, s. 68; ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 8, 46, 166, 171-172, 184, 236.

<sup>73</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 37-39, 47, 53-54, 60; Zob. też ASR, nr 3, *Ordini da osservarsi nell'Hospitale ... 1652*, s. 88.

myłki, na przykład zamieniając i przepisując leki nie pacjentowi, któremu się należały, lecz innemu. Poza tym lekarstwa ordynowano chorym o nieodpowiedniej godzinie, niekiedy podczas posiłków. W zakończeniu opisu dodano, że tak w dostarczaniu lekarstw, jak też w przystawianiu pijawek i upuszczaniu krwi przydałoby się więcej miłosierdzia ze strony wykonujących te czynności<sup>74</sup>.

Zapewnieniu właściwej pielęgnacji i jak najlepszych warunków higienicznych pensjonariuszom służyło wizytowanie rano i po południu ciężko chorych przez przełożonego infirmerii. W czasie obchodów sprawdzał on, czy nie są zabrudzeni, wypytywał, czy są dobrze obsługiwani we wszystkich potrzebach przez służbę, sprawdzał, czy sale są czyste, a łóżka oporzędzone. W konsekwencji kontrolował służbę i mobilizował ją do uczciwej i solidnej pracy na rzecz pacjentów. Takie hospitacje odbywał osobiście przełożony lub jego zastępca także w innych mniejszych oddziałach: szpitaliku S. *Giacinto*, szpitaliku dla rodziny szpitalnej oraz w salach S. *Antonio* i S. *Lorenzo*. W przypadku zauważonych zaniedbań podejmował natychmiast środki zaradcze<sup>75</sup>.

Nie mniej niż o łóżka i odzież chorych troszczono się o czystość pozostałego wyposażenia sal szpitalnych. W największe uroczystości kościelne odkurzano pomieszczenia, wymieniano słomę w siennikach oraz przydzielano nowe koce i nakrycia. Zimą przynoszono do ogrzewania łóżek specjalne podgrzewacze – termofory. Co osiem dni myto marmurowe stoliki ustawione między co drugim łóżkiem, odkurzano tablice z numerami, czyszczono piaskiem wszystkie przedmioty mosiężne i miedziane służące chorym, co miesiąc oczyszczano rzeczy blaszane i cynowe. Co miesiąc myto posadzki w salach, raz na kwartał zaś przeprowadzano generalne odświeżanie sal i sprzętów, w tym drewnianych elementów przyłóżkowych stolików i żelaznych ławek, wymieniano wszystkie materace i sienniki. Trzy raz na rok, tj. w wigilię Bożego Narodzenia, na Wielkanoc i na Zielone Świątki, odbywał się przegląd łóżek, na których kładziono nowe przecieradła, zmieniano też koszule wszystkim chorym. Najbardziej kompleksowe porządki, pod dozorem kaprali, wykonywano raz w roku, tuż przed Zielonymi Świątkami. Przemieszczano wówczas chorych w inne miejsce, by umożliwić dokładne sprzętanie pomieszczeń. Wpierw jednak gruntownemu oczyszczeniu poddawano łóżka i dopiero potem wraz z nimi przenoszono chorych. Wymagało to delikatności, zwłaszcza wobec pacjentów niemogących się samodzielnie poruszać. Przy tych pracach ważne było, by nie pomylić kart informacyjnych (biuletynów) i numerów łóżek w czasie ich przemieszczania. W ramach sprzętania generalnego bielono też mury. Jak twierdzono, wszystkie te prace wykonywano z myślą o zdrowiu pacjentów, służby szpitalnej, jak i osób z zewnątrz

<sup>74</sup>ASR, nr 3092, *Disordini, che sono*.

<sup>75</sup>ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 36-37.



przychodzących pełnić służbę charytatywną wobec chorych. Dawnym zwyczajem wraz ze zmianą pór roku zmieniano przykrycia chorych – z wełnianych w miesiącach zimnych na włókienne w lecie<sup>76</sup>.

Przy tak dużym skupisku chorych, nieraz obłożnie, powstaje pytanie, jak radzono sobie z higieną przy obsłudze potrzeb fizjologicznych. Brak informacji na temat pomieszczeń i urządzeń sanitarnych, latryn, ubikacji, umywalek, czegoś w rodzaju łazienek nasuwa sugestie, że takowych w dzisiejszym znaczeniu nie było. Wcześniej mowa była o kanałach z wodą i przewodach ściekowych biegnących pod posadzkami, nie wiadomo jednak, jaki związek miały one z miejscami sanitarnymi, z pewnością były one w jakiś sposób połączone z kuchniami, pralniami i być może łaźniami. Interesujący zapis widnieje w dokumencie z 1623 r. Jego autor pisze, że największym udogodnieniem dla szpitala, umożliwiającym zachowanie w tym miejscu porządku, była bliskość Tybru, do którego poprzez kanały ściekowe spływają wszystkie nieczystości i śmieci<sup>77</sup>.

Do zaspokajania potrzeb fizjologicznych służyły w szpitalu *orinali*, urynały, czyli nocniki<sup>78</sup>. Osobom ciężko chorym obsługa podawała je wprost do łóżek, inni chorzy sami musieli do nich dochodzić, bo choć według ustalonych norm miały stać przy co drugim łóżku, to w praktyce było ich dużo mniej, co zwłaszcza w nocy sprawiało pacjentom niemałe trudności<sup>79</sup>. W starym szpitalu nocniki czyszczono dwa razy w tygodniu, a *vasi* (pojemniki, baseny) każdej nocy. W tym wypadku chodziło chyba o dokładne wypłukanie (wyszorowanie) tych naczyń niż o ich opróżnianie, gdyż trudno sobie wyobrazić, by urynę z kilku dni przetrzymywano we wspólnych salach szpitalnych, mimo że byłyby to duże kubły czy wiadra. Gdy chodzi o *vasi*, to zapewne gromadziły one odchody lub inne nieczystości. Ten sam autor napisał, że dzięki papieżowi w nowym skrzydle szpitala, zarówno w dużej, jak i małej sali, dla utrzymania lepszej czystości urządzono między każdymi dwoma łóżkami „wspólne miejsca” (*luoghi comuni*) z obfitą ilością spływającej do nich wody. Czyszczeniem tych miejsc w każdej chwili, gdy zachodziła potrzeba, zajmowali się strażnicy nocni<sup>80</sup>: ustawiali, opróżniali i myli, zwłaszcza w nocy, sprzęty i pojemniki służące do zaspokajania potrzeb fizjologicznych, a także dbali o osuszanie i czystość posadzek<sup>81</sup>.

<sup>76</sup> ASR, nr 1409, *Decreti fatti da altri Visitatori ... 1752*, s. 68; ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 9, 49, 166, 183, 187, 211-213, 250, 256. Ogrzewanie łóżek w zimie praktykowano też w innych szpitalach. Zob. M. VANTI, *S. Giacomo degli Incurabili*, s. 51.

<sup>77</sup> BAV, Barberiniano latino 1068, *Relatione del modo che si tiene ... 1623*, s. 11, 7v; R. GRÉGOIRE, *Servizio dell'anima*, s. 227.

<sup>78</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 8-9.

<sup>79</sup> Tamże, s. 9; ASR, nr 3092, *Disordini, che sono*.

<sup>80</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 9

<sup>81</sup> Tamże, s. 8-9, 259-260.

Przy obsłudze chorych i zmianie pościeli oraz bielizny służba często znajdowała w łóżkach chorych chleb, który zbierała i oddawała kapralowi gwardii, a także owoce, ser i inne artykuły. Nie są znane przyczyny gromadzenia produktów żywnościowych, szczególnie często rekwirowanego chleba. Być może chodziło o niedobór jedzenia i chęć zostawienia sobie rezerwy na później, a może odwrotnie – niektórzy pacjenci nie byli w stanie skosztować wszystkiego, co im przydzielano. Niewykluczone, że wynikało to ze wsparcia dostarczanego przez odwiedzających lub zakupów dokonywanych przez samych pensjonariuszy przy pomocy osób trzecich. Odpowiedź na pytanie, dlaczego żywność gromadzona przez chorych była im odbierana, można znaleźć w regulach określających obowiązki służby szpitalnej. Według tych dokumentów kaprale gwardii byli zobowiązani rekwirować chleb i inne artykuły znalezione przy pacjentach, ponieważ mogły one szkodzić ich zdrowiu. Zważywszy, że jedną z metod leczenia była zróżnicowana dieta, niewłaściwe lub nadmierne odżywianie utrudniało lub niweczyło prowadzoną kurację<sup>82</sup>.

Dla wygody codziennego życia chorych, a przede wszystkim skuteczności leczenia w szpitalach, niezależnie od metod kuracji i stosowanych zabiegów, nie mniej ważne były warunki, w jakich znajdowali się hospitalizowani. W największych dawnych infirmeriach europejskich chorych kładziono do łóżek ustawionych rzędem w rozległych, obszernych, na ogół podłużnych salach. Łóżka te były oddzielane co najwyżej zasłonami, jak miało to miejsce w rzymskim Szpitalu Świętego Ducha, zwłaszcza w *Corsia grande*, mieszczącej zawsze około 200-300 chorych.

W sytuacji obszernych sal szpitalnych i skumulowania w nich bardzo dużej liczby osób minimalnym wymogiem stawało się zachowanie odpowiednich odstępów między łóżkami. W 1742 r. władze papieskie, powołując się na wcześniejsze dekrety, nakazywały utrzymywanie w szpitalach rzymskich odrębnych łóżek, oddzielonych od siebie w stopniu maksymalnie możliwym. Wynika z tego pośrednio, że w niektórych infirmeriach rzymskich używano łóżek wieloosobowych, złączonych z sobą lub blisko siebie stojących łóżek, choć w placówce duchaków przypadków takich w omawianym okresie źródła nie stwierdzają. Pojedyncze i oddalone od siebie łóżka miały ograniczać możliwość zarażenia w wypadku, gdy kładziono do nich osoby z dolegliwościami, na które przybyli do szpitala się leczyć, także zainfekowane świerzmem, gruźlicą czy innymi zakaźnymi przypadłościami. Jeśli tacy pacjenci się trafili, po wyzdrowieniu nakazano wydawać im ich własne ubrania dopiero po bardzo dokładnym oczyszczeniu. W przeciwnym razie mogły one ponownie zarazić wyleczonych właścicieli. Także łóżka, bielizna, pościel i inne rzeczy, które służyły takim pensjonariuszom, mogły być ponownie używane po gruntownym wypraniu i dezynsekcji<sup>83</sup>.

<sup>82</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 166, 172, 174, 212, 227.

<sup>83</sup> ASR, nr 7, *Editto da osservarsi*.

#### 4. WYŻYWIENIE

##### – System żywienia

Władze szpitala gorliwie troszczyły się o wyżywienie chorych, jego dobór i dostatek. Przełożeni różnych stopni nieustannie domagali się od lekarzy, by starannie i z nie mniejszą rozważą jak w wypadku lekarstw przepisywali chorym dietę. Wystarczy wspomnieć wizytę w szpitalu papieża Klemensa VIII (1592-1605), odbytą 31 sierpnia 1592 r., po której natychmiast wydano nowe dyspozycje dietetyczne. Można w nich przeczytać: „Lekarze asystenci mają obowiązek troszczyć się, aby chorzy byli żywieni jedzeniem przepisany przez głównych lekarzy, a syropy i leki były wydawane o ustalonych godzinach”. Brat Pietro Saulnier, pisał pod koniec lat 40. XVII w., że wybór jedzenia już od czasów starożytnych miał decydujący wpływ na zdrowie każdego człowieka, dlatego – jak twierdził – koncepcja opieki nad chorymi powinna być oparta przede wszystkim na przestrzeganiu zasad właściwej diety. Wyjaśnił przy okazji termin *carità* (od wezwania *Deus caritas est*), którym przez wiele wieków określano między innymi wydawanie i spożywanie posiłków w Szpitalu Świętego Ducha<sup>84</sup>.

Saulnier jako baczny obserwator życia w szpitalu szczegółowo i wiarygodnie przedstawił system żywienia chorych. Pisał, że lekarze i chirurdzy po zakończeniu swoich wizyt ustalają dwa rodzaje diet (w zależności od stanu chorego): surową, sztywną (*rigida*) i umiarkowaną (*moderata*). Na pierwszą składał się rosół lub zupa z garścią winogron, na drugą – 4 uncje gotowanego mięsa cielęcego lub ćwiartka kury, podczas gdy cierpiący na biegunkę otrzymywali mięso pieczone. Jeśli brakowało mięsa lub ktoś go nie chciał, dawano jajka do picia. Kto zaś potrzebował wyżywienia bardziej odżywczego, ale nie ciężkostrawnego, był karmiony cielęcina lub rozbitą miazgą z kury, rozcieńczoną w rosole, gorączkujący zaś dostawali wywar z jęczmienia. Jako napoje serwowano wodę gotowaną z jęczmieniem lub rodzynkami, sok z lukrecji lub napar nazywany przez Arabów *ceterae*. Dawano również wino białe lub czerwone z sokiem z jabłka, granatu i czereśni. Gdy chodzi rosoly, to były sporządzane z wołowiny lub kury i z żółtkiem jajka, inne zaś zupy z ryżu, jęczmienia, płaskurki, chleba krojonego lub tartego. W dniach świątecznych chorzy otrzymywali na deser między innymi jabłka gotowane, gruszki i suszone śliwki. Poza godzinami obiadu i kolacji roz-

<sup>83</sup> ASR, nr 7, *Editto da osservarsi ... 1736*; ASR, nr 7, *Editto da osservarsi ... MDCCXLII*. Por. M. PICCIALUTI, *La carità*, s. 111.

<sup>84</sup> P. DE ANGELIS, *Dietetica antica*, s. 38, 41. Francuz Pietro Saulnier był komisarzem generalnym zakonu Świętego Ducha, wizytatorem prowadzonych przez ten zakon szpitali. W swej książce *De capite sacri Ordinis Sancti Spiritus* (Lione 1649) cały rozdział poświęcił diecie i sposobowi żywienia chorych.

dzielano jajka do picia tym pacjentom, którym zlecili to lekarze. Ponadto codziennie na trzy godziny przed kolacją chorzy na dyzenterię otrzymywali dla ulżenia w chorobie chleb moczony w winie. Dla ułatwienia przydziału jedzenia u wezglowia łóżka każdego chorego były umieszczane specjalne tabliczki z graficznymi symbolami oznaczającymi rodzaj diety<sup>85</sup>.

Problem właściwego żywienia chorych był poruszany ustawicznie, np. w 1651 r. apelowano, aby jedzenie dostarczane chorym na obiad i kolację było zawsze ciepłe, czemu miały służyć energooszczędne pojemniki. W uproszczeniu mówiąc, dieta szpitalna miała być tak pomyślana, aby osłabionemu chorobami organizmowi przywróciła siły witalne, a co za tym idzie – posiłki miały być zrównoważone, lekkie, a jednocześnie treściwe<sup>86</sup>.

W 1759 r. komendant Giuseppe Maria Castelli (1758-1759) zanotował: „Wśród metod leczenia, które stosujemy w naszym szpitalu, pierwszą i najważniejszą jest ta, aby chorzy byli wspierani i żywieni z największą miłością i atencją”<sup>87</sup>. Odpowiednie wyżywienie i dieta były podstawą kuracji, zwłaszcza w dawnych czasach, gdy przyczyna wielu chorób wynikała właśnie z głodu i niedożywienia.

Omawiając wyżywienie i jadłospis szpitalny, należy pamiętać, że z uwagi na różne choroby i dolegliwości, na jakie cierpieli hospitalizowani, wymagało ono zróżnicowania oraz dostosowania do potrzeb każdego pacjenta z osobna. W szpitalu przebywały osoby o najprzeróżniejszych przypadłościach i niedomaganiach, wymagające przepisania przez lekarzy konkretnego zestawu i sposobu żywienia. To oni w czasie każdego obchodu decydowali na bieżąco, którzy chorzy mogą pić wino, jeść mięso i chleb w pierwszej kolejności, a którzy z nich powinni jeść obiad i kolację *alla secondo tavola*, czyli w drugiej kolejności<sup>88</sup>.

Wyżywienie chorych zależało wyłącznie od zaleceń lekarskich. Codziennie wieczorem lekarze przepisywali pacjentom określony zestaw dań do spożycia na obiad następnego dnia, zważając szczególnie na mięso, które nie wszyscy mogli jeść. To samo czynili rano, gdy chodzi o kolację. Ważne przy tym było, by jadłospis był zrównoważony – ani zbyt obfity, ani niewystarczający. Każdego wieczora przełożony infirmerii i jego zastępca oraz kierownik spiżarni odnotowywali liczbę pacjentów nowo przybyłych, pozostających oraz opuszczających szpital, potem dzielili ich na klasy: tych, co spożywają normalny wikt, „na mięsie”, tych na diecie i na ciężko chorych, a następnie ustalali ilość pożywienia i poszczególnych zestawów dań. Ten sposób postępowania miał zapobiegać zdarzającym się oszustwom. Wizytator Leandro Porzia pisał w 1737 r., że codziennie wydawano od 20 do 30

<sup>85</sup> P. DE ANGELIS, *Dietetica antica*, s. 38-42.

<sup>86</sup> Tamże, s. 41.

<sup>87</sup> ASR, nr 1409, *Nuovo regolamento per il consumo*, s. 205.

<sup>88</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 184.

porcji więcej niż wskazywała na to faktyczna liczba chorych przebywających w szpitalu, co znaczy, że tyle porcji zostało po prostu rozkradzionych. Nakazał zatem sporządzanie list wydawanych dań, a więc dziennej, tygodniowej i miesięcznej, które po analizie pozwoliły wykryć nadużycia w dystrybucji i konsumpcji wiktów szpitalnego. W trosce o właściwe wyżywienie chorych zobowiązał przełożonego do codziennej degustacji serwowanych posiłków i potraw – zup, mięsa, wina – oraz sprawdzanie jakości chleba, który po zmniejszeniu jego porcji miał być bardziej wypieczony i świeży. Dotąd chleb wypiekano na zewnątrz w wynajmowanym piecu, od czasu zaś tej wizytacji robiono go miejscu, co znacznie polepszyło jego jakość<sup>89</sup>.

Biorąc pod uwagę mnogość chorych, lekarze nie byli w stanie zapamiętać wszystkich indywidualnych przypadków i zapanować nad ustaleniem rodzaju diety dla każdego, a w razie czego dokonywać jej zmian oraz zwiększać lub zmniejszać porcje. Z tego powodu w połowie XVII w. wprowadzono innowację. Oto pomiędzy łózkami pacjentów na ścianach umieszczono specjalne tabliczki z ruchomymi kwadratami. Na nich dzięki systemowi konwencjonalnych znaków określano stan pacjenta i leczenie, które miało być u niego wdrożone. Na górze znajdowały się charakterystyczne znaki wskazujące jedzenie, w części niższej umieszczono inne symbole, które odnosiły się bezpośrednio do chorego, wskazujące między innymi, czy zaistniała potrzeba udzielenia choremu wiatyku i czy otrzymał oleje święte. Do tabliczki był przyczepiony mały pasek papieru z nazwiskiem chorego i datą wpisu do szpitala. Taki schemat znaków obrazowych, przekazujących informacje o chorym, został zastosowany we wszystkich szpitalach rzymskich. Co oznaczały poszczególne znaki dotyczące diety? Symbolem zwanym w języku szpitalnym *terza* (trzecia) oznaczano chorego, który dwa lub trzy razy dziennie otrzymywał filiżankę rosółu z żółtkiem jajka. Znak *senza pane* (bez chleba) wskazywał, że choremu przydzielano dwukrotnie w ciągu dnia zupę, jajko, wino i wodę. Znak *dieta* informował, że pacjentowi przydzielano zupę, cztery uncje chleba, dwie uncje mięsa oraz wino i wodę. Jedzenie najbardziej treściwe, oznaczane symbolem *carne* (mięso), składało się z zupy na dwóch makaronach, trzech uncji mięsa, dwóch uncji chleba oraz wina<sup>90</sup>.

Podobne rozwiązanie, z pewnymi już modyfikacjami, stosowano w następnym stuleciu. Przy każdym łóżku była przymocowana do ściany tabliczka podzielona na trzy przegrody (segmenty) z różnymi znakami graficznymi, wskazującymi nie tylko podawany pacjentowi rodzaj jedzenia i godzinę jego spożywania, przyjmowane leki, lecz też, czy przyjął ostatnie namaszczeniem. Ta ostatnia informacja, zawarta na jednym ze znaków, była nieodzowna dla kapłanów i innych pobożnych osób

<sup>89</sup> ASR, nr 905, *Ordini e Decreti della Santa Visita Apostolica. 1737*, s. 13-13v, 17v; P. DE ANGELIS, *Dietetica antica*, s. 41, 44.

<sup>90</sup> P. DE ANGELIS, *Dietetica antica*, s. 49-52.

przychodzących do szpitala, a nioszących ciężko choremu pocieszenie i ukojenie oraz zapewniając opiekę duchową. Wśród gorączkujących byli zawsze tacy, którzy z powodu ropni (*ascesso*) i ślinianek (*parotide*) czy innych dolegliwości wymagały interwencji chirurga. Musiał on wiedzieć, o których pacjentów chodzi. W związku z tym, jeden z symboli wskazywał, czy pacjent przyjął środek przeczyszczający przed operacją, wtedy podawano mu tylko lekki bulion (*brodo lungo*). Innym znakiem informowano, że chory powinien wstać z łóżka podczas jedzenia, by się nie rozleniwiać<sup>91</sup>.

Większość spośród dwunastu stosowanych znaków dotyczyło rodzaju i ilości jedzenia. Pacjentom, którzy mieli znak z napisem „dieta”, na obiad i kolację dawano zupę, jajko, cztery uncje chleba i wodę, a jeśli mieli poza tym znak „zupa na winie”, dostawali teź dwie porcje dodatkowo. Pacjenci ze znakiem „wino” otrzymywali zupę, jajko, sześć uncji chleba i filiżankę wina, a na kolację poza tym gotowaną cykorię. Pacjenci z symbolem „mięso” dostawali zupę, trzy uncje mięsa, pół libry chleba, filiżankę wina, a na kolację jajko i gotowaną cykorię, natomiast w niedzielę, we wtorek i w czwartek na obiad zamiast porcji mięsa dostawali gulasz z jagnięcia, a wcześniej przekąskę (*antipasto*). Wyzdrowiałym i opuszczającym szpital serwowano na obiad zupę, trzy uncje mięsa, pół libry chleba, małą butelkę wina, a jeśli ich wyjście ze szpitala wypadało w trzy wymienione dni tygodnia, dostawali jeszcze przekąskę. Chorych ze znakiem „biegunka” (*diarrea*) karmiono zupą z makaronem, a jeśli mieli ponadto znak „wino”, dostawali wino czerwone zamiast białego. Pensjonariusze, przy których widniał znak „druga” (*seconda*), spożywali posiłki nieco później niż inni. Na ich posiłek składały się zupa, jajka, cztery uncje chleba i woda. Z kolei znak „trzecia” (*terza*) dotyczył pacjentów w najgorszym stanie, którzy jedli jeszcze później, a dostawali na obiad i kolację, jako *ristorativo*, lekkie jedzenie, tj. żółtko i dwa jajka rozpuszczone w bulionie. Była jeszcze jedna grupa chorych, przy których widniał znak „bez chleba”, a zatem – jak nazwa wskazuje – chleba nie otrzymywali<sup>92</sup>.

Na tabliczce były informacje dotyczące trzech rodzajów łóżek. Pierwsza przegroda była przeznaczona dla chorego na łóżku przylegającym głową do ściany. Druga służyła choremu w łóżku ruchomym, na kółkach, zwanym *carriola*, usytuowanym w rzędzie środkowym. Trzecia natomiast przegroda była przeznaczona na umieszczanie znaków dla chorego zajmującego łóżko postawione w trzecim rzędzie, stąd nazywane łóżkiem trzecim (*la terza*). Ponadto na tabliczce były miejsca na zakładki, torebki, w których umieszczano biuletyny z imieniem i nazwiskiem chorego oraz datą przybycia do szpitala i numerem łóżka, na którym leżał<sup>93</sup>.

<sup>91</sup>ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 17-19; ASR, nr 44, *Sotto il governo del Sig. Card. Giuseppe Maria Castelli ... 1759*, s. 79.

<sup>92</sup>ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 21-23, 176.

<sup>93</sup>Tamże, s. 18-20.















Mały format i wielość znaków graficznych wkładanych do przegródek przez kaprali sprawiały, że niekiedy spadały pod stoliki i pod łóżka chorych i często się gubiły. Powodowało to zamieszanie i poważne konsekwencje dla zdrowia chorych, polegające chociażby na zamianie przepisanego wyżywienia. Szczególnie niebezpiecznie było, gdy pacjent wyznaczony do jedzenia w drugiej (*secondo tavola*) lub trzeciej grupie (*terza tavola*), której należał się tylko rzadki pokarm wzmacniający, otrzymywał jedzenie dla pierwszej grupy (*prima tavola*). Dużo częściej zdarzały się pomyłki i zamiany diety w ramach pierwszej grupy, np. oznaczonych znakiem „wino” i „mięso”. W tej sytuacji komendator Castelli (1758-1759) zakupił w 1758 r., w połowie własnym sumptem, 226 nowych tablic z trzema przegrodami na drukowane znaki graficzne wraz z zakładkami na biuletyny. Na każdym z nich widniał namalowany farbą olejną wizerunek Ducha Świętego. Polecił też wykonać 3850 nowych znaków z trwalszego materiału, dużo większych niż wcześniejsze drukowane na papierze. Na wszystkich, malowanych również farbą olejną, na niebieskim tle widniały odpowiednie znaki, oznaczające rodzaj przepisanego wikt. Na ich górze użyto farby indyjskiej, by dodać im blasku i jasności. W ten sam sposób wykonano też dodatkowe znaki dotyczące „zdrowia duszy”, a więc potrzeby katechizmowe – doksztalcenia w doktrynie chrześcijańskiej. Dla uniknięcia pomyłek symbole dla rodziny szpitalnej zostały dodatkowo oznakowane. Zdaniem komendatora zbyt małe i za wąskie były również dotychczasowe biuletyny, na których trudno było wpisywać informacje o przyjęciu Komunii św., wiatyku, ostatniego namaszczenia czy godzinie śmierci. Wobec tego nakazał pisarzowi podwoić ich wielkość, a zakrystianowi dokładnie wpisywać informacje o przyjęciu poszczególnych sakramentów wraz z dniem, w którym zostały udzielone<sup>94</sup>.

Biorąc pod uwagę dużą liczbę chorych, wielość i różnorodność wymagań żywieniowych, administracja szpitalna w połowie XVII w. postanowiła wprowadzić tzw. *Libro di dispensa* w miejsce stosowanych dotąd luźnych kartek. Na kartkach księgi wyszczególniono dla każdego oddziału liczbę chorych, a obok różne rodzaje wikt z określeniem jego rodzaju i jakości dla każdego z nich. Taki opis przejrzyście regulował konsumpcję artykułów żywnościowych<sup>95</sup>.

<sup>94</sup> ASR, nr 44, *Sotto il governo del Sig. Card. Giuseppe Maria Castelli ... 1759*, s. 79-81.

<sup>95</sup> P. DE ANGELIS, *Dietetica antica*, s. 42.

| FORMA DE' SEGNI – FORMA ZNAKÓW  |   |
|---|---|
|    | 1. Segno di Dieta<br>Znak diety   |
|    | 2. Segno che l'Ammalato stà senza Pane<br>Znak, że chory ma nie jeść chleba   |
|    | 3. Segno della Zuppa di Vino<br>Znak zupy winnej  |
|    | 4. Segno del Vino<br>Znak wina  |
|   | 5. Segno di Diarrea<br>Znak biegunki  |
|  | 6. Segno di Carne<br>Znak mięsa   |
|    | 7. Segno, che l' Infermo deve mangiare alla seconda Tavola.<br>Znak, że chory ma jeść przy drugim stole   |
|    | 8. Segno di Terza<br>Znak trzeciego stołu   |
|    | 9. Segno, che l' Ammalato ha preso la medicina, e gli si dee dare a brodo lungo<br>Znak, że chory przyjął lek i powinien dostać lekki bulion  |
|    | 10. Segno, che l' Infermo deve alzar-si da Letto per andare a pranzi, ed a cena al Tavolino della Guardia<br>Znak, że chory musi wstać z łóżka, by zjeść obiad i kolację przy stole gwardii |
|   | 11. Segno di male per il Certifico<br>Znak zła dla certyfikatu  |
|  | 12. Segno d'Olio Santo<br>Znak oleju św.  |

Podobizny znaków tak zwanych tabliczek dietetycznych (*tavolette dietetiche*).  
Według P. DE ANGELIS, *Dietetica antica*, s. 50-51

### - Jadłospis

Podstawą jadłospisu szpitalnego były takie artykuły, jak mięso, jajka, chleb, rozmaite zupy, buliony i rosoly, a także, mleko, wino i woda. Jako uzupełnienie dawano też drób (*galline*), ryż, substancje cukrowe – sacharozę (*zuccari*), płaskurkę – orkisz (*farro*), produkty jęczmienne – napój jęczmienny (*orzata*), *passarina*, *pisto*. Mięso przydzielano tylko niektórym pensjonariuszom i niejako na pożegnanie wychodzącym ze szpitala. Najczęściej było to mięso drobiowe – kurze,

wydawane przede wszystkim najciężej chorym<sup>96</sup>. Było ono najbardziej odżywcze i wartościowe spośród wszystkich artykułów spożywczych, dlatego dbając o skuteczność leczenia, przełożony generalny, dekretem z 1644 r., pozwolił chorym spożywać go również w piątek i w sobotę, w miejsce jaj<sup>97</sup>. Choć mięso stanowiło produkt raczej wykwintny w zestawie kuchni szpitalnej, to jednak czasami nie wszystko było w całości konsumowane przez chorych. Tego, co pozostało, komendant zabronił zwracać do kuchni, lecz nakazał rozdzielać poza szpitalem ubogim lub więźniom albo też przekazywać pensjonariuszkom z *Conservatorio*<sup>98</sup>.

Mięso było konsumowane zwykle w formie gotowanej, a wcześniej wykorzystywano go do przyrządzania zup i rosółów. Niekiedy narzekano, że mięsa jest zbyt mało w tych potrawach. Według przełożonego generalnego szpitala bardziej cenione było mięso wołowe, uważane za wartościowsze od cielęciny. W przygotowania potraw używano w równych proporcjach cielęciny i mięsa wołowego. Ustalono więc, że odtąd, tj. od 1759 r., będzie się nabywać przede wszystkim mięso wołowe. Ażeby jednak nie mówiono, że w szpitalu w ogóle nie daje się chorym cielęciny, postanowiono, że jedna czwarta część posiłków będzie przyrządzana z tegoż mięsa. Opinia ta wynikała z kalkulacji oszczędnościowej, a nie troski o pacjentów. Przełożony stwierdził bowiem, że kupując mięso wołowe, tańsze o jednego bajoka, szpital zaoszczędzi na wydatkach aprowizacyjnych<sup>99</sup>.

O tym, że względy ekonomiczne były w polityce żywnościowej szpitala ważne, świadczy dalszy część jego wyводу. Wymieniając zupy serwowane szpitalnikom – z ryżem, płaskurką, makaronem i chlebem – stwierdzono, że najmniej smakuje im zupa chlebowa. W tej sytuacji zamiast, tak jak dotychczas, dawać zupę w połowie z chleba, w połowie z płaskurki, postanowiono wydawać na kolację zupę w trzech czwartych z płaskurki i tylko w jednej części z chleba. I tu nie omieszkało dodać, że dzięki niższej cenie płaskurki niż chleba udało się zaoszczędzić około jedną siódmą idących na ten cel wydatków<sup>100</sup>. Gdy chodzi o zupy, to najczęściej przyrządzano je z ryżem, makaronem i chlebem<sup>101</sup>.

Oprócz mięsa bazą wikt szpitalnego były jajka, główny składnik bulionów, zup i produktów odświeżająco-wzmacniających (*ristori*)<sup>102</sup>. Był to artykuł delikatny, z czasem tracący na wartości i ulegający przeterminowaniu, dlatego przestrzegano (dokumenty z 1652 i 1656 r.), by zawsze były świeże i nabywane w zaufanych

---

<sup>96</sup> ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi nell'Arcispedale ... 1654*, s. 3, 10, 77-78; ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi dagl'Officiali ... 1654*, s. 2, 6.

<sup>97</sup> P. DE ANGELIS, *Dietetica antica*, s. 44.

<sup>98</sup> ASR, nr 1409, *Decreti fatti da altri Visitatori ... 1652*, s. 69; P. DE ANGELIS, *Dietetica antica*, s. 45.

<sup>99</sup> ASR, nr 1409, *Nuovo regolamento per il consumo ... 1759*, s. 205- 206.

<sup>100</sup> Tamże, s. 209.

<sup>101</sup> ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata ... 1737*, s. 28.

<sup>102</sup> ASR, nr 44, *Sotto il governo del Sig. Card. Giuseppe Maria Castelli ... 1759*, s. 72 -73.

gospodarstwach<sup>103</sup>. Jaja nie gwarantowały szybkiego odzyskiwania sił przez pacjentów. Do takiego wniosku doszli w 1758 r. lekarze główni i komendantor Castelli, podejmując decyzję o zwiększeniu o jedną czwartą ilości mięsa w porównaniu do tego, co było dotąd. Od następnego roku wszystkim chorym, którzy jedli mięso na obiad, postanowiono serwować go także na kolację zamiast jajek. Dzięki temu pacjenci szybciej zdrowieli, dochodzili do sił i opuszczali szpital, a dobrze odżywieni, nie wracali już tak często do szpitala, jak wcześniej. W sumie ograniczenie konsumpcji jaj przyniosło szpitalowi ponad 300 skudów oszczędności rocznie. Jajka, a dokładnie ich białka ubite na winie, były też używane jako środek ściągający na oparzenia i siniaki, co powodowało, że zakupywano ich ogromną ilość<sup>104</sup>. Jajka przepisywane przez lekarzy jako remedium dla słabych i wycieńczonych chorych miały być im podawane zawsze świeże i w ilości nielimitowanej, według potrzeb<sup>105</sup>.

W stopniowej skali pokarmów blisko mięsa i jaj był chleb, który według ciągle powtarzanych zarządzeń powinien być dobrze przyprawiony, wypieczony i przydzielany w odpowiedniej ilości. Niestety nie zawsze spełniał takie wymogi, często był bardzo zły i podawany chorym w zmniejszonych porcjach. Wielokrotnie interweniowali w tej sprawie sami komendantory. W 1661 r. Virgilio Spada (1600-1662) nakazał szafarzowi, aby odbierając chleb z pieca, sprawdzał, czy jest dopieczony i dobrej jakości, a gdyby tak nie było, nie przyjmować go i oddawać z powrotem, a następnie poinformować o tym swego przełożonego, który zadba, by następnym razem pieczywo było dobre. W ostateczności polecił kupowanie chleba z pieca pałacu papieskiego, z którego zaopatrywany był cały Watykan<sup>106</sup>.

W tamtym czasie również mleko było uważane za pokarm niemal idealny dla chorych. Było to z reguły mleko kozie. Z uwagi na to, że był to produkt szybko psujący się, istniała konieczność utrzymywania obór w pobliżu szpitala w zabudowaniach miejskich. Takie rozwiązanie nie było dobre ze względów higienicznych, a także na nadmierną ciasnotę, w jakiej musiałyby przebywać zwierzęta na terenie miasta. Do 1850 r. każdego dnia rano całe stado, w liczbie od 50 do maksimum 100 kóz, spędzano z zielonych stoków Janikulum do miasta do l'Arco del Sangallo, zwanego powszechnie Bramą Świętego Ducha, a następnie wprowadzano go do wewnątrz zabudowań szpitalnych, na dziedziniec pałacu komendantorów i na dziedziniec św. Tekli. Zwierzęta były własnością szpitala, jako że miał on bardzo obszerne posiadłości w Campagna Romana, otaczającej Rzym. Po zgonieniu kóz, ich pasterze doili je, a świeże mleko było natychmiast rozdawane w szklankach chorym jako produkt uspakajający i odżywczy.

<sup>103</sup> P. DE ANGELIS, *Dietetica antica*, s. 45.

<sup>104</sup> ASR, nr 44, *Sotto il governo del Sig. Card. Giuseppe Maria Castelli ... 1759*, s. 72 -73.

<sup>105</sup> ASR, nr 1409, *Decreti fatti da altri Visitatori ... 1752*, s. 69.

<sup>106</sup> P. DE ANGELIS, *Dietetica antica*, s. 46.

Oczywiście, biorąc pod uwagę specyfikę kuchni włoskiej i śródziemnomorskiej, nie może dziwić obecność wina w jadłospisie szpitalnym. Tyle tylko, że różnicowano jego rodzaj w zależności od schorzeń, na które cierpieli pacjenci. W 1750 r. wino białe podawano rekonwalescentom przy wypisywaniu ze szpitala oraz pozostałym pensjonariuszom, którym przydzielono znak „wino”, czerwone wino zaś osobom określanym *flussanti*, leżącym w szpitalu dla rannych<sup>107</sup>. Wydawane wino traktowano nie jako uzupełnienie i urozmaicenie zestawów obiadowych i kolacyjnych, w niektórych przypadkach uważano je za najlepszy środek leczniczy, przywracający równowagę sił i „element ożywiający uśpione w letargu energie człowieka”. W dawnych czasach wino przepisywano do leczenia gorączek w końcowej fazie ich przebiegu. Mógł to jednak uczynić wyłącznie lekarz, po wcześniejszej degustacji, sprawdzając, czy nie jest zbyt kwaśne i nie ma nieprzyjemnego zapachu. W połowie XVII w. czynił to co tydzień jeden z jego asystentów, który po ocenie jakości wina sprawdzał proporcje wody, z którą go rozcieńczano<sup>108</sup>. Niejednokrotnie w dystrybucji wina zdarzały się nadużycia. W 1749 r. niektórym osobom wydawano go w nadmiarze, przez co inni nie otrzymywali swoich porcji. Jako że piwnica była ciągle otwarta, wino mógł pić każdy, kto chciał, wybierać bez żadnej kontroli butelki z najlepszym winem. W tej sytuacji wizytator nakazał piwnicznemu (*cantiniere*) zamykać pomieszczenie z trunkami i rozdzielać je po równo według przepisanej ilości. Zabronił też rozcieńczać go dla chorych, co wcześniej było zwyczajem nagminnym<sup>109</sup>. Jako że w użyciu były wina różnych gatunków, starano się, aby dystrybucji nie różnicować w zależności od kategorii osób. Według dekretu powizytacyjnego z tej samej beczki wino miało być podawane chorym, kanonikom, księżom, całej służbie, personelowi medyczno--opiekuńczemu, chorym pacjentom, chłopcom ze szkoły i dziewczętom z przytułku. Trzem ostatnim grupom należało je jednak rozcieńczać, a chorym dozować według zaleceń lekarzy<sup>110</sup>.

Zestawy wikt szpitalnego bardzo rzadko wymieniają sałatę, co jak na warunki południowe, włoskie może wydawać się dziwne. Często natomiast używano różnorodnych innych warzyw, które według lekarzy były uznawane za bardziej odżywcze i kaloryczne niż sałata. O sałacie wspomina np. dyspozycja z 1652 r., w której zapisano, że sałatę daje się wszystkim, którym przysługuje pełna dieta, zarówno na bazie jajek, jak i mięsa. Spośród roślin sałatowych w kuchni szpitalnej uwagę zwraca natomiast obecność cykorii, którą w postaci gotowanej dawano chorym tak w XVII, jak XVIII w. Uważano, że jest ona skuteczna w zwalczaniu gorączek, szczególnie „trzeciaczki”<sup>111</sup>.

<sup>107</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 236.

<sup>108</sup> P. DE ANGELIS, *Dietetica antica*, s. 46.

<sup>109</sup> ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata ... 1737*, s. 41-43.

<sup>110</sup> ASR, nr 64, *Relazione delle Cose ... Castelli. 1759*, s. 30.

<sup>111</sup> P. DE ANGELIS, *Dietetica antica*, s. 49.

Na odrębną uwagę zasługuje odżywianie osób w stanie krytycznym, nierokującym wyleczenia. Miało ono na celu jedynie zapewnienie czynności życiowych i ulżenie w cierpieniu. Konającym podawano, kropla po kropli, destylowany, zwilżający usta i orzeźwiający napój (*stillato*), a tym, którzy mieli jeszcze trochę siły, dawano odżywczy i wzmacniający ciepły bulion z jajkiem (*ristorativo*). Czasem były to drobne kęski jedzenia, które można było włożyć leżącemu do ust, lub jakieś przyprawy (*conditi*). W dostarczaniu tych środków nie obowiązywały żadne czasowe grafiki, lecz potrzeba chwili<sup>112</sup>.

Jeden z najważniejszych środków odżywczych dla ciężko chorych, ale i pozostałych pacjentów stanowiły buliony. Zdarzało się, że niekiedy nie do końca dobrze go wykorzystywano, zgodnie z jego wartościami, na co narzekał w 1687 r. komendant Giovanni Casimiro Denhoff (1785-1788), który zabronił kucharzom usuwania tłuszczu z rosółu i wydawania go osobom z zewnątrz, lecz nakazał podawać go tylko chorym w szpitalu<sup>113</sup>.

Podając dania na obiad i kolację, dbano, aby zawsze były ciepłe<sup>114</sup>. Zalecenie to nie zawsze było respektowane. Między innymi w 1760 r. chorzy narzekali, że otrzymują zły, prawie zimny rosół, Obowiązkiem poprawy tego stanu rzeczy obarczono członków gwardii, którzy mieli odtąd przynosić z kuchni wrzący rosół ze świeżymi jajkami, szczególnie dla ciężko chorych, „aby byli zadowoleni, czuli jego smak i jedli z przyjemnością”<sup>115</sup>.

Rozporządzenie, ułatwiające dystrybucję jedzenia i kontrolę gospodarowania żywnością, wydał w 1737 r. wizytator Leandro Porzia, nakazując szafarzowi spiżarni sporządzanie codziennie rano listy wszystkich osób przebywających w szpitalu, następnie zmarłych, wyzdrowiałych i opuszczających szpital, będących na diecie, tych ze znakami „wino”, „mięso”, wymagających lekkiego jedzenia (*ristorativo*). Lista miała obejmować wszystkich członków rodziny szpitalnej. Według wizytatora szafarz okazał się nie tylko niesolidny, ale nieuczciwy, pewnego bowiem ranka stwierdził w szpitalu 25 chorych mniej, niż figurowało w sporządzonym biuletynie, przekazującym – jak ustalono – rzeczywistą liczbę przebywających w szpitalu i korzystających z posiłków. W tej sytuacji szafarz został natychmiast zwolniony<sup>116</sup>.

Różnicowanie wyżywienia w zależności od stanu zdrowia nie było łatwe i wymagało koordynacji między lekarzem, służbą, szafarzem żywności i kucha-

---

<sup>112</sup> ASR, nr 3, *Ordini da osservarsi nel' Hospidale ... 1652*, s. 88v; ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 149, 215. Por. P. De Angelis, *Dietetica antica*, s. 46.

<sup>113</sup> ASR, nr 1409, *Decreti fatti da altri Visitatori ... 1752*, s. 68-69; P. DE ANGELIS, *Dietetica antica*, s. 45.

<sup>114</sup> ASR, nr 1409, *Decreti fatti da altri Visitatori ... 1752*, s. 69.

<sup>115</sup> ASR, nr 61, *Giornale di Memorie*, s. 147.

<sup>116</sup> ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata ... 1737*, s. 29-30; P. DE ANGELIS, *Dietetica antica*, s. 44.



rzem. Jej brak powodował marnotrawienie produktów i nieprawidłowości w żywieniu pensjonariuszy. Z uwagi na krótki czas, jaki dzielił wizyty lekarskie od obiadu czy kolacji, kaprale niekiedy nie nadążali z zapisywaniem zaleceń wydanych przez medyków co do wiktów dla każdego pacjenta. W tej sytuacji o jego ilości i rodzaju decydował często szafarz. Aby usprawnić tę procedurę, komendant Castelli nakazał w 1758 r. wydrukowanie kartkowych wykazów z gotowymi rubrykami diet właściwych dla danego typu schorzenia. Dzięki temu kaprale mogli szybciej wpisywać zalecenia medyczne. Na gotowym formularzu była też rubryka, w której szafarz zaznaczał chorych znajdujących się rano w szpitalu, następnie opuszczających szpital, zmarłych, którzy przybyli przed obiadem, przed kolacją, po jej zakończeniu oraz w czasie nocy. Ponadto było miejsce na nazwiska lekarzy i chirurgów, którzy wpisywali liczbę chorych przez nich leczonych, także liczbę chorych z rodziny szpitalnej, liczbę dotkniętych skorbutem, wścieklizną, szalonych, tych, którzy przyjęli oleje święte, ciężko chorych. Informacje te ułatwiały dystrybucję żywności i organizację posiłków<sup>117</sup>.

W spisie artykułów żywnościowych konsumowanych w 1725 r. widnieją następujące produkty: chleb biały i ciemny, wino, wołowina, baranina, cielęcina, wątroba wołowa, kury, jajka świeże, jaja, mięso solone, smalec, masło, ryby, wędlna wieprzowa (*salumi*), wermiszel, oliwa, ryż, owoce suszone, migdały, *passarina*, *affogna* (*assogna*), *cascio*, jęczmień (*orzo*), migdały, sól biała i czarna, ocet, rośliny strączkowe (*legumi*), trawy i zioła (*erbaggi*), sałata<sup>118</sup>.

Jeszcze bogatszy asortyment wiktów szpitalnego wykazały spisy artykułów i produktów żywnościowych spożywanych w latach 1734-1737. Oprócz figurującego w jadłospisie z 1725 r. solonego mięsa, smalcu, masła, oliwy, świeżych ryb, ryżu, soli, jaj, jęczmienia i makaronu wermiszel osobom przebywającym w szpitalu serwowano: oliwki, ser z mleka owczego (*pecorino*), twaróg *mozarella*, ser *ricotta*, ciecierzycę białą i czerwoną, świeżą cykorię, śledzie, dorsze, łososia, tuńczyka konserwowanego w oleju, kasztany, figi suszone, winogrona i rodzynki, kaszankę, kielbaski, polędwicę, cynaderki wieprzowe, podroby wieprzowe (ozory, żołądki, jelita), orkisz (*farro*), fasolę, groszek, soczewicę, podpuszczkę (*quaglio*), żołądki i jelita świńskie, *basseore fine*, *basseore corsagne*, *faverra*, *salamone*<sup>119</sup>. Z przedstawionej listy wynika, że zestaw artykułów żywnościowych, a tym samym i rodzaj jedzenia oferowany mieszkańcom szpitala w latach 30. XVIII w. był bogatszy w porównaniu do tego, jakie otrzymywały osoby hospitalizowane u progu drugiej

<sup>117</sup> ASR, nr 44, *Sotto il governo del Sig. Card. Giuseppe Maria Castelli ... 1759*, s. 71-72.

<sup>118</sup> ASR, nr 141, *Ristretto generale di tutto il commestibile ... Monsignor Zosimo Valignani ... dal prinmo gennaio MDCCXXIV a tutto li XXXI dicembre di detto anno ... in Roma MDCCXXV*.

<sup>119</sup> ASR, nr 3096, *Ristretto delle robbe comestibili [...] nella dispensa di Roma nell' anni 1734, 1745, e 1736*; ASR, nr 3096, *Consumi della robba della Dispensa maggiore per anni 1734, 1735, 1736*.

połowy XVIII w. Częściej pojawiało się różnego typu mięso i przetwory mięsne (np. podroby), były też ryby, i to w kilku gatunkach, podobnie jak sery i produkty mleczne oraz tłuszcze. W spisie nie uwzględniono natomiast wina i chleba. Nie wydaje się jednak prawdopodobne, aby obu tych artykułów nie podawano<sup>120</sup>.

Artykuły żywnościowe wymienione w źródłach z lat 30. i 40. XVIII w. były przeznaczone dla wszystkich osób związanych ze szpitalem, a więc dla chorych w infirmerii, ale też dla personelu, pensjonariuszek *Conservatorio*, chłopców ze szkoły, kanoników zakonnych i innych duchownych sprawujących duszpasterstwo. Nie ma jednak pewności, że w przydziale jedzenia kierowano się jednakowymi kryteriami. Skądinąd wiadomo, że uprzywilejowaną grupę pod względem ilości i jakości wiktu stanowili kanonicy<sup>121</sup>, którzy otrzymywali najlepsze kawałki mięsa i inne „rarytasy”, naturalnie kosztem pozostałych grup, w tym chorych. Świadczy o tym struktura dystrybuowanych artykułów, z której wynika, że mała grupka kanoników i innych duchownych otrzymywała do swojego refektarza około dwa razy więcej śledzi, masła, smalcu, oliwek niż ponad trzystuosobowa grupa chorych i obsługującego ich personelu. Niemal w równej ilości dzielono na obie grupy mięso solone, świeże ryby, ser owczy. Podobnie było z innymi wysokowartościowymi produktami – łososiem, polędwicą, figami, migdałami, rodzynkami. Niektórych specjałów zarezerwowanych dla duchownych chorzy w ogóle byli pozbawieni, np. kasztanów, ozorków, makaronu wermiszel<sup>122</sup>.

Ciekawe wnioski wynikają z wykazu pożywienia wydawanego dla pięciu kategorii osób związanych ze szpitalem w okresie od 29 grudnia 1748 do 4 stycznia 1749 r. Gdy chodzi o chorych, otrzymywali oni chleb biały, wino, mięso krowie, cielęcine, masło, mięso solone, ser (*cascio*), ciecierzycę, białą fasolę, oliwę, ryby, ryż, smalec, sól białą, orkisz. Był to nieco skromniejszy ilościowo zestaw, tyle tylko że dotyczył jedynie półroczna, a nie – jak wcześniej – kilku lat (1734-1747). W ogóle się nie zmieniał i był powtarzany w każdym tygodniu. Nie różnił od tego, który przyznawano kanonikom i innym kapłanom, otrzymującym poza tym czarną sól i *passarinę*. Nie gorsze było wyżywienie mieszkanek *Conservatorio*, wśród których znajdowało się wiele chorych i różnego rodzaju inwalidek. Im nie przydzielano wprawdzie smalcu, ciecierzycy i białej soli, dostawały za to tuńczyka i ocet. Wyraźnie gorsze było jedzenie mamek szpitalnych i chłopców przebywających w szkole, a najgorsze, co może dziwić, wyżywienie dziesięciu *Zitelle*, zajmujących się praniem – czynnością, która należała do najcięższych. One były pozbawione między innymi cielęciny, masła, ciecierzycy, ryb, smalcu, białej soli i *passariny*.

<sup>120</sup> Inny spis z za lata 1734-1736 wymienia zestaw tych samych artykułów żywnościowych co cytowany wyżej spis z lata 1734-1737. Zob. ASR, nr 3096, *Consumi della robba* [...] 1736.

<sup>121</sup> ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata... 1737*, s. 36-40.

<sup>122</sup> ASR, nr 3096, *Ristretto delle robbe comestibili...*; ASR, nr 3096, *Consumi della robba*

Na marginesie sporządzający statystykę zazaczył, że ilość jedzenia zależała od aktualnej liczby chorych, których więcej było w miesiącach zimowych. Jest to zaskakująca informacja, wszystkie inne źródła wykazują bowiem, że szczyt zachorowań, a tym samym liczba hospitalizowanych, występował w miesiącach letnich<sup>123</sup>.

Wymieniona lista uwzględnia wyżywienie wydawane każdego dnia, poza Wielkim Postem, podczas którego z jadłospisu szpitalnego niemal całkowicie wyeliminowano mięso. W czterdziestodniowym okresie przed Wielkanocą chorzy, jak i pozostali mieszkańcy szpitala żywili się groszkiem, fasolą, bobem, rybami (dorszem, śledziami, łososiem), migdałami, suszonymi figami, orzechami, rodzynekami, oliwkami. Otrzymywali też kawior, baraninę i mięso z jagnięcia. Trudno przypuszczać, by kawiozem raczono chorych, zapewne smakować go mogli tylko kanonicy i inni duchowni. Podobnie, być może, było z mięsem, które ze względów medycznych rezerwowano pewnie dla najcięższych chorych, a w niedziele „śródpustne” być może było ono dostępne także dla osób duchownych. W sumie więc jadłospis szpitalny w końcu pierwszej połowy XVIII w. był prawie taki sam jak około dwadzieścia lat wcześniej, tyle tylko, że poprzednio wszystkie artykuły żywnościowe ujęto w globalną statystykę, łącznie z jedzeniem przewidzianym na czas Wielkiego Postu<sup>124</sup>. Analizowane spisy dają ogólny obraz wyżywienia pacjentów infirmerii, wymieniają jednak tylko nazwy produktów, z których potem wytwarzane były konkretne zestawy obiadowe i kolacyjne. Tylko niektóre z nich chorzy konsumowali bezpośrednio, np. kasztany, suszone figi, rodzyunki, orzechy, inne służyły za przyprawę do konkretnych dań (sól, oliwa, smalec).

Generalnie jadłospis szpitalny był dość typowy i tylko nieznacznie zmieniał się na przestrzeni lat pod względem różnorodności, ilości i jakości. Trudno jednoznacznie ocenić, czy był bogaty i zróżnicowany, bo należałoby to rozpatrywać w odniesieniu do poszczególnych warstw społecznych. Na pewno w porównaniu do wyżywienia elit i wyższych sfer był stosunkowo monotony i jednorodny, może nawet skromny, należy jednak pamiętać, że do szpitala trafiały w większości osoby, by tak napisać, z przeciwstawnych kręgów, wręcz biedni, można powiedzieć, że dieta pensjonariuszy szpitala nie odbiegała w niczym od wyżywienia średnich i niezamożnych warstw społecznych. Wręcz odwrotnie, w szpitalu odżywiali się oni lepiej niż w swoich domach, bo przecież taki był cel ich hospitalizacji – odzyskanie zdrowia między innymi poprzez terapię żywieniową. Można powiedzieć, że ustawiczne nawoływania wyższych dostojników i instancji kościelnych, pomimo stwierdzanych niedoskonałości, padały na podatny grunt i były na

---

<sup>123</sup> ASR, nr 3096, *Ristretto del pane, vino ... 1748*. . Tytuł pod względem chronologicznym nie zgadza się z zawartością treściową dokumentu. Na temat obciążenia praczek szpitalnych zob. M. SURDACKI, *Dzieci porzucone*, s. 306-311

<sup>124</sup> ASR, nr 3096, *Ristretto del pane, vino ... 1748*

ogół respektowane z korzyścią dla zdrowia pacjentów. W stosunku do nakazów zwraca uwagę umiarkowane spożycie mięsa, dla którego zawsze alternatywą były jaja, artykuł najbardziej konsumowany w różnych postaciach. Pierwszą przyczynę ostrożności w szafowaniu mięsem stanowiły względy zdrowotne i przeciwwskazania medyczne, a więc konieczność zachowania właściwej diety. Drugą były ceny mięsa i wytworzonych z niego produktów. Względy ekonomiczne powodowały zapewne śladowe ilości ryb w pożywieniu szpitalnym (z wyjątkiem dużych postów). Rzadko też źródła mówią o rozdawaniu mleka, uważanego przede wszystkim za środek leczniczy. Zastanawiać może zasadniczy brak wszelkiego typu serów, jednego podstawowych składników kuchni śródziemnomorskiej. Być może uważano go za produkt zbyt ciężki i niezbyt zdrowy w kuracji. Świadczy o tym jego rekwirowanie, gdy chorzy przechowywali go pod poduszkami swoich łóżek<sup>125</sup>.

Za jakość żywienia odpowiadał kucharz szpitalny, który każdego dnia chodził do rzeźni i wybierał mięso jak najlepszej jakości i przekazywał go do gotowania pomocnikom kuchennym. Chcąc, by było świeże i nie traciło wartości, w lecie odbierał go o godzinie pierwszej w nocy. Rano brał od pomocników ugotowane już mięso i kroił na równe kawałki dla chorych, które następnie przekazywał stolnikom. Przygotowywał także i przyprawiał zupę, jak i potrawy dla rodziny szpitalnej, smażył dla niej wątróbkę na przystawki obiadowe, wydawane tylko w niektórych dniach. Nie wolno mu było różnicować pożywienia i przygotowywać różnych zup, lecz tylko jedną dla całej rodziny. Zabronione było wydawanie komukolwiek jedzenia bezpośrednio z kuchni, nikt pod jakimkolwiek pozorem nie mógł w niej czegokolwiek spożywać, lecz wszystko serwował i dozował stolnik. Mięso dla chorych i rodziny szpitalnej nie mogło być zimne, lecz podgrzane w rosole, ale nie rozgotowane, by nie straciło smaku. Wynika z tego, że do konsumpcji – jak już stwierdzono – podawano mięso gotowane, co ze względów zdrowotnych w warunkach szpitalnych było racjonalne. We wszystkie wigilie i w okresie Wielkiego Postu kucharz zakupywał ryby, z których przygotowywał między innymi przystawki. Kucharz główny miał, jak wiadomo, swojego zastępcę. Między innymi rozdawał on mięso osobom opuszczającym szpital oraz chorym z *Corsia nuova* oraz *Braccio nuovo*, którzy mieli znak upoważniający do jego spożywania, o ile w tym drugim przebywali. Oznacza to, że nie zawsze przebywali w nim chorzy, zdarzało się bowiem, że otwierano go tylko podczas epidemii<sup>126</sup>.

Biorąc pod uwagę znaczenie diety żywieniowej dla chorego oraz fakt, że w szpitalu leczyli się przede wszystkim ludzie biedni, często z ulicy, powstaje pytanie, czy ustalony jadłospis był przestrzegany i czy zaspakajał potrzeby prze-

<sup>125</sup> Zob. wyżej.

<sup>126</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 236-240; ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata...1737*, s. 216, 219.

bywających tam osób. O tym, że były pod tym względem bardzo różnie, świadczy relacja z czasów, gdy w szpitalu przebywali jeszcze świerzbowaci. Jedzenie było wtedy godne pożałowania – zupa rzadka i mało treściwa, podgrzewana na kominię długo przez podaniem do konsumpcji, dla rekonwalescentów nie wystarczało mięsa, zbyt kwaśne wino rozcieńczano wodą i podawano w małych ilościach, nie wystarczało też makaronu (wermiszelu). Podobnie rzecz się miała z wyżywieniem rodziny szpitalnej, które co ilości i jakości było również niewystarczające i źle przechowywane, a przecież za ciężką pracę personel powinien być odpowiednio traktowany, szczególnie gdy chodzi o śniadanie, które wzmacniało zdrowie i siłę niezbędną do wykonywania pracy w ciągu całego dnia. Stwierdzono jeszcze inne nieprawidłowości. Oto po rozniesieniu zupy przez młodzieńców z dyżurnej gwardii *di visita* jej przełożony, zgodnie ze zwyczajem, roznosił osobiście każdemu z chorych jajka, mając tym sposobem możliwość skontrolowania efektów pracy swoich podwładnych. Od pewnego czasu zaprzestał jednak tego czynić, a jajka przekazywał gwardzistom, nie wchodząc między łóżka chorych, przez co nie mógł ich zwizytować i sprawdzić, jak się czują i czy zadbano, by ci, którzy nie mogą samodzielnie jeść, zostali nakarmieni<sup>127</sup>.

Również w latach 40. XVIII w. wyżywienie chorych i rodziny szpitalnej nie było najlepsze. Obie grupy nadal były źle traktowane, gdy chodzi zarówno o ilość, jak i jakość wikt. Słyszało się narzekania i skargi na zły chleb i zaniżone wagowo porcje, również wino było zawsze najgorszego sortu. Z tego względu członkowie rodziny szpitalnej przydzielane porcje sprzedawali po niskiej cenie, a w zamian kupowali w tawernach lepsze. Dotyczyło to także mięsa, ponieważ rzeźnik ubijał zwykle najgorsze krowy i cielęta, a najlepsze części sprzedawał na targu mięsny, poślednie zaś oddawał do szpitala. Z tego powodu gotowane zupy były mało treściwe, a przy tym kucharz szpitalny odlewał najlepszy rosół dla przełożonego infirmerii i jego zastępcy oraz innych ważnych osób. W reakcji na taki stan rzeczy wizytator zabronił uprzywilejowywania kogokolwiek w wyżywieniu i nakazał traktować wszystkich jednakowo, począwszy od kanoników po ostatnią osobę w szpitalu. Odtąd należało też przydzielać dobre i nierozwodnione wino. Aby nabywać lepsze mięso, kierownik spiżarni i kucharz zostali zobowiązani oglądać codziennie mięsiwo w rzeźni, a nie znajdując w niej dobrego towaru, mieli sprowadzić go z innych jatek na koszt rzeźnika szpitalnego<sup>128</sup>.

Doskonale możliwości odtworzenia rodzaju produktów przeznaczonych do wyżywienia osób przebywających i pracujących w infirmerii, z wyszczególnieniem przydziału dla chorych i oddzielnie dla rodziny szpitalnej, dają drukowane

<sup>127</sup> ASR, nr 3092, *Disordini, che sono*.

<sup>128</sup> ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata ... 1737*, s. 214-216. Zob. P. DE ANGELIS, *Dietetica antica*, s. 45.

sumaryczne spisy roczne, sporządzone według poszczególnych miesięcy<sup>129</sup>. W sumie wymienionych jest w nich 26 produktów: chleb, wino, cielęcina, drób, wołowina lub jagnięcina (baranina), wątroba, mięso solone (wieprzowina), smalec wieprzowy, jaja świeże, jajka *communi* (chodzi o jajka dłużej przetrzymywane), ser, ryby, wędlina, rośliny strączkowe (ciecierzyca, fasola, bób, groch, soczewica), zioła, ryż, płaskurka, makaron wermiszel, winogrona (*passerina*), oliwa, ocet, sól biała, sól czarna, mąka, cukier. Przydział ich rodzajów i ilości zmieniał się w poszczególnych miesiącach i porach roku. Istniały różnice w wyżywieniu chorych i rodziny szpitalnej. Mięso kurze przydzielano wyłącznie chorym, w ogóle nie jedli go natomiast członkowie rodziny szpitalnej. Ci ostatni za to otrzymywali w obfitości wołowinę i jagnięcinę. Wprawdzie dostawali ją także pensjonariusze, ale kilkakrotnie, w niektórych miesiącach nawet dziesięciokrotnie, mniej niż osoby z personelu. Identycznie było z wątrobą oraz mięsem solonym, którego chorym nie podawano, podobnie jak wędlin. Podstawowym mięsem dystrybuowanym pacjentom była wołowina, konsumowana również przez rodzinę szpitalną.

Wykazy w ogóle nie uwzględniają sera i ryb dla chorych, dystrybuowanych wyłącznie rodzinie, zapewne w większości kanonikom i innym duchownym oraz lekarzom. Zwłaszcza ryby przydzielano im w ogromnych ilościach w marcu, kiedy spożywano prawie połowę tych „rarytasów”. Liczba artykułów konsumowanych utrzymywała się w kolejnych miesiącach mniej więcej na podobnym poziomie, ale bywały nieraz trudno wytłumaczalne dysproporcje. Na przykład w ciągu 1729 r. zużywano miesięcznie od 900 do 200 libr mięsa wołowego lub jagnięcego, a w maju nie odnotowano go w ogóle. Wyłącznie dla chorych przeznaczone były świeże jaja. Gdy zaś chodzi o *ova communi*, to jedli je wszyscy, tyle że pacjentom, nie dawano ich, z niewiadomych powodów, od lipca do października wyłącznie. Hospitalizowani przebywający w szpitalu i osoby z nim związane spożywały przez cały rok ryż, płaskurkę i makaron; dwa pierwsze artykuły w podobnym wymiarze wagowym, ryż zaś o połowę mniejszym. Wszystkie trzy razem, wraz z jajami i mięsem oraz chlebem, stanowiły podstawę jadłospisu chorych pacjentów, ale też i rodziny szpitalnej, która jednak korzystała z bogatszego, wartościowszego, a także bardziej obfitego zestawu artykułów. Świadczą o tym bezwzględne ilości

---

<sup>129</sup> Analizie poddano spisy za lata 1729-1732 oraz za 1744 i 1748 r. ASR, nr 1414, *Ristretto Generale di tutto quello ... sotto il governo del ... Pietro De Carolis ...* In Roma MDCCXXX; ASR, nr 1414, *Ristretto Generale di tutto quello ... sotto il Governo Pietro De Carolis ...* In Roma MDCCXXXI; ASR, nr 1414, *Ristretto Generale di tutto quello ... sotto il Governo Pietro De Carolis ...* In Roma MDCCXXXII; ASR, nr 1414, *Ristretto Generale di tutto quello ... sotto il Governo Pietro De Carolis ...* In Roma MDCCXXXIII; ASR, nr 1414, *Ristretto Generale di tutto quello ... l'anno 1744 ... sotto il governo Antonio Maria Pallavicini ...*; ASR, nr 1414 *Ristretto Generale ... l'anno 1747 ... sotto il governo Antonio Maria Pallavicini ...*



produktów przeznaczanych obu grupom w porównaniu do ich liczby. Otóż w globalnym bilansie rodzina szpitalna otrzymywała relatywnie dużo więcej, pod względem ilościowym, produktów na swoje wyżywienie niż chorzy pensjonariusze. Widać to szczególnie na podstawie racjonowania chleba, który był przydzielany rodzinie szpitalnej, gdy chodzi o liczbę bochenków, tylko o około 20% mniejszej niż chorym, a tych było przecież dwu-, trzykrotnie więcej niż osób zatrudnionych w szpitalu na różnych stanowiskach. Jeszcze bardziej było to widoczne w dystrybucji wina, którego przydzielano dwukrotnie więcej w latach 1729-1732 personelowi niż chorym, a w latach 1744 i 1747 podział w rocznym spożyciu wina w infirmerii szpitalnej wyniosły 16% dla chorych, a 84% dla pracowników i osób duchownych. W sumie przydział wina pacjentom zmniejszono aż pięciokrotnie. Nie wiadomo, czy chodziło tu o względy oszczędnościowe, czy też uznano, że nie jest ono wskazane chorym. Należy tylko pamiętać, że ograniczenia w spożyciu wina miały miejsce w czasie „wielkiej wizytacji”, której celem było zmniejszenie nadmiernych wydatków szpitala. Było jeszcze wiele innych produktów zarezerwowanych wyłącznie dla rodziny szpitalnej, takich jak oliwa, ocet, sól biała i czarna, mąka, rośliny strączkowe, zioła.

Z analizowanych spisów płyną jeszcze inne spostrzeżenia. Otóż na początku lat 40. XVIII w. w rocznych wykazach żywności nie figuruje mięso drobiowe – podstawa wcześniejszej diety chorych, doszły natomiast suszone owoce. W miesiącach letnich i wczesnojesiennych (od lipca do października) chorzy konsumowali dwa, a nawet trzy razy więcej świeżych jaj niż w pozostałych miesiącach, na ten czas były natomiast wyeliminowane jaja *communi* (w lecie ulegały szybciej zepsuciu). Nieznane są też powody całkowitego braku mięsa wołowego w marcu, kwietniu i maju.

Artykuły żywnościowe były produktem, którym łatwo było spekulować i dowolnie wykorzystywać do zarobku z powodu braku kontroli. W końcu lat 50. XVIII w. członkowie gwardii roznoszący chleb wszystkim chorym na obiad i kolację wydawali go więcej niż się należało, a czasami nawet kradli. Podobnie było z winem. To ostanie podawano chorym nierozcieńczone, co było wbrew rozporządzeniom lekarzy, którzy przepisywali pacjentom wino na pół z wodą. Zbyt dużo i w sposób niekontrolowany rozprowadzano wtedy w kuchni i refektarzu oliwę i mięso kurze. Wielu chorych preferowało na obiad i na kolację zamiast jajek zupełną winną, co powodowało nagromadzenie i marnotrawienie „niepewnych” jaj. Również w tym wypadku nie było to zgodne ze stanowiskiem lekarzy, którzy za lepsze dla chorych uważali jajka niż zupełną<sup>130</sup>.

---

<sup>130</sup> ASR, nr 1409, *Sconcerti trovati nella Dispensa*, s. 137; ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata ... 1737*, s. 27.

Choć w szpitalu przebywali jako pacjenci także członkowie rodziny szpitalnej, to w kwestii wyżywienia starano się jednak traktować ich na równi z ogółem chorych. W rzeczywistości nie zawsze tak było, o czym świadczy rozporządzenie wizytatora z 1740 r., znoszące praktykę wydawania większej ilości jedzenia choremu personelowi. Odtąd wszyscy pacjenci mieli być jednakowo żywieni, bez żadnych przywilejów dla kogokolwiek<sup>131</sup>.

Nie tylko niedostatek i rodzaj jedzenia nie zaspakajał w pełni codziennych potrzeb pacjentów, jeszcze bardziej rażące i szokujące były braki w zestawach naczyń i sztućców używanym do spożywania posiłków. Za wyjątkiem *ufficiali maggiori* nikt inny spoza rodziny szpitalnej, nie mówiąc już o chorych, nie otrzymywał przy jedzeniu ani zastawy stołowej czy szklanek, ani serwetek czy ściereczek do wycierania ust i rąk. Przy konsumpcji zamiast łyżki wykorzystywano długi kawałek chleba, a zamiast noży i widelców własne ręce, w miejsce zaś serwetek używano w tym celu otarcia ust używano po prostu obrusów na stole, własnego ubrania czy fartucha, a przy braku szklanek pito bezpośrednio z naczynia z napojem. Tak bulwersującą z punktu widzenia higieny szpitalnej praktykę wizytator nakazał niezwłocznie zmienić i zapewnić wszystkim spożywającym posiłki sztucce, szklanki i serwetki. Czy rzeczywiście jego nakazy zostały zrealizowane, nie wiadomo<sup>132</sup>.

Zgodnie ze zwyczajem chrześcijańskim obiad i kolację poprzedzała wspólna modlitwa, na którą cała rodzina szpitalna była wzywana sygnałem dzwonka. W połowie XVII w. przed posiłkami chorzy recytowali *Pater noster* i *Ave Maria*<sup>133</sup>. Sto lat później rodzina szpitalna, zgromadzona przed ołtarzem w głównej sali szpitalnej, odpowiadała na słowa Litanii do Wszystkich Świętych i innych modlitw za chorych, odmawianych przez dyżurnego spowiednika, który po zakończeniu modłów błogosławił przygotowane w kotle jedzenie. Następnie, podczas gdy gwardziści rozdawali zupę, przełożony infirmerii przechodził między łózkami, sprawdzając, czy wszyscy mają to, czego potrzebują, a jeśli ktoś nie mógł samodzielnie jeść, zlecał służącym, by go nakarmili. Po skonsumowaniu zupy na drugie danie obiadu (również kolacji) dyżurny kapral roznosił w koszu jajka, rozdzielając je chorym. Były to jajka gotowane, ciężko chorym dawano surowe, pomagając im wlewać je sobie do ust. Jeśli byli chorzy, którzy nie mogli zjeść obiadu czy kolacji z powodu nasilenia się gorączki, na tabliczce umieszczano znak *seconda tavola*, co oznaczało że posiłek odkładano na później. Po zakończeniu jedzenia personel *szpitalny* ponownie wracał przed ołtarz, by wyrazić dziękczynienie za spożyty posiłek. Modlitewne podziękowania po zjedzeniu obiadu

<sup>131</sup> ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata ... 1737*, s. 103.

<sup>132</sup> Tamże, s. 220.

<sup>133</sup> P. DE ANGELIS, *Dietetica antica*, s. 41.

i kolacji obowiązywało także wszystkich pensjonariuszy. W podobny sposób przebiegała tzw. *seconda tavola*, nad którą, częściej niż przełożony infirmerii, czuwał jego zastępca (*sottopriore*), sprawdzając, czy zupa jest ciepła i dobrze przyrządzona oraz czy służący roznieśli sól i wodę<sup>134</sup>. Jak z tego wynika, duża część chorych spożywała obiad i kolację w łóżkach, ciężko chorzy wymagali karmienia przez personel pomocniczy, a tylko najbardziej sprawni wstawali podczas jedzenia i spożywali posiłek, siedząc na łóżku.

W szpitalu w sposób szczególny dbano, by pensjonariusze nie cierpieli z pragnienia, dlatego starano się, by nie zabrakło im wody nie tylko podczas posiłku, ale i między posiłkami. Woda była szczególnie nieodzowna osobom gorączkującym, po zabiegach i przyjmującym lekarstwa. Jej roznoszeniem w dzbankach między chorych zajmowali się członkowie gwardii, z czasem, od połowy XVIII w., obowiązek ten wykonywali przeważnie pracownicy fizyczni, tragarze czy zamiatacze. W porach chłodnych przynoszono wodę podgrzaną. Latem sygnałem do roznoszenia wody wszystkim, którzy tego potrzebowali, było bicie dzwonu w południe. Roznoszący wodę w dzbanie pytał głośno doniosłym głosem: „kto chce pić?”, a następnie chętnym dawał się napić, użyczając im niesionej ze sobą szklanki. Wodę do picia chorzy musieli mieć także w nocy, a gdy jej zabrakło w czasie nocnego dyżuru, członkowie gwardii musieli udać się po nią z dzbanami do wewnętrznej Fontanny Lancisi<sup>135</sup>. Obowiązkowo woda miała być podawana w każdym momencie ciężko chorym oraz umierającym<sup>136</sup>. Wodę roznoszono też dla celów higienicznych. Jeden ze służących polewał nią ręce chorym przed posiłkiem, za nim zaś kroczył następny z ręcznikiem, którym chorzy je sobie wycierali<sup>137</sup>.

#### – *Posiłki rodziny szpitalnej*

Jak stwierdzono w jednym ze źródeł, prawidłowa obsługa i opieka nad chorymi zależała od odpowiedniego odżywiania się personelu szpitalnego, tzw. rodziny szpitalnej. Za jadłospis dla niej i organizację całodziennych posiłków odpowiadał stolnik, który już rano, przed rozpoczęciem wizyty lekarskiej, musiał zadbać o śniadanie dla członków dyżurujących gwardii, tragarzy, sprzątaczy, zamiataczy i pomocników nocnych (*uffiziali della notte*)<sup>138</sup>.

---

<sup>134</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 37-39, 47, 53-54, 60; Zob. też ASR, nr 3, *Ordini da osservarsi nell'Hospitale ... 1652*, s. 88; ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 223.

<sup>135</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 180, 221, 224-225; P. DE ANGELIS, *Dietetica antica*, s. 42.

<sup>136</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 185.

<sup>137</sup> Tamże, s. 178, 223, 234; P. DE ANGELIS, *Dietetica antica*, s. 41.

<sup>138</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 188.

Śniadanie było przywilejem tylko rodziny szpitalnej, nie spożywali go bowiem chorzy. W 1737 r. wizytator Leandro Porzia pisał, że praktykuje się wydawanie śniadań dla personelu, a w lecie nawet podwieczorku. Każdemu z członków gwardii, jak i mężczyznom z niższej rodziny na śniadanie przydzielano filiżankę wina i cztery uncje chleba. Pierwsi przychodzili punktualnie odbierać swoje porcje, drudzy tylko sporadycznie korzystali z przydziału chleba i wina na śniadanie. W tej sytuacji artykuły te powinny pozostać w spiżarni, w praktyce nie odnajdywano ich, co znaczy, że były sprzeniewierzone. Kardynał zlikwidował przeto zarówno śniadania, jak i podwieczorki dla rodziny, przez co szpital zyskiwał comiesięczne oszczędności<sup>139</sup>. Przyszłość wykazała, że nie była to dobra decyzja.

Parę lat później słyszało się narzekania, że pomimo dużej odpowiedzialności i uciążliwej pracy, służba szpitalna nie otrzymywała odpowiedniego wyżywienia. Odebranie śniadania i podwieczorków trzydziestu osobom, członkom gwardii dyżurnej i tragarzom, przyniosło negatywne skutki. Wywołało to wielkie niezadowolenie i narzekania z ich strony, jako że wykonywali żmudne i ciężkie zajęcia przy chorych. Rozpoczynali pracę na godzinę lub dwie przed nastaniem dnia i kontynuowali ją bez przerwy aż do obiadu. Jak twierdzili, brak rannego posiłku powodował utratę sił i słabość. Następny wizytator, kardynał Gentili uznał ich racje, pisząc: „Rzeczywiście, konieczność wstawania dwie godziny przed dniem, a potem natychmiastowe obowiązki wśród chorych, jeszcze przed otwarciem okien w szpitalu, gdy panował w nim straszny smród, następnie ciągła i ciężka służba przez 7-8 godzin bez jedzenia, to zadania zbyt surowe i rygorystyczne. Z tego powodu wielu z nich chorowało ze słabości”. Kardynał uznał, że wprowadzona polityka oszczędnościowa była błędna i niekorzystna, ponieważ obciążała szpital kosztami leków i wiktury służby, która chorowała ze względu na niedożywienie i wyczerpanie. Powodowała też konieczność zatrudnienia na miejsce niedysponowanego personelu nowych osób bez doświadczenia, co negatywnie odczuwali hospitalizowani. W tej sytuacji wydał rozporządzenie, którego mocą 30 osób ze służby uzyskało ponownie możliwość spożywania śniadań na koszt szpitala przed przystąpieniem do codziennej pracy<sup>140</sup>.

Problem ciężkiej pracy personelu szpitalnego i jego wyżywienia pojawiał się i później, był stale aktualny zwłaszcza w okresie Wielkiego Postu. Z tego właśnie względu w 1760 r. służba szpitalna otrzymała na ten czas zwolnienie z zakazu spożywania mięsa<sup>141</sup>. Na początku 1784 r. komendator szpitala Ippolito Vincenti

<sup>139</sup> ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata ... 1737*, s. 22.

<sup>140</sup> Tamże, s. 205-207.

<sup>141</sup> ASR, nr 61, *Giornale di Memorie*, s. 150.

Mareri (1784-1785) zwrócił się do papieża o przyznanie pracownikom szpitala dyspensy wieczystej od mięsnej abstynencji w czasie czterdziestu dni Wielkiego Postu, jak i innych dni postnych, chociażby w piątki. Prośbę argumentował, wytrwałą opieką nad chorymi, skażonym, zainfekowanym powietrzem, którym nieustannie oddychają, wielkim zmęczeniem i trudami pracy w dzień i w nocy. Jego zdaniem wszystko to powodowało konieczność odpowiednio lepszego odżywiania się, które nie może być oparte na chudym wikcie, pozbawionym mięsa i tłuszczu. Przypomniawszy przy tym, że takie same okoliczności i motywy skłoniły papieża do wydania podobnej dyspensy podczas epidemii choroby zakaźnej w 1780 r., a także zakonnikom, pilnie wezwanym do niesienia pomocy zarażonym podczas niedawnej epidemii. W konkluzji komendator błagał papieża o jak najszybsze przyznanie dyspensy kanonikom usługującym chorym, księżom spowiednikom i polecającym duszę Bogu, członkom służebnych gwardii oraz niższej rodzinie całego szpitala. W odpowiedzi na tę petycję papież udzielił 1 marca tego roku takiej dyspensy wszystkim, dla których o nią proszono<sup>142</sup>.

Przed ogółem chorych posiłki w pierwszej kolejności spożywali chorzy członkowie rodziny szpitalnej przebywający w szpitaliku św. Filipa, którzy w przeciwieństwie do pozostałych pensjonariuszy mieli możliwość wyboru jedzenia na obiad. Przy okazji rannego sprzątanego i ścielania łóżek służący wypytywał każdego z nich, jaką zupę życzyliby sobie na obiad, następnie informował o tym kucharza. Podobnie było z kolacją. Nie wszystko jednak było zależne od chorych, w zależności bowiem od typu dolegliwości jadłospis ustalał ostatecznie lekarz, a służący zapisywał na kartce liczbę osób, które mogły spożywać mięso i wino, oraz tych, którym należała się dieta<sup>143</sup>.

Na obiad, odbywający się w dwóch turach – *alla prima*, a następnie *alla seconda tavola*, familię szpitalną za pośrednictwem dzwonu wzywał stolnik, który jednocześnie obsługiwał jedzących i podawał im dania. Obiad spożywano w refektarzu w ciszy, której pilnował przełożony infirmerii i jego zastępca. W trakcie jedzenia nikomu nie było wolno wejść do sali jadalnej zasłoniętej kotarą ani zmieniać kolejności spożywania posiłków. Osoby należące do drugiej grupy (*alla seconda tavola*), czyli członkowie dyżurnych gwardii, nie mogli jeść razem z pierwszą grupą, i odwrotnie – nikt z pierwszej tury, do której zaliczano duchownych lekarzy, chirurgów oraz wyższego stopnia służbę, nie mógł jeść z drugą grupą. Wynika z tego, że także podczas jedzenia obowiązywała hierarchia funkcyjna. W identyczny sposób przebiegała kolacja. Oba posiłki poprzedzało błogosławieństwo jedzenia<sup>144</sup>.

<sup>142</sup> ASR, nr 1409, *Facoltà concessa agl'inservienti ... 1784*, s. 293-294. Ten sam dokument w: ASR, nr 3098, Rękopis zaczynający się od słów: *Beatissimo Padre*.

<sup>143</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 198.

<sup>144</sup> Tamże, s. 188-189.

Członkowie rodziny szpitalnej, zobowiązani do wspólnych posiłków w refektarzu, nie zawsze tej zasady przestrzegali. Wielu z nich nie chodziło razem z innymi na obiady i kolacje o określonej godzinie, lecz pobierali swoje porcje, szczególnie rosół, z kuchni i zanosili do swoich pokoi, gdzie je spożywali. Przełożony generalny Francesco Albizi (1785-1797) uznał ten zwyczaj za niegodny i niewskazany we wspólnocie szpitalnej, w 1791 r. zabronił więc rygorystycznie oddzielnej konsumpcji posiłków o różnych porach poza wspólnym refektarzem. Wszyscy, którzy nie dostosowali się do wydanego rozporządzenia, byli pozbawiani możliwości korzystania ze szpitalnego wyżywienia. Zakazał też kucharzowi, jego zastępcy i innym zatrudnionym w kuchni wydawania pod jakimkolwiek pretekstem posiłku i tłumaczenia wydawania obiadu czy kolacji, szczególnie rosółu, wszystkim bez wyjątku przedstawicielom rodziny szpitalnej, niezależnie od zajmowanego stanowiska czy pełnionej funkcji<sup>145</sup>.

Obiad dawał też możliwość praktycznego wyegzekwowania kary nałożonej na personel szpitalny za popełnione przewinienia dyscyplinarne i nieposłuszeństwo. Wyrażały się one zarówno poprzez zmniejszenie porcji jedzenia, jak i publiczną izolację czy kwarantannę (*contumacia*). Taki penitent nie siedał przy wspólnym stole, lecz – o ile ograniczono mu tylko jakość i ilość wikt – był sadowiony jako ostatni przy małym stoliku, na którym kładziono wodę i bochenek chleba jako znak pokuty. W wypadku, gdy winowajców ukarano całkowitym pozbawieniem wikt, stolnik odnosił do spiżarni nieskonsumowane dania, które przełożony infirmerii przekazywał najczęściej pracującym. Pilnowano też, aby ukaranym nie wydano nawet chleba i wina<sup>146</sup>.

Jak się wydaje, były to kary uciążliwe, nie tyle fizycznie, ale bardziej ośmieszające, godzące w honor i ambicję sprawców nadużyć. Stosowano też inne sposoby karania, polegające na wyczytywaniu w refektarzu przy posiłku nazwiska winnego. Takie sankcje były nieskuteczne, albowiem po dwóch czy trzech miesiącach nikt już o tym nie pamiętał, nawet jeśli winowajca popełnił kilka niestosowności. Wizytator nakazał więc założenie na przyszłość książki, w której miały być wpisywane wszystkie przewinienia, aby komendator mógł stosownie ukarać, a nawet zwolnić takiego „recydywistę”<sup>147</sup>.

Choć niewiele wiadomo o jadłospisie członków rodziny szpitalnej, to nie ulega wątpliwości, że był on bogatszy i bardziej urozmaicony. Dbano przede wszystkim o jego najwyższą jakość. W piątek podstawę posiłków stanowiły jajka i ser, konsumowano wino, chleb, zupy z dodatkiem sera, owoce, sól, ocet,

<sup>145</sup> ASR, nr 1409, *Ordine, in cui si proibisce ...* 1788, s. 299-300.

<sup>146</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 189- 190.

<sup>147</sup> ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata ...*1737, s. 259.



w pozostałe zaś dni pojawiało się też mięso, a na obiad przystawki, w Wielkim Poście zaś suszone owoce<sup>148</sup>.

Mówiąc o wyżywieniu rodziny szpitalnej, należy uwzględnić najwyższy jej człon, jaki stanowili kanonicy i inni duchowni. Teoretyczne zasady egalitaryzmu w tym względzie nie były łatwe w realizacji, w praktyce nie zawsze były respektowane. W 1737 r. donoszono, że w refektarzu kanoników i księży spożywano wspaniale i obfite posiłki w Boże Narodzenie, w karnawale i na Wielkanoc, w Zielone Świąta czy na św. Antoniego, a w tłuste dni mózdzki, jadalne wnętrzości (podroby) i pozostałe smakowite części ubijanych w szpitalnej rzeźni zwierząt służyły za przekąski dla wspomnianych duchownych. Niektórzy kanonicy, mający szczególne obowiązki, otrzymywali podwójne porcje każdego jedzenia. Wzburzony tym kardynał Leandro Porzia zabronił takich przywilejów i praktyk, nakazując sprawiedliwe dzielenie jedzenia między wszystkie osoby. Znając realia epoki, można tylko powątpiewać w skuteczność jego zarządzeń, przynajmniej w dłuższej perspektywie<sup>149</sup>.

Kardynał zauważył też dużą ilość spożytych kur, co odnotowano w księgach na początku roku. Z zapisów wynikało, że skonsumowali je chorzy pensjonariusze. Tymczasem nie otrzymali oni nawet minimalnej ich części, ponieważ codziennie kurczaki dzielono na pięć porcji, które wydawano wyłącznie osobom poleconym przez przełożonego infirmerii i lekarzy. Ogromną większość mięsa kurzego przeznaczano dla kanoników, gdy chorowali lub udawali chorobę. Chcąc zatuszować te praktyki, nakazywali szafarzowi żywności umieścić ich na liście uprawniającej do spożywania mięsa kurzego. W tej sytuacji wizytator zarządził, za aprobatą lekarzy, aby chorym dawać odtąd cielęcinę zamiast mięsa kurzego, a kanonicy, jeśli chcieli ulubione mięso, mieli je kupować na własny koszt<sup>150</sup>.

Wszystkim osobom należącym do rodziny szpitalnej wydawano bez ograniczeń chleb i wino, pod warunkiem, że będą je konsumować wyłącznie w refektarzu. Tymczasem, korzystając z uprzywilejowanej pozycji i braku nadzoru, wielu z nich skrycie wynosiło ze stołówki całe bochenki chleba i butelki wina do swoich pokoi i tam je spożywało. Poza tym istniał zwyczaj, że wszyscy zjadali skórki z chleba i zostawiali miękki środek na stołach. W końcu kierownik spiżarni zbierał ze stołu wszystkie takie miękisz do kosza i sprzedawał, a zysk zabierał dla siebie. W trakcie dochodzenia okazało się, że każdego dnia domagali się czterech bochenków chleba oraz pięciu butelek wina. Ostatecznie uznano za wystarczającą porcję dla każdego trzy bułki chleba okrągłego dobrej jakości, natomiast dla niższej rodziny trzy bułki chleba ciemnego oraz po jednej butelce wina dla wszystkich.

<sup>148</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 190

<sup>149</sup> ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata... 1737*, s. 36-40.

<sup>150</sup> Tamże, s. 26.

## 5. ODZIEŻ

Zachowana źródła nie dają zbyt dużych możliwości odtworzenia ubioru pensjonariuszy szpitalnych. Wiadomo, że tuż po przyjęciu do szpitala chorzy zdejmowali własne ubrania, a w ich miejsce wkładali odzież szpitalną. Zgodnie z dawnymi zwyczajami panującymi w tego typu instytucjach główną cechą ubioru pacjentów była jego unifikacja i jednolitość, przynajmniej co do ogólnej formy i kształtu. Zasadniczym elementem codziennego odzienia hospitalizowanych była koszula, nieprzypominająca jednak dzisiejszych jej fasonów, a raczej długą do kolan lub do kostek suknię. Drugim komponentem ubioru były czapki, berety (*berettini*). W źródłach jest mowa także o butach (łapciach, chodakach), a także o pelerynach, raczej szlafrokach czy narzutach na ciało<sup>151</sup>. Szczególną uwagę zwracano na koszule, zwłaszcza ich długość, która miała istotne znaczenie w sezonach zimnych. W 1652 r. zalecono, by szyto je nieco dłuższe. W ogóle należało zmieniać rozmiar tego podstawowego odzienia szpitalnego w zależności od potrzeb i sytuacji, a więc raz miały być dłuższe, raz krótsze, a co tydzień dawać chorym świeże i wyprane, gdy zaś były przepocone, to nawet częściej<sup>152</sup>.

Koszule, berety i inne części ubioru szpitalnego noszonego przez chorych, bieliznę i pościel magazynowano w garderobie. Odpowiedzialny za nią był jej dozorca i magazynier, okreśłany w źródłach jako *guardarobba*, a jego zastępcę był *sotto guardarobba*. Za zaopatrzenie pacjentów w szaty szpitalne odpowiadali członkowie dyżurującej gwardii, którzy również zmieniali im brudne ubrania i pościel. Wbrew obowiązującym regulaminom ubrania szpitalne były często używane przez personel, zwłaszcza przez służących pielęgniarzy i studentów. Aby temu zapobiec, zabroniono magazynierowi wydawania komukolwiek odzieży i innych rzeczy bez kwitu podpisanego przez przełożonego infirmerii. Podczas kongregacji w 1703 r. ponowiono zakaz, tym razem przekazywania koszul służącym i pozostałym osobom należącym do rodziny szpitalnej, bo były przeznaczone wyłącznie dla chorych. Ci, którzy weszli w nieprawne ich używanie, musieli natychmiast oddać do magazynu lub zapłacić za nie ekwiwalent pieniężny<sup>153</sup>.

Ubrania szpitalne były nader skromne i co gorsza często niewystarczające. Z tego powodu chorzy marzli, zwłaszcza zimą, gdy z powodu niewystarczającej liczby nocników wychodzili z łóżek boso i w samej koszuli w ich poszukiwaniu. Według zaleceń jedno takie naczynie miało przypadać na dwa łóżka. Jeszcze dalej musieli się udawać, by skorzystać ze skrzynek służących załatwieniu większych

<sup>151</sup> Zob. wcześniejsze rozważania na temat procedury przyjmowania.

<sup>152</sup> ASR, nr 3, *Ordini da osservarsi nell'Hospitale ... 1652*, s. 88b.

<sup>153</sup> ASR, nr 1409, *Decreti dei 5. maggio 1703 sulli serventi*, s. 82; ASR, nr 3101, *Congregazioni tenute sopra l'interessi*.

potrzeb fizjologicznych. Również z powodu braku chodaków i ubrań nawet zimą widywało się chorych chodzących boso i w samych koszulach<sup>154</sup>.

Niedobór odzieży szpitalnej, który powodował marznięcie i niedbały wygląd oraz złe samopoczucie pacjentów, nie wpływał dobrze na skuteczność leczenia. Jeszcze o wiele groźniejsze konsekwencje niesło niesegregowanie ubrań szpitalnych dla chorych zakaźnie. Były one wspólne tak dla osób gorączkujących, jak świerzbowatych. Wskutek tych zaniedbań i nieprawidłowości, wiele osób przyjmowanych do szpitala z gorączką wychodziło z niego ze świerzbem. W tej sytuacji zarządzono separowanie odzieży przeznaczonej dla osób zarażonych świerzbem od tej, która służyła innym chorym. Odróżnianiu obu grup i ewentualnym pomyłkom miało służyć szycie ubrań w różnych kolorach<sup>155</sup>.

Około tysięczna liczba chorych, a w czasach epidemii jeszcze wyższa, wymagała zapewnienia dla nich ogromnej ilości ubrań szpitalnych. Tylko część z nich nabywano na zewnątrz, większość wyrabiano na miejscu z zakupionych wcześniej materiałów. Zajmowały się tym pensjonariuszki wewnątrzszpitalnego przytułku – *coservatorio*. W 1679 r. kard. Acciaoli, powołując się na dekrety papieży Urbana VIII (1623-1644) i Aleksandra VII (1655-1667), nakazał, aby wszystkie mieszkanki przytułku, w zależności od wieku i zdolności, cały swój czas wykorzystywały na różnego typu prace dla dobra szpitala, na rozwijanie dzieła miłosierdzia chrześcijańskiego, a także na modlitwy i ćwiczenia duchowe. Zaznaczył jednocześnie z satysfakcją, że ostatnio pensjonariuszki przykładnie stosowały się do powyższych nakazów. Obowiązek codziennej pracy dotyczył wszystkich podopiecznych szpitala, z wyjątkiem chorych i bardzo starych. Zgodnie z nakazami mieszkanki przytułku rzetelnie wykonywały powierzone im prace, między innymi kroili i szyły, prały, krochmaliły, prasowały i reperowały koszule i bieliznę dla szpitala i chorych pensjonariuszy. Szyły również prześcieradła, serwetki, obrusy oraz inne potrzebne rzeczy dla niektórych agend szpitala, np. pieluchy i rękawy (*le maniche*)<sup>156</sup>. Oprócz wspomnianych zajęć wszystkie kobiety musiały szyc i reperować ubrania i bieliznę pościelową dla całego szpitala, szyc pokrowce na materace i słomiane sienniki oraz naprawiać koce dla chorych<sup>157</sup>. W 1735 r. wydatki na wełnę, konopie, oliwę i różne materiały potrzebne do wyrobu ubrań wyniosły 2123 skudy<sup>158</sup>. Sprawę

<sup>154</sup> ASR, nr 3092, *Disordini, che sono*

<sup>155</sup> Tamże.

<sup>156</sup> ASR, nr 1305, *Questo è il modo 1660 ... 1660*, s. 19-22; ASR, nr 1305, *Decreti di Visita ... Acciaoli ... 1679*, s. 73; ASR, nr 905, *Ordini e Decreti della Santa Visita Apostolica. 1737*, s. 29v; M. SURDACKI, *Dzieci porzucone*, s. 306-307.

<sup>157</sup> ASR, nr 1305, *Distinto ragguaglio delle Zitelle 1778*; ASR, nr 1305, *Vestiario, ed altro occorrente per le Zitelle 1778*; M. SURDACKI, *Dzieci porzucone*, s. 310.

<sup>158</sup> ASR, nr 1305, *Bilancio dei lavori del Conservatorio*, s. 85-86.

szycia koszul, prześcieradeł i innych rzeczy ubraniowych dla chorych szytych przez *Zitelle del Conservatorio* oraz zakupu materiałów potrzebnych do ich wyrobu (płótna, nici) poruszano między innymi w rozporządzeniu z 1740 r.<sup>159</sup> Aktywność produkcyjno- usługowa *Zitelle* nie ustała również na początku XIX w., w warsztatach szpitalnych bowiem tkwały z konopi i wełny płótno oraz materiały, z których następnie kroiliły i szyły pościel, ubrania i koce dla wszystkich przebywających tam osób<sup>160</sup>.

Pobyt w szpitalu wielkiej liczby chorych wymagał zapewnienia odpowiedniej aprowizacji w postaci ubrań, wyposażenia łóżek i innych rzeczy codziennego użytku, a także właściwej ich dystrybucji, ochrony i kontroli. Problem ten regulował dekretem wizytacyjnym z 1 stycznia 1739 r. kardynał Leandro Porzia, który chcąc zabezpieczyć mienie szpitalne przed ginięciem i kradzieżą, nałożył na kaprali obowiązek kwitowania wszystkich rzeczy znajdujących się w ich pokojach, a więc materacy, słomianych sienników, podglówek, poduszek, podszewek (*fade-rette*), prześcieradeł, koców wełnianych i włókiennych. Wszystko to musiało być oznaczone pieczęcią własnego pokoju. Każda gwardia pobierała bieliznę, pościel i ubrania dla chorych na własne konto, a wypadku ich zagubienia czy utraty groziła im kara finansowa o równowartości tych rzeczy, których pod żadnym pozorem nie wolno było wynosić poza salę szpitalną. Do obowiązków garderoby należało również częste wizytowanie kredensów z pościelą i bielizną szpitalną. Z kolei powinnością pisarza było dostarczanie każdego ranka temu ostatniemu listy wszystkich oddziałów, by mógł dokładnie przydzielić odpowiednią ilość koszul dla chorych<sup>161</sup>.

Mimo to przywłaszczanie oraz wynoszenie ubrań i rzeczy szpitalnych, pościeli, bielizny, koców, przedmiotów z miedzi, mosiądzu, cyny, które miała w posiadaniu służba, było zjawiskiem stale się powtarzającym. Skłonności do kradzieży przejawiała zarówno służba, jak i pensjonariusze. Jeśli rzeczy ginęły u starszej służby, choć nisko uposażonej (sześć i pół pauoli miesięcznie), to w wypadku zwolnienia z pracy zarobki rekwirovano na konto brakującej rzeczy. Gorzej było, gdy zaginięcie dotyczyło pracowników nadliczbowych czy nowicjuszy, niepobierających wynagrodzenia. Po ustąpieniu epidemii opuszczali oni służbę i na ogół już więcej nie powracali, przez co nie mogli zapłacić za utracone mienie szpitalne. Czasem stawało się ono przedmiotem kradzieży ze strony „podłych” ludzi przybywających w odwiedziny do bliskich, którym chorzy przekazywali ukradzione rzeczy, gdy służba zajęta była pracą. Osoby z zewnątrz wynosiły również ubrania,

<sup>159</sup> ASR, nr 1409, *Ordini sulla biancaria ... 1740*, s. 115.

<sup>160</sup> ASR, nr 1414, *Raporto sugli Stabilimenti ... 1811*, s. 1.

<sup>161</sup> ASR, nr 905, *Ordini e Decreti della Santa Visita Apostolica. 1737*, s. 1v-12v; ASR, nr 1409, *L'ordine del Card. Porzia ... 1739*, s. 14-16.

wkładając je na siebie. Z kolei chorzy przywłaszczali dobra szpitala, chowając je najpierw w łózkach, a dopiero po wypisaniu wynosili poza szpital. Czasem zakładali je również na sobie, udając się jako rekonwalescenci do szpitala *Santissima Trinità dei Pellegrini*, z którego potem były one zwracane do Szpitala Świętego Ducha. Przedmioty i ubrania użyte służbie odnajdowano również w tobołkach, przeszukiwanych przed wystawieniem ich na sprzedaż<sup>162</sup>.

Skala strat wynikająca z zaginięcia rzeczy była bardzo duża, na przykład w ciągu tylko dwóch tygodni 1759 r. obliczono ją na 52 skudy. I nie chodziło tu o kradzieże, ale szczególnie o brak poszanowania i niepilnowanie przez służbę powierzonego jej mienia. W tej sytuacji zobowiązano przełożonego infirmerii do codziennego sprawdzania list rzeczy powierzonych każdej z czterech gwardii poprzedniego dnia, a w wypadku stwierdzenia ich braku odnotowania w „księdze strat” sprawcy zaginionej rzeczy i zarazem dłużnika. Podobne przeglądy generalne miał czynić pod koniec tygodnia i informować o ewentualnej utracie mienia komendatora, który wzywał dłużnika do spłacenia zguby. Gdy nie mógł lub nie chciał tego uczynić, groziło mu zwolnienie pod zarzutem celowej kradzieży. Zastosowano odpowiedzialność zbiorową, gdyż w sytuacji utraconych przedmiotów dłużnikami stawali się wszyscy członkowie gwardii. Argumentowano, że przy takim podejściu nikt nie odważy się niczego przywłaszczyć w obawie posądzenia o złodziejstwo pod karą utraty pracy. To rozporządzenie komendator nakazał odczytać w refektarzu podczas spożywania posiłków, a następnie wywiesić w publicznym miejscu, by było dla wszystkich widoczne<sup>163</sup>.

Komendator Castelli przypominał panujący od dawna zwyczaj, że jeśli ktoś znalazł zaginioną rzecz, to ją zwracał koledze, któremu została wcześniej przydzielona do używania. Jak widać, nie zawsze był on respektowany. Pod koniec wielkiej epidemii prawie wszystkim osiemdziesięciu osobom posługującym w szpitalu brakowało jakiejś rzeczy na sumę kilkuset skudów. Zarządził więc dyskretne ich poszukiwanie w kwaterach kaprali. W jego wyniku odnaleziono drobne rzeczy o wartości nieproporcjonalnie niskiej do wartości zagubionego mienia. Biorąc pod uwagę utrudzenie i ciężką pracę służących w czasie epidemii oraz choroby, jakie sami wtedy przechodzili, postanowił wykazać miłosierdzie dla całej rodziny szpitalnej i sam pokryć wartość utraconych przez nią rzeczy. Akt łaskawości miał stanowić dla służby zachętę do dalszej, gorliwej posługi chorym. Komendator podjął ponadto inne kroki zaradcze, między innymi wprowadził surowe kary dla tych, którzy znalezionej rzeczy nie oddali właścicielom i przetrzymywali je przy sobie. Zarządził częste sprawdzanie rzeczy przekazanych służącym, a jeśli je utracili, nakazał zapłacić za nie, w przeciwnym razie mieli być

<sup>162</sup> ASR, nr 44, *Sotto il governo del Sig. Card. Giuseppe Maria Castelli ... 1759*, s. 85-86.

<sup>163</sup> ASR, nr 1409, *Decreto per la mancanza delle robbe ... 1759*, s. 213-214.

natychmiast zwalniani. Po podjęciu tych decyzji wszystkie wcześniejsze uchybienia zostały na pewien czas wyeliminowane<sup>164</sup>.

Rzeczy najczęściej ginęły tuż po przyjęciu chorego do szpitala, gdy złożone tymczasowo pod łózkami, padały już pierwszej nocy łupem służących, tragarzy lub innych chorych<sup>165</sup>. Chcąc zaradzić przywłaszczaniu cudzych rzeczy i ubrań, zarówno należących do szpitala, jak i do chorych, dokonywano kontroli pomieszczeń personelu. W 1758 r. przeszukanie pokoi służby wykazało, że jest ona w posiadaniu wielu przedmiotów należących do szpitala, które nie powinny się tam znajdować. Przełożony generalny Giuseppe Maria Castelli stwierdził, że jest to zakazane, nie potępił jednak służących, gdyż uznał, że zostały zabrane nie dla własnej korzyści, lecz aby mieć je pod ręką dla obsługi chorych. Powodowany miłosierdziem i doceniając pracę służących, wziął ich nawet w obronę. Nakazał przełożonemu infirmerii odczytać w refektarzu apel, aby nikt nie oskarżał swoich kolegów o złe intencje. Tym, którzy nie posłuchają jego wezwania, zagroził zwolnieniem, postraszył jednocześnie tą samą sankcją wszystkich, którzy nadal będą trzymać rzeczy szpitalne w swoich kwaterach<sup>166</sup>.

Sześć lat później przełożony generalny Ludovico Calino pisał, że zjawisko kradzieży rzeczy ze szpitalnej garderoby i spiżarni nie zmniejszyło się. Wiedząc, że nie da się tego całkowicie wyeliminować, zamierzał ograniczyć jego skalę i okazy, które prowokowały do wykroczeń. Jednym z powodów znikania rzeczy była duża liczba słabo chronionych drzwi wejściowych do szpitala. Było aż pięć wejść, przez które swobodnie można było wchodzić do szpitala i wychodzić z niego bez żadnej kontroli. Portier głównej bramy (*porta maggiore*) prawie nigdy nikogo nie zatrzymywał i nie pytał, jakby wstydził się tego czynić, nie badał nawet zamaskowanych przechodniów. Również pozostałe wejścia i bramy dawały możliwość niekontrolowanego przemieszczania się z zewnątrz do wewnątrz szpitala i na odwrót. Chodziło o wejście do apteki, do kuchni, do spiżarni, do szpitalika dla rannych przez *Porta S. Lorenzo*. Przez te ostatnie przechodzili studenci anatomii na zajęcia w sali prosektoryjnej<sup>167</sup>. Główną jednak przyczynę upatrywał w postawie *giovani*, licznie przyjmowanych (jako nadliczbowi) w czasie epidemii. Pobierali oni na ten czas bieliznę i inne rzeczy szpitalne, potem nie zwracali ich od razu po zakończeniu służby. Licząc na powrót do szpitala, po zdaniu egzaminu, używali i niszczyli powierzone rzeczy, zwlekając z ich zwrotem, choć były wycenione i zapisane w rachunkowości (*computisteria*). Wobec powyższego we-

<sup>164</sup> ASR, nr 44, *Sotto il governo del Sig. Card. Giuseppe Maria Castelli ... 1759*, s. 86-87.

<sup>165</sup> ASR, nr 64, *Relazione delle Cose ... Castelli. 1759*, s. 63.

<sup>166</sup> ASR, nr 1409 *Ordine per gli Giovani, che ritengono robba*, s. 201-202.

<sup>167</sup> ASR, nr 1409, *Editto sulli smarrimenti ... 1764*, s. 253; ASR, nr 1409, *Editto sulla custodia ... 1764*, s. 255-258.



zwano ich do uiszczenia w ciągu piętnastu dni sumy w gotówce jako ekwiwalentu za przetrzymywane rzeczy. W razie odmowy oddania wyznaczonej kwoty, zagrożono im wykluczeniem z mającego się niebawem odbyć egzaminu, co zamykałoby drogę do nauki medycyny i chirurgii w szpitalu. Po namyśle władze szpitala, będąc w potrzebie, zaproponowały łagodniejsze rozwiązanie. Uważając, że młodzi mężczyźni, już przeegzaminowani, zalegający z wysokimi sumami za nieoddane mienie, nie będą w stanie w całości ich zwrócić, zaproponowano, aby szybko spłacili choćby istotną część długu. Resztę natomiast mieli zwrócić już po przyjęciu do pracy, poprzez sukcesywne potrącanie zaległości z pensji. Zaznaczono, że było to rozwiązanie kompromisowe i sprawiedliwe dla mężczyzn, którzy zdali wcześniej konkursowy egzamin. W konkluzji widniała jednak przestroga, że kto nie zwróci w ten sposób pieniędzy, zostanie natychmiast odprawiony ze służby, bez żadnej nadziei na ponowne przyjęcie<sup>168</sup>.

Pomimo apeli, ostrzeżeń i sankcji omawiany problem przyjmował charakter permanentny, czasem jeszcze dalej idący. W 1788 r. komendant Francesco degl' Albizi ubolewał, że służący zamieszkujący w szpitalu, jak i ci, którzy w nim nie nocują, zabierają z garderoby szpitalnej do swoich domów: łóżka, koce, pościel i bieliznę. Następnie, nie dbając o nie, niszczą i marnotrawią te rzeczy, a do szpitala zwracają całkowicie zużyte i podarte. Pragnąc zlikwidować, a przynajmniej ukrócić ten proceder, wydał dekret zabraniający wydawania personelowi mieszkającemu poza szpitalem takich rzeczy, z wyjątkiem koszul na własny użytek, o ile fasonem będą im odpowiadały, natomiast mężczyznom mieszkającym w szpitalu należały się zwykle prześcieradła. Jednocześnie nakazał kierownikowi garderoby odebrać nieprawnie pobrane łóżka, koce, prześcieradła i inne artykuły oraz pilnować, by odtąd nie były one wydawane jak wcześniej<sup>169</sup>.

Kradzież, sprzeniewierzenie i marnotrawienie mienia powodowały poważny uszczerbek w finansach szpitala. Wyżywienie i przedmioty codziennego użytku stanowiły zawsze zdecydowanie największe obciążenie w wydatkach infirmerii szpitalnej. Dla przykładu koszty funkcjonowania i utrzymania tej instytucji w 1750 r. wyniosły w sumie 14 362 skudy. Aż 73,7 % (10 591 skudów) pochłonęły wydatki na jedzenie, pościel, ubrania i inne podobne rzeczy dla chorych oraz dla usługującej im rodziny szpitalnej. Nakłady na leki dla wyniosły 2232 skudy (15,5 %), wynagrodzenie dla całej rodziny szpitalnej – 1539 skudów (10,7 %). Choć były to olbrzymie sumy, to jednak w porównaniu z drugą częścią szpitala *brefo-trofium* dla dzieci porzuconych – 32 724 skudy rocznie – były o wiele niższe. W bilansie ogólnych kosztów utrzymania całego szpitala (47 086 skudów), wy-

<sup>168</sup> ASR, nr 1409, *Editto sulli smarrimenti ... 1764*, s. 253-255.

<sup>169</sup> ASR, nr 1409, *Editto sopra i giovani ... 1788*, s. 298-299.

datki na infirmerię stanowiły zaledwie 30,5%<sup>170</sup>. W niemal identycznych proporcjach rozkładało się obciążenie finansowe infirmerii, jak i całego szpitala w innych latach<sup>171</sup>.

## 6. ZAKAZ WSTĘPU DLA KOBIET

Choć infirmaryjna część szpitala, w odróżnieniu do klasztoru siostr duchaczek oraz *Conservatorio* dla porzuconych dziewcząt, nie była objęta ścisłą klauzurą, to jednak w trosce o zachowanie powagi miejsca, spokoju życia chorych oraz norm moralno-obyczajowych i religijnych, władze zwierzchnie starały się do minimum ograniczać kontakty chorych z ludźmi z zewnątrz. W 1651 r. przełożony generalny Girolamo Lanuvio (1650-651) zabronił wszystkim osobom wszelkiego stanu, zakonnikom, księżom diecezjalnym, dostojnikom, ministrom i oficyalom kościelnym oraz służbie cywilnej, wpuszczania pod jakimkolwiek pretekstem do szpitala i przyległych agend, szczególnie do własnych pokoi, kobiet, jak też prowadzenia z nimi konwersacji czy handlu. Zakaz dotyczył całego dnia i obejmował także ich matki, siostry, krewnie, chrzestne czy sąsiadki<sup>172</sup>. Identyczne rozporządzenie wydano w 1690 r.<sup>173</sup>

Mimo to jedną z najpoważniejszych nieprawidłowości, odnotowanych przez wizytatora w 1737 r., były wizyty kobiet w szpitalu. Często dla kaprysu, pod pozorem opieki, odwiedzały one o każdej porze dnia swoich ojców, synów, braci, mężów oraz krewnych, przyprowadzając nieraz ze sobą całe rodziny. Panował wtedy w szpitalu wielki tumult i gadanina, która przeszkadzała chorym, szczególnie tym w ciężkim stanie, którzy nie mogli spokojnie spędzić ostatnich chwil życia. Uprzejmość ze strony służby szpitalnej powodowała, że odwiedzające osoby otrzymywały jeszcze wyżywienie. Aby zapobiec tym nadużyciom, zabroniono wchodzić do szpitala wszystkim kobietom. Spowodowało to zmniejszenie o połowę liczby chorych w ciągu roku, w stosunku do lat ubiegłych. Od tej pory bowiem kobiety oddane i kochające swoich bliskich i spokrewnionych, wiedząc o zakazie odwiedzin w szpitalu, nie chciały ich doń oddawać, lecz opiekowały się nimi we własnych domach. Bały się nie tylko odseparowania od bliskich,

---

<sup>170</sup> ASR, nr 1414, *Ristretto Generale ... per l'anno 1750 ... sotto governo Giovanni Ottavio Bufalini ...*. Dla porównania wikt, pościel i ubrania *Zitelle del Conservatorio* kosztowały rocznie 10 610 skudów, a chłopców ze *Scuola dei Putti* 1068 skudów. Wydatki na posagi dla *Zitelle*, które wychodziły za mąż oraz były oddawane na służbę, wynosiły 8621 skudów. Największym jednak obciążeniem dla szpitala było wynagrodzenie dla mamek pozaszpitalnych, karmiących i wychowujących porzucone dzieci oraz opłaty na ubrania dla nich i inne związane z tym wydatki. W sumie wynosiły one rocznie 12 423 skudy.

<sup>171</sup> ASR, nr 1414, *Ristretto Generale ... sotto governo Antonio Maria Pallavicini Commendatore ... 1747*.

<sup>172</sup> ASR, nr 1296, *Editto sul non conversare ... 1651*, s. 14.

<sup>173</sup> ASR, nr 1409, *Decreti per l'ospedale in occasione di sospetto ... 1691*, s. 79.

ale również tego, że ci, umierając w szpitalu, dokonają zapisów testamentowych z krzywdą dla rodziny. Poza tym łatwiej było leczyć chorych i biednych w własnym domu, zwłaszcza że dzięki miłosierdziu papieży mieli oni zapewnioną bezpłatną pomoc ze strony lekarzy i chirurgów oraz dotowane lekarstwa i jałmużnę. Zmniejszenie liczby osób wymagających pomocy w szpitalu nie wpłynęło w żadnym sposób na ich los, gdyż – jak zaznaczono – nikt z nich nie cierpiał w domu, nie widywało się ich też na ulicach z powodu nędzy, dlatego że nie dostali się do szpitala. Niemniej wydane rozporządzenia wzbudziły różne oszczerstwa, rozpowszechniane przez „ciemne duchy” i „złe moce”, jakoby spadek liczby chorych w szpitalu nastąpił wskutek odmawiania przyjęć do tej placówki. Zarządzono więc, że jeśli zdarzą się kiedykolwiek jeszcze tak niegodziwe obmowy, kierujący szpitalem, wykrywszy je, ma surowo ukarać ich autorów<sup>174</sup>.

Decyzja kardynała Leandro Porzii nie zyskała ogólnej akceptacji, lecz wzbudziła niepokoje i narzekania w Rzymie. Przed bramą szpitalną było słychać ciągłe krzyki i przekleństwa ze strony matek, żon, córek i siostr, które miały w szpitalu chorych synów, mężów, ojców i braci. Podobne lamenty i narzekania dochodziły od mężczyzn zamkniętych w szpitalu, zwłaszcza ciężko chorych, którzy jęczeli i skarżyli się, że nie mogą pożegnać się przed śmiercią z najbliższymi kobietami. Wielokrotnie dokonywali aktów desperacji. Pragnąc zobaczyć bliskich, uciekali ze szpitala nie w pełni wyleczeni, co odbijało się na ich zdrowiu. Chorzy w lepszym stanie wstawali z łóżek i udawali się do bramy, by rozmawiać z przygodnymi nieraz kobietami. Inni z kolei, zachorowawszy w domu, sami nie chcieli iść do szpitala lub byli zatrzymywani przez rodzinę, gdyż wiedzieli, że nie będą mogli się z nią spotkać. Gdy jednak choroba się nasilała i domowym sposobem nie można było jej uleczyć, dopiero wtedy decydowali się pójść do szpitala, ale w stanie już dużo gorszym, często zagrażającym życiu<sup>175</sup>. W tej sytuacji dekret kardynała Porzii z 23 września 1737 r., zabraniający wchodzenia do szpitala wszystkim kobietom, nawet blisko spokrewnionym z chorymi, został złagodzony rok później przez jego następcę, kardynała Antonio Severio Gentilego, który utrzymał wprawdzie ogólny zakaz, wyłączał jednak z niego rodziny i krewnych pierwszego stopnia, tj. żony, matki, siostry i córki, pod warunkiem okazania zaświadczeń podpisanych i opatrzonych pieczęcią lokalnych proboszczów. W celu zachowania porządku odwiedziny mogły odbywać się rankiem i w czasie dnia na dwie godziny przed posiłkiem chorych<sup>176</sup>.

<sup>174</sup> ASR, nr 905, *Ordini e Decreti della Santa Visita Apostolica. 1737*, s. 3-5; ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata...1737*, s. 33; A. CANEZZA, *Gli Arciospedali* s. 114-115; M. PICCIALUTI, *La carità*, s. 121-122.

<sup>175</sup> ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata...1737*, s. 242-243.

<sup>176</sup> Tamże, s. 244; ASR, nr 67, *Osservazioni fatte sopra le mutationi ... 1750*, s. 2. To samo w: ASR, nr 1301, s. 47.

Złagodzenie rzeczzonego zakazu było wynikiem licznych petycji i próśb pisanych w tej sprawie do najwyższych władz kościelnych. Wystosowały one między innymi pismem suplikę do papieża Klemensa XII (1730-1740), żaląc się, że przełożeni szpitala samowolnie bez jego rozporządzenia zakazali żonom, matkom i siostrze odwiedzać swoich najbliższych. W imieniu społeczeństwa rzymskiego błagali głowę Stolicy Apostolskiej o umożliwienie im spotkań z rodziną w szpitalu przynajmniej dwa razy w tygodniu, za pisemną rekomendacją proboszczów. Argumentowali swoją prośbę przesłankami religijnymi i odwiecznym zwyczajem, że każda matka mogła i powinna widzieć swojego syna, a żona męża. Autorem supliki, jak świadczy zamieszczony pod nią podpis, był „lud miasta Rzymu”<sup>177</sup>. Apel nie odniósł większego skutku, jako że w 1740 r. kardynał Lanfredini po raz wtóry zabronił kobietom wchodzić do szpitala ani nawet wystawać przed portiernią. Zakaz rozmowy z kobietami dotyczył również personelu szpitalnego<sup>178</sup>.

W tym czasie występowało inne gorszące zjawisko, powodujące bałagan i niekiedy zgorzenie. Wskutek likwidacji stanowiska portiera dyżurującego w bramie szpitalnej wchodził do niego włóczędzy, którzy kradli rzeczy, także należące do chorych. Ci ostatni wysyłali ich też do kupowania owoców, produktów mlecznych, wędlin i innych rzeczy szkodliwych dla zdrowia. Wielu chorych w szatach szpitalnych wychodziło na ulice, na dziedziniec komendantów i kanoników, a nawet w przyszpitalne rewiry. Pacjenci rozmawiali tam nie tylko z krewnymi kobietami, ale i spoza rodziny, także z kobietami publicznymi, co powodowało skandale. Kardynał Gentili, wydając dekret łagodzący zakaz odwiedzin szpitala, nakazał natychmiast na nowo przyjąć portiera, który miał wpuszczać kobiety tylko za okazaniem zaświadczenia, pilnować grafiku odwiedzin, nie pozwalając wchodzić włóczędgom kupującym artykuły żywnościowe dla chorych, tych ostatnich zaś nie wypuszczać poza dozwolony dla nich obręb<sup>179</sup>. Niekiedy sam personel ułatwiał kobietom wejście do szpitala, pomimo że nie posiadały odpowiednich zaświadczeń o hospitalizacji swoich bliskich; wskazywał im sposób i drogę umożliwiającą osiągnięcie tego efektu<sup>180</sup>. Okazuje się, że obawy władz szpitalnych i wydawane zakazy nie były bezzasadne, gdyż o każdej godzinie, szczególnie w czasie, gdy były poprawiane łóżka, chorzy wychodzili na zewnątrz, wpuszczano wiele kobiet, wśród których często były prostytutki<sup>181</sup>.

<sup>177</sup> ASR, nr 3092, Rękopis zaczynający się od słów: *Beatissimo Padre. Il Popolo della Città Roma.*

<sup>178</sup> ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata...* 1737, s. 103.

<sup>179</sup> Tamże, s. 245-246.

<sup>180</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 32, 150.

<sup>181</sup> ASR, nr 3092, *Disordini, che sono.*

Zakazy odwiedzania chorych w szpitalu wspominają najczęściej o kobietach. Zważywszy, że była to placówka nastawiona wyłącznie na leczenie mężczyzn, to kobiety związane z nimi relacjami rodzinnymi z natury stanowiły grupę osób najbardziej rządzonych odwiedzin swoich bliskich. Regulamin z 1750 r. nadal zabraniał wchodzenia do szpitala kobietom pod jakimkolwiek pretekstem lub rekomendacją, chyba że za okazaniem dokumentu poświadczającego, iż są matkami, córkami, żonami lub siostrami chorego. Wtedy za pozwoleniem przełożonego infirmerii mogły przebywać u swych bliskich w szpitalu rano i po południu, ale tylko do sygnału wzywającego chorych na posiłek. Takie zaświadczenie nie uprawniało do odwiedzin osób przebywających w szpitaliku dla chorych na gruźlicę. Takie pozwolenie mógł wydać jedynie osobiście komendant<sup>182</sup>. Chodziło najprawdopodobniej o zapobieżenie możliwości zarażenia się. W 1753 r. kardynał Neri Corsini podtrzymał wcześniejsze rozporządzenie, które uniemożliwiała kobietom przychodzenie do gorączkujących chorych na świerzb, chyba że łączyło je z nimi pokrewieństwo pierwszego stopnia, poświadczone przez proboszczów<sup>183</sup>.

Zabranianie i ograniczanie wstępu do szpitala osób z zewnątrz miało zapewnić pacjentom spokój i bezpieczeństwo, a także godną atmosferę odbywania praktyk religijnych. Do szpitala przychodzili nie tylko krewni w celu odwiedzin, ale też w różnych interesach ludzie obcy i postronni. W 1679 r. komendant zakazał wchodzenia rano do szpitala Żydom i innym osobom po odbiór tobołków należącymi do chorych, gdyż przechodząc ciągle przed ołtarzem zakłócali odprawianie Mszy św.<sup>184</sup>

---

<sup>182</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 32. 243.

<sup>183</sup> ASR, nr 1410, *Alcuni regolamenti*.

<sup>184</sup> ASR, nr 1409, *Decreti di Visita ... 1679 ... Acciaioli*, s. 64. Chodziło w tym wypadku o zabranie rzeczy pozostałych po zmarłych pensjonariuszach, które szpital spieniężał.

## Rozdział IX

### ŻYCIE RELIGIJNE I SAKRAMENTALNE

Zarówno w średniowieczu, jak i w okresie potrydenckim szpitale jako instytucje pozostające z reguły pod zarządem kościelnym były miejscem, w którym szczególnie troszczono się o życie religijne podopiecznych. Zgodnie z nauką Kościoła z jednakową troską dbano o fizyczne wyleczenie chorego, jak i o zbawienie jego duszy. Tego typu filozofię ze szczególną gorliwością starano się stosować w szpitalach prowadzonych i zarządzanych przez zakony. Tak też było w rzymskim Szpitalu Świętego Ducha, w którym życie religijne i duchowe jego pensjonariuszy było kształtowane przez rezydujących tam na stałe duchackich zakonników i zakonnice, często wspomaganymi przez kapłanów z innych zakonów. Do rozwijania szczególnej gorliwości religijnej podopiecznych obligowały szpital jego bezpośrednie związki ze Stolicą Apostolską. Jako szpital papieski i największa placówka charytatywna w ówczesnym świecie chrześcijańskim stanowił on wzorzec dla pozostałych instytucji szpitalnych również w sferze kształtowania i organizacji życia religijnego. Ponieważ troska o ich życie religijne pensjonariuszy była wtedy zadaniem priorytetowym i absolutnie nadrzędnym, konieczne było utrzymywanie w szpitalu odpowiedniej liczby kapłanów.

Dnia 23 grudnia 1623 r. duchacki brat Domenico Borgarucci, sekretarz i archiwista zakonu Świętego Ducha, formułując regulamin normujący sposób sprawowania rządów nad szpitalem przez duchaków, zaapelował, aby przybywających codziennie do szpitala chorych oraz podrzutki otaczać ze wszystkich sił na równi opieką duchową, jak i medyczną, a więc leczyć zarówno ich ciała, jak i dusze<sup>1</sup>. W trosce o duszę chorych wydano w 1758 r. dekret informujący, że wszystkie wysiłki szpitala są nakierowane na jeden tylko cel: „aby *poveri infermi* byli z całą sztuką leżeni na ciele i na duszy, albowiem spośród tych dwu trosk i posług, ważniejsza i bardziej pewna miała być ta druga, ponieważ zapewnia wieczne zbawienie duszy”<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> M. SURDACKI, *Dzieci porzucone*, s. 291-292.

<sup>2</sup> ASR, nr 61, *Giornale. Memorie delle cose ... 1759*, s. 31-32.



## I. SPOWIEDNICY I POLECAJĄCY DUSZE

Praktyczna troska o życie duchowe chorych i dopełnienie przez nich sakramentów świętych należała głównie do dyżurujących na zmianę spowiedników, a także do tzw. protektorów polecających duszę umierających Bogu (*raccomandatori dell'anime*, rekomendatorów)<sup>3</sup>. W 1679 r. kardynał Acciaiuoli informował, że wszyscy oni zawsze byli zakonnikami Świętego Ducha. Tak wśród pierwszych, jak i drugich jeden musiał znać języki obce, w tym zaalpejskie, które umożliwiały przeprowadzenie spowiedzi i komunikację z cudzoziemcami<sup>4</sup>. W 1664 r. licencję do słuchania chorych w języku galijskim uzyskał francuski kapłan Jean Goubaud, natomiast wizytujący szpital w 1696 r. kardynał Pier Matteo Petrucci (1636-1701) nakazał znaleźć spowiednika dla Niemców oraz Flamandów<sup>5</sup>. W późniejszych czasach, zwłaszcza w XVIII w., funkcję spowiednika, jak i polecających duszę, często pełnili kapłani innych parafii i klasztorów rzymskich, głównie kapucyni.

Liczba wymienionych duchownych zmieniała się w zależności od potrzeb, zwiększała się na ogół latem wraz ze stałym w tym okresie wzrostem skali zachorowań i tym samym nasilenia umieralności w szpitalu. Gdy chodzi o spowiedników, to w 1658 r. było ich dwóch, „rekomendatorów” zaś czterech<sup>6</sup>. Dwóch spowiedników w szpitalu odnotowano w trakcie wizytacji z 1737 r. wobec sześciu kapłanów polecających dusze, w tym czterech zwyczajnych i dwóch nadliczbowych (*sopranumerari*)<sup>7</sup>. Sytuacja zmieniła się już w 1744 r. kiedy dwóch spowiedników i czterech rekomendatorów nie było w stanie podołać swoim obowiązkom. Ci ostatni, przydzieleni po jednym na każdą z czterech gwardii dyżurujących w czterech oddzielnych oddziałach, nie nadawali z pomocą sakramentalną umierającym. Gdy w tym samym czasie w danym oddziale kilku na raz chorych potrzebowało ostatniej posługi duchowej, nie miał im kto jej udzielić, wskutek czego niektórzy umierali bez asysty kapłanów. W tej sytuacji wyznaczono trzech innych duchowych – dwóch do pomocy polecającym dusze i jednego, który miał wspierać spowiedników i zakrystiana. Chcąc zaspokoić potrzeby religijne chorych, zarówno miejscowym kanonikom (duchakom), asystującym przy umierających, jak i nowym kapłanom przyznano prawo słuchania spowiedzi, zwłaszcza w nocy. Zastrzeżono też, że w przypadku zwiększenia zachorowań na gripę, można będzie przyjąć jeszcze czterech kapucynów z ze-

<sup>3</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 50, 56.

<sup>4</sup> ASR, nr 1409, *Decreti di Visita ... Acciaiuoli ... 1679*, w: MSVD, s. 63; ASR, nr 1296, *Atti della Visita ... Acciaiuoli ... 1679*, s. 29.

<sup>5</sup> ASR, nr 1049, *Licenza di udire le confessioni*, s. 56; ASR, nr 1409, *Atti della Visita ... Petrucci ... 1696*, s. 81.

<sup>6</sup> ASR, nr 27, *Ospedale di Santo Spirito ... 1658*.

<sup>7</sup> ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata ... 1737*

wnątrz, jak uczyniono to w poprzednim roku<sup>8</sup>. W 1747 r. w szpitalu przebywało aż czterech nadliczbowych księży polecających dusze, tymczasem liczba chorych wyraźnie się zmniejszyła, w wyniku czego mniej osób umierało. Skłoniło to przełożonego generalnego szpitala (komendatora) do zwolnienia dwóch z nich, wyznaczonych do dyżurów nocnych, tym bardziej że nie mając zajęcia, przespali w łóżku całą noc. Zapowiedział też, że mogą być przywróceny do służby na wypadek epidemii grypy, gdy zaczną umierać pięć, sześć osób dziennie<sup>9</sup>. Również w 1759 r. spowiedników szpitalnych było tylko dwóch, wobec ośmiu polecających duszę<sup>10</sup>. W 1652 i 1679 r. latem było przynajmniej czterech spowiadających, lecz liczba ta ulegała zmianom. W razie potrzeby spowiednikom pomagali księża rekomendujący duszę, mający również prawo udzielania rozgrzeszenia<sup>11</sup>.

Przeciętnie, w spokojnych czasach, w szpitalu przebywało od około 6 do 10 kapłanów – spowiedników i asystujących przy śmierci. W stosunku do XVII w. ich liczba w następnym stuleciu była nieco wyższa. Zwracają uwagę dysproporcje ilościowe między oboma grupami duchownych. Zawsze dwu-, trzykrotnie więcej było kapłanów polecających duszę, ale nie zawsze mieli oni uprawnienia do słuchania i rozgrzeszania penitentów szpitalnych. Liczna obecność *raccomandatori dell'anime* była charakterystyczna dla Szpitala Świętego Ducha, w którym ze względu na wielką liczbę chorych, niespotykaną w innych szpitalach rzymskich<sup>12</sup>, i spory odsetek (50-70%) śmiertelności w oddziałach chorych na gruźlicę i szkorbut<sup>13</sup> zaspokojenie potrzeby ostatniej posługi sakramentalnej i asystowania przy śmierci stawało się najważniejszą z potrzeb. Dla porównania w szpitalu SS. *Salvatore a S. Giovanni* podczas wizytacji w 1727 r. przebywało dwóch *confessori ordinari*. Ponadto było ośmiu *cappellani confessori* – czterech w szpitalu dla mężczyzn i czterech w szpitalu dla kobiet<sup>14</sup>. W porównaniu ze Szpitalem Świętego Ducha, w którym zawsze przebywało najwięcej chorych, była to liczba wysoka. Akta wizytacji nie wymieniają natomiast

<sup>8</sup> ASR; nr 1301, *Relazione fatta da Ferrini ...*

<sup>9</sup> ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata...1737*, s. 381.

<sup>10</sup> ASR, nr 3092, *Istruzione per il Direttore ...*

<sup>11</sup> ASR, nr 3, *Ordini da osservarsi nell'Hospitale ... 1652*, s. 88; ASR, nr 1409, *Decreti di Visita ... Acciajoli 1679*, s. 63-64.

<sup>12</sup> Por. A. CANEZZA, *Gli Arciospedali di Roma nella vita cittadina nella storia e nell'arte*, Roma 1933, s. 66.

<sup>13</sup> Na przykład w 1803 r. w szpitalu było 262 chorych na gruźlicę, z których 242 zmarło (92,4%), a z 600 chorych na szkorbut 386 nie przeżyło (64,3%). ASR, nr 1414, *Ristretto Generale di tutti gli Infermi, Proietti, e Famiglia ... MDCCCIII ...*. Podobną śmiertelność stwierdzono również w latach poprzednich.

<sup>13</sup> M. PICCIALUTI, *La carità come metodo di governo. Istituzioni caritative a Roma dal pontificato di Innocenzo XII a quello di Benedetto XIV*, Torino 1994, s. 103.

<sup>14</sup> Tamże, s. 98-99, 103.

żadnego *raccomandatore dell'amima*. Może to oznaczać, że takie stanowisko było tylko w szpitalu nad Tybrem, a w szpitalu laterańskim funkcję kapłanów asystujących przy śmierci pełnili niektórzy kapelani spowiednicy. Tylko dwóch spowiedników można było spotkać w końcu XVI w. W szpitalu S. *Giacomo degl'Incurabili*. Również i tam nie było żadnego kapłana polecającego duszę<sup>15</sup>.

W 1740 r. wizytator Leandro Porzia przekonywał kanoników Świętego Ducha, „aby byli wytrwali i wzorowi w wypełnianiu obowiązków religijnych oraz uczestniczyli w posłudze charytatywnej dla dobra duszy i ciała chorych w szpitalu”. Stwierdził bowiem, że włączyli się po Rzymie i powracali do szpitala nocą, zapominając o złożonych trzech ślubach, nie mówiąc o czwartym – służby chorym. Z tego właśnie powodu kardynał Porzia ustanowił funkcję *raccomandatori delle anime* do pomocy duchowej chorym pacjentom<sup>16</sup>. Z tej informacji może wynikać, że funkcję polecających duszę Bogu pełnili dawniej sami kanonicy, a dopiero później funkcję tę przejęli inni kapłani.

W latach 20. XVIII wieku czuło się jeszcze atmosferę szpitala zarządzanego według rytmu i zwyczajów dawnych reguł brackich. Ciągłe odwoływanie się do najstarszych statutów łączyło przeszłość z teraźniejszością w zakresie pomocy duchowej chorym. „Skrupulatne nakazy spowiedzi i praktyki pobożne niezmiennie prowadzą do powtarzającego się rytuału śmierci, ujawniającego ostateczny cel szpitala. Organizacja szpitala SS. *Salvatore* dla gorączkujących zdaje się znacznie bardziej przygotowywać do śmierci niż do wyzdrowienia [...]. szpital jest nadal miejscem, gdzie są przyjmowani pacjenci ciężko chorzy, gdy nie ma już dla nich nadziei”. Dopiero w drugiej połowie XVIII w. odnotowuje się powolne zmiany w podstawowych funkcjach szpitali rzymskich: „[...] przejście od hospitalizacji ciężko chorych, umierających, nieuleczalnych, do miejsca w leczenia chorych, również specjalistycznego”<sup>17</sup>.

Według regulaminu z 1654 r., normującego powinności osób duchownych i personelu świeckiego pracującego w Szpitalu Świętego Ducha, głównym obowiązkiem spowiedników było udzielanie sakramentu pojednania pensjonariuszom szpitalnym, zwłaszcza nowo przybyłym, a w sytuacji zagrożenia życia udzielenie im wiatyku i ostatniego namaszczenia na każde wezwanie dyżurnych. Do zadań „konfesorów” należało uczestniczenie w grzebaniu zmarłych na cmentarzu lub w kościele. Pod żadnym pozorem nie mogli opuszczać szpitala bez odpowiedniej zgody lub załatwienia zastępcy. W dniach swoich dyżurów byli

<sup>15</sup> M. VANTI, *S. Giacomo degli Incurabili di Roma nel Cinquecento (Dalle Campagne del Divino Amore a S. Camillo de Lellis)*, Roma 1938, s. 35.

<sup>16</sup> M. PICCIALUTI, *La carità*, s. 121-122.

<sup>17</sup> Cyt. za: M. PICCIALUTI, *La carità*, s. 99-100. Por. H. GROSS, *Roma nel Settecento*, Roma 1990, s. 236.

zobowiązani odprawiać Msze św. i udzielać pensjonariuszom Komunii św., a przed obiadem i kolacją pobłogosławić posiłek i recytować przed ołtarzem szpitala Litanię do Wszystkich Świętych z modlitwą – oracją Świętego Sakramentu za chorych; w soboty i święta maryjne przed ołtarzem w małym szpitalu odmawiać Litanię do Matki Boskiej, a w oktawę Zielonych Świąt śpiewać hymn do Ducha Świętego *Veni Creator*. Po jedzeniu i uprzątnięciu stołów rankiem i wieczorem śpiewali, razem z kapłanami polecającymi duszę, Antyfonę do Matki Boskiej i odmawiali przewidziane na dany czas modlitwy. Mieli też uczestniczyć w solennych procesjach i mszach szpitalnych odprawianych w dniu św. Kosmy i Damiana i w dzień Wszystkich Świętych. Wiele obowiązków duszpasterskich ciążyło na spowiednikach w okresie Wielkiego Postu. W Środę Popielcową dwóch z nich uczestniczyło w akcie posypywania chorym głów popiołem, później święciło palmy, w Wielką Środę przeprowadzało spowiedź generalną dla wszystkich chorych. W każdą niedzielę święcili wodę i przynosili ją do wszystkich łóżek, kropiąc chorych i odmawiając przy tym *Miserere*, antyfonę i *Asperge*. W poświęconą wodę zaopatrywali w Wielką Sobotę wszystkie agendy, sale i pomieszczenia szpitalne. W dzień św. Filipa i św. Kamila de Lellis przynosili chorym do ucałowania relikwie tych świętych. Razem we dwóch na zmianę byli zobowiązani odprawić 365 Mszy św. w ciągu roku, w tym połowę za dobroczyńców szpitala, pozostałe zaś za chorych i zmarłych pensjonariuszy<sup>18</sup>.

Nie mniej ważną rolę odgrywali *raccomandatori dell'anime*. Ich posługa miała wymiar nie tylko religijny, ale też ludzko-psychologiczny dla pensjonariuszy będących u kresu życia. W związku z tym, że – jak częstokroć powtarzano – błogosławiona lub nieszczęśliwa wieczność, zależała od postawy umierającego i samego momentu śmierci, to na tych kapłanach spoczywała wielka odpowiedzialność za przyszłe losy i zbawienie odchodzących z doczesnego świata hospitalizowanych. Dlatego byli zobowiązani z największą starannością i cierpliwością asystować znajdującym się w agonii, pocieszać słowem i uspokajać, wspomagać modlitwami, dawać wsparcie, pokrzepienie, tłumaczyć sens śmierci oraz czytać fragmenty tekstów z pobożnych ksiąg, Pisma Świętego, tekstów Ojców Kościoła. Mieli również udzielać konającym sakramentu ostatniego namaszczenia olejami świętymi. Winni być w stałej gotowości, by wezwani przez obsługę mogli natychmiast przybyć do konającego i polecić dusze Bogu, jak nakazywał rytuał kościelny. Przed udaniem się na spoczynek, duchowny udzielał na noc będącym w agonii ostatniego namaszczenia. Gdy pacjent zakończył życie, asystujący przy śmierci, wzywał kierownika dyżurnej gwardii, który w jego obecności rozbierał zmarłego i przygotowywał go do pochówku. Jeśli zmarły był

<sup>18</sup> ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi ... Cortellini. 1654*, s. 15-20; ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 54.

chowany w kościele, zakonnik rekomendujący dusze towarzyszył spowiednikowi w obrzędzie pogrzebowym. Ci duchowni, podobnie jak spowiednicy, byli zobowiązani odprawiać codziennie Msze św., na zmianę każdy w swoim tygodniu, tak by ich liczba wyniosła w sumie 365 w ciągu roku, z tym że w niedziele Msze celebrowali w oddziale szpitalnym dla szlachetnie urodzonych – *Spedale de' Nobili*. Ci, którzy nie sprawowali dyżuru w aktualnej gwardii siadali do stołu w pierwszej turze, by pobłogosławić posiłek i złożyć za niego dziękczynienie, umożliwiając tym samym płynną zmianę służby z tymi, którzy wcześniej na niej byli. Ponadto razem ze spowiednikami winni uświetniać obrzędy i uczestniczyć w nabożeństwach śpiewanych we wszystkie niedziele i inne święta obowiązkowe dni roboczych oraz Wielkiego Postu, Ponadto jeden z nich w Wielki Czwartek chodził do bazyliki św. Piotra asystować w poświęceniu olejów świętych i miał je dostarczyć do szpitala<sup>19</sup>.

Pośród praktyk religijnych, oprócz przyjmowania sakramentów świętych, ważnym aktem dla wiernych była Msza św., w której ze względu na stan zdrowia nie wszyscy chorzy w szpitalu mogli uczestniczyć bezpośrednio i aktywnie. Aby ułatwić im do niej dostęp, przynajmniej z łóżek, odprawiali ją najczęściej spowiednicy przed ołtarzem usytuowanym pośrodku głównej sali szpitalnej – *Corsia grande*. Według regulaminu z 1751 r. odbywała się ona w czasie wolnym od wizyt lekarskich, posiłków oraz przesuwania i naprawiania łóżek<sup>20</sup>.

W 1778 r. chorzy na gruźlicę ze szpitalika S. *Giacinto* skarżyli się, że nie odbywają się u nich Msze św. nie tylko na tygodniu, ale niekiedy także w dni świąteczne. W tej sytuacji przełożony generalny szpitala Domenico Sampieri nakazał, aby któryś z dwu spowiedników, niepełniący aktualnie dyżuru w wielkim szpitalu, po udzieleniu tamtejszym chorym Komunii św., udawał się do szpitalika S. *Giacinto* w celu celebrowania Mszy św. Gdyby jednak w wypadku śmierci jakiegoś pacjenta musiał w tym czasie celebrować śpiewaną Mszę żałobną w kaplicy szpitalnej, wtedy w odprawianiu Mszy u chorych na gruźlicę powinien go zastąpić zakrystian. Przyczyną unikania sprawowania Mszy św. w szpitaliku był lęk przed zarażeniem używanych tam od dawna paramentów, czyli szat liturgicznych, dlatego odtąd postanowiono używać tylko nowych, które po odprawionych obrzędach liturgicznych miały być zamykane w specjalnym, wykonanym na ten cel kredensie<sup>21</sup>.

<sup>19</sup> ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi ... Cortellini*. 1654, s. 21–25; ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi nell'Arcispedale ...* 1654, s. 12-15.

<sup>20</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 51.

<sup>21</sup> ASR, nr 160, *Decreto di Monsig. Commendatore per lo Spedale di S. Giacinto*, s. 220; ASR, nr 1409, *Decreto per L'Ospedale di S. Giacinto, Domenico Sampieri Commendatore*, s. 283-284.

## 2. SPOWIEDŹ

Zgodnie z bardzo dawną zasadą i zwyczajem chory po przybyciu do szpitala i przejściu wstępnych badań lekarskich był zobowiązany wypowiadać się u jednego z dyżurujących spowiedników, a następnego dnia rano przyjąć Komunię św.<sup>22</sup> Była to ogólna strategia postępowania w szpitalach okresu po trydenckiego. W XVI w. przy przyjęciu chorego do *Ospedale S. Giacomo degl'Incurabili di Roma* proszono chorego o zaświadczenie o odbyciu spowiedzi i przyjęciu Komunii św.<sup>23</sup> Identycznie było w Szpitalu Świętego Ducha. W regulaminie z 1751 r. zapisano, że jeśli nowy pacjent nie posiada przy sobie pisemnego dokumentu od proboszcza lub innego spowiednika o niedawnym dopełnieniu sakramentu pokuty, to musi tego dokonać tuż przed położeniem się do łóżka w sali szpitalnej<sup>24</sup>.

Nakaz obowiązkowej spowiedzi w szpitalu i zasada równowagi między zdrowiem duszy a zdrowiem ciała, dotyczyły również chorych leczonych w ich prywatnych domach. W edykcie opublikowanym w 1742 r. kardynał Guadagni (1674-1759) zwrócił się do lekarzy: „Po zauważeniu niedomagania i poleceniu choremu, co dotyczy zdrowia ciała, napominaj go, aby przygotował się do dobrej spowiedzi, która jest pewnym lekarstwem duszy”. Jego zdaniem księża parafialni i lekarze działają wobec chorych w całkowitej harmonii, dlatego, „jeśli chory, pomimo upomnień proboszcza, zaniedbuje rzeczoną spowiedź, to ten sam proboszcz musi poinformować o tym lekarza, aby dał do zrozumienia choremu, że nie złoży mu kolejnej wizyty, jeśli nie dopełni warunku spowiedzi<sup>25</sup>. Nie zawsze było jednak możliwe spełnienie tego warunku, zwłaszcza w wypadku cudzoziemców, którzy nie znali języka włoskiego, a w danym momencie nie było spowiedników znających ich narodowe języki<sup>26</sup>.

Procedura udzielania spowiedzi i innych sakramentów miała charakter uniwersalny i obowiązywała wszystkie szpitale rzymskie. Normowały ją odnawiane ciągle edykty papieskie. Najbardziej szczegółowy wydał w 1742 r. Benedykt XIV, który nie tylko wiele uwagi poświęcił sposobom przeprowadzania spowiedzi, ale przede wszystkim samym spowiednikom, zarówno przypisanym na stałe do danego szpitala, jak też diecezjalnym i zakonnym, przybywającym do pomocy ze swoich parafii czy konwentów. Oprócz głównego obowiązku, to jest słuchania

---

<sup>22</sup> ASR, nr 3092, *Istruzione per il Direttore*; BAV, Barberino Latino 10683, cap. II. *Relatione del modo, che si tiene ... Domenico Borgarucci*, s. 2-29v.

<sup>23</sup> M. Vanti, *S. Giacomo degli Incurabili*, s. 50.

<sup>24</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 51.

<sup>25</sup> ASR, nr 79, *Editto per i medici ... 1742*, s. 202. Por. M. Piccialuti, *La carità*, s. 201-202.

<sup>26</sup> Takie sytuacje zauważono np. w czasie wizytacji w 1574 r.. M. Vanti, *Un umanista del Cinquecento in funzione di riformatore, Bernardino Cirillo commendatore e maestro generale dell' Ordine di S. Spirito (1556-1576)*, Roma 1936, s. 153.



spowiedzi, byli zobowiązani do nauczania tajemnic wiary, świętej odmawiania według drukowanych instrukcji aktów wiary, nadziei i miłości oraz innych potrzebnych dla zdrowia duszy, nie zapominając przy tym o miłosierdziu odnośnie do potrzeb cielesnych chorych. Gdy chodziło o spowiedników zwyczajnych (miejscowych), to pod pretekstem czekania na zakonników z zewnątrz nie mogli odmówić spowiadania chorych oraz wykonywania innych dzieł miłosierdzia, do których byli zobowiązani swoim urzędem<sup>27</sup>.

W Szpitalu Świętego Ducha, według regulaminu z 1759 r., dopełnienia sakramentu pojednania miał dopilnować dyżurny spowiednik, który chodząc rano i po obiedzie po oddziałach i kierując się listą chorych dopiero co przyjętych do szpitala sporządzoną przez kierownika dyżuru, umawiał ich do spowiedzi. Zdarzało się, że z powodu zbyt dużej liczby nowo przybyłych lub złego samopoczucia, nie wszystkim dało się wypowiadać jeszcze tego samego dnia. By usprawnić dalsze postępowanie, jeden z przełożonych kanoników odnotowywał osoby niewyspowiadane i czekające na dopełnienie tej powinności w następnych dniach u dyżurnych spowiedników lub jednego z zakonników przychodzących codziennie z zewnątrz do szpitala<sup>28</sup>.

Niektórych jednak nie można było rozgrzeszyć, toteż wydano regulamin, który zabraniał spowiednikom udzielać abszolucji w sytuacjach wątpliwych, z powodu złej dyspozycji zdrowotnej lub innych przyczyn, zwłaszcza gdy penitenci nie byli w stanie zagrożenia życia. Gdy spowiednik nie mógł ich dopuścić do spowiedzi i rozgrzeszyć, niektórzy wymyślali różne preteksty, aby przystąpić do Komunii św. Zarządzono więc, by zakrystian, obchodzący wieczorem i rankiem sale szpitalne, pytał, czy chcą i czy mogą przyjąć Komunię św., pozostawiając im pełną swobodę decyzji, a następnie przekazał dyrektorowi (odpowiedzialnemu za życie religijne chorych) informacje o niedopuszczonych do tego sakramentu. Ten odnotowywał ich w tajnej księdze i powierzał opiece duchowej innym księżom, którzy przybywali na całodzienną służbę do szpitala. Uznano za niewskazane ponowne oddawanie tych osób w opiekę spowiedników, od których nie uzyskali wcześniej abszolucji, ponieważ sądzono, że osoby te wymagają „bardziej kochającej i majestatycznej ręki potrzebnej do uzdrowienia”. Po rozgrzeszeniu „trudnych” penitentów, księża powiadamiali dyrektora, który zapisawszy ten fakt w sekretnej księdze, polecał zakrystianowi udzielić im następnego dnia sakramentu Eucharystii lub wiatyku, jeśli byli w stanie zagrażającym życiu<sup>29</sup>.

<sup>27</sup> ASR, nr 7, *Editto da osservarsi, ... in Roma MDCCXLII*.

<sup>28</sup> ASR, nr 3092, *Istruzione per il Direttore*.

<sup>29</sup> Tamże.

Z powyższego wynika, że w szpitalu działały dwie grupy spowiedników. Pierwszą stanowili miejscowi spowiednicy dyżurni, członkowie zakonu Świętego Ducha, spowiadający masowo nowo przybyłych pacjentów, często w pośpiechu z uwagi na zły stan zdrowia penitentów. Do drugiej grupy zaliczano spowiedników przybywających z zewnątrz, kapłanów świeckich lub zakonników z innych zgromadzeń, cierpliwych, wyrozumiałych, wnikliwych i pełnych żarliwego miłosierdzia i bardziej wyspecjalizowanych w udzielaniu tego sakramentu, którym powierzano przypadki szczególnie trudne, jakich nie byli w stanie rozwiązać dyżurujący spowiednicy. Gdy po dopełnieniu pierwszej spowiedzi pacjent przeżył i dłużej pozostawał w szpitalu, następną spowiedź miał odbyć już u jednego z księży dochodzących, by mógł wyspowiadać się bardziej gruntownie i wnikliwie. Władzom szpitala bardzo zależało na regularnych wizytach tej drugiej grupy spowiedników, gdyż – jak twierdzono – od ich misji zależał ostateczny los chorych pensjonariuszy<sup>30</sup>.

Pomoc duszpasterska dla chorych w Szpitalu Świętego Ducha ze strony zakonów zewnętrznych była przeogromna. Świadczyli ją przedstawiciele blisko trzydziestu zgromadzeń zakonnych z konwentów, klasztorów i eremów w Rzymie, z reguły usytuowanych w pobliżu szpitala. Ich służba była skoncentrowana na dwóch zadaniach: spowiadaniu chorych i nauczaniu ich podstaw wiary chrześcijańskiej. Pracowali według ściśle ustalonego wcześniej grafika miesięcznego, według którego w każdym kolejnym dniu miesiąca na dyżur do szpitala przybywali kapłani z konkretnego zakonu. Na przykład pierwszego dnia miesiąca ojcowie karmelici *della Traspontina*, drugiego – ojcowie pijarzy *in Borgo*, piątego – ojcowie teatyni, a 31 dnia, czyli kończyli miesiąc, ojcowie jezuici *Pentenzieri di S. Pietro* (wszyscy z placówek zlokalizowanych tuż przy szpitalu). Oprócz wymienionych w konkretne dni tygodnia do szpitala przychodzili, pijarzy, teatyni, karmelici boski, kanonicy laterańscy, karmelici, trynitarze, dominikanie, misjonarze, augustianie, kapucyni, ojcowie mniejsi reformaci, ojcowie mniejsi konwentalni, barnabici, hieronimicy, księża diecezjalni z *Colegio di Ponte Sisto*<sup>31</sup>. Ustalony harmonogram obowiązywał przez cały rok. Z dwoma, trzema wyjątkami w ciągu całego dnia dyżur pełnili członkowie jednego zgromadzenia czy zakonu. Dwunastego dnia miesiąca rano w szpitalu obecni byli eremici-kameduli oraz trynitarze boski, po południu dominikanie, natomiast 31 dnia miesiąca rano dyżurowali *Padri Pii Operari*, po obiedzie zaś ojcowie mniejsi konwentalni. Bywały i szcze-

<sup>30</sup> Tamże.

<sup>31</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 27-29. Ponadto do szpitala w poszczególne dni miesiąca przybywali jeszcze *padri del Beato Pietro da Pisa in S. Onofrio*, *padri Ministri degl'Infermi*, *padri Eremiti Cameldoliensi*, *padri Cassinensi in S. Calisto*, *padri Serviti in S. Marcello*, *padri Pii Operari alla Longara*, *padri di s. Giovanni dei Fiorentini*, *eremiti di Santa Maria delle Grazie di Porta Angelica*. Tak wedle reguł opublikowanych w 1751 r., lecz w większości pochodzących z 1654 r.

gólne wypadki, mianowicie raz w tygodniu kapłan z francuskiego Stowarzyszenia św. Ludwika (*Comunità S. Luigi dei Francesi*) przychodził do szpitala, aby katechizować i spowiadać swoich krajanów, z kolei eremici *di Santa Maria delle Grazie* wraz ze swoim kapelanem asystowali chorym we wszystkie święta obowiązkowe<sup>32</sup>.

Wielka troska, z jaką podchodzono do obowiązku odbycia spowiedzi tuż po przekroczeniu progów szpitalnych, prowadziła nieraz do wypaczenia i profanacji tego sakramentu. Gorzkie słowa na ten temat wyraził na początku XVII w. jeden z kamilanów, posługujący wraz z Kamilem De Lellis w Szpitalu Świętego Ducha: „Było rzeczą zwyczajną, że natychmiast po przybyciu do szpitala chorzy, trzęsący się z zimna lub rozpaleni gorączką, bez żadnego przygotowania byli zmuszani do wysповідania się: nie wyznając przez to większą część swoich grzechów, umierali potem w tak godnym pożałowania stanie”<sup>33</sup>.

Wizytujący szpital w 1679 r. kardynał Acciaiola pisał, że chorych przybywających do tej placówki, w zależności od stanu zdrowia, spowiada się przed położeniem do łóżka bądź kładzie się ich najpierw do niego, by mogli przygotować się do sakramentu pokuty<sup>34</sup>. Wybór najbardziej odpowiedniego momentu i okoliczności do odbycia spowiedzi przez chorych dopiero co przybyłych do szpitala był sprawą kontrowersyjną. Toteż stanowisko władz szpitala w tej kwestii ciągle się zmieniało, nie można było wybrać uniwersalnego dla wszystkich chorych rozwiązania. Natychmiastowa spowiedź „z drogi, z biegu” stawała się powierzchowna, z kolei odwlekanie sakramentu pokuty i pojednania w wypadku ciężko chorych, w obliczu grożącej śmierci czy utraty świadomości, mogło skutkować nieodbyciem takiej spowiedzi.

W 1737 r. kardynał Leandro Porzia (1673-1740) złągodził dawniejszą praktykę, która zabraniała kłaść do łóżek nowo przyjętych osób, zanim się nie wyspowiadały, albowiem – jak twierdził – spowiedzi odbywane przez chorych w pośpiechu, przygnębionych podróżą i słabością nie były kompletne. Zarządził więc, aby nowych chorych natychmiast położyć do łóżka, aby odpoczęli, posilili się i pokrzepili, a następnie dopiero nakłonieni i pouczeni przez spowiedników przystąpili do wyznania grzechów. Panował też wcześniej zwyczaj, że chcąc jak najszybciej udzielić Komunii św. ze względu na pobożność lub grożące niebezpieczeństwo, wzywano spowiednika, by jeszcze tego dnia, w którym chory został przyjęty do szpitala, wieczorem wyspowiadał go, a następnego dnia rano udzielono mu Komunii św. Od tej pory, niezależnie od spowiedzi odbytej po-

<sup>32</sup> Tamże, s. 28-29.

<sup>33</sup> L. FIORANI, *Religione e povertà. Il dibattito sul pauperismo a Roma tra Cinque e Seicento*, „Ricerche per la Storia Religiosa di Roma”, 3, 1979, s. 86.

<sup>34</sup> ASR, nr 1409, *Decreti di Visita ... Acciaiola 1679*, s. 64.

przedniego dnia wieczorem, i tak z samego rano przed Komunią św. powinien chorego odwiedzić odpowiedni spowiednik<sup>35</sup>.

Postanowienia powizytacyjne z 1737 r. nie były do końca przestrzegane i sownie wprowadzone w życie, wskutek czego panował w tym względzie spory nieporządek. W 1741 r. wizytator kardynał Severio Gentili (1681-1753) z dezaprobatą informował, że nadal praktykowany jest zwyczaj spowiadania chorych natychmiast po przyjęciu do szpitala, przez co pozbawia się ich możliwości odpoczynku i dokonania świadomego rachunku sumienia. Dotyczyło to zwłaszcza chorych przybywających spoza Rzymu, którzy zmęczeni i „oszołomieni” nie byli w stanie godnie i z refleksją dokonać prawdziwej spowiedzi. Chcąc temu zaradzić, wizytator powtórzył dyspozycje swojego poprzednika i polecił spowiednikom, aby dawali penitentom konieczny czas na przygotowanie się do sakramentu pojednania i wzbudzenie prawdziwego rachunku sumienia. Dlatego należało ich najpierw położyć do łóżka, a dopiero potem przeprowadzić spowiedź, aby w obliczu zagrożenia życia i ciężkiej choroby mogli należycie pojednać się z Bogiem. Wizytator stwierdził również, że rekomendujący duszę nie mieli uprawnień do spowiadania, co szkodziło przede wszystkim umierającym, gdyż właściwi spowiednicy w nocy spali. Zarządził więc przeszkolenie tych zakonników w zakresie spowiedzi i nadanie im prawa słuchania i rozgrzeszania, ażeby w razie potrzeby w każdym momencie byli gotowi posłużyć osobom, których stan zdrowia gwałtownie się pogarszał. Zdaniem kardynała nie powinna się zdarzyć sytuacja, żeby w czasie nocy nie było przynajmniej jednego kapłana gotowego do wyspowiadania osób z zagrożeniem życia<sup>36</sup>.

Problem, jak szybko należy nowego pacjenta wyspowiadać, próbował uregulować w sposób ogólny papież Benedykt XIV, który w edykcie z 1742 r. pisał: „Jeśli nie ma niebezpieczeństwa śmierci, nie należy chorych zaraz po przybyciu zmuszać do spowiedzi, przed umieszczeniem ich w łóżku. Trzeba ich najpierw do niego położyć, aby przez jakiś czas odpoczęli według roztrzonego uznania spowiednika asystenta, który z wielkim miłosierdziem postara się przygotować chorego do dobrej spowiedzi, aby potem godnie i prawdziwie owocnie przyjął tak potrzebny sakrament pokuty<sup>37</sup>. Zdaniem papieża spowiednicy i zwykli kapelani szpitali nie powinni nigdy opuszczać, ani zaniedbywać umierającego, zwłaszcza w porze nocnej, lecz ubrani w komże i stuły, powinni im stale towarzyszyć, wspomagając ich pobożnymi modlitwami według przepisu *Rytuału Rzymskiego*, aby mogli oni osiągnąć „zdrowie wieczne”. Przestrzegał, że wszyscy, którzy w wyniku

<sup>35</sup> ASR, nr 905, *Ordini e Decreti della Santa Visita Apostolica. 1737*, s. 3.

<sup>36</sup> ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata...1737*, s. 105-106, 109.

<sup>37</sup> ASR, nr 7, *Editto da osservarsi ... MDCCXLII*. W tym samym duchu utrzymany był regulamin spowiedzi wydany w 1751 r. Zob. ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 51.

zaniedbania pozwolą chorym umrzeć bez sakramentów, powinni być pozbawieni swoich urzędów oraz poddani innym, jeszcze surowszym karom, stosownie do okoliczności sprawy<sup>38</sup>. Rozporządzenie powyższej treści obowiązywało we wszystkich szpitalach Wiecznego Miasta. Oprócz takich ogólnych zarządzeń były też partykularne, odnoszące się tylko do szpitala duchaków i dla niego wydawane.

W anonimowym osiemnastowiecznym dokumencie zanotowano, że z uwagi na ignorancję, „tylko Bóg jeden wie, od jakiego czasu, niejeden ciężko chory, nie był spowiadany”. Wielu zaś innych penitentów z wysoką gorączką po przybyciu do szpitala, zamiast być najpierw umieszczonym w łóżku, nagle musiało odbywać spowiedź, często upadając w konfesjonale i tym samym pogłębiając chorobę. Dalej autor dokumentu pytał: „Jak to możliwe, że jeden ksiądz może pomóc tak wielkiej liczbie umierających?” Niejako sam sobie odpowiedział, stwierdzając, że wskutek takiej sytuacji, wielu z nich umiera bez pomocy duchownego<sup>39</sup>.

Kontrowersje dotyczące czasu odbywania spowiedzi i przyjmowania Komunii św. dotyczyły głównie nowo przyjętych, ciężko chorych pacjentów, z dużym zagrożeniem życia, w których wypadku długie oczekiwanie na posługę duszpasterską było ryzykowne. Takim sytuacjom sprzyjały okresy epidemii. Do szpitala trafiały jednak także osoby z łagodniejszymi dolegliwościami czy chorobami chronicznymi, które mogły nieco zaczekać ze spełnieniem powinności religijnych, aby nie czynić zamieszczania i chaosu. Według relacji z 1759 r. w porze rannej nie było precyzyjnie ustalonej godziny spowiedzi i Komunii św. dla nowo przybyłych do szpitala chorych. Czyniono to według uznania i wygody zakrystiana i o różnych porach w lecie i zimie, budząc czasami chorych z najgłębszego snu. W reakcji na taki nieporządek przełożony generalny szpitala Giovanni Maria Castelli zarządził, aby sakrament spowiedzi i Komunii św. chorych miał miejsce o stałej godzinie niezależnie od pory roku oraz aby te czynności zakończyć na pół godziny przed dzwonkiem na generalną pobudkę całej „rodziny szpitalnej”<sup>40</sup>.

Według edyktów papieskich spowiednicy zakonni byli zobowiązani dwa razy dziennie przybywać do chorych z posługą spowiedzi oraz nauką zasad wiary świętej. W praktyce na początku lat 40. XVIII w. nie czynili tego, a jeśli przychodzili, to zaniedbywali swoje powinności<sup>41</sup>. Zakonnicy przybywający spowiadać i służyć w szpitalu mieli obowiązek wpisywać się do księgi strzeżonej przez przełożonego szpitala (*priore*). Ten nie miał jednak prawa ich zwolnić, lecz w wypadku gdy byli nieobecni, spóźniali się, wcześniej wychodzili bez pozwolenia lub zaniedbywali obowiązki, byli niedbali, mało zdolni i niezaangażowani w po-

<sup>38</sup> Tamże.

<sup>39</sup> ASR, nr 3092, *Disordini, che sono*

<sup>40</sup> ASR, nr 61, *Giornale di Memorie delle Cose ... 1759*, s. 145.

<sup>41</sup> ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata...1737*, s. 116.

sługę, był zobowiązany poinformować o tym przełożonego generalnego, władnego decydować o ich losie<sup>42</sup>.

### 3. KOMUNIA ŚW.

W życiu religijnym, zwłaszcza sakramentalnym, kulminacyjnym momentem jest Komunia św., będąca z reguły bezpośrednim następstwem aktu spowiedzi. W sposób szczególny troszczono się o przyjęcie sakramentu Eucharystii przez chorych w szpitalu, często była to bowiem ostatnia Komunia w ich życiu. Chodziło o to, by każdy umierający w szpitalu pozostawał w momencie śmierci w stanie łaski uświęcającej. Wielką więc wagę przywiązywano do godnego i świadomego przygotowania się chorych do przyjęcia tego sakramentu, a wcześniej do gruntownej i szczerej spowiedzi. Konstytucje szpitalne bonifratrów z 1587 r. określają sposób odbywania obu sakramentów przez chorych pacjentów i zalecają, aby przyjmowali komunię św. najlepiej na stojąco, o ile pozwoli na to stan ich zdrowia<sup>43</sup>.

W 1759 r. stwierdzono, że od dawna utrzymywany był zwyczaj zobowiązujący chorych do przystępowania do Komunii św. rano następnego dnia, jeśli dzień wcześniej przybyli do szpitala. Dochodziło wielokrotnie do lekceważenia, a nawet profanowania sakramentu Eucharystii, co było skutkiem niewłaściwej, w pośpiechu odbytej spowiedzi nowo przybyłych pacjentów. Niektórzy zmuszani byli do jej przyjmowania, mimo zatwardziałości w grzechu i przyzwyczajenia do zła, nie w pełni rozgrzeszeni i niegodni otrzymania Komunii św. W rezultacie powodowało to lekceważenie sakramentu, „ruinę” duchową chorych, ciężkie zakłopotanie i niepokój sumienia spowiedników. W celu naprawienia i skorygowania takich praktyk wizytator określił zasady właściwej spowiedzi. Otóż po przybyciu do szpitala chory winien nieco odpocząć i dopiero będąc w łóżku, po dokonaniu gorliwego rachunku sumienia, mógł przystąpić do wyznawania grzechów przed dyżurnym spowiednikiem. Po spowiedzi był zobowiązany poinformować księdza zakrystiana, który przybywszy do niego, winien zapytać, czy chce odłożyć Komunię św. na późniejszy termin, np. do następnego ranka, ażeby bardziej się do niej przygotować. Decyzję chorego zakrystian miał odnotować w księdze wypowiedzianych, a następnego ranka obudzić chorego i przygotować go do Komunii św.<sup>44</sup> Według rozporządzenia kardynała Castelli przy udzielaniu porannej Komunii św. miało uczestniczyć sześciu członków gwardii<sup>45</sup>. Asystowanie spowiednikom dyżur-

<sup>42</sup> ASR, nr 905, *Ordini e Decreti della Santa Visita Apostolica. 1737*, s. 8v.

<sup>43</sup> L. Fiorani, *Religione e povertà*, s. 124.

<sup>44</sup> ASR, nr 61, *Giornale. Memorie delle cose ... 1759*, s. 78-79.

<sup>45</sup> ASR, nr 1409, nr 1305, *Relazione delle Cose ... 1759*, s. 229, s. 146-148.



nym przy szafowaniu komunii św. było jednym z podstawowych ich obowiązków. Udzielaniem Eucharystii zajmował się też jeden z kanoników, nazywany dyrektorem<sup>46</sup>.

Regularne i częste przystępowanie do sakramentów spowiedzi i Komunii św. należało do najważniejszych obowiązków religijnych pensjonariuszy szpitalnych, stanowiło też zasadniczy fundament rozwoju i umacniania ich wiary i duchowości. Częstotliwość wypełniania tych sakramentów była normowana przez regulaminy. Według rozporządzenia z 1759 r. chorzy mieli przystępować do Komunii św. raz na miesiąc. Zapewne inni, jeśli chcieli, mogli to czynić częściej, a zwłaszcza pacjenci w zagrożeniu życia, którym udzielano Komunii św. na każde wezwanie<sup>47</sup>. Wcześniej, w 1741 r. wizytator odnotował, że chorzy otrzymywali sakrament Eucharystii tylko raz w ciągu dnia, tj. rankiem nazajutrz po przybyciu do szpitala. Skutkowało to tym, że wielu, których nie odnotowano w rejestrach, przebywało więcej niż miesiąc w szpitalu, nie dostąpiwszy Komunii św. Ponadto wcześniej komunikujący, nie otrzymywali tego sakramentu po raz wtóry, chyba że sami się upomnieli, a kiedy dochodziło do pogorszenia stanu zdrowia, dopiero wtedy byli ponownie spowiadani i udzielano im wiatyku z Komunią. Pragnąc uniknąć takich zaniedbań, nakazano zakrystianowi prowadzenie rejestru tych, którzy komunikowali, i umieszczania go na stoliku stojącym przy każdym łóżku wraz datą ostatniej Komunii, aby chory mógł co miesiąc przyjąć sakrament Eucharystii<sup>48</sup>.

Zalecana częstotliwość przystępowania do sakramentu Eucharystii była podobna jak w innych szpitalach, np. według dekretu wizytacyjnego z 1727 r. chorzy szpitala *SS. Salvatore ad Sancta Sanctorum a S. Giovanni in Laterano* Komunię św. Mieli przyjmować przynajmniej co 15 dni<sup>49</sup>.

Chcąc umożliwić chorym comiesięczną Eucharystię, na dzień przed jej udzieleniem (w sobotę) zapraszano do przeprowadzenia spowiedzi nadzwyczajnych spowiedników z zewnątrz, ponieważ na miejscu było tylko dwóch szpitalnych spowiedników<sup>50</sup>. Wyznaczenie godziny udzielania comiesięcznej Komunii św., określanej też niekiedy jako generalna, pozostawiono w gestii przełożonego infirmerii (*canonico priorie*) po konsultacji z dyrektorem (*canonico direttore*)<sup>51</sup>. Właściwa komunia generalna była jednak organizowana tylko kilka razy w roku i miała miejsce także w innych szpitalach. Odbywała się corocznie na Boże Naro-

<sup>46</sup> ASR, nr 3092, *Istruzione per il Direttore*.

<sup>47</sup> Tamże.

<sup>48</sup> ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata ... 1737*, s. 106-107.

<sup>49</sup> M. PICCIALUTI, *La carità*, s. 98.

<sup>50</sup> ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata ... 1737*, s. 106-107.

<sup>51</sup> ASR, nr 3092, *Istruzione per il Direttore*.; ASR, nr 904, *Ordini, e Decreti fatti dall' ... Cardinale Castelli*, s 98.

dzenie, na Wielkanoc, na Zielone Świąta, we Wniebowzięcie Najświętszej Maryi Panny i we Wszystkich Świętych. Uczestniczyli w niej nie tylko chorzy, ale także cały personel i służba szpitalna. O zamiarze odbycia Komunii generalnej informowano przede wszystkim chorych, by mogli się do niej dobrze i godnie przygotować<sup>52</sup>. Według reguł obowiązujących w 1751 r. Komunia generalna (powszechna), w której byli zobowiązani uczestniczyć lekarze asystenci i cała niższa rodzina szpitalna, miała się odbywać dwanaście razy w roku, najlepiej w następujące dni świąteczne w poszczególnych miesiącach: styczeń – Obrzezania Pańskiego, luty – Matki Boskiej Gromniczej, marzec – Druga Niedziela Wielkiego Postu, kwiecień – Wielki Czwartek, maj – Niedziela Zesłania Ducha Świętego, czerwiec – św. Jana Chrzciciela, lipiec – św. Anny, sierpień – Wniebowzięcia Najświętszej Maryi Panny, wrzesień – Narodzenia Najświętszej Maryi Panny, październik – Matki Boskiej Różańcowej, listopad – Wszystkich Świętych, grudzień – Niepokalanego Poczęcia Najświętszej Maryi Panny<sup>53</sup>.

Pośpiech i inne zaniedbania w udzielaniu sakramentów powodował ogólny bałagan i zagrożenie dla sfery duchowej chorych, którzy wątpliwie rozgrzeszani i nieprzygotowani należycie do Komunii św., byli zapomniani i „mało kto o nich myślał, by umożliwić im przyjęcie Eucharystii”<sup>54</sup>. Dlatego w 1759 r. wizytator zobowiązał zastępcę przełożonego infirmerii do prowadzenia specjalnej księżeczki i wpisywania w niej dzień po dniu chorych, którzy nie przyjęli jeszcze Komunii św. oraz nazwiska spowiednika udzielającego im rozgrzeszenia. Ponadto ów przełożony miał wysłać do nich innego kapłana spośród tych, którzy przychodzą spowiadać do szpitala, aby dopilnował i udzielił chorym Komunii św. Jednocześnie ksiądz zakrystian miał obowiązek adnotować w biuletynie osoby wyspowiadane, a następnie po przyjęciu – na ich prośbę – sakramentu Eucharystii, także zapisać, że dopełnili już tego obowiązku<sup>55</sup>.

Jedną z przyczyn częstych zgonów chorych bez odbycia należnych sakramentów było zbyt oddalenie pomieszczeń szpitala, w których przebywali spowiednicy i zakrystian od sal chorych. Chcąc nie dopuścić do takich przypadków, przydzielono tym kapłanom miejsce w lokalu szpitala dla osób szlachetnie urodzonych, usytuowanego w pobliżu łóżek pensjonariuszy. Niektórzy chorzy umierali bez opieki kapłańskiej i ostatniego namaszczenia, ponieważ ich stan zdrowia nie był właściwie rozpoznany przez dyżurujących. Dlatego kardynał Saverio Gentili nakazał w 1741 r. głównym lekarzom i ich asystentom, ażeby po rozpoznaniu ciężkich przypadków, natychmiast informowali

<sup>52</sup> ASR, nr 1409, *Decreti di Visita ... Acciajoli 1679*, s. 64.

<sup>53</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 27.

<sup>54</sup> ASR, nr 3092, *Istruzione per il Direttore*.

<sup>55</sup> Tamże.

gwardię w celu zapewnienia należnych sakramentów i asystencji agonalnie chorym<sup>56</sup>.

#### 4. WIATYK

Kiedy chory znajdował się w niebezpieczeństwie śmierci, ofiarowano mu Eucharystię jako pokarm i depozyt na drogę życia wiecznego. Zresztą sama nazwa tego obrzędu, czyli wiatyk, wywodzi się od łacińskiego *viaticum* – „zapasy na drogę”, od *via*, czyli „droga”. Dążono do tego, by chorzy przyjmowali wiatyk w stanie pełnej świadomości. W Szpitalu Świętego Ducha decyzję o udzieleniu wiatyku podejmowali lekarze podczas rannych wizytacji. Jeśli stan ciężko chorego nie był ekstremalnie zły, wiatyku udzielano następnego dnia w czasie zwykłej Komunii św. Nieznany autor dokumentu z XVIII w. zapisał, że istniały w szpitalu zaniedbania, gdyż nie praktykuje się już wiatyku, co najwyżej czasami podczas porannej Komunii generalnej. W reakcji na ten stan rzeczy zarządzono udzielanie wiatyku w zależności od potrzeb, o każdej porze dnia i nocy, nie czekając na poranną Komunię ogólną. Lekarze asystenci przy okazji wizyt mieli obserwować ciężko chorych, oceniać ryzyko rychłej śmierci czy utraty przytomności, a następnego dnia rano poinformować dyrektora, by natychmiast zarządził udzielenie wiatyku<sup>57</sup>.

Udzielanie wiatyku, jeśli sprzyjały temu warunki, miał poprzedzić sakrament pokuty. Jeśli stan chorego, który już dwa razy poprzednio się spowiadał, pogorszył się, a od ostatniej spowiedzi minęło dużo czasu, należało kolejny raz wezwać spowiednika spoza szpitala. Gdy takiego aktualnie nie było, z konieczności można było skorzystać z usług spowiednika dyżurnego. Przy udzielaniu wiatyku uczestniczył zakrystian, który pobożnym i donośnym głosem recytował akt żalu, potem zaś dyżurny spowiednik bądź rekomendujący duszę, klęcząc przy łóżku chorego, dziękował Bogu za jego nawiedzenie<sup>58</sup>.

Wiatyk, zwany „ostatnią Komunią św.”, można było w rzeczywistości przyjmować wielokrotnie, nie tylko w ciągu zwykłego życia, ale też podczas pobytu w szpitalu w poszczególnych dniach, dopóki istniało niebezpieczeństwo śmierci. Po wiatyku osoba chora zwykle jeszcze przyjmowała sakrament namaszczenia. Można wówczas było mówić o obrzędzie połączonym. Bardzo często wiatyku udzielano wcześniej i dopiero w sytuacji skrajnego pogorszenia się zdrowia następowało ostatnie namaszczenie.

<sup>56</sup> ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata...1737*, s. 111-113.

<sup>57</sup> ASR, nr 3092, *Istruzione per il Direttore*; ASR, nr 904, *Ordini, e Decreti fatti dall' ... Cardinale Castelli ... 1759*, s. 90-92.

<sup>58</sup> Tamże.

W 1759 r. komendator Giuseppe Maria Castelli stwierdził, że sakrament ostatniego namaszczenia uważny był „za niebiański środek leczniczy, uzdrawiający nie tylko dla duszy ale i dla ciała” osób zagrożonych utratą świadomości i śmiercią, dlatego powinien być udzielany chorym według przyjętego rytuału z wielką sumiennością, pilnością i szacunkiem. Nie należało jednak dawać go za wcześnie. Poleciał więc lekarzom i ich asystentom wskazywać podczas codziennych wizyt chorych, wymagających niezwłocznego udzielenia ostatniego namaszczenia. W jego opinii dotychczas wizyty takie odbywały się zbyt rzadko, dlatego zalecił dyżurującym asystentom medycznym dyrektorowi obchodzić odtąd każdego dnia rano i wieczorem sale szpitalne i zgłaszać wymagających przyjęcia tego sakramentu. W praktyce, jak zaznaczył, obowiązki te wypełniali dotąd *giovani di guardia*<sup>59</sup>.

Według innego rozporządzenia asystenci medyczni, po stwierdzeniu że chory znajduje się w stanie zagrażającym życiu, nie powinni czekać aż straci świadomość, lecz szybko powiadomić dyrektora, by natychmiast zarządził ostatnie namaszczenie. Ponieważ kompleksowe wizyty lekarskie przeprowadzano raz na dzień rano, kondycja wielu pacjentów mogła ulec w międzyczasie drastycznemu pogorszeniu. Aby wychwycić takie przypadki i zadysponować szybkie namaszczenie chorego, dyrektor wraz z dyżurującym lekarzem asystentem musiał ich odwiedzać, najpierw po porannej wizycie medycznej, później po obiedzie. Wizyty te służyły zbadaniu, czy nie ma nowych chorych z pogarszającym się stanem zdrowia i wymagających udzielenia wiatyku. Jeśli minęło siedem lub osiem dni od momentu otrzymania przez ciężko chorych wiatyku, należało ów sakrament powtórzyć, przed udzieleniem ostatniego namaszczenia. W celu usprawnienia procedur zobowiązano dyrektora do oznaczania w biuletynie dnia, w którym po raz pierwszy został udzielony wiatyk oraz daty, kiedy powtórzono ten sakrament<sup>60</sup>.

Szczegółowy ceremoniał dla księży spowiedników i polecających duszę Bogu, dotyczący udzielania ostatniej posługi, konkretnie procedury udzielania wiatyku i namaszczenia w obrzędzie połączonym oraz asystowania przy śmierci wydał w 1759 r. komendator Castelli. Ceremoniał ten przypomniawszy pół wieku później, w 1811 r., komendator Antonio Palotta<sup>61</sup>. Udzielanie Komunii św. w formie wiatyku poprzedzało podniesienie przez kapłana Najświętszego Sakramentu i odmówienie razem z umierającą budującej go modlitwy. Bezpośrednio po tym następowało podanie Eucharystii. Po krótkiej przerwie kapłan dokonywał olejami świętymi aktu ostatniego namaszczenia. Był to sakrament, który należało przyjąć

<sup>59</sup> ASR, nr 61, *Giornale. Memorie delle cose più Notabili ... 1759*, s. 107.

<sup>60</sup> ASR, nr 3092, *Istruzione per il Direttore ....*; ASR, nr 904, *Ordini, e Decreti fatti dall' ... Cardinale Castelli*, s. 92-94.

<sup>61</sup> ASR, nr 3092, *Notificazione sopra di metodo ... In Roma XDCCCXV*, s. 9-28; ASR, nr 3092, *Metodo di tenersi ....* Treść obu dokumentów jest identyczna.

z intencją i pragnieniem, zanim faktycznie się go otrzyma, zdarzało się bowiem, że udzielano go, gdy umierający stracił już świadomość<sup>62</sup>. Nierzadko bywało jeszcze gorzej, kiedy kapłan przybywał z olejami, a chory wyzionął już ducha<sup>63</sup>.

Rekomendujący duszę, udzielając ostatniego namaszczenia, miał najpierw zweryfikować łóżko chorego, potem, o ile był on świadomy, zachęcić go do pojednania i wyznania grzechów. Następnie po wspólnym wyrecytowaniu aktu skrucy, kapłan mógł dokonać rozgrzeszenia. Wtedy rekomendator duszy, udawszy się po oleje święte i przywdziawszy komżę oraz stułę, powracał do łóżka chorego z zapaloną świecą wraz z asystującym pomocnikiem. Złożywszy na stole święte naczynia z olejami, zachęcał chorego do uczestnictwa w odmawianiu aktu wiary, nadziei i miłości oraz skrucy i zaufania. Wszystkie te modlitwy kapłan recytował głosem jasnym, zrozumiałym, a potem z powagą i nabożeństwem namaszczał chorego i przekazywał mu Święty Sakrament. Gdy wiadomo było od lekarza lub z zewnętrznych oznak, że chory zbliża się do przejścia na tamten świat, pokropiony wodą święconą, otrzymywał do ucałowania krzyż, który pozostawał w jego rękach. Kapłan miał być do końca przy umierającym i czytać mu powoli *Akt Oddania* i inne modlitwy. Starano się pilnować, aby we wspomniane sakramenty zaopatrzyć chorego, gdy był jeszcze przytomny. Bywało, że chory był już pozbawiony świadomości. Wtedy kapłan powinien próbować wydobyć od niego jakiś znak, świadczący, że pragnie spowiedzi, aby udzielić mu rozgrzeszenia, i niezależnie od wszystkiego recytować wymienione akty. Często zdarzało się bowiem, że nieprzytomny słyszał i orientował się, co się wokół niego dzieje, choć nie wyrażał tego na zewnątrz żadnym gestem<sup>64</sup>.

Po udzieleniu sakramentu ostatniego namaszczenia przez spowiedników lub rekomendujących dusze dalsza opieka, już tylko duchowa, nad umierającymi spoczywała w ręku tych drugich duchownych. W 1759 r. komendator Castelli zobowiązał kapłanów rekomendujących dusze Bogu do nieustannego odwiedzania osób w agonalnym stanie i pilnowania, by w ostatnich chwilach życia nie byli pozbawieni miłosierdzia i wsparcia z ich strony. W celu ułatwienia zadania tym kapłanom wydrukowano zbiór teologicznych aktów cnoty i pobożnych aktów strzelistych, odmawianych przy konającym. Kapłan, widząc pogarszający się stan ciężko chorego, nachyliwszy się nad jego łóżkiem, miał recytować ze szczególnym nabożeństwem modlitwy polecające Bogu duszę umierającego<sup>65</sup>.

<sup>62</sup> ASR, nr 3092, *Notificazione sopra di metodo ... In Roma\_XDCCCXV*; ASR, nr 3092, *Metodo di tenersi*.

<sup>63</sup> ASR, nr 3092, *Disordini, che sono*

<sup>64</sup> ASR, nr 3092, *Notificazione sopra di metodo ... In Roma\_XDCCCXV*, s. 9-28; ASR, nr 3092, *Metodo di tenersi...*; ASR, nr 152, *Metodo da tenersi*. Ten trzeci dokument (nr 152) jest nieco krótszy w stosunku do dwóch pierwszych z tego przypisu.

<sup>65</sup> ASR, nr 61, *Giornale. Memorie delle cose più Notabili ... 1759*, s. 108.

Ponieważ wielu chorych nie potrafiła sama odmawiać modlitw, bądź ze względu na nieznamość tekstów, bądź ze uwagi na ciężki stan, kapłan miał je odmawiać wolno, zachęcając przy tym chorego do wtórowania. Mógł dobierać modlitwy błagalne i akty strzeliste, kierując się swą roztropnością, gorliwością, w zależności od różnych okoliczności i szczególnych przypadków<sup>66</sup>.

Ponieważ proces umierania wielu chorych trwał przez dłuższy czas, a u niektórych stan zdrowia się polepszał, zdarzało się, że polecający duszę, nie znając momentu śmierci, oddalali się od umierających, przez co byli nieobecni w chwili, gdy pacjenci kończyli życie. Zobowiązano więc dyrektora od spraw życia religijnego chorych, aby informował przełożonego generalnego szpitala o tych polecających duszę, którzy niedbale wypełniali swoje powinności, pozbawieni byli miłosierdzia i gorliwości, uniemożliwiającej prawdziwe oddanie się umierającym, gdyż – jak zaznaczono – „nie można dać tego innym, czego samemu się nie posiada”. Dalsze decyzje w takiej sytuacji podejmował komendant, który miał zabezpieczyć „winnicę Pańską w najlepszych robotników, którzy chcą i potrafią wykonywać sztukę do której są powołani”. Jednocześnie pozostawiono dyrektorowi wolność we wszelkich innych decyzjach, które prowadziłyby do zbawienia duszy chorych. Dlatego miał on osobiście nadzorować wszystkich duchownych, szczególnie rekomendujących dusze, co dotąd czynił jego zastępca (*sotto priore*)<sup>67</sup>.

Pomimo ustawicznych nakazów naprawy sytuacja w opiece duchowej nad osobami w agonii nie poprawiła się, co z żalem podkreślał w 1781 r. kolejny przełożony generalny Domenico Sampieri. Twierdził, że kapłani polecający dusze zaniedbują swoje obowiązki w świadczeniu sakramentu namaszczenia i opieki nad umierającymi, lekceważąc kompleksowe wytyczne, jakie sformułował przed kilkunastu laty komendant Castelli. Zalecił zwłaszcza dyżury przy łóżkach ciężko chorych, póki są jeszcze w stanie świadomości i mogą skorzystać z duchowej pomocy. Mieli też często pytać, czy mają jeszcze potrzebę wyspowiadania się. Jeśli nie byli spowiednikami, musieli wezwać duchownych mających uprawnienia do jej przeprowadzania i udzielenia rozgrzeszenia. Jak wspomniano, przy namaszczeniu chory był kropiony wodą i całował krzyż, który wręczano mu do ręki lub umieszczano w łóżku, a na końcu otrzymywał błogosławieństwo *in articulo mortis* (w obliczu śmierci) według formuły z konstytucji papieża Benedykta IV, zaczynającej się od słów *Pia Mater Ecclesia*<sup>68</sup>. Na jej mocy papież ten we wrześniu 1744 r. przyznał miejscowym, jak i obcym kapłanom, którzy przybywali do szpitala z sakramentami, pełnomocnictwa do udzielania wszystkim umierającym błogosła-

<sup>66</sup> ASR, nr 3092, *Notificazione sopra di metodo ...*, s. 9-28; ASR, nr 3092, *Metodo di tenersi*.

<sup>67</sup> ASR, nr 3092, *Istruzione per il Direttore*.

<sup>68</sup> ASR, nr 1409, *Decreto per li sacerdoti ... 1781*, s. 288-290.



wieństwa w obliczu śmierci<sup>69</sup>. Nie mniej ważne było pokropienie wodą święconą, która była zbawiennym środkiem, zmuszającym „piekielnego wroga do ucieczki”<sup>70</sup>.

Komendator Sampieri zadbał też o większą ilość nieodzownych sprzętów i pomocy liturgicznych, aby każdy polecający duszę rozpoczynający dyżur, otrzymał od swojego poprzednika książeczkę z rytuałem modlitw, woreczek na wodę święconą i dwa krzyże, gdyby te pozostawały jeszcze w rękach lub w łóżku umierających. Za wszelkie zaniedbania w polecaniu dusz chorych będących u kresu życia, tj. w udzielaniu im błogosławieństwa *in articulo mortis*, oraz za brak przy asystowaniu wymienionych rekwizytów groziły duchownym surowe kary, ze zwolnieniem łącznie. Wiele wątpliwości budziła w owym czasie współpraca między rekomendatorami dusz a kierownikami dyżurującej służby. Winni temu byli przede wszystkim duchowni, którzy nie stosowali się do wcześniejszych dekretów. Od tego momentu cały nadzór miał dzierżyć *canonico priore*, łącznie z wymierzaniem kar dla niesumiennych kapłanów<sup>71</sup>.

Niekiedy zaniedbania w stosunku do konających wynikały z przyczyn obiektywnych. W 1741 r. wizytator ubolewał, że ciężko chorzy nie mają dobrej opieki ze strony duchownych i często umierają w samotności, pozbawieni czuwania ze strony kapłanów. Wynikało to jednak ze zbyt małej ich liczby i rozproszenia po różnych kwaterach szpitalnych. Chcąc zapobiec takim sytuacjom, oprócz czterech zwyczajnych kapłanów polecających dusze wzięto do pomocy dwóch innych, a kiedy stwierdzono, że nadal było ich za mało, dobrano jeszcze następnych dwóch, ażeby chorzy kończący życie mieli opiekę przez 24 godziny na dobę<sup>72</sup>. Nie poprawiono jednak sytuacji lokalowej osób zaangażowanych w posługę umierających, gdyż w 1759 r. pokoje dyżurnych pomocników nadal były zbyt oddalone od kwater księży rekomendujących dusze. Powodowało to niewygodę i stratę czasu dla kapłanów, którzy byli zmuszani przemieszczać się, by zbudzić pomocników, towarzyszących im w posłudze osobom w ostatnich chwilach ich życia. Tym razem na interwencję komendatora Castellego zmodyfikowano układ kwater, przybliżając izby sypialne służby pomocniczej do pomieszczeń rekomendatorów. Zarządzono też, aby w sypialniach zawsze w nocy paliła się lampa<sup>73</sup>.

Choć Kościół starał się udzielać sakramentów św. i rozgrzeszenia pensjonariuszom kończącym życie w szpitalu, to zdarzały się przypadki, że nie udało się

---

<sup>69</sup> ASR, nr 1409, *Facoltà di dare le Benedizione ... MDCCCXV*, ... s. 120-121; ASR; nr 1301, *Relazione fatta da Ferrini ...*

<sup>70</sup> ASR, nr 1409, *Decreto per li sacerdot*, s. 290.

<sup>71</sup> Tamże, s. 290.

<sup>72</sup> ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata ... 1737*, s. 108.

<sup>73</sup> ASR, nr 1409, *Regolamento de quartieri ... 1759*, s. 215-216.

dokonać tych powinności lub z nimi nie zdążono. W tej sytuacji papież Innocenty XII (1691-1700) zgodził się w 1694 r. na udzielanie odpustu zupełnego wszystkim umierającym chorym. Warunkiem uzyskania odpustu była wcześniejsza spowiedź i Komunia św., a dla osób, które nie były w stanie tego uczynić, wystarczyło wyrazić mimiką twarzy skruchę i dać znak ustami lub westchnąć w sercu do Jezusa i wzywać Bożej pomocy<sup>74</sup>. Ten sam papież przyznał spowiednikom szpitalnym prawo do rozgrzeszania chorych we wszystkich sprawach i przypadkach zarezerwowanych dla Stolicy Apostolskiej<sup>75</sup>. Papieże jako protektorzy Szpitala Świętego Ducha przejawiali nieustanną troskę o zbawienie wieczne przebywających tam chorych. Papież Klemens XII w swoim brewe z 1738 r. nadał władzę wszystkim spowiednikom diecezjalnym i zakonnym udzielania rozgrzeszenia chorych z win i grzechów, tj. przypadków zastrzeżonych dla wyższych instancji kościelnych. W drugim zaś brewe z tego samego roku przyznał prawo księżom celebrującym Msze św. przy jednym z trzech ołtarzy w szpitalu uwalniania dusz pensjonariuszy od cierpień czyścicowych<sup>76</sup>. Dokładnie dwadzieścia lat później spowiednicy szpitalni otrzymali prawo udzielania rozgrzeszenia wszystkim, którzy nie spełnili przykazań wielkanocnych (*precetto pasquale*)<sup>77</sup>.

O tym, że postawa kapłanów, zwłaszcza asystujących przy śmierci, ale także spowiedników budziła permanentnie wiele zastrzeżeń, świadczą późniejsze dokumenty. Z rękopisu pochodzącego z 1800 r. wynika, że zanim funkcję komendatora objął Ippolito Vincenti Mareri, w szpitalu służyli księża diecezjalni, pełniąc funkcję spowiedników i polecających dusze. W czasie jego rządów w ich miejsce zaangażowano ojców kapucynów, którzy mieli między innymi sporządzać testamenty. Lekceważyli jednak swoje obowiązki, byli samowolni i skorumpowani, ciągle grozili, że odejdą. Do tego dochodziły inne nieprawidłowości, przede wszystkim zaniedbywali posługę względem chorych, ponadto widywani byli z kobietami, podejrzewano ich o kradzież rzeczy należących do chorych. Niektórzy włączyli się po szynkach i knajpach publicznych, skupywali na handel chleb od tragarzy szpitalnych, chodzili do kobiet, a czasami sprowadzali je do swoich pokoi. Nade wszystko wykazywali arogancję i nieposłuszeństwo względem zarządzeń przełożonych szpitala. W końcu na mocy dekretu wizytacji apostolskiej z 1800-1801 r. zostali zwolnieni<sup>78</sup>.

<sup>74</sup> ASR, nr 7, *Ristretto del contenuto di diversi chorografi*, s. 204v.

<sup>75</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 7.

<sup>76</sup> Tamże, s. 208v-209.

<sup>77</sup> ASR, nr 61, *Giornale. Memorie delle cose ... 1759*, s. 3.

<sup>78</sup> ASR, nr 3092, *Memorie sopra la dimissione ...*

## 5. KATECHIZACJA CHORYCH

Najważniejszym celem polityki Kościoła po Soborze Trydenckim była powszechna katechizacja, zarówno dzieci i młodzieży, jak i dorosłych. Katechizację prowadzano na wszystkich frontach, począwszy od szkół<sup>79</sup>, a odpowiedzialni za nią byli proboszczowie poszczególnych parafii. Wielkie znaczenie w tej sprawie miał edykt wydany przez Benedykta XIV w 1742 r., który łączył i koordynował naukę świętej wiary z każdą instytucją charytatywną: „[...] Nikt w mieście nie może pozostawać w niewiedzy, gdy chodzi o podstawy wiary: zakonnicy służący w szpitalach są zobowiązani do wdrażania biednym chorym rzeczy koniecznych dla zdrowia wiecznego”<sup>80</sup>. Biednych, niemających stałego miejsca zamieszkania, katechizmu mieli nauczać w kościołach miejscowi księża i ojcowie jezuici. Zakonnicy ci byli zobowiązani nauczać podstaw wiary także osoby ze wsi, przybywające do Rzymu do prac sezonowych. Przejście katechezy było podstawowym warunkiem uzyskania zapomóg, pomocy publicznej, jałmużny, dlatego wspomniany papież nakazał przełożonym wszystkich instytucji religijnych, aby przed udzieleniem jałmużny upewnili się, że ubodzy byli pouczeni w doktrynie chrześcijańskiej. W 1697 r. zarządzono, że proboszczowie Rzymu nie mogą uczestniczyć w ślubach między osobami, które nie zostały w pełni nauczone podstaw świętej wiary”. 14 marca 1742 r. wydany został *Editto per la Dottrina cristiana, catechismi e Congregazioni* dotyczący obowiązkowej nauki katechizmu wśród wiernych. Katechizację w szpitalach należy więc widzieć w kontekście odgórnjej, ogólnej strategii i celów edukacyjnych Kościoła<sup>81</sup>

Bardzo często chorzy przybywający do szpitala pochodzili ze stanu plebejskiego, w związku z tym wykazywali ogromną niewiedzę w zakresie podstaw wiary katolickiej i katechizmu. W konsekwencji byli niezdolni i nie zasługiwali na rozgrzeszenie. Zarządzono więc, aby spowiednicy nie udzielali w takiej sytuacji rozgrzeszenia, lecz zaznaczyli na łóżku chorych, że wymagają doksztalcenia w podstawach wiary. Ponieważ w szpitalu nie było nikogo, kto konkretnie mógłby taką edukację religijną prowadzić, dyrektor zwrócił się o wykonywanie tego zadania nie do spowiedników, lecz do innych kapłanów, którzy zwykle przychodzą do szpitala. Mógł również polecić zakrystianowi, by w wolnych chwilach, zwłaszcza w okresie gdy w szpitalu była mniejsza liczba chorych, objaśniał chorym tajemnice wiary, znaczenie miłości Boga, potrzebę skruchy serca i powierzenia się jego miłosierdziu<sup>82</sup>. Taką

<sup>79</sup> Zob. G. PELLICCIA, *Scuole di catechismo e scuole rionali per fanciulle nella Roma del Seicento*, „Ricerche per la storia religiosa di Roma”, 4, 1980, s. 253.

<sup>80</sup> M. PICCIALUTI, *La carità*, s. 200.

<sup>81</sup> Tamże, s. 199-200.

<sup>82</sup> ASR, nr 3092, *Istruzione per il Direttore ...*; nr 904, *Ordini, e Decreti fatti dall' ... Cardinale Castelli ... 1759*, s. 96-98.

ewangelizację prowadzono w szpitalu od dawien dawna. W 1679 r. kardynał Acciajoli, powołując się na dekrety wydane w czasie wizytacji przez papieża Urbana VIII (1623-1644) i Aleksandra VII (1655-1667), przypominał przełożonemu infirmerii i kapelanom (*cappellani*) o obowiązku nauczaniu chorych w każdą niedzielę doktryny chrześcijańskiej. Apelował też do wszystkich kapłanów Rzymu, aby przybywali do szpitala spowiadać chorych, ugruntowywać ich wiarę chrześcijańską, jak też towarzyszyć i pocieszać chorych podczas obiadu i kolacji. Księża ci mieli pozostawać do dyspozycji przełożonych szpitala i spełniać wszystkie niezbędne potrzeby<sup>83</sup>.

Do nauczania chorych doktryny chrześcijańskiej i katechizmu wzywali miejscowych zakonników Świętego Ducha kardynałowie-wizytatorzy Leandro Porzia w 1737 r. i Lanfredini w 1740 r.<sup>84</sup>. Duchacy byli przecież do tego powołani, nie wiadomo jednak, na ile się z tego obowiązku wywiązywali, sądząc jednak po tym, jak niechętnie angażowali się w pracę opiekuńczą, można sądzić, że w tym okresie podobnie podchodzili też do edukacji religijnej pensjonariuszy.

Przeprowadzenie spowiedzi dla nowo przybyłych chorych było ważnym zadaniem spowiedników, lecz nie wyczerpywało ich obowiązków. Część chorych przebywała w szpitalu przez dłuższy okres, co wiązało się z wielokrotnym powianiem spowiedzi. Była to dla kapłanów-spowiedników i pozostałych duchownych okazja do pogłębiania wiary i katechizowania hospitalizowanych. Kompleksową instrukcję normującą powinności spowiedników i innych zakonników (*religiosi*), pełniących posługę w czterech największych szpitalach Rzymu, wydał papież Innocenty XI (1676-1689), a odnowił ją papież Klemens XII (1730-1740): „Otóż duchowni, po przybyciu do pracy, winni odwiedzić po kolei chorych i z każdym z nich z pełnym miłosierdziem zamienić parę słów, po czym przystąpić do spowiadania nowoprzyjętych, zaś resztę czasu, poświęcić na asystowanie przy umierających. Podczas codziennej wizyty mieli poznać stan zdrowotny chorego i stwierdzić, czy jest to początek choroby, czy stan się pogorszył, czy występuje zagrożenie życia, że nie było niebezpieczeństwa, czy wszedł w fazę rekonwalescencji. Dopiero po diagnozie, w zależności od stanu fizycznego, można było podjąć dalsze kroki i przyjąć sposób postępowania”<sup>85</sup>.

Jeśli choroba była w początkowym stanie, duchowny winien zapytać, czy pacjent się już wyśpowiadał i przyjął Komunię św., po czym w delikatny sposób wyjaśnić sens choroby i cierpienia w kontekście zbawienia, zaznaczając, że wyzdrowienie czy śmierć zależą od woli Bożej. W następnej kolejności kapłan był

<sup>83</sup> ASR, nr 1409, *Decreti di Visita ... Acciajoli 1679*, s. 64-65.

<sup>84</sup> ASR, nr 1296, *Atti della Visita ... Porzia ... 1737*, s. 34; ASR, nr 1296, *Ordini publicati li 7 dicembre 1740*, s. 33-33v.

<sup>85</sup> ASR, nr 1409, *Istruzione formata*, s. 86-90.

zobowiązany zapytać, czy duszy chorego nie dręczy jakiś ciężar i czy nie przeoczył czegoś w poprzednim wyznaniu win oraz czy chciałby dokonać zwykłej lub generalnej spowiedzi, czując, że niebawem zostanie wezwany na sąd ostateczny. Początkujących i niegroźnie chorych polecono doksztąpić w doktrynie wiary według rytu rzymskiego i zachęcić, gdy wyzdrowieją, do dalszego pogłębiania podstaw religii chrześcijańskiej<sup>86</sup>.

Jeszcze większą delikatność i dyskrecję zalecano w stosunku do osób z pogarszającym się stanem zdrowia. Duchowni powinni uświadamiać, że dalszy ich los spoczywa tylko w ręku Boga, pytać, czy coś jeszcze nie obciąża ich duszy i zapewnić pełną miłosierdzia asystencję w momencie odchodzenia z tego świata. Kiedy zaś w niebezpieczeństwie śmierci będą chcieli przyjmować wiatyk, kapłani winni odmawiać z nimi akt pokory, zaufania i miłości<sup>87</sup>. Ażeby godnie przyjęli sakrament namaszczenia, należało im zasugerować ponowną spowiedź, jeśli od ostatniej minął dłuższy czas lub zataili jakiś grzech. Jeśli chorzy byli bliscy śmierci, kapłani wysłani przez lekarza mieli zachęcić ich do aktu skruchy, sprawić, aby ponownie wyznali grzechy, a następnie dać rozgrzeszenie, odmówić akty wiary, nadziei i miłości. Na koniec powinni udzielić umierającym odpustu *in articulo mortis*, przyznanego przez papieża Pawła III (1534-1549)<sup>88</sup>.

Z kolei pacjenci, u których choroba mijała lub znajdowali się w okresie rekonwalescencji, byli zobowiązani wyrazić modlitewną wdzięczność Bogu za przywrócenie zdrowia na ciele, ale także na duszy, jak bowiem stwierdzali wymienieni papieże, słabość i choroby pochodzą z grzechu. Dlatego zadaniem duszpasterzy szpitalnych było nakłanianie wyzdrowiałych do skorygowania swojego życia, wyzbywania się grzechu i okazji do jego popełniania, a także do odbywania częstych spowiedzi, przestrzegania przykazań Bożych i kościelnych, wybrania sobie dobrego spowiednika, który poprowadzi ich właściwą drogą do zdrowia. Ocaleni i wybawieni od choroby nie powinni zapominać, że należy prowadzić dobre życie chrześcijańskie i służyć Bogu tak, by osiągnąć „zdrowie wieczne”<sup>89</sup>.

Omawiając przyjmowanie przez chorych w szpitalu sakramentów św., stanowiących podstawę rozwoju ich wiary, należy jeszcze wspomnieć o sakramencie bierzmowania. Wiele razy zdarzało się, że do szpitala przybywali chorzy, którzy wcześniej nie byli bierzmowani. Wobec tego papież Benedykt XIV nakazał komendantom, aby w sytuacji zagrożenia życia takich pacjentów jakikolwiek biskup udzielił im wymaganego sakramentu. Na mocy brewe z 12 grudnia 1751 r. mógł tego dokonać sam przełożony generalny szpitala, o ile posiadał godność biskupią<sup>90</sup>.

<sup>86</sup> Tamże, s. 87-88.

<sup>87</sup> Tamże, s. 88-89.

<sup>88</sup> Tamże, s. 89.

<sup>89</sup> Tamże, s. 90.

<sup>90</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 7.

Bardzo ważną formą duszpasterstwa rozwijającego i umacniającego wiarę oraz duchowość były odbywające się co jakiś czas ćwiczenia duchowe – dni skupienia (*esercizi spirituali*), przybierające formę rekolekcji czy nawet misji. Odbyły się one w Szpitalu Świętego Ducha między innymi w 1755 r. i trwały przez osiem kolejnych dni bez przerwy. Pierwsza tura miała miejsce przed Zielonymi Świątkami i była przeznaczona dla kanoników Świętego Ducha, spowiedników i innych księży, natomiast druga, zaraz po tym święcie, była przeznaczona dla personelu świeckiego, służby i reszty rodziny szpitalnej. Wszystkim, którzy w nich uczestniczyli udzielano, za pozwoleniem papieskim, odpustu zupełnego<sup>91</sup>. Podobne ćwiczenia duchowe odbywały się od 16 do 29 maja. Pierwsza ich część była zaplanowana dla chorych przebywających w szpitalu, druga zaś, w dniach od 25 do 29 maja, dla pensjonariuszek *Conservatorio*. Rekolekcje prowadzone przez jezuitę o. Rosettiego kończyły się Komunią św.<sup>92</sup> Jedne i drugie zorganizowano w okolicach święta Zesłania Ducha Świętego, co nie mogło być przypadkiem, biorąc pod uwagę wezwanie szpitala i zakonu.

Ze Świątami Wielkanocnymi wiązały się ćwiczenia duchowe rozpoczęte 20 marca 1771 r. Uczestniczyły w nich wszystkie osoby związane z funkcjonowaniem szpitala: kanonicy, kapelani, spowiednicy, księży z kościoła szpitalnego, oraz cały personel szpitalny, medyczny, opiekuńczy i gospodarczy. W godzinach ich trwania zakazano wychodzenia komukolwiek ze szpitala, za wyjątkiem nagłych i pilnych potrzeb. Od godz. 13.30 do 14.40 odbywała się pierwsza część medytacji. O godz. 21, podczas kolacji chorych był recytowany różaniec, a od północy do pierwszej w nocy miała miejsce druga część medytacji. Rekolekcyjne ćwiczenia duchowe zakończyły się w Wielką Środę przed południem udzieleniem odpustu zupełnego, oczywiście pod warunkiem przyjęcia Komunii św.<sup>93</sup> Obwieszczenie nie informuje, czy rekolekcje były jednodniowe czy trwały kilka dni.

## 6. DYREKTOR OD SPRAW DUCHOWYCH

Za organizację i całokształt życia religijnego pensjonariuszy oraz nadzór nad wszystkimi kapłanami diecezjalnymi oraz posługującymi zakonnymi (ojcami i braćmi) spośród duchaków, jak i z innych zakonów, sprawującymi posługę duszpasterską dla chorych, odpowiedzialny był dyrektor do spraw duchowych w szpitalnej infirmerii – *direttore delle cose spirituali*. W instrukcji wydanej

<sup>91</sup> ASR, nr 151, *Regola da osservarsi nella Casa di San Spirito in tempo degli Esercizi Spirituali nella Novenna dello Spirito Santo nell'anno corrente 1755*, s. 17-18. Zob. też ASR, nr 1296, *Istruzione per l'Esercizi Spirituali fatti nella Novenna dello Spirito Santo 1748*.

<sup>92</sup> ASR, nr 61, *Giornale. Memorie delle Cose ... 1759*, s. 155.

<sup>93</sup> ASR, nr 157, *Notificazione per l'Esercizi Spirituali 1771*.



najprawdopodobniej w 1759 r., normującej jego powinności, jest określany jako *canonico direttore*, co znaczy, że był to jeden z duchaków – kanonik zakonu Świętego Ducha, bo taką nazwę od dłuższego czasu nosili członkowie tej wspólnoty zakonnej. Pełnił on funkcję proboszcza wszystkich chorych zgromadzonych w szpitalu, „wysłanych” przez własnych proboszczów ze względu na chorobę do rzymskiej placówki duchaków. Od chwili przekroczenia murów szpitalnych to jego trosce zostali powierzeni chorzy, którym miał zagwarantować opiekę duchową aż do ich śmierci lub wyzdrowienia. Sprawował on najwyższy nadzór nad zakrystianem, dwoma spowiednikami i ośmioma rekomendatorami duszy, a był odpowiedzialny tylko przed przełożonym generalnym szpitala i zakonu<sup>94</sup>.

Niekiedy ów kanonik był nazywany dyrektorem dusz (*canonico direttore dell'anime*). W wykazie personelu szpitalnego z 1759 r. zapisano, że to stanowisko zostało ponownie utworzone w pilnej potrzebie, by jeszcze bardziej zadbać o ratowanie i ocalenie dusz biedaczków, którzy – jak zaznaczono – zawsze będą umierać w szpitalu<sup>95</sup>. Wynika z tego jednoznacznie, że nie była to funkcja stała zawsze występująca, lecz wprowadzana w szczególnych sytuacjach i potrzebach.

Gdy chodzi o jego szczegółowe obowiązki, to musiał codziennie przebywać w szpitalu, obchodzić sale hospitalizowanych i sprawdzać, czy jego wcześniejsze dyspozycje zostały wykonane przez podległych mu księży. Podczas tych wizyt miał obserwować chorych, zwłaszcza z pogarszającym się stanem zdrowia, pilnować, by zapewniono im przyjęcie sakramentów św. i strzec, by kapłani polecający dusze odmawiali z nimi w ostatnich chwilach życia należne modlitwy. Przed udaniem się na spoczynek jeszcze raz musiał obejść sale chorych, zważając szczególnie na pacjentów w ciężkim stanie. Jeśli takich spotkał, miał wezwać księży polecających dusze, by towarzyszyli im w ostatnich chwilach życia. Aby uniknąć zaniedbań ze strony podległych mu księży i oszczędzić im uciążliwych nocnych obowiązków, mógł też w czasie swojej wieczornej wizyty sam odprawić krótką miłosierną modlitwę-egzortę nad chorymi w ciężkim stanie, póki jeszcze byli w stanie odmówić żarliwie akt żalu i krótko akt wiary, nadziei i miłości<sup>96</sup>.

W sumie obowiązkiem owego duchownego dyrektora było odbycie aż czterech wizytacji w ciągu dnia, w różnych porach, we wszystkich oddziałach szpitalnych, w których leżeli chorzy. Pierwsza, poranna wizytacja służyła uporządkowaniu kwestii związanych z udzielaniem Komunii św. osobom świeżo przybyłym do szpitala. Druga odbywała się tuż po wizycie lekarskiej lub zaraz po obiedzie. W jej trakcie odnotowywano chorych z pogarszającym się stanem

---

<sup>94</sup> ASR, nr 3092, *Istruzione per il Direttore*. Z tego dokumentu wynika, że liczba spowiedników i rekomendujących duszę zmieniała się.

<sup>95</sup> ASR, nr 64, *Relazione delle Cose ... 1759*, s. 34-35.

<sup>96</sup> ASR, nr 3092, *Istruzione per il Direttore...*

zdrowia, z intencją przede wszystkim szybkiego ich wyświadczenia. Trzeciego obchodu dyrektor dokonywał razem z dyżurnym lekarzem asystentem kilka godzin po dwóch pierwszych wizytach w celu stwierdzenia, czy od ostatnich wizyt nie zdarzyła się sytuacja wymagająca natychmiastowego udzielenia wiatyku lub namaszczenia. Ostatnia, czwarta wizytacja odbywała się na początku nocy i miała na celu odnotowanie nowo przybyłych chorych i zapytanie ich, czy są wyświadczeni. Przed samym zaś odejściem z dyżuru dyrektor jeszcze raz zapoznawał się ze stanem ciężko chorych i w razie konieczności wdrażał opisaną wyżej procedurę postępowania. Niezależnie od tych wizyt, określonych w oficjalnym wykazie obowiązków, mógł dokonywać nadzwyczajnych obchodów, by zorientować się, czy nie zaistniały jakieś nowe sytuacje, wymagające szybkiej interwencji. Jak stwierdzono, wielu chorych biedaczków (*poverelli*), przez zakorzenione zło i nieznaną rzecz Bożych, mogło nie osiągnąć nieskończonej wieczności, dlatego *cononico direttore*, kierując się szczególnym miłosierdziem i troską o życie wieczne chorych, powinien być gotów w każdej chwili oferować im pomocną dłoń<sup>97</sup>.

Konkludując, odpowiedzialność dyrektora za chorych była nieograniczona i wielostronna. Jego zadaniem było zapewnienie kompleksowej usługi duszpasterskiej i sakramentalnej wszystkim pensjonariuszom, bez względu na stan ich zdrowia, oraz koordynowanie służby wobec chorych pełnionej przez liczną i różnorodną grupę duchownych. W kolejności dyrektor pilnował spowiedzi i Komunii św. nowo przyjętych, ponownej spowiedzi ciężko chorych, udzielania wiatyku i ostatniego namaszczenia, asystencji przy umierających, a u tych, którzy tego potrzebowali, pogłębiania doktryny chrześcijańskiej, czyli katechizacji<sup>98</sup>.

Ta sama instrukcja z 1759 r., autoryzowana przez papieża Piusa VI (1775-1794), a przekazana do przestrzegania komendantowi szpitala Ippolito Vincenti Mareriemu na początku lat 90. XVIII w., takiego nadzorcę duchownych służących w infirmerii szpitalnej określała mianem *padre presidente*, zamiast używanego wcześniej tytułu *cononico ditrettore*, dzierżonego wcześniej przez kanonika Świętego Ducha. Było to tożsame stanowisko, z tym że około trzydzieści lat później piastował go ojciec kapucyn, który miał w szpitalu do dyspozycji jako swoich podwładnych grupę trzynastu (pospołu z nim) osób z tego samego co on sam zakonu. Jak stwierdzono, ich liczba nie mogła być na przyszłość niższa. W kolejności, według hierarchii, byli to następujący kapłani kapucyńscy: prezydent (przewodniczący), dwóch spowiedników, zakrystian, ośmiu polecających duszę i jeden świecki (*laico*) do ich obsługi, zapewne brat konwers. Całą więc ekipę duszpasterzujących kapelanów stanowili wtedy przybyli z zewnątrz członkowie jednego zakonu, tworzących swego rodzaju konwikt. O ile

<sup>97</sup> Tamże.

<sup>98</sup> Tamże.

prezydent sprawował całkowitą kontrolę na podlegającymi mu współbraćmi, to on sam podlegał dwóm kanonikom: przełożonemu (*priore*) i jego zastępcy (*sottopriore*), nadzorującym całą infirmaryjną część szpitala. W wolnych chwilach był zobowiązany im pomagać i respektować wydane zalecenia. Miał prawo wychodzić ze szpitala na krótko, co najwyżej dwa razy w tygodniu, najlepiej w porze popołudniowej lub wieczorem. Rezydując przy głównym wejściu do szpitala, nie mógł konwersować z obcymi osobami, a cały czas wolny poświęcać na kontrolowanie swoich współbraci, dogłądanie chorych i prowadzenie ewidencji związanej z przyjmowaniem przez chorych sakramentów św.<sup>99</sup>

Ze sferą religijno-kościelną łączyła się funkcja kleryka (*chierico*), ministranta usługującego kapłanom podczas odprawiania Mszy i udzielania sakramentów św. Troszczył się on o przygotowanie paramentów i szat liturgicznych, przygotowywał hostie i wino do Mszy i Komunii św., w każdą niedzielę dostarczał wazę z wodą święconą, szykował i przystrajał ołtarze. Każdego ranka, obchodząc z pochodnią czy świecą chorych, zapytywał, czy są gotowi przyjąć sakrament Eucharystii albo pragną wcześniej wyspowiadać się, a następnie wskazywał łóżka, do których ma podejść kapłan z Komunią św. Przed jej udzieleniem dostarczał chorym naczynia z wodą do obmycia rąk. Wzywał ponadto sygnałem dzwonka spowiedników i kapłanów polecających dusze do śpiewania antyfony do Matki Bożej, zapalał im świece i otwierał na odpowiedniej stronie księgę liturgiczną do śpiewu, nosił krzyż przy transportowaniu zmarłych na cmentarz. Na Boże Narodzenie i Wielkanoc przystrajał szpital czerwonym adamaszkiem, a na Zielone Świątki dekorował szpitalik dla rannych, na Boże Ciało ubierał ołtarze, na Wszystkich Świętych zaś ustawiał katafalk dla upamiętnienia zmarłych, przygotowywał księgi liturgiczne, czytał chorym przy posiłku teksty religijne<sup>100</sup>.

Gdy chory nie mógł się wyspowiadać w swoim języku u dyżurnego spowiednika, kleryk zobowiązany był poszukać kapłana zdolnego do przeprowadzenia spowiedzi cudzoziemca (w języku obcym). Do niego też należało odczytywanie treści kar za uchybienia w pracy służby szpitalnej<sup>101</sup>. W czasie wizytacji w 1737 r. kleryka zastąpił *canonico vicario* zakrystii szpitalnej – kanonik Gnastaldi, który wykonywał te same powinności co poprzednik<sup>102</sup>.

\*

Troska o zbawienie duszy chorego miała charakter uniwersalny, o czym świadczy edykt z 1742 r., wydany przez *Sacra Congregazione della Visita*

<sup>99</sup> ASR, nr 1296, *Regolamento da osservarsi ... dall'Monsignor Vincenti 1759*.

<sup>100</sup> ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi ... Cortellini. 1654*, s. 25-31.

<sup>101</sup> ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi ... Cortellini. 1654*, s. 30-31.

<sup>102</sup> ASR, nr 1405, *Ordinazioni stabilite per il buon regolamento ... 1738*.

dla wszystkich szpitali w Rzymie, również te z terenu Państwa Kościelnego. W jej wstępie widnieje zdanie: „Ponieważ wśród wybitnych dzieł chrześcijańskiego miłosierdzia względem bliźniego znajdują się publiczne szpitale, w których biednym chorym (*poveri infermi*) pomaga się uwolnić od choroby cielesnej, jak i pomóc im duchowo, aby jeśli przeżyją, żyli jak dobrzy chrześcijanie, a jeśli umrą, to w łasce Bożej”<sup>103</sup>

Życie religijne, a zwłaszcza sakramentalne w Szpitalu Świętego Ducha wyglądało tak samo jak w innych szpitalach. Było normowane odgórną polityką kościelną i regulaminami wydawanymi przez Stolicę Apostolską dla wszystkich szpitali rzymskich. Przykładem jest wspomniany edykt z 1742 r. Pierwszych osiem jego artykułów (spośród 19) odnosi się do opieki duchowej nad chorymi<sup>104</sup>.

Dla władz i zwierzchników szpitala priorytetem była troska o wyleczenie duszy i zapewnienie choremu, poprzez praktyki sakramentalne, zbawienia lub przynajmniej ustrzeżenie go przed wiecznym potępieniem. W podejściu do chorego i zaleceniu jednoczesnego leczenia ciała i duszy, w realnym działaniu trudno doszukać tej równowagi i parytetu. W konfrontacji dwóch sfer i wysiłków kuracyjnych terapia duchowa dominowała nad lekarsko-medyczną, a w ogólnej perspektywie przyszłych losów pacjentów przyjętych do szpitala mniejszą stratą wydawała się „śmierć ciała” niż „śmierć duszy”. Takie postępowanie, swego rodzaju filozofia zbawienia, stosowana wobec chorych nie może dziwić w najbardziej religijnym i chrześcijańskim szpitalu, kierowanym przez najwyższe instancje Kościoła, papieży i Stolicę Apostolską, których fundamentalną, w zasadzie jedyną misją było uchronienie wiernych od piekła i doprowadzenie do zbawienia wiecznego. Dotyczyło to osób, które w ogromnej liczbie tam właśnie kończyły życie.

Praktyki duchowe i sakramentalne oraz troska o życie wieczne chorych to jedno z najczęściej powtarzających się problemów w źródłach. Bardzo ważną misją była też szeroko pojęta katechizacja chorych w szpitalu, czyli nauka doktryny chrześcijańskiej. Szpital, oprócz zasadniczej funkcji leczniczej, pełnił również religijną funkcję edukacyjną, którą należy widzieć nie tylko w perspektywie szpitalnej, ale też ogólnie – całej wspólnoty Kościoła chrześcijańskiego, a już na pewno w odniesieniu do ubogich chorych poza szpitalami. Zarówno w szpitalach, jak i w parafiach Kościół nadal realizował potrydencką strategię nauczania i umacniania podstaw wiary chrześcijańskiej we wszystkich środowiskach. Na przykładzie Szpitala Świętego Ducha można powiedzieć, że wysiłki w tym zakresie zostały nawet zintensyfikowane w pierwszej połowie XVIII wieku, szczególnie za czasów długiego pontyfikatu papieża Benedykta XIV.

<sup>103</sup> ASR, nr 7, *Editto da osservarsi ... MDCCXLII*. Por. M. PICCIALUTI, *La carità*, s. 114.

<sup>104</sup> Por. M. PICCIALUTI, *La carità* s. 114.



## Rozdział X

### ZMARLI

#### 1. W OBLICZU ŚMIERCI

Choć chorzy trafiali do szpitalnej infirmerii z nadzieją wyleczenia, to jednak dla wielu pobyt w niej stanowił ostatni etap życia. Również w Szpitalu Świętego Ducha śmierć była zjawiskiem powszechnym i codziennym. Członkowie dyżurnej gwardii, gdy zobaczyli ekstremalnie ciężki stan pacjenta, nie mogli go zostawić samego, lecz od razu wzywali kapłana rekomendującego duszę, który stawiając w nogach konającego zapaloną świecę z wizerunkiem miłosierdzia, modlił się za niego. Niekiedy jednak chorzy odchodzili niespodziewanie i niezauważalnie, zwłaszcza w nocy. W tej sytuacji fakt śmierci najczęściej stwierdzał dyżurny kapral, który przy pomocy gwardzistów zdejmował zmarłemu koszulę i zakrywał nią jego twarz, potem zaś w obecności kapłana polecającego duszę przeszukiwał dokładnie łóżko i ubrania. Zamykano też zmarłemu oczy, jeśli po śmierci pozostały otwarte. Następnie notował numer łóżka zmarłego, dzień i godzinę śmierci na dwóch oficjalnych biuletynach, z których jeden zostawał w spiżarni, a drugi wkładał między palce rąk nieboszczyka. Miało to zabezpieczać przed pomyłką i pochowaniem go przed upływem dwudziestu czterech godzin od zgonu. Na wezwanie kaprala przybywali dyżurni gwardziści, którzy owinięte w prześcieradło zwłoki układali na marach w sali zmarłych, a następnie przykrywali je czarnym pogrzebowym płótnem. Nie wcześniej jak po dwóch godzinach od momentu śmierci przenosili ciało do przyległego pokoju, gdzie czekało na przeniesienie do kościoła, a następnie na miejsce pochówku. Towarzyszyła temu skromna ceremonia. Podczas niej kapłan odprawiał egzekwie, odmawiając *Miserere* i inne formuły, na które odpowiadali służący dyżurni. Rozpoczęły się one tuż po obiedzie na sygnał dzwonka, a zobowiązani byli w nich uczestniczyć wszyscy członkowie dyżurnej gwardii. Ze względów sanitarnych zwłoki chorych na gruźlicę nie były przenoszone do ogólnej sali zmarłych, lecz poddawane izolacji w oddzielnym miejscu<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 48, 58, 142, 180-181, 201, 210-211, 216, 233.



Każdy akt zgonu był odnotowywany przez pisarza w księdze zmarłych. Starano się to czynić w sposób dokładny i przejrzysty, aby ułatwić poszukiwanie odpowiednich informacji, gdyż każdy błąd we wpisie powodował wiele komplikacji i kłopotów, szczególnie dla zgłaszających się żon, dzieci czy kuzynów. Zwyczajowo za wystawienie świadectwa zgonu szpital pobierał od proszącego dwa paole opłaty<sup>2</sup>. Każdego miesiąca zdarzały się jednak w tej kwestii zaniedbania, polegające na nieodnotowaniu w księgach faktu czyjejs śmierci. W 1741 r. wizytator Gentili donosił, że w księdze zgonów w rubryce przy nazwisku pacjenta były białe i niezapełnione miejsca, stwierdzono też więcej depozytów z ubraniami, niż wskazywałyby na to stan liczbowy chorych. Wszczęto dociekania wyjaśniające, czy osoby niezapisane w rubryce zmarłych były w ogóle hospitalizowane. Trudno było wykryć winnych. Wiele przesłanek wskazywało, że sprawcami owych wykroczeń byli członkowie dyżurnej służby, dopuszczający się tego często przez zwykłą złośliwość. Aby temu zapobiec, wizytator nakazał kapralom codzienne zliczanie wszystkich chorych, z wyszczególnieniem ich liczby w poszczególnych oddziałach, szafarzowi żywności zaś sprawdzanie rano w kostnicy liczby zmarłych<sup>3</sup>.

Na życzenie rodziny, krewnych lub innych osób szpital był zobowiązany wystawiać akt zgonu, który sporządzał pisarz. Nie zawsze czynił to w sposób właściwy i sumienny, na co narzekał w 1772 r. komendant Romualdo Guidi, posądzając nawet ówczesnego pisarza o złośliwość przy spełnianiu powinności. Odtąd pieczęć, dotychczas będąca w posiadaniu pisarza, miała być trzymana przez zastępcę przełożonego infirmerii, a w wypadku jego nieobecności przez zastępującego go innego kanonika. Zarządził też, aby zaświadczenia o zgonie były odtąd podpisywane i firmowane nie tylko przez pisarza, ale także przez zastępcę przełożonego infirmerii, który przed uwiarygodnieniem aktu zgonu miał sprawdzić zgodność z wpisem w księdze zmarłych<sup>4</sup>.

## 2. POCHÓWKI – CMENTARZ

W szpitalach pełniących funkcje przytułku, jak i infirmerii stałym zjawiskiem, częstszym niż gdziekolwiek indziej, była śmierć. W przytułkach ludzie umierali przede wszystkim ze starości, w infirmeriach z powodu trudnych do wyleczenia wówczas chorób. Dlatego większość szpitali posiadała własne cmentarze, na których chowano zmarłych pensjonariuszy. W Szpitalu Świętego Ducha w Rzymie do pomocy przy grzebaniu nieboszczyków był wyznaczony grabarz (*becamorte*),

<sup>2</sup> Tamże, s. 45, 113.

<sup>3</sup> ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata ...1737*, s. 118.

<sup>4</sup> ASR, nr 1409, *Decreto intorno al modo*, s. 279-280.

pełniący również funkcję sprzątacza, stróża cmentarza i grobów. W źródłach bywał też określany mianem oficjela cmentarno-pogrzebowego (*ufficiale del camposanto*). Zgodnie z dawnym zwyczajem szpitalnym pochówków dokonywano bądź wczesnym rankiem, bądź wieczorem<sup>5</sup>. Źródła informują, że w większości przypadków grzebanie zmarłych odbywało się codziennie wieczorem po kolacji<sup>6</sup>. Ze względów sanitarno-zdrowotnych chodziło o uniknięcie, zwłaszcza w lecie, wysokich temperatur, a także o nienarażanie okolicznej ludności i pensjonariuszy szpitalnych na nieprzyjemne wycieki z grobów. Starano się w ten sposób zagwarantować też pewną dyskrecję i powagę obrzędu pogrzebowego, który wobec masowości pochówków, zwłaszcza biedaków zmarłych w szpitalu, nie mógł być bardziej okazały. Starano się nie epatować wspomnianą masowością zgonów i nie wywoływać przez to negatywnych wrażeń i emocji wśród chorych, dla których perspektywa śmierci w warunkach szpitalnych nie była wcale odległą.

Różne były sposoby transportowania zmarłych na cmentarz. Zwłoki na miejsce pochówku przenosili członkowie dyżurującej gwardii, którym zawsze towarzyszył z kropidłem grabarz szpitalny. Pilnował on, aby wejścia do grobów były zawsze szczelnie zamknięte, nie tylko ze względu na wydobywający się z nich na pobliskie ulice fetor, lecz nade wszystko w celu niedopuszczenia do wypadków. Zdarzało się, że w czasie odbywających się o zmierzchu pochówków do grobu wpadały towarzyszące osoby, niechybnie z narażeniem zdrowia, a nawet życia. Dlatego często sprawdzał, czy płyty zakrywające grób są dobrze ustawione. Oprócz powinności pogrzebowo-cmentarnych, związanych z grzebaniem zmarłych, miał on także inne zadania w samym szpitalu. Zamiatał *medicaria* i dziedzińec akademii, czyścił stoły, mył i płukał baseny (*cattini*) i szklanki do upuszczania krwi. Wreszcie usługiwał chorym, gotował wodę, pomagał chorym przy jedzeniu, obmywał twarze rannym i troszczył się o ich zdrowie<sup>7</sup>.

Stary cmentarz przyszpitalny, przylegający do Tybru, stwarzał wiele niedogodności z punktu widzenia higienicznego, powodując nieznośny fetor. Naczelny lekarz państwowy po wizytacji cmentarza 26 marca 1740 r. napisał, że znajdują się w nim groby usytuowane w dwu rzędach po 12 w każdym, o głębokości sięgającej aż do 36 *palmi*. Każdy grób mógł pomieścić do tysiąca zwłok. Jeden z nich miał ujście w kierunku rzeki i wypływała z niego zgnilizna, pozostałe zaś były całkowicie zamknięte. Niestety zalewała je woda z okolicznych stoków.

<sup>5</sup> ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi ... Cortellini. 1654*, s. 108-109; ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi dagl' Officiali ... 1654*, s. 63.

<sup>6</sup> ASR, nr 3092, *Disordini, che sono ....*

<sup>7</sup> ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi ... Cortellini. 1654* s. 110-111; ASR, n. 1409, *Regole da osservarsi dagl' Officiali ... 1654*, s. 64.

Wtej sytuacji komisja sanitarna zaproponowała przeniesienie cmentarza na wzgórze Janikulum<sup>8</sup>.

Istnieje też inny opis starej nekropolii. Według niego czynny do końca lat trzydziestych XVIII w. poprzedni cmentarz szpitalny był zbyt mały, mały tylko siedem grobów. Duża liczba zmarłych, których należało w nich pochować, powodowała konieczność otwierania grobów prawie każdego dnia, a także częstego ich opróżniania. Z tego powodu wydzierały się z nich cuchnące wyziewy, uprzykrzające życie chorym, rodzinie szpitalnej, a także pensjonariuszkom z *Conservatorio*. Zwłaszcza podczas czyszczenia grobów fetor docierał do mieszkańców pobliskich przedmieść, w tym do Zamku Świętego Anioła, i rozchodził się po okolicy. Papież, wiedząc o tym, zaordynował kardynałowi Gentilemu erygowanie nowego cmentarza (*nuovo campo santo*). Kardynał nie zwlekał z wykonaniem zarządzenia papieża, dlatego bardzo szybko powstał nowy, wielokrotnie pojemniejszy cmentarz ze stu trzema grobami i kaplicą w środku, w której stworzono dodatkowe dwa groby – jeden dla kapłanów zmarłych w szpitalu, drugi dla rodziny szpitalnej. Urządzono też w niej zakrystię i lokum mieszkalne dla grabarza. Pozytywnym skutkiem nowej inwestycji było pozbycie się fetoru, ponieważ od początku lipca 1747 r., po złożeniu dziesięciu zwłok w jednym grobie, nie można go było otwierać, dopóki nie zapełniono po kolei wszystkich innych grobów. Jak zaznaczono, w tym czasie umierało w szpitalu rocznie około tysiąca osób. Celem opróżniania grób otwierano jedynie na początku roku lub nieco później, gdy była gwarancja, że nie będzie wydobywał się fetor, choćby dlatego, że w grobie zostały już tylko kości pogrzebanych. Chcąc ułatwić przenoszenie ze szpitala ciał zmarłych, wybrukowano błotnistą dotąd drogę prowadzącą od szpitala św. Onufrego na nowy cmentarz naprzeciw murów obronnych przy *Via Barberini*<sup>9</sup>.

W 1750 r., kiedy istniał już nowy cmentarz, na dźwięk *Ave Maria* grabarz z pomocnikiem nocnym wprowadzali wózek z zapaloną świecą do sali ze zmarłymi, za których wcześniej odprawiono egzekwie pogrzebowe. Po ułożeniu zwłok na wózku i nakryciu furman przewoził je do grobu na nowy cmentarz. Następnie grabarz z pomocnikiem przy użyciu liny umieszczali je w grobie. Każdą szczelinę wypełniano dokładnie zaprawą, co zapobiegało wydobywaniu się odoru. Do grobu można było włożyć tylko dziesięć zwłok, i nie wolno go było ponownie

<sup>8</sup> A. CANEZZA, *Gli Arciospedali di Roma nella vita cittadina nella storia e nell'arte*, Roma 1933, s. 115. Autor, pisząc o liczbie grobów, nie podaje źródła informacji. *Palmo* to pięćdziesiąt, *dloñ* (miara długości).

<sup>9</sup> ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata ... 1737*, s. 297-299; ASR, nr 1301, *Relazione fatta da Ferrini*, s. 37-39; ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 4-5. Zob też: ASR, nr 903, *Visita Apostolica ... 1737-1749*. W innym źródle jest mowa o 105 grobach na nowym cmentarzu. Zob. ASR, nr 1409, *Breve ragguaglio de'benefici ... 1759*, s. 128.

otwierać, dopóki nie wypełni się wszystkich pozostałych grobów. Po złożeniu zwłok w grobie prześcieradła, w które były owinięte, grabarz oddawał następnego dnia rano dyżurnym gwardzistom ze szpitala dla rannych, a te, które służyły zmarłym na gruźlicę, przekazywał *vasallo*, czyli usługującemu osobom zapadłym na tą chorobę. Zaraz po śmierci gruźlika na rogach prześcieradła, w które owijano jego zwłoki, wiązano dwa węzły, by grabarz nie pomylił ich z prześcieradłami, w które zawijano pozostałe ciała<sup>10</sup>.

Czasami na cmentarz wywożono i chowano kilku zmarłych naraz, po odprawieniu wcześniej egzekwii pogrzebowych w kaplicy szpitalnej. Sam pochówek (złożenie do grobu) odbywał się już bez udziału kapłana, przeprowadzali go pracownicy cmentarni. Prawdopodobnie zwłoki wkładano do grobu bez żadnych ubrań, a zabierano nawet prześcieradła, którymi były okrywane. Ze względu na szacunek dla zmarłego i powagę ceremonii pochówku, a także, aby nie dopuszczać do obsceniczności, w 1736 r. zabroniono przenoszenia i chowania nagich zwłok<sup>11</sup>.

W bogatszej i bardziej uroczystej oprawie odbywały się pochówki członków rodziny szpitalnej. Wtedy głównym celebrazem był przełożony infirmerii. Do udziału w tych modlitwach i towarzyszenia zmarłemu w śpiewanej Mszy pogrzebowej w kościele zachęcano całą rodzinę szpitalną, dbając jednak, by nie odbywało się to kosztem zaniedbywania służby chorym. Ponadto w intencji zmarłych członków rodziny szpitalnej przełożony odprawiał nabożeństwa i egzekwie przez całą oktawę po śmierci, a także memoratywną Mszę św. śpiewaną w kaplicy cmentarnej<sup>12</sup>. Gdy chodzi o ciała księży, to składano je najpierw we wspólnej sali zmarłych, potem zaś chowano w dwu oddzielnych, specjalnych grobach, mieszczących się w kaplicy cmentarnej<sup>13</sup>.

Przywilej chowania w kościele szpitalnym mieli członkowie rodziny szpitalnej nie tylko wyższej rangą, ale też usługujący chorym. Na tym tle dochodziło do kontrowersji, a nawet nieprawidłowości i nadużyć. W 1759 r. pracownicy służby szpitalnej skarżyli się komendantowi Ludovico Calino, że niektóre osoby ze szpitala przywłaszczają rzeczy i ubrania po zmarłych w trakcie służby oraz domagają się uposażenia za ich pochówek. W odpowiedzi zaznaczono, że takie postępowanie i roszczenia są nieuzasadnione w stosunku do osób służących w dzień i w nocy chorym, którzy często się od nich zarażali, co bywało przyczyną śmierci. W związku z powyższym zarządzone, że – po pierwsze – nikt nie może żądać niczego po zmarłym w szpitalu członku rodziny szpitalnej, a wszystko,

<sup>10</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 256, 261-263.

<sup>11</sup> ASR, nr 7, *Editto da osservarsi ... 1736*.

<sup>12</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 34, 49-50, 149.

<sup>13</sup> Tamże, s. 263

co po nim pozostało, należy się jego spadkobiercom; po drugie, takie osoby należy bezpłatnie pochować w kościele szpitalnym i nie domagać się zwyczajowego wynagrodzenia za pochówek ani żadnego innego od kogokolwiek innego; po trzecie, odprawić za tych zmarłych, na koszt szpitala, dziesięć Mszy św. oraz tradycyjne modlitwy i nabożeństwa<sup>14</sup>.

Wielokrotnie chorzy wyrażali wolę pochówku w innych kościołach, a nie w kościele Świętego Ducha czy na cmentarzu szpitalnym. Za transport zwłok na miejsce pochówku do oddalonych kościołów rodzina i spadkobiercy zmarłych wnosili opłatę na rzecz parafialnego kościoła Świętego Ducha oraz dla przełożonego infirmerii i jego zastępcy. Kapelani świadczący wcześniej, w szpitalu, posługę duchową przy zmarłym nie otrzymywali żadnej zapłaty, tak jak księża uczestniczący w pochówkach w kościele szpitalnym. Komendator Ludovico Calino uznał taką praktykę za niesprawiedliwą, zważywszy, że ci duchowni przez cały pobyt w szpitalu aż po kres życia chorych świadczyli im opiekę duchową i sakramentalną. Wobec powyższego w 1766 r. zabronił przełożonemu infirmerii wydawania zwłok do pochowania w innych kościołach, dopóki rodzina zmarłego nie złoży w jego ręce depozytu czterech skudów i siedemdziesięciu siedmiu bajoków do podziału między kościół, przełożonego infirmerii, jego zastępcę i innych jedenastu księży szpitalnych<sup>15</sup>. Gdy mowa o innych kościołach, należy rozumieć przez to cmentarze parafialne, gdyż trudno sobie wyobrazić, by wszystkich zmarłych chowano w podziemiach świątyni, możliwe to było, co najwyżej, w oniesieniu do ludzi ważnych lub bogatych. Można też przyjąć, że dyspozycje pochówku w innych kościołach i parafiach wyrażały przede wszystkim osoby z nich pochodzące lub mieszkające w pobliżu.

Tylko nieliczni zmarli byli grzebani w swoich parafiach, z reguły rzymskich, absolutną większość zmarłych chowano na cmentarzu należącym do szpitala, rzadziej w podziemiach samego kościoła szpitalnego. Z pewnością na miejscu odbywały się pochówki osób pochodzących spoza Rzymu, nie mówiąc już o cudzoziemcach, których zwłok nie można było przewieźć do dalekich rodzinnych stron. Dla osób zamożnych i znaczących miejscem wiecznego spoczynku były podziemia kościoła Świętego Ducha, pozostałych grzebano na cmentarzu szpitalnym, najpierw na starym, później na nowym. Nie da się określić, jaki wpływ na pochówek w kościele miało samo dostojęństwo i prestiż zmarłego, a na ile można było go sobie tam wykupić. Wiadomo natomiast, że koszty obrzędów pogrzebowych i samego pochówku pokrywała rodzina, a jeśli się nie zgłaszała, ściągano je zapewne z pozostawionego w szpitalu mienia po zmarłym. Można przypuszczać, że najuboższych i żebraków chowano za darmo.

<sup>14</sup> ASR, nr 61, *Giornale di Memorie e delle Cose*, s. 97.

<sup>15</sup> ASR, nr 1409, *Decreto per li infermi, che muoiono ... 1766, Ludovico Caliano*, s. 264-265

Złożenie ciała w kościele szpitalnym pociągało za sobą ponad dwukrotnie wyższe koszty niż na cmentarzu. W pierwszym wypadku wynosiły 8,3 bajoka, w drugim zaś 3,3 bajoka. Na tę cenę składały się opłaty dla przełożonego infirmerii i jego zastępcy, ośmiu kapłanów polecających dusze – w tym czterech nadliczbowych, dwóch spowiedników, grabarza, zakrystiana, Na mszę śpiewaną. Poza tym przy pochówku w kościele dochodziła opłata za samą zgodę oraz taryfa dla tragarzy i danina na воск. Wszystkie składowe ogólnych kosztów pogrzebu były około dwa razy wyższe przy pochówku w świątyni niż na cmentarzu<sup>16</sup>.

### 3. RZECZY PO ZMARŁYCH

Bardzo ważnym problemem dla władz szpitala były losy majątku po zmarłych pensjonariuszach. Rzeczy, które nie zostały rozdysponowane testamentem, stanowiły źródło dochodu szpitala, co było o tyle istotne, że chorych leczono w nim bezpłatnie. Istniał niepisany zwyczaj, o którym potencjalni pacjenci na ogół wiedzieli, że w razie śmierci podczas hospitalizacji wszystko, co posiadali z sobą chorzy, zostanie w formie jałmużny w szpitalu, o ile krewni nie będą rościć do tego praw. Prawo do przejęcia przez szpital rzeczy i gotówki po pacjentach, którzy nie przeżyli hospitalizacji, było zawarowane w regulaminie z 1623 r. Na jego mocy pieniądze pozostawione przez zmarłego, wcześniej zdeponowane w płóciennej torebce w depozytowej skrzyni, były z niej wyjmowane i wkładane do drugiej torebki w tej samej skrzyni, w której gromadzono finanse przeznaczone na szpital<sup>17</sup>.

Decyzją przełożonego generalnego Bernardino Cirillo z 1559 r. szpital zawierał roczny (lub na dłuższy okres) kontrakt, który umożliwiał sprzedaż pozostawionych tobołków i toreb kupcom żydowskim, zwykle na zasadzie ryczałtu, po ustalonej cenie, w zależności od wielkości pakunku. Innym razem nabywca wpłacał z góry 100 skudów z deklaracją zabrania w uzgodnionym terminie wszystkich rzeczy, niezależnie od ich ilości. Ich odbiór odbywał się co miesiąc, jeśli jednak z powodu zaniedbania kontrahenta pakunki nadal zalegały w depozycie szpitalnym ponad ustalony czas, przechodziły one ponownie na własność szpitala<sup>18</sup>.

<sup>16</sup> ASR, nr 54, *Notizie diverse della Casa di S. Spirito*, s. 167.

<sup>17</sup> ASR, BAV, Barberiniano latino 1068, *Relatione del modo che si tiene ... 1623*, s. 9; R. GRÉGOIRE, *Servizio dell'anima quando del corpo nell'ospedale di Santo Spirito*, „Ricerche per la storia religiosa di Roma”, 3, 1979, s. 240

<sup>18</sup> M. VANTI, *Un umanista del Cinquecento in funzione di riformatore, Bernardino Cirillo commendatore e maestro generale dell'Ordine di S. Spirito (1556-1576)*, Roma 1936, s. 111



Według regulaminu z 1654 r. pieniądze pensjonariuszy w momencie przyjęcia wkładano do oznaczonych torebek, które umieszczano w depozycie.. Jeśli pacjent wyzdrowiał, były mu zwracane przy opuszczaniu szpitala, jeśli zmarł, gotówkę składano w tzw. skrzynce rezerw, a na koniec roku przeliczał ją i kwitował skarbnik<sup>19</sup>. Rozporządzenie z 1661 r. zobowiązywało kaprała do powiadamiania o śmierci chorego przełożonego infirmerii, który miał zadbać o zabezpieczenie jego rzeczy. Pomagał mu w tym kapłan polecający dusze, asystujący przy umierającym, który był zobowiązany do odnotowania w specjalnej księdze spisu wszystkiego, co zmarły miał na sobie oraz w łóżku, a następnie dopilnować tego dobytku<sup>20</sup>. Musiał on być człowiekiem zaufanym, gdyż mając ostatni kontakt z umierającym, był zarazem pierwszą osobą, która miała dostęp do ubrań i łóżka po jego zgonie. Generalnie wszystko to, co pozostało po zmarłym, który zdeponował pieniądze i rzeczy już po sporządzeniu testamentu, pisarz przekazywał za pokwitowaniem inspektora przełożonemu infirmerii, potem zaś realizował wolę testatora<sup>21</sup>.

Na początku każdego miesiąca przełożony infirmerii oddawał pisarzowi biuletyny zmarłych w poprzednim miesiącu. Na ich podstawie pisarz przekazywał pozostawione pakunki zewnętrznemu kontrahentowi (*appaltatore*) w obecności inspektora szpitalnego. Ci dwaj ostatni razem przeglądali ubrania, szukając pieniędzy lub rzeczy należących do szpitala. Pieniądze ze sprzedaży rzeczy znalezionych przy zmarłych oraz sumy oddane przez pisarza zdeponowane w momencie przybycia do szpitala, także znalezione w ich pakunkach podczas przekazywania im pośrednikom, wreszcie pieniądze uzyskane ze sprzedaży rzeczy znajdujących się w paczkach przekazywano pod koniec miesiąca skarbnikowi szpitala. Wszystkie wpływy z tego tytułu, rejestrowane w specjalnej księżeczce, akceptował ostatecznie inspektor<sup>22</sup>.

Na mocy kontraktu z połowy XVIII w. rzeczy po zmarłych pensjonariuszach odbierali żydowscy bankierzy z getta (*Banchieri in Getto*), między innymi Mose Pavoncelli. Zaraz po śmierci chorego zdeponowane pakunki z pozostawionym mieniem przekazywano wspomnianemu kontrahentowi. Wyjątkiem były kamienie szlachetne, złoto, srebrne monety, pierścionki, korony (*corone*), dowody zastawów (*bollettini di pegno*), które stawały się własnością szpitala<sup>23</sup>. Rzeczy mniej cenne, takie jak czapki, berety, talerze, manierki, wiatraczki deponowano i pod koniec każdego miesiąca rozdawano chorym, którzy tego potrzebowali<sup>24</sup>.

<sup>19</sup> ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi ... Cortellini. 1654*, s. 2-8; ASR nr 1409, *Regole da osservarsi dagl' Officiali ... 1654* s. 1-5

<sup>20</sup> ASR, nr 1409, *Ordini spora li fardelli*, s. 51.

<sup>21</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 112-113.

<sup>22</sup> Tamże s. 40-41, 112.

<sup>23</sup> ASR, nr 1409, *Ordini spora li fardelli*, s. 51-52.

<sup>24</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 41, 162.

Posługiwanie się pośrednikami żydowskimi przy spieniężaniu ubrań pozostawionych przez zmarłych w szpitalu pensjonariuszy miało wcześniejsze tradycje. W 1661 r. komendant Virgillio Spada apelował, aby nikt nie ważył się utrudniać wstępu do szpitala jakiegokolwiek dnia i w jakiegokolwiek porze żydowskiemu bankierowi lub jego wysłannikom, wręcz przeciwnie – nakazywał traktować ich z największą uprzejmością. Jednocześnie zabronił kapralom, gwardiom i innym osobom ruszania rzeczy po zmarłych, wynoszenia ich na zewnątrz<sup>25</sup>. Niespełna dwadzieścia lat później skorygowano powyższe zarządzenie i zabroniono Żydom przychodzić z rana po pakunki po zmarłych, argumentując, że zakłócają Mszę św.<sup>26</sup> Kontrahent zgłaszał się do szpitala po tobołki po zmarłych pierwszego dnia każdego miesiąca. Odbierał je osobiście z depozytu w towarzystwie kapłana polecającego duszę i tragarzy. Zabierano wszystko z wyjątkiem ubrań, które mogły jeszcze posłużyć na wewnętrzne potrzeby. Dla zachowania środków ostrożności, pakunki po zmarłych na gruźlicę i szkorbut wyrzucano najpierw do ogrodu. Następnie, po ich upraniu i oczyszczeniu, ponownie rozwieszano i wietrzono w ogrodzie, by później rozdać je biednym, którzy po wyleczeniu opuszczali szpital. Raz lub dwa razy w roku, gdy w szpitalu było mało chorych, sporządzano listę wszystkich pakunków, sprawdzając, czy ubrania i przypięte do nich biuletyny nie są niszczone przez myszy. Gdy nagromadziła się zbyt duża liczba paczek po zmarłych, pisarz szpitalny przekazywał je kontrahentowi<sup>27</sup>.

Jak wiadomo, w szpitalu nie wolno było przebywać osobom postronnym, tym bardziej dotyczyło to Żydów. Podczas kongregacji odbytej 5 maja 1703 r. wydano postanowienie zabraniające przyjmowania lub wpuszczania ich do szpitala, z wyjątkiem tych, którzy mają umowę na kupno tobołków z rzeczami po zmarłych, i to tylko w ustalonym dniu po obiedzie. Nie pozwolono im też chodzić po szpitalu, lecz musieli czekać w wyznaczonym pokoju, w którym odbierali przynoszone, gotowe pakunki<sup>28</sup>.

Problem rzeczy po zmarłych stanowił kwestię zawsze drażliwą. Na tym tle często dochodziło do nadużyć, również ze strony duchownych. W 1747 r. wizytator informował, że z pieniędzy pozostałych po zmarłych lub przy nich znalezionych pisarz przez rok nie wziął nawet grosza, ponieważ wszystko oddał bez żadnego pokwitowania w ręce przełożonego infirmerii. Tymczasem okazało się, że chorzy zostawiali pieniądze z życzeniem, by po ich śmierci zostały odprawione Msze św. za ich dusze. Wola zmarłych nie była jednak realizowana, a pozostawione pieniądze zgarniał dla siebie przełożony. Po ujawnieniu oszustw został

<sup>25</sup> ASR, nr 1409, *Ordini spora li fardelli*, s. 51-52.

<sup>26</sup> ASR, nr 1409, *Decreti di Visita 1679 ... Acciaiuoli*, s. 64.

<sup>27</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 41, 110-111, 113.

<sup>28</sup> ASR, nr 3101, *Congregazioni tenute sopra ...*

usunięty ze stanowiska. Wizytator, nie chcąc, by dalej „oszukiwano dusze zmarłych” i defraudowano mienie szpitalne, postanowił, że kapłan asystujący przy konających wzywał tuż po ich śmierci dyżurnego kaprała z dwoma służącymi, aby w jego obecności rozebrali zmarłego. Znalezione przy nim pieniądze, przedmioty ze złota i srebra oraz inne precjoza miały być zapisane w specjalnej książeczce. Pozostawione rzeczy, po oszacowania ich wartości przez przełożonego i inspektora, sprzedawano, a uzyskane pieniądze odnotowano w księdze, którą trzymali kapłani polecający dusze. Odtąd ani przełożony, ani nikt inny nie mógł przetrzymywać pieniędzy i mienia chorych – miał się nimi opiekować pisarz. Jeśli zmarli zapisali coś testamentem szpitalowi, musiał to odnotować inspektor, a potem przekazać za pokwitowaniem pieniądze lub rzeczy przełożonemu infirmerii. To, co pozostało po zmarłych pensjonariuszach, którzy nie sporządzili testamentu, przechodziło na własność szpitala, a potem było sprzedawane, przy pomocy pośredników, najlepiej płacącemu. Zyski ze sprzedaży wraz z pieniędzmi oficjalnie zdeponowanymi, znalezionymi w poduszkach i innych miejscach, zasilaty budżet szpitala – w części przeznaczano je na Msze za zmarłych pacjentów i na jałmużnę dla odprawiających je księży<sup>29</sup>.

Zarządzenia wizytatora przyniosły pozytywne skutki, gdyż wcześniej ze „spadku” po zmarłych szpital nie miał żadnych korzyści, po reformach zaś za okres 1742-1748 zyskał 11 111 skudów z pozostawionych depozytów oraz 774 skudy z pieniędzy znalezionych przy osobach, które w szpitalu zakończyły swoje życie. Niestety i później jeden z pisarzy nie rejestrował i nie składał do depozytu pieniędzy po zmarłych, lecz przywłaszczał je sobie, za co niechybnie został zwolniony. Wizytujący kardynał żalił się, że wiele dostojnych i bogatych osób umierało w szpitalu, nie pozostawiając ani nie legując nawet jednego skuda na szpital, jak miało to miejsce w innych szpitalach (np. w Mediolanie), a wcześniej także u duchaków w Rzymie. Jak utrzymywał, działo się tak z powodu niesłusznego idealizowania bogactwa Szpitala Świętego Ducha i opinii, że nie wymaga on wsparcia. W związku z tym polecił inspektorowi Feriniemu sporządzanie pod koniec każdego roku generalnych wykazów (*ristretti*) chorych przyjętych do infirmerii, a także osób przebywających w innych agendach: kanoników, personelu i służby, podopiecznych z *Conservatorio*, chłopców ze szkoły szpitalnej, małych podrzutków, mamek. Drukowane wykazy, z oszacowanymi kosztami utrzymania wymienionych osób, zalecono upubliczniać, aby uświadomić skalę wydatków, a tym samym poruszyć serca zamożnych osób i zachęcić je do czynienia legatów na szpital, jak uczynił to kardynał Marini z Lecce czy inni dostojnicy<sup>30</sup>.

<sup>29</sup> ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata...1737*, s. 263-268; ASR, nr 903, *Visita Apostolica in Santo Spirito, incominciata l'anno 1737 ... 1749*, s. 214-217.

<sup>30</sup> Tamże, s. 269-271, 282.

Jak już wspomiano, chorzy przed położeniem do łóżka w szpitalu, zostawiali w depozycie nie tylko ubrania i przedmioty materialne, ale też określone kwoty pieniędzy. Na pytanie, jaka to były kwoty, odpowiadają *Ristretti* z lat 1717-1757. W tym okresie składali w szpitalu na przechowanie średnio 781 skudów, najwięcej w 1744 r. – 2020 skudy, najmniej w 1730 r. – 172 skudy. Te skrajne „wysoki”, nie odzwierciedlają ogólnej tendencji, która zawierała się w przedziale 400-1000 skudów. Absolutną większość (średnio 93%) złożonych pieniędzy pacjenci odbierali w chwili opuszczania szpitala, minimalny odsetek (1,6 %) pozostawał nadal w depozycie wraz z chorymi, którzy musieli zostać na leczenie na następny rok. Pozostałe zdeponowane pieniądze – 5,4% – należały do osób, które nie przeżyły hospitalizacji i – jak można sądzić – zasilaly fundusz szpitala, o czym rejestry nie informują. W stosunku do ogólnej sumy depozytu rocznego (1109 skudów), największą jego część uzyskał szpital po zmarłych pensjonariuszach w 1750 r. (15,4% – 171 skudy), najmniejszą zaś – 1% – w 1732 r. (19 skudów z globalnej sumy 429 skudów). Z tytułu śmierci chorych szpital zyskiwał rocznie średnio zaledwie 43 skudy<sup>31</sup>. Były to sumy niewiele znaczące, podobnie zresztą jak globalne sumy zostawiane przez chorych w depozycie, co potwierdza, że gro jego pensjonariuszy stanowili ludzie z nizin społecznych, nierzadko prawdziwi biedacy.

W 1745 r. Chierico Parisi, przebywający kilka dni w Szpitalu Świętego Ducha, gdzie zmarł, prosił jednak wcześniej, by drobne rzeczy pozostawione w szpitalu *S. Galla*, w którym przebywał przez wiele lat, zostały przekazane właśnie szpitalowi, w którym dokonał żywota<sup>32</sup>.

#### 4. TESTAMENTY

##### – *Procedura sporządzania*

Sporządzanie testamentów stanowiło zwyczaj znany od czasów antycznych i odtąd nieprzerwanie praktykowany. Akty ostatniej woli miały znaczenie praktyczne, właściciel dóbr materialnych bowiem już za życia dzielił je i regulował, chcąc zapobiec w ten sposób nieporozumieniom, roszczeniom i waśniom wśród ewentualnych sukcesorów i pretendentów do schedy i dziedziczenia pozostawionego majątku. Zresztą nie chodziło wyłącznie o sukcesję materialną, ale też o wiele innych kwestii i dyspozycji, np. związanych z miejscem i sposobem pochówku testatora, zapisami na cele dobroczynne lub religijne, spłaceniem długów itp.

<sup>31</sup> Obliczeń i analiz dokonano na podstawie zachowanych *Ristretti* z tego okresu.

<sup>32</sup> ASR, nr 3098, Rękopis zaczynający się od: „*Siccome Antonio Maria Erba...*”.

Testamenty zawierają i łączą w sobie dualizm spraw doczesnych i duchowych – ostatecznych, można powiedzieć wiecznych. W perspektywie przyszłości regulują rzeczy ziemskie i niebiańskie. Wyznacznikiem tych drugich są postawy wobec śmierci, przejawy religijności, troska o losy duszy, wyrażająca się między innymi w dyspozycjach uregulowania długów, zapisach na cele kościelne i dobroczynne, motywowanych często ekspiacją z grzechy, ale i czystym miłosierdziem, chęcią upamiętnienia swojego nazwiska czy zwiększenia szans na zbawienie wieczne<sup>33</sup>.

Testamenty spisywano z reguły w starszym wieku, w bliskiej perspektywie kresu życia, jak też w obliczu ciężkiej choroby, z którą często zmagaly się osoby przebywające w szpitalach. Tam potrzeba uregulowania swoich spraw doczesnych występowała najczęściej, zwłaszcza w obliczu ciężkiego wypadku, zranienia, pogorszenia się stanu zdrowia lub niedającej szans na przeżycie diagnozy. W wielkim Szpitalu Świętego Ducha stało się zjawiskiem i rytuałem nader częstym. Nie było tam wprawdzie urzędu notarialnego czy kancelarii miejskiej, starano się jednak, by decyzje testatora miały moc prawną i były należycie uwiarygodnione podpisami świadków.

Jako że testamenty dotyczyły spraw o dużym znaczeniu, najczęściej finansowych, ważne było, kto je sporządzał i uwiarygodniał. Ogólnie pozwolenie na spisywanie testamentów chorych posiadali kapłani szpitalni, co powodowało różne nieprawidłowości. W XVIII w. zajmował się tym z reguły archiwista szpitalny, który nie zawsze wykonywał swoje zadanie należycie i uczciwie, korzystając z tego, że sprawy te, zwłaszcza kwestia odpłatności, nie były uregulowane. Gdy spisywał je miejscowy archiwista, żądał niesłusznie od dziedziczącego spadkobiercy choćby najmniejszego wynagrodzenia, czasami również od testatora. Jeśli np. chory zostawił 2 skudy na Msze św. odprawiane po śmierci za swoją duszę, musiał darować sporządzającemu testament 6 *paoli*. Spotkało się to ze sprzeciwem kardynała Leandro Porzii, który podczas wizytacji w 1737 r. zabronił duchownym i innym członkom „rodziny szpitalnej” spisywać akty ostatniej woli, chyba że chory był nieprzytomny, a archiwista nieobecny. Wtedy testament, aby miał moc prawną, musiał być sporządzony w obecności dwóch świadków. We wszystkich innych przypadkach należało wezwać archiwistę, który nie mógł rościć sobie pretensji do żadnej gratyfikacji poza sumę nieprzekraczającą 10 bajoków<sup>34</sup>.

<sup>33</sup> Zob. np. J. WYSMULEK., *Przejawy religijności mieszczan krakowskich na podstawie XIV-wiecznych testamentów i zapisów pobożnych*, „Odrodzenie i Reformacja w Polsce”, 54, 2010, s. 85-126; K. MROZOWSKI, *Religijność mieszczan późnośredniowiecznej Warszawy w świetle najstarszych zachowanych testamentów*, „Kwartalnik Historii Kultury Materialnej” 58, 2010, nr 2, s. 195; B. MOŻEJKO, *Rozrachunek z życiem doczesnym. Gdańskie testamenty mieszczańskie z XV i początku XVI wieku*, Gdańsk 2010; M. SURDACKI, *Opieka społeczna w Polsce do końca XVIII wieku*, Lublin 2015; A. KARPIŃSKI, *Dobroczynne i religijne legaty lwowskich mieszczan w świetle ich testamentów z lat 1550-1700*, „Kwartalnik Historii Kultury Materialnej”, 59, 2011, nr 3-4, s. 361-393.

<sup>34</sup> ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata ... 1737*. s. 203-204; ASR, 903, *Visita Apostolica in Santo Spirito, incominciata l'anno 1737 ... 1749*, s. 174-175. Przypomnijmy, mianem rodziny

Podobne problemy powtarzały się później. W 1748 r. archiwista szpitalny, który sporządzał testamenty chorym, jeśli suma legatu nie przekraczała wartości 10 skudów, był opłacany za usługę według stawki wyznaczonej przez wizytatora. Gdy chory dokonywał jednocześnie zapisu na rzecz szpitala, żądał dodatkowej gratyfikacji. Spotkało się to ze sprzeciwem komendatora, który zabronił pisarzowi pobierania opłat od sumy zapisanej na szpital, a także od innych legatów, o ile wartość była niższa niż 20 skudów<sup>35</sup>.

Podobnie sprawy te ujmował regulamin z 1750 r., który nie pozwalał sporządzać testamentów komukolwiek z rodziny szpitalnej, pozostawiając to zadanie wyłącznie w gestii archiwisty szpitalnego. Zaznaczono przy tym, że nie mógł on pobierać żadnych opłat, jeśli chory dokonywał zapisu na dom zakonny, na cele dobroczynne realizowane w szpitalu albo też, gdy zapis nie przekraczał 20 skudów. Wykonanie woli testatora należało do przełożonego infirmerii. Gdyby jednak archiwista nie był obecny, a potrzeba sporządzenia testamentu stawała się nagląca, np. w obliczu zagrożenia życia pacjenta, mógł go spisać dyżurujący spowiednik lub kapłan polecający duszę, ale w obecności kaprała dyżurnej gwardii i dwóch jej członków. Jako świadkowie wszyscy trzej musieli poświadczyc własnoręcznym podpisem to, co powiedział chory testator. W przeciwnym razie testament nie był ważny<sup>36</sup>. W 1800 r. przez parę miesięcy testamenty sporządzali kapucyni zaangażowani w roli spowiedników. Nie wywiązywali się z tych zadań należycie, dokonując nadużyć, za co niebawem podziękowano im za usługi<sup>37</sup>.

Kwestia testamentów została unormowana w pierwszym dwudziestoleciu XIX w. Sporządzał je wtedy zakrystian szpitalny w obecności kilku świadków. Gdy czas na to pozwalał i nie było pośpiechu, starano się pozyskać odpowiednią i nieprzypadkową liczbę osób poręczających prawdziwość zeznań testatora. Nie licząc rzadkich przypadków, w których jedynym obecnym przy wysłuchiowaniu testatora i formułowaniu na piśmie jego woli był zakrystian, towarzyszyło mu od dwóch do ośmiu świadków. Nie zawsze wiadomo, kim byli owi świadkowie, w większości jednak podawano pełnione przez nich funkcje w szpitalu, bo prawie wyłącznie tacy uwierzytniali ostatnią wolę chorych. Wśród nich można było spotkać kapłanów, lekarzy profesorów, kapelanów, spowiedników, pielęgniarzy, a więc

---

szpitalnej (*famiglia d'ospedale*) określano wszystkie osoby związane z funkcjonowaniem szpitala, począwszy od personelu lekarskiego, poprzez duchownych, po pielęgniarzy i służbę pielęgnującą chorych.

<sup>35</sup> ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata ... 1737*, s. 388.

<sup>36</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... MDCCCLI*, s. 34, 52. Służba pielęgniarstwa była podzielona na cztery gwardie dyżurne. Na czele każdej z nich, złożonej z sześciu mężczyzn, stał kierownik gwardii, tzw. kapral. Zob. ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi ... Cortellini. 1654*, s. 90-91; ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi dagl' Officiali ... 1654*, s. 53.

<sup>37</sup> ASR, nr 3092, *Memorie sopra la dimissione ...*



osoby o wysokim prestiżu. Nierzadko podawano tylko liczbę świadków lub same nazwiska. Możliwe, że była to służba szpitalna albo nawet sami pensjonariusze. Wobec braku świadków spoza szpitala łatwiej było, w obliczu naglącej potrzeby, skorzystać z osób miejscowych, dodatkowo z dużym autorytetem. Nie byli oni anonimowi, a jako pracownicy szpitala łatwiejsi do odnalezienia, a tym samym bardziej wiarygodni, na wypadek prób zweryfikowania czy podważenia dokumentu. Pod jednym, dość zdawkowym testamentem, którego autor niewiele miał do rozdysponowania, oprócz spisującego zakrystiana figurowało w roli poświadczycieli aż osiem innych osób, w tym trzech spowiedników i kapelan. W kolejnym testamencie w siedmioosobowym składzie świadków znajdowało się między innymi dwóch spowiedników, kapelan i kapłan. Ja widać, wszyscy, łącznie z zakrystianem, to osoby duchowne<sup>38</sup>. Gdy chodzi o testamenty z początku XIX w., źródła milczą na temat ich ewentualnej odpłatności.

Testamenty sporządzane w szpitalu miały stałą konwencję, odnoszącą się tak do duszy, jak i do ciała. Ta pierwsza była zawsze w centrum. Na początku formuły, niejako w inwokacji, autor ostatniej woli zapewniał, że choć jest ciężko chory na ciele, to jednak zdrowy na umyśle, widzący i sprawny w mowie. Tak rozpoczynała się treść testamentu Felice Mazzoliniego z Vicenzy, spisane 19 stycznia 1763 r., a dalej zapisano: „wiedząc, że nie ma rzeczy bardziej pewnej niż śmierć, natomiast nieznana jest jej godzina [...]. Rozpoczynając od duszy, jest ona bardziej szlachetna niż ciało, dlatego poświęcam ją Bogu Wszechmogącemu, Matce Przenajświętszej, Aniołowi Stróżowi i całemu Niebiańskiemu Orszakowi [...]. Ciało natomiast, które stanie się martwe, rozporządzam, by zostało wystawione w szpitalnej kaplicy, i przed nim odprawiono nabożeństwo zmarłych z mszą śpiewaną, przy udziale dostojnych kapłanów, w wytwornej oprawie. Po tym wszystkim ciało ma być pochowane w kościele parafialnym Świętego Ducha”. W dalszej części testamentu zainteresowany dokonał podziału swojego stosunkowo obfitego majątku w pieniądzech, ubraniach i kosztownościach między rodzinę i znajomych. Na koniec podpisał dokument znakiem krzyża. W ten sam sposób podpisali się dwaj świeccy świadkowie, a sporządzający testament kapłan złożył czytelny własny podpis<sup>39</sup>.

Opisany testament nie należał do typowych, dotyczył mężczyzny stosunkowo zamożnego, sługi i protegowanego wysokiego dostojnika kościelnego, kardynała. Życzył on sobie wystawnego pogrzebu i pochówku w kościele szpitalnym, co było wyróżnieniem i oznaką prestiżu. W przeciwieństwie do niego, absolutna większość testatorów szpitalnych pragnęła skromnej oprawy pogrzebowej i pochówku

---

<sup>38</sup> ASR, nr 1145, 230, *Testamenti dei benefattori e dei ricoverati* – Testamenty Roberto Manciniego z San Benedetto i Roberto Amalbertiego z 1817 r.

<sup>39</sup> Zob. tamże.

należnego ubogim na cmentarzu szpitalnym. Znajdowało to wyraz w utartej formule *moro pauperum*<sup>40</sup>. Czasami spadkodawcy, wyrażając wolę takiego pogrzebu, ostateczną decyzję pozostawiali rodzinie i obdarowanym. Jeszcze inni formułowali ogólny zapis, że po śmierci ciało ma być pochowane zgodnie ze zwyczajem szpitalnym. Jeden z testatorów chciał być pochowany według *moro pauperum* albo w inny sposób, jaki wybierze jego spadkobierca, na pewno jednak na cmentarzu szpitalnym<sup>41</sup>.

Bardzo różne były testamenty: jedne bardzo obszerne, dokładne, podpisane przez wielu świadków, inne lakoniczne i zwięzłe, robione w pośpiechu. Zależało to od statusu społecznego i materialnego ich autorów oraz sytuacji, w jakiej się znajdowali, choćby nagłego zagrożenia życia. Występowała pewna reguła, mianowicie im uboższy był pacjent, tym mniej miał do spisania w rozporządzeniu testamentowym. Niekiedy jednak na lakoniczność i skrótowość testamentu wpływał pośpiech i konieczność natychmiastowego sporządzenia dokumentu, w którym nie zdążono nawet zamieścić wstępnej preambuły dotyczącej pośmiertnych losów ciała i duszy. W kilku z nich znajdują się jedynie enigmatyczne jedno-, dwuzdaniowe zapisy i dyspozycje, bez żadnych świadków, sygnowane tylko przez zakrystiana Calvaniego<sup>42</sup>. Podobnych testamentów bardzo wiele. Na przykład tenże zakrystian sporządził w nagłym pośpiechu, na prośbę umierającego pacjenta, bardzo zwięzły i prowizoryczny akt ostatniej woli. Został on wprawdzie podpisany przez cztery osoby, to jednak wnioskodawca prosił w nim, by miał taką samą wartość i ważność jak testament zaprzysiężony przez świadków w urzędzie publicznym<sup>43</sup>.

Również w późniejszym okresie zdarzało się, że ostatnią wolę chorego zapisywał dyżurujący kapłan. Między innymi w 1817 r. jeden z pacjentów, wezwawszy księdza kapelana i spowiednika szpitalnego, poprosił o sporządzenie zapisu, że zdeponowaną u właściciela sklepu przy moście Świętego Anioła sumę 20 skudów daruje w połowie swojej siostrze, a w połowie przeznaczą na odprawianie modlitw za swoją duszę. Jako świadek owej dyspozycji podpisał się wspomniany kapelan i spowiednik zarazem. Choć trudno tu mówić o klasycznym testamencie, a raczej jednozdaniowej notatce, to jednak dokonany zapis rolę taką spełniał.

O tym, że testamenty szpitalne były ogłaszane i spisywane w ostatnich chwilach życia, świadczy przypadek rzymskiego fryzjera, który przewidując zbliżającą się śmierć, wezwał swojego spowiednika, a dopełniwszy sakramentów św., objawił mu ostatnią wolę, którą zapisał zakrystian. Testator zdecydował, że wszystko,

<sup>40</sup> Tamże – testament z 1817 r. Giuseppe Paggia.

<sup>41</sup> Tamże – testamenty Alberto Ercolaniego z 1816 r., Antonio Manciniego, Salvatore Barbaglii z 1816 r.

<sup>42</sup> Tamże – testamenty Giuseppe Paggia i Nicola Fervante z 1817 r.

<sup>43</sup> Tamże – testament Luigi Cechiniego z 1817 r.

co posiada w sali, a więc łóżko oraz pościel, przekazuje szpitalowi w zamian za odprawienie Mszy czyścicowych, resztę zaś oddaje biednym. Zaznaczył przy tym, że członkowie rodziny nie mają do tych rzeczy żadnego prawa<sup>44</sup>.

Do końca nie wiadomo, czy testamenty sporządzone przez chorych dotyczyły całego ich majątku pozostawionego w domu, czy tylko rzeczy, sum i kosztowności przechowywanych w szpitalu. Jeśli były to testamenty rozbudowane, wymieniające wiele zapisów i licznych sukcesorów, zapewne obejmowały całość dóbr materialnych, jakie posiadał testator. W wypadku natomiast testamentów lakonicznych, notujących drobne przedmioty i niewielkie sumy, można przypuszczać, że chodziło tylko o to, co testatorzy mieli przy sobie w szpitalu. Taka sytuacja mogła się zdarzać szczególnie w wypadku osób z dalekich stron, które przybywszy do Rzymu, w sytuacji wypadku, choroby czy zaniemożenia, dysponowali tylko rzeczami osobistymi, ubraniami, pieniędzmi, medalikami czy pierścieniami itp. Być może istniały nawet podwójne testamenty: pierwszy spisany wcześniej w domu odnośnie do całego dobytku, a potem drugi, dotyczący tylko rzeczy trzymanyh w szpitalu.

Bardzo ważnym problemem dla władz szpitala był losy majątku po zmarłych. Według regulaminu z 1654 r. pieniądze pensjonariuszy w momencie przyjęcia wkładano do oznaczonych torebek, które umieszczano w depozycie. Jeśli pacjent wyzdrowiał, w momencie opuszczania szpitala były mu zwracane<sup>45</sup>. To, co pozostało po zmarłych pensjonariuszach, którzy nie sporządzili testamentu, przechodziło na własność szpitala i potem było sprzedawane. Zyski z tego wraz z pieniędzmi oficjalnie zdeponowanymi, znalezionymi w poduszkach i innych miejscach, zasilają budżet szpitala, a w części przeznaczano je na msze za zmarłych pacjentów i na jałmużnę dla odprawiających je księży<sup>46</sup>.

Autorzy aktów ostatniej woli wiedzieli, że nieuregulowanie doczesnych spraw materialnych groziło nieporozumieniami rodzinnymi i mogło prowadzić do kosztownych procesów sądowych. Obawa ta była jednym z zasadniczych motywów wytwarzania tych dokumentów. Rozumiał to Giachino De Rossi, który mając świadomość, że umrze z powodu choroby, i chcąc zapobiec późniejszym kłótniom, wyraził swoją wolę. Mianowicie polecił duszę miłosierdziu Bożemu i zażyczył sobie skromnego pochówku na cmentarzu szpitalnym, następnie podzielił pieniądze między rodzinę, żonę i dzieci, a część z nich przeznaczył na modły za duszę swoją, matki i ojca, wykonanie testamentu zaś powierzył kanonikowi, przełożonemu infirmerii<sup>47</sup>.

<sup>44</sup> Tamże – testament Vincenzo Amalbertiego z 1817 r.

<sup>45</sup> ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi ... Cortellini. 1654*, s. 2-8; ASR nr 1409, *Regole da osservarsi dagl' Officiali ... 1654*, s. 1-5.

<sup>46</sup> ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata... 1737*, s. 263-268; ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 112-113.

<sup>47</sup> ASR, nr 1145, *Testamenti* – testament z 1817 r.

Wprawdzie spisywanie testamentów w szpitalu było aktem dobrowolnym i nieprzymusowym, budziły one jednak lęk i obawy wśród rodzin hospitalizowanych mężczyzn, zwłaszcza gdy byli w ciężkim stanie i nie było pewności, że wyjdą ze szpitala. Jako że nie można było ich odwiedzać, decyzje o rozdziale dóbr materialnych podejmowali bez konsultacji z najbliższymi, pozbawiając ich należnego im często wspólnego, rodzinnego mienia. Z tego powodu kobiety niechętnie oddawały ojców, mężów i braci do szpitala, próbując ich leczyć we własnych domach i narażając przez to na pogorszenie stanu zdrowia<sup>48</sup>.

Niekiedy wprost informowano, że pacjent jest nieuleczalnie chory. Taka sytuacja była często motywem skłaniającym do uregulowania spraw majątkowych, jak miało to miejsce w 1816 r., gdy z uwagi na śmiertelną dolegliwość o spisanie aktu ostatniej woli poprosił 45-letni mężczyzna z Barezatto z diecezji Udine. Najwięcej testamentów spisywały osoby przebywające w szpitaliku S. *Giacinto*, przeznaczonym dla osób dotkniętych gruźlicą, co oznacza, że była to choroba najbardziej niebezpieczna i zagrażająca życiu. Stosunkowo często sporządzano akty ostatniej woli w szpitaliku dla rannych, z czego również można wnioskować, że były tam ciężkie przypadki porażeń, w tym powypadkowe<sup>49</sup>.

#### - *Przeznaczenie zapisów*

Testamenty w średniowieczu i czasach nowożytnych były ważną formą i źródłem działań dobroczynnych. W aktach ostatniej woli zapisy na cele charytatywne miały swoje naturalne miejsce. Na tzw. jałmużną testamentową, sformalizowaną i zarejestrowaną w dokumentach, oraz legaty na szpitale i cele charytatywne, pozwalali sobie zwykle ludzie bogatsi, którzy poprzez zapisy jałmużnicze starali się utrwalić swoje miłosierne gesty i zobowiązać obdarowanych do długotrwałych modłów za swoją duszę po śmierci. Zapisy na biednych i cele charytatywne, stanowiły dla testatorów narzędzie odkupienia grzechów, zadośćuczynienia za popełnione błędy w życiu i jednocześnie nadzieję na uzyskanie życia wiecznego<sup>50</sup>.

Nie inaczej było w zapisach ostatniej woli czynionych w Szpitalu Świętego Ducha w Rzymie, choć zdarzało się to stosunkowo rzadko, adnotacje dotyczyły niewielkich sum czy mniej wartościowych przedmiotów, gdyż gros pensjonariuszy stanowili ludzie niezbyt bogaci. Legaty dobroczynne w testamentach występowały z reguły obok darowizn przeznaczonych dla innych celów czy osób. Za przykład może służyć testament z 1817 r., w którym spadkodawca przeznaczył

<sup>48</sup> ASR, nr 905, *Ordini e Decreti della Santa Visita Apostolica. 1737*, s. 3-5; ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata...1737*, s. 33; A. Canezza, *Gli Arciospedali*, s. 106-107.

<sup>49</sup> ASR, nr 1145, *Testamenti*.

<sup>50</sup> B. GEREMEK, *Ludzie marginesu społecznego w średniowiecznym Paryżu XIV-XV wiek*, Wrocław 1971, s. 181-187.

po dwa skudy na Msze św. za swoją duszę oraz na jałmużnę dla ubogich. Tylko symbolicznie obdarował rodzonych braci, za to prawie cały majątek zapisał osobie spoza rodziny, w zamian za opiekowanie się nim przez wiele miesięcy we własnym domu<sup>51</sup>. Spory majątek posiadał Lorenzo Lazzari, na którego rozdysponowanie w testamencie sporządzonym w 1747 r. pisarz poświęcił aż dziesięć stron. Mając świadomość zbliżającej się śmierci, uczynił ponad 40 odrębnych legatów, spośród których jeden, w wysokości 10 skudów, przeznaczył na jałmużnę dla stu ubogich, tj. ślepców, ułomnych kalek i wdów. Hojnością wykazał się w stosunku do świeckiego i duchownego personelu szpitalnego, darując po kilka skudów swojemu spowiednikowi, zastępcy przełożonego infirmerii, kapelanowi komendatora oraz dwóm kapralom. Wiele zapisów poczynił na Msze św. i modlitwy za swoją duszę w różnych kościołach rzymskich: *S. Spirito*, *S. Lorenzo*, *S. Gregorio*, *della Monte di Roma*, *S. Giovanni Decollato di Roma*, a także, na ten sam cel dla bractwa różańcowego przy kościele *Minerva*. Zapisał też 50 skudów na odprawienie 50 Mszy św. w kaplicy na cmentarzu szpitalnym, na którym chciał być pochowany. Autor testamentu życzył sobie ponadto pochówku na tymże cmentarzu, poprzedzonego uroczystością pogrzebową w dostojnej i uroczystej oprawie, przy udziale członków Bractwa Świętego Ducha i dwunastu księży.

Nierzadko zdarzały się zapisy testamentowe czynione przez pacjentów na rzecz samego szpitala w zamian za odprawianie po śmierci Mszy św. za ich duszę. O ile czasem kapłani szpitalni otrzymywali za odprawienie Mszy św. jakieś gratyfikacje, to z pieniędzy legowanych na szpital nie mogli być w żaden sposób wynagradzani. Na mocy rozporządzenia przełożonego generalnego szpitala Virgilio Spady z 1660 r. Msze testamentowe były rozdzielane kapłanom do odprawienia bez jakiegokolwiek stypendium<sup>52</sup>. Tenże problem poruszył też w 1688 r. inny komendator, kardynał Casimiro Denhoff, który nakazał głównemu zakrystianowi kościoła parafialnego Świętego Ducha dawać stypendia za odprawianie Mszy św. kanonikom pełniącym funkcję spowiedników i polecających duszę Bogu. Dodać warto, że kardynał Denhoff, przebywając w Rzymie, jako jedyny z Polaków (właściwie był to) pełnił w latach 1785-1688 zaszczytną funkcję komendatora Szpitala Świętego Ducha i jednocześnie przełożonego generalnego całego zakonu<sup>53</sup>.

Wspieranie szpitala przez chorych w drodze zapisów testamentowych było odpowiedzią na oczekiwania i pośrednie nawoływania papieży do czynienia takich gestów. Świadczy o tym bulla wydana w marcu 1478 r. przez papieża Sykstusa IV (1471-1484), w której namawiał notariuszy i spowiedników, aby doradzali chorym podczas spowiedzi czy przy sporządzaniu aktów ostatniej woli

<sup>51</sup> ASR, nr 1145, *Testamenti* – testament Crescentino Nicoletiego z 1817 r.

<sup>52</sup> ASR, nr 1296, *Virgilio Spada 1660*, s. 26.

<sup>53</sup> A. CANEZZA, *Gli Arciospedali*, s. 161.

pozostawienie czegoś na rzecz szpitala<sup>54</sup>. Problem ten, już nie w formie zalecenia, lecz sformalizowanego nakazu *motu proprio*, czyli listu papieskiego o charakterze dekretu, poruszył papież Pius VII (1800-1823) w czasie inwazji francuskiej. Postanowiono w nim, że z każdego spadku zapisanego na mocy testamentu, o wartości powyżej 50 skudów, jednego skuda należało przekazać na szpital duchaków. I nie chodziło tylko o legaty testamentowe czynione przez chorych w szpitalu, ale także o wszystkie testamenty spisywane w Rzymie, w wioskach i posiadłościach należących do tego miasta oraz rzymian, którzy przypadkowo w danej chwili gdzie indziej się znaleźli. Ta swego rodzaju subwencja szpitalna od testamentu nie mogła być nigdy niższa niż jeden skud, w legatach wyższych niż 50 skudów<sup>55</sup>.

Troska o zbawienie testatorów wyrażała się nie tylko we wstępnej deklaracji, oddającej duszę Bogu, ale w dalszych konkretnych dyspozycjach, dotyczących podziału posiadanego majątku. W zasadzie prawie każdy z testatorów, dokonując parcelacji dóbr materialnych, zaczynał od przeznaczenia części z nich na Msze św. i modlitwy za swoją duszę, czasami także za dusze zmarłej rodziny. Tak więc wieśniak z Urbino zapisał na ten cel 19 skudów, zaznaczając, że w pierwszy dzień po śmierci w szpitalu należy odprawić za niego nabożeństwo i Mszę św. z udziałem chóru, pozostałe zaś Msze za siebie i rodziców miały się odprawione w miejscowości rodzinnej<sup>56</sup>. Autorzy testamentów ofiarujący część spuścizny materialnej na Eucharystię i modły za wybawienie duszy, wskazywali trzy miejsca, w których powinny się one odprawiać. Pierwszym był szpital i przynależące do niego świątynie oraz kaplice (również na cmentarzu szpitalnym), a więc tam, gdzie się leczyli i zakończyli życie. Wołą osób zmarłych w szpitalu wyrażoną w testamencie było też odprawianie Mszy św. za zbawienie wieczne w innych kościołach i parafiach rzymskich, do których należeli przed hospitalizacją. Trzecia grupa osób życzyła sobie odprawienia Mszy św. za dusze czyścicowe w kościołach pozarymskich, w miejscowościach, w których mieszkali i gdzie rezydowały ich rodziny.

W skali powszechnej spisywanie aktów ostatniej woli jest kojarzone z ludźmi dojrzałymi. Reguła ta nie obowiązywała w szpitalach. O konieczności dokonania rozrachunku ze swoim życiem i majątkiem decydowała w nich nie tyle metryka i starość, co choroba, zwłaszcza nieuleczalna, oznaczająca niechybny kres życia, nieraz w młodym wieku. Świadczą o tym testamenty szpitalne, które sporządzali osoby w przeróżnym wieku: 26, 38, 45, 47, 54, 56 czy 77 lat.

Na początku XIX w. przeważająca liczb chorych sporządzających w szpitalu akt ostatniej woli była wieśniakami<sup>57</sup>. Nie byli to więc ludzie nazbyt zamożni,

<sup>54</sup> P. DE ANGELIS, *L'Ospedale Apostolico di Santo Spirito in Saxia nella mente e nel cuore dei papi*, Roma 1955, s. 71; P. DE ANGELIS, *L'Ospedale di Santo Spirito in Saxia*, Vol. I, Roma 1960, s. 104-105.

<sup>55</sup> P. DE ANGELIS, *L'Ospedale Apostolico di Santo Spirito in Saxia nella mente*, s. 141.

<sup>56</sup> ASR, nr 1145, *Testamenti* – testament Piaggio Molpesso z 1817 r.

<sup>57</sup> Tamże. Szerzej na ten temat zob. w rozdziale VI.



dlatego takie też były wartości testamentowych zapisów. Generalnie zresztą Szpital Świętego Ducha służył przede wszystkim osobom pochodzącym z ubogich warstw społeczeństwa, którzy masowo chorowali w czasie regularnie pojawiających się w lecie epidemii chorób zakaźnych<sup>58</sup>.

Choć testamenty nazywane aktem czy zapisem ostatniej woli miały stanowić, jak sama nazwa wskazuje, decyzję wiążącą i ostateczną, to jednak w rzeczywistości nie zawsze tak się działo. Zdarzało się, że ich twórcy zmieniali zdanie i weryfikowali wcześniejsze postanowienia, zwłaszcza jeśli sporządzali je w dostatku sił i w zdrowiu. Nieco inaczej było, gdy znaleźli się w szpitalu w zagrożeniu życia, wtedy nie mieli już czasu na modyfikację swoich postanowień. Wielokrotnie, będąc ciężko chorzy, podkreślali, że jest to ich absolutnie ostatnia wola i postanowienie, którego pod żadnym pozorem nie można zmienić. Ustanawiali w tym celu wykonawców testamentu. W 1834 r. wieśniak Vittorio Maurizzi egzekutorem testamentu spisanego przez zakrystiana Carmelo Caciantoriego, uczynił kanonika Leveratiego, sam zaś dokument podpisali dziekan świadków Giovanni Arduini oraz drugi świadek Filippo Fiori. W gronie gwarantów i wykonawców woli wyrażonej w testamentach można było spotkać między innymi przełożonego infirmerii czy kapelana dyżurującej gwardii<sup>59</sup>.

Do końca XVIII w. testamenty w całości pisano ręcznie, natomiast od początku następnego stulecia wykorzystywano już do tego celu drukowane jednostronicowe blankiety z wykropkowanymi miejscami do uzupełnienia, w których wpisywano manualnie datę wykonania testamentu, nazwisko piszącego zakrystiana, dane personalne i zawód chorego, nazwę oddziału i numer łóżka testatora, przy którym zawsze spisywano akt ostatniej woli. Za kancelarię służyło więc szpitalne łóżko czy miejsce przy nim. Na końcu kartki znajdowało się zapewnienie odnośnie do świadomości i zdolności wykonywania czynności prawnej, na początku zaś standardowa formuła wstępna, polecająca duszę Bogu i innym świętym, oraz dyspozycja sposobu i miejsca pochówku. Zadrukowana w ten sposób kartka była tylko wstępnym blankietem, do niej dołączano następną kartkę lub kartki, na których pisarz umieszczał wszystkie dyspozycje testatora, podpisane na koniec przez świadków<sup>60</sup>.

---

<sup>58</sup> ASR, nr 1414, *Rapporto sugli Stabilimenti*, s. 1, Na temat epidemii malarii zob. F. Bonelli, *La malaria nella storia demografica ed economica d'Italia primi lineamenti di una ricerca*, „Studi storici”, 7, 1966, nr 4, s. 659-687; A. Celli, *Malaria e colonizzazione nell'Agro Romano dai più antichi tempi ai giorni nostri*, Firenze 1925.

<sup>59</sup> ASR, nr 1145, *Testamenti*.

<sup>60</sup> Tamże.

## Rozdział XI

# POSŁUGA OPIEKUŃCZA KAPUCYNÓW I DUCHAKÓW

Poniższe rozważania nawiązujące do problematyki poruszanej w rozdziale IX, dotyczącym życia religijnego i sakramentalnego, w dużym stopniu stanowią jego kontynuację i poszerzenie, z tą różnicą, że koncentrują się nie tylko na opiece duchowej, ale także na służbie i pracy opiekuńczej oraz pielęgnacyjnej wykonywanej na rzecz chorych zarówno przez duchaków, jak i kapłanów oraz zakonników spoza szpitala, głównie kapucynów. Dzielili oni swoją pracę w szpitalu na dwie sfery obowiązków. Czasami, i to wyłącznie w wypadku kanoników Świętego Ducha, poruszone zostaną także inne aspekty ich życia. Byli oni przecież niejako właścicielami szpitala, którym papież Innocenty III powierzył w całości prowadzenie monumentalnej instytucji i opiekę nad jej pensjonariuszami. Po kilku pierwszych wiekach chwalebnej świetności, w czasach nowożytnych mocno zaniedbali pierwotną misję, usuwając zupełnie w cień opiekuńcze i duszpasterskie powinności, w których zaczęli ich wyręczać kapucyni; stąd też to od tych drugich rozpoczyna się narracja<sup>1</sup>.

### 1. KAPUCYNI

Największe problemy z zapewnieniem opieki tak fizycznej, jak i duchowej oraz ostatniej posługi sakramentalnej chorym pojawiały się w okresach epidemii, kiedy to wielu z penjonariuszy kończyło życie, nie odbywszy spowiedzi z powodu zbyt małej liczby kapłanów uprawnionych do jej słuchania i udzielania rozgrzeszenia. Chcąc zaradzić takim sytuacjom, posiłkowano się duchownymi spoza szpitala, najczęściej kapucynami.

Tadycje apostołatu franciszkańskiego i franciszkańsko-kapucyńskiego były bardzo bogate. Już w latach 20. XVI w. kapucyni pojawili się w szpitalu *San Giacomo in Angusta*. Opuściwszy zaś ten szpital, wrócili do niego w 1649 r., wezwani przez

---

<sup>1</sup> Na temat posługi religijnej kapucynów w dawnych szpitalach we Woszech zob. G. da CASTEL-SANGIOVANNI, *L'assistenza religiosa ospedaliera dei cappuccini in Italia*, Roma 1967.

papieża Innocentego X (1644-1655), z obowiązkiem opieki nad chorymi w czasach epidemii<sup>2</sup>. Wielu z zakonników kapucyńskich zmarło z powodu zarażenia, przy opiece na chorymi w szpitalach rzymskich. Inny papież, Innocenty XII (1676-1689), nałożył na nich obowiązek obsługi szpitali w Rzymie 25 dnia każdego miesiąca<sup>3</sup>. O obecności braci św. Franciszka w Szpitalu Świętego Ducha wspominał w czasie wizytacji z 1592 r. papież Klemens VIII (1592-1605)<sup>4</sup>. Dalsze wzmianki źródłowe o kapucynach w szpitalu nad Tybrem pochodzą z lat 40. XVIII w., co być może oznacza, że wcześniej władze szpitalne nie korzystały z ich usług, zadawalając się wsparciem duchownych diecezjalnych; ale niewykluczone, że zakonnicy kapucyńscy okresowo również tam przebywali, czego jednak nie potwierdzają odnalezione dokumenty. Od tego czasu kapucyni wielokrotnie, choć tylko czasowo i okazjonalnie, przybywali do tego szpitala, odpowiadając na prośby i wezwania jego władz. Działo się tak, gdy następował nieprzewidywany wzrost liczby chorych, a liczba duchownych była niewystarczająca<sup>5</sup>. W obliczu epidemii grypy panującej w 1746 r. do Szpitala Świętego Ducha sprowadzono czterech dodatkowych spowiedników kapucynów, którzy udzielali sakramentu pojednania umierającym. Po ustaniu zagrożenia odesłano ich do swojego konwentu z wynagrodzeniem dla kapucyńskiej wspólnoty w postaci wina i chleba<sup>6</sup>.

Kapucyni odgrywali istotną rolę w życiu Szpitala Świętego Ducha nie tylko w sferze religijnej, ale również przy pielęgnacji chorych. W czasie epidemii grypy panującej w stolicy Państwa Kościelnego i okolicach w 1759 r. oraz wobec niedoboru personelu świeckiego władze szpitala poprosiły w czerwcu tegoż roku przełożonego konwentu kapucynów w Rzymie, ojca gwardiana Giubibilei, o przysłanie 14 zakonników do asystowania chorym, których umieszczono w zorganizowanym na czas epidemii wewnętrznym szpitalu św. Karola. W odpowiedzi przełożony kapucynów wydelegował 12 braci zakonnych, po trzech dla każdej z czterech gwardii, pełniących na zmianę dyżury w dzień i w nocy. Dodatkowo przydzielił dwóch księży, z których jeden miał kierować pracą zakonnych braci<sup>7</sup>. Przez trzy miesiące, do 7 września 1759 r., liczba chorych znacznie się zmniejszyła, przez co nie było już potrzeby utrzymywania czterech osób ze

<sup>2</sup> P. DE ANGELIS, *L'Arcispedale di San Giacomo in Augusta*, Roma 1955, s.18-19; M. VANTI, *S. Giacomo degli Incurabili di Roma nel Cinquecento (Dalle Campagne del Divino Amore a S. Camillo de Lellis)*, Roma 1938, s. 93

<sup>3</sup> G.B. DA FARNESE, *Prefazione*, w: B. DA ALTARI, *L'ospedale romano di S. Spirito in Sassia e i Cappucini. Note storico-commemorative del I centenario dell'assistenza spirituale affidata ai cappucini 1856-1956*, Roma 1956.

<sup>4</sup> ASR, nr 1296, *Visita Apostolica di Clemente VIII de'31 agosto 1592*, s. 9.

<sup>5</sup> B. DA ALTARI, *Il Medio Evo*, w: *La carità cristiana in Roma*, red. V. Monachino, Bologna 1968, s. 24-25.

<sup>6</sup> ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata ...1737*, s. 110-110.

<sup>7</sup> ASR, nr 61, *Giornale. Memorie delle cose ... 1759*, s. 281-282, 288-291.

służby<sup>8</sup>. W międzyczasie jeden z zakonników konwentu kapucynów w Rzymie ciężko zachorował, zarażając współbraci przybywających do tej placówki spoza rzymskich klasztorów. Wskutek tego, że w infirmerii stołecznego klasztoru kapucynów przebywało 70 chorych członków zakonu, tym razem to jego przełożony poprosił o odesłanie „wypożyczonych” do szpitala duchackiego zakonników, potrzebnych do opieki nad zarażonymi<sup>9</sup>. Ostatecznie 13 września 1759 r. bracia kapucyni opuścili szpital św. Karola i powrócili do swojego konwentu. Z wdzięczności za pracę wypłacono im i przełożonemu gwardianowi pewną sumę pieniędzy, a pozostałych ojców obdarowano czekoladami. Ich odejście spowodowało niepowetowaną stratę i konieczność powierzenia opieki nad chorymi szpitala św. Karola, jak już wcześniej bywało, przypadkowym, młodym mężczyznom. Ciężar codziennej pracy i opieki znów miał spocząć na barkach własnej służby, którą zobowiązano do naśladowania postawy kapucynów<sup>10</sup>.

Takie rozwiązanie traktowano jako doraźne, dlatego od razu podjęto próbę sprowadzenia innych zakonników. Tym razem wystosowano prośbę do przełożonego generalnego ojców reformatów *di Rippa Grande* na Zatybrzu o przydzielenie ośmiu braci do obsługi szpitala św. Karola w miejsce kapucynów. Niestety i w infirmerii tegoż konwentu znajdowało się wielu chorych, jego więc przełożony nie mógł zadośćuczynić tej prośbie, zadeklarował wszakże, że gdyby w przyszłości wybuchła epidemia, przysła swych zakonników do pomocy, o ile zostanie uprzedzony piętnaście dni wcześniej. Tymczasem obiecał sprowadzić do Szpitala Świętego Ducha zakonników z innych konwentów reformackich z pobliza Rzymu. Z podobną propozycją wyszedł gwardian kapucynów Giubbilei, deklarując przysłanie swoich współbraci na przyszłość. Była to bardzo korzystna propozycja na ewentualne ataki grypy, w dalszej bowiem perspektywie, mając ofertę służby ze strony kapucynów i reformatów, planowano całkowicie wykluczyć z pracy w szpitalu mężczyzn z zewnątrz (*giovani esteri*), którzy – jak stwierdzono – posiadali w większości rodziny i dzieci, a pozbawieni miłosierdzia, lekceważyli i zaniedbywali swoje obowiązki. Zamierzano skorzystać z ich usług wyłącznie w *Braccio Vecchio* w koniecznych operacjach chirurgicznych. Możliwość skorzystania z pomocy zakonników innych konwentów pozwalała na lepszy dobór kandydatów do służby spośród młodzieży kulturalnej, grzecznej, chętnej do pracy, mniej potrzebującej w stosunku do ojców rodzin, którzy często wynosili bieliznę szpitalną. Dawała też okazję do wyboru mężczyzn bardziej zdolnych i chętnych do uczenia się chirurgii, a przez to skłonnych do posługi chorym.

<sup>8</sup> Tamże, s. 291.

<sup>9</sup> Tamże, s. 288-289

<sup>10</sup> Tamże, s. 289, 291.

Ponadto na wypadek nagłego wzrostu liczby chorych zwierzchnicy szpitala nie musieliby już przyjmować do służby osób „prostackich i niecywilizowanych”<sup>11</sup>.

Ostatecznie 22 września 1759 r. udało się załatwić przybycie 10 zakonników z klasztoru ojców reformatów *S. Bonaventura alla Polveriera* do pracy w szpitalu św. Karola. Ośmiu spośród nich było braćmi, z których po dwóch przydzielono do każdej z czterech dyżurujących gwardii, natomiast dwóch ojców desygnowano do administrowania sakramentów św. chorym. Zwolniono jednocześnie dziesięciu świeckich mężczyzn, mniej zdolnych i uważnych w posługiwaniu chorym. Opisana sytuacja z czasów epidemii grypy pokazała, że władze Szpitala Świętego Ducha, w stopniu największym, jak było to możliwe, starały się korzystać z usług braci i ojców innych konwentów zakonnych. W porównaniu ze świeckim personelem, wynajmowanym do opieki na chorymi, tych pierwszych traktowały absolutnie priorytetowo. Mimo to, w dłuższej perspektywie, w aspekcie ilościowym podstawową służbę szpitalną stanowili mężczyźni świeccy, z których jednak w każdej chwili można było zwolnić, gdy pojawiała się możliwość przyjęcia w ich miejsce zakonników<sup>12</sup>.

Benedetto Da Altari nie wspomina nic o pobycie kapucynów w 1759 r. w Szpitalu Świętego Ducha, pisząc, że „pierwsza masowa interwencja kapucynów, na prośbę komendatora, wyrażona w imieniu papieża, miała miejsce w 1778 r., kiedy to Rzym dotknęła zakaźna epidemia w ostatnich czterech miesiącach roku. Dodał jednocześnie, że kronikarz, który przekazał wiadomość, mówił, że według zwyczaju z innych lat przybyło dokładnie dwunastu kapucynów. Ich liczba na początku listopada zwiększyła się do dwudziestu. Niedługo później, w czasie upalnego i bardzo deszczowego lata 1780 r., w tym szpitalu przebywało aż dwudziestu dwu kapucynów. Oprócz kapucynów w roli kapelanów często wzywano braci świeckich do pełnienia funkcji pielęgniarzy. 17 listopada 1783 r. komendator zwrócił się do papieża Piusa VI (1775-1799) o przysłanie do szpitala ośmiu *cappuccini laici* z powodu bardzo dużej liczby chorych<sup>13</sup>.

Pomimo ustawicznych starań o zapewnienie obsługi pielęgnacyjno-duchowej ze strony kapucynów ich liczba wciąż nie była wystarczająca. W maju 1785 r. ośmiu kapucyńskich kapelanów przebywających w szpitalu, nie mogło podołać nadmiernym obciążeniom, wobec czego komendator poprosił o posiłki i zwiększenie ich liczby do dziesięciu, nie licząc ojca przewodniczącego (*padre presidente*), zakrystiana, dwóch spowiedników i jednego świeckiego, tak by zamiast trzynastu wówczas zatrudnionych było ich w sumie piętnastu. Ponadto zażyczył sobie, aby

<sup>11</sup> Tamże, s. 288-290.

<sup>12</sup> Tamże, s. 292.

<sup>13</sup> B. DA ALTARI, *L'ospedale Romano*, s. 25, 27. To samo mówi A. Canezza (*Gli Arciospedali di Roma nella vita cittadina nella storia e nell'arte*, Roma 1933, s. 154).

innych dziesięciu stale przebywało w konwencie rzymskim i było gotowych w razie potrzeby na wezwanie do szpitala<sup>14</sup>. Papież Pius VI w brewe *Religionis zelus* wydanym 16 grudnia 1785 r. pisał o kapucynach w następujący sposób: „[...] kapucyni wyróżniają się w Kościele Bożym gorliwością religijną, wyjątkową miłością do ubogich, bardzo wysoką pokorą i zasługami wielu innych cnót [...]”<sup>15</sup>.

W relacjach ze Szpitalem Świętego Ducha objawia się mniej znana misja zakonu św. Franciszka, który jako kaznodziejski, wyjątkowo zajmował się prowadzeniem własnych szpitali, jak jednak widać, chętnie włączał się w misję charytatywną realizowaną przez inne zakony i szpitale. Dla Szpitala Świętego Ducha kapucyni stanowili swojego rodzaju rezerwuar, z którego zawsze można było w potrzebie korzystać, zarówno gdy chodzi o pomoc duszpasterską, jak i pielęgnacyjną. Dowodzi tego wypowiedź wizytatora z 1741 r., w której stwierdził, że jeśli w szpitalu będzie dużo osób umierających, można będzie skorzystać z usług czterech kapucynów, a gdy śmiertelność się zmniejszy, można ich będzie odesłać do macierzystego konwentu<sup>16</sup>. Pomoc kapucynów była bezcenna szczególnie w XVIII w., kiedy to kanonicy regularni Świętego Ducha praktycznie porzucili opiekuńcze zadania, koncentrując się na pełnieniu funkcji administracyjnych. Z tego względu papież Pius VI mocą brewe z 1785 r. nałożył na kapucynów od św. Franciszka z prowincji rzymskiej obowiązek sprawowania *cura animarum* nad chorymi szpitala i kierowanie ich życiem duchowym, co dotąd czynili wybrani księża diecezjalni<sup>17</sup>. Tak więc po raz pierwszy oficjalnie do szpitala została wpuszczona inna niż zakonnicy Świętego Ducha wspólnota religijna. Wielu z jej członków służyć w szpitalu przypłaciło życiem z powodu zarażenia<sup>18</sup>.

Praca kapucynów wynajętych do posługiwania chorym wymagała odpowiedzialności, ale też wysiłku fizycznego, a co za tym idzie – dobrego wyżywienia. W związku z tym komendant szpitala Ippolito Vincenti Mareri, zwrócił się w 1783 i 1784 r. do papieża Piusa VI (1775-1789) o udzielenie dyspensy na spożywanie mięsa w całym okresie Wielkiego Postu ośmiu braciom i jednemu kapłanowi z zakonu kapucynów, służącym w Szpitalu Świętego Ducha. W drugim piśmie poprosił o zwolnienia z przestrzegania postu również w Adwencie, powołując się na wcześniejsze ulgi w tym względzie, przyznane kapucynom desygnowanym do pracy w szpitalu, szczególnie w 1780 i w październiku 1783 r.

<sup>14</sup> ASR, nr 163, *Cappuccini. Decreto per li medessimi assistenti In qualità di Capellani nell'Ospedale*, s. 327; ASR, nr 3002. Ten sam tekst zaczynający się *Essendoci sommamente ...*

<sup>15</sup> Cyt. za: B. DA ALTARI, *L'ospedale romano*, p. 27-29.

<sup>16</sup> ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata...1737*, s. 237.

<sup>17</sup> P. DE ANGELIS, *L'Ospedale Apostolico di Santo Spirito in Saxia nella mente e nel cuore dei papi*, Roma 1955, s. 136.

<sup>18</sup> B. DA ALTARI, *Contributo dei Cappuccini all'assistenza religiosa nell'Ospedale romano*, „L'Italia Franciscana”, 1956, s. 169; tenże, *L'ospedale romano*, s. 29.



W szybko nadesłanej odpowiedzi Stolica Apostolska udzieliła takiej koncesji braciom i ojcom od św. Franciszka ciężko pracującym na rzecz chorych<sup>19</sup>.

Za swoją posługę, w zależności od funkcji i pełnionej roli, kapucyni otrzymywali odpowiednie wynagrodzenie. Na mocy rozporządzenia z 1783 r. nakazano przełożonemu *canonico priore*, aby wypłacał jałmużnę wszystkim, którzy uczestniczą przez cały rok w śpiewanych Mszach św., nabożeństwach i modlitwach za dusze zmarłych, tj. ojcu przełożonemu dwóm spowiednikom i dziesięciu kapelanom. Wynagrodzenie należało się również tym, którzy nie brali udziału w owych praktykach, lecz wypełniali w tym czasie inne zadania, to jest dwóm kapelanom wyznaczonym do dyżurnych gwardii, dwóm spowiednikom, a także ojcu przewodniczącemu. Ponadto zarządzono, by wynagrodzenie pobierane przez kapucynów nieobecnych w wymienionych obrzędach zostało przeznaczone na odprawienie Mszy św. w intencji zmarłych. Z cytowanego źródła poznajemy strukturę funkcyjną tychże trzynastu kapelanów. Byli to: ojciec prezydent, pierwszy spowiednik, drugi spowiednik, ojciec zakrystian, pierwszy, drugi, trzeci i czwarty dziekan, pierwszy, drugi i trzeci nowicjusz oraz dwóch nadliczbowych. Ich gaża była zróżnicowana i wynosiła, począwszy od pierwszego do ostatniego, od 30 do 10 bajoków za Mszę św. śpiewaną i nabożeństwo, za uczestnictwo zaś w ceremonii pochówku w kościele Świętego Ducha od 40 do 10 bajoków<sup>20</sup>.

W 1738 r. wizytator, kardynał Leandro Porzia zarządził, aby wszyscy zakonnicy przybywający każdego dnia do szpitala spowiadać i służyć chorym wpiśywali się do księgi strzeżonej przez przełożonego infirmerii. Gdyby jednak zauważył, że któryś z nich nie zjawia się na służbie lub odszedł z niej bez wcześniejszej zgody albo też zaniedbywał swoje powinności, przełożony miał obowiązek powiadomić o tym komendatora<sup>21</sup>.

Po ustanowieniu Republiki Rzymskiej w 1798 r. i deportacji Piusa VI z Rzymu, kapucyni wystosowali prośbę o zwolnienie ze służby, w skutek czego opuścili szpital 12 października w 1802 r. Okres jakobiński, a potem napoleoński przyniósł radykalne zmiany, ze wzlotami i upadkami kapucynów, zaangażowanych w kierownictwo duchowe. Nigdy jednak nie przestali udzielać pomocy, zgodnie z dawnym zarządzeniem, rezerwując na to 25 dzień miesiąca, dlatego ich kontakty ze Szpitalem Świętego Ducha nie zostały zerwane. Powrócili do niego z powrotem w czasie epidemii cholery w 1837 i 1854 r.<sup>22</sup>.

<sup>19</sup> ASR, nr 7. Ulotne rękopisy, oba zaczynające się od tytułowej formuły: *Beatissimo Padre*, s. 154-155v, 165v-166. Pierwszy tekst także nr 162, s. 249

<sup>20</sup> ASR, nr 3092. Dokument zaczynający się od słów: *Volendo noi, che Padri Cappucini*.

<sup>21</sup> ASR, nr 1405, *Ordinazioni stabilite per il buon ... 1738 ...*. Nie wiadomo, kim byli *religiosi*: czy to miejscowi kanonicy duchacy, którzy niechętnie w tym czasie służyli chorym, czy kapucyni, czy jeszcze inni duchowni. Chodziło chyba o kapucynów.

<sup>22</sup> B. DA ALTARI, *L'ospedale romano*, s. 30-31

W przeciwieństwie do kanoników regularnych Świętego Ducha, którzy jako kapłani nigdy nie specjalizowali się w kaznodziejstwie, spowiedzi, duszpasterstwie czy katechizacji oraz nie mieli wysokiej wiedzy teologicznej, takie przymioty posiadali zakonnicy od św. Franciszka. Stąd też idealnie nadawali się do pogłębiania podstaw wiary chrześcijańskiej wśród chorych o bardzo niskiej świadomości religijnej, wywodzących się w większości z biedoty.

Korzystanie z pomocy duchownych zewnętrznych było zjawiskiem spotykanym i w innych placówkach dobroczynnych. W szpitalu S. *Giovanni in Laterano*, jako kapelani, posługiwali ojcowie kamilianie lub inaczej *Ministri degli Infermi*, czyli „ministrzy chorych”. W 1837 r. w tym szpitalu służbę duchową i cielesną wśród chorych pełniło ośmiu „ministrów chorych” – sześciu kapłanów i dwóch konwersów<sup>23</sup>. Służyli oni także w szpitalu S. *Giacomo degl'Incurabili*. Mario Vanti w swojej książce pisał: „Kamil De Lellis i jego klerycy regularni ministrowie chorych dokonali restauracji katolicyzmu, wnosząc w niego wielki wkład reformą opieki nad ciałem i duszą chorych. W szpitalu S. *Giacomo degl'Incurabili* posługiwali również w XVI w. jezuitci, jak i inni święci, którzy przychodzili tam, aby praktykować miłosierdzie samotnie lub ze swymi naśladowcami”<sup>24</sup>. W szpitalach, w których brakowało religijnych zgromadzeń zakonnych, powierzanie opieki nad chorymi zakonnikom i kapłanom z zewnątrz było naturalną koniecznością. Zupełnie inna sytuacja panowała w Szpitalu Świętego Ducha, w którym choć obecne było najbardziej szpitalne zgromadzenie zakonne, to jednak w zakresie duszpasterstwa i opieki musiało się posiłkować członkami innych zakonów, bardziej wprawionych w duszpasterstwie.

Posiłkowanie się w administrowaniu sakramentów obcymi duchownymi, w szczególności kapucynami, było w szpitalach rzymskich zjawiskiem powszechnym. Dowodzi tego między innymi rozporządzenie papieża Benedykta XIV z 1742 r., w którym sprecyzował obowiązki i zasady postępowania spowiedników zakonników i księży diecezjalnych delegowanych do posługi duszpastersko-sakramentalnej w szpitalach. W jednym z jego punktów papież pisał, że „przeorzy tych szpitali, pod groźbą pozbawienia ich sprawowanych urzędów, funkcji i innych stosownych kar, winni pilnie strzec pod kluczem księgi, w której zakonnicy mają być wpisani na dni przeznaczone do asystowania chorym i nie pozwalać się im w niej podpisywać, bez pewności, że taką pomoc realizowali, zgodnie z drukowanymi instrukcjami”<sup>25</sup>. Z tej wypowiedzi i innych punktów tego zarządzenia wynika, że najwyżsi zwierzchnicy Kościoła stworzyli kompleksowy, odgórny system opieki duszpasterskiej nad pensjonariuszami szpitali rzymskich przy

<sup>23</sup> P. DE ANGELIS, *L'Arcispedale del Salvatore ad S.S. a. S. Giovanni in Laterano*, Roma 1958, s. 27, 29.

<sup>24</sup> Tamże, s. 93.

<sup>25</sup> ASR, nr 7, *Editto da osservarsi... MDCCXLII*.

wykorzystaniu różnych grup duchownych – zakonników i księży diecezjalnych. Jedni codziennie do nich dochodzili ze swoich klasztorów, konwentów czy parafii, inni – jak kapucyni w Szpitalu Świętego Ducha – okresowo w nim zamieszkiwali, o ile pochodzili z placówek pozaryzmskich.

## 2. DUCHACY

Kapucyni czy reformaci, niejako gościnnie usługujący w infirmerii świętoduskicj, pomimo pewnych uchybień, dobrze spełniali powierzoną misję dobroczynną wobec chorych, natomiast niemal zupełnie od swojej pierwotnej reguły odeszli sami kanonicy regularni Świętego Ducha.

W omawianym okresie praktycznie porzucili opiekuńcze obowiązki względem chorych, koncentrując się na pełnieniu funkcji administracyjnych. Już w XVII w. ich praca charytatywna była zaniedbywana i budziła wiele zastrzeżeń, jeszcze gorzej było w następnym stuleciu, kiedy w dokumentach spotyka się jedynie wezwania do przestrzegania charyzmatu zakonnego z czasów średnio-wiecznej fundacji. Chorzy mogli wtedy liczyć już wyłącznie na personel świecki, wspomagany przez obcych zakonników.

Zarówno założyciel zakonu Gwidon z Montpellier, jak i jego współbracia byli zakonnikami świeckimi, niemającymi święceń kapłańskich, wyznaczonymi do opieki nad chorymi. Do pracujących w szpitalu rzymskim pod przewodnictwem Gwidona braci duchaków papież Innocenty III dołączył czterech kapłanów, zobowiązanych do sprawowania opieki duchowo-religijnej nad chorymi.

Musieli oni jednak wstąpić do ich zgromadzenia, złożyć uroczyste śluby zakonne i przybrać czarny habit z charakterystycznym rozdwojonym krzyżem. Liczba księży-zakonników była ograniczona do minimum. Kategoryczne rozdzielenie uprawnień braci świeckich i kapłanów w szpitalu wynikało z uzasadnionych, jak się później okazało, obaw papieża, aby kapłani nie interweniowali w ogólne funkcjonowanie i zarząd szpitala, który miał spoczywać w rękach braci. Tak więc już od zarania dziejów szpitala na około dwa następne stulecia wykształcił się zarówno jego model ustrojowy, jak i ustaliła się struktura wewnętrzna zakonu: za administrację szpitala oraz za opiekę fizyczną i lekarską nad pensjonariuszami byli odpowiedzialni bracia, za sferę ich życia religijnego natomiast kapłani-zakonnicy<sup>26</sup>.

Taki model wspólnoty zakonnej przetrwał do lat trzydziestych-czterdziestych XV w., kiedy to papież Eugeniusz IV (1431-1447) zmienił strukturę zakonu, nadając mu charakter kapłański. Po przyznaniu im przez papieża Piusa IV (1559-1565) tytułu kanoników duchacy coraz bardziej zaczęli się oddalać od pierwotnej

---

<sup>26</sup> A. CANEZZA, M. CASALINI, *Il Pio Istituto di S. Spirito e ospedali Riuniti di Roma*, Roma 1933, s. XIX, XXII.

reguły i zadań określonych przez swojego fundatora. Nie tylko nie chcieli pielęgnować chorych, lecz zaniedbywali nawet swoje obowiązki kapłańsko-duchowe<sup>27</sup>. W tej sytuacji do obsługi religijnej i pielęgnacyjnej pensjonariuszy szpitalnych zapraszano kapłanów spośród kleru diecezjalnego. Wielokrotnie też funkcje duszpasterskie i duchowe przy chorych i umierających pełnili kapłani z innych zakonów przede wszystkim kapucyni, rzadziej jezuiti<sup>28</sup>.

Zanim jednak do tego doszło, przez kilka pierwszych wieków duchacy wypełniali swoje charytatywne powołanie, dlatego warto poświęcić parę uwag warunkom, jakie musieli spełnić, wybierając drogę życia zakonnego.

Pierwszym i obowiązkowym etapem na drodze do życia zakonnego był nowicjat. W przeciwieństwie do siostr duchaczek, które w większości rekrutowały się spośród dziewcząt porzuconych – pensjonariuszek *Consevatorio*, przystępowali do niego, młodzi mężczyźni z zewnątrz o różnych sercach, obyczajach i usposobieniach. Jak pisał w 1661 r. przełożony generalny szpital Virgilio Spada, wymagało to od nich wypracowania postawy wzajemnej zgody i braterstwa, nieodzownego w służeniu osobom potrzebującym<sup>29</sup>. Według zaleceń z połowy XVII w. warunkiem przyjęcia do zakonu kanoników Świętego Ducha było odbycie wcześniej dni skupienia (ćwiczeń duchowych) w nowicjacie ojców jezuitów lub ojców misjonarzy. Dla ugruntowania powołania, charyzmatu i formacji zakonnej wskazane było powtórzenie takich praktyk<sup>30</sup>. W 1661 r. komendator Spada apelował do nowicjuszy, by już od samego początku całkowicie poświęcali się służbie chorym i każdego dnia w wyznaczonym czasie z miłosierdziem im służyli, tak jak wymaga od nich przysły stan zakonny. Powoływał się przy tym na św. Bonawenturę, który mówił, że każdy usługujący chorym ma takie zasługi, jakby służył samemu Chrystusowi<sup>31</sup>.

Od dawien dawna przełożeni generalni duchaków mieli nadane im przez papieży prawo przyjmowania i zatrudniania do służby w szpitalu zakonników z jakichkolwiek innych zgromadzeń. Dzięki temu przywilejowi do szpitala przychodziły osoby bardzo cenione i przydatne, trafiały się jednak także „elementy gorsze, tandetne” (*elementi scadenti*), wprowadzające i czyniące nieporządek. W celu zapobieżenia takim przypadkom papież Innocenty X (1644-1655) wydał 25 września 1646 r. brewe, postanawiające, że zakonnicy, którzy bez zgody swoich prze-

<sup>27</sup> Tamże, s. XXII, XXXIV, XVVI.

<sup>28</sup> B. DA ALTARI, *L'ospedale Romano*; G. DA CASTELSANGIOVANNI, *L'assistenza religiosa ospedaliera dei cappuccini in Italia*, Roma 1967. Zob. też M. SURDACKI, *Dzieci porzucone*, s. 95.

<sup>29</sup> ASR, nr 1296, *Notificazione sopra i dieci capitoli*. Jest to zbiór reguł ustalonych przez przełożonego szpitala Virgilio Spadę, wydany w 1815 r. przez jednego z jego następców Antonio Palottę, s. 10.

<sup>30</sup> ASR, nr 1296, *Ordini rapporto all'intervento de' canonici*, s. 21. ASR, nr 1296, *Notificazione sopra i dieci capitoli ... 1661*, s. 14, 16-18.

<sup>31</sup> ASR, nr 1296, *Breve Regole o Capi ... 1661*.

łożonych opuścili swoje zgromadzenie i przeszli do zakonu Świętego Ducha, szczególnie spoza Italii, muszą z powrotem wrócić do klasztorów, do których należeli<sup>32</sup>.

3 grudnia 1634 r. komendator Stefano Vai wydał zarządzenie mówiące, że nikt nie mógł zostać kanonikiem Świętego Ducha, jeśli wcześniej nie odbył rocznego nowicjatu. W momencie podjęcia decyzji o wstąpieniu do zakonu kandydat musiał mieć przynajmniej 22 lata, ale nie więcej niż 42. Zarządzenie to zostało zaaprobowane 16 kwietnia 1640 r. na mocy bulli i brewe papieża Urbana VIII (1623-1644)<sup>33</sup>. W 1740 r. wizytator kardynał Giacomo Lanfredini, przypomniał ów dokument, zaznaczając jednak, że aby wstąpić do zakonu, musiał służyć przynajmniej jeden rok w szpitalu<sup>34</sup>. Nieco innego wieku wymagano od wstępujących do klasztoru w 1759 r. Przyjmowano wtedy mężczyzn od 30 do 40 roku życia, również z roczną praktyką w szpitalu. Decydując się na życie w zakonie duchaków, kandydat musiał dostarczyć archiwście szpitalnemu (również kanonikowi) świadectwo chrztu, metrykę ślubu rodziców, zaświadczenie o uczciwości, potwierdzone przez trzech świadków, zaświadczenie ordynariusza o braku przeszkód do życia kapłańsko-zakonnego. Liczba kanoników nie była limitowana, lecz zalecano, by dostosowywać ją do rodzaju i liczby realnych zadań, jakie były do wykonania w szpitalu. Uważano, że ich nadmiar mógłby zbyt obciążyć finanse i wydatki instytucji zakonnej. Od kandydatów wymagano nie tylko moralności i dobroci, lecz także jakichś szczególnych przymiotów, cnót i zdolności niezbędnych do pracy w szpitalu<sup>35</sup>.

Liczba zakonników Świętego Ducha zmieniała się często. W czasie kadencji komendatora Bernardino Cirillo oscylowała w trzech wybranych latach (1561-1571-1575) między 17 a 25 (26). Zdaniem przełożonego była to liczba niewystarczająca, aby obsłużyć wszystkie urzędy administracyjno-gospodarcze, wobec tego niektórzy sprawowali po kilka funkcji naraz. Pełniąc dodatkowo obowiązki kościelne, nie zajmowali się chorymi ani świadczeniem im opieki duchowej, wobec czego trzeba było korzystać ze wsparcia księży kapelanów diecezjalnych. W 1585 r. w szpitalu przebywało 32 braci<sup>36</sup>.

Jak mówią reguły z początku drugiej połowy XVIII w., od momentu rozpoczęcia nowicjatu, naznaczonego przywdzieniem zakonnego habitu, musiało upłynąć przynajmniej dwanaście miesięcy do przyjęcia ślubów zakonnych. W trakcie rocznego nowicjatu kandydat do zakonu w placówce, do której został skier-

---

<sup>32</sup> P. DE ANGELIS, *L'Ospedale Apostolico di Santo Spirito in Saxia nella mente e nel cuore dei papi*, Roma 1955, s. 114.

<sup>33</sup> Tamże, s. 114.

<sup>34</sup> ASR, nr 3098, zbiór reguł i przepisów, które wydał w 1741 r. wizytator kardynał Giacomo Lanfredini, zaczynający się od: *Non si puo ammettere nessuno per Canonico*.

<sup>35</sup> ASR, nr 64, *Relazione delle cose ... 1759*, s. 10-11.

<sup>36</sup> M. VANTI, *Un umanista del Cinquecento*, s. 121-122.

rowany, miał się niczym nie odróżniać się od pozostałych zakonników, podejmując takie same jak oni zadania opiekuńcze. Po roku służby następowała prawdziwa uroczysta profesja, analogiczna jak w innych zgromadzeniach kanoników regularnych, polegająca na przyjęciu dodatkowego, czwartego ślubu: służby ubogim chorym. Z uwagi na służebno-charytatywny charakter kanoników Świętego Ducha podtrzymano też wcześniejszy zwyczaj przyjmowania zakonników z innych zgromadzeń bez specjalnego pozwolenia<sup>37</sup>.

Papież Klemens VIII (1592-1605), zwracając się podczas wizytacji z 1592 r. do kanoników regularnych Świętego Ducha, powiedział, że każdy z nich, zgodnie ze złożonymi ślubami, powinien mieć przydzieloną pewną liczbę chorych, karmić ich własnymi rękoma i pocieszać, aby trudy choroby znosili ze spokojem i miłością do Boga. Wspomniał jednocześnie, że posługę tę w szpitalu wykonują też bracia mniejsi zakonu św. Franciszka<sup>38</sup>.

Decyzja Piusa IV o nadaniu duchakom tytułu kanoników podzieliła ich dzieje na dwie części: pierwszą, trwającą około trzy i pół wieku, wierności pierwotnej regule, i drugą, mniej więcej tak samo długą, niespektowania woli fundatora. Nie wiadomo, czy zmiana ta dokonała się natychmiast i gwałtownie, czy ewolucyjnie, i musiało minąć trochę czasu, zanim zakon zmienił swoje oblicze. Bardziej rygorystyczni przełożeni generalni szpitala i zakonu nie szczędzili swoim podwładnym wyrzutów i nagan, lecz tak w wypadku *Conservatorio*, jak i konwentu musieli postępować ostrożnie, aby nie pobudzić „gniazda szerszeni” (*per non sollevare un vespaio*). Komendant Giovanni Battista Ruini (1582-1588), wcześniej mnich kartuzów, przestrzegał, że zakonni kanonicy coraz bardziej wycofywali się z zadań powierzonych im przez Gwidona. W jego zarządzeniach z 9 stycznia 1583 r. czytamy: „Wzywamy wszystkich do wspólnego pokoju i braterskiej życzliwości [...] i na przyszłość będziemy postępować energiczniej niż w przeszłości, nikt bowiem, kto ma być przykładem dla naszej religii, nie może być przyczyną zgorzenia w naszym domu”. A gdy zbliżał się Wielki Post, dodał: „Wzywamy wszystkich w tym świętym czasie, aby byli bardziej wycofani (wyciszeni) niż zwykle i nie włączyli się po ogrodach i dzielnicach, ponieważ już staliśmy się przez nich tematem wulgarnej bajki [...]. Napominamy również wszystkich, aby często bywali w szpitalu, a jeśli nie chcą służyć chorym, do czego zobowiązują uroczyste śluby, to przynajmniej niech ich często odwiedzają, pocieszają i patrzą, czy czegoś im nie brakuje [...]. Pragniemy, aby w każdy sposób, jeśli nie we wszystkim, to przynajmniej chociaż w części, przestrzegali ślubu służenia chorym, przede wszystkim polecamy im odwiedzanie, ratowanie i pomaganie umierającym”<sup>39</sup>.

<sup>37</sup> ASR, nr 64, *Relazione delle cose ... 1759*, s. 11-12.

<sup>38</sup> ASR, nr 1296, *Visita Apostolica di Clemente VIII de'31 agosto 1592*, s. 9.

<sup>39</sup> Cyt. za: A. CANEZZA, M. CASALINI, *Il Pio Istituto*, s. 112.



Apele te na niewiele się zdały. Dwa lata później, w 1585 r., wizytator pisał, że bracia Świętego Ducha, którzy zgodnie z regułą z czasów papieża Innocentego III ślubowali dozonną służbę chorym, w ogóle przyrzeczenia nie dotrzymują; wywołują skandale, nie zajmują się chorymi, są niepowściągliwi, rozwiązli, włóczą się po mieście, nie odmawiają codziennych modlitw, a dwaj z nich spotykają się z kobietami, z którymi spółdzili dzieci<sup>40</sup>.

Pomimo tak pesymistycznej oceny postawy zakonników władze zwierzchnie nie rezygnowały z prób odnowienia w nich opiekuńczego ducha. Ciągłe apele o ich służebną aktywność wobec chorych, a nawet wprowadzanie sankcji, świadczą, że najwyższe władze kościelne, łącznie z komandorami, kardynałami i wizytatorami papieskimi, starały się choćby w małym stopniu sprowadzić kanoników na wcześniejszą drogę i pobudzić w nich ideę miłosierdzia. Późniejsze rozporządzenia pokazują, że w następnych dwu stuleciach formalnie duchacy nadal mienili się zgromadzeniem opiekuńczym, choć w praktyce w bardzo niewielkim stopniu taki charakter prezentowali.

W 1601 r. komendator Girolamo Agucchio pisał, że zakon Świętego Ducha ustanowiono przede wszystkim dla opieki nad chorymi, co znajdowało wyraz w profesji zakonnej, wyrażanej uroczystym ślubowaniem. Stwierdził, że zakonnicy mieli traktować chorych jako swoich właścicieli i panów (*padroni*), którym winni własnymi rękoma służyć. Ubolewał, że nie wszyscy zakonnicy mogą tak często posługiwać chorym w szpitalu, zgodnie z regułą, jakby tego chcieli, gdyż niektórzy pełnili inne funkcje w kościele, klasztorze czy szpitalu. Mimo to wzywał ich, by nie zapominali o swoim ślubowaniu i w każdej chwili wolnej od obowiązków administracyjnych, każdego dnia rano, w dzień i wieczór, przychodzili posługiwać chorym w szpitalu, by ci nie mieli wrażenia, że opiekują się nimi tylko z konieczności jacyś najemnicy. Jeśli jednak któryś z zakonników zaniedbywałby wymienione nakazy, to miał być najpierw dwukrotnie po bratersku upomniany, a w wypadku dalszego lekceważenia ślubów groziło mu usunięcie ze szpitala i pozbawienie korzyści oraz przywilejów, jakie posiadali bracia tego zakonu przebywający w Rzymie. Przełożony generalny zakonu i szpitala zastrzegał sobie ponadto możliwość dalszego zaostrzenia kar za permanentne nieposłuszeństwo i nieustraszoną krnąbrność<sup>41</sup>.

W rękopisie z 1602 r. zapisano, że według pierwotnej reguły członkowie kongregacji kanoników regularnych Świętego Ducha, zatwierdzonej przez papieża Innocentego III, byli zobowiązani do praktykowania kultu Bożego i miłosierdzia chrześcijańskiego względem ubogich chorych<sup>42</sup>. Według przełożonego generalnego

<sup>40</sup> M. VANTI, *Un umanista del Cinquecento*, s. 97.

<sup>41</sup> ASR, nr 1409, *Editto per il servizio degl'infermi ... 1601*, s. 9.

<sup>42</sup> ASR, nr 3098, *Succinta Notizia del Ven. Archiospedale di Santo Spirito. 1602*.

szpitala i zakonu Cesare Racagniego bracia i siostry poddane pod regułę św. Augustyna w Szpitalu Świętego Ducha były zobowiązane służyć chorym lub pod-rzutkom. W 1613 r. w Rzymie było 59 braci podległych bezpośrednio przełożonemu generalnemu szpitala i całego zakonu. Zgodnie ze zwyczajem życia wspólnot zakonnych duchaków nazwano ich braćmi, jakkolwiek wówczas byli to wyłącznie kapłani – kanonicy. Zdecydowana większość z nich mieszkała w złożonej strukturze budynków szpitala Świętego Ducha, w przeznaczonym dla nich konwikcie<sup>43</sup>.

Na początku XVII w. nie było jeszcze najgorzej z posługą opiekuńczą kanoników. W 1623 r. wraz z osobami z zewnątrz (*gentil uomini*) świadczyli oni pomoc w przynoszeniu i dystrybucji chorych, nie ma natomiast wzmianek na temat ich zaangażowania w opiekę na pacjentami<sup>44</sup>. Z każdym następnym rokiem było z tym jeszcze gorzej.

Już w 1650 r. komendator Stefan Vai pisał, że bardzo niewielu braci duchaków wypełnia czwarty ślub, zobowiązujący ich do pielęgnowania i doglądania chorych. Dlatego, nawiązując do reguły zakonnej, wydał rozporządzenie nakazujące wszystkim braciom przebywającym w kompleksie klasztornym, aby każdego dnia rano i wieczorem wypełniali ślubowane powinności względem chorych. Wyjątek uczynił dla tych, którzy wykonywali inne ważne zadania. Wszystkim opornym i nieposłusznym zagroził surowymi sankcjami, zaznaczając, że niczym nie mogą się tłumaczyć ze swoich zaniedbań i lenistwa<sup>45</sup>. Na mocy dekretu wizytacyjnego z 1652 r. to *maestro di casa* miał dbać, by wszyscy bracia, którzy nie są oficjalnie zaangażowani w inne zadania, zgodnie ze zobowiązaniem wynikającym z ich ślubów, służyli w szpitalu chorym, a tych co będą nieobecni lub nie będą tego chcieli robić, ów przełożony winien zadenuncjować komendatorowi<sup>46</sup>.

Podczas kongregacji odbytej 2 kwietnia 1661 r. przypominano, że wszyscy bracia są zobowiązani gorliwie i z pełnym miłosierdziem służyć chorym w szpitalu, aby wypełnić czwarty ślub zakonnej, który składali wstępując do zakonu. Wyjątkiem byli bracia wyznaczeni do pełnienia w tym czasie innych urzędów. We wspólnocie zakonnej był też wówczas brat pielęgniarz (*infermiere*), który miał opiekować się innymi zakonnikami, gdy zachorują. Pomagał mu w tych obo-

<sup>43</sup> ASR, nr 30, *Notizie diverse di casa in tempo di Monsig Racagni*, s. 5. Z treści wynika, że dokument pochodzi z 1613 r.

<sup>44</sup> BAV, Barberiniano latino 1068, *Relatione del modo che si tiene ...1623*, s. 15v, 16v-17; R. GRÉGOIRE, *Servizio dell'anima*, s. 244-245.

<sup>45</sup> ASR, nr 1296, *Editto, che li fratri dell'Ordine ... 1650*, s. 12.

<sup>46</sup> ASR, nr 3, *Ordini da osservarsi nell'Hospitale ... 1652*, s. 90b.. To samo w innym dokumencie: ASR, nr 1296, *Atti della Visita di Monsignore Scotti ... 1652*, s. 17.

wiązkach jeden ze służących oddelegowany z infirmerii szpitalnej. Ustalono też, że pielęgniarz i opiekun chorych braci, wykonujący z oddaniem tak ważną i odpowiedzialną misję, zostanie w przyszłości przełożonym infirmerii<sup>47</sup>.

Zakres obowiązków członków zakonu Świętego Ducha określało rozporządzenie wizytacyjne 1679 r. Mówiło ono, że codziennie przynajmniej czterech zakonników powinno służyć chorym, wyłączając delegowanych przez komendatora do pełnienia w szpitalu innego urzędu czy funkcji. Pozostali byli zobowiązani z najwyższą miłością i pokorą obsługiwać i pielęgnować pensjonariuszy, dostarczać im i rozdawać obiady, kolacje oraz zaspakając inne niezbędne potrzeby. Nieobecnych i wymigujących się od tych obowiązków w dniach dla nich wyznaczonych *priore* lub *sottopriore* notował w księdze i powiadał o tym *maestro di casa*. W konsekwencji karano ich ujęciem wina w refektarzu, za drugim razem jednego dania, a za trzecim razem wyznaczenie sankcji oddawano w ręce samego komendatora<sup>48</sup>. Kary te były reakcją na omijanie przez kanoników obowiązku pomagania i służenia chorym, szczególnie w sferze fizycznej. W dekreście powizytacyjnym z 1679 r. kardynał Acciaiuoli napisał, że zakonnicy przychodzący codziennie rano służyć w szpitalu byli kontrolowani przez zastępcę przełożonego infirmerii, który wpisywał w księdze ich przybycie i uwagi dotyczące sposobu wykonywania przez nich swoich obowiązków<sup>49</sup>. Z kolei kardynał Petrucci już u schyłku XVII w., w 1696 r., przypominał wszystkim zakonnikom, zwanym krzyżowcami (*crociferi*), o obowiązku służenia każdego dnia chorym, bez żadnej wymówki, podczas posiłków lub w innym czasie wolnym od zajęć w swoich agendach<sup>50</sup>.

Postawa kanoników Świętego Ducha, pomimo wydawanych napomnień i wezwań, nie uległa zmianie na lepsze. Dowodzi tego relacja kardynała L. Porzii z 22 września 1737 r., informująca, że nigdy nie można było spotkać w szpitalu na służbie chorym żadnego z kanoników, do czego zobowiązywał ich czwarty ślub: „*prometto di service i nostri Signori Infermi*”. Przeto jeszcze raz dobitnie nakazał im przychodzić codziennie do szpitala, nie tylko służyć i pomagać chorym w każdej potrzebie na ciele, lecz także w potrzebach duchowych, nauczyć ich doktryny chrześcijańskiej i polecać ich dusze w ostatnich chwilach życia. Chcąc zmobilizować ich do pracy, nakazał odnotowywać w strzeżonej księdze przypadki lekceważenia obowiązków, aby mógł się z tym zapoznać on sam oraz przełożony generalny szpitala i zakonu<sup>51</sup>. W podobny sposób kardynał wypo-

<sup>47</sup> ASAR, nr 1409, *Sulli ASR*, nr 1296, *Atti della Visita di Monsignore Scotti ... 1652*, s. 17; *canonici infermi*, 1661, s. 40.

<sup>48</sup> ASR, nr 1296, *Atti della Visita ... Acciaiuoli ... 1679*, s. 30; ASR, nr 1409, *Decreti di Visita ... 1679 ... Acciaiuoli*, s. 67-68.

<sup>49</sup> ASR, nr 1409, *Decreti di Visita 1679 ... Acciaiuoli*, s. 45.

<sup>50</sup> ASR, nr 1296, *Atti della ... Petrucci ... 1696*, s. 33.

<sup>51</sup> ASR, nr 1296, *Atti della Visita ... Porzia ... 1737*, s. 34.

wiedział się w dekrete powizytacyjnym, dodał przy tym, że kanonicy miast włączyć się po Rzymie winni rano przebywać i służyć chorym w refektarzu. Pomny na dotychczasowe doświadczenia, wyraził nadzieję, że wydane zalecenia i nakazy zmian będzie można wyegzekwować poprzez nadzór, ale i szlachetny przykład samego komendatora<sup>52</sup>. O tym, że kanonicy zatracali z czasem idee i sens pracy charytatywnej i coraz bardziej przywiązywali się do dóbr materialnych, świadczy wydany im w 1737 r. zakaz przyjmowania prezentów, podarunków i gratyfikacji pieniężnych, co nagminnie praktykowano w okresie Bożego Narodzenia, Karnawału, Wielkanocy, Zielonych Świątek, Wniebowzięcia Najświętszej Maryi Panny i św. Marcina<sup>53</sup>.

Jeszcze w 1740 r. wizytator Giacomo Lanfredini twierdził, że duchacy musieli codziennie asystować i służyć chorym w szpitalu, najbardziej w godzinach posiłków. Nie wszyscy z nich byli zatrudnieni przy chorych, niektórych bowiem komendator i bezpośredni przełożeni wysyłali do innych zajęć gospodarczo-ekonomicznych, do nadzoru i zarządzania urzędów i agend szpitala, choćby gospodarowania jego majątkiem w dobrach pozarymskich. Kardynał Lanfredini przypominał, że zgodnie z powołaniem to opieka i podnoszenie na duchu chorych było naczelnym obowiązkiem kanoników, szczególnie w czasie nasilenia grypy, kiedy to wielu z nich wyznaczano do pracy i czuwania we dnie i nocy przy chorych<sup>54</sup>.

Zaniedbywanie, wręcz unikanie posługi chorym stawało się z czasem zjawiskiem permanentnym, rzec można „normalnym” w postawie kanoników Świętego Ducha. Źródła z kolejnych lat potwierdzają, że bezpowrotnie odeszli oni od pierwotnej reguły i charyzmatu, spychając te powinność na zewnętrznych zakonników i służbę świecką. Mimo to najwyższe władze kościelne, poprzez apostołskich wizytatorów, nie ustawały w naprawczych apelach. 7 grudnia 1740 r. kardynał Lanfredini w swym rozporządzeniu, przekazanym do wykonania komendatorowi Pallaviciniemu, raz jeszcze przypominał kanonikom, że zgodnie ze ich profesją każdą wolną chwilę są zobowiązani poświęcać na służbę chorym, tak duchową, jak i fizyczną, w tym przedkładanie i tłumaczenie katechizmu, zwłaszcza zaś czuwanie nad umierającymi. Swoją postawą mieli dawać przykład świeckiej obsłudze. Z rozporządzenia wynika, że ta misja, choć wymieniana na pierwszym miejscu, stanowiła jeden z wielu obowiązków zakonnych. Pół godziny po pobudce, która następowała o piątej rano, wszyscy zbierali się w oratorium na modlitwach śpiewanych i medytacjach, a następnie brali udział w chórze, w Mszach św., nabożeństwach i obsłudze liturgicznej w kościele Świętego Ducha.

<sup>52</sup> ASR, nr 905, *Ordini e Decreti della Santa Visita Apostolica. 1737*, s. 3

<sup>53</sup> ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata...1737*, s. 8.

<sup>54</sup> ASR, nr 4, (z czasów Lanfrediniego) *Canonici – Scritture spettanti a medissimi*. Zob. też: ASR, nr 1296, *Ordini pubblicati li 7 dicembre 1740*, s. 33-35, 39

Z kolei główny zakrystian rozdzielał między nich intencje Mszy św., by odprawiali je w tej świątyni rankiem, co godzina, aż do południa, kiedy to celebrowano Mszę św. ogólną również dla ludzi z zewnątrz. Określał też kanonikom obowiązki liturgiczne na najbliższy tydzień, jak np. udział w chórze ubogającym Msze św. Każdy z księży zakonników miał obowiązek odprawić przynajmniej dwie Msze w ciągu miesiąca dla wiernych spoza szpitala, a stypendium za nie przeznaczyć na rzecz klasztoru<sup>55</sup>.

Oprócz wyznaczonego charyzmatem obowiązku opieki kanonicy mieli więc powinności natury religijno-kościelnej, jak celebrowanie Mszy św. i nabożeństw w kościele Świętego Ducha oraz w innych wewnętrznych oratoriach, choćby dla porzuconych dziewcząt – *Zitelle del Conservatorio* w kaplicy św. Tekli, spowiadanie ich i udzielanie Komunii św., ślubów i bierzmowania. Te same zadania spełniali wobec porzuconych chłopców ze *Scuola dei Putti*, których wychowywali, uczyli katechizmu oraz rudymentów wiedzy, w tym pisania i czytania<sup>56</sup>. Nie należy zapominać, że występowali też w roli spowiedników i rekomendatorów duszy w infirmerii i przewodniczyli ceremoniom pogrzebowym zmarłych pensjonariuszy. Swego rodzaju wizytówką szpitala i zakonu był chór, uświetniający Msze św. śpiewane i inne uroczystości religijne, w którym uczestniczyło wielu kanoników<sup>57</sup>. W trakcie wizytacji rozpoczętej w 1737 r. działała grupa muzyków – kantorów (*capella dei musici*), złożona z miernych i niezbyt zdolnych osób – członków rodziny szpitalnej, jak i innych ministrów, księży i kleryków, którzy bardziej propagowali nudę niż pobożność, a pobierali wynagrodzenie i mieli inne wygody, łącznie z mieszkaniem i wyżywieniem. W tej sytuacji przełożony generalny Antonio Maria Pallavicini postanowił znieść ową grupę i zastąpić ją śpiewem gregoriańskim chóru kanoników, wspomaganych przez pięciu kapelanów, uznanych na podstawie wcześniejszego egzaminu, za przydatnych i biegłych w śpiewie<sup>58</sup>.

Zważywszy, że niektórzy kanonicy przebywali na prowincji jako administratorzy włości szpitalnych<sup>59</sup> oraz że wszystkie najważniejsze funkcje admini-

---

<sup>55</sup> ASR, nr 1296, *Ordini publicati li 7 dicembre 1740*, s. 33-33v. Szereg innych dekrétów i regulaminów, począwszy od drugiej połowy XVIII w., praktycznie nie porusza problemu powinności wypełniania czwartego ślubu przez kanoników Świętego Ducha, koncentrując się na obowiązku uczestniczenia w chórze i uroczystościach religijnych, śpiewanych mszach. Zob. ASR, nr 1296, *Istruzione, e regola da osservarsi ... 1749*, s. 35-39; ASR, nr 1296, *Istruzione, e regola da osservarsi ... 1761*, s. 40-44; ASR, nr 1296, *Decreto di Visita ... 1801*, s. 58-61.

<sup>56</sup> M. SURDACKI, *Dzieci porzucone*, s. 339-346.

<sup>57</sup> ASR, nr Rękopis z 1753 r. komandora Bufaliniego, zaczynający się od słów: *Affinche la voce del Signore...*

<sup>58</sup> ASR, nr 905, *Ordini e Decreti della Santa Visita Apostolica. 1737*, s. 5.

<sup>59</sup> Prawo nadawania i powierzania kanonikom beneficjów i kapelanii szpitalnych przez komendatora przyznał na mocy bulli Sykstus IV (1471-1484) w 1473 r. Prawo to potwierdził w 1564

stracyjne w szpitalu były obsadzone przez kanoników, to faktycznie czasowe możliwości wypełniania czwartego ślubu były ograniczone. Nie usprawiedliwiało to jednak ich niechęci do posługiwania chorym, na co ciągle żalili się wizytatorzy. Zdaniem komendatora Giovanni Ottavio Bufaliniego liczba zakonników była zbyt niska w stosunku do stawianych im rozlicznych zadań. Dlatego w 1753 r. zredukował im część obowiązków związanych z odbywaniem niektórych modlitw, nałożonych przez Pallaviciniego w 1748 r.<sup>60</sup>

Wszelkie apele komendatorów i wizytatorów apostolskich kierowane do kanoników o przestrzeganie czwartego ślubu, służby chorym, nie przyniosły pożądanых skutków. Opuściwszy sale szpitalne i chorych, duchacy koncentrowali swoje wysiłki na kumulowaniu beneficjów i utrzymywaniu najwyższych stanowisk administracyjnych w szpitalu. Nigdy już nie powrócili do pierwotnej reguły i czynnej pracy opiekuńczej z chorymi. Wspaniale rozwijające się w średniowieczu zgromadzenie zakonne zmierzało ku nieuchronnej dekadencji. Papież Pius IX (1846-1878), uznając, że wypełniło ono swoją dziejową charytatywną misję, dekretem z 1 lipca 1847 r. zawiesił dalszą jego działalność. Byłym kanonikom Świętego Ducha zostały przyznane emerytury, a do kierowania szpitalem i sprawowania opieki nad chorymi powołano tzw. ministrów chorych, kongregację założoną przez św. Kamila de Lellis<sup>61</sup>.

Warto zwrócić uwagę na niejasność i trudności związane ze zrozumieniem terminologii stosowanej w źródłach na określenie licznej i różnorodnej grupy osób duchownych. Niekiedy nazwy te przyjmują formę synonimiczną, innym razem kryją się pod nimi różne funkcje i stanowiska kościelne, w zasadzie zakonne, bo księża diecezjalni pojawiali się tam rzadko. Dla przykładu można tylko domniemywać, kogo miał na myśli przełożony generalny szpitala Giovanni Ottavio Bufalini, określając w 1754 r. obowiązki religijne: kanoników (*canonici*), kapelanów (*cappellani della Chiesa*) i księży (*sacerdoti della casa*)<sup>62</sup>. Wszyscy oni byli kapłanami, a zarazem kanonikami zakonnymi, bo tak tytułowano wówczas członków zakonu Świętego Ducha. Należy pamiętać, że zakon duchaków nie miał już braci, za których można było uznać nowicjuszy, przed przyjęciem święceń i złożeniem ślubów zakonnych (być może to oni określani są w źródłach jako *laici*). Miano kapelanów przyjmowali tak kanonicy Ducha Świętego, jak i inni ojcowie (księża) przybywający z bratnich zakonów kapucynów, reformatów,

---

r. Pius IV (1559-1565) i w 1749 r. Benedykt XIV (1740-1758). ASR, nr 7, *Ristretto del contenuto di dversi chorografii ... 1748*, s. 203.

<sup>60</sup> Rękopis z 1753 r. komandora Bufaliniego, zaczynający się od słów: *Affinche la voce del Signore*.

<sup>61</sup> A. CANEZZA, M. CASALINI, *Il Pio Istituto...*, s. XII, XCVI-XCVII, CV-CVI; M. SURDACKI, *Dzieci porzucone*, s. 95-96.

<sup>62</sup> ASR, nr 1298, Rękopis z 1753 r. zaczynający się od słów: *Affinche la voce del Signore*.



pełniący funkcje liturgiczne w kaplicy szpitalno-zakonnej lub byli przydzieleni przez przełożonych do obsługi duszpasterskiej chorych.

Kanonicy regularni Świętego Ducha nie byli wprawdzie zakonem klauzury, niemniej obowiązywały ich pewne normy, których ze względów obyczajowych i wizerunkowych nie mogli przekraczać. W 1651 r. przełożony generalny zakonu i szpitala Girolamo Lanuvio zabronił im udawać się do fryzjera poza szpital, by się ogolić i przyciąć brody<sup>63</sup>. Zakaz, będący reakcją na wcześniejsze niedozwolone praktyki, musiał być w przyszłości respektowany, ponieważ w czasie wizytacji z 1737 r. mieli wydzieloną salę (*barberia*) dla własnej wygody, w której jeden z młodych służących pełnił funkcję fryzjera, obcinając im włosy i goliąc brody. Dotąd fryzjerów tych utrzymywał na swój koszt szpital. Często byli to kuzyni lub przyjaciele kanoników, którym zakonnicy oferowali łóżko i nocleg, ubrania, świece, wyżywienie w swoim refektarzu oraz dwa skudy uposażenia miesięcznie. Taki stan rzeczy nie spodobał się wizytatorowi, który zlikwidował salę fryzjerską i stanowisko postrzygacza. Zalecił jednocześnie, by od tej pory w razie potrzeby wzywali fryzjerów z zewnątrz oraz płacili im z własnej kieszeni za strzyżenie i golenie. Na przyszłość nie pozwolił też nikomu z obcych spać w łóżkach szpitalnych z wyjątkiem usługującego *maestro di casa* i kanonikowi pełniącemu funkcję ekonoma generalnego (*fattor generale*)<sup>64</sup>.

Zakonnicy nie mogli też dawać schronienia w swoich pokojach jakimkolwiek osobom z zewnątrz bez zgody samego komendatora, a zwłaszcza kobietom – nawet matkom, żonom i siostram. Wszyscy zakonnicy byli zobowiązani spożywać posiłki we wspólnym refektarzu i nie mogli pod żadnym pozorem wynosić z niego wina i chleba pod karą pozbawienia funkcji i beneficjów<sup>65</sup>. Identyczna kara groziła im za łamanie zakazu rozmawiania w jakimkolwiek miejscu z siostrami z klasztoru i podopiecznymi *Conservatorio*<sup>66</sup>. Wszystkim kanonikom, bez względu na wykonywaną funkcję, należało się takie samo wyżywienie. W praktyce nie zawsze tak było. Wizytujący szpital w 1737 r. kardynał Leandro Porzia zauważył, że kanonicy piastujący niektóre stanowiska otrzymują w refektarzu podwójne porcje jedzenia. W reakcji zabronił takich praktyk i nakazał jednakowe traktowanie wszystkich zakonników w codziennym wikcie<sup>67</sup>.

<sup>63</sup> ASR, nr 12 96, *Editto Girolamo Lanuvio 1651*, s. 13.

<sup>64</sup> ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata...1737*, s. 40-41.

<sup>65</sup> ASR, nr 1296, *Editto Girolamo Lanuvio 1651*, s. 13; ASR, nr 1409, *Decreti per l'ospedale in occasione di sospetto ...1691*, s. 79; ASR, nr 1296, *Editto, che nessuno vada ... 1651*, s. 15.

<sup>66</sup> ASR, nr 1296, *Editto di Monsignor Lanuvio Commendatore ... 1651*, s. 13-14; Zob. też: ASR, nr 1296, *Editto sul non conversare ... 1651*, s. 14.

<sup>67</sup> ASR, nr 1296, *Atti della Visita ... Porzia ...1737*, s. 35.

W szpitalu istniały wewnętrzne szpitaliki dla osób o wysokim statusie społecznym – *Ospedale dei Nobili*, a także szpitalik *S. Filippo* dla rodziny szpitalnej. W obu mogli przebywać w razie potrzeby chorzy kanonicy. Często jednak w czasie choroby pozostawali w swoich pokojach, w których leczyli ich wezwani lekarze szpitalni. Ponadto opiekował się nimi w czasie nieдомagania któryś z bliskich współpracowników<sup>68</sup>.

W tym kontekście pojawia się problem majątku po kanonikach zmarłych w wyniku choroby lub z przyczyn naturalnych. Brewe papieskie z 4 marca 1749 r., potwierdzające bullę papieża Sykstusa IV (1471-1484) z 1473 r. w tej sprawie, stanowiło, że wszystkie owoce i dochody z beneficjów ziemskich, którymi administrowali kanonicy, przechodzą po ich śmierci na własność szpitala i nie mogą być przejęte przez jakąkolwiek inną osobę, choćby z rodziny<sup>69</sup>. Sprawa nie została jednak w pełni uregulowana po myśli papieża. Prawie sześćdziesiąt lat później (w 1808 r.) wizytator apostolski Francesco Carafa informował, że pieniądze i co cenniejsze rzeczy po zmarłych zakonnikach zabierają ich krewni, przyjaciele i osoby, które się przed śmiercią nimi opiekowały, pomimo że całe uposażenie i wszystkie zyski zawdzięczały administrowaniu dobrami szpitalnymi. Takie praktyki uznał za niedozwolone. Chcąc zaradzić tej niesprawiedliwości, powołał się na chwalebny zwyczaj istniejący u kawalerów maltańskich, którzy przyjmując święty wiatyk, dobrowolnie zrzekli się wszystkiego, co posiadali. Zarządził więc, aby identyczny sposób postępowania wprowadzić u kanoników Świętego Ducha, którzy przed aktem przyjęcia wiatyku mieli odtąd dokonać samowłaszczenia z majątku, który zawdzięczał szpitalowi<sup>70</sup>.

<sup>68</sup> ASR, nr 1296, *Ludovico Calino Commendatore. 14 marzo 1763*, s. 44-45.

<sup>69</sup> ASR, nr 1296, *Privilegi di Monsignor Commendatore*.

<sup>70</sup> ASR, nr 1296, *Ordine del Signor Cardinal Francesco Carafa ... 1808*, s. 62-63.



## Rozdział XII

### BIBLIOTEKA I AKADEMIA LANCISIANA

#### 1. BIBLIOTEKA

##### – *Giovanni Maria Lancisi*

Jedną z najważniejszych postaci w dziejach Szpitala Świętego Ducha w Rzymie, a w szerszym kontekście całego Wiecznego Miasta, był Giovanni Maria Lancisi<sup>1</sup>. Urodził się 21 września 1654 r. w Rzymie. W swojej bogatej i bardzo intensywnej karierze pełnił funkcje lekarza głównego w wymienionym szpitalu, lekarza naczelnego – nadwornego (*archiatra*) papieży Innocentego XI i Klemensa XI, profesora na rzymskim Uniwersytecie *Sapienza*, lekarza generalnego Państwa Kościelnego oraz eksperta i państwowego konsultanta do spraw zdrowia<sup>2</sup>. Studiował nauki humanistyczne i filozofię (*lettere e filosofia*) w *Collegio Romano*, znanym ze słynnych wykładowców. Wpierw jednak, mając niespełna dziewiętnaście lat, 12 września 1672 r. uzyskał doktorat z fizyki i medycyny, otwierający mu oficjalne wejście do świata nauki. Po ukończeniu z wyróżnieniem Rzymskiego Kolegium Medycznego podjął studia na *Sapienzy* na wydziale medycyny, gdzie spotkał jeszcze wybitniejszych profesorów. Musiał jednocześnie złożyć ślubowanie, w którym zobowiązywał się gratisowo leczyć ubogich i troszczyć się o zaopatrzenie chorych w sakramenty św.<sup>3</sup>



Giovanni Maria Lancisi –  
anonimowy konterfekt z epoki.  
Domena publiczna

<sup>1</sup> Na temat Lancisiego zob. A. BACCHINI, *La vita e le opere di Giovanni Maria Lancisi*, Roma 1920; A. CANEZZA, *Gli Arcispedali nella vita cittadina, nella Storia e nell'Arte*, Roma 1933, s. 96.

<sup>2</sup> G. COSMACINI, *Storia della medicina e della sanità in Italia. Dalla peste europea alla guerra mondiale. 1348-1918*, Bari 1994, s. 216.

<sup>3</sup> P. DE ANGELIS, *Giovanni Maria Lancisi. La Biblioteca Lancisiana. L'Accademia Lancisiana*, Roma 1965, s. 11-15.

Giovanni Maria Lancisi bardzo szybko zaznaczył swoją obecność w środowisku medycznym poprzez swoje dysertacje i referaty prezentowane na zjazdach w Akademii Medycznej, Akademii Chirurgicznej i Akademii Botanicznej. W tym samym czasie ustawicznie nawiedzał szpitale, uzupełniając wcześniejsze teoretyczne studia o zawodową praktykę. W wyniku konkursu, odbytego w styczniu 1676 r., uzyskał stanowisko asystenta doktora Giovanni Tiraconda, lekarza głównego w Szpitalu Świętego Ducha i ówczesnego medyka papieża Innocentego X. Przez następne lata doskonalił wiedzę anatomiczną, praktykując w prawie wszystkich szpitalach rzymskich. Od 1678 r. przez następnych pięć lat odbywał naukę teoretyczną i praktyczną w *Collegio Piaceno di S. Salvatore*, otrzymując jako jeden z nielicznych 100 skudów rocznego zasiłku. Z tym kolegium był związany pracą przez cały okres studiów, w czasie których napisał 20 rozpraw naukowych, do dziś przechowywanych w ufundowanej przez siebie bibliotece. Pobyt w *Collegio Piaceno* nie przeszkodził mu w przyjęciu w 1679 r. do *Accademia del Congresso Romano*. Po dwunastu latach doświadczeń, powiązanych z praktyką i nauką, prawie trzydziestoletni Giovanni Maria Lancisi został przyjęty na Uniwersytet *Sapienza* na stanowisko lektora anatomii<sup>4</sup>. To dzięki niemu i na jego zlecenie odrestaurowano w latach 80. XVII w. Teatr Anatomiczny na uniwersytecie<sup>5</sup>. Sława, którą osiągnął, zaowocowała wieloma wyróżnieniami i przynależnością do różnych stowarzyszeń, między innymi został członkiem Akademii Fizjokratów w Sienie, Akademii Nauk w Bolonii, Akademii *Naturae Curiosorum* w Niemczech, angielskiej Akademii Królewskiej<sup>6</sup>.

W 1688 r. dostąpił największego zaszczytu: oto w wieku zaledwie 34 lat powierzono mu stanowisko lekarza papieskiego (*archiatra*). Odtąd troszczył się przez rok o zdrowie papieża Innocentego XI aż do jego śmierci w 1689 r., potem tę samą funkcję pełnił u papieża Klemensa XI. Podczas jego pontyfikatu Giovanni Maria Lancisi miał wiele okazji by wykazać swoją renomę i pozycję w świecie wybitnych osobistości. Pełnił między innymi jedno z najbardziej prestiżowych stanowisk archonta (*arconte*) w Akademii (*Repubblica Letteratoria Italiana*), którą w 1703 r. założył Ludovico Antonio Muratori, zrzeszającej wielkie sławy nauki i kultury włoskiej<sup>7</sup>.

W tym czasie stał się wielkim autorytetem i ekspertem w zakresie chorób masowych. Gdy zimą na przełomie 1705 i 1706 r. w Rzymie zanotowano nadzwyczaj wysoką liczbę niespodziewanych zgonów, papież Klemens XI powierzył

---

<sup>4</sup> P. DE ANGELIS, *Giovanni Maria Lancisi*, s. 26.

<sup>5</sup> M. CONFORTI, S. DE RENZI, *Sapere anatomico negli ospedali romani. Formazione dei chirurghi e pratiche sperimentali (1620-1720)*, w: *Rome et la science moderne: entre Renaissance et Lumières* (Collection de l'École française de Rome; 403), Rome 2008, s. 457; M.P. DONATO, *La medicina a Roma tra Sei e Settecento. Una proposta di interpretazione*, „Roma moderna e contemporanea”, 13, 2005, nr 1, s. 106

<sup>6</sup> P. DE ANGELIS, *Giovanni Maria Lancisi*, s. 27.

<sup>7</sup> Tamże, s. 27, 32, 36-37; M. CONFORTI, S. DE RENZI, *Sapere anatomico*, s. 459.

swojemu lekarzowi zadanie wyjaśnienia przyczyn epidemii. W wyniku obserwacji i pogłębionych badań anatomiczno-klinicznych (autopsji) powstało *De subitaneis mortibus*, opublikowane w 1707 r. w Rzymie, a następnie w Livorno i Lukce<sup>8</sup>. W tych czasach stolicę Państwa Kościelnego i otaczające go tereny często nawiedzała epidemia malarii, połączona z wysoką gorączką, przenoszona przez insekty, jak i zabagnioną wodę. Giovanni Maria Lancisi dzięki swoim studiom, w których przyczynę tej choroby upatrywał nade wszystko w ukąszeniach insektów, zwłaszcza komarów, oraz stojącej w stawach wodzie, a jako sposób jej zwalczania zalecał stosowanie kory chinowca – chininy, stał się niekwestionowanym znawcą malarii i klinicystą. Tym drugim, równie wybitnym w tym czasie lekarzem, był Giorgio Baglivi, który prezentował odmienny pogląd, uważając chininę za środek niezdrowy i szkodliwy w leczeniu malarii w klimacie rzymskim. Obaj pełnili funkcje lekarzy głównych w Szpitalu Świętego Ducha. W uznaniu za ich zasługi dla tej placówki i wkład w rozwój medycyny i zwalczanie chorób epidemicznych w 1874 r. Salę Sykstyńską szpitala podzielono na dwie części, z której pierwszą nazwano Salą Lancisiego, drugą salą Bagliviego<sup>9</sup>.

Jako wielki higienista wyrósł na obrońcę zdrowia publicznego w walce z malarią na terytorium wokół Rzymu. Jednym ze sposobów zapobiegania tej zarazie było doprowadzenie czystej i zdrowej wody wydobywającej się ze wzgórza Janikilu. Dlatego za zgodą papieża doprowadził ją kanałami do wybudowanej w 1714 r. fontanny usytuowanej wzdłuż brzegu Tybru (*Fontanella alla Longara*), nieopodal Szpitala Świętego Ducha, co okazało się bardzo korzystne dla jego pacjentów<sup>10</sup>. Poszukując uwarunkowań chorób i epidemii, wskazywał również na ich odzwiercące przyczyny<sup>11</sup>. W dowód uznania za całokształt działalności, uwzględniający nieskazitelną przeszłość jego rodu, wspomniany papież przyznał mu w 1701 r. szlachectwo oraz herb z wizerunkiem trzech gór i trzech gwiazd oraz dwoma krzyżującymi się włóczniami (*lancie*), które stanowiły motyw dominujący. Od przyjaciół i uczniów wielokrotnie słyszał, że rodzina i nazwisko Lancisi pochodzi od nazwy miasta Lancicia w Polsce, lecz – jak sam twierdził – te opinie były czystymi wymysłami<sup>12</sup>.

W styczniu 1720 r. szalała w Rzymie śmiertelna epidemia, zbierająca żniwo nie tylko wśród warstw niższych, ale również w środowiskach elit i ludzi bogatych. Choroba nie oszczędziła też Giovanniego Marii Lancisiego, który po

<sup>8</sup> G. COSMACINI, *Storia della medicina*, s. 216-217.

<sup>9</sup> P. DE ANGELIS, *Giovanni Maria Lancisi*, s. 38-41. Na temat przyczyn malarii zob. S. DE RENZI, *Storia della medicina italiana*, vol. 4, Napoli 1846, s. 326; G. COSMACINI, *Storia della medicina*, s. 218-219; A. CELI, *Storia di malaria nell'agro romano*, Città di Castello 1925. s. 317.

<sup>10</sup> P. DE ANGELIS, *Giovanni Maria Lancisi*, s. 41, 44-47

<sup>11</sup> G. COSMACINI, *Storia della medicina*, s. 219.

<sup>12</sup> P. DE ANGELIS, *Giovanni Maria Lancisi*, s. 67-68. Przywilej szlachectwa papież potwierdził jeszcze w 1714 r.



czterech dniach od pierwszych objawów gorączkowych zmarł 20 stycznia 2020 r. Jego zwłoki poddano autopsji, a następnie zabalsamowaniu. Wyniki sekcji opisał uczeń słynnego lekarza Pietro Assalti<sup>13</sup>. Dokonywanie sekcji zwłok na wybitnych osobistościach, w tym wypadku związanych ze środowiskiem papieskim, było w owym czasie procedurą standardową<sup>14</sup>.

Giovanni Maria Lancisi to postać wybitna, zarówno w praktyce lekarskiej, jak i w działalności kliniczno-badawczej, wyrażanej i dokumentowanej pracami naukowymi. Pozostawił po sobie czterdzieści manuskryptów o niezwykle różnorodnej tematyce. Wiele jego dysertacji dotyczyło epidemii wybuchających w poszczególnych miastach (Pesaro, Barga, Ferentino) czy też pomoru wśród zwierząt – krów i wołów<sup>15</sup>. W dorobku Giovanniego Marii Lancisiego szczególnie ważne są właśnie prace epidemiologiczne na temat epidemii reumatycznych. Taką postacią miała epidemia grypowa z 1708-1709 r., charakteryzująca się równoczesnym zapaleniem płuc i opłucnej. Jako znawca chorób zakaźnych stwierdził, że była to zaraza stadna, zwierzęca – epizootia, pochodząca od wołów<sup>16</sup>. Niestrudzenie podkreślał potrzebę wspólnej nauki medycyny i chirurgii, które były dla niego tylko dwoma sztucznie oddzielonymi częściami tej samej dyscypliny<sup>17</sup>.

Biografia Giovanniego Marii Lancisiego, choć wyjątkowa, jest jednocześnie typowa dla lekarzy naczelnych, pracujących w Szpitalu Świętego Ducha i innych dużych szpitalach rzymskich. Ukazuje, kolejne etapy kształcenia i drogę dochodzenia do najwyższych stanowisk medycznych, poczynając od nauki w kolegium medycznym, poprzez studia na uniwersytecie, praktykę w różnych szpitalach, asystenturę lekarską, przynależność do stowarzyszeń i akademii naukowo-medycznych, aż po osiągnięcie pozycji lekarza głównego, lektora i wykładowcy uniwersyteckiego. Większość lekarzy naczelnych Szpitala Świętego Ducha przechodziło podobną edukację, choć ich kariera nie była tak bogata i błyskotliwa, nie wszyscy też podstawową formację lekarską zdobywali w Rzymie, większość z nich bowiem przybywało z innych miast lub państw<sup>18</sup>. Kazus Giovanniego Marii Lancisiego pokazuje bliskie relacje szpitala prowadzonego przez kanoników regularnych z uniwersytetem rzymskim. Dla wielu lekarzy głównych obie placówki były wspólnym miejscem pracy, zwłaszcza dydaktycznej, natomiast dla absolwentów wydziału medycznego *Sapienzy* szpital nad Tybrem był miejscem staży i praktyk lekarskich i często pierwszym zakładem pracy na stanowisku lekarza asystenta.

<sup>13</sup> Tamże, s. 75-76.

<sup>14</sup> Autopsji poddano też zmarłego papieża Klemensa X. Zob. P. SAVIO, *Ricerche sulla peste di Roma degli anni 1656-1657*, „Archivio della Società Romana di Storia patria”, 95, 1972, s. 155.

<sup>15</sup> P. DE ANGELIS, *Giovanni Maria Lancisi*, s. 82-83.

<sup>16</sup> G. COSMACINI, *Storia della medicina*, s. 217.

<sup>17</sup> M. CONFORTI, S. DE RENZI, *Sapere anatomico*, s. 459.

<sup>18</sup> Zob. rozdział III o lekarzach.

Trwałą pamięć i miejsce w historii Giovanni Maria Lancisi zyskał nie tylko dzięki praktyce lekarskiej, pozycji akademickiej i traktatom naukowym, ale przede wszystkim poprzez spektakularne, dobroczynne fundacje, poczynione jeszcze za życia, jak i na mocy testamentu z 10 grudnia 1719 r. Ich praktyczna realizacja miała ogromne znaczenie dla kształcenia personelu lekarsko-chirurgicznego i pielęgniarskiego, rozwoju życia naukowego środowiska medycznego oraz wzbogacenia sieci szpitali rzymskich o nową wielką instytucję leczniczą. Po pierwsze, postanowił ufundować szpital dla kobiet, który miał być uzupełnieniem Szpitala Świętego Ducha, przeznaczonego wyłącznie dla mężczyzn<sup>19</sup>. Choć ostatecznie nie doszło do wiernej realizacji woli fundatora, środki testamentalne nie zostały jednak sprzeniewierzone, a wykorzystano je na wybudowanie nowego szpitala *San Gallicano* dla kobiet zakaźnie chorych<sup>20</sup>. Nie mniej doniosłe znaczenie miało ufundowanie pod koniec życia wewnątrzszpitalnej biblioteki medycznej, zwanej od jego nazwiska Biblioteka Lancisiana, oraz drugiej instytucji o charakterze naukowym, Akademii Lancisiana.

Spadek pozostawiony szpitalowi i jego wartość pokazują, że Giovanni Maria Lancisi dorobił się ogromnego majątku, gromadzonego przez całe życie zawodowe. Można sądzić, że większość jego dorobku materialnego, ulokowanego w pieniądzach, książkach i innych przedmiotach czy dobrach ziemskich, zawdzięczał praktyce prywatnej. Sam o tym bezpośrednio wspominał w testamencie, że wszystkie pieniądze otrzymane za leczenie bogatych chorych jest zobowiązany pozostawić biednym chorym<sup>21</sup>. Zatrudnienie w znanym rzymskim szpitalu było przesłanką do wyrobienia sobie dobrej opinii wśród pacjentów i czerpania wysokich dochodów z prywatnej, dobrze płatnej praktyki, wykonywanej poza szpitalem. W tak dużym mieście jak Rzym nie brakowało do tego okazji, zarówno wśród stałych mieszkańców, jak i wśród pielgrzymów i osób podróżujących.

### – Fundacja i jej geneza

Majestatyczny i wzorcowy Szpital Świętego Ducha był placówką nie tylko terapeutyczną, ale jednocześnie kliniczną i edukacyjną, która przyciągała rzesze młodych adeptów medycyny i chirurgii oraz liczne grono zarówno sławnych, jak i rozpoczynających swoją karierę zawodową lekarzy. Aby wszyscy mogli realizować swoje cele, zdobywać i pogłębiać wiedzę medyczno-chirurgiczną, nieodzowne było zapewnienie im odpowiedniego zaplecza dydaktyczno-naukowego, a więc bogatego

<sup>19</sup> M. Conforti, S. De Renzi, *Sapere anatomico*, s. 470.

<sup>20</sup> ASR, nr 301, Testament Giovanni Maria Lancisi z 1720 r., s. 43v-46v; P. De Angelis, *Giovanni Maria Lancisi...*, s. 77, 100. Tenże autor publikując treść testamentu, podaje datę jego sporządzenia na 10 grudnia 1719 r. (s. 92). Szczegóły na temat szpitala S Gallicano w rozdziale I.

<sup>21</sup> P. De Angelis, *Giovanni Maria Lancisi*, s. 100, 123.

księgozbioru, konkretnie biblioteki medycznej. O istnieniu książek i nawet „jakiejś biblioteki” w Szpitalu Świętego Ducha można znaleźć pewne wzmianki już z czasów papieża Innocentego III (1198-2015). O bibliotece szpitalnej w prawdziwym tego słowa znaczeniu należy mówić jednak dopiero około połowy XVII w. Wtedy to w 1649 r. gruntownie wykształcony brat zakonny Domenico Rosini, *maestro di casa*, zostawił na użytek szpitala setki cennych książek, w związku z tym jest uznawany za pierwszego fundatora biblioteki. Według katalogu sporządzonego w 1652 r. księgozbiór biblioteczny obejmował dzieła z dziedziny ascetyki, literatury łacińskiej i ludowej (*volgare*), historii kościelnej i państwowej, filozofii i teologii, patrystyki, prawa, medycyny, chirurgii, farmacji, zawierał też ustawy soborowe, konstytucje synodalne, statuty miejskie i bractw religijnych<sup>22</sup>. Wynika z tego, że zasoby biblioteczne miały wówczas charakter interdyscyplinarny, a sama instytucja była biblioteką ogólną z dużym udziałem dzieł medycznych.

Biblioteka szpitalna zyskała prawdziwą sławę dopiero dzięki Giovanniemu Marii Lancisiemu, który cały swój systematycznie gromadzony dorobek bibliofilski, o profilu przede wszystkim medycznym oraz filozoficznym, podarował instytucji, w której praktykował i przechodził najważniejsze etapy zawodowej kariery i w której otrzymał od pracujących tam profesorów i mistrzów wybitną formację lekarską. Swój gest donacyjny traktował jako zadośćuczynienie szpitalowi, którego na mocy testamentu uczynił całkowitym spadkobiercą pozostawionych po sobie dóbr materialnych i intelektualnych. A takim była z pewnością jego prywatna biblioteka medyczna, która po połączeniu z wcześniejszym księgozbiorem dała początek całkowicie odmienionej nowej bibliotece, nazwanej z uwagi na fundatora Biblioteką Lancisiana. Pierwotna myśl jej stworzenia powstała w 1711 r. Właśnie w tym roku, konkretnie 2 lipca, miało miejsce ustanowienie i darowanie biblioteki, co potwierdził swoim brewe papież Klemens XI, a zgodę na jej urządzenie wyraził komendant Giorgio Spinola. Prawdziwa inauguracja bardzo bogatej w różnorodne dzieła biblioteki medycznej miała miejsce 21 maja 1714 r. W ceremonii otwarcia uczestniczył papież Klemens XI w towarzystwie 20 kardynałów, prałatów i uczonych z całego Rzymu<sup>23</sup>.

Na urządzenie nowej biblioteki komendant szpitala Sinibaldo Doria przeznaczył dwie sale na pierwszym piętrze w *Palazzo dei Commendatori*, jedną mniejszych rozmiarów, która służyła jako przedpokój-przedsiónek, drugą obszerną, gdzie została ulokowana biblioteka<sup>24</sup>. Mniejsza sala, cała w malowidłach i z zegarem pośrodku, miała 56 *palmi* (dłoni, piędзи) długości, 24 *palmi* szero-

<sup>22</sup> Tamże, s. 106.

<sup>23</sup> P. DE ANGELIS, *Giovanni Maria Lancisi...*, s. 69, 120, 123. Zob. też ASR, nr 1301, *Osservazioni fatte sopra le mutationi ... 1750*, s. 17.

<sup>24</sup> P. DE ANGELIS, *Giovanni Maria Lancisi...*, s.134.

kości i 26 *palmi* wysokości. Z sali przedsiionkowej przechodziło się do głównego pomieszczenia biblioteki o długości 56 *palmi*, szerokości 44 *palmi* i wysokości 42 *palmi*<sup>25</sup>.

Zainteresowanie Giovanniego Marii Lancisiego książkami nie ograniczało się do zbierania prac przydatnych w praktyce medycznej: za aprobatą i konsekwentnym wsparciem swojego patrona i pacjenta, papieża Klemensa XI, na nowo odkrył i opublikował teksty, takie jak *Tabulae Anatomicae*, czyli „Tablice anatomiczne” Bartolomeo Eustachiego, zaginione arcydzieło dotyczące badań anatomicznych, i *Metallotheca opus posthumanum* Michele Mercatiego, łącząc ich publikację z inauguracją biblioteki i akademii. Stale wspominał lata nauki w Szpitalu Świętego Ducha, dlatego ściągał do niego elity intelektualne, najlepszych lekarzy, czyniąc tam jeden z ośrodków klementyńskiej polityki odrodzenia kultury rzymskiej, centrum życia naukowego i miejsce badań medyczno-naukowych w dziedzinie anatomicznej. Ponieważ zaś znajomość anatomii była podstawą prawidłowego leczenia i wykonywania operacji, niestrudzenie podkreślał potrzebę wspólnej nauki medycyny i chirurgii, które były dla niego tylko dwoma sztucznie oddzielnymi częściami tej samej dyscypliny<sup>26</sup>.

#### – *Zadania i cele*

Według fundatora biblioteka miała być kolebką i siedzibą instytucji, w której miłośnicy medycyny mieli się spotykać okresowo w celu wymiany myśli oraz przekazywania nowości i odkryć z dziedziny zdrowia i leczenia. W bibliotece miała też funkcjonować Akademia Medyczno-Chirurgiczna, która zmieniała wcześniej nazwę i siedzibę, aż w końcu znalazła miejsce w przepięknej, bogatej w ornamenty sali Biblioteki Lancisiana. Obie instytucje wzajemnie się uzupełniały, jedna nie mogła istnieć bez drugiej, a obie razem tworzyły zachwycające i niepowtarzalne dzieło, świadczące o wspaniałomyślności i geniuszu jej twórcy. Biblioteka Lancisiana, oprócz tego, że była miejscem spotkań i debat elit naukowych i intelektualnych, w większości ze świata medycznego, to przede wszystkim pełniła funkcje edukacyjno-oświatowe. Służyła pracującym w szpitalu pielęgniarkom i studentom oraz młodym lekarzom i chirurgom, pracującym na stanowisku asystentów i zastępców oraz odbywającym tam praktyki<sup>27</sup>.

Codzienna, przynajmniej godzinna obecność i nauka w bibliotece stanowiły jeden z głównych obowiązków *giovani studenti*<sup>28</sup>.

<sup>25</sup> ASR, nr 7, *Relazione in succinto della Libreria Lancisiana*, s. 117-118. (r)

<sup>26</sup> M. CONFORTI, S. DE RENZI, *Sapere anatomio*, s. 459, 469-470.

<sup>27</sup> P. DE ANGELIS, *Giovanni Maria Lancisi...*, s. 68, 105-106, 123.

<sup>28</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 209-210.

# T A B U L Æ ANATOMICÆ

CLARISSIMI VIRI  
BARTHOLOMÆI EUSTACHII

*Quas è tenebris tandem vindicatas*

ET

## CLEMENTIS XI.

P O N T. M A X.

Munificentia dono acceptas

*Prefatione Notisque illustravit, ac ipso sue Bibliothecæ  
dedicationis die publici juris fecit*

### J. O. M A R I A L A N C I S I U S

Intimus Cubicularius, & Archiater Pontificius.



AMSTELÆDAMI,

Apud R. & G. WETSTENIOS.

M D C C X X I I.

Kopia strony tytułowej *Tabulae Anatomicae*, czyli „Tablic anatomicznych”, Bartolomeo Eustachiego (Amsterdam 1722). Domena publiczna



Giovanni Maria Lancisi, pełniąc w szpitalu pod koniec XVII w. funkcję asystenta, miał świadomość, że pracujący studenci, nie mogli zdobywać gruntownej wiedzy z powodu braku lub niedostatku fachowych książek. Obserwował, jak studenci po odbyciu „gołej” praktyki, zostają tylko *empiri*, niedouczonymi lekarzami bez przygotowania zawodowego – znachorami, szkodliwymi dla państwa. To właśnie przekonało go do stworzenia prawdziwej, wszechstronnie zaopatrzonej biblioteki medycznej, w której – jak pisał – młodzi przez wiele godzin, które mają wolne od pracy, zamiast się nudzić, mogliby studiować i wyjaśniać wątpliwe przypadki, które codziennie obserwują na salach szpitalnych. Przy tworzeniu biblioteki przyświecały mu szersze perspektywy, widział w tym korzyści dla całego społeczeństwa i państwa. Porównywał szpital do publicznego, bardzo pożytecznego seminarium, w którym zamieszkiwało stu uczniów, w tym lekarze, chirurdzy i aptekarze, a wielu innych przychodziło tam na praktyki, wobec tego należało im stworzyć optymalne warunki studiowania, by mogli ciągle pogłębiać wiedzę medyczną, chirurgiczną i farmaceutyczną. Uważał, że dzięki studiom w bibliotece profesorowie będą powoli, ale systematycznie awansować na wyższe stanowiska w urzędach, na uniwersytetach, na dworach książąt, inni zaś absolwenci, jeśli będą dobrze przygotowani, będą też lepiej służyć ubogim ludziom. Generalnie w gruntowej edukacji stanu lekarskiego, której miała sprzyjać nowa biblioteka, widział powodzenie całej Republiki. W przeciwnym razie, jak podkreślił, traciło na tym państwo, jak i ubodzy<sup>29</sup>.

Wywód Giovanniego Marii Lancisiego potwierdza, sygnalizowane w innym miejscu, ogromne zróżnicowanie w profesjach medycznych i fakt, że Szpital Świętego Ducha kształcił fachowców na różnym poziomie. W większości służba ucząca się w przyszpitalnej szkole zdobywała uprawnienia nie w pełni odpowiadające dyplomowanym lekarzom czy chirurgom, ale dająca możliwość leczenia warstw uboższych.

Papież, chcąc wyrazić swoją radość, przyznał fundatorowi emeryturę w wysokości stu skudów. Lancisi, zakładając, że biblioteka stanie się palestrą i siedzibą Akademii Medycznej, zostawił pisemną dyspozycję, aby bibliotekarz zwoływał kongresy, szczególnie akademie publiczne anatomii, medycyny i chirurgii, a ich organizację i wykonanie powierzał lekarzom asystentom, zastępcom chirurgów i bardziej zdolnym *giovani*. Wiadomość o utworzeniu „Specjalnej Biblioteki Medycznej” i Akademii odbiła się szerokim echem we włoskim i zagranicznym świecie nauki, kultury, literatury, a nawet polityki. Zewsząd płynęły słowa uznania od naukowców, literatów, kardynałów książąt i innych luminary, którzy

---

<sup>29</sup> Z testamentu Lancisiego. Zob. P. DE ANGELIS, *Giovanni Maria Lancisi...*, s. 123-124, 190, 192; A. CANEZZA, *Gli Arciospedali*, s. 96-97; G. COSMACINI, *Storia della medicina*, s. 224.



w darze i podziękowaniu przesyłali różne publikacje, jak np. wielki ksiągę Toskanii Leopold, ksiągę Saksonii, król francuski Ludwik XIV<sup>30</sup>.

Niezależnie od swoich zasadniczych funkcji, bibliofilskiej i poznawczo-edukacyjnej oraz ośrodka spotkań świata naukowego i akademickiego (Akademia), obszerne pomieszczenia Biblioteki Lancisiana służyły na miejsce odbywania egzaminów i konkursów, zarówno na najwyższe stanowiska lekarzy naczelnych czy chirurgów<sup>31</sup>, jak i w sprawie przyjęć do szpitala na służbę i naukę chirurgii i medycyny<sup>32</sup>.

#### - *Personel*

Kierowaniem biblioteką i jej obsługą zajmował się specjalnie do tego wyznaczony bibliotekarz, który z uwagi na wartość i ważność księgozbioru i innych eksponatów musiał spełniać wiele warunków wyznaczonych przez fundatora, zawartych w notarialnym akcie donacyjnym, pod którym podpisali się Giovanni Maria Lancisi, komendator Giorgio Spinola i notariusz. Warunki były niezwykle rygorystyczne i szczegółowe. Donator życzył sobie, by po jego śmierci funkcję tę pełnił około czterdziestoletni kapłan, doktor filozofii i teologii, erudyta i moralnie ukształtowany, najlepiej pochodzący z jego rodziny i noszący to samo co on nazwisko. W wypadku braku takiego, sugerował wybór księdza o tych samych przymiotach z Urbino, bo – jak twierdził – według jego doświadczenia mężczyźni urodzeni w tym mieście mają wyjątkową bystrość umysłu. Gdyby taki się nie znalazł, prawo wyboru bibliotekarza powierzył komendatorowi, który jednak powinien wysłuchać opinii lekarzy, zważywszy na szczególnie medyczne specyfikę biblioteki. Dodatkowo dobrze by było, żeby kandydat był poddanym Stolicy Apostolskiej, miał wiedzę medyczną i przyjął święcenia kapłańskie. Tak wybrany bibliotekarz na koniec powinien przywdziać habit i wstąpić do grona kanoników Świętego Ducha, co zobowiązywałoby go do służby spokojnej, z pełnym umiłowaniem i pilnością na rzecz szpitala. Uważał, że dobry na tym stanowisku byłby też profesor medycyny i że sprawującemu tę funkcję należy zapewnić mieszkanie, wyżywienie i meble. Zażyczył sobie ponadto, aby za swojego życia sam wskazywał i prezentował przełożonemu generalnemu szpitala swojego kandydata na głównego bibliotekarza<sup>33</sup>.

Nie wiadomo, na ile wymienione warunki spełniali przyszli bibliotekarze. Informacje można znaleźć tylko o niektórych z nich. Jako pierwszy stanowisko to

<sup>30</sup> P. DE ANGELIS, *Giovanni Maria Lancisi*, s. 130, 134-136, 138- 141; ASR, nr 64, *Relazione delle Cose ... Castelli*. 1759, s. 69-70; A. CANEZZA, *Gli Arciospedali*, s. 99.

<sup>31</sup> ASR, nr 1410, *Notificazione del concorso*.

<sup>32</sup> ASR, nr 1410, *Notificazione. D'ordine ... Antonio Maria Erba . 1755*; ASR, nr 1409, *Ordini per li studi di chirurgia*, 1765, s. 260; ASR, nr 168, *Aviso ... 1798*.

<sup>33</sup> P. De Angelis, *Giovanni Maria Lancisi ...*, s. 129, 131.

pełnił Cristoforo Carsughi, wybrany w 1714 r. przez samego fundatora, w jego ocenie bardzo pilny i erudycyjny. Był autorem publikacji *La Biblioteca Lancisiana* (Roma 1718)<sup>34</sup>. Musiał być zakonnikiem, ponieważ w momencie objęcia funkcji figurował jako opat ojciec (*abate*). Spoczywała na nim odpowiedzialność za księgozbiór i wyposażenie biblioteki, trzymał do niej klucze, których nie wolno mu było nikomu pożyczać. Sam osobiście otwierał bibliotekę w dni powszednie i przebywał w niej codziennie trzy godziny rano i dwie godziny po południu, tak latem, jak i zimą. Do jego zadań należało katalogowanie i wciąganie w rejestr nowych książek oraz, przy wsparciu pracownika pomocniczego (*giovane aiutante*), wypożyczanie książek studium oraz pilnowanie ich zwrotu. Fundator ustanowił także stanowisko zastępcy bibliotekarza (*sotto bibliotecario*), zorientowanego w medycynie i książkach z tej dziedziny. W zasadzie miał on te same obowiązki, co główny bibliotekarz, łącznie z pięciogodzinnym dyżurowaniem w bibliotece i usługiwaniem studium. Personel biblioteczny uzupełniał trzeci wspomniany pomocnik, wychowanek szpitalnej szkoły dla chłopców lub młody chirurg, wybierany przez kierownika i aprobowany przez komendatora. Miał on pomagać we wszystkich wspomnianych obowiązkach kierownikowi biblioteki i jego zastępcy, szczególnie zaś zajmować się wydawaniem studentom książek, a w wypadku egzemplarzy zakazanych lub nadzwyczajnie ważnych ich wypożyczenie musiał konsultować z głównym przełożonym. Wreszcie jego zadaniem było zamykanie biblioteki, odkurzać książki oraz pilnować i czyścić instrumenty w atrium<sup>35</sup>.

Nieznana jest data zakończenia pracy Carsughiego. Pewne jest, że funkcję następnego bibliotekarza pełnił kanonik Lazzaro Ramella, który według relacji z 1750 r. nie był w stanie wykonywać swoich obowiązków (*inabile*). W związku z tym zmniejszono mu miesięczne uposażenie z 10 do 8 skudów, a w 1740 r. na jego następcę (zastępcę) wybrany został Vincenzo De' Conti, kanonik i proboszcz kościoła Świętego Ducha, który uporządkował i utrzymywał w dobrym stanie bibliotekę<sup>36</sup>.

Jeden z badaczy pisze, że De' Conti kierował biblioteką w latach 1747-1752 i w trakcie pełnienia tej funkcji opracował w rękopisie *Series Praeceptorum S. Ordinis S. Spiritus in saxia ab A. 1650-1750*<sup>37</sup>. Wedle innego przekazu, z 1761 r., Ramella był emerytem, od wielu lat niezdolnym do wykonywania swojej pracy. Wynika z tego, że Lazzaro Ramella, pomimo swojej niedyspozycji, przynajmniej od szesnastu lat pobierał świadczenie pieniężne 120 skudów rocznie, pozostając

<sup>34</sup> Tamże, s.176.

<sup>35</sup> ASR, nr 7, *Ordini per il buon regolamento della Libreria ... 1718*, s. 119-120v.

<sup>36</sup> ASR, nr 1301, *Osservationi fatte sopra le mutationi ... 1750*: „[...] si era reso invalido [...], s. 15-16.

<sup>37</sup> P. DE ANGELIS, *Giovanni Maria Lancisi*, s. 176.

formalnie naczelnym bibliotekarzem, którego wyręczali pomocnicy, choćby zawiadujący księżnicą od pięciu lat (od 1761 r.) jego współpracownik (*coadiutore*) kanonik Domenico Georgi, niepobierający za swoją pracę żadnego wynagrodzenia. W tym samym czasie zatrudniony był też zastępca bibliotekarza, lekarz doktor Volpi, opłacany w wysokości 30 skudów rocznie<sup>38</sup>. Jak widać, trzej ostatni wymienieni są pod jednym rokiem, co świadczy, że sytuacja w kierownictwie biblioteki była wówczas nieco skomplikowana i nie w pełni uregulowana. Gdy Lazzaro Romella zmarł, zaraz potem 30 stycznia 1761 r. na jego miejsce został nominowany wspomniany Domenico Georgi<sup>39</sup>. W 1773 r. zarządcą biblioteki został Gaspare Gherardini z Rawenny. Wymieniona lista osiemnastowiecznych bibliotekarzy nie jest na pewno kompletna. Niemniej jednak pokazuje, że dezyderaty fundatora były w dużym stopniu respektowane, jako że kierownictwo biblioteki przydzielano osobom duchownym, kanonikom związanym ze szpitalem, członkom zakonu Świętego Ducha, ludziom twórczym o szerokich horyzontach umysłowych, czasem medykom.

Obowiązki bibliotekarzy nie ograniczały się do spraw związanych z książkami i organizacją biblioteki; spełniali oni także zadania duszpasterskie. Zgodnie z wolą fundatora mieli odprawiać Msze św. za fundatora i jego rodzinę, a jako duchowni kanonicy, teologowie i moralści w dni świąteczne rano mieli słuchać spowiedzi w kościele, prowadzić każdego miesiąca przynajmniej jedną lub dwie konferencje z udziałem spowiedników całego szpitala, szczególnie tych, którzy nie byli kanonikami. Wśród diecezjalnych księży bowiem było wielu „szorstkich”, a szpital potrzebował spowiedników dobrze wykształconych, ponieważ przebywający w nim mężczyźni często umierali, a byli w większości wiekowi i nieświadomi religijnie<sup>40</sup>.

### – *Funkcjonowanie*

Do prawidłowego wykonywania zadań bibliotekarzowi potrzebna była pomoc ze strony innej osoby. Dlatego Giovanni Maria Lancisi zobowiązał komendatora, aby po jego śmierci wybrał spośród kleryków kościelnych jednego młodzieńca o dobrej naturze, umiejącego pisać i czytać, który nie tylko będzie utrzymywał czystość w sali bibliotecznej oraz przynosił i odnosił książki na półki, ale także kopiował indeksy, sporządzane przez bibliotekarza. Nazwał go kustoszem, w praktyce był to zastępca bibliotekarza (*sotto bibliotecario*). Mówił o kleryku służącym w kościele, ponieważ twierdził, że funkcje te są powierzane zwyczajowo zdolniejszym chłopcom ze *Scula dei Putti*. Dodatkowo zalecał utrzymywanie w rezerwie

<sup>38</sup> ASR, nr 7, *Nota delle Persone ... 1761*, s. 123 v. Warto zauważyć, że blisko pół wieku po utworzeniu biblioteki pobierał taką samą zapłatę, jaką wyznaczył donator.

<sup>39</sup> ASR, nr 61, *Giornale di Memorie*, s. 167.

<sup>40</sup> P. DE ANGELIS, *Giovanni Maria Lancisi*, s. 130; ASR, nr 7, *Nota delle Persone ... 1761*, s. 123 v.

jeszcze jednego młodzieńca do pomocy i na zastępstwo na wypadek, gdyby bibliotekarz lub kustosz zachorował. W swoim testamencie Giovanni Maria Lancisi podarował szpitalowi nie tylko swoją bibliotekę, ale ufundował także stypendium 160 skudów na obsługę biblioteki, 120 skudów dla bibliotekarza (10 skudów miesięcznie), 30 – na pomoc dla kustosza i 10 na drobne wydatki<sup>41</sup>. Z późniejszych dokumentów wynika, że bibliotekarz przekazywał część tego uposażenia na szpital<sup>42</sup>.

Fundator ustanowił także stanowisko zastępcy bibliotekarza, zorientowanego w medycynie i książkach z tej dziedziny. W zasadzie posiadał, te same obowiązki, co główny bibliotekarz, łącznie z pięciogodzinnym dyżurowaniem w bibliotece i usługiwaniem studiującym.

Personel biblioteczny uzupełniał trzeci wspomniany pomocnik, wychowanek szpitalnej szkoły dla chłopców lub młody chirurg, wybierany przez kierownika i aprobowany przez komandora. Miał on pomagać we wszystkich wspomnianych obowiązkach kierownikowi biblioteki i jego zastępcy, szczególnie zaś zajmować się wydawaniem studentom książek, a w wypadku egzemplarzy zakazanych lub nadzwyczajnie ważnych, ich wypożyczenie musiał konsultować z głównym przełożonym. Wreszcie jego zadaniem było zamiatać bibliotekę, odkurzać książki oraz pilnować i czyścić instrumenty w atrium<sup>43</sup>.

W innym punkcie testamentu Giovanni Maria Lancisi postanawiał, że z otrzymanego spadku szpital jest zobowiązany wypłacać dwa skudy miesięcznie jednemu asystentowi medycznemu (podwładnemu Stolicy Apostolskiej), który oprócz pomocy bibliotekarzowi w dni wolne od pracy (wakacje) będzie promował spotkania i konferencje połączone z eksperymentami. Wybór kandydata do stypendium został powierzony komendantowi przy głosie doradczym głównych lekarzy szpitala<sup>44</sup>. Nadworny lekarz papieski ufundował ponadto trzy stypendia trzyletnie, po 70 skudów na rok, dla młodych lekarzy pracujących w szpitalu. I w tym wypadku, zgodnie z jego wolą, wszyscy musieli być podwładnymi Stolicy Apostolskiej. Pierwszeństwo mieli rzymianie, choć jeden z trzech stypendystów winien pochodzić z Księstwa Urbino i być mianowany przez władze „Casa Albani”. Wybór drugiego powierzono komendantowi, trzeciego zaś czterem głównym lekarzom szpitala. Podlegali oni ścisłej kontroli bibliotekarza, który w specjalnym rejestrze odnotowywał dzień po dniu ich nieobecności. W testamencie testator zapisał: „Pragnę, aby wszyscy trzej codziennie przychodzili studiować w mojej bibliotece, a jeśli któryś nie będzie przychodził (nie licząc

---

<sup>41</sup> P. DE ANGELIS, *Giovanni Maria Lancisi*, s. 125, 131; ASR, nr 64, *Relazione delle Cose ... Castelli*. 1759, s. 69.

<sup>42</sup> ASR, nr 7, *Nota delle Persone ... 1761*, s. 123 v.

<sup>43</sup> ASR, nr 7, *Ordini per il buon regolamento ... 1718*, s. 119-120v.

<sup>44</sup> A. Canezza, *Gli Arciospedali*, s. 99.

przypadków choroby lub dni wolnych), niech będzie wyrzucony, a w jego miejsce szybko przyjęty następny. Nie mam zamiaru żywić beczynnych i ignorantów, lecz tylko zdolnych i pracowitych. W wypadku lekceważenia obowiązków i innych zaniedbań, kierownik biblioteki winien natychmiast poinformować komendatora lub innego protektora, który wybrał takiego młodzieńca, aby nominowali inną osobę<sup>45</sup>.

W 1761 r., oprócz trzech wymienionych osób, związanych z zarządzeniem biblioteki, praktykowało w niej trzech innych studentów (*giovani studenti*), nazwanych doktorami. Był to dowód, że wola fundacyjna słynnego lekarza była respektowana, choć kwota stypendium została obniżona do 60 skudów, nie uległ natomiast zmianie sposób nominowania stypendystów. Wszyscy trzej, jak i personel zatrudniony w bibliotece byli zobowiązani uczyć się i pracować po pięć godzin dziennie, nie wliczając czwartku i świąt<sup>46</sup>. Można przyjąć, że przynajmniej w tym roku, przytoczony grafik pracy był tożsamy z długością czasu funkcjonowania i dostępności biblioteki dla studentów i lekarzy. Z powyższego wynika, że harmonogram pracy biblioteki był w zasadzie zgodny z zapisem testamentowym, w którym testator wyznaczył bibliotekarzowi ten sam godzinowy wymiar pracy i te same dni funkcjonowania biblioteki, dodając jeszcze, że będzie nieczynna nie tylko w czwartki i dni świąteczne, ale jeszcze przez cały październik. Według jego życzenia biblioteka powinna jednak pracować na dwie zmiany – trzy godziny rano i dwie godziny wieczorem, a pory otwarcia biblioteki miały być zmienne w zależności od sezonu i dostosowywane do wygody uczącej się młodzieży, która uczestnicząc w wizytach lekarzy i chirurgów, nie mogła w tym czasie przychodzić do czytelnicy<sup>47</sup>. Występowały pewne odstępstwa od ustalonego grafiku funkcjonowania biblioteki, zależne od różnych wydarzeń i pomniejszych świąt. Zamknięta była np. od środy po południu w Wielkim Tygodniu, wyjątkowo zaś czynna w czwartki, w sytuacji, gdy jakieś święto wypadało w środę lub piątek. Skrócony był również czas otwarcia w okresie obchodów karnawału w Rzymie, wtedy zamykano ją po południu<sup>48</sup>.

Uwagę zwracają trzej młodzi studenci medycyny usługujący w bibliotece, co stanowi analogię ze służącymi w infirmerii, którzy również kształcili się w chirurgii i medycynie w szkole szpitalnej. Pomocnicy biblioteczni, stypendyści, byli zwykłymi pracownikami, otrzymującymi za swoją pracę wynagrodzenie,

---

<sup>45</sup> ASR, nr 64, *Relazione delle Cose ... Castelli. 1759*, s. 69-70; A. Canezza, *Gli Arciospedali*, s. 99. Wymieniony tu dokument mówiąc o stypendystach określa ich jako *giovani studenti*, natomiast Canezza mówi o *giovani studiosi*.

<sup>46</sup> ASR, nr 7, *Nota delle Persone ... 1761*, s. 123 v.

<sup>47</sup> P. De Angelis, *Giovanni Maria Lancisi...*, s. 130; ASR, nr 7, *Ordini per il buon regolamento della Libreria ... 1718*, s. 120v-121v.

<sup>48</sup> ASR, nr 7, *Ordini per il buon regolamento ... 1718*, s. 121-121v.

tak jak inni *giovani* etatowi w szpitalu. Ciekawy był przede wszystkim sposób ich wybierania, zapewne spośród pozostałej służby szpitalnej. Zwyczaj utrzymywania stypendystów bibliotecznych, kształcących się jednocześnie w szkole szpitalnej, miał charakter stały, o czym świadczą czynny udział dwóch studentów Biblioteki Lancisiana w publicznych pokazach anatomicznych, odbywających się wczesną wiosną 1786 r. w miejscowym Teatrze Anatomicznym<sup>49</sup>.

Dla kontroli sposobu gospodarowania darowanego majątku wyznaczono specjalną komisję złożoną z komendatora, lekarzy i chirurgów naczelnych oraz bibliotekarza, która spotykała się dwa razy w roku w celu sprawdzenia rachunków i innych kwestii związanych z wykorzystaniem legatu<sup>50</sup>.

### **- Księgozbiór i eksponaty**

Giovanni Maria Lancisi w rozporządzeniu donacyjnym pisał, że kiedy będą całkowicie gotowe i ustawione półki kasztanowe wraz z kluczami (raczej zaszlone kredensy) umieści w nich swój księgozbiór z zakresu *lettere umane*, historii, filozofii arystotelesowskiej, eksperymentalnej i *democratica*, matematyki, historii naturalnej, tak mineralnej i roślin, jak zwierząt i owadów, a szczególnie anatomii, farmacji, chemii, chirurgii, medycyny – teoretycznej i praktycznej, antycznej i współczesnej, a także *miscelanea*, czasopisma prawne, moralne, ascetyczne i różne rękopisy, zarówno prywatne, jak i innych autorów, do których przygotował indeks<sup>51</sup>. Patrząc na działy tematyczne darowanych pozycji, uderza ich różnorodność, świadcząca o wszechstronności zainteresowań fundatora i jednocześnie o interdyscyplinarności medycyny i jej związkach z innymi dyscyplinami.

Wielką wartością biblioteki były rękopisy z różnych czasów, najstarsze z XIV w. Na szczególną uwagę zasługiwały: rękopis pergaminowy Awicenny *Opera Latina* oraz rękopis pergaminowy z XV w. *Liber Fraternalitatis Sancti Spiritus in Sassia de Urbe*, zawierający autografy wybitnych osobowości z różnych wieków. Stanowi on zbiór tysięcy podpisów papieży, królów, królowych, kardynałów, biskupów, książąt, doży, nobilitowanych i skromnych chrześcijan z całego świata, którzy od 1446 r. aż do końca XVII w. zasilali listę dobroczyńców Bractwa Szpitalnego Świętego Ducha. Pod datą 25 marca 1478 r. jest podpisany papież Sykstus IV (fundator *Sala Sistina*). Po nim następują podpisy 22 kardynałów, ogromna liczba pisemnych autografów książąt i władców z całej Europy: Włoch, Francji, Hiszpanii, Węgier, Szwecji, Chorwacji, Anglii, Irlandii, Szkocji, Danii, Polski i innych krajów słowiańskich. Wszyscy oni uczynili fundacje i dary na rzymski Szpital, który

<sup>49</sup> ASR, nr 1387, *Elenco delle dimostrazioni di anatomia ... 1786*.

<sup>50</sup> A. Canezza, *Gli Arciospedali*, s. 100.

<sup>51</sup> P. DE ANGELIS, *Giovanni Maria Lancisi*, s. 128.



przyjmował gratisowo chorych z całego świata. W Bibliotece Lancisiana znajdował się też kodeks pergaminowy reguły zakonu Świętego Ducha (*Liber Regulae Sancti Spiritus*). Wreszcie złożono w niej ponad sześćdziesiąt rękopisów samego Lancisiego w postaci: listów, studiów, rozpraw, porad i oświadczeń lekarskich, opisów podróży i „Dziennik ostatniej choroby papieża Innocentego XI”<sup>52</sup>.

Księgozbiór prywatny darowany przez słynnego lekarza nowej bibliotece został tematycznie połączony z dziełami historycznymi, prawniczymi i teologicznymi znajdującymi się wcześniej na plebanii Świętego Ducha. W bibliotece gromadzono na ogół pojedyncze egzemplarze danej książki, jednak gdy miały one różne wydania, trzymano ich duplikaty. Znacznie mniej było duplikatów opracowań autorów tłumaczonych na różne języki i przez różnych tłumaczy, takich jak dzieła Hipokratesa, Arystydesa, Galena, Awicenny i innych Greków oraz Arabów, podczas gdy w bibliotekach publicznych było więcej egzemplarzy, aby zaspokoić potrzeby studentów i uczonych. Zgodnie z wolą fundatora biblioteka miała obowiązek posiadać duplikaty książek najsłynniejszych autorów, chociaż z tego samego wydania, ponieważ były one najczęściej używane i w tym samym czasie poszukiwane przez kilku czytelników naraz. Pewną sumę pieniędzy testator zarezerwował na wzbogacanie zasobów bibliotecznych i zakup każdego roku nowych książek z dziedziny medycznej i nauk przyrodniczych (chemii, fizyki, astronomii, biologii) i oprawę starych. Dążenie do zgromadzenia jak najkompletniejszej pod względem merytoryczno-tematycznym kolekcji książek była poddyktowana przede wszystkim troską o optymalną bazę naukową i dydaktyczną w prowadzeniu ćwiczeń akademickich z medycyny, chirurgii i anatomii<sup>53</sup>.

W Bibliotece Lancisiana, tuż po jej utworzeniu w 1714 r., znajdowało się 11 900 książek. Za ich kradzież i niszczenie groziła ekskomunika, o czym informowało brewe papieża Klemensa XI z 1714 r., wyrzeźbione w marmurze i umieszczone nad drzwiami w przedsionku biblioteki<sup>54</sup>. Zasób biblioteczny wzbogacali również sławni książęta, a wśród nich sam „król słońce” Ludwik XIV (1643-1715), który podarował nowej bibliotece serie rzadkich książek<sup>55</sup>. Na początku oryginalne i unikatowe dzieła, zwłaszcza inkunabuły, były umieszczone na półkach bez żadnego wyróżnienia razem z innymi książkami i miały na grzbiecie jeszcze stare sygnatury. Dopiero po wielu latach księgozbiór został uporząd-

<sup>52</sup> Tamże, s. 152-153 i dalej do 163. Na temat bractwa zob. TENZE, *L'arciconfraternità ospitaliera di Santo Spirito in Saxia*, Roma 1950.

<sup>53</sup> A. Canezza, *Gli Arciospedali*, s. 98; P. De Angelis, *Giovanni Maria Lancisi...*, s. 128-129.

<sup>54</sup> ASR, nr 7, *Breve di Scomunica ... 1714*, s. 123.

<sup>55</sup> M. Piccialuti, *La carità come metodo di governo. Istituzioni caritative a Roma dal pontificato di Innocenzo XII a quello di Benedetto XIV*, Torino 1994, s. 30.

kowany według poszczególnych dyscyplin<sup>56</sup>. Książki znajdujące się w bibliotece były, ze względu na swoją wartość, rygorystycznie strzeżone, a studenci mogli z nich korzystać tylko na miejscu<sup>57</sup>. Ta zasada dotyczyła także personelu medycznego, o czym świadczy informacja, że lekarz Saliceti otrzymał na mocy reskryptu papieskiego z 1746 r. prawo na wyniesienie z biblioteki niektórych książek. Tego, jak trudno było wypożyczyć jakiegokolwiek publikację czy inne pomoce, dowodzi podobny reskrypt papieża z 1743 r., zezwalający komendatorowi szpitala na wyniesienie zewnątrz z biblioteki instrumentów (eksponatów) matematycznych i anatomicznych<sup>58</sup>. Taki wyjątek dla najwyższego przełożonego szpitala był zawarowany już przez darczyńcę w akcie notarialnym<sup>59</sup>. W bibliotece była ustawiona specjalna wielopółkowa szafa na książki zakazane (*libri proibiti*), które było można otrzymać tylko za pozwoleniem. Klucze do niej przetrzymywał wyłącznie bibliotekarz<sup>60</sup>.

Szczegółowy opis wewnętrznej struktury biblioteki i charakterystykę księgozbioru zawiera anonimowy dokument rękopiśmienny z 1758 r. Według niego w mniejszej sali wejściowej po prawej stronie stały małe biblioteczki – etażerki z książkami, *miscellanea* oraz orzechowy kredens z rękopisami, tekstami *inedita* słynnych autorów, tak w kopiach, jak i w oryginałach, jak np. Lancisiego, Awicenny, Tiracondy, Carlo Valessio i innych. Po lewej stronie, naprzeciw pierwszego, stał analogiczny drugi kredens, w którym w wyższej części było ustawione srebrne popiersie z autentycznymi relikwiami św. Pantaleona. W części niższej trzymano narzędzia matematyczne, anatomiczne i chirurgiczne, różne medaliony i gazety rzymskie. Tuż przy wejściu do głównej sali na piedestale na hebanowym stole była umieszczona rzeźbiona tablica z rysunkiem (planem) pięciokątnej fortecy autorstwa sławnego matematyka Vitule Giordaniego. W środku sali był przechowywany w hebanowej skrzyni Arislin Boillian, Narzędzia, które służą temu mechanizmowi (*macchina*) do wykonywania eksperymentów i doświadczeń, umieszczone wcześniej w kredensie *delli succennati anatomici*, zostały przeniesione do szpitala. Była tam też zaszkłona hebanowa szafa, w której przechowywano zakazane książki, ostatnio naprawione. W końcu w narożnikach sali, twarzą do drzwi, znajdowały się dwa inne piedestały, zielony i żółty, z dwoma popiersiami z białego marmuru przedstawiającymi papieży Innocentego XI i Klemensa XI<sup>61</sup>.

<sup>56</sup> P. De Angelis, *Giovanni Maria Lancisi...*, s. 163.

<sup>57</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 210.

<sup>58</sup> ASR, nr 7, *Ristretto del contenuto di diversi chirografi ... 1749*, s. 210, 211v.

<sup>59</sup> P. De Angelis, *Giovanni Maria Lancisi...*, s. 128.

<sup>60</sup> ASR, nr 64, *Relazione delle Cose ... Castelli. 1759*, s. 70.

<sup>61</sup> ASR, nr 7, *Relazione in succinto della Libreria Lancisiana ... 1759*, s. 117-118.

Gdy chodzi o dużą salę, w środku tej sali znajdowały się cztery wielkie żłobkowane stoły z postawionymi na nich szafkami na książki. Dla wygody czytelników-studentów były tam umieszczono ławy i stołki, wykonane w stylu korespondującym z pozostałym wyposażeniem. U szczytu szafek były przymocowane tabliczki rzeźbione w drewnie, wskazujące dyscypliny naukowe oraz miejsce lokalizacji książek za pomocą ornamentu góry i gwiazdy, nawiązujących do godła (herbu) papieskiego oraz podwójnego krzyża, symbolu zakonu Świętego Ducha. Książki poszerowano według następujących działów tematycznych:

- 1) książki gramatyczne, retoryczne i poetyckie,
- 2) książki historyczne i polityczne,
- 3) książki filozoficzne i matematyczne,
- 4) książki z historii naturalnej i medycyny weterynaryjnej (konowalskiej),
- 5) książki z farmakopei (sztuka przygotowywania leków) i chemiczne,
- 6) książki anatomiczne i chirurgiczne,
- 7) książki z medycyny greckiej i arabskiej z ich tłumaczeniami i interpretacją,
- 8) książki starożytnych lekarzy rzymskich,
- 9) książki rzymskich lekarzy współczesnych,
- 10) akta Akademii i inne *miscelanea*,
- 11) historia Kościoła, Biblia, Ojcowie Kościoła, prawo kanoniczne i cywilne.

Niewielka część z tych książek była przechowywana w trzech wspomnianych szafkach i kredensach sali przedsionkowej<sup>62</sup>.

Wreszcie w środku sali biblioteki, w odpowiedniej odległości od siebie, były ustawione dwa duże globusy, inaczej mapy, z których jeden wyobrażał sferę niebieską, drugi ziemską. Podarował je dla ozdobienia biblioteki słynny kosmograf Republiki Wenecji Vincenzo Coronelli<sup>63</sup>. Można przyjąć, że opis z 1759 r. obrazuje wygląd i stan biblioteki z czasów jej fundacji. Poza drobnymi szczegółami nie zmieniła się jej wewnętrzna struktura i wyposażenie.

Dzieła pisane, choć absolutnie decydujące o wartości i prestiżu biblioteki, nie wyczerpywały donacji wielkiego i niestrudzonego bibliofila na jej rzecz. Jako praktykujący chirurg i lekarz przekazał bibliotece narzędzia anatomiczne i chirurgiczne. Gdy chodzi o te pierwsze, były to nożyczki, dwa lancety, proteza, nogi,

<sup>62</sup> Tamże, s. 118.

<sup>63</sup> Tamże, s. 118; P. DE ANGELIS, *Giovanni Maria Lancisi*, s. 135.



Reprezentacyjna sala *Biblioteca Lancisiana*. Fot. M. Surdacki

sześć noży anatomicznych różnego kształtu, dwa obrusy, sześć igieł anatomicznych różnej wielkości, piła, nożyczki, kleszcze, dwa tampony ze stali (*tampinelli di acciaio*), drut srebrny z gałką na końcu do oczyszczania naczyń krwio-

nośnych, mała srebrna książeczka służąca jako przewodnik (chirurgiczny), trzy mosiężne syfony anatomiczne z kluczem z dwoma zakrzywionymi rurkami i dwoma, trzema prostymi, wykonanymi ze srebra lub mosiądzu, służącego chirurgii infuzyjnej, haki, *tantole* i inne<sup>64</sup>.

Biblioteka otrzymała też w spadku pomoce matematyczne, mechaniczne i przyrządy optyczne: dwie drogocenne metalowe sfery armilarne, pantometr wykonany w Paryżu (przyrząd do pomiarów, kątów, odległości, wysokości), dwa kompasy (busole), cyrkle, kątomierz, linijki, ekierkę, łąkę z pionem, składany kwadrat, *antlie*, wagi do mierzenia płynów i ciał stałych, próbówki do eksperymentów z rtęcią, latarkę optyczną, tubę, narzędzia optyczne (lornetkę – lunetę, ciemnię optyczną), trzy rurki kryształowe służące jako wagi do mierzenia wody, dwa zegary słoneczne, dwie soczewki z rączką, sześć rodzajów form drukarskich, cztery różne mikroskopy angielskie. Sam zresztą w swojej pracy używał mikroskopów do badań krwi. Donator zostawił ponadto dla biblioteki osiem brązowych medali z połączanymi ornamentami i wizerunkami wybitnych pisarzy<sup>65</sup>. Lista darowanych przedmiotów o dużej różnorodności potwierdza, że Giovanni Maria Lancisi był nie tylko lekarzem chirurgiem praktykiem, ale także badaczem i naukowcem, wykonującym eksperymenty naukowe, uwzględniające wiedzę z różnych dyscyplin. Eksponaty i narzędzia, będące darem i spuścizną tak wybitnej osobistości pozwalają poznać wyposażenie i warsztat zawodowo-badawczy wysoce wykształconego lekarza i chirurga przełomu XVII i XVIII w., dają też częściowy obraz wyposażenia szpitala, które mógł posiadać w codziennym użytku. Można wręcz przypuszczać, że tak znany i zamożny lekarz dysponował nawet w praktyce prywatnej i naukowej drogocennymi sprzętami, na które szpital nie mógł sobie pozwolić.

Pomimo że darczyńca przewidywał zakup nowych książek, to jednak księgozbiór biblioteczny niewiele się poszerzał. Od 1758 r. zaprzestano nabywania nowych książek. Liczne dzieła ascetyczne, teologiczne czy z gramatyki miały duplikaty lub były niekompletne. W czasach napoleońskich pozbyto się ponad tysiąc woluminów, uznanych za nieużyteczne, zakupiono zaś ponad osiemset bardzo drogiej pozycji z medycyny. Według inwentarza sporządzonego w 1811 r. w dwóch aulach biblioteki znajdowało się 11 671 drukowanych woluminów, 297 papierowych rękopisów i dwa pergaminowe kodeksy, co w sumie dawało 11 970 dzieł<sup>66</sup>. Wynika z tego, że wyposażenie biblioteki w książki i inne teksty, biorąc pod uwagę samą statystykę, w ciągu stu lat praktycznie nie zmieniło się. Szkielet księgozbioru pozostał w zasadzie nienaruszony i nadal obejmował dzieła unika-

<sup>64</sup> Tamże, s. 142. Niektóre nazwy narzędzi chirurgicznej są niemożliwe do przetłumaczenia.

<sup>65</sup> P. DE ANGELIS, *Giovanni Maria Lancisi*, s. 129, 143, 94-95.

<sup>66</sup> P. DE ANGELIS, *Giovanni Maria Lancisi*, s.149.



towe i fundamentalne dla potrzeb edukacyjnych i naukowych osób związanych ze szpitalem i medycyną. Tym bardziej można więc uznać fundację Lancisiego za bezprecedensowy fenomen, stworzona bowiem przez niego biblioteka, choć miała charakter publiczny, to była jego autorskim i osobistym dziełem.

## 2. AKADEMIA

Wiek XVII to czas tworzenia w Europie elitarnych stowarzyszeń, niejako instytutów, skupiających ludzi ze środowisk naukowych, akademickich oraz inne wybitne i znaczące osobistości świata kultury czy literatury. Były to Akademie, zrzeszające przedstawicieli jednej dziedziny lub też mające charakter interdyscyplinarny, wielotematyczny. Stanowiły konkurencję, a raczej alternatywę dla uniwersytetów i choć były od nich niezależne, to w ogromnym stopniu personalnie bazowały na pracujących w nich badaczach – profesorach. Były wyrazem aktywizacji świata naukowo-twórczego, dążyły do wymiany myśli, propagowania bieżących odkryć, inspirowały nowe badania, a tym samym przyczyniały się do rozwoju wiedzy i postępu w nauce. W pewnym sensie należy dostrzegać w nich przesłanki i zwiastuny prądów oświeceniowych i znaczące osobistości świata kultury czy literatury. W latach 1660-1670 liczne Akademie o charakterze naukowo-filozoficznym czy fizyczno-matematycznym rozkwitły w Rzymie i całych Włoszech. W nich debatowano o najnowszych praktykach eksperymentalnych w medycynie, palących kontrowersjach i nowych metodach terapeutycznych<sup>67</sup>.

Jedną z takich Akademii dla potrzeb znawców medycyny stworzył w Szpitalu Świętego Ducha Giovanni Maria Lancisi. Nie była ona tożsama z istniejącą szkołą szpitalną, nazywaną również Akademią, która działała już w XVII w., nastawioną na kształcenie młodych mężczyzn w sztuce chirurgii. Akademia Lancisiego, stowarzyszająca miłośników medycyny i pokrewnych nauk, nie była pierwszą Akademią w Rzymie. U progu XVII w. powstało kolegium aptekarskie (*Nobile Accademia degli Spetiali di Roma*), w drugiej połowie tego stulecia rozkwitała *Accademia di Anatomia* słynnego Guglielmo Rivy przy szpitalu *della Consolazione*. W 1672 r. została erygowana przez Salvatore Floridiego, lekarza Klemensa X *Accademia della Medicina*, mieszcząca się w pałacu apostolskim na Kwirynale. Wszystkie trzy instytucje zniknęły wraz ze śmiercią ich założycieli<sup>68</sup>.

---

<sup>67</sup> M.P., *La medicina*, s. 106-107; O. MARGARUCCI, *Per la rinascità dell'Accademia Lancisiana, già Società Lancisiana degli Ospedali di Roma*, Roma 1929. O Akademiach zob. M. MAYLENDER, *Storia delle Accademie d'Italia*, Bologna 1926-1930; M.P. DONATO, *Accademie romane. Una storia sociale, 1671-1824*, Napoli, 2000.

<sup>68</sup> P. DE ANGELIS, *Giovanni Maria Lancisi*, s. 185-186.



W 1781 r. wybitny lekarz Giacomo Brasavola, przy udziale Giovanniego Marii Lancisiego, wówczas asystenta szpitalnego, zorganizował kongres lekarzy w Rzymie z udziałem profesjonalistów kolegium rzymskiego, wykładowców z *Sapienzy*, słynnych lekarzy chirurgów Hipolito Magnaniego i Mario Cecchiniego oraz licznych studentów. W czasie obrad toczono dysputy, między innymi, jak pogodzić medycynę „nowożytną” z autorytetem dawnej nauki medycznej<sup>69</sup>. Właśnie na bazie odbywającego się kongresu, Brasavola erygował Akademię Medyczną. Należał do niej również Giovanni Maria Lancisi, tak jak i do Akademii Botanicznej w Bolonii. W drugiej połowie XVII w. podobne Akademie, związane tematycznie z różnymi dziedzinami, pojawiły się w wielu innych w miastach włoskich. Za swego rodzaju Akademię Medyczno-Chirurgiczną uznawano wystawy urządzeń i aparatów anatomicznych oraz narzędzi chirurgicznych, organizowane wtedy w okresie Zielonych Świąt na dziedzińcu *Palazzo dei Commendatori*. Między eksponatami w środku był ustawiony *Monte delle Erbe Medicinali*, forma góry stożkowej z rozłożonymi na poszczególnych stopniach ziołami leczniczymi oraz opisem ich zalet i skuteczności. Przed całą tą scenografią gromadzili się komentatorzy, prałaci, literaci, lekarze, dyskutujący na temat anatomii, chirurgii i właściwości leczniczych ziół<sup>70</sup>.

Wszystkie wymienione siedemnastowieczne inicjatywy i stowarzyszenia medyczne miały w Rzymie żywot krótkotrwały i nie odpowiadały w pełni standardom i poziomowi, jakie wyznaczył Giovanni Maria Lancisi ufundowanej przez siebie Akademii Medycyny i Chirurgii, która również przyjęła nazwę od założyciela. Jej otwarcie odbyło się w siedzibie Biblioteki 25 kwietnia 1715 r. W przemówieniu inauguracyjnym, wygłoszonym po łacinie, Lancisi jasno sformułował cele Akademii. Doniosły sens miało jego stwierdzenie, że nie ma nic pożyteczniejszego dla ojczyzny i dla potomnych niż kształcenie dobrych i znacznych lekarzy, obrońców i strażników bezpieczeństwa. Z tego powodu otwarcie Biblioteki i rozpoczęcie działalności Akademii przy udziale wybitnych osobistości świeckich i kościelnych, uznał za najpiękniejszy dzień w swoim życiu. Posiadając ponadczterdziestoletnie doświadczenie w zawodzie lekarskim, twierdził, że medycyny nie da się wyuczyć w krótkim czasie: „*Ars longa, vita brevis*”. Podkreślał ignorancję lekarzy, która przynosiła ciężkie szkody społeczeństwu; uważał, że każdy z nich powinien znać grekę, potrzebną do interpretacji terminów naukowych, jak i łacinę, ponieważ jest ona językiem ludzi wykształconych na całym świecie. Od lekarzy wymagał ostrożności i elokwencji, gdyż niektóre choroby można było leczyć bardziej perswazją (przekonaniem) niż lekami.

<sup>69</sup> M.P. DONATO, *La medicina*, s. 106-107. Por. R. ANGELETTI, *Il ruolo del Lancisi e del Baglivi all'interno delle accademie mediche romane*, „*Medicina nei Secoli*”, 12, 2000, nr 1, s. 29-47.

<sup>70</sup> P. DE ANGELIS, *Giovanni Maria Lancisi*, s. 187-189; M.P. DONATO, *La medicina*, s. 106

Niezbędna też była lekarzom znajomość anatomii, nauk przyrodniczych, chemii, logiki, filozofii – matki i nauczycielki medycyny, nawet geometrii i matematyki, optyki, metrologii, hydrologii, geometrii, a nawet astronomii<sup>71</sup>.

W wyobrażeniu fundatora Akademia, poprzez wymianę myśli, dyskusje, konferencje, ekspozycje służyć miała ustawicznemu kształceniu lekarzy i chirurgów, których uważał za elitę odpowiedzialną za powodzenie państwa i zdrowie publiczne mieszkańców, zwłaszcza biedniejszych. Zbierać się w niej mieli nie przeciętni, szeregowi lekarze, ale najwybitniejsi przedstawiciele świata medycznego, zajmujący się badaniami i nauką, prowadzący eksperymenty. Jak wynika z jego przemówienia, oczekiwał on od lekarzy nie tylko ustawicznego pogłębiania wiedzy zawodowej, lecz bardzo wszechstronnego wykształcenia opartego o kilkanaście, wydawałoby się autonomicznych, dyscyplin, których znajomość w tamtych czasach warunkowała „idealnego lekarza” – praktyka, zarazem badaczka i naukowiec, jakim bez wątplenia był Giovanni Maria Lancisi. O jego wszechstronności i o tym, że był on wzorcem i punktem odniesienia dla innych medyków i chirurgów świadczy jego prywatny księgozbiór oraz lista przedmiotów i eksponatów darowanych Bibliotece i Akademii, które służyły mu do prowadzenia eksperymentów<sup>72</sup>.

Na początku siedziba Akademii Lancisiana mieściła się w sali przedsiionkowej Biblioteki, służącej wcześniej na kongresy literackie. Po uroczystym otwarciu jeszcze w drugiej połowie 1715 r. w siedzibie Akademii odbyły się dwa posiedzenia. Na pierwszym swoją dysertację przedstawił lektor botaniki z *Sapienzy* Pietro Assalti, na drugim zastępca bibliotekarza. Następnym roku akademicki 1716 otworzył referatem główny bibliotekarz Cristoforo Carsughi. Na spotkaniach byli obecni kardynałowie, prałaci i sławni uczeni. Szybko okazało się, że przedsiionek Biblioteki, zbyt mały, nie jest w stanie pomieścić wszystkich słuchaczy, dlatego przeniesiono katedrę akademii do wystawnej wielkiej sali przełożonych generalnych szpitala. Stanowiło to ogromne dowartościowanie jednego z najważniejszych w Rzymie stowarzyszenia ludzi świata kultury i nauki<sup>73</sup>.

Ciężki cios dla Akademii stanowiła śmierć Giovanniego Marii Lancisiego w 1720 r. Przez kilka lat jej działalność z trudem była kontynuowana, aż w końcu wygasła. Odrodziła się nieco później pod nową nazwą *Accademia Medica*. Na jej czele stanął lekarz papieski Leprotti. Ta również długo nie przetrwała, kończąc funkcjonowanie wraz ze śmiercią fundatora. Idea wielkopomnej instytucji Lancisiego ponownie zaczęła kiełkować i odrastać w nowych odgałęzieniach. W 1733 r. niektórzy lekarze Szpitala Świętego Ducha zaczęli organizować dwutygodniowe

<sup>71</sup> P. DE ANGELIS, *Giovanni Maria Lancisi*, s. 190-194; A. CANEZZA, *Gli Arciospedali*, s. 98-99.

<sup>72</sup> P. DE ANGELIS, *Giovanni Maria Lancisi*, s. 188-196; A. CANEZZA, *Gli Arciospedali*, s. 98.

<sup>73</sup> P. DE ANGELIS, *Giovanni Maria Lancisi*, s. 195-197.

zebrania konferencyjne w sali szpitalika S. *Giacinto* dla chorych na gruźlicę, stąd przyjęły one nazwę *Accademia Giacintina*. Dla lepszej wygody władze szpitala udostępniły Akademii na miejsce obrad budynki spichlerzy. Akademicy spotykali się dwa razy w tygodniu we wtorki i piątki dla rozpatrywania i rozwiązywania przypadków, raz medycznego, raz chirurgicznego, zaproponowanych osiem dni wcześniej przez przewodniczącego Akademii, nazywanego księciem (*principe*). Co cztery miesiące wybierano go spośród trzech członków Akademii, wytypowanych wcześniej przez ogólne zgromadzenie członków. Oprócz tego Akademia posiadała zarząd, który tworzyło sześciu lekarzy i czterech chirurgów. Również i ta Akademia nie trwała zbyt długo.

Przez wiele następnych lat, nawet dziesięcioleci nie było w Szpitalu Świętego Ducha, a nawet w Rzymie żadnej Akademii Medycznej, chyba że uzna się za taką Coroczny Konkurs chirurgii i anatomii (*Concorso Annuale di Chirurgia ed Anatomia*), na którego zakończenie najlepszym wręczano uroczyscie złote i srebrne medale. Jego inicjatorem był przełożony generalny tego szpitala Domenico Sampieri (1777-1784), który wydając w 1779 r. stosowne rozporządzenie, chciał dać możliwość młodym lekarzom doskonalenia swojego zawodu. Laureaci premiiowani złotym medalem mieli prawo do uzyskania dyplomu w zakresie chirurgii. Przy okazji ceremonia nagradzania medalami, odbywająca się w auli Teatru Anatomicznego, była swego rodzaju Akademią z ekspozycją przypadków konkursowych i ich rozwiązaniami<sup>74</sup>.

Zakładając Akademię, Giovanni Maria Lancisi darował na jej potrzeby wszystkie swoje rekwizyty lekarsko-chirurgiczne, a także naukowe, które umieszczono w mniejszej przedsiionkowej sali. Zostały one wymienione przy opisie wyposażenia biblioteki, a służyły studentom szpitalnym jako przedmioty dydaktyczne do oglądu, nauki i ćwiczeń, uczonym akademikom do prowadzenia badań naukowych i eksperymentów, zaś lekarzom i chirurgom do praktyki leczniczej. Wszystkie były wspólną własnością Biblioteki i Akademii, obie bowiem instytucje, zgodnie z intencją fundatora, tworzyły jedność i wzajemnie się uzupełniały.

Bibliotekę i Akademię w Szpitalu Świętego Ducha uważał Lancisi za instytucje prywatne, analogiczne jak i utworzoną w 1690 r. prywatną *Accademia dei Inquieti* w Bolonii, a potem *Accademia delle Scienze* – po połączeniu jej w 1711 przez księcia Ferdinando Marsiliego z instytutem o tej samej nazwie. Jawiła się ona w stosunku do uniwersytetu bolońskiego (*Archiginnasio*) jako „rodzaj wydzielonego, zewnętrznego laboratorium, niezbędnego do zintegrowania nauczania czysto teoretycznego” ze studiami uniwersyteckimi. Aby umożliwić studentom śledzenie zarówno wykładów na uniwersytecie, jak i ćwiczeń w instytucji, władze

---

<sup>74</sup> Tamże, s.\_197. Jedno ze źródeł podaje, że to samo uczynił w 1784 r. komendant Ippolito Vincenti Mareri, ASR, nr 1409, *Pro-memoria ...Card. Palotta ... 1784*, w: NSVD, s.287-298.

tego drugiego ustaliły, że daty i godziny zajęć w obu placówkach nie mogą się pokrywać<sup>75</sup>. Studenci podejmujący naukę medycyny w Rzymie i w Bolonii – dwóch najbardziej prestiżowych ośrodkach studiów medycznych w Państwie Kościelnym – mieli dostęp do alternatywnych i uzupełniających się katedr i miejsc edukacji: publicznej i prywatnej. Osiągnięto w ten sposób kompromis między uniwersytecką sferą publiczną a sferą prywatną w akademiach Lancisiego i Marsiliego, w którym teoretyczne studia medyczne były ściśle powiązane z praktyką kliniczną, czy to w rzymskim Szpitalu Świętego Ducha czy bolońskim szpitalu św. Urszuli (*S. Orsola*). Była to operacja polityczno-kulturalna, która filozoficzno- naukowej próżni uniwersytetów państwowych, *Sapienzy* lub *Archiginnasio*, wypełnionej jedynie gadatliwą i papierową nauką (*verbosa e cartacea*), odpowiadała w pełni naukowo-techniczną, powściągliwą edukacją, poszerzoną o nowe, liczne doświadczenia i odkrycia, widziane wyłącznie w aspekcie praktyczno-eksperymentalnym<sup>76</sup>.

W rzeczywistości, jeśli papieski Szpital Świętego Ducha był postrzegany przez Giovanniego Marię Lancisiego jako „bardzo przydatne publiczne seminarium dla lekarzy, chirurgów i aptekarzy”, to również o akademii myślał jako o naukowym seminarium samokształceniowym dla grupy młodych błyskotliwych ludzi, w niewielkim stopniu związanych ze szkolnymi wzorcami, a przez to bardziej otwartych na nowości, którzy rozwijali konsekwentnie tradycję eksperymentalną poprzednich akademii, nie przyjmując jednak ich charakteru filozoficznego<sup>77</sup>.

---

<sup>75</sup> M. CAVAZZA, *Accademie scientifiche a Bologna. Dal “Coro anatomico” agli inquieti (1650-1714)*, “Quaderni storici”, 16, 1981, nr 48, s. 909; G. COSMACINI, *Storia della medicina*, s. 224-225.

<sup>76</sup> M. Cavazza, *Accademie scientifiche a Bologna. Dal “Coro anatomico” agli inquieti (1650-1714)*, “Quaderni storici”, 16, 1981, nr 48, s. 908- 909; G. Cosmacini, *Storia della medicina*, s. 225

<sup>77</sup> G. Cosmacini, *Storia della medicina*, s. 225.



## Rozdział XIII

### APTEKA INFIRMERYJNA

Pobyt chorego w szpitalu jest nierozłącznie związany z jego kuracją, wymagającą zastosowania leków, które w prawdziwych infirmeriach znajdowały się w przyszpitalnej aptece. Tak też było w rzymskim Szpitalu Świętego Ducha, w którym funkcjonowała bardzo dobrze wyposażona apteka (*spezieria*), zaopatrująca chorych z całego szpitala, a także przytułku dla dzieci porzuconych. Stanowiła zarazem wytwórnię leków na skalę niemalże przemysłową. Lekarstwa z tej apteki wydawano chorym przebywającym w szpitalu nieodpłatnie, podobnie jak zatrudnionej w nim służbie<sup>1</sup>.

Znaczenie Apteki Szpitala Świętego Ducha polegało przede wszystkim na tym, że była ona polem doświadczalnym uporczywej walki z jedną z najstraszliwszych plag – malarią, która od wieków nękała niemiłosiernie niezliczone pokolenia ludzi z całego terenu Lacjum. Już od starożytności w Rzymie i jego okolicach malaria znajdowała doskonałe warunki do rozwoju. Jej ustawiczne występowanie miało źródło w słabym obwałowaniu rzek, których wylewy powodowały endemiczne, zabójcze skutki. Atakowała ona nade wszystko najuboższe warstwy społeczeństwa pracujące w podrzymskich latyfundiach. Nieustanne wysiłki zmierzające do wynalezienia remedium na tę chorobę długo nie przynosiły pożądaných skutecznych rezultatów. Ostatecznie jednak to w Szpitalu Świętego Ducha, a konkretnie w tamtejszej aptece zastosowano i rozpowszechniono na szeroką skalę w leczeniu malarii korę chinowca (*cortecchia di china*) w postaci głównie chininy<sup>2</sup>.

Dokładniejsze informacje o lokalizacji apteki szpitalnej pochodzą z połowy XVI w., kiedy to komendator Bernardino Cirillo (1556-1575) przeniósł ją do pomieszczeń znajdujących się w wybudowanym przez siebie *Palazzo dei Comendatori*. Tam funkcjonowała przez kilka następných wieków<sup>3</sup>. W XVII w. Jej opisu dokonał Piotr Saulnier, według którego apteka, mająca siedzibę w dużym

---

<sup>1</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 97-98. Zob. też: ASR, nr 64, *Relazione delle Cose ... Castelli. 1759*, s. 68; P. DE ANGELIS, *La Spezieria dell'Ospedale di Santo Spirito in Saxia e lotta contro la malaria*, Roma 1954, s. 139

<sup>2</sup> P. DE ANGELIS, *La Spezieria*, s. 7-9, 13.

<sup>3</sup> Tamże, s. 58



pomieszczeniu, wraz z laboratorium i pokojami na dole i na górze, była stale zaopatrywana w wielką ilość leków przepisanych przez lekarzy dla chorych, przebywających w *nosocomium*, czyli infirmerii<sup>4</sup>. Najdokładniejszą charakterystykę apteki przekazał wielki reformator szpitala, komendator Virgilio Spada. W 1661 r. pisał, że istniejąca apteka jest proporcjonalna do wielkości szpitala i liczby przebywających w nim chorych. Był to wielki „nobiletowany” lokal z przylegającymi do siebie pokojami, służącymi do wytwarzania i destylacji leków, pomieszczeniami pełnymi słoików, piwnicami do utrzymywania świeżych rzeczy, pokojami dla służby aptecznej. W sumie apteka posiadała wszystkie udogodnienia, łącznie z całym zapleczem ogródków roślinno-ziołowych<sup>5</sup>.

### 1. APTEKARZ I JEGO OBOWIĄZKI

Apteką kierował i zarządzał główny aptekarz (*aromatarius, capo speziale*), wspomagany przez swoich pomocników – *giovani di spezieria*<sup>6</sup>. W czasie wizytacji z 1592 r. stwierdzono, że *aromatarius* miał być człowiekiem uczciwym, dobrym, wykształconym oraz biegłym i doświadczonym w swoim fachu. Według zarządzenia komendatora Virgilio Spady z 1661 r. funkcję tę powinien pełnić ktoś względnie bogaty i mający inne przychody niż tylko z apteki, ażeby nie ulegał pokusie wykorzystywania komponentów i leków szpitalnych dla własnych korzyści. Nade wszystko powinien być wysmienicie wykształcony, dobrze znać łacinę, aby móc zrozumieć książki z zakresu farmacji, które prawie wszystkie są spisane w tym języku; powinien znać się na o sztuce komponowania leków, na ziołach, trawach i innych roślinach. Musiał wiedzieć, przy jakiej pogodzie i w jakich okolicznościach winno się zbierać kwiaty, nasiona, liście, pestki, korę, korzenie i jak się je konserwować. Ważna była również wiedza o naczyniach i przyborach aptecznych, sposobie podgrzewania na ogniu, destylowaniu, o różnych metodach kąpieli, np. parowej, i innych zabiegach<sup>7</sup>.

Zwyczajowo apteką miał administrować jeden z braci zakonu Świętego Ducha. W 1661 r. apteką kierował właśnie jeden z nich, lecz – jak pisał w 1661 r. komendator Spada, nie zawsze takiego można było znaleźć we wspólnocie zakonnej. W związku z tym niekiedy powierzano to stanowisko osobom z zewnątrz, członkom innych zgromadzeń. Zakon Świętego Ducha miał bowiem prawo przyjmowania innych zakonników, jeśli służyli na rzecz prowadzonego przez

<sup>4</sup> Tamże, s. 71

<sup>5</sup> ASR, nr 47, *Stato della Casa dell'Archiospedale di Monsignore. Spada l'anno 1661*; P. De Angelis, *La Spezieria*, s. 75-76.

<sup>6</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 97-98. Zob. też: ASR, nr 64, *Relazione delle Cose ... Castelli. 1759*, s. 68.

<sup>7</sup> P. De Angelis, *La Spezieria*, s. 63, 82.

duchaków szpitala. Dzięki temu w 1652 r. naczelnym aptekarzem szpitala został francuski franciszkanin Domenico Auda, po dwóch latach pełnienia funkcji asystenta aptekarza. Miał on wtedy również swojego zastępcę, *sotto speziale*. Nie było to raczej funkcja stała, gdyż nie jest ona w innych przypadkach wymieniana<sup>8</sup>.

Powinnością głównego aptekarza było zaopatrywanie kierowanej przez siebie agendy w niezbędne medykamenty. Wykonywano je na miejscu z zakupionych składników i przechowywano w zamknięciu w szpitalnej aptece. Jej kierownik obchodził często sklepy, składy kolonialne (*drogerie*) oraz inne zakłady i wybierał odpowiednie komponenty do wyrobu leków. Nadzorował pomocników, asystentów aptecznych, oraz kontrolował, czy dobrze wykonują rozporządzenia lekarskie, doglądał przyrządzania leków, sprawdzał, czy są ważone według dawek zapisanych na zleceniach. Sam ustalał listę komponentów do zakupu, którą przekazywał do podpisu lekarzowi wyznaczonemu do nadzorowania apteki. W razie potrzeby wyrabiał też osobiście *theriaca*, *mitridato*, powidełka lecznicze (*elettuarii*) oraz inne produkty. Przygotowane przez siebie składniki, jak i gotowe już leki, dawał wcześniej do rewizji i akceptacji głównym lekarzom, którzy na każdym kroku kontrolowali wszystkie czynności i decyzje związane z pracą apteki i jej pracowników<sup>9</sup>.

Przełożony apteki codziennie rano przygotowywał swoich asystentów do wizyty lekarskiej, w czasie której notowali dyktowane przez lekarzy zamówienia na leki dla pacjentów. Po porannej i dziennej wizycie wydawał przygotowane leki służbie aptecznej do rozniesienia chorym, wykonywał też z pomocą służby świeże leki w miejsce przeterminowanych. Ważnym jego zadaniem było przyuczanie nowicjuszy do zawodu, który chcieli zdobyć, podejmując służbę w aptece. Uczyli się w niej od swego mistrza receptur i przepisów wytwarzania leków, a szczególnie robienia lewatyw, których wykonywanie im właśnie w szpitalu powierzano. Przełożony pilnował, aby chorzy otrzymywali dobre leki i w odpowiednim czasie i każdego roku pod koniec sporządzał końcowy bilans zasobów aptecznych<sup>10</sup>.

Podzycja aptekarza w hierarchii wewnętrznej zakonu szpitalnego była bardzo wysoka. Świadczy o tym skład komisji sędziowskiej z 1650 r., którą tworzyli siedmiu braci, najwyższych rangą funkcyjnych szpitala, nie licząc komendatora. Wśród nich był kierownik apteki Hippolito Mancini oraz drugi jej przedstawiciel – zielarz (*droghiero*). Mancini z wielkim podziwem wyrażał się o swoim poprzedniku, którym był Domenico Auda, pisząc, że oprócz tego, iż bardzo dobrze znał się na medycynie, chirurgii i aptekarstwie, to był również wyrocznią w sztuce

<sup>8</sup> ASR, nr 47, *Stato della Casa ... Spada l'anno 1661*; P. De Angelis, *La Spezieria*, s. 77

<sup>9</sup> ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi nell'Arcispedale ... 1654*, s. 41-42; ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi dagl' Officiali ... 1654*, s. 24-25; ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 98-101; ASR, nr 64, *Relazione delle Cose ... Castelli. 1759*, s. 69-70.

<sup>10</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 98-99, 69.

chemicznej i rzadko spotykanym znawcą ziół (*semplicista*). Jak twierdził, sam zdobył od niego przez dwa lata wiedzę o 150 gatunkach ziół i nauczył się chemii<sup>11</sup>.

Różne był postawy i zachowania aptekarzy. Komendant Bernardino Cirillo, pisał, że jeden z nich źle wyrabiał leki, zwodził, oszukiwał, kradł cukier i sprzedawał go aptekarzowi z innego szpitala, ale za swoich rządów spotkał też administratora wzorowego pod każdym względem, gorliwego i sprytnego, który miał w aptece leki zawsze świeże, nieprzeterminowane i wykonane z doskonałych produktów<sup>12</sup>.

## 2. WIZYTOWANIE APTEKI

Apteka podlegała okresowym kontrolom (wizytacjom) ze strony lekarzy. Pod koniec XVI w. kontrole odbywały się w grudniu<sup>13</sup>. Dużo częściej wizytacje apteki przeprowadzano w następnym stuleciu. Na mocy dekretu z 1652 r. sprawdzania wszystkich leków w aptece mieli dokonywać co dwa miesiące dwaj lekarze fizyczni i chirurg przy udziale zewnętrznego aptekarza, jednego z bardziej doświadczonych w Rzymie, w obecności komendatora, przełożonego infirmerii i jego zastępcy. Zadaniem takich lustratorów było sprawdzenie i zbadanie, czy wszystkie medykamenty figurujące w wykazie są dobrej jakości, w wystarczającej ilości i w fachowy sposób zapakowane. Tych, które nie spełniały norm, nie było można podawać chorym i należało je usunąć z apteki. Wizytacja kończyła się pisemnym i zaprzysiężonym raportem, załączanym później do szpitalnej księgi notarialnej i przechowywanym w archiwum<sup>14</sup>. Niespełna dwa wieki później aptekę dwukrotnie w roku, na polecenie komendatora, wizytowali lekarze naczelnicy, którzy sprawdzali przechowywane leki i wszystko, co służyło chorym. Z kolei aptekarz na koniec każdego roku był zobowiązany do sporządzania syntetycznego spisu zakupionych specyfików i leków rozdzielonych chorym<sup>15</sup>.

Warunkiem skutecznego leczenia był nie tylko dobór właściwych lekarstw, ale też ich jakość. Pierwszy należał do kompetencji lekarzy, a za spełnienie drugiego był odpoeirdzialny kierownik apteki. Sytuacja w tym względzie pozostawała nieraz, niestety, wiele do życzenia, dlatego, aby nie dochodziło do nieprawidłowości, wręcz zagrażających pacjentom, przeprowadzono generalne przeglądy apteki i zwoływano okresowe kongregacje. Taką właśnie z udziałem czterech lekarzy, trzech chirurgów szpitalnych, medyka papieskiego Loretiego oraz komendatora zarządził 5 listopada 1737 r. w czasie wizytacji generalnej kardynał Leandro

<sup>11</sup> P. DE ANGELIS, *La Spezieria*, s. 71.

<sup>12</sup> Tamże, s. 58.

<sup>13</sup> Tamże, s. 63.

<sup>14</sup> Tamże, s. 75.

<sup>15</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 1101.

Porzia, a jej celem było skontrolowanie przydatności medykamentów, sporządzenie ich listy na potrzeby szpitala i skorygowanie ewentualnych nieprawidłowości. Przy przeglądzie inwentarza leków zauważono, że aptekarz zakupywał specyfiki nazbyt drogie, a przy tym niskiej jakości, zaspakajając tym samym bardziej potrzeby sklepikarzy niż samej apteki. Wyrabiano też leki w nadmiarze, z dużą okazałością i przepychem, by sławić samą aptekę, jako najlepiej wyposażoną w Rzymie. Znalezione w niej tymczasem leki w ogóle w szpitalu nieużywane, złej jakości i zepsute, często z powodu ponownego przerabiania, i w nadmiernych ilościach, co stanowiło duże obciążenie finansowe szpitala. W tej sytuacji decyzją kardynała Porzii i lekarzy postanowiono wszystkie popsute i niepotrzebne lekarstwa wyrzucić do Tybru, ażeby przez pomyłkę lub zaniedbanie nie zostały podane chorym. Kardynał nakazał też kierownikowi na przyszłość takie leki niezwłocznie wyrzucać po skonsultowaniu z lekarzem deputowanym do apteki<sup>16</sup>.

W ramach działań prewencyjnych nakazano, żeby każdy z lekarzy sporządził oddzielny spis lekarstw nieodzownych do leczenia różnych chorób, jakimi byli dotknięci pacjenci oraz *Zitelle del Conservatorio*. Ze wszystkich tych spisów miała powstać jedna lista, podpisana przez wizytującego kardynała, który nakazał zarządcy apteki, aby przed wyrobem następnych specyfików najpierw komponował leki figurujące na tej liście. Gdyby jednak trafił się nadzwyczajny przypadek, do którego leczenia potrzebny byłby środek spoza listy, wtedy aptekarz mógł go wytworzyć, ale tylko w dawce przepisanej na recepcie<sup>17</sup>.

W aptece znaleziono duże ilości drogich specyfików, mało przydatnych w terapii, takich jak *triacca* czy *mitridato* (mitrydat). Oddawano je w sposób niekontrolowany do użytku kanonikom, oficjałom, rzemieślnikom, dzierżawcom ze wsi i z miast. Wizytator zarządził więc, aby w aptecce pozostało tylko to, co jest konieczne w szpitalu na użytek chorych, resztę zaś nakazał sprzedawać po dobrej cenie, a w przyszłości ani nawet grama nie przekazywać nikomu za darmo. Podczas inspekcji znaleziono też dużo butelek płynu cedrowego (*agro di cedro*), rodzaju kwasu, służącego w lecie jako środek odświeżający. Ten również w całej ilości nakazano sprzedawać, jednocześnie zakazano kierownikowi apteki dalszego jego wytwarzania, ponieważ dotąd nie służył nigdy chorym, a wyłącznie osobom zdrowym spoza szpitala<sup>18</sup>. Po raz pierwszy na sprzedaż specyfików z apteki dla

<sup>16</sup> ASR, nr 905, *Ordini e Decreti della Santa Visita Apostolica. 1737*, s. 5, 26; ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata...1737*, s. 2v-3. Por. P. DE ANGELIS, *La Spezieria*, s. 114.

<sup>17</sup> ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata ... 1737*, s. 3.

<sup>18</sup> Oba preparaty, złożone z różnych składników (czasem kilkudziesięciu) pochodzenia roślinnego, mineralnego lub zwierzęcego, w tym opium, a czasem mięsa żmii, były znane już w starożytności i używane jako antidotum na trucizny, w tym pochodzące z ukąszenia zwierząt. Później stosowano je przeciw licznym chorobom i traktowano jako panaceum. ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata ...1737*, s. 3-4.

celów oszczędnościowych władze szpitalne zdecydowały się w 1661 r. Zaznaczono, że mógł to czynić wyłącznie naczelny aptekarz lub ktoś przez niego upoważniony<sup>19</sup>.

W powizytacyjnych dekretach naprawczych zabroniono kierownikowi apteki realizowania recept bez wcześniejszego podpisania ich przez lekarzy szpitalnych, wydawania czegokolwiek z apteki zastępcom chirurgów bez poświadczenia chirurgów głównych, nie wolno było również przekazać niczego bez recepty wystawionej przez lekarza do *Conservatorio*. Sama wizytacja i podjęte w jej trakcie reformy miały na celu ograniczyć koszty utrzymania szpitala, w tym wypadku apteki. Wizytator ostrzegał więc dalej, by ograniczyć przesadne dotąd wydatki na szklane pojemniki, renowację sit i kotłów, a gdy zostanie coś stłuczone lub zepsute z winy pomocników aptecznych, mają oni pokryć poniesione straty z własnej kieszeni. Obowiązkiem wykonania wszystkich dyspozycji wizytacyjnych został obarczony zarządca apteki pod rygorem odpowiednich kar, adekwatnych do stopnia zaniedbań<sup>20</sup>.

Uwagę wizytatora zwrócił też bałagan i brud panujący w aptece, dlatego w celu jej uporządkowania przyjęto dwóch nowych aptekarzy – jednego bonifratra, drugiego świeckiego z Rzymu. Zwolniono za to byłego kierownika apteki, przyjętego wcześniej poza konkursem, który bez ograniczeń rozdawał leki na zewnątrz swojej rodzinie. Sporządzono ponadto nowy dokładny inwentarz leków, który stale miał się znajdować w aptece. Odtąd główny aptekarz nie mógł podejmować samodzielnie ważniejszych decyzji ani komponować i przerabiać leków bez wiedzy lekarza nadzorującego aptekę. Nie wolno mu też było bez zgody komendatora wydawać leków na zewnątrz<sup>21</sup>.

Główny aptekarz często niestety nadużywał swojej pozycji. Oto samowolnie decydował o zakupie substancji i ziół potrzebnych do wyrobu lekarstw, sam je komponował i ustalał dawki bez konsultacji z lekarzami, tak jak to bywało w aptekach publicznych. W tej sytuacji nadzór nad jego działalnością powierzono lekarzom głównym, z których każdy co trzy miesiące na zmianę był zobowiązany kontrolować całą aptekę i wszystkie działania aptekarza, tj. dokonywać inspekcji zamawianych komponentów, sprawdzać procedurę wykonywania leków i ich jakość. Lekarze mieli zwłaszcza pilnować wykonywania theriaki, mitrydatu i podobnych preparatów, bacząc na kompletność i dobór składników. Byli też zobowiązani podpisywać wszystkie wystawione recepty i rejestrować je w specjalnej księdze (*dispensatorio*). Aptekarz z kolei nie mógł sam ustalać, zamawiać i kupować specyfików bez konsultacji z wyznaczonym lekarzem „kwartalnym”

<sup>19</sup> ASR, nr 47, *Stato della Casa ... Spada l'anno 1661*. P. DE ANGELIS, *La Spezieria*, s. 77.

<sup>20</sup> ASR, nr 905, *Ordini e Decreti della Santa Visita Apostolica. 1737*, s. 26-26v. Por. P. DE ANGELIS, *La Spezieria*, s. 114.

<sup>21</sup> ASR, nr 905, *Ordini e Decreti della Santa Visita Apostolica. 1737*, s. 5v-6.

i bez jego pozwolenia. Nie mógł też samodzielnie przyjąć do apteki na służbę żadnego nowicjusza, jeśli uprzednio nie przeegzaminował go lekarz<sup>22</sup>.

Pomimo wprowadzonych obostrzeń sytuacja w aptece nadal pozostawała wiele do życzenia, gdyż nowy wizytator, kardynał Giacomo Lanfredni (1670-1741), który od 4 września 1740 r. zastąpił zmarłego poprzednika, od razu zwolnił urzędującego kierownika apteki, a na jego miejsce osadził brata Gaetano Boncettiego, aptekarza naczelnego w aptece bonifratrów, wyłącznie za wikt, odzienie i opierunek. Nowy zarządca, delegowany na tę funkcję decyzją samego papieża i na prośbę komendatora, przyjął śluby zakonne i stał się kanonikiem Świętego Ducha, przywdziewając na koszt szpitala szaty nowego zakonu. Mimo że bonifratrzy słynęli z prowadzenia aptek i wytwarzania leków, wizytator nie omieszkiał przypomnieć nowemu zwierzchnikowi o obowiązku respektowania wydanych wcześniej rozporządzeń wizytacyjnych<sup>23</sup>.

Nie wiadomo, jakie efekty dały dokonane zmiany. Z wypowiedzi kardynała Antonio Severio Gentilego, który jako kolejny objął 28 marca 1741 r. funkcję wizytatora, można wnosić, że sytuacja nadal odbiegała od oczekiwań, albowiem zanotował on, że medycy szpitalni nigdy nie wizytowali apteki, nie sprawdzali znajdujących się tam specyfików i leków. Nakazał osobne hospicjum apteki – nie tylko przez miejscowych lekarzy, ale również przez lekarza papieskiego<sup>24</sup>.

W trakcie bardzo długiej wizytacji w kolejnych latach wykazano wiele, z reguły powtarzających się nieprawidłowości, w tym dużą niegospodarność w dysponowaniu zasobami apteki, a także brak nadzoru medycznego. Wprowadzone reformy, korygujące dotychczasowy stan rzeczy, miały na celu, jak w wypadku całego szpitala, wprowadzenie rozwiązań oszczędnościowych, polegających na ograniczaniu rozrzutności w szafowaniu lekami oraz obniżaniu kosztów utrzymania personelu apteki. Rozpoczęto od kierownika apteki, któremu obniżono miesięczną pensję z ośmiu do sześciu skudów. Poza tym, ponieważ w aptece zatrudniano dotychczas sześciu pomocników: czterech do udziału w codziennych wizytach w szpitalu, jednego na potrzeby wizyt w *Conservatorio*, a ostatniego do usługiwania głównemu aptekarzowi (wszyscy otrzymywali wyżywienie, łóżko, ubrania, pościel i bieliznę oraz dwanaście *paoli* miesięcznego uposażenia), celem ograniczania wydatków jednego z nich zwolniono, a jednemu z pozostałych podwyższono wynagrodzenie, gdyż oprócz wcześniejszych obowiązków, obarczono go przygotowaniem i aplikowaniem chorym lewatyw<sup>25</sup>.

<sup>22</sup> ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata ...1737*, s. 7-8.

<sup>23</sup> Tamże, s.103-104.

<sup>24</sup> Tamże, s. 129-130.

<sup>25</sup> Na pensję ośmiu skudów składało się sześć skudów w gotówce i dwa w artykułach żywnościowych. Tamże, s. 8-9.



Pomimo wprowadzania środków naprawczych w aptecę nadal zdarzały się nadużycia i panowała samowola, wynikająca z nieuczciwej postawy personelu szpitalnego, w tym lekarzy asystentów. Wizytator kardynał Gentili w połowie lat 40. XVIII w. informował, że osoby z rodziny szpitalnej pobierały z apteki duże ilości medykamentów pod pozorem przeczyszczenia organizmu, uzyskując na nie receptę od lekarzy asystentów, podpisywaną następnie przez przełożonych infirmerii. Brali *semata* lub *lattata* (kwas mlekowy), a także syrop octowy, by się w ciągu dnia odświeżyć. Przedstawiali oni receptę, na której widniały wszystkie te artykuły, jako przypisane przez lekarzy. Niektórzy pobierali z apteki medykamenty, a następnie rozdawali je poza szpitalem. Przy okazji wielu pobierało każdego ranka mleko, a dodając do niego chleb, przyrządzało sobie śniadanie. W celu zapobieżenia takim praktykom, po raz kolejny ostrzeżono lekarzy asystentów, by nie ważyli się więcej wypisywać recept nikomu z rodziny szpitalnej, z wyjątkiem pilnych przypadków. Za to lekarzom głównym przykazano, aby zapisywali wszystkie te recepty w specjalnej książeczce, strzeżonej przez kierownika apteki, który dodatkowo wpisywał nazwiska osób pobierających leki. Wizytator skonkludował, że dzięki tym dyrektywom zaradzono wcześniejszym nadużyciom<sup>26</sup>.

Kończąc swoją wizytację, kardynał Gentili pod koniec lat 40. przywołał dekret swojego poprzednika, kardynała Lanfrediniego, który dyscyplinował zarządcę apteki, zabraniając mu wyrabiania i wydawania leków niefigurujących na liście ustalonej przed blisko dziesięć laty przez kardynała Porzię. Przy okazji dostrzegł pewne zagrożenia wynikające z owych przepisów. Chodziło o to, że stosując się do nich, lekarze i chirurdzy niekiedy nie byli w stanie wyleczyć pacjentów z niektórymi dolegliwościami, ponieważ nie mogli korzystać z leków niebędących na liście. W tej sytuacji zmuszeni byli „zostawić ich los naturze z wielkim uszczerbkiem dla zdrowia chorych i większymi wydatkami szpitala, w którym musieliby się dłużej leczyć”. Kardynał Gentili więc, rozważywszy wszystkie okoliczności, odwołał rozporządzenie kardynała Lanfrediniego, zarazem odnowił postanowienie kardynała Porzii, które zawierało sentencję, że „jeśli w przypadku jakiejś nadzwyczajnej choroby na ustalonej przez lekarzy i chirurgów liście nie znajdowałyby się odpowiednie do jej leczenia środki, to aptekarz powinien je wytworzyć, ale tylko w dawce wypisanej przez nich na receptę”. Nie omieszkał przy okazji zaznaczyć, że po raz kolejny zwolnił głównego aptekarza za niezgodne z receptą wydawanie leków, zwłaszcza co do ich ilości<sup>27</sup>.

Z ciągle zmieniających się przepisów widać, jak trudno było wypracować uniwersalny i skuteczny sposób zarządzania apteką oraz gospodarowania jej

<sup>26</sup> Tamże, s. 131-133.

<sup>27</sup> Tamże, s. 133-135.

zasobami. Nowe zalecenia i eksperymenty nie zawsze poprawiały sytuację, a czasem wręcz ją pogarszały, co zmuszało władze do przywracania wcześniejszych rozwiązań. Na przykład kardynał Lanfredini zarządził podczas wizytacji, aby dwie kasety z maścią przepisane przez chirurgów po zaaplikowaniu jej chorym były składane celem lepszej ochrony w aptecce, zamiast, tak jak wcześniej w sali chirurgicznej. Przyniosło to jednak odwrotny skutek i nagły wzrost zużycia specyfiku, gdyż wcześniej pilnował jej jeden *giovane di medicaria*, po zmianie zaś dostęp do maści mieli wszyscy członkowie gwardii, którzy brali ją bez ograniczeń do leczenia chorych. W tej sytuacji kardynał Gentili przywrócił wcześniejsze rozwiązanie<sup>28</sup>.

Nadużyciem najbardziej powszechnym było niewłaściwe wykorzystywanie leków aptecznych przez służbę szpitalną. Sprzyjał temu fakt, że chirurdzy wypisywali recepty na dużą ilość leków na cztery lub sześć dni, co sprzyjało wynoszeniu ich na zewnątrz. Istniał zwyczaj, że członkowie służby, chcąc uzyskać lek na przeczyszczenie lub inną niedyspozycję, ale bez kładzenia się do łóżka szpitalnego, uzyskiwali raz po raz od lekarzy receptę, podpisywaną potem przez przełożonego infirmerii. Dzięki temu dysponowali dużą ilością specyfików, różnie wykorzystywanych<sup>29</sup>.

Okres wizytacji z przełomu lat 30-40. XVIII w. zaznaczył się w aptecce próbami działań naprawczych, które przyczyniły się do względnej stabilizacji i polepszenia funkcjonowania instytucji, a przynajmniej ograniczenia występujących wcześniej nieprawidłowości. Ważne piętno na funkcjonowaniu apteki i całego szpitala odcisnął Giovanni Battista Ferrini, który będąc inspektorem Szpitala Świętego Ducha od 1737 do 1759 r., stał się kontynuatorem reform wprowadzanych przez wcześniejszych wizytatorów<sup>30</sup>. Widząc nadużycia i nieporządki panujące w szpitalu i jego agendach, starał się im zapobiec poprzez stworzenie kompleksowych reguł normujących życie szpitala, które odnosiły się również do apteki i jej personelu. W ogromnym stopniu były one powtórzeniem wcześniejszych nakazów wizytacyjnych, z każdym rokiem jednak – jak pisał – coraz bardziej zapominanych<sup>31</sup>.

Wielkie zasługi dla unowocześnienia i wyposażenia apteki wniósł komendant Antonio Mario Erba (1754-1758), który wyposażył ją w bardzo wydajne prasy do tłoczenia oliwy z migdałów oraz w nowy młynek (kamień młyński) do proszkowania przypraw i aromatów oraz kory chinowca. Jak pisał, korzyści z nowych urządzeń były ewidentne, ponieważ przy ich użyciu tłoczono dwa razy

<sup>28</sup> ASR, nr 3092, *Visita fatta nell'Archiospedale*.

<sup>29</sup> Tamże.

<sup>30</sup> P. DE ANGELIS, *La Spezieria*, s. 115-116. Giovanni Battista Ferrini przybył do szpitala w 1727 r. jako student chirurgii i tam wykonywał swoje obowiązki do 1737 r., kiedy to z rozporządzenia wizytatora papieskiego, kardynała Porzii i komendatora Pallaviciniego, porzucił swoją profesję na rzecz działalności wizytacyjnej w charakterze inspektora szpitala.

<sup>31</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*; P. DE ANGELIS, *La Spezieria*, s. 116

więcej świeżego oleju niż za pomocą starych maszyn. Odtąd wytwarzany olej wystarczał do zaspokojenia potrzeb wszystkich chorych infirmerii i *Conservatorio* oraz chorych z *Ospedale de'Pazzi* i *Ospedale di S. Gallicano*. Wcześniej natomiast nie tylko było go mniej, ale był też gorszy i niekiedy szkodliwy dla zdrowia chorych, ponieważ uzyskiwano go za pomocą ognia. Nowe maszyny odciążyły też od mozolnej pracy pomocników aptecznych, którzy nie musieli już wkładać tak dużo wysiłku fizycznego przy ich obsłudze<sup>32</sup>.

Choć bezpośrednio za aptekę odpowiadał główny aptekarz, to jednak ogólny nad nią nadzór sprawowali lekarze naczelni. Rozporządzenie wizytacyjne z 1806 r., podtrzymane w 1810 r. przez Komisję Administracyjną do Spraw Szpitali, nakładało na nich obowiązek kontrolowania apteki, redukcji listy leków i ziół do tych, które według ich osądu były niezbędne do leczenia chorych pacjentów. Hospitując na zmianę aptekę, mieli pilnować, czy jej przełożony prowadzi księżkę apteczną, oraz sprawdzać jakość i ilość koniecznych leków. Tylko oni oraz chirurdzy główni mieli prawo wypisywania recept w trakcie wizyty. Poza obchodem lekarskim w nagłej potrzebie receptę mogli wprowadzić asystenci lekarscy lub zastępcy chirurgów, by jednak mogła być przez aptekarza uskuteczniiona, musiał ją uwierzytelnić przełożony infirmerii lub jego zastępca, z wyjątkiem pilnych przypadków w nocy. W normalnej sytuacji recepty wystawione przez asystentów lub zastępców wymagały parafowania przez ich zwierzchników. Zabronione było wystawianie recept przez asystentów i zastępców w czasie, gdy mogli to zrobić lekarze i chirurdzy główni, dla osób ze służby, które nie wymagały położenia do łóżka szpitalnego. W przypadkach pilnych mogli oni tylko raz zaordynować lekarstwa któremuś ze swoich kolegów lub innych członków rodziny szpitalnej, pod warunkiem wszelako, że wcześniej skierują ich do łóżka szpitalnego, co zgodnie z regulaminem umożliwi rozpoczęcie właściwego leczenia. Takie recepty musiały być później asygnowane przez przełożonych infirmerii. W wypadku gdy stwierdzono jakąś niezgodność czy wątpliwość, receptę pozostawiano do wyjaśnienia przez jej wystawcę i kierownika apteki<sup>33</sup>.

Apteka i jej pracownicy podlegali ogólnemu nadzorowi władz szpitala. W 1664 r. komendant Stefano Vai zarządził, że w każdym tygodniu w czwartek w południe cały personel leczniczy i administracyjny szpitala ma się spotykać w aptecce celem omówienia bieżących spraw szpitala i podjęcia odpowiednich środków zaradczych. Do udziału w takich spotkaniach byli zobowiązani też wszyscy pracownicy apteczni<sup>34</sup>.

<sup>32</sup> P. DE ANGELIS, *La Spezieria*, s. 121-122.

<sup>33</sup> ASR, nr 1409, *Commissione Amministrativa ... 1810*.

<sup>34</sup> P. DE ANGELIS, *La Spezieria*, s. 70.

### 3. LEKI I ICH WYTWARZANIE

W aptece istniało laboratorium komponowania i produkcji medykamentów, a w nim wiele urządzeń, chociażby do tłoczenia i wyciskania oliwy leczniczej z migdałów. W zależności od tego, czy pochodził z pierwszego czy drugiego tłoczenia, stosowano go leczniczo do nacierania lub doustnie. Po podgrzaniu gwałtownym ogniem otrzymano bogaty, pachnący olej o smaku orzechowym. Resztki tłoczonych migdałów wykorzystywano do sporządzania rozgrzewających napoi, serwowanych chorym w okresie zimowym<sup>35</sup>.

Absolutna większość leków znajdujących się w aptece szpitalnej miała skład ziołowo-roślinny, wiele z nich wyrabiano na bazie artykułów żywnościowych, np. miodu. W przeważającej mierze miały konsystencję płynną (syrupy, napoje, soki) lub proszkowo-maziową i z reguły stanowiły konglomerat (mieszankę) najróżnorodniejszych komponentów, ale były też jednoskładnikowe. Warto zwrócić uwagę na lek o nazwie teriaca (*theriaca*), który stanowił antidotum na wszystkie dolegliwości, skomponowany z około pięćdziesięciu składników: aromatycznych ziół, soków kwiatowych, miodu itd. Przed wykonaniem leku główny aptekarz wystawiał publicznie przez kilka kolejnych dni surowce przeznaczone do produkcji, aby mogły być zbadane przez protomecyka, doradców Kolegium Medycznego i konsultantów Kolegium Aptekarskiego. Dopiero po aprobacie z ich strony mógł przystąpić do sporządzania z nich leku, według receptury Pietro Castellego: Rozdrobnione, utarte, zmielone oraz rozcieńczone i zmieszane ze specjalnym winem i innymi sokami składniki wkładano do wielkiej marmurowej wazy i długo mieszano łyżką. Następnie pojemnik zakrywano przykrywą, zamkniętą na klucz, by produkt mógł fermentować przez cały rok, w międzyczasie jednak w pierwszym miesiącu każdego dnia otwierano wazę i potrząsano przez pół godziny jej zawartość, w następnych miesiącach powtarzano to rzadziej – co trzy, co sześć dni, ptem rzadziej. Od szóstego miesiąca czyniono to już tylko jeden raz w miesiącu. Po upływie roku teriakę przekładano z marmurowej wazy do cienkich angielskich słoików blaszanych. Przed konfekcjonowaniem lek badali jeszcze lekarze naczelni oraz rzeczoznawcy z dwóch wspomnianych kolegiów. Dopiero wtedy zatwierdzał go notariusz i autoryzował przydatność do użycia<sup>36</sup>.

To tylko przykład wytwarzania jednego z leków, ukazujący jednak, jak długotrwała, skomplikowana, misterna i odpowiedzialna była to procedura. Podobnych specyfików wytwarzano niezliczoną ilość, chociażby bardzo często używane okłady zmiękczające (obkurczające), wykonywane z chleba i mleka. W związku z tym, że

<sup>35</sup> ASR, 3092, *Visita fatta nell'Archiospedale*.

<sup>36</sup> P. DE ANGELIS, *La Spezieria*, s. 123-124. Opis wyrobu tego leku pochodzi z 1752 r.

zużycie obu produktów żywnościowych było zbyt duże i kosztowne, naczelni chirurdzy Giuseppe Flaiani i Antonio Pane w czasie wizytacji z 1803 r. zdecydowali, by na przyszłość do wykonywania okładów używać rozmaitych traw, malwy, boćwiny, *parietaria*, *mercurella* i innych. Zapewnili przy tym, że ich lecznicza skuteczność będzie identyczna jak poprzedniego środka. Władze szpitala zaakceptowały stanowisko chirurgów, nie wykluczyły jednak całkowicie możliwości używania chleba i mleka w przypadkach, które będą tego wymagały, na wniosek chirurgów czy kierownika apteki<sup>37</sup>. Jednymi z podstawowych produktów używanych do produkcji leków lub bezpośrednio podawanych chorym były mleko i serwatka (*siero* – także serum, surowica), dostarczane przez mleczarza<sup>38</sup>.

Produkcja leków podlegała ścisłej kontroli. Podczas wykonywania przez głównego aptekarza mikstur medycznych (takich jak *theriaca*, *mitridato*, *la confettione di Giacinto*, *alehermes* lub innych, jak *cofettioni* oraz *elettuari di considerazione*) przynajmniej dwóch lekarzy było zobowiązanych doglądać tych czynności, sprawdzać ilość i jakość składników używanych do ich sporządzenia<sup>39</sup>.

Nie sposób wymienić i opisać wszystkich medykamentów znajdujących się w aptece infirmeryjnej, tym bardziej że część z nich była już w formie przerobionej, gotowej do użycia, a dużą część stanowiły zebrane do ich wytwarzania surowce – wytwory natury. Tym niemniej w źródłach można znaleźć próby ogólnego ich podziału. Porozumienie kolegium lekarzy i kolegium aptekarzy rzymskich z 1576 r. ustaliło, że każda apteka była zobowiązana posiadać następujące grupy leków: tzw. *semplici*, pod którą kryły się wszelkiego rodzaju zioła, trawy, nasiona itp. Pozostałe kategorie to: napoje – wody, powidełka, syropy, pigułki, *trochisci*, aromaty, oleje, okłady, maści, okłady – plastry. Była to klasyfikacja bardzo ogólna, każda z grup obejmowała bowiem szereg kolejnych rodzajów środków, razem około 150. Jak zaznaczono, ta nieskończona różnorodność preparatów stanowiła ukoronowanie wszelkich poszukiwań, odkryć i doświadczeń, jakie ówczesna nauka osiągnęła w dziedzinie badań farmaceutycznych<sup>40</sup>.

<sup>37</sup> P. DE ANGELIS, *La Spezieria*, s. 127.

<sup>38</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 99

<sup>39</sup> ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi nell'Arcispedale ... 1654*, s. 31-36; ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi dagl' Officiali ... 1654*, s. 20-21.

<sup>40</sup> P. DE ANGELIS, *La Spezieria*, s. 58-62, 68. *Trochisci* (*trocisci*) to w średniowiecznej i renesansowej farmakopei preparaty lecznicze różnych substancji w postaci zaokrąglonej tabletki.





Apteczna pracownia z urządzeniami do komponowania i produkcji medykamentów oraz gotowy ich zestaw w szafie. Fot. M. Surdacki

Ogromną część produktów wykorzystywanych w aptece szpitala czerpał bezpośrednio z własnej uprawy w rozległych posiadłościach, które posiadał na obszarze agrorzymskim. Wokół szpitala rozpościerały się na równinach i wzgórzach liczne miejsca rekreacyjne, sady i ogrody zakonne, łącznie z częścią Janikulum, którą zwano *Monte di Santo Spirito*. W 1660 r. przełożony generalny szpitala Virgilio Spada polecił nasadzić sady i ogrody do uprawy traw i roślin o bogatych walorach leczniczych, a ponadto w majątkach i hodowlach świń, założył na potrzeby apteki plantacje róż i fiołków, pigw i śliwek. Z kolei w okolicach *Via Appia* i *Via Appia Nuova* zasiano trawę grecką, maki, święty oset i inne rośliny. Do poszukiwania i gromadzenia ziół, roślin leczniczych i traw górskich szpital wysyłał swoich wyspecjalizowanych zielarzy zbieraczy, zwanych *cicoriari* (od zbierania cykorii), którzy, wyposażeni w odpowiednie przywileje, wędrowali po całym Państwie Kościelnym i różnych regionach Włoch<sup>41</sup>. Z apteką szpitalną i wytwarzaniem leków był związany zielarz (*semplicista*), podlegający głównemu

<sup>41</sup> Tamże, s. 100-101.



aptekarzowi. Zajmował się poszukiwaniem i zbieraniem ziół, z których wyrabiał potem płyny do płukania oraz wywary napotne, piersiowe i inne. Dostarczał cykorię do przyrządzania gotowanej sałatki dla chorych oraz pijawki lekarskie<sup>42</sup>.

Duże ogrody szpitalne pod zasiew róż i fiołków leczniczych były usytuowane przy rzece Acquataccio, za bramą S. *Sebastiano* oraz u stóp *Monte Mario*. Nawet w samym ogrodzeniu szpitala istniały ogródki do uprawy krzewów i roślin leczniczych<sup>43</sup>. Uprawa róż we własnym rozarium przyniosła czterokrotne oszczędności w porównaniu z wydatkami przy zakupywaniu na rynku. Świeże czerwone róże były znakomitym surowcem do przygotowywania syropów leczniczych o najwyższej jakości. W okresie kwitnienia kwiatów do rozarium wysyłano dwóch pomocników aptecznych, którzy na miejscu wytwarzali napary, przetwory, wodę różaną i inne rzeczy. Między różami sadzono fiołki wonne, które dzięki własnej uprawie dawały podobne korzyści<sup>44</sup>.

Zielno-roślinne ogrody botaniczne tworzone nie tylko dla celów praktycznych – aptecznych, tj. do pozyskiwania naturalnych leków i ich produkcji, ale także dla potrzeb dydaktycznych. Początkowo takie ogrody, nazywane *hortus medicus* lub *hortus simplicium*, istniały przy uniwersytetach i akademiach medycznych, dzięki czemu studenci medycyny<sup>45</sup>, po teoretycznych kursach na temat leków, mieli możliwość praktycznego obserwowania, poznawania, rozróżniania i identyfikowania ziół i roślin leczniczych. Gruntowna znajomość roślin leczniczych i umiejętność właściwego ich rozpoznawania była niezwykle ważna, by uniknąć pomyłek i wykorzystania gatunków trujących, które prowadziły do śmierci pacjentów<sup>46</sup>. Jeden z najslawniejszych ogrodów medycznych ufundowano w Padwie w 1545 r.<sup>47</sup> Ogród botaniczny na potrzeby studentów wydziału medycznego rzymskiej *Sapienzy* powstał stosunkowo późno, dokładnie w 1660 r., dzięki fundacji papieża Aleksandra VII (1655-1667)<sup>48</sup>.

Bogactwo środków leczniczych wymagało odpowiedniego wyposażenia apteki. Według inwentarza z 1591 r. apteka była wyposażona w drogocenne meble,

<sup>42</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 247.

<sup>43</sup> A. CANEZZA, *Gli Arciospedali*, s. 89

<sup>44</sup> P. DE ANGELIS, *La Spezieria*, s. 78-79.

<sup>45</sup> A. UBRIZSY SAVOIA, *Funzione degli orti botanici nella scuola medica dal XVI al. XVIII secolo*, w: *La formazione del medico in eta moderna (secoli XVI-XVIII)*, red. R. Sani, F. Zurlini, Macerata 2012, s. 37. Por. C. SERARCANGELI, *L'orto dei Semplici primo tentative di insegnamento pratico*, „*Medicina nei Secoli*”, 16, 2004, nr 2, 439-451; A.J. LARNER, *Demise of botany in the medical curriculum*, „*Journal of Medical Biography*”, 16, 2008, nr 1, s. 1-2.

<sup>46</sup> A. UBRIZSY SAVOIA, *Funzione degli orti botanici*, s. 37

<sup>47</sup> Tamże, s. 38; J. DE KONING, *Lo sviluppo della botanica nel XVI secolo*, w: *L'Orto botanico di Padova 1545-1995*, red. A. Minelli, Venezia 1995, s. 11-31.

<sup>48</sup> R. ANGELETTI, S. MARINOZZI, *Giovanni Battista Trionfetti e la rinascita dell' Orto della Sapienza di Roma*, „*Medicina nei Secoli*”, 12, 2000, nr 3, s. 439-475.

bogata i zdobiona ceramikę na leki, trzy moździerzce i czwarty ołowiany, dwa żelazne tłoki i dwa z brązu, 18 pojemników na wodę destylowaną, 110 słoików, 106 innych słoików, 86 basenów, 108 waz, 13 różnej wielkości kotłów, 8 cynowych naczyń do destylacji, 43 malowanych garnków glinianych. Niezależnie od sprzętów inwentarz wymienia w aptece leki, w większości roślinne, normalnie używane w gotowej postaci. Były to: kamfora, ruta, cynamon, rumianek, rabarbar, aloes, goździki, mięta piołun (absynt), lukrecja, wilczomlec, mak, ciemiernik, paproć, jęczmień, szaflwia, gałka muszkatowa, jagody laurowe, smoła grecka (żywica), alun, terpentyna, manna, szafran, laudanum (na bazie opium)<sup>49</sup>.

Na marginesie należy zwrócić uwagę na ogólną terminologię stosowaną w odniesieniu do środków, w jakie wyposażona była apteka. Z reguły pisano o „*medicamenti, droghe, ed altre sostanze essistenti nella spezieria*”<sup>50</sup>. Można przyjąć, że pierwszy termin oznaczał lekarstwa (medykamenty) już gotowe do spożycia, pod pojęciem *droghe* kryły się zapewne komponenty, specyfikiki, środki roślinne czy zwierzęce, różne aromaty, zioła i przyprawy zbierane lub zakupywane w sklepach (często orientalnych), z których w aptece sporządzano leki, natomiast trzecia niesprecyzowana nazwa *sostanze* może się dotyczyć wszystkiego, co dawniej wiązało się z medycyną ludową. Camillo Fanucci w swoim klasycznym dziele użył jeszcze innego nazewnictwa, pisząc, że na początku XVII w. co roku rozdzielało się z apteki: 50 tys. syropów, 10 tys. *medicine* oraz 25 tys. *serviziali*<sup>51</sup>. Autor miał tu na myśli zapewne medykamenty płynne, leki w formie stałej oraz usługi i zabiegi medyczne wykonywane przez personel apteczny, np. lewatywy.

Apteka infirmeryjna była nie tyle składnicą leków, ale przede wszystkim miejscem ich wytwarzania. Przy okazji wyrabiano w niej wiele innych produktów, niekoniecznie przydatnych do kuracji w szpitalu. Jak stwierdził w 1739 r. wizytator kardynał Porzia, było przyjętym zwyczajem, że przed Bożym Narodzeniem do apteki przychodzili mężczyźni wyrabiać słodyczne, wypieki migdałowe, nugaty, pierniki, ciasta bożonarodzeniowe i inne kosztowne produkty, przeznaczano na podarunki. Wytwarzano również wielkie ilości musztardy z róży (*di rosoli*), *di ruotelle di melappiole* na przeziębienie, kandyzowano cedraty, gruszki, cukier apteczny. Wszystko to było zabronione pod surowymi karami. Powszechnym zjawiskiem była kradzież leków, a dużym nadużyciem darmowe ich wydawanie w wielkich ilościach rzemieślnikom, dzierżawcom, i to nie tylko, gdy chorowali, ale także ich krewnym i przyjaciółom, osobom ze wsi oddawano nawet całe flaszki oleju migdałowego, słodyczne, wodę cynamonową i spirytus winny. Takie praktyki

<sup>49</sup> P. DE ANGELIS, *La Spezieria*, s. 63.

<sup>50</sup> ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata...1737*, s. 130.

<sup>51</sup> C. ANGELETTI, S. MARINOZZI, *Giovanni Battista Triumfetti*, s. 439-475; P. DE ANGELIS, *La Spezieria*, s. 69.

uznano za niedozwolone, dlatego odtąd głównemu aptekarzowi nie było wolno dowolnie szafować wymienionymi rzeczami, a mógł je wydawać wyłącznie chorym i rodzinie szpitalnej dopiero za okazaniem recepty sygnowanej przez przełożonego infirmerii, natomiast kanonikom na podstawie recepty podpisanej przez *maestro di casa*, Z kolei leki dla podrzutek w szpitalu i oddanych do domach mamek, dla pensjonariuszek *Conservatorio* oraz dla chłopców ze szkoły szpitalnej wymagały podpisu komisarza szpitalnego lub jego zastępcy<sup>52</sup>.

Z uwagi na organiczną strukturę, gorący klimat i ograniczone możliwości magazynowania i konserwacji leki nieużywane na bieżąco szybko się psuły, ulegały przeterminowaniu i stawały się nieprzydatne. W czasie jednej z wizytacji apteki odbytej na początku XVIII w. dwaj zewnętrzni aptekarze znaleźli 30 złych, zepsutych leków, które nakazali natychmiast wyrzucić. Były to różne ekstrakty – wyciągi z roślin, drzew i ziół, opium, dziurawiec (*hypericum – ipericon*), dzięgiel (*angelica*), lulek (*jusquiama – hyoscyamus*), *reoponticon*, następnie koncentraty z rozmarynu i kwiatów, syrop z alkermesa (*alchermes*), woda fiołkowa, napar z fiołków, sok pigwowy, esencja jabłkowo-miodowa, syrop z paproci, proszek dębowy na niestrawność żołądkową<sup>53</sup>. Według lustratorów prawie 20 leków było źle wykonanych (*mal composti*), lecz po przerobieniu możliwych do zastosowania bez szkody dla chorych. Były to z reguły preparaty ziołowe, owocowe, miodowe, roślinne, oliwne, przeważnie: niedostatecznie ugotowane, zbyt ciągliwe lub płynne, słabe, rzadkie, nieskondensowane, o złych proporcjach składników, z niedostatecznym ekstraktem i o słabym zapachu (np. róży), niezbyt gorzkie. Jeden z leków miał barwę zbyt czarną, zamiast jasno-cytrynową. Modyfikacją i polepszeniem stanu tych specyfików miał się zająć już inny aptekarz. Oprócz medykamentów w ogóle niezdatnych do użytku oraz wymagających ulepszenia, kontrolerzy stwierdzili brak całej serii leków koniecznych w szpitalu do leczenia chorych – były to między innymi powidełka kwiatowe (*elettuario di sugo di rose*) i owocowe, pigułki, woda szałwiowa, balsam Innocentego XI, olej bursztynowy, spirytus siarkowy, spirytus siarkowy. W ogólnym podsumowaniu apteka wymagała generalnego uporządkowania przez pilnego i zdolnego aptekarza o dużej wiedzy medycznej<sup>54</sup>.

Gwoli działań naprawczych wizytatorzy brat Cosino Ciccone di Minerva oraz Filippo Setacci wydali dyspozycje nowemu kierownikowi apteki szpitalnej. Polecili wczesną wiosną zbierać fiołki na wyrób soku, potrzebnego do produkcji miodu fiołkowego, kremu fiołkowego, syropu i oleju fiołkowego oraz wody fiołkowej. To samo dotyczyło róż, z których wyrabiano podobne preparaty lecznicze dla chorych. Nakłaniali też do założenia młyna, takiego, jaki mieli jezuici,

<sup>52</sup> ASR, nr 902, *Visita Apostolica deputata ... 1737*, s. 5-6.

<sup>53</sup> ASR, nr 3092, *Medicinali non buoni che si sono gettati..*

<sup>54</sup> Tamże.

do wytwarzania proszku służącego do komponowania teriaka i innych powideł, zainstalowanie piekarnika (kominka) w laboratorium do regulacji ognia przy robieniu leków<sup>55</sup>. Uwaga wizytatorów skoncentrowana była przede wszystkim na lekarstwach zepsutych, przeterminowanych i źle skomponowanych. Choć było ich bardzo dużo, to na pewno stanowiły one mniejszość w całym „arsenale aptecznym”, te jednak w ykazie źródłowym nie zostały uwzględnione.

Na odrębną uwagę zasługuje chinina, która stała się pierwszym i najskuteczniejszym antidotum na zwalczanie gorączek malarycznych, które od wieków gnębiły ludność terenów przyrzymskich. Wynaleziona przez Indian z Peru i Boliwii, zaczęła być doceniana i używana jako lek w pierwszych dekadach XVII w. W Europie była rozpowszechniana przede wszystkim przez jezuitów. Chinina nie była jednak od razu dobrze przyjęta w Szpitalu Świętego Ducha. Podczas gdy hiszpański kardynał Juan De Lugo (1583-1660) interesował się bardzo korą chinowca i propagował jej użycie w zwalczaniu gorączek, zwłaszcza podczas panującej w 1653 r. w Rzymie epidemii malarii, kierownik apteki szpitalnej brat Domenico Auda nie wskazywał chininy jako pożądanego środka leczniczego. W swym dziele *Pratica de'Speziali*, wydanym w drugiej połowie XVII w., na gorączkę *quartana* zalecał trzy sposoby kuracji: maść skomponowaną z *theriaki*, oleju jałowca, goździków, lawendy i wina, następnie wodę z korzeni goryczki (*genziana*), *theriacale*, olej *di tartaro* lub też proszek z kwiatów *centaurea*, korzeń goryczki, korzeń jesionu, Wspominając o chininie, napisał, że ma działanie przeciwochorobowe i na początku wydawała się pewna, lecz potem była fałszowana i podrabiana. Dopiero osobista interwencja kardynała Juana De Lugo w Szpitalu Świętego Ducha wymogła na jego władzach użycie uzdrawiającego leku. Gdy wreszcie zaczęto stosować chininę, lekarz naczelny szpitala Gaudenzio Brunacci w 1661 r. wskazał dokładną procedurę jej przygotowania i aplikowania: „Po zmieleniu kory i przesianiu jej przez sito, uzyskany proszek przez trzy godziny nasiąkał w winie, po czym chory, w momencie pojawienia się dreszczów, wypijał wino z proszkiem, pozostając na łóżku pod grubym przykryciem”<sup>56</sup>.

Odtąd ubogim chorym przebywającym w szpitalu zaczęto podawać chininę za darmo, choć jej cena była bardzo wysoka. Każdy gorączkujący pacjent mógł użyć dawkę leku o wartości nieprzekraczającej dwóch lirów na dzień. Był to wydatek bardzo znaczący, zważywszy, że utrzymanie dziennie pacjenta kosztowało 0,5 lira dziennie. Zresztą w całym Rzymie, jako tradycyjnym centrum gorączek malarycznych, chininę wydawano bez ograniczeń. W połowie XVII w., po pierw-

<sup>55</sup> Tamże.

<sup>56</sup> P. DE ANGELIS, *La spezieria*, s. 49-51, 87-90, 93,99-100; A. CANEZZA, *Gli Arciospedali*, s. 90.

szych kontrowersjach, niemal wszyscy lekarze rzymscy korę, zwaną *china-china*, importowaną z Peru, uznali za niezawodny środek w zwalczaniu „czwartaczki” i „trzeciaczki” oraz długich przerywanych gorączek i długich gorączek jesiennych. W 1660 r. przełożony generalny Szpitala Świętego Ducha Virgilio Spada wysyłał swoich specjalnych agentów do portów w Livorno i Wenecji lub w inne miejsca, gdzie cumowały statki zza oceanu, załadowane ziołami i przyprawami oraz korą chinowca. W ten właśnie sposób apteka szpitalna, korzystając ze zwolnienia celnego, zaopatrywała się nie tylko w chininę, ale również inne pozaeuropejskie specyfiki lecznicze. Dopiero gdy tam nie znaleziono produktów po korzystnej cenie, komendant polecił ich poszukiwanie i zakupywanie w sklepach rzymskich<sup>57</sup>.

#### 4. SŁUŻBA APTECZNA

Głównego aptekarza wspomagało z reguły sześciu pomocników, rzec można asystentów – *giovani di spezieria*. Tylu przynajmniej było w 1658, 1700 i 1707, czy w 1739 r.<sup>58</sup> Przy ich wyborze obowiązywały podobne kryteria jak przy służbie szpitalnej. W połowie XVII w. od kandydatów do pełnienia tej funkcji wymagano odpowiedniego wieku, dobrego prowadzenia się i sławy oraz kompetencji zawodowych. Ich wyboru dokonywał zarządzający apteką, a zatwierdzał sam komendant<sup>59</sup>. Podobnie było sto lat później. Pretendenci musieli odznaczać się uczciwością, dobrymi obyczajami, starannością i ostrożnością w wypełnianiu obowiązków. Przed przyjęciem na służbę do apteki przechodzili egzamin przed wyznaczonym lekarzem. W czasie pracy podlegali całkowicie głównemu aptekarzowi, który nie pozwalał im włączyć się po nocach. W wypadku naruszenia tego zakazu i innych poważniejszych uchybień, groziło im zwolnienie, natomiast za mniejsze potknięcia byli karani gorszymi posiłkami<sup>60</sup>. W 1737 r. wizytator zabronił przyjmowania młodych pracowników bez zgody przełożonego infirmerii i któregoś z lekarzy naczelnych<sup>61</sup>. W sytuacji konkretnych potrzeb liczba obsady aptecznej nieznacznie zmieniała się. W 1649 r. w aptece był zatrudniony naczelną aptekarz oraz pięciu młodych, zdolnych, przygotowujących leki. Gdy pojawiała się pilna praca przy destylacji i ekstrakcji esencji z kwiatów i roślin, wzywano szóstego oraz jeszcze innych *giovani pratici*<sup>62</sup>. Z kolei

<sup>57</sup> ASR, nr 47, *Stato della Casa ... Spada l'anno 1661*, P. De Angelis, *La spezieria*, s. 76-77, 99.

<sup>58</sup> ASR, nr 27, *Ospedale di Santo Spirito ... 1658*; ASR, nr 1414, *Nota della Famiglia ...*; ASR, nr 1414, *Salariati dell'Ospedale ...*; ASR, nr 905, *Ordini e Decreti della Santa Visita Apostolica. 1737*, s. 8.

<sup>59</sup> P. DE ANGELIS, *La spezieria*, s. 75.

<sup>60</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 100.

<sup>61</sup> ASR, nr 905, *Ordini e Decreti della Santa Visita Apostolica. 1737*, s. 26.

<sup>62</sup> P. DE ANGELIS, *La spezieria*, s. 74.

w 1660 r. skład personelu aptecznego, oprócz kierownika, tworzyło sześciu pomocników oraz zbieracz ziół (*cicoriaro*)<sup>63</sup>.

W 1750 r. jest mowa o czterech starszych pomocnikach aptecznych i o dwóch praktykantach-nowicjuszach, co znaczy, że istniała wśród nich pewna hierarchia. Dwaj ostatni, oprócz przyuczania się do zawodu, mieli konkretne obowiązki fizyczne: przynosili na oddziały leki, które wręczali dyżurnym kapralom, oraz dzbanki z bulionami leczniczymi, rozdawanymi przez służbę chorym<sup>64</sup>. Ponadto nowicjusze, na polecenie czterech starszych kolegów, roznosili chorym mleko i serwatkę oraz wykonywali lewatywy, zgodnie z dyspozycjami zostawionymi na kartkach przez kaprali. Pracowali też przy komponowaniu syropów i innych lekarstw, które niekiedy osobiście rozdzielali chorym, wykonywali prace porządkowe w aptece, pilnowali, aby nikt nie przechodził przez nią do szpitala, w szczególności kobiety, ponadto zamykali wejścia do niej na czas posiłków<sup>65</sup>.

Najliczniejsza i najbardziej zróżnicowana obsada personelu zatrudnionego w aptece jest wymieniona w regułach inspektora Giovanniego Battisty Ferriniego, pochodzących z tego samego czasu. Widnieje w nich zapis: „kierownik apteki ma pod sobą pięciu pomocników (*giovani*), tragarza, zielarza, a w razie epidemii dobiera sobie kolejnych trzech pomocników z tragarzem”. Wtedy cały zespół aptekarski wraz z naczelnikiem liczył jedenaście osób. Tragarz wykonywał prace typowo fizyczne; zaopatrywał aptekę w węgiel, ścierał rogi jelenia, z którego wytwarzano wodę leczniczą dla chorych, nosił dzbany z odwarami do *Conservatorio*, łuskał migdały i dostarczał je do tłoczni do wyciskania oleju. Przy wprawianiu w ruch tłoczni i kręceniu korbą pomagali mu często inni *giovani*. Jego zasadniczym miejscem pracy była właśnie wytwórnia leków (*lavoratorio*), którą czyścił, mył znajdujące się w niej sprzęty i naczynia miedziane, mosiężne i cynkowe<sup>66</sup>.

Rano i po obiedzie czterech członków służby aptekarskiej uczestniczyło w wizytach lekarskich (każdy w swoim oddziale), zapisując w notesie zlecone przez medyków dyspozycje. Po zakończeniu obchodów rozdawali chorym przepisane lekarstwa oraz przekazywali na kartkach wykaz zabiegów zaleconych przez lekarzy, do wykonania przez chirurga, cyrulika (fryzjera), *unzionario* oraz *cristeraro*. Jeśli lekarz przepisał przekąski (*bocconi*) i inne mikstury, osobiście przynosili je

<sup>63</sup> ASR, nr 1414B, *Stato dell'officij, provisioni*, s. 65.

<sup>64</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 191, 195.

<sup>65</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 100, 196; P. DE ANGELIS, *La Spezieria*, s. 120-121. 100.

<sup>66</sup> P. DE ANGELIS, *La Spezieria*, s.116, 121. *Semplicista* zajmował się poszukiwaniem i zbieraniem ziół. *Sempliciaro* to dzieło o ziołach leczniczych. Jeden z rękopisów wymienia siedmiu pracowników apteki (kierownik, czterech młodych pomocników, nowicjusz do robienia lewatyw i dwóch tragarzy). ASR, nr 67, Rękopis. rozpoczynający się od słów: *L'Gran Corsia dello Spedale*.



chorym, wieczorem natomiast dostarczali kapralom dyżurnych gwardii syropy i leki, by sprawdzili, czy są zgodne z zaleceniem lekarza<sup>67</sup>.

Praca pomocników aptecznych wymagała dużej uwagi i odpowiedzialności, gdyż wszelkie przeoczenia i niedokładności z ich strony mogły mieć dla chorych opłakane konsekwencje. W 1758 r. stwierdzono częste pomyłki popełniane przez niższy personel apteki i kaprali przy zapisywaniu w swoich księgach zaleceń wydawanych podczas wizyt przez głównych lekarzy, dotyczących leków z apteki, jak i operacji chirurgicznych. W celu uniknięcia takich zdarzeń, komendantor Ludovico Calino zarządził, aby po każdej wizycie, rannej i wieczornej, lekarze podpisywali obie książki zleceń prowadzonych przez pomocnika aptecznego i kaprala. Następnie wpisy w obu księżeczkach był zobowiązany przejrzeć lekarz asystent i skonfrontować z tymi, które sam poczynił w swojej księżeczce. Umożliwiało to wykrycie ewentualnych błędów i uchronienie służby oraz kaprali przed karami w wypadku, gdyby wcześniej nie skorygowano pomyłek. Przełożony generalny szpitala przestrzegł wyżej wymienionych, że w wypadku nie-  
respektowania tych zasad postępowania zostaną zdegradowani lub zwolnieni<sup>68</sup>. To rozporządzenie pokazuje, jak dużą ostrożność zachowywano przy dozowaniu przypisanych lekarstw, które aż trzykrotnie były odnotowywane trzy różne osoby. Było jednak konieczne przy tak wielkim zbiorowisku przebywających w jednym miejscu osób dotkniętych różnymi chorobami. Niewątpliwie stosowane procedury związane z dystrybucją i aplikacją lekarstw były na owe czasy innowacyjne i progresywne.

Według regulaminu z 1750 r. tuż po wizycie jeden z pomocników aptecznych przechodził z lekarzem do *Conservatorio* przepisać pensjonariuszkom leki, które następnie osobiście im dostarczał. Duża odpowiedzialność ciążyła na pomocnikach w czasie rannego dyżuru. Musieli się wtedy pilnować, by nie popełnić pomyłki w sytuacji, gdy choremu zapisano więcej niż trzy specyfiki. Pacjentom, którzy przyjmowali przekąski lub lekarstwa, byli zobligowani dostarczyć kawałek cytryny albo pomarańczy. Ponadto do obowiązków służby aptekarskiej należało odnotowywanie liczby wolnych łóżek i ich numerów po zmarłych i osobach opuszczających szpital. Asystenci byli obowiązani sporządzać dzienne statystyki medykamentów, zapisanych przez każdego z czterech lekarzy, wraz z zaznaczonym numerem łóżka i oddziału chorego, który przyjął leki. Analogiczne spisy robili odnośnie do diety leczniczej oraz chorych kładzionych w czasie epidemii w *Nuovo Braccio*. Na zlecenie głównego aptekarza komponowali syropy i inne

---

<sup>67</sup> ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi nell'Arcispedale ... 1654*, s. 79; ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi dagl' Officiali ... 1654*, s. 46; ASR, nr 905, *Ordini e Decreti della Santa Visita Apostolica. 1737*, s. 8.

<sup>68</sup> ASR, nr 61, *Giornale di Memorie delle Cose*, s.4.

leki, dbając przy tym o czystość i higienę samych siebie, jak i pomieszczeń aptecznych. Nie wolno im było nigdy opuszczać dyżuru bez zgody przełożonego i bez pozostawienia swego zastępcy. Nie mógł też tego robić dyżurujący w wytwórni leków, który pilnował znajdujące się tam produkty przez kradzież. Wszyscy razem strzegli, aby do apteki nie przychodziły osoby z zewnątrz<sup>69</sup>. Jeden z asystentów zawsze przebywał w aptece jako dyżurny, aby w każdej chwili móc odebrać lub dostarczyć recepty oraz leki chorym<sup>70</sup>.

W związku z przypadkami marnotrawienia lekarstw oraz wynoszenia ich na zewnątrz zarządca apteki musiał zachowywać szczególną ostrożność w ich dysponowaniu. Nie mógł pozwolić, aby służba apteczna wydawała jakiekolwiek leki bez recepty lekarzy głównych, a gdy były wypisane poza wizytą dla chorych leżących w szpitalu, musiał je podpisać przełożony infirmerii. W wypadku recept dla osób spoza szpitala był wymagany podpis *maestro di casa*, recepty dla dzieci porzuconych zaś firmował komisarz lub inspektor szpitala<sup>71</sup>. Na mocy dekretu wizytacyjnego z 1806 r. lekarstw z apteki szpitalnej nie mógł pobierać nikt z zewnątrz, jak tylko osoby osobiście zajmujące się chorymi lub wpisane na listę szpitalną<sup>72</sup>.

Jak wspomniano, wyrabianie lekarstw, zapisywanie ich na receptach i ich dozowanie wymagało dużej odpowiedzialności i dyscypliny. Z tego względu pomocników i nowicjuszy aptekarskich podano ścisłemu nadzorowi przełożonego, zobowiązano też do przestrzegania regulaminów, normujących ich zachowanie i zakres obowiązków. Musieli odnotowywać wyraźnym pismem lekarstwa przepisane przez medyków w czasie wizytacji i – co najważniejsze – nie pomieszać ich. Zdarzało się bowiem, że sami nie mogli odczytać tego, co zapisali. Mieli zachować czujność przy komponowaniu w laboratorium leków, środków przeczyszczających, syropów, maści i innych specyfików. Zabronione były spotkania i konwersacje z pozostałą służbą w szpitalu, a jeśli z obowiązku musieli to czynić, to po szybkim załatwieniu spraw mieli niechybnie powrócić do swoich czynności. Każdy z nich, co tydzień na zmianę, pełnił dyżury w dwóch gwardiach, raz w samej aptece, innym razem w laboratorium przy wyrabianiu leków. Pod żadnym pozorem nie mogli zejść z dyżuru, chyba że na polecenie głównego aptekarza. Ci, którzy w danym dniu nie dyżurowali, także nie mogli się oddalać z apteki, by móc służyć pomocą w każdej chwili na wypadek potrzeby. Jedynie

---

<sup>69</sup> ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi nell'Arcispedale ... 1654*, s. 79-80; ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi dagl' Officiali ... 1654*, s. 46-47; ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 192-194.

<sup>70</sup> ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi nell'Arcispedale ... 1654*, s. 79-80; ASR, nr 1409, *Regole da osservarsi dagl' Officiali ... 1654*, s. 46-47; ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 192-194. Zob. też: P. DE ANGELIS, *La Spezieria*, s. 118-120, 100.

<sup>71</sup> ASR, nr 18, *Regole da osservarsi ... in Roma MDCCLI*, s. 98, 197.

<sup>72</sup> ASR, nr 1409, *Commissione Amministrativa ... 1810*.

w lecie jeden z nich miał prawo wyjść na spacer po zakończeniu pracy. Podobnie było w dniach świątecznych, gdy po wypełnieniu obowiązków, na zmianę połowa rano, pozostali po południu, mieli prawo wyjść na zewnątrz, byli jednak zobowiązani wrócić do apteki nie później niż o drugiej w nocy<sup>73</sup>.

Powinnością każdego pełniącego służbę w danym tygodniu było zamieszczenie apteki rano przed wizytą, a także przygotowanie oświetlenia na wieczór. Nie mogli wydawać czegokolwiek z apteki służbie szpitalnej bez recepty lekarza, chyba że w przypadkach nadzwyczajnie ciężkich. Po przygotowaniu leków zanosili je w gondoli do szpitala i dostarczali kapralowi gwardii z zaznaczeniem liczby słoików. Ten przekazywał je następującemu po nim kapralowi gwardii od syropów, który polecał swoim podwładnym rozdzielanie lekarstw chorym, potem puste słoiki kładziono do gondoli i odnoszono do apteki. Nie wszystkie jednak wracały w komplecie. Część słoików z lekami dostarczonymi rano i wieczorem do infirmerii ginęła, ponieważ członkowie gwardii po rozdaniu lekarstw zostawiali słoiki pod łózkami, przez co jedna trzecia z nich była rozkradana. Występowały też inne nieprawidłowości, mianowicie tragarze dostarczali do szpitala każdego ranka wodę dla chorych, gromadząc ją w beczce ustawionej w aptece. Było to wygodne dla zakonników przychodzących do szpitala z posługą religijną, ale uciążliwe dla pacjentów, którzy nieustannie przychodzili po wodę, co sprawiało, że apteka była zawsze pełna postronnych, niepożądanych osób<sup>74</sup>.

Tak jak szpital-infirmeria realizował podwójną misję – leczniczą i edukacyjną, również w aptece występowała dwoistość zadań i celów. Od drugiej połowy XVII w. apteka przestała być tylko wytwórnią i przechowalnią leków, lecz stała się również agendą kształcąca przyszłych aptekarzy. Nastąpiło to wraz z utworzeniem przy Szpitalu Świętego Ducha praktycznej szkoły farmaceutycznej. Inicjator tego przedsięwzięcia, komendant Virgilio Spada ustalił jednocześnie liczbę siedmiu farmaceutów, którzy mieli być zatrudnieni w aptece; i ta liczba w przyszłości w zasadzie pozostała niezmienna. Przekształcając aptekę w instytucję edukacyjną, wzorował się na służbie szpitalnej, która opiekując się chorymi, jednocześnie uczyła się chirurgii<sup>75</sup>. Wymieniając liczbę farmaceutów, przełożony miał zapewne na myśli również pomocników aptecznych, którzy byli „studentami” uczącymi się rzemiosła aptekarskiego, podobnie jak służba studencka w szkole chirurgicznej.

Naukę farmacji, a zwłaszcza zdobywanie wiedzy o lekach i specyfikach leczniczych ułatwiały różne poradniki i katalogi. Chcąc zachęcić do nauki i badań specjalistów farmakologicznych, lekarz Pietro Castelli wydał w 1675 r. *Memoriale per lo Speziale Romano* („Memoriał aptekarza rzymskiego”), w którym skrupu-

<sup>73</sup> ASR, 3092, *Visita fatta nell'Archiospedale*

<sup>74</sup> Tamże.

<sup>75</sup> P. DE ANGELIS, *La Spezieria*, s. 79, 106.

latnie wskazywał najodpowiedniejszy czas do zbierania i suszenia korzeni, traw, kwiatów, owoców i nasion. Twierdził, że każdego miesiąca aptekarz powinien spędzać czas na równi w aptece, jak i w terenie na zbieraniu wytworów przyrody w celu optymalnego zaopatrzenia apteki. Korzystali w końcu na tym sami medycy, ponieważ zamawiając u aptekarzy leki dobre i doskonale przyrządzone, mogli skutecznie leczyć chorych, z zyskiem i sławą dla siebie. Ten sam autor wydał kalendarz, w którym pokazywał, jakie i w jaki sposób należy zbierać komponenty naturalne po kolei w każdym z dwunastu miesięcy, uwzględniając przy tym znaki niebieskie i stan księżyca. Skonkludował go też poetyckim dwuwierszem, że wszystko należy zbierać przy spadającym księżycu, bo gdy czynić się to będzie przy rosnącym księżycu, zbiory będą gniły<sup>76</sup>.

Biorąc pod uwagę zawartość treściową tych poradników, procedurę wytwarzania leków, rodzaj używanych komponentów i sposób ich pozyskiwania, można powiedzieć, że pomimo dokonującego się postępu ówczesne oficjalne aptekarstwo nadal opierało się na lecznictwie ludowym, specyfikach naturalnych, wytworach przyrody, przy wykorzystaniu astrologii, czasem nawet o zabarwieniu tajemnym i magicznym. Należy pamiętać, że mieszcząca się przy infirmerii sławnego Szpitala Świętego Ducha w Rzymie apteka była tą najważniejszą i najlepiej zaopatrzoną, obsługującą w ciągu roku kilkanaście tysięcy pacjentów, w związku z czym miała charakter awangardowy i innowacyjny. W czasie rządów napoleońskich (1809-1814) książę Camillo de Tournon, uważając Szpital Świętego Ducha za najważniejszy tego typu instytut w Europie, podporządkował inne apteki klasztorne istniejącej w nim aptece, której nadał status i nazwę apteki generalnej. Wyjątek uczynił tylko w stosunku tylko do apteki bonifratrów, której przełożony był jego przyjacielem i doradcą<sup>77</sup>.

---

<sup>76</sup> Tamże, s. 106-113.

<sup>77</sup> Tamże, s. 133.



## ZAKOŃCZENIE

Niniejsza publikacja powstała dzięki grantowi w programie „Doskonała Nauka”. Stanowi zapis owoców kilkuletnich badań nad leczniczo-medyczną funkcją rzymskiego Szpitala Świętego Ducha, prowadzonych w ramach projektu badawczego NCN-u. Sama w sobie jest pierwszą monografią ujmująca całościowo wszystkie, bardzo rozbudowane, różnorodne aspekty funkcjonowania tej ogromnej instytucji, przypominającej, jak pisze amerykańska badaczka Eunice Howe, „wielkie – idealne miasto”. Jest też dopełnieniem wcześniejszych badań autora, dotyczących drugiej, opiekuńczej części tego szpitala – *brefotrofium*, przeznaczonej dla dzieci porzuconych. Razem wzięte tworzą integralną całość, obejmującą dwie odrębne, ale znajdujące się w tym samym kompleksie instytucje. To przedsięwzięcie wypełniające białą plamę, niemające precedensu ani we włoskiej nauce historycznej, a nawet w wymiarze powszechnym.

W stosunku do pierwotnej wersji projektu, który miał dotyczyć tylko XVIII w. (w nawiązaniu książki o *brefotrofium*), zakres czasowy badań rozszerzono ostatecznie o wcześniejsze stulecie, czyli o wiek XVII. Dzięki temu łatwiej było śledzić np. postęp w badaniach empirycznych, porównać stan medycyny w epoce racjonalizmu i oświecenia, obserwować ewolucję sztuki medycznej i chirurgicznej, zmiany w potrydenckiej polityce papieży w stosunku do „nowoczesnej medycyny” i ich stosunek do świeckich stowarzyszeń i akademii naukowo-badawczych. Z kolei górną granicę rozważań w sposób naturalny wyznacza koniec wieku XVIII, a w praktyce przełom tego stulecia z następnym, a więc czasy napoleońskie, zbieżne z kształtowaniem się współczesnego pojęcia opieki i szpitala-lecznicy, ich sekularyzacją i upaństwowieniem. Tyle tylko, że niektóre z tych procesów zachodziły już w średniowieczu w szpitalach rzymskich, w tym w Szpitalu Świętego Ducha, które już wtedy były instytucjami zarazem kościelnymi, jak i państwowymi, a to ze względu na podwójny charakter Państwa Kościelnego i rolę papieży, reprezentujących jednocześnie władzę religijną i państwową. Tak też „archiszpital” duchaków od zarania swoich dziejów, fundowany przez papieża i pozostający pod ścisłym protektoratem Stolicy Apostolskiej, był zawsze, aż do zjednoczenia Włoch w 1870 r., instytucją państwową, podlegającej głowie państwa – papieżowi i jego strukturom rządowym



– Kongregacjom i Kurii Rzymskiej. Z drugiej strony, gdy inne duże szpitale europejskie traciły szybko w XIX w. kościelne oblicze, infirmeria nadtybrzańska jeszcze przez wiele dziesięcioleci utrzymywała właśnie taki charakter.

Analizom poddano wszystkie problemy związane z funkcjonowaniem infirmerii, które składają się na kompleksowy i wierny obraz leczniczej i edukacyjnej funkcji Szpitala Świętego Ducha. Wszystkie one są konieczne i ważne, jako elementy składowe, do odtworzenia i zaprezentowania całościowej „konstrukcji” instytucji, która tak znakomicie działała i prezentowała niespotykany nigdzie indziej poziom w zakresie terapeutycznym i kształcenia adeptów chirurgii. Wyjątkowy, nie tylko ze względu na wielkość budowli, liczbę i różnorodność personelu duchownego, medyczno-chirurgicznego, paramedycznego, pielęgniarskiego i usługowo-gospodarczego, ale nade wszystko przez fakt ogromnego wpływu papieży i Kurii rzymskiej na jego funkcjonowanie. Z tego powodu był on niepowtarzalny i jedyny w Europie i na świecie, i choćby z tego względu awangardowy.

Jakkolwiek opracowanie, jako całość, ma charakter pionierski, to jednak wśród omawianych bloków tematycznych są takie, które z punktu widzenia nowatorstwa zasługują na szczególne wyeksponowanie. Są też takie, które były już przedmiotem badań i mają stosunkowo „niezłą” literaturę naukową, lecz włączono je do analiz w celu uzyskania komplementarnego obrazu instytucji. Do tych drugich należy historia, struktura i architektura szpitala, apteka, akademia i Biblioteka *Lancisiana*, personel medyczny i chirurgiczny. Mimo to, prezentując te aspekty w oparciu o publikacje, starano się je uzupełnić i wzbogacić pewnymi nowymi odkryciami źródłowymi.

Gdy zaś chodzi o pierwsze odkrywcze problemy, należy zacząć od opracowania wielkiego zbiorowiska pensjonariuszy: ich liczebności, wieku, wyznania, pochodzenia społecznego i geograficznego, ruchu chorych, czasu hospitalizacji, przepływu między szpitalami, częstotliwości epidemii, rodzajów i uwarunkowań społecznych chorób, izolacji zakaźnie chorych, śmiertelności, skuteczności terapii, przyczyn zgonów, sporządzania testamentów. W szpitalu w 90% dominowali pacjenci z różnymi rodzajami gorączek powodowanych wszechobecną w tym regionie malarią, która jednak nie powodowała zbyt wysokiej śmiertelności, w przeciwieństwie do gruźlicy i tyfusu, dziesiątkujących populację szpitalną w sposób bezwzględny. W sumie szpital w skali gólnostatystycznej nie był, jakby się wydawało, na owe czasy „umieralnią”, lecz placówką bardzo efektywną w kuracji. Wśród pacjentów nie znaleziono innowierców, być może sporadycznie ukrytych w anonimowej masie hospitalizowanych, często za to przebywali w nim cudzoziemcy, prawdopodobnie w dużym stopniu ubodzy

wędrowcy i pielgrzymi podążający do „świętego i pełnego miłosierdzia” Rzymu. Znamienna była „pauperyzacja” pacjentów, szpital bowiem, z wyjątkiem maego pomieszczenia dla nobilitowanych i duchownych oraz wewnętrznego szpitala dla rannych i chorych chirurgicznie, był przeznaczony dla ludzi niezamożnych i biedoty, gdyż przedstawiciele wyższych stanów leczyli się w swoich domach, korzystając z pomocy prywatnych medyków.

Nowością na tle dotychczasowej historiografii jest zwrócenie uwagi na edukacyjną rolę Infirmierii Świętego Ducha, która miała szereg instytucji wewnętrznych o celach oświatowych, kształcących i przygotowujących młodych mężczyzn do zawodu chirurga. Szpital Świętego Ducha był też placówką naukową z zespołem sławnych medyków i chirurgów – profesorów, lektorów, twórców traktatów z zakresu medycyny, pełniących jednocześnie funkcje terapeutyczne wobec chorych, edukacyjne wobec pracujących studentów oraz kliniczno-badawcze. Stanowił centrum kultury i nauki, gromadzące unikatowe księgozbiory medyczne, przyciągające do swej Akademii *Lancisiana* wybitnych luminarzy rzymskiej i włoskiej nauki różnych dyscyplin. Znakomicie odrestaurowany Teatr Anatomiczny, akademia chirurgiczna, przemianowana potem w szkołę chirurgii, setki pacjentów o różnych schorzeniach, umożliwiających prowadzenie obserwacji i doświadczeń klinicznych, przyciągała do pracy znanych lekarzy, a także kandydatów na studia chirurgiczne z całych Włoch i nie tylko. Na szczególną uwagę zasługuje, nieopisany nigdzie wcześniej, unikatowy, dualny system wykorzystania męskiego personelu pielęgniarskiego, który oprócz podstawowej pracy z chorymi był zobligowany do równoczesnej kilkuletniej nauki w szkole chirurgicznej, przygotowującej do zawodu. Co ciekawe, praca w szpitalu nie mogła być długoterminowa, obejmowała tylko nie dłuższy niż dziesięcioletni okres kształcenia, ponadto pielęgniarze mieli obowiązek ciągłego awansu w swojej wewnętrznej skomplikowanej i rozbudowanej hierarchii.

Pionierski charakter mają rozważania dotyczące życia religijnego i sakramentalnego oraz rola spowiedników, zobowiązanych także do katechizacji chorych, którzy w większości niewykształceni i nieumiejący pisać, wykazywali się niemal całkowitą ignorancją, gdy idzie o nawet podstawy wiedzy katolickiej. W tym aspekcie objawiła się kolejna ważna, edukacyjna rola szpitalnej lecznicy, tym razem duszpastersko-misyjna, zrozumiała w kontekście potrydenckiego posłannictwa Kościoła. Na podkreślenie zasługuje niezbadana dotąd, charakterystyczna dla Infirmierii Świętego Ducha, obecność tzw. kapłanów protektorów polecających duszę Bogu. Zwrócono też uwagę na nieprzestrzeganie pierwotnej reguły przez kanoników Świętego Ducha i sukcesywne wycofywanie się z po-

sługi pielęgnacyjno-opiekuńczej, a nawet duszpasterskiej, co zmuszało władze szpitala do korzystania z pomocy duchownych i zakonników z zewnątrz, z innych zakonów i zgromadzeń zakonnych.

Nikt, jak dotąd, nie poświęcał dokładniejszej uwagi zagadnieniom transportu chorych do szpitala oraz procedury ich przyjmowania i wypisywania, ceremonii chowania zmarłych, jak też życia codziennego, szczególnie rozkładowi dnia i warunkom higieniczno-sanitarnym. Wszystkie te zagadnienia znalazły szczegółowe omówienie w prezentowanej pracy, w konsekwencji wypełniają niedobór badań lub wypełniają całkowity ich deficyt w tych kwestiach, i to nie tylko odnoście do Infirmierii Świętego Ducha. Stwierdzenie to dotyczy jeszcze bardziej sposobów leczenia, stosowanych medykamentów, etiologii chorób, i ich nasilania lub słabnięcia w zależności od pór roku

Przeprowadzone kwerendy archiwalne i biblioteczne pozwoliły spojrzeć na badany problem w sposób ambiwalentny – z jednej strony dostrzec dzisiejszy postęp w poziomie opieki, wiedzy medycznej i farmakologicznej, ograniczeniu umieralności chorych, technice diagnozowania czy medykalizacji, z drugiej zaś wykazać, jak „nowoczesny” na owe czasy pod względem leczniczym był szpital rzymski, już wtedy przyjmujący formę dzisiejszej kliniki. Od początku stawiano pytanie, czy szpital nadtybrzański w owym czasie był już kliniką, a może tylko zdradzał jej znamiona. Nie był wprawdzie prawdziwym uniwersytetem, tak jak *Sapienza*, posiadająca wydział medycyny i katedrę chirurgii, Istniały w niej za to instytucje kształcące przyszłych chirurgów z szeroką kadrą dydaktyczną – profesorską, uczyli się też w niej studenci, obserwując i uczestnicząc w pokazach i konkursach anatomicznych, praktykowali na miejscu sekcje zwłok i zabiegi paramedyczne (takie jak upuszczanie krwi i inne). Była to dla nich klinika, w której naukę teoretyczną weryfikowali działaniami praktycznymi, podobnie jak dla uczących w niej i pracujących w szpitalu lekarzy i chirurgów, mających doskonale warunki do obserwacji i badań klinicznych.

Pomimo imponujących zasobów źródłowych, zdeponowanych w *Archivio di Stato di Roma* (ASR), nie można tak do końca jednoznacznie odpowiedzieć, w jakim stopniu infirmeria rzymska, stosująca innowacyjne i prekursorskie rozwiązania w leczeniu chorych, dysponująca elitą lekarzy i chirurgów, często zatrudnionych jednocześnie na dworze papieskim i w Kurii watykańskiej, miała inspiracyjny i modelowy wpływ na rozwój medycyny i kształtowanie się nowoczesnego szpitala europejskiego. Niewątpliwie owo oddziaływanie było obustronne. Z jednej strony pozycja i prestiż szpitala papieskiego ściągały do Rzymu wielkie sławy medyczne, z drugiej zaś strony profesorowie, lekarze, zwłaszcza chirurdzy, z praktyką w Szpitalu Świętego Ducha byli poszukiwani

w całych Włoszech i ogólnie w Europie, wędrowali po innych szpitalach, dworach i zamkach książęcych i patrycjuszowskich. Występujące w źródłach informacje, że ludzie z bardzo daleka, z różnymi dolegliwościami zdrowotnymi zdążali do szpitala papieskiego, bo są tam najlepsi medycy, uwiarygodnia szpital kanonicki jako awangardowy, a już największą laurkę i panegiryczne opinie wystawił szpitalowi papieskiemu sam Marcin Luter, którego trudno posądzać o sympatie do Stolicy Apostolskiej. Bezwzględnie do Szpitala Świętego Ducha, poprzez rozbudowane kontakty dyplomatyczne, szybko docierały wszelkie europejskie nowinki medyczne, a on sam wysyłał też swoich młodych lekarzy i chirurgów na naukę i praktykę za granicę, np. Carlo Guattanigo (późniejszą sławę chirurgii) do Paryża.

Pomimo opóźnień w początkowej fazie realizacji projektu, wynikających z obiektywnych uwarunkowań związanych z pandemią COVID-19 (niemożność wyjazdów, zamknięte archiwa i spowolniona procedura korzystania z nich), dzięki przedłużeniu czasu realizacji grantu udało się wypełnić postawione cele badawcze. Praktycznie wszystkie tematyczne punkty, pytania i kwestie zawarte w rozbudowanym kwestionariuszu badawczym zrealizować w całości, a tylko w pojedynczych przypadkach, gdy dokumenty nie dawały pełnych i spodziewanych wiadomości, problem zasygnalizowano lub przedstawiono hipotetyczne refleksje. To, że udało się wyczerpać zaplanowaną problematykę i cele, wynikało to faktu, że przygotowując wniosek, autor miał z dawniejszych kwerend już dość pokąźną orientację w zasobach archiwalnych i ich treści, aby móc uzyskać odpowiednie informacje i odpowiedzi na postawione problemy. Czasami okazywało się, że źródła mówiły więcej, niż się spodziewano, w związku z tym można było jeszcze bardziej rozszerzyć katalog problemów badawczych i sformułować nowe pytania, takie jak przykładowo:

- na ile szpital był zapleczem i kliniką dla wydziału medycznego uniwersytetu *Sapienza*?
- jakie były związki między obu instytucjami?
- na jakich zasadach profesorowie uniwersyteccy pracowali w szpitalu?
- czy i jakie zmiany następowały w sposobie leczenia na przestrzeni dwu analizowanych stuleci?

Spróbowano więc odpowiedzieć, czy można było mówić procesie przechodzenia od średniowiecznej medycyny tradycyjnej (zielarsko-ludowej, stosującej naminnie upuszczanie krwi i pijawki) do kuracji prawdziwymi, nowymi lekami (np. zastosowanie chininy czy pierwsze szczepienia).

W ostatecznej konkluzji można stwierdzić, że w wyniku realizacji projektu został osiągnięty najważniejszy jego cel, a mianowicie powstało pierwsze całościowe studium instytucji ważnej dla ogólnoeuropejskiej kultury. Łącząc go z wcześniejszą monografią, dotyczącą drugiej części Szpitala Świętego Ducha w Rzymie, czyli *brefotrofium*, można powiedzieć, że historiografia powszechna doczekała się pełnego opracowania największej w dawnych czasach instytucji szpitalno-charytatywnej w dwu wymiarach jej działalności: medyczno-leczniczej (przy tym także edukacyjnej) oraz opiekuńczej (przytułkowo-hospicyjnej)

Zagadnienie opieki nad chorymi i ich leczenia należy do bardzo ważnych problemów kultury ogólnoeuropejskiej i ogólnoswiatowej. O znaczeniu tego problemu świadczy nieprzerwana debata społeczna w poszczególnych państwach, dotycząca systemów opieki szpitalno-medycznej i ich ulepszania. Dlatego poznanie form rozwoju sztuki leczniczej i ewolucji szpitala od średniowiecznego hospicjum do nowoczesnego typu takiej placówki – kliniki medycznej – stanowiło intrygującą potrzebę duchową oraz ważne wezwanie naukowe. Tym ważniejsze, że historia medycyny instytucjonalnej stanowi mało popularną subdyscyplinę w badaniach historycznych. Dlatego opracowanie bardzo ważnej w rozwoju medycyny i lecznictwa, placówki rzymskiej wzbogaciło historiografię powszechną, będzie miało wymiar uniwersalny i humanitarny. Wzbogaciło historię społeczną (szkoła *Annales*), historię Kościoła (papieżstwa i zakonów), historię medycyny, zapełnia wspomnianą lukę badawczą, daje asumpt do dalszych analogicznych badań nad historią innych, znaczących szpitali europejskich i poziomu rozwijanej w nich sztuki medycznej.

Opracowanie, które powstało dzięki realizacji projektu badawczego, jest pierwszą monografią, która tak szczegółowo ukazuje całokształt działalności szpitala pełniącego funkcję lecznicy, największego i najsławniejszego, który był ewenementem pod względem wielości agend w swojej strukturze, a także osobliwej, bo papieskiej administracji. Już z tego względu powinna stanowić pewien model i punkt odniesienia przy badaniach jakiegokolwiek instytucji charytatywnej, w tym wypadku o zadaniach leczniczych, a dodając wcześniejszą monografię autora o podrzutekach, także opiekuńczych. Teoretycznie Szpital Świętego Ducha w Rzymie był zaplanowany jako wzorcowy, zapewniający chorym najlepszą opiekę i warunki kuracji. Dzięki konfrontacji z infirmerią rzymską duchaków można będzie dostrzegać skalę innych szpitali i proporcje między nimi w czasach nowożytnych, nie tylko pod względem struktury budowlanej, ale przede wszystkim standardów leczenia oraz warunków codziennego życia hospitalizowanych.

Po powstaniu monografii dotyczącej historii Szpitala Świętego Ducha w Rzymie w okresie nowożytnym należałoby postulować stworzenie podobnego całościowego opracowanie tej dobroczynnej instytucji w czasach średniowiecza, gdyż dotychczasowe publikacje na ten temat są jeszcze bardziej ubogie i rozproszone, niż dla okresu późniejszego. W tym jednak wypadku pewne ograniczenie stanowi mniejszy zasób dokumentacji archiwalno-źródłowej, zwłaszcza tej dotyczącej spraw wewnętrznych szpitala, utraconej wraz ze zniszczeniem pierwotnej budowli szpitala.





## BIBLIOGRAFIA

### 1. ŹRÓDŁA

#### **ASR – Archivio di Stato di Roma**

##### **(Archivio dell'Archiospedale di S. Spirito)**

- nr 1410, *Alcuni regolamenti per i Caporali, e Giovani serventi agl'infermi.* (d).
- nr 1296, *Atti della Visita Cardinal Acciajoli de'15 giugno 1679*, w: *Notificazione sopra diversi oggetti concernenti l'osservanza regolare de'RR. Canonici dell'Ordine di S. Spirito, in Roma MDCCCXV* (dalej cyt. NSDO), s. 29-30.
- nr 1296, *Atti della Visita del Cardinale Porzia de'22 settembre 1737*, w: NSDO, s. 34-35.
- nr 1409, *Atti della Visita dell'Eminentissimo Signor Cardinal Petrucci de 23 agosto 1696*, w: *Notificazione sopra varie disposizioni riguardanti il retto regime, governo, ed administratione dell'Apostolico Archiospedale di Santo Spirito, in Roma MDCCCXV*, (dalej cyt. NSVD), s. 81-82.
- nr 1296, *Atti della Visita di Monsignore Scotti vescovo di S. Donnino de' 2 ottobre 1652*, w: NSDO, s. 17.
- nr 168, *Aviso. Archiospedale di Santo Spiurito in Sassia di Roma. 1798* (r).
- nr 161, *Aviso per il concorso alla carica del medico assistente soprannumero nell'Ospedale* (r).
- nr 161, *Avviso per il concorso dei Giovani Studenti di chirurgia da ammittersi nello Ospedale* (r).
- nr 1410, Benedictus PP. XIV, *Reverendissimo Cardinale Gentili Visitatore Apostolico dell'Archiospedale e Banco di S. Spirito* (r).
- nr 1410, *Benefici fatti nello Spedale di S. Gallicano dalla Santita di Nostro Signore Papa Benedetto XIV felicemente regnato. 1751* (r).
- nr 1305, *Bilancio dei lavori del Conservatorio*, w: *Notificazione sopra varie providenze riguardanti il regolamento e buon'ordine del Conservatorio di S. Spirito. In Roma* (dalej cyt. NSVP), s. 85-86.

---

\* Brak dat rocznych w niektórych dokumentach oznacza, że nie zostały one w oryginale podane. We wszystkich przypisach podano skrótową wersję tytułu źródeł – taką skrótową wersję zastosowaną w przypisach wyznaczają w zestawieniu bibliograficznym podkreślenia.

- nr 7, *Breve di Scomunica contro gli estrattori del libri in detta de febbraio 1714, fatto incidere in marmo, ed affiggere sopra la porta dentro il vestibolo della Libreria del tenore, che siegue. Clemens Papa XI.*
- nr 1409, *Breve di facoltà per la matricola in chirurgia* alli giovani colla risoluzione del caso, Pius VI, 1780, w: NSVD, s. 284-287.
- nr 1409, *Breve ragguaglio de'benefici fatti al Sagro, ed Apostolico Archiospedale di S. Spirito ... da G. B. Ferrini ... incominciando dall'anno 1728, sino al corrente anno 1759*, w: NSVD, s. 127-136.
- nr 1296, *Breve Regole o Capi di avvertimento per li Novitij del Nostro Ordine di S. Spirito destinti in dieci Capitoli Virginio Spada Commendatore 1661.*
- nr 1410, *Breve Sommario delli privilegi, essentioni, et indulgenze, concesse da diversi Sommi Pontefici al Archiospedale di S. Spirito in Saxia din Roma, et suoi membri, 1647.*
- nr 1, *Bullarium S. Spiritus in Saxia de Urbe. 1752.*
- nr 4, *Canonici – Scritture spettanti a medissimi.*
- nr 163, *Cappuccini. Decreto per li medessimi assistenti In qualità di Capellani nell'Ospedale.*
- nr 3092, *Catalogo delli strumenti di cerusia per uso nell'Apostolico Archiospedale di S. Spirito ... commessi dal Cardinal Gentili Visitatore Apostolico e dal Monsignor Pallavicini Patriarca d'Antiochia, e Commendatore ... a Carlo Quattani cerusico primario de medesimo Archiospedale, mentre trovasi in Parigi l'anno 1747.*
- nr 1408, *Clemens PP. XII, Motu proprio 1730.*
- nr 1409, *Commissione Amministrativa degli Ospedali seduta 25 settembre 1810. Decreto per il regolamento dell'Ospedale di Santo Spirito in Sassia di Roma.*
- nr 3101, *Congregazioni tenute sopra l'interessi dell'Archiospedale di S. Spirito. (r).*
- nr 3096, *Consumi della robba della Dispensa maggiore per anni 1734, 1735, 1736. (r).*
- nr 1409, *Costituzioni et ordini per il buon governo dello studio di chirurgia. 1677. Francesco Maria Febei, w: NSVD, s. 59-63.*
- nr 1409, *Decreti dei 5. maggio 1703 sugli serventi*, w: NSVD, s. 82.
- nr 1409, *Decreti di Visita dell'Eminentissimo Cardinal Acciaiuoli 15 Giugno 1679*, w: NSVD, s. 63-68.
- nr 1409, *Decreti fatti da altri Visitatori Apostolici sotto li 2. Ottobre 1752, li quali la Sagra Congregazione conferma e rinnova.* w: NSVD, s. 68-72.
- nr 1409, *Decreti per l'ospedale in occasione di sospetto contagioso de'5 gennaio 1691*, w: NSVD, s. 79-80.
- nr 1409, *Decreto che non si mettano gl'ammalati nelli granari alla salita di S. Onofrio*, w: NSVD, s. 78.
- nr 152, *Decreto del Canonico Card. Giuseppe Maria Castelli Commendatore sopra l'ufficio degli Signori Canonici Primo Commissario e Secondo Commissario dei Proietti 1759.*
- nr 1409, *Decreto di elezione. Giuseppe Maria Castelli Commendatore, 1759*, w: NSVD, s. 239.

- nr 160, *Decreto di Monsig. Commendatore per lo Spedale di S. Giacinto* (r).
- nr 1296, *Decreto di Visita del Cardinale Francesco Carafa de'20 marzo 1801*, s. 58-61.
- nr 1409, *Decreto intorno al modo, che deve tenersi nel, doversi fare le fedi di quelli, che muoiono nell'ospedale*, w: NSVD, s. 279-280.
- nr 1409, *Decreto per la mancanza delle robe dell'Ospedale. Giuseppe Maria Castelli 1759*, w: NSVD, s. 213-215..
- nr 1409, *Decreto per li giovani, che maltrattano l'infermi. 1758. Giuseppe Maria Castelli*, w: NSVD, s. 202-203.
- nr 1409, *Decreto per li infermi, che muoiono nell'ospedale, e si consegnano per tumularsi in chiesa ove dispongono, 1766, Ludovico Caliano*, w: NSVD, s. 264-265.
- nr 1409, *Decreto per li Quattro giovani soprannumeri con l'uso della sola abitazione, veste, e letto. 1759. Giuseppe Maria Castelli*, in: NSVD, s. 243-245.
- nr 1409, *Decreto per li sacerdoti dell'Archiospedale. D. Sampieri Commendatore 1781*, w: NSVD, s. 288-292.
- nr 1409, *Decreto per L'Ospedale di S. Giacinto, Domenico Sampieri Commendatore*, w: NSVD, s. 283-284.
- nr 1409, *Decreto sopra la frequenza delle Scuole e le pene comminate contro li trasgressori. 1759*, w: NSVD, s. 240-242.
- nr 1409, *Decreto sopra l'elezione de' medici sostituti sporannumeri. 1759. Giuseppe Maria Castelli*, w: NSVD, s. 237-239.
- nr 1409, *Decreto sull'esame dei giovani, Domenico Sampieri, 1783*, w: NSVD, s. 292-293.
- nr 1409, *Decreto sull'esame dei medici primari. 1759, Giuseppe Maria Castelli*, w: NSVD, s. 216-218.
- nr 159, *Deputazione di Chirurgo nello Spedale di S. Maria della Pietà delli Poveri Pazzi di Roma. 1775* (r).
- nr 1322, *Descrizione Generale dei nomi e dell'età di tutte le Zitelle, che si ritrovano presentamente in Conservatorio dell'Archiospedale di S. Spirito in Sassia di Roma, coi nomi, e Partite dei Loro Balj cosi del tempo in cui furono poste nel medesimo, ed annotazioni d'alcune, che hanno imperfezioni varie nei loro corpi, come chiaramente si è osservato sotto governo del Monsignor Antonio Maria Erba commendatore dello stesso Luogo Pio. Il tutto fatto il di 26 Febbraio 1757 alla presenza della Priora, e Maestre delle Scuole per suo preciso comando da me Gio. Battista Ferrini Ispettore dell'Archiospedale e pro Commissario de'proietti.* (r).
- nr 44, *Dimostrazione generale di tutta l'entrata, uscita eccesso della spesa sopra l'entrata utili del Banco appropriati al. Archiospedale, e fruttato alle tenute e feudi.*
- nr 3092, *Disordini, che sono nel Venerabile Arciospedale di S. Spirito.* (r).
- nr 1305, *Distinto ragguaglio delle Zitelle 1778.*
- nr 1296, *Editto, che li fratri dell'Ordine di S. Spirito vadino mattina, e sera a far la carita nell'ospedale agl'infermi 1650*, w: NSDO, s. 12.
- nr 1296, *Editto, che nessuno vada nel parlatorio, ne' alla rota. Girolamo Lanuvio 1651*, w: NSDO, s. 15.

- nr 1409, Editto, col quale si proibisce *alli giovani dell'ospedale di ritornare a casa passate l'ore tre della notte*, w: NSVD, s. 246-247.
- nr 7, Editto da osservarsi *nelli Spedali di Roma per li poveri Infermi di qualsivoglia sorte, in Roma 1736*. (d).
- nr 7, Editto da osservarsi *nelli Spedali di Roma per li poveri Infermi di qualsivoglia sorte, in Roma MDCCXLII*. (d).
- nr 1296, Editto di Monsignor Lanuvio Commendatore de'5 maggio 1651. *Di non accostarsi al Conserwatorio*, w: NSDO, s. 13-14.
- nr 3, Editto di Monsignore Commendatore per li Sostituti dell'Archoospedale, Romualdo Guidi (r).
- nr 1409, Editto di proibizione ai giovani *dell'ospedale d'andare dopo l'ore 24. per li borghi, ed altri luoghi convicini con la veste*, w; NSVD, s. 274-275.
- nr 153, Editto dove si ordina *ai Caporali dell'Ospedale di mettere un uguale numero degl'Infermi a ciascun Medico, come pure di far legare in loro presenza dai Giovani di Guardia li fagotti dei panni dell'Ammalati, 1760*, Ludovico Calino Commendatore (r).
- nr 1296, *Editto Girolamo Lanuvio 1651*, w: NSDO, s. 13.
- nr 165, *Editto et Orario per i Medici, e Chirurghi dell'Ospedale. 1767* (r).
- nr 1409, Editto per il servizio degl'infermi. *Girolamo Agucchio Commendatore 1601*, w: NSVD, s. 9-10.
- nr 79, Editto per i medici, *del 28 agosto 1742, del card. A. Guadagni*.
- nr 1409, Editto per l'esame, *che dovrà farsi in ognun'anno nel mese di febbraio alli givani dell'ospedale sopra l'anatomia prattica, Domenico Sampieri 1781*, w: NSVD, s. 287-288.
- nr 1409, Editto per li caporali *di mettere un eguale numero d'infermi a ciascun medico, e di far lecare in loro presenza dai giovani di guardia li fagotti de'panni de'malati, 1760*. Caliano Commendatore, w: NSVD, s. 245-246.
- nr 1409, Editto per li giovani dell'ospedale sul gioco delle carte, *Romualdo Guidi, 1770*, w: NSVD, s. 283.
- nr 1409, Editto per li sostituti *dell'ospedale, Romualdo Guidi 1771*, in: NSVD, s. 276-277.
- nr 1409, Editto sopra i giovani riguardo alla biancheria, *che prendono dal guardarobba dell'Ospedale, Francesco degl'Albizi 1788*, w: NSVD, s. 298-299.
- nr 1409, Editto sulla custodia delle porte dell'Ospedale, *Ludovico Caliano. 1764*, w: NSVD, s. 255-258.
- nr 1409, Editto sulle smarrimenti *dell'ospedale, Ludovico Calino. 1764*, w: NSVD, s. 253-255.
- nr 1409, Editto sull'orario dell'ospedale, 1767, *Giovanni Potenziani*, w: NSVD, s. 271-272.
- nr 1296, Editto sul non conversare, *ne' introdurre donne in camera. 25 maggio 1651*. *Girolamo Lanuvio Commendatore*, w: NSDO, s. 14.
- nr 1414B, Elenco della Famiglia Medica et Chirurgica *di questo Apostolico Archiospedale di S. S. Spirito di Sassia di Roma*. (r).
- nr 1387, Elenco delle dimostrazioni di anatomia *che faranno gli studenti del Venerabile ed apostolico Arcispedale di Santo Spirito in Sassia ...*, *Roma 1786*. (d).
- nr 1409, Erezione di scuole nello spedale, 1757. *Antonio Maria Erba*, w: NSVD, s. 194-200.

- nr 1388, *Esami dei Givani Medici 1788-1791*. (r). Także księgi nr 1389, 1390.
- nr 1409, *Facoltà concessa agl'inservienti agl'infermi di potersi cibare di carne nei giorni di venerdì, e sabato fra l'anno. 1784*, w: NSVD, s. 293-294.
- nr 1409, *Facoltà di dare le Benedizione in „Articulo Mortis” agl'Infermi. 1744*; w: NSVD, s. 120-121.
- nr 1414, *Famiglia dello Spedale primo gennaio 1767* (r).
- nr 904, *Regolamento per provvedere meglio alla cura dell'Anima, 2 ottobre 1758*.
- nr 61, *Giornale di Memorie delle Cose piu Notabili accadute circa gli affari del Ven. Archiospedale di S. Spirito dai 28 luglio 1758 sino ai dicembre 1759*.
- nr 61, *Giornale. Memorie delle Cose più Notabili accadute circa gli affari del Ven. Archiospedale di S. Spirito dai 28 luglio 1758 sino ai dicembre 1759'* (dokument ten, o identycznej nazwie co powyższy, minimalnie w treści różni się od niego).
- nr 1409, *Illustrissimo Monsignore Pietro De Carolis Patrizio Romano, Arcivescovo di Traianopoli Assistente del Soglio Pontificio [...] Precettore di Santo Spirito, e di tutto l'Ordine, del medesimo Generale Maestro*. (r).
- nr 1387, *Indice delle lezioni e dimostrazioni da farsi nel presente Anno 1769*, Roma 1769 (d).
- nr 130, *Indulgenze concesse alli fratelli e sorelle della Venerabile et Apostolica Arciconfraternità di S. Spirito in Sassia e Compagne Aggregate*.
- nr 1408, *Indulto di Sua Santità concesso alli Giovanni, e Salariati dell'Ospedale, e Casa di Santo Spirito per conseguire il santo Giubileo dell'Anno 1750*.
- nr 1409, *Intorno ai benserventi, 1661*, Virgilio Spada, w: NSVD, s. 40-42.
- nr 1296, *Istruzione, e regole da osservarsi nella nostra Chiesa di S. Spirito in Sassia di monsignor Giovanni Ottavio Bufalini Commendatore de;15 settembre 1749*, w: NSDO, s. 33-39.
- nr 1296, *Istruzione, e regola da osservarsii nella nostra Chiesa di S. Spirito in Sassia di Monsignor Ludovico Calina de'24 aprile 1761*, w: NSDO, s. 40-44.
- nr 1409, *Istruzione formata gia d'ordine della S.M. di papa Innocenzo XI rinnovata dalla Santità di Nostro Signore Papa Clemente XII*, w: NSVD, s. 86-90.
- nr 3092, *Istruzione per il Direttore delle Cose Spirituali del Venerabile Archiospedale*.
- nr 1296, *Istruzione per l'Esercizi Spirituali fatti nella Novenna dello Spirito Santo 1748*.
- nr 1049, *Licenza di udire le confessioni In lingua francese 1664*, w: NSVD, s. 56.
- nr 1405 *Lista dei Giovani esaminati, et approvati nel concorso tenuto avanti Monsignore Pietro de Carolis Arcivescovo di Traianopoli, e Commendatore del Sacro Apostolico Archiospedale di S. Spirito in Sassia di Roma li 5 giugno 1730 per esser ammessi al servizio del medesimo Archiospedale*.
- nr 1409, *L'ordine del Card. Porzia Visitatore Apostolico dell'Archiospedale di S. Spirito ed annessi, e del Monsig. Pallavicini Commendatore del medesimo 1739*.
- nr 3092, *Medicinali non buoni che si sono gettati dalla Spezieria dell'Archiospedale di S. Spirito di Roma*.
- nr 1408, *Memoriale con il rescritto di Sua Santità per le Indulgenze delle Stazioni* (r).
- nr 3092, *Memorie sopra la dimissione de Padri Capuccini del servizio dell'Archiospedale* (b. d. m. w.).



- nr 3092, Metodo di tenersi da Reverendi Sacerdoti Confessori, e Raccomandatori d'Anime nell'Apostolico Archiospedale di S. Spirito in Sassia di Roma nell'amministrare agli Infermi il Santo Sacramento (d).
- nr 152, Metodo da tenersi da Reverendi Sacerdoti Confessori .... (to identyczny dokument co bezpośrednio wyżej).
- nr 1300, Motivi per la subordinazione e dipendenza dell'Archiconfraternità di S. Spirito alla Religione, Casa e Chiesa parrocchiale dal mesesimo Sacro Ordine eretto in S. Spirito in Sassia di Roma.
- nr 168, Nota dei requisiti del Cittadino Bancalari Luigii Chirurgo Romano (r).
- nr 1414, Nota della Famiglia della Casa di S. Spirito di Roma, o provvisione di essa.
- nr 7, Nota delle Persone adette al servizio della libreria, giusta la disposizione do Monsignore Lancisi, e da esso salariate con obbligo d' intervenire alla medesima ore 5 di studio al giorno, non compresi pero I giorni di giovedì e festivi. 1761.
- nr, 1305, Nota di tutte le Zitelle, che sono in Conservatorio, con la distinzione delle scuole, dove sono state allevate, è della loro età tutto l'anno 1742. (r).
- nr 67, Nota di tutti i letti, che si possono mettere nello Spedale Vecchio, e Nuovo, così dei quartieri, e degli ammalati che devono medicare i Signori Medici. Agosto 1750. (r).
- nr 1410, Notificazione del concorso da farsi per la destinazione di uno de' quattro Primairi Medici del Veverabile Archiospedale di San Spirito in Sassia.
- nr 1410, Notificazione. D'ordine ... Antonio Maria Erba ... Commendatore del Sacro Apostolico Archiospedale di Santo Spirito in Sassia di Roma, e di tutto l'ordine di Santo Spirito Maestro Generale. 1755 (d).
- nr 1405, Notificazione. L'Ordine Leandro Porzia Visitatore Apostolico dell'Archiospedale di Santo Spirito, ed annessi, Antonio Maria Pallavicini Arcivescovo di Lepanto, e Commendatore del medesimo Archiospedale. 1738.
- nr 1409, Notificazione per l'Archiospedale, e giovani del medesimo, 1759. Giuseppe Maria Castelli, w: NSVD, s. 193-194.
- nr 157, Notificazione per l'Esercizi Spirituali 1771.
- nr 1409, Notificazione rispetto ai giovani dell'ospedale, I quali non si portano bene nell'esame, Francesco Albizi, 1795, w: NSVD, s. 301-302.
- nr 3092, Notificazione sopra di metodo di tenersi da sacerdoti confessori, e raccomandatori d'Anime per insinuarsi co'moribondi dell'Apostolico Archiospedale di S. Spirito in Sassia. In Roma XDCCCXV, s.9-28.
- nr 1296, Notificazione sopra i dieci capitoli di avvertimenti do Monsignor Spada per li novizj dell'ordine de'Canonici regolari di S. Spirito.
- nr 3092, Notificazione sopra il canonico Sotto-priore dell'Apostolico Archiospedale di S. Spirito in Sassia. Commendatore Antonio Pallotta. Roma 1815.
- nr 1405, Notificazione sopra le barelle, e barellanti, w: NSVD, s. 190-192.
- nr 1409, Notificazione sopra i giovani quali non si portano bene nell'esame e vanno alle scuole dela Sapienza, Francesco Albizi, 1794, w: NSVD, s. 300-301.

- nr 3092, Notificazione sopra il canonico Sotto-priore dell'Apostolico Archiospedale di S. Spirito in Sassia. Commendatore Antonio Pallotta. Roma 1815.
- nr 54, Notizie diverse della Casa di S. Spirito (r. księga oprawna).
- nr 30, Notizie diverse di casa in tempo di Monsig Racagni.
- nr 3098, Notizie riepilogate su fondazione di S. Spirito, w: Ordine di S. Spirito. Commendatori e Canonici. (r).
- nr 1409, Nuovo regolamento per il consumo della carne per l'ospedale, Giuseppe Maria Castelli, 1759, w: NSVD, s. 205-209.
- nr 1305, Offizio della Priora del Conservatorio 1661.
- nr 1409, Ordinazioni decretate dal Cardinale Porzia Visitatore Apostolico per regolamento dell'Archiospedale, e Casa di Santo Spirito in Sassia, 1737.
- nr 1409, Ordinazioni dell'Eminentissimo Porzia 1738, w: NSVD, s. 110-112.
- nr 1405, Ordinazioni stabilite per il buon regolamento del servizio da prestarsi agl'infermi nell'Archiospedale S. Spirito in Sassia nel congresso tenutosi il di 30 giugno 1738 avanti al Cardinale Porzia Visitatore Apostolico coll'intervento del Commendatore di Monsignore Leprotti, de quattro Medici primari, e del Chirurgo primario di detto archiospedale, (b. s.) (r).
- nr 1296, Ordine del Signor Cardinal Francesco Carafa Vsitatore Apostolico dei 20 settembre 1808.
- nr 1409, Ordine, in cui si proibisce alla famiglia la parte in cucina, ma debba andare in refettorio, Francesco degl'Albizi 1788, w: NSVD, s. 299-300.
- nr 1409 Ordine per gli Giovani, che ritengono robba dell'Ospedale non destinata per il proprio uso, w: NSVD, s. 201-202.
- nr 1409, Ordine per il buon servizio dell'Ospedale e che li giovani non strapazzino gli infermi Card. Gentili Visitatore Apostolico 1743, w: NSVD, s. 119-120.
- Nr 1409, Ordine per li fardelli dell'Infermi da riporsi. 1759 Giuseppe Maria Castelli Commendatore, w: NSVD, s. 219-220.
- nr 1409, Ordine sull'indice delle lezioni anatomiche, Romualdo Guidi 1771, w: NSVD, s. 275-276.
- nr 317, Ordini da osservarsi da'reverendi parrochi circa il dar nota de'poveri delle loro parrocchie a monsignor elemosiniere di nostro Signore secondo la mente e ordine di sua Santità. 1698.
- nr 3, Ordini da osservarsi nel'Hospitale dell'Archiospedale di S. Spirito in Saxia per decreto delli Signori Visitatori Apostolici 1652.(r).
- nr 3092, Ordini del Cardinal Antonio Saverio Gentili Visitatore Apostolico di Santo Spirito, e di Antonio Maria Pallavicini Patriarcha Antiochia e Commendatore di detto Luogo Pio. 1749 (r).
- nr 905, Ordini e Decreti della Santa Visita Apostolica. 1737.
- nr 904, Ordini e Decreti fatti dal ... Cardinale Castelli per lo Spedale di S. Spirito nel tempo, che esercitò la carica di Commendatore 1758-1759.

- nr 167, Ordini Noi Francesco Albizi Commendatore del Sagro, ed Apostolico Archiospedale di S. Spirito in Sassia di Roma, e di tutto il Sagro regolare Ordine del medesimo S. Spirito Generale Mestro 1796.
- nr 7, Ordini per il buon regolamento della Libreria del Sacro Pontificio Archiospedale di S. Spirito eretta l'anno 1714. Proposti dal Abate Cristoforo Carsughi Bibliotecario ed approvati dal Giovanni Maria Lancisi Fondatore della medesima. 1718 (r).
- nr 1409, Ordini per il luogo per l'infermi furiosi, Giuseppe Maria Castelli, 1759, w: NSVD, s. 221-222.
- nr 1409, Ordini per li studi di chirurgia, 1765, Ludovico Caliano, w: NSVD, s. 258-262.
- nr 1409, Ordini per lo spedale, Zosimo Valignani, 1724. w: NSVD, s. 85-86.
- nr 1409, Ordini per l'ospedale sullo studio d'anatomia, Romualdo Guidi 1772, w: NSVD, s. 280-282.
- nr 158, Ordini per il Signor Canonico.
- nr 1296, Ordini pubblicati li 7 dicembre 1740 con le moderazioni, che furono indi fatte dal Cardinale Giacomo Lanfredini Visitatore Apostolico.
- nr 1296, Ordini rapporto all'intervento de' canonici nell'oratorio la sera, alla maniera di ricevere i novizi, ed intervorare i tipidi professi, e decreto che tutti debbano andare in refettorio, w: NSDO, s. 21.
- nr 1409, Ordini spora li fardelli delli morti dell'ospedale, w: NSVD, s. 51-52.
- nr 1409, Ordini sulla biancaria per ospedale 1740, w: NSVD, s. 115.
- nr 27, Ospedale di Santo Spirito. Rubricella delli Salariati di S. Spirito. 1658. (r).
- nr 1301, Osservationi fatte sopra le mutationi e novità accadute nella Ven. Casa di S. Spirito in Sassia dell'anno 1700 nell'anno Santo del Giubileo 1750 (r).
- nr 3, Privilegia e Jura pro Archiospedale S. Spiritus in Sassia de Urbe. Tomo XII.
- nr 1296, Privilegi di Monsignor Commendatore.
- nr 1409, Pro-memoria per Signor Cardinale Pallotta pro-tesoriere genertele sul premio della medaglia ... 1784, w: NSVD, s. 297-298.
- nr 1409, Proroga di Assistente. Giuseppe Maria Castelli Commendatore. 1759, w: NSVD, s. 236-235.
- nr 3096, Provisioni della Famiglia dell'Ospedale reformate di poi dal Porzia Visitatore Apostolico. Lista di tutti quelli, che nel Venerabile Archiospedale di S. Spirito sono salariati, che fanno parte, e dell'incerti Loro (r).
- nr 1305, Questo è il modo del vivere, e governare, che fanno le Monache, e Zitelle sue di S. Spirito in Sassia di Roma indegenissime Serve, e Suddite etc. 1660, w: NSVP, s. 17-27. (d).
- nr 3101, Raggioni per le quali L'archiospedale di Santo Spirito non deve ricevere rognosi flussanti, e mali che portano contagio (r).
- nr 1414, Rapporto sugli Stabilimenti dipendenti dalla Commissione Amministrativa degli Ospedali. Per l'anno 1811 (r).
- nr 66, Registro della Famiglia del Venerabile, ed Apostolico Archiospedale di Santo Spirito in Sassia di Roma, 1766. (r).

- nr 89, Registro delle Congregazioni Economiche dal Gennaio 1784 a tutto il 1791.
- nr 151, Regola da osservarsi nella Casa di San Spirito in tempo degli Esercij Spirituali nella Novenna dello Spirito Santo nell'anno corrente 1755 (r).
- nr 1410, Regolamenti riguardanti le Inferme Lancisianenr 1409, Regole da osservarsi nell'Arcispedale di San Spirito in Sassia 1654.
- nr 1296, Regolamento da osservarsi dal Padre presidente e Cappelani cosi disposto e consegnato all'Archivio di questa Pia Casa dall'Monsignor Vincenti 1759.
- nr 1409, Regolamento de quartieri per li raccomandatori delle anime. Giseppe Maria Castelli 1759, w: NSVD, s. 215-216.
- nr 904, Regolamento per provvedere meglio alla cura dell'Anima, 2 Ottobre 1758.
- nr 1409, Regole da osservarsi dagli'Officiali ed altri serventi nello Spedale di S. Spirito in Roma, 1654, s. 41-42 (r).
- nr 1409, Regole da osservarsi nell'Arcispedale di San Spirito in Sassia. In Roma Per Michele Cortellini. 1654 (d).
- nr 18, Regole da osservarsi nel Sacro, ed Apostolico Archiospedale di Santo Spirito in Sassia di Roma. parte Prima, in Roma MDCCLI (d).
- nr 64, Relazione delle Cose della Casa del Eminentissimo Castelli l'anno 1759. (r).
- nr 1409, Relazione delle Cose del Venerabile Archiospedale di Santo Spirito nell'anno 1759 dell'Eminentissimo Signor Cardinal Castelli Procomendatore, w: NSVD, s. 223. Oba źródła są tożsame, z tym że drugie (drukowane) zawiera tylko niektóre teksty z pierwszego (rękopiśmiennego).
- nr 1305, Relazione delle Cose dell'Archiospedale di S. Spirito nell'anno 1759 del ... Cardinal Castelli Pro Commendatore, Castelli l'anno 1759, w: NSVP, s. 146-148.
- nr 1301, Relazione fatta da Ferrini alla S.S. di tutto quello che si è fatto nello Spedale di S. Spirito, e del trasporto dei Rognosi nello Spedale di S. Gallicano con utile. (r).
- nr 7, Relazione in succinto della Libreria Lancisiana esistente in S. Spirito in Sassia di Roma. 1759, s. 117-118. (r).
- nr 168, Republica Romana Una, ed Indivisibile. Ospedale Nazionale di Santo Spirito. 1799. (r).
- nr 167, Requisiti del giovane Franceschi 1797 (r).
- nr 79, Rinnovazione dell'Istruzioni et Avvertimenti per li signori medici deputati a curare i poveri infermi delle Parocchie di Roma, rinovati per ordine della Santità di N. S. Benedetto XIV, del febbraio 1742.
- nr 1414, Ristretto deg'Infermi entrati, partiti, e morti nel Sagro, ed Apostolico Archiospedale di S. Spirito ... anno 1717 ....
- nr 1414, Ristretto deg'Infermi entrati, partiti, e morti nel Sagro, ed Apostolico Archiospedale di S. Spirito ... anno 1720 ....
- nr 1414, Ristretto degli Infermi entrati, partiti e morti nel Sagro, ed Apostolico Archiospedale di S. Spirito ... anno 1723 ....
- nr 1414, Ristretto degli Infermi entrati, partiti e morti nel Sagro, ed Apostolico Archiospedale di S. Spirito ... anno 1724 ....

- nr 1414, Ristretto deg'Infermi entrati, partiti, e morti nel Sagro, ed Apostolico Archiospedale di S. Spirito ... anno 1728.
- nr 1414, Ristretto degli Infermi, entrati, partiti e morti nel Sagro, ed Apostolico Archiospedale di S. Spirito ...anno 1729 ....
- nr 1414, Ristretto degli Infermi, entrati, partiti e morti nel Sagro, ed Apostolico Archiospedale di S. Spirito ...anno 1730 ...
- nr 1414, Ristretto degli Infermi, entrati, partiti e morti nel Sagro, ed Apostolico Archiospedale di S. Spirito ...anno 1731 ...
- nr 1414, Ristretto degli Infermi, entrati, partiti e morti nel Sagro, ed Apostolico Archiospedale di S. Spirito ...anno 1732 ...
- nr 1414, Ristretto degli Infermi, entrati, partiti e morti nel Sagro, ed Apostolico Archiospedale di S. Spirito ...anno 1733 ...
- nr 1414, Ristretto degli Infermi, entrati, partiti e morti nel Sagro, ed Apostolico Archiospedale di S. Spirito ...anno 1734 ...
- nr 1414, Ristretto degli Infermi, entrati, partiti e morti nel Sagro, et Apostolico Archiospedale di S. Spirito ... anno 1736 ...
- nr 1414, Ristretto di tutti gl'Infermi governati nei sequenti anni dalll Spedale di Santo Spirito, Ristretto di tutti gl'Infermi o Famiglia per anni.
- nr 1414, Ristretto degli Infermi, partiti e morti ... sotto il governo Antonio Maria Pallavicini Commendatore ... anno 1743 ...
- nr 1414, Ristretto degli Infermi, partiti e morti ... sotto il governo Antonio Maria Pallavicini Commendatore ... anno 1744 ...
- nr 7, Ristretto del contenuto di dversi chirografi, e decreti, che si onservano nell'Archivio di San Spirito, Memorie d'alcune bolle, brevi, rescritti, prerogative concernenti d'Archiospedale di S. Spirito ed Annessi.
- nr 3096, Ristretto delle robbe comestibili, et altro previsto per servizio dell'Archiospedale di Casa di Santo Spirito, et entrato nella Dispensa di Roma nell'anni 1734, 1735, 1736.
- nr 3096, Ristretto del pane, vino, e comestibi le consumato nella settimana dalla domenica 29 dicembre 1748, a tutto il sabbato 4 gennaro. (r).
- nr 3096, Ristretto delle robbe comestibili [...] nella dispensa di Roma nell' anni 1734, 1745, e 1736 (r).
- nr 1414, Ristretto Generale di tutti gli Infermi, Proietti e Famiglia nel Sacro, ed Apostolico Archiospedale di S. Spirito ... .. l'anno 1747 ... sotto il governo Antonio Maria Pallavicini ... Commendatore ...
- nr 1414, Ristretto Generale di tutti gli Infermi, Proietti e Famiglia nel Sacro, ed Apostolico Archiospedale di S. Spirito ... l'anno 1750 ... sotto il governo Giovanni Ottavio Bufalini ... Commendatore ...
- nr 1414, Ristretto Generale di tutti gl'Infermi, Proietti, Famiglia, loro vitto ... nel Sacro, ed Apostolico Archiospedale di Santop Spirito per lo scorso anno 1756 ... sotto il governo ... Antonio Maria Erba Commendatore ....

- nr 1414, Ristretto Generale di tutti gl'Infermi, Proietti, Famiglia, loro vitto ... nel Sacro, ed Apostolico Archiospedale di Santop Spirito per lo scorso anno 1757 ... sotto il governo ... Antonio Maria Erba Commendatore ...
- nr 1414, Ristretto Generale di tutti gl'Infermi, Proietti, e Famiglia ... nel Sagro, ed Apostolico Archiospedale di S. Spirito ... anno 1767 ... sotto il governo Giovanni Potenziani Commendatore...
- nr 1414, Ristretto Generale di tutti gl'Infermi, e Famiglia nel Sagro, ed Apostolico Archiospedale di S. Spirito ... anno 1771 ... sotto il governo Romoaldo Guidi Commendatore ...
- nr 1414, Ristretto Generale di tutti gl'Infermi, Proietti, e Famiglia nel Sagro, ed Apostolico Archiospedale di S. Spirito ... anno 1772 ... sotto il governo Romoaldo Guidi Commendatore ...
- nr 1414, Ristretto Generale di tutti gl'Infermi, Proietti, e Famigli nel Sagro, ed Apostolico Archiospedale di S. Spirito ... anno 1773 ... sotto il governo Romoaldo Guidi Commendatore ...
- nr 1414, Ristretto Generale di tutti gl'Infermi, Proietti, Famiglia nel Sagro, ed Apostolico Archiospedale di S. Spirito ...anno 1783 .... sotto il governo Domenico Sampier ... Commendatore ...
- nr 141, Ristretto generale di tutto il commestibile somministrato dalla Dispensa Maggiore ... sotto il governo del ... Monsignor Zosimo Valignani ... Commendatore Generale ... dal primo gennaio MDCCXXIV a tutto li XXXI dicembre di detto anno ... in Roma MDCCXXV. (d).
- nr 1414, Ristretto Generale tutti gl'Infermi, Proietti, e Famiglia nel Sacro, ed Apostolico Archiospedale Santo Spirito in Sassia ... anno 1785 ... sotto il governo Francesco Degli Albizi ... Commendatore ...
- nr 1414, Ristretto Generale tutti gl'Infermi, Proietti, e Famiglia nel Sacro, ed Apostolico Archiospedale Santo Spirito in Sassia ... anno 1793 ... sotto il governo Francesco Degli Albizi ... Commendatore ...
- nr 1414, Ristretto Generale tutti gl'Infermi, Proietti, e Famiglia nel Sacro, ed Apostolico Archiospedale Santo Spirito in Sassia ... anno 1803 ... sotto il governo Principe Francesco del Titolo di S. Lorenzo in Lucina della S.R.C. Prete cardinal Carafa ... Visitatore Apostolico.
- nr 1414, Ristretto Generale tutti gl'Infermi, Proietti, e Famiglia nel Sacro, ed Apostolico Archiospedale Santo Spirito in Sassia ... anno 1804 ... sotto il governo Principe Francesco del Titolo di S. Lorenzo in Lucina della S.R.C. Prete cardinal Carafa ... Visitatore Apostolico.
- nr 1414, Ristretto Generale tutti gl'Infermi, Proietti, e Famiglia nel Sacro, ed Apostolico Archiospedale Santo Spirito in Sassia ... anno 1805 ... sotto il governo Principe Francesco del Titolo di S. Lorenzo in Lucina della S.R.C. Prete cardinal Carafa ... Visitatore Apostolico.
- nr 1414, Ristretto Generale tutti gl'Infermi, Proietti, e Famiglia nel Sacro, ed Apostolico Archiospedale Santo Spirito in Sassia ... anno 1806 ... sotto il governo Principe



- Francesco del Titolo di S. Lorenzo in Lucina della S.R.C. Prete cardinal Carafa ... Visitatore Apostolico.*
- nr 1414, *Ristretto Generale tutti gl'Infermi, Proietti, e Famiglia nel Sacro, ed Apostolico Archispedale Santo Spirito in Sassia ... anno 1807 ... sotto il governo Principe Francesco del Titolo di S. Lorenzo in Lucina della S.R.C. Prete cardinal Carafa ... Visitatore Apostolico.*
- nr 1414, *Ristretto Generale tutti gl'Infermi, Proietti, e Famiglia nel Sacro, ed Apostolico Archispedale Santo Spirito in Sassia ... anno 1808 ... sotto il governo Principe Francesco del Titolo di S. Lorenzo in Lucina della S.R.C. Prete cardinal Carafa ... Visitatore Apostolico.*
- nr 1414, *Ristretto Generale tutti gl'Infermi, Proietti, e Famiglia dell' Archispedale Santo Spirito in Sassia per lo scorso anno 1809.*
- nr 1414, *Ristretto Generale tutti gl'Infermi, Proietti, e Famiglia dell' Archispedale Santo Spirito in Sassia per lo scorso anno 1810.*
- nr 1414, *Ristretto Generale di tutto quello che si e amministrato mese per mese l'anno 1744 nel Apostolico Archiospedale di S. Spirito in Sassia di Roma sotto il governo Antonio Maria Pallavicini ... Commendatore ....*
- nr 1414, *Ristretto Generale di tutto quello che si e somministrato mese per mese nel Apostolico Archiospedale di S. Spirito in Sassia di Roma sotto il governo del ... Pietro De Carolis ... Precettore di S. Spirito di Roma ... e di tutto L'Ordine del medesimo generale Maestro. In Roma MDCCXXX.*
- nr 1414, *Ristretto Generale di tutto quello che si e somministrato ... nel Archiospedale di S. Spirito in Sassia di Roma ... sotto il Governo Pietro De Carolis ... In Roma MDCCXXXI.*
- nr 1414, *Ristretto Generale di tutto quello che si e somministrato ... nel Archiospedale di S. Spirito in Sassia di Roma ... sotto il Governo Pietro De Carolis ... In Roma MDCCXXXII.*
- nr 1414, *Ristretto Generale di tutto quello che si e somministrato ... nel Archiospedale di S. Spirito in Sassia di Roma ... sotto il Governo Pietro De Carolis ... In Roma MDCCXXXIII.*
- nr 27, *Rubricella delli salariati e ristretto di diverse tenute (r).*
- nr 901, *Sacre Visite 1592-1734. Ordini della S. Visita per le tenute di S. Spirito Card. Porzia.*
- nr 1414, *Salariati dell'Ospedale descritti in Rollo à parte, che si spedisce, e paga ogni due mesi. 1707 (r).*
- nr 1414, *Salariati si di Città come di tutta la Campagna se. venerabile Archiospedale di S. Spirito. 1706. (r)*
- nr 1409, *Sconcerti trovati nella Dispensa dell'Ospedale, e Ordini stabiliti. w: NSVD, s. 137-140.*
- nr 47, *Stato della Casa dell'Archiospedale di Monsignore. Spada l'anno 1661.*
- nr 1414B, *Stato dell'ufficij, provisioni, e salariati del Ven. Archiospedale di S. Spirito, tanto di Roma quanto di Campagna.*
- nr 44, *Sotto il governo del Sig. Card. Giuseppe Maria Castelli dai 13. VII 1758 ai XII 1759 (r).*

- nr 1414, *Stato nominativo degl'Infermi esistenti nell'Ospedale di Santo Spirito. 1811*, (r).
- nr 3098, *Succinta Notizia del Ven. Archiospedale di Santo Spirito. 1602*.
- nr 1145, *Testamenti dei benefattori e dei ricoverati*.
- nr 1305, *Vestiario, ed altro occorrente per le Zitelle 1778*.
- nr 902, *Visita Apostolica deputata della Santità di N.S. Papa Clemente XII nel Sagro, et Apostolico Archiospedale, Casa, e Banco di S. Spirito in Sassia di Roma, principiata dall'... Signor Cardinal D. Leandro Porzia Visitatore Apostolico, il di 22 settembre 1737*.
- nr 1296, *Visita Apostolica di Clemente VIII de'31 agosto 1592*, w : NSDO, s. 9.
- nr 903, *Visita Apostolica in Santo Spirito, imcominciata l'anno 1737 del mese di settembre e terminata in quello di agosto 1749*. (r).
- nr 3092, *Visita fatta nell'Archiospedale di Santo Spirito di Roma. Ordini dati alla Spezieria*. (koniec lat 40. XVIII w.).
- nr 168, Dokument zaczynający się od słów: *Il Cittadino Michelangelo Girotti ...* (r).
- nr 3092, Dokument zaczynający się od słów: *Volendo noi, che Padri Cappucini ...*
- nr 168, Dokument wystawiony przez archiwistę szpitala zaczynający się od słów: *Il sudetto Cherubini Eustachio ...* (r).
- nr 3099, List księcia Braschi do *Commisione Ammnistrativa degli Ospedali*, w zbiorze „*Buste Miscelanae*”, podzbiórze „*Signoli Ammalati 1811-1813*”.
- nr 3099, List księcia Braschi do wiceprezydenta *Commisione Ammnistrativa* księcia Chigi w zbiorze „*Buste Miscelanae*”, podzbiórze „*Signoli Ammalati 1811-1813*”.
- nr 3099, List senatora Aledoville do wiceprezydenta *Commisione Ammnistrativa* księcia Chigi w zbiorze „*Buste Miscelanae*”, podzbiórze „*Signoli Ammalati 1811-1813*”.
- nr, 3192, Nietytułowana, rękopiśmienna księga sumaryczna w podzespole „*Statistica di infermi e rispettive infermità*”. Dalej cyt. *Sumaryczny spis 1828*.
- nr 1298, Nietytułowany rękopis z 1753 r. komendatora Bufaliniego zaczynający się od słów: *Affinche la voce del Signore, che per sua Divina Misericordia*.
- nr 3098, Rękopis powstały nie wcześniej niż w 1689 r. zaczynający się od słów: *In detto Spedale si medicano tutti i poveri...*
- nr 3092, Rękopis zaczynający się od słów: *Beatissimo Padre. Il Popolo della Città Roma*.
- nr 1300, Rękopis zaczynający się od słów: *Beatissimo Padre L'evidente detrimento ...*.  
Rękopis zaczynający się od słów: *Don Leandro del Titolo di S. Calisto della S.R.R. prete Cardinal Porzia Visitatore Apostolico ... 1737*.
- nr 7, Rękopis zaczynający się od słów: *Illustrissimo e Reverendissimo Signore. Fra gli altri Prvilegii concessi da sommi pontifici ...*
- nr 3092, Rękopis zaczynający się od słów: *Per prevedere al bisogno spirituale e temporale ...*
- nr 3098, Rękopis zaczynający się od słów: *Piazza dell'Opere Piie di Roma, Cap. 3*.
- nr 168, Rękopis zaczynający się od: *Requisiti del Cittadino Giuseppe Caporale ...*
- nr 67, Rękopis z XVIII w. rozpoczynający się od słów: *L'Gran Corsia dello Spedale di Santo Spirito...* (prawdopodobnie z końca XVIII w.), Rękopis zaczynający się od słów: *Siccome Antonio Maria Erba*.

nr 3092, Tekst zaczynający się od słów: *Essendoci sommamente ...*

nr 1301, Testament Giovanni Maria Lancisi z 1720 r. zaczynający się od słów: *Eminentissimo Pierto Marcelino Corradini.*

nr 3098, Zbiór reguł i przepisów, które wydał w 1741 r. wizytator kardynał Giacomo, zaczynający się od: *Non si puo ammettere nessuno per Canonico ... (r).*

#### **BAV – Biblioteca Apostolica Vaticana:**

- Barberiniano latino 1068, *Relatione del modo che si tiene ... nel governo dell' archiospedale di S. Spirito, scritta da fra Domenico Borgarucci dell'Ordine di Santo Spirito, 1623.*
- Barberino Latino 10683, cap. II. *Relatione del modo, che si tiene da religiosi di Santo Spirito in Sassia di Roma nel governo dell'Archiospedale Apostolico di Santo Spirito, et dell'ordine, che si osserva nella cura degli infermi, et esposti, scritta da fra Domenico Borgarucci religioso, et secretario del medesimo, 1623, s. 2-29.*
- Barberiniano latino 1068, *Relatione del modo che si tiene ... 1623.*

#### **Źródła drukowane**

FANUCCI C., *Trattato di tutte le Opere Pie dell'alma città di Roma*, Roma 1601.

GENGA B., *Anatomia chirurgica*, Roma 1672.

MARZIANI P., *In Hippocratis Aphorismum XXII expositio*, Romae, Facciotti, 1617.

MATTHEY G., *Dell'abuso dei purganti e della medicina curativa ossia lurgazione di Le Roy riflessioni critiche*, Viterbo 1825.

PIAZZA C. B., *Opere pie di Roma, descritte secondo lo stato presente*, Roma 1679.

PIAZZA C.B., *Eusevologio romano, ovvero delle opere pie di Roma*, Roma 1698.

RASORI G., *Nuova Dottrina Medica di G. Brown*, Pisa 1792.

PIETRO SAULNIER, *De càpite sacri Ordinis Sancti Spiritus*, Lione 1649.

TITI F., *Descrizione delle pitture, sculture e architetture esposte al pubblico in Roma*, Roma 1763.

VALENTIN L., *Viaggio medico in Italia fatto nell'anno 1820*, Torino 1823.

## **2. OPRACOWANIA**

AGRIMI J., CRISCIANI C., *Malattia, malato, medico nel Medioevo*, Torino 1980.

ANDRETTA E., *Universo dei medici e mondo dei chirurghi nella Roma cinquecentesca. I 'Capitula Concordiae' del 1534*, „Medicina e Storia”, 9, 2009, nr 17/18, s. 65-97.

ANGELETTI R., *Il ruolo del Lancisi e del Baglivi all'interno delle accademie mediche romane*, „Medicina nei Secoli”, 12, 2000, nr 1, s. 29-47.

ANGELETTI R., MARINOZZI S., *Giovanni Battista Trionfetti e la rinascita dell' Orto della Sapienza di Roma*, „Medicina nei secoli”, 12, 2000, nr 3, s. 439-475.

ANTOSIEWICZ K., *Duchacy*, w: *Encyklopedia katolicka*, t. IV, Lublin 1995, kol. 299-301

ANTOSIEWICZ K., *Opieka nad chorymi i biednymi w krakowskim Szpitalu Świętego Ducha (1220-1741)*, „Roczniki Humanistyczne”, 26, 1978, z. 2, s. 35-79.

ANTOSIEWICZ K., *Zakon Ducha Świętego w Polsce średniowiecznej*, NP, 23, 1966, s. 167-198.

- Archivio di Stato di Verona. Inventario della serie Collegio dei medici del fondo Atti dei Rettori Veneti*, red. M. Fabris, Verona 2014.
- AZZURRI F., *I nuovi restauri nell'Archiospedale di S. Spirito in Saxia*, Roma 1868.
- BACHINI A., *La Vita e le Opere di Giovanni M. Lancisi*, Roma 1920.
- BALZANI A., *L'Ospizio Apostolico detto „il San Michele” dal 1693-1718*, Roma 1969.
- BELLONI L., *Bartolomeo Eustachi, anatomico del '500 a lume di recenti ricerche*, „Archives Internationales d'Histoire des Science”, 29, 1979, s. 5-10.
- BENEDICENTI A., *Malati, medici, farmacisti*, t. II, Milano 1925.
- BERTI M.L., *Le malattie dei poveri*, Milano 1981.
- BONELLA A.L., *La professione medica a Roma tra Sei e Settecento*, „Roma moderna e contemporanea”, 6, 1998, s. 349-366.
- BONELLI F., *La malaria nella storia demografica ed economica d'Italia primi lineamenti di una ricerca*, „Studi storici”, 7, 1966, nr 4, s. 689-707.
- BRAMBILLA E., *La medicina del Settecento: Dal monopolico dogmatico alla professione scientifica*, w: *Malattia e medicina. Storia d'Italia, Annali 7*. red. F. Della Peruta, Torino 1984. s. 3-147.
- BRAUDEL F., *Civiltà e imperi del mediterraneo nell'età di Filippo II*, Torino, 1953.
- BROŻEK P., *Stawianie baniek – skuteczność, wskazania, przeciwwskazania, powikłania*, [https://www.doz.pl/czytelnia/a16825-Stawianie\\_baniek\\_\\_skuteczosc\\_wskazania\\_przeciwwskazania\\_powik\\_lania](https://www.doz.pl/czytelnia/a16825-Stawianie_baniek__skuteczosc_wskazania_przeciwwskazania_powik_lania);
- BRUGI B., *Fra Paolo Sarpi e lo Studio di Padova*, Venezia 1923.
- BRUNELLI B., *Figurine e costumi nella corrispondenza di un medico del '700 (Antonio Valisnieri)*, Milano 1938.
- BURAK M., *Hirudoterapia – na co pomaga leczenie pijawkami? Wskazania, przeciwwskazania, przebieg zabiegu hirudoterapii*, [https://www.doz.pl/czytelnia/a15196-Hirudo\\_terapia\\_\\_na\\_co\\_pomaga\\_eczenie\\_pijawkamiWskazania\\_przeciwwskazania\\_przebieg\\_zabiegu\\_hirudoterapii](https://www.doz.pl/czytelnia/a15196-Hirudo_terapia__na_co_pomaga_eczenie_pijawkamiWskazania_przeciwwskazania_przebieg_zabiegu_hirudoterapii).
- BYLEBYL J.J., *The School of Padua: Humanistic Medicine in the XVI Century*, w: *Health, Medicine and Mortality in the CVI Century*, red. C. Webster, Cambridge 1979.
- CANEZZA A., CASALINI M., *Il Pio Istituto di S. Spirito e Ospedali Riuniti di Roma*, Roma 1933.
- CANEZZA A., *Gli Arciospedali di Roma nella vita cittadina nella storia e nell'arte*, Roma 1933.
- CANEZZA A., *L'ospedale romano di S. Spirito negli ordinamenti e nelle miniature del „liber regulae”*, w: *Atti del III congresso nazionale di studi romani*, Vol. II, Bologna 1935, s. 12-21 .
- CAPPARONI P., *I maestri di anatomia nell'Ateneo Romano della Sapienza durante il secolo XVI*, „Bollettino dell'Istituto storico italiano dell'arte sanitaria”, VI, 5, 1926, s. 197-227.
- CARLINO A., *La fabrica del corpo. Libri e dissezione nel Rinascimento*, Torino 1994 .
- CARNEVALE F., *Prefazione*, w: B. RAMAZZINI, *Le malattie dei lavoratori (De morbis artificum diatriba)*, red. F. Carnevale, Roma 1982, s. 17-18.

- CAVATERRA A., *L'ospedalità a Roma nell'età moderna: il caso del San Giacomo (1585-1605)*, „Sanità, Scienza e Storia”, 1986, 2, s. 87-123.
- CAZZANIGA A., *La grande crisi della medicina italiana nel primo Ottocento*, Milano 1951.
- CELLI A., *Malaria e colonizzazione nell'Agro Romano dai più antichi tempi ai giorni nostri*, Firenze 1925.
- CELLI A., *Storia di malaria nell'agro romano*, Città di Castello, 1925.
- CINGOLANI M., ZAMPI M., *L'insegnamento della Medicina legale presso l'Università degli Studi di Macerata: dalle origini dell'Ateneo all'Unità d'Italia*, w: *La formazione del medico in età moderna (secoli XVI-XVIII)*, red. R. Sani, F. Zurlini, Macerata 2012, s. 29-36.
- CIPOLLA C.M., *Chi rompe I rastelli a Monte Lupo?*, Bologna 1977.
- CIPOLLA C.M., *Public Health and the Medical Profession in the Renaissance*, New York-London, 1976.
- COLONNA F., *L'Ospedale di Santo Spirito a Roma: lo sviluppo dell'assistenza e le trasformazioni architettonico-funzionali*, Roma 2009
- COLUMELLA L.G.M., *L'arte dell'agricoltura e libro sugli alberi*, Torino 1977.
- Conflicting Duties: Science, Medicine and Religion in Rome, 1550-1750*, red. M.P. Donato, J. Kraye, London 2009.
- CONFORTI M., DE RENZI S., *Sapere anatomico negli ospedali romani. Formazione dei chirurghi e pratiche sperimentali (1620-1720)*, w: *Rome et la science modern: entre Renaissance et Lumières* (Collection de l'École française de Rome, 403), 2008, s. 433-472.
- CORRADI A., *L'acqua del legno e le cure depurative nel Cinquecento*, Milano 1884.
- CORSINI A., *Medici ciarlatani e ciarlatani medici, con 8 tavole fuori*, Bologna 1922.
- COSMACINI G., *Il medico ciarlatano. Vita inimitabile di un europeo del Seicento*, Roma-Bari 2001.
- COSMACINI G., *Storia della medicina e della sanità in Italia. Dalla peste europea alla guerra mondiale. 1348-1918*, Bari 1994.
- CRISCIANI C., *La formazione del medico nel Medioevo: dottrina ed etica*, w: *Formare alle professioni. Figure della sanità*, red. M. Ferrari, P. Mazzaello, Pavia 2010, s. 36-57.
- CRISCIANI C., *Tra Università, corte, e città: note su alcuni medici pavesi del sec. XV*, „Annali di storia delle Università italiane”, 7, 2003, s. 55-70.
- DA ALTARI B., *L'ospedale romano di S. Spirito in Sassia e i Cappuccini. Note storico-comemorative del I centenario dell'assistenza spirituale affidata ai cappuccini 1856-1956*, Roma 1956.
- DA ALTARI B., *Il Medio Evo*, w: *La carità cristiana in Roma*, a cura di V. MONACHINO, Bologna 1968, s. 121-186.
- DA ALTARI B., *Contributo dei Cappuccini all'assistenza religiosa nell'Ospedale romano*, „L'Italia Franciscana”, 1956.
- DA CASTELSANGIOVANNI D., *L'assistenza religiosa ospedaliera dei cappuccini in Italia*, Roma 1967.

- DA FARNESE G.B., *Prefazione*, w: Da Altari, *L'ospedale romano di S. Spirito in Sassia e i Cappuccini. Note storico-commemorative del I centenario dell'assistenza spirituale affidata ai cappuccini 1856-1956*, Roma 195.
- DE ANGELIS P., *Dietetica antica in Santo Spirito*, Roma 1956, Roma 1956.
- DE ANGELIS P., *Giovanni Maria Lancisi. La Biblioteca Lancisiana. L'Accademia Lancisiana*, Roma 1965.
- DE ANGELIS P., *Insegnamento della Medicina negli Ospedali di Roma. Cenni storici*, Roma 1948.
- DE ANGELIS P., *L'arciconfraternità ospitaliera di Santo Spirito in Saxia*, Roma 1950.
- DE ANGELIS P., *L'Arciospedale del Salvatore ad SS. a S. Giovanni in Laterano*, Roma 1958.
- DE ANGELIS P., *L'Arciospedale di San Giacomo in Augusta*, Roma 1955.
- DE ANGELIS P., *L'opedale di Santo Spirito in Saxia e le sue filiali nel mondo, L'assistenza medica e sociale dal secolo XII al secolo XIX in Europa, Asia, Africa, America*, Roma 1958.
- DE ANGELIS P., *L'Ospedale Apostolico di Santo Spirito in Saxia nella mente e nel cuore dei papi*, Roma 1956.
- DE ANGELIS P., *L'ospedale di Santo Spirito in Saxia*, Vol. I, *Dalle origini al 1300*, Roma 1960.
- DE ANGELIS P., *La Spezieria dell'Ospedale di Santo Spirito in Saxia e lotta contro la malaria*, Roma 1954.
- DE ANGELIS P., *La Spezieria dell'Ospedale di Santo Spirito in Saxia e lotta contro la malaria*, Roma 1954.
- DE ANGELIS P., *L'architetto e gli affreschi di Santo Spirito in Saxia*, Roma 1961.
- DE ANGELIS P., *L'Ospedale di Santo Spirito in Saxia*, Vol. II, *Dal 1301 al 1500*, Roma 1962.
- DE KONING J., *Lo sviluppo della botanica nel XVI secolo*, w: *L'Orto botanico di Padova 1545-1995*, red. A. Minelli, Venezia 1995, s. 11-31.
- DE RENZI S., *Storia della medicina italiana*, t. IV, Napoli 1846.
- DELLA CAPANNA G.P., *Studi sul umanissimo e Rinascimento medico. Gli architetti pontefici toscani dal secolo XIII al XVII*, Montecatini 1968.
- DI SIMONE M.R., *La „Sapienza” romana nel settecento: organizzazione universitaria e insegnamento del diritto*, Roma 1980.
- DOMINICI S., *Il governo dell'Ospedale di Santo Spirito e dei suoi annessi nel secolo XVII. Continuità e riforme*, w: *L'Antico Ospedale di Santo Spirito dall'istituzione papale alla sanità del terzo millennio: convegno internazionale di studi*, Roma, 15-17 maggio 2001 Roma 2001-2002 (dalej cyt. AOSS), „Il Veltro. Rivista della Civiltà Italiana”, 45, 2001, nr 5-6, s. 239-251.
- DONATI C., *La Chiesa di Roma tra antico regime e riforme settecentesche (1675-1766)*, w: *Storia d'Italia. Annali, La Chiesa e il potere politico dal medioevo all'età contemporanea*, red. G. Chittolini, G. Miccoli, Torino 1986, s. 721-766.
- DONATO M.P., *Accademie romane. Una storia sociale, 1671-1824*, Napoli, 2000.
- DONATO M.P., *La medicina a Roma tra Sei e Seicento. Una proposte di interpretazione*, „Roma moderna e contemporanea”, 13, 2005, nr 1, s. 99-114.



- DONATO M.P., *Scienza e teologia nelle congregazioni romane: la questione atomista, 1626-1727*, w: *Rome e la scienze moderne: entre Renaissance e Lumières*, Rome 2008, s. 595-634.
- DROSBACH G., "Caritas" Cristiana: Innocenzo III fondatore dell'Ospedale e dell'Ordine di Santo Spirito, w: AOSS, s. 85-94.
- DROSBACH G., *Christliche caritas als Rechtsinstitut: Hospital und Orden von Santo Spirito in Sassia (1198-1378)*, (Kirchen- und Staatskirchenrecht 2), Paderborn 2005.
- ESPOSITO A., *Assistenza e organizzazione sanitaria nell'Ospedale di Santo Spirito*, w: AOSS, s. 201-213.
- ESPOSITO A., *Note sulla professione medica a Roma. Il ruolo del Collegio Medico alla fine del Quattrocento*, „Roma Moderna e Contemporanea”, 13, 2005, nr. 1, s. 21-52.
- FABBI A., *La scuola chirurgica di Preci*, Spoleto 1974.
- FABBRI G.B., *Della litotomia antica e dei litotomi ed oculisti norcini o preciani*, Roma 1870.
- FADDA B., *L'innesto del vaiolo. Un dibattito scientifico e culturale nell'Italia del Settecento*, Milano 1983.
- FANUCCI C., *Trattato di tutte le Opere Pie dell'alma città di Roma*, Roma 1601.
- FATICA M., *La reclusione dei poveri a Roma durante il pontificato di Innocenzo XII*, „Ricerche per la storia religiosa di Roma”, 3, 1979, s. 133-180.
- FAVINO F., *Sostanza e materia in uno scritto inedito di Girolamo Brasavola*, „Medicina nei secoli”, 15, 2003, 2, s. 247-267.
- FERRARI L., *Diventare medico dall'evo antico all'evo moderno*, w: *Formare alle professioni. Figure della sanità*, red. M. Ferrari, P. Mazzaello, Pavia 2010, s. 15-21.
- FERRARI L., *Formare il medico, formare il principe: l'Institutio dell'archiatra secondo Jean Heroard*, w: *La formazione del medico in eta moderna (secoli XVI-XVIII)*, red. R. Sani, F. Zurlini, Macerata 2012, s. 105-124.
- FIORANI L., *Povertà e malattia nella Roma post-tridentina (secc. XVI-XVIII)*, w: *L'ospedale dei pazzi di Roma dai papi al '900. Lineamenti di assistenza e cura a poveri e dementi*, red. A. Iaria, A. Bonfigli, F. Fedeli Bernardini, t. II, Bari 1994, s. 73-86.
- FIORANI L., *Religione e povertà. Il dibattito sul pauperismo a Roma tra Cinque e Seicento*, „Ricerche per la Storia Religiosa di Roma”, 3, 1979, s. 43-132.
- FOUCAULT M., *Historia szaleństwa w dobie klasycyzmu*, Warszawa 1987.
- FOUCAULT M., *Nascità della clinica*, Torino 1969.
- FRÄNGSMYR T., *Svenk idéhistoria. Bildning och vetenskap under tusenår*, Stockholm 2000, vol. 1.
- GAROFALO F., *Contributo storico allo studio dell'insegnamento dell'anatomia nella Sapienza. Documenti d'archivio*, „Humana Studia. Bolletino bimestrale dell'Istituto di Storia della medicina dell'Universita di Roma”, 32, 1950, s. 1-25.
- GAROFALO F., *Quattro secoli di vita del protomedico e del Collegio dei Medici di Roma (Regesto dei documenti dal 1471 al 1870)*, Roma 1951.
- GENGA B., *Anatomia chirurgica*, Rzym 1672.
- GENTICOLORE D., *Il sapere ciarlatanesco. Ciarlatani, "fogli volanti" e medicina nell'Italia moderna*, w: *Saperi a confronto nell'Europa dei secoli XIII-XIX*, red. M.P. Paoli, Pisa 2009, s. 375-395.

- GENTILCORE D., *Healers and Healing in Early Modern Italy*, Manchester 1998.
- GENTILCORE D., *I protomedicati come organismi professionali in Italia durante la prima età moderna*, w: *Avvocati, medici, ingegneri: alle origini delle professioni moderne (secoli 16-19)*, red. M.L. Betri, A. Pastore, Bologna 1997, s. 93-104.
- GENTILCORE D., *The organisation of medical practice in Malpighi's Italy*, w: *Marcello Malpighi, anatomist and physician*, wyd. D. Bertoloni Meli, Florence 1997, s. 75-110.
- GENTILCORE D., „All that pertains to mediciné”: *protomedici and protomedicati in early Modern Italy*, „Medical History”, 38, s. 121-142.
- GEREMEK B., *Ludzie marginesu społecznego w średniowiecznym Paryżu XIV-XV wiek*, Wrocław 1971.
- GIANNELLI A., *Studi sulla pazzia nella provincia di Roma*, Roma 1905.
- GRÉGOIRE R., *Servizio dell'anima quando del corpo nell'ospedale di Santo Spirito*, „Ricerche per la storia religiosa di Roma”, 3, 1979, s. 221-254.
- GROSS H., *Roma nel Settecento*, Roma 1990.
- Hirudoterapia*, <https://pl.wikipedia.org/wiki/Hirudoterapia> (dostęp 20.10.2023).
- HOWE E., *L'Ospedale di Santo Spirito come città ideale*, w: *AOSS*, s. 341-352
- I maestri della Sapienza di Roma dal 1514-1787*, *Studi e Fonti per la storia dell'Università di Roma*, t. I, 1991.
- I maestri della Sapienza di Roma dal 1514-1787: i rotuli e altre fonti*, t. I-II, red. E. Conte, Roma 1991.
- Istituzioni di medicina pratica dettate da Giovanni Battista Borsieri de Canilfeld recate nell'idioma italiano dal dottor Raimondo Pellegrini con sue note*. Vol. unico, Firenze 1840.
- JARCHO S., *Quininè Predecessor. Francesco Torti and the Early History of Cinchona*, Baltimor, Londyn 1993.
- JONES C., *The construction of the hospital patient in earli modern France*, w: *Institutions of Confined: Hospitals, Asylums and Prisons in Western Europe & North America, 1500-1950*, red. N. Finzsch, R. Jütte, Cambridge, 1996, s. 55-74.
- KARPIŃSKI A., *Dobroczyenne i religijne legaty lwowskich mieszczan w świetle ich testamentów z lat 1550- 1700*, „Kwartalnik Historii Kultury Materialnej”, 59, 2011, nr 3-4, s. 361-393.
- KEYVANIN C. *The Hospitals and urbanism in Rome, 1200-1500*, Leiden 2 015
- KOCK W., *Medical Education in Scandinavian since 1600*, w: *The History of Medical Education, International Symposium, February 5-9, 1968, UCLA Forum in Medical Sciences*, n. 12, Berkeley-Los Angeles-London 1970, s. 263-289.
- KOMARYŃSKA H., *Szpital Bonifratrów w Krakowie w XVII-XVIII wieku*, Lublin 2010.
- KRISTEELLER P.O., *Studi sulla scuola medica salenitana*, Napoli 1986.
- KROPIDŁOWSKI Z., *Formy opieki nad ubogimi w Gdańsku od XVI do XVIII w.*, Gdańsk 1992
- KROPIDŁOWSKI Z., *Organizacja dzieł miłosierdzia chrześcijańskiego w Gdańsku w XVI-XVIII w.*, w: *Charitas. Miłosierdzie i opieka społeczna w ideologii, normach*

- postępowania i praktyce społeczności wyznaniowych w Rzeczypospolitej XV-XVIII wieku*, red. U. Augustyniak, A. Karpiński, Warszawa 1999, s. 137-160
- La carità cristiana in Roma*, red. V. Monachino, Bologna 1968.
- LA CAVA F.A., *Liber Regulae Sancti Spiritus. Testo comentato*, Milano 1947.
- LARNER A.J., *Demise of botany in the medical curriculum*, „Journal of Medical Biography”, 16, 2008, nr 1, s. 1-2.
- LATOUR B., *Science in action. How to follow scientists and engineers through society*. Cambridge, Harvard 1987.
- LAWN B., *The Salernitan Questiones. An Introduction to the History of Medieval and Renaissance Problem Literature*, Oxford 1963.
- Le immagini del Santissimo Salvatore. Fabbriche e sculture per l'Ospizio apostolico dei poveri invalidi*, red. B. Contardi, G. Curcio, E.B Di Gioia, Roma 1988.
- LIPPI D., *Conoscere e ri-conoscere: medicina alla terapia alla corte dei Medici (XVI-XVIII secolo)*, w: *Umanesimo e Università in Toscana (1300-1600)*, red. S.U. Baldassarri, F. Riciardelli, E. Spagnesi, Firenze 2012, s. 91-110.
- LONGOSZ S., *Ksenodochium – hospicjum wczesnochrześcijańskie*, „Vox Patrum”, 16, 1996, z. 30-31, s. 275-336.
- L'ospedale dei pazzi di Roma dai papi al '900. Lineamenti di assistenza e cura a poveri e dementi*, vol. II, Bari 1994.
- MARGARUCCI O., *Per la rinascità dell'Accademia Lancisiana, già Società Lancisiana degli Ospedali di Roma*, Roma 1929.
- MARTINDALE C.C., *San Camillo de Lellis*, Milano 1947.
- MARZIANI P., *In Hippocratis Aphorismum XXII expositio*, Romae, Facciotti, 1617.
- MASSAI V., *Angelo Gatti (1744-1798): un medico toscano in terra di Francia*, Firenze, 2008.
- MATTHEY G., *Dell'abuso dei purganti e della medicina curativa ossia lurgazione di Le Roy riflessioni critiche*, Viterbo 1825.
- MAYLENDER M., *Storia delle Accademie d'Italia*, Bologna 1926-1930.
- MAZZARELLO P., *La ricerca d'un identità attraverso i secoli: la medicina, il medico e la sua formazione*, w: *Formare alle professioni. Figure della sanità*, red. M. Ferrari, P. Mazzaello, Pavia 2010, s. 7-13.
- MEZZADRI L., *Wincenty à Paulo. Miłosierdzie i świętość*, Kraków 2010.
- MONACHINO V., *L'antichità e l'alto medioevo*, w: *La carità cristiana in Roma*, red. V. Monachino, Bologna 1968, s. 11-126.
- MONACHINO V., *L'antichità e l'alto medioevo*, w: *La carità cristiana in Roma*, a cura di V. Monachino, Bologna 1968, s. 11-122..
- MORICHINI C.L., *Degli istituti di carità per la sussistenza e l'educazione dei poveri e di prigionieri in Roma*, Roma 1870.
- MORICHINI C.L., *Degli istituti di carità per la sussistenza e l'educazione dei poveri e di prigionieri in Roma*, Roma 1870.
- MORPURGO P., *Filosofia della natura nella schola salernitana del secolo XII*. Bologna 1990.
- MOŻEJKO B., *Rozrachunek z życiem doczesnym. Gdańskie testamenty mieszczańskie z XV i początku XVI wieku*, Gdańsk 2010.

- MROZOWSKI K., *Religijność mieszczan późnośredniowiecznej Warszawy w świetle najstarszych zachowanych testamentów*, „Kwartalnik Historii Kultury Materialnej”, 58, 2010, nr 2, s. 191-196.
- NASO I., *Medici e strutture sanitarie nella società tardo medievale. Il Piemonte dei secoli XIV e XV*, Milano 1982.
- NAUMOWICZ J., *Instytucje charytatywne św. Bazylego*. „Bazyliada”, „Vox Patrum”, 16, 1996, z. 30-31, s. 125-140.
- NICOUD M., *Tra Università e corte: formazione e carriere dei medici della corte visconteo-sforzesca (XIV-XV sec.)*, w: *Formare alle professioni. Figure della sanità*, red. M. Ferrari, P. Mazzarello, Pavia 2010, s. 78-104.
- NIGRISOLI WÄRNHJELM V., *Medicina e medici di corte in Svezia in Età Moderna: luoghi di itinerari formative*, w: *La formazione del medico in età moderna (secoli XVI-XVIII)*, red. R. Sani, F. Zurlini, Macerata 2012, s. 51-76.
- NUTTON V., „Humanist surgery”, w: *The medical Renaissance of the sixteenth century*, red. A. Wear, R.K. French, I. M. Lonie, Cambridge, 1985, s. 75-99.
- NUTTON V., *Medicine at the Courts of Europe, 1500-1837*, London-New York 1990.
- O'MALLEY C.D., *Andreas Vesalius of Brussels*, Berkeley 1964.
- OSBAT L., *Inquisizione a Napoli. Il processo agli ateisti 1688-1697*, Roma 1974.
- PAGLIA V., „La pietà dei carcerati”. *Confraternite e società a Roma nei secoli XVI-XVIII*, Roma 1980.
- PAGLIA V., *La morte confortata. Riti della paura e mentalità religiosa a Roma nell'età moderna*, Roma 1982.
- PALMA A., *Breve guida storica al S. Spirito in Saxia*, Rieti 1995.
- PALMA A., *L'ospedale di Santo Spirito in Saxia*, Roma 1994.
- PALMER R., *Medicine at the Papal Court in the Sixteenth century*, w: *Medicine at the Courts of Europe, 1500-1837*, London, 1989, s. 49-78.
- PALMER R., *Physicians and surgeons in Sixteenth century Venice*, „Medical History”, 23, 1979, s. 451-460.
- PAPPALARDO I., *Litotomi e oculisti Preciani e Norcini-Soppressione del loro privilegio nell'ospedale di Santo Spirito nel 1751*, Roma 1963.
- PARACELUSUS, *Paragrano ovvero le quattro colonne dell'arte medica*, red. B. Masini, Torino 1961.
- PARK K., *The criminal and the saintly body: autopsy and dissection* „Renaissance Quarterly”, 47, 1994, s. 1-33.
- PASTOR L., *Storia dei papi*, vol. XIV, Roma 1931.
- PASTORE A., *L'onore della corporazione. Il collegio medico di Verona fra tardo Quattrocento e gli inizi del Seicento*, w: *Studi di storia per Luigi Ambrosoli*, red. M. Allegri, Verona 1993, s. 7-28.
- PAZZINI A., *L'ospedale nei secoli*, Roma 1958.
- PELLICCIA G., *Scuole di catechismo e scuole rionali per fanciulle nella Roma del Seicento*, „Ricerche per la storia religiosa di Roma”, 4, 1980, s. 237-310.
- PELLICHA G., *La Scuola Chirurgica Preciana*, 2012, s. 139-173.

- PERICOLI P., *L'Ospedale di S. Maria della Consolazione di Roma dalle sue origini ai giorni nostri*, Imola 1879.
- PESENTI T., *Arti e medicina: la formazione del curriculum medico, w: Luoghi e metodi di insegnamento universitario medievale (secoli XIII-XIV)*, red. L. Garrgan, O. Limone, Galatina 1989, s. 155-177.
- PESENTI T., *Medici di corte e Università*, „Medicina nei secoli”, 9, 1997, nr 3, s. 391-401.
- PEKACKA-FALKOWSKA K., *Dżuma w Toruniu w trakcie III wojny północnej*, Lublin 2019.
- PIAZZA C.B., *Opere pie di Roma, descritte secondo lo stato presente*, Roma 1679.
- PIAZZA C.B., *Eusevologio romano, ovvero delle opere pie di Roma*, Roma 1698.
- PICCIALUTI M., *La carità come metodo di governo. Istituzioni caritative a Roma dal pontificato di Innocenzo XII a quello di Benedetto XIV*, Torino 1994.
- PICCIALUTI M., *L'Ospedale di Santo Spirito nel secolo XVIII. Organizzazione e riforme*, w: AOSS, s. 269-287.
- PIERRO F., *Arcangelo Piccolomini Ferrarese (1525-1586) e la sua importanza nell'anatomia postvesaliana*, „Quaderni di storia della scienza e della medicina”, 1965, s. 1-35.
- PODGÓRSKA-KLAWE Z., *Szpital warszawskie 1388-1945*, Warszawa 1975.
- POMATA G., *La promessa di guarigione. Malati e curatori in antico regime*, Roma-Bari 1994.
- POMPALONE A., *Le botteghe dei barbieri a Roma alla fine del Seicento*.
- PORĘBOWICZ S., *Szpital psychiatryczny w Cadillac. 250 lat opieki psychiatrycznej*, „Szpitalnictwo Polskie”, 6, 1962, nr 6, s. 79-84.
- PUCCINI C., *La scuola medica e l'insegnamento della medicina legale*, w: A. Adversi, D. Cecchi, L. Paci, *Storia di Macerata*, Macerata 1974.
- Quelli che servono gli infermi. Assistenza e medicina a Roma nei secoli XVI e XVII. Mostra bibliografica Roma 18 maggio 18 giugno 1987*, red. A. Scolari, Roma 1987.
- QUERINI Q., *La beneficenza romana dagli antichi tempi fino ad oggi*, Roma 1892.
- RAMAZZINI B., *Le malattie dei lavoratori (De morbis artificum diatriba)*, red. F. Carnevale, Roma 1982.
- RASORI G., *Nuova Dottrina Medica di G. Brown*, Pisa 1792.
- RASTELLI C.M., *Origine e sviluppo degli Uffici di Sanità in Italia*, „Annales cisalpines d' Histoire sociale”, seria I, 1973, nr 1973, s. 89-90.
- RENAZZI F.M., *Storia dell'Università di Roma, detta comunemente La Sapienza*, Roma 1803-1806.
- RENDINA C., *I papi. Storia e segreti*, Roma 1983.
- RIEBESSELL Ch., *Della Valle, Andrea*, *Dizionario Biografico degli Italiani*, 1989, 37, s. 720-723.
- ROSA M., MONTICONE A., GIUNTELLA V.E., STELLA P., *Poveri ed emarginati: un problema religioso*, „Ricerche per la Storia Religiosa di Roma”, 3, 1979, s. 11-42.
- ROSA M., *Tra Muratori. Il giansenismo e i "lumi": profilo di Benedetto XIV*, w: *Riformatori e ribelli nel '700 religioso italiano*, Bari 1969, s. 50-53.
- ROSLAK S., *Prowincja litewska siostr miłosierdzia*, Wilno 1933.
- RUFFIÉ J., SOURNIA J.Ch., *Le epidemie nella storia*, Roma 1989.

- SACCO L., *Trattato di vaccinazione*, Milano 1809.
- SANDRI L., *Il Collegio medico fiorentino e la riforma di Cosimo I: origini e funzioni (secc. XIV-XVI) w: Umanesimo e Università in Toscana (1300-1600)*, red. S.U. Baldassarri, F. Ricciardelli, E. Spagnesi, Firenze 2012, s. 183-214.
- SAULNIER P., *De càpite sacri Ordinis Sancti Spiritus*, Lione 1649.
- SAVIO P., *Ricerche sui medici e chirurghi dell'Ospedale di Santo Spirito in Sassia. Secoli XVI-XVII*, „Archivio della Società Società Romana di Storia Patria”, XCIV (XXV) della serie III, 1971, s. 145-168.
- SAVIO P., *Ricerche sulla peste di Roma degli anni 1656-1657*, „Archivio della Società Romana di Storia Patria”, 95, 1972, s. 113-142.
- SCHIAVONI C., *Gli infanti „esposti” del Santo Spirito in Saxia di Roma tra '500 e '800. Numero, ricevimento, allevamento e destino, w: Enfance abandonnée et société en Europe XIVE-XXe siècle*, Rome 1991, s. 1017-1064.
- SERARCANGELI C., *L'orto dei Semplici primo tentative di insegnamento pratico*, „Medicina nei secoli”, 16, 2004, nr 2, 439-451.
- SIGERIST H., *Introduzione alla medicina*, Firenze 1938.
- SIGNOROTTO G., *Lo squadrone volante. I cardinali „liberi” e politica europea nella seconda metà del XVII secolo*, w: *La corte di Romà tra Cinque e Seicento. Teatro della politica europea*, red. G. Signorotto, M. A. Visceglia, Roma 1998, s. 93-138.
- SIMONETTO C.E., *Del Pistoia L., Note su stragione e razionalità tra Sette e Ottocento a Roma. Il periodo francese, w: L'ospedale dei pazzi di Roma dai papi al '900. Lineamenti di assistenza e cura a poveri e dementi*, red. A. Iaria, A. Bonfigli, F. Fedeli Bernardini, t. II, Bari 1994, s. 87-108.
- SIRAISSI G., *Arts and Sciences ad Padua. The Studium of Padovu before 1350*, Toronto 1973.
- SŁOŃ M., *Szpital e średniowiecznego Wrocławia*, Warszawa 2000
- SURDACKI M., *Dzieci porzucone w Szpitalu Świętego Ducha w Rzymie w XVIII wieku*, Lublin 1998.
- SURDACKI M., *Il brefotroffio dell'Ospedale di Santo Spirito in Roma nel XVIII secolo*, Conferenze 115, Varsavia-Roma 2002.
- SURDACKI M., *Il Conservatorio di Santo Spirito di Roma nei secoli XVII-XVIII*, „Ricerche di storia sociale e religiosa”, 38, 2009, nr 75, s. 21-42
- SURDACKI M., *Il “Conservatorio” e la “Scuola dei putti” nell'Ospedale di Santo Spirito di Roma nei secoli XVII-XVIII*, w: *Atti del convegno internazionale sull'antico ospedale di Santo Spirito di Roma*, „Il Veletro. Rivista della civiltà italiana”, 45, 2001, nr 5-6, s. 253-267.
- SURDACKI M., *I trovatelli nelle famiglie affidatarie a Roma e nei dintorni nel Settecento*, „Ricerche di storia sociale e religiosa”, 30, 2001, nr 59, s. 91-120
- SURDACKI M., *L'abbandono dei bambini a Roma e dintorni nel secolo XVIII*, „Archivio della Società romana di storia patria”, 123, 2000, s. 169-199
- SURDACKI M., *La scuola per i maschi nell'Ospedale di Santo Spirito di Roma nei secoli XVII-XVIII*, „Studium”, 99, 2003, nr 2, s. 256-284



- SURDACKI M., *La sorte degli esposti dell'Ospedale di Santo Spirito di Roma nel '700*, „Ricerche di storia sociale e religiosa”, 36, 2007, nr 72, s. 7-43
- SURDACKI M., *La vita religiosa nel "Conservatorio" dell'ospedale di Santo Spirito in Roma, nei secoli XVII-XVIII*, „Ricerche di storia sociale e religiosa”, 27, 1998, nr 54, s. 149-165
- SURDACKI M., *Le condizioni fisiche degli ospiti del brefotrofio di Santo Spirito in Roma nel XVIII secolo*, „Medicina nei secoli”, 14, 2002, nr 1, s. 111-134
- SURDACKI M., *Le nutrici a Roma e nello Stato pontificio nei secoli XVII-XVIII*, „Archivio della Società romana di storia patria”, 125, 2002, s. 105-126
- SURDACKI M., *Infermeria Świętego Ducha w Rzymie w XVII-XVIII wieku. Perspektywy badawcze*, „Archiwa Biblioteki i Muzea Kościelne”, 110, 2018, s. 381-394
- SURDACKI M., *Lekarze i chirurdzy e szpitalu Świętego ducha w Rzymie w XVII-XVIII wieku*, „Medycyna Nowożytna”, 28, 2022, z. 1, s. 11-52
- SURDACKI M., *Opieka społeczna w Wielkopolsce Zachodniej w XVII-XVIII wieku*, Lublin 1992.
- SURDACKI M., *Życie religijne i sakramentalne w infirmerii Szpitala Świętego Ducha w Rzymie w XVII-XVIII wieku*, „Archiwa Biblioteki i Muzea Kościelne”, 115, 2021, s. 447-470.
- SURDACKI, *Opieka społeczna w Polsce do końca XVIII wieku*, Lublin 2015.
- SZADY J., *Misja opiekuńcza zgromadzenia Sióstr miłosierdzia Wincentego a Paulo w Polsce w XVII-XVIII wieku*, „Teki Komisji Historycznej. Oddział PAN w Lublinie” 12, 2015, s. 78-95.
- SZARSZEWSKI A., *Lekarzy czujne oczy. Medykalizacja w Gdańsku doby oświecenia*, „Klio”, 15, 2010, s. 59-93
- SZARSZEWSKI A., *Proces medykalizacji szpitali gdańskich, Aspekty socjalne, prawne i ekonomiczne (1755-1874)*, „Annales Academiae Medicae Gedanensis”, 37, 2007, Supplement I, zob. szczególnie s. 364-372.
- TEMKIN O., *The role of surgery in the rise of modern medical thought*, „Bulletin of the History of Medicine”, 25, 1951, s. 248-259.
- TITI F., *Descrizione delle pitture, sculture e architetture esposte al pubblico in Roma*, Roma 1763 .
- TOGNOTTI E., *Le cere anatomiche e la rivoluzione della didattica medica nell'età dei Lumi: insegnare a „guardare: per capire e fare*, w: *Formare alle professioni. Figure della sanità*, red. M. FERRARI, P. MAZZARELLO, Pavia 2010, s. 125-140.
- TUCCI U., *Il vaiolo tra epidemia e prevenzione*, w: *Malattia e medicina*, red. F. DELLA PERUTA, Torino 1984.
- UBRIZSY SAVOIA A., *Funzione degli orti botanici nella scuola medica dal XVI al XVIII secolo*, w: *La formazione del medico in età moderna (secoli XVI-XVIII)*, red. R. Sani, F. Zurlini, Macerata 2012, s. 37-50..
- VALENTIN L., *Viaggio medico in Italia fatto nell'anno 1820*, Torino 1823.
- VANTI M., *S. Camillo de Lellis (1550-1614); Apostolo di carità infermiera; Dai processi canonici e da documenti inediti*, Torino 1929.

- VANTI M., *S. Giacomo degli Incurabili di Roma nel Cinquecento (Dalle Campagne del Divino Amore a S. Camillo de Lellis)*, Roma 1938.
- VANTI M., *Un umanista del Cinquecento in funzione di riformatore, Bernardino Cirillo commendatore e maestro generale dell'Ordine di S. Spirito (1556-1576)*, Roma 1936.
- VEGETTI M., *Le origini dell'insegnamento medico*, w: *Formare alle professioni. Figure della sanità*, red. M. Ferrari, P. Mazzaello, Pavia 2010, s. 23-35.
- VON PASTOR L., *Storia de ipapi*, vol XVI, t. I, Roma 1931.
- WOJCIECHOWSKA B., *Flebotomia i purgowanie, czyli o leczeniu w wiekach średnich*, Kielce 2019.
- WÓJTOWICZ P., *Wykrwawianie się na zdrowie – czym jest upuszczanie krwi?*, <https://www.medonet.pl/zdrowie/wykrwawianie-sie-na-zdrowie---czym-jest-upuszczanie-krwi-,artykul,91419706.html> (dostęp 20.10.2023).
- WYSMULEK J., *Przejawy religijności mieszczan krakowskich na podstawie XIV-wiecznych testamentów i zapisów pobożnych*, „Odrodzenie i Reformacja w Polsce”, 54, 2010, s. 85-126.
- ZUCCOLIN G., *I chirurghi nel Trecento: formazione dottrinale e professionale*, w: *Formare alle professioni. Figure della sanità*, red. M. Ferrari, P. Mazzaello, Pavia 2010, s. 58-77.



## STRESZCZENIE

### INFIRMERIA

#### Szpitala Świętego Ducha w Rzymie w XVII i XVIII wieku

Przedmiotem badań autora niniejszej publikacji jest Szpital Świętego Ducha w Rzymie, ufundowany w 1198 r. przez papieża Innocentego III, najślawniejsza i największa placówką charytatywną w Europie, prowadzona przez Zakon Kanoników Regularnych Ducha Świętego (tzw. duchaków), których założycielem był Gwidon z Montpellier. Szpital aż do zjednoczenia Włoch w 1870 r. był podzielony na dwie odrębne, lecz integralnie z sobą związane instytucje, pełniące różne zadania: właściwy szpital dla chorych (infirmię) oraz przytułek dla porzuconych dzieci (*brefotrofium*). To funkcja i misja medyczna szpitala kanoników stała się przedmiotem rozważań. Choć istniało szereg rozproszonych i fragmentarycznych publikacji, papieski Szpital Świętego Ducha, jako infirmeria, nie miał dotąd zwanego, kompleksowego opracowania naukowego. Wypełnienie tej „pustki” badawczej stało się zadaniem palącym i fundamentalnym ze względów naukowych, społecznych i cywilizacyjno-humanitarnych. Powstało zatem pierwsze całościowe studium instytucji ważnej dla ogólnoeuropejskiej kultury. Powstanie monografii leczniczo-medycznej części tego szpitala jest osiągnięciem pionierskim. W ten sposób majestatyczny pod względem budowy szpital doczekał się integralnego, dwuczęściowego opracowania dwu zupełnie odrębnych instytucji, jako że pierwszą część, poświęconą opiece nad podrzutkami, autor opracował we wcześniejszej książce.

Szpital Świętego Ducha był lecznicą wielooddziałową i wielofunkcyjną, w której przebywało średnio około tysiąca chorych mężczyzn. Dominowali pacjenci z różnymi gorączkami malarycznymi. Zgodnie z wolą papieży stanowił miejsce bezpłatnego leczenia ludzi ubogich, których było zawsze najwięcej wśród hospitalizowanych. Sławny był też z wewnętrznego szpitalika chirurgicznego dla zranionych. Był instytucją niemającą sobie równych pod względem liczby personelu medycznego i chirurgicznego. Był zarazem instytucją edukacyjną, posiadającą wewnętrzną szkołę chirurgiczną, w której kształcono przyszłych chirurgów, a także placówką kulturalno-naukową ze słynną medyczną Biblioteką i Akademią *Lancisiana* oraz Teatrem Anatomicznym, służącym celom doświadczalnym, w którym organizowano publiczne pokazy, wykonywane zarówno przez profesorów chirurgów, jak i studiujących pielęgniarzy. W infirmerii Świętego Ducha zorganizowano oryginalny, niespotykany system kształcenia chirurgów i służby pielęgniarskiej, polegający na tym, że młodzi mężczyźni obsługiwali pacjentów i jednocześnie studiowali w szkole chirurgicznej. Infirmeria Świętego Ducha była zatem instytucją zarówno leczniczą, jak i edukacyjną.

Należy mieć nadzieję, że uzyskane wyniki będą istotne dla badań historycznych, ale także pouczające dla ogółu społeczeństwa; pokazują zachodzące z czasem procesy cywilizacyjne, związane z ogólnym postępem naukowym, jak np. ustępowanie epidemii malarii, pojawienie się nowych leków (chininy) i udoskonalanie leczenia, opanowanie śmiertelności niektórych chorób (gruźlicy czy szkorbutu), udoskonalanie technik przeprowadzania operacji (nowe narzędzia, znieczulenia), zmianę stosunku do obłąkanych i narodziny psychiatrii, wprowadzanie szczepień, przechodzenie o hospicjum do współczesnego szpitala, kształtowanie się kliniki szpitalnej, wzrost znaczenia statusu chirurgów i zrównywanie się ich pozycji z lekarzami, zaprowadzanie statystyk chorych.

Zagadnienie opieki nad chorymi i ich leczenia należy do bardzo ważnych problemów kultury ogólnoeuropejskiej i ogólnoświatowej. Dlatego poznanie form rozwoju sztuki leczniczej i ewolucji szpitala od średniowiecznego hospicjum do nowoczesnej placówki – kliniki medycznej, było ciekawym i ważnym wezwaniem badawczym. Tym ważniejszym, że historia medycyny instytucjonalnej stanowi mało popularną subdyscyplinę w badaniach historycznych. Dlatego wydaje się, że niniejsze opracowanie bardzo ważnej w rozwoju medycyny i lecznictwa placówki rzymskiej, na tle historii społecznej Rzymu, Kościoła, papieżstwa i zakonów, ma duże znaczenie dla historiografii powszechnej, wzbogaca historię medycyny, zapełnia wspomnianą lukę badawczą i rodzi analogie oraz porównania z historią innych szpitali europejskich i poziomu rozwijającej się w nich sztuki lekarsko-chirurgicznej.

## RIASSUNTO

### L'INFERMERIA dell'Ospedale di Santo Spirito a Roma nei secoli XVII-XVIII

Oggetto delle ricerche dell'autore è stato l'Ospedale dello Spirito Santo di Roma, fondato nel 1198 da papa Innocenzo III, l'istituzione caritativa più famosa e più grande d'Europa, retta dall'Ordine dei Canonici Regolari dello Spirito Santo, il cui fondatore fu Guido di Montpellier. Fino all'Unità d'Italia, l'ospedale era diviso in due istituzioni distinte, ma integralmente collegate, ma che svolgevano compiti diversi: l'ospedale vero e proprio per i malati e l'infermeria, e il ricovero per i bambini abbandonati (*brefo-trofium*). In questa sede, ad essere oggetto di indagine sono la funzione e la missione medica dell'ospedale dei canonici. Nonostante le pubblicazioni sparse e frammentarie, il Pontificio Ospedale del Santo Spirito, in quanto struttura sanitaria, non aveva ancora uno studio scientifico coerente ed esaustivo: colmare questa lacuna è diventato un compito urgente e fondamentale della ricerca per varie ragioni, attinenti agli aspetti scientifici, sociali, culturali. Il testo presente si propone quindi come primo studio complessivo di un'istituzione importante per la cultura europea, e la trattazione monografica riguardante la parte medica di questo ospedale come contributo originale. Si viene così a completare lo studio integrale in due parti il Pontificio Ospedale nelle sue due componenti istituzionali, poiché la prima parte, dedicata alla cura dell'infanzia abbandonata, è stata sviluppata dall'autore in un libro precedente.

Per volontà dei Papi, l'Ospedale del Santo Spirito fu luogo di cure gratuite per i poveri, che furono sempre i più numerosi tra i ricoverati; era un ospedale multireparto e multifunzionale, dove alloggiavano mediamente circa 1.000 malati, tra cui predominavano i pazienti con varie febbri malariche. Era famoso anche per il suo ospedale chirurgico interno per i feriti. Secondo a nessuno per numero di personale medico e chirurgico, fu anche un istituto didattico con una scuola chirurgica interna dove si formavano i futuri chirurghi, nonché un'istituzione culturale e scientifica con la famosa Biblioteca e Accademia Medica Lancisiana, e un teatro anatomico a scopo sperimentale, dove venivano organizzati spettacoli pubblici, eseguiti sia da professori di chirurgia che da infermieri apprendisti. Nell'infermeria dello Spirito Santo fu organizzato un sistema originale, al tempo inedito, per la formazione dei chirurghi e del servizio infermieristico, in cui i giovani accudivano i pazienti e allo stesso tempo studiavano nella scuola chirurgica. L'Infermeria dello Spirito Santo era quindi sia un'istituzione curativa che educativa.

Si spera che i risultati ottenuti dalle ricerche abbiano rilevanza per la ricerca storica, ma anche divulgativo per il grande pubblico; mostrano i processi di governo assistenziale



della città che si sono verificati nel tempo, legati al progresso scientifico generale e a punti di svolta della storia sanitaria romana: la scomparsa dell'epidemia di malaria con la comparsa di nuovi farmaci (chinino) e il miglioramento delle cure, il controllo della mortalità di alcune malattie (tubercolosi o scorbuti), il miglioramento della chirurgia tecniche (nuovi strumenti, anestesia), un cambiamento nell'atteggiamento nei confronti dei pazzi e la nascita della psichiatria, l'introduzione delle vaccinazioni, il passaggio dall'ospizio a un ospedale moderno, lo sviluppo di una clinica ospedaliera, un aumento dell'importanza dello status dei chirurghi e della loro parità con i medici, nonché l'introduzione di statistiche sui pazienti.

La questione dell'assistenza ai malati e del loro trattamento è uno dei problemi più importanti della cultura europea e non. Pertanto, conoscere le forme di sviluppo dell'arte medica e l'evoluzione dell'ospedale da ospizio medievale a moderna struttura di clinica medica, è stata un'interessante sfida per il lavoro di ricerca. Ciò è ancora più importante perché la storia della medicina è istituzionalmente una sotto-disciplina secondaria nella ricerca storica. Ad avviso di chi scrive, lo studio della storia dell'Ospedale del Santo Spirito è cruciale per delineare lo sviluppo della medicina, e ha una rilevanza importante per la storiografia in generale: arricchisce il quadro fornito dalla storia sociale di Roma e della Chiesa, del papato e degli ordini religiosi, e dà luogo ad ulteriori analoghe sulla storia di altri ospedali europei e sul livello di arte medica sviluppato presso dei medesimi.

## SUMMARY

### INFIRMARY of the Hospital of the Holy Spirit in Rome in the 17th and 18th Centuries

The subject of the author's research in this publication was the Hospital of the Holy Spirit in Rome, founded in 1198 by Pope Innocent III, which is the most famous and largest charitable institution in Europe, run by the Order of Canons Regular of the Holy Ghost, whose founder was Guido of Montpellier. Until the unification of Italy (1870), the hospital was divided into two separate but integral institutions with different functions: a proper hospital for the sick (the infirmary) and a shelter for abandoned children (*brephotrophium*). The function and medical mission of the Canons' hospital became the focus of the author's research. Although there are a number of scattered and fragmentary publications, the pope's Hospital of the Holy Spirit, as an infirmary, has not yet been the subject of a consistent and comprehensive scholarly study. Filling this gap became an urgent and fundamental task for scientific, social and civilisation-humanitarian reasons. The project has led to the writing of the first comprehensive study that is highly relevant to European culture. The monograph devoted to the treatment and medical section of this hospital is a pioneering achievement. In this way, this architecturally imposing building has seen an integral two-part study of two completely separate institutions, as the first part, dedicated to the care of abandoned children, was prepared by the author in an earlier book.

The Hospital of the Holy Spirit was a multi-ward and multi-purpose facility housing about 1,000 male patients on average, suffering predominantly from various malaria fevers. In accordance with the wishes of the popes, it was a place of free treatment of the poor, who were always the most numerous group of patients. The hospital was also famous for its internal surgical hospital for the wounded. It was an unparalleled institution in terms of the number of medical and surgical staff. At the same time, it was an educational institution, with an internal surgical school where future surgeons were educated, as well as a cultural and scientific unit with the famous medical library and the Lancisiana Academy, and an anatomical theatre for experimental purposes where public demonstrations were organised, performed by both surgical professors and student nurses. The infirmary followed an original system of training surgeons and nursing staff (not used today), where young men look after patients while studying at the surgical school. The Infirmary of the Holy Spirit was thus both a treatment and a training/teaching institution.

The results obtained from the research, have mainly academic but also cognitive exploratory importance to the general public. They show civilizational processes occurring over time, linked to general scientific progress, as they show the evolution of civilizational processes, associated with general scientific progress, such as the disappearance of the malaria epidemic, the creation of new medicines (quinine) and improved

treatment methods, the curbing of mortality related to certain diseases (tuberculosis or scurvy), improvements in surgery techniques (new instruments, anaesthetics), changes in the general attitude towards the insane and the birth of psychiatry, the introduction of vaccinations, the transition from the hospice model to the modern hospital, the development of a hospital clinic, the rising status of surgeons and making them equal to doctors, and the introduction of patient statistics. Such knowledge should be of particular interest to representatives of the medical world, not only those dealing with medicine as scientists.

The care and treatment of the sick is among the most important problems of European and world culture. Therefore, finding out about the development of medical treatment and the evolution of the hospital from a medieval hospice to a modern institution – the medical clinic – was a compelling motive and an important academic imperative. This is all the more important because the history of institutional medicine is an unpopular sub-discipline of historical research. Therefore, the study of the Roman infirmary, being highly significant for the development of medicine and medical treatment, has added to universal historiography and will exert a universal and humanitarian impact. It has contributed to social history (the *Annales* school), the history of Rome and the Church (the papacy and religious orders), and the history of medicine. It also fills the research gap mentioned above and prompts further similar research into the history of other significant European hospitals, as well as the level of medical art practiced there.

## INDEKS OSOBOWY\*

### A

Abizi Francesco, 40  
Acciaiuoli, kardynał, 146, 217, 348, 378, 388,  
396, 409, 450  
*Adversi A.*, 126, 536  
*Agrimi J.*, 123, 528  
Agucchio Girolamo, komendator, 448  
Albani Alessandro, kardynał, 342  
Albizi Francesco, komendator, 84, 115, 375  
Aledoville, senator, 290  
Aleksander VI, papież, 219  
Aleksander VII, papież, 32, 66, 221, 244, 378,  
409, 496  
*Allegri M.*, 129, 535  
Amalberti Vincenzo, testator, 432  
Amalbertii Roberto, testator, 430  
Ambrogio Vincenzo Giovanni, doktor, 150  
Ambrogio Vincenzo Giovanni, 150  
*Andretta E.*, 18, 106, 129, 131, 133, 134, 135,  
136, 528  
Andretta Elisa, 18  
*Angeletti R.*, 478, 496, 497, 528  
Angelucci Teodoro, doktor, 157, 158  
*Antosiewicz K.*, 9, 16, 23, 528  
Aprili Pietro, 229  
Aprili Pietro, chirurg, 75  
Aprili Vincenzo, 104  
Arduini Giovanni, 436  
Arystydes, 472  
Assalti Pietro, 460  
Assalti Pietro, botanik, 479  
Auda Domenico, aptekarz, 485, 499  
Augustyn, św., 23, 449  
*Augustyniak U.*, 9, 534  
Awicenna, filozof, 472, 473  
*Azzurri F.*, 96, 529

### B

*Bachini A.*, 96, 529  
Baglivi Giorgio, 79, 90, 459  
*Baldassarri S.U.*, 125, 129, 534, 537  
*Balzani A.*, 61, 529  
Bancari Luigi, chirurg, 161  
Barbaglia Salvatore, testator, 431  
Bazyli, św., 33  
*Benedicenti A.*, 529  
Benedykt IV, papież, 405  
Benedykt XIII, papież, 72, 74  
Benedykt XIV, papież, 14, 35, 38, 40, 49, 62,  
72, 75, 84, 110, 180, 190, 219, 222, 223, 257,  
318, 319, 393, 397, 408, 410, 415, 443  
Benedykt XIV, papież, 179  
Bernardini Marco, doktor, 157, 158  
Berti M.L., 322, 529  
*Bertoloni Meli D.*, 136, 533  
*Betri M.L.*, 131, 533  
*Bleker J.*, 19  
Bleker Johanna, 19  
Boerhaave Herman, 90  
Boillian Arislin, 473  
Bomba Giovanni Battista, doktor, 150  
Bonaparte Napoleon, 321, 323  
Bonawentura, św., 445  
Boncettiiego Gaetano, aptekarz, 489  
*Bonella A.L.*, 17, 106, 129, 529  
Bonella Anna Lia, 17  
*Bonelli F.*, 294, 436, 529  
*Bonfigli A.*, 58, 128, 246, 258, 291, 318, 340,  
532, 537  
Bonifacy VIII, papież, 318  
Borgarucci Domenico, archiwista, 32, 55, 80,  
116, 140, 153, 182, 216, 236, 339, 340, 387

\* W indeksie kursywą wyróżniono nazwiska (z inicjałem) autorów i redaktorów publikacji cytowanych w przypisach i bibliografii.

- Boyle Robert, filozof, 89  
*Brambilla E.*, 18, 105, 110, 164, 529  
Brambilla Elena, 18  
Brasavola Giacomo, 478  
Brasavola Girolamo, 143  
Braschi Luigi, 58  
Braschi Onesti Luigi, książę, 288, 289  
*Braudel F.*, 294, 529  
Braudel Fernand, 294  
*brefotrofium*, 507, 545  
Broussais François Joseph Victor, 322  
Brown John, 321  
*Brożek P.*, 306, 529  
*Brugi B.*, 88, 529  
Brugi Biagio, 88  
Brunacci Gaudenzio, lekarz naczelny, 499  
*Brunelli B.*, 127, 529  
Bucci Antonio, chirurg, 142, 162  
Bufalini Giovanni Ottavio, komendant, 75,  
164, 180, 285, 453  
*Burak M.*, 305, 529  
*Bylebyl J.J.*, 86, 529
- C
- Cabanis Pierre Jean-Georges, filozof i lekarz,  
323  
Caciantori Carmelo, zakrystian, 436  
Caius John z Cambridge, 88  
Calino Ludovico, komendant, 92, 93, 95,  
148, 195, 215, 252, 253, 381, 421, 422, 502  
Calvani, zakrystaian, 431  
*Canezza A.*, 7, 9, 17, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29,  
30, 32, 33, 34, 35, 36, 40, 62, 92, 96, 99, 102,  
107, 115, 140, 144, 153, 159, 164, 172, 175,  
201, 214, 222, 223, 224, 257, 278, 338, 349,  
384, 389, 420, 433, 434, 440, 444, 447, 453,  
457, 465, 466, 469, 470, 471, 472, 479, 496,  
499, 529  
Canezza Alessandro, 17  
Capogrossi Baldassare, doktor, 157  
*Capparoni P.*, 87, 529  
Cappi Francesco, 103  
Carafa Francesco, kardynał, papież, 455  
*Carlino A.*, 86, 109, 529  
*Carnevale F.*, 264, 307, 529, 536  
Carsughi Cristoforo, bibliotekarz, 467, 479  
Carvasalli Giovanni, 104  
Casali Bernardino, 55  
*Casalini M.*, 7, 9, 17, 529  
Castellani Bernardino, 142  
Castellani Giovanni Maria, 80, 85, 142  
Castelli Giuseppe Maria, komendant, później  
kardynał, 58, 94, 95, 152, 168, 173, 196,  
197, 198, 202, 212, 215, 252, 285, 347, 355,  
358, 361, 364, 380, 381, 398, 399, 403, 404,  
405, 406  
Castelli Pietro, aptekarz, 493  
Castelli Pietro, lekarz, 504  
*Castelsangiovanni G. da*, 437  
*Cavaterra A.*, 134, 530  
*Cazzaniga A.*, 322, 530  
*Cecchi D.*, 126, 536  
Cecchini Mario, chirurg, 163, 478  
Cechini Luigi, 431  
*Celli A.*, 33, 292, 294, 295, 298, 316, 338, 436,  
530  
*Chaney E.*, 19  
Chaney Edward, 19  
Cherubini Eustachio, chirurg, 165  
Chiattonne Ottavio, chirurg, 169  
Chigi della Rovere Agostino, książę, 289, 290  
Cicccone di Minerva Cosino, wizytator, 498  
*Cingolani M.*, 126, 530  
*Cipolla C.M.*, 127, 128, 148, 530  
Cirillo Bernardino, komendant, 140, 266,  
295, 338, 423, 446, 483, 486  
Ciucci Filippo, chirurg, 163  
Cocchi z Florencji, 84  
Colombo Realdo, 79, 135  
*Colonna F.*, 17, 530  
Colonna Flavia, 17  
*Columella L.G.M.*, 298, 530  
*Conforti M.*, 18, 41, 79, 80, 83, 85, 86, 106, 109,  
110, 116, 142, 162, 181, 458, 460, 461, 463,  
530  
Conforti Maria, 18  
*Contardi B.*, 61, 534  
*Conte E.*, 80, 135, 533  
Coronelli Vincenzo, kosmograf, 474  
*Corradi A.*, 266, 530  
*Corsini A.*, 43, 51, 121, 244, 342, 386, 530

- Corsini Neri, 386  
Corsini Neri, kardynał, 43, 51, 244, 342  
Cosmacini, 18  
*Cosmacini G.*, 18, 33, 81, 86, 88, 90, 91, 121, 127, 128, 129, 132, 143, 148, 243, 264, 294, 295, 296, 298, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 338, 339, 457, 459, 460, 465, 481, 530  
Cosmacini Giorgio, 317  
Cotugno Domenico, neapolitański  
    Hipokrates, 313  
*Crisiani C.*, 122, 123, 125, 528, 530
- D**
- Da Altari B.*, 17, 218, 438, 440, 441, 442, 445, 530, 531  
Da Altari Benedetto, 440  
*Da Castelsangiovanni D.*, 445, 530  
*Da Farnese G.B.*, 438, 531  
*De Angelis P.*, 229  
De Altari Benedetto, 17  
*De Angelis P.*, 24, 25, 26, 28, 29, 32, 35, 49, 79, 84, 99, 107, 137, 144, 161, 171, 173, 216, 218, 219, 221, 222, 283, 292, 310, 354, 355, 356, 358, 359, 360, 361, 362, 363, 368, 371, 372, 435, 438, 441, 443, 446, 457, 458, 459, 460, 461, 462, 463, 465, 466, 467, 468, 469, 470, 471, 472, 473, 474, 476, 477, 478, 479, 483, 484, 485, 486, 487, 488, 491, 492, 493, 494, 496, 497, 499, 500, 501, 503, 504, 531  
De Angelis Pietro, 17  
De Carolis Pietro, komendantor, 198, 199  
*de Koning J.*, 496, 531  
De Mattheis Giuseppe, 92  
*De Renzi S.*, 18, 41, 79, 80, 83, 85, 86, 106, 109, 110, 116, 142, 162, 181, 458, 459, 460, 461, 463, 530, 531  
De Renzi Silvana, 18  
De Rienzi Salvatore, 18  
De Rossi Giachino, testator, 432  
De Rossi Giuseppe, doktor, 64, 151  
De' Conti Vincenzo, bibliotekarz, 467  
Degl' Albizi Francesco, komendantor, 382  
*Del Pistoia L.*, 58, 74, 76, 77, 128, 258, 318, 321, 537  
*Della Capanna G.P.*, 88, 531  
*Della Peruta F.*, 18, 105, 164, 319, 529, 538  
Della Porta Gabriele, 142  
Della Valle Andrea, kardynał, 131, 132, 135  
Denhoff Giovanni Casimiro, komendantor, 363  
Denhoff Kazimierz, kardynał, 434  
Descartes René, filozof, 89  
*Di Gioia E.B.*, 61, 534  
*Di Simone M.R.*, 87, 531  
*Dominici S.*, 147, 237, 531  
Dominici Sylvia, 18  
*Donati C.*, 89, 531  
*Donato M.P.*, 13, 18, 79, 86, 87, 88, 89, 90, 458, 477, 478, 530, 531, 532  
Donato Maria Pia, 18  
Doria Sinibaldo, komendantor, 462  
Doroszewski Witold, 24  
*Drossbach G.*, 7, 532  
Drossbach G., 18  
Drossbach Gisela, 18  
Ducci Lorenzo, 144
- E**
- Erba Antonio Mario, komendantor, 82, 83, 84, 190, 212, 491  
Ercolani Alberto, testator, 431  
*Esposito A.*, 9, 10, 18, 28, 129, 243, 317, 532  
Esposito Anna, 18  
Eugeniusz IV, papież, 26, 28, 218, 222, 444  
Eustachi Bartolomeo, 79, 135, 463
- F**
- Fabbi A.*, 121, 532  
*Fabbri G.B.*, 121, 532  
Faber Giovanni, 144  
Fabrigia Domenico, doktor, 150  
*Fadda B.*, 320, 532  
*Fanucci C.*, 16, 246, 497, 532  
Fanucci Camillo, 16, 497  
*Fatica M.*, 60, 532  
*Favino F.*, 143, 532  
Febei Francesco Maria, 32, 81  
Febei, komendantor, 190



- Fedeli Bernardini F.*, 58, 128, 246, 258, 291, 318, 340, 532, 537  
Ferini, inspektor, 426  
*Ferrari L.*, 86, 87, 100, 121, 122, 123, 124, 125, 143, 530, 532, 534, 535, 538, 539  
*Ferrari M.*, 18, 86, 87, 100, 121, 122, 123, 124, 125, 143, 530, 532, 534, 535, 538, 539  
Ferreri Rosarbo, pisarz, 190  
Ferrini Giovanni Battista, inspektor, 38, 68, 197, 227, 231, 491, 501  
Fervante Nicola, testator, 431  
*Finsch N.*, 109, 533  
*Fiorani L.*, 220, 246, 249, 258, 291, 292, 340, 396, 399, 532  
Fiorani Luigi, 291, 340  
Fiori Filippo, 436  
*Fischer E.P.*, 19  
Fischer Ernst Peter, 19  
Flaiani Giuseppe, naczelny chirurg, 96, 107, 494  
Floridi Salvatore, lekarz, 477  
Fonseca Gabriele, 66  
Fossombrone Giovanni Battista, 143  
*Foucault M.*, 59, 90, 532  
Foucault Michel, 59  
Franceschi, giovane, 116  
Franciszek I, król francuski, 31  
Franciszek Salezy, św., 61  
Franciszek, św., 438, 441, 442, 443  
*Frängsmyr T.*, 87, 532  
*French R.K.*, 134, 535  
Fusco, Placido, lekarz naczelny, 106
- G**
- Galen, lekarz, 472  
*Garofalo F.*, 86, 129, 131, 141, 532  
*Garrgan L.*, 87, 536  
Garzonio Lorenzo, protomedyk papieski, 136  
Gatti Giovanni Angelo, 319  
Gattinara Giovanni Battista, stolnik, 190  
Gawrońska Wanda, 22  
*Genga B.*, 83, 532  
Genga Bernardino, 79, 83  
*Gentilore D.*, 532  
Gentili Antonio Severio, kardynał, 35, 38, 68, 141, 155, 174, 175, 217, 223, 244, 251, 341, 344, 346, 347, 373, 384, 385, 397, 401, 418, 420, 489, 490, 491  
Georgi Domenico, bibliotekarz, 468  
*Geremek B.*, 433, 533  
Gherardini Gaspare, bibliotekarz, 468  
*Giannelli A.*, 76, 533  
Giavina, 93  
Giavina, prosektor z Sapienzy, 84  
Giordani Vitule, matematyk, 473  
Giovannelli Egidio, 149  
Giovanni Rasori, 322  
Girotti Michelangelo, 114  
Giubbilei, gwardian kapucynów, 438, 439  
*Giuntella V.E.*, 44, 47, 258, 536  
Gnastaldi, canonico vicario, 414  
Goubaud Jean, ks., 388  
*Grégoire R.*, 32, 45, 52, 53, 80, 141, 142, 153, 161, 166, 182, 183, 184, 187, 216, 234, 237, 249, 291, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 337, 340, 352, 423, 449, 533  
Grégoire Réginald, 17  
Grella Cosimo, 151  
*Grois B.*, 19  
Grois Bernhard, 19  
*Gross H.*, 390, 533  
Grzegorz XV, papież, 142  
Grzegorz z Nazjanzu, św., 33  
Guadagni, kardynał, 393  
Guattani Carlo, chirurg, 82, 84, 85, 93, 95, 97, 163, 165, 511  
Guidi Romualdo, 95, 96, 107, 167  
Guidi Romualdo, komendant, 75, 196, 418  
Gwidon z Montpellier, bł., 545  
Gwidon z Montpellier, bł., 23, 24, 26, 223, 444, 447, 541, 543
- H**
- Harig G.*, 19  
Harig Georg, 19  
Heister Laurentius, 93  
*Hess V.*, 19  
Hess Volker, 19  
Hipokrates, lekarz, 472  
Hobbes Thomas, filozof, 89

- Howard John, filozof, 15  
*Howe E.*, 18, 28, 33, 221, 533  
Howe Eunice, 507  
Howe Eunice D., 18  
Hunter Giacomo, 107
- I**
- Iaria A.*, 58, 128, 246, 258, 291, 318, 340, 532, 537  
Ina, królowa anglosaska, 24  
Innocenty III, papież, 7, 9, 23, 25, 26, 35, 218, 221, 223, 243, 437, 444, 448, 462, 541, 545  
Innocenty VII, papież, 26  
Innocenty VIII, papież, 31, 221  
Innocenty X, papież, 66, 283, 438, 445, 458  
Innocenty XI, papież, 50, 89, 292, 409, 458, 472, 473, 498  
Innocenty XII, papież, 47, 48, 49, 55, 60, 90, 110, 245, 247, 292, 407, 438
- J**
- Jarcho S.*, 89, 533  
Jean Heroard, archiatra, 143  
Jenner Edward, lekarz, 320  
Jerzy III, król angielski, 107  
*Jetter D.*, 19  
Jetter Dieter, 19  
*Jones C.*, 19, 109, 533  
Jones Colin, 19  
Juan De Lugo, kardynał\*\*\*, 499  
Juliusz III, papież, 219  
*Jütte R.*, 109, 533
- K**
- Kamil de Lellis, św., 220, 224, 339, 396, 443, 453  
Karol V, cesarz niemiecki, 31  
Karpiński A., 9, 428, 533, 534  
*Keyvanin C.*, 17, 533  
Keywanian Carla, 17  
Kęszycka H., 59  
Klemens IX, papież, 119  
Klemens VII, papież, 135  
Klemens VIII, papież, 32, 354, 438, 447  
Klemens X, papież, 142, 460, 477  
Klemens XI, papież, 41, 49, 60, 90, 457, 458, 462, 463, 472, 473  
Klemens XII, papież, 283, 385, 407, 409  
Klemens XIII, papież, 42, 64, 103  
Klemens XIV, papież, 107  
Kłoczowski Jerzego, 22  
*Kock W.*, 130, 533  
*Komaryńska H.*, 9, 272, 282, 533  
*Kraye J.*, 13, 530  
*Kristeeller P.O.*, 122, 533  
*Kropidłowski Z.*, 9, 533  
Książę Glonchester, 107
- L**
- La Cava F.*, 7  
*La Cava F.A.*, 23, 24, 25, 96, 221, 243, 534  
Laennec Réne Theophile Hyacinthe, 321  
Lancisi Giovanni Maria, 11, 41, 42, 79, 90, 309, 457, 458, 459, 460, 461, 462, 463, 465, 466, 468, 469, 473, 476, 477, 478, 479, 480, 481  
Lanfredini Giacomo, kardynał, 57, 68, 73, 146, 197, 223, 306, 346, 385, 409, 446, 451, 489, 490, 491  
Lanuvio Girolamo, komendator, 383, 454  
*Larner A.J.*, 496, 534  
*Latour B.*, 88, 534  
*Lawn B.*, 122, 534  
Lazzari Lorenzo, testator, 434  
Leibniz Gottfried Wilhelm, filozof, 15, 339  
Leopold, książę Toskanii, 466  
Leprotti, lekarz papieski, 479  
*Limone O.*, 87, 536  
Linacre Thomas z Oksfordu, 88  
*Lippi D.*, 125, 534  
Litak Stanisław, 21  
Locke John, filozof, 89  
*Longosz S.*, 33, 534  
*Lonie I. M.*, 134, 535  
Loretti Giacomo, medyk papieski, 103, 486  
Ludwik XIII, król Francji, 143  
Ludwik XIV, król francuski, 466, 472  
Luter Marcin, 338, 511

## M

Macerata Francesco da, 144  
Magnani Hipolito, lekarz chirurg, 478  
Malatesta Desiderio, 104  
Malvetani Francesco, 142  
Mancini Antonio, testator, 431  
Mancini Giulio, 142  
Mancini Hippolito, aptekarz, 485  
Mancini Roberto, testator z San Benedetto, 430  
Mancini, doktor, 84  
Mannoni Giovanni, doktor, 157  
Marcin z Urzędowa, 88  
*Margarucci O.*, 477, 534  
Maria Teresa, cesarzowa Austrii, 319  
Marini, kardynał, 426  
Marsili Ferdinando, książę, 480  
*Martindale C.C.*, 339, 534  
Maruffi Battista, 104  
*Marziani P.*, 110, 534  
*Massai V.*, 320, 534  
*Matthey G.*, 321, 534  
Matthey Giuseppe, 321  
Maurizzi Vittorio, testator, 436  
*Maylender M.*, 477, 534  
*Mazzarello P.*, 18, 87, 100, 121, 122, 124, 125, 126, 530, 532, 534, 535, 538, 539  
Mazzolini Felice, testator z Vicenzy, 430  
Melzi d'Eril Francesco, wiceprezydent Republiki Włoskiej, 323  
Mercati Michele, 463  
*Mezzadri L.*, 119, 534  
Mogrobiesio Alfonso, arcybiskup Limy, 143  
Molpesso Piaggio, testator, 435  
*Monachino V.*, 16, 33, 218, 246, 438, 530, 534  
Monini Carlo, 107  
*Monticone A.*, 44, 47, 258, 536  
Morand, mistrz, 84  
*Morichini C.L.*, 48, 246, 534  
Morichini Carlo Luigi, kardynał, 16  
*Morichini L.C.*, 16  
*Morpurgo P.*, 122, 534  
*Możejko B.*, 428, 534  
*Mrozowski K.*, 428, 535  
Muratori Ludovico Antonio, 458

*Murken A.H.*, 19  
Murken Axel Hinrich, 19

## N

Naldi Mattia, 142  
Napoleon Bonaparte, 289  
*Naso I.*, 133, 318, 535  
*Naumowicz J.*, 33, 535  
ndretta A., 162  
Neri Filip, św., 36  
Newton Isaac, filozof, 89  
Nicoletti Cresentino, testator, 434  
*Nicoud M.*, 86, 125, 126, 535  
*Nigrisoli Wärnhjelm V.*, 87, 130, 143, 535  
Nigrisoli Wärnhjelm Vera, 19  
*Nutton V.*, 126, 134, 535

## O

Olivucci Ignazio Antonio, 103  
*Osbat L.*, 89, 535

## P

*Paci L.*, 126, 536  
Paggio Giuseppe, testator, 431  
*Paglia V.*, 109, 535  
Pallavicini Antonio Maria, komendant, 38, 61, 83, 155, 174, 285, 451, 452, 453, 491  
Pallotta Antonio, 91  
*Palma A.*, 24, 25, 32, 96, 535  
Palma Angelo, 18  
*Palmer R.*, 88, 89, 129, 535  
Palotta Antonio, komendant, 403, 445  
Pane Antonio, naczelny chirurg, 494  
Pantaleon, św., 473  
*Paoli M.P.*, 127, 532  
*Pappalardo I.*, 17, 185, 535  
Pappalardo Ignazio, 17  
*Paracelsus*, 132, 535  
Paracelsus (właśc. Phillippus Aureolus Theophrastus Bombastus von Hohenheim), 132  
Parisi Chierico, 427  
*Park K.*, 109, 535  
Pascoli Alessandro, 90  
*Pastor L.*, 48, 127, 535  
*Pastore A.*, 129, 131, 533, 535

- Pavoncelli Mose, BANKIER ŻYDOWSKI, 424
- Paweł II, papież, 221
- Paweł III, papież, 135, 410
- Paweł IV, papież, 221
- Paweł VI, papież, 35
- Pazzini A.*, 33, 218, 535
- Pelliccia G.*, 121, 408, 535
- Pera Giovanni Battista, 75
- Pericoli P.*, 81, 536
- Perlà Tomaso, 92
- Perrugini, ekonom, 76
- Pesenti T.*, 87, 125, 536
- Petrini Marco, 200
- Petrucchi Pier Matteo, kardynał, 388, 450
- Pękacka-Falkowska K.*, 9, 536
- Pfeiffer P.*, 19
- Pfeiffer Paul, 19
- Piazza C.B.*, 48, 49, 74, 80, 81, 196, 246, 527, 536
- Piazza Carlo Bartolomeo, 49, 80
- Piazza Carlo Boromeo, 16
- Piccialuti M.*, 14, 17, 20, 34, 42, 43, 44, 46, 48, 49, 51, 55, 57, 61, 89, 110, 113, 127, 132, 148, 164, 222, 238, 245, 246, 247, 288, 342, 354, 384, 389, 390, 393, 400, 408, 415, 472, 536
- Piccialutti M.*, 13, 42
- Piccolomini Arcangelo, 135, 143
- Pieratti Francesco Maria, 85, 93, 104
- Pieratti Toscano, chirurg, 84
- Pierro F.*, 135, 536
- Pinel Filip, 59
- Pinel Filip, filozof, 15
- Pisanelli Baldassarre, 143
- Pius IV, papież, 444, 447
- Pius IX, papież, 453
- Pius VI, papież, 40, 96, 97, 99, 107, 222, 297, 413, 440, 441, 442
- Pius VII, papież, 91, 323, 435
- Podgórska-Klawe Z.*, 119, 536
- Poli Camillo, 288
- Pomata G.*, 126, 136, 536
- Pompalone A.*, 536
- Poncjusz Piłat, 320
- Pontelli Baccio, architekt, 29
- Porębowicz S.*, 282, 536
- Porzia Leandro, kardynał, 20, 50, 120, 147, 183, 201, 222, 231, 248, 343, 355, 363, 373, 376, 379, 384, 390, 396, 409, 428, 442, 450, 454, 487, 490, 491, 497
- Potenziani Giovanni, konendator, 145
- Pozzi Cristoforo, stolnik, 190
- Proietti Cristoforo, vassallo dei tisici, 234
- Prucnal D.*, 9
- Puccini C.*, 126, 536
- Pxiza, 319
- Q**
- Quantani Carlo, chirurg naczelny, 97
- Querini Qu.*, 536
- R**
- Rabus Jacob, kaznodzieja, 338
- Racagni Cesare, komendator, 449
- Ramazzini B.*, 264, 307, 308, 529, 536
- Ramazzini Bernardino, 264, 308
- Ramella Lazzaro, 467
- Ramella Lazzaro, bibliotekarz, 467
- Rasori G.*, 321, 322, 536
- Rasori Giovanni, 321, 322
- Rastelli C.M.*, 128, 536
- Ratazzi Antonio, chirurg, 165
- Renazzi F.M.*, 135, 536
- Rendina C.*, 318, 536
- Rhomberg Hans-Peter, 19
- Riciardelli F.*, 125, 129, 534, 537
- Riebesell Ch.*, 536
- Risse G.B.*, 19
- Riva Guglielmo, 79, 477
- Robinson J.O.*, 19
- Robinson James O., 19
- Romella Lazzaro, 468
- Rosa Gabriele de, 21
- Rosa M.*, 13, 44, 47, 110, 258, 536
- Rosiak S.*, 119, 536
- Rosini Domenico, 462
- Ruini Giovanni Battista, komendator, 447
- Russo Ortensio, doktor, 157, 158

## S

- Sacco L.*, 322, 323, 537  
*Sacco Luigi*, 323  
*Saliceti*, lekarz, 473  
*Salvadei Filippo*, 247  
*Samant Elogio*, 147  
*Sampieri Domenico*, komendator, 99, 112, 113, 392, 405, 406, 480  
*San Giovanni*, 34, 199  
*San Salvatore*, 74, 89, 110, 317, 343  
*Sandri L.*, 129, 537  
*Sani R.*, 18, 19, 87, 126, 130, 143, 496, 530, 532, 535, 538  
*Sapienza* (uniwersytet), 510, 511  
*Sarek Stanisław*, 22  
*Saulnier P.*, 105, 354, 483, 537  
*Saulnier Pietro*, aptekarz, 105, 354, 483  
*Savio P.*, 17, 62, 80, 83, 85, 87, 106, 110, 120, 142, 143, 144, 150, 162, 163, 169, 181, 187, 283, 284, 460, 537  
*Savio Pietro*, 17  
*Scatena*, doktor, 156  
*Scheutz M.*, 19  
*Scheutz Martin*, 19  
*Schiavoni C.*, 222, 537  
*Scolari A.*, 134, 536  
*Selvaggi Liberato*, 289  
*Serarcangeli C.*, 496, 537  
*Setacci Filippo*, wizytator, 498  
*Sforzowie*, 125  
*Shakespeare* (Szekspir) William, 88  
*Sigerist H.*, 91, 537  
*Signorotto G.*, 89, 537  
*Simonetto C.E.*, 58, 74, 76, 77, 128, 258, 318, 321, 537  
*Siraisi G.*, 87, 537  
*Sisco Giuseppe*, 92  
*Sluijter R.*, 19  
*Sluijter Ronald*, 19  
*Słoń M.*, 9, 537  
*Spada Virgilio*, komendator, 49, 174, 361, 425, 434, 445, 484, 495, 500, 504  
*Spagnesi E.*, 125, 129, 534, 537  
*Speranza*, doktor, 158  
*Spinola Giorgio*, komendator, 462, 466  
*Spinola Giovanni Battista*, komendator, 146  
*Stella P.*, 44, 47, 258, 536  
*Surdacka Ewa*, żona Autora, 22  
*Surdacki M.*, 14, 16, 18, 30, 34, 43, 55, 67, 73, 96, 98, 218, 220, 222, 234, 241, 274, 283, 307, 366, 378, 387, 428, 445, 452, 453, 475, 495, 537, 538  
*Sykstus IV*, papież, 7, 26, 28, 29, 31, 35, 221, 222, 434, 455, 471  
*Sykstus IV*, ppaież, 219  
*Sykstus V*, papież, 294  
*Symmachus* (Simmakiusz), papież, 24  
*Szady J.*, 119, 538  
*Szarszewski A.*, 9, 538

## T

- Teatr Anatomiczny*, 509  
*Temkin O.*, 106, 538  
*Tiraconda*, 473  
*Tiracondo Giovanni*, 458  
*Tiracorda Giovanni*, 142  
*Titi F.*, 237, 238, 538  
*Titi Filippo*, 237  
*Tobaldi Giuseppe*, 58  
*Todi Fabrizio da*, cawasangue, 181  
*Tognotti E.*, 100, 101, 125, 538  
*Tomasso Giovanni*, 144  
*Tonci*, doktor, 84, 93  
*Tonilli Vincenzo*, 290  
*Torti Francesco*, 264  
*Tosti Leandro*, doktor, 150  
*Tournon Camillo de*, książę, 505  
*Truli Stefano*, 283  
*Trulli Giovanni*, chirurg, litotom, 163  
*Trulli Giovanni*, senior, chirurg, 163  
*Trulli Stefano*, chirurg, 163, 169  
*Tucci U.*, 319, 538  
*Tuck*, 59

## U

- Ubrizsy Savoia A.*, 496, 538  
*Urban V*, papież, 218  
*Urban VII*, papież, 295  
*Urban VIII*, papież, 229, 244, 378, 409, 446

**V**

Vai Stefano, komendant, 66, 349, 446  
Vai Stefano, komendant, 492  
*Valentin L.*, 321, 538  
Valentin Louis, 321  
Valentini Pier Luigi, doktor, 150  
Valessio Carlo, 473  
Valignani Zosimo, 42  
Valignani Zosimo, komendant, 195  
Vannoia Giuseppe, 60  
*Vanti M.*, 29, 30, 31, 40, 74, 131, 137, 140, 172,  
220, 224, 236, 256, 266, 272, 273, 281, 295,  
352, 390, 393, 423, 438, 443, 446, 448, 538,  
539  
Vanti Mario, 443  
*Vegetti M.*, 121, 539  
Vercello, 265  
Verri Pietro, 320  
Vesalio Andrea, 100  
Vincenti Mareri Ippolito, komendant, 61,  
373, 407, 413, 441, 480  
Vinciguera Pietro, doktor, 158  
*Visceglia M.A.*, 89, 537

Visconti, 125  
Volpi, zastępca bibliotekarza, 468  
*Von Pastor L.*, 539

**W**

Wazowie, 143  
*Wear A.*, 134, 535  
*Wojciechowska B.*, 330, 539  
Wortley Montagu Mary, 319  
*Wójtowicz P.*, 305, 539  
*Wysmulek J.*, 428, 539

**Z**

Zacchia Paolo, 143  
*Zampi M.*, 126, 530  
Zannoja Paolo, 103  
Zelada Francesco Saverio de, kardynał, 107  
*Zuccolin G.*, 124, 539  
*Zurlini F.*, 18, 19, 87, 126, 130, 143, 496, 530,  
532, 535, 538

**Ż**

Żuk Alina, 22







M A R I A N   S U R D A C K I

INFIRMERIA  
Szpitala Świętego Ducha  
w Rzymie  
w XVII-XVIII wieku

T O W A R Z Y S T W O   N A U K O W E   K U L

## INDEKS TOPOGRAFICZNY

### A

*Accademia dei Lincei*, 13  
Acquataccio, 496  
Agrigento (na Sycylii), 202  
Akwila, 264  
Amsterdam, 87, 143  
Anglia, 471  
Ankona, 165  
Anticola Corrado, 103  
Arco del Sangallo (Brama Świętego Ducha),  
361  
Ascola, 240, 265  
Asyż, 265  
Austria, 319  
Awinion, 27

### B

Babilonia, 33  
Bamberia, 144  
Bank Świętego Ducha, 230  
Barezatto, 433  
Bargotea, 460  
Bari, 177, 240  
Bawaria, 323  
*Biblioteca Lancisiana*, 13, 17, 33, 99, 161,  
457, 461, 463, 467, 475, 531  
Boliwia, 499  
Bologna, 88, 91, 107, 110, 143, 163, 480, 481  
Bordeaux, 143  
*Braccio Vecchio*, 35, 36, 38, 203, 439  
*Brefotrofium*, 7, 9, 10, 14, 47, 119, 224, 227,  
234, 240, 382

Brescia, 163  
Bruksela, 143

### C

Campagna Romana, 361  
Camposanto Teutonico, 28  
Castel Vecchio, 265  
Chiny, 319  
Chorwacja, 471  
*Collegio Avvocati Consistorali*, 92  
*Collegio della Sapienza*, 48  
*Conservatorio*, 10, 18, 26, 35, 39, 47, 55, 64, 65,  
70, 71, 72, 73, 154, 160, 167, 168, 360, 365,  
378, 383, 411, 420, 426, 447, 452, 454, 487,  
488, 489, 492, 498, 501, 502, 515, 517, 520,  
521, 537, 538  
*Corsia Alessandrina* (Sala Aleksandryjska), 8,  
32, 39, 67, 101  
*Corsia Grande* (Wielka Sala), 29, 31, 34, 35,  
36, 38, 39, 45, 51, 54, 67, 71, 73, 95, 103,  
114, 146, 155, 165, 189, 199, 201, 204, 207,  
208, 211, 212, 239, 250, 296, 341, 344, 345,  
346, 347  
*Corsia Nuova* (Nowa Sala), 39  
*Corsia Piccola* (Sala Mała), 35, 39  
*Corsia Sistina* lub *Sala Sistina* (Sala Sykstyń-  
ska), 29, 34, 471  
Corso, 41  
Cosenza, 104

### D

Dania, 471  
Domodossola (Piemont), 103

**E**

Edynburg, 321  
Efez, 122  
Egipt, 33  
Emilia-Romania, 323  
Etruria, 323  
Europa, 12, 265, 275, 294, 320, 322, 471, 477,  
499, 505, 511

**F**

Ferentino, 460  
Fermo, 18  
Ferrara, 88, 143  
Ffalz-Neuburg, 153  
Flandria, 144  
Florencja, 29, 84, 129, 165, 240, 264  
Fontanna Lancisi, 372  
Francja, 87, 109, 471

**G**

Gallicano, 265  
Gdańsk, 9  
Genewa, 143  
Genua, 29, 264

**H**

Hiszpania, 202, 471  
Holandia, 87, 143  
*Hôtel Dieu*, 8

**I**

Imola, 265  
*Infermeria a Ponte Sisto*, 45  
Irlandia, 471  
Italia, 88, 143, 144, 275, 291

**J**

Janikulum, wzgórze, 361, 420, 459, 495

**K**

Kalabria, 240  
Katania, 177, 265  
Knidos, 122  
Korsyka, 103, 200, 201, 202, 240  
Kos, 122

Kraków, 9, 272, 282  
Królestwo Neapolu, 13, 200, 240  
Kwirynał, wzgórze, 477

**L**

Lacjum, 294, 483  
Laodycea, 122  
Lecce, 426  
Lejda, 87, 90  
Livorno, 459, 500  
Lombardia, 13, 323  
Londyn, 59, 319  
Longara, 41  
Lucca (Lukka), 103, 144, 202, 240, 265, 459  
Lungara, 74

**M**

Macerata, 126, 137, 265  
Manziana, 293  
Mediolan, 29, 81, 104, 163, 165, 177, 201,  
240, 264, 265, 321, 322, 426  
Monte Mario, wzgórze, 283, 496  
Monti Albani (Colli Albani), 294  
Montorio, 200  
Montpellier, 124, 143  
*Muzeum Anatomiczne*, 33, 107

**N**

Narni, 265  
Neapol, 80, 163, 258  
Niemcy, 18, 144  
Norymberga, 143  
Nowara, 265  
*Nuovo Braccio*, 35, 36, 38, 39, 63, 152, 177,  
222, 229, 250, 259, 267, 502

**O**

Olevano, 103  
*Ospedale de' Nobili*, 55  
*Ospedale degli Innocenti* we Florencji, 29  
*Ospedale dei Pazzi*, 74, 75, 76  
*Ospedale del Pammatone* w Genui, 29  
*Ospedale di S. Orsola* w Bolonii, 91  
*Ospedale di San Pio*, 57  
*Ospedale Grande*, 52  
*Ospedale Maggiore* w Mediolanie, 29, 81, 322

*Ospedale San Liborio*, 57, 267  
*Ospedaletto dei Feriti*, 11, 32, 34, 39, 52, 59,  
 79, 117  
*Ospedaletto della Famiglia*, 55, 203, 211

**P**

Padwa, 79, 86, 88, 100, 105, 126, 240, 264,  
 318, 496  
 Palermo, 240  
 Państwo Kościelne, 323  
 Paryż, 59, 84, 87, 97, 103, 124, 143, 290, 319,  
 320, 476, 511  
 Pawia, 18, 321  
 Pergamon, 122  
 Peru, 499, 500  
 Pesaro, 460  
 Pescara, 240  
 Piemont, 177, 240, 265  
 Pistoia, 84  
 Polska, 9, 471  
 Ponte, 41  
 Portugala, 144  
 Prusy, 323

**R**

Rawenna, 468  
 Rieti, 265  
 Rimini, 103, 201, 264  
 Rodos, wyspa 33  
 Romagnano (Piemont), 103  
 Rzym, 8, 9, 10, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 21, 23, 25,  
 28, 29, 31, 33, 35, 38, 40, 42, 43, 44, 48, 49,  
 56, 58, 64, 65, 79, 84, 87, 88, 89, 90, 92, 100,  
 102, 103, 109, 110, 119, 126, 129, 130, 131,  
 133, 134, 143, 153, 163, 200, 201, 202, 217,  
 221, 222, 223, 235, 240, 244, 246, 256, 258,  
 264, 265, 275, 384, 288, 289, 291, 292, 293,  
 294, 295, 321, 323, 324, 338, 339, 390, 397,  
 408, 409, 418, 426, 432, 433, 435, 438, 439,  
 440, 448, 449, 451, 457, 458, 459, 460, 461,  
 470, 477, 478, 479, 481, 483, 486, 487, 499,  
 505, 509, 512

**S**

*S. Antonio*, 39, 45, 46, 53, 54, 55, 57, 145,  
 211, 267, 268, 351  
*S. Antonio Abbate a S. Maria Maggiore*, 45  
*S. Carlo al Corso*, 46  
*S. Filippo*, 34, 57, 71, 145, 199, 267, 269, 343,  
 455  
*S. Gaetano*, 54, 55, 75, 267  
*S. Giacinto*, 34, 54, 59, 145, 200, 233, 235, 241,  
 267, 303, 345, 348, 350, 351, 392, 433, 480,  
 517  
*S. Giacomo degli Incurabili*, 31, 45, 52, 137,  
 172, 216, 224, 266, 272, 273, 281, 352, 390,  
 393, 438, 539  
*S. Giovanni Colabita de Padri Fatebenfratelli*,  
 45  
*S. Giovanni di Laterano*, 42  
*S. Girolomo*, 54  
*S. Lorenzo*, 39, 46, 54, 59, 145, 211, 351, 381,  
 434, 525, 526  
*S. Lorenzo in Miranda*, 46  
*S. Maria dell'Orto*, 45, 46  
*S. Maria della Consolazione*, 45, 46, 81, 272,  
 289, 536  
*S. Maria di Loreto de' Fornari*, 46  
*S. Maria e di S. Gallicano*, 45  
*S. Maria in Saxia*, 24  
*S. Michele a Ripa*, 47, 61  
*S. Onofrio*, 62, 196, 395, 516  
*S. Rocco*, 45, 46, 272, 273, 274  
 Sabinia (Abruzja), 103  
*Sacra Congregazione della Visita*, 50, 288,  
 414  
*Sala Benedittina (Sala Benedyktyńska)*, 8, 35  
 San Benedetto, 265  
*San Gallicano*, 42, 47, 51, 65, 67, 68, 69, 70, 71,  
 72, 73, 74, 85, 103, 104, 177, 272, 284, 461  
*San Giacomo*, 34, 42, 89, 134, 216, 437, 438,  
 530, 531  
 Sant'Oreste (Lacjum), 103  
*Santa Maria della Pietà*, 74, 76, 272  
*Santissimo Salvatore a S. Giovanni in Late-*  
*rano*, 45  
*Santo Spirito in Sassia*, 17, 18, 34, 44, 62, 80,  
 102, 120, 181, 221, 222, 224, 283, 516,

- 518, 520, 521, 522, 523, 525, 526, 528,  
532, 537
- Sapienza* (uniwersytet), 12, 79, 80, 84, 85, 86,  
87, 88, 109, 110, 114, 115, 126, 128, 135,  
158, 165, 321, 457, 458, 460, 478, 479, 481,  
496, 520, 528, 529, 531, 532, 533, 536
- Sardynia, 103, 240, 264
- Senegal, 177
- Siena, 142, 240
- Smyrna, 122
- Spedale de' Nobili.*, 392
- Spoletto, 240, 265
- SS. *Trinità dei Pellegrini*, 72, 287, 288
- Strada Giulia, 41
- Sycylia, 265
- Szkocja, 143, 471
- szpitala S. Carlo, 222
- Sztokholm, 130
- Szwecja, 130, 471
- T**
- Teby, 33
- Terni, 265
- Toruń, 9
- Toskania, 319
- Trydent, 104, 202
- Turyń, 104
- Tyber, 23, 33, 35, 36, 38, 58, 65, 66, 75, 110,  
352, 459, 460, 487
- U**
- Udine, 265, 433
- Umbria, 323
- Urbino, 435, 466, 469
- Utrecht, 87
- V**
- Vallecorsa, 103
- Veneto, 323
- Vicenza, 430
- Vivaro, 103
- W**
- Warszawa, 9
- Watykan, 24, 34
- Wenecja, 143, 240, 264, 500
- Weroni, 129
- Węgry, 471
- Wiedeń, 153
- Wielka Brytania, 319
- Włoch, 265, 324
- Włochy, 266, 294, 321, 322, 323, 471, 495, 511
- Wrocław, 9
- Z**
- Zatybrze, 439



## INDICE DEL VOLUME

|   |     |
|---|-----|
| INTRODUZIONE.....   | 7   |
| Capitolo I: INFERMERIA OSPEDALIERA – STRUTTURA E ORGANIZZAZIONE... 23 |     |
| 1. Fondazione originaria .....  | 23  |
| 2. L'edificio Sistino e il suo sviluppo.....                          | 28  |
| 3. La grande espansione – il <i>Nuovo Braccio</i> .....               | 35  |
| 4. Specializzazione e finalità .....                                  | 43  |
| 5. Reparti ospedalieri .....  | 51  |
| 6. Locali sostitutivi – granai .....                                  | 62  |
| 7. Dove i rognosi? San Gallicano .....                                | 65  |
| 8. Ospedale dei Pazzi.....  | 74  |
| Capitolo II: ISTITUZIONI EDUCATIVE.....                               | 79  |
| 1. Accademia.....   | 79  |
| 2. Scuole chirurgiche.....  | 83  |
| 3. Teatro anatomico .....   | 96  |
| 4. Spettacoli anatomici .....   | 102 |
| 5. Esami chirurgici e promozioni .....                                | 112 |
| Capitolo III: PERSONALE MEDICO.....                                   | 119 |
| 1. Formazione di medici e chirurghi nel passato.....                  | 120 |
| 2. Status professionale e sociale. Relazioni reciproche.....          | 126 |
| 3. Numero .....   | 137 |
| 4. Medici primari.....  | 139 |
| 5. Medici straordinari.....   | 150 |
| 6. Assistenti medici .....  | 152 |
| 7. Chirurghi primari .....  | 159 |
| 8. Vice chirurghi .....   | 164 |

|  |     |
|--|-----|
| Capitolo IV: PERSONALE DI CURA .....                             | 171 |
| 1. Servizio infermieristico – Giovani .....                      | 171 |
| 2. Reclutamento .....  | 174 |
| 3. Doveri .....  | 178 |
| 4. Personale paramedico .....                                    | 180 |
| – <i>Capo sanguigna</i> .....                                    | 180 |
| – <i>Unzionario</i> .....  | 183 |
| – <i>Litotomo</i> .....  | 185 |
| – <i>Cristeraro</i> .....  | 187 |
| 5. Ufficiali maggiori .....                                      | 187 |
| 6. Numero .....  | 193 |
| 7. Comportamento .....   | 195 |
| 8. Promozioni e rotazione .....                                  | 199 |
| 9. Gwardie .....   | 204 |
| 10. Caporali .....   | 207 |
| 11. Sanzioni .....   | 213 |
| 12. Membri di confraternite: persone misericordiose .....        | 216 |
| Capitolo V: GESTIONE E PERSONALE AMMINISTRATIVO ED ECONOMICO ... | 221 |
| 1. Il ruolo dei papi .....                                       | 221 |
| 2. Amministrazione .....   | 223 |
| – <i>Commendatore</i> .....                                      | 223 |
| – <i>Maestro di casa</i> .....                                   | 224 |
| – <i>Priore – superiore dell’infermeria</i> .....                | 225 |
| – <i>Ispettore</i> .....   | 227 |
| 3. Personale d’ufficio .....                                     | 227 |
| – <i>Scrivano</i> .....  | 227 |
| – <i>Archivista e tesoriere</i> .....                            | 229 |
| 4. Personale economico e di servizio .....                       | 230 |
| 5. Famiglia dell’ospedale .....                                  | 236 |
| Capitolo VI: RESIDENTI .....                                     | 243 |
| 1. Trasporto in ospedale .....                                   | 243 |
| 2. Procedura di ammissione .....                                 | 248 |
| 3. Numero e registrazione .....                                  | 256 |

---

|  |     |
|--|-----|
| 4. Origine socio-territoriale. Età .....                     | 262 |
| 5. Categorie di pazienti .....                               | 267 |
| 6. Movimento degli ammalati .....                            | 271 |
| 7. Mortalità .....   | 277 |
| 8. Lasciare l'ospedale .....                                 | 284 |
| Capitolo VII: MALATTIE .....                                 | 291 |
| 1. Condizioni socio-geografiche .....                        | 291 |
| 2. Tipi .....  | 296 |
| 3. Medicinali .....  | 304 |
| 4. Modalità di trattamento .....                             | 309 |
| 5. Nuove tendenze nella terapia e nella ricerca medica ..... | 318 |
| Capitolo VIII: VITA DI OGNI GIORNO .....                     | 327 |
| 1. Ordine e programma giornaliero .....                      | 327 |
| 2. Degenza e condizioni di vita .....                        | 338 |
| 3. Pulizia e igiene .....                                    | 348 |
| 4. Vitto .....   | 354 |
| – <i>Sistema di alimentazione</i> .....                      | 354 |
| – <i>Menù</i> .....  | 359 |
| – <i>Pasti della famiglia dell'ospedale</i> .....            | 372 |
| 5. Abbigliamento .....                                       | 377 |
| 6. Divieto d'ingresso per le donne .....                     | 383 |
| Capitolo IX: VITA RELIGIOSA E SACRAMENTALE .....             | 387 |
| 1. Confessori e raccomandatori d'anime .....                 | 388 |
| 2. Confessione .....   | 393 |
| 3. Santa Comunione .....                                     | 399 |
| 4. Viatico .....   | 402 |
| 5. Catechesi degli ammalati .....                            | 408 |
| 6. Direttore degli affari spirituali .....                   | 411 |
| Capitolo X: DEFUNTI .....                                    | 417 |
| 1. Di fronte alla morte .....                                | 417 |
| 2. Sepoltura - cimitero .....                                | 418 |
| 3. Beni dei defunti .....                                    | 423 |

---

|  |     |
|--|-----|
| 4. Testamenti.....   | 427 |
| – <i>Procedura di preparazione</i> .....                         | 427 |
| – <i>Finalità dei legati</i> .....                               | 433 |
| Capitolo XI: SERVIZIO DI CURA DEI CAPPUCCINI E DEI CANONICI..... | 437 |
| 1. Cappuccini .....  | 437 |
| 2. Canonici si Santo Spirito.....                                | 444 |
| Capitolo XII: BIBLIOTECA E ACCADEMIA LANCISIANA.....             | 457 |
| 1. Biblioteca .....  | 457 |
| – <i>Giovanni Maria Lancisi</i> .....                            | 457 |
| – <i>La fondazione e le sue origini</i> .....                    | 461 |
| – <i>Presupposti e obiettivi</i> .....                           | 463 |
| – <i>Personale</i> .....   | 466 |
| – <i>Funzionamento</i> .....                                     | 471 |
| 2. Accademia.....  | 477 |
| Capitolo XIII: FARMACIA DELL'INFERMERIA .....                    | 483 |
| 1. Farmacista e i suoi compiti.....                              | 484 |
| 2. Wizytowanie apteki .....                                      | 486 |
| 3. Visitare la farmacia.....                                     | 493 |
| 4. Servizio di farmacia .....                                    | 500 |
| CONCLUSIONE .....  | 507 |
| BIBLIOGRAFIA.....  | 515 |
| 1. Fonti .....   | 515 |
| 2. Studi .....   | 528 |
| STRESZCZENIE .....   | 541 |
| RIASSUNTO.....   | 543 |
| SUMMARY.....   | 545 |
| INDICE DELLE PERSONE.....  | 547 |
| INDICE TOPOGRAFICO.....  | 557 |

## TABLE OF CONTENTS

|   |     |
|---|-----|
| INTRODUCTION .....  | 7   |
| Chapter I: THE HOSPITAL INFIRMARY – STRUCTURE AND ORGANISATION... | 23  |
| 1. The original foundation.....                                   | 23  |
| 2. The Sistine building and its development.....                  | 28  |
| 3. A grand expansion – <i>Nuovo Braccio</i> .....                 | 35  |
| 4. The specialty and purpose.....                                 | 43  |
| 5. Hospital wards .....   | 51  |
| 6. Substitute rooms – granaries .....                             | 62  |
| 7. A place for scabies sufferers? <i>San Gallicano</i> .....      | 65  |
| 8. <i>Ospedale dei Pazzi</i> .....                                | 74  |
| Chapter II: THE EDUCATIONAL INSTITUTIONS .....                    | 79  |
| 1. The academy.....   | 79  |
| 2. The surgical schools .....                                     | 83  |
| 3. The anatomical theatre .....                                   | 96  |
| 4. Anatomical presentations.....                                  | 102 |
| 5. Examinations in surgery and the system of promotion .....      | 112 |
| Chapter III: THE MEDICAL STAFF .....                              | 119 |
| 1. Training of physicians and surgeons in the past.....           | 120 |
| 2. Vocational and social status. Mutal relations .....            | 126 |
| 3. Number of staff .....  | 137 |
| 4. Chief physicians.....  | 139 |
| 5. Extra physicians.....  | 150 |
| 6. Assistant physicians .....                                     | 152 |
| 7. Chief surgeons .....   | 159 |
| 8. Substitute surgeons.....                                       | 164 |

|   |     |
|---|-----|
| Chapter IV: THE NURSING AND PARAMEDICAL STAFF.....              | 171 |
| 1. Nursing staff – <i>Giovani</i> .....                         | 171 |
| 2. Recruitment .....  | 174 |
| 3. Duties .....   | 178 |
| 4. Paramedical staff .....                                      | 180 |
| – <i>Capo sanguigna</i> .....                                   | 180 |
| – <i>Unzionario</i> .....                                       | 183 |
| – <i>Litoto</i> .....   | 185 |
| – <i>Cristeraro</i> .....                                       | 187 |
| 5. Senior staff – <i>Ufficiali maggiori</i> .....               | 187 |
| 6. Number of staff .....  | 193 |
| 7. Conduct.....   | 195 |
| 8. Promotions and job rotation .....                            | 199 |
| 9. Guards .....   | 204 |
| 10. Corporals – <i>Caporali</i> .....                           | 207 |
| 11. Sanctions .....   | 213 |
| 12. Members of fraternities – charitable persons .....          | 216 |
| Chapter V: THE ADMINISTRATIVE, ECONOMIC AND SERVICE STAFF.....  | 221 |
| 1. The role of popes .....                                      | 221 |
| 2. Administration.....  | 223 |
| – <i>Commendatore (Commander)</i> .....                         | 223 |
| – <i>Maestro di casa (House Master)</i> .....                   | 224 |
| – <i>Priore (Prior, superior of the infirmary)</i> .....        | 225 |
| – <i>Ispettore (Inspector)</i> .....                            | 227 |
| 3. Office staff.....  | 227 |
| – <i>Scrivano (Scribe)</i> .....                                | 227 |
| – <i>Archivista i tesoriere (Archivist and Treasurer)</i> ..... | 229 |
| 4. Economic and service staff.....                              | 230 |
| 5. The hospital family.....                                     | 236 |
| Chapter VI: RESIDENTS.....                                      | 243 |
| 1. Transport to the hospital.....                               | 243 |
| 2. Admission procedure.....                                     | 248 |
| 3. Resident registry .....                                      | 256 |



|  |     |
|--|-----|
| 4. Social background, origin, and age of residents ..... | 262 |
| 5. Categories of patients .....                          | 267 |
| 6. Patient rotation .....                                | 271 |
| 7. Mortality .....                                       | 277 |
| 8. Discharge from hospital .....                         | 284 |
| Chapter VII: DISEASES .....                              | 291 |
| 1. Environmental and social conditioning .....           | 291 |
| 2. Types. ....   | 296 |
| 3. Medication – therapeutic measures .....               | 304 |
| 4. Methods of treatment .....                            | 309 |
| 5. New trends in treatment and medical examination ..... | 318 |
| Chapter VIII: EVERYDAY LIFE .....                        | 327 |
| 1. Daily routine .....                                   | 327 |
| 2. Accommodation .....                                   | 338 |
| 3. Sanitation and hygiene. ....                          | 348 |
| 4. Feeding .....   | 354 |
| – <i>Regime</i> .....                                    | 354 |
| – <i>Menu</i> . ....                                     | 359 |
| – <i>Meals of the hospital family</i> .....              | 372 |
| 5. Clothing .....  | 377 |
| 6. No admittance to women .....                          | 383 |
| Chapter IX: RELIGIOUS AND SACRAMENTAL LIFE. ....         | 387 |
| 1. Confessors and priests recommending souls. ....       | 388 |
| 2. Confession. ....                                      | 393 |
| 3. Holy Communion. ....                                  | 399 |
| 4. Viaticum .....  | 402 |
| 5. Catechesis of patients. ....                          | 408 |
| 6. Director for spiritual matters. ....                  | 411 |
| Chapter X: THE DEAD .....                                | 417 |
| 1. Facing death .....                                    | 417 |
| 2. Burials – the cemetery .....                          | 418 |
| 3. Things left behind .....                              | 423 |

---

|   |     |
|---|-----|
| 4. Testaments .....   | 427 |
| – <i>Drafting procedure</i> .....                                 | 427 |
| – <i>Allocation of bequests</i> .....                             | 433 |
| Chapter XI: THE CARE OF CAPUCHINS AND ORDER OF THE HOLY GHOST ... | 437 |
| 1. Capuchins .....  | 437 |
| 2. Order of the Holy Ghost .....                                  | 444 |
| Chapter XII: THE LANCISIANA LIBRARY AND ACADEMY.....              | 457 |
| 1. The Library .....  | 457 |
| – <i>Giovanni Maria Lancisi</i> .....                             | 457 |
| – <i>Foundation and its genesis</i> .....                         | 461 |
| – <i>Tasks and objectives</i> .....                               | 463 |
| – <i>Staff</i> .....  | 466 |
| – <i>Functioning</i> .....  | 468 |
| – <i>Book collection and exhibits</i> .....                       | 471 |
| 2. The Academy .....  | 477 |
| Chapter XIII: THE INFIRMARY PHARMACY .....                        | 483 |
| 1. Pharmacist and his duties .....                                | 484 |
| 2. Visiting the pharmacy .....                                    | 486 |
| 3. Medications and their manufacture .....                        | 493 |
| 4. Pharmaceutical staff .....                                     | 500 |
| CONCLUSION .....  | 507 |
| BIBLIOGRAPHY .....  | 515 |
| 1. Sources .....  | 515 |
| 2. Studies .....  | 528 |
| STRESZCZENIE .....  | 541 |
| RIASSUNTO.....  | 543 |
| SUMMARY .....   | 545 |
| INDEX OF PERSONS .....  | 547 |
| INDEX OF PLACES .....   | 557 |
| INDICE DEL VOLUME .....   | 561 |

## SPIS TREŚCI

|  |     |
|--|-----|
| WSTĘP .....  | 7   |
| Rozdział I: INFIRMERIA SZPITALNA – STRUKTURA I ORGANIZACJA ..... | 23  |
| 1. Pierwotna fundacja .....                                      | 23  |
| 2. Budowla sykstyńska i jej rozwój .....                         | 28  |
| 3. Wielka rozbudowa – <i>Nuovo Braccio</i> .....                 | 35  |
| 4. Specjalizacja i przeznaczenie .....                           | 43  |
| 5. Oddziały szpitalne .....                                      | 51  |
| 6. Pomieszczenia zastępcze– spichlerze .....                     | 62  |
| 7. Gdzie świerzbowaci? <i>San Gallicano</i> .....                | 65  |
| 8. <i>Ospedale dei Pazzi</i> .....                               | 74  |
| Rozdział II: INSTYTUCJE EDUKACYJNE .....                         | 79  |
| 1. Akademia .....  | 79  |
| 2. Szkoły chirurgiczne .....                                     | 83  |
| 3. Teatr Anatomiczny .....                                       | 96  |
| 4. Pokazy anatomiczne .....                                      | 102 |
| 5. Egzamininy chirurgiczne i awanse .....                        | 112 |
| Rozdział III: PERSONEL MEDYCZNY .....                            | 119 |
| 1. Kształcenie lekarzy i chirurgów w przeszłości .....           | 120 |
| 2. Status zawodowo-społeczny. Wzajemne relacje .....             | 126 |
| 3. Liczebność .....  | 137 |
| 4. Lekarze główni .....  | 139 |
| 5. Lekarze nadliczbowi .....                                     | 150 |
| 6. Lekarze asystenci .....                                       | 152 |
| 7. Chirurdzy główni .....  | 159 |
| 8. Zastępcy chirurgów .....                                      | 164 |

---

|   |     |
|---|-----|
| Rozdział IV: PERSONEL OPIEKUŃCZY I PARAMEDYCZNY .....         | 171 |
| 1. Służba pielęgniarska – <i>Giovani</i> .....                | 171 |
| 2. Rekrutacja .....   | 174 |
| 3. Obowiązki .....  | 178 |
| 4. Personel paramedyczny .....                                | 180 |
| – <i>Capo sanguigna</i> .....                                 | 180 |
| – <i>Unzionario</i> .....                                     | 183 |
| – <i>Litotom</i> .....  | 185 |
| – <i>Cristeraro</i> .....                                     | 187 |
| 5. Starsza służba – <i>Ufficiali maggiori</i> .....           | 187 |
| 6. Stan liczebny .....  | 193 |
| 7. Zachowanie .....   | 195 |
| 8. Awanse i rotacja .....                                     | 199 |
| 9. Gwardie .....  | 204 |
| 10. Kaprale – <i>Caporali</i> .....                           | 207 |
| 11. Sankcje .....   | 213 |
| 12. Członkowie bractw – osoby miłosierne .....                | 216 |
| Rozdział V: ZARZĄD I PERSONEL GOSPODARCZO-USŁUGOWY .....      | 221 |
| 1. Rola papieży .....   | 221 |
| 2. Administracja .....  | 223 |
| – <i>Commendatore (komendator)</i> .....                      | 223 |
| – <i>Maestro di casa (mistrz szpitalny)</i> .....             | 224 |
| – <i>Priore (przeor, przełożony infirmerii)</i> .....         | 225 |
| – <i>Ispettore (inspektor)</i> .....                          | 227 |
| 3. Personel kancelaryjno-biurowy .....                        | 227 |
| – <i>Scrivano (pisarz)</i> .....                              | 227 |
| – <i>Archivista i tesoriere (archiwista i skarbnik)</i> ..... | 229 |
| 4. Personel usługowo-gospodarczy .....                        | 230 |
| 5. Rodzina szpitalna .....                                    | 236 |
| Rozdział VI: PENSJONARIUSZE .....                             | 243 |
| 1. Transport do szpitala .....                                | 243 |
| 2. Procedura przyjmowania .....                               | 248 |
| 3. Liczba i ewidencja .....                                   | 256 |

---

|   |     |
|---|-----|
| 4. Pochodzenie społeczno-terytorialne i wiek pensjonariuszy . . . . . | 262 |
| 5. Kategorie chorych . . . . .  | 267 |
| 6. Rotacja chorych . . . . .  | 271 |
| 7. Śmiertelność . . . . .   | 277 |
| 8. Wychodzenie ze szpitala . . . . .                                  | 284 |
| Rozdział VII: CHOROBY . . . . .                                       | 291 |
| 1. Uwarunkowania środowiskowo-społeczne . . . . .                     | 291 |
| 2. Rodzaje . . . . .  | 296 |
| 3. Leky – środki lecznicze . . . . .                                  | 304 |
| 4. Sposoby leczenia . . . . .   | 309 |
| 5. Nowe trendy w terapii i badaniach medycznych . . . . .             | 318 |
| Rozdział VIII: ŻYCIE CODZIENNE . . . . .                              | 327 |
| 1. Porządek i rozkład dnia . . . . .                                  | 327 |
| 2. Warunki mieszkalno-bytowe . . . . .                                | 338 |
| 3. Czystość i higiena . . . . .                                       | 348 |
| 4. Wyżywienie . . . . .   | 354 |
| – <i>System żywienia</i> . . . . .                                    | 354 |
| – <i>Jadłospis</i> . . . . .  | 359 |
| – <i>Posiłki rodziny szpitalnej</i> . . . . .                         | 372 |
| 5. Odzież . . . . .   | 377 |
| 6. Zakaz wstępu dla kobiet . . . . .                                  | 383 |
| Rozdział IX: ŻYCIE RELIGIJNE I SAKRAMENTALNE . . . . .                | 387 |
| 1. Spowiednicy i polecający dusze . . . . .                           | 388 |
| 2. Spowiedź . . . . .   | 393 |
| 3. Komunia św. . . . .  | 399 |
| 4. Wiatyk . . . . .   | 402 |
| 5. Katechizacja chorych . . . . .                                     | 408 |
| 6. Dyrektor od spraw duchowych . . . . .                              | 411 |
| Rozdział X: ZMARLI . . . . .  | 417 |
| 1. W obliczu śmierci . . . . .  | 417 |
| 2. Pochówki – cmentarz . . . . .                                      | 418 |
| 3. Rzeczy po zmarłych . . . . .                                       | 423 |

---

|  |     |
|--|-----|
| 4. Testamenty .....  | 427 |
| – <i>Procedura sporządzania</i> .....                      | 427 |
| – <i>Przeznaczenie zapisów</i> .....                       | 433 |
| Rozdział XI: POSŁUGA OPIEKUŃCZA KAPUCYNÓW I DUCHAKÓW ..... | 437 |
| 1. Kapucyni .....  | 437 |
| 2. Duchacy .....   | 444 |
| Rozdział XII: BIBLIOTEKA I AKADEMIA LANCISIANA .....       | 457 |
| 1. Biblioteka .....  | 457 |
| – <i>Giovanni Maria Lancisi</i> .....                      | 457 |
| – <i>Fundacja i jej geneza</i> .....                       | 461 |
| – <i>Zadania i cele</i> .....                              | 463 |
| – <i>Personel</i> .....                                    | 466 |
| – <i>Funkcjonowanie</i> .....                              | 468 |
| – <i>Księgozbiór i eksponaty</i> .....                     | 471 |
| 2. Akademia .....  | 477 |
| Rozdział XIII: APTEKA INFIRMERYJNA .....                   | 483 |
| 1. Aptekarz i jego obowiązki .....                         | 484 |
| 2. Wizytowanie apteki .....                                | 486 |
| 3. Leki i ich wytwarzanie .....                            | 493 |
| 4. Służba apteczna .....                                   | 500 |
| ZAKOŃCZENIE .....  | 507 |
| BIBLIOGRAFIA .....   | 515 |
| 1. Źródła .....  | 515 |
| 2. Opracowania .....                                       | 528 |
| STRESZCZENIE .....   | 541 |
| RIASSUNTO .....  | 543 |
| SUMMARY .....  | 545 |
| INDEKS OSOBOWY .....                                       | 547 |
| INDEKS TOPOGRAFICZNY .....                                 | 557 |
| INDICE DEL VOLUME .....                                    | 561 |
| TABLE OF CONTENTS .....                                    | 565 |





**Prof. dr hab. Marian Surdacki**, ur. w 1955 r. w Urzędowie. Studia historyczne na KUL (1975-1980). Staż naukowy na Uniwersytecie Sapienza w Rzymie (1980-1981). Stypendysta Uniwersytetu w Perugii (1980, 1986), Szkoły Historycznej Włosko-Polskiej w Rzymie (1988-1989), Fundacji Lanckorońskich (1994, 2001, 2006). Prowadził wykłady na uniwersytetach w Rzymie, Mediolanie, Bari, Messynie, Reggio di Calabria. Autor książek: *Opieka społeczna w Wielkopolsce Zachodniej w XVII i XVIII wieku* (1992), *Dzieci porzucone w Szpitalu Świętego Ducha w Rzymie w XVIII wieku* (1998), *Il brefotrofio dell'ospedale di Santo Spirito in Roma nel XVIII secolo* (2004), *Edukacja i opieka społeczna w Urzędowie XV-XVIII wiek* (2004), *Urzędów w XVII-XVIII wieku. Miasto – Społeczeństwo – Życie codzienne* (2007), *Opieka społeczna w Polsce do końca XVIII wieku* (2015), *Milosierdzie czy opieka społeczna. Od starożytności do oświecenia* (2020). Redaktor serii *Prace z dziejów szkolnictwa i opieki społecznej w Polsce*. Zainteresowania: historia opieki społecznej (Polski i powszechnej), historia wychowania, dzieje miast, regionalizm. Nagrodzony Srebrnym i Złotym Krzyżem Zasługi oraz Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski.

Praca Mariana Surdackiego jest kolejną z jego monografii poświęconych dziejom opieki społecznej w wymiarze powszechnym – europejskim. Dopełnia jego wcześniejsze badania na temat dzieci porzuconych w Szpitalu Świętego Ducha. Przedstawia wieloaspektowy obraz rzymskiej infirmerii, jej strukturę wewnętrzną, wyposażenie, sposoby leczenia, procedury medyczne, stosowane leki oraz etiologię i uwarunkowania środowiskowe chorób i epidemii. Gruntownej analizie poddano niespotykany w żadnym innym szpitalu europejskim personel lekarsko-chirurgiczny, a także oryginalny i nigdzie niepraktykowany na taką skalę personel pielęgniarsko-opiekuńczy.

Funkcjonowanie szpitala-infirmerii zostało przedstawione w szerszym kontekście społecznym, kościelnym i cywilnym, dziejów Rzymu i papieża. Oryginalne opracowanie ma ogromne znaczenie dla historii politycznej, religijnej i dziejów mentalności, jest ważne z punktu widzenia historii medycyny, a także opieki i życia społecznego. Pokazuje rozwój sztuki leczniczej i ewolucję szpitala od średniowiecznego hospicjum do nowoczesnej kliniki medycznej.

*Z recenzji prof. dr hab. Władysława Szulakiewicza  
Uniwersytet Ignatianum w Krakowie*

Papieski Archiszpital Świętego Ducha w Rzymie był najważniejszą i największą, w ogromnym stopniu awangardową instytucją leczniczą w Europie. Autor ukazał inspiracyjny wpływ infirmerii na rozwój medycyny, przedstawił edukacyjną rolę tej „akademii” w kształceniu chirurgów, lekarzy i personelu pielęgniarskiego. W centrum pionierskich badań Autora znalazły się problemy społeczno-demograficzne, ogromne „zbiórki” ludzkie – pensjonariusze, którzy jako grupa i jednostki zostali poddani wszechstronnym analizom, niezwykle istotnym z punktu widzenia historii powszechnej i włoskiej, ale także – z perspektywy komparatystycznej – dla historiografii polskiej.

*Z recenzji prof. dr. hab. Tadeusza Strogosza  
Uniwersytet Jana Długosza w Częstochowie*



ISBN 978-83-66647-50-3



TOWARZYSTWO NAUKOWE  
KATOLICKIEGO UNIwersYTETU LUBELSKIEGO  
JANA PAWŁA II